

Doporučené postupy v oblasti medicíny migrantů

Guidelines in refugee medicine

Michaela Špačková, Radim Ličeník

Souhrn

Úsilí zdravotní politiky v oblasti zdraví a migrace směřuje do dvou základních oblastí: ochrana veřejného zdraví hostitelské země a zajištění zdravotní péče pro migranty. V České republice zatím nebyl plně etablován pojem „medicína migrantů“. Definice a rozdělení migrantů se v jednotlivých členských státech Evropské Unie různí. První komplexní, na důkazech založené doporučené postupy pro oblast medicíny migrantů byly publikovány v Kanadě teprve v roce 2010. Další podobně zaměřené doporučené postupy vznikají například v USA, Austrálii, na Novém Zélandě a ve Velké Británii. V České republice dle našich znalostí dosud neexistují doporučené postupy pro oblast medicíny zabývající se migranty. Cílem článku je podat stručný přehled o problematice doporučených postupů pro oblast medicíny migrantů.

There are two main goals of migration health policy: health protection in the host country and health care for migrants. Migrants' health and migrants' medicine as public health specialties have not been established yet in the Czech Republic. The definitions and categorisation of migrants vary all over the world as well as in the European Union. The first comprehensive Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees were published in Canada in 2010. Similar guidelines were developed in the US, Australia, New Zealand, and United Kingdom. To our knowledge, no such guidelines currently exist in the Czech Republic. The purpose of this article is to provide a brief review of important guidelines which cover migrants' health and/or refugee medicine.

Zprávy CEM (SZÚ, Praha) 2015; 24(9): 305–308.

Klíčová slova: doporučené postupy, medicína migrantů, zdravotní politika

Keywords: guidelines, refugee medicine, health policy

V ČR zatím nevidujeme pojem „medicína migrantů“. V zahraniční literatuře najdeme výrazy jako „migrant medicine“ [1], „refugee medicine“ [2], „migrant health“ či „refugee health“ [4]. Pod všechny tyto pojmy spadá zdravotní péče o migranty. Jedná se o multioborovou problematiku, která se nedotýká pouze oblasti zdravotnictví a sociálních věcí, ale úzce souvisí i s migrační a imigrační politikou státu [5]. Definice a rozdělení migrantů se v jednotlivých členských státech Evropské Unie (EU) různí [3]. Podle definice United Nations (Organizace spojených národů) z roku 1998 je (dlouhodobý) migrant ten kdo přetrvává v zemi v níž není občanem déle než 12 měsíců a krátkodobý mig-

rant je definován pobytem více než 3 ale méně než 12 měsíců [6]. Ovšem víza a pobytové režimy na dobu delší než 90 dnů již spadají do oblasti přistěhovalecké politiky [7]. Úsilí zdravotní politiky v oblasti zdraví a migrace směřuje do dvou základních oblastí: ochrana veřejného zdraví hostitelské země a zajištění zdravotní péče pro migranty [8]. V ČR dle našich znalostí dosud neexistují doporučené postupy pro oblast medicíny zabývající se migranty.

Rozdělení migrantů do různých kategorií se také mezinárodně velice liší, např. ve Velké Británii rozlišují pět základních kategorií migrantů: 1. studenti, 2. ekonomičtí migranti, 3. žadatelé o mezinárodní ochranu (dříve žadatelé o azyl), 4. neregulární a neregistrovaní migranti (dříve ilegální migranti), 5. vystěhované/přemístěné osoby [9]. Některé publikace ovšem mezi migranty řadí také cestovatele a pracovníky [10] – touto problematikou se dopodrobna zabývá cestovní a pracovní medicína.

