

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

**Μελέτη του νοσολογικού φάσματος, της χρήσης και του κόστους των
υπηρεσιών υγείας μεταναστών**

Μπάνου Γ. Κωνσταντίνα
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ Π.Ε

Τριμελής εξεταστική Επιτροπή:
Κ. Σουλιώτης, Επιβλέπων Καθηγητής
Μ. Σαρίδη, Επιστημονική Συνεργάτης
Δ. Καρακατσάνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Κόρινθος, Φεβρουάριος 2016

Copyright © Μπάνου Κωνσταντίνα, 2016.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

Στην οικογένεια μου και
την κυρία Σαρίδη Μαρία...

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	3
Πίνακες και Γραφήματα	7
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	9
Α.ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	11
ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ	11
1.1 Αίτια Μετανάστευσης	11
1.1.1 Συμπληρωματικοί ορισμοί	12
1.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ	13
Εισαγωγή	13
1.3. Μετανάστευση από τις Ευρωπαϊκές Χώρες	13
1.4. Μετανάστευση προς την Ευρώπη	14
1.5. Το Μεταναστευτικό Ζήτημα στην Ελλάδα	16
1.5.1 Μεταναστευτικές ροές προς και από την Ελλάδα.	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	19
ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΟ	19
2.1 Ευρωπαϊκές Συνθήκες για το Μεταναστευτικό	19
2.1.1. Ρυθμίσεις Γενικής Εφαρμογής	19
2.1.2. Ρυθμίσεις Αποκλειστικής Ισχύος για τους Μετανάστες	19
2.2. Μεταναστευτική Πολιτική στην Ευρώπη	20
2.2.1 Συνθήκη Σένγκεν	20
2.2.2. Συνθήκη του Μάαστριχτ	20
2.2.3. Συνθήκη του Άμστερνταμ	20
2.2.4. Συμβούλιο Τάμπερε	21
2.2.5. Συμβούλιο Λάακεν	21
2.2.6. Συμβούλιο Σεβίλλης	21
2.2.7. Συμβούλιο της Θεσσαλονίκης	21
2.2.8. Το πρόγραμμα της Χάγης	22
2.2.9. Πρόγραμμα της Στοκχόλμης	22
2.2.10. Κανονισμός 343/2003 (Δουβλίνο ΙΙ)	23
2.3. Νομικό Πλαίσιο στην Ελλάδα	24

2.3.1. Νόμος 1975/1991	24
2.3.2. Νόμος 2910/2001	25
2.3.3. Ο Νόμος 3386/2005	26
2.4. Νομικό Πλαίσιο για ανήλικους μετανάστες	27
2.5. Νομικό Πλαίσιο για τους Παράτυπους Μετανάστες	29
2.5.1. Νόμος 2910/2001 άρθρο 44- <i>Διοικητική απέλαση</i>	29
2.5.2. Νόμος 2910/2001 άρθρο 48- <i>Χώροι Κράτησης Μεταναστών</i>	29
2.5.3. Κέντρα Πρώτης Υποδοχής	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο	31
ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ	31
3.1. Η Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ	31
3.2. Αιτήματα για Διεθνή Προστασία στην Ελλάδα	31
3.2.1. Αιτήματα για χορήγηση διεθνούς προστασίας ανά έτος	32
3.2.2. Απορρίψεις αιτημάτων ανά έτος	32
3.2.3 Αιτήματα που τελικά δόθηκαν	33
3.3. Παράτυπη Μετανάστευση	34
3.4. Συλλήψεις μη Νόμιμων Μεταναστών και διακινητών από την Ελληνική Αστυνομία και το Λιμενικό κατά τα έτη 2006-2015	35
3.4.1 Συλλήψεις παράτυπων μεταναστών και διακινητών ανά έτη	35
3.4.2. Συλλήψεις παράτυπων μεταναστών ανά έτος	35
3.4.3. Συλλήψεις διακινητών ανά έτος	36
3.5. Συλλήψεις Παράτυπων Μεταναστών από τα Χερσαία Σύνορα ή από τα θαλάσσια σύνορα από την Τουρκία για τα έτη 2007-2015.	36
3.5.1 Συγκριτικά οι συλλήψεις παράτυπων μεταναστών από τα χερσαία σύνορα και από τα θαλάσσια σύνορα	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	38
Προαναχωρησιακά Κέντρα Κράτησης	38
4.1 Γενικά Στοιχεία για τα Κέντρα Κράτησης	38
4.2. Δικαιώματα και Υποχρεώσεις Κρατούμενων Μεταναστών	39
4.3. Ιατρική Μέριμνα στους Αλλοδαπούς των Κέντρων Κράτησης	40
4.3 Κέντρα Κράτησης στον ελλαδικό χώρο	42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	43
Διαπολιτισμική Φροντίδα Υγείας	43
5.1. Δικαίωμα στην Υγεία	43
5.2. Υγεία των Μεταναστών	46
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο	50
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	50
6.1 Σκοπός της έρευνας	51
6.2 Στόχοι της έρευνας	51
6.3 Δείγμα της μελέτης	51
6.4 Κριτήρια Αποκλεισμού	52
6.5 Ηθική και δεοντολογία της μελέτης	52
6.6 Άδεια για την εκπόνηση της μελέτης	52
6.7 Περιορισμοί της έρευνας	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	53
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	53
7.1 Επιδημιολογικά δεδομένα ατόμων που έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας	57
7.2 Χρήση υπηρεσιών υγείας	59
7.2.1 Εργαστηριακές εξετάσεις	59
7.2.2. Απεικονιστικές Εξετάσεις	61
8.2.3. Εισαγωγή σε Νοσοκομείο	66
7.2.3. Επισκέψεις σε ιατρεία	71
7.4. Νοσολογικό Φάσμα	74
7.5. Κοστολόγηση Υπηρεσιών Υγείας	92
7.6. Ανάλυση νοσημάτων	93
7.6.1 Έλεγχος mantoux	93
7.6.1.1. Ευρήματα για την αναφερόμενη αιμόπτυση	94
7.6.2 Ηπατολογικός έλεγχος	96
7.6.3 Ευρήματα για Μονήρη Νεφρό	98
7.6.4 Ευρήματα για απόπειρα αυτοκτονίας	99
7.6.5. Ευρήματα από τους τραυματισμούς και την περιποίηση των τραυμάτων	100

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8	102
ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	102
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9	108
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	108
9.1. Δημογραφικά και ατομικά χαρακτηριστικά των ατόμων του δείγματος	109
9.2. Επιδημιολογικό Προφίλ Μεταναστών	109
9.2.1. Φυματίωση	109
9.2.2. Ηπατίτιδα Β και C	111
9.2.3. Ψυχικές Διαταραχές	113
9.3. Διάφορα νοσήματα	113
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10	115
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	115
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11	117
11.1 Περίληψη	117
11.2 Abstract	119
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	121

Πίνακες και Γραφήματα

Α. Γενικό Μέρος

Πίνακες

Πίνακας 1.....	29
Πίνακας 2.....	31
Πίνακας 3.....	32
Πίνακας 4.....	38

Γραφήματα

Γράφημα 1	28
Γράφημα 2.....	28
Γράφημα 3	29
Γράφημα 4.....	31
Γράφημα 5	32
Γράφημα 6.....	33

Β. Ειδικό Μέρος

Πίνακες

Πίνακας 1.....	48
Πίνακας 2.....	51
Πίνακας 3.....	52
Πίνακας 4.....	54
Πίνακας 5.....	54
Πίνακας 6.....	55
Πίνακας 7.....	55
Πίνακας 8.....	56

Πίνακας 9.....	59
Πίνακας 10.....	60
Πίνακας 11.....	60
Πίνακας 12.....	61
Πίνακας 13.....	62
Πίνακας 14.....	66
Πίνακας 15.....	69
Πίνακας 16.....	87
Πίνακας 17.....	88
Πίνακας 18.....	88
Πίνακας 19.....	89
Πίνακας 20.....	90
Πίνακας 21.....	90
Πίνακας 22.....	91
Πίνακας 23.....	92
Πίνακας 24.....	93
Πίνακας 25.....	93
Πίνακας 26.....	94
Πίνακας 27.....	94
Πίνακας 28.....	95
Πίνακας 29.....	96

Γραφήματα

Γράφημα 1.....	51
----------------	----

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Έναυσμα για τη διπλωματική αυτή εργασία αποτέλεσε η προσωπική μου επιθυμία να ασχοληθώ με το μεταναστευτικό ζήτημα το οποίο είναι πιο επίκαιρο από κάθε άλλη φορά. Σταθμός σε αυτή μου την επιλογή στάθηκε η ενασχόληση μου ως κλινική νοσηλεύτρια στο Προαναχωρησιακό Κέντρο Κράτησης Μεταναστών Κορίνθου μέσα από το οποίο μπόρεσα να έρθω σε επαφή με τους μετανάστες και τα δώ τα προβλήματα υγείας τους. Παρακινήτης του όλου εγχειρήματος στάθηκε ο καθηγητής μου κύριος Σουλιώτης, προτρέποντας με να ασχοληθώ με ένα θέμα που το χαρακτήριζε η πρωτοτυπία του και το εξαιρετικό μεγάλο επιστημονικό ενδιαφέρον.

Η επιλογή του θέματος βασίστηκε στην έλλειψη στοιχείων αναφορικά με τα νοσήματα τα οποία έχουν τα άτομα που μεταναστεύουν προς τις χώρες της Ευρώπης και δεν φέρουν τα απαραίτητα νομιμοποιητικά έγγραφα. Το συγκεκριμένο ζήτημα κρίθηκε εξαιρετικά σημαντικό γιατί κύριο μέλημα είναι η προστασία της Δημόσιας Υγείας και του κοινωνικού συνόλου ευρύτερα. Επιπλέον, έλλειψη παρουσιάστηκε και στα δεδομένα που αφορούσαν τους μετανάστες οι οποίοι είχαν φιλοξενηθεί στα Κέντρα Κράτησης, τα νοσήματα που παρουσίασαν κατά την διάρκεια φιλοξενίας τους αλλά και το κόστος της υγειονομικής κάλυψης αυτών.

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κύριο Σουλιώτη για την καθοδήγηση και την συνεχή ενθάρρυνση που μου έδινε αλλά και την κυρία Σαρίδη που ήταν για εμένα μια εξαιρετική πηγή βοήθειας και κατανόησης σε όλα τα στάδια της παρούσας έρευνας. Επιπλέον θα ήθελα να ευχαριστήσω τον διοικητή του Κέντρου Κράτησης για την απεριόριστη βοήθεια που μου προσέφερε αλλά και όλους τους αστυνομικούς του Κέντρου Κράτησης Κορίνθου για την πολύτιμη βοήθεια τους, για το ιδιαίτερο ενδιαφέρον τους για την μελέτη και τα αποτελέσματα αυτής, αλλά και για τις εύστοχες ερωτήσεις και απορίες τους που στάθηκαν πηγή έμπνευσης για εμένα.

Δεν θα μπορούσα να μην ευχαριστήσω τους γονείς μου που με στηρίζουν σε κάθε μου βήμα, σε κάθε μου προσπάθεια για να γίνω καλύτερη και να έχω ένα καλύτερο αύριο! Ίσως τα καταφέρνω, ίσως και όχι, αλλά είναι δίπλα μου σε κάθε μου προσπάθεια και με ενθαρρύνουν να μην το βάζω κάτω και να συνεχίζω ανεξαρτήτως των δυσκολιών που αντιμετωπίζω στον δρόμο μου.

Α.ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ

Με τον όρο μετανάστευση θεωρείται η γεωγραφική μετακίνηση πληθυσμού από μία χώρα σε μία άλλη ή από μια περιοχή μιας χώρας σε κάποια άλλη περιοχή. Κάθε μεταναστευτική κίνηση μπορεί να χαρακτηριστεί είτε ως *εκούσια* ή *εθελοντική* (αποτέλεσμα της πρωτοβουλίας των μετακινούμενων) είτε ως *ακούσια* ή *αναγκαστική* (αποτέλεσμα ειδικών καταστάσεων όπως πόλεμοι, φυσικές καταστροφές κλπ). Επιπλέον, όταν ο αριθμός των μετακινούμενων είναι μεγάλος τότε η μετανάστευση καλείται *συλλογική*. Όταν έχουμε μεγάλο αριθμό μετακινούμενων αλλά η μετακίνηση οφείλεται σε αιφνίδια και ακούσια μαζική μετανάστευση τότε καλείται *μαζική*. Γενικά το αποτέλεσμα της μετανάστευσης είναι η αλλαγή της διαμονής του μετακινούμενου (Παπαευαγγέλου & Τσίμπος, 1992). Με τον όρο καθαρή μετανάστευση εννοούμε τη διαφορά μεταξύ μεταναστών και παλιννοστούντων (αυτών που επαναπατρίζονται) ή τη διαφορά μεταξύ αυτών που εξέρχονται και αυτών που εισέρχονται στην χώρα (Καλοκαιρινού & Αποστολοπούλου, 2004).

Ένας άλλος ορισμός που δίνεται για τη μετανάστευση είναι, η αποχώρηση ενός ατόμου από το πατρικό έδαφος, για διάφορους λόγους, και η εγκατάστασή του σε κάποιο άλλο μέρος (Αθανασοπούλου και συν., 2007). Οι λόγοι που μπορεί ένας άνθρωπος να εγκαταλείψει την χώρα προέλευσής του είναι ποικίλοι και εξαρτώνται από την χρονική περίοδο που συμβαίνει η διαδικασία της μετανάστευσης.

Ανεξαρτήτως, των λόγων που μπορεί να έχουμε την διαδικασία της μετανάστευσης, η μετανάστευση μπορεί να χαρακτηριστεί ως *εσωτερική*, όταν ο μετακινούμενος δεν φεύγει από τα όρια του κράτους από το οποίο προέρχεται ή ως *εξωτερική*, όταν έχουμε μετακίνηση εκτός των συνόρων του κράτους προέλευσης. (Παπαευαγγέλου & Τσίμπος, 1992). Ένας άλλος χαρακτηρισμός για την μετανάστευση έχει να κάνει με το αν είναι *ενδοηπειρωτική* ή *ενδοευρωπαϊκή*, δηλαδή αν η μετανάστευση γίνεται εντός της Ευρώπης και *διηπειρωτική* ή *υπερπόντια* αν η μετανάστευση γίνεται εκτός των συνόρων της Ευρώπης (Μουσούρου, 2003).

1.1 Αίτια Μετανάστευσης

Οι λόγοι για να μεταναστεύσει ένας άνθρωπος χωρίζονται σε αυτούς που σχετίζονται με την χώρα προέλευσης (ανεργία, πολιτικές αναταραχές κ.λ.π) και σε αυτούς που σχετίζονται με την χώρα αποστολής (ανάγκη από φτηνά εργατικά χέρια κ.α).

Η ιστορική αποτύπωση της μετανάστευσης που ακολουθεί παρακάτω, φανερώνει πως τα αίτια της μετανάστευσης μεταβάλλονται τόσο χρονικά όσο και τοπικά, με

αποτέλεσμα να διαφέρουν σήμερα τα αίτια που οδηγούν στο φαινόμενο αυτό με εκείνα που ήταν την δεκαετία του 1990 ή και νωρίτερα.

Τα βασικότερα αίτια είναι τα εξής:

- Οικονομικοί λόγοι: η ανεργία στην χώρα προέλευσης και γενικότερα η δυσμενής οικονομική κατάσταση και η έλλειψη ασφάλειας που αυτό συνεπάγεται, οδηγούν στην επιλογή της μετανάστευσης με σκοπό την εύρεση εργασίας, την κάλυψη της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και την οικονομική ευμάρεια.
- Θρησκευτικοί λόγοι: η καταδίωξη λόγω των θρησκευτικών πεποιθήσεων αλλά και η προσπάθεια επιβολής της θρησκείας στους αλλόθρησκους με βίαιους συνήθως τρόπους συμβάλουν στην μετανάστευση
- Πολιτικοί λόγοι: η διαφορετική πολιτική ιδεολογία του ατόμου από αυτές που επικρατούν στον τόπο προέλευσης μπορεί να τον οδηγήσουν στην μετανάστευση. Επιπλέον μπορεί ο πολιτικός λόγος να συνδέεται και με εμπόλεμες καταστάσεις που οδηγούν πολλά άτομα στο να εγκαταλείψουν την χώρα προέλευσης.
- Φυσικές καταστροφές: Σεισμοί, πλημμύρες, παγετός, που καταστρέφουν τις κατοικίες ή και τις γεωργικές σοδιές των ατόμων συμβάλλουν στην μετακίνηση σε άλλη περιοχή
- Περιβάλλον: μετακινήσεις λαός σε πιο εύγνο και προστατευμένο περιβάλλον παρατηρούνται από την αρχαιότητα (Βγενόπουλος, 1998)
- Δημογραφικοί λόγοι: Για την δημιουργία οικογένειας και την προσπάθεια εύρεσης συντρόφου ή ακόμα και για να επανενωθεί η οικογένεια σε περίπτωση μετανάστευσης, για οικονομικούς λόγους κυρίως, του ενός από τους δύο συντρόφους ή μέσω του επαναπατρισμού κάποιας οικογένειας (παλιννόστηση) (Παπαευαγγέλου & Τσίμπος, 1992).

Σημαντικό είναι να τονιστεί πως τόσο οι πληθυσμοί που μετακινούνται, όσο και οι κοινωνίες που δέχονται μετανάστες δεν είναι ομοιογενείς. Κοινωνικο-πολιτισμικές, οικονομικές, θρησκευτικές, γλωσσικές και πολιτισμικές διαφορές οδηγούν στην δημιουργία εσωτερικής ανομοιογένειας στην κοινωνία με αποτέλεσμα η μετανάστευση να θεωρείται ένα ιδιαίτερα περίπλοκο θέμα. Τα χαρακτηριστικά της μετανάστευσης αλλάζουν ανάλογα με την εποχή, τα αίτια που την προκαλούν, την οικονομική κατάσταση και τις διεθνείς σχέσεις. (Βεντούρα, 1994)

1.1.1 Συμπληρωματικοί ορισμοί

Αλλοδαπός, καλείται το φυσικό πρόσωπο που δεν έχει ελληνική ιθαγένεια (στην περίπτωση της Ελλάδας) ή που δεν έχει ιθαγένεια. (Κακκαλής, 2009)

Ανιθαγενείς, σύμφωνα με το άρθρο 1 του Νόμου 3386/2005, είναι το άτομο που πληροί τις προϋποθέσεις της Σύμβασης της Ν. Υόρκης του 1954 που έχει κυρωθεί με τον νόμο 139/1975, και δεν έχει ιθαγένεια.

Πρόσφυγας είναι κάθε άτομο "που έχει τραπεί σε φυγή από την χώρα του λόγω δικαιολογημένου φόβου δίωξης για φυλετικούς, θρησκευτικούς, εθνικής καταγωγής, πολιτικών πεποιθήσεων ή συμμετοχής σε ιδιαίτερη κοινωνική ομάδα, οι οποίοι δεν μπορούν ή δεν επιθυμούν να επιστρέψουν στην πατρίδα τους". Η Σύμβαση του Οργανισμού Αφρικανικής Ενότητας για τους Πρόσφυγες (1969) και η Διακήρυξη της Καρταχένα στη Λατινική Αμερική (1984) εμπλούτισαν το όρο ώστε να περιλαμβάνει και τους ανθρώπους που έχουν τραπεί σε φυγή λόγω πολέμων ή ένοπλης σύρραξης (Υπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ, 2015). Στο ελληνικό έδαφος ως "αιτών άσυλο" λογίζεται και ο αλλοδαπός ο οποίος εισέρχεται σε ελληνικό έδαφος σύμφωνα με την Σύμβαση του Δουβλίνου του 1990 (ν.1996/1991) (Παπαθεοδώρου, 2007).

1.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ

Εισαγωγή

Το φαινόμενο της μετανάστευσης έχει λάβει τεράστιες διαστάσεις πλέον και είναι έκδηλο, λόγω του τεράστιου αριθμού μεταναστών, που προσπαθούν να έχουν ένα καλύτερο μέλλον. Η μετανάστευση ωστόσο, ως διαδικασία, δεν είναι κάτι το καινούργιο και έχει απασχολήσει τις εκάστοτε κοινωνίες μέσα στο διάβα του χρόνου. Κρίνεται σημαντικό, στα πλαίσια αυτής της εργασίας, να γίνει μια αποτύπωση διαχρονική για την μετανάστευση ως και σήμερα. Σκοπός αυτού είναι να φωτιστούν τα αίτια που συνέβαλαν στην μετανάστευση διαχρονικά καθώς επίσης και να παρουσιαστούν οι θεσμικές και πολιτικές πρωτοβουλίες που έγιναν με κύριο μέλημα την αντιμετώπιση της.

1.3. Μετανάστευση από τις Ευρωπαϊκές Χώρες

Οι Ευρωπαίοι, από τον 15ο αιώνα, άρχισαν να εξερευνούν αχαρτογράφητες περιοχές με σκοπό το εμπόριο, καταπατώντας και υποτάσσοντας τους αυτόχθονες πληθυσμούς που έβρισκαν στις νέες περιοχές. Εκατομμύρια άτομα μετανάστευσαν προς τις νέες χώρες και ταυτόχρονα έχουμε την εμφάνιση του δουλεμπορίου από την Αφρική προς την Νότια και Βόρεια Αμερική. Επιγραμματικά οι κυριότερες μετακινήσεις πληθυσμών εκείνη την περίοδο είναι οι ακόλουθες:

- Από την Ευρώπη με προορισμό την Βόρεια Αμερική: Από τον 17ο αιώνα μέχρι σήμερα υπολογίζεται ότι έχουν μεταναστεύσει περίπου 45 εκατομμύρια Ευρωπαίοι και σημαντικός είναι και ο αριθμός της δεύτερης γενιάς μεταναστών.
- Από την Ευρώπη προς την Κεντρική και Νότια Αμερική: Οι μετανάστες από την Ισπανία, Πορτογαλία και Ιταλία προς την Αμερική υπολογίζεται ότι ήταν περίπου 20 εκατομμύρια.
- Από την Ευρώπη προς την Αφρική και την Αυστραλία. Οι μετακινήσεις προς την Αφρική ήταν κυρίως από Βρετανούς και Ολλανδούς και αφορούσε κυρίως την Νότια Αφρική. Υπολογίζεται πως και στις δύο ηπείρους μετανάστευσαν 17 εκατομμύρια Ευρωπαίοι.
- Από την Αφρική προς την Αμερική: Κατά τον 16ο αιώνα υπολογίζεται ότι μεταφέρθηκαν, χωρίς την θέληση τους, 1 εκατομμύριο Αφρικανοί στην Νότια Αμερική. Τον 17ο αιώνα 1.3, τον 18ο αιώνα 6 και τον 19ο 2 εκατομμύρια.

Τα μεταναστευτικά αυτά ρεύματα έθεσαν τα θεμέλια της πολυπολιτισμικής κοινωνίας της Αμερικής, της Νότιας Αφρικής, της Αυστραλίας και της Νέας Ζηλανδίας. Κατά την αποικιοκρατική αυτή περίοδο, οι Ευρωπαίοι ενσωμάτωσαν την ενθοτική τους κουλτούρα στις περιοχές ενσωμάτωσης και θεωρούσαν τους εαυτούς τους ανώτερους από τους αυτόχθονες κάτι που συνέβαλλε στην εμφάνιση του ρατσισμού. (Giddens, 2002)

1.4. Μετανάστευση προς την Ευρώπη

Η διαδικασία της μετανάστευσης στην Ευρώπη αμέσως μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, χαρακτηρίστηκε από μεγάλα μεταναστευτικά ρεύματα κυρίως από την Βόρεια Μεσόγειο, Αφρική, Καραϊβική και Ασία, προς τις χώρες της Δυτικής και Βόρειας Ευρώπης. Οι μετανάστες κλήθηκαν να καλύψουν τα κενά σε εργατικό δυναμικό που είχαν ανακύψει από τον πόλεμο και θεωρούνταν προσωρινοί κάτοικοι. Ακόμα, οι μετανάστες που προέρχονταν εκτός Ευρώπης σχετίζονταν με το αποικιοκρατικό παρελθόν των χωρών υποδοχής και οι συγκεκριμένοι απολάμβαναν και ειδικά δικαιώματα στην χώρα προορισμού (Τριανταφύλλου & Γρώπα, 2009).

Στις αρχές του 1970 φαίνεται να υπάρχει ένα τροχοπέδη στη μεταναστευτική ροή προς τις χώρες της Βόρειας και Δυτικής Ευρώπης. Η ανεργία άρχισε να παρουσιάζει ανοδική πορεία στις άλλοτε βιομηχανικές χώρες όπως η Βρετανία και το Βέλγιο. Επιπλέον, η οικονομική συνοχή που εξασφαλιζόνταν από την ΕΟΚ μέσω της ένταξης της Ελλάδας, της Ιταλίας και της Πορτογαλίας στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα, καθώς και η ταυτόχρονη βιομηχανική ανάπτυξη της Νότιας Ευρώπης και η δημιουργία

απασχόλησης στον τομέα των υπηρεσιών, μείωσε την μεταναστευτική ροή προς της χώρες της Δυτικής και Βόρειας Ευρώπης που είχαν σταματήσει τις πολιτικές προσέλκυσης εργατικού δυναμικού με στόχο την "μηδενική μετανάστευση" (Τριανταφυλλίδου & Γρώπα, 2009).

Την ίδια χρονική περίοδο μειώθηκαν και οι μετανάστες προς την Ευρώπη από την Ασία και την Αφρική και χώρες όπως η Βρετανία και η Γαλλία άσκησαν πολιτικές περιορισμού του μεταναστευτικού και πολιτικές ενσωμάτωσης των ήδη υπάρχοντων μεταναστών στα εδάφη τους.

Η μετανάστευση μετά το 1989 φαίνεται να παρουσιάζει μια νέα μορφή πέραν των οικονομικών μεταναστών που υφίσταται μέχρι τότε. Στο προσκήνιο έρχονται μετανάστες που μετακινούνται λόγω πολιτικών αναταραχών, κοινωνικών ασταθειών και εθνικών αλληλοσπαραγμών από τις χώρες αποστολής τους. Η κατάρρευση των κομμουνιστικών καθεστώτων στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη οδήγησε σε μεταναστευτικά ρεύματα προς την Δυτική και Νότια Ευρώπη. Ανεπίσημα πολλές χώρες αναγκάστηκαν να αναθεωρήσουν την "μηδενική μετανάστευση" καθώς μεγάλος αριθμός μεταναστών έφτασε, εργάστηκε και διέμεινε στις χώρες είτε νόμιμα είτε παράνομα ζητώντας άσυλο. Η Νότια Ευρώπη, φάνηκε πως δεν ήταν έτοιμη να δεχτεί ένα κύμα μεταναστών. Δειλά βήματα με σκοπό την νομιμοποίηση αφενός αλλά και την πολιτισμική ενσωμάτωσή τους αφετέρου, δεν μπόρεσαν να περιορίσουν τις σκληρές ρατσισμού και ξενοφοβίας (Τριανταφυλλίδου & Γρώπα, 2009).

Ένα ακόμα ορόσημο στην μετανάστευση αποτελεί και η επίθεση της 11ης Σεπτεμβρίου στο Παγκόσμιο Κέντρο Εμπορίου στις ΗΠΑ. Ο φόβος οδήγησε στο συμπέρασμα ότι η μετανάστευση συνοδεύεται από τον κίνδυνο της τρομοκρατίας και συνεπώς είναι απειλή για την εθνική ασφάλεια. Ομοίως οι βομβιστικές επιθέσεις, το Μάρτιο του 2003 στη Μαδρίτη, και τον Ιούλιο του 2005 στο Λονδίνο άμβλυναν τις προκαταλήψεις ότι οι μετανάστες αποτελούν απειλή για τις δυτικές κοινωνίες (Τριανταφυλλίδου & Γρώπα, 2009).

1.5. Το Μεταναστευτικό Ζήτημα στην Ελλάδα

Εισαγωγή

Η Ελλάδα αποτελούσε μια κατεξοχήν χώρα αποστολής μεταναστών στο εξωτερικό με προορισμούς κυρίως την Γερμανία, Βέλγιο, ΗΠΑ και Αυστραλία. Από τις αρχές του 20ου αιώνα η Ελλάδα αρχίζει να είναι χώρα υποδοχής μεταναστών με κύριες μεταναστευτικές εισροές από Μικρά Ασία, τα Βαλκάνια και την Αίγυπτο. Το 1970 ο αριθμός των εισροών φαίνεται πως ήταν μεγαλύτερος από τον αριθμό των εκροών αλλά αυτό ήταν κυρίως λόγω της παλιννόστησης από την Γερμανία (Καβουνίδη, 2002). Μετά το 1980 η Ελλάδα γίνεται κυρίως χώρα υποδοχής με μετανάστες από την πρώην Σοβιετική ένωση (λόγω της κατάρρευσης των κομμουνιστικών καθεστώτων), την Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη και τον Τρίτο Κόσμο. Το μεγάλο αυτό κύμα μεταναστών βρήκε ανέτοιμη της ελληνική πολιτεία σε νομοθετικό και κοινωνικό επίπεδο και από το 1990 αρχίζουν να καταγράφονται και φαινόμενα ξενοφοβίας.

1.5.1 Μεταναστευτικές ροές προς και από την Ελλάδα.

Στις αρχές του 20ου αιώνα οι Έλληνες άρχισαν να μεταναστεύουν προς τις χώρες της Βορείου Αμερικής και υπολογίζεται ότι κατά την περίοδο 1945-1973 πάνω από 1.000.000 Έλληνες μετανάστευσαν προς την Αμερική και οι μισοί περίπου εξ αυτών επέστρεψαν κατά την δεκαετία του 1980. Με την λήξη του Δεύτερου Παγκοσμίου Πολέμου οι Έλληνες στράφηκαν προς τις οικονομικά εύρωστες χώρες της Βόρειας Αμερικής, της Αυστραλίας και της Κεντρικής Ευρώπης. Οι Έλληνες, όπως επίσης και άλλοι πολίτες της Νότιας Ευρώπης, αξιοποιήθηκαν ως φτηνά εργατικά χέρια στα πλαίσια της ανάπτυξης του φορντικού μοντέλου στην Ευρώπη. Υπολογίζεται ότι το 1/6 του ελληνικού πληθυσμού αξιοποιήθηκε για να αναπτυχθούν οι τοπικές οικονομίες χωρών στην Αμερική και στην Βόρεια Ευρώπη (Αμιτσής & Λαζαρίδη, 2001).

Η μετανάστευση συνέβαλε στην γήρανση του αγροτικού πληθυσμού, στην μείωση του ενεργού παραγωγικού και οικονομικού πληθυσμού και στη γήρανση του αναπαραγωγικού πληθυσμού στις αγροτικές περιοχές. (Παπαευαγγέλου & Τσίμπος, 1992)

Η περίοδος 1955-1977 που χαρακτηρίστηκε από έντονη μεταναστευτική ροή από τους Έλληνες μπορεί να χωριστεί σε 5 υποπεριόδους με συγκεκριμένα γνωρίσματα:

1. Περίοδος 1955-1959. Χαρακτηρίζεται από ήπια μετανάστευση και η κατεύθυνση ήταν κυρίως υπερπόντια
2. Περίοδος 1960-1966. Χαρακτηρίζεται από υψηλό δείκτη μετανάστευσης. Η κατεύθυνση ήταν κυρίως προς τις Ευρωπαϊκές χώρες και το μεγαλύτερο ποσοστό προς την Δ. Γερμανία. Η μετανάστευση έχει κυρίως οικονομικό χαρακτήρα και αφορά κυρίως εργατικό δυναμικό
3. Περίοδος 1967-1968. Χαρακτηρίζεται από μέτριο δείκτη μετανάστευσης και συμπίπτει με την οικονομική κάμψη των χωρών που αποτελούσαν προορισμούς μετανάστευσης
4. Περίοδος 1969-1972. Χαρακτηρίζεται από υψηλό δείκτη μετανάστευσης και συμπίπτει με την οικονομική ανάκαμψη των χωρών- προορισμών. Η μετανάστευση έχει τόσο οικονομικό όσο και δημογραφικό χαρακτήρα
5. Περίοδος 1973-1977. Η παλιννόστηση είναι μεγαλύτερη σε σχέση με την αποδημία και η μετανάστευση σχετίζεται με τις οικονομικές συνθήκες των χωρών της Δυτικής Ευρώπης (Παπαευαγγέλου & Τσίμπος, 1992)

Στροφή στο τοπίο της μετανάστευσης έχουμε στα μέσα της δεκαετίας του 1979. Η μεταναστευτική ροή αντιστρέφεται και οι μετανάστες κατευθύνονται προς τις χώρες την Νότιας Ευρώπης. Αφενός έχουμε τον επαναπατρισμό των Ελλήνων και αφετέρου έχουμε τις ροές από Ασία, Αφρική και Ανατολική Ευρώπη.

Το ποσοστό των αντρών που μετανάστευσε ήταν μεγαλύτερο σε σχέση με το ποσοστό των γυναικών, κάτι που συνηγορεί στο γεγονός πως η μετανάστευση των Ελλήνων ήταν κυρίως για οικονομικούς λόγους (σε αντίθεση με την παλιννόστηση που ήταν για δημογραφικούς λόγους). Ακόμα το 70-75% των μεταναστών ήταν ηλικίας 15-34. Η περιοχή προέλευσης των μεταναστών στην πλειοψηφία τους ήταν από αστικές περιοχές και οι περισσότεροι προέρχονται από την Βόρεια Ελλάδα και τα νησιά του Αιγαίου. Οι μετανάστες που προέρχονται από την Κρήτη, Θεσσαλία, Ήπειρο, Μακεδονία και Θράκη επέλεξαν κυρίως ευρωπαϊκές χώρες ενώ οι μετανάστες από Πελοπόννησο, νησιά Αιγαίου και Ιονίου και Στερεά Εύβοια επέλεξαν υπερπόντιες χώρες. Το 67-87% των αντρών που μεταναστεύουν ανήκουν στον ενεργό οικονομικά πληθυσμό (Παπαευαγγέλου & Τσίμπος, 1992). Εκτός από την εξωτερική μετανάστευση των Ελλήνων είχαμε και εσωτερική με αύξηση του αστικού πληθυσμού και αντίστοιχη μείωση του αγροτικού.

Σταθμός στην αντιστροφή της Ελλάδας από παραδοσιακή χώρα αποστολής μεταναστών σε χώρα υποδοχής αποτελεί η δεκαετία του 1990. Επιγραμματικά τα τελευταία χρόνια η Ελλάδα δέχτηκε τις ακόλουθες μεταναστευτικές ροές:

1. Παλιννοστούντες ομογενείς (Έλληνες, Πόντιοι) οι οποίοι προέρχονταν κυρίως από τις Πρώην Σοβιετικές Δημοκρατίες
2. Βορειοηπειρώτες. Πρόκειται για Έλληνες ομογενείς με αλβανική υπηκοότητα
3. Οικονομικούς μετανάστες που δεν προέρχονται από χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης και δεν δύναται να ενταχθούν στις ανωτέρω 2 κατηγορίες. Εδώ κυρίως εντάσσονται οι Αλβανοί, Βούλγαροι, Ρουμάνοι, Πακιστανοί, Φιλιπινέζοι κ.λπ

4. Παλιννοστούντες Έλληνες που επιστρέφουν από Αμερική, Αυστραλία ή από διάφορες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο αριθμός αυτών είναι συγκριτικά μικρός.

Οι λόγοι που η Ελλάδα αποτελεί κυρίως χώρα υποδοχής πλέον είναι:

- Η γεωγραφική της θέση. Η Ελλάδα με έκταση ακτών 33.000 χιλ. και έκταση περιφερειακών συνόρων 1.170 χιλ. καθιστούν αδύνατη την αποτελεσματική φύλαξή τους
- Η ανάπτυξη της παραοικονομίας. Μικρές οικογενειακές επιχειρήσεις έντασης εργασίας, στην προσπάθεια τους να γίνουν ανταγωνιστικές προσπαθούσαν να διατηρήσουν χαμηλό το κόστος εργασίας προσελκύνοντας έτσι μετανάστες
- Οι μετανάστες θεωρούν ευκολότερο να εισέλθουν στις χώρες τις Νότιας Ευρώπης από το να κατευθυνθούν αμέσως στην χώρα υποδοχής της αρεσκείας τους. Αρκετές φορές η Ελλάδα χρησιμεύει ως τόπος προσωρινής διαμονής και όχι ως τελικός προορισμός
- Η αδυναμία αποτελεσματικής διαχείρισης και απομάκρυνσης των μεταναστών μετά την λήξη της άδειας παραμονής. Η έλλειψη τεχνογνωσίας και διοικητικής εμπειρίας αμβλύνει το πρόβλημα (King & Black, 2008)
- Η ανάπτυξη νέων τεχνολογιών. Οι πληροφορίες αναφορικά με τις διαφορές στο οικονομικό και στο βιοτικό επίπεδο στην Ελλάδα σε σχέση με τις χώρες αποστολής, αποτελούν μοχλό έλξης για τους μετανάστες (Αμίτσης & Λαζαρίδη, 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΟ

2.1 Ευρωπαϊκές Συνθήκες για το Μεταναστευτικό

Η Ευρωπαϊκή Ένωση αποτελείται σήμερα από 28 χώρες. Η Ελλάδα έγινε μέλος της Ε.Ε το 1981 και έκτοτε αποτελεί κράτος- μέλος της. (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2015). Η Ένωση διέπεται από νόμους και ως δίκαιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης καλείται "*η έννομη τάξη που αποτελείται από το δίκαιο που θεσπίζεται στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της Ευρωπαϊκής Κοινότητας Ατομικής Ενέργειας.*" Οι πηγές του δικαίου είναι το πρωτογενές δίκαιο, το παράγωγο δίκαιο και το επικουρικό δίκαιο. Το πρωτογενές περιλαμβάνει τις ιδρυτικές Συνθήκες των Κοινοτήτων, το παράγωγο αποτελείται από τα στοιχεία του δικαίου που θεμελιώνονται στις Συνθήκες και διακρίνεται στο μονομερές παράγωγο δίκαιο (κανονισμός, οδηγία, απόφαση, γνώμες και συστάσεις) και στο δίκαιο των συμβάσεων και τέλος στο επικουρικό δίκαιο που αποτελείται από τα στοιχεία δικαίου που δεν προβλέπονται από τις συμβάσεις (Δίκαιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2015)

Οι διεθνείς ρυθμίσεις που αφορούν το μεταναστευτικό χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: 1) ρυθμίσεις γενικής εφαρμογής και 2) ρυθμίσεις αποκλειστικής ισχύος για τους μετανάστες.

2.1.1. Ρυθμίσεις Γενικής Εφαρμογής

Αφορά ρυθμίσεις σχετικά με το μεταναστευτικό που περιέχονται σε διεθνή κείμενα όπως στο Διεθνές Σύμφωνο του ΟΗΕ για τα Οικονομικά, Πολιτισμικά και Κοινωνικά Δικαιώματα, στις Διεθνείς Συμβάσεις Εργασίας, στον Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη και στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (Αμιτσής & Λαζαρίδου, 2001)

2.1.2. Ρυθμίσεις Αποκλειστικής Ισχύος για τους Μετανάστες

Πρόκειται για την Σύμβαση της Γενεύης (1951) περί του Νομικού Καθεστώτος των Προσφύγων, την Ευρωπαϊκή Σύμβαση που αφορά το Νομικό Καθεστώς των Μεταναστών Εργαζομένων, τη Διεθνή Σύμβαση του ΟΗΕ για την προστασία των δικαιωμάτων μεταναστών εργαζομένων και των οικογενειών τους, τη Σύμβαση για την συμμετοχή των μεταναστών στην δημόσια ζωή στο τοπικό επίπεδο και τέλος τη Διεθνή Σύμβαση Εργασίας Νο 143 του 1975 (Αμιτσής & Λαζαρίδου, 2001)

Είναι σημαντικό να τονιστεί πως το μεταναστευτικό δεν αποτέλεσε αυτοσκοπό της Ένωσης στις απαρχές της, αλλά συνδυάστηκε με την ελεύθερη διακίνηση προσώπων εντός αυτής. Η Συνθήκη της Ρώμης το 1958 δεν είχε κάποια ρητή αναφορά για το μεταναστευτικό αν και προέβλεπε αλλαγές στα ζητήματα μετακίνησης των εργαζομένων πολιτών εντός της Κοινότητας. Ωστόσο, αυτό δεν σημαίνει πως εντός της Ένωσης δεν υπήρχαν μετανάστες τρίτων χωρών, αφού τα κράτη και κρατούσαν επαφές με τις αποικίες τους αλλά και εφάρμοζαν προγράμματα απασχόλησης εργαζομένων από τις τρίτες χώρες (Σαμπατάκου, 2010)

2.2. Μεταναστευτική Πολιτική στην Ευρώπη

Τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης προέβησαν σε νομοθετικές ρυθμίσεις και κοινές αποφάσεις, στοχεύοντας στην αντιμετώπιση του μεταναστευτικού ζητήματος και στην χάραξη κοινής μεταναστευτικής πολιτικής.

2.2.1 Συνθήκη Σένγκεν

Η συνθήκη υπεγράφη στις 14/6/1985 από το Λουξεμβούργο, Γαλλία, Γερμανία, Βέλγιο και Ολλανδία. Βασικοί στόχοι της ήταν η κατάργηση των ελέγχων στα σύνορα ανάμεσα στα κράτη που την έχουν υπογράψει με σκοπό την διευκόλυνση των εσωτερικών μεταφορών των ντόπιων πληθυσμών, η ελεύθερη διακίνηση προσώπων στους υπηκόους των κρατών που έχουν υπογράψει και τέλος η αστυνομική και δικαστική συνεργασία τους. Μέσω αυτής της συνθήκης κάθε χώρα δεσμεύονταν να φυλάσσει τα σύνορα της Ευρωπαϊκής Ένωσης αποτελεσματικά. Στην Ελλάδα η Συνθήκη Σένγκεν κυρώθηκε στη Βουλή των Ελλήνων με το Νόμο 2514/1997. (Συνθήκη Σένγκεν, 2015)

2.2.2. Συνθήκη του Μάαστριχτ

Η συνθήκη τέθηκε σε ισχύ το 1993. Μέσω αυτής το μεταναστευτικό εντάχθηκε ως θέμα κοινού ενδιαφέροντος στον Γ' Πυλώνα και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή απεύθυνε ανακοίνωση στο Ευρωπαϊκό Συμβούλιο το 1994 με θέμα "Μεταναστευτική Πολιτική και Πολιτική Ασύλου". Κύριο μέλημα ήταν ένας μακροπρόθεσμος σχεδιασμός για το μεταναστευτικό αλλά και η αντιμετώπιση των ροών μεταναστών. (Συνθήκη του Μάαστριχτ, 2015)

2.2.3. Συνθήκη του Άμστερνταμ

Η συνθήκη τέθηκε σε ισχύ την 1η Μαΐου του 1999 και αφορούσε τις πολιτικές εκείνες που στόχευαν στην κοινή Εξωτερική Πολιτική και στην πολιτική Ασφάλειας. Το μεταναστευτικό τέθηκε στον Α' Πυλώνα και έχουμε την ενσωμάτωση της Συνθήκης Σενγκεν στο ενωσιακό δίκαιο. Ο έλεγχος των εξωτερικών συνόρων, τα

δικαιώματα υπηκόων προερχόμενων από τρίτες χώρες, το άσυλο, ο έλεγχος των μεταναστευτικών ροών αλλά και η αστυνομική και δικαστική συνεργασία των κρατών μελών είναι χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης Συνθήκης (Συνθήκη του Άμστερνταμ, 2015).

2.2.4. Συμβούλιο Τάμπερε

Το 1999, τα κράτη μέλη δεσμεύτηκαν να συνεργαστούν στον τομέα της Δικαιοσύνης και των Εσωτερικών υποθέσεων και ιδίως για την μετανάστευση και το άσυλο. Το πρόγραμμα περιελάμβανε 60 μέτρα και θα έπρεπε να υλοποιηθούν έως το 2004. Οι οδηγίες που προέκυψαν από το συγκεκριμένο συμβούλιο αφορούσαν την συνεργασία των κρατών μελών με των χωρών προέλευσης των μεταναστών, αποφασίστηκε κοινό ευρωπαϊκό σύστημα ασύλου με σκοπό την δίκαιη μεταχείριση των υπηκόων των τρίτων χωρών, πλαίσιο νόμιμης μετανάστευσης και τον περιορισμό της παράνομης με σκοπό την διαχείριση των μεταναστευτικών ροών.

Συγκεκριμένα για τους πολίτες τρίτων χωρών αποφασίστηκε δίκαιη και ισότιμη μεταχείριση, εφόσον οι ίδιοι είναι νόμιμοι μετανάστες εντός ΕΕ, και τους παρέχονται τόσο δικαιώματα όσο και υποχρεώσεις ισότιμα με αυτά των πολιτών της ΕΕ. Σημαντικό σημείο δράσης αποτελεί και η οδηγία προς τα κράτη μέλη για εθνικό επίπεδο δράσης κατά του ρατσισμού και της ξενοφοβίας.

Τέλος θεσπίστηκαν οδηγίες και κανονισμοί που είχαν σκοπό την καταπολέμηση των διακρίσεων, την οικογενειακή επανένωση, την άδεια παραμονής και εισόδου για σπουδές και έμμισθη απασχόληση (Συμβούλιο Τάμπερε, 2015).

2.2.5. Συμβούλιο Λάακεν

Το 2001 έγινε φανερό πως οι στόχοι που είχαν τεθεί στο Συμβούλιο Τάμπερε δεν υλοποιήθηκαν με αποτέλεσμα να συμφωνηθεί η ενίσχυση της συνεργασίας των χωρών για το μεταναστευτικό (Βικιπαίδεια, 2015).

2.2.6. Συμβούλιο Σεβίλλης

Το 2002 τέθηκαν επί τάπητος προγράμματα επαναπατρισμού των παράνομων μεταναστών αλλά και η φύλαξη των συνόρων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Βικιπαίδεια, 2015).

2.2.7. Συμβούλιο της Θεσσαλονίκης

Το 2003 στο Συμβούλιο προτάθηκε η δημιουργία της FRONTEX που είναι μια ειδική δύναμη για την φύλαξη των εξωτερικών συνόρων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

(Βικιπαίδεια, 2015). Ο FRONTEX επικουρεί τα κράτη μέλη στον τομέα της εκπαίδευσης των εθνικών συνοριακών φυλάκων, πραγματοποιεί αναλύσεις κινδύνου, επικουρεί τα κράτη μέλη σε περιπτώσεις που χρειάζονται αυξημένη τεχνική και επιχειρησιακή συνδρομή στα εξωτερικά τους σύνορα και παρέχει στα κράτη μέλη της την απαραίτητη στήριξη για την οργάνωση κοινών επιχειρήσεων επαναπατρισμού. Επιπλέον συνδέεται και με άλλους αρμόδιους για την ασφάλεια των εξωτερικών συνόρων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EUROPOL, CEPOL, OLAF) με σκοπό την τελωνειακή τους συνεργασία και την συνεργασία αυτών για τους φυτοϋγειονομικούς και κτηνιατρικούς ελέγχους (http://europa.eu/about-eu/agencies/regulatory_agencies_bodies/policy_agencies/frontex/index_el.htm).

2.2.8. Το πρόγραμμα της Χάγης

Το πρόγραμμα της Χάγης εγκρίθηκε στις 5 Νοεμβρίου 2004 και περιλαμβάνει τις 10 προτεραιότητες που έθεσε η Ένωση για την ελευθερία, ασφάλεια και δικαιοσύνη. Όσο αφορά το μεταναστευτικό σκοπός είναι η καταπολέμηση της παράνομης μετανάστευσης και της λαθρεμπορίας ανθρώπων, η καταπολέμηση της αδήλωτης εργασίας των μεταναστών, η ενσωμάτωση των μεταναστών και το κοινό σύστημα για την παραχώρηση ασύλου στην Ε.Ε (Πρόγραμμα της Χάγης, 2015).

2.2.9. Πρόγραμμα της Στοκχόλμης

Το πρόγραμμα υιοθετήθηκε το 2009, ισχύει για τα έτη 2010-2014 και αντικαθιστά το πρόγραμμα του Ταμπέρε και της Χάγης. Αναφορικά με το μεταναστευτικό *"Η ΕΕ πρέπει να αναπτύξει περαιτέρω τις ολοκληρωμένου χαρακτήρα πολιτικές για τη διαχείριση των συνόρων και τις θεωρήσεις, εξασφαλίζοντας ταυτόχρονα την ασφάλεια των πολιτών της. Απαιτούνται ισχυροί έλεγχοι των συνόρων για την καταπολέμηση της παράνομης μετανάστευσης και του διασυνοριακού εγκλήματος. Ταυτόχρονα, πρέπει να εξασφαλίζεται η πρόσβαση σε όσους χρειάζονται διεθνή προστασία και σε ευάλωτες ομάδες πολιτών, όπως οι ασυνόδευτοι ανήλικοι. Κατά συνέπεια, ο ρόλος του Frontex (του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Εξωτερικών Συνόρων) πρέπει να ενισχυθεί, ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί αποτελεσματικότερα στις υφιστάμενες και στις μελλοντικές προκλήσεις. Το Σύστημα Πληροφοριών Σένγκεν δεύτερης γενιάς (SIS II) και το σύστημα Πληροφοριών για τις Θεωρήσεις (VIS) είναι επίσης ουσιώδους σημασίας για την ενίσχυση του συστήματος ελέγχου των εξωτερικών συνόρων και πρέπει επομένως να αποκτήσουν πλήρως επιχειρησιακό χαρακτήρα. Οι προσπάθειες πρέπει επίσης να συνεχιστούν για την ανάπτυξη της κοινής πολιτικής στον τομέα των θεωρήσεων και για την εντατικοποίηση της περιφερειακής προξενικής συνεργασίας."* (Πρόγραμμα της Στοκχόλμης, 2009).

Επιπλέον έχουμε διάλογο με τις τρίτες χώρες σε προσπάθεια να αποφευχθούν ανθρωπιστικές τραγωδίες που σχετίζονται με την παράνομη μετανάστευση, συμφωνίες με χώρες (Αφγανιστάν, Ιράν) για τον επαναπατρισμό των μεταναστών,

αξιολόγηση του μηχανισμού επανεισδοχής και τέλος χρηματοδότηση σε υποδομές στις τρίτες χώρες ώστε να αντιμετωπιστεί η παράνομη μετανάστευση.

2.2.10. Κανονισμός 343/2003 (Δουβλίνο II)

Σκοπός του κανονισμού είναι η γρήγορη εξέταση της αίτησης για χορήγηση ασύλου αλλά και η καταπολέμηση της προηγούμενης κατάχρησης. Τα κριτήρια για το ποιο κράτος είναι υπεύθυνο για την χορήγηση ασύλου είναι τα ακόλουθα: 1) Αν πρόκειται για ανήλικο ασυνόδευτο υπεύθυνο κράτος για την αίτηση του ασύλου του είναι αυτό στο οποίο διαμένει νομίμως κάποιο μέλος της οικογένειάς του εφόσον αυτό είναι προς το συμφέρον του ανηλίκου, 2) αν ο αιτών άσυλο έλαβε άδεια διαμονής σε κράτος μέλος ως πρόσφυγας τότε υπεύθυνο για την χορήγηση ασύλου είναι το εν λόγω κράτος, 3) αν μέλος της οικογένειας του αιτών ασύλου έχει υποβάλει αίτημα για άσυλο σε άλλο κράτος και δεν έχει λάβει απάντηση τότε το κράτος αυτό είναι υπεύθυνο και για αυτή την αίτηση, εφόσον το επιθυμούν οι ενδιαφερόμενοι, 4) το κράτος που χορήγησε στον αιτών τίτλο διαμονής ή έγκυρη θεώρηση είναι υπεύθυνο για την αίτηση, 5) αν στον αιτών έχουν χορηγηθεί πολλές άδειες διαμονής ή θεωρήσεις από διάφορα κράτη τότε υπεύθυνο είναι το κράτος που έχει χορηγήσει αίτηση στην αργότερη ημερομηνία, 6) αν ο αιτών έχει μια ή περισσότερες θεωρήσεις που έχουν λήξει προ 6 μηνών τότε ισχύουν οι κανόνες αν ο αιτών δεν έχει εγκαταλείψει το έδαφος των κρατών μελών, 7) αν ο αιτών εισήχθη παράνομα τότε αυτό το κράτος είναι υπεύθυνο για την αίτηση και η ευθύνη παύει να ισχύει μετά από 12 μήνες, 8) αν ο αιτών έμεινε σε κράτος μέλος για διάστημα 5 ετών πριν υποβάλει την αίτηση τότε αυτό το κράτος είναι υπεύθυνο για την αίτηση, 9) εάν ο υπήκοος τρίτης χώρας εισέρχεται σε κράτος μέλος και δεν υπάρχει η ανάγκη θεώρησης τότε αυτό το κράτος μέλος είναι υπεύθυνο για την αίτηση, 10) αν ο υπήκοος τρίτης χώρας αιτηθεί άσυλο σε διεθνή αερολιμένα κράτους μέλους τότε αυτό το κράτος είναι υπεύθυνο για την αίτηση και 11) αν δεν είναι δυνατόν να προσδιοριστεί πιο κράτος μέλος είναι υπεύθυνο για την αίτηση, τότε η αίτηση εξετάζεται από το πρώτο κράτος μέλος που υποβλήθηκε (Κανονισμός Δουβλίνο II, 2003).

2.3. Νομικό Πλαίσιο στην Ελλάδα

Εισαγωγή

Το δίκαιο των αλλοδαπών αποτελεί τον κλάδο εκείνο του δικαίου που ρυθμίζει τόσο τα δικαιώματα όσο και τις υποχρεώσεις των αλλοδαπών που ζουν και εργάζονται σε μια επικράτεια (Παπαθεοδώρου, 2007). Στην χώρα μας το Δίκαιο των Αλλοδαπών, σε συνδυασμό με τις στρατηγικές και τις οδηγίες της ΕΕ, λειτουργεί ως κανονιστικό υπόβαθρο για την άσκηση της μεταναστευτικής πολιτικής. Η εθνική πολιτική στο θέμα των μεταναστών ακολουθεί την ενωσιακή πολιτική που θέλει να κάνει διάκριση ανάμεσα στην νόμιμη και στην παράνομη μετανάστευση.

Όπως έχει γίνει ήδη αναφορά, έως και τέλη της δεκαετίας του 1980, η Ελλάδα αποτελούσε χώρα αποστολής μεταναστών και προσφύγων προς άλλες χώρες της Ε.Ε και ως φαίνεται τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια αντιστροφή του φαινομένου, κατατάσσοντάς την σε χώρα υποδοχής μεταναστών. Λόγω του φαινομένου αυτού, η χώρα υποχρεώθηκε να αντιμετωπίσει κοινωνικά, πολιτικά, οικονομικά και νομοθετικά την μαζική μεταναστευτική ροή.

Ο τρόπος της διαχείρισης του μεταναστευτικού φαινομένου και η νέα πολυπολιτισμική κοινωνία που δημιουργήθηκε, οδήγησε στην εμφάνιση της ξενοφοβίας και του ρατσισμού. Επίσης, η στροφή προς την ανομία που οδηγήθηκαν ορισμένοι μετανάστες λόγω του κοινωνικού αποκλεισμού αλλά και τα στερεότυπα για την αυξημένη επικινδυνότητα, είχαν ως αποτέλεσμα να υπάρχει σύγχυση ανάμεσα στην μεταναστευτική και αντιεγκληματική πολιτική (Παπαθεοδώρου, 2007).

Το ελληνικό κράτος στοχεύοντας στην αντιμετώπιση του μεταναστευτικού ζητήματος θέσπισε έναν αριθμό νόμων, που σκοπό είχαν να παρουσιάσουν τόσα τα δικαιώματα όσο και τις υποχρεώσεις των μεταναστών στην Ελληνική Επικράτεια. Επιπλέον, θεσπίστηκε και το νομικό πλαίσιο που αφορούσε τους παράνομους μετανάστες αλλά και την διαμονή αυτών σε κέντρα κράτησης ανά την Ελλάδα. Παρακάτω παρουσιάζονται επιλεκτικά ορισμένοι βασικοί νόμοι πάνω στο μεταναστευτικό.

2.3.1. Νόμος 1975/1991

Ο Νόμος έχει τίτλο "Είσοδος- έξοδος, παραμονή, εργασία, απέλαση αλλοδαπών, διαδικασία αναγνώρισης αλλοδαπών προσφύγων και άλλες διατάξεις". Βασικοί στόχοι του συγκεκριμένου νόμου ήταν να περιοριστεί η παράνομη μετανάστευση και να εναρμονιστούν οι εθνικές πολιτικές που αφορούσαν το μεταναστευτικό με την μεταναστευτική πολιτική της Δυτικής Ευρώπης. (Αμιτσής & Λαζαρίδου, 2001). Συγκεκριμένα το άρθρο 5 αναφέρεται στις ομάδες δίωξης της λαθρομετανάστευσης, το άρθρο 9 σε ειδικές περιπτώσεις εισόδου αλλοδαπών, το άρθρο 17 στην άδεια

παραμονής ομογενών, το άρθρο 24 στην αναγνώριση και περίθαλψη προσφύγων και το άρθρο 25 για την διαδικασία αναγνώρισης προσφύγων. Γενικά ο συγκεκριμένος νόμος καθορίζει της προϋποθέσεις για την είσοδο μεταναστών στην Ελλάδα αλλά και την απέλαση όσων δεν εισέρχονται με νόμιμο τρόπο. Επιπλέον προβλέπεται και 5ετή ποινή φυλάκισης σε όσους εισέρχονται παράνομα στην χώρα. (Κακκάλης, 2009). Χρηματικά πρόσθημα ή ακόμα και φυλάκιση επιβάλλονται και στις επιχειρήσεις που απασχολούν παράνομους μετανάστες. (Αμιτσής & Λαζαρίδου, 2001)

Θα πρέπει να τονιστεί πως η Ελλάδα πολύ γρήγορα μετατράπηκε από χώρα αποστολής μεταναστών σε χώρα υποδοχής, με αποτέλεσμα ο νομοθέτης να μην ήταν σε θέση να προβλέψει τη γρήγορη αυτή μετάβαση. Η αδυναμία αποτελεσματικής φύλαξης των συνόρων καθώς και η ανελαστικότητα και ο παρωχημένος χαρακτήρας του νομοθετικού πλαισίου, οδήγησαν σε μεγάλο αριθμό παράνομων εργαζομένων και διαμενόντων στον ελλαδικό χώρο.

Με το Προεδρικό Διάταγμα 358 και 359/1991 και σε συνδυασμό με το Νόμο 1975/1991 καθιερώθηκε η λεγόμενη "πράσινη κάρτα". Το μεταβατικό αυτό μέτρο αφορούσε όσους είχαν εισέλθει μέχρι το Νοέμβριο του 1997 στην χώρα και έφερε στο προσκήνιο έναν αριθμό παράνομων μεταναστών. Τα γραφειοκρατικά κολλήματα από το μέτρο αυτό είχαν ως αποτέλεσμα την μη ορθή εφαρμογή του μέτρου μιας και λειτουργούσαν ως ανασταλτικός παράγοντας από τους μετανάστες. (Κακκαλής, 2009).

Συνολικά 371.641 μετανάστες υπέβαλαν αίτηση για "Λευκή Κάρτα" που είχε να κάνει με άδεια περιορισμένης διάρκειας και τελικά μόνον οι 212.860 κατάφεραν να πάρουν την "Πράσινη Κάρτα". Οι λόγοι ήταν κυρίως γραφειοκρατικοί μιας και οι αρχές ήταν ανέτοιμες να επεξεργαστούν τον μεγάλο όγκο των αιτήσεων αλλά και γιατί απαραίτητη προϋπόθεση ήταν η προσκόμιση δικαιολογητικών που να αποδεικνύουν νόμιμη απασχόληση και ορισμένοι εργοδότες έδειχναν απροθυμία να τους καταβάλουν τις ασφαλιστικές εισφορές. (Τριανταφυλλίδου & Ρουμπίνη, 2009).

Αν και ο συγκεκριμένος νόμος έθεσε σε εφαρμογή τις ρυθμίσεις της Συνθήκης Σένγκεν, τα προβλήματα ενέκυπταν λόγω του ότι η μετανάστες ήταν φτηνό εργατικό δυναμικό σε μία χώρα με αυξημένα ποσοστά παραοικονομίας. (Αμιτσής & Λαζαρίδου, 2001)

2.3.2. Νόμος 2910/2001

Ο νόμος έχει τίτλο "Είσοδος και παραμονή αλλοδαπών στην Ελληνική Επικράτεια. Κτήση της ιθαγένειας και πολιτογράφηση και άλλες διατάξεις". Ο συγκεκριμένος νόμος έρχεται να καλύψει τα κενά που είχαν προκύψει από το προηγούμενο νομοθέτημα με κύριο γνώμονα την αντιμετώπιση των μεταναστευτικών ροών υπό τις

συνεχόμενες εξελίξεις και στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Προσπάθησε να προσελκύσει όσους μετανάστες δεν είχαν αξιοποιήσει το προηγούμενο νομοθέτημα και τους νεοεισερχθέντες.

Οι κυριότεροι άξονες που βασίστηκε ο συγκεκριμένος νόμος ήταν: οι ανήλικοι μετανάστες είχαν δικαίωμα στην εκπαίδευση, μειώθηκε στα 2 έτη ο χρόνος παραμονής του μετανάστη για το δικαίωμα στην οικογενειακή επανένωση. Τέλος οι μετανάστες είχαν δικαίωμα πρόσβασης τόσο στο σύστημα κοινωνικής προστασίας, όσο και στο σύστημα δικαιοσύνης (Κακκαλής, 2009).

Επιπλέον ο νόμος αυτός αναφερόταν στον έλεγχο των συνόρων και στις οδούς νόμιμης εισόδου της χώρας, τις σπουδές και την χορήγηση ασύλου και τέλος έδινε την δυνατότητα για πολιτογράφηση των αλλοδαπών.

Αν και αρτιότερος από τον προηγούμενο νόμο δεν άργησαν να παρουσιαστούν και εδώ οργανωτικά προβλήματα και τον Ιανουάριο του 2004 με τον Νόμο 3202/2003 αποφασίστηκε η έκδοση διετών αδειών παραμονής (Τριανταφυλλίδου & Γρώπα, 2009).

2.3.3. Ο Νόμος 3386/2005

Ο νόμος έχει τίτλο "Είσοδος, διαμονή και κοινωνική ένταξη των υπηκόων τρίτων χωρών στην Ελληνική Επικράτεια". Μέσω του νόμου αυτού προβλέπονται ποινικές, διοικητικές και οικονομικές κυρώσεις σε όσους παρέχουν υπηρεσίες σε παράνομους μετανάστες. Επιπλέον μειώθηκε η γραφειοκρατία για να την άδεια εργασίας και παραμονής των μεταναστών, ενοποιώντας τις δύο άδειες σε ένα κοινό έγγραφο. (Κακκαλής, 2009)

Ενσωματώνει τις Οδηγίες 2003/86/EK (οικογενειακή επανένωση) και 2003/109/EK (για τους μακρόν διαμένοντες) και είναι σε ισχύ από τις 1/1/2006. Επιπλέον ο συγκεκριμένος νόμος, άρθρο 91, περιλαμβάνει πρόγραμμα νομιμοποίησης όσων έμεναν στην Ελλάδα έως και τις 31 Δεκεμβρίου 2004 και δεν είχαν τα απαραίτητα έγγραφα. Ο νόμος τροποποιήθηκε το 2007 με τον 3536/2007.

Τέλος, το 2001 προτάθηκε το τριετές "Πρόγραμμα Δράσης για την Κοινωνική Ένταξη των Μεταναστών". Μεταξύ άλλων το πρόγραμμα περιελάμβανε στρατηγικές δράσης για την καταπολέμηση της ξενοφοβίας, την είσοδο των μεταναστών στην αγορά εργασίας και την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας (Τριανταφυλλίδου & Γρώπα, 2009).

2.4. Νομικό Πλαίσιο για ανήλικους μετανάστες

Παρακολουθώντας το μεταναστευτικό και την αυξημένη μεταναστευτική ροή στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, οι αρχές ήρθαν αντιμέτωπες με ασυνόδετους ανήλικους ή συνοδευόμενους ανήλικους από γονείς ή οικείους ανάμεσα στους παράτυπους μετανάστες. Η Διεθνής Σύμβαση για τα δικαιώματα του παιδιού υιοθετήθηκε από την Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών το 1989 και τέθηκε σε ισχύ το 1990. Στην Ελλάδα κυρώθηκε με τον Νόμο 2101/1992 και συνολικά έχει κυρωθεί από 191 χώρες.

Μέσω της Σύμβασης τα παιδιά θεωρούνται σήμερα ανθρώπινα όντα. Σύμφωνα με το άρθρο 2: *1) Τα Συμβαλλόμενα Κράτη υποχρεούνται να σέβονται τα δικαιώματα, που αναφέρονται στην παρούσα Σύμβαση και να τα εγγυώνται σε κάθε παιδί που υπάγεται στη δικαιοδοσία τους, χωρίς καμία διάκριση φυλής, χρώματος, φύλου, γλώσσας, θρησκείας, πολιτικών ή άλλων πεποιθήσεων του παιδιού ή των γονέων του ή των νόμιμων εκπροσώπων του ή της εθνικής, εθνικιστικής ή κοινωνικής καταγωγής τους, της περιουσιακής τους κατάστασης, της ανικανότητάς τους, της γέννησής τους ή οποιασδήποτε άλλης κατάστασης.*
2. Τα Συμβαλλόμενα Κράτη παίρνουν όλα τα κατάλληλα μέτρα ώστε να προστατεύεται αποτελεσματικά το παιδί έναντι κάθε μορφής διάκρισης ή κύρωσης, βασισμένης στη νομική κατάσταση, στις δραστηριότητες, στις εκφρασμένες απόψεις ή στις πεποιθήσεις των γονέων του, των νόμιμων εκπροσώπων του ή των μελών της οικογένειάς του. (Διεθνής Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού, 1992)

Για το έτος 2014 εισήρθαν 853 ασυνόδετοι ανήλικοι έναντι 99 που ήταν το 2013. (Ελληνική Αστυνομία, 2015). Η έλλειψη δομών πρώτης υποδοχής καθώς και οι δομές για την μετέπειτα φιλοξενία τους οδήγησαν στην πολύμηνη κράτηση των ανήλικων καταπατώντας τα δικαιώματά τους (European migration network, 2014). Η Ελλάδα το 2011 καταδικάστηκε από το Δικαστήριο των ανθρωπίνων δικαιωμάτων για την παράνομη κράτηση ανήλικου Αφγανού σε κέντρο κράτησης στην Λέσβο (Βικιπαίδεια, 2015).

Σύμφωνα με την Υπηρεσία Πρώτης Υποδοχής, στο πρώτο εξάμηνο του 2015 αναμενόταν να λειτουργήσουν 3 δομές για την φιλοξενία των ασυνόδετων ανηλικών που αιτούνται άσυλο. Η πρώτη ήταν στο Ίλιον Αττικής με δυνατότητα φιλοξενίας 36 άτομα, η δεύτερη στην Πεντέλη δυναμικότητας 20 θέσεων και η τελευταία στη Σπάρτη με δυνατότητα φιλοξενίας 24 θέσεων. Η λειτουργία και των τριών αυτών δομών είχε αναγγελθεί περί τα τέλη του 2013 (European migration network, 2014).

Πρέπει ωστόσο να τονισθεί, πως πέραν των περιπτώσεων που ήταν ξεκάθαρο πως πρόκειται για ανήλικο, οι αρχές ήταν επιφορτισμένες με το καθήκον να εξακριβώσουν την ανηλικότητα σε αυτούς που δεν είχαν επίσημα έγγραφα και δήλωναν ανήλικοι. Εξαιρεση αποτελούν οι ανήλικοι, που καταγράφονται από τα Κέντρα Πρώτης Υποδοχής και τις Κινητές Μονάδες Πρώτης Υποδοχής, όπου σύμφωνα με τον Νόμο 3907/2011 υπουργική απόφαση 92490/2014 προβλέπεται διαδικασία διακρίβωσης της ηλικίας («Πρόγραμμα ιατρικού ελέγχου, ψυχοκοινωνικής διάγνωσης και υποστήριξης και παραπομπής των εισερχομένων

χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα υπηκόων τρίτων χωρών σε δομές πρώτης υποδοχής» (Συνήγορος του Πολίτη, 2014).

Για να γίνει εξακρίβωση της ανηλικότητας γίνεται κλινική, οδοντιατρική και ακτινολογική εξέταση (άκρας χείρας) και την βεβαίωση δύναται να την δώσει ακτινολόγος, παθολόγος, ορθοπεδικός κλπ. Όταν υπάρχει η δυνατότητα οι εξετάσεις πραγματοποιούνται στις κατά τόπους ιατροδικαστικές υπηρεσίες.

2.5. Νομικό Πλαίσιο για τους Παράτυπους Μετανάστες

Το νομικό πλαίσιο για τους παράτυπους μετανάστες αποτελεί υποπαραγράφους του γενικότερου νομικού πλαισίου που υπάρχει στην χώρα μας για τους μετανάστες. Ωστόσο, θα ήταν παράληψη να μην επισημάνουμε ότι εμπλουτίστηκε λόγω της ίδρυσης και λειτουργίας των κέντρων υποδοχής και των κέντρων κράτησης, που αποτέλεσαν μέτρα για την αντιμετώπιση της παράτυπης μετανάστευσης στην Ελλάδα.

2.5.1. Νόμος 2910/2001 άρθρο 44- Διοικητική απέλαση

Παράγραφος 3: *"Εφόσον ο αλλοδαπός, εκ των γένει περιστάσεων, κρίνεται ύποπτος φυγής ή επικίνδυνος για τη δημόσια τάξη, με απόφαση των οργάνων της προηγούμενης παραγράφου, διατάσσεται η προσωρινή κράτησή του μέχρι την έκδοση, εντός τριών ημερών, απόφασης περί της απέλασής του. Εφόσον εκδοθεί απόφαση απέλασης, η κράτηση συνεχίζεται μέχρι την εκτέλεση της απέλασης, σε καμία όμως περίπτωση δεν μπορεί να υπερβαίνει τους τρεις μήνες. Ο αλλοδαπός πρέπει αν πληροφορείται στην γλώσσα που κατανοεί τους λόγους της κράτησής του. Ο αλλοδαπός που κρατείται έχει δικαίωμα να προβάλλει αντιρρήσεις κατά της απόφασης κράτησής του ενώπιον του προέδρου του διοικητικού πρωτοδικείου στην περιφέρεια του οποίου κρατείται, ο οποίος κρίνει για τη νομιμότητά της, με ανάλογη εφαρμογή της διαδικασίας που προβλέπεται στο άρθρο 243 του Ν 2717/1999 (ΦΕΚ Α'97)".*

2.5.2. Νόμος 2910/2001 άρθρο 48- Χώροι Κράτησης Μεταναστών

1. *"Ο αλλοδαπός, στο πρόσωπο του οποίου συντρέχουν οι προϋποθέσεις της παρ. 3 του άρθρου 44, κρατείται στην οικεία αστυνομική αρχή. Μέχρις ότου ολοκληρωθούν οι διαδικασίες απέλασής του μπορεί να παραμείνει σε ειδικούς χώρους, οι οποίοι ιδρύονται με απόφαση του Γενικού Γραμματέα Περιφέρειας και λειτουργούν με μέριμνα της Περιφέρειας. Με την ίδια απόφαση καθορίζονται οι προδιαγραφές και οι όροι λειτουργίας των χώρων αυτών."*

2. *"Την ευθύνη της φύλαξης των ειδικών χώρων έχει η Ελληνική Αστυνομία"*

Η παράγραφος 1 και 2 του άρθρου 48 είναι ίδια με το άρθρο 81 του Νόμου 3386/2005.

2.5.3. Κέντρα Πρώτης Υποδοχής

Σύμφωνα με τον νόμο 3907/2011 αναφέρεται ότι σε διαδικασίες πρώτης υποδοχής υποβάλλονται: 1) όλοι οι υπήκοοι τρίτων χωρών που συλλαμβάνονται να εισέρχονται παράνομα στην χώρα. Οι αρχές είναι επιφορτισμένες με το καθήκον να εξακριβώσουν τα στοιχεία του μετανάστη (ταυτότητα, ιθαγένεια) καθώς και να τα καταγράψουν. Επιπλέον πρέπει να μεριμνήσουν για την παροχή ιατρικής περίθαλψης

(στις περιπτώσεις που χρειάζεται) και να παρέχουν την κατάλληλη ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Ακόμα, οι αρχές οφείλουν να ενημερώσουν τους μετανάστες για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους και ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που το άτομο δύναται να υπαχθεί σε καθεστώς διεθνούς προστασίας. Τέλος το κράτος μεριμνά για αυτούς που ανήκουν σε ευάλωτες ομάδες ώστε να υποβληθούν στις προβλεπόμενες διαδικασίες.

2) και οι υπήκοοι τρίτων χωρών που συλλαμβάνονται να διαμένουν στην χώρα παράνομα και δεν αποδεικνύουν την ιθαγένεια και την ταυτότητά τους με επίσημο έγγραφο.

Οι μετανάστες αφού ενημερωθούν για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους, μπορεί να αιτηθούν διεθνή προστασία και οι αρχές με την σειρά τους παραπέμπουν τα άτομα στο αρμόδιο Περιφερειακό Γραφείο Ασύλου. Η παραλαβή των αιτημάτων καθώς και οι συνεντεύξεις των αιτούντων διεξάγονται εντός των υποδομών πρώτης υποδοχής και οι μετανάστες παραμένουν στις εγκαταστάσεις για όσο διαρκέσει η εξέταση του αιτήματός τους. Αν παρέλθει μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από τις προβλεπόμενες ημερομηνίες τότε το άτομο παραπέμπεται σε δομές φιλοξενίας για τις οποίες είναι υπεύθυνο το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Αν το αίτημα απορριφθεί τότε οι υπήκοοι υπάγονται σε διαδικασίες απέλασης, επανεισδοχής ή επιστροφής.

Τα άτομα που ανήκουν σε ευάλωτες ομάδες παραπέμπονται από τον υπεύθυνο του κέντρου στους κατάλληλους φορείς για στήριξη και προστασία. Ως ευάλωτες ομάδες θεωρούνται οι ασυνόδευτοι ανήλικοι, οι υπερήλικες, τα άτομα με ανίατη ασθένεια ή αναπηρία, οι γυναίκες σε κύηση ή λοχεία, τα θύματα εμπορίας ανθρώπων, οι μονογονεϊκές οικογένειες με ανήλικα παιδιά και τέλος τα θύματα σωματικής, σεξουαλικής, ψυχικής κακοποίησης, τα θύματα βασανιστηρίων και εκμετάλλευσης.

Καθήκον του επικεφαλής του Κέντρου Πρώτης Υποδοχής αλλά και του υφιστάμενου προσωπικού είναι η διασφάλιση αξιοπρεπών συνθηκών διαβίωσης για τους μετανάστες, να διατηρούν την οικογενειακή τους ενότητα αν υπάρχει αυτή η δυνατότητα, να έχουν πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική και ψυχοκοινωνική στήριξη, να έχουν ιδιαίτερη μεταχείριση αν πρόκειται για ευάλωτη ομάδα, να τους παρέχεται καθοδήγηση και νομική συμβουλή για την περίπτωσή τους και τέλος να διατηρούν οι μετανάστες επαφή με τις κοινωνικές δομές και τις διάφορες οργανώσεις. (Νόμος 3907/2011)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ

3.1. Η Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ

Η Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ δημιουργήθηκε από την Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ και άρχισε να λειτουργεί το 1951 παρέχει προστασία και βοήθεια στους πρόσφυγες, στους αιτούντες ασύλου, στους ανιθαγενείς, στους επαναπατριζόμενους πρόσφυγες και σε εσωτερικά εκτοπισμένα άτομα στην ίδια τους την χώρα. Σήμερα η Ύπατη Αρμοστεία διαθέτει προσωπικό σε 120 χώρες και βοηθά 36,4 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως. Σκοπός της είναι να διασφαλίζει τον σεβασμό των θεμελιωδών δικαιωμάτων των προσφύγων και την αναγνώριση να μην επιστρέφονται χωρίς την θέλησή τους στις χώρες αποστολής όπου έχουν λόγος να μην θέλουν να γυρίσουν. Η Ύπατη Αρμοστεία αναζητά λύσεις για τους πρόσφυγες με τον εθελοντικό επαναπατρισμό να είναι η προτιμότερη αλλά μη προτιμητέα. Επίσης προσπαθεί να τους βοηθήσει να ορθοποδήσουν είτε στις χώρες που αιτούνται άσυλο είτε να αναζητήσει χώρες που θα τους δεχτούν.

Σύμφωνα με την έκθεση της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ για το 2014, οι αιτήσεις για την χορήγηση ασύλου στις βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες ανέρχονται στις 866.000, ποσοστό κατά 45% υψηλότερο σε σχέση με το αντίστοιχο του 2013, και είναι το υψηλότερο ποσοστό από το 1992 που είχαμε την σύγκρουση Βοσνίας-Ερζεγοβίνης.

Από τους αιτούντες άσυλο το μεγαλύτερο ποσοστό είναι Σύριοι (150.000 αιτήσεις), Ιρακινοί (68.700 αιτήσεις) και Αφγανοί (60.000), ενώ τον μεγαλύτερο αριθμό αιτήσεων ασύλου το δέχτηκε η Γερμανία (173.000 αιτήσεις), οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (121.200), η Τουρκία (87.800), η Σουηδία (75.100) και η Ιταλία (63.700). (Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ, 2015)

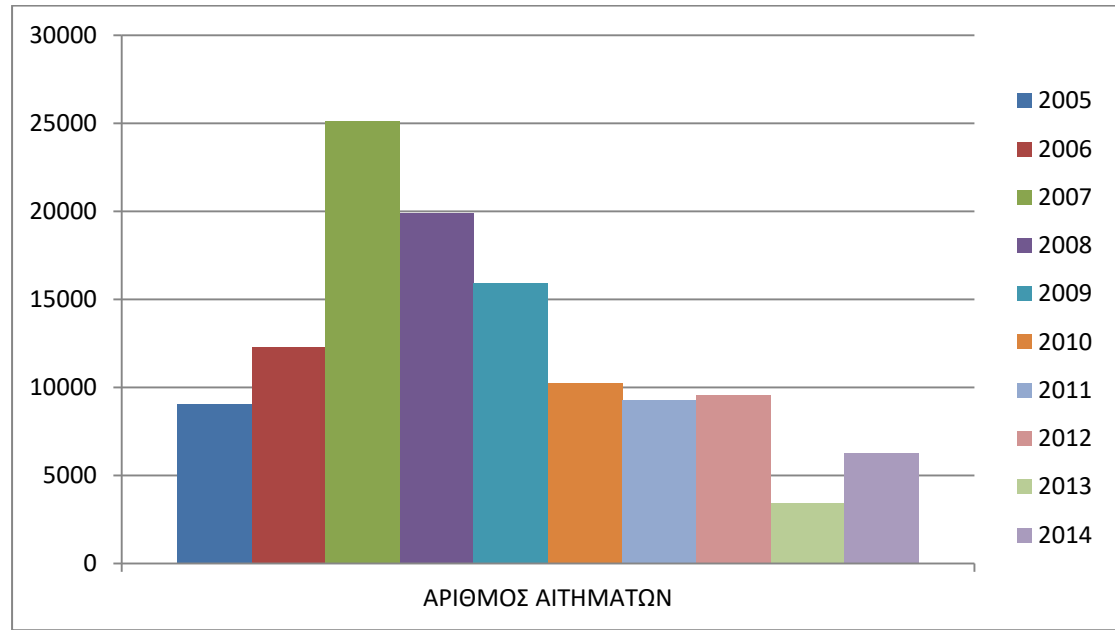
3.2. Αιτήματα για Διεθνή Προστασία στην Ελλάδα

Όπως έχει γίνει ήδη αναφορά, η Ελλάδα αποτελεί πύλη εισόδου για τους μετανάστες. Οι αιτούντες άσυλο στην Ελλάδα παρουσιάζουν έναν αυξανόμενο αριθμό ανά έτος κάτι που σχετίζεται και με τον αυξανόμενο αριθμό μεταναστών που εισέρχονται στον ελληνικό χώρο.

Ακολουθεί μια ανάλυση ανά έτος που παρουσιάζει τον αριθμό των αιτήσεων που έγιναν, τον αριθμό αυτών που απερρίφθησαν, αυτές που δόθηκαν και εν τέλη αν πρόκειται για χορήγηση ασύλου, ανθρωπιστική προστασία ή επικουρική προστασία. Πρέπει να τονιστεί πως οι απορρίψεις αφορούν και παλαιότερες αιτήσεις και γι αυτό σε κάποια έτη είναι μεγαλύτερος ο αριθμός συγκριτικά με αυτό των αιτήσεων.

3.2.1. Αιτήματα για χορήγηση διεθνής προστασίας ανά έτος

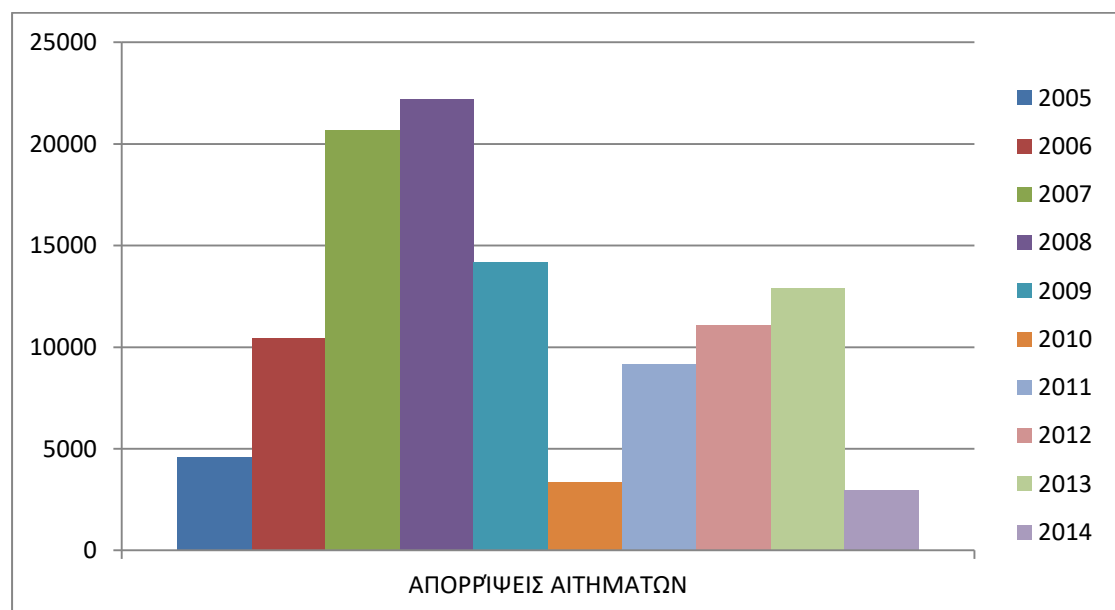
Γράφημα 1ο: Αριθμός αιτημάτων για διεθνή προστασία ανά έτος, για το διάστημα 2005-2014



Πηγή: Ελληνική Αστυνομία, 2015

3.2.2. Απορρίψεις αιτημάτων ανά έτος

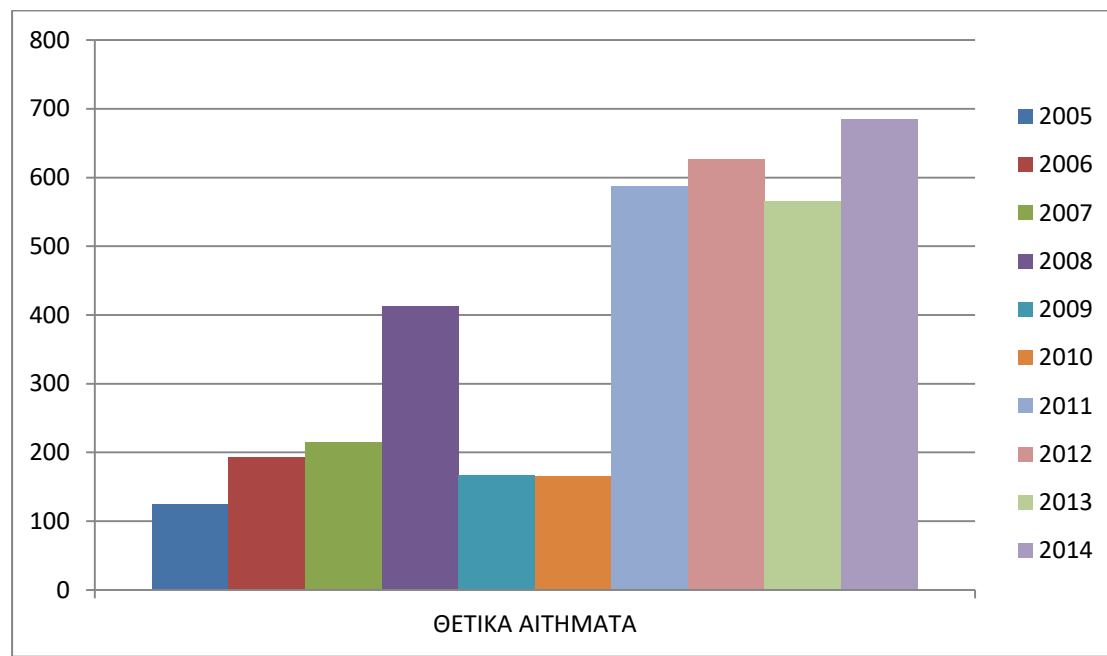
Γράφημα 2ο: Απορρίψεις αιτημάτων για διεθνή προστασία ανά έτος για το διάστημα 2005-2014



Πηγή: Ελληνική Αστυνομία, 2015

3.2.3 Αιτήματα που τελικά δόθηκαν

Γράφημα 3ο: Θετικά αιτήματα για διεθνή προστασία ανά έτος για το διάστημα 2005-2014



Πηγή: Ελληνική Αστυνομία, 2005

Τα θετικά αιτήματα αφορούν το άσυλο, την ανθρωπιστική βοήθεια ή την επικουρική βοήθεια. Συγκεντρωτικά, παρακάτω παρουσιάζονται τα αριθμητικά δεδομένα.

Πίνακας 1ο: Παρουσίαση αιτημάτων για διεθνή προστασία, χορηγήσεων προστασίας και ανάλυση των χορηγήσεων σε αυτούς που πήραν άσυλο, ανθρωπιστική βοήθεια ή επικουρική προστασία ανά έτος για το διάστημα 2005-2014

ΕΤΟΣ	ΑΙΤΗΜΑΤΑ	ΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ	ΑΣΥΛΟ	ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ	ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ
2005	9050	124	39	85	-
2006	12267	193	64	129	-
2007	25113	215	140	75	-
2008	19884	413	358	38	14
2009	15928	166	36	26	104
2010	10273	165	95	35	35
2011	9311	587	240	182	165
2012	9577	627	217	273	137
2013	3407	1286	566	434	286
2014	6245	985	685	-	300

Πηγή: Ελληνική Αστυνομία, 2015

3.3. Παράτυπη Μετανάστευση

Εισαγωγή

Η παράτυπη μετανάστευση έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις τόσο σε Ευρωπαϊκό Επίπεδο όσο και σε Εθνικό. Ως φαινόμενο ήρθε στο προσκήνιο όταν οι χώρες υποδοχής μεταναστών δεν είχαν ανάγκη από εργατικό δυναμικό και αποσκοπούσαν στην μηδενική μετανάστευση. Γίνεται έκδηλο ότι η προσέγγιση του θέματος έχει να κάνει με τις κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές συνθήκες οι οποίες μεταβάλλονται τόσο από τόπο σε τόπο όσο και μέσα στο διάβα του χρόνου.

Μια σημαντική διάκριση έχει να κάνει με το ποιος θεωρείται παράτυπος μετανάστης. Από την μία παράτυπος είναι αυτός που εισήχθη σε μία χώρα χωρίς τα απαραίτητα νομιμοποιητικά έγγραφα και από την άλλη αυτός που εισήχθη νόμιμα αλλά έληξε η άδεια παραμονής ή η σχετικά βίζα και παράτεινε την διαμονή του. (Καβουνίδη, 2002). Επιπλέον ένας άλλος ορισμός ορίζει πως παράτυπος μετανάστης είναι αυτός που "στο πλαίσιο της Ε.Ε. είναι ο υπήκοος τρίτης χώρας που δεν εκπληρώνει τις προϋποθέσεις ή δεν εκπληρώνει πλέον τις προϋποθέσεις εισόδου όπως ορίζονται στο άρθρο 5 του Κώδικα Συνόρων Schengen ή άλλες προϋποθέσεις σχετικά με την είσοδο, παραμονή ή διαμονή στο κράτος-μέλος." (European migration network, 2012).

Όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω η Ελλάδα αποτελεί πύλη εισόδου για τους μετανάστες. Οι Ελληνικές αρχές αλλά και η Ευρωπαϊκή και η Διεθνής κοινότητα είναι πλέον αντιμέτωποι με ένα νέο ρεύμα και είδος μετανάστευσης. Οι παράτυποι μετανάστες (μετανάστες που δεν φέρουν νομιμοποιητικά έγγραφα) έχουν αυξηθεί κατά πολύ στην χώρα μας. Λόγοι όπως το μειωμένο βιοτικό επίπεδο, τα δημογραφικά και οικονομικά προβλήματα στις τρίτες χώρες και σε συνδυασμό με την γεωγραφική θέση της Ελλάδας έχουμε έκρηξη του φαινομένου.

Λόγω του μεγάλου όγκου μεταναστών παρουσιάζεται απαραίτητη η χάραξη μεταναστευτικής πολιτικής που σκοπό έχει την περιχαράκωση των συνόρων με αστυνομικά και κατασταλτικά μέτρα.

Στα πλαίσια χάραξης της ενωσιακής πολιτικής αποφασίστηκε η φυλάκιση των μεταναστών που είτε εισέρχονται παράνομα είτε εργάζονται χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα και την κράτησή τους σε στρατόπεδα από 3 μήνες έως 15 μήνες σε περίπτωση που η χώρα προέλευσής τους δεν είναι συνεργάσιμη ή θεωρεί τον μετανάστη "απειλή για την δημόσια ασφάλεια"

Μια σειρά από πολιτικές δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στον εντατικό έλεγχο των ευρωπαϊκών συνόρων με το πρόβλημα της μετανάστευσης να μετατοπίζεται στις χώρες της περιφέρειας της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

3.4. Συλλήψεις μη Νόμιμων Μεταναστών και διακινητών από την Ελληνική Αστυνομία και το Λιμενικό κατά τα έτη 2006-2015

Στα πλαίσια της προστασίας των ελληνικών συνόρων και τον περιορισμό της παράτυπης μετανάστευσης, τόσο η Ελληνική Αστυνομία όσο και το Λιμενικό Σώμα ήταν επιφορτισμένο με την περάτωση αυτού του έργου, προβαίνοντας σε πολυάριθμες συλλήψεις τόσο παράτυπων μεταναστών όσο και των διακινητών αυτών.

3.4.1 Συλλήψεις παράτυπων μεταναστών και διακινητών ανά έτη

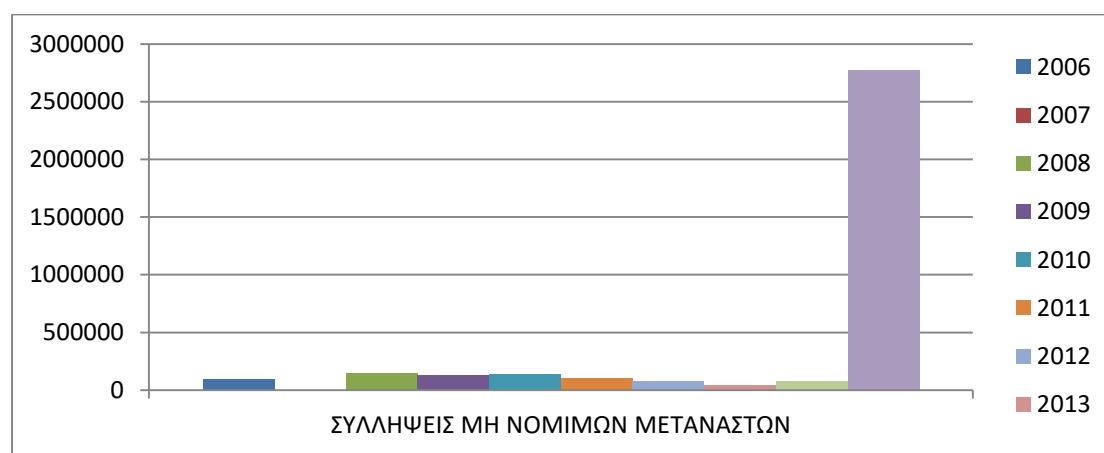
Πίνακας 2ος: Συλλήψεις παράνομων μεταναστών και διακινητών από τις Ελληνικές Αρχές για τα έτη 2006-2015

<u>ΕΤΟΣ</u>	<u>ΜΗ ΝΟΜΙΜΟΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ</u>	<u>ΔΙΑΚΙΝΗΤΕΣ</u>
2006	95239	994
2007	112364	1421
2008	146337	2216
2009	126145	1716
2010	132524	1150
2011	99368	848
2012	76878	726
2013	43002	843
2014	77163	1171
2015 (1ο 8μηνο)	271156	886

Πηγή: Ελληνική Αστυνομία, 2015

3.4.2. Συλλήψεις παράτυπων μεταναστών ανά έτος

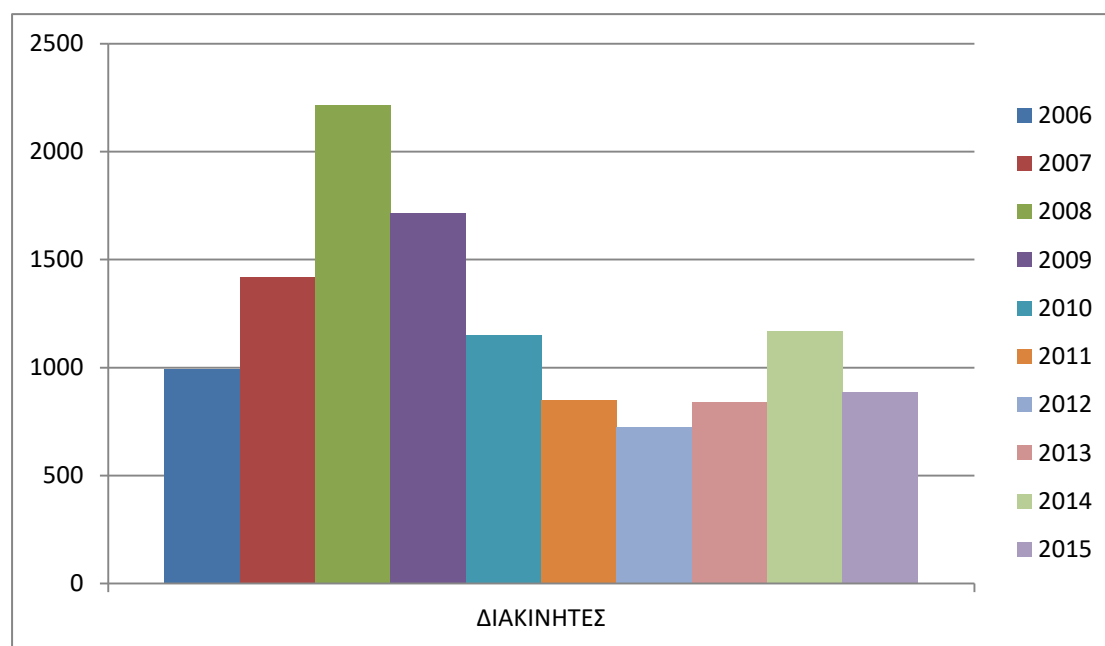
Γράφημα 4ο: Συλλήψεις Παράτυπων μεταναστών ανά έτος, για το διάστημα 2006-2014



Πηγή: Ελληνική Αστυνομία, 2015

3.4.3. Συλλήψεις διακινητών ανά έτος

Γράφημα 5ο: Συλλήψεις διακινητών παράνομων μεταναστών ανά έτος



Πηγή: Ελληνική Αστυνομία, 2015

Συγκεντρωτικά για τα έτη 2006-2015 έγιναν 1.180.176 συλλήψεις μη νόμιμων μεταναστών και 11.971 διακινητών. (Ελληνική Αστυνομία, 2015).

3.5. Συλλήψεις Παράτυπων Μεταναστών από τα Χερσαία Σύνορα ή από τα θαλάσσια σύνορα από την Τουρκία για τα έτη 2007-2015.

Είναι σημαντικό να αναφερθούν οι συλλήψεις παράτυπων μεταναστών που προσεγγίζουν την Ελλάδα μέσω της Τουρκίας διότι αφορούν κυρίως μετανάστες που προέρχονται από χώρες με έντονα κοινωνικά, πολιτικά και ανθρωπιστικά προβλήματα.

Πίνακας 3ος: Συλλήψεις παράνομων μεταναστών από τα χερσαία και θαλάσσια σύνορα ανά έτος

ΕΤΟΣ	ΧΕΡΣΑΙΑ ΣΥΝΟΡΑ	ΘΑΛΑΣΣΙΑ ΣΥΝΟΡΑ
2007	16789	19781
2008	14461	30179

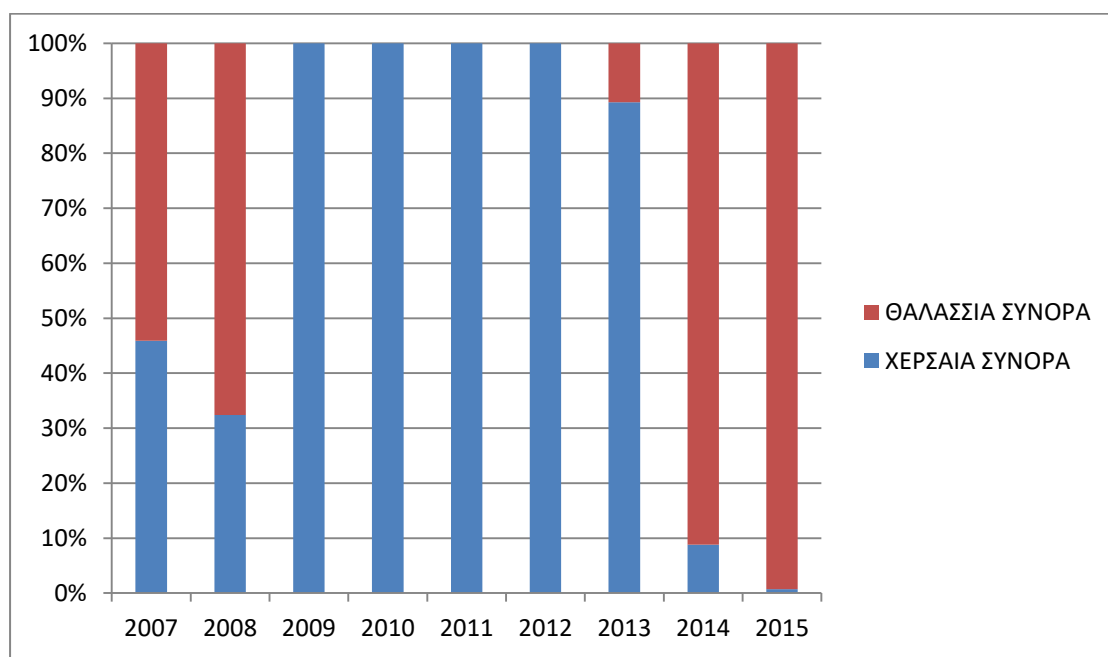
2009	8787	
2010	47088	
2011	54974	
2012	28473	
2013	30433	3651
2014	1109	11447
2015 (1ο 8μηνο)	1818	244928

Πηγή: Ελληνική Αστυνομία, 2015

3.5.1 Συγκριτικά οι συλλήψεις παράτυπων μεταναστών από τα χερσαία σύνορα και από τα θαλάσσια σύνορα

Παρατηρώντας τα νούμερα τόσο στις συλλήψεις που έγιναν στα χερσαία σύνορα όσο και αυτές που έγιναν στα θαλάσσια σύνορα, φαίνεται πως αρχικά οι περισσότερες συλλήψεις γίνονταν στην ξηρά ενώ με το πέρασμα των χρόνων έχουν πολλαπλασιαστεί οι συλλήψεις που γίνονται στα θαλάσσια σύνορα. Ανησυχητικό είναι το ποσοστό που παρατηρείται το 2015 που είναι αρκετά υψηλότερο συγκριτικά με τα προηγούμενα χρόνια και αποτελεί μια ένδειξη της έκρηξης που έχει πάρει το μεταναστευτικό.

Γράφημα 6ο: Συγκριτική αναπαράσταση των συλλήψεων από τα χερσαία και θαλάσσια σύνορα ανά έτος



Πηγή: Ελληνική Αστυνομία, 2015

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Προαναχωρησιακά Κέντρα Κράτησης

Στα πλαίσια του περιορισμού της παράτυπης μετανάστευσης και της προστασίας των συνόρων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στην Ελλάδα λειτουργούν κέντρα πρώτης υποδοχής των μεταναστών και προαναχωρησιακά κέντρα κράτησης.

4.1 Γενικά Στοιχεία για τα Κέντρα Κράτησης

Τα Προαναχωρησιακά Κέντρα Κράτησης μεταναστών αφορούν την φιλοξενία των ατόμων που με διαταγή των Αρχών υπόκεινται στην διαδικασία επαναπατριsmού. Η λειτουργία τους άρχισε το 2013 και είναι σε 24ωρη βάση με σκοπό την φύλαξη και την ασφάλεια των μεταναστών. Η Ελληνική Αστυνομία είναι επιφορτισμένη με το έργο της ομαλής λειτουργίας των κέντρων και της φύλαξης αυτών.

Η λειτουργία των κέντρων κράτησης έγκειται στην κατά μέσο όρο εξάμηνη παραμονή των παράτυπων μεταναστών. Με το πέρας του χρονικού αυτού ορίου, τους δίνονται διοικητικά έγγραφα απέλασης και προθεσμία 15 ημερών ώστε να εγκαταλείψουν την χώρα. Αν δεν αποχωρήσουν από την Ελλάδα και ξανά συλληφθούν η διαδικασία επαναλαμβάνεται.

Εντός των κέντρων κράτησης οι αλλοδαποί πρέπει να διαβιούν σε συνθήκες αξιοπρεπούς διαβίωσης. Στο πλαίσιο της αξιοπρεπούς διαβίωσης λογίζεται η παραμονή σε κατάλληλο περιβάλλον, με θέρμανση, με κατάλληλο φωτισμό, η παροχή διατροφής, ο ρουχισμός (σε περίπτωση που δεν έχει από μόνο του το άτομο) και είδη ατομικής υγιεινής και καθαριότητας. Ακόμα το άτομο προαυλίζεται στις ώρες που προβλέπονται από την λειτουργία του κέντρου κράτησης και οι αλλοδαποί συμμετέχουν σε διάφορες δραστηριότητες με σκοπό την ψυχαγωγία τους. Επιπλέον ενημερώνονται για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους σε γλώσσα που την κατανοούν, χρήζουν ειδικής μεταχείρισης αν πρόκειται για ευάλωτες ομάδες, έχουν πρόσβαση σε νομική υποστήριξη, ιατρική και ψυχολογική στήριξη και τέλος διατηρούν επαφές με κοινωνικούς φορείς και οργανώσεις και μπορούν να διατηρήσουν την οικογενειακή τους ενότητα, εάν αυτό είναι εφικτό.

Πρέπει να τονιστεί πως υφίστανται συγκεκριμένοι κανόνες για την διαμονή των αλλοδαπών εντός των κέντρων κράτησης. Κάθε μετανάστης που φιλοξενείτε έχει ατομικό φάκελο που τηρείται στο Κλιμάκιο Διοικητικής Υπηρεσίας. Ο φάκελος περιλαμβάνει φωτογραφία, τα στοιχεία της ταυτότητάς του, στοιχεία που αφορούν στην παραμονή του στο κέντρο και οποιαδήποτε πληροφορία για το άτομο. Οι γυναίκες και τα ανήλικα παιδιά μένουν σε ξεχωριστούς χώρους από τους υπόλοιπους μέχρι να μεταφερθούν σε κατάλληλους χώρους φιλοξενίας. Επιπλέον οι ανήλικοι

προαυλίζονται για περισσότερο χρόνο σε σχέση με τους υπόλοιπους κρατούμενους με σκοπό να συναναστρέφονται με τους συνομηλίκους τους. Οι οικογένειες δικαιούνται να απολαμβάνουν την οικογενειακή τους ζωή εντός των κέντρων κράτησης. Επιπλέον ειδική μεταχείριση μέχρι να μεταφερθούν στις κατάλληλες δομές έχουν τα βρέφη και τα νήπια. Τέλος οι εργαζόμενοι στα κέντρα κράτησης οφείλουν να σέβονται τις θρησκευτικές, πολιτισμικές, φυλετικές και λοιπές ιδιαιτερότητες των μεταναστών. Σε απόλυτο σεβασμό προς τις θρησκευτικές ιδιαιτερότητες, εντός του κέντρου έχουν τοποθετηθεί σε διάφορα σημεία πυξίδες (compass) που προσδιορίζουν την κατεύθυνση στην Μέκκα. (Υπουργική Απόφαση αρ. 6634/1-355613)

4.2. Δικαιώματα και Υποχρεώσεις Κρατούμενων Μεταναστών

Εντός του Κέντρου οι κρατούμενοι έχουν τόσο δικαιώματα όσο και υποχρεώσεις.

Τα δικαιώματα των κρατουμένων είναι τα ακόλουθα:

1. Ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη, ψυχοκοινωνική διάγνωση και στήριξη
2. άσκηση των θρησκευτικών τους πιστεύω εφόσον δεν παραβιάζονται οι κανόνες ασφαλείας του κέντρου
3. ισότιμη μεταχείριση και αποφυγή οποιασδήποτε διακριτής μεταχείρισης
4. η επικοινωνία με διεθνής οργανώσεις και οργανισμούς καθώς και με υπηρεσίες για θέματα που τους αφορούν
5. η επίσκεψη (στις προβλεπόμενες από το πρόγραμμα του κέντρου ώρες) από συγγενικά ή τρίτα πρόσωπα που δεν διαμένουν στο κέντρο. Αυτό δύναται να αλλάξει εάν συντρέχουν ειδικοί λόγοι ασφαλείας
6. τηλεφωνική επικοινωνία ή πρόσβαση στην αλληλογραφία του και παρέχεται κάθε δυνατή διευκόλυνση. Τηρείται πάντα το απαραβίαστο της προσωπικής επικοινωνίας
7. επικοινωνία με το προξενείο της χώρας τους αν το επιθυμούν
8. πρόσβαση σε δικηγόρο και σε περίπτωση αδυναμίας παρέχεται νομική στήριξη
9. να κάνουν γραπτή ή προφορική αναφορά στον διοικητή η οποία και εξετάζεται άμεσα
10. να χαίρουν απόλυτο σεβασμό της προσωπικότητάς τους και της τήρησης των δικαιωμάτων τους
11. να ενημερώνονται κατά την είσοδό τους στο κέντρο για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους εντός αυτού σε γλώσσα κατανοητή
12. να τους παρέχονται είδη ατομικής υγιεινής από την φρουρά
13. να τους παρέχεται η κατάλληλη διατροφή τρεις φορές την ημέρα
14. να ενημερώνονται με έντυπο υλικό (εφημερίδες, περιοδικά) ή από βιβλία που λαμβάνουν κατά το επισκεπτήριο ή από την δανειστική βιβλιοθήκη του κέντρου

Υποχρεώσεις των κρατούμενων

1. η συμμόρφωση στις εντολές και στις υποδείξεις της φρουράς. Επιπλέον η συμπεριφορά τους να είναι τέτοια ώστε να μην τίθεται σε κίνδυνο η ασφάλεια κανενός εντός του κέντρου και να μην διαταράσσεται η εύρυθμη λειτουργία αυτού, με σκοπό το όσο τον δυνατόν καλύτερες συνθήκες διαβίωσης
2. να τηρούν τους κανόνες ατομικής υγιεινής. Επιπλέον να διατηρούν τους κοινόχρηστους χώρους καθαρούς, να τακτοποιούν τα προσωπικά τους αντικείμενα και να μην προκαλούν φθορές εντός του κέντρου.
3. να τηρούν το ωρολόγιο πρόγραμμα του κέντρου για όλες τις δραστηριότητες (φαγητό, επισκεπτήριο κλπ)
4. να δείχνουν σεβασμό προς τους συγκρατούμενους τους και προς την φρουρά
5. να συνεργάζονται με την φρουρά σε κάθε είδος ελέγχου (σωματικό κλπ)
6. να σέβονται τις φυλετικές, θρησκευτικές, εθνικές, πολιτισμικές ιδιαιτερότητες των συγκρατούμενων τους.
7. να μην θορυβούν και ενοχλούν τους συγκρατούμενους τους
8. να παραδίδουν τα χρήματά τους στην φρουρά για φύλαξη πλην ενός μικρού χρηματικού ποσού για τις ανάγκες τους εντός του κέντρου
9. να κρατούν στο κελί τους τα προσωπικά τους αντικείμενα και είδη
10. να υποβάλλονται σε ιατρικές εξετάσεις, ακόμα και χωρίς την θέλησή τους, αν τίθεται η υπόνοια για μεταδοτικό νόσημα ή άλλης ασθένειας που θα μπορούσε να θέσει σε κίνδυνο την δημόσια υγεία καθώς και την ασφάλεια του κέντρου
11. να μην κατέχουν ή χρησιμοποιούν απαγορευμένα από τον νόμο ή τον κανονισμό του κέντρου είδη
12. να είναι σύντομοι στην χρήση του καρτοτηλεφώνου και να τηρείται σειρά προτεραιότητας
13. να μην παρεμποδίζουν τον φωτισμό του κελιού καθώς και να συνεργάζονται κατά την καταμέτρηση και τον οπτικό έλεγχο
14. να ακολουθούν τις ιατρικές οδηγίες για την λήψη της φαρμακευτικής τους αγωγής

Με διαταγή του εκάστοτε Διοικητή των κέντρων είναι δυνατή η χρήση περιοριστικών μέτρων για λόγους δημόσιας υγείας, για την προστασίας της σωματικής ακεραιότητας του ίδιου του κρατούμενου ή των υπολοίπων ή τέλος για την πρόληψη υλικών ζημιών και φθορών εντός του κέντρου. (Υπουργική Απόφαση αρ. 6634/1-355613)

4.3. Ιατρική Μέριμνα στους Αλλοδαπούς των Κέντρων Κράτησης

Κατά την εισαγωγή τους στα Κέντρα Κράτησης οι μετανάστες εξετάζονται για προληπτικούς λόγους στο ιατρείο του κέντρου από ιατρούς, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς ή άλλο εξειδικευμένο προσωπικό. Για κάθε κρατούμενο

που κάνει επίσκεψη τηρείται ιατρικός φάκελος και καταχωρούνται όλα τα δεδομένα που τον αφορούν.

Στους αλλοδαποί που διαμένουν στα Κέντρα Κράτησης παρέχεται η κατάλληλη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και ψυχοκοινωνική υποστήριξη από μια διεπιστημονική ομάδα που προέρχεται από το δημόσιο, ΜΚΟ ή από άλλους οργανισμούς και φορείς. Στις περιπτώσεις εκείνες που κάποιος αλλοδαπός νοσήσει, τότε του παρέχεται η κατάλληλη αγωγή για το νόσημά του. Η διαδικασία που ακολουθείτε είναι η λήψη ιατρικού ιστορικού, η φυσική εξέταση και ο εργαστηριακός έλεγχος με σκοπό να αποκλεισθούν λοιμώδη νοσήματα ή σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Ακόμα στα πλαίσια της ιατρικής παρακολούθησης είναι και η έγκαιρη διάγνωση ψυχικών διαταραχών και την παροχή ψυχολογικής στήριξης αλλά και η ψυχοκοινωνική στήριξη στις ευάλωτες ομάδες.

Πρέπει να τονιστεί πως όσα περιστατικά είναι αδύνατον να αντιμετωπιστούν στο ιατρείο του κέντρου παραπέμπονται στα εφημερεύοντα νοσοκομεία για διερεύνηση ή νοσηλεία. Η αρμόδια αστυνομική αρχή υπαγωγής είναι υπεύθυνη για την φύλαξη του μετανάστη εντός του νοσοκομείου και μέχρι να μεταφερθεί ξανά προς το κέντρο κράτησης. Σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού, το ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό μεταβαίνει άμεσα στο χώρο του συμβάντος, με συνοδεία της φρουράς, για να παράσχει τις απαραίτητες πρώτες βοήθειες.

Σημαντικό είναι το γεγονός πως, όσοι πάσχουν από κάποιο λοιμώδες νόσημα ή ψυχική διαταραχή μεταφέρονται σε ξεχωριστό χώρο με σκοπό αφενός να λαμβάνουν την κατάλληλη φροντίδα και αφετέρου να τηρούνται τα μέτρα υγιεινής και ασφάλειας των ίδιων, των συγκαταόμενων και της φρουράς.

Επιπλέον, οι χώροι του ιατρείου οφείλουν να είναι κατάλληλα εξοπλισμένοι και διαμορφωμένοι με σκοπό να εξυπηρετούνται οι ανάγκες του κέντρου. (Υπουργική Απόφαση αρ. 6634/1-355613).

4.3 Κέντρα Κράτησης στον ελλαδικό χώρο

Τα ακόλουθα προαναχωρησιακά κέντρα κράτησης λειτουργούν ως κέντρα κράτησης. Παρουσιάζουν διαφορές ως προς την δύναμη για φιλοξενία και στο αν φιλοξενούν άντρες ή γυναίκες.

Πίνακας 4ος: Παρουσίαση Κέντρων Κράτησης και της δύναμης φιλοξενίας

ΚΕΝΤΡΟ ΚΡΑΤΗΣΗΣ	ΔΥΝΑΜΗ ΦΙΛΟΞΕΝΙΑΣ
<i>ΑΜΥΓΔΑΛΕΖΑΣ</i>	2000
<i>ΚΟΡΙΝΘΟΥ</i>	1000
<i>ΠΑΡΑΝΕΤΣΙΟΥ ΔΡΑΜΑΣ</i>	600
<i>ΦΥΛΑΚΙΟΥ ΟΡΕΣΤΙΑΔΑΣ</i>	370
<i>ΞΑΝΘΗΣ</i>	480
<i>ΤΑΥΡΟΥ</i>	
<i>ΛΕΣΒΟΥ</i>	90
<i>ΣΑΜΟΥ</i>	280
<i>ΧΙΟΥ</i>	100
<i>ΠΕΤΡΟΥ ΡΑΛΛΗ</i>	350
<i>ΕΛΛΗΝΙΚΟ</i>	120

(Υπουργική Απόφαση 8038/23/22-γ', 2015)

Επιπλέον χώροι κράτησης μεταναστών χρησιμοποιούνται και στην περιοχή της Θεσσαλονίκης. (Γιατροί Χωρίς Σύνορα, 2014)

Πρέπει να τονιστεί ότι οι πολιτικές που ασκούνται για το μεταναστευτικό και την αντιμετώπιση των παράτυπων μεταναστών έχουν οδηγήσει στην χρήση από την πολιτεία διάφορων χώρων και κτηρίων με σκοπό να εξυπηρετηθούν οι ανάγκες των μεταναστών. Σε ορισμένα νησιά (Σύρο, Χανιά κ.α) χρησιμοποιούνται ξενοδοχεία και το πιο πρόσφατο ήταν η χρήση του κλειστού γηπέδου Γαλατσίου στην Αττική για την φιλοξενία των μεταναστών που διέμεναν στην πλατεία Βικτωρίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Διαπολιτισμική Φροντίδα Υγείας

Η κοινωνικοπολιτισμική ανομοιογένεια που χαρακτηρίζει τις σημερινές κοινωνίες, έχει αναδείξει την ανάγκη άσκησης διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας από τους επαγγελματίες στο χώρο της υγείας. Ο σεβασμός στην γλώσσα, στις αξίες, στα ήθη και έθιμα, στον τρόπο ζωής, στις βιολογικές διαφορές, στις φιλοσοφικές θεωρήσεις είναι κάποια από τα δεδομένα που καλούνται οι επαγγελματίες υγείας να κατανοήσουν και να σεβαστούν με κύριο μέλημα τους την πρόληψη της ασθένειας, την προαγωγή της υγείας ή την αποκατάσταση αυτής, σε κοινωνικές ομάδες διαφορετικές από αυτές που ανήκουν οι ίδιοι.

Ο όρος "διαπολιτισμικός" χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον ανθρωπολόγο Murdock το 1930, προσφέροντας στις επιστήμες την πρώτη οπτική της νέας κατάστασης πραγμάτων. Η χρήση του όρου από τις κοινωνικές επιστήμες για πρώτη φορά υποδηλώνει ότι είναι ευρύτερο το φαινόμενο. Κατά κύριο λόγο η προσέγγιση αυτή αφορούσε το ρόλο των πολιτισμικών παραγόντων στην ανθρώπινη συμπεριφορά και τις επιδράσεις που έχουν οι πολιτισμικές παραστάσεις στην ατομική συμπεριφορά. (Μαρινάκη, Τσικουδάκη, Χανιαλάκη, 2010)

Η πολιτισμική ποικιλομορφία έχει να κάνει με τις διαφορές στην γλώσσα, στον τρόπο ζωής, στις αξίες, ήθη, έθιμα, φιλοσοφικές θεωρήσεις, βιολογικές διαφορές, οικονομική κατάσταση κ.α. Γενικά όλες αυτές οι διαφορές επηρεάζουν το τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται οι λαοί την υγεία, την αρρώστια και την ασθένεια.

Οι επαγγελματίες υγείας που καλούνται να σεβαστούν το δικαίωμα στην υγεία όλων των ατόμων που περιθάλπουν και να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους χωρίς να κάνουν διακρίσεις.

5.1. Δικαίωμα στην Υγεία

Το δικαίωμα στην υγεία είναι οικουμενικό, προάγεται και προστατεύεται τόσο από νόμους του ελληνικού κράτους όσο σε Ευρωπαϊκό και Διεθνές Επίπεδο.

Το Ελληνικό Σύνταγμα (άρθρο 21, παράγραφος 3) αναφέρει: *"Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και της περίθαλψης των απόρων."*

Επιπλέον, στο άρθρο 5 παράγραφος 2 αναφέρεται: *"Όλοι όσοι βρίσκονται στην Ελληνική Επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας τους, χωρίς διάκριση εθνικότητας, φυλής, γλώσσας και θρησκευτικών πεποιθήσεων. Εξαιρέσεις επιτρέπονται στις περιπτώσεις που προβλέπει το Διεθνές*

Δίκαιο". Επιπλέον στην παράγραφο 4 αναφέρετε *"Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας"*

Στο Διεθνές Σύμφωνο για τα οικονομικά, κοινωνικά και μορφωτικά δικαιώματα (έχει κυρωθεί στην Ελλάδα με τον νόμο 1532/1985), στο άρθρο 12 αναφέρει: *"1. Τα συμβαλλόμενα Κράτη αναγνωρίζουν το δικαίωμα κάθε προσώπου να απολαμβάνει την καλύτερη δυνατή σωματική και ψυχική υγεία, 2. Τα μέτρα που θα λάβουν τα συμβαλλόμενα Κράτη, για την εξασφάλιση της πλήρους άσκησης του δικαιώματος αυτού πρέπει να περιλαμβάνουν επίσης και τα απαιτούμενα μέτρα για την διασφάλιση: α) της μείωσης των θνησιγενών βρεφών και της θνησιμότητας αυτών καθώς και της υγιεινής ανάπτυξης των παιδιών, β) της βελτίωσης όλων των τομέων υγιεινής του περιβάλλοντος και της βιομηχανικής υγιεινής, γ) της προφύλαξης και θεραπείας επιδημικών, ενδημικών, επαγγελματικών και άλλων ασθενειών και καταπολέμηση αυτών, δ) της δημιουργίας συνθηκών που μπορούν να εξασφαλίσουν σε όλους ιατρικές υπηρεσίες και ιατρική περίθαλψη σε περίπτωση ασθένειας"*

Ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης (έχει κυρωθεί με τον νόμο 1426/1984) περιλαμβάνει στο άρθρο 11, την υποχρέωση των κρατών να *"εξαλείψουν στο μέτρο του δυνατού τους κινδύνους που απειλούν την υγείας"*

Στην Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρίες (έχει κυρωθεί με τον νόμο 4074/2012), στο άρθρο 25 αναγνωρίζεται: *" το δικαίωμα απόλαυσης του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας των ατόμων με αναπηρίες, χωρίς διακρίσεις βάσει αναπηρίας."*

Τέλος, σύμφωνα με τον Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο άρθρο 25 αναφέρεται: *"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".*

Σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα 95/2000, στο άρθρο 1 αναφέρεται: *"1. Αποστολή του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας είναι η άσκηση κοινωνικής πολιτικής για την Υγεία και την Πρόνοια, που περιλαμβάνει:*

- Την προαγωγή, την προστασία, τη διατήρηση και την αποκατάσταση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και του κοινωνικού συνόλου.*
- Την ισότητα στην παροχή του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υπηρεσιών και αγαθών υγείας και πρόνοιας στο κοινωνικό σύνολο και ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου.*
- Την προστασία των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας.*

- Την προστασία του φυσικού περιβάλλοντος, τον έλεγχο των αγαθών και υπηρεσιών που επηρεάζουν την υγεία των ατόμων και η λήψη μέτρων για την προαγωγή της καλύτερης δυνατής ποιότητας ζωής.
- Τον καθορισμό, την εκπαίδευση, τον έλεγχο και την προαγωγή των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας, καθώς και τον καθορισμό και τον έλεγχο παραγωγής, διακίνησης και κατανάλωσης των αγαθών υγείας, με σκοπό την κάλυψη των αναγκών στον κοινωνικό σύνολο.
- Την ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου για την προστασία της προαγωγής της υγείας και των υγιεινών τρόπων διαβίωσης, καθώς και για την αποφυγή και αντιμετώπιση των νόσων και των αναπηριών και τις διαδικασίες επανένταξης των ατόμων στο κοινωνικό σύνολο.

2. Η άσκηση της κοινωνικής πολιτικής περιλαμβάνει σχεδιασμό, προγραμματισμό, εφαρμογή, παρακολούθηση, αξιολόγηση, επανεκτίμηση και επαναπροσδιορισμό με τη συμμετοχή των φορέων του κοινωνικού συνόλου."

(Προεδρικό Διάταγμα αρ. 76)

Όλοι οι μετανάστες που ευρίσκονται εντός της Ελλάδας νόμιμα και εργάζονται νόμιμα (πληρώνουν τις εκάστοτε ασφαλιστικές εισφορές), διαθέτουν την ασφαλιστική κάλυψη και μπορούν να έχουν ιατροφαρμακευτική φροντίδα. Το μείζον πρόβλημα είναι για τους παράτυπους μετανάστες. Δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη έχουν οι αλλοδαποί που είναι ανασφάλιστοι μόνο αν πληρούν μια εκ των τριών προϋποθέσεων: 1)έχουν αναγνωριστεί από τις αρμόδιες αρχές ως πρόσφυγες, 2)έχουν υποβάλει αίτημα για να αναγνωριστούν ως πρόσφυγες και το αίτημα είναι υπό διερεύνηση και τέλος 3) έχει εγκριθεί η παραμονή τους για ανθρωπιστικούς λόγους. Όσοι αλλοδαποί δεν πληρούν αυτές τις προϋποθέσεις και διαβιούν παράνομα στην Ελλάδα τότε δεν επιτρέπεται να τους προσφερθεί καμία υπηρεσία στον ευρύτερο δημόσιο τομέα. Εξάιρεση αποτελούν μόνο τα νοσοκομεία, τα θεραπευτήρια και οι κλινικές εφόσον πρόκειται για επείγον περιστατικό και εισάγεται εκτάκτως ή πρόκειται για ανήλικο παιδί. (Νόμος 2910/2001 άρθρο 51).

5.2. Υγεία των Μεταναστών

Η υγεία των μεταναστών αντικατοπτρίζει το κοινωνικο-πολιτισμικό περιβάλλον στο οποίο ανήκουν και συνδέεται άμεσα με τον επιπολασμό των νόσων στην χώρα προέλευσης. Οι αξίες και οι πεποιθήσεις των μεταναστών που αφορούν την υγεία, μπορεί να διαφέρουν από αυτές της χώρας υποδοχής και μπορεί να επηρεάσουν την υγεία των γηγενών. Επιπλέον αυτές οι πεποιθήσεις σχετίζονται με την χρήση των υπηρεσιών υγείας και από τους ίδιους τους μετανάστες στην χώρα υποδοχής.

Οι περισσότεροι μετανάστες ωστόσο είναι υγιείς, νέοι και εύρωστοι αλλά σήμερα οι αιτίες της μετανάστευσης μπορεί να συνδέονται με φυσικές καταστροφές και με πολέμους, που μπορεί να συμβάλουν στην κακή υγεία των μεταναστών ή ακόμα αν πρόκειται για παράτυπους μετανάστες η υγεία τους να επιβαρυνθεί λόγω των κινδύνων του ταξιδιού από την χώρα προέλευσης μέχρι την χώρα υποδοχής. Επιπλέον σημαντικοί παράγοντες για την υγεία των μεταναστών είναι ο κοινωνικός αποκλεισμός, η φτώχεια, ο στιγματισμός, οι διακρίσεις, η γλώσσα, οι πολιτισμικές διαφορές, η αδυναμία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και στις κοινωνικές υπηρεσίες και η έλλειψη κοινωνικής ασφάλειας είναι παράγοντες που είτε συμβάλλουν στην επιδείνωση της υγείας των μεταναστών ή αυξάνουν τις out-of pocket δαπάνες για την υγεία.

Η Γραμματεία του Παγκόσμιου Οργανισμού υγείας, το 2008, συνέταξε έκθεση σχετική με την υγεία των μεταναστών. Η έκθεση είχε τέσσερις βασικούς άξονες με σκοπό την προσέγγιση της δημόσιας υγείας και την αντιμετώπιση, τόσο της υγείας των μεταναστών όσο και των κοινοτήτων υποδοχής. Οι άξονες ήταν οι ακόλουθοι:

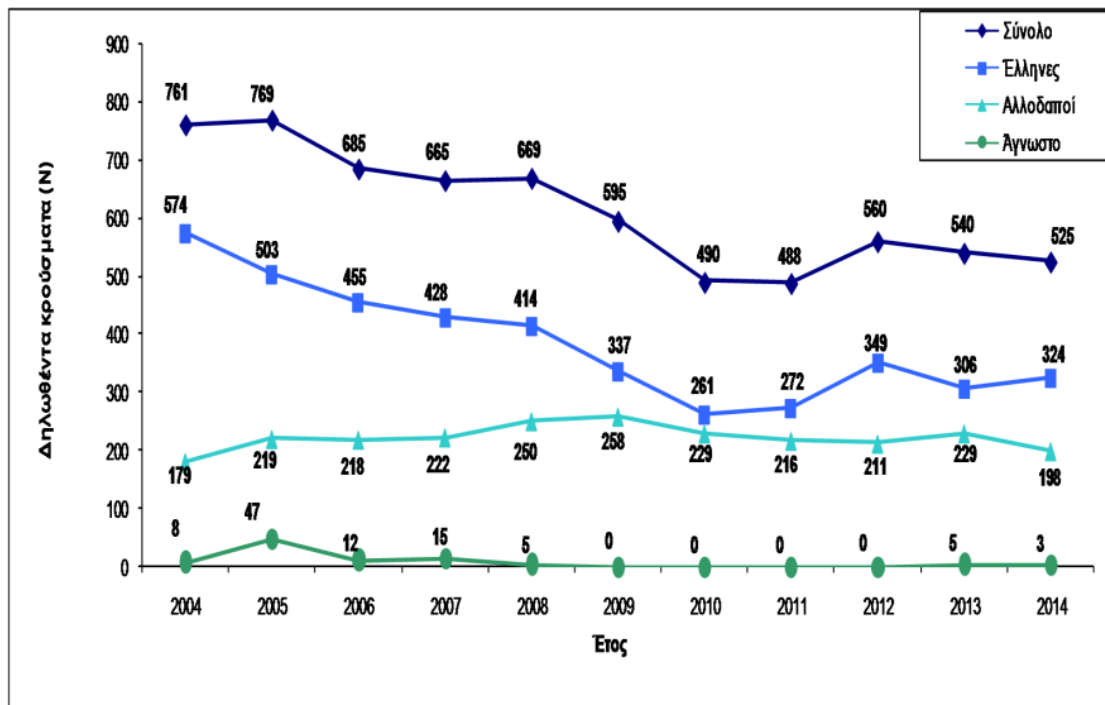
1. Εξάλειψη των ανισοτήτων ως προς την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αλλά και ως προς το "health status" ανάμεσα στους μετανάστες και στους ντόπιους
2. Την εξασφάλιση στο Δικαίωμα στην Υγεία στους μετανάστες. Με αυτό τον τρόπο πρέπει αυτόματα να περιοριστούν όλα τα συμβάντα που οδηγούν στον στιγματισμό, την διάκριση, στις προλήψεις κλπ απέναντι στους μετανάστες. Επιπλέον να τους δίνεται η δυνατότητα για πρόληψη αλλά και για θεραπεία κάτι που θωρακίζει και την υγεία του πληθυσμού υποδοχής
3. Να γίνουν ενέργειες για την μείωση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας στους μετανάστες που προκύπτει από τις καταστροφές και τις συγκρούσεις που επικρατούν στις χώρες προέλευσης
4. Να μειωθεί ο αρνητικός αντίκτυπος που έχει στην υγεία των μεταναστών η διαδικασία της μετανάστευσης. Η μετακίνηση καθιστά τους μετανάστες πιο εύλωτους σε θέματα υγείας και τους εκθέτει σε πιθανούς κινδύνους. (W.H.O, 2010)

Σύμφωνα με την μελέτη των Hacker et all. (2015), τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι παράτυποι μετανάστες και δεν κάνουν χρήση υπηρεσιών υγείας κατηγοριοποιούνται σε τρία επίπεδα. Αρχικά, έχουμε τα εμπόδια που αφορούν τις πολιτικές που ασκούνται και σχετίζονται με αυτή την ομάδα ατόμων, στη συνέχεια έχουμε τα

εμπόδια που αφορούν το ίδιο το σύστημα υγείας και τέλος έχουμε τα εμπόδια σε ατομικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, το πολιτικό σκηνικό σχετίζεται με τους περιορισμούς μέσω των νόμων, με την μη παροχή ασφάλισης και τέλος με τους περιορισμούς σχετικά με το είδος της υπηρεσίας υγείας που θα μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν. Στο επίπεδο του συστήματος υγείας τα εμπόδια έχουν να κάνουν με τη γραφειοκρατία, τις διακρίσεις αλλά και την πληρότητα που παρατηρήθηκαν. Τέλος, τα ατομικά εμπόδια έχουν να κάνουν με την αίσθηση του φόβου, του στίγματος και της έλλειψης χρημάτων που οδηγούν τους παράτυπους μετανάστες στην μη χρήση υπηρεσιών υγείας. (Hacker, Anies, Folb, Zallman, 2015)

Αυτό που ανησυχεί τις αρχές για την δημόσια υγεία, είναι η μετανάστευση ατόμων από χώρες με υψηλή επίπτωση λοιμωδών νοσημάτων και η εγκατάστασή τους στις χώρες υποδοχής. Τα επιδημιολογικά δεδομένα που αφορούν τους μετανάστες που διαβιώνουν στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι αραιά και αποσπασματικά και οι αρχές οφείλουν να εξετάσουν, κατά περίπτωση τα δεδομένα, και να μελετήσουν την χώρα προέλευσης, τον αριθμό των μεταναστών και την φροντίδα υγείας στην χώρα υποδοχής. Σημαντικό είναι και το γεγονός, πως παρόλο που υπάρχει βελτίωση στον τομέα της προστασίας από τα λοιμώδη νοσήματα (εμβόλια, αντιβιοτικά, βελτίωση επιπέδου ζωής), πολλές μολυσματικές ασθένειες, συμπεριλαμβανομένων και νέων θανατηφόρων ασθενειών, συνεχίζουν να έρχονται στο προσκήνιο και να επανεμφανίζονται, με τους πληθυσμούς των μεταναστών να είναι οι πιο ευάλωτοι αλλά και να θεωρούνται ως βασικός παράγοντας για την αιτιώδη εξάπλωσή τους. (Khyatti M., Trimbilas R., Zouheir Y., Benani A., El Messaoudi M., Hemminki K., 2014).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για το 2013, τα νέα κρούσματα από φυματίωση ανέρχονται στα 9 εκατομμύρια παγκοσμίως, εκ των οποίων το 1,1 εκατομμύριο εξ αυτών ήταν θετικοί στον ιό HIV. Το 56% των κρουσμάτων διαγνώστηκαν στην περιοχή της Νότιο- Ανατολικής Ασίας και του Δυτικού Ειρηνικού, ενώ το 1/4 των κρουσμάτων διαγνώστηκε στην Αφρική. Μέσω της ετήσιας έκθεσης του Ευρωπαϊκού Κέντρου Ελέγχου των Νόσων, για το 2013, στην Ευρώπη δηλώθηκαν 64.844 νέα κρούσματα εκ των οποίων το 28% αφορούσε άτομα αλλοδαπής υπηκοότητας που διέμεναν σε χώρα με χαμηλή επίπτωση της φυματίωσης. Στην Ελλάδα, κατά τα έτη 2013-2014 φαίνεται πως η φυματίωση έχει πτωτική τάση σε σχέση με το 2011-2012. Η μέση επίπτωση της νόσου είναι 4.1/100.00 άτομα. Σχηματικά για την Ελλάδα έχουμε το ακόλουθο γράφημα.



ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

Μείζων θέμα για την υγεία των μεταναστών αποτελεί η **Πρόληψη**. Μέσω της πρωτογενής πρόληψης έχουμε την επικέντρωση στην αποφυγή των βλαπτικών παραγόντων που σχετίζονται με την υγεία αλλά και την ισχυροποίηση του οργανισμού (φυσική άσκηση ή εμβόλια). Επιπλέον, μέσω της δευτερογενούς πρόληψης έχουμε την προσυμπτωματική ή την πρωιμότερη διάγνωση μιας νόσου, όταν είναι δυνατόν η αναστροφή ή αναστολή των παθογενετικών δεδομένων. (Τριχόπουλος, Καλαποθάκη, Πετρίδου, 2000). Μέσω της πρόληψης στους μετανάστες, είτε πρωτογενής είτε δευτερογενής, προστατεύουμε τόσο την υγεία των ίδιων αλλά και την δημόσια υγεία.

Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Εισαγωγή

Για να γίνουν κατανοητά τα αποτελέσματα της έρευνας, κρίνεται σκόπιμο να γίνουν ορισμένες διευκρινήσεις σχετικά με τα δεδομένα που σχετίζονται με το νοσολογικό φάσμα και την κοστολόγηση.

α. Νοσολογικό Φάσμα

Το νοσολογικό φάσμα των φιλοξενούμενων μεταναστών αφορά:

1. Νοσήματα που παρουσίασαν κατά την διάρκεια παραμονής τους στο κέντρο
2. Νοσήματα που είχαν πριν την φιλοξενία τους στο κέντρο, ήταν διαγνωσμένα και χρειάστηκαν επανέλεγχο ή συνέχιση της φαρμακευτικής τους αγωγής
3. Νοσήματα που διαγνώστηκαν σε τυχαίο προσυμπτωματικό έλεγχο
4. Προβλήματα υγείας που σχετίζονται με χρόνια νοσήματα

β. Κοστολόγηση Υγειονομικών Υπηρεσιών

Η κοστολόγηση των υγειονομικών υπηρεσιών αφορά:

1. Το κόστος των εργαστηριακών εξετάσεων που έκαναν οι παράτυποι μετανάστες σε οποιοδήποτε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας κατά την διάρκεια παραμονής τους στο κέντρο, λόγω κάποιου νοσήματος.
2. Το κόστος των εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων που έγιναν για προσυμπτωματικό έλεγχο κατά την διάρκεια παραμονής τους στο κέντρο.
3. Το κόστος των εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων που έγιναν για προσυμπτωματικό έλεγχο πριν την μεταφορά τους στο κέντρο.
4. Το κόστος των απεικονιστικών εξετάσεων που έγιναν πριν την μεταφορά τους στο κέντρο.
5. Το κόστος εξειδικευμένων εξετάσεων που γίνονταν κατ' επίκληση των ιατρών και αφορούσαν την κατά de lege artis άσκηση της ιατρικής επιστήμης για τα νοσήματα που εμφάνισαν οι μετανάστες.
6. Το κόστος των φαρμάκων που έκαναν χρήση οι φιλοξενούμενοι εντός του κέντρου.
7. Το κόστος της νοσηλείας τους.

6.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνήσει την νοσολογική κατάσταση των μεταναστών καθώς και να προσεγγίσει, όσο το δυνατόν πλησιέστερα το κόστος της υγειονομικής φροντίδας τους.

6.2 Στόχοι της έρευνας

Επιμέρους στόχοι της έρευνας:

- Η διερεύνηση των ανεξάρτητων μεταβλητών (προέλευση, ηλικία) ανά νόσημα
- Η διερεύνηση των ανεξάρτητων μεταβλητών ανά είδος νοσηλείας
- Η διερεύνηση των ανεξάρτητων μεταβλητών ανά μεταδιδόμενο νόσημα
- Η σχέση των ασθενών σε θετικά μεταδιδόμενα νοσήματα σε συνάρτηση με τον αριθμό αυτών που εξετάστηκαν
- Η παρουσίαση ιδιαίτερων περιστατικών που σχετίζονται με το επίπεδο υγείας στην χώρα προέλευσης
- Η καταγραφή της χρήσης υπηρεσιών υγείας
- Η καταγραφή του είδους των φαρμακευτικών σκευασμάτων που χρησιμοποιήθηκαν
- Η καταγραφή της ποσότητας των φαρμακευτικών σκευασμάτων που χρησιμοποιήθηκαν

6.3 Δείγμα της μελέτης

Το δείγμα της συγκεκριμένης μελέτης αποτέλεσαν όλοι οι 4756 που φιλοξενήθηκαν στο Προαναχωρησιακό Κέντρο Κράτησης Μεταναστών Κορίνθου, για το χρονικό διάστημα που κυμαίνονταν από την αρχή λειτουργίας του (2013) έως και τον Αύγουστο του 2015 που έγινε η καταγραφή τους. Πρόκειται αποκλειστικά για άντρες και το ηλικιακό εύρος του δείγματος περιλαμβάνει και ανήλικους.

Ο χώρος διεξαγωγής της έρευνας ήταν το Προαναχωρησιακό Κέντρο Κράτησης Μεταναστών Κορίνθου. Η επιλογή του συγκεκριμένου Κέντρου Κράτησης έγινε λόγω της δύναμης φιλοξενίας του και θεωρήθηκε ότι θα προσέφερε δεδομένα διαχειρίσιμα για τον περιορισμένο χρόνο που είχα για την διεκπεραίωση της διπλωματικής εργασίας.

Για την έρευνα, χρησιμοποιήθηκαν και καταμετρήθηκαν όλοι οι ιατρικοί φάκελοι των μεταναστών που είχαν φιλοξενηθεί έστω και για μία μέρα στο Κέντρο Κράτησης Κορίνθου και είχαν κάνει την οποιαδήποτε χρήση υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον έγινε καταγραφή των επισκέψεων στο ιατρείο του κέντρου, όπου οι ασθενείς εξετάζονταν από το προσωπικό, του οποίου την εποπτεία είχε το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. Τέλος έγινε καταγραφή των ψυχιατρικών ασθενών των οποίων την διαχείριση και ομαδοποίηση είχε αναλάβει ξεχωριστά, ο υπεύθυνος για τα υγειονομικά θέματα, αστυνομικός.

6.4. Κριτήρια Αποκλεισμού

Κριτήριο για να αποκλεισθεί κάποιο άτομο από την συγκεκριμένη έρευνα ήταν η έλλειψη των επιδημιολογικών τους δεδομένων (εθνικότητα ή ηλικία). Επιπλέον, αποκλείστηκαν και τα άτομα εκείνα των οποίων ο ιατρικός φάκελος περιείχε ιατρικές οδηγίες δεν ήταν ευανάγνωστες οπότε δεν μπορούσε να γίνει η κατάταξη τους βάση του ICD-10.

6.5. Ηθική και δεοντολογία της μελέτης

Κύριο μέλημα κατά την εκπόνηση της συγκεκριμένης μελέτης ήταν να διαφυλαχθεί το ιατρικό απόρρητο των ασθενών και να διαφυλαχθεί η ανωνυμία του δείγματος σε όλα τα στάδιά της. Η καταγραφή των δεδομένων έγινε με κωδικοποίηση, ουδέποτε κατεγράφησαν τα ονόματα των ασθενών και η συλλογή των δεδομένων έγινε με απόλυτη προσοχή και σεβασμό προς τα δικαιώματα των ασθενών.

6.6. Άδεια για την εκπόνηση της μελέτης

Για την υλοποίηση της συγκεκριμένης μελέτης απαιτήθηκε σχετική άδεια από το Αρχηγείο της Ελληνικής Αστυνομίας. Η αίτηση έγινε στην 29/4/15 και η θετική απάντηση για την άδεια εκπόνησης της εργασίας ήταν στις 18/5/15. Απαραίτητες προϋποθέσεις ήταν να μην ληφθούν πλάνα εντός του κέντρου και να τηρηθεί το ιατρικό απόρρητο καθώς και η ανωνυμία του δείγματος με σκοπό την προστασία των προσωπικών δεδομένων των υπό κράτηση προσώπων.

6.7. Περιορισμοί της έρευνας

Σημαντικοί περιορισμοί κατά την εκπόνηση της έρευνας ήταν τα ακόλουθα:

1. Τα δεδομένα υπήρχαν σε χειρόγραφη μορφή και έπρεπε να γίνει η μεταφορά τους σε ηλεκτρονική μορφή για να μπορεί να γίνει η επεξεργασία τους.
2. Η κωδικοποίηση των ασθενών που σκοπό είχε να διαφυλαχθεί τόσο η ανωνυμία του δείγματος όσο και να εξασφαλιστεί ότι όλα τα άτομα που έχουν καταμετρηθεί είναι μοναδικά και δεν υπάρχει κάποιος παραπάνω από μία φορά.
3. Η κωδικοποίηση των ασθενειών κατά icd-10, των ΚΕΝ και τέλος των φαρμάκων σύμφωνα με τον ΕΟΦ.
4. Τέλος, σημαντικός περιορισμός ήταν το μέγεθος του δείγματος, το οποίο ήταν αρκετά μεγάλο και ο χρόνος για την διεκπεραίωση της εργασίας ήταν εξαιρετικά περιορισμένος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Εισαγωγή

Αρχικά παρουσιάζονται τα επιδημιολογικά δεδομένα (ηλικία και εθνικότητα) των ατόμων που φιλοξενήθηκαν έστω και για μια ημέρα στο Κέντρο Κράτησης Μεταναστών Κορίνθου. Πρέπει να τονιστεί πως τα στοιχεία αυτά είναι κατά δήλωση των ατόμων και δίνονταν ιδιαίτερη προσοχή στα άτομα που δήλωναν ανηλικότητα. Το δείγμα αποτελείται από 4756 άτομα.

Πίνακας 1 – Εθνικότητα του δείγματος (N=4756)

	N	%
ΑΦΡΙΚΗ		
Αγκόλα	2	0,0
Αίγυπτος	79	1,7
Αιθιοπία	2	0,0
Ακτή Ελεφαντοστού	14	0,3
Αλγερία	285	6,0
Γκάμπια	7	0,1
Γκάνα	11	0,2
Γουινέα	9	0,2
Ερυθραία	35	0,7
Καμερούν	2	0,0
Κομόρες	9	0,2
Κονγκό	17	0,4
Λιβερία	1	0,0
Λιβύη	6	0,1
Μάλι	7	0,1
Μαρόκο	168	3,5

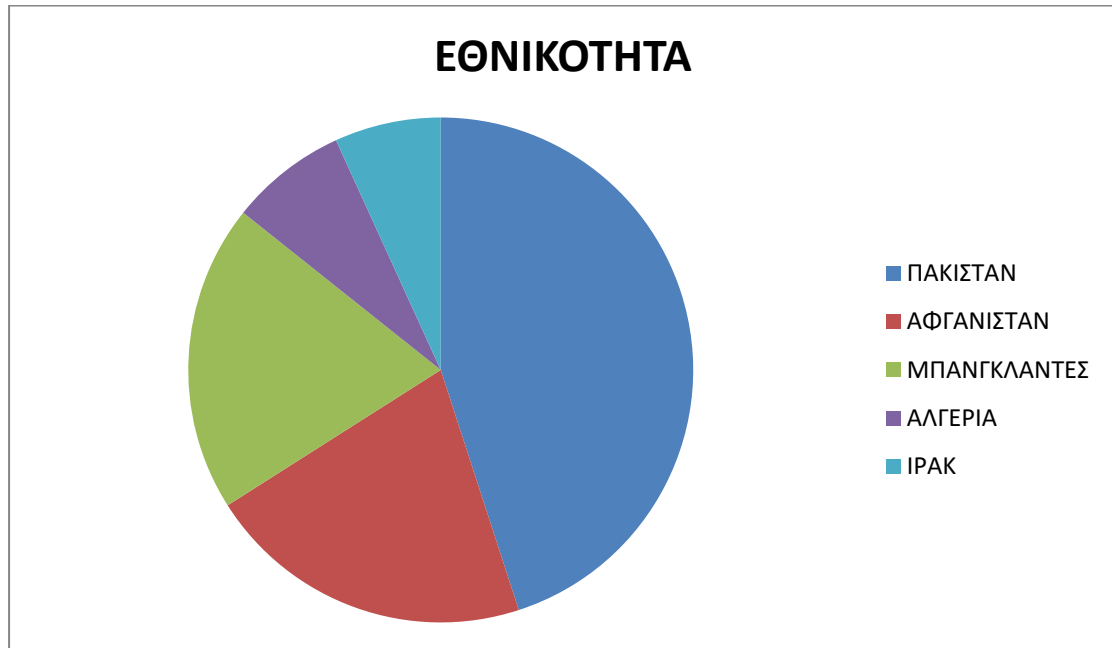
	N	%
Μαυριτανία	4	0,1
Μπουρκίνα Φάσο	1	0,0
Νιγηρία	58	1,2
Ουγκάντα	1	0,0
Ρουάντα	1	0,0
Σενεγάλη	32	0,7
Σιέρα Λεόνε	6	0,1
Σομαλία	27	0,6
Σουδάν	43	0,9
Τανζανία	4	0,1
Τόγκο	2	0,0
Τυνησία	46	1,0
ΣΥΝΟΛΟ ΧΩΡΩΝ ΑΦΡΙΚΗΣ	879	18,5
ΑΣΙΑ		
Αφγανιστάν	799	16,8
Ινδία	63	1,3
Ιράκ	259	5,4
Ιράν	96	2,0
Κίνα	5	0,1
Λάος	2	0,0
Λίβανος	2	0,0
Μογγολία	1	0,0
Μιανμάρ	3	0,1
Μπανγκλαντές	750	15,8
Νεπάλ	6	0,1
Πακιστάν	1712	36,0
Παλαιστίνη	31	0,7
Σρι Λάνκα	3	0,1
Συρία	68	1,4

	N	%
Τουρκία	5	0,1
Υεμένη	1	0,0
Φιλιππίνες	2	0,0
ΣΥΝΟΛΟ ΧΩΡΩΝ ΑΣΙΑΣ	3808	80,1
ΑΜΕΡΙΚΗ		
Αϊτή	1	0,0
Δομινικανή Δημοκρατία	2	0,0
Τζαμάικα	2	0,0
ΣΥΝΟΛΟ ΧΩΡΩΝ ΑΜΕΡΙΚΗΣ	5	0,1
ΕΥΡΩΠΗ		
Αλβανία	3	0,1
Βοσνία	1	0,0
Γεωργία	18	0,4
Ουκρανία	1	0,1
Πολωνία	1	0,0
Σύνολο χωρών Ευρώπης	24	0,5
Ακαθόριστο	40	08
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	4756	100,0

Η πλειοψηφία των ατόμων προέρχονται από χώρες της Ασίας. Συγκεκριμένα το 80,1% του δείγματος προέρχεται από εκεί και από αυτούς οι περισσότεροι έχουν καταγωγή από το Αφγανιστάν (15,8 %), Μπανγκλαντές (15,8%) και το Πακιστάν (36%).

Παρουσιάζονται υπό μορφή διαγράμματος οι 5 χώρες από τις οποίες προέρχεται ο μεγαλύτερος αριθμός φιλοξενούμενων.

Γράφημα 1- Εθνικότητα ατόμων που ήταν σε μεγάλο ποσοστό εντός του Κέντρου Κράτησης



Στο γράφημα παρουσιάζονται οι 5 εθνικότητες από τις οποίες προέρχονταν οι περισσότεροι φιλοξενούμενοι.

Πίνακας 2 – Ηλικιακή κατανομή του δείγματος (N=4756)

Ηλικία (έτη) min=16, max=65	N	%
Κάτω των 18	22	0,5
18-30	3276	68,9
31-40	1116	23,5
41-50	276	5,8
Άνω των 50	66	1,4

Η πλειοψηφία του δείγματος είναι μεταξύ 18-30 (68,9%). Οι ανήλικοι που βρέθηκαν στο δείγμα ήταν 22 (0,5%). Αν αποδεικνυόταν η ανηλικότητά τους τότε μεταφέρονταν σε κατάλληλες δομές.

7.1 Επιδημιολογικά δεδομένα ατόμων που έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας

Οι φιλοξενούμενοι του Κέντρου Κράτησης Κορίνθου δεν είχαν κάνει όλοι χρήση υπηρεσιών υγείας. Συνολικά από τα 4756 άτομα, χρήση έκαναν μόνο οι 1427, δηλαδή το 30% των φιλοξενούμενων. Τα επιδημιολογικά δεδομένα των ατόμων που έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας παρουσιάζονται αναλυτικά στη συνέχεια.

Πίνακας 3 – Εθνικότητα του δείγματος (N=1427)

	N	%
ΑΦΡΙΚΗ		
Αίγυπτος	18	1,3
Αλγερία	92	6,4
Αιθιοπία	1	0,1
Ακτή Ελεφαντοστού	4	0,3
Γκάμπια	2	0,1
Γκάνα	3	0,2
Γουινέα	3	0,2
Ερυθραία	2	0,1
Καμερούν	1	0,1
Κομόρες	1	0,1
Κονγκό	2	0,1
Λιβύη	3	0,2
Μάλι	2	0,1
Μαρόκο	42	2,9
Μαυριτανία	1	0,1
Νιγηρία	15	1,1
Σενεγάλη	12	0,8
Σιέρα Λεόνε	3	0,2
Σομαλία	3	0,2
Σουδάν	9	0,6
Τανζανία	1	0,1

	N	%
Τυνησία	15	1,1
Σύνολο χωρών Αφρικής	235	16,4
	N	%
ΑΣΙΑ		
Αφγανιστάν	285	20,0
Ινδία	17	1,2
Ιράκ	65	4,6
Ιράν	42	2,9
Κίνα	2	0,1
Μιανμάρ	1	0,1
Μπανγκλαντές	203	14,2
Πακιστάν	535	37,5
Παλαιστίνη	13	0,9
Συρία	3	0,2
Τουρκία	3	0,2
Φιλιππίνες	1	0,1
Σύνολο χωρών Ασίας	1170	82,0
ΕΥΡΩΠΗ		
Βοσνία	1	0,1
Γεωργία	3	0,2
Σύνολο χωρών Ευρώπης	4	0,3
Ακαθόριστο	18	1,3
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	1427	100,0

Σύμφωνα με τα δεδομένα τα άτομα που προέρχονται από την Αφρική αποτελούν το 16,4% επί του συνόλου αυτών που έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας. Εξ αυτών η πλειοψηφία προέρχονταν από την Αλγερία (6,4%) και το Μαρόκο (2,9%). Τα άτομα που προέρχονταν από την Ασία αποτελούν το 82% των ατόμων που έκαναν χρήση και από αυτούς η πλειοψηφία προέρχεται από το Πακιστάν (37,5%), Αφγανιστάν (20%) και το Μπανγκλαντές (14,2%). Τέλος, το 0,3% προέρχονταν από άτομα που είχαν

καταγωγή από την Ευρώπη και το 1,3% δεν είχαν δηλώσει καταγωγή και χαρακτηρίζονται στο δείγμα ως "Ακαθόριστο".

Πίνακας 4 – Ηλικιακή κατανομή του δείγματος (N=1427)

Ηλικία (έτη) min=16, max=65	N	%
Κάτω των 18	3	0,2
18-30	919	64,4
31-40	356	24,9
41-50	108	7,6
Άνω των 50	32	2,2
Δεν δήλωσαν ηλικία	9	0,6

Η πλειοψηφία των ατόμων που έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας είναι μεταξύ 18-30 σε ποσοστό 64,4% και στην συνέχεια 31-40 σε ποσοστό 24,9%.

7.2 Χρήση υπηρεσιών υγείας

Στα πλαίσια της διερεύνησης για διάφορα νοσήματα οι φιλοξενούμενοι έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας. Αυτή η χρήση περιλαμβάνει εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις, επισκέψεις σε διάφορα ιατρεία καθώς και εισαγωγές σε νοσοκομεία.

7.2.1 Εργαστηριακές εξετάσεις

Στους Πίνακες 5-7 οι αριθμοί έχουν να κάνουν με το πλήθος των εξετάσεων (π.χ. 0=δεν έχει κάνει, 1= έκανε μια φορά, 2= έκανε 2 φορές κ.ο.κ.)

Πίνακας 5 – Εξετάσεις για μεταδιδόμενα (N=1427)

Συχνότητα	N	%
0	1347	94,4
1	76	5,3
2	4	0,3

Η πλειοψηφία των ατόμων που έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας δεν υποβλήθηκαν σε εξετάσεις για να αποκλεισθούν τα μεταδιδόμενα νοσήματα. Ακόμα, τα άτομα που έκαναν τέτοιου είδους εξετάσεις δεν έκαναν όλοι τις ίδιες εργαστηριακές εξετάσεις. Πρέπει να τονιστεί πως οι εξετάσεις αφορούσαν κυρίως τον έλεγχο για ηπατίτιδα Α, Β και C, HIV και ορισμένες φορές έλεγχος για Σύφιλη. Όλα τα άτομα όμως έκαναν εξετάσεις για ηπατίτιδα Β και HIV.

Πίνακας 6 – Γενική εξέταση αίματος (N=1427)

Συχνότητα	N	%
0	1188	83,3
1	200	14,0
2	24	1,7
3	12	0,8
4	2	0,1
5	1	0,1

Ομοίως και εδώ φαίνεται πως η πλειοψηφία των ατόμων που έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας δεν έκαναν υποβλήθηκαν σε γενική εξέταση αίματος. Ένα ποσοστό της τάξης του 14% έκανε μια φορά τουλάχιστον γενική εξέταση αίματος, ενώ υπάρχει 1 άτομο που έκανε 5 φορές γενική εξέταση αίματος.

Πίνακας 7 – Βιοχημικός έλεγχος (N=1427)

Συχνότητα	N	%
0	1235	86,5
1	159	11,1
2	20	1,4
3	10	0,7
4	2	0,1
5	1	0,1

Και εδώ, το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας δεν έκανε καμία φορά βιοχημικό έλεγχο. Μόνο το 11,1% έκανε έστω μια φορά έλεγχο και 1 άτομο έκανε 5 φορές. Στον βιοχημικό έλεγχο δεν υπήρχε ένα συγκεκριμένο μόντιβο εξετάσεων που έκαναν οι μετανάστες, αλλά οι εξετάσεις είχαν να κάνουν με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κλινικής εικόνας των ατόμων και γίνονταν κατ' επίκληση των ιατρών σύμφωνα με την de lege artis άσκηση της ιατρικής επιστήμης.

7.2.2. Απεικονιστικές Εξετάσεις

Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά, τόσο το πλήθος όσο και το είδος, των απεικονιστικών εξετάσεων που έκαναν οι μετανάστες.

Πίνακας 8 – Ακτινογραφίες (N=1427)

Ακτινογραφίες	Συχνότητα					Σύνολο
	1	2	3	4	5	
Ro θώρακος F	297 (20,8)	32 (2,2)	7 (0,5)	1 (0,1)		386 (27,0)
Ro θώρακος P	28 (2,0)					28 (2,0)
Ακτινογραφία κεφαλής F	24 (1,7)					24 (1,7)
Ακτινογραφία ιγμορίων	1 (1,1)					1 (1,1)
Ακτινογραφία κεφαλής P	20 (1,4)	1 (0,1)				22 (1,5)
Ακτινογραφία λεκάνης ισχίων F	9 (0,6)					9 (0,6)
Ακτινογραφία ΟΜΣΣ F	18 (1,3)	2 (0,1)				22 (1,5)
Ακτινογραφία ΟΜΣΣ P	18 (1,3)	3 (0,2)				24 (1,7)

Ακτινογραφίες	Συχνότητα					Σύνολο
	1	2	3	4	5	
Ακτινογραφία ΑΜΣΣ	3 (0,2)	2 (0,1)	1 (0,1)			10 (0,7)
Ακτινογραφία ΝΟΚ	6 (0,4)	2 (0,1)				10 (0,7)
Κοιλίας	83 (5,8)	8 (0,6)	4 (0,3)	1 (0,1)	1 (0,1)	120 (8,4)
Κνήμης	2 (0,1)					2 (0,1)
Μηριαίου	1 (0,1)	1 (0,1)				3 (0,2)
Καρδιάς						0 (0,0)
Κάτω Γνάθου F	2 (0,1)					2 (0,1)
Ακτινογραφία της κατά γόνυ αρθρώσεως (Face & Profile)	18 (1,3)	1 (0,1)				20 (1,4)
Ακτινογραφία άκρων χειρών (Face & Profile)	17 (1,2)	6 (0,4)	1 (0,1)			30 (2,1)
Ρινικά Οστά	5 (0,4)					5 (0,4)
Ακτινογραφία αμφοτέρων των κατά γόνυ αρθρώσεων						0 (0,0)
Ακτινογραφία πηχεοκαρπικής άρθρωσης για κάθε πλήρη εξέταση με δύο ακτινογραφίες Face & Profile για κάθε πλάγιο	4 (0,3)	1 (0,1)	1 (0,1)			9 (0,6)
Ακτινογραφίες αντιβραχίου για κάθε πλήρη εξέταση με δύο ακτινογραφίες Face & Profile, για κάθε πλάγιο	2 (0,1)					2 (0,1)
Ακτινογραφία άκρων χειρών, μόνο μία θέση	7 (0,5)	2 (0,1)				11 (0,8)

Ακτινογραφίες	Συχνότητα					Σύνολο
	1	2	3	4	5	
Ακτινογραφία λεκάνης και κατ' ισχίον αρθρώσεων	1 (0,1)					1 (0,1)
Ακτινογραφία κατ' ώμος αρθρώσεων Face & Profile, εκάστη προβολή	5 (0,4)		1 (0,1)			8 (0,6)
Ακτινογραφίες ποδοκνημικής για κάθε πλήρη εξέταση με δύο ακτινογραφίες Face & Profile, για κάθε πλάγιο	14 (1,0)					14 (1,0)
Ακτινογραφία άκρων ποδών (Face & Profile)	14 (1,0)	2 (0,1)				18 (1,3)
Ακτινογραφία άκρων ποδών, μόνο μία θέση	4 (0,3)	5 (0,4)				14 (1,0)
Ακτινογραφία αγκώνος Face & Profile, εκάστη προβολή	4 (0,3)					4 (0,3)
Ακτινογραφία Οδόντων	2 (0,1)					2 (0,1)
Καμία						959 (67,2)

Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσιάζονται, οι πλειοψηφία των ατόμων δεν έχουν κάνει καμία ακτινογραφία. Από αυτούς που έχουν υποβληθεί σε ακτινογραφικό έλεγχο οι περισσότεροι έχουν κάνει ακτινογραφία θώρακος (27%) και αμέσως μετά ακτινογραφίες κοιλίας σε ποσοστό 8,4%. Οι ακτινογραφίες θώρακος ήταν αναμενόμενο να αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό διότι αποτελεί, σε συνδυασμό με το mantoux, τα μέσα για το προσυμπτωματικό έλεγχο για την φυματίωση.

Πίνακας 9 – Υπέρηχοι (N=1427)

Υπέρηχοι	Συχνότητα		Σύνολο
	1	2	
Υπερηχογράφημα (u/s) ήπατος, στο οποίο περιλαμβάνονται χοληφόρα και χοληδόχος κύστης			0 (0,0)
Υπερηχογράφημα (u/s) παγκρέατος	1 (0,1)		1 (0,1)
Υπερηχογράφημα (u/s) σπληνός	2 (0,1)		2 (0,1)
Υπερηχογράφημα (u/s) νεφρών, ουρητήρων	23 (1,6)		23 (1,6)
Υπερηχογράφημα (u/s) κύστεως, προστάτη			0 (0,0)
Υπερηχογράφημα (u/s) ήπατος, στο οποίο περιλαμβάνονται χοληφόρα και χοληδόχος κύστης (για περισσότερα του ενός οργάνου)	4 (0,3)		4 (0,3)
Υπερηχογράφημα (u/s) παγκρέατος (για περισσότερα του ενός οργάνου)			0 (0,0)
Υπερηχογράφημα (u/s) σπληνός (για περισσότερα του ενός οργάνου)			0 (0,0)
Υπερηχογράφημα (u/s) νεφρών, ουρητήρων (για περισσότερα του ενός οργάνου)	3 (0,2)		3 (0,2)
Υπερηχογράφημα (u/s) κύστεως, προστάτη (για περισσότερα του ενός οργάνου)	5 (0,4)		5 (0,4)
Υπερηχογράφημα (u/s) νεφρών, ουρητήρων και κύστεως, προστάτη, άρρενος	3 (0,2)	2 (0,1)	7 (0,5)
Υπερηχογράφημα (u/s) άνω κοιλίας (ήπατος, στο οποίο περιλαμβάνονται χοληφόρα και χοληδόχος κύστης, παγκρέατος, σπληνός)	30 (2,1)	2 (0,1)	34 (2,4)
Υπερηχογράφημα (u/s) κάτω κοιλίας (κύστεως, προστάτη, άρρενος)	18 (1,3)	1 (0,1)	20 (1,4)
Υπερηχοκαρδιογράφημα	1 (0,1)	1 (0,1)	3 (0,2)
Υπερηχογράφημα μεγάλων αγγείων	1 (0,1)		1 (0,1)

Υπέρηχοι	Συχνότητα		Σύνολο
	1	2	
Υπερηχογράφημα μαλακών μορίων	1 (0,1)		1 (0,1)
Καμία			1363 (95,5)

Ομοίως και εδώ η πλειοψηφία των ατόμων (95,5%) δεν έχουν κάνει χρήση καμίας φορά υπέρηχο. Το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζεται στον υπέρηχο άνω κοιλίας (ήπατος, στο οποίο περιλαμβάνονται χοληφόρα και χοληδόχος κύστης, παγκρέατος, σπληνός) σε ποσοστό 2,4%, μετά το υπερηχογράφημα νεφρών, ουρητήρων σε ποσοστό 1,6% και τέλος το υπερηχογράφημα κάτω κοιλίας (κύστεως, προστάτη άρρενος) σε ποσοστό 1,4%.

Πίνακας 10 – Αξονική (N=1427)

Αξονικές	N	%
Εγκεφάλου	2	0,1
Τραχήλου	0	0,0
Σπλαχνικού κρανίου	0	0,0
Σπονδυλικής στήλης	1	0,1
Εγκεφαλικού κρανίου	1	0,1
Άνω/κάτω κοιλίας	1	0,1
Θώρακος	1	0,1
Καμία	1421	99,6

Συνολικά μόνο 6 άτομα έκαναν αξονική. Το 99,6% του δείγματος δεν έκανε καμία αξονική τομογραφία.

Πίνακας 11 – Μαγνητική (N=1427)

Μαγνητική τομογραφία υποφύσεως	N	%
Ναι	1	0,1
Όχι	1426	99,9

Μόνο 1 άτομο υποβλήθηκε σε μαγνητική τομογραφία και συγκεκριμένα σε μαγνητική τομογραφία υποφύσεως. Το 99.9% του δείγματος δεν έκανε κανένα είδους μαγνητική τομογραφία.

8.2.3. Εισαγωγή σε Νοσοκομείο

Πίνακας 12 – Εισαγωγή στο νοσοκομείο (N=1427)

Νοσοκομεία	N	%
ΓΝΚ	37	2,6
ΣΩΤΗΡΙΑ	1	0,1
ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	2	0,1
ΦΙΛΙΑΤΩΝ	1	0,1
ΠΡΕΒΕΖΑΣ	1	0,1
ΨΝΑ	1	0,1
ΘΡΙΑΣΙΟ	1	0,1
ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ	1	0,1
ΚΑΝΕΝΑ	1382	96,8

Οι περισσότεροι (96,8%), δεν χρειάστηκε να νοσηλευτούν σε κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα. Από αυτούς που χρειάστηκε να νοσηλευτούν η πλειοψηφία νοσηλεύτηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου, κάτι που είναι λογικό λόγω της εγγύτητας του Κέντρου Κράτησης με το Νοσοκομείο. Η νοσηλεία σε νοσοκομεία εκτός του νομού Αττικής, πρόκειται για νοσηλεία που είχαν οι ασθενείς πριν μεταφερθούν στο κέντρο κράτησης Κορίνθου.

Παρακάτω αναλύονται, μέσω των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλείων, οι νοσηλείες των ασθενών.

Πίνακας 13 – Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλεια (N=1427)

Κατηγορίες ΚΕΝ		N	%
TKA 01	Παθήσεις και διαταραχές του νευρικού συστήματος (N)	7	0,5
N30Μα	Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και άλλες διαταραχές των εγκεφαλικών αγγείων με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	1	0,1
N36Μ	Επιληπτικοί σπασμοί με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	2	0,1
N37Α	Κεφαλαλγία	2	0,1
N36Χ	Επιληπτικοί σπασμοί χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	1	0,1
N41Χ	Άλλες διαταραχές του νευρικού συστήματος χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	1	0,1
TKA 02	Παθήσεις και διαταραχές των οφθαλμών (O)	2	0,1
O11Α	Επεμβάσεις βλεφάρων	1	0,1
O12Α	Άλλες επεμβάσεις κερατοειδούς, σκληρού και επιπεφυκότα	1	0,1
TKA 03	Παθήσεις και διαταραχές ωτός, ρινός, στόματος και λάρυγγος (Ω)	2	0,1
Ω31Α	Αστάθεια - διαταραχές ισορροπίας	1	0,1
Ω35Α	Ρινικό τραύμα και παραμόρφωση	1	0,1
TKA 04	Παθήσεις και διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος (Α)	6	0,4
A21Μ	Πνευμονική εμβολή με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	1	0,1
A22Μα	Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	1	0,1

Κατηγορίες ΚΕΝ		N	%
A22X	Λοιμώξεις/φλεγμονές του αναπνευστικού χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	3	0,2
A29M	Βρογχίτιδα και άσθμα με συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	1	0,1
TKA 05	Παθήσεις και διαταραχές του κυκλοφορικού συστήματος (Κ)	1	0,1
K44A	Θωρακικό / προκάρδιο άλγος	1	0,1
TKA 06	Παθήσεις και διαταραχές του πεπτικού συστήματος (Π)	10	0,7
Π07X	Σκωληκοειδεκτομή χωρίς κακοήθεια ή περιτονίτιδα χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	1	0,1
Π41X	Αιμορραγία γαστρεντερικού χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	1	0,1
Π46A	Κουλιακός πόνος ή μεσεντέριος αδενίτιδα	3	0,2
Π47M	Οισοφαγίτιδα και γαστρεντερίτιδα με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	1	0,1
Π47X	Οισοφαγίτιδα και γαστρεντερίτιδα χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	2	0,1
Π50M, Π12Μβ	Άλλες παθήσεις του πεπτικού συστήματος με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	1	0,1
Π50X	Άλλες παθήσεις του πεπτικού συστήματος χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	1	0,1
TKA 08	Παθήσεις και διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και του συνεκτικού ιστού (Μ)	4	0,3
M13X	Επεμβάσεις βραχιονίου, κνήμης, περόνης και αστραγάλου χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	1	0,1

Κατηγορίες ΚΕΝ		N	%
M27X	Επεμβάσεις μαλακών μορίων χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	1	0,1
M71X	Άλλες παθήσεις μυών-τενόντων χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	1	0,1
M75X	Κάκωση ώμου, βραχίονα, αγκώνα, γόνατος, κνήμης ή αστραγάλου χωρίς συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	1	0,1
TKA 09	Παθήσεις και βλάβες του δέρματος, του υποδόριου ιστού και του μαστού (Δ)	1	0,1
Δ11Α	Άλλες επεμβάσεις δέρματος, υποδορίου ιστού και μαστού	1	0,1
TKA 10	Ενδοκρινικά, διατροφικά και μεταβολικά νοσήματα και διαταραχές (Θ)	1	0,1
Θ23Μ	Συγγενείς διαταραχές του μεταβολισμού με συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	1	0,1
TKA 11	Παθήσεις και διαταραχές νεφρού και ουροποιητικού συστήματος (Υ)	1	0,1
Υ25Μ	Συμπτώματα και σημεία των νεφρών και της ουροποιητικής οδού με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	1	0,1
TKA 12	Νοσήματα και διαταραχές του ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος (Β)	1	0,1
B22Α	Φλεγμονή του ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος	1	0,1
TKA 18	Λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα (Ρ)	3	0,2
P23Α	Ιογενείς λοιμώξεις	2	0,1

Κατηγορίες ΚΕΝ		N	%
P24Μβ	Άλλα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα με σοβαρές ή μέτριας βαρύτητας συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	1	0,1
TKA 21	Τραυματισμοί, δηλητηριάσεις και τοξικές επιδράσεις φαρμάκων (Φ)	3	0,2
Φ26Χ	Άλλες επεμβάσεις για άλλους τραυματισμούς χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις - επιπλοκές	2	0,1
Φ60Χ	Τραυματισμοί χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	1	0,1
TKA 19	Ψυχικά νοσήματα και διαταραχές (Ψ)	3	0,2
Ψ42Χ	Παράνοια και οξεία ψυχωσική διαταραχή χωρίς καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές χωρίς νομικό καθεστώς ψυχικής υγείας	1	0,1
Ψ43Α, Ψ43Α	Μείζονες συναισθηματικές διαταραχές	1	0,1
Ψ44Α	Άλλες συναισθηματικές και σωματόμορφες διαταραχές	1	0,1
KAMIA		1382	96,8

Η πλειοψηφία των ατόμων έχει νοσηλευτεί για παθήσεις του πεπτικού, μετά για παθήσεις του νευρικού συστήματος και τέλος για παθήσεις του αναπνευστικού. Γενικά δεν απαιτήθηκε να νοσηλευτούν πολλά άτομα. Το σύνολο των ατόμων που δεν χρειάστηκε να νοσηλευτούν ήταν το 96,8% των ατόμων που έκανε χρήση υπηρεσιών υγείας.

7.2.3. Επισκέψεις σε ιατρεία

Πίνακας 14 – Επισκέψεις σε ιατρείο (N=1427)

Ιατρεία	Επισκέψεις	Άτομα	Άτομα (%)
Μ.Κ.Ο.	141	109	7,6
ΚΕΕΛΠΝΟ	1857	978	68,5
Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου	1056	622	43,4
Γ.Ν. Φιλιατών	111	58	4,1
Θριάσιο	5	5	0,4
Γ.Ν. Αργινίου	17	10	0,7
Λαϊκό	1	1	0,1
Γ.Ν. Ιωαννίνων	33	31	2,2
Χατζηκόστα (Ιώαννινα)	7	4	0,3
Κέντρο Υγείας Δελβινακίου	2	2	0,1
Γ.Ν. Νίκαιας	1	1	0,1
Γεννηματά	1	1	0,1
Πρέβεζας	7	3	0,2
Αργολίδας	41	22	1,5
Αντρέας Συγγρός	48	47	3,3
«Άγιος Αντρέας» Πάτρα	10	9	0,6
Τζάνειο	1	1	0,1
Κέντρο Υγείας Παραμυθιάς	6	3	0,2
Κοργιαλένιο- Μπενάκειο	2	1	0,1
Αττικό	1	1	0,1
Νοσηλευτική μονάδα Μεσολογίου	1	1	0,1
Κέντρο Υγείας Κρανιδίου	1	1	0,1
Γ.Ν. Μεσσηνίας	14	8	0,6
Γ. Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τριπόλεως «Η Ευαγγελίστρια»	33	32	2,2
Κέρκυρας	1	1	0,1
Κεφαλονιάς	4	2	0,1

Ιατρεία	Επισκέψεις	Άτομα	Άτομα (%)
ΚΑΤ	1	1	0,1
Γ.Ν. Πύργου «Αντρέας Παπανδρέου»	4	2	0,1
Γ.Ν. Σωτηρία	2	2	0,1
Γ.Ν.Δ. Αττικής «Η Αγία Βαρβάρα»	1	1	0,1
Σισμανόγλειο- Αμαλία Φλέμινγκ	1	1	0,1
Γ.Ν. Αιγίου	2	1	0,1
Κέντρο Υγείας Παραμυθιάς	1	1	0,1
Ευαγγελισμός	1	1	0,1
Σύνολο Επισκέψεων	3415	1964	
Μέσος όρος επισκέψεων (ανά άτομο)	2,39		
Χωρίς επίσκεψη		7	

Όπως φαίνεται και στο πίνακα ο μεγαλύτερος όγκος εξυπηρετήθηκε από το προσωπικό που βρίσκονταν εντός του κέντρου κράτησης και κάλυπτε άμεσα τις ανάγκες για φροντίδα υγείας των μεταναστών. Μετά από αυτό, μεγάλο όγκο περιστατικών επωμίστηκε και το Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου. Λόγω της εγγύτητας με το κέντρο κράτησης, το ιατρονοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό του Νοσοκομείου Κορίνθου, κλήθηκαν να παρέχουν τις υπηρεσίες τους στους μετανάστες. Αξίζει να τονιστεί πως το νοσοκομείο Κορίνθου εφημερεύει συνεχώς και εξυπηρετεί τις ανάγκες ολόκληρου του νομού. Οι ελλείψεις, όπως και στα περισσότερα νοσοκομεία της χώρας, τόσο σε υλικό όσο και σε ανθρώπινο δυναμικό είναι σημαντικές και παρόλα αυτά εξυπηρετούσαν συνεχώς τους μετανάστες και τους παρείχαν το καλύτερο δυνατό επίπεδο φροντίδας υγείας χωρίς να κάνουν διακρίσεις. Αξιοσημείωτα ήταν και τα δεδομένα που οι ιατροί του Γ.Ν Κορίνθου έκαναν λόγο για έλλειψη συνεννόησης και αδυναμίας λήψης ιατρικού ιστορικού λόγω της αδυναμίας επικοινωνίας διότι οι μετανάστες επισκέπτονταν το νοσοκομείο χωρίς την παρουσία διερμηνέα.

Επιπλέον, πρέπει να αναφερθεί πως το Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου εξυπηρετούσε και τα περιστατικά που είχαν παραπεμφθεί από το ιατρείο του Κέντρου Κράτησης. Από αυτά τα περιστατικά ένας εξαιρετικά μικρός αριθμός παραπέμφθηκε ξανά και αυτό λόγω, είτε της έλλειψης κάποιων ειδικοτήτων από το Νοσοκομείο (δερματολόγος), είτε γιατί έχριζαν παρακολούθηση σε εξειδικευμένο νοσοκομείο κυρίως των Αθηνών.

Ο μέσος όρος επισκέψεων σε όλα τα ιατρεία ήταν 2,39 , δηλαδή τα άτομα επισκέφτηκαν παραπάνω από μία φορά κάποιο ιατρείο για να τους παραχθούν οι απαραίτητες για την κατάστασή τους φροντίδα.

7.4. Νοσολογικό Φάσμα

Παρακάτω αναλύονται, βάση του ICD-10, τα νοσήματα που είχαν οι μετανάστες και για τα οποία έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας. Πρέπει να τονιστεί πως κάθε άτομο μπορεί να είχε κάνει χρήση υπηρεσιών υγείας για παραπάνω από ένα νόσημα. Κάθε νόσημα έχει καταμετρηθεί και καταγραφεί και έχουμε τα κάτωθι αποτελέσματα. Τέλος, τα ποσοστά αντιστοιχούν στα άτομα που έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας και δεν αφορούν το σύνολο των φιλοξενούμενων του κέντρου.

Πίνακας 15 – Διαγνώσεις Ιατρείου (N=1427)

Ταξινόμηση ICD 10		N	%
A00- B99	Ορισμένα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα	227	15,9
A08	Διάφορες ιογενείς εντερικές λοιμώξεις	66	4,6
A09	Διάρροια και γαστρεντερίτιδα πιθανώς λοιμώδους αιτιολογίας	3	0,2
A16	Φυματίωση του αναπνευστικού που δεν έχει επιβεβαιωθεί εργαστηριακά και ιστολογικά	1	0,1
A54	Γονοκοκκικές λοιμώξεις	6	0,4
A63	Οξυτενή κονδυλώματα του πρωκτού και των γεννητικών οργάνων	3	0,2
B00	Λοιμώξεις από έρπητοϊούς (ιό του απλού έρπητα)	3	0,2
B02	Ζωστήρας χωρίς επιπλοκές	1	0,1
B07	Ιογενή θηλώματα	1	0,1
B08	Μολυσματική τέρμινθος	1	0,1
B15	Οξεία ηπατίτιδα Α	3	0,2
B16	Οξεία ηπατίτιδα Β	7	0,5
B17	Άλλες οξείες ιογενείς ηπατίτιδες	3	0,2
B34	Ιογενείς λοιμώξεις διαφόρων εντοπίσεων	2	0,1
B36	Μυκητιάσεις	32	2,2
B85	Φθειρίαση και φθειρίαση του εφηβαίου	1	0,1
B86	Ψώρα	84	5,9
B95	Βακτήρια, ιοί και άλλοι λοιμογόνοι παράγοντες (στρεπτόκοκκος και σταφυλόκοκκος)	10	0,7

Ταξινόμηση ICD 10		N	%
C00-D48	Νεοπλάσματα	0	0,0
D50-D89	Παθήσεις του αίματος των αιμοποιητικών οργάνων και ορισμένες διαταραχές του ανοσολογικού μηχανισμού	3	0,2
D50	Αναιμία από έλλειψη σιδήρου	3	0,2
E00-E90	Ενδοκρινικές, διατροφικές και μεταβολικές παθήσεις	18	1,3
E03	Άλλες μορφές υποθυρεοειδισμού	2	0,1
E10	Ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης	1	0,1
E11	Μη ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης	11	0,8
E78	Διαταραχές του μεταβολισμού των λιποπρωτεϊνών και άλλες λιπιδαιμίες	1	0,1
E83	Διαταραχές του μεταβολισμού των μετάλλων (ιχνοστοιχείων)	1	0,1
E86	Ένδεια όγκου	2	0,1
F00-F99	Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς	147	10,3
F06	Ήπια γνωστική διαταραχή	1	0,1
F11	Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς λόγω χρήσης οπιοειδών	13	0,9
F23	Διάφορες οξείες και παροδικές ψυχωσικές διαταραχές	1	0,1
F31	Διπολική συναισθηματική διαταραχή	1	0,1
F32	Καταθλιπτικό επεισόδιο	57	4,0
F34	Δυσθυμία	1	0,1
F39	Διάφορες άλλες συναισθηματικές διαταραχές	8	0,6
F41	Διάφορες αγχώδεις διαταραχές	30	2,1
F43	Αντιδράσεις στο έντονο στρες και διαταραχές προσαρμογής	2	0,1

Ταξινόμηση ICD 10		N	%
F48	Διάφορες νευρωσικές διαταραχές	9	0,6
F51	Διαταραχές του ύπνου μη οργανικής αιτιολογίας	20	1,4
F52	Πρόωρη εκσπερμάτιση	3	0,2
F60	Διαταραχή της προσωπικότητας	1	0,1
G00- G99	Παθήσεις του νευρικού συστήματος	31	2,2
G24	Δυστονία (σπασμωδικό ραιβόκρανο)	7	0,5
G25	Άλλες εξωπυραμιδικές και κινητικές διαταραχές	4	0,3
G40	Διάφορες μορφές επιληψίας	8	0,6
G43	Ημικρανία	7	0,5
G44	Άλλα σύνδρομα κεφαλαλγίας	1	0,1
G50	Νευραλγία του τριδύμου	1	0,1
G51	Διάφορες παθήσεις του προσωπικού νεύρου	2	0,1
G83	Μονοπληγία του κάτω άκρου	1	0,1
H00- H59	Παθήσεις του οφθαλμού και των εξαρτημάτων του	103	7,2
H00	Παθήσεις των βλεφάρων (κριθή και χαλάζιο)	11	0,8
H01	Άλλες φλεγμονές του βλεφάρου	4	0,3
H04	Παθήσεις της δακρυϊκής συσκευής	1	0,1
H10	Επιπεφυκίτιδα	62	4,3
H11	Πτερύγιο	3	0,2
H16	Κερατίτιδα	2	0,1
H17	Ουλές και θολερότητες του κερατοειδούς	1	0,1
H18	Άλλες διαταραχές του κερατοειδούς	2	0,1
H20	Ιριδοκυκλίτιδα	1	0,1

Ταξινόμηση ICD 10		N	%
H26	Τραυματικός καταρράκτης	1	0,1
H28	Καταρράκτης και άλλες διαταραχές του φακού	1	0,1
H35	Περιφερική εκφύλιση του αμφιβληστροειδούς	1	0,1
H50	Άλλες μορφές στραβισμού	2	0,1
H53	Διαταραχές της όρασης	9	0,6
H54	Τύφλωση, στον έναν οφθαλμό	2	0,1
H60- H95	Παθήσεις του ωτός και της μαστοειδούς απόφυσης	57	4,0
H60	Εξωτερική ωτίτιδα	13	0,9
H61	Άλλες παθήσεις του έξω ωτός	5	0,4
H62	Εξωτερική ωτίτιδα σε μυκητιάσεις	1	0,1
H66	Διάφορες περιπτώσεις μέσης ωτίτιδας	2	0,1
H81	Παθήσεις του έσω ωτός (καλοήθης παροξυσμικός ίλιγγος)	6	0,4
H90	Απώλεια ακοής τύπου αγωγιμότητας και νευροαισθητηριακού τύπου	1	0,1
H91	Άλλες περιπτώσεις απώλειας της ακοής	2	0,1
H92	Ωταλγία	25	1,8
H93	Εμβολές	2	0,1
I00-I99	Παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος	39	2,7
I10	Ιδιοπαθής (πρωτοπαθής) υπέρταση	4	0,3
I11	Υπερτασική καρδιοπάθεια	1	0,1
I12	Υπερτασική νεφροπάθεια	1	0,1
I35	Στένωση της αορτικής βαλβίδας	1	0,1
I49	Καρδιακή αρρυθμία, διάφορες περιπτώσεις	1	0,1
I63	Εγκεφαλικό έμφρακτο	1	0,1

Ταξινόμηση ICD 10		N	%
I84	Διάφορες αιμορροΐδες χωρίς επιπλοκές	27	1,9
I86	Κιρσοί άλλων εντοπίσεων	2	0,1
I87	Άλλες παθήσεις των φλεβών	1	0,1
J00-J99	Παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος	650	45,6
J00	Οξεία ρινοφαρυγγίτιδα (κοινό κρυολόγημα)	183	12,8
J01	Οξεία παραρρινοκολπίτιδα	16	1,1
J02	Οξεία φαρυγγίτιδα	79	5,5
J03	Οξεία αμυγδαλίτιδα	82	5,7
J06	Οξείες λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος σε διάφορες πολλαπλές εντοπίσεις	74	5,2
J20	Οξεία βρογχίτιδα	24	1,7
J21	Οξεία βροχιολίτιδα	1	0,1
J22	Διάφορες λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος	134	9,4
J30	Αγγειοκινητική και αλλεργική ρινίτιδα	23	1,6
J31	Χρόνια ρινίτιδα	3	0,2
J34	Σκολίωση του ρινικού διαφράγματος	6	0,4
J35	Υπερτροφία των αμυγδαλών	4	0,3
J43	Κεντρολοβιδιακό εμφύσημα	1	0,1
J44	Άλλες χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες	8	0,6
J45	Διάφορες μορφές άσθματος	12	0,8
K00-K93	Παθήσεις του πεπτικού συστήματος	429	30,1
K02	Τερηδόνα	2	0,1
K04	Παθήσεις του πολφού και των περιακρορριζικών ιστών	23	1,6
K05	Ουλίτιδα και περιοδοντικές παθήσεις	20	1,4

Ταξινόμηση ICD 10		N	%
K08	Άλλες διαταραχές των οδόντων και των υποστηρικτικών τους δομών	152	10,7
K11	Παθήσεις των σιελογόνων αδένων	1	0,1
K12	Υποτροπιάζουσες στοματικές άφθες	22	1,5
K21	Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση	18	1,3
K25	Γαστρικό έλκος	4	0,3
K27	Πεπτικό έλκος, διαφόρων εντοπίσεων	5	0,4
K29	Γαστρίτιδα και δωδεκαδακτυλίτιδα	75	5,3
K30	Δυσπεψία	2	0,1
K35	Διάφορες μορφές οξείας σκωληκοειδίτιδας	1	0,1
K40	Βουβωνοκήλη	15	1,1
K42	Ομφαλοκήλη	1	0,1
K51	Ελκώδης κολίτιδα	10	0,7
K58	Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου χωρίς διάρροια	3	0,2
K59	Άλλες λειτουργικές διαταραχές του εντέρου (δυσκοιλιότητα)	64	4,5
K60	Ραγάδες και συρίγγια της ορθοπρωκτικής χώρας	3	0,2
K61	Αποστήματα της ορθοