

Menekültek, migránsok az alapellátásban

Mit tanulhattunk az EUR-HUMAN projekt eredményeiből?

Rurik Imre dr.¹ ■ Kolozsvári László Róbert dr.¹ ■ Diederik Aarendonk²
 Agapi Angelaki³ ■ Dean Ajdukovic dr.⁴ ■ Christopher Dowrick dr.⁵
 Michel Dückers dr.⁶ ■ Kathryn Hoffmann dr.⁷ ■ Jancsó Zoltán dr.¹
 Elena Jirovsky dr.⁷ ■ Katz Zoltán dr.⁸ ■ Enkeleint-Aggelos Mechili dr.³
 Maria van den Muijsenbergh dr.⁹ ■ Nánási Anna dr.¹ ■ Elena Petelos dr.³
 Danica Rotar-Pavlic dr.¹⁰ ■ Dimitra Sifaki-Pistolla dr.³
 Tamás Hajnalka dr.¹ ■ Palla Roland dr.^{1, 11} ■ Ungvári Tímea¹
 Christos Lionis dr.³

¹Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszék, Debrecen

²European Forum for Primary Care, Utrecht, The Netherlands

³Clinic of Social and Family Medicine, School of Medicine, University of Crete, Greece

⁴Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Zagreb, Croatia

⁵Institute of Psychology, Health and Society, University of Liverpool, United Kingdom

⁶Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL), Utrecht, The Netherlands

⁷Department of General Practice and Family Medicine, Center for Public Health,
 Medical University of Vienna, Austria

⁸Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Művelési Medicina Tanszék, Pécs

⁹Department of Primary and Community Care, St Radboud University Medical Centre,
 Nijmegen, The Netherlands

¹⁰Department of Family Medicine, Medical Faculty, University of Ljubljana, Slovenia

¹¹PROMO-MED Kft., Győrújbarát

Háború és/vagy nyomor sújtotta közel-keleti, ázsiai és afrikai országok felől 2015-ben milliós nagyságrendű migrációs áradat indult el Európa felé, amely Magyarországot is elérte. A menekültkrízis komoly kihívást jelentett mind-egyik európai ország egészségügyi rendszere számára. Kevés figyelmet kapott az a hatalmas munkaterhelés, amelyet a menekültek/migránsok egészségügyi ellátása jelentett az alapellátás számára, amely erre kapacitásában és részben szakmailag sem volt megfelelően felkészülve. A magyar alapellátás elsősorban a hazánkon átvonuló migránsok ellátásában volt érintett. A betegközpontú, együttérző, a menekültek egészségügyi szükségleteit felmérő, bizonyítékalapú intervenciók iránti igény és ezek alapján megfelelő, az integrált alapellátás kapacitását bővíteni képes oktatási program kifejlesztésére való szándék indította el az *EUropean Refugees – HUman Movement and Advisory Network* (EUR-HUMAN) projektet, 7 európai ország közreműködésében. Az EUR-HUMAN projekt fő célja a gyakorlati ismeretek bővítése volt mindazon európai országokban, amelyek migránsokat és menekülteket fogadnak: felmérni egészségügyi igényeiket, minimalizálni a határokon való átkelés egészségügyi kockázatait, főleg a korai megérkezés periódusára és az átmeneti vagy tartós letelepedés idejére fókuszálva. Fő céljai az intervenció igényének felismerésére, meghatározására, tervezésére, az alapellátás minőségének javítására irányulnak, különös tekintettel a sérülékeny csoportokra. Közleményünk leírja a projekt menetét, bemutatja eredményeit, és összegzi a háziorvosok számára készült oktatási anyag legfontosabb gyakorlati tanácsait; megmutatja azon szakmai továbbképzési források elérhetőségét a magyar (házi) orvosok számára, amelyek hasznosak a migrációban érintett országokból érkezők ellátásában. Az EUR-HUMAN projekt a Horizont 2020 programok keretében futott le 2016-ban az Európai Bizottság felügyelete alatt, a Fogyasztó-, Egészség-, Élelmiszerügyi és Mezőgazdasági Végrehajtó Ügynökség (CHAFEA) által finanszírozva. *Orv Hetil.* 2018; 159(35): 1414–1422.

Kulcsszavak: alapellátás, betegközpontú ellátás, együttérző ellátás, EUR-HUMAN, integrált ellátás, kapacitás, menekült, migráns, migráció

Primary care of refugees and migrants

Lesson learnt from the EUR-HUMAN project

In 2015, local wars, starvation and misery in some Middle Eastern, Asian and African countries forced millions of people to leave their homelands. Many of these people migrated toward Europe, reaching Hungary as well. The refugee crisis created significant challenges for all national healthcare systems across Europe. Limited attention has been given to the extent to which health service provision for refugees and migrants has become a task for primary health care (PHC), which has been unprepared as a profession and pressured by the enormous workload. Hungarian primary care was involved only to an extent in the refugees' health care, as most of the migrants entering Hungary wanted to move forward to other countries. The need for evidence-based patient-centred interventions to assess refugee healthcare needs, and for training programmes for rapid capacity-building for integrated PHC was addressed by the European Refugees – Human Movement and Advisory Network (EUR-HUMAN) project, which 7 European countries developed together. The overall aim of the EUR-HUMAN project is to enhance the knowledge and expertise of European member states who accept refugees and migrants in addressing their health needs, safeguarding them from risks, while at the same time to minimize cross-border health risks. This initiative focuses on addressing the early arrival period, transition and longer-term settlement of refugees in European host countries. A primary objective of this project is to identify, design and assess interventions to improve PHC delivery for refugees and migrants with a focus on vulnerable groups. The structure, the main focus and outputs of the project are described and summarized in this paper, providing relevant information and access to educational materials for Hungarian (primary care) physicians. The EUR-HUMAN project was operated in 2016 under the auspices of the European Commission and funded by the Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency (CHAFEA).

Keywords: capacity, compassionate care, EUR-HUMAN, integrated care, migrants, migration, patient-centred care, primary care, refugees

Rurik I, Kolozsvári LR, Aarendonk D, Angelaki A, Ajdukovic D, Dowrick C, Dücker M, Hoffmann K, Jancsó Z, Jirovsky E, Katz Z, Mechili E-A, van den Muijsenbergh M, Nánási A, Petelos E, Rotar-Pavlic D, Sifaki-Pistolla D, Tamás H, Palla R, Ungvári T, Lionis C. [Primary care of refugees and migrants. Lesson learnt from the EUR-HUMAN project]. *Orv Hetil.* 2018; 159(35): 1414–1422.

