

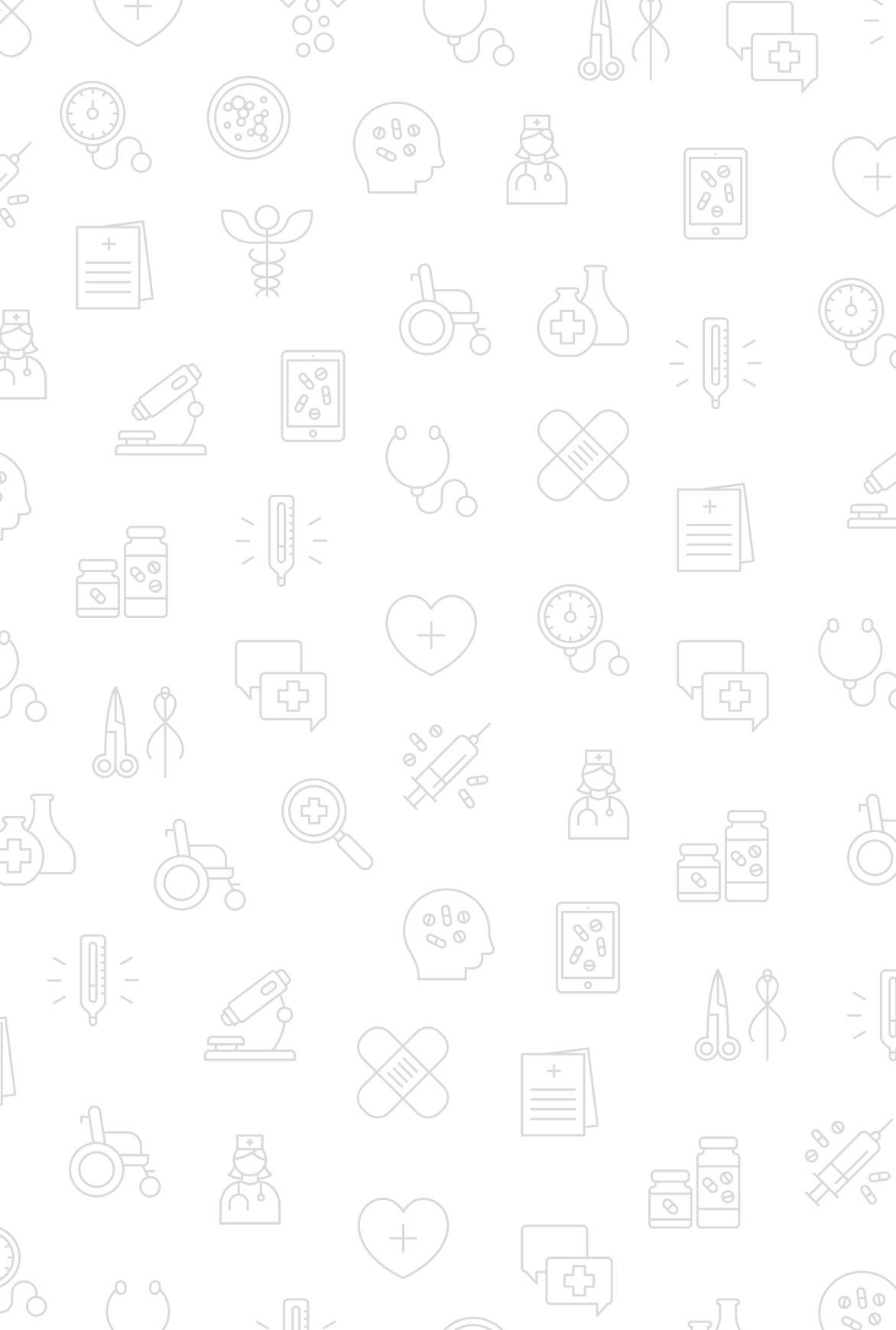


Οδικός Χάρτης &  
Εργαλειοθήκη του  
προγράμματος  
**Mig-HealthCare**  
για την εφαρμογή  
αποτελεσματικών  
μοντέλων φροντίδας  
σε επίπεδο  
κοινότητας για  
μετανάστες &  
πρόσφυγες



Co-funded by the European Union's  
Health Programme (2014-2020)





Mig-HealthCare - Ενίσχυση της φροντίδας σε επίπεδο κοινότητας με στόχο την μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας και την ενίσχυση της ένταξης των ευάλωτων μεταναστών και προσφύγων στις τοπικές κοινότητες.

Η **κοινοπραξία Mig-HealthCare** αποτελείται από τους εξής εταίρους:

- Ινστιτούτο Προληπτικής Περιβαλλοντικής και Εργασιακής Ιατρικής, Prolepsis, **Ελλάδα** – Συντονιστής
- Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, **Ελλάδα**
- Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας, **Ελλάδα**
- Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (ΕΚΕΠΥ), Υπουργείο Υγείας, **Ελλάδα**
- Κεντρική Ένωση Δήμων Ελλάδας (ΚΕΔΕ), **Ελλάδα**
- Oxfam Italia, **Ιταλία**
- Ethnomedical Center, **Γερμανία**
- National Center of Infectious and Parasitic Diseases, **Βουλγαρία**
- Ecole des Hautes Etudes en Sante Publique, **Γαλλία**
- CARDET, **Cyprus**
- KOPIN, **Μάλτα**
- Uppsala University, **Σουηδία**
- Verein Multiculturell, **Αυστρία**
- University of Valencia, Polibienestar, **Ισπανία**

**Προτεινόμενη παραπομπή:**

Karnaki P., Zota D., Riza E., Grech W., Bitschnau B., Agaidyan O., Patouris E., Sherlaw W., Brinkmann D., Gil-Salmerón A., Garcés-Ferrer J., Christova I., Kunchev A., Pezzati P., Tizzi G., Bradby H., Lebano A., Hamed S., & Linos A. (2020). The Mig-HealthCare Roadmap & Toolbox for the effective implementation of community care models for Migrants & Refugees.

# Παρεμπόδιση

Εισαγωγή	5
Θέματα Γλώσσας, Πολιτισμού και Επικοινωνίας	13
Συνεχής ροή ιατρικής πληροφόρησης	19
Ψυχική Υγεία	23
Εμβολιασμοί	27
Υγεία Μητέρας και Παιδιού	33
Προαγωγή της Υγείας	37
Στοματική Υγεία – Οδοντιατρική Φροντίδα	47
Μη Μεταδιδόμενα Νοσήματα και Χρόνιες Παθήσεις	51
Ο Αλγόριθμος του Mig-HealthCare	54
Βιβλιογραφικές Παραπομπές	63

Από την εποχή της έναρξης της μεσανατολικής κρίσης το 2011, η Ευρώπη έχει δεχτεί αυξημένες ροές μεταναστών και προσφύγων, κυρίως στις μεσογειακές ακτές. Σύμφωνα με δεδομένα της Ύπατης Αρμοστείας των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες (UNHCR) 70,8 εκατομμύρια άνθρωποι εξαναγκάστηκαν σε εκτοπισμό από την πατρίδα τους. Από το 2015, έχουν καταφτάσει στην Ευρώπη πάνω από 2.000.000 πρόσφυγες και μετανάστες, ενώ αυξημένες ροές μεταναστών/προσφύγων εξακολουθούν να καταφτάνουν έως σήμερα. Η ανάγκη για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των μεταναστών/προσφύγων και η διευκόλυνση της πρόσβασης της εν λόγω ευάλωτης πληθυσμιακής ομάδας σε υπηρεσίες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, γίνεται ολοένα και πιο επιτακτική.

Στο Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα των Ηνωμένων Εθνών, άρθρο 12.1 αναφέρεται ότι «Τα συμβαλλόμενα Κράτη αναγνωρίζουν το δικαίωμα κάθε ατόμου να απολαμβάνει την καλύτερη δυνατή σωματική και ψυχική υγεία» (Ηνωμένα Έθνη 1966). Σε ευρωπαϊκό πλαίσιο, ο Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων αναφέρει ότι «Κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαύει ιατρικής περίθαλψης [...]». Ωστόσο, εξακολουθούν να υπάρχουν προβλήματα όσον αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για τους μετανάστες και τους πρόσφυγες.

*Στοιχεία από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που διεξήχθη από τους εταίρους του Mig-HealthCare όσον αφορά στην πρόσβαση των μεταναστών και των προσφύγων στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, υποδεικνύουν ότι εξακολουθούν να υπάρχουν ανισότητες μεταξύ μεταναστών και μη μεταναστών τόσο στην υγεία όσο και στην πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες.*

Οι ανισότητες αυτές απορρέουν από τα νομικά εμπόδια που υφίστανται σε πολλά κράτη-μέλη της ΕΕ αναφορικά με την πρόσβαση στην περίθαλψη μεταξύ μεταναστών, προσφύγων και αιτούντων ασύλου, και ιδιαίτερα μεταξύ μεταναστών χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα. Οι ανισότητες, ωστόσο, αποδίδονται επίσης στην οικονομική κατάσταση των μεταναστών, οι οποίοι δεν διαθέτουν τα μέσα προκειμένου να έχουν πρόσβαση ή να πληρώσουν για υπηρεσίες υγείας. Οι ανισότητες προκύπτουν επιπλέον ως αποτέλεσμα γλωσσικών εμποδίων, διακρίσεων και, όπως αναφέρεται σε πολλά άρθρα, ως αποτέλεσμα έλλειψης πολιτισμικής ικανότητας από τους παρόχους ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (Lebano et al., 2018).

Είναι σημαντικό να επισημανθεί επίσης ότι οι πληθυσμοί μεταναστών και προσφύγων στην Ευρώπη είναι κατά κανόνα νεαρά, υγιή, ενήλικα άτομα, αλλά επίσης περιλαμβάνουν σημαντικό ποσοστό οικογενειών, ηλικιωμένων ατόμων και ατόμων με αναπηρίες (WHO, 2018). Οι ανάγκες για την υγεία τους τούς θέτουν σε μειονεκτική θέση, ως αποτέλεσμα της έκθεσής τους σε πολλούς παράγοντες κινδύνου, όπως μεγάλα και επικίνδυνα ταξίδια, έλλειψη στέγης, απουσία ασφαλιστικής κάλυψης, έκθεση σε βία, ψυχικό και σωματικό τραύμα και εκμετάλλευση (WHO, 2018). Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι πληθυσμοί μεταναστών και προσφύγων ενδέχεται να εμφανίζουν χειρότερη έκβαση σε ζητήματα υγείας σε σχέση με τον πληθυσμό της χώρας υποδοχής, όπως αυξημένη βρεφική θνησιμότητα, δυσμενή έκβαση γυναικολογικών περιστατικών και μη ρυθμισμένες χρόνιες ασθένειες. Επιπλέον, παράγοντες όπως πολιτισμικά και γλωσσικά εμπόδια, ανεργία ή εργασία με χαμηλό μισθό, παράνομη ή επισφαλής εργασία, τούς εκθέτουν σε αυξημένους κινδύνους για την υγεία (WHO, 2018).

## Το πρόγραμμα Mig-HealthCare

Το πρόγραμμα «Mig-HealthCare - strengthening Community Based Care to minimize health inequalities and improve the integration of vulnerable migrants and refugees into local communities» είναι ένα τριετές έργο που ξεκίνησε τον Μάιο 2017, με την οικονομική υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Το έργο υλοποιείται από μια κοινοπραξία Πανεπιστημιακών

Ιδρυμάτων, εθνικών αρχών και ΜΚΟ από δέκα χώρες σε όλη την Ευρώπη, οι οποίες αντιμετωπίζουν ποικίλα ζητήματα που προκύπτουν όσον αφορά τη δημόσια υγεία και την ένταξη μεταναστών και προσφύγων.

Ο απώτερος στόχος του Mig-HealthCare είναι η ενίσχυση της πρόσβασης στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των ευάλωτων μεταναστών και προσφύγων, η υποστήριξη της ένταξης και συμμετοχής τους στις ευρωπαϊκές κοινότητες και η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία.

## Τι περιλαμβάνει ο Οδικός Χάρτης και η Εργαλειοθήκη του Mig-HealthCare;

Ο Οδικός Χάρτης & η Εργαλειοθήκη είναι μια **διαδικτυακή εφαρμογή** φιλική προς τον χρήστη, η οποία εστιάζει στα βασικά βήματα για τη βέλτιστη παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε μετανάστες και πρόσφυγες και περιλαμβάνει χρήσιμα εργαλεία που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είτε από επαγγελματίες υγείας είτε από μετανάστες και πρόσφυγες, καθώς επίσης και παραδείγματα βέλτιστων πρακτικών. Επίσης, περιλαμβάνει έναν αλγόριθμο, ο οποίος μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως οδηγός για τους επαγγελματίες υγείας και να βοηθήσει στην βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας σε ασθενείς με μεταναστευτικό/προσφυγικό υπόβαθρο.

Η διαδικτυακή έκδοση είναι διαθέσιμη στη σχετική ενότητα του ιστοτόπου του έργου: <https://www.mighealthcare.eu/roadmap-and-toolbox>.

Ο **Οδικός Χάρτης του Mig-HealthCare** περιλαμβάνει τα εξής:

- 1. Απαραίτητες ενέργειες τις οποίες θα πρέπει να συμπεριλάβει ο επαγγελματίας υγείας κατά την παροχή περίθαλψης σε μετανάστες και πρόσφυγες, ειδικότερα:**
  - Συνεχής ροή ιατρικής πληροφόρησης
  - Θέματα Γλώσσας, Πολιτισμού & Επικοινωνίας
    - ο Γλώσσα και επικοινωνία
    - ο Θέματα πολιτισμού/κουλτούρας
    - ο Αλφαριθμητικός Υγείας

## 2. Πληροφορίες που αφορούν ζητήματα υγείας ιδιαίτερης σημασίας για μετανάστες και πρόσφυγες:

- › Ψυχική Υγεία
- › Εμβολιασμοί
- › Υγεία μητέρας/ παιδιού
- › Προαγωγή της υγείας
  - Προληπτικός έλεγχος για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και καρκίνο του μαστού
  - Προληπτικός έλεγχος για καρκίνο του παχέος εντέρου
  - Οινόπνευμα (Αλκοόλ)
  - Κάπνισμα
  - Διατροφή
  - Σωματική άσκηση
- › Στοματική Υγεία/ Οδοντιατρική Φροντίδα
- › Μη Μεταδιδόμενα Νοσήματα (MMN) & χρόνιες παθήσεις

## 3. Βέλτιστες πρακτικές

Οι εταίροι του Mig-HealthCare συγκέντρωσαν και αξιολόγησαν σχετικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των ζητημάτων υγείας μεταξύ των μεταναστών/προσφύγων. Ορισμένες από αυτές τις παρεμβάσεις οι οποίες αξιολογήθηκαν θετικά και θεωρούνται Βέλτιστες Πρακτικές μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε ποικίλες δομές. Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις συγκεκριμένες και άλλες καλές πρακτικές είναι διαθέσιμες στον ιστότοπο του έργου <http://www.mighealthcare.eu/> ανατρέχοντας στην Έκθεση με τίτλο «D5.1: Αναφορά σχετικά με τα μοντέλα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και κοινωνικής φροντίδας στην κοινότητα και βέλτιστες πρακτικές» - Report on models of community health and social care and best practices: <https://mighealthcare.eu/resources/D5.1%203%20Models%20of%20community%20health%20and%20good%20practices.pdf>

## 4. Εργαλεία

Η εργαλειοθήκη περιλαμβάνει περίπου 300 εργαλεία που ανήκουν στις κατηγορίες που αναφέρθηκαν παραπάνω. Η πρόσβαση στην εργαλειοθήκη γίνεται απευθείας από τον ιστότοπο του Mig-HealthCare ή μέσω των διαφορετικών κατηγοριών του Οδικού Χάρτη. Την αναζήτηση εργαλείων διευκολύνει η ύπαρξη διάφορων φίλτρων (θεματική κατηγορία, γλώσσα, τελικός χρήστης, είδος υλικού).

## 5. Τον αλγόριθμο του Mig-HealthCare

Ο αλγόριθμος είναι ένα εργαλείο που καθοδηγεί τους επαγγελματίες υγείας σε όλα απαραίτητα βήματα για την αναγνώριση των ζητημάτων υγείας ιδιαίτερης σημασίας κατά την παροχή φροντίδας σε μετανάστες/πρόσφυγες.

## Σε ποιους απευθύνεται ο Οδικός Χάρτης και η Εργαλειοθήκη;

Ο Οδικός Χάρτης αποτελεί μια πολύτιμη και χρήσιμη πηγή πληροφόρησης για μεγάλο εύρος επαγγελματιών υγείας, τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο οργανισμού. Οι ομάδες-στόχοι στους οποίους απευθύνεται είναι μεταξύ άλλων:

- › Επαγγελματίες υγείας όλων των ειδικοτήτων, συμπεριλαμβανομένων ιατρών και νοσηλευτών που εργάζονται σε διαφορετικά επίπεδα, τοπικό, περιφερειακό και εθνικό
- › Διοικητικό προσωπικό φορέων ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης
- › Διευθυντές και προσωπικό υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των νοσοκομείων και κέντρων υγείας σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο
- › ΜΚΟ
- › Τοπικές αρχές

## Πώς μπορεί να χρησιμοποιείται ο Οδικός Χάρτης και η Εργαλειοθήκη του Mig-HealthCare;

Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να ανατρέξουν στο περιεχόμενο του Οδικού Χάρτη και της Εργαλειοθήκης οποιαδήποτε στιγμή, προκειμένου να λάβουν πληροφορίες σχετικά με σημαντικά ζητήματα κατά την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε μετανάστες/πρόσφυγες. Η αναζήτηση μπορεί να αφορά συγκεκριμένα προβλήματα υγείας που περιγράφονται στο Χάρτη όταν υπάρχει ανάγκη για την αντιμετώπιση του εκάστοτε προβλήματος ή μπορεί να αφορά το συνολικό περιεχόμενο του Χάρτη. Ενδεικτικά:

- › Οι επαγγελματίες υγείας, καθώς και οι ενδιαφερόμενοι φορείς σε επίπεδο κοινότητας μπορούν να χρησιμοποιούν τα εργαλεία ή να υιοθετούν και να προσαρμόζουν τις βέλτιστες πρακτικές που περιγράφονται στο Χάρτη και την Εργαλειοθήκη για τη συγκεκριμένη κατάσταση στην κοινότητά τους.
- › Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να χρησιμοποιούν τα εργαλεία που παρουσιάζονται για κάθε ζήτημα υγείας για τους ασθενείς τους ή για τη διευκόλυνση της εργασίας τους.
- › Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να χρησιμοποιούν τον αλγόριθμο όταν εξετάζουν έναν ασθενή μετανάστη/πρόσφυγα ώστε να διασφαλίσουν ότι θα αντιμετωπιστούν τα σημαντικά ζητήματα που έχουν εντοπιστεί μέσω του έργου Mig-HealthCare για την υγεία των μεταναστών/προσφύγων.

