

Sytuacja zdrowotna migrantów w Niemczech i Szwajcarii

Health situation of migrants in Germany and Switzerland

KATARZYNA DUDZIK^{1/}, DOROTA CIANCIARA^{1,2/}, ANNA LEWCZUK-WESOŁOWSKA^{1/}, ELŻBIETA ZALEWSKA^{1/}

^{1/} Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

^{2/} Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

W artykule opisano charakterystykę migrantów w Niemczech i Szwajcarii oraz ich sytuację zdrowotną w tych krajach. Zarówno Niemcy, jak i Szwajcaria, należą do krajów wysokorozwiniętych, w których skala migracji przyjęła obecnie duże rozmiary. Według statystyk EUROSTAT-u z 1 stycznia 2010 r. Niemcy były krajem UE o największej liczbie obcokrajowców, która wynosiła 7,1 mln osób. Szwajcaria, zgodnie z tymi samymi szacunkami, należała do czołówki przyjmujących państw europejskich z liczbą 1,7 mln cudzoziemców. Ze względu na kraj pochodzenia, najwięcej migrantów przybyło do Niemiec i Szwajcarii z Turcji (odpowiednio: 24,1%, 16,3%). Głównymi problemami obcokrajowców w obu państwach okazały się schorzenia ortopedyczne, choroby psychiczne, choroby przenoszone drogą płciową oraz cukrzyca. W artykule przedstawiono ponadto wybrane zagadnienia dotyczące funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej. Żaden z systemów, ani niemiecki oparty na kasach chorych, ani szwajcarski, którego podstawą są polisy ubezpieczeniowe, nie gwarantują pełnej, bezpłatnej opieki zdrowotnej dla migrantów nieudokumentowanych. W dalszej części pracy zaprezentowano programy edukacyjne o tematyce prozdrowotnej – skierowane do cudzoziemców przebywających na terenie wyżej wymienionych państw.

Słowa kluczowe: imigranci, migracja, opieka zdrowotna, Niemcy, Szwajcaria

The article describes the characteristics of migrants in Germany and Switzerland and their health situation in those countries. Both Germany and Switzerland are among highly developed countries, where the scale of migration has reached large proportions. According to the EUROSTAT statistics of 1 January 2010, Germany was the EU country with the largest number of foreigners, which was 7.1 million. According to the same estimates, Switzerland was one of the leading European recipient countries with the number of 1.7 million foreigners. As to the country of origin, many immigrants had come to Germany and Switzerland from Turkey (respectively: 24.1%, 16.3%). The main problems of foreigners in both countries were: orthopedic disorders, mental illness, sexually transmitted diseases and diabetes. The paper also presents selected issues of national health care systems. Neither the Germany system, based on patient funds, nor the Swiss one, structured around insurance policies, guarantee full and free health care for undocumented migrants. The following paper presents educational programs on health promotion topics addressed to foreigners residing in these countries.

Key words: immigrants, migration, health care, Germany, Switzerland

© Hygeia Public Health 2012, 47(4): 512-517

www.h-ph.pl

Nadestano: 19.11.2012

Zakwalifikowano do druku: 30.11.2012

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Katarzyna Dudzik

Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

tel. +48 501 771 810, e-mail: katarzynadudzik1@wp.pl

Wstęp

Jak informuje Międzynarodowa Organizacja na rzecz Migracji (IOM) oraz ONZ, ogólna liczba migrantów na świecie, to 214 mln, co stanowi 3,1% światowej populacji. Ocenia się, że od 20 do 30 mln, to migranci nieregularni. Szacuje się, że 75% wszystkich migrantów zamieszkuje tylko 12 państw. Średnia roczna stopa wzrostu liczby migrantów określona została na 2,9% [1-3]. Według statystyk EUROSTAT-u z 1 stycznia 2010 r. imigranci stanowili 6,5% całej populacji Unii Europejskiej (UE). W liczbach bezwzględnych, to aż 32,5 mln mieszkańców. Spośród nich, mniej niż jedna trzecia (12,3 mln), to migrujący obywatele państw UE, natomiast pozostałe 2/3 pochodzi spoza Wspólnoty. W wartościach bezwzględnych

największe liczby obcokrajowców mieszkających w UE odnotowano w Niemczech (7,1 mln osób), Hiszpanii (5,7 mln), Zjednoczonym Królestwie (4,4 mln), Włoszech (4,2 mln) oraz Francji (3,8 mln). Cudzoziemcy w tych pięciu państwach członkowskich wspólnie reprezentowali 77,4% ogólnej liczby migrantów mieszkających w UE. Zgodnie z szacunkami EUROSTAT-u z 2010 r. sporządzonymi dla 27 krajów europejskich, Szwajcaria, z liczbą 1,7 mln cudzoziemców, znalazła się na szóstym miejscu [4].