(Beérkezett: 2018. május 11.; elfogadva: 2018. május 18.)

Semmelweis Ignác születésének évében a Szerkesztőség felkérésére készített tanulmány.

Rövidítések

BÁH = Bevándorlási és Állampolgársági Hivatal; CHAFEA = (Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency) az Európai Bizottság Fogyasztó-, Egészség-, Élelmiszerügyi és Mezőgazdasági Végrehajtó Ügynöksége; EBM = (evidence-based medicine) bizonyítékalapú orvoslás; EC = (European Commission) Európai Bizottság; ECDC = (European Centre for Disease Prevention and Control) Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ; FGM = (female genital mutilation) a női genitáliák csonkítása; HIV = humán immundeficienciavírus; EU = (European Union) Európai Unió; EUR-HUMAN = European Refugees – Human Movement and Advisory Network; MCPRC = (Model of Continuity of Psychosocial Refugee Care) a menekültek folyamatos pszichoszociális támogatási modellje; MHPSS = (Mental Health and Psychosocial Support) mentális egészségügyi és pszichoszociális támogatás; NGO = (nongovernmental organization) civil szervezet; PFA = (Psychological First Aid) lelki elsősegély; PHC = (primary health care) egészségügyi alapellátás; PLA = (Participatory Learning & Action) részvétel a tanulásban és cselekvésben; POE = (port of entry) belépési pont; STD = (sexually transmitted disease) nemi úton terjedő betegség; UNHCR = (United Nations High Commissioner for Refugees) az Egyesült Nemzetek Szervezetének Menekültügyi Főbiztossága; WHO = (World Health Organization) Egészségügyi Világszervezet; WP = (work package) munkacsomag

Magyarország a II. világháborút követően csak az 1990-es években lezajlott úgynevezett délszláv háborúk során fogadott be nagyobb számban menekülteket [1]. Az azt követő évtizedekben országos szinten is elég volt néhány tábor a hazánkban menekültjogi státuszért folyamodók elhelyezésére.

A magyar orvosi szakirodalomban 2016 elején jelent meg a menekültek ellátásával foglalkozó első közlemény, amelynek folytatása azóta sem volt [2]. Ebben az időben nemzetközi szinten már élénken foglalkoztak a menekültek ellátásának helyzetével, megfogalmazva az igényt a feladatok nagy részét ellátó háziorvosok megfelelő felkészítésére [3–5].

A 2015-ös év elején soha nem látott méretű menekültáradat indult el Európa felé. A háborútól és/vagy nyomortól sújtott közel-keleti (Irak, Szíria), ázsiai (Afganisztán) és afrikai országokból 2015-ben 1 255 600-an folyamodtak hivatalosan menekültstátuszért az EU tagállamaiban, de a valóban ide érkezettek száma ennél lényegesen több lehetett [6]. A menekültek legnagyobb része szárazföldön érkezett Törökországon át, és Görögország területén lépett be az EU területére (POE – port of entry), míg a Földközi-tengeren áthajózók főleg

Olaszországban, kisebb részben Spanyolországban szálltak partra [7].

A különböző kormányok – egységes EU-politika hiányában – akkoriban még összehangolatlanul, a menekült tömegek nagyságától, országuk földrajzi helyzetétől és saját politikai preferenciáiktól függően reagáltak az eseményekre, általában jelentős késéssel. Egyes kormányzati intézkedések során a menekültek egészségügyi ellátásában, humanitárius és logisztikai támogatásában nyújtottak segítséget. Magyarországon óvatos becslések szerint is százezres nagyságú tömeg vonult keresztül, főleg Szerbia, kisebb részben Horvátország, Románia és Szlovénia felől lépve át a határt. Haladásuk következő állomása Ausztria volt, de voltak közöttük olyanok is, akik Magyarországon kívántak menedékjogot kérni, gyakran családegyesítési céllal [8]. Átvonulásuk a 2015-ös év nyarán kulminált. Útjuk során, illetve ideiglenes letelepedési helyeiken (például Budapest több részén) önkéntes egészségügyiekből verbuválódott segítőkötől kaptak orvosi ellátást, civil, karitatív szervezetek által támogatva. Az országból kifelé, Ausztria felé irányuló távozásukhoz a hatóságok biztosítottak közlekedési eszközöket (vasút, autóbusz). A szervezetlen, ideiglenes elhelyezésekre jellemző volt a sátrak, a megfelelő szálláshely, a személyi biztonság hiánya, a túlszűfolttság, a rossz lakó- és életkörülmények.

Az európai országokba érkező menekültek sokféle ellátási igényét sehol sem tudták megfelelően kielégíteni, ennek több akadálya is volt: az orvosi ellátáshoz való hozzáférés nehézségei, a menekültek alacsony szintű egészségügyi ismeretei, szociális, vallási és nyelvi akadályok, főleg a különösen sebezhető csoportok (nők, gyermekek, idősek, krónikus betegek, fogyatékossgal élők) körében [2, 4].

Azon európai országok kormányai, amelyek a tömeges migrációban a leginkább érintettek voltak, nagyarányú egészségügyi intézkedéseket tettek a több tízezres tömegek ellátására, a helyi civil szervezetek (NGO) jelentős támogatásával, de így tettek az úgynevezett „balkáni út” egyes állomásain a szerb, a horvát és a szlovén hatóságok is. Az úgynevezett „célállamok” közül Ausztria, Németország, Svédország és Franciaország az oda érkezett, letelepülni akarók egészségügyi ellátását elsősorban az ottani alapellátás keretében képzelte el, ami a házi orvosokat komoly szakmai kihívás elé állította, a mennyiségében is jelentősen megnövekedett feladataik mellett.

A menekültek fő egészségi problémái a hazai háborús helyzetből és az utazás során őket ért pszichés traumákból adódtak, ideértve a sürgős helyzetek miatti kapkodást, az utazás „időkényszerét”, a nyelvi és kulturális különbségeket, a folyamatos orvosi ellátás hiányát. A már meglévő krónikus betegségek mellett a baleseti sérülések, a pszichés stressz, a hypothermia és az égési sérülések szintén idetartoznak [4, 5].

Az Európai Bizottság (European Commission) illetékes testületei 2015 végén pályázati felhívást bocsátottak ki az alapellátásban működő és a menekültek egészség-

ügyi ellátásában részt vevő szakemberek szakmai, módszertani támogatására (*Specific Call HP-HA-2015; Topic: ‘Support Member States under particular migratory pressure in their response to health related challenges’* címmel). A projekt lebonyolítását a CHAFEA (Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency) koordinálta. A projektjavaslat elfogadása után indult el az egy évre finanszírozott (2016. január–december) EUR-HUMAN (EUropean Refugees – HUman Movement and Advisory Network) projekt, a heraklioni egyetem vezette konzorciumban [9].

