

# RAPORT CeBaM UAM 02/2021

**Katarzyna Czarnota**

**Dostęp do szczepień – sytuacja imigrantów romskich pochodzenia  
rumuńskiego w Poznaniu. Stereotypy, diagnoza sytuacji i projektowanie  
przyszłych działań medycznych**

Centrum Badań Migracyjnych

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Poznań 2021

Katarzyna Czarnota<sup>1</sup>

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

## **Dostęp do szczepień - sytuacja imigrantów romskich pochodzenia rumuńskiego w Poznaniu. Stereotypy, diagnoza sytuacji i projektowanie przyszłych działań medycznych<sup>2</sup>**

### **ABSTRAKT**

Raport ukazuje, w jaki sposób bariery i systemowe wykluczenie z dostępu do opieki zdrowotnej w Polsce wpływają na możliwość uzyskania szczepienia, oraz przedstawia nastawienie imigrantów romskich z Rumunii (mieszkających w Poznaniu) wobec szczepień. Na podstawie stereotypów powszechnie uznaje się postawy antyszczepionkowe wśród Romów jako coś wrodzonego lub „oczywistego” dla danej kultury. W kontrze do wspomnianych nurtów czy metod wyjaśniania rzeczywistości, autorka przeprowadza ogólną analizę czynników socjoekonomicznych i instytucjonalnych dotyczących dostępu do szczepień, jaki mają Romowie rumuńscy. Wprowadziwszy kategorię „bezpieczeństwa medycznego”, traktowanego jako stały i równy dostęp do opieki lekarskiej raport ukazuje jak pozytywne lub negatywne doświadczenia w kontakcie ze służbą zdrowia wpływają na późniejsze deklaracje imigrantów wobec szczepień. Zastosowana metodologia critical action research oraz paradygmat badawczy związane są z kontekstem systemowego wykluczenia i romofobią jako czynnikami uzasadniającymi proces podporządkowania i dyscyplinowania nisko uposażonych ekonomicznie grup społecznych przy jednoczesnym przypisywaniu samym Romom negatywnych cech „wpisanych w kulturowe DNA”. Autorka korzysta z danych i doświadczeń związanych z pracą na polu akademickim, jak również oddolną współpracą aktywistyczną z Romami pochodzenia rumuńskiego zamieszkującymi opuszczone ogrody działkowe w Poznaniu. Rezultatem badań są ogólne

---

<sup>1</sup> Katarzyna Czarnota – doktorantka na Wydziale Socjologii UAM, badaczka wykorzystująca metodologię critical action-research. Jej praca koncentruje się na ukazaniu sposobów łączenia teorii z praktyką, tworząc modele produkcji wiedzy oparte o kwestionowanie dotychczasowych podziałów i ról. W ostatnich latach realizowała interdyscyplinarne projekty naukowo-dydaktyczne dotyczące m.in. zjawiska tzw. „kryzysu uchodźczego”, mieszkalnictwa, gentryfikacji, neo-rasizmu i sytuacji imigrantów romskich pochodzenia rumuńskiego w Polsce. Mail: [katarzyna.czarnota@amu.edu.pl](mailto:katarzyna.czarnota@amu.edu.pl)

<sup>2</sup> Raport badawczy powstał dzięki wsparciu finansowemu Centrum Badań Migracyjnych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu (Minigranty CeBaM 2020 r.).

rekomendacje dotyczące proponowanych kierunków działań mających na celu poprawę sytuacji wykluczenia i zrozumienie powstawania romofobicznych klisz.

## WPROWADZENIE

Romowie nie posługują się jednym językiem, są obywatelami, mieszkańcami i rezydentami wielu krajów (lub bezpaństwowcami), wyznają różne religie, należą do różnych grup zawodowych i klas społecznych (Tremlett i in., 2017). Nie istnieje również jedna „tradycja i kultura” romska. Pomimo to, zróżnicowany status socjo-ekonomiczny i historia społeczno-polityczna Romów nie są ujmowane komplementarnie w większości opracowań. Doświadczając wielu problemów społecznych, dyskryminacji oraz znajdując się w zróżnicowanych *circle of social exclusion* (McGarry 2017) Romowie są jednocześnie grupą, wobec której deklarowana jest największa niechęć w większości europejskich krajów. Centrum Badania Opinii Społecznej corocznie publikuje komunikat z badań dotyczących stosunku Polaków do innych narodów. Choć podejmowane są rozmaite działania mające niwelować dystans społeczny i niechęć do Romów w Polsce, zjawiska te od lat utrzymują się na wysokim poziomie. W badaniach CBOS z lat 2014-2019 roku, poziom niechęci jest następujący: 2014 – 55%, 2015 – 58%, 2016 – 67%, 2017 – 50%, 2018 – 59%, 2019 – 57% (dane na podstawie corocznie sporządzanych badań: <https://www.cbos.pl>)<sup>3</sup> Nie jest zatem nadużyciem stwierdzenie, iż Romowie są grupą/wspólnotą bardzo zróżnicowaną, wobec której jednak najczęściej stosuje się stereotypy i uogólnienia, deklaruje niechęć i wyjaśnia „kulturę przez kulturę” (Buchowski, 2018).

Krytyczny nurt, uwzględniający obecność romofobicznych i antycygańskich<sup>4</sup> klisz, otwiera nowe możliwości potencjalnych działań, redefinicji wzajemnych pozycji i zmian skierowanych na uzyskanie podmiotowości politycznej. Analiza dotychczasowego dorobku, metod, form i kontekstu w jakim wyprodukowana została wiedza o Romach przez społeczeństwo większościowe (w dużej mierze bez udziału Romów)<sup>5</sup> oraz transdyscyplinarne badania dotyczące administracyjnego rasizmu wobec Romów powoli rozwijają się na gruncie polskiej akademii.

---

<sup>3</sup> <https://cps.ceu.edu/sites/cps.ceu.edu/files/attachment/basicpage/3034/rcm-civil-society-monitoring-report-3-poland-2019-eprint-pl-2.pdf> str.13

<sup>4</sup> Definiowany jako głęboko zakorzeniony, stabilny i historycznie uwarunkowany, wielowymiarowy specyficzny typ rasizmu wobec Romów, Sinti, Travellersów, Jeniszów i wszystkich tych którzy określani są jako Cyganie. To przypisywanie określonych cech wszystkim ludziom, których nazywa się tym mianem – „kulturowego dna” (esencjalizm i homogenizacja). W pojęciu antycyganizm łączą się wszystkie praktyki, które skierowane są przeciw ludziom nazywanym Cyganami. Badacz - Adrian McGarry sformułował wniosek, że antycyganizm to ostatnia akceptowalna forma rasizmu w Europie.

<sup>5</sup> Temat „naukowej ciszy” podejmowany jest coraz częściej na gruncie interseksjonalnej i rozwijającej się dziedziny nauki Fiałkowska, Kamila; Garapich, Michał P.; Mirga-Wójtowicz, Elżbieta (2018). Rozwijający się nurt *Critical Romani Studies* pozwala na zerwanie z etnicyzacją, nomadyzacją i egzotyzowaniem Romów, na rzecz rozwoju wiedzy krytycznej. Takimi przykładami są między innymi Kóczé i Márton (2017), identyfikujący „podwójny dyskurs”, który ukierunkowany na włączenie, jednocześnie zaprzecza uznaniu, (co też związane jest z poruszaną powyżej kwestią upatrywania przyczyn wszelkich problemów w “braku edukacji Romów”. Loveland i Popescu (2016) wyróżniają to, co

Projekt badawczy zrealizowany został na terenie byłych ogrodów działkowych, im. 23 Lutego, znajdujących się przy ulicach Lechickiej/Umultowskiej w Poznaniu. Teren ogrodów działkowych został zasiedlony przez imigrantów romskich z Rumunii w 2015 roku i stanowi przykład samodzielnego osiedlenia (*self-settlement*)<sup>6</sup>.

Szlak migracyjny, prowadzący z centralnej Transylwanii do Polski został zapoczątkowany wraz z upadkiem reżimu Ceausescu w roku 1990. Obecnie altany zamieszkiwane są przez około 120 osób, które pochodzą głównie ze wsi i mniejszych miast w centralnej Transylwanii (Saros pe Tarnave, wsie w okolicach Sibiu, Fagaras, Brasov i Medias). Romowie emigrujący do Polski z Rumunii są jedną z grup, która w kraju pochodzenia doświadcza ubóstwa, bezrobocia oraz braku dostępu do edukacji i służby zdrowia<sup>7</sup>.

W literaturze praktykowana forma okupacji pustostanów lub terenów, na których zbudowane są prowizoryczne altany, jest nazywana *silent squatting* (cichy skłoting). Warunki mieszkaniowe w pustostanach w Poznaniu są ciężkie - nie ma systemu kanalizacji, dostępu do bieżącej wody, ogrzewania. Źródłem prądu i ciepła są agregaty a gotowanie jest możliwe na polowych palnikach gazowych<sup>8</sup>.

Obecnie do kontaktu ze społecznością wyznaczony jest jeden pracownik Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Poznaniu a kilkadziesiąt osób jest objętych wsparciem socjalnym. Na teren zamieszkania Romów rumuńskich dostarczane zostały sfinansowane z budżetu gminy jeden śmietnik i dwie przenośne toalety (typu: Toi-Toi). Społeczność nadal boryka się z szeregiem problemów związanych z ubóstwem, analfabetyzmem, bezrobociem, niestabilnością

---

określają jako „Gypsy Threat Narrative” szczególnie uwidocznioną podczas pandemii, McGarry również wskazuje, że Romowie często są traktowani jako „problem”, który należy „rozwiązać”.