Obecnie migracje stały się jednym z pierwszoplanowych i nieuniknionych elementów życia społecznego oraz gospodarczego na świecie. Migracje są poważnym wyzwaniem dla państwa przyjmującego. Strategie radzenia sobie z problemem migracji uzależ-

nione są przede wszystkim od tradycji, kultury politycznej, struktury etnicznej oraz potrzeb i możliwości ekonomicznych.

Celem artykułu jest przedstawienie charakterystyki imigrantów w Niemczech i Szwajcarii oraz opis ich sytuacji zdrowotnej. Zarówno Niemcy, jak i Szwajcaria, należą do państw przyjmujących dużą liczbę imigrantów z różnych stron świata. Wiąże się to z ryzykiem przenoszenia nie tylko chorób zakaźnych, ale również z rozszerzeniem skali występowania chorób metabolicznych oraz dziedzicznych. W obu państwach sprawnie działające systemy opieki zdrowotnej, uwzględniające potrzeby migrantów, mogą wpływać na rozwój społeczno-ekonomiczny.

Historia migracji

Niemcy. Po II wojnie światowej Republika Federalna Niemiec z kraju emigracyjnego stopniowo przekształcała się w kraj imigracyjny. Falę migracyjną zapoczątkowały powroty osób pochodzenia niemieckiego. W latach pięćdziesiątych XX w. nastąpił rozwój gospodarki niemieckiej i – w związku z tym – wzrost zapotrzebowania na siłę roboczą. W tym czasie luki na rynku pracy wypełniali pracownicy kontraktowi – „gastarbeiterzy” sprowadzani z krajów Europy Południowej, Turcji, Maroka, Tunezji i Korei. Okres regulowanego przez państwo importu robotników z zagranicy zakończył się w 1973 r. za rządów socjaliberała Willy’ego Brandt’a. W 1992 r. wzrosła znacząco liczba osób ubiegających się o azyl. Byli to głównie uchodźcy z Bośni i Hercegowiny.

Obecnie polityka migracyjna Niemiec nastawiona jest na sprowadzanie wykwalifikowanej siły roboczej. Rekrutacja elit spoza Niemiec została spowodowana brakiem aplikantów na specjalistyczne, w tym również kierownicze, stanowiska pracy. W 2006 r. liczba wakatów wynosiła 165 tysięcy.

Niemiecki Urząd ds. Migracji i Uchodźców, głosząc hasło „Niemcy potrzebują imigracji”, podkreślił jej znaczącą rolę. W tym kontekście w 2000 r. została powołana Niezależna Komisja ds. Imigracji i Integracji. Raport Komisji „Kształtować imigrację, wspierać integrację” wytyczył nowe kierunki w polityce niemieckiej [5].

Szwajcaria. Do końca XIX w. Szwajcaria była krajem emigracyjnym. Przyczyniały się do tego panujący tam głód oraz nietolerancja religijna. W momencie, kiedy zmienił się profil państwa z rolniczego na przemysłowo-bankowy, do Szwajcarii zaczęli napływać imigranci. Na przełomie XX i XXI w. zarejestrowano ponownie gwałtowny wzrost liczby cudzoziemców. Należeli do nich głównie uchodźcy z terenów wojennych z różnych stron świata oraz mieszkańcy UE, migrujący w ramach swobodnego przepływu pracowników. Obecnie Szwajcaria należy do państw o znaczącym odsetku migrantów. Jednakże w ostatnich latach spo-

łeczeństwo szwajcarskie negatywnie ocenia wzrost liczby obcokrajowców. W 2010 r. doszło nawet do zaostrzenia przepisów deportacyjnych [6-8].