Tabulka 1: MIGRANTI VE SVĚTĚ (převzato z Gushulak 2009 [11])

Kategorie migrantů	Odhad populace	Rok
Regulární imigranti	Ročně 2,4 miliónů 200 miliónů celkem	2005
Mezinárodní studenti	2,1 miliónů	2003
Pracovníci	86 miliónů	2005
Dočasná migrace za rekreaci a práci	900 miliónů ročně	2007
Uprchlíci	16 miliónů	2007
Žadatelé o mezinárodní ochranu	650 000	2007
Nezákonně překročení hranice (trafficked)	800 000 ročně	2006
Vnitřně přemístěné osoby (katastrofy a konflikty)	51 miliónů	2007

Hlavními organizacemi působícími v této oblasti jsou Světová zdravotnická organizace (WHO), Úřad Vysokého komisaře Organizace spojených národů pro uprchlíky (UNHCR) a Mezinárodní organizace pro migraci (IOM).

WHO vydala řadu publikací na téma Migranti a zdraví. Z hlediska zdraví migrantů je důležitá zejména publikace „Migranti a zdraví v Evropské Unii“ z roku 2011 [12]. Tato publikace podrobně shrnuje problematiku migrantů: trendy evropské mezinárodní migrace, modely začlenění migrantů, přístup migrantů ke zdravotní péči a zdraví migrantů s ohledem na jednotlivé oblasti zdravotní péče jako jsou pracovní medicína, přenosné a nepřenositelné choroby, zdraví matek a dětí a mentální zdraví. Předkládá rovněž přístupy k monitorování zdraví migrantů v jednotlivých zemích. Publikace zahrnuje řadu statistických informací, nicméně žádné doporučené postupy.

UNHCR byl zřízen Valným shromážděním OSN 14. prosince 1950 a je zmocněn k vedení a koordinaci mezinárodních činností na ochranu uprchlíků a řešení souvisejících problémů po celém světě. Uprchlík je definován dle Úmluvy o právním postavení uprchlíků (1951) jako kterákoliv osoba, která se nachází mimo svou vlast a má oprávněné obavy před pronásledováním z důvodů rasových, náboženských, národnostních či z důvodu příslušnosti k určitým společenským vrstvám nebo i zastávání určitých politických názorů, a je neschopna přijmout nebo vzhledem ke shora uvedeným obavám odmítá ochranu své vlasti. Od svého vzniku publikoval UNHCR řadu prací včetně doporučených postupů, většina z nich se soustředí na práci s uprchlíky v terénu [13, 14]. V oblasti zdraví migrantů jsou to mj. „Doporučení pro intervence v oblasti veřejného zdraví pro repatriaci“ z roku 2011 [15] a „Operační doporučení UNHCR pro mentální zdraví“ z roku 2013 [16].

IOM v r. 2009 publikovala dokument „Activity Manual for Immigration Officers and Relevant Persons in Migrant Health Care“ [17] – jež má charakter doporučení, avšak týká se pouze Thajské populace. Dále vydala knihu „Caring for Trafficked Persons: Guidance for Health Providers“ [18] – tato má rovněž charakter doporučení, shrnuje výsledky výzkumů, terénní zkušenosti a dobrou praxi v oblasti péče o zdraví obětí obchodu s lidmi. Na ni navazuje online dostupný kurz pro zdravotní pracovníky „Caring for Trafficked Persons: Guidance for Health Providers Facilitator’s Guide“ z roku 2012. Obě publikace vznikly ve spolupráci s Londýnskou školou hygieny a tropické medicíny (London School Of Hygiene and Tropical Medicine).

Vůbec první [1] komplexní doporučené postupy pro oblast medicíny migrantů byly publikovány v **Kanadě** v roce 2010 [19]. Tvorba toho doporučeného postupu proběhla systematicky podle přísně stanovené metodiky, za použití mezinárodních generických nástrojů pro hodnocení metodologické kvality doporučených postupů AGREE (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation) a kvality důkazu GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).

Největším zdravotním rizikům čelí uprchlíci či jinak násilně vystěhované osoby. Před přijetím do Kanady je uprchlíkům provedena zdravotní prohlídka. Zdravotní rizika migrantů se liší podle expozice infekčním chorobám

a jejich vektorům, pobytem ve válce, uprchlických táborech a přístupem ke zdravotní péči.