### Πώς αναπτύχθηκε ο Οδικός Χάρτης και η Εργαλειοθήκη;

Ο Οδικός Χάρτης και η Εργαλειοθήκη δημιουργήθηκαν ως τμήμα του έργου Mig-HealthCare και συνιστούν αποτέλεσμα εκτεταμένης έρευνας ως εξής:

- › Ομάδες εστιασμένης συζήτησης και συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε 10 χώρες της ΕΕ (Ελλάδα, Κύπρος, Γερμανία, Βουλγαρία, Σουηδία, Ισπανία, Αυστρία, Ιταλία, Μάλτα και Γαλλία) με σκοπό την αναγνώριση αναγκών και κενών στην παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε μετανάστες και πρόσφυγες, όπως προσδιορίστηκαν από επαγγελματίες υγείας, μέσω πρωτογενούς έρευνας.
- › Συστηματική ανασκόπηση βέλτιστων πρακτικών η οποία διεξήχθη στην Ευρωπαϊκή Ένωση αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο.
- › Έρευνα η οποία διεξήχθη μεταξύ 1.350 μεταναστών και προσφύγων σε 10 χώρες της ΕΕ (Ελλάδα, Κύπρος, Γερμανία, Βουλγαρία, Σουηδία, Ισπανία, Αυστρία, Ιταλία, Μάλτα και Γαλλία) όσον αφορά στην κατάσταση της υγείας τους, προβλήματα υγείας και πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.
- › Βιβλιογραφική ανασκόπηση σε 10 χώρες της ΕΕ και αλλά και σε διεθνές επίπεδο, όσον αφορά τα προβλήματα ιατροφαρμακευτι-

κής περίθαλψης μεταναστών και προσφύγων. Προσδιορισμός και συγκέντρωση των σχετικών εργαλείων σε επίπεδο ΕΕ και σε διεθνές επίπεδο.

*Λεπτομερείς εκθέσεις για όλα τα παραπάνω είναι διαθέσιμες στον ιστότοπο του Mig-HealthCare.*

### Πρόσβαση στον Οδικό Χάρτη και στην Εργαλειοθήκη

Η παρούσα έκδοση παρέχει μια σύντομη περιγραφή των θεματικών κατηγοριών του Οδικού Χάρτη και της Εργαλειοθήκης, καθώς και του αλγόριθμου. Ο πλήρης Οδικός Χάρτης & η Εργαλειοθήκη είναι διαθέσιμα στον ιστότοπο του προγράμματος Mig-HealthCare - <https://mighealthcare.eu/roadmap-and-toolbox> όπου παρέχεται πρόσβαση σε περισσότερες πληροφορίες, βέλτιστες πρακτικές και εργαλεία για κάθε θεματική κατηγορία. Ενδεικτικά, μέσω της Εργαλειοθήκης μπορείτε να αποκτήσετε πρόσβαση σε περισσότερα από 300 εργαλεία σε διάφορες γλώσσες.

## ► Θέματα Γλώσσας, Πολιτισμού και Επικοινωνίας

### Γλώσσα και Επικοινωνία

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) αναφέρει ότι διεθνώς μόνο 600 έως 700 εκατομμύρια άνθρωποι εκτιμάται ότι χρησιμοποιούν τα αγγλικά ως δεύτερη γλώσσα, επιπλέον των 335 εκατομμυρίων των οποίων η μητρική γλώσσα είναι τα αγγλικά. Αυτό σημαίνει ότι το μεγαλύτερο μέρος του παγκόσμιου πληθυσμού, περίπου έξι δισεκατομμύρια άνθρωποι, παραμένουν με ελάχιστη ή καθόλου πρόσβαση σε μεγάλο όγκο πολύτιμων πληροφοριών σχετικά με τη δημόσια υγεία, καθώς αυτές είναι διαθέσιμες στα αγγλικά.

Η γλώσσα θεωρείται σημαντικό εμπόδιο στην πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. «Στη δημόσια υγεία, η απουσία γλωσσικής σύνδεσης μεταξύ των ατόμων που παρέχουν πληροφορίες υγείας και των ατόμων που χρειάζονται αυτές τις πληροφορίες, επηρεάζει όλους τους εμπλεκόμενους, από τους κλινικούς ιατρούς και τους ασθενείς μέχρι τις διοικήσεις δημόσιας υγείας και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής» (WHO, 2015, p.365).

Η επικοινωνία είναι, λοιπόν, το κλειδί για ποιοτική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και κατέχει κεντρικό ρόλο σε κάθε αλληλεπίδραση (White et al., 2015). Μία από τις σημαντικότερες ανάγκες των ασθενών είναι να είναι σε θέση να επικοινωνήσουν τα συμπτώματα και την κατάστασή τους στους επαγγελματίες υγείας.

*Η αποτελεσματική επικοινωνία ιατρού-ασθενή μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα καλύτερη έκβαση στα ζητήματα υγείας, συμβάλλοντας έτσι στη γενικότερη υγεία της κοινότητας. Η αδυναμία κατανόησης και χρήσης της γλώσσας της χώρας υποδοχής θέτει ένα σημαντικό εμπόδιο στην αποτελεσματική επικοινωνία.*



Η πολυπολιτισμικότητα και η πολυγλωσσία είναι πλέον ιδιαίτερα συνήθη φαινόμενα στην Ευρώπη, με αποτέλεσμα την ύπαρξη γλωσσικών εμποδίων στις δομές ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Ασθενείς των οποίων η μητρική γλώσσα δεν είναι η ίδια με εκείνη των ιατρικών υπηρεσιών στις οποίες απευθύνονται, είναι πολύ πιθανό να βιώσουν χειρότερη έκβαση ως προς τα θέματα υγείας τους (Divi et al., 2007). Παρά το γεγονός ότι πολλά μεγάλα ιδρύματα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες διερμηνείας οι οποίες σχετίζονται στενά με την αυξημένη ικανοποίηση του ασθενή και την καλή επικοινωνία, η διαθεσιμότητα σε διερμηνείς δεν είναι επαρκής προκειμένου να εξασφαλιστεί ιατροφαρμακευτική περίθαλψη υψηλής ποιότητας σε όλες τις περιπτώσεις. Εις βάθος έρευνα σε 39 γυναίκες μετανάστριες από τη Σομαλία σε μαιευτικό κέντρο του Λονδίνου καταδεικνύει ότι η διαθεσιμότητα σε μεταφραστές και μόνο δεν επαρκεί για την υπέρβαση των πολιτισμικών εμποδίων (Binder et al., 2012).

### Σημαντικά βήματα/προϋποθέσεις για τον τομέα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης

Είναι σημαντικό να προσφέρονται στους μετανάστες/πρόσφυγες κατάλληλες γλωσσικές υπηρεσίες, όπως διερμηνείς, στα πλαίσια των υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Σύμφωνα με την Αυστραλιανή Ψυχολογική Εταιρεία (2013), για τη διευκόλυνση της αποτελεσματικής επικοινωνίας μέσω διερμηνέα, θα πρέπει να εφαρμόζονται μεταξύ άλλων τα εξής:

- Μιλήστε απευθυνόμενος στον ασθενή, όχι στον διερμηνέα. Προσπαθήστε να διατηρήσετε κατάλληλη πολιτισμικά βλεμματική επαφή με τον ασθενή, ακόμη και όταν μιλάει ο διερμηνέας. Όταν μιλάτε ή ακούτε, κοιτάζετε τον ασθενή και όχι τον διερμηνέα, παρατηρώντας τα εξωλεκτικά μηνύματα. Μιλήστε στον ασθενή απευθείας χρησιμοποιώντας πρώτο και δεύτερο πρόσωπο («εγώ», «εσύ»), αντί για τρίτο πρόσωπο («αυτός», «αυτή»). Με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζετε ακριβέστερη κατανόηση των λέξεων και των συναισθημάτων που εκφράζονται.
- Αποφεύγετε την τεχνική γλώσσα, τις μεταφορές και τα ακρωνύ-

μια.

- Η επανάληψη μπορεί να βοηθήσει στην κατανόηση.
- Χρησιμοποιείτε σύντομες, απλές προτάσεις.
- Κάντε μια παύση κάθε μία ή δύο προτάσεις, ώστε να επιτρέψετε στον διερμηνέα να μεταφέρει το μήνυμα.
- Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να χρησιμοποιήσουν διαγράμματα ή εικόνες για να αυξήσουν την κατανόηση.
- Ρωτήστε τον ασθενή εάν η ομιλία σας γίνεται σε κατανοητό ρυθμό ή εάν απαιτείται κάποια διευκρίνιση.
- Ζητάτε ανατροφοδότηση κατά τη διάρκεια της εξέτασης για να διασφαλίσετε ότι ο ασθενής είναι ικανοποιημένος με τη διαδικασία διερμηνείας.

### Θέματα πολιτισμού/κουλτούρας

Λαμβάνοντας υπόψη την αύξηση του μεταναστευτικού πληθυσμού στην Ευρώπη, η πολιτισμική ικανότητα/επάρκεια θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση προκειμένου να διασφαλιστεί η ισότητα στην πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και η παροχή αποτελεσματικής φροντίδας σε μετανάστες και πρόσφυγες (Jongen, McCalman & Bainbridge, 2018). Ο πολιτισμός ορίζεται ως τα «μοτίβα απόψεων, εθίμων και συμπεριφορών που είναι κοινά σε μία συγκεκριμένη ομάδα ανθρώπων ή σε μία κοινωνία. Αυτά τα μοτίβα καθορίζουν τα μέλη ως τμήμα μιας ομάδας και τα διαχωρίζουν από άλλες ομάδες» (How Culture Influences Health, 2017).

Η έννοια της πολιτισμικής ικανότητας/επάρκειας εισήχθη για πρώτη φορά τη δεκαετία του 1980, με σκοπό να αντιμετωπίσει το κενό που υπάρχει όσον αφορά στις ικανότητες των παρόχων ιατρικής φροντίδας να προσφέρουν ισότιμη και χωρίς διακρίσεις περίθαλψη σε διαφορετικούς πληθυσμούς. Έκτοτε, έχουν θεσπιστεί διάφορα πλαίσια για την πολιτισμική ικανότητα, τα οποία εστιάζουν σε ποικίλα ζητήματα που περιλαμβάνουν τη γνώση του πολιτισμού των μειονοτήτων, τις συμπεριφορές προς τις μειονότητες και τους νεοαφιχθέντες μετανάστες, καθώς επίσης και τις δεξιότητες για την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης μέσω μεταφραστών και σε συνεργασία με διαπολιτισμικούς διαμεσολαβητές. Η έννοια της πολιτισμικής ικανότητας εξελίχθηκε με την πάροδο του χρόνου και πλέον περιλαμβάνει όχι μόνο την αλληλεπί-

δραση μεταξύ παρόχων ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και χρηστών, αλλά επίσης την πολιτισμική ικανότητα σε επίπεδο οργανισμών και συστημάτων (Truong, Paradies & Priest, 2014).

### Σημαντικά βήματα/προϋποθέσεις για τον τομέα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης

Η βελτίωση της πολιτισμικής ικανότητας των επαγγελματιών υγείας είναι ιδιαίτερης σημασίας. Δίνει τη δυνατότητα παροχής αποτελεσματικής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, υπερβαίνοντας τα στερεότυπα. Σύμφωνα με μια έκθεση σχετικά με τις προκλήσεις που αφορούν την υγεία μεταναστών και προσφύγων (Bischoff, 2003), οι πάροχοι θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους πολιτισμικούς παράγοντες στις εξής περιπτώσεις:

- **Λήψη ιατρικού ιστορικού και σωματική/ιατρική εξέταση:** Το ατομικό μεταναστευτικό ιστορικό του κάθε ασθενή έχει επίπτωση στην εκδήλωση και εξέλιξη των ασθενειών του. Συνεπώς, είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να συγκεντρώνουν πληροφορίες σχετικά με τη ζωή των ασθενών μεταναστών και τις κοινωνικές συνθήκες στις οποίες διαμένουν/ζουν. Είναι απαραίτητος ο προσδιορισμός πτυχών, όπως προσωπικό ιστορικό, εκδήλωση πόνου, παραδοσιακές/θρησκευτικές θεραπευτικές πρακτικές, διατροφή (διατροφικές συνήθειες), κατανόηση της τοπικής γλώσσας, κατάσταση εργασίας και διαμονής, εμπειρίες βίας, μεταναστευτικό ιστορικό (λόγοι μετανάστευσης, τραύμα, ιστορικό μετακίνησης και ένταξης).
- **Αξιολόγηση αναγκών περίθαλψης:** Ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να αντιμετωπίζει την ασθένεια σε ένα ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο και όχι ως ατομικό πρόβλημα. Αυτό σημαίνει διαφοροποίηση της θεραπείας και της αγωγής, κοινοποίηση των πληροφοριών που αφορούν την υγεία και την ευεξία και συμμετοχή της οικογένειας του ασθενή και της κοινότητας στις ιατρικές αποφάσεις (Burgess, 2004).

Επιπλέον, προκειμένου οι πάροχοι ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης να βελτιώσουν την πολιτισμική τους ικανότητα/επάρκεια, προτείνονται τα εξής (Bernd, 2011):

- λήψη πληροφοριών σχετικά με τη γλώσσα, τον πολιτισμό και την εθνοτική ομάδα του ασθενή
- γνώση των πολιτισμικών στερεοτύπων
- αποφυγή χρήσης των μελών της οικογένειας του ασθενή σε ρόλο διερμηνέα
- εξοικείωση με τις εκφράσεις δυσφορίας του συγκεκριμένου πολιτισμού
- διατήρηση της εμπιστευτικότητας
- αποφυγή θρησκευτικών και κοινωνικών προκαταλήψεων
- χρήση συνοδών του ίδιου φύλου
- ελεύθερη τέλεση ιεροτελεστιών του εκάστοτε πολιτισμού, για παράδειγμα, μετά από θάνατο
- αποφυγή αυθαίρετων συμπερασμάτων.

### Αλφαβητισμός Υγείας

Σύμφωνα με τους Sørensen και συνεργάτες (2012) ο αλφαβητισμός υγείας αφορά στη γνώση και τις δεξιότητες των ατόμων ώστε να είναι σε θέση να ανταποκρίνονται στις σύνθετες απαιτήσεις της υγείας στις σύγχρονες κοινωνίες:

«Ο αλφαβητισμός σε θέματα υγείας συνδέεται με τη γνώση και προϋποθέτει αντίληψη, κινητοποίηση και δεξιότητες προκειμένου το άτομο να έχει πρόσβαση, να κατανοεί, να αξιολογεί και να εφαρμόζει τις πληροφορίες που αφορούν την υγεία, ώστε να κρίνει και να λαμβάνει στην καθημερινή του ζωή αποφάσεις που αφορούν την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, την πρόληψη νοσημάτων και την προαγωγή υγείας με σκοπό τη διατήρηση ή τη βελτίωση της ποιότητας ζωής σε όλη τη διάρκεια του βίου του».

*Μειωμένα επίπεδα αλφαβητισμού υγείας παρατηρούνται συχνότερα μεταξύ ασθενών με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, ηλικιωμένων, μεταναστών και ασθενών που ανήκουν σε εθνοτικές μειονότητες.*

Σύμφωνα με τους Zanchetta και Poureslami (2006), ο αλφαβητισμός σε θέματα υγείας σε κοινότητες νεοαφιχθέντων με διαφορετικό εθνοπο-

## ► Συνεχής ροή ιατρικής πληροφόρησης

λιτισμικό υπόβαθρο είναι η λιγότερο κατανοητή πτυχή από τους επαγγελματίες υγείας σε σύγκριση με άλλα εμπόδια, όπως η γλώσσα ή οι πολιτισμικές διαφορές, εμποδίζοντας έτσι την πρόσβαση στις διαθέσιμες υπηρεσίες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και πληροφορίες.

Η αντιμετώπιση του αλφαριθμητισμού υγείας μέσω των υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ενέχει δυσκολίες (Lee, Arozullah, & Cho, 2004; Nielsen-Bohlman et al., 2004). Παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση παραγόντων όπως η συμμόρφωση με τη θεραπεία (Van Servellen et al., 2003, 2005), η υιοθέτηση συμπεριφορών πρόληψης, όπως ο προληπτικός έλεγχος, και η λογική χρήση των αντιβιοτικών (Stockwell et al., 2010), επηρεάζονται από τα επίπεδα αλφαριθμητισμού υγείας. Υπό αυτό το πρίσμα, η ενσωμάτωση δεξιοτήτων στην πλοήγηση του συστήματος ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης έχει αποδειχθεί αποτελεσματική (Soto-Mas et al., 2015 a,b; Yung-Mei et al., 2015).

Ταυτόχρονα, η καλύτερη κατανόηση των ικανοτήτων και των αναγκών των ασθενών με περιορισμένο αλφαριθμητισμό υγείας είναι απαραίτητη προκειμένου να υπάρξει ανάπτυξη στρατηγικών οι οποίες θα περιλαμβάνουν αποτελεσματικά μέσα για την επικοινωνία με τους ασθενείς (Paashe-Orlow & Wolf, 2007). Συνεπώς, οι πάροχοι ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και τα συστήματα υγείας θα έχουν τη δυνατότητα να ικανοποιούν τις ανάγκες των ασθενών με περιορισμένο αλφαριθμητισμό σε θέματα υγείας εφόσον, αναγνωρίζουν καλύτερα τις ανάγκες τους.



### Εργαλειοθήκη

Αποκτήστε πρόσβαση στην εργαλειοθήκη για επιπλέον εργαλεία σε σχέση με θέματα Γλώσσας, Πολιτισμού και Επικοινωνίας που αφορούν μετανάστες και πρόσφυγες στον ακόλουθο σύνδεσμο: [https://mighealthcare.eu/index.php?option=com\\_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=2&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0](https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=2&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0).

Οι μετακινούμενοι πληθυσμοί παρουσιάζουν πιο διακριτά πρότυπα υγείας, που συμπεριλαμβάνουν αρκετές ευαλωτότητες, όπως μεταδιδόμενα νοσήματα από τα τρόφιμα και το νερό, εξαιτίας των δυσμενών συνθηκών του ταξιδιού και του αυξημένου επιπολασμού των ασθενειών που προλαμβάνονται με εμβολιασμό. Οι μετανάστες και οι πρόσφυγες συνήθως δεν καταφέρνουν να αντιμετωπίσουν ή δεν έχουν τη δυνατότητα να αποφύγουν μη μεταδιδόμενα νοσήματα και χρησιμοποιούν συχνά ακατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, η οποία ενδέχεται να καταστήσει πιο έντονο το πρόβλημα της μικροβιακής αντοχής. Παράλληλα, αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας που οφείλονται σε τραύμα, βασανιστήρια και στην ίδια την εμπειρία της μετανάστευσης. Όλα τα παραπάνω ενδέχεται να έχουν ως αποτέλεσμα αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα σε έναν ήδη ευάλωτο πληθυσμό.

