

PUBLIC HEALTH

ПАНОРАМА ПАНОРАМА

ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Migration and health

Promoting refugees' right to health and social inclusion: a systematic approach

Culturally tailored group training to enhance equity in health among migrant women Addressing ethnic inequalities in medicine use *Hospital-based case management for migrant patients: a systematic review*

Миграция и здоровье

Содействие реализации прав беженцев на здоровье и социальную интеграцию: систематический подход Групповой тренинг, разработанный с учетом культурных особенностей, по повышению уровня справедливости в отношении здоровья среди женщин-мигрантов *Преодоление этнического неравенства в потреблении лекарственных средств* Ведение пациентов-мигрантов на базе стационара : систематический обзор



ABOUT US

Public Health Panorama is a peer-reviewed, bilingual (English–Russian), open-access journal published by the WHO Regional Office for Europe. It aims to disseminate good practices and new insights in public health from the 53 Member States in the Region. The mission of Public Health Panorama is to contribute to improving health in the Region by publishing timely and reliable research, and providing evidence, information and data for public health decision-making. One of the key innovations is its publication in both the English and Russian languages, allowing different parts of the Region to come together and share their knowledge.

JOURNAL SECRETARIAT

World Health Organization Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen O, Denmark
Tel.: +45 45 33 70 00; Fax: +45 45 33 70 01
Email: eupanorama@who.int
Website: www.euro.who.int/en/panorama

DISCLAIMER

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for the damages arising from its use. The named authors alone are responsible for the views expressed in this publication.

ISSN 2412-544X

All articles published in this issue are licensed under a [Creative Commons Attribution 3.0 IGO License](#).

EDITORIAL TEAM

Editorial advisers: Roza Ádány (Hungary); Manfred Green (Israel); Anna Korotkova (Russian Federation); Maksut Kulzhanov (Kazakhstan); Catherine Law (UK); Ruta Nadisauskiene (Lithuania); Tomris Türmen (Turkey).

Editorial board: Colleen Acosta; Nils Fietje; Manfred Huber; Bahtygul Karriyeva; Monika Danuta Kosinska; Marco Martuzzi; Ivo Rakovac; Pavel Ursu.

Editorial secretariat: Zsuzsanna Jakab (Editor-in-chief); Stephanie Brickman; Ashley Craig; Maria Greenblat; Vladimir Izotov; Bandana Malhotra; Jamila Nabieva; Tim Nguyen (Executive editor); Olga Slobodskaya; Claudia Stein.

Invited peer reviewers: Mathias Bonk; Danielle Borges; Elżbieta Czapka; Maria Dalli; Andreas Deckert; David Hunter; David Ingleby; Anna Kuehne; Mircha Poldrugovac.

О НАС

«Панорама общественного здравоохранения» – это рецензируемый научный, двуязычный (выходит на английском и русском языках) и общедоступный журнал, выпускаемый Европейским региональным бюро ВОЗ. Его целью является распространение информации о примерах лучшей практики и новых идеях в сфере общественного здравоохранения из 53 государств-членов Региона. Миссия журнала – способствовать укреплению здоровья в Регионе, публикуя своевременные и надежные результаты исследований, представляя факты, информацию и данные для принятия решений в сфере общественного здравоохранения. Одной из ключевых инноваций стала публикация статей одновременно на английском и русском языках, что объединяет разные части Региона и дает им возможность обмениваться знаниями.

СЕКРЕТАРИАТ ЖУРНАЛА

Европейское региональное бюро ВОЗ
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00; Факс: +45 45 33 70 01
Эл. почта: eupanorama@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int/ru/panorama

ОГРАНИЧЕНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие. Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов. Упомянутые авторы несут личную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации.

ISSN 2412-544X

Все статьи данного выпуска опубликованы на условиях лицензии [Creative Commons Attribution 3.0 IGO License](#)

РЕДАКЦИОННАЯ ГРУППА

Советники редактора: Roza Adany (Венгрия); Manfred Green (Израиль); Анна Короткова (Российская Федерация); Максуд Кульжанов (Казахстан); Catherine Law (Соединенное Королевство); Ruta Nadisauskiene (Литва); Tomris Turmen (Турция)

Редакционный совет: Colleen Acosta; Nils Fietje; Manfred Huber; Bahtygul Karriyeva; Monika Danuta Kosinska; Marco Martuzzi; Ivo Rakovac; Pavel Ursu

Секретариат редакции: Zsuzsanna Jakab (главный редактор); Stephanie Brickman; Ashley Craig; Maria Greenblat; Владимир Изотов; Bandana Malhotra; Jamila Nabieva; Tim Nguyen (исполнительный редактор); Ольга Слободская; Claudia Stein.

Приглашенные эксперты: Mathias Bonk; Danielle Borges; Elżbieta Czapka; Maria Dalli; Andreas Deckert; David Hunter; David Ingleby; Anna Kuehne; Mircha Poldrugovac.

In this issue

The large-scale migration to several countries in Europe has thrown up several challenges, not least in the area of health. Piroska Ostlin and Santino Severoni discuss how the WHO Regional Office for Europe, in collaboration with all partners, plans to provide a solid and sustainable public health response to one of the greatest challenges of our time (page 409).

The influx of refugees and migrants in countries of the WHO European Region is an ongoing reality that has economic and health implications, and epidemiological and health system challenges. Richard Alderslade (page 424) describes how six Member States worked collectively to share problems and establish solutions.

Partnership Skåne originated in 2008 in southern Sweden as an intersectoral model to promote refugees' right to health and social inclusion. Katarina Carlzén and Slobodan Zdravkovic describe the evolution and success of this model, which is now being recognized as a national model (page 442).

В этом выпуске

Масштабная миграция в нескольких европейских государствах бросила ряд вызовов принимающим странам, в том числе местным системам здравоохранения. Пирошка Остлин и Сантино Северони рассказывают, как Европейское региональное бюро ВОЗ, в сотрудничестве со всеми партнерами, планирует внедрение действенных и устойчивых мер по обеспечению охраны здоровья населения в ответ на один из наиболее значимых вызовов нашего времени (стр. 409).

Приток беженцев и мигрантов в страны Европейского региона ВОЗ является реальностью сегодняшнего дня, которая характеризуется как последствиями в сферах экономики и общественного здравоохранения, так и вызовами в эпидемиологии и системе охраны здоровья этих стран. Richard Alderslade (стр. 424) описывает, как шесть государств-членов объединили усилия для совместного изучения проблем и определения решений.

SWEDEN ШВЕЦИЯ:

Promoting migrants' right to health and social inclusion 442

Продвижение прав мигрантов на здравоохранение и социальную интеграцию 449

Training migrant women on health care issues 457

Обучение женщин-мигрантов по вопросам охраны здоровья 466

SLOVAKIA СЛОВАКИЯ:

Self-evaluating the public health system 575

Самооценка системы общественного здравоохранения 581

HUNGARY ВЕНГРИЯ:

Developing a Master's programme on migrants' health 540

Разработка магистерской программы по здоровью мигрантов 544

DENMARK ДАНИЯ:

Addressing inequalities in access to medicines 477

Преодоление неравенств в доступе к лекарственным средствам 494

Can culturally tailored health promotion interventions actually improve the health of migrants? Solvig Ekblad and co-workers (page 457) found that such an intervention had a beneficial effect on Arabic- and Somali-speaking women in Sweden.

What shapes medicine-use behaviour? Is such behaviour different in ethnic minorities? Cantarero-Arévalo and colleagues conducted a study in Denmark to identify and address inequalities in access to and use of medicines (page 477).

Inequality in access to health care for migrant patients is well described, but what about inequalities in hospital-based care? Anne Ølholm and colleagues (page 515) found that there is a fundamental lack of evidence on the subject, and stress the urgent need for such studies.

Although humans are culturally heterogeneous, individuals are differentiated on concepts such as race and ethnicity. International migration has made race and ethnicity of great contemporary and global importance. Raj Bhopal (page 548) discusses how public health initiatives play a vital role in improving the health of minority and majority populations alike.

With the huge influx of migrants, developing migrant-sensitive health-care systems has become increasingly important. The University of Pécs is coordinating the development of such a curriculum. Istvan Szilard and colleagues (page 540) discuss the details.

Партнерство Сконе было разработано в 2008 году в южном регионе Швеции как межсекторальная модель продвижения прав беженцев на здоровье и социальную интеграцию. Katarina Carlzén и Slobodan Zdravkovic описывают развитие и успех данной модели, которая на сегодняшний день признана национальной (стр. 449).

Способны ли вмешательства по охране здоровья, разработанные с учетом культурных особенностей аудитории, на самом деле улучшить состояние здоровья мигрантов? Solvig Ekblad и коллеги (стр. 466) выявили, что такое вмешательство оказало благотворное влияние на женщин-мигрантов, говорящих на арабском и сомалийском языках в Швеции.

Что обуславливает поведение человека в отношении приема лекарственных средств? Отличается ли такое поведение среди представителей этнических меньшинств? Cantarero-Arévalo и коллеги провели исследование с целью определения и преодоления неравенств в доступе к и потреблению лекарственных средств в Дании (стр. 494).

Вопросы неравенства в доступе к услугам здравоохранения для пациентов-мигрантов широко освещены в научной литературе; а как обстоит ситуация с неравенством в доступе к стационарной помощи? Anne Ølholm, вместе со своими коллегами (стр. 527), выявила практически полное отсутствие фактических данных по данному вопросу и подчеркнула настоятельную необходимость проведения исследований в этой сфере.

Хотя люди неоднородны в культурном отношении, их принято различать, используя такие концепции, как расовая и этническая принадлежность. В контексте международной миграции эти две концепции получили сегодня особую глобальную важность. Raj Bhopal (стр. 560) рассуждает о том, как инициативы в области общественного здравоохранения одинаково влияют на улучшение состояния здоровья как меньшинств, так и общего населения.

В контексте масштабного притока мигрантов, разработка систем здравоохранения, учитывающих нужды мигрантов, приобретает все большее значение. Печский университет координирует разработку программы обучения по данному вопросу. Istvan Szilard и коллеги (стр. 544) делятся подробностями инициативы.

CONTENTS

Editorial
Let us seize this precious moment and turn this challenge into an opportunity.....405

Zsuzsanna Jakab

Editorial
Working together to make migration a healthier process.....409

Piroska Ostlin, Santino Severoni

Panorama People
Interview with Professor Allan Krasnik.....418

Stephanie Brickman

Case study
A collective WHO European framework for action to support refugees and migrant health..... 424

Richard Alderslade

Report
Promoting refugees' right to health and social inclusion: a systematic approach..... 442

Katarina Carlzén, Slobodan Zdravkovic

Culturally tailored group training to enhance equity in health among migrant women in Sweden..... 457

Solvig Ekblad, Ann Hjerpe, Hanna Lunding

Review
Addressing ethnic inequalities in medicine use in Denmark: selected theory-based interventions..... 477

Lourdes Cantarero-Arévalo, Janine Traulsen, Lotte Stig Nørgaard

СОДЕРЖАНИЕ

От редакции
Мы должны воспользоваться шансом превратить вызов в возможность.....405

Жужанна Якаб

От редакции
Работая вместе, сделаем миграцию более здоровым процессом.....409

Пирожка Остлин, Сантино Северони

Люди «Панорамы»
Интервью с профессором Алланом Красником.418

Стефани Брикман

Пример из практики
Коллективная рамочная программа действий Европейского региона ВОЗ по охране здоровья беженцев и мигрантов..... 432

Richard Alderslade

Доклад
Содействие реализации прав беженцев на здоровье и социальную интеграцию: систематический подход..... 449

Katarina Carlzén, Slobodan Zdravkovic

Групповой тренинг, разработанный с учетом культурных особенностей, по повышению уровня справедливости в отношении здоровья среди женщин-мигрантов в Швеции.....466

Solvig Ekblad, Ann Hjerpe, Hanna Lunding

Hospital-based case management for migrant patients: a systematic review.....515

Anne M Ølholm, Janne B Christensen, Stine L Kamionka, Mette L Eriksen, Morten Sodemann

Short communication

Developing training in migration health: University of Pécs Medical School540

Istvan Szilard, Erika Marek, Zoltan Katz

Book summary

Migration, ethnicity, race and health..... 548

Raj S Bhopal

Report

Self-evaluation of the public health system in Slovakia 575

Darina Sedlakova, Zuzana Katreniakova, Jana Kollarova, Gabriel Gulis

Обзор

Преодоление этнического неравенства в потреблении лекарственных средств в Дании: выбранные теоретически обоснованные вмешательства 494

Lourdes Cantarero-Arévalo, Janine Traulsen, Lotte Stig Nørgaard

Ведение пациентов-мигрантов на базе стационара: систематический обзор 527

Anne M Ølholm, Janne B Christensen, Stine L Kamionka, Mette L Eriksen, Morten Sodemann

Краткое сообщение

Разработка программы обучения «Миграция и здоровье»: медицинский факультет университета города Печ 544

Istvan Szilard, Erika Marek, Zoltan Katz

Резюме книги

Миграция, этническая и расовая принадлежность и здоровье560

Raj S Bhopal

Доклад

Самооценка системы общественного здравоохранения в Словакии581

Darina Sedlakova, Zuzana Katreniakova, Jana Kollarova, Gabriel Gulis

Let us seize this precious moment and turn this challenge into an opportunity

Zsuzsanna Jakab
Regional Director, Editor-in-chief

The encouraging news, despite the grim reality of the situation, is that much has been learnt about how to respond to influxes of refugees and migrants.



In November 2016, I had the opportunity to visit Trapani in Sicily, Italy, a city founded in antiquity and famous for its Easter plays, the mysteries of Trapani (*misteri di Trapani*). Recently, this beautiful harbour city has found itself on the front line of the migration crisis, receiving 10% of the migrants entering Sicily. More than 330 000 migrants and refugees have entered Italy since 2015, and 2016 has been the deadliest year yet, with 4 700 lives claimed by the sea.

While front-line countries such as Italy are most acutely affected, migration is a global phenomenon. In 2015 alone, over 1 million refugees and migrants arrived in the European Region; thousands of migrants continue to arrive and more than 2.7 million refugees are currently settled in Turkey.

The naval, coast-guard and medical personnel I met in Trapani regularly see influxes of some 800 people in a single day. This would once have been regarded as a crisis: now it is routine. The encouraging news, despite the grim reality of the situation, is that much has been learnt about how to respond to influxes of refugees and migrants. From dealing with hypothermia, dehydration and burns from gasoline on arrival to supporting mental health many years down the line, a body of evidence and experience is there to be shared. This makes this migration-themed issue of *Panorama* especially timely.

Мы должны воспользоваться шансом превратить вызов в возможность

Жужанна Якаб
Региональный директор, главный редактор

Какой бы трудной ни была сложившаяся ситуация, мы все же смогли извлечь из нее немало опыта и научились грамотно действовать в условиях притока беженцев и мигрантов.

В ноябре 2016 г. мне представилась возможность посетить сицилийский город Трапани (Италия), основанный в античные времена и известный своими пасхальными шествиями – мистериями Трапани (итал. *misteri di Trapani*). В последнее время этот прекрасный портовый город оказался самым непосредственным образом вовлеченным в миграционный кризис – сейчас он принимает 10% всех мигрантов, которые прибывают на Сицилию. С 2015 г. до настоящего времени в Италию прибыли более 330 000 мигрантов и беженцев, а в 2016 г. среди них было зафиксировано самое высокое число смертей на море – 4 700 человек.

В наибольшей степени последствия миграции ощущают страны, которые оказались на переднем крае кризиса, однако в целом это явление носит глобальный характер. Так, только в 2015 г. в Европейский регион прибыли свыше миллиона беженцев и мигрантов, и процесс миграции продолжается и сейчас; в Турции в настоящее время находятся более 2,7 миллиона беженцев.

Военные моряки, сотрудники береговой охраны и работники здравоохранения, с которыми я встречалась в Трапани, говорили, что зачастую в порт могут прибывать до 800 беженцев и мигрантов в день. Раньше это называли бы кризисом. Сейчас это стало рутинной. Какой бы трудной ни была сложившаяся ситуация, мы все же

The World Health Organization (WHO) European Region today faces the challenge of settling mobile populations into host societies, and health is central to successful integration. For health systems to respond quickly and efficiently, expertise and, as ever, the right information on health are required. Whether action is being taken by a minister of health or a front-line worker, health intervention must be based on evidence.

For example, there is a common anxiety that migration brings infectious diseases. While vigilance should always be maintained, the evidence shows us that there is no systematic association. In contrast, the evidence shows us that access to health-care services, irrespective of legal status, is crucial and not always provided. Refugees and migrants are not a homogeneous group; they need health systems that are able to respond to diverse needs, while upholding the principles of equity, solidarity, human rights and dignity.

The health sector is central in responding to the short- and long-term public health challenges of migration and the need to build up an adequate preparedness, response and capacity within a framework of cooperation, humanity and solidarity. However, high-quality care for refugee and migrant groups cannot be addressed by health systems alone. The social determinants of health cut across sectors such as education, employment, social security and housing. All of these sectors have a considerable impact on the health of refugees and migrants.

This is particularly relevant to those exposed to trauma such as sexual violence and forced prostitution. It is also relevant for ensuring sexual and reproductive rights, mother and child health, diabetes, cardiovascular diseases, and mental health and emergency care.

Health issues related to population movement have been on the WHO agenda for many years, especially in the WHO European Region. We must ensure that our health systems are adequately prepared to provide aid to refugees and migrants and, at the same time, protect the health of the resident population. This requires cooperation between the countries of origin, transit and destination. We took a step towards this in September 2016 with the adoption of the *Strategy and action plan for refugee and migrant health in the*

смогли извлечь из нее немало опыта и научились грамотно действовать в условиях притока беженцев и мигрантов. Мы накопили и готовы распространять массу фактических данных и наш опыт в самых разных вопросах – от помощи при переохлаждении, обезвоживании и ожогах от контакта с топливом до непрерывной заботы о психическом здоровье людей. Именно это делает нынешний выпуск «Панорамы», посвященный миграции, как никогда актуальным.

Сегодня Европейский регион Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) вынужден решать задачи по расселению мобильных групп населения в принявших их странах, и здравоохранению отводится ключевая роль в успешной интеграции таких людей. Для того чтобы системы здравоохранения могли действовать быстро и эффективно, требуются специальные знания и, как и в любом другом деле, актуальная информация здравоохранения. Любые вмешательства в сфере здравоохранения – независимо от того, осуществляет их министр или рядовой сотрудник – должны строиться на фактических данных.

Например, распространено мнение о том, что миграция – это причина распространения инфекционных заболеваний. Несомненно, терять бдительность нельзя, однако имеющиеся данные все же свидетельствуют о том, что систематической связи между миграцией и инфекционными заболеваниями нет. В то же время данные показывают, насколько большое значение имеет доступ к услугам здравоохранения независимо от правового статуса человека, и что зачастую такой доступ не предоставляется. Беженцев и мигрантов нельзя считать однородной группой. Необходимо, чтобы системы здравоохранения могли оказывать им широкий спектр разнообразных услуг, следуя при этом принципам социальной справедливости, солидарности, прав человека и уважения человеческого достоинства.

Сектору здравоохранения отводится центральная роль в решении связанных с миграцией задач в области охраны общественного здоровья, как кратко-, так и долгосрочного характера. Не менее важную роль он играет и в обеспечении потенциала для готовности и ответных мер в соответствии с принципами сотрудничества, гуманизма

WHO European Region. Along with an accompanying resolution, this initiative received strong support from the 53 European Member States as a call for urgent action.

The strategy and action plan is founded on a spirit of international and interagency cooperation, and was developed in close consultation with United Nations agencies and other international organizations. It was informed by extensive work over many years. In addition to this, the WHO Regional Office for Europe has been able to increase its efforts to assist ministries of health, thanks to the Ministry of Health of Italy, which has given generous financial support to our Public Health Aspects of Migration in Europe project since 2012.

The need for urgent action to protect and promote the health of mobile populations is increasingly gaining the attention of policy-makers, health professionals, academia and civil society worldwide. It was the subject of discussions under the auspices of the Seventy-first session of the United Nations General Assembly, held in New York in September 2016.

If nations can stand together, with different sectors sharing expertise in a true spirit of cooperation, we can adapt the health systems of today to embrace the future. Let us seize this precious moment and turn this challenge into an opportunity.

и солидарности. В то же время, одной лишь системе здравоохранения не под силу обеспечить качественную помощь для беженцев и мигрантов. На социальные детерминанты здоровья могут влиять секторы образования, занятости, социальной защиты и жилья. Все они оказывают значительное воздействие на здоровье беженцев и мигрантов.

Это особенно актуально для людей с психическими травмами – например, жертв сексуального насилия и тех, кто были вынуждены заниматься проституцией. Более того, это может касаться и таких вопросов, как обеспечение сексуальных и репродуктивных прав, охрана здоровья матери и ребенка, диабет, сердечно-сосудистые заболевания, охрана психического здоровья и неотложная помощь.

Вопросы здравоохранения, относящиеся к перемещениям населения, находятся на повестке дня ВОЗ в течение многих лет, особенно в контексте Европейского региона. Необходимо, чтобы наши системы здравоохранения были должным образом подготовлены к оказанию помощи беженцам и мигрантам и, одновременно с этим, к защите населения принимающих стран. Для этого следует налаживать сотрудничество между странами происхождения, транзита и назначения мигрантов. Важный шаг для этого был сделан в сентябре 2016 г., когда мы приняли «Стратегию и план действий в отношении здоровья беженцев и мигрантов в Европейском регионе ВОЗ» и соответствующую резолюцию, призывающую к неотложным действиям. Эту инициативу всецело поддержали все 53 государства-члена Европейского региона.

Стратегия и план действий основаны на принципах международного и межведомственного взаимодействия и создавались в условиях консультаций с агентствами ООН и другими международными организациями. При их создании учитывался многолетний опыт работы в этой сфере. Помимо этого, Европейское региональное бюро ВОЗ смогло активизировать свои усилия по оказанию помощи министерствам здравоохранения, что стало возможным благодаря обширной финансовой поддержке, которую Министерство здравоохранения Италии предоставляет нашему проекту «Связанные с миграцией аспекты общественного здравоохранения в Европе» с 2012 г.

Лица, формирующие политику, работники здравоохранения, ученые и представители гражданского общества все чаще говорят о необходимости скорейших действий по защите и укреплению здоровья мобильных групп населения. Этот вопрос обсуждался в рамках Семьдесят первой сессии Генеральной Ассамблеи ООН, которая прошла в Нью-Йорке в сентябре 2016 г.

Действуя вместе, с привлечением опыта различных секторов и в духе сотрудничества, страны смогут адаптировать современные системы здравоохранения к вызовам будущего. Мы должны воспользоваться шансом превратить вызов в возможность!

Working together to make migration a healthier process

Piroska Ostlin, Santino Severoni
Division of Policy and Governance for Health and Well-being, World Health Organization
Regional Office for Europe,
Copenhagen, Denmark



Health professionals are playing a key role in the response to the refugee and migrant crisis across Europe. The WHO Regional Office for Europe supports countries in addressing the complex public health challenges that migration entails through implementation of the first European strategy and action plan for refugee and migrant health.

The overall number of refugees and migrants to Europe in 2016 has greatly decreased in comparison with the previous year's figures: arrivals by sea to Europe in 2016 accounted for 363 348, compared with 1 015 078 in 2015. However, 2016 has become the deadliest year in the Mediterranean: at least 5 079 people were missing or found dead at sea in 2016, compared with 3771 in 2015 ⁽¹⁾. In addition, the increasing number of conflicts and instability in various countries suggest that people will continue to undertake perilous journeys in search of a better life. What are the public health implications of these numbers of people?

Large-scale migration as a result of either conflict and war or profound global inequalities may expose those who migrate to dangerous and stressful journeys,

Работая вместе, сделаем миграцию более здоровым процессом

Пирошка Остлин, Сантино Северони
Отдел политики и стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия
Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения,
Копенгаген, Дания



Работники здравоохранения играют ключевую роль в реагировании на европейский кризис, связанный с притоком беженцев и мигрантов. Европейское региональное бюро ВОЗ оказывает поддержку странам в решении комплексных проблем общественного здравоохранения, связанных с миграцией, осуществляя первую Европейскую стратегию и план действий в отношении здоровья беженцев и мигрантов.

Общее число беженцев и мигрантов, прибывших в Европу в 2016 г., значительно сократилось по сравнению с цифрами за предыдущий год. По морю в 2016 г. в Европу прибыло более 363 348 человек, по сравнению с 1 015 078 в 2015 г. Однако в 2016 г. было зафиксировано самое высокое число смертей среди мигрантов в Средиземном море: на сегодняшний день число погибших или пропавших без вести насчитывает 5079 человек, по сравнению с 3771 погибшим в 2015 г. (1). Кроме того, исходя из увеличения числа конфликтов и роста нестабильности в различных странах, можно предположить, что люди и далее будут совершать опасные путешествия в поисках лучшей жизни. В чем состоят последствия

leaving them in a vulnerable situation. In addition, large migration flows occurring within a short period may pose significant challenges for both transit and destination countries. This situation requires a comprehensive response across sectors, including health, and may indeed contribute to widening socioeconomic and health inequalities if not managed properly. Migration is therefore one of the greatest challenges we are facing in the 21st century, and calls for comprehensive horizontal action across sectors, as well as cooperation across local, national, regional and global levels.

With this rationale in mind and the aim of addressing health and migration within its complexity, the World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe has established the Migration and Health programme in the Division of Policy and Governance for Health and Well-being (PCR). The Division leads the implementation of the European health policy framework, Health 2020, for attaining its two strategic objectives: reducing health inequalities and improving governance for health (2). These two objectives cannot be met by the health sector alone. While it is essential to continue strengthening health system and public health capacities in Europe, the health of our populations, especially of vulnerable individuals such as refugees and migrants, will not improve unless we ensure clean, safe and healthy living, learning and working environments for all. In other words, there is a limit to what the health sector can do alone, but there is enormous potential for what it can achieve together with other sectors in addressing the social, economic and environmental determinants of health.

Migration is a multisectoral area per se and, as such, the current refugee and migrant situation in Europe represents an opportunity to improve multisectoral action for health with a special emphasis on reducing inequalities. Indeed, whole-of-government and whole-of-society approaches have been the guiding principles for development of the *Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region* (3). This document, the first of its kind in WHO, was adopted along with a resolution (4) at the WHO Regional Committee for Europe in September 2016. European countries requested the WHO Regional Office for Europe to come up with these policy documents after discussions at the High-level Meeting on Refugee and Migrant Health held in November 2015

для общественного здравоохранения, связанные с притоком большого числа беженцев и мигрантов?

Крупномасштабная миграция является результатом конфликтов, войн или укоренившихся глобальных неравенств, заставляющих мигрантов совершать полные опасности тяжелые путешествия и ставить себя в уязвимое положение. Кроме того значительные миграционные потоки в течение короткого периода времени могут создавать значительные проблемы как для стран транзита, так и стран назначения. Сложившаяся ситуация требует всеобъемлющих ответных действий во всех секторах, без осуществления которых она безусловно может способствовать расширению социально-экономических неравенств и неравенств по показателям здоровья. Поэтому миграция является одной из наиболее серьезных проблем, стоящих перед нами в двадцать первом веке, которая требует комплексных горизонтальных действий во всех секторах, а также сотрудничества на всех уровнях – местном, национальном, региональном и глобальном.

Учитывая эти обстоятельства и с целью реагирования на проблемы здоровья и миграции во всей их сложности и полноте, Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) учредило в Отделе политики и стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия программу «Миграция и здоровье». Этот Отдел руководит процессом реализации Европейской политики здравоохранения Здоровье-2020 для достижения двух ее стратегических целей: сокращения неравенств по показателям здоровья и улучшения стратегического руководства в области здравоохранения (2). Однако эти две цели не могут быть достигнуты сектором здравоохранения в одиночку. И тогда как исключительно важно непрерывное укрепление системы здравоохранения и потенциал общественного здравоохранения в Европе, здоровье населения в целом и в особенности представителей таких уязвимых его групп, как беженцы и мигранты, не улучшится, если не обеспечить чистые, безопасные и здоровые условия жизни, обучения и работы для всех и каждого. Другими словами, возможности сектора здравоохранения, когда он действует в одиночку, ограничены, но потенциал того, чего он может достичь вместе с другими секторами в работе по воздействию на социальные, экономические и экологические детерминанты здоровья, огромен.

at the peak of the European refugee and migrant crisis. The agreed outcome document, *Stepping up action on refugee and migrant health* (5), stated the urgent need to progress towards coordinated and collaborative action in this field across the WHO European Region. Since then, several online and in-person consultations were organized with all 53 Member States of the WHO European Region. In addition, an in-person consultation was held in April 2015, with the participation of United Nations agencies and international organizations working in the field of migration and health, with the aim of aligning priorities and joining forces for implementing these proposed actions. As a result, the following nine strategic priority areas were identified in the action plan for refugee and migrant health, in line with the principles and objectives of the Sustainable Development Goals and the Health 2020 policy framework. These defined specific actions to be undertaken by European Member States and the WHO Regional Office for Europe aimed at:

1. establishing a framework for collaborative action;
2. advocating for the right to health of refugees, asylum seekers and migrants;
3. addressing the social determinants of health;
4. achieving public health preparedness and ensuring an effective response;
5. strengthening health systems and their resilience;
6. preventing communicable diseases;
7. preventing and reducing the risks posed by noncommunicable diseases;
8. ensuring ethical and effective health screening and assessment; and
9. improving health information and communication.

Besides the previously mentioned policy frameworks, the European strategy and action plan is informed by experience gained and information collected from the field, as well as from evidence gathered through synthesis reviews since the start of the Public Health Aspects of Migration in Europe (PHAME) project in 2012, with the financial support of the Ministry of

Миграция по определению является многосекторальной областью, следовательно, сложившаяся сегодня в Европе ситуация, представляет собой возможность улучшить многосекторальное взаимодействие в интересах здоровья с особым акцентом на сокращение неравенств. Поэтому неудивительно, что общегосударственный подход и принцип участия всего общества стали руководящими принципами при разработке Стратегии и плана действий в отношении здоровья беженцев и мигрантов в Европейском регионе ВОЗ (3). Этот документ, первый в своем роде принятый ВОЗ, был одобрен вместе с резолюцией (4) на сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в сентябре 2016 г. Европейские государства-члены поручили Региональному бюро разработать эти программные документы после обсуждений, состоявшихся в рамках Совещания высокого уровня по вопросам здоровья беженцев и мигрантов в ноябре 2015 г., в самый разгар миграционного кризиса в Европе. В согласованном итоговом документе совещания «Активизация мер по защите здоровья беженцев и мигрантов» (5) отмечается срочная необходимость в организации согласованных совместных действий в этой области во всем Европейском регионе ВОЗ. После этого совещания был организован ряд онлайн-овых и очных консультаций со всеми 53 государствами-членами Европейского региона ВОЗ. Кроме того, в апреле 2015 г. состоялась очная консультация с участием учреждений ООН и международных организаций, работающих в области миграции и здоровья. Эта консультация была организована с целью согласования приоритетов и объединения усилий для реализации предлагаемых мероприятий. Как результат этой подготовительной работы, в документе были определены следующие девять стратегических приоритетных областей, которые находятся в соответствии с принципами и задачами Целей устойчивого развития и основ политики Здоровье-2020. В рамках этих стратегических приоритетных областей были сформулированы конкретные действия, которые необходимо предпринять европейским государствам-членам и Европейскому региональному бюро ВОЗ с целью:

1. создания рамочной основы для совместных действий;
2. защиты права на здоровье беженцев, лиц, ищущих убежища, и мигрантов;

Health of Italy. In the context of the increase in arrivals to Europe as a result of the Arab Spring in 2012, the PHAME project scaled up WHO's action on migration and health. Besides the normative developments that led to adoption of the European strategy and action plan, the PHAME project focused on three additional areas: (i) providing technical assistance and policy advice; (ii) collecting evidence and health information; and (iii) advocacy and communication.

Since 2012, the WHO Regional Office for Europe has conducted joint public health and health system assessment missions with ministries of health in Albania, Bulgaria, Cyprus, Greece, Hungary, Italy, Malta, Portugal, Serbia, Spain and the former Yugoslav Republic of Macedonia. In order to analyse health sector capacity to respond to the scenario of large-scale migration, the WHO Regional Office for Europe developed and piloted during these assessment missions the first *WHO Toolkit for assessing health system capacity to manage large influxes of refugees, asylum-seekers and migrants* (6). After these joint exercises, support was provided to countries in the form of technical advice on contingency planning, training on public health and migration, or in the development (jointly with other stakeholders) of technical guidance on urgent emerging issues. Along these lines, WHO, the United Nations High Commissioner for Refugees and the International Organization for Migration published in November 2015 a joint technical guidance note on immunization for refugees and migrants (7).

Robust evidence and health information is of paramount importance for developing technical guidance, policies and interventions, and even more so in the area of migration and health, given the need to dispel fears and myths. With the aim of building a solid scientific base to inform public policy, the PCR Division and the Division of Information, Evidence, Research and Innovation in collaboration with leading European universities embarked on the production of Health Evidence Network reports on migration and health, synthesizing the evidence available in this area across the 53 countries of the WHO European Region. A total of six Health Evidence Network reports have already been published, which look at: the health status and health-care access of undocumented migrants (8), labour migrants (9), refugees and asylum seekers (10); maternal health among migrants (11); mental health

- 3 воздействия на социальные детерминанты здоровья;
- 4 обеспечения готовности и осуществления эффективных ответных мер общественного здравоохранения;
- 5 укрепления и повышения устойчивости систем здравоохранения;
- 6 профилактики инфекционных болезней;
- 7 профилактики и снижения рисков неинфекционных заболеваний;
- 8 обеспечения этичного и эффективного проведения скрининга и оценки состояния здоровья;
- 9 улучшения информации здравоохранения и коммуникации.

Наряду с упомянутыми политическими механизмами в основу Европейской стратегии и плана действий легли опыт и информация, полученные на местах, а также фактические данные, собранные в рамках сводных обзоров, которые проводятся с 2012 г., когда при финансовой поддержке Министерства здравоохранения Италии был учрежден проект «Связанные с миграцией аспекты общественного здравоохранения в Европе (PHAME)». Проект PHAME был учрежден для расширения масштабов действий ВОЗ в области миграции и здоровья, когда в результате Арабской весны в 2012 г. увеличился поток мигрантов и беженцев, прибывавших в Европу. Кроме работы в нормативной сфере, благодаря которой были одобрены Европейская стратегия и план действий, проекта PHAME сосредотачивался еще на трех областях: (i) предоставление технической помощи и рекомендаций в области политики; (ii) сбор фактических данных и информации здравоохранения; (iii) адвокация и коммуникация.

Начиная с 2012 г. Европейское региональное бюро ВОЗ провело совместные миссии по оценке ситуации в области общественного здравоохранения и систем здравоохранения с министерствами здравоохранения Албании, Болгарии, бывшей югославской Республики Македония, Венгрии, Греции, Италии, Испании, Кипра, Мальты, Португалии и Сербии. Во время этих миссий Европейское регио-

among refugees and migrants (12); and the implications of variations in the definition of “migrant” for access of these groups to health-care services (13).

In response to the growing need for an educational institute devoted to international migration and public health, the WHO Regional Office for Europe launched in November 2015 the first Knowledge Hub on Health and Migration, established with the financial support of the Regional Health Council of Sicily. The Hub aims to bring science and practice closer together, strengthen the production of evidence in this area and provide theoretical and practical training to health-care and non-health-care workers involved in the response to migration. In collaboration with leading universities in the field of migration and health, the WHO Regional Office for Europe will organize online webinars and a summer school to advance knowledge and training on this area.

One of the first tools used by the WHO Regional Office for Europe to advocate for migration and health, improve understanding of the issue and encourage cross-national dialogue is the quarterly newsletter, *Public Health Aspects of Migration in Europe* (14). Produced in collaboration with the University of Pécs in Hungary, this information tool has since 2014 published and widely disseminated original content from experts across Europe on emerging issues, including the mental health of refugees and migrants, the health of unaccompanied minors and the role of nongovernmental actors in the response to the European migrant crisis.

Adoption of the *Strategy and action plan on refugee and migrant health in the WHO European Region* now provides a solid mandate and direction for the WHO Regional Office for Europe in collaboration with all partners to progress and provide a solid and sustainable public health response to one of the greatest challenges of our present and future.

REFERENCES

1. Mediterranean Migrant Arrivals Top 363,348 in 2016; Deaths at Sea: 5,079. In: International Organization for Migration [<http://www.iom.int/news/mediterranean-migrant-arrivals-top-363348-2016-deaths-sea-5079>, accessed 9 January 2017].
2. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office

нальное бюро протестировало первый «Инструментарий ВОЗ для оценки потенциала системы здравоохранения в области реагирования на значительное увеличение притока беженцев, лиц, ищущих убежища, и мигрантов» (6), созданный для проведения анализа возможностей сектора здравоохранения осуществлять ответные меры в ситуации широко-масштабной миграции. После этих совместных миссий странам была предоставлена поддержка в виде технических рекомендаций по планированию на случай чрезвычайных ситуаций, практической подготовки по вопросам общественного здравоохранения и миграции или в разработке (совместно с другими заинтересованными сторонами) технического руководства по возникающим проблемам, требующим срочного решения. Так, ВОЗ, Верховный комиссар ООН по делам беженцев и Международная организация по миграции опубликовали в ноябре 2015 г. совместную техническую методическую записку по вопросу иммунизации беженцев и мигрантов (7).

Надежные фактические данные и информация здравоохранения чрезвычайно важны для разработки технических рекомендаций, мер политики и вмешательств особенно в области миграции и здоровья, учитывая необходимость развенчания мифов и страхов. Для того, чтобы создать надежную научную основу для государственной политики Отдел политики и стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия и Отдел информации, фактических данных, исследований и инноваций Европейского регионального бюро ВОЗ в сотрудничестве с ведущими европейскими университетами начали выпуск отчетов Сети фактических данных по вопросам здоровья, посвященных миграции и здоровью. В них обобщаются имеющиеся фактические данные по этому вопросу из всех 53 стран Европейского региона ВОЗ. Уже были опубликованы шесть таких отчетов, посвященных следующим темам: показатели здоровья и доступ к медицинской помощи недокументированных мигрантов (8); трудовые мигранты (9); беженцы и лица, ищущие убежища (10); материнское здоровье среди мигрантов (11), психическое здоровье беженцев и мигрантов (12); влияние различий в определениях понятия «мигрант» на доступ мигрантов к услугам здравоохранения (13).

В ответ на растущую потребность в образовательном учреждении, работающем в области миграции и общественного здоровья, в ноябре 2015 г. Евро-

- for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf, accessed 17 December 2016).
3. WHO Regional Committee for Europe. Resolution EUR/RC66/8: Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/66th-session/documentation/working-documents/eurrc668-strategy-and-action-plan-for-refugee-and-migrant-health-in-the-who-european-region>, accessed 17 December 2016).
 4. WHO Regional Committee for Europe. Resolution EUR/RC66/R/6: Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/66th-session/documentation/resolutions/eurrc66r6-strategy-and-action-plan-for-refugee-and-migrant-health-in-the-who-european-region>, accessed 17 December 2016).
 5. Stepping up action on refugee and migrant health. Outcome document of the High-level meeting on Refugee and Migrant Health, 23–24 November 2015. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/publications/2016/stepping-up-action-on-refugee-and-migrant-health>, accessed 17 December 2016).
 6. Toolkit for assessing health system capacity to manage large influxes of refugees, asylum-seekers and migrants. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/325611/Toolkit-assessing-HS-capacity-manage-large-influxes-refugees-asylum-seekers-migrants.pdf, accessed 17 December 2016).
 7. WHO-UNHCR-UNICEF joint technical guidance: general principles of vaccination of refugees, asylum-seekers and migrants in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2015/11/who,-unicef-and-unhcr-call-for-equitable-access-to-vaccines-for-refugees-and-migrants/who-unhcr-unicef-joint-technical-guidance-general-principles-of-vaccination-of-refugees,-asylum-seekers-and-migrants-in-the-who-european-region>, accessed 17 December 2016).
 8. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for undocumented migrants in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/publications/2015/public-health-aspects-of-migrant-health-a-review-of-the-evidence-on-health-status-for-undoc->

пейское региональное бюро ВОЗ учредило первый Центр знаний по вопросам миграции и здоровья, организованный при финансовой поддержке Регионального совета здравоохранения Сицилии. Цель этого Центра – сблизить науку и практику, укрепить выработку фактических данных в этой области и обеспечить теоретическую и практическую подготовку работников здравоохранения и других областей, участвующих в обеспечении ответных мер в связи с миграцией. Европейское региональное бюро ВОЗ в сотрудничестве с ведущими университетами, работающими в области миграции и здоровья, организует онлайн-вебинары и летнюю школу, которые позволят укрепить знания и усовершенствовать подготовку в этом направлении.

Одним из важных инструментов, который Европейское региональное бюро ВОЗ использует для адвокации в интересах миграции и здоровья, укрепления понимания этого вопроса и стимулирования соответствующего диалога между странами, является ежеквартальный бюллетень «Связанные с миграцией аспекты общественного здравоохранения в Европе»⁽¹⁴⁾. В этом бюллетене, выпускаемом с 2014 г. в сотрудничестве с Университетом г. Печ (Венгрия), публикуются авторские статьи экспертов из многих стран Европы по таким важным вопросам, как психическое здоровье беженцев и мигрантов, здоровье путешественников без сопровождения несовершеннолетних и роль негосударственных субъектов в осуществлении ответных действий в связи с европейским миграционным кризисом.

Стратегия и план действий в отношении здоровья беженцев и мигрантов в Европейском регионе ВОЗ – это мандат и руководство к действию, благодаря которым Европейское региональное бюро ВОЗ в сотрудничестве со всеми партнерами сможет достичь прогресса в обеспечении устойчивых мер общественного здравоохранения в ответ на одну из наиболее серьезных проблем современности и завтрашнего дня.

БИБЛИОГРАФИЯ

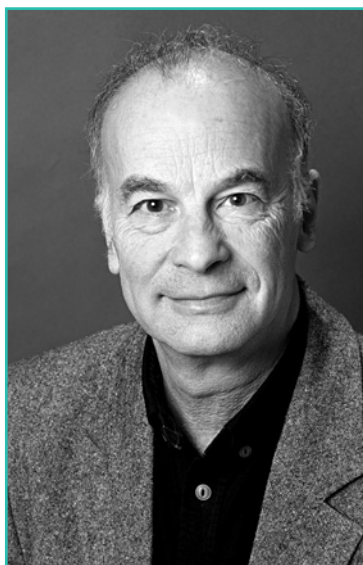
1. Mediterranean Migrant Arrivals Top 363,348 in 2016; Deaths at Sea: 5,079. In: International Organization for Migration [вебсайт] (<http://www.iom.int/news/mediterranean-migrant-arrivals-top-363348-2016-deaths-sea-5079>, по состоянию на 9 января 2017 г.).

- umented-migrants-in-the-european-region-2015, accessed 17 December 2016).
9. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for labour migrants in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/publications/2015/public-health-aspects-of-migrant-health-a-review-of-the-evidence-on-health-status-for-undocumented-migrants-in-the-european-region-2015>, accessed 17 December 2016).
 10. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/publications/2015/public-health-aspects-of-migrant-health-a-review-of-the-evidence-on-health-status-for-refugees-and-asylum-seekers-in-the-european-region-2015>, accessed 17 December 2016).
 11. What is the evidence on the reduction of inequalities in accessibility and quality of maternal health care delivery for migrants? A review of the existing evidence in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/publications/2016/what-is-the-evidence-on-the-reduction-of-inequalities-in-accessibility-and-quality-of-maternal-health-care-delivery-for-migrants-a-review-of-the-existing-evidence-in-the-who-european-region-2017>, accessed 17 December 2016).
 12. Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/publications/2016/public-health-aspects-of-mental-health-among-migrants-and-refugees-a-review-of-the-evidence-on-mental-health-care-for-refugees,-asylum-seekers-and-irregular-migrants-in-the-who-european-region-2016>, accessed 17 December 2016).
 13. How do variations in definitions of "migrant" and their application influence the access of migrants to health care services? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/publications/2016/how-do-variations-in-definitions-of-migrant-and-their-application-influence-the-access-of-migrants-to-health-care-services-2016>, accessed 17 December 2016).
 2. Здоровье-2020 – Основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 29 декабря 2016 г.).
 3. Европейский региональный комитет ВОЗ Резолюция EUR/RC66/8. Стратегия и план действий в отношении здоровья беженцев и мигрантов в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2016 (<http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/66th-session/documentation/working-documents/eurrc668-strategy-and-action-plan-for-refugee-and-migrant-health-in-the-who-european-region>, по состоянию на 29 декабря 2016 г.).
 4. Резолюция EUR/RC66/R6: Стратегия и план действий в отношении здоровья беженцев и мигрантов в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2016 (<http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/66th-session/documentation/resolutions/eurrc66r6-strategy-and-action-plan-for-refugee-and-migrant-health-in-the-who-european-region>, по состоянию на 29 декабря 2016 г.).
 5. Активизация мер по защите здоровья беженцев и мигрантов. Итоговый документ Совещания высокого уровня по вопросам здоровья беженцев и мигрантов, 23–24 ноября 2015 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-determinants/migration-and-health/publications/2016/stepping-up-action-on-refugee-and-migrant-health>, по состоянию на 29 декабря 2016 г.).
 6. Toolkit for assessing health system capacity to manage large influxes of refugees, asylum-seekers and migrants. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/toolkit-for-assessing-health-system-capacity-to-manage-large-influxes-of-refugees,-asylum-seekers-and-migrants-2016>, по состоянию на 29 декабря 2016 г.).
 7. ВОЗ-УВКБ ООН-ЮНИСЕФ Совместные технические рекомендации в отношении общих принципов вакцинации беженцев, лиц, ищущих убежища, и мигрантов в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2015/11/who,-unicef-and-unhcr-call-for-equitable-access-to-vaccines-for-refugees-and-migrants/who-unhcr-unicef-joint-technical-guidance-general-principles-of-vaccination-of-refugees,-asylum-seekers-and-migrants-in-the-who-european-region>, по состоянию на 29 декабря 2016 г.).

14. Public Health Aspects of Migration in Europe (PHAME) newsletter [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/phame-newsletter>, accessed 17 December 2016).
8. Связанные с миграцией аспекты общественного здравоохранения: обзор фактических данных о состоянии здоровья недокументированных мигрантов в Европейском регионе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-determinants/migration-and-health/publications/2015/public-health-aspects-of-migrant-health-a-review-of-the-evidence-on-health-status-for-undocumented-migrants-in-the-european-region-2015>, по состоянию на 29 декабря 2016 г.).
9. Аспекты охраны общественного здоровья, касающиеся здоровья мигрантов: обзор фактических данных о состоянии здоровья трудовых мигрантов в Европейском регионе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/public-health-aspects-of-migrant-health-a-review-of-the-evidence-on-health-status-for-labour-migrants-in-the-european-region-2015>, по состоянию на 29 декабря 2016 г.).
10. Связанные с миграцией аспекты общественного здравоохранения: обзор фактических данных о состоянии здоровья беженцев и лиц, ищущих убежища, в Европейском регионе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-determinants/migration-and-health/publications/2015/public-health-aspects-of-migrant-health-a-review-of-the-evidence-on-health-status-for-refugees-and-asylum-seekers-in-the-european-region-2015>, по состоянию на 29 декабря 2016 г.).
11. What is the evidence on the reduction of inequalities in accessibility and quality of maternal health care delivery for migrants? A review of the existing evidence in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-determinants/migration-and-health/publications/2016/what-is-the-evidence-on-the-reduction-of-inequalities-in-accessibility-and-quality-of-maternal-health-care-delivery-for-migrants-a-review-of-the-existing-evidence-in-the-who-european-region-2017>, по состоянию на 29 декабря 2016 г.).
12. Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-determinants/migration-and-health/publications/2016/public-health-aspects-of-mental-health-among-migrants-and-refugees-a-review-of-the-evidence-on-mental-health-care-for-refugees,-asylum-seekers-and-irregular-migrants-in-the-who-european-region-2016>, по состоянию на 29 декабря 2016 г.).

-
13. How do variations in definitions of “migrant” and their application influence the access of migrants to health care services? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-determinants/migration-and-health/publications/2016/how-do-variations-in-definitions-of-migrant-and-their-application-influence-the-access-of-migrants-to-health-care-services-2016>, по состоянию на 29 декабря 2016 г.).
 14. Информационный бюллетень проекта ВОЗ «Связанные с миграцией аспекты общественного здравоохранения в Европе» (PHAME) [вебсайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-determinants/migration-and-health/phame-newsletter>, по состоянию на 29 декабря 2016 г.).

“MIGRATION IS ACTUALLY BENEFICIAL FOR THE WELL-BEING AND DEVELOPMENT OF OUR GLOBAL SITUATION, WITHOUT MIGRATION I THINK WE WOULD BE MUCH WORSE OFF.”



By Stephanie Brickman

«МИГРАЦИЯ НА САМОМ ДЕЛЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНО ВЛИЯЕТ НА БЛАГОПОЛУЧИЕ И РАЗВИТИЕ МИРОВОГО НАСЕЛЕНИЯ В СЛОЖИВШЕЙСЯ СИТУАЦИИ, БЕЗ МИГРАЦИИ, ПО МОЕМУ МНЕНИЮ, НАШИ ДЕЛА ОБСТОЯЛИ БЫ ГОРАЗДО ХУЖЕ.»

Стефани Брикман

Panorama meets Professor Allan Krasnik from University of Copenhagen, the President of the EUPHA Section on Migrant and Ethnic Minority Health.

Your career in health began in 1964 when you began to study medicine. What made you choose medicine in the first place?

My father was a general practitioner and, as is often the case, it runs in the family – my brother also studied medicine later on. I was impressed by my father’s work. He was an old-fashioned general practitioner in Copenhagen and had very close contact with the community and his patients; he always knew a lot about what was going on. I felt that this was a nice kind of job and that studying medicine was obvious for me. When I finished my medical studies, I had to decide which track to follow. There was a lot of focus on equity, communities, inequalities and health issues in populations, and I thought that public health was an important track to pursue. At that time, it was

«Панорама» встретила с профессором Копенгагенского университета Алланом Красником, председателем сектора охраны здоровья мигрантов и этнических меньшинств Европейской ассоциации общественного здравоохранения.

В: Ваша карьера в здравоохранении началась в 1964 г., когда вы стали изучать медицину. Что именно подтолкнуло вас к выбору этой дисциплины?

О: Мой отец был врачом общей практики, и, как это часто бывает, дети пошли по его стопам – мой брат потом тоже изучал медицину. Работа отца производила на меня большое впечатление. Он был старомодным копенгагенским доктором – очень много общался с окружающими и со своими пациентами; он всегда знал обо всем, что происходило вокруг. Мне казалось, что это очень хорошая работа, и что медицина – это, безусловно, мой предмет. Когда я закончил учебу, мне нужно было принимать ре-

not possible to study public health in Denmark, so I decided to join an international Master of Public Health programme, which was offered in Jerusalem and focused on global health issues. I studied with people from all over the world: Africa, Asia, South America, USA and Europe. The programme was very inspiring and gave me a strong interest in the community and medicine. It was emphasized that by profiling the health problems of communities and identifying problems of the subgroups, it was possible to plan interventions and focus on prevention, cure and care. I brought this philosophy back to Denmark and tried to develop initiatives and projects in Denmark that followed this track.

Your father worked at the heart of the community and your motivation is also related to the community but from a different perspective, from the outside?

Yes, I think that evidence on health issues can be used as guidance for practice. I also believe that in order to prioritize and identify the issues of different subgroups in the population – the issues that need special attention – it's necessary to use public health methodologies: epidemiology, population-focused research and evidence. This focuses of course on social inequalities, but I have also always had a special interest in ethnic inequalities and migration.

How did that come about?

Well, it was inspired by different events. A large group of Polish–Jewish migrants came to Denmark in the seventies as a consequence of anti-Semitism and persecution in Poland. Also, my Master's programme in Jerusalem was influenced by the fact that Israel has a very mixed population, ranging from migrants from all over the world to Arab ethnic minorities. There were many issues of migrant health and ethnic minority health that came up. I thought that focusing on this was a beneficial way of understanding how health care, in combination with the social determinants of health, could contribute to integration and not just to better health among the different subgroups. Migration is a special characteristic of large groups of the populations in Denmark, in Europe and globally. The role of ethnicity is a factor that affects health but it is also a factor that affects how health care works and the outcomes of health care.

шение, в каком направлении двигаться дальше. В то время много внимания уделялось социальной справедливости, местным сообществам, неравенствам и проблемам здоровья различных групп населения, и я решил, что общественное здравоохранение – это важное и перспективное направление. В Дании тогда не было возможности изучать общественное здравоохранение, поэтому я решил стать студентом международной программы на степень магистра общественного здравоохранения в Иерусалиме. Основное внимание в рамках этой программы уделялось вопросам глобального здравоохранения. Там я учился с людьми со всего мира – из Африки, Азии, Южной Америки, США и Европы. Программа была очень увлекательной; она пробудила во мне глубокий интерес к проблемам местных сообществ и медицине. Акцент делался на том, что профилирование проблем здравоохранения местных групп населения и определение проблем подгрупп дает возможность планировать вмешательства и сосредотачивать внимание на профилактике, лечении и уходе за больными. Эту философию я привез с собой в Данию, где в дальнейшем пытался воплощать в жизнь инициативы и проекты, развивающие это направление.

В: Ваш отец работал непосредственно с местным населением, и ваша мотивация также связана с оказанием помощи местному населению, только вы смотрите на этот вопрос с другой точки зрения, так сказать, извне?

О: Да, я считаю, что имеющиеся данные о связанных со здоровьем проблемах могут служить руководством для практической деятельности. Я также полагаю, что для того, чтобы определить имеющиеся у различных подгрупп населения проблемы, требующие особого внимания, и установить первоочередность их решения, необходимо использовать методологии общественного здравоохранения: анализ эпидемиологической ситуации, проведение популяционно-ориентированных исследований и использование фактических данных. Упор при этом, конечно, делается на социальные неравенства, но я всегда испытывал особый интерес к этническим неравенствам и вопросам миграции.

In your opinion, what do societies risk when they ignore inequalities?

I think the Scandinavian countries have, to some extent, shown the value of focusing on social and health equity. The welfare models have been able to ensure some kind of solidarity and harmony in society. If you don't pay attention to inequalities, you get less well-being in countries and societies. You get friction and less wealth, productivity and social capital – all of which are very valuable to society. I think we have known that for a long time but, when it comes to migrants and ethnic minorities, this idea has not been properly taken on by many governments in Europe. We have had a tendency to build our welfare programmes and our health programmes on the premise of a homogeneous population, without taking into account cultural values and history. This is not sustainable as we face increasing global mobility. Somehow, it came as a surprise to European governments last year when a considerable group of people from other parts of the world came looking for a better life in Europe. We were not very well prepared for this.

Could migration be seen as advantageous?

In recent decades, we have seen an increasing number of refugees all over the world, either forced, because of conflict, persecution or poverty, or because there are better opportunities elsewhere. It is easier to travel than it used to be, so it is not so strange that we see greater mobility these days. However, governments and countries still do not acknowledge that; not only is this a fact but migration is actually beneficial for the well-being and development of our global situation. Without migration I think we would be much worse off, so we need to adapt to these changes. We can use this to learn how to handle social and health problems in a better way by studying how good practices and good policies work. We can use this experience not only for the benefit of migrants and minorities but also for the benefit of the majority. I think there are many examples that demonstrate that evidence of health problems and solutions among minorities helps us understand health and disease, and develop better models for prevention and health care.

There is increasing evidence that if you look at the social and economic outcome of migration and its long-term effects, it seems to be better to allow people

В: Чем это было вызвано?

О: Толчком для этого послужили различные события. В семидесятые годы в Данию прибыла большая группа еврейских мигрантов из Польши, бежавших от антисемитизма и преследований. Помимо этого, во время моей учебы в магистратуре в Иерусалиме на меня повлиял тот факт, что население Израиля весьма разнообразно по своему составу – от мигрантов со всего мира до арабских этнических меньшинств. В стране возникало много проблем, связанных со здоровьем мигрантов и этнических меньшинств. Я считал, что, уделив этому более пристальное внимание, можно было лучше всего понять, каким образом работа системы медицинской помощи – в сочетании с пониманием социальных детерминант здоровья – может содействовать интеграции различных подгрупп в общество, а не только улучшению состояния их здоровья. Миграция – это характерная особенность больших групп населения в Дании, в Европе и во всем мире. Роль этнической принадлежности – это фактор, который влияет на то, как работает система медицинской помощи, а также на результаты оказания медицинской помощи.

В: По вашему мнению, чем рискуют общества, которые игнорируют проблему неравенств?

О: Я полагаю, что скандинавские страны в определенной степени продемонстрировали те преимущества, которые обеспечивает особое внимание к социальной справедливости и справедливости в отношении здоровья. Модели всеобщего благосостояния позволили обеспечить определенного рода солидарность и гармонию в обществе. Если вы не уделяете внимания неравенствам, вы получаете более низкий уровень благополучия в стране и в обществе. Они приводят к возникновению разногласий и снижению уровня материальной обеспеченности, производительности и социального капитала – всех тех составляющих, которые очень ценны для общества. Я думаю, что нам это уже давно и хорошо известно, но во многих европейских государствах эта идея не была надлежащим образом воплощена в жизнь применительно к мигрантам и этническим меньшинствам. У нас имела место тенденция, когда наши программы социального обеспечения и программы здравоохранения строились, исходя из предпосылки, что наше население однородно по своему составу, без принятия во внимание культурных ценностей

to come and engage in the development of your country. Without migration, we could lose momentum and lose the dynamics that push forward in our society. Countries like the USA, a country that has been based on immigration, have developed a highly innovative society with models of initiatives from all over the world. Generally, even if there are issues of integration or friction between different groups, they simply need to be dealt with. Cost has to be taken into account when tackling integration issues but I think in the long run there is increasing evidence that societies benefit from having people from other parts of the world.

It is fair to predict that we will need more human resources. We have an ageing population profile and we need a larger share of people in the productive ages; without that we are in trouble. So, we need to have people entering Europe from other parts of the world to help activate our societies. We have to tackle that, both in the health sector and in society in general.

If the Allan Krasnik who was just starting to study medicine in 1964 could see Allan Krasnik in 2016 – would he be surprised at how things are now?

Well, that is a hard question! The aims I had when I started a career in public health have been mostly fulfilled. At that time, I and many people thought of concepts such as health promotion and population health and prevention as exotic. Even ethnic health was seen as something marginal, and yet now you see in the daily media that these things are common sense issues which people talk about. This was hard to imagine 34 years ago. So, I think that public health has really moved forward. The quality of what we are doing, the way we communicate and the multidisciplinary approach that has evolved have all been quite dramatic. If you think back over the developments of the past 30 or 40 years, then you can appreciate that things have changed dramatically. That is not to say that all the problems have been solved and public health is pensioned off in a rocking chair – not at all! But it has been accepted as an important element of policy and practice, and we see that in our society and also in our universities. When I started, public health was a tiny unit in the Faculty of Medicine which had to fight all the time for its existence and for acceptance. Now it is a large school of public health and is accepted as a natural part of the health science world.

и истории. Этот подход не является устойчивым в условиях растущей глобальной мобильности населения. Получается, что для правительств европейских стран стало сюрпризом прибытие в Европу многочисленных групп людей из других стран мира, которые ищут здесь лучшей жизни. Мы не были достаточно хорошо подготовлены к этому.

В: Можно ли считать миграцию благоприятным явлением?

О: В последние десятилетия мы наблюдаем рост числа беженцев во всем мире; они либо вынуждены бежать от конфликтов, преследований или бедности, либо едут туда, где есть больше возможностей. Путешествовать теперь стало легче, чем раньше, поэтому совсем не удивительно, что мы являемся свидетелями большей мобильности населения. Однако правительства и страны до сих пор этого не признают; это явление не только стало фактом – миграция на самом деле положительно влияет на благополучие и развитие мирового населения в сложившейся ситуации. Без миграции, по моему мнению, наши дела обстояли бы гораздо хуже, поэтому нам нужно адаптироваться к этим переменам. Мы можем использовать эту ситуацию, чтобы научиться более эффективно преодолевать социальные и медицинские проблемы, изучая механизмы действия успешных методов работы и эффективных мер политики. Мы можем использовать этот опыт не только на благо мигрантов и меньшинств, но также и на благо большинства. По-моему, есть много примеров, демонстрирующих, что фактические данные об имеющихся у представителей меньшинств проблемах со здоровьем и вариантах решения этих проблем помогают нам лучше понять природу здоровья и болезней и разработать более эффективные модели профилактики и оказания медицинской помощи.

Все большее число фактических данных свидетельствуют о том, что, если посмотреть на социальные и экономические результаты миграции и ее долгосрочные последствия, более оптимальный подход – это позволить людям приехать в вашу страну и принять участие в ее развитии. Без миграции мы можем потерять достигнутые темпы развития и утратить те механизмы, которые двигают наше общество вперед. Страны, подобные США (которые сформировались за счет иммиграции), построили у себя высокоинновационные общества, в которых представлены

Are you optimistic?

Yes, I think we have shown it is possible. We have developed this field to be valid as an academic field and also in practice. I am sure that it is here to stay.

Disclaimer: The interviewee alone is responsible for the views expressed in this article.

модели инициатив со всего мира. В принципе, даже если возникают проблемы с интеграцией или разногласия между различными группами, нам просто необходимо эти проблемы решать. При решении проблем интеграции нам необходимо принимать во внимание стоимость предлагаемых мер, но я думаю, что в долгосрочной перспективе (и это подтверждается все большим числом фактических данных) общества выиграют от принятия людей из других стран мира.

Прогноз о том, что мы будем все больше нуждаться в человеческих ресурсах, вполне справедлив. Наше население неуклонно стареет, и нам нужно увеличивать долю людей трудоспособного возраста; без этого мы окажемся в бедственной ситуации. Поэтому нам нужно пускать людей из других регионов мира в Европу, чтобы сделать наше общество более активным. Нам нужно решать эти проблемы как в секторе здравоохранения, так и в обществе в целом.

В: Если бы Аллан Красник, который только приступает к изучению медицины в 1964 г., мог бы увидеть Аллана Красника в 2016 г., удивился бы он тому, как все складывается сейчас?

О: Ну, это действительно сложный вопрос! Цели, которые я ставил перед собой в самом начале моей карьеры в общественном здравоохранении, в большинстве своем были достигнуты. В то время мне и многим другим людям казались экзотикой такие концепции, как укрепление здоровья и охрана общественного здоровья и профилактика. Даже вопросы здоровья этнических меньшинств рассматривались как нечто маргинальное, а теперь вы видите, что люди ежедневно обсуждают эти вопросы в СМИ как нечто само собой разумеющееся. Это было трудно себе представить 34 года тому назад. Следовательно, по-моему, общественное здравоохранение значительно продвинулось вперед. Имели место весьма существенные положительные изменения, повлиявшие на качество того, что мы делаем, на то, как мы доносим информацию до населения, а также на прошедший несколько стадий развития многопрофильный подход. Только оглянувшись назад на события последних 30 или 40 лет, можно осознать, какие серьезные перемены произошли за это время. Это не означает, что все проблемы уже решены и общественному здравоохранению пора на заслуженный отдых – вовсе нет! При этом оно было принято в ка-

честве важного составляющего элемента политики и практики, и результаты этого мы видим как в нашем обществе, так и в наших вузах. Когда я начал, общественное здравоохранение существовало в виде маленького отделения факультета медицины, которое должно было постоянно бороться за свое существование и за принятие его другими. Теперь же это большой институт общественного здравоохранения, которое, в свою очередь, получило признание в научных кругах в качестве естественной составляющей медико-санитарных дисциплин.

В: Значит, вы настроены оптимистично?

О: Да, я думаю, мы показали, что это возможно. Мы развили это направление, сделав его общепризнанной областью научной и практической деятельности. Я уверен, что оно никогда не исчезнет.

Отказ от ответственности: интервьюируемый несет самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной статье.

Case study

A COLLECTIVE WHO EUROPEAN FRAMEWORK FOR ACTION TO SUPPORT REFUGEES AND MIGRANT HEALTH

Richard Alderslade

St George's, University of London, London, United Kingdom

Corresponding author: Richard Alderslade (email: richard.alderslade@gmail.com)

ABSTRACT

Background: The recent influx of refugees and migrants into the World Health Organization (WHO) European Region challenged Member States to consider a coherent, regional response based on both international law and the values and principles that the European Region had already established in considering public health and health system policy. The aim was to respond to public health needs, prevent avoidable morbidity and mortality, and mitigate human suffering among refugee and migrant populations.

Methods: A series of country assessments conducted during 2013–2015 with the support of Member State governments reviewed the current health situation of refugees and migrants, and assessed the capacity of health systems to respond rapidly and effectively.

Results: Based on these assessments, the WHO migration team made a number of initial recommendations and a High-Level Meeting on Refugee and Migrant Health was held in Rome in 2015 to develop a coordinated, regional approach. The outcome document

led to the adoption by the WHO European Regional Committee in 2016 of a strategy and action plan for refugee and migrant health comprising nine priority areas to promote coordinated and collaborative action across the European Region.

Conclusion: The strategy and action plan is an excellent example of Member States working collectively to share problems and establish solutions based on shared values and an analysis of their accumulated experience.

Keywords: MIGRANTS, REFUGEES, PREPAREDNESS, UNIVERSALITY, HEALTH CHALLENGES, HEALTH SYSTEM RESPONSES

INTRODUCTION

The recent influx of refugees and migrants into the World Health Organization (WHO) European Region challenged Member States to consider a coherent, regional response (definitions used in this paper are shown in Box 1). It was recognized that this was not an isolated crisis but rather an ongoing reality that will affect European countries for some time to come, with medium- and longer-term security, economic and health implications (1).

Migration is clearly a global phenomenon, significantly the product of global inequity, which poses key political, social and economic challenges. It has a number of positive societal effects, including economic and employment benefits (2). However, the

recent large-scale population movement has given rise to a number of epidemiological and health system challenges (3), to which public health institutions and health systems of Member States need to adjust.

Member States wished to develop a response based on both international law and the values and principles that the European Region had already established in considering public health and health system policy. Throughout, the aim was to prevent avoidable morbidity and mortality and to mitigate human suffering among refugee and migrant populations. While the response should contain elements of immediate humanitarian relief, it was recognized that a longer-term development perspective was also necessary. Refugees and migrants should not be served by parallel health and social service processes in the longer term.

BOX 1. DEFINITIONS

Asylum seeker: An asylum seeker is an individual who is seeking international protection. In countries with individualized procedures, an asylum seeker is someone whose claim has not yet been finally decided on by the country in which he or she has submitted it. Not every asylum seeker will ultimately be recognized as a refugee, but every refugee is initially an asylum seeker.^a

Migrant: At the international level, there is no universally accepted definition of the term “migrant”. Migrants may remain in the home country or host country (i.e. settlers), move on to another country (i.e. transit migrants), or move back and forth between countries (i.e. circular migrants such as seasonal workers).^b

Migration: Migration is the movement of a person or a group of persons from one geographical unit to another for temporary or permanent settlement.^c Temporary travel abroad for purposes of recreation, holiday, business, medical treatment or religious pilgrimage does not entail an act or migration because there no change in the country of usual residence.^d

Refugee: A refugee is a person who, owing to a well-founded fear of persecution for reasons of race, religion, nationality, membership of a particular social group or political opinions, is outside the country of his or her nationality and is unable or, owing to such fear, unwilling to avail himself or herself of the protection of that country.^e

Unaccompanied minor: An unaccompanied minor is one who arrives on the territory of the Member States unaccompanied by an adult responsible for him or her, whether by law or by the practice of the Member State concerned. This definition persists for as long as he or she is not effectively taken into the care of such an adult and includes a minor who is left unaccompanied after he or she has entered the territory of Member States.^f

^a UNHCR master glossary of terms. Rev.1. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2006 (<http://www.refworld.org/docid/42ce7d444.html>, accessed 5 October 2016).

^b How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/how-health-systems-can-address-health-inequities-linked-to-migration-and-ethnicity>, accessed 5 October 2016).

^c Essentials of migration management for policy makers and practitioners. Geneva: International Organization for Migration; 2004 (http://www.rcmvs.org/documentos/IOM_EMM/resources/glossary.html#m, accessed 5 October 2016).

^d Recommendation on statistics of international migration. Revision 1. New York: United Nations; 1998 (ST/ESA/STAT/SER.M/58/Rev.1; http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesM/seriesm_58rev1e.pdf, accessed 5 October 2016).

^e United Nations General Assembly. Convention relating to the status of refugees. Geneva: United Nations; 1951 (A/CONF.2/108/Rev.1; <http://www.refworld.org/docid/3be01b964.html>, accessed 5 October 2016).

^f Regulation [EU] No 604/2013 of the European Parliament and of the Council of 26 June 2013 establishing the criteria and mechanisms for determining the Member State responsible for examining an application for international protection lodged in one of the Member States by a third-country national or a stateless person (2013/L 180/31). OJEU;L 180:31–59 (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/TXT/?uri=celex:32013R0604>, accessed 5 October 2016).

This paper is written as a case study describing the development and timeline of the European Regional approach. Member States considered that action focused solely on host countries would be less effective than integrated global, interregional and regional programmes, and the paper describes how six Member States proceeded to achieve this goal.

RATIONALE FOR ACTION

The Member States of the WHO European Region have a population of approximately 900 million people. Overall, migration has led to an increase in the population by some 5 million since 2005. During 2015, it was estimated that 75 million migrants lived in

the WHO European Region, amounting to 8.4% of the total population and 39% of all migrants worldwide (4). Women represented 52% of migrants. Furthermore, over 1 million refugees and migrants entered the European Region during 2015, while more than 3700 refugees and migrants were known to have died or gone missing at sea (5).

The challenges came from the need to rapidly mobilize public health measures and access to health services while preserving the fiscal sustainability of the health systems. There were implications for the health needs and services of host populations, and for the quality and sustainability of health care overall.

The human dimensions were important. Often, refugees and migrants have suffered a traumatic journey, do not speak the local language and are fearful. Thus, migrant-sensitive health systems should aim to eliminate barriers to health care such as language, administrative hurdles and lack of information about health entitlements, and should take account of cultural and religious differences.

REGIONAL AND GLOBAL POLICY CONTEXTS

With the financial support of the Ministry of Health of Italy, the WHO Regional Office for Europe established the Public Health Aspects of Migration in Europe (PHAME) project in 2012 to assist Member States in adequately responding to the public health challenges emerging from migration and to protect the health of refugees and migrants and of the host population.

The European policy framework for health and well-being, Health 2020, adopted by the European Regional Committee in 2012, was also important. This policy framework acknowledges the right to health and commits Member States to the principles of universality, solidarity and equal access as the guiding values for organizing and financing their health systems. These should be provided with dignity and without discrimination, irrespective of age, sex, disability, race, ethnicity, origin, religion, or economic or other status, or ability to pay. The agreed principles also include fairness and sustainability, quality, transparency and accountability, and the right to participate in decision-making.

Health 2020 also focuses on the health dimensions of a wide range of governmental and societal policies which have an impact on health in the early 21st century, and the necessary multisectoral whole-of-government, whole-of-society and health-in-all-policies approaches that lie at the core of modern health policy development.

Several WHO resolutions adopted at global and regional levels are also relevant to the health of refugees, asylum seekers and migrants, particularly World Health Assembly resolution WHA.61.17 on the health of migrants (6), adopted in 2008, which was followed up by a WHO/International Organization for Migration global consultation on an operational

framework during the Spanish Presidency of the European Union in 2010 (7).

STATUS OF MIGRATION AND HEALTH IN EUROPE

Refugees and migrants are a heterogeneous group comprising individuals of all age groups with different health needs. While most refugees and migrants arriving in the European Region are young adults, migrant populations also include many elderly and disabled persons. There are increasing numbers of minors, many of whom are unaccompanied children. Women comprise half of all migrants and are often disproportionately represented in vulnerable groups, for example, the victims of human trafficking for sexual exploitation (8).

Epidemiological data, where available, generally indicate lower life expectancy for refugees and migrants compared with the general population and, in some cases, increased rates of infant mortality (9). There are substantial variations among groups, countries of origin and health status.

Differences in health status are also manifest between men and women. Women are more exposed to sexual violence, abuse and trafficking, as well as to risks related to pregnancy and childbirth. Risk factors that affect men in particular include exposure to accidents, physical stress and other work-related health hazards (4).

Migrants account for a high percentage of the working age population in low-paid jobs and are more likely to be employed on insecure, temporary contracts. These factors can contribute to social exclusion, depression and early-onset cardiovascular disease (10).

Evidence also suggests higher mental distress among refugee and migrant populations, with an increased risk for women, older people and those who have experienced trauma, and with further risk caused by lack of social support and increased stress after migration (11).

EARLY WORK BY THE WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

A series of country assessments (in Bulgaria, Cyprus, Greece, Hungary, Malta and Serbia) were conducted by

PHAME during 2013–2015 with the support of Member State governments. These aimed to support the existing collaboration between ministries of health, WHO country offices and the WHO Regional Office for Europe, and to strengthen each country's capacity to manage the public health challenges related to the influx. A WHO toolkit to assess health system capacity to manage large and sudden influxes of migrants in the acute phase had been previously developed, piloted and consequently adapted during a number of country assessment missions (12).

