

Migranti, závažný verejnozdravotnícky problém

Gabriela Petrová¹, Ivan Solovič², Petronela Lauková³

¹ PSK Prešov

² Fakulta zdravotníctva KU Ružomberok

³ FiFUK, Bratislava, katedra andragogiky

Súhrn

Štúdia poukazuje na vysoký výskyt prípadov tuberkulózy u nás a vo svete. Rozoberá príčiny vzniku tuberkulózy vo vyspelých a rozvojových krajinách, zaoberá sa situáciou odídenčov a migrantov na Slovensku, azylovou procedúrou a starostlivosťou o utečencov resp. azylantov v zmysle zákona č. 480/2002 Z.z. o azyle, ktorá zahŕňa taktiež zdravotnú starostlivosť.

Zároveň poukazuje na skutočnosť, že problematika utečencov hospitalizovaných v zdravotníckych zariadeniach predstavuje nový sociálny fenomén, ktorý si bude vyžadovať väčšiu pozornosť zo strany celej spoločnosti.

Kľúčové slová:

Tuberkulóza. Odídenec. Migrant. Zdravotná starostlivosť.

Stúpajúci výskyt tuberkulózy predstavuje v súčasnosti závažný, celosvetový problém. Predpokladá sa, že 32 % svetovej populácie je infikovaných tuberkulózou (1,86 miliardy ľudí), ročne vzniká 8 miliónov nových prípadov, z toho 3,52 milióna je mikroskopicky pozitívnych, 2,8 milióna ľudí ročne zomrie na choroby priamo alebo nepriamo súvisiace s tuberkulózou.

Odhady WHO na roky 2000 - 2020 udávajú, že sa ňou nakazí ďalšia miliarda ľudí, 200 miliónov ochorie a 35 miliónov zomrie, ak sa nezlepší zdravotná starostlivosť (2).

Z 28 miliónov chorých na tuberkulózu len 5 miliónov je liečených a z nich len 0,5 milióna dostáva adekvátnu liečbu v kontrolovaných programoch podľa požiadaviek WHO.

Každoročne až 95 % infikovaných osôb vo svete pochádza z rozvojových krajín, kde sú limitované ekonomické a odborné zdroje. V rozvojových krajinách je predmetné ochorenie príčinou smrti u viac ako 98 % dospelých, v 75 % prípadov sa ochorenie vyskytuje u osôb v ekonomicky produktívnom veku (15 – 50 rokov) (3,6).

K príčinám vzostupu incidencie tuberkulózy v celosvetovom meradle v súčasnosti patria **vo vyspelých krajinách** migranti z krajín s vysokou prevalenciou tuberkulózy, imunosuprimované osoby (HIV-infekcia a AIDS, orgánové transplantácie, cytostatická liečba, intravenózne narkomani), demontovaná kontrola tuberkulózy a multirezistentná tuberkulóza. **V rozvojových krajinách** je to predovšetkým pandémie HIV/AIDS, zanedbanie HIV-infekcie, nedostatočná a nekontrolovaná liečba, pretrvávajúca negatívna sociálno - ekonomická situácia, populačná explózia a vojnové konflikty (3).

Celosvetová tendencia globalizácie ako aj lokálne náboženské, národnostné a politické konflikty sa odrážajú v charaktere a dynamike medzinárodnej migrácie. Súčasné vojnové konflikty sú zreteľným indikátorom nárastu utečencov vo svete. Cieľovými oblasťami sú hospodársky a ekonomicky silné štáty. Príliv utečencov prináša so sebou vážnu hrozbu, nárast šírenia infekčných ochorení, predovšetkým tuberkulózy, rezistentnej ale najmä multirezistentnej.

Podľa údajov Medzinárodnej organizácie pre migráciu (OIM) už v roku 1994 opustilo svoje domovy a premiestnilo sa po celom svete viac ako 23 miliónov ľudí (4).

Ženevská konvencia o právnom postavení utečencov z roku 1951 uvádza, že *utečenec* je osoba, ktorá sa nachádza mimo svojej vlasti a má oprávnené obavy pred prenasledovaním z dôvodov náboženských, národnostných, rasových, alebo z dôvodov príslušnosti k určitým spoločenským vrstvám alebo i zastávania určitých politických názorov, ale nie je schopná prijať alebo odmieta ochranu svojej vlasti (5).

