



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ: 2022-2024

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Ο ρόλος κρατικών φορέων, ευρωπαϊκών και διεθνών οργανισμών και μη κυβερνητικών οργανώσεων στη διαχείριση των μεταναστευτικών και προσφυγικών ροών αναφορικά με την υγεία και τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα

Βαρβάρα Σκοπελίτου

A.M: 21082

Επιβλέπων:

Θεόδωρος Φούσκας

Επίκουρος Καθηγητής

ΑΘΗΝΑ

2024

Ο ρόλος κρατικών φορέων, ευρωπαϊκών και διεθνών οργανισμών και μη κυβερνητικών οργανώσεων στη διαχείριση των μεταναστευτικών και προσφυγικών ροών αναφορικά με την υγεία και τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα



UNIVERSITY OF WEST ATTICA
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH
DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH POLICY

POSTGRADUATE PROGRAM IN PUBLIC HEALTH (MSc)
SPECIALIZATION: PUBLIC HEALTH SCIENCE AND POLICY
ACADEMIC YEAR: 2022-2024

Master Thesis

The role of state institutions, European and international organizations and NGOs in the management of migration and refugee flows regarding health and public health in Greece

Barbara Skopelitou

RN: 21082

Supervisor:

Theodoros Fouskas

Assistant Professor

ATHENS

2024

Ο ρόλος κρατικών φορέων, ευρωπαϊκών και διεθνών οργανισμών και μη κυβερνητικών οργανώσεων στη διαχείριση των μεταναστευτικών και προσφυγικών ροών αναφορικά με την υγεία και τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ: 2022-2024

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Ο ρόλος κρατικών φορέων, ευρωπαϊκών και διεθνών οργανισμών και μη κυβερνητικών οργανώσεων στη διαχείριση των μεταναστευτικών και προσφυγικών ροών αναφορικά με την υγεία και τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα

Βαρβάρα Σκοπελίτου

A.M: 21082

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Επιβλέποντα

A/A	ΟΝΟΜΑ/ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Θεόδωρος Φούσκας	Επίκουρος Καθηγητής Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας Σχολή Δημόσιας Υγείας Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής	
2	Χαράλαμπος Οικονόμου	Καθηγητής Τμήμα Κοινωνιολογίας Σχολή Κοινωνικών Επιστημών Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών	
3	Ναΐρ-Τόνια Βασιλάκου	Καθηγήτρια Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας Σχολή Δημόσιας Υγείας Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής	

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Βαρβάρα Σκοπελίτου, με αριθμό μητρώου 21082 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Δημόσιας Υγείας του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

**Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι ... και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.*

Η Δηλούσα



*** Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα**

** Εάν κάποιος επιθυμεί απαγόρευση πρόσβασης στην εργασία για χρονικό διάστημα 6-12 μηνών (embargo), θα πρέπει να υπογράψει ψηφιακά ο/η επιβλέπων/ουσα καθηγητής/τρια, για να γνωστοποιεί ότι είναι ενημερωμένος/η και συναινεί. Οι λόγοι χρονικού αποκλεισμού πρόσβασης περιγράφονται αναλυτικά στις Πολιτικές του I.A. (σελ. 6).*

Copyright © Βαρβάρα Σκοπελίτου, 2024

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Δημόσια Υγεία του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, της Σχολής Δημόσιας Υγείας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας.

Περίληψη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:	Από το 2015 τα Κράτη-Μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης δέχθηκαν μεγάλο αριθμό μεταναστών και προσφύγων μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα. Η άφιξη πολιτών τρίτων χωρών (ΠΤΧ) έθεσε σημαντικές προκλήσεις για τις ελληνικές αρχές, διεθνείς οργανισμούς (ΔΟ), ευρωπαϊκούς οργανισμούς (ΕΟ), μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ) οι οποίοι κλήθηκαν να ανταποκριθούν τόσο στην ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη όσο και στην προστασία της Δημόσιας Υγείας στην χώρα.
ΣΚΟΠΟΣ:	Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει μέσω της εμπειρίας των επαγγελματιών παροχής υπηρεσιών υγείας στο πεδίο, το ρόλο κρατικών φορέων, ευρωπαϊκών και διεθνών οργανισμών και μη κυβερνητικών οργανώσεων στην πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας από ΠΤΧ.
ΜΕΘΟΔΟΣ:	Πραγματοποιήθηκαν α) βιβλιογραφική ανασκόπηση των σχετικών ερευνών στη προσπάθεια να αποσαφηνιστεί η παρεμπόδιση αυτών των πληθυσμών στη χρήση υπηρεσιών υγείας, και β) ποιοτική έρευνα μέσω ημι-δομημένων προσωπικών συνεντεύξεων. Το πληθυσμιακό δείγμα αποτελούνταν από εργαζόμενους στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας σε κρατικούς φορείς, ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς και ΜΚΟ.
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:	Παρά την προσπάθεια της χώρας να διασφαλιστεί η ισότητα πρόσβασης στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, ενυπάρχει μη ικανοποιητική ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας προς ΠΤΧ. Παρουσιάζονται ελλείψεις όσον αφορά την οργάνωση και τον συντονισμό των δομών, έλλειψη προσωπικού και ιατροφαρμακευτικού υλικού ενώ οι ΠΤΧ αντιμετωπίζουν γλωσσικά, νομικά και επικοινωνιακά εμπόδια με αποτέλεσμα την υποχρησιμοποίηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η εργασία των επαγγελματιών υγείας στο πεδίο παραμένει ακόμα αρκετά απαιτητική και μπορεί να οδηγήσει σε συμπτώματα επαγγελματικής εξάντλησης και συναισθηματικής εξουθένωσης.
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:	Η υψηλή ζήτηση υπηρεσιών υγείας λόγω των μεταναστευτικών-προσφυγικών ροών καθιστά επιτακτική την ανάγκη σχεδιασμού ενός βιώσιμου και μακροπρόθεσμου προγράμματος δημόσιας υγείας ενισχύοντας παράλληλα το εθνικό σύστημα υγείας. Το διαφορετικό νομικό πλαίσιο περίθαλψης για κάθε κατηγορία των νεοεισερχόμενων ΠΤΧ, η έλλειψη διερμηνέων, αποτελούν εμπόδια, ενώ είναι απαραίτητο να ενισχυθεί η ψυχοκοινωνική στήριξη των ΠΤΧ και η συνεχής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Η συνεργασία των ΜΚΟ, ΕΟ, ΔΟ και δημοσίων φορέων θα συνεισφέρει στην ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και την προστασία της δημόσιας υγείας.
ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ:	Ευρωπαϊκοί Οργανισμοί, Διεθνείς Οργανισμοί, Κρατικοί Φορείς, ΜΚΟ, μετανάστες, πρόσφυγες, αιτούντες άσυλο, Ελλάδα, υγεία, επαγγελματίες υγείας, φροντίδα υγείας

Abstract

INTRODUCTION:	Since 2015, EU Member States, including Greece, have received a large number of immigrants and refugees. The arrival of third country nationals (TCNs) posed significant challenges for the state agencies, international organizations (IOs) and European organizations (EOs), non-governmental organizations (NGOs) who were called upon to respond both to their medical care and to the protection of Public Health in the country.
SCOPE:	The purpose of this thesis is to investigate, through the experience of health service professionals in the field, the role of state agencies, European and international organizations and non-governmental organizations in the access and use of health services by third country nationals.
METHODS:	a) A literature review of relevant researches in an attempt to clarify the hindrances of these populations towards the use of health services and b) qualitative research via semi-structured personal interviews, were carried-out. The population sample consisted of workers in the field of health service provision in state agencies, European and international organizations and NGOs.
RESULTS:	Despite the country's effort to ensure equal access to medical care, there is unsatisfactory quality in the health services provided to TCNs. There are deficiencies in terms of the organization and coordination of the structures, a lack of personnel and medical equipment, while the TCNs face language, legal and communication barriers resulting in the underutilization of primary health care services. The work of health professionals in the field is still quite demanding and can lead to symptoms of burnout and emotional exhaustion.
CONCLUSIONS:	The high demand for health services due to migration and refugee flows makes it imperative to design a sustainable and long-term public health program while strengthening the national health system. The different legal framework of care for each category of newly arriving TCNs, the lack of interpreters, comprise obstacles, while it is necessary to strengthen the psychosocial support of TCNs and the continuous training of health professionals. The cooperation of NGOs, EOs, IOs and state agencies will contribute to the improved quality of health services provided and the protection of public health.
KEYWORDS:	European Organizations, International Organizations, State Agencies, NGOs, immigrants, refugees, asylum seekers, Greece, health, health professionals, health care

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση αυτής της μεταπτυχιακής διατριβής, αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω την ειλικρινή μου ευγνωμοσύνη σε όσους με υποστήριξαν και με βοήθησαν καθ' όλη τη διάρκεια της ακαδημαϊκής μου πορείας.

Πρώτα απ' όλα, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου, τον κ. Θεόδωρο Φούσκα, Επίκουρο Καθηγητή Κοινωνιολογίας με έμφαση στη Μετανάστευση και τη Δημόσια Υγεία στο Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, για την πολύτιμη καθοδήγηση, τη συνεχή υποστήριξη και την αφοσίωσή του στην πορεία αυτής της εργασίας. Οι συμβουλές και η καθοδήγησή του αποτέλεσαν θεμέλιο λίθο για την ανάπτυξη και την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

Ευχαριστώ θερμά τα μέλη της επιτροπής αξιολόγησης, και συγκεκριμένα την κ. Ναϊρ-Τώνια Βασιλάκου, Καθηγήτρια Διατροφής Ειδικών Πληθυσμιακών Ομάδων και Δημόσιας Υγείας στο Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, καθώς και τον κ. Χαράλαμπο Οικονόμου, Καθηγητή Κοινωνιολογίας και Πολιτικής του Παντείου Πανεπιστημίου, για τον χρόνο τους και τις εύστοχες παρατηρήσεις τους, που συνέβαλαν στην περαιτέρω βελτίωση του έργου μου.

Θα ήθελα, επίσης, να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην οικογένειά μου για την αμέριστη στήριξη καθ' όλα τα χρόνια των σπουδών μου. Η αγάπη και η κατανόησή τους αποτέλεσαν πηγή δύναμης και έμπνευσης.

Ειδικές ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω στον σύντροφο και συνοδοιπόρο μου, Θεμιστοκλή, για τη διαρκή του παρουσία, την αμέριστη στήριξη και την πολύτιμη συνεισφορά του σε κάθε βήμα αυτής της πορείας. Η συμπαράστασή του υπήρξε ανεκτίμητη και αναντικατάστατη.

Θα ήθελα να κλείσω με λόγια του Νίκου Καζαντζάκη: *«Η κορφή είναι για μας το νόημα της ζωής, μα κάθε βήμα μας ανηφορίζοντας πρέπει να 'χει νόημα, να μας γιομώνει χαρά και δύναμη»*. Εύχομαι ο δρόμος της γνώσης να είναι πάντα γεμάτος χαρά και προκλήσεις που θα μας κάνουν καλύτερους.

Με εκτίμηση,
Βαρβάρα Σκοπελίτου

Περιεχόμενα

Περίληψη	6
Abstract	7
Ευχαριστίες	8
Περιεχόμενα.....	9
Κατάλογος Συντομογραφιών	12
Κατάλογος Πινάκων	12
Κατάλογος Διαγραμμάτων.....	13
Κατάλογος Γραφημάτων.....	13
Εισαγωγή.....	14
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	17
Κεφάλαιο Πρώτο:	18
1. Θεωρητικό πλαίσιο	18
1.1. Μετακινούμενοι πληθυσμοί προς στην Ελλάδα: Μετανάστευση και εκτοπισμός	18
1.2. Η κατάσταση της υγείας των μετακινουμένων πληθυσμών	21
1.2.1. Κοινωνικοί καθοριστές της υγείας στον πληθυσμό των ΠΤΧ.....	24
1.3. Η κατάσταση υγείας στις χώρες καταγωγής	25
1.4. Το δικαίωμα πρόσβασης στην υγεία στην εθνική, ενωσιακή και διεθνή έννομη τάξη.....	28
1.4.1. Θεσμικό πλαίσιο -Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε ΠΤΧ στην Ελλάδα	30
1.5. Μετακινούμενοι πληθυσμοί, κρίση υποδοχής του 2015 και υγεία	32
1.6. Δομές Φιλοξενίας ΠΤΧ στην Ελλάδα και υγεία.....	33
1.7. Προκλήσεις των εργαζομένων στις δομές φιλοξενίας	34
1.8. Φορείς υπηρεσιών υγείας σε ΠΤΧ: Ρόλοι και προκλήσεις.....	35
1.8.1. Κρατικοί φορείς υπό το πλαίσιο Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας.....	35
1.8.2. Διεθνείς Οργανισμοί	42
1.8.3. Ευρωπαϊκοί οργανισμοί	48
1.8.4. Μη κυβερνητικές οργανώσεις.....	53
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	62
Κεφάλαιο Δεύτερο:	63
2. Μεθοδολογία	63
2.1. Σκοπός και Στόχοι Έρευνας	63

2.2.	Ερευνητικές Μέθοδοι.....	65
2.2.1.	Ανασκόπηση βιβλιογραφίας	66
2.2.2.	Περιγραφή στρατηγικής αναζήτησης	66
2.2.3.	Κριτήρια εισόδου-αποκλεισμού μελετών	69
2.2.3.1	Κριτήρια εισόδου μελετών	69
2.2.3.2	Κριτήρια αποκλεισμού μελετών	69
2.2.4.	Τελική επιλογή μελετών συστηματικής ανασκόπησης.....	69
2.2.5.	Αξιολόγηση μεθοδολογικής ποιότητας ερευνών	71
2.3.	Ποιοτική έρευνα.....	72
2.3.1.	Ημι-δομημένες Συνεντεύξεις	72
2.3.2.	Χαρακτηριστικά και μέγεθος δείγματος.....	73
2.3.3.	Σχεδιασμός Οδηγού Συνέντευξης.....	74
2.3.4.	Προσέγγιση Δείγματος.....	75
2.3.5.	Ηθική της έρευνας.....	77
2.3.6.	Επεξεργασία δεδομένων: Απομαγνητοφώνηση συνεντεύξεων	78
	Κεφάλαιο Τρίτο:	81
3.	Ανάλυση Αποτελεσμάτων	81
3.1.	Ανασκόπηση Βιβλιογραφία: Περιγραφή των βασικών χαρακτηριστικών των μελετών....	81
3.1.1.	Χώρα διεξαγωγής.....	81
3.1.2.	Σχεδιασμός μελετών (μεθοδολογίες)	81
3.1.3.	Περιβάλλον διεξαγωγής (setting)	82
3.1.4.	Συμμετέχοντες.....	84
3.1.5.	Κύρια ευρήματα μελετών (έκβαση) στην Ελλάδα.....	84
3.2.	Αξιολόγηση μεθοδολογικής ποιότητας ερευνών	93
	Κεφάλαιο Τέταρτο:	97
4.	Αποτελέσματα Ποιοτικής Έρευνας	97
4.1.	Κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία	97
4.2.	Δομή Υποδοχής ή Φιλοξενίας.....	100
4.2.1.	Εργαζόμενοι σε Δομή Υποδοχής ή Φιλοξενίας.....	100
4.2.2.	Χορήγηση ΑΜΚΑ, ΠΑΥΠΠΑ & ΠΑΜΚΑ.....	105
4.2.3.	COVID-19 και Δομές Υποδοχής ή Φιλοξενίας.....	107
4.2.4.	Πρώτες Βοήθειες και χώρος Ιατρείου.....	110
4.3.	Επαγγελματίες υγείας εργαζόμενοι με ΠΤΧ.....	115
4.4.	Αποτίμηση υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ΠΤΧ.....	117

4.5. Αναγκαιότητα Παροχής Υπηρεσιών από ΜΚΟ, ΔΟ, ΕΟ και Κρατικούς Φορείς.....	119
4.6. Δυσκολίες κατά τη συνεργασία των εμπλεκόμενων φορέων.....	120
4.7. Η κατάσταση υγείας των Πολιτών Τρίτων Χωρών	122
4.8. Απόψεις για το Μέλλον.....	125
4.8.1. Προκλήσεις	125
4.8.2. Προτάσεις.....	126
Κεφάλαιο Πέμπτο:	132
5. Συζήτηση	132
Κεφάλαιο Έκτο:	137
6. Συμπεράσματα.....	137
6.2. Προτάσεις πολιτικής Δημόσιας Υγείας.....	140
Βιβλιογραφία.....	144
Ξενόγλωσση	144
Ελληνόγλωσση	161
Παράρτημα 1.....	165
Οδηγός συνέντευξης.....	165

Κατάλογος Συντομογραφιών

ΚΜ	Κράτη-Μέλη
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΠΤΧ	Πολίτες Τρίτων χωρών
ΔΟ	Διεθνείς Οργανισμοί
ΕΟ	Ευρωπαϊκοί Οργανισμοί
ΜΚΟ	Μη κυβερνητικές οργανώσεις
ΕΠΥΥ	Εργαζόμενοι στην Παροχή Υπηρεσιών Υγείας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΔΟΜ	Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης
ΔΦ	Δομές Φιλοξενίας
ΥΜΑ	Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Αριθμός αφίξεων δια θαλάσσης και ξηράς στην Ελλάδα ανά έτος (2014-2024)	20
Πίνακας 2- Αιτήσεις Ασύλου ανά έτος στην Ελλάδα.....	21
Πίνακας 3: Προσδόκιμα χρόνια ζωής στο Αφγανιστάν (2000-2019).....	26
Πίνακας 4: Προσδόκιμα χρόνια ζωής στο Πακιστάν (2000-2019)	27
Πίνακας 5: Προσδόκιμα χρόνια ζωής στη Συρία (2000-2019).....	27
Πίνακας 6: Προσδόκιμα χρόνια ζωής στο Ιράκ (2000-2019).....	28
Πίνακας 7: Λέξεις-κλειδιά αναζήτησης ανά βάση δεδομένων	67
Πίνακας 8: Στρατηγική αναζήτησης Google Scholar (αγγλικά).....	68
Πίνακας 9: Στρατηγική αναζήτησης Scopus	68
Πίνακας 10: Στρατηγική αναζήτησης PubMed	68
Πίνακας 11: Στρατηγική αναζήτησης Google Scholar (ελληνικά).....	68
Πίνακας 12: Θεματικές ενότητες	74
Πίνακας 13: Θέματα και κωδικοί θεματικής ανάλυσης.....	79
Πίνακας 14: Αποτελέσματα ανασκόπησης	90
Πίνακας 15: Αξιολόγηση μεθοδολογική ποιότητας ερευνών με μικτές μεθόδους.....	94
Πίνακας 16: Αξιολόγηση μεθοδολογική ποιότητας ερευνών με ποσοτικές μεθόδους.....	95
Πίνακας 17: Αξιολόγηση μεθοδολογική ποιότητας ερευνών με ποιοτικές μεθόδους.....	96
Πίνακας 18: Δημογραφικά στοιχεία δείγματος	99
Πίνακας 19: Κέντρα Υποδοχής και Ταυτοποίησης & Κλειστές Ελεγχόμενες Δομές.....	100
Πίνακας 20: Ελεγχόμενες Δομές Προσωρινής Φιλοξενίας Αιτούντων Άσυλο	101

Πίνακας 21: Στελέχωση Δομών	114
Πίνακας 22: Προβλήματα υγείας ΠΤΧ.....	123

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1: Διάγραμμα ροής.....	70
----------------------------------	----

Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 1: Αφίξεις ανά εθνικότητα στην Ελλάδα (Ιαν.2015-Μάρ.2016)	22
Γράφημα 2: Καταγεγραμμένοι Πολίτες Τρίτων Χωρών/ Ανιθαγενείς (ανά Υπηκοότητα): Σύνολο κυρίων εθνικοτήτων στην Ελλάδα ανά κύρια εθνικότητα (2013-2023).....	23

Εισαγωγή

Από το 2015, τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας, υποδέχθηκαν έναν σημαντικό αριθμό μεταναστών και προσφύγων. Η άφιξη προσφύγων και μεταναστών κυρίως στην νησιωτική Ελλάδα έθεσε σημαντικές προκλήσεις για τις ελληνικές αρχές, τους διεθνείς οργανισμούς και ευρωπαϊκούς οργανισμούς και τις μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ) οι οποίοι κλήθηκαν να ανταποκριθούν στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των Πολιτών Τρίτων χωρών (ΠΤΧ) αλλά και να δράσουν συνολικά για την προστασία της Δημόσιας υγείας στην χώρα (ΠΟΥ, 2019).

Οι Rea, A. et al. (2019) αναφέρουν ότι οι όροι «προσφυγική κρίση» ή «Ευρωπαϊκή μεταναστευτική κρίση» επιλέχθηκε από τα ΜΜΕ για την περιγραφή της άνευ προηγουμένου ανθρώπινης κινητικότητας αλλά ο ορθότερος όρος είναι ότι επρόκειτο για μια «κρίση υποδοχής προσφύγων». Το «μακρύ καλοκαίρι» της μετανάστευσης μπορεί να χαρακτηριστεί ως κυρίως κρίση υποδοχή προσφύγων στην Ευρώπη ή ακόμη και κρίση ευρωπαϊκής αλληλεγγύης λόγω της έλλειψης συμφωνίας σχετικά με τον τρόπο κατανομής του καθήκοντος χειρισμού της μετανάστευσης και επειδή η ΕΕ ήταν μη ικανή να προτείνει οποιαδήποτε συνεκτική και συγκλίνουσα πολιτική για τη διαχείρισή του (Rea, A. et al. 2019). Σύμφωνα με δεδομένα που δημοσιεύθηκαν από τη Eurostat το 2019, η Ευρωπαϊκή Ένωση έλαβε περίπου 1,3 εκατομμύρια αιτήσεις για διεθνή προστασία το 2015 και 1,2 εκατομμύρια το 2016. Ωστόσο, μετά τη συμφωνία που επετεύχθη μεταξύ της ΕΕ και της Τουρκίας, ο αριθμός των αιτήσεων ασύλου μειώθηκε σημαντικά το 2017, φτάνοντας περίπου στις 700.000 (Eurostat, 2019).

Οι εμπόλεμες συρράξεις και οι ολοένα και πιο σκληρές συνθήκες που αντιμετωπίζουν οι εκτοπισμένοι πληθυσμοί με υποβαθμισμένες και επισφαλείς συνθήκες ζωής και ακραία φτώχεια έχει οδηγήσει σε σημαντική αύξηση πληθυσμών που μεταναστεύουν ή εκτοπίζονται (Nowicka et al., 2019). Η Ελλάδα ως μέλος της ΕΕ αποτελεί πύλη εισόδου προς την ΕΕ και ειδικότερα από το 2015 δέχθηκε ένα σωρευτικό κύμα μεταναστών και προσφύγων κυρίως στα νησιά της (UNCHR, 2015, Lafazani, 2018). Η κατάσταση αυτή δημιούργησε σοβαρές προκλήσεις για τις κρατικές αρχές, τους ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς, καθώς και τις μη κυβερνητικές οργανώσεις, οι οποίοι κλήθηκαν να διαχειριστούν ανθρωπιστικές ανάγκες μεταναστευτικών και προσφυγικών πληθυσμών στο πλαίσιο μιας κρίσης υποδοχής (Chtouris et al, 2017). Η Ελλάδα είχε ήδη βρεθεί αντιμέτωπη με

τις συνέπειες μιας μακροχρόνιας οικονομικής κρίσης που ξεκίνησε το 2009, η οποία επηρέασε αρνητικά τη λειτουργία του εθνικού συστήματος υγείας, προκαλώντας ελλείψεις και αδυναμίες στην ικανότητά του να ανταποκριθεί στις υγειονομικές ανάγκες των πολιτών (Ifanti et al., 2013). Η οικονομική ύφεση, η έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού, το αδύναμο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η πανδημία COVID-19 και η γενικότερη υγειονομική κρίση, τα νομικά εμπόδια των ομάδων αυτών, η χρηματοδότηση της ΕΕ, ο συντονισμός και η ανταπόκριση των υπηρεσιών επηρέασαν την πρόσβαση των προσφύγων και μεταναστών στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (Μπελετισώτη κ.α., 2018).

Τον Μάιο του 2015, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή εισήγαγε μια αναθεωρημένη στρατηγική για την αντιμετώπιση της μεταναστευτικής κρίσης στην Ελλάδα, εστιάζοντας στη δημιουργία Κέντρων Υποδοχής και Ταυτοποίησης (ΕΕ, 2017). Αυτή η πρωτοβουλία στόχευε στη στήριξη της Ελλάδας και της Ιταλίας απέναντι στην απότομη και δραματική αύξηση των μεταναστευτικών ροών στα εξωτερικά σύνορά τους (Ευρωπαϊκό Ελεγκτικό Συνέδριο, 2017). Παρά την ουσιαστική βοήθεια από την ΕΕ, οι συνθήκες διαβίωσης και η χωρητικότητα των εγκαταστάσεων υποδοχής παρέμειναν ανεπαρκείς μέχρι το τέλος του 2016 (Luyten et al., 2020). Επιπλέον, παρατηρήθηκε σοβαρή έλλειψη κατάλληλων υποδομών για τη φιλοξενία και την αντιμετώπιση ασυνόδευτων ανηλίκων σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα (Paroutsi et al., 2019). Ως αποτέλεσμα των ελλείψεων αυτών, τα όρια των κλειστών ή περιοριστικών δομών επεκτάθηκαν, περιλαμβάνοντας ολόκληρα νησιά ως περιοχές περιορισμού, γεγονός που είχε αρνητικές συνέπειες για την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών και την ταυτοποίηση ατόμων με υψηλές ιατρικές ανάγκες (Kalir et al., 2016).

Το κύριο ερευνητικό ερώτημα της μελέτης επιχειρεί να αιτιολογήσει την αναγκαιότητα παροχής υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ΠΤΧ, παράλληλα με τη συμμετοχή κρατικών φορέων, ευρωπαϊκών οργανισμών, Διεθνών Οργανισμών ή ΜΚΟ. Η μελέτη εξετάζει τις εμπειρίες των εργαζομένων στην παροχή υπηρεσιών υγείας (ΕΠΥΥ) με στόχο την αναγνώριση και καταγραφή των παραγόντων που δυσχεραίνουν την πρόσβαση των πολιτών τρίτων χωρών (ΠΤΧ) στην υγειονομική περίθαλψη σε δομές υποδοχής και φιλοξενίας στην Ελλάδα. Επιπροσθέτως, η μελέτη διερευνά το πλαίσιο συνεργασίας μεταξύ διαφόρων φορέων (κρατικών φορέων, Διεθνών Οργανισμών (ΔΟ), Ευρωπαϊκών Οργανισμών (ΕΟ) και ΜΚΟ) αναφορικά με την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών.

Η μελέτη διαρθρώνεται από το Γενικό και το Ειδικό μέρος με συνολικά έξι (6) κεφάλαια. Στο Γενικό Μέρος της εργασίας, παρουσιάζεται το θεωρητικό πλαίσιο που αφορά τις μεταναστευτικές και προσφυγικές ροές προς την Ελλάδα, καθώς και την υγεία των μετακινούμενων πληθυσμών. Το πρώτο κεφάλαιο αναλύει τη μετανάστευση και τον εκτοπισμό, εστιάζοντας στις συνθήκες υγείας των μετακινούμενων πληθυσμών και τους κοινωνικούς καθοριστές της υγείας. Εξετάζεται επίσης η

κατάσταση υγείας στις χώρες καταγωγής και το δικαίωμα πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη σε εθνικό, ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο. Στη συνέχεια, το πλαίσιο της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για τους ΠΤΧ (Πολίτες Τρίτων Χωρών) στην Ελλάδα αναλύεται μέσω του θεσμικού πλαισίου, συμπεριλαμβανομένων των αριθμών ΠΑΜΚΑ και ΠΑΑΥΠΑ. Το Γενικό Μέρος ολοκληρώνεται με μια επισκόπηση της κρίσης υποδοχής του 2015, την επίδρασή της στην υγεία και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι δομές φιλοξενίας και οι εργαζόμενοι σε αυτές. Ειδική αναφορά γίνεται στους φορείς που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, όπως οι κρατικοί φορείς, οι διεθνείς και ευρωπαϊκοί οργανισμοί, και οι μη κυβερνητικές οργανώσεις, καθώς και στις προκλήσεις που αυτοί αντιμετωπίζουν.

Το Ειδικό Μέρος επικεντρώνεται στη μεθοδολογία και τα ευρήματα της έρευνας. Στο δεύτερο κεφάλαιο, περιγράφονται οι ερευνητικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν, όπως η ανασκόπηση βιβλιογραφίας και οι ημι-δομημένες συνεντεύξεις. Αναλύονται η στρατηγική αναζήτησης, τα κριτήρια επιλογής των μελετών, και η αξιολόγηση της μεθοδολογικής ποιότητας των ερευνών. Ακολουθεί η ανάλυση των αποτελεσμάτων, όπου παρουσιάζονται τα ευρήματα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, με έμφαση στα κύρια ευρήματα που αφορούν την υγειονομική κατάσταση των ΠΤΧ στην Ελλάδα, και την αποτίμηση των υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ποιοτικής έρευνας, που περιλαμβάνουν τα κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, τις δομές υποδοχής, τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι, και τις προτάσεις για το μέλλον. Ακολουθούν η συζήτηση και τα συμπεράσματα, όπου αναλύονται οι προτάσεις πολιτικής για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας και της υγείας των μετακινούμενων πληθυσμών στην Ελλάδα και περιλαμβάνονται συστάσεις για τη στρατηγική δημόσιας υγείας προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι προκλήσεις και να ενισχυθεί η κοινωνική ένταξη και ισότητα στην υγειονομική φροντίδα.

Ο ρόλος κρατικών φορέων, ευρωπαϊκών και διεθνών οργανισμών και μη κυβερνητικών οργανώσεων στη διαχείριση των μεταναστευτικών και προσφυγικών ροών αναφορικά με την υγεία και τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο Πρώτο:

1. Θεωρητικό πλαίσιο

1.1. Μετακινούμενοι πληθυσμοί προς στην Ελλάδα: Μετανάστευση και εκτοπισμός

Σε μια εποχή που χαρακτηρίζεται από υψηλή παγκόσμια κινητικότητα, το φαινόμενο της ανθρώπινης μετανάστευσης, τόσο αρχαίο όσο και η ίδια η ανθρωπότητα αποτελεί μια δυναμική διαδικασία που μεταβάλλεται συνεχώς. Λόγω της στρατηγικής της θέσης στο νοτιοανατολικό άκρο της Ευρώπης, εκεί όπου συναντώνται οι τρεις ήπειροι της Ασίας, της Αφρικής και της Ευρώπης, η Ελλάδα λειτουργεί τόσο ως χώρα διέλευσης όσο και ως τελικός προορισμός για πολίτες τρίτων χωρών. Η Ελλάδα στη σύγχρονη ιστορία της υπήρξε κυρίως χώρα αποστολής οικονομικών κυρίως μεταναστών προς τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, τον Καναδά, την Αυστραλία και την Ευρώπη (Hassiotis, 2003) οι οποίοι κατά κύριο λόγο μετακινούνταν προκειμένου να διεκδικήσουν καλύτερα αμειβόμενες θέσεις στην αγορά εργασίας, σε χώρες με χαμηλότερα ποσοστά ανεργίας και καλύτερη συνολική οικονομική κατάσταση (Μαρκέτος και συν., 2006).

Η ένταξη της Ελλάδας τον Ιανουάριο του 1981 στις Ευρωπαϊκές Κοινότητες ως το δέκατο μέλος της Κοινής Αγοράς αποτέλεσε ένα σημαντικό βήμα με κύρια επιδίωξη τόσο την οικονομική ανάπτυξη και τη διασφάλιση της εξωτερικής ασφάλειας της χώρας (Oltheten et al., 2003). Επιπλέον συνετέλεσε σε σημαντικό βαθμό στην μείωση των Ελλήνων μεταναστών προς άλλες χώρες γεγονός που ενισχύθηκε και με την αυστηροποίηση των μεταναστευτικών καθεστώτων (Moschoroulis, 2010). Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980, η Ελλάδα άρχισε να υποδέχεται έναν αυξανόμενο αριθμό μεταναστών, μια τάση που συνδέεται τόσο με τη βελτίωση της οικονομικής κατάστασης και των συνθηκών διαβίωσης στη χώρα όσο και με την κατάρρευση των σοσιαλιστικών καθεστώτων στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη (Papadopoulos, 2011).

Στις αρχές της δεκαετίας του 1990, η Ελλάδα βρέθηκε αντιμέτωπη με μια σημαντική αύξηση των μεταναστευτικών ροών, συμπεριλαμβανομένων και ατόμων ελληνικής εθνοτικής καταγωγής, όπως οι Ρωσοπόντιοι και οι Βορειοηπειρώτες. Επιπλέον, δέχτηκε μετανάστες από τις πρώην κομμουνιστικές χώρες των Βαλκανίων και της Ανατολικής Ευρώπης, καθώς και από χώρες της Ασίας, της Μέσης Ανατολής και της Αφρικής (Τριανταφυλλίδου, 2001). Κατά τη διάρκεια αυτής της

περιόδου, η Ελλάδα μετατράπηκε από μια χώρα αποστολής μεταναστών σε έναν τόπο προορισμού, όπως φαίνεται από την απογραφή του 1981, η οποία κατέγραψε περίπου 180.000 αλλοδαπούς που αποτελούσαν το 2% του συνολικού πληθυσμού. Από αυτούς, το 63% προερχόταν από πιο ανεπτυγμένες χώρες (Rea et al, 2019). Στην δε απογραφή του 1991, αν και δεν υπήρχαν σημαντικές αλλαγές στους προαναφερόμενους αριθμούς, λιγότερο από το 50 τοις εκατό των αλλοδαπών προέρχονταν από ανεπτυγμένες χώρες (Rea et al, 2019).

Η δεκαετία 2000-2010 χαρακτηρίστηκε από σημαντικές μεταβολές και εξελίξεις στον τομέα της μετανάστευσης στην Ελλάδα. Κατά την περίοδο αυτή, η χώρα αναδείχθηκε ως προορισμός για μεγάλο αριθμό μεταναστών, κυρίως από τις χώρες της Βαλκανικής και της Ανατολικής Ευρώπης, ενώ σταδιακά αυξήθηκαν και οι αφίξεις από την Ασία και την Αφρική. Οι κυριότερες εθνοτικές ομάδες που μετανάστευσαν στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια αυτής της δεκαετίας προέρχονταν από την Αλβανία, τη Βουλγαρία, και τη Ρουμανία, ενώ υπήρξε επίσης αύξηση των μεταναστευτικών ροών από τη Μέση Ανατολή και την Αφρική (ΕΛΙΑΜΕΠ, 2010). Παράλληλα, παρατηρήθηκαν αυξημένες εκροές μεταναστών που είχαν έρθει στην Ελλάδα προηγουμένως, με πολλούς να επιστρέφουν στις χώρες καταγωγής τους, όπως η Αλβανία. Όσοι μετανάστες παρέμειναν στην Ελλάδα, συχνά αντιμετώπισαν δυσκολίες στην ανανέωση των αδειών παραμονής τους λόγω της αδυναμίας εύρεσης επίσημης εργασίας, κάτι που τους έθετε σε κίνδυνο σύλληψης και απέλασης (Cavounidis, 2018).

Δύο δεκαετίες αργότερα και πιο συγκεκριμένα το 2015-2016 η Ευρώπη και πιο συγκεκριμένα η Ελλάδα κλήθηκε να διαχειριστεί μια «κρίση υποδοχής» (Rea et al, 2019, Fouskas, 2019) ΠΤΧ που είχε ως αποτέλεσμα ο αριθμός των αναγκαστικά εκτοπισμένων να φθάσει σε 65,6 εκατομμυρίων παγκοσμίως φτάνοντας στο υψηλότερο επίπεδο από το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου (UNCHR, 2018). Αυτός ο πληθυσμός περιλάμβανε πρόσφυγες (22,5 εκατομμύρια), άτομα εσωτερικά εκτοπισμένα στις χώρες τους (40 εκατομμύρια) και αιτούντες άσυλο (3, 1 εκατομμύρια) (UNCHR, 2018). Η Ελλάδα μεταξύ των ετών 2015-2017 δέχθηκε κυρίως πρόσφυγες από τη Συρία και από το 2018 μικτές μεταναστευτικές ροές αποτελούμενες από μετανάστες, αιτούντες άσυλο και πρόσφυγες (Fouskas et al., 2019).

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται οι αφίξεις εκτοπισμένων πληθυσμών στην Ελλάδα, τόσο δια θαλάσσης όσο και μέσω ξηράς, καθώς και οι νεκροί και οι αγνοούμενοι σε ολόκληρη τη διαδρομή της Ανατολικής Μεσογείου αποκαλύπτοντας σημαντικές διακυμάνσεις από το 2014 έως το 2024. Το 2015 οι αφίξεις δια θαλάσσης έφθασαν τις 856,723, γεγονός που αντικατοπτρίζει την κορύφωση της (προσφυγικής) κρίσης εκτοπισμού λόγω του πολέμου στη Συρία. Οι υψηλοί αριθμοί συνεχίστηκαν το 2016, ενώ από το 2017 και μετά παρατηρείται μια σχετική μείωση των αφίξεων, αν και παραμένουν σημαντικές. Ωστόσο, το 2023 παρουσιάζεται ξανά μια αύξηση με 41,561 αφίξεις δια

θαλάσσης και 7,160 μέσω ξηράς, λόγω της επιδείνωσης της ασφάλειας και των συνθηκών διαβίωσης σε περιοχές σύγκρουσης ή πολιτικής αστάθειας, όπως η Συρία, το Αφγανιστάν και άλλες χώρες της Μέσης Ανατολής και της Αφρικής, ωθώντας περισσότερους ανθρώπους να αναζητήσουν καταφύγιο στην Ευρώπη(UNCHR, 2024).

Οι αγνοούμενοι και εκείνοι που έχασαν τη ζωή τους παραμένουν αρκετά υψηλοί, ιδιαίτερα στα χρόνια με μαζικές αφίξεις όπως το 2015 και το 2023, δείχνοντας τον κίνδυνο που διατρέχουν οι άνθρωποι αυτοί κατά τη διάρκεια των μεταναστευτικών τους ταξιδιών. Η μείωση των αφίξεων στα μέσα της δεκαετίας του 2020 πιθανώς συνδέεται με τη αυστηρότερη φύλαξη των συνόρων και τις πολιτικές αποτροπής, ενώ η πρόσφατη αύξηση μπορεί να συνδέεται με τη συνεχιζόμενη αστάθεια σε περιοχές προέλευσης και τις αναπροσαρμογές των μεταναστευτικών οδών (UNCHR, 2024).

Πίνακας 1: Αριθμός αφίξεων δια θαλάσσης και ξηράς στην Ελλάδα ανά έτος (2014-2024)

Έτος	Αφίξεις δια θαλάσσης	Αφίξεις μέσω ξηράς	Νεκροί και αγνοούμενοι*
2024	13,024	1,790	N/A
2023	41,561	7, 160	799
2022	12,758	6,022	343
2021	4,331	4,826	115
2020	9,714	5,982	105
2019	59,726	14,887	71
2018	32,494	18,014	187
2017	29,718	6,592	56
2016	173,450	3,784	441
2015	856,723	4,907	799
2014	41,038	2, 280	405

Πηγή: UNCHR, Operational Data Portal, 2024

*Οι νεκροί και οι αγνοούμενοι αντιστοιχούν σε ολόκληρη τη διαδρομή της Ανατολικής Μεσογείου.

Σε εθνικό επίπεδο και σύμφωνα με τη βάση δεδομένων πληροφοριών του Υπουργείου Μετανάστευσης και Ασύλου με τις αιτήσεις ασύλου στην Ελλάδα από το 2013 έως το 2023 (Πίνακας 2) αποτυπώνεται η αυξητική τάση που δέχεται το σύστημα ασύλου της χώρας από το 2013. Πιο συγκεκριμένα το 2013, οι αιτήσεις ήταν 4.814, αλλά αυξήθηκαν σημαντικά στα επόμενα χρόνια, φτάνοντας το αποκορύφωμα των 77.228 αιτήσεων το 2019. Η μεγάλη αύξηση το 2016 με 51.034 αιτήσεις αντικατοπτρίζει την (προσφυγική) κρίση εκτοπισμού που ακολούθησε τον πόλεμο στη Συρία και άλλες συγκρούσεις. Παρά την προσωρινή μείωση των αιτήσεων το 2020 και το 2021, πιθανόν λόγω της πανδημίας και των περιορισμών στις μετακινήσεις, οι αριθμοί επανήλθαν σε υψηλά επίπεδα το 2023 με 64.212 αιτήσεις. Συνολικά, οι 451.518 αιτήσεις μέσα σε μία δεκαετία υπογραμμίζουν τη συνεχιζόμενη πρόκληση που αντιμετωπίζει η Ελλάδα ως χώρα πρώτης υποδοχής στην ΕΕ.

Πίνακας 2- Αιτήσεις Ασύλου ανά έτος στην Ελλάδα

ΕΤΗ	ΑΙΤΗΣΕΙΣ ΑΣΥΛΟΥ
2013	4.814
2014	9.431
2015	13.185
2016	51.034
2017	58.619
2018	66.915
2019	77.228
2020	40.471
2021	28.272
2022	37.337
2023	64.212
ΣΥΝΟΛΟ	451.518

Πηγή: Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου (Δεκέμβριος 2023)

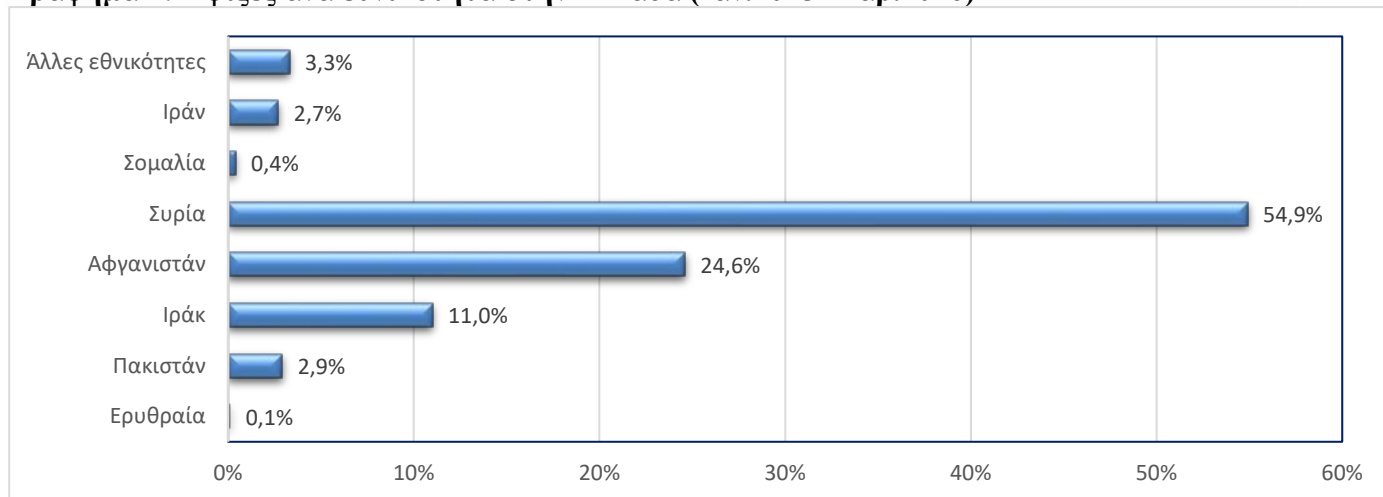
1.2. Η κατάσταση της υγείας των μετακινουμένων πληθυσμών

Η παγκοσμιοποίηση των οικονομιών τα τελευταία 25 χρόνια αύξησε σημαντικά τόσο τον αριθμό των ανθρώπων που μετακινούνται όσο και την ταχύτητα της μετακίνησής τους αναδεικνύοντας τις παγκόσμιες ανισότητες στους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας και στην υγεία των ίδιων των μεταναστευτικών πληθυσμών (Tsitsi & Charalambous, 2010). Η αυξανόμενη κινητικότητα των πληθυσμών στη σύγχρονη εποχή αποτελεί σημαντική πρόκληση για την ανάπτυξη προγραμμάτων δημόσιας υγείας και την προσαρμογή νομοθετικών πολιτικών. Αυτές οι προκλήσεις περιλαμβάνουν την πρόληψη της εισαγωγής ασθενειών και την προώθηση της υγείας τόσο των μεταναστών όσο και του τοπικού πληθυσμού υποδοχής (Galanis et al, 2013). Επιπλέον, η αδυναμία εντοπισμού και περιορισμού των απειλών εισαγόμενων ασθενειών στα εθνικά σύνορα αναδεικνύει την ανάγκη για αλλαγή στις προσεγγίσεις της δημόσιας υγείας σχετικά και με την υγεία των μετακινούμενων πληθυσμών (MacPherson et al, 2001).

Σήμερα, ο παγκόσμιος αριθμός των μεταναστών φτάνει περίπου το 1 δισεκατομμύριο, αντιπροσωπεύοντας περίπου 1 στους 8 από τον συνολικό πληθυσμό του κόσμου. Αυτοί περιλαμβάνουν 281 εκατομμύρια διεθνείς μετανάστες και 82,4 εκατομμύρια εκτοπισμένα άτομα λόγω βίας. Από αυτούς, 48 εκατομμύρια είναι εσωτερικά εκτοπισμένα άτομα, 26,4 εκατομμύρια είναι πρόσφυγες και 4,1 εκατομμύρια είναι αιτούντες άσυλο. (UNCHR, 2023). Σύμφωνα με την Ύπατη Αρμοστεία των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες, οι αφίξεις πολιτών τρίτων χωρών στην Ελλάδα από τον Ιανουάριο του 2015 έως τον Μάρτιο του 2016 ανήλθαν σε 856.723 και 151,452 αφίξεις μέχρι τον Μάρτιο του 2016. Περίπου το 54,9 τοις εκατό των αφίξεων στην Ελλάδα ήταν Σύριοι, 24,6% Αφγανοί, 11% Ιρακινοί, 2,9% Πακιστανοί, 2,7% Ιρανοί, 0,4% Σομαλοί και 0,

1%Ερυθραίοι. Άλλες εθνικότητες στο 3,3% περιλαμβάνουν Αλγερινούς, Μπαγκλαντές, Αιγύπτιους, Λιβανέζους και Μαροκινούς (Γράφημα 1), (UNCHR 2016).

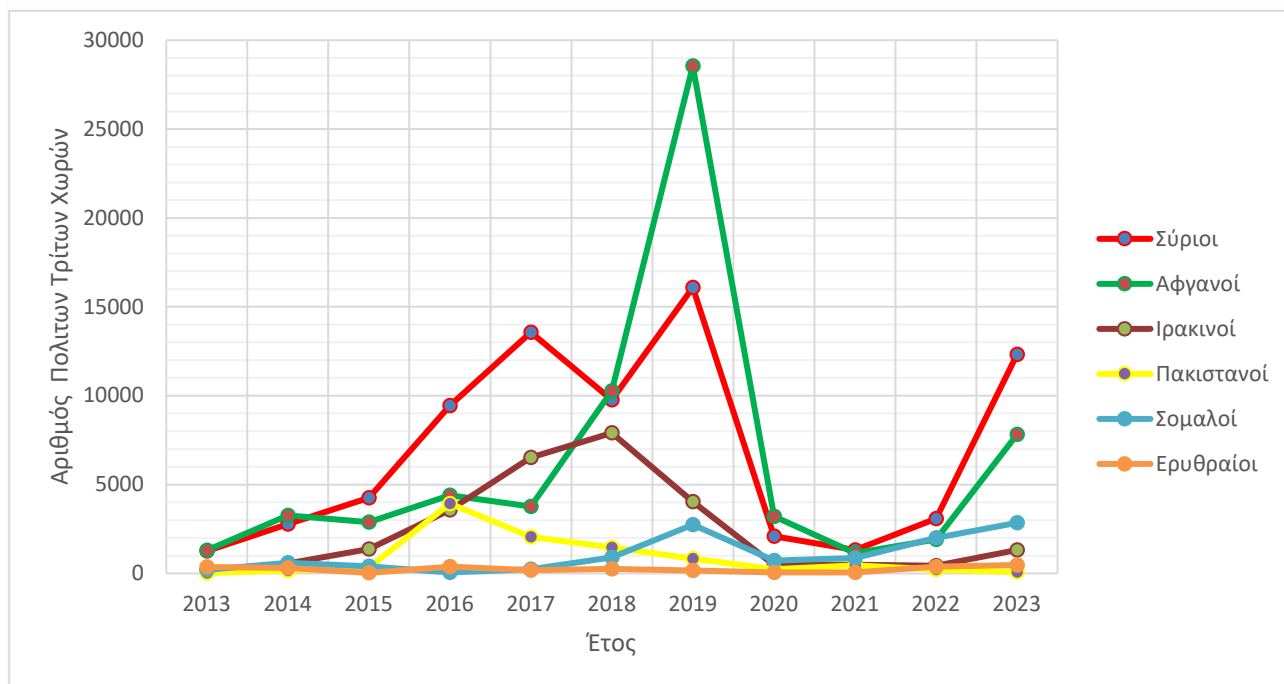
Γράφημα 1: Αφίξεις ανά εθνικότητα στην Ελλάδα (Ιαν.2015-Μάρ.2016)



Πηγή: Operational Data Portal, Υπατη Αρμοστεία των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες (2015)

Στο γράφημα 2 απεικονίζεται τη διακύμανση στον αριθμό των πολιτών τρίτων χωρών στην Ελλάδα, από το 2013 έως το 2023, με βάση τις κύριες εθνικότητες: Σύριοι, Αφγανοί, Ιρακινοί, Πακιστανοί και Σομαλοί. Παρατηρείται μια απότομη αύξηση στον αριθμό των Σύριων, ιδιαίτερα από το 2015 έως το 2017, λόγω του πολέμου στη Συρία. Παρόμοια αύξηση παρατηρείται και στους Αφγανούς το 2019. Οι Ιρακινοί εμφανίζουν σταθερή αλλά χαμηλότερη αύξηση, ενώ οι Πακιστανοί και οι Σομαλοί παρουσιάζουν πιο περιορισμένη και σταδιακή άνοδο. Τα δεδομένα δείχνουν τη σταθερή ροή προσφύγων και μεταναστών προς την Ελλάδα, με τους Σύριους και τους Αφγανούς να αποτελούν την πλειονότητα την δεκαετία (2013-2023).

Γράφημα 2: Καταγεγραμμένοι Πολίτες Τρίτων Χωρών/ Ανιθαγενείς (ανά Υψηκοότητα): Σύνολο κυρίων εθνικοτήτων στην Ελλάδα ανά κύρια εθνικότητα (2013-2023)



Πηγή: Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου, 2013-2023

Σε γενικές γραμμές οι πρόσφυγες και οι μετανάστες τείνουν να είναι υγιείς. Ωστόσο, ενδέχεται να αντιμετωπίσουν κινδύνους για την υγεία τους κατά τη διάρκεια της μετανάστευσης ή στις χώρες προορισμού τους, λόγω συνθηκών όπως η κακή ποιότητα διαβίωσης και οι αλλαγές στον τρόπο ζωής (WHO, 2024). Η μετανάστευση επηρεάζει την υγεία ως κοινωνικός καθοριστικός παράγοντας, με την υγεία των πολιτών τρίτων χωρών να διαμορφώνεται από τις συνθήκες στο τόπο καταγωγής, κατά τη διάρκεια της διέλευσης και στις κοινότητες υποδοχής (IOM, 2006). Οι πρόσφυγες και οι μετανάστες συχνά αντιμετωπίζουν συνθήκες όπως περιοριστικές μεταναστευτικές πολιτικές, ζητήματα με το νομικό τους καθεστώς, οικονομικές δυσκολίες και κοινωνικά αισθήματα εναντίον τους, τα οποία ενδέχεται να επιδεινώσουν τις ανισότητες στην υγεία τους (WHO, 2019). Η περιορισμένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη στις χώρες άφιξης και οι καθυστερημένες διαγνώσεις παρουσιάζουν σημαντικούς κινδύνους για τους ΠΤΧ (Kousoulis, 2016).

Οι μη μεταδοτικές ασθένειες, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα εγκεφαλικά επεισόδια και ο καρκίνος, θέτουν αυξανόμενους κινδύνους για την υγεία των ΠΤΧ (WHO, 2023). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας όσο αφορά τη μετάδοση μεταδοτικών ασθενειών υπάρχει χαμηλός κίνδυνος όπως η φυματίωση, ο HIV, η ηπατίτιδα και οι τροπικές και παρασιτικές λοιμώξεις από τον προσφυγικό και μεταναστευτικό πληθυσμό στον πληθυσμό υποδοχής στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του ΠΟΥ (WHO, 2023).

Παρόλα αυτά οι ΠΤΧ που φτάνουν από χώρες με υψηλό επιπολασμό της φυματίωσης μπορεί να αντικατοπτρίζουν παρόμοιο επιπολασμό στη χώρα υποδοχής. Το ίδιο ισχύει και για τον HIV. Πιο συγκεκριμένα, ένα σημαντικό ποσοστό των προσφύγων και μεταναστών που είναι οροθετικοί απέκτησαν τη λοίμωξη μετά την άφιξή τους αφού είναι πιθανό να διαγνωστούν σε μεταγενέστερο στάδιο της μόλυνσης τους (WHO, 2023). Επίσης, οι λοιμώξεις από τον ιό της ηπατίτιδας Β και C είναι πιο συχνές μεταξύ των ΠΤΧ που φθάνουν από χώρες με υψηλή ενδημική νόσο, αλλά ο επιπολασμός αυτών των λοιμώξεων μεταξύ των πληθυσμών των ΠΤΧ ποικίλλει μεταξύ των κρατών μελών της Περιφέρειας (WHO, 2023). Τέλος, οι τροπικές και παρασιτικές λοιμώξεις που συνήθως δεν παρατηρούνται μπορεί να εισέλθουν στην χώρα υποδοχής μέσω προσφύγων, μεταναστών και ταξιδιωτών που προέρχονται ή επισκέπτονται περιοχές υψηλότερης ενδημικότητας (WHO, 2023).

1.2.1. Κοινωνικοί καθοριστές της υγείας στον πληθυσμό των ΠΤΧ

Οι κοινωνικοί καθοριστές της υγείας αναφέρονται σε μη ιατρικούς παράγοντες που καθορίζονται από κοινωνικά και οικονομικά συστήματα και τις ανισότητες που προκύπτουν και έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία (Chang D., 2019). Είναι οι συνθήκες στις οποίες οι άνθρωποι γεννιούνται, μεγαλώνουν, ζουν, εργάζονται και γερνούν και σχετίζονται με τις αποφεύξιμες διαφορές στην κατάσταση της υγείας (Braveman P. et al., 2010). Πιο συγκεκριμένα, οι μετανάστες διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο να υποφέρουν από ανισότητες υγείας λόγω κοινωνικών παραγόντων όπως η φτώχεια, η στέρηση τροφής, η απουσία στέγασης, ο κοινωνικός αποκλεισμός και οι επισφαλείς συνθήκες εργασίας (Foegen, 2010, Φούσκας, 2023). Οι κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την ευημερία των μεταναστών και προσφύγων στην Ελλάδα είναι καθοριστικοί. Αυτοί περιλαμβάνουν τις συνθήκες διαβίωσης, την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, την οικονομική κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, την κοινωνική υποστήριξη και την νομική τους κατάσταση (Stathoroulou et al, 2018). Για να αναλυθεί η επίδραση της περιορισμένης πρόσβασης σε υγειονομική περίθαλψη, πρέπει να ληφθούν υπόψη τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι ΠΤΧ. Αυτά τα εμπόδια περιλαμβάνουν τις συνθήκες διαβίωσης των ΠΤΧ στην Ελλάδα και την έλλειψη βασικών υποδομών που μπορούν να οδηγήσουν σε εξάπλωση ασθενειών και προβλήματα ψυχικής υγείας (MSF, 2021). Επιπλέον, η περιορισμένη πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες μπορεί να οδηγήσει σε καθυστερημένη διάγνωση και θεραπεία ασθενειών (HRW, 2020).

Σε πρώτο επίπεδο, η φτώχεια και η ανεργία είναι συχνά προβλήματα για τους πολίτες τρίτων χωρών στην Ελλάδα, γεγονός που περιορίζει την πρόσβασή τους σε βασικές υπηρεσίες υγείας και αυξάνει τον κίνδυνο κακής υγείας (Cavounidis, 2018). Η οικονομική ανασφάλεια, η απουσία ασφάλισης και οι γλωσσικές δυσκολίες επηρεάζουν άμεσα τις συνθήκες διαβίωσης και ενδέχεται να αυξήσουν την ευαλωτότητα τους σε ασθένειες (European Commission, 2018). Επιπλέον, η έλλειψη

πρόσβασης σε εκπαιδευτικά προγράμματα μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την υγεία τους, περιορίζοντας τις ευκαιρίες για εργασία και βελτίωση της οικονομικής τους κατάστασης (Paradaki, 2017). Και αυτό γιατί η εκπαίδευση σχετίζεται άμεσα με την υγεία μέσω της επίδρασής της στην υγειονομική παιδεία και τη δυνατότητα κατανόησης υγειονομικών πληροφοριών (UNICEF, 2020).

Είναι επίσης σημαντικό να σημειωθεί ότι η κοινωνική στήριξη από οικογένεια, φίλους και κοινότητες παίζει κρίσιμο ρόλο στην ψυχική και σωματική υγεία των πολιτών τρίτων χωρών (UNCHR, 2024). Η κοινωνική απομόνωση και η έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και άλλων ψυχικών διαταραχών (JIMH, 2019). Η χωρίς έγγραφα διαμονής/παράτυπη μεταναστευτική κατάσταση μπορεί να λειτουργήσει αποτρεπτικά για τους μετανάστες και πρόσφυγες από το να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια, αυξάνοντας τον κίνδυνο για σοβαρά υγειονομικά προβλήματα. Η ανασφάλεια σχετικά με τη νομική κατάσταση μπορεί επίσης να επηρεάσει την ψυχική υγεία και την ευημερία τους (Amnesty International, 2020).

Συμπερασματικά, η βελτίωση των κοινωνικών καθοριστών της υγείας των ΠΤΧ στην Ελλάδα απαιτεί συντονισμένες προσπάθειες τόσο από τις εθνικές κυβερνήσεις, τους μη κυβερνητικούς οργανισμούς και τις τοπικές κοινωνίες για να διασφαλιστεί η ευημερία αυτών των ευάλωτων πληθυσμών. Για να βελτιωθούν οι κοινωνικοί καθοριστές υγείας μεταναστών στην Ελλάδα, απαιτούνται πολλαπλές προσπάθειες σε διάφορα επίπεδα. Κάποιες πιθανές προτάσεις περιλαμβάνουν την ενίσχυση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας για τους μετανάστες, μέσω της παροχής πληροφοριών σε διάφορες γλώσσες και της δημιουργίας προγραμμάτων υγείας που να ανταποκρίνονται στις ιδιαίτερες ανάγκες τους (European Migration Network, 2018).

Επιπλέον, είναι σκόπιμο να εκπαιδεύεται το υγειονομικό προσωπικό σε θέματα πολιτισμικής ευαισθησίας και διαπολιτισμικής επικοινωνίας, προκειμένου να παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες στους μετανάστες (IMO, 2017). Η ανάπτυξη μηχανισμών που προάγουν τη συνεργασία μεταξύ δημόσιων υπηρεσιών, μη κυβερνητικών οργανώσεων και κοινοτήτων μεταναστών μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη ολοκληρωμένων προσεγγίσεων για τη βελτίωση της υγείας των μεταναστών (IMO, 2017). Κάθε οργανωμένο κράτος οφείλει να αξιολογεί τα ζητήματα υγείας που ανακύπτουν στους μετακινούμενους πληθυσμούς και τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία τους, έτσι ώστε να μπορεί να διαχειρίζεται αποτελεσματικά θέματα υγείας της κοινότητας και να παρέχει πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με σεβασμό στο πολιτισμικό υπόβαθρο κάθε ατόμου (Solé-Auró, et al., 2008).

1.3. Η κατάσταση υγείας στις χώρες καταγωγής

Η υγεία των πολιτών τρίτων χωρών που φθάνουν στην Ελλάδα επηρεάζεται από τη φτώχεια και τις κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές συνθήκες στις χώρες καταγωγής τους (Donini et al., 2016). Δεκαετίες εμπόλεμων συγκρούσεων και κυρώσεων έχουν δημιουργήσει σημαντικά προβλήματα των συστημάτων δημόσιας υγείας στις χώρες καταγωγής των ΠΤΧ ενώ για τους ίδιους χρειάζεται πολλή προσοχή και προσπάθεια για τη μείωση των σχετικών προβλημάτων υγείας στις χώρες υποδοχής (Abubakar et al, 2018).

Παραπάνω από τέσσερις δεκαετίες εμφυλίου πολέμου και σοβαρών παραβιάσεων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στο Αφγανιστάν ανάγκασαν εκατομμύρια ανθρώπους να εγκαταλείψουν τις εστίες τους αναζητώντας καταφύγιο εκτός χώρας (UNCHR, 2023). Οι πιο συχνές ασθένειες των Αφγανών περιλαμβάνουν την αναιμία, την υπερλιπιδαιμία, την αρτηριακή υπέρταση, τον διαβήτη, το κάπνισμα, το υπερβολικό βάρος, τον υποσιτισμό, τη χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση και την κακή πρόσβαση σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης ως πιθανούς παράγοντες κινδύνου για μη μεταδοτικές ασθένειες σε αυτόν τον ευάλωτο πληθυσμό (Ghani et al, 2018). Επιπλέον, τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι ο πληθυσμός των Αφγανών προσφύγων επηρεάζεται από μολυσματικές ασθένειες, όπως η φυματίωση και άλλες λοιμώξεις της αναπνευστικής οδού και παρασιτικές ασθένειες, όπως για παράδειγμα λειψμανίαση, ελονοσία και εντερικές παρασιτικές λοιμώξεις. Οι λοιμώξεις, νευρολογικές και πνευμονικές ασθένειες συνδέονται επιπλέον με την κατάθλιψη και το PTSD, με το τελευταίο να ενισχύεται από τραύμα, πολιτισμικό σοκ και γλωσσικούς φραγμούς (Matsangos et al., 2022). Επιπλέον, το προσδόκιμο ζωής έχει επηρεαστεί (Βλ. Πίνακα).

Πίνακας 3: Προσδόκιμα χρόνια ζωής στο Αφγανιστάν (2000-2019)

ΕΤΟΣ	ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	ΣΥΝΟΛΟ
2000	54,6	55,4	55
2010	59,6	60,3	59,9
2019	63,3	63,2	63,2

Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2024

Πολλές ασθένειες είναι κοινές στο Πακιστάν, συμπεριλαμβανομένων των ενδημικών και επιδημικών μολυσματικών ασθενειών, των αναδυόμενων λοιμώξεων και της αυξανόμενης επιβάρυνσης των μη μεταδοτικών ασθενειών. Υπολογίζεται ότι 8-9 εκατομμύρια άνθρωποι στο Πακιστάν έχουν μολυνθεί από τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV), αυξάνοντας τον κίνδυνο χρόνιας ηπατικής νόσου και καρκίνου (Qureshi H et al, 2010) . Το Πακιστάν συνεχίζει να παρουσιάζει εξάπλωση όλων των μορφών ιογενούς ηπατίτιδας. Η χώρα έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά

μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV) στον κόσμο. Υπολογίζεται ότι το 4 έως 5% του πληθυσμού ζει με HCV (CDC, 2024). Επιπλέον, το προσδόκιμο ζωής έχει επηρεαστεί (Βλ. Πίνακα).

Πίνακας 4: Προσδόκιμα χρόνια ζωής στο Πακιστάν (2000-2019)

ΕΤΟΣ	ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	ΣΥΝΟΛΟ
2000	59,3	61	60,1
2010	61,5	63,9	62,6
2019	64,6	66,7	65,6

Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2024

Η σύγκρουση στη Συρία αποτελεί μια μεγάλη ανθρωπιστική έκτακτη ανάγκη με περισσότερους από 200.000 Σύριους να έχουν χάσει τη ζωή τους και περισσότερο από τον μισό πληθυσμό είτε να έχει εκτοπιστεί είτε να έχει μεταναστεύσει (Ozaras et al., 2016). Η υγειονομική περίθαλψη όλη αυτή την περίοδο έχει διακοπεί λόγω της καταστροφής των εγκαταστάσεων, της έλλειψης ιατρικού προσωπικού και της έλλειψης φαρμάκων. Οι συνθήκες που επικρατούν στη Συρία οδήγησαν στην επανεμφάνιση της φυματίωσης, της δερματικής λεισμανίασης, της πολιομυελίτιδας και της ιλαράς (Farah et al., 2023). Επιπλέον, το προσδόκιμο ζωής έχει επηρεαστεί (Βλ. Πίνακα).

Πίνακας 5: Προσδόκιμα χρόνια ζωής στη Συρία (2000-2019)

ΕΤΟΣ	ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	ΣΥΝΟΛΟ
2000	70,4	72,7	71,5
2010	73,2	75,6	74,3
2019	71,2	74,3	72,7

Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2024

Όσο αφορά το Ιράκ, σε μια ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε το 2015, αναφέρεται ότι η παρουσία ενός πολύ μολυσμένου περιβάλλοντος με ρύπους που σχετίζονται με τον πόλεμο στις περισσότερες πόλεις του Ιράκ έχουν πλήξει σωρευτικά τη γη, τον αέρα, το νερό και τις υποδομές υγείας (Fathi et al, 2013). Η ραδιενεργή ρύπανση και η παρουσία απεμπλουτισμένου ουρανίου (DU) που προκαλείται από τις συγκρούσεις συνδέονται με την εμφάνιση καρκίνου και οι γενετικών ανωμαλίες στο γενικό πληθυσμό (Al-Shammari, 2016). Επίσης, υπάρχουν ακόμα κρούσματα μεταδοτικών ασθενειών όπως κρούσματα χολέρας, φυματίωσης, σχιστοσωμίας, ιλαράς και ανεμευλογιάς και δυσεντερίας (UNAIDS, 2023). Οι μη μεταδοτικές ασθένειες αποτελούν πλέον μια

από τις μεγαλύτερες απειλές ασθένειας για τον πληθυσμό του Ιράκ με το κάπνισμα και τον υψηλό δείκτη μάζας σώματος να σχετίζονται με την εμφάνιση χρόνιων ασθενειών (WHO, 2024).

