Community Conversation
Executive Summary

In the summer of 2009 the Michigan Department of Community Health (MDCH) held statewide community conversations. The MDCH Health Disparities Reduction and Minority Health Section served as the lead for this effort. Conversations were held throughout the state of Michigan to ask community residents their views on health related issues. Residents were asked to respond to several questions such as: What are the most important health issues for your community? What things are most positive and what things are most harmful to your community? What groups or people are working to improve your community? What assets and resources are available in your community? What policy changes are needed to improve the health of your community?

Summaries of what we heard are provided below. They reflect the concerns voiced by members of racial and ethnic minority populations in Michigan that participated in these conversations. The information was helpful for us in developing the Michigan Health Equity Roadmap (www.michigan.gov/minorityhealth).

***AFRICAN AMERICAN* -** The African American community was the largest group represented during the community conversations. Participants voiced a list of concerns related to their population. They included violence, available fresh and healthy foods, cost of health care, racism/discrimination, neighborhood decay, environmental health, personal behaviors, the inability to negotiate health services or advocate for personal health care and community resistance to change. The one major concern highlighted in the African American community conversations was the lack of trust for the health care professionals. The participants cited distrust for medical providers as one reason for the high rates of diseases such as cardiovascular disease and diabetes. African American participants often voiced the belief that doctors are more concerned with making money than with making people well. The participants also stated this as the reason for lack of primary health care and the high use of the emergency rooms as a source of health care. Despite this distrust there seemed to be support among the African American participants for universal health care.

***ASIAN AMERICAN/PACIFIC ISLANDER* -** The Asian American community conversations participants seemed to classify themselves as a vulnerable population due largely to language and cultural barriers. Represented in the conversations were persons of Chinese, Hmong, Korean and Vietnamese ancestry. The largest representation was from the Chinese American community. One issue discussed is that Asian Americans are often documented as white and so there is little or no data on health information specific to Asian population groups. It was identified that reaching Asian American populations requires a personal and trusted relationship approach. It was also noted that Asian American populations have different cultural expectations. Participant s suggested that asking for help might be considered taboo or shameful. Participants stated that many Asian Americans do not participate in the health care system because health is not necessarily seen as related to health care. Some seemed to have little belief in the ability to change their social conditions.

HISPANIC/LATINO - The second largest population that was represented during the community conversations was the Hispanic/Latino community. The Hispanic/Latino participants emphasized that they were a diverse group inclusive in Michigan primarily of Mexicans, Puerto Ricans, and Salvadorans, etc. They viewed each group as different yet still inclusive of the Hispanic population. There was extremely high concern regarding cultural and language barriers among

the Hispanic/ Latino population. Lack of culturally sensitive health care centers and providers, lack of translation services, lack of understanding and fear to request clarification of information provided were a few of the many reasons cited regarding cultural and language barriers.

Hispanic/Latino participants voiced a strong concern related to issues surrounding documented legal status and the difficulty it poses in accessing health care. The participants also spoke about the hierarchy of need as it relates to the Hispanic population, health care was most often considered last on this list. Other concerns cited by the Hispanic/ Latino population included: segregated communities, quality of housing, mental health, nutrition and obesity, anxiety caused from fear of deportation and generational poverty.

NATIVE AMERICAN/AMERICAN INDIAN - The concerns voiced by participants of the Native American /American Indian population had a large focus on lack of acceptance of their spiritual beliefs, practices and culture by other groups. The Native American/American Indian community conversation participants also expressed concerns regarding economics, education, and racism, citing that documentation of facts related to their population was affected by racism. Distrust was also highlighted within the Native American population, issues such as broken treaties and contracts, lack of trust of immunizations, and poor quality of housing were contributing factors to the lack of trust in the Native American/ American Indian community.

An additional concern is related to data collection. Much like documentation of other racial/ethnic populations in Michigan (Arab, Asian, and Hispanic Americans) data collection related to the various Native American populations is scarce due in part to the collective grouping of this ethnically diverse population.

ARAB AMERICAN/CHALDEAN - In addition to concerns relating to culture, stigma, smoking, and language barriers one of the major concerns voiced during the Arab American/Chaldean community conversation is the concern regarding poor treatment of undocumented immigrants and their dependents. The Arab population has deep concerns of being a "non-classified population". Additional issues cited included lack of culturally (Arab or Muslim) appropriate mental health, substance abuse treatment, and nursing home services. There was mention of a noticeable increase in recent years of youth substance abuse issues. Participants felt that there is a need for major reform in addressing issues related to the Arab American/Chaldean population and felt that the community conversation served as a forum to have their concerns communicated to the "State of Michigan."
Collective trends across the five target racial ethnic populations were as followed:

- *Access, Quality, and Cost of Healthcare*
- *Need for Community Health Advocates*
- *Improved Data Collection Practices*
- *Availability of Resources*
- *Need for Education of Cultural and Linguistic Appropriate Services*

UNEXPECTED OUTCOME - There was a high level of interest, engagement and commitment from persons who participated in the community conversations. Despite there being some confusion around the purpose of the community conversations due to the national attention and/or focus on health care reform, the participants were very ready to organize and take action. This was an unexpected outcome that came out of the conversations. Each conversation recognized a "Call to Action". Concerns were voiced regarding the constant polling of the communities with lack of follow-up, little or no feedback, and the absence of a recognized action plan to identify measurable outcomes. The call to action raised questions such as: What are the next steps? What part will the State of Michigan play regarding the recommendations provided? Participants would like to see their recommendations incorporated in the development of future policies that affect their specific communities from the local, state, and federal levels.