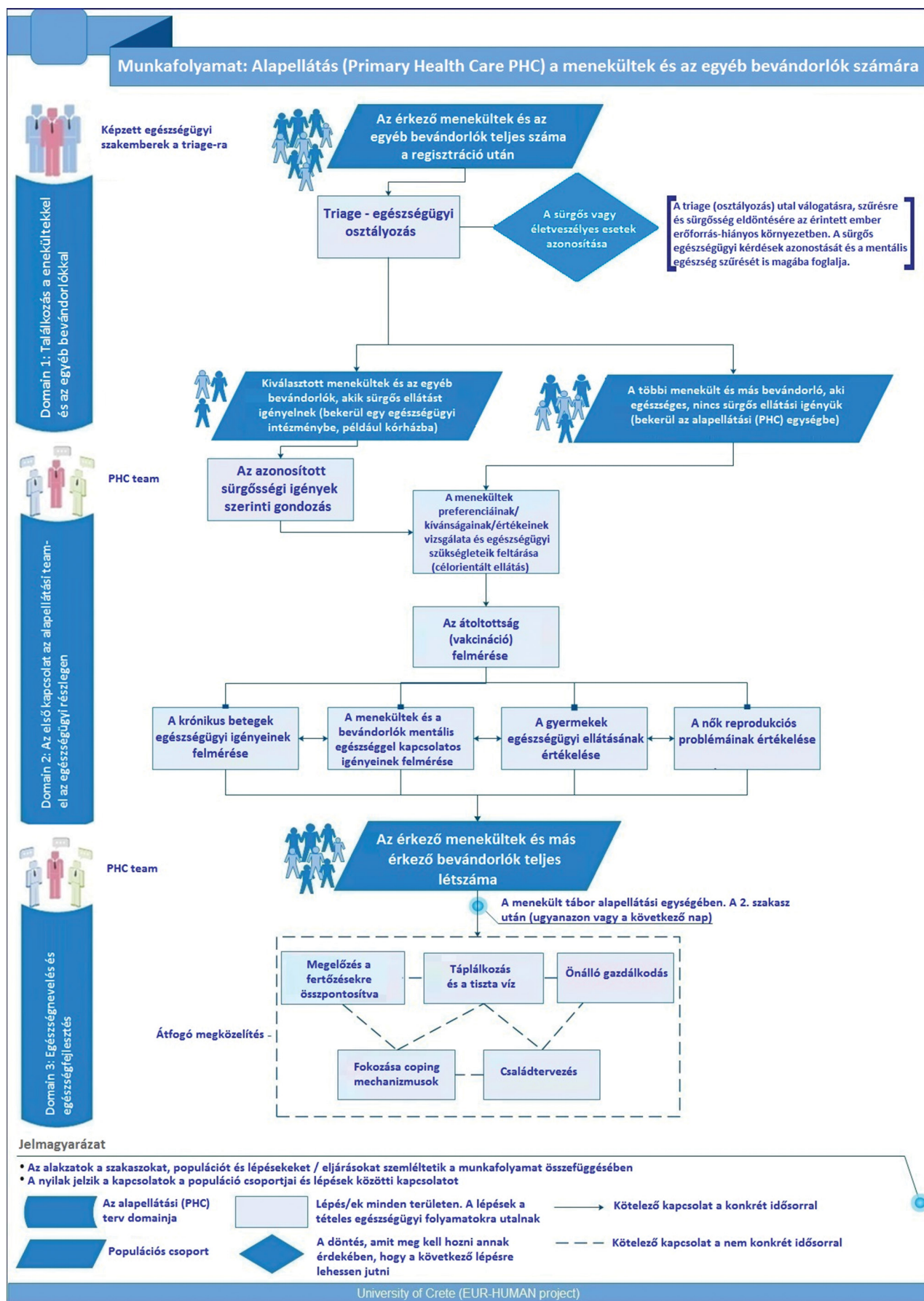
A jelen közlemény célja a projekt rövid bemutatása, további ismeretek szerzésére alkalmas információs források (portálok) megismertetése, a menekültek ellátására vonatkozó gyakorlati tapasztalatok összefoglalása, a hazai viszonyokra vonatkozó értelmezése, kizárólag orvosszakmai alapon.

Módszerek és eredmények

Igen fontos az eredményes kommunikáció és kapcsolatépítés az érdekeltekkel (menekültek, szakmai és karitatív szervezetek, hatóságok). Ebben a kommunikációban a nyelvi és az értelmezési nehézségek leküzdésére, a menekültek környezetében elvégzett kvalitatív kutatásra a PLA (Participatory Learning and Action) módszerét találták a legalkalmasabbnak, amellyel dialógusokat lehet folytatni [4, 10, 11]. Az ábrák és képes figurák használatával a résztvevők igen eltérő egészségügyi ismereteit és igényeit is fel lehet mérni, alkalmas a nyelvi korlátok kikerülésére, különböző kulturális hátterű, életkorú emberekkel való kommunikációra. A résztvevők kis *post-it* lapokra lerajzolják gondolataikat, igényeiket, amelyeket a szekció facilitátorként is működő moderátora értelmez és rögzít. Beszélgetéseket kezdeményez velük, ha szükséges, tolmács bevonásával, hogy saját gondolataikat is spontán előhozzák. A módszert a kréti egyetem kutatói Lesbosz szigetén alkalmazták a projekt során.

Magyarországon a bicskei táborban a Debreceni Egyetem munkatársai tartottak foglalkozást, amelyen 34 menekült vett részt 4 országból (Afganisztán, Egyiptom, Irak, Szíria), arab és fárszi nyelvű tolmácsolás segítségével. A résztvevők beleegyezési nyilatkozatot is kitöltöttek, amelyet az angol mellett már mindkét nyelven korábban kidolgoztak számukra.

Szükség volt a személyes szakmai tapasztalatok megismerésére is, így online kérdőív kitöltésére vonatkozó felkérést küldtünk szét tíz magyar kollegának, akikről tudtuk, hogy a 2015-ös „nagy hullám” során önkéntesként külföldön vagy itthon részt vettek menekültellátásban, vagy azóta is részt vesznek önkéntesként segítve az állami ellátókat. Közülük 6-an töltötték ki a webes kérdőívet. A többi partnerországban is megtörtént ugyanez, bevonva a már korábban is aktív szervezeteket, NGO-kat (például UNHCR, Red Cross [Nemzetközi Vöröskereszt], Médecins Sans Frontières [Orvosok Határok Nélkül], Médecins du Monde [A Világ Orvosai]).



