

ОБОБЩАЮЩИЙ ДОКЛАД СЕТИ ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ №44

Связанные с миграцией аспекты общественного здравоохранения: обзор фактических данных о состоянии здоровья беженцев и лиц, ищущих убежища, в Европейском регионе

Hannah Bradby | Rachel Humphris | Dave Newall | Jenny Phillimore



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

Сеть фактических данных в отношении здоровья

СФДЗ – Сеть фактических данных в отношении здоровья – это информационная служба, предназначенная для лиц, принимающих решения в области общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ, основанная и координируемая Европейским региональным бюро ВОЗ. Она представляет собой единую точку доступа к наилучшим имеющимся фактическим данным и информации общественного здравоохранения.

СФДЗ предоставляет:

- ответы в поддержку процессов по принятию решений: в новейших кратких отчетах освещаются известные факты, указывается на недостатки в области фактических данных и информации, а также подчеркиваются основные сферы обсуждения, в том числе тенденции и стратегические варианты;
- легкий доступ к фактическим данным и информации с ряда веб-сайтов, баз данных, документов и экспертных сетей: данные ресурсы тщательно отбираются, приводится описание их главных тем и содержания.

Фактические данные в СФДЗ включают результаты исследований и другую важную информацию, актуальную для принятия решений в секторе общественного здравоохранения. Результаты исследований включают в себя, например, результаты рандомизированных контролируемых испытаний и систематических обзоров. Остальная важная информация поступает из анализов конкретных ситуаций, докладов, опыта и наблюдательных исследований. В СФДЗ фактические данные интерпретируются с учетом контекста, принимая во внимание, что эффективные для одной страны меры могут оказаться неэффективными в другой.

СФДЗ поручает экспертам проводить исследования и находить ответы на избранные вопросы, полученные со стороны лиц, ответственных за принятие решений, со всего Европейского региона ВОЗ. Эти ответы основываются на фактических данных, проходят коллегиальный обзор и периодически обновляются. СФДЗ работает в сотрудничестве с агентствами и организациями всего Европейского региона, в том числе с Европейской комиссией и учреждениями системы ООН.

СФДЗ и проект ВОЗ «Связанные с миграцией аспекты общественного здравоохранения в Европе»

На пятом совещании Европейского консультативного комитета по научным исследованиям в области здравоохранения ВОЗ (EACHR), прошедшего 7-8 июля 2014 г., члены совета пришли к соглашению сформировать подкомитет по вопросам миграции и здоровья с целью проведения обзора стратегических основ проекта «Связанные с миграцией аспекты общественного здравоохранения в Европе» (PHAME). EACHR порекомендовал Секретариату заказать составление трех обобщающих докладов СФДЗ, посвященных проблемам трех отдельных групп мигрантов: недокументированные мигранты, трудовые мигранты, а также беженцы и лица, ищущие убежища.

Таким образом, настоящий обобщающий доклад СФДЗ является результатом совместных усилий двух отделений Европейского регионального бюро, а именно проекта PHAME, осуществляемого Отделом политики и стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия, а также подразделения фактических данных и информации для принятия решений Отдела информации, фактических данных, научных исследований и инноваций.

Обобщающий доклад Сети фактических данных в отношении здоровья №44

**Связанные с миграцией аспекты общественного
здравоохранения: обзор фактических данных о
состоянии здоровья беженцев и лиц, ищущих убежища,
в Европейском регионе**

Hannah Bradby | Rachel Humphris | Dave Newall | Jenny Phillimore

Аннотация

Беженцев и лиц, ищущих убежища, можно определить по-разному, но в основном это люди, которые были вынуждены покинуть свою страну происхождения и не могут вернуться домой по причине опасности. Данные о результатах исследований ограничены и в основном сконцентрированы на охране перинатального и психического здоровья, и, тем не менее, они указывают на то, что потребности этой категории населения в области здравоохранения не удовлетворяются. В процессе оценочного анализа было рассмотрено 72 исследования, полностью или частично направленных на изучение проблем беженцев и лиц, ищущих убежища. Степень доступа к соответствующей медицинской помощи существенно различается во всем Европейском регионе ВОЗ и всецело зависит от нормативно-правовых баз и норм, регулирующих миграционный процесс. Широко отмечается необходимость в улучшении способов общения с лицами, ищущими убежища, а также в координации деятельности между учреждениями внутри и вне медицинской системы. Настоятельной необходимостью является улучшение данных в поддержку межсекторального сотрудничества с целью удовлетворения потребностей в области здравоохранения лиц, ищущих убежища, и беженцев.

Ключевые слова

DELIVERY OF HEALTH CARE, EVIDENCE-BASED HEALTH CARE, HEALTH POLICY, REFUGEES, SOCIOECONOMIC FACTORS

Совет для цитирования

Bradby H, Humphris R, Newall D, Phillimore J. 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 г. (Обобщающий доклад Сети фактических данных в отношении здоровья №44).

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

ISSN 2227-4316

ISBN 978 92 890 51 20 0

© Всемирная организация здравоохранения, 2015 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных 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. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

▶ Условные сокращения	iv
▶ Соавторы	v
▶ Предисловие.....	vii
▶ Резюме.....	ix
▶ 1. Введение	1
▶ 1.1. История вопроса.....	1
▶ 1.2. Методология	4
▶ 2. Результаты.....	6
▶ 2.1. Состояние здоровья.....	6
▶ 2.2. Доступ к медицинской помощи	7
▶ 2.3. Коммуникационные, языковые и культурные барьеры	12
▶ 3. Обсуждение	14
▶ 3.1. Сильные и слабые стороны обзора.....	14
▶ 3.2. Доступ к помощи и состояние здоровья.....	14
▶ 3.3. Варианты и значение стратегий.....	16
▶ 4. Выводы.....	19
▶ Библиография.....	20
▶ Приложение 1. Стратегия поиска	28
▶ Приложение 2. Определение терминов «беженцы», «ищущие убежища» и «мигранты» в литературе.....	29

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

ЕС	Европейский союз
НПО	Неправительственная организация
СНГ	Содружество Независимых Государств
СФДЗ	Сеть фактических данных в отношении здоровья
УВКБ ООН	Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев



СОАВТОРЫ

Авторы

Hannah Bradby

Профессор, Уппсальский университет, Уппсала (Швеция)

Rachel Humphris

Кандидат философских наук, Оксфордский университет, Оксфорд (Соединенное Королевство)

Dave Newall

Независимый консультант, Кру (Соединенное Королевство)

Jenny Phillimore

Профессор, Бирмингемский университет, Бирмингем (Соединенное Королевство)

Соавторы

Magdalena Kania Lundholm

Стипендиат постдокторантуры, Уппсальский университет, Уппсала (Швеция)

Amina Jama Mahmud

Научный сотрудник постдокторантуры, Уппсальский университет, Уппсала (Швеция)

Nando Sigona

Старший преподаватель, Бирмингемский университет, Бирмингем (Соединенное Королевство)

Независимые рецензенты

Athena Linos

Профессор Медицинской школы, директор департамента гигиены, эпидемиологии и медицинской статистики, Афинский университет, Афины (Греция)

Tahereh Moradi

Старший доцент, Каролинский институт, Стокгольм (Швеция)

Группа проекта «Связанные с миграцией аспекты общественного здравоохранения» (PHAME)

Santino Severoni, координатор

Rita Sá Machado

Rocío Zurriaga-Carda

Matteo Dembech

Sara Barragán-Montes

Grace M. Lassiter

Kate Langley

Группа PHAME входит в состав Европейского офиса по инвестициям в здоровье и развитие при Отделе политики и стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия Европейского регионального бюро ВОЗ.

Редакционная коллегия Сети фактических данных в отношении здоровья (СФДЗ)

Claudia Stein, директор

Tim Nguyen, исполнительный редактор

Ryoko Takahashi, редактор серии

Jane Ward, редактор-корректор

Редакционная коллегия СФДЗ входит в состав Отдела информации, фактических данных, научных исследований и инноваций Европейского регионального бюро ВОЗ. Обобщающие доклады СФДЗ являются заказными работами, проходящими коллегиальный обзор. За их содержание несут ответственность авторы. Они необязательно отражают официальную политику Регионального бюро.



ПРЕДИСЛОВИЕ

Zsuzsanna Jakab, Директор Европейского регионального бюро ВОЗ

Миграция является одной из высокоприоритетных тем стратегической повестки дня большинства государств-членов Европейского региона ВОЗ. Для работы в этом приоритетном направлении Европейское региональное бюро ВОЗ в 2012 г. основало проект «Связанные с миграцией аспекты общественного здравоохранения» (PHAME).

Основными факторами, приводящими к росту уровня миграции, являются природные и антропогенные катастрофы, в том числе социальная, экономическая и политическая нестабильность.

Проблемы, окружающие понятия здоровья и миграции, имеют большое значение по ряду основных причин. Они связаны не только с этическими последствиями неравного доступа к услугам здравоохранения, но и с (предотвратимыми) затратами систем здравоохранения и общества в целом. В результате этого решение проблем здоровья и миграции не только является этическим императивом, но и выступает в качестве прямых и косвенных стимулов, таких как более крепкое здоровье, социальная сплоченность, экономическая устойчивость и политическое сотрудничество.

Отсутствие единого пакета имеющихся данных и значительные разбежки среди разных стран затрудняют выявление общерегиональных закономерностей и тенденций. Европейскому региону присущи как большое разнообразие природных условий, так и крайне неоднородная география населения. В результате в Регионе сложились весьма сложные миграционные тенденции, а различия между странами в качестве данных и методах их сбора усугубляют проблемы, связанные с любыми попытками охарактеризовать их. Более того, сбор и анализ данных требует сотрудничества между странами происхождения, транзита и конечного направления мигрантов, т.е. взаимодействия, выходящего за границы Европейского региона.