Σύμφωνα με τη «Διακήρυξη της Νέας Υόρκης για τους πρόσφυγες και τους μετανάστες» της UNHCR, που υπογράφηκε από 193 κράτη-μέλη στη Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών το 2016, τα κράτη αναλαμβάνουν την ευθύνη να ανταποκριθούν στις ανάγκες που αφορούν την υγεία των προσφύγων και των μεταναστών που έρχονται στις χώρες τους, εστιάζοντας ιδιαίτερα στην ευαλωτότητα και στις ειδικές ανάγκες υγείας των πληθυσμών κατά τη μετακίνηση, όπως πρόληψη, θεραπεία, βασική αγωγή υγείας και ψυχοκοινωνική υποστήριξη, με στόχο τη βελτίωση της ένταξης και της ενσωμάτωσης στις κοινωνίες υποδοχής (Matlin et al., 2018).

Είναι γεγονός ότι η ικανότητα των συστημάτων υγείας να ανταποκριθούν στις αυξημένες ανάγκες υγείας των μεταναστών και των προσφύγων από το 2015 είναι περιορισμένη. Μια γενικευμένη προσέγγιση ως προς την ενίσχυση της δημόσιας υγείας και των συστη-

μάτων υγείας ώστε να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις ανάγκες των μεταναστών και των προσφύγων, είναι πλέον επιτακτική. Ένας από τους βασικούς παράγοντες για τη βέλτιστη παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης είναι η διασφάλιση μιας συνέχειας στη ροή των πληροφοριών για την υγεία, με άλλα λόγια η διασφάλιση ότι τα ιατρικά ιστορικά των μεταναστών-προσφύγων που έρχονται στην Ευρώπη θα είναι διαθέσιμα στις υπηρεσίες σε όλη τη διάρκεια του ταξιδιού τους. Σε πολλές περιπτώσεις, οι λεπτομέρειες του προφίλ υγείας των μεταναστών και των προσφύγων δεν είναι διαθέσιμες ή η σχετική πληροφόρηση (σχετικά έγγραφα) λείπει ή έχει χαθεί. Οι πληροφορίες σχετικά με το ιατρικό ιστορικό του ασθενή, το οικογενειακό ιστορικό, τα είδη θεραπείας, τους εμβολιασμούς και τις ιατρικές συμβουλές που έχουν ληφθεί θα διασφαλίσουν την ύπαρξη μιας συνέχειας στην παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

*Για τον σκοπό αυτό, είναι σημαντική η υιοθέτηση ενός ενιαίου εργαλείου που θα χρησιμοποιηθεί για τη διευκόλυνση της αξιολόγησης της υγείας και της δημιουργίας μιας γραμμής επικοινωνίας μεταξύ των κρατών και μεταξύ διαφορετικών υπηρεσιών και το οποίο θα μπορεί να εντοπίζει και να αξιοποιεί το ιατρικό ιστορικό αυτών των πληθυσμών.*

Με αυτόν τον τρόπο, τα δεδομένα που αφορούν την υγεία θα είναι διαθέσιμα σε άλλες χώρες εντός της Ευρώπης καθώς πραγματοποιείται η μετακίνηση των μεταναστών και των προσφύγων και η ένταξή τους στα εθνικά συστήματα υγείας στις χώρες υποδοχής θα διευκολυνθεί.

### Σημαντικά βήματα/προϋποθέσεις για τον τομέα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης

Η παρακολούθηση της κατάστασης υγείας των προσφύγων και μεταναστών με τον τρόπο που αναφέρεται παραπάνω είναι σημαντική για τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας τόσο των ίδιων όσο και της δημόσιας υγείας στις χώρες υποδοχής. Δεδομένης της αυξημένης κινητικότητας και της διαφορετικότητας αυτών των πληθυσμών,

προτείνεται η τήρηση ηλεκτρονικού προσωπικού ιατρικού ιστορικού ως ένας σημαντικός τρόπος λήψης πληροφοριών ιατρικού ιστορικού με ταυτόχρονη δυνατότητα αυτό να είναι διαθέσιμο στις διάφορες δομές υγείας κατά τη διάρκεια του ταξιδιού των μεταναστών και των προσφύγων. Το προσωπικό ηλεκτρονικό ιατρικό ιστορικό (PHR) παρουσιάζει το πλεονέκτημα της εύκολης προσβασιμότητας, δεδομένου ότι θα υπάρχει διαθέσιμη φορητή συσκευή και το κατάλληλο λογισμικό που θα δώσουν τη δυνατότητα στους επαγγελματίες υγείας να αποκτούν πρόσβαση και να ενημερώνουν τις σχετικές πληροφορίες.

Το Προσωπικό Ιατρικό Ιστορικό (PHR) περιέχει όλα τα απαραίτητα δεδομένα σχετικά με την υγεία των προσφύγων/μεταναστών που έρχονται στην ΕΕ. Συνεπώς προσφέρει στους επαγγελματίες υγείας τη δυνατότητα να έχουν πρόσβαση στην κατάσταση υγείας του ατόμου, ενώ ταυτόχρονα καθιστά διαθέσιμες αυτές τις πληροφορίες σε άλλους επαγγελματίες, διασφαλίζοντας έτσι την αποφυγή της αλληλοεπικάλυψης προσπαθειών. Τα περιεχόμενα και η χρήση αυτών των αρχείων καλύπτονται από τις απαιτήσεις της ευρωπαϊκής νομοθεσίας σχετικά με την προστασία δεδομένων. Είναι επίσης σημαντικό, πριν τη χρήση του PHR, να διερευνείται εάν αυτή η μέθοδος είναι αποδεκτή από τον πληθυσμό-στόχο και εάν έχει παρασχεθεί η απαραίτητη εκπαίδευση στους επαγγελματίες υγείας όσον αφορά στην ορθή χρήση και τη συμμόρφωση με τις ισχύουσες πολιτικές και τις απαιτήσεις της νομοθεσίας

Κατά τη λήψη προσωπικών ιατρικών πληροφοριών οι οποίες θα είναι διαθέσιμες σε άλλους επαγγελματίες, προάγοντας έτσι τη συνεχή ροή της ιατρικής πληροφορίας, θα πρέπει να πραγματοποιείται κάθε δυνατή προσπάθεια για τη λήψη γραπτής ή προφορικής συναίνεσης μέσω της επεξήγησης της διαδικασίας συλλογής των δεδομένων και της χρήσης τους. Ιδιαίτερα εφόσον πρόκειται για ηλεκτρονικό προσωπικό ιατρικό ιστορικό, θα πρέπει να τηρούνται όλες οι δεοντολογικές αρχές σύμφωνα με τα ισχύοντα πρότυπα και πρακτικές (Bonomi, 2016).

Το ηλεκτρονικό ιατρικό ιστορικό μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τους εξής σκοπούς:

- › διευκόλυνση συλλογής δεδομένων σχετικά με την υγεία, επεξεργασία και μετάδοση σε υπηρεσίες υγείας
- › υποστήριξη στη λήψη κλινικών αποφάσεων
- › αντικατάσταση της απολεσθείσας έντυπης τεκμηρίωσης.

## ► Ψυχική Υγεία

### Εργαλειοθήκη

Αποκτήστε πρόσβαση στην εργαλειοθήκη για επιπλέον εργαλεία σε σχέση με τη «Συνεχής ροή ιατρικής πληροφόρησης» που αφορά μετανάστες και πρόσφυγες στον ακόλουθο σύνδεσμο: [https://mighealthcare.eu/index.php?option=com\\_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=1&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0](https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=1&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0)

Οι μετανάστες και οι πρόσφυγες που έρχονται στην Ευρώπη έχουν συχνά βιώσει τραυματικές εμπειρίες στη χώρα προέλευσής τους, όπως πόλεμος και διωγμοί. Ο εκτοπισμός (συμπεριλαμβανομένου του αναγκαστικού εκτοπισμού), οι κακουχίες στις χώρες διέλευσης και οι κίνδυνοι του ταξιδιού σε συνδυασμό με την έλλειψη πληροφόρησης, την αβεβαιότητα για το μέλλον και την εχθρικότητα στις χώρες υποδοχής είναι μόνο ορισμένοι από τους παράγοντες που προκαλούν αυξημένο στρες. Αυτές οι καταστάσεις απαιτούν από τους μετανάστες και τους πρόσφυγες γρήγορη προσαρμοστικότητα στις νέες συνθήκες, ενώ συχνά παρατηρείται επιδείνωση των κοινωνικών προβλημάτων και των προβλημάτων ψυχικής υγείας που προϋπήρχαν, εξαιτίας των νέων συνθηκών στις χώρες υποδοχής (Ventevogel et al., 2015).

*Μελέτη που διεξήχθη το 2018 σε μετανάστες και πρόσφυγες στο πλαίσιο του προγράμματος Mig-HealthCare διερευνήσε τον επιπολασμό των ψυχικών νοσημάτων σε μετανάστες και πρόσφυγες σε 10 ευρωπαϊκές χώρες. Στη μελέτη διαπιστώθηκε ότι το 29,6% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι υποφέρουν από ψυχικές ασθένειες, μεταξύ των οποίων κατάθλιψη, άγχος, ανησυχία/ευερεθιστότητα και στρες.*

Επίσης, στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα SF-36 για την εκτίμηση της συνολικής υγείας κάθε συμμετέχοντα ως προς 8 άξονες, με τιμές από 0 έως 100, με τις χαμηλότερες τιμές να υποδηλώνουν μεγαλύτερες δυσκολίες. Οι ερευνητές κατέληξαν στη μέση βαθμολογία 60,1 (Τ.Α. 21,4) της κλίμακας SF-36 για το σύνολο των συμμετεχόντων, η οποία είναι χαμηλότερη από την κανονιστική βαθμολογία για τους πληθυσμούς της ΕΕ, η οποία βρίσκεται άνω του 65. Ωστόσο, οι βαθμολογίες αυτές εμφάνιζαν σημαντικές αποκλίσεις ανάλογα με τη χώρα προέλευσης. Οι υψηλότερες μέσες βαθμολογίες ψυχικής υγείας καταγράφηκαν σε μετανάστες προερχόμενους από τη Νιγηρία (65,0) και τη Συρία (64,2), ενώ οι χαμηλότερες καταγράφηκαν σε μετανάστες προερχόμενους από το Ιράν (50,6) και το Αφγανιστάν (51,0).

Οι μέσες βαθμολογίες εμφάνιζαν επίσης αποκλίσεις ανάλογα με την χώρα παραμονής, με τις υψηλότερες βαθμολογίες ψυχικής υγείας προσφύγων και μεταναστών να καταγράφονται στη Σουηδία (65,1) και την Ιταλία (65,3) και τις χαμηλότερες στην Κύπρο (53,6) και την Ελλάδα (53,7).

Άλλες σχετικές μελέτες υποδεικνύουν τα εξής:

- Τα ποσοστά διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD) είναι υψηλότερα μεταξύ των προσφύγων, εξαιτίας του αναγκαστικού εκτοπισμού τους.
- Οι πρόσφυγες που έχουν ζήσει σε κάποια χώρα υποδοχής για διάστημα άνω των πέντε ετών έχουν την τάση να υποφέρουν περισσότερο από διαταραχές που σχετίζονται με άγχος και κατάθλιψη, σε σύγκριση με τον πληθυσμό της χώρας υποδοχής.
- Οι ψυχικές διαταραχές είναι πιο διαδεδομένες μεταξύ των μακροχρόνια προσφύγων, οι οποίοι στερούνται κοινωνικής ένταξης και απασχόλησης.

(Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants - Technical guidance, 2018).

Ο ΠΟΥ επισημαίνει τους ακόλουθους παράγοντες κινδύνου και στρεσογόνους παράγοντες, οι οποίοι συμβάλλουν στην κακή ψυχική υγεία μεταξύ των μεταναστών/προσφύγων:

- Πριν την αναχώρηση:
  - Έκθεση σε πόλεμο και διωγμό
  - Οικονομική δυσχέρεια
- Κατά το ταξίδι και τη μετακίνηση:
  - Απειλητικά για τη ζωή συμβάντα
  - Σωματικές βλάβες
  - Σωματεμπορία
- Κατά την άφιξη:
  - Διαμονή σε μια χώρα που το άτομο της θεωρούσε «χώρα διέλευσης»
  - Κακές συνθήκες διαβίωσης
- Ένταξη:
  - Κακές συνθήκες διαβίωσης
  - Δυσκολίες ενσωμάτωσης – Η πολιτισμική ενσωμάτωση ορίζεται ως η υιοθέτηση των πολιτισμικών συνηθειών, των εθίμων και

των συμπεριφορών της χώρας υποδοχής από τα άτομα και επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την αλλαγή συμπεριφορών που αφορούν ζητήματα που σχετίζονται με την υγεία (Joshi et al., 2014).

- Ζητήματα σχετικά με την απόκτηση δικαιωμάτων και την προσωποκράτηση
- Κοινωνική απομόνωση και ανεργία
- Ενδεχόμενο επιστροφής

### Σημαντικά βήματα/προϋποθέσεις για τον τομέα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης

Προβλήματα ψυχικής υγείας ιδιαίτερου ενδιαφέροντος για τους μεταναστες/πρόσφυγες αποτελούν τα εξής:

- Διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD)
- Αϋπνία
- Επιπολιτισμικό στρες

Αναφορικά με τις υπηρεσίες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, ο ΠΟΥ (2018) συνιστά τα εξής:

- Προαγωγή της ψυχικής υγείας μέσω της κοινωνικής ένταξης
- Αποσαφήνιση και κοινοποίηση πληροφοριών σχετικά με τα δικαιώματα στην περίθαλψη
- Χαρτογράφηση των υπηρεσιών υποστήριξης (ή δημιουργία νέων υπηρεσιών, εάν απαιτείται)
- Διαθεσιμότητα υπηρεσιών διερμηνείας ή/και πολιτισμικής διαμεσολάβησης, μεταξύ άλλων και μέσω της τεχνολογίας πληροφοριών
- Εργασία προς την κατεύθυνση της ενοποίησης της ψυχικής, σωματικής και κοινωνικής φροντίδας
- Διασφάλιση της κατάρτισης του εργατικού δυναμικού στον τομέα της ψυχικής υγείας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών σε μετανάστες

Όσον αφορά στον σχεδιασμό και την αξιολόγηση των υπηρεσιών, που είναι βασικής σημασίας για τη βελτίωση της φροντίδας για την ψυχική υγεία που παρέχεται στους πρόσφυγες και τους μετανάστες, ο ΠΟΥ (2018) παρέχει τις ακόλουθες δύο κύριες συστάσεις:

- Επένδυση σε μακροχρόνιες ερευνητικές μελέτες παρακολούθη-

σης και αξιολογήσεις των παρεχόμενων υπηρεσιών με στόχο την καλύτερη ενημέρωση του σχεδιασμού και της παροχής υπηρεσιών

- › Κοινοποίηση καλών πρακτικών μεταξύ των χωρών

(Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants Technical guidance, 2018).

Ο Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης (ΔΟΜ) έχει διατυπώσει 11 αρχές πρακτικής για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και της ψυχοκοινωνικής ευημερίας (Ventevogel et al., 2015):

- › Αντιμετωπίστε όλους τους ανθρώπους με αξιοπρέπεια και σεβασμό και υποστηρίξτε την αυτονομία τους
- › Ανταποκριθείτε στα άτομα με επιβαρυνμένη ψυχολογία με ανθρωπινό και υποστηρικτικό τρόπο
- › Παρέχετε πληροφορίες σχετικά με τις υπηρεσίες, την υποστήριξη, τα νόμιμα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις
- › Παρέχετε σχετική ψυχοεκπαίδευση και χρησιμοποιήστε κατάλληλη γλώσσα
- › Προτεραιοποιήστε την προστασία και την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των παιδιών, ιδιαίτερα για παιδιά που είναι μακριά από τις οικογένειές τους, ασυνόδευτους ανήλικους και άτομα με ειδικές ανάγκες
- › Ενισχύστε την υποστήριξη της οικογένειας
- › Εντοπίστε και προσπαθήστε τα άτομα με ιδιαίτερες ανάγκες
- › Φροντίστε οι παρεμβάσεις σας να είναι πολιτισμικά κατάλληλες και εξασφαλίστε την απαραίτητη διερμηνεία
- › Παρέχετε θεραπεία σε άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές
- › Μην προχωράτε σε έναρξη ψυχοθεραπευτικών θεραπειών που απαιτούν συνέχιση της παρακολούθησης, όταν αυτή δεν είναι εφικτή
- › Παρακολουθήστε και φροντίστε για την καλή κατάσταση του προσωπικού και των εθελοντών.

Αποκτήστε πρόσβαση στην εργαλειοθήκη για επιπλέον εργαλεία σε σχέση με τη διαχείριση ζητημάτων «Ψυχικής Υγείας» που αφορούν μετανάστες και πρόσφυγες στον ακόλουθο σύνδεσμο: [https://mighealthcare.eu/index.php?option=com\\_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=5&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0](https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=5&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0)

Οι μετανάστες και οι πρόσφυγες εκτίθενται σε σοβαρούς παράγοντες κινδύνου όσον αφορά στα μεταδοτικά νοσήματα. Ταξιδεύουν σε μεγάλες αποστάσεις προερχόμενοι συχνά από χώρες σε εμπόλεμη κατάσταση οι οποίες είναι ενδημικές σε νοσήματα που σχετίζονται με τη φτώχεια. Η λειτουργία του εθνικού συστήματος υγείας στις χώρες προέλευσης συχνά διαταράσσεται εξαιτίας πολιτικών και οικονομικών κρίσεων και ασταθειών. Είναι σημαντικό να επισημανθεί, ωστόσο, ότι σύμφωνα με τον ΠΟΥ, υπάρχουν πολύ περιορισμένα στοιχεία για τη σύνδεση μεταξύ των μεταναστευτικών/προσφυγικών ροών και της εισαγωγής λοιμωδών νοσημάτων στις χώρες υποδοχής<sup>1</sup>. Το πρόγραμμα Mig-HealthCare παρέχει επίσης στοιχεία και ενημερωτικό υλικό για το γεγονός ότι οι μετανάστες/πρόσφυγες δεν αποτελούν απειλή για τις χώρες υποδοχής όσον αφορά τα λοιμώδη νοσήματα - <https://mighealthcare.eu/e-library>

Το 2016, οι φορείς WHO-UNHCR-UNICEF δήλωσαν ότι οι μετανάστες, οι αιτούντες άσυλο και οι πρόσφυγες θα πρέπει να έχουν «ισότιμη και χωρίς διακρίσεις» πρόσβαση στους εμβολιασμούς και συνέστησαν τον εμβολιασμό των μεταναστών σύμφωνα με τα προγράμματα εμβολιασμού των χωρών υποδοχής<sup>2</sup>. Συνήθως είναι δύσκολη η πρόσβαση σε πληθυσμούς μεταναστών ώστε να διασφαλιστεί ότι τηρείται το πρόγραμμα εμβολιασμών, εξαιτίας δυσκολιών, όπως: 1) μετακίνηση μεταναστών/προσφύγων μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών, 2) έλλειψη πληροφόρησης σχετικά με την κατάσταση ανοσοποίησης των μεταναστών/προσφύγων, 3) αποφυγή καταγραφής και εμβολιασμού, 4) περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες ιατρικής παρακολούθησης, 5) έλλειψη συ-

1. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migrationand-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues#292115>

2. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/news/news/2015/11/who-unicef-and-unhcr-call-for-equitable-access-to-vaccines-for-refugees-and-migrants/who-unhcr-unicef-joint-technical-guidance-general-principles-of-vaccination-of-refugees-asylum-seekers-and-migrants-in-the-who-european-region>

ντονισμού μεταξύ των υπηρεσιών δημόσιας υγείας γειτονικών χωρών (Mipatrini et al., 2017).