1. ábra | A menekültek ellátására a projekt által kidolgozott és felhasználásra ajánlott folyamatára magyar nyelvű változata

Szisztémás irodalomkutatás is történt, korábban megjelent publikációkat keresve 6 nagy adatbázisban (PsychINFO; Sociological Abstracts; Cochrane; Pilots; PubMed; Embase). Az ezekből származó információk beépültek a későbbi oktatási anyagokba. A bizonyíték-alapú (EBM) útmutatók és egészségügyi szakembereknek szóló oktatási anyagok kidolgozásának koordinálását az Athénban tartott Expert Consensus Panel segítette, ahol egyeztették legjobb gyakorlatról, módszerekről, az első befogadóhelyen, a tranzit- és a hosszú távú táborokban nyújtandó szolgáltatásokról szerzett tapasztalatokat.

Az értekezlet egyik konkrét eredménye az ellátási folyamatra javaslat volt, amelynek magyar nyelvű változatát mutatjuk be az *I. ábrán*.

A projektben megkülönböztetett figyelmet fordítottak a menekültek mentális egészségére, a pszichés állapot gyors felmérésére, a gyors szűrési módszerek (rapid assessment) kialakítására és tesztelésére, a mentális támogatás megfelelő (triage) formájának kialakítására. A mentális állapot gyors felmérésének és a szükséges intervenció alkalmazásának protokollja is kidolgozásra került (PFA – Psychological First Aid). A megfelelő támogatási modell, az MCPRC (Model of Continuity of Psychosocial Refugee Care) [12] alkalmazható módszereit is kidolgozták, illetve adoptálták a MH and a Psychosocial Support (MHPSS) elemeivel együtt [13].

Végül a bécsi egyetem munkatársainak vezetésével elkészült az alapellátásban dolgozók számára az oktatási anyag, elsősorban – de nem kizárólagosan – orvosok továbbképzésére. Ezt a részt vevő országok munkatársai lefordították a nemzeti nyelvükre, hazai körülményeikhez és jogi környezetükhöz adaptálták. Előzetes regisztrálás után egy holland weblapon keresztül lehetett a kurzust teljesíteni, amelyről az elvégzők tanúsítványt kaptak. A weblap 2016. október végén indult és 2017. január 3-ig működött. Ezalatt közel 400 egészségügyi dolgozó regisztrált, és ezek harmada eredményes vizsgával be is fejezte a képzést. Átlagosan 16 órára volt szükség az anyag értelmezésére, feldolgozására és a vizsgára. Magyarországról 88-an regisztráltak, 16-an vizsgáztak sikeresen. Az oktatási anyag ma is elérhető mind a 6 részt vevő ország nyelvén [14]. A Magyarországról regisztrált és sikeresen tesztvizsgát tett 10 magyar háziorvosnak a képzést az OFTEX portálon 20 továbbképzési pontra akkreditáltatta a Debreceni Egyetem.

Ezt követően az online anyag felhasználásán alapuló szakmai képzést 6 országban folytatták le személyes oktatás során. Célja az volt, hogy gyarapítsa az ismereteket a különféle szakemberek (háziorvosok, közösségi nővérek, szülésznők, védőnők, szociális munkások) és a menekültek között lévő egészségügyi végzettségűek körében. Hazánkban ezt az oktatást a BÁH által szerződött egészségügyi szolgáltatók végezték el, az ellátást végző ugyanezen szakmai körben. A magyar egészségügyi személyzet számára fontosabb információkat a következőkben foglaljuk össze.

Az ellátás folyamatossága

Lényeges ennek megfelelő dokumentálása. Alkalmas erre a Nemzetközi Migrációs Szervezet (International Organization of Migration) Egészségügyi Nyilvántartó Könyve (Health Record Book), amelyben összefoglalhatók a rendelkezésre álló egészségügyi adatok. A kérdések angolul és arabul is megtalálhatók, így hasznos lehet a bevándorlók/menedékkérők első anamnézisének felvételében [15]. A kézikönyv magyarázatokat is tartalmaz az egészségügyi dokumentáció minden fejezetével kapcsolatban [16], és magyar nyelven is elérhető [17].

Fontos, hogy az egészségügyi dokumentáció lehetőleg angol és nem (csak) a nemzeti nyelven készüljön. A menekültek gyakran nem beszélnek az adott ország nyelvét, és mivel mozgásban lévő lakosságcsoporthoz tartoznak, fontos, hogy az egészségügyi szolgáltatók más országokban is értelmezni tudják a dokumentációt. A kézikönyv az angolon kívül más nyelveken is elérhető [18]. Célszerű az univerzális (nemzetközi) kódok használata a betegségekre/gyógyszerekre és védőoltásokra. Az ellátás folyamatosságának (continuity of care) megteremtése a cél, ugyanakkor ez komoly kihívás az eltérő dokumentációs és monitoring rendszerek miatt. Egyes EU-országokban az újonnan érkezett menekültek és bevándorlók számára kötelező a kezdeti egészségügyi vizsgálat, míg másokban nem. Ezeknek a vizsgálatoknak a tartalma sincs összehangolva egymással, sem országok között, de még országon belül se mindig. Amikor a menekültek először látogatják meg háziorvosukat, az egészségügyi dolgozóknak nincs hozzáférésük az első egészségügyi vizsgálatot végző befogadóközpontban keletkezett korábbi adatokhoz.

A hatályos hazai jogszabályok szerint minden, Magyarország területén tartózkodó személy részére a jogviszony előzetes igazolása nélkül biztosítani kell a kötelező védőoltást, a járványügyi érdekből végzett szűrővizsgálatot, a kötelező orvosi vizsgálatot, – amennyiben szükséges – a járványügyi elkülönítést, a fertőző betegek szállítását, valamint a mentést, illetve sürgős szükség esetén a külön jogszabályban meghatározott ellátásokat. Valamennyi magyarországi menedékkérő esetében elrendelésre kerülnek az alábbi betegségeket, kórokozóhordozó állapotokat feltáró szűrővizsgálatok: tuberkulózis, HIV-fertőzés, luesz/szifilisz, hastífusz és paratífusz baktériumhordozó állapot, hepatitis B irányában.

