



DOSTUPNOST PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ MIGRANTEK A MIGRANTŮ V ČESKÉ REPUBLICE

VSTUPNÍ ANALÝZA

Elena Tulupova, 1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Základní kontext

Duševní zdraví je nedílnou součástí zdraví každého člověka. Migrace je jednou z determinant zdraví a její průběh, včetně událostí před, během a po procesu migrace, je často spojen se stresem a může ovlivňovat duševní zdraví migrujících osob a úspěšnost jejich následné integrace v nové zemi [1].

Riziko výskytu běžných duševních poruch u migrujících osob je ovlivněno sociodemografickými a psychologickými charakteristikami a může se výrazně lišit, například, podle regionu původu [2]. Mezi faktory, které negativně ovlivňují duševní zdraví migrujících osob, patří zejména traumatické události před migrací, nucená, neplánovaná, špatně plánovaná nebo neregulérní migrace, nízká úroveň akulturace, osamocenenost a oddělenost od rodiny v hostitelské zemi, nedostatek sociální podpory, skutečná či vnímaná diskriminace a delší délka pobytu migrantek a migrantů v hostitelské zemi. Naproti tomu znalost jazyků, sjednocení rodiny a vnímaná sociální podpora snižují riziko výskytu běžných duševních poruch [3].

Řada evropských zemí již má zavedené a fungující opatření zaměřené na prevenci a zlepšení přístupu migrantů ke zdravotní péči (často s důrazem na duševní zdraví) jako součást národních zdravotních politik [4]. Na mezinárodní úrovni pak doporučení pro členské státy v oblasti duševního zdraví uprchlíků a migrantů vypracovaly zejména Světová zdravotnická organizace (WHO) [5], Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) [6] a některé odborné medicínské asociace [2]. V českém kontextu problematika duševního zdraví migrantů zatím nezískala dostatečnou pozornost. Souvisí to zřejmě i s celkovým vývojem systému péče o duševní zdraví v České republice, který doposud čelil řadě problémů, jako jsou nedostatečné financování, nedostatečný rozvoj komunitní péče, nerovnoměrné rozmístění a zatíženost ambulantních služeb či zastaralý fond lůžkových zařízení [7]. Dalším systémovým problémem je to, že na pozadí zvyšujícího se počtu psychiatrických pacientů Česká republika donedávna neměla vypracovanou moderní strategii péče o duševní zdraví a že navzdory dlouhodobým mezinárodním trendům tato oblast v ČR pořád zůstává především v rukou psychiatrů [8].

Aktuálně probíhající **reforma psychiatrické péče v ČR** slibuje humanizaci a zvyšování kvality psychiatrické péče, lepší provázanost všech relevantních služeb, destigmatizaci duševně nemocných a jejich větší zapojení do společnosti a další opatření [9]. Na zmíněnou reformu navazující akční plán z roku 2015 s názvem **Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Akční plán č. 3: Duševní zdraví** [10] již pohlíží na duševní zdraví v širším a komplexnějším kontextu než jen psychiatrickém a výrazněji se zaměřuje na prevenci, rozvoj komunitní péče skrz **Centra duševního zdraví** a další nové a inovované typy péče [10]. Prakticky poprvé v české zdravotní politice došlo k tomu, že uživatelé psychiatrických služeb byli zapojováni do reformy již od fáze vytváření strategie a jsou zastoupeni v orgánech odpovědných za realizaci reformy [11]. Ovšem v žádném z výše zmíněných dokumentů migrantky a migranti jakožto cílová skupina nefigurují a perspektiva, že by mohlo v tomto směru dojít k nějaké změně, je zatím mizivá. Absence migrantských patientských organizací a potenciální omezení zapojení migrantů do činnosti příslušných českých organizací, například z důvodu jazykové bariéry, zhoršuje možnosti prosazování práv duševně nemocných migrantů v ČR.

Údaje o stavu duševního zdraví migrantů v ČR

Na ohrožení duševního zdraví u migrantek a migrantů v ČR se ukazovalo ještě ve výzkumech z devadesátých let, přičemž mezi hlavní poruchy u této skupiny osob patřily **závislost na alkoholu** a související psychiatrické poruchy (především mezi migranty z bývalého SSSR a z Polska), zatímco druhou nejčastější příčinou



pak byly **deprese** a **poruchy adaptace**. Specifickou skupinou byli migranti z bývalé Jugoslávie, kteří trpěli nejčastěji úzkostnou poruchou a post-traumatickou stresovou poruchou. Byla zaznamenána nedostačující dostupnost potřebné zdravotní péče u části migrantek a migrantů [12].