RESULTS - The MDCH Health Disparities Reduction and Minority Health Section published the Michigan Health Equity Roadmap in June 2010. The Roadmap includes information received from the community conversations to propose five priority recommendations for achieving health equity for the racial and ethnic populations served by this Section. HDRMHS is involved in a host of programs and partnerships aimed at achieving those recommendations. Please visit our website at: www.michigan.gov/minorityhealth

Conversación con la comunidad
Sumario Ejecutivo

En el verano de 2009 Michigan Department of Community Health (MDCH) (el Michigan Departamento de Salud Comunitaria) se presentó conversaciones con la comunidad por todo el estado. La Sección de la Reducción de Disparidades de Salud y Salud de la Minoría del MDCH servió de un ejemplo para este esfuerzo. Tuvieron las conversaciones por todo el estado de Michigan para preguntar a los residentes de la comunidad sus ideas sobre los temas relacionados a salud. Pidieron de los residentes responder a varias preguntas como: ¿Cuales son los temas más importantes relacionados a salud en su comunidad? ¿Cuales son las arenas mas positivas y cuales son los mas dañosos a su comunidad? ¿Quienes son los grupos o personas que están trabajando para mejorar su comunidad? ¿Cuales son los fondos o recursos disponibles dentro de su comunidad? ¿Qué cambios de póliza se necesitan para mejorar la salud de su comunidad?

Los sumarios de lo que oimos están representado abajo. Se reflejan las preocupaciones expresadas por los miembros de las poblaciones minoridades raciales y étnicas en Michigan quienes participaron en estas conversaciones. La información fue util para desarrollar el Mapa de Caminos a Equidad en Salud. (www.michigan.gov/minorityhealth).

AFRO-AMERICANO **–** La comunidad afro-americana fue el grupo más grande representado durante las conversaciones con la comunidad. Los participantes expresaron una lista de preocupaciones relacionada a su población. Ellos incluyeron violencia, comida fresca y sana disponible, el costo de cudidados de salud, racismo/descriminación, decaido vecendario, salud del medio ambiente, comportamiento personal, la incapacidad de negociar servicios de salud o abogar por cuidado de salud personal y resistencia de la comunidad a cambio. La mayor preocupación subrayada por la comunidad afro-americana era la falta de confianza hacia los profesionales entre los provedores de cuidado de salud. Los particpantes explicaron que la desconfianza que tenien para los proveedores medicos es una razon para las altas tasas de enfermedad como las enfermedades cardiovascular y diabetes. Los participantes afro-americanos frecuentamente dijeron que sintieron que les importan más a los doctores ganar dinero que tratar bien los pacientes. Los participantes tambien explicaron que este es el razón por la falta de cuidado de salud principal y el uso máximo de las salas de emergencia como la fuente de cuidado de salud. A pesar de esta desconfianza se parecía tener apoyo entre los participantes afro-americanos en cuidado de salud universal.

ASIÁTICO- AMERICANO/De LAS ISLAS DEL PACÍFICO **–** La comunidad de participantes Asiático Americano se clasifican si mismo como una población vulnerable por razon de barreras de lengua y cultura. Las personas representadas en las conversaciones fueron de la comunidad con lineaje de china, de la gente hmong, de korea y de la vietnam. La comunidad más representada eran de la comunidad de china. Una de las situaciones discutida fue que los asiáticos-americanos están documentados como gente blanca y no hay mucha o muy poca data sobre información específica de salud de grupos de la población asiática. Se ha encontrado que la forma de realizar una relación con la comunidad asiática es de crear una relacion personal y de confianza. Se ha notado que lo que la población asiática espera es distinta por razon cultural. Los participantes sugieron que pidiendo ayuda es tabú y vergonzoso. Los participantes dijeron que muchos asiáticos-americanos no participan en el sistema de cuidado de salud porque no lo ven necesariamente relacionado al cuidado de salud. Algunos tienen poca crezencia en la capacidad de cambiar sus condiciones sociales.