A MEDBOX Clinical Guideline honlapon sokféle betegségről található klinikai irányelvek [19]. Mivel fontosak a beteg ismeretei saját betegségéről, különösen akut helyzetekben használható jól a link, amely beteg-tájékoztatókat tartalmaz több kórképről, illetve egészség-gel kapcsolatos kérdéseket ismertet angol, arab, német, orosz, spanyol és török nyelven [20]. Természetesen a magyar egészségügyi szakmai irányelveket is figyelembe kell venni az ellátás során [21].

Fertőző megbetegedések

A migránsok talán jobban ki vannak téve a kockázatnak, többnyire sérülékenyebbek, mint az EU országainak lakossága. A legfontosabb kórképeket az ECDC kiadványa tartalmazza [22]. A többnyire túlszűfolt szállásokon, hiányos higiénia mellett számolni kell tetvek és/vagy bolhák megjelenésével, amelyek fertőző megbetegedések vektoraiként is szerepelhetnek, illetve atkák (rüh) terjedésére, amelyektől az átlagos hazai viszonyok között már elszoktunk. Előfordulhat *morbilli*, *varicella*, *influenza*, de akár *tbc*, *meningococcus* is.

A migrációval kapcsolatos fertőző megbetegedéseket további ECDC-publikációk is összegezték [23, 24]. A menekültek/migránsok között olyan betegségek is fel léphetnek, amelyeket a nem elegendő immunizáltságuk okoz, és amelyek ellen a Magyarországon hosszabb ideje élő emberek többnyire védettek, mint például a gyermekbénulás, diftéria, kanyaró, de a hepatitis B is. Magukkal hozhatnak hazájukból ott endémiás, de Magyarországon csak orvosi könyvekből ismert betegségeket (*schistosomiasis*, *gardiasis* és egyéb parazitás kórképeket), de a gyermekbénulás és a malária sem ritka [2]. Nemzetközi vonatkozásban a World Health Organization Europe kiadványa, a *Gyakori kérdések migrációval és egészséggel kapcsolatban* érhető el angolul [25].

Elsőbbséget kell biztosítani a könnyen terjedő és/vagy súlyos fertőző betegségeknek; ha lehetséges, kombinált oltóanyagokat kell használni. Ha egy vakcinából hiány van, elsőbbséget kell biztosítani a gyermekeknek.

A megfelelő dokumentálás nagyon fontos, amelyen egyértelműen szerepelnie kell az oltott személy családi és utónevének, születési idejének (lehetőleg a hónap nevének és nemcsak számának megadásával), angol nyelven, latin betűkkel, esetleg még más nyelven is, továbbá azonosítási (a nyilvántartási, vagy a biztosítási igazolvány, ezek hiányában az útlevél) számának egyaránt.

A kultúra relevanciája

Az orvosi gyakorlatban ennek fontosságát csak más kultúrkörből érkezők esetén tudjuk megérteni. Egyszerű példa erre, hogy muszlim nővel kezdet fogni üdvözlés céljából vallási okból nem engedélyezett, a szemkontaktust is kerülni kell.

Nőgyógyászati vizsgálatnál kísérő (női) családtag jelenléte szükséges. Vizsgálatot csak női orvos/egészségügyi dolgozó végezzen, vallási és kulturális okokból. A fiatal lányokkal folytatott nőgyógyászati témájú beszélgetéseket is csak az anya jelenlétében lehet végezni; részletes magyarázatok szükségesek minden vizsgálati módszerhez, kezeléshez. Fiatal (még nem házas) nők és a lányok esetén szükséges vizsgálatoknál inkább a hasi ultrahangra kell törekedni, elkerülendő a hüvelyi vizsgálatot. Az ép szűzhártya megléte nagyon fontos. A szexualitással és a szexuális élményekkel kapcsolatos kérdéseket

nem szabad feltenni, a kultúrát és a vallást mindig figyelembe kell venni.

Ezekben a kultúrkörökben a betegségeket családi/közösségi szinten közelítik meg, mindenkit igyekeztetve bevonni a kezelésbe, ideértve az orvosi vizsgálatot is. Általában nem kérdezik az orvostól, ugyanakkor várják kérdéseit, bár a válaszaik sokszor nem direkttek.

Másként ítélik meg a halál kérdését, sokkal természetesebbnek véve, mint az úgynevezett „nyugati” kultúrkör, bár a gyász sokkal látványosabban fejeződik ki. Gyakoribb az öngyógyítás, és nagyok lehetnek a nemzetek közötti különbségek, alapvetően a származási ország gazdasági helyzete és államalakulata, illetve az oktatás elterjedő színvonala miatt.

Reproduktív egészség

Jelentőségét az adja, hogy a tapasztalatok szerint a legtöbb menekültcsoport háromnegyedét nők és gyermekek alkotják, közülük körülbelül 30% serdülő. A nők nagy része élete reproduktív szakaszában van (15–45 év közötti), a fogamzóképes korú nőknek mintegy 20%-a terhes [26]. Kényszerprostitúció a menekültek hazájában is zajlik, a nők részint a származási ország rituáléi alapján, részint erős nyomás hatására kényszerülhetnek ebbe a helyzetbe. Emberkereskedők is kényszeríthetik prostitúcióra a nőket „tartozásaik” ledolgozása végett.

A jó higiéniai feltételek megteremtése a menekülttáborokban nagyon nehéz. A menedékkérőket gyakran önkéntesek támogatják, akik nem mindig képesek őket optimálisan tájékoztatni.

A migráció forrásországaiban több száz millió azon asszonyoknak a száma, akik szeretnének élni a hatékony védekezés vagy a terhességmegszakítás lehetőségével, de nincsenek meg az eszközeik, hogy ezt megtegyék. Nem adták sem a biztonságos anyaság, sem a családtervezés feltételei, nem beszélve a szexuális úton terjedő fertőzések megelőzéséről, a nemi erőszak veszélyéről, az egészségügyi ismeretek hiányáról, ideértve a higiénés ismereteket és a biztonságos fogamzásgátlásra vonatkozó ismereteket. Arról is tájékoztatást kell adni, hogy a fogamzásgátlás és – bizonyos korlátozások mellett – az abortusz nem tiltott az európai kultúrkörben.

A fiatal (18 év alatti) nők szülése kockázatosnak minősül, mert szervezetük még felkészületlen lehet a szülésre. A szülés utáni depresszió kockázata szignifikánsan magasabb a nehéz élethelyzet miatt. A fiatalkori terhesség valószínűsége magasabb azon menedékkérők esetében, akiket gyermekként kényszerítettek a házasságra. Gyakran nem vallják be a lányok/nők valódi korát. Lehetséges, hogy a nő még soha nem vett részt korábban orvosi vizsgálaton, esetleg még kórházat sem látott belülről. A terhesség alatti egészséges étel-fogyasztás, a baba és a kisgyermek megfelelő táplálása nehezen valósítható meg a helyi élelmiszerek és főzési szokások alapos ismeretének hiánya, valamint pénzügyi nehézségek miatt. Ramadán

idején a várandós és a szoptató nők felmentést kapnak a böjt alól [26].

Az anyák gyakran kívánnak a higiéniáról és a premenstruációs szindrómáról beszélgetni. Az ép szűzhártya kímélése miatt kerülendő a tampon. Nagyon nehéz a nők és a lányok számára, hogy visszaemlékezzenek az utolsó vagy az első menstruáció dátumára, mert a saját országukban nem jellemző a mensesnaptár vezetése, ezért ennek módját részletesen el kell magyarázni.

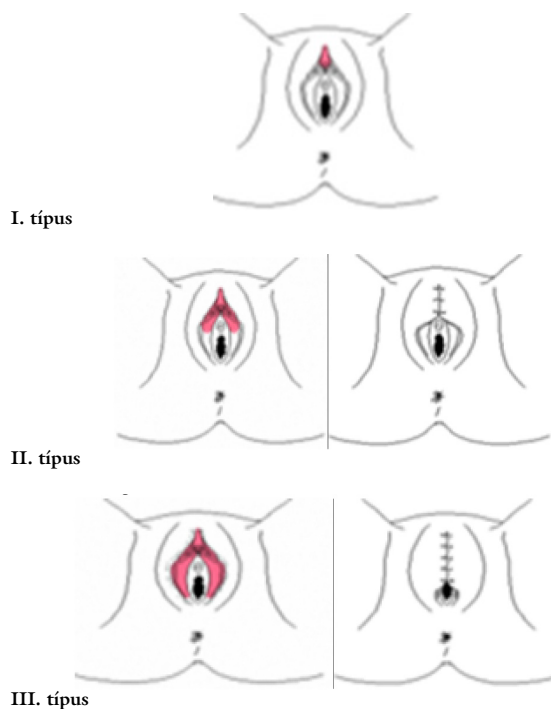
Ha a nők már a menopauzába léptek, tisztázzuk, hogy lemondtak-e már a további gyermekvállalásról.

A fogamzásgátlás és a családtervezés a legtöbb a nő és férfi számára ismeretlen és homályos kérdés, gyakran félreértik. Ezért fontos, hogy elmagyarázzuk, mit is jelent. Az ajánlott fogamzásgátló módszereket meg kell vitatni a férjjel. Az óvszer tabutéma, számukra a törvénytelen szexre utal. Csak akkor jöhet szóba, ha a nő nem tolerál más fogamzásgátló módszereket. Azt is szükséges elmagyarázni, hogy az óvszer az egyetlen fogamzásgátló, amely véd a HIV-vel szemben, és csökkenti az STD kockázatát is. Ha az egyik fogamzásgátló módszer nem működik jól, próbáljon ki egy másikat. Az „esemény utáni tableta” ismeretlen sok nő számára, fontos elmondani, hogy miben különbözik a „normális” tablettától. Tájékozódni kell a nők által használt hagyományos fogamzásgátlási módszerekről (különleges gyógynövények stb.) és tudatosítani, hogy a természetes módszerek nem biztonságosak, nem akadályozzák a szexuális úton terjedő betegségek terjedését. A szoptatás és a fogamzásgátlás körül sok mítosz és babona kering. Fontos elmagyarázni, hogy a szoptatás nem megbízható fogamzásgátló módszer.

A női nemi szerv csonkítása

A női genitáliák csonkítása (FGM – female genital mutilation) eléggé gyakori bizonyos muszlim országokban. Szexuális és tradicionális, higiéniai/vallási, gazdasági, egészségügyi okok, mítoszok állnak mögötte. Az FGM akut szövődményei vérzés, sokk, vizelet-visszatartási nehézségek, fertőzések, akut pszichés traumák lehetnek, míg a krónikusak között szexuális problémák, menstruációs zavarok, húgyúti szövődmények, vizelet- és székletinkontinencia, kismencedei gyulladás, hegesezés és hosszú távú pszichés hatások fordulhatnak elő. *Refibulatio* során, a szülést követően a hüvelyt úgy varrják össze, hogy csak egy kis nyílás maradjon. A *defibulatio* az infibulatio visszafordítása, amikor műtéti eljárással kinyitják a zárt hüvelyt, közösülés igénye vagy szülés miatt.

Az FGM leggyakoribb formáit (I., II., III. típus) a 2. ábra mutatja be. Az FGM III. típusa esetén gyakori a nagyon fájdalmas és elhúzódó (1–2 hétig tartó) menstruációs vérzés, emiatt fájdalomcsillapítókra is szükség lehet. Egy esetleges *defibulatio* megfontolandó. A IV. típusba sorolják a korábbiakkal eltérő gyakorlatot, például piercing, a csikló vágása vagy szakítása.



2. ábra A női nemi szervek csonkításának (FGM) leggyakoribb technikái
I. típus: „Clitoriseltávolítás”: a fityma eltávolítása a csikló egészével vagy egy részével
II. típus: „Kímetszés”: a csiklócsúcs és a fityma együttes eltávolítása a kis szeméremajkak egy részével vagy teljes egészével és a húgycsőig történő bevarrása
III. típus: „Infibulatio”: az FGM legszörnyesebb formája, még a „fáraók” idejéből – a csiklócsúcs és a kisajkak teljes eltávolítása, valamint a nagyajkak belső oldalának eltávolítása, majd a vulva mindkét felének összevarrása

Mentális problémák

A migrációval kapcsolatosan gyakran alakul ki akut stresszreakció és/vagy poszttraumás stressz szindróma, amelynek tünetei esetleg csak hónapokkal később kezdődnek: kognitív (koncentrációs) nehézség vagy mentális problémák (dühkitörések, rémálmok, negatív emlékek újrajátszása, depresszió, érzelmi labilitás, viselkedési zavarok) és fizikai tünetek (izzadás, hasmenés, fejfájás, keringési zavarok) formájában. Ezek a tünetek sajnos gyakran alulértékelték a főleg szomatikus ellátásra számító háziorvosoknál [27]. A tervezett migráció előkészítése, az érzézés fázisai, az első élmények a tranzit- vagy célországban, a saját és a családi élet átszervezése, a szerepek újraosztása is komoly mentális megterhelést jelent, még egészséges pszichéjű embereknek is.

Az érintett személyeknek, amennyiben pszichiátriai intervenciót mégsem igényelnek, úgy elsősorban a kiegyensúlyozott életvezetésre, táplálkozásra, mozgásra vonatkozó tanácsokat kell adni. A pszichés traumán átesettekkel komoly empátiával, együttérzéssel kell foglalkozni, hagyva az események spontán elmesélését, tartózkodva a kérdezősködéstől, kíváncsiskodástól, a helyzet, az események szubjektív megítélésétől, ugyanakkor felajánlva a helyzetspecifikus segítséget is.

Gyermekegészség

A már említett fertőző megbetegedések mellett a menekült gyermekek vagy fiatalok krónikus betegségektől éppúgy szenvedhetnek, mentálisan sérültek vagy mozgásukban fogyatékosak lehetnek. A menekülés miatt a korábbi kezeléseik megszakadnak. Időnként a betegségek háttere nem egészen tisztázott, illetve az orvosi dokumentációk az útjuk során megsemmisülnek vagy erősen megrongálódnak, esetleg nem érhető számunkra. Nem ritkán gyermekeik betegsége miatt hagyják el a családok a háborús övezeteket. Mindenüket eladva menekülnek, így a visszatérés teljesen reménytelen. Ha a nyugati egészségügy iránt felfokozott elvárásokkal érkeznek, az itteni kezelésekről az elképzeléseik nem reálisak, így gyakran érheti csalódás őket. A menekült gyermekeknek a korábbi élményeik kapcsán emocionális sérüléseik lehetnek, melyek diagnosztikája és kezelése a napi orvosi rutin számára gyakran túlságosan komplikált. Azonban néhány tünet jelenléte elegendő lehet a probléma felismeréséhez: bevizelés, széklettartási problémák, alvászavarok, a viselkedés megváltozása, depresszió, agresszió, étvágytalanság, iskolai problémák, a baráti és családi kapcsolatok meglazulása, önsértések, krónikus fejfájás, testszerte jelentkező fájdalmak, alkoholproblémák, ismétlődő ájulások, fokozódó gyengeség.

Krónikus megbetegedések és egyéb problémák

Tekintettel kell lennünk a korábban szedett, néha nehezen beazonosítható gyógyszerekre, az esetleg eltérő vagy nem ismert terápiás protollokra. Lehetőség szerint olyan kezelést állítsunk be, amelynek folytatására reális esély van.

Az Európába érkező migránsokat veszélyezteti a D-vitamin hiánya. A sötét bőrön át a napfény nehezebben hatol át és éri el a bőrnek a D-vitamin aktiválódásához szükséges rétegeit. A testet gyakran teljesen fedő ruházat is akadályozó tényező. Táplálkozási hiányállapotok, a nyugati étrend is hozzájárulhat a D-vitamin hiányához.

A képzés eredményességét és alkalmazhatóságát mind a 6 intervenciós országban az online kitölthető NoMAD kérdőív segítségével ellenőrizték [4, 28]. A bejelentkezést, illetve a kurzus befejezését követően a résztvevőket e-mailben kérték meg a kérdőív kitöltésére, az oktatási anyag általános szakmai, illetve a menekülteket ellátó munkakörnyezetben való hasznosságának értékelésére.

Megbeszélés

A menekültek ellátásának betegközpontúnak, együttérzőnek, empátikusnak és teljes körűnek kell lennie, ezért fontosak ezek az ismeretek, amelyeknek csak rövidített változatát tudtuk itt bemutatni.

Sajnálatosan rövid volt a projekt előkészítési ideje, több, a tapasztalatok alapján a migránsok célországának bizonyult ország alapellátási szakembereinek bevonására

is szükség lett volna. Sajnálatos az is, hogy a projekt lefolyása is rövid volt, az állandó időkényszer miatt több elem kidolgozásával sem lehettek elégedettek a résztvevők [29]. Ez vonatkozik az online oktatási anyag rövid elérhetőségére, bár a magyar kollegák számára ez továbbra is rendelkezésre áll [30]; még 2018-ban is lehet távoktatási továbbképzési pontokat szerezni ezzel az OFTEX portálon.

A magyar határokon kormányzati elhatározásból felépített ideiglenes kerítések, majd a később tökéletesített műszaki zár a tömeges beáramlást gyakorlatilag megszüntette. Korábban a menekültek azon részét, akik menekültügyi státuszért folyamodtak hazánkban, a déli határok mentén elhelyezkedő táborokban szállásolták el. Ittlétük alatt folyt a menekültstátuszért folyamodók kérelmének elbírálása. Azon kevesek, akik ezt megkapták, vagy letelepedtek az országban, általában a nyugati határon lévő nyílt táborban kaptak elhelyezést és pénzügyi ellátást. A tapasztalatok szerint az itt lakók előbb-utóbb továbbmentek, sokan anélkül, hogy az általuk kezdeményezett befogadási eljárás eredményét megvárták volna. A 2016-os év vége felé ezeket a táborokat bezárták.

Az EU és Törökország közötti 2016. márciusi megállapodás a szárazföldi migrációs útvonalat gyakorlatilag lezárta, a menekült emberek áradata csaknem teljesen elapadt, de a korábban érkezők közül még sokan tartózkodnak a balkáni államokban, akik később esetleg hazánkban is megjelenthetnek.

Jelenleg az orvosi alapszűrések (tüdő, fertőző megbetegedések) már a magyar déli határon megtörténnek, az ottani táborokban, és ott folyik a menekültstátusz elbírálása is. Bár jelenleg a magyar háziorvosok már nem találkoznak menekültekkel, úgy véljük, hogy a leírt információk számukra is hasznosak lehetnek akár itthon is, de más országokban végzett munkájuk során feltétlenül.

Anyagi támogatás: A szerzők anyagi támogatásban nem részesültek.

Szerzői munkamegosztás: R. I. a projekt magyarországi vezetője, D. Aarendonk, D. Ajdukovic, M. D., K. H., M. van den M. munkacsomag-vezetők. C. L. projektkoordinátorként irányította a többi szerzőtárs munkáját. A cikk végleges változatát a szerzők jóváhagyták, a külföldiek az angol nyelvű magyarázatokkal.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

Köszönetnyilvánítás

Itt köszönjük meg a korábbi BÁH (jelenlegi nevén: Bevándorlási és Menekültügyi Hivatal) vezetőinek, a bicskei menekülttábor parancsnokságának, a BÁH-hal szerződésben lévő egészségügyi szolgáltatóknak és a Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Védelem-egészségügyi Igazgatóságának segítségét. Örömmel adtuk át nekik későbbi munkájuk segítésére a projekt támogatásával megjelent oktatási és szemléltető anyagainkat [31].

Felelősségi nyilatkozat

„A közlemény tartalma a szerzők véleményét tükrözi, mely kizárólagosan az ő felelősségük; nem hozható összefüggésbe az Európai Bizottság és/vagy CHAFAEA – Fogyasztó-, Egészség-, Élelmiszerügyi és Mezőgazdasági Végrehajtó Ügynökség vagy egyéb Európai Uniói szervezet véleményével. Az Európai Bizottság és az Ügynökség nem vállal felelősséget az itt szereplő információk felhasználásáért.”



Co-funded by
the Health Programme
of the European Union

Irodalom

- [1] Szilárd I, Cserti A, Hoxha R, et al. International Organization for Migration: experience on the need for medical evacuation of refugees during the Kosovo crisis in 1999. *Croat Med J.* 2002; 43: 195–198.
- [2] Kóráz K. Asylum-seekers' mental and physical health problems: practices and recommendations. [A menedékkérők mentális és fizikai egészségproblémái: gyakorlatok és ajánlások.] *Orv Hetil.* 2016; 157: 23–29.
- [3] O'Donnell CA, Burns N, Mair FS, et al., on behalf of the RESTORE Team. Reducing the health care burden for marginalised migrants: the potential role for primary care in Europe. *Health Policy* 2016; 120: 495–508.
- [4] Lionis C, Papadakaki M, Saridakis A, et al. Engaging migrants and other stakeholders to improve communication in cross-cultural consultation in primary care: a theoretically informed participatory study. *BMJ Open* 2016; 6: e010822.
- [5] Pfortmueller CA, Schwetlick M, Mueller T, et al. Adult asylum seekers from the Middle East including Syria in Central Europe: what are their health care problems? *PLoS ONE* 2016; 11: 0148196.
- [6] EUROSTAT. Asylum in the EU member states. <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7203832/3-04032016-AP-EN.pdf/790eba01-381c-4163-bcd2-a54959b99ed6> [accessed: September 29, 2016].
- [7] UNHCR. <http://www.unhcr.org/5592bd059.pdf> [accessed: September 29, 2016].
- [8] Bevándorlási Hivatal. http://www.bmbah.hu/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=177&Itemid=1232&lang=hu [accessed: December 28, 2017].
- [9] <http://eur-human.uoc.gr> [accessed: January 7, 2018].
- [10] O'Reilly-de Brún M, de Brún T. The use of Participatory Learning & Action (PLA) research in intercultural health: some examples and some questions. *Translocations: migration and social change. Special Issue on Migration and Health, 2010.* <http://www.translocations.ie/docs/v06i01/Centre%20for%20Participatory%20Strategies.pdf> [accessed: June 25, 2016].
- [11] O'Reilly-de Brún M, de Brún T, Okonkwo E, et al. Using Participatory Learning & Action research to access and engage with 'hard to reach' migrants in primary healthcare research. *BMC Health Serv Res.* 2016; 16: 25.
- [12] IASC (Inter Agency Standing Committee). Mental health and psychosocial support in humanitarian emergencies: what should humanitarian health actors know? 2010. https://interagency-standingcommittee.org/system/files/legacy_files/MHPSS%20Protection%20Actors.pdf [accessed: June 25, 2016].
- [13] <http://eur-human.uoc.gr/work-package-5/> [accessed: January 7, 2018].
- [14] <http://eur-human.uoc.gr/online-courses/> [accessed: January 7, 2018].
- [15] http://ec.europa.eu/dgs/health_food-safety/docs/personal_health_record_english.pdf [accessed: January 7, 2018].
- [16] http://ec.europa.eu/dgs/health_food-safety/docs/personal_health_handbook_en.pdf [accessed: January 7, 2018].
- [17] http://ec.europa.eu/dgs/health_food-safety/docs/personal_health_handbook_hu.pdf [accessed: January 7, 2018].
- [18] http://ec.europa.eu/dgs/health_food-safety/dyna/enews/enews.cfm?al_id=1647 [accessed: January 7, 2018].
- [19] <https://www.medbox.org/clinical-guidelines/listing> [accessed: January 7, 2018].
- [20] <http://www.patienten-information.de/kurzinformationen/uebersetzungen> [accessed: January 7, 2018].
- [21] <https://kollegium.aeek.hu> [accessed: January 7, 2018].
- [22] <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Infectious-diseases-of-specific-relevance-to-newly-arrived-migrants-in-EU-EEA.pdf> [accessed: January 7, 2018].
- [23] <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/assessing-burden-disease-migrant-populations.pdf> [accessed: January 7, 2018].
- [24] http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/0907_ter_migrant_health_background_note.pdf [accessed: January 7, 2018].
- [25] <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues> [accessed: January 7, 2018].
- [26] Barnes DM, Harrison CL. Refugee women's reproductive health in early resettlement. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2004; 33: 723–728.
- [27] Torzsa P, Hargittay C, Kalabay L. The importance of anxiety and depression in family practice. [A szorongás és a depresszió jelentősége a családorvosi gyakorlatban.] *Neuropsychopharmacol Hung.* 2017; 19: 137–146. [Hungarian]
- [28] Finch TL, Rapley T, Girling M, et al. Improving the normalization of complex interventions: measure development based on normalization process theory (NoMAD): study protocol. *Implement Sci.* 2013; 8: 43.
- [29] van Loenen T, van den Muijsenbergh M, Hofmeester M, et al. Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe: a qualitative study on health needs, barriers and wishes. *Eur J Public Health* 2018; 28: 82–87.
- [30] www.fam.med.unideb.hu [accessed: November 5, 2017].
- [31] Educational handbook for Hungarian contributors in the primary health care of migrants. [EUR-HUMAN oktatási, továbbképzési kiadvány a magyar alpellátásban dolgozó egészségügyi szolgáltatók, elsősorban orvosok számára, akik részt vesznek a menekültek, menedékkérők és egyéb bevándorlók ellátásában.] Debreceni Egyetem, Debrecen, 2016. ISBN 978-963-318-614-5 [Hungarian]

(Rurik Imre dr.,
Debrecen, Móricz Zs. krt. 22., 4032
e-mail: rurik.imre@sph.unideb.hu)