Основанные на фактических данных меры общественного здравоохранения по смягчению негативного воздействия миграции на здоровье могли бы спасти значительное число человеческих жизней, облегчить страдания и предотвратить ухудшение состояния здоровья людей. Они также могут сыграть важную роль в эффективном решении проблемы растущих затрат на медицинское обслуживание и в предотвращении или смягчении негативного влияния миграции на системы здравоохранения и общество. Тем не менее, недостаточные знания в различных областях затрудняют работу по повышению эффективности планирования и осуществления результативных стратегий в области миграции и здоровья. Таким образом, прочная междисциплинарная база научных знаний является важнейшей основой для расширения практик общественного здравоохранения и разработки стратегий.

На своем пятом совещании в июле 2014 г. Европейский консультативный комитет по научным исследованиям в области здравоохранения (ЕАСНР) принял решение сформировать подкомитет по вопросам миграции и здоровья с целью проведения обзора стратегических основ проекта PHAME. ЕАСНР порекомендовал Секретариату поручить подготовить три обобщающих доклада Сети фактических данных в отношении здоровья (СФДЗ), посвященных проблемам трех отдельных групп мигрантов: недокументированные мигранты, трудовые мигранты, а также беженцы и лица, ищущие убежища. Подкомитет пришел к выводу о том, что обобщение и сведение воедино существующих фактических данных было бы более полезно для лиц, вырабатывающих политику, чем проведение нового исследования.

Это один из трех подготовленных по поручению Секретариата докладов, посвященных вопросам доступности и предоставления медицинской помощи мигрантам. Доклады создадут основу для определения других аспектов темы здоровья и миграции, для которых может понадобиться проведение дополнительных исследований и сбора фактических данных, а также для разработки основанных на фактических данных стратегий и новых подходов по укреплению здоровья мигрантов.



РЕЗЮМЕ

Суть проблемы

Миграция считается одной из главных социальных, политических и здравоохранительных проблем в Европейском регионе ВОЗ. Рост численности беженцев, прибывающих в Регион и проезжающих через него, не показывает никаких признаков спада. Правительства разных стран склонны проводить разграничение между лицами, ищущими убежища, чьи заявления о предоставлении убежища находятся в процессе рассмотрения, и беженцами, чьи заявления были приняты. Степень доступа к системе социального обеспечения, особенно в секторе здравоохранения, часто разная для лиц, ищущих убежища, и для беженцев.

Обобщающий вопрос

Целью данного доклада является обобщение результатов исследований, выявленных в процессе систематического обзора имеющихся научных фактических данных и неиндексированной в медицинских базах данных литературы для того, чтобы ответить на следующий вопрос: «Какие стратегии и мероприятия содействуют улучшению доступа к услугам здравоохранения для беженцев и лиц, ищущих убежища, в Европейском регионе?»

Виды фактических данных

Был проведен обзорный анализ научной и неиндексированной в медицинских базах данных литературы на английском языке. В результате были определены 72 исследования, в которых беженцы и лица, ищущие убежища, частично или полностью относились к изучаемым категориям населения.

Результаты

Фактических данных о состоянии здоровья беженцев и лиц, ищущих убежища, совсем мало, и большинство из них сконцентрированы на вопросах материнского здоровья и психических расстройств. Фактические данные о неудовлетворительном психическом здоровье и отрицательных перинатальных исходах среди некоторых беженцев и лиц, ищущих убежища, указывают на то, что их медицинские потребности не удовлетворяются. Однако разные группы подвергаются разному воздействию негативных факторов, поэтому эти факторы невозможно обобщить.

Степень доступа к медицинской помощи зависит от нормативно-правовой базы, определяющей права беженцев и лиц, ищущих убежища, а также от мер регулирования миграционного процесса. В число других препятствий, затрудняющих доступ к услугам здравоохранения, входят коммуникационные трудности (напр., отсутствие переводчиков), культурные проблемы (предпочтение обслуживаться врачами определенного пола), структурные проблемы (транспорт) и бюрократические барьеры (система

социального обеспечения). Доступ к специализированным услугам также может быть затруднен. Характер и продолжительность процесса получения убежища, а также практика помещения под стражу и расселения, оказывают большое влияние на показатели состояния здоровья. Хорошие условия переселения, в том числе наличие работы, воссоединение с семьей, защита от дискриминации и помощь в интеграции или репатриации, ассоциируют с более высокими показателями состояния здоровья.

Стратегические соображения

Более подробная информация и улучшение документальной базы необходимы для поддержки процесса разработки национальных и международных минимальных норм и стратегий управления в области оказания медицинской и социальной помощи беженцам и лицам, ищущим убежища. Варианты стратегий, основанные на рассмотренных здесь фактических данных, включают:

- улучшенный доступ к услугам путем устранения правовых ограничений;
- полное медицинское обеспечение всех беременных женщин и детей независимо от иммиграционного статуса;
- применение таких подходов для улучшения общения, как предоставление переводчиков и надлежащей документации для пациентов;
- изменение процессов предоставления медицинской помощи с целью улучшения использования услуг, например, удлинение времени приема, предоставление транспорта.



1. ВВЕДЕНИЕ

1.1. История вопроса

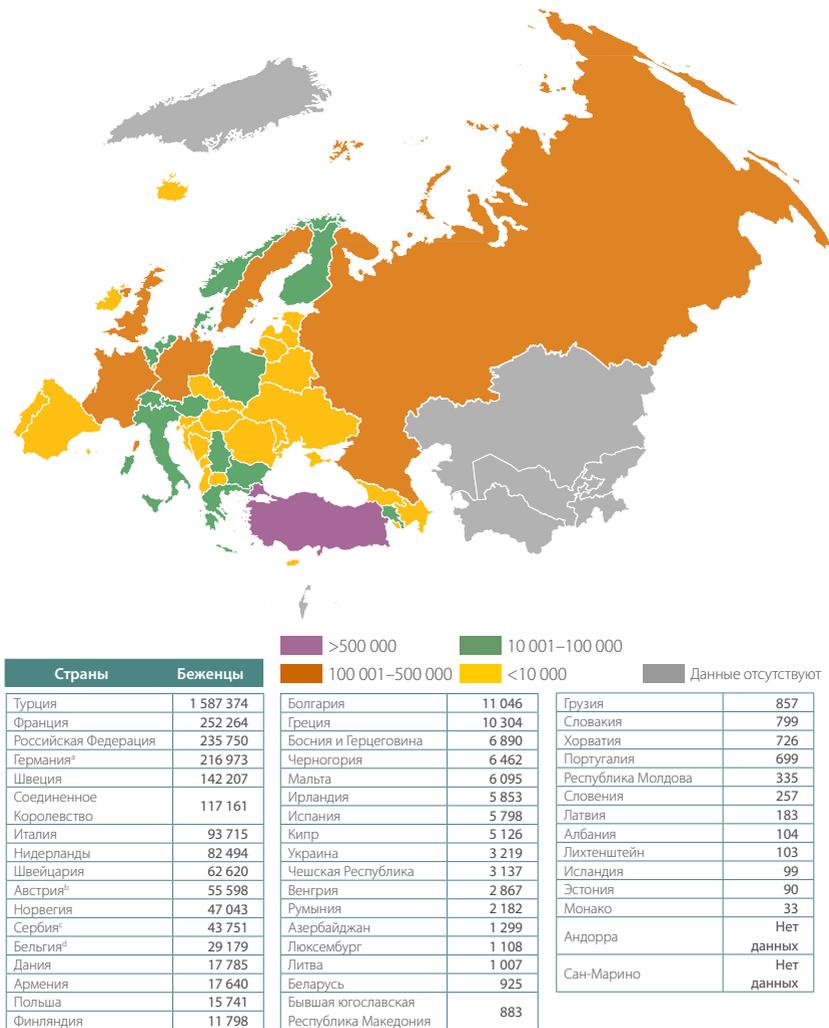
Миграция считается одной из главных социальных, политических и здравоохранительных проблем в Европейском регионе ВОЗ. В период с 1990 по 2013 гг. число международных мигрантов во всем мире выросло более чем на 77 млн., в Европе отмечались одни из самых высоких показателей роста числа международных мигрантов (1). Согласно данным Управления Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев (УВКБ ООН, рис. 1 и 2), в 2013 г. примерно полмиллиона человек обратились за предоставлением убежища в Европе, что на 32% больше, чем в 2012 г. (2–4).¹ Нет абсолютно никаких фактических данных, позволяющих предположить, что число беженцев снизится в ближайшем будущем, а затянувшийся «кризис» на южном средиземноморском и эгейском побережьях в действительности указывает на противоположное. Согласно резолюции 61/17 Всемирной ассамблеи здравоохранения 2008 г., государства-члены должны сосредоточить внимание на обеспечении равного доступа к услугам по укреплению здоровья, профилактике заболеваний и уходу для мигрантов (5).

Официальная защита беженцев, включая доступ к медицинским услугам, должна осуществляться государством первой регистрации заявления о предоставлении убежища. Однако в действительности им могут регулярно отказывать в таких правах, особенно на стадии определения их статуса. Правительства проводят разграничения между лицами, ищущими убежища, чьи заявления о предоставлении убежища находятся в процессе рассмотрения, и беженцами, чьи заявления были приняты. Степень доступа к системе социального обеспечения, особенно в секторе здравоохранения, часто различается для лиц, ищущих убежища, и для беженцев. Запоздалое предоставление помощи может быть обусловлено ограничениями в исполнении на местном уровне, а не национальными стратегиями предоставления услуг (6). Беженцы, не сообщающие о себе в государственные органы или не имеющие возможность это сделать, могут воздерживаться от обращения за услугами здравоохранения из-за боязни быть обнаруженными. Недокументированные или трудовые мигранты могут быть вынужденными мигрантами, не имеющими возможности попросить убежища, и, таким образом, лишены права на медицинскую помощь.