HISPANO/LATINO - La segunda población mas grande que fue representada durante las conversaciones con la comunidad era la comunidad hispana/latina. Los participantes hispanos/latinos hicieron énfasis que fueron un grupo diverso incluso en Michigan ante todo mexicanos, puertorriqueños, y salvadoreños, etc. Vieron cada grupo asi distinto pero todavia incluso en la población hispana. Había una preocupación muy extrema a propósito a las barreras de cultura y lengua entre la población hispana/latina. La falta de culturalmente sensibles centros de cuidado de salud y los proveedores, falta de servicios de traducción, falta de conocimeinto y tener miedo de pedir clarificaciones de la información dada fueron unas de las muchas razones explicadas a proposito las barreras de lengua y cultura.

Los participantes hispanos/latinos también explicaron su preocupación sobre el estado legal documentado y las dificultades que se presentan al acceso al cuidado de salud. Los participantes también hablaron de la jerarquía de necesidad como se relaciona a la población hispana, el cuidado de salud siempre cayó al último en esta lista. Otras preocupaciones citadas por la población hispana/latina incluyeron: comunidades segregadas, calidad de alojamiento, salud mental, nutrición y obesidad, ansiedad a causa de deportación y pobreza generacional.

PERSONA INDIGENA DE LOS EEUU/ AMERINDIO – Las preocupaciones expresadas por la gente indígena/amerindia enfocaron en la falta de reconocimiento de sus crencias espirituales, practicas y cultura por otros grupos. Los participantes en la conversación de la comunidad de la gente indígena/ amerindia expresaron sus asuntos con respecto a economía, educación, y racismo, usando documentos relacionados a su población fue afectado por racismo. La desconfianza fue realzada dentro de la población indígena/amerindia, asuntos como tratados y acuerdos rotos, falta de confianza de inmunizaciones, la falta de calidad del alojamiento fueron factores que contribuyeron a la falta de confianza que tenga la comunida de gente indígena/amerindia.

Hay otro factor que está relacionado al colectivo de data. Como los documentos de las otras poblaciones étnicas en Michigan (los arabe, asiáticos, y los hispano-americanos) el colectivo de datos relacionados a las poblaciones de gente indígena/amerindia es escaso debido en parte al meter y no distinguir este grupo colectivo de esta diversa población étnica.

ARABE-AMERICANO/ CALDEA – Tomando en cuenta los factores de cultura, stigma, fumar y las barreras de lengua, uno de las preocupaciones más mencionado durante las conversaciones con la comunidad arabe-american/caldea es el mal tratamiento de los inmigrates sin papeles y sus dependientes. La población arabe tiene preocupaciones profundas de ser "una población sin clasificación alguna". Otros asuntos discutidos incluyeron falta de salud mental relacionado a la cultura (arabe o Musulmán), tratamiento por abuso de drogas, y los servicios en casa de reposo. También mencionaron que en los años recientes había un aumento obvio en los problemas con el abuso de drogas con los jovenes. Los participantes sintieron que hay una necesidad para una gran reforma hacia los asuntos relacionados a la población Arabe-americano/Caldea y sintieron que la conversación con la comunidad servió como un foro tener sus asuntos comunidado al "Estado de Michigan."

Las tendencias colectivas por las cinco poblaciones étnicas designadas eran las siguientes:

- *Acceso, Calidad y Costo de Cuidado de Salud*
- *La necesidad para defensores para la salud de la comunidad*
- *Practicas mejoradas para coleccionar el data.*
- *Recursos disponibles*
- *Necesidad para los servicios que provean educación cultural y linguistica*

RESULTADO INESPERADO – Hubo un alto nivel de interés, cita y compromiso de personas quienes participaron en las conversaciones con la comunidad. A pesar de haber algo confuso alrededor del propósito de las conversaciones con la comunidad por la atención nacional y/o el foco al sistema de reforma de salud, los participantes estaban muy listos para organizar y tomar acción. Esto fue un resultado inesperado que se presentó por medio de las conversaciones. Cada conversación reconoció un "Mandato a Acción". Hablaron de los asuntos que hicieron con votación constante de las comunidades con falta de seguimiento, poco o nada de respuesta, y la ausencia de un plan de acción reconocido para identificar resultados medidos. El mandato a accion se presentó varias preguntas tal como: ¿Cuales son los próximos pasos? ¿Qué papel tiene el Estado de Michigan hacia las recomendaciones dadas? Los participantes les gustarían ver sus recomendaciones incorporadas al desarrollo de las polizas futures que afectan sus comunidades especificas de los niveles locales, estatales y federales.

LOS RESULTADOS – La Sección de la Reducción de Disparidades de Salud y Salud de la Minoridad del MDCH publicaron el Mapa de Caminos a Equidad de Salud en Michigan en junio 2010. El Mapa incluye información recibida de las conversaciones con la comunidad para proponer las cinco recomendaciones con prioridad para obtener equidad de salud para las poblaciones étnicas y raciales servidas por esta sección. El HDRMHS está involucrado en muchos programas y asociados dirigidos a obtener esas recomendaciones. Favor de visitar nuestra página en el internet a: www.michigan.gov/minorityhealth