



Názov:

**Odporúčaná postup na výkon prevencie
v súvislosti s mimoriadnymi situáciami a
udalosťami v oblasti psychické
ochorenia a mentálne zdravie**

Autori:

**MUDr. Branislav Chrenka, MHA
Mgr. Karin Brániková, MPH
MD. John Durkin, PhD.**

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

Odporúčaný postup na výkon prevencie v súvislosti s mimoriadnymi situáciami a udalosťami v oblasti psychické ochorenia a mentálne zdravie

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre PpVP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
005	22. september 2020	schválené	1. december 2020

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

MUDr. Branislav Chrenka, MHA; Mgr. Karin Brániková, MPH; MD. John Durkin, PhD.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných postupov pre výkon prevencie a odporúčaných postupov pre výkon prevencie MZ SR; hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre PpVP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre PpVP: MUDr. Peter Bartoň; Mgr. Milada Eštoková; MUDr. Michaela Fajtová; PharmDr. Tatiana Foltánová; PhDr. Zuzana Gavalierová; MUDr. Jozef Kalužay; Mgr. Eva Klimová; PhDr. Kvetoslava Kotrbová; PhDr. Mária Lévyová; Mgr. Gabriela Švecová Cveková; prof. MUDr. Mariana Mrázová; doc. PhDr. Mgr. Róbert Ochaba; MUDr. František Podivinský; Mgr. Iveta Rajničová Nagyová; MUDr. Eva Sabolová; MUDr. Adriana Šimková; MUDr. Valéria Vasiľová; Mgr. Hana Wijntjes; doc. MUDr. Viliam Žilínek; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA; Mgr. Robert Ševčík, PhD.; Rastislav Bilík MSc.; Mgr. Katarína Mažárová

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Gabriela Tamášová; Mgr. Tomáš Horváth; Mgr. Michal Kratochvíla, PhD.; Ing. Martin Malina; MUDr. Mgr. Alexandra Mamová; PhDr. Dominik Procházka; Mgr. Katarína Santerová

Podporené grantom z fondu pre azyl, migráciu a integráciu a fondu pre oblasť vnútorných záležitostí MV SR s názvom projektu: „Tvorba odporúčaných a štandardných postupov pre výkon prevencie a včasnej intervencie v súvislosti s migráciou štátnych príslušníkov tretích krajín na Slovensku“ (kód SK 2018 AMIF SC2.1)

Kľúčové slová

Mimoriadna udalosť, mimoriadna situácia, duševné zdravie, prevencia, migranti, utečenci, zasiahnutí, skríning

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

CNS	CNS – Centrálny nervový systém
EBM	Medicína založená na dôkazoch (Evidence - based medicine)
EBN	Ošetrovateľské postupy založené na dôkazoch (Evidence - based nursing)
HaZZ	Hasičský a záchranný zbor
IOM	Medzinárodná organizáciu pre migráciu
IZS	Integrovaný záchranný systém
MO SR	Ministerstvo obrany SR
MS SR	Ministerstvo spravodlivosti SR
MV SR	Ministerstvo vnútra SR
OSN	Organizácia Spojených národov
PTSD	Post-traumatická stresová porucha
PZSR	Policajný zbor Slovenskej Republiky
RZP/RLP	Rýchla záchranná služba/rýchla lekárska služba
WHO	Svetová zdravotnícka organizácia

Definície

Duševné zdravie je podľa WHO definované ako „stav telesnej a duševnej pohody, v ktorom si jednotlivec uvedomuje svoje schopnosti, dokáže zvládnuť obvyklý životný stres, môže pracovať produktívne a úspešne a dokáže byť prínosom pre svoju spoločnosť“.

Migrácia je definovaná ako proces presídlenia prechodom cez medzinárodnú hranicu, alebo vnútroštátne a zahŕňa utečencov, vystáňované osoby, násilím vylúčené osoby a ekonomických migrantov (IOM SR, 2018; Perruchoud, 2004).

Migrant je podľa definície OSN osoba, ktorá z akýchkoľvek dôvodov zmenila krajinu svojho trvalého resp. obvyklého pobytu a zo svojej domovskej krajiny sa presťahovala do inej krajiny minimálne na obdobie troch mesiacov. Slovenský právny poriadok však nepoužíva pojem migrant, ale cudzinec.

OSN rozlišuje dve skupiny migrantov podľa dĺžky pobytu:

- **krátkodobý migrant** – osoba, ktorá sa sťahuje do inej krajiny ako krajina jej trvalého (obvyklého) pobytu po dobu najmenej troch mesiacov, ale kratšej ako jeden rok,
- **dlhodobý migrant** – osoba, ktorá sa sťahuje do inej krajiny ako krajina jej trvalého (obvyklého) pobytu po dobu minimálne jedného roka; s výnimkou prípadov, keď sa presun osoby do inej krajiny týka dovolenky, návštevy priateľov, alebo príbuzných, obchodných ciest, liečenia, alebo zdravotného ošetrovania, alebo náboženskej púte.

Migrant – výhradne na účely tohto materiálu, rozumieme pod pojmom migrant štátneho príslušníka tretej krajiny, ktorý sa legálne alebo nelegálne, z akýchkoľvek dôvodov, nachádza na území Slovenskej republiky. Na účely tohto materiálu sem zahrňame aj žiadateľa o pobyt. Pod pojem migrant nezahrňame pojem utečenec.

Utečenec – výhradne na účely tohto materiálu rozumieme pod pojmom utečenec: žiadateľa o azyl, azylanta a osobu s poskytnutou doplnkovou ochranou v zmysle zákon č. 480/2002 Z. z. o azyle a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Osoba s udelenou medzinárodnou ochranou – azylant, alebo osoba s poskytnutou doplnkovou ochranou.

Žiadateľ o azyl – štátny príslušník tretej krajiny, ktorý vyhlási pred príslušným orgánom, že žiada o udelenie azylu alebo o poskytnutie doplnkovej ochrany.

Žiadateľ o pobyt – výhradne na účely tohto materiálu, rozumieme pod pojmom žiadateľ o pobyt: štátneho príslušníka tretej krajiny žiadajúceho o niektorú z foriem pobytu v zmysle zákona č. 404/2011 Z. z. o pobyte cudzincov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Zaistenie – výhradne na účely tohto materiálu, rozumieme pod pojmom zaistenie, zaistenie štátneho príslušníka tretej krajiny v zariadení, t.j. v mieste, v ktorom je štátny príslušník tretej krajiny umiestnený na základe rozhodnutia o zaistení (tzv. útvary policajného zaistenia pre cudzincov).

Pojem **ekonomický migrant** zvyčajne označuje osobu, ktorá sa slobodne rozhodne odísť do inej oblasti alebo krajiny, často za lepšími materiálnymi, alebo sociálnymi podmienkami a za lepšou budúcnosťou pre seba a svoju rodinu; alebo migruje z iných dôvodov.

Dohovor o utečencoch z roku 1951 označuje za **utečencov** ľudí, ktorí sa nachádzajú mimo svojho štátu a majú oprávnené obavy pred prenasledovaním z rasových, náboženských a národnostných dôvodov alebo z dôvodu príslušnosti k určitej sociálnej skupine alebo zastávania určitých politických názorov, nemôžu prijať alebo v dôsledku uvedených obáv odmietajú ochranu svojho štátu. Ľudia, ktorí utekajú pred konfliktami a násilím, sú takisto vo všeobecnosti považovaní za utečencov.

Neregulárny = nelegálny migrant – výhradne na účely tohto materiálu je migrant bez platného povolenia na pobyt. V kontexte EÚ štátny príslušník tretej krajiny, ktorý sa na území hostujúcej alebo tranzitnej krajiny zdržiava neoprávnene v dôsledku neoprávneného vstupu, porušenia podmienok vstupu, alebo v dôsledku vypršania platnosti oprávnenia na vstup, alebo pobyt (tzv. over - stayer). Slovenská legislatíva pracuje s pojmom nelegálny migrant, ktorý ale nedefinuje. Neregulárnosť pobytu je administratívny priestupok.

Mimoriadna situácia je obdobie ohrozenia alebo obdobie pôsobenia následkov mimoriadnej udalosti na život, zdravie alebo majetok.

Mimoriadnou udalosťou sa v našich podmienkach rozumie závažná, časovo ťažko predvídateľná a priestorovo ohraničená udalosť, spôsobená vplyvom živelných pohromy, technickej alebo technologickej havárie, prevádzkovej poruchy, prípadne úmyselného konania človeka, ktorá vyvolala narušenie stability systému alebo prebiehajúcich dejov a činností, ohrozuje životy a zdravie osôb, hmotné a kultúrne statky či životné prostredie (Šimák 2006). Zákon č. 42/1994 Z. z. o civilnej ochrane obyvateľstva v znení neskorších predpisov taxatívne vymedzuje ako mimoriadnu udalosť nasledovné deje: živelná pohroma, technologická havária, teroristický útok alebo kumulácia ich účinkov - katastrofa.

Kompetencie

Všeobecný lekár pre dospelých a všeobecný lekár pre deti a dorast - vyšetrenie dospelého jedinca s dôrazom na anamnézu mimoriadnych situácií a udalostí s dopadom na duševné zdravie, stanovenie diagnózy a/alebo pridruženej diagnózy, poskytnutie podpory a bazálnej terapeutickú intervenciu. V prípade ťažších stavov odoslanie na ďalšiu intervenciu, resp. liečbu podľa cesty pacienta v tomto postupe.

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatria (psychiater) – vyšetrenie jedinca, s dôrazom na anamnézu mimoriadnych situácií a udalostí s dopadom na duševné zdravie, stanovenie diagnózy a/alebo pridruženej diagnózy, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, menej intenzívne psychologické liečebné postupy, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť - supervízia. Výkon sekundárnej a terciárnej prevencie. Psychoterapia.

Lekár bez špecializácie - vyšetrenie dospelého jedinca s dôrazom na anamnézu mimoriadnych situácií a udalostí s dopadom na duševné zdravie, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie terapie pod dohľadom psychiatra, menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), psychoedukácia, psychorehabilitačná, a komunitná starostlivosť.

Lekár špecialista v inom odbore - vyšetrenie dospelého jedinca s dôrazom na anamnézu mimoriadnych situácií a udalostí s dopadom na duševné zdravie, stanovenie diagnózy, pridruženej diagnózy, poskytnutie podpory a bazálnej terapeutickej intervencie. V prípade ťažších stavov odoslanie na ďalšiu intervenciu, resp. liečbu. Menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), psychoedukácia, psychorehabilitačná, a komunitná starostlivosť.

Psychológ v zdravotníctve špecialista (klinický psychológ) - psychologické vyšetrenie (komplexné, parciálne) s dôrazom na anamnézu mimoriadnych situácií a udalostí s dopadom na duševné zdravie, stanovenie diagnózy a/alebo pridruženej diagnózy menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. Výkon sekundárnej prevencie.

Psychológ v zdravotníctve špecialista s certifikáciou v pracovnej činnosti psychoterapia (náročnejšie psychoterapeutické postupy zamerané na EBM manažment identifikovaných symptómov)

Psychológ - psychologické vyšetrenie (komplexné, parciálne) s dôrazom na anamnézu mimoriadnych situácií a udalostí s dopadom na duševné zdravie, menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť

Sestra – anamnéza mimoriadnych situácií a udalostí s dopadom na duševné zdravie, aplikácia farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, psychoterapia (po zaškolení v psychoterapeutických postupoch EBM a EBN, alebo s certifikáciou v pracovnej činnosti psychoterapia). Psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, sociálno - právna podpora.

Liečebný pedagóg - anamnéza mimoriadnych situácií a udalostí s dopadom na duševné zdravie, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), psychoterapia (po absolvovaní výcviku v EBM psychoterapeutickom postupe pre traumy).

Sociálny pracovník - anamnéza mimoriadnych situácií a udalostí s dopadom na duševné zdravie, menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), sociálno - právna podpora, psychoterapia (po absolvovaní výcviku v EBM psychoterapeutickom postupe pre traumy).

Špeciálny pedagóg - anamnéza mimoriadnych situácií a udalostí s dopadom na duševné zdravie, menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), psychoterapia (po absolvovaní výcviku v EBM psychoterapeutickom postupe pre traumy).

Iný zdravotnícky pracovník - anamnéza mimoriadnych situácií a udalostí s dopadom na duševné zdravie, menej intenzívne psychologické liečebné postupy (liečba 2. stupňa), psychoterapia (po absolvovaní výcviku v evidence based psychoterapeutickom postupe pre traumy).

Príslušníci PZSR, HaZZ, RZP/RLP, MVSR, MOSR, MSSR - anamnéza mimoriadnych situácií a udalostí s dopadom na duševné zdravie základy podporného rozhovoru, psychologická prvá pomoc po zaškolení.

Kompetencie jednotlivých odborností v celom procese

Odborníci v azylových zariadeniach a v zaistiach - vykonávanie prevencie na základe aktuálneho odporúčania, anamnéza mimoriadnych situácií a udalostí s dopadom na duševné zdravie. Pracovníci prvého kontaktu (cudzinecká polícia - vykonávanie prevencie na základe aktuálneho odporúčania).

Úvod

Účelom tohto odporúčaného preventívneho postupu je zlepšiť dostupnosť a výkon prevencie, dostupnosť a kvalitu následnej zdravotnej starostlivosti podľa EBM v populácii dospelých osôb migrantov a utečencov rôznych skupín (18 rokov a starších) s rizikom rozvoja duševných porúch.