<sup>6</sup> Potocznie nazywany „koczowiskiem” stanowi zajęte pustostany po byłych altanach działkowych. Pracownicy socjalni i aktywiści systematycznie składają w imieniu części rodzin wnioski o mieszkania socjalne. Ze względu m.in. na system punktacji, który kryminalizuje (poprzez ujemne punkty) zajmowanie pustostanów oraz małą liczbę dostępnych lokali socjalnych, w niektórych przypadkach odmawiano imigrantom wpisania na listę oczekujących tym samym uznając, iż są w stanie sami zaspokoić swoje potrzeby mieszkaniowe.

<sup>7</sup> Raport dotyczący sytuacji w Rumunii

<https://cps.ceu.edu/sites/cps.ceu.edu/files/attachment/basicpage/3034/rcm-civil-society-monitoring-report-2-romania-2018-eprint-fin.pdf> oraz ROMACT <https://www.coe-romact.org/municipalities/dumbraveni>.

<sup>8</sup> Na gruncie poznańskim kluczową rolę odegrała interwencja Rzecznika Praw Obywatelskich Adama Bodnara, który wraz z Zuzanną Rudzińską-Bluszcz w 2016 roku podjęli interwencję w Urzędzie Miasta Poznań, postulując stworzenie międzysektorowego zespołu ds. polityki dotyczącej polepszenia sytuacji imigrantów romskich pochodzenia rumuńskiego. Spotkanie to zorganizowano w konsekwencji zaproszenia RPO do udziału w debacie, stanowiącej podsumowanie aktywistyczno-badawczego projektu zrealizowanego w ramach grantu „Migranci romscy pochodzenia rumuńskiego w Polsce – własnym głosem o sobie” w ramach projektu „Obywatele dla Demokracji”, prowadzonego przez Fundację im. St. Batorego i finansowanego z ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego (wniosek nr E3/1859). Spotkanie odbyło się w Collegium Civitas (<https://www.civitas.edu.pl/pl/uczelnia/kalendarium/debata-wlasnym-glosem-o-sobie-imigranci-romscy-w-polsce>)

W skład działań wchodziła zarówno praca nad raportem i filmem, jak i seria pięciu otwartych spotkań, oraz warsztatów dotyczących wystąpień publicznych. Raport i film był prezentowany przez zespół badawczy pracujący przy Zachodnim Ośrodku Badań Społecznych i Ekonomicznych, jak i przez imigrantów.

mieszkańczą, ale też wielkim niepokojem, gdyż w każdej chwili może nastąpić eksmisja z bezumownie zajmowanego terenu. Co więcej imigranci nie mają dostępu do wsparcia mieszkaniowego oferowanego przez władze miasta, co skutkuje m.in. ograniczonymi możliwościami wejścia dzieci i młodzieży w system edukacji (dotychczas tylko jedna szkoła w Poznaniu wyraziła zgodę na przyjęcie większej liczby dzieci imigrantów).

Najważniejsze dokumenty, które regulowały prawa migracyjne Romów rumuńskich poszukujących ochrony w Niemczech i Polsce, stanowiły porozumienia o readmisji zawarte pomiędzy Niemcami, Polską a Rumunią. Na ich mocy w Polsce w latach 90. XX w. odbywały się masowe deportacje Romów rumuńskich (Kostka 2018). Następnie uznanie Rumunii za „bezpieczny kraj” w prawie międzynarodowym, spowodowało utrudnienie możliwości ubiegania się o azyl lub inną formę ochrony przez Romów – uznanawanych za nomadów – w krajach, do których przybywali. Jednocześnie, jak wskazują raporty m.in. UNHCR lata 90. w Rumunii naznaczone były dyskryminacją, nielegalnymi wysiedleniami, pogromami i zabójstwami Romów na tle etnicznym oraz dynamicznie rosnącym ubóstwem tej grupy, związanym m.in. z upadkiem państwowych zakładów pracy. Migracje jakie Romowie podejmowali, nie tylko z Rumunii, miały charakter przymusowy, nie „kulturowy”.

Podobny przymus towarzyszył i towarzyszy zmianom miejsca zamieszkania w Polsce – przemieszczaniu się do kolejnych pustostanów, czy własnoręcznie zbudowanych altanach, które motywowane jest zagrożeniem wysiedleniem. W latach 90. osoby, które miały wystarczająco dużo szczęścia oraz zasobów finansowych, traktowały Polskę jako kraj tranzytowy. Inni postanowili, że w obliczu zmieniającej się sytuacji, nie chcą wrócić do kraju pochodzenia. Z granicy niemieckiej wracali do Polski, jednak by w niej pozostać doświadczając braku praw, zaczęli osiedlać się w mało widocznych miejscach (np. nieużytkach) budując pierwsze obozy z kocy i namiotów. Pomimo zmian w prawie i przystąpieniu Rumunii i Polski do UE nadal kolejne pokolenia żyją w przestrzeni niewidzialności<sup>9</sup>. Romowie od lat 90. systematycznie traktowani są jako „tymczasowi rezydenci”, pomimo faktu, iż część osób jest związana z Polską na stałe. Po roku 2007 Rumunia weszła do wspólnoty UE, co bezpośrednio wpłynęło na zakończenie programów deportacji, oraz (przynajmniej teoretycznie) zwiększenie możliwości korzystania z usług szpitali oraz przychodni wynikające z obywatelstwa kraju UE. Pomimo to, przez wiele lat problemem była

---

<sup>9</sup> Poziom debaty towarzyszącej pracom związanym z budowaniem zrębów polskiej polityki migracyjnej, odzwierciedla choćby sposób, w jaki byli określani pierwsi uchodźcy, którzy w Polsce znaleźli się na początku lat 90. Docierając do Polski jako pasażerowie statku zawróconego ze Szwecji nazywani byli „cudzoziemcami narodowości czarnej”, co dopiero po latach było odczytywane przez urzędników, jako co najmniej nieprofesjonalne. Cytat pochodzi z broszury wydanej z okazji upamiętnienia piętnastej rocznicy obecności Biura Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Uchodźców w Polsce pt. „Working Together, 15 lat UNHCR w Polsce”.

kwestia braku ubezpieczenia i regulacje dotyczące rejestracji pobytu, które wykluczały osoby ubogie<sup>10</sup>.

Przypisanie tymczasowości i nomadyzmu jako cechy kulturowej imigrantów romskich, pozwala decydom na konstruowanie wykluczających i ograniczonych mechanizmów dostępu do różnych społecznych usług i polityk, na przykład do opieki medycznej. Jak wynika z relacji migrantów, jeśli w ogóle przyznaje się ten dostęp, to tylko osobom przebywającym tylko tymczasowo na terytorium Polski. Zgodnie z treścią *Ustawy o mniejszościach narodowych i etnicznych oraz języku regionalnym*<sup>11</sup> Romowie rumuńscy nie mają statusu i praw mniejszości etnicznej w Polsce, ze względu na niespełnienie w niej określonych kryteriów.

Chociaż Unia Europejska w latach 2005–2015 realizowała szereg działań o charakterze inkluzywnym w 12 krajach wspólnoty (we współpracy z Komisją Europejską, *Open Society Institute*, Bankiem Światowym, Radą Europy, UNDP, UNICEF, UNHCR i *European Roma Organizations*) (Brüggemann, Friedman 2017), programy nie objęły wsparciem imigrantów romskich pochodzenia rumuńskiego. Niemniej jednak w związku z kontrowersyjnymi, przymusowymi deportacjami i wysiedleniami imigrantów romskich pochodzenia rumuńskiego z Francji i Włoszech, które miały miejsce w 2010 roku, w ramach *EU Framework for National Roma Integration Strategies* (2011) poszerzono działania między innymi o finansowanie aktywności na polu antydyskryminacyjnym, aktywistycznym a także badawczym. Jednocześnie w ostatnich latach coraz większą uwagę poświęca się dyskusji o **romofobii i antycyganizmie – dyskusji niedotyczącej Romów, a rasizmu wobec nich**. Analiza romofobii i antycyganizmu jest osadzona w dyskusji o społeczeństwie większościowym, a zwłaszcza o polityce i historii regulującej możliwości korzystania z praw i realizacji potrzeb, roli państwa w promowaniu segregacji i wykluczenia oraz politycznym wykorzystywaniu konfliktów dotyczących osiedli i obozów (*settlement oraz self settlement*) zamieszkałych przez imigrantów romskich (Vitale 2019). Dotyczy także związków polityki i wiedzy eksperckiej w kontekście „anormalizacji” Romów (Picker i Roccheggiani 2014), urasowania i państwowej gettoizacji (Vincze, Petrovici, Rat, Picker 2019). Wyzwanie stanowi rozpoznanie istnienia klisz w naszym własnym postrzeganiu Romów, w spisanej historii Romów, jak również w kontekście debaty dotyczącej służby zdrowia i szczepień.