Особенности права обращения за убежищем различаются в разных странах Европейского региона ВОЗ. Некоторые страны Содружества Независимых Государств (СНГ) отказываются признавать прошения о предоставлении убежища от некоторых этнических и национальных групп. Более того, политическое желание оказывать помощь беженцам, в том числе медицинскую, варьируется в пределах всего Европейского региона ВОЗ, а правительства некоторых стран абсолютно безучастны в этом вопросе.

1. УВКБ ООН не включает в Европейский регион Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан.

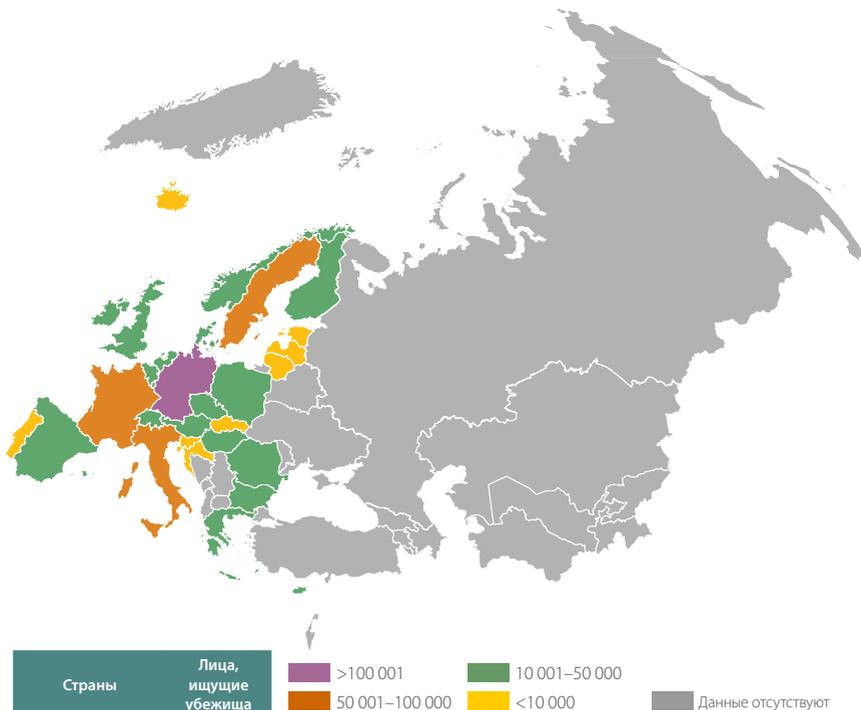
Рис. 1. Беженцы в Европе, декабрь 2014 г.



^a Числа сокращены; ^b На конец 2013 г.; ^d На середину 2014 г. ^c Сербия и Косово (согласно резолюции 1244 Совета Безопасности ООН (1999 г)).

Источник: УВКБ ООН, 2015 г. (3).

Рис. 2. Лица, ищущие убежища, и лица, впервые подающие ходатайство о предоставлении убежища, в Европейском союзе, сгруппированные по гражданству, возрасту и полу



Страны		Лица, ищущие убежища		Лица, ищущие убежища		Лица, ищущие убежища	
				>100 001	10 001–50 000	<10 000	Данные отсутствуют
Германия	202 815	Дания	14 715	Чешская Республика	1 155		
Швеция	81 325	Норвегия	11 480	Люксембург	1 150		
Италия	64 625	Болгария	11 080	Хорватия	450		
Франция	64 310	Греция	9 435	Португалия	445		
Венгрия	42 775	Польша	8 025	Литва	440		
Соединенное Королевство	31 945	Испания	5 615	Словения	385		
Австрия	28 065	Финляндия	3 625	Латвия	375		
Нидерланды	24 535	Кипр	1 745	Словакия	330		
Швейцария	23 770	Румыния	1 545	Исландия	170		
Бельгия	22 850	Ирландия	1 450	Эстония	155		
		Мальта	1 350	Лихтенштейн	75		

Источник: Евростат, 2015 г. (4).

Авторы данного доклада стремились ответить на обобщающий вопрос путем рассмотрения имеющихся фактических данных и анализа того, какие стратегии и мероприятия окажутся эффективными для улучшения доступности и качества медицинской помощи для беженцев и лиц, ищущих убежища.

Основная проблема поиска фактических данных связана с большими расхождениями в определении и идентификации беженцев и лиц, ищущих убежища, во всем Европейском регионе ВОЗ, как это видно из отобранной научной и неиндексированной в базах данных литературы (приложение 1). Причем разнородность отмечается не только в том, что касается определения данных терминов, но и в том, как они используются. Категория мигрантов, состоящая из беженцев и/или ищущих убежища лиц — это категория, определение которой является деликатным с политической и административной точки зрения вопросом. Смысл понятий «беженец» и «лицо, ищущее убежища» постоянно меняется, что имеет важные политические последствия, в том числе и связанные с доступом к медицинской помощи (7). Такие изменения в процессе классификации беженцев зависят от государственных интересов по контролю над иммиграцией (8), а не от стремления предоставить убежище и обеспечить доступ к надлежащей и справедливой медицинской помощи. В приложении 2 приводятся определения терминов «беженцы», «лица, ищущие убежища» и «мигранты», встречающиеся в использованной литературе. В качестве рабочего определения в данном докладе используется определение УВКБ ООН, согласно которому беженцы – это лица, вынужденно принявшие решение покинуть страну происхождения и не имеющие возможности вернуться домой по причине опасности.

1.2. Методология

1.2.1. Источники обзора

Литературные источники были найдены в результате поиска в базах данных Кокрановской библиотеки, систем Web of Science, ProQuest, PubMed, ScienceDirect и Национального центра биотехнологической информации. Были определены актуальные научные работы и неиндексированная в базах данных литература, содержащие информацию о том, что в настоящее время известно о состоянии здоровья беженцев и лиц, ищущих убежища, а также доступности и эффективности услуг здравоохранения и стратегиях/ мероприятиях по снижению неравенства в отношении предоставления медицинской помощи этой категории населения (6–77). В приложении 1 приводится список баз данных, в которых проводился поиск, и делается обзор методологии.

Для Европейского экономического пространства использовались данные Евростата. Был проделан целенаправленный поиск с целью определения актуальных докладов для Азербайджана, Армении, Грузии, Казахстана, Кыргызстана, Российской Федерации, Таджикистана, Туркменистана и Узбекистана. Многие материалы нет на английском языке.



1.2.2. Извлечение данных

Отобранные для обзора работы были написаны на английском языке, проведены в государствах-членах Европейского региона ВОЗ или включали исследования по анализу литературы из этого Региона, имелись в наличии в виде полного текста и в своих результатах ссылались отдельно на беженцев и лиц, ищущих убежища. В обзор включалась только литература на английском языке из-за ограниченности ресурсов. Ввиду того, что мало работ посвящены теме здоровья беженцев и лиц, ищущих убежища, как отдельной категории населения, был проведен обобщающий анализ, в процессе которого фактические данные определялись путем поиска сочетаний ключевых слов, целенаправленного поиска в интернете, поиска по конкретным странам и местам, относящимся к неправительственным организациям (НПО), а также поиска литературы из библиографии уже отобранных работ. Все источники подвергались тщательному анализу для дальнейшего определения исследований, отвечающих критериям отбора. Соответствующие работы включались в обзор с целью изучения:

- современных демографических и географических характеристик лиц, ищущих убежища, и беженцев в Европейском регионе ВОЗ, а также некоторых деталей социальной, политической и юридических жизненной ситуации;
- состояния здоровья беженцев и лиц, ищущих убежища, особенно в местах конкретных, основных и вновь появляющихся забытых заболеваний;
- уровня предоставления медицинской помощи беженцам и лицам, ищущим убежища, и их права на него;
- качества предоставленной медицинской помощи в том, что касается ее доступности, эффективности, уместности и справедливости;
- мер (медицинских и экономических показателей), используемых для оценки статуса беженцев или лиц, ищущих убежища; или
- политики и коммуникационных стратегий, способствующих улучшению условий здоровья и доступности услуг здравоохранения для беженцев и лиц, ищущих убежища.

2. РЕЗУЛЬТАТЫ

2.1. Состояние здоровья

Существует мало фактических данных о состоянии здоровья конкретно беженцев и лиц, ищущих убежища, что затрудняет оценку влияния трудностей доступа. Фактические данные о плохом здоровье беженцев (9) в основном касаются материнского здоровья и психических расстройств.

2.1.1. Здоровье матерей

Авторы большинства исследований не проводят разграничений между здоровьем беженцев и лиц, ищущих убежища, и других категорий женщин-мигрантов, роды которых чаще имеют худший исход, чем роды общего населения с поправкой на возраст во время родов и способность к деторождению (10). Снижение рисков низких показателей состояния здоровья (в том числе низкого веса при рождении, преждевременных родов, перинатальной смертности и врожденных пороков развития) связано с сильными интеграционными стратегиями (10). Хотя не все роды у женщин, относящихся к уязвимым группам мигрантов (11), имеют худший исход, фактические данные указывают на серьезный недостаток услуг по удовлетворению нужд женщин из числа беженцев и лиц, ищущих убежища, в связи с повышенным уровнем перинатальной смертности (12–16).

2.1.2. Психическое здоровье

Психические расстройства более распространены среди беженцев по сравнению с общим населением (17). Предполагается, что риск развития психических расстройств выше у лиц, ищущих убежища, чем у беженцев (18). К числу факторов риска, связанных с плохим психическим здоровьем, относится принадлежность к женскому полу, пожилой возраст, пережитая травма, отсутствие социальной поддержки и более высокие уровни стресса после миграции (19). Принятие во внимание условий до и после миграции показывает влияние работы и образования на показатели состояния здоровья (20,21) на протяжении более длительного периода (22).