Včasné rozpoznanie rizikových faktorov a symptomatológie duševných porúch je kľúčové pre adekvátne smerovanie migrantov a utečencov k špecializovanej a efektívnej liečbe. Výkon prevencie podľa tohto postupu má podporiť znižovanie nerovností a zvyšovanie dostupnosti preventívnych opatrení, ktoré majú priamy dopad na znižovanie nákladov zdravotnej starostlivosti pri ich aplikovaní v kontexte medzinárodných dohovorov a základných ľudských práv a slobôd.

Štandardný preventívny postup je určený všetkým pracovníkom prichádzajúcim do kontaktu s migrantmi a utečencami (pracovníci prvého kontaktu, pracovníci azylových zariadení a zaistení, pracovníci integračných kancelárií, všeobecní lekári, klinickí a poradenský psychológovia, psychiatri a iní odborníci v oblasti duševného zdravia). Má tiež zvýšiť povedomie o tejto problematike u odbornej verejnosti a zlepšiť koordináciu starostlivosti a komplexnej liečby.

Problém

Duševné zdravie predstavuje základnú hodnotu života a má veľký význam pri vzniku mnohých závažných telesných ochorení ako sú napr. srdcovo - cieвне alebo nádorové choroby a podieľa sa tak na predčasnej úmrtnosti. Napriek tomu, že duševné poruchy sú také isté choroby ako telesné, chorí sú v porovnaní s telesne chorými naďalej diskriminovaní nielen pri možnostiach primeranej liečby, ale aj pri návrate späť do spoločnosti. Veľká väčšina verejnosti nemá o duševných poruchách dostatočné vedomosti, má o nich skreslené predstavy a predsudky, čo vedie k strachu vyhľadať pomoc psychiatra. Hoci posledné roky priniesli mnohé nové vedomosti o duševných poruchách a ich liečbe, z najrôznejších príčin sa prehĺbuje priepasť medzi tým, čo by sme pacientom vedeli poskytnúť a medzi tým, čo im skutočne poskytujeme. Problematika duševného zdravia v kontexte migrácie sa na Slovensku môže zdať takmer neriešiteľnou. Dôvodmi je nízka priorita kladená systematickým, empatickým a efektívnym opatreniam v súvislosti s duševným zdravím a rozporuplný prístup k migrácii v spoločnosti (ekonomických migrantov by sme aj potrebovali – typickým príkladom je nedostatok zdravotníckeho personálu saturovaný najmä ukrajinskými občanmi, no utečencov odmietame pre strach, socio - kultúrnu rozdielnosť, pocit nedostatku a pod., pričom tieto postoje a nálady sú živené mnohými politickými špičkami naprieč celým politickým spektrom na celom svete).

Migrácia prirodzene stavia jednotlivcov do situácií, ktoré môžu ovplyvniť ich fyzickú a duševnú pohodu. Podmienky súvisiace s migračným procesom môžu zvýšiť náchylnosť na zlé zdravie. Platí to najmä pre tých, ktorí nedobrovoľne migrujú a utekajú z prírodných alebo človekom spôsobených katastrof. Dopady majú viacero determinantov a môžu sa časom meniť. Migrácia sa dotýka aj hospodárskych a sociálnych politík, otázok ľudských

práv a rovnosti, rozvojových programov a sociálnych noriem. Mnoho migrantov a utečencov môže trpieť poruchami duševného zdravia, jednoznačné určenie prevalencie je veľmi náročné a variabilné naprieč rôznymi štúdiami a populačnými skupinami (viac v nasledujúcom odstavci). Vyššia miera prevalencie duševných porúch sa jednoznačne preukázala u dlhodobo vysídlených utečencov a je spojená s nedostatočnou sociálnou integráciou a špecificky s neuplatnením na trhu práce (Bogic et al. 2015; Bell and Zech 2009; Gerritsen et al. 2006; Hollander 2013; Toar et al. 2009). Prevalencia duševných porúch je dôležitým faktorom, no rovnako kritickou premennou je aj celkový počet utečencov a migrantov v danej krajine. Ak je celkový počet veľmi vysoký, pravdepodobne bude v tejto kohorte aj mnoho manifestných porúch duševného zdravia, bez ohľadu na to, či sa bude líšiť prevalencia všetkých alebo niektorých porúch od domácej populácie. Práve absolútne čísla budú predstavovať výzvu pre zdravotné systémy, keďže rôzne krajiny majú rôznu schopnosť prispôbiť sa na podklade východiskovej kapacity. Modely intervencie podpory duševného zdravia a poskytovania včasnej a kvalitnej intervencie týmto skupinám marginalizovaného obyvateľstva zahŕňajú sociálnu integráciu, facilitáciu procesu dostupnosti zdravotnej starostlivosti, podporu zapojenia do systému poskytovanej starostlivosti a liečbu pacientov s manifestnou poruchou.

Rozlišovanie medzi abnormálnou patológiou a tým, čo je normálna emocionálna odpoveď na abnormálne udalosti je globálnou výzvou. Rozsiahle epidemiologické štúdie, ktoré neboli kultúrne validované nemusia byť schopné rozlíšiť tieto dva ukazovatele, napr. poruchy spánku môžu byť symptómom alebo aj očakávanou odpoveďou na stresor alebo inú nepriazeň. To znamená, že prevalencia porúch môže byť nadhodnotená, keď sa miestne prejavy adaptívnej stresovej reakcie zamenia za psychopatológiu. Všetky štúdie o prevalencii duševných porúch by mali začínať etnografickým pochopením toho, ako ľudia prejavujú svoje prežívanie situácií spolu s porozumením rozdielnych prejavov súženia v sociálnom a kultúrnom kontexte, aby sa podarilo identifikovať presné a holistické ukazovatele. To zahŕňa:

- Kultúrne rámce pre duševné poruchy a pridružené systémy viery,
- Postoje komunity voči duševným poruchám a ich dopadom,
- Relevantné informácie o sociálnych, kultúrnych náboženských, ekonomických a politických štruktúrach a ich dynamike (napr. vznik konfliktov, etnické/triedne rozdiely, individualizmus/kolektivismus),
- Porozumenie tomu, ako sa mimoriadna situácia odráža vo vyššie uvedených premenných.

Duševné zdravie v kontexte migrácie

Pre všetkých migrantov a utečencov je proces migrácie spravidla komplikovaný a stresujúci. Zahŕňa opustenie domovskej krajiny a adaptáciu v rozdielnom prostredí, kultúre a životnej situácii (Bhugra 2004; Carta et al. 2005). Nesmieme opomínať, že migranti a utečenci môžu byť pred odchodom, počas cesty a po ich príchode vystavení mimoriadne stresujúcim situáciám a môžu mať ťažkosti s plnou integráciou v sociálnom kontexte v cieľovej (chcene, či nechcene) krajine (Carta et al. 2005; Bhugra 2004; Bhugra et al. 2014; Bhugra et al. 2011). Expozícia stresovým situáciám sa môže výrazne líšiť v rôznych skupinách migrantov (ekonomickí migranti, utečenci, žiadatelia o azyl, neregulárni migranti), ako aj v rámci jednej skupiny v závislosti na kontexte migrácie a usadení v tranzitnej/cieľovej krajine (Giacco et al. 2018). Nezávisle na legálnom statuse, niektorí migranti a utečenci prešli obzvlášť zdĺhavú, nepredvídateľnú a nepohodlnú cestu pred príchodom do tranzitnej/cieľovej krajiny, čelili extrémnym nepriazňam a/alebo slabej ekonomickej situácii. Navyše sú utečenci často pred odchodom zo svojej domovskej krajiny

vystavení extrémne stresujúcim udalostiam ako vojny, rôzne formy ozbrojených konfliktov, prenasledovaniu, diskriminácii, alebo živelným katastrofám.

Po príchode do tranzitnej/cieľovej krajiny sa musia migranti vysporiadať s nutnosťou adaptácie na nové prostredie, často v neznámom jazykovom a kultúrnom prostredí. Obavy o osud rodiny, ktorá mohla, ale nemusela migrovať s konkrétnym človekom ďalej prehľbujú vyššie spomínané premenné. Ďalšou výzvou môžu byť byrokratické požiadavky spojené s udelením povolenia na pobyt. Pre žiadateľov o azyl je stresujúcim faktorom aj to ako dlho bude trvať konanie o udelenie azylu a aký bude jeho výsledok. Pre neregulárnych migrantov je stresujúcim faktorom aj to, ako dlho budú môcť v krajine zostať. Čelia hrozbe vyhostenia a/alebo zaistenia a dlhým čakacím dobám, ktoré súvisia s vydaním rozhodnutia o vyhostení.

Situáciu komplikuje aj fakt, že migrácia nie je priamočiary a jednoduchý presun z jednej krajiny do druhej: krajiny pôvodu do cieľovej krajiny. Často musia migranti a utečenci vstupovať a pobývať v rôznom počte tranzitných krajín predtým ako sa im podarí dosiahnuť cieľovú krajinu (Vukčević a kol.2017).

Bez ohľadu na vplyv stresových faktorov v procese migrácie môžu utečenci a migranti trpieť duševnými poruchami a môžu profitovať z profesionálnej liečby poskytovanej zdravotným systémom tranzitnej/cieľovej krajiny. Prístup k liečbe je však často problematický a niektoré problémy s prístupom k liečbe sú spoločné pre všetkých migrantov a utečencov (Priebe et al. 2013a; Lindert et al. 2008): jazyková bariéra, nedostatok informácií o zdravotnom systéme krajiny pobytu, limitovaná dostupnosť bezplatnej zdravotnej starostlivosti, rozdielne modely prístupu k duševnému distresu a rozdielny prístup k lekárskej a psychologickému liečbe v porovnaní s majoritnou populáciou v krajine pobytu.

V závislosti od vzdelania a pôvodu individuálneho utečenca alebo migranta môže mať jazyková bariéra, schopnosť komunikovať so zdravotníckym personálom a zručnosti vo verbalizácii duševných problémov rôzny vplyv na dostupnosť zdravotnej starostlivosti. (Giacco and Priebe 2018).

Prístup k profesionálnej starostlivosti môže byť obzvlášť problematický u neregulárnych migrantov. Ich nárok na bezplatnú zdravotnú starostlivosť môže byť veľmi obmedzený a typicky nemajú prostriedky na úhradu psychiatrickej/psychologickej starostlivosti. Navyše sa môžu zdráhať žiadať o zdravotnú starostlivosť zo strachu o to, že budú nahlásení úradom a budú čeliť nechceným dôsledkom vrátane vyhostenia (Priebe et al. 2016).

Metodika

Tento odporúčaný postup bol vytvorený metodologicky s použitím metódy *adopcie* pri ktorej boli časti štandardného postupu vypracované podľa odporúčaní Medzinárodnej organizácie pre migráciu (IOM) – Manuál pre komunitne orientovanú psychosociálnu podporu duševného zdravia v kontexte mimoriadnych situácií a presídlenia (bližšie uvedené v literárnych zdrojoch), WHO Technického postupu podpory duševného zdravia a starostlivosti oň u utečencov a migrantov a metodikou ADAPTE t. j. *adaptáciou* s dopracovaním na požiadavky zdravotného systému a iných systémov, ktorými prechádza jedinec so suspektnou duševnou poruchou.

Epidemiológia

Prevalencii duševných porúch u utečencov a migrantov bolo venovaných mnoho štúdií a prehľadov (Bogic a kol. 2015; Close a kol. 2016; Fazel a kol. 2005). Výsledky týchto môžeme zhrnúť nasledovne:

- Prevalencia duševných porúch u utečencov a migrantov vykazuje veľkú variabilitu naprieč rôznymi štúdiami (Lindert et al. 2008; Fazel et al. 2005; Close et al. 2016; Cantor - Graae and Selten 2005). Združený prehľad identifikuje v skupine utečencov a migrantov prevalenciu depresie v rozličných štúdiách medzi 5 % a 44 % v porovnaní s 8 - 12% vo všeobecnej populácii (Close et al. 2016). Pri úzkostných poruchách sa prevalencia pohybuje medzi 4 a 40% v porovnaní s 5 % prevalenciou vo všeobecnej populácii. Menej štúdií hodnotilo prevalenciu psychotických porúch (Close et al. 2016), no tam, kde boli tieto údaje dostupné bola táto dva až trikrát vyššia u utečencov a migrantov v porovnaní s domácou populáciou (Close et al. 2016; Fazel et al. 2005). Somatické príznaky depresie (napr. únava, bolesti, búšenie srdca, mdloby a nevoľnosť) a somatizačné poruchy (opakujúce sa mnohopočetné a aktuálne sa vyskytujúce klinicky významné sťažnosti pacienta na telesné príznaky pri vylúčení somatického ochorenia) sú časté v klinických kohortách utečencov, azylantov a neregulárnych migrantov. Žiadne štúdie hodnotiace presnú prevalenciu týchto symptómov v týchto skupinách nie sú k dispozícii (Buhmann 2014). Väčšina štúdií týkajúcich sa zneužívania omamných a psychotropných látok v skupine migrantov bola realizovaná mimo Európskeho kontextu. Len niekoľko štúdií sa venovalo stanoveniu miery zneužívania týchto látok v populácii utečencov, azylantov a neregulárnych migrantov (Bogic et al. 2012; Teunissen et al. 2014b). Údaje týchto štúdií sú obmedzené na cieľové krajiny západnej Európy (Nemecko, Taliansko, Holandsko a Spojené Kráľovstvo). Vo všeobecnosti je časom prevalencia zneužívania omamných a psychotropných látok v populácii utečencov, azylantov a neregulárnych migrantov porovnateľná s domácou populáciou, i keď bezprostredne po migrácii bola nižšia (alebo vyššia) (Teunissen et al. 2014b; Bogic et al. 2012; Johnson 1996).
- V súčasnosti nie je k dispozícii žiadny jednoznačný a konzistentný dôkaz o vyššej prevalencii psychotických, úzkostných a afektívnych porúch u utečencov a migrantov v čase príchodu do krajiny v porovnaní s domácou populáciou. Jedinou poruchou, pri ktorej existuje jednoznačný a konzistentný dôkaz komparatívnej prevalencie sa týka post-traumatickej stresovej poruchy (PTSD); táto je pre skupinu utečencov špecifická (9 - 36 % u utečencov v porovnaní s 1 - 2 % v domácej populácii) (Priebe et al. 2016; Close et al. 2016; Fazel et al. 2005). PTSD však nie je najprevalentnejšou poruchou u utečencov. Afektívne poruchy, ako depresia, sú častejšie ako PTSD u utečencov a migrantov (prevalencia sa pohybuje medzi 5 a 44 %), avšak prevalencia sa výrazne nelíši od domácej populácie.
- Utečenci, ktorí žili v tranzitnej/cieľovej krajine dlhšie ako päť rokov vykazujú vyššiu mieru depresívnych a úzkostných porúch v porovnaní s domácou populáciou. Odhady prevalencie depresívnych a úzkostných porúch sa pohybujú okolo 20 % a viac u dlhodobých utečencov. Variabilita je však značne široká (depresívne poruchy: 2,3 - 80 %; úzkostné poruchy: 20,3 - 88 %, PTSD: 4,4 - 86 %) (Bogic et al. 2015). Momentálne nie je k dispozícii žiadny presvedčivý dôkaz, že prevalencia psychotických porúch sa mení u utečencov a migrantov s časom, no pomerne

nedávna rozsiahla švédska štúdia ukázala vyššiu incidenciu psychotických porúch u utečencov porovnaní s domácou populáciou (Hollander et al. 2016).