Odídenec je cudzinec, ktorému hostiteľská krajina poskytla dočasné útočisko na účely ochrany pred vojnovým konfliktom v krajine jeho pôvodu, alebo v krajine jeho posledného pobytu (5).

Migranti sú ľudia, ktorí žijú mimo štát pôvodu dlhšie než jeden rok. Na základe uvedenej definície možno konštatovať, že migranti predstavujú 150 miliónov ľudí na celom svete, pričom rozoznávame migrantov dobrovoľných, nútených, nelegálnych a utečencov. OIM rozlišuje legálnych imigrantov, utečencov/azylantov a nelegálnych imigrantov (5).

Posledné desaťročia zažíva Európa atak na svoju civilizáciu. Inváziu miliónov migrantov z menej vyspelých častí zeme takmer nevidno, pretože prichádzajú v malých skupinách a z rôznych smerov. V pätnástich pôvodných krajinách Európskej únie už žije viac ako 20 miliónov imigrantov. Ďalšie milióny cudzincov dnes pracujú v Európskej únii nelegálne a státisíce žiadajú ročne o politický azyl. Jedným z opatrení na zamedzenie nekontrolovateľného prílivu cudzincov je sprísnenie azylovej politiky (4,11).

Migrácia je problém súčasnosti, ktorý sa zatiaľ nepodarilo vyriešiť. Reštriktívne opatrenie, povinné víza, síce v určitých krajinách legálnu migráciu obmedzilo, no zároveň to viedlo k nelegálnej migrácii, pašovaniu ľudí, čo predstavuje závažný problém. Ak migrant zotrúva v hostiteľskej krajine nelegálne, nepožiadá o azyl, neprejde vstupnou zdravotnou prehliadkou a následne karanténou, stáva sa zdravotnou hrozbou. Obzvlášť závažné je to v prípade, ak je utečenec nositeľom infekčnej choroby. Pri vstupnej prehliadke a následnej karanténe sa možné ochorenie odhalí a následne lieči (1,10).

Vo vyspelých krajinách Európskej únie sa dodržiava v zmysle zákona karanténne opatrenie a screening utečencov, ktorí prekročili hranicu, zameraný predovšetkým na infekčné ochorenia, tuberkulózu, hepatitídu typu B, syfilis, HIV a parazitárne infekcie (12,13).

Utečenci v prevažnej miere pochádzajú z najchudobnejších krajín, kde je zdravotná starostlivosť na veľmi nízkej úrovni (11).

Z epidemiologického hľadiska má migrácia obyvateľstva najmä z rozvojových krajín s vysokou mierou incidencie tuberkulózy do vyspelých krajín závažné dôsledky, prenos tuberkulózneho infekcie v hostiteľskej krajine.

Experimentálne aj klinicky sa dokázalo, že jeden neliečený prípad aktívnej tuberkulózy infikuje v priebehu jedného roka 10 – 12 osôb, smrť spôsobí v priebehu dvoch rokov, pričom sa za tento čas nakazí vo svojom okolí 20 – 25 osôb (11).

Hlavný prúd imigrantov smeruje z krajín bývalého Sovietskeho zväzu a z ázijských krajín cez východnú a strednú Európu do západnej Európy. Do Talianska prúdia predovšetkým imigranti zo severnej Afriky, do Veľkej Británie z Indie a Karibiku.

Celosvetovo najviac imigrantov prijímu Spojené štáty americké, v Európe Nemecko, Francúzsko, Belgicko (8,9).

V skupine imigrantov sa tuberkulóza vyskytuje výrazne častejšie, než u ľudí trvale žijúcich v danej hostiteľskej krajine.

V krajinách s nízkou incidenciou tuberkulózy tvoria imigranti vysoké percento ochorení na tuberkulózu. V Izraeli je 82 % všetkých prípadov tuberkulózy zisťovaných u imigrantov, v Austrálii 75 %, vo Švajčiarsku 51 %. Viac ako 50 %-ný podiel na výskyte tuberkulózy majú imigranti taktiež v škandinávskych krajinách.

U imigrantov v Európe prevláda pľúcna forma tuberkulózy, rezistencia na izoniazid je 2 až 5 krát častejšia, výskyt multirezistentnej tuberkulózy je taktiež vyšší (12).