Profil imigranta

Niemcy. Według niemieckiego Urzędu Statystycznego (*Statistisches Bundesamt*) w 2010 r. szacowana liczba obcokrajowców wynosiła 7 186 179 osób, co stanowiło 8,8% ogółu ludności kraju (81 758 330). Największy odsetek migrantów zamieszkiwał w Berlinie, Hamburgu, Bremie oraz landach: Hesji i Badenii-Wirtembergii. Najczęściej były to kobiety w wieku 30-40 lat. Ze względu na kraj pochodzenia największą grupę osób stanowili Turcy, Włosi, Polacy, Grecy oraz Chorwaci (odpowiednio: 24,1%; 7,7%; 6,2%; 4,1%; 3,3%). Migranci, którzy najdłużej przebywali w Niemczech, czyli ponad 10 lat, wywodzili się ze społeczności chorwackiej, greckiej, włoskiej oraz tureckiej. Liczba imigrantów nieregularnych została oszacowana w przybliżeniu i wahała się w granicach 700 tysięcy – 1 mln. W tej grupie znaczny udział miały osoby pochodzące z Afryki Subsaharyjskiej (zwłaszcza Nigerii) oraz Ameryki Południowej (głównie Brazylii).

Stopa bezrobocia wśród cudzoziemców została oceniona na dwukrotnie wyższą niż w społeczeństwie niemieckim. Imigranci postrzegani są jako niewykwalifikowana i rotacyjna siła robocza. Największą akceptację społeczną uzyskali obywatele z krajów UE. Większość imigrantów w Niemczech znalazła pracę w przemyśle lub gastronomii, a tylko nieliczni otrzymali zatrudnienie w sektorze publicznym lub w usługach finansowych. Często cudzoziemcy zatrudniani byli poniżej swoich kwalifikacji [5,9-11].

Szwajcaria. Według Szwajcarskiego Urzędu Statystycznego (*Bundesamt für Statistik*) w 2011 r. w Szwajcarii żyło 1.766,3 tys. obcokrajowców, co stanowiło 22,4% całej ludności. Najwięcej osób mieściło się w grupie wiekowej 20-39 lat. Dominowali, choć nieznacznie, mężczyźni. Najwięcej cudzoziemców mieszkało w Zurychu, Bazylei i Genewie oraz okolicach. Przy czym w dużych miastach przebywały głównie kobiety, natomiast w małych miastach i na wsiach – mężczyźni.

Największy odsetek obcokrajowców posiadał stałe prawo pobytu (1.112,3 tys.) Ze względu na kraj pochodzenia, w grupie tej dominowali Turcy, Niemcy i Portugalczycy (odpowiednio: 16,3%; 14,9%; 12,0%). Wśród migrantów nieudokumentowanych dominowali mężczyźni z Afryki (Maghreb i Afryka Subsaharyjska), Europy Wschodniej i Turcji, Azji (Iran, Irak, Afganistan i Mongolia). Główne sektory zatrudnienia dające migrantom pracę, to przemysł i usługi. Nielegalni imigranci znajdowali zatrudnienie zwłaszcza w budownictwie, rolnictwie oraz usługach porządkowych, a imigrantki przy pracach domowych oraz w usługach seksualnych [7,12].

Opieka zdrowotna nad imigrantami

Niemcy. Według informacji Bundesministerium des Innern migranci, jak wszyscy mieszkańcy Niemiec, powinni być członkami jednej z ustawowych lub prywatnych kas chorych. Koszty leczenia ambulatoryjnego, względnie szpitalnego, pokrywane są z ubezpieczenia zdrowotnego (za wyjątkiem niewielkiego udziału własnego). W przypadku choroby zalecane jest udanie się do lekarza ogólnego w pobliżu miejsca zamieszkania. Jeśli jego pomoc jest niewystarczająca, chory otrzymuje skierowanie do lekarza specjalisty. Jeśli pacjent jest ubezpieczony w ustawowej kasie chorych uiszcza raz na kwartał tzw. „opłatę gabinetową”. Wszystkie pozostałe wizyty, w tym również profilaktyczne, w danym kwartale są bezpłatne. Kobiety w ciąży podlegają specjalnej ochronie i mają dostęp do profilaktyki. Te, które nie posiadają ubezpieczenia zdrowotnego, powinny zwrócić się do urzędu socjalnego ds. zdrowia w miejscu zamieszkania. Wsparcie mogą otrzymać również ze strony placówek doradczych kościołów, związków dobroczynnych oraz niezależnych organizacji. Pracujące zawodowo kobiety, które są w ciąży, są chronione przez ustawę tzw. Mutterschutzgesetz. W Niemczech istnieje obowiązek zgłaszania chorób zakaźnych. Dotyczy on głównie wirusowych zapaleń wątroby, gruźlicy, błonicy, odry oraz wścieklizny [13].