Неудовлетворенные потребности детей в области охраны психического здоровья, особенно несопровождаемых несовершеннолетних (23) и детей, подвергающихся насилию (24), указывают на то, что не проводится разграничения между нуждами этих детей и взрослых беженцев (25). Несмотря на разрозненные исходные данные, результаты исследований показывают, что поддержка при расселении и социальная помощь (24), в том числе учеба в школе, наличие местных друзей и хорошее владение местным языком, связаны с более крепким психическим здоровьем детей (26).



2.2. Доступ к медицинской помощи

Доступ к медицинской помощи для беженцев и лиц, ищущих убежища, – это не только проблема неотложного предоставления помощи в местах первоначального приема. Люди, которые проводят длительное время в лагерях беженцев, нуждаются еще и в уходе в связи с хроническими и острыми заболеваниями. Несмотря на то, что беженцам и лицам, ищущим убежища, во всем Европейском регионе ВОЗ предоставляется определенное медицинское обслуживание в центрах задержания или приема, они также обращаются за медицинской помощью в те же клиники, что и общее население; поэтому крайне важно обеспечить адаптацию общедоступных учреждений (6).

Степень доступности медицинской помощи варьируется на территории всего Европейского региона ВОЗ в зависимости от юридического права и официальных нормативно-правовых актов. Даже там, где официально расселенные беженцы имеют право доступа (27), и оно прописано в нормативно-правовых актах, существуют дальнейшие препятствия, связанные с организацией медицинской помощи, ограниченными знаниями медицинских работников и более широкими принципами управления миграционными процессами.

Существует совсем мало фактических данных об использовании услуг здравоохранения беженцами и лицами, ищущими убежища, различного происхождения (19) или по сравнению с общим населением (28). Также почти отсутствуют фактические данные о недостаточном (29,30) или чрезмерном (31,32) использовании услугами среди беженцев. В анализе конкретных ситуаций №1 приводится отчет, в котором изучаются найденные данные относительно использования услуг здравоохранения беженцами и лицами, ищущими убежища, а также проблемы по выделению данной группы из общего числа мигрантов и других уязвимых групп населения (33). Были выявлены трудности при обращении в общеврачебные клиники и повышенное использование служб неотложной помощи и помощи при несчастных случаях для получения неотложного лечения, даже несмотря на то, что почти все опрошенные беженцы состояли на учете у врача общей практики. Также были получены фактические данные, указывающие на несвоевременное назначение приема, плохой антенатальный уход и плохие исходы беременности, а показатели проблем психического здоровья у беженцев были в пять раз выше, чем у общего населения (33). Было сделано заключение о необходимости расширения доступа, в особенности к первичной медико-санитарной помощи (33). Низкий уровень использования отдельных услуг или методов лечения конкретными группами лиц, ищущих убежища, или беженцами также указывает на их недоступность (34). Препятствия в области получения медицинской помощи описываются как с точки зрения организации услуг здравоохранения, так и с точки зрения более широкого контекста за пределами медицинской системы (34).

2.2.1. Организация услуг

Большинство услуг имеют тенденцию развиваться в ответ на происходящие события, а не в режиме опережения событий, адаптируясь к воспринимаемым или выражаемым потребностям населения. По причине того, что число беженцев или лиц, ищущих убежища, в каком-либо месте трудно предугадать, поставщикам услуг крайне сложно предположить, какой объем услуг может понадобиться в ближайшем

будущем. Услуги для беженцев и лиц, ищущих убежища, могут рассматриваться как вводные услуги (облегчающие доступ к основным услугам, оценке), базовые услуги (полная медико-санитарная помощь) и вспомогательные услуги (удовлетворение дополнительных специфических потребностей в области здоровья беженцев и лиц, ищущих убежища) (35).

Анализ конкретных ситуаций №1. Определение доступа уязвимых мигрантов к помощи

В одном докладе, посвященном изучению скрытых потребностей уязвимых категорий населения в Англии, были собраны данные из источников, которые могли бы быть использованы для выработки политики по удовлетворению потребностей лиц, ищущих убежища, и беженцев в области здравоохранения (33). В их число входила перепись населения и другие источники, в которых данные о потребностях в области здравоохранения беженцев и лиц, ищущих убежища, могли появляться в официальных пакетах данных секторов здравоохранения и социального обеспечения; однако было трудно отделить данные о лицах, ищущих убежища, и беженцах от данных о других мигрантах. В частности, было трудно оценить уровень использования первичных и вторичных медицинских услуг (страна происхождения регистрировалась только при предоставлении первичной помощи, но не в больничных базах данных), а также услуг по охране психического здоровья взрослых. В то же время было собрано достаточно данных о детях из числа беженцев и лиц, ищущих убежища, нуждающихся в стационарной и психологической помощи. Благодаря данным об инфекционных заболеваниях удалось получить достаточно ясную картину в этой области среди мигрантов в целом, но не среди их отдельных групп.

Доступ к первичной медико-санитарной помощи беженцев и лиц, ищущих убежища, может быть расширен путем установления сотрудничества между персоналом разных отраслей; предоставления бесплатных или недорогостоящих услуг; услуг по индивидуальной поддержке; бесплатного транспорта к месту приема и обратно; удлиненного рабочего графика клиник; защиты интересов больного; использования поставщиков услуг соответствующего пола в зависимости от желания пациентов (анализ конкретных примеров №2) (36,37). Практическая поддержка пациентов при регистрации, записи на прием и посещении служб, например, использование услуг переводчиков, способных разъяснить незнакомые клинические процессы и методы лечения, также являются эффективными мерами для расширения доступа (38). В то время как НПО дополняют работу медицинских учреждений в некоторых регионах, они не всегда могут обеспечить непрерывность ухода, направить за получением вторичной медицинской помощи и использовать местные ресурсы, такие как врачи общей практики и медсестры (39).

Анализ конкретных ситуаций №2. Внесение изменений в процессы предоставления первичной медико-санитарной помощи в местах с высоким процентом лиц, ищущих убежища

Группы первичной медико-санитарной помощи в северной Англии, где лица, ищущие убежища, составляют значительную долю населения, внесли изменения в процессы предоставления услуг с целью расширения доступа и повышения качества ухода по нескольким направлениям (37).

Лингвистические потребности включают:

- документирование языка и уровня грамотности всех пациентов;
- предоставление услуг переводчиков и общение с пациентом на языке, который ему понятен лучше всего;
- удлинение времени приема для осуществления перевода и предоставления объяснений;
- упрощенную маркировку выписанных лекарств для облегчения понимания.

Из-за мобильности лиц, ищущих убежища, появляется необходимость в:

- расширенном доступе к медицинской документации с целью облегчения ее доступности для различных учреждений;
- предоставлении копий письменных материалов пациентам при их направлении за получением вторичной медицинской помощи;
- регулярном контакте с зарегистрированными в клинике людьми, чтобы убедиться в том, что они по-прежнему проживают в регионе;
- скрининг на предмет отсутствия постоянного места жительства.

Особые потребности в медицинских услугах включают:

- тестирование на ВИЧ и ИППП для групп высокого риска;
- навестывающую иммунизацию пациентов в течение одного года;
- скрининг на предмет отсутствия постоянного места жительства и истории пыток.

Повышение уровня компетентности персонала путем:

- предоставления услуг переводчиков;
- интенсивных тренингов навыков восприятия культурных особенностей;
- повышения взаимодействия между различными секторами.

С целью консолидации передового опыта в Центре Уайтхаус в Хаддерсфилде (Соединенное Королевство) были разработаны показатели эффективности данных услуг.

2.2.2. Правовые основания для доступа

За рамками системы здравоохранения более широкие юридические и стратегические механизмы регулируют вопросы предоставления убежища, влияют на доступ к медицинской помощи и определяют ответственные за ее предоставление органы. Процесс определения ответственной за рассмотрение прошения о предоставлении убежища в Европе страны из числа государств-членов Европейского союза (ЕС) (а также Исландии, Лихтенштейна, Норвегии и Швейцарии) регулируется Дублинским регламентом, вступившим в силу в июле 2013 г. То, какое государство-член считается ответственным за конкретное лицо, зависит от страны въезда в ЕС, а также от семейных связей. В странах, где беженцы официально признаются и где существуют адекватные услуги здравоохранения, самым главным фактором, определяющим доступ к медицинской помощи, является правовой статус (40).

В разных странах Европейского региона ВОЗ возможность предоставления медицинской помощи беженцам и лицам, ищущим убежища, варьируется в зависимости от степени развития инфраструктуры здравоохранения и выделения средств на услуги здравоохранения для общего населения. В странах, где инфраструктура здравоохранения слабо развита или где беженцы не получают официального признания, доступ к медицинской помощи, как следствие, тоже недостаточный. В странах, граничащих с зонами конфликта, значительный приток мигрантов, особенно когда он состоит в основном из беженцев, может приводить к крайне ограниченному доступу к медицинской помощи. Сочетание этих факторов создает особо проблематичное положение в СНГ и среднеазиатских странах (41–45) а также в средиземноморских странах. В южных и восточных странах беженцам и лицам, ищущим убежища, не предоставляются специализированные услуги в области охраны психического здоровья, в то время как использование центров размещения (Германия, Нидерланды) и политика расселения (Соединенное Королевство) могут нарушать процедуры получения общедоступных услуг или снижать их адекватность (46,47). Кроме того, разные пути получения статуса беженца, а также структура прав и привилегий данной категории населения в зоне назначения могут оказывать большое влияние на показатели состояния здоровья (анализ конкретных ситуаций №3) (40).

Предоставляемое законом право не гарантирует доступ (2,27,48), а системы, основанные на поступлениях из фондов социального обеспечения, особо проблематичны для лиц, ищущих убежища, и беженцев, так как процесс регистрации более сложен, чем при системах, финансируемых за счет поступления налогов (32).