The assessments reviewed the current health situation of refugees and migrants, and assessed the health system's capacity to respond rapidly and effectively, including arranging medical examinations and treatment. Important issues were the availability of cultural mediation and translation services for refugees and migrants. A particular concern was the number of unaccompanied and vulnerable minors; it was recommended that their protection should be strengthened throughout the assessment and reporting processes.

In these assessments, a number of health needs were reported, including physical and psychological traumas from travel, as well as dehydration, nutritional disorders, hypothermia, acute respiratory infections, diarrhoeal diseases, HIV/AIDS, tuberculosis, skin infections, and a number of noncommunicable diseases. Vulnerable groups were particularly affected, including elderly persons, those with disabilities, pregnant women and young children.

Immediate responses were often provided with the help of nongovernmental organizations. Thereafter, longer-term health system capacity was assessed, as well as the capacity for effective public health surveillance. Some countries were clearly vulnerable to increases in entry and exit flows, as well as to increases in the number of refugees and migrants remaining in the country. Here, joint assessments indicated a need for contingency planning. Countries often needed to shift from an emergency focus to the longer-term, systematic development of both local and national health policies to respond to the needs of refugees and migrants, for example by all-hazard generic plans including contingencies for migrant surges, health system response planning, coordination between ministries of health and nongovernmental organizations, and

communications strategies for refugees, asylum seekers, migrants and resident populations.

The WHO migration team made a number of suggestions to Member States during the assessments. For example, in Serbia these included shifting from an emergency focus to a systematic approach including contingency planning to respond to a potential large influx of transiting people, improving information on migrant health for developing evidence-informed migrant health policies, developing a communication strategy on public health and migration (including the development of key messages for the general public), and strengthening cultural mediation and translation services (13).

Recommendations in other countries included reorganizing primary health-care services and rationalizing the use of resources (Bulgaria) (14); improving disease surveillance early warning and response systems (Bulgaria) (14), promoting training and curricula for cultural mediators (Cyprus) (15); improving immunization policy and delivery for migrants (Cyprus) (15); promoting study tours and exchange workshops (Cyprus) (15); and creating effective sustainable and equitable systems for preparedness and response and for advocating health rights (Malta) (16).

Further recommendations were that units on migrant health should be established within ministries of health including nominations for a focal point on migrant health to liaise with WHO. Improved centralized information systems were recommended for developing evidence-informed migrant health policies and planning their implementation. Communication strategies were recommended to develop key messages for both policy-makers and the general public.

HIGH-LEVEL MEETING ON REFUGEE AND MIGRANT HEALTH, ROME, 23–24 NOVEMBER 2015

The work of the PHAME project and the country assessments provided insight and experience to guide strategic thinking and policy development by the European Region and its Member States.

In view of the increased and shared regional experience, as well as Member State requests to develop a coordinated, regional approach, a High-Level Meeting on Refugee and Migrant Health was held in

Rome, Italy, on 23–24 November 2015. The outcome document from the Meeting committed Member States to establishing a common framework for collaborative action on refugees and migrant health to avoid fragmented, uncoordinated single-country solutions and to align political will with sound health and social policies and technical capacities.

AN AGENDA FOR ACTION

Adopting a human-rights-based approach means that refugees' and migrants' rights, including the right to health, are integral to all priorities and actions, and that each Member State should meet its obligation to respect, protect and fulfil the right to health of all persons within its jurisdiction, including refugees and migrants.

The country assessments showed that a number of principles are important for achieving this goal, and these provided an agenda for action (summarized below).

1. Public health interventions aimed at protecting and promoting the physical and mental health of refugees and migrants, as well as the host community, need to be developed both as short-term measures and for the longer term.
2. Access to responsive, people-centred health systems without discrimination should be provided to guarantee accessibility to health care for all refugees, asylum seekers and migrants throughout the migration journey.
3. Refugees and migrants should be integrated as soon as possible into existing national health structures.
4. Attention should be paid on behalf of refugees and migrants to the broader social and economic issues related to inclusion and well-being that are at the core of Health 2020.
5. It is important to improve living conditions that influence health, for example by preventing overcrowding and ensuring access to clean water and sanitation.
6. The health needs of refugees and migrants should be included in national health policies, strategies and plans as well as in local, regional and global funding mechanisms via a broad intersectoral approach.
7. Training of health professionals and relevant non-health actors is a key element throughout.
8. Comprehensive immunization programmes should be ensured.
9. Systems should be established for ensuring essential health data is continuously available as individuals move around.
10. The health needs of refugees and migrants should be included within national action plans for the prevention, systematic monitoring and control of noncommunicable diseases.
11. Efforts should be directed to groups in the most vulnerable situations within the migrant and refugee population, such as children, with priority attention given to unaccompanied children, pregnant women, the elderly, people with disabilities and victims of torture.
12. Sexual and reproductive health issues, gender-based violence, and mental health and care should receive special attention. There is also an increased need for trauma and injury care among refugees coming from countries affected by conflict and violence.
13. Rapid epidemiological surveillance capacities need to be strengthened to capture information relevant to refugees and migrants, particularly in health districts with substantial refugee and migrant populations.
14. Communication efforts should receive priority attention to dissipate fears and false perceptions among refugees and other migrants, as well as among host populations.
15. Appropriate measures should be taken to foster active participation and empowerment of refugees and migrants throughout all stages of health service provision, including design, planning and delivery.
16. Member States need to periodically assess whether the health system and public health interventions

are meeting the needs of refugees and migrants, and whether health system capacity and public health interventions are sufficient. These assessments could be conducted by national and local governmental institutions with the support of WHO and other relevant international partners.

STRATEGIC PRIORITY AREAS AND ACTION PLAN FOR IMPLEMENTATION

These considerations informed the Member States during the WHO European Regional Committee in Copenhagen in September 2016, where a strategy and action plan for refugee and migrant health was adopted. Nine priority areas were identified.

PRIORITY AREA 1: ESTABLISHING A FRAMEWORK FOR COLLABORATIVE ACTION

The objective is to strengthen collaboration with and among United Nations agencies, the European Commission, the International Organization for Migration, and other national and international organizations with roles in the migration and health landscape, including nongovernmental organizations, which should be involved throughout.

In this respect, the United Nations General Assembly High-Level Summit on Large Movements of Refugees and Migrants, which was held in New York in September 2016, was a watershed moment in strengthening governance of international migration and creating a more responsible, predictable system for responding to large movements of refugees and migrants.

PRIORITY AREA 2: ADVOCATING FOR THE RIGHT TO HEALTH OF REFUGEES, ASYLUM SEEKERS AND MIGRANTS

Positive political and societal will and commitment are required to promote migrant-sensitive health policies that aim to provide equitable access to health promotion, disease prevention and care for refugees and migrants. Such policies should go hand in hand with advocacy to recognize human rights and reduce discrimination and stigma.

PRIORITY AREA 3: ADDRESSING THE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH

Explicit consideration should be given to the main social, economic and environmental determinants of the differential health risks and outcomes experienced by refugees and migrants. The health sector has a key role in ensuring that the health aspects of migration are considered in the context of broader government policy and by all relevant governmental and non-state actors.

PRIORITY AREA 4: ACHIEVING PUBLIC HEALTH PREPAREDNESS AND ENSURING AN EFFECTIVE RESPONSE

Public health preparedness is weak in many countries. To identify and respond to the health needs of refugees and migrants, improvements are needed in health systems capacity, public health and health systems preparedness, surveillance and response, and public health participation in health systems planning and development.

PRIORITY AREA 5: STRENGTHENING HEALTH SYSTEMS AND THEIR RESILIENCE

Member States should have in place minimum health systems capacities to enable them to address the health challenges associated with migration and to mitigate mortality and morbidity. Refugees and migrants should be provided at the initial stages of the migration process with the health support necessary to overcome the difficulties of arriving in a new environment. Thereafter, the health system should provide essential health services that, wherever possible, should be fully integrated into existing national health structures and provided without discrimination.

PRIORITY AREA 6: PREVENTING COMMUNICABLE DISEASES

Communicable diseases are often a local concern, although it must be stressed that, in general, refugees and migrants do not pose a health security threat to host communities.

The challenge to communicable disease surveillance and control is equivalent to that presented by the general population and should be dealt with using the national and international framework and principles, established by the *International Health Regulations (2005)* (17).

However, migrant populations may originate in countries with a high prevalence of certain communicable diseases (e.g. a higher prevalence of hepatitis is seen in many countries of origin). Such concerns need to be addressed on a risk-specific basis using well-functioning public health services that include surveillance and health protection, necessary and proportionate interventions, and good public and community information.

PRIORITY AREA 7: PREVENTING AND REDUCING THE RISKS POSED BY NONCOMMUNICABLE DISEASES

Limited access to health promotion, disease prevention and health care during the transit and early insertion phases of migration may increase the burden of untreated noncommunicable conditions. Refugees and migrants should form part of the national strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases.

PRIORITY AREA 8: ENSURING ETHICAL AND EFFECTIVE HEALTH SCREENING AND ASSESSMENT

The reasons for carrying out frequently deployed health assessments, massive screenings and mandatory examinations should be explained and their effectiveness assessed. The use of such screening should be evidence based and serve the true interests of refugees and migrants. WHO is opposed to mandatory large-scale screening, which may be logistically demanding and costly.

PRIORITY AREA 9: IMPROVING HEALTH INFORMATION AND COMMUNICATION

Priorities include improving the collection of and access to adequate, standardized and comparable information about the health status, modifiable risk behaviours and access to health care of refugees and migrants. This information should be made available to these population groups to facilitate access to health care. Data disaggregation and comparability is required, and more data is needed on irregular migrants.

Communication efforts should aim to dissipate fears and false perceptions among refugees and migrants, as well as among host populations.

CONCLUSION

There is a key role for WHO to act both globally and regionally as coordinator of the health sector, working together and collaboratively with other involved actors and agencies.

The agreed strategy and action plan gives a basis for coordinated and collaborative action across the European Region. It is an excellent example of Member States working collectively to share problems and establish solutions based on shared values and principles, as well as on an analysis of their accumulated experience.

Acknowledgements: The work of the PHAME project and the collective work of the WHO European Region supporting the WHO European Framework for action to support refugees and migrants health has been under the overall direction of Dr Zsuzsanna Jakab, the Regional Director, Dr Pirooska Ostlin, the Director of the Division of Policy and Governance for Health and Well-being, and Dr Santino Severoni, coordinator of the Migration and Health programme of the Division of Policy and Governance for Health and Well-being. The Regional Office would like to extend its gratitude for their support to the ministries of health across the European Region and representatives of governmental and academic institutions, as well as other United Nations and international agencies. It is particularly grateful for the support throughout of the United Nations High Commissioner for Refugees and the International Organization for Migration.

Sources of funding: The WHO Regional Office for Europe is grateful to the Ministry of Health of Italy for its financial support within the framework of the Regional Office PHAME project of the Migration and Health programme.

Conflicts of interest: None declared.

Disclaimer: The author alone is responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

REFERENCES

- McGuinness F, Hawkins O. Impact of immigration on population and the economy. Commons Briefing Paper CBP 7659. London: House of Commons Library; 2016 (<http://researchbriefings.parliament.uk/ResearchBriefing/Summary/CBP-7659>, accessed 5 October 2016).
- Autumn 2015 Economic Forecast: moderate recovery despite challenges [press release]. European Commission. 5 November 2015 (http://europa.eu/rapid/press-release_IP-15-5996_en.htm, accessed 5 October 2016).
- Gushulak BD, Weekers J, MacPherson DW. Migrants and emerging health issues in a globalized world: threats, risks and challenges, an evidence based framework. *Emerg Health Threats J.* 2010;2:e10. doi:10.3134/ehhj: 09/010.
- How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/how-health-systems-can-address-health-inequities-linked-to-migration-and-ethnicity>, accessed 5 October 2016).
- Refugees/Migrants Emergency Response – Mediterranean [website]. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2016 (<http://data.unhcr.org/mediterranean/regional.php>, accessed 5 October 2016).
- Resolution WHA61.17. Health of Migrants. In: Sixty-first World Health Assembly, Geneva, 19–24 May 2008. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2008 (WHA61/2008/REC/1; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-en.pdf, accessed 5 October 2016).
- Glossary on migration, 2nd edition. International Migration Law No. 25. Geneva: International Organization for Migration; 2011 (<http://publications.iom.int/books/international-migration-law-ndeg25-glossary-migration>, accessed 5 October 2016).
- Human trafficking in Europe: an economic perspective. Geneva: International Labour Organization; 2004 (Declaration/WP/31/2004; http://www.ilo.org/global/topics/forced-labour/publications/WCMS_081992/lang-en/index.htm, accessed 5 October 2016).
- Spallek J, Zeeb H, Razum O. Life course epidemiology: a conceptual model for the study of migration and health. In: Schenker MB, Castañeda X, Rodriguez-Lainz A, editors. *Migration and health: a research methods handbook*. Oakland, CA: University of California Press; 2014:38–56.
- In it together: why less inequality benefits all. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development; 2015 (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264235120-en>, accessed 5 October 2016).
- Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/public-health-aspects-of-migrant-health-a-review-of-the-evidence-on-health-status-for-refugees-and-asylum-seekers-in-the-european-region-2015>, accessed 5 October 2016).
- Toolkit for assessing health system capacity to manage large influxes of refugees, asylum seekers and migrants. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/325611/Toolkit-assessing-HS-capacity-manage-large-influxes-refugees-asylum-seekers-migrants.pdf?ua=1, accessed 5 October 2016).
- Serbia: assessing health-system capacity to manage sudden large influxes of migrants. Joint report on a mission of the Ministry of Health of Serbia and the WHO Regional Office for Europe with the collaboration of the International Organization for Migration. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/publications/2015/serbia-assessing-health-system-capacity-to-manage-sudden-large-influxes-of-migrants-2015>, accessed 5 October 2016).
- Bulgaria: assessing health-system capacity to manage sudden, large influxes of migrants. Joint report on a mission of the Ministry of Health of Bulgaria and the WHO Regional Office for Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/300402/Bulgaria-Assessment-Report-en.pdf?ua=1, accessed 5 October 2016).
- Cyprus: assessing health-system capacity to manage sudden, large influxes of migrants. Joint report on a mission of the Ministry of Health of Cyprus, the International Centre for Migration, Health and Development and the WHO Regional Office for Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/293330/Cyprus-Assessment-Report-en.pdf?ua=1, accessed 5 October 2016).
- Hannigan A, O'Donnell P, O'Keeffe M, MacFarlane A. Assessing health-system capacity to manage sudden, large influxes of migrants. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (Health Evidence Network Synthesis Report 46; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/280714/Malta-assessing-health-system-capacity-manage-sudden-large-influxes-migrants.pdf?ua=1, accessed 5 October 2016).
- International Health Regulations (2005), 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241580410_eng.pdf?ua=1, accessed 5 October 2016).

Пример из практики

КОЛЛЕКТИВНАЯ РАМОЧНАЯ ПРОГРАММА ДЕЙСТВИЙ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНА ВОЗ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ БЕЖЕНЦЕВ И МИГРАНТОВ

Richard Alderslade

Сент-Джордж, Лондонский университет, Лондон, Соединенное Королевство

Автор, отвечающий за переписку: Richard Alderslade (адрес электронной почты: richard.alderslade@gmail.com)

АННОТАЦИЯ

Исходные данные: Недавний приток беженцев и мигрантов в Европейский регион Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) поставил перед государствами-членами задачу продумать согласованные ответные действия по региону, базирующиеся на международном праве и ценностях и принципах, которые Европейский регион уже заложил в политику общественного здравоохранения и систем здравоохранения. Цель заключалась в том, чтобы предупредить предотвратимую заболеваемость и смертность и уменьшить страдания в популяциях беженцев и мигрантов.

Методы: В ходе оценки, проведенной в 2013–2015 гг. в ряде стран при поддержке правительств государств-членов, было рассмотрено текущее состояние здоровья беженцев и мигрантов и оценены возможности систем здравоохранения быстро и эффективно реагировать.

Результаты: По результатам оценки группа ВОЗ по миграции подготовила ряд первоначальных рекомендаций, и в 2015 г. в Риме было проведено совещание высокого уровня по вопросам охраны здоровья беженцев и мигрантов для разработки скоординированного регионального подхода. Подготовленный на совещании итоговый документ

привел к тому, что в 2016 году Европейский региональный комитет ВОЗ принял стратегию и план действий в отношении здоровья беженцев и мигрантов, в которых выделил девять приоритетных областей, где требуются активные скоординированные и совместные действия по всему Европейскому региону.

Выводы: Данная стратегия и план действий являются великолепным примером коллективной работы государств-членов над общими проблемами и разработкой решений на основе общих ценностей и принципов и анализа накопленного опыта.

Ключевые слова: МИГРАНТЫ, БЕЖЕНЦЫ, ГОТОВНОСТЬ, ВСЕОБЩИЙ ОХВАТ, ПРОБЛЕМЫ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, РЕАГИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ВВЕДЕНИЕ

Недавний приток беженцев и мигрантов в Европейский регион Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) поставил перед государствами-членами задачу продумать согласованные региональные ответные действия (определения, используемые в этой статье, приведены во вставке 1). Стало понятно, что данная ситуация является не изолированным кризисом, а реальностью, с которой придется иметь дело на протяжении некоторого времени и которая

будет сказываться в среднесрочном и долгосрочном планах на безопасности, экономике и здоровье в европейских странах (1).

Миграция несомненно является глобальным явлением, в большой степени результатом неравенства в мире, что и определяет ключевые политические, социальные и экономические проблемы. У миграции есть и ряд положительных социальных эффектов, в том числе выигрыши в экономической сфере и на рынке труда (2). Однако происходящее

ВСТАВКА 1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Лицо, ищущее убежища, – индивидуум, ищущий международной защиты. В странах, где есть индивидуализированные процедуры, лицо, ищущее убежища, – это человек, по чьему запросу еще не было принято окончательного решения в стране, где он или она подали этот запрос. Не каждый человек, обратившийся за получением убежища, будет в конечном счете считаться беженцем, но каждый беженец исходно является лицом, обратившимся за получением убежища.^a

Мигрант – не существует повсеместно принятого на международном уровне определения термина «мигрант». Мигранты могут находиться в родной стране или в принимающей стране (т. е. быть переселенцами), быть в процессе перемещения в другую страну (т. е. быть транзитными мигрантами), или перемещаться между странами туда и обратно (т. е. быть «кольцевыми» мигрантами, как например сезонные рабочие).^b

Миграция – это перемещение человека или группы людей из одной географической единицы в другую для временного или постоянного проживания.^c Временные поездки за границу с целью отдыха, отпуска, работы, лечения или религиозного паломничества не считаются миграцией, поскольку они не сопровождаются переменой страны обычного проживания.^d

Беженец – это человек, который в силу вполне обоснованных опасений может стать жертвой преследований по признаку расы, вероисповедания, гражданства, принадлежности к определенной социальной группе или политических взглядов, находится вне страны своей гражданской принадлежности и не может пользоваться защитой этой страны или не желает пользоваться такой защитой вследствие таких опасений.^e

Несовершеннолетний без сопровождения – это несовершеннолетний ребенок, который прибывает на территорию государств-членов без сопровождения взрослого, ответственного за него или нее, будь то по закону или практике соответствующего государства-члена. Это определение действует до тех пор, пока ребенок не принят по сути на попечение такого взрослого, и относится также к несовершеннолетним, которые были оставлены без сопровождения после того, как он или она переместились на территорию государств-членов.^f

^a UNHCR master glossary of terms. Rev.1. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2006 (<http://www.refworld.org/docid/42ce7d444.html>, по состоянию на 5 октября 2016 г.).

^b How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/how-health-systems-can-address-health-inequities-linked-to-migration-and-ethnicity>, по состоянию на 5 октября 2016 г.).

^c Essentials of migration management for policy makers and practitioners. Geneva: International Organization for Migration; 2004 (http://www.rcmvs.org/documentos/IOM_EMM/resources/glossary.html#m, по состоянию на 5 октября 2016 г.).

^d Recommendation on statistics of international migration. Revision 1. New York: United Nations; 1998 (ST/ESA/STAT/SER.M/58/Rev.1; http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesM/seriesm_58rev1e.pdf, по состоянию на 5 октября 2016 г.).

^e Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций Конвенция о статусе беженцев. Женева: Организация Объединенных Наций; 1951 (ST/ESA/STAT/SER.M/108/Rev.1; <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4714a6812>, по состоянию на 5 октября 2016 г.).

^f Regulation (EU) No 604/2013 of the European Parliament and of the Council of 26 June 2013 establishing the criteria and mechanisms for determining the Member State responsible for examining an application for international protection lodged in one of the Member States by a third-country national or a stateless person (2013/L 180/31). OJEU; L 180:31–59 (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/TXT/?uri=celex:32013R0604>, по состоянию на 5 октября 2016 г.).

в последнее время крупномасштабное перемещение населения оказалось вызовом для систем эпидемиологии и здравоохранения (3), и на этот вызов должны отреагировать учреждения общественно-го здравоохранения и системы здравоохранения государств-членов.

Государства-члены хотели бы подготовить ответ, основанный как на международном праве, так и на ценностях и принципах, которые уже нашли отра-

жение в политике общественного здравоохранения и систем здравоохранения Европейского региона. Цель заключалась в том, чтобы повсеместно предупредить предотвратимую заболеваемость и смертность и уменьшить страдания в популяциях беженцев и мигрантов. Ответные меры должны содержать элементы немедленной гуманитарной помощи, но было признано, что также требуется долгосрочная перспектива развития. В долгосрочной перспективе беженцы и мигранты не должны получать обслужи-

вание в параллельных процессах служб здравоохранения и социального обеспечения.

В настоящей статье в качестве примера описана разработка подхода, применяемого в Европейском регионе, по ходу времени. Государства-члены сочли, что действия, разрабатываемые только для принимающих стран, будут менее эффективными, чем комплексные глобальные, межрегиональные и региональные программы, и в этой статье описано, как шесть государств-членов приступили к достижению этой цели.

ОСНОВАНИЕ ДЛЯ ДЕЙСТВИЙ

В государствах-членах Европейского региона ВОЗ проживает около 900 миллионов человек. С 2005 года миграция в целом привела к росту населения примерно на 5 миллионов человек. В 2015 году, по оценке, в Европейском регионе ВОЗ проживало 75 миллионов мигрантов, что составило 8,4% общей численности населения и 39% всех мигрантов в мире (4). Доля женщин среди мигрантов была 52%. Кроме того, более 1 миллиона беженцев и мигрантов прибыло в Европейский регион в 2015 году, тогда как известно, что более 3700 беженцев и мигрантов погибли или пропали без вести в море (5).

В связи с этим потребовалось быстро мобилизовать деятельность общественного здравоохранения и организовать доступ к медицинскому обслуживанию, сохраняя при этом финансовую устойчивость систем здравоохранения, что оказалось непросто. Эта ситуация сказалась на потребностях в здравоохранении принимающего населения и соответствующих службах принимающих стран, и на качестве и устойчивости систем здравоохранения в целом.

Человеческий фактор также играл важную роль. Многие из беженцев и мигрантов перенесли травматическое путешествие, многие из них напуганы и не говорят на местном языке. Таким образом, задача систем здравоохранения, чувствительных к нуждам мигрантов, – это устранение препятствий к получению услуг, таких как язык, административные барьеры и отсутствие информации о причитающихся услугах, при этом с учетом культурных и религиозных различий.

КОНТЕКСТ РЕГИОНАЛЬНОЙ И ГЛОБАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ

При финансовой поддержке со стороны Министерства здравоохранения Италии в 2012 году Европейское региональное бюро ВОЗ запустило проект «Связанные с миграцией аспекты общественного здравоохранения» (Public Health Aspects of Migration in Europe, PHAME) с целью помочь государствам-членам адекватно реагировать на вызовы общественного здравоохранения, возникающие в связи с миграцией, для защиты здоровья беженцев и мигрантов и населения принимающих стран.

Важное значение имеет также европейская рамочная политика «Здоровье 2020», направленная на улучшение здоровья и благополучия населения и принятая Европейским региональным комитетом в 2012 году. В рамках этой политики признается право на здоровье и отмечается приверженность государств-членов принципам всеобщего и равного доступа и солидарности как ценностям, лежащим в основе организации и финансирования их систем здравоохранения. Услуги здравоохранения должны предоставляться с достоинством и без дискриминации, независимо от возраста, пола, инвалидности, расовой и этнической принадлежности, происхождения, вероисповедания, экономического или другого статуса и платежеспособности. Справедливость и устойчивость, качество, прозрачность, подотчетность и право на участие в принятии решений также являются согласованными принципами этой политики.

В политике «Здоровье 2020» большое внимание уделяется также тем аспектам широкого круга правительственных и общественных политик, которые влияют на здоровье населения в начале XXI века, а также требующимся комплексным подходам, которые должны охватывать целиком правительства и общество, базироваться на принципах «все важно для здоровья» и лежать в основе развития современной политики здравоохранения.

Несколько резолюций ВОЗ, принятых на глобальном и региональном уровнях, также имеют отношение к здоровью беженцев, лиц, ищущих убежища, и мигрантов, особенно резолюция WHA.61.17 о здоровье мигрантов (6), принятая Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2008 году, за которой в период председательства Испании в Европейском

союзе в 2010 году последовали глобальные консультации ВОЗ и Международной организации по миграции по программе действий (7).

СИТУАЦИЯ С МИГРАЦИЕЙ И ЗДОРОВЬЕМ В ЕВРОПЕ

Беженцы и мигранты представляют собой гетерогенную группу, включающую людей всех возрастных групп с различными потребностями в отношении здравоохранения. Хотя большинство прибывающих в Европейский регион беженцев и мигрантов являются молодыми людьми, среди них есть много престарелых и инвалидов. Растет число несовершеннолетних, многие из которых являются детьми без сопровождения взрослых. Женщины составляют половину всех мигрантов и зачастую непропорционально представлены среди уязвимых групп, например в группе жертв торговли людьми в целях сексуальной эксплуатации (8).

Если имеются эпидемиологические данные, они обычно говорят о более низкой ожидаемой продолжительности жизни беженцев и мигрантов по сравнению с населением в целом и в некоторых случаях о более высоких показателях младенческой смертности (9). Между группами, странами происхождения и состоянием здоровья мигрантов наблюдаются существенные различия.

Есть заметные различия в состоянии здоровья мужчин и женщин. Женщины чаще подвергаются сексуальному насилию, жестокому обращению, торговле людьми, для них также характерны риски, сопряженные с беременностью и родами. К специфичным для мужчин факторам риска относятся подверженность несчастным случаям, физическому перенапряжению и другим связанным с трудовой деятельностью опасностям для здоровья (4).

Мигранты формируют большую часть населения трудоспособного возраста, занятого на низкооплачиваемой работе, и они чаще работают по ненадежным, временным контрактам. Эти факторы, вероятно, способствуют социальной изоляции, депрессии и раннему началу сердечно-сосудистых заболеваний (10).

Данные также указывают на более высокую частоту психических расстройств среди беженцев и мигрантов, при этом риск выше у женщин, пожилых людей и тех, кто пережил травму. Риск психических расстройств дополнительно увеличивается из-за отсутствия социальной поддержки и повышенного стресса после миграции (11).

ПРЕДШЕСТВУЮЩАЯ РАБОТА ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО БЮРО ВОЗ

В 2013-2015 гг. в рамках проекта РНАМЕ при поддержке правительств государств-членов была проведена оценка ряда стран (Болгария, Кипр, Греция, Венгрия, Мальта и Сербия). Оценка проводилась с целью поддержать существующее сотрудничество министерств здравоохранения, страновых офисов ВОЗ и Европейского регионального бюро ВОЗ и укрепить имеющийся в каждой стране потенциал управления сложными задачами общественного здравоохранения, связанными с притоком беженцев. Ранее был разработан, опробован и во время ряда страновых оценочных миссий адаптирован инструментарий ВОЗ для оценки потенциала системы здравоохранения в области реагирования на значительное увеличение притока беженцев, лиц, ищущих убежища, и мигрантов в острой фазе (12).

В ходе оценок были проанализированы нынешнее состояние здоровья беженцев и мигрантов и способность системы здравоохранения быстро и эффективно реагировать, в том числе организовывать медицинское обследование и лечение. К важным вопросам относились наличие культурного посредничества и переводческих услуг для беженцев и мигрантов. Особую озабоченность вызывало число незащищенных детей без сопровождения взрослых; в процессе оценки и подготовки отчетов было рекомендовано усилить их защиту.

Потребности в отношении здравоохранения, в том числе по поводу физических и психологических травм от путешествия, а также обезвоживания, расстройства питания, гипотермии, острых респираторных инфекций, диареи, ВИЧ/СПИД, туберкулеза, кожных инфекций и ряда неинфекционных заболеваний были перечислены в отчетах по результатам оценок. Такие явления особенно отмечались у уязвимых групп, а именно пожилых людей, лиц с огра-

ниченными возможностями, беременных женщин и детей младшего возраста.

Меры немедленного реагирования зачастую предоставлялись с помощью неправительственных организаций. Затем проводилась оценка долгосрочного потенциала системы здравоохранения, а также возможностей эффективного эпиднадзора. Некоторые страны оказались явно в уязвимом положении в результате роста потоков въезда и выезда, а также при увеличении числа беженцев и мигрантов, остающихся в стране. В этих случаях совместные оценки выявили необходимость планирования на случай непредвиденных обстоятельств. Странам зачастую требовалось переключить внимание с чрезвычайных ситуаций на более долгосрочную, систематическую разработку местной и национальной политики здравоохранения по реагированию на нужды беженцев и мигрантов путем подготовки, например, общих планов действий при разного рода опасностях, в том числе на случай непредвиденных обстоятельств при скачкообразном росте миграции, планов ответных мер системы здравоохранения, координации между министерствами здравоохранения и неправительственными организациями и стратегии коммуникации для беженцев и лиц, ищущих убежища, мигрантов и местного населения.

По ходу оценочных миссий рабочие группы ВОЗ подготовили для государств-членов ряд предложений по ситуациям с миграцией. Например, в Сербии было предложено переключить внимание с чрезвычайного реагирования на систематический подход, в рамках которого следовало разработать план действий на случай непредвиденных обстоятельствах при потенциальном большом притоке транзитных людей, улучшить качество информации о здоровье мигрантов для разработки политики здравоохранения мигрантов, основанной на фактических данных, разработать стратегию коммуникации в сфере общественного здравоохранения и миграции (в том числе подготовку ключевых сообщений для широкой общественности) и укрепить культурное посредничество и переводческие услуги (13).

В других странах было рекомендовано реорганизовать службы первичной медико-санитарной помощи и рационализировать использование ресурсов (Болгария) (14); улучшить системы эпиднадзора по раннему предупреждению заболеваний и реагиро-

ванию (Болгария) (14); содействовать подготовке кадров и учебных программ для культурных посредников (Кипр) (15); улучшить политику иммунизации и проведение иммунизации мигрантов (Кипр) (15); стимулировать учебные поездки и проведение семинаров по обмену опытом (Кипр) (15); и создать эффективные устойчивые и справедливые системы для обеспечения готовности и реагирования и для разъяснительной работы о правах мигрантов на здоровье (Мальта) (16).

В других рекомендациях говорилось о том, что в министерствах здравоохранения должно быть создано подразделение, занимающееся здоровьем мигрантов, в том числе должен быть назначен координатор по здоровью мигрантов для связи с ВОЗ. Было рекомендовано улучшить централизованные информационные системы, чтобы можно было разрабатывать принципы здравоохранения мигрантов на основе фактических данных и планировать осуществление этих принципов. В отношении стратегий коммуникации было рекомендовано подготовить ключевые сообщения как для директивных органов, так и широкой общественности.

СОВЕЩАНИЕ ВЫСОКОГО УРОВНЯ ПО ВОПРОСАМ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ БЕЖЕНЦЕВ И МИГРАНТОВ, РИМ, 23–24 НОЯБРЯ 2015 Г.

В результате работы по проекту РНАМЕ и оценок в странах накапливались знания и опыт, что помогло стратегическому мышлению и разработке политики в Европейском регионе и государствах-членах региона.

Накопление общего регионального опыта, а также желание государств-членов разработать скоординированный региональный подход привело к тому, что 23–24 ноября 2015 года в Риме, Италия, было проведено совещание высокого уровня по вопросам охраны здоровья беженцев и мигрантов. В итоговом документе совещания прописано, что государства-члены создают общую основу для совместных действий по охране здоровья беженцев и мигрантов во избежание частичных, нескоординированных решений, принимаемых отдельными странами, и для согласования политической воли, разумной политики здравоохранения и социальной сферы и технических возможностей.

ФОРМИРОВАНИЕ ПОВЕСТКИ ДНЯ ДЛЯ ДЕЙСТВИЙ

Если принят подход, основанный на правах человека, это означает, что права беженцев и мигрантов, включая право на здоровье, являются неотъемлемой частью всех приоритетов и действий и что каждое государство-член должно выполнять свои обязательства уважать, защищать и осуществлять право на здоровье всех лиц в пределах своей юрисдикции, включая беженцев и мигрантов.

Оценки в странах показали, что определенные принципы имеют важное значение для достижения этой цели, и они-то и составили повестку дня для действий (кратко излагаются ниже).

1. Мероприятия общественного здравоохранения, направленные на защиту и укрепление физического и психического здоровья беженцев и мигрантов, а также принимающего населения, следует разрабатывать как в виде краткосрочных мер, так и в более долгосрочном плане.
2. Чтобы каждый беженец, лицо, ищущее убежища, или мигрант мог получить медицинскую помощь на протяжении всего миграционного пути, должен быть обеспечен недискриминационный доступ к гибкой, ориентированной на нужды людей системе здравоохранения.
3. Беженцы и мигранты должны быть как можно скорее интегрированы в существующие национальные структуры здравоохранения.
4. Следует уделять внимание находящимся в центре политики «Здоровье 2020» более широким социальным и экономическим вопросам включения в общество и благополучия по отношению к беженцам и мигрантам.
5. Важно улучшать условия жизни, которые сказываются на здоровье, например путем предотвращения перенаселенности и обеспечения доступа к чистой воде и канализации.
6. Потребности беженцев и мигрантов в охране здоровья должны быть отражены в национальных и глобальных механизмах финансирования с помощью широкого межсекторального подхода.
7. Подготовка специалистов здравоохранения и соответствующих других специальностей является ключевым элементом всех аспектов.
8. Должна быть обеспечена всесторонняя программа иммунизации.
9. Должны быть созданы системы, которые обеспечат непрерывный доступ к основным медицинским данным, независимо от перемещения людей.
10. Потребности беженцев и мигрантов в охране здоровья должны быть включены в национальные планы действий по предупреждению, систематическому мониторингу и контролю неинфекционных болезней.
11. Дополнительные усилия должны быть направлены на наиболее уязвимые группы мигрантов и беженцев: на детей, с первоочередным вниманием детям без сопровождения взрослых, беременных женщин, пожилых людей, инвалидов и жертв пыток.
12. Особое внимание следует уделять вопросам сексуального и репродуктивного здоровья, насилию по признаку пола, а также психическому здоровью и помощи при психических расстройствах. У беженцев, прибывающих из стран, находящихся в ситуации конфликтов и насилия, есть также повышенная потребность в медицинской помощи при травмах и ранах.
13. Требуется укрепить возможности быстрого эпиднадзора, чтобы собирать соответствующую информацию о беженцах и мигрантах, особенно в районах со значительной долей беженцев и мигрантов.
14. Следует прилагать особые усилия в сфере коммуникации, для того чтобы рассеивать страхи и ложные представления среди беженцев и других мигрантов, а также среди населения принимающих стран.
15. Следует принимать надлежащие меры для содействия активному участию и расширению прав и возможностей беженцев и мигрантов на всех этапах медицинского обслуживания, в том числе при разработке, планировании и оказании услуг.

16. Государства-члены должны периодически оценивать, соответствуют ли системы здравоохранения и меры в области общественного здравоохранения потребностям беженцев и мигрантов и достаточны ли потенциал системы здравоохранения и меры в этой сфере. Такие оценки могут быть проведены национальными или местными правительственными учреждениями при поддержке ВОЗ и других соответствующих международных партнеров.

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И ПЛАН ДЕЙСТВИЙ ПО ИХ РЕАЛИЗАЦИИ

Государства-члены приняли вышеизложенные соображения во внимание во время встречи Европейского регионального комитета в Копенгагене в сентябре 2016 года, на которой были приняты стратегия и план действий в отношении здоровья беженцев и мигрантов. Было обозначено девять приоритетных направлений.

ПРИОРИТЕТНАЯ ОБЛАСТЬ 1: СОЗДАНИЕ РАМОЧНОЙ ОСНОВЫ ДЛЯ СОВМЕСТНЫХ ДЕЙСТВИЙ

Цель заключается в укреплении сотрудничества учреждений Организации Объединенных Наций, Европейской комиссии, Международной организации по миграции и других национальных и международных организаций, которые действуют в сфере миграции и здравоохранения, в том числе неправительственных организаций, которые должны быть вовлечены по ходу всего процесса.

Заседание высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, посвященное решению вопросов, связанных с перемещением больших групп беженцев и мигрантов, и проведенное в Нью-Йорке в сентябре 2016 г., явилось в этом отношении переломным моментом для укрепления управления международной миграции и создания более ответственной и предсказуемой системы реагирования на массовые перемещения беженцев и мигрантов.

ПРИОРИТЕТНАЯ ОБЛАСТЬ 2: ЗАЩИТА ПРАВА БЕЖЕНЦЕВ, ЛИЦ, ИЩУЩИХ УБЕЖИЩА, И МИГРАНТОВ НА ЗДОРОВЬЕ

Позитивные политические и общественные воля и приверженность требуются для продвижения политики здравоохранения, чувствительной к нуждам мигрантов и направленной на обеспечение равного доступа к укреплению здоровья, профилактике заболеваний и медицинской помощи для беженцев и мигрантов. Такая политика должна идти рука об руку с информационно-просветительской работой по признанию прав человека и сокращению дискриминации и стигматизации.

ПРИОРИТЕТНАЯ ОБЛАСТЬ 3: ВОЗДЕЙСТВИЕ НА СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ

Следует тщательно учитывать основные социальные, экономические и экологические факторы, определяющие специфические риски для здоровья беженцев и мигрантов и результаты их воздействия. Сектору здравоохранения отводится ключевая роль в том, чтобы имеющие отношение к здоровью аспекты миграции рассматривались в свете более широкой правительственной политики и всеми соответствующими правительственными и негосударственными субъектами.

ПРИОРИТЕТНАЯ ОБЛАСТЬ 4: ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГОТОВНОСТИ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНЫХ ОТВЕТНЫХ МЕР ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Во многих странах готовность общественного здравоохранения недостаточная. Для того чтобы выявлять и удовлетворять потребности в охране здоровья беженцев и мигрантов, требуется наращивать потенциал систем здравоохранения, улучшать подготовленность служб общественного здравоохранения и систем здравоохранения, эпиднадзора и ответных мер, а также способствовать более активному участию служб охраны общественного здоровья в планировании и развитии систем здравоохранения.

ПРИОРИТЕТНАЯ ОБЛАСТЬ 5: УКРЕПЛЕНИЕ И ПОВЫШЕНИЕ УСТОЙЧИВОСТИ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Государства-члены должны обеспечить наличие минимального потенциала систем здравоохранения для решения проблем здравоохранения, связанных с миграцией, и для снижения смертности и заболеваемости. На начальных этапах процесса миграции беженцам и мигрантам должна предоставляться поддержка в отношении охраны здоровья, необходимая для преодоления трудностей в новой среде. После этого система здравоохранения должна предоставлять основные медицинские услуги, которые, где это возможно, должны быть полностью интегрированы в существующие национальные медицинские структуры и предоставляться без дискриминации.

ПРИОРИТЕТНАЯ ОБЛАСТЬ 6: ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Инфекционные заболевания зачастую вызывают озабоченность на местах, хотя следует подчеркнуть, что в целом беженцы и мигранты не представляют угрозу здоровью принимающего населения.

Задача для системы эпиднадзора и контроля инфекционных болезней аналогична задачам, с которыми система сталкивается, работая с населением в целом, и реагировать на них следует в рамках тех международных механизмов и принципов, которые предусмотрены Международными медико-санитарными правилами (2005 г.) (17).

Однако может быть так, что мигранты прибывают из стран с высокой распространенностью определенных инфекционных болезней (например, во многих странах происхождения наблюдается повышенная распространенность гепатитов). Такие проблемы должны решаться отдельно по конкретным рискам с использованием хорошо функционирующей системы общественного здравоохранения, к которой относятся эпиднадзор и охрана здоровья, необходимые и соразмерные меры и надлежащее информирование общественности и местных сообществ.

ПРИОРИТЕТНАЯ ОБЛАСТЬ 7: ПРОФИЛАКТИКА И СНИЖЕНИЕ РИСКОВ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Из-за ограниченного доступа к мерам по укреплению здоровья, профилактике заболеваний и медико-санитарной помощи во время транзита и на ранних адаптационных этапах миграции возрастает бремя нелеченых неинфекционных болезней. Потребности беженцев и мигрантов должны быть учтены в национальной стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями.

ПРИОРИТЕТНАЯ ОБЛАСТЬ 8: ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭТИЧНОГО И ЭФФЕКТИВНОГО ПРОВЕДЕНИЯ СКРИНИНГА И ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Следует разъяснять причины, по которым проводят частые оценки здоровья, массовый скрининг и обязательные медицинские осмотры, а также следует оценивать эффективность этих мероприятий. Такой скрининг должен проводиться на основе фактических данных и в интересах беженцев и мигрантов. ВОЗ выступает против программ обязательного широкомасштабного скрининга, которые часто являются логистически сложными и достаточно дорогостоящими.

ПРИОРИТЕТНАЯ ОБЛАСТЬ 9: УЛУЧШЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ И КОММУНИКАЦИИ О ЗДОРОВЬЕ

К приоритетным задачам относится улучшение сбора и доступа к адекватной, стандартизированной и сопоставимой информации о состоянии здоровья, изменяемых поведенческих факторах риска и доступности медицинской помощи для беженцев и мигрантов. Этим группам лиц должна предоставляться такая информация, чтобы облегчить их доступ к медицинскому обслуживанию. Необходимо обеспечить детализацию и сопоставимость данных, и требуется больше сведений о нелегальных мигрантах.

Следует приложить усилия в сфере коммуникации, чтобы рассеивать страхи и ложные представления среди беженцев и мигрантов, а также среди населения принимающей страны.

ВЫВОДЫ

Ключевая роль ВОЗ заключается в том, чтобы действовать на глобальном и региональном уровнях в качестве координатора сектора здравоохранения, работая совместно и во взаимодействии с другими заинтересованными субъектами и учреждениями.

Согласованная стратегия и план действий образуют основу для скоординированных и совместных действий по всему Европейскому региону. Это великолепный пример государств-членов, работающих коллективно над общими проблемами и разрабатывающих решения на основе общих ценностей и принципов и анализа накопленного опыта.

Выражение признательности: работа над проектом РНАМЕ и коллективная работа Европейского региона ВОЗ по Европейской рамочной программе действий ВОЗ по охране здоровья беженцев и мигрантов проводилась под общим руководством д-ра Жужанны Якаб, директора Европейского регионального бюро ВОЗ, д-ра Пирошки Остлин, директора Отдела политики и стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия, и д-ра Сантино Северони, координатора программы «Миграция и здоровье» Отдела политики и стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия. Региональное бюро хотело бы выразить свою признательность за оказанную поддержку министерствам здравоохранения Европейского региона и представителям правительственных и научных учреждений, а также другим учреждениям Организации Объединенных Наций и международным учреждениям. Региональное бюро особенно благодарно за постоянную поддержку Верховному комиссару Организации Объединенных Наций по делам беженцев и Международной организации по миграции.

Источник финансирования: Европейское региональное бюро ВОЗ выражает благодарность Министерству здравоохранения Италии за финансовую поддержку программы регионального бюро «Миграция и здоровье» в рамках проекта РНАМЕ.

Конфликт интересов: не указан.

Отказ от ответственности: автор несет самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые не обязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. McGuinness F, Hawkins O. Impact of immigration on population and the economy. Commons Briefing Paper CBP 7659. London: House of Commons Library; 2016 (<http://researchbriefings.parliament.uk/ResearchBriefing/Summary/CBP-7659>, по состоянию на 5 октября 2016 г.).
2. Autumn 2015 Economic Forecast: moderate recovery despite challenges [press release]. European Commission. 5 November 2015 (http://europa.eu/rapid/press-release_IP-15-5996_en.htm, по состоянию на 5 октября 2016 г.).
3. Gushulak BD, Weekers J, MacPherson DW. Migrants and emerging health issues in a globalized world: threats, risks and challenges, an evidence based framework. *Emerg Health Threats J.* 2010;2:e10. doi:10.3134/ehj: 09/010.
4. How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/how-health-systems-can-address-health-inequities-linked-to-migration-and-ethnicity>, по состоянию на 5 октября 2016 г.).
5. Refugees/Migrants Emergency Response – Mediterranean [website]. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2016 (<http://data.unhcr.org/mediterranean/regional.php>, по состоянию на 5 октября 2016 г.).
6. Резолюция WHA61.17. Здоровье мигрантов. В: Шестидесят первая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, Женева, 19–24 мая 2008 г. Резолюции и решения, приложения. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2008 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/24526/1/A61_REC1-ru.pdf, по состоянию на 5 октября 2016 г.).
7. Glossary on migration, 2nd edition. International Migration Law No. 25. Geneva: International Organization for Migration; 2011 (<http://publications.iom.int/books/international-migration-law-ndeg25-glossary-migration>, по состоянию на 5 октября 2016 г.).
8. Human trafficking in Europe: an economic perspective. Geneva: International Labour Organization; 2004 [Declaration/WP/31/2004; http://www.ilo.org/global/topics/forced-labour/publications/WCMS_081992/lang-en/index.htm, по состоянию на 5 октября 2016 г.).

9. Spallek J, Zeeb H, Razum O. Life course epidemiology: a conceptual model for the study of migration and health. In: Schenker MB, Castañeda X, Rodriguez-Lainz A, editors. Migration and health: a research methods handbook. Oakland, CA: University of California Press; 2014:38–56.
10. In it together: why less inequality benefits all. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development; 2015 (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264235120-en>, по состоянию на 5 октября 2016 г.).
11. Связанные с миграцией аспекты общественного здравоохранения: обзор фактических данных о состоянии здоровья беженцев и лиц, ищущих убежища, в Европейском регионе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/public-health-aspects-of-migrant-health-a-review-of-the-evidence-on-health-status-for-refugees-and-asylum-seekers-in-the-european-region-2015>, по состоянию на 5 октября 2016 г.).
12. Toolkit for assessing health system capacity to manage large influxes of refugees, asylum seekers and migrants. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/325611/Toolkit-assessing-HS-capacity-manage-large-influxes-refugees-asylum-seekers-migrants.pdf?ua=1, по состоянию на 5 октября 2016 г.).
13. Serbia: assessing health-system capacity to manage sudden large influxes of migrants. Joint report on a mission of the Ministry of Health of Serbia and the WHO Regional Office for Europe with the collaboration of the International Organization for Migration. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/publications/2015/serbia-assessing-health-system-capacity-to-manage-sudden-large-influxes-of-migrants-2015>, по состоянию на 5 октября 2016 г.).
14. Bulgaria: assessing health-system capacity to manage sudden, large influxes of migrants. Joint report on a mission of the Ministry of Health of Bulgaria and the WHO Regional Office for Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/300402/Bulgaria-Assessment-Report-en.pdf?ua=1, по состоянию на 5 октября 2016 г.).
15. Cyprus: assessing health- system capacity to manage sudden, large influxes of migrants. Joint report on a mission of the Ministry of Health of Cyprus, the International Centre for Migration, Health and Development and the WHO Regional Office for Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/293330/Cyprus-Assessment-Report-en.pdf?ua=1, по состоянию на 5 октября 2016 г.).
16. Hannigan A, O'Donnell P, O'Keeffe M, MacFarlane A. Assessing health-system capacity to manage sudden, large influxes of migrants. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (Health Evidence Network Synthesis Report 46; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/280714/Malta-assessing-health-system-capacity-manage-sudden-large-influxes-migrants.pdf?ua=1, по состоянию на 5 октября 2016 г.).
17. Международные медико-санитарные правила (2005), второе издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2008 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43883/4/9789244580417_rus.pdf, по состоянию на 5 октября 2016 г.).

Report

PROMOTING REFUGEES' RIGHT TO HEALTH AND SOCIAL INCLUSION: A SYSTEMATIC APPROACH

Katarina Carlzén¹, Slobodan Zdravkovic^{2,3}

¹The County Administrative Board of Skåne, Sweden

²Department of Care Science, Faculty of Health and Society, Malmö University, Sweden

³Malmö Institute for Studies of Migration, Diversity and Welfare, Malmö University, Sweden

Corresponding author: Katarina Carlzén (email: Katarina.Carlzen@lansstyrelsen.se)

ABSTRACT

The societal effects of forced migration are a burning topic of current political debate in Europe. There is an obvious absence of sustainable approaches to deal with this issue. We describe a collaborative and systemic regional effort, involving some 50 partners, towards a health-promoting and inclusive integration process designed to reach all refugees who settle in the southern

region of Sweden. The main components of this process are now being disseminated to other regions in Sweden, which is contributing to national capacity-building. In addition, a national educational programme is being developed for those engaged in conveying civic and health information to asylum seekers and refugees. This work involves stakeholders in collaboration with six universities from

different geographical areas of Sweden. The effort we describe in this report is expected to greatly contribute to providing better opportunities for all refugees in Sweden, and to empower them to control their own adaptation to a new life, thus reducing the risk of health deterioration often seen among them.

Keywords: MIGRATION, REFUGEES, HEALTH PROMOTION, INTEGRATION, SWEDEN

INTRODUCTION

In Europe, the societal effects of forced migration are a burning topic of current political debate. The lack of systemic measures for social inclusion and improving the health of migrants, based on actual needs, poses an urgent challenge to policy-makers and professionals working in the field, and constitutes a threat to the sustainability of refugee policies.

We describe a systematic and holistic model for an inclusive and health-promoting integration process for newly arrived refugees in Skåne in southern Sweden. The model, called Partnership Skåne, originated in 2008 and has gradually come to be recognized as a national model for refugee integration (Box 1). Its central components are recognized as good practices by authorities and organizations, as well as by civil society

BOX 1. PARTNERSHIP SKÅNE AND THE COUNTY ADMINISTRATIVE BOARD

Partnership Skåne began in 2008 with two projects and 16 partners. Today, some 50 social stakeholders are active partners in the different activities. Partnership Skåne is closely linked to existing formal agreements and strategic platforms for collaboration on a regional and national level, and is coordinated by the County Administrative Board in Skåne.

The County Administrative Board acts on behalf of the national government to promote regional capacity for receiving refugees with a residence permit. For this, facilitating collaboration between different stakeholders is crucial.

umbrella organizations, and are being nationally disseminated, contributing to national policy-making (1). Due to national legislation, asylum seekers are not

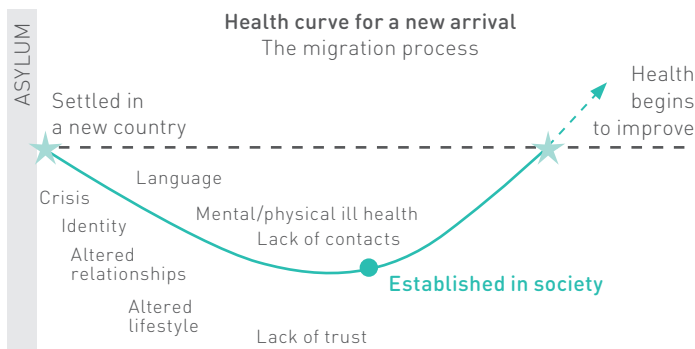
covered by the model. However, this will change in 2017, when they will gradually be included.

Furthermore, additional tools for national capacity-building in health promotion and inclusion are currently being prepared for national dissemination.

INTERSECTORAL MODEL FOR INTEGRATION AND HEALTH PROMOTION

Partnership Skåne is designed as a strategic-operational model, based on accumulated experience and research, that addresses the different impacts of forced migration on physical and mental health. Previous research indicates that refugees' health and well-being deteriorate over time after settling in Sweden (2). Refugees are at a higher risk of poor health compared with the general population; this is obviously partly tied to their experiences before and during the flight. Nevertheless, another important explanatory factor is how the initial period in the host country plays out at the individual and family level. The theoretical model illustrates how a number of risk factors may interact, resulting in the gradual deterioration of health for a period after settlement (Fig. 1). This changes only when some form of integration into society takes place.

FIG. 1. MODEL OF CHANGE IN HEALTH DURING THE FIRST PHASE AFTER A REFUGEE HAS RECEIVED A RESIDENCE PERMIT (3). THE ILLUSTRATION IS BASED ON A TIMELINE OF BETWEEN 7 AND 10 YEARS, WHICH IS CURRENTLY CONSIDERED TO BE THE AVERAGE TIME FOR INTEGRATION INTO SWEDISH SOCIETY (4).

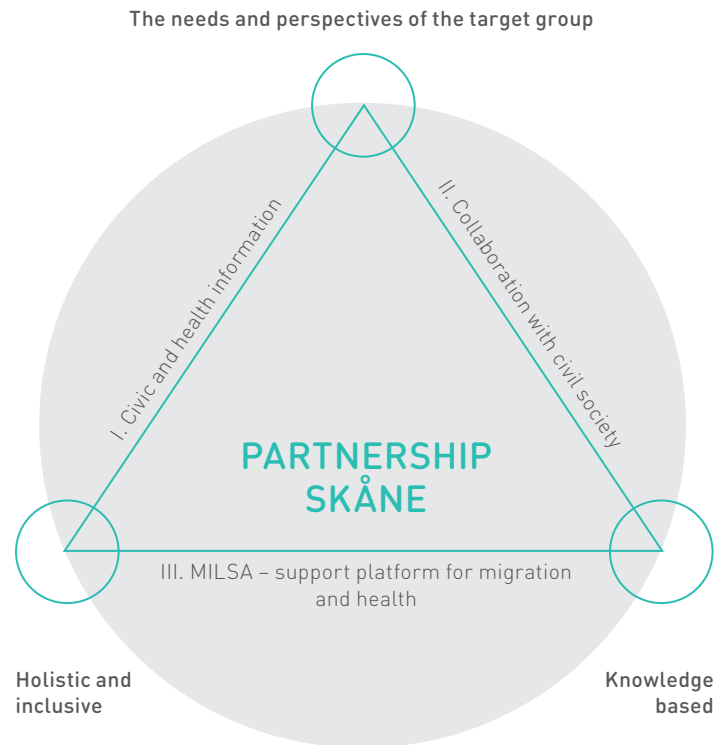


The complex interaction between economic and social vulnerability, marginalization and ill health poses serious challenges. Thus, development of the model started with several intersectoral seminars addressing questions such as to what extent the integration process was empowering, health promoting and conducive to social inclusion. The second step focused on which procedures could be developed in support of this, followed by the production of action plans around prioritized areas of coordinated activities (shown in Fig. 2). The action plans are listed below:

- I. provision of culturally sensitized civic and health information to all refugees;
- II. collaboration with civil society, and access to health-promoting and inclusive activities; and
- III. collaboration with researchers for the production of new knowledge and its implementation in practice.

The activities all started as single projects but today constitute joint collaborative platforms for development.

FIG. 2. MODEL OF THE THREE FUNDAMENTAL PRINCIPLES AND INTERLINKED COMPONENTS OF PARTNERSHIP SKÅNE.



I. CIVIC AND HEALTH INFORMATION: A KEY TO HEALTH AND EMPOWERMENT

A praxis that constitutes the basis of the system is to provide refugees soon after settlement with quality-assured and culturally sensitized information about health- and society-related issues in their mother tongue. Research shows that health literacy is a factor to consider when conveying health-related information. Health literacy concerns people's knowledge, motivation and competencies with regard to accessing, understanding, appraising and applying information in order to make judgements and decisions in everyday life concerning health care, disease prevention and health promotion (5, 6). It has been shown that a majority of newly arrived refugees in Sweden have inadequate health literacy (7), which reinforces the need for systematic, accessible and culturally sensitized information. Conveyed through dialogue, such information provides a basis for empowerment, and for taking care of one's health. Through the civic and health communicators tied to the platform, nearly all refugees in Skåne partake in a programme covering 32 different thematic areas adapted to suit refugees' specific needs in an environment conducive to trust and participation. The civic and health communicators all have personal backgrounds of forced migration and previous education in either the civic or health field but also receive extensive continuous training. Being at the centre of the system, i.e. Partnership Skåne, they are uniquely placed to help ensure that the continuous development work is adapted to the actual needs of

refugees. The programme is regularly evaluated on an informal individual, as well as a scientific, level (see Box 2) (8).

II. CROSS-SECTORAL COLLABORATION TO OPEN UP SOCIAL ARENAS THAT FACILITATE INCLUSION AND HEALTH

Creating a supportive setting in order to promote inclusion, well-being and health is a crucial objective of Partnership Skåne, regardless of the specific focus of the different activities that are carried out. Therefore, a main component of the model is to enable access to environments that facilitate networking and language practices within civil society. On a strategic level, civil society is involved in planning and decision-making, while on an organizational and operational level, civil society actors are engaged in providing services to refugees in conjunction with the public support system. Refugees are involved in already existing activities and associations (11), but also in the development of new activities designed to meet their special needs, such as the need for psychosocial support (4).

III. MILSA – SUPPORT PROGRAMME FOR MIGRATION AND HEALTH

A fundamental goal of the work described above is to create a foundation for close practice-based collaboration with the research sector. This is important, partly in order to gain from mutual learning processes and partly to produce new practice-based knowledge and scientific evidence to underpin policy development. MILSA recently concluded its first programme period of four interlinked projects (3):

- The first project carried out an extensive survey, partly based on the routine regional public health survey. It aimed to gain knowledge about the actual health situation among refugees, with the objectives of understanding the health status of refugees and identifying health-related obstructions to integration programmes in general. It also aimed to identify the need to adapt efforts towards integration.
- The second project worked together with the civic and health communicators to promote and facilitate physical activities within their programme.

BOX 2. CIVIC AND HEALTH INFORMATION

In 2010, culturally sensitized information about different topics related to living in Sweden, i.e. civic orientation, became a mandatory part of the integration programme offered to all newly arrived refugees with a residence permit in Sweden (9). However, as extensive health information was not covered by this legislation, a priority activity of the Partnership was to advocate for culturally sensitized health information as a right for all refugees in Sweden. The work was grounded in the research-based support platform for migration and health (MILSA), the third component in the model. Through MILSA, methods and knowledge for implementing this at a national level have been presented (10). These comprise efforts to integrate health information into the existing civic orientation by providing a blueprint for a needs-based educational programme and the organization needed for implementation at a national level.

- The third project focused on facilitating innovative forms of collaboration between the health sector, the authorities and civil society, aimed at proposing new ways to advocate a broader set of socially and vocationally integrative activities within the integration programmes.
- The fourth project had its focus on national capacity-building, and on the right to access culturally sensitized health information in combination with an extended civic orientation. It also focused on presenting tools to support relevant national capacity development, such as a nationally available standardized training course for health information.

KEY POINTS OF LEARNING

A study conducted in 2014 highlights a number of lessons to be learnt concerning the model, which can serve as an inspiration for how health-promoting development efforts should be set up to be as relevant as possible (12). The key points are summarized in the following sections.

A SYSTEMATIC APPROACH AS THE BASIS FOR DEVELOPING THE INTEGRATION PROCEDURE

An important departure point for the work within the platform is that the whole is more than the sum of the parts. The overarching goal of integration programmes is not necessarily achieved even though each part or organization achieves its goals. The development work is therefore not primarily connected to the activities of individual actors, but rather spans the areas of various functions and agencies with the aim of improving the system from the individual perspective. The structural components of the development work consist of cooperation, communication and development of joint actor processes. Collaboration becomes the means for developing the system, and for delivering greater overall benefits to each individual.

A FOCUS ON BUILDING CAPACITY RATHER THAN DEVELOPING NEW METHODS FOR INTEGRATION

The need to improve integration is sometimes interpreted as synonymous with method development. However, such a one-sided focus runs the risk of

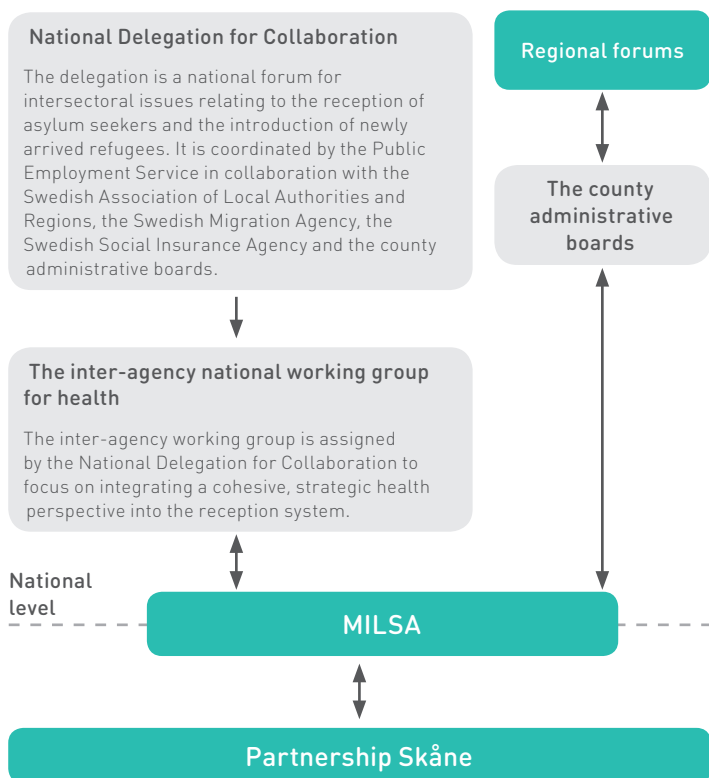
leading to lower benefits, with existing resources and methods not being utilized effectively. Studies show that the society's introduction support not only lacks relevant measures but also does not offer men and women measures based on their individual needs. In addition, cooperation between the actors is deficient (13). This means that the support system's capacity as a whole needs to be improved with regard to e.g. competence, coordination and processes, and not merely the range of available measures and methods.

To achieve sustainable effects, health-promoting development efforts need to have a broader perspective. The work of Partnership Skåne is based on such a broad perspective, with a focus on reinforcing collaboration, competence and processes in the system as a whole. In line with the purpose of capacity-building, several of the platform's projects are not targeted towards the newly arrived refugees themselves but towards the promoting actors who are responsible for the integration programme. Rather than a forum for traditional projects, the Partnership can be seen as a platform for horizontal operational and organizational development. This basic approach could be considered a prerequisite for the long-term development of the integration programme in a more health-promoting direction.

A STRATEGIC STRENGTHENING OF SUPPORT MEASURES COMBINED WITH OPERATIONAL ACTIVITIES

One important factor for success is the connection to formal agreements on different levels, which contributes to strategic strengthening of support measures. This is central with regard to the creation of mandate and legitimacy, as well as the consolidation of the different activities of the development work. Furthermore, this connection ensures that the initiatives taken are relevant to the goal of an inclusive and health-promoting integration process, and not just to the individual actors. The national platforms for collaboration that the County Administrative Board of Skåne is included in work as a springboard for raising the question of a health-promoting integration process at the national level (Fig. 3). At the same time, it is crucial that the development efforts show results, in order to maintain the actors' commitment and willingness to keep investing in the work over time. It is therefore important that the strategic perspective be supplemented with activities at an operational level.

FIG. 3. ORGANIZATIONAL CHART ILLUSTRATING HOW PARTNERSHIP SKÅNE IS LINKED TO MULTIPLE NATIONAL FORUMS THROUGH MILSA



NEXT STEPS AND CONCLUDING REMARKS

In 2015, about 5000 adult refugees settled in the region of Skåne. Partnership Skåne is designed to reach all refugees with a residence permit. The work to ensure a health-promoting integration process is now being further extended through collaboration with the private sector and cultural institutions, such as museums and libraries. MILSA is addressing the effects of this collaboration, as well as numerous health issues among refugees, including asylum-seeking unaccompanied minors. This is expected to contribute new knowledge that is important for improving existing policies, as well as for developing new ones. Another major effort is the ongoing organization of a national educational platform for civic and health communicators, involving stakeholders at all levels. This work is being done in collaboration with six universities from different geographical areas of Sweden. Knowledge gained from both completed and ongoing studies will be implemented continuously, as well as being disseminated nationally and internationally.

Acknowledgements: Partnership Skåne is the result of many people's commitment and deep conviction that it is possible to make a change and improve things.

Sources of funding: Partnership Skåne is jointly funded by Region Skåne and the County Administrative Board of Skåne. The projects have largely been funded by the European Refugee Fund and the European Social Fund.

Conflicts of interest: None declared.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

REFERENCES

1. Denckert K. Slututvärdering för MILSA – Stödplattform för migration och hälsa [Final evaluation report for MILSA – support platform for migration and health]. Stockholm: Ramböll Management; 2015 (in Swedish).
2. Ikonen A-M. Perspectives on the introduction program health and well-being – voices from newly arrived migrants. Malmö: Malmö University; 2015. (<http://www.lansstyrelsen.se/skane/En/manniska-och-samhalle/integration/partnership-skane/PublishingImages/Pages/default/Ikonen,%20AM%20Perspectives%20on%20the%20introduction%20program%20Health%20and%20Well-being.pdf>, accessed 19 August 2016).
3. Carlzén K, Björngren Cuadra C, Östergren P-O, Nilsson H, Agardh A, Zdravkovic S, et al. MILSA – Stödplattform för migration och hälsa – grunden läggs [MILSA – support platform for migration and health – laying the foundation]. Malmö, Sweden: The County Administrative Board of Skåne and Malmö University; 2015 (in Swedish). (<http://www.lansstyrelsen.se/skane/En/manniska-och-samhalle/integration/partnership-skane/PublishingImages/Pages/default/Anthology%20MILSA%20-%20Support%20Platform%20for%20Migration%20and%20health%20-%20Laying%20the%20foundation.pdf>, accessed 19 August 2016).
4. Swedish National Audit Office (Riksrevisionen). Nyanländas etablering – är statens insatser effektiva? (RiR 2015:17) [Establishment of newly arrived immigrants – are central government initiatives effective? (RiR 2015:17)]. Stockholm: Swedish National Audit Office; 2015 (in Swedish; http://www.riksrevisionen.se/PageFiles/22589/2015_17_summary.pdf, accessed 16 August 2016).
5. Krepps G L, Sparks L. Meeting the health literacy needs of immigrant populations. Patient Educ Couns.

- 2008;71:328–32 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399108001328>, accessed 21 November 2016).
6. Ingleby D. Acquiring health literacy as a moral task. *Int J Migration, Health Soc Care*. 2012;8 (1):22–31 (<http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/17479891211231383>, accessed 21 November 2016).
 7. Wångdahl J, Lytsy P, Mårtensson L, Westerling R. Health literacy among refugees in Sweden – a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2014;14:1030 (<http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-1030>, accessed 10 August 2016).
 8. Svensson P, Carlzén K, Agardh A. Exposure to culturally sensitive sexual health information and impact on health literacy: a qualitative study among newly arrived refugee women in Sweden. *Cult, Health Sex*. 2016 [Epub ahead of print, PMID: 27894219] doi: 10.1080/13691058.2016.1259503 (<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13691058.2016.1259503>, accessed 12 December 2016).
 9. Amnå E. Utredningen om samhällsorientering för nyanlända invandrare. Sverige för nyanlända utanför flyktingmottagandet: slutbetänkande [The public inquiry about civic orientation for newly arrived migrants. Sweden for new arrivals outside of the refugee reception: final report]. Stockholm; 2010 [in Swedish; <http://www.regeringen.se/contentassets/f11fe50457ea4a86a9a4f3d2d66052c5/sverige-for-nyanlanda-utanfor-flyktingmottagandet-sou-201037>]
 10. Al-Adhami M. Feasibility study MILSA – health communication in relation to the civic orientation and introduction of newly arrived refugees in Sweden. Uppsala, Malmö: Uppsala University, The County Administrative Board of Skåne; 2015 (<http://www.lansstyrelsen.se/skane/SiteCollectionDocuments/Sv/manniska-och-samhalle/integration/partnerskap-skane/MILSA/Feasibility%20study%20MILSA.pdf>, accessed 21 November 2016).
 11. Ikonen A-M. Social inclusion through associations and voluntary organizations - experiences from refugees in Kristianstad and Helsingborg. Malmö: Malmö University; 2014 (http://natverket.org/wp-content/uploads/BILAGA3_deltagarutv%C3%A4rdering_NAD.pdf, accessed 10 August 2016).
 12. Rosén K. Analys och rekommendationer till stöd för fortsatt arbete [Working Group Focus Health – analysis and recommendations in support of further work]. Stockholm: Ramböll Management; 2015 [in Swedish; <http://www.lansstyrelsen.se/skane/En/manniska-och-samhalle/integration/partnership-skane/PublishingImages/Pages/default/Working%20group%20focus%20health%20-%20Analysis%20and%20recommendations%20in%20support%20for%20further%20work.pdf>, accessed 19 August 2016).
 13. Med rätt att delta. Nyanlända kvinnor och anhöriginvandrare på arbetsmarknaden [With the right to participate. Newly arrived women and family immigrants in the labor market]. SOU 2012:69. Stockholm: Swedish Ministry of Labour; 2012 [in Swedish; <http://www.regeringen.se/49baff/contentassets/fde8f60006f74609a153cf9ba5c5b9c0/med-ratt-att-delta---nyanlanda-kvinnor-och-anhoriginvandrare-pa-arbetsmarknaden-sou-201269-hela-betankandet>, accessed 6 December 2016).

FIG. 4. THE FUNDAMENTAL STARTING POINTS FOR THE WORK IN MILSA

Health is a human right

Migration due to flight increases the risks of physical and mental ill health. Yet the health perspective is often lacking in the integration process. MILSA aims to change this!

Research and practice – a good match

MILSA is a joint initiative where authorities, municipalities, organisations, and associations collaborate with researchers from different disciplines. We produce new knowledge and implement it in practice.

Associations make people associate with each other

The civil society organisations are an important resource in the introduction of newly arrived migrants. In MILSA, the civil society organisations are a given part.

A holistic approach to human beings and the system

For MILSA, a holistic perspective is essential. We make societal resources available and we provide opportunities for individuals to access them.

Health communication provides a good start

Professional civic and health communication in the migrants' native language is an important first step towards preventing ill health. Knowledge is the basis of autonomy and health.

Development of new knowledge and methods

MILSA is an innovative development platform for migration and health. We create new models for, and drive the development of, a health-promoting introduction. Knowledge, methods, and models are disseminated nationally as well as internationally. The platform is managed by the County Administrative Board of Skåne and Malmö University.

More about MILSA

<http://www.lansstyrelsen.se/skane/milsa>

We are building the
integration process of the future
MILSA – a development model for migration and health

MILSA is part of the Regional Agreement for collaboration on the introduction of newly arrived migrants and of the development platform Partnership Skåne.

PARTNERS the County Administrative Board of Skåne | a number of other county administrative boards | Malmö University | Region Skåne | the Social Economy Network in Skåne | the Sensus Study Association | the Red Cross | the Swedish Public Employment Service | the Skåne Association of Local Authorities | Skåne municipalities | the Swedish Social Insurance Agency | the Swedish Migration Agency | Lund University | Uppsala University | Luleå University of Technology | Mid Sweden University

MILSA

Доклад

СОДЕЙСТВИЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВ БЕЖЕНЦЕВ НА ЗДОРОВЬЕ И СОЦИАЛЬНУЮ ИНТЕГРАЦИЮ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Katarina Carlzén¹, Slobodan Zdravkovic^{2,3}

¹ Окружной административный совет Сконе, Швеция

² Кафедра социальных наук, факультет здоровья и общества, университет Мальмё, Швеция.

³ Институт Мальмё по исследованиям вопросов миграции, разнообразия и социального обеспечения, университет Мальмё, Швеция

Автор, отвечающий за переписку: Katarina Carlzén (адрес электронной почты: Katarina.Carlzen@lansstyrelsen.se)

АННОТАЦИЯ

Социальные последствия вынужденной миграции являются одной из горячих тем текущих политических дебатов в Европе. Наблюдается очевидное отсутствие устойчивых подходов к решению этой проблемы. Мы предлагаем описание совместных и системных региональных мероприятий с участием около 50 партнеров, осуществленных с целью обеспечения процесса, направленного на укрепление здоровья и комплексную интеграцию, разработанного для охвата всех бежен-

цев, проживающих в южном регионе Швеции. Информация об основных компонентах этого процесса сегодня передается в другие регионы Швеции, что способствует наращиванию потенциала на национальном уровне. Кроме того, разрабатывается национальная образовательная программа для специалистов, занимающихся распространением информации по гражданским и медико-санитарным вопросам среди беженцев и лиц, ищущих убежища. В этой работе принимают участие

различные заинтересованные стороны в сотрудничестве с шестью университетами из разных географических регионов Швеции. Предполагается, что описанные в данном отчете мероприятия будут в значительной мере способствовать созданию лучших возможностей для всех беженцев в Швеции и позволят им контролировать их собственную адаптацию к новым условиям жизни, снижая, таким образом, риск ухудшения здоровья, часто наблюдаемый в этой группе.

Ключевые слова: МИГРАЦИЯ, БЕЖЕНЦЫ, УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ, ИНТЕГРАЦИЯ, ШВЕЦИЯ

ВВЕДЕНИЕ

Социальные последствия вынужденной миграции являются одной из горячих тем текущих политических дебатов в Европе. Отсутствие системных мер по социальной интеграции и улучшению здоровья мигрантов, исходя из их актуальных потребностей, представляет собой острую проблему для лиц, вырабатывающих политику, и специалистов, работающих на местах, и создает угрозу устойчивости политики в отношении беженцев.

Мы описываем системную и целостную модель реализации совместного процесса интеграции, направленного на укрепление здоровья беженцев, недавно прибывших в регион Сконе на юге Швеции. Эта мо-

дель под названием «Партнерство Сконе» была разработана в 2008 году и со временем признана в качестве национальной модели интеграции беженцев (Вставка 1). Государственные органы и организации, и ведущие организации гражданского общества признали ее основные компоненты стандартами передовой практики и сегодня распространяются на национальном уровне, что содействует формированию политики на национальном уровне (1). Из-за особенностей национального законодательства просители убежища не попадают под действие этой модели. Однако в 2017 году ожидаются изменения в данном направлении, и их начнут постепенно охватывать мероприятиями в рамках данной модели.

ВСТАВКА 1. ПАРТНЕРСТВО СКОНЕ И ОКРУЖНОЙ АДМИНИСТРАТИВНЫЙ СОВЕТ

Деятельность Партнерства Сконе началась в 2008 году с двух проектов с участием 16 партнеров. Сегодня около 50 социальных организаций являются активными партнерами в различных сферах. Партнерство Сконе работает в тесной связи с существующими официальными соглашениями и стратегическими платформами сотрудничества на региональном и национальном уровнях. Его работу координирует Окружной административный совет Сконе.

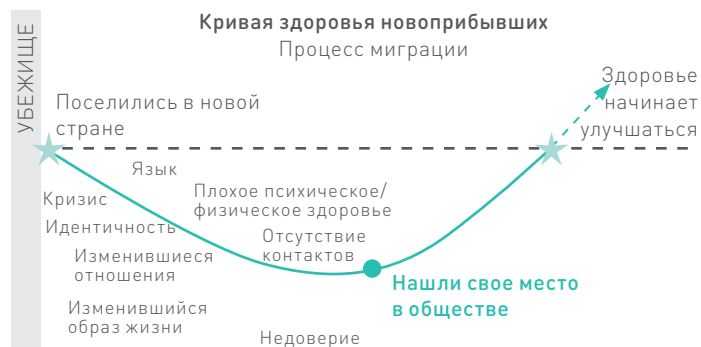
Окружной административный совет действует от имени правительства страны с целью повышения регионального потенциала для приема беженцев, имеющих вид на жительство. В этой связи обеспечение сотрудничества между разными заинтересованными сторонами приобретает первостепенное значение.

Кроме того, в настоящее время разрабатываются дополнительные инструменты для наращивания потенциала на национальном уровне по вопросам укрепления здоровья и социальной интеграции. Эти материалы будут распространяться по всей стране.

МЕЖСЕКТОРАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ИНТЕГРАЦИИ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Партнерство Сконе разработано как стратегическая модель практической деятельности на основе накопленного опыта и результатов исследований, направленная на преодоление различных последствий вынужденной миграции для физического и психического здоровья. Результаты предыдущих исследований показывают, что здоровье и благополучие беженцев после переезда в Швецию со временем ухудшаются (2). Беженцам грозит более высокий риск ухудшения здоровья по сравнению с общим массивом населения; это совершенно очевидно отчасти связано с тем, что им пришлось пережить до и во время бегства из их стран. Тем не менее, еще одним важным фактором, объясняющим эту ситуацию, является то, с чем им и их семьям пришлось столкнуться на начальном этапе жизни в принимающей стране. Теоретическая модель иллюстрирует возможное взаимодействие разных факторов риска, которые приводят к постепенному ухудшению здоровья в течение определенного периода времени после переезда (рис. 1). Эта картина

РИС. 1. МОДЕЛЬ ИЗМЕНЕНИЙ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ БЕЖЕНЦЕМ ВИДА НА ЖИТЕЛЬСТВО (3). ДАННАЯ ИЛЛЮСТРАЦИЯ ОТРАЖАЕТ ВРЕМЕННУЮ ПЕРИОД ОТ 7 ДО 10 ЛЕТ, КОТОРЫЙ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ СЧИТАЕТСЯ СРЕДНИМ ВРЕМЕНЕМ ИНТЕГРАЦИИ В ШВЕДСКОЕ ОБЩЕСТВО (4)



меняется только в случае интеграции в общество в той или иной форме.

Комплексные взаимосвязи между экономической и социальной уязвимостью, маргинализацией и плохим здоровьем представляют серьезную проблему. Таким образом, разработка этой модели началась с проведения нескольких межсекторальных семинаров для рассмотрения следующих вопросов: до какой степени процесс интеграции содействует расширению прав, укреплению здоровья и социальной инклюзии. На втором этапе рассматривалось, какие процедуры могут быть разработаны в поддержку этого, после чего были подготовлены планы действий по приоритетным направлениям скоординированных действий (см. рис. 2). Эти планы действий перечислены ниже:

- I. Предоставление информации по гражданским и медико-санитарным вопросам всем беженцам с учетом их культурных особенностей.
- II. Сотрудничество с гражданским обществом и обеспечение доступа к мероприятиям по укреплению здоровья и социальной инклюзии. и
- III. Сотрудничество с учеными с целью получения новых знаний и их практической реализации.

Все эти виды деятельности начинались как отдельные проекты, но сегодня представляют собой совместные платформы для организации коллективной работы.

РИС. 2. МОДЕЛЬ ТРЕХ ОСНОВОПОЛАГАЮЩИХ ПРИНЦИПОВ И ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ КОМПОНЕНТОВ ПАРТНЕРСТВА СКОНЕ



I. ИНФОРМАЦИЯ ПО ГРАЖДАНСКИМ И МЕДИКО-САНИТАРНЫМ ВОПРОСАМ: КЛЮЧ К ЗДОРОВЬЮ И РАСШИРЕНИЮ ПРАВ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ

Практический подход, лежащий в основе этой системы, предусматривает предоставление информации гарантированного качества по общественным и медико-санитарным вопросам беженцам с учетом их культурных особенностей и на их родном языке. Исследования показывают, что медицинская грамотность является фактором, который следует учитывать при распространении информации медицинского характера. Понятие медицинской грамотности включает уровень знаний, мотивации и умений в отношении доступа, понимания, оценки и применения информации, для того чтобы выносить суждения и принимать решения в повседневной жизни о медицинской помощи, профилактике болезней и укреплении здоровья (5, 6). Было отмечено, что большинство новопривывших беженцев в Швеции имеют низкую медицинскую грамотность (7), что еще больше подчеркивает потребность в предоставлении им систематической, доступной информации с учетом их культурных особенностей. Такая информация, сообщаемая в форме

диалога, создает основу для расширения их прав и возможностей для того, чтобы эти люди начали заботиться о своем здоровье. Благодаря общению со специалистами по распространению информации по гражданским и медицинским вопросам, работающим в рамках данной платформы, почти все беженцы в регионе Сконе принимают участие в программе, охватывающей 32 различные тематические области, адаптированные с учетом конкретных потребностей беженцев, в обстановке, содействующей доверию и участию. Все эти специалисты сами пережили вынужденную миграцию и ранее прошли обучение по гражданской или медико-санитарной тематике, и постоянно проходят дальнейшую подготовку. Работая в самом центре этой системы, т.е., в Партнерстве Сконе, они, как никто другой, помогают адаптировать непрерывную работу по развитию этой системы к реальным потребностям беженцев. Регулярно проводится как неформальная, так и научная оценка этой программы (см. Вставку 2) (8).

ВСТАВКА 2. ИНФОРМАЦИЯ ПО ГРАЖДАНСКИМ И МЕДИКО-САНИТАРНЫМ ВОПРОСАМ

В 2010 году разработка информации с учетом культурных особенностей по различным темам, относящимся к жизни в Швеции, то есть, по вопросам гражданской ориентации, стала обязательным компонентом программы интеграции, предлагаемой всем новопривывшим беженцам, получившим вид на жительство в Швеции (9). Однако поскольку в этом законе не было предусмотрено предоставление широкой информации на темы здоровья, основным видом деятельности Партнерства Сконе стали мероприятия в поддержку распространения медико-санитарной информации с учетом культурных особенностей как одного из прав всех беженцев в Швеции. Эта работа основывалась на научно обоснованной платформе поддержки в области миграции и здоровья (MILSA) – третьем компоненте этой модели. С помощью MILSA были представлены методы и информация о реализации такого подхода на национальном уровне (10). Они включают работу по включению медико-санитарной информации в существующие мероприятия гражданской ориентации, предоставляя планы образовательной программы на основе потребностей и организационных мероприятий, необходимых для ее реализации на национальном уровне.

II. МЕЖСЕКТОРАЛЬНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО ДЛЯ СОЗДАНИЯ ВОЗМОЖНОСТЕЙ УЧАСТИЯ В ОБЩЕСТВЕННОЙ ЖИЗНИ, ЧТО СОДЕЙСТВУЕТ СОЦИАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ И ЗДОРОВЬЮ

Создание благоприятной обстановки для содействия социальной интеграции, благополучию и здоровью является ключевой целью Партнерства Сконе независимо от конкретных направлений других реализуемых мероприятий. Таким образом, главный компонент этой модели заключается в создании доступа к условиям, обеспечивающим взаимодействие и языковую практику в гражданском обществе. На стратегическом уровне гражданское общество вовлекается в планирование и процессы принятия решений, а на организационном и оперативном уровнях представители гражданского общества участвуют в оказании услуг беженцам совместно с государственной системой социальной поддержки. Беженцев вовлекают в уже реализуемые мероприятия и ассоциации (11), а также в разработку новых видов деятельности для удовлетворения их особых потребностей, например, в психосоциальной поддержке (4).

III. MILSA – ПРОГРАММА ПОДДЕРЖКИ В СФЕРЕ МИГРАЦИИ И ЗДОРОВЬЯ

Основопологающая цель описанной выше работы – заложить фундамент для тесного, практического сотрудничества с научно-исследовательским сектором. Это важно в том числе для того, чтобы обогатить свои знания в процессе взаимного обмена опытом, а также для того, чтобы приобрести новые практические знания и получить научно доказанные факты для разработки политики. Недавно в программе MILSA завершился первый период, в ходе которого осуществлялись четыре взаимосвязанных проекта (3):

- В рамках первого проекта было проведено широкое исследование, которое отчасти основывалось на плановом региональном обследовании состояния здоровья. Оно проводилось с целью получения информации о реальной ситуации с состоянием здоровья беженцев и было призвано решить следующие задачи: получить представление о состоянии здоровья беженцев и выявить обусловленные медицинскими факторами препятствия

к программам интеграции в целом. Еще одной целью было определение потребности в адаптации деятельности в сфере интеграции.

- Второй проект осуществлялся в сотрудничестве со специалистами по распространению информации по гражданским и медико-санитарным вопросам с целью пропаганды и обеспечения физической активности в рамках их программы.
- Третий проект был направлен на внедрение новаторских форм сотрудничества между сектором здравоохранения, органами власти и гражданским обществом с целью выработки новых способов поддержки более широких мероприятий для социальной и профессиональной интеграции в рамках интеграционных программ.
- Основное внимание в ходе четвертого проекта уделялось наращиванию национального потенциала и обеспечению права на доступ к медицинской информации с учетом национальных особенностей наряду с расширенной гражданской ориентацией. Также предлагались инструменты в поддержку развития национального потенциала в соответствующих сферах, такие как общенациональный стандартизированный учебный курс по медико-санитарной тематике.

ОСНОВНЫЕ ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ

Исследование, проведенное в 2014 году, определило ряд уроков, которые необходимо изучить в связи с данной моделью, которая может послужить источником вдохновения для разработки максимально актуальных мероприятий по укреплению здоровья (12). Ключевые уроки представлены в обобщенном виде в нижеследующих разделах.

СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД КАК ОСНОВА ДЛЯ РАЗРАБОТКИ ПРОЦЕДУРЫ ИНТЕГРАЦИИ

Важной отправной точкой деятельности в рамках этой платформы является понимание того, что целое – это больше, чем сумма его частей. Всеобъем-

лющая цель программ интеграции не всегда может быть достигнута, даже если каждая часть организации достигает своих целей. Таким образом, работа в области развития в первую очередь связана не с деятельностью отдельных участников, но скорее охватывает области различных функций и учреждений с целью улучшения системы с точки зрения отдельного человека. Структурные компоненты работы в области развития включают сотрудничество, коммуникацию и разработку совместных процессов. Сотрудничество становится средством развития системы и предоставления более широких общих выгод каждому индивидууму.

АКЦЕНТ НА РАЗВИТИИ ПОТЕНЦИАЛА ВМЕСТО РАЗРАБОТКИ НОВЫХ МЕТОДОВ ИНТЕГРАЦИИ

Потребность в улучшении интеграции иногда отождествляют с разработкой методов. Однако такой однобокий взгляд опасен, поскольку может привести к сокращению выгод из-за неэффективного использования имеющихся ресурсов и методов. Результаты исследований показывают, что в деятельности по поддержке интеграции в общество не только отсутствуют необходимые мероприятия, но и не предлагаются мероприятия для женщин и мужчин с учетом их индивидуальных потребностей. Кроме того, отмечается недостаточный уровень сотрудничества между действующими лицами (13). Это означает, что необходимо улучшать потенциал системы поддержки в целом, например, с точки зрения компетентности, координации и процессов, а не только расширять спектр доступных мероприятий и методов.

Для достижения устойчивого эффекта в мероприятиях по укреплению здоровья необходимо руководствоваться более широким подходом. Работа Партнерства Сконе основана как раз на таком широком подходе с акцентом на усилении сотрудничества, развитии навыков и процессов в системе в целом. В соответствии с задачей наращивания потенциала несколько проектов в рамках этой платформы нацелены не на вновь прибывших мигрантов, как таковых, а на поддержку специалистов, которые отвечают за программу интеграции. Это партнерство можно рассматривать не как форум традиционных проектов, а скорее как платформу для горизонтального оперативного и организационного развития. Этот основной подход можно считать предпосылкой

для долгосрочного развития программы интеграции в направлении укрепления здоровья, которому уделяется больше внимания.

СТРАТЕГИЧЕСКОЕ УСИЛЕНИЕ МЕР ПОДДЕРЖКИ НАРЯДУ С ОСУЩЕСТВЛЕНИЕМ ТЕКУЩИХ МЕРОПРИЯТИЙ

Важным фактором успеха является привязка деятельности к официальным соглашениям на разных уровнях – это способствует стратегическому усилению мер по поддержке. Это играет важнейшую роль при формировании мандата и обеспечении легитимности, а также для консолидации различных мероприятий в области развития. Более того, благодаря такой связи обеспечивается актуальность осуществляемых инициатив для достижения цели инклюзивного процесса интеграции, направленного на укрепление здоровья, а не только для отдельных исполнителей этого процесса. Национальные платформы сотрудничества, в работе которых

РИС. 3. ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ДИАГРАММА, ИЛЛЮСТРИРУЮЩАЯ СВЯЗЬ ПАРТНЕРСТВА СКОНЕ С РАЗЛИЧНЫМИ НАЦИОНАЛЬНЫМИ ФОРУМАМИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ MILSA



принимает участие Окружной административный совет Сконе, служат своеобразным трамплином для обсуждения процесса интеграции, направленного на укрепление здоровья, на национальном уровне (рис. 3). В то же время важно, чтобы деятельность в области развития приносила результаты, чтобы поддержать приверженность и готовность действующих лиц к дальнейшим инвестициям в эту работу. Поэтому важно, чтобы стратегическое видение дополнялось практической деятельностью на оперативном уровне.

ДАЛЬНЕЙШИЕ ШАГИ И ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ

В 2015 году около 5000 взрослых мигрантов поселились в регионе Сконе. Партнерство Сконе предусматривает предоставление вида на жительство всем мигрантам. Сегодня работа по обеспечению процесса интеграции, направленного на укрепление здоровья, еще больше расширяется за счет сотрудничества с частным сектором и учреждениями культуры, такими как музеи и библиотеки. Программа MILSA занимается вопросами этого сотрудничества, а также многочисленными проблемами со здоровьем беженцев, включая несопровождаемых несовершеннолетних, обращающихся за убежищем. Ожидается, что это позволит получить новые знания, необходимые для совершенствования существующих правил, а также для разработки новых. Кроме того, продолжается серьезная работа по организации национальной образовательной платформы для лиц, распространяющих информацию по гражданским и медико-санитарным вопросам. В эту работу вовлечены заинтересованные стороны на всех уровнях. Эта деятельность осуществляется в сотрудничестве с шестью университетами из шести географических регионов Швеции. Знания, полученные в результате уже завершенных и текущих исследований, будут применяться на постоянной основе и распространяться на национальном и международном уровне.

Выражение признательности: Партнерство Сконе сформировалось в результате самоотверженной работы множества людей и их глубокой убежденности в возможности изменений и улучшении ситуации.

Источник финансирования: Партнерство Сконе финансируется совместно правительством региона Сконе и Окружным административным советом Сконе. Проекты в основном получают финансирование из Европейского фонда помощи беженцам и Европейского социального фонда.

Конфликт интересов: не указан.

Отказ от ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые не обязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ

- Denckert K. Slututvärdering för MILSA – Stödplattform för migration och hälsa [Final evaluation report for MILSA – support platform for migration and health]. Stockholm: Ramböll Management; 2015 (in Swedish).
- Ikonen A-M. Perspectives on the introduction program health and well-being – voices from newly arrived migrants. Malmö: Malmö University; 2015. (<http://www.lansstyrelsen.se/skane/En/manniska-och-samhalle/integration/partnership-skane/PublishingImages/Pages/default/Ikonen,%20AM%20Perspectives%20on%20the%20introduction%20program%20Health%20and%20Well-being.pdf>, accessed 19 August 2016).
- Carlzén K, Björngren Cuadra C, Östergren P-O, Nilsson H, Agardh A, Zdravkovic S, et al. MILSA – Stödplattform för migration och hälsa – grunden läggs [MILSA – support platform for migration and health – laying the foundation]. Malmö, Sweden: The County Administrative Board of Skåne and Malmö University; 2015 (in Swedish). (<http://www.lansstyrelsen.se/skane/En/manniska-och-samhalle/integration/partnership-skane/PublishingImages/Pages/default/Anthology%20MILSA%20-%20Support%20Platform%20for%20Migration%20and%20health%20-%20Laying%20the%20foundation.pdf>, accessed 19 August 2016).
- Swedish National Audit Office (Riksrevisionen). Nyanländas etablering – är statens insatser effektiva? [RiR 2015:17] [Establishment of newly arrived immigrants – are central government initiatives effective? (RiR 2015:17)]. Stockholm: Swedish National Audit Office; 2015 (in Swedish; http://www.riksrevisionen.se/PageFiles/22589/2015_17_summary.pdf, accessed 16 August 2016).
- Krepps G L, Sparks L. Meeting the health literacy needs of immigrant populations. Patient Educ Couns. 2008;71:328–32 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399108001328>, accessed 21 November 2016).

6. Ingleby D. Acquiring health literacy as a moral task. *Int J Migration, Health Soc Care*. 2012;8 (1);22–31 [<http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/17479891211231383>, accessed 21 November 2016].
7. Wångdahl J, Lytsy P, Mårtensson L, Westerling R. Health literacy among refugees in Sweden – a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2014;14:1030 [<http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-1030>, accessed 10 August 2016].
8. Svensson P, Carlzén K, Agardh A. Exposure to culturally sensitive sexual health information and impact on health literacy: a qualitative study among newly arrived refugee women in Sweden. *Cult, Health Sex*. 2016 [Epub ahead of print, PMID: 27894219] doi: 10.1080/13691058.2016.1259503 [<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13691058.2016.1259503>, accessed 12 December 2016].
9. Amná E. Utredningen om samhällsorientering för nyanlända invandrare. Sverige för nyanlända utanför flyktingmottagandet: slutbetänkande [The public inquiry about civic orientation for newly arrived migrants. Sweden for new arrivals outside of the refugee reception: final report]. Stockholm; 2010 [in Swedish; <http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2010/05/sou-201037>, accessed 10 August 2016].
10. Al-Adhami M. Feasibility study MILSA – health communication in relation to the civic orientation and introduction of newly arrived refugees in Sweden. Uppsala, Malmö: Uppsala University, The County Administrative Board of Skåne; 2015 [<http://www.lansstyrelsen.se/skane/SiteCollectionDocuments/Sv/manniska-och-samhalle/integration/partnerskap-skane/MILSA/Feasibility%20study%20MILSA.pdf>, accessed 21 November 2016].
11. Ikonen A-M. Social inclusion through associations and voluntary organizations - experiences from refugees in Kristianstad and Helsingborg. Malmö: Malmö University; 2014 [http://natverket.org/wpcontent/uploads/BILAGA3_deltagarutv%C3%A4rdering_NAD.pdf, accessed 10 August 2016].
12. Rosén K. Analys och rekommendationer till stöd för fortsatt arbete [Working Group Focus Health – analysis and recommendations in support of further work]. Stockholm: Ramböll Management; 2015 [in Swedish; <http://www.lansstyrelsen.se/skane/En/manniska-och-samhalle/integration/partnership-skane/PublishingImages/Pages/default/Working%20group%20focus%20health%20-%20Analysis%20and%20recommendations%20in%20support%20for%20further%20work.pdf>, accessed 19 August 2016].
13. Med rätt att delta. Nyanlända kvinnor och anhöriginvandrare på arbetsmarknaden [With the right to participate. Newly arrived women and family immigrants in the labor market]. SOU 2012:69. Stockholm: Swedish Ministry of Labour; 2012 [in Swedish; <http://www.regeringen.se/49baff/contentassets/fde8f60006f74609a153cf9ba5c5b9c0/med-ratt-att-delta---nyanlanda-kvinnor-och-anhoriginvandrare-pa-arbetsmarknaden-sou-201269-hela-betankandet>, accessed 6 December 2016].

РИС. 4. ОСНОВНЫЕ МОМЕНТЫ НАЧАЛА РАБОТЫ В MILSA

Здоровье – одно из прав человека

Миграция, обусловленная бегством, повышает риск ухудшения физического и психического здоровья. При этом в процессе интеграции зачастую отсутствуют вопросы охраны здоровья. MILSA намерена это изменить!

Союз науки и практики

MILSA – это совместная инициатива, в рамках которой органы власти, муниципалитеты, организации и объединения сотрудничают с учеными различных специальностей. Мы создаем новые знания и применяем их на практике.

Целостный подход к людям и системе

Целостный подход имеет важное значение для MILSA. Мы обеспечиваем наличие ресурсов общества и предоставляем людям возможности для доступа к ним.

Распространение медицинской информации дает хороший старт

Профессиональная коммуникация по гражданским и медико-санитарным вопросам на родных языках мигрантов – важный первый шаг к профилактике плохого здоровья. Знание – это основа самостоятельности и здоровья.

Мы выстраиваем процесс интеграции будущего

MILSA – модель развития в области миграции и здоровья

Развитие новых знаний и методов

MILSA – инновационная платформа развития в области миграции и здоровья. Мы создаем новые модели и разрабатываем мероприятия в сфере интеграции, направленные на укрепление здоровья. Знания, методы и модели распространяются на национальном и международном уровне. Деятельностью этой платформы руководят Окружной административный совет Сконе и университет Мальмё.

Подробнее о программе MILSA

<http://www.lansstyrelsen.se/skane/milsa>

Ассоциации помогают людям объединяться

Организации гражданского общества являются важным ресурсом для интеграции новоприбывших мигрантов. В программе MILSA организации гражданского общества играют незаменимую роль.

MILSA действует в рамках Регионального соглашения о сотрудничестве в сфере интеграции новоприбывших мигрантов и деятельности платформы Партнерства Сконе в области развития. Партнеры: Окружной административный совет Сконе | ряд других окружных административных советов | университет Мальмё | Регион Сконе | Сеть социальной экономики Сконе | Бюро переписи населения | Красный Крест | Шведская государственная служба занятости | Ассоциация местных органов власти Сконе | муниципалитеты Сконе | Шведское агентство социального страхования | Шведское агентство по вопросам миграции | Лундский университет | Уппсальский университет

MILSA

Report

CULTURALLY TAILORED GROUP TRAINING TO ENHANCE EQUITY IN HEALTH AMONG MIGRANT WOMEN IN SWEDEN

Solvig Ekblad¹, Ann Hjerpe², Hanna Lunding²

¹ Cultural Medicine, Department of Learning, Informatics, Management and Ethics (LIME), Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

² Health Course Project, Region Kronoberg, Sweden

Corresponding author: Solvig Ekblad (email: Solvig.Ekblad@ki.se)

ABSTRACT

Objectives: We piloted a culturally tailored, participatory health promotion group intervention and explored the experiences and perceived health at baseline and follow-up of Arabic- and Somali-speaking women migrants in Växjö, South Sweden.

Methodology: A mixed methods approach was used to evaluate the experience of this intervention before, directly after and at the 6-month follow-up. Each intervention was 5 weeks long, with a 2-hour session each week, and held by a team of interprofessional clinical staff and a coordinator. The local coordinator

recruited participants from a convenient cohort.

Results: The data are from 49 female Arabic- and Somali-speaking participants who were divided into six groups. The participants perceived that their health had improved significantly ($P < 0.005$) directly after the intervention with a moderate effect size ($d = 0.42$). This result was supported by the qualitative evaluation after 6 months, analysed using revised content analysis. The general theme was "Health course with multiple practical impacts", which had two

categories ("Empowerment" and "Changed living habits and new knowledge") and eight subcategories. The study is ongoing and there will be a further comprehensive evaluation. Due to practical aspects, a control group was not used.

Conclusions: A culturally tailored, participatory group intervention on the prevention of ill health, on health as a human right and on empowerment in Arabic- and Somali-speaking women has beneficial effects.

Keywords: EMPOWERMENT, HEALTH COMMUNICATION TRAINING, HEALTH LITERACY, MIGRANT WOMEN'S HEALTH, MIGRATION, SWEDEN

INTRODUCTION

According to the Universal Declaration of Human Rights (1), health is a fundamental human right. The World Health Organization defines mental health as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community (2). From this viewpoint, health is seen as a resource for everyday life rather than the purpose of life. As a consequence, primary care needs to be both gender and migrant sensitive (3). Migrant women's ill health, especially mental illness, constitutes a major global public health burden, yet there is a substantial

gap in knowledge and education about this condition. Health is closely related to lifestyle (3). Health promotion, defined as the process of making it possible for people to take control over and improve their health to a large extent (2), includes activities such as psychosocial and health education interventions. These are of great significance as they can tackle the risk factors for and stop progression or even prevent the onset of noncommunicable diseases. In order to be efficient, the strategies need to be tailored to the relevant population and cultural context, and are of significance for making evidence-informed policy recommendations to decrease health inequity in the spirit of the United Nations' 2030 Sustainable Development Agenda (4).

The Swedish Parliament decided in 1975 that Sweden had become a multicultural society (5). At the end of 2014, according to the Swedish Statistics Bureau, foreign-born people made up 20.5% of the population (6). The third most common language in Sweden is Arabic, and the 13th most common is Somali (7). According to the Swedish Migration Agency, the most common reason for immigration during recent years has been to reunite with family already living in Sweden (not taking into account the mass migration experienced during the past year and a half). However, migration may be highly selective, with the so-called healthy migrant effect (8) resulting in migrants being healthier than the population in the target countries with respect to specific diseases. There are manifold factors responsible for the health status of migrants, such as the situation in their home countries and migration history, the situation in the target countries and their cultural background, sense of coherence and coping mechanisms.

According to Silove's theoretical model (9), post-migration stress has a negative impact on the health-related quality of life of newly arrived migrants (10). The Swedish Public Health Report 2009 shows that the prevalence of physical and mental ill health among immigrants is twice that of Swedish-born populations (11). Among migrants, especially refugees, the health of women is poorer than that of men (12). Due to these facts, there has been a call to integrate migration-related health issues with the health-equity framework (13). More research with the aim of empowering migrants to integrate into society is required as our society is characterized by diversity (14). Health empowerment models seem to be the most effective approaches to health education (15, 16). They are viewed as an important part of a comprehensive action that challenges the structural determinants of health, in which health literacy is a significant factor (17). Health literacy is defined as having practical knowledge about bodily functions and signs of dysfunctions, being able to find and understand information about a health condition, and determining how this influences people's actions (15). It has been shown that after an innovative model of culturally tailored health promotion groups for refugee patients in primary care in the United States, these patients had a greater understanding about the importance of preventive health measures, which reduced their perceived illness (depression) (18). We have promising

results from a few case studies in Sweden using this model on groups of newly arrived refugees and immigrant women from countries outside Europe, who had not yet been identified as patients (19–21).

To increase knowledge in this field, we explored the strategy of a culturally tailored, evidence-based health promotion intervention in Växjö, a medium-sized town in the south of Sweden. We focused on Arabic- and Somali-speaking migrant groups, which are currently the largest migrant groups in Sweden. The research questions were: (i) how do participants assess their perceived health before, at the end of, and 6 months after the end of the intervention? and (ii) how do participants view their participation in the intervention?

METHODS

THE PARTICIPATORY INTERVENTION APPROACH – A SHORT DESCRIPTION

The participatory intervention approach has been described in detail (19–21) and will therefore be presented only briefly here. The intervention was initiated by a health-care centre in one of the more culturally diverse neighbourhoods in Växjö. Initially, a registered district nurse (AH) was employed as a coordinator and a multidisciplinary team was recruited as moderators (physicians, midwives, dental nurse, social workers, police, occupational therapist, therapist, physiotherapist). In order to collect information on the needs and requests from the target group, focus group discussions were held with an Arabic-speaking group and a Somali-speaking group. The pedagogic technique was a participatory approach through an interactive workshop – that is, participants were invited to engage in a dialogue with the moderators and ask questions about health, lifestyle and prevention, which were noted by the coordinator. Each lecture was developed and designed to be simple and clear comprising two hour-long sessions of continuous dialogue and questions on each topic (Box 1). In the middle of each session, there was a short break for some complementary refreshments. Participants were given handouts of the PowerPoint presentations.

BOX 1. DESCRIPTION OF INTERVENTION

The intervention comprised a 2-hour session per week for 5 weeks on the following topics:

1. introduction/the Swedish health-care system
2. healthy eating habits/dental care
3. female anatomy and contraception/family planning
4. migration stress-related illness and coping/physical activity
5. social service support for parents and children/domestic violence.

SETTINGS AND INTERPRETATION

To support a preventive approach and avoid making the participants feel like patients, the intervention took place in a neutral facility outside the health-care centre. The facility was familiar to the participants and close to where many immigrants live. All presentations were made in Swedish. To ensure that the participants understood what was said, everything was translated by a certified interpreter. The aim

was to use the same interpreter throughout all the meetings. The language alternated between Somali and Arabic for every other health intervention. In order to create a comfortable and familiar atmosphere, the coordinator (AH) was always present. Codes of conduct were also set up to provide a structure to the sessions and minimize disorder (e.g. everything said during the session stays in the room, no visits from others during the session and a closed group to build trust). SE supervised the performance and HL compiled the questionnaires and transcribed the 6-month follow-up (1st follow-up).

All questions raised by the participants during the intervention were collected in order to further improve the course. Some examples from each topic are shown in Table 1.

INVITED PARTICIPANTS

Initially, the target group comprised 25–64-year-old immigrant women, who had had a residence permit for a maximum of 5 years. However, some participants who had lived in Sweden longer than 5 years were included as they perceived themselves as newcomers, i.e. departing/arriving several times from/to Sweden. After receiving information from key people on where to find the two target groups, we distributed a written invitation in Arabic and Somali in strategically selected locations where members of the target group gathered for social and educational purposes. The invitation was also distributed at the health-care centre.

STUDY DESIGN

To evaluate the intervention, a mixed methods follow-up was used with both qualitative and quantitative questions (How would you describe your health?, How often would you say that you have strength and energy? and How much have aches and pain affected your daily life during the past week?) adapted from earlier studies (19–21), along with a locally written and translated cover letter. The participants answered the questionnaire on three occasions: before the course, at the last session of the course and at a 6-month follow-up.

At the 6-month follow-up, the participants were also invited to discuss their experiences of the course and whether it had had an impact on their life and health. The dialogue was conducted by the coordinator

TABLE 1. EXAMPLES OF QUESTIONS FROM PARTICIPANTS RELATED TO THE VARIOUS THEMES

Theme	Question
Swedish health-care system	If I do not speak Swedish well enough, how do I go about calling the health-care centre for an appointment?
Healthy eating habits	Can I develop cancer from not eating healthy?
Dental care	Can my gums disappear if they're bleeding while I brush my teeth?
Physical activity	How can the physiotherapist help to ease the pain?
Stress	Can mental illness affect my memory?
Female anatomy	If I am only allowed to wash my vagina once a day, how do I go about it when I need to pray? I have to be clean then!
Family planning	How can the contraception implant prevent a pregnancy if it is placed in the arm, far away from the uterus?
Social service support for parents and children	When does the social service place children in foster care?
Domestic violence	For how long is a person detained for domestic violence?

(AH) and the evaluation resource (HL) according to a semistructured interview guide. The conversation was mainly translated by an interpreter who was present on site and once with the aid of an interpreter over the phone.

DATA ANALYSIS

Quantitative data acquired from the three evaluations were analysed through descriptive statistics using SPSS version 22.0 for Windows. This analysis included calculating mean values and standard deviations for all Likert items included. We used Spearman's analysis to identify the strength of associations between ranked (nonparametric) questions. Paired samples *t*-testing and a binominal distribution for exact significance test were performed to determine whether the participants showed changes in their perceived health at group level directly after the health course. Effect sizes (Cohen's *d*) were calculated to verify any improvement: an effect size of 0.2 was assumed to be small, 0.5 to be average and >0.8 to be large. Only *P* values of less than 0.05 are reported in the results. Sociodemographic characteristics and lifestyle questions were described by means, standard deviations and frequencies.

An inductive approach was used for the qualitative data because this is advisable when previous knowledge is lacking, which was the case in our study (22). The qualitative data was analysed through a manifest content analysis (23) as the study relied on an interpreter for translation of communication, and analysing the latent content would therefore be questionable (24).

The interviews were recorded with the consent of the participants. These were transcribed by the evaluation resource (HL) and independently scored by the coordinator (AH). The participants' answers to the questions and the narratives from the group interview at the 6-month follow-up were summarized in notes taken by the evaluation resource (HL) and independently scored by the coordinator (AH). They then discussed the coded material and arrived at content categories and themes.

ETHICAL CONSIDERATIONS

The study was approved by the regional ethical committee in Linköping (Dnr 2014/502-31).

RESULTS

PARTICIPANTS AND DROPOUTS

The main challenge of the health intervention was recruiting participants. In the six interventions conducted in the ongoing project thus far, the response rate was 87.5%; 49 women completed the course. A few people applied but failed to show up and seven participants started but did not complete the course. The drop-outs (seven participants) were not included in a drop-out analysis as the number was too small to analyse. As the quantitative data analysis from the 2nd follow-up is ongoing, these results are not included. Of the 49 individuals completing the course, 39 answered both the baseline and 1st follow-up questionnaires; therefore, the quantitative analysis is limited to these 39 individuals.

The group represented 11 different countries of origin, of which Somalia, Syria and Iraq were the most common. The majority were married women with children. As Table 2 indicates, both educational background and working experience varied among the participants, with working experience predominantly in the fields of sales, restaurant, economics and teaching.

TABLE 2. SOCIODEMOGRAPHIC DESCRIPTION OF THE GROUP

	Mean (SD)	Min-Max
Age	38.18 (8.73)	20-53
Number of children	3.23 (1.24)	1-6
Years in school	9.33 (4.270)	1-16
Working years before arrival in Sweden	7.67 (8.015)	0-25
Years in Sweden	4.70 (2.22)	1-12
SD: standard deviation.		

The main reasons for coming to Sweden were to escape war or other difficulties in the home country (63%) or to reunite with family already living in Sweden (in the latter case, they are given permission to stay).

PERCEIVED HEALTH

The number of participants who experienced a lot of pain decreased between the baseline and 1st follow-up. The same positive trend was observed in participants' experiences of strength and energy; however, the

improvement was not significant, as shown in Table 3. When studying the participants' self-perceived health, the results showed a positive development among the participants: the difference was significant ($t = -2.994$, $df = 37$, $P < 0.005$) with a medium effect 0.42 (Cohen's d).

TABLE 3. PERCEIVED HEALTH AMONG PARTICIPANTS BEFORE (BASELINE) AND AFTER (FOLLOW-UP 1) THE HEALTH COURSE

	Baseline mean (SD) (n=39)	Follow-up 1 mean (SD) (n=39)	Gain	Cohen's d
How would you describe your health? (Poor-Excellent)	3.59 (1.069)	4.00 (0.383)	0.41	0.42
How often would you say that that you have strength and energy? (Never-Always)	3.72 (0.999)	3.82 (0.721)	0.10	0.11
How much have aches and pain affected your daily life during the last week? (Very much-Not at all)	3.50 (1.133)	3.64 (0.903)	0.14	0.13

There are strong correlations among the three questions at baseline and a rather strong correlation at the 1st follow-up (Table 4).

Regarding sleeping habits, the group showed a positive tendency towards sleeping more hours, and having fewer and less frequent nightmares after the intervention.

NARRATIVE INTERVIEWS AT THE 1ST FOLLOW-UP

Twenty-three persons participated in the group dialogue at the 6-month follow-up and until now. The attendance was as expected and gives saturation in the qualitative analysis, i.e. no new information emerged during the interviews (23). The qualitative analysis

TABLE 5. GENERAL THEME, CATEGORIES AND SUB-CATEGORIES FROM SIX-MONTH FOLLOW-UP INTERVIEWS

General Theme	Categories	Sub-categories
Health course with multiple practical impact	Empowerment	Improved health and confidence
		Practicing the language
		Social benefits
		Becoming ambassadors
	Changed living habits and new knowledge	Eating habits
		Physical activity
		Female body
		The parental role

TABLE 4. CORRELATIONS BETWEEN QUESTIONS ON PERCEIVED HEALTH, STRENGTH/ENERGY AND PAIN AT BASELINE MEASUREMENT AND THE 1ST FOLLOW-UP^{a,b}

Questions	Baseline			1st Follow-up		
	1	2	3	1	2	3
1. How would you describe your health?	-	-	-	0.524**	-	-
2. How often would you say that you have strength and energy?	0.764**	0.617**	-	-	0.373*	-
3. How much have aches and pain affected your daily life during the past week?	0.578**	-	-	-	-	0.468**

*: Correlation is significant at the 0.05 level; **: correlation is significant at the 0.01 level.

^a n = 39.

^b Spearman's two-tailed correlation test.

resulted in one general theme, “Health course with multiple practical impacts”, two categories and eight subcategories, as presented in Table 5.

EMPOWERMENT

Improved health and confidence

Participants stated that the health intervention was important for immigrants in several ways. They expressed how they received a lot of new knowledge, which improved their health and resulted in a better quality of life. They also felt more confident in making healthy choices and taking care of their own health after the course.

I have been here more than 6 years and I had not received this information earlier that I've received through the health course, when it comes to food and the body, when it comes to health. I learnt a lot that I did not know before.

A commonly expressed opinion in the groups was that the intervention was too short and they wanted additional sessions to learn more. The participants wished the intervention to continue in order to reach as many immigrants as possible.

Practising the language

Participants felt that the health course not only improved their knowledge on health but also provided a great opportunity for them to practise Swedish and expand their vocabulary in the field of migration and health. Some participants also used the handouts to pass on the information as these were written in Swedish, and provided an opportunity to practise the language.

Social benefits

Another important point expressed by the women was the increased social interaction due to the health intervention. They made friends and engaged in other activities together. The participants expressed their gratitude towards the moderators who showed interest in them and treated them with great respect and kindness.

Becoming ambassadors

The women shared the new and useful knowledge with friends, relatives and fellow students during Swedish lessons. They found the handouts very useful for informing others. It was sometimes a challenge to influence their children and husbands to improve their eating habits; however, with perseverance, they managed to get their message through.

I sat down with the family in the living room and showed them all the handouts and I said, “If you want better health you should do like this.” And then I asked, “Do you want better health?” “Of course we want better health,” they said. So we have changed the eating habits. It was difficult in the beginning but now everyone is used to it.

CHANGED LIVING HABITS AND NEW KNOWLEDGE

Eating habits

The habit that most participants changed was their eating habits. They talked about how their view on daily meals had changed; for example, they started eating breakfast. Another piece of advice several participants followed was the plate model (i.e. half of the plate consists of vegetables, a quarter of carbohydrates and a quarter of protein). Eating more vegetables, drinking-water instead of juice or coca cola and using whole-grain bread and pasta instead of white flour products were other examples: “My children didn't like vegetables but now they eat and they have got used to it.” The women also affirmed that they had lost weight due to their new habits. The intake of sugar was considerably reduced; for example, they were eating less cakes and candy. This was not only because of the risk of gaining weight but also related to improved dental health. They were now very conscious about brushing their teeth after eating sweets.

Physical activity

Prior to the health intervention, some participants were physically active only when they went from one place to another, while others said that they never exercised in any way. After the health intervention, some started to walk instead of taking the bus or walked as a form of exercise. Some of the health

benefits they described were a sharper mind, not feeling as tired as they did previously when they were physically active, sleeping better and resolution of earlier back pain: "Before, I went by bus. However, now I can walk far without feeling the effort."

Female body

The female body was one topic of discussion that the participants found very important and wanted to learn more about. As most of the women were practising Muslims, and had to wash themselves five times a day before praying, vaginal hygiene was a topic that engaged many. One participant said that she had stopped using medicine for vaginal hygiene and she felt it was very good for her. Several of the women had been giving birth to a child every, or every other, year and therefore family planning was another important subject they wanted to learn more about.

I went to the midwife and said I want to rest, I want to sleep. Give me some advice. What can I use? The midwife was totally shocked. "What has happened? You usually don't want to use those things!" But now, the 17th of this month, I'm going to put that contraceptive implant in.

A sensitive discussion issue was virginity. The women came from cultural contexts where it is important to bleed after the first sexual intercourse. They found it very difficult to receive facts about the female anatomy that contradicted what they had learnt before.

The participants wanted more information about the female body and pregnancy; and how they as parents could inform and talk to their daughters about menstruation. In their home countries, they got support from their own mothers or other female relatives but here they were on their own when dealing with such issues.

The parental role

The women felt that they needed a lot of information about bringing up children in Sweden, as there are different laws here than those they were used to. For example, it is forbidden to use corporal punishment on children in Sweden, and this clashes with a cultural belief that children do not learn without corporal punishment. A fear was also expressed concerning the

social workers' authority to separate children from their parents. An inaccurate perception was that social workers could place their children in foster care if the parents put up boundaries that upset the children: "We meet with a social worker. But we need more knowledge. About what they do and what the police do. They should tell us more about it. Many do not know!"

DISCUSSION

The aim of this study was to explore self-perceived health among female participants before a culturally tailored health intervention and at two follow-up interactions. The results indicate a significant improvement in perceived health directly after the intervention, with a medium effect size, which is in line with other Swedish interventions (19–21). The approach of group dialogues generated a group dynamic that resulted in peer recommendations; it may therefore be more effective than individual dialogues (19–21).

The study highlights two main findings: the women felt empowered and improved their living habits after the health intervention. The women described how the health course inspired them to make changes in their lifestyle. Increased physical activity and healthier eating habits were prominent changes among the women in the group. They also described how they felt the effect and reward of better health almost immediately, which made it easier for them to establish a new habit. As they felt inspired to spread the message about the importance of healthy living habits, they became ambassadors of a preventive perspective. This is important in the long run, as teaching children at an early age about healthy living habits (e.g. preventing obesity in a child) increases the chances of them maintaining these habits in adult life, which could have a positive effect on public health in general (25). It is also empowering for the women themselves to feel that they can contribute something important to the health of their family and friends.

Participants expressed a wish to continue the learning process. They said that they felt empowered in both their ability to learn and to actively make healthier decisions related to their living habits. This made them more confident of taking care of their own health.

This outcome is supported by earlier studies (19–21). The health intervention turned out to have a positive effect on the participants' health literacy (15), as they expressed an improved ability to communicate on their own when talking to a doctor or other health staff.

With the benefits connected to improved health among the women, the health course model itself brought little strain on the health-care system as it was managed with limited resources. Beyond the knowledge gained in health, the health intervention also gave the participants the opportunity to practise the Swedish language. Thus, the intervention not only had a direct impact at the individual level but is also likely to have a positive effect on the society at large, as good health and successful integration are strongly connected (2).

All topics were appreciated and considered important by the participants; however, two topics attracted greater attention than the others and brought about lively discussions. These were knowledge about the female body and increased understanding of social service support. Cultural differences and concepts were strong within these areas and it was important to encounter these perceptions with facts in a respectful way. This finding underlines the importance of providing a culturally tailored participatory intervention for each target group.

A methodological limitation of this ongoing study is the small size of the intervention group, and the limited amount of material produced. A limitation was the insecurity among the women in filling in the questionnaires, which could have affected the data. Further, it is not possible to confirm the health improvement, that is, that the medium-size effect on perceived health is solely the outcome of the health course. For practical reasons, there was no control group in this study (but the participants were their own controls via pre-/post-intervention measurements). However, the mixed methods approach ensures data validity, which strengthens the observation that the health course contributed to participants' changed living habits. A report from the Health Evidence Network and the WHO regional Office for Europe has examined the cultural contexts of health and the use of narrative research in the health sector (26).

CONCLUSIONS

A culturally tailored participatory group intervention on the prevention of ill health, on health as a human right and on empowerment for Arabic- and Somali-speaking women has implications for better health.

Acknowledgements: We thank all participating women and moderators who made this research possible. We also thank Erica Ericsson, registered nurse and operations manager at Vårdcentralen Dalbo, Landstinget Kronoberg, for her support during the research project.

Sources of funding: We are very thankful for funding from the Utvecklingsfonden.

Conflicts of interest: None declared.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

REFERENCES

1. The Universal Declaration of Human Rights. In: United Nations [website]. Paris: United Nations General Assembly; 1948 (<http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>, accessed 11 December 2016).
2. Mental health: a state of well-being. Geneva: World Health Organization; August 2014 (http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/, accessed 11 December 2016).
3. Stepping up action on refugee and migrant health. Towards a WHO European framework for collaborative action. Outcome document of the High-level Meeting on Refugee and Migrant Health, 23–24 November 2015, Rome, Italy. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/298196/Stepping-up-action-on-refugee-migrant-health.pdf, accessed 11 December 2016).

4. The sustainable development agenda. In: United Nations: Sustainable Development Goals [website] (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/>, accessed 11 December 2016).
5. Regeringens proposition om riktlinjer för invandrar- och minoritetspolitiken m. m. Proposition 1975:26. Stockholm: The Swedish Parliament; 1975.
6. Statistics Sweden. Befolkningsstatistik [Population] [in Swedish; <http://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/folkmand-efter-fodelseland-19002015/> accessed 13 December 2016]
7. Här är 20 största språken i Sverige [Here are the top 20 languages in Sweden]. Språktidningen [website]. 29 March 2016 [in Swedish; <http://spraktidningen.se/blogg/har-ar-20-storsta-sprakerna-i-sverige>, accessed 13 December 2016].
8. McKay L, Macintyre S, Ellaway A. Migration and health: a review of the international literature. Glasgow: Medical Research Council Social and Public Health Sciences Unit; 2003.
9. Silove D. The psychosocial effects of torture, mass human rights violations and refugee trauma – toward an integrated conceptual framework. *J Nerv Ment Dis.* 1999;187 (4):200–7.
10. Ekblad S, Abazari A, Eriksson N-G. Migration stress-related challenges associated with perceived quality of life. A qualitative analysis of Iranian and Swedish patients. *Transcult Psychiatry.* 1999;36:329–45.
11. Folkhälsorapport 2009 [Public health report 2009]. Socialstyrelsen: Stockholm, Sweden: 2009 [in Swedish; <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71>, accessed 11 December 2016].
12. Hollander A-C, Bruce D, Ekberg J, Burström B, Ekblad S. The association between immigrant subgroup and poor mental health – a population-based register study. *J Nerv Ment Dis.* 2013;201(8):645–52.
13. Ingleby D. Ethnicity, migration and the “social determinants of health” agenda. *Psychosocial Intervention.* 2012;21(2):331–41. doi:10.5093/in2012a29.
14. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet.* 2012;380:1011–29.
15. Adams RJ, Stocks NP, Wilson DH, Hill CL, Gravier S, Kickbusch I et al. Health literacy – a new concept for general practice? *Aust Fam Physician.* 2009;38(3):144–7.
16. Maton KI. Empowering community settings: agents of individual development, community betterment, and positive social change. *Am J Community Psychol.* 2008;41(1–2):4–21.
17. Green J, Tones K. Health promotion: planning and strategies. London: Sage Publications; 2010.
18. Berkson SY, Tor S, Mollica R, Lavelle J, Cosenza C. An innovative model of culturally tailored health promotion groups for Cambodian survivors of torture. *Torture.* 2014;24(1):1–16.
19. Eriksson-Sjö T, Cederberg M, Östman M, Ekblad S. Quality of life and health promotion intervention – a follow up study among newly-arrived Arabic-speaking refugees in Malmö, Sweden. *International Journal of Migration, Health and Social Care.* 2012;8:112–26.
20. Ekblad S, Asplund M. Culture- and evidence-based health promotion group education perceived by new-coming adult Arabic-speaking male and female refugees to Sweden – pre and two post assessments. *Open J Prev Med.* 2013;3(1):12–21. doi:10.4236/ojpm.2013.31002.
21. Ekblad S, Persson-Valenzuela U-B. Lifestyle course is an investment in perceived improved health among newly arrived women from countries outside Europe. *Int J Environ Res Public Health.* 2014;11(10):10622–40.
22. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs.* 2007;62(1):107–15.
23. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004;24(2):105–12.
24. Hsieh H-F, Shannon S. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res.* 2005;15(9):1277–88.
25. Gualdi-Russo E, Zaccagni L, Manzon VS, Masotti S, Rinaldo N, Khyatti M. Obesity and physical activity in children of immigrants. *Eur J Public Health.* 2014;24(Suppl 1):40–6.
26. Greenhalgh T. Cultural contexts in health: the use of narrative research in the health sector. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (Health Evidence Network [HEN] synthesis report 49) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/317623/HEN-synthesis-report-49.pdf?ua=1, accessed 4 December 2016).

Доклад

ГРУППОВОЙ ТРЕНИНГ, РАЗРАБОТАННЫЙ С УЧЕТОМ КУЛЬТУРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ, ПО ПОВЫШЕНИЮ УРОВНЯ СПРАВЕДЛИВОСТИ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ ЖЕНЩИН-МИГРАНТОВ В ШВЕЦИИ

Solvig Ekblad¹, Ann Hjerpe², Hanna Lunding²

¹ Медицина в контексте культуры, Факультет образования, информатики, менеджмента и этики (LIME), Каролинский институт, Стокгольм, Швеция

² Проект «Учебный курс на темы здоровья», регион Крунуберг, Швеция

Автор, отвечающий за переписку: Solvig Ekblad (адрес электронной почты: Solvig.Ekblad@ki.se)

АННОТАЦИЯ

Цели: мы осуществили интерактивное, групповое пилотное вмешательство по укреплению здоровья с учетом культурных особенностей и изучили пережитый опыт и самооценку состояния здоровья до начала курса и в ходе последующего наблюдения среди женщин-мигрантов, говорящих на сомалийском и арабском языках в г. Векшё на юге Швеции.

Методология: для оценки опыта этого вмешательства был использован подход на основе комбинированных методов перед началом, непосредственно во время и через 6 месяцев после вмешательства. Каждое вмешательство продолжалось 5 недель, каждую неделю проходили 2-часовые занятия, которые проводили группа сотрудников кли-

ники, представлявших разные специальности, а также координатор проекта. Местный координатор отвечал за набор участников из соответствующей когорты.

Результаты: данные получены от 49 участниц, говорящих на арабском и сомалийском языках, которые были разделены на шесть групп. Участницы указали, что их здоровье в значительной мере улучшилось ($P < 0,005$) сразу после вмешательства с умеренной величиной эффекта ($d = 0,42$). Для подтверждения этого результата спустя 6 месяцев были проведены качественная оценка и пересмотренный контент-анализ. Основной темой был «Курс по укреплению здоровья с множественными практическими

результатами», подразделенный на две категории («Расширение прав и возможностей» и «Измененные жизненные привычки и новые знания») и восемь подкатегорий. Исследование продолжается, и в дальнейшем планируется проведение комплексной оценки. По практическим соображениям контрольную группу не набирали.

Выводы: разработанное с учетом культурных особенностей, интерактивное групповое вмешательство по профилактике плохого состояния здоровья, по вопросам здоровья в контексте прав человека и по расширению прав и возможностей женщин, говорящих на арабском и сомалийском языках оказало благоприятное воздействие.

Ключевые слова: РАСШИРЕНИЕ ПРАВ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ, КОММУНИКАЦИОННЫЙ ТРЕНИНГ ПО ВОПРОСАМ ЗДОРОВЬЯ, МЕДИЦИНСКАЯ ГРАМОТНОСТЬ, ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН-МИГРАНТОВ, МИГРАЦИЯ, ШВЕЦИЯ

ВВЕДЕНИЕ

В соответствии с Всеобщей декларацией прав человека (1), здоровье является одним из фундаментальных прав человека. Всемирная организация здравоохранения определяет психическое здоровье как состояние благополучия, при котором каждый человек может реализовать свой собственный по-

тенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества (2). С этой точки зрения, здоровье рассматривается как ресурс для повседневной жизни, а не как цель жизни. Как следствие, первичная медицинская помощь должна предоставляться с учетом гендерных особенностей и нужд и потребностей мигрантов (3).

Плохое состояние здоровья женщин-мигрантов, в частности психические заболевания, представляет собой тяжелое бремя для общественного здравоохранения; в то же время существует значительный пробел в знаниях и образовательных программах по этому вопросу. Здоровье тесно связано с образом жизни (3). Укрепление здоровья, которое определяется как процесс, в результате которого людям предоставляется возможность контроля над собственным здоровьем и его улучшением в значительной мере (2), включает такие мероприятия, как социально-психологические вмешательства и просвещение по вопросам здоровья. Они имеют большое значение, поскольку они позволяют преодолеть факторы риска и остановить прогрессирование неинфекционных заболеваний или полностью предотвратить их. Для обеспечения эффективности стратегии должны быть разработаны с учетом особенностей соответствующих групп и культурного контекста, и они очень важны для разработки рекомендаций при формировании политики с использованием фактических данных с целью снижения уровня неравенства в отношении здоровья в духе Повестки дня ООН в области устойчивого развития на период до 2030 года (4).

В 1975 г. Шведским парламентом было сделано заявление, что Швеция уже стала многокультурным обществом (5). В конце 2014 г., в соответствии с данными Шведского бюро статистики, 20,5% населения страны составляли люди иностранного происхождения (6). Третьим наиболее распространенным языком в Швеции является арабский, а 13-м – сомалийский (7). По данным Шведского агентства по вопросам миграции, в последние годы наиболее распространенной причиной иммиграции было воссоединение с членами семьи, которые уже проживают в Швеции (без учета массовой миграции в течение последних полутора лет). Однако миграция может быть крайне избирательной из-за так называемого «эффекта здорового мигранта» (8), в результате которого мигранты являются более устойчивыми к определенным заболеваниям, чем население целевых стран. Существует множество факторов, влияющих на состояние здоровья мигрантов, таких как ситуация в их родных странах и история миграции, ситуация в целевых странах и их культурное наследие, чувство взаимосвязанности и механизмы преодоления проблем.

Согласно теоретической модели Silove (9), стресс после миграции оказывает негативное влияние на связанное со здоровьем качество жизни вновь прибывших мигрантов (10). По данным Шведского отчета по вопросам общественного здравоохранения за 2009 г., распространенность проблем физического и психического здоровья среди иммигрантов в два раза выше, чем среди населения, рожденного в Швеции (11). Среди мигрантов, в частности, среди беженцев, состояние здоровья у женщин хуже, чем у мужчин (12). В связи с данными фактами возникла необходимость интеграции проблем здравоохранения, связанных с миграцией, и вопросов справедливости в сфере здравоохранения (13). Необходимо проводить больше исследований с целью расширения прав и возможностей мигрантов по интеграции в общество, поскольку характеристикой нашего общества является разнообразие (14). Судя по всему, модели расширения прав и возможностей в сфере здравоохранения являются наиболее эффективными подходами к медицинскому просвещению (15, 16). Их рассматривают как важную часть комплексных действий, которые влияют на структурные детерминанты здоровья, и здесь одним из важных факторов является медицинская грамотность (17). Медицинскую грамотность определяют как наличие практических знаний о функциях организма и признаках дисфункции, способность найти и понять информацию о состоянии здоровья и определить, как это влияет на действия людей (15). По данным исследований, после применения инновационной модели групповых занятий по укреплению здоровья, разработанных с учетом культурных особенностей для пациентов-беженцев в учреждениях первичной медико-санитарной помощи в Соединенных Штатах, эти пациенты стали в значительно лучшей мере понимать необходимость профилактических медицинских мероприятий, которые (согласно их собственной оценке) содействовали снижению уровня их заболеваний (депрессии) (18). У нас имеются обнадеживающие результаты нескольких тематических исследований из Швеции применения данной модели в группах вновь прибывших беженцев и женщин-иммигрантов из стран, находящихся за пределами Европы, которых еще не идентифицировали как пациентов (19-21).

Для повышения уровня знаний в этой области мы исследовали стратегию мероприятий по укреплению здоровья, разработанных с учетом культурных

особенностей, основанных на результатах научных исследований в Векшё, среднем по величине городе на юге Швеции. Мы выбрали группы мигрантов, говорящих на арабском и сомалийском языках, которые в данный момент являются самыми крупными по численности группами мигрантов в Швеции. Вопросы исследования были следующими: (i) как пациенты сами оценивали состояние своего здоровья до начала, сразу после окончания и через 6 месяцев после окончания мероприятия и (ii) как пациенты рассматривали свое участие в мероприятии.

МЕТОДЫ

ПОДХОД С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНТЕРАКТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА – КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ

Подход с применением интерактивного вмешательства уже детально описан (19-21), поэтому здесь мы его представим очень кратко. Это вмешательство было инициировано медицинским центром в одном из наиболее разнообразных в культурном плане районов Векшё. Изначально в качестве координатора наняли сертифицированную районную медсестру (АН), а в качестве модераторов привлекли мультидисциплинарную группу (врачей, акушерок, стоматологических медсестер, социальных работников, полицейских, специалиста по гигиене труда, терапевта, физиотерапевта). Для сбора информации о потребностях и запросах целевой группы были проведены обсуждения в фокус-группах среди участников, говорящих на арабском и сомалийском языках. В качестве методики преподавания был использован подход, основанный на широком участии, в ходе интерактивного семинара – то есть, участникам предложили участвовать в диалоге с модераторами и задавать вопросы о здоровье, образе жизни и профилактике, которые записывал координатор. Каждая лекция была разработана и спланирована таким образом, чтобы быть простой и понятной, и состояла из двух одночасовых занятий, в ходе которых проходил непрерывный диалог и участники могли задавать вопросы по каждой теме (Вставка 1). В середине каждого занятия был предусмотрен короткий перерыв с легкими закусками и прохладительными напитками. Участники получили раздаточные материалы – презентации в PowerPoint.

ВСТАВКА 1. ОПИСАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Мероприятие состояло из 2-часовых занятий один раз в неделю в течение 5 недель по следующим темам:

1. Введение / Шведская система здравоохранения
2. Привычки здорового питания / стоматологическая помощь.
3. Женская анатомия и контрацепция / планирование семьи.
4. Заболевания, вызванные стрессом, связанным с миграцией и способность преодолевать проблемы / физическая активность.
5. Услуги социальных служб для родителей и детей / домашнее насилие.

МЕСТА ПРОВЕДЕНИЯ И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

Для поддержки профилактического подхода и для того, чтобы участники не чувствовали себя пациентами, мероприятие проходило в нейтральном учреждении за пределами медицинского центра. Учреждение было знакомо участникам и находилось недалеко от места жительства многих иммигрантов. Все презентации были представлены на шведском языке. С целью обеспечения понимания участниками сказанного, лекции переводил сертифицированный переводчик. Было предусмотрено, чтобы один и тот же переводчик работал на всех занятиях. Сомалийский и арабский языки чередовались через одно мероприятие по вопросам здоровья. Для создания комфортной и уютной атмосферы всегда присутствовал координатор (АН). Также были установлены правила поведения для организации нормального учебного процесса и сведения к минимуму нарушений порядка (например, все, сказанное во время занятия, не выходит за пределы комнаты, никаких визитов других людей во время занятия, обучение проходит в закрытой группе для формирования доверительных отношений). В ходе исследования SE наблюдала за рабочим процессом, а НЛ отвечала за составление анкет и транскрипции интервью через 6 месяцев (1-ое последующее наблюдение).

Все вопросы, возникавшие у участников во время занятий, были собраны для дальнейшего улучшения курса. Некоторые примеры по каждой теме представлены в Таблице 1.

ТАБЛИЦА 1. ПРИМЕРЫ ВОПРОСОВ НА РАЗНЫЕ ТЕМЫ, КОТОРЫЕ ЗАДАВАЛИ УЧАСТНИКИ

Тема	Вопрос
Шведская система здравоохранения	Если я не говорю по-шведски достаточно хорошо, как мне позвонить в медицинский центр и записаться на прием?
Привычки здорового питания	Может ли у меня развиться рак из-за нездорового питания?
Уход за полостью рта	Могут ли мои десны ввалиться, если они кровоточат во время того, как я чищу зубы?
Физическая активность	Каким образом физиотерапевт может помочь облегчить боль?
Стресс	Может ли психическое заболевание повлиять на мою память?
Женская анатомия	Если мне можно мыть половые органы только раз в день, что мне делать, когда мне нужно помочиться? Я должна быть чистой!
Планирование семьи	Как противозачаточный имплантат может предотвратить беременность, если его устанавливают на руке, далеко от матки?
Поддержка социальных служб для родителей и детей	Когда социальная служба передает ребенка на воспитание в приемную семью?
Домашнее насилие	На какое время человека задерживают за совершение домашнего насилия?

ПРИГЛАШЕННЫЕ УЧАСТНИКИ

Изначально целевая группа состояла из женщин-иммигрантов в возрасте 25-64 лет, у которых был вид на жительство максимум на 5 лет. Однако некоторые участницы, которые жили в Швеции дольше 5 лет, также были включены в исследование, т.к. они считали себя вновь прибывшими, т.е. уезжали из Швеции и возвращались обратно несколько раз. После получения информации от ключевых участников о том, где найти две целевых группы, мы разместили письменные приглашения на арабском и сомалийском языках в стратегически выбранных местах, где члены целевой группы собирались в социальных и образовательных целях. Приглашения также были распространены через медицинский центр.

ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

Для оценки мероприятия были использованы комбинированные методы для последующего наблюдения, которые включали как качественные, так и количественные вопросы («Как бы вы описали свое здоровье?», «**Как часто вы могли бы сказать, что чувствуете силу и энергию?**», «**Насколько сильно недомогания и боли повлияли на вашу жизнь в течение последней недели?**»), адаптированные из предыдущих исследований (19-21); было также подготовлено и переведено сопроводительное письмо для местных участников. Участники отвечали на вопросы анкеты трижды: перед началом курса, на последнем занятии и при последующем наблюдении через 6 месяцев.

В ходе наблюдения через 6-месяцев участникам также было предложено обсудить свой опыт после курса и сообщить, оказал ли он влияние на их жизнь и здоровье. Диалог был проведен координатором (АН) и ответственной за оценку (НЛ), в соответствии с инструкцией по проведению полуструктурированного интервью. Общение в основном переводил переводчик, который присутствовал на месте; один раз был приглашен переводчик для перевода интервью по телефону.

АНАЛИЗ ДАННЫХ

Количественные данные, полученные в ходе трех оценок, были проанализированы с помощью описательной статистики с использованием программы SPSS версии 22.0 для Windows. Этот анализ включал вычисление средних значений и стандартных отклонений для всех элементов, включенных в шкалу Лайкерта. Мы использовали анализ Спирмена для определения прочности ассоциаций между ранжированными (непараметрическими) вопросами. Проводилось t-тестирование парных выборок и биномиальное распределение для точной оценки достоверности, чтобы определить, произошли ли изменения в самооценке состояния здоровья участников на групповом уровне непосредственно после окончания учебного курса. Была рассчитана величина эффекта (*d*-Коэна), чтобы проверить, произошли ли улучшения: величина эффекта от 0,2 считалась небольшой, 0,5 – средней, и > 0,8 - большой. В результатах представлены только значения *P* менее 0,05. Социально-демографические характеристики и вопросы, касающиеся образа жизни были описаны с помощью средних чисел, стандартных отклонений, и частоты.

Для качественных данных был использован индуктивный подход, поскольку это целесообразно в случае отсутствия предыдущих знаний, что имело место в нашем исследовании (22). Качественные данные были проанализированы с помощью манифестного контент-анализа (23), поскольку исследование зависело от переводчика, который переводил общение, следовательно, анализ скрытого содержания может оказаться сомнительным (24).

Интервью были записаны с согласия участников. Они были расшифрованы ответственной за оценку (HL) и независимо оценены координатором (АН). Ответы участниц на вопросы и хроника групповых интервью во время последующего наблюдения через 6 месяцев были обобщены в записях ответственной за оценку (HL) и независимо оценены координатором (АН). После этого закодированный материал был совместно изучен, с тем, чтобы принять решение о категориях содержания и темах.

ЭТИЧЕСКИЕ СООБРАЖЕНИЯ

Исследование было одобрено местным комитетом по вопросам этики в Линчепингском университете (Dnr 2014/502-31).

РЕЗУЛЬТАТЫ

УЧАСТНИКИ И ВЫБЫВШИЕ ИЗ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основной сложностью при проведении вмешательств по укреплению здоровья является набор участников. В шести вмешательствах, проведенных в рамках текущего проекта, доля ответивших составила 87,5%; 49 женщин закончили курс. Несколько человек подавали заявки, но не приходили на занятия, а семь участниц начали курс, но не закончили обучение. Эти выбывшие (семь участниц) не были включены в анализ отсева, поскольку их число было слишком мало для анализа. Поскольку анализ качественных данных по результатам 2-го последующего наблюдения продолжается до сих пор, эти результаты в данный отчет не включены. Из 49 участниц, закончивших курс, 39 ответили на вопросы предварительной анкеты и анкеты 1-го последующего наблюдения; таким образом, качественный анализ ограничен только этими 39 участницами.

В группе были представлены участницы из 11 стран происхождения; больше всего участниц было из Сомали, Сирии и Ирака. Большинство из них были замужними и имели детей. Как показано в Таблице 2, участницы имели разный образовательный уровень и опыт работы, а работали они в основном в торговле, в ресторанах, в сфере экономики или преподавания.

ТАБЛИЦА 2. СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ ГРУППЫ

Характеристики	Среднее значение ± СО	Диапазон
Возраст (лет)	38.18 ± 8.73	20–53
Количество детей	3.23 ± 1.24	1–6
Лет обучения в школе	9.33 ± 4.270	1–16
Лет работы до прибытия в Швецию	7.67 ± 8.015	0–25

СО: стандартное отклонение.

Основными причинами переезда в Швецию были бегство от войны или других трудностей в родных странах (63%), или воссоединение с семьей, уже проживающей в Швеции (в последнем случае они получают разрешение на пребывание).

САМООЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Число участниц, ранее испытывавших сильные боли, снизилось в период между началом вмешательства и 1-м последующим наблюдением. Такая же положительная тенденция наблюдалась и в оценке ими своих сил и энергии, хотя улучшения были незначительными, как показано в Таблице 3. Результаты анализа самооценки состояния здоровья участницами оказались положительными: отличия от первоначальных значений оказались значительными ($t = -2.994$, $df = 37$, $P < 0.005$), а средняя величина эффекта составила 0,42 (d-Коэна)

ТАБЛИЦА 3. САМООЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ УЧАСТНИКОВ ДО (ИСХОДНЫЕ ДАННЫЕ) И ПОСЛЕ (1-ОЕ ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ) КУРСА ПО УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ

Вопрос	Исходные данные ^{a,b}	1-ое последующее наблюдение ^{a,b}	Прибавка	d Коэна
Как бы вы описали свое здоровье? (плохое – отличное) ^c	3.59 ± 1.069	4.00 ± 0.383	0.41	0.42
Как часто вы могли бы сказать, что чувствуете силу и энергию? (никогда – всегда) ^c	3.72 ± 0.999	3.82 ± 0.721	0.10	0.11
Насколько сильно недомогания и боли повлияли на вашу жизнь в течение последней недели? (очень сильно – не повлияли) ^c	3.50 ± 1.133	3.64 ± 0.903	0.14	0.13

^a n = 39.

^b Данные – это средние значения ± стандартное отклонение.

^c 5-балльная шкала: 1 – низкая оценка; 5 – высокая оценка.

Отмечается сильная корреляция между ответами на три вопроса предварительной анкеты и ответами в ходе 1-го последующего наблюдения (Таблица 4).

Что касается режима сна, то группа продемонстрировала положительную тенденцию: продолжительность сна увеличилась, ночные кошмары снились им реже и были не такими частыми после вмешательства.

УСТНЫЕ ИНТЕРВЬЮ В ХОДЕ 1-ГО ПОСЛЕДУЮЩЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

Двадцать три человека участвовали в групповом диалоге в ходе последующего наблюдения через 6 месяцев и до настоящего момента. Посещаемость была ожидаемой и достаточной для качественно-

го анализа, т.е., во время интервью не возникло никакой новой информации (23). По результатам качественного анализа была подготовлена одна общая тема: «Курс по укреплению здоровья с множественными практическими результатами», а также разработаны две категории и восемь подкатегорий, представленные в Таблице 5.

РАСШИРЕНИЕ ПРАВ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ

Улучшение здоровья и повышение уверенности в себе

Участницы отметили, что вмешательство по укреплению здоровья было важным по нескольким аспектам. Они рассказали, что получили много новых знаний, которые помогли им укрепить здоровье и повысить качество жизни. Кроме того, по окон-

ТАБЛИЦА 4. КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ ВОПРОСАМИ О САМООЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ, СИЛЕ/ЭНЕРГИИ И БОЛЯХ ПРИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕРЕНИЯХ И ВО ВРЕМЯ 1-ОГО ПОСЛЕДУЮЩЕГО НАБЛЮДЕНИЯ^{a,b}

Вопросы	Исходные данные			1-ое последующее наблюдение		
	1	2	3	1	2	3
1. Как бы вы описали свое здоровье?	–	–	–	0.524**	–	–
2. Как часто вы могли бы сказать, что чувствуете силу и энергию?	0.764**	0.617**	–	–	0.373*	–
3. Насколько сильно недомогания и боли повлияли на вашу жизнь в течение последней недели?	0.578**	–	–	–	–	0.468**

*: Значительная корреляция на уровне 0,05; **: значительная корреляция на уровне 0,01. Корреляция считается значительной при уровне 0,05; ** корреляция считается значительной при уровне 0,01.

^a n = 39.

^b Тест ранговой корреляции Спирмена.

ТАБЛИЦА 5. ОБЩАЯ ТЕМА, КАТЕГОРИИ И ПОДКАТЕГОРИИ ИНТЕРВЬЮ ВО ВРЕМЯ 1-ОГО ПОСЛЕДУЮЩЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

Общая тема	Категории	Подкатегории
Курс по укреплению здоровья с множественными практическими результатами	Расширение прав и возможностей	Улучшение здоровья и повышение уверенности в себе
		Языковая практика
		Социальные льготы
	Измененные жизненные привычки и новые знания	Выполнение роли пропагандистов
		Привычный режим питания
		Физическая активность
		Женский организм
Роль родителей		

чании этого курса они более уверенно принимают решения в отношении здоровья и лучше заботятся о своем здоровье.

«Я здесь живу уже больше 6 лет и раньше никогда не получала такой информации, которую получила во время курса по укреплению здоровья, особенно что касается питания и организма, вопросы здоровья. Я узнала многое, чего не знала раньше».

Участницы группы высказали общее мнение: вмешательство было слишком коротким, и неплохо было бы организовать дополнительные занятия, чтобы узнать больше. Им бы хотелось, чтобы вмешательство продолжилось с целью охвата максимального числа иммигрантов.

Языковая практика

По мнению участниц, курс по укреплению здоровья позволил им не только улучшить знания о здоровье, но и стал отличной возможностью попрактиковаться в шведском языке и расширить свой словарный запас по темам миграции и здоровья. Некоторые участницы также использовали раздаточные материалы для распространения информации, поскольку они были написаны на шведском языке и создавали возможность для практического изучения языка.

Социальные выгоды

Еще одним важным моментом, который упоминали женщины, стало расширение круга социального об-

щения благодаря этому вмешательству. Они подружались между собой и вместе стали участвовать в других мероприятиях. Участницы выразили свою благодарность ведущим за проявленный ими интерес, а также за уважительное и доброе отношение.

Выполнение роли пропагандистов

Женщины делились новой и полезной информацией с друзьями, родственниками и соученицами во время уроков шведского языка. Раздаточные материалы оказались очень полезными для дальнейшей передачи информации. Иногда им бывало сложно убедить своих детей или мужей изменить режим питания; однако упорство и настойчивость помогли им добиться своего.

«Я позвала членов семьи в общую комнату и показала им раздаточные материалы, а потом сказала: «Если вы хотите улучшить свое здоровье, надо делать так, как здесь написано». Потом я спросила: «Вы же хотите быть здоровыми?». «Конечно, хотим», - ответили они. И тогда мы изменили режим питания. Вначале было трудно, но теперь все к этому привыкли».

ИЗМЕНЕНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ И НОВЫЕ ЗНАНИЯ

Привычный режим питания

Главная привычка, которую изменили почти все участницы – это привычный режим питания. Они рассказали, как изменились их представления

о ежедневном приеме пищи; например, они стали завтракать. Некоторые участницы последовали еще одному совету о том, что должно быть в тарелке (например, половину тарелки должны занимать овощи, четверть – продукты, богатые углеводами, и еще одну четверть – белковые продукты). Среди других примеров были названы потребление большего количества овощей, питье воды вместо соков или кока-колы, потребление хлеба и макаронных изделий из цельнозерновой муки вместо продукции из белой муки: «Мои дети не любили овощи, но сейчас они их едят и уже привыкли к ним». Женщины также подтвердили, что благодаря этим новым привычкам им удалось сбросить вес. Потребление сахара значительно снизилось; например, они стали есть меньше пирожных и конфет. Это было связано не только с нежеланием поправиться, но и привело к улучшению здоровья зубов. Теперь они сознательно чистят зубы после потребления сладостей.

Физическая активность

До участия в этом вмешательстве по укреплению здоровья физическая активность некоторых участниц ограничивалась только прогулками из одного места в другое, а другие указали, что никогда вообще не занимались физическими упражнениями. После вмешательства некоторые начали ходить пешком, вместо того, чтобы ездить на автобусе, а у других пешая ходьба стала одним из упражнений. Среди улучшений состояния здоровья они отметили повышение умственной работоспособности, указали, что стали меньше уставать при физической активности, чем раньше; стали лучше спать; уменьшились боли в спине: «Раньше я везде ездила на автобусе. А теперь я могу без усилий проходить пешком большие расстояния».

Женский организм

Особенности женского организма были одной из тем обсуждения, которую участницы считали очень важной и о которой хотели больше узнать. Поскольку большинство участниц были правоверными мусульманками и совершали обряд омовения пять раз в день перед молитвой, вопросы интимной гигиены интересовали многих из них. Одна из участниц сказала, что перестала использовать лекарственное средство для интимной гигиены и считает, что стала чувствовать себя гораздо лучше. Некоторые из

женщин рожали каждый год или раз в два года, поэтому вопросы планирования семьи были еще одной важной тем, о которой они хотели узнать больше.

«Я пришла к акушерке и сказала, что хочу отдохнуть, хочу выспаться. Посоветуйте мне что-нибудь. Что я могу использовать? Акушерка была в полном шоке: «Что случилось? Вы же обычно никогда ничего такого не принимали!». Но сегодня, 17-го числа этого месяца я собираюсь ввести себе этот контрацептивный имплантат».

Одним из деликатных вопросов при обсуждении была девственность. Женщины прибыли из стран с такими традициями, где кровотечение после первого полового акта имеет большое значение. Им было очень трудно принять некоторые факты о женской анатомии, которые противоречили тому, что они знали раньше.

Участницы хотели получить больше информации о строении женского организма и о беременности; о том, как родители должны рассказывать своим дочерям о менструации. В их родных странах они получали поддержку от матерей или родственниц, но эти вопросы были вынуждены решать самостоятельно.

Роль родителей

Женщины говорили, что им нужно как можно больше информации о воспитании детей в Швеции, поскольку здесь действуют другие законы, отличающиеся от тех, к которым они привыкли. Например, в Швеции запрещено физическое наказание детей, и это идет вразрез с культурными традициями, в которых считается, что без физического наказания ребенок ничему не научится. Также женщины делились своими опасениями о полномочиях социальных работников, которые могут забрать детей у родителей. Распространены неверные представления о том, что социальные работники заберут детей и поместят их в приемные семьи, если родители установят правила, которые не понравятся детям: «К нам приходил социальный работник. Но нам нужно знать больше о том, что они могут сделать, и что полиция может сделать. Они должны нам больше рассказывать об этом. Многие же ничего не знают!».

ОБСУЖДЕНИЕ

Целью данного исследования было изучение восприятия состояния здоровья самими участницами перед осуществлением вмешательства с учетом их культурных особенностей, и в ходе двух последующих наблюдений. Результаты указывают на значительное улучшение самооценки состояния здоровья сразу же после вмешательства, со средней величиной эффекта, что соответствует результатам других вмешательств в Швеции (19–21). Проведение групповых диалогов содействовало групповой динамике и выработке рекомендаций с учетом мнений участниц; таким образом, это может оказаться более эффективным, чем проведение индивидуальных диалогов (19–21).

В ходе исследования хотелось бы отметить два основных результата: женщины почувствовали, что имеют более широкие права и возможности, и изменили свой образ жизни в лучшую сторону после этого вмешательства. Женщины рассказали, что этот курс на темы здоровья вдохновил их к изменению собственного образа жизни. Повышенная физическая активность и более здоровое питание стали наиболее заметными изменениями среди женщин в группе. Они также рассказали о том, что почти немедленно почувствовали положительный эффект от улучшения здоровья, что облегчило им переход к новым привычкам. Поскольку они были полны желания распространять информацию о пользе здорового образа жизни, они сами стали пропагандистами профилактических подходов. Это очень важно в долгосрочной перспективе, поскольку обучение детей правилам здорового образа жизни с ранних лет (например, для предупреждения ожирения у детей) повышает вероятность того, что они продолжат соблюдать эти правила во взрослой жизни, что может оказать позитивное воздействие на здоровье общества в целом (25). Самим женщинам это дает ощущение того, что они могут сделать что-то полезное для здоровья своей семьи и своих друзей.

Участницы выразили желание продолжить процесс обучения. Они указали, что почувствовали, насколько возросли их способности к обучению и возможности для принятия здоровых решений, направленных на изменение образа жизни. Теперь они более уверенно заботятся о собственном здоровье. Такие результаты подтверждаются и предыдущими

исследованиями (19–21). Как оказалось, вмешательство по укреплению здоровья оказало положительное влияние на повышение медицинской грамотности участниц (15), поскольку все они отметили, что могут более точно рассказывать о своем состоянии при общении с врачом или другими медицинскими работниками.

Наряду с положительным эффектом, связанным с улучшением здоровья женщин, модель учебного курса на темы здоровья сама по себе не несет дополнительной нагрузки для системы здравоохранения, поскольку для ее реализации требуются минимальные ресурсы. Помимо предоставления знаний о здоровье это вмешательство помогло участницам попрактиковаться в шведском языке. Таким образом, это вмешательство оказало прямое воздействие не только на индивидуальном уровне, но может иметь позитивный эффект на уровне всего общества, поскольку хорошее здоровье и успешная интеграция тесно связаны (2).

Участницы высоко оценили все темы и считают их важными; однако две темы привлекли самое серьезное внимание и вызвали оживленное обсуждение – включая занятия о женском организме и детальную информацию о социальной поддержке. В этих сферах особенно велики культурные и концептуальные различия, поэтому было важно противопоставить этому реальные факты, и сделать это в уважительной форме. Этот результат подчеркивает важность разработки интерактивных вмешательств с учетом культурных особенностей каждой целевой группы.

Небольшой размер группы вмешательства и незначительные объемы подготовленных материалов являются методологическим ограничением данного текущего исследования. Еще одним ограничением была неуверенность женщин при заполнении анкет, что также могло повлиять на качество данных. Кроме того, не представляется возможным подтвердить улучшение состояния их здоровья, то есть, сложно сказать, является ли средняя величина воздействия на самооценку состояния здоровья только результатом прослушанного учебного курса на темы здоровья. Из практических соображений в этом исследовании не была сформирована контрольная группа (однако в этой роли выступали сами участницы, заполнявшие анкеты до и после вмешательства). Однако подход с применением смешанных методов обеспечивает до-

стоверность данных, что только подчеркивает результаты наблюдений, свидетельствующие о том, что учебный курс на темы здоровья содействовал изменению образа жизни участниц. В докладе Сети фактических данных по вопросам здоровья и Европейского регионального бюро ВОЗ рассматривались культурные детерминанты здоровья и использования описательных исследований в секторе здравоохранения (26).

ВЫВОДЫ

Осуществление интерактивного вмешательства с учетом культурных особенностей с целью профилактики ухудшения здоровья, поддержки права на здоровье и расширения прав женщин, говорящих на арабском и сомалийском языках, содействовало улучшению их здоровья.

Выражение признательности: мы благодарим всех женщин и ведущих, принявших участие в этой работе. Данное исследование состоялось благодаря им. Мы также признательны г-же Erica Ericsson, сертифицированной медсестре и техническому руководителю медицинского центра Vårdcentralen Dalbo, регион Кроноберг, за оказанную поддержку в ходе реализации этого исследовательского проекта.

Источник финансирования: выражаем огромную благодарность Utvecklingsfonden (Фонду развития) за предоставленное финансирование.

Конфликт интересов: не заявлен.

Отказ от ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые не обязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Всеобщая декларация прав человека. Организация Объединенных Наций [веб-сайт]. Париж: Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций; 1948 г. (http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/declhr.shtml/, по состоянию на 11 декабря 2016 г.).
2. Психическое здоровье – состояние благополучия. Женева: Всемирная организация здравоохранения; август 2014 г. (http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/ru/, по состоянию на 11 декабря 2016 г.).
3. Активизация мер по защите здоровья беженцев и мигрантов. На пути к созданию Рамочной основы для совместных действий в Европейском регионе ВОЗ. Итоговый документ совещания высокого уровня по вопросам здоровья беженцев и мигрантов 23-24 ноября 2015 г. Рим, Италия. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/298646/Stepping-up-action-on-refugee-migrant-health-ru.pdf, по состоянию на 11 декабря 2016 г.).
4. Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Организация Объединенных Наций: Цели в области устойчивого развития [веб-сайт] (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/>, по состоянию на 11 декабря 2016 г.).
5. Regeringens proposition om riktlinjer för invandrar- och minoritetspolitiken m. m. Proposition 1975:26. Stockholm: The Swedish Parliament; 1975.
6. Statistics Sweden. Befolkningsstatistik [Population] (in Swedish; <http://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/folkmand-efter-fodelseland-19002015/> accessed 13 December 2016)
7. Här är 20 största språken i Sverige [Here are the top 20 languages in Sweden]. Språktidningen [website]. 29 March 2016 (in Swedish; <http://spraktidningen.se/blogg/har-ar-20-storsta-sprakerna-i-sverige>, accessed 13 December 2016).
8. McKay L, Macintyre S, Ellaway A. Migration and health: a review of the international literature. Glasgow: Medical Research council Social and Public Health Sciences Unit; 2003.
9. Silove D. The psychosocial effects of torture, mass human rights violations and refugee trauma – toward an integrated conceptual framework. J Nerv Ment Dis. 1999;187 (4):200–7.
10. Ekblad S, Abazari A, Eriksson N-G. Migration stress-related challenges associated with perceived quality of life. A qualitative analysis of Iranian and Swedish patients. Transcult Psychiatry. 1999;36:329–45.

11. Folkhälsorapport 2009 [Public health report 2009]. Socialstyrelsen: Stockholm, Sweden: 2009 (in Swedish; <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71>, accessed 11 December 2016).
12. Hollander A-C, Bruce D, Ekberg J, Burström B, Ekblad S. The association between immigrant subgroup and poor mental health – a population-based register study. *J Nerv Ment Dis.* 2013;201(8):645–52.
13. Ingleby D. Ethnicity, migration and the “social determinants of health” agenda. *Psychosocial Intervention.* 2012;21(2):331–41. doi:10.5093/in2012a29.
14. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet.* 2012;380:1011–29.
15. Adams RJ, Stocks NP, Wilson DH, Hill CL, Gravier S, Kickbusch I et al. Health literacy – a new concept for general practice? *Aust Fam Physician.* 2009;38(3):144–7.
16. Maton KI. Empowering community settings: agents of individual development, community betterment, and positive social change. *Am J Community Psychol.* 2008;41(1–2):4–21.
17. Green J, Tones K. *Health promotion: planning and strategies.* London: Sage Publications; 2010.
18. Berkson SY, Tor S, Mollica R, Lavelle J, Cosenza C. An innovative model of culturally tailored health promotion groups for Cambodian survivors of torture. *Torture.* 2014;24(1):1–16.
19. Eriksson-Sjö T, Cederberg M, Östman M, Ekblad S. Quality of life and health promotion intervention – a follow up study among newly-arrived Arabic-speaking refugees in Malmö, Sweden. *International Journal of Migration, Health and Social Care.* 2012;8:112–26.
20. Ekblad S, Asplund M. Culture- and evidence-based health promotion group education perceived by new-coming adult Arabic-speaking male and female refugees to Sweden – pre and two post assessments. *Open J Prev Med.* 2013;3(1):12–21. doi:10.4236/ojpm.2013.31002.
21. Ekblad S, Persson-Valenzuela U-B. Lifestyle course is an investment in perceived improved health among newly arrived women from countries outside Europe. *Int J Environ Res Public Health.* 2014;11(10):10622–40.
22. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs.* 2007;62(1):107–15.
23. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004;24(2):105–12.
24. Hsieh H-F, Shannon S. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res.* 2005;15(9):1277–88.
25. Gualdi-Russo E, Zaccagni L, Manzon VS, Masotti S, Rinaldo N, Khyatti M. Obesity and physical activity in children of immigrants. *Eur J Public Health.* 2014;24(Suppl 1):40–6.
26. Greenhalgh T. *Cultural contexts in health: the use of narrative research in the health sector.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (Health Evidence Network [HEN] synthesis report 49) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/317623/HEN-synthesis-report-49.pdf?ua=1, accessed 4 December 2016).

Review

ADDRESSING ETHNIC INEQUALITIES IN MEDICINE USE IN DENMARK: SELECTED THEORY-BASED INTERVENTIONS

Lourdes Cantarero-Arévalo, Janine Traulsen, Lotte Stig Nørgaard

Faculty of Health and Medical Sciences, Department of Pharmacy, Section for Social and Clinical Pharmacy, University of Copenhagen

Corresponding author: Lourdes Cantarero-Arévalo (email: Lou.cantarero@sund.ku.dk)

ABSTRACT

Objectives: We share the experiences gathered and lessons learnt in medicine use by ethnic minorities by the Section for Social and Clinical Pharmacy-Copenhagen University (SCP-KU) research group, and provide an overview of theory-based interventions conducted for and with ethnic minorities.

Methodology: We conducted a review of the scientific and grey literature on ethnic minorities and their access to and use of medicines. Because the aim was to share the

philosophy behind the work of SCP-KU (based on inclusion of the user's perspective and the use of theory), only studies conducted with that orientation were selected.

Results: A total of 24 studies were selected and analysed. The following successful practices were identified: (i) building trust between the pharmacist and the user/patient; (ii) involving ethnic minorities in all phases of the intervention (design, implementation and follow-up); (iii) developing an ethnically sensitive culture among pharmacists based on

openness, curiosity and respect; and (iv) when possible, involving family, friends and the close social network of the patient, especially when there is a need for behaviour change related to medicine use or lifestyle habits.

Conclusions: Shaping ethnically sensitive pharmacy-related services requires the involvement and empowerment of ethnic minorities in all phases of the intervention research. Caution is needed when classifying social groups based on migrant and ethnic premises.

Keywords: DENMARK, ETHNIC MINORITIES, INTERVENTION STUDIES THEORY, MEDICINE USE, MIGRANT, PHARMACY PRACTICE

INTRODUCTION

Pharmaceutical products (commonly known as medicines or drugs) are the most frequently used medical technology, and their consumption is on the rise worldwide (1). The health and societal benefits of treatment with medicines are well known. However, there are still many challenges that deserve the careful attention of all policy- and decision-makers. These challenges include issues related to access to appropriate treatment, self-medication/self-management and medicine-related problems (MRPs), to name a few. These challenges are often magnified among particular ethnic and migrant populations. Non-structural barriers to health care, such as language, cultural differences and unmet expectations, play a crucial role in the way migrants and ethnic minorities access and use medicines.

Patients from ethnic minorities (including migrants, asylum seekers, refugees and descendants of migrants) typically suffer from more diseases than those from the ethnic majority, take more medication and for a longer period of time, and suffer from more MRPs (2–4). Medicine-use behaviour is strongly influenced by the habits acquired in the country of origin, where there may be a lack of or a lax health-care regulation system, which allows for more frequent and indiscriminate use of over-the-counter medications (5). The psychosocial stressors experienced during the migration process and the early years of residence in the host country also influence medicine-use behaviour. Indeed, studies show that medicines can be used as tools to cope with stress resulting from alienation, discrimination and racism (6). Finally, using both imported medicines and traditional remedies, and

sharing prescribed medications increase the risk of side-effects due to drug interactions and MRPs (7, 8).

In the Nordic countries, where access to health care is universal and the cost of medicines is reimbursed to a large extent, structural barriers that hinder access to medicines among the migrant population are not a major public health issue (2). Moreover, most of the Nordic countries have traditionally had high-quality integration policies, which provide socioeconomic support to families ranging from health, education and residence benefits to work subsidies. However, one might expect problems in the future in some Nordic countries, for example in Denmark, where the non-friendly political rhetoric towards migrants and the highly restrictive migration policy can have ripple effects on migrants' health (9).

RESEARCH ON ETHNICITY AND MIGRATION: A VITAL PART OF THE USER PERSPECTIVE

Addressing ethnic equity in quality of care and treatment is a challenge for policy-makers and concerned health-care professionals. Health systems especially need to be ethnically sensitive and take into account cultural diversities (10, 11). Policies and interventions are rarely successful unless the user perspective is acknowledged and understood, and the

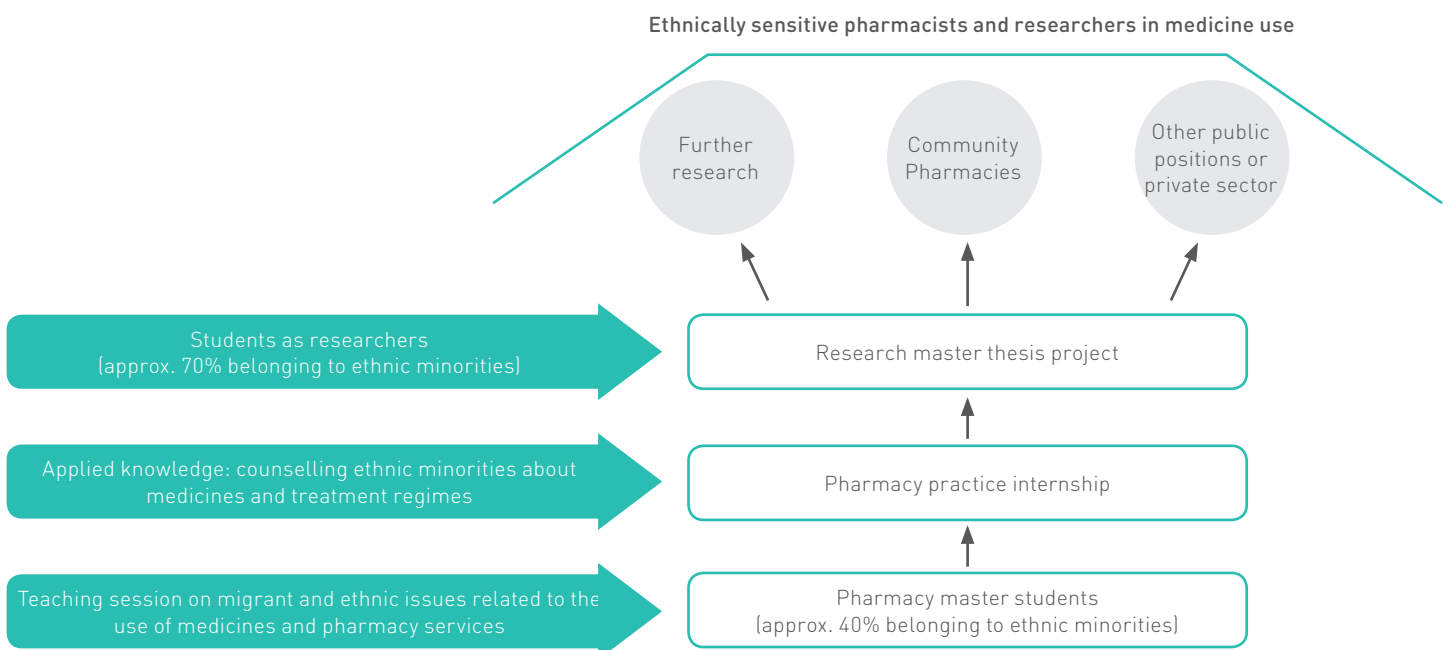
voices of patients from ethnic minorities are listened to and taken into consideration.

User perspectives, theory foundation and qualitative methods

For almost four decades, the Section for Social and Clinical Pharmacy, University of Copenhagen (SCP-KU) has focused its research and teaching on the role of medicines in society, comprising three essential ingredients: theory-based research; a primary use of qualitative methods; and a central focus on the user perspective. Multidisciplinary groups consisting of pharmacists and social scientists have addressed a variety of issues concerning medicine's role in society, particularly access to medicines and the goals of rational use of medicines. Early on, this research identified a huge gap between how rational use of medicines was understood by the health-care system and health-care professionals and by patients (or citizens or users) (12).

Theory has always played an important part in this research – based on the belief that in addition to providing structure for study design and data analysis (thus increasing transparency), applying theory helps in interpreting and explaining practices, events and patterns occurring in the world of pharmacy, and in understanding the behaviour and practices of patients.

FIG 1. INTEGRATING THE MIGRANT AND ETHNIC MINORITY PERSPECTIVE FOR FUTURE PHARMACISTS AND RESEARCHERS IN MEDICINE USE.



Examples of theories used in this research include theories of risk perception, risk communication, policy, social stigma, ethnicity and race, communication, medication behaviour and interdisciplinary cooperation (13).

The use of qualitative methods permits a dialogue between researcher and patient where the goal is to give the patient a voice. These methods include observations, interviews and focus groups and, more recently, intervention studies.

Focusing on the user perspective provides insights into how medicines are perceived differently by lay people than by experts – including something as basic as how patients define medicines (14, 15), their knowledge of medicines and their risk perceptions (16). The relative growth of ethnic minorities in Denmark has added culture as a new and necessary dimension to the misunderstandings that are already common among lay people with regard to access to and compliance with medication. It would be natural to include migrant and ethnic differences as a necessary part of the patient perspective for research and teaching. Since 2008, we have taught more than 1300 pharmacy students on ethnic minorities and medicine use in the pharmacy internship courses. Figure 1 shows how SCP-KU has integrated migrant and ethnic issues into its teaching and research to contribute to the creation of an ethnically sensitive body of pharmacists and researchers on medicine use.

AIMS

The proposed agenda for action included in the WHO Regional Office for Europe outcome document of the High-level Meeting on Refugee and Migrant Health held in Rome in November 2015 highlights that:

[t]he effective provision of health care, health promotion and preventive measures requires health systems that can adapt and respond to the needs of a changing population and take account of cultural, religious, linguistic and gender diversity. Training of health professionals and relevant non-health actors is a key element to achieve this purpose.

Moreover, this document further states that “appropriate measures should be taken to promote continuity and quality of care for migrants ... and equal quality standards of care defined, delivered and

monitored” (11). Therefore, in this review, we aim to share the lessons learnt and best practices gathered by the SCP-KU research group by providing an overview of the empirical and theory-based intervention studies conducted in the field of ethnic minorities and medicines, with the final goal of serving as an inspiration to researchers, practitioners and policy-/decision-makers in shaping ethnically sensitive pharmacy-related services.

METHODS

SETTING

Health care in Denmark reflects the Nordic welfare model. The Danish health-care system is tax-financed and provides free access (i.e. no payment) to hospitals and general practices (17). There is progressive reimbursement for prescribed medications (a need-dependent reimbursement system): the more expenses one has for prescribed medicines, the more reimbursement one will receive. In addition, municipalities may cover part of the expenses of chronic disease-related medication once the public reimbursement has been deducted (e.g. due to low income and large drug consumption). The health authorities determine the number of pharmacies and branch pharmacies as well as their locations.

DATA SOURCES AND INCLUSION CRITERIA

For this review, we included scientific articles and reports that focused on research on ethnic minorities and migrants legally residing in the country, and their access to and use of medicines (but not access to broader medical services), with the aim of identifying inequalities or/and developing theory-based interventions to reduce MRPs. All scientific articles were written in English. However, some reports that were originally written in the Danish language were included. Studies were included if they were conducted during the past 15 years. Short communications, conference proceedings, posters and teaching materials were not included. In total, we included 10 qualitative studies (4, 5, 18–25), 9 quantitative studies (26–34) and 5 intervention studies (35–39) in this review. Because the goal of this review was to share the philosophy of the work being done at SCP-KU based on the characteristics described above (the user’s

perspective and use of theory), we selected only those studies conducted with that orientation.

The methodological approaches of the included studies were varied because they were selected based on the nature of the research question in each study. In the qualitative studies included, primarily semistructured interviews were used alone or in combination with medicine reviews (4, 5, 19, 22, 25). Other qualitative methods used were focus groups, observations and minutes from meetings (20, 21). The study designs of the quantitative studies included cohort (32–34) and cross-sectional studies (27–31). The two systematic reviews included in Table 1 followed the PRISMA guidelines (40). The data sources for the quantitative studies were registers and population-based surveys. Finally, the theory-based intervention studies combined different methods, including individual interviews, focus groups, medicine reviews, test–retest, and process and outcomes evaluations (35–39). For the intervention studies especially, the interviews and medicine reviews were often conducted by pharmacists with the same ethnic background and/or a researcher who could speak the same language as the participants.

ANALYSIS

Data extraction and analysis took into account the main priorities of the special issue on migration of the WHO Regional Office for Europe journal *Public Health Panorama*. Key messages on equity, innovative solutions, successful practices and lessons learnt were therefore the characteristics according to which the data were organized. All three authors read the studies and worked collectively to identify and select the main best practices.

ETHICAL CONSIDERATIONS OF THE SELECTED STUDIES

According to Danish law, no ethical approval was needed for these studies as they do not involve human subjects or human biological material such as tissue, ova or cells. However, specific measures were taken for the different types of studies and these are mentioned in each study.

RESULTS

STUDY CHARACTERISTICS

Tables 1, 2 and 3 present the characteristics of the 24 selected qualitative, quantitative and intervention studies, respectively, included in this review (4, 5, 18–39). The non-Western ethnic minority groups included in the studies were Turkish (5, 24, 28, 29, 31–39), Iranian (20, 22, 24, 28, 29, 39), Iraqi (5, 24, 28, 29, 31–34), Pakistani (21, 25, 28, 29, 32, 34, 36) and Lebanese (mostly Palestinian) (5, 28, 29, 31, 33). These ethnic groups are the most common ones living in Denmark (<http://www.statbank.dk/statbank5a/default.asp?w=1366>). With the exception of neonates, all age groups were addressed in the 24 studies. The sample covered a 16-year period (2000–2016).

A total of seven studies mainly aimed to identify inequalities in medication use (24, 28, 29, 31–34), three studies focused on investigating how ethnic minorities perceive pharmacy services (19, 21, 27), and most of the qualitative studies attempted to understand the dynamics taking place in encounters between ethnic minority customers and pharmacists and/or pharmacy assistants working in community pharmacies. Three studies analysed the complex issue of categorizing, defining and grouping ethnic minorities, and the implications for accurately identifying risk factors related to medicine use (18, 20, 28). Five research-based intervention studies focused on reducing MRPs among ethnic minorities (26, 35–38). Other issues examined and explored in randomized controlled trials for asthma medication included the presence of ethnic minority groups (24), the use of traditional medicines (25) and the effect of living in the host country versus the home country (22). Table 4 summarizes the key messages from each study on equity, successful practices and innovative solutions identified.

TABLE 1. CHARACTERISTICS OF THE SELECTED QUALITATIVE STUDIES AND PROJECTS

No.	Year	Authors	Aim	Location	Study design	Data collection date	Ethnic and migrant groups	Age range	Sex	Key messages
1	2003	Bissell et al.	To raise the profile of questions around ethnicity within pharmacy practice research	Denmark and United Kingdom	Discussion paper	N/A	All	All	Both	The paper provides a critical review of health services and social science research exploring race and ethnicity in pharmacy practice
2	2008	Kamal & Shuan	To identify how Iraqi customers experience encounters with pharmacies and pharmacists	Copenhagen Capital region, Denmark	Semistructured interviews	2008	Ethnic Kurds from Iraq	Adult population	9 participants (6 women and 3 men)	<ul style="list-style-type: none"> - Iraqi customers and Danish pharmacists use and perceive pharmacy services differently and have different expectations; - All migrants cannot be lumped together – respect diversity
3	2011	Mygind et al.	To explore how ethnic minorities at risk of vitamin D deficiency are constructed in Danish policy documents	Denmark	Policy document analysis	2009	Non-Western immigrant and ethnic minorities	All ages	Not applicable	A high disparity in the way ethnic minority groups are defined hinders the identification of causes leading to vitamin D deficiency
4	2011	Shaheen	To explore differences and similarities between MRPs and cognitive illness and medication perceptions between ethnic majority Danes and Pakistani patients with type 2 diabetes	Denmark	Semistructured interviews including medication reviews	2011	Pakistani and Danish patients with type 2 diabetes	53-79 years	5 women (2 Pakistani) and 2 men (1 Pakistani)	<ul style="list-style-type: none"> - Interviews with Pakistani patients revealed how interpreters and/or family members constituted a larger part of the medication decision-making process than is the case among the Danish majority population; - There are more MRPs among ethnic majorities than among ethnic minorities (9.5 MRPs/ethnic majority patient vs 5 MRPs/ethnic minority patient)
5	2013	Molin et al.	To explore the perceptions of disease etiology and the effect of one's own behaviour on health among polypharmacy patients	Denmark	Semistructured interviews and extended medication reviews	April–September 2008	Non-Western immigrant and ethnic minorities	Adult population (aged > 50 years)	17 women and 9 men	<ul style="list-style-type: none"> - Latent and continued stress due to their immigrant status was often perceived as the cause of participants' diseases; - Participants felt that their own efforts had little impact on their health status

TABLE 1. CHARACTERISTICS OF THE SELECTED QUALITATIVE STUDIES AND PROJECTS

No.	Year	Authors	Aim	Location	Study design	Data collection date	Ethnic and migrant groups	Age range	Sex	Key messages
6	2013	Mygind et al.	To explore patient perspectives on medicine use during Ramadan	Copenhagen Capital region, Denmark	Semistructured interviews and extended medication reviews	April–May 2010	Ethnic Pakistanis	Adult population (aged > 42 years)	5 women and 1 man	Decision-making on whether to fast during Ramadan rarely included health-care professionals. Instead, friends and relatives, especially those with the same type of disease were often considered
7	2014	Basiri	To explore similarities and differences in medicine use among ethnic Iranian adolescents living in Denmark and those living in Iran	Copenhagen Capital region, Denmark & Shiraz, Fars Province, Iran	Semistructured interviews	2014	Ethnic Iranians and native Iranians	Adolescents (aged 15–20 years)	14 adolescents (7 girls and 7 boys)	Ethnic Iranian adolescent girls living in Denmark reported using more analgesics to cope with stress than adolescent girls living in Iran
8	2015	Fernández de Casadevante et al.	To analyse the determinants of HPV uptake in Europe	Europe	Systematic review, 23 studies	2008–2014	Immigrant women populations residing in European countries	Adolescent and adult population (aged 12–44 years)	Women (unspecified)	Higher HPV uptake was associated with ethnic majority populations, higher socioeconomic status, regular cervical screening participation by the mother, and having received previous childhood vaccinations
9	2016	Hu & Cantarero-Arévalo	To examine the relationship between ethnic background and ADRs to asthma medications	Multicountry	Systematic review, 26 studies	1998–2014	Immigrant and ethnic populations included in RCTs	All ages	Men and women (unspecified)	Despite the higher prevalence of asthma among specific ethnic minority groups, few studies have disaggregated information by ethnic background, and reports of ADRs to asthma medications in different ethnic groups are rare
10	2016	Ramzan et al.	To explore perceptions, knowledge and attitudes regarding the use of medicinal plants among Pakistanis living in Copenhagen	Copenhagen, Denmark	Semistructured interviews and plant collection	June 2016–September 2016	Ethnic Pakistanis	Adult population (aged 30–80 years)	14 women and 2 men	Use of medicinal plants is common among ethnic Pakistanis living in Denmark

ADR: adverse drug reaction; HPV: human papillomavirus vaccine; MRP: medicine-related problem; RCT: randomized controlled trial.

TABLE 2. CHARACTERISTICS OF THE SELECTED QUANTITATIVE STUDIES

No.	Year	Authors	Aim	Location	Study design	Data collection date	Ethnic and migrant groups	Age range	Sex	Key messages
1	2009	Hansen & Søndergaard	To examine optimal drug use among non-ethnic Danes, including consumption, attitudes and compliance	Denmark	Survey	2005–2006	Comparison between ethnic Danes and non-Western migrants	Adolescents, young adults and adult population	Both	<ul style="list-style-type: none"> - A significantly smaller portion of non-ethnic Danes than Danes (31.6% vs 39.6%) regularly used medicines - 60% of non-Western immigrants, compared with 52% of ethnic Danes, stated that they had experienced MRPs - A larger proportion of immigrant women use over-the-counter medicines
2	2013	Mygind et al.	To explore the challenges in serving immigrant customers at Danish community pharmacies	55 community pharmacies in 5 councils, Denmark	Questionnaire-based study	April 2009	Non-Western immigrant and ethnic minorities	All ages	85 women and 13 men	<ul style="list-style-type: none"> - Pharmacists and pharmacist assistants assess their counselling to ethnic minority groups as suboptimal - Frequent use of underage children as interpreters
3	2013	Cantarero-Arévalo et al.	To analyse whether there are inequalities in asthma treatment and, if so, whether this varies between household income groups	Denmark	Register-based study	2008	Immigrant and descendant children and adolescents	Children and adolescent population (aged 0–17 years)	1 092 886 children (51.2% boys)	<ul style="list-style-type: none"> - Compared with ethnic Danes, immigrant children had the lowest OR for redeeming a prescription for asthma medication, both relief (OR: 0.37; 95% CI: 0.20–0.68) and preventive medications (OR: 0.37; 95% CI: 0.22–0.59) - Similar associations were found among descendant children (OR for relief treatment: 0.82; 95% CI: 0.79–0.89; OR for preventive treatment: 0.68 95% CI: 0.61–0.75). The pattern of the association remained after stratifying for household income

TABLE 2. CHARACTERISTICS OF THE SELECTED QUANTITATIVE STUDIES

No.	Year	Authors	Aim	Location	Study design	Data collection date	Ethnic and migrant groups	Age range	Sex	Key messages
4	2014a	Cantarero-Arévalo et al.	To analyse whether ethnic differences in the use of antiasthmatic medication among children varies by place of residence	Copenhagen Capital Region, Denmark	Register-based study	2008	Immigrant and descendant children with Turkish, Iraqi and Lebanese backgrounds	Children and adolescent population (aged 0–17 years)	342 403 children (51.3% boys)	<ul style="list-style-type: none"> - Children living in low-income places of residence had lower odds of being prescribed preventive antiasthmatics compared with children living in higher-income places of residence (OR: 0.87; 95% CI: 0.84–0.91)
5	2014b	Cantarero-Arévalo et al.	To examine the association between immigrant background and medicine use for aches	Denmark	Questionnaire-based study	2008	Non-Western immigrants and descendants	Children and adolescent population (aged 11, 13 and 15 years)	9514 pupils (4674 boys and 4540 girls)	<ul style="list-style-type: none"> - Among adolescents in Denmark, the risk of medicine use for headache and stomach-ache was higher for immigrants and descendants than for ethnic Danes, with the exception of medicine use for headache among girls
6	2014c	Cantarero-Arévalo et al.	To examine the role of feeling safe at school regarding the use of medicines for aches	Denmark	Questionnaire-based study	2008	Non-Western immigrants and descendants	Children and adolescent population (aged 11, 13 and 15 years)	9514 pupils (4674 boys and 4540 girls)	<ul style="list-style-type: none"> - Self-reported medicine use for common health problems is high among adolescents with migrant backgrounds, particularly among first-generation immigrant girls - Feeling safe at school partially mitigated the association between migrant background and adolescents' medicine use

TABLE 2. CHARACTERISTICS OF THE SELECTED QUANTITATIVE STUDIES

No.	Year	Authors	Aim	Location	Study design	Data collection date	Ethnic and migrant groups	Age range	Sex	Key messages
7	2016	Cantarero-Arévalo et al.	To evaluate whether maternal country of birth accurately identifies adolescents with inappropriate antiasthmatic medication use	Skåne County, Sweden	Register-based cohort study	2005–2008	Ethnic minority children residing in Skåne	Adolescent population (aged 17 years) from 52 different countries	439 590 adolescents (gender unspecified)	- Categorization by maternal country of birth is inaccurate for identifying the inappropriate use of antiasthmatic medication among Swedish adolescents, as within-group heterogeneity is very high
8	2016	Fernández de Casadevante et al.	To examine ethnicity-related differences in the uptake of a temporary free-of-charge HPV catch-up programme and compare it with the previous self-payment system in place	Denmark	Register-based cohort study	August 2012 to December 2013	Ethnic minority women	Young adult female population	274 154 women	- The free programme increased the vaccination uptake more among Danish women than among descendant or immigrant women - The likelihood of HPV programme initiation among immigrants was higher for immigrants living in Denmark for 16–20 years compared with those living in Denmark for 6–10 years
9	2016	Hu et al.	To investigate ethnic differences in continuity of the use of maintenance medications for COPD	Copenhagen, Denmark	Register-based cohort study	2010	Non-Western immigrant ethnic background	Adult population	480 women and 649 men	- Individuals with ethnic minority backgrounds terminated COPD medication use more often than ethnic Danes (HR: 1.40; 95% CI: 1.03–1.90; $P = 0.03$)

CI: confidence interval; COPD: chronic obstructive pulmonary disease; HPV: human papillomavirus vaccine; HR: hazard ratio; MRP: medicine-related problem; OR: odds ratio.

TABLE 3. CHARACTERISTICS OF THE SELECTED THEORY-BASED INTERVENTIONS STUDIES

No.	Year	Authors	Aim	Location	Study design	Data collection date	Ethnic and migrant groups	Age range	Sex	Key messages & conclusion
1	2009	Gregersen	To investigate how patient education for non-Danish-speaking persons with type 2 diabetes contributes to helping patients have the best possible knowledge and the best possible tools to manage their disease	Copenhagen Health Center at Nørrebro, Denmark	Action-research design (including documentary method, observations and interviews)	2009	Pakistani and Danish type 2 diabetes patients	All ages	21 (former) patients (9 ethnic minority patients – 5 female and 4 male) and 12 ethnic Danes + 2 health-care practitioners	<ul style="list-style-type: none"> - Individualize the teaching of non-Danish-speaking patients with type 2 diabetes by involving their perspectives on medicines and health inpatient education programmes
2	2009	Haugbølle et al.	To reduce the number of MRPs through the implementation of medication review	Denmark	Commentary on the research-based intervention	2009	Non-Western immigrant and ethnic minorities	Adult population (aged >50 years)	23 patients (17 women and 6 men)	<ul style="list-style-type: none"> - A collaborative approach that includes pharmacists, family doctors and patients helps reduce MRPs - More frequent monitoring meetings with patients enhances patient satisfaction, trust in health-care professionals and motivation to comply with medicine regimens
3	2014d	Cantare-ro-Arévalo et al.	To reduce MRPs among Arabic-speaking ethnic minorities	Copenhagen, Denmark	Research-based intervention	2012	Non-Western immigrants	Adult population (aged 21–60 years)	30 participants (27 women and 3 men)	<ul style="list-style-type: none"> - Participants expressed frustration due to communication problems with Danish doctors - The programme helped bridge the gap between participants and doctors - The commonality of the culture, language and gender shared by the researcher, pharmacist and participants enhanced the success of the programme

TABLE 3. CHARACTERISTICS OF THE SELECTED THEORY-BASED INTERVENTIONS STUDIES

No.	Year	Authors	Aim	Location	Study design	Data collection date	Ethnic and migrant groups	Age range	Sex	Key messages & conclusion
4	2015	Dam et al.	To improve medicine adherence, health status and work ability through individualized pharmacist counselling on safe and effective use of medicines	4 Danish municipalities	Research-based before and after intervention	October 2011 to December 2013	Non-Western ethnic minorities receiving unemployment or sickness benefits	Adult population (aged 25–63 years)	82 patients (64 women and 18 men)	- Individualized interventions delivered by pharmacists with a focus on safe and effective medical treatments improved self-reported adherence and compliance with the regimen for approximately half of the patients
5	2016	Mygind et al.	To involve pharmacists as professional peers in an extended medication review intervention	Denmark	Research-based intervention	Autumn 2015	Non-Western immigrant ethnic minorities	All ages	12 pharmacists (male and female)	- Involving health-care staff with ethnic minority backgrounds as professional peers in encounters with ethnic minorities has potential for the adaptation of services to ethnically diverse populations, thus improving access to and quality of care

MRP: medicine-related problem.

TABLE 4. KEY SUCCESSFUL PRACTICES AND INNOVATIVE SOLUTIONS LEARNED FROM 10 SELECTED EMPIRICAL AND INTERVENTION STUDIES										
Focus of study	Bissell et al. (2003)	Kamal & Shuan (2008)	Gregersen (2009)	Haugbølle et al. (2009)	Shaheen (2011)	Mygind et al. (2013)	Molin et al. (2013)	Cantarero-Arévalo et al. (2014d)	Dam et al. (2015)	Mygind et al. (2016)
Design										
Involve patient's perspective on medicines	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Recognize patient's values	✓							✓		
Integrate patient's expectations in pharmacy counselling		✓						✓	✓	✓
Distinguish between different ethnic backgrounds and include characteristics other than country of birth when grouping patients, such as religion, language or regions within the home country	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Include interventions in which family members are involved or even interview relatives during medicine reviews				✓	✓					
Design programmes in which doctors take part from the start				✓		✓				
Work with pharmacist with the same ethnic background as the user(s)/patient(s)		✓			✓		✓			
Take into account the psychological stress due to the migration and integration processes	✓						✓			
Implementation										
Recruit through channels other than the pharmacy counter (as is problematic due to mistrust in the use of the information): use social networks and/or language schools				✓	✓		✓	✓	✓	
Train health-care professionals in cross-cultural understanding				✓		✓			✓	✓
Use professional interpreters or bilingual pharmacists to avoid frequent use of underage children as interpreters						✓				
Individualize teaching programmes to the specific needs of ethnic minorities			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
A collaborative approach including pharmacists, family doctors and patients (pay special attention to Ramadan for Muslim patients)					✓	✓			✓	
Reiterative interviews, in which mutual knowledge develops, are helpful				✓				✓		
Follow-up										
Frequent monitoring meetings to enhance patient's satisfaction and trust in health-care professionals and motivation to comply with medicine regimens				✓						
Enhance self-efficacy based on own cultural values							✓			

KEY MESSAGES ON EQUITY

Despite the present Danish universal health-care system, inequalities in access to and use of medicines have been detected. These are mainly due to non-structural barriers to health care, including issues related to lack of language skills and different expectations between the health-care professional (doctors and pharmacists) and patients, resulting in the encounter creating frustration and therefore affecting the level of trust between the two parties (4, 5, 19, 21, 23, 26, 27, 36–38). This mistrust hinders the counselling process and affects the way ethnic and migrant populations use medicines (35). Socioeconomic and sociodemographic characteristics also have an impact on equity between the majority and migrant populations (23, 24, 28–35); these characteristics include length of stay in the host country, ancestry (i.e. either first generation or descendant), country of origin, educational background, income level, gender and age (children, young adults and adult populations). These differences have been found in accessing over-the-counter medication (30, 31), vaccination programmes (23, 33) and treatment for chronic conditions (28, 34). The impacts of discrimination and daily psychological stressors have been identified by migrant populations as causes affecting their health and their use of medications (5, 22), among both young (22) and adult populations (5).

Crucial issues arise when migrants travel back and forth from the country of origin to the host country. Seasonal travelling (2–4-month visits to the home country each year are not unusual) poses challenges for maintaining continuity of treatment, and this is especially relevant for chronic patients and those on polypharmacy (5). Finally, using both imported medicines and traditional remedies, and sharing prescribed medication can potentially increase the risk of side-effects due to interactions and MRPs (25).

SUCCESSFUL PRACTICES AND INNOVATIVE SOLUTIONS

Among the key components of the success of theory-based interventions conducted by SCP-KU were building trust between the pharmacist and the user/patient, and involving ethnic minorities in all phases of the intervention (design, implementation and evaluation) (35–39). The development of an ethnically sensitive culture among pharmacists based on openness, curiosity and respect facilitated

a cross-cultural understanding that appeared to be the main component for the success of the intervention projects. When possible, it is important not only to cooperate individually with the patient but also to involve the family, friends and close social network, especially when there is a need to change a specific behaviour related to either medicine use or lifestyle habits (38, 39). Moreover, a collaborative approach that includes pharmacists, family doctors and patients contributes to reducing MRPs and improves adherence and compliance (35–39). For the Muslim population, it was found that special attention should be given during Ramadan (4). Ethnic sensitivity during Ramadan and the will to find ways of accommodating medicine regimens appeared to increase patient satisfaction and maintain stable compliance, especially among chronic patients.

OTHER LESSONS LEARNT

Using different methodological approaches, Bissell et al., Mygind et al. and Cantarero-Arévalo et al. showed the limitations and pitfalls faced when operationalizing the terms ethnicity or migrant (19, 20, 28), and highlighted the importance of exerting prudence when classifying ethnic groups. The way ethnic groups and migrants are defined and categorized has implications for the way we identify causes of diseases and health behaviours. To actually identify those groups in need, a sensitive and simultaneously flexible definition that captures the subtleties of belonging to a specific ethnic or migrant group is needed.

DISCUSSION

This review provides insight into the work conducted by the research group at SCP-KU. The 24 empirical and theory-based intervention studies included show, first, that in Denmark there are inequities in access to and use of medicines for infectious diseases, chronic conditions and minor ailments across different age groups, in both men and women and in different ethnic minority groups. Second, theory-based interventions that involve ethnic minorities as patients and researchers in their design, implementation and evaluation contribute to improving compliance with medicine regimens and reducing MRPs (18). This effect is further enhanced by involving relatives and friends and the larger social

network of the patient, and by engaging different health-care professionals, especially the family doctor.

The impact of the SCP-KU studies and interventions have not been evaluated, but it is obvious that this body of work, combined with on-the-floor, day-to-day work experiences of pharmacists and allied professionals in community pharmacies and hospitals, has resulted in an increase in awareness among health-care personnel in Denmark. Today, the ethnically sensitive services provided by pharmacists and pharmacy personnel have improved the quality of care. This development can be attributed to two clear demographic shifts: first, to the increase in the number of non-Western migrants; and second, to how this development over time resulted in a significant increase in people from ethnic minorities becoming students at the school of pharmacy. Another major shift is attributed to the SCP-KU tradition of research-based teaching. This tradition has fostered the active participation and empowerment of pharmacy students by including them in all stages of research in this area. Ultimately, this approach has led to students from ethnic minorities initiating and carrying out their own studies.

The response to the recent influx of immigrants and refugees to Europe creates challenges for many countries who find themselves unprepared when they suddenly have to provide pharmaceutical services for a group of patients and medicine users who not only do not speak the same language but also do not understand the culture and procedures of the health-care services of the host country. We therefore argue that the relevance of this article lies in the fact that in Denmark these challenges are part of the road to integration and are not regarded as a permanent state of affairs. Seeing and understanding this progression, in our opinion, attacks two common pitfalls in research, teaching and interventions. The first pitfall is that the term ethnicity does not have a single definition: several of the studies included here note that even migrants from the same country or those who share a common religion and/or language are very different and have different needs. A second pitfall is placing a special focus on ethnicity as a problem to be addressed in either research or when confronted by students of non-Western origin. Caution is advised to avoid stigmatizing migrants (both in the population and as students of pharmacy).

There are a few limitations of this body of work. First, one might question the relevance of these studies for other countries, as this research was carried out in Denmark, a small country with a relatively short history of and limited experience with non-Western ethnic minorities. Indeed, the SCP-KU research group has had little contact with, and therefore no published work on, asylum seekers living in Danish refugee camps. Thus, the current results can be extrapolated only with difficulty because the level of migration and influx of refugees in Denmark are low compared with other European countries, and with countries such as Turkey and Jordan. The strengths of our paper lie in the fact that SCP-KU has worked with ethnic minorities on medicine use and on a wide range of different issues related to these population groups for almost two decades: from a user's perspective, both qualitatively and quantitatively, and using different yet relevant theories. These facts, we believe, increase the validity of our study.

IMPLICATIONS FOR PRACTICE

For academic institutions, in particular, we suggest making use of the pharmacy internship period and encouraging students to develop research projects aimed at addressing inequalities in medicine use. We also strongly recommend inviting students from ethnic minorities to counsel patients with whom they share ethnic backgrounds. For public bodies active at the local or regional levels, we encourage the development of an outreach programme aimed at providing basic orientation to newly arrived migrants about what types of services are available, what can be expected when visiting a community pharmacy and the specificities of the health-care services of the host country with the object of reducing misunderstanding and frustration. In the case of pharmacy services, this is especially crucial with regard to which medicines are to be purchased over the counter. For clinical pharmacy reviews, we recommend conducting medicine reviews by pharmacists with the same ethnic background as the patients to further reduce MRPs and improve compliance.

RESEARCH PRIORITIES

A first priority of research is to examine ethnic inequalities in access to and use of medicines across the WHO European Region by conducting a multicountry survey. This approach will eventually allow assessment of the effect of different types of

health-care systems on the quality of care for ethnic minorities. A second priority of research is to address the impact of different migrant statuses (refugee, asylum seeker, and undocumented, labour and circulatory migrant) on access to and use of medicines, as well as the impact of various migrant statuses on compliance with medicine regimens among chronic patients. Finally, the third research priority is to gain an in-depth understanding of self-medication, the use of traditional medicines and other medicine-use behaviours among specific ethnic minority groups across several European countries.

CONCLUSION

Ethnically sensitive pharmacy-related services ease the counselling process on the use of medicines and ultimately contribute to a reduction in MRPs. Components of successful interventions include the involvement of ethnic minorities in all phases of the intervention. Currently, academic institutions may use their teaching sessions as an entry point to raise awareness among future health-care professionals of the importance of acknowledging and recognizing the need for an ethnically sensitive approach. In addition to the need for applying the user's perspective in research and interventions, the use of theory paves the way for more sound interventions.

Acknowledgements: We would like to acknowledge and thank the authors of the different articles included in this review, former colleagues working in the field of migration and use of medicines, and all the students interested in and contributing to this crucial and relevant research area. Special thanks to Anna Mygind for her help and insight in developing this area of research.

Sources of funding: None declared.

Conflicts of interest: None declared.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

REFERENCES

1. Qato DM, Wilder J, Schumm LP, Gillet V, Alexander GC. Changes in prescription and over-the-counter medication and dietary supplement use among older adults in the United States, 2005 vs 2011. *JAMA Intern Med.* 2016;176:473–82. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.8581.
2. Norredam M. Migration and health: exploring the role of migrant status through register-based studies. *Dan Med J.* 2015;62:B5068.
3. Norredam M, Nielsen SS, Krasnik A. Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe--a systematic review. *Eur J Public Health.* 2010;20(5):555–63.
4. Mygind A, Kristiansen M, Wittrup I, Norgaard LS. Patient perspectives on type 2 diabetes and medicine use during Ramadan among Pakistanis in Denmark. *Int J Clin Pharm.* 2013;35:281–8. doi: 10.1007/s11096-012-9716-1.
5. Molin KR, Mygind A, Norgaard LS. Perceptions of disease aetiology and the effect of own behaviour on health among poly-pharmacy patients with non-Western backgrounds in Denmark. *Int J Pharm Pract.* 2013;21:386–92. doi: 10.1111/ijpp.12023.
6. Hudson JL, Miller GE, Kirby JB. Explaining racial and ethnic differences in children's use of stimulant medications. *Med Care.* 2007;45:1068–75. doi: 10.1097/MLR.0b013e31806728fa.
7. Pieroni A, Muenz H, Akbulut M, Baser KH, Durmuskahya C. Traditional phytotherapy and trans-cultural pharmacy among Turkish migrants living in Cologne, Germany. *J Ethnopharmacol.* 2005;102(1):69–88.
8. Pieroni A, Sheikh QZ, Ali W, Torry B. Traditional medicines used by Pakistani migrants from Mirpur living in Bradford, Northern England. *Complement Ther Med.* 2008;16(2):81–6.
9. Boserup RA. Denmark's harsh new immigration law will end badly for everyone. *The World Post.* 2 February 2016 (http://www.huffingtonpost.com/rasmus-alenius-boserup/denmark-immigration-law_b_9112148.html, accessed 8 December 2016).
10. Razum O, Stronks K. The health of migrants and ethnic minorities in Europe: where do we go from here? *Eur J Public Health.* 2014;24:701–2. doi: 10.1093/eurpub/cku071.
11. Stepping up action on refugee and migrant health: towards a WHO European framework for collaborative action. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/298196/Stepping-up-action-on-refugee-migrant-health.pdf, accessed 8 December 2016).

12. Larsen BO, Hansen EH. The active medicine user. *Scand J Prim Health Care*. 1985;3:55–9.
13. Bissell P, Traulsen J. *Sociology and pharmacy practice*. London: Pharmaceutical Press; 2005.
14. Bjornsdottir I, Almarsdottir AB, Traulsen JM. The lay public's explicit and implicit definitions of drugs. *Res Social Adm Pharm*. 2009;5:40–50. doi: 10.1016/j.sapharm.2008.04.003.
15. Haugbølle LS, Sorensen EW, Gundersen B, Petersen KH, Lorentzen L. Basing pharmacy counselling on the perspective of the angina pectoris patient. *Pharm World Sci*. 2002;24:71–8.
16. Moldrup C. Medical technology assessment of the ethical, social, and legal implications of pharmacogenomics. A research proposal for an Internet citizen jury. *Int J Technol Assess Health Care*. 2002;18:728–32.
17. Krasnik A, Vallgård S, Christiansen T, Høyer KI. *Health services and health policy*. Copenhagen: Munskgaard; 2008.
18. Bissell P, Traulsen J, Haugbølle LS. Researching “race”, ethnicity and health: a critical review. *Int J Pharm Pract*. 2003;11:183–97.
19. Kamal A, Shuan A. *The use of pharmacy services by Iraqi Kurds living in Denmark [thesis]*. Copenhagen: Copenhagen University; 2008.
20. Mygind A, Traulsen JM, Norgaard LS, Bissell P. The ambiguity of ethnicity as risk factor of vitamin D deficiency--a case study of Danish vitamin D policy documents. *Health Policy*. 2011;102:56–63. doi: 10.1016/j.healthpol.2011.05.012.
21. Shaheen F. *Medicine review for ethnic Danish and Pakistani patients with type 2 diabetes – a pilot of study about comparison of drug related problems, cognitive illness and medication representation [thesis]*. Copenhagen: Copenhagen University; 2011.
22. Basiri A. *Exploring similarities and differences in adolescents' medicine use behaviours: a comparative qualitative study between adolescents living in Iran and adolescent Iranian immigrants living in Denmark [thesis]*. Copenhagen: Copenhagen University; 2014.
23. Fernández de Casadevante V, Gil Cuesta J, Cantarero-Arévalo L. Determinants in the uptake of the human papillomavirus vaccine: a systematic review based on European studies. *Front Oncol*. 2015;5:141. doi: 10.3389/fonc.2015.00141.
24. Hu Y, Cantarero-Arévalo L. Ethnic differences in adverse drug reactions to asthma medications: a systematic review. *J Asthma*. 2016;53:69–75. doi: 10.3109/02770903.2015.1058395.
25. Ramzan S, Janger A, Soelberg J, Cantarero-Arévalo L. Traditional medicine among people of Pakistani descent in the Capital region of Copenhagen. *J Ethnopharmacol*. 2016 [Epub ahead of print, PMID: 27939419]. doi: 10.1016/j.jep.2016.11.048.
26. Hasen EH, Sondergaard B. *Optimal drug use among non-ethnic Danes: consumption, attitudes and compliance*. Copenhagen: Copenhagen University; 2009.
27. Mygind A, Espersen S, Norgaard LS, Traulsen JM. Encounters with immigrant customers: perspectives of Danish community pharmacy staff on challenges and solutions. *Int J Pharm Pract*. 2013;21:139–50. doi: 10.1111/j.2042-7174.2012.00237.x.
28. Cantarero-Arévalo L, Holstein BE, Andersen A, Kaae S, Norredam M, Hansen EH. Inequalities in asthma treatment among children by country of birth and ancestry: a nationwide study in Denmark. *J Epidemiol Community Health*. 2013;67:912–17. doi: 10.1136/jech-2012-202135.
29. Cantarero-Arévalo L, Ersboll AK, Holstein BE, Andersen A, Kaae S, Hansen EH. Ethnic and migrant differences in the use of anti-asthmatic medication for children: the effect of place of residence. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2014a;23:95–104. doi: 10.1002/pds.3541.
30. Cantarero-Arévalo L, Holstein BE, Andersen A, Kristiansen M, Hansen EH. Immigrant background and medicine use for aches: national representative study of adolescents. *J Pharm Policy Pract*. 2014b;7:1. doi: 10.1186/2052-3211-7-1.
31. Cantarero-Arévalo L, Andersen A, Holstein BE, Hansen EH. Migrant differences in adolescents' medicine use for common health problems: a national representative survey. *Glob J Epidemiol Public Health*. 2014c;1(1):24–34.
32. Cantarero-Arévalo L, Perez Vicente R, Juarez SP, Merlo J. Ethnic differences in asthma treatment among Swedish adolescents: a multilevel analysis of individual heterogeneity. *Scand J Public Health*. 2016;44:184–94. doi: 10.1177/1403494815614749.
33. Fernández de Casadevante V, Cantarero-Arévalo L, Cuesta JG, Valentiner-Branth P. Ethnic background and human papillomavirus vaccine uptake in Denmark: a countrywide retrospective cohort study including 274,154 women aged 19–28 years. *Papillomavirus Research*. 2016;2:78–84.
34. Hu Y, Jakobsen R, Frølich A, Wallach-Kildemoes H, Cantarero-Arévalo L. Ethnic inequalities in COPD outcomes: a register-based study in Copenhagen, Denmark. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2016 [Epub ahead of print, PMID: 27981500] doi: 10.1007/s40615-016-0321-1.
35. Gregersen HH. *Evaluation of a patient education programme to ethnic minorities type 2 diabetes patients at Nørrebro Health center: an action research project with focus on medicine understanding, management and behaviour*. Copenhagen: Copenhagen University; 2009.

-
36. Haugbølle L, Sondergaard B, Sørensen EW, Traulsen JM, El-Souri M, Mygind A. Optimal drug use among non-ethnic Danes: implementation of medication review. Copenhagen: Copenhagen University; 2009.
 37. Cantarero- Arévalo L, Kassem D, Traulsen JM. A culturally competent education program to increase understanding about medicines among ethnic minorities. *Int J Clin Pharm*. 2014d;36:922–32. doi: 10.1007/s11096-014-0009-8.
 38. Dam P, El-Souri M, Herborg H, Nørgaard LS, Rossing C, Sodemann M, et al. Safe and effective use of medicines for ethnic minorities – a pharmacist-delivered counseling program that improves adherence. *J Pharma Care Health Sys*. 2015;2:128.
 39. Mygind A, Nørgaard LS, Traulsen JM, El-Souri M, Kristiansen M. Realising the potential of peer-status among healthcare professionals: lessons learned from a Danish community-pharmacy intervention for ethnic minorities. *Scand J Public Health*. 2016 (in press).
 40. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med*. 2009;151(4):264–9.

Обзор

ПРЕОДОЛЕНИЕ ЭТНИЧЕСКОГО НЕРАВЕНСТВА В ПОТРЕБЛЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ДАНИИ: ВЫБРАННЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Lourdes Cantarero-Arévalo, Janine Traulsen, Lotte Stig Nørgaard

Факультет здравоохранения и медицинских наук, кафедра фармацевтики, отделение социальной и клинической фармации, Копенгагенский университет

Автор, отвечающий за переписку: Lourdes Cantarero-Arévalo (адрес электронной почты: Lou.cantarero@sund.ku.dk)

АННОТАЦИЯ

Задачи: мы представляем данные о полученном опыте и извлеченных уроках по результатам исследования о потреблении лекарственных средств этническими меньшинствами, проведенного исследовательской группой Отделения социальной и клинической фармации Копенгагенского университета (СКФ-КУ), и предлагаем обзор теоретически обоснованных вмешательств, осуществленных в интересах этнических меньшинств и с их участием.

Методология: мы провели обзор научной и «серой» литературы, посвященной этническим меньшинствам, в которой рассматривается их доступ к лекарственным препаратам и уровень их потребления. Поскольку

нашей целью являлось разъяснение философских принципов работы СКФ-КУ (в основе которой лежит учет потребительских мнений и использование теории), были выбраны исследования только такой направленности.

Результаты: всего для анализа было отобрано 24 исследования. Были определены следующие успешные практики: (i) формирование доверия между фармацевтом и потребителем/пациентом; (ii) вовлечение этнических меньшинств в работу на всех этапах вмешательства (разработка, осуществление и последующие мероприятия); (iii) формирование культуры работы фармацевтов с учетом этнических факторов на основе открытости, интереса и уважения;

и (iv) вовлечение, если это представляется возможным, членов семьи, друзей и представителей близкого социального окружения пациента, особенно при необходимости изменения поведения в отношении приема лекарств или привычек, обусловленных жизненным укладом.

Выводы: для формирования аптечных услуг с учетом этнических особенностей пациентов требуется вовлекать в работу на всех этапах исследования вмешательств представителей этнических меньшинств и содействовать расширению их прав. Следует с осторожностью подходить к классификации социальных групп, исходя из их мигрантского или этнического происхождения.

Ключевые слова: ДАНИЯ, ЭТНИЧЕСКИЕ МЕНЬШИНСТВА, ТЕОРИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, ПОТРЕБЛЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, МИГРАНТЫ, АПТЕЧНАЯ ПРАКТИКА

ВЕДЕНИЕ

Из всех медицинских технологий наиболее часто употребляемой является фармацевтическая продукция (которую обычно называют «лекарственные средства» или «лекарства»), и ее потребление растет во всем мире (1). Польза лечения с помощью лекарственных средств для здоровья человека и общества широко известна. Однако до сих пор существует множество проблем, заслуживающих пристально-

го внимания всех лиц, отвечающих за выработку политики и принятие решений. К этим проблемам можно отнести, например, сложности с доступом к надлежащему лечению, самолечение или самопомощь при заболеваниях, а также проблемы, связанные с лекарственными средствами (ПСЛ). Масштабы этих проблем зачастую еще больше возрастают в отдельных этнических или мигрантских группах. Неструктурные барьеры к медицинской помощи, такие как незнание языка, культурные отличия и не-

удовлетворенные ожидания, оказывают сильнейшее влияние на доступ мигрантов и представителей этнических меньшинств к лекарствам и на уровень их потребления. Пациенты из этнических меньшинств (включая мигрантов, просителей убежища, беженцев и потомков мигрантов) обычно страдают от большего числа болезней по сравнению с представителями этнического большинства, принимают больше лекарств в течение более длительного времени и испытывают больше ПСЛ (2–4). На отношение к приему лекарств сильное влияние оказывают привычки, приобретенные в стране происхождения, в которой из-за отсутствия или нестрогого характера системы регулирования оказания медицинской помощи можно было свободно и бессистемно приобретать лекарства без рецепта (5). Психосоциальные факторы стресса, пережитые в процессе миграции и в первые годы после поселения в принимающей стране, также влияют на отношение к потреблению лекарственных средств. И действительно, результаты исследований указывают на то, что люди могут использовать лекарства как средство борьбы со стрессом, вызванным чувством отчужденности, дискриминацией и расизмом (6). И, наконец, одновременное использование импортных лекарств и средств народной медицины, или общее использование рецептурных препаратов повышает риск возникновения побочных эффектов из-за лекарственного взаимодействия и ПСЛ (7, 8).

В странах Северной Европы, где обеспечивается всеобщий доступ к медицинским услугам, а цена на лекарственные препараты в значительной мере компенсируется, структурные барьеры, затрудняющие доступ к лекарствам для мигрантского населения, не являются серьезной проблемой общественного здравоохранения (2). Более того, большинство стран Северной Европы имеют высококачественную политику интеграции, которая предусматривает предоставление семьям социально-экономической поддержки, от пособий на медицинское обслуживание, образование и проживание, до субсидий на содействие трудоустройству. Тем не менее, в будущем могут возникнуть проблемы в некоторых из этих стран, например, в Дании, где недружественная политическая риторика в отношении мигрантов и в высшей степени ограничительная миграционная политика могут негативно отразиться на здоровье мигрантов (9).

ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ЭТНИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ И МИГРАЦИИ: ВАЖНЕЙШАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ДЛЯ ПОНИМАНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ

Соблюдение этнической справедливости при обеспечении качества медицинской помощи и лечения является одной из непростых задач для лиц, формирующих политику и равнодушных специалистов здравоохранения. Системы здравоохранения должны уделять особое внимание этническим особенностям и учитывать культурное разнообразие (10, 11). Стратегии и вмешательства редко становятся успешными, если в них не обеспечивается признание и понимание мнений потребителей, и если голоса пациентов из числа этнических меньшинств остаются не услышанными и не принимаются во внимание.

МНЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ, ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОБОСНОВАНИЯ И КАЧЕСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ

В течение почти четырех десятилетий Отделение социальной и клинической фармации Копенгагенского университета (СКФ-КУ) с целью изучения роли лекарственных средств в обществе осуществляло целевые исследования и преподавательскую деятельность, состоящие из трех основных компонентов: теоретические исследования; использование главным образом качественных методов; и уделение основного внимания изучению мнений потребителей. Междисциплинарные группы, в состав которых входили фармацевты и социологи, рассматривали самые разные вопросы, связанные с ролью лекарственных средств в обществе, в частности, вопросы доступа к лекарствам и цели рационального использования лекарств. На ранних этапах этих исследований удалось выявить огромные различия в понимании того, что такое рациональное использование лекарств, между специалистами системы здравоохранения, медицинскими работниками и пациентами (или гражданами, или потребителями) (12).

Теория всегда занимала важное место в этих исследованиях, благодаря твердому убеждению в том, что применение теории необходимо не только для разработки структуры или дизайна исследования и анализа данных (что, таким образом, усиливает прозрачность), но и помогает интерпретировать и объяснять практики, события и модели, существующие в мире фармации, а также понимать поведение и поступки пациентов. В качестве примеров теорий, использованных в этом исследовании, можно назвать теории восприятия риска, информирования о рисках, политики, социальной стигмы, этнического происхождения и расы, коммуникации, поведения в отношении приема лекарств и междисциплинарного сотрудничества (13).

Использование качественных методов обеспечивает диалог между исследователем и пациентом с целью услышать голос пациента. Эти методы включают наблюдения, проведение интервью и фокус-групп и, с недавнего времени, исследование вмешательств.

Тщательное изучение особенностей потребителей позволяет получить представление о том, насколько по-разному обычные люди и специалисты вос-

принимают лекарственные средства, – в том числе, получить базовую информацию, например, о том, как пациенты определяют лекарственные средства (14, 15), что они знают о них и как воспринимают риск (16). Относительный рост численности этнических меньшинств в Дании привел к появлению новых культурных феноменов, которые необходимо учитывать для понимания уже распространенных среди населения неверных представлений о доступности лекарств и необходимости соблюдать режим их приема. Вполне естественно, в исследованиях и образовательных программах необходимо рассматривать отличительные особенности мигрантов и этнических меньшинств как обязательный аспект для понимания характеристик пациентов. С 2008 года мы обучили более 1300 студентов фармацевтического отделения, проходивших интернатуру по специальности «Фармация», по вопросам этнических меньшинств и потребления лекарственных средств. На Рис. 1 показано, как СКФ-КУ интегрировало вопросы мигрантов и этнических меньшинств в программы обучения и исследования с целью формирования группы фармацевтов и исследователей, разбирающихся в этнических особенностях потребления лекарственных средств.

РИС. 1. УЧЕТ МНЕНИЙ МИГРАНТОВ И ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ЭТНИЧЕСКИХ МЕНЬШИНСТВ О ПОТРЕБЛЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ БУДУЩИМИ ФАРМАЦЕВТАМИ И ИССЛЕДОВАТЕЛЯМИ



ЦЕЛИ

В предлагаемом плане действий, включенном в итоговый документ совещания высокого уровня по вопросам здоровья беженцев и мигрантов, проведенного Европейским региональным бюро ВОЗ в Риме в ноябре 2015 году, подчеркивается, что:

«Эффективное оказание медицинской помощи, реализация мер укрепления здоровья и профилактики болезней требуют наличия систем здравоохранения, которые способны адаптироваться и реагировать на потребности постоянно меняющегося контингента и учитывать его культурные, религиозные, языковые и гендерные особенности. Надлежащая подготовка медицинских специалистов и соответствующего немедицинского персонала – один из основных элементов, необходимых для выполнения этой задачи».

Более того, в этом документе также отмечается, что «необходимо принять соответствующие меры, способствующие преемственности и качеству медицинской помощи для мигрантов..., а также принятие, обеспечение и мониторинг соблюдения одинаковых стандартов качества оказания медицинской помощи» (11). Таким образом, в данном обзоре мы бы хотели поделиться извлеченными уроками и примерами лучшей практики, собранными исследовательской группой СКФ-КУ, представив обзор эмпирических и теоретических исследований вмешательств, осуществленных в сфере потребления лекарственных средств этническими меньшинствами, для достижения конечной цели: побудить ученых, практиков и людей, вырабатывающих политику или принимающих решения, к созданию аптечных служб с учетом этнических особенностей.

МЕТОДЫ

ИСХОДНЫЕ УСЛОВИЯ

Здравоохранение в Дании отражает принципы Скандинавской модели социального обеспечения. Система здравоохранения в Дании финансируется за счет налогов и обеспечивает свободный (т.е. бесплатный) доступ к медицинской помощи в больницах и к услугам врачей общей практики (17). Действует система прогрессивного возмещения расходов на рецептурные лекарственные средства

(система возмещения на основе потребностей): чем больше у человека расходы на рецептурные препараты, тем большего размера компенсацию он получает. Кроме того, муниципалитеты могут покрывать часть расходов на лекарства для лечения хронических заболеваний после вычета суммы государственного возмещения (например, из-за низкого уровня дохода или больших объемов потребления препаратов). Органы здравоохранения определяют число аптек, их филиалов и место их размещения.

ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ И КРИТЕРИИ ВКЛЮЧЕНИЯ В ИССЛЕДОВАНИЕ

В данное исследование мы включили научные статьи и отчеты об исследованиях проблем этнических меньшинств и мигрантов, законно проживающих в стране, и об их доступе к лекарствам и уровне их потребления (но не о доступе к более широким медицинским услугам) с целью выявления неравенств и/или разработки теоретически обоснованных вмешательств для снижения ПСЛ. Все научные статьи были написаны на английском языке. Однако также мы изучили некоторые отчеты, которые изначально были написаны на датском языке. Рассматривались исследования, проведенные в последние 15 лет. Мы не включали в обзор короткие коммюнике, протоколы конференций, плакаты и учебные материалы. Всего мы включили в данный обзор 10 качественных исследований (4, 5, 18–25), 9 количественных исследований (26–34) и 5 исследований различных вмешательств (35–39). Поскольку нашей целью являлось разъяснение философских принципов работы СКФ-КУ (в основе которой лежит учет потребительских мнений и использование теории), были выбраны исследования только такой направленности.

Методологические подходы включенных исследований различались, поскольку их отбор происходил на основании предмета исследования. В качественных исследованиях применялись, главным образом, полуструктурированные интервью или их комбинация с медицинскими обзорами (4, 5, 19, 22, 25). Другие качественные методы включали проведение фокус-групп, наблюдений и анализ протоколов встреч (20, 21). Дизайн количественных исследований основывался на когортных (32–34) и перекрестных исследованиях (27–31). Два системных обзора, включенных в Таблицу 1, проводились в соответствии с рекомендациями PRISMA (40). Источниками данных для количественных исследо-

ваний были реестры и обследования населения. И, наконец, в исследованиях теоретически обоснованных вмешательств объединялись разные методы, включая индивидуальные интервью, фокус-группы, медицинские обзоры, результаты повторных тестов и оценки процесса и результатов (35–39). Что касается исследования вмешательств, то интервью и обзоры лекарственных препаратов зачастую проводили фармацевты одного этнического происхождения с пациентами и/или исследователи, знавшие язык участников.

АНАЛИЗ

При сборе и анализе данных основное внимание уделялось приоритетным вопросам, которые рассматривались в специальном выпуске журнала *Панорама общественного здравоохранения*, публикуемого Европейским региональным бюро ВОЗ, посвященном проблемам миграции. Таким образом, данные разбиты по категориям в соответствии со следующими ключевыми направлениями: обеспечение справедливости, инновационные решения, успешные практики и извлеченные уроки. Все три автора ознакомились с исследованиями и коллективно определили и отобрали основные примеры лучшей практики.

ВОПРОСЫ ЭТИКИ В ВЫБРАННЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

В соответствии с законодательством Дании, для этих исследований не требовалось одобрения комитета по этике, поскольку в них не рассматривались исследования на людях или человеческом биологическом материале, таком как ткани, яйцеклетка или клетки человеческого организма. Однако в разных типах исследований принимались конкретные меры в связи с этим, описанные в каждом исследовании отдельно.

РЕЗУЛЬТАТЫ

ХАРАКТЕРИСТИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ

В таблицах 1, 2 и 3 представлены характеристики 24 выбранных качественных и количественных исследований и исследований вмешательств, включенных в данный обзор (4, 5, 18–39). В этих исследованиях рассматривались следующие этнические группы «незападного» происхождения: выходцы из Турции (5, 24, 28, 29, 31–39), Ирана (20, 22, 24, 28, 29, 39), Ирака (5, 24, 28, 29, 31–34), Пакистана (21, 25, 28, 29, 32, 34, 36) и Ливана (в основном палестинцы) (5, 28, 29, 31, 33). Именно эти этнические группы наиболее широко представлены в Дании (<http://www.statbank.dk/statbank5a/default.asp?w=1366>). В данных 24 исследованиях рассматривались все возрастные группы за исключением новорожденных. Выборка охватывала 16-летний период (2000–2016 гг.).

ТАБЛИЦА 1. ХАРАКТЕРИСТИКИ ВЫБРАННЫХ КАЧЕСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ПРОЕКТОВ

№	Год	Авторы	Цель	Место проведения	Дизайн исследования	Дата сбора данных	Этнические и мигрантские группы	Возрастной диапазон	Пол	Основные тезисы
1	2003	Bissell et al.	Повысить значимость этнических вопросов при исследовании фармацевтической практики	Дания и Со-единенное Королевство	Документ для обсуждения	н/д	Все	Все	Оба	В статье предлагается критический обзор медицинского услуг и социологического исследования, в котором рассматривались вопросы расового и этнического происхождения в аптечной практике
2	2008	Kamal & Shuan	Выяснить, с каким отношением сталкиваются иракские потребители при посещении аптек и общении с аптекарями	Копенгаген, Столичный регион, Дания	Полуструктурированные интервью	2008	Этнические курды из Ирака	Взрослое население	9 участников (6 женщин и 3 мужчины)	- Потребители из Ирака и датские аптекари используют и воспринимают аптечную службу по-разному и имеют разные ожидания; - Нельзя объединять всех мигрантов в одну группу – следует уважать разнообразие
3	2011	Mugind et al.	Выяснить, как учитываются проблемы этнических меньшинств с риском дефицита витамина D в датских директивных документах	Дания	Анализ директивного документа	2009	«Незападные» иммигранты и этнические меньшинства	Все возрасты	Неопределено	Большое расхождение в определении мигрантских групп затрудняют идентификацию причин, приводящих к дефициту витамина D
4	2011	Shaheen	Изучить различия и сходства между ПСЛ и когнитивными расстройствами и восприятием лекарственных средств между этническим большинством датчан и пациентами пакистанского происхождения с диабетом 2 типа	Дания	Полуструктурированные интервью, включая обзор лекарственных средств	2011	Пациенты из Пакистана и Дании с диабетом 2 типа	53-79 лет	5 женщин (2 пакистанки) и 2 мужчины (1 пакистанец)	- Интервью с пакистанскими пациентами показали, что переводчики и/или члены семьи значительно больше влияют на решение о приеме лекарств по сравнению с большинством датского населения; - В этническом большинстве отмечается больше ПСЛ, чем в этнических меньшинствах (9,5 ПСЛ/на одного пациента из этнического большинства по сравнению с 5 ПСЛ/на одного пациента из этнического меньшинства)

ТАБЛИЦА 1. ХАРАКТЕРИСТИКИ ВЫБРАННЫХ КАЧЕСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ПРОЕКТОВ										
№	Год	Авторы	Цель	Место проведения	Дизайн исследования	Дата сбора данных	Этнические и мигрантские группы	Возрастной диапазон	Пол	Основные тезисы
5	2013	Molin et al.	Изучить восприятие этиологии заболевания и влияние собственного поведения на состояние здоровья среди пациентов, одновременно принимающих несколько лекарственных препаратов	Дания	Полуструктурированные интервью и расширенные обзоры лекарственных средств	Апрель - сентябрь 2008	«Незападные» иммигранты и этнические меньшинства	Взрослое население (в возрасте > 50 лет)	17 женщин и 9 мужчин	- Латентный и постоянный стресс в связи с собственным иммигрантским статусом зачастую считается главной причиной заболеваемости участников; - Участники считали, что их собственные усилия мало влияют на состояние их здоровья
6	2013	Mugind et al.	Изучить мнения пациентов о приеме лекарств во время Рамадана	Копенгаген, Столичный регион, Дания	Полуструктурированные интервью и расширенные обзоры лекарственных средств	Апрель - май 2010	Этнические пакистанцы	Взрослое население (в возрасте > 42 лет)	5 женщин и 1 мужчина	В процесс принятия решения о соблюдении поста во время Рамадана редко вовлекаются медицинские работники. Вместо этого за советом часто обращаются к друзьям и родственникам, особенно если они страдают от такой же болезни.
7	2014	Basigi	Изучить сходства и различия в потреблении лекарственных средств между подростками иранского происхождения в Дании и подростками, живущими в Иране	Копенгаген, Столичный регион, Дания и Шираз, провинция Фарс, Иран	Полуструктурированные интервью	2014	Этнические группы иранского происхождения и жители Ирана	Подростки (15-20 лет)	14 подростков (7 девочек и 7 мальчиков)	Девочки-подростки иранского происхождения, живущие в Дании, указали на более частое потребление анальгетиков, чтобы справиться со стрессом, по сравнению с девочками-подростками, живущими в Иране
8	2015	Fernández de Casadevante et al.	Проанализировать детерминанты вакцинации ВПЧ в Европе	Европа	Систематический обзор, 23 исследования	2008-2014	Женщины-иммигранты, проживающие в странах Европы	Подростки и взрослое население (в возрасте 12-44 лет)	Женщины (не уточнено)	Более высокий уровень вакцинации ВПЧ связан с принадлежностью к этническому большинству, более высоким социально-экономическим статусом, регулярным прохождением скрининга шейки матки матерями и прохождением предыдущих вакцинаций в детском возрасте.

ТАБЛИЦА 1. ХАРАКТЕРИСТИКИ ВЫБРАННЫХ КАЧЕСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ПРОЕКТОВ

№	Год	Авторы	Цель	Место проведения	Дизайн исследования	Дата сбора данных	Этнические и мигрантские группы	Возрастной диапазон	Пол	Основные тезисы
9	2016	Hu & Santalero-Atévalo	Изучить взаимосвязь между этническим происхождением и НЛР на препараты против астмы	Несколько стран	Систематический обзор, 26 исследований	1998–2014	Иммигрантские и этнические группы, включенные в РКИ	Все возрасты	Мужчины и женщины (не уточнено)	Несмотря на более высокую распространенность астмы в отдельных группах этнических меньшинств, лишь в немногих исследованиях имеется дезагрегированная информация по этническому происхождению, а сообщения о НЛР на препараты против астмы в разных этнических группах довольно редки.
10	2016	Ramzan et al.	Изучить восприятие, знания и отношение к потреблению лекарственных растений среди пакистанцев, живущих в Копенгагене	Копенгаген, Дания	Полуструктурированные интервью и анализ собранных лекарственных растений	Июль 2016 – сентябрь 2016	Этнические пакистанцы	Взрослое население (30–80 лет)	14 женщин и 2 мужчины	Использование лекарственных растений распространено среди этнических пакистанцев, живущих в Дании.
<p>НЛР: нежелательная лекарственная реакция; ВПЧ: вакцина против вируса папилломы человека; ПСЛ: проблемы, связанные с лекарственными средствами; РКИ: рандомизированное контролируемое исследование.</p>										

ТАБЛИЦА 2. ХАРАКТЕРИСТИКИ ВЫБРАННЫХ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

№	Год	Авторы	Цель	Место проведения	Дизайн исследования	Дата сбора данных	Этнические и мигрантские группы	Возрастной диапазон	Пол	Основные тезисы
1	2009	Hansen & Søndergaard	Изучить оптимальное потребление лекарственных средств среди этнических датчан, включая уровень потребления, отношения и соблюдение режима приема лекарств	Дания	Обследование	2005–2006	Сравнение между этническими датчанами и «незападными» мигрантами	Подростки, молодые взрослые и взрослое население	Оба	- Значительно меньший процент этнических датчан по сравнению с датчанами (31,6% против 39,6%) регулярно потребляют лекарства - 60% западных иммигрантов по сравнению с 52% этнических датчан указали, что испытывали ПСЛ - Более высокий процент женщин-иммигрантов потребляют безрецептурные препараты
2	2013	Mugind et al.	Изучить сложности с обслуживанием клиентов-иммигрантов в районных аптеках Дании	55 районных аптек в 5 округах в Дании	Исследование на основе анкетирования	Апрель 2009	Незападные иммигрантские группы и этнические меньшинства	Все возрасты	85 женщин и 13 мужчин	- Аптекари и продавцы аптек считают уровень консультирования, которое они предоставляют группам этнических меньшинств, неоптимальным - В роли переводчиков часто выступают несовершеннолетние дети

ТАБЛИЦА 2. ХАРАКТЕРИСТИКИ ВЫБРАННЫХ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

№	Год	Авторы	Цель	Место проведения	Дизайн исследования	Дата сбора данных	Этнические и мигрантские группы	Возрастной диапазон	Пол	Основные тезисы
3	2013	Santarego-Atévalo et al.	Проанализировать наличие неравенства при лечении астмы, и, если оно существует, выявить различия между домохозяйствами по уровню доходов	Дания	Исследование на основе медицинских журналов учета	2008	Иммигранты и их дети и подростки	Дети и подростки (0–17 лет)	1 092 886 детей (51,2% мальчиков)	- По сравнению с этническими датчанами среди детей иммигрантов наблюдалось самое низкое ОШ на получение рецептурных лекарств против астмы как для ослабления симптомов (ОШ: 0,37; 95% ДИ: 0,20–0,68) так и для профилактики (ОШ: 0,37; 95% ДИ: 0,22–0,59) - Аналогичная взаимосвязь обнаружена среди детей-потомков мигрантов (ОШ для симптоматического лечения: 0,82; 95% ДИ: 0,79–0,89; ОШ для профилактического лечения: 0,68 95% ДИ: 0,61–0,75). Эта модель взаимосвязи сохранялась и после стратификации домохозяйств по уровню доходов.
4	2014a	Santarego-Atévalo et al.	Проанализировать, различается ли уровень этнического неравенства в потреблении противоастматических средств среди детей в зависимости от места жительства	Копенгаген, Столичный регион, Дания	Исследование на основе медицинских журналов учета	2008	Дети иммигрантов и потомков иммигрантов турецкого, иракского и ливанского происхождения	Дети и подростки (в возрасте 0–17 лет)	342 403 детей (51,3% мальчиков)	- У детей, живущих в районах с низким уровнем доходов, меньше шансов получить рецепт на профилактические препараты против астмы по сравнению с детьми, живущими в более зажиточных районах (ОШ: 0,87; 95% ДИ: 0,84–0,91)

ТАБЛИЦА 2. ХАРАКТЕРИСТИКИ ВЫБРАННЫХ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

№	Год	Авторы	Цель	Место проведения	Дизайн исследования	Дата сбора данных	Этнические и мигрантские группы	Возрастной диапазон	Пол	Основные тезисы
5	2014b	Santarego-Arévalo et al.	Изучить взаимосвязь между происхождением иммигрантов и потреблением болеутоляющих препаратов	Дания	Исследование на основе анкетирования	2008	Дети незападных иммигрантов и их потомков	Дети и подростки (в возрасте 11, 13 и 15 лет)	9514 школьников (4674 мальчиков и 4540 девочек)	- В группах подростков в Дании риск потребления лекарств при головной боли или боли в животе был выше среди детей иммигрантов и их потомков, чем среди этнических датчан, за исключением приема лекарств при головной боли среди девочек
6	2014c	Santarego-Arévalo et al.	Оценить влияние чувства безопасности в школе на потребление болеутоляющих лекарств	Дания	Исследование на основе анкетирования	2008	Дети незападных иммигрантов и их потомков	Дети и подростки (в возрасте 11, 13 и 15 лет)	9514 школьников (4674 мальчиков и 4540 девочек)	- Уровень приема лекарств при распространенных проблемах со здоровьем (со слов респондентов) был высоким среди подростков мигрантского происхождения, особенно среди девочек-иммигрантов в первом поколении - Чувство безопасности в школе отчасти снижало взаимосвязь между мигрантским происхождением и потреблением лекарств подростками
7	2016	Santarego-Arévalo et al.	Оценить, зависит ли необходимость в приеме болеутоляющих препаратов против астмы подростками от страны происхождения матерей	Регион Сконе, Швеция	Когортное исследование на основе медицинских журналов учета	2005–2008	Дети из числа этнических меньшинств, проживающих в регионе Сконе	Подростки (в возрасте 17 лет) из 52 разных стран	439 590 подростков (гендер не указан)	- Классификация по группам в зависимости от родной страны матери является неточной для выявления принадлежащего потребителям препаратов против астмы среди шведских подростков, поскольку внутригрупповая разнородность очень высока

ТАБЛИЦА 2. ХАРАКТЕРИСТИКИ ВЫБРАННЫХ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

№	Год	Авторы	Цель	Место проведения	Дизайн исследования	Дата сбора данных	Этнические и мигрантские группы	Возрастной диапазон	Пол	Основные тезисы
8	2016	Fernández de Casadevante et al.	Изучить обучающиеся этнические происхождения различия в обрабатываемости за бесплатной вакцинацией против ВПЧ в рамках временной программы и сравнить с результатами предыдущей платной программы	Дания	Когортное исследование на основе медицинских журналов учета	Август 2012 – декабрь 2013	Женщины из этнических меньшинств	Молодое взрослое женское население	274 154 женщин	- Благодаря бесплатной программе обращаемость за вакцинацией возросла больше среди датских женщин, чем среди женщин-иммигрантов или их потомков - Вероятность реализации программы ВВПЧ среди иммигрантов была выше в группе лиц, проживших в Дании 16–20 лет, по сравнению с теми, кто живет в Дании 6–10 лет
9	2016	Hu et al.	Рассмотреть этнические различия в продолжительности приема препарата для лечения ХОЗЛ	Копенгаген, Дания	Когортное исследование на основе медицинских журналов учета	2010	Иммигранты незападного этнического происхождения	Взрослое население	480 женщин и 649 мужчин	- Представители этнических меньшинств чаще прекратили прием лекарств в связи с ХОЗЛ, чем этнические датчане (ОР: 1,40; 95% ДИ: 1,03–1,90; P = 0,03)

ДИ: доверительный интервал; ХОЗЛ: хроническое obstructивное заболевание легких; ВВПЧ: вакцина против вируса папилломы человека; ОР: отношение рисков; ПСЛ: проблемы, связанные с лекарственными средствами; ОШ: отношение шансов.

ТАБЛИЦА 3. ХАРАКТЕРИСТИКИ ИССЛЕДОВАНИЙ ТЕОРЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ										
№	Год	Авторы	Цель	Место проведения	Дизайн исследования	Дата сбора данных	Этнические и мигрантские группы	Возрастной диапазон	Пол	Основные тезисы и выводы
1	2009	Gregersen	Изучить, каким образом уровень образования пациентов с диабетом 2 типа, не говорящих по-датски, помогает им получить максимальные знания и инструменты для лечения этого заболевания	Копенгагенский медицинский центр в округе Нёрребро, Дания	Исследование воздействия (включая изучение документации, наблюдения и интервью)	2009	Пакистанцы и датчане с диабетом 2 типа	Все возрасты	21 (бывший) пациент (9 пациентов из числа этнических меньшинств – 5 женщин и 4 мужчины) и 12 этнических датчан + 2 медработника	<ul style="list-style-type: none"> - Применять индивидуальный подход к обучению пациентов с диабетом 2 типа, не говорящих по-датски, с учетом их мнения о лекарствах и образовательных программах на темы здоровья в стационарных учреждениях
2	2009	Haugbølle et al.	Снизить число ПСЛ за счет проведения обзора лекарственных средств	Дания	Комментарий к вмешательству на основе результатов исследований	2009	Иммигранты и этнические меньшинства из западных стран	Взрослое население (в возрасте >50 лет)	23 пациента (17 женщин и 6 мужчин)	<ul style="list-style-type: none"> - Совместный подход с вовлечением аптекарей, семейных врачей и пациентов помогает снизить число ПСЛ - Более частые мониторинговые встречи с пациентами повышают уровень их удовлетворенности, доверие к медработникам и мотивацию к соблюдению режима лечения
3	2014d	Santarego-Arévalo et al.	Снизить число ПСЛ среди арабоязычных этнических меньшинств	Копенгаген, Дания	Вмешательство на основе результатов исследований	2012	Западные иммигранты	Взрослое население (в возрасте 21–60 лет)	30 участников (27 женщин и 3 мужчины)	<ul style="list-style-type: none"> - Участники выразили разочарование из-за проблем с общением с датскими врачами; - Программа помогла устранить разрыв между участниками и врачами - Общность культуры, языка и гендерной принадлежности исследователя, аптекаря и участников способствовали усилению успеха программы

ТАБЛИЦА 3. ХАРАКТЕРИСТИКИ ИССЛЕДОВАНИЙ ТЕОРЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

№	Год	Авторы	Цель	Место проведения	Дизайн исследования	Дата сбора данных	Этнические и мигрантские группы	Возрастной диапазон	Пол	Основные тезисы и выводы
4	2015	Dam et al.	Улучшить приверженность приему лекарств, состояние здоровья и трудоспособность за счет индивидуального консультирования со стороны аптекаря о безопасном и эффективном приеме лекарств	4 муниципалитета Дании	Исследование до и после вмешательства	Октябрь 2011 – декабрь 2013	Этнические меньшинства из западных стран, получающие пособия по безработице или болезни	Взрослое население (в возрасте 25–63 лет)	82 пациента (64 женщины и 18 мужчин)	- Индивидуальный подход к вмешательствам со стороны аптекарей, направленным на безопасный и эффективный прием лекарств, способствовал улучшению приверженности лечению и соблюдению режима лечения (со слов пациентов) примерно у половины пациентов
5	2016	Mugind et al.	Вовлечь аптекарей в качестве экспертов в расширенный обзор лекарственных препаратов	Дания	Вмешательство на основе ре-зультатов исследований	Осень 2015	Этнические меньшинства из западных стран	Все возрасты	12 аптекарей (мужчин и женщин)	- Вовлечение медработников из числа этнических меньшинств в качестве экспертов при общении с представителями этнических меньшинств может привести к адаптации услуг с учетом этнического разнообразия групп и, таким образом, позволит улучшить доступ к медицинской помощи и повысить ее качество

ПСЛ: проблемы, связанные с лекарственными средствами.

ТАБЛИЦА 4. КЛЮЧЕВЫЕ УСПЕШНЫЕ ПРАКТИКИ И ИННОВАЦИОННЫЕ РЕШЕНИЯ, ОБНАРУЖЕННЫЕ В 10 ВЫБРАННЫХ ЭМПИРИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ И ИССЛЕДОВАНИЯХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ										
Направление исследования	Bissell et al. (2003)	Kamal & Shuan (2008)	Gregersen (2009)	Haugbølle et al. (2009)	Shaheen (2011)	Mygind et al. (2013)	Molin et al. (2013)	Cantareiro-Arévalo et al. (2014d)	Dam et al. (2015)	Mygind et al. (2016)
Дизайн	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Учет мнений пациентов о лекарственных средствах	✓									
Признание ценностей пациентов	✓									
Учет ожиданий пациентов в ходе фармацевтического консультирования		✓						✓	✓	✓
Проведение различий между группами с разным этническим происхождением и при классификации пациентов по группам включение не только страны рождения, но и религию, язык или регионы в их родных странах	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Проводить вмешательства с вовлечением членов семьи или даже интервьюировать родственников во время обзоров лекарственных средств				✓	✓					
Разработка программы, в которых врачи принимают участие с самого начала				✓		✓				
Проведение работы с аптекарями одного этнического происхождения с потребителями/пациентами		✓			✓		✓			
Учет факторов психологического стресса, вызванного миграцией и процессом интеграции	✓						✓			
Реализация										
Набор участников не только в аптеках (поскольку это проблематично из-за недоверия к степени использования информации): использовать социальные сети и/или языковые школы				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Обучение медицинских работников принципам межкультурного взаимопонимания				✓		✓		✓	✓	✓
Привлечение профессиональных переводчиков или двуязычных аптекарей, чтобы реже пользоваться услугами детей в качестве переводчиков						✓				
Применение индивидуального подхода к учебным программам с учетом особых потребностей этнических меньшинств			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Совместный подход с участием аптекарей, семейных врачей и пациентов (обратить особое внимание на период Рамадана для пациентов-мусульман)					✓	✓			✓	
Полезно проводить повторные интервью, в ходе которых формируется взаимное понимание				✓				✓		
Последующие действия										
Проведение частых мониторинговых встреч для повышения степени удовлетворенности пациентов и их доверия к медицинским работникам, а также мотивации к соблюдению режима приема лекарств				✓						
Усилить веру в собственные силы на основе собственных культурных ценностей										✓

Семь из этих исследований были главным образом направлены на выявление неравенства в потреблении лекарственных средств (24, 28, 29, 31–34), в трех исследованиях изучалось восприятие аптечных услуг этническими меньшинствами (19, 21, 27), а большинство качественных исследований проводились с целью понять динамику взаимоотношений между потребителями из числа этнических меньшинств и фармацевтами и/или продавцами, работающими в местных аптеках. В трех исследованиях проводился анализ комплексного вопроса классификации, определения и распределения этнических меньшинств по группам, а также значение точного определения факторов риска в связи с потреблением лекарственных средств (18, 20, 28). Пять научно обоснованных исследований вмешательств были направлены на снижение ПСЛ среди этнических меньшинств (26, 35–38). Среди других вопросов, которые изучались и рассматривались в ходе рандомизированных контрольных испытаний препаратов против астмы, были и наличие этнических групп (24), использование средств народной медицины (25) и последствия проживания в принимающей стране по сравнению с жизнью в стране происхождения (22). В Таблице 4 в обобщенном виде представлены основные результаты каждого исследования по вопросам справедливости, выявленных успешных практик и инновационных решений.

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕЗИСЫ ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ СПРАВЕДЛИВОСТИ

Несмотря на действующую в Дании систему всеобщего доступа к медицинской помощи, отмечаются и неравенства в доступе к лекарственным средствам и в их потреблении. Они в основном вызваны неструктурными барьерами к медицинской помощи, такими как незнание языка и различия в ожиданиях со стороны медицинских работников (врачей и фармацевтов) и пациентов, что приводит к разочарованиям и негативно воздействует на уровень доверия между двумя сторонами (4, 5, 19, 21, 23, 26, 27, 36–38). Такое недоверие мешает процессу консультирования и влияет на потребление лекарственных средств в этнических и мигрантских группах (35). Социально-экономические и социодемографические характеристики также оказывают воздействие на обеспечение справедливости в основной массе населения и в группах мигрантов (23, 24, 28–35); эти характеристики включают продолжительность пребывания в принимающей стране, историю пребыва-

ния (мигранты в первом поколении или их потомки), страну происхождения, образовательный уровень, уровень доходов, гендер и возраст (дети, молодые взрослые или взрослое население). Эти различия влияют на доступ к безрецептурным лекарствам (30, 31), участие в программах вакцинации (23, 33) и лечение хронических заболеваний (28, 34). Среди факторов, отрицательно влияющих на здоровье мигрантов и потребление ими лекарственных средств, можно назвать воздействие дискриминации и ежедневного стресса (5, 22), – это отмечается как среди молодых (22), так и среди взрослых мигрантов (5).

Серьезные проблемы возникают, когда мигранты по несколько раз ездят из принимающей страны в страну происхождения и обратно. Такие сезонные путешествия (ежегодные поездки в родную страну на 2-4 месяца не являются чем-то необычным) создают сложности для обеспечения непрерывности лечения, и это особенно актуально для пациентов с хроническими заболеваниями или принимающих несколько лекарственных препаратов одновременно (5). И, наконец, одновременный прием импортных лекарств и средств народной медицины потенциально повышает риск возникновения побочных эффектов из-за лекарственного взаимодействия и ПСЛ (25).

УСПЕШНЫЕ ПРАКТИКИ И ИННОВАЦИОННЫЕ РЕШЕНИЯ

Среди ключевых компонентов успеха теоретически обоснованных вмешательств, осуществленных СКФ-КУ, можно назвать формирование доверия между фармацевтами и потребителями и вовлечение этнических меньшинств на всех этапах вмешательства (дизайн, осуществление и оценка) (35–39). Формирование в среде фармацевтов культуры с учетом этнических факторов на основе открытости, любознательности и уважения содействовало межкультурному пониманию, которое оказалось основным компонентом успеха различных проектов. По возможности, важно не только сотрудничать с пациентом на индивидуальном уровне, но и вовлекать членов его семьи, друзей и представителей близкого социального окружения, особенно при необходимости изменить модель поведения в отношении потребления лекарств или привычек, обусловленных жизненным укладом (38, 39). Более того, применение совместного подхода с участием фармацевтов, семейных врачей и пациентов способствует снижению ПСЛ и улучшает приверженность

лечению и соблюдению режима лечения (35–39). Было обнаружено, что при работе с мусульманским населением особое внимание пациентам необходимо уделять во время Рамадана (4). Учет этнических факторов во время Рамадана и готовность найти способы для согласования режима лечения в этот период повышают уровень удовлетворенности пациентов и обеспечивают стабильную приверженность лечению, особенно у пациентов с хроническими заболеваниями.

ДРУГИЕ ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ

Используя различные методологические подходы, Bissell et al., Mygind et al. и Cantarero-Arévalo et al. продемонстрировали ограничения и подводные камни применения терминов «этнические группы» или «мигранты» (19, 20, 28), и подчеркнули, насколько важно с осторожностью подходить к классификации социальных групп, исходя из их этнического происхождения. От того, каким образом мы определяем и классифицируем этнические и мигрантские группы, будет зависеть то, как мы будем определять причины болезней и модели поведения в отношении здоровья. Для реального выявления групп, нуждающихся в помощи, необходимо найти тактичное, но в то же время гибкое определение, охватывающее все нюансы принадлежности к той или иной этнической или мигрантской группе.

ОБСУЖДЕНИЕ

В данном обзоре освещаются результаты работы, проведенной исследовательской группой СКФ-КУ. Результаты включенных в обзор 24 эмпирических исследований и исследований теоретически обоснованных вмешательств показывают, что, во-первых, в Дании существует неравенство в доступе к лекарствам от инфекционных заболеваний, хронических болезней и легких недомоганий среди разных возрастных групп, среди мужчин и женщин и различных этнических меньшинств, а также в уровне потребления лекарственных средств. Во-вторых, теоретически обоснованные вмешательства, в разработку, осуществление и оценку которых вовлекаются пациенты и исследователи из числа этнических меньшинств, содействуют соблюдению режимов лечения и снижению числа случаев ПСЛ (18). Этот эффект еще более усиливается благодаря вовлечению родственников, друзей и представите-

лей широкого социального окружения пациентов, а также благодаря участию в этой работе различных медицинских специалистов, особенно семейных врачей.

Воздействие исследований и вмешательств СКФ-КУ не оценивалось, однако совершенно очевидно, что такой подход к работе наряду с реальным, повседневным опытом фармацевтов и специалистов смежных профессий, работающих в местных аптеках и больницах, способствовал повышению уровня информированности среди медицинских работников Дании. Сегодня услуги с учетом этнических особенностей, предоставляемые фармацевтами и сотрудниками аптек, способствуют повышению качества медицинской помощи. Это можно объяснить двумя четкими демографическими изменениями: во-первых, ростом числа мигрантов из «незападных» стран; и, во-вторых, тем, что за прошедшее время значительно возросло число студентов фармацевтических факультетов из числа представителей этнических меньшинств. Еще одно изменение связано с традицией СКФ-КУ применять результаты исследований в преподавании. Эта традиция содействует активному участию и расширению возможностей студентов фармацевтических факультетов за счет их вовлечения на всех этапах исследований в этой области. И, наконец, этот подход позволяет студентам из числа этнических меньшинств инициировать и проводить собственные исследования.

Принятие мер в ответ на недавний приток иммигрантов и беженцев в Европу стало непростой задачей для многих стран, которые оказались неподготовленными к ситуации, в которой им внезапно пришлось оказывать фармацевтические услуги группе пациентов и потребителей лекарственных средств, которые не только не говорят на языках этих стран, но и не понимают культуры и порядка предоставления услуг медицинской помощи в принимающей стране. Актуальность данной статьи, по нашему мнению, заключается в том, что в Дании эти сложные задачи являются частью пути к интеграции и не рассматриваются, как нечто постоянное. Мы считаем, что видение и понимание этих событий помогает избежать двух типичных ошибок в исследованиях, преподавании и осуществлении вмешательств. Первая ошибка заключается в том, что термин «этническое происхождение» не имеет единого определения: в нескольких исследованиях,

включенных в данный обзор, отмечается, что даже мигранты из одной страны или люди, исповедующие одну религию и/или говорящие на одном языке, могут сильно различаться и иметь разные потребности. Вторая ошибка: этническому происхождению как проблеме, требующей решения, уделяется особое внимание в исследованиях или при общении со студентами из незападных стран. Рекомендуется подходить к этому вопросу с осторожностью, чтобы не допустить стигматизации мигрантов (как среди населения, так и среди студентов фармацевтических факультетов).

В этом исследовании имелось несколько ограничений. Во-первых, можно спросить, насколько актуальны эти результаты для других стран, поскольку данное исследование проводилось в Дании, небольшой стране с относительно короткой историей миграции и ограниченным опытом работы с этническими меньшинствами из незападных стран. И действительно, исследовательская группа СКФ-КУ мало контактировала с просителями убежища, проживающими в лагерях беженцев в Дании, и, соответственно, не публиковала материалов по этой теме. Таким образом, полученные сейчас результаты будет очень сложно экстраполировать, поскольку уровень миграции и приток мигрантов в Данию остаются низкими по сравнению с другими странами Европы или такими странами как Турция и Иордания. Сильная сторона данного обзора заключается в том, что группа СКФ-КУ работала с этническими меньшинствами по вопросам потребления лекарственных средств и по широкому спектру других вопросов, важных для этих групп населения, в течение почти двух десятилетий, изучая мнения потребителей, применяя качественные и количественные методы и различные, но в то же время актуальные теории. Мы считаем, что эти факты повышают степень применимости результатов нашего исследования.

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Мы бы рекомендовали, в первую очередь, учебным заведениям во время прохождения студентами интернатуры по специальности «Фармацевтика» поощрять их к разработке исследовательских проектов, направленных на преодоление неравенства в потреблении лекарственных средств. Мы также настоятельно рекомендуем приглашать студентов

из числа этнических меньшинств к консультированию пациентов того же этнического происхождения. Государственным органам, осуществляющим деятельность на местном и региональном уровнях, мы предлагаем разрабатывать аутрич-программы с целью проведения занятий по базовой ориентации для вновь прибывших мигрантов по следующим вопросам: какие типы услуг имеются в наличии; чего можно ожидать при посещении местной аптеки; особенности оказания медицинской помощи в принимающей стране, - чтобы снизить уровень непонимания и разочарования. В отношении аптечных услуг очень важно рассказать, какие лекарства можно приобретать без рецепта. При подготовке обзоров по вопросам клинической фармации мы рекомендуем привлекать к проведению этих обзоров представителей тех же этнических групп, к которым относятся пациенты, чтобы еще больше снизить число ПСЛ и улучшить соблюдение режима приема лекарств.

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ ПРИОРИТЕТЫ

Первым приоритетом исследования является изучение этнических неравенств в доступе к лекарствам и в их потреблении в Европейском регионе ВОЗ путем проведения многостранового обследования. Со временем этот подход позволит проанализировать воздействие систем здравоохранения разных типов на качество медицинской помощи этническим меньшинствам. Вторым приоритетом является рассмотрение влияния разных статусов мигрантов (беженец, проситель убежища и трудовые или циклические мигранты без документов) на доступ к лекарствам и уровень их потребления, а также влияние разных статусов мигрантов на соблюдение режимов лечения среди пациентов с хроническими болезнями. И, наконец, третьим приоритетом является глубокое изучение проблемы самолечения, использования средств народной медицины и других моделей поведения в связи с потреблением лекарственных средств в конкретных этнических группах в разных странах Европы.

ВЫВОД

Аптечные услуги с учетом этнических особенностей облегчают процесс консультирования о приеме лекарств и, в конечном счете, содействуют снижению числа ПСЛ. Компоненты успешных вмешательств включают вовлечение представителей этнических сообществ на всех этапах вмешательства. В настоящее время высшие учебные заведения могут использовать учебные занятия в качестве начальной точки для повышения уровня информированности будущих медицинских работников о важности понимания и признания потребности в применении подхода с учетом этнических факторов. Помимо потребности в учете мнений потребителей при проведении исследований и вмешательствах, применение теоретических знаний прокладывает путь к более совершенным вмешательствам.

Выражение признательности: мы хотели бы выразить свою признательность и поблагодарить авторов многочисленных статей, включенных в этот обзор, бывших коллег, работающих в сфере миграции и потребления лекарственных средств, и всех студентов, выразивших свой интерес и внесших вклад в это важное и актуальное исследование. Особенно хотим поблагодарить Anna Mygind за ее помощь в разработке этой сферы исследований.

Источник финансирования: не указан.

Конфликт интересов: не заявлен.

Отказ от ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые не обязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Qato DM, Wilder J, Schumm LP, Gillet V, Alexander GC. Changes in prescription and over-the-counter medication and dietary supplement use among older adults in the United States, 2005 vs 2011. *JAMA Intern Med.* 2016;176:473–82. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.8581.
2. Norredam M. Migration and health: exploring the role of migrant status through register-based studies. *Dan Med J.* 2015;62:B5068.
3. Norredam M, Nielsen SS, Krasnik A. Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe--a systematic review. *Eur J Public Health.* 2010;20(5):555–63.
4. Mygind A, Kristiansen M, Wittrup I, Norgaard LS. Patient perspectives on type 2 diabetes and medicine use during Ramadan among Pakistanis in Denmark. *Int J Clin Pharm.* 2013;35:281–8. doi: 10.1007/s11096-012-9716-1.
5. Molin KR, Mygind A, Norgaard LS. Perceptions of disease aetiology and the effect of own behaviour on health among poly-pharmacy patients with non-Western backgrounds in Denmark. *Int J Pharm Pract.* 2013;21:386–92. doi: 10.1111/ijpp.12023.
6. Hudson JL, Miller GE, Kirby JB. Explaining racial and ethnic differences in children's use of stimulant medications. *Med Care.* 2007;45:1068–75. doi: 10.1097/MLR.0b013e31806728fa.
7. Pieroni A, Muenz H, Akbulut M, Baser KH, Durmuskahya C. Traditional phytotherapy and trans-cultural pharmacy among Turkish migrants living in Cologne, Germany. *J Ethnopharmacol.* 2005;102(1):69–88.
8. Pieroni A, Sheikh QZ, Ali W, Torry B. Traditional medicines used by Pakistani migrants from Mirpur living in Bradford, Northern England. *Complement Ther Med.* 2008;16(2):81–6.
9. Boserup RA. Denmark's harsh new immigration law will end badly for everyone. *The World Post.* 2 February 2016 (http://www.huffingtonpost.com/rasmus-alenius-boserup/denmark-immigration-law_b_9112148.html, accessed 8 December 2016).
10. Razum O, Stronks K. The health of migrants and ethnic minorities in Europe: where do we go from here? *Eur J Public Health.* 2014;24:701–2. doi: 10.1093/eurpub/cku071.
11. Активизация мер по защите здоровья беженцев и мигрантов. На пути к созданию Рамочной основы для совместных действий в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/298646/Stepping-up-action-on-refugee-migrant-health-ru.pdf, по состоянию на 8 декабря 2016 г.).
12. Larsen BO, Hansen EH. The active medicine user. *Scand J Prim Health Care.* 1985;3:55–9.
13. Bissell P, Traulsen J. *Sociology and pharmacy practice.* London: Pharmaceutical Press; 2005.
14. Bjornsdottir I, Almarsdottir AB, Traulsen JM. The lay public's explicit and implicit definitions of drugs. *Res Social Adm Pharm.* 2009;5:40–50. doi: 10.1016/j.sapharm.2008.04.003.

15. Haugbølle LS, Sorensen EW, Gundersen B, Petersen KH, Lorentzen L. Basing pharmacy counselling on the perspective of the angina pectoris patient. *Pharm World Sci.* 2002;24:71–8.
16. Moldrup C. Medical technology assessment of the ethical, social, and legal implications of pharmacogenomics. A research proposal for an Internet citizen jury. *Int J Technol Assess Health Care.* 2002;18:728–32.
17. Krasnik A, Vallgård S, Christiansen T, Høyer KL. Health services and health policy. Copenhagen: Munksgaard; 2008.
18. Bissell P, Traulsen J, Haugbølle LS. Researching “race”, ethnicity and health: a critical review. *Int J Pharm Pract.* 2003;11:183–97.
19. Kamal A, Shuan A. The use of pharmacy services by Iraqi Kurds living in Denmark [thesis]. Copenhagen: Copenhagen University; 2008.
20. Mygind A, Traulsen JM, Norgaard LS, Bissell P. The ambiguity of ethnicity as risk factor of vitamin D deficiency--a case study of Danish vitamin D policy documents. *Health Policy.* 2011;102:56–63. doi: 10.1016/j.healthpol.2011.05.012.
21. Shaheen F. Medicine review for ethnic Danish and Pakistani patients with type 2 diabetes – a pilot of study about comparison of drug related problems, cognitive illness and medication representation [thesis]. Copenhagen: Copenhagen University; 2011.
22. Basiri A. Exploring similarities and differences in adolescents’ medicine use behaviours: a comparative qualitative study between adolescents living in Iran and adolescent Iranian immigrants living in Denmark [thesis]. Copenhagen: Copenhagen University; 2014.
23. Fernández de Casadevante V, Gil Cuesta J, Cantarero-Arévalo L. Determinants in the uptake of the human papillomavirus vaccine: a systematic review based on European studies. *Front Oncol.* 2015;5:141. doi: 10.3389/fonc.2015.00141.
24. Hu Y, Cantarero-Arévalo L. Ethnic differences in adverse drug reactions to asthma medications: a systematic review. *J Asthma.* 2016;53:69–75. doi: 10.3109/02770903.2015.1058395.
25. Ramzan S, Janger A, Soelberg J, Cantarero-Arévalo L. Traditional medicine among people of Pakistani descent in the Capital region of Copenhagen. *J Ethnopharmacol.* 2016 [Epub ahead of print, PMID: 27939419]. doi: 10.1016/j.jep.2016.11.048.
26. Hasen EH, Sondergaard B. Optimal drug use among non-ethnic Danes: consumption, attitudes and compliance. Copenhagen: Copenhagen University; 2009.
27. Mygind A, Espersen S, Norgaard LS, Traulsen JM. Encounters with immigrant customers: perspectives of Danish community pharmacy staff on challenges and solutions. *Int J Pharm Pract.* 2013;21:139–50. doi: 10.1111/j.2042-7174.2012.00237.x.
28. Cantarero-Arévalo L, Holstein BE, Andersen A, Kaae S, Norredam M, Hansen EH. Inequalities in asthma treatment among children by country of birth and ancestry: a nationwide study in Denmark. *J Epidemiol Community Health.* 2013;67:912–17. doi: 10.1136/jech-2012-202135.
29. Cantarero-Arévalo L, Ersboll AK, Holstein BE, Andersen A, Kaae S, Hansen EH. Ethnic and migrant differences in the use of anti-asthmatic medication for children: the effect of place of residence. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2014a;23:95–104. doi: 10.1002/pds.3541.
30. Cantarero-Arévalo L, Holstein BE, Andersen A, Kristiansen M, Hansen EH. Immigrant background and medicine use for aches: national representative study of adolescents. *J Pharm Policy Pract.* 2014b;7:1. doi: 10.1186/2052-3211-7-1.
31. Cantarero-Arévalo L, Andersen A, Holstein BE, Hansen EH. Migrant differences in adolescents’ medicine use for common health problems: a national representative survey. *Glob J Epidemiol Public Health.* 2014c;1(1):24–34.
32. Cantarero-Arévalo L, Perez Vicente R, Juarez SP, Merlo J. Ethnic differences in asthma treatment among Swedish adolescents: a multilevel analysis of individual heterogeneity. *Scand J Public Health.* 2016;44:184–94. doi: 10.1177/1403494815614749.
33. Fernández de Casadevante V, Cantarero-Arévalo L, Cuesta JG, Valentiner-Branth P. Ethnic background and human papillomavirus vaccine uptake in Denmark: a countrywide retrospective cohort study including 274,154 women aged 19–28 years. *Papillomavirus Research.* 2016;2:78–84.
34. Hu Y, Jakobsen R, Frølich A, Wallach-Kildemoes H, Cantarero-Arévalo L. Ethnic inequalities in COPD outcomes: a register-based study in Copenhagen, Denmark. *J Racial Ethn Health Disparities.* 2016 [Epub ahead of print, PMID: 27981500] doi: 10.1007/s40615-016-0321-1.
35. Gregersen HH. Evaluation of a patient education programme to ethnic minorities type 2 diabetes patients at Nørrebro Health center: an action research project with focus on medicine understanding, management and behaviour. Copenhagen: Copenhagen University; 2009.
36. Haugbølle L, Sondergaard B, Sørensen EW, Traulsen JM, El-Souri M, Mygind A. Optimal drug use among non-ethnic Danes: implementation of medication review. Copenhagen: Copenhagen University; 2009.
37. Cantarero-Arévalo L, Kassem D, Traulsen JM. A culturally competent education program to increase understanding about medicines among ethnic minorities. *Int J Clin Pharm.* 2014d;36:922–32. doi: 10.1007/s11096-014-0009-8.

38. Dam P, El-Souri M, Herborg H, Nørgaard LS, Rossing C, Sodemann M, et al. Safe and effective use of medicines for ethnic minorities – a pharmacist-delivered counseling program that improves adherence. *J Pharma Care Health Sys.* 2015;2:128.
39. Mygind A, Nørgaard LS, Traulsen JM, El-Souri M, Kristiansen M. Realising the potential of peer-status among healthcare professionals: lessons learned from a Danish community-pharmacy intervention for ethnic minorities. *Scand J Public Health.* 2016 (in press).
40. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med.* 2009;151(4):264–9.

Review

HOSPITAL-BASED CASE MANAGEMENT FOR MIGRANT PATIENTS: A SYSTEMATIC REVIEW

Anne M Ølholm¹, Janne B Christensen¹, Stine L Kamionka², Mette L Eriksen³, Morten Sodemann⁴

¹Department of Quality, Research, Innovation and Education, Odense University Hospital, Denmark

²Department of Infectious Diseases, Centre for Global Health/Migrant Health Clinic, University of Southern Denmark, Odense, Denmark

³Department of Occupational Medicine, Regional Hospital West Jutland, Herning, Denmark

⁴The Migrant Health Clinic/Department of Infectious Diseases, Odense University Hospital, Denmark

Corresponding author: Morten Sodemann (email: Morten.sodemann@rsyd.dk)

ABSTRACT

Background: Although inequality in access to health care for migrant patients is well described, less is known about inequalities originating within the health-care system regarding choice of diagnostic procedure, diagnostic delay, treatment options, secondary prevention and follow-up offered to patients with a refugee or immigrant background. Provision of specialized services for migrant patients, including case management with multidisciplinary physical, cognitive and social interventions, has been suggested as a way to tackle inequalities in response to a growing recognition of the complexity of both their health needs and the skills needed to meet these. However, categorical care is generally considered to be stigmatizing and to decrease care quality. The evidence base for both arguments is unclear. The aim of this review

was therefore to investigate the effectiveness of specialized hospital-based case management for ethnic minority patients.

Methods: This review used a health technology assessment model, including a systematic search of literature in the PubMed, Embase, the Cochrane Library, Sociological Abstracts, the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature databases and grey literature.

Results: Of the 5328 studies found in the literature search, only one matched the criteria for inclusion. It described a specialized tuberculosis-focused hospital-based treatment programme supported by a cross-disciplinary team that increased treatment completion among ethnic minority patients. Despite using broad search criteria and searching

a wide range of migrant health-related information networks and databases, no other hospital-based migrant health clinics were identified. The single relevant study indicated that benefits of a specialized hospital-based migrant management programme might include reducing inequality and improving clinical outcomes. No studies supporting the argument that specialized hospital care is stigmatizing or reduces quality of care were identified.

Conclusion: The review highlights a fundamental lack of evidence against specialized care for ethnic minorities. In view of the current refugee situation in Europe, there is an urgent need to identify the best interventions for reducing inequalities in hospital care for ethnic minority patients.

Keywords: CASE MANAGEMENT, HEALTH-CARE DISPARITIES, PUBLIC HEALTH, MINORITY HEALTH, ETHNIC GROUPS

INTRODUCTION

BACKGROUND

Ethnic minorities experience heterogeneous morbidity rates, lower self-rated health, less coverage of preventive health care, lower quality hospital care and worse rehabilitation outcomes compared with general populations (1–5). Modern hospital-based health care is highly specialized and focused on

health service delivery through fast-track clinical pathways, but these are not necessarily appropriate for patients with complex health issues requiring a multidisciplinary physical, cognitive and social investigation (6–10). The specific mechanisms through which the health-care sector creates or maintains inequalities in care are unclear, largely due to a lack of studies. This was demonstrated in a recent review of 30 years of intervention studies on health inequity

for ethnic minorities, which concluded that over 90% of interventions were aimed at changing patient behaviour and perception, while less than 9% aimed to make interventions within the health-care system (11).

So far, research on health inequality for refugees and immigrants has focused on preventive health care and inequality in access to health care (12–14). A smaller number of studies have indicated disparities in the type and quality of diagnostic procedures, treatment options and follow-up offered to patients with a refugee or immigrant background, as well as access to specialized services, organ transplants, experimental treatments and psychopharmacological treatments (4, 6, 15–17).

Accessing a modern health care system requires patients to have high levels of navigation skills and (health) literacy (18–20). Effective communication is therefore a crucial and fundamental precondition for successful cooperation between patient and health-care staff; unfortunately, this is often compromised by patients' functional illiteracy or low health literacy combined with cultural barriers and a lack of cultural competency among health-care staff (21, 22). Furthermore, communication in health-care settings is generally influenced by technical and social factors that hinder information flow (23–25).

Patients' communication and navigation skills may be further compromised by undiagnosed post-traumatic stress disorder, which may contribute to diffuse and unexplained somatic symptoms, low ability for self-care and failure to comply with diagnostic procedures and treatments (16, 26–31). As a result, clinical investigations may be terminated prematurely, symptoms may be overlooked or misinterpreted, and necessary treatment may not be prescribed or completed, leading to a large group of refugee and immigrant patients having long-term complicated diseases, multiple serious social and economic problems, and complex compliance failure (32). Patients with such health issues are essentially abandoned by the general health-care system. A failure to recognize the background of these complex health issues means that they are simply classified as stereotypical cultural or refugee problems and largely ignored in the clinical assessment (33, 34). For decades, it has been debated whether these inequalities should be addressed through migrant-specific interventions,

diversity-sensitive health systems or an inclusive approach in which immigrants are covered by an overall improved health-care system. However, no studies that have aimed to document the effects of these model (1, 14, 35, 36).

DEFINING THE PROBLEM

European countries are facing multiple challenges with the current rapid increase in refugee numbers, and the unprepared health sector urgently needs effective ways of addressing clinical inequalities in specialized hospital settings (and the general health-care system). In the Department of Infectious Diseases, Odense University Hospital, Denmark, the Migrant Health Clinic (MHC) was established in 2008 in response to growing recognition that a significant group of ethnic minority patients did not have access to the same levels of prevention, treatment and rehabilitation services as the majority population. The primary purpose of the MHC is to document, alleviate and prevent possible adverse health consequences of inequality in health care. The MHC provides a possible interdisciplinary model to demonstrate how specialized intervention for this vulnerable patient group can be established and implemented in a hospital setting (32, 37).

Hospital-based case management in the MHC is defined as “a collaborative practice model including patients, nurses, social workers, physicians, other practitioners, caregivers and community” (38). The case management process encompasses communication and facilitates care along a continuum through effective coordination. The process is multifaceted and includes individually targeted communication and support, analysis of life stories, and clarification of the patients' social and familial situations, as well as providing cross-sectoral coordination, mediation and assistance in applying for health-care and social services (16, 38).

Patients at the MHC are often vulnerable and have complex health problems. They include both sexes, with an average age of 42 years, and have resided in Denmark for 12 years on average. According to the patient administrative database at Odense University Hospital, the largest proportion of patients comprises refugees and immigrants from Iran, Iraq, sub-Saharan Africa, Afghanistan, the former Yugoslavia, Somalia, Turkey, Pakistan, Sri Lanka and some eastern European countries (in order of frequency of attendance; 2013) (16).

Over the last 8 years, the MHC has created an extensive knowledge base on the clinical challenges encountered in ethnic minority patients derived from scientific evidence and Danish registries and from evaluating multidisciplinary interventions in the clinic (39). The purpose of the knowledge base is to map both the potential for improvement in the current health-care service and the needs of the patient group, and to document patient discrimination based on the complexity of health issues. A fundamental part of that work is to describe the evidence base for such clinics. Thus, as part of a health technology assessment (HTA) of the MHC, we conducted a systematic review of the literature. A description of MHC methods and a cost-benefit analysis of hospital-based case management have been published separately (38).

OBJECTIVE OF THE HTA AND LITERATURE REVIEW

The objective of the HTA and literature review was to investigate the prerequisites for implementing hospital-based case management for patients born in a country other than their country of residence and to compare the consequences of hospital-based case management and no case management (i.e. current practice). The HTA covered the four domains of the Danish HTA model: technology/clinical effectiveness; patient aspects; organizational prerequisites; and economic effects (40). This study reports the available evidence for clinical effectiveness only.

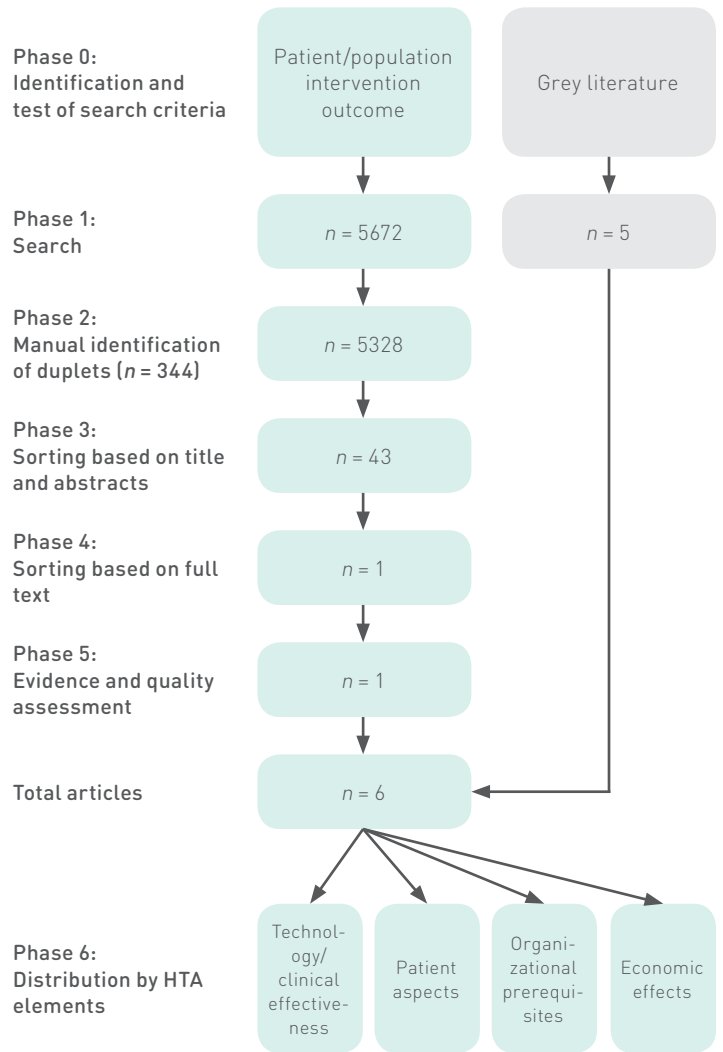
METHODS

The PICO mnemonic (patient/population, intervention, comparison, outcome) served as a general framework for designing the search strategy. Thus, we initially conducted searches on each of the PICO dimensions in each database, and then combined these searches into a single query for each database (Fig. 1). The outcome dimension was further subdivided according to which of the four HTA domains were the focus.

DATABASES

A search of databases relevant to the various HTA domains was performed (Table 1). We also included grey literature from the MHC archives, including internal evaluation reports, reports from professional associations and other materials not published in

FIG. 1. FLOW CHART FOR LITERATURE SORTING



bibliographic databases. Box 1 lists websites that were searched for relevant grey literature.

Table 1 outlines the primary search terms by PICO dimension, with the search terms used in relation to the outcome dimension subclassified by the four HTA domains.

TABLE 1. SEARCH WORDS AND DATABASES BY PICO DIMENSION AND HTA DOMAIN

PICO dimension (and HTA domain)	Indexed keywords/search words	Database
Patient/population	Cultural diversity Displaced persons Emigrants/immigrants Ethnic groups Immigration Minority health Minority groups Race/racial Race relations Racial disparity Refugee Minority/ethnic minority Transient/migrant	PubMed Embase Cochrane Library Sociological Abstracts CINAHL
Intervention	Cultural competency Cultural mediator Health-care administration Health services administration Migrant health clinic Minority clinic Minority health clinic Patient advocate Patient care management Patient care planning	PubMed Embase Cochrane Library Sociological Abstracts CINAHL
Comparison	Current practice	–
Outcome		
Technology/clinical effectiveness	Morbidity Mortality Post-traumatic stress disorder/PTSD	PubMed Embase Cochrane Library
Patient aspects	Cultural capital Health attitudes, knowledge & practice Health behaviour Health literacy Medication adherence Patient compliance Patient satisfaction Quality of life Self-care Social capital	PubMed Embase CINAHL
Organizational prerequisites	Access to health care Delivery of health care Delivery of health care, integrated Health-care disparities	PubMed Embase Sociological Abstracts
Economic effects	Health-care costs Health-care economics and organizations Occupational status	PubMed Embase Cochrane Library

CINAHL: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature.

BOX 1. WEBSITES SEARCHED FOR RELEVANT GREY LITERATURE

- Health Status of Ethnic Minorities literature database, Danish National Institute for Public Health, Denmark (<http://www.si-folkesundhed.dk>)
- MIGHEALTHNET: migrant health wiki (<http://mighealth.net/>)
- Danish Research Centre for Migration, Ethnicity and Health, University of Copenhagen, Denmark (<http://mesu.ku.dk/>)
- National Competency Unit for Minority Health, Norwegian Center for Minority Health Research, Norway (<https://www.nakmi.no/>)
- Documentation Center about Immigrants, Refugees and Racism, The Immigrant Institute, Sweden (<http://www.immi.se/>)
- Arkansas Minority Health Commission, USA (<http://arminorityhealth.com/>)
- Alta Bates Summit Medical Center, USA (<http://www.altabatesummit.org/>)
- California Pan-Ethnic Health Network, USA (<http://cpehn.org/>)
- Eliminating Racial and Ethnic Health Disparities, Centers for Disease Control and Prevention, USA (<https://www.cdc.gov/minorityhealth/>)
- Victorian Refugee Health Network, Australia (<http://refugeehealthnetwork.org.au/>)
- Migrant Clinicians Network, USA (<http://www.migrantclinician.org/>)
- Health Disparity Solution Center, Michigan, USA (<https://mghdisparitiessolutions.org/>)
- National Institute for Health and Clinical Excellence, United Kingdom (<https://www.nice.org.uk/>)
- Economic and Social Research Council Centre for Evidence in Ethnicity, Health and Diversity, United Kingdom (<http://www.thehealthwell.info/node/36007>)
- European Cooperation in Science and Technology (<http://www.cost.eu/>) – European Union framework supporting transnational cooperation among researchers, engineers and scholars across Europe under the European Commission Horizon 2020 programme

STUDY DESIGN

We searched for efficacy studies containing the highest possible level of evidence. Our objective was to determine the clinical effectiveness of hospital-based patient care coordination.

INCLUSION AND EXCLUSION CRITERIA

We included relevant literature in English, Danish, Norwegian and Swedish from 2001 to 2011.

The initial search combining PICO and HTA elements yielded a large number of papers (>20 000). We therefore used a multisectional search strategy in which the literature search was carried out using each of the following four approaches: (i) Medical Subject Headings (includes only indexed literature); (ii) title (includes papers with the exact sequence of search words); (iii) phrases (captures papers within the search scope in which other subject terms have been used); and (iv) added together the results of the three searches to compensate for weakness in any of the strategies. A detailed description of the selection process can be found in the full HTA report and its appendices (41, 42).

Delimitation of the study design was only made in the PubMed search, which undoubtedly contributed the largest number of hits (Table 2). In the PubMed search, we included the following study designs: clinical trials, meta-analyses, randomized controlled trials, reviews, comparative studies, controlled trials and evaluation studies. Purely descriptive studies were excluded. Studies with interventions that did not correspond to the definition of hospital-based case management used in the MHC were excluded (e.g. studies of non-profit-making health clinics for illegal Hispanic immigrants in the USA).

LITERATURE SORTING

The identified literature was imported into an EndNote X7.1 database (Thompson Reuter, Philadelphia, PA, USA) and duplets were removed. Literature was sorted independently by three of the authors (AMØ, JBC and MLE) according to the PICO criteria for inclusion and exclusion. The first stage of sorting was performed by reading the title and abstract and the second by reading full-text articles. Included articles were assessed for methodological quality before the final inclusion and categorized according to relevant HTA domains.

Disputes about the relevance of identified literature were resolved by joint examination according to the inclusion and exclusion criteria and, if necessary, involvement of a fourth assessor (MS).

TABLE 2. RESULTS OF LITERATURE SEARCH, DISPLAYED BY DATABASE, PICO DIMENSION AND HTA DOMAIN

Database	PICO dimension (and HTA domain)	No. of hits (including limits ^a)		
PubMed	Patient/population	76 388	<i>P+I</i>	<i>P+I+O_{total}</i> 4107
	Intervention	908 107	18 854	
	Outcome			
	Technology/clinical effectiveness	268 998	<i>P+I+O_{tech}</i> 2441	
	Organization prerequisites	318 017	<i>P+I+O_{org}</i> 9912	
	Patient aspects	166 442	<i>P+I+O_{pat}</i> 3376	
	Economic effects	395 938	<i>P+I+O_{eco}</i> 6953	
Embase	Patient/population	241 321	<i>P+I</i>	<i>P+I+O_{total}</i> 284
	Intervention	10 427	1154	
	Outcome			
	Technology/clinical effectiveness	412 584	<i>P+I+O_{tech}</i> 59	
	Organization prerequisites	5238	<i>P+I+O_{org}</i> 99	
	Patient aspects	257 653	<i>P+I+O_{pat}</i> 142	
	Economic effects	67 886	<i>P+I+O_{eco}</i> 23	
Cochrane Library	Patient/population	5450	<i>P+I</i>	<i>P+I+O_{tech + eco}</i> 664
	Intervention	79 680	2700	
	Outcome			
	Technology/clinical effectiveness	10 162	<i>P+I+O_{tech}</i> 162	
	Economic effects	16 992	<i>P+I+O_{eco}</i> 541	
Sociological Abstracts	Patient/population	69 103	<i>P+I</i>	<i>P+I+O_{org}</i> 31
	Intervention	1062	699	
	Outcome			
	Organization prerequisites	864		
CINAHL	Patient/population	51 660	<i>P+I</i>	<i>P+I+O_{pat}</i> 586
	Intervention	80 085	4488	
	Outcome			
	Patient aspects	96 882		
Total				5672
Total – duplets (344 articles)				5328

CINAHL: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature.

^aI: intervention; O: outcome; P: patient/population; eco: Economic effects; org: Organization prerequisites; pat: patient aspects; tech: technology/clinical effectiveness.

A κ coefficient of 0.23 was calculated, demonstrating weak correlation among assessors and highlighting the difficulty in defining clear boundaries for inclusion and exclusion in complex interventions. As there were no set boundaries and very similar features between our MHC and other corresponding interventions, an extensive list of broad search terms was used to capture as much relevant literature as possible. The inevitable trade-off between precision and recall in literature retrieval (in this case at the cost of precision) can explain the low κ coefficient value.

Finally, quality assurance of the initial sorting process (by AMØ, JBC and MLE) was performed by the fourth author (MS), who assessed the relevance of a random sample of 100 hits from the original 5328 hits using previously defined parameters. Agreement between the initial sorting and the relevance assessment was 100%.

RESULTS

In total, 5672 articles were retrieved from the initial systematic search of databases. Table 2 shows the results of the search by database and the total number of retrieved articles before and after deletion of duplets (344 articles).

The 5328 articles were sorted according to explicit inclusion and exclusion criteria. The first round of sorting was carried out by two authors independently, resulting in the inclusion of 43 articles for the next round of sorting (<1% of the initial 5328 hits identified after deleting duplets). This illustrates the complexity and diversity of the intervention and the difficulty of defining the core components of the intervention; these factors could hamper the development of a sufficiently comprehensive and specific search strategy. The literature sorting process is illustrated by a flow chart (Fig. 1).

The final result of the sorting process was a single article by Goldberg et al. matching the inclusion criteria. It described a study carried out in partnership between Washington's Harborview Medical Center and a tuberculosis clinic using a hospital-based team of mediators for communication between hospital specialties, communities and ethnic minority patients. The included study has a pretest/post-test design

with no control group (i.e. a quasi-experimental design). However, we have not identified checklists for the quality assessment of quasi-experimental studies, so this was omitted. Consequently, the study results should be interpreted with caution, since the effectiveness of the intervention cannot be reliably attributed to the intervention alone.

With the aim of increasing the number of newly arrived refugees being tested and (if infected) completing treatment for latent tuberculosis, Goldberg et al. described a bilingual, multicultural case management approach (i.e. cultural case management [CCM]) to controlling and treating latent tuberculosis in refugees from the former Soviet Union, the former Yugoslavia and Somalia (43). The effect of CCM was examined in a comparative study using data before and 18 months after start-up. The CCM approach included home visits, individually customized education on tuberculosis and referral to additional health and social services. In this way, the CCM intervention is similar to the MHC methods.

The CCM approach improved the rate of treatment completion (37% vs 82%, $P < 0.001$) and increased the percentage of patients initiating treatment (73% vs 88%, $P < 0.001$). The introduction of a new and more targeted approach to managing latent tuberculosis was therefore associated with increased acceptance and treatment completion among newly arrived refugees (36).

DISCUSSION

This systematic literature review found that hospital-based case management health clinics for ethnic minority patients similar to the MHC are rare and have not been scientifically evaluated. Evidence for the effects of hospital-based care coordination for refugee and immigrant patients is even more limited. A search in relevant networks, websites and other sources confirmed that if similar clinics or interventions do exist they have not been documented on any of the existing relevant migrant health platforms, conferences or networks (which were all included in this literature review). The only identified study that fulfilled the search criteria was a disease-specific approach to hospital-based patient support for ethnic minority patients. Therefore, the

MHC is probably one of the first hospital-based MHCs in Europe.

Categorical care for ethnic minorities is generally considered to be stigmatizing and to decrease the quality of care (35, 44, 45). However, the present literature review found no evidence to support this. On the contrary, ethnic minority patients continue to have negative experiences when encountering the existing (i.e. non-categorical) health-care services and have reported difficulties in obtaining the same quality of care as the general population (46–48). Ethnic minority patients have more side-effects, more complications after treatment, more frequent readmission and worse disease control, and are asked to sign patient consent forms less often (49–53). There is therefore no evidence to support the existing paradigm that ethnic minorities would not benefit from specialized health care.

Frequent fragmentation of hospital care for patients with multiple chronic conditions is a barrier to effective care for these patients [31]. Lack of care coordination for patients with complex disease leads to higher costs and worse outcomes, not least among ethnic minorities [32]. Hospital-based case management (also defined as hospital-based care coordination in the patient advocacy model) seems feasible, but the evidence base for case management in general is insufficient: it is mostly disease specific, with most studies describing coordination between primary and secondary care (33–35).

In a study of experiences with the use of cultural mediators in health care in 2006, the Danish National Board of Health emphasized that the approach to resolving problems for ethnic minority patients (specifically, what should be done and why) varies from country to country and is closely related to experiences of practical problems (54). Key to this are countries' migration patterns and the characteristics of minority populations including their composition, disease patterns and status. This results in different organizational models that are rarely directly comparable across national borders.

The present study used quite broad and nonspecific search terms to ensure a high level of literature retrieval. Consequently, precision was low, meaning that full literature retrieval included a large number of irrelevant hits. This highlights a need for more

detailed descriptions about the activities in the MHC (e.g. workflows, theory of change, core elements, mechanisms) to further develop the intervention for future scientific examination and comparison. Thus, the criteria for inclusion and exclusion may seem rather vague but the lack of specificity reflects the lack of clear boundaries of the intervention.

Accordingly, a lot of the published literature on hospital-based care coordination for ethnic minorities uses terms such as patient navigation and CCM to classify the intervention. However, these terms are not clearly defined: they are variously described as being tightly integrated in certain specialties in some hospitals to being a more peripheral, autonomous system, and from being provided by full-time health-care professionals to be delivered by volunteers or fellow patients. However, interventions based on these concepts share a number of common features (55, 56).

- They target individual patients rather than populations or patient groups.
- They aim to reduce delays in patient care pathways and ensure timely diagnosis and treatment.
- They typically involve identifying patient needs and addressing barriers to health-care access, including linguistic and financial problems, along with providing health-care education, psychosocial support and coordination (including paperwork, cross-sectoral planning and communication).

These commonalities are in accordance with the principles of the MHC hospital-based care coordination. CCM is also the essence of Goldberg and colleagues' work, as reported in this systematic review. A general search in PubMed using the search terms "patient navigation" and "case management" reveals a rising focus on the general need for and effectiveness of individual-level interventions for care coordination in the health-care system for both minority patients and those in low-income, underserved communities (57), as well as diabetes patients (58, 59) and those with various other diseases (60–62).

Most of the literature identified in the systematic search but not included in this review described small demonstration projects without a control group or randomization and with a small sample size. In addition, interventions often comprised a number of separate subinterventions – some more compatible with the MHC hospital-based care coordination than others. These subinterventions were typically evaluated together as part of a comprehensive intervention package. This makes it impossible to identify which subinterventions are most effective with the aim of comparing them directly with the elements of MHC hospital-based care coordination in randomized, controlled trials.

The common and most central feature of hospital-based care coordination (or patient coordination, (cultural) case management, patient navigation etc.) is the focus on an individual level, patient-centred approach adjusted to local health system features and to perceptions of illness and health. This sort of intervention can, in HTA terminology, be characterized as a complex, social technology in which the organization of technology delivery (i.e. hospital-based care coordination) has a great impact on the clinical effects/outcome of the intervention. Certain effects are thus only realized under certain conditions because contextual factors influence the intervention to a degree that makes causal inference between intervention and outcome highly difficult. This could explain why this review did not identify any high-quality effectiveness studies (in terms of evidence-based medicine methodology). Moreover, a limitation of the search strategy may be that we restricted it to efficacy studies only.

The review also shows that care coordination is described using many terms that are difficult to define owing to their context specificity. Future evaluation could benefit from using qualitative approaches and descriptive studies to unravel the so-called black box of intervention components and describe the perceived and theoretical connections between inputs and outcomes of the intervention.

In conclusion, hospital-based case management offered to migrant patients is an unreported area of research. To investigate the effectiveness of hospital-based case management for these patients, more research is needed to explore which interventions are being

used. It would be interesting to include research on the managerial and political aspects of hospital-based case management. In addition, the conceptual ambiguity of case management can be ascribed to the field being relatively new. Thus, clear and agreed definitions for research terminology are also necessary.

There is no evidence to support the opinion that ethnic minorities would not benefit from specialized care. On the contrary, most studies report a systematically lower quality of hospital care for immigrants, and the ability of specialized hospital services such as the MHC at Odense University Hospital to tackle the evident disparities in care should be investigated further. In view of the current refugee situation in Europe, there is an urgent need for studies that document interventions that can reduce global inequalities in hospital care for ethnic minority patients (31, 63).

Acknowledgements: The literature review was financed through the HTA fund of the Region of Southern Denmark.

Sources of funding: This work was supported by the Health Technology Assessment Fund of the Region of Southern Denmark.

Conflicts of interest: None declared.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

REFERENCES

1. Rechel B, Deville W, Mladovsky P, Rijks B, Petrova-Benedict R, editors. Migration and health in the European Union. Maidenhead, K: Open University Press, McGraw-Hill Education; 2011.
2. Szczepura A. Access to health care for ethnic minority populations. *Postgrad Med J*. 2005;81:141–7.
3. Priebe S, Sandhu S, Dias S, Gaddini A, Geacen T, Ioannidis E et al. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*. 2011;11:187.
4. Smedley BD, Stith AY, Nelson AR, editors. Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care (with CD). Washington (DC): National Academies Press; 2009.

5. Simonnot N, Rodriguez A, Nuernberg M, Fille F, Aranda-Fernández PE, Chauvin P. Access to health care for people facing multiple vulnerabilities in health in 31 cities in 12 countries. Report on social and medical data gathered in 2015 in 11 European countries and Turkey. Paris, France: Doctors of the World; 2016.
6. Burgess DJ, Fu SS, Van Ryn M. Why do providers contribute to disparities and what can be done about it? *J Gen Intern Med.* 2004;19:1154–9.
7. Banks AD, Dracup K. Factors associated with prolonged prehospital delay of African Americans with acute myocardial infarction. *Am J Crit Care.* 2006;15:149–57.
8. Green CR, Anderson KO, Baker TA, Campbell LC, Decker S, Fillingim RB et al. The unequal burden of pain: confronting racial and ethnic disparities in pain. *Pain Med.* 2003;4:277–94.
9. Schulman KA, Berlin JA, Harless W, Kerner JF, Sistrunk S, Gersh BJ et al. The effect of race and sex on physicians' recommendations for cardiac catheterization. *N Engl J Med.* 1999;340:618–26.
10. Bischoff A. Caring for migrant and minority patients in European hospitals: a review of effective interventions. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies; 2006.
11. Clarke AR, Goddu AP, Nocon RS, Stock NW, Chyr LC, Akuoka JA et al. Thirty years of disparities intervention research: what are we doing to close racial and ethnic gaps in health care? *Med Care.* 2013;51:1020–6.
12. Bradby H, Humphris R, Newall D, Phillimore J. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region. Health Evidence Network Synthesis Report No 44. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.
13. Greve B. Migrants and health in the Nordic welfare states. *Public Health Rev.* 2016;37:9.
14. Bollini P, Siem H. No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Soc Sci Med.* 1995;41:819–28.
15. Schouler-Ocak M, Wintrob R, Moussaoui D, Villasenor Bayardo SJ, Zhao X-D, Kastrup MC. Background paper on the needs of migrant, refugee and asylum seeker patients around the globe. *International Journal of Culture and Mental Health* 2016;9:216–32.
16. Sodemann M, Kristensen TR, Nielsen D, Svabo A, Buch S, Korsholm KM et al. 'Tak fordi I lavede en bedre version af mig.' Erfaringer fra Indvandrermedicinsk Klinik 2008–2013 [‘Thank you for making a better version of me.’ Experiences from Migrant Health Clinic 2008–2013]. Department of Infectious Diseases, OUH Odense University Hospital; 2013 (in Danish; <http://www.ouh.dk/dwn347559>, accessed 7 December 2016).
17. Schrijvers CT, Stronks K, van de Mheen HD, Mackenbach JP. Explaining educational differences in mortality: the role of behavioral and material factors. *Am J Public Health.* 1999;89:535–40.
18. Ngo-Metzger Q, Fund C. Cultural competency and quality of care: obtaining the patient's perspective. New York: Commonwealth Fund; 2006.
19. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med.* 2014;1–17.
20. Abebe DS. Public health challenges of immigrants in Norway: a research review. NAKMI Report 2. Oslo: Norwegian Center for Minority Health Research; 2010.
21. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med.* 2006;3:e294.
22. Horowitz CR, Davis MH, Palermo A-GS, Vladeck BC. Approaches to eliminating sociocultural disparities in health. *Health Care Financ Rev.* 2000;21:57–74.
23. Anderson MA, Helms LB. Communication between continuing care organizations. *Res Nurs Health.* 1995;18:49–57.
24. Davidson EJ. Analysing genre of organizational communication in clinical information systems. *Information Technology & People.* 2000;13:196–209.
25. Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Acad Med.* 2004;79:186–94.
26. Dow HD. An overview of stressors faced by immigrants and refugees: a guide for mental health practitioners. *Home Health Care Management Practice.* 2011;23:210–7.
27. Kumar BN. The Oslo immigrant health profile. *Diabetes.* 2009;3:8.
28. Kumar BN. Health and migration. *Michael.* 2011;8:240–50.
29. Carswell K, Blackburn P, Barker C. The relationship between trauma, post-migration problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers. *Int J Soc Psychiatry.* 2011;57:107–19.
30. Bhopal RS, Rafnsson SB, Agyemang C, Fagot-Campagna, Giampaoli S, Hammar N et al. Mortality from circulatory diseases by specific country of birth across six European countries: test of concept. *Eur J Public Health.* 2012;22:353–9.
31. Abbott A. The mental-health crisis among migrants. *Nature.* 2016;538:158.
32. Sodemann M, Svabo A, Jacobsen A. [The hardest battles begin after the war]. *Ugeskr Laeger.* 2010;172:141–4 (in Danish).
33. La Bril R, Primm A, Harrison-Ross P. Beyond misdiagnosis, misunderstanding and mistrust: relevance of the historical perspective in the medical

- and mental health treatment of people of color. *J Natl Med Assoc.* 2007;99:879.
34. Spallek J, Zeeb H, Razum O. What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? A life course approach. *Emerg Themes Epidemiol.* 2011;8:6.
 35. Razum O, Spallek J. Addressing health-related interventions to immigrants: migrant-specific or diversity-sensitive. *Int J Public Health.* 2014;59:893–5.
 36. Kutalek R. Diversity competence in medicine: equity, culture and practice. *Wiener Klin Wochenschr* 2012;124:3–9.
 37. Sodemann M, Nielsen D, Rehling, C. Imperfect models of patient empowerment, incapacitation and intrinsic structural violence in health care threaten equity in health and patient safety. In: Book of Abstracts. EUPHA's 6th European Conference on Migrant and Ethnic Minority Health, Oslo, Norway, 23–25 June 2016. Oslo: Norwegian Center for Minority Health Research; 2016:153.
 38. Sodemann M, Ølholm AM, Lundstrøm Kamionka S. Hospital based patient coordination for ethnic minority patients – a health technology assessment. EUPHA's 6th European Conference on Migrant and Ethnic Minority Health, Oslo, Norway, 23–25 June 2016. Oslo: Norwegian Center for Minority Health Research; 2016:137.
 39. Kamionka SL, Buus N, Sodemann M, Noehr-Jensen P, Larsen KJ. Intersectoral pathways of vulnerable patient groups in Southern Denmark. *Int J Integr Care* 2014;14. doi: <http://doi.org/10.5334/ijic.1607>.
 40. Kristensen F, Sigmund H, editors. Health technology assessment handbook. 2nd edition. Copenhagen: Danish Centre for Health Technology Assessment, National Board of Health; 2008.
 41. Ølholm AM, Christensen JB. MTV af hospitalsbaseret forløbskoordination for patienter af anden etnisk herkomst end dansk. Evalueringsrapport [HTA hospital-based patient care coordination among ethnic minority patients – full report]. In: Afdeling for Kvalitet og Forskning/MTV, Odense Universitetshospital; 2014 [in Danish; <http://www.ouh.dk/dwn428044>, accessed 7 December 2016].
 42. Ølholm AM, Christensen JB. Bilags rapport til MTV af hospitalsbaseret forløbskoordination for patienter af anden etnisk herkomst end dansk. Evalueringsrapport [Appendices to HTA report]. Odense: Afdelingen for Kvalitet & Forskning/MTV, Odense Universitetshospital, 2014 [in Danish].
 43. Goldberg SV, Wallace J, Jackson JC, Chaulk CP, Nolan CM. Cultural case management of latent tuberculosis infection. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2004;8:76–82.
 44. Ingleby D. Ethnicity, migration and the 'social determinants of health' agenda. *Psychosocial Intervention.* 2012;21:331–41.
 45. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet.* 2013;381:1235–45.
 46. Sanchez-Ramirez DC, Krasnik A, Kildemoes HW. Do immigrants from Turkey, Pakistan and Ex-Yugoslavia with newly diagnosed type 2 diabetes initiate recommended statin therapy to the same extent as Danish-born residents? A nationwide register study. *Eur J Clin Pharmacol.* 2013;69:87–95.
 47. Villadsen SF, Mortensen LH, Andersen AN. Ethnic disparity in stillbirth and infant mortality in Denmark 1981–2003. *J Epidemiol Community Health.* 2009;63:106–12.
 48. Hempler NF, Diderichsen F, Larsen FB, Ladelund S, Jørgensen T. Do immigrants from Turkey, Pakistan and Yugoslavia receive adequate medical treatment with beta-blockers and statins after acute myocardial infarction compared with Danish-born residents? A register-based follow-up study. *Eur J Clin Pharmacol.* 2010;66:735–42.
 49. Divi C, Koss RG, Schmaltz SP, Loeb JM. Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study. *Int J Qual Health Care.* 2007;19:60–9.
 50. Lion KC, Rafton SA, Shafii J, Brownstein D, Michel E, Tolman M et al. Association between language, serious adverse events, and length of stay among hospitalized children. *Hospital Pediatr.* 2013;3:219–25.
 51. Suurmond J, Uiters E, de Bruijne MC, Stronks K, Essink-Bot M-L. Explaining ethnic disparities in patient safety: a qualitative analysis. *Am J Public Health.* 2010;100:S113–S117.
 52. de Bruijne MC, van Rosse F, Uiters E, Droomers M, Suurmond J, Stronks K et al. Ethnic variations in unplanned readmissions and excess length of hospital stay: a nationwide record-linked cohort study. *Eur J Public Health* 2013;23:964–71.
 53. Schenker Y, Wang F, Selig SJ, Ng R, Fernandez A. The impact of language barriers on documentation of informed consent at a hospital with on-site interpreter services. *J Gen Intern Med.* 2007;22:294–9.
 54. Galal LP, Thomsen JA, Jakobsen MB. Udenlandske erfaringer med brugen af kulturelle mediatorer i sundhedsvæsenet [Foreign experience with the use of cultural mediators in health care]. Copenhagen: Sundhedsstyrelsen; 2006 [in Danish; <https://www.sst.dk/~media/53448DF4CA8E4A839E23AEE6A1E51FDD.ashx>, accessed 7 December 2016].
 55. Steinberg ML, Fremont A, Khan DC, Huang D, Knapp H, Karaman D et al. Lay patient navigator program implementation for equal access to cancer care and clinical trials: essential steps and initial challenges. *Cancer.* 2006;107:2669–77.
 56. Wells KJ, Battaglia TA, Dudley DJ, Garcia R, Greene A, Calhoun E et al. Patient navigation: state of the art or is it science? *Cancer.* 2008;113:1999–2010.

-
57. Highfield L, Ottenweller C, Pfanz A, Hanks J. Interactive web-based portals to improve patient navigation and connect patients with primary care and specialty services in underserved communities. *Perspect Health Inf Manag.* 2014;11:1e.
 58. Shin SA, Kim H, Lee K, Lin V, Liu G. Effect of diabetic case management intervention on health service utilization in Korea. *Int J Nurs Pract.* 2015;21:780–9.
 59. Watts SA, Lucatorto M. A review of recent literature – nurse case managers in diabetes care: equivalent or better outcomes compared to primary care providers. *Curr Diab Rep.* 2014;14:504.
 60. Jeudin P, Carmen MD, Battaglia TA, Bak S, Perkins RB. Effect of patient navigation on adherence to follow-up after treatment of high-grade dysplasia. *Obstet Gynecol.* 2014;123(Suppl 1):29s.
 61. Hillemeier MM, Domino ME, Wells R, Goyal RK, Kum HC, Cilenti D et al. Effects of maternity care coordination on pregnancy outcomes: propensity-weighted analyses. *Matern Child Health J.* 2015;19:121–7.
 62. Carpentier S, Bhat M, Deschenes M, Wong P, Ghali P, Sebastiani G. A care coordination program to optimize management of cirrhosis: real-life applicability and feasibility in the context of the Canadian health care system. *Can J Gastroenterol Hepatol.* 2014;28:221–2.
 63. Miller K, Rasmussen A. The mental health of civilians displaced by armed conflict: an ecological model of refugee distress. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2016:1–10.

Обзор

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ-МИГРАНТОВ НА БАЗЕ СТАЦИОНАРА: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Anne M Ølholm¹, Janne B Christensen¹, Stine L Kamionka², Mette L Eriksen³, Morten Sodemann⁴

¹ Отдел качества, научных исследований, инноваций и образования, Университетская больница, Оденсе, Дания

² Отдел инфекционных болезней, Центр глобального здоровья/поликлиника здоровья мигрантов, Университет Южной Дании, Оденсе, Дания

³ Отдел производственной медицины, региональная больница Западной Ютландии, Хернинг, Дания

⁴ Поликлиника здоровья мигрантов/отдел инфекционных болезней, Университетская больница, Оденсе, Дания

Автор, отвечающий за переписку: Morten Sodemann (адрес электронной почты: Morten.sodemann@rsyd.dk)

АННОТАЦИЯ

Исходные данные: В то время как неравенство доступа к здравоохранению для пациентов-мигрантов хорошо документировано, гораздо меньше известно о неравенстве внутри самой системы здравоохранения в отношении выбора диагностических процедур, задержек в постановке диагноза, возможных вариантов лечения, вторичной профилактики и последующих мер, предлагаемых пациентам из числа беженцев или иммигрантов. В качестве способа разрешения неравенства и в ответ на растущее понимание того, что у пациентов-мигрантов есть сложные потребности в здравоохранении и для удовлетворения этих потребностей требуются сложные навыки, было предложено оказывать таким пациентам специализированную помощь, к которой относится ведение пациентов и осуществление междисциплинарных физических, когнитивных и социальных вмешательств. Однако часто считают, что медицинская помощь, направленная на данную категорию, негативно ее выделяет и характеризуется более низким качеством. Доказательная

база этих двух аргументов остается неясной. В связи с этим, задача данного обзора заключалась в исследовании эффективности специализированного введения пациентов из числа этнических меньшинств на базе стационара.

Методы: В этом обзоре авторы использовали модель оценки технологий здравоохранения, в том числе систематический поиск литературы по базам публикаций PubMed, Embase, Cochrane Library, Sociological Abstracts, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature и среди так называемой «серой» литературы.

Результаты: Из 5238 исследований, найденных в результате поиска, только одно удовлетворяло критериям для включения в обзор. В нем была описана специализированная программа лечения туберкулеза на базе стационара, выполняемая при поддержке междисциплинарной команды и приведшая к увеличению частоты завершения лечения среди пациентов, принадлежащих к этническим меньшинствам. Несмотря на проведение поиска с использованием ши-

роких критериев и большого набора информационных сетей и баз данных, связанных со здоровьем мигрантов, других поликлиник для мигрантов на базе стационаров найдено не было. В единственном исследовании по теме было показано, что среди преимуществ специализированной программы лечения мигрантов на основе стационаров могут быть уменьшение неравенства и улучшение клинических исходов. Не было найдено исследований, которые бы свидетельствовали, что специализированный больничный уход негативно выделяет мигрантов или снижает качество медицинской помощи.

Выводы: Наш анализ выявил, что по большому счету отсутствуют данные против специализированных услуг здравоохранения для этнических меньшинств. С учетом нынешней ситуации с беженцами в Европе существует настоятельная потребность определить наилучшие вмешательства, снижающие глобальное неравенство медицинской помощи в стационарах для пациентов из числа этнических меньшинств.

Ключевые слова: ВЕДЕНИЕ СЛУЧАЕВ, НЕРАВЕНСТВО В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ЗДОРОВЬЕ МЕНЬШИНСТВ, ЭТНИЧЕСКИЕ ГРУППЫ

ВВЕДЕНИЕ

ИСХОДНАЯ СИТУАЦИЯ

Для этнических меньшинств характерны разнообразные показатели заболеваемости, более низкая самооценка здоровья, меньше охват профилактической медицинской помощью, медицинская помощь в стационарах более низкого качества и более низкие показатели восстановления здоровья по сравнению с населением в целом (1–5). В современных больницах оказывают узкоспециализированную медицинскую помощь и стараются предоставить медицинские услуги по ускоренным клиническим протоколам, но это не всегда уместно для пациентов со сложными проблемами здоровья, которым требуется междисциплинарное обследование их физического, когнитивного и социального состояния (6–10). Какие конкретно механизмы создают и поддерживают неравенство в секторе здравоохранения, остается неясным, в основном из-за отсутствия исследований. Это было продемонстрировано в недавнем обзоре, в котором проанализировали исследования вмешательств, проведенных за последние 30 лет для уменьшения неравенства в охране здоровья этнических меньшинств, и в котором было показано, что более 90% вмешательств были направлены на изменение поведения и восприятия пациентов, в то время как менее 9% ставили целью изменения в системе здравоохранения (11).

До сих пор исследования неравенства в охране здоровья беженцев и иммигрантов были сосредоточены на профилактике заболеваний и на неравном доступе к медико-санитарной помощи (12–14). В меньшем числе исследований было отмечено неравенство в отношении типа и качества диагностических процедур, методов лечения и последующих мер, предлагаемых пациентам беженцам и иммигрантам, а также в отношении доступа к специализированным услугам, трансплантации органов, экспериментальным методам лечения и психофармакологическому лечению (4, 6, 15–17).

Чтобы пользоваться современными возможностями здравоохранения, требуется уметь хорошо ориентироваться и обладать высокой грамотностью, в том числе в отношении здоровья (18–20). По этой причине эффективная коммуникация является важным и основополагающим условием для успешного сотрудничества между пациентом и медико-санитарным

персоналом, чему, к сожалению, часто мешает функциональная неграмотность пациентов или их низкая медицинская грамотность в сочетании с культурными барьерами и отсутствием культурной компетенции среди медицинских сотрудников (21, 22). Кроме того, на коммуникацию в медицинских учреждениях часто влияют технические и социальные факторы, которые препятствуют обмену информацией (23–25).

Умение пациентов ориентироваться в системе здравоохранения, так называемая способность к навигации, и их навыки коммуникации могут быть дополнительно снижены по причине невыявленного посттравматического стрессового расстройства, которое может способствовать появлению расплывчатых и необъясненных соматических симптомов, низкой способности заботы о себе и несоблюдению диагностических процедур и лечения (16, 26–31). В результате бывает, что клиническое обследование прекращают раньше времени, симптомы остаются незамеченными или неправильно истолкованными, а необходимое лечение не предписывают или не завершают, что приводит к тому, что большая группа пациентов беженцев и иммигрантов страдает от длительных сложных заболеваний, имеет множественные серьезные социальные и экономические проблемы и характеризуется сложными нарушениями режима лечения (32). Пациенты с такими проблемами со здоровьем оказываются по сути брошенными общей системой здравоохранения. Неспособность распознать, что стоит за такими сложными проблемами здоровья, приводит к тому, что подобные проблемы просто классифицируют как стереотипные культурные проблемы или проблемы беженцев, и в клинической оценке их в значительной степени игнорируют (33, 34). На протяжении десятилетий обсуждалось, какими способами следует снижать это неравенство: путем мероприятий, направленных конкретно на мигрантов или на создание систем здравоохранения, чувствительных к многообразию, или используя всеобъемлющий подход, в котором иммигранты окажутся охваченными благодаря общему улучшению системы здравоохранения. Однако исследований, в которых бы документировали последствия этих моделей, нет (1, 14, 35, 36).

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ

Европейские страны сталкиваются с множеством проблем, сопровождающих нынешний быстрый рост числа беженцев, и неподготовленному сектору

здравоохранения требуется срочно найти эффективные способы разрешения неравенства в специализированных условиях стационаров, а также в целом в системе здравоохранения. В ответ на растущее осознание того, что значительная группа пациентов из числа этнических меньшинств не имеет такого же доступа, как большинство населения, к профилактическим, лечебным и реабилитационным услугам, в 2008 году в Отделе инфекционных болезней Университетской больницы г. Оденсе, Дания, была создана поликлиника здоровья мигрантов (ПЗМ). Основной задачей ПЗМ является документировать, облегчать и предотвращать возможные отрицательные последствия неравенства в сфере здравоохранения. ПЗМ представляет собой междисциплинарную модель, которая, возможно, сможет продемонстрировать, как разрабатывать и осуществлять специализированные вмешательства в отношении этой уязвимой группы пациентов в условиях стационара (32, 37).

Ведение пациентов на базе стационара определяется в ПЗМ как «совместная практическая модель, включающая пациентов, медсестер, социальных работников, врачей, других специалистов-практиков, помощников и общину» (38). Процесс ведения пациентов включает коммуникацию и облегчает предоставление последовательных мер медицинской помощи благодаря эффективной координации. Этот процесс является многогранным, и к нему относятся адаптированная к отдельным пациентам коммуникация и поддержка, анализ историй их жизни и выяснение их социальных и семейных ситуаций, а также обеспечение межсекторальной координации, посредничества и помощи в организации запросов на медицинские и социальные услуги (16, 38).

Пациенты ПЗМ часто являются легко уязвимыми и имеют сложные проблемы со здоровьем. Среди них есть мужчины и женщины, их средний возраст составляет 42 года, и они живут в Дании в среднем 12 лет. По сведениям из административной базы данных пациентов Университетской больницы г. Оденсе, наибольшая часть пациентов представлена беженцами и иммигрантами из Ирана, Ирака, стран Африки к югу от Сахары, Афганистана, бывшей Югославии, Сомали, Турции, Пакистана, Шри-Ланки и некоторых стран Восточной Европы (в порядке частоты посещаемости; 2013) (16).

За последние 8 лет в ПЗМ была создана обширная база знаний клинических проблем, встречающихся у пациентов из числа этнических меньшинств, при этом опирались на полученные научные данные, датские реестры и оценку междисциплинарных вмешательств в поликлинике (39). Цель создания базы знаний заключалась как в выявлении возможностей для улучшений оказываемых ныне медицинских услуг, так и для оценки нужд данной группы пациентов и для документирования дискриминации на основе сложности проблем со здоровьем. Важнейшей частью этой работы является составление доказательной базы для таких поликлиник. Таким образом, проведенный нами систематический анализ литературы был составной частью оценки медицинских технологий (ОМТ) в ПЗМ. Описание методов, применяемых в ПЗМ, и анализ соотношения затрат и выгод ведения больных на основе стационара были опубликованы отдельно (38).

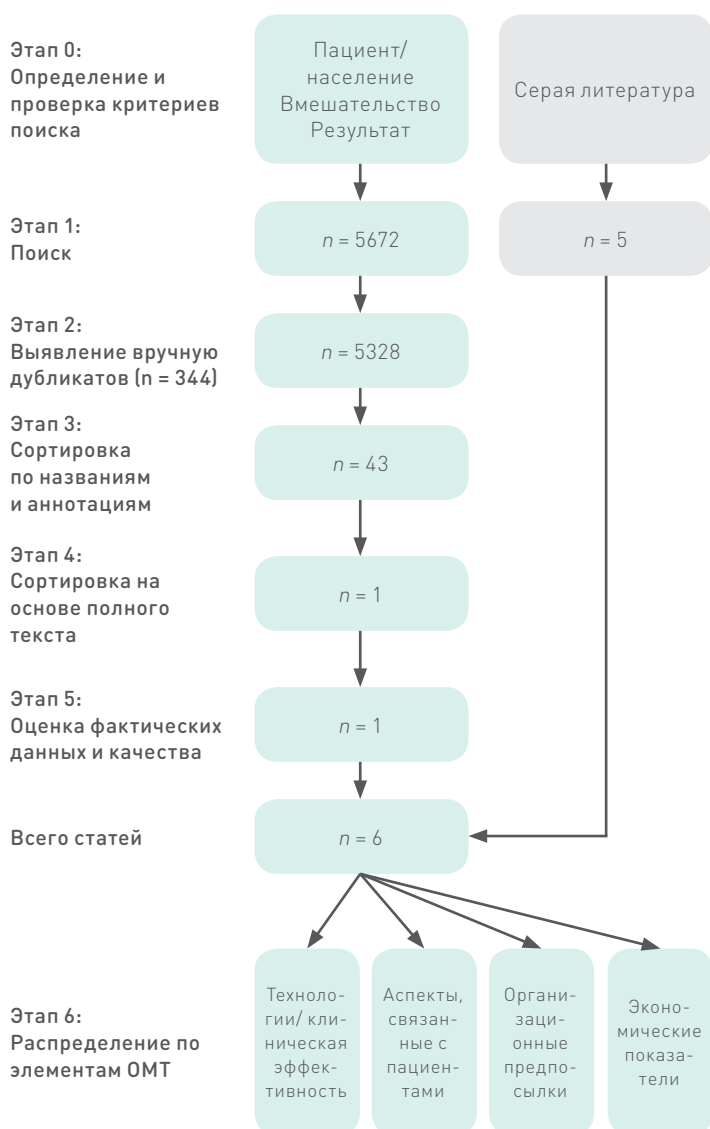
ЦЕЛЬ ОМТ И АНАЛИЗА ЛИТЕРАТУРЫ

Целью ОМТ и анализа литературы было изучить предпосылки для внедрения на базе стационара системы ведения пациентов, родившихся в иной стране, чем страна их нынешнего проживания, и сравнить последствия ведения пациентов на основе стационара с нынешней практикой, когда ведение пациентов не осуществляется. ОМТ охватывала четыре домена датской модели ОМТ: технологии/клиническая эффективность; аспекты, связанные с пациентами; организационные предпосылки; экономические показатели (40). В данном исследовании приведены имеющиеся данные только о клинической эффективности.

МЕТОДЫ

В обозначении ПВСР (пациент/население, вмешательство, сравнение, результат) отражен общий подход к разработке стратегии поиска. В соответствии с ним, вначале мы проводили поиск отдельно по каждому из компонентов ПВСР в каждой базе данных, а затем объединяли эти компоненты для совместного поиска по каждой базе данных (Рисунок 1). Результаты поиска далее делили по содержанию в соответствии с тем, какому из четырех доменов ОМТ уделялось внимание.

РИСУНОК 1. БЛОК-СХЕМА СОРТИРОВКИ ЛИТЕРАТУРЫ



БАЗЫ ДАННЫХ

Поиск проводили по базам данных, связанных по теме с различными доменами ОМТ (Таблица 1). Мы также проводили поиск по «серой» литературе в архивах ПЗМ, где имелись внутренние отчеты об оценке, отчеты профессиональных ассоциаций и другие материалы, не включенные в библиографические базы данных. Во вставке 1 перечислены веб-сайты, на которых проводили поиск по соответствующей «серой» литературе.

В таблице 1 приведены основные термины поиска по компонентам ПВСР, при этом результаты поиска по терминам также классифицированы по содержанию в соответствии с четырьмя доменами ОМТ.

ВСТАВКА 1. ВЕБ-САЙТЫ, ПО КОТОРЫМ ПРОВОДИЛИ ПОИСК «СЕРОЙ» ЛИТЕРАТУРЫ

- База литературы по состоянию здоровья этнических меньшинств, Датский национальный институт общественного здравоохранения, Дания (<http://www.si-folkesundhed.dk>)
- Mighealthnet: вики веб-сайт, посвященный здоровью мигрантов (<http://mighealth.net/>)
- Датский научно-исследовательский центр по вопросам миграции, этнической принадлежности и здоровья, Университет Копенгагена, Дания (<http://mesu.ku.dk/>)
- Национальное экспертное подразделение по вопросам здоровья меньшинств, Норвежский центр исследований по вопросам здоровья меньшинств, Норвегия (<https://www.nakmi.no/>)
- Центр документации об иммигрантах, беженцах и расизме, Институт «Иммигрант», Швеция (<http://www.immi.se/>)
- Арканзасская комиссия по вопросам здоровья меньшинств, США (<http://arminorityhealth.com/>)
- Медицинский центр Алта Бэйт Саммит, США (<http://www.altatabatessummit.org/>)
- Калифорнийская сеть по вопросам здоровья всех этничностей, США (<http://cpehn.org/>)
- Ликвидация расового и этнического неравенства в сфере здравоохранения, Центры по контролю и профилактики заболеваний, США (<https://www.cdc.gov/minorityhealth/>)
- Сеть по вопросам здравоохранения беженцев штата Виктория, Австралия (<http://refugeehealthnetwork.org.au/>)
- Сеть клиницистов, работающих с мигрантами, США (<http://www.migrantclinician.org/>)
- Центр по разрешению неравенства в сфере здравоохранения, Мичиган, США (<https://mghdisparitiessolutions.org/>)
- Национальный институт здравоохранения и наилучшей клинической практики, Соединенное Королевство (<https://www.nice.org.uk/>)
- Центр данных по этничности, здоровью и разнообразию Экономического и социального исследовательского совета, Соединенное Королевство (<http://www.thehealthwell.info/node/36007>)
- Европейское сотрудничество в области науки и техники (<http://www.cost.eu/>) – структура Европейского союза, оказывающая поддержку международному сотрудничеству исследователей, инженеров и ученых по всей Европе в соответствии с программой Европейской комиссии «Горизонт 2020»

ТАБЛИЦА 1. СЛОВА И БАЗЫ ДАННЫХ, ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ В ПОИСКЕ, ПО КОМПОНЕНТАМ ПВСР И ДОМЕНАМ ОМТ

Компоненты ПВСР (и домены ОМТ)	Индексированные ключевые слова/слова для поиска	База данных
Пациент/население	Cultural diversity (культурное разнообразие) Displaced persons (перемещенные лица) Emigrants/immigrants (эмигранты/иммигранты) Ethnic groups (этнические группы) Immigration (иммиграция) Minority health (здоровье меньшинств) Minority groups (группы меньшинств) Race/racial (раса/расовый) Race relations (расовые отношения) Racial disparity (расовое неравенство) Refugee (беженец) Minority/ethnic minority (меньшинство/этническое меньшинство) Transient/migrant (временный резидент/мигрант)	PubMed Embase Cochrane Library Sociological Abstracts CINAHL
Вмешательство	Cultural competency (культурная компетенция) Cultural mediator (культурный посредник) Health-care administration (управление здравоохранением) Health services administration (управление службами здравоохранения) Migrant health clinic (поликлиника здоровья мигрантов) Minority clinic (поликлиника меньшинств) Minority health clinic (поликлиника здоровья меньшинств) Patient advocate (адвокат пациентов) Patient care management (управление уходом за пациентами) Patient care planning (планирование ухода за пациентами)	PubMed Embase Cochrane Library Sociological Abstracts CINAHL
Сравнение	Current practice (нынешняя практика)	–
Результат		
Технологии/ клиническая эффективность	Morbidity (заболеваемость) Mortality (смертность) Post-traumatic stress disorder/PTSD (посттравматическое стрессовое расстройство, ПТСР)	PubMed Embase Cochrane Library
Аспекты, связанные с пациентами	Cultural capital (культурный капитал) Health attitudes, knowledge & practice (отношение к здоровью, знания и практика, связанные со здоровьем) Health behaviour (поведение, связанное со здоровьем) Health literacy (грамотность в отношении здоровья) Medication adherence (соблюдение пациентом приема лекарств) Patient compliance (выполнение пациентом режима лечения) Patient satisfaction (удовлетворенность пациентов) Quality of life (качество жизни) Self-care (уход за собой) Social capital (социальный капитал)	PubMed Embase CINAHL
Организационные предпосылки	Access to health care (доступ к услугам здравоохранения) Delivery of health care (предоставление услуг здравоохранения) Delivery of health care, integrated (интегрированное предоставление услуг здравоохранения) Health-care disparities (неравенство в сфере здравоохранения)	PubMed Embase Sociological Abstracts
Экономические показатели	Health-care costs (затраты на услуги здравоохранения) Health-care economics and organizations (экономика и организации системы здравоохранения) Occupational status (профессиональный статус)	PubMed Embase Cochrane Library
CINAHL: база данных Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature.		

ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

Мы проводили поиск исследований, в которых оценивалась эффективность и приводились данные максимально высокого качества. Наша задача заключалась в том, чтобы определить клиническую эффективность координации медицинской помощи, оказываемой пациентам на базе стационара.

КРИТЕРИИ ВКЛЮЧЕНИЯ И ИСКЛЮЧЕНИЯ

Мы включили в поиск соответствующую литературу на английском, датском, норвежском и шведском языках, опубликованную в 2001-2011 гг.

Первоначальный поиск сочетания элементов ПБСР и ОМТ выдал большое количество работ (>20 000), поэтому мы применили стратегию раздельного поиска, при котором использовали следующие четыре подхода к извлечению литературы: (I) по медицинским предметным рубрикам (охватывает только индексированную литературу); (II) по названию (извлекает статьи с точной последовательностью слов поиска); (III) по фразам (извлекает статьи по теме поиска, в котором были использованы другие тематические термины); и (IV) собранные вместе результаты трех поисков, чтобы компенсировать слабость каждой отдельной стратегии. Подробное описание процесса отбора можно найти в полном отчете ОМТ и приложениях к нему (41, 42).

Разграничение дизайна исследования было сделано только для поиска в базе данных PubMed, что, несомненно, способствовало наибольшему числу находок (Таблица 2). По базе данных PubMed мы проводили поиск по следующим типам публикаций: клинические исследования, мета-анализы, рандомизированные контролируемые исследования, обзоры, сравнительные исследования, контролируемые исследования и оценочные исследования. Чисто описательные исследования были исключены. Исследования, в которых медицинские вмешательства не соответствовали используемому в ПЗМ определению подхода к ведению пациентов на базе стационара, были исключены (например, исследование неприбыльных поликлиник для нелегальных иммигрантов латиноамериканского происхождения в США).

СОРТИРОВКА ЛИТЕРАТУРЫ

Найденная литература была импортирована в базу данных EndNote X7.1 (Thompson Reuter, Филадельфия, США), и дубликаты были удалены. Литература была независимо отсортирована тремя авторами (АМФ, JBC и MLE) на соответствие критериям ПБСР для включения в исследование. Первый этап сортировки проводили на основе названия и аннотации, а второй – после прочтения всей статьи. Перед тем как окончательно включить статью в исследование и классифицировать ее по соответствующим доменам ОМТ, статью оценивали на качество методологии.

Разногласия в оценке значимости извлеченной литературы разрешали путем совместного рассмотрения, соответствует ли статья критериям включения и исключения, а в случае необходимости подключали четвертого автора (MS).

Рассчитанный коэффициент k равнялся 0,23, что говорит о слабой корреляции оценки литературы разными авторами, а также подчеркивает трудность в определении четких границ для включения и исключения при сложных вмешательствах. Поскольку границы не были установлены заранее, а ряд соответствующих вмешательств имел очень сходные черты с вмешательствами, проводимыми в нашей ПЗМ, для того чтобы извлечь как можно больше соответствующей литературы, в поиске был использован обширный список общих терминов. Неизбежный компромисс между точностью и объемом извлечения при поиске литературы (в данном случае за счет точности), возможно, является причиной низкого значения коэффициента k .

И наконец обеспечение качества процесса исходной сортировки (выполненного АМФ, JBC и MLE) было проведено четвертым автором (MS), который оценил значимость случайной выборки в 100 находок из исходных 5328, используя заданные заранее параметры. Оценка подтвердила 100%-ую значимость исходной сортировки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В общей сложности 5672 статей были извлечены из баз данных в результате первоначального систематического поиска. В таблице 2 показаны результаты поиска по отдельным базам данных и общее число

ТАБЛИЦА 2. РЕЗУЛЬТАТЫ ПОИСКА ЛИТЕРАТУРЫ ПО БАЗАМ ДАННЫХ, КОМПОНЕНТАМ ПВСР И ДОМЕНАМ ОМТ

База данных	Компоненты ПВСР (и домены ОМТ)	Число находок (включая ограничения ^а)		
PubMed	Пациент/население	76 388	П+В	П+В+P _{всего} 4107
	Вмешательство	908 107	18 854	
	Результат			
	Технологии/клиническая эффективность	268 998	П+В+P _{тех} 2441	
	Организационные предпосылки	318 017	П+В+P _{орг} 9912	
	Аспекты, связанные с пациентами	166 442	П+В+P _{пац} 3376	
	Экономические показатели	395 938	П+В+P _{эко} 6953	
Embase	Пациент/население	241 321	П+В	П+В+P _{всего} 284
	Вмешательство	10 427	1154	
	Результат			
	Технологии/клиническая эффективность	412 584	П+В+P _{тех} 59	
	Организационные предпосылки	5238	П+В+P _{орг} 99	
	Аспекты, связанные с пациентами	257 653	П+В+P _{пац} 142	
	Экономические показатели	67 886	П+В+P _{эко} 23	
Cochrane Library	Пациент/население	5450	П+В	П+В+P _{тех + эко} 664
	Вмешательство	79 680	2700	
	Результат			
	Технологии/клиническая эффективность	10 162	П+В+P _{тех} 162	
	Экономические показатели	16 992	П+В+P _{эко} 541	
Sociological Abstracts	Пациент/население	69 103	П+В	П+В+P _{орг} 31
	Вмешательство	1062	699	
	Результат			
	Организационные предпосылки	864		
CINAHL	Пациент/население	51 660	П+В	П+В+P _{пац} 586
	Вмешательство	80 085	4488	
	Результат			
	Аспекты, связанные с пациентами	96 882		
Всего				5672
Всего – дубликаты (344 статей)				5328

CINAHL: база данных Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature.

^аВ – вмешательство; П – пациент/население; P – результат; орг – организационные предпосылки; пац – аспекты, связанные с пациентами; тех – технологии/клиническая эффективность; эко – экономические показатели.

извлеченных статей до и после удаления дубликатов (344 статьи).

5328 статей были отсортированы по однозначным критериям включения и исключения. На первом этапе статьи были отсортированы независимо двумя авторами, в результате чего 43 статьи были включены в следующий этап сортировки (<1% от первоначально найденных 5328 статей после удаления дубликатов). Это свидетельствовало о сложности и разнообразии вмешательств и о том, что было непросто определить основные компоненты вмешательств; эти факторы, вероятно, служили препятствием для разработки достаточно всеобъемлющей и конкретной стратегии поиска. Процесс сортировки литературы показан на блок-схеме (Рисунок 1).

В конце процесса сортировки осталась одна статья Goldberg и др., которая соответствовала критериям включения. В ней было описано исследование, выполненное в партнерстве медицинским центром Харборвью штата Вашингтон (Harborview Medical Center) и туберкулезной поликлиникой, в котором для коммуникации между клиницистами, общинами и пациентами из числа этнических меньшинств была задействована базирующаяся в стационаре команда посредников. В дизайне этого включенного исследования было предусмотрено тестирование до начала исследования и по его окончании, но не было контрольной группы (т. е. это был квазиэкспериментальный дизайн). Однако мы не определили, по каким контрольным спискам оценивать качество квазиэкспериментальных исследований, поэтому качество этой работы не было оценено. Соответственно, результаты исследования следовало интерпретировать с осторожностью, поскольку эффективность вмешательства нельзя было достоверно объяснить именно вмешательством.

С целью увеличения числа тестирования на туберкулез и завершения лечения при выявлении латентного туберкулеза среди вновь прибывших беженцев Goldberg и др. описали двуязычный мультикультурный подход к ведению случаев (т. е. ведение случаев с учетом культурных особенностей, cultural case management [ССМ]) для контроля и лечения латентного туберкулеза у беженцев из бывшего Советского Союза, бывшей Югославии и Сомали (43). Эффект подхода ССМ был изучен в результате сравнения данных, полученных до начала применения этого

подхода и через 18 месяцев его применения. Подход ССМ включал посещения на дому, адаптированное к отдельным пациентам просвещение по туберкулезу и направление пациентов в дополнительные медицинские и социальные службы. Таким образом, вмешательство ССМ было аналогично методам ПЗМ.

Подход ССМ привел к более высоким показателям завершения лечения (37% против 82%, $P < 0.001$) и увеличению процента пациентов, начинающих лечение (73% против 88%, $P < 0.001$). Таким образом, введение нового и более целенаправленного подхода к ведению пациентов с латентным туберкулезом из числа вновь прибывших беженцев было связано с ростом частоты принятия пациентами их диагноза и необходимости лечения и завершения лечения (36).

ОБСУЖДЕНИЕ

Систематический анализ литературы выявил, что лечение пациентов из числа этнических меньшинств в поликлиниках на базе стационаров, аналогичное проводимому в ПЗМ, встречается редко и не изучено научными методами. Данные о влиянии координации лечения пациентов из числа беженцев и иммигрантов на базе стационаров еще более ограничены. Поиск в соответствующих сетях, на веб-сайтах и в других источниках подтвердил, что даже если подобные поликлиники существуют и вмешательства проводятся, они не были опубликованы ни на одной из существующих платформ, связанных со здоровьем мигрантов, не доложены на конференциях и не размещены в сетях (все из которых были включены в этот поиск литературы). Было найдено только одно исследование, которое соответствовало критериям поиска и являлось специфичным для определенной болезни подходом поддержки пациентов из числа этнических меньшинств на базе стационара. На основе этого можно сделать вывод, что, ПЗМ, вероятно, является одной из первых поликлиник здоровья мигрантов на базе стационара в Европе.

Часто считают, что медицинская помощь, специфически направленная на категорию этнических меньшинств, негативно выделяет эту категорию и характеризуется пониженным качеством (35, 44, 45). Однако в данном обзоре литературы не было найдено свидетельств в пользу этого мнения. На-

против, пациенты из числа этнических меньшинств по-прежнему получают негативный опыт, когда имеют дело с существующей (т. е. не специфической для их категории) службой здравоохранения, и сообщают о трудностях в получении медицинских услуг такого же качества, как население в целом (46–48). Пациенты из числа этнических меньшинств имеют больше побочных эффектов, больше осложнений после лечения и более частую повторную госпитализацию, среди них хуже контроль заболеваний, и их реже просят подписать формы согласия (49–53). Таким образом, нет никаких доказательств в поддержку существующей парадигмы, что специализированные медицинские услуги не приносят пользы этническим меньшинствам.

Часто встречающаяся фрагментация больничного ухода за пациентами с несколькими хроническими заболеваниями является препятствием для эффективной помощи этим пациентам (31). Отсутствие координации лечения пациентов со сложными заболеваниями приводит к росту затрат и ухудшению результатов, не в последнюю очередь среди этнических меньшинств (32). Ведение пациентов на основе стационара (также называемое в модели защиты прав пациентов «координация медицинской помощи на основе стационара») выглядит реалистичным, но доказательная база для такого ведения случаев в целом недостаточна: она касается в основном конкретных заболеваний, и большинство исследований описывают координацию первичной и вторичной помощи (33–35).

В 2006 году, изучив опыт использования культурных посредников в здравоохранении, датский Национальный совет по здравоохранению отметил, что подход к решению проблем пациентов из числа этнических меньшинств (в частности, определение того, что должно быть сделано и почему) различается между странами и тесно связан с испытываемыми практическими проблемами (54). В основе этого лежат характерные для отдельных стран потоки миграции и характеристики популяций меньшинств, в том числе их состав, типичные заболевания и статус. В результате в разных странах используют различные организационные модели, которые непросто напрямую сравнивать.

В настоящем исследовании проводился поиск с довольно широкими и неспецифическими терминами,

чтобы обеспечить высокий уровень извлечения литературы. В результате точность была низкой, что означает, что во всей массе найденной литературы было большое число находок, не относящихся к теме. Это подчеркивает необходимость более подробного описания деятельности ПЗМ (например, рабочих процессов, теоретического подхода к изменениям, основных элементов, механизмов), чтобы можно было дальше разрабатывать вмешательства для будущих научных исследований и сравнений. Таким образом, критерии для включения или исключения могут казаться довольно расплывчатыми, но отсутствие четкости отражает отсутствие ясных границ вмешательств.

К примеру, в большом числе опубликованных работ по координации медицинской помощи для этнических меньшинств на базе стационара для классификации вмешательств используют такие термины, как навигация пациентов и ведение случаев с учетом культурных особенностей (ССМ). Однако у этих терминов нет четкого определения: в некоторых случаях их описывают как тесно интегрированные для ряда специальностей в некоторых больницах, а в других случаях – в качестве более периферийной, автономной системы; порой они предоставляются основными сотрудниками – медицинскими специалистами, а порой могут осуществляться волонтерами или другими пациентами. Однако вмешательства, основанные на этих концепциях, имеют ряд общих черт (55, 56).

- Они нацелены на отдельных пациентов, а не на группы пациентов или населения.
- Их цель – сократить задержки по ходу предоставления медицинской помощи и обеспечить своевременные диагноз и лечение.
- Как правило, они включают выявление нужд пациентов и устранение барьеров на пути доступа к системе здравоохранения (например разрешение лингвистических и финансовых проблем) параллельно с предоставлением медико-санитарного просвещения, психосоциальной поддержки и координации (включая работу с документами, многофакторное планирование и коммуникацию).

Эти общие черты соответствуют принципам координации медицинской помощи на базе стационара в ПЗМ. Ведение пациентов с учетом культурных особенностей также составляет сущность работы Goldberg с коллегами, как отмечено в данном систематическом анализе. Если провести поиск в базе данных PubMed с терминами «навигация пациентов» (patient navigation) и «ведение случаев» (case management), то заметно, что все больше внимания уделяют общей для многих групп потребности в таких вмешательствах и эффективности таких вмешательств, а именно вмешательствам на индивидуальном уровне с целью координации медицинской помощи как для этнических меньшинств, так и для лиц с низкими доходами, недостаточно охваченных общин (57), а также больных сахарным диабетом (58, 59) и других больных с различными другими заболеваниями (60–62).

В большинстве публикаций, найденных при систематическом поиске, но не включенных в этот обзор, описаны небольшие демонстрационные проекты без контрольной группы или рандомизации и с небольшим размером выборки. Кроме того, эти вмешательства часто состояли из ряда отдельных, более мелких вмешательств, часть из которых была более совместима с координацией медицинской помощи на базе стационара в ПЗМ, а часть – менее. Такие более мелкие вмешательства часто оценивали в составе полного пакета мероприятий вмешательства. Из-за этого было невозможно определить, какие из мелких вмешательств были наиболее эффективными, чтобы напрямую сравнить их с элементами координации медицинской помощи на базе стационара в ПЗМ в рандомизированных контролируемых исследованиях.

Общей и наиболее центральной характеристикой координации медицинской помощи на базе стационара (или координации пациентов, ведения пациентов с учетом культурных особенностей, навигации пациентов и т. д.) является ориентация на индивидуумов, подход, в центре которого находится пациент и который при этом адаптирован к местным особенностям системы здравоохранения и представлениям о болезни и здоровье. В терминах ОМТ такого рода вмешательство можно охарактеризовать как сложную социальную технологию, организация предоставления которой (т. е. координации медицинской помощи на основе стационара)

оказывает большое влияние на клинические последствия/результаты вмешательства. Таким образом, определенные эффекты могут возникнуть только при определенных условиях, поскольку факторы контекста могут существенно влиять на вмешательство, а это делает очень трудным установление причинно-следственных связей между вмешательством и результатами. Это может быть причиной того, почему в данном анализе не было найдено исследований эффективности высокого качества (в терминах методологии доказательной медицины). Кроме того, стратегия поиска, возможно, была ограничена в том, что мы искали только исследования эффективности.

Данный анализ также показал, что координация медицинской помощи описывается с помощью различных терминов, которые трудно четко определить по причине специфичности их контекста. В будущем оценка может выиграть от использования качественных подходов и описательных исследований, для того чтобы разобраться в так называемом «черном ящике» разных компонентов вмешательства и описать воспринимаемые и теоретические связи между исходными характеристиками и результатами вмешательств.

В заключение можно отметить, что публикации исследований на тему ведения случаев на базе стационара, предлагаемой пациентам из числа мигрантов, отсутствуют. Чтобы изучить эффективность ведения случаев на базе стационара для этих пациентов, необходимы дополнительные исследования, для того чтобы понять, какие вмешательства используются. Было бы интересно провести исследования управленческих и политических аспектов координации медицинской помощи на базе стационара. Кроме того, неопределенность концепции «ведение случаев» может быть объяснена тем, что эта область является сравнительно новой. Из этого следует, что также требуются четкие и согласованные определения для исследовательских терминов.

Доказательств в поддержку мнения, что специализированные медицинские услуги не приносят пользы этническим меньшинствам, не существует. Напротив, в большинстве исследований показано, что качество больничной помощи иммигрантам систематически оказывается ниже, и заслуживает дальнейшего изучения то, что специализирован-

ные больничные службы, как например ПЗМ Университетской больницы г. Оденсе, могут взяться за разрешение такого явного неравенства. С учетом нынешней ситуации с беженцами в Европе существует настоятельная потребность в исследовании и документировании вмешательств, снижающих глобальное неравенство медицинской помощи в стационарах для пациентов из числа этнических меньшинств (31, 63).

Выражение признательности: обзор литературы финансировался за счет фонда ОМТ региона Южной Дании.

Источник финансирования: данная работа была поддержана Фондом по оценке медицинских технологий региона Южной Дании.

Конфликт интересов: не указан.

Отказ от ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые не обязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Rechel B, Deville W, Mladovsky P, Rijks B, Petrova-Benedict R, editors. Migration and health in the European Union. Maidenhead, K: Open University Press, McGraw-Hill Education; 2011.
2. Szczepura A. Access to health care for ethnic minority populations. *Postgrad Med J*. 2005;81:141-7.
3. Priebe S, Sandhu S, Dias S, Gaddini A, Geacen T, Ioannidis E et al. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*. 2011;11:187.
4. Smedley BD, Stith AY, Nelson AR, editors. Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care (with CD). Washington (DC): National Academies Press; 2009.
5. Simonnot N RA, Nuernberg M1, Fille F, Aranda-Fernández P.E, Chauvin P. Access to health care for people facing multiple vulnerabilities in health in 31 cities in 12 countries. Report on social and medical data gathered in 2015 in 11 European countries and Turkey. Paris, France: Doctors of the World; 2016.
6. Burgess DJ, Fu SS, Van Ryn M. Why do providers contribute to disparities and what can be done about it? *J Gen Intern Med*. 2004;19:1154-9.
7. Banks AD, Dracup K. Factors associated with prolonged prehospital delay of African Americans with acute myocardial infarction. *Am J Crit Care*. 2006;15:149-57.
8. Green CR, Anderson KO, Baker TA, Campbell LC, Decker S, Fillingim RB et al. The unequal burden of pain: confronting racial and ethnic disparities in pain. *Pain Med*. 2003;4:277-94.
9. Schulman KA, Berlin JA, Harless W, Kerner JF, Sistrunk S, Gersh BJ et al. The effect of race and sex on physicians' recommendations for cardiac catheterization. *N Engl J Med*. 1999;340:618-26.
10. Bischoff A. Caring for migrant and minority patients in European hospitals: a review of effective interventions. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies; 2006.
11. Clarke AR, Goddu AP, Nocon RS, Stock NW, Chyr LC, Akuoka JA et al. Thirty years of disparities intervention research: what are we doing to close racial and ethnic gaps in health care? *Med Care*. 2013;51:1020-6.
12. Bradby H, Humphris R, Newall D, Phillimore J. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region. Health Evidence Network Synthesis Report No 44. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.
13. Greve B. Migrants and health in the Nordic welfare states. *Public Health Rev*. 2016;37:9.
14. Bollini P, Siem H. No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Soc Sci Med*. 1995;41:819-28.
15. Schouler-Ocak M, Wintrob R, Moussaoui D, Villasenor Bayardo SJ, Zhao X-D, Kastrup MC. Background paper on the needs of migrant, refugee and asylum seeker patients around the globe. *International Journal of Culture and Mental Health* 2016;9:216-32.
16. Sodemann M, Kristensen TR, Nielsen D, Svabo A, Buch S, Korsholm KM et al. 'Tak fordi I lavede en bedre version af mig.' Erfaringer fra Indvandrermedicinsk Klinik 2008-2013 [«Спасибо за то, что вы сделали из меня мою лучшую версию.» Пережитый опыт из поликлиники здоровья мигрантов, 2008-2013 гг.]. Department of Infectious Diseases, OUH Odense University Hospital; 2013 (на датском языке; <http://www.ouh.dk/dwn347559>, по состоянию на 7 декабря 2016 г.).
17. Schrijvers CT, Stronks K, van de Mheen HD, Mackenbach JP. Explaining educational differences in mortality: the role of behavioral and material factors. *Am J Public Health*. 1999;89:535-40.
18. Ngo-Metzger Q, Fund C. Cultural competency and quality of care: obtaining the patient's perspective. New York: Commonwealth Fund; 2006.
19. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking?

- A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med.* 2014;1–17.
20. Abebe DS. Public health challenges of immigrants in Norway: a research review. NAKMI Report 2. Oslo: Norwegian Center for Minority Health Research; 2010.
 21. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med.* 2006;3:e294.
 22. Horowitz CR, Davis MH, Palermo A-GS, Vladeck BC. Approaches to eliminating sociocultural disparities in health. *Health Care Financ Rev.* 2000;21:57–74.
 23. Anderson MA, Helms LB. Communication between continuing care organizations. *Res Nurs Health.* 1995;18:49–57.
 24. Davidson EJ. Analysing genre of organizational communication in clinical information systems. *Information Technology & People.* 2000;13:196–209.
 25. Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Acad Med.* 2004;79:186–94.
 26. Dow HD. An overview of stressors faced by immigrants and refugees: a guide for mental health practitioners. *Home Health Care Management Practice.* 2011;23:210–7.
 27. Kumar BN. The Oslo immigrant health profile. *Diabetes.* 2009;3:8.
 28. Kumar BN. Health and migration. *Michael.* 2011;8:240–50.
 29. Carswell K, Blackburn P, Barker C. The relationship between trauma, post-migration problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers. *Int J Soc Psychiatry.* 2011;57:107–19.
 30. Bhopal RS, Rafnsson SB, Agyemang C, Fagot-Campagna, Giampaoli S, Hammar N et al. Mortality from circulatory diseases by specific country of birth across six European countries: test of concept. *Eur J Public Health.* 2012;22:353–9.
 31. Abbott A. The mental-health crisis among migrants. *Nature.* 2016;538:158.
 32. Sodemann M, Svabo A, Jacobsen A. [Самые трудные сражения начинаются после войны]. *Ugeskr Laeger.* 2010;172:141–4 (на датском языке).
 33. La Bril R, Primm A, Harrison-Ross P. Beyond misdiagnosis, misunderstanding and mistrust: relevance of the historical perspective in the medical and mental health treatment of people of color. *J Natl Med Assoc.* 2007;99:879.
 34. Spallek J, Zeeb H, Razum O. What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? A life course approach. *Emerg Themes Epidemiol.* 2011;8:6.
 35. Razum O, Spallek J. Addressing health-related interventions to immigrants: migrant-specific or diversity-sensitive. *Int J Public Health.* 2014;59:893–5.
 36. Kutalek R. Diversity competence in medicine: equity, culture and practice. *Wiener Klin Wochenschr.* 2012;124:3–9.
 37. Sodemann M, Nielsen D, Rehling, C. Imperfect models of patient empowerment, incapacitation and intrinsic structural violence in health care threaten equity in health and patient safety. In: Book of Abstracts. EUPHA's 6th European Conference on Migrant and Ethnic Minority Health, Oslo, Norway, 23–25 June 2016. Oslo: Norwegian Center for Minority Health Research; 2016:153.
 38. Sodemann M, Ølholm AM, Lundstrøm Kamionka S. Hospital based patient coordination for ethnic minority patients – a health technology assessment. EUPHA's 6th European Conference on Migrant and Ethnic Minority Health, Oslo, Norway, 23–25 June 2016. Oslo: Norwegian Center for Minority Health Research; 2016:137.
 39. Kamionka SL, Buus N, Sodemann M, Noehr-Jensen P, Larsen KJ. Intersectoral pathways of vulnerable patient groups in Southern Denmark. *Int J Integr Care.* 2014;14. doi: <http://doi.org/10.5334/ijic.1607>.
 40. Kristensen F, Sigmund H, editors. Health technology assessment handbook. 2nd edition. Copenhagen: Danish Centre for Health Technology Assessment, National Board of Health; 2008.
 41. Ølholm AM, Christensen JB. MTV af hospitalsbaseret forløbskoordination for patienter af anden etnisk herkomst end dansk. Evalueringsrapport [Координация ОМТ при лечении пациентов из числа этнических меньшинств на базе стационара – полный отчет]. In: Afdeling for Kvalitet og Forskning/MTV, Odense Universitetshospital; 2014 (на датском языке; <http://www.ouh.dk/dwn428044>, по состоянию на 7 декабря 2016 г.).
 42. Ølholm AM, Christensen JB. Bilags rapport til MTV af hospitalsbaseret forløbskoordination for patienter af anden etnisk herkomst end dansk. Evalueringsrapport [Приложения к отчету ОМТ]. Odense: Afdelingen for Kvalitet & Forskning/MTV, Odense Universitetshospital, 2014 (на датском языке).
 43. Goldberg SV, Wallace J, Jackson JC, Chaulk CP, Nolan CM. Cultural case management of latent tuberculosis infection. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2004;8:76–82.
 44. Ingleby D. Ethnicity, migration and the 'social determinants of health' agenda. *Psychosocial Intervention.* 2012;21:331–41.
 45. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet.* 2013;381:1235–45.

46. Sanchez-Ramirez DC, Krasnik A, Kildemoes HW. Do immigrants from Turkey, Pakistan and Ex-Yugoslavia with newly diagnosed type 2 diabetes initiate recommended statin therapy to the same extent as Danish-born residents? A nationwide register study. *Eur J Clin Pharmacol*. 2013;69:87-95.
47. Villadsen SF, Mortensen LH, Andersen AN. Ethnic disparity in stillbirth and infant mortality in Denmark 1981–2003. *J Epidemiol Community Health*. 2009;63:106-12.
48. Hempler NF, Diderichsen F, Larsen FB, Ladelund S, Jørgensen T. Do immigrants from Turkey, Pakistan and Yugoslavia receive adequate medical treatment with beta-blockers and statins after acute myocardial infarction compared with Danish-born residents? A register-based follow-up study. *Eur J Clin Pharmacol*. 2010;66:735-42.
49. Divi C, Koss RG, Schmaltz SP, Loeb JM. Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study. *Int J Qual Health Care*. 2007;19:60-7.
50. Lion KC, Rafton SA, Shafii J, Brownstein D, Michel E, Tolman M et al. Association between language, serious adverse events, and length of stay among hospitalized children. *Hospital Pediatr*. 2013;3:219-25.
51. Suurmond J, Uiters E, de Bruijne MC, Stronks K, Essink-Bot M-L. Explaining ethnic disparities in patient safety: a qualitative analysis. *Am J Public Health*. 2010;100:S113–S117.
52. de Bruijne MC, van Rosse F, Uiters E, Droomers M, Suurmond J, Stronks K et al. Ethnic variations in unplanned readmissions and excess length of hospital stay: a nationwide record-linked cohort study. *Eur J Public Health* 2013;23:964–71.
53. Schenker Y, Wang F, Selig SJ, Ng R, Fernandez A. The impact of language barriers on documentation of informed consent at a hospital with on-site interpreter services. *J Gen Intern Med*. 2007;22:294-9.
54. Galal LP, Thomsen JA, Jakobsen MB. Udenlandske erfaringer med brugen af kulturelle mediatorer i sundhedsvæsnen [Иностранный опыт в использовании культурных посредников в службе здравоохранения]. Copenhagen: Sundhedsstyrelsen; 2006 (на датском языке; <https://www.sst.dk/~/media/53448DF4CA8E4A839E23AEE6A1E51FDD.ashx>, по состоянию на 7 декабря 2016 г.).
55. Steinberg ML, Fremont A, Khan DC, Huang D, Knapp H, Karaman D et al. Lay patient navigator program implementation for equal access to cancer care and clinical trials: essential steps and initial challenges. *Cancer*. 2006;107:2669-77.
56. Wells KJ, Battaglia TA, Dudley DJ, Garcia R, Greene A, Calhoun E et al. Patient navigation: state of the art or is it science? *Cancer*. 2008;113:1999-2010.
57. Highfield L, Ottenweller C, Pfanz A, Hanks J. Interactive web-based portals to improve patient navigation and connect patients with primary care and specialty services in underserved communities. *Perspect Health Inf Manag*. 2014;11:1e.
58. Shin SA, Kim H, Lee K, Lin V, Liu G. Effect of diabetic case management intervention on health service utilization in Korea. *Int J Nurs Pract*. 2015;21:780-9.
59. Watts SA, Lucatorto M. A review of recent literature – nurse case managers in diabetes care: equivalent or better outcomes compared to primary care providers. *Curr Diab Rep*. 2014;14:504.
60. Jeudin P, Carmen MD, Battaglia TA, Bak S, Perkins RB. Effect of patient navigation on adherence to follow-up after treatment of high-grade dysplasia. *Obstet Gynecol*. 2014;123(Suppl 1):29s.
61. Hillemeier MM, Domino ME, Wells R, Goyal RK, Kum HC, Cilenti D et al. Effects of maternity care coordination on pregnancy outcomes: propensity-weighted analyses. *Matern Child Health J*. 2015;19:121-7.
62. Carpentier S, Bhat M, Deschenes M, Wong P, Ghali P, Sebastiani G. A care coordination program to optimize management of cirrhosis: real-life applicability and feasibility in the context of the Canadian health care system. *Can J Gastroenterol Hepatol*. 2014;28:221-2.
63. Miller K, Rasmussen A. The mental health of civilians displaced by armed conflict: an ecological model of refugee distress. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2016;1-10.

Short communication

DEVELOPING TRAINING IN MIGRATION HEALTH: UNIVERSITY OF PÉCS MEDICAL SCHOOL

Istvan Szilard, Erika Marek, Zoltan Katz

Department of Operational Medicine, University of Pécs Medical School, Hungary

Corresponding author: Istvan Szilard (email: istvan.szilard@aok.pte.hu)

ABSTRACT

The rapidly growing influx of migrants and refugees has led WHO to call repeatedly for the development and/or strengthening of a migrant-sensitive health-care system in Member States. Until recently, the higher education system in Europe had not responded to this need. The University of Pécs Medical School has introduced both

training and research in migration health as a new priority field. The training of medical students and health professionals is ongoing at three levels: compulsory and optional undergraduate training, and postgraduate training. The Operational Medicine Department of the University of Pécs Medical School works in close cooperation with the

WHO Public Health Aspects of Migration in Europe project. The University of Pécs is coordinating a consortium of six European higher education institutions to develop a new interdisciplinary curriculum: MSc in Migrant Health. The training programme will be launched in 2017 by the University of Pécs and Danube University Krems.

Keywords: MIGRANT HEALTH, HUMAN RESOURCE NEED, MSC IN MIGRANT HEALTH, UNIVERSITY OF PÉCS MEDICAL SCHOOL

BACKGROUND AND PURPOSE

Over the past years, countries in the European Union (EU) have faced a rapidly growing influx of migrants and refugees. This came to a head in 2015, when more than 1 million refugees were registered (1). This influx of refugees challenges health and public health services in host countries, as there are several shortcomings in the mechanism of reception of migrants and its integration with health management services (2).

To overcome these shortcomings, the WHO Regional Office for Europe in cooperation with the Italian Government organized a High-level Meeting on Refugee and Migrant Health on 23–24 November 2015 (3). The meeting highlighted the need for a “migrant-sensitive” health-care system.

Another meeting organized in Stockholm on 12–13 November 2015 by the European Centre for Disease Prevention and Control on “Evidence-based guidance: prevention of infectious diseases among newly arrived

migrants in the EU/EEA” underlined that migrants do not create special public health threats; however, the host society has to be prepared to attend to their health needs at the country, regional and interregional levels. The leading concerns should be public health safety, a humanitarian attitude and solidarity (4).

In 2008, World Health Assembly resolution WHA61.17 called WHO Member States to strengthen their efforts at addressing the rapidly growing need for appropriate health assistance for migrant and refugee populations (5). However, not much progress has been made in capacity-building of human resources. Some initiatives have been taken to develop and launch training modules on migrant health assistance, for example, EQUI-HEALTH (6), Migrant and Ethnic Minorities Training Packages (MEM-TP) (7) and Culturally Competent in Medical Education (8), but these are not comprehensive and cover only some aspects. The University of Pécs Medical School has implemented, over the past decade, a migrant and ethnic minority health programme for both undergraduates and postgraduates.

THE UNIVERSITY OF PÉCS

The 650-year-old University of Pécs is one of the largest higher educational institutes in Hungary, and is internationally recognized for its high quality of research (9). The Chair of Migration Health, as a unit of the Department of Operational Medicine (10), was established in 2005 to address the emerging phenomenon of migration and find a solution for this increasing challenge in both research and education (Box 1).

BOX 1. ONGOING HEALTH-RELATED TRAINING AND EDUCATION PROGRAMMES FOR MIGRANTS AND ETHNIC MINORITIES

Undergraduate medical training

A. Regular/compulsory subjects

- Migration health aspects in family medicine
- Migration health aspects in occupational health

B. Optional programmes

- Health aspects of humanitarian assistance
- Migration health and travel medicine
- Special aspects in health assistance of Roma and ethnic minority communities
- New migration health challenges in the EU health-care system

Postgraduate programmes for medical and health-care professionals

Cultural competence in medical and health assistance training and practice

Since 2011, when the WHO Regional Office for Europe started with its project Public Health Aspects of Migration in Europe (PHAME), the Operational Medicine Department of the University of Pécs Medical School has worked in close cooperation with the WHO project's management team. In 2014, the University of Pécs signed a memorandum of understanding with the Regional Office on cooperation in migration health. Within its framework, the Department is hosting/coordinating the work of the WHO PHAME newsletter (11).

Migration health, as a new interdisciplinary field of health sciences, requires a new type of health professional who has comprehensive knowledge on the importance of planning, developing, implementing and

managing ethnoculturally inclusive and responsive health-care systems. To provide adequate health care to migrants and refugees, the health professional should be prepared to handle both the geographical and epidemiological aspects of migration for sustainability of provision of migrant-sensitive health care. This type of health professional would be able to respond to the growing need for capacity-building in “diversity-responsive health-care management”, with special attention to underserved people such as migrants and ethnic minorities in the EU. The varied cultural needs of different communities and age groups have to be kept in mind to provide responsive health care for them.

To realize this objective, the University of Pécs formed a coalition with five other European higher education institutions (known as the CHANCE Consortium) to develop a new interdisciplinary curriculum – MSc in Migrant Health: Addressing New Challenges in Europe. The partner universities are the University of East Anglia, UK; Danube University Krems, Austria; Pavol Jozef Šafárik University in Košice, Slovakia; Ernst-Moritz-Arndt-Universität, Greifswald, Germany; and Medizinische Universität Graz, Austria (12).

The Consortium was successful in securing funds from the European Commission Erasmus programme to develop the European Master's training programme. The proposal received 100% of available scores on “European added value”, underlining the great need for new training initiatives in this field (Box 2).

BOX 2. MSC IN MIGRANT HEALTH TRAINING PROGRAMME OF THE CHANCE CONSORTIUM

The six-semester, 120 ECTS (European Credit Transfer and Accumulation System) value course is built around six training modules:

- Module 1: epidemiology and research methodology;
- Module 2: environmental medicine and occupational health;
- Module 3: economic/health economic impact of migration;
- Module 4: organization and systems management;
- Module 5: clinical and public health assessment;
- Module 6: social and behavioural aspects of migration, including multicultural and multireligious aspects and their health/mental health impact.

This programme is fully in line with the objectives of the PHAME project. Following a successful pilot phase, it will be launched in 2017 by the University of Pécs and Danube University Krems (13).

CONCLUSION

The WHO Regional Office for Europe is aware of the importance of adequate education on migrant health for providing migrant-sensitive health systems that are able to respond to the diverse health needs of migrants and refugees. This aspect was emphasized at the WHO High-level Meeting on Refugee and Migrant Health, held in Rome on 23–24 November 2015. The initiative of the University of Pécs as coordinator of the CHANCE Consortium fulfils a great need across the Region to provide health-care, public health and social-care professionals with the necessary skills, knowledge and orientation to treat migrants. Such professionals will have the capacity to design, plan and implement health and social-care programmes for migrant populations, and conduct health- and migration-related research. Provision of adequate health assistance is an essential tool for the smooth and successful integration of these populations.

Acknowledgements: We are thankful for the contribution of the members of the CHANCE Consortium in developing the MSc in Migrant Health training. These include the teams of University of East Anglia, UK; Danube University Krems, Austria; Pavol Jozef Šafárik University in Košice, Slovakia; Ernst-Moritz-Arndt-Universität, Greifswald, Germany; and Medizinische Universität Graz, Austria.

Sources of funding: The MSc in Migrant Health: Addressing New Challenges in Europe (CHANCE) training has been developed in the context of ERASMUS project 511371-LLP-1-2010-1-HU-ERASMUS-ECDSP, funded by the Education, Audiovisual and Cultural Execution Agency of the European Commission.

Conflicts of interest: None declared.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

REFERENCES

1. Refugees/Migrants Emergency Response – Mediterranean. In: UNHCR The UN Refugee Agency [website]. 17 January 2016 (<http://data.unhcr.org/mediterranean/regional.php>, accessed 3 November 2016).
2. Migrant health in the European Region. In: World Health Organization Regional Office for Europe [website]. 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region>, accessed 3 November 2016).
3. “Europe is Europe because of migration”: highlights from day 2 of the high-level conference on refugee and migrant health. In: World Health Organization Regional Office for Europe [website]. 24 November 2015 (<http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2015/11/high-level-meeting-on-refugee-and-migrant-health/news/news/2015/11/europe-is-europe-because-of-migration-highlights-from-day-2-of-the-high-level-conference-on-refugee-and-migrant-health>, accessed 3 November 2016).
4. Evidence-based guidance: prevention of infectious diseases among newly arrived migrants in the EU/EEA: meeting report. European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm, 12–13 November 2015 (http://ecdc.europa.eu/en/press/events/_layouts/forms/Event_DispatchForm.aspx?ID=341&List=a8926334-8425-4aae-be6a-70f89f9d563c, accessed 3 November 2016).
5. Resolution WHA61.17. Health of migrants. In: Sixty-first World Health Assembly, 19–24 May 2008 (https://health.iom.int/sites/default/files/pdf/WHA_61st_Health_of_Migrants_Resolution.pdf, accessed 3 November 2016).
6. Fostering health provision for migrants, the Roma, and other vulnerable groups. In: Equi Health [website] (<http://equi-health.eea.iom.int/>, accessed 3 November 2016).
7. Migrant and Ethnic Minorities Training Packages (MEM-TP) [website] (<http://www.mem-tp.org/>, accessed 3 November 2016).
8. Culturally Competent in Medical Education. In: Academisch Medisch Centrum [amC] [website]. Amsterdam, The Netherlands, 2016 (<https://www.amc.nl/web/Research/Overview/Major-projects-and-collaborations/Culturally-Competent-in-Medical-Education/Culturally-Competent-in-Medical-Education/Project-C2ME.htm>, accessed 3 November 2016).
9. University of Pécs [website] (<http://pte.hu/english>, accessed 3 November 2016).
10. Operations, Department of Medicine. In: Faculty of Medicine, University of Pécs [website] (<http://aok.pte.hu/en/egyseg/index/1270>, accessed 3 November 2016).

-
11. World Health Organization Regional Office for Europe, University of Pécs. Public Health Aspects of Migration in Europe: Newsletter. April 2014; Issue 1 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/248097/PHAME-Newsletter-Issue-1-April-2014.pdf?ua=1, accessed 3 November 2016).
 12. CHANCE – MSc in Migrant Health (<http://www.migranthealthmsc.eu/the-chance-consortium>, accessed 3 November 2016).
 13. Migrant health: addressing new challenges in Europe. In: Danube University Krems Law, Administration and International Affairs [website]. Krems, Austria (<http://www.donau-uni.ac.at/en/studium/migrant-health-new-challenges-in-europe/index.php>, accessed 3 November 2016).

Краткое сообщение

РАЗРАБОТКА ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ «МИГРАЦИЯ И ЗДОРОВЬЕ»: МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ УНИВЕРСИТЕТА ГОРОДА ПЕЧ

Istvan Szilard, Erika Marek, Zoltan Katz

Департамент оперативной медицины, медицинский факультет Печского университета, Венгрия

Автор, отвечающий за переписку: Istvan Szilard (адрес электронной почты: istvan.szilard@aok.pte.hu)

АННОТАЦИЯ

Быстро растущий поток мигрантов и беженцев послужил причиной того, что ВОЗ неоднократно призвала государства-члены разрабатывать и укреплять системы здравоохранения, чувствительные к нуждам мигрантов. До недавних пор в системе высшего образования в Европе не было адекватного ответа на эту потребность. Медицинский факультет Печского университета запустил программу обучения, а также исследова-

ния в сфере здравоохранения мигрантов в качестве новой приоритетной области. Обучение студентов-медиков и специалистов здравоохранения происходит на трех уровнях: обязательные и факультативные курсы преддипломного обучения и последипломное обучение. Департамент оперативной медицины медицинского факультета Печского университета работает в тесном сотрудничестве с проектом ВОЗ «Связан-

ные с миграцией аспекты общественного здравоохранения в Европе». Печский университет координирует разработку новой междисциплинарной магистерской учебной программы «Миграция и здоровье», выполняемую консорциумом шести европейских высших учебных заведений. Учебная программа будет запущена в 2017 году в университете города Печ и Дунайском университете в городе Кремс.

Ключевые слова: МИГРАЦИЯ И ЗДОРОВЬЕ, ПОТРЕБНОСТЬ В ЛЮДСКИХ РЕСУРСАХ, МАГИСТРАТУРА «МИГРАЦИЯ И ЗДОРОВЬЕ», МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ ПЕЧСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

ИСХОДНАЯ СИТУАЦИЯ И ЗАДАЧА

В течение последних лет страны Европейского Союза (ЕС) сталкиваются с быстро растущим притоком мигрантов и беженцев. Это явление заявило о себе особенно остро в 2015 году, когда было зарегистрировано более 1 миллиона беженцев (1). Такой значительный приток беженцев создает проблемы для медицинских служб и служб общественного здравоохранения принимающих стран, так как в механизмах приема мигрантов и в интеграции этих механизмов в службы общественного здравоохранения есть недостатки.

С целью преодоления этих недостатков Европейское региональное бюро ВОЗ в сотрудничестве с правительством Италии организовало совещание высокого уровня по вопросам охраны здоровья бе-

женцев и мигрантов 23–24 ноября 2015 г. (3). На этом совещании было отмечено, что есть необходимость настроить системы здравоохранения на нужды мигрантов.

На другом совещании, проведенном Европейским Центром профилактики и контроля заболеваний 12–13 ноября 2015 г. в Стокгольме на тему «Рекомендации, основанные на фактических данных: профилактика инфекционных заболеваний среди мигрантов, недавно прибывших в ЕС/ЕЭЗ», было подчеркнуто, что мигранты не создают особых угроз здоровью населения; однако принимающие страны должны быть готовы удовлетворить их потребности в здравоохранении на национальном, региональном и межрегиональном уровнях. Ведущими соображениями в этой деятельности должны быть безопасность здоровья населения, гуманитарное отношение и солидарность (4).

Резолюция WHA61.17, принятая Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2008 году, призывает государства-члены ВОЗ активизировать свои усилия, чтобы удовлетворить быстро растущую потребность популяций мигрантов и беженцев в надлежащей медицинской помощи (5). Однако в укреплении потенциала людских ресурсов был достигнут лишь незначительный прогресс. Был предпринят ряд инициатив по разработке и запуску учебных модулей по медицинской помощи мигрантам, например, EQUI-HEALTH (6), «Migrant and Ethnic Minorities Training Packages» (MEM-TP, Пакет учебных материалов по мигрантам и этническим меньшинствам) (7) и «Culturally Competent in Medical Education» (Культурная компетентность в медицинском образовании) (8), но эти модули не являются всеобъемлющими, они охватывают лишь некоторые аспекты. В последнее десятилетие медицинский факультет Печского университета ввел программу обучения по здравоохранению мигрантов и этнических меньшинств как в преддипломном, так и в последипломном образовании.

ПЕЧСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Университету города Печ 650 лет, и он является одним из крупнейших высших учебных заведений Венгрии, а проводимые в нем высококачественные научные исследования получают международное признание (9). Создание кафедры миграции и здоровья в 2005 году в качестве подразделения Департамента оперативной медицины (10) имело целью поиск решений множества задач как в области исследований, так и в образовании (Вставка 1) и явилось ответом на увеличивающуюся миграцию.

С 2011 года, когда Европейское региональное бюро ВОЗ запустило проект «Связанные с миграцией аспекты общественного здравоохранения в Европе» (Public Health Aspects of Migration in Europe, РНАМЕ), Департамент оперативной медицины медицинского факультета Печского университета работает в тесном сотрудничестве с группой, управляющей этим проектом ВОЗ. В 2014 году Печский университет подписал меморандум о взаимопонимании с региональным бюро в отношении сотрудничества в области миграции и здоровья. В рамках этого партнерства Департамент координирует вы-

ВСТАВКА 1. ПРЕДЛАГАЕМЫЕ УЧЕБНЫЕ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МИГРАНТОВ И ЭТНИЧЕСКИХ МЕНЬШИНСТВ

Преддипломное медицинское обучение

A. Обычные, обязательные предметы

Медицинские аспекты миграции в семейной медицине

Медицинские аспекты миграции в гигиене труда

B. Факультативные программы

Медицинские аспекты гуманитарной помощи

Медицинские аспекты миграции и медицина путешествий

Особые аспекты медицинской помощи в общинах цыган и этнических меньшинств

Новые задачи в области «Миграция и здоровье» в системе здравоохранения ЕС

Последипломные программы для медико-санитарных специалистов

Культурная компетентность при оказании медицинской помощи и других услуг здравоохранения: обучение и практика

пуск информационного бюллетеня ВОЗ по проекту РНАМЕ на своей базе (11).

Миграция и здоровье представляет собой новую междисциплинарную область медицинской науки, и для нее требуется новый тип специалистов здравоохранения, владеющих всесторонними знаниями и понимающих важность того, что системы здравоохранения следует планировать, разрабатывать и внедрять и управлять ими так, чтобы они были открытыми для различных этнических культур и учитывали их нужды. Чтобы предоставляемая мигрантам и беженцам медицинская помощь была адекватная, устойчивая и чувствительная к их нуждам, такие специалисты должны уметь учитывать как географические, так и эпидемиологические аспекты миграции. Этот тип специалистов сможет удовлетворить растущую потребность в создании потенциала для «управления здравоохранением, чувствительным к многообразию запросов», с особым вниманием к таким людям, как мигранты и этнические меньшинства, которые недостаточно охваченным системами здравоохранения в ЕС. Потребуется не упускать из виду разнообразные культурные потребности различных общин и раз-

ных возрастных групп, чтобы предоставлять им адаптивную медицинскую помощь.

Для реализации этой цели Печский университет сформировал коалицию с пятью европейскими высшими учебными заведениями (известное как консорциум CHANCE) для разработки новой междисциплинарной учебной программы – магистратуры по теме «Миграция и здоровье: решение новых задач в Европе». Партнерские университеты – это университет Восточной Англии (Великобритания), Дунайский университет (Кремс, Австрия), университет имени Павола Йозефа Шафарика (Кошице, Словакия), университет имени Эрнста Морица Арндта (Грайфсвальд, Германия) и медицинский университет (Грац, Австрия).

Финансирование на разработку учебной программы европейской магистратуры было успешно получено консорциумом по программе Erasmus Европейской комиссии. Заявка на финансирование получила 100% возможных баллов по категории «европейской добавленной ценности», что подчеркивает большую потребность в новых образовательных инициативах в этой области (вставка 2).

ВСТАВКА 2. УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА «ЗДОРОВЬЕ И МИГРАЦИЯ» КОНСОРЦИУМА CHANCE НА СТЕПЕНЬ МАГИСТРА (MSC)

Учебный курс состоит из шести семестров, оценивается в 120 ECTS (European Credit Transfer and Accumulation System, Европейская система перевода и накопления баллов/кредитов) и построен из шести учебных модулей:

- Модуль 1: методология проведения эпидемиологических и научных исследований;
- Модуль 2: экологическая медицина и гигиена труда;
- Модуль 3: экономические и медико-экономические последствия миграции;
- Модуль 4: организация и управление системами;
- Модуль 5: оценка общественного здоровья населения и состояния здоровья;
- Модуль 6: социальные и поведенческие аспекты миграции, в том числе аспекты различных культур и религий и их воздействие на здоровье и психическое здоровье.

Эта программа находится в полном соответствии с задачами проекта PHAME. После успешного завершения экспериментального этапа программа будет

запущена в 2017 году в университете города Печ и Дунайском университете города Кремс (13).

ВЫВОДЫ

Европейское региональное бюро ВОЗ осознает важность адекватного образования по теме «Миграция и здоровье» для обеспечения чувствительных к мигрантам систем здравоохранения, способных реагировать на различные медико-санитарные нужды мигрантов и беженцев. Этот аспект подчеркивался на совещании ВОЗ высокого уровня по вопросам здоровья беженцев и мигрантов, который состоялся в Риме 23-24 ноября 2015 года. Инициатива Печского университета в качестве координатора консорциума CHANCE отвечает большой потребности всего региона в специалистах медико-санитарного обслуживания, общественного здравоохранения и социальной помощи, которые бы имели навыки, знания и отношение, необходимые для взаимодействия с мигрантами. У таких специалистов будет потенциал для разработки, планирования и осуществления программ здравоохранения и социальной помощи для мигрантов, а также для исследований в сфере миграции и здоровья. Предоставление адекватной помощи в области здравоохранения является важным инструментом плавной и успешной интеграции этих групп населения.

Выражение признательности: мы признательны членам консорциума CHANCE за вклад в разработку магистерской программы «Миграция и здоровье». В консорциум входят группы из университета Восточной Англии (Великобритания), Дунайского университета (Кремс, Австрия), университета имени Павола Йозефа Шафарика (Кошице, Словакия), университета имени Эрнста Морица Арндта (Грайфсвальд, Германия) и медицинского университета (Грац, Австрия).

Источник финансирования: магистерская программа «Миграция и здоровье: решение новых задач в Европе» (CHANCE) была разработана в рамках проекта ERASMUS 511371-LLP-1-2010-1-HU-ERASMUS-ECDSF, финансируемого Исполнительным агентством по образованию, аудиовизуальным средствам и культуре Европейской комиссии.

Конфликт интересов: не указан.

Отказ от ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые не обязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Refugees/Migrants Emergency Response – Mediterranean. In: UNHCR The UN Refugee Agency [веб-сайт]. 17 January 2016 (<http://data.unhcr.org/mediterranean/regional.php>, по состоянию на 3 ноября 2016 г.).
2. Миграция и здоровье в Европейском регионе. Опубликовано в: Региональное Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения [веб-сайт]. 2016 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region>, по состоянию на 16 ноября 2016 г.).
3. «Европа стала Европой благодаря миграции»: основные моменты второго дня совещания высокого уровня по вопросам здоровья беженцев и мигрантов. Опубликовано в: Региональное Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения [веб-сайт]. 24 ноября 2015 г. (<http://www.euro.who.int/ru/media-centre/events/events/2015/11/high-level-meeting-on-refugee-and-migrant-health/news/news/2015/11/europe-is-europe-because-of-migration-highlights-from-day-2-of-the-high-level-conference-on-refugee-and-migrant-health>, по состоянию на 16 ноября 2016 г.).
4. Evidence-based guidance: prevention of infectious diseases among newly arrived migrants in the EU/EEA: meeting report. European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm, 12–13 November 2015 (http://ecdc.europa.eu/en/press/events/_layouts/forms/Event_DisForm.aspx?ID=341&List=a8926334-8425-4aae-be6a-70f89f9d563c, по состоянию на 3 ноября 2016 г.).
5. Resolution WHA61.17. Health of migrants. In: Sixty-first World Health Assembly, 19–24 May 2008 (https://health.iom.int/sites/default/files/pdf/WHA_61st_Health_of_Migrants_Resolution.pdf, по состоянию на 3 ноября 2016 г.).
6. Fostering health provision for migrants, the Roma, and other vulnerable groups. In: Equi Health [веб-сайт] (<http://equi-health.eea.iom.int/>, по состоянию на 15 ноября 2016 г.).
7. Migrant and Ethnic Minorities Training Packages (MEM-TP) [веб-сайт] (<http://www.mem-tp.org/>, по состоянию на 15 ноября 2016 г.).
8. Culturally Competent in Medical Education. In: Academisch Medisch Centrum (amC) [веб-сайт]. Amsterdam, The Netherlands, 2016 (<https://www.amc.nl/web/Research/Overview/Major-projects-and-collaborations/Culturally-Competent-in-Medical-Education/Culturally-Competent-in-Medical-Education/Project-C2ME.htm>, по состоянию на 3 ноября 2016 г.).
9. University of Pécs [веб-сайт] (<http://pte.hu/english>, по состоянию на 3 ноября 2016 г.).
10. Operations, Department of Medicine. In: Faculty of Medicine, University of Pécs [веб-сайт] (<http://aok.pte.hu/en/egyseg/index/1270>, по состоянию на 3 ноября 2016 г.).
11. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, университет города Печ. Миграция и связанные с ней аспекты общественного здравоохранения в Европе. Информационный бюллетень. Апрель 2014 г., выпуск 1 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/268373/PHAME-1st-issue-Complete-issue-Rus.pdf, по состоянию на 15 ноября 2016 г.).
12. CHANCE – MSc in Migrant Health (<http://www.migranthealthmsc.eu/the-chance-consortium>, по состоянию на 15 ноября 2016 г.).
13. Migrant health: addressing new challenges in Europe. In: Danube University Krems Law, Administration and International Affairs [веб-сайт]. Krems, Austria (<http://www.donau-uni.ac.at/en/studium/migrant-health-new-challenges-in-europe/index.php>, по состоянию на 3 ноября 2016 г.).

Book summary

MIGRATION, ETHNICITY, RACE AND HEALTH

A distillation of the book *MIGRATION, ETHNICITY, RACE AND HEALTH IN MULTICULTURAL SOCIETIES*, OXFORD UNIVERSITY PRESS

Raj S Bhopal

Usher Institute of Population Health Sciences and Informatics, University of Edinburgh, United Kingdom

Corresponding author: Raj S Bhopal (email: Raj.Bhopal@ed.ac.uk)

ABSTRACT

As a migratory, social and recently evolved species, *Homo sapiens* is genetically highly uniform. Between-population genetic differences usually relate to environmental adaptations, for example, in skin colour. Humans are culturally heterogeneous, for example, in their food preferences, dress codes and languages. Humans differentiate individuals and groups using concepts such as race and ethnicity. These concepts overlap, although race places more emphasis on

physical features and ethnicity on cultural ones. These concepts have become especially important because of international travel, migration and globalization. Migration status, race and ethnicity are widely used in demographic, health and health-care databases, and show important group-level differences in health status and health-care utilization and quality. Some differences are clearly inequities, that is, there is an element of injustice. Therefore, race and ethnicity

have become integral to the inequalities and inequities (or disparities) agenda. Race and ethnicity tie in with migration status, nationality, indigenous (aboriginal) status and racism. International laws and policies promote antiracism and antidiscrimination stances. Public health initiatives play a vital role through promoting epidemiologically based needs assessment, priority-setting and high-quality research to improve the health of minority and majority populations alike.

Keywords: ETHNIC, ETHNICITY, RACE, RACISM, INEQUALITIES, CULTURE, MIGRATION, MIGRANT

INTRODUCTION

Humans comprise a single species with remarkably small genetic differences between groups (1–3). Among the concepts that human groups use to differentiate themselves, race and ethnicity are particularly relevant to medical and public health sciences (4). Humans can differentiate between individuals and groups by recognizing race-related physical features, for example, from early infancy (5,6). International migration, by bringing together people from diverse nations with varying physiques, religions, languages and traditions to create multiracial, multiethnic societies, has made race and ethnicity of great contemporary and global importance (7–9). (In this review, I will consider groups based on migration status, race and ethnicity but will sometimes refer to them collectively as ethnic groups or minorities).

OBJECTIVES, SOURCES, METHODS OF SELECTION, COMPILATION AND INTERPRETATION OF DATA IN THIS REVIEW

The objective of this review is to summarize my book, *Migration, ethnicity, race and health in multicultural societies* (1,2). This book, especially a previously abridged version, was the source of all materials (10). The review is, therefore, based on traditional academic principles of examining research, policy and practice literature together with searching relevant websites, particularly those reporting on international data collection systems and governmental policies and priorities. The interpretation is based on public health and epidemiological principles.

DEFINITIONS OF RACE AND ETHNICITY, THEIR INFLUENCE ON PUBLIC HEALTH VARIABLES AND AN EVOLUTIONARY MODEL RELATING TO MIGRATION

Traditionally, the concept of race has been used to classify populations into subgroups based on biological factors such as skin colour, facial shape and hair type. Your race is the group you belong to, or are perceived to belong to, given such factors (2). In the past, racial classifications based on biology have been abused, notably in the Nazi Final Solution (1,2,11). However, the idea of race is changing to incorporate social factors and a shared history, and hence is converging with ethnicity (2,12). The new genetic technologies are also leading to a reappraisal of the biological race concept (3,13). The concept of race has come under attack because of its historical harms (11) but remains important in public health, partly to redress such harms, especially racism (14). Racism is the view that some groups are superior to others because of their race (or related characteristics such as ethnicity, religion and migration status). Racism is used to give advantages to these ostensibly (but not actually) superior groups.

The notion of ethnicity depends on cultural and social factors such as family origin, language, diet and religion to classify humans. Your ethnicity is the group you belong to, or are perceived to belong to, in the light of such factors (2). Family origin is based in ancestry, so race and ethnicity share this quality. In Europe, the concept of ethnicity has largely replaced the concept of race (1). Internationally, however, race and ethnicity are often used synonymously (4).

The concepts of race and ethnicity are related to, but separate from, nationality (which is based on citizenship and/or passport) and country of birth, but the latter are sometimes used as proxies (1,2,15). Race, ethnicity and their proxies are central to epidemiology and public health (16), for the reasons given in Table 1.

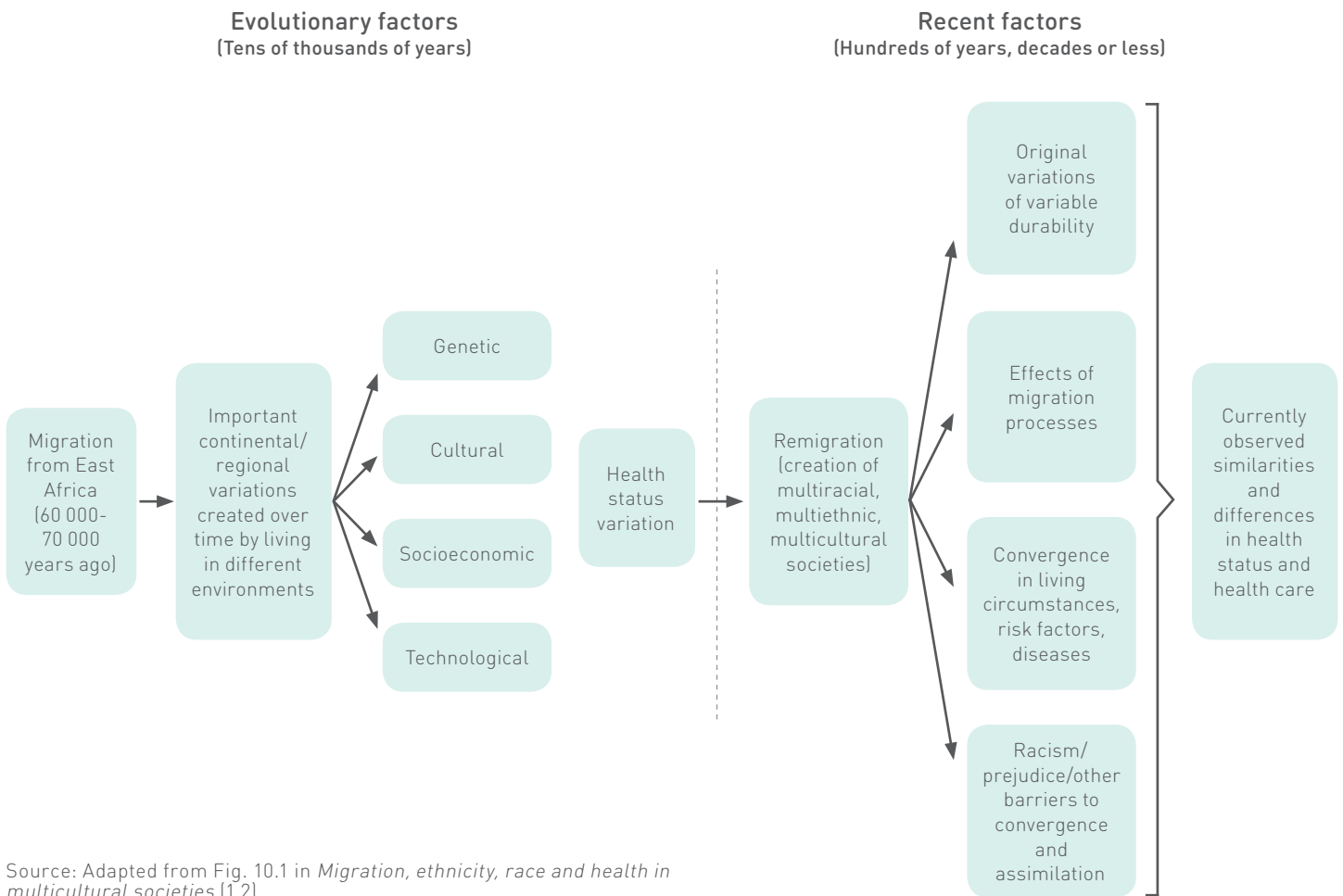
TABLE 1. ETHNICITY (OR RACE OR COUNTRY OF BIRTH) AS AN EPIDEMIOLOGICAL VARIABLE

Selection criteria for a good epidemiological variable	Relationship of ethnicity (or race or country of birth) to these criteria
Impacts health at the individual and population levels	Ethnicity has a powerful associated influence on health
Accurately measurable	In most populations, ethnicity is difficult to assess (not true for country of birth)
Differentiates populations in their experience of disease or health	Huge differences by ethnicity are seen for many diseases, health problems and factors that cause health problems
Differentiates populations in some underlying characteristic relevant to health e.g. income, childhood circumstance, hormonal status, genetic inheritance or behaviour relevant to health	Differences in disease patterns in different ethnic groups reflect a rich mixture of environmental factors and may also reflect population changes in genetic factors, particularly in populations in which migration has been high
Generates testable aetiological hypotheses, and/or helps in developing health policy, and/or helps in planning and delivering health care, and/or helps in preventing and controlling disease	It is hard to test specific hypotheses because there are so many underlying differences between populations of different ethnicity
	Ethnic differences in disease patterns profoundly affect health policy
	Knowing the ethnic structure of a population is critical to good decision-making
	By understanding the ethnic distribution of diseases and risk, preventive and control programmes can be targeted to appropriate ethnic groups

Source: Adapted from Table 1.3 in *Migration, ethnicity race and health in multicultural societies* (1,2).

The left half of Figure 1 shows how migration from East Africa led to differentiation among human populations. The period since migration from Africa, 60 000–70 000 years, was long enough to cause subgroup differentiation but not to create new human species. Immigrants arrive with the health status variations of their place of origin (whether effectively permanent, as in genetic variations, or highly

FIG. 1. A MODEL LINKING EVOLUTIONARY AND CURRENT FORCES THAT PRODUCE VARIATIONS IN HEALTH STATUS AND HEALTH CARE BY MIGRATION STATUS, RACE AND ETHNICITY



Source: Adapted from Fig. 10.1 in *Migration, ethnicity, race and health in multicultural societies* (1,2).

changeable, e.g. low blood pressure). Effects of the migration process (e.g. selection effects), the journey, the new life circumstances, discrimination at the new settlement and other factors all influence the health status of migrants (see the right half of Figure 1).

The concepts of race and ethnicity are important for demonstrating inequalities (differences) and inequities (implying an element of injustice – called “disparities” in the United States of America) (8,12,17). The analysis of such inequalities can provide insight into the forces causing them and hence to appropriate interventions. Such work can, however, lead to stereotyping, stigma and racism. Some potential problems and benefits are shown in Table 2.

CLASSIFICATIONS TO UNDERPIN DATA COLLECTION

Although it is necessary to create migration status, ethnic and racial classifications and categories, they are pragmatic and designed to meet the perceived needs of particular populations at particular places and times (17,18). The categories must be meaningful and acceptable to both those creating and using the classification and those who are classified. Most classifications are currently designed for self-reporting, now considered best practice, whereas in the past race was usually assigned by observers. Sometimes, data are obtained from official records, especially for migration status.

Such classifications allow important analyses in population sciences (1,2,8,19,20). Although several classifications are usually available, the one used in

TABLE 2. POTENTIAL PROBLEMS AND BENEFITS OF RACE AND ETHNICITY IN HEALTH SCIENCES

Issue	Potential problems	Potential benefits
Credibility	Supports scientifically difficult concepts that have previously been abused	Utilizing concepts will lead to the development and improvement of health sciences and to health improvement
Division of society	Reducing social cohesion by emphasizing differences and creating a sense of inferiority or superiority	Helping to heal existing social divisions by acknowledging and working on differences, as well as demonstrating similarities
Racism	Provides information that can be abused by those who wish to demonstrate the inferiority or superiority of particular groups	Information can combat past injustices and guide future actions to prevent racism
Ethnocentricity	Sets a standard, usually based on the majority population, that may be inappropriate for a particular ethnic group	By demonstrating that in some respects ethnic minority populations have better health, more challenging standards can be set for the whole population, including the majority population, e.g. the standard is the population with the best health
Emphasis on problems	Stigmatizing and stereotyping minority populations by focusing on conditions where their health is worst	By showing that in some respects their health is better or no worse than that of the majority, research can counteract existing stigmas and stereotypes about minorities
Scientific advances	As in the past, science might be led to make unsound inferences and into unethical practices	If dividends from studying race and ethnicity can be realized, important advances in population health could be achieved
Development of health services	As a result of faulty information or interpretation, health services may veer away from true needs	With the appropriate data, services might better adapt to meet needs
Individual clinical care	Clinicians might be misguided by generalities, stereotypes and misleading research and scholarship	Armed with a better understanding of race and ethnicity, clinical care might become more effective
Attitudes to immigration	Adverse data on health status or health case utilization may create/perpetuate negative attitudes to immigration	By showing immigrants' contributions to health-care delivery or the health of the nation, the benefits of immigration may become clearer

Source: Adapted from Table 1.5 in *Migration, ethnicity race and health in multicultural societies* [1,2].

the census (or equivalent population registries) usually dominates (1,2,15,17,21).

CHALLENGES OF COLLECTING AND INTERPRETING DATA

Data systems need to be designed to record, retrieve and analyse data on relevant variables including racial and/or ethnic group, migration status, language preference, religion and dietary needs. People setting up health databases and research studies need to choose which aspects of migration status, race and ethnicity are to be captured, the method of data

collection, and concepts and terminology. They must also ensure mutual understanding between data providers and data holders. There are three main approaches to data collection: (i) self-assessment; (ii) assessment by another based on examining records; and (iii) assessment by another based on observation (see Table 3). The last is not recommended. Major sources of relevant data include censuses, population registers, death and birth certificates, health-care records, and disease registries. As these datasets often do not include race, ethnicity or migration status, data linkage is a promising means of adding such variables from other sources (22).

TABLE 3. MAIN METHODS OF ASSIGNING MIGRATION STATUS, RACE OR ETHNICITY

Skin colour/physical feature(s)
Country of birth of self or parents/grandparents
Name analysis
Family origin, and ancestry or pedigree analysis
Self-assessed ethnic or racial group
Self-reported migration status details: length of residence, country of birth or origin, whether asylum seeker, refugee or undocumented migrant
Source: Adapted from Table 3.3 in <i>Migration, ethnicity, race and health in multicultural societies</i> (1,2).

Users need to derive valid explanations for differences and similarities, or at least valid questions that guide interpretation. A conceptual framework for interpretation of differences includes the following factors: data and system error; random error; bias in data collection; and differences in socioeconomic circumstances, lifestyle and other cultural and genetic factors.

SOCIETAL RESPONSES

Generally, socially diverse societies are conscious that the health status and health-care needs of their populations vary by migration status and racial or ethnic group. Societal responses range from merely studying the differences, blaming the minority population for their health problems and even excluding them from services to setting up special initiatives, adapting services to meet their needs, and creating a policy of equality and equity of service to meet need (23). The response depends on the social context and on political and public views about migrants, race and ethnicity, as discussed here for the United Kingdom, the Netherlands and Hungary.

In the United Kingdom, the health focus has been on immigrants and their descendants by primarily utilizing the concept of ethnicity. Immigrants are associated, sometimes wrongly, with raising the risk to the wider society of infectious diseases and environmental hazards; this kind of perception is harmful. Since the 1970s, there has been a close study of variations in disease patterns, followed by a policy response, backed by strong legislation, to tackle

health problems seen in excess in minority groups (23). The 1990s and early 21st century saw the rise of a social justice agenda accompanied by powerful antidiscriminatory legislation to promote equality. Race (including ethnicity, religion and migration status) is one of nine legally protected characteristics in the United Kingdom's Equality Act 2010.

The Netherlands became one of the world's most diverse multiethnic societies in the late 20th century. It has institutionalized the use of country of birth as the primary proxy measure of ethnicity (15). However, its policy response has been unstable in the light of political change. The current attitude is that while special efforts may be required for foreign-born people, rapid integration and assimilation should occur to ensure that the descendants of migrants require no special services. Research in The Netherlands is advanced, including the development of major cohort studies (24).

Hungary has historically been a multiethnic country and has a tumultuous past. One of its great challenges is to translate the ideal of equality – enshrined in its constitution and laws – to its Roma population (25). This ethnic minority group has been settled in Hungary for centuries, with its roots going back to the 14th or 15th century. The Roma population is comparatively very poor, with low levels of education and employment, and a multiplicity of health challenges, including a life expectancy 10 years lower than that of the non-Roma population. However, the vision in Hungary is a grand one and the result will be of great significance for Europe.

The variety of responses in these countries is striking. Nonetheless, a pattern is discernible: first comes an awareness of health problems, especially a risk of infectious disease; second comes the formal study of health status and health care by migration status, ethnicity or racial group; third, there is articulation of policy and plans, sometimes backed by legislation; fourth, we see a move from policies of exclusion of minorities to the promotion of the welfare of minorities; fifth, there are specific actions to redress inequities; and, finally, there is an attempt to adapt general services to meet needs. Spurred by rising global and national movements for universal human rights in the late 20th century and a realization that immigration is vital to their economic and

demographic health, many countries are making equity of health status and health care a central focus (8).

Data must be collected within international ethical and legal frameworks that safeguard the human rights of minority and majority populations alike (26). The goals of equality and equity, and monitoring progress towards these goals, cannot be achieved without data on migration status, race or ethnicity, as recognized by the WHO Regional Office for Europe in 1983 (27) and re-emphasized in the global consultation of WHO and the International Organization for Migration (8).

ASSESSING HEALTH AND HEALTH-CARE NEEDS USING QUANTITATIVE AND QUALITATIVE DATA

A health needs assessment is an overview of data on a population to improve health and health care. Health needs assessment in racial and ethnic minority groups is sometimes problematic because of the lack of comparable, high-quality data at the level of subgroup detail required (28,29). Databases utilizing broad racial or ethnic categories (or proxies such as country of birth) are, however, available in most European countries (28).

Needs assessment for minority populations starts by examining health status, disease patterns and health-care utilization within each group. This is the absolute risk approach (1,2,16). The findings are then compared with those of the whole population (usually) or the majority group. An alternative (rarely used) approach is to set the comparison against the group with the most desirable level of the health indicator under study. These comparative approaches comprise the relative risk approach (16). Qualitative data enrich and help validate the quantitative analysis by giving needs assessors access to opinions, perceptions, beliefs, attitudes, self-reported behaviour and case histories (1,30).

Health needs assessments have shown that commonly held views on the needs of minorities are often erroneous (29), for example levels of immunization are sometimes high (not low) (31), life expectancy may

be greater than in the population as a whole (32) and health education materials may bear little relation to disease patterns (33). However, some generalizations hold: health needs vary substantially by group; minority groups are sometimes, unsurprisingly, better off in health status and even in health care; service quality, including for preventive health issues and face-to-face communication, is usually worse for minority groups; and needs as articulated by minority groups mostly focus on communication, information, religious requirements, dietary preferences and informed consent (29). Since health needs assessment is an intensive and costly process, and not always achievable, some principles are important (shown in Box 1) (1,2).

BOX 1. TEN PRINCIPLES OF HEALTH NEEDS ASSESSMENT

1. Avoid a piecemeal approach to tackling minority health needs in which so-called migrant-, race- or ethnic-specific health topics are tackled one by one. A balanced overview is needed (29).
2. Base the needs assessment on ranking causes using case numbers and disease rates (Table 4, columns 2–4).
3. Refine understanding by looking at comparative indices, which will focus attention on inequalities and inequities (Table 4, columns 4–5).
4. Interpret quantitative data in the light of qualitative findings.
5. With due emphasis on social and economic deprivation as explanatory factors, interpret the observed differences.
6. Be aware that inferences of biological differences between groups may be particularly prone to error and misinterpretation, and may harm perceptions of minority groups.
7. Make a judgement, preferably in consultation with the minority populations concerned, on how the data can be best used to improve the health and health care of majority and minority groups alike.
8. Minority ethnic groups must not be excluded from, or inhibited from, using major public health and health-care initiatives, even if segregated or special services are set up.
9. The needs of minority groups should be examined and met simultaneously with the rest of the population, not deferred until a later date to be handled as a separate matter.
10. All public health policies and plans should explicitly describe how the needs of minority groups are to be met.

TABLE 4. THE STANDARD TABLE CATEGORIES FOR ASSESSING THE PATTERN OF DISEASE, PARTICULARLY FOR NEEDS ASSESSMENT PURPOSES

Disease or condition	Number of cases	Rate	Rank position by number of cases or rate	SMR/relative risk	Rank by SMR
----------------------	-----------------	------	--	-------------------	-------------

SMR: standardized mortality ratio. *Inequalities, inequities and disparities in health and health care*

Source: Adapted from Table 5.8 in *Migration, ethnicity, race and health in multicultural societies* (1,2).

BOX 2. MAJOR FACTORS GENERATING OR INFLUENCING HEALTH INEQUALITIES BY MIGRATION STATUS, RACE OR ETHNICITY

- Cultural practices (e.g. taboos on tobacco, alcohol and contraception), many of which are generated by religious and spiritual beliefs that differ between populations;
- Social, educational and economic status, e.g. knowledge of biology and causes of ill health, languages spoken and read, qualifications that are recognized, and occupational opportunities;
- Environmental factors before and after migration, e.g. climate, housing and air quality;
- Lifestyle, e.g. behaviours related to exercise, alcohol, diet;
- Accessing, and concordance with, health-care advice (e.g. willingness to seek social and health services and adhere to advice, and use of so-called complementary or alternative methods of care), including from the health systems of the country or origin; and
- Genetic and biological factors, e.g. birth weight, growth trajectory, body composition, genetic traits and diseases.

Source: Adapted from Box 6.1 in *Migration, ethnicity, race and health in multicultural societies* (1,2).

Health status, disease occurrence and mortality patterns in populations are influenced by factors such as wealth, environmental quality, diet, behaviour and genetic inheritance (Box 2) (20,34,35). Therefore, it is unsurprising that there are stark health inequalities by migration status, race and ethnicity.

It is important to distinguish between the concepts of inequity and inequality. Inequity implies an inequality that is unfair or unjust, for example one arising from inadequate access to knowledge or services. Inequities are a primary target for action, particularly if effective interventions are available. In contrast, some inequalities, such as differences in the rate of skin cancer related to skin pigmentation, are not unjust.

Inequalities are demonstrable using virtually all classifications of migration status, race and ethnicity, and are usually sharpened by taking account of

population heterogeneity (e.g. by studying Indian and Pakistani groups separately and not when combined as South Asians) and examining men and women separately. The differences between such groups are often large, particularly for specific conditions, such as diabetes, stroke and bowel cancer. There may even be differences in general measures of health, such as life expectancy (32), although the latter has rarely been calculated. Identifying ethnic group inequalities could help in setting new, more demanding, targets. For example, the target for coronary heart disease mortality could be set at the low rate of the European-resident Chinese population (36), and that for bowel cancer at the low rate of European-resident South Asian populations (37).

PRINCIPLES FOR SETTING PRIORITIES

Priority-setting is a process for making rational choices from multiple options based on a health needs assessment. The public health sciences, particularly epidemiology, can underpin priority-setting. Quantitative and qualitative data on health status and service utilization by migrant and ethnic minorities are often available (though they may be crude). In contrast, relevant information on the cost and effectiveness of interventions is rarely available, posing a formidable challenge (2).

Priority-setting benefits from several principles, for example that the priorities are actions that maximally benefit the health of a population or subpopulation. Another principle is that the priorities of general society are of great importance to all its members. These general priorities need adjustment based on the health needs assessment of specific groups. Adjustments may be minor for long-settled communities and for minorities born or raised in the country. However, they may be substantial for others, such as recent migrants who do not speak the local

language, or those suffering racial discrimination or the consequences of torture. All health-care and public health policies and plans should explicitly state what the priorities are and how they differ for minority groups.

POLICY AND STRATEGY

Ideally, policies for the whole population would address the needs of minority groups in an integrated way, known as mainstreaming (2). However, mainstreaming may not happen for various reasons, including a lack of agreement on its importance, the complexity of relevant issues, a lack of expertise and time, and the constraints of publication space. Mostly, minority populations are expected to use the available services, although professionals delivering services tend to make some adjustments. Increasingly, we see two further responses: (i) setting up specialist services for minority groups but within the main service; and (ii) development of strategies to help reshape existing services to meet needs. The complete separation of services for minorities is currently not in favour.

For example, until about 1990 the United Kingdom policy response was intermittent and fragmented, comprising a mixture of stand-alone projects and modifications to mainline services. Progress has since been made on key requirements such as interpretation services and dietary needs in hospital (29). The Race Relations Amendment Act 2000 (now incorporated into the 2010 Equality Act), coupled with explicit or implicit policies from government health departments, drove more widespread changes based on a positive duty to promote racial equality (38). Such national initiatives are being translated, often with great difficulty, into local action plans and ultimately into local service changes.

While many policies, strategies and action projects exist, health services internationally have struggled with the challenge of equitable health care in multicultural societies. These struggles are especially seen in relation to undocumented migrants (also called irregular migrants), indigenous populations and long-established but culturally and socially distinct populations such as Roma. Policy ideals are constrained by a lack of funds, expertise and data, as well as ongoing political controversies about immigration, asylum, race equality and human rights.

Equity is increasingly the central focus of service delivery, with outcome measures of health-care delivery and its quality forming the benchmark. The achievement of equitable health status outcomes is seldom the goal. Policies and strategies to achieve better health for minorities are strengthened and sustained by their incorporation within a broader agenda for social justice and civil rights, and within wider policies to reduce inequalities.

RESEARCH AND RESULTING PERCEPTIONS ON HEALTH STATUS

Minority health is a beguiling research theme for several reasons: it often focuses on underprivileged groups; it is interesting and often unearths unusual results; differences between groups can be demonstrated with ease; and even small studies can yield robust significant and relevant results.

Research utilizing migration status, race and ethnicity is mostly interpreted to meet current goals of social equality and justice. Much past research was used to further previous social and political goals such as the continuation of slavery, the justification of Empire, the maintenance of social and material inequality (including apartheid), anti-immigration policies focused on those who were not northern Europeans, eugenics and the Nazi genocides (2,11). The most important lesson from this is that research into minorities should be done within an ethical framework emphasizing the benefit to all population groups. Researchers are developing consensus statements on how to achieve this (39). An explosion of research into the genetic and environmental basis of ethnic/racial variations is under way as virtually all societies become multiethnic through migration (4). Nonetheless, minority populations are underrepresented in major studies, especially cohort studies (40) and trials (41).

Researchers need to clarify how they are using migration status, race and ethnicity as variables, and how they are adapting their classifications and methods. Researchers should not always be constrained by pre-existing classifications designed for administrative purposes. Researchers

TABLE 5. CATEGORIZING AND ANALYSING THE FACTORS THAT MAY UNDERLIE AN EPIDEMIOLOGICAL VARIABLE: THE EXAMPLE OF STROKE

Category of potential explanatory underlying difference	Example of possible specific differences by migrant, racial or ethnic group	Implications for data collection
Biological	Unique variants of human genes or varying frequencies of such variants (polymorphisms) lead to differences in biochemistry or physiology	Collect biological data, including DNA, blood and other tissues
Coexisting diseases	One group may have a higher or lower incidence of another disease that raises or reduces the risk of stroke, e.g. diabetes	Collect clinical data, including appropriate diagnostic tests
Behavioural	One group may eat more fruit, vegetables and salads compared with another, and may smoke less	Collect data on behaviour relating to health
Social	Members of a group may spend less time with friends, family and other social network, which increases psychosocial strain	Collect psychosocial data as potential explanations
Occupational	The pattern of work, including likelihood of employment, hours worked and type of occupation, is substantially different	Collect data on employment history
Economic	Members of a group may earn less than average or have varying amounts of accumulated family wealth	Collect data on differences in income and wealth and their effect on lifestyle and stress
Health care	Members of a group may be treated differently to the expected standard by health-care professionals	Collect data on the quality, quantity and timing of health-care interventions

Source: Adapted from Table 9.2 in *Migration, ethnicity, race and health in multicultural societies* (1,2).

BOX 3. SOME CHALLENGES FOR EPIDEMIOLOGICAL RESEARCH ON ETHNICITY, RACE AND HEALTH

- Including minorities in research and analysing data by migration status, race or ethnicity;
- Clarifying the purpose of the research;
- Defining concepts related to migration status, race and ethnicity that are internationally agreed;
- Defining precise terminology and migrant group/ethnic/racial classifications, and studying how these have been used;
- Recognizing heterogeneity within both minority and majority groups;
- Identifying representative populations;
- Ensuring comparability of populations that are to be compared (this especially requires socioeconomic data over the life-course);
- Avoiding misinterpretation of differences due to confounding variables;
- Accurately measuring the denominators and numerators when calculating rates;
- Ensuring good quality data, particularly for cross-cultural comparability;
- Maximizing completeness of data collection;
- Pinpointing the specific genetic basis of genetic hypotheses;
- Making a properly argued interpretation of associations as causal or non-causal;
- Maximizing the validity and generalizability of research;
- Presenting research to achieve benefits for the population studied and avoid stigmatization and racism; and
- Ensuring appropriate action is taken following the research that, ideally, benefits the entire population.

Source: Adapted from Box 9.5 in *Migration, ethnicity, race and health in multicultural societies* (1,2), and originally published in Bhopal (2003) (42).

knowledgeable about the minority groups under study are more likely to be trusted and thus more likely to achieve high response rates and informed consent, and to interpret data accurately.

There are numerous challenges in epidemiology on migration status, race and ethnicity (see Box 3). One of the greatest challenges is to do good work in the light of inherent complexity and amidst controversy and criticism. There is potential for causal understanding through in-depth investigation into and explanation of migration status, racial and ethnic variations (see Table 5). Improvements will come from conceptual openness, using explicit and defined terminology, and solving fundamental issues such as matching denominators and numerators and ensuring representativeness of the population, comparability of subgroups and validity of the measurement tools.

For many reasons, morbidity and mortality rates are lower in minorities but these gain little attention. The resulting perception that the health of minority groups is poor can augment the belief that immigrants and racial or ethnic minorities are a burden. The perception of poorer health arises from a focus on those differences where the excess of disease is in the minority population. It is naive to believe that the mere demonstration of inequalities by migration status, race or ethnicity will narrow them. The study of racism is important but relatively neglected (4). Racism is undoubtedly a difficult subject to study in the health arena, but there is also a reluctance to take it on, although less so in the USA than in other places (including Europe) (43,44).

CONCLUSIONS

The ethical justification for collecting data by migration status, race and ethnicity is health improvement. When used responsibly, the concepts of migration status, race and ethnicity have potential utility in public health, health-care, clinical care and medical science (2,29,45), but used unwisely they can be damaging (11). Stringent attention to the underlying theory and principles of ethics and justice is essential as the primary safeguard against harm.

Data can feed into needs assessment, priority-setting, the inequalities debate, policy and strategy making, and scholarship and research. There is a virtuous cycle around data: the more they are used, the more enthusiasm there is for their collection and for improving data systems. Data also improves services directly through better decision-making and indirectly through the motivating effects of monitoring and evaluation on improving performance.

Interventions utilizing migration status, race and ethnicity need to be carefully evaluated to judge the likely cost-benefit balance. In a political environment where anti-immigration sentiment is high, the use of migration status, race and ethnicity indicators may be difficult and even counterproductive. A social milieu favouring equality and the values of diverse societies is a necessary adjunct to law. Public health should use migration status, race and ethnicity concepts combined with data to improve population health simultaneously and equitably in both minority and majority populations.

Acknowledgements: This review is an edited and slightly updated summary, by permission of Oxford University Press, of the book, *Migration, ethnicity, race and health in multicultural societies, 2nd edition* by Raj S Bhopal (2013), ISBN 9780199667864, and a shortened, lightly edited version of Ch.10.5 “Ethnicity, race, epidemiology, and public health”, by Raj S Bhopal in the *Oxford textbook of global public health, 6th edition, volume 3*, edited by Roger Detels, Martin Gulliford, Quarraisha Abdool Karim and Chorh Chuan Tan (2015). I am grateful to Oxford University Press for these permissions. I thank Anne Houghton for secretarial support.

Sources of funding: None declared.

Conflicts of interest: None declared.

Disclaimer: The author alone is responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

REFERENCES

- Bhopal RS. Ethnicity, race, and health in multicultural societies: foundations for better epidemiology, public health, and health care. Oxford: Oxford University Press; 2007.
- Bhopal RS. Migration, ethnicity, race and health in multicultural societies, 2nd edition. Oxford: Oxford University Press; 2014.
- Rosenberg NA, Pritchard JK, Weber JL, Cann HM, Kidd KK, Zhivotovsky LA et al. Genetic structure of human populations. *Science* 2002;298(5602):2381–5.
- Afshari R, Bhopal RS. Ethnicity has overtaken race in medical science: MEDLINE-based comparison of trends in the USA and the rest of the world, 1965–2005. *Int J Epidemiol* 2010;39(6):1682–3.
- Xiao WS, Xiao N, Quinn P, Anzures G, Lee K. Development of face scanning for own- and other-race faces in infancy. *Int J Behav Dev* 2013;37(2):100–5.
- Anzures G, Quinn PC, Pascalis O, Slater AM, Tanaka JW, Lee K. Developmental origins of the other-race effect. *Curr Dir Psychol Sci* 2013;22(3):173–8.
- Segal UA, Elliott D, Mayadas NS. Immigration worldwide policies, practices, and trends. Oxford: Oxford University Press; 2010.
- Health of migrants: the way forward. Report of a global consultation. Geneva: World Health Organization; 2010:1–119.
- How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2010.
- Bhopal R. Ethnicity, race, epidemiology, and public health. In: Detels R, Gulliford M, Karim QTC, editors. *Oxford textbook of global public health*, 6th edition. Oxford: Oxford University Press; 2015:1371–81.
- Kohn M. *The race gallery: the return of racial science*. London: Jonathan Cape; 1995.
- Satcher D. Our commitment to eliminate racial and ethnic health disparities. *Yale J Health Policy Law Ethics* 2001;1:1–14.
- Fujimura JH, Rajagopalan R. Different differences: the use of “genetic ancestry” versus race in biomedical human genetic research. *Soc Stud Sci* 2011;41(1):5–30.
- Krieger N. Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical science, and current controversies: an ecosocial perspective. *Am J Public Health* 2003;93(2):194–9.
- Stronks K, Kulu-Glasgow I, Agyemang C. The utility of “country of birth” for the classification of ethnic groups in health research: the Dutch experience. *Ethn Health* 2009;14(3):1–14.
- Bhopal R. *Concepts of epidemiology: integrating the ideas, theories, principles and methods of epidemiology*, 2nd edition. Oxford: Oxford University Press; 2008.
- Sillitoe K. Ethnic origin: the search for a question. *Popul Trends* 1978;13:25–30.
- Revisions to the standards for the classification of federal data on race and ethnicity. Washington (DC): Office of Management and Budget; 1997.
- United States Department of Health and Human Services. Report of the Secretary’s Task Force on black and minority health. Washington (DC): US Government Printing Office; 1985.
- Davey Smith G, Chaturvedi N, Harding S, Nazroo J, Williams R. Ethnic inequalities in health: a review of United Kingdom epidemiological evidence. *Critical Public Health* 2000;10(4):377–408.
- Office of Management and Budget. Standards for maintaining, collecting, and presenting federal data on race and ethnicity. *Fed Regist* 1997;62:58788–90.
- Johnman C, Blakely T, Bansal N, Agyemang C, Ward H. Linkage of data in the study of ethnic inequalities and inequities in health outcomes in Scotland, New Zealand and the Netherlands: insights for global study of ethnicity and health. *Public Health* 2012;126(3):245–7.
- Johnson MR. Ethnic minorities and health. *J R Coll Physicians Lond* 1984;18:228–30.
- Dekker LH, Snijder MB, Beukers MH, de Vries JH, Brants HA, de Boer EJ et al. A prospective cohort study of dietary patterns of non-western migrants in the Netherlands in relation to risk factors for cardiovascular diseases: HELIUS-Dietary Patterns. *BMC Public Health* 2011;11:441.
- Ministry of Foreign Affairs Budapest. Fact sheets on Hungary: Gypsies/Roma in Hungary. 2004.
- International Migration Law N°19. Migration and the right to health: a review of international law. Geneva: International Organization for Migration; 2009.
- Colledge M, Van Geuns HA, Svensson PG. Migration and health: towards an understanding of the health care needs of ethnic minorities. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 1983.
- Rafnsson SB, Bhopal RS. Large-scale epidemiological data on cardiovascular diseases and diabetes in migrant and ethnic minority groups in Europe. *Eur J Public Health* 2009;19(5):484–91.
- Black and minority ethnic groups. In: Abingdon RJ, editor. *Health Care Needs Assessment: the epidemiologically based needs assessment reviews*, 3rd series, Abingdon: Radcliffe Medical Press; 2007:227–389.
- Bandesha G, Litva A. Perceptions of community participation and health gain in a community project for the South Asian population: a qualitative study. *J Public Health (Oxf)* 2005;27(3):241–5.
- Baker D, Garrow A, Shiels C. Inequalities in immunization and breast feeding in an ethnically diverse urban area: cross-sectional study in Manchester,

- United Kingdom. *J Epidemiol Community Health* 2011;65(4):346–52.
32. Gruer L, Cezard G, Clark E, Douglas A, Steiner M, Millard A et al. Life expectancy of different ethnic groups using death records linked to population census data for 4.62 million people in Scotland. *J Epidemiol Community Health* 2016;70:1251–4.
33. Bhopal RS. Health education for ethnic minorities – current provision and future directions. *Health Educ J* 1988;47(4):137–40.
34. Nazroo JY. Genetic, cultural or socioeconomic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health. *Sociology of Health & Illness* 1998;20:710–30.
35. Krieger N. Shades of difference: theoretical underpinnings of the medical controversy on black–white differences in the United States, 1830–1870. In: La Veist TA, editor. *Race, ethnicity and health*. San Francisco: Jossey-Bass; 2002:11–33.
36. Bhopal RS, Rafnsson SB, Agyemang C, Fagot-Campagna A, Giampaoli S, Hammar N et al. Mortality from circulatory diseases by specific country of birth across six European countries: test of concept. *Eur J Public Health* 2011;22(3):353–9.
37. Bhopal R, Bansal N, Steiner M, Brewster DH, on behalf of the Scottish Health and Ethnicity Linkage Study. Does the “Scottish effect” apply to all ethnic groups? All cancer, lung, colorectal, breast and prostate cancer in the Scottish Health and Ethnicity Linkage Cohort Study. *BMJ Open* 2012;2(5):e001957.
38. Race Relations (Amendment) Act 2000: new laws for a successful multi-racial Britain: proposals for implementation. London: Home Office; 2001.
39. Mir G, Salway S, Kai J, Karlsen S, Bhopal R, Ellison GT et al. Principles for research on ethnicity and health: the Leeds Consensus Statement. *Eur J Public Health* 2013;23(3):504–10.
40. Ranganathan M, Bhopal R. Exclusion and inclusion of nonwhite ethnic minority groups in 72 North American and European cardiovascular cohort studies. *PLoS Med* 2006;3(3):e44.
41. Geller SE, Koch A, Pellettieri B, Carnes M. Inclusion, analysis, and reporting of sex and race/ethnicity in clinical trials: have we made progress? *J Womens Health (Larchmt)* 2011;20(3):315–20.
42. Bhopal R. Glossary of terms relating to ethnicity and race for reflection and debate. *J Epidemiol Community Health* 2003;58:441–5.
43. Parker H. Beyond ethnic categories: why racism should be a variable in ethnicity and health research. *J Health Serv Res Policy* 1997;2(4):256–9.
44. Krieger N, Carney D, Lancaster K, Waterman PD, Kosheleva A, Banaji M. Combining explicit and implicit measures of racial discrimination in health research. *Am J Public Health* 2010;100(8):1485–92.
45. Tobias M, Blakely T, Matheson D, Rasanathan K, Atkinson J. Changing trends in indigenous inequalities in mortality: lessons from New Zealand. *Int J Epidemiol* 2009;38(6):1711–22.

Резюме книги

МИГРАЦИЯ, ЭТНИЧЕСКАЯ И РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ

Реферат книги «МИГРАЦИЯ, ЭТНИЧЕСКАЯ И РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ В МУЛЬТИКУЛЬТУРНЫХ ОБЩЕСТВАХ»

Raj S Bhopal

Ашеровский институт изучения здоровья населения и медицинской информатики, Эдинбургский университет, Соединенное Королевство

Автор, отвечающий за переписку: Raj S Bhopal (адрес электронной почты: Raj.Bhopal@ed.ac.uk)

АННОТАЦИЯ

Как мигрирующий, социальный и недавно возникший вид, генетически *Homo sapiens* в значительной степени единообразен. Генетические различия между популяциями обычно связаны с адаптацией к окружающей среде, к примеру, цвет кожи. Люди неоднородны в культурном отношении, например в том, что касается их пищевых предпочтений, манеры одеваться и языков, на которых они говорят. Мы проводим различия между индивидами и группами, используя такие концепции, как расовая и этническая принадлежность. Эти концепции перекликаются, хотя в отношении расовой принадлежности больший упор делается на физические особенности, а в отношении этнической принадлежности – на

культурные. Эти концепции стали особенно важны в связи развитием международного туризма, миграцией и глобализацией. Миграционный статус, расовая и этническая принадлежность широко используются в демографических базах данных, а также в базах данных по здоровью и здравоохранению, демонстрируя важные групповые различия в показателях здоровья, использовании и качестве услуг здравоохранения. Некоторые из них представляют собой очевидные несправедливые различия, то есть такие различия, в которых присутствует элемент несправедливости. Поэтому категории расовой и этнической принадлежности стали неотъемлемым элементом в повестке дня в отношении

неравенств и несправедливых различий. Расовая и этническая принадлежность связана с такими категориями, как миграционный статус, гражданство, автохтонный (коренной) статус и расизм. Международное право и международные меры политики всемерно поддерживают принципы противодействия расизму и дискриминации. Важную роль в этом играют инициативы в области охраны общественного здоровья, стимулируя осуществление основанных на эпидемиологических данных оценок потребностей, установление приоритетов и проведение высококачественных исследований с целью улучшения здоровья как большинства, так и меньшинства.

Ключевые слова: ЭТНИЧЕСКИЙ, ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ, РАСА, РАСИЗМ, НЕРАВЕНСТВА, КУЛЬТУРА, МИГРАЦИЯ, МИГРАНТ

ВВЕДЕНИЕ

Люди представляют собой единый биологический вид с поразительно незначительными генетическими различиями между группами (1–3). Среди концепций, которые группы людей используют для собственной дифференциации, расовая и этническая принадлежность имеют особую важность для медицины и наук об охране общественного здоровья (4). Люди могут проводить различия между индивидами и группами с раннего младенческого возраста путем, к примеру определения физических призна-

ков, связанных с расовой принадлежностью (5,6). Категории расовой и этнической принадлежности приобрели сегодня особую важность в глобальных масштабах благодаря международной миграции, которая объединяет людей различных национальностей, с различными физическими особенностями, религией, языками и традициями, создавая мультикультурные и мультиэтнические общества. (В данном обзоре я буду рассматривать группы на основании их миграционного статуса, расовой и этнической принадлежности, но иногда буду называть их этническими группами или меньшинствами).

ЗАДАЧИ, ИСТОЧНИКИ, МЕТОДЫ ОТБОРА, КОМПИЛЯЦИИ И ИНТЕРПРЕТАЦИИ ДАННЫХ В НАСТОЯЩЕМ ОБЗОРЕ

Задача этого обзора – кратко изложить содержание моей книги *Migration, ethnicity, race and health in multicultural societies* (Миграция, этническая и расовая принадлежность и здоровье в мультикультурных обществах) (1,2). Эта книга, в особенности ее предыдущая сокращенная версия, является основным источником всех представленных материалов (10). Поэтому обзор основан на традиционных академических принципах изучения литературы, посвященной исследованиям, политике и практике, вместе с поиском по соответствующим веб-сайтам, в частности тем, которые посвящены международным системам сбора данных, государственным мерам политики и приоритетам. Интерпретация основана на принципах общественного здравоохранения и эпидемиологии.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАСОВОЙ И ЭТНИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ, ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПЕРЕМЕННЫЕ В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И НА ЭВОЛЮЦИОННУЮ МОДЕЛЬ, ОТНОСЯЩУЮСЯ К МИГРАЦИИ

Традиционно концепция расы использовалась для классификации групп населения в подгруппы на основании таких биологических факторов, как цвет кожи, форма лица и тип волос. Раса человека – это группа, к которой с учетом этих факторов он принадлежит или считается принадлежащим (2). В прошлом наблюдались значительные злоупотребления расовыми классификациями, основанными на биологических

признаках, в частности в рамках так называемого «окончательного решения еврейского вопроса» (1,2,11). Однако идея расовой принадлежности меняется и начинает включать в себя социальные факторы и общую историю, и поэтому она начинает сближаться с этнической принадлежностью (2,12). Новые генетические технологии также приводят к переоценке биологической концепции расы (3,13). Концепция расы подвергалась критике из-за нанесенного в связи с ее использованием исторического урона (11), однако эта концепция сохраняет свою важность в общественном здравоохранении, в определенной мере для корректировки подобного урона, в особенности в том, что касается расизма (14). Расизм – это представление о том, что некоторые группы превосходят другие из-за их расы (или связанных с ней характеристик, таких как этническая или религиозная принадлежность или миграционный статус). Расизм используется для того, чтобы дать преимущества для этих групп, якобы (но не в действительности) превосходящих другие группы.

При классификации людей понятие этнической принадлежности зависит от таких культурных и социальных факторов, как происхождение семьи, язык, пищевые предпочтения и ограничения и религия. Этническая принадлежность человека – это группа, к которой он принадлежит или считается принадлежащим в свете этих факторов (2). Происхождение семьи основано на родословной, так что как расовая, так и этническая принадлежность имеют эту составляющую. В Европе концепция этнической принадлежности во многом заменила концепцию расы (1). Однако в международных масштабах расовая и этническая принадлежность зачастую используются в качестве синонимов (4).

Концепции расовой и этнической принадлежности связаны, но все же являются отдельными от концепции гражданства (которое связано с подданством и/или паспортом) и страной рождения, хотя эти два понятия часто используются как прокси для расовой и этнической принадлежности (1,2,15). Расовая, этническая принадлежность и их прокси занимают центральное место в эпидемиологии и общественном здравоохранении (16), по причинам, представленным в табл. 1.

ТАБЛИЦА 1. ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (ИЛИ РАСА ИЛИ МЕСТО РОЖДЕНИЯ) КАК ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ПЕРЕМЕННАЯ

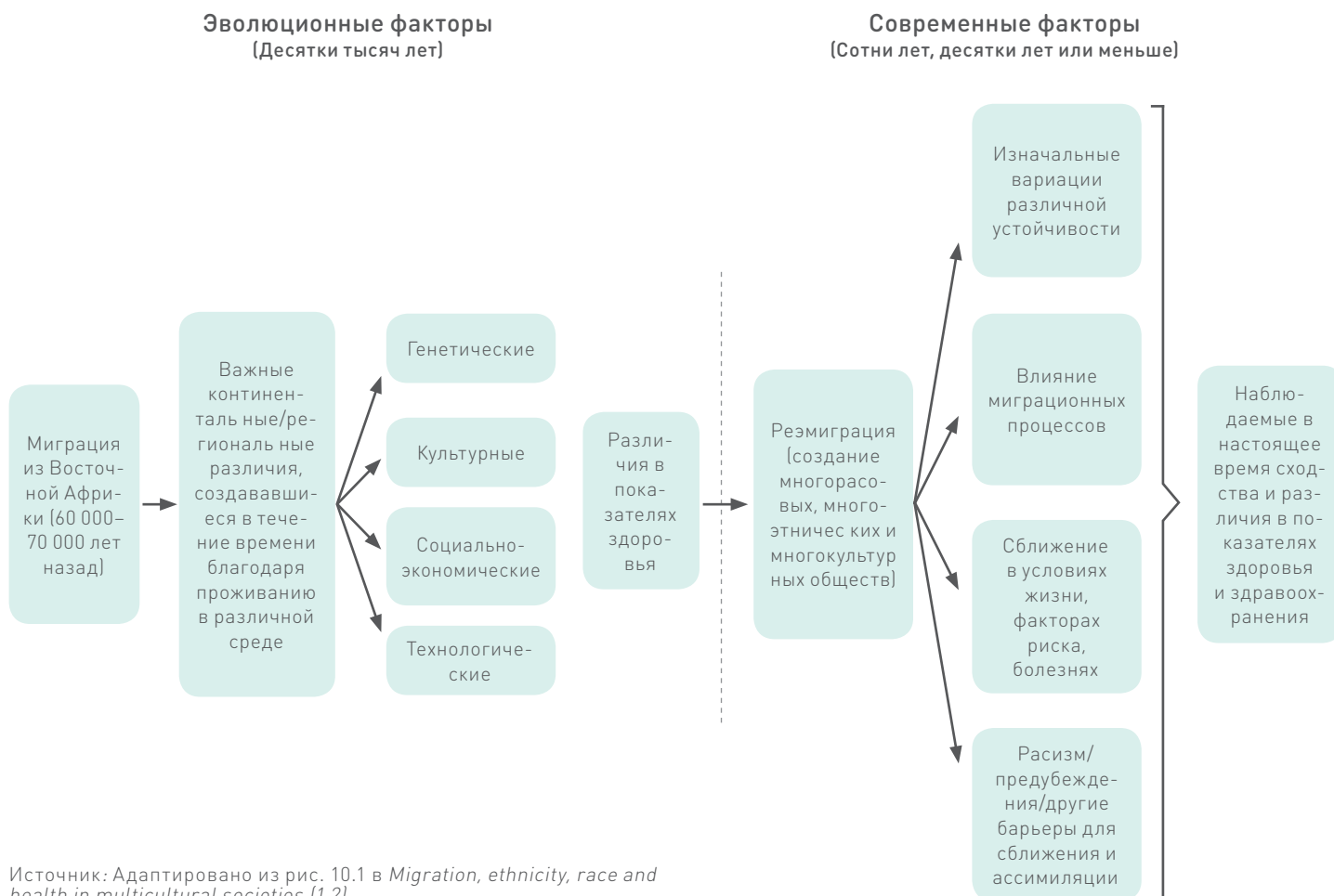
Критерии отбора качественной эпидемиологической переменной	Связь этнической принадлежности (или расы или страны рождения) с этими критериями
Воздействует на здоровье на индивидуальном и популяционном уровне	Этническая принадлежность оказывает мощное сопутствующее воздействие на здоровье
Поддается точному измерению	В большинстве групп населения этническую принадлежность трудно определить (это не так в отношении страны рождения)
Дифференцирует группы населения по их опыту в отношении болезней или здоровья	Огромные различия, связанные с этнической принадлежностью, наблюдаются для множества заболеваний, проблем со здоровьем и факторов, которые обуславливают проблемы со здоровьем
Дифференцирует группы населения по ряду основных характеристик, относящихся к здоровью, таких, как, например, доход, обстановка и условия, в которых прошло детство, гормональный статус, генетическая наследственность или поведение в отношении здоровья	Различия в картине заболеваемости в различных этнических группах отражают сочетание множества факторов окружающей среды и могут также отражать популяционные изменения в генетических факторах, в особенности в тех группах населения, в которых высок уровень миграции
Формирует тестируемые этиологические гипотезы, и/или способствует разработке политики здравоохранения, и/или способствует в планировании и предоставлении услуг здравоохранения, и/или способствует профилактике или борьбе с заболеваниями	Трудно протестировать конкретные гипотезы, так как существует очень много глубинных различий между популяциями различной этнической принадлежности
	Обусловленные этнической принадлежностью различия в картине заболеваемости серьезно влияют на политику здравоохранения
	Знание этнической структуры населения имеет важнейшее значение для качественного процесса принятия решений
	Понимая распределения болезней и риска в соответствии с этнической принадлежностью, можно направить программы по профилактике и контролю на надлежащие этнические группы
Источник: Адаптировано из таблицы 1.3 в <i>Migration, ethnicity race and health in multicultural societies (1,2)</i> .	

На левой половине рис. 1 показано, как миграция из Восточной Африки привела к дифференциации среди народонаселения. Период, прошедший со времени миграции из Африки, который составляет 60 000–70 000 лет, был достаточно длинным для того, чтобы привести к различиям между подгруппами, но при этом недостаточным для создания нового человеческого вида. Иммигранты приезжают с самыми различными показателями здоровья, свойственными месту их происхождения (либо практически постоянными, например в отношении генетических вариаций, либо подверженными широким изменениям, например, низкое кровяное давление). Последствия самого процесса миграции (например воздействие процесса отбора), путешествие, новые жизненные обстоятельства, дискриминация на новом месте и другие факторы – все это влия-

ет на показатели здоровья мигрантов (см. правую часть рис. 1).

Концепции расовой и этнической принадлежности важны для демонстрации как неравенств, так и несправедливых различий (то есть таких различий, которые включают элемент несправедливости) (8,12,17). Благодаря анализу подобных неравенств можно получить представление о тех факторах, которые лежат в их основе и, следовательно, определить, какие вмешательства необходимо предпринять. Однако подобная работа может также приводить к стереотипизации, стигматизации и расизму. Некоторые потенциальные проблемы и преимущества использования категорий расовой и этнической принадлежности приведены в табл. 2.

РИСУНОК 1. МОДЕЛЬ, СВЯЗЫВАЮЩАЯ ЭВОЛЮЦИОННЫЕ И НАБЛЮДАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ СИЛЫ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИЕ ВАРИАЦИИ В ПОКАЗАТЕЛЯХ ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МИГРАЦИОННОГО СТАТУСА, РАСЫ И ЭТНИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ



Источник: Адаптировано из рис. 10.1 в *Migration, ethnicity, race and health in multicultural societies* [1,2].

КЛАССИФИКАЦИИ, ЛЕЖАЩИЕ В ОСНОВЕ СБОРА ДАННЫХ

При том, что создание классификаций и категорий в отношении миграционного статуса, этнической и расовой принадлежности является необходимым, эти классификации и категории являются прагматическими и направлены на то, чтобы удовлетворить предполагаемые потребности конкретных групп населения в определенном месте и в определенное время (17,18). Эти категории должны быть содержательными и приемлемыми так и для тех, кто создает и использует эту классификацию, так для тех, кто является ее предметом. В настоящее время большинство классификаций разработаны для самостоятельного предоставления сведений, которое сегодня рассматривается как передовая практика.

В прошлом же расовая принадлежность обычно определялась наблюдателями. Иногда данные получают из официальных регистров, в особенности это касается миграционного статуса.

Подобные классификации позволяют осуществлять важный демографический анализ (1,2,8,19,20). Хотя обычно имеется целый ряд классификаций, чаще всего доминирует та, что используется при переписи населения (или аналогичных системах учета населения) (1,2,15,17,21).

СЛОЖНОСТИ ПРИ СБОРЕ И ИНТЕРПРЕТАЦИИ ДАННЫХ

Необходимо разработать системы регистрации и обработки данных для учета, извлечения и анализа данных по соответствующим параметрам,

ТАБЛИЦА 2. ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КАТЕГОРИЙ РАСЫ И ЭТНИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ В МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ДИСЦИПЛИНАХ

Категория	Потенциальные проблемы	Потенциальные преимущества
Репутация/авторитет	Поддерживает сложные с научной точки зрения концепции, которые раньше использовались неподобающим образом	Использование концепций приведет к разработке и совершенствованию медико-санитарных наук и к улучшению здоровья
Разделение общества	Ослабляет социальную сплоченность из-за акцента на различиях и создания чувства неполноценности или превосходства	Содействует улаживанию существующих социальных разногласий путем признания различий и воздействия на них, а также путем демонстрации сходств
Расизм	Предоставляет информацию, которая может ненадлежащим образом использоваться теми, кто хочет продемонстрировать неполноценность или превосходство конкретных групп	Информация может способствовать в борьбе с несправедливостью, которая наблюдалась в прошлом, и направлять действия по предотвращению расизма в будущем
Этноцентризм	Устанавливает стандарты, которые обычно основаны на показателях для большинства населения и могут быть неуместными для конкретной этнической группы	Демонстрируя, что в некоторых отношениях показатели здоровья у представителей этнических меньшинств лучше, можно установить более амбициозные стандарты для населения в целом, в том числе для большинства населения, то есть взять за стандарт группу населения с наилучшими показателями здоровья
Акцентирование проблем	Стигматизация и стереотипизация меньшинств путем акцентирования тех состояний, по которым их показатели здоровья являются наихудшими	Демонстрируя, что в некоторых отношениях здоровье в группах меньшинств лучше, а не хуже здоровья большинства населения, исследования могут противодействовать стигме и стереотипам, существующим в отношении меньшинств
Научные достижения	Как и в прошлом, наука может направляться в сторону необоснованных выводов и неэтичных методов	Если преимущества, которые можно получить в результате изучения расовой и этнической принадлежности будут применены, можно достичь важных успехов в отношении показателей здоровья населения
Развитие служб здравоохранения	В результате неверной информации или интерпретации службы здравоохранения могут отклоняться в сторону от реальных нужд населения	При наличии надлежащих данных услуги здравоохранения могут быть лучше адаптированы для удовлетворения потребностей
Клиническая помощь на уровне индивидов	Клиницисты могут быть введены в заблуждение обобщениями, стереотипами и недостоверными исследованиями и информацией, полученной в процессе обучения	Благодаря более глубокому пониманию расы и этнической принадлежности клиническая помощь может стать более эффективной
Отношение к иммиграции	Негативные данные о показателях здоровья и использовании услуг здравоохранения могут вызвать/закрепить негативное отношение к иммиграции	Демонстрируя вклад иммигрантов в предоставление услуг здравоохранения и обеспечение здоровья населения, можно четче продемонстрировать преимущества иммиграции

Источник: Адаптирована из таблицы 1.5 в *Migration, ethnicity race and health in multicultural societies* (1,2).

включая расовую и/или этническую группу, миграционный статус, языковые предпочтения, религию и пищевые потребности и ограничения. При создании баз данных и организации исследований по вопросам здоровья необходимо выбирать, какие аспекты миграционного статуса, расовой и этнической принадлежности должны быть охвачены,

а также какие методы сбора данных, концепции и терминология будут использоваться. Также необходимо обеспечить взаимопонимание между провайдерами и держателями данных. Существует три основных подхода к сбору данных: (i) самооценка; (ii) оценка, осуществляемая другим, на основе изучения документации; (iii) оценка, осуществляемая

другим, основанная на наблюдении (см. табл. 3). Последний метод использовать не рекомендуется. Основные источники необходимых данных включают переписи населения, системы учета населения, свидетельства о рождении и смерти, медицинские карты, регистры болезней. Все эти наборы данных часто не включают сведения о расовой, этнической принадлежности или миграционном статусе. Перспективным методом добавления этих параметров, полученных из других источников, является связывание данных (22).

ТАБЛИЦА 3. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МИГРАЦИОННОГО СТАТУСА, РАСОВОЙ ИЛИ ЭТНИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ

Цвет кожи/физические признаки
Страна рождения человека или его родителей/бабушек и дедушек
Анализ имени
Происхождение семьи и анализ родословной или генеалогии
Этническая и расовая группа согласно самооценке
Детали миграционного статуса согласно самооценке: длительность проживания в данной стране, страна рождения или происхождения, является ли человек лицом, ищущим убежища, беженцем или незаконным мигрантом
Источник: Адаптировано из таблицы 3.3 в <i>Migration, ethnicity, race and health in multicultural societies</i> (1,2).

Пользователи при интерпретации данных должны приходить к веским объяснениям имеющихся различий и сходств или по меньшей мере к постановке обоснованных вопросов, которые будут направлять интерпретацию. Концептуальная схема для интерпретации включает следующие факторы: ошибки в данных и в системе; случайная ошибка; необъективности при сборе данных; различия в социально-экономических условиях, образе жизни и других культурных и генетических факторах.

РЕАКЦИЯ НА УРОВНЕ ОБЩЕСТВА

Как правило, в социально неоднородных обществах существует понимание того, что показатели здоровья и потребности в отношении охраны здоровья населения варьируют в зависимости от миграционного статуса и принадлежности к расовой или этнической группе. Реакция на уровне общества может представлять собой от простого изучения различий, обвинения меньшинств в их собственных про-

блемах в отношении здоровья и даже исключения их из охвата услугами до организации специальных инициатив, адаптации услуг к их нуждам, созданию политики равноправия и справедливости услуг для удовлетворения их потребностей (23). Реакция зависит от социального контекста и от политических и общественных взглядов на такие вопросы, как миграция, расовая и этническая принадлежность, как обсуждается на примере Соединенного Королевства, Нидерландов и Венгрии.

В Соединенном Королевстве акцент в области здравоохранения делается на мигрантах и их детях и внуках; при этом в основном применяется концепция этнической принадлежности. Иммигрантов связывают (иногда ошибочно) с повышением риска инфекционных заболеваний и экологических опасностей для общества в целом. Подобные представления оказывают пагубное влияние. С 1970-х гг. с целью решения проблем в области здравоохранения, которые в большей степени наблюдаются в группах меньшинств, ведутся тщательные исследования вариаций в картине заболеваемости. На основании их результатов осуществляются ответные действия в области политики, подкрепленные прочной законодательной базой (23). В 1990-х гг. и в начале XXI века наблюдалась активизация повестки дня в области социальной справедливости, которая сочеталась с мощным антидискриминационным законодательством в поддержку равноправия. В Законе 2010 г. о равных правах и недопущении дискриминации Соединенного Королевства раса (включая этническую, религиозную принадлежность и миграционный статус) является одной из законодательно охраняемых характеристик.

В конце XX века Нидерланды стали одним из наиболее многоликих мультиэтнических обществ в мире. В этой стране было институционально закреплено использование страны рождения в качестве основного косвенного показателя или прокси этнической принадлежности (15). Однако в связи с политическими изменениями не наблюдалось стабильного подхода к ответным действиям в области политики. В настоящее время распространена следующая позиция: хотя особый подход может быть необходим для обеспечения потребностей людей, рожденных за пределами страны, необходимо обеспечить быструю интеграцию и ассимиляцию, чтобы дети и внуки мигрантов уже не нуждались в специальных услугах. Уровень проводимых в Нидерландах

исследований является высоким, что относится и к разработке масштабных когортных исследований.

Венгрия является исторически многонациональной страной с беспокойным прошлым. Одной из ее важнейших трудностей является распространение идеала равенства, закрепленного в венгерской конституции и законах, на проживающее в этой стране цыганское население (или рома) (25). Это этническое меньшинство проживает в Венгрии на протяжении многих столетий, укоренившись на ее территории с XIV или XV века. По сравнению с другими жителями цыганское население является очень бедным, среди них наблюдается низкий уровень образования и занятости, у них отмечается множество проблем в отношении здоровья, включая тот факт, что ожидаемая продолжительность жизни представителей народности рома на 10 лет меньше, чем у остального населения. Однако закрепленное в Конституции перспективное видение Венгрии как справедливого общества в теории является положительным, и если оно будет осуществлено на практике, результат будет иметь огромное значение для Европы.

Бросается в глаза разнообразие ответных действий, предпринимаемых в этих странах. Тем не менее, определенный сценарий просматривается: начало дает понимание наличия проблем в области здоровья, в особенности осведомленность о риске инфекционных болезней; затем проводится формальное исследование показателей здоровья и здравоохранения в соответствии с миграционным статусом, принадлежностью к этнической или расовой группе; затем формулируется политика или планы, иногда при поддержке законодательства; потом мы видим переход от политики исключения меньшинств к политике поддержки благополучия меньшинств; затем осуществляются конкретные действия для корректировки существующих несправедливых различий, и, наконец, делается попытка адаптировать общие службы для обеспечения потребностей. Активизировавшиеся в конце XX века глобальные и национальные движения за всеобщие права человека, а также понимание того, что иммиграция жизненно необходима для их экономического и демографического благополучия, подвигли многие страны на то, чтобы сделать вопросы справедливости в отношении показателей здоровья и здравоохранения центральным элементом политики стран (8).

Данные должны собираться в рамках международных этических и правовых норм и механизмов, защищающих права человека, как представителей меньшинства, так и представителей большинства (26). Нельзя достичь целей равенства и справедливости и проводить мониторинг прогресса в их достижении при отсутствии данных по миграционному статусу, расовой или этнической принадлежности, что было признано Европейским региональным бюро ВОЗ в 1983 г. (27) и еще раз подчеркнуто в рамках глобальной консультации ВОЗ и Международной организации по миграции (8).

ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТЕЙ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ И КАЧЕСТВЕННЫХ ДАННЫХ

Оценка потребностей в отношении здоровья – это обзор данных об определенной группе населения с целью улучшения показателей здоровья и совершенствования здравоохранения. Оценка потребностей в отношении здоровья в группах расовых и этнических меньшинств зачастую затруднена из-за нехватки сравнимых данных высокого качества и необходимой конкретизации на уровне подгруппы (28,29). Однако базы данных, в которых используются широкие расовые или этнические категории (или такие прокси, как страна рождения), имеются в большинстве европейских стран (28).

Оценка потребностей для групп меньшинств начинается с изучения показателей здоровья, картины заболеваемости и характеристик использования услуг по охране здоровья в каждой группе. Это – подход, основанный на расчете абсолютного риска (1,2,16). Результаты затем сравниваются с результатами для всего населения в целом (чаще всего) или с результатами для большинства. Альтернативным (редко используемым) подходом является сравнение с группой, в которой наблюдается наиболее желаемый уровень изучаемого показателя здоровья. Эти сравнительные подходы представляют собой подход, основанный на расчете сравнительного риска (16). Качественные данные обогащают

и помогают подтвердить количественный анализ, предоставляя лицам, оценивающим потребности, доступ к мнениям, представлениям, убеждениям, сообщенным самими индивидами типам поведения и историям болезни (1,30).

Проведенные оценки потребностей в отношении здоровья продемонстрировали, что общепринятые представления о потребностях меньшинств часто являются ошибочными (29). Например, уровни иммунизации иногда являются высокими (а не низкими) (31), ожидаемая продолжительность жизни может быть выше, чем у населения в целом (32), а материалы по просвещению в вопросах здоровья могут в очень незначительной степени соответствовать картине заболеваемости (33). Однако некоторые обобщения являются справедливыми: потребности в отношении здоровья значительно варьируют от группы к группе; неудивительно, что в группах меньшинств иногда лучше ситуация в отношении показателей здоровья и даже в отношении охраны здоровья; качество услуг для групп меньшинств, включая профилактические мероприятия и личную коммуникацию, обычно хуже; потребности, по мнению самих групп меньшинств, в основном касаются таких вопросов, как коммуникация, информация, обеспечение религиозных требований, традиционные пищевые ограничения и информированное согласие (29). Так как проведение оценки потребностей в отношении здоровья является трудоемким и дорогостоящим процессом, который не всегда удастся осуществить, особую важность имеет ряд принципов (см. вставку 1) (1,2).

<Insert Box 1 near here>

НЕРАВЕНСТВА, НЕСПРАВЕДЛИВЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ЗДОРОВЬЕ И В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

На показатели здоровья, заболеваемость и структуру смертности в группах населения влияют такие факторы, как благосостояние, качество окружающей среды, характер питания, поведение и наследственность (вставка 2) (20,34,35). Поэтому неудивительно, что существуют значительные неравенства по показателям здоровья в зависимости от миграционного статуса, расовой и этнической принадлежности.

ВСТАВКА 1. ДЕСЯТЬ ПРИНЦИПОВ, КОТОРЫХ СЛЕДУЕТ ПРИДЕРЖИВАТЬСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОЦЕНКИ ПОТРЕБНОСТЕЙ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1. Избегайте дробного подхода к обеспечению потребностей меньшинств в отношении здоровья, при котором так называемые специфические для мигрантов, представителей определенной расы или лиц определенной этнической принадлежности проблемы в области охраны здоровья решаются по отдельности. Необходим сбалансированный общий взгляд (29).
2. Основывайте оценку потребностей на ранжировании причин, используя число случаев и уровни заболеваемости (табл. 4, колонки 2–4).
3. Совершенствуйте интерпретацию, рассматривая сравнительные показатели, которые привлекут внимание к неравенствам и несправедливым различиям (табл. 4, колонки 4–5).
4. Интерпретируйте количественные данные в свете качественных выводов.
5. Интерпретируйте наблюдаемые различия, уделяя надлежащее внимание социальной и экономической депривации в качестве объясняющих факторов.
6. Имейте в виду, что предположения о биологических различиях между группами могут быть особенно подвержены ошибкам и ненадлежащей интерпретации и могут отрицательно повлиять на представления о меньшинствах.
7. Принимайте решения о том, как данные могут наилучшим образом использоваться для улучшения здоровья и здравоохранения как для представителей меньшинств, так и для представителей большинства. Подобные решения должны приниматься по возможности в консультации с представителями меньшинств, которых они касаются.
8. Группы этнических меньшинств нельзя исключать из (или препятствовать использованию ими) важнейших инициатив в области общественного здравоохранения и охраны здоровья, даже если организованы отдельные или специальные службы.
9. Потребности меньшинств должны изучаться и обеспечиваться одновременно с обеспечением потребностей остального населения, а не откладываться на более поздний срок для работы над ними отдельно.
10. В рамках всех мер политики и планов в области общественного здравоохранения должно быть четко представлено то, как будут обеспечиваться потребности меньшинств.

Важно понимать разницу между концепциями несправедливых различий и неравенств (различий). Несправедливые различия – это различия, которые

ТАБЛИЦА 4. КАТЕГОРИИ В СТАНДАРТНОЙ ТАБЛИЦЕ, ПРИМЕНЯЕМОЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ ХАРАКТЕРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, В ОСОБЕННОСТИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ ПОТРЕБНОСТЕЙ

Заболевание или состояние	Число случаев	Показатель	Порядковый номер по числу случаев или показателю	СОС/сравнительный риск	Порядковый номер по СОС
---------------------------	---------------	------------	--	------------------------	-------------------------

СОС – стандартизированное отношение смертности

Источник: Адаптировано из таблицы 5.8 в *Migration, ethnicity, race and health in multicultural societies* [1,2].

ВСТАВКА 2. ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИЕ ИЛИ ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗЛИЧИЯ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ЗДОРОВЬЯ В СВЯЗИ С МИГРАЦИОННЫМ СТАТУСОМ, РАСОВОЙ И ЭТНИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬЮ

- Культурные нормы (например, запрет на курение, алкоголь и контрацепцию), многие из которых обусловлены религиозными взглядами, которые различны между группами населения.
- Социальный, образовательный и экономический статус, то есть знание биологии и причин нездоровья, знание языков, признанные квалификации и возможности для работы.
- Факторы окружающей среды до и после миграции, например климат, жилищные условия и качество воздуха.
- Образ жизни: физическая активность, потребление алкоголя, питание;
- Доступ к рекомендациям в отношении здоровья и следование этим рекомендациям (например, желание обращаться в социальные службы и службы здравоохранения и выполнять рекомендации; использование так называемых дополнительных или альтернативных методов лечения), в том числе в рамках системы здравоохранения страны происхождения.
- Генетические и биологические факторы, например вес при рождении, динамика роста, состав тела, генетические характеристики и болезни.

Источник: Адаптировано из вставки 6.1 в *Migration, ethnicity, race and health in multicultural societies* [1,2].

являются несправедливыми и неправомерными, например те, что обусловлены ненадлежащим доступом к информации или услугам. Именно на несправедливые различия должны прежде всего быть направлены предпринимаемые действия, в особенности, если имеются соответствующие эффективные вмешательства. В противоположность этому, некоторые неравенства или просто различия, например, разные уровни распространенности рака

кожи, обусловленные пигментом кожных покровов, не являются несправедливыми.

Неравенства или различия можно наглядно продемонстрировать, используя практически все классификации миграционного статуса, расовой и этнической принадлежности. Они обычно становятся более явными, если принимать во внимание гетерогенность населения (то есть изучая группы индийцев и пакистанцев отдельно, а не вместе как представителей южной Азии) и делать разбивку по полу. Различия между этими группами зачастую являются значительными, особенно в том, что касается конкретных заболеваний, например диабета, инсульта и рака кишечника. Могут даже наблюдаться различия в общих показателях здоровья, например в ожидаемой продолжительности жизни (32), хотя этот показатель редко подсчитывается. Выявление подобных различий между этническими группами может содействовать установлению новых, более амбициозных целевых ориентиров. Например, целевой ориентир для смертности от ишемической болезни сердца мог бы быть установлен на низком уровне, наблюдаемом у проживающего в Европе китайского населения (36), а для смертности от рака кишечника – на низком уровне, наблюдаемом у проживающего в Европе населения южно-азиатского происхождения (37).

ПРИНЦИПЫ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИОРИТЕТОВ

Установление приоритетов – это процесс осуществления рационального выбора из множества имеющихся опций, который проводится на основе оценки потребностей в отношении здоровья. В основе процесса установления приоритетов может лежать на-

ука об охране общественного здоровья, в частности эпидемиология. Количественные и качественные данные о показателях здоровья и использовании услуг мигрантами и этническими меньшинствами часто имеются (хотя они могут быть необработанными). В противоположность этому, актуальная информация, касающаяся цены и эффективности вмешательств доступна редко, что представляет собой серьезную проблему (2).

Установлению приоритетов способствует ряд принципов, в частности принцип, заключающийся в том, что приоритетными являются действия, которые приносят максимальную пользу здоровью населения или подгруппы населения. Другой принцип заключается в том, что приоритеты общества в целом исключительно важны для всех его членов. Эти общие приоритеты требуют корректировки на основе оценки потребностей в отношении здоровья конкретных групп. Требуемые корректировки могут быть небольшими для сообществ, давно проживающих на данной территории и для представителей меньшинств, родившихся или выросших в данной стране. Однако эти корректировки могут быть значительными для других, например, недавно переселившихся мигрантов, которые не говорят на языке страны, или для тех, кто подвергается расовой дискриминации или страдает от последствий пыток. Во всех мерах политики и планах в области здравоохранения и общественного здоровья должно быть четко указано, в чем заключаются приоритеты и как они отличаются для групп меньшинств.

МЕРЫ ПОЛИТИКИ И СТРАТЕГИИ

В идеале меры политики для всего населения будут охватывать потребности групп меньшинств на основе интегрированного подхода, известного как *mainstreaming* (актуализация). Однако подобная актуализация может не происходить по различным причинам, в том числе из-за отсутствия консенсуса в отношении ее важности, сложного характера актуальных вопросов, недостатка экспертизы и времени, а также из-за нехватки места в документах по планированию услуг, из-за чего отсутствует четкое и детальное изложение методов и путей достижения актуализации. В целом, ожидается, что группы меньшинств будут использовать услуги в рамках имеющихся служб, хотя работники здравоохра-

нения, предоставляющие эти услуги, обычно делают некоторые корректировки. Все чаще мы наблюдаем ответные действия двух типов, представленных ниже: (i) организация специализированных услуг для меньшинств, но в рамках основных служб и (ii) разработка стратегий для содействия перестройке существующих служб для того, чтобы они отвечали имеющимся потребностям. Полное разделение служб по этническому признаку в настоящий момент поддержкой не пользуется.

В частности, примерно до 1990 г. ответные политические меры в Соединенном Королевстве были нерегулярными и фрагментарными. Они представляли собой комбинацию отдельных проектов и модификаций к основным услугам. С того времени был достигнут прогресс в отношении удовлетворения важнейших потребностей, таких как услуги по переводу и учет пищевых традиций и норм в больницах (29). Закон о расовых отношениях с поправками 2000 г. (в настоящее время включенный в Закон 2010 г. о равных правах и недопущении дискриминации) в сочетании с прямыми или косвенными мерами политики государственных департаментов здравоохранения обусловили более масштабные изменения, которые базируются на обязанности государства по укреплению и поддержке расового равноправия (38). Такие общенациональные инициативы трансформируются, зачастую с большим трудом, в местные планы действий, а в итоге – в изменения в местных службах здравоохранения.

Хотя и существует множество мер политики, стратегий и программ действий, в международных масштабах службы здравоохранения испытывают трудности в обеспечении равноправных услуг здравоохранения в мультикультурных обществах. Эти трудности особенно заметны в отношении недокументированных мигрантов, автохтонного населения и давно проживающих в данной стране, но культурно и социально отличных групп населения, таких как рома. Претворение в жизнь политических идеалов ограничивается нехваткой финансирования, экспертизы и данных, а также непрекращающимися политическими спорами по таким вопросам, как иммиграция, убежище, расовое равенство и права человека.

Все чаще при предоставлении услуг центральное место отводится вопросам справедливости, а критериями становятся эффективность предоставления

услуг здравоохранения и их качество. Достижение справедливых результатов в отношении показателей здоровья редко представляет собой конечную цель. Меры политики и стратегии по достижению улучшения здоровья меньшинств укрепляются и поддерживаются благодаря их включению в более широкую повестку дня в области социальной справедливости и гражданских прав и в рамках более широких мер политики по сокращению неравенств.

ИССЛЕДОВАНИЯ И ВОЗНИКАЮЩИЕ В ИХ РЕЗУЛЬТАТЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПОКАЗАТЕЛЯХ ЗДОРОВЬЯ

Здоровье меньшинств является довольно привлекательной темой для исследований по целому ряду причин: центром исследований на эту тему зачастую становятся группы населения, находящиеся в уязвимом положении; эта тема интересна и часто приводит к необычным результатам; различия между группами могут быть легко продемонстрированы; даже небольшие исследования могут привести к обоснованным, значительным и актуальным результатам.

Исследования, в которых используются такие показатели, как миграционный статус, расовая и этническая принадлежность, в основном интерпретируются для достижения текущих целей в отношении социального равноправия и справедливости. Результаты многих исследований, осуществленных в прошлом, были использованы для достижения стоявших тогда на повестке дня политических и социальных целей, таких как сохранение рабства, оправдание необходимости сохранения Империи, поддержание социального и материального неравенства (включая апартеид), антииммиграционная политика, нацеленная на тех, кто не являлся выходцем из северной Европы, евгеника и геноцид, проводимый нацистами (2,11). Наиболее важным уроком, вытекающим из этого, является то, что исследования меньшинств должны проводиться в рамках этики и приносить пользу всем группам населения. Исследователи разрабатывают консенсусные заявления о том, как этого добиться (39). В настоящее

время наблюдается стремительное развитие исследований генетических и обусловленных окружающими условиями основ этнических/расовых разли-

ВСТАВКА 3. НЕКОТОРЫЕ СЛОЖНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ВОПРОСАМ ЭТНИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ, РАСЫ И ЗДОРОВЬЯ

- Включение меньшинств в исследования и анализ данных в разбивке по миграционному статусу, расовой и этнической принадлежности.
- Уточнение основной задачи исследования.
- Определение таких концепций, относящихся к миграционному статусу, расовой и этнической принадлежности, которые являются согласованными на международном уровне.
- Определение точной терминологии и классификаций групп мигрантов/этнической/расовой принадлежности, и изучение того, как они используются.
- Признание того, что как группы меньшинств, так и группы большинства являются неоднородными.
- Определение репрезентативных популяций.
- Обеспечение сравнимости групп населения, которые будут сравниваться (это в особенности требует наличия социально-экономических данных в отношении всех этапов жизни).
- Недопущение ненадлежащей интерпретации различий из-за искажающих факторов.
- Точное измерение знаменателей и числителей при подсчете соотношений.
- Обеспечение высокого качества данных, в особенности для их межкультурной сопоставимости.
- Обеспечение максимальной полноты сбора данных.
- Выявление специфических генетических предпосылок генетических гипотез.
- Обеспечение надлежащим образом аргументированной интерпретации связей как каузальных, так и не каузальных.
- Обеспечение максимальной достоверности результатов исследования и их обобщаемости.
- Представление результатов исследования для пользы изучаемого населения и во избежание стигматизации и расизма.
- Обеспечение того, что по результатам исследования предпринимаются надлежащие меры, которые в идеале должны приносить пользу всему населению.

Источник: Адаптировано из вставки 9.5 в *Migration, ethnicity, race and health in multicultural societies* (1,2) и впервые опубликовано в Bhopal (2003) (42).

ТАБЛИЦА 5. КАТЕГОРИЗАЦИЯ И АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, КОТОРЫЕ МОГУТ ЛЕЖАТЬ В ОСНОВЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ПЕРЕМЕННОЙ: ЗА ПРИМЕР ВЗЯТ ИНСУЛЬТ

Категория основных различий, которые могут объяснить ситуацию	Пример возможных специфических различий в зависимости от миграционной, расовой или этнической группы	Воздействие на сбор данных
Биологические	Уникальные варианты человеческих генов или варьирующая частота этих вариантов (полиморфизмы) ведут к различиям в биохимии или физиологии	Необходимо собирать биологические данные, включая проведения анализа ДНК, крови и других тканей
Сопутствующие заболевания	Одна группа может иметь более высокий или более низкий уровень заболеваемости, который повышает или снижает риск инсульта, например диабет	Необходимо собирать клинические данные, включая проведение надлежащих диагностических тестов
Поведенческие	Одна группа может употреблять в пищу больше фруктов и овощей по сравнению с другой, или в ней может наблюдаться более низкий уровень распространенности курения	Необходимо собирать данные в отношении поведения, связанного со здоровьем
Социальные	Представители какой-либо группы могут проводить меньше времени с друзьями, семьей и в других социумах, что повышает психосоциальную нагрузку	Необходимо собирать психосоциальные данные, которые могут стать потенциальными объяснениями
Связанные с трудовой деятельностью	Характер работы, включая вероятность найма, рабочее время и тип работы в значительной мере различается	Необходимо собирать данные о трудовой деятельности
Экономические	Представители группы могут зарабатывать ниже среднего уровня или иметь различные суммы накоплений и благосостояния	Необходимо собирать данные о различиях в доходе и благосостоянии и об их воздействии на образ жизни и стресс
Медицинская помощь	Представители группы могут испытывать к себе отличное от ожидаемого стандарта отношение со стороны работников здравоохранения	Необходимо собирать данные о качестве, количестве и сроках вмешательств в области здравоохранения

Источник: Адаптировано из таблицы 9.2 в *Migration, ethnicity, race and health in multicultural societies* [1,2].

чий, так как в результате миграции практически все общества становятся мультиэтническими (4). Тем не менее, группы меньшинств недостаточно представлены в крупнейших исследованиях, в особенности в когортных исследованиях (40) и испытаниях (41).

Исследователи должны более четко объяснить, как они используют такие категории, как миграционный статус, расовое и этническое происхождение, в качестве переменных и как они адаптируют свои классификации и методы. Работа исследователей не обязательно должна проводиться в рамках уже существующих классификаций, разработанных в административных целях. Исследователи, которые хорошо осведомлены о тех группах меньшинств, которые участвуют в опросах, будут скорее пользоваться доверием, поэтому они с большей вероятностью получают большое число ответов и заручатся информированным согласием участников, и будут

интерпретировать данные с высокой степенью достоверности.

В рамках эпидемиологии существует множество трудностей в том, что касается миграционного статуса, расы и этнического происхождения (см. вставку 3). Одна из самых больших трудностей заключается в том, чтобы делать качественную работу, несмотря на характерную для этой темы сложность и в условиях полемики и критицизма. Тщательное исследование и объяснение миграционного статуса, расовых и этнических различий предоставляет возможность для понимания причинно-следственных связей (см. табл. 5). Положительный эффект принесут концептуальная открытость, использование четкой и хорошо определенной терминологии, а также решение таких фундаментальных проблем, как согласование знаменателей и числителей и обеспечение репрезентативности населения, сравнимости подгрупп и верности инструментов измерения.

По множеству причин уровни заболеваемости и смертности среди меньшинств ниже, однако этот факт не получает достаточного внимания. В результате представление о плохом здоровье групп меньшинств может усилить уверенность в том, что иммигранты и расовые и этнические меньшинства являются бременем для страны. Представление о том, что у меньшинств показатели здоровья хуже, обусловлено тем, что внимание уделяется подобным различиям в тех случаях, когда уровень заболеваемости выше среди меньшинств. Наивно было бы думать, что простая демонстрация неравенств с разбивкой по миграционному статусу, расовой или этнической принадлежности сможет их сократить. Исследования расизма имеют важное значение, но сравнительно редко проводятся (4). Расизм, несомненно, является сложной для изучения темой в сфере здравоохранения, однако также существует сопротивление самому проведению подобных исследований, хотя такое сопротивление в меньшей степени наблюдается в США, чем в других местах (включая Европу) (43,44).

ВЫВОДЫ

Этическим оправданием для сбора данных в разбивке по миграционному статусу, расовой и этнической принадлежности является улучшение показателей здоровья. При ответственном использовании, концепции миграционного статуса, расовой и этнической принадлежности имеют потенциальную применимость в общественном здравоохранении, при охране здоровья, оказании клинической помощи и в медицинской науке (2,29,45), но если их использовать неграмотно, они могут принести вред (11). Строгая приверженность к основополагающей теории, а также принципам этики и справедливости имеет важнейшее значение в качестве основной меры защиты против возможных негативных последствий.

Данные могут использоваться при оценке потребностей, установлении приоритетов, обсуждении проблемы неравенств, разработке политики и стратегий, при обучении и проведении исследований. Данные образуют так называемый «добродетельный круг» – чем больше они используются, тем больше энтузиазма для их сбора и улучшения систем данных. Данные также способствуют улучшению качества услуг, как напрямую, то есть благодаря

совершенствованию процесса принятия решений, так и опосредованно, благодаря мотивации, которую мониторинг и оценка создают для улучшения результатов деятельности.

Вмешательства, в которых используются данные по миграционному статусу, расовой и этнической принадлежности, должны подвергаться тщательной оценке для определения вероятного баланса между затратами и пользой. В политической атмосфере, где сильны антииммигрантские настроения, использование показателей миграционного статуса, расовой и этнической принадлежности может представлять определенную сложность или даже быть контрпродуктивным. Необходимым дополнением к законодательству должна стать такая социальная атмосфера, где оказывается поддержка социальной справедливости и ценностям многообразных сообществ. Концепции миграционного статуса и расовой и этнической принадлежности должны использоваться в общественном здравоохранении в сочетании с данными с целью одновременного и справедливого улучшения показателей здоровья всего населения, то есть как представителей меньшинств, так и представителей большинства.

Выражение признательности: данный обзор представляет собой отредактированное и несколько обновленное резюме (публикуется с разрешения Oxford University Press), книги *Migration, ethnicity, race and health in multicultural societies, 2nd edition* by Raj S Bhopal (2013), ISBN 9780199667864, и сокращенную и слегка отредактированную версию главы 10.5 “Ethnicity, race, epidemiology, and public health”, by Raj S Bhopal в *Oxford textbook of global public health, 6th edition, volume 3* под редакцией Roger Detels, Martin Gulliford, Quarraisha Abdool Karim and Chorh Chuan Tan (2015). Я благодарен Oxford University Press за предоставление разрешения на публикацию. Благодарю Anne Houghton за оказанную административную поддержку.

Источник финансирования: не указан.

Конфликт интересов: не указан.

Отказ от ответственности: автор несет самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые не

обязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ

- Bhopal RS. Ethnicity, race, and health in multicultural societies: foundations for better epidemiology, public health, and health care. Oxford: Oxford University Press; 2007.
- Bhopal RS. Migration, ethnicity, race and health in multicultural societies, 2nd edition. Oxford: Oxford University Press; 2014.
- Rosenberg NA, Pritchard JK, Weber JL, Cann HM, Kidd KK, Zhivotovsky LA et al. Genetic structure of human populations. *Science* 2002;298(5602):2381–5.
- Afshari R, Bhopal RS. Ethnicity has overtaken race in medical science: MEDLINE-based comparison of trends in the USA and the rest of the world, 1965–2005. *Int J Epidemiol* 2010;39(6):1682–3.
- Xiao WS, Xiao N, Quinn P, Anzures G, Lee K. Development of face scanning for own- and other-race faces in infancy. *Int J Behav Dev* 2013;37(2):100–5.
- Anzures G, Quinn PC, Pascalis O, Slater AM, Tanaka JW, Lee K. Developmental origins of the other-race effect. *Curr Dir Psychol Sci* 2013;22(3):173–8.
- Segal UA, Elliott D, Mayadas NS. Immigration worldwide policies, practices, and trends. Oxford: Oxford University Press; 2010.
- Health of Migrants-the way forward. Report of a global consultation. Geneva: World Health Organization; 2010:1–119.
- Как системы здравоохранения могут способствовать устранению неравенств в отношении здоровья, связанных с миграцией и этнической принадлежностью. Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро; 2010
- Bhopal R. Ethnicity, race, epidemiology, and public health. In: Detels R, Gulliford M, Karim QTC, editors. *Oxford textbook of global public health*, 6th edition. Oxford: Oxford University Press; 2015:1371–81.
- Kohn M. *The race gallery: the return of racial science*. London: Jonathan Cape; 1995.
- Satcher D. Our commitment to eliminate racial and ethnic health disparities. *Yale J Health Policy Law Ethics* 2001;1:1–14.
- Fujimura JH, Rajagopalan R. Different differences: the use of “genetic ancestry” versus race in biomedical human genetic research. *Soc Stud Sci* 2011;41(1):5–30.
- Krieger N. Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical science, and current controversies: an ecosocial perspective. *Am J Public Health* 2003;93(2):194–9.
- Stronks K, Kulu-Glasgow I, Agyemang C. The utility of “country of birth” for the classification of ethnic groups in health research: the Dutch experience. *Ethn Health* 2009;14(3):1–14.
- Bhopal R. *Concepts of epidemiology: integrating the ideas, theories, principles and methods of epidemiology*, 2nd edition. Oxford: Oxford University Press; 2008.
- Sillitoe K. Ethnic origin: the search for a question. *Popul Trends* 1978;13:25–30.
- Revisions to the standards for the classification of federal data on race and ethnicity. Washington (DC): Office of Management and Budget; 1997.
- United States Department of Health and Human Services. Report of the Secretary’s Task Force on black and minority health. Washington (DC): US Government Printing Office; 1985.
- Davey Smith G, Chaturvedi N, Harding S, Nazroo J, Williams R. Ethnic inequalities in health: a review of United Kingdom epidemiological evidence. *Critical Public Health* 2000;10(4):377–408.
- Office of Management and Budget. Standards for maintaining, collecting, and presenting federal data on race and ethnicity. *Fed Regist* 1997;62:58788–90.
- Johnman C, Blakely T, Bansal N, Agyemang C, Ward H. Linkage of data in the study of ethnic inequalities and inequities in health outcomes in Scotland, New Zealand and the Netherlands: insights for global study of ethnicity and health. *Public Health* 2012;126(3):245–7.
- Johnson MR. Ethnic minorities and health. *J R Coll Physicians Lond* 1984;18:228–30.
- Dekker LH, Snijder MB, Beukers MH, de Vries JH, Brants HA, de Boer EJ et al. A prospective cohort study of dietary patterns of non-western migrants in the Netherlands in relation to risk factors for cardiovascular diseases: HELIUS-Dietary Patterns. *BMC Public Health* 2011;11:441.
- Ministry of Foreign Affairs Budapest. Fact sheets on Hungary: Gypsies/Roma in Hungary. 2004.
- International Migration Law N°19. Migration and the right to health: a review of international law. Geneva: International Organization for Migration; 2009.
- Colledge M, Van Geuns HA, Svensson PG. Migration and health: towards an understanding of the health care needs of ethnic minorities. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 1983.
- Rafnsson SB, Bhopal RS. Large-scale epidemiological data on cardiovascular diseases and diabetes in migrant and ethnic minority groups in Europe. *Eur J Public Health* 2009;19(5):484–91.
- Black and minority ethnic groups. In: Abingdon RJ, editor. *Health Care Needs Assessment: the epidemiologically based needs assessment reviews*, 3rd series, Abingdon: Radcliffe Medical Press; 2007:227–389.

30. Bandesha G, Litva A. Perceptions of community participation and health gain in a community project for the South Asian population: a qualitative study. *J Public Health (Oxf)* 2005;27(3):241–5.
31. Baker D, Garrow A, Shiels C. Inequalities in immunization and breast feeding in an ethnically diverse urban area: cross-sectional study in Manchester, United Kingdom. *J Epidemiol Community Health* 2011;65(4):346–52.
32. Gruer L, Cezard G, Clark E, Douglas A, Steiner M, Millard A et al. Life expectancy of different ethnic groups using death records linked to population census data for 4.62 million people in Scotland. *J Epidemiol Community Health* 2016;70:1251–4.
33. Bhopal RS. Health education for ethnic minorities – current provision and future directions. *Health Educ J* 1988;47(4):137–40.
34. Nazroo JY. Genetic, cultural or socioeconomic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health. *Sociology of Health & Illness* 1998;20:710–30.
35. Krieger N. Shades of difference: theoretical underpinnings of the medical controversy on black–white differences in the United States, 1830–1870. In: La Veist TA, editor. *Race, ethnicity and health*. San Francisco: Jossey-Bass; 2002:11–33.
36. Bhopal RS, Rafnsson SB, Agyemang C, Fagot-Campagna A, Giampaoli S, Hammar N et al. Mortality from circulatory diseases by specific country of birth across six European countries: test of concept. *Eur J Public Health* 2011;22(3):353–9.
37. Bhopal R, Bansal N, Steiner M, Brewster DH, on behalf of the Scottish Health and Ethnicity Linkage Study. Does the “Scottish effect” apply to all ethnic groups? All cancer, lung, colorectal, breast and prostate cancer in the Scottish Health and Ethnicity Linkage Cohort Study. *BMJ Open* 2012;2(5):e001957.
38. Race Relations (Amendment) Act 2000: new laws for a successful multi-racial Britain: proposals for implementation. London: Home Office; 2001.
39. Mir G, Salway S, Kai J, Karlsen S, Bhopal R, Ellison GT et al. Principles for research on ethnicity and health: the Leeds Consensus Statement. *Eur J Public Health* 2013;23(3):504–10.
40. Ranganathan M, Bhopal R. Exclusion and inclusion of nonwhite ethnic minority groups in 72 North American and European cardiovascular cohort studies. *PLoS Med* 2006;3(3):e44.
41. Geller SE, Koch A, Pellettieri B, Carnes M. Inclusion, analysis, and reporting of sex and race/ethnicity in clinical trials: have we made progress? *J Womens Health (Larchmt)* 2011;20(3):315–20.
42. Bhopal R. Glossary of terms relating to ethnicity and race for reflection and debate. *J Epidemiol Community Health* 2003;58:441–5.
43. Parker H. Beyond ethnic categories: why racism should be a variable in ethnicity and health research. *J Health Serv Res Policy* 1997;2(4):256–9.
44. Krieger N, Carney D, Lancaster K, Waterman PD, Kosheleva A, Banaji M. Combining explicit and implicit measures of racial discrimination in health research. *Am J Public Health* 2010;100(8):1485–92.
45. Tobias M, Blakely T, Matheson D, Rasanathan K, Atkinson J. Changing trends in indigenous inequalities in mortality: lessons from New Zealand. *Int J Epidemiol* 2009;38(6):1711–22.

Report

SELF-EVALUATION OF THE PUBLIC HEALTH SYSTEM IN SLOVAKIA

Darina Sedlakova¹, Zuzana Katreniakova^{2,3}, Jana Kollarova⁴, Gabriel Gulis⁵

¹World Health Organization Country Office in Slovakia, Bratislava, Slovakia

²Department of Social and Behavioural Medicine, Faculty of Medicine, Pavol Jozef Šafárik University, Košice, Slovakia

³Slovak Public Health Association, Košice, Slovakia

⁴Regional Public Health Authority Košice, Košice, Slovakia

⁵Unit for Health Promotion Research, University of Southern Denmark, Esbjerg, Denmark

Corresponding author: Gabriel Gulis (email: ggulis@health.sdu.dk)

ABSTRACT

Public health services have a long history in Slovakia. Based on a collaborative agreement between the Ministry of Health of Slovakia and the World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe, self-evaluation of the public health system using the WHO self-evaluation tool was conducted in 2012 and 2013 in the country, with technical and financial support from the Regional Office.

A national working group was established in autumn 2012, consisting of 21 members under the leadership of the State Secretary of the Ministry of Health of Slovakia and the WHO Country Office in Slovakia. For each

of the 10 essential public health operations, two experts from Slovakia were nominated to lead the work; the 21st member was a WHO temporary external adviser.

The most important and commonly agreed recommendations across the 10 essential public health operations were to:

- strengthen the institutional part of the public health system by establishing and/or renewing specialized independent units and institutions;
- improve and broaden the further education of public health system employees;

- improve implementation of the existing legislation, mainly by providing and precisely allocating financial resources; and
- improve links among and utilization of existing databases related to health and health determinants.

Although the political response to these recommendations was relatively poor until recently, the self-assessment process of the Slovak public health system is a positive example of collaboration between the Regional Office and a Member State.

Keywords: PUBLIC HEALTH SERVICES, SLOVAKIA, SELF-ASSESSMENT

INTRODUCTION

The public health system in Slovakia has a long history: it was first established after the Second World War in the former Czechoslovakia by Act No. 4/1952 on Hygiene and Epidemic Care. Since Slovakia was established as an independent state (in 1993) and became member of the European Union (in 2004), the whole society has been undergoing substantial changes. This transition has occurred alongside the global economic crisis and globalization, which also had an impact on the public health system. Before the political changes of 1989, the public health system was

part of the traditional hygiene and sanitation system (as in most former communist countries), the so-called Semashko system (1). Moving to a new modern public health system (as defined by Winslow in 1920 and later by Acheson under changing political and economic conditions) has not been an easy process (2). The two main reasons for this are resistance to change and a lack of systematic education opportunities for staff (2, 3).

The term “essential public health functions” was first used by the Centers for Disease Control and Prevention in 1994 (<http://www.cdc.gov/nphpsp/>

essentialservices.html); soon after this, the World Health Organization (WHO) Delphi study defined the essential functions of a public health system (4). Recently, the WHO Regional Office for Europe redefined these functions as essential public health operations (EPHOs 1–10; <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations>) with the aim of realizing these EPHOs to enable better definition and identification of essential services. An online EPHO tool was developed to allow Member States to conduct self-evaluations supported by external experts identified by the Regional Office.

Based on a collaborative agreement between the Minister of Health of Slovakia and the Regional Office, the Slovak Ministry of Health self-evaluated its public health system in 2012 with the technical and financial assistance of the Regional Office. In this activity, Slovakia joined 17 other central and south-eastern European countries that participated in implementing the European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services (5). This paper summarizes the self-evaluation process and presents its major findings and recommendations for further action.

METHODS

Under the leadership of the State Secretary of the Ministry of Health of Slovakia and the WHO Country Office in Slovakia, a national working group (NWG) with 21 members was established in autumn 2012. For each EPHO, two experts (usually with both practical and academic expertise) from Slovakia were identified as leaders. This group represented 20 of the 21 members of the NWG: the final member was the WHO temporary external adviser, who came from an academic background in Denmark but had previous practical experience in Slovakia. The WHO Country Office representative, together with officials from the Ministry of Health of Slovakia, the hygiene branch of the Slovak Medical Chamber, the Slovak Public Health Association and other nongovernmental organizations, selected the EPHO group leaders through a consultation process. The NWG was approved by the Ministry of Health of Slovakia, and members of the group received an official nomination letter from the State Secretary of the Ministry of Health. Each

EPHO group leader was asked to assemble an informal larger group of local experts to discuss completion of the final version of the online EPHO tool. Although the selection procedure varied among groups, group leaders selected members from existing networks of nongovernmental organizations, along with local or expertise-based networks. Budget limitations also influenced selection because these subgroups had a very limited budget for meetings and travel. At the start of the assessment, the online tool was password protected; it defined the work to be done for each EPHO along with evaluation criteria, and included a SWOT (strengths, weaknesses opportunities, threats) analysis tool and a percentage-based grading tool to compare the existing and optimal states. In addition to completing the self-assessment process, NWG members were asked to assess the usefulness of the tool itself. Summary recommendations were expected to be developed for each EPHO and for the whole system, as well as for the self-assessment tool.

RESULTS AND DISCUSSION

The self-assessment process was launched in August 2012 by a kick-off meeting of the NWG in collaboration with the Ministry of Health of Slovakia and the WHO Country Office in Slovakia. Responsibilities for each EPHO evaluation were assigned to specific members of the NWG, and each EPHO leader was asked to create his/her own subgroup of key informants. The temporary external adviser of the WHO Regional Office for Europe for the evaluation was present at the meeting and commented on the definitions of the individual EPHOs. The first full group meeting was called in winter 2012, at which a second WHO expert explained in more depth the Health 2020 policy, the already approved European Action Plan on Strengthening Public Health Services, the background of each EPHO and the methodology for self-assessment. After this meeting, individual groups worked on the evaluation and met key informants several times either in person or via electronic means (phone, email, Skype). The frequency of EPHO subgroup meetings varied by the individual EPHOs and the availability of teams; formal records of these meetings were not taken. In 2013, there were three full NWG meetings to prepare for the final consensus conference, scheduled for October 2013. The first and second of these involved only Slovak group members and aimed to clarify open

FIG. 1. FLOW CHART SHOWING THE TIMELINE OF THE SELF-ASSESSMENT PROCESS



issues, and the third meeting included the Regional Office temporary external adviser to summarize the findings into the format of a final report for the consensus meeting. The final consensus meeting was organized at the Ministry of Health of Slovakia and included approximately 50 participants from national and regional public health authorities, other sectors involved in public health, and some nongovernmental organizations. Figure 1 illustrates the time sequence for the self-assessment process.

MAJOR FINDINGS

As agreed at an early stage of the process, Act No. 355/2007 Coll. on Protection, Support and Development of Public Health and on Amendments and Supplements of Certain Acts of the National Council of the Slovak Republic and a situation analysis (i.e. its implementation in a real life setting) were set as the baseline for the self-assessment process because this law defines the public health system in Slovakia. The self-assessment report made several recommendations to tackle the most important weaknesses of the system set by the Act.

- Strengthen the institutional part of the public health system. The institutional part of the

public health system should be strengthened by establishing or renewing specialized independent units and institutions, for example an environmental epidemiological unit independent of the state health surveillance institutions to coordinate the National Programme of Health Promotion and national preventive programmes, and a health fund as the key financial resource for implementing programmes and projects of the National Programme of Health Promotion. This recommendation was made in response to weaknesses within three modules:

- lack of an independent environmental and epidemiological unit within the public health system (EPHO2: Monitoring and response to health hazards and emergencies; identification of priority health challenges and public health threats in the community);
- lack of an institution to coordinate experts and institutions for organizing effective campaigns; an intersectoral approach (along with poor media support); and social or other health-oriented marketing (EPHO5: Disease prevention, including early detection of illness); and
- lack of stable departments/units of health promotion because of inappropriate legislative backing and insufficient employees; some public health institutes have even had to close their health promotion departments/units (EPHO4: Health promotion, including action to address social determinants and health inequity); moreover, health promotion as a study discipline does not exist in the Slovak educational system.
- Improve and broaden the further education of public health system employees. This was recognized as necessary because of weaknesses in the following areas:
 - preparedness and planning for public health threats (EPHO2; Establishment of system education and training of persons designated to intervene in events subject to the International Health Regulations (6));
 - prevention of diseases, including their early detection (EPHO5; Education of health workers in

- vaccination and communication with population and strengthening the knowledge of primary health-care providers on nonpharmacological methods of influencing/eliminating selected risk factors);
- health promotion (EPHO4; Systemic education in health promotion specialization is not possible); and
 - high-quality labour force in public health (EPHO7: Assuring a sufficient and competent public health workforce; lack of further education provision, mainly in the area of team communication skills, partly in the area of public health management; sustainability of further education is limited by a decline in financial resources allocated to the public health system; lack of continual quality control at all levels of public health education).
- Improve implementation of the existing legislation. This should mainly relate to the provision and precise allocation of financial resources. This recommendation was made in response to the following weaknesses:
 - lack of funding for methodical health monitoring; pilot projects (e.g. European Health Examination Survey) do not continue towards methodical monitoring for financial reasons, and there is a gradual reduction of specialized employees in public health institutions due to financial regulations (EPHO3: Health protection, including environmental, occupational, food safety and others);
 - lack of financial resources for development of the Immunization Programme and reimbursement of novel vaccines (EPHO5);
 - lack of (directly allocated) financial resources for the implementation of existing national programmes (EPHO4);
 - low financial remuneration for public health experts (EPHO8: Assuring sustainable organizational structures and financing; on basic functions and principles of public health management, financing and quality assurance); and
- lack of funding to support research in the area of health, mainly public health (EPHO10: Advancing public health research to inform policy and practice).
- Improve linkage with and utilization of existing databases related to health and health determinants. This recommendation was based on identification of the following weaknesses:
 - insufficient continual analysis and interpretation of monitored data followed by utilization of health policy outcomes (EPHO1: Disease surveillance and population health evaluation);
 - insufficient health data utilization from the existing sources, such as health insurance funds; there is no systemic linkage with other registers (EPHO4); and
 - lack of accessibility to routine data collection, shortcomings in the area of disseminating research findings and transferring knowledge into a real life setting (EPHO10).
- These four key recommendations were based on an analysis of all EPHOs and translated into specific recommendations for each EPHO. The full final national summary report was presented to the Minister of Health of Slovakia and the professional audience at the national consensus meeting. The principal objection of the Ministry of Health of the Slovakia was to the recommendations under EPHO4 on Health Promotion. The Ministry of Health was reluctant to agree on the need to draft and adopt a policy document entitled *Concept of health promotion* (which included specialized training). The main argument was that an existing policy document, *Concept of health education* (published in 2010), fully covers the objectives of health promotion. All members of the NWG refuted this explanation by arguing that health promotion is a single EPHO (one of the three core EPHOs) and represents a broader concept than health education.
- Despite the fact that in 2013 the then Minister of Health of Slovakia accepted the report, minimum action was taken until recently. Until the time of writing this article (spring 2016), there have been three other health ministers, but the possibility of

revitalizing the self-assessment report is only now being raised. However, it should be mentioned that in December 2013 the strategic policy document, *Strategic framework for health for 2014–2030*, was adopted by the Slovak Government, and the self-assessment report was used as one of key documents in its development. The seemingly minimal impact of the self-assessment report on existing health policy, public health policy and the public health system in Slovakia might be considered to question the whole process of self-assessment. Yet, we believe this is not the case. We believe that a key objective of the self-assessment process was to break the resistance to change in the system; a period of a few years is unlikely to be long enough to break resistance developed over several decades. The self-assessment report is now being revitalized and we believe it will contribute to the development of the new public health strategy for Slovakia, commissioned by the Government of Slovakia and due for completion before the end of 2017. We also believe that the self-assessment process introduced a new openness and ethos of discussion into the normally closed health-protection-based public health culture of Slovakia. By setting up the NWG and the individual EPHO subgroups, the process of preparing for the national consensus meeting and the consensus meeting itself altered the public health culture, and this needs to be further nurtured and developed. The elements of openness and discussion are very important for optimizing the inputs of all stakeholders, considering the high financial cost of the self-assessment process. A common question is whether such a long process with many meetings (and therefore a need for extensive travel), is a necessary and efficient way to learn what some experts might already know or guess. In the Slovak context, our response is a definitive yes, but our recommendation to other Member States is to consider the context very carefully. Although modern online communication tools can make the process more cost-effective, in-person discussions in smaller or larger groups seem to be more efficient.

Some of the weaknesses identified via the self-assessment process were already known or expected by individual experts in Slovakia before the start of the process. However, the self-assessment process led to these weaknesses being widely recognized by the public health community, and this is a positive achievement.

Another important positive outcome of the self-assessment process in Slovakia was the quick introduction of EPHOs. It usually takes a long time for innovation at the international policy level to be put into practice within a country. In this case, by involving an academic leader and a heterogeneous mixture of expert partners and public health employees in the NWG, knowledge translation occurred very quickly.

Conducting the self-assessment at a very early stage (compared with other countries) increased our experience of both the self-assessment process itself and the self-evaluation tool. First, all participants and stakeholders have evaluated the self-assessment process as a positive experience. It provided a great opportunity to bring experts from different subdisciplines and different institutes together for structured discussions about major issues in public health. Over the 1.5 years of the self-assessment process, the team of 21 individual experts were transformed into a flexible and open living organism of public health (as described by the group members), with great expertise and a sense of responsibility for the future of public health in Slovakia. Second, this self-assessment process used the first version of the self-evaluation tool and a password-protection system complicated the access to it. Most issues were resolved by discussion with colleagues at the Regional Office in Copenhagen; this led to improvements in the tool and easier access to it. For example, we suggested replacing the percentage-based system with a scoring system within the self-assessment system, and this has been already implemented. Close communication with staff at the Regional Office led to other smaller consultations and collaborations after the self-assessment process was completed, such as consultation on a proposal to develop a new health promotion infrastructure in Slovakia, inclusion of Slovakia in a midterm review of the European Action Plan on Strengthening Public Health Services and, very recently, consultation on the development of a new public health strategy for Slovakia.

Finally yet importantly, the analysis of the public health services also highlighted the need to act on new challenges such as migration and migrant health. With the aim to upgrade the country's health system and public health capacities towards the possible larger-scale migration, a workshop "Improving

the health response to refugees, asylum seekers and other migrants” was organized by the WHO/Europe (in framework of the Biennial Collaborative Agreement (BCA) between the Slovak Ministry of Health and WHO/Europe for 2016-17) jointly with SH-CAPAC project on 25-26 October 2016 in Bratislava. Representatives from four ministries (health, interior, transportation, and defence), public health institutes, regional authorities, universities and the association of general practitioners participated. Their specific roles and needs for effective functioning were analysed and a set of recommendations for further building of capacities drafted.

CONCLUSIONS

Self-assessment of the public health system of Slovakia provides a positive example of collaboration between the WHO Regional Office for Europe and a Member State. Although the final self-assessment report has not yet led to major changes in the public health system of the country, it laid the foundation for such changes. It is the most comprehensive evaluation report of the existing system and can be used by any political leader to implement the proposed changes.

Furthermore, the self-assessment exercise introduced the concept of EPHOs into Slovakia and opened the way for several presentations at different public-health-oriented conferences and teaching programmes.

Acknowledgements: We acknowledge the work of the national working group, without which the self-assessment exercise would not have been possible. We also thank the WHO Regional Office for Europe for supporting the work of the national working group by providing expertise and the necessary software.

Sources of funding: Work on the self-assessment was funded by the Biennial Collaborative Agreement between the WHO Regional Office for Europe and the Ministry of Health of Slovakia, 2012–2013. This funding did not cover the writing of this article.

Conflicts of interest: Authors of this article were part of the national working group for the self-assessment process.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

REFERENCES

1. Sheiman I. Rocky road from the Semashko to a new health mode. *Bull World Health Organ.* 2013;91:320–1 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/13-030513/en/>, accessed 16 November 2016).
2. Magnússon, G. Health and human rights – a public health perspective. *J Humanitarian Med* 2002;2:1–3.
3. Winslow CEA. The untilled fields of public health. *Science.* 1920;51(1306):23–33 (<http://www.jstor.org/stable/pdfplus/1645011.pdf?acceptTC=true>, accessed 16 November 2016).
4. Bettcher DW, Sapirie S, Goon EHT. Essential public health functions: results of an international DELPHI study. *World Health Stat Q.* 1998;51:44–54.
5. European Action Plan on Strengthening Public Health Services. 62nd session of the Regional Committee. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf?ua=1, accessed 16 November 2016).
6. International health regulations (2005), 3rd edition. Geneva: World Health Organization; 2005 (<http://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/en/>, accessed 16 November 2016).

Доклад

САМООЦЕНКА СИСТЕМЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СЛОВАКИИ

Darina Sedlakova¹, Zuzana Katreniakova^{2,3}, Jana Kollarova⁴, Gabriel Gulis⁵

¹ Страновой офис Всемирной организации здравоохранения, Братислава, Словакия

² Департамент социальной и поведенческой медицины, Медицинский факультет, Университет Павла Йозефа Шафарика, Кошице, Словакия

³ Словацкая ассоциация общественного здравоохранения, Кошице, Словакия

⁴ Региональный орган здравоохранения, Кошице, Словакия

⁵ Отделение по исследованиям в области укрепления здоровья, университет Южной Дании, Эсбьерг, Дания

Автор, отвечающий за переписку: Gabriel Gulis (адрес электронной почты: ggulis@health.sdu.dk)

АННОТАЦИЯ

Службы общественного здравоохранения в Словакии имеют многолетнюю историю. В 2012-2013 годах в рамках соглашения о сотрудничестве между Министерством здравоохранения Словакии и Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в стране была проведена самооценка системы здравоохранения с использованием инструмента самооценки ВОЗ при технической и финансовой поддержке со стороны Регионального бюро.

Осенью 2012 года под руководством государственного секретаря Министерства здравоохранения Словакии и странового офиса ВОЗ в Словакии была создана национальная рабочая группа в составе 21 члена. Для руководства работой по анализу каждой из 10 основных оперативных функций обще-

ственного здравоохранения были назначены по два специалиста из Словакии; двадцать первым членом группы был временный внешний консультант ВОЗ.

Наиболее важные и общесогласованные рекомендации относительно 10 основных оперативных функций общественного здравоохранения были подготовлены с целью решения следующих задач:

- усилить институциональные аспекты системы общественного здравоохранения путем создания и/или обновления специализированных независимых подразделений и организаций;
- усовершенствовать и расширить дальнейшее образование для

сотрудников системы общественного здравоохранения;

- улучшить применение действующего законодательства, главным образом за счет предоставления и целевого ассигнования финансовых ресурсов; и
- укрепить связи между существующими базами данных в сфере здоровья и детерминантов здоровья, и практическое использование этих баз.

Хотя до недавнего времени политическая реакция на эти рекомендации была относительно слабой, процесс самооценки системы общественного здравоохранения Словакии представляет собой положительный пример сотрудничества между Региональным бюро и государством-членом ВОЗ.

Ключевые слова: СЛУЖБЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, СЛОВАКИЯ, САМООЦЕНКА

ВВЕДЕНИЕ

Система общественного здравоохранения в Словакии имеет давнюю историю: впервые она была учреждена после Второй мировой войны в бывшей Чехословакии с принятием Закона «О гигиене и эпидемиологической помощи» № 4/1952. С момента обретения Словакией статуса независимого государства (в 1993 г.) и членства в Европейском союзе (в

2004 г.) в обществе в целом происходят значительные перемены. Этот переход происходил на фоне глобального экономического кризиса и глобализации, которые также оказали воздействие на систему общественного здравоохранения. До начала политических изменений в 1989 г. система общественного здравоохранения являлась частью традиционной системы гигиены и санитарии (как и в большинстве бывших коммунистических стран), так называемой

«системы Семашко» (1). Процесс перехода к новой, современной системе общественного здравоохранения (определение которой дали Winslow в 1920 г. и позднее Acheson в меняющихся политических и экономических условиях) не был простым (2). Это было обусловлено двумя основными причинами: сопротивление изменениям и отсутствие возможностей систематического образования для медицинских работников (2, 3).

Термин «основные функции общественного здравоохранения» был впервые использован Центрами по контролю и профилактике заболеваний в 1994 (<http://www.cdc.gov/nphpsp/essentialservices.html>); вскоре после этого в исследовании Дельфи, проведенном Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), были определены основные функции системы общественного здравоохранения (4). Недавно Европейское региональное бюро ВОЗ пересмотрело определение этих функций, предложив новую формулировку: «основные оперативные функции общественного здравоохранения» (ОФОЗ 1–10; <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations>) с целью реализации этих ОФОЗ и более четкого определения и характеристики основных услуг. Был разработан онлайн инструмент ОФОЗ, позволяющий государствам-членам проводить самооценку при поддержке внешних экспертов, рекомендованных Региональным бюро.

В соответствии с положениями соглашения о сотрудничестве между Министерством здравоохранения Словакии и Региональным бюро, словацкое Министерство здравоохранения провело самооценку системы общественного здравоохранения страны при технической и финансовой поддержке со стороны Регионального бюро. Осуществив это мероприятие, Словакия присоединилась к 17 другим странам Центральной и Юго-Восточной Европы, которые участвуют в реализации Европейского плана действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения (5). В этой статье обобщаются данные о процессе самооценки и представлены его основные результаты и рекомендации для будущих действий.

МЕТОДЫ

Осенью 2012 года под руководством государственного секретаря Министерства здравоохранения Словакии и странового офиса ВОЗ в Словакии была создана национальная рабочая группа (НРГ) в составе 21 члена. Двадцать из них были специалистами из Словакии: по два человека (как правило, имеющих опыт практической и научной работы) были назначены для руководства деятельностью по анализу каждой из 10 ОФОЗ. Еще одним членом группы был временный внешний консультант ВОЗ, имевший опыт научной работы в Дании и предыдущий опыт практической деятельности в Словакии. Представитель странового офиса ВОЗ вместе с должностными лицами Министерства здравоохранения Словакии, отдела гигиены Медицинской палаты Словакии, Словацкой ассоциации общественного здравоохранения и других неправительственных организаций выбирали лидеров группы по анализу ОФОЗ в ходе консультативного процесса. Состав НРГ был утвержден Министерством здравоохранения Словакии, а члены группы получили официальные письма о назначении на должность от государственного секретаря Министерства здравоохранения. Всем руководителям групп по анализу ОФОЗ было предложено собрать более широкие неформальные группы местных специалистов для обсуждения информации для внесения в окончательный вариант онлайн инструмента ОФОЗ. Хотя в разных группах процесс отбора кандидатов отличался, руководители групп выбирали представителей из числа существующих сетей неправительственных организаций, местных специалистов и профессиональных ассоциаций. На процесс отбора также повлияли бюджетные ограничения, поскольку бюджеты этих подгрупп на проведение встреч и командировочные расходы были незначительными. В начале проведения оценки онлайн инструмент был защищен паролем. В этом инструменте определялось, какую работу следует провести для анализа каждой ОФОЗ, содержались критерии оценки, методы анализа сильных и слабых сторон, возможностей и угроз (SWOT-анализ), и процентная шкала оценки для сравнения текущего и оптимального состояния дел. Помимо проведения процесса самооценки члены НРГ должны были проанализировать полезность самого инструмента. Предполагалось, что в отношении каждой ОФОЗ и системы в целом, а также в отношении инстру-

мента самооценки будут разработаны обобщенные рекомендации.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Процесс самооценки начался в августе 2012 г. после установочного совещания НРГ, организованного в сотрудничестве с Министерством здравоохранения Словакии и страновым офисом ВОЗ в Словакии. Конкретные члены НРГ были назначены ответственными за проведение оценки каждой из ОФОЗ; всем руководителям групп по каждой из ОФОЗ было предложено сформировать их собственные подгруппы из числа ключевых информантов. На совещании присутствовал временный внешний консультант из Европейского регионального бюро ВОЗ, поделившийся определениями по каждой отдельной ОФОЗ. Первое заседание с участием всех членов групп было проведено зимой 2012 г. На этой встрече второй эксперт из ВОЗ более подробно разъяснил положения политики Здоровье-2020, уже утвержденного Европейского плана действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения, основные аспекты каждой ОФОЗ и методологию самооценки. После этой встречи отдельные группы проводили оценку и несколько раз встречались с ключевыми информантами лично, или проводили обсуждение с помощью технических средств (по телефону, электронной почте или Скайпу). Частота встреч подгрупп по анализу ОФОЗ различалась в зависимости от отдельных оцениваемых функций и доступности представителей групп; официальные записи этих встреч не велись. В 2013 г. были проведены три совещания в полном составе НРГ для подготовки финальной конференции для достижения консенсуса, запланированной на октябрь 2013 г. В первом и втором совещании участвовали только представители Словакии. Эти встречи проводились с целью прояснения открытых вопросов. В ходе третьего совещания, в котором принял участие временный внешний консультант из Регионального бюро, полученные результаты были обобщены и представлены в форме окончательного доклада для совещания по достижению консенсуса. Финальная конференция по достижению консенсуса была организована в Министерстве здравоохранения Словакии. В ней приняли участие около 50 представителей национальных и региональных органов общественного здравоохранения, других

РИС. 1. БЛОК-СХЕМА С ОТОБРАЖЕНИЕМ ЭТАПОВ ПРОЦЕССА САМООЦЕНКИ



секторов, вовлеченных в деятельность по охране общественного здоровья, и некоторых неправительственных организаций. На рис. 1 представлены этапы реализации процесса самооценки.

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ

В соответствии с решением, согласованным на раннем этапе этого процесса, Закон № 355/2007 Coll. о защите, поощрении и усилении здравоохранения и о внесении изменений и дополнений в другие соответствующие законы с внесенными в них поправками, принятый Национальным Советом Словацкой Республики, и результаты ситуационного анализа (т.е., его реализация на практике) были положены в основу процесса самооценки, поскольку этот закон регламентирует деятельность системы здравоохранения в Словакии. В отчете о самооценке предлагаются несколько рекомендаций по преодолению наиболее значительных слабых мест в этой системе, определенной данным законом.

- Усилить институциональную составляющую системы общественного здравоохранения. Институциональная составляющая этой системы должна быть усилена за счет создания или обновления специализированных независимых

подразделений и организаций, например, подразделения эпидемиологии окружающей среды, независимого от государственных организаций эпиднадзора, с целью координации Национальной программы по укреплению здоровья и национальных профилактических программ и проектов Национальной программы по укреплению здоровья. Эта рекомендация была разработана в ответ на слабые стороны трех модулей:

- отсутствие независимого экологического и эпидемиологического подразделения в системе общественного здравоохранения (ОФОЗ 2: Мониторинг и реагирование на опасности для здоровья и при чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения; выявление приоритетных проблем здоровья и угроз в области общественного здравоохранения среди населения);
 - отсутствие учреждения по координации работы специалистов и институций для организации эффективных кампаний; отсутствие межсекторального подхода (наряду со слабой поддержкой в СМИ); и отсутствие социального маркетинга или других мер, ориентированных на укрепление здоровья (ОФОЗ 5: Профилактика болезней, включая раннее выявление нарушений здоровья); и
 - отсутствие стабильных отделов/подразделений по укреплению здоровья из-за недостаточной правовой поддержки и нехватки персонала; некоторым учреждениям здравоохранения даже пришлось закрыть свои отделы/подразделения по укреплению здоровья (ОФОЗ 4: Укрепление здоровья, включая воздействие на социальные детерминанты и сокращение неравенств по показателям здоровья); более того, укрепление здоровья как учебная дисциплина отсутствует в образовательной системе Словакии.
- Улучшить и расширить дополнительное образование для сотрудников системы здравоохранения. Это было признано необходимым из-за недостатков, выявленных в следующих областях:
 - обеспечение готовности и планирование действий в ответ на угрозы общественному здоровью (ОФОЗ 2; создание системы образования и подготовки для лиц, уполномоченных на осуществление мероприятий в ситуациях, требующих применения Международных медико-санитарных правил (6));
 - профилактика болезней, включая их раннее выявление (ОФОЗ 5; обучение медицинских работников по вопросам вакцинации и коммуникации для населения и повышение уровня знаний сотрудников службы первичной медико-санитарной помощи о нефармакологических методах воздействия на отдельные факторы риска и их устранения);
 - меры по укреплению здоровья (ОФОЗ 4; систематическое образование по специальности «укрепление здоровья» невозможно организовать);
 - высококвалифицированный персонал в области укрепления здоровья (ОФОЗ 7: Обеспечение сферы общественного здравоохранения квалифицированными кадрами достаточной численности; отсутствие программ последующего обучения, главным образом, по развитию навыков общения в коллективе и отчасти в сфере управления общественным здравоохранением; устойчивость дальнейшего образования ограничена из-за сокращения финансовых ресурсов, выделяемых системе здравоохранения; отсутствие непрерывного контроля качества на всех уровнях образования в сфере общественного здравоохранения).
 - Расширить применение действующего законодательства. В основном это касается предоставления и целевого ассигнования финансовых ресурсов. Эта рекомендация была предложена в ответ на следующие недостатки:
 - отсутствие финансирования для систематического мониторинга здоровья; пилотные проекты (например, Европейское обследование состояния здоровья на основе медицинских осмотров) не продолжают для

обеспечения систематического мониторинга по причине нехватки финансирования; отмечается постепенное снижение численности медицинских специалистов в государственных учреждениях здравоохранения из-за финансового регулирования (ОФОЗ 3: Защита здоровья, включая обеспечение безопасности окружающей среды, труда, пищевых продуктов и др.);

- отсутствие финансовых ресурсов для разработки программы иммунизации и компенсации в случае применения инновационных вакцин (ОФОЗ 5);
 - отсутствие прямых ассигнований для реализации существующих национальных программ (ОФОЗ 4);
 - низкий уровень оплаты специалистов общественного здравоохранения (ОФОЗ 8: Обеспечение устойчивых организационных структур и финансирования; для реализации основных функций и принципов управления общественным здравоохранением, финансированием и обеспечением качества); и
 - отсутствие финансирования исследований в области здоровья, главным образом, в сфере общественного здравоохранения (ОФОЗ 10: Содействие развитию исследований в области общественного здравоохранения для научного обоснования политики и практики).
- Улучшить связь с существующими базами данных по вопросам здоровья и детерминантов здоровья, и расширить использование этих баз данных. Эта рекомендация основана на следующих выявленных недостатках:
 - недостаточно постоянный анализ и интерпретация данных мониторинга, и, как следствие, недостаточное использование результатов политики в области здравоохранения (ОФОЗ 1: Эпиднадзор и оценка состояния здоровья и благополучия населения);
 - недостаточно широкое использование данных о здоровье из имеющихся источников, таких

как фонды медицинского страхования; отсутствует системная связь с другими реестрами данных (ОФОЗ 4); и

- отсутствие доступа к результатам планового сбора данных, недостатки в области распространения результатов исследований и практического применения знаний в реальной жизни (ОФОЗ 10).

Эти четыре ключевые рекомендации были основаны на анализе всех ОФОЗ, результаты которого использовались при разработке конкретных рекомендаций по каждой ОФОЗ. Полный окончательный обобщенный отчет был представлен министру здравоохранения Словакии и специалистам на национальном совещании по достижению консенсуса. Основные возражения у Министерства здравоохранения Словакии вызвала рекомендация по ОФОЗ 4 в области укрепления здоровья. Министерство здравоохранения не согласилось признать необходимость в разработке и принятии политического документа под названием *Концепция укрепления здоровья* (которая предусматривала проведения специализированного обучения). Основным аргумент состоял в том, что уже существующий политический документ *Концепция медико-санитарного просвещения* (опубликованный в 2010 г.) в полной мере охватывает задачи укрепления здоровья. Все члены НРГ выразили несогласие с этим аргументом, отметив, что укрепление здоровья является отдельной ОФОЗ (и одной из трех ключевых ОФОЗ) и представляет собой более широкую концепцию, чем просто медико-санитарное просвещение.

Несмотря на то, что в 2013 г. данный отчет был принят действующим на тот момент министром, до недавнего времени почти никакие действия в этой связи не осуществлялись. К моменту написания этой статьи (весна 2016 г.) сменились три других министра здравоохранения, однако возможность вдохнуть новую жизнь в этот отчет о самооценке появляется только сейчас. Следует, однако, отметить, что в декабре 2013 г. правительством Словакии был принят стратегический политический документ *Основы стратегии здравоохранения на 2014–2030 гг.*, и отчет о самооценке был использован в качестве одного из ключевых документов при его подготовке. Воздействие результатов отчета о самооценке на существующую политику здравоохранения, политику

общественного здравоохранения и систему здравоохранения в Словакии на первый взгляд кажется минимальным, что может вызвать сомнения в самом процессе самооценки. И все же мы считаем, что дела обстоят иначе. Мы убеждены, что основная задача процесса самооценки заключалась в том, чтобы сломить сопротивление переменам в системе; нескольких лет вряд ли было достаточно, чтобы преодолеть сопротивление, сформировавшееся за несколько десятилетий. Отчет о самооценке сегодня приобретает новую жизнь, и мы верим, что его результаты будут использованы при разработке новой стратегии общественного здравоохранения в Словакии, работа над которой началась по поручению правительства страны и должна быть завершена до конца 2017 г. Мы также считаем, что процесс самооценки привнес новый дух открытости обсуждения в обычно закрытую культуру общественного здравоохранения Словакии, нацеленного на охрану здоровья. Благодаря созданию НРГ и подгрупп по отдельным ОФОЗ процесс подготовки к национальному консенсусному совещанию и проведение самого совещания изменили культуру общественного здравоохранения, и это достижение необходимо поддерживать и развивать в дальнейшем. Эти компоненты открытости и обсуждения очень важны для оптимизации вклада всех заинтересованных сторон, учитывая высокие финансовые затраты на процесс самооценки. Возникает резонный вопрос: является ли такой длительный процесс, предполагающий множество встреч (и, соответственно, потребность в частых командировках), необходимым и эффективным способом узнать то, что многие специалисты уже знают или предполагают. В условиях Словакии наш ответ будет определенно утвердительным, однако мы бы рекомендовали другим государствам-членам очень тщательно изучить свой местный контекст. Хотя современные средства онлайн-коммуникации могут сделать этот процесс менее затратным, живое обсуждение в малых или больших группах представляется более эффективным.

Некоторые из слабых мест, выявленных в процессе самооценки, были уже известны отдельным специалистам в Словакии (или не стали для них неожиданностью) еще до начала процесса. Однако благодаря процессу самооценки эти слабые места стали общепризнанными в сообществе общественного здравоохранения, и это уже является достижением.

Еще одним положительным результатом процесса самооценки в Словакии стало быстрое внедрение ОФОЗ. Обычно практическое применение международных политических инноваций на уровне страны занимает немало времени. В данном случае благодаря участию в НРГ приглашенного научного руководителя и множества специалистов в самых разных областях, и работников общественного здравоохранения применение знаний на практике произошло очень быстро.

Проведение самооценки на очень раннем этапе (по сравнению с другими странами) расширило наш опыт как в реализации процесса самооценки, так и в применении инструмента самооценки. Во-первых, все участники и заинтересованные стороны назвали процесс самооценки положительным опытом. Он создал отличные возможности для вовлечения специалистов по разным дисциплинам, представляющих разные организации, в структурные обсуждения основных вопросов общественного здравоохранения. В ходе процесса самооценки, продолжавшегося более полутора лет, группа из 21 специалиста превратилась в гибкий и открытый, живой организм общественного здравоохранения (по словам участников этой группы), обладающий богатым опытом и чувством ответственности за будущее общественного здравоохранения в Словакии. Во-вторых, в этом процессе самооценки был использован первый вариант инструмента самооценки, доступ к которому был довольно сложным из-за парольной защиты системы. Большинство проблем были решены в ходе дискуссий с коллегами из Регионального бюро в Копенгагене; это привело к совершенствованию инструмента и упрощению доступа к нему. Например, мы предложили заменить процентную систему системой баллов в инструменте самооценки, и это предложение уже реализовано. Тесное общение с сотрудниками Регионального бюро позволило провести и другие, менее широкие, консультации и наладить сотрудничество уже после окончания процесса самооценки, например, консультации относительно предложения о разработке новой инфраструктуры укрепления здоровья в Словакии, включения Словакии в среднесрочный обзор в рамках Европейского плана действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения и, совсем недавно, консультации по вопросу разработки новой стратегии общественного здравоохранения для Словакии.

И наконец важно отметить, что анализ услуг системы общественного здравоохранения также выявил необходимость реагирования на такие новые вызовы, как миграция и здоровье мигрантов. С целью укрепления системы охраны здоровья и потенциала общественного здравоохранения в случае возможного роста показателей миграции в стране, 25-26 октября 2016 года в Братиславе прошел семинар на тему “Усовершенствование услуг по охране здоровья для беженцев, просителей убежища и других мигрантов”, организованный Европейским региональным бюро ВОЗ (в рамках двухгодичного соглашения о сотрудничестве (ДСС) между Министерством здравоохранения Словакии и Европейским региональным бюро ВОЗ на период 2016-17 гг.) совместно с проектом SH-CAPAS. Участниками семинара стали представители четырех министерств (здравоохранения, внутренних дел, транспорта и обороны), институтов общественного здравоохранения, региональных органов власти, университетов и ассоциации врачей общей практики. В ходе семинара был проведен анализ действий каждого из представленных учреждений для обеспечения эффективности мер, а также разработан ряд рекомендаций по наращиванию национального потенциала в будущем.

ВЫВОДЫ

Самооценка системы общественного здравоохранения в Словакии представляет собой положительный пример сотрудничества между Европейским региональным бюро ВОЗ и государством-членом. И хотя окончательный отчет о результатах самооценки пока не привел к серьезным изменениям в системе общественного здравоохранения страны, он позволил заложить фундамент для таких изменений. Это наиболее полный отчет об оценке существующей системы, который может быть использован любым политическим лидером для осуществления предлагаемых изменений.

Более того, в ходе осуществления самооценки в Словакии была внедрена концепция ОФОЗ и были созданы возможности для подготовки нескольких презентаций на различных конференциях по вопросам общественного здравоохранения и в образовательных программах.

Выражение признательности: мы с признательностью отмечаем деятельность национальной рабочей группы, без которой проведение этой самооценки было бы невозможным. Также мы благодарим Европейское региональное бюро ВОЗ за экспертные консультации и необходимое программное обеспечение, предоставленные в поддержку деятельности национальной рабочей группы.

Источник финансирования: финансирование для проведения самооценки было предоставлено в рамках Двухгодичного соглашения о сотрудничестве между Европейским региональным бюро ВОЗ и Министерством здравоохранения Словакии на период 2012–2013 гг. Это финансирование не предусматривает покрытие расходов на подготовку данной статьи.

Конфликт интересов: авторы данной статьи входили в состав национальной рабочей группы по проведению самооценки.

Отказ от ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые не обязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Шейман И. Тернистый путь от системы Семашко к новой модели здравоохранения. Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. 2013;91:320–1 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/13-030513/ru/>, по состоянию на 16 ноября 2016 г.).
2. Magnússon, G. Health and human rights – a public health perspective. J Humanitarian Med 2002;2:1–3.
3. Winslow CEA. The untilled fields of public health. Science. 1920;51(1306):23–33. (<http://www.jstor.org/stable/pdfplus/1645011.pdf?acceptTC=true>, по состоянию на 16 ноября 2016 г.).
4. Bettcher DW, Sapirie S, Goon EHT. Essential public health functions: results of an international DELPHI study. World Health Stat Q. 1998;51:44–54.

5. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. 62-я сессия Регионального комитета. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/171773/RC62wd12rev1-Rus-updated.pdf, по состоянию на 16 ноября 2016 г.).
6. Международные медико-санитарные правила (2005 г.), 3-е издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2005 г. (<http://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/ru/>, по состоянию на 16 ноября 2016 г.).

INFORMATION FOR AUTHORS

There are no page charges for submissions.
Please check www.euro.who.int/en/panorama for details.

Manuscripts should be submitted to eupanorama@who.int

EDITORIAL PROCESS

All manuscripts are initially screened by editorial panel for scope, relevance and scientific quality. Suitable manuscripts are sent for peer review anonymously. Recommendations of at least two reviewers are considered by the editorial panel for making a decision on a manuscript. Accepted manuscripts are edited for language, style, length etc. before publication. Authors must seek permission from the copyright holders for use of copyright material in their manuscripts.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Постраничный тариф к присланным документам не применяется.
Подробную информацию можно найти на веб-сайте: www.euro.who.int/ru/panorama.

Рукописи просьба присылать по адресу: eupanorama@who.int

ПРОЦЕСС РЕДАКТИРОВАНИЯ

Все рукописи сначала изучает редакционная коллегия с целью оценки объема, актуальности и научного качества. Выбранные рукописи отправляются экспертам для рецензирования без указания авторов. Затем редакционная коллегия рассматривает рекомендации как минимум двух рецензентов, чтобы принять решение о публикации рукописи. Перед публикацией принятые рукописи проходят литературное редактирование с точки зрения языка и стиля изложения, длины текста и т.п. Авторы должны получить разрешение у владельцев авторского права на использование авторских материалов в своих рукописях.

THE WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

The World Health Organization (WHO) is a specialized agency of the United Nations created in 1948 with the primary responsibility for international health matters and public health. The WHO Regional Office for Europe is one of six regional offices throughout the world, each with its own programme geared to the particular health conditions of the countries it serves.

MEMBER STATES

Albania	Hungary	Russian
Andorra	Iceland	Federation
Armenia	Ireland	San Marino
Austria	Israel	Serbia
Azerbaijan	Italy	Slovakia
Belarus	Kazakhstan	Slovenia
Belgium	Kyrgyzstan	Spain
Bosnia and Herzegovina	Latvia	Sweden
Bulgaria	Lithuania	Switzerland
Croatia	Luxembourg	Tajikistan
Cyprus	Malta	The former
Czech Republic	Monaco	Yugoslav
Denmark	Montenegro	Republic
Estonia	Netherlands	of Macedonia
Finland	Norway	Turkey
France	Poland	Turkmenistan
Georgia	Portugal	Ukraine
Germany	Republic	United Kingdom
Greece	of Moldova	Uzbekistan
	Romania	

ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

ГОСУДАРСТВА-ЧЛЕНЫ

Австрия	Исландия	Сербия
Азербайджан	Испания	Словакия
Албания	Италия	Словения
Андорра	Казахстан	Соединенное
Армения	Кипр	Королевство
Беларусь	Кыргызстан	Таджикистан
Бельгия	Латвия	Туркменистан
Болгария	Литва	Турция
Босния и Герцеговина	Люксембург	Узбекистан
Бывшая югославская Республика Македония	Мальта	Украина
Венгрия	Монако	Финляндия
Германия	Нидерланды	Франция
Греция	Норвегия	Хорватия
Грузия	Польша	Черногория
Дания	Португалия	Чешская
Израиль	Республика	Республика
Ирландия	Молдова	Швейцария
	Российская	Швеция
	Федерация	Эстония
	Румыния	
	Сан-Марино	