Dostęp do świadczeń medycznych dla imigrantów nieudokumentowanych jest bardzo trudny. Służby medyczne mają obowiązek informowania Urzędu ds. Cudzoziemców o przypadkach udzielenia porad osobom o nieuregulowanym statusie pobytu. Jest to związane z potrzebą zwrotu kosztów leczenia cudzoziemców. Jakkolwiek lekarze i szpitale mogą skierować prośbę o refundację do ośrodków pomocy społecznej, to w praktyce prośby te są często odrzucane z powodu braków w dokumentacji. Dopiero od września 2009 r. wprowadzono w życie przepisy, które zakazują informowania tego Urzędu o fakcie udzielenia pomocy w nagłych przypadkach. Niemniej w praktyce wielu cudzoziemców jest denuncjowanych, nawet jeśli byli w sytuacji zagrożenia życia [14].

Szwajcaria. Informacje na temat systemu zdrowia w Szwajcarii zamieszczone zostały w Szwajcarskim Przewodniku Zdrowia „*Health Guide in Switzerland*” wydanym przez Federalne Biuro Zdrowia Publicznego (FOPH) w 18 językach. Ubezpieczenie zdrowotne w Szwajcarii jest obowiązkowe przy pobycie dłuższym niż 3 miesiące. Zwolnienie z wykupu ubezpieczenia zdrowotnego dotyczy osób, w których kraju ojczystym obowiązuje ubezpieczenie pokrywające te same koszty leczenia, co szwajcarska polisa ubezpieczeniowa. Ubezpieczenia nie muszą nabywać ponadto dyplomaci oraz studenci, praktykanci i naukowcy, dla których powodem pobytu w Szwajcarii jest uczestnictwo w wymianie lub innym programie międzynarodowym, a także osoby wysłane do pracy na czas określony przez firmy

zagraniczne. Podstawowe ubezpieczenie zdrowotne można wykupić w wielu publicznych i prywatnych firmach ubezpieczeniowych. Składkę ubezpieczeniową należy uiszczać co miesiąc. Dodatkowo raz do roku każdy pacjent opłaca franszyzę (czyli udział własny), z której w pierwszej kolejności lekarze indywidualni, bądź szpitale, otrzymują zapłatę [15].

Wszyscy ubezpieczyciele zapewniają taki sam zakres usług, ale wysokość składek może się znacznie różnić. Do podstawowych usług medycznych należą: hospitalizacja w placówkach znajdujących się na oficjalnej liście szpitali w danym kantonie (choremu przysługuje pobyt na wieloosobowej sali); pomoc pogotowia ratunkowego; leki i badania analityczne z oficjalnej listy, przepisane przez lekarza; badania okresowe w czasie ciąży, szkoła rodzenia; opieka w czasie porodu, aborcje, ginekologiczne badania okresowe; szczepienia ochronne; badania okresowe dla dzieci; zabiegi rehabilitacyjne po operacjach oraz ciężkich chorobach; pomoc w nagłych przypadkach podczas krótkich pobytów za granicą oraz usługi z zakresu medycyny alternatywnej.

W Szwajcarii migranci nieudokumentowani – zgodnie z art. 12 i 41 Federalnej Konstytucji Szwajcarskiej (SFC) oraz Federalnym Kodeksem ds. Ubezpieczeń Zdrowotnych (LHI) – są uprawnieni do podstawowej opieki zdrowotnej i mają zarówno prawo, jak i obowiązek, wykupienia ubezpieczenia zdrowotnego obejmującego usługi z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Tylko opłaty za usługi z zakresu pomocy doraźnej mogą być pokrywane przez kantonalne biura pomocy społecznej [12].

Problemy zdrowotne imigrantów

Niemcy. Problemy zdrowotne imigrantów w Niemczech są bardzo zróżnicowane. Do najczęstszych należą: choroby ortopedyczne (zwłaszcza kręgosłupa), wady aparatu słuchowego, choroby serca i układu krążenia, otyłość, cukrzyca, chroniczne schorzenia dróg oddechowych, wypadki, choroby spowodowane nadużywaniem substancji psychoaktywnych, choroby przenoszone drogą płciową. Wiele z powyższych chorób jest wywołanych ciężkimi warunkami pracy. Wśród społeczności imigranckiej zaobserwowano również wyższą umieralność dzieci do pierwszego roku życia, zapadalność na gruźlicę i inne choroby zakaźne oraz występowanie dziedzicznych chorób przemiany materii (np. fenylketonurii, anemii sierpowatej).