V posledních letech neprobíhá žádné systematické sledování stavu duševního zdraví migrantek a migrantů v ČR, stejně tak jako ani větší průzkum ohledně potřeb těchto osob v oblasti péče o duševní zdraví, což způsobuje značný nedostatek relevantních dat, a tudíž činí jakékoliv plánování dílčích či systémových opatření zaměřených na tuto skupinu velmi problematickým [13]. Nesmírně složité je také zjišťování stavu **čerpání péče o duševní zdraví** ze strany migrantů v ČR, a to především těch, kteří jsou odkázáni na komerční zdravotní pojištění. Ambulantní lékaři totiž neregistrují pacienty s komerčním zdravotním pojištěním v žádném jednotném systému, ve výsledku pak nejde zjistit kolik migrantek a migrantů vyhledalo například ambulantní služby psychiatra nebo klinického psychologa a jaké diagnózy měli [14]. Naproti tomu u migrantek a migrantů spadajících do systému veřejného zdravotního pojištění (tj. zaměstnanců, azylantů aj.) by tyto informace dohledat šly, ovšem veřejné pojišťovny zatím nejsou ochotny příslušná data poskytovat [13]. Nemnohé dostupné studie k problematice duševního zdraví migrantů v ČR tak většinou vycházejí z dat o **hospitalizacích** osob s diagnostikovanými duševními poruchami [15-17]. To ovšem nic nevyovídá o osobách, které potřebují nebo čerpají jenom ambulantní služby, včetně pomoci psychoterapeutů či psychologů. Tím pádem v ČR praktické nejsou dostupné spolehlivé data o migračních s mírně- nebo středně těžkými duševními poruchami [15], které však mají nesrovnatelně větší podíl na globální zátěži duševními nemocemi než těžké psychiatrické nemoci [6].

Bariéry migrantů v přístupu k péči o duševní zdraví

Mezi hlavní překážky v oblasti péče o duševní zdraví pro migrující osoby v ČR patří jazykové a/nebo kulturní bariéry, nedostatečná informovanost migrantek a migrantů, nedostatek dostupných služeb a omezení přístupu k existujícím zdravotnickým nebo komunitním službám kvůli vyloučení ze systému veřejného zdravotního pojištění, nízká úroveň systémového a organizačního zakotvení kulturně-senzitivního přístupu ve zdravotní a sociální péči, nedostatečná informovanost a omezené možnosti odborného vzdělávání a rozvoje dovedností zdravotnických a sociálních pracovníků v tématech komunikace s migranty, poskytování kulturně-senzitivní péče, práce s tlumočnický a jiné aspekty péče o duševní zdraví migrujících osob [18, 13].

Na individuální úrovni má zejména **jazyková bariéra** potenciál negativně ovlivňovat duševní zdraví: jazyková bariéra samotná slouží zdrojem psychického napětí a stresu, který zvyšuje riziko duševních poruch, a zároveň zhoršuje přístup ke zdravotní péči, adherenci k léčbě, kvalitu péče a spokojenost pacientů a poskytovatelů zdravotní péče [14, 19]. Dalším důsledkem může být horší pozice migrantky nebo migranta v dodržování jejich práv jakožto pacientů ve zdravotních službách. K těm patří, například, vyjádření informovaného souhlasu s poskytovanou službou nebo hospitalizací, anebo také možnost péči odmítnout [20]. České nemocnice mají zákonem danou povinnost zajistit tlumočení v případě potřeby, ale praxe v tomto ohledu není dost systematická a kvalita práce tlumočnicků není ošetřena specializovanými standardy, což pro pacienty může vést ke značným rizikům spojeným s léčbou [21].

Závažnou překážkou k vyhledávání pomoci při psychologických potížích dále bývá **kulturní bariéra**, součástí které může být stigma spojené s duševními nemocemi, psychiatrií atd. Ze strany zdravotnického personálu mohou být příčinou kulturní bariéry především nedostatečné znalosti o souvislostech mezi etnicitou, kulturou a zdravím a základech kulturně-senzitivní péče [13, 22].

V otázkách duševního zdraví má **nedostatečná informovanost migrantů** poněkud jiný význam než v otázkách zdraví "fyzického". V posledně uvedeném případě existuje podstatné procento migrantů, kteří sice mají nárok na veškeré služby v rámci veřejného zdravotního pojištění (například migranti ze zemí mimo EU z titulu zaměstnání nebo po získání trvalého pobytu v ČR), ale i přesto se buď na zdravotní služby neobrací v dostatečné míře, nebo vůbec nejsou do systému veřejného zdravotního pojištění přihlášení [14, 23]. V tomto případě by jejich lepší informovanost mohla značně přispět ke zvýšení využití zdravotních služeb a díky včasné prevenci a léčbě kladně ovlivnit zdraví určitých skupin migrantek a migrantů v ČR [18].