Kanadané rozdělili své 102 stránkové doporučení do čtyř částí: 1. infekční choroby, 2. psychické zdraví osob a fyzické či citové týrání, 3. chronické a nepřenositelné nemoci, 4. zdraví žen. Velké množství migrantů je vnímavých vůči infekčním nemocem preventabilním očkováním. Migranti (v tomto případě lidé narození v jiné zemi než v Kanadě) jsou odpovědní za 65 % výskytu aktivní tuberkulózy v Kanadě. Migranti jsou rovněž rizikovou skupinou pro nákazu virem HIV či chronickou hepatitidou typu C. U migrantů se rovněž ve zvýšené míře vyskytuje posttraumatický stres či jiné úzkostlivé poruchy. Migranti, dle etnických skupin, jsou náchylnější k různým nemocem (např. migranti z Latinské Ameriky, Jižní Asie a Afriky čelí 2-4x vyššímu výskytu diabetu II. typu). Dalšími zdravotními problémy vyskytujícími se u imigrantů bývají nedostatek železa, nedostatečná orální hygiena, nemoci očí a podobně. Ženy před příjezdem nebývají vždy náležitě poučeny o možnostech antikoncepce a cytologického screeningu. Všechna uvedená doporučení byla shrnuta do několika stručných a přehledných tabulek a rozeslána praktickým lékařům v Kanadě nejprve k pilotnímu testování a následně všem zainteresovaným osobám v oblasti medicíny zabývající se migranty. Rovněž existuje zkrácená verze těchto doporučených postupů [20].

V USA jsou doporučené postupy publikovány na stránkách Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [21]. Vznikaly postupně od roku 2006 a jsou rozděleny na povinný předpříjezdový screening, „domácí“ screening na půdě USA (14 sekcí) a běžné zdravotní problémy v průběhu pobytu. Jednotlivé sekce byly sepsány vždy odborníky na danou problematiku, odkazující se na literaturu založenou na důkazech a byly recenzovány nezávislými odborníky mimo CDC. Předpříjezdový screening je primárně zaměřen na zjištění některých infekčních nemocí (zejména malárie a střevních parazitů), zahrnuje anamnézu, fyzikální vyšetření, rentgen hrudníku a specifické laboratorní testy (rutinně syfilis a HIV u osob do 15 let věku). V souladu se Zákonem o imigraci a občanství může být imigrantovi odmítnuto přijetí na půdu USA, pokud trpí závažnou infekční chorobou veřejného významu, nepředloží dokumentaci o vyžadované vakcinaci, má somatické nebo mentální onemocnění, které by potenciálně mohlo být nebezpečné pro stávající americké občany, nebo je závislý na návykových látkách. Imigranti mohou nebo musí podstoupit léčbu některých zjištěných onemocnění ještě před vstupem na půdu USA, podle závažnosti zjištěného problému. Domácí screening, kontrola zdravotní dokumentace migrantů a případných zjevných známek onemocnění probíhá v jedné z pěti karanténních stanic obvykle během 30 až 90 dní po příjezdu. Doporučené postupy pro domácí screening jsou rozděleny do 14 sekcí: všeobecné, pro vstupní anamnézu a fyzikální vyšetření, screening na hepatitidy, HIV, očkování, screening střevních parazitů, screening intoxikace olovem, duševní zdraví, malárie, zhodnocení výživy a růstu, sexuálně přenosné choroby a tuberkulóza. Stručné shrnutí, jak vypadá lékařská praxe pečující o imigranty v USA, popisuje K. M. Adams [2].

Austrálie vydala řadu kvalitních doporučení pro péči

o migranty. Zajímavý je dokument Australské Asociace pro Infekční choroby „Diagnosis, management and prevention of infections in recently arrived refugees“ [22]. V rámci jednotlivých teritorií Austrálie pak existují ještě další doporučení [23, 24].