Doświadczenie pandemii spowodowało dodatkowe wzmocnienie negatywnych postaw w stosunku do imigrantów romskich pochodzenia rumuńskiego w Polsce. Naukowcy oraz politycy

---

<sup>10</sup> Imigranci podejmowali pracę jedynie bez umowy, często traktowano ich jako „nielegalnych”, dodatkowo bariery językowe i analfabetyzm powodowały sytuację zależności od informacji przekazywanych przez inne osoby. Wizyta w Urzędzie ds. Cudzoziemców często była zbyt skomplikowana, by mogła odbyć się samodzielnie bez osoby wspierającej (albo ze społeczności, albo z zewnątrz). Ze względu na niską pozycję socjo-ekonomiczną oraz ubóstwo, ograniczony był również dostęp do środków finansowych, sprawiając, że niemożliwe było korzystanie z usług odpłatnych.

<sup>11</sup> Treść ustawy: <https://www.gov.pl/web/mniejszosci-narodowe-i-etniczne/ustawa-o-mniejszosciach-narodowych-i-etnicznych-oraz-o-jezyku-regionalnym>

od wielu lat opisywali przestrzenie zamieszkałe przez imigrantów romskich jako „siedliska chorób i epidemii” (Wojciechowska 2014) czy źródła zarazy. Silny dyskurs medycyzujący, połączony z budowaniem myślowych powiązań pomiędzy obecnością imigrantów i potencjalnym niebezpieczeństwem, kryzysem miejskim, patologiami oraz dewiacjami społecznymi ustanawiał i legitymizował rasistowskie stereotypy. Sytuacja pandemii i towarzyszący jej strach przed zarażeniem wirusem wzmocniły funkcjonujące już w społecznym myśleniu stereotypy. Sytuację w jakiej znajdują się imigranci romscy często wyjaśnia się przez odwołania do cech wewnętrznych (np. charakteru, osobowości, które są jednocześnie bardziej stałe), przy jednoczesnym ignorowaniu czy umniejszaniu znaczenia przyczyn zewnętrznych (np. warunków socjoekonomicznych, systemowych barier). Na gruncie psychologii społecznej podobne procesy definiowane są jako podstawowy błąd atrybucji, polegający na nadawaniu nadmiernej wagi wpływowi dyspozycji wewnętrznej przy ocenianiu zachowań (Tabernacka 2009, 171, Aronson, Wilson, Akert 2012, 35).

W przyjętej przeze mnie perspektywie nie skupiam się na opisie społeczności romskiej, w zamian **kładąc akcent na zarysowanie mechanizmów wytworzonych przez społeczeństwo większościowe wobec imigrantów romskich pochodzenia rumuńskiego**. Zwracam uwagę na dorobek studiów krytycznych w zakresie *Critical Romani Studies* oraz poskolonializmu i studiów nad nowymi formami rasizmu. Przeciwna perspektywa za „oczywistą przyczynę” ubóstwa uznaje k u l t u r ę, a raczej „kulturowe romskie DNA”<sup>12</sup>.

## WYNIKI BADAŃ

### 1. Orientacja metodologiczna

Projekt badawczy zrealizowano w oparciu o założenia metodologiczne *critical action research*, oraz *militant/activist research*. Przy pełnej świadomości braku jednoznacznej definicji, określającej czym są *militant research*, czy *activist research*, za Graeme Chesters (2012), Aziz Choudry i Dip Kapoor (2010), Laurence Cox (2014) i Deanna Dadusc (2014), uznaję za istotne stawianie w centrum uwagi dyskusji dotyczącej statusu uzyskiwanej wiedzy, twierdząc, iż wiedza upowszechniana w ramach akademii powinna być wiedzą nie tylko „o” imigrantach, ale też – wiedzą „dla” imigrantów i ich sojuszników w procesie emancypacji i wsparcia.

---

<sup>12</sup> Nomadyzm jest jednym z najtrwalszych stereotypów dotyczących postrzegania Romów jako grupy, która nie jest związana na stałe z żadnym terytorium, a jej członkowie nie chcą się nigdzie osiedlić na stałe (McGarry, 2017, s.43).



W całym procesie badawczym, nawiązuję do postulowanego w teoriach postkolonialnych skupienia się na ilustrowaniu i opisywaniu mechanizmów wytwarzania sytuacji podporządkowania niż na samym opisie „respondentów” i próbie ramowania podporządkowanych społeczności (Kostka, Czarnota 2016). Przyjmując tę optykę, uznaję, że imigranci są głównymi dysponentami wiedzy, natomiast rola badacza polega na takim sposobie wykorzystania tej wiedzy, by w przyszłości mogła być społecznie użyteczna. Ową użyteczność definiuję jako możliwość wykorzystania rezultatów badań nie tylko na polu akademickim, ale również aktywistycznym i w kształtowaniu debaty publicznej. Antropologia i socjologia zaangażowana o charakterze emancypacyjnym starają się unikać egzotyzujących i etnicyzujących opisów. Zgadzam się również z Anną Ivasiuc, która twierdzi, że rola badaczy akademickich (jeżeli są do tego zdolni i gotowi) powinna polegać na udzielaniu wsparcia i budowaniu sojuszy, nie na mówieniu „w imieniu” uprzedmiotowioną społeczność (11, 2018). Za uprawnione i etyczne uważam mówienie o mechanizmach wytworzonych przez społeczeństwo większościowe **wobec** konkretnych społeczności. Inspirowałam się także badaniami realizowanymi przez koalicję aktywistów i akademików, między innymi z grup *Colectivo Situaciones* (2003) czy madryckiego *Observatorio Metropolitano*. Ta druga grupa określa się jako: „aktywistyczna grupa badawcza, która wykorzystuje metodę śledztwa i kontr-mapowania, aby przyjrzeć się procesom miejskim dotyczącym sprekaryzowanych robotników, migrantów i walkom (związanymi z kryzysem, gentryfikacją, spekulacją, wysiedleńcami) toczonym w Madrycie” (2003). Podobnie jak Bertie Russell czy Jeffrey S. Juris traktuję badania socjologiczne w tym przypadku jako narzędzie wspomagające procesy emancypacyjne.

**Pierwszym celem badań jest dokonanie ogólnej diagnozy barier jakie imigranci romscy napotykają w dostępie do służby zdrowia, jak i wskazanie na czynniki decydujące o nastawieniu imigrantów romskich pochodzenia rumuńskiego do szczepień (w ogóle, nie tylko przeciw covid-19). Drugim celem jest osadzenie wyników w szerszym kontekście systemowych barier i strategii radzenia sobie z nimi przez imigrantów. Kolejnym celem badań jest dyskusja ze stereotypem „romskiej niechęci” do korzystania z usług medycznych i upatrywania wszelkich problemów w braku edukacji czy kulturze imigrantów, przy jednoczesnym pominięciu mechanizmów wykluczenia i rasizmu systemowego.**

W roku 2020 w okresie od lipca do sierpnia zrealizowałam 37 ankiet z Romami rumuńskimi. Kwestionariusz był poszerzony o notatki prowadzone przy każdej rozmowie w dzienniczku badawczym. W raporcie wykorzystuję również doświadczenia trzymiesięcznej asysty socjalno-bytowej i kilkuletnich działań na polu aktywistycznym w ramach Wielkopolskiego Stowarzyszenia Lokatorów i Fundacji Akceptacja.

W badaniu wzięło udział 37 osób (19 mężczyzn i 18 kobiet). Wśród kobiet najlicniejszą grupę respondentów stanowiły osoby w wieku 40-49 lat (6 osób), natomiast wśród mężczyzn osoby w wieku 30-39 lat (6 osób). Warto zaznaczyć, że wśród kobiet w przedziale wiekowym od 19-29



lat (5 osób) i 30-39 (4 osoby) większość respondentek (7 osób) miała doświadczenie porodu w Polsce oraz korzystania z polskiej opieki zdrowotnej. Odsetek ten malał wraz z wiekiem – kobiety w przedziale wiekowym 50-59 oraz 60 i więcej deklarowały doświadczenie porodu w warunkach domowych lub poza Polską. Wszystkie respondentki miały doświadczenie macierzyństwa.

Mężczyźni n18:

- o 0-18 lat: 2 osoby
- o 19 – 29 lat: 4 osoby
- o 30 – 39 lat: 6 osób
- o 40-49 lat: 4 osoby
- o 50 – 59 lat: 2 osoby

Kobiety n19:

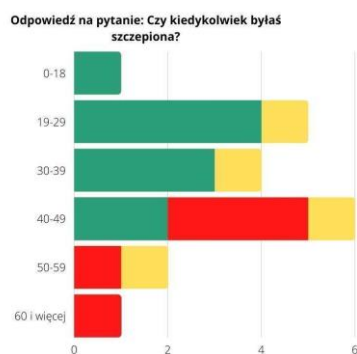
- o 0-18 lat: 1 osoba
- o 19 – 29 lat: 5 osób
- o 30 – 39 lat: 4 osoby
- o 40-49 lat: 6 osób
- o 50 – 59: 2 osoby
- o więcej: 1 osoba