Výrazně odlišná je však situace týkající se přístupu migrantek a migrantů k ambulantní a komunitní péči v oblasti duševního zdraví, a to kvůli celkovému nedostatku takových služeb v jednotlivých regionech ČR, přičemž výběr terapeuta, psychologa nebo psychiatra pro tyto osoby bývá navíc omezen jazykovou nebo kulturní bariérou. Situaci by mohla zlepšit nově zaváděné **Centra duševního zdraví**, která skrze “multidisciplinární tým budou poskytovat zdravotně-sociální intervence duševně nemocným v jejich přirozeném prostředí” [10]. Bohužel, prozatím se ve složení těchto týmů nepočítá se zapojením odborníků na práci s migranty, včetně interkulturních pracovníků.

Hlavní systémovou překážkou a zdrojem diskriminace migrantek a migrantů v ČR v jejich přístupu ke službám v oblasti duševního zdraví dlouhodobě představuje **komerční zdravotní pojištění**, na něž jsou odkázány určité skupiny migrantek a migrantů ze zemí mimo EU bez trvalého pobytu v ČR (podnikatelé, studenti, děti a další rodinní příslušníci aj.) [13, 24]. Tyto osoby mají povinnost zajistit si zdravotní pojištění pro celou dobu pobytu v ČR [25], přičemž existující legislativa jim přístup k veřejnému zdravotnímu pojištění neumožňuje. Jedinou možností je pak tzv. **zdravotní pojištění cizinců**, poskytované komerčními pojišťovnami, které je ovšem druhem neživotního pojištění, má řadu omezení a výluk, v důsledku čehož tedy **nezaručuje péči srovnatelnou s veřejným zdravotním pojištěním** [14, 26].

Možnosti prevence a léčby duševních poruch v rámci komerčního pojištění jsou velmi omezené. Princip odmítnutí úhrady nákladů na léčbu nemocí, příznaky nebo příčiny kterých nastaly před dobou uzavření pojištění („*pre-existing conditions*“) prakticky vylučuje možnost hrazené ambulantní psychologické nebo psychiatrické léčby pro takto pojištěné migrantky a migranty [14]. Komerční pojišťovny ve svých všeobecných pojistných podmínkách buď přímo vymezují osoby s duševními poruchami a se závislostí na alkoholu nebo drogách jako **“nepojistitelné”** [27], nebo vylučují z pojištění například **vyšetření a léčbu duševních i psychických poruch** [28] a - u všech pojišťoven - **léčbu závislosti a jiných nemocí spojených s požitím alkoholu či narkotik** (s výjimkou úrazů). I v případě že psychiatrická péče, včetně té akutní, není přímo vyloučena podle pojistných podmínek, ze zkušeností advokátů a neziskových organizací pomáhajících migrantům je patrné, že zajištění úhrady těchto služeb komerčními pojišťovnami bývá pro pacienty velmi obtížné a často neúspěšné.

Závěr

Současná situace v oblasti duševního zdraví migrantek a migrantů žijících v ČR je charakterizovaná kritickým nedostatkem dat o stavu jejich duševního zdraví, o využití ambulantních a komunitních služeb a o aktuálních potřebách migrantek a migrantů v tomto ohledu. Zdravotní služby v oblasti péče o duševní zdraví jsou velmi omezené pro migrantky a migranty pojištěné v systému veřejného zdravotního pojištění a téměř nejsou dostupné pro osoby s komerčním zdravotním pojištěním. Principy kulturně-senzitivní zdravotní péče jsou v českém zdravotnictví málo známé a nedostatečně implementované. Migrantí a migrantky nejsou zapojeni do tvorby politik a ochrany práv duševně nemocných a nepatří mezi cílové skupiny probíhající reformy systému péče o duševní zdraví v ČR. V jednotlivých případech lze uvedené překážky překonávat díky spolupráci různých zainteresovaných subjektů, avšak pro zlepšení současné situace je třeba se zaměřit na lepší vzájemnou informovanost a rozvoj provázanosti služeb. Strategie, inspirace a praktické rady v tomto ohledu v dostatečném rozsahu poskytují mezinárodní klíčové dokumenty a doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO), Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) a dalších mezinárodních organizací, včetně odborných medicínských asociací.