*Η έρευνα στο πλαίσιο του προγράμματος Mig-HealthCare που διεξήχθη το 2018 σε μετανάστες και πρόσφυγες σε 10 ευρωπαϊκές χώρες καταδεικνύει το ανησυχητικά χαμηλό ποσοστό εμβολιασμού στους πληθυσμούς μεταναστών και προσφύγων στην Ευρώπη. Περισσότεροι από το 73% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι δεν διαθέτουν κάρτα εμβολιασμών. Πολύ μικρό ποσοστό των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι έχουν εμβολιαστεί είτε στην χώρα που βρίσκονται επί του παρόντος είτε στη χώρα εισόδου στην ΕΕ (οι τιμές κυμαίνονται από 6,9% για τη γρίπη έως 21,3% για τον τέτανο).*

Τιμές ανοσοποίησης για οκτώ νοσήματα παρατίθενται στον Πίνακα 1.

**Πίνακας 1: Εμβολιαστική κάλυψη μεταξύ ενηλίκων μεταναστών και προσφύγων (στη χώρα που βρίσκονται επί του παρόντος ή στη χώρα εισόδου στην ΕΕ)**

Ασθένεια	% Δεν γνωρίζω	% Όχι	% Ναι	N*
Ηπατίτιδα Α	16.9	68.0	15.2	1,030
Ηπατίτιδα Β	14.9	67.4	17.7	1,024
Γρίπη	16.3	76.8	6.9	954
Ιλαρά	16.0	70.1	13.9	1,006
Πνευμονιόκοκκος (πνευμονία)	16.3	70.9	14.8	1,008
Πολιομυελίτιδα	15.7	69.5	14.8	1,003
Φυματίωση	15.2	68.7	16.1	1,008
Τέτανος	14.7	64.0	21.3	1,027

Source: Mig-HealthCare Survey, 2018.

Τα νοσήματα ιδιαίτερου ενδιαφέροντος για τους μετανάστες/πρόσφυγες που προλαμβάνονται με εμβολιασμό συμπεριλαμβάνουν τα εξής:

### Ηπατίτιδα Β

Μελέτες που αφορούν τον επιπολασμό της HBV μεταξύ των μεταναστών και των προσφύγων υπέδειξαν οροεπιπολασμό ενεργούς λοίμω-

ξης σε ποσοστό 7,2% και συνολικό οροεπιπολασμό (συμπεριλαμβανομένων των δεικτών προηγούμενης λοίμωξης) σε ποσοστό 39,7% (Rossi, 2012). Ο κίνδυνος ήταν υψηλότερος για μετανάστες προερχόμενους από την Ανατολική Ασία και την Υποσαχάρια Αφρική. Συστηματική ανάλυση αναφέρει ότι ο επιπολασμός του HBsAg στους μετανάστες κυμαίνεται μεταξύ 1,0 και 15,4%, δηλαδή 2-6 φορές υψηλότερος σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (Hahne et. al, 2013).

### Ιλαρά, παρωτίτιδα και ερυθρά

Μελέτες υπέδειξαν ότι υπάρχουν ανεπαρκή στοιχεία σχετικά με τις επιδημίες ιλαράς και την εμβολιαστική κάλυψη μεταξύ των μεταναστών στην Ευρώπη. Ο επιπολασμός οροαρνητικών ατόμων μεταξύ των μεταναστών βρέθηκε ότι κυμαίνεται μεταξύ 6 και 13%, ενώ τα παιδιά παρουσίαζαν μεγαλύτερο κίνδυνο να είναι ανεμβολίαστα (Jablonka et. al, 2016). Τα παιδιά στη Γερμανία, που είχαν γεννηθεί στο εξωτερικό εμφάνιζαν 3 φορές υψηλότερο κίνδυνο να είναι ανεμβολίαστα σε σύγκριση με τα παιδιά που είχαν γεννηθεί στη χώρα υποδοχής (Poethko-Mulle et al., 2009). Όσον αφορά στην παρωτίτιδα, τα οροαρνητικά άτομα αφορούσαν ποσοστό 10,2% μεταξύ των νεοαφιχθέντων προσφύγων στη Γερμανία (Jablonka et al., 2016). Παρόμοια ευρήματα έχουν αναφερθεί από τη Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

### Πολιομυελίτιδα

Στη Γερμανία, λιγότερο από το 15% των παιδιών προσφύγων από τη Συρία ήταν εμβολιασμένα, ενώ στη Γαλλία η εμβολιαστική κάλυψη μεταξύ των μεταναστών που είχαν προσβληθεί από τον ιό HIV ήταν 64,4% (Bottcher et al., 2015· Mullaert et al., 2015).

### Τέτανος

Μελέτες υπέδειξαν χαμηλότερα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης μεταξύ των μεταναστών σε σύγκριση με τον πληθυσμό της ΕΕ. Στην Ελβετία, μόνο το 27% των νεοαφιχθέντων παιδιών προσφύγων είχαν αντισώματα έναντι της διφθερίτιδας-τετάνου-κοκκύτη (de la Fuente et al., 2013).



## Διφθερίτιδα

Στη Γαλλία, το ποσοστό οροεπιπολασμού για αντισώματα ενάντια στη διφθερίτιδα μεταξύ των μεταναστών που έχουν προσβληθεί από τον ιό του HIV, βρέθηκε να είναι 69% (Mullaert et al., 2015).

## Ανεμευλογιά

Μελέτες στη Γερμανία υπέδειξαν ότι το 3,3% των νεοαφιχθέντων αιτούντων άσυλο το 2016 ήταν οροαρνητικοί στα IgG αντισώματα ενάντια στον ιό της ανεμοβλογιάς (de Valliere et al., 2011).

## Σημαντικά βήματα/προϋποθέσεις για τον τομέα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης

Η παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στα κέντρα υποδοχής νεοαφιχθέντων μεταναστών και προσφύγων θα πρέπει να είναι ολοκληρωμένη, πλήρης και ανθρωποκεντρική. Τα μέτρα για τη μείωση του κινδύνου για μεταδοτικά νοσήματα περιλαμβάνουν την εφαρμογή της πρόληψης και της διαχείρισης των ζητημάτων που αφορούν την υγεία. Η πρόσβαση στον εμβολιασμό είναι πρωταρχικής σημασίας. Οι εμβολιασμοί για τους μετανάστες και τους πρόσφυγες θα πρέπει να πραγματοποιούνται σύμφωνα με τις εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες της εκάστοτε χώρας υποδοχής. Θα πρέπει να παρέχονται στους μετανάστες και τους πρόσφυγες μητρώα εμβολιασμών, ιδιαίτερα όταν μετακινούνται μεταξύ διαφορετικών χωρών.

Σύμφωνα με το ECDC και τον WHO, οι εμβολιασμοί για τους μετανάστες και τους πρόσφυγες θα πρέπει να αφορούν τα εξής νοσήματα:

- › Ιλαρά-παρωτίτιδα-ερυθρά για παιδιά ≤15 ετών·
- › Πολυομυελίτιδα για παιδιά και ενήλικες που προέρχονται από χώρες υψηλού κινδύνου·
- › Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος (τετραδύναμο εμβόλιο ενάντια στους ορότυπους A, C, W-135 και Y του μηνιγγιτιδόκοκκου ή ενάντια στους ορότυπους A ή/και C)·
- › Τέτανος-κοκκύτης-διφθερίτιδα·
- › Γρίπη, ανάλογα με την εποχή (Bradby et al., 2015).

Για την αντιμετώπιση των εμποδίων στον εμβολιασμό, ο ΠΟΥ προτείνει τα εξής:

- › Προσαρμογή των υπηρεσιών εμβολιασμού
- › Ενίσχυση της επικοινωνίας με συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες

*Ιδιαίτερα για τους μετανάστες και τους πρόσφυγες, οι εκστρατείες επικοινωνίας θεωρούνται σημαντικές και θα πρέπει να προωθούν τα πλεονεκτήματα των εμβολιασμών χρησιμοποιώντας μεθόδους προσαρμοσμένες στις ανάγκες της ομάδας-στόχου. Η διασφάλιση της απουσίας νομικών κυρώσεων για τους μετανάστες και τους πρόσφυγες οι οποίοι αναζητούν υπηρεσίες εμβολιασμού, αλλά δεν διαθέτουν τα νόμιμα έγγραφα, είναι επίσης εξαιρετικά σημαντική.*

Σύμφωνα με το ECDC (2018), η κατάσταση εμβολιασμού των μεταναστών και των προσφύγων που έρχονται στην Ευρώπη θα πρέπει να αξιολογείται σε πρώτο βαθμό με βάση τα έγγραφα που διαθέτουν. Σε περίπτωση που σχετική τεκμηρίωση δεν είναι διαθέσιμη, οι μετανάστες θα πρέπει να θεωρούνται ανεμβολίαστοι και να εμβολιάζονται σύμφωνα με τα προγράμματα εμβολιασμού της χώρας υποδοχής.



Αποκτήστε πρόσβαση στην εργαλειοθήκη για επιπλέον εργαλεία σε σχέση με τους «Εμβολιασμούς» που αφορούν μετανάστες και πρόσφυγες στον ακόλουθο σύνδεσμο: [https://mighealthcare.eu/index.php?option=com\\_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&atSelected=6&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0](https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&atSelected=6&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0)



## ► Υγεία Μητέρας και Παιδιού

Οι γυναίκες αποτελούν περίπου το 52% του μεταναστευτικού πληθυσμού (IOM, 2017). Ως αποτέλεσμα, η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των μητέρων αποτελεί σημαντικό ζήτημα όσον αφορά την παροχή ιατρικής φροντίδας στους μετανάστες.

*Οι περισσότερες έρευνες υποδεικνύουν χειρότερη έκβαση στην υγεία της μητέρας και του νεογνού για τους μετανάστες και τους πρόσφυγες σε σύγκριση με τον αντίστοιχο πληθυσμό των χωρών υποδοχής.*

Οι γυναίκες μετανάστριες συνήθως αντιμετωπίζουν χειρότερη έκβαση της εγκυμοσύνης σε σύγκριση με το γυναικείο πληθυσμό της χώρας υποδοχής, όπως αποτυπώνεται στα αυξημένα ποσοστά τεχνητής διακοπής της κύησης, καισαρικής τομής, τοκετού με χρήση ιατρικών εργαλείων και άλλων επιπλοκών μεταξύ των μεταναστών (Keygneart et al., 2016). Επιπλέον, οι γυναίκες μετανάστριες αντιμετωπίζουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης. Παρότι αυτά τα αποτελέσματα ποικίλουν μεταξύ των διαφορετικών μεταναστευτικών ομάδων και μεταξύ των διαφορετικών χωρών υποδοχής, αλλά και εντός της ίδιας χώρας υποδοχής (WHO, 2018), έχει διαπιστωθεί ότι οι νεοαφιχθείσες γυναίκες μετανάστριες, ιδιαίτερα εάν βρίσκονται στα τελευταία στάδια της εγκυμοσύνης ή σε καθεστώς αβέβαιης νομικής κατάστασης, αντιμετωπίζουν υψηλότερο κίνδυνο για αρνητική έκβαση (Gissler et al., 2010· Hayes, Enohumah & McCaul, 2011). Σύμφωνα με μια μετα-ανάλυση το 2014, οι γυναίκες μετανάστριες στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης έχουν διπλάσια πιθανότητα να πεθάνουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή σε σύντομο χρονικό διάστημα μετά από την ολοκλήρωσή της (Pedersen et al., 2014).

Επιπλέον της αυξημένης μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας μεταξύ των γυναικών μεταναστριών, ο ΠΟΥ (2018) προσδιόρισε μια αξιοσημείωτη τάση για χειρότερους δείκτες που σχετίζονται με την εγκυμοσύ-

νη στους μεταναστευτικούς πληθυσμούς. Παρότι αυτοί οι παράγοντες ποικίλουν ευρέως ανάλογα με τη χώρα υποδοχής, τη χώρα προέλευσης και την έκβαση, περιλαμβάνουν:

- › ψυχικές ασθένειες, όπως επιλόχεια κατάθλιψη
- › περιγεννητική και νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα (π.χ. θνησιγένεια, πρόωρος τοκετός και συγγενείς ανωμαλίες)
- › μη βέλτιστη ποιότητα περίθαλψης

Αυτό το προφίλ υψηλότερου κινδύνου για επιπλοκές στην υγεία της μητέρας μπορεί να είναι αποτέλεσμα συνεισφοράς διαφορετικών παραγόντων, όπως πολιτισμικοί, βιολογικοί, κοινωνικοοικονομικοί ή σχετιζόμενοι με το μεταναστευτικό ταξίδι. Ωστόσο, μελέτες επισημαίνουν ότι ένα σημαντικό ποσοστό της αυξημένης νοσηρότητας και θνησιμότητας μεταξύ των γυναικών μεταναστριών θα πρέπει να αποδοθεί στους παράγοντες μη βέλτιστης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στις αντίστοιχες χώρες υποδοχής (Van den Akker, 2016· Keynaert et al., 2016):

- › Πρόσβαση και παροχή προγεννητικής φροντίδας
- › Ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένης της δυνατότητας των υπηρεσιών υγείας να εξυπηρετούν ασθενείς με διαφορετικότητα
- › Πρόσβαση και κατανόηση των συστημάτων υγείας

Γενικά, ο υψηλότερος κίνδυνος ύπαρξης παραγόντων που οδηγούν σε υποδεέστερη παροχή ιατρικής φροντίδας έχει παρατηρηθεί μεταξύ των πιο πρόσφατων μεταναστευτικών ομάδων, συχνότερα μη ευρωπαϊκών εθνικοτήτων (Almeida, 2013· Pedersen et al., 2014· Grech, Tratnik, & Pisani, 2016).

### Σημαντικά βήματα/προϋποθέσεις για τον τομέα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης

Ο ΠΟΥ αναφέρεται σε συγκεκριμένα ζητήματα τα οποία αποδεικνύονται ιδιαίτερα προβληματικά για τις γυναίκες πρόσφυγες και μετανάστριες. Αυτά περιλαμβάνουν τα εξής (χωρίς να περιορίζονται μόνο σε αυτά):

- › αίσθημα κατανόησης και υποστήριξης από τους παρόχους ιατρο-

φαρμακευτικής περίθαλψης και δυνατότητα να επικοινωνήσουν ενεργά μαζί τους

- › γνώση του πώς να αναζητήσουν χρήσιμες πληροφορίες υγείας, καθώς και δυνατότητα να διαβάζουν και να κατανοούν επαρκώς τις πληροφορίες αυτές για την ενεργή διαχείριση της προσωπικής τους υγείας
- › ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης όσον αφορά την υγεία τους· και
- › κατανόηση του συστήματος υγείας ώστε να μπορούν να πλοηγηθούν σε αυτό

Συστάσεις:

- › Χρησιμοποιείτε δραστηριότητες και υλικό αναφορικά με πληροφορίες υγείας σε απλή γλώσσα, όπως εργαστήρια, φυλλάδια και διαφημιστικές εκστρατείες με περιεχόμενο για την μητρική ιατρική φροντίδα και τους αντίστοιχους κινδύνους υγείας που να είναι κατάλληλα από κοινωνικό-πολιτισμική άποψη (τόσο προγεννητικά όσο και μεταγεννητικά)
- › Αναπτύξτε ενημερωτικό περιεχόμενο στη μητρική γλώσσα της ομάδας-στόχου σχετικά με τα προειδοποιητικά σημάδια της εγκυμοσύνης και την πλοήγηση στο σύστημα υγείας, με ταυτόχρονη παροχή κοινωνικής υποστήριξης κατά την προγεννητική φροντίδα·
- › Μοιραστείτε την ευθύνη για τη βελτίωση του αλφαριθμητισμού υγείας των γυναικών μεταναστριών/προσφύγων με τους ποικίλους φορείς, συμπεριλαμβανομένων των κυβερνητικών οργανισμών, υπηρεσιών υγείας και ιατρών, εκπαιδευτών και οργανώσεων με βάση την κοινότητα ή τη θρησκεία.
- › Εφαρμόστε ή υποστηρίξτε πρωτοβουλίες προκειμένου να φέρετε σε επαφή έγκυες γυναίκες μετανάστες/πρόσφυγες με γυναίκες με παρόμοιο υπόβαθρο οι οποίες έχουν ήδη γεννήσει στην αντίστοιχη χώρα υποδοχής.

Η παροχή ποιοτικής φροντίδας σε γυναίκες μετανάστριες/πρόσφυγες συχνά δυσχεραίνεται εξαιτίας γλωσσικών εμποδίων, πολιτισμικών διαφορών (π.χ. το φύλο του ιατρού) και διαφορών στις αντιλήψεις σχετικά με τη μητρότητα, την υγεία, τις προσδοκίες από την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και ούτω καθεξής (Almeida, 2013· WHO, 2018). Παρακάτω

## ► Προαγωγή της Υγείας

παράτιθενται ορισμένες συστάσεις για την αντιμετώπιση αυτού του ιδιαίτερα ευάλωτου πληθυσμού:

- › Καταστήστε διαθέσιμες τις διαγνωστικές εξετάσεις κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για όλες τις γυναίκες·
- › Υιοθετήστε ένα ανθρωποκεντρικό μοντέλο φροντίδας που θα παρέχει την ίδια ποιότητα φροντίδας σε όλες τις έγκυες γυναίκες (π.χ. χρονοδιαγράμματα, πληροφορίες, σεβασμό, επαρκείς διαγνωστικές εξετάσεις, ικανοποιητική διαχείριση και μεταφορά), ανεξάρτητα από τη μεταναστευτική ιδιότητα, και το οποίο θα εμπεριέχει ευαισθητοποίηση στη διαφορετικότητα·
- › Παραπέμψτε τις γυναίκες πρόσφυγες/μετανάστριες σε υψηλότερο επίπεδο φροντίδας, εάν μια αξιολόγηση κινδύνου υποδεικνύει ότι θα πρέπει να παρακολουθούνται για φυματίωση, προεκλαμψία και μικρό για την ηλικία κύησης έμβρυο·
- › Χρησιμοποιήστε επαγγελματίες διερμηνείς και διαπολιτισμικούς διαμεσολαβητές όταν απαιτείται, αντί για τα μέλη της οικογένειας, ώστε να διευκολύνετε την επικοινωνία μεταξύ του ιατρικού προσωπικού και των γυναικών προσφύγων/μεταναστριών. Έχετε υπόψη τις τηλεφωνικές συνεδρίες ως μια οικονομική εναλλακτική λύση όταν η δια ζώσης διερμηνεία δεν είναι διαθέσιμη.

### Εργαλειοθήκη

Αποκτήστε πρόσβαση στην εργαλειοθήκη για επιπλέον εργαλεία σε σχέση με την «Υγεία Μητέρας και Παιδιού» που αφορά μετανάστες και πρόσφυγες στον ακόλουθο σύνδεσμο: [https://mighealthcare.eu/index.php?option=com\\_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=7&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0](https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=7&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0)

Η υγεία θεωρείται βασική ανθρώπινη ανάγκη και ανθρώπινο δικαίωμα (WHO, 2017). Ο καταστατικός Χάρτης της Οττάβα (WHO, 1986) ορίζει την προαγωγή της υγείας ως τη «διαδικασία που δίνει τη δυνατότητα στα άτομα να αποκτούν περισσότερο έλεγχο και να βελτιώνουν την υγεία τους». Η υγεία αντιμετωπίζεται ως μέσο για την καθημερινή ζωή, και όχι ως ο σκοπός της ζωής.

Κάτι τέτοιο δεν ισχύει πάντοτε στην περίπτωση των μεταναστών/προσφύγων. Υπάρχει ένας αριθμός περιπτώσεων που φανερώνει ότι επικρατούν απάνθρωπες συνθήκες σε κέντρα υποδοχής και καταυλισμούς προσφύγων στις πύλες εισόδου διαφόρων χωρών (Agier et al., 2018).

Γενικά, οι μετανάστες που έρχονται στην Ευρώπη έχουν συγκριτικά καλή υγεία κατά την άφιξή τους και κατά την περίοδο της αρχικής διαμονής τους στη χώρα υποδοχής. Αυτή η κατάσταση, που αναφέρεται ως «φαινόμενο του υγιούς μετανάστη» μπορεί να αποδοθεί σε μεγάλο βαθμό στους παράγοντες της κοινωνικής επιλογής και του ελέγχου των καταστάσεων (Constant, Garcia- Muñoz, Neuman & Neuman, 2018). Συχνά τα πιο υγιή και πιο νεαρά μέλη μιας κοινωνίας είναι εκείνα που επιλέγουν ή διαθέτουν τους απαραίτητους πόρους ώστε να προχωρήσουν στο επικίνδυνο μεταναστευτικό ταξίδι από την Αφρική, τη Συρία, το Αφγανιστάν και άλλες χώρες στις οποίες επικρατούν διαμάχες. Ωστόσο, ισχύει επίσης ότι η υγεία τους είναι πιθανό να επιδεινωθεί έπειτα από την άφιξή τους στις χώρες υποδοχής, εξαιτίας κακών συνθηκών στέγης και διαβίωσης, που αποτελούν τους κύριους παράγοντες επιδείνωσης της υγείας. Πρόσφατες εργασίες στον παγκόσμιο κώδικα δεοντολογίας της δημόσιας υγείας υποστηρίζουν ότι η υγεία των μεταναστών θα πρέπει να θεωρηθεί ως δημόσιο παγκόσμιο αγαθό (Widdows & Marway, 2015). Το γεγονός αυτό προσθέτει επιπλέον βαρύτητα στα ανθρωπιστικά επιχειρήματα (Wild & Dawson, 2018) ότι η προστασία και η προαγωγή της υγείας των μεταναστών είναι ζωτικής σημασίας για το καλό ολόκληρης της κοινωνίας.

Ζητήματα που σχετίζονται με την προαγωγή της υγείας μεταξύ των με-

ταναστών και των προσφύγων περιλαμβάνουν τον προληπτικό έλεγχο για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και του μαστού, τον προληπτικό έλεγχο για καρκίνο του παχέος εντέρου, το κάπνισμα, ζητήματα που σχετίζονται με τη διατροφή και τη σωματική άσκηση.

### *Προληπτικός έλεγχος για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και καρκίνο του μαστού*

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός τύπος καρκίνου στις γυναίκες παγκοσμίως, ενώ ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο πιο συχνός καρκίνος σε γυναίκες που προέρχονται από χώρες χαμηλού ή μεσαίου εισοδήματος (WHO, 2017). Ο προληπτικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού πραγματοποιείται μέσω της μαστογραφίας σε γυναίκες ηλικίας 50-64 ετών σε συνδυασμό με μηνιαία αυτοεξέταση του στήθους, εκτός εάν συντρέχουν άλλοι παράγοντες κινδύνου που θέτουν μια γυναίκα σε υψηλότερο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού, όπως σχετικό οικογενειακό ιστορικό (Perry et al., 2008). Ο προληπτικός έλεγχος για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε επίπεδο πληθυσμού διεξάγεται μέσω κυτταρολογικής εξέτασης στην οποία ανιχνεύονται αλλοιώσεις στο δείγμα κολπικού επιχρίσματος (τεστ Παπανικολάου) σε γυναίκες ηλικίας 25 έως 65 ετών (European Guidelines for Quality Assurance in cervical cancer screening, 2008). Έχει αποδειχθεί ότι οι πολιτισμικές και θρησκευτικές διαφορές στους μεταναστευτικούς πληθυσμούς σε συνδυασμό με τις γλωσσικές δυσκολίες και τη δυσαρέσκεια από τα συστήματα υγείας έχουν ως αποτέλεσμα μειωμένη συμμετοχή σε οργανωμένες δράσεις προληπτικού ελέγχου για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Rosano et al., 2017).

*Είναι σημαντική η εφαρμογή του προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο σε επίπεδο κοινότητας μέσω κατάλληλα προσαρμοσμένων πολιτισμικά και γλωσσικά υπηρεσιών και η αύξηση της ευαισθητοποίησης σχετικά με την πρόληψη των καρκίνων, όπως του τραχήλου της μήτρας και του μαστού.*

Ευρήματα από την έρευνα του Mig-Healthcare, που διεξήχθη το 2018 σε 10 ευρωπαϊκές χώρες, υποδεικνύουν ότι τα ποσοστά προληπτικού ελέγχου για καρκίνο μεταξύ των προσφύγων και των μεταναστών είναι χαμηλά. Μόλις το 5,1% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι έχει υποβληθεί σε

κολοноσκόπηση. Από τις γυναίκες που συμμετείχαν σε αυτή τη μελέτη, το 20,4% δεν είχαν ποτέ υποβληθεί σε τεστ Παπανικολάου και το 12,8% δεν είχαν υποβληθεί ποτέ σε μαστογραφία.

### *Προληπτικός έλεγχος για καρκίνο του παχέος εντέρου*

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου ευθύνεται για την απώλεια ζωής 154.000 ανθρώπων στην ΕΕ των 28 το 2015, αριθμός που αντιστοιχεί στο 11,7% όλων των θανάτων από καρκίνο και στο 3 % των συνολικών θανάτων από οποιαδήποτε αιτία. Από αυτούς τους θανάτους, το 3,3 % ήταν σε άνδρες και το 2,6 % σε γυναίκες (EUROSTAT, 2018).

Η αντίληψη την οποία φαίνεται να έχει ο πληθυσμός των μεταναστών και των προσφύγων για τον καρκίνο του παχέος εντέρου σε σύγκριση με τους γηγενείς πληθυσμούς των χωρών υποδοχής είναι ότι δεν τον θεωρεί τόσο επικίνδυνο. Συνεπώς, η συμμετοχή τους σε προληπτικό έλεγχο για καρκίνο του παχέος εντέρου (με οποιαδήποτε προληπτική εξέταση) είναι πολύ χαμηλή και κατά συνέπεια σε πολλές περιπτώσεις, η διάγνωση της νόσου να γίνεται σε προχωρημένο στάδιο (Punzo & Rosano, 2018). Ωστόσο, τα δεδομένα υποδεικνύουν ότι η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου μεταξύ των νεοαφιχθέντων μεταναστών σε μια χώρα υποδοχής είναι χαμηλότερη από τη συχνότητα εμφάνισης στον τοπικό πληθυσμό, πιθανότατα ως έκφραση του «φαινομένου του υγιούς μετανάστη». Ωστόσο, αυτή η τάση μειώνεται με την πάροδο του χρόνου. Εκτιμάται ότι 10 χρόνια μετά την εγκατάσταση στη χώρα υποδοχής, οι μετανάστες υιοθετούν το προφίλ κινδύνου για εμφάνιση καρκίνου της χώρας υποδοχής.

*Για τον λόγο αυτό, κρίνεται αναγκαία η αντιμετώπιση του ζητήματος της συμμετοχής σε προληπτικούς ελέγχους για καρκίνο του παχέος εντέρου των προσφύγων και των μεταναστών μέσω εργαλείων και παρεμβάσεων που σχετίζονται με βελτιωμένη υγεία (Shuldiner et al., 2018).*

### *Οινόπνευμα (αλκοόλ)*

Έχουν διατυπωθεί ανησυχίες σχετικά με την επικίνδυνη και επιβλαβή χρήση οινοπνεύματος (αλκοόλ) μεταξύ πληθυσμών που έχουν υποστεί αναγκαστικό εκτοπισμό από την πατρίδα τους και έχουν βιώσει έντονες συγκρούσεις, παραβίαση ανθρωπίνων δικαιωμάτων και διωγμούς (Johnson

1996; De Jong et al., 2002; UNHCR/WHO, 2008). Πρόσφατα ευρήματα υποδηλώνουν ότι ο υψηλότερος επιπολασμός της επικίνδυνης/επιβλαβούς χρήσης οινόπνευματος (αλκοόλ) εκτιμάται ότι κυμαίνεται μεταξύ 17%-36% σε δομές καταυλισμών και μεταξύ 4%-7% σε δομές κοινότητας μεταξύ των προσφύγων, των εσωτερικά εκτοπισμένων ατόμων (IDP) και των αιτούντων άσυλο (Horyniak et al., 2016). Η μετεγκατάσταση συνήθως οδηγεί σε χειρότερες συνθήκες διαβίωσης, φτώχεια, απώλεια οικογένειας, φίλων, περιουσίας, μέσων διαβίωσης και αυτοεκτίμησης, καθώς και σε απώλεια πολιτισμικής και κοινωνικής υποστήριξης (Miller 2004; Porter & Haslam, 2005). Το υπερβολικό στρες και άγχος ενδέχεται να οδηγήσει σε διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) και κατάθλιψη, τα οποία επιδεινώνουν περισσότερο την ψυχική κατάσταση του ατόμου, αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο για κατανάλωση αλκοόλ (Kozaric-Kovacic, Ljubin & Grappe, 2000).

Σε δομές καταυλισμών προσφύγων η αναγνώριση της ύπαρξης προβλημάτων που σχετίζονται με ουσίες είναι ιδιαίτερα σημαντική. Επιπλέον, η διαθεσιμότητα και η πρόσβαση σε υπηρεσίες θεραπείας/αποτοξίνωσης για εκτοπισμένους πληθυσμούς αποτελεί ένα ακόμη δύσκολο ζήτημα. Οι πρόσφυγες ενδέχεται να μην επιτρέπεται να κάνουν χρήση των τοπικών θεραπευτικών υπηρεσιών, οι υπηρεσίες ενδέχεται να έχουν υψηλό κόστος ή οι πρόσφυγες ενδέχεται να μην έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες εκτός του καταυλισμού. Οι πολιτισμικές και οι γλωσσικές διαφορές καθιστούν το πρόβλημα ακόμη πιο σύνθετο.

Οι παρεμβάσεις με στόχο την ελαχιστοποίηση της επιβλαβούς χρήσης του οινόπνευματος (αλκοόλ) ή άλλων ψυχοτρόπων ουσιών μπορούν να οδηγήσουν σε θετικές αλλαγές, αλλά θα πρέπει να προσαρμόζονται στις ειδικές ανάγκες κάθε δομής.

*Η ταχεία αξιολόγηση μέσω των κατάλληλων εργαλείων, η κατανόηση της κατάστασης, η συνεργασία με τους εργαζόμενους και τους μετανάστες/πρόσφυγες, καθώς και οι ολοκληρωμένες προσεγγίσεις είναι θεμελιώδους σημασίας.*

### Κάπνισμα

Υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία σχετικά με τη χρήση καπνού και άλλων ουσιών ειδικά μεταξύ των μεταναστών/προσφύγων στην Ευρώπη. Από

τα διαθέσιμα στοιχεία, σε αντίθεση με τα συγκριτικά χαμηλότερα ποσοστά χρήσης ουσιών μεταξύ μεταναστών και προσφύγων, τα επίπεδα καπνίσματος μεταξύ ανδρών μεταναστών είναι υψηλότερα, όπως υποδεικνύουν μελέτες που έχουν διεξαχθεί στη Γαλλία και τη Φινλανδία (Khlal & Guillot, 2017· Salama et al., 2018· WHO, 2018). Ειδικότερα, οι άνδρες μετανάστες στις δύο αυτές χώρες εμφάνιζαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος σε σύγκριση με τις γυναίκες μετανάστριες από τις ίδιες χώρες προέλευσης και με τους μη μετανάστες.

Οι συμπεριφορές υγείας των πληθυσμών μεταναστών και προσφύγων, συμπεριλαμβανομένου του καπνίσματος, καθορίζονται κυρίως από τον τόπο προέλευσης, το πολιτισμικό υπόβαθρο, το φύλο και την ηλικία (Salama et al., 2018). Ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τον επιπολασμό και τη συχνότητα του καπνίσματος μεταξύ διαφορετικών ατόμων είναι ο επιπολιτισμός. Μελέτη για την αξιολόγηση των αλλαγών στο κάπνισμα που σχετίζονται με τους μετανάστες φανερώνει τον χαμηλό προμεταναστευτικό επιπολασμό και την ποικιλομορφία της μεταμεταναστευτικής πορείας, υποδεικνύοντας ότι τα προγράμματα μείωσης του καπνίσματος με στόχο τους νεοαφιχθέντες μετανάστες θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην αποφυγή υιοθέτησης ανθυγιεινών συνθηκών (Khlal et al., 2018). Μια άλλη μελέτη που αφορά το κάπνισμα σε Τούρκους μετανάστες υποδεικνύει ότι όσο αυξανόταν η διάρκεια διαμονής τους, τόσο περισσότερο υιοθετούσαν τη συμπεριφορά της πλειονότητας του ολλανδικού/γερμανικού πληθυσμού (Reiss, Lehnhardt & Razum, 2015). Συνεπώς, το νέο περιβάλλον παίζει καθοριστικό ρόλο στη βελτίωση ή την επιδείνωση της συνολικής υγείας και ευεξίας των μεταναστευτικών πληθυσμών.

Λίγα είναι τα προγράμματα που εστιάζουν στην πρόληψη και τη διακοπή του καπνίσματος σε πληθυσμούς μεταναστών και προσφύγων. Σύμφωνα με μια μελέτη για τις συμπεριφορές καπνίσματος των μεταναστών στην Αυστρία, οι υπάρχουσες διαπολιτισμικές διαφορές των ανθρώπων με ή χωρίς μεταναστευτικό υπόβαθρο είναι εκείνες που καθορίζουν τη στάση των ατόμων απέναντι στο κάπνισμα, τις εθιστικές συμπεριφορές και τις προτιμήσεις στα προγράμματα διακοπής (Urban et al., 2015).

*Εξαιτίας διαφορών στο πολιτισμικό υπόβαθρο, τη γλώσσα και τις συμπεριφορές, υπάρχει έντονη ανάγκη, η οποία πρέπει να καλυφθεί, για προσαρμοσμένα προγράμματα πρόληψης και απεξάρτησης.*

## Διατροφή

Υπάρχουν ποικίλα ζητήματα σε σχέση με την υγιεινή διατροφή, ιδιαίτερης σημασίας για τους μετανάστες/πρόσφυγες, συμπεριλαμβανομένων των εξής: κακή θρέψη, υποσιτισμός και επισιτιστική ανασφάλεια, καθώς επίσης και ανεπάρκειας των Βιταμινών A, D και B12, αναιμία, σιδηροπενία και παχυσαρκία.

### Επισιτιστική ανασφάλεια

Ως επισιτιστική ανασφάλεια ορίζεται από το Υπουργείο Γεωργίας των Ηνωμένων Πολιτειών (USDA) η κατάσταση κατά την οποία υπάρχει «περιορισμένη ή αβέβαιη διαθεσιμότητα σε επαρκώς θρεπτικές και ασφαλείς τροφές ή περιορισμένη ή αβέβαιη δυνατότητα απόκτησης αποδεκτών τροφών με κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους».

Μεταξύ των επανεγκατασταθέντων προσφύγων καταγράφονται υψηλά επίπεδα επισιτιστικής ανασφάλειας που οφείλονται σε διάφορες αιτίες, συμπεριλαμβανομένων της χαμηλής γλωσσικής επάρκειας και των περιορισμένων επαγγελματικών δεξιοτήτων (Gunell et al., 2015), καθώς και των δυσκολιών προσαρμογής στη νέα χώρα (FAO και OPM, 2018).

### Κακή θρέψη - Υποσιτισμός (απίσχυση, καχεξία, υπολειπόμενο βάρος)

Η κακή θρέψη σε όλες τις μορφές της, ιδιαίτερα η ελλιπής πρόσληψη μικροθρεπτικών συστατικών και ο υποσιτισμός, θεωρούνται ύψιστης σημασίας όσον αφορά την υγεία των προσφύγων. Η Ύπατη Αρμοστεία των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες (UNHCR) αναγνωρίζει την κακή διατροφή όχι μόνο ως σωματική πάθηση, αλλά επίσης ως ζήτημα ανθρωπίνων δικαιωμάτων (UNHCR/WFP, 2006). Στις αιτίες της κακής θρέψης περιλαμβάνονται ποικίλοι αλληλένδετοι παράγοντες, όπως νοσήματα, κακές περιβαλλοντικές συνθήκες, καθώς και έλλειψη πρόσβασης και διαθεσιμότητας θρεπτικών τροφών (UNHCR, 2011). Τα παιδιά των μεταναστών/προσφύγων τείνουν να είναι πιο επιρρεπή σε προβλήματα υγείας που σχετίζονται με τη διατροφή, τόσο τον υποσιτισμό όσο και το υπερβάλλον βάρος/παχυσαρκία (WHO, 2018c).

Η κακή θρέψη και η έλλειψη μικροθρεπτικών συστατικών ενδέχεται να έχουν επιζήμια επίπτωση στο μέλλον των παιδιών μεταναστών/προσφύγων. Συνεπώς, είναι σημαντικός ο έλεγχος για αυτές τις παθήσεις και η διεξαγωγή βραχυχρόνιας και μακροχρόνιας παρακολούθησης προκειμένου

να ελαχιστοποιηθούν οι πιθανές ανεπιθύμητες επιπτώσεις για την υγεία (UNHCR, 2019a, 2019b). Θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή επίσης στον μητρικό θηλασμό, καθώς ο θηλασμός βοηθά στην πρόληψη της κακής διατροφής, ορισμένων νοσημάτων και της θνησιμότητας μεταξύ βρεφών και μικρών παιδιών. Η UNHCR έχει αναπτύξει μια πολιτική σχετικά με την αποδοχή, τη διανομή και τη χρήση γαλακτοκομικών προϊόντων σε δομές προσφύγων, με σκοπό την προστασία και την προαγωγή του θηλασμού (UNHCR, 2006).

Σύμφωνα με τις Εκθέσεις Παρακολούθησης της Διατροφής του Διεθνούς Οργανισμού Μετανάστευσης το 2013 όπου αξιολογήθηκαν 9.063 παιδιά πρόσφυγες ηλικίας 6-59 μηνών (το 12% όλων των προσφύγων που εξετάστηκαν το 2013), καταγράφηκε μέτριος επιπολασμός απίσχυσης (5,3%), χαμηλός επιπολασμός καχεξίας (17,6%) και χαμηλός επιπολασμός υπολειπόμενου βάρους (8,3%).

Σύμφωνα με πιλοτική μελέτη στην οποία εξετάστηκαν 192 παιδιά ηλικίας 1-18 ετών σε δύο κέντρα προσφύγων στη βόρεια Ελλάδα, το 7,8% των παιδιών ήταν λιποβαρή, το 4,6% παρουσίαζε απίσχυση, το 7,3% παρουσίαζε καχεξία και το 13% υπέφερε από τουλάχιστον μία μορφή υποθρεψίας. Τα κορίτσια είχαν επηρεαστεί περισσότερο σε σύγκριση με τα αγόρια. Επιπλέον, όσον αφορά τους εφήβους, το 21,7% των κοριτσιών και το 10% των αγοριών αντιμετώπιζαν τουλάχιστον μία μορφή κακής θρέψης (Grammatikopoulou et al., 2019).

### Ανεπάρκεια Βιταμινών A, D και B12

Η ανεπάρκεια βιταμινών A και D είναι συχνή στους μετανάστες και τους πρόσφυγες, αγγίζοντας το 80% (Benson et al., 2007· Lips & de Jongh, 2018· Chaudhry et al., 2018· Seal et al., 2005· Beukeboom & Arya, 2018). Επιπλέον, ενδέχεται να παρουσιάζεται σοβαρή ανεπάρκεια της βιταμίνης D (τιμή ορού 25-υδροξυβιταμίνης D < 25 nmol/l) σε έως και στα μισά παιδιά και ενήλικες μη δυτικής προέλευσης. Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη ανεπάρκειας της βιταμίνης D, όπως ανεπαρκής έκθεση σε ηλιακό φως, πιο σκούρο δέρμα, ρούχα που καλύπτουν το δέρμα εξαιτίας θρησκευτικών ή πολιτισμικών πεποιθήσεων, κ.λπ. (Benson et al., 2007· Lips & de Jongh, 2018· Chaudhry et al., 2018).

Η ανεπάρκεια βιταμίνης B12 είναι επίσης συχνή μεταξύ των προσφύγων. Αυτή η ανεπάρκεια αποδίδεται κυρίως στη χαμηλή πρόσληψη τροφών ζωικής προέλευσης και στα εντερικά παράσιτα, όπως το Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (Benson et al., 2015· Beukeboom & Arya, 2018).

#### **Αναιμία και Σιδηροπενία**

Η σιδηροπενική αναιμία είναι πιο συχνή μεταξύ των γυναικών και των παιδιών μεταναστών/προσφύγων (Redditt et al., 2015· Beukeboom & Arya, 2018). Ανάλογα με τη χώρα προέλευσης, τα ποσοστά της αναιμίας έχουν καταγραφεί ότι κυμαίνονται μεταξύ 12% και 55% (Tanaka et al., 2018· Pavloroulou et al., 2017· McCarthy et al., 2013· Raman et al., 2009· Hayes et al., 1998). Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη σε κλινική εξωτερικών ιατρείων για μετανάστες, το 13,7% του συνόλου των παιδιών μεταναστών και προσφύγων (το 15,2% των παιδιών μεταναστών και το 12,3% των παιδιών προσφύγων) παρουσιάζει αναιμία. Επιπλέον, παρατηρήθηκαν χαμηλά επίπεδα φερριτίνης στο 17,3% του συνολικού δείγματος (Pavloroulou et al., 2017).

#### **Παχυσαρκία**

Οι μετανάστες είναι εξαιρετικά πιθανό να έρχονται στις χώρες υποδοχής με υγιές σωματικό βάρος. Ως αποτέλεσμα κοινωνικοοικονομικών παραγόντων και στρες, καθώς και της έκθεσης σε διαφορετικές διατροφικές συνήθειες, οι μετανάστες και οι πρόσφυγες φαίνεται να διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο για παχυσαρκία σε σύγκριση με τους πληθυσμούς των χωρών υποδοχής, περίπου 10 έως 15 χρόνια μετά τη μετανάστευση (WHO, 2018· Murphy et al., 2017). Η πρόληψη και η εκπαίδευση όσον αφορά την υγιεινή διατροφή είναι σημαντικά εργαλεία για τον περιορισμό της εξάπλωσης της επιδημίας της παχυσαρκίας μεταξύ των μεταναστών και των προσφύγων. Οι δράσεις για την προαγωγή υγιούς σωματικού βάρους σε πληθυσμούς μεταναστών/προσφύγων θα πρέπει να αποτελεί υπηρεσία ρουτίνας για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο κοινότητας.

#### **Σωματική δραστηριότητα**

Τα επίπεδα σωματικής άσκησης μεταξύ των μεταναστών/προσφύγων είναι χαμηλότερα σε σύγκριση με τους μη μεταναστευτικούς πληθυσμούς και συνδέονται με αυξημένες ανισότητες στον τομέα της υγείας

(Ainsworth, 2000· Sternfeld, Sternfield, Ainsworth & Quesenberry, 1999· Gadd et al., 2005· Wieland et al., 2013· Fischbacher, Hunt & Alexander 2004· Williams, Stamatakis, Chandola & Hamer, 2011).

Στα διαπιστωμένα εμπόδια μεταξύ των μεταναστών και των προσφύγων συμπεριλαμβάνονται πολιτισμικές διαφορές, έλλειψη εξοικείωσης και άνεσης με την συμμετοχή τους σε σωματικές δραστηριότητες, καθώς και απουσία πεποίθησης για τα οφέλη για την υγεία από τη σωματική άσκηση (Koshoedo, Simkhada & van Teijlingen, 2015· Koshoedo, Paul-Ebhohimhen, Jepson & Watson, 2015· Devlin et al., 2012· Wieland et al., 2013).

### **Σημαντικά βήματα/προϋποθέσεις για τον τομέα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης**

Πρόσφατα, ο ΠΟΥ έθεσε 8 κατευθυντήριες αρχές για τη δημιουργία πλαισίου που αφορά την προαγωγή της υγείας των μεταναστών/προσφύγων (WHO, 2017). Αυτές περιλαμβάνουν:

- Το δικαίωμα στο να απολαμβάνουν σωματική και ψυχική υγεία στο υψηλότερο εφικτό επίπεδο.<sup>3</sup>
- Ισότητα και μη διάκριση .
- Ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.
- Ανθρωποκεντρικά συστήματα υγείας, με ευαισθητοποίηση στο φύλο των μεταναστών/προσφύγων .

3. Το δικαίωμα αυτό κατοχυρώνεται από πολλές διεθνείς συμφωνίες και συνθήκες π.χ. Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα (1966)· όπως διατυπώθηκε στο προοίμιο του Καταστατικού του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Επίσης, το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα, Άρθρο 2.2 και Άρθρο 12, αναγνωρίζει το δικαίωμα όλων να απολαμβάνουν σωματική και ψυχική υγεία στο υψηλότερο εφικτό επίπεδο χωρίς διακρίσεις οποιουδήποτε είδους όσον αφορά τη φυλή, το χρώμα, το φύλο, τη γλώσσα, τη θρησκεία, τις πολιτικές ή άλλες πεποιθήσεις, την εθνική ή κοινωνική προέλευση, την κατάσταση περιουσίας, τις συνθήκες γέννησης ή άλλη κατάσταση· ψηφίσματα θέσης· ψηφίσματα WHA61.17 (2008) και WHA70.15 σχετικά με την προαγωγή της υγείας των προσφύγων και των μεταναστών. Σύμφωνα με τη Σύμβαση για τους Μετανάστες Εργάτες (Συμπληρωματικές Διατάξεις), 1975 (Αρ. 143), οι πρόσφυγες εργάτες θα πρέπει να απολαμβάνουν ίσα δικαιώματα στην υγεία και ασφάλεια στην εργασία, όπως όλοι οι εργάτες. Ανατρέξτε στο «Πλαίσιο προτεραιοτήτων και κατευθυντήριες αρχές για την προαγωγή της υγείας των προσφύγων και των μεταναστών» [http://www.who.int/migrants/about/framework\\_refugees-migrants.pdf](http://www.who.int/migrants/about/framework_refugees-migrants.pdf)



- › Μη περιοριστικές πρακτικές υγείας με βάση τις παθήσεις υγείας.
- › Ολοκληρωμένες προσεγγίσεις όσον αφορά τη διοίκηση και την κοινωνία.
- › Συμμετοχή και κοινωνική ένταξη των προσφύγων και των μεταναστών.
- › Συμμετοχή και συνεργασία.

Σε πρόσφατη ταχεία βιβλιογραφική ανασκόπηση για την προαγωγή της υγείας (Laverack, 2018) αναλύθηκαν οι διαφορετικές στρατηγικές που έχουν χρησιμοποιηθεί με τους μετανάστες. Αυτές μπορούν να διαχωριστούν στις εξής κατηγορίες:

α) γενικές μη-ειδικές στρατηγικές και παρεμβάσεις με βάση τις καθολικές αρχές για την προαγωγή της υγείας, και

β) προσαρμοσμένες παρεμβάσεις για συγκεκριμένες ομάδες μεταναστών και για την αντιμετώπιση ειδικών ζητημάτων υγείας και πρόληψης.

Συμπληρωματικές στρατηγικές περιλαμβάνουν μοντέλα για τον αλφαριθμητισμό σε θέματα υγείας, την εκπαίδευση ομοτίμων και την εκπαίδευση για την υγεία της κοινότητας, στα οποία τα μέλη της μεταναστευτικής κοινότητας που έχουν πλέον εδραιωθεί στη χώρα υποδοχής μπορούν να παίξουν καθοριστικό ρόλο δρώντας ως διερμηνείς και διαπολιτισμικοί διαμεσολαβητές. Γενικά, θεωρείται ότι οι εξειδικευμένες παρεμβάσεις, ιδιαίτερα σε όσες εμπλέκονται οργανισμοί με βάση την κοινότητα οι οποίοι χρησιμοποιούν πολιτισμικά κατάλληλα μηνύματα και μεθόδους, είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να είναι πιο αποτελεσματικές σε σύγκριση με τα μη ειδικά προγράμματα.



Αποκτήστε πρόσβαση στην εργαλειοθήκη για παραδείγματα εργαλείων αναφορικά με την «Προαγωγή της Υγείας» σε μετανάστες και πρόσφυγες και ειδικότερα όσον αφορά την πρόληψη του καπνίσματος και την ασφαλή κατανάλωση αλκοόλ, την προαγωγή της υγιεινής διατροφής και την προώθηση του προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και καρκίνο του μαστού στον ακόλουθο σύνδεσμο: [https://mighealthcare.eu/index.php?option=com\\_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=8&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0](https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=8&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0)

## ► Στοματική Υγεία – Οδοντιατρική Φροντίδα

Ο ΠΟΥ ορίζει τη στοματική υγεία ως την «κατάσταση απουσίας χρόνιου πόνου του στόματος και του προσώπου, καρκίνου του στόματος και του λαιμού, στοματικών λοιμώξεων και ελκών, περιοδοντικών νόσων (νόσοι των ούλων), τερηδόνας, απώλειας οδόντων και άλλων νόσων και διαταραχών που περιορίζουν την ικανότητα του ατόμου στο δάγκωμα, στο μάσημα, στο χαμόγελο, στην ομιλία και στην ψυχοκοινωνική ευεξία» (WHO, 2003).

*Η έρευνα του Mig-HealthCare έδειξε ότι το πιο συχνό χρόνιο πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες/πρόσφυγες είναι η τερηδόνα (36,2 %) ενώ τα πιο συχνά προβλήματα υγείας που θεωρούνται σημαντικά κατά την άποψη των μεταναστών/προσφύγων είναι τα προβλήματα στα δόντια (51%).*

Επιπλέον, αρκετές επιστημονικές μελέτες έχουν δείξει ότι τα οδοντικά προβλήματα εμφανίζουν συγκριτικά υψηλότερα ποσοστά επιπολασμού μεταξύ των μεταναστών/προσφύγων, ιδιαίτερα μεταξύ των παιδιών. Γενικά, δεν υπάρχουν πολλές πληροφορίες σχετικά με την οδοντιατρική υγεία των μεταναστών, καθώς και σχετικά με τις συμπεριφορές στοματικής υγιεινής τους, ιδιαίτερα για τον ενήλικο πληθυσμό.

Μελέτες που έχουν διεξαχθεί έως σήμερα δείχνουν τα εξής:

- › ο επιπολασμός της τερηδόνας μεταξύ παιδιών που έχουν γεννηθεί από μετανάστες είναι υψηλότερος συγκριτικά με των παιδιών χωρίς μεταναστευτικό υπόβαθρο
- › τα παιδιά μεταναστών εμφανίζουν συχνότερα ουλίτιδα και είναι λιγότερο πιθανό να αναζητήσουν ορθοδοντική θεραπεία ή εξέταση σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ίδιας ηλικιακής ομάδας
- › υπάρχει έντονη σύνδεση μεταξύ του μεταναστευτικού υποβά-

θρου και της χρήσης των τακτικών οδοντιατρικών ελέγχων, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική και δημογραφική κατάσταση, τον τόπο κατοικίας και την ύπαρξη ασφάλειας υγείας. Έχει αποδειχθεί ότι ιδιαίτερα οι νεαροί μετανάστες (μεταξύ 18 και 29 ετών) κάνουν λιγότερη χρήση της προληπτικής οδοντιατρικής φροντίδας και των τακτικών ελέγχων σε σύγκριση με τους μη μετανάστες (Erdsiek, Waurly & Brzoska, 2017· Arabi, Reissmann et al., 2018).

### Σημαντικά βήματα/ προϋποθέσεις για τον τομέα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης

Καθώς οι μετανάστες/πρόσφυγες εντάσσονται στις ευρωπαϊκές κοινότητες υποδοχής, η ανάγκη για παροχή στοματικής και οδοντιατρικής περίθαλψης θα αυξηθεί επίσης σημαντικά σε όλη την Ε.Ε. αυξάνοντας έτσι την πίεση στα συστήματα οδοντιατρικής υγείας.

Στην έρευνα μεταξύ των προσφύγων και των μεταναστών που διεξήχθη στα πλαίσια του Mig-HealthCare σε 10 χώρες της ΕΕ, το 17,4% των μεταναστών θεωρούν την κατάσταση οδοντικής υγείας τους κακή και το 26,6% καλή. Συνολικό ποσοστό 27,3% είχε επισκεφθεί οδοντίατρο κατά το τελευταίο έτος, ενώ το 23,7% δεν είχε επισκεφτεί ποτέ οδοντίατρο ή οδοντιατρική κλινική. Συνολικά, το 10,4% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι δεν βουρτσίζουν τα δόντια τους σε καθημερινή βάση και το 29,4% των αντίστοιχων μεταναστών δεν γνώριζαν πού να απευθυνθούν σε περίπτωση που χρειαζόνταν τη φροντίδα οδοντιάτρου.

Τα δεδομένα σχετικά με την κατάσταση στοματικής υγείας και τη χρήση της παροχής στοματικής περίθαλψης είναι ελάχιστα, ωστόσο καθίσταται σαφές ότι συγκεκριμένες ευάλωτες μεταναστευτικές ομάδες, ιδιαίτερα πρόσφυγες/αιτούντες άσυλο, δεν έχουν καθόλου ή έχουν περιορισμένη νόμιμη πρόσβαση στην παροχή πλήρους στοματικής περίθαλψης. Ο περιορισμός των φραγμών που εμποδίζουν την πρόσβαση στο σύστημα περίθαλψης και η διεύρυνση ειδικών προγραμμάτων πρόληψης και παρέμβασης για τον μεταναστευτικό πληθυσμό αποτελούν απαραίτητες ενέργειες για μακροπρόθεσμες βελτιώσεις στη στοματική υγεία. Πέραν των νομικών περιορισμών, υπάρχουν κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες (ανεργία ή/και

μειωμένο εισόδημα έναντι της υψηλής οικονομικής επιβάρυνσης που σχετίζεται με την οδοντιατρική περίθαλψη) οι οποίοι περιορίζουν την πρόσβαση των μεταναστών σε επαρκή στοματική περίθαλψη. Η εφαρμογή αποτελεσματικών εργαλείων παρακολούθησης είναι ιδιαίτερα σημαντική για τον καθορισμό των μελλοντικών στοχευμένων προγραμμάτων πρόληψης.

Συνιστώνται μεταξύ των μεταναστών/προσφύγων τα εξής:

- παρακολούθηση της κατάστασης στοματικής υγείας για τον προσδιορισμό των προβλημάτων ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στην κοινότητα
- διάγνωση και ανάλυση των κινδύνων στοματικής υγείας στην κοινότητα
- πληροφόρηση και εκπαίδευση του πληθυσμού-στόχου μέσω ενημερωτικών εκστρατειών για την υγεία, στοχευμένου και πολιτισμικά ευαίσθητου πληροφοριακού υλικού, υποστήριξης των μέσων μαζικής ενημέρωσης, συνεργασιών, κ.λπ.
- συνηγορία για την προώθηση αλλαγών σε πολιτικές και νομοθεσία και εφαρμογή τους
- διεξαγωγή εκπαίδευσης για τη στοματική υγεία στην κοινότητα, καθορισμός της γεωγραφικής κατανομής των επαγγελματιών και παρακολούθηση των δράσεων

Επιπλέον, ο ΠΟΥ επισημαίνει τη σημασία της προαγωγής υγιών δομών, όπως υγιείς πόλεις και χώροι εργασίας, καθώς επίσης σχολεία που προάγουν την υγεία, με στόχο την εδραίωση πλήρως υποστηρικτικού περιβάλλοντος για την προαγωγή της στοματικής υγείας μεταξύ των μεταναστών και των προσφύγων.