2.2.3. Стратегическое руководство в сфере миграции

Было выявлено, что некоторые особенности процесса получения убежища и административного руководства в связи с беженцами не только мешают доступу к медицинской помощи, но и негативно сказываются на их благополучии. Из-за политики активного расселения могут возникать препятствия для получения специализированной медицинской помощи (26,49,50) беженцев и лиц, ищущих убежища, могут расселять в места, где соответствующие услуги еще не предоставляются (23,49).



Затянувшиеся процедуры предоставления убежища приводят к психическим расстройствам (51–54), особенно при использовании практики задержания (55) или при угрозе задержания или депортации. Стресс увеличивается по мере увеличения продолжительности задержания (56) и не проходит долгое время (57). Из-за боязни поставить под угрозу свое прошение о предоставлении убежища и социальных табу беженцы могут скрывать свои психологические симптомы (51). Даже при получении разрешения остаться, общие пост-миграционные стресс-факторы, связанные с такими социальными детерминантами здоровья, как бедность, насилие и угрозы, расизм, связанный с аккультурацией стресс, а также потеря друзей и близких (58,59), могут вредить здоровью. Структурные особенности, такие как неопределенный статус беженца, финансовые затруднения и дискриминация негативно влияют на детей (60) и несопровождаемых несовершеннолетних (61).

Анализ конкретных ситуаций №3. Влияние структуры прав и привилегий, а также путей прибытия в страну на медицинскую и социальную помощь, оказываемую беременным женщинам

В результате исследования, проведенного в Ирландии среди беременных женщин, ищущих убежища, и беженок были выявлены проблемы, с которыми сталкиваются беженцы и лица, ищущие убежища, при обращении за медицинской помощью и которые могут оказывать большое влияние на их здоровье (40).

Женщины не получали положенного им антенатального ухода по ряду причин:

- отсутствие языковой поддержки;
- трудности транспортировки;
- проблемы ухода за ребенком и отсутствие сопровождающего партнера или друга;
- плохое здоровье, чрезвычайная усталость и стресс.

Были обнаружены большие различия в поддержке, оказываемой женщинам, в зависимости от того, были ли они прибывшими из Косово «программными беженками» или беженками, запросившими убежища по прибытии в Ирландию. Благодаря широкому освещению войны в Косово беженцы из этого региона воспринимались как жертвы и не сталкивались с чувством осуждения, с которым пришлось столкнуться «непрограммным» беженцам. Помощь программным беженцам оказывалась за счет государства, что в той или иной мере способствовало снижению чувства тревоги и неопределенности, свойственного всем беженкам и ищущим убежища женщинам; сюда входило предоставление:

- жилья с некоторой степенью автономности в том, что касается наличия личного пространства и возможности готовить собственную еду;
- индивидуальных услуг переводчиков;
- сопровождающего лица для приемов по антенатальному уходу и посещения больницы;
- транспорта, часто такси.

2.3. Коммуникационные, языковые и культурные барьеры

Имеющиеся частичные фактические данные указывают на то, что ключом к улучшению доступности услуг для мигрантов (62,63) и предоставления услуг со стороны медицинского персонала (64–66) является снижение коммуникационных и языковых барьеров. Отсутствие общего языка между персоналом и пациентами связано со сниженным числом сообщений о симптомах и меньшим числом направлений за вторичной и специализированной медицинской помощью (67). Без возможности нормального общения с персоналом беженцы и лица, ищущие убежища, получают помощь не в полной мере (68,69), также страдает их доступ к более широкой поддержке (70).

Общий язык имеет большое значение, но услуги, основанные на знании особенности отдельных культур, должны давать гораздо больше, чем минимальное общение. Медицинские работники должны уметь объяснить, как работает система здравоохранения принимающей страны (71), иметь представление о политической ситуации в стране происхождения мигранта, а также знать о конкретных заболеваниях распространенных в стране происхождения (72). Знание юридического контекста и того, как статус беженца влияет на здоровье, а также умение тактично задавать деликатные вопросы о травматических событиях также относятся к ключевым требованиям (72). В условиях медицинских учреждений, где проходят лечение люди различных национальностей, говорящие на разных языках, подробное знание всех потенциальных деталей происхождения может быть нереалистичным (12). Тем не менее, в рамках подходов, учитывающих интересы мигрантов, могут использоваться перевод по телефону, перевод в присутствии переводчика, межкультурное посредничество и поддерживающая письменная информация с целью улучшения общения между пациентами и медицинскими работниками (65).

Системы здравоохранения и социального обеспечения строятся вокруг особого биомедицинского определения хорошего состояния здоровья; там, где оно отличается от представлений о здоровье беженцев, надлежащая помощь может быть очень труднодоступной (73). Представления беженцев о здоровье могут отличаться от представлений специалистов (74) тем, что беженцы могут рассматривать условия для счастья одновременно как предпосылку и показатель хорошего здоровья (75); следовательно, жизнь в изгнании, которой присущи бедность и дискриминация, не может считаться здоровой (76). Такие двусмысленные ожидания означают, что даже беженцы, достаточно владеющие языком, могут не знать медицинской терминологии или способов описания симптомов.

Медицинские услуги зачастую разрабатываются с предположением, что пациенты имеют особые культурные навыки и коммуникационные знания (12). Хотя беженцы и ищущие убежища лица отличаются изобретательностью при поиске путей решения связанных со здоровьем проблем (77), им все равно не хватает умений максимально использовать услуги здравоохранения, особенно при обращении за помощью в разные организации. Для обеспечения адекватного реагирования на медицинские и социальные потребности беженцев и лиц, ищущих убежища, важную роль играет межсекторальная коммуникация и организация специалистов (анализ конкретных ситуаций №2)



(36) Зачастую неправительственные и волонтерские организации покрывают недостатки в области коммуникации и доступе беженцев и лиц, ищущих убежища, но они не всегда могут направить за получением вторичной медицинской помощи и обеспечить непрерывность ухода.

3. ОБСУЖДЕНИЕ

3.1. Сильные и слабые стороны обзора

В научной литературе доминируют исследования из Нидерландов, Соединенного Королевства и скандинавских стран, что накладывает ограничения на попытки обобщить результаты в применении к другим регионам. В различных местах, а также в исследованиях и докладах отмечался высокий уровень расхождений в определении терминов «беженцы» и «лица, ищущие убежища» (приложение 2), поэтому трудно определить, описывалась ли при этом одна и та же категория населения. Кроме того, многие исследования ссылались на мигрантов в целом или уязвимые группы населения, в которые входят беженцы и лица, ищущие убежища. Противоречивые фактические данные о распространении или показателях доступа, возможно, связаны с методологическими различиями. Например, мигрантов могут сравнивать в обзорах с общим населением принимающей страны или с населением из аналогичной этнической группы принимающей страны. В некоторых исследованиях, население мигрантов может определяться в связи с трансграничным движением, в то время как в других странах мигранты определяются на основе их этнической принадлежности. Разные коэффициенты участия также отражают гетерогенность групп мигрантов. Также трудно провести оценку фактических данных об эффективности и качестве медицинской помощи, предоставляемой беженцам и лицам, ищущим убежища, из-за большого разнообразия учреждений здравоохранения на национальном и региональном уровне. Отсутствие общих стратегий в области администрирования медицинской помощи для беженцев хорошо проявляется во фрагментарном характере полученных данных.

Даже при небольшом количестве фактических данных, существуют примеры успешного применения межсекторальных мероприятий, содействующих объединению усилий различных медицинских учреждений и коммуникации между ними и за их пределами. Кроме того, некоторые барьеры доступа к медицинским услугам постоянно подчеркиваются в литературе, в том числе юридические и структурные препятствия, отсутствие языковой поддержки, культурных коммуникаций и ожиданий, а также четкого руководства в области прав и привилегий (32). Также существуют примеры передовой практики (анализ конкретных ситуаций №№2 и 3).

3.2. Доступ к помощи и состояние здоровья

Определение понятий и идентификация беженцев и лиц, ищущих убежища, отличаются большим разнообразием и непоследовательностью во всем Европейском регионе ВОЗ и подразумевают политически деликатные вопросы и особые проблемы, в том числе вокруг темы доступа к медицинской помощи (7). Необходимо отметить, что в Регионе много как стран происхождения беженцев, так и стран, принимающих их. Необходимо учитывать внутренне перемещенных лиц, а также растущее число лиц без гражданства внутри Региона, хотя эта проблема не освещается в опубликованной научной



литературе. Создание последовательной системы определения понятий «лица, ищущие убежища» и «беженцы» в Европейском регионе ВОЗ облегчило бы процесс обеспечения доступа к надлежащей и справедливой медицинской помощи для этой категории населения.

Имеется совсем мало фактических данных о состоянии здоровья беженцев и лиц, ищущих убежища. Авторы исследований склонны предполагать, что беженцы и лица, ищущие убежища, имеют особые повышенные медицинские потребности, несмотря на отсутствие систематических фактических данных. Фактические данные о плохом здоровье беженцев (9) в основном касаются материнского и психического здоровья, а четких данных об инфекционных и хронических заболеваниях этой категории населения совсем мало.

Степень доступности медицинских услуг варьируется во всем Европейском регионе ВОЗ, а также в пределах отдельных стран, особенно в местах расселения людей вдали от больших городов, в которых зачастую предоставляется большинство основных услуг в связи с юридическими предписаниями и официальными нормативно-правовыми нормами, регулирующими доступ. Там, где государственные системы неэффективны или недоступны, часто используются НПО для решения проблем в области коммуникации и доступа. Ресурсы, которые доступны беженцам и лицам, ищущим убежища, зависят от юридического статуса. Затяжной процесс предоставления убежища, влекущий за собой задержание, социальную изоляцию и бедность, губителен для здоровья. Эффективные интеграционные стратегии и социально-экономическая безопасность снижают риск ухудшения здоровья и должны поощряться. Хотя можно выделить особые барьеры в области использования услуг здравоохранения, влияние общего устройства служб оценивается реже. Практическая поддержка пациентов при регистрации, записи на прием и посещениях служб, например, использование услуг переводчиков, способных разъяснить незнакомые клинические процессы и методы лечения, также являются эффективными мерами для расширения доступа (33,37). Первичное звено часто играет кураторскую роль в процессе обращения за другими услугами, что делает его ключевым местом для соответствующей лингвистической и культурной интерпретации (37). Кроме конкретных действий по улучшению процесса общения, таких как предоставление услуг переводчиков, отстаивание прав и интересов беженцев, а также проведение сильных интеграционных программ, может помочь беженцам и лицам, ищущим убежища, получить медицинскую помощь и могло бы смягчить долгосрочные проблемы здоровья (37).