Osoby decydujące się na wyjazd, bardziej niż osoby pozostające w kraju pochodzenia, są narażone na problemy i choroby psychiczne. Wynika to z obciążeń związanych z opuszczeniem domu i rodziny, wrogością otoczenia w stosunku do obcych, politycznym śledztwem i prześladowaniem [11].

Szwajcaria. Głównymi problemami zdrowotnymi imigrantów w Szwajcarii są choroby dotyczące całego

społeczeństwa, takie jak: przeziębienia, grypa, bóle głowy, problemy trawienne, kontuzje oraz choroby wieku dziecięcego. Ponadto w społeczności imigranckiej istotne znaczenie mają choroby zakaźne (zwłaszcza gruźlica), choroby przenoszone drogą płciową (*sexually transmitted diseases* – STD), głównie HIV/AIDS oraz schorzenia psychiatryczne, ortopedyczne, urazy, alergię i cukrzyca [12].

Programy zdrowotne na rzecz imigrantów

Niemcy. W związku z dużą liczbą nieregularnych imigrantów, na terenie Niemiec działa wiele organizacji pozarządowych wspierających osoby o nieregulowanym statusie pobytu. W niektórych dużych miastach, jak np. Berlin, Brema, Frankfurt nad Menem, Freiburg i Hamburg, istnieje nieformalna sieć opieki zdrowotnej. W tej prywatnej inicjatywie lekarze, pracownicy socjalni i tłumacze bezpłatnie oferują swoje usługi w zakresie nagłej pomocy lekarskiej.

Ponadto organizacje pozarządowe negocjują koszty leczenia pacjentów ze szpitalami oraz ośrodkami socjalnymi. Informują szeroko o problemach nielegalnych migrantów, co stymuluje humanitarną odpowiedź członków społeczeństwa. Poza tym sugerują zmiany w prawodawstwie, dotyczące np. anonimowości ubezpieczonych, likwidacji obowiązku ujawniania migrantów. Tworzą również procedury i przewodniki dla administracji szpitalnych i pracowników socjalnych. Poza wymienionymi działaniami, adresowanymi w dużej mierze do profesjonalistów ochrony zdrowia, organizacje pozarządowe pomagają imigrantom na wiele innych sposobów. Oferują usługi tłumaczy oraz przeprowadzają interkulturowe mediacje. Przygotowują też profilaktyczne programy zdrowotne dotyczące głównie: umiejętności radzenia sobie z problemami, pokonywania stresu, zapobiegania przemocy, sposobu odżywiania się, jak również prewencji alkoholowej, narkotykowej, nikotynowej. Oceny efektów tych projektów nie są, niestety, dostatecznie często przeprowadzane [11].

Jednym z programów zdrowotnych opracowanych przez prywatną organizację „Pro familia” z siedzibą w Bonn, finansowaną z publicznych środków, jest „Promocja zdrowia dla kobiet migrantek”. Projekt skierowany jest do kobiet i dziewcząt różnych narodowości oraz kultur, a dotyczy dostępu do edukacji seksualnej. Wiedza na takie tematy przekazywana jest podczas kursów językowych, w szkołach, w punktach spotkań organizacji imigranckich, a nawet w prywatnych mieszkaniach, które służą do prowadzenia kursów promocji zdrowia. Projekt ma umożliwić kobietom komunikowanie się na temat zdrowia bez obecności tłumacza. Dwa razy w roku kobiety uczone są niemieckich słów dotyczących ciała, ciąży, narodzin, objawów STD oraz metod antykoncepcji. Nauka słów stanowi początek zbierania dalszych informacji z zakresu fi-

zjologii, antykoncepcji, prewencji STD oraz struktury systemów socjalnego i zdrowotnego w Niemczech. Dzięki kursom wzrasta wiedza uczestniczek na temat spraw zdrowia, jak również podnosi się ich samoocena oraz możliwość samostanowienia.