Αποκτήστε πρόσβαση στην εργαλειοθήκη για επιπλέον εργαλεία σε σχέση με τη διαχείριση ζητημάτων «Στοματικής υγείας/ οδοντιατρικής φροντίδας» που αφορούν μετανάστες και πρόσφυγες στον ακόλουθο σύνδεσμο: [https://mighealthcare.eu/index.php?option=com\\_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=9&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0](https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=9&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0)

## ► Μη Μεταδιδόμενα Νοσήματα και Χρόνιες Παθήσεις

Τα Μη Μεταδιδόμενα Νοσήματα (MMN) στους νεοαφιχθέντες μετανάστες και πρόσφυγες είναι λιγότερο διαδεδομένα σε σύγκριση με τον πληθυσμό της χώρας υποδοχής, παρόλο που όσο αυξάνει η διάρκεια παραμονής στη χώρα υποδοχής τόσο αυξάνει ο επιπολασμός και η συχνότητα εμφάνισης των MMN (WHO, 2018).

*Αντίθετα, οι μετανάστες/πρόσφυγες που υποφέρουν ήδη από MMN είναι πιο ευάλωτοι στο στρες που προκαλεί το μεταναστευτικό ταξίδι και πιο επιρρεπείς σε επιπλοκές των νοσημάτων, εξαιτίας των δυσμενών συνθηκών και της απουσίας δυνατότητας πρόσβασης σε κατάλληλη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.*

Ο Διεθνής Ερυθρός Σταυρός εκτιμά ότι οι άνθρωποι που ζουν σε συνθήκες κρίσης ή έκτακτης ανάγκης αντιμετωπίζουν οξείες επιπλοκές που σχετίζονται με προϋπάρχοντα προβλήματα υγείας δύο έως τρεις φορές περισσότερο (IRC, 2018).

Συγκεκριμένα, στα MMN ιδιαίτερου ενδιαφέροντος για τη συγκεκριμένη ομάδα-στόχο περιλαμβάνονται ο Διαβήτης, η Παχυσαρκία και ο Καρκίνος.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το μεταναστευτικό και προσφυγικό ταξίδι μπορεί να εντείνει τα συμπτώματα ή να προκαλέσει επιδείνωση απειλητική για τη ζωή μεταξύ των ατόμων που υποφέρουν από MMN. Ευάλωτα άτομα, όπως ηλικιωμένοι και παιδιά, βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο.

Οι επιπλοκές που αναφέρονται μεταξύ των μεταναστών /προσφύγων που υποφέρουν από MMN σύμφωνα με τον ΠΟΥ (WHO 2018) μπορεί να είναι αποτέλεσμα των εξής παραγόντων:

- Σωματικός τραυματισμός: παράγοντες όπως δευτερογενείς λοιμώξεις και κακός έλεγχος του επιπέδου γλυκόζης δυσχεραίνουν

την αποτελεσματική αντιμετώπιση των οξέων τραυματισμών·

- Αναγκαστικός εκτοπισμός: η απώλεια πρόσβασης σε φάρμακα ή ιατρικά μηχανήματα, η απώλεια συνταγογράφησης, η έλλειψη πρόσβασης σε υπηρεσίες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης οδηγούν σε παρατεταμένη διακοπή της θεραπείας·
- Υποβάθμιση συνθηκών διαβίωσης: η απώλεια στέγης, τα περιορισμένα αποθέματα νερού και κανονικής τροφής και η απώλεια εισοδήματος συμβάλλουν στη σωματική και ψυχολογική πίεση· διακοπή της περίθαλψης: εξαιτίας καταστροφών στις υποδομές υγείας, διακοπής των ιατροφαρμακευτικών προμηθειών και απουσίας επαγγελματιών υγείας οι οποίοι έχουν σκοτωθεί, τραυματιστεί ή δεν είναι δυνατό να επιστρέψουν στην εργασία τους· και
- Διακοπή στην παροχή ηλεκτρικού ρεύματος ή ασφαλούς νερού, με απειλητικές για τη ζωή συνέπειες, ιδιαίτερα για άτομα με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου που έχουν ανάγκη αιμοκάθαρσης.

Όσο ο επιπολασμός των MMN αυξάνει, τόσο αυξάνουν τα κόστη που σχετίζονται με την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη που απαιτείται για τη θεραπεία των ανεπιθύμητων επιπτώσεων, οι οποίες αναμένεται να είναι πιο αισθητές μεταξύ των ευάλωτων ομάδων, όπως μετανάστες και πρόσφυγες. Δεδομένου ότι τα MMN είναι χρόνιες καταστάσεις, όσο αυξάνεται το προσδόκιμο ζωής η διάρκεια των σχετικών δαπανών προβλέπεται να παραταθεί για σημαντικό αριθμό ετών, με αποτέλεσμα σε καταστάσεις οικονομικής δυσχέρειας η πληρωμή αυτών των δαπανών να καθίσταται ανέφικτη. Ειδικά στην περίπτωση ευάλωτων ομάδων, τέτοια κόστη μπορούν να εξυπηρετηθούν μόνο από παρόχους κρατικής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και ασφάλισης, παρότι υπάρχουν πιο οικονομικοί τρόποι για την πρόληψη των νοσημάτων, οι οποίοι θα μπορούσαν να μετριάσουν τέτοια μεγάλα κόστη (EU Ageing Report 2015).

## Σημαντικά βήματα/προϋποθέσεις για τον τομέα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ υπάρχει ένα ελάχιστο επίπεδο παροχής φροντίδας όσον αφορά στην ικανοποίηση των αναγκών των προσφύγων και

των μεταναστών με MMN (WHO 2018). Πιο συγκεκριμένα αυτό περιλαμβάνει τα εξής:

- Προσδιορισμός των ατόμων με MMN για τη διασφάλιση της συνεχιζόμενης πρόσβασης στη θεραπεία που λάμβαναν πριν το ταξίδι τους.
- Διασφάλιση της θεραπείας ατόμων με οξεία, απειλητική για τη ζωή επιδείνωση και επιπλοκές των MMN.
- Όταν η απαιτούμενη θεραπευτική αντιμετώπιση για τα MMN δεν είναι διαθέσιμη, απαιτείται ο προσδιορισμός σαφών διαδικασιών παραπομπής.
- Διασφάλιση διαθεσιμότητας του απαραίτητου διαγνωστικού εξοπλισμού, βασικών εργαστηριακών ελέγχων και φαρμακευτικής αγωγής για την διαχείριση ρουτίνας των MMN στα συστήματα πρωτοβάθμιας ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Φαρμακευτικές αγωγές που ανήκουν στις τοπικές λίστες ή τις λίστες του ΠΟΥ για τα βασικά φάρμακα, αποτελούν κατάλληλες επιλογές.

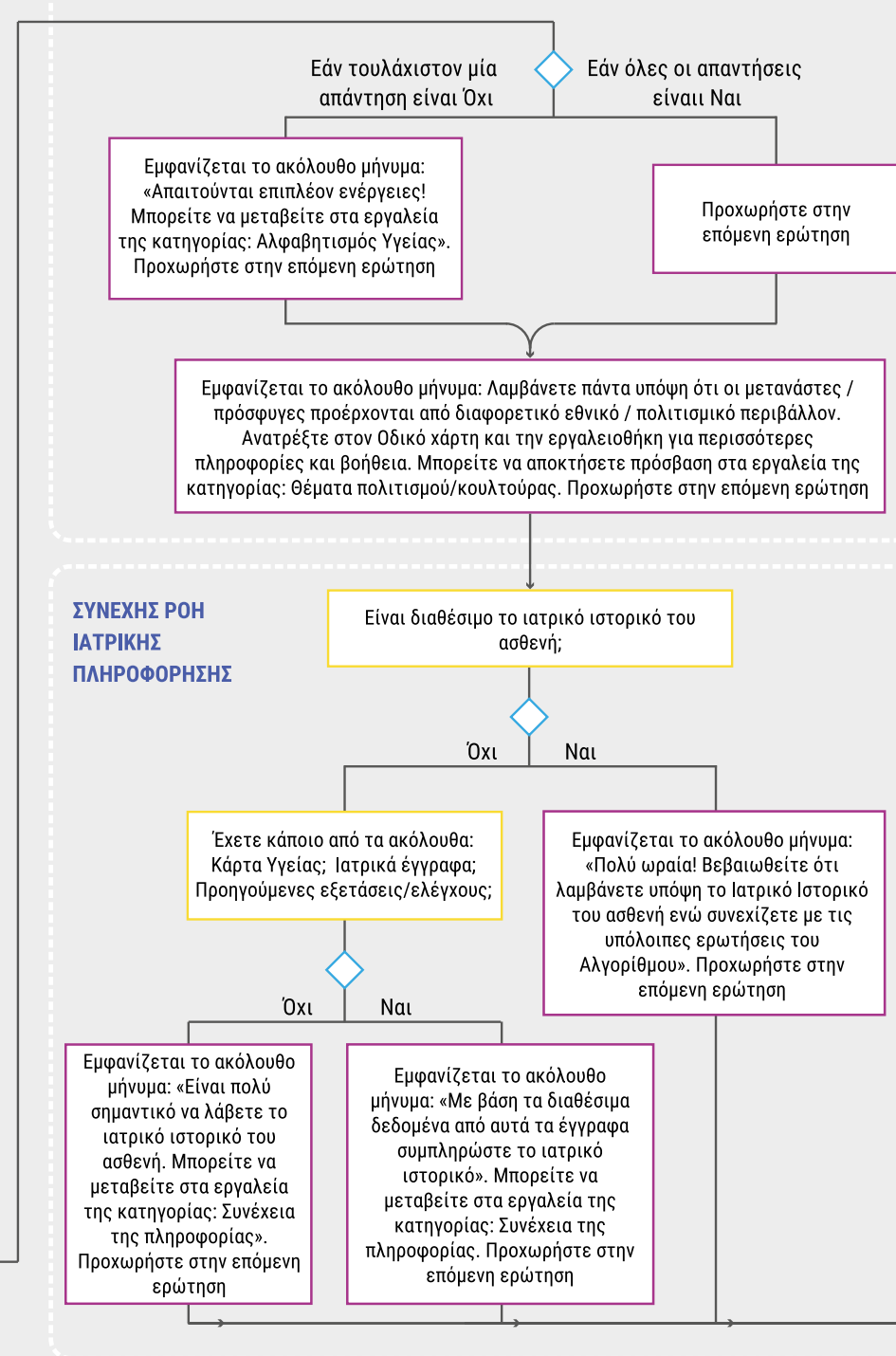
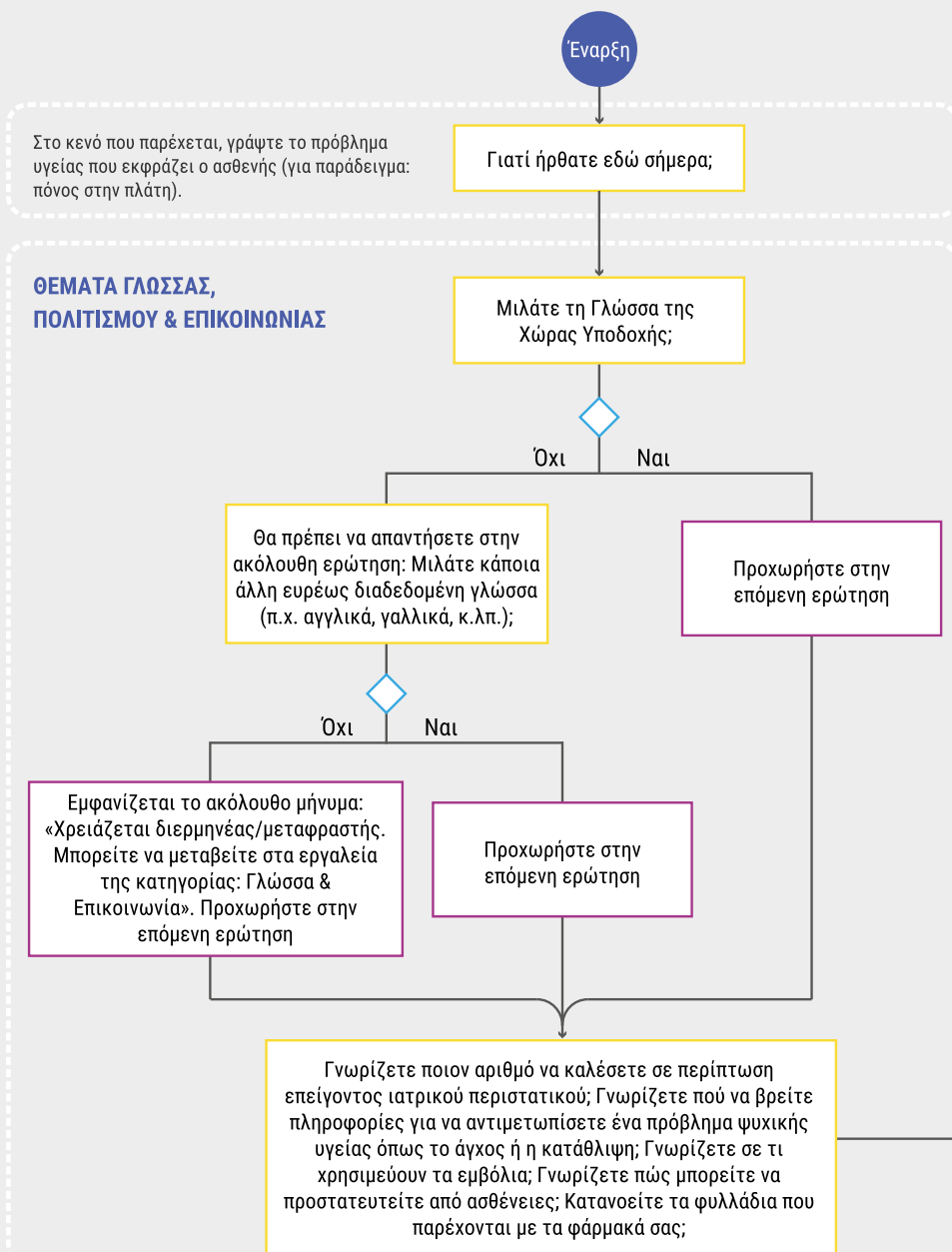
Ο ΠΟΥ ορίζει επίσης τους καθοριστικούς δείκτες για τους παρόχους υπηρεσιών όσον αφορά τα MMN μεταξύ των μεταναστών/προσφύγων:

- Όλες οι εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης έχουν σαφείς πρότυπες διαδικασίες λειτουργίας για παραπομπή των ασθενών με MMN σε εγκαταστάσεις δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας περίθαλψης.
- Όλες οι εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης διαθέτουν τα απαραίτητα φάρμακα για τη συνέχιση τη προ-επείγουσας θεραπείας των ασθενών με MMN, συμπεριλαμβανομένων παυσίπονων.



Αποκτήστε πρόσβαση στην εργαλειοθήκη για επιπλέον εργαλεία σε σχέση με τη διαχείριση ζητημάτων «MMN» που αφορούν μετανάστες και πρόσφυγες στον ακόλουθο σύνδεσμο: [https://mighealthcare.eu/index.php?option=com\\_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=10&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0](https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=10&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0)

## ► Ο Αλγόριθμος του Mig-HealthCare



## ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Οι ακόλουθες ερωτήσεις αφορούν το πώς νιώθει ο ασθενής και πώς ήταν οι συνθήκες στη ζωή του/της κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Επιλέξτε την απάντηση που βρίσκεται πιο κοντά στον τρόπο που αισθάνεται.

Είχατε ιδιαίτερη νευρικήτητα;	1	2	3	4	5	6
Νιώθατε τόσο κακόκεφος/-η ώστε τίποτα δεν μπορούσε να σας κάνει να νιώσετε πιο ευχάριστα;	1	2	3	4	5	6
Νιώθατε χαλαρός/-η και ήρεμος/-η;	1	2	3	4	5	6
Νιώθατε στενοχωρημένος/-η και απογοητευμένος/-η;	1	2	3	4	5	6
Νιώθατε χαρούμενος/-η;	1	2	3	4	5	6

Συνέχεια (1) Τον περισσότερο καιρό (2) Πολύ καιρό (3) Αρκετό καιρό (4) Τον λιγότερο καιρό (5) Καθόλου (6)

52 > βαθμολογία      52 < βαθμολογία

Προχωρήστε στην επόμενη ερώτηση

Εμφανίζεται το ακόλουθο μήνυμα: «Υπάρχει ανάγκη για Ειδικό Ψυχικής Υγείας». Μπορείτε να μεταβείτε στα εργαλεία της κατηγορίας: Ψυχική Υγεία. Προχωρήστε στην επόμενη ερώτηση

## ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ

Έχετε κάρτα εμβολιασμών;

Ναι      Όχι

Προχωρήστε στην επόμενη ερώτηση

Εμφανίζεται το ακόλουθο μήνυμα: «Μπορείτε να μεταβείτε στα εργαλεία της κατηγορίας: Εμβολιασμοί». Προχωρήστε στην επόμενη ερώτηση

Πότε εμβολιαστήκατε για τελευταία φορά;

λιγότερο από 10 χρόνια πριν      Ποτέ/Στην παιδική ηλικία

Προχωρήστε στην επόμενη ερώτηση

Εμφανίζεται το ακόλουθο μήνυμα: «Ανατρέξτε στο Εθνικό Σύστημα Εμβολιασμών και ενεργήστε ανάλογα. Μπορείτε να μεταβείτε στα εργαλεία της κατηγορίας: Εμβολιασμοί». Προχωρήστε στην επόμενη ερώτηση

## ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Καπνίζετε;

Ναι      Όχι

Εμφανίζεται το ακόλουθο μήνυμα: «Συμβουλευστε τον ασθενή σχετικά με τις κλινικές διακοπές καπνίσματος στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Μπορείτε να μεταβείτε στα εργαλεία της κατηγορίας: Κάπνισμα». Προχωρήστε στην επόμενη ερώτηση