- Vyššia prevalencia duševných porúch u dlhodobých utečencov bola asociovaná s nedostatočnou sociálnou integráciou a špecificky s nezamestnanosťou (Bogic et al. 2015).
- Problematickou skupinou sú neregulárni migranti, ktorým sa venovalo len málo štúdií. Už z definície neregulárneho migranta vyplývajú početné prekážky v prístupe k zdravotnej starostlivosti. Tieto spolu s obavami, že budú zdravotníckym personálom oznámení príslušným štátnym úradom a autoritám komplikujú ako samotný prístup, tak aj ich účasť vo výskume (Teunissen et al. 2014a; Dorn et al. 2011).

Na tomto mieste je dôležité poznamenať, že prevalencia je pomer jedincov v populácii s konkrétnym ochorením alebo znakom k celkovej populácii v danom čase alebo za určené obdobie. Z toho vyplýva, že prevalencia je len jedným z dvoch faktorov určujúcich absolútny počet utečencov a migrantov s duševnou poruchou v krajine. Druhým faktorom je celkový počet utečencov a migrantov v danej krajine v danom čase. Ak je celkový počet veľmi vysoký, pravdepodobne bude identifikovaných mnoho utečencov a migrantov s duševnou poruchou, bez ohľadu na to, či sa prevalencia niektorých, alebo všetkých duševných porúch bude líšiť od domácej populácie. Výzva pre zdravotné systémy sa odvíja od celkového počtu utečencov a migrantov s duševnými poruchami. Systémy zdravotnej starostlivosti môžu byť v rozdielnej miere schopné sa adaptovať týmto potrebám, v závislosti na ich východiskovej kapacite.

Čo nevieme o prevalencii duševných porúch u utečencov a migrantov

Niektoré dôležité otázky sú výskumom stále nezodpovedané, vrátane toho:

- či existujú skutočné rozdiely v prevalencii medzi rozličnými skupinami migrantov a utečencami,
- či rizikové faktory dokážu predpovedať prevalenciu duševných porúch v skupinách migrantov a utečencov,
- ako a prečo sa zvyšuje prevalencia u migrantov a utečencov, ktorí sú dlhodobo usadení v cieľovej/tranzitnej krajine.

PICOST analýza

P: Problém/Populácia/Pacient (Problem/Population/Patient)

Migranti a utečenci s alebo bez klinicky významnej symptomatológie duševných porúch

I: Intervencia/niekoľko intervencií (Intervention/range of interventions)

Intervenčné modely (skrining, psychická prvá pomoc, krízová intervencia, záchytná sieť, následne diagnostické kritériá, liečba)

C: Komparácia (Comparison)

Žiadna liečba/komplexná intervencia/stabilizácia

O: Outcomes (Výstupy)

Kritické výstupy:

- Účinnosť
- Kvalita života
- Prístup k liečbe
- Potreba liečby

S: Situácia/Miesto (Setting/s, Situation/s)

Miesto prvého alebo následného kontaktu alebo miesto udalosti (terén, azylové zariadenie a/alebo zaistenie, zdravotnícke zariadenie, ambulancia).

T: Čas/Obdobie/Frekvencia (Timing)

- 1) Peritraumatické obdobie (do bezprostredného ukončenia adekvátnej odozvy na mimoriadnu udalosť)
- 2) Do 28 dní od mimoriadnej udalosti
- 3) Po 28 dňoch od mimoriadnej udalosti

Rizikové a protektívne faktory duševného zdravia u utečencov a migrantov

Rizikové faktory duševných porúch môžu mať vplyv pred migráciou (premigračné), počas migrácie (perimigračné) a/alebo po usadení v cieľovej/tranzitnej krajine (postmigračné) (Hebebrand et al. 2016).

Dostupná literatúra neumožňuje jednoznačne rozlíšiť medzi tromi posudzovanými skupinami migrantov: utečenci, žiadatelia o azyl a neregulárni migranti. Niektoré postmigračné faktory sú však špecifické pre žiadateľov o azyl a neregulárnych migrantov, ako napríklad neistota pri žiadosti o poskytnutie azylu a potenciálne zadržanie v imigračnom vyhost'ovacom centre (útvár policajného zaistenia na Slovensku).

Literárne zdroje sa zameriavajú prevažne na rizikové faktory vzniku duševných porúch a negatívne dopady migrácie. Existujú však aj potenciálne pozitívne dôsledky, ktoré prichádzajú do úvahy. Koncept adaptívneho rastu odráža fakt, že mnoho utečencov, azylantov a neregulárnych migrantov nielenže prežije všetky stresujúce udalosti pred, počas a po migrácii, no môžu zo svojich skúseností a nových možností v novej krajine aj profitovať, vďaka čomu sa stávajú odolnejšími a menej náchylnými na rozvoj duševných porúch (Papadopoulos 2006).

Premigračné rizikové faktory

V krajinách pôvodu mohli byť migranti, utečenci a neregulárni migranti vystavení prenasledovaniu, ozbrojeným konfliktom a/alebo ekonomickej núdzi.

Prenasledovanie z politických, etnických, náboženských alebo iných dôvodov môže zahŕňať týranie, väznenie, byť svedkom smrti rodinného príslušníka a/alebo porušovania ich ľudských práv (Lindert et al. 2009; McColl and Johnson 2006; Opaas and Varvin 2015; Cabral Iversen and Morken 2003). Vystavenie konfliktu môže mať podobu blízkeho kontaktu so smrťou a ničením až po osobné traumatické zážitky vrátane mučenia a priameho bojového nasadenia (Lie 2002; Lindencrona et al. 2008; Priebe et al. 2013b; Kalt et al. 2013). Navyše niektorí jedinci čelia extrémnej ekonomickej núdzi, vrátane nedostatku potravy, vody, prístrešia a ostatných základných potrieb a zdrojov (Priebe et al. 2013b; Morgan 2008).

Perimigračné rizikové faktory

Proces migrácie môže zahŕňať fyzickú ujmu, vrátane sexuálneho násillia, infekčných chorôb, vydierania a obchodovania s bielym mäsom. Migranti a utečenci môžu byť vystavení život ohrozujúcim podmienkam pri prekonávaní hraníc na nebezpečných lodiach pri plavbe cez more, môžu byť uväznení vo vlakoch alebo nákladných autách, prípadne prechádzať pešo nebezpečnými pozemnými cestami (Bell and Zech 2009, Mohamud 2010).

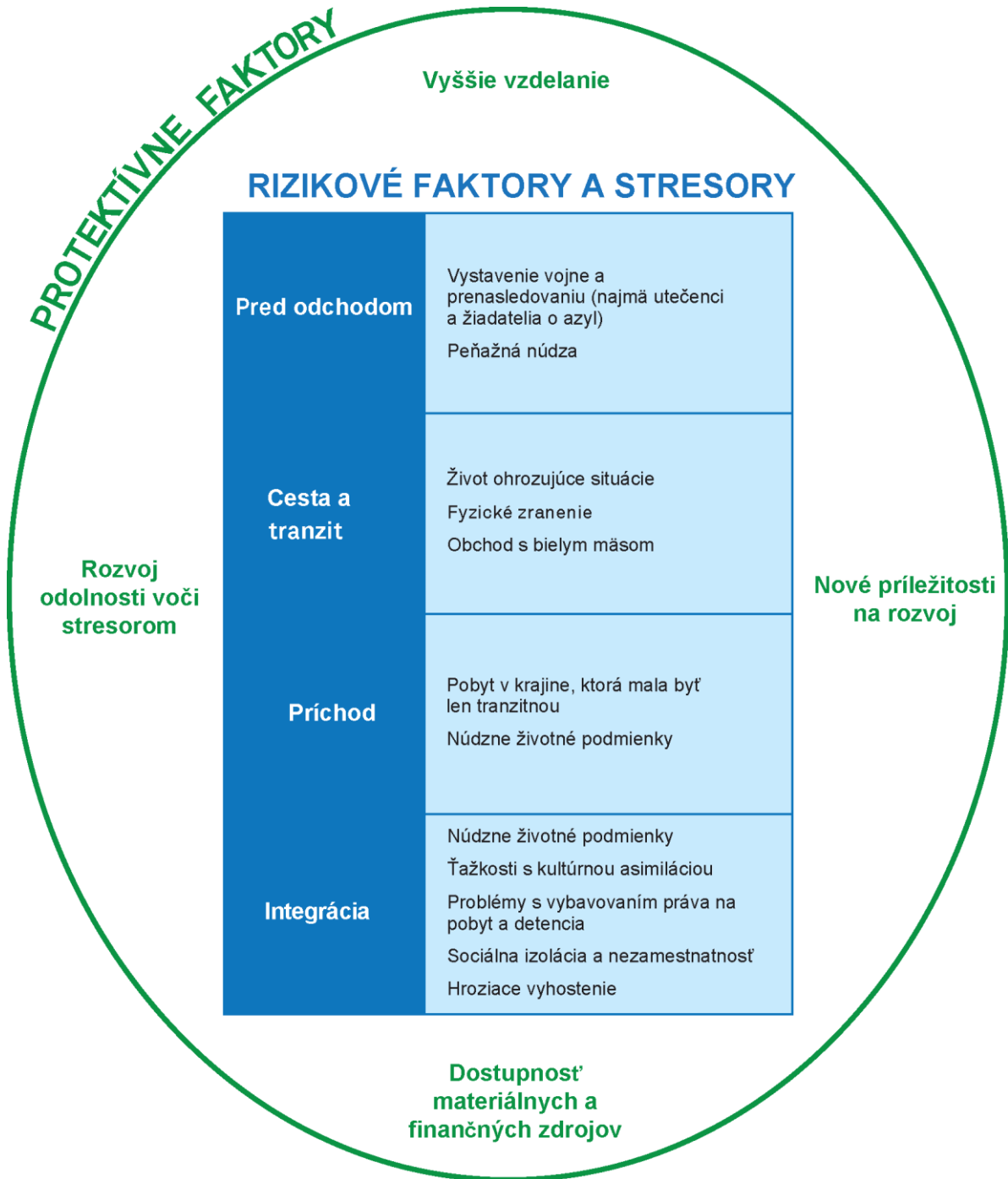
Navyše proces migrácie často znamená separáciu od rodinných príslušníkov a podpornej siete (Morgan 2008). Toto je obzvlášť závažným problémom pri detských a adolescentných utečencoch (Hebebrand a kol. 2016).