Země **Evropské Unie** nesbírají zdravotnická data podle národnosti migrantů (výjimkou jsou pouze Nizozemí, Švédsko a Velká Británie) [3]. Většina evropských zemí garantuje plný přístup ke zdravotní péči migrantům s trvalým pobytem, nicméně jiná je situace u žadatelů o azyl a u nelegálních migrantů [25]. Deset zemí Evropské unie odmítá poskytovat akutní zdravotní péči nelegálním migrantům (dle PICUM – Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants) [26]. Neregistrovaní migranti mají garantovanou plnou zdravotní péči pouze v pěti zemích EU: ve Francii, Itálii, Nizozemí, Portugalsku a Španělsku [26]. **Evropské centrum pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC)** ve spolupráci s WHO a IOM v současné době vytváří rámec pro monitorování infekčních nemocí u evropské populace migrantů [27]. ECDC publikovala technickou zprávu „Zdraví migrantů a infekčních chorobách v EU“ [28] a několik publikací na téma sexuálně přenosné choroby a HIV u migrantů v EU [29, 30]. Dále v Evropě funguje od roku 2008 **Evropská migrační síť (EMN – European Migration Network, www.emncz.eu)** zaměřená na shromažďování, výměnu a analýzu údajů a informací z oblasti azylu a migrace mezi 28 členskými státy EU a Norskem. Národním kontaktním místem EMN v ČR je odbor azylové a migrační politiky Ministerstva vnitra. V roce 2014 byla mj. českým národním kontaktním místem EMN vypracována studie „Přístup migrantů k sociálnímu zabezpečení a zdravotní péči“. Dalším všeobecným systémem na shromažďování statistických informací v rámci EU je **Eurostat** založený již v roce 1953.

Ve Velké Británii mají neregistrovaní migranti garantovanou pouze neodkladnou zdravotní péči [26]. Extensivní souhrnný dokument pro zdravotníky jak postupovat v péči o uprchlíky a žadatele o azyl byl vydán v roce 2002 [31]. Obsahuje stručné souhrnné zdravotní informace, odkazy na další relevantní doporučené postupy a kontakty na specialisty k danému problému. V roce 2011 byl ve Velké Británii vydán Seznam zdrojů pro Doporučené postupy pro děti migranty [32]. V roce 2013 publikovala Health Protection Agency (**HPA**) na svých stránkách dokument Zajištění zdravotních potřeb nově příchozích migrantů „Assessing the health needs of new migrant patients“ [33]. Mimo jiné zde jsou odkazy na specifické zdravotní problémy související s krajinou původu migrantů a rovněž na jednotlivé nemoci.

Dalšími doporučenými postupy dotýkající se této problematiky okrajově (zejména humanitární pomoci a práce s uprchlíky v terénu) jsou Health general Guidelines od DG ECHO (European Commission Humanitarian and Civil Protection), Refugee Health od MSF (Zdraví migrantů, Lékaři bez hranic), SPHERE Handbook (Humanitarian Charter and minimum standards in Humanitarian relief) a Tuberculosis care and control in refugee and displaced populations manual od WHO.