Προχωρήστε στην επόμενη ερώτηση

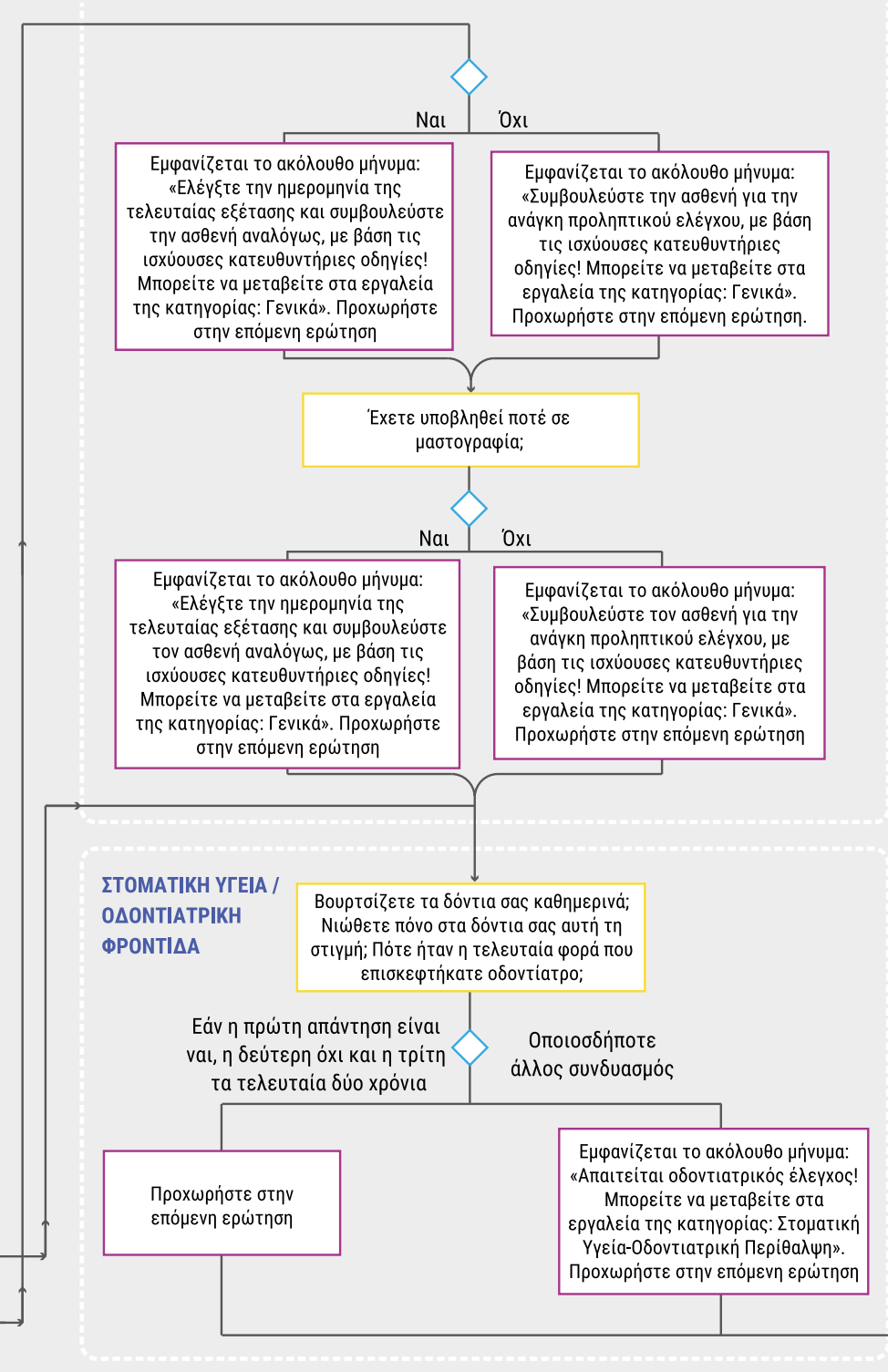
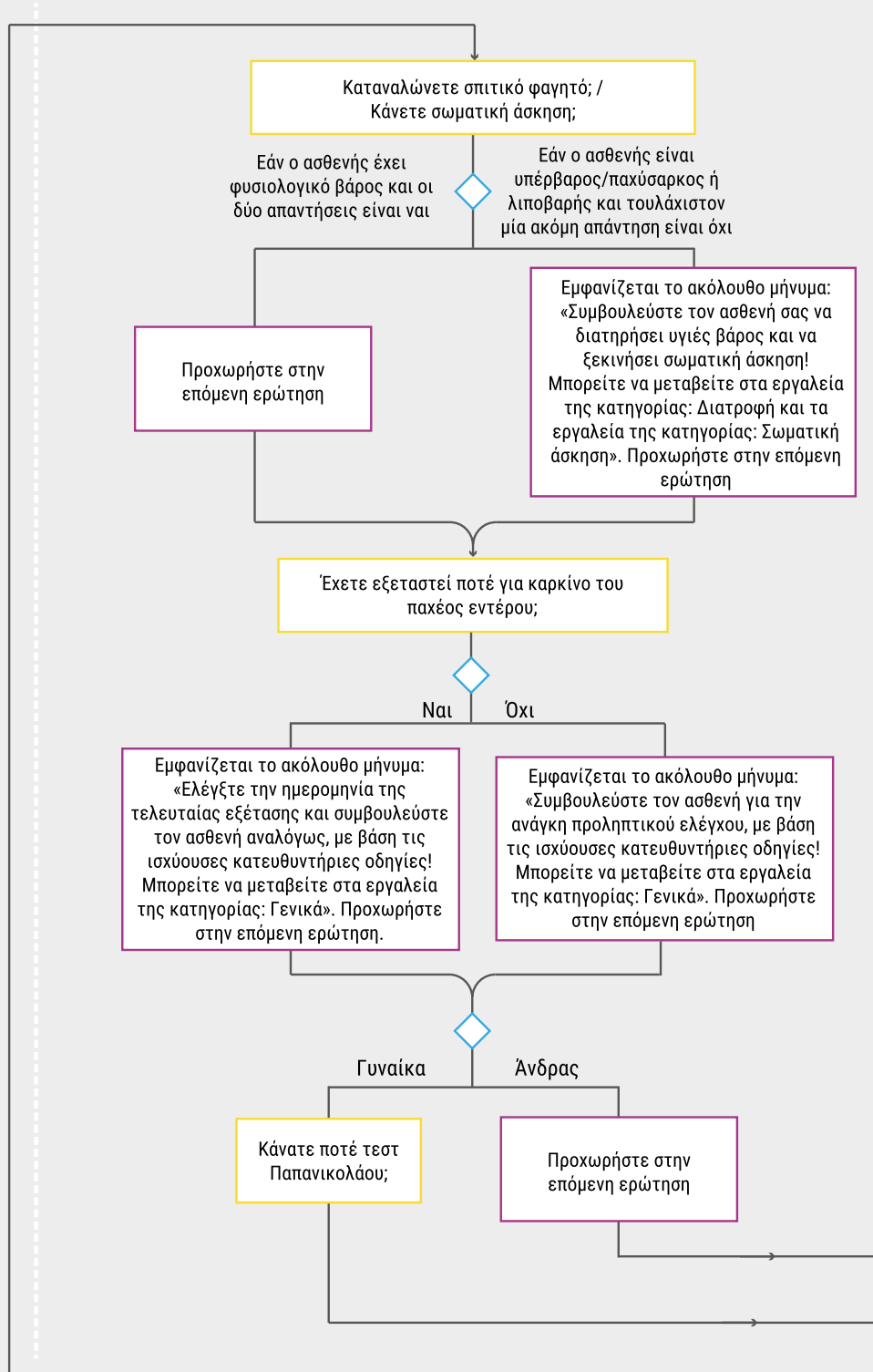
Πίνετε αλκοόλ;

Ναι      Όχι

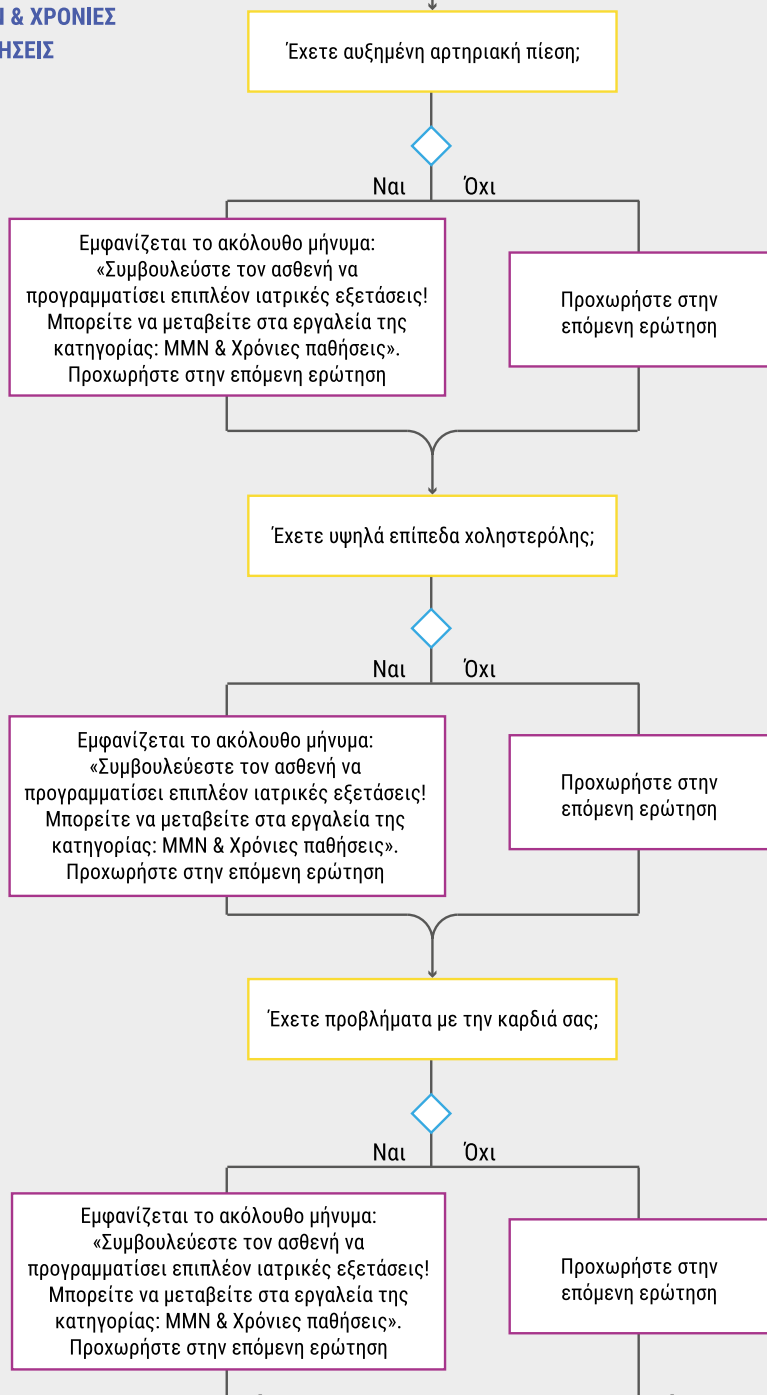
Εμφανίζεται το ακόλουθο μήνυμα: «Μπορείτε να μεταβείτε στα εργαλεία της κατηγορίας: Αλκοόλ». Προχωρήστε στην επόμενη ερώτηση»

Προχωρήστε στην επόμενη ερώτηση

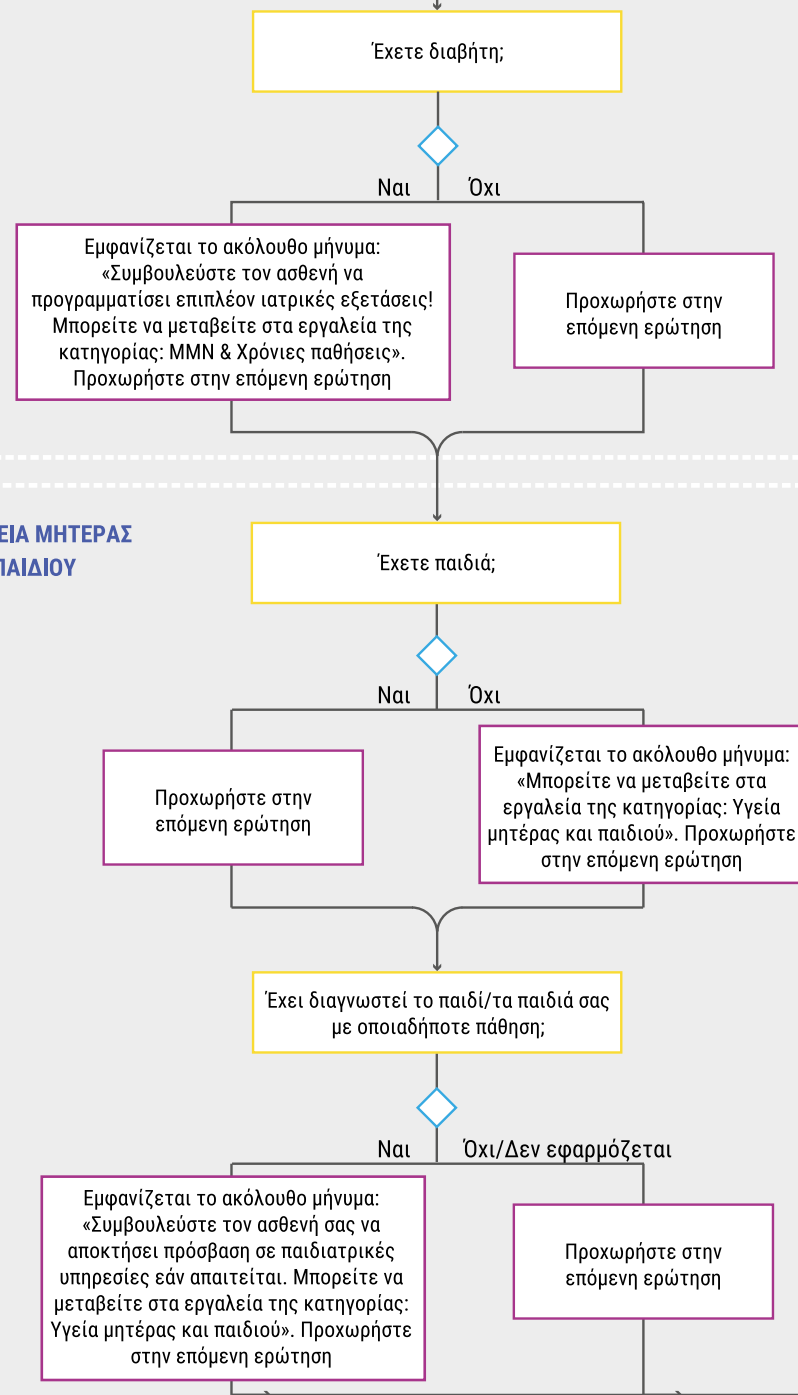
Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) (αναφέρετε το βάρος σας, το ύψος σας και ο ΔΜΣ θα υπολογιστεί αυτόματα και θα εμφανιστεί ένα μήνυμα που θα αναφέρει εάν ο ασθενής έχει φυσιολογικό βάρος, είναι λιποβαρής, παχύσαρκος ή υπέρβαρος)



**MMN & ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ**



**ΥΓΕΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ & ΠΑΙΔΙΟΥ**

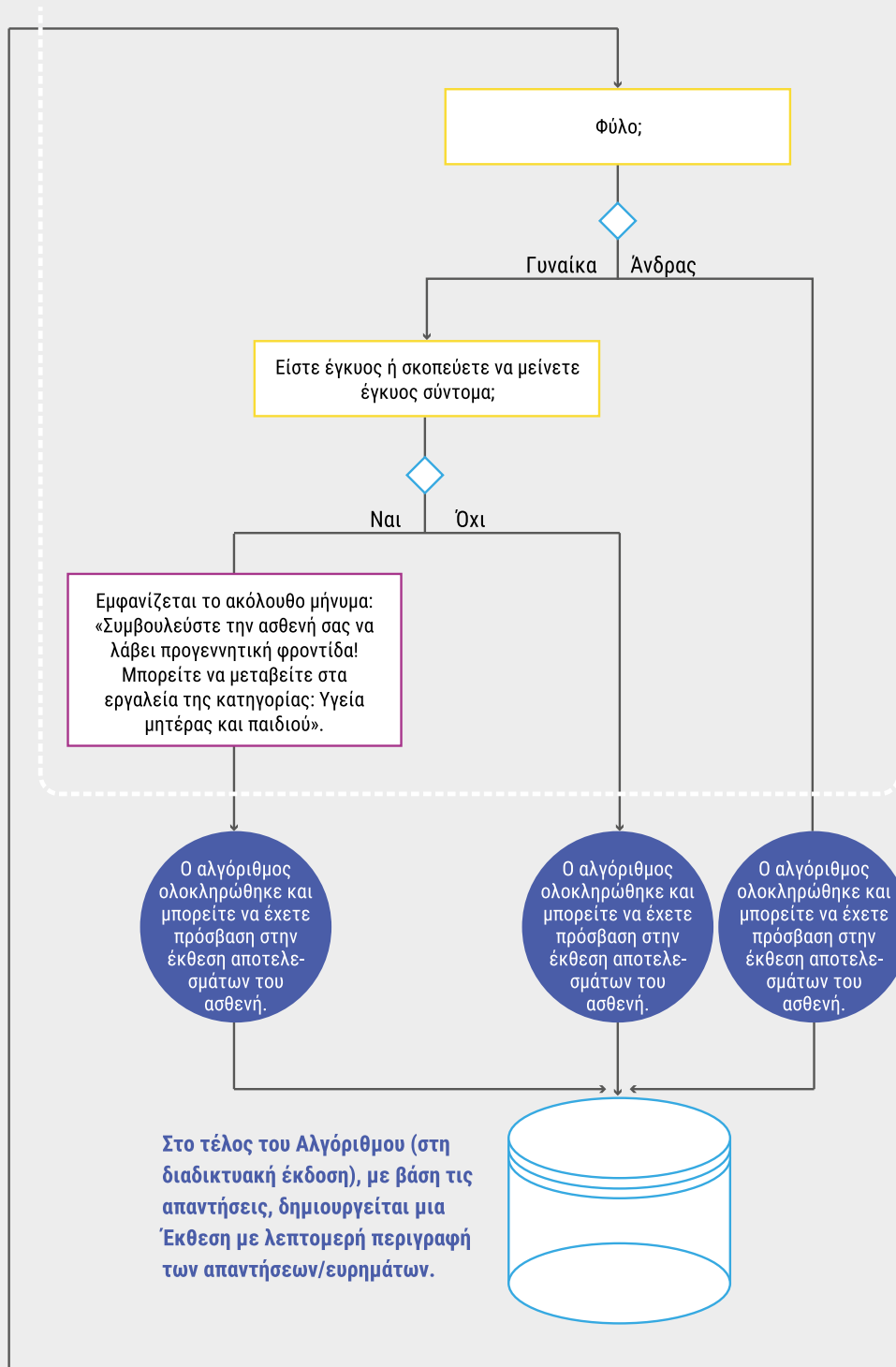




## ► Βιβλιογραφικές Παραπομπές

Οι πλήρεις αναφορές της βιβλιογραφίας που παρατίθενται σε κάθε ζήτημα υγείας που καλύπτεται στο παρόν έγγραφο είναι διαθέσιμες στους ακόλουθους συνδέσμους:

- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Language%20Curture%20Communication\[1\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Language%20Curture%20Communication[1].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Continuity%20of%20Information\[2\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Continuity%20of%20Information[2].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Mental%20Health\[3\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Mental%20Health[3].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Vaccinations\[4\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Vaccinations[4].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Maternal%20and%20Child%20Health\[5\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Maternal%20and%20Child%20Health[5].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Health%20Promotion\[6\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Health%20Promotion[6].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Oral%20health-Dental%20care\[7\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Oral%20health-Dental%20care[7].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/NCDs\[8\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/NCDs[8].pdf)







Co-funded by the European Union's  
Health Programme (2014-2020)

This publication is part of the project '738186 / Mig-HealthCare' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020). The content of this publication represents the views of the author only and is his/her sole responsibility; it can not be considered to reflect the views of the European Commission and/or the Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency or any other body of the European Union. The European Commission and the Agency do not accept any responsibility for use that may be made of the information it contains.