## 2. Kategorie doświadczeń i nastawienia do szczepień

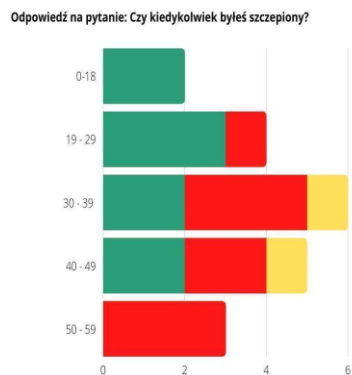
Badaczki i badacze społeczni coraz częściej analizują poziom wyszczepialności, czyli odsetek osób zaszczepionych względem niezaszczepionych, w odniesieniu do **możliwości skorzystania z tej usługi** przez Romów, jednocześnie podkreślając, że fakt niezaszczepienia, nie zawsze jest wynikiem dobrowolnego wyboru. Analizując poziom prawdopodobieństwa zaszczepienia dzieci romskich, (który zazwyczaj jest niższy w porównaniu z stopniem prawdopodobieństwa dla dzieci nie-romskich), zauważyć można, że jest on pozytywnie skorelowany z dostępem do opieki zdrowotnej (Duval i in. 2016). Dzieje się tak zwłaszcza wtedy, gdy osoby są pod stałą opieką lekarza lub lekarki, do których w razie potrzeby mogą się zgłosić. Należy zwrócić uwagę na fakt, że taka sytuacja stanowi podstawę bezpieczeństwa w momencie pojawienia się np. powikłań po szczepionce, czy uzyskania informacji o działaniach szczepionek. Potrzebę lepszego zrozumienia czynników wpływających na odsetek wyszczepienia, wyjaśnię poprzez skupienie się na przedstawionych przez imigrantów uzasadnieniach konkretnych decyzji i postaw. Zebrane dane pozwoliły mi na wprowadzenie głównych kategorii opisowych:

- a) osoby, które nie były szczepione, ale zgadzają się na szczepienie dzieci w przyszłości,
- b) osoby, które były szczepione i nie zgadzają się na szczepienie dzieci.
- c) osoby, które były szczepione i wyrażają zgodę na szczepienie dzieci w przyszłości,
- d) osoby, które były szczepione ale nie wyrażają zgody na szczepienie dzieci w przyszłości.

Poniższe wykresy prezentują dane dotyczące szczepienia (niezależnie od kraju, w którym zostało one wykonane) deklarowane przez kobiety i mężczyzn.



Wykres 1 Doświadczenie szczepienia wśród badanych kobiet. Kolorem zielonym zaznaczono odpowiedzi „tak”, czerwonym – „nie”, żółtym odpowiedź – „nie wiem”. Linia pozioma - liczba odpowiedzi. Linia pionowa to wiek.



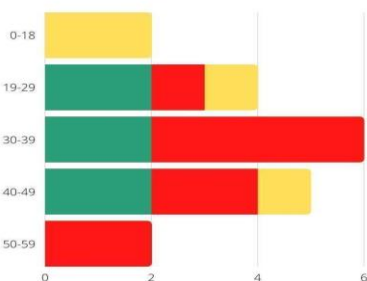
Wykres 2 Doświadczenie szczepienia wśród badanych mężczyzn. Kolorem zielonym zaznaczono odpowiedź „tak”, czerwonym – „nie”, żółtym odpowiedź – „nie wiem”. Linia pozioma – liczba odpowiedzi. Linia pionowa to wiek.

Wszyscy respondenci znajdujący się w przedziale wiekowym 40-49 uzyskali szczepienie w mobilnych punktach medycznych, które dotarły na teren ogrodów działkowych w związku z epidemią odry w 2016 roku. Jednocześnie występująca odpowiedź „nie wiem”, była związana z brakiem umiejętności czytania/pisania i informacji dotyczącej podjętych czynności medycznych. Przy okazji kontaktów z lekarzami, wizyty w szpitalach, pobierania krwi, otrzymywania zastrzyków, w przypadku nieobecności tłumacza lub asystenta cały proces był mniej zrozumiały. Część osób deklarowała, że była szczepiona, ale ze względu na brak posiadanej książeczki zdrowia nie wie na jaką chorobę i w jakich dawkach. Tylko osoby dorosłe oraz dzieci, które są pod stałą opieką lekarzy (albo wynikającą z badań bilansowych) deklarowały pozytywne nastawienie do szczepień.

Na poniższych wykresach zaprezentowano dane uzyskane w odpowiedzi na pytanie: „Czy wyrazisz zgodę na szczepienie siebie i swoich dzieci?”



Wykres 3 Deklaracje wobec możliwości szczepień wśród kobiet. Kolor żółty: nie wiem, zielony: tak, czerwony: nie. Oś pionowa - przedziały wiekowe, oś pozioma - liczba odpowiedzi.



Wykres 4 Deklaracje wobec możliwości szczepień wśród mężczyzn. Kolor żółty: nie wiem, zielony: tak, czerwony: nie. Oś pionowa – przedziały wiekowe, oś pozioma – liczba odpowiedzi.

W najniższym przedziale wiekowym odpowiedzi dotyczące podjęcia decyzji o szczepieniu są uzależnione od stanowiska rodziców. W przedziale drugim (od 19-29 lat) wszystkie kobiety zadeklarowały chęć szczepień. Choć nie wszystkie miały za sobą doświadczenie porodu w polskim szpitalu, to informacje przekazywane wewnątrz społeczności miały pozytywny charakter – odnosiły się do braku powikłań po szczepieniach i możliwości skorzystania z usług medycznych. Deklaracje wyglądają nieco inaczej u mężczyzn w tym samym przedziale wiekowym, którzy swoje negatywne decyzje argumentowali informacjami z rumuńskich kampanii antyszczepionkowych, traktując szczepienia jako zagrożenie dla życia i zdrowia. Jedna osoba nie była pewna swojej decyzji. Im starsi respondenci, tym częściej deklarowano negatywny stosunek do zaszczepienia siebie lub wyrażenia zgody na szczepienie swoich dzieci.

Wśród uzasadnień decyzji odmownych przeważały poczucie zagrożenia i podawane przykłady śmierci zaszczepionych osób pozbawionych kontaktu z lekarzem, powoływanie się na obrazujące te kwestie materiały wideo dostępne w języku rumuńskim. Gdy zanalizujemy pokrótce treść materiałów antyszczepionkowych i weźmiemy pod uwagę wysoki poziom korupcji w rumuńskiej służbie zdrowia, dynamiczną neoliberalizację i prywatyzację mającą miejsce w ostatniej dekadzie, kolejne głośne afery dotyczące defraudacji publicznych pieniędzy i zły poziom sanitarny szpitali<sup>13</sup> pozyskujemy szerszy obraz sytuacji. Brak „bezpieczeństwa medycznego” – które definiuję jako możliwość korzystania w potrzebie z usług lekarskich na zadowalającym poziomie – w połączeniu z kampanią szczepień obejmujących konkretne regiony i dzielnice Rumunii zamieszkałe przez ubogich Romów mają bardzo duży wpływ na postawy wobec szczepień.

<sup>13</sup> Jednym z przykładów korupcji i niskiego stanu rumuńskiej służby zdrowia był pożar klubu Colectiv w Budapeszcie, który miał miejsce 30 października 2015 roku. 64 osoby zmarły, w tym 38 w szpitalu z powodu afery związanej z rozcieńczaniem środków dezynfekujących. Personel został zmuszony do milczenia. Sytuacja ta spowodowała szereg protestów. [https://en.wikipedia.org/wiki/Colectiv\\_nightclub\\_fire](https://en.wikipedia.org/wiki/Colectiv_nightclub_fire)

Na temat pożaru i rumuńskiej służby zdrowia zrealizowano również film „Colectiv” w reżyserii Aleksandra Nanau <https://hbogo.pl/filmy/kolektyw>

**Przywołując dwie pierwsze kategorie, które wyróżniłam na początku - osoby, które nie były szczepione, ale zgadzają się na szczepienie dzieci w przyszłości, swoje stanowisko uzasadniają możliwością stałego kontaktu z lekarzem. Drugą, skrajną deklaracją jest niezgoda na szczepienia, przy jednoczesnym braku doświadczenia przyjęcia szczepionki. Uzasadnieniem jest obawa o zdrowie i życie, w oparciu o dostępne materiały z rumuńskich kampanii antyszczepionkowych.** Przy braku zaufania wynikającym z negatywnych doświadczeń nabytych w kontakcie z polskimi instytucjami oraz przy występującej barierze językowej kampanie antyszczepionkowe dostępne w postaci nagrań wideo stają się często jedynym dostępnym i wzajemnie przekazywanym źródłem wiedzy.

Służba zdrowia nie cieszy się zaufaniem, gdyż nie dały do tego podstaw wcześniejsze doświadczenia. Jednocześnie niechęć do szczepień uzasadniana jest kontrolą społeczną, "zaczipowaniem", czy nawet teoriami spiskowymi (tzn. udziałem sił nieczystych). Trzeba zauważyć, że uznanie powyższych argumentów za naukowe, nie jest charakterystyczne tylko dla imigrantów romskich. Ruchy antyszczepionkowe, których liderami są nie-Romowie, a przedstawiciele społeczeństwa większościowego uznają je w tej samej lub podobnej mierze. Antyszczepionkowe postawy wynikają z negatywnego doświadczenia i wykluczenia (z dostępu do służby zdrowia, ubezpieczeń i edukacji), i nie stanowią elementu romskiej kultury. Tak samo jak nie stanowią również elementu polskiej kultury, choć są charakterystyczne i zyskują popularność w grupach antyszczepionkowców działających w Polsce.