Literatura

1. Jurado, D., Alarcón, R.D., Martínez-Ortega, J.M., Mendieta-Marichal, Y., Gutiérrez-Rojas, L., & Gurpegui, M. (2017) Factors associated with psychological distress or common mental disorders in migrant populations across the world. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, Vol 10 (1), 45-58.
2. Bhugra, D., Gupta, S., Schouler-Ocak, M., Graeff-Calliess, I., Deakin, N. A., Qureshi, A., ... & Till, A. (2014). EPA guidance mental health care of migrants. *European Psychiatry*, 29(2), 107-115.
3. Priebe, S., Giacco, D., & El-Nagib, R. (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.
4. Mladovsky, P., Rechel, B., Ingleby, D., & McKee, M. (2012). Responding to diversity: an exploratory study of migrant health policies in Europe. *Health policy*, 105(1), 1-9.
5. WHO (2018). Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants.
6. OECD (2014). Making mental health count: The social and economic costs of neglecting mental health care.
7. MZ ČR (2015). Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí Akční plán č. 3: Duševní zdraví.
8. Kondorová, Bc. Lenka (2017). Kam směřuje česká politika duševního zdraví? Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra veřejné a sociální politiky.
9. MZ ČR (2013). Strategie reformy psychiatrické péče.
10. MZ ČR (2015). Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí Akční plán č. 3: Duševní zdraví.
11. Wolfová, Bc. Magdaléna (2018) Zapojení uživatelů do reformy psychiatrické péče. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra veřejné a sociální politiky.
12. Hnilicová, H., & Dobiášová, K. (2009) Zpráva o stavu zdraví a zdravotní péči pro migranty v ČR (Migrants' Health and Healthcare in the Czech Republic. State of Art Report), MIGHEALTHNET/CZ.
13. IOM (2016). MIPEX Health Strand Country Report: Czech Republic.
14. Dobiášová, K. (2016). Dostupnost zdravotní péče pro migranty ze třetích zemí v České republice. Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra veřejné a sociální politiky.
15. Hnilicová, H., & Dobiášová, K. (2011). Migrants' health and access to health care in the Czech Republic. *Central European Journal of Public Health*, 19(3), 134-8.
16. Velemínský, M., & Tóthová, V. (2013). Health condition of immigrants in the Czech Republic. *Journal of Nursing, Social Studies, Public Health and Rehabilitation*, 4(1-2), 47-56.
17. Juričková, L., Ivanová, K., & Nechanská, B. (2017). Mental disorders of foreigners in the Czech Republic. *Kontakt*, 19(4), e276-e283.
18. Hnilicová, H., & Dobiášová, K. (2012). Migrants' access to healthcare in the Czech Republic. Ethical challenges. In Westra, L., Soskolne, C. L., Spady D. W. (Editors) : *Human Health and Ecological Integrity: Ethics, Law and Human Rights*. Routledge, Taylor and Francis Group, pp 132 – 141.
19. Schwei, R. J., Del Pozo, S., Agger-Gupta, N., Alvarado-Little, W., Bagchi, A., Chen, A. H., ... & Jacobs, E. A. (2016). Changes in research on language barriers in health care since 2003: a cross-sectional review study. *International journal of nursing studies*, 54, 36-44.
20. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.
21. Wiltavský, R. (2016). Bezpečí komunikace s cizinci ve zdravotnických zařízeních. Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta, Kabinet veřejného zdravotnictví.
22. Thomson, M. S., Chaze, F., George, U., & Guruge, S. (2015). Improving immigrant populations' access to mental health services in Canada: a review of barriers and recommendations. *Journal of immigrant and minority health*, 17(6), 1895-1905.
23. Džúrová, D., Winkler, P., & Drbohlav, D. (2014). Immigrants' access to health insurance: no equality without awareness. *International journal of environmental research and public health*, 11(7), 7144-7153.
24. Hnilicová, H., Dobiášová, K., Čížinský, P., Studený, L., & Juránek, J. (2012). Analýza komerčního zdravotního pojištění cizinců. *Konsorcium nevládních organizací pracujících s migranty*.
25. Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců.
26. Hnilicová, H. (2016) Důvody pro zahrnutí migrantů ze třetích zemí do veřejného zdravotního pojištění. *Praktický lékař*, 96(2) 96-99.
27. ERGO VPP Welcome 181201, UNIQA pojišťovna, a.s. VPP UCZ/CZP/18 od roku 2018.
28. UNIQA pojišťovna, a.s. VPP UCZ/CZP/18 od roku 2018.