Postmigračné rizikové faktory

Po usadení v cieľovej/tranzitnej krajine môžu byť migranti, utečenci a neregulárni migranti vystavení ďalším rizikovým faktorom rozvoja duševných porúch. V niektorých prípadoch je azylová procedúra zdĺhavá, čo u žiadateľov o azyl prehlbuje neustály stav neistoty. Ak je žiadosť o azyl zamietnutá alebo vyprší povolenie na pobyt, osobe môže hroziť zaistenie a riziko vyhostenia. Aj pre úspešných žiadateľov o azyl, je im udelená medzinárodná ochrana je často veľmi náročné sa plne integrovať do spoločnosti. Nasleduje prehľad hlavných postmigračných rizikových faktorov:

- **Neistota ohľadom žiadosti o azyl.** Legálne prijatie v krajine je často zdĺhavý proces s nepredvídateľným koncom. Žiadatelia o azyl, ktorí v krajine už pobývajú dlhšie sú náchylnejší k rozvoju duševných porúch vrátane PTSD, depresie a úzkostných porúch v porovnaní s tými, ktorí do krajiny prišli nedávno (Firenze a kol. 2016; Heeren a kol. 2014; Teodorescu a kol. 2012).
- **Zaistenie a pobyt v pobytovom tábore.** Množia sa dôkazy o tom, že pobyt v zaistení a pobytových táboroch vplýva signifikantne na duševné zdravie žiadateľov o azyl a neregulárnych migrantov (McColl and Johnson 2006; Hebebrand et al. 2016; Iversen and Morken 2009; Pfortmueller et al. 2016): čím dlhší je pobyt v zaistení, tým výraznejšie je zhoršenie (Cohen 2008). Obzvlášť závažnými dopadmi zaistenia sú PTSD, úzkosť, depresia, samovražedné ideácie a dokonaná samovražda (Procter et al. 2015; EPIM, 2009).
- **Znížená sociálna integrácia** bola skúmaná v populácii utečencov so špecifickým ohľadom na slabé socioekonomické podmienky (t.j. sociálnu izoláciu a nezamestnanosť (Steel et al. 2009; Bogic et al. 2015). Tieto faktory majú dlhodobý dopad na duševné zdravie: u utečencov nachádzajúcich sa dlhšie ako päť rokov v jednej krajine korelovala slabá postmigračná socioekonomická situácia s vyššou pravdepodobnosťou výskytu depresie (Bogic et al. 2015; Bell and Zech 2009; Hollander 2013; Gerritsen et al. 2006). Zatiaľ čo nezamestnanosť je sama o sebe rizikovým faktorom duševných porúch (Crumlish and O'Rourke 2010) môže brániť plnej integrácii do nového prostredia (Ryan et al. 2008). Napríklad mladí utečenci nezamestnaným rodičom čelili prejavom nepriateľstva vrátane urážlivých a ponižujúcich poznámok od svojich rovesníkov (Montgomery and Foldspang 2007).

Obrázok č. 1: Rizikové a protektívne faktory migrácie (zdroj: WHO Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants. Technical guidance)



Prekážky v dostupnosti zdravotnej starostlivosti o duševné zdravie

Migranti, utečenci a neregulárni migranti čelia mnohým prekážkam v prístupe k zdravotnej starostlivosti vo všeobecnosti, ako už bolo uvedené v správach Sieť zdravotníckych dôkazov (Health Evidence Network WHO) (Bradby a kol. 2015; De Vito a kol. 2015). Tieto prekážky veľmi pravdepodobne ovplyvňujú aj prístup a poskytovanie zdravotnej starostlivosti o duševné zdravie.

Nedostatok informácií o zákonných nárokoch a systéme zdravotnej starostlivosti v krajine pobytu

Migranti, utečenci a neregulárni migranti môžu mať problémy s orientáciou v zdravotnom systéme, ktorý nepoznajú. Nemusia mať k dispozícii informácie o ich zákonných nárokoch pri prístupe k zdravotnej starostlivosti (Brendler - Lindqvist et al. 2014; Reko et al. 2015; Dorn et al. 2011). To môže mať za následok zneužívanie služieb urgentnej mobilnej alebo nemocničnej starostlivosti pri zdravotných problémoch, ktoré nepredstavujú urgentný stav a mohli byť vyriešené ambulantnou cestou (Murphy 1998). Jednotlivci s duševnými poruchami v tejto zraniteľnej skupine môžu predpokladať, že nemajú nárok na špecializovanú zdravotnú starostlivosť alebo je pre nich prístup k tejto starostlivosti príliš komplikovaný (Priebe et al. 2013a; Priebe et al. 2011).

Zdravotnícki pracovníci rovnako môžu byť neznalí toho, na akú zdravotnú starostlivosť majú jednotlivé skupiny migrantov a utečencov nárok v krajine pobytu, čo môže viesť k zdržaniu alebo neposkytnutiu vhodného nasmerovania k odborníkom na duševné zdravie (Dauvrin et al. 2012; Bäärnhielm et al. 2014; Woodward et al. 2014).

Jazyková bariéra

Mnoho migrantov, utečencov a neregulárnych migrantov má nedostatočnú alebo žiadnu znalosť domáceho jazyka a to najmä v období bezprostredne po príchode do krajiny (Hebebrand et al. 2016; Toar et al. 2009; Dorn et al. 2011; Brendler - Lindqvist et al. 2014; Poduval et al. 2015; Teunissen et al. 2016).

V oblasti duševného zdravia snád' viac než v ktorejkoľvek inej oblasti zdravotnej starostlivosti je verbálny prejav a dorozumenie medzi pacientom a lekárom kľúčové pri stanovení správnej diagnózy a liečby (Priebe et al. 2011; Priebe et al. 2013a). Neschopnosť dorozumieť sa medzi pacientom a lekárom môže sťažovať správne určenie príznakov duševnej poruchy a následne celý diagnostický proces, ako aj adekvátnu odozvu systému vrátane odoslania pacienta na ďalšie vyšetrenia a siet'ovanie následnej dlhodobej starostlivosti, ak je to potrebné (Bell and Zech 2009).

Zapojenie tlmočníka nemusí nutne vyriešiť všetky komunikačné ťažkosti: nedorozumenia medzi pacientom, tlmočníkom a lekárom môžu ďalej narúšať diagnostický proces (Sandhu et al. 2013). Napriek frekventovanému využitiu tlmočnických služieb počas vyšetovania (82 % v jednej štúdií (Reko et al. 2015)), nebola psychiatrická diagnóza stanovená u viac než polovice vyšetovaných žiadateľov o azyl po vstupnom rozhovore.

Zdravotnícki pracovníci sa na druhej strane sťažovali na niekoľko problémov pri asistencii tlmočníkov, vrátane ich nedostatku (často z dôvodu minimalizácie nákladov) alebo slabú kvalitu tlmočnických služieb (McColl and Johnson 2006; Dauvrin et al. 2012). To môže spôsobovať pod alebo nad diagnostikovanie a viesť k nevhodnej liečbe a starostlivosti. Prehľad výskumných štúdií ukázal, že asistencia rodených hovoriacich pri tlmočení so sebou niesla nižšiu prevalenciu všetkých duševných chorôb v porovnaní s použitím bežných tlmočníkov (Bogic et al. 2015).

Nedostatočná znalosť jazyka môže tiež negatívne ovplyvňovať účinnosť psychologickej liečby. Jedna štúdia naznačila, že takýto typ liečby je u pacientov s nedostatočnou znalosťou jazyka efektívnejší, ak pri sedeniach asistuje tlmočník (Ardenne et al. 2007).

Kultúrne podmienené rámce duševného zdravia

Migranti, utečenci a neregulárni migranti tvoria heterogénnu skupinu s rozdielnymi kultúrnymi poverami, ktoré môžu mať vplyv na pravdepodobnosť, že pacient vyhľadá odbornú pomoc, na správne určenie diagnózy a v neposlednom rade na prístup, ktorý pacient k liečbe zvolí (Brendler - Lindqvist et al. 2014).

V niektorých skupinách migrantov a utečencov je napríklad možné nájsť povery v nadprirodzený pôvod duševných chorôb (Sandhu et al. 2013). Sú migranti a utečenci, ktorí skôr duševné problémy somatizujú a teda prejavujú viac cez telesnú symptomatológiu (Laban et al. 2005). Vo všeobecnosti sa možno stretnúť aj s nízkym povedomím o duševných poruchách v týchto komunitách, čo môže byť v niektorých rodinách a skupinách rovesníkov viac vyjadrené ako v iných (Hebebrand et al. 2016; Bäärnhielm et al. 2014). Negatívne vnímanie problematiky duševného zdravia môže niektorých utečencov a migrantov viesť k odporu pri predstave, že by mali vystúpiť z anonymity svojich rovesníkov a rodín a hľadať liečbu (Hansen and Cabassa 2012).

Kultúrne podmienené očakávania od zdravotníckych pracovníkov

Kultúrne podmienené očakávania ovplyvňujú pohľad na zdravotníckych pracovníkov z oblasti duševného zdravia, napr. vo vzťahu k ich postaveniu a schopnosti poskytnúť pomoc. Takéto očakávania môžu viesť k diskrepantným názorom medzi pacientom a lekárom ohľadom úžitku alebo jeho nedostatku pri rozdielnych druhoch liečby.

Niektorí pacienti zo skupiny migrantov a utečencov môžu mať vysoké očakávania od lekárov kvôli ich vnímanému vyššiemu spoločenskému statusu. Niektorí žiadatelia o azyl tak napríklad môžu mať predstavy, že lekár im môže byť nápomocný pri vybavovaní azylového procesu alebo má prístup k informáciám o jeho stave, alebo že im môže pomôcť zlepšiť núdzne podmienky tým, že ich dostane mimo zaistenia a pod. (Reko et al. 2015)

Nedorozumenia môžu nastať aj v prípade rozdielnych očakávaní ohľadom postupu liečby. Niektorí pacienti si môžu myslieť, že majú závažné somatické alebo duševné ochorenia, no lekár nepredpíše žiadnu farmakologickú liečbu, prípadne odporučí „len“ psychoterapeutickú intervenciu (Giacco a kol. 2014).

Nedostatok dôvery v služby a úradnú moc v krajine pobytu

Migranti, utečenci a neregulárni migranti môžu mať inherentnú nedôveru vo verejné služby a organizácie ich poskytujúce, čo môže mať pôvod v ich premigračnej anamnéze prenasledovania a/alebo strachu z toho, že budú udaní úradom. Takéto premigračné skúsenosti môžu sťažovať schopnosť dôverovať cudzokrajnému systému zdravotnej starostlivosti a zdieľať citlivé informácie o svojich duševných ťažkostiach (Teunissen et al. 2014a; Hebebrand et al. 2016).

Z dôvodu problematického legálneho statusu môžu obzvlášť neregulárni migranti mať ťažkosti s nadviazaním kontaktu a dôverou v štátne služby. Môžu sa často obávať, že ak navštívia lekára, tento ich nahlási príslušným úradom a to aj v krajinách, v ktorých to zákonná norma nevyžaduje, či dokonca by to mohlo byť považované za porušenie dôvernosti

(Dauvrin et al. 2012; Poduval et al. 2015). Takéto a podobné obavy môžu mať osobitý dopad na ich ochotu podstúpiť psychologickú liečbu (Giacco et al. 2014).

Náročnosť procesu budovania dôvery presahuje vzťah medzi pacientom a lekárom a týka sa aj vzťahu s tlmočníkmi. Obzvlášť podozrievaní môžu byť pacienti pri tlmočníkoch z rovnakého socio - kultúrneho zázemia (Sandhu et al. 2013). Mnoho pacientov má negatívnu skúsenosť pri tlmočníkom sprostredkovanom lekárskom vyšetrení vrátane pocitu narušenej anonymity a dôvernosti. To môže viesť k neochote zdieľať osobné informácie a myšlienky týkajúce sa duševných ťažkostí s tlmočníkom, resp. ich tlmočníkovi priamo rozprávať (Mucic 2010).

Správna a odporúčaná prax poskytovania služieb duševného zdravia

Výzvy a prekážky spomenuté vyššie sú charakteristické takmer pre všetky krajiny. Na základe niektorých miestnych, regionálnych a národných iniciatív boli identifikované súčasti správnej praxe. Kľúčovou stratégiou k znižovaniu incidencie duševných porúch a zlepšeniu krátko – aj dlhodobých ukazovateľov je predovšetkým **sociálna integrácia**. Ostatné odporúčania sú špecifickejšie závislé od schopností a kapacít zdravotného systému. Dve štúdie, ktoré boli realizované v 14 a 16 Európskych krajinách navrhujú veľmi podobné princípy správnej praxe v našom geografickom regióne (Priebe et al. 2013a; Priebe et al. 2011) a to bez ohľadu na rozdielnu organizáciu zdravotnej starostlivosti, rozpočet alokovaný pre zdravotníctvo a ich imigračnú históriu. Nižšie uvádzame hlavné princípy.

Podpora sociálnej integrácie

V správach skúsených terapeutov sa existujúca správna prax zameriava na facilitáciu sociálnej integrácie. To si vyžaduje medziodborovú spoluprácu zdravotnej starostlivosti zameranej na duševné zdravie, sociálnej starostlivosti a dobrovoľníckymi organizáciami (UNHCR 2013, IASC 2007, Beirens et al. 2007). Sociálnu integráciu a dobré vzťahy v komunite podporuje vzdelávanie, ubytovanie a zamestnanie (Beirens et al. 2007, IASC 2007, Spencer 2006, Craig 2015).

Stratégie zamerané na vzdelávanie zahŕňajú podporu pri vyučovaní jazyka hostiteľskej krajiny, uznávanie kvalifikácie získanej v krajine pôvodu a implementáciu vzdelávacej politiky, ktorá povzbudzuje integráciu študentov - migrantov medzi ostatných študentov hostiteľskej krajiny. Niektoré iniciatívy zabezpečujú vzdelávanie pre učiteľov v oblasti kultúrnych zručností a venujú sa štruktúrálnej a individuálnej diskriminácii na školách.

V otázke bývania sa programy zameriavajú na posilnenie integrácie do miestnych oblastí, v ktorých žijú ľudia rovnakého etnika, v niektorých prípadoch sa zakladajú komunitné fóra pomáhajúce jednotlivcom rozšíriť svoju sociálnu sieť.

Možné stratégie na podporu zamestnanosti zahŕňajú schémy, ktoré identifikujú medzery v zručnostiach a kvalifikácii a následne pomáhajú so získaním týchto zručností a potrebnej kvalifikácie. Toto je obzvlášť dôležité pre zraniteľné skupiny adolescentov a dorastencov (Beirens et al. 2007, IASC 2007, Spencer 2006, Craig 2015).