Inny projekt dotyczy zdrowego odżywiania. Powstał dzięki finansowanej z publicznych środków prywatnej organizacji z Berlina „Gesundheit Berlin e.V.” we współpracy z tureckim ambasadorem i turecką TV – kanał TD1. Program „Zdrowe jedzenie może być zabawą” porusza problematykę zagrożenia otyłością dzieci oraz młodzieży. Ryzyko wystąpienia nadwagi u dzieci migrantów, zwłaszcza tureckich, jest dwukrotnie wyższe niż u dzieci niemieckich. Program adresowany jest do Turków w wieku 19-29 lat i 30-59 lat. Tworzone są grupy dyskusyjne i kursy gotowania dla kobiet tureckich. Członkowie kursów opracowują książki kucharskie, aby skutecznie wprowadzać zdrowe nawyki żywieniowe do swoich rodzin. Projekt przeprowadzany jest we współpracy ze szkołami. „Gesundheit Berlin e.V.” w swoich działaniach korzysta także z sieci internetowej oraz kontraktów z lokalnymi organizacjami imigracyjnymi, mającymi dostęp do kobiet imigrantek. Projekt został wykorzystany przez ok. 500 organizacji pozarządowych [16].

Szwajcaria. W Szwajcarii, pod auspicjami FOPH, powstały duże programy zdrowotne dotyczące migracji: „Migration and Public Health Strategy 2002-2007” oraz „Migration and Public Health Strategy Phase II 2008-2013”. Drugi program stanowi kontynuację pierwszego i jest jego ulepszoną wersją. Wiosną 2007 r. FOPH przedstawił projekt nowego programu placówkom i organizacjom narodowym z sektora opieki zdrowotnej. Pozytywne przyjęcie projektu otworzyło drogę FOPH do współpracy z licznymi organizacjami na poziomie federalnym i kantonalnym. Strategia programu bazowała na przesłaniu, że w Szwajcarii każda osoba w trudnym położeniu społecznym powinna otrzymać pomoc w rozwoju swojego potencjału zdrowotnego. Wszystkie możliwe do uniknięcia nierówności w zdrowiu powinny być zlikwidowane. Strategia jasno zdefiniowała cele, które służyły poprawieniu stanu zdrowia imigrantów, zmianie ich zachowań związanych ze zdrowiem oraz ich udziału w systemie opieki zdrowotnej. Najważniejsze zadania programu skupiły się wokół włączenia migracyjnej populacji w programy prewencji i promocji zdrowia. Propagowały wśród osób ze środowiska migracyjnego rozwój umiejętności do świadomego podejmowania zachowań prozdrowotnych. Dążyły równolegle do rozwoju świadomości personelu medycznego w kwestiach migracji – specyfiki tego zjawiska, jego uwarunkowań i skutków zdrowotnych. Zarazem umożliwiły pozyskiwanie oraz przekazywanie wiedzy o zdrowiu populacji imigrantów tym jednostkom i grupom społecznym, które były zainteresowane tym zagadnieniem.

Zestawienie 1. Lista do kontroli perspektywy migracyjnej w projektach prewencji i promocji zdrowia (wg Health Promotion Switzerland)
Box 1. Checklist migration perspective