При явных указаниях на то, что число беженцев, проделывающих опасный и травматический путь, растет, необходимо изучать последствия для здоровья этих процессов. Существует большая проблема сбора качественных данных для сравнения здравоохранительных потребностей беженцев и лиц, ищущих убежища, с потребностями других групп населения, а также определения их особого структурного и социально-экономического контекста. Определенные ухудшения систематически выявляются в области психического и перинатального здоровья, но фактические данные непоследовательны и не поддаются обобщению.

Потенциальные трудности оценки качества медицинской помощи, предоставляемой беженцам и лицам, ищущим убежища, могут быть подытожены следующим образом:

- документация: проблемы грамотности и знания языка могут выступать в качестве препятствий для взаимодействия с системами, требующими высокого уровня документации;
- путаница в отношении прав: различные права, связанные с разными статусами мигрантов, запутывают как пациента, так и медицинский персонал и приводят к отказу в предоставлении услуг;
- организация медицинских услуг в тесной привязке к иммиграционным может приводить к обязательному использованию специализированных услуг вместо общедоступных;
- географические проблемы: медицинские услуги предоставляются в столицах вдали от центров для беженцев, отсутствие недорогого транспортного сообщения;
- структуры финансирования: безработные и/или малообеспеченные лица, ищущие убежища, и беженцы могут не иметь документации и/или ресурсов для покрытия расходов в системах социального обеспечения;
- неофициальные платежи: безработные и/или малообеспеченные лица, ищущие убежища, и беженцы могут не иметь средств для покрытия расходов.

3.3. Варианты и значение стратегий

На основании данного обзора можно рассмотреть несколько вариантов стратегий. Это относится как к стратегиям по расширению доступа к медицинской помощи для беженцев и лиц, ищущих убежища, так и к шагам по сбору данных, которые помогут лицам, вырабатывающим политику принять решения, основанные на фактических данных.

Практическая поддержка для повышения доступности услуг могла бы быть предоставлена путем:

- ликвидации любых правовых ограничений в доступе к медицинской помощи для беженцев и лиц, ищущих убежища;
- распространения полного страхового покрытия лечения на всех детей независимо от их иммиграционного статуса;
- распространения полного страхового покрытия лечения на всех беременных женщин, независимо от их иммиграционного статуса, с оказанием помощи при деторождении;
- координации деятельности между учреждениями внутри и вне медицинской системы, в том числе интеграции программ жилищного, трудового и образовательного секторов.



Языковые барьеры в области предоставления качественной медицинской помощи могут быть устранены путем:

- принятия межсекторального подхода к предоставлению и распределению медицинской информации на разных языках;
- предоставления услуг профессиональных переводчиков бесплатно для пациентов и медицинских работников;
- предоставления ясной маркировки выписанных лекарств, принимая во внимание родной язык пациента;
- документирование уровней грамотности и владения языком пациента.

Использование услуг, особенно первичной медико-санитарной помощи, может быть улучшено путем:

- предоставления технической поддержки при регистрации, записи на прием, в том числе языковой поддержки и услуг по защите прав пациентов;
- предоставление бесплатного транспорта к месту приема и обратно;
- удлинение времени приема для осуществления перевода и предоставления объяснений;
- более гибкие часы работы и приема;
- выполнение и уважение просьбы быть обслуженным специалистом определенного пола;
- расширение информированности медицинских работников о психических проблемах беженцев и лиц, ищущих убежища, особенно несовершеннолетних;
- разработка и проведение качественных курсов подготовки персонала в области развития навыков восприятия культурных особенностей и предоставления медицинской помощи.

Фактические данные по проблемам здоровья беженцев и лиц, ищущих убежища, могут быть подкреплены развитием систем информации и мониторинга с целью содействия:

- проведению сравнительной работы между мигрантами и другими категориями населения, учитывая использование концепции «новизна прибытия» для охвата различных миграционных статусов на данной стадии въезда;
- координации данных правительственных и неправительственных организаций;
- изучению воздействия на здоровье факторов, присущих различным стадиям процесса предоставления убежища;

- оценке долгосрочного воздействия на здоровье инициатив, связанных с объединением стратегий жилищного, трудового и образовательного секторов;
- пониманию связи между интеграционной политикой и более высокими показателями состояния здоровья в области охраны материнского и психического здоровья;
- разработке концепций, исключающих стигматизацию, для проведения исследований и мониторинга;
- выполнению приоритетных задач самих мигрантов, особенно в сферах, в которых эти задачи расходятся с приоритетами специалистов.



4. ВЫВОДЫ

Миграция является одной из основных социальных, политических и здравоохранительных проблем Европейского региона ВОЗ, и вырабатывающие политику лица должны будут разработать особые и последовательные стратегии для удовлетворения медицинских потребностей всех мигрантов, в том числе беженцев и лиц, ищущих убежища. Отсутствие общих стратегий в области администрирования медицинской помощи для беженцев проявляется во фрагментарном характере описанных здесь данных. Ухудшение здоровья систематически выявляется в области психического и перинатального здоровья, но фактические данные непоследовательны и не поддаются обобщению. Различия в определении терминов «беженцы» и «лица, ищущие убежища» в разных странах, а также в путях предоставления медицинской помощи в пунктах въезда и конечного назначения также затрудняют процесс формулировки обобщенных и основанных на фактических данных выводов. Тем не менее, даже при малом количестве фактических данных существуют примеры успешного осуществления межсекторальных мероприятий, которые содействуют объединению усилий и облегчению коммуникации между различными учреждениями в секторе здравоохранения и других секторах. Юридические и структурные препятствия, а также факторы неопределенности в том, что касается коммуникации, ожидания, прав и привилегий приводятся в качестве основных барьеров к получению медицинской помощи данной категорией населения. Отмечается недостаток специализированных услуг по охране материнского и психического здоровья. Необходимо активизировать деятельность по улучшению сбора качественных данных, приоритизации оценки и картирования примеров передовой практики, а также по развитию исследований, которые должны лечь в основу разработки минимальных норм в области предоставления медицинской и социальной помощи беженцам.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. International migration report 2013. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs; 2013 (<http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/wallchart/docs/wallchart2013.pdf>, по состоянию на 29 июля 2015 г.).
2. UNHCR Global Report 2013: Europe regional summary. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2013 (<http://www.unhcr.org/539809e10.html>, по состоянию на 20 октября 2015 г.).
3. UNHCR 2015 regional operations profile: Europe. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2015 (<http://www.unhcr.org/pages/4a02d9346.html>, по состоянию на 28 июля 2015 г.).
4. Asylum and first time asylum applicants by citizenship, age and sex, annual aggregated data. Luxembourg: Eurostat, 2015.
5. Sixty-first World Health Assembly. Health of migrants. Geneva: World Health Organization; 2008 (WHA61.17) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_R17-en.pdf, по состоянию на 21 июля 2015 г.).
6. Ager A. Health and forced migration. In: Fiddian-Qasimiyeh E, Loescher G, Long K, Sigona N, editors. The Oxford handbook of refugee and forced migration studies. Oxford: Oxford University Press; 2014.
7. Zetter R. Labelling refugees: forming and transforming a bureaucratic identity. J Refug Stud. 1991;4(1):39–62.
8. Zetter R. More labels, fewer refugees: remaking the refugee label in an era of globalization. J Refug Stud. 2007;20(2):172–92.
9. Wangdahl J, Lytsy P, Martensson L, Westerling R. Health literacy among refugees in Sweden: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2014;14:1030.
10. Bollini P, Pampallona S, Wanner P, Kupelnick B. Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: a systematic review of the international literature. Soc Sci Med. 2009;68(3):452–61.
11. Gagnon AJ, Zimbeck M, Zeitlin J. Migration to western industrialised countries and perinatal health: a systematic review. Soc Sci Med. 2009;69(6):934–46.
12. Phillimore J. Delivering maternity services in an era of superdiversity: the challenges of novelty and newness. Ethn Racial Stud. 2015;38(4):568–82.
13. Lalchandani S, MacQuillan K, Sheil O. Obstetric profiles and pregnancy outcomes of immigrant women with refugee status. Ir Med J. 2001;94(3):79–80.