Incidencia tuberkulózy v Portugalsku predstavuje počet 53 na 100 000 obyvateľov, je jednou z najvyšších v západnej Európe a je determinovaná vysokým výskytom imigrantov z bývalých kolónií v subsaharských oblastiach Afriky.

V Nemecku bolo v roku 1999 registrovaných 9 974 nových prípadov tuberkulózy (všetkých foriem a lokalizácií), čo zodpovedá incidencii 12,2 na 100 000 obyvateľov. Na celkovom počte notifikovaných sa podieľali značnou mierou cudzinci. Zatiaľ čo cudzích štátnych príslušníkov je v Nemecku 8,9 % zo všetkých obyvateľov, tvorili 33,1% všetkých tuberkulózných ochorení s incidenciou 45,1 na 100 000 cudzincov. Incidencia tuberkulózy bola u cudzincov 5,1krát vyššia.

V Dánsku bolo v roku 2001 zistených 511 prípadov tuberkulózy s incidenciou 9,6 na 100 000 obyvateľov. Na tuberkulózu ochorelo 174 (3,5/100 000) Dánov a 337 (85,1/100 000) imigrantov. Imigranti pochádzali predovšetkým zo Somálska, Pakistanu, Afganistanu, Turecka. V Dánsku sa kladie dôraz na dôsledné epidemiologické šetrenie a sledovanie prenosu tuberkulózneho infekcie. Výsledky poukázali na skutočnosť, že 89 % Dánov sa nakazí v Dánsku, kým 64 % imigrantov už bolo infikovaných tuberkulózou pred vstupom do Dánska (9).

V rámci kontroly tuberkulózy u migrantov je nutné sledovať percento prípadov, formy tuberkulózy a rezistenciu mykobaktérií.

Problému utečencov sa nedokázalo vyhnúť ani Slovensko. V dôsledku pádu komunistického režimu nastalo nové obdobie v migračnom trende. Slovensko sa stalo nielen tranzitnou ale aj cieľovou krajinou pre mnohých utečencov, najmä po vstupe do Európskej únie.

S touto novou rizikovou skupinou súvisí najmä riziko šírenia multirezistentnej tuberkulózy.

Podľa štatistiky spracovanej Migračným úradom Ministerstva vnútra Slovenskej republiky v roku 1992 požiadalo na Slovensku o azyl 87 cudzincov. V roku 2002 ich už bolo 9 743. V priebehu desiatich rokov ide o markantný nárast (4,7).

Podľa zverejnených údajov štatistického úradu za prvé dva mesiace roku 2004 Slovensko zaznamenalo rekordný počet žiadostí o udelenie azylu, až 1780. Pre porovnanie, v roku 2003 za to isté obdobie to bolo len 807 žiadostí.

Slovensko sa vstupom do Európskej únie zaviazalo dodržiavať princípy *acquis communautaire*.

Na Slovensku azylovú procedúru a starostlivosť o utečencov, resp. azylantov, vymedzuje Zákon č.480/2002 Z.z. o azyle v znení neskorších predpisov.

Žiadateľom o azyl je poskytnutá zdravotná a sociálna starostlivosť vrátane sociálnej rehabilitácie.

Pod zdravotnou starostlivosťou sa vo všeobecnosti rozumie vstupná zdravotná prehliadka (včítane röntgenovej snímky hrudníka), ktorej účelom je zhodnotiť zdravotný stav žiadateľa, screening možných infekčných ochorení a eventuálne následnú liečbu. V rámci zdravotnej starostlivosti je taktiež ošetrovanie pri novovzniknutých ochoreniach, úrazoch a náhlych lekárskech zákrokoch. Všetky vymedzené lekárske úkony a liečba sú poskytované utečencom bezplatne.

Žiadatelia o azyl sa počas pobytu v záchytnom tábore podrobujú zdravotnej prehliadke a karanténym opatreniam, dĺžka karantény predstavuje 30 dní. Po skončení karanténnych opatrení sa presúvajú do pobytočných táborov, kde sa im bezplatne poskytuje ubytovanie, stravovanie alebo stravné, základná zdravotná starostlivosť a vreckové. Deti, na ktoré sa vzťahuje povinná školská dochádzka, sú povinné navštevovať kurz slovenského jazyka.