1. Podstawy promocji zdrowia /Basics of health promotion
Równość w zdrowiu. Czy planowana interwencja promuje równość w zdrowiu w odniesieniu do populacji migrantów?
Udział głównych aktorów w projekcie. Czy migranci są zaangażowani w proces podejmowania decyzji w różnych fazach projektu?
2. Szacowanie potrzeb /Assessment
Przedstawienie potrzeb projektu. Czy migranci – uczestnicy/beneficjenci mają takie same potrzeby jak miejscowi uczestnicy/beneficjenci? Czy jakieś szczególne? Czy ich potrzeby zostały zbadane i udokumentowane?
Potrzeby interesariuszy i grup docelowych. Czy potrzeby migrantów zostały uwzględnione przy planowaniu wdrożenia przedsięwzięć?
Doświadczenie czerpane z wcześniejszych projektów. Czy wzięto pod uwagę rezultaty i doświadczenia innych projektów, które mogą być inspiracją dla aktualnego podejścia, niezależnie od tego czy poprzednie projekty były szczególnie ukierunkowane na migrantów, czy nie?
3. Planowanie projektu /Project planning
Uzasadnienie dla proponowanych procedur. Czy podczas planowania metod projektu uwzględniono czy i kiedy będą potrzebne szczególne metody dotyczące migrantów? Czy interwencja bierze pod uwagę problemy językowe, kontekst migracji, poglądy na temat zdrowia itp. czynniki?
Dostępność niezbędnych zasobów. Czy rozpoznano różne rodzaje zasobów (np. ludzkie, organizacyjne) ważnych dla migrantów i mogących być pomocą w aktualnym projekcie?
4. Organizacja projektu /Project organization
Właściwa struktura projektu. Czy migranci są odpowiednio reprezentowani w organizacji projektu (zespół kierujący projektem, zespół doradczy, komitet sterujący)?
Kwalifikacje i wymagania. Czy należyście zapoznano zespół kierujący projektem z punktem widzenia migrantów na dany temat, stanowiący podstawę projektu?
Współpraca ukierunkowana na cel projektu. Czy wzięto pod uwagę różne opcje współpracy z siecią społeczną migrantów?
5. Zarządzanie projektem /Project management
Ewaluacja formatywna (w trakcie procesu). Czy ewaluacja uwzględniła specyfikę migrantów odnośnie do wdrożonych działań, ich sukcesu, wykruszania się uczestników oraz trwałości działań?
Motywacja i satysfakcja personelu. Czy, w razie potrzeby, omawiane są relacje między członkami zespołu kierującego należącymi do społeczności imigrantów i Szwajcarów, a także wpływ tych relacji na efekty projektu?
6. Efekty /Effects
Sumaryczna ocena osiągnięcia celu. Czy ocena efektywności projektu bierze pod uwagę potencjalne różnice między społecznością migrantów a populacją Szwajcarów? Czy zaobserwowano sukcesy dotyczące realnej redukcji nierówności w zdrowiu?
Dokumentacja projektu. Czy różnice wynikające ze specyfiki społeczności migranckiej zostały uwzględnione w raporcie programu?
Upowszechnienie rezultatów. Czy podając informacje do powszechnej wiadomości okazywano jawnie wrażliwość na problemy migracji, innowacyjność? Czy pomysły i projekty uwzględniające te aspekty zostały upowszechnione?

Uruchomiony został również „Monitoring Stanu Zdrowia Populacji Migrantów w Szwajcarii” (*Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung* – GMM). Polegał on na opracowaniu wielojęzycznych kwestionariuszy badawczych na temat licznych aspektów zdrowia imigrantów oraz zebraniu, gromadzeniu i analizie tych danych. Powstała ponadto strona internetowa www.migesplus.ch umożliwiająca specjalistom opieki zdrowotnej pozyskiwanie broszur informacyjnych w różnych językach, w celu przekazywania ich do rąk imigrantów. Tematyka broszur dotyczyła diety, aktywności fizycznej oraz innych zachowań ważnych dla zdrowia, a także funkcjonowania szwajcarskiego systemu opieki zdrowotnej.

W udzielaniu wielu innych form pomocy osobom ze środowiska migracyjnego wzięły duży udział: także *Swiss Red Cross* i *Swiss AIDS Federation*, które opracowały i wprowadziły w życie np. programy prewencyjne HIV/AIDS dla osób z Afryki Subsaharyjskiej [17].

Podsumowanie

Wszystko wskazuje na to, że światowe migracje będą się nasilać. Ma to związek z wieloma uwarunkowaniami, w tym np. zmianą klimatu i globalizacją. Coraz więcej osób będzie żyć poza miejscem swojego urodzenia. Jednocześnie już dzisiaj wiadomo, że migracje stanowią bardzo istotny czynnik ryzyka dla zdrowia. Związki migracji ze zdrowiem są liczne, złożone, a także wzajemnie powiązane i nie do końca rozpoznano wszystkie występujące tu mechanizmy. Niemniej, ochrona zdrowia populacji migrujących jest koniecznością.