LITERATURA

- Walker PF. Practising medicine in the global village: use of guidelines and virtual networks. *CMAJ*. 2011; 183(12): E926-927.
- Adams KM, et al. Healthcare challenges from the developing world: post-immigration refugee medicine. *BMJ*. 2004; 328(7455): 1548-1552.
- Mladovsky P. Migrant health in the EU. *EUROHEALTH-LONDON-*, 2007; 13(1): 9.
- Moreno A, et al. Human rights violations and refugee health. *JAMA*, 2001; 285(9): 1215-1215.
- Mladovsky P. A framework for analysing migrant health policies in Europe. *Health Policy*. 2009; 93(1): 55-63.
- UN, UN recommendations on statistics of international migration. 1998.
- Šlosarčík I. Politický a právní rámec evropské integrace. 2005: Institut pro evropskou politiku EUROPEUM.
- Dobiášová K. Migrace a Zdraví, in Projekt disertační práce. 2009; Univerzita Karlova
- Wagner K and Jones J. Migrant Health: Infectious diseases in non-UK born populations in England, Wales, and Northern Ireland. An update to the baseline report-2011. *Health Protection Agency Centre*. 2011.
- Carballo M. and Mboup M. International migration and health. Paper submitted to the *Global Commission on International Migration*. 2005.
- Gushulak B, et al. Migrants and emerging public health issues in a globalized world: threats, risks and challenges, an evidence-based framework. *Emerging health threats journal*. 2009; 2.
- Rechel B. Migration and health in the European Union. 2011: McGraw-Hill Education (UK).
- UNHCR, Communicable disease control in emergencies. 2005.
- UNHCR, Epidemic preparedness in refugee camp settings. 2011.
- UNHCR, Guidance for PH interventions for repatriation. 2011.
- UNHCR, Operational guidance UNHCR mental health. 2013.
- IOM, Activity Manual for Immigration Officers and Relevant Persons in Migrant Health Care. 2009.
- IOM, Caring for Trafficked Persons: Guidance for Health Providers. 2009.
- Pottie K, et al. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal*. 2011; 183(12): E824-E925.
- Pottie K, et al. Summary of clinical preventive care recommendations for newly arriving immigrants and refugees to Canada. *CMAJ*, 2010.
- CDC, Guidelines for pre-departure and post-arrival medical screening and treatment of U.S.-bound refugees.
- Murray R, et al. Diagnosis, management and prevention of infections in recently arrived refugees. Sydney (AUST): Australasian Society for Infectious Diseases. 2009.
- Victoria D. Refugee and asylum seeker health services - Guidelines for the community health program. 2015.
- Johnston V. Screening guidelines for the initial health assessment of newly arrived refugees in the Northern Territory. 2012, Centre for Disease Control.
- Mladovsky P, et al. Good practices in migrant health: the European experience. *Clin Med*, 2012; 12(3): 248-252.
- Cuadra CB. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. *The European Journal of Public Health*. 2012; 22(2): 267-271.
- ECDC. Monitoring infectious disease among migrants. 2015.
- Barnett T, et al. Migrant health: Background note to the ECDC report on migration and infectious diseases in the EU. 2009, Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control. Available at: <http://www.ecdc.europa.eu/en/files/pdf/>

Health_topics/0907_TER_Migrant_health_Background_note.pdf [Accessed August 14, 2009].

29. Johnson M. Improving HIV data comparability in migrant populations and ethnic minorities in EU/EEA/EFTA countries: findings from a literature review and expert panel. 2011: European Centre for Disease Prevention and Control.
30. Hernando V, et al. HIV infection in migrant populations in the European Union and European Economic Area in 2007-2012; an epidemic on the move. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*. 1999; 2015.
31. Burnett A, and Fassil Y. Meeting the health needs of refugees and asylum seekers in the UK: An information and resource pack for health workers. London: Department of Health, 2002.
32. Gillan S. Resources Guide for Legal Practitioners Working with Refugee Children. 2014.
33. HPA. Assessing the health needs of new migrant patients. 2013.

MUDr. Michaela Špačková^{1,2}

MUDr. Mgr. Radim Líceník, Ph.D.^{1,3}

1. *Centrum pro klinické doporučené postupy, Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky Lékařské Fakulty Univerzity Palackého*
2. *Centrum epidemiologie a mikrobiologie, Oddělení epidemiologie infekčních nemocí, Státní zdravotní ústav Praha*
3. *Radcliffe Department of Medicine – Investigative Medicine, Oxford, United Kingdom*

Kontakt na autora:

tel.: 267 082 438, spackova.michaela@gmail.com