Poskytovanie terénnych služieb

Nížkoprahové terénne služby sú dobrým nástrojom, ktorý môže migrantom, utečencom a neregulárnym migrantom sprostredkovať informácie a podporu a zároveň môžu terénni pracovníci byť vyškolení v identifikácii ľudí s duševnými poruchami, resp. ich prejavmi a sprevádzať, resp. pomáhať v kontakte s odborníkmi na duševné zdravie. Dobrovoľníci

alebo pracovníci nízkoprahových terénnych služieb sú často ľahko dostupní a poznajú špecifickú situáciu a pozadie skupín, s ktorými pracujú, často im klienti viac dôverujú ako „anonymnej“ štátnej/súkromnej sieti zdravotnej starostlivosti. Môžu sprostredkovať prístup k príslušným službám a pomôcť pacientom nadviazať kontakt s lekármi (Martinez et al. 2015). Najprospešnejšie sú terénne sociálne služby s dobrou väzbou a kontaktom na sieť odborníkov na duševné zdravie (alebo akékoľvek iné špecializácie podľa potreby) tak, aby v prípade potreby mohli promptne pacienta odoslať na vyšetrenie (Giacco et al. 2014).

Vzhľadom na častú nedôveru neregulárnych migrantov voči verejnému sektoru v krajine pobytu môžu a často preberajú na seba úlohu pri kontakte, poskytovaní podpory, terénnej práci a vzdelávaní o dostupných možnostiach starostlivosti (nielen) o duševné zdravie mimovládne organizácie (Dauvrin et al. 2012; Dorn et al. 2011; Woodward et al. 2014; Betancourt 2005).

Zabezpečenie koordinácie poskytovaných služieb

Zdravotnícky systém poskytujúci starostlivosť v oblasti duševného zdravia je poddimenzovaný a fragmentovaný, to spôsobuje ťažkosti v prístupe k správne typu služby, čo vedie k neefektívnemu, resp. absentujúcemu poskytovaniu starostlivosti. To má dopad na všeobecnú domácu populáciu a na migrantov, utečencov a neregulárnych migrantov ešte viac (Priebe et al. 2011; Priebe et al. 2013a). Dôležitá a potrebná je dobrá koordinácia práce medzi špecializovanými terénnymi službami (ktoré sú často neštátutárne a postavené na dobrovoľníckej báze) a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti v oblasti duševného zdravia (McColl and Johnson 2006; Giacco et al. 2014; Priebe et al. 2011; Priebe et al. 2013a). Je rovnako dôležité presmerovať pacientov, ktorí sa v nesprávnom presvedčení domáhajú vyšetrenia, alebo sú vyšetřovaní opakovane na urgentných príjmoch na správnu cestu k správne odborníkovi (Priebe a kol. 2011; Priebe a kol. 2013a).

Keď už sa raz pacient dostane do systému zdravotnej starostlivosti, tým komplexnejším z nich pomôže pri liečbe odoslanie si pacienta medzi jednotlivými odborníkmi a správne nastavená administratíva (Brendler - Lindqvist et al. 2014; Priebe et al. 2013a). Niektoré programy kombinujú psychologickú a telesnú liečbu do jednej spolupracujúcej služby s cieľom znížiť stigma a podporiť akceptovanie zdravotnej starostlivosti o duševné zdravie v niektorých populáciách utečencov (Giacco et al. 2014).

Potreba, ba až nutnosť vytvorenia/fungovania multidisciplinárnych tímov je najvýraznejšia v detenčných centrách (Jakobsen et al. 2014). Bol by veľmi žiaduce, aby psychiatri a psychológovia pracovali ruka v ruke s všeobecnými lekármi v týchto centrách a dokázali tak rýchlo a včas zachytiť vývoj alebo prítomnosť duševných porúch, predísť tak ďalšiemu zhoršovaniu zdravotného stavu, nežiaducim udalostiam a zabezpečili dostupnosť adekvátnej liečby (Vaage et al. 2010).

Poskytovanie informácií o nároku na zdravotnú starostlivosť

Poskytnutie dostatočných a zrozumiteľných informácií o nárokoch na poskytnutie zdravotnej starostlivosti a miere, v ktorej je táto dostupná, ako aj o ostatných dostupných službách pre migrantov, utečencov a neregulárnych migrantov a v neposlednej rade aj pre zdravotníckych pracovníkov umožňuje adekvátny prístup k týmto službám. Vyššie spomenuté skupiny osôb potrebujú informáciu o type dostupnej podpory a spôsobe, akým môžu o ňu žiadať.

Často je problémom aj to, že zdravotnícki pracovníci nie sú informovaní o tom, na čo tieto skupiny ľudí majú zákonný nárok. Ďalšou prekážkou je administratívna náročnosť procesu vykazovania zdravotnej starostlivosti a nedostatočné povedomie o službách a typoch podpory, ktoré sú lokálne k dispozícii pre tieto skupiny migrantov. Tieto informácie by preto mali byť verejne dostupné a sprostredkované už počas pregraduálneho ev. postgraduálneho vzdelávania a/alebo prostredníctvom odborných spoločností a asociácií súkromných lekárov a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (Giacco et al. 2014; Sandhu et al. 2013).

Existuje celý rad spôsobov, ktorými sa dajú informácie o nárokoch a miere poskytovanej zdravotnej starostlivosti komunikovať ľuďom z týchto skupín migrantov (Giacco et al. 2014; Toar et al. 2009). Ako príklad môžeme uviesť webstránky, ktoré poskytujú informácie o programoch špecificky cielených na potreby utečencov a ostatných skupín migrantov (napr. <http://uoa.campaign.com.gr/>) (Hebebrand et al. 2016). Písaná forma komunikácie však nemusí byť vždy vhodná: niektorí migranti, utečenci a neregulárni migranti nemusia byť úplne gramotní, alebo môžu preferovať ústnu formu komunikácie. V takých prípadoch môžu byť informácie sprostredkované videom alebo priamym kontaktom (Gammel a kol. 1993, Burnett 2001). Niektorí jednotlivci môžu preferovať aj tradičnejší školský prístup k informáciám. Ako príklad správnej praxe uvádzame prípadovú štúdiu zo Švédska (Ekblad et al. 2012), kde informácie o duševnom zdraví a zdravotnej starostlivosti s ním spojenej poskytovala školená zdravotná sestra Švédskeho migračného úradu pri úvodnom stretnutí s migrantmi, ktorých informovala o organizácii zdravotnej starostlivosti a ich nárokoch na služby s tým spojené, ceny a kontakty na jednotlivých poskytovateľov, ako aj kontakty na mimovládne organizácie, ktoré sa touto problematikou zaoberajú. Druhá časť stretnutia bola venovaná možným následkom migrácie na zdravie a duševnú pohodu a problémy spojené s postmigračným životom. Na konci dostali účastníci hodnotiaci dotazník s 3 uzavretými otázkami a možnosťou dodatočných komentárov o tomto stretnutí. Výsledkom analýzy dotazníkov bolo ocenenie zo strany účastníkov, že dostali komplexné informácie empatickým a rešpektujúcim spôsobom.

Použitie tlmočnických služieb a nové technológie dostupné pri prekonávaní jazykových bariér

Efektívne spôsoby na prekonanie jazykových bariér môžu zlepšiť prístup a skúsenosť utečencov so systémom starostlivosti o duševné zdravie (Johansson Blight et al. 2012). Vzhľadom na heterogenosť tejto skupiny sa nejedná vždy o priamočiare riešenie a úlohu. Existujú rôzne prístupy a stratégie na prekonanie jazykových bariér vrátane nadviazania partnerskej spolupráce s miestnymi prekladateľskými a tlmočnickými agentúrami s použitím validovaných hodnotiacich nástrojov v rôznych jazykoch, priameho kontraktovania zamestnancov so širším spektrom jazykových zručností a uprednostnenie kontaktov s rodenými hovoriacimi lekármi prostredníctvom tzv. transkultúrnej telepsychiatrie. To v praxi znamená psychiatrickú zdravotnú starostlivosť poskytovanú lekármi hovoriacimi rovnakým jazykom ako pacient s využitím rôznych videokonferenčných kanálov, čo šetrí čas, náklady na cestovanie a logistiku pacientovi aj lekárovi. Na ilustráciu uvádzame prípadovú štúdiu z roku 2010, v ktorej Mucic opisuje implementáciu transkultúrnej telepsychiatrie využitej na podporu kultúrne citlivej dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre utečencov (Mucic 2010). Táto bezplatná služba bola ponúknutá 45 utečencom, 12 žiadateľom o azyl, hovorili spolu 9 jazykmi a projekt trval 34 mesiacov. Každý pacient absolvoval v priemere 5,2 telepsychiatrických sedení. Lekári nielen hovorili domácim jazykom pacientov, ale poznali zdravotné systémy oboch krajín – cieľovej aj domácej, z ktorej pacienti pochádzali.

Na konci dostali pacienti dotazník, ktorý vyhodnocoval postoj k aspektom telepsychiatrie, vrátane použitej technológie, dôvernosti, preferencií a informácií. Na konci boli dve otvorené otázky ohľadom výhod a nevýhod tohto typu služby.

Pacienti hodnotili službu vysoko pozitívne, uvádzali, že služby telepsychiatrie by využili znovu a odporúčali by to aj svojim súkmeňovcom. Pacienti uprednostňovali telepsychiatrické sedenia s lekármi, ktorí ovládali ich materský jazyk pred normálnymi sedeniami prekladanými tlmočníkom, nakoľko faktor tlmočníka zvyšoval ich obavy o dôvernosti celého procesu.

Ak chýbajú lekári ovládajúci materinské jazyky pacientov zo skupín migrantov je veľmi dôležité, aby sa pri tlmočení myšlienok, zážitkov a názorov využili služby vysoko kvalitných tlmočníkov. Zabezpečenie relevantného tréningu pre tlmočníkov a lekárov pre prácu sprostredkovanú tlmočníkmi zlepšuje pacientovu skúsenosť (Ardenne et al. 2007, Federal Chamber of Psychoterapists 2015). Zapojenie skúseného tlmočníka ovládajúceho nuansy oboch jazykov môže výrazne pomáhať aj pri rôznych druhoch psychologickéj intervencie. Napríklad poskytovanie KBT s tlmočníkom je realizovateľné a môže zlepšovať zdravotné ukazovatele u utečencov (Ardenne et al. 2007). Dostupnou a lacnejšou možnosťou je aj telefonicky sprostredkované tlmočenie (Dorn a kol. 2011).

V neposlednom rade treba myslieť aj na využitie rôznych dotazníkov validovaných v jednotlivých jazykoch, tieto dotazníky môžu zlepšiť diagnostickú presnosť pri duševných poruchách (Reko et al. 2015).

Tréning odborníkov pre prácu so skupinami migrantov

Informácie o prekážkach, ktorým čelia a postoje voči migrantom, utečencom a neregulárnym migrantom sa medzi odborníkmi do značnej miery odlišujú (Priebe et al. 2011; Priebe et al. 2013a). Navyše do hry vstupujú aj rozdielne kultúrne aspekty a očakávania, ktoré môžu lekárom komplikovať liečbu duševných porúch v týchto skupinách migrantov. Preto mnohí experti odporúčajú tréningy odborníkov na duševné zdravie v kultúrnom povedomí, aby boli kompetentní a sebaistí pri manažovaní širokého spektra pacientov, aby dokázali určiť správnu diagnózu a motivovať pacienta k účinnej liečbe (Dorn et al. 2011; Sandhu et al. 2013; Maier et al. 2010; van Melle et al. 2014; Lurie 2009).

Tréning a supervízia môžu zvýšiť povedomie odborníkov na duševné zdravie ohľadom rôznych povier a očakávaní skupín migrantov. Tieto poverby a očakávania potom môžu lekári zúžitkovať pri tvorbe terapeutického plánu (McCull et al. 2008). Odborníci napríklad môžu zistiť, že niektorí pacienti majú telesné alebo nadprirodzené vysvetlenie pre svoju duševnú poruchu, zatiaľ čo iní len nemajú dôveru a nechcú zdieľať svoje osobné údaje a anamnézu zo strachu pred diskrimináciou alebo z dôvodu nedostatočnej dôvery v systém, ktorý ich sklamal už v minulosti. Odborníci môžu profitovať aj z tréningov, ktorú sú zamerané na prácu, pri ktorej asistuje tlmočník, to zvyšuje dôveru lekárov v schopnosť liečiť migrantov, utečencov a neregulárných migrantov (Ardenne et al. 2007).

Predpisy upravujúce prístup k zdravotnej starostlivosti o duševné zdravie u migrantov, utečencov a neregulárných migrantov Európska úroveň

Európska charta základných ľudských práv zdôrazňuje pojem univerzálneho prístupu k zdravotnej starostlivosti takto: „Každý má právo na prístup k preventívnej zdravotnej starostlivosti a právo využívať lekársku starostlivosť za podmienok ustanovených vnútroštátnymi právnymi predpismi a praxou. Pri tvorbe a uskutočňovaní všetkých politík a činností Únie sa zabezpečí vysoká úroveň ochrany ľudského zdravia.“ (European Commission, 2000).

Tieto princípy sú vyjadrené aj predpisoch Agentúry Európskej únie pre základné práva a Platformy pre medzinárodnú spoluprácu v oblasti migrantov bez platného povolenia na pobyt (European Union Agency for Fundamental Rights 2015; Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants 2014). Zlyhanie pri poskytovaní inej než urgentnej zdravotnej starostlivosti týmto skupinám (so zvláštnym zreteľom na neregulárnych migrantov) môže zhoršiť zdravotné riziko jednotlivcov a v konečnom dôsledku viac ekonomicky zaťažiť obmedzené zdroje na zdravotnú starostlivosť (European Union Agency for Fundamental Rights 2015; Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants 2014).