14. Råssjö EB, Byrskog U, Samir R, Klingberg-Allvin M. Somali women's use of maternity health services and the outcome of their pregnancies: a descriptive study comparing Somali immigrants with native-born Swedish women. *Sex Reprod Health*. 2013;4(3):99–106.
15. Small R, Gagnon A, Gissler M, Zeitlin J, Bennis M, Glazier R et al. Somali women and their pregnancy outcomes postmigration: data from six receiving countries. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2008;115(13):1630–40.
16. Lewis G. *Saving mothers' lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer, 2003–2005*. London: Confidential Enquiry into Maternal and Child Health; 2007.
17. Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA*. 2005;294(5):602–12.
18. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*. 2005;365(9467):1309–14.
19. Gerritsen AAM, Bramsen I, Devillé W, van Willigen LHM, Hovens JE, van der Ploeg HM. Use of health care services by Afghan, Iranian, and Somali refugees and asylum seekers living in the Netherlands. *Eur J Public Health*. 2006;16(4):394–9.
20. Hermansson A-C, Timpka T, Thyberg M. The long-term impact of torture on the mental health of war-wounded refugees: findings and implications for nursing programmes. *Scand J Caring Sci*. 2003;17(4):317–24.
21. Masmus TN, Møller E, Buhmann C, Bunch V, Jensen JH, Hansen TN et al. Asylum seekers in Denmark: a study of health status and grade of traumatization of newly arrived asylum seekers. *Torture*. 2008;18(2):77–86.
22. Roth G, Ekblad S. A longitudinal perspective on depression and sense of coherence in a sample of mass-evacuated adults from Kosovo. *J Nerv Ment Dis*. 2006;194(5):378–81.
23. Bean TM, Eurelings-Bontekoe E, Spinhoven P. Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in the Netherlands: one year follow-up. *Soc Sci Med*. 2007;64(6):1204–15.
24. Fazel M, Reed RV, Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet*. 2012;379(9812):266–82.
25. Derluyn I, Broekaert E. Unaccompanied refugee children and adolescents: the glaring contrast between a legal and a psychological perspective. *Int J Law Psychiatry*. 2008;31(4):319–30.
26. Montgomery E. Trauma, exile and mental health in young refugees. *Acta Psychiatr Scand*. 2011;124:1–46.

27. Peiro MJ, Benedict R. Migration health: better health for all in Europe. Brussels: International Organization for Migration; 2009 (<http://www.migrant-health-europe.org/files/AMAC%20Public%20Report.pdf>, по состоянию на 20 октября 2015 г.).
28. Alkahtani S, Cherrill J, Millward C, Grayson K, Hilliam R, Sammons H et al. Access to medicines by child refugees in the East Midlands region of England: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2014;4(12):e006421.
29. Brendler-Lindqvist M, Norredam M, Hjern A. Duration of residence and psychotropic drug use in recently settled refugees in Sweden: a register-based study. *Int J Equity Health*. 2014;13:122.
30. Gernaat HBPE, Malwand AD, Laban CJ, Komproe I, de Jong JTVM. Many psychiatric disorders in Afghan refugees with residential status in Drenthe, especially depressive disorder and post-traumatic stress disorder. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2002;146(24):1127–31.
31. Toar M, O'Brien KK, Fahey T. Comparison of self-reported health and healthcare utilisation between asylum seekers and refugees: an observational study. *BMC Public Health*. 2009;9:214.
32. Collantes S. Are undocumented migrants and asylum seekers entitled to access health care in the EU? A comparative overview in 16 countries. Madrid: HUMA Network; 2011 (<http://www.epim.info/wp-content/uploads/2011/02/HUMA-Publication-Comparative-Overview-16-Countries-2010.pdf>, по состоянию на 20 октября 2015 г.).
33. Aspinall PJ. Hidden needs. Identifying key vulnerable groups in data collections: vulnerable migrants, gypsies and travellers, homeless people, and sex workers. Brighton: Centre for Health Services Studies, University of Kent; 2014 (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/287805/vulnerable_groups_data_collections.pdf, по состоянию на 20 октября 2015 г.).
34. Robertson E, Johansson S E. Use of complementary, non-pharmacological pain reduction methods during childbirth among foreign-born and Swedish-born women. *Midwifery*. 2010;26(4):442–9.
35. Feldman R. Primary health care for refugees and asylum seekers: a review of the literature and a framework for services. *Public Health*. 2006;120:809–16.
36. Joshi C, Russell G, Cheng I-H, Kay M, Pottie K, Alston M et al. A narrative synthesis of the impact of primary health care delivery models for refugees in resettlement countries on access, quality and coordination. *Int J Equity Health*. 2013;12:88.
37. Eling J. Asylum seeker, refugee and vulnerable migrant services. Mapping and best practice report and recommendations. London: Maternity Action; 2010 (http://www.maternityaction.org.uk/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/new_refugee_and_migrant_services_mapping_and_best_practice_reportv3.pdf, по состоянию на 20 октября 2015 г.).

- 
38. Cheng I-H, Drillich A, Schattner P. Refugee experiences of general practice in countries of resettlement: a literature review. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 2015;65(632):e171–6.
 39. Hardy JN. Underfunding of primary care in deprived areas affects everyone. *BMJ.* 2006;332(7535):236.
 40. Kennedy P, Murphy-Lawless J. The maternity care needs of refugee and asylum seeking women in Ireland. *Fem Rev.* 2003;(73):39–53.
 41. Regamey A, Booth K, McKune S. Kazakhstan/Kyrgyzstan: exploitation of migrant workers, protection denied to asylum seekers and refugees. Paris: International Federation for Human Rights; 2009 (http://www2.ohchr.org/english/bodies/cerd/docs/ngos/FIDH_Kazakhstan_76.pdf, по состоянию на 20 октября 2015 г.).
 42. Mladovsky P, Ingleby D, Rechel B. Good practices in migrant health: the European experience. *Clin Med.* 2012;12(3):248–52.
 43. Mladovsky P, Rechel B, Ingleby D, McKee M. Responding to diversity: an exploratory study of migrant health policies in Europe. *Health Policy.* 2012;105(1):1–9.
 44. UNHCR Global Report 2007: Central Asia section. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2007 (<http://www.unhcr.org/48490d192.html>, по состоянию на 29 июля 2015 г.).
 45. Kazakhstan fact sheet. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2014 (<http://www.unhcr.org/500016019.html>, по состоянию на 20 октября 2015 г.).
 46. Watters C, Ingleby D. Locations of care: meeting the mental health and social care needs of refugees in Europe. *Int J Law Psychiatry.* 2004;27:549–70.
 47. Ingleby D, Watters C. Mental health and social care for asylum seekers and refugees. In: Ingleby D, editor. *Forced migration and mental health.* New York: Springer; 2005:193–212 (http://link.springer.com/chapter/10.1007/0-387-22693-1_12, по состоянию на 20 октября 2015 г.).
 48. Health of migrants: the way forward: report of a global consultation, Madrid, Spain, 3–5 March 2010. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/hac/events/consultation_report_health_migrants_colour_web.pdf, по состоянию на 20 октября 2015 г.).
 49. Creighton S, Sethi G, Edwards SG, Miller R. Dispersal of HIV positive asylum seekers: national survey of UK healthcare providers. *BMJ.* 2004;329(7461):322–3.
 50. Hogan H. Meeting health needs of asylum seekers. White paper will make access to health care more difficult. *BMJ.* 1999;318(7184):671.

51. Collins CH, Zimmerman C, Howard LM. Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: rates and risk factors. *Arch Womens Ment Health*. 2011;14(1):3–11.
52. Laban CJ, Gernaat H, Komproe IH, Schreuders BA, de Jong J. Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *J Nerv Ment Dis*. 2004;192(12):843–51.
53. Staehr MA, Munk-Andersen E. Suicide and suicidal behavior among asylum seekers in Denmark during the period 2001–2003. A retrospective study. *Ugeskr Laeger*. 2006;168(17):1650–3.
54. Hallas P, Hansen AR, Staehr MA, Munk-Andersen E, Jorgensen HL. Length of stay in asylum centres and mental health in asylum seekers: a retrospective study from Denmark. *BMC Public Health*. 2007;7(1):288.
55. Cohen J. Safe in our hands?: A study of suicide and self-harm in asylum seekers. *J Forensic Leg Med*. 2008;15(4):235–44.
56. Steel Z, Silove D, Brooks R, Momartin S, Alzuhairi B, Susljik INA. Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *Br J Psychiatry*. 2006;188(1):58–64.
57. Robjant K, Hassan R, Katona C. Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2009;194(4):306–12.
58. Blight KJ, Ekblad S, Lindencrona F, Shahnavaz S. Promoting mental health and preventing mental disorder among refugees in western countries. *Int J Ment Health Promot*. 2009;11(1):32–44.
59. Lindencrona F, Ekblad S. Refugee resettlement programmes as potential mental health promoting settings? A qualitative study of resettlement staff's constructions of refugees' mental health in everyday episodes. *Int J Migr Health Soc Care*. 2006;2(1):48–62.
60. Heptinstall E, Sethna V, Taylor E. PTSD and depression in refugee children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004;13(6):373–80.
61. Ramel B, Tajemarm J, Lindgren A, Johansson BA. Overrepresentation of unaccompanied refugee minors in inpatient psychiatric care. *SpringerPlus*. 2015;4:131.
62. Straus L, McEwen A, Hussein FM. Somali women's experience of childbirth in the UK: perspectives from Somali health workers. *Midwifery*. 2009;25(2):181–6.
63. O'Donnell CA, Higgins M, Chauhan R, Mullen K. "They think we're OK and we know we're not." A qualitative study of asylum seekers' access, knowledge and views to health care in the UK. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:75.