W przypadku osób pokoleniowo wykluczonych, niechęć i obawa przed szczepieniami są związane z brakiem bezpieczeństwa medycznego. Jednocześnie brakuje materiałów informacyjnych skierowanych dla osób borykających się analfabetyzmem, dotyczących szczepień, mimo, że materiałów jest ogólnie coraz więcej w związku z pandemią COVID-19 (np. realizowane przez WHO). Zasadniczą jednak kwestią pozostają bariery w dostępie do służby zdrowia, związane nie tylko z jej prywatyzacją, ale też ubóstwem i wielopokoleniowym wykluczeniem imigrantów, traktowanych na poziomie państwowej polityki, jako „tymczasowi nomadzi”, co ma uzasadniać brak programów i możliwości włączenia w system, który nigdy dla tej grupy nie został otwarty. Wręcz przeciwnie – system ten jest pełen mechanizmów prowadzących do wytworzenia pola niewidzialności, w które migranci romscy pochodzenia rumuńskiego są systematycznie spychani i w którym musieli się odnaleźć podejmując różnego rodzaju strategie. Te problemy wiążą się również z kwestią braku bezpiecznego miejsca zamieszkania, podstawowych mediów, możliwości uzyskania politycznej podmiotowości. Pytaniem otwartym pozostaje czy w ogóle można mówić o poczuciu pełnego "bezpieczeństwa medycznego" i stałego kontaktu z lekarzami. Na pewno nie we wszystkich przypadkach.

Doświadczenia związane z korzystaniem ze służby zdrowia w Polsce są zróżnicowane ze względu na płeć i wiek, zmieniający się kontekst polityki migracyjnej i uwarunkowań prawnych dotyczących możliwości realizacji potrzeb w zakresie dostępu do opieki medycznej oraz proces wchodzenia

w systemową widzialność (m. in. rejestrację pobytu, kwestie ubezpieczeniowe). Osoby, które korzystały w przeszłości z systemu polskiej opieki zdrowotnej wskazywały na istnienie szeregu barier: nieprzystosowanie przychodni do pacjentów z analfabetyzmem (bariera niezależna od narodowości czy pochodzenia etnicznego), brak dostępności tłumaczy i osób wspomagających przejście procedury formalnej. Częstym problemem pojawiającym się u osób starszych była nieumiejętność podpisania się pod dokumentami, ze względu na nieznaną alfabetu. Asystentami dorosłych nierzadko były ich dzieci, które dzięki działaniom organizacji pozarządowych uzyskały możliwość wejścia w system edukacji<sup>14</sup>. Jedynie dzieci urodzone w Polsce, automatycznie uzyskiwały dostęp do badań bilansowych i szczepień.

Doświadczenia kontaktów ze służbą zdrowia w grupie matek były oceniane w większości pozytywnie. Jednocześnie w relacjach pojawiał się strach związany z przypadkami zabierania dzieci osobom nieubezpieczonym, sytuacje odczuwania poirytowania lekarzy, oceniania i poniżania przez personel medyczny. Poczucie bycia gorszym pacjentem wynikające ze sposobu traktowania i niechęci jest powszechnym doświadczeniem (Lehman 2018, Sałwacka 2013). To głównie matki, które mogły się odnieść do pozytywnych doświadczeń korzystania ze służby zdrowia, najczęściej deklarowały chęć zaszczepienia dzieci. Stały kontakt z lekarzem powodował poczucie spokoju, związane z możliwością podjęcia działania w razie wystąpienia niepożądanych reakcji na szczepionkę. Przechodzenie dzieci przez kolejne szczepienia pod nadzorem lekarza rodzinnego przeczyło obawom, iż szczepienia są śmiertelne. Jedna z kobiet skomentowała tę sytuację następująco:

*Moje dzieci są urodzone w Polsce, mają wszystkie szczepienia. Wiem, że niektórzy się boją i myślą, że po szczepieniach dzieci chorują. My mamy lekarza, jak coś się dzieje to zawsze tam jedziemy. Wiem, że jak będzie potrzeba, to jest pomoc.*

Traktowanie szczepionek w kategoriach wysokiego zagrożenia dla życia i zdrowia często było uzasadnione informacjami zdobytymi podczas kampanii antyszczepionkowych, które były bardzo widoczne w rumuńskich mediach, podczas epidemii Odry w 2016, 2017 i 2018 roku. Jednocześnie duża część z mieszkańców rumuńskich regionów również w kraju pochodzenia doświadcza barier w stałym dostępie do opieki społecznej, co wraz z wykluczeniem mieszkaniowym i ubóstwem obniża zaufanie do lekarzy. Imigranci uzasadniając negatywne nastawienie do szczepionek powoływali się na przykłady „kampanii przymusowych szczepień”, które prowadzone na terenach wiejskich u osób z obniżoną odpornością według niektórych źródeł miały prowadzić do śmierci i chorób (Kakissis 2018). Negatywne postawy były znacznie częściej deklarowane przez osoby starsze. Tak wypowiedziała się o tym jedna z kobiet: „Jak ludzi zaczęli szczepić, co nigdy u lekarza

---

<sup>14</sup> W przeszłości na terenie Poznania miały miejsce sytuacje, kiedy dyrektorzy i dyrektorki szkół nie chcieli zarejestrować „problematycznych” uczniów i odmawiali przyjęcia dzieci. Aktywiści Wielkopolskiego Stowarzyszenia Lokatorów, wielokrotnie uczestniczyli w rozmowach z dyrektorami. Prawo do edukacji było wykorzystywane częściej do dyscyplinowania i straszenia osób zebrzących, niż jako praktyka włączania/wkluczania w system szkolnictwa.

nie byli to kilka osób zmarło. Naprawdę umarło po szczepieniach i nikt się tym nie przejmował. Ja się boję szczepić”.

Im starsi byli respondenci, tym mniejsza okazywała się również liczba osób, która posiadała pozytywne doświadczenie związane z korzystaniem z usług opieki zdrowotnej. Imigrantki i imigranci, którzy jako ostatni weszli w system polskich ubezpieczeń społecznych poprzez rejestrację w Urzędzie Pracy kształtowali swoje doświadczenia w latach wcześniejszych<sup>15</sup>. Opisywane w lokalnych mediach sytuacje odmowy udzielenia pomocy dzieciom i osobom dorosłym w szpitalach oraz interwencje aktywistów na stałe wpisały się w doświadczenie społeczności. Dodatkowo to deportacje wśród osób starszych były jedynym doświadczeniem, przez pryzmat którego postrzegano nie tylko urzędników, ale również policję i lekarzy. Niechęć ze strony lekarzy, czy nawet próby odbierania dzieci z inicjatywy lekarzy w reakcji na nieposiadanie ubezpieczenia zdrowotnego oraz środków finansowych, by zapłacić rachunek przy wypisie ze szpitala, również stanowią przyczynę postrzegania systemu służby zdrowia w kategoriach zagrożenia, a nie możliwości uzyskania pomocy<sup>16</sup>. Mundra, matka dziecka, które miało zostać odebrane na drodze sądowej opisuje tę sytuację w wywiadzie z Martą Pałygą opublikowanym na łamach Recyklingu Idei następująco:

*Cztery lata. Byłam teraz w Toruniu i wtedy w Poznaniu. Ale z Poznania uciekłam, zabrali mi dziecko w szpitalu. Powiedzieli, że jak nie zapłacę rachunku, to mi nie oddadzą. I wtedy zadzwoniliśmy do was i pojawiła się Kasia, i tak z nimi pogadała, że mi oddali Armando. A w Toruniu jakby było miejsce na barak, to byśmy zostali tak długo, żeby starczyło na podróż do Rumunii dla mamy.*

*– I co? Wrócilibyście do Wrocławia? Dlaczego? Przecież tutaj nie ma życia.*

*– Ale znamy szpitale, kościoły, lekarzy, wiem gdzie jest dworzec. Mamy nadzieję, że będzie lepiej, że ludzie dadzą nam spokój, zobaczą, że jesteśmy lepsi, niż wyglądamy, niż mówią o nas. Bo robi jeden, a mówią, że to wszyscy Rumuni robią. A tak, ci, którzy mają, nie chcą dać, ci którzy nie mają, chcą dać, ale nie mają skąd. Ludzie mówią, że u nas mężczyźni posyłają kobiety na ulicę, a sami leżą. (Pałyga 2013)*

Dodatkowo bariery związane z analfabetyzmem oraz nieznaną języka polskiego często skutkowały sytuacją frustracji i niemożności samodzielnego poruszania się w systemie pomocy.

---

<sup>15</sup> Osoby najstarsze nadal odwołują się najczęściej do zabierania dzieci i deportacji, jako doświadczeń z udziałem urzędników i lekarzy. Jednocześnie warto zaznaczyć, że dopiero w latach 2014-2015 poznańscy aktywiści po rozpoznaniu tych możliwości, zaczęli asystować imigrantom w procesie rejestracji. Pomimo licznych problemów związanych z brakiem ubezpieczenia, imigranci nie zostali wcześniej poinformowani o takiej możliwości.

<sup>16</sup> Początek współpracy z imigrantami romskimi pochodzenia rumuńskiego przez aktywistki i aktywistów Wielkopolskiego Stowarzyszenia Lokatorów w Poznaniu, które jest organizacją najdłużej współpracującą z imigrantami romskimi, rozpoczął się od interwencji polegającej na uzyskaniu wypisu kilkumiesięcznego dziecka ze szpitala znajdującego się przy ulicy Nowowiejskiego (Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu).



W tym kontekście rumuńskie kampanie antyszczepionkowe nagrane na wideo i dostępne w sieci<sup>17</sup> uzyskiwały wiarygodność, tym bardziej, że polski system uznawany był za bardziej opresyjny niż pomocny<sup>18</sup>.