Európsky parlament prijal niekoľko rezolúcií vo vzťahu k zdravotnej starostlivosti o zraniteľné skupiny obyvateľstva, medzi ktorých radíme aj neregulárnych migrantov. Tieto rezolúcie si žiadajú a podporujú:

- zabezpečenie rovnoprávneho prístupu k zdravotnej starostlivosti,
- „služby jazykovej mediácie“ a tréningové programy pre odborníkov,
- oddelenie zdravotnej politiky od imigračných úradov,
- nenahlasovanie neregulárnych migrantov zdravotníckymi pracovníkmi imigračným úradom (European Parliament, 2014; European Parliament 2011; European Parliament 2013).

V praxi sa však pri implementácii týchto odporúčaní do národného legislatívneho procesu stretávame s rôznou mierou nekonzistencie. Mnoho aktuálne platných právnych noriem v jednotlivých krajinách komplikuje, ba až znemožňuje prístup migrantov, utečencov, a neregulárnych migrantov k zdravotnej starostlivosti o duševné zdravie.

Národná úroveň

Na národnej úrovni môžu existovať rôzne prekážky prístupu migrantov, utečencov, žiadateľov o azyl a neregulárnych migrantov k plnej zdravotnej starostlivosti (Migrant Integration Policy Index 2015). V niektorých krajinách mohli ekonomické programy a znížené financovanie zdravotníctva vplývať na obmedzený prístup a rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Právne sankcie a menej formálne postupy a usmernenia môžu odrádzať zdravotníckych pracovníkov od poskytovania zdravotnej starostlivosti. Avšak existujú dôkazy o tom, že mnoho lekárov cíti etickú povinnosť poskytnúť adekvátnu starostlivosť o duševné zdravie a často aj nájdu spôsob, ako to spraviť (Priebe et al. 2013a; Priebe et al. 2011).

Obzvlášť rozporuplný je systém poskytovania zdravotnej starostlivosti pre migrantov a utečencov na Slovensku. V útvaroch policajného zaistenia (Sečovce a Medveďov), do ktorých sú umiestňovaní neregulárni migranti, ktorí nepožiadali o azyl a čakajú na vyhostenie ako aj tým, ktorí požiadali o azyl a čakajú na výsledok azylového konania je poskytovaná všetkým osobám plná zdravotná starostlivosť, tieto sú považované za poistencov štátu. Žiadatelia o udelenie azylu umiestnení v azylových zariadeniach, záchytnom a pobytových táboroch (Humenné, Rohovce, Opatovská Nová Ves), ktoré

požiadali o udelenie azylu alebo poskytnutie doplnkovej ochrany majú nárok len na neodkladnú zdravotnú starostlivosť. Pritom tieto osoby v záchytných a pobytových táboroch sú perspektívne naši budúci spoluobyvatelia (ak im je medzinárodná ochrana udelená). Tieto tábory sú v gescii migračného úradu MV SR. Napriek tomu, že sa jedná o rovnaký rezort (ktorý spravuje aj vyššie spomínané útvary policajného zaistenia), sú prítomné nepochopiteľné rozdiely v prístupe k osobám, o ktoré sa jeho organizačné zložky starajú. Bolo by veľmi žiaduce, aby sa prístup všetkých neregulárnych migrantov a žiadateľov o azyl k zdravotnej starostlivosti na Slovensku zrovnoprávnil.

Alternatívy k zaisteniu

Žiadatelia o azyl sú spravidla ubytovaní v pobytových táboroch a neregulárni migranti sú držaní v zaistiach. Ako bolo uvedené vyššie v kapitole Rizikové a protektívne faktory duševného zdravia u utečencov a migrantov, patrí zaistenie a dlhý pobyt v pobytových táboroch medzi postmigračné rizikové faktory rozvoja duševných porúch.

V niektorých krajinách (Francúzsko, Taliansko, Luxembursko, Holandsko a Švajčiarsko) existujú alternatívy k zaisteniu:

- kaučná záruka alebo iná forma zábezpeky,
- pravidelné hlásenie sa na imigračnom úrade,
- otvorené tábory, poloopené tábory, adresné bydlisko, nariadenie zdržiavať sa v konkrétnej oblasti,
- registrácia a dokumentácia pobytu a pohybu,
- prepustenie pod mimovládny dohľad,
- elektronické sledovanie pohybu a domáci zákaz vychádzania.

Jediné údaje k dispozícii, ktoré porovnávajú alternatívy k pobytu v zaistiach sú údaje zozbierané zo správy UNHCR (Field 2006). Alternatívy k zaisteniu sú lacnejšie, no nesú vyššie riziko úteku. Riziko úteku je však nižšie v cieľových krajinách migrantov a utečencov v porovnaní s tranzitnými krajinami.

Alternatívy k pobytu v zaistiach viac zohľadňujú slobodu, duševné zdravie a ľudské práva jedincov. Nemáme zatiaľ k dispozícii údaje o tom, ako alternatívy zaistenia vplyvajú na ukazovatele duševného zdravia.

Pohyb v pobytových táboroch pre žiadateľov o azyl je síce voľný, t.j. môžu sa pohybovať na základe priepustky aj mimo tohto zariadenia, avšak z dôvodu, že počas prvých 9 mesiacov od začiatku azylového konanie nemôžu pracovať upadajú do letargie až depresívnych stavov, čo následne veľmi zhoršuje ich integráciu do spoločnosti. Riešením by bolo väčšie zamestnanie týchto žiadateľov o udelenie azylu napríklad možnosťou skoršieho zapojenia sa na pracovný trh.

Navrhovaný nástroj pre skrining duševných porúch u migrantov

Pre zefektívnenie rozpoznania príznakov vyžadujúcich zdravotnú starostlivosť v oblasti duševných porúch predkladáme nasledovný skriningový nástroj prebratý a modifikovaný z Diagnostických a diferenciálne diagnostických modulov podľa WHO - ICD - 10 – Viacosovej diagnostiky v psychiatrii (Hašto J. 1997).

Skreener

Identifikácia psychiatrického prípadu

- Subjektívne psychické ťažkosti
- Nevysvetliteľné telesné ťažkosti
- Správanie vybočujúce z kultúrne akceptovaných noriem v krajine pôvodu
- Žiaden z uvedených znakov nevystihuje, ale napriek tomu podozrenie na psychiatrický prípad*

Odôvodnenie: _____

Ak všetko NIE, STOP

- Postihnutie alebo zhoršenie sociálnej alebo pracovnej činnosti nad rámec zmenených životných podmienok
- Psycho - sociálna záťaž nad rámec zmenených životných podmienok

Organické psychické syndrómy** a syndrómy vplyvom látok ovplyvňujúcich vedomie

- Zhoršenie pamäti alebo intelektuálnych schopností
- Zhoršenie vedomia
- Užívanie látok ovplyvňujúcich vedomie

Syndrómy spojené so zmenou nálady (tzv. afektívne) a so zmenou rozpoznávania a vnímania reality

- Stuhnutosť s neschopnosťou hýbať sa a hovoriť (katatónny syndróm)
- Blud (nevyvrátiteľné a mylné presvedčenie, ktoré si pacient udržiava aj napriek tomu, že okolie sa s jeho predstavami nestotožňuje) a halucinácie (klam vnímania, ktorý pociťuje ako realitu, aj keď chýba vonkajší podnet)
- Neprimerane zvýšená, dráždivá alebo nedôverčivá nálada, neprimeraná rozjarenosť, šťastie, eufória, prílišný optimizmus, sebavedomie, grandiozita, familiárnosť
- Depresívna nálada (nemotivovaný smútok a bez energie)
- Sociálne stiahnutie alebo znížená sociálna výkonnosť

Úzkostné a stiesňujúce stavy a nápadnosti v správaní

- Neadekvátne reakcie prejavujúce sa strachom, ktorá človeka zvyčajne núti, aby sa vyhýbal bežným miestam, predmetom alebo situáciám, alebo úzkosť, panika
- Chorobné nutkanie v myslení aj konaní obmedzujúce bežnú činnosť človeka
- Stav, pri ktorých sa nevie človek v pocite vrátiť do tela a prítomnosti
- Poruchy príjmu potravy
- Poruchy spánku
- Sexuálne dysfunkcie

Ak sa vyskytuje aspoň jeden znak upovedomte odborníka na duševné zdravie

* popisuje realitu, ktorú nikto iný nevníma

** syndróm = súbor príznakov, organický – vyplývajúci z orgánového postihnutia, napr. CNS

Zhrnutie deviatich kľúčových prioritných akčných oblastí, ktorým je potrebné venovať pozornosť pri vytváraní národnej migračnej politiky s ohľadom na duševné zdravie utečencov a migrantov:

- podpora duševného zdravia prostredníctvom sociálnej integrácie,
- sprehľadnenie a zdieľanie informácií o nárokoch na poskytnutú starostlivosť,
- implementácia terénnych nízkoprahových služieb,
- dostupnosť kvalitných tlmočnických a prekladateľských služieb a implementácia služieb kultúrnej mediácie,
- pracovať na integrácii duševnej, fyzickej a sociálnej starostlivosti,
- zabezpečiť, aby boli odborníci z oblasti duševného zdravia riadne vyvzdelávaní pre prácu s migrantmi,
- investovanie do dlhodobých výskumných projektov a hodnotenia kvality poskytovaných služieb pre účely plánovania a ďalšieho poskytovania týchto služieb,
- zdieľanie princípov a správnej praxe s ostatnými krajinami,
- zrovnoprávnenie všetkých žiadateľov o azyl a neregulárnych migrantov s plným nárokom na zdravotnú starostlivosť.

Hodnotenie výstupov

V literatúre sme nenašli žiadne rutinne používané systémy dokumentujúce poskytovanie zdravotnej starostlivosti o duševné zdravie u migrantov, utečencov a neregulárnych migrantov v danom regióne alebo krajine. Tieto systémy by boli potrebné na hodnotenie krátko - a dlhodobých ukazovateľov tejto starostlivosti.

Správna prax starostlivosti o migrantov, utečencov a neregulárnych migrantov bola hodnotená a určená dominantne na základe kvalitatívnych výskumných metód a príklady z praxe boli založené na skúsenostiach a názoroch klinických pracovníkov (Priebe a kol. 2011; Priebe a kol. 2012; Giacco a kol. 2014; Straßmayr a kol. 2012; IASC 2007; Craig 2015, Beirens a kol. 2007; Spencer 2006). Kvantitatívne analýzy pacientov a lekárov boli realizované len v niekoľkých prípadoch (Giacco a kol. 2014). Väčšina z nich sa zameriava na hodnotenie skúseností v oblasti kultúrnych zručností a kompetencií po absolvovaní príslušného vzdelávania u odborníkov na duševné zdravie (Bäärnhielm a kol. 2014; Giacco a kol. 2014).

Autori nenašli ani žiadne výskumy porovnávajúce efektívnosť správnej praxe s ostatnými druhmi intervencií alebo štandardnou starostlivosťou. Z toho vyplýva, že doterajšie publikované práce neponúkajú zatiaľ dôkazy s vysokou váhou o účinnosti a nákladovej efektívnosti modelov služieb pri implementácii jednotlivých komponentov správnej praxe.

Organizácia starostlivosti

1. identifikácia pracovníkov prvého a následného kontaktu s migrantmi utečencami, žiadateľmi o azyl a neregulárnymi migrantmi, ktorí budú realizovať skríning
2. úvod problematiky prevencie v oblasti duševného zdravia u migrantov, utečencov, žiadateľov o azyl a neregulárnych migrantov, vzdelávanie a nácvik v psychickej prvej pomoci, základoch krízovej komunikácie, neurofyziológii stresovej reakcie a použítí a hodnotení skreenera duševných porúch
3. identifikácia, tvorba siete a zvýšenie priepustnosti následnej starostlivosti o duševné zdravie

4. raz za 1 rok preškolenie formou kontinuálneho profesijného vzdelávania (SLK, SKP a iné komory)

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Možnosť plného zdravotného poistenia aj pre žiadateľov o azyl umiestnených v pobytových a záchytných táboroch.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente v súvislosti s prevenciou, skríningom, diagnostikou alebo liečbou, a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému a iných systémov, ktorými prechádza potenciálne zasiahnutý jedinec/migrant/utečenec alebo pacient s potvrdenou diagnózou v súlade s platnou legislatívou v Slovenskej republike. Klinický audit, zber indikátorov a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri revízii.