- 
64. Fatahi N, Nordholm L, Mattsson B, Hellström M. Experiences of Kurdish war-wounded refugees in communication with Swedish authorities through interpreter. *Patient Educ Couns*. 2010;78(2):160–5.
 65. Novak-Zezula S, Schulze B, Karl-Trummer U, Krajic K, Pelikan JM. Improving interpreting in clinical communication: models of feasible practice from the European project “Migrant-friendly Hospitals”. *Divers Health Soc Care*. 2005;2(3):223–32.
 66. Ochieng BMN. Black African migrants: the barriers with accessing and utilizing health promotion services in the UK. *Eur J Public Health*. 2013;23(2):265–9.
 67. Bischoff A, Bovier PA, Isah R, Françoise G, Ariel E, Louis L. Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Soc Sci Med*. 2003;57(3):503–12.
 68. Kurth E, Jaeger FN, Zemp E, Tschudin S, Bischoff A. Reproductive health care for asylum-seeking women: a challenge for health professionals. *BMC Public Health*. 2010;10:659.
 69. Bulman KH, McCourt C. Somali refugee women’s experiences of maternity care in west London: a case study. *Crit Public Health*. 2002;12(4):365–80.
 70. Byrskog U, Olsson P, Essen B, Allvin M-K. Being a bridge: Swedish antenatal care midwives’ encounters with Somali-born women and questions of violence; a qualitative study. *BMC Pregn Childbirth*. 2015;15:1.
 71. Suurmond J, Seeleman C, Rupp I, Goosen S, Stronks K. Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers. *Nurse Educ Today*. 2010;30(8):821–6.
 72. Suurmond J, Rupp I, Seeleman C, Goosen S, Stronks K. The first contacts between healthcare providers and newly-arrived asylum seekers: a qualitative study about which issues need to be addressed. *Public Health*. 2013;127(7):668–73.
 73. Grønseth AS. Tamil refugees in pain: challenging solidarity in the Norwegian welfare state. *J Ethn Migr Stud*. 2011;37(2):315–32.
 74. Zepinic V, Bogic M, Priebe S. Refugees’ views of the effectiveness of support provided by their host countries. *Eur J Psychotraumatol*. 2012;3:10. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3480961/>, по состоянию на 29 июля 2015 г.).
 75. Papadopoulos I, Lees S, Lay M, Gebrehiwot A. Ethiopian refugees in the UK: migration, adaptation and settlement experiences and their relevance to health. *Ethn Health*. 2004;9(1):55–73.
 76. Svenberg K, Skott C, Lepp M. Ambiguous expectations and reduced confidence: experience of Somali refugees encountering Swedish Health Care. *J Refug Stud*. 2011;fer026:1–16 (http://www.narhalsan.se/upload/FoUU-PVG/Aktuellt/KristianSvenberg_Hermeneutik.pdf, по состоянию на 29 июля 2015 г.).

77. Bhatia R, Wallace P. Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: a qualitative study. BMC Fam Pract. 2007;8:48.



ПРИЛОЖЕНИЕ 1. СТРАТЕГИЯ ПОИСКА

Базы данных

При исследовании были использованы базы данных Кокрановской библиотеки, систем Web of Science, ProQuest, PubMed, ScienceDirect и Национального центра биотехнологической информации. Данные Евростата были использованы для Европейского экономического пространства.

Термины поиска

TOPIC: (migrant* or migration or immigra* or foreign* or (minority near groups) or refuge* or asylum) AND TOPIC: (policy or policies or intervention* or law or laws or program* or service* or reform* or access* or planning or delivery) AND TOPIC: (health or medical)

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕРМИНОВ «БЕЖЕНЦЫ», «ЛИЦА, ИЩУЩИЕ УБЕЖИЩА» И «МИГРАНТЫ» В ЛИТЕРАТУРЕ

Под термином «лицо, ищущее убежища» могут подразумеваться люди, не получившие (или еще не получившие) международной защиты. Таким образом, термин «беженец» должен распространяться на тех, кто ищет убежища, независимо от того, признано ли их прошение о предоставлении убежища или нет. Данный аргумент часто используется в таких организациях, как Совет по делам беженцев. Термин «беженцы» может ссылаться на всех тех, кто бежит от преследования или только на тех, кто имеет юридическое право оставаться в стране, дающей приют (1). Тем не менее, в описанных в данном докладе исследованиях (а) термин «беженец» использовался для определения беженцев и лиц, ищущих убежища (2,3), (b) термины «беженец» и «лицо, ищущее убежища» были взаимозаменяемы (4–6) или (c) объединялись (7), так как грань между беженцами и мигрантами довольно тонкая (8).

Со стратегической точки зрения, многие правительства определяют лиц, ищущих убежища, как людей, ожидающих решения по своему прошению предоставить убежища. В данном контексте беженцы определяются как лица, чьи прошения были удовлетворены, а те, чьи прошения были отклонены, называются «лица, не получившие убежища». «Лица, не получившие убежища» могут оспаривать решение и подавать новое заявление на предоставление убежища. При этом их юридическое право на пользование медицинской помощью меняется в некоторых странах.

В некоторых научных работах не дается никакого определения терминов (9,10). Некоторые работы, цитируемые в данном обзоре, посвящены всем лицам, ищущим убежища, или иммигрантам в целом, в число которых могут входить некоторые беженцы и лица, ищущие убежища, которые выделяются в отдельную группу в результатах.

Авторы немногих исследований признавали, что лица, ищущие убежища, и беженцы – это разные группы населения с широко отличающимся опытом, происхождением, медицинскими потребностями и поведением в отношении здоровья (11). Аналогично, редко дается описание особой исторической и политической ситуации движения и принятия лиц, ищущих убежища (12–14).

Часто встречаются ссылки на юридическое определение термина «лица, ищущие убежища», как лиц, использующих свое право просить убежища, согласно определению Всеобщей декларации прав человека (3,15–21). Также регулярно используется определение термина «статуса беженца» аналогичное определению Конвенции ООН о статусе беженцев (22–24).

Управление Верховного комиссара ООН по делам беженцев (УВКБ ООН) определяет понятие «мигрант» как лицо, которое делает осознанный, добровольный выбор покинуть свою страну происхождения и



которое, при желании, может вернуться домой, не подвергаясь опасности, в то время как у беженцев нет такой возможности (16). Авторы совсем небольшого количества работ обращаются к концептуальным проблемам определения беженцев и лиц, ищущих убежища (17). Учитывая отсутствие ясности в области проведения различий между беженцами и лицами, ищущими убежища, неудивительно, что только в одном исследовании систематически изучались различия в распространенности болезней беженцев и лиц, ищущих убежища (14).

Библиография

1. Cohen J. Safe in our hands?: A study of suicide and self-harm in asylum seekers. *J Forensic Leg Med.* 2008;15(4):235–44.
2. Bhatia R, Wallace P. Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2007;8:48.
3. Alkahtani S, Cherrill J, Millward C, Grayson K, Hilliam R, Sammons H et al. Access to medicines by child refugees in the East Midlands region of England: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2014;4(12):e006421.
4. Bischoff A, Bovier PA, Isah R, Françoise G, Ariel E, Louis L. Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Soc Sci Med.* 2003;57(3):503–12.
5. Burnett A, Peel M. Asylum seekers and refugees in Britain: health needs of asylum seekers and refugees. *BMJ.* 2001;322:544–7.
6. Cheng I-H, Drillich A, Schattner P. Refugee experiences of general practice in countries of resettlement: a literature review. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 2015;65(632):e171–6.
7. Başoğlu M, Ekblad S, Bäärnhielm S, Livanou M. Cognitive-behavioral treatment of tortured asylum seekers: a case study. *J Anxiety Disord.* 2004;18(3):357–69.
8. Derluyn I, Mels C, Broekaert E. Mental health problems in separated refugee adolescents. *J Adolesc Health.* 2009;44(3):291–7.
9. O'Donnell CA, Higgins M, Chauhan R, Mullen K. Asylum seekers' expectations of and trust in general practice: a qualitative study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 2008;58(557):e1–11.
10. Redman EA, Reay HJ, Jones L, Roberts RJ. Self-reported health problems of asylum seekers and their understanding of the national health service: a pilot study. *Public Health.* 2011;125(3):142–4.
11. Suurmond J, Rupp I, Seeleman C, Goosen S, Stronks K. The first contacts between healthcare providers and newly-arrived asylum seekers: a qualitative study about which issues need to be addressed. *Public Health.* 2013;127(7):668–73.

12. Papadopoulos I, Lees S, Lay M, Gebrehiwot A. Ethiopian refugees in the UK: migration, adaptation and settlement experiences and their relevance to health. *Ethn Health*. 2004;9(1):55–73.
13. O'Donnell CA, Higgins M, Chauhan R, Mullen K. "They think we're OK and we know we're not." A qualitative study of asylum seekers' access, knowledge and views to health care in the UK. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:75.
14. Gerritsen AA, Bramsen I, Devillé W, van Willigen LH, Hovens JE, van der Ploeg HM. Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41(1):18–26.
15. Norredam M, Mygind A, Krasnik A. Access to health care for asylum seekers in the European Union: a comparative study of country policies. *Eur J Public Health*. 2006;16(3):285–9.
16. Reeves M, de Wildt G, Murshali H, Williams P, Gill P, Kralj L et al. Access to health care for people seeking asylum in the UK. *Br J Gen Pract*. 2006;56(525):306–8.
17. Taylor K. Asylum seekers, refugees, and the politics of access to health care: a UK perspective. *Br J Gen Pract*. 2009;59(567):765–72.
18. Pieper H-O, Clerkin P, MacFarlane A. The impact of direct provision accommodation for asylum seekers on organisation and delivery of local primary care and social care services: a case study. *BMC Fam Pract*. 2011;12:32.
19. Joshi C, Russell G, Cheng I-H, Kay M, Pottie K, Alston M et al. A narrative synthesis of the impact of primary health care delivery models for refugees in resettlement countries on access, quality and coordination. *Int J Equity Health*. 2013;12:88.
20. Wangdahl J, Lytsy P, Martensson L, Westerling R. Health literacy among refugees in Sweden: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2014;14:1030.
21. Turner SW, Herlihy J. Working with refugees and asylum seekers. *Psychiatry*. 2009;8(8):322–4.
22. Clinton-Davis L, Fassil Y. Health and social problems of refugees. *Soc Sci Med*. 1992;35(4):507–13.
23. Webb E, Ryan AD, O'Hare BAM. The needs of children newly arrived from abroad. *Curr Paediatr*. 2005;15(4):339–46.
24. van den Heuvel WJ. Health status of refugees from former Yugoslavia: descriptive study of the refugees in the Netherlands. *Croat Med J*. 1998;39(3):356–60.

**Европейское региональное бюро
Всемирной организации здравоохранения**

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 45 33 70 00

Факс: +45 45 33 70 01

Эл. почта: contact@euro.who.int

Веб-сайт: www.euro.who.int