### 3. Stereotypy o kulturze, a zjawisko transnarodowej mobilności w poszukiwaniu lepszego dostępu do opieki medycznej

Kwestia migracji, przedstawiana jako „problem” jest coraz częściej wykorzystywana politycznie do ograniczania migrantom dostępu do praw obywatelskich zarówno w krajach, z których emigrują, jak i docelowych (De Haas, 2010a, 2010b). Sytuacja ta stanowi przykład praktycznego kwestionowania założeń europejskiej polityki integracyjnej, co w szczególności widać na przykładzie sytuacji imigrantów romskich z Rumunii. Na wspólne, europejskie obywatelstwo nakładają się ograniczenia wynikające z przynależności do danej klasy społecznej, pochodzenia etnicznego i płci (Likic-Brboric, 2011, Hansen i Hager, 2010). Pomimo powszechności stereotypów, zgodnie z którymi migranci romscy nie chcą korzystać z usług medycznych, podejmują oni transnarodową mobilność również w poszukiwaniu dostępu do opieki zdrowotnej. Transnarodowa opieka medyczna funkcjonuje w szerszym kontekście nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej w krajach pochodzenia, jak również zamieszkania imigrantów. Prywatyzacja opieki zdrowotnej, bariery związane z wejściem w system powszechnych ubezpieczeń, kwestie statusu ekonomicznego oraz rasizm administracyjny wpływają na wybory i strategie podejmowane w ramach transnarodowej mobilności w poszukiwaniu lepszego i bezpieczniejszego dostępu do opieki.

Ten rodzaj mobilności nie dotyczy tylko Romów i znacznie różni się od „turystyki medycznej” motywowanej poszukiwaniem tańszych zabiegów. Transnarodowi pacjenci systemu opieki realizowanego pomiędzy krajami Unii Europejskiej, mobilność uzasadniają bowiem często brakiem wyboru. Podczas ostatnich 30 lat zarówno w Polsce, jak i w Rumunii prywatyzacja służby

---

<sup>17</sup> „Przykładem może być strona zawierająca informacje i filmy dotyczące wpływu szczepień na autyzm <https://bucovinaprofunda.com/2013/02/08/au-inceput-sa-recunoasca-vaccinurile-provoaca-autism-primele-despagubiri/> (dostęp, 06.02.2021)".

<sup>18</sup> Doświadczeniem, w wyniku którego część osób starszych została zaszczepiona, była epidemia odry, która miała miejsce w Rumunii w 2016 roku. Wówczas, w wyniku przyjazdu kilku rodzin choroba była obecna również na terenie poznańskich działek, co wywołało zainteresowanie mediów i panikę. Pracownicy socjalni, po konsultacji z mobilnym punktem Caritasu zdiagnozowali pierwszy przypadek chorego dziecka. W następnych tygodniach na terenie koczowiska pojawiły się karetki ze szczepieniami. Wówczas duża część mieszkańców w obawie o swoje zdrowie wyraziła zgodę na szczepienia. Kolejny rok, jak wynika z danych WHO charakteryzował się wzrostem zachorowań - 2017 roku zgłoszono 21 315 zachorowań na odrę w 30 krajach. Jednocześnie najwięcej zachorowań w 2017 roku odnotowano w Rumunii (5 562), a osoby chore należały do wszystkich kategorii wiekowych. *Epidemiolodzy oceniają, że utrzymujące się rozprzestrzenianie się odry w Europie wynika z niedostatecznego stanu zaszczepienia. Wśród wszystkich zgłoszonych przypadków odry w 2017 roku, które wystąpiły u osób o znanym statusie zaszczepienia, aż 87% to osoby niezaszczepione.* <http://szczepienia.pzh.gov.pl> dostęp, 06.02.2012.

zdrowia doprowadziła z jednej strony do ograniczenia możliwości korzystania z usług w państwowych szpitalach i jakości tych usług, jednocześnie przyczyniając się do rozwoju rynku prywatnego. Rumunia w okresie boomu w roku 2000 stanowiła ilustrację modelu rozwoju gospodarczego opartego na zadłużeniu (Stan i Erne 2014; McDonough, 2010).

Neoliberalny zwrot dokonany przez UE i jej wschodnie rozszerzenie w ostatnich dziesięcioleciach doprowadził z kolei do coraz większego zróżnicowania kategorii obywatelstwa europejskiego. Z jednej strony akcesja spowodowała nierówne otwarcie rynków pracy i usług publicznych krajów UE-15 dla migrantów z nowych państw członkowskich (Favell, 2008; Loyal, 2011). Z drugiej strony, rozszerzeniu Europy towarzyszył wzrost nierówności płciowych, klasowych i etnicznych w krajach Europy środkowej i wschodniej (Smith, 2010; Pickles, 2010). Skutkowało to powstaniem stref wykluczenia, w których marginalizacja społeczna i ekonomiczna powodowała ograniczenie dostępu lokalnej ludności do praw obywatelskich (Stan 2014). Bariery (np. finansowe, prawne, strukturalne) w jednym z krajów powodują konieczność wyjazdów w celu zapewnienia sobie dostępności do określonych zabiegów medycznych. Skutkuje to koniecznością mobilności i odnalezienia się w różnych, niekompatybilnych względem siebie systemach opieki zdrowotnej (o różnym poziomie rozwoju, dofinansowania i powszechnej dostępności).

Jednym z przykładów są podróże w celu uzyskania dostępu do antykoncepcji. Imigrantki romskie zamieszkałe w Polsce często podróżowały do krajów, w których antykoncepcja była bardziej dostępna i/lub bezpłatna oraz na miejscu mogły skorzystać z sieci wsparcia w postaci rodziny, znajomych i tłumaczy. Kilkanaście Romek, mieszkanek Poznania, w przeszłości korzystało z popularnych we Francji implantów antykoncepcyjnych, które wszczepiane są bezpośrednio pod skórę po wewnętrznej stronie ramienia. Metoda ta skutecznie zabezpiecza przed zajściem w ciążę, jednak czas działania implantów, w zależności od rodzaju, wynosi od 6 miesięcy do 5 lat. Po upływie tego czasu Romki próbowały skorzystać z usług prywatnych lub publicznych ginekologów w Polsce, gdzie koszt minimalnym zabiegu to około 1000 zł. Jednocześnie wykonywany jest on tylko w niektórych gabinetach. W wielu przypadkach, by usunąć lub wymienić implant kobiety musiały ponownie wyjechać do Francji. Powyższy przykład ilustruje, że oba systemy służby zdrowia w tym zakresie działały zupełnie inaczej. Głównym powodem podejmowania decyzji o wyjeździe była szybsza i łatwiejsza dostępność świadczenia oraz uzyskanie pomocy rodziny lub znajomych. Natomiast stereotyp, jaki funkcjonuje na tej płaszczyźnie dotyczy przypisywania przedstawicielom społeczności romskiej niechęci do korzystania z usług ginekologicznych, uzasadniany „ich kulturą” czy brakiem edukacji.

Powtórzmy: posiadanie obywatelstwa UE i rejestracja pobytu (wraz z posiadaniem ubezpieczenia) teoretycznie uprawnia do korzystania z różnych systemów opieki zdrowotnej, jednak nadal istnieją bariery innego rodzaju. Są to bariery systemowe i wielopokoleniowe wykluczenie z jakim zmagają się Romowie. Negatywne doświadczenia, administracyjny rasizm, wykluczenie z systemu edukacji skutkują koniecznością życia w przestrzeni wykluczenia. Kategoria poczucia

“bezpieczeństwa medycznego”, warunkująca pozytywne nastawienie do szczepień, ale i innych zabiegów jest związana z możliwością uzyskania trwałej, dostępnej opieki lekarskiej, chociaż w podstawowym zakresie.

Poszukiwanie przez imigrantów dostępu do usług opieki zdrowotnej, poprzez czasowe wyjazdy do kraju pochodzenia należy również umieścić w szerszej perspektywie tego, co niektórzy analitycy nazywają globalnymi łańcuchami opieki (GCC) (Yeates, 2009; Erel, 2012; Perrons i in., 2010; Hochschild, 2000). Podobnie jak turyści medyczni, migranci powracający do kraju pochodzenia (lub od innych krajów, jak w przykładzie przytoczonym powyżej) w celu uzyskania leczenia mogą być postrzegani jako łącznicy systemów opieki zdrowotnej, a tym samym różnych reżimów obywatelstwa społecznego – w przestrzeni ponadnarodowej. Romscy imigranci z Rumunii wskazują na brak doświadczeń w kontaktach z lekarzami, brak systematycznego wykonywania badań kontrolnych czy szczepień, co często przez służbę medyczną odczytywany jest jako motywowany „cechą kulturową”. Przypisywanie szczególnych cech kulturowych danej grupie etnicznej jest z jednym z przykładów urasowienia, świadczy również o tendencji do unikania debaty na temat szerszych przyczyn tej sytuacji. W rezultacie istnienia barier w dostępie do służby zdrowia, Romowie zmuszeni zostali do wypracowania swojej orientacji w różnych systemach „medycznych” na poziomie transnarodowym. W wielu miejscach Europy, podobnych do *campi nomadi*, imigranci korzystają głównie z podstawowych porad, świadczonych przez „lotne grupy medyczne” (Alunni 2012).

Oparta na podobnym mechanizmie pomocy wykluczonym z systemu polskiej opieki medycznej został udzielony przez poznańską akcję „Mobilnego Ambulansu” realizowanego przez Fundację Akceptacja<sup>19</sup>. Choć tego typu inicjatywy mają istotne znaczenie, usługi są ograniczone do podstawowych badań diagnostyczno-interwencyjnych. Możliwość skorzystania z porad lekarza zależy od programu i budżetu danej organizacji pozarządowej, nie zaś od tego, jakie są potrzeby związane z przebiegiem chorób u badanych.