Kompleksowe zapobieganie problemom zdrowotnym wśród imigrantów wymaga działań wielu sektorów, bowiem determinanty zdrowia tych osób są zakorzenione w wielu sferach życia społecznego [18]. Planując własne, polskie, przedsięwzięcia warto skorzystać z doświadczeń innych państw i wykorzystanych tam tzw. dobrych praktyk [3]. Nie zawsze będą mogły być powielone, bezpośrednio przeniesione do krajowych realiów, ale zawsze będą pomocne w planowaniu prac. Przykładem uniwersalnego podejścia do problematyki prewencji i promocji zdrowia imigrantów jest „lista do kontroli perspektywy migracyjnej” (checklist migration perspective) opracowana przez *Health Promotion Switzerland*, fundację powołaną przez federalną ustawę ubezpieczeniową, główny podmiot szwajcarskiej promocji zdrowia. Fundacja ta – na platformie www.quint-essenz.ch – zamieszcza wiele praktycznych narzędzi do realizacji promocji zdrowia, w tym wspomnianą listę kontrolną (zestawienie 1) [19]. Lista składa się z szeregu pytań (kryteriów jakości), które pozwalają sprawdzić, czy planowany projekt jest wrażliwy kulturowo. Tym samym pozwala na lepsze kulturowe dostosowanie planowanej interwencji. Listy tej nie należy traktować jako schematu obligatoryjnego. Ważniejsza jest elastyczność i poprawianie tych elementów, które można zmodyfikować.

Piśmiennictwo / References

1. International Organization for Migration: Facts and Figures. <http://www.iom.int/jahia/Jahia/about-migration/facts-and-figures/global-estimates-and-trends>
2. Huff MR, Kline MV. Health promotion in the context of culture. [in:] Promoting health in multicultural populations. A handbook for practitioners. Huff MR, Kline MV (ed). Sage, Thousand Oaks 1999: 2-23.
3. Cianciara D. Aspekty wielokulturowości w dzisiejszej Polsce. *Probl Hig Epidemiol* 2012, 93(1):128-135.
4. Eurostat: Statystyki dotyczące migracji i populacji migrantów. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics/pl
5. Szaniawska-Schwabe M. Polityka imigracyjna Republiki Federalnej Niemiec. *Prz Zachodni* 2009, 4: 3-29.
6. Ministerstwo Spraw Zagranicznych. Informator Ekonomiczny o krajach świata. Szwajcaria: 1-5.
7. Statistik Schweiz: Bevölkerungsstand und Struktur – Indikatoren. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/alter/nach_staatsangehoerigkeit.html
8. Tomczyk M. Szwajcarzy znów pod prężaniem. <http://www.psz.pl/tekst-35403/Michal-Tomczyk-Szwajcarzy-znowu-pod-prezaniem>
9. Ministerstwo Spraw Zagranicznych. Informator Ekonomiczny o Krajach Świata. Republika Federalna Niemiec: 1-9.
10. Bundesamt für Migration Und Flüchtlinge: Das Bundesamt in Zahlen 2010. <http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2010.html>
11. Razum O, Zeeb H, Meesmann U, Schenk L, Bredehorst M, Brzoska P, Dercks T, Glodny S, Menkhaus B, Salman R, Saß A-C, Ulrich R, Neuhauser H, Brucks U. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes Migration und Gesundheit. Robert Koch Institut, Berlin 2008, 1-135.
12. Wyssmüller C, Efonyi-Mäder D. Undocumented Migrants: their needs and strategies for accessing health care in Switzerland Country Report on People & Practices. Health care in Nowhere Land improving services for undocumented migrants in the EU: 1-71.
13. Bundesministerium des Innern. Informacje dla migrantów. http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/Sprachvarianten/WiD_Hauptteil_pol.pdf?__blob=publicationFile:4-58.
14. PICUM. The Voice of Undocumented Migrants. Undocumented Migrants' Health Needs and Strategies to Access Health Care in 17 EU countries. Country Report Germany. Health care in Nowhere Land improving services for undocumented migrants in the EU 2010, work package No. 6, 1-16.
15. Schweizerisches Rotes Kreuz. Health Guide in Switzerland. http://www.migesplus.ch/uploads/tx_srkdffiles/eng_GWW_web_1_.pdf
16. Portugal R, Padilla B, Ingleby D, de Freitas C, Lebas J, Pereira M. Good practices on health and migration in the EU, Lisbon 2007, 1-243.
17. Bundesamt für Gesundheit (BAG). Migration und Gesundheit 2008-2013. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/index.html?lang=de>
18. Kelly M, Nazaroo J. Ethnicity and Health. [in:] Sociology as Applied to medicine. Scambler G (ed). Saunders, Edinburgh 2008: 159-175.
19. Health Promotion Switzerland. Checklist migration perspective. http://www.quintessenz.ch/en/files/Checklist_migration_11.pdf