Literatúra

1. Access to healthcare for undocumented migrants in Europe: the key role of local and regional authorities. Brussels: Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants; 2014. (http://picum.org/picum.org/uploads/publication/PolicyBrief_Local%20and%20Regional%20Authorities_AccessHealthCare_UndocumentedMigrants_Oct.2014.pdf, accessed 20 August 2020).
2. Access to health care for undocumented migrants and asylum seekers in 10 EU countries: law and practice. Paris: Health for Undocumented Migrants and Asylum Seekers Network; 2009. (<http://www.epim.info/wp-content/uploads/2011/02/Legislative-Rapport-HUMA-Network.pdf>, accessed 6 July 2020).
3. Ardenne, Patricia d'; Ruaro, Laura; Cestari, Leticia; Fakhoury, Walid; Priebe, Stefan (2007): Does Interpreter - Mediated CBT with Traumatized Refugee People Work? A Comparison of Patient Outcomes in East London. In *Behav. Cogn. Psychother.* 35 (3), pp. 293–301. DOI: 10.1017/S1352465807003645.
4. Bäärnhielm, Sofie; Edlund, Ann - Sofie; Ioannou, Michael; Dahlin, Marie (2014): Approaching the vulnerability of refugees. Evaluation of cross - cultural psychiatric training of staff in mental health care and refugee reception in Sweden. In *BMC Med Educ* 14 (1), p. 1309. DOI: 10.1186/1472 - 6920 - 14 - 207.
5. Beirens, Hanne; Hughes, Nathan; Hek, Rachel; Spicer, Neil (2007): Preventing Social Exclusion of Refugee and Asylum Seeking Children. Building New Networks. In *Social Policy & Society* 6 (2), pp. 219–229. DOI: 10.1017/S1474746406003484.
6. Bell, P.; Zech, E. (2009): Access to mental health for asylum seekers in the European Union. An analysis of disparities between legal rights and reality. In *Arch Public Health* 67 (1), p. 285. DOI: 10.1186/0778 - 7367 - 67 - 1 - 30.
7. Betancourt, Theresa Stichick (2005): Stressors, Supports and the Social Ecology of Displacement. Psychosocial Dimensions of an Emergency Education Program for Chechen Adolescents Displaced in Ingushetia, Russia. In *Cult Med Psychiatry* 29 (3), pp. 309–340. DOI: 10.1007/s11013 - 005 - 9170 - 9.
8. Bhugra, D. (2004): Migration and mental health. In *Acta Psychiatr Scand* 109 (4), pp. 243–258. DOI: 10.1046/j.0001 - 690X.2003.00246.x.
9. Bhugra, D.; Gupta, S.; Schouler - Ocak, M.; Graeff - Calliess, I.; Deakin, N. A.; Qureshi, A. et al. (2014): EPA guidance mental health care of migrants. In *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists* 29 (2), pp. 107– 115. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2014.01.003.
10. Bhugra, Dinesh; Gupta, Susham; Bhui, Kamaldeep; Craig, Tom; Dogra, Nisha; Ingleby, J. David et al. (2011): WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. In *World Psychiatry* 10 (1), pp. 2–10. DOI: 10.1002/j.2051 - 5545.2011.tb00002.x.
11. Bogic, Marija; Ajdukovic, Dean; Bremner, Stephen; Franciskovic, Tanja; Galeazzi, Gian Maria; Kucukalic, Abdulah et al. (2012): Factors associated with mental disorders in long - settled war refugees. Refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. In *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 200 (3), pp. 216–223. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.084764.
12. Bogic, Marija; Njoku, Anthony; Priebe, Stefan (2015): Long - term mental health of war - refugees. A systematic literature review. In *BMC Int Health Hum Rights* 15 (1), p. 1309. DOI: 10.1186/s12914 - 015 - 0064 - 9.
13. Bradby H, Humphris R, Newall D, Phillimore J. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015. (Health Evidence Network Synthesis Report 44).
14. Brendler - Lindqvist, Maria; Norredam, Marie; Hjerm, Anders (2014): Duration of residence and psychotropic drug use in recently settled refugees in Sweden - a register - based study. In *Int J Equity Health* 13 (1), p. 255. DOI: 10.1186/s12939 - 014 - 0122 - 2.
15. Buhmann, Caecilie Böck (2014): Traumatized refugees. Morbidity, treatment and predictors of outcome. In *Danish medical journal* 61 (8), B4871.
16. Burnett, A. (2001): Asylum seekers and refugees in Britain. Health needs of asylum seekers and refugees. In *BMJ* 322 (7285), pp. 544–547. DOI: 10.1136/bmj.322.7285.544.
17. Cabral Iversen, Valentina; Morken, Gunnar (2003): Acute admissions among immigrants and asylum seekers to a psychiatric hospital in Norway. In *Soc Psychiatr Epidemiol* 38 (9), pp. 515–519. DOI: 10.1007/s00127 - 003 - 0664 - x.

18. Cantor - Graae, Elizabeth; Selten, Jean - Paul (2005): Schizophrenia and Migration. A Meta - Analysis and Review. In *AJP* 162 (1), pp. 12–24. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.1.12.
19. Carta, Mauro; Bernal, Mariola; Hardoy, Maria; Haro - Abad, Josep (2005): Report on the Mental Health in Europe Working Group. Migration and mental health in Europe (State of the Mental Health in Europe Working Group: appendix 1). In *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 1 (1), p. 13. DOI: 10.1186/1745 - 0179 - 1 - 13.
20. Close, Ciara; Kouvonon, Anne; Bosqui, Tania; Patel, Kishan; O'Reilly, Dermot; Donnelly, Michael (2016): The mental health and wellbeing of first generation migrants. A systematic - narrative review of reviews. In *Global Health* 12 (1), p. 1023. DOI: 10.1186/s12992 - 016 - 0187 - 3.
21. Cohen, Juliet (2008): Safe in our hands? A study of suicide and self - harm in asylum seekers. In *Journal of Forensic and Legal Medicine* 15 (4), pp. 235–244. DOI: 10.1016/j.jflm.2007.11.001.
22. Craig G. Migration and integration: a local and experiential perspective. Birmingham: Institute for Research into Superdiversity, University of Birmingham; 2015. (IRiS Working Paper Series. No. 7/2015; <http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/iris/2015/working-paper-series/IRiS-WP-7-2015.pdf>, accessed 22 July 2020).
23. Crumlish, Niall; O'Rourke, Killian (2010): A Systematic Review of Treatments for Post-Traumatic Stress Disorder Among Refugees and Asylum - Seekers. In *The Journal of Nervous and Mental Disease* 198 (4), pp. 237–251. DOI: 10.1097/NMD.0b013e3181d61258.
24. Dauvrin, Marie; Lorant, Vincent; Sandhu, Sima; Devillé, Walter; Dia, Hamidou; Dias, Sónia et al. (2012): Health care for irregular migrants. Pragmatism across Europe. A qualitative study. In *BMC Res Notes* 5 (1), p. 1552. DOI: 10.1186/1756 - 0500 - 5 - 99.
25. De Vito E, de Waure C, Specchia ML, Ricciardi W. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for undocumented migrants in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015. (Health Evidence Network Synthesis Report 42).
26. Dorn, Tina; Ceelen, Manon; Tang, Ming - Jan; Browne, Joyce L.; Keijzer, Koos J. C. de; Buster, Marcel C. A.; Das, Kees (2011): Health care seeking among detained undocumented migrants. A cross - sectional study. In *BMC Public Health* 11 (1), p. 308. DOI: 10.1186/1471 - 2458 - 11 - 190.
27. Ekblad, Solvig; Linander, Andrea; Asplund, Maria (2012): An exploration of the connection between two meaning perspectives. An evidence - based approach to health information delivery to vulnerable groups of Arabic - and Somali - speaking asylum seekers in a Swedish context. In *Glob Health Promot* 19 (3), pp. 21–31. DOI: 10.1177/1757975912453182.
28. European Commission. Charter of fundamental rights of the European Union. OJEC. 2000. p. C364/1.
29. Fazel, Mina; Wheeler, Jeremy; Danesh, John (2005): Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries. A systematic review. In *The Lancet* 365 (9467), pp. 1309–1314. DOI: 10.1016/S0140 - 6736(05)61027 - 6.
30. Field O, Edwards A. Alternatives to detention of asylum seekers and refugees. Geneva: Division of International Protection Services, United Nations High Commissioner for Refugees; 2006. (Legal and Protection Policy Research Series, POLAS/2006/03; <http://www.unhcr.org/4d94892e9.pdf>, accessed 15 August 2020).
31. Firenze, Alberto; Aleo, Nicola; Ferrara, Clara; Maranto, Marianna; La Cascia, Caterina; Restivo, Vincenzo (2016): The Occurrence of Diseases and Related Factors in a Center for Asylum Seekers in Italy. In *Slovenian Journal of Public Health* 55 (1), pp. 21–28. DOI: 10.1515/sjph - 2016 - 0003.
32. FRA. Cost of exclusion from healthcare: the case of migrants in irregular situation. Luxembourg: European Union Agency for Fundamental Rights; 2015. (http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2015-cost-healthcare_en.pdf, accessed 20 August 2020).
33. Gammell H, Ndahiro A, Nicholaas N, Windsor J. Refugees (political asylum seekers): service provision and access to the NHS. London: College of Health; 1993.
34. Gerritsen, Annette A. M.; Bramsen, Inge; Devillé, Walter; van Willigen, Loes H. M.; Hovens, Johannes E.; van der Ploeg, Henk M. (2006): Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. In *Soc Psychiatr Epidemiol* 41 (1), pp. 18–26. DOI: 10.1007/s00127 - 005 - 0003 - 5.
35. Giacco, D.; Priebe, S. (2018): Mental health care for adult refugees in high - income countries. In *Epidemiol Psychiatr Sci* 27 (2), pp. 109–116. DOI: 10.1017/S2045796017000609.
36. Giacco, Domenico; Laxhman, Neelam; Priebe, Stefan (2018): Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees. In *Seminars in Cell & Developmental Biology* 77, pp. 144–152. DOI: 10.1016/j.semcdb.2017.11.030.
37. Giacco, Domenico; Matanov, Aleksandra; Priebe, Stefan (2014): Providing mental healthcare to immigrants. In *Current Opinion in Psychiatry* 27 (4), pp. 282–288. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000065.
38. Hansen, Marissa C.; Cabassa, Leopoldo J. (2012): Pathways to Depression Care. Help - Seeking Experiences of Low - Income Latinos with Diabetes and Depression. In *J Immigrant Minority Health* 14 (6), pp. 1097–1106. DOI: 10.1007/s10903 - 012 - 9590 - x.
39. Hašto J. (1997): Diagnostické a diferenciálne diagnostické moduly podľa WHO - ICD - 10. Viacsová diagnostika v psychiatrii. Tetralóg. Trenčín: Integra a Betlehem.
40. Health. Migrant Integration Policy Index 2015 [website]. (<http://www.mipex.eu/health>, accessed 25 August 2016).
41. Hebebrand, Johannes; Anagnostopoulos, Dimitris; Eliez, Stephan; Linse, Henk; Pejovic - Milovancevic, Milica; Klasen, Henrikje (2016): A first assessment of the needs of young refugees arriving in Europe. What mental health professionals need to know. In *Eur Child Adolesc Psychiatry* 25 (1), pp. 1–6. DOI: 10.1007/s00787 - 015 - 0807 - 0.
42. Heeren, Martina; Wittmann, Lutz; Ehlert, Ulrike; Schnyder, Ulrich; Maier, Thomas; Müller, Julia (2014): Psychopathology and resident status – comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. In *Comprehensive Psychiatry* 55 (4), pp. 818–825. DOI: 10.1016/j.comppsy.2014.02.003.
43. Hollander, Anna - Clara (2013): Social inequalities in mental health and mortality among refugees and other immigrants to Sweden – epidemiological studies of register data. In *Global Health Action* 6 (1), p. 21059. DOI: 10.3402/gha.v6i0.21059.
44. Hollander, Anna - Clara; Dal, Henrik; Lewis, Glyn; Magnusson, Cecilia; Kirkbride, James B.; Dalman, Christina (2016): Refugee migration and risk of schizophrenia and other non - affective psychoses. Cohort study of 1.3 million people in Sweden. In *BMJ*, i1030. DOI: 10.1136/bmj.i1030.

45. IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Geneva: Inter - Agency Standing Committee; 2007. (http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf, accessed 16 June 2020).
46. IOM (2019), Manual on Community - Based Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies and Displacement. IOM, Geneva.
47. Iversen, Valentina C.; Morken, Gunnar (2009): Differences in acute psychiatric admissions between asylum seekers and refugees. In *Nordic Journal of Psychiatry* 58 (6), pp. 465–470. DOI: 10.1080/08039480410011696.
48. Jakobsen, Marianne; Demott, Melinda A. M.; HEIR, TROND (2014): Prevalence of Psychiatric Disorders Among Unaccompanied Asylum - Seeking Adolescents in Norway. In *CPEMH* 10 (1), pp. 53–58. DOI: 10.2174/1745017901410010053.
49. Johansson Blight, Karin; Ekblad, Solvig; Lindencrona, Fredrik; Shahnava, Shervin (2012): Promoting Mental Health and Preventing Mental Disorder among Refugees in Western Countries. In *International Journal of Mental Health Promotion* 11 (1), pp. 32–44. DOI: 10.1080/14623730.2009.9721780.
50. Johnson, T. P. (1996): Alcohol and drug use among displaced persons. An overview. In *Substance use & misuse* 31 (13), pp. 1853–1889. DOI: 10.3109/10826089609064003.
51. Kalt, Anne; Hossain, Mazed; Kiss, Ligia; Zimmerman, Cathy (2013): Asylum seekers, violence and health. A systematic review of research in high - income host countries.
52. Laban, Cornelis J.; Gernaat, Hajo B. P. E.; Komproe, Ivan H.; van der Tweel, Ingeborg; Jong, Joop T. V. M. de (2005): Postmigration Living Problems and Common Psychiatric Disorders in Iraqi Asylum Seekers in the Netherlands. In *The Journal of Nervous and Mental Disease* 193 (12), pp. 825–832. DOI: 10.1097/01.nmd.0000188977.44657.1d.
53. Lie, B. (2002): A 3 - year follow - up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees. In *Acta Psychiatr Scand* 106 (6), pp. 415–425. DOI: 10.1034/j.1600 - 0447.2002.01436.x.
54. Lindencrona, Fredrik; Ekblad, Solvig; Hauff, Edvard (2008): Mental health of recently resettled refugees from the Middle East in Sweden. The impact of pre - resettlement trauma, resettlement stress and capacity to handle stress. In *Soc Psychiat Epidemiol* 43 (2), pp. 121–131. DOI: 10.1007/s00127 - 007 - 0280 - 2.
55. Lindert, J.; Schouler - Ocak, M.; Heinz, A.; Priebe, S. (2008): Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. In *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists* 23 (S1), s114 - s20. DOI: 10.1016/S0924 - 9338(08)70057 - 9.
56. Lindert, Jutta; Ehrenstein, Ondine S. von; Priebe, Stefan; Mielck, Andreas; Brähler, Elmar (2009): Depression and anxiety in labor migrants and refugees – A systematic review and meta - analysis. In *Social Science & Medicine* 69 (2), pp. 246–257. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.04.032.
57. Lurie, Ido (2009): Psychiatric care in restricted conditions for work migrants, refugees and asylum seekers. Experience of the Open Clinic for Work Migrants and Refugees, Israel 2006. In *The Israel journal of psychiatry and related sciences* 46, pp. 172–181.
58. Maier, T.; Schmidt, M.; Julia, M. (2010): Mental health and healthcare utilization in adult asylum seekers. In *Swiss Med Wkly*. DOI: 10.4414/smw.2010.13110.
59. Martinez, Omar; Wu, Elwin; Sandfort, Theo; Dodge, Brian; Carballo - Dieguez, Alex; Pinto, Rogeiro et al. (2015): Evaluating the Impact of Immigration Policies on Health Status Among Undocumented Immigrants. A Systematic Review. In *J Immigrant Minority Health* 17 (3), pp. 947–970. DOI: 10.1007/s10903 - 013 - 9968 - 4.
60. McColl, Helen; Johnson, Sonia (2006): Characteristics and needs of asylum seekers and refugees in contact with London community mental health teams. In *Soc Psychiat Epidemiol* 41 (10), pp. 789–795. DOI: 10.1007/s00127 - 006 - 0102 - y.
61. McColl, Helen; McKenzie, Kwame; Bhui, Kamaldeep (2008): Mental healthcare of asylum - seekers and refugees. In *Adv. psychiatr. treat* 14 (6), pp. 452–459. DOI: 10.1192/apt.bp.107.005041.
62. Medzinárodná organizácia pre migráciu (International Organization for Migration, IOM). (2018). Slovenská republika. [cit. 2020 - 7 - 07]. www.iom.sk/sk/migracia, Accessed 07 July 2020.
63. Mohamad M. Residential mobility and associated factors as predictors of psychological well - being among Somali refugees in London [dissertation]. London: Queen Mary University of London; 2010.
64. Montgomery, E.; Foldspang, A. (2007): Discrimination, mental problems and social adaptation in young refugees. In *The European Journal of Public Health* 18 (2), pp. 156–161. DOI: 10.1093/eurpub/ckm073.
65. Morgan G. Seeking asylum: postmigratory stressors and asylum seeker distress [dissertation]. Leicester: University of Leicester; 2008.
66. Mucic, Davor (2010): Transcultural telepsychiatry and its impact on patient satisfaction. In *J Telemed Telecare* 16 (5), pp. 237–242. DOI: 10.1258/jtt.2009.090811.
67. Murphy, A. (1998): 'Inappropriate' attenders at accident and emergency departments I. Definition, incidence and reasons for attendance. In *Family practice* 15 (1), pp. 23–32. DOI: 10.1093/famp/15.1.23.
68. Opaas, Marianne; Varvin, Sverre (2015): Relationships of Childhood Adverse Experiences With Mental Health and Quality of Life at Treatment Start for Adult Refugees Traumatized by Pre - Flight Experiences of War and Human Rights Violations. In *The Journal of Nervous and Mental Disease* 203 (9), pp. 684–695. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000330.
69. Papadopoulos RK. Refugees and psychological trauma: psychosocial perspectives. Cambridge (MA): Harvard University Press; 2006. (http://isites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic920418.files/arc_1_10refandpsych - 1.pdf, accessed 1 August 2020).
70. Perruchoud, R. (2004). Glossary on Migration. Geneva: International Organization for Migration (IOM).
71. Pfortmueller, Carmen Andrea; Schwetlick, Miriam; Mueller, Thomas; Lehmann, Beat; Exadaktylos, Aristomenis Konstantinos; Correa - Velez, Ignacio (2016): Adult Asylum Seekers from the Middle East Including Syria in Central Europe. What Are Their Health Care Problems? In *PLoS ONE* 11 (2), e0148196. DOI: 10.1371/journal.pone.0148196.
72. Poduval, Shoba; Howard, Natasha; Jones, Lucy; Murwill, Phil; McKee, Martin; Legido - Quigley, Helena (2015): Experiences Among Undocumented Migrants Accessing Primary Care in the United Kingdom. In *Int J Health Serv* 45 (2), pp. 320–333. DOI: 10.1177/0020731414568511.
73. Priebe, S.; Matanov, A.; Barros, H.; Canavan, R.; Gabor, E.; Greacen, T. et al. (2013a): Mental health - care provision for marginalized groups across Europe. Findings from the PROMO study. In *The European Journal of Public Health* 23 (1), pp. 97–103. DOI: 10.1093/eurpub/ckr214.

74. Priebe, Stefan; Giacco, Domenico; El - Nagib, Rawda (2016): Public health aspects of mental health among migrants and refugees. A review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers, and irregular migrants in the WHO European Region. Copenhagen, Denmark: HEN, Health Evidence Network; World Health Organization, Regional Office for Europe (Health Evidence Network synthesis report, 47).
75. Priebe, Stefan; Jankovic Gavrilovic, Jelena; Bremner, Stephen; Ajdukovic, Dean; Franciskovic, Tanja; Galeazzi, Gian Maria et al. (2013b): Psychological Symptoms as Long - Term Consequences of War Experiences. In *Psychopathology* 46 (1), pp. 45–54. DOI: 10.1159/000338640.
76. Priebe, Stefan; Sandhu, Sima; Dias, Sónia; Gaddini, Andrea; Greacen, Tim; Ioannidis, Elisabeth et al. (2011): Good practice in health care for migrants. Views and experiences of care professionals in 16 European countries. In *BMC Public Health* 11 (1), p. 17. DOI: 10.1186/1471 - 2458 - 11 - 187.
77. Procter, Nicholas; Williamson, Penny; Gordon, Andrea; McDonoughs, Deborah (2015): Refugee and Asylum Seeker Self Harm with Implications for Transition to Employment Participation – a Review. In *Suicid.* 16 (3). DOI: 10.5617/suicidologi.2128.
78. Reko, Amra; Bech, Per; Wohler, Cathrine; Noerregaard, Christian; Csillag, Claudio (2015): Usage of psychiatric emergency services by asylum seekers. Clinical implications based on a descriptive study in Denmark. In *Nordic Journal of Psychiatry* 69 (8), pp. 587–593. DOI: 10.3109/08039488.2015.1019923.
79. Resolution of 8 March 2011 on reducing health inequalities in the EU (2010/2089(INI)). Strasbourg: European Parliament; 2011. (<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7 - TA - 2011 - 0081+0+DOC+XML+V0//EN>, accessed 20 August 2020).
80. Resolution of 4 July 2013 on impact of the crisis on access to care for vulnerable groups (2013/2044(INI)). Strasbourg: European Parliament; 2013. (<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&language=EN&reference=P7 - TA - 2013 - 328>, accessed 20 August 2020).
81. Resolution of 4 February 2014 on undocumented women migrants in the European Union (2013/2115(INI)). Strasbourg: European Parliament; 2014. (<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7 - TA - 2014 - 0068+0+DOC+XML+V0//EN>, accessed 20 August 2020).
82. Ryan, Dermot A.; Benson, Ciarán A.; Dooley, Barbara A. (2008): Psychological Distress and the Asylum Process. In *The Journal of Nervous and Mental Disease* 196 (1), pp. 37–45. DOI: 10.1097/NMD.0b013e31815fa51c.
83. Sandhu, Sima; Bjerre, Neele V.; Dauvrin, Marie; Dias, Sónia; Gaddini, Andrea; Greacen, Tim et al. (2013): Experiences with treating immigrants. A qualitative study in mental health services across 16 European countries. In *Soc Psychiat Epidemiol* 48 (1), pp. 105–116. DOI: 10.1007/s00127 - 012 - 0528 - 3.
84. Spencer S. Refugees and other new migrants: a review of the evidence on successful approaches to integration. Oxford: Centre on Migration, Policy and Society; 2006. (https://www.compas.ox.ac.uk/media/ER - 2006 - Integration_Refugees_UK_HO.pdf, accessed 22 July 2020).
85. Steel, Zachary; Chey, Tien; Silove, Derrick; Marnane, Claire; Bryant, Richard A.; van Ommeren, Mark (2009): Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement. In *JAMA* 302 (5), p. 537. DOI: 10.1001/jama.2009.1132.
86. Straßmayr C, Matanov A, Priebe S, Barros H, Canavan R, Díaz - Olalla JM, et al. Mental health care for irregular migrants in Europe: barriers and how they are overcome. *BMC Public Health*. 2012;12(1):367.
87. Šimák, Ladislav; Horáček, Jiří et al. (2006), Terminologický slovník krizového manažmentu, Žilina: Fakulta špeciálneho inžinierstva Žilinskej univerzity v Žiline, str. 21, ISBN 8088829755.
88. TEODORESCU, DINU - STEFAN; HEIR, TROND; Hauff, Edvard; WENTZEL - LARSEN, TORE; LIEN, LARS (2012): Mental health problems and post - migration stress among multi - traumatized refugees attending outpatient clinics upon resettlement to Norway. In *Scandinavian Journal of Psychology* 53 (4), pp. 316–332. DOI: 10.1111/j.1467 - 9450.2012.00954.x.
89. Teunissen, Erik; Sherally, Jamilah; van den Muijsenbergh, Maria; Dowrick, Chris; van Weel - Baumgarten, Evelyn; van Weel, Chris (2014a): Mental health problems of undocumented migrants (UMs) in The Netherlands. A qualitative exploration of help - seeking behaviour and experiences with primary care. In *BMJ open* 4 (11), e005738. DOI: 10.1136/bmjopen - 2014 - 005738.
90. Teunissen, Erik; Tsaparas, Alexandra; Saridaki, Aristoula; Trigoni, Maria; van Weel - Baumgarten, Evelyn; van Weel, Chris et al. (2016): Reporting mental health problems of undocumented migrants in Greece. A qualitative exploration. In *European Journal of General Practice* 22 (2), pp. 119–125. DOI: 10.3109/13814788.2015.1136283.
91. Teunissen, Erik; van den Bosch, Laura; van Bavel, Eric; van den Driessen Mareeuw, Francine; van den Muijsenbergh, Maria; van Weel - Baumgarten, Evelyn; van Weel, Chris (2014b): Mental health problems in undocumented and documented migrants. A survey study. In *Family practice* 31 (5), pp. 571–577. DOI: 10.1093/fampra/cmu038.
92. Toar, Magzoub; O'Brien, Kirsty K.; Fahey, Tom (2009): Comparison of self - reported health & healthcare utilisation between asylum seekers and refugees. An observational study. In *BMC Public Health* 9 (1), p. 1309. DOI: 10.1186/1471 - 2458 - 9 - 214.
93. UNHCR's mental health and psychosocial support for persons of concern. Global review. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2013. (<http://www.unhcr.org/51bec3359.pdf>, accessed 22 June 2020).
94. Vaage, Aina Basilier; Thomsen, Per Hove; Silove, Derrick; WENTZEL - LARSEN, TORE; van Ta, Thong; Hauff, Edvard (2010): Long - term mental health of Vietnamese refugees in the aftermath of trauma. In *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 196 (2), pp. 122–125. DOI: 10.1192/bjp.bp.108.059139.
95. van Melle, Marije A.; Lamkaddem, Majda; Stuiver, Martijn M.; Am Gerritsen, Annette; Devillé, Walter LJM; Essink - Bot, Marie - Louise (2014): Quality of primary care for resettled refugees in the Netherlands with chronic mental and physical health problems. A cross - sectional analysis of medical records and interview data. In *BMC Fam Pract* 15 (1), p. 18. DOI: 10.1186/1471 - 2296 - 15 - 160.
96. Vorschlag der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und der Bundesärztekammer (BÄK) zu den Eckpunkten eines Modellprojektes zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge [Proposed by the Federal Chamber of Psychotherapists (BPtK) and the German Medical Association (BÄK) to the vertices of a pilot project to improve care of mentally ill refugees]. Berlin: Federal Chamber of Psychotherapists; 2015 (in German; http://www.bptk.de/uploads/media/20151016_Vorschlag_Modellprojekt_Versorgung_psychisch_kranker_Fluechtlinge_BPtK_BAEK.pdf, accessed 5 August 2020).

97. Vukčević Marković M, Gašić J, Bjekić J. Refugees' mental health. Belgrade: Psychosocial Innovation Network; 2017 (http://psychosocialinnovation.net/wp-content/uploads/2017/11/Refugees_Mental_Health_2017_research_report.pdf, accessed 31 July 2020).
98. Woodward, A.; Howard, N.; Wolffers, I. (2014): Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union. A scoping review. In *Health Policy and Planning* 29 (7), pp. 818–830. DOI: 10.1093/heapol/czt061.

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch, alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 1. decembra 2020.

Marek Krajčí
minister zdravotníctva SR