## INFORMACJA O DZIAŁANIU FUNDACJI AKCEPTACJA NA RZECZ ROMÓW

W odpowiedzi na pandemię Covid-19 wiosną 2020 roku poznańska Fundacja Akceptacja rozpoczęła działania medyczne wspierające Romów Rumuńskich zamieszkujących ogrody działkowe w Poznaniu. Sama fundacja ma profil antydyskryminacyjny, głosi udzielanie wsparcia osobom bez względu na płeć, pochodzenie, status ekonomiczny, czy wyznawaną religię. W celu realizacji zadań związanych z zapewnieniem dostępu do opieki zdrowotnej osobom wykluczonym

---

<sup>19</sup> Opis dostępny na stronie Fundacji <http://akceptacja.org.pl/mobilny-ambulans/>

i imigrantom romskim podczas pandemii, nawiązano współpracę z aktywistami Wielkopolskiego Stowarzyszenia Lokatorów, ekspertami mającymi wieloletnie doświadczenie współpracy ze społecznością, pracownikami MOPR, oraz sanitariuszami i lekarzami. Współdziałanie polegało również na edukacji i warsztatowym przygotowaniu pracowników medycznych do współpracy z imigrantami.

Autorka artykułu wraz z aktywistami z Wielkopolskiego Stowarzyszenia Lokatorów i Grupy Animacji Społecznej Rezerwat odbyła szereg spotkań z sanitariuszami i studentami dotyczących przyczyn sytuacji socjalno-bytowej Romów. Na początku działań zakres zadań fundacji obejmował informowanie społeczności imigrantów o zmieniających się w związku z pandemią regulacjach prawnych oraz świadczenie podstawowych usług diagnostycznych (mierzenie temperatury, ewentualny transport medyczny). Następnie aktywności zostały poszerzone o projekt trzymiesięcznej asysty socjalno-bytowej.

Aktywiści posiadający wieloletnie doświadczenie we wsparciu społeczności udzielali pomocy w wypełnianiu dokumentów, organizowaniu tłumaczeń, uzyskiwaniu ubezpieczenia, asystowali w zapisach do Urzędu Pracy oraz podczas wizyt lekarskich. Działania te były koordynowane z pracownikiem lokalnego oddziału MOPR, co pozwoliło na poszerzenie pola współpracy. Pomoc udzielana była również w formalnościach związanych z pobytem w Polsce (procedura rejestracji, ubieganie się o kartę pobytu, pomoc w uzyskaniu pełnomocnictw do przekroczenia granicy).

W odpowiedzi na wciąż narastające problemy z dostępem do służby zdrowia (ograniczenie działań przychodni lekarskich, możliwości wykonania podstawowych badań medycznych) rozpoczęto działania w ramach projektu Mobilny Ambulans. Jego głównym celem było zapewnienie możliwości kontaktu z lekarzem poprzez świadczenie mobilnych usług medycznych. Działanie Mobilnego Ambulansu opierało się na organizowanych w ambulansie wizytach lekarskich i stworzeniu punktu porad, z których mogła skorzystać każda osoba zainteresowana. Wcześniej przygotowana merytorycznie załoga medyczna umiała odnaleźć się w sytuacji i lepiej dostosować do warunków pracy. Ambulans przyjeżdżał na teren ogródków działkowych kilka razy w miesiącu. Porady odbywały się w obecności lekarza specjalisty, który pełnił dwugodzinny dyżur. Osoby ze społeczności czasami pełniły funkcję tłumaczy. Prowizoryczność tego typu rozwiązania wiązała się z ograniczonymi możliwościami działania. Forma ambulansu umożliwia jedynie podstawowe konsultacje medyczne czy np. możliwość wykonania badania układu krążenia.

Jednocześnie współpraca pomiędzy aktywistami, autorką artykułu a grupą medyczną Fundacji ujawniła jak działania transdyscyplinarne podwyższają jakość pracy i łagodzą potencjalne konflikty. Przed rozpoczęciem projektu działacze Fundacji nie mieli wiedzy dotyczącej przyczyn sytuacji, w jakiej znajdują się imigranci, dysponując za to zwyczajowym zestawem stereotypów. Sytuacja ta powodowała strach manifestujący się choćby takimi pomysłami, jak uzbrojenie się w gaz pieprzowy czy zorganizowanie ochrony przed wejściem na koczowisko. Przed rozpoczęciem

działań edukacyjnych i terenowych w różnym stopniu zarówno Romowie bali się załogi medycznej, jak i załoga medyczna obawiała się imigrantów.

## PODSUMOWANIE I REKOMENDACJE

W kontekście migracji transnarodowych w poszukiwaniu dostępu do opieki medycznej istotne są bariery, nierówny dostęp do służby zdrowia i prywatyzacja służby zdrowia, a także różnice klasowe i działanie mechanizmów wykluczenia. Ogólna diagnoza barier wskazuje na systemowe wykluczenie, istniejące stereotypy i zjawisko nomadyzacji oraz urasowienia imigrantów Romskich pochodzenia rumuńskiego. Czynnikiem wpływającym na podejmowane decyzje oraz opinie imigrantów wobec szczepień są: **możliwość zapewnienia „bezpieczeństwa medycznego” traktowana jako stały i równy dostęp do opieki lekarskiej i pozytywne doświadczenia w kontakcie ze służbą zdrowia. Pozytywne lub negatywne doświadczenia w kontakcie ze służbą zdrowia wpływają na postawę wobec szczepień.** Jednocześnie stereotyp o „romskiej niechęci” do korzystania z usług medycznych i upatrywania wszelkich problemów w braku edukacji zdrowotnej czy kulturze imigrantów jest nadal bardzo silny.

Rekomendacje dla projektowania przyszłych działań medycznych opierają się na kilku wskazówkach dotyczących sposobu budowania programów mających na celu wsparcie imigrantów w wejściu w system opieki zdrowotnej. Do przykładowych rekomendowanych działań zaliczam:

- Prowadzenie cyklicznych szkoleń dla pracowników służby zdrowia dotyczące zjawiska antycyganizmu, romofobii i przyczyn systemowego wykluczenia imigrantów romskich pochodzenia rumuńskiego;
- Prowadzenie szkoleń dla studentów oraz pracowników medycznych z zakresu transnarodowej opieki medycznej;
- Przy realizacji projektów (zarówno przez organizacje pozarządowe, jak i przez samorządy) konieczność diagnozowania sytuacji Romów rumuńskich oraz dostosowania projektów do wyników takiej diagnozy;
- Konieczność wypracowania systemowych zmian związanych ze zwiększeniem dostępu do ubezpieczeń zdrowotnych dla imigrantów na poziomie polityki samorządowej i ogólnopolskiej;
- Projektowanie działań wejścia w system medyczny dla osób ubogich, borykających się z problemem analfabetyzmu;
- Zaprzestanie traktowania imigrantów jako „nomadów”, traktowanie ich jako mieszkańców danych miast;

- Umożliwienie korzystania z asystentów kulturowych/społecznych, dzięki którym osobom z problemem analfabetyzmu uda się z powodzeniem przejść przez procedury formalne. Stworzenie możliwości zatrudniania przy projektach medycznych skierowanych dla społeczności tłumacza języka rumuńskiego lub języka romskiego;
- Włączenie Romów w realizację projektów na ich rzecz na każdym etapie, co pozwoli również na możliwość komunikacji i wspólnej pracy z personelem medycznym;
- Wypracowanie wraz z Romami i wykorzystywanie w pracy ze społecznością zróżnicowanych materiałów informacyjnych i wizualnych, z tłumaczeniem na język rumuński;

By wyżej wymienione propozycje działań i aktywności miały szanse powodzenia, powinny być realizowane na poziomie lokalnym w oparciu o stałą współpracę z imigrantami z wykorzystaniem ich wiedzy. Należy włączyć w te działania edukacyjne personel medyczny i decydentów.

W Polsce nadal brakuje jasnej i stabilnej polityki migracyjnej, dopóki takiej strategii nie będzie należy na poziomie lokalnym próbować często niestandardowych i pilotażowych rozwiązań z udziałem organizacji pozarządowych i władz lokalnych. Kluczowa wydaje się analiza barier pokoleniowego wykluczenia z systemu opieki zdrowotnej, jak i spotykane w przypadku Rumuńskich Romów zjawisko bezpaństwowości, wspomnianego braku dostępu do systemu mieszkalnictwa, ubezpieczeń i rynku pracy. Jednocześnie skuteczna realizacja projektów inkluzji nie może być scedowana na barki organizacji pozarządowych o krótkotrwałym finansowaniu, ograniczonych możliwościach i zasobach pracowniczych.

Polityka, zarówno na poziomie lokalnych samorządów, jak i państwa dotychczas spychała imigrantów romskich na margines. Stereotypy i formy urasowania bazujące na socjoekonomicznych podziałach społecznych i wykluczeniu, generują warunki, w których imigranci romscy są zmuszeni do prowadzenia życia nieformalnego (*informal*) i społecznie niewidzialnego (*invisible*), przy jednoczesnej bardzo ograniczonej możliwości polepszenia swojego statusu. Ze względu na systematyczne i wielopokoleniowe polityki wykluczenia, proces zmian z pewnością wymaga wieloletnich i interdyscyplinarnych działań. Możliwość systematycznego uzyskiwania pełni politycznego obywatelstwa, rozumianego jako włączenie do wspólnoty i możliwość zaspokajania podstawowych potrzeb oraz korzystania z praw (Benhabib 2015) jest punktem wyjściowym w dyskusji, która ciągle jeszcze jest przed nami. Obecnie jest ona ograniczona bardziej do możliwości uzyskania opieki zdrowotnej oraz szczepień.

## Bibliografia

Alunni L.

2012 „*After all, they are nomads, aren't they?*” *Roma transnationalism and health issues*. „MMG”/ Working Paper 12:20, 8.

Aronson E., Wilson T.D., Akert R.M.

2012 *Psychologia Społeczna*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-k.

Brüggemann Ch., Friedman E.

2017 *The Decade of Roma Inclusion: Origins, Actors, and Legacies*. „European Education” 49: 1–9.

Buchowski M.

2018 *Czyściec. Antropologia neoliberalnego postsocjalizmu*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Chesters G.

2012 *Social Movements and the Ethics of Knowledge Production*, „Social Movement Studies” 11:2, 145-160.

Choudry A., Dip K.

2010 *NGOization: Complicity, Contradictions, and Prospects*. London: Zed Books.

Choudry A., Kapoor D.,

2010 *Learning from the Ground Up: Global Perspectives on Social Movements and Knowledge Production*, [w:] A. Choudry, D. Kapoor (red.), *Learning from the Ground Up. Global Perspectives on the Social Movements and Knowledge Production*, New York: Palgrave Macmillan, s. 1–13.

Colectivo Situaciones.

2003 *On the Researcher-Militant*, *European Institute for Progressive Cultural Policies*, (EIPCP) <http://eipcp.net/transversal/0406/colectivosituaciones/en> (dostęp, 06.02.2021).

Cox L.

2014 *Movements making knowledge: a new wave of inspiration for sociology*, „Sociology” 48:5, 954–971.

Dadusc D.,



2014 *Power, knowledge and resistances in the study of social movements*, „Contention: The Multidisciplinary Journal of Social Protest” 1:2, 47–60.

de Haas H.

2010a *Migration Transitions: a Theoretical and Empirical Inquiry into the Developmental Drivers of International Migration*, „IMI Working Paper 24 (DEMIG Project Paper 1)” University of Oxford: International Migration Institute.

de Haas H.

2010b *The internal dynamics of migration processes: a theoretical inquiry*, „Journal of Ethnic and Migration Studies” 36(10): 1587–617.

Duval L, Wolff F, McKee M, Roberts B.

2016 *The Roma vaccination gap: Evidence from twelve countries in Central and South-East Europe*. „Vaccine” 34:5524–30.

Favell A.

2008 *The New Face of East-West Migration in Europe*, „Journal of Ethnic and Migration Studies” 34: 5, 701–16.

Fiałkowska K., Garapich M.P., Mirga-Wójtowicz E.

2018 *Krytyczna analiza naukowej ciszy, czyli dlaczego Romowie migrują (z naszego pola widzenia)*. *Kultura i Społeczeństwo* 2: 39-67.

Hansen P., Hager, S. B.

2010 *The Politics of European Citizenship: Deepening Contradictions in Social Rights and Migration Policy*. New York/Oxford: Berghahn.

Hochschild A. R.

2000 *Global Care Chains and Emotional Surplus Value*. In *On the Edge: Living with Global Capitalism*, (eds.) Hutton., Giddens A. London: Jonathan Cape.

Kakissis J.

2018 *The Story Behind The Worst Measles Outbreak In The European Union*. KCLU Service of California Lutheran University.

Kóczé A., Márton R.

2017 *Roma and the politics of double discourse in contemporary Europe*. „Identities” 24: 684–700.

Kostka J.

2015 *Własnym głosem o sobie: Imigranci romscy w Polsce*. Zachodni Ośrodek Badań Społecznych i Ekonomicznych, 49-73.

Kostka J.

2018 *No Country for Poor People: The Case Study of the Romanian Roma Migrants in Poland*, „*Intersections. East European Journal of Society and Politics*” 4: 2, 169-188.

Kostka J., Czarnota K. 2016 *Modes of knowledge production in the study of radical urban movements*, „*Interface: A Journal For And About Social Movements*”, 9: 1, 368–388.

Likić-Brborić B.

2011 *EU Enlargement, Migration, and Asymmetric Citizenship: Political Economy of Inequality and the Demise of the European Social Model?*, „*Globalization*” 8:3, 277–294.

Loyal S.

2011 *Understanding Immigration in Ireland: State, Capital and Labour in a Global Age*, Manchester: Manchester University Press.

Mc Garry A.

2017 *Romaphobia the last acceptable form of racism*. Londyn: Zed Books.

Pałyga M.

2013 *Do Wrocławia...mimo wszystko*. Recykling Idei 14. <https://recyklingidei.pl/palyga-do-wroclawia-mimo-wszystko> (dostęp: 06.02.2021).

Picker G., Roccheggiani G.

2014 *Abnormalising Minorities. The State and Expert Knowledge Addressing the Roma in Italy*. „*Identities: Global Studies in Culture and Power*” 21: 185–201.

Pickles J., Smith A. Begg R., Buček M., Roukova P., Pástor R. (eds.)

2016 *Articulations of capital: global production networks and regional transformations*, Oxford: Wiley.

Russell B.

2015 *Beyond activism/academia: militant research and the radical climate and climate justice movement(s)*. „*Area*” 47:3, 222-229.

Smith A. and Swain A.

2010 *The global economic crisis, Eastern Europe and the former Soviet Union: models of development and the contradictions of internationalization*, „Eurasian Geography and Economics”, 51 (1), 1–34.

Stan S.

2015 *Transnational healthcare practices of Romanian migrants in Ireland: inequalities of access and the privatisation of healthcare services in Europe*. „Soc Sci Med”.

Stan S., Erne, R.

2014 *Explaining East–West Labour Migration*, „Labor History” 55:1, 21–46.

Tabernacka M.

2009 *Negocjacje i mediacje w sferze publicznej*. Warszawa: Wolters Kluwer.

Tremlett A., Messing V., Kóczé A.

2017 *Romaphobia and the media: Mechanisms of power and the politics of representations*. „Identities” 24: 641–49.

Vincze E., Petrovici N., Rat C., Picker G. (red.)

2019 *Racialized labour in Romania. Spaces of Marginality at the Periphery of Global Capitalism*. London: Palgrave Macmillan.

Van Baar H.

2011 *Europe’s Romaphobia: Problematization, securitization, nomadization*. „Environment and Planning Society and Space” 29: 203–12.

Vitale T.

2015 *Comment on Loris Caruso/4. Territorial Conflicts and New Forms of Left-Wing Political Organization: From Political Opportunity Structure to Structural Contexts of Opportunities*. „Sociologica, Italian Journal of Sociology” on Line 3.

Vitale T.

2019 *Conflicts on Roma Settlements in Italian Cities: Normative Polarisation and Pragmatic Mediation*. „Palaver” 8: 29–74.

Yeates N.

2004 *Global Care Chains: Critical Reflections and Lines of Inquiry*. „International Feminist Journal of Politics”, 6:3, 369–91.

**Strony internetowe:**

Komunikat z Badań nr 21/2017 Centrum Badania Opinii Społecznej.

*Stosunek do innych narodów* [https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2017/K\\_021\\_17.PDF](https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2017/K_021_17.PDF)

*Au inceput să recunoască: VACCINURILE PROVOACĂ AUTISM. Primele despăgubiri*  
<https://bucovinaprofunda.com/2013/02/08/au-inceput-sa-recunoasca-vaccinurile-provoaca-autism-primele-despagubiri>

ROMACT <https://www.coe-romact.org/municipalities/dumbraveni>).

Raport organizacji społecznych dotyczący wdrożenia narodowej strategii integracji Romów w Polsce <https://cps.ceu.edu/sites/cps.ceu.edu/files/attachment/basicpage/3034/rcm-civil-society-monitoring-report-3-poland-2019-eprint-pl-2.pdf> str.13

### Artykuły prasowe:

Lehmann A.

2018 *Lekarka wyrzuciła za drzwi romską dziewczynkę i jej matkę, bo nie miały dokumentów*,  
Gazeta Wyborcza z dn. 02 marca 2018

<https://poznan.wyborcza.pl/poznan/7,36001,23092992,lekarka-wyrzucila-za-drzwi-romska-dziewczynke-i-jej-matke-bo.html> (dostęp, 06.02.2021)

Sałwacka S.

2013 *Szpital odmówił pomocy małemu Romowi. "Niech się na leczenie zbiorą żebracy"*,  
Gazeta Wyborcza z dn. 3 września 2013

[https://poznan.wyborcza.pl/poznan/1,36001,14537289,Szpital\\_odmowil\\_pomocy\\_malemu\\_Romowi\\_Niech\\_sie\\_na.html](https://poznan.wyborcza.pl/poznan/1,36001,14537289,Szpital_odmowil_pomocy_malemu_Romowi_Niech_sie_na.html) (dostęp, 06.02.2021)

Wojciechowska A.

2014 *Lekarz: Koczowisko Romów to siedlisko chorób zakaźnych*. „Gazeta Wyborcza” z dnia 05  
marca 2014 <https://gazetawroclawska.pl/lekarz-koczowisko-romow-to-siedlisko-chorob-zakaznych/ar/3354403>

(dostęp: 06.02.2021)