Πίνακας 6: Προσδόκιμα χρόνια ζωής στο Ιράκ (2000-2019)

ΕΤΟΣ	ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	ΣΥΝΟΛΟ
2000	66,4	71,3	68,8
2010	67,8	72,8	70,2
2019	69,9	75	72,4

Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2024

Στην Αφρικανική ήπειρο και πιο συγκεκριμένα στη Σομαλία, Σύμφωνα με τα Ηνωμένα Έθνη, περίπου το 20% του πληθυσμού δεν έχει πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη (UN, 2020). Παρά την αύξηση του προσδόκιμου ζωής από τη δεκαετία του 1990, η θνησιμότητα από μεταδοτικές ασθένειες, καθώς και η παιδική και μητρική θνησιμότητα, διατηρούν το προσδόκιμο ζωής κάτω από τον μέσο όρο της υποσαχάριας Αφρικής (63,9 έτη για τις γυναίκες και 60,3 για τους άνδρες το 2020) (Morrison et al, 2023) . Οι κύριοι παράγοντες θνησιμότητας περιλαμβάνουν τον υποσιτισμό, τις λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού, τις διαρροϊκές ασθένειες, την ιλαρά, την φυματίωση και τις καρδιαγγειακές παθήσεις (Global Burden of Disease, 2022).

Η Αιθιοπία έχει σημειώσει σημαντική πρόοδο στη μείωση της θνησιμότητας από μεταδοτικές ασθένειες, παρά τα υψηλά ποσοστά μητρικής και νεογνικής θνησιμότητας. Το προσδόκιμο ζωής έχει βελτιωθεί, φτάνοντας περίπου τα 65,5 χρόνια για τις γυναίκες και 61,2 για τους άνδρες το 2020 (WHO, 2024) Ωστόσο, οι μη μεταδοτικές ασθένειες, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο διαβήτης και ο καρκίνος, παραμένουν σοβαρές απειλές για την υγεία και αποτελούν κύριες αιτίες πρόωρης θνησιμότητας. Οι στρατηγικές υγείας πρέπει να αντιμετωπίζουν τόσο τις μεταδοτικές όσο και τις μη μεταδοτικές ασθένειες, βελτιώνοντας τη συλλογή και χρήση δεδομένων για την καλύτερη διαχείριση των υγειονομικών προκλήσεων της χώρας. (Misganaw et al., 2015)

1.4. Το δικαίωμα πρόσβασης στην υγεία στην εθνική, ενωσιακή και διεθνή έννομη τάξη

Το δικαίωμα στην υγεία, καθώς και άλλα ανθρώπινα δικαιώματα που σχετίζονται με την υγεία, αποτελούν νομικά δεσμευτικές υποχρεώσεις που κατοχυρώνονται σε διεθνείς συνθήκες για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Συγκεκριμένα, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την υγεία ως “την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι απλώς την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας” (WHO, 1946). Το άρθρο 12 του Διεθνούς Συμφώνου για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα (UN,1196) αναγνωρίζει το δικαίωμα όλων στην απόλαυση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου σωματικής και ψυχικής υγείας (Riedel, 2020). Το Δικαίωμα στην

Μη Διάκριση αναφέρεται στη Σύμβαση για την Εξάλειψη Κάθε Μορφής Φυλετικών Διακρίσεων (CERD, Committee on the Elimination of Racial Discrimination) και απαγορεύει τις διακρίσεις βάσει φυλής, χρώματος, ή εθνικής ή εθνοτικής καταγωγής σε όλους τους τομείς, συμπεριλαμβανομένης της υγείας (CERD, άρθρο 5) (OHCHR, 2024).

Το Δικαίωμα στην Ενημέρωση και Συναίνεση στη Σύμβαση του Οβιέδο (Convention on Human Rights and Biomedicine) προβλέπει ότι η συγκατάθεση του ασθενούς είναι απαραίτητη για κάθε ιατρική επέμβαση, αφού προηγουμένως έχει ενημερωθεί για τους κινδύνους και τα οφέλη της (Σύμβαση του Οβιέδο, άρθρο 5). Επίσης, με το Δικαίωμα στην Ιδιωτική Ζωή και Εχεμύθεια και του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων (GDPR, άρθρο 9) διασφαλίζεται η προστασία των προσωπικών δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών πληροφοριών.

Τα ανθρώπινα δικαιώματα είναι καθολικά δικαιώματα όλων των ανθρώπων, ανεξαρτήτως φυλής, χρώματος, φύλου, γλώσσας, θρησκείας, πολιτικής ή άλλης γνώμης, εθνικής ή κοινωνικής καταγωγής, ιδιοκτησίας, γέννησης ή άλλης κατάστασης (WHO, 2023). Αυτά τα δικαιώματα αποτελούν το θεμέλιο λίθο για την προστασία της υγείας και της ευημερίας όλων των ανθρώπων, ανεξαρτήτως της χώρας προέλευσής τους, και υπογραμμίζουν τη σημασία της ισότητας και της μη διάκρισης στην πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες.

Το νομικό πλαίσιο που ρυθμίζει το δικαίωμα πρόσβασης στην υγεία για τους πολίτες τρίτων χωρών στην Ελλάδα βασίζεται κυρίως στην εθνική νομοθεσία, στις ευρωπαϊκές και διεθνείς συμβάσεις που έχει υπογράψει η χώρα. Στην Ελλάδα, οι πολίτες τρίτων χωρών έχουν δικαίωμα πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη σύμφωνα με τον Νόμο 4251/2014 περί υγείας (άρθρο 29) και τον Κανονισμό (ΕΕ) 883/2004 της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2024). Ομοίως, όπως αναφέρεται στον Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης που προτάθηκε το 2000 στο Συμβούλιο της Νίκαιας αλλά τέθηκε σε ισχύ ως μέρος της Συνθήκης της Λισαβόνας το 2009 «Κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαύει ιατρικής περίθαλψης, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζονται στις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές. Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης, εξασφαλίζεται υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας του ανθρώπου» (Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2000). Επίσης, η Ελλάδα έχει υπογράψει διεθνείς συμβάσεις όπως η Σύμβαση της Γενεύης (1952) και η Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (1950) που προστατεύουν τα δικαιώματα των ΠΤΧ στον τομέα της υγείας.

Τα ανθρώπινα δικαιώματα στην υγεία περιλαμβάνουν εκτός των άλλων και το δικαίωμα στην πρόσβαση σε Υγειονομικές Υπηρεσίες που κατοχυρώνεται στο ελληνικό δίκαιο με το Νόμο 4368/2016 και εξασφαλίζει την πρόσβαση στις δημόσιες δομές υγείας για τους ανασφάλιστους και ευάλωτους πληθυσμούς, συμπεριλαμβανομένων των πολιτών τρίτων χωρών (Νόμος 4368/2016,

άρθρο 33). Το Ελληνικό Σύνταγμα προβλέπει ότι το κράτος οφείλει να φροντίζει για την υγεία των πολιτών και να λαμβάνει ειδικά μέτρα για την προστασία των υγειονομικά ευάλωτων ομάδων (Ελληνικό Σύνταγμα, άρθρο 21 παρ. 3).

1.4.1. Θεσμικό πλαίσιο -Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε ΠΤΧ στην Ελλάδα

Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των προσφύγων και μεταναστών στην Ελλάδα ρυθμίζεται από ένα συγκεκριμένο θεσμικό πλαίσιο που διαμορφώνεται από εθνικές και διεθνείς νομοθεσίες και κανονισμούς (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2024). Το πλαίσιο αυτό έχει εξελιχθεί τα τελευταία χρόνια, ανταποκρινόμενο στις ανάγκες και τις προκλήσεις που έχουν προκύψει από τις αυξημένες μεταναστευτικές ροές. Παρά το ευνοϊκό νομικό πλαίσιο, η πραγματική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης συχνά περιορίζεται λόγω σημαντικών ελλείψεων πόρων και ικανοτήτων, τόσο για τους αλλοδαπούς όσο και για τον τοπικό πληθυσμό. Ο τομέας της δημόσιας υγείας αντιμετωπίζει συνεχείς πιέσεις και στερείται των απαραίτητων πόρων και υποδομών για να καλύψει όλες τις ανάγκες σε υπηρεσίες υγείας. (Joseph et al, 2018).

Στο πλαίσιο του διεθνούς δικαίου, η Σύμβαση της Γενεύης του 1951 για τους πρόσφυγες καθορίζει τα δικαιώματα των προσφύγων και τις υποχρεώσεις των κρατών να τους παρέχουν προστασία (UNCHR, 2024). Επιπλέον, το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα διασφαλίζει το δικαίωμα στην υγεία για όλους, ανεξαρτήτως καθεστώτος (OHCHR, 1966). Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, η Οδηγία 2013/33/ΕΕ σχετικά με τις απαιτήσεις υποδοχής των αιτούντων άσυλο εγγυάται την πρόσβαση των αιτούντων άσυλο σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, ενώ η Οδηγία 2011/95/ΕΕ ενισχύει τα δικαιώματα των προσφύγων και των δικαιούχων επικουρικής προστασίας (EE Law, 2013).

Η ελληνική νομοθεσία έχει εναρμονιστεί με τις ευρωπαϊκές οδηγίες, με τον Νόμο 4636/2019 να αποτελεί τον βασικό νομοθετικό πλαίσιο για την υποδοχή και την παροχή διεθνούς προστασίας στους αιτούντες άσυλο (ΥΜΑ, 2019). Επιπλέον, ο Νόμος 4368/2016 διασφαλίζει την δυνατότητα πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας για τους ανασφάλιστους και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, συμπεριλαμβανομένων των προσφύγων και μεταναστών (Υπ.Υγείας, 2016). Οι πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο στην Ελλάδα έχουν δικαίωμα πρόσβασης σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη μέσω του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Οι αιτούντες άσυλο έχουν δικαίωμα σε δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένων των επείγουσών και βασικών ιατρικών υπηρεσιών (UNCHR, 2024B). Οι αναγνωρισμένοι πρόσφυγες και δικαιούχοι επικουρικής προστασίας έχουν πλήρη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, όπως και οι Έλληνες πολίτες (UNCHR, 2024C). Οι ευάλωτες ομάδες, όπως τα ασυνόδευτα ανήλικα, οι έγκυες γυναίκες, τα άτομα

με αναπηρία και τα θύματα βασανιστηρίων ή βίας, λαμβάνουν ειδική φροντίδα και υποστήριξη (UNCHR, 2011).

Παρά το θεσμικό πλαίσιο, υπάρχουν προκλήσεις στην πρακτική εφαρμογή της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για πρόσφυγες και μετανάστες. Η υπερφόρτωση του συστήματος υγείας, λόγω του αυξημένου αριθμού αιτούντων άσυλο και μεταναστών, δημιουργεί πίεση στις υγειονομικές υπηρεσίες (Tagiadiou et al, 2019). Επίσης, οι γλωσσικές και πολιτισμικές διαφορές μπορεί να δυσκολεύουν την επικοινωνία και την κατανόηση των ιατρικών αναγκών. Η διαδικασία ασύλου μπορεί να είναι χρονοβόρα και πολύπλοκη, επηρεάζοντας την άμεση πρόσβαση στην περίθαλψη (Kotsiou et al, 2018). Παρά τις προκλήσεις, η Ελλάδα, σε συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς και ΜΚΟ, καταβάλλει προσπάθειες για τη βελτίωση των συνθηκών υγειονομικής περίθαλψης για πρόσφυγες και μετανάστες, ενισχύοντας τις υποδομές και τις υπηρεσίες, καθώς και προωθώντας την κοινωνική ένταξη και την ισότητα στην πρόσβαση στην υγειονομική φροντίδα. (Gunst et al, 2019).

1.4.1.1. Προσωρινός Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (Π.Α.Μ.Κ.Α.)

Τον Απρίλιο του 2021, με το ν. 4796/2021 θεσπίστηκε η δυνατότητα έκδοσης Προσωρινού ΑΜΚΑ (ΠΑΜΚΑ) για κάθε φυσικό πρόσωπο που δεν διαθέτει Αριθμό Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (Α.Μ.Κ.Α.) ή Προσωρινό Αριθμό Ασφάλισης και Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού (Π.Α.Α.Υ.Π.Α.) (HumanRights360, 2021). Στην πράξη, αυτό σήμαινε ότι, εφόσον ένας πολίτης τρίτης χώρας είχε τα απαραίτητα ταυτοποιητικά έγγραφα, μπορούσε να εκδώσει ΠΑΜΚΑ και στη συνέχεια να προγραμματίσει ραντεβού για εμβολιασμό, να λάβει βεβαίωση εμβολιασμού ή να καταχωρήσει το αποτέλεσμα self-test στην ειδική πλατφόρμα κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Ωστόσο, η απόδοση Π.Α.Μ.Κ.Α δεν παρείχε δικαίωμα πρόσβασης σε εξαρτημένη εργασία, παροχή υπηρεσιών ή έργου, καθώς και σε ασφαλιστικές, προνοιακές και υγειονομικές παροχές (ΕΦΚΑ, 2024).

1.4.1.2. Προσωρινός Αριθμός Ασφάλισης και Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού (ΠΑΑΥΠΑ)

Ο Προσωρινός Αριθμός Ασφάλισης και Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού (ΠΑΑΥΠΑ) θεσπίστηκε με το νόμο 4636/2019, ως αντικατάσταση του Αριθμού Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ) για αιτούντες άσυλο από το 2019 (UNCHR, 2024). Η Υπουργική Απόφαση 717/2020 καθορίζει τους όρους και τη διαδικασία για την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, την πρόσβαση στην αγορά εργασίας και την κοινωνική ασφάλιση (Υπουργείο Εργασίας, 2020).

Ο αριθμός ΠΑΑΥΠΑ είναι μοναδικός και συνδέεται με τον αριθμό δελτίου πλήρους καταγραφής ενός αιτούντα άσυλο, ισχύοντας για την περίοδο της εξέτασης του αιτήματός του. Σε αντίθεση με τον ΑΜΚΑ, που ισχύει δια βίου, ο ΠΑΑΥΠΑ καταργείται εάν η αίτηση ασύλου απορριφθεί, γίνει δεκτή ή τεθεί στο αρχείο λόγω παραίτησης. Σε περίπτωση θετικής απόφασης για την αίτηση ασύλου, προβλέπεται η μετατροπή του ΠΑΑΥΠΑ σε ΑΜΚΑ (Υπουργείο Εργασίας, 2020). Οι πολίτες τρίτων χωρών που δεν διαθέτουν ενεργό ΠΑΑΥΠΑ ή ΑΜΚΑ δεν έχουν πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, εκτός από τις περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) των νοσοκομείων. Αυτή η διαδικασία διασφαλίζει ότι οι πολίτες τρίτων χωρών που διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες κοινωνικής ασφάλισης και υγειονομικής περίθαλψης, ενώ ταυτόχρονα προστατεύεται το σύστημα από καταχρήσεις (Υπουργείο Εργασίας, 2024).

1.5.Μετακινούμενοι πληθυσμοί, κρίση υποδοχής του 2015 και υγεία

Κατά την περίοδο 2014-2015 σημειώθηκε η μεγαλύτερη και ταχύτερη εισροή προσφύγων και μεταναστών στην Ευρώπη. Το 2015, περισσότεροι από ένα εκατομμύριο πρόσφυγες και μετανάστες, περιλαμβάνοντας παιδιά, γυναίκες και άνδρες, εισήλθαν στην ΕΕ μέσω ξηράς και θάλασσας (UNCHR, 2015). Εκατομμύρια άνθρωποι εγκατέλειψαν περιοχές συγκρούσεων όπως η Συρία, το Ιράκ, το Αφγανιστάν και η Ουκρανία, καθώς και περιοχές με διώξεις στη Νοτιοανατολική Ασία και την υποσαχάρια Αφρική, δημιουργώντας το υψηλότερο επίπεδο μετατόπισης από τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο (Staněk, 2017). Μέχρι τα μέσα του 2016, οι Ευρωπαϊκές χώρες φιλοξενούσαν 2,1 εκατομμύρια πρόσφυγες, με τη Γερμανία, την Ιταλία, τη Γαλλία και την Ελλάδα να δέχονται τον μεγαλύτερο αριθμό αιτήσεων ασύλου εκείνη την χρονιά (Eurostat, 2017).

Η πλειονότητα των προσφύγων και μεταναστών το 2015 εισήλθε στην Ελλάδα μέσω της Νοτιοανατολικής Μεσογείου, καταλήγοντας στα νησιά του βορειοανατολικού Αιγαίου, όπως η Λέσβος, η Κως, η Χίος, η Σάμος και η Λέρος. Η Λέσβος δέχθηκε τον μεγαλύτερο αριθμό αφίξεων, με περίπου 96.000 άτομα μέχρι τις 28 Αυγούστου 2015, καλύπτοντας σχεδόν το μισό των συνολικών αφίξεων στην Ελλάδα εκείνη την περίοδο. Σύμφωνα με την Έπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες, η Κως υποδέχθηκε περίπου 31.000 άτομα, η Χίος 30.700, η Σάμος 20.000 και η Λέρος 11.000 (UNCHR, 2015).

Η αύξηση των αιτούντων άσυλο και των μεταναστών που εισήλθαν στη χώρα είχε σημαντικές οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις (Kotsiou et al., 2018) και δημιούργησε σοβαρές προκλήσεις για το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) εν μέσω οικονομικής κρίσης (Moris et al., 2017). Για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των νεοαφιχθέντων, η ΕΕ χορήγησε το 2016 το ποσό

των 83 εκατομμυρίων ευρώ, τόσο ως έκτακτη στήριξη όσο και για τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των νέων αφίξεων στην Ελλάδα (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2016). Το ποσό αυτό κατευθύνθηκε στην Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες (UNHCR), στη Διεθνή Ομοσπονδία του Ερυθρού Σταυρού και σε έξι διεθνείς ΜΚΟ (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2016). Αξιοσημείωτο είναι ότι στην κρίση υποδοχής του 2015 συμμετείχαν πολλοί φορείς, όπως εγχώριες και διεθνείς ΜΚΟ, ευρωπαϊκοί και διεθνείς οργανισμοί, υπουργεία, και η συνεργασία, ο συντονισμός και ο έλεγχος των οποίων δοκιμάστηκαν για την αποτελεσματικότητα της διακυβέρνησης του συστήματος υγείας (Kotsiou et al., 2018).

1.6.Δομές Φιλοξενίας ΠΤΧ στην Ελλάδα και υγεία

Στην Ελλάδα, οι Δομές Φιλοξενίας/Προσωρινής Υποδοχής σύμφωνα με τον κατάλογο του Υπουργείου Μετανάστευσης και Ασύλου (2024) αριθμούνται σε είκοσι τέσσερις, βρίσκονται στην ενδοχώρα και προσφέρουν προσωρινή διαμονή σε πολίτες τρίτων χωρών ή ανιθαγενείς που έχουν υποβάλει αίτημα διεθνούς προστασίας στην Ελληνική Επικράτεια. (ΥΜΑ, 2024). Επιπλέον, σε αυτές τις δομές φιλοξενούνται οικογένειες που έχουν υποβάλει αίτηση για διεθνή προστασία, ανήλικοι, είτε ασυνόδευτοι είτε με συνοδεία, καθώς και ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες. (ΥΜΑ, 2024) .

Οι Δομές Φιλοξενίας προσφέρουν ένα σταθερό περιβάλλον διαμονής που καλύπτει όχι μόνο τις βασικές ανάγκες των φιλοξενουμένων, όπως στέγαση και σίτιση, αλλά και τις εκπαιδευτικές και κοινωνικές τους ανάγκες (ΥΜΑ, 2024). Οι φιλοξενούμενοι διαμένουν ελεύθερα, εφόσον τηρούν τους εσωτερικούς κανονισμούς που διασφαλίζουν την ομαλή λειτουργία της Δομής (ΥΜΑ, 2024). Οι υπηρεσίες που παρέχονται περιλαμβάνουν ενημέρωση για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις στη χώρα υποδοχής, ψυχοκοινωνική υποστήριξη, διευκόλυνση της πρόσβασης σε υγειονομικές υπηρεσίες, καθώς και προμήθεια βασικών ειδών προσωπικής υγιεινής, ρουχισμού και υπόδησης, μαζί με προγράμματα εκμάθησης της ελληνικής γλώσσας και ανάπτυξης δεξιοτήτων (ΥΜΑ, 2024).

Ο ΔΟΜ υποστηρίζει την Ελληνική Κυβέρνηση στον τομέα του συντονισμού και της διοίκησης δομών φιλοξενίας μεταναστών και προσφύγων, αναλαμβάνοντας την ευθύνη για την διοικητική υποστήριξη και συντονισμό δέκα δομών σε περιοχές όπως η Αττική, η Κεντρική Ελλάδα και η Βόρεια Ελλάδα (ΔΟΜ, 2017). Το προσωπικό των δομών φιλοξενίας περιλαμβάνει διάφορους επαγγελματίες που καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα αναγκών. Οι Συντονιστές Δομών (Facility Coordinators) είναι υπεύθυνοι για την καθημερινή διοίκηση και οργάνωση των δραστηριοτήτων και υπηρεσιών στις δομές φιλοξενίας, ενώ οι διερμηνείς διευκολύνουν την επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού των δομών και των φιλοξενούμενων (ΔΟΜ, 2017). Οι Εργαζόμενοι Υποστήριξης Κοινότητας (Community Support Workers) ασχολούνται με την προστασία των ευάλωτων ατόμων,

διευκολύνοντας την πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες και παρέχοντας παραπομπές σε εξειδικευμένες υπηρεσίες φροντίδας. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί και Ψυχολόγοι παρέχουν κοινωνική, ψυχολογική και νομική συμβουλευτική, ενώ εντοπίζουν και διαχειρίζονται περιπτώσεις ευάλωτων μεταναστών. Τέλος, το Ιατρικό Προσωπικό και οι κινητές ιατρικές ομάδες προσφέρουν υγειονομική περίθαλψη στους πρόσφυγες και μετανάστες, συχνά σε συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς (Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης) και ΜΚΟ (ΔΟΜ, 2017).

1.7. Προκλήσεις των εργαζομένων στις δομές φιλοξενίας

Οι εργαζόμενοι στις δομές φιλοξενίας μεταναστών και προσφύγων ερχόμενοι σε επαφή με μεγάλο πληθυσμό αντιμετωπίζουν πολλές και ποικίλες προκλήσεις. Οι συνθήκες εργασίας είναι συχνά δύσκολες, με υπερβολικές ώρες και ανεπαρκή υποστήριξη (Apostolara et al, 2023). Πολλές φορές οι δομές δεν είναι κατάλληλα εξοπλισμένες, γεγονός που αυξάνει την πίεση και το άγχος των εργαζομένων (Akinsulure-Smith et al, 2018).

Οι κοινωνικοί λειτουργοί και ψυχολόγοι στις δομές φιλοξενίας μεταναστών και προσφύγων στην Ελλάδα αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις. Αναλαμβάνουν την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης στους φιλοξενούμενους, που συχνά έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες και χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα και προσοχή (Pollard et al, 2021). Παράλληλα, οι ίδιοι οι επαγγελματίες πρέπει να διαχειριστούν τη δική τους ψυχολογική υγεία, καθώς η συνεχής έκθεση σε τραυματικές ιστορίες ενδέχεται να οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση και ψυχολογικό στρες (Pollard et al, 2021).

Οι μελέτες δείχνουν ότι οι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται συνεχή υποστήριξη και εποπτεία για να αντιμετωπίσουν τις απαιτήσεις της εργασίας τους και να αποφύγουν την επαγγελματική εξουθένωση. Αυτό περιλαμβάνει την πρόσβαση σε επαγγελματική ανάπτυξη, συνεχή εκπαίδευση και υποστήριξη από συναδέλφους και επόπτες (Chiarenza, 2019).

Οι πολιτισμικές και γλωσσικές διαφορές δημιουργούν επιπλέον δυσκολίες. Η επικοινωνία με τους φιλοξενούμενους στις δομές μπορεί να είναι δύσκολη λόγω των διαφορετικών πολιτισμικών υποβάθρων και της γλωσσικής πολυμορφίας (Ghafoori et al, 2024). Οι διερμηνείς παίζουν κρίσιμο ρόλο σε αυτό το πλαίσιο, αλλά η έλλειψη επαρκούς αριθμού διερμηνέων μπορεί να δυσχεράνει την παροχή υπηρεσιών (Geiling et al, 2021).

Η ασφάλεια των εργαζομένων είναι επίσης ένα σημαντικό ζήτημα. Οι εντάσεις και η πιθανή βία μεταξύ των φιλοξενούμενων μπορούν να αυξήσουν την εργασιακή ανασφάλεια και το άγχος των εργαζομένων, δημιουργώντας ένα δύσκολο και αγχωτικό περιβάλλον εργασίας (Apostolara et al, 2023). Η διαχείριση της γραφειοκρατίας και των κανονισμών αποτελεί άλλη μια σημαντική πρόκληση. Οι εργαζόμενοι πρέπει να συμμορφώνονται με πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες,

οι οποίες μπορούν να καθυστερούν την παροχή υπηρεσιών και να αυξάνουν το άγχος τους (Ghafoori et al, 2024).

Τέλος, η περιορισμένη διαθεσιμότητα πόρων αποτελεί ένα από τα κύρια προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι δομές φιλοξενίας. Η υποχρηματοδότηση και η έλλειψη επαρκών πόρων περιορίζουν την ικανότητα των δομών να παρέχουν τις απαραίτητες υπηρεσίες και υποστήριξη στους φιλοξενούμενους, επιδεινώνοντας τις ήδη δύσκολες συνθήκες εργασίας των εργαζομένων (Chatzea et al, 2018).

1.8. Φορείς υπηρεσιών υγείας σε ΠΤΧ: Ρόλοι και προκλήσεις

1.8.1. Κρατικοί φορείς υπό το πλαίσιο Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Το σύστημα υγείας της Ελλάδας λειτουργεί ως ένα μεικτό σύστημα, με χρηματοδότηση που προέρχεται τόσο από δημόσιους όσο και από ιδιωτικούς πόρους. Οι δημόσιοι πόροι προέρχονται από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της γενικής φορολογίας (άμεσης και έμμεσης) καθώς και από τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης μέσω των ασφαλιστικών εισφορών που καταβάλλουν εργοδότες και εργαζόμενοι. Από την άλλη πλευρά, οι ιδιωτικοί πόροι περιλαμβάνουν ιδιωτικές δαπάνες μέσω ιδιωτικών ασφαλίσεων και το ατομικό και οικογενειακό εισόδημα (Σουλιώτης, 2013). Οι πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο συχνά αντιμετωπίζουν προκλήσεις στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Από το 2016, οι πρόσφυγες έχουν το δικαίωμα πρόσβασης σε υγειονομικές υπηρεσίες στο ίδιο επίπεδο με τους Έλληνες πολίτες, ενώ οι αιτούντες άσυλο που έχουν συγκεκριμένες παθήσεις, αναπηρίες ή διαβιούν σε μονάδες κοινωνικής πρόνοιας έχουν επίσης δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες ανεξαρτήτως του νομικού τους καθεστώτος. Παρά ταύτα, στην πράξη υπάρχουν συνεχιζόμενα προβλήματα στην πρόσβαση στην περίθαλψη. Ειδικότερα, άτομα που διαμένουν σε κέντρα υποδοχής προσφύγων ή έχουν εγκλωβιστεί στα σύνορα της ΕΕ συχνά δυσκολεύονται να κλείσουν ιατρικά ραντεβού, και η κατάσταση επιδεινώθηκε κατά την έξαρση της πανδημίας COVID-19. Επίσης, η αναστολή χορήγησης αριθμών υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής ασφάλισης στους αιτούντες άσυλο τον Ιούλιο του 2019 είχε ως αποτέλεσμα την απουσία πρόσβασης στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης για αυτούς (European Public Health Alliance, 2020).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ), που παρέχεται εκτός νοσοκομείου, προσφέρεται κυρίως από τον δημόσιο τομέα μέσω αγροτικών και αστικών κέντρων υγείας, καθώς και από τον ιδιωτικό τομέα, συμπεριλαμβανομένων ιδιωτικών κλινικών σε αστικές και ημιαστικές περιοχές. Με

την πάροδο του χρόνου, έχουν γίνει διάφορες προσπάθειες από τις κυβερνήσεις για την αναδιοργάνωση και τον εκσυγχρονισμό του ελληνικού συστήματος υγείας (Emmanouilidou, 2021).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εντός των δομών φιλοξενίας και των Κέντρων Υποδοχής και Ταυτοποίησης (ΚΥΤ) στην Ελλάδα ανέλαβε σταδιακά το δημόσιο σύστημα υγείας μέσω των προγραμμάτων PHILOS I και PHILOS II (ΥΜΑ, 2023) Αυτά τα προγράμματα περιλάμβαναν την πρόσληψη μόνιμου ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού εντός των δομών, καθώς και την παροχή δωρεάν φαρμακευτικής κάλυψης στους διαμένοντες (ΥΜΑ, 2023) Επιπλέον, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας επεκτάθηκαν και στα Προαναχωρησιακά Κέντρα Κράτησης Αλλοδαπών (ΠΡΟΚΕΚΑ) με τον φορέα υλοποίησης να είναι η Ανώνυμη Εταιρία Μονάδων Υγείας (ΑΕΜΥ ΑΕ). Τα προγράμματα αυτά αποσκοπούσαν στην ενίσχυση των ιατρικών υπηρεσιών στις δομές φιλοξενίας, καλύπτοντας τις ανάγκες τόσο των αιτούντων άσυλο όσο και των κρατουμένων στα ΠΡΟΚΕΚΑ (ΑΕΜΥ, 2024)

Πέραν της παροχής βασικών ιατρικών υπηρεσιών, τα προγράμματα PHILOS επικεντρώθηκαν και στην εκπαίδευση του προσωπικού και στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των προσφύγων και μεταναστών. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια της εφαρμογής των προγραμμάτων, παρατηρήθηκαν ελλείψεις σε προσωπικό και υποδομές, καθώς και καθυστερήσεις στη χρηματοδότηση, γεγονός που επηρέασε την αποτελεσματικότητα της παροχής υπηρεσιών υγείας (Paradimos, 2021) Η χρηματοδότηση των προγραμμάτων PHILOS έγινε κυρίως μέσω του Ευρωπαϊκού Ταμείου Περιφερειακής Ανάπτυξης και του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου, με στόχο τη διασφάλιση της συνέχειας των υπηρεσιών υγείας στις δομές φιλοξενίας.

Οι μονάδες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας λειτουργούν ως κέντρα παραπομπής για πολλούς τομείς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ). Αυτές οι μονάδες είναι υπεύθυνες για την 24ωρη παροχή επείγουσας περίθαλψης, τη φροντίδα εξωτερικών ασθενών, και την ενδονοσοκομειακή φροντίδα για ασθενείς που παραπέμπονται από κέντρα υγείας ή άλλες υπηρεσίες του δικτύου ΠΦΥ. Στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές, τα γενικά νοσοκομεία συνήθως καλύπτουν τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης. Οι ασθενείς μπορούν να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια είτε μέσω των τμημάτων επειγόντων περιστατικών είτε με ραντεβού στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Ορισμένα νοσοκομεία προσφέρουν επίσης απογευματινά ιατρεία, όπου το κόστος της επίσκεψης καλύπτεται από τους ίδιους τους ασθενείς και όχι από ασφαλιστικά ταμεία. Παρά ταύτα, οι ιατρικές πράξεις και οι διαγνωστικές εξετάσεις (όπως αιματολογικές εξετάσεις και ακτινογραφίες) καλύπτονται, εφόσον ο ασθενής έχει το απαραίτητο παραπεμπτικό. (Economou et al., 2019).

Η τριτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα αποτελεί το υψηλότερο επίπεδο παροχής υγειονομικών υπηρεσιών και περιλαμβάνει εξειδικευμένα νοσοκομεία και κέντρα υγείας που

προσφέρουν προηγμένες ιατρικές υπηρεσίες (Tountas et al, 2002). Αυτά τα ιδρύματα διαθέτουν τον απαραίτητο εξοπλισμό και το προσωπικό για να αντιμετωπίσουν σύνθετα και σοβαρά ιατρικά περιστατικά. Η παροχή αυτών των υπηρεσιών διέπεται από συγκεκριμένη νομοθεσία και ρυθμιστικό πλαίσιο (Economou et al, 2017).

Με το Νόμο 4238/2014 δημιουργείται το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), το οποίο είχε ως στόχο τον συντονισμό των πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας (Υπουργείο Υγείας, 2022) ενώ με το Νόμο 3329/2005 καθορίζεται το πλαίσιο λειτουργίας του Εθνικού Συστήματος Υγείας και των Περιφερειακών Υγειονομικών Υπηρεσιών (ΦΕΚ, 2005). Επιπλέον, ο νόμος 4486/2017 (ΦΕΚ, 2017) επικεντρώνεται στην ενίσχυση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, την αναβάθμιση των υποδομών και την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας ενώ Ένας από τους βασικούς νόμους είναι ο Νόμος 4052/2012, που θέτει το πλαίσιο για τις διοικήσεις των νοσοκομείων και τις απαιτήσεις για τη στελέχωση τους. Αυτός ο νόμος έχει τροποποιηθεί και επεκταθεί με την πάροδο του χρόνου για να καλύψει τις εξελισσόμενες ανάγκες του συστήματος υγείας (ΦΕΚ, 2012).

Οι υπηρεσίες τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας περιλαμβάνουν χειρουργικές επεμβάσεις υψηλής ειδικότητας που απαιτούν προηγμένη ιατρική τεχνολογία και εξειδικευμένο προσωπικό, μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) για την παροχή εξειδικευμένης φροντίδας σε ασθενείς με κρίσιμες καταστάσεις υγείας (ΕΟΗSP, 2021). Ειδικά κέντρα που εξειδικεύονται σε συγκεκριμένες ασθένειες, όπως ογκολογικά κέντρα, καρδιολογικά κέντρα και εξειδικευμένες διαγνωστικές υπηρεσίες με χρήση προηγμένων διαγνωστικών μεθόδων και τεχνολογιών (The European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

Η τριτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα αντιμετωπίζει σημαντικές προκλήσεις, κυρίως λόγω των περιορισμένων οικονομικών πόρων. Οι συνεχείς οικονομικές κρίσεις έχουν οδηγήσει σε μείωση της χρηματοδότησης για τον τομέα της υγείας, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η έλλειψη προσωπικού όπως σε εξειδικευμένων ιατρών και νοσηλευτών, γεγονός που οδηγεί σε υπερφόρτωση του υπάρχοντος προσωπικού καθώς και αναμονές και καθυστερήσεις με Μακροχρόνιες λίστες αναμονής για ορισμένες θεραπείες και διαγνωστικές εξετάσεις (Economou et al, 2015).

Η τριτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι κρίσιμη για την αντιμετώπιση σοβαρών ιατρικών περιστατικών στην Ελλάδα. Ωστόσο, απαιτούνται συνεχείς μεταρρυθμίσεις και επενδύσεις για την αντιμετώπιση των προκλήσεων που υπάρχουν και για τη βελτίωση της ποιότητας και της προσβασιμότητας των υπηρεσιών υγείας. Οι επιστημονικές μελέτες και η νομοθεσία προσφέρουν ένα σαφές πλαίσιο για την κατανόηση των βημάτων που πρέπει να ληφθούν για την ενίσχυση του συστήματος υγείας.

1.8.1.1. Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ)

Ο Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) είναι ένα Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ) που ιδρύθηκε με τον Νόμο 4633/2019 και λειτουργεί υπό την εποπτεία του Υπουργού Υγείας. Ο ρόλος του ΕΟΔΥ περιλαμβάνει τη διαχείριση κρίσεων υγείας και την παροχή υποστήριξης μέσω δραστηριοτήτων όπως η επιδημιολογική παρακολούθηση, η εκτίμηση κινδύνου, η παροχή επιστημονικών συμβουλών, και η διασφάλιση αξιόπιστων επιδημιολογικών δεδομένων και στατιστικών για εθνικούς, ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς (ΕΟΔΥ, 2019). Στις αρμοδιότητές του περιλαμβάνονται επίσης η εκπαίδευση και επιμόρφωση στον τομέα της δημόσιας υγείας, η ενημέρωση του κοινού και των επαγγελματιών υγείας για σοβαρές υγειονομικές απειλές, και η προώθηση δράσεων ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης σε θέματα δημόσιας υγείας (ΕΟΔΥ, 2019). Επιπλέον, ο ΕΟΔΥ λειτουργεί ως το κέντρο επιχειρησιακού σχεδιασμού και εφαρμογής προληπτικών, λειτουργικών και επεμβατικών δράσεων για την προστασία της δημόσιας υγείας, με στόχο την αποτελεσματική ανταπόκριση σε έκτακτους κινδύνους. Συνεργάζεται στενά με εθνικούς και διεθνείς οργανισμούς για την ευθυγράμμιση των δράσεών του με τις ανάγκες της χώρας και τις διεθνείς απαιτήσεις (ΕΟΔΥ, 2019). Για την υποστήριξη των προσφύγων και μεταναστών στην Ελλάδα, ο ΕΟΔΥ αποστέλλει ειδικά εκπαιδευμένα κλιμάκια, που περιλαμβάνουν γιατρούς, νοσηλευτές και ψυχολόγους, στα Κέντρα Υποδοχής και Ταυτοποίησης (ΚΥΤ) στη Λέσβο, Χίο, Σάμο, Κω και Λέρο (ΕΟΔΥ, 2020). Τα κλιμάκια αυτά έχουν ως στόχο την επιτάχυνση της αξιολόγησης των ευάλωτων ατόμων, την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας, την ενίσχυση της ψυχολογικής υποστήριξης, και τον εμβολιασμό των προσφύγων, με ιδιαίτερη προσοχή στα παιδιά (ΕΟΔΥ, 2020). Επιπλέον, το Κλιμάκιο Ιατρικού Ελέγχου και Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης, στελεχωμένο από προσωπικό του ΕΟΔΥ, πραγματοποιεί τον αρχικό ιατρικό έλεγχο και εντοπίζει περιπτώσεις που χρειάζονται άμεση ιατρική βοήθεια για αιτούντες άσυλο και ανιθαγενείς που φτάνουν σε Κέντρα Υποδοχής ή Κινητές Μονάδες μετά τη σύλληψή τους από την Αστυνομία ή το Λιμενικό Σώμα (ΥΜΑ, 2024). Το σύστημα triage χρησιμοποιείται για την εκτίμηση και διαχείριση των ιατρικών αναγκών αυτών των ατόμων, βοηθώντας στην αναγνώριση περιστατικών που ενδέχεται να απαιτούν ειδική φροντίδα (ΥΜΑ, 2024).

1.8.1.1.1. Πρόγραμμα Philos

Το πρόγραμμα «Ολοκληρωμένη Επείγουσα Παρέμβαση Υγείας για την Προσφυγική Κρίση – PHILOS» αποτελεί μια πρωτοβουλία που είχε ως στόχο τη διαχείριση των υγειονομικών αναγκών

των προσφύγων και μεταναστών στην Ελλάδα (ΕΟΔΥ, 2024). Το πρόγραμμα αυτό αναπτύχθηκε ως απάντηση στην προσφυγική κρίση που ξέσπασε τα τελευταία χρόνια, ειδικά μετά το 2015, όταν υπήρξε σημαντική αύξηση των προσφύγων που εισέρχονταν στη χώρα (RSA-Refugee Support Aegean, 2019). Το πρόγραμμα «Philos» υλοποιείται από τον ΕΟΔΥ και αποτελεί πράξη που συγχρηματοδοτείται από τα Ταμεία Μετανάστευσης και Εσωτερικών Υποθέσεων της προγραμματικής περιόδου 2021-2027 (TAMEY 2021-2027) και εθνικούς πόρους (ΕΟΔΥ, 2024). Η συνολική εποπτεία της υλοποίησης του φυσικού αντικείμενου του προγράμματος ανήκει στο Υπουργείο Υγείας και στην Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ, 2024).

Σύμφωνα με το ΚΕΕΛΠΝΟ, μια αρχική συνεισφορά του ISF ή αλλιώς του Ταμείου Εσωτερικής Ασφάλειας (Internal Security Fund) ύψους 3,4 εκατ. το 2015 πραγματοποιήθηκε για την άμεση ενίσχυση της ανταπόκρισης στην πρόκληση της δημόσιας υγείας που παρουσιάστηκε από την έκτακτη ανάγκη προσφυγικών/μεταναστών στο Ανατολικό Αιγαίο (RSA-Refugee Support Aegean, 2019). Ακολούθησε η πρώτη φάση με το πρόγραμμα «PHILOS 1» το οποίο υλοποιήθηκε το 2016 και χρηματοδοτήθηκε εξ ολοκλήρου από τις συνεισφορές έκτακτης βοήθειας του Ταμείου Ασύλου Μετανάστευσης και Ένταξης (AMIF- Asylum, Migration and Integration Fund) (ΥΜΑ, 2021). Η πιλοτική φάση και τα έργα PHILOS 1 διαχειρίστηκαν από το Υπουργείο Υγείας και το ΚΕΕΛΠΝΟ (Ελληνικό Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων). [Τον Μάρτιο του 2019, το ΚΕΕΛΠΝΟ διαδέχθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ). Ο ΕΟΔΥ ιδρύθηκε με το Ν. 4600/2019.] (RSA-Refugee Support Aegean, 2019) .

Ο κύριος στόχος του προγράμματος ήταν να διασφαλίσει τη δημόσια υγεία και να ανταποκριθεί στις υγειονομικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες των προσφύγων και μεταναστών που διαμένουν σε Δομές της Υπηρεσίας Υποδοχής και Ταυτοποίησης του Υπουργείου Μετανάστευσης & Ασύλου (ΕΟΔΥ, 2024). Το πρόγραμμα περιλάμβανε τη λήψη προληπτικών μέτρων δημόσιας υγείας, την ανάπτυξη ενός συστήματος παρακολούθησης επιδημιών, την οργάνωση εμβολιασμών για αυτόν τον πληθυσμό, καθώς και την αξιολόγηση των συνθηκών υγιεινής στις εγκαταστάσεις φιλοξενίας των προσφύγων. Οι ενέργειες δημόσιας υγείας περιλάμβαναν δράσεις για την πρόληψη λοιμωδών και άλλων ασθενειών (ΕΟΔΥ, 2024).

Επιπλέον, το πρόγραμμα επικεντρώθηκε στην ενίσχυση των δομών του δημόσιου συστήματος υγείας. Αυτό περιλάμβανε την ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού σε μονάδες πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας, καθώς και την υποστήριξη των τομέων του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) που επωμίζονται μεγάλο φόρτο λόγω της προσφυγικής κρίσης (ΕΟΔΥ, 2024). Ο προγραμματισμός περιλάμβανε επίσης την επιστημονική επίβλεψη και συντονισμό των δράσεων, την εκπαίδευση του προσωπικού, την αξιολόγηση της

εφαρμογής του προγράμματος και την δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων αξιολόγησης και των επιστημονικών ευρημάτων (ΕΟΔΥ, 2024).

Παρόλα αυτά αξίζει να αναφερθεί ότι *«η ικανότητα της υλοποίησης του προγράμματος στην πρόσληψη και ανάπτυξη προσωπικού παρεμποδίστηκε σοβαρά ως επί το πλείστον από το μη ελκυστικό σύστημα αποζημίωσης σε γιατρούς και νοσηλευτές, καθώς και σε βοηθητικό προσωπικό λόγω οικονομικών αλλά και γραφειοκρατικών περιορισμών»* (RSA-Refugee Support Aegean, 2019). Καθ' όλη τη διάρκεια της υλοποίησης της πρώτης φάσης του έργου, *«το ΚΕΕΛΠΝΟ πραγματοποίησε επανειλημμένες προσπάθειες για πρόσληψη περισσότερων ατόμων ενώ σημαντικό ήταν και το ποσοστό των επαγγελματιών υγείας που εγκατέλειπαν τις θέσεις»* (RSA-Refugee Support Aegean, 2019). Η υλοποίηση παρουσίαζε συνεχή κενά με το έργο να μην καταφέρνει να αξιοποιήσει ολόκληρο το προγραμματισμένο ανθρώπινο δυναμικό. Μεγάλο μέρος της συνεισφοράς του ISF διατέθηκε, σύμφωνα με το ΚΕΕΛΠΝΟ, για την κάλυψη των προϋπολογισμών των νοσοκομείων στα νησιά όπου οι πρόσφυγες περιορίζονταν μετά τη «συμφωνία» ΕΕ-Τουρκίας. Αυτό φάνηκε να είναι μια δαπάνη αποδεκτή από την ΕΕ με τη λογική ότι οι τοπικές ιατρικές δομές έπρεπε να αναλάβουν το πρόσθετο βάρος του προσφυγικού πληθυσμού που βρίσκονταν στα νησιά (RSA-Refugee Support Aegean, 2019).

Συμπερασματικά, μπορεί να επισημανθεί ότι τα προγράμματα «PHILOS I» και «PHILOS II» έχουν αποδειχθεί καίριας σημασίας για την αποτελεσματική διαχείριση των υγειονομικών προκλήσεων που προκύπτουν από την προσφυγική κρίση. Τα προγράμματα PHILOS έχουν επιτύχει σημαντικά επιτεύγματα, αλλά υπάρχουν ακόμα περιθώρια βελτίωσης για την αποτελεσματική διαχείριση της υγειονομικής κρίσης που σχετίζεται με την προσφυγική κρίση. Με άλλα λόγια υπάρχει η ανάγκη για μια μακροχρόνια στρατηγική που να διασφαλίζει τη βιωσιμότητα των υπηρεσιών υγείας και να αντιμετωπίζει τις συνεχώς μεταβαλλόμενες ανάγκες των προσφύγων και μεταναστών. Η ανάπτυξη καινοτόμων λύσεων με την αξιοποίηση τεχνολογιών, όπως οι εφαρμογές υγείας και οι ψηφιακές πλατφόρμες, μπορεί να βελτιώσει την πρόσβαση σε πληροφορίες και υπηρεσίες υγείας. Η υλοποίηση τέτοιων προγραμμάτων συμβάλλει στην ομαλή ένταξη των προσφύγων και μεταναστών στις τοπικές κοινότητες και στην προστασία της δημόσιας υγείας.

1.8.1.2. Προκλήσεις

Η παγκόσμια οικονομική κρίση το 2007, αποκάλυψε και επιδείνωσε τα υπάρχοντα προβλήματα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα (Kondilis et al, 2012). Το ελληνικό σύστημα υγείας έχει υποφέρει από πολλές αναποτελεσματικότητες, οι οποίες περιλαμβάνουν τον συγκεντρωτισμό της διοίκησης, τις διοικητικές αδυναμίες, την ανεπαρκή κατανομή των διαθέσιμων

πόρων, καθώς και οικονομικές και διοικητικές προκλήσεις. Επιπλέον, οι προσπάθειες για μεταρρύθμιση έχουν συχνά αποτύχει να επιφέρουν ουσιαστικές αλλαγές. (Economou, 2018). Εν συνεχεία, το 2015 η Ελλάδα αντιμετώπισε μια «κρίση υποδοχής και διαχείρισης» όταν σχεδόν ένα εκατομμύριο άνθρωποι διέσχισαν τα θαλάσσια και χερσαία σύνορά της στο δρόμο τους προς την Ευρώπη (UNCHR, 2015). Οι προκλήσεις που αντιμετώπισε το εθνικό σύστημα υγείας της Ελλάδας κατά τη διάρκεια της μεταναστευτικής κρίσης του 2015 ήταν πολυδιάστατες και επηρεάστηκαν από την αυξημένη ζήτηση για ιατρικές υπηρεσίες, την έλλειψη πόρων και την ανάγκη για συντονισμό με διεθνείς οργανισμούς (Kondilis et al, 2016).

Κατά τη διάρκεια της οικονομικής και προσφυγικής κρίσης υποδοχής στην Ελλάδα, οι υγειονομικοί επαγγελματίες αντιμετώπισαν σημαντικές δυσκολίες, όπως περιορισμένα χρηματοδοτικά μέσα, υπερβολικό φόρτο εργασίας και έντονη ψυχολογική πίεση (Kondilis et al, 2016). Οι Lebano et al. (2020) αναφέρουν ότι τα οργανωτικά ζητήματα που αντιμετώπιζαν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης περιλάμβαναν προβλήματα εσωτερικής και εξωτερικής επικοινωνίας και συντονισμού, πολιτιστικές και γλωσσικές διαφορές, ανεπαρκή χρηματοδότηση και ελλείψεις σε ανθρώπινους πόρους.

Κατά την κρίση υποδοχής του 2015 είχε κεντρικής σημασίας το έργο πολλαπλών δρώντων, όπως μιας πληθώρας ΜΚΟ (και της κοινωνίας των πολιτών, αυτό-οργανωμένων πρωτοβουλιών και κινητοποιημένων και ευαισθητοποιημένων πολιτών, εθελοντών, ακτιβιστών) και των διεθνών φορέων (Fouskas, 2019). Υπήρξαν αρκετά περιστατικά όπου ακτιβιστές επιχείρησαν να κινητοποιηθούν με διαδηλώσεις και διάφορες μορφές έκφρασης αντίθεσης κατά των ελλειπών ή περιοριστικών μέτρων των ελληνικών αρχών (Keridis, 2018).

Ως διεθνής οργανισμός, η Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες δημιούργησε μια αποστολή στην Ελλάδα για την αντιμετώπιση της έκτακτης ανάγκης (UNCHR, 2015). Πολλοί από αυτούς τους οργανισμούς είχαν χρηματοδότηση από διάφορες πηγές, συμπεριλαμβανομένης της ΕΕ, διέθεταν διοικητική ικανότητα, μακρά εμπειρία στην αντιμετώπιση κρίσεων και πολύ καλή πρόσβαση στα παγκόσμια μέσα ενημέρωσης (Keridis, 2018). Ως αποτέλεσμα αυτής της κυρίως συνεργατικής, αλλά περιστασιακά ανταγωνιστικής σχέσης μεταξύ του Ελληνικού κράτους της ΕΕ, των ΜΚΟ, διεθνών οργανισμών, της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες, του ΔΟΜ και άλλων (βλ. παρακάτω ενότητες), δημιουργήθηκε μια ιδιότυπη δυναμική. Αυτή η σχέση χαρακτηρίζεται και από περιόδους έντασης (Keridis, 2018) .

Η σχέση μεταξύ των ΜΚΟ και του Ελληνικού κράτους στη διαχείριση των ΠΤΧ προκύπτουν από διάφορους παράγοντες, όπως η διαφορά στις προτεραιότητες, οι ρυθμιστικές αλλαγές και οι διαφορετικές προσεγγίσεις στη διαχείριση των προσφυγικών καταστάσεων. Για παράδειγμα, οι αυστηροί κανονισμοί που εισήχθησαν το 2020 από την ελληνική κυβέρνηση περιορίζουν τη

λειτουργία των ΜΚΟ που βοηθούν τους ΠΤΧ, επιβάλλοντας νέες διαδικασίες καταγραφής και πιστοποίησης, κάτι που δυσχεραίνει τη δυνατότητα των οργανισμών αυτών να παρέχουν βοήθεια (HIAS, 2020). Ένα άλλο παράδειγμα είναι η κατασκευή νέων κλειστών δομών για πρόσφυγες στα νησιά και οι συνθήκες διαβίωσης σε πολλούς δομές. Οι ΜΚΟ από την πλευρά τους καταγγέλλουν παραβιάσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων, επιχειρούν με δράσεις στο πεδίο και προγράμματα και επιζητούν πιο ανθρώπινες συνθήκες διαβίωσης και μεταχείρισης των προσφύγων (IRC, 2022, The New Humanitarian, 2023).

1.8.2. Διεθνείς Οργανισμοί

Σε έναν κόσμο όπου η παγκοσμιοποίηση αυξάνεται, τα κράτη όλο και συχνότερα στρέφονται σε υπερεθνικές λύσεις για να αντιμετωπίσουν πολιτικά ζητήματα. Παράλληλα, οι διεθνείς οργανισμοί έχουν πολλαπλασιαστεί και έχουν γίνει πιο σημαντικοί (Beckfield, 2010). Σε γενικές γραμμές, αυτοί οι οργανισμοί λειτουργούν ως κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν τις συζητήσεις, αναλαμβάνουν δράσεις και καθορίζουν κανόνες, οι οποίοι στη συνέχεια διαδίδονται σε παγκόσμιο επίπεδο (Kentikelenis, 2016). Από το 2015 και έπειτα, η εστίαση των διεθνών οργανισμών στην Ελλάδα έχει στραφεί στην επίλυση των ζητημάτων που αφορούν την υγειονομική φροντίδα των πολιτών τρίτων χωρών που έχουν εισέλθει στη χώρα. (WHO, 2018). Οι μετανάστες και οι εθνοτικές μειονότητες (MEM / migrants and ethnic minorities) βρίσκονται αντιμέτωποι με σοβαρές ανισότητες που αφορούν την κατάσταση της υγείας τους και την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας στη εκάστοτε χώρα υποδοχής (European Public Health Association, 2020). Στην Ευρώπη οι αυξανόμενες λαϊκιστικές και εθνικιστικές τάσεις έχουν δημιουργήσει ένα εχθρικό περιβάλλον για υιοθέτηση κοινών πολιτικών και μεταρρυθμίσεων (Migration Policy Institute, 2015). Ωστόσο, διαχρονικά η τάση για την υπεράσπιση των δικαιωμάτων των μεταναστών αναδύεται σε επίπεδο διεθνών οργανισμών.

1.8.2.1. Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης (ΔΟΜ, International Organization for Migration / IOM)

Ο Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης (ΔΟΜ) ιδρύθηκε τον Δεκέμβριο του 1951, αρχικά ως Διακυβερνητική Επιτροπή για τη Μετανάστευση στην Ευρώπη (ΔΟΜ, 2024Α). Σήμερα, 70 χρόνια αργότερα, έχει αναδειχθεί ως ο ηγέτης παγκοσμίως στον τομέα της διακυβερνητικής συνεργασίας για τη μετανάστευση υπό την αιγίδα των Ηνωμένων Εθνών. Ο ΔΟΜ Ελλάδας, ως ιδρυτικό μέλος του οργανισμού, έχει αναπτύξει μακρόχρονη και ουσιαστική συνεργασία με την

Ελληνική Κυβέρνηση και την κοινωνία των πολιτών, παρέχοντας βοήθεια και υποστήριξη στους μετανάστες. ΔΟΜ, 2024Α).

Ο Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην Ελλάδα, ιδιαίτερα όσον αφορά την υγεία των πολιτών τρίτων χωρών. Από το 2015 έως το 2024, η δράση του ΔΟΜ στην Ελλάδα περιλαμβάνει διάφορα προγράμματα και πρωτοβουλίες που αποσκοπούν στην ενίσχυση της υγείας των μεταναστών και των προσφύγων. Το 2015 με την έναρξη της προσφυγικής κρίσης ο ΔΟΜ παρείχε άμεση ανθρωπιστική βοήθεια και υποστήριξη στους πρόσφυγες και τους μετανάστες που έφταναν στα ελληνικά νησιά. Η υποστήριξη περιλάμβανε παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, όπως πρώτες βοήθειες και ιατρική φροντίδα. (IOM Report, 2015).

Το 2016-2017, επέκτεινε τις δραστηριότητές του παρέχοντας υποστήριξη σε δομές προσφύγων και μετανάστες, προσφέροντας υγειονομική περίθαλψη με τη δημιουργία Υγειονομικών Κλιμάκων και τη στήριξη σε υγειονομικές δομές και κινητές ιατρικές μονάδες για την κάλυψη των αναγκών υγείας (IOM, 2016). Το 2019-2020 για την αντιμετώπιση της πανδημίας COVID-19 ο ΔΟΜ συντονίστηκε με τις ελληνικές αρχές στους δομές, παρέχοντας ιατρικές εξετάσεις, τεστ και εξοπλισμό προστασίας με εμβολιαστικές εκστρατείες κατά της COVID-19 για τους μετανάστες και τους πρόσφυγες (IOM, 2020).

Αυτή τη στιγμή, το 2024, ο Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης (ΔΟΜ) συνεχίζει να επεκτείνει τα προγράμματα υγειονομικής υποστήριξης και ένταξης των μεταναστών στο εθνικό σύστημα υγείας της Ελλάδας, εισάγοντας καινοτόμες πρωτοβουλίες για την ενίσχυση της υγείας των μεταναστών μέσω νέων τεχνολογιών και προσεγγίσεων. Ο ΔΟΜ διατηρεί κρίσιμο ρόλο στη φροντίδα της υγείας των πολιτών τρίτων χωρών στην Ελλάδα, επιδιώκοντας τη βελτίωση της συνολικής υγείας και ποιότητας ζωής των μεταναστών και προσφύγων. (ΔΟΜ, 2024).

1.8.2.2. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ, World Health Organization / WHO)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), που ιδρύθηκε το 1948, αποτελείται από 194 κράτη μέλη και έχει την εντολή να κατευθύνει και να συντονίζει τις διεθνείς δραστηριότητες υγείας (WHO, 2024). Για να επιτύχει αυτόν τον στόχο, ο οργανισμός δραστηριοποιείται σε έξι βασικούς τομείς πολιτικής: συστήματα υγείας, προαγωγή της υγείας, μη μεταδοτικές ασθένειες, μεταδοτικές ασθένειες, επιτήρηση και απόκριση (WHO, 2016) .

Το ανώτατο όργανο λήψης αποφάσεων του ΠΟΥ είναι η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας (World health assembly), η οποία συνέρχεται ετησίως για να καθορίσει τις πολιτικές του οργανισμού με βάση την αρχή μία χώρα-μία ψήφος (WHO, 2024). Η Συνέλευση διορίζει έναν Γενικό Διευθυντή κάθε πέντε χρόνια που εποπτεύει τα οικονομικά του ΠΟΥ, περιλαμβανομένης της αναθεώρησης και

της έγκρισης του προϋπολογισμού, και εκλέγει επίσης 34 εκπροσώπους κρατών μελών στο Εκτελεστικό Συμβούλιο του ΠΟΥ για θητεία τριών ετών (WHO, 2016) .

Το Περιφερειακό Γραφείο του ΠΟΥ για την Ευρώπη (EURO) που εξυπηρετεί 53 κράτη-μέλη συνεργάζεται με άλλους ευρωπαϊκούς περιφερειακούς οργανισμούς, συμπεριλαμβανομένης της ΕΕ και του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) (WHO, 2016). Κάθε χρόνο, το WHO EURO διοργανώνει μια συνεδρίαση της Περιφερειακής Επιτροπής, όπου τα κράτη μέλη ψηφίζουν με βάση την αρχή «μία χώρα-μία ψήφος» για να διαμορφώσουν πολιτική, να εκπληρώσουν τα καθήκοντα εποπτείας και να εγκρίνουν τον προϋπολογισμό του WHO EURO (WHO, 2016).

Ο ΠΟΥ χρησιμοποιεί την ικανότητά του να συγκαλεί συναντήσεις υψηλού επιπέδου για τη δημιουργία περιφερειακών πολιτικών πλαισίων υγείας, όπως το «Υγεία 2020», προκειμένου να συντονίζει και να εναρμονίζει τις αντιδράσεις των κρατών μελών στη μετανάστευση (WHO, 2013). Επιπλέον, συλλέγει και διαχειρίζεται πληροφορίες σχετικά με την υγεία των μεταναστών, τις οποίες χρησιμοποιεί για να παρέχει τεχνική βοήθεια στα κράτη μέλη μέσω αξιολογήσεων συστημάτων υγείας και συμβουλών πολιτικής. Κατά διαστήματα, υποστηρίζει επίσης άμεσα παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας (Jakab et al, 2015).

Το WHO EURO συντονίζει τις δράσεις του στον τομέα της μετανάστευσης και της υγείας μέσω του προγράμματος «Δημόσια Υγεία της Μετανάστευσης στην Ευρώπη» (PHAME), που ιδρύθηκε το 2012 (WHO, 2016). Το πρόγραμμα βοηθά τα κράτη μέλη να εντοπίσουν και να καλύψουν κενά στην παροχή υπηρεσιών υγείας για τους μετανάστες και παρέχει συστάσεις πολιτικής για την καλύτερη ετοιμότητα και ανταπόκριση στις εισροές μεταναστών (WHO, 2016).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει υιοθετήσει μια σειρά από πρωτοβουλίες για την αντιμετώπιση των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας στην Ευρώπη λόγω της πρόσφατης αύξησης προσφύγων και αιτούντων άσυλο. Το σχέδιο δράσης για την υγεία προσφύγων και μεταναστών στην περιοχή του ΠΟΥ για την περίοδο 2023–2030 έχει επικεντρωθεί στην ενίσχυση της ανταπόκρισης των υγειονομικών συστημάτων και στην υποστήριξη των αναγκών των ευάλωτων πληθυσμών (WHO, 2023). Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι τον Αύγουστο του 2015, ο ΠΟΥ ίδρυσε μια διατμηματική Ειδική Ομάδα Μετανάστευσης και Υγείας στην Ευρώπη, επιφορτισμένη με την ανταπόκριση στις αυξανόμενες εκκλήσεις για βοήθεια από τα κράτη μέλη (WHO, 2015).

Σε εθνικό επίπεδο, οι δράσεις του περιλαμβάνουν την υποστήριξη της αξιολόγησης των αναγκών των ΠΤΧ, την ενίσχυση της ικανότητας του ιατρικού προσωπικού και την παροχή εκπαίδευσης σε εργαζομένους στον τομέα της υγείας στα σημεία εισόδου (WHO, 2015). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) παρέχει σημαντική τεχνική και οικονομική βοήθεια σε χώρες για να αντιμετωπίσουν διάφορες υγειονομικές προκλήσεις. Η υποστήριξη του περιλαμβάνει

εκστρατείες για την αντιμετώπιση κρίσεων, προγράμματα εμβολιασμού, προμήθεια ιατρικού εξοπλισμού και φαρμάκων, καθώς και τη διάδοση πληροφοριών σχετικά με την υγεία. (WHO, 2015).

Ο Οργανισμός έχει δημοσιεύσει επίσης μια σειρά αναφορών του Δικτύου Αποδεικτικών Υγείας που επικεντρώνονται ειδικά στα εμπόδια πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη για διαφορετικούς πληθυσμούς μεταναστών, συμπεριλαμβανομένων των προσφύγων και των αιτούντων άσυλο, των μεταναστών εργασίας και των μεταναστών χωρίς έγγραφα (Simon et al, 2015). Επιπλέον, έχουν εκδοθεί αναφορές για την ψυχική υγεία και την υγεία της μητέρας για μετανάστες και πρόσφυγες, καθώς και για το πώς οι εννοιολογικοί και νομικοί ορισμοί του όρου «μετανάστες» επηρεάζουν την πρόσβαση και την παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε πληθυσμούς μεταναστών. (Simon et al, 2015).

1.8.2.3. Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες (UNHCR)

Η Ελλάδα είναι μέλος της Σύμβασης του ΟΗΕ του 1951 για το καθεστώς των προσφύγων, που σημαίνει ότι η κυβέρνηση είναι υπεύθυνη για την αξιολόγηση των αιτήσεων ασύλου και τη χορήγηση καθεστώτος ασύλου (UNHCR, 2023). Συνεπώς, η Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες, δεν εμπλέκεται στην καταγραφή των προσφύγων, στην αξιολόγηση των αιτήσεων ασύλου ή στην έκδοση εγγράφων για τους πρόσφυγες στην Ελλάδα. Αυτές οι αρμοδιότητες ανήκουν αποκλειστικά στην κυβέρνηση (UNHCR, 2023).

Ο ρόλος της UNHCR στην Ελλάδα εστιάζει στη συνεργασία με τις ελληνικές αρχές, μη κυβερνητικές οργανώσεις, άλλους οργανισμούς, καθώς και με δίκτυα και κοινότητες εθελοντών, με σκοπό την προστασία των προσφύγων και των αιτούντων άσυλο που εισέρχονται στη χώρα (UNHCR, 2023). Η UNHCR παρέχει συμβουλευτικές υπηρεσίες για την ενίσχυση των πολιτικών και υπηρεσιών που αφορούν τους πρόσφυγες, υποστηρίζοντας την κυβέρνηση στη βελτίωση της διαδικασίας ασύλου και στην ενίσχυση των δικαιωμάτων των προσφύγων (UNHCR, 2023). Σε περιπτώσεις επείγουσας ανάγκης, η UNHCR συνεργάζεται με την κυβέρνηση για την κάλυψη των βασικών αναγκών των αιτούντων άσυλο και προσφύγων. Αυτή η υποστήριξη περιλαμβάνει παροχές όπως στέγαση, πρόσβαση σε καθαρό νερό, εγκαταστάσεις υγιεινής, τροφή, βασικά μη διατροφικά είδη, υγειονομική περίθαλψη, εκπαίδευση, πληροφόρηση, καθώς και συντονισμό και διαχείριση των χώρων υποδοχής. Η υποστήριξη της UNHCR παρέχεται είτε απευθείας είτε μέσω συνεργατών και μπορεί να προσαρμόζεται ανάλογα με τις τοπικές ανάγκες και τις υπάρχουσες συνεργασίες (UNHCR, 2023).

Η UNHCR παρέχει επιπλέον βοήθεια στους αιτούντες άσυλο, διευκολύνοντας τη σύνδεση με συνεργάτες που προσφέρουν κοινωνικές και νομικές συμβουλές καθώς και εκπροσώπηση, διασφαλίζοντας ότι λαμβάνουν τη σχετική υποστήριξη (UNHCR, 2023). Επίσης, η Ύπατη

Αρμοστέα ενισχύει τις Αρχές, το προσωπικό των μη κυβερνητικών οργανώσεων (ΜΚΟ) και άλλους φορείς, ώστε να κατανοήσουν καλύτερα τις ανάγκες των προσφύγων και να ανταποκριθούν αποτελεσματικά (UNHCR, 2023).

Από το 2015 και εντεύθεν, η UNHCR έχει διαδραματίσει κρίσιμο ρόλο στην Ελλάδα, παρέχοντας υποστήριξη για την επίλυση της προσφυγικής κρίσης και την προστασία των δικαιωμάτων των προσφύγων (UNHCR, 2015). Κατά την περίοδο 2015-2016, η Ελλάδα υπήρξε το κύριο σημείο εισόδου για περισσότερους από 856.000 πρόσφυγες και μετανάστες, κυρίως από το Ιράκ, τη Συρία και το Αφγανιστάν. Η UNHCR παρείχε ανθρωπιστική βοήθεια και έκτακτη υποστήριξη σε χιλιάδες νέους αφιχθέντες στα νησιά του Αιγαίου και στα βόρεια σύνορα της χώρας, ενώ επίσης υποστήριξε τη δημιουργία και τη διαχείριση κέντρων και δομών φιλοξενίας σε διάφορες περιοχές της Ελλάδας (UNHCR, 2015).

Μετά τη συμφωνία ΕΕ-Τουρκίας τον Μάρτιο του 2016, ο αριθμός των αφίξεων μειώθηκε, αλλά οι συνθήκες στα νησιά επιδεινώθηκαν λόγω της υπερπληρότητας (UNHCR, 2016). Η UNHCR παρείχε υγειονομική περίθαλψη, ψυχολογική υποστήριξη και νομικές συμβουλές στους πρόσφυγες, ενώ προωθούσε τη μετεγκατάσταση και την επανένωση οικογενειών σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Επιπλέον, ξεκίνησε την παροχή μετρητών (cash assistance) σε ευάλωτα άτομα για να καλύψουν τις βασικές τους ανάγκες (UNHCR, 2019). Η UNHCR το 2018, εστίασε στην προώθηση της κοινωνικής ένταξης των προσφύγων μέσω της πρόσβασης σε στέγαση, εκπαίδευση και απασχόληση. Ενίσχυσε τη συνεργασία με την ελληνική κυβέρνηση και άλλους φορείς για τη βελτίωση των συνθηκών στα κέντρα φιλοξενίας και την ανάπτυξη προγραμμάτων μακροχρόνιας στήριξης. Ταυτόχρονα, συνέχισε να παρέχει νομική βοήθεια και υποστήριξη στους αιτούντες άσυλο (UNHCR, 2018).

Η πανδημία COVID-19 ανέδειξε νέες προκλήσεις για την υγεία και την ασφάλεια των πολιτών τρίτων χωρών. Η UNHCR ανέλαβε δράσεις για την αποσυμφόρηση των κέντρων φιλοξενίας, παρέχοντας υγειονομικά είδη και εξοπλισμό προστασίας, καθώς και ενημέρωση για την πρόληψη της εξάπλωσης του ιού (UNHCR, 2020-2023).

1.8.2.4. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF)

Η UNICEF άρχισε να δραστηριοποιείται στην Ελλάδα το 2016, ως αντίδραση στην αύξηση των προσφυγικών και μεταναστευτικών ροών, με έμφαση στα παιδιά προσφύγων και μεταναστών. Η οργάνωση ξεκίνησε ως αποσπασμένη ομάδα του Περιφερειακού Γραφείου για την Ευρώπη και την Κεντρική Ασία, παρέχοντας άμεσες υπηρεσίες και υποστηρίζοντας την ανάπτυξη εθνικών δυνατοτήτων μέσω συνεργασιών με κυβερνητικούς φορείς, μη κυβερνητικές οργανώσεις και άλλους φορείς (UNICEF, 2017). Το έτος 2020, ανακοινώθηκε η ίδρυση του Γραφείου της UNICEF στην Ελλάδα, το οποίο ανέλαβε πλήρη εντολή για την αντιμετώπιση των αναγκών όλων των ευάλωτων

παιδιών στη χώρα. Αυτό το νέο γραφείο υποστηρίζει τις ελληνικές αρχές στην εκπλήρωση των υποχρεώσεων τους προς τα παιδιά βάσει της Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού, την οποία η Ελλάδα έχει επικυρώσει από το 1993 (UNICEF, 2024) Το έργο της UNICEF επικεντρώνεται σε τρεις βασικούς τομείς: την προστασία των παιδιών, την εκπαίδευση και την παρακολούθηση των δικαιωμάτων των παιδιών. Η οργάνωση παρέχει τεχνική βοήθεια σε υπουργεία όπως το Υπουργείο Παιδείας, το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, και το Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου, καθώς και σε τοπικές αρχές και ανεξάρτητους φορείς όπως το Γραφείο της Αναπληρώτριας Συνηγόρου για τα Δικαιώματα του Παιδιού (UNICEF, 2024). Από το 2015, η UNICEF έχει αναλάβει κρίσιμο ρόλο στη στήριξη προσφύγων και μεταναστών στην Ελλάδα, με ιδιαίτερη έμφαση στα παιδιά και τις γυναίκες. Κατά το 2015, η Ελλάδα είδε μια μεγάλη αύξηση των εκτοπισμένων πληθυσμών, κυρίως από περιοχές της Μέσης Ανατολής και της Βόρειας Αφρικής. Η UNICEF ανταποκρίθηκε άμεσα, παρέχοντας είδη πρώτης ανάγκης, στέγαση και υπηρεσίες υγείας. Δημιουργήθηκαν επίσης “φιλικές προς τα παιδιά” περιοχές στα κέντρα υποδοχής για να διασφαλιστεί η ψυχοκοινωνική υποστήριξη των παιδιών και η ασφαλής απασχόλησή τους (UNICEF, 2016).

Στα χρόνια που ακολούθησαν, η UNICEF επεκτάθηκε στην παροχή εκπαίδευσης και πρόσβασης σε βασικές υπηρεσίες υγείας για τα παιδιά- πρόσφυγες. Η UNICEF προώθησε εκπαιδευτικές πρωτοβουλίες τόσο σε καταυλισμούς όσο και στις τοπικές κοινότητες, εξασφαλίζοντας ότι τα παιδιά προσφύγων μπορούν να συμμετάσχουν στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα (UNICEF, 2017). Παράλληλα, συνεργάστηκε στενά με την ελληνική κυβέρνηση και άλλους φορείς για τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και την ενίσχυση της κοινωνικής ενσωμάτωσης των προσφύγων. Ειδικά προγράμματα στήριξης για γυναίκες πρόσφυγες και εγκύους διασφάλισαν την πρόσβαση σε απαραίτητη προγεννητική και μεταγεννητική φροντίδα (UNICEF, 2019).

Κατά την περίοδο της πανδημίας COVID-19, η UNICEF ενίσχυσε τις δράσεις της για την υγειονομική φροντίδα και την εκπαίδευση των παιδιών προσφύγων. Παρείχε υποστήριξη για την αντιμετώπιση της υγειονομικής κρίσης, διανέμοντας υγειονομικά υλικά και ενισχύοντας τις δυνατότητες των τοπικών υγειονομικών υπηρεσιών. Παράλληλα, προώθησε την ένταξη των παιδιών προσφύγων στο ελληνικό σχολικό σύστημα, παρά τις προκλήσεις της πανδημίας (UNICEF, 2021).

1.8.2.5. Προκλήσεις

Οι επιπτώσεις της μετανάστευσης στην υγεία, είτε αναγκαστική είτε εθελοντική, αναπτύχθηκαν μαζικά κατά τη διάρκεια του τελευταίου μισού αιώνα δημιουργώντας νέες προκλήσεις για την υγεία αποτελούν ανησυχία για αρκετές δεκαετίες (Tognotti, 2013). Οι διεθνείς οργανισμοί που ασχολούνται με την υγειονομική περίθαλψη και τα δικαιώματα υγείας των πολιτών τρίτων

χωρών στην Ελλάδα αντιμετωπίζουν διάφορες δυσκολίες. Πιο συγκεκριμένα, οι συνθήκες διαβίωσης στα κέντρα υποδοχής προσφύγων και μεταναστών, όπως τα κέντρα στα νησιά του Αιγαίου, είναι συχνά υπερπλήρη και ανεπαρκή (Human Rights Watch, 2020). Οι άνθρωποι διαβιώνουν σε άσχημες συνθήκες και έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη, νερό και είδη υγιεινής. Αυτό αυξάνει τον κίνδυνο εξάπλωσης μολυσματικών ασθενειών και επιδεινώνει την υγεία των κατοίκων (Matlin et al., 2018). Επίσης, οι πολίτες τρίτων χωρών αντιμετωπίζουν συχνά εμπόδια στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας λόγω γραφειοκρατικών διαδικασιών, γλωσσικών εμποδίων και έλλειψης πόρων (Lebano et al, 2020). Αυτό σημαίνει ότι πολλοί δεν λαμβάνουν την απαραίτητη ιατρική φροντίδα, ιδιαίτερα για χρόνιες και ψυχικές ασθένειες (HRW, 2020).

Ταυτόχρονα, οι νέες νομοθετικές ρυθμίσεις στην Ελλάδα έχουν αυστηροποιήσει τις διαδικασίες ασύλου, αυξάνοντας τις περιόδους κράτησης και περιορίζοντας την πρόσβαση σε προστασία (RSA, 2024). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι αιτούντες άσυλο να αντιμετωπίζουν αυξημένους κινδύνους απομάκρυνσης και μακροχρόνιας κράτησης, γεγονός που μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες για την ψυχική και σωματική τους υγεία (Matlin et al., 2018). Εντούτοις, υπάρχουν και άλλα σημαντικά εμπόδια στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας, όπως οι γλωσσικές δυσκολίες λόγω της έλλειψης κατάλληλων διερμηνέων, πολιτιστικές διαφορές που ενδέχεται να επηρεάσουν τις προτιμήσεις γιατρού (όπως το φύλο του ιατρού), καθώς και διαρθρωτικά προβλήματα που καθιστούν δύσκολη την πρόσβαση σε ειδικές ιατρικές υπηρεσίες. (Matlin et al., 2018). Οι ελλείψεις σε υποδομές και πόρους που παρατηρούνται σε πολλές περιοχές δυσχεραίνουν την ικανότητα των συστημάτων υγείας να καλύψουν τις ανάγκες των ΠΤΧ. Αυτό περιλαμβάνει την έλλειψη κατάλληλων χώρων για διαμονή, την απουσία εξειδικευμένων ιατρικών υπηρεσιών και την ανεπάρκεια σε βασικά είδη υγιεινής και ιατρικά προμήθειες (Economidou, 2018). Επίσης, οι δύσκολες συνθήκες διαβίωσης και η αβεβαιότητα για το μέλλον τους οδηγούν σε αυξημένα επίπεδα άγχους και ψυχικών διαταραχών μεταξύ των ΠΤΧ. Επιπλέον, οι διακρίσεις και η κοινωνική απομόνωση εντείνουν τα ψυχολογικά προβλήματα, καθιστώντας ακόμη πιο δύσκολη την ένταξή τους στην κοινωνία υποδοχής (Farhat et al, 2018).

Αυτές οι προκλήσεις υπογραμμίζουν την ανάγκη για συντονισμένες και αποτελεσματικές παρεμβάσεις από τους διεθνείς οργανισμούς, σε συνεργασία με τις εθνικές αρχές, για να βελτιωθεί η υγεία και η ευημερία των μεταναστών και των προσφύγων στην Ελλάδα.

1.8.3. Ευρωπαϊκοί οργανισμοί

Στην Ελλάδα δραστηριοποιούνται διάφοροι ευρωπαϊκοί οργανισμοί υπό την ΕΕ/Ευρωπαϊκή Επιτροπή και επικεντρώνονται στην υγεία των μεταναστών και προσφύγων. Αυτοί οι οργανισμοί και

τα προγράμματα τους είναι καίριας σημασίας για την αντιμετώπιση των υγειονομικών αναγκών των μεταναστών και προσφύγων στην Ελλάδα, παρέχοντας χρηματοδότηση, τεχνική υποστήριξη και καθοδήγηση για την ενίσχυση των υγειονομικών υπηρεσιών και την προώθηση της κοινωνικής ένταξης αυτών των πληθυσμών.

1.8.3.1. Ευρωπαϊκή Επιτροπή (European Commission)

Οι δραστηριότητες της Ευρωπαϊκής Επιτροπής που σχετίζονται με την υγεία των μεταναστών είναι ποικίλες, αν και η ευθύνη για τη ρύθμιση και την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους μετανάστες ανήκει στα κράτη μέλη. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή παρέχει χρηματοδοτήσεις, είτε εν μέρει είτε πλήρως, κυρίως μέσω επιχορηγήσεων, σε διεθνείς οργανισμούς όπως ο Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης (ΔΟΜ) και σε μη κυβερνητικές οργανώσεις όπως οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα (ΓΧΣ). Αυτή η στήριξη στοχεύει στη βελτίωση των υγειονομικών συνθηκών για τους μετανάστες, σύμφωνα με τις στρατηγικές πολιτικές της ΕΕ (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2020). Επίσης, προωθεί την καθιέρωση ελάχιστων προτύπων για την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη των αιτούντων άσυλο σε όλα τα κράτη μέλη, για τη συμμόρφωση με το ευρωπαϊκό και διεθνές δίκαιο. Τα πρότυπα αυτά περιλαμβάνουν πρόσβαση σε επείγουσα περίθαλψη, βασική θεραπεία ασθενειών και αναγκαία ιατρική ή άλλη βοήθεια σε άτομα με ειδικές ανάγκες (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2020).

Οι Γενικές Διευθύνσεις (ΓΔ) της Επιτροπής χρηματοδοτούν και οργανώνουν δραστηριότητες άμεσα συνδεδεμένες με την προστασία της υγείας των μεταναστών, συχνά σε συνεργασία με τους προαναφερθέντες οργανισμούς (European Commission, 2024). Η Γενική Διεύθυνση Υγείας και Ασφάλειας των Τροφίμων (DG SANTE) προετοιμάζει και διανέμει εκπαιδευτικό υλικό σε επαγγελματίες υγείας για τη βελτίωση της προσβασιμότητας των υπηρεσιών υγείας για τους μετανάστες, σε συνεργασία με οργανισμούς όπως ο ΔΟΜ και τις εθνικές κυβερνήσεις (European Union, 2021). Έχει χρηματοδοτήσει το έργο «Equi-Health» του ΔΟΜ, το οποίο στοχεύει στη βελτίωση και προσαρμογή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης για τους μετανάστες, καθώς και το δίκτυο «MIGHEALTHNET», το οποίο συγκεντρώνει καλές πρακτικές για την υγειονομική περίθαλψη των μεταναστών και των μειονοτήτων. Η Γενική Διεύθυνση Μετανάστευσης και Εσωτερικών Υποθέσεων (DG HOME), μέσω της διαχείρισης του Ταμείου Ασύλου, Μετανάστευσης και Ένταξης, έχει υποστηρίξει τη διαπολιτισμική διαμεσολάβηση μεταξύ μεταναστών και ιατρικού προσωπικού για την αποφυγή παρεξηγήσεων και την προώθηση της ίσης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη (European Parliament, 2017). Επίσης, έχει χορηγήσει κεφάλαια σε ΜΚΟ και άλλες οργανώσεις του τρίτου τομέα για την παροχή και ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε αιτούντες άσυλο με προβλήματα ψυχικής υγείας (European Parliament, 2017).

Το τμήμα Ανθρωπιστικής Βοήθειας και Πολιτικής Προστασίας της Ευρωπαϊκής Επιτροπής DG ECHO προσφέρει ανθρωπιστική βοήθεια, συμπεριλαμβανομένης της παροχής τροφής, νερού, βασικής υγιεινής και υγειονομικής περίθαλψης, σε χώρες αποστολής και διέλευσης (European Commission, 2024). Επιπλέον, εφαρμόζει τους Μηχανισμούς Πολιτικής Προστασίας της ΕΕ στις χώρες αποστολής κατά τη διάρκεια κρίσεων, συμπεριλαμβανομένης της ανάπτυξης ειδικά εκπαιδευμένων ιατρικών ομάδων και ομάδων δημόσιας υγείας, γνωστών ως Ευρωπαϊκό Ιατρικό Σώμα, για την παροχή επείγουσας ιατρικής βοήθειας (European Commission, 2024).

1.8.3.2.Ευρωπαϊκός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ECDC)

Το 2015, εν μέσω των αυξανόμενων μεταναστευτικών ροών, το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων (ECDC) προχώρησε σε αξιολόγηση των αναγκών δημόσιας υγείας των μεταναστών και των αιτούντων άσυλο ή καθεστώς πρόσφυγα. Αυτή η αξιολόγηση περιλάμβανε διάφορες δράσεις και πρωτοβουλίες για την κατανόηση και την αντιμετώπιση των υγειονομικών προκλήσεων που αντιμετωπίζουν αυτοί οι πληθυσμοί (ECDC, 2015). Αρχικά, διενήργησε συνεντεύξεις με 14 ειδικούς από κράτη μέλη και μη κυβερνητικές οργανώσεις που είχαν εμπειρία στην εργασία με πληθυσμούς μεταναστών, από τις 7 έως τις 11 Αυγούστου 2015 (ECDC, 2015). Δεύτερον, πραγματοποίησε μη συστηματική ανασκόπηση των διαθέσιμων αποδεικτικών στοιχείων, συμπεριλαμβανομένων δημοσιεύσεων με αξιολόγηση από ομοτίμους και σχετικών εκτιμήσεων κινδύνου του ECDC. Τρίτον, διοργάνωσε συνάντηση εμπειρογνομόνων για την πρόληψη των μολυσματικών ασθενειών μεταξύ των νεοαφιχθέντων μεταναστών στην ΕΕ και τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο (ΕΟΧ) στις 12 και 13 Νοεμβρίου 2015 (ECDC, 2015). Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ECDC) συνεργάζεται στενά με τις ελληνικές αρχές για την παρακολούθηση και αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων που επηρεάζουν τους μετανάστες και πρόσφυγες ενώ παράλληλα παρέχει τεχνική υποστήριξη και εκπαιδευτικά προγράμματα στους επαγγελματίες υγείας για την βέλτιστη διαχείριση των υγειονομικών προκλήσεων (ECDC, 2024).

1.8.3.3.Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης (European Regional Development Fund / ERDF)

Το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης (ERDF) διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στην ενίσχυση της συνοχής εντός της Ευρώπης, προωθώντας τόσο την οικονομική όσο και την κοινωνική πρόοδο (ERDF, 2024). Μέσω των χρηματοδοτικών του εργαλείων, το ERDF υποστηρίζει τη βελτίωση των συνθηκών υγείας για μετανάστες και πρόσφυγες (ERDF, 2024). Ειδικότερα, το ERDF επικεντρώνεται στην ενίσχυση της οικονομικής και κοινωνικής συνοχής της ΕΕ, μειώνοντας

τις ανισότητες ανάμεσα στις διάφορες περιοχές. Τα έργα που χρηματοδοτούνται από το ERDF συνεισφέρουν επίσης στη βελτίωση της πρόσβασης σε υγειονομικές υπηρεσίες για ευάλωτους πληθυσμούς, περιλαμβάνοντας τους μετανάστες και τους πρόσφυγες (ERDF, 2024). Προς αυτό τον σκοπό το ERDF χρηματοδοτεί την κατασκευή και αναβάθμιση υγειονομικών υποδομών, όπως νοσοκομεία και κλινικές, ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες των μεταναστών και των προσφύγων και υποστηρίζει την ανάπτυξη προγραμμάτων που προάγουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας για μετανάστες και πρόσφυγες, όπως προγράμματα εμβολιασμού και προληπτικής υγειονομικής φροντίδας (Green European Foundation, 2016). Επιπλέον, μέσω έργων που προάγουν την κοινωνική ένταξη, το ERDF βοηθά τους μετανάστες και τους πρόσφυγες να αποκτήσουν καλύτερη πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες και να ενσωματωθούν καλύτερα στις τοπικές κοινωνίες (Green European Foundation, 2016). Τέλος, υποστηρίζει την εκπαίδευση και την κατάρτιση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού για να βελτιώσουν τις δεξιότητές τους στην παροχή φροντίδας σε πληθυσμούς μεταναστών και προσφύγων (ERDF, 2024).

1.8.3.4. Η Ευρωπαϊκή Ένωση Δημόσιας Υγείας (European Public Health Association / EUPHA)

Η ΕΕ Δημόσιας Υγείας (EUPHA) - Τομέας Υγείας Μεταναστών και Εθνοτικών Μειονοτήτων (Migrant and Ethnic Minority Health Section) παίζει σημαντικό ρόλο στην προώθηση και ενίσχυση της υγείας των μεταναστών και των εθνοτικών μειονοτήτων στην Ευρώπη (EUPHA, 2024). Ο Τομέας Υγείας της EUPHA στοχεύει στην προώθηση της υγείας των μεταναστών και των εθνοτικών μειονοτήτων μέσω της έρευνας, της εκπαίδευσης και της ανταλλαγής καλών πρακτικών. Επιδιώκει να αυξήσει την ευαισθητοποίηση για τα ζητήματα υγείας που αντιμετωπίζουν αυτές οι ομάδες και να υποστηρίξει την ανάπτυξη πολιτικών και στρατηγικών που θα βελτιώσουν την υγεία του (EUPHA, 2024). Προς αυτό τον σκοπό, συλλέγει και αναλύει δεδομένα για την υγεία των μεταναστών και των εθνοτικών μειονοτήτων, εντοπίζοντας τα βασικά προβλήματα και τις προκλήσεις (EUPHA, 2019). Επιπλέον, προσφέρει εκπαιδευτικά προγράμματα και σεμινάρια για επαγγελματίες υγείας, ενισχύοντας δεξιότητές και γνώσεις στην παροχή φροντίδας σε μεταναστευτικούς πληθυσμούς και συνεργάζεται με άλλους οργανισμούς, πανεπιστήμια και φορείς χάραξης πολιτικής για την ανταλλαγή γνώσεων και την ανάπτυξη κοινών στρατηγικών (EUPHA, 2019). Τέλος, διοργανώνει εκδηλώσεις και εκστρατείες ευαισθητοποίησης για την ενημέρωση του κοινού και των αρμόδιων φορέων για τα ζητήματα υγείας των μεταναστών και των εθνοτικών μειονοτήτων. (EUPHA, 2019).

1.8.3.5. Προκλήσεις

Οι ευρωπαϊκοί οργανισμοί που δραστηριοποιούνται στην Ελλάδα αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις στην αντιμετώπιση των υγειονομικών αναγκών των μεταναστών και των προσφύγων. Αυτές οι προκλήσεις προκύπτουν από διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των σύνθετων αναγκών υγείας αυτού του πληθυσμού, του συντονισμού με τοπικούς και διεθνείς φορείς, και της υπέρβασης προβλημάτων στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα. (Kentikelenis et al., 2016). Πιο συγκεκριμένα, οι μετανάστες και οι πρόσφυγες συχνά έχουν επιβαρυνμένη υγεία λόγω των στρεσογόνων και σκληρών συνθηκών που βιώνουν κατά τη μετανάστευση και στις χώρες υποδοχής. Όπως παρατηρείται από τους Roberts et al. (2016), στην πράξη, οι υγειονομικές ανάγκες των μεταναστών και των προσφύγων κατά την υποδοχή και τη διέλευση έχουν συχνά αντιμετωπιστεί με ανεπαρκή τρόπο. Πιο συγκεκριμένα αυτό συνίσταται στην έλλειψη πρόσβασης ακόμα και σε βασικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, όπως αποτελούν οι υπηρεσίες υγείας για τις μητέρες και τα παιδιά αλλά και η απουσία της συνέχειας της θεραπείας στο ασθενή, η οποία είναι απαραίτητη για την διασφάλιση της υγείας των ατόμων με μη μεταδοτικές ασθένειες (Non-Communicable Diseases, NCDs). Αυτός ο πληθυσμός διατρέχει αυξημένο κίνδυνο για όχι μόνο για μη μεταδοτικές ασθένειες αλλά και μεταδοτικές, ψυχικές διαταραχές και συγκεκριμένες καταστάσεις όπως ο HIV, η φυματίωση και η υπέρταση (Roberts et al., 2016). Για παράδειγμα, οι μελέτες δείχνουν ότι η επικράτηση αυτών των ασθενειών είναι υψηλότερη μεταξύ των μεταναστών και των προσφύγων σε σύγκριση με τον τοπικό πληθυσμό στην Ελλάδα και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες (Roberts et al., 2016).

Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι οι διαταραχές ψυχικής υγείας παρατηρούνται αρκετά συχνά σε εκτοπισμένους πληθυσμούς και περιλαμβάνουν κυρίως υψηλά ποσοστά διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD), κατάθλιψης και άγχους. Αυτά τα προβλήματα ψυχικής υγείας συχνά επιδεινώνονται από τις συνθήκες στα κέντρα κράτησης και την αβεβαιότητα της μελλοντικής κατάστασής τους (Roberts et al., 2016). Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή για την Πρόληψη των Βασανιστηρίων και της Απάνθρωπης ή Ταπεινωτικής Μεταχείρισης ή Τιμωρίας) αναφέρει χαρακτηριστικά ότι κάποια από τα κράτη μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης έχουν υλοποιήσει μια συντονισμένη προσπάθεια για να βελτιωθούν οι συνθήκες κράτησης των παράτυπων μεταναστών. Παρόλα αυτά δεν απουσιάζουν οι περιπτώσεις όπου η ΕΠΒ κάνει λόγο για ακατάλληλους χώρους των χωρίς έγγραφα/παράτυπων μεταναστών αλλά και των αιτούντων άσυλο. Οι αντιπροσωπείες της ΕΠΒ εντοπίζουν ακόμα χωρίς έγγραφα/παράτυπους μετανάστες σε αστυνομικά τμήματα, κάτω από συνθήκες που είναι ελάχιστα αποδεκτές για κράτηση μιας ημέρας, πόσο μάλλον εάν η κράτηση παρατείνεται πέρα αυτής της χρονικής διάρκειας (ΕΠΒ, 2009).

Δεν θα μπορούσαν να αγνοηθούν τα εμπόδια που εμποδίζουν την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, όπως οι γλωσσικές δυσκολίες, η έλλειψη πολιτισμικών διαμεσολαβητών, ασαφή δικαιώματα, περιορισμένους οικονομικούς πόρους και περιοριστικές μεταναστευτικές πολιτικές. Αυτά τα ζητήματα καθιστούν δύσκολη την πρόσβαση των μεταναστών και των προσφύγων στην αναγκαία ιατρική φροντίδα (Papadaki et al., 2017). Οι ευρωπαϊκοί οργανισμοί πρέπει να «πλοηγηθούν» σε πολύπλοκα γραφειοκρατικά συστήματα και πολιτικές που μπορεί να είναι περιοριστικές και μερικές φορές να μην συντονίζονται καλά με τις ανάγκες των μεταναστών και των προσφύγων (Witcher, 2021). Υπάρχουν προσπάθειες ευθυγράμμισης με τις ελληνικές υγειονομικές υπηρεσίες για την παροχή πιο ολοκληρωμένης φροντίδας, αλλά οι συστημικές προκλήσεις παραμένουν (Souliotis et al, 2019).

Συμπερασματικά, ενώ οι ευρωπαϊκοί οργανισμοί αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις στην παροχή υγειονομικής φροντίδας σε μετανάστες και πρόσφυγες στην Ελλάδα, εφαρμόζουν διάφορες στρατηγικές για την υπέρβαση αυτών των εμποδίων. Η συνεργασία με την ελληνική κυβέρνηση, διεθνείς οργανισμούς και ΜΚΟ, μαζί με τις προσπάθειες ανάπτυξης ικανοτήτων και υποστήριξης πολιτικών, είναι κρίσιμες για τη βελτίωση των υγειονομικών αποτελεσμάτων για αυτόν τον ευάλωτο πληθυσμό.

1.8.4. Μη κυβερνητικές οργανώσεις

Το 2015, η άφιξη αιτούντων άσυλο, προσφύγων και μεταναστών, επέφερε σημαντικές προκλήσεις υποδοχής και διαχείρισης για τις ελληνικές αρχές, και παράλληλα με διεθνείς οργανισμούς, διεθνείς μη κυβερνητικές οργανώσεις συνέβαλαν στην αντιμετώπιση των προκλήσεων μαζί και τοπικές μη κυβερνητικές οργανώσεις, μερικές από τις οποίες δημιουργήθηκαν ως ανταπόκριση στην κρίση (Fouskas, 2019, Gunst, 2019). Το 2015, η Ελλάδα αντιμετώπισε μια έντονη διαχειριστική κρίση υποδοχής με την άφιξη μεγάλου αριθμού αιτούντων άσυλο, προσφύγων και μεταναστών, κυρίως από το Αφγανιστάν, τη Συρία και το Ιράκ (Lucassen, 2017). Οι ΜΚΟ που δραστηριοποιήθηκαν στην Ελλάδα κατά την περίοδο αυτή διαδραμάτισαν κρίσιμο ρόλο στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης και άλλων υπηρεσιών υποστήριξης (Kotsiou et al, 2018). Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ) έχουν αποτελέσει αντικείμενο εκτεταμένης έρευνας και ανάλυσης ενώ οι κύριες δράσεις και παρεμβάσεις τους αφορούν την άμεση ιατρική παροχή, την ψυχοκοινωνική υποστήριξη και την ενίσχυση των τοπικών υποδομών υγείας (Garkisch et al, 2017).

Οι ΜΚΟ συντόνισαν τις προσπάθειές τους με άλλους εθνικούς και διεθνείς φορείς, όπως οι κυβερνήσεις και οι διεθνείς οργανισμοί, για να διασφαλίσουν μια πιο ολιστική προσέγγιση στην αντιμετώπιση των υγειονομικών προκλήσεων των ΠΤΧ (Kotsiou, 2018). Η συνεργασία αυτή ήταν

κρίσιμη για την αποδοτική διαχείριση των διαθέσιμων πόρων και την προσφορά ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας (Östlin et al, 2019). Σε αυτές τις συνθήκες, οι ΜΚΟ έχουν διαδραματίσει σημαντικό ρόλο, όχι μόνο στην άμεση ανταπόκριση αλλά και στην εξασφάλιση βιώσιμων λύσεων για την ψυχική υγεία των προσφύγων και των μεταναστών (Das, 2019). Εξειδικευμένες ΜΚΟ έχουν τη δυνατότητα να προσφέρουν επαγγελματίες υψηλής ειδίκευσης, όπως ψυχολόγους και ψυχιάτρους, που εργάζονται απευθείας στο πεδίο ενώ τοπικές ΜΚΟ κατάφεραν να συνεργαστούν ομαλά με τις κοινότητες και τον τοπικό πληθυσμό, προσφέροντας παράλληλα ψυχοκοινωνική υποστήριξη και ανθρωπιστική βοήθεια (Östlin et al, 2019).

Οι διεθνείς ΜΚΟ έχουν συνεισφέρει με την εξειδικευμένη γνώση και εμπειρία τους από παρόμοιες καταστάσεις, υποστηρίζοντας τη διαχείριση των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν πρόσφυγες και μετανάστες (Aras et al, 2019). Επιπλέον, διαθέτουν την ικανότητα να καλύψουν τα κενά και να συμπληρώσουν τις υπηρεσίες των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, προσαρμοζόμενες γρήγορα σε αλλαγές όπως ο αυξημένος αριθμός ανθρώπων, οι πολιτισμικές διαφορές και τα γλωσσικά εμπόδια. Από την άλλη πλευρά, πολλές μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ), διαπίστωσαν ότι η λειτουργία στην Ελλάδα συνοδεύεται από γραφειοκρατικές και δαπανηρές διαδικασίες (Gunst et al, 2019). Αυτό προκαλεί προκλήσεις στη λειτουργία και τις δράσεις τους, περιλαμβάνοντας τη διαδικασία ανοίγματος τραπεζικών λογαριασμών και τη διαχείριση του υψηλού κόστους παροχής υγειονομικής περίθαλψης για κάθε πρόσφυγα, ειδικά σε σύγκριση με χώρες εκτός ΕΕ ή περιοχές με χαμηλότερα λειτουργικά έξοδα. Πολλές μεγαλύτερες διεθνείς ΜΚΟ (iNGOs) στράφηκαν στην αναζήτηση χρηματοδότησης από την ΕΕ, η οποία κατανεμήθηκε σε κύκλους χρηματοδότησης, επιτρέποντας τη συγκέντρωση και τον εξορθολογισμό των υπηρεσιών τους (Gunst et al, 2019). Το καλοκαίρι του 2017 ανακοινώθηκε ότι τα κονδύλια της ΕΕ θα διοχετεύονται μέσω κυβερνητικών υπηρεσιών, καθιστώντας πιο δύσκολο για τις ΜΚΟ να συνεχίσουν το έργο τους στην Ελλάδα. Αυτό ανάγκασε πολλές οργανώσεις να αναδιοργανωθούν ή να αποχωρήσουν από την Ελλάδα μόλις εξαντληθούν τα υπόλοιπα κονδύλια τους (Maresso, 2018). Παρακάτω γίνεται αναφορά σε κύριες ΜΚΟ που προσέφεραν υπηρεσίες υγείας.

1.8.4.1. Γιατροί χωρίς Σύνορα (ΓΧΣ, Médecins Sans Frontières / MSF)

Οι ΓΧΣ, ιδρύθηκαν στη Γαλλία το 1971 από μια ομάδα γιατρών και δημοσιογράφων και είναι μια ιδιωτική διεθνή ένωση που αποτελείται κυρίως από επαγγελματίες υγείας (MSF, 2016). Ο οργανισμός δημιουργήθηκε για να προωθήσει τη δίκαιη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη σε όλο τον κόσμο ενώ ο καταστατικός του χάρτης δηλώνει ρητά ότι *«τηρεί την ουδετερότητα και την αμεροληψία στο όνομα της καθολικής ιατρικής δεοντολογίας και του δικαιώματος στην ανθρωπιστική βοήθεια»* (ΓΧΣ, 2024). Οι ΓΧΣ παρέχουν υπηρεσίες τόσο σωματικής όσο και ψυχικής υγείας στους

ΠΤΧ στις χώρες διέλευσης και στις χώρες υποδοχής, καθώς και καθ' οδόν προς τον προορισμό τους (Escobio, et al., 2015). Οι πρώτοι που ανταποκρίθηκαν στα νησιά και τους άτυπους δομές μετά το κλείσιμο των συνόρων της FYROM ήταν μεγάλες ΜΚΟ, συμπεριλαμβανομένων των Γιατρών Χωρίς Σύνορα (ΓΧΣ) (Gunst et al, 2019). Κατά τη διάρκεια της μεταναστευτικής κρίσης του 2015 στην Ελλάδα έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των υγειονομικών αναγκών των προσφύγων και μεταναστών (Louis, 2016). Οι ΓΧΣ προσέφεραν βασικές ιατρικές υπηρεσίες, εμβολιασμούς, και φροντίδα για χρόνιες ασθένειες στους πρόσφυγες και μετανάστες. Οργάνωσαν κινητές ιατρικές μονάδες και κλινικές, ειδικά σε περιοχές με μεγάλη συγκέντρωση προσφύγων όπως τα νησιά του Αιγαίου (Λέσβος, Κως, Σάμος, Χίος) και στην ηπειρωτική χώρα (Louis, 2016). Επιπλέον, παρείχαν ψυχολογική βοήθεια και υποστήριξη σε άτομα που είχαν βιώσει τραυματικές εμπειρίες στον δρόμο τους προς την Ευρώπη και συνεργάστηκαν με τοπικές αρχές για τη βελτίωση των υγειονομικών συνθηκών στους δομές, όπως η δημιουργία εγκαταστάσεων υγιεινής και η διανομή βασικών ειδών υγιεινής (Louis, 2016).

Οι ΓΧΣ συνεχίζουν να εργάζονται στα νησιά της Λέσβου και της Σάμου, καθώς και στην Αθήνα, προσφέροντας γενική ιατρική φροντίδα, θεραπεία για χρόνιες ασθένειες, ψυχολογική και ψυχιατρική υποστήριξη, και υπηρεσίες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας, με έμφαση στους επιζώντες σεξουαλικής βίας. Παρέχουν επίσης κοινωνική και νομική βοήθεια για τους μετανάστες και πρόσφυγες (MSF, 2022).

1.8.4.2. Γιατροί του Κόσμου (ΓτΚ, Médecins du Monde)

Οι Γιατροί του Κόσμου ιδρύθηκαν στη Γαλλία το 1980 από μια ομάδα ιατρών, και επέκτειναν γρήγορα τις δραστηριότητές τους τόσο στις αναπτυσσόμενες χώρες —συχνά σε καταστάσεις κρίσης— όσο και στην Ευρώπη (ΓτΚ, 2024). Οι δραστηριότητες του οργανισμού καθοδηγούνται από τις αρχές του *«σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, της ενημέρωσης και της προστασίας του ατόμου, της μη διάκρισης για όσους χρειάζονται ιατρική φροντίδα και της οργανωτικής ανεξαρτησίας»* (ΓτΚ, 2024). Οι Γιατροί του Κόσμου – Ελλάδας (ΓτΚ – Ελλάδας) ιδρύθηκαν το 1990 ως μια ανθρωπιστική ιατρική Μη Κυβερνητική Οργάνωση, μέλος του Διεθνούς Δικτύου Γιατρών του Κόσμου, το οποίο περιλαμβάνει 17 εθνικές αντιπροσωπείες (ΓτΚ, 2024). Οι ΓτΚ λειτουργούν με την αρχή ότι κάθε άτομο έχει δικαίωμα σε ανθρωπιστική βοήθεια, ανεξαρτήτως φύλου, καταγωγής, σεξουαλικού προσανατολισμού, θρησκείας, ιδεολογίας ή πολιτικών πεποιθήσεων. Δρουν με βάση τις αρχές της ουδετερότητας και της αμεροληψίας, ενώ σε περιπτώσεις παραβιάσεων ανθρωπίνων δικαιωμάτων, αναλαμβάνουν δράση είτε μέσω σιωπηρής διπλωματίας είτε μέσω δημόσιων παρεμβάσεων στα μέσα ενημέρωσης (ΓτΚ, 2024).

Από την ίδρυσή τους, οι Γιατροί του Κόσμου προάγουν τις αξίες της Διακήρυξης της Άλμα Ατα (1978), ενισχύοντας την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και την Καθολική Υγειονομική Περίθαλψη (ΓτΚ, 2024). Σύμφωνα με τους ΓτΚ, η υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, θεωρώντας την ως θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ανθρώπου (ΓτΚ, 2024). Οι ΓτΚ υποστηρίζουν ότι η υγεία και τα ανθρώπινα δικαιώματα συνδέονται αναπόσπαστα, σε μια σχέση που περιλαμβάνει τη δημόσια υγεία, τη δεοντολογία και τα ανθρώπινα δικαιώματα (ΓτΚ, 2024). Οι ΓτΚ Ελλάδας προσφέρουν ιατρική φροντίδα και ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε πρόσφυγες και μετανάστες που φτάνουν στα ελληνικά νησιά, όπως η Λέσβος, η Χίος και η Σάμος, καθώς και σε αστικά κέντρα στην ηπειρωτική χώρα. Το 2015, παρείχαν τις υπηρεσίες τους σε Κέντρα Υποδοχής και Ταυτοποίησης, προσφέροντας πρώτες βοήθειες, ιατρικές εξετάσεις, φαρμακευτική περίθαλψη και ψυχολογική υποστήριξη. Επιπλέον, παρείχαν εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες, όπως προγεννητική και παιδιατρική φροντίδα, καθώς και υπηρεσίες για την αντιμετώπιση της σεξουαλικής και έμφυλης βίας (ΓτΚ, 2024).

Η δράση των ΓτΚ επεκτάθηκε και σε συνεργασίες με άλλους οργανισμούς και φορείς. Το διμερές έργο “Mdm-Greece – Metro Norge AS Exchange” αποτελεί συνεργασία μεταξύ των Γιατρών του Κόσμου – Ελλάδας και της Hero Norge AS, εστιάζοντας στην Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη και τη διασφάλιση ποιοτικών συνθηκών υποδοχής για τους προσφυγικούς πληθυσμούς στην Ελλάδα και τη Νορβηγία (Mdm, 2024). Το πρόγραμμα περιλαμβάνει ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών και τεχνογνωσίας μεταξύ των εργαζομένων και εθελοντών των δύο οργανώσεων, με στόχο την ενίσχυση της δικτύωσης και των μελλοντικών συνεργασιών (Mdm, 2024). Παρά τις διαφορές στις συνθήκες μεταξύ Ελλάδας και Νορβηγίας, υπάρχουν κοινά σημεία που είναι κρίσιμα για την υποστήριξη των αναγκών των προσφύγων. Το εν λόγω έργο υλοποιείται στο πλαίσιο του προγράμματος “Άσυλο και Μετανάστευση”, το οποίο έχει συνολικό προϋπολογισμό 16,5 εκατομμύρια ευρώ και χρηματοδοτείται από τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο (EEA Grants) για την περίοδο 2014-2021. (Mdm, 2024). Η Ελλάδα, ως χώρα πρώτης υποδοχής, είδε αύξηση των προσφυγικών αφίξεων μέσα στο 2023, με 100 νέες αφίξεις καθημερινά από τον Ιούνιο μέχρι τον Νοέμβριο. Οι Γιατροί του Κόσμου συνεχίζουν να παρέχουν υποστήριξη στους μετακινούμενους πληθυσμούς, τόσο κατά την πρώτη άφιξή τους στα νησιά και στα Κέντρα Υποδοχής και Ταυτοποίησης, όσο και κατά τη διαμονή τους στα αστικά κέντρα (Mdm, 2024).

1.8.4.3.Syrian American Medical Society (SAMS)

Η Syrian American Medical Society (SAMS) είναι μια διεθνής μη κερδοσκοπική ιατρική οργάνωση που παρέχει υγειονομική περίθαλψη και ανθρωπιστική βοήθεια σε άτομα που

επηρεάζονται από την κρίση στη Συρία (SAMS, 2024). Ιδρύθηκε το 1998 από Σύριους-Αμερικανούς γιατρούς και επαγγελματίες υγείας και έχει αναπτύξει ένα εκτεταμένο δίκτυο κλινικών, νοσοκομείων και κινητών ιατρικών μονάδων (SAMS, 2024). Ιδρύθηκε το 1998 από Σύριους-Αμερικανούς ιατρούς με στόχο την ενίσχυση της ιατρικής γνώσης και τη βελτίωση των υγειονομικών υπηρεσιών στη Συρία. Μετά την έναρξη της συριακής κρίσης το 2011, η οργάνωση επεκτάθηκε σημαντικά σε άλλες χώρες για να ανταποκριθεί στις αυξανόμενες ανθρωπιστικές ανάγκες (SAMS, 2024). Η SAMS δραστηριοποιείται και στην Ελλάδα με προγράμματα για την υποστήριξη των προσφύγων, των μεταναστών και των εσωτερικά εκτοπισμένων ατόμων (SAMS, 2024). Μερικές από τις κύριες δραστηριότητες περιλαμβάνουν βασικές υγειονομικές υπηρεσίες σε απομακρυσμένες και δυσπρόσιτες περιοχές ενώ παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη και θεραπείες για το μετατραυματικό στρες (SAMS, 2024). Κατά την περίοδο 2015 συμμετείχαν για την παροχή τροφίμων, νερού και βασικών ειδών πρώτης ανάγκης σε πληγείσες κοινότητες ενώ παράλληλα υλοποίησαν δράσεις διάσωσης και υποστήριξης σε δομές προσφύγων (Yarwood et al, 2021). Ένας από τους στόχους του SAMS εκείνη την περίοδο, ήταν να ελαχιστοποιήσει την επίδραση των ΠΤΧ στο υπερφορτωμένο ελληνικό σύστημα υγείας κατά την περίοδο της έντονης εισροής ΠΤΧ από τα θαλάσσια και χερσαία σύνορα και να μειώσει την πίεση στις ήδη επιβαρυνμένες παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. (Yarwood et al, 2021). Η SAMS συνεργάζεται επίσης με διεθνείς οργανισμούς και κυβερνήσεις για την προώθηση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη και την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων(SAMS, 2024).

1.8.4.4.Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός (ΕΕΣ)

Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός (ΕΕΣ) είναι μια από τις πιο γνωστές ανθρωπιστικές οργανώσεις στην Ελλάδα, μέλος της Διεθνούς Ομοσπονδίας Ερυθρού Σταυρού και Ερυθράς Ημισελήνου (ΕΕΣ, 2024). Έχει σημαντική ιστορία και συνεισφορά στην παροχή βοήθειας σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, συμπεριλαμβανομένων των μεταναστών και προσφύγων. Ο ΕΕΣ ιδρύθηκε το 1877 και αποτελεί μία από τις παλαιότερες ανθρωπιστικές οργανώσεις στην Ελλάδα(ΕΕΣ, 2024). Η ίδρυση του οργανισμού έγινε κατά τη διάρκεια του Ρωσοτουρκικού Πολέμου, με σκοπό την παροχή ιατρικής και ανθρωπιστικής βοήθειας στους τραυματίες και τα θύματα του πολέμου (ΕΕΣ, 2024). Ο ΕΕΣ υλοποιεί ένα ευρύ φάσμα δράσεων και προγραμμάτων για την υποστήριξη των προσφύγων, των μεταναστών και των εσωτερικά εκτοπισμένων ατόμων στην Ελλάδα (ΕΕΣ, 2024). Οι κύριες δραστηριότητες του ΕΕΣ περιλαμβάνουν την παροχή βασικών υγειονομικών υπηρεσιών σε απομακρυσμένες περιοχές και δομές προσφύγων καθώς και την παροχή δωρεάν ιατρικών εξετάσεων και φαρμάκων σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες(ΕΕΣ, 2024). Επίσης, ψυχολογικής υποστήριξης και συμβουλευτικής σε πρόσφυγες και μετανάστες. Διανομή τροφίμων,

νερού, και ειδών πρώτης ανάγκης σε πρόσφυγες και μετανάστες. Παροχή καταλυμάτων και υποδομών υγιεινής σε δομές προσφύγων (ΕΕΣ, 2024). Η Κινητή Ομάδα Υγείας (ΚΟΥ) του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού δραστηριοποιείται τόσο στην Αττική όσο και στις λοιπές περιοχές της Περιφέρειας (ACCMR, 2024). Η ομάδα αυτή ανταποκρίνεται σε έκτακτες υγειονομικές ανάγκες, όπως η διαχείριση μετακινήσεων πληθυσμών, μαζικοί εμβολιασμοί σε Κέντρα Φιλοξενίας Μεταναστών και παροχή υγειονομικής κάλυψης (ACCMR, 2024). Αποτελείται από ιατρούς, νοσηλεύτες και διερμηνείς με γνώσεις σε αγγλικά, γαλλικά και φαρσί (ACCMR, 2024). Σύμφωνα με τις ανάγκες, ο ΕΕΣ προχωρά σε προγράμματα που προάγουν τη στοματική και τη γυναικεία υγεία, με τη συμβολή οδοντίατρου και γυναικολόγου αντίστοιχα (ACCMR, 2024). Παρέχει Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε ευάλωτους πληθυσμούς, όπως μετανάστες με ή χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα, ασυνόδευτους ανήλικους πρόσφυγες σε δομές ΜΚΟ, οικογένειες μεταναστών που διαμένουν σε ενοικιαζόμενα διαμερίσματα και άστεγους μετανάστες, καθώς και σε γενικό πληθυσμό όλων των ηλικιών (ACCMR, 2024).

Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός έχει καθοριστικό ρόλο στην υποστήριξη προσφύγων και μεταναστών στην Ελλάδα, συνεργαζόμενος με τοπικές αρχές και άλλες ΜΚΟ για την προάσπιση των δικαιωμάτων και την προστασία των προσφύγων (ΕΕΣ, 2024). Μέσω της παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, ανθρωπιστικής βοήθειας και προγραμμάτων κοινωνικής ένταξης, συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και ευημερίας αυτών των ευάλωτων ομάδων (ΕΕΣ, 2024). Η διαρκής παρουσία και δράση του ΕΕΣ αποτελούν θεμέλιο υποστήριξης για τους πρόσφυγες και τους μετανάστες στη χώρα (ΕΕΣ, 2024).

1.8.4.5.Solidarity Now

Η Solidarity Now είναι μία μη κυβερνητική οργάνωση (ΜΚΟ) στην Ελλάδα που έχει ως κύριο στόχο την υποστήριξη των μεταναστών, των προσφύγων και των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων (Solidarity Now, 2024). Ιδρύθηκε το 2013 και έχει συμβάλει σημαντικά στην παροχή υπηρεσιών υγείας, εκπαίδευσης, και κοινωνικής ένταξης. Η Solidarity Now ιδρύθηκε με πρωτοβουλία του Ιδρύματος Σταύρος Νιάρχος (SNF) και άλλων συνεργατών, ως απάντηση στις ανθρωπιστικές ανάγκες που προέκυψαν από την οικονομική κρίση και τη μεταναστευτική/προσφυγική κρίση στην Ελλάδα (Solidarity Now, 2024). Η Solidarity Now υλοποιεί ένα ευρύ φάσμα δράσεων και προγραμμάτων για την υποστήριξη των μεταναστών και των προσφύγων. Μερικές από τις σημαντικότερες δραστηριότητες περιλαμβάνουν τα κέντρα αλληλεγγύης παρέχοντας υπηρεσίες κοινωνικής υποστήριξης, νομικής συμβουλευτικής, και ψυχολογικής υποστήριξης και την παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας σε

ΠΤΧ. Επίσης συνεργάζεται με δημόσια νοσοκομεία και άλλες ΜΚΟ για την καλύτερη κάλυψη των αναγκών υγείας. (Solidarity Now, 2024).

Η Solidarity Now διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στην υποστήριξη των μεταναστών και προσφύγων στην Ελλάδα. Μέσω της προσφοράς υγειονομικής φροντίδας, εκπαιδευτικών προγραμμάτων και κοινωνικής στήριξης, η οργάνωση συμβάλλει στην αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των ευάλωτων πληθυσμών και στην ενσωμάτωσή τους στην ελληνική κοινωνία. Οι ενέργειές της αναδεικνύουν τον κρίσιμο ρόλο των ΜΚΟ στην ανταπόκριση σε ανθρωπιστικές κρίσεις.

1.8.4.6.PRAKSIS

Η PRAKSIS (Προγράμματα Ανάπτυξης, Κοινωνικής Στήριξης και Ιατρικής Συνεργασίας) είναι μια ανεξάρτητη, μη κερδοσκοπική οργάνωση στην Ελλάδα που ιδρύθηκε με στόχο την παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής στήριξης σε ευάλωτες ομάδες, όπως οι μετανάστες και οι πρόσφυγες. (PRAKSIS, 2024) Ιδρύθηκε το 2004, ως συνέχεια των προγραμμάτων της ελληνικής οργάνωσης των Γιατρών του Κόσμου (Médecins du Monde). Η ανάγκη για την ύπαρξη μιας αυτόνομης οργάνωσης προέκυψε από την αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής υποστήριξης που δεν καλύπτονταν επαρκώς από τις υπάρχουσες δομές (PRAKSIS, 2024). Η PRAKSIS υλοποιεί ένα ευρύ φάσμα δράσεων και προγραμμάτων για την υποστήριξη των μεταναστών, των προσφύγων και των εσωτερικά εκτοπισμένων ατόμων. Οι κύριες δραστηριότητες περιλαμβάνουν υπηρεσίες υγείας με πολυϊατρεία σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη, προσφέροντας πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, οδοντιατρικές υπηρεσίες και παιδιατρική φροντίδα. (PRAKSIS, 2024) Επίσης, λειτουργούν κινητές μονάδες υγείας που παρέχουν υγειονομική περίθαλψη σε απομακρυσμένες περιοχές και δομές προσφύγων και επείγουσα ανθρωπιστική βοήθεια με παροχή βασικών ειδών πρώτης ανάγκης, όπως τρόφιμα, ρουχισμός και προϊόντα υγιεινής. (PRAKSIS, 2024)

Η PRAKSIS παίζει σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη των μεταναστών και των προσφύγων στην Ελλάδα (PRAKSIS, 2024). Μέσω της παροχής υπηρεσιών υγείας, κοινωνικής υποστήριξης και νομικής βοήθειας, η οργάνωση συμβάλλει στη αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των ευάλωτων πληθυσμών και στην προώθηση της ένταξής τους στην κοινωνία. (PRAKSIS, 2024) Η συνεχιζόμενη δράση της PRAKSIS αποτελεί βασικό στοιχείο της ανθρωπιστικής βοήθειας στην Ελλάδα και της προστασίας των δικαιωμάτων των μεταναστών και των προσφύγων. (PRAKSIS, 2024)

1.8.4.7.INTERsos

Η INTERsos είναι μια ανθρωπιστική οργάνωση με έδρα την Ιταλία, ιδρύθηκε το 1992 και δραστηριοποιείται διεθνώς στην παροχή βοήθειας σε ανθρώπους που πλήττονται από ανθρωπιστικές

κρίσεις, όπως οι συγκρούσεις, οι φυσικές καταστροφές και οι καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. (INTERSOS, 2024). Η INTERSOS έχει σημαντική παρουσία και δράση στην Ελλάδα, υποστηρίζοντας μετανάστες και πρόσφυγες ενώ έχει επικεντρωθεί στην παροχή άμεσης βοήθειας και προστασίας σε ευάλωτους πληθυσμούς σε διάφορες περιοχές του κόσμου που αντιμετωπίζουν κρίσεις (INTERSOS, 2024). Η INTERSOS υλοποιεί διάφορες πρωτοβουλίες και προγράμματα για την ενίσχυση των προσφύγων και μεταναστών στην Ελλάδα με κινητές μονάδες υγείας που παρέχουν βασικές ιατρικές υπηρεσίες σε απομακρυσμένες περιοχές και δομές προσφύγων, προσφέροντας πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, εμβολιασμούς, και προληπτική ιατρική. (INTERSOS, 2024). Επίσης παρέχουν υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης και συμβουλευτικής σε πρόσφυγες και μετανάστες που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες και επείγουσα ανθρωπιστική βοήθεια (τρόφιμα, νερό, και είδη πρώτης ανάγκης) σε πρόσφυγες και μετανάστες που ζουν σε δομές και άλλες προσωρινές δομές (INTERSOS, 2024). Η INTERSOS διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στην υποστήριξη των μεταναστών και των προσφύγων στην Ελλάδα. Μέσω της παροχής υπηρεσιών υγείας, κοινωνικής υποστήριξης και εκπαίδευσης, η οργάνωση συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της ευημερίας των ευάλωτων αυτών πληθυσμών. Η δράση της INTERSOS αποτελεί ένα σημαντικό παράδειγμα της συνεισφοράς των ανθρωπιστικών οργανώσεων στην αντιμετώπιση ανθρωπιστικών κρίσεων και στην προώθηση της κοινωνικής ένταξης των προσφύγων και των μεταναστών (INTERSOS, 2024).

1.8.4.8.Κέντρο Ημέρας Βαβέλ υπό την αιγίδα της «Συν-ειρμός» ΑμΚΕ Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Το Κέντρο Ημέρας Βαβέλ, που λειτουργεί υπό την αιγίδα της “Συν-ειρμός” ΑμΚΕ Κοινωνικής Αλληλεγγύης Βαβέλ, ιδρύθηκε το 2007 με σκοπό την ενίσχυση της ψυχικής υγείας των πολιτών τρίτων χωρών που ζουν στην Αθήνα. Το Κέντρο παρέχει υπηρεσίες σε άτομα ανεξαρτήτως του καθεστώτος παραμονής τους, που προέρχονται από διαφορετικά εθνοπολιτισμικά υπόβαθρα και βιώνουν ψυχικές διαταραχές (Βαβέλ,2024).Η προσέγγιση του Βαβέλ εστιάζει στην παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, περιλαμβάνοντας ψυχολογική υποστήριξη, θεραπευτικές συνεδρίες και κοινωνική ένταξη. Μέσα από αυτή τη δράση, το Κέντρο αποσκοπεί στη βελτίωση της ποιότητας ζωής αυτών των ατόμων, προσφέροντας υποστήριξη σε ένα περιβάλλον που προάγει την κατανόηση και την αποδοχή των πολυπολιτισμικών αναγκών και προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι ωφελούμενοι (Βαβέλ,2024).

1.8.4.9.Προκλήσεις

Η υγεία των ΠΤΧ στην Ελλάδα είναι ένα πολύπλοκο ζήτημα που απαιτεί τη συνεργασία κρατικών φορέων, ευρωπαϊκών και διεθνών οργανισμών, καθώς και μη κυβερνητικών οργανώσεων

(ΜΚΟ). Κάθε ομάδα φέρει συγκεκριμένες αρμοδιότητες και παίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των υγειονομικών αναγκών αυτών των πληθυσμών. Παρά τις προκλήσεις, υπάρχουν παραδείγματα επιτυχημένης συνεργασίας αλλά και εμπόδια διότι η συνεργασία μεταξύ των διαφορετικών φορέων μπορεί να περιπλέκεται από γραφειοκρατικά εμπόδια και έλλειψη συντονισμού ενώ η χρηματοδότηση είναι συχνά ανεπαρκής και ασυνεχής, επηρεάζοντας την ικανότητα παροχής συνεχούς φροντίδας.

Η καθιέρωση σαφών γραμμών αρμοδιοτήτων και λειτουργικής διαφοροποίησης μεταξύ των ΔΟ είναι το κλειδί για τον εξορθολογισμό των δραστηριοτήτων (Sharry, 2000). Στην περίπτωση των ΜΚΟ, η παράλληλη παροχή υπηρεσιών προκύπτει συχνά από έλλειψη συντονισμού και επίσης από προσπάθειες κάλυψης κενών στην παροχή υπηρεσιών σε περιοχές όπου το κράτος έχει υποχωρήσει (Kentikelenis et al, 2016). Σύμφωνα με τους Kentikelenis & Shriwise (2016) οι ΔΟ και οι ΜΚΟ εμπλέκονται τόσο στην παροχή υπηρεσιών όσο και στη διαμόρφωση πολιτικών και διασυνδέονται μέσω κοινών έργων ή διασταυρούμενης χρηματοδότησης. Τα κράτη-μέλη της ΕΕ ζητούν συχνά τη συμβουλή εμπειρογνομόνων για την πολιτική των ΔΟ, ειδικά σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης ή για το σχεδιασμό παρεμβάσεων πολιτικής. Περαιτέρω, τα κράτη, οι ΔΟ και οι ΜΚΟ περιστασιακά αναθέτουν σε άλλους ΔΟ, ΜΚΟ ή εγχώριες ΜΚΟ την ανάπτυξη παρεμβάσεων. Αυτές οι διασυνδέσεις δημιουργούν ένα περίπλοκο δίκτυο σχέσεων, οι οποίες μπορεί να ποικίλλουν ανάλογα με τη χώρα ή το εκάστοτε ζήτημα πολιτικής υγείας (π.χ. έλεγχος μολυσματικών ασθενειών ή υπηρεσίες ψυχικής υγείας) (Sharry, 2000). Επιπλέον, οι πολιτικές αλλαγές και η δημόσια αντίληψη μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τις προσπάθειες συνεργασίας και την παροχή υπηρεσιών. Επίσης από πολιτικής σκοπιάς, η ενίσχυση της συνοχής και του συντονισμού των πολιτικών μεταξύ των διεθνών οργανισμών είναι κρίσιμης σημασίας για την αποτροπή της παράλληλης παροχής υπηρεσιών - φαινόμενο που είναι πιθανό να συμβεί ελλείψει σαφούς οριοθέτησης των οργανωτικών ευθυνών και εν μέσω ανταγωνισμού για την ηγεσία έργων (Woods, 2006). Σε όλα τα παραπάνω μπορεί επίσης να προστεθούν οι διαφορετικές πολιτισμικές αντιλήψεις και γλώσσες μπορεί να δυσκολεύουν την παροχή υγειονομικής φροντίδας και την επικοινωνία με τους ΠΤΧ.

Συμπερασματικά, η συνεργασία μεταξύ των κρατικών φορέων, των ευρωπαϊκών και διεθνών οργανισμών και των ΜΚΟ είναι κρίσιμη για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των ΠΤΧ στην Ελλάδα. Παρά τις πολλές προκλήσεις, οι συντονισμένες προσπάθειες και οι επιτυχημένες συνεργασίες έχουν δείξει ότι είναι δυνατόν να παρέχεται αξιόπιστη και συνεπής φροντίδα σε αυτούς τους ευάλωτους πληθυσμούς.

Ο ρόλος κρατικών φορέων, ευρωπαϊκών και διεθνών οργανισμών και μη κυβερνητικών οργανώσεων στη διαχείριση των μεταναστευτικών και προσφυγικών ροών αναφορικά με την υγεία και τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο Δεύτερο:

2. Μεθοδολογία

Σύμφωνα με το ερευνητικό πρωτόκολλο που δημιουργήθηκε και εγκρίθηκε από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (ΕΗΔΕ) του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ΠΑ.Δ.Α.) με Αρ. Πρωτ: 57613/14-06-2023 για την επίτευξη των στόχων της έρευνας πραγματοποιήθηκαν α) βιβλιογραφική ανασκόπηση και β) διεξαγωγή προσωπικών ημι-δομημένων εις βάθος συνεντεύξεων. Η παρούσα μελέτη μέσω της ποιοτικής κοινωνιολογικής έρευνας αποτυπώνει τις εμπειρίες και τις αντιλήψεις βάσει ημι-δομημένων προσωπικών συνεντεύξεων με επαγγελματίες υγείας και ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σε κρατικούς φορείς, ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς και μη κυβερνητικές οργανώσεις. Η ανασκόπηση βιβλιογραφίας έχει ως σκοπό να αναλυθούν σε βάθος οι παράγοντες που καθιστούν δυσχερή τη δυνατότητα των ΠΤΧ να ασκήσουν το δικαίωμα τους στην υγεία, να συμμετέχουν σε προληπτικές εξετάσεις καθώς και να αναδειχθεί η ανάγκη κάλυψης αναγκών από πολλαπλούς δρώντες.

2.1.Σκοπός και Στόχοι Έρευνας

Αυτή η έρευνα επιδιώκει να εξετάσει τις εμπειρίες των επαγγελματιών που παρέχουν υπηρεσίες υγείας στο πεδίο, καθώς και τα ζητήματα που προκύπτουν σχετικά με την πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας από πολίτες τρίτων χωρών. Μέσα από την ανάλυση των διαθέσιμων δεδομένων για την παροχή και πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη των προσφύγων και μεταναστών, η έρευνα θα επιχειρήσει να εντοπίσει τα εμπόδια που δυσχεραίνουν την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες αυτές και να προτείνει κατάλληλες στρατηγικές για την αντιμετώπισή τους. Τα βασικά θέματα που επηρεάζουν την πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη αναφέρονται σε κοινωνικούς, οικονομικούς, γεωγραφικούς και πολιτιστικούς παράγοντες. Η έρευνα θα εξετάσει επίσης τις προσδοκίες των προσφύγων και μεταναστών από την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, καθώς και πτυχές όπως η γλώσσα και το φύλο, που μπορούν να επηρεάσουν την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες.

Επιπλέον, θα αξιολογηθεί η ικανότητα του ελληνικού συστήματος υγείας να ανταποκριθεί στις υπάρχουσες και διαρκώς εξελισσόμενες ανάγκες αυτών των πληθυσμών (Lebano, et al, 2020).

Σκοπός της ποιοτικής μελέτης είναι να απαντηθεί το ερευνητικό ερώτημα: για κρίνεται απαραίτητη η δραστηριοποίηση και η συνεργασία μεταξύ διαφορετικών φορέων ήτοι κρατικών φορέων, Διεθνών Οργανισμών (ΔΟ), Ευρωπαϊκών Οργανισμών (ΕΟ) και ΜΚΟ, αναφορικά με την υγεία και τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα και γιατί κρίνεται απαραίτητη η παροχή υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ΠΤΧ ταυτόχρονα από κρατικούς φορείς, διεθνείς οργανισμούς, ευρωπαϊκούς οργανισμούς και ΜΚΟ και ποιοι είναι οι παράγοντες που δυσχεραίνουν (ή όχι) την πρόσβαση των ΠΤΧ στην υγεία και σε υγειονομικές υπηρεσίες.

Στόχος της έρευνας είναι: α) να διερευνήσει μέσω ανασκόπησης βιβλιογραφίας των σχετικών ερευνών και την έρευνα πεδίου τα εμπόδια και τους τρόπους που δύναται αυτά να εξαλειφθούν. Πιο συγκεκριμένα, να διευρυνθούν οι λόγοι που καθιστούν δυσχερή την παροχή υπηρεσιών υγείας σε ΠΤΧ στην Ελλάδα, και να συστήσει προτάσεις πολιτικής προκειμένου η πρόσβαση να αποτελεί ισότιμο δικαίωμα για όλους με στόχο τη διασφάλιση της δημόσιας υγείας. β) μέσω ποιοτικής έρευνας, να εντοπιστούν οι λόγοι παροχής υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ΠΤΧ ταυτόχρονα από κρατικούς φορείς, διεθνείς οργανισμούς, ευρωπαϊκούς οργανισμούς και ΜΚΟ, να προσδιοριστούν τα εμπόδια και οι προκλήσεις των εργαζομένων στο πεδίο της υγείας και να αναδειχθούν τα προβλήματα που οι ΠΤΧ αντιμετωπίζουν. Επιπλέον, να εξεταστεί η κατάσταση υγείας των ΠΤΧ και να επισημανθούν οι κίνδυνοι που προκύπτουν από τον αποκλεισμό αυτής της κοινωνικής ομάδας, τόσο για τους ίδιους τους ΠΤΧ όσο και για τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα. Μέσω της ποιοτικής έρευνας επιπλέον, θα ανατροφοδοτηθούν τυχόν ανάγκες παρεμβάσεων στο υπάρχον εθνικό σύστημα υγείας με στόχο την πρόληψη και την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας των ΠΤΧ. Δύο κύριοι άξονες ερωτημάτων αναμένεται να τροφοδοτηθούν από την έρευνα: Ποιες είναι οι ενδεχόμενες επιδράσεις μη ορθής διαχείρισης της υγείας των ΠΤΧ; Κατά πόσο η Ελλάδα στηρίχθηκε από την ΕΕ και τους διεθνείς οργανισμούς προκειμένου να διαχειριστεί την κρίση υποδοχής έτσι ώστε να συμβάλλει στην υγεία των ΠΤΧ; Τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα που θα διερευνηθούν είναι τα εξής:

- Ποιες είναι οι προκλήσεις για τους εργαζομένους στην παροχή υπηρεσιών υγείας (ΕΠΥΥ) των φορέων/οργανισμών σε ΠΤΧ;
- Ποια είναι η αλληλεπίδραση μεταξύ ΠΤΧ και εργαζομένων στον τομέα της υγείας;
- Πως διεξάγεται και αποτιμάται η διαχείριση της υγείας των ΠΤΧ κατά την άφιξη τους στην Ελλάδα;

Ο ρόλος κρατικών φορέων, ευρωπαϊκών και διεθνών οργανισμών και μη κυβερνητικών οργανώσεων στη διαχείριση των μεταναστευτικών και προσφυγικών ροών αναφορικά με την υγεία και τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα

- Ποια είναι η κατάσταση αναφορικά με την υγεία (σωματική και ψυχική) των ΠΤΧ και ποιες είναι ανάγκες τους;
- Πως αντιλαμβάνονται οι ΠΤΧ την έννοια της υγείας και ποια η αλληλεπίδραση τους με τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας;
- Γιατί χρειάζεται η παροχή υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ΠΤΧ ταυτόχρονα με τους κρατικούς φορείς, από, ευρωπαϊκούς, ΔΟ ή ΜΚΟ;
- Ποια είναι τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι ΠΤΧ όσον αφορά την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας και με ποιο τρόπο εμπλέκονται φορείς/οργανισμοί;
- Πως μπορούν να βελτιωθούν οι συνθήκες εργασίας και η ικανοποίηση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας με τους ΠΤΧ; Ποιο το προφίλ υγείας των ΠΤΧ μετά την άφιξή τους στην χώρα προορισμού (Ελλάδα);
- Από τι νοσούν κατά κύριο λόγο οι ΠΤΧ ερχόμενοι στην Ελλάδα και κατά πόσο μέσα από τις υπηρεσίες υγείας βελτιώνεται ή όχι η υγεία τους;
- Δύναται το υφιστάμενο σύστημα υγείας, ΜΚΟ, Διεθνείς Οργανισμοί να ανταποκριθούν στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού αυτού;
- Υπήρξαν/υπάρχουν προβλήματα και αν ναι σε ποιους τομείς κατά τη συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων φορέων κατά την άσκηση των καθηκόντων τους;
- Να εξεταστεί ο βαθμός πρόσβασης των ΠΤΧ στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και νοσηλεία.
- Να ερευνηθούν οι προκλήσεις για τους ΠΤΧ, τους επαγγελματίες υγείας και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό δομών και για τη Δημόσια Υγεία.
- Πως αποτυπώνεται το πεδίο συνεργασίας των κρατικών φορέων και των Διεθνών Οργανισμών και Ευρωπαϊκών Οργανισμών και Μ.Κ.Ο όσο αφορά την υγειονομική περίθαλψη ΠΤΧ στην Ελλάδα;
- Ποιους κινδύνους εγκυμονεί η μη σωστή διαχείριση της υγείας των ΠΤΧ;
- Κατά πόσο η Ελλάδα στηρίχθηκε από την ΕΕ και τους διεθνείς οργανισμούς προκειμένου να αντιμετωπίσει την μεταναστευτική κρίση έτσι ώστε να συμβάλλει στην υγεία τόσο των ΠΤΧ;

2.2.Ερευνητικές Μέθοδοι

Για την επίτευξη των στόχων της παρούσας έρευνας, θα χρησιμοποιηθούν δύο εργαλεία:

α) Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με την μέθοδο PRISMA

β) Ποιοτική έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε μέσω ημι-δομημένων προσωπικών συνεντεύξεων με την κατασκευή οδηγού συνέντευξης. Το πληθυσμιακό δείγμα της έρευνας αφορά τους εργαζομένους στην παροχή υπηρεσιών υγείας (ΕΠΥΥ).

2.2.1. Ανασκόπηση βιβλιογραφίας

Οι συστηματικές βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις προσφέρουν μια πιο αντικειμενική προσέγγιση της βιβλιογραφίας σε σχέση με τις παραδοσιακές ανασκοπήσεις, βοηθώντας να ξεκαθαριστούν ζητήματα αβεβαιότητας και να αναδειχθούν ερευνητικά κενά (Γαλάνης, 2013). Πρόκειται για μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που σχετίζεται με μια επιστημονική υπόθεση και προσφέρει την πιο αξιόπιστη διαθέσιμη πληροφόρηση (Γαλάνης, 2018). Η παρούσα διπλωματική εργασία έχει τη μορφή βιβλιογραφικής ανασκόπησης, χρησιμοποιώντας κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού, αναζήτηση και επιλογή μελετών, καθώς και διάγραμμα ροής και συγκεντρωτικό πίνακα μελετών.

Αυτή η ανασκόπηση στοχεύει στην παροχή μιας αναλυτικής περίληψης των πρόσφατων ερευνητικών δεδομένων. Η παρούσα διπλωματική εργασία θα βασιστεί σε βιβλιογραφική ανασκόπηση των σχετικών ερευνών, εφαρμόζοντας τη μέθοδο PRISMA, προκειμένου να αποσαφηνιστούν με ακρίβεια οι παράγοντες που εμποδίζουν αυτούς τους πληθυσμούς από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Οι πηγές θα αντληθούν από τις βάσεις δεδομένων Google Scholar και Scopus, με χρονικό εύρος από το 2015 έως το 2023. Ειδικότερα, η αρχική αναζήτηση θα πραγματοποιηθεί με τη μεθοδολογία PICO, χρησιμοποιώντας λέξεις-κλειδιά στα αγγλικά και στα ελληνικά, με σκοπό τη δημιουργία διαγράμματος ροής και πίνακα με τις έρευνες:

P (Πληθυσμός): Μετανάστες/τριες ή εργαζόμενοι/ες

I (Έκθεση ή Παρέμβαση): Κρατικοί φορείς, ευρωπαϊκοί και διεθνείς οργανισμοί και μη κυβερνητικές οργανώσεις

C (Σύγκριση): Χώροι ή δομή/δομές υποδοχής/φιλοξενίας

O (Έκβαση): Υπηρεσίες ή διαχείριση υγείας, υγειονομικής περίθαλψης

2.2.2. Περιγραφή στρατηγικής αναζήτησης

Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε βάσει της μεθοδολογίας PICOS, χρησιμοποιώντας λέξεις-κλειδιά τόσο στα αγγλικά (μέσω των βάσεων Google Scholar, Scopus και PubMed) όσο και

στα ελληνικά (μέσω της Google Scholar) (βλ. Πίνακες 7-11). Χρησιμοποιήθηκαν λογικοί συντελεστές «AND» και «OR» για να διασφαλιστεί η ευρεία κάλυψη των θεμάτων. Κατά τη διαδικασία, δημιουργήθηκαν ένα διάγραμμα ροής και ένας πίνακας που περιέχει τις αναφορές των σχετικών μελετών. Η έρευνα επικεντρώθηκε σε άρθρα που δημοσιεύθηκαν μεταξύ 2015 και 2023, τα οποία εστιάζουν στις έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα. Για την επιλογή των κατάλληλων μελετών, έγιναν στοχευμένες αναζητήσεις, χρησιμοποιώντας συνδυασμούς λέξεων-κλειδιά για συγκεκριμένες παραμέτρους ως ακολούθως:

Πίνακας 7: Λέξεις-κλειδιά αναζήτησης ανά βάση δεδομένων

2015-2023 Google Scholar (αγγλικά)
“organization*” OR “organisation*” AND “migrant*” OR “asylum seeker*” OR “refugee*” AND “health” OR “health care” OR “healthcare” AND “services” OR “management” AND “in camp” OR “in facility” OR “in facilities” AND “in Greece”
2015-2023 Scopus
(TITLE-ABS-KEY (organization) OR TITLE-ABS-KEY (organization) AND TITLE-ABS-KEY (migrant) OR TITLE-ABS-KEY (asylum AND seeker) OR TITLE-ABS-KEY (refugee) AND TITLE-ABS-KEY (health) OR TITLE-ABS-KEY (health AND care) OR TITLE-ABS-KEY (healthcare) AND TITLE-ABS-KEY (services) OR TITLE-ABS-KEY (management) AND TITLE-ABS-KEY (in AND camp*) OR TITLE-ABS-KEY (in AND facility) OR TITLE-ABS-KEY (in AND facilities) AND TITLE-ABS-KEY (in AND greece))
2015-2023 PubMed
((((((((((((organization) OR (organization)) AND (migrant)) OR (asylum seeker)) OR (refugee)) AND (health)) OR (health care)) OR (healthcare)) AND (services)) OR (management)) AND (in camp)) OR (in facility)) OR (in facilities)) AND (in Greece)
2015-2023 Google Scholar (Ελληνικά)
“οργάνωση*” OR “οργανισμός*” AND “μετανάστης*” OR “μετανάστες*” OR “μεταναστών*” OR “αιτών άσυλο*” OR “αιτούντες άσυλο*” OR “αιτούντων άσυλο*” OR “πρόσφυγας*” OR “πρόσφυγες*” OR “προσφύγων*” AND “υγεία” OR “υγειονομική περίθαλψη” AND “υπηρεσίες” OR “διαχείριση” AND “στη δομή OR “στις δομές” OR “σε χώρους” AND “στην Ελλάδα”

Πίνακας 8: Στρατηγική αναζήτησης Google Scholar (αγγλικά)

	Λέξεις- κλειδιά	Αρ.αναζ.	Συν.Μελ.
Πληθυσμός/ Πρόβλημα	“migrant*” OR “asylum seeker*” OR “refugee*” AND “in Greece”	#1	92,700
Παρέμβαση	“organization*” OR “organisation*”	#2	6,640,000
Έκθεση	“in camp” OR “in facility” OR “in facilities”	#3	19,400
Έκβαση	health” OR “health care” OR “healthcare” AND “services” OR “management”	#4	5,690,000
	#1 AND #2 AND #3 AND #4	#5	1,120
	#6	#7	753
Filters: Publication date from 2015/01/01 to 2023/12/31; English			

Πίνακας 9: Στρατηγική αναζήτησης Scopus

	Λέξεις- κλειδιά	Αρ.αναζ.	Συν.Μελ.
Πληθυσμός/ Πρόβλημα	“migrant*” OR “asylum seeker*” OR “refugee*” AND “in Greece”	#1	2,197
Παρέμβαση	“organization*” OR “organisation*”	#2	2,332,729
Έκθεση	“in camp” OR “in facility” OR “in facilities”	#3	1,416,804
Έκβαση	health” OR “health care” OR “healthcare” AND “services” OR “management”	#4	2,165,515
	#1 AND #2 AND #3 AND #4	#5	31
	#6	#7	27
Filters: Publication date from 2015/01/01 to 2023/12/31; English			

Πίνακας 10: Στρατηγική αναζήτησης PubMed

	Λέξεις- κλειδιά	Αρ.αναζ.	Συν.Μελ.
Πληθυσμός/ Πρόβλημα	“migrant*” OR “asylum seeker*” OR “refugee*” AND “in Greece”	#1	663
Παρέμβαση	“organization*” OR “organisation*”	#2	3,040,261
Έκθεση	“in camp” OR “in facility” OR “in facilities”	#3	475,401
Έκβαση	“health” OR “health care” OR “healthcare” AND “services” OR “management”	#4	4,675,290
	#1 AND #2 AND #3 AND #4	#5	33
	#6	#7	21
Filters: Clinical Trial, Randomized Controlled Trial, Publication date from 2015/01/01 to 2023/12/31; English			

Πίνακας 11: Στρατηγική αναζήτησης Google Scholar (ελληνικά)

	Λέξεις- κλειδιά	Αρ.αναζ.	Συν.Μελ.
Πληθυσμός/ Πρόβλημα	“μετανάστης*” OR “μετανάστες*” OR “μεταναστών*” OR “αιτών άσυλο*” OR “αιτούντες άσυλο*” OR “αιτούντων άσυλο*” OR “πρόσφυγας*” OR “πρόσφυγες*” OR “προσφύγων*” AND “στην Ελλάδα”	#1	21,200
Παρέμβαση	“οργάνωση*” OR “οργανισμός*”	#2	124,000
Έκθεση	“στη δομή OR “στις δομές” OR “σε χώρους”	#3	5,700
Έκβαση	“υγεία” OR “υγειονομική περίθαλψη” AND “υπηρεσίες” OR “διαχείριση”	#4	55,000
	#1 AND #2 AND #3 AND #4	#5	831
	#6	#7	591
Filters: Publication date from 2015/01/01 to 2023/12/31; English			

2.2.3. Κριτήρια εισόδου-αποκλεισμού μελετών

2.2.3.1 Κριτήρια εισόδου μελετών

Για να συμπεριληφθούν στην ανασκόπηση, οι έρευνες έπρεπε να πληρούν τα παρακάτω κριτήρια εισαγωγής: α) έρευνες που δημοσιεύτηκαν από 2015/01/01 έως 2023/12/31, β) να αποτελούν πρωτογενείς έρευνες, γ) να έχουν δημοσιευτεί στην ελληνική γλώσσα (Google Scholar) και αγγλική γλώσσα (Google Scholar, Scopus, PubMed), δ) οι μελέτες πρέπει να σχετίζονται άμεσα με το κύριο ερευνητικό ερώτημα ή τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα, ε) να περιλαμβάνουν εθνικούς, ευρωπαϊκούς, διεθνείς οργανισμούς και ΜΚΟ και τον ρόλο αυτό στη παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες, πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο στην Ελλάδα.

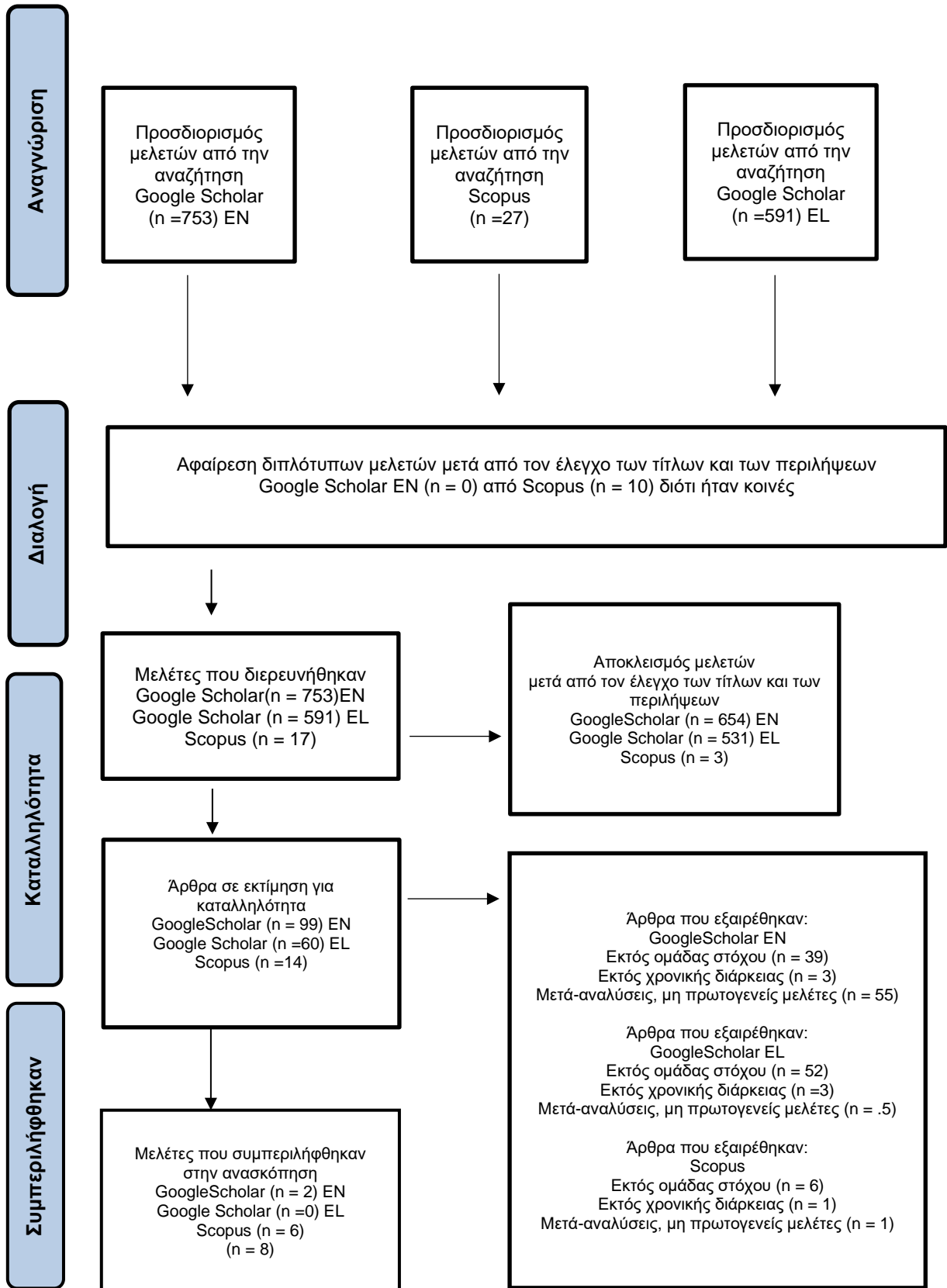
2.2.3.2 Κριτήρια αποκλεισμού μελετών

Τα παρακάτω κριτήρια αποκλεισμό λήφθηκαν υπόψη στο πλαίσιο της ανασκόπησης. Αποκλείστηκαν μετα-αναλύσεις/ συστηματικές ανασκοπήσεις, θεωρητικά κείμενα, κείμενα πολιτικής και πηγές χωρίς πρωτογενή έρευνα.

2.2.4. Τελική επιλογή μελετών συστηματικής ανασκόπησης

Συνολικά εντοπίστηκαν 1371 αναφορές. Από τις αναφορές αυτές 753 προέκυψαν από την αναζήτηση στη βάση δεδομένων Google Scholar στα ελληνικά, 591 από την αναζήτηση στη βάση δεδομένων Google Scholar στα αγγλικά και 27 από τη Scopus σχετικά με το υπό διερεύνηση θέμα. Αφαιρέθηκαν 10 διπλότυπες μελέτη από τη Scopus διότι ήταν κοινές με τη Google Scholar και 1361 μελέτες αξιολογήθηκαν για την καταλληλότητά τους, με βάση τον τίτλο και την περίληψη. Έπειτα από αξιολόγηση αυτών αναφορές κρίθηκαν ότι δεν πληρούν τα κριτήρια εισόδου και αποκλείστηκαν βάσει του πλήρους κειμένου τους. Από τις μελέτες που αποκλείστηκαν συνολικά 1188, καθώς: 97 μελέτες δεν πληρούσαν τα κριτήρια όσον αφορά τους συμμετέχοντες, 7 μελέτες διεξήχθησαν εκτός της χρονικής διάρκειας αναφοράς και 61 μελέτες δεν ήταν έρευνες και αφορούσαν μετα-ανάλυση και μη πρωτογενείς μελέτες. Από τις 173 αναφορές τελικά συμπεριελήφθησαν ως κατάλληλες 8 στην παρούσα ανασκόπηση. Η διαδικασία επιλογής των μελετών απεικονίζεται στο διάγραμμα ροής (Διάγραμμα 1).

Διάγραμμα 1: Διάγραμμα ροής



2.2.5. Αξιολόγηση μεθοδολογικής ποιότητας ερευνών

Η αξιολόγηση της μεθοδολογικής ποιότητας των ερευνών που κρίθηκαν περιλήφθηκαν στην ανασκόπηση πραγματοποιήθηκαν α) η κλίμακα MMAT (Hong et al., 2018) που αποτελεί ένα εργαλείο κριτικής αξιολόγησης για το στάδιο αξιολόγησης της μεθοδολογικής ποιότητας πέντε κατηγοριών σε μελέτες: ποιοτικής έρευνας, μη τυχαιοποιημένες έρευνες, τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές, ποσοτικές περιγραφικές έρευνες και μελέτες μικτών μεθόδων και η κλίμακα CASP Qualitative Studies που παρέχει ένα δομημένο πλαίσιο για την κριτική αξιολόγηση των μελετών βάσει μεθοδολογικής αυστηρότητας, την εγκυρότητας και τη συνάφειας της μελέτης (Critical Appraisal Skills Programme, 2018).

2.3. Ποιοτική έρευνα

Η ποιοτική έρευνα αποτελεί το βασικό εργαλείο για την αναζήτηση γνώσης στις κοινωνικές επιστήμες και έχει αρχίσει να αποκτά αυξημένη σημασία και στον τομέα των επιστημών υγείας (Γαλάνης, 2017). Η κοινωνική πραγματικότητα, ως αποτέλεσμα συνεχούς ανθρώπινης αλληλεπίδρασης, παρουσιάζει ποικιλία απόψεων και πρακτικών, καθώς οι άνθρωποι κατέχουν διαφορετικές θέσεις και ρόλους στο κοινωνικό πλαίσιο, που επηρεάζουν την αντίληψη και τις δράσεις τους (Τσιώλης, 2018). Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ποικίλες ερμηνείες και βιώματα ακόμη και σε κοινές δραστηριότητες. Συνεπώς, η ποιοτική έρευνα είναι απαραίτητη για τη βαθύτερη διερεύνηση και κατανόηση των ανθρώπινων πεποιθήσεων, συμπεριφορών, και εμπειριών, στάσεων, αντιλήψεων, εμπειριών, αξιών, απόψεων, σκέψεων και γνώσεων (Γαλάνης, 2017). Συνεπώς, οι ερευνητές στον τομέα της υγείας χρησιμοποιούν την ποιοτική έρευνα για να απαντήσουν σε ερευνητικά ερωτήματα που δεν μπορούν να επιλυθούν μέσω της ποσοτικής έρευνας (Silverman, 2000) και να αναγνωρίσουν, οργανώσουν και κατανοήσουν επαναλαμβανόμενα μοτίβα νοήματος εντός ενός συνόλου δεδομένων (Braun & Clarke, 2012). Στο παρόν ερευνητικό έργο η ποιοτική έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω ημι-δομημένων προσωπικών συνεντεύξεων με την κατασκευή οδηγού συνέντευξης. Το πληθυσμιακό δείγμα της έρευνας αφορά εργαζόμενους στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας σε κρατικούς φορείς, ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς και μη κυβερνητικές οργανώσεις. Η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική και ο αριθμός συνεντεύξεων έφθασε τα δεκαπέντε (15) άτομα, έως ενός θεωρητικού «σημείου κορεσμού» (Saunders et al, 2018).

2.3.1. Ημι-δομημένες Συνεντεύξεις

Οι ημι-δομημένες συνεντεύξεις είναι η πιο συχνή επιλογή στην ποιοτική έρευνα στις επιστήμες υγείας και περιλαμβάνουν κάποιες βασικές ερωτήσεις που βοηθούν τους ερευνητές να εντοπίσουν τις σημαντικότερες περιοχές που πρέπει να ερευνηθούν (Gill et al, 2008). Παράλληλα, παρέχουν στους συμμετέχοντες και στους ερευνητές την ευκαιρία να εμβαθύνουν στο ερευνητικό θέμα. Μέσω των ημι-δομημένων συνεντεύξεων, οι ερευνητές καθοδηγούν σε έναν βαθμό τους συμμετέχοντες, διευκολύνοντάς τους να εστιάσουν στο ερευνητικό ερώτημα και να επεκταθούν χωρίς να αποκλίνουν υπερβολικά, διατηρώντας έτσι τη συνέντευξη χρήσιμη για την εξαγωγή συμπερασμάτων (Ritchie et al 2003). Αυτός ο ευέλικτος τρόπος διεξαγωγής της συνέντευξης επιτρέπει την ανακάλυψη σημαντικών πληροφοριών για τους συμμετέχοντες, οι οποίες δεν ήταν αρχικά προφανείς στους ερευνητές (Γαλάνης, 2017). Σε αυτή την έρευνα, οι ημι-δομημένες συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν μέσω ατομικών συνεντεύξεων, όπου συμμετείχαν ένας

επαγγελματίας υγείας και η ερευνήτρια. Σχεδιάστηκε ένα αρχικό πλάνο θεμάτων βασισμένο στον οδηγό συνέντευξης, το οποίο προσαρμόστηκε ανάλογα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Οι συζητήσεις καταγράφηκαν με δημοσιογραφικό κασετόφωνο και στη συνέχεια απομαγνητοφωνήθηκαν ακριβώς όπως ειπώθηκαν, ώστε να μειωθούν τα σφάλματα και να διατηρηθεί ένα ακριβές αρχείο των συνεντεύξεων. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν εκ των προτέρων για την καταγραφή και διαβεβαιώθηκαν για την ανωνυμία τους (Cohen et al, 2008). Και αυτό γιατί, ακόμα και όταν οι συνεντεύξεις είναι προσεκτικά σχεδιασμένες και εκτελεσμένες, προσφέρουν πάντα τη δυνατότητα να εξερευνηθούν οι απρόβλεπτες κατευθύνσεις που μπορεί να αποκαλυφθούν μέσω των απαντήσεων (Bird et al., 1999).

2.3.2. Χαρακτηριστικά και μέγεθος δείγματος

Το πληθυσμιακό δείγμα της έρευνας αφορά τους εργαζόμενους στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας, επαγγελματίες υγείας και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, κρατικών φορέων, ευρωπαϊκών και διεθνών οργανισμών και μη κυβερνητικών οργανώσεων σε δομές υποδοχής και φιλοξενίας ΠΤΧ. Όσον αφορά το σύνολο του δείγματος, στην παρούσα έρευνα ο αριθμός των συνεντεύξεων ανήλθε στα 15 άτομα μέχρι ενός θεωρητικού «σημείο του κορεσμού» (point of saturation) (Kvale, 2007) με άνδρες και γυναίκες, οι οποίοι/ες ομιλούν την ελληνική και εργάζονται σε δομές υποδοχής και φιλοξενίας ΠΤΧ. Κάθε συνέντευξη διήρκεσε περίπου 30-40 λεπτά. Αυτή η διάρκεια ήταν αναγκαία για την κατάλληλη διαχείριση του χρόνου και την εις βάθος διερεύνηση, ώστε να αποτυπωθούν λεπτομερώς οι εμπειρίες και οι αντιλήψεις των συμμετεχόντων. Η διαδικασία αυτή παρείχε πολύτιμες πληροφορίες για την κατανόηση των παραγόντων που επιδρούν αρνητικά στο κοινωνικό πλαίσιο (Kvale, 2007). Πριν από την έναρξη των συνεντεύξεων, οι συμμετέχοντες υπέγραψαν ένα έντυπο συγκατάθεσης και στη συνέχεια ακολούθησε η ηχογράφηση της συνέντευξης. Το περιεχόμενο της συζήτησης απομαγνητοφωνήθηκε και ψευδονυμοποιήθηκε. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα να ζητήσουν διευκρινίσεις σχετικά με τον σκοπό ή το περιεχόμενο οποιασδήποτε ερώτησης, να ζητήσουν αναδιατύπωση ή εξήγηση εάν κάτι δεν ήταν κατανοητό ή να αρνηθούν να απαντήσουν σε ερωτήσεις. Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος της παρούσας μελέτης είναι τα κάτωθι:

- A. Τα άτομα που θα πάρουν μέρος θα πρέπει να έχουν εργαστεί ή να εργάζονται σε δομές υποδοχής και φιλοξενίας.
- B. Τα άτομα θα πρέπει να ανήκουν στον ιατρικό κλάδο/κλάδο υγείας.
- Γ. Άτομα ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, καταγωγής.

Η επιλογή του μη-στατιστικού δείγματος για αυτή την έρευνα θα γίνει με τη μέθοδο «χιονοστιβάδας» (snowball sampling). Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο, κάθε συμμετέχων που

συμμετέχει στην έρευνα θα καθοδηγεί την ερευνήτρια σε άλλους πιθανούς συμμετέχοντες που πληρούν τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που έχουν καθοριστεί. Η σκόπιμη δειγματοληψία θα χρησιμοποιηθεί για την επιλογή των ατόμων-πληροφοριοδοτών (key informants) που ανήκουν στην ομάδα στόχος. Οι αρχικοί συμμετέχοντες, προερχόμενοι από προσωπικές επαφές της ερευνήτριας, αφού αποδεχτούν τη συμμετοχή τους, θα κληθούν να προτείνουν άλλα άτομα που θα μπορούσαν να συμμετάσχουν και να διαθέσουν τον ελεύθερο χρόνο τους για τη συνέντευξη.

2.3.3. Σχεδιασμός Οδηγού Συνέντευξης

Ο οδηγός συνέντευξης έχει σχεδιαστεί με βάση τις αρχές της βιογραφικής προσέγγισης και ακολουθεί μια διαρθρωμένη χρονική ακολουθία (παρελθόν, παρόν, μέλλον). Οι ερωτήσεις έχουν διατυπωθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να αποφεύγεται η καθοδήγηση των συμμετεχόντων προς συγκεκριμένες απαντήσεις. Ο αριθμός των ερωτήσεων έχει κρατηθεί περιορισμένος προκειμένου να μειωθεί η διάρκεια της συνέντευξης και να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα κόπωσης των συμμετεχόντων. Αυτό διευκολύνει τη συμμετοχή τους και εξασφαλίζει την ομαλή ολοκλήρωση της έρευνας. Οι ερωτήσεις χωρίστηκαν σε 2 μέρη και σε 5 θεματικές που περιγράφονται παρακάτω στον Πίνακα 8:

Πίνακας 12: Θεματικές ενότητες

Θεματικές ενότητες	
Πρώτο μέρος	I) Δημογραφικά Στοιχεία (6 ερωτήσεις)
	II) Δομή Υποδοχής ή Φιλοξενίας (14 ερωτήσεις)
Δεύτερο μέρος	III) Επαγγελματίες υγείας εργαζόμενοι με ΠΤΧ (7 ερωτήσεις)
	IV) Υγεία των ΠΤΧ (7 ερωτήσεις)
	V) Απόψεις για το μέλλον (2 ερωτήσεις)

Στο πρώτο μέρος και την πρώτη θεματική ενότητα, τα δημογραφικά στοιχεία, όπως η ηλικία, το φύλο, η εκπαίδευση και το επάγγελμα, είναι κρίσιμα σε ποιοτικές έρευνες διότι παρέχουν ουσιώδη πλαίσια για την κατανόηση των απόψεων και των εμπειριών των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, αυτά τα στοιχεία βοηθούν στην ανάλυση και την ερμηνεία των δεδομένων με έναν πιο ουσιαστικό τρόπο, επιτρέποντας στους ερευνητές να εντοπίσουν τάσεις και μοτίβα που σχετίζονται με κοινωνικές και πολιτισμικές διαφοροποιήσεις. Για παράδειγμα, το φύλο, η ηλικία, το επάγγελμα και η εκπαίδευση προσφέρουν επιπλέον πληροφορίες για το πώς οι εμπειρίες των ατόμων διαμορφώνονται από την κοινωνική τους τάξη και τις επαγγελματικές τους φιλοδοξίες. Αυτό επιτρέπει μια πιο βαθιά κατανόηση των δυναμικών που επηρεάζουν τη συμπεριφορά και τις αντιλήψεις τους και αποκαλύπτει πώς διαφορετικές ομάδες αντιλαμβάνονται και αντιμετωπίζουν τα ίδια ζητήματα με διαφορετικούς τρόπους (Nathan et al., 2019).

Συνεχίζοντας στο πρώτο μέρος και στην δεύτερη θεματική ενότητα, οι συνεντευξιαζόμενοι καλούνται μέσω των εμπειριών τους να περιγράψουν τις επικρατούσες συνθήκες σε δομές υποδοχής ή φιλοξενίας. Πιο στοχευμένα αντλούνται πληροφορίες για την χωρητικότητα, τον πληθυσμό της εκάστοτε δομής, τον αριθμό των ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού που αντιστοιχούν ανά ωφελούμενο. Επιπλέον διατυπώνονται ερευνητικές ερωτήσεις που αφορούν την ύπαρξη ιατρού, τον τρόπο παραπομπής των ασθενών, την ύπαρξη ιατροφαρμακευτικού υλικού προκειμένου να εντοπιστούν οι προκλήσεις, οι ελλείψεις και να διατυπωθούν τα υπάρχοντα προβλήματα. Ένα βήμα παρακάτω οι συνεντευξιαζόμενοι καλούνται να αναφερθούν στην κύρια πρόκληση κατά τη διάρκεια της πανδημίας της νόσου COVID-19 και να αξιολογήσουν οι ίδιοι την χρησιμότητα του επιχειρησιακού προγράμματος “Αγνοδίκη” και την παρακολούθηση σεμιναρίων στις Πρώτες Βοήθειες. Στο Δεύτερο μέρος και στην Τρίτη θεματική ενότητα οι επαγγελματίες υγείας εργαζόμενοι με ΠΤΧ αναφέρονται στο εργασιακό τους καθεστώς και τις συνθήκες εργασίας τους στις Δομές. Εν συνεχεία μέσω των ερωτημάτων επιχειρείται να αποτιμηθεί τόσο η παροχή υπηρεσιών υγείας στους ΠΤΧ όσο και οι αλλαγές που θα πρέπει να δρομολογηθούν για την βελτίωση τους. Ένα από τα σημαντικά ερωτήματα που τίθενται σε αυτό το μέρος είναι η σύμπραξη των Δ.Ο, Ε.Ο, κράτους και ΜΚΟ και οι δυσκολίες κατά την συνεργασία τους στο πεδίο. Στην τέταρτη θεματική ενότητα, αναζητούνται τα προβλήματα υγείας των ΠΤΧ και η συχνότητα εμφάνισης των πιο κοινών παθήσεων. Οι συνεντευξιαζόμενοι καλούνται να περιγράψουν ένα πρόβλημα υγείας που αντιμετώπισαν τους τελευταίους δώδεκα (12) μήνες, πώς το διαχειρίστηκαν και ποια ήταν η έκβαση. Ολοκληρώνοντας την πέμπτη και τελευταία θεματική ενότητα περιγράφονται οι προκλήσεις για την δημόσια υγεία στην Ελλάδα και την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ΠΤΧ. Οι συνεντευξιαζόμενοι καλούνται να καταθέσουν την άποψη τους σχετικά με τις αλλαγές και τις βελτιώσεις που θα μπορούσαν να πραγματοποιηθούν.

2.3.4. Προσέγγιση Δείγματος

Η τεχνική που ακολουθήθηκε για την προσέγγιση του δείγματος περιλάμβανε τον εντοπισμό και την επιλογή ατόμων που έχουν ιδιαίτερη γνώση και εμπειρία με ένα φαινόμενο ενδιαφέροντος (Cresswell & Plano Clark, 2011). Στην παρούσα έρευνα επιλέχθηκαν 15 εργαζόμενοι στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας, επαγγελματίες υγείας και ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, κρατικών φορέων ευρωπαϊκών και διεθνών οργανισμών και μη κυβερνητικών οργανώσεων σε δομές υποδοχής και φιλοξενίας ΠΤΧ. Στην ποιοτική έρευνα, δεν υπάρχουν αυστηροί αριθμητικοί περιορισμοί ή καθιερωμένοι κανόνες σχετικά με το μέγεθος του δείγματος (Ιωσηφίδης, 2008· Patton, 2002). Ενώ το μέγεθος του δείγματος δεν χρειάζεται να είναι μεγάλο ποσοτικά, ένα υπερβολικά μεγάλο δείγμα

μπορεί να είναι ανεπιθύμητο, ιδιαίτερα όταν ο στόχος είναι η σε βάθος ανάλυση και κατανόηση υποκειμενικών εμπειριών και μοναδικών χαρακτηριστικών (Μαντζούκας, 2007). Αυτό δεν υποδεικνύει ότι τα μεγάλα δείγματα είναι απαγορευμένα στην ποιοτική έρευνα, αλλά συνήθως το μικρότερο μέγεθος είναι προτιμότερο λόγω πρακτικών περιορισμών. Συγκεκριμένα, η διαχείριση και ανάλυση ποιοτικών δεδομένων από ένα μεγάλο δείγμα μπορεί να είναι ιδιαίτερα απαιτητική και χρονοβόρα (Mason, 2009).

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τη χρονική περίοδο Ιουλίου-Νοέμβριου 2023. Οι εννέα ήταν γυναίκες και οι έξι ήταν άντρες. Η προσέγγιση του δείγματος έγινε αφού πρώτα ορίστηκε ο τόπος και ο χρόνος για τη διεξαγωγή της συνέντευξης. Διαμορφώθηκε με δειγματοληψία σκοπιμότητας (purposive sampling) (Cohen & Manion 1994). Οι Bernard (2002) και Spradley (1979) τονίζουν ότι εκτός από τη γνώση και την εμπειρία, είναι σημαντικό να υπάρχει διαθεσιμότητα και προθυμία για συμμετοχή. Επιπλέον, επισημαίνουν την ανάγκη οι συμμετέχοντες να μπορούν να επικοινωνούν τις εμπειρίες και τις απόψεις τους με τρόπο ξεκάθαρο, εκφραστικό και στοχαστικό. Με άλλα λόγια, οι συμμετέχοντες πρέπει όχι μόνο να είναι διαθέσιμοι και πρόθυμοι να συμμετάσχουν, αλλά και ικανοί να εκφράζουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους με σαφήνεια και βάθος. Στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων, οι απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας αναφέρονται χρησιμοποιώντας ένα σύστημα κωδικοποίησης που περιλαμβάνει τη χρονική σειρά της συνέντευξης και τον αριθμό της ερώτησης. Για παράδειγμα, ο κωδικός Σ: 1, Ερ: 3 αναφέρεται στην πρώτη συνέντευξη και την τρίτη ερώτηση.

3.3.4.1 Δυσκολίες προσέγγισης δείγματος

Η κοινωνική ποιοτική έρευνα παρέχει τα εργαλεία για τη μελέτη των υπό εξέταση θεμάτων υγείας από την οπτική γωνία αυτών που τα βιώνουν. Ο εντοπισμός του προβλήματος, η διαμόρφωση των ερωτήσεων και η επιλογή της κατάλληλης μεθοδολογίας και σχεδιασμού είναι μερικές από τις αρχικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι ερευνητές στα αρχικά στάδια οποιουδήποτε ερευνητικού έργου προβλήματα που είναι ιδιαίτερα κοινά για αρχάριους ερευνητές. Με βάση τα παραπάνω κατά την διεξαγωγή των συνεντεύξεων και τη συλλογή δεδομένων χρειάστηκε πολύς χρόνος και προσπάθεια για τη διεξαγωγή συνεντεύξεων και την πραγματοποίηση παρατηρήσεων. Η αλληλεπίδραση με ορισμένους από τους συμμετέχοντες ιδίως κατά τις αρχικές συνεντεύξεις απαιτούσε περισσότερο χρόνο, την ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης καθώς και επιπλέον διευκρινιστικές ερωτήσεις προκειμένου να μην υπάρχουν ασάφειες.

Υπήρξαν δυσκολίες στην εύρεση κατάλληλων συμμετεχόντων εξαιτίας των αυξημένων υποχρεώσεων των επαγγελματιών υγείας και του περιορισμένου χρόνου που είχαν διαθέσιμο. Επιπλέον, πρέπει να σημειωθεί ότι η προσέγγιση των συμμετεχόντων και η σχετική δυσκολία στην

επικοινωνία για τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων, καθυστέρησε την ολοκλήρωση των συνεντεύξεων εντός του προγραμματισμένου χρονοδιαγράμματος.

Κατά την δειγματοληψία υπήρξαν δυσκολίες στην προσέγγιση του δείγματος στις προσπάθειες επικοινωνίας με Διεθνείς Οργανισμούς που δραστηριοποιούνται στην Ελλάδα, με η διαδικασία αυτή αποδείχθηκε χρονοβόρα και ατελέσφορη. Αυτό είναι κρίσιμο για την κατανόηση του ρόλου τους μέσω της επεξεργασίας ποιοτικών δεδομένων και την εξαγωγή συμπερασμάτων δυσκολία συνεργασίας με μεγάλους οργανισμούς που συχνά έχουν αυστηρά πρωτόκολλα και περιορισμένη διαθεσιμότητα για συμμετοχή σε έρευνες. Αυτά τα εμπόδια μπορούν να περιορίσουν τη συλλογή δεδομένων και να απαιτήσουν εναλλακτικές μεθόδους προσέγγισης και συνεργασίας για την επίτευξη των ερευνητικών στόχων.

2.3.5. Ηθική της έρευνας

Όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν ενήλικες με πλήρη δικαιοπρακτική ικανότητα. Προτού αρχίσουν οι συνεντεύξεις, τους δόθηκαν λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τους στόχους της μελέτης και τον φορέα που την υλοποιεί. Στη συνέχεια, υπογράφηκαν τα απαραίτητα έντυπα συγκατάθεσης, τα οποία περιλάμβαναν την άδεια για ηχογράφηση και επεξεργασία των συνεντεύξεων. Επίσης, ενημερώθηκαν και υπέγραψαν το σχετικό έντυπο για τη διαδικασία υποβολής παραπόνων-καταγγελιών, αν επιθυμούσαν να υποβάλουν κάποια. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν επίσης ότι οι συνεντεύξεις θα είναι εμπιστευτικές και δεν θα αποκαλύψουν την ταυτότητά τους. Προβλέφθηκε πλήρης ψευδονυμοποίηση των δεδομένων τους. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, οι συμμετέχοντες είχαν το δικαίωμα να ζητήσουν διευκρινίσεις για οποιαδήποτε ερώτηση, να ζητήσουν αναδιατύπωση αν κάτι δεν ήταν κατανοητό, να αρνηθούν να απαντήσουν σε συγκεκριμένες ερωτήσεις, ή να διακόψουν τη συνέντευξη ανά πάσα στιγμή χωρίς να χρειάζεται να δώσουν εξήγηση. Αυτά τα δικαιώματα τους αναλύθηκαν πριν από την έναρξη της συνέντευξης. Η ηχογράφηση της συνέντευξης έγινε μόνο μετά την ενυπόγραφη συγκατάθεση των συμμετεχόντων. Τα ηχογραφημένα δεδομένα απομαγνητοφωνήθηκαν και ψευδονυμοποιήθηκαν, ενώ η επεξεργασία των δεδομένων ακολουθήθηκε σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (GDPR 2016/679). Τα προσωπικά δεδομένα χρησιμοποιήθηκαν μόνο για επιστημονικούς σκοπούς και διατηρήθηκαν αποκλειστικά από την ερευνήτρια. Τα δεδομένα αποθηκεύτηκαν με ασφαλή τρόπο στον ηλεκτρονικό υπολογιστή της ερευνήτριας, με προστασία μέσω κωδικών πρόσβασης, και θα διαγραφούν έξι μήνες μετά την ολοκλήρωση της ερευνητικής έκθεσης. Ενδεχομένως, οι πληροφορίες μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε επιστημονικές δημοσιεύσεις ή εκπαιδευτικό υλικό, αλλά πάντα σε ανώνυμη μορφή. Όλα τα αρχεία που περιλαμβάνουν προσωπικά δεδομένα θα καταστραφούν με τη χρήση καταστροφέα εγγράφων μετά την ολοκλήρωση της μελέτης.

2.3.6. Επεξεργασία δεδομένων: Απομαγνητοφώνηση συνεντεύξεων

Η απομαγνητοφώνηση των ημιδομημένων συνεντεύξεων αποτελεί ένα κρίσιμο στάδιο στη διαδικασία της ποιοτικής έρευνας, καθώς επιτρέπει τη συστηματική ανάλυση των δεδομένων που συλλέγονται μέσω των συνεντεύξεων (Halcomb, 2006). Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει τη μετατροπή του ηχητικού υλικού σε γραπτό κείμενο, το οποίο στη συνέχεια αναλύεται για την εξαγωγή θεμάτων και μοτίβων που σχετίζονται με το ερευνητικό ερώτημα. Η απομαγνητοφώνηση πρέπει να είναι ακριβής και να διατηρεί όλες τις λεπτομέρειες του διαλόγου, συμπεριλαμβανομένων των παύσεων, των διακοπών και των μη λεκτικών στοιχείων, όπως οι εκφράσεις και οι τόνοι της φωνής, που μπορεί να προσφέρουν σημαντικές πληροφορίες για την ανάλυση (Charmaz et al., 2012).

Η διαδικασία απομαγνητοφώνησης απαιτεί επίσης την εφαρμογή κριτηρίων αξιοπιστίας, ώστε να διασφαλίζεται η ακρίβεια και η συνέπεια του κειμένου που παράγεται. Συγκεκριμένα, οι ερευνητές συχνά ακολουθούν συγκεκριμένα πρωτόκολλα απομαγνητοφώνησης, τα οποία περιλαμβάνουν τη χρήση συμβόλων για την αναπαράσταση παύσεων ή αλλαγών τόνου, καθώς και την επισημείωση των παρατηρήσεων του ερευνητή. Αυτή η διαδικασία μπορεί να είναι χρονοβόρα και απαιτεί προσοχή στη λεπτομέρεια, ωστόσο είναι απαραίτητη για την πιστότητα των δεδομένων και την ακρίβεια της ανάλυσης (Braun & Clarke, 2019).

Τέλος, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η απομαγνητοφώνηση αποτελεί μια ερμηνευτική διαδικασία, καθώς ο ερευνητής αποφασίζει ποιες πτυχές του διαλόγου θα συμπεριληφθούν στο τελικό κείμενο και πώς θα αναπαρασταθούν. Αυτές οι αποφάσεις επηρεάζουν την κατανόηση των δεδομένων και, κατ' επέκταση, τα συμπεράσματα της έρευνας. Για το λόγο αυτό, η απομαγνητοφώνηση δεν είναι απλώς μια μηχανική διαδικασία, αλλά μια ερευνητική πρακτική που απαιτεί κρίση και ευαισθησία εκ μέρους του ερευνητή (Halcomb, 2006).

Στην παρούσα ερευνητική μελέτη, η γράφουσα ακολούθησε τα ερευνητικά στάδια της απομαγνητοφώνησης με σκοπό τη διασφάλιση της ακρίβειας και της πληρότητας των δεδομένων που συλλέχθηκαν από τις ημιδομημένες συνεντεύξεις. Η διαδικασία αυτή περιλάμβανε την προσεκτική ακρόαση των ηχογραφήσεων και τη λεπτομερή μεταγραφή κάθε λέξης και μη λεκτικού στοιχείου που εμφανίστηκε κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων. Επιπλέον, η γράφουσα διατήρησε αναλυτικές σημειώσεις για οποιαδήποτε επιπρόσθετη παρατήρηση ή σκέψη προέκυψε κατά τη διάρκεια της απομαγνητοφώνησης, ώστε να ενισχυθεί η ερμηνευτική ανάλυση που ακολούθησε. Αυτή η προσέγγιση επέτρεψε την κατανόηση των βαθύτερων νοημάτων και των υποκείμενων μοτίβων που αναδύθηκαν από τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων, εξασφαλίζοντας έτσι μια πλούσια και αξιόπιστη βάση δεδομένων για την τελική ανάλυση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Τρόπος ανάλυσης: Θεματική ανάλυση

Η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων που συλλέχθηκαν από τις συνεντεύξεις θα βασιστεί στην επαγωγική μέθοδο και θα χρησιμοποιήσει τη θεματική ανάλυση. Αυτή η προσέγγιση είναι ιδιαίτερα κατάλληλη για την επεξεργασία γραπτών δεδομένων σε μορφή κειμένου (Γαλάνης, 2018; Τσιώλης, 2017). Η επαγωγική μέθοδος επικεντρώνεται στην ανακάλυψη προτύπων και θεμάτων απευθείας από τα δεδομένα, χωρίς να επιβάλλει εκ των προτέρων μια προκαθορισμένη δομή ανάλυσης. Αντίθετα, η παραγωγική μέθοδος, η οποία συχνά αναπτύσσεται με βάση υπάρχουσες θεωρίες ή υποθέσεις, χρησιμοποιείται λιγότερο στη ποιοτική έρευνα (Γαλάνης, 2018). Στόχος της θεματικής ανάλυσης είναι η συστηματική καταγραφή και κωδικοποίηση των θεμάτων που αναδύονται από τις συνεντεύξεις, καθώς και η δημιουργία σημειώσεων με τη μορφή λέξεων ή φράσεων, προκειμένου να αναδειχθούν βασικές έννοιες και προτάσεις που περιγράφουν τα δεδομένα. Στην παρούσα έρευνα, προηγήθηκε η διαδικασία της απομαγνητοφώνησης, και ακολούθησε η κωδικοποίηση. Έπειτα ακολούθησε ο Ορισμός θεμάτων μέσω της συλλογής των κωδικών που προέκυψαν και στη συνέχεια δημιουργήθηκαν τα υποθέματα. Συνολικά δημιουργήθηκαν 7 θέματα. Η παραπάνω διαδικασία αποτυπώνεται στον Πίνακα 13 που ακολουθεί:

Πίνακας 13: Θέματα και κωδικοί θεματικής ανάλυσης

Θέματα	Κωδικοποιήσεις
Δημογραφικά στοιχεία	φύλο, ηλικία, τόπος καταγωγής, εθνικότητα, εκπαιδευτικό επίπεδο, ιατρική ειδικότητα, φορέας απασχόλησης
Δομή Υποδοχής ή Φιλοξενίας	Είδος δομής (ΚΥΤ, Κέντρο Φιλοξενίας στην ενδοχώρα, άλλο), χωρητικότητα δομής, σύνθεση πληθυσμού στην δομή (άντρες, γυναίκες, παιδιά, μεικτός πληθυσμός) νομικό καθεστώς πληθυσμού (αιτούντες άσυλο, μετανάστες, πρόσφυγες), συνθήκες διαβίωσης (υγιεινή σωματική/οδοντική, αποχωρητήρια, πόσιμο νερό, θέρμανση, κλιματισμός), διαβίωση σε κοντέινερ, προβλήματα/κυριότερο πρόβλημα, η λειτουργία ΑΜΚΑ/ΠΑΥΠΠΑ/ΠΑΜΚΑ, αριθμός ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας ανά ωφελούμενο, ύπαρξη ιατρείου και η παραπομπή σε αυτό, επάρκεια ιατροφαρμακευτικού υλικού, κύρια πρόκληση κατά την πανδημία Covid-19, Σεμινάρια Πρώτων Βοηθειών για τους εργαζομένους, χρησιμότητα/λειτουργία σχεδίου «Αγνοδίκη»

Επαγγελματίες υγείας εργαζόμενοι με ΠΤΧ	Καθεστώς εργασίας, εργασιακή σχέση, ώρες απασχόλησης, ύπαρξη γραφείου/χώρου ασθενών, εξάντληση/αδυναμία παροχής υπηρεσιών επαγγελματιών υγείας, απόψεις για την αποτίμηση της παροχής υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, σημαντικότητα συνεργασίας όλων των εμπλεκόμενων φορέων (ΜΚΟ, ΔΟ, ΕΟ, κρατικοί φορείς), δυσκολίες συνεργασίας
Υγεία των ΠΤΧ	Κατάσταση υγείας των ΠΤΧ, είδος σωματικών και ψυχικών νόσων, συχνότερα προβλήματα υγείας ΠΤΧ, αντιμετώπιση ενός τέτοιου προβλήματος τους τελευταίους 12 μήνες, αιτήματα ΠΤΧ για την σωματική και ψυχική υγεία
Απόψεις για το μέλλον	προκλήσεις δημόσιας υγείας, δυσκολίες παροχής υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ΠΤΧ, προτάσεις, απόψεις για βελτίωση

Κεφάλαιο Τρίτο:

3. Ανάλυση Αποτελεσμάτων

3.1. Ανασκόπηση Βιβλιογραφία: Περιγραφή των βασικών χαρακτηριστικών των μελετών

Στην ενότητα αυτή της εργασίας γίνεται προσπάθεια περιγραφής των βασικών χαρακτηριστικών των ερευνητικών μελετών που ανασκοπήθηκαν, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της αξιολόγησης της μεθοδολογικής ποιότητάς τους και καταγράφονται τα κύρια ευρήματα που προέκυψαν από την ανάλυσή τους. Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης παρουσιάζονται συνοπτικά στον Πίνακα 13.

3.1.1. Χώρα διεξαγωγής

Από τις 8 μελέτες που συμπεριελήφθησαν στην ανασκόπηση, τέσσερις διεξήχθησαν αποκλειστικά στην Ελλάδα (n = 4). Μία μελέτη διεξήχθη στις χώρες Ελλάδα, Σερβία, Μακεδονία, Τουρκία, Γαλλία, Ολλανδία και Βέλγιο (n = 1), μία στην Ελλάδα και την Ιταλία (n = 1), μία στην Κροατία, Ελλάδα, Ιταλία, Μάλτα και Σλοβενία, με την Πορτογαλία να συμμετέχει εθελοντικά (n = 1), και μία στις χώρες πρώτης εισόδου (Ελλάδα/Ιταλία), διέλευσης (Κροατία/Σλοβενία) και προορισμού (Αυστρία/Σουηδία) (n = 1).

3.1.2. Σχεδιασμός μελετών (μεθοδολογίες)

Η έρευνα της Farmakioti et al. (2022) επικεντρώθηκε σε μια συγχρονική μελέτη χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγια, τα οποία συμπληρώθηκαν διαδικτυακά μέσω της πλατφόρμας SurveyMonkey από τις 20 Σεπτεμβρίου 2019 έως τις 30 Απριλίου 2020.

Ο Richardson et al. (2023) πραγματοποίησε αναδρομική ποιοτική μελέτη μέσω ημιδομημένων τηλεφωνικών συνεντεύξεων και ανάλυσης πλαισίου.

Ο Joseph et al. (2020) πραγματοποίησε δεκαέξι ημιδομημένες συνεντεύξεις με εργαζόμενους σε ανθρωπιστικούς και διεθνείς οργανισμούς στην Ελλάδα, χρησιμοποιώντας σκόπιμη

δειγματοληψία και δειγματοληψία χιονοστοιβάδας. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη μέθοδο πλαισίου. Η ποιοτική μελέτη στη Λέσβο επικεντρώθηκε σε εγγεγραμμένους στους Γιατρούς Χωρίς Σύνορα, με εις βάθος συνεντεύξεις που διερευνούσαν τις ανάγκες τους για ψυχική υγειονομική περίθαλψη.

Στην έρευνα των Hémono et al. (2018), πραγματοποιήθηκε ποιοτική μέθοδος, με 25 εις βάθος συνεντεύξεις.

Η έρευνα των Dalma et al. (2018) υλοποιήθηκε ποιοτική μέθοδος με τρεις ομάδες εστίασης (17 άτομα).

Η έρευνα του Giambi et al. (2019), η οποία πραγματοποιήθηκε από το Ιταλικό Εθνικό Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας σε πέντε ευρωπαϊκές χώρες στο πλαίσιο του προγράμματος CARE, βασίστηκε στη χρήση ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου μέσω της πλατφόρμας SurveyMonkey, από τον Οκτώβριο του 2016 έως τον Φεβρουάριο του 2017.

Ο Bozorgmehr et al. (2019) πραγματοποίησε ποιοτική έρευνα με 27 ημιδομημένες συνεντεύξεις σε προσωπικό πρώτης γραμμής και υγειονομικούς υπαλλήλους, εστιάζοντας στις υπάρχουσες οδηγίες και πρακτικές σε διάφορα στάδια υποδοχής προσφύγων και μεταναστών σε Ελλάδα, Ιταλία, Κροατία, Σλοβενία, Αυστρία και Σουηδία.

Τέλος, η έρευνα του Blitz et al. (2016) συνδύασε ποσοτική και ποιοτική μεθοδολογία, με 45 εις βάθος συνεντεύξεις με αιτούντες άσυλο και 50 συνεντεύξεις με εκπροσώπους κυβερνητικών γραφείων, ανθρωπιστικών οργανώσεων και άλλων φορέων. Συνολικά, συλλέχθηκαν δεδομένα από 700 άτομα, τα οποία αναλύθηκαν με τη χρήση του λογισμικού SPSS.

3.1.3. Περιβάλλον διεξαγωγής (setting)

Από τις 8 μελέτες που συμπεριελήφθησαν στην ανασκόπηση, αναφορικά με το περιβάλλον διεξαγωγής, η έρευνα της Farmakioti et al. (2022), βασίστηκε σε συνεντεύξεις (online ερωτηματολόγια) με επαγγελματίες υγείας και άτομα από άλλους τομείς που εργάζονται ή προσφέρουν εθελοντικά τις υπηρεσίες τους σε τουλάχιστον έναν καταυλισμό μεταναστών, είτε σε νησί είτε στην ηπειρωτική Ελλάδα. Για τη συμμετοχή τους στη μελέτη απαιτούνταν επάρκεια στην αγγλική γλώσσα, προηγούμενη εμπειρία σε καταυλισμό μεταναστών στην Ελλάδα, προθυμία για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και αποδοχή των όρων χρήσης των παρεχόμενων δεδομένων.

Στην έρευνα των Richardson et al. (2023), το περιβάλλον διεξαγωγής ήταν τυπικές και άτυπες δομές προσφύγων/μεταναστών στην Ευρώπη την περίοδο 2014-2017. Οι συμμετέχοντες: επαγγελματίες υγείας είχαν εργαστεί σε δομές σε 15 διαφορετικές τοποθεσίες σε επτά ευρωπαϊκές χώρες (Ελλάδα, Σερβία, Μακεδονία, Τουρκία, Γαλλία, Ολλανδία, Βέλγιο). Οι έξι από αυτούς είχαν

εργαστεί σε άτυπες δομές και οι εννέα σε τυπικές δομές.

Στην έρευνα των Hémono et al. (2018), το περιβάλλον διεξαγωγής της έρευνας περιλαμβάνει διάφορες τοποθεσίες στην Ελλάδα, όπου οι συνεντεύξεις με ενδιαφερόμενους φορείς πραγματοποιήθηκαν είτε δια ζώσης είτε μέσω Skype. Οι συμμετέχοντες περιλάμβαναν παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, προσωπικό ΜΚΟ, καθώς και εκπροσώπους οργανισμών και κυβέρνησης που ήταν υπεύθυνοι για τη διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης των Σύριων προσφύγων στην Ελλάδα κατά την περίοδο από το 2015 έως το 2017..

Η μελέτη του Joseph et al. (2020) ο περιβάλλον διεξαγωγής της έρευνας περιλαμβάνει καταυλισμούς προσφύγων, μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ) και διεθνείς οργανισμούς στην Ελλάδα. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν κατά τους μήνες Μάρτιο και Απρίλιο του 2018, και οι συμμετέχοντες περιλάμβαναν επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης και εργαζομένους από αυτούς τους φορείς.

Η έρευνα των Dalma et al. (2018) πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα, όπου δημιουργήθηκαν τρεις ομάδες εστίασης από τον Νοέμβριο έως τον Δεκέμβριο του 2017. Οι συμμετέχοντες περιλάμβαναν 17 άτομα, όπως επαγγελματίες υγείας, ειδικούς στον τομέα της δημόσιας υγείας και εκπροσώπους ΜΚΟ που συμμετείχαν στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών για μετανάστες. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη των Giambi et al. (2019) ήταν ειδικοί στη δημόσια υγεία που εργάζονταν σε εθνικούς οργανισμούς δημόσιας υγείας ή υπουργεία υγείας στις εμπλεκόμενες χώρες.

Η μελέτη των Bozorgmehr et al. (2019), πραγματοποιήθηκε σε έξι χώρες της ΕΕ, με σκοπό την καταγραφή των αντιδράσεων των συστημάτων υγείας σχετικά με την πρόληψη και έλεγχο λοιμωδών νοσημάτων μεταξύ προσφύγων και αιτούντων άσυλο. Συγκεκριμένα, διεξήχθησαν 27 ημιδομημένες εις βάθος συνεντεύξεις με προσωπικό πρώτης γραμμής και υγειονομικούς αξιωματούχους για τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις υπάρχουσες οδηγίες και πρακτικές σε κάθε στάδιο υποδοχής στις χώρες πρώτης εισόδου (Ελλάδα/Ιταλία), διέλευσης (Κροατία/Σλοβενία) και προορισμού (Αυστρία/Σουηδία).

Τέλος, η ερευνητική ομάδα των Blitz et al. (2016) χρησιμοποίησε μικτές μεθόδους για να εξετάσει την επίδραση της υποδοχής στην παροχή υπηρεσιών υγείας και στα αποτελέσματα υγείας. Η έρευνα διεξήχθη στη Σικελία (Κατάνια, Καλτάνισσεττα, Λαμπεντούζα, Παλέρμιο και Ποτζάλλο) τον Ιούνιο του 2015, με σκοπό την παρατήρηση της κατάστασης της προσπάθειας έρευνας και διάσωσης και την απόκτηση περισσότερης γνώσης σχετικά με το σύστημα υποδοχής στην Ιταλία. Η μελέτη περιλάμβανε επίσης την Ελλάδα, περιορίζοντας την έρευνα στην ηπειρωτική χώρα και όχι στα νησιά, όπου ήδη υπήρχε εκτενής ερευνητική δραστηριότητα.

3.1.4. Συμμετέχοντες

Στην έρευνα της Farmakioti et al. (2022), ο πληθυσμός αναφοράς περιλάμβανε επαγγελματίες υγείας και μη, που εργάζονταν ή εθελοντικά σε τουλάχιστον μία δομή μεταναστών, είτε σε νησί είτε στην ηπειρωτική Ελλάδα.

Στην έρευνα των Richardson et al. (2023), συμμετείχαν 12 ερωτηθέντες, οι οποίοι περιλάμβαναν 4 γιατρούς, 4 νοσηλεύτες, 3 εργαζόμενους στον τομέα της υγείας και 1 φοιτητή ιατρικής. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω ημιδομημένων τηλεφωνικών συνεντεύξεων και αναλύθηκαν με τη μέθοδο πλαισίου.

Στην έρευνα των Hémono et al. (2018), συμμετείχαν 25 συμμετέχοντες, παρόχοι υγειονομικής περίθαλψης από εθνικές και διεθνείς ΜΚΟ, και οργανωτικούς και κυβερνητικούς εκπροσώπους που συμμετείχαν στο συντονισμό και διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης.

Η μελέτη του Joseph et al. (2020) περιλάμβανε εργαζόμενους σε ανθρωπιστικούς και διεθνείς οργανισμούς που δραστηριοποιούνταν στην Ελλάδα. Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν με σκόπιμη δειγματοληψία και δειγματοληψία χιονοστοιβάδας, ενώ τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη χρήση της μεθόδου πλαισίου.

Η έρευνα των Dalma et al. (2018) επικεντρώθηκε σε δεκαεπτά συμμετέχοντες (συμπεριλαμβανομένων επαγγελματιών υγείας και ειδικών του τομέα δημόσιας υγείας, καθώς και εκπροσώπων ΜΚΟ που εμπλέκονται στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών σε μετανάστες, στις οποίες οι συμμετέχοντες εξηγούσαν τις ανάγκες τους.

Οι συμμετέχοντες στη μελέτη των Giambi et al. (2019) ήταν ειδικοί στη δημόσια υγεία που εργάζονταν σε εθνικούς οργανισμούς δημόσιας υγείας ή υπουργεία υγείας στις εμπλεκόμενες χώρες.

Στην έρευνα των Bozorgmehr et al. (2019), πραγματοποιήθηκαν 27 ημιδομημένες σε βάθος συνεντεύξεις με προσωπικό πρώτης γραμμής και υγειονομικούς υπαλλήλους.

Τέλος, η έρευνα των Blitz et al. (2016) περιλάμβανε 45 εις βάθος συνεντεύξεις με αιτούντες άσυλο σχετικά με τη λειτουργία του συστήματος υποδοχής, καθώς και 50 επιπλέον συνεντεύξεις με εκπροσώπους κυβερνητικών γραφείων, ανθρωπιστικών οργανώσεων, ΜΚΟ και άλλων φορέων.

3.1.5. Κύρια ευρήματα μελετών (έκβαση) στην Ελλάδα

Η συγχρονική μελέτη της Farmakioti και των συνεργατών της (2022), επικεντρώθηκε στην αξιολόγηση της πρόσβασης σε συγκεκριμένες κατηγορίες υγειονομικής περίθαλψης και φαρμάκων για πληθυσμούς σε δομές μεταναστών στην Ελλάδα. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες αξιολόγησαν την πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και επείγουσας φροντίδας ως ελάχιστη ή ανύπαρκτη, ενώ

παρόμοια προβλήματα διαπιστώθηκαν και στην πρόσβαση σε δευτεροβάθμια υγειονομική περίθαλψη. Η πρόσβαση σε βασικά φάρμακα ήταν επίσης ανεπαρκής, με την πλειοψηφία να την χαρακτηρίζει ως ελάχιστη ή μέτρια. Η μελέτη ανέδειξε επίσης τις ψυχικές διαταραχές ως το κυριότερο πρόβλημα υγείας μεταξύ των ατόμων που διαμένουν σε δομές μεταναστών στην Ελλάδα, ευρήματα που συμφωνούν με άλλες έρευνες που υποδεικνύουν υψηλό επιπολασμό ψυχικών προβλημάτων σε παρόμοιους πληθυσμούς στην Ευρώπη. Αυτό τονίζει την επιτακτική ανάγκη για βελτίωση της πρόσβασης σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, καθώς η ψυχική υγεία αποτελεί έναν τομέα με σημαντικά κενά. Περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες ανέφεραν ότι η πρόσβαση σε ψυχολογική υποστήριξη ήταν ανύπαρκτη ή ανεπαρκής. Επιπροσθέτως αναδεικνύονται τα χαμηλά επίπεδα πρόσβασης στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη και τα εμπόδια που καταγράφηκαν είναι σύμφωνα με άλλες μελέτες που αφορούν τους μετανάστες και πρόσφυγες στην Ελλάδα, ενώ οι πολιτισμικές διαφορές και οι αλλαγές στο υγειονομικό σύστημα αναφέρθηκαν επίσης ως σημαντικοί παράγοντες. Οι δομές στα νησιά του Ανατολικού Αιγαίου παρουσίασαν χαμηλότερη πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα σε σχέση με την ηπειρωτική χώρα, γεγονός που σχετίζεται με την υποστελέχωση και τις συνθήκες υπερπληθυσμού. Η δευτεροβάθμια φροντίδα, η οποία παρέχεται εκτός δομών και είναι αυστηρά ρυθμισμένη από την ελληνική νομοθεσία, θεωρήθηκε ελάχιστη ή ανύπαρκτη από τα δύο τρίτα των ερωτηθέντων. Οι δυσκολίες στην πρόσβαση σε δευτεροβάθμια φροντίδα συνδέονται με τη γραφειοκρατία, την υποστελέχωση και τις μεταβαλλόμενες μεταναστευτικές πολιτικές, αφήνοντας πολλούς ευάλωτους πληθυσμούς χωρίς επαρκή φροντίδα. Τέλος, σημαντικό εύρημα της μελέτης ήταν και η προβληματική πρόσβαση σε επείγουσα ιατρική φροντίδα, με τους μισούς ερωτηθέντες να αναφέρουν μεγάλους χρόνους αναμονής για ασθενοφόρα και ελλιπή κάλυψη. Η κατάσταση αυτή αντικατοπτρίζει τα προβλήματα που έχει προκαλέσει η μακροχρόνια λιτότητα στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Ελλάδας, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές και τα νησιά.

Στο επόμενο άρθρο του Richardson και των συνεργατών του (2023), αναφέρεται ότι η συχνή μεταδοτική παρασιτική λοίμωξη του δέρματος της ψώρας στους δομές μεταναστών και προσφύγων ήταν κυρίως κλινική, χωρίς τη χρήση δερματοσκόπησης, ενώ η θεραπεία και η διαχείριση της νόσου διέφεραν σημαντικά. Οι εργαζόμενοι επαγγελματίες υγείας περιέγραψαν τους δομές ως περιοχές με χαμηλό βιοτικό επίπεδο και δύσκολες συνθήκες εργασίας. Τα βασικά εμπόδια στον έλεγχο της ψώρας περιλαμβάναν: (1) την έλλειψη εγκαταστάσεων πλύσης, όπως ντους και δυνατότητες πλύσης ρούχων και κλινοσκεπασμάτων, (2) κοινωνικούς παράγοντες, όπως η γλώσσα, το στίγμα, η μη συμμόρφωση με τη θεραπεία και η κινητικότητα, (3) υγειονομικούς παράγοντες, όπως η ποικιλομορφία και οι ελλείψεις σκαφοκτόνων, η έλλειψη ιδιωτικότητας στις εξετάσεις και η απειρία του προσωπικού, και

(4) οργανωτικούς παράγοντες, όπως ο συνωστισμός, η έλλειψη συντονισμού και η ανεπαρκής υποστήριξη από τις κρατικές αρχές.

Η έρευνα της Joseph και των συνεργατών της (2020) αναδεικνύει τα εμπόδια στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για τους μετανάστες και πρόσφυγες στην Ελλάδα. Οι 16 ημιδομημένες συνεντεύξεις από εργαζομένους σε ανθρωπιστικούς και διεθνείς οργανισμούς που δραστηριοποιούνται στην Ελλάδα επιβεβαιώνουν ορισμένα ευρήματα που έχουν ήδη τεκμηριωθεί στη βιβλιογραφία, αλλά εισάγουν επίσης νέα θέματα στη συζήτηση για την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για τους πρόσφυγες στην Ελλάδα. Η παρατεταμένη οικονομική κρίση στην Ελλάδα περιέπλεξε την παροχή υγειονομικής περίθαλψης για τις κοινότητες υποδοχής, με το σύστημα υγείας να απαιτεί υποστήριξη και αναδιάρθρωση. Επίσης, λόγω της οικονομικής ύφεσης πολλοί εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας, ιδιαίτερα γιατροί και νοσηλευτές, μεταναστεύσαν αναζητώντας σταθερή και κερδοφόρα εργασία. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την υποστελέχωση στο κλάδο της υγείας. Σε περιοχές όπως η Σάμος, η στρατολόγηση ιατρικού προσωπικού ήταν ιδιαίτερα δύσκολη λόγω των δύσκολων συνθηκών και της γεωγραφικής απομόνωσης. Οι ασυνεπείς και ανεπαρκώς στελεχωμένες τοπικές υπηρεσίες υγείας, σε συνδυασμό με την επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας, είχαν αρνητικές επιπτώσεις στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Τέλος οι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι δυσκολίες ένταξης των ΠΤΧ στο ελληνικό σύστημα υγείας είναι μια χαμένη ευκαιρία για τη βελτίωση του συστήματος υγείας τόσο για τους ΠΤΧ όσο και για τους Έλληνες πολίτες.

Σε μια άλλη μελέτη, αυτή του Hémono και των συνεργατών του (2018), αναλύονται οι προκλήσεις και οι μεταβολές στις ανάγκες υγείας των Σύριων προσφύγων στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της ανθρωπιστικής ανταπόκρισης από το 2015 έως το 2017. Η μελέτη βασίζεται σε ποιοτική έρευνα που περιλαμβάνει είκοσι πέντε συνεντεύξεις με παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, προσωπικό μη κυβερνητικών οργανώσεων (ΜΚΟ) και εκπροσώπους οργανισμών και κυβερνήσεων που συμμετείχαν στη διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης των Σύρων προσφύγων. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι, μετά την εφαρμογή της συμφωνίας Ευρωπαϊκής Ένωσης-Τουρκίας το 2016, υπήρξε μια σημαντική μετατόπιση από την αντιμετώπιση οξέων σωματικών προβλημάτων υγείας σε ψυχικές διαταραχές και αυξημένα περιστατικά βίας με βάση το φύλο. Οι κύριες προκλήσεις που καταγράφηκαν περιλάμβαναν την περιορισμένη εμβέλεια του παρεχόμενου υγειονομικού μοντέλου, την ανεπάρκεια των μηχανισμών παραπομπής για κοινωνική υποστήριξη και ψυχική υγεία, και τις δυσκολίες που προκύπτουν από τη γλωσσική και πολιτισμική ασυμφωνία μεταξύ προσφύγων και παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Επίσης, αναφέρθηκαν τα προβλήματα που σχετίζονται με την έλλειψη ιδιωτικότητας και τον περιορισμένο χώρο στις ιατρικές εγκαταστάσεις, που επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Οι ερευνητές

παρατήρησαν μια επιδείνωση της ψυχικής υγείας των προσφύγων λόγω της παρατεταμένης παραμονής τους σε δομές, ενώ υπογράμμισαν την ανάγκη προτεραιότητας στις υπηρεσίες για τη βία με βάση το φύλο και την ψυχική υγεία. Οι προτάσεις τους περιλαμβάνουν την ενίσχυση της ψυχοκοινωνικής εκπαίδευσης για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και την ενίσχυση των μηχανισμών παραπομπής για εξειδικευμένη φροντίδα. Η μελέτη αναδεικνύει τη σημασία της παροχής ανθρωποκεντρικής φροντίδας και της ένταξης γυναικών παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και διερμηνέων στις ιατρικές ομάδες. Επιπλέον, τονίζει την ανάγκη στρατηγικής επικοινωνίας και συντονισμού μεταξύ των ΜΚΟ και των ελληνικών αρχών υγείας για την βελτίωση της προσβασιμότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας για τους πρόσφυγες (Hémono et al., 2018).

Η έρευνα της Giambi και λοιπών συνεργατών της (2019) πραγματοποιήθηκε σε πέντε ευρωπαϊκές χώρες που συμμετέχουν στο έργο CARE, δηλαδή την Κροατία, Ελλάδα, Ιταλία, Μάλτα και Σλοβενία και την Πορτογαλία που οικειοθελώς εντάχθηκε στο έργο. Καθώς η σημερινή εισροή μεταναστών είναι πρωτοφανής σε κλίμακα και ταχύτητα, η εφαρμογή στρατηγικών για την ανοσοποίηση των μεταναστών είναι ένα θέμα συζήτησης ενώ τα δεδομένα για τις στρατηγικές ανοσοποίησης των ΠΤΧ στην Ευρώπη είναι ελλιπή. Τα κρίσιμα σημεία που εντοπίστηκαν σε ορισμένων τομείς στους οποίους πρέπει να επικεντρωθούν περαιτέρω προσπάθειες είναι : (1) ανάπτυξη των διαδικασιών για την παρακολούθηση των δεδομένων εμβολιασμού των μεταναστών σε όλες τις χώρες για να αποφευχθεί η έλλειψη ή η επανάληψη των εμβολιασμών· (2) προώθηση της συνεργασίας μεταξύ των αρχών δημόσιας υγείας σε διαφορετικές χώρες προκειμένου να προκύψουν κοινές διαδικασίες για την κοινή χρήση δεδομένων· (3) ανάπτυξη εύχρηστων και φιλικών προς τους μετανάστες υπηρεσιών υγείας για την αύξηση και παρακολούθηση της πρόσβασης στους εμβολιασμούς σε κοινοτικό επίπεδο (4) συλλογή δεδομένων εμβολιασμού των ΠΤΧ.

Η ποιοτική έρευνα της Dalma και των συνεργατών της (2018) επικεντρώνεται στην ανάγκη προστασίας της υγείας και της ευημερίας των μεταναστών και προσφύγων στην Ευρώπη, καθώς και στην ενσωμάτωσή τους στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Συγκεκριμένα, η μελέτη αυτή διεξήχθη στο πλαίσιο του προγράμματος European Mig-HealthCare, το οποίο στοχεύει στη βελτίωση των πρακτικών ενσωμάτωσης των μεταναστών με έμφαση στην υγεία. Χρησιμοποιώντας ποιοτική προσέγγιση, οι ερευνητές πραγματοποίησαν τρεις ομάδες εστίασης στην Αθήνα, κατά την περίοδο Νοεμβρίου-Δεκεμβρίου 2017, με τη συμμετοχή 17 ατόμων, συμπεριλαμβανομένων επαγγελματιών υγείας, ειδικών στον τομέα της δημόσιας υγείας και εκπροσώπων ΜΚΟ που εμπλέκονται στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών σε μετανάστες. Τα ευρήματα της μελέτης ανέδειξαν τις συνθήκες διαβίωσης των προσφύγων ως σημαντικό εμπόδιο για την καλή υγεία, ενώ οι υπάρχουσες πρωτοβουλίες κρίθηκαν ως προσωρινές και συχνά αλληλοεπικαλυπτόμενες. Η μελέτη κατέληξε σε

ορισμένες βέλτιστες πρακτικές, όπως η ολιστική προσέγγιση στον σχεδιασμό ιατρικών παρεμβάσεων, η διατομεακή συνεργασία και η δημιουργία σημείων πληροφόρησης σε νοσοκομεία και κέντρα υγείας. Τέλος, η μελέτη υπογραμμίζει την ανάγκη μετάβασης από το παραδοσιακό ιατροκεντρικό μοντέλο σε μια πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση και την υιοθέτηση πολιτικών που βασίζονται στις βέλτιστες πρακτικές, προκειμένου να επιτευχθεί η ενσωμάτωση των μεταναστών και προσφύγων.

Στην επομένη μελέτη που διεξήγαγαν ο Bozorgmehr και οι συνεργάτες του (2019) επιχειρείται η χαρτογράφηση των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στους πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο σε έξι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ελλάδα, Ιταλία, Κροατία, Σλοβενία, Αυστρία και Σουηδία). Η έρευνα, που βασίστηκε σε 27 ημι-δομημένες συνεντεύξεις με επαγγελματίες υγείας και υπαλλήλους δημόσιας υγείας, ανέδειξε την έλλειψη συντονισμού και τυποποίησης στις διαδικασίες ελέγχου και αξιολόγησης της υγείας, όπως επίσης και την απουσία ανταλλαγής ιατρικών πληροφοριών μεταξύ χωρών. Πιο συγκεκριμένα, μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας πρώτης γραμμής υπήρχε αβεβαιότητα σχετικά με τους κανονισμούς που ισχύουν για διαφορετικές κατηγορίες μεταναστών, ειδικά σε χώρες όπου αυτοί δεν καλύπτονταν άμεσα από τις τακτικές υπηρεσίες υγείας. Οι δομές χρηματοδότησης για την παροχή υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα για μολυσματικές ασθένειες, παρέμεναν κατακερματισμένες, με τις εθνικές κυβερνήσεις, την ΕΕ και ορισμένες ΜΚΟ να χρηματοδοτούν μια σειρά παρεμβάσεων. Σε αρκετές χώρες, όπως η Ιταλία, η Αυστρία και η Σουηδία, η χρηματοδότηση συμπληρωνόταν από πόρους του υπουργείου Εσωτερικών ή περιφερειακών και τοπικών υπηρεσιών υγείας, ενώ τα υπουργεία υγείας ήταν οι κύριοι χρηματοδότες. Η οικονομική προστασία μέσω της χρήσης υπηρεσιών υγείας διέφερε μεταξύ των χωρών. Οι αιτούντες άσυλο δικαιούνταν ιατρική περίθαλψη χωρίς περιορισμούς στην Ελλάδα, την Ιταλία και την Αυστρία, με κουπόνια, πρόσβαση στην εθνική υπηρεσία υγείας ή μέσω ηλεκτρονικών καρτών υγείας. Στην Κροατία και τη Σλοβενία, ωστόσο, τα δικαιώματα για δωρεάν περίθαλψη περιορίζονταν στην επείγουσα φροντίδα. Οι ΜΚΟ, οι οποίες χρηματοδοτούνταν από ιδιωτικά κεφάλαια και κρατικές ή κοινοτικές επιχορηγήσεις, διαδραμάτισαν σημαντικό ρόλο στην παροχή πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης σε αιτούντες άσυλο και πρόσφυγες εκτός των κέντρων υποδοχής, με την εθελοντική εργασία να αποτελεί βασική μη χρηματική πηγή για την παροχή αυτών των υπηρεσιών. Τέλος, τα ευρήματα της μελέτης υπογραμμίζουν την ανάγκη για βελτίωση της διαχείρισης υγειονομικών υπηρεσιών για την προστασία της δημόσιας υγείας

Η έρευνα των Blitz και συνεργατών του (2016) εξετάζει τη σωματική και ψυχική υγεία των ΠΤΧ και αναλύει τους κινδύνους για την υγεία που έχουν δημιουργηθεί από το κλείσιμο των συνόρων για τους πληθυσμούς που βρίσκονται σε κέντρα υποδοχής στη Σικελία και στην Ελλάδα. Η συλλογή των δεδομένων έγινε μέσω έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε αυτές τις δύο περιοχές και

περιλάμβανε εμπειρισταωμένες συνεντεύξεις με μετανάστες και εκπροσώπους κυβερνητικών φορέων, ανθρωπιστικών οργανώσεων, ΜΚΟ και ακτιβιστικών ομάδων. Στόχος ήταν να παρασχεθεί μια ολοκληρωμένη ανάλυση των συστημάτων υποδοχής στις δύο αυτές χώρες που αποτελούν την πρώτη γραμμή υποδοχής. Η ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών διέφερε σημαντικά μεταξύ των κέντρων, καθώς οι διευθυντές είχαν σημαντική επιρροή στη διαχείριση των πόρων και στην οργάνωση της παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Οι ερευνητές αναφέρουν ότι παρά την μεγάλη οικονομική ενίσχυση που έχει διατεθεί από τη διεθνή κοινότητα, με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή να έχει παραχωρήσει 371,16 εκατομμύρια ευρώ στις ελληνικές αρχές και σε διεθνείς οργανισμούς που δραστηριοποιούνται στην Ελλάδα, η άνιση παροχή ιατρικών υπηρεσιών, καθώς και η έλλειψη ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, παραμένουν ιδιαίτερα ανησυχητικά ζητήματα στην Ελλάδα. Ένα σημαντικό συμπέρασμα είναι ότι, παρά αυτές τις ανισότητες, τα κριτήρια της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες σχετικά με την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στα κέντρα υποδοχής δεν αντιμετωπίζουν επαρκώς το βασικό πρόβλημα της πρόσβασης των προσφύγων στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ακόμα και όταν αυτές προσφέρονται. Επιπλέον, η παροχή υγειονομικής φροντίδας στα κέντρα υποδοχής στη Σικελία και στην Ελλάδα παρουσιάζει σημαντικά κενά μεταξύ της προσφοράς, της ενημέρωσης και της πρόσβασης των προσφύγων. Το άρθρο καταλήγει στο ότι είναι απαραίτητες περισσότερες εκστρατείες ευαισθητοποίησης για να διασφαλιστεί η πρόσβαση των ΠΤΧ σε βασικές υπηρεσίες υγείας. Η παροχή υγειονομικής περίθαλψης στα συστήματα υποδοχής στην Ιταλία και την Ελλάδα πρέπει να γίνει πιο συντονισμένη και συνεπής. Η προτεραιότητα είναι η τακτική παρουσία ιατρικού προσωπικού σε όλα τα κέντρα υποδοχής, καθώς και η ενσωμάτωση ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών. Δεδομένων των δυσκολιών που προκύπτουν από γλωσσικά εμπόδια και πολιτισμικές διαφορές, απαιτείται αυξημένη προσοχή στην εκπαίδευση και ενσωμάτωση για την καλύτερη υποστήριξη των ΠΤΧ. Η ενημέρωση των ΠΤΧ για τις διαθέσιμες υπηρεσίες είναι κρίσιμη, και η Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες προτείνεται να προωθήσει εκστρατείες ευαισθητοποίησης και να συλλέξει λεπτομερή δεδομένα για τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών.

Ο ρόλος κρατικών φορέων, ευρωπαϊκών και διεθνών οργανισμών και μη κυβερνητικών οργανώσεων στη διαχείριση των μεταναστευτικών και προσφυγικών ροών αναφορικά με την υγεία και τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα

Πίνακας 14: Αποτελέσματα ανασκόπησης

Συγγραφείς και έτος δημοσίευσης	Σκοπός	Χώρα διεξαγωγής	Δείγμα, αριθμός συμμετεχόντων	Μεθοδολογία	Αποτελέσματα
Farmakioti et al., 2022	Αξιολόγηση της πρόσβασης σε επιλεγμένους τομείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης, σε επείγουσα ιατρική περίθαλψη, δευτεροβάθμια υγειονομική περίθαλψη και βασικά φάρμακα μεταξύ πληθυσμών που ζουν σε δομές, προσωρινά καταλύματα και κέντρα κράτησης στην Ελλάδα.	Ελλάδα	Επαγγελματίες υγείας και μη που εργάζονται ή είναι εθελοντές σε μια τουλάχιστον δομή μεταναστών ή στην ηπειρωτική Ελλάδα ή νησιωτική Ελλάδα. 64 συμμετέχοντες	Συγχρονική μελέτη με ερωτηματολόγια. Ο πληθυσμός αναφοράς περιλάμβανε επαγγελματίες υγείας και μη που εργάζονται ή εθελοντικά σε μια τουλάχιστον έναν δομή μεταναστών σε ένα νησί ή στην ηπειρωτική Ελλάδα.	Σημαντικές ανισότητες στην υγεία και έλλειψη πρόσβασης σε κρίσιμους τομείς υγειονομικής περίθαλψης και βασικών φαρμάκων μεταξύ των πληθυσμών που διαμένουν σε δομές μεταναστών στην Ελλάδα.
Richardson et al., 2023	Η καταγραφή εμπειριών υγειονομικού προσωπικού στη διαχείριση κρουσμάτων και επιδημιών ψώρας σε επίσημους και ανεπίσημους προσφυγικούς/μεταναστευτικούς δομές στην Ευρώπη την περίοδο 2014-2017.	Ελλάδα, Σερβία, Μακεδονία, Τουρκία, Γαλλία, Ολλανδία, Βέλγιο-σε 15 τοποθεσίες σε επτά ευρωπαϊκές χώρες	Δώδεκα συμμετέχοντες εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας, που είχαν εργαστεί σε κατασκηνώσεις (έξι σε άτυπες κατασκηνώσεις, εννέα σε επίσημες)	Αναδρομική ποιοτική μελέτη με χρήση ημιδομημένων τηλεφωνικών συνεντεύξεων και ανάλυσης πλαισίου. Δώδεκα ερωτηθέντες που αποτελούνταν από 4 γιατρούς, 4 νοσηλεύτες, 3 εργαζόμενους στον τομέα της υγείας και 1 φοιτητή ιατρικής.	Η διάγνωση ψώρας στους δομές ήταν κυρίως κλινική και η θεραπεία περιοριζόταν σε συμπτωματική αντιμετώπιση. Οι εργαζόμενοι ανέφεραν δύσκολες συνθήκες εργασίας και χαμηλό βιοτικό επίπεδο για τους πρόσφυγες. Τα βασικά εμπόδια στον έλεγχο της ψώρας περιλάμβαναν: έλλειψη νερού και υγιεινής, μη συμμόρφωση με τη θεραπεία, γλωσσικά εμπόδια, έλλειψη ιδιωτικότητας των εξετάσεων και απειρία προσωπικού. Συνωστισμός, αναποτελεσματικός συντονισμός και έλλειψη υποστήριξης από κρατικές αρχές, βοήθεια από μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ).
Joseph et al., 2020	Εντοπισμός βασικών εμποδίων και διευκολυντών της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη για τους ΠΤΧ στην Ελλάδα.	Ελλάδα	16 εργαζόμενοι ΜΚΟ και Δ.Ο	Δεκαέξι ημιδομημένες συνεντεύξεις από εργαζόμενους σε ανθρωπιστικούς και διεθνείς οργανισμούς που δραστηριοποιούνται στην Ελλάδα με σκόπιμη δειγματοληψία και δειγματοληψία χιονοστοιβάδας. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη χρήση μεθόδου πλαισίου.	Τα εμπόδια πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη περιλάμβαναν κοινωνικο-πολιτιστικούς παράγοντες (προσδοκίες υγειονομικής περίθαλψης, γλώσσα, φύλο). Η οικονομική κρίση της Ελλάδας, οι ελλείψεις ανθρώπινων πόρων, το αδύναμο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τα νομικά εμπόδια, logistics, συνεχείς αλλαγές στη χρηματοδότηση της ΕΕ και αδυναμία συντονισμού υπηρεσιών

Ο ρόλος κρατικών φορέων, ευρωπαϊκών και διεθνών οργανισμών και μη κυβερνητικών οργανώσεων στη διαχείριση των μεταναστευτικών και προσφυγικών ροών αναφορικά με την υγεία και τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα

Hémono et al., 2018	Να καταγραφούν οι απόψεις των φορέων και παρόχων υγειονομικής περίθαλψης για τις ανάγκες υγείας των Σύριων προσφύγων στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της ανθρωπιστικής ανταπόκρισης στην Ελλάδα (2015 έως 2017).	Ελλάδα	25 συμμετέχοντες, παρόχους υγειονομικής περίθαλψης από εθνικές και διεθνείς ΜΚΟ, και οργανωτικούς και κυβερνητικούς εκπροσώπους που συμμετέχουν στο συντονισμό και διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης	ποιοτική μελέτη για την αξιολόγηση την περίοδο της ανθρωπιστικής ανταπόκρισης στην Ελλάδα το 2015, έως τη μετάβαση της παροχής υπηρεσιών υγείας από ΜΚΟ σε ελληνικές υγειονομικές αρχές το 2017. Η συλλογή δεδομένων ήταν διεξήχθη από τον Ιούνιο του 2016 έως τον Ιούνιο του 2017.	Η υγειονομική φροντίδα πρέπει να προσαρμοστεί για να καλύψει τις αυξανόμενες και σύνθετες ανάγκες υγείας των προσφύγων, περιλαμβάνοντας ψυχιατρική και ψυχολογική υποστήριξη. Απαιτείται αύξηση της ψυχοκοινωνικής εκπαίδευσης για τους επαγγελματίες υγείας και ενίσχυση των μηχανισμών παραπομπής για την ψυχική υγεία. Χρειάζεται στρατηγική επικοινωνία και συντονισμός μεταξύ ΜΚΟ και ελληνικών υγειονομικών αρχών και οι ΠΤΧ πρέπει να ενημερώνονται για την πρόσβαση στις τοπικές υπηρεσίες υγείας, τα πρότυπα και τις διαδικασίες του ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης
Dalma et al., 2018	Η κατανόηση των δυσκολιών παροχής υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες, καθώς και η συλλογή και παρουσίαση βέλτιστων πρακτικών για την καλύτερη πρόσβαση και καθοδήγηση των μεταναστών στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.	Ελλάδα	Δεκαεπτά συμμετέχοντες (n = 17) έλαβαν μέρος, συμπεριλαμβανομένων επαγγελματιών υγείας και ειδικών του τομέα δημόσιας υγείας, καθώς και εκπροσώπων ΜΚΟ που εμπλέκονται στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών σε μετανάστες.	Ποιοτική έρευνα	Οι συνθήκες διαβίωσης των προσφύγων επισημάνθηκαν ως ένας σοβαρός παράγοντας που εμποδίζει την καλή υγεία. Οι υπάρχουσες δράσεις θεωρήθηκαν προσωρινές και συχνά επαναλαμβανόμενες. Οι κύριες βέλτιστες πρακτικές που προτάθηκαν περιλαμβάνουν: (α) μια ολοκληρωμένη προσέγγιση στον σχεδιασμό των ιατρικών παρεμβάσεων (παροχή ολοκληρωμένης ιατρικής, ψυχοκοινωνικής και νομικής υποστήριξης), (β) συνεργασία μεταξύ διαφορετικών τομέων, (γ) δημιουργία «σημείων πληροφόρησης» σε νοσοκομεία και κέντρα υγείας με τη συμμετοχή πολιτισμικών διαμεσολαβητών και κοινωνικών λειτουργών, (δ) τεκμηρίωση και κεντρικός συντονισμός των παρεμβάσεων, και (ε) υιοθέτηση πολιτικών βασισμένων στις βέλτιστες πρακτικές που έχουν εντοπιστεί. Οι παρεμβάσεις για την ενσωμάτωση μεταναστών και προσφύγων κρίθηκαν απαραίτητες
Giambi et al., 2019	Καταγραφή των εθνικών στρατηγικών εμβολιασμού των μεταναστών, προσφύγων και αιτούντων άσυλο σε έξι ευρωπαϊκές χώρες. Η εφαρμογή	Κροατία, Ελλάδα, Ιταλία, Μάλτα και Σλοβενία, με την Πορτογαλία να	Οι συμμετέχοντες ήταν ειδικοί στη δημόσια υγεία και εργάζονταν σε εθνικούς οργανισμούς	Ποσοτική έρευνα από το Ιταλικό Εθνικό Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας (Istituto Superiore di Sanità) σε πέντε ευρωπαϊκές χώρες που	Οι συμμετέχουσες χώρες είχαν εθνικές στρατηγικές εμβολιασμού για μετανάστες, αλλά υπήρχαν διαφορές στην προσφορά εμβολίων, ειδικά μεταξύ ανηλίκων και ενηλίκων. Τα εμβόλια χορηγούνταν κυρίως σε κέντρα υποδοχής

Ο ρόλος κρατικών φορέων, ευρωπαϊκών και διεθνών οργανισμών και μη κυβερνητικών οργανώσεων στη διαχείριση των μεταναστευτικών και προσφυγικών ροών αναφορικά με την υγεία και τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα

	των εμβολιαστικών στρατηγικών και αξιολόγηση των προκλήσεων και κενών που αντιμετωπίζουν τα κράτη στην προσφορά εμβολιασμών στους ΠΤΧ λαμβάνοντας υπόψη τις οδηγίες του ΠΟΥ και του ECDC.	συμμετέχει εθελοντικά	δημόσιας υγείας ή υπουργεία υγείας στις εμπλεκόμενες χώρες.	συμμετείχαν στο πρόγραμμα CARE, το οποίο εστιάζει στην υγεία των μεταναστών: μέσω ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου, της πλατφόρμας Survey Monkey από τον Οκτώβριο του 2016 έως τον Φεβρουάριο του 2017.	και υπηρεσίες δημόσιας υγείας, ενώ η καταγραφή δεδομένων ήταν ελλιπής σε πολλές χώρες. Επισημάνθηκε η ανάγκη για βελτίωση της παρακολούθησης και πρόσβασης στον εμβολιασμό των μεταναστών.
Bozorgmehr et al., 2019	Χαρτογράφηση ανταπόκρισης του συστήματος υγείας που σχετίζονται με την πρόληψη και τον έλεγχο μολυσματικών ασθενειών μεταξύ των προσφύγων και των αιτούντων άσυλο στην Ευρώπη.	στην πρώτη είσοδο (Ελλάδα/Ιταλία), στη διέλευση (Κροατία/Σλοβενία) και στις χώρες προορισμού (Αυστρία/Σουηδία).	με 27 ημιδομημένες σε βάθος συνεντεύξεις με προσωπικό πρώτης γραμμής και υγειονομικούς υπαλλήλους .	Ποιοτική έρευνα Συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις υπάρχουσες οδηγίες και πρακτικές σε κάθε στάδιο υποδοχής στην πρώτη είσοδο (Ελλάδα/Ιταλία), στη διέλευση (Κροατία/Σλοβενία) και στις χώρες προορισμού (Αυστρία/Σουηδία).	Οι οδηγίες για τον προσυμπτωματικό έλεγχο μολυσματικών ασθενειών και τις αξιολογήσεις υγείας δεν είναι τυποποιημένες εντός και μεταξύ χωρών. Η συλλογή δεδομένων γίνεται από εθνικά ιδρύματα, χωρίς να διαχωρίζονται τα στοιχεία με βάση το καθεστώς μετανάστη. Επίσης, η ανταλλαγή ιατρικών πληροφοριών είναι μη τυποποιημένη και κατακερματισμένη, χωρίς συντονισμό μεταξύ των αρμόδιων φορέων.
Blitz et al., 2016	Στόχος της έρευνας ήταν να εξετάσει τη λειτουργία των επίσημων κέντρων υποδοχής και άλλων τύπων στέγασης που παρέχονται σε αιτούντες άσυλο στην Ελλάδα και στην Ιταλία και να αξιολογήσει τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας.	Ελλάδα και Ιταλία	45 εις βάθος συνεντεύξεις με αιτούντες άσυλο σχετικά με τη λειτουργία του συστήματος υποδοχής και 50 επιπλέον συνεντεύξεις με εκπροσώπους κυβερνητικών γραφείων, ανθρωπιστικών οργανώσεων, ΜΚΟ και άλλων φορέων	Ποσοτική και ποιοτική έρευνα. Οι συνεντεύξεις περιλάμβαναν οργανισμούς όπως η Frontex, η Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες, και ο ΔΟΜ, καθώς και κυβερνητικές υπηρεσίες αρμόδιες για τη μετανάστευση και το άσυλο. Συνολικά, συλλέχθηκαν δεδομένα από 700 άτομα, τα οποία αναλύθηκαν με SPSS για τον εντοπισμό συχνοτήτων και τη διερεύνηση του αντίκτυπου της ηλικίας, της εθνικότητας, του φύλου και της υγείας.	Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες στην Ελλάδα είχαν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας (57%), ενώ το 43% δεν είχε. Όταν εισήλθαν στα κέντρα υποδοχής, βρέθηκαν αντιμετώπι με ένα υπερφορτωμένο σύστημα, όπου η παροχή ιατρικής περίθαλψης εξαρτιόταν από τη γεωγραφική θέση και τους διαθέσιμους πόρους. Παρά το γεγονός ότι τα περισσότερα κέντρα διέθεταν σύστημα ιατρικών παραπομπών επτά ημέρες την εβδομάδα, υπήρχαν μεγάλες διαφορές στην ποιότητα των υπηρεσιών. Ο διευθυντής του κέντρου, που συχνά ανήκε σε οργανισμούς όπως η Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες, είχε καθοριστικό ρόλο στην κατανομή των πόρων, αλλά η ιατρική περίθαλψη παρέμενε άنيση. Σε μεγάλες εγκαταστάσεις, ο υπερπληθυσμός έθετε σε κίνδυνο τη βασική υγιεινή και υγεία.

3.2.Αξιολόγηση μεθοδολογικής ποιότητας ερευνών

Η αξιολόγηση της μεθοδολογικής ποιότητας των ερευνών που κρίθηκαν περιλήφθηκαν στην ανασκόπηση πραγματοποιήθηκαν α) η κλίμακα MMAT (Hong et al., 2018) που αποτελεί ένα εργαλείο κριτικής αξιολόγησης για το στάδιο αξιολόγησης της μεθοδολογικής ποιότητας πέντε κατηγοριών σε μελέτες: ποιοτικής έρευνας, μη τυχαιοποιημένες έρευνες, τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές, ποσοτικές περιγραφικές έρευνες και μελέτες μικτών μεθόδων και η κλίμακα CASP Qualitative Studies που παρέχει ένα δομημένο πλαίσιο για την κριτική αξιολόγηση των μελετών βάσει μεθοδολογικής αυστηρότητας, την εγκυρότητας και τη συνάφειας της μελέτης (Critical Appraisal Skills Programme, 2018), (Πίνακες 11,12,13).

Ο ρόλος κρατικών φορέων, ευρωπαϊκών και διεθνών οργανισμών και μη κυβερνητικών οργανώσεων στη διαχείριση των μεταναστευτικών και προσφυγικών ροών αναφορικά με την υγεία και τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα

3.1.1.1. Μικτές μέθοδοι

Πίνακας 15: Αξιολόγηση μεθοδολογική ποιότητας ερευνών με μικτές μεθόδους

	Μελέτη	Μέθοδοι	Υπάρχει επαρκής λογική για τη χρήση σχεδιασμού μικτών μεθόδων για την αντιμετώπιση του ερευνητικού ερωτήματος;			Τα διάφορα στοιχεία της μελέτης ενσωματώνονται αποτελεσματικά για να απαντήσουν στο ερευνητικό ερώτημα;			Ερμηνεύονται επαρκώς τα αποτελέσματα της ενοποίησης ποιοτικών και ποσοτικών συνιστωσών;			Αντιμετωπίζονται επαρκώς οι αποκλίσεις και οι ασυνέπειες μεταξύ ποσοτικών και ποιοτικών αποτελεσμάτων;			Συμμορφώνονται τα διάφορα στοιχεία της μελέτης με τα ποιοτικά κριτήρια κάθε παράδοσης των εμπλεκόμενων μεθόδων;		
			Ναι	Δ/Γ	Όχι	Ναι	Δ/Γ	Όχι	Ναι	Δ/Γ	Όχι	Ναι	Δ/Γ	Όχι	Ναι	Δ/Γ	Όχι
1.	Farmakioti, et al., 2023	Ποιοτικές & ποσοτικές	X			X			X			X			X		
2.	Blitz et al., 2016	Ποιοτικές & ποσοτικές	X			X			X			X			X		

Πηγή: Hong, Q. N., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., ... & Pluye, P. (2018). The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Education for information*, 34(4), 285-291. Retrieved from: <https://tinyurl.com/yc3st78b>

Ο ρόλος κρατικών φορέων, ευρωπαϊκών και διεθνών οργανισμών και μη κυβερνητικών οργανώσεων στη διαχείριση των μεταναστευτικών και προσφυγικών ροών αναφορικά με την υγεία και τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα

3.1.1.2. Ποσοτικές μέθοδοι

Πίνακας 16: Αξιολόγηση μεθοδολογική ποιότητας ερευνών με ποσοτικές μεθόδους

	Μελέτη	Μέθοδοι	Είναι η στρατηγική δειγματοληψίας σχετική για την αντιμετώπιση του ερευνητικού ερωτήματος;			Είναι το δείγμα αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού στόχου;			Είναι οι μετρήσεις κατάλληλες;			Είναι χαμηλός ο κίνδυνος μεροληψίας μη ανταπόκρισης;			Είναι η στατιστική ανάλυση κατάλληλη για την απάντηση στο ερευνητικό ερώτημα;		
			Ναι	Δ/Γ	Όχι	Ναι	Δ/Γ	Όχι	Ναι	Δ/Γ	Όχι	Ναι	Δ/Γ	Όχι	Ναι	Δ/Γ	Όχι
1.	Giambi et al., 2019	Ποσοτικές	X			X			X			X			X		

Πηγή: Hong, Q. N., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., ... & Pluye, P. (2018). The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Education for information*, 34(4), 285-291. Retrieved from: <https://tinyurl.com/yc3st78b>

3.1.1.3. Ποιοτικές μέθοδοι

Πίνακας 17: Αξιολόγηση μεθοδολογική ποιότητας ερευνών με ποιοτικές μεθόδους

Μελέτη	Μέθοδοι	Υπήρχε σαφής δήλωση των στόχων της έρευνας;			Είναι κατάλληλη η ποιοτική μεθοδολογία;			Ήταν ο σχεδιασμός της έρευνας κατάλληλος για την αντιμετώπιση των στόχων της έρευνας;			Ο σχεδιασμός της έρευνας κατάλληλος για την αντιμετώπιση των στόχων της έρευνας;			Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τρόπο που αντιμετώπισε το ερευνητικό ζήτημα;			Έχει ληφθεί επαρκώς υπόψη η σχέση μεταξύ ερευνητή και συμμετεχόντων;			Έχουν ληφθεί υπόψη ηθικά ζητήματα;			Ήταν η ανάλυση των δεδομένων αρκετά αυστηρή;			Υπάρχει σαφής δήλωση των ευρημάτων;			Πόσο πολύτιμη είναι η έρευνα;
		Ναι	Δ/Γ	Όχι	Ναι	Δ/Γ	Όχι	Ναι	Δ/Γ	Όχι	Ναι	Δ/Γ	Όχι	Ναι	Δ/Γ	Όχι	Ναι	Δ/Γ	Όχι	Ναι	Δ/Γ	Όχι	Ναι	Δ/Γ	Όχι				
1. Bozorgmehr et al., 2019	Ποιοτικές	X			X			X			X			X			X			X			X			X			Πολύ σημαντική
2. Dalma et al., 2018	Ποιοτικές	X			X			X			X			X			X			X			X			X			Πολύ σημαντική
3. Hémono et al., 2018	Ποιοτικές	X			X			X			X			X			X			X			X			X			Πολύ σημαντική
4. Joseph et al., 2020	Ποιοτικές	X			X			X				X		X			X				X			X			X		Σημαντική
5. Richardson et al., 2023	Ποιοτικές	X			X			X			X			X			X			X			X			X			Πολύ σημαντική

Πηγή: Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP Qualitative Checklist. Available at: Accessed: <https://tinyurl.com/e5k4hr8f>

Κεφάλαιο Τέταρτο:

4. Αποτελέσματα Ποιοτικής Έρευνας

4.1. Κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία

Τα κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία του ερευνώμενου δείγματος (Βλ. Πίνακα 14) στην παρούσα ποιοτική έρευνα παρέχουν μια βαθύτερη κατανόηση του πλαισίου μέσα στο οποίο οι συμμετέχοντες διαμορφώνουν τις απόψεις και τις εμπειρίες τους. Αυτά τα στοιχεία περιλαμβάνουν την ηλικία, το φύλο, την ειδικότητα και την εργασιακή εμπειρία των συμμετεχόντων, επιτρέποντας να αναδειχθούν μια ποικιλία ποιοτικών δεδομένων. Επιπλέον, η ποικιλομορφία του δείγματος ενισχύει την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των ευρημάτων, καθιστώντας τη μελέτη αντιπροσωπευτική των πραγματικών συνθηκών που επικρατούν στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Είναι λοιπόν σημαντική η καταγραφή και παρουσίαση κοινωνικών και δημογραφικών στοιχείων που συμβάλλουν τόσο στην πληρέστερη κατανόηση των προκλήσεων, στις δυνατότητες βελτίωσης των συνθηκών εργασίας και συνεργασίας των εμπλεκόμενων φορέων όσο και στην αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας για τους πολίτες τρίτων χωρών.

Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελείται από 15 επαγγελματίες υγείας, εκ των οποίων 6 ήταν άνδρες και 9 ήταν γυναίκες. Οι ηλικίες των συμμετεχόντων κυμαίνονται από 28 έως 60 έτη, με μέσο όρο τα 40,4 έτη [Σ1, Σ2, Σ3, Σ4, Σ5, Σ6, Σ7, Σ8, Σ9, Σ10, Σ11, Σ12, Σ13, Σ14, Σ15]. Στην ηλικιακή κατηγορία άνω των 50 ετών ανήκουν τρεις συμμετέχοντες [Σ1, Σ2, Σ7]. Τέσσερις ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 40-49 ετών [Σ4, Σ8, Σ12, Σ15] και οκτώ συμμετέχοντες είναι ηλικίας 30-39 ετών [Σ3, Σ5, Σ6, Σ9, Σ10, Σ11, Σ13, Σ14]. Όλοι οι συμμετέχοντες είναι ελληνικής εθνικότητας, με την πλειονότητα (8 στους 15) να προέρχεται από την Αθήνα. Οι υπόλοιποι κατάγονται από περιοχές της Ελλάδας, όπως η Φλώρινα, η Ήπειρος, η Πελοπόννησος και από τα νησιά Κρήτη, Κεφαλλονιά, Σκύρος και Λήμνος [Σ12, Σ11, Σ6, Σ9].

Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, η πλειονότητα αυτών (9 στους 15) διαθέτουν Μεταπτυχιακό Τίτλο [Σ1, Σ3, Σ6, Σ8, Σ9, Σ10, Σ11, Σ13, Σ14], δύο έχουν Διδακτορικό [Σ7, Σ15], και ένας κατέχει μεταδιδακτορικό (Phd) [Σ4]. Τρεις διαθέτουν πτυχίο ΑΕΙ [Σ2, Σ5, Σ12]. Σχετικά με την ειδικότητα, ένας είναι Γενικός Χειρουργός [Σ4], ένας Παθολόγος [Σ11], ένας

Οδοντίατρος [Σ5], δύο Ψυχολόγοι [Σ1, Σ3], ένας Ενδοκρινολόγος [Σ15], δύο Γενικοί Ιατροί [Σ2, Σ14], δύο Παιδίατροι [Σ7, Σ12], τρεις Νοσηλεύτριες [Σ8, Σ9, Σ10], ένας Επισκέπτης Υγείας [Σ6], και ένας Διεθνολόγος [Σ13].

Στο ερώτημα σχετικά με το είδος του οργανισμού στον οποίο εργάζονται, πέντε (5) άτομα δήλωσαν ότι εργάζονται σε ΜΚΟ, τρία (3) σε διεθνή ΜΚΟ, τρία (3) σε διεθνή οργανισμό και τέσσερα (4) σε κρατικό φορέα.

Η επισκόπηση των κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων αναδεικνύει ότι το δείγμα είναι εξαιρετικά εκπαιδευμένο και καταρτισμένο. Το ηλικιακό εύρος του δείγματος επιτρέπει τη συλλογή δεδομένων από επαγγελματίες υγείας με μακροχρόνια εμπειρία, καθώς και την αποτύπωση των προκλήσεων και προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι νεότεροι επαγγελματίες. Επιπλέον, όλοι οι συμμετέχοντες εργάζονται σε φορείς που παρέχουν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε ΠΤΧ, καλύπτοντας γεωγραφικά το μεγαλύτερο μέρος της Ελλάδας (Πίνακας 14).

Ο ρόλος κρατικών φορέων, ευρωπαϊκών και διεθνών οργανισμών και μη κυβερνητικών οργανώσεων στη διαχείριση των μεταναστευτικών και προσφυγικών ροών αναφορικά με την υγεία και τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα

Πίνακας 18: Δημογραφικά στοιχεία δείγματος

Συνέντευξη	Φύλο	Ηλικία	Εθνικότητα	Τόπος Καταγωγής	Εκπαιδευτικό Επίπεδο	Ιατρική Ειδικότητα	Φορέας απασχόλησης	Δομή
1	Άρρεν	60	Ελληνική	Αθήνα	Master	Ψυχολόγος	ΜΚΟ	Κέντρο ημέρας
2	Άρρεν	52	Ελληνική	Ήπειρος	ΑΕΙ	Γεν.Ιατρός	ΜΚΟ	Ελεγχόμενη Δομή Προσωρινής Φιλοξενίας
3	Θήλυ	28	Ελληνική	Αθήνα	Master	Ψυχολόγος	Διεθνής ΜΚΟ	Κέντρο ημέρας
4	Θήλυ	47	Ελληνική	Αθήνα	Postdoc	Γεν.Χειρουργός	Διεθνής Οργανισμός	ΠΡΟΚΕΚΑ
5	Θήλυ	31	Ελληνική	Αθήνα	ΑΕΙ	Οδοντίατρος	ΜΚΟ	Υγειονομική περίθαλψη στην Αθήνα
6	Θήλυ	31	Ελληνική	Σκύρος	Master	Επισκέπτρια Υγείας	Κρατικός φορέας	ΚΥΤ
7	Άρρεν	59	Ελληνική	Αθήνα	Phd	Παιδίατρος	Διεθνής Οργανισμός	Ελεγχόμενη Δομή Προσωρινής Φιλοξενίας
8	Θήλυ	44	Ελληνική	Πελοπόννησος	Master	Νοσηλεύτρια	Διεθνής Οργανισμός	Ελεγχόμενη Δομή Προσωρινής Φιλοξενίας
9	Θήλυ	39	Ελληνική	Λήμνος	Master	Νοσηλεύτρια	Κρατικός φορέας	ΚΥΤ
10	Θήλυ	30	Ελληνική	Αθήνα	Master	Νοσηλεύτρια	Κρατικός φορέας	ΠΡΟΚΕΚΑ
11	Άρρεν	39	Ελληνική	Κεφαλονιά	Master	Παθολόγος	ΜΚΟ	Κλειστές δομές + Ελεγχόμενη Δομή Προσωρινής Φιλοξενίας
12	Άρρεν	41	Ελληνική	Κρήτη	ΑΕΙ	Παιδίατρος	Διεθνής ΜΚΟ	Ελεγχόμενη Δομή Προσωρινής Φιλοξενίας
13	Θήλυ	30	Ελληνική	Αθήνα	Master	Διεθνολόγος	Διεθνής ΜΚΟ	ΚΥΤ& Ελεγχόμενη Δομή Προσωρινής Φιλοξενίας
14	Θήλυ	32	Ελληνική	Φλώρινα	Master	Γεν.Ιατρός	ΜΚΟ	ΚΥΤ
15	Άρρεν	43	Ελληνική	Αθήνα	Phd	Ενδοκρινολόγος	Κρατικός φορέας	Ελεγχόμενη Δομή Προσωρινής Φιλοξενίας

4.2. Δομή Υποδοχής ή Φιλοξενίας

4.2.1. Εργαζόμενοι σε Δομή Υποδοχής ή Φιλοξενίας

Στην Υπηρεσία Υποδοχής και Ταυτοποίησης υπάγονται τα Κέντρα Υποδοχής και Ταυτοποίησης (ΚΥΤ), οι Κλειστές Ελεγχόμενες Δομές (ΚΕΔ), καθώς και οι Ελεγχόμενες Δομές Προσωρινής Φιλοξενίας Αιτούντων Άσυλο (ΕΔΠΦΑΑ) σε Βόρεια και Νότια Ελλάδα (Πίνακας 19). Τα ΚΥΤ παρέχουν την αρχική υποδοχή, ταυτοποίηση και καταγραφή των αιτούντων άσυλο. Οι ΚΕΔ είναι ειδικά διαμορφωμένες για τη φιλοξενία αιτούντων άσυλο υπό αυστηρές συνθήκες ελέγχου, ενώ οι ελεγχόμενες δομές Προσωρινής φιλοξενίας αιτούντων άσυλο (ΕΔΠΦΑΑ) προσφέρουν προσωρινή φιλοξενία έως ότου ολοκληρωθεί η διαδικασία εξέτασης της αίτησής τους.

Το πληθυσμιακό δείγμα της έρευνας αποτελείται από άτομα που έχουν εργαστεί [Σ7, Σ8, Σ9, Σ10, Σ14, Σ15] ή εργάζονται [Σ6] ή επισκέπτονται [Σ2, Σ4, Σ11, Σ12, Σ13] δομές υποδοχής και φιλοξενίας ή εργάζονται σε ΜΚΟ που παρέχουν υπηρεσίες υγείας στην Αθήνα [Σ1, Σ3, Σ5]. Ο Πίνακας 19 παρουσιάζει τις χωρητικότητες των Δομών, οι οποίες κυμαίνονται από ελάχιστη τιμή 352 θέσεις (ΕΔΠΦΑΑ Δυτικής Λέσβου) έως μέγιστη τιμή 3840 θέσεις (ΚΕΔ Λέσβου). Οι 12 από τους 15 συμμετέχοντες [Σ2, Σ4, Σ6, Σ7, Σ8, Σ9, Σ10, Σ11, Σ12, Σ13, Σ14, Σ15], οι οποίοι εργάζονται, επισκέπτονται ή έχουν εργαστεί στο παρελθόν σε δομές, ανέφεραν ότι ο πληθυσμός των δομών περιλαμβάνει τον γενικό πληθυσμό, ευάλωτες ομάδες, μονογονεϊκές οικογένειες, καθώς και ασυνόδευτα ανήλικα.

Πίνακας 19: Κέντρα Υποδοχής και Ταυτοποίησης & Κλειστές Ελεγχόμενες Δομές

ΚΥΤ&ΚΕΔ	
Περιοχή	Χωρητικότητα
ΚΕΔ ΚΩ	2923
ΚΕΔ ΛΕΡΟΥ	2150
ΚΕΔ ΛΕΣΒΟΥ	3840
ΚΕΔ ΣΑΜΟΥ	3650
ΚΥΤ ΦΥΛΑΚΙΟ (ΟΡΕΣΤΙΑΔΑ)	768
ΚΕΔ ΧΙΟΥ	1014
ΚΥΤ&ΕΔΠΦΑΑ ΔΙΑΒΑΤΩΝ	936
ΚΥΤ&ΕΔΠΦΑΑ ΜΑΛΑΚΑΣΑΣ	3471
ΚΥΤ&ΕΔΠΦΑΑ ΛΕΣΒΟΥ	352

Πηγή: Υπουργείο Μετανάστευσης & Ασύλου (2024α)

Οι Δομές Φιλοξενίας/Προσωρινής υποδοχής στην ενδοχώρα της Ελλάδας προσφέρουν προσωρινή στέγαση σε πολίτες τρίτων χωρών και ανιθαγενείς που έχουν υποβάλει αίτημα για διεθνή προστασία εντός της Ελληνικής Επικράτειας. Αυτές οι δομές φιλοξενούν όχι μόνο τους αιτούντες προστασίας, αλλά και τα μέλη των οικογενειών τους, όπως και ανήλικους, είτε συνοδευόμενους είτε ασυνόδευτους, καθώς και άλλες ευάλωτες ομάδες.

Πίνακας 20: Ελεγχόμενες Δομές Προσωρινής Φιλοξενίας Αιτούντων Άσυλο

Ελεγχόμενη Δομή Προσωρινής Φιλοξενίας Αιτούντων Άσυλο Αττικού Άλσους
Ελεγχόμενη Δομή Προσωρινής Φιλοξενίας Αιτούντων Άσυλο Αλεξάνδρειας
Ελεγχόμενη Δομή Προσωρινής Φιλοξενίας Αιτούντων Άσυλο Βαγιοχωρίου
Ελεγχόμενη Δομή Προσωρινής Φιλοξενίας Αιτούντων Άσυλο Βόλου
Ελεγχόμενη Δομή Προσωρινής Φιλοξενίας Αιτούντων Άσυλο Βέροιας
Ελεγχόμενη Δομή Προσωρινής Φιλοξενίας Αιτούντων Άσυλο Αγία Ελένης
Ελεγχόμενη Δομή Προσωρινής Φιλοξενίας Αιτούντων Άσυλο Δράμας
Ελεγχόμενη Δομή Προσωρινής Φιλοξενίας Αιτούντων Άσυλο Ελευσίνας
Ελεγχόμενη Δομή Προσωρινής Φιλοξενίας Αιτούντων Άσυλο Θερμοπυλών
Ελεγχόμενη Δομή Προσωρινής Φιλοξενίας Αιτούντων Άσυλο Θήβας
Ελεγχόμενη Δομή Προσωρινής Φιλοξενίας Αιτούντων Άσυλο Καβάλας
Ελεγχόμενη Δομή Προσωρινής Φιλοξενίας Αιτούντων Άσυλο Κατσικά
Ελεγχόμενη Δομή Προσωρινής Φιλοξενίας Αιτούντων Άσυλο Κορίνθου
Ελεγχόμενη Δομή Προσωρινής Φιλοξενίας Αιτούντων Άσυλο Κυλλήνης
Ελεγχόμενη Δομή Προσωρινής Φιλοξενίας Αιτούντων Άσυλο Κουτσόχερου
Ελεγχόμενη Δομή Προσωρινής Φιλοξενίας Αιτούντων Άσυλο Λαγκαδικίων
Ελεγχόμενη Δομή Προσωρινής Φιλοξενίας Αιτούντων Άσυλο Οινοφύτων
Ελεγχόμενη Δομή Προσωρινής Φιλοξενίας Αιτούντων Άσυλο Πολυκάστρου
Ελεγχόμενη Δομή Προσωρινής Φιλοξενίας Αιτούντων Άσυλο Πύργου
Ελεγχόμενη Δομή Προσωρινής Φιλοξενίας Αιτούντων Άσυλο Ριτσώνας
Ελεγχόμενη Δομή Προσωρινής Φιλοξενίας Αιτούντων Άσυλο Σερρών
Ελεγχόμενη Δομή Προσωρινής Φιλοξενίας Αιτούντων Άσυλο Σιντικής
Ελεγχόμενη Δομή Προσωρινής Φιλοξενίας Αιτούντων Άσυλο Σχιστού
Ελεγχόμενη Δομή Προσωρινής Φιλοξενίας Αιτούντων Άσυλο Φιλιπιάδας

Πηγή: Υπουργείο Μετανάστευσης & Ασύλου (2024β)

Στις Δομές αυτές, παρέχεται ένα σταθερό περιβάλλον διαμονής που καλύπτει τόσο τις βασικές ανάγκες διαβίωσης όσο και τις παιδαγωγικές και μαθησιακές απαιτήσεις των φιλοξενουμένων. Οι διαμένοντες απολαμβάνουν ελευθερία κινήσεων, με την υποχρέωση να τηρούν τους εσωτερικούς κανονισμούς, ώστε να διασφαλίζεται η ομαλή λειτουργία της δομής.

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν στέγαση, σίτιση, ενημέρωση σχετικά με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους στη χώρα υποδοχής, ψυχοκοινωνική υποστήριξη, διευκόλυνση πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, καθώς και την παροχή βασικών ειδών ατομικής υγιεινής, ένδυσης και υπόδησης. Επίσης, οι δομές προσφέρουν μαθήματα ελληνικής γλώσσας και πρόσβαση σε εκπαιδευτικά προγράμματα και προγράμματα ανάπτυξης δεξιοτήτων.

Οι φιλοξενούμενοι υποχρεούνται να αποχωρήσουν από τις δομές εντός τριάντα ημερών από τη λήψη της απόφασης που τους αναγνωρίζει καθεστώς διεθνούς ή επικουρικής προστασίας. Για τους ασυνόδευτους ανήλικους, αυτή η προθεσμία αρχίζει από τη στιγμή που ενηλικιώνονται. Οι ελεγχόμενες δομές προσωρινής φιλοξενίας αιτούντων άσυλο ανά την επικράτεια είναι οι ακόλουθες: Αττικού Άλσους, Αλεξάνδρειας, Βαγιοχωρίου, Βόλου, Βέροιας, Αγίας Ελένης, Δράμας, Ελευσίνας, Θερμοπυλών, Θήβας, Καβάλας, Κατσικά, Κορίνθου, Κυλλήνης, Κουτσόχερου, Λαγκαδικίων, Οινοφύτων, Πολυκάστρου, Πύργου, Ριτσώνας, Σερρών, Σιντικής, Σχιστού και Φιλιπιάδας (ΥΜΑ, 2024) (Βλ. Πίνακα 20).

Με βάση τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, το 2015 η Ελλάδα αντιμετώπισε σοβαρές προκλήσεις στις δομές φιλοξενίας μεταναστών και προσφύγων, κυρίως λόγω του υπερπληθυσμού [Σ1, Σ3, Σ5, Σ6, Σ7, Σ11, Σ12, Σ15]. Πιο συγκεκριμένα, οι συνθήκες που επικρατούσαν σε ορισμένες από τις δομές στις οποίες είχαν μεταφερθεί οι ΠΤΧ υπολείπονταν σημαντικά των ελάχιστων προδιαγραφών και υγιεινής [Σ1, Σ3, Σ5, Σ6, Σ7, Σ8, Σ9]. Επιπλέον, αναφέρθηκε ότι οι διαδικασίες ασύλου υπήρξαν χρονοβόρες εξαιτίας της γραφειοκρατίας [Σ1, Σ3, Σ8, Σ9, Σ10]. Το υγειονομικό προσωπικό ήταν ανεπαρκές για την κάλυψη των αναγκών των φιλοξενούμενων [Σ3, Σ5, Σ7, Σ8, Σ11, Σ12]. Παράλληλα, υπήρξε έλλειψη οργανωμένων προγραμμάτων κοινωνικής ένταξης [Σ2, Σ4, Σ6, Σ13], καθώς και γλωσσικών εμποδίων που επηρέαζαν την επικοινωνία και την πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες [Σ1, Σ2, Σ3, Σ4, Σ5, Σ6, Σ7, Σ10, Σ11, Σ14]. Για τις συνθήκες διαβίωσης στις υπερπλήρεις δομές το 2015 αλλά και την βελτίωση των συνθηκών έως το 2020, ένας ιατρός [Σ15] αναφέρει χαρακτηριστικά:

«Το 2015 η Ελλάδα δέχτηκε περίπου υπολογισμένα χωρίς να είναι τεκμηριωμένος ο αριθμός, ένα εκατομμύριο πρόσφυγες κυρίως από τη Συρία μετά τον πόλεμο που είχε ξεκινήσει νωρίτερα και την Αραβική Άνοιξη. Δημιουργήθηκαν ad hoc δομές σε περιοχές όπως της Ειδωμένης και της Μόριας. Οι συνθήκες ήταν πάρα- πάρα πολύ

κακές να μην πω άθλιες, δεν είχαν πρόσβαση σε τουαλέτα, σε ντους, σε ζεστό νερό, σε τροφή, σε ιατρικές υπηρεσίες σε υπηρεσίες ασύλου. Αλλά δεν μπορούμε οριζόντια να σχολιάσουμε τις συνθήκες, διότι είχανε στηθεί δομές μέσα στο παλιό αεροδρόμιο στο Ελληνικό, στο Λαύριο, σε πλατείες. Εξαρτάται από την περίοδο, από τα συμβάντα και τις ενέργειες που γίνανε. Το 2020-2022, στη Λέσβο συγκεκριμένα από την εποχή που ξεκίνησε η υπηρεσία της πρώτης υποδοχής να καταγράφει και να στέλνει σε άλλες δομές της ηπειρωτικής χώρας, είχανε όλοι πρόσβαση σε φαγητό, σε καθαρά ρούχα, νερό και είχανε υψηλά επίπεδα υγιεινής σε σχέση με παλιότερα. Άρα, αυτό ετεροχρονισμένα είναι δύσκολο να κριθεί και να αξιολογηθεί. Εξαρτάται από την περίοδο και εξαρτάται από τους πληθυσμούς. Είχαμε φτάσει να έχουμε σε όλες τις δομές φιλοξενίας στην Ελλάδα 15.000 άτομα, το λέω ως ιστορικό χαμηλό ενώ για παράδειγμα όταν ανέλαβα εγώ, μόνο μια δομή από τις 34 είχε πάνω από 20.000» [Σ15].

Για την κλειστή ελεγχόμενη δομή της Λέσβου συνολικής έκτασης 320 στρεμμάτων, στην τοποθεσία Καρά Τεπέ (Μαυροβούνι), δυναμικότητας 3.840 θέσεων φιλοξενίας οι συνθήκες διαβίωσης σύμφωνα με μαρτυρίες εργαζομένων φαίνεται επίσης να έχουν βελτιωθεί καθώς πλέον φιλοξενείται μικρότερος αριθμός [Σ1, Σ4, Σ7, Σ15]. Πιο συγκεκριμένα, η δομή δημιουργήθηκε τον Σεπτέμβριο του 2020 και κατασκευάστηκε σε σύντομο χρονικό διάστημα μετά την καταστροφή της Δομής της Μόριας από πυρκαγιά. Η νέα δομή φιλοξενεί αιτούντες άσυλο, πρόσφυγες και μετανάστες που μεταφέρθηκαν εκεί από τον κατεστραμμένη δομή της Μόριας. Στην περίπτωση της Δομής της Λέσβου στην τοποθεσία Καρά Τεπέ (Μαυροβούνι), ένας ιατρός [Σ7] αναφέρει:

«Κοιτάζτε, είναι ένας καινούργιος χώρος ο οποίος δεν έχει καμία σχέση με τη Μόρια, τα πράγματα είναι πολύ καλύτερα, αλλά δεν είναι στο επίπεδο που θα έπρεπε να είναι σύμφωνα με το εγχειρίδιο που έχουμε για το πώς πρέπει να είναι οργανωμένη μια δομή. Για να είμαστε ειλικρινείς, δεν μπορούμε να πούμε ότι οι συνθήκες ήταν κακές όσο αριθμός ήταν κάτω από τις δυο χιλιάδες, τώρα που ο αριθμός ανέβηκε στις πέντε χιλιάδες, τα πράγματα δυσκολεύουν κατά πολύ ζορίζεται το αποχετευτικό, έχουν ουρές να βρουν φαγητό, νερό. Αυτή τη στιγμή η δομή σήμερα που μιλάμε με τις 5.000 κόσμο ζορίζεται, ενώ πριν ας πούμε είχαν τα containers ...τώρα στριμώχονται. Καταλαβαίνετε, όλα έχουν να κάνουν με τον αριθμό που κατοικεί. Η κατάσταση δυσκολεύει. Βέβαια δεν υπάρχουν εστίες μόλυνσης όπως υπήρχαν στη Μόρια, να βλέπεις λιμνάζοντα νερά, να ξεχειλίζουν οι τουαλέτες, να έχει σπάσει το σύστημα ύδρευσης, γιατί αυτό υποτίθεται ότι μπορεί να συμβεί αν αγγίξει ο πληθυσμός τις

10.000, δηλαδή αν φορτωθεί πολύ το σύστημα, τότε πλέον θα καταρρεύσει και το αποχετευτικό. Δεν είμαστε σε αυτό το επίπεδο σήμερα, αλλά εξαρτώνται όλα από το πόσο γρήγορα θα αρχίσουν να το αποσυμφορούν, στέλνοντας κόσμο προς την ηπειρωτική Ελλάδα. Σήμερα που μιλάμε η κατάσταση είναι λίγο οριακή αλλά σίγουρα σε σύγκριση με το πριν είναι πολύ καλύτερα. Όμως, σε σύγκριση με τις δομές της ηπειρωτικής Ελλάδας, είναι χειρότερα. Δηλαδή, δεν μπορείς να συγκρίνεις, ας πούμε την δομή στη Μαλακάσα, στο Σκαρμαμαγκά ...εκεί είναι περισσότερος ο κόσμος, γιατί πάντα είναι καινούργιοι, είναι πιο δύσκολες οι διαδικασίες θέλουν να καταγράψει, θέλουν το ένα, θέλουν το άλλο. Είναι και άνθρωποι που μόλις έχουν έρθει στη χώρα, εξ ορισμού δηλαδή ένα κέντρο πρώτης υποδοχής όπως η Μόρια, είναι πολύ πιο δύσκολο να ζήσει κανείς από ότι είναι να ζήσει σε ένα κέντρο της ηπειρωτικής Ελλάδας» [Σ7].

Εξετάζοντας τις επικρατούσες συνθήκες οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν σε προβλήματα που σχετίζονταν με τη σίτιση [Σ2, Σ6, Σ13, Σ14], την έλλειψη θέρμανσης, τη διαθεσιμότητα ζεστού νερού και τον επαρκή φωτισμό [Σ1, Σ2, Σ4, Σ5, Σ6, Σ7, Σ13] καθώς και μη λειτουργικά ντους και σταθερή παροχή νερού, εν μέσω εστιών ψώρας και άλλων δερματικών διαταραχών λόγω υπερπληθυσμού [Σ8, Σ10, Σ11, Σ12, Σ13]. Για τις επικρατούσες συνθήκες στη δομή της Ριτσώνας του Νομού Βοιωτίας, μια εργαζόμενη σε ΜΚΟ [Σ13] εξιστορεί:

«Κοιτάζετε ναι, εντοπίζουμε προβλήματα. Σίγουρα η σίτιση είναι ένα ζήτημα που απασχολεί όχι μόνο τη δομή της Ριτσώνας, αλλά όλες τις δομές, τα προβλήματα αναφέρονται και από τα ίδια τα ωφελούμενα άτομα ότι η ποιότητα της σίτισης είναι κάτω του μετρίου, πολύ κοντά στο ανεκτό. Αναφορικά με τις υπόλοιπες παροχές, στο νερό μπορεί να υπάρξουν αρκετές διακοπές, ειδικά την περίοδο του καλοκαιριού και στο ρεύμα καθώς δεν υπάρχει η κατάλληλη υποδομή ώστε να μην πέφτει όταν υπάρχει μεγάλος φόρτος στο σύστημα. Τα αποχωρητήρια είναι σε μέτρια κατάσταση και το πιο βασικό πρόβλημα που αφορά και στην ψυχική υγεία των ανθρώπων είναι ότι οι γυναικείες τουαλέτες από τις ανδρικές δεν είναι σε μια επαρκής απόσταση, το οποίο ειδικά στις γυναίκες δημιουργεί ζητήματα ανασφάλειας [Σ13].

Εκτός όμως από τις προαναφερόμενες συνθήκες διαβίωσης και σίτισης των ΠΤΧ οι συμμετέχοντες αναφέρουν ότι ιδιαίτερα το 2015-2016 οι φιλοξενούμενοι ζούσαν κυρίως σε αυτοσχέδιες δομές και στρατόπεδα με υποδομές που συχνά δεν επαρκούσαν, αυξάνοντας παράλληλα

τον κίνδυνο λοιμώξεων και μετάδοσης ζωνοσόων, όπως αυτές που προέρχονται από τρωκτικά [Σ2, Σ12, Σ13, Σ14]. Οι καιρικές συνθήκες και η έκθεση σε ακραίες θερμοκρασίες, υγρασία, μούχλα και μονοξείδιο του άνθρακα επιδεινώνουν περαιτέρω την κατάσταση [Σ1, Σ3, Σ4, Σ8, Σ10]. Προβλήματα στο δίκτυο ύδρευσης και αποχέτευσης, καθώς και η ελλιπής πρόσβαση σε καθαρό νερό, σαπούνι, πλύσιμο ρούχων και η μη σωστή διανομή τροφίμων, συνέβαλαν στην εμφάνιση διαρροϊκών συνδρόμων [Σ1, Σ2, Σ3, Σ4, Σ6]. Επιπλέον, η επισιτιστική ανασφάλεια λόγω της συνεχούς αλλαγής των συνθηκών έκτακτης ανάγκης επηρεάζει τη διατροφική ποιότητα, οδηγώντας σε κατανάλωση τροφίμων χαμηλής θρεπτικής αξίας, τα οποία συχνά είναι πλούσια σε θερμίδες, όπως η ζάχαρη και το πρόχειρο φαγητό, προκαλώντας υποσιτισμό ή παχυσαρκία [Σ2, Σ4, Σ8, Σ12].

Συμπερασματικά, οι συνθήκες διαβίωσης στους δομές της ηπειρωτικής και νησιωτικής Ελλάδας διαφέρουν ανάλογα με την χρονική περίοδο και τις παρεχόμενες εγκαταστάσεις και υπηρεσίες σε κάθε σημείο. Επομένως, αν και οι δομές δεν είναι ποτέ κατάλληλοι χώροι για μακροχρόνια διαμονή, η συμμόρφωση με τα πρότυπα της αναθεωρημένης Οδηγίας για τις Συνθήκες Υποδοχής (Οδηγία 2013/33/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 26ης Ιουνίου 2013) θα πρέπει να αξιολογείται με βάση την κατάσταση που επικρατεί σε κάθε δομή.

4.2.2. Χορήγηση ΑΜΚΑ, ΠΑΥΠΠΑ & ΠΑΜΚΑ

Ένα σημαντικό πρόβλημα που αναδείχθηκε στις δομές φιλοξενίας ΠΤΧ σχετίζεται με τον ΑΜΚΑ (Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης), ο οποίος είναι ένας μοναδικός αριθμός που χορηγείται σε κάθε άτομο που διαμένει νόμιμα στην Ελλάδα και είναι απαραίτητος για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, οι περισσότεροι πολίτες τρίτων χωρών (ΠΤΧ) όπως αναφέρουν οι περισσότεροι συνεντευξιαζόμενοι [Σ1, Σ2, Σ4, Σ8, Σ9, Σ10, Σ11, Σ12, Σ13], διαθέτουν τον ΠΑΜΚΑ (Προσωρινός Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης) ή τον ΠΑΥΠΠΑ (Προσωρινό Αριθμό Ασφάλισης και Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού). Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ιατρός [Σ15] σε κρατικό φορέα:

«Όλοι οι αιτούντες άσυλο από την πρώτη κιόλας στιγμή έχουν το δικαίωμα να κάνουν αίτηση και να αποκτήσουν το προσωρινό αριθμό ασφάλισης τον ΠΑΥΠΠΑ. Για τον εμβολιασμό έναντι του κορονοϊού δημιουργήθηκε ο ΠΑΜΚΑ ο οποίος ήταν ο οριζόντιος για όλους ανεξαρτήτως από το legal status - τη νομική κατάσταση και ανεξαρτήτως από το αν είχαν νομιμοποιητικά έγγραφα ή όχι, όλοι έλαβαν ΠΑΜΚΑ. Ο ΠΑΥΠΠΑ χάνεται με τη δεύτερη απορριπτική δηλαδή με την υποχρέωσή τους να

αποχωρήσουν από τη χώρα ενώ ΑΜΚΑ παίρνουνε όσοι αναγνωρίζονται ως πρόσφυγες
»[Σ15].

Παρόλα αυτά δεν απουσιάζουν τα προβλήματα των ΠΤΧ όσο αφορά την απόδοση αριθμού κοινωνικής ασφάλισης. Η δήλωση της ιατρού [Σ4] αναδεικνύει ένα σημαντικό κενό στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης για μετανάστες στην Ελλάδα, λόγω της απενεργοποίησης του ΠΑΥΠΠΑ όταν το αίτημα ασύλου απορρίπτεται. Αυτό όπως εξηγεί, περιορίζει την πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες και την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, επιβαρύνοντας ιδιαίτερα ψυχιατρικούς ασθενείς και δυσχεραίνοντας την καταγραφή των ιατρικών εξόδων. Συγκεκριμένα η [Σ4] περιγράφει τα εξής:

«Υπάρχει ένα κενό εκεί, τι εννοώ; στο ότι ο ΠΑΥΠΠΑ εκδίδεται στους νέους μετανάστες που εισέρχονται στη χώρα όσο είναι αιτούντες άσυλο, μπορούν να έχουν πρόσβαση μέσω αυτού του αριθμού στις υπηρεσίες υγείας και να αποτυπώνεται το κόστος της υπηρεσίας, ώστε αυτό να είναι εμφανές και στη χρηματοδοτική ροή από την ΕΕ προς την Ελλάδα και να υπάρχει η κατάλληλη αποζημίωση στη χώρα. Αλλά επειδή το έχουμε συζητήσει πολύ και με τους οικονομολόγους της υγείας, ο αριθμός ΠΑΥΠΠΑ βολεύει και τους τεχνοκράτες του συστήματος και εμάς στον ανθρωπιστικό χώρο αλλά και τον υγειονομικό χώρο. Δηλαδή είναι ένα τριπλό κέρδος, έτσι; Benefits for all . Οπότε είναι πολύ ορθό να υπάρχει μια τέτοια αποτύπωση, να υπάρχει μια τέτοια απόδοση του αριθμού ΠΑΥΠΠΑ Όμως εδώ υπάρχει ένα κενό που θα πρέπει να αναζητηθεί λύση. Αυτόματα γίνεται ανενεργός ο αριθμός όταν απορριφθεί το άτομο και δεν δικαιούται πια την προστασία ασύλου, δεν λαμβάνει άσυλο, δεν χαρακτηρίζεται ως προσφυγικός πληθυσμός, οπότε πρέπει να αποχωρήσει από τη χώρα, εκεί είναι ένα μεγάλο κενό και αυτή τη δυσκολία αντιμετωπίζουν τα ΠΡΟΚΕΚΑ και τα αστυνομικά τμήματα, δηλαδή οι προς απέλαση μετανάστες δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση στο χώρο της υγείας, δεν έχουν ηλεκτρονική συνταγογράφηση και δεν αποτυπώνεται το κόστος των υπηρεσιών που μπορεί να λαμβάνουν ας πούμε σε ένα τμήμα επειγόντων περιστατικών...Η ανημποριά θα λέγαμε του συστήματος να υποστηρίξει χρήστες, ψυχιατρικούς ασθενείς γιατί πλέον δεν μπορούμε να έχουμε πρόσβαση σε καμία ηλεκτρονική συνταγογράφηση, μια πρόκληση που καλό θα ήταν να το αναφέρετε, γιατί δεν ξέρω αν θα λυθεί τόσο εύκολα και τόσο σύντομα» [Σ4].

Συμπερασματικά, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες τα κύρια προβλήματα που σχετίζονται με τους αριθμούς ΑΜΚΑ, ΠΑΥΠΠΑ και ΠΑΜΚΑ στην Ελλάδα επικεντρώνονται στην πρόσβαση και

χρήση τους για την υγειονομική περίθαλψη. Ο ΑΜΚΑ, συχνά δεν είναι διαθέσιμος στους νεοεισερχόμενους μετανάστες, ενώ ο ΠΑΥΠΠΑ, αν και εξυπηρετεί τους αιτούντες άσυλο, ακυρώνεται όταν απορρίπτεται το αίτημά τους, στερώντας τους την πρόσβαση σε βασικές υγειονομικές υπηρεσίες και ηλεκτρονική συνταγογράφηση ενώ ο ΠΑΜΚΑ εκδίδεται μόνο για COVID-19 εμβολιασμό, αλλά και αυτός είναι περιορισμένος και προσωρινός.

4.2.3. COVID-19 και Δομές Υποδοχής ή Φιλοξενίας

Κατά την πανδημία COVID-19, οι συνθήκες στις δομές υποδοχής και φιλοξενίας στην Ελλάδα παρουσίασαν σοβαρά προβλήματα που επηρέασαν την υγεία και την ευημερία των προσφύγων και μεταναστών [Σ1, Σ2, Σ4, Σ8, Σ9]. Οι συνθήκες υπερπληθυσμού δυσκόλεψαν την εφαρμογή μέτρων κοινωνικής αποστασιοποίησης και την παροχή επαρκών εγκαταστάσεων για πλύσιμο χεριών, αυξάνοντας τον κίνδυνο εξάπλωσης του ιού [Σ3, Σ5, Σ8, Σ9, Σ11, Σ12]. Παράλληλα, υπήρξαν περιορισμοί στην πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες, καθιστώντας δύσκολη τη διαχείριση των περιπτώσεων COVID-19 εντός των δομών, και η ψυχική υγεία επηρεάστηκε αρνητικά, με αυξημένα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και στρες λόγω του φόβου μόλυνσης και των κοινωνικοοικονομικών πιέσεων [Σ2, Σ4, Σ5, Σ6, Σ8, Σ9, Σ11].

Επιπλέον, η σωματική υγεία των ΠΤΧ επηρεάστηκε σημαντικά από διάφορα εμπόδια στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Επιπλέον, τα γλωσσικά εμπόδια [Σ1, Σ2, Σ4, Σ8, Σ9, Σ10, Σ11, Σ12, Σ13] η παραπληροφόρηση μέσω κοινωνικών δικτύων και η έλλειψη εμπιστοσύνης στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης συνέβαλαν στην απροθυμία πρόσβασης σε προγράμματα περίθαλψης ή εμβολιασμού [Σ4, Σ8, Σ9, Σ10, Σ11]. Οι συνθήκες απομόνωσης και η περιορισμένη υποστήριξη από κοινωνικές και υγειονομικές υπηρεσίες επιδείνωσαν τα προβλήματα βίας και κοινωνικής απομόνωσης, ιδιαίτερα μεταξύ των γυναικών προσφύγων. Για τις συνθήκες κατά τη διάρκεια της πανδημίας, εργαζόμενη [Σ14] στη δομή της Μαλακάσας εξιστορεί:

«Ήταν ακριβώς Μάρτιος του 2020, μόλις είχε ξεκινήσει ο Covid-19, οπότε ήταν δομή που μόλις είχε στηθεί για να έρθει κόσμος, θεωρητικά να απομονωθεί λόγω ταξιδιού και στη συνέχεια να γίνουν αιτήσεις ασύλου κτλ. οπότε αρχικά οι συνθήκες ήταν χερίστες, γιατί ήταν μια δομή που δεν είχε οργανωθεί για να δεχτεί κόσμο. Αρχικά οι άνθρωποι έμεναν σε σκηνές, πολύ αργότερα, δηλαδή, πέρασαν τουλάχιστον 4-5 μήνες μέχρι να έρθουν τα κοντέινερ, όπου μετά μπήκανε ξέρετε κλιματιστικά, οπότε προοδευτικά υπήρξε μια μικρή βελτίωση, αλλά στην αρχή και

εν μέσω covid ήταν πάρα πολύ άσχημες συνθήκες. Τουαλέτες χημικές κοινές για όλους, οπότε μπορείτε να αντιληφθείτε πόσο υγιεινή μπορεί να είναι αυτή η κατάσταση. Δεν υπήρχε θέρμανση και ήταν και Μάρτης μήνας όταν ήρθαν, είχε ακόμα κρύο και βροχές. Ωστόσο, τα πράγματα βελτιώθηκαν στην πορεία σημαντικά» [Σ14].

Το 2020, με σκοπό την αποφυγή της διασποράς του κορονοϊού, εφαρμόστηκε σε όλα τα Κέντρα Υποδοχής και Ταυτοποίησης το Εθνικό Σχέδιο Διαχείρισης Κρίσεων σε Προσφυγικές Δομές με την ονομασία «Αγνοδίκη» (Υπουργείο Προστασίας του Πολίτη, 2020). Το σχέδιο περιλάμβανε την ανάπτυξη ιατρικών μονάδων, όπως εξεταστήρια, θεραπευτήρια και απομονωτήρια, καθώς και την καθημερινή αναφορά και έλεγχο στα σημεία εισόδου και εξόδου από τις δομές. Στοχευμένες ενέργειες περιλάμβαναν την καταγραφή ύποπτων κρουσμάτων και την καταγραφή του συνόλου του εμπλεκόμενου προσωπικού. Στο πλαίσιο της εφαρμογής του σχεδίου, πραγματοποιήθηκε καμπάνια ενημέρωσης για όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, όπως Κρατικούς Φορείς, Διεθνείς Οργανισμούς, και Φορείς της Κοινωνίας των Πολιτών, αλλά και για τους φιλοξενούμενους πολίτες τρίτων χωρών, σε γλώσσες που κατανοούν. Το σχέδιο, το οποίο συντάχθηκε τον Μάρτιο, ήταν διαβαθμισμένο και ολοκληρώθηκε στις 17 Μαρτίου, τέθηκε σε εφαρμογή άμεσα στις 23 Μαρτίου, παράλληλα με τα υπόλοιπα μέτρα της κυβέρνησης για την αντιμετώπιση της πανδημίας.

Στην ερώτηση εάν το «Αγνοδίκη» φάνηκε χρήσιμο στους συμμετέχοντες της έρευνας, 5 από τους 15 δήλωσαν ότι δεν γνώριζαν το σχετικό σχέδιο [Σ3, Σ5, Σ6, Σ11, Σ12]. Τρεις από τους δέκα απάντησαν ότι το σχετικό Σχέδιο φάνηκε χρήσιμο κατά την περίοδο του 2020 [Σ4, Σ9, Σ15]. Πιο συγκεκριμένα ο [Σ4, Σ15, Σ9] αναφέρουν σχετικά με το Εθνικό σχέδιο «Αγνοδίκη» :

«Ήταν ένα πρόγραμμα το οποίο κατεξοχήν εφαρμόστηκε στα κέντρα υποδοχής και ταυτοποίησης και ορθώς εφαρμόστηκε γιατί ο πληθυσμός εκεί ήταν πολύ μεγαλύτερος και ήθελε μια τέτοια διαχείριση και νομίζω ότι πήγε καλά. Στα ΠΡΟΚΕΚΑ κάνανε κάτι αντίστοιχο, το δικό τους, ήταν το πρόγραμμα ΑΕΜΥ, δηλαδή ακολουθήθηκε αυτό το πρωτόκολλο πάνω- κάτω. Κατά πολύ, δηλαδή είχε similarity και νομίζω είχε μια πολύ καλή επιδημιολογική εγκράτεια αρκετά» [Σ4].

Ο [Σ15] σημείωσε σχετικά:

«Εφαρμόστηκε με τεράστια επιτυχία και στο 100%. Υπάρχουν και ερευνητικές μελέτες που το αποδεικνύουν αυτό»[Σ15].

Και η [Σ9] αναφέρει χαρακτηριστικά:

«Ναι, το γνωρίζω το πρωτόκολλο αυτό γιατί είχαμε κάνει την άσκηση στον Ελαιώνα. Ναι, ήταν πολύ χρήσιμο σε εμάς. Πάρα πολύ. Ήταν χρήσιμο, αλλά δεν το χρησιμοποιήσαμε, σαν γνώση ήταν πολύ καλό» [Σ9].

Από την άλλη πλευρά το πρόγραμμα «Αγνοδίκη» το διαβαθμισμένο σχέδιο που εκπόνησε το υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου, όπως αναφέρει η [Σ13] « *δεν ξέρω κατά πόσο εφαρμόστηκε εν τέλει, δεν ήταν πολύ σαφής η εφαρμογή του*» ενώ οι Σ2, Σ7, Σ14 περιγράφουν τα εξής:

«Εμένα, όχι δεν μου φάνηκε χρήσιμο. Γιατί, δεν αξιολογεί, ούτε παίρνει υπόψη του τις ανάγκες που έχουν οι άνθρωποι, οπότε στην ουσία είναι ένα πρόγραμμα το οποίο έχει περισσότερο αστυνομικό παρά διαχειριστικό χαρακτήρα, έχοντας υπόψιν το κομμάτι της δημόσιας υγείας που αφορά όλους. Όπως για παράδειγμα δεν μπορώ να καταλάβω αν υπάρχουν δύο διαφορετικές δημόσιες υγείες. Ο Covid πχ ανέδειξε ένα πρόβλημα, το οποίο είναι υπαρκτό και διαχρονικό δηλαδή ότι δεν υπάρχει ένας σχεδιασμός για το κομμάτι της δημόσιας υγείας που να περιλαμβάνει όλες τις ομάδες μαζί και όχι να έχει αυτό τον διαχωρισμό. [Σ2].

«Δεν είμαι πολύ θετικά προσκείμενη σε αυτό γιατί έχεις ένα πάρα πολύ δυσαρεστημένο πληθυσμό που είναι κλεισμένος σε έναν πολύ αφιλόξενο χώρο . Δεν νομίζω ότι αυτό μπορεί να λειτουργήσει θετικά σε καμία πλευρά υγείας ή της σωματικής ή και της ψυχικής»[Σ14].

«Έγινε ένας σχεδιασμός, φτιάχτηκε αυτό δεν άλλαξε τίποτα. Εντάξει, έφτιαξαν ένα πρόγραμμα Αγνοδίκη αλλά οι άνθρωποι αυτοί θεωρώ ότι υπέστησαν μια καραντίνα περισσότερο από ότι έπρεπε. Κλείστηκαν, μιλάω για τους πρόσφυγες, μετανάστες πολύ περισσότερο από ότι έπρεπε. Υπήρξε παρ' όλη την καλή πρόθεση των υγειονομικών και του ΕΟΔΥ μια μεγάλη δυσκολία στον εμβολιασμό τους και ουσιαστικά όλα γίνανε για να τους μπλοκάρουμε και να μην κολλήσουν κτλ. Θεωρώ ότι ζορίστηκαν περισσότερο. Το Αγνοδίκη ήταν ένα σχέδιο το οποίο ήταν στην αρχή πολύ ωραίο, πολύ φιλόδοξο. Έγιναν 10 πράγματα, έγιναν ασκήσεις για το επείγον από δω από κει... Δεν νομίζω ότι άλλαξε κάτι ουσιαστικό, έγινε και μια εκπαίδευση

και ξεχάστηκε, δεν ξέρω αν έχει ασκηθεί κάποιος καθόλου μετά το 20 'η το 21 » [Σ7].

Όσο αφορά την κύρια πρόκληση της νόσου Covid-19, οι απαντήσεις ποικίλλουν σχετικά με την τήρηση των μέτρων, τα ψυχικά νοσήματα, τα θετικά κρούσματα και τους εμβολιασμούς καθώς και περιστατικά βίας που σημειώθηκαν σε ορισμένες περιπτώσεις. Πιο διεξοδικά, σχετικά με τα περιστατικά βίας στα ΚΥΤ η Σ4 δηλώνει:

«Η βία ήταν πάντα, αλλά αυτό ήταν στα κέντρα ταυτοποίησης, στα ΚΥΤ όχι στα ΠΡΟΚΕΚΑ θα σας πω γιατί. Γιατί στα ΚΥΤ, είναι μεγάλος πληθυσμός είναι άναρχος πληθυσμός, γιατί έχει μια ανομοιογένεια και φεύγει λίγο και από τον έλεγχο των αρχών, δηλαδή την αστυνόμευση, λαμβάναμε πολλές μαρτυρίες. Η ασφάλεια ήταν το νούμερο ένα, δηλαδή φοβόντουσαν για την ασφάλεια τους. Υπήρχε βία μέσα, δηλαδή εξάρσεις βίας μεταξύ πληθυσμού(among population), δηλαδή του ίδιου του πληθυσμού που φιλοξενείται, όχι από τις αρχές κατά του πληθυσμού. Και μια ψυχολογική φόρτιση στο άγνωστο, όσοι μπορούσαν να επικοινωνήσουν με τους οικείους τους στις χώρες καταγωγής τους επίσης είχαν μια ασάφεια στο τι γενικά γίνεται στον κόσμο. Οπότε υπήρχε- όπως υπήρχε παντού βέβαια- αλλά σίγουρα το νούμερο ένα της ασφάλειάς τους και μετά οι συνθήκες διαβίωσης ερχόταν σαν δεύτερο με μεγάλη διαφορά. Βεβαίως η αποκοπή από επισκέπτες και η επικοινωνία εδώ ήταν που ζόρισε αρκετά τα πράγματα. Στην αρχή υπήρχε μια αυξημένη ένταση στο άγνωστο μόλις όμως αποσυμφορήθηκαν αρκετά τα κέντρα, δηλαδή μειώθηκε αρκετά ο πληθυσμός ήταν και πιο εύκολα διαχειρίσιμος και ουσιαστικά αυτό που τους ενοχλούσε είναι η έλλειψη επισκέψεων γιατί δεχόντουσαν μόνο πακέτα από τους επισκέπτες, δεν δεχόντουσαν κανέναν επισκέπτη, ούτε τους οικείους τους, ούτε τους δικηγόρους. Ούτε εμείς μπαίναμε, ούτε οι οργανώσεις έμπαιναν να τους επισκεφθούν όποτε ήτανε όπως για εμάς, ένα lock down στην κράτηση. Μια κράτηση στην κράτηση. Ήταν ιδιαίτερη συνθήκη, όμως μόλις αυτή έγινε αποδεκτή λόγω συνθήειας ίσως, λόγω ενημέρωσης κιόλας γιατί οι φορείς ενημερώναμε αρκετά, ήταν πιο εύκολα διαχειρίσιμη ,Αυτό όμως, ζόρισε. Το γεγονός ότι δεν δεχόντουσαν επισκέψεις [Σ4].

4.2.4. Πρώτες Βοήθειες και χώρος Ιατρείου

Κλείνοντας το πρώτο μέρος της συνέντευξης, η σημαντικότητα εκπαίδευσης όλου του Προσωπικού για Πρώτες Βοήθειες και η παρακολούθηση σχετικών σεμιναρίων σχολιάστηκε θετικά από την πλειοψηφία των ερωτώμενων [Σ1-Σ15]. Πιο συγκεκριμένα, οι Σ9, Σ10, Σ14, Σ15 αναφέρουν ότι παρά την σημαντικότητα η παρακολούθηση για την επικαιροποίηση των σχετικών γνώσεων Πρώτων Βοηθειών δεν είναι υποχρεωτική για τους ίδιους λόγω της ειδικότητας τους. Επιπροσθέτως, δύο εργαζόμενοι ανέφεραν ότι παρακολουθούν ανά τακτά χρονικά διαστήματα σχετικά σεμινάρια [Σ8, Σ13] ενώ η [Σ9] αναφέρει ότι η παρακολούθηση σεμιναρίων πρώτων βοηθειών γίνεται από όλους ανεξάρτητα από το αν κάποιος εργάζεται ή όχι ως υγειονομικός υπάλληλος δηλαδή σχετικά σεμινάρια παρακολουθούν και οι διερμηνείς και οι ψυχολόγοι και οι κοινωνικοί λειτουργοί. Τέλος, οι [Σ3, Σ5, Σ6, Σ10] αναφέρουν ότι παρόλο το ενδιαφέρον από πλευράς των εργαζομένων, οι ίδιοι χρειάστηκε να απευθυνθούν ιδιωτικά σε άλλους φορείς για να παρακολουθήσουν σχετικά σεμινάρια.

Συνεχίζοντας λίγο παρακάτω και σχετικά με το χώρο ιατρείου και την παραπομπή σε αυτόν, ο χώρος ιατρείου λειτουργεί στις περισσότερες από τις δομές που φιλοξενούν πληθυσμό από 1,000 άτομα και άνω [Σ4-Σ10, Σ12-Σ15]. Η παραπομπή στο ιατρείο γίνεται είτε από τις υπηρεσίες πρώτης υποδοχής του Υπουργείου Μετανάστευσης, είτε από τον ΕΟΔΥ, είτε από άλλους φορείς [Σ6, Σ7, Σ9, Σ10, Σ11, Σ13], είτε κατευθείαν δηλαδή ο ωφελούμενος προσέρχεται στο ιατρείο εθελοντικά και χωρίς ραντεβού τις ώρες κατά τις οποίες αυτό λειτουργεί [Σ1, Σ2, Σ4, Σ5, Σ12]. Σε κάποιες δομές υπάρχουν απογευματινές και βραδινές βάρδιες και σε κάποιες μόνο πρωινές βάρδιες (08:00-16:00) [Σ6] και πάντα σε συνάρτηση με τη διαθεσιμότητα του νοσηλευτικού προσωπικού [Σ15]. Η δε παραπομπή των επειγόντων περιστατικών γίνεται με ασθενοφόρα του ΕΚΑΒ προς τα δημόσια νοσοκομεία [Σ2, Σ3, Σ4, Σ8, Σ15]. Η παραπομπή προς τακτικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων γίνεται με παραπεμπτικό του ΕΟΔΥ, όπως χαρακτηριστικά περιγράφει ο ιατρός [Σ7]:

« Συνήθως ξέρουν οι άνθρωποι ότι υπάρχει ιατρείο στη δομή κι αν έχουν κάποιο πρόβλημα πηγαίνουν έξω από τον υγειονομικό χώρο και δεν παραπέμπονται από άλλη υπηρεσία, εκτός εάν είναι σε ειδική ομάδα πληθυσμού, δηλαδή αν είναι ασυνόδευτοι ανήλικοι ή αν είναι στο protection ,μέσα στη δομή, πάνε μόνοι τους. Η παραπομπή εκτός γίνεται με χαρτάκι του ΕΟΔΥ, δηλαδή αν πάει στο γιατρό του ΕΟΔΥ και κρίνει ότι χρειάζεται το οτιδήποτε φτιάχνει ένα χαρτί και τον παραπέμπει στο νοσοκομείο. Έχει δικαίωμα παραπομπής μόνο ο ΕΟΔΥ δηλαδή και οι άλλοι γιατροί που εξετάζουν. Το τυπικό, το ουσιαστικό αυτό είναι το σωστό παραπέμπεται μόνο μέσω του ΕΟΔΥ στο νοσοκομείο. Δηλαδή δεν μπορεί να παραπέμψει μια ΜΚΟ. Και αυτό είχε ξεκινήσει γιατί κάποιιοι έγραφαν στα αγγλικά, δεν ξέραν τι γράφανε ,δεν ακολουθούν τους ίδιους κανόνες, δεν είχαν Έλληνες γιατρούς. Άρα για

να ακολουθείται μια διαδικασία και να μην υπάρχει μπέρδεμα για τα τακτικά ιατρεία, πρέπει να έχει τη σφραγίδα του ΕΟΔΥ».[Σ7]

Για τις δυσκολίες που αντιμετώπισαν με το χώρο του ιατρείου και τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στους ΠΤ, Χ εργαζόμενη [Σ14] στην δομή της Μαλακάσας εξηγεί :

« Αρχικά δεν υπήρχε ιατρείο ..εμείς ήμασταν, μια κινητή ομάδα υγείας, οπότε είχαμε ένα βανάκι στην ουσία, ο πίσω χώρος μπορεί να λειτουργήσει ως ιατρείο. Αρχικά αυτό ήταν. Το κοντέινερ που έγινε ιατρείο ήρθε μετά από 2-3 μήνες. Αρχικά αυτό ήταν το set up, ήτανε το βαν που άνοιγαν οι τέντες, στήναμε απέξω το ιατρείο για να γίνεται διαλογή και εντός του οχήματος και εγώ εξέταζα κόσμο. Ναι, στην αρχή φανταστείτε ότι ήταν όλα αυτά τα άτομα, 1200 άτομα που είχαν ταξιδέψει, οπότε όλοι είχαν ανάγκες, δεν είχαν φάρμακα κτλ., αλλά δεν γινότανε μια ομάδα 3 ατόμων να τους δει όλους αυτούς. Αρχικά η διαλογή γινόταν με βάση τις πιο επείγουσες καταστάσεις δηλαδή ότι κρίναμε πιο επείγον αυτό εξεταζόταν. Προοδευτικά κάναμε λίστες, με τους χρόνιους ασθενείς ώστε να μπορούν να παίρνουν τα φάρμακά τους. Αναγνωρίζαμε τις έγκυες στη δομή για να μπορούν να έχουνε την παρακολούθησή τους. Τα παιδιά πάντα είχανε προτεραιότητα. Και έτσι σιγά σιγά το ιατρείο έφτασε να λειτουργεί, με το να κλείνουμε κάποια ραντεβού, όπου ερχόταν κάποιος την προηγούμενη μέρα και έλεγε, θέλω να δω το γιατρό. Κλεινόταν το ραντεβού και πέρα από αυτά τα ραντεβού βλέπαμε και τα επείγοντα»[Σ14].

Σε περιπτώσεις των ΜΚΟ που δραστηριοποιούνται εκτός των δομών Φιλοξενίας και Υποδοχής οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας προς τους ΠΤΧ αποτελεί μια σύμπραξη των ιδίων με άλλες οργανώσεις που διαθέτουν εθελοντές ιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό και πραγματοποιούνται κατόπιν ραντεβού. Ενδεικτικά μια ιατρός [Σ5] εξηγεί:

«Συνήθως έχουμε γνωστοποιήσει το νούμερο της οργάνωσής μας και μας στέλνουν κάποιες φορές και οι ίδιοι απευθείας οι επωφελούμενοι μήνυμα. Ή μας παίρνουν τηλέφωνο για να κλείσουν ραντεβού. Δεχόμαστε μόνο με ραντεβού ή η παραπομπή γίνεται στο ιατρείο μέσω άλλων οργανώσεων»[Σ5].

Από την ανάλυση των συνεντεύξεων και τον Πίνακα 16 προκύπτει ότι χώρος ιατρείου υπάρχει σε όλες τις Δομές εκτός από 2 Κέντρα Ημέρας [Σ1, Σ3] και 2 Κέντρα Φιλοξενίας στην Αθήνα

[Σ2, Σ11]. Ιατροφαρμακευτικό υλικό διαθέτουν όλες εκτός από μια [Σ3] και βαλιτσάκι πρώτων βοηθειών υπάρχει σε όλες τις Δομές εκτός από μια [Σ10]. Φορητό απινιδωτή, αναφέρουν στο χώρο ιατρείου οι 5 από τους 15 συμμετέχοντες [Σ2, Σ4, Σ7, Σ8, Σ15]. Ο πληθυσμός που επισκέπτεται τις δομές είναι γυναίκες, άντρες και παιδιά που ανήκουν στην κατηγορία αιτούντων άσυλο, μεταναστών και προσφύγων. Οι ειδικότητες ιατρών και επαγγελματιών υγείας στις δομές αποτυπώνονται στον Πίνακα 5 και περιλαμβάνουν τις εξής ειδικότητες: Γενικός Ιατρός, Παθολόγος, Ψυχολόγος, Ψυχίατρος, Δερματολόγος, Ουρολόγος, Χειρουργός, Γυναικολόγος, Παιδίατρος, Οδοντίατρος, κοινωνικός λειτουργός, μαίες, επαγγελματίας ψυχικής υγείας, νοσηλεύτης και επισκέπτες υγείας.

Ο ρόλος κρατικών φορέων, ευρωπαϊκών και διεθνών οργανισμών και μη κυβερνητικών οργανώσεων στη διαχείριση των μεταναστευτικών και προσφυγικών ροών αναφορικά με την υγεία και τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα

Πίνακας 21: Στελέχωση Δομών

Συνεν/ξη	Είδος Δομής (ΚΥΤ, Κέντρο Φιλοξενίας, άλλο)	Πλυθυσμός Δομής	Χωρητικότητα Δομής	Υπάρχει ιατρός/ Επαγγελματίες υγείας	Ιατρείο	Βαλιτσάκι Πρώτων Βοηθειών	Ιατροφαρμακευτικό υλικό	Φορητός απινιδωτής
1	Άλλο/Κέντρο Ημέρας	Αιτούντες άσυλο, μετανάστες, πρόσφυγες	70-80	Ψυχίατροι / Εργοθεραπευτής	Όχι	Ναι	Ναι	Όχι
2	Κέντρο Φιλοξενίας	Αιτούντες άσυλο, μετανάστες, πρόσφυγες	500-700	Ψυχολόγοι/Κοινωνικοί λειτουργοί	Όχι	Ναι	Ναι	Ναι
3	Κέντρο Ημέρας	Αιτούντες άσυλο, μετανάστες, πρόσφυγες/άνω των 18ετών	10	Ψυχολόγος/Κοινωνικός λειτουργός/Επαγγελματίας ψυχικής υγείας	Όχι	Ναι	Όχι	Όχι
4	ΚΥΤ	Αιτούντες άσυλο, μετανάστες, πρόσφυγες/άνω των 18ετών	3500	Γιατροί, ψυχίατρος, νοσηλεύτές	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι
5	Άλλο/ΜΚΟ/δραστηριοποίηση σε δομές	Αιτούντες άσυλο, μετανάστες, πρόσφυγες	50	Γενικός Ιατρός, Γυναικολόγος, Παιδίατρος, Οδοντίατρος	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι
6	ΚΥΤ	Αιτούντες άσυλο, μετανάστες, πρόσφυγες	1500-2000	Γιατρός, Οδοντίατρος, Ψυχολόγος, Μαίες	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι,
7	ΚΕΔ	Αιτούντες άσυλο, μετανάστες, πρόσφυγες	6000-7000	Ουρολόγος, Χειρουργός,	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι
8	Κέντρο φιλοξενίας στην ενδοχώρα (Κόρινθος)	Πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο	1000	Παθολόγος, Γεν.ιατρός, Γυναικολόγος, Παιδίατρος, Νοσηλεύτης	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι
9	Κέντρο Φιλοξενίας (Ελαιώνας)	Αιτούντες άσυλο, μετανάστες, πρόσφυγες	3000	Παθολόγος, Επισκέπτες υγείας, Μαίες, Νοσηλεύτές, Ψυχολόγος, Ψυχίατρος, Παιδίατρος	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι
10	Άλλο (ΠΡΟΚΕΚΑ)-Ταύρο	Μόνο άντρες - Αιτούντες άσυλο, μετανάστες, πρόσφυγες	300	Χειρουργός, Νοσηλεύτης, Ψυχίατρος, Επισκέπτρια υγείας	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι
11	Κέντρο φιλοξενίας στον αστικό ιστό της Αθήνας	Αιτούντες άσυλο και μετανάστες	20-30	Νοσηλεύτές	Όχι	Ναι	Ναι	Όχι
12	Κέντρο φιλοξενίας (Σχιστό)	Αιτούντες άσυλο, μετανάστες, πρόσφυγες	1200-1500	Γενικός Ιατρός, Δερματολόγος, Οδοντίατρος	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι
13	Ριτσώνα	Αιτούντες άσυλο, μετανάστες, πρόσφυγες	2000	Γυναικολόγος, Παιδίατρος, Γεν.ιατρός, Νοσηλεύτές	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι
14	Μαλακάσα	Αιτούντες άσυλο, μετανάστες, πρόσφυγες	1000-1200	Γενικός Ιατρός, Παιδίατρος, Νοσηλεύτές	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι
15	Λέσβο	Αιτούντες άσυλο, μετανάστες, πρόσφυγες	2500-3000	Γιατρός, Ψυχίατρος, Γυναικολόγος, Νοσηλεύτές	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι

4.3.Επαγγελματίες υγείας εργαζόμενοι με ΠΤΧ

Για τους επαγγελματίες υγείας όσο αφορά την εργασιακή σχέση, αυτό που παρατηρείται συνολικά από τα δεδομένα είναι ότι όλοι οι εργαζόμενοι απασχολούνται με καθεστώς μισθωτής απασχόλησης [Σ1, Σ2, Σ3, Σ4, Σ5, Σ6, Σ8, Σ9, Σ10, Σ11, Σ12, Σ13, Σ14, Σ15], εκ των οποίων ένας εργαζόμενος με τον συνδυασμό μισθωτής και μη μισθωτής εργασία (ελεύθερος επαγγελματίας), [Σ11]. Οι δέκα από τους δεκαπέντε εργαζομένους έχουν σύμβαση αορίστου χρόνου [Σ1, Σ2, Σ3, Σ4, Σ5, Σ8, Σ12, Σ13, Σ14, Σ15] και οι υπόλοιποι πέντε ορισμένου χρόνου [Σ6, Σ9, Σ10, Σ11, Σ12].

Το σύνολο των συμμετεχόντων εργάζονται σε πενθήμερη πρωινή πλήρη απασχόληση, ενώ τρεις (3) από αυτούς ενδέχεται να χρειαστεί κάποιες φορές να απασχοληθούν και το Σάββατο λαμβάνοντας τα ρεπό τους την εβδομάδα που ακολουθεί [Σ6, Σ9, Σ10]. Σύμφωνα με το Πίνακα 6, από την ανάλυση των δεδομένων προκύπτει ότι οι αποδοχές τους κυμαίνονται από 1250 έως 3.000€ το μήνα και οι αμοιβές υπολογίζονται με βάση την εμπειρία, την ειδικότητα, την οικογενειακή κατάσταση και την κατοχή πτυχίων. Τα έτη εμπειρίας κυμαίνονται από 2 ως 6 [Σ3, Σ5, Σ6, Σ10, Σ11, Σ13, Σ14] και από 7 έως 17 [Σ1, Σ2, Σ4, Σ7, Σ8, Σ9, Σ12, Σ15] στο μέγιστο. Όλοι οι συμμετέχοντες — εκτός από την εργαζόμενη [Σ3] — ανέφεραν ότι κατά την εργασία τους ή την επίσκεψή τους σε δομές, είχαν στη διάθεσή τους χώρο εξοπλισμένο με υλικά πρώτων βοηθειών (όπως ράμματα, γάζες, επιδέσμους) καθώς και φαρμακευτικά σκευάσματα, συμπεριλαμβανομένων αντιβιοτικών, παυσίπονων, οφθαλμικών σταγόνων και άλλου ιατροφαρμακευτικού υλικού.

Οι επαγγελματίες υγείας κατά την διάρκεια των προγραμματισμένων συνεντεύξεων περιέγραψαν την εργασία και την αλληλεπίδραση τους με τους ΠΤΧ με ενσυναίσθηση αναγνωρίζοντας την ευαλωτότητα αυτού του πληθυσμού κάνοντας παράλληλα αναφορά στην πολυπλοκότητα των αναγκών περίθαλψης σε σχέση με τους διαθέσιμους πόρους. Εξετάζοντας τον ψυχοσυναισθηματικό απόηχο (εξάντληση, αδυναμία παροχής υπηρεσιών, ικανοποίηση) κατά την άσκηση των καθηκόντων τους φαίνεται ότι ένας σημαντικός αριθμός αναγνωρίζει ότι πρόκειται για ένα δύσκολο περιβάλλον με προκλήσεις και αντιξοότητες αλλά και ένα περιβάλλον που κάποιος μπορεί να αισθανθεί τη χαρά της προσφοράς, του ανθρωπισμού και να νιώσει ικανοποίηση [Σ1, Σ2, Σ3, Σ4, Σ7, Σ8, Σ9, Σ10, Σ11, Σ12]. Σχετικά με το θέμα αυτό, η [Σ4] συμμετέχουσα εξηγεί:

« Ο χώρος του ανθρωπισμού στον οποίο υπηρετώ άνω των 20 ετών είναι η χαρά της προσφοράς, έχω 6 εμπόλεμες ζώνες στο ενεργητικό μου. Εντάξει, ίσως να μην επιλέξω πια να μπω σε εμπόλεμη ζώνη. Όμως έχει τη γοητεία του. Δεν υπάρχει κάποιος από μας που να έχει μείνει τόσα χρόνια στο ανθρωπιστικό κομμάτι και να

μην το έχει επιλέξει γιατί πραγματικά προάγει την ψυχή του. Έχουμε και ένα... να μην ευλογώ μόνο τα γένια μου, έχουμε και το σύνδρομο του Σωτήρα. Νομίζουμε ότι ίσως κάποια στιγμή βοηθάμε τον κόσμο, ίσως για να βοηθηθούμε εμείς, για να νιώσουμε ότι πραγματικά μπορούμε να σώσουμε, αυτό είναι κάτι που το έχουμε όλοι στο ανθρωπιστικό κομμάτι όχι μόνο οι γιατροί. Αλλά παρόλα αυτά εντάξει, οι αναμνήσεις που έχω μένουν και κάποιες δύσκολα διαχειρίσιμες καταστάσεις και κάποια λάθη που όλοι κάνουμε σίγουρα στη διαχείριση περιστατικών, στη διαχείριση καταστάσεων. Αλλά αυτό που μένει είναι ότι λες δεν πέρασα τζάμπα τη ζωή μου, έχω ωφελήσει κάποιους πληθυσμούς, δεν έμεινα στη γυάλα μου, δεν έμεινα τόσο εγωιστής, αυτό είναι από μόνο του μια αποδοχή, ας πούμε προσφοράς ικανό να σε κρατήσει στη δουλειά, αλλά υπάρχει καθημερινή κούραση. Κάθε μέρα ερχόμαστε με τους συναδέλφους μου εδώ και λέμε είναι η τελευταία μέρα θα παραιτηθώ αύριο και την επόμενη μέρα ερχόμαστε δουλειά και λέμε γιατί τι είπα χθες; τι έγινε;...(γελάει) »[Σ4].

Φυσικά η πλειοψηφία των εργαζομένων αναφέρει ότι ιδίως στην αρχή της μεταναστευτικής κρίσης το 2015 έως και το 2018 καθώς και την εποχή της πανδημίας Covid-19 τα έτη 2020-2022, έχει νιώσει κάποια στιγμή εξάντληση και πίεση [Σ1, Σ2, Σ3, Σ4, Σ5, Σ6, Σ8, Σ9, Σ10, Σ11, Σ12, Σ13, Σ14] αλλά ουδείς αναφέρθηκε στην αδυναμία παροχής υπηρεσιών [Σ1-Σ15]. Η εξάντληση γίνεται πιο αισθητή κυρίως όταν αυξάνονται κατά καιρούς οι εξυπηρετούμενοι πληθυσμοί, λόγω έλλειψης προσωπικού, λόγω αναγκαίων υπερωριών και υπέρβασης του καθιερωμένου ωραρίου αλλά και λόγω της ανησυχίας ότι ερχόμενοι σε επαφή με τόσους ωφελούμενους μπορεί κάτι να ξεφύγει από την σωστή διαχείριση ενός περιστατικού όπως αναφέρει χαρακτηριστικά ο Σ12.

Πιο συγκεκριμένα οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται με πρόσφυγες και μετανάστες βιώνουν ένα ευρύ φάσμα συναισθημάτων, με πιο συχνά το άγχος, το στρες και πιο σπάνια την κατάθλιψη. Επιπλέον πέραν της σωματικής και ψυχολογικής κούρασης, η έλλειψη επαρκούς υποστήριξης και πόρων, οι απαιτήσεις της εργασίας, οι δυσκολίες και τα εμπόδια που συναντούν κατά την άσκηση των καθηκόντων τους συμβάλλουν επίσης στην ανάπτυξη αρνητικών συναισθημάτων [Σ2, Σ4, Σ5]. Αυτά τα συναισθήματα προκύπτουν κυρίως από τις προκλήσεις της φροντίδας ατόμων που έχουν βιώσει τραυματικά γεγονότα, όπως ο πόλεμος, ο εκτοπισμός και η απώλεια οικογενειακών μελών [Σ1, Σ6, Σ7, Σ8, Σ9]. Επιπλέον, η συνεχής έκθεση σε ιστορίες τραύματος και η αντιμετώπιση των δύσκολων συνθηκών διαβίωσης των προσφύγων μπορεί να επιδεινώσει την ψυχολογική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας, οδηγώντας σε αυξημένη

συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης και μετατραυματικό στρες. Η εργαζόμενη [Σ6] αναφέρει σχετικά:

«Μου ήταν πάρα πολύ δύσκολο. Ναι, εντάξει σίγουρα μου δημιούργησε περισσότερο στρες, ματαιότητα πάρα πολύ... εννοείται ότι υπήρχαν μέρες που ένιωθα και βίωνα κατάθλιψη. Κυρίως λόγω αυτό το ότι έμπαινες μέσα (στη δομή) ήταν λες και ήσουν σε εμπόλεμη ζώνη. Ένιωθες τύψεις γιατί εσύ μετά γυρνάς στο σπίτι σου. Ψυχικά έφτανα σε σημεία που θα λύγιζα, αλλά προσπαθώ να είμαι δυνατή, να μην τα παρατάω. Υπάρχουν βέβαια φορές, που λέω παιδιά έχω burn out, έχω καεί, δεν μπορώ άλλο. Ναι και σίγουρα είναι και το κλίμα με τους συναδέλφους, και αυτό είναι πολύ βασικό. Ευτυχώς κάνω πάρα πολλά χρόνια ψυχοθεραπεία, πριν δηλαδή δουλέψω με μετανάστες και πρόσφυγες και νομίζω είναι πολύ βασικό, γιατί πχ ο ΕΟΔΥ δυστυχώς δεν προσέφερε τίποτα, ούτε έναν ψυχολόγο να μπορούμε να μιλήσουμε» [Σ6].

Οι επαγγελματίες υγείας ερχόμενοι σε επαφή με ΠΤΧ σε δομές καλούνται να διαχειριστούν όχι μόνο τις ψυχολογικές και φυσικές ανάγκες των προσφύγων και μεταναστών, αλλά και τα δικά τους συναισθήματα, που συχνά περιλαμβάνουν έντονο άγχος, αδυναμία και συναισθηματική εξουθένωση λόγω των συνθηκών εργασίας. Χαρακτηριστικά ο εργαζόμενος [Σ1] αναφέρει:

«Έχω νιώσει εξάντληση, ναι απλά δεν τα ταυτίζω αυτά με τον burn out ..θεωρώ ότι το να κάνεις μια δουλειά σαν και αυτή που κάνουμε εμείς εδώ, πρέπει να είσαι απάνθρωπος για να μην επηρεάζεσαι από αυτή τη δουλειά. ..ως κλινικός έχω δουλέψει πάρα πολύ με ανθρώπους που έχουν υποστεί βασανιστήρια με ανθρώπους που έχουν χάσει τις οικογένειές τους σε ναύαγια. Δεν είναι καθόλου εύκολο να μείνω ανεπηρέαστος όταν ο άλλος μου λέει για τα 2 παιδιά που έχασε και εγώ έχω 2 παιδιά που μπορεί να ήταν στην ηλικία τους, θα πρέπει να είμαι ζώο ,αλλά και τα ζώα επηρεάζονται. Και βέβαια επηρεάζομαι από αυτή τη δουλειά. Λόγω των συνθηκών πάρα πολλές φορές έρχεται αυτή η αίσθηση στιγμιαίας αδυναμίας.» [Σ1]

4.4.Αποτίμηση υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ΠΤΧ

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα κλήθηκαν να αποτιμήσουν την παροχή υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ΠΤΧ. Από τα δεδομένα που συλλέχθηκαν σχηματίστηκαν 2

κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία χαρακτήρισε την παροχή υπηρεσιών υγείας ανεπαρκή και δυσλειτουργική [Σ7, Σ14] ενώ επίσης την θεώρησε μη ολοκληρωμένη και με σημαντικές ελλείψεις [Σ1, Σ4, Σ5, Σ6, Σ8, Σ11 Σ12].

Ενδεικτικά η εργαζόμενη [Σ14] αναφέρει:

«Ε (γελάει..) δεν είναι καλή η παροχή, δεν είναι καθόλου καλή, δηλαδή φτάνουμε να λύνουμε πάντα προβλήματα τελευταία στιγμή και όχι όταν θα έπρεπε, με φοβερές καθυστερήσεις. Νομίζω θέλει πολύ καλύτερη πρόσβαση, θέλει κατάλληλες υπηρεσίες υγείας, θέλει διερμηνείς θέλει... πλέον πρέπει να αποδεχτούμε ότι έχουμε όλο αυτό τον πληθυσμό και πρέπει πλέον να ενταχθεί στο κομμάτι της υγείας...πρέπει να υπάρχει συνέχεια δηλαδή στην φροντίδα της υγεία τους.» [Σ14].

Η δεύτερη κατηγορία σχολίασε την παροχή υπηρεσιών μέτριας ποιότητας η οποία όμως έχει σημειώσει σημαντικά άλματα προόδου [Σ15, Σ2]. Επιπλέον, δυο συμμετέχοντες σημείωσαν ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι ποσοτικά και ποιοτικά ανώτερες σε σύγκριση με αυτές που προσφέρονται στη χώρα καταγωγής των ΠΤΧ [Σ9], και παρέχονται στο μέγιστο βαθμό ακόμα και για ανθρώπους που δεν έχουν τα απαραίτητα νομιμοποιητικά έγγραφα ή ΑΜΚΑ/ΠΑΜΚΑ/ΠΑΥΠΠΑ [Σ10]. Ενδεικτικά η Σ10 αναφέρει:

«Εγώ θα πω από την προσωπική μου εμπειρία ότι οι ασθενείς έχουν πρόσβαση στα νοσοκομεία, δεν συνταγογραφούνται βέβαια φάρμακα γιατί δεν έχουν οι περισσότεροι ΑΜΚΑ ,αλλά γίνονται διασυνδέσεις με κοινωνικά ιατρεία, με κάποιους γιατρούς που είναι πρόθυμοι να βοηθήσουν στα νοσοκομεία, παίρνουν αντιρετροϊκές αγωγές, κλείνουμε ραντεβού, κάνουν μαγνητικές τομογραφίες, αξονικές μέχρι και χειρουργείο έχει τύχει να κάνει ασθενής χωρίς ΑΜΚΑ, οπότε θεωρώ για τους ανασφάλιστους ανθρώπους παρέχονται υπηρεσίες στο μέγιστο βαθμό.»[Σ10]

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι σε μεγαλύτερη συχνότητα κατά την άσκηση των καθηκόντων τους είναι η έλλειψη διερμηνείας [Σ1, Σ2, Σ3, Σ4, Σ11], η απουσία ΑΜΚΑ/ΠΑΜΚΑ/ΠΑΥΠΠΑ [Σ2, Σ3, Σ4, Σ7, Σ8Σ11], οι γραφειοκρατικές διαδικασίες και η έλλειψη συντονισμού [Σ1, Σ3]. Επίσης αναφέρθηκε η προσβασιμότητα/ πρόσβαση στο σύστημα υγείας και περιθάλψης [Σ1, Σ2, Σ7, Σ11], η ξενοφοβία αλλά και ο ρατσισμός [Σ1, Σ3, Σ6, Σ7] και τέλος η έλλειψη φαρμακευτικών σκευασμάτων [Σ1, Σ2, Σ4, Σ8, Σ12, Σ13].

4.5. Αναγκαιότητα Παροχής Υπηρεσιών από ΜΚΟ, ΔΟ, ΕΟ και Κρατικούς Φορείς

Η παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε μετανάστες και πρόσφυγες, σύμφωνα με τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από τις συνεντεύξεις, ταυτόχρονα από κρατικούς φορείς, ΜΚΟ και διεθνείς οργανισμούς είναι σημαντική, απαραίτητη και αλληλεξαρτώμενη [Σ5, Σ8, Σ13, Σ11, Σ14, Σ15]. Η συνύπαρξή τους στο πεδίο διασφαλίζει αφενός στο να αλληλοκαλύπτονται τα υπάρχοντα κενά αλλά και αφετέρου διαμέσου της συνεργασίας γίνονται όλοι οι συμμετέχοντες καλύτεροι και αποδοτικότεροι ενώ παράλληλα οι ευάλωτοι πληθυσμοί έχουν πρόσβαση σε βασικές υγειονομικές υπηρεσίες [Σ13]. Οι ΜΚΟ,ΔΟ,ΕΟ διαθέτουν οικονομικούς πόρους, έμπειρο και εξιδεικευμένο προσωπικό («know how», «expertise») καλύπτοντας άμεσα ανάγκες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης [Σ6, Σ12].

Εντούτοις η διαδικασία συνεργασίας και συντονισμού δεν αποτελεί εύκολη υπόθεση, καθώς μέσα από τις αφηγήσεις των εργαζομένων διαφαίνεται ότι υπάρχουν εμπόδια που σχετίζονται με την μεταξύ τους επικοινωνία και τον συντονισμό. Πιο συγκεκριμένα, τρεις από τους δεκαπέντε αναφέρουν ότι η συνεργασία πραγματοποιείται κυρίως σε επίπεδο εργαζομένων και λιγότερο μεταξύ των οργανισμών και των φορέων [Σ1, Σ3, Σ11]. Όπως αναφέρει ο Σ11:

«Ναι, είναι σημαντική, η συνεργασία είναι το «όνειρο» οποιουδήποτε έχει δουλέψει ή δουλεύει στο πεδίο. Στο πεδίο όμως υπήρχαν μικρές συνεργασίες όχι συστημικές, ούτε βασιζόμενες σε κάποιο ευρύτερο σχέδιο, ήταν πολύ διαπροσωπικές... αλλά θεωρώ ότι όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς κινούνται κάπως ανεξάρτητα. Δηλαδή δεν υπάρχει κάποιο πλαίσιο συνεννόησης μεταξύ ΜΚΟ,ΔΟ,ΕΟ,ΕΟΔΥ ή νοσοκομείων. Όλα γίνονται δια του προσωπικού»[Σ11].

Ο [Σ1] προσθέτει:

«Αυτό το οποίο ψάχνεις να βρεις δεν είναι συνεργασία με φορείς, αλλά συνεργασία με συγκεκριμένους ανθρώπους, προσπαθείς δηλαδή να βρεις μέσα σε έναν οργανισμό, κάποιον με τον οποίο μπορείς να συνεννοηθείς» [Σ1].

Ο [Σ3] εξηγεί:

Υπάρχει η ανταλλαγή παραπομπών και μια ίσως πιο ευθεία επικοινωνία των εργαζομένων του φορέα μας, με άλλους εργαζομένους σε άλλες οργανώσεις. Εχουμε

πιο εύκολη συνεργασία με μικρότερες ΜΚΟ όχι απαραίτητα καλύτερη, με ελλείψεις γιατί υπάρχει ένα κενό στο πως βλέπουμε τα πράγματα. Με μεγάλους οργανισμούς είναι πιο δύσκολο υπάρχει μια εσωστρέφεια, με διεθνείς οργανισμούς ακόμα πιο δύσκολο εκεί και αν υπάρχει εσωστρέφεια ..και τώρα από τον IRC (Διεθνή Ερυθρό Σταυρό) μέχρι το Διεθνή Οργανισμό Μετανάστευσης, υπάρχει πάρα πολύ μεγάλη δυσκολία, ακόμα και στο να τους βρεις. Με τα ευρωπαϊκά προγράμματα, επίσης το θέμα της συνεργασίας εμπίπτει κυρίως στον εργαζόμενο που τρέχει το πρόγραμμα και πόσο ανοιχτός είναι σε μια τέτοια διασύνδεση και επικοινωνία για συνεργασία [Σ3].

4.6. Δυσκολίες κατά τη συνεργασία των εμπλεκόμενων φορέων

Το 2015 σημειώθηκε μια από τις μεγαλύτερες αυξήσεις στις μεταναστευτικές ροές προς την Ευρώπη, ιδιαίτερα λόγω των συγκρούσεων στη Συρία και άλλες περιοχές. Η απότομη και μαζική αύξηση των προσφύγων και μεταναστών δημιούργησε πιέσεις στα συστήματα υποδοχής και φιλοξενίας, καθιστώντας δύσκολη την αποτελεσματική διαχείριση της κατάστασης. Οι κρατικοί φορείς και οι ΜΚΟ συχνά έχουν διαφορετικές προσεγγίσεις και προτεραιότητες όσον αφορά τη διαχείριση των προσφύγων και μεταναστών [Σ1, Σ2, Σ6, Σ11, Σ12].

Ξεκινώντας από την πλευρά των δημόσιων λειτουργιών υγείας, από αυτούς αναφέρουν ότι ο ΕΟΔΥ είναι ο αρμόδιος φορέας για την παροχή υπηρεσιών υγείας και ότι όλες οι υπηρεσίες υγείας οφείλουν να παρέχονται στο μέγιστο και σε αντίστοιχο επίπεδο με το γηγενή πληθυσμό [Σ6, Σ8, Σ15]. Αυτό επιτυγχάνεται σύμφωνα με σεβασμό στην ιδιωτικότητα, στην προσωπικότητα, στις πολιτισμικές συνήθειες, στις διάφορες, με την απαιτούμενη διαπολιτισμική μεσολάβηση και με όλα τα προνόμια που έχει ο γηγενής πληθυσμός, διότι όπως εξηγούν αυτή είναι η πρόληψη και αυτή είναι και η έννοια της δημόσιας υγείας [Σ6, Σ8, Σ15]. Κατά κανόνα αναφέρουν ότι η συνεργασία στο πεδίο είναι πολύ καλή και εφόσον υπάρχει προσφορά από μη κυβερνητικές οργανώσεις που εντάσσονται στο πλαίσιο που υποδεικνύει η κείμενη νομοθεσία και συμμορφώνονται με το μητρώο οργανώσεων του υπουργείου μετανάστευσης αποτελεί πλεονέκτημα η μεταξύ τους συνεργασία [Σ8, Σ15].

Υπήρχαν βέβαια περιπτώσεις όπου οι κρατικοί φορείς ήταν επιφυλακτικοί λόγω των πιέσεων από τοπικές κοινωνίες που ανησυχούσαν για την παρουσία μεγάλου αριθμού προσφύγων και μεταναστών, φοβούμενοι για την ασφάλεια, την οικονομία και την κοινωνική συνοχή. Ειδικότερα στις αρχές του 2015 υπήρξε κλίμα δυσπιστίας από τους κρατικούς φορείς και έλλειψη εμπιστοσύνης σχετικά με τις προθέσεις αλλά και τον ρόλο των εμπλεκόμενων φορέων [Σ4, Σ8, Σ9, Σ10]. Η έλλειψη συντονισμού και επικοινωνίας, η εσωστρέφεια των διεθνών οργανισμών [Σ3, Σ4, Σ6, Σ11] και η

σύγκρουση αρμοδιοτήτων «ποιος θα κάνει τί» ενισχύει την αμοιβαία δυσπιστία γεγονός που αναφέρθηκε από αρκετούς συμμετέχοντες [Σ2, Σ4, Σ6, Σ9, Σ11, Σ12]. Ο [Σ3] αναφέρει χαρακτηριστικά:

«Με τους κρατικούς φορείς και με τις δημόσιες υπηρεσίες, δηλαδή τύπου νοσοκομεία απευθείας συνεργασία δεν υπάρχει. Υπάρχουν όμως συγκεκριμένοι επαγγελματίες τους οποίους έχουμε εντοπίσει και έχουμε μια συνεργασία και ξέρουμε ότι ακολουθούν μια αρχή μη πρόκλησης περαιτέρω βλάβης με ανθρώπους, οπότε επιλέγουμε να κάνουμε εκεί παραπομπές . Θα έλεγα όσο πιο μεγάλος ο φορέας, τόσο πιο μεγάλη δυσκολία επικοινωνίας και διασύνδεσης» [Σ3].

Σχετικά με το ζήτημα της συνεργασίας και τον ρόλο των Διεθνών Οργανώσεων και ΜΚΟ που δραστηριοποιούνται στο πεδίο της υγειονομικής περίθαλψης ο εργαζόμενος [Σ7] εξιστορεί :

«Σε πρακτικό επίπεδο οι μεγάλες, ξαναλέω όταν λέω μεγάλες, εννοώ σοβαρές, οργανώσεις στο πεδίο δεν έχουν κανένα πρόβλημα. Δηλαδή Γιατροί του Κόσμου, Γιατροί Χωρίς Σύνορα, οπουδήποτε κι αν βρεθούν στον πλανήτη, συνεργάζονται άψογα. Υπάρχουν μικρές οργανώσεις καμιά φορά ή οργανώσεις οι οποίες έχουν άλλους σκοπούς να πάρουν χρηματοδότηση είναι νέοι άνθρωποι με διάθεση, όρεξη κτλ. Και θέλουν να προσφέρουν, αλλά δεν ξέρουν τις αρχές της ανθρωπιστικής δράσης. Οπότε εκεί λίγο τα χαλάμε. Συνεργασία σημαίνει να δουλεύουμε έχοντας και τις ίδιες βασικές αρχές. Έτσι; Εγώ δεν θα συνεργαστώ με εσάς αν έχετε στο καταστατικό σας κάποια πράγματα που εγώ δεν πιστεύω, ούτε αν εσείς αντιμετωπίζετε τους ανθρώπους έτσι. Το ότι δεν συνεργάζονται στο πεδίο δεν είναι απαραίτητα κακό. Εμείς έχουμε ένα διακριτό ρόλο και λέμε ότι θα συνεργαστούμε με αυτούς που μοιράζονται τις ίδιες αρχές με εμάς της ανεξαρτησίας, ό, τι προστάζει το ανθρωπιστικό δίκαιο, ό, τι λέει η ανθρωπιστική ιδεολογία. Άρα, λοιπόν, ναι. Δεν μιλάμε τώρα, ξαναλέω για τις πρώτες ώρες μιας πυρκαγιάς. Έτσι μιλάμε γενικά μεσο-μακρο-πρόθεσμα στο πεδίο. Οι οργανώσεις που μοιράζονται ίδιες αρχές στηρίζονται, δηλαδή, στις αρχές της ανθρωπιστικής παρέμβασης, της ανεξαρτησίας, ουδετερότητας, ανεξιθρησκείας, διαφάνειας, λογοδοσίας κλπ. συνεργάζονται. Με τους άλλους, δεν συνεργάζονται» [Σ7].

Ενώ σχετικά με την συνεργασία των εμπλεκόμενων φορέων ο [Σ3] αναφέρει :

«Προσωπικά θεωρώ τη συνεργασία και το συντονισμό απαραίτητα. Θα μπορούσε να φτιαχτεί ένας κοινωνικός χάρτης για τον άνθρωπο, να τον παραπέμψει, να τον πλαισιώσει ολιστικά με αρκετές υπηρεσίες σε διαφορετικούς φορείς οπότε αυτό επιδιώκουμε . Συνεργαζόμαστε, αλλά υπάρχουν επίπεδα συνεργασίας . Δηλαδή υπάρχει απλή παραπομπή που θα πω στον άνθρωπο, πήγαινε στα τακτικά ιατρεία των ΓΧΣ, οπότε δεν θα υπάρξει απευθείας συνεργασία του φορέα μας με το φορέα τους, απλώς τον παροτρύνουμε και τον εξυπηρετούμε να κάνει κάτι.[Σ3]

4.7. Η κατάσταση υγείας των Πολιτών Τρίτων Χωρών

Το φαινόμενο του «healthy immigrant» (υγιούς μετανάστη) αναφέρεται στην παρατήρηση ότι οι μετανάστες, κατά την άφιξή τους σε μια νέα χώρα, τείνουν να έχουν καλύτερη υγεία σε σχέση με τον ντόπιο πληθυσμό. Αυτό το φαινόμενο όπως αναφέρουν οι συμμετέχοντες, έχει παρατηρηθεί σε πολλές χώρες και εξηγείται καθώς οι άνθρωποι που επιλέγουν να μεταναστεύσουν είναι συχνά πιο νέοι, υγιείς και δυνατοί, καθώς η μετανάστευση απαιτεί φυσική αντοχή και υγεία [Σ1, Σ4, Σ14, Σ15]. Ωστόσο, το φαινόμενο του «healthy immigrant» τείνει να φθίνει με την πάροδο του χρόνου, καθώς οι μετανάστες προσαρμόζονται στις νέες συνθήκες διαβίωσης της χώρας ενώ κάποιοι από τους ΠΤΧ αναφέρουν ότι έρχονται υγιείς και νοσούν στη συνέχεια λόγω των συνθηκών διαβίωσης στην Ελλάδα [Σ1, Σ2, Σ7, Σ15]. Η κατάσταση υγείας των ΠΤΧ χαρακτηρίστηκε από δύο συμμετέχοντες κακή [Σ3] και πολύ επιβαρυνμένη [Σ5], καθώς την έχουν παραμελήσει για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα ενώ τις περισσότερες φορές πάσχουν από χρόνιες παθήσεις (σακχαρώδης διαβήτης, καρδιαγγειακές ασθένειες) τις οποίες δεν γνωρίζουν και οι οποίες διαγνώσκονται με ιατρικές εξετάσεις [Σ4, Σ8, Σ10, Σ13] σε προχωρημένο στάδιο.

Η ψυχική υγεία είναι επίσης ένας τομέας σοβαρής ανησυχίας. Οι μετανάστες και πρόσφυγες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά ψυχικής δυσφορίας, όπως μετατραυματικό στρες και κατάθλιψη, εξαιτίας των τραυματικών εμπειριών ,όπως γυναίκες θύματα έμφυλης βίας και άντρες θύματα βασανιστηρίων [Σ2, Σ4, Σ11, Σ12, Σ13] στη χώρα προέλευσης, αλλά και κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους [Σ1, Σ3, Σ4, Σ5, Σ6, Σ7, Σ14]. Επιπλέον η ψυχική τους υγεία επιβαρύνεται λόγω των στρεσογόνων παραγόντων που σχετίζονται με διάφορα νομικά ζητήματα που καλούνται να λύσουν, την έλλειψη πρόσβασης σε νερό, φαγητό [Σ2, Σ3, Σ8, Σ13] ενώ παράλληλα πολλοί από αυτούς εμφανίζουν διαταραχές ύπνου [Σ1, Σ2, Σ4, Σ7, Σ14] Οι συνθήκες διαβίωσης σε Προαναχωρησιακά Κέντρα Κράτησης Αλλοδαπών είναι συνήθως πολύ κακές ενώ οι συνθήκες κράτησης χαρακτηρίζονται από σοβαρές ανεπάρκειες που επιδεινώνουν τα ήδη υπάρχοντα ψυχολογικά προβλήματα [Σ10].

Τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν περιλαμβάνουν τόσο μεταδοτικές ασθένειες όσο και μη μεταδοτικές ασθένειες κατά την μετακίνησή ή τη διαμονή τους σε δομές. Επιπλέον οι μετανάστες και οι πρόσφυγες αντιμετωπίζουν σημαντική επιβάρυνση από χρόνιες παθήσεις, κάτι που αποτελεί ένα αυξανόμενο πρόβλημα υγείας με την πάροδο του χρόνου και χωρίς την έγκαιρη διάγνωση. Αυτές οι ομάδες πληθυσμού είναι ιδιαίτερα ευάλωτες σε μη μεταδοτικές ασθένειες (NCDs), όπως υπέρταση, καρδιαγγειακές παθήσεις, διαβήτης, παχυσαρκία και χρόνιες αναπνευστικές νόσους.

Πιο συγκεκριμένα στη διάρκεια της εργασίας τους οι ερωτώμενοι ανέφεραν ως πιο συχνά τα παρακάτω προβλήματα (Βλ. Πίνακα). Σακχαρώδης διαβήτης [Σ1, Σ2, Σ5, Σ6, Σ7, Σ8, Σ9, Σ10, Σ11, Σ12, Σ13, Σ14, Σ15], καρδιαγγειακά [Σ2, Σ5, Σ6, Σ9, Σ10, Σ11, Σ12, Σ13], σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα [ΣΜΝ] με συχνότερη τον HIV [Σ1, Σ2, Σ3, Σ6, Σ8, Σ9, Σ10, Σ12, Σ13, Σ14, Σ15], ψυχικές ασθένειες [Σ1, Σ2, Σ3, Σ4, Σ5, Σ6, Σ7, Σ9, Σ10, Σ13, Σ14, Σ15] ηπατίτιδες [Σ5, Σ8, Σ10, Σ12, Σ13, Σ15], αρτηριακή υπέρταση [Σ2, Σ4, Σ5, Σ6, Σ8, Σ9, Σ10, Σ11, Σ13, Σ14], κακή οδοντική υγεία [Σ2, Σ5, Σ6, Σ8, Σ10, Σ11, Σ12, Σ13, Σ15], δερματικές παθήσεις με συχνότερη την ψώρα [Σ2, Σ4, Σ5, Σ6, Σ8, Σ9, Σ10, Σ13, Σ14, Σ15], λοιμώδη νοσήματα (φυματίωση) [Σ3, Σ4, Σ7, Σ13, Σ14, Σ15], χρόνια νοσήματα [Σ2, Σ4, Σ5, Σ7, Σ10, Σ12, Σ13] και αυτοτραυματισμοί/τραυματισμοί/μυοσκελετικά τραύματα [Σ3, Σ4, Σ5, Σ6, Σ10, Σ11, Σ13].

Πίνακας 22: Προβλήματα υγείας ΠΤΧ

Σακχαρώδης Διαβήτης	13/15
Ψυχικές Ασθένειές	12/15
Δερματικές Παθήσεις	11/15
Σμν	11/15
Αρτηριακή Πίεση	10/15
Οδοντική Υγεία	9/15
Καρδιαγγειακά Προβλήματα	8/15
Χρόνια Νοσήματα	07/15
Αυτοτραυματισμοί	07/15
Τραυματισμοί	07/15
Ηπατίτιδες	06/15
Λοιμώδη	06/15
Θυρεοειδής	05/15
Παιδική Ασθένεια	05/15
Διάφορες Μορφές Αναπηρίας	04/15
Γυναικολογικές Παθήσεις και Επιπλοκές Κυήσεων	02/15
Παρασιτώσεις	02/15
Αυτοάνοσα	02/15
Νοσήματα που μεταδίδονται με Διαβιβαστές	02/15
Ιογενείς Λοιμώξεις-Γαστρεντερίτιδες και τα Διαρροϊκά Σύνδρομα	02/15
Ογκολογικά Περιστατικά	01/15
Νευρολογικά Περιστατικά	01/15

Στα λιγότερα συχνά αναφέρονται οι παρασιτώσεις [Σ13, Σ15], οι παιδικές ασθένειες [Σ2, Σ5, Σ12, Σ13, Σ14] οι ιογενείς λοιμώξεις-γαστρεντερίτιδες και τα διαρροϊκά σύνδρομα [Σ4, Σ12], γυναικολογικές παθήσεις και επιπλοκές κύσεων [Σ3, Σ11], ογκολογικά περιστατικά [Σ11], και τα νευρολογικά περιστατικά [Σ3]. Επίσης καταγράφονται νοσήματα που μεταδίδονται με διαβιβαστές [Σ13, Σ15], θυρεοειδής [Σ5, Σ6, Σ7, Σ11, Σ13], αυτοάνοσα [Σ1, Σ3] και διάφορες μορφές αναπηρίας [Σ5, Σ6, Σ10, Σ13].

Τα συνήθη αιτήματα των ΠΤΧ σχετικά με τη σωματική και την ψυχική τους υγεία είναι η διενέργεια εξετάσεων [Σ3, Σ5, Σ6, Σ7, Σ9, Σ14] και η παροχή ιατρικών βεβαιώσεων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τις αιτήσεις ασύλου [Σ6, Σ8, Σ13, Σ14]. Επίσης, αρκετοί είναι αυτοί που προσέρχονται στο ιατρείο, ζητώντας κάποιο αντιβιοτικό σχήμα για την αντιμετώπιση ιογενών λοιμώξεων [Σ6, Σ8, Σ9, Σ10, Σ12] ή που ζητούν βοήθεια και συμβουλές για κάτι που σχετίζεται με την υγεία των παιδιών τους [Σ8, Σ12, Σ14]. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει μια ψυχολόγος [Σ5] κάποιοι προσέρχονται με ιατρικές εξετάσεις από δημόσια νοσοκομεία ζητώντας τη μετάφραση αυτών, τη διάγνωση και την παραπομπή σε κατάλληλη ειδικότητα. Ορισμένοι από τους ΠΤΧ αναζητούν απλά φροντίδα και ψυχολογική υποστήριξη [Σ4, Σ6] . ενώ κάποιοι αναζητούν λύσεις σε χρόνιες παθήσεις που τους ταλανίζουν [Σ7, Σ13].

Σχετικά με τα αιτήματα των ΠΤΧ στις δομές, ο εργαζόμενος Σ11 αναφέρει χαρακτηριστικά:

«Εντάξει, τα συνήθη αιτήματα τους είναι προβλήματα που μοιάζουν με τα προβλήματα ενός Έλληνα που θα πάει και θέλει να συζητήσει κάτι στο γιατρό του. Δηλαδή συνήθως κάποιο σύμπτωμα, είτε αυτό είναι βήχας, είτε κάποιος πόνος, είτε κάποια αρθραλγία, είτε κάποιος πονοκέφαλος είτε κάτι άλλο. Υπάρχουν αιτήματα που αφορούν σχετικά υγιείς ωφελούμενους, που αφορούν έναν έλεγχο γενικότερο-check up. Υπάρχουν ασθενείς που έχουν αφήσει στη μέση κάποια διαδικασία και μας φέρνουν κάποιο παραπεμπτικό από νοσοκομείο άλλης χώρας ή από την Τουρκία και προσπαθούμε να συνεχίσουμε εμείς την ροή των πραγμάτων, κάτι που πρέπει να γίνει από ιατρικής άποψης. Αλλά γενικά τα περιστατικά είναι αυτά τα περιστατικά που θα πήγαιναν και σε κάποιο πρωτοβάθμιο ιατρείο τακτικό νοσοκομείου στην Αθήνα» [Σ11].

Πολλοί πρόσφυγες και μετανάστες έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες (σοβαροί τραυματισμοί/ακρωτηριασμοί, θύματα εμφυλίου πολέμου, θύματα έμφυλης βίας) και γενικότερη ψυχική επιβάρυνση [Σ4, Σ10, Σ14, Σ7]. Σε αυτή την κατηγορία υπάρχουν άνθρωποι που χρειάζονται ψυχιατρική ή ψυχολογική βοήθεια για την αντιμετώπιση αγχώδους διαταραχής, κρίσεων πανικού, κατάθλιψης [Σ6, Σ9] και PTSD [Σ6, Σ8] ή διαταραχών ύπνου [Σ3], νευρολογικών προβλημάτων και

επιληψίας [Σ13], ψυχοσωματικών προβλημάτων [Σ3, Σ14], πιέζοντας συχνά τους ιατρούς να χορηγήσουν φαρμακευτικά σκευάσματα [Σ1, Σ5, Σ10, Σ14, Σ15]. Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η ψυχική υγεία έχει ενίοτε χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο πίεσης, μερικές φορές αξιοποιώντας την ευαλωτότητα των ατόμων στο πλαίσιο της διαδικασίας ασύλου [Σ2, Σ9, Σ11].

4.8. Απόψεις για το Μέλλον

4.8.1. Προκλήσεις

Οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει το σύστημα δημόσιας υγείας και η παροχή υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στους πολίτες τρίτων χωρών ποικίλλουν και περιλαμβάνουν τόσο οργανωτικά ζητήματα όσο και θέματα κοινωνικής ένταξης και πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Μέσα από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων ιατρών και επαγγελματιών υγείας διαπιστώνεται όντως ότι μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις είναι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και η αδυναμία εξυπηρέτησης των αιτημάτων τους από φορείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης λόγω υπερφόρτωσης εργασιών [Σ1, Σ2, Σ4, Σ5, Σ6, Σ7, Σ8, Σ10, Σ12, Σ14].

Η υποστελέχωση, δηλαδή η έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, οδηγεί σε καθυστερήσεις και μειωμένη ποιότητα παροχής υπηρεσιών προς αυτό τον πληθυσμό [Σ2, Σ3, Σ6, Σ8, Σ9, Σ10] και αποτελεί επίσης σημαντική πρόκληση. Παράλληλα, οι ελλείψεις σε φάρμακα και εμβόλια επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της φροντίδας [Σ6, Σ8, Σ9, Σ10, Σ13] κάνοντας δύσκολη την αντιμετώπιση βασικών υγειονομικών αναγκών και αυξάνοντας τον κίνδυνο μετάδοσης ασθενειών καθώς υπάρχει και το ζήτημα ασθενών οι οποίοι προέρχονται από χώρες του Τρίτου Κόσμου που δεν έχουν λάβει βασικούς εμβολιασμούς [Σ5, Σ9].

Επιπλέον οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν στην απουσία προγραμμάτων πρόληψης [Σ3, Σ5, Σ8] την έλλειψη της δυνατότητας για τη συνέχεια της θεραπείας [Σ1, Σ4, Σ11, Σ12], την απουσία χαρτογράφησης υπηρεσιών διαθέσιμες στους πολίτες ΠΤΧ [Σ3, Σ4, Σ8] και τον συντονισμό των υπηρεσιών [Σ1, Σ3, Σ5, Σ8]. Η έλλειψη συντονισμού και η διασύνδεση ανάμεσα σε κρατικούς φορείς και ΜΚΟ δυσχεραίνει την ομαλή παροχή υπηρεσιών υγείας [Σ3, Σ10, Σ11], την παρακολούθηση των ασθενών και την ανταλλαγή κρίσιμων πληροφοριών μεταξύ των παρόχων υγείας, επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας [Σ12, Σ14]. Παράλληλα, υπάρχει ανάγκη για υπηρεσίες ψυχικής υγείας και κοινωνικής υποστήριξης, καθώς οι μετανάστες αντιμετωπίζουν συχνά ψυχοκοινωνικά προβλήματα λόγω της κατάστασης στην οποία βρίσκονται [Σ1, Σ3, Σ6, Σ8, Σ10].

Επιπλέον, όλοι οι ερωτώμενοι αναφέρθηκαν στην γλωσσική και πολιτισμική απόσταση η οποία δυσκολεύει την επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό. Όταν οι γιατροί δεν μπορούν να

κατανοήσουν πλήρως τα συμπτώματα ή το ιστορικό του ασθενούς, και ο ασθενής δεν μπορεί να κατανοήσει τις οδηγίες του γιατρού, οι συνέπειες μπορεί να είναι σοβαρές, όπως η μη τήρηση των ιατρικών οδηγιών, η μη λήψη της κατάλληλης θεραπείας και η επιδείνωση της υγείας των ασθενών.

Μια άλλη σημαντική πρόκληση είναι η νεοελληνική νοοτροπία και η εργασιακή ηθική (work ethic) των δημοσίων λειτουργών, καθώς και η έλλειψη εμπιστοσύνης από πολίτες τρίτων χωρών στο σύστημα υγείας της χώρας. Οι μετανάστες και οι πρόσφυγες συχνά δεν εμπιστεύονται το δημόσιο σύστημα υγείας λόγω τραυματικών εμπειριών από τις χώρες καταγωγής τους και της γραφειοκρατίας που αντιμετωπίζουν στην Ελλάδα. Οι διακρίσεις και η προκατάληψη από το προσωπικό υγείας, οι οποίες αναφέρονται σε μικρό μεν βαθμό καθώς και οι κακές συνθήκες διαβίωσης σε κέντρα υποδοχής, ενισχύουν την έλλειψη εμπιστοσύνης από τους ΠΤΧ προς το κράτος και κατ' επέκταση στο δημόσιο σύστημα υγείας [Σ1, Σ3, Σ4, Σ10].

Τέλος οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν σε σοβαρές ελλείψεις ή πλήρη απουσία υπηρεσιών μεταφοράς στους δομές της ηπειρωτικής χώρας. Το γεγονός αυτό προκαλεί σημαντική διαταραχή στη δυνατότητα των ΠΤΧ να έχουν πρόσβαση στη διαδικασία ασύλου, στη νομική υποστήριξη, στην ψυχοκοινωνική περίθαλψη, καθώς και στα νοσοκομεία και στη φαρμακευτική αγωγή για όσους χρειάζονται τακτική θεραπεία [Σ3, Σ5, Σ6, Σ8, Σ13].

4.8.2. Προτάσεις

Στο παρόν ερευνητικό εκπόνημα, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σχετικά με τις προκλήσεις της δημόσιας υγείας και την παροχή υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε πολίτες τρίτων χωρών, καθώς και τις αλλαγές που θα μπορούσαν να συντελέσουν στη βελτίωση του υπάρχοντος πλαισίου. Οι προκλήσεις αυτές περιλαμβάνουν μια σειρά από προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι πολίτες τρίτων χωρών όταν προσπαθούν να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, όπως οι γλωσσικοί φραγμοί, η έλλειψη κατάλληλης εκπαίδευσης του προσωπικού, οι ανεπαρκείς υποδομές και οι γραφειοκρατικές δυσκολίες.

Αυτό που προτείνεται είναι η παροχή διερμηνείας και αντίστοιχου υλικού σε όλες τις γλώσσες που είναι συνηθισμένες μεταξύ των πολιτών τρίτων χωρών, όπως γαλλικά, φαρσί και αραβικά. Είναι σημαντικό να εξασφαλιστεί ότι οι δημόσιες γραμμές βοήθειας, όπως το 166 μπορούν να υποστηρίξουν αυτές τις γλώσσες, επιτρέποντας στους πολίτες να επικοινωνούν αποτελεσματικά και να λαμβάνουν σωστή καθοδήγηση [Σ8, Σ11]. Για την αντιμετώπιση των προκλήσεων, είναι σημαντικό να βελτιωθούν οι υποδομές στις μεταφορές με ασθενοφόρα και στις γραμμές για να εξασφαλιστεί η αποτελεσματική και άμεση παροχή υπηρεσιών υγείας [Σ3, Σ4, Σ12]. Στην Ελλάδα, ένα από τα κύρια προβλήματα είναι η έλλειψη ασθενοφόρων και πληρωμάτων. Σύμφωνα με μελέτες,

ο αριθμός των ασθενοφόρων δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού, με αποτέλεσμα να υπάρχουν καθυστερήσεις στην παροχή υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης (Koulouris et al., 2020). Επιπλέον, πολλά από τα υπάρχοντα ασθενοφόρα δεν είναι καλά συντηρημένα και δεν διαθέτουν τον απαραίτητο εξοπλισμό για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών. Αυτό επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Tzortzopoulos & Formoso, 2021).

Οι γραφειοκρατικές διαδικασίες συχνά καθυστερούν την παροχή υπηρεσιών, με αποτέλεσμα τη μη έγκυρη αντίδραση σε επείγουσες καταστάσεις. Οι διαδικασίες παραπομπής και η έλλειψη συντονισμού μεταξύ των διαφόρων φορέων υγείας επιδεινώνουν την κατάσταση (Parathanasiou et al., 2019). Για να βελτιωθεί ο συντονισμός μεταξύ των φορέων υγείας, προτείνεται η απλοποίηση των γραφειοκρατικών διαδικασιών και η ενίσχυση της συνεργασίας μέσω της χρήσης νέων τεχνολογιών. Η δημιουργία ενός ηλεκτρονικού συστήματος παραπομπών θα μπορούσε να μειώσει τις καθυστερήσεις και να βελτιώσει την αποδοτικότητα (OECD, 2018)

Μια βασική αλλαγή που θα μπορούσε να γίνει για τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε πολίτες τρίτων χωρών είναι η εκπαίδευση του προσωπικού υγείας [Σ2, Σ4, Σ5, Σ8]. Αυτή η εκπαίδευση πρέπει να στοχεύει στην παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας και στην ευαισθησία απέναντι στις ανάγκες των πολιτών αυτών. Η πολιτισμική ευαισθησία είναι απαραίτητη, καθώς οι πολίτες τρίτων χωρών συχνά προέρχονται από διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα, με διαφορετικές αντιλήψεις και πρακτικές σχετικά με την υγεία [Σ6, Σ8, Σ11]. Η κατανόηση αυτών των διαφορών βοηθά τους επαγγελματίες υγείας να παρέχουν πιο προσαρμοσμένη και αποτελεσματική φροντίδα (Betancourt, Green & Carrillo, 2002). Δεύτερον, οι γλωσσικοί φραγμοί μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Η εκπαίδευση σε τεχνικές επικοινωνίας και η χρήση διερμηνέων είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων (Flores, 2006). Τρίτον, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να γνωρίζουν τα νομικά και ηθικά ζητήματα που σχετίζονται με τη φροντίδα πολιτών τρίτων χωρών, όπως τα δικαιώματα των ασθενών και οι κανονισμοί για τη μετανάστευση και την υγεία (Purnell & Paulanka, 2008).

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας μπορεί να γίνει με διάφορους τρόπους. Η διοργάνωση εκπαιδευτικών σεμιναρίων και εργαστηρίων που επικεντρώνονται σε θέματα πολιτισμικής ευαισθησίας και επικοινωνίας μπορεί να βοηθήσει το προσωπικό να κατανοήσει καλύτερα τις ανάγκες των πολιτών τρίτων χωρών (Campinha-Bacote, 2002). Επιπλέον, η συμμετοχή σε προγράμματα πρακτικής εκπαίδευσης, όπου οι επαγγελματίες υγείας έρχονται σε άμεση επαφή με πολίτες τρίτων χωρών, τους επιτρέπει να εφαρμόσουν τις γνώσεις τους σε πραγματικές συνθήκες και να αποκτήσουν πολύτιμη εμπειρία (Saha, Beach & Cooper, 2008).

Η παροχή εκπαιδευτικού υλικού, όπως βιβλία, οδηγοί και ηλεκτρονικές πηγές, βοηθά τους επαγγελματίες να εμβαθύνουν στις γνώσεις τους και να ενημερώνονται συνεχώς για νέες πρακτικές και εξελίξεις στον τομέα της δημόσιας υγείας (Leininger, 2002). Τα διαδικτυακά μαθήματα και τα προγράμματα e-learning παρέχουν ευέλικτες επιλογές εκπαίδευσης, επιτρέποντας στους επαγγελματίες να μαθαίνουν με τον δικό τους ρυθμό και σύμφωνα με το δικό τους πρόγραμμα (Chaffin & Maddux, 2004).

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας για την παροχή υπηρεσιών σε πολίτες τρίτων χωρών είναι αναγκαία για την εξασφάλιση υψηλής ποιότητας φροντίδας και για την αντιμετώπιση των προκλήσεων που προκύπτουν από τις πολιτισμικές και γλωσσικές διαφορές. Μέσω σεμιναρίων, πρακτικής εκπαίδευσης, εκπαιδευτικού υλικού και διαδικτυακών μαθημάτων, οι επαγγελματίες μπορούν να αναπτύξουν τις δεξιότητες και τις γνώσεις που χρειάζονται για να παρέχουν αποτελεσματική και ευαίσθητη φροντίδα.

Η εξάλειψη των φαινομένων του ρατσισμού και της ξενοφοβίας είναι κρίσιμη για τη διασφάλιση ισότιμης πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας για όλους τους πολίτες τρίτων χωρών. Οι διακρίσεις και οι προκαταλήψεις που σχετίζονται με την εθνικότητα, την καταγωγή ή τη φυλή δημιουργούν σημαντικά εμπόδια στην πρόσβαση σε απαραίτητες ιατρικές υπηρεσίες [Σ1, Σ3, Σ4, Σ9]. Αυτά τα φαινόμενα όχι μόνο περιορίζουν την ικανότητα των ατόμων να λαμβάνουν κατάλληλη και έγκαιρη ιατρική φροντίδα, αλλά επιπλέον ενδέχεται να επιδεινώνουν τις υγειονομικές ανισότητες, οδηγώντας σε σοβαρές συνέπειες για την υγεία τους. Η αντιμετώπιση του ρατσισμού και της ξενοφοβίας απαιτεί συντονισμένες προσπάθειες για την ευαισθητοποίηση, την εκπαίδευση του προσωπικού υγείας και την εφαρμογή πολιτικών που προάγουν την ισότητα και την ένταξη [Σ5, Σ8, Σ14]. Μόνο με την καταπολέμηση αυτών των προκαταλήψεων μπορεί να διασφαλιστεί ότι όλοι οι άνθρωποι, ανεξαρτήτως καταγωγής, θα έχουν πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας χωρίς διακρίσεις.

Επιπλέον, η ψηφιοποίηση των φακέλων ασθενών αποτελεί αναγκαία και σημαντική μεταρρύθμιση για τη βελτίωση της παροχής υγειονομικής φροντίδας. Η ψηφιοποίηση θα επιτρέψει τη συστηματική παρακολούθηση των εξετάσεων και της συνταγογράφησης, προσφέροντας μια συνεχή και ολοκληρωμένη παρακολούθηση της υγείας των ασθενών. Η υιοθέτηση ενός ηλεκτρονικού συστήματος υγείας που επιτρέπει την κεντρική καταγραφή και διαχείριση των ιατρικών ιστορικών θα μπορούσε να έχει πολλαπλά οφέλη. Πρώτον, θα διευκολύνει την πρόσβαση σε κρίσιμες πληροφορίες για τους επαγγελματίες υγείας, ανεξαρτήτως του φορέα υγειονομικής περίθαλψης όπου ο ασθενής αναζητά φροντίδα. Αυτό θα συμβάλει στη συντονισμένη παροχή της φροντίδας, αποφεύγοντας επαναλαμβανόμενες εξετάσεις και συνταγογραφήσεις, και ενισχύοντας την αποδοτικότητα της θεραπείας. Δεύτερον, η ηλεκτρονική καταγραφή θα βελτιώσει τη συνολική

ποιότητα της φροντίδας, καθώς θα επιτρέπει μια ολοκληρωμένη εικόνα της υγειονομικής κατάστασης του ασθενή, προάγοντας την καλύτερη συνεργασία και συντονισμό μεταξύ των διαφόρων φορέων υγείας. Τέλος, η ψηφιοποίηση θα ενισχύσει τη διαφάνεια και την ασφάλεια των δεδομένων, περιορίζοντας τον κίνδυνο ανθρωπίνων λαθών και ανασφαλών διαδικασιών διαχείρισης των φακέλων.

Συνεχίζοντας με τις προτάσεις βελτίωσης, η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αναδεικνύεται ως επιτακτική ανάγκη για την αποτελεσματική διαχείριση τόσο των μη μεταδιδόμενων όσο και των μεταδιδόμενων νοσημάτων. Η πρωτοβάθμια φροντίδα αποτελεί τη βάση ενός λειτουργικού συστήματος υγείας, επιτρέποντας την έγκαιρη και συστηματική παρακολούθηση των χρόνιων νοσημάτων, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο διαβήτης και οι καρκίνοι[Σ5, Σ6, Σ11]. Αυτή η παρακολούθηση είναι κρίσιμη καθώς επιτρέπει την πρόωμη διάγνωση και παρέμβαση, προλαμβάνοντας την επιδείνωση της υγείας των ασθενών και την ανάπτυξη σοβαρών επιπλοκών[Σ5, Σ6, Σ11, Σ13].

Παράλληλα, η πρωτοβάθμια φροντίδα διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στην πρόληψη και τον έλεγχο των μεταδιδόμενων νοσημάτων. Η αποτελεσματική παρακολούθηση και διαχείριση αυτών των ασθενειών, όπως η φυματίωση, η ψώρα και άλλες λοιμώξεις, συμβάλλει στην αποτροπή της εξάπλωσής τους στον γηγενή πληθυσμό, προστατεύοντας έτσι τη δημόσια υγεία. Η πρωτοβάθμια φροντίδα, με την προσβασιμότητά της και την ικανότητά της να παρέχει συνεχή φροντίδα, είναι σε θέση να ανιχνεύει και να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά τα πρώτα σημεία των λοιμώξεων, μειώνοντας τη διάδοση τους και ενισχύοντας τα μέτρα ελέγχου.

Επιπλέον, η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορεί να περιλαμβάνει την αύξηση των πόρων και των υποδομών, την εκπαίδευση και την επιμόρφωση του προσωπικού υγείας, καθώς και τη βελτίωση της συνεργασίας με άλλες υγειονομικές υπηρεσίες και οργανισμούς. Με αυτόν τον τρόπο, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν θα περιορίζεται μόνο στην αντιμετώπιση των άμεσων προβλημάτων υγείας, αλλά θα προάγει μια συνολική προσέγγιση στη διαχείριση της υγείας, εστιάζοντας στη μακροπρόθεσμη ευημερία των ασθενών και στην προστασία της δημόσιας υγείας.

Για τη βελτίωση της υγειονομικής φροντίδας των προσφύγων και μεταναστών, προτείνεται η εφαρμογή μιας ολιστικής και ανθρωποκεντρικής προσέγγισης που να καλύπτει τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία, εξασφαλίζοντας παράλληλα τη συνέχεια της θεραπείας[Σ11, Σ14]. Αυτό περιλαμβάνει τη διασφάλιση ότι οι πολιτικές υγείας εφαρμόζονται με τον ίδιο τρόπο για τον μεταναστευτικό πληθυσμό όπως ισχύει και για τον γηγενή πληθυσμό, διασφαλίζοντας έτσι την ισότητα στην πρόσβαση και τη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Είναι επίσης κρίσιμο να βελτιωθούν οι συνθήκες διαβίωσης, περιλαμβάνοντας την υγιεινή και την καθαριότητα στις δομές φιλοξενίας, καθώς και να ενισχυθεί ο συντονισμός μεταξύ των

φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας [Σ3, Σ5, Σ7, Σ8]. Η ύπαρξη επαρκούς και καλά εκπαιδευμένου ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι επίσης απαραίτητη, καθώς το προσωπικό πρέπει να είναι ικανό να διαχειρίζεται κατάλληλα τις ανάγκες ατόμων από διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα, λόγω των επιρροών της κουλτούρας στην αντίληψη και προσέγγιση των ζητημάτων υγείας.

Η διαπολιτισμική διαμεσολάβηση, μέσω κοινωνικών λειτουργών και διερμηνέων, είναι επίσης απαραίτητη για την αποτελεσματική σύνδεση των προσφύγων και μεταναστών με τα υγειονομικά συστήματα, υπερπηδώντας γλωσσικά και πολιτισμικά εμπόδια [Σ3, Σ5, Σ6, Σ7, Σ9, Σ10]. Αυτές οι στρατηγικές αποσκοπούν στη δημιουργία ενός υποστηρικτικού και αποτελεσματικού συστήματος υγειονομικής φροντίδας, που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των προσφύγων και μεταναστών με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Ένα άλλο σημαντικό ζήτημα που θίχτηκε από τους συμμετέχοντες αφορά την ανάγκη για τη συνταγογράφηση και την πρόσβαση στα φάρμακα [Σ4, Σ5, Σ6, Σ7, Σ10, Σ11], καθώς και την αποτελεσματική διασύνδεση των προσφύγων και μεταναστών με το σύστημα υγείας [Σ8]. Η επιτάχυνση των διαδικασιών ασύλου είναι επίσης κρίσιμη, προκειμένου να αποφευχθεί η γκετοποίηση και η δημιουργία γκέτο υπηρεσιών [Σ6, Σ7], που οδηγούν σε βία, ξενοφοβία, ρατσισμό [Σ1], εγκληματικότητα και μισαλλοδοξία. Αυτά τα φαινόμενα μπορούν να οδηγήσουν στην εκμετάλλευση του προσφυγικού/μεταναστευτικού ζητήματος από κόμματα της άκρας δεξιάς.

Είναι επίσης απαραίτητη η σταθεροποίηση και η υιοθέτηση κοινών καθολικών πολιτικών δημόσιας υγείας. Οι ενταξιακές πολιτικές πρέπει να στοχεύουν στην πλήρη ένταξη των προσφύγων και μεταναστών στην κοινωνία και το σύστημα [Σ6, Σ2, Σ15], ενώ η διευκόλυνση και η ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας [Σ1, Σ2, Σ4, Σ5, Σ6, Σ7, Σ10, Σ12], καθώς και στην ψυχική υγεία, κοινωνικές υπηρεσίες, και η πρόσβαση σε δικηγόρους και εκπαίδευση είναι ουσιώδεις. Τέλος, η εφαρμογή καθολικού εμβολιασμού, συμπεριλαμβανομένου του εμβολιασμού των παιδιών, είναι απαραίτητη για την προστασία της δημόσιας υγείας [Σ2, Σ5, Σ6, Σ7, Σ8, Σ15].

Η ενίσχυση των υπηρεσιών υγείας για τους πρόσφυγες και μετανάστες απαιτεί την αναβάθμιση και ανάπτυξη εξειδικευμένων δράσεων που να καλύπτουν τις ανάγκες των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, οι οποίες είναι συχνά περισσότερες [Σ7]. Ειδικότερα, η πρόληψη και η παροχή φιλικού και εύχρηστου συστήματος υγείας είναι κρίσιμες, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών που παρέχονται μέσω ΠΑΥΠΠΑ (Πρόγραμμα Αποκατάστασης Υγείας και Πρόληψης Προσφύγων και Μεταναστών) ή άλλων οργανισμών [Σ7, Σ9, Σ10, Σ11].

Μια στρατηγική δημόσιας υγείας θα πρέπει να περιλαμβάνει όλες τις ομάδες του πληθυσμού, όπως πρόσφυγες, μετανάστες, εκδιδόμενες γυναίκες, και Ρομά, υιοθετώντας διαφορετικές προσεγγίσεις σύμφωνα με τις ιδιαίτερες ανάγκες του καθενός [Σ2]. Η κυβέρνηση πρέπει να αναλάβει κεντρικό ρόλο και ευθύνη, ενώ άλλοι φορείς θα πρέπει να λειτουργούν συμπληρωματικά [Σ2]. Είναι επίσης

αναγκαία η σταθερή παρουσία ιατρικού προσωπικού εντός των δομών [Σ8], καθώς και η εύρεση λύσεων για όσους δεν διαθέτουν επίσημα έγγραφα [Σ10].

Η καλύτερη ενημέρωση και εκπαίδευση των προσφύγων και μεταναστών σχετικά με τους κανόνες υγιεινής (όπως η χρήση σαπουνιού και θερμομέτρου) και τη μεταδοτικότητα των ασθενειών είναι σημαντική, καθώς και η δημιουργία ηλεκτρονικού φακέλου υγείας για αποτελεσματική παρακολούθηση [Σ4, Σ9]. Μια συγκεντρωμένη παροχή υπηρεσιών από ιατρούς, διερμηνείς, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και δικηγόρους είναι επίσης απαραίτητη [Σ12].

Η κοινωνική ένταξη και ενσωμάτωση των προσφύγων και μεταναστών είναι θεμελιώδης για την επιτυχία των πολιτικών υγείας και κοινωνικής ευημερίας. Μία από τις βασικές στρατηγικές για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι η ενίσχυση της γλωσσικής εκπαίδευσης. Η εκμάθηση της γλώσσας της χώρας υποδοχής όχι μόνο διευκολύνει την επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας και τις κοινωνικές υπηρεσίες, αλλά επίσης βοηθά τους πρόσφυγες και μετανάστες να συμμετέχουν πιο ενεργά στην κοινωνία, να βρουν εργασία και να ενσωματωθούν σε κοινωνικές δραστηριότητες [Σ4, Σ5, Σ11]

Κεφάλαιο Πέμπτο:

5. Συζήτηση

Σε αυτό το κεφάλαιο, θα εστιάσουμε στην ερμηνεία των ευρημάτων από την ποιοτική έρευνα πεδίου, βασιζόμενοι στα αρχικά ερευνητικά ερωτήματα που καθοδήγησαν τη μελέτη και διαμόρφωσαν την κατεύθυνση της έρευνας. Η συμβολή των επαγγελματιών υγείας στην ποιοτική έρευνα που πραγματοποιήθηκε με δεκαπέντε συμμετέχοντες από ΜΚΟ, διεθνείς και ευρωπαϊκούς οργανισμούς, καθώς και κρατικούς φορείς, υπήρξε εξαιρετικά σημαντική. Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης παρείχαν βαθιές και πολύτιμες γνώσεις από την καθημερινή τους πρακτική και εμπειρία, ενισχύοντας την κατανόηση των προκλήσεων και των δυνατοτήτων στη φροντίδα υγείας για τους πολίτες τρίτων χωρών.

Επιπροσθέτως, μέσα από τις ημιδομημένες συνεντεύξεις αναδείχθηκαν τα εμπόδια που οι ίδιοι και οι ΠΤΧ αντιμετωπίζουν, προσφέροντας έναν πολύτιμο εργαλείο για την ανάλυση και ερμηνεία των δεδομένων. Η συμμετοχή τους ενίσχυσε την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των ευρημάτων της έρευνας, καθώς επέτρεψε την απόκτηση πληροφοριών από άτομα που δραστηριοποιούνται στην πρώτη γραμμή της παροχής υγειονομικών υπηρεσιών. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η ενσωμάτωση των εμπειριών και των απόψεων των επαγγελματιών υγείας είναι κρίσιμη για την ανάπτυξη αποτελεσματικών και προσαρμοσμένων πολιτικών υγείας για εύάλωτους πληθυσμούς (Φούσκας κ.α, 2020).

Ξεκινώντας από την ανάλυση των συνεντεύξεων σε δεκαπέντε επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν με μετανάστες και πρόσφυγες η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες (9/15) με μέση ηλικία τα 34,6 έτη. Ο αριθμός των αντρών ήταν έξι σε με μέση ηλικία τα 49 έτη. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων χαρακτήρισαν το εργασιακό τους περιβάλλον από καλό έως πολύ καλό (12/15), ενώ 11/15 ανέφεραν ότι παρά την ψυχολογική και σωματική κόπωση ασκούν αυτό το επάγγελμα με ευχαρίστηση και ικανοποίηση αναδεικνύοντας την ικανότητά τους να παρέχουν φροντίδα σε ανθρώπους που την έχουν ανάγκη. Η Αποστολίδου (2016) παρατήρησε ότι τα θετικά συναισθήματα των επαγγελματιών που εργάζονται με ΠΤΧ συνδέονται με την εκτίμηση και την ευγνωμοσύνη που δέχονται από τους ασθενείς, καθώς και με την ανάρρωσή τους. Επιπλέον, η προσωπική ανάπτυξη που προκύπτει από αυτές τις εμπειρίες έχει σημαντικό αντίκτυπο. Η εργασία με τραυματισμένους

(σωματικά ή και ψυχικά) πληθυσμούς προσφέρει ελπίδα και έμπνευση, ενώ παράλληλα επιφέρει αλλαγές στη φιλοσοφία ζωής, την αυτοαντίληψη και τις κοινωνικές σχέσεις των επαγγελματιών, ενισχύοντας την επαγγελματική και προσωπική τους ανάπτυξη (Chiarenza, 2019).

Σχετικά με τις οικονομικές απολαβές, οι καθαρές μηνιαίες αποδοχές των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα κυμαίνονται από 1.100 έως 2.500 ευρώ. Αυτό το εύρος αποδοχών αντανακλά τη διαφορετικότητα των θέσεων και των ειδικοτήτων στον τομέα της υγείας. Οι χαμηλότερες αποδοχές συχνά αφορούν νεοεισερχόμενους ή λιγότερο εξειδικευμένους επαγγελματίες, ενώ οι υψηλότερες αποδοχές απευθύνονται σε πιο έμπειρους ή εξειδικευμένους εργαζόμενους, όπως γιατρούς και ανώτερα διοικητικά στελέχη σε ΜΚΟ. Πιο συγκεκριμένα 6/15 εργαζόμενους λαμβάνουν καθαρό μηνιαίο μισθό έως 1500 ευρώ, 5/15 έως 2000 ευρώ ενώ μόλις 4/15 των εργαζομένων λαμβάνει έως 2500 ευρώ.

Οι αμοιβές των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζουν σημαντικές ανισότητες σε σύγκριση με αυτές των συναδέλφων τους στο εξωτερικό. Παρά την αύξηση της ζήτησης για ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες κατά τη διάρκεια της μεταναστευτικής κρίσης αλλά και της πανδημίας COVID-19, οι Έλληνες επαγγελματίες υγείας παραμένουν σε μειονεκτική θέση από άποψη αμοιβών σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Αρχικά και σύμφωνα με δεδομένα της Eurostat και του ΟΟΣΑ, οι εργαζόμενοι σε επαγγέλματα υγείας δημόσιου τομέα τείνουν να κερδίζουν λιγότερα από εκείνους που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα (ΟΟΣΑ, 2022). Οι Έλληνες γιατροί, νοσηλευτές και επαγγελματίες υγείας κερδίζουν σημαντικά λιγότερα από τους συναδέλφους τους σε χώρες όπως η Γερμανία, η Γαλλία και το Ηνωμένο Βασίλειο (Anastasiou et al, 2020). Το μισθολογικό αυτό χάσμα επιτείνει τις δυσκολίες προσέλκυσης και διατήρησης εξειδικευμένου προσωπικού στο ελληνικό σύστημα υγείας (Eurostat, 2023), ενισχύει το φαινόμενο του «brain drain» και επηρεάζει τόσο τη συνολική ποιότητα όσο και την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στη χώρα (Adonor et al, 2021).

Συνεχίζοντας με την ανάλυση των δεδομένων, αξίζει να σημειωθεί ότι οι συμμετέχοντες (12/15) δίνουν μεγάλη έμφαση στην ανάγκη της εκπαίδευσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που έρχονται σε επαφή με ΠΤΧ παρέχοντας υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με τον Provias et al (2020) η κατανόηση των πολιτισμικών διαφορών, συμβάλλει στην βελτίωση της επικοινωνίας και την ευαισθητοποίηση στις ανάγκες των μεταναστών. Επιπλέον ενισχύεται η ικανότητα αναγνώρισης και διαχείρισης ψυχικών προβλημάτων και τραυμάτων, ενώ η συνεχής επαγγελματική ανάπτυξη εξασφαλίζει την εφαρμογή ενημερωμένων πρακτικών και την τήρηση νομικών πλαισίων, διασφαλίζοντας την παροχή συνεπούς και αποτελεσματικής φροντίδας υγείας (Provias et al, 2020).

Εξίσου σημαντικό είναι ότι 14/15 συμμετέχοντες επισήμαναν την ανάγκη για άμεση συνταγογράφηση και πρόσβαση στα φάρμακα, καθώς και τη διασύνδεση των ΠΤΧ με το ευρύτερο

σύστημα υγείας. Επιπλέον, 8/15 τόνισαν την ανάγκη για επιτάχυνση των διαδικασιών ασύλου, αποφυγή υιοθέτησης “υπηρεσιών γκέτο”, οι οποίες συμβάλλουν στη βία, τη ξеноφοβία, το ρατσισμό, την εγκληματικότητα και τη μισαλλοδοξία. Επιπροσθέτως, 6/15 ανέφεραν την ανάγκη για σταθεροποίηση και υιοθέτηση κοινών καθολικών πολιτικών δημόσιας υγείας ενώ 11/15 πρότειναν την υιοθέτηση ενταξιακών πολιτικών που θα διευκολύνουν την πλήρη ένταξη των μεταναστών και προσφύγων στην κοινωνία και το σύστημα υγείας, εξασφαλίζοντας ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, ψυχικής υγείας, κοινωνικές υπηρεσίες, νομική υποστήριξη, εκπαίδευση και άλλους κρίσιμους τομείς. Την ανάγκη για καθολικό εμβολιασμό, ιδιαίτερα στα παιδιά, για την πρόληψη των επιδημιών και την προστασία της δημόσιας υγείας ανέφεραν 10/15 συμμετέχοντες.

Στη συνέχεια διερευνώντας το εθνικό σύστημα υγείας της Ελλάδας παρατηρήθηκαν σημαντικές αδυναμίες στην αντιμετώπιση των υγειονομικών αναγκών των μεταναστών και προσφύγων, οι οποίες υπογραμμίζουν την ανάγκη για συνεργασία με ΜΚΟ και διεθνείς οργανισμούς. Ένα βασικό ζήτημα είναι η υποστελέχωση και η ανεπαρκής χρηματοδότηση των δημόσιων υγειονομικών υπηρεσιών, που οδηγούν σε μεγάλους χρόνους αναμονής και περιορισμένη πρόσβαση σε βασικές ιατρικές υπηρεσίες (Myloneros, 2021). Σύμφωνα με μελέτες, η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού και οι χαμηλές αμοιβές επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, δημιουργώντας ένα περιβάλλον όπου οι ευάλωτες ομάδες, όπως οι πρόσφυγες και οι μετανάστες, δεν λαμβάνουν την απαραίτητη φροντίδα (Kentikelenis et al., 2014; Kondilis et al., 2021).

Αναλύοντας το θέμα της προσβασιμότητας των πολιτών τρίτων χωρών (ΠΤΧ) στο σύστημα υγείας και τη δυνατότητά τους να λαμβάνουν υγειονομική περίθαλψη, διαπιστώθηκε ότι οι 13 από τους 15 συνεντευξιαζόμενους αναφέρθηκαν στις σημαντικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ΠΤΧ κατά την πρόσβασή τους στις υγειονομικές υπηρεσίες. Οι δυσκολίες αυτές περιλαμβάνουν γραφειοκρατικά εμπόδια, γλωσσικά εμπόδια και έλλειψη πληροφόρησης για τις διαθέσιμες υπηρεσίες. Η ανάγκη για υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας, ειδικά για την πρόληψη και τη θεραπεία ασθενών που κινδυνεύουν να αναπτύξουν ή να επιδεινώσουν χρόνιες νόσους, είναι ιδιαίτερα επιτακτική (Garcia et al, 2020). Αυτή η έλλειψη πρόσβασης σε βασικές ιατρικές υπηρεσίες έχει ως αποτέλεσμα την επιδείνωση της υγείας των ΠΤΧ και αυξάνει την επιβάρυνση στο γενικό σύστημα υγείας, καθώς οι ασθενείς συχνά χρειάζονται πιο εντατική και παρατεταμένη φροντίδα όταν τελικά λάβουν θεραπεία (Van de Wiel et al, 2021). Επιπλέον, ο Οργανισμός Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (FRA) αναφέρει ότι μεταξύ των εμποδίων στην υγειονομική περίθαλψη για πρόσφυγες και μετανάστες χωρίς έγγραφα στην ευρωπαϊκή ήπειρο είναι και ο φόβος εντοπισμού λόγω πληροφοριών που διαβιβάζονται στις αστυνομικές αρχές (FRA, 2021)

Τα γλωσσικά εμπόδια αποτελούν μια από τις κύριες προκλήσεις στην υγειονομική περίθαλψη των προσφύγων στην Ελλάδα, όπως αναφέρει η έρευνα των Φούσκα και των συνεργατών του (2020) κάτι που επιβεβαιώνεται και από τις μαρτυρίες των συμμετεχόντων στην έρευνα (14/15). Οι πρόσφυγες και μετανάστες συχνά δυσκολεύονται να επικοινωνήσουν με το ιατρικό προσωπικό γεγονός που περιπλέκει την παροχή ακριβών και αποτελεσματικών ιατρικών υπηρεσιών. Οι γλωσσικοί φραγμοί αποτελούν έναν από τους κυριότερους παράγοντες που δυσχεραίνουν την επικοινωνία μεταξύ ασθενών ΠΤΧ και επαγγελματιών υγείας. Έρευνες έχουν δείξει ότι η δυσκολία στην κατανόηση της γλώσσας μπορεί να οδηγήσει σε παρεξηγήσεις, λανθασμένες διαγνώσεις και αναποτελεσματικές θεραπείες (Bischoff & Hudelson, 2010; Flores, 2006).

Σύμφωνα με τους 12/15 συμμετέχοντες οι αιτούντες άσυλο, μετανάστες και πρόσφυγες στην Ελλάδα αντιμετωπίζουν πολυάριθμα διοικητικά και νομικά εμπόδια στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, γεγονός που τους τοποθέτησε σε ακόμα πιο μειονεκτική θέση κατά την πανδημία COVID-19. Οι υγειονομικές υπηρεσίες για όσους διαμέναν σε Κέντρα Υποδοχής και Ταυτοποίησης (ΚΥΤ) και Κέντρα Φιλοξενίας (ΚΦ) ήταν ανεπαρκείς, με μεγάλα διαστήματα αναμονής για ιατρική εξέταση, και συχνά με περιορισμένη πρόσβαση σε δευτεροβάθμια φροντίδα (Carruthers et al, 2020). Επιπλέον, παρατηρείται ένας βαθμός ξеноφοβίας απέναντι στους πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο (Eikemo et al, 2018), που επηρεάζει τόσο την παροχή όσο και τη συμπεριφορά αναζήτησης υγειονομικής περίθαλψης, αυξάνοντας τον κίνδυνο μετάδοσης και οδηγώντας σε υποαναφορά ύποπτων κρουσμάτων COVID-19 (Kondilis et al, 2021).

Διερευνώντας το ζήτημα της προσβασιμότητας των πολιτών τρίτων χωρών (ΠΤΧ) στην Ελλάδα ιδιαίτερα χρήσιμο και σημαντικό είναι να αποτυπωθούν οι συνθήκες που επικρατούν σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες οι οποίες έχουν υιοθετήσει διαφορετικές στρατηγικές για τη διαχείριση των υγειονομικών αναγκών των μεταναστών και προσφύγων. Πιο συγκεκριμένα, στη Γερμανία, οι αιτούντες άσυλο έχουν πλήρη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, συμπεριλαμβανομένης της προληπτικής φροντίδας και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αν και συχνά υπάρχουν καθυστερήσεις και γραφειοκρατικά εμπόδια (Chiarenza et al, 2019). Στη Σουηδία, η υγειονομική φροντίδα για τους ΠΤΧ ενσωματώνεται στο δημόσιο σύστημα υγείας, που περιλαμβάνει πρόσβαση σε επείγουσα φροντίδα, μαιευτική φροντίδα και παιδιατρική φροντίδα. Ωστόσο, οι ΠΤΧ συχνά αντιμετωπίζουν προκλήσεις όπως γλωσσικά εμπόδια και πολιτισμικές διαφορές, που μπορεί να εμποδίζουν την αποτελεσματική επικοινωνία και φροντίδα (Chiarenza et al, 2019). Η Ολλανδία εφαρμόζει παρόμοια προσέγγιση ενσωμάτωσης, διασφαλίζοντας ότι οι ΠΤΧ λαμβάνουν φροντίδα συγκρίσιμη με αυτή των Ολλανδών πολιτών. Αυτό περιλαμβάνει υπηρεσίες γενικού ιατρού, νοσοκομειακή φροντίδα και υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η χώρα έχει επίσης εισαγάγει συγκεκριμένα προγράμματα για να καλύψει

τις ειδικές υγειονομικές ανάγκες των προσφύγων και μεταναστών, όπως η υποστήριξη τραύματος και ψυχικής υγείας (Chiarenza et al, 2019).

Στον ευρωπαϊκό Νότο και πιο συγκεκριμένα σε χώρες όπως η Ιταλία και η Ελλάδα, που αποτελούν σημεία εισόδου για πολλούς μετανάστες, υπάρχει το μοντέλο με τον συνδυασμό δημόσιας υγειονομικής φροντίδας και υποστήριξης από ΜΚΟ, ΔΟ, ΕΟ για την παροχή άμεσης και επείγουσας φροντίδας. Αυτές οι χώρες αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις λόγω των υψηλών ροών και των περιορισμένων πόρων, με αποτέλεσμα υπερπλήρη και ανεπαρκώς εξοπλισμένα κέντρα υποδοχής (Chiarenza et al, 2019).

Στα Βαλκάνια, η διαχείριση της υγείας των ΠΤΧ ποικίλει ανάλογα με τη χώρα, με κάθε κράτος να αντιμετωπίζει διαφορετικές προκλήσεις και να εφαρμόζει διαφορετικές στρατηγικές. Η Σερβία, η Βουλγαρία και η Κροατία αντιμετωπίζουν σημαντικές πιέσεις λόγω του μεγάλου αριθμού ατόμων που διέρχονται από τα σύνορά τους. Στη Σερβία, οι υπηρεσίες υγείας για μετανάστες και πρόσφυγες παρέχονται κυρίως από διεθνείς οργανισμούς και ΜΚΟ, με την υποστήριξη της κυβέρνησης και της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EOHSP, 2023). Στη Βουλγαρία, η πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες για τους μετανάστες είναι συχνά περιορισμένη λόγω γραφειοκρατικών και γλωσσικών εμποδίων (EOHSP, 2023). Στην Κροατία, οι μετανάστες και πρόσφυγες αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην πρόσβαση σε βασικές υγειονομικές υπηρεσίες, ιδιαίτερα σε απομακρυσμένες και αγροτικές περιοχές (EOHSP, 2023). Η υποστήριξη από διεθνείς οργανισμούς και οι εθνικές προσπάθειες για την ενσωμάτωση των μεταναστών στο σύστημα υγείας είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση της κατάστασης αυτών των πληθυσμών (WHO, 2023).

Σε γενικές γραμμές, η ίδια η μετανάστευση δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την υγεία. Οι μετανάστες είναι συχνά συγκριτικά υγιείς σωματικά και ανθεκτικοί συναισθηματικά και τα προβλήματα υγείας των μεταναστών είναι παρόμοια με αυτά του υπόλοιπου πληθυσμού (Markides et al, 2019). Ωστόσο, η διαδικασία της μετανάστευσης μπορεί να αυξήσει την ευαλωτότητα σε θέματα σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας. Όλες οι φάσεις της διαδικασίας μετανάστευσης, συμπεριλαμβανομένης της περιόδου εν κινήσει, της ώρας άφιξης, και της πρώιμης και καθυστερημένης εγκατάστασης μπορεί να επηρεάσουν το φάσμα της νόσου, συμπεριλαμβανομένων των μεταδοτικών και μη μεταδοτικών ασθενειών, των ψυχικών και κοινωνικών προβλημάτων στους μετανάστες (Stathoroulou et al, 2019) (καθώς και η κατάσταση στη χώρα καταγωγής σε συνδυασμό με τους κοινωνικούς καθοριστές υγείας και την ποιότητα ζωής). Οι κύριες ανάγκες υγείας, ιδίως κατά την πρώιμη φάση της μετανάστευσης, μπορεί να σχετίζονται με τους λόγους μετανάστευσης και με το ταξίδι τους, που επιδεινώνονται από τις μη βέλτιστες συνθήκες διαβίωσης στα κέντρα υποδοχής και φιλοξενίας (Jervelund et al, 2019).

Κεφάλαιο Έκτο:

6. Συμπεράσματα

Οι διεθνείς συγκρούσεις, η φτώχεια και οι οικονομικές ανισότητες έχουν προκαλέσει μια δραματική αύξηση του αριθμού των εκτοπισμένων ατόμων και προσφύγων παγκοσμίως. Η Ευρώπη, λόγω της στρατηγικής της θέσης στο σταυροδρόμι τριών ηπείρων, έχει γίνει ένας κύριος προορισμός για τους πρόσφυγες, έχοντας δεχθεί πάνω από ένα εκατομμύριο πρόσφυγες και μετανάστες μέσω της Μεσογείου το 2015. Σχεδόν το ένα τρίτο αυτών ήταν παιδιά, όπως αναφέρεται από την Ύπατη Αρμοστεία των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες (United Nations High Commissioner for Refugees, 2015). Επιπλέον, περίπου 1, 2 εκατομμύρια άνθρωποι υπέβαλαν αίτηση ασύλου στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης το 2015, ένας αριθμός που ήταν περισσότερο από διπλάσιος σε σχέση με το 2014 (Eurostat, 2017).

Τα τελευταία χρόνια, η Ελλάδα έχει εξελιχθεί σε έναν από τους κύριους κόμβους εισόδου για παράτυπες αφίξεις στην Ευρώπη, με τους περισσότερους από αυτούς να είναι μετανάστες και πρόσφυγες. Η υγειονομική τους κατάσταση αποτελεί βασικό στοιχείο της κοινωνικής συνοχής στις δυτικές κοινωνίες. Η κατανόηση των υγειονομικών αναγκών των μεταναστών επιτρέπει τον κατάλληλο προγραμματισμό και την επένδυση πόρων, προάγοντας την καλύτερη ενσωμάτωσή τους στις βασικές υπηρεσίες υγείας και βελτιώνοντας τα αποτελέσματα της δημόσιας υγείας (Fouskas et al, 2019). Αυτό έχει θετικά αποτελέσματα τόσο για τους μετανάστες όσο και για τις κοινωνίες υποδοχής.

Οι συνθήκες διαβίωσης σε υπερπλήρεις δομές ενδέχεται να ευνοούν τη μετάδοση ασθενειών, ωστόσο τα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής εργασίας δεν επιβεβαιώνουν ούτε διαψεύδουν τα προηγούμενα ευρήματα σχετικά με τον υψηλό επιπολασμό των μεταδοτικών ασθενειών μεταξύ των μεταναστών. Παρόλα αυτά η ανάλυση των δεδομένων αναδεικνύει σαφώς τις ανάγκες υγείας των ΠΤΧ και την έλλειψη συστηματικής καταγραφής των επιδημιολογικών προφίλ, δίνοντας παράλληλα μια κρίσιμη ευκαιρία για την καταπολέμηση οιοσδήποτε προκαταλήψεων και τη μελλοντική ένταξη τέτοιων πληθυσμών στις κοινωνίες υποδοχής.

Υπάρχει πολύ περιορισμένη και γκρίζα βιβλιογραφία σχετικά με τον αντίκτυπο της πανδημίας COVID-19 για τους πρόσφυγες και τους αιτούντες άσυλο στην Ελλάδα, ιδιαίτερα εκείνων

που ζουν σε κλειστά περιβάλλοντα, όπως τα κέντρα υποδοχής. Στη συστηματική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε από τον Παπαμιχαήλ και τους συνεργάτες του (2021) τεκμηριώνονται δυνητικά υψηλότερα επίπεδα μετάδοσης σε υπερπλήρη περιβάλλοντα, συμπεριλαμβανομένων των κέντρων υποδοχής και κέντρων κράτησης μεταναστών. Σύμφωνα με τα ευρήματά τους από τους πρώτους εννέα μήνες της επιδημίας στην Ελλάδα (πρώτο και δεύτερο κύμα), παρατηρήθηκε ότι η συχνότητα εμφάνισης COVID-19 ήταν σχεδόν 2,5 έως 3 φορές υψηλότερη σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Ο κίνδυνος ήταν ιδιαίτερα αυξημένος στους πληθυσμούς μεταναστών που διαβιούν σε εγκαταστάσεις υποδοχής στα ελληνικά νησιά και στα ελληνοτουρκικά σύνορα, όπου οι συνθήκες διαβίωσης είναι επιβαρυνμένες λόγω του συνωστισμού και της κακής ποιότητας των υποδομών.

Μέχρι και το τέλος του δεύτερου κύματος της πανδημίας, τα μέτρα προστασίας παρέμεναν περιορισμένα, και οι περισσότεροι κάτοικοι εξακολουθούσαν να έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε τουαλέτες και πλυντήρια. Επιπλέον, παρότι ήταν χειμώνας, πολλές εγκαταστάσεις δεν παρείχαν ζεστό νερό (MacGregor, 2021). Όσοι βρίσκονταν σε καραντίνα στη Σάμο αναφέρθηκαν από τους Γιατρούς Χωρίς Σύνορα ότι ζούσαν σε «απαράδεκτες και επικίνδυνες» συνθήκες, με μερικούς να σιτίζονται σε βρώμικα δοχεία χωρίς πρόσβαση σε τρεχούμενο νερό ή τουαλέτες και αναγκασμένοι να κοιμούνται στο πάτωμα (IOM, 2021). Τα δεδομένα από άλλες χώρες που φιλοξενούν πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο σε κλειστά περιβάλλοντα, όπως κέντρα υποδοχής και κράτησης, ευθυγραμμίζονται με τα ευρήματά μας. Για παράδειγμα, κρούσματα COVID-19 έχουν αναφερθεί σε: ένα ανοιχτό κέντρο στη Μάλτα (HSRM, 2021) και κέντρα υποδοχής στη Γερμανία (Oltermann, 2020), στην Ολλανδία (COA, 2021) και στην Ιταλία (D'Ignotic, 2021). Στη Γερμανία, σε προσωρινή στέγαση για αιτούντες άσυλο και πρόσφυγες, επλήγησαν 42 κέντρα και 30 από τα 42 κέντρα τέθηκαν σε μαζική καραντίνα (Oltermann, 2020).

Συνολικά, τα ευρήματα αυτής της έρευνας υποδεικνύουν ότι η εξοικείωση, η ενσυναίσθηση, η ομαδική εργασία και υποστήριξη, η οργάνωση και ο συντονισμός θα μπορούσαν να είναι σημαντικοί στόχοι στη διευκόλυνση των επαγγελματιών υγείας κατά τη διάρκεια της εργασίας τους. Επιπλέον, η παροχή συνεχούς εκπαίδευσης και επαγγελματικής ανάπτυξης μπορεί να ενισχύσει περαιτέρω την ικανότητά τους να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της εργασίας τους αποτελεσματικά και με υψηλά επίπεδα ικανοποίησης. Σύμφωνα με την Lanara (1991), η προσωποκεντρική φροντίδα σε μια πολύπλοκη κοινωνία συνιστά ένα δύσκολο πνευματικό και πνευματικό επίτευγμα που απαιτεί ηρωισμό, πάθος για κοινωνική δικαιοσύνη και ζήλο για δικαιοσύνη προκειμένου να ξεπεραστούν εσωτερικά και εξωτερικά εμπόδια στη φροντίδα και να οικοδομηθεί μια ισχυρή επαγγελματική ταυτότητα στο τοπίο. εξυπηρέτησης όσων έχουν ανάγκη .

Από την άλλη πλευρά αξιοσημείωτο ενδιαφέρον παρουσιάζουν μελέτες που έχουν δείξει ότι οι επαγγελματίες υγείας στην Ευρώπη αλλά και διεθνώς δεν γνωρίζουν πάντα το νομικό πλαίσιο

όπως αυτό ισχύει για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης (Priebe, 2011),(Romero-Ortuño, 2004),(Washington, 2008). Στην υγειονομική περίθαλψη, η εφαρμογή νομικών πολιτικών ή πολιτικών υγείας σε επίπεδο υπηρεσιών μπορεί να είναι προβληματική και μπορεί να υπόκειται σε διαφορετικές ερμηνείες (Deville W, 2011). Κατά συνέπεια, η εφαρμογή της νομοθεσίας μπορεί να αφεθεί στη διακριτική ευχέρεια του προσωπικού εντός της υπηρεσίας, με αποτέλεσμα να λαμβάνονται αποφάσεις κατά περίπτωση (Hurst et al., 2006) Σύμφωνα με την ποιοτική μελέτη της Dauvin et al. δεν ήταν ασυνήθιστο για επαγγελματίες υγείας σε χώρες «δικαιωμάτων» να παραπέμπουν ΠΤΧ σε άλλες υπηρεσίες υγείας, όπως ΜΚΟ ή φιλανθρωπικά ιδρύματα, παρά τους ευνοϊκούς νόμους που δίνουν το δικαίωμα στους ΠΤΧ σε υγειονομική περίθαλψη.

Σκεπτόμενοι τη μετάβαση από την υγεία σε επίπεδο μεμονωμένων χωρών προς μια συλλογική ευρωπαϊκή προσέγγιση, οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ) μπορούν να διαδραματίσουν κρίσιμο ρόλο σε αυτή την αλλαγή. Η συμβολή των ΜΚΟ, ιδιαίτερα των διεθνών οργανώσεων, είναι καθοριστική στη διαμόρφωση και την προώθηση πολιτικών υγείας. Ενώ η επιρροή τους ως υποστηρικτές της ανάπτυξης πολιτικής δεν είναι κάτι νέο, τίθεται το ερώτημα αν η δύναμη της υπεράσπισής τους είναι επαρκής ώστε να προωθηθεί μια ενιαία Ευρωπαϊκή Πολιτική Δημόσιας Υγείας. Επίσης, παραμένει να φανεί αν τα νεότερα κράτη μέλη της ΕΕ, με τις διαφορετικές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες τους, μπορούν να συμμορφωθούν με την πολιτική της ΕΕ και τη στρατηγική του ΠΟΥ «Υγεία 21».

Οι ΜΚΟ έχουν αποδείξει την δράση τους όχι μόνο ως πάροχοι υπηρεσιών αλλά και ως δυναμικοί υποστηρικτές αλλαγών πολιτικής. Η προσέγγιση αυτή απαιτεί μια συντονισμένη προσπάθεια για την ενίσχυση της ευρωπαϊκής πολιτικής δημόσιας υγείας, εστιάζοντας στην ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ κρατικών φορέων, ΜΚΟ, και διεθνών οργανισμών (ΔΟ και ΕΟ). Αυτή η συνεργασία είναι ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση των διαφορετικών προκλήσεων που αντιμετωπίζουν τα κράτη μέλη, ειδικά τα νεότερα και τα οικονομικά ασθενέστερα. Όπως αναφέρει ο Φούσκας και οι συνεργάτες του (2019), οι οικονομικά μειονεκτούσες περιφέρειες τείνουν να έχουν υψηλότερα ποσοστά ασθενειών σε σχέση με τις πιο ευημερούσες. Μέσω της συνδυασμένης δράσης και συνεργασίας σε θέματα υγείας, οι ΜΚΟ μπορούν να επηρεάσουν ουσιαστικά την πολιτική της ΕΕ, προωθώντας μια πιο ισχυρή και συντονισμένη προσέγγιση για την υγεία σε όλη την Ευρώπη.

Αδιαμφισβήτητα, μετά το 2015, παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση της χρηματοδότησης για δομημένες παρεμβάσεις στην Ελλάδα, η οποία βρίσκεται ανάμεσα στις χώρες του Νότου που έλαβαν σημαντικά κεφάλαια από διεθνείς και ευρωπαϊκές χορηγίες. Παρόλα αυτά, η ΕΕ θα μπορούσε να υιοθετήσει μέτρα προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι προκλήσεις που εμποδίζουν την πλήρη υγειονομική κάλυψη σε άτομα που ήδη αντιμετωπίζουν πολλούς παράγοντες ευπάθειας. Όπως εύστοχα παρατηρεί ο Rechel, όλες οι ευρωπαϊκές χώρες έχουν υπογράψει διεθνείς νομικές πράξεις

που εγγυώνται το βασικό ανθρώπινο δικαίωμα στην υγεία. Ωστόσο, πολλοί από αυτούς έχουν δημιουργήσει νομικά ή διοικητικά εμπόδια που εμποδίζουν τους μετανάστες χωρίς έγγραφα ή τους αιτούντες άσυλο να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Υπάρχει επείγουσα ανάγκη βελτίωσης της προσβασιμότητας των ευάλωτων ομάδων στις υπηρεσίες υγείας και επαναξιολόγηση των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας. (Rechel et al, 2019).

6.2. Προτάσεις πολιτικής Δημόσιας Υγείας

Καθώς το δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη εξελίσσεται ακόμη στην Ευρώπη, ενδέχεται να εμφανιστούν νέες πρακτικές και να τροποποιηθούν τα ευρήματά μας. Για να διευκολυνθεί η πρόσβαση των πολιτών τρίτων χωρών στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, προτείνονται τα ακόλουθα μέτρα και πολιτικές δημόσιας υγείας. Η βελτίωση της επικοινωνίας και των γλωσσικών υπηρεσιών είναι απαραίτητη, καθώς οι γλωσσικοί φραγμοί αποτελούν σημαντικό εμπόδιο για την πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες. Η παροχή υπηρεσιών διερμηνείας και η μετάφραση των ενημερωτικών υλικών και των εγγράφων υγείας είναι κρίσιμη. Επίσης, η εκπαίδευση του προσωπικού υγείας στη διαπολιτισμική επικοινωνία μπορεί να βελτιώσει την κατανόηση και την ποιότητα της φροντίδας. Η καταγραφή και η παρακολούθηση της υγείας των μεταναστών και προσφύγων μέσω ενός συστήματος καταγραφής και παρακολούθησης θα μπορούσε να βοηθήσει στην ταυτοποίηση των κύριων προβλημάτων υγείας και των αναγκών τους. Αυτό θα επέτρεπε την καλύτερη προσαρμογή των υπηρεσιών και την ανάπτυξη στοχευμένων παρεμβάσεων.

Η πρόσβαση σε βασικές και προληπτικές υπηρεσίες υγείας είναι επίσης σημαντική. Η ανάπτυξη κέντρων πρωτοβάθμιας υγείας σε περιοχές με υψηλή συγκέντρωση μεταναστών και προσφύγων μπορεί να εξασφαλίσει καλύτερη πρόσβαση στις βασικές και προληπτικές υπηρεσίες υγείας. Η ενσωμάτωση προγραμμάτων εμβολιασμού και προληπτικών εξετάσεων είναι ουσιώδης για τη διατήρηση της δημόσιας υγείας. Η εκπαίδευση και η ενημέρωση για θέματα υγείας είναι κρίσιμη για τη βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Η παροχή ενημέρωσης και εκπαίδευσης σχετικά με τα δικαιώματα υγείας, τις διαθέσιμες υπηρεσίες και τους τρόπους πρόσβασης σε αυτές μπορεί να γίνει μέσω της πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας, την τοπική κοινωνία, την τοπική αυτοδιοίκηση, τα ΜΜΕ, μέσω κοινοτικών προγραμμάτων, φυλλαδίων, και ψηφιακών πλατφορμών, στις γλώσσες των μεταναστών και προσφύγων και τα κοινωνικά δίκτυα.

Είναι απαραίτητο να διασφαλιστεί η άμεση και απρόσκοπτη πρόσβαση των μεταναστών και προσφύγων σε επείγουσες υπηρεσίες υγείας, ανεξάρτητα από το καθεστώς ασφάλισής τους. Η ενσωμάτωση των μεταναστών στο εθνικό σύστημα υγείας μπορεί να συμβάλει στη μείωση των εμποδίων και στην παροχή πιο ολοκληρωμένης φροντίδας. Η έκδοση και παροχή ΑΜΚΑ (Αριθμός

Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης) σε μετανάστες και πρόσφυγες είναι ζωτικής σημασίας για την πρόσβασή τους στις υγειονομικές υπηρεσίες. Χωρίς ΑΜΚΑ, οι μετανάστες δεν μπορούν να εγγραφούν στο εθνικό σύστημα υγείας και να λάβουν την απαραίτητη φροντίδα. Η διευκόλυνση της διαδικασίας έκδοσης ΑΜΚΑ θα μπορούσε να ενισχύσει την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και να βελτιώσει την υγεία των μεταναστών και προσφύγων (WHO, 2023).

Σύμφωνα με τον Φούσκα (2023) η επιτάχυνση των διαδικασιών για αιτήματα διεθνούς προστασίας, καθώς και για προσφυγές και την έκδοση των σχετικών εγγράφων σε περιπτώσεις θετικής έκβασης, αποτελεί ζωτικής σημασίας δράση με σκοπό την προώθηση της κοινωνικής ένταξης υπηκόων τρίτων χωρών. Η εκμάθηση της γλώσσας είναι επίσης κρίσιμη, και προτείνεται η διοργάνωση προγραμμάτων σε συνεργασία με οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών και εκπαιδευτικά ιδρύματα ενηλίκων.

Η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης στις εγκαταστάσεις φιλοξενίας είναι εξαιρετικά σημαντική. Πρέπει να δοθεί άμεση προτεραιότητα στην αναβάθμιση των συνθηκών διαμονής, στην αποσυμφόρηση των υπερπλήρων κέντρων, και στην ενίσχυση της επιδημιολογικής επιτήρησης. Παράλληλα, απαιτείται η εφαρμογή στρατηγικών τακτικών δοκιμών και η διαφάνεια των δεδομένων, καθώς και η διασφάλιση δωρεάν, πλήρους και καθολικής πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη για τους ΠΤΧ.

Η Ελλάδα θα ήταν σημαντικό να αξιοποιήσει τα εργαλεία και τους μηχανισμούς της ΕΕ για την επίλυση των προκλήσεων που αντιμετωπίζει στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης των μεταναστών και προσφύγων.. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την ενίσχυση των ευρωπαϊκών χρηματοδοτικών προγραμμάτων, την αύξηση της χρηματοδότησης για την υποστήριξη των υγειονομικών υπηρεσιών για μετανάστες, και τη δημιουργία ευρωπαϊκών προτύπων υγειονομικής φροντίδας. Η καθιέρωση κοινών προτύπων για την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών σε μετανάστες και πρόσφυγες σε όλες τις χώρες της ΕΕ, καθώς και η ευρωπαϊκή συνεργασία και ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών είναι απαραίτητες. Η συνεργασία μεταξύ των κρατών-μελών για την ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών και την ενίσχυση της ικανότητας αντιμετώπισης υγειονομικών προκλήσεων είναι επίσης σημαντική.

Η συνεργασία με μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ) και διεθνείς οργανισμούς μπορεί να ενισχύσει τις προσπάθειες παροχής υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες και τους πρόσφυγες στην Ελλάδα με πολλούς τρόπους. Αυτές οι οργανώσεις διαθέτουν συχνά εξειδικευμένες γνώσεις και εμπειρογνωμοσύνη σε θέματα υγείας και μεταναστευτικής πολιτικής, που μπορούν να είναι εξαιρετικά πολύτιμες για την ανάπτυξη και την υλοποίηση προγραμμάτων υγειονομικής περίθαλψης. Οι ΜΚΟ μπορούν να παρέχουν πρόσθετους πόρους, όπως χρηματοδότηση, προσωπικό και ιατρικό

εξοπλισμό, που είναι συχνά δύσκολο να βρεθούν από κρατικούς φορείς λόγω περιορισμένων προϋπολογισμών ή διοικητικών εμποδίων.

Επιπλέον, οι ΜΚΟ, οι ευρωπαϊκοί και οι διεθνείς οργανισμοί μπορούν να βοηθήσουν στη διεύρυνση της πρόσβασης σε υγειονομικές υπηρεσίες σε δύσκολα προσβάσιμες περιοχές, όπως τα απομακρυσμένα ή υπερπλήρη κέντρα φιλοξενίας. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την οργάνωση κινητών μονάδων υγείας που μπορούν να φτάσουν σε περιοχές όπου οι υπηρεσίες είναι ανεπαρκείς, ή την παροχή τηλεϊατρικών υπηρεσιών που επιτρέπουν στους πρόσφυγες και τους μετανάστες να λαμβάνουν ιατρικές συμβουλές και φροντίδα από απόσταση.

Οι οργανώσεις αυτές μπορούν επίσης να έχουν καθοριστικό ρόλο στην εκπαίδευση και την πληροφόρηση των μεταναστών για τα δικαιώματά τους και τις διαθέσιμες υγειονομικές υπηρεσίες. Συνεργαζόμενες με τις κοινότητες μεταναστών και προσφύγων, οι ΜΚΟ έχουν την ικανότητα να ενισχύσουν την εμπιστοσύνη και να αντιμετωπίσουν τις ανησυχίες που μπορεί να έχουν αυτοί οι πληθυσμοί σχετικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Τέλος, η συνεργασία αυτή μπορεί να βοηθήσει στην καλύτερη κατανόηση και αντιμετώπιση των συγκεκριμένων αναγκών και προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες και οι πρόσφυγες, επιτρέποντας την ανάπτυξη πιο στοχευμένων και αποτελεσματικών παρεμβάσεων.

Ο Khan et al. (2016) προτείνουν τρεις κύριες συνεισφορές που μπορεί να προσφέρει η παγκόσμια κοινότητα υγείας, εστιάζοντας ιδιαίτερα στην κρίση υγείας στην Ευρώπη. Πρώτον, οι πολιτικές αποφάσεις θα πρέπει να στηρίζονται σε τεκμηριωμένα στοιχεία σχετικά με τους κινδύνους για την υγεία και τις επιπτώσεις στα συστήματα υγείας, αποφεύγοντας τις προκαταλήψεις και τους αβάσιμους φόβους. Δεύτερον, για τους νεοεισερχόμενους πρόσφυγες, η έμφαση πρέπει να δίνεται στη δημιουργία χωρίς αποκλεισμούς και οικονομικά αποδοτικών υπηρεσιών υγείας για την προαγωγή της συλλογικής ασφάλειας υγείας. Τρίτον, η αναγνώριση των παρατεταμένων συγκρούσεων και η διεύρυνση των υγειονομικών και κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων μεταξύ των χωρών με υψηλά και χαμηλά εισοδήματα πρέπει να θεωρούνται ως βασικοί παράγοντες της παγκόσμιας μεταναστευτικής κρίσης και να λαμβάνονται υπόψη στον σχεδιασμό μακροπρόθεσμων λύσεων.

Η εφαρμογή αυτών των πολιτικών και μέτρων μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την πρόσβαση των μεταναστών και προσφύγων στις υπηρεσίες υγείας, διασφαλίζοντας την ισότητα στην υγειονομική φροντίδα και την ευημερία όλων των κατοίκων. Αυτή η ανασκόπηση υπογραμμίζει ότι η σωματική υγεία των προσφύγων, των αιτούντων άσυλο, των μεταναστών χωρίς έγγραφα και των εσωτερικά εκτοπισμένων ατόμων έχει επηρεαστεί σημαντικά από διάφορα εμπόδια στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Αυτά τα εμπόδια περιλαμβάνουν νομικές και διοικητικές προκλήσεις, όπως η έλλειψη τεκμηρίωσης. Επιπλέον, η στροφή προς τα

ψηφιακά εργαλεία εισήγαγε νέα εμπόδια, όχι μόνο λόγω γλωσσικών φραγμών ή περιορισμένων τεχνικών γνώσεων, αλλά και λόγω διαρθρωτικών φραγμών, όπως η απαίτηση τραπεζικής ταυτότητας που είναι συχνά απρόσιτη σε αυτές τις ομάδες.

Επιπλέον, η περιορισμένη πρόσβαση σε ακριβείς πληροφορίες σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας, τα μέτρα πρόληψης και τους διαθέσιμους πόρους μπορεί να τους εμποδίσει να αναζητήσουν φροντίδα ή να ακολουθήσουν τις οδηγίες δημόσιας υγείας. Η παραπληροφόρηση και η έλλειψη εμπιστοσύνης στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης μπορούν επίσης να συμβάλουν στην απροθυμία πρόσβασης σε προγράμματα περίθαλψης ή εμβολιασμού. Υπάρχουν ανησυχητικά στοιχεία σχετικά με τον δισταγμό εμβολιασμού που πρέπει να αντιμετωπιστούν για τη μείωση τυχόν μελλοντικής επιδημίας πανδημίας, επιπλέον υπάρχει ανάγκη να διερευνηθούν οι παράγοντες που παίζουν ρόλο στην απροθυμία εμβολιασμού μεταξύ των παιδιών σε αυτούς τους πληθυσμούς.

Στον επίλογο της παρούσας εργασίας, αναδεικνύεται η πολυδιάστατη και σύνθετη πρόκληση της διαχείρισης της υγείας και της δημόσιας υγείας για τους μετανάστες και πρόσφυγες στην Ελλάδα. Η ανάλυση των δεδομένων καταδεικνύει ότι η αντιμετώπιση των προκλήσεων σε αυτόν τον τομέα απαιτεί συντονισμένη δράση από κρατικούς φορείς, ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς, καθώς και από μη κυβερνητικές οργανώσεις. Η ανάγκη για την ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού και ολοκληρωμένου συστήματος υγειονομικής φροντίδας γίνεται προφανής, με στόχο την ενίσχυση της πρόσβασης σε υγειονομικές υπηρεσίες και την εξάλειψη των ανισοτήτων στην υγειονομική περίθαλψη.

Η σύγχρονη στρατηγική δημόσιας υγείας πρέπει να συνδυάζει ανθρωποκεντρική και ολιστική προσεγγίσεις, με επίκεντρο την ψυχική και σωματική υγεία των προσφύγων και μεταναστών. Η προώθηση της διαπολιτισμικής διαμεσολάβησης, η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η ψηφιοποίηση των υγειονομικών φακέλων είναι κρίσιμες για τη βελτίωση της υγειονομικής φροντίδας. Επιπλέον, η καταπολέμηση των φαινομένων ρατσισμού και ξενοφοβίας, η αναβάθμιση των υγειονομικών υποδομών και η διασφάλιση της έγκαιρης και ισότιμης πρόσβασης σε φάρμακα και υγειονομικές υπηρεσίες αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις για την αποτελεσματική διαχείριση των υγειονομικών αναγκών των πληθυσμών αυτών.

Η συνεργασία και ο συντονισμός μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων φορέων είναι κρίσιμη για την ανάπτυξη και εφαρμογή βιώσιμων πολιτικών που θα ανταποκριθούν στις πραγματικές ανάγκες των προσφύγων και μεταναστών. Η Ελλάδα, αξιοποιώντας τις δυνατότητες που παρέχει η Ευρωπαϊκή Ένωση και άλλοι διεθνείς οργανισμοί, έχει την ευκαιρία να αναπτύξει ένα συνεκτικό και αποτελεσματικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, ενισχύοντας την κοινωνική ένταξη και την ισότητα στην πρόσβαση στη φροντίδα υγείας.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

- Abubakar, I., Aldridge, R. W., Devakumar, D., Orcutt, M., Burns, R., Barreto, M. L., Dhavan, P., Fouad, F. M., Groce, N., Guo, Y., Hargreaves, S., Knipper, M., Miranda, J. J., Madise, N., Kumar, B., Mosca, D., McGovern, T., Rubenstein, L., Sammonds, P., Sawyer, S. M., ... UCL–Lancet Commission on Migration and Health (2018). The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *Lancet (London, England)*, 392(10164), 2606–2654.
- Adovor, E., Czaika, M., Docquier, F., & Moullan, Y. (2021). *Medical brain drain: how many, where and why?*. *Journal of Health Economics*, 76, 102409.N
- Aida. (2022). Country report: Overview of the main changes since the previous report update. Retrieved from <https://rb.gy/c136qg>
- Akinsulure-Smith, A. M., Espinosa, A., Chu, T., & Hallock, R. (2018). Secondary traumatic stress and burnout among refugee resettlement workers: The role of coping and emotional intelligence. *Journal of Trauma & Stress*, 31(2), 229-237.
- Akl, E. A., El-Jardali, F., Bou Karroum, L., El-Eid, J., Brax, H., Akik, C., Osman, M., Hassan, G., Itani, M., Farha, A., Pottie, K., & Oliver, S. (2015). Effectiveness of mechanisms and models of coordination between organizations, agencies and bodies providing or financing health services in humanitarian crises: A systematic review. *PLoS ONE*, 10(12), e0137159.
- Al-Shammari, A. M. (2016). Environmental pollutions associated to conflicts in Iraq and related health problems. *Reviews on Environmental Health*, 31(2), 245-250.
- Amnesty International. (2020). Living in insecurity: How Greece is failing refugees. Amnesty International.
- Anastasiou, Evgenia; Anagnostou, Georgia; Theodossiou, George; Papamargaritis, Vasileios (2020) : *Physicians' brain drain: Investigating the determinants to emigrate through empirical evidence*, *International Journal of Business and Economic Sciences Applied Research (IJBESAR)*.

- Apostolara, P., et al.(2023). *Burnout and depression of greek Healthcare Professionals working in refugees' reception centers and accommodation programs*, *Polski Merkurusz Lekarski*, 28.3: 40-46.
- Apostolidou, Z. (2016). Constructions of emotional impact, risk and meaning among practitioners working with asylum seekers and refugees. *Counselling and Psychotherapy Research*, 16(4), 277-287.
- Aras, B., & Duman, Y. (2019). INGOs' assistance to Syrian refugees in Turkey: Opportunities and challenges. *Journal of Balkan and Near Eastern Studies*, 21(4), 478-491.
- Athens Coordination Center for Migrant and Refugee Issues (ACCMR). (2024). *Red Cross Mobile Health Unit*. Retrieved from <https://rb.gy/2xxc1x>
- Beckfield, J. (2010). The social structure of the world polity. *American Journal of Sociology*, 115, 1018–1068. The University of Chicago Press. Retrieved from <https://uchicago.edu>
- Blitz, B. K., d'Angelo, A., Kofman, E., & Montagna, N. (2017). Health challenges in refugee reception: Dateline Europe 2016. *International journal of environmental research and public health*, 14(12), 1484.
- Bozorgmehr, K., Samuilova, M., Petrova-Benedict, R., Girardi, E., Piselli, P., & Kentikelenis, A. (2019). Infectious disease health services for refugees and asylum seekers during a time of crisis: a scoping study of six European Union countries. *Health Policy*, 123(9), 882-887.
- Braun, V., & Clarke, V. (2012). *Thematic analysis*. American Psychological Association.
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative research in sport, exercise and health*, 11(4), 589-597.
- Braveman, P., Egerter, S., & Mockenhaupt, R. (2010). Broadening the focus: The need to address the social determinants of health. *American Journal of Preventive Medicine*. [In press]
- Carruthers, E., Veizis, A., Kondilis, E., & McCann, S. (2020). Situational Brief: Asylum Seekers and refugees in Greece during Covid-19. *1st August*.
- Carta, M. G., Bernal, M., Hardoy, M. C., Haro-Abad, J. M., & “ Report on the Mental Health in Europe” working group vkovess@ mgen. fr. (2005). Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clinical practice and epidemiology in mental health*, 1, 1-16.
- Cavounidis, J. (2018). The migration experience of Greece and the impact of the economic crisis on its migrant and native populations. *European journal of public health*, 28(suppl_5), 20-23.
- CDC. (2024). *CDC in Pakistan*. Retrieved from <https://tinyurl.com/mr4abdu2>
- Central Agency for the Reception of Asylum Seekers (COA). (2020). *Uitkomst testen bewoners en medewerkers azc Sneek*. The Hague: COA. Available at <https://tinyurl.com/467kph9f>

[Accessed 13th July 2024].

- Chang, C. D. (2019). Social determinants of health and health disparities among immigrants and their children. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 49(1), 1-10.
- Charmaz, K., & Belgrave, L. (2012). Qualitative interviewing and grounded theory analysis. *The SAGE handbook of interview research: The complexity of the craft*, 2, 347-365.
- Chatzea, V. E., Sifaki-Pistolla, D., Vlachaki, S. A., Melidoniotis, E., & Pistolla, G. (2018). PTSD, burnout and well-being among rescue workers: Seeking to understand the impact of the European refugee crisis on rescuers. *Psychiatry Research*, 262, 446-451.
- Chauvin, P., Simonnot, N., Vanbiervliet, F., Vicart, M., & Vuillermoz, C. (2015). *Access to healthcare for people facing multiple vulnerabilities in health in 26 cities across 11 countries. Report on the social and medical data gathered in 2014 in nine European countries, Turkey and Canada*. Paris: Doctors of the World – Médecins du monde international network.
- Chiarenza, A., Dauvrin, M., Chiesa, V., Baatout, S., & Verrept, H. (2019). Supporting access to healthcare for refugees and migrants in European countries under particular migratory pressure. *BMC Health Services Research*, 19(1-14), 513.
- Chtouris, S., & Miller, D. S. (2017). Refugee flows and volunteers in the current Mediterranean crisis.
- Clayton, J., & Holland, H., ed. Gaynor, T. (2015). *Over one million sea arrivals reach Europe in 2015*
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2008). *Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας*. Αθήνα: Εκδόσεις Μεταίχμιο.
- Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP Qualitative Checklist. Available at: Accessed: <https://tinyurl.com/e5k4hr8f>
- D’Kancs, A., & Lecca, P. (2017). Long-term social, economic and fiscal effects of immigration into the EU: The role of the integration policy. *JRC Working Papers in Economics and Finance*, 2017/4. Retrieved from <https://tinyurl.com/5n8yrycx>
- Dalma, A., Karnaki, P., Riza, E., Zota, K., Veloudaki, A., & Linos, A. (2018). Health services provision to migrants/refugees in Greece: A qualitative study. *European Journal of Public Health*, 28(suppl_4).
- Das, B. (2019). Mental health trauma treatment within the current Mediterranean refugee crisis. *International Journal of Advanced Counselling*, 41, 481–491.
- Dauvrin, M., Lorant, V., Sandhu, S., et al. (2012). Health care for irregular migrants: Pragmatism across Europe. *BMC Research Notes*, 5, 99.
- De Paoli, L. (2018). Access to health services for the refugee community in Greece: Lessons learned. *Public Health*, 157, 104–106.

- Devillé, W., Greacen, T., Bogic, M., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A., Jensen, N. K., Karamanidou, C., Kluge, U., Mertaniemi, R., Puigpinós i Riera, R., Sárváry, A., Soares, J. F. F., Stankunas, M., Straßmayr, C., Welbel, M., & Priebe, S. (2011). Health care for immigrants in Europe: Is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study. *BMC Public Health, 11*, 699.
- D'Ignotic, S. (2020). Italy's Lampedusa: Back on the migration front line. *New Humanitarian*. Retrieved from <https://tinyurl.com/46fzaduv> [Accessed 13th February 2021].
- Donini, A. M. A., & Scalettari, G. (2016). *Afghans on the Move: Seeking Protection and Refuge in Europe*. Volume 17. Geneva, Switzerland: The Graduate Institute. Global Migration Research Paper 2016.
- ECDC. (2015). Expert opinion on the public health needs of irregular migrants, refugees or asylum seekers across the EU's southern and south-eastern borders. Retrieved from <https://tinyurl.com/2e37h9e6>
- ECDC. (2024). *European Centre for Disease Prevention and Control - Migrant and refugee health*. Retrieved from <https://www.ecdc.europa.eu/en/migrant-and-refugee-health>
- Economou C, Kaitelidou D, Kentikelenis A, et al. The impact of the crisis on the health system and health in Greece. In: Maresso A, Mladovsky P, Thomson S, et al., editors. Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. (Observatory Studies Series, No. 41.) 4. Available from: <https://tinyurl.com/27mvu9hv>
- Economou, C. (2018). Greece's healthcare system and the crisis: A case study in the struggle for a capable welfare state. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, 17*(Suplemento nº 1), 7-26.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., & Maresso, A. (2017). Greece: Health system review. *Health Systems & Reform, 19*(5), 1-166.
- Economou, C., Panteli, D., & Karanikolos, M. (2019). Monitoring and documenting systemic and health effects of health reforms in Greece. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Retrieved from <https://tinyurl.com/3czn3fbp>
- EE Law. (2013). *Access to the European Union law*. Retrieved from <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/ALL/?uri=CELEX%3A32013L0033>
- Eikemo, T. A., Avrami, L., Cavounidis, J., Mouriki, A., Gkiouleka, A., McNamara, C. L., & Stathopoulou, T. (2018). Health in crises. Migration, austerity and inequalities in Greece and Europe: Introduction to the supplement. *European Journal of Public Health, 28*(suppl_5), 1-4. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky092>

- Escobio, F., Echevarria, J., Rubaki, S., & Viniczai, V. (2015). Health assistance of displaced people along the Balkan route. *The Lancet*, 386, 2475.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2015). *Communicable disease risks associated with the movement of refugees in Europe during the winter season*. Retrieved from <https://tinyurl.com/yfs7ux6b>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2015). *Expert opinion on the public health needs of irregular migrants, refugees or asylum seekers across the EU's southern and south-eastern borders*. Retrieved from <https://tinyurl.com/3ksdw9k9>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2015). *Infectious diseases of specific relevance to newly-arrived migrants in the EU/EEA*. Retrieved from <https://tinyurl.com/38te297r>
- European Commission. (2017). *State of Health in the EU: Greece Country Health Profile 2017*. Retrieved from <https://tinyurl.com/3t5jekr8>
- European Commission. (2018). *Social Situation of Migrants in Greece*. Retrieved from <https://tinyurl.com/46h6dj3>
- European Commission. (2024). *Organisation of the European Commission*. Retrieved from <https://tinyurl.com/wbkw5bbj>
- European Migration Network. (2018). *Health of migrants - The way forward: Working together for a healthy and inclusive society*. Retrieved from <https://tinyurl.com/4c4b23zf>
- European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *European Observatory on Health Systems and Policies*. Retrieved from <https://tinyurl.com/4c4b23zf>
- European Parliament. (2015). *European Parliament document*. Retrieved from <https://tinyurl.com/46h6dj3>
- European Parliament. (2017). *Directorate General for Internal Policies, Policy Department C: Citizens' Rights and Constitutional Affairs*. Retrieved from <https://tinyurl.com/9s6sjuyd>
- European Public Health Alliance (EUPHA). (2019). *Migration and health in 2019*. Retrieved from <https://tinyurl.com/yc5nascr>
- European Public Health Alliance (EUPHA). (2024). *Migrant and ethnic minority health*. Retrieved from <https://tinyurl.com/yc5tmem>
- European Public Health Alliance. (2020). *European Public Health Alliance document*. Retrieved from <https://tinyurl.com/25a5jv65>
- European Public Health Association (EUPHA). (2020). *Statement by the European Public Health Association (EUPHA) on migration, ethnicity and health*. Retrieved from <https://tinyurl.com/3bf84uv4>
- European Regional Development Fund, ERDF (2024). *European Regional Development Fund*.

Retrieved from <https://tinyurl.com/4mpmsmt6>

European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). (2021). *Coronavirus pandemic in the EU – Fundamental rights implications: National vaccine deployment*. Retrieved from <https://tinyurl.com/yeyrbz4z>

European Union. (2021). *DG Health and Food Safety (DG SANTE)*. Retrieved from <https://tinyurl.com/2wzu7rhy>

Eurostat Health Statistics Database. (n.d.). Retrieved July 20, 2018, from <https://tinyurl.com/5n7d59e4>

Eurostat. (2016). *Record number of over 1.2 million first time asylum seekers registered in 2015*. Retrieved from <https://tinyurl.com/mr297b8d>

Eurostat. (2017). *Eurostat report*. Retrieved from <https://tinyurl.com/458jcmx9>

Farhat Ben, J., Blanchet, K., Juul Bjertrup, P., et al. (2018). Syrian refugees in Greece: Experience with violence, mental health status, and access to information during the journey and while in Greece. *BMC Medicine*, 16, 40.

Farmakioti, E., Pylli, M., & Giannakou, K. (2023). Access to Healthcare Services and Essential Medicines in GREEK Migrant Camps: an Online Cross-Sectional Study. *Journal of immigrant and minority health*, 25(3), 580–588.

Fathi, R. A., Matti, L. Y., Al-Salih, H. S., & Godbold, D. (2013). Environmental pollution by depleted uranium in Iraq with special reference to Mosul and possible effects on cancer and birth defect rates. *Medicine, Conflict and Survival*, 29(1), 7-25.

Foege, W. H. (2010). Social determinants of health and health-care solutions. *Public Health Reports*, 125(4), 8-10.

Fouskas, T. (2019). Unravelling solidarity and hostility: Mobilizations concerning migrants, asylum seekers and refugees in anti-migrant times in Greece. In A. Rea, M. Martiniello, A. Mazzola, & B. Meuleman (Eds.), *The refugee reception crisis in Europe: Polarized opinions and mobilizations* (pp. 121-143). Brussels: Éditions de l'Université de Bruxelles.

Fouskas, T., Koulierakis, G., Mine, F.-M., Theofilopoulos, A., Konstantopoulou, S., Ortegade-Mora, F., Georgiadis, D., et al. (2022). Racial and ethnic inequalities, health disparities, and racism in times of COVID-19 pandemic populism in the EU: Unveiling anti-migrant attitudes, precarious living conditions and barriers to integration in Greece. *Societies*, 12(6), 189.

Fouskas, T., Vozikis, A., Sidiropoulos, S., (2019). Leaving no one out? Public health aspects of migration: Health risks, responses and accessibility by asylum seekers, refugees, and migrants in Greece. <https://tinyurl.com/ywdmu3fm>

Galanis, P., Sourtzi, P., Bellali, T., Theodorou, M., Karamitri, I., Siskou, O., ... & Kaitelidou, D.

- (2013). Public health services knowledge and utilization among immigrants in Greece: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 13, 1-8.
- Garcia, A., Theofanidis, D., & Fountouki, A. (2020). Impact of migration in Europe: A new challenge for health care in Spain and Greece. *Perisurgical Nursing*, 9(1), 33-42.
- Garkisch, M., Heidingsfelder, J., & Beckmann, M. (2017). Third sector organizations and migration: A systematic literature review on the contribution of third sector organizations in view of flight, migration, and refugee crises. *Voluntas*, 28(6), 1839-1880.
- Geiling, A., Knaevelsrud, C., Böttche, M., & Stammel, N. (2021). Mental health and work experiences of interpreters in the mental health care of refugees: A systematic review. *Frontiers in psychiatry*, 12, 710789.
- Ghafoori, B., Triliva, S., Chrysiopoulou, P., & Vavvos, A. (2024). Psychological adaptation among health care workers who work with trauma-exposed refugees in Greece. *Journal of traumatic stress*, 37(3), 483-491.
- Ghani, A. A., Kakar, A. U., Ullah, Z., Ullah, I., Ullah, A., Baloch, M. C., & Naseem, M. (2018). Hematological and Biochemical status of Beta thalassemia in Pakistani and Afghani patients of Quetta city, Pakistan
- Giambi, C., Del Manso, M., Dalla Zuanna, T., Riccardo, F., Bella, A., Caporali, M. G., & Survey, N. I. (2019). National immunization strategies targeting migrants in six European countries. *Vaccine*, 37(32), 4610-4617.
- Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Methods of data collection in qualitative research: Interviews and focus groups. *British Dental Journal*, 204(6), 291–295.
- Global Burden of Disease. (2024). *Global burden of disease results tool*. Global Health Data Exchange (GHDx). Retrieved August 29, 2024, from <https://tinyurl.com/4reee57b>
- Green European Foundation (2016) Guide to EU Funding on Migration and Asylum, <https://tinyurl.com/2zwmncjj>
- Gunst, M., Jarman, K., Yarwood, V., Rokadiya, S., Capsaskis, L., Orcutt, M., & Abbara, A. (2019). Healthcare access for refugees in Greece: Challenges and opportunities. *Health Policy*, 123(9), 818-824
- Halcomb, E. J., & Davidson, P. M. (2006). Is verbatim transcription of interview data always necessary? *Applied Nursing Research*, 19(1), 38-42.
- Hassiotis, I. (2003) Past and present in the History of Modern Greek diaspora. In. W. Kokot & K. Tötölyan & C. Alfonso (Eds.), *Diaspora, Identity, and Religion: New Directions in Theory and Research*. New York: Routledge, σελ. 93-101
- Hatzopoulos, V., Fouskas, T., Grigoriou, P., Karabelias, G., Kazanas, K., Mine, F., De Maio, A.,

- Novak, C., and Pechlidi, G. (2017), *The Changing Influx of Asylum Seekers in 2014-2016: Member State Responses*. Athens: EPLO/Ministry for Migration Policy/European Migration Network (EMN)
- Health System Response Monitor (HSRM). (2022). *COVID-19: Health system response monitor - Malta*. Retrieved from <https://tinyurl.com/3spdf73a>
- Hémono, R., Relyea, B., Scott, J., Khaddaj, S., Douka, A., & Wringe, A. (2018). The needs have clearly evolved as time has gone on.”: A qualitative study to explore stakeholders' perspectives on the health needs of Syrian refugees in Greece following the 2016 European Union-Turkey agreement. *Conflict and health*, 12, 24.
- Hermans, M. P., Kooistra, J., Cannegieter, S. C., Rosendaal, F. R., Mook-Kanamori, D. O., & Nemeth, B. (2017). Healthcare and disease burden among refugees in long-stay refugee camps at Lesbos, Greece. *European journal of epidemiology*, 32, 851-854.
- HIAS (2020), *Strict New Regulations Limit NGOs Helping Refugees in Greece*, Retrieved from <https://tinyurl.com/yru7xkkx>
- Hong, Q. N., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., ... & Pluye, P. (2018). The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Education for information*, 34(4), 285-291. Retrieved from: <https://tinyurl.com/yc3st78b>
- Hong, Q. N., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., ... & Pluye, P. (2018). The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Education for information*, 34(4), 285-291. Retrieved from: <https://tinyurl.com/yc3st78b>
- Horii, S. (2018). Accountability, dependency, and EU agencies: The hotspot approach in the refugee crisis. *Refugee Survey Quarterly*, 37(2), 204-230.
- Human Rights Watch. (2020). *Greece events*. Retrieved from <https://tinyurl.com/4tv4k6hy>
- Humanrights360. (2021.). *Αντιμετωπίζοντας τα αλυσιδωτά εμπόδια προς την ένταξη & καταγράφοντας τους “μη καταγεγραμμένους”*. Retrieved from <https://tinyurl.com/26ccknhr>
- Hurst SA, Slowther AM, Forde R, Pegoraro R, Reiter-Theil S, Perrier A, Garrett-Mayer E, Danis M: Prevalence and determinants of physician bedside rationing: Data from Europe. *J Gen Inter Med*. 2006, 21 (11): 1138-1143.
- Ifanti, A. A., Argyriou, A. A., Kalofonou, F. H., & Kalofonos, H. P. (2013). Financial crisis and austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care. *Health policy*, 113(1-2), 8-12.
- International Centre for Migration Policy Development (ICMPD). (2009). *Regularisations in Europe*.

Study on practices in the area of regularisation of illegally staying third-country nationals in the Member States of the EU. Vienna: International Centre for Migration Policy Development.

Retrieved from <https://tinyurl.com/3twbpna6>

International Organization for Migration (IOM). (2006). *Migration: A social determinant of the health of migrants.* Retrieved from <https://tinyurl.com/3bunyhep>

International Organization for Migration (IOM). (2015). *Management of the migration crisis in Greece since October 2015 - Implementation of the EU-Turkey statement since 20 March 2016.* Retrieved from <https://tinyurl.com/yc82ve6h>

International Organization for Migration (IOM). (2016). *Emergency support to assist most vulnerable migrants stranded in Greece.* Retrieved from <https://tinyurl.com/45nxcnhh>

International Organization for Migration (IOM). (2017). *Migration and health in the SDGs.*

International Organization for Migration (IOM). (2020a). *Responding to COVID-19.* Retrieved from <https://www.iom.int/covid19>

International Organization for Migration (IOM). (2020b, March 31). *The rights and health of refugees, migrants, and stateless must be protected.* Retrieved from <https://tinyurl.com/ycyuhj36>

International Rescue Committee (IRC). (2022). *One year since Greece opened new “prison-like” refugee camps, NGOs call for a more humane approach.* Retrieved from <https://tinyurl.com/467jfc42>

Intersos (2024), *What we do.* Retrieved from : <https://www.intersos.gr/en/>

Jakab Z, Severoni S, Ostlin P, Verschuuren M, Stein CE. Refugee and migrant health: a priority in the WHO European Region. *Lancet* [Internet]. 2015;386:2477–8. Elsevier. Available from: <https://tinyurl.com/3289pdb8> .

Jervelund, S. S., Nordheim, O., Stathopoulou, T., & Eikemo, T. A. (2019). Non-communicable diseases among refugee claimants in Greek refugee camps: are their health-care needs met?. *Journal of Refugee Studies*, 32(Special_Issue_1), i36-i51.

Josam, I., Grothe, S., Lüdecke, D., Vonneilich, N., & von dem Knesebeck, O. (2022). Burdening and Protective Organisational Factors among International Volunteers in Greek Refugee Camps—A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8599

Joseph, L., Ismail, S. A., Gunst, M., Jarman, K., Prior, D., Harris, M., & Abbara, A. (2020). A Qualitative Research Study Which Explores Humanitarian Stakeholders' Views on Healthcare Access for Refugees in Greece. *International journal of environmental research and public health*, 17(19), 6972.

- Joseph, L., Ismail, S., Prior, D., Gunst, M., Jarman, K., Harris, M., & Abbara, A. (2018). Barriers to healthcare access for refugees in Greece. *European journal of public health*, 28(suppl_4), cky214-285.
- Journal of Immigrant and Minority Health. “Social support and health outcomes among refugees in Greece.” JIMH (2019).
- Kalir, B., & Rozakou, K. (2016). “Giving form to chaos”: the futility of EU border management at Moria hotspot in Lesbos. *Society and Space*, 16.
- Kentikelenis, A. E., & Shriwise, A. (2016). International organizations and migrant health in Europe. *Public health reviews*, 37, 1-20.
- Kentikelenis, A. E., Stubbs, T. H., & King, L. P. (2016). IMF conditionality and development policy space, 1985–2014. *Review of International Political Economy*, 23(4), 543–582.
- Khan, M. S., Osei-Kofi, A., Omar, A., Kirkbride, H., Kessel, A., Abbara, A., ... & Dar, O. (2016). Pathogens, prejudice, and politics: the role of the global health community in the European refugee crisis. *The Lancet infectious diseases*, 16(8), e173-e177.
- Kondilis, E., Papamichail, D., & Benos, A. (2016). “Mapping the Challenges and Coping Strategies of Greek Healthcare Workers in the Era of Economic Crisis and Refugee Influx.” *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(12), 1445.
- Kondilis, E., Papamichail, D., McCann, S., Carruthers, E., Veizis, A., Orcutt, M., & Hargreaves, S. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on refugees and asylum seekers in Greece: A retrospective analysis of national surveillance data from 2020. *EClinicalMedicine*, 37.
- Kondilis, E., Smyrnakis, E., Gavana, M., Giannakopoulos, S., Zdoukos, T., Iliffe, S., & Benos, A. (2012). Economic crisis and primary care reform in Greece: driving the wrong way?. *British Journal of General Practice*, 62(598), 264-265.
- Kotsiou O.S., Zouridis Z., Kosmopoulos M., Gourgoulisanis K.I. Impact of the financial crisis on COPD burden: Greece as a case study. *Eur. Respir. Rev.* 2018;27:170106. doi: 10.1183/16000617.0106-2017.
- Kotsiou OS, Kotsios P, Srivastava DS, Kotsios V, Gourgoulisanis KI, Exadaktylos AK. Impact of the Refugee Crisis on the Greek Healthcare System: A Long Road to Ithaca. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Aug 20;15(8): 90. doi: 10.3390/ijerph15081790
- Kotsiou, O. S., Kotsios, P., Srivastava, D. S., Kotsios, V., Gourgoulisanis, K. I., & Exadaktylos, A. K. (2018). Impact of the refugee crisis on the Greek healthcare system: a long road to Ithaca. *International journal of environmental research and public health*, 15(8), 1790.
- Kotsiou, O.S.; Srivastava, D.S.; Kotsios, P.; Exadaktylos, A.K.; Gourgoulisanis, K.I. The Emergency Medical System in Greece: Opening Aeolus’ Bag of Winds. *Int. J. Environ. Res. Public*

Health 2018, 15, 745.

- Kousoulis, A.A., Ioakeim-Ioannidou, M. & Economopoulos, K.P. (2016). *Access to health for refugees in Greece: lessons in inequalities. Int J Equity Health* 15, <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0409-6>
- Kvale, S. (2007). *Doing Interviews*. London: Sage.
- Markides, K. S., & Rote, S. (2019). The healthy immigrant effect and aging in the United States and other western countries. *The Gerontologist*, 59(2), 205-214.
- Lafazani, O. (2018). Κρίση and Μετανάστευση in Greece: From illegal migrants to refugees. *Sociology*, 52(3), 619-625.
- Lanara VA. Athens, Greece: Evniki; 1991. Heroism as a nursing value - A philosophical perspective.
- Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H., Gil-Salmerón, A., Durá-Ferrandis, E., Garcés-Ferrer, J., ... & Linos, A. (2020). Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC public health*, 20, 1-22.
- Liem A, Wang C, Wariyanti Y, et al.: The neglected health of international migrant workers in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e20-e. 10.1016/S2215-0366(20)30076-6
- Louis C. Médecins Sans Frontières and the refugee crisis in Greece: An interview with Dr. Apostolos Veizis. *Pathog Glob Health*. 2016 Sep;110(6):219-222. doi: 10.1080/20477724.2016.1197441
- Luyten, K. and Orav, A. (2020), European Parliament, available on Hotspots at EU external borders: State of play. Brussels: European Parliament: <https://tinyurl.com/3ydzs2tn>
- MacGregor M. Lesbos camp: asylum seekers fend for themselves as winter looms. *Infomigrants*. 25th November 2020. Available at:
- MacPherson DW, Gushulak BD. Human mobility and population health. New approaches in a globalizing world. *Perspect Biol Med*. 2001 Summer;44(3):390-401. doi: 10.1353/pbm.2001.0053. PMID: 11482008
- Malakooti, A., & Davin, E. (2015). Migration trends across the Mediterranean: Connecting the dots. International Organization for Migration.].
- Marengo, A. (2018). State of Health in the EU. Greece. Country Health Profile 2017. *European Journal of Public Health*, 28(suppl_4), cky213-595.
- Matlin S., Depoux A., Schutte S., Flahault A. & Saso L. (2018). Migrants' and refugees' health: towards an agenda of solutions. *Public Health Reviews* 39: 27-81.
- Matsangos M, Ziaka L, Exadaktylos AK, Klukowska-Rötzler J, Ziaka M. Health Status of Afghan Refugees in Europe: Policy and Practice Implications for an Optimised Healthcare. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jul 27;19(15):9157. doi: 10.3390/ijerph19159157.

- Mays N, Pope C, Popay J. Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy-making in the health field. *J Health Serv Res Policy*. 2005;10:6–20.humanitarian crisis in Greece. *Journal of Applied Security Research*, 12(1), 61-77.
- Medecins du Monde, Access to healthcare, <https://tinyurl.com/4haecanc>
- Médecins Sans Frontières (2022) ,International Activity Report 2022, <https://tinyurl.com/56be4f84>
- Médecins Sans Frontières (MSF). “Greece: A Year Since Moria Camp Fire, Thousands Remain in Limbo.” MSF (2021).
- Médecins Sans Frontières 1. Obstacle course to Europe: a policy-made humanitarian crisis at EU borders 2016 Available from: <https://tinyurl.com/nha7efkx>
- Médecins Sans Frontières. MSF Charter and principles [Internet]. 2016. Available from: <https://tinyurl.com/52rwhaff> .
- Migration Policy Institute(2015), Refugee Crisis Deepens Political Polarization in the West, <https://tinyurl.com/2hfkramt>
- Miller,S.(2018) Xenophobia toward Refugees and Other Forced Migrants, World Refugee Council Research Paper No. 5 — September 2018. Retrieved from: <https://tinyurl.com/3kfswzc9>
- Misganaw, A., Haregu, T.N., Deribe, K. *et al*. National mortality burden due to communicable, non-communicable, and other diseases in Ethiopia, 1990–2015: findings from the Global Burden of Disease Study 2015. *Popul Health Metrics* **15**, 29 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12963-017-0145-1>
- Moris D., Kousoulis A. Refugee crisis in Greece: Healthcare and integration as current challenges. *Perspect. Public Health*. 2017;137:309–310. doi: 10.1177/1757913917726019.
- Morrison, J., Malik, S.M.M.R. Population health trends and disease profile in Somalia 1990–2019, and projection to 2030: will the country achieve sustainable development goals 2 and 3?. *BMC Public Health* **23**, 66 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14960-6>
- Moschopoulos, D. (2010) “Emigration and Immigration in Greece: Past and Present” in Arnold, P. E. (ed) *National approaches to the administration of international migration*,Amsterdam : IOS Press,pp.84-100
- Nathan, S., Newman, C., Lancaster, K. (2019). Qualitative Interviewing. In: Liamputtong, P. (eds) *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences*. Springer, Singapore.
- Nowicka, M., Krzyżowski, Ł., & Ohm, D. (2019). Transnational solidarity, the refugees and open societies in Europe. *Current Sociology*, 67(3), 383-400.
- OECD. (2022). *Remuneration of doctors (general practitioners and specialists)*. In *Health at a glance: Europe 2022: State of health in the EU cycle*. OECD.
- OHCHR. (1966). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Retrieved from

<https://tinyurl.com/3ac4yun8>

- OHCHR. (2024). *Committee on the Elimination of Racial Discrimination*. Retrieved from <https://tinyurl.com/27danknb>
- Oltermann, P. (2020). Refugees in German Centre fear lack of protection as covid-19 cases soar. *The Guardian*. Retrieved from. <https://tinyurl.com/ybay84fy>
- Oltheten, E., Pinteris, G., & Sougiannis, T. (2003). Greece in the European Union: Policy lessons from two decades of membership. *The Quarterly Review of Economics and Finance*, 43(5), 774-806.
- Östlin et al, 2019 (WHO-Regional Office for Europe), Role of Civil Society in Refugee and Migrant Health, <https://tinyurl.com/ycxuhhbp>
- Ozaras, R., Leblebicioglu, H., Sunbul, M., Tabak, F., Balkan, I. I., Yemisen, M., ... Ozturk, R. (2016). The Syrian conflict and infectious diseases. *Expert Review of Anti-Infective Therapy*, 14(6), 547–555.
- Papadakaki, M., Lionis, C., Saridaki, A., Dowrick, C., De Brún, T., O'Reilly-de Brún, M., ... & MacFarlane, A. (2017). Exploring barriers to primary care for migrants in Greece in times of austerity: perspectives of service providers. *European Journal of General Practice*, 23(1), 129-135.
- Papadimos, T., Pappada, S., Lyaker, M., Papadimos, J., & Casabianca, A. (2021). Health security and the refugee crisis in Greece: The refugee perspective. *Contemporary developments and perspectives in international health security*, 1, 105-124.
- Papadopoulos, A.G. (2011). "Migration and Security Threats in Southeastern Europe". *Southeast European and Black Sea Studies*, 11(4): 451-469
- Papoutsis, A., Painter, J., Papada, E., & Vradis, A. (2019). The EC hotspot approach in Greece: Creating liminal EU territory. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 45(12), 2200-2212.
- PRAKSIS (2024), About Praksis, <https://tinyurl.com/mu5a6rtt>
- Priebe S, Bogic M, Adány R, Bjerre NV, Dauvrin M, Devillé W, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Kluge U, Ioannidis E, Jensen NK, Puigpinós I, Riera R, Soares JJF, Stankaunas M, Straßmayr C, Wahlbeck K, Welbel M, McCabe R: Good practice in emergency care: views from practitioners. *Migration and Health in the European Union*. Edited by: Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M. 2011, Maidenhead: Open University Press, 213-226. First
- Provias G, Perperidou P, Kosmidis D, Fountouki A, Theofanidis D; A Pilot Qualitative Study on the Supply and Demand for Health Services in Migrant and Refugee Hosting Centers in Greece; *Int. Res. Med. Health Sci.*, 2020; (4-2): 11-18; doi: <https://doi.org/10.36437/irmhs.2021.4.2.B>

- Qureshi H Bile KM Jooma R Alam SE Afridi HUR, Prevalence of hepatitis B and C viral infections in Pakistan: findings of a national survey appealing for effective prevention and control measures. *East Mediterr Health J.* 2010; 16: S15-S23
- Rea, A., Martiniello, M., Mazzola, A., & Meuleman, B. (Eds.). (2019). Introduction: The refugee reception crisis in Europe polarized opinions and mobilizations. In *The Refugee Reception Crisis in Europe: Polarized Opinions and Mobilizations* (pp. 11-30). Brussels: Éditions de l'Université de Bruxelles. Retrieved from <https://tinyurl.com/29e6f5f7>
- Rea, A., Martiniello, M., Mazzola, A., & Meuleman, B. (Eds.). (2019). The refugee reception crisis in Europe: Polarized opinions and mobilizations (pp. 121-143). Brussels: Éditions de l'Université de Bruxelles, 108, 130.
- Rechel, B. Chiesa, V., Chiarenza, A., Mosca, D., (2019). Health records for migrants and refugees: a systematic review. *Health Policy, 123*(9), 888-900.
- Richardson, N. A., Cassell, J. A., Head, M. G., Lanza, S., Schaefer, C., Walker, S. L., & Middleton, J. (2023). Scabies outbreak management in refugee/migrant camps in Europe 2014-2017: a retrospective qualitative interview study of healthcare staff experiences and perspectives. *BMJ open, 13*(11), e075103.
- Riedel,(2020) The Right to Health under the ICESCR (Chapter 8) - The Cambridge Handbook of New Human Rights, <https://tinyurl.com/38txw6mr>
- Ritchie, J., & Lewis, J. (2003). *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. Sage Publications.
- Roberts B, Murphy A, McKee M. Europe's collective failure to address the refugee crisis. *Public Health Rev.* 2016;37:1.
- Romero-Ortuño R: Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned?. *Eur J Health Law.* 2004, 11: 245-272. 10.1163/1571809042388572.
- RSA-Refugee Support Aegean (2019), "A small history of PHILOS project", <https://tinyurl.com/38txw6mr>
- RSA-Refugee Support Aegean (2024), Διοικητική κράτηση το 2023-Αυθαίρετη στέρηση ελευθερίας των προσφύγων παρά το ανέφικτο της απέλασης, <https://tinyurl.com/5n9a793s>
- Sams (2024), Our Programs, <https://tinyurl.com/5f9j2mse>
- Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, Burroughs H, Jinks C. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant.* 2018;52(4):1893-1907.
- Sharry, F. (2000). "NGOs and the Future of the Migration Debate". *Journal of International Migration and Integration*. 1(1): 121-130.

- Silverman D. (2000). *Doing qualitative research: A practical handbook*. London: Sage Publications.
- Simon J, Kiss N, Laszewska A, Mayer S. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for labour migrants in the European Region. WHO Health Evidence Network synthesis report. 2015. p. 43.
- Solé-Auró, A., & Crimmins, E. M. (2008). Health of immigrants in European countries 1. *International Migration Review*, 42(4), 861-876.
- Solidarity Now,(2024), Vision and action, <https://tinyurl.com/ysw2mhzs>
- Souliotis, K., Saridi, M., Banou, K. *et al.* (2019). Health and health needs of migrants in detention in Greece: shedding light to an unknown reality. *Global Health* 15, 4.
- Staněk, M. (2017). The humanitarian crisis and civil war in Syria: Its impact and influence on the migration crisis in Europe. *Kontakt*, 19(4), e270-e275.
- Tagiadou, I., & Baskozos, I. (2019). The challenge of a comprehensive health response to the refugee crisis in Greece. *Refugee Migration and Health: Challenges for Germany and Europe*, 149-159.
- Taxheaven(2024), Οδηγίες για την απόδοση και τη λειτουργία του Αριθμού Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (AMKA), <https://tinyurl.com/24eayzyc>
- The 2017 Primary Health Care (PHC) reform in Greece: Improving access despite economic and professional constraints? Emmanouilidou M. *Health Policy*. 2021;125:290–295.
- The European Observatory on Health Systems and Policies(2021), Greece: Country Health Profile 2021, <https://tinyurl.com/3thhw8sv>
- The new Humanitarian (2023), This is inexcusable’: What's behind deteriorating conditions in Greek island asylum camps? <https://tinyurl.com/mtxxwckw>
- Theoni Stathopoulou, Lydia Avrami, Anastasia Kostaki, Jennifer Cavounidis, Terje Andreas Eikemo, Safety, Health and Trauma among Newly Arrived Refugees in Greece, *Journal of Refugee Studies*, Volume 32, Issue Special_Issue_1, December 2019, Pages i22–i35, <https://doi.org/10.1093/jrs/fez034>
- Stathopoulou, T., Stornes, P., Mouriki, A., Kostaki, A., Cavounidis, J., Avrami, L., ... & Eikemo, T. A. (2018). Health inequalities among migrant and native-born populations in Greece in times of crisis: the MIGHEAL study. *European Journal of Public Health*, 28(suppl_5), 5-19.
- Tognotti E. (2013) Lessons from the history of quarantine, from plague to Influenza A. *Emerg Infect Dis*. 19(2):254–9.
- Tountas Y, Karnaki P, Pavi E. Reforming the reform: the Greek National Health System in transition. *Health Policy*. 2002 Oct;62(1):15-29.
- Triandafyllidou, A. (2001). *Immigrants and National Identity in Europe*, London: Routledge.

Tsitsakis et al, 2017) C, Karasavvoglou A, Tsaridis E, Ramantani G, Florou G, Polychronidou P, et al. Features of public healthcare services provided to migrant patients in the eastern Macedonia and Thrace region (Greece). *Health Policy*. 2017;121(3):329–37.

Tsitsi, T., & Charalambous, A. (2010). Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας και η ανάπτυξη ενός υπερεθνικού ρυθμιστικού πλαισίου. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(1), 106-112.

UNAIDS, Aids and HIV infection, <https://tinyurl.com/bddakzd7>

UNICEF(2016),Refugee and migrant children in Greece, <https://tinyurl.com/49szcbpp>

UNICEF(2024), About us, <https://tinyurl.com/4wsz7cb4>

UNICEF. (2020). Refugee and migrant children in Greece. UNICEF

United Nations High Commissioner for Refugees (2011) Κατευθυντήριες Οδηγίες για την προστασία των γυναικών και των κοριτσιών κατά την πρώτη υποδοχή στην Ελλάδα και τη διαδικασία ασύλου, <https://tinyurl.com/yu3fvcpu>

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR),2024 . Figures at a Glance. Available online: <https://tinyurl.com/4h8npbsh>

United Nations High Commissioner for Refugees. (2015a). *Over one million sea arrivals reach Europe in 2015*. Retrieved from <https://tinyurl.com/m3mxebx3>

United Nations High Commissioner for Refugees. (2016). *Europe refugees & migrants emergency response nationality of arrivals to Greece, Italy and Spain*. Retrieved from <https://tinyurl.com/3wa7fjun>

United Nations High Commissioner for Refugees. (2016). *Regional refugee and migrant response plan for Europe January to December 2017*. Retrieved from <https://tinyurl.com/55p885mp>

United Nations High Commissioner for Refugees. (2018). *Press Greece*. Retrieved from <https://tinyurl.com/4hff5zj6>

United Nations High Commissioner for Refugees. (2019). *Cash assistance gives refugees the power of choice*. Retrieved from <https://tinyurl.com/55vzutvx>

United Nations High Commissioner for Refugees. (2023a). *Afghanistan refugee crisis explained*. Retrieved from <https://tinyurl.com/22vead7y>

United Nations High Commissioner for Refugees. (2023b). *About the UN High Commissioner for Refugees in Greece*. Retrieved from <https://tinyurl.com/wc2snuk5>

United Nations High Commissioner for Refugees. (2023c). *Refugee data finder*. Retrieved from <https://tinyurl.com/3brew2fz>

United Nations High Commissioner for Refugees. (2024a). *The 1951 refugee convention*. Retrieved from <https://tinyurl.com/4cas9z43>

- United Nations High Commissioner for Refugees. (2024b). *Access to healthcare*. Retrieved from <https://tinyurl.com/yf92edpa>
- United Nations High Commissioner for Refugees. (2024c). *My rights and obligations as a recognized refugee*. Retrieved from <https://tinyurl.com/2v98z3yc>
- United Nations High Commissioner for Refugees. Mediterranean Sea Arrivals-2015. Mediterranean Sea arrivals-2015. Data-by location, country of arrival, demographic and country of origin; 2015. Available at: <https://tinyurl.com/4dctmbs>
- United Nations, 1996, Office of the High Commissioner for Human Rights. (n.d.). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. United Nations. Retrieved August 29, 2024, from <https://tinyurl.com/3ac4yun8>
- United Nations. 2020. Common country analysis Somalia: Available from: <https://tinyurl.com/5eea5wb5>
- United Nations. Migration. 2018. Available from: <https://tinyurl.com/uakcsx6d> .
- Van de Wiel, W., Castillo-Laborde, C., Francisco Urzúa, I. *et al.* (2021). Mental health consequences of long-term stays in refugee camps: preliminary evidence from Moria. *BMC Public Health* 21, 1290.
- Washington D, Bowles J, Saha S, Horowitz CR, Moody-Ayers S, Brown AF, Stone VE, Cooper LA: Transforming Clinical Practice To Eliminate Racial-Ethnic Disparities in Healthcare. *J Gen Intern Med*. 2008, 23 (5).
- WHO(2006), Government of Iraq, Ministry of Health, WHO. Chronic non-communicable diseases risk factors survey in Iraq, 2006. Retrieved from <https://tinyurl.com/bdcknvxw>
- Witcher Ashley, Greece's Discriminatory Migrant Regime: Volunteers, Informal Street-Level Bureaucrats, and Moral Rationalities, *Journal of Refugee Studies*, Volume 34, Issue 2, June 2021, Pages 1540–1559, <https://doi.org/10.1093/jrs/feaa083>
- Woods Ngaire (2006), The Globalizers The IMF, the World Bank, and Their Borrowers, <https://tinyurl.com/4cd3csvc>
- World Health Organization (WHO). (2013). *WHO and European Commission adopt joint declaration*. Retrieved from <https://tinyurl.com/pjwvkm7p>
- World Health Organization (WHO). (2015). *European Environment and Health Task Force (EHTF)*. Retrieved from <https://tinyurl.com/25pnt69k>
- World Health Organization (WHO). (2016a). *Public health aspects of migration in Europe: Newsletter: Issue 9, July 2016*. Retrieved from <https://tinyurl.com/4j36jefc>
- World Health Organization (WHO). (2016b). *Regional Office for Europe Organization*. Retrieved from <https://tinyurl.com/mv367kbn>
- World Health Organization (WHO). (2018). *Report on the health of refugees and migrants in the*

- WHO European region: *No public health without refugee and migrant health*. Retrieved from <https://tinyurl.com/4j36jefc>
- World Health Organization (WHO). (2019). *Greece: Assessing health systems capacity to manage large influx of refugees and migrants in an evolving context*. Retrieved from <https://tinyurl.com/58945ybz>
- World Health Organization (WHO). (2023a). *Health systems in transition: Country review*. Retrieved from <https://tinyurl.com/4c4b23zf>
- World Health Organization (WHO). (2023b). *Human rights*. Retrieved from <https://tinyurl.com/yc8kmpr2>
- World Health Organization (WHO). (2023c). *Action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region 2023–2030*. Retrieved from <https://tinyurl.com/m2w6derh>
- World Health Organization (WHO). (2023d). *The health of refugees and migrants in the WHO European Region*. Retrieved from <https://tinyurl.com/332yxnkf>
- World Health Organization (WHO). (2024a). *Who we are*. Retrieved from <https://tinyurl.com/5a9ak7zd>
- World Health Organization (WHO). (2024b). *World Health Assembly*. Retrieved from <https://tinyurl.com/yzadedzt>
- Yarwood V, Gunst M, Chen CY, Jarman K, Rokadiya S, Isreb M, Abbara A. A retrospective review of specialist referrals for refugees into Greece's health system: A humanitarian organization's perspective. *Avicenna J Med*. 2021 Apr 19;11(2):84-92. doi: 10.4103/ajm.ajm_136_20. PMID: 33996646; PMCID: PMC8101647.
- Zeina Farah, Majd Saleh, Hala Abou El Naja, Lina Chaito & Nada Ghosn. (2023) Communicable Disease Surveillance in Lebanon during the Syrian Humanitarian Crisis, 2013–2019. *Epidemiologia* 4:3, pages 255-266.

Ελληνόγλωσση

- Βαβέλ. (2024). *Μονάδα ψυχικής υγείας για μετανάστες, Το έργο μας*. Ανακτήθηκε από <https://tinyurl.com/ysufex4k>
- Γαλάνης, Π. (2022). *Μεθοδολογία της έρευνας στις επιστήμες υγείας* (2η έκδ.). Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.
- Γιατροί του Κόσμου. (2024). *Η Οργάνωση-Γνωρίστε τους Γιατρούς του Κόσμου*. Ανακτήθηκε από <https://t.ly/yikIr>
- Γιατροί Χωρίς Σύνορα. (2024). *Οι αρχές μας*. Ανακτήθηκε από <https://t.ly/j1Qx>

- Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης (2016). *Migrant Arrivals in Greece in January Spike 200 Percent from a Year Ago: IOM*. Ανακτήθηκε από <https://tinyurl.com/m5e2f6rn>
- Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης (2024a). *RE-HEALTH*. Ανακτήθηκε από <https://greece.iom.int/el/re-health>
- Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης (2024b). *Ο ΔΟΜ στην Ελλάδα*. Ανακτήθηκε από <https://greece.iom.int/el/stin-ellada>
- Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης (2017). *Humanitarian and Recovery Support to the Affected Population in Greece*. Ανακτήθηκε από <https://tinyurl.com/rewc2jra>
- Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (2019). *Δελτίο Τύπου*. Ανακτήθηκε από <https://tinyurl.com/knupajpc>
- Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (2020). *Δελτίο Τύπου*. Ανακτήθηκε από <https://tinyurl.com/yc59a656>
- Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (2024). *Ολοκληρωμένη Επείγουσα παρέμβαση Υγείας για την προσφυγική Κρίση – Πρόγραμμα Philos*. Ανακτήθηκε από <https://tinyurl.com/3wzwhn2y>
- ΕΛΙΑΜΕΠ. (2010). *Η μετανάστευση στην Ελλάδα του 21ου αιώνα*. Ανακτήθηκε από <https://t.ly/U-wuv>
- Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός. (2024). *Ιστορία του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού*. Ανακτήθηκε από <https://tinyurl.com/3kkuakv8>
- ΕΠΒ - Ευρωπαϊκή Επιτροπή για την Πρόληψη των Βασανιστηρίων και της Απάνθρωπης ή Ταπεινωτικής Μεταχείρισης ή Τιμωρίας. (2009). *Μηχανισμοί προστασίας για παράνομους μετανάστες που στερούνται της ελευθερίας τους*. Ανακτήθηκε από <https://t.ly/0TerV>
- Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. (2000). *Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης*. Ανακτήθηκε από <https://tinyurl.com/mr4yapfn>
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2024), *Δυνατότητες χρηματοδότησης για ΜΚΟ* Ανακτήθηκε από: <https://tinyurl.com/mpvbw9vs>
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2016, *Η ΕΕ χορηγεί 83 εκατ. ευρώ για τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των προσφύγων στην Ελλάδα* <https://tinyurl.com/34sapmeu>
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή. (2020). *Υγεία των μεταναστών*. Ανακτήθηκε από <https://tinyurl.com/58754fwn>
- Ευρωπαϊκό Ελεγκτικό Συνέδριο, (2017). *Η προσέγγιση των κέντρων υποδοχής και ταυτοποίησης (hotspot)*. Ειδική έκθεση αριθ. 06, 2017, Ανακτήθηκε από: <https://tinyurl.com/yc2fzv37>
- Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (2005), *Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις*, Ανακτήθηκε από: <https://tinyurl.com/y84nt5y7>
- Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (2017), *ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ.*

4486, Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις, Ανακτήθηκε από <https://tinyurl.com/8y8dyw7t>

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, (2012) Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, Ανακτήθηκε από: https://ypergasias.gov.gr/wp-content/uploads/2021/03/%CE%9D.4052_2012.pdf

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, (2023), Ανακτήθηκε από: <https://tinyurl.com/42thtc47>

ΕΦΚΑ (2024) «Οδηγίες για την απόδοση και τη λειτουργία του Αριθμού Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ)» <https://tinyurl.com/an6xbppp>

Μαρκέτος, Μ., & Κουτσοπανάγου Γ. (2006). Οι Ελληνοαμερικάνοι: ιστορία της ελληνικής ομογένειας των ΗΠΑ. Αθήνα: Παπαζήσης

Μπελετσιώτη, Χ., Παπαδόπουλος, Α., & Νιάκας, Δ. (2018). Η επίδραση της κρίσης στην υγεία και στη φροντίδα υγείας των κατοίκων της Ελλάδας. Archives

Σουλιώτης, Κ. (2013). Η δημόσια ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα: από το αδιανόητο στο αυτονόητο. Αθήνα: Παπαζήσης.

Τσιώλης Γ. (2018). Η θεματική ανάλυση ποιοτικών δεδομένων. Στο Ζαϊμάκης, Γ. (Επιμ.) *Ερευνητικές διαδρομές στις Κοινωνικές Επιστήμες. Θεωρητικές – Μεθοδολογικές Συμβολές και Μελέτες Περίπτωσης*. (Σελ. 97-125). Πανεπιστήμιο Κρήτης. Εργαστήριο Κοινωνικής Ανάλυσης και Εφαρμοσμένης Κοινωνικής έρευνας. Ρέθυμνο.

Υπουργείο Εργασίας (2020), «Ρυθμίσεις για τη διασφάλιση της πρόσβασης των αιτούντων διεθνούς προστασίας στις υπηρεσίες υγείας, την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, την κοινωνική ασφάλιση και την αγορά εργασίας» -Έκδοση Π.Α.Α.Υ.Π.Α., Ανακτήθηκε από: <https://tinyurl.com/53k2z5vz>

Υπουργείο Εργασίας (2024), Ξεκινά η λειτουργία του Ενεργού/ Ανενεργού ΑΜΚΑ. Ανακτήθηκε από: <https://ypergasias.gov.gr/xekina-i-leitourgia-tou-energou-anenergou-amka/>

Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου (2019), Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Περί Διεθνούς Προστασίας και άλλες διατάξεις. <https://tinyurl.com/phupdeuc>

Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου (2021), Ταμείο Ασύλου Μετανάστευσης και Ένταξης (ΑΜΙΕ), Ανακτήθηκε από: <https://tinyurl.com/3x8nsra8>

Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου (2022), Ανακτήθηκε από: <https://tinyurl.com/phupdeuc>

Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου (2024α), Διαδικασίες Υποδοχής και Ταυτοποίησης, Ανακτήθηκε από: <https://tinyurl.com/23spdjev>

Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου (2024β), Δομές Φιλοξενίας / Προσωρινής Υποδοχής Ανακτήθηκε από: <https://tinyurl.com/yc29krex>

Υπουργείο Υγείας (2016) *Πρόσβαση των Ανασφάλιστων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας*. Ανακτήθηκε από: <https://tinyurl.com/24yfnffh>

Υπουργείο Υγείας (2022), Ν.4238_2014_Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις, Ανακτήθηκε από: <https://tinyurl.com/27wn3jhf>

Φούσκας, Θ. (2023). Μετανάστευση και δημόσια υγεία: Φυλετικές και εθνοτικές ανισότητες στην Υγεία και επισφάλεια την εποχή της πανδημίας της νόσου του κορωνοϊού COVID-19, στο Οικονόμου, Χ. και Σπυριδάκης, Μ. (Επιμ). *Υγεία και Κοινωνία: Μεταβαλλόμενες Σχέσεις και Διαδρομές*. Αθήνα: Διόνικος, 25-52.

Παράρτημα 1

Οδηγός συνέντευξης

Συνέντευξη Νο.: _____

Ερευνήτρια: Β. Σκοπελίτου ΠΑΔΑ

Ημ/νία: _____

Τόπος: _____

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η παρούσα συνέντευξη αποτελεί μέρος της εκπόνησης Διπλωματικής Εργασίας με τίτλο «Ο ρόλος κρατικών φορέων, ευρωπαϊκών και διεθνών οργανισμών και μη κυβερνητικών οργανώσεων στη διαχείριση των μεταναστευτικών και προσφυγικών ροών αναφορικά με την υγεία και τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα» στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών στη Δημόσια Υγεία, του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, της Σχολής Δημόσιας Υγείας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ΠΑΔΑ). Η παρούσα μελέτη εστιάζει στην διερεύνηση του ποιοι είναι οι παράγοντες που δυσχεραίνουν την πρόσβαση των ΠΤΧ στην υγεία σε δομές υποδοχής και φιλοξενίας, πως αποτυπώνεται το πεδίο συνεργασίας μεταξύ διαφορετικών φορέων αναφορικά με την υγεία. Σκοπός είναι να κατανοηθεί γιατί κρίνεται απαραίτητη η παροχή υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ΠΤΧ ταυτόχρονα με τους κρατικούς φορείς, από, ευρωπαϊκούς, ΔΟ ή ΜΚΟ μέσα από τις εμπειρίες των εργαζόμενων στην παροχή υπηρεσιών υγείας (ΕΠΥΥ) στο πεδίο ζητήματα αναφορικά με την πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας από ΠΤΧ.

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο;
2. Ημερομηνία γέννησης;
3. Τόπος καταγωγής; / Εθνικότητα;
4. Ποιο είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο σας;
5. Τι ιατρική ειδικότητα έχετε;

Γενικός ιατρός	Παθολόγος	
Καρδιολόγος	Νοσηλεύτης/τρια	
Γυναικολόγος	Άλλο	
Παιδίατρος		

6. Σε τι είδους οργανισμό εργάζεστε;

Κρατικό φορέα	Ευρωπαϊκό Οργανισμό	Διεθνή Οργανισμό	ΜΚΟ
---------------	---------------------	------------------	-----

B. ΔΟΜΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ ή ΦΙΛΟΞΕΝΙΑΣ

7. Εργάζεστε αυτήν την στιγμή σε υποδοχής/φιλοξενίας ΠΤΧ;
8. Η δομή είναι:

ΚΥΤ	Κέντρο Φιλοξενίας στην ενδοχώρα	Άλλο
-----	---------------------------------	------

9. Στη δομή αυτή βρίσκονται άντρες, γυναίκες, παιδιά ή μικτός πληθυσμός;

Αιτούντες άσυλο	Πρόσφυγες	Μετανάστες
-----------------	-----------	------------

10. Ποια είναι η χωρητικότητα της Δομής;
11. Ποιες είναι οι συνθήκες διαβίωσης στη Δομή; (υγιεινή σωματική/οδοντική/αποχωρητήρια/πόσιμο νερό/φαγητό/θέρμανση/κλιματισμός/κοντέινερ-πόσα άτομα); Υπάρχουν προβλήματα;
12. Έχουν ΑΜΚΑ/ΠΑΥΠΠΑ/ΠΑΜΚΑ;
13. Η δομή που εργάζεστε έχει ιατρό; Εάν ναι, τι ειδικότητα; Άλλοι επαγγελματίες υγείας;

Γενικός ιατρός	Παθολόγος	
Καρδιολόγος	Ψυχίατρος	
Γυναικολόγος	Νοσηλεύτης/τρια	
Παιδίατρος	Άλλοι επαγγελματίες υγείας	

14. Στη δομή πόσοι ιατροί/επαγγελματίες υγείας/νοσηλευτές υπάρχουν/αντιστοιχούν ανά ωφελούμενο/η;
15. Στη δομή υπάρχει ιατρείο;
16. Πως γίνεται η παραπομπή;
17. Στις δομές υπάρχει βαλιτσάκι πρώτων βοηθειών πλήρως εξοπλισμένο; Υπάρχει:

Φορητός απινιδωτής	Επαρκές ιατροφαρμακευτικό υλικό (γάζες κλπ)	Άλλο
--------------------	---	------

18. Ποια ήταν η κύρια πρόκληση κατά τη διάρκεια της πανδημίας της νόσου COVID-19 και γιατί (ξεχωριστά).

Τήρηση μέτρων	Θετικά κρούσματα	Ελλείψεις σε υλικό	Βία
Ψυχικά νοσήματα	Εμβολιασμοί	Άλλο	

19. Οι εργαζόμενοι παρακολουθούν σεμινάρια Πρώτων Βοηθειών ανά τακτά διαστήματα;
20. Πόσο σημαντικό θεωρείτε ότι πρέπει να είναι η εκπαίδευση όλου του προσωπικού για Πρώτες Βοήθειες; Το ΑΓΝΟΔΙΚΗ ήταν χρήσιμο; Γιατί;

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

Γ. ΕΠΑΓΓΕΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΜΕ ΠΤΧ

21. Με ποιο καθεστώς εργάζεστε και πόσο καιρό; (σύμβαση/ωράριο/αμοιβές)
22. Κάθε πότε επισκέπτεστε τη Δομή (ημέρες/ώρες)
23. Έχετε γραφείο εξοπλισμένο;

Υλικά πρώτων βοηθειών (πλ. ράμματα, γάζες, επιδέσμους)	
Φαρμακευτικά σκευάσματα (γάζες αντιβιοτικών, παυσίπονα χάπια, οφθαλμικές σταγόνες)	
Μικροεπεμβάσεις (ενδοφλ. ορούς, ράμματα)	
Άλλο	

24. Πως σας επηρεάζει η εργασία σας; Έχετε νιώσει εξάντληση / ικανοποίηση / αδυναμία παροχής υπηρεσιών;
25. Πως αποτιμάτε την παροχή υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ΠΤΧ; Γιατί; Τι πρέπει να αλλάξει;
26. Είναι σημαντική η παροχή υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ΠΤΧ ταυτόχρονα με τους κρατικούς φορείς ευρωπαϊκούς, ΔΟ ή ΜΚΟ;
27. Μπορείτε να αναφέρετε κάποιες δυσκολίες που αντιμετωπίσατε στην συνεργασία σας με άλλες ΜΚΟ και κρατικούς, ευρωπαϊκούς ή διεθνείς φορείς;

Δ. ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΠΤΧ

28. Πως θα χαρακτηρίζατε την κατάσταση υγείας των ΠΤΧ, και γιατί;
29. Οι αιτούντες άσυλο/οι πρόσφυγες;
30. Πάσχουν από τι είδους προβλήματα;
31. Τι προβλήματα υγείας θεωρείται ότι αντιμετωπίζουν οι ΠΤΧ;
32. Στην διάρκεια της εργασίας σας, ποια προβλήματα υγείας θεωρούνται πιο συχνά; Από εξετάσεις;

Σακχαρώδης διαβήτης	Γενική αίματος
Καρδιαγγειακά προβλήματα	Τεστ Παπανικολάου
Θυροειδής	Μαστογραφία
ΣΜΝ	Καρδιογράφημα
Ηπατίτιδες	Εξέταση προστάτη
Ψυχικές ασθένειες	Άλλο
Αρτηριακή πίεση	
Χοληστερόλη	
Σάκχαρο αίματος	
Δηλητηριάσεις	
Οδοντική υγεία	
Χρόνια Νοσήματα	
Αυτοτραυματισμοί	
Τραυματισμοί	
Δερματικές παθήσεις	
Παιδική ασθένεια	
Μορφές αναπηρίας	
Άλλο	

33. Πως αντιμετωπίσατε ένα τέτοιο πρόβλημα υγείας τους τελευταίους 12 μήνες;
34. Ποια είναι τα συνήθη αιτήματα αναφορικά με την α) σωματική υγεία και β) ψυχική υγεία;

Ε. ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

35. Ποιες είναι κατά τη γνώμη σας οι προκλήσεις για α) τη δημόσια υγεία και β) την παροχή υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ΠΤΧ;
36. Τι θα πρέπει να αλλάξει;