Ak vstupný screening preukáže prítomnosť ochorenia, alebo má lekár podozrenie na ochorenie, sú utečenci okamžite odosielaní na odborné vyšetrenie a následnú liečbu do špecializovaných zdravotníckych zariadení. Vyhodnotenie tuberkulínového testu je

problematickejšie, nakoľko prevažná väčšina migrantov prichádza z krajín, kde boli niekoľkonásobne vakcinovaní (14,15).

Rizikóvú skupinu predstavujú aj cudzinci, žijúci na území Slovenska, najmä ako tzv. čierna pracovná sila. Nie je možné skontrolovať ich zdravotný stav, často žijú v ponižujúcich životných podmienkach, za nízku mzdu, bez sociálnej pomoci, ktorej nástroje sú najmä sociálna práca, sociálna rehabilitácia, služby sociálnej pomoci a poradenstvo, ktorých cieľom je preklenúť hmotnú a sociálnu núdzu.

Na základe uvedeného je možné konštatovať, že v posledných rokoch zaznamenávame nárast výskytu tuberkulózy u novej rizikovej skupiny migrantov (legálnych aj ilegálnych). Krajiny pôvodu utečencov sú oblasťami s vysokou incidenciou tuberkulózy, čo si aj vzhľadom na hrozbu multirezistentnej tuberkulózy vyžaduje zvýšenú pozornosť.

Záver

Problematika utečencov hospitalizovaných v zdravotníckych zariadeniach predstavuje nový sociálny fenomén, ktorý si bude vyžadovať čoraz väčšiu pozornosť ako zo strany sociálnych tak zdravotníckych pracovníkov, vrátane zakomponovania do komplexnej pomoci taktiež sociálnu rehabilitáciu a hlavne, čoraz väčšiu pozornosť zo strany celej spoločnosti.

Použitá literatúra:

1. Badalík, L. et al. *Preventívna a klinická medicína v meniacej sa Európe v prácach tretieho medzinárodného zdravotníckeho sympózia vo Vysokých Tatrách*. In: Stud. pneumol. phtiseol., roč.54, 1994, č. 3, s. 199-201.
2. Global Tuberculosis Control, Surveillance, Planning, Financing. WHO Report 2003. Geneva:WHO,2003 , 220 s.
3. Haries, A., Maher, D., Graham, S.: *TB/HIV: a clinical manual*. – 2nd ed. Geneva:WHO , 2004. 210s.
4. <http://migraceonline.cz/novinky.htm> [cit . 2004-04-23]
5. <http://unhcr.cz/czech/legal.htm> [cit . 2004-04-28]
6. <http://www.hagy.sk/nrt/subory.html> [cit 2005-06-11.]
7. <http://www.hagy.sk/nrt/tbfakty.html> [cit 2005-06-11]
8. <http://www.who.int/gtb/publications/globrep/index.htm> [cit . 2004-07-10]
9. Ormerod, P. *Tuberculosis and immigration*. In:Br.J.Hosp.Med., 56, 1996, č. 5, s. 209-212.
10. Rajecová, E., Solovič, I. *Súčasný pohľad na otázky v liečbe tuberkulózy*. In: Klin. Farmakol., 2003, roč.17, č.1, s.25-28.
11. Rieder, H.L. et al. *Tuberculosis control in Europe and international migration*. In: Eur.Respir.J., 7, 1994, č. 8, s. 1545-1553.
12. Solovič, I. et al. *Rezistentná tuberkulóza na Slovensku*.In: Stud. pneumol. phtiseol., roč. 60, 2000, č. 5, s. 217-219.
13. Solovič, I. , Poráč, J. *Zdravotná výchova pri tuberkulóze*. In: Stud.pneum.phtis., 63, 2003, č.4, s.137-139. ISSN 1213
14. Solovič, I. et al. *Čo vieme o tuberkulóze?* In: Med. Monitor 1999, č. 4, s. 6-7.
15. Zákon č.480/2002 Z.z. o azyle v znení neskorších predpisov.

Kontaktná adresa

Doc. PhDr. Petronela Lauková, PhD.
FiF UK Bratislava, Katedra andragogiky
Gondova 2, Bratislava
nela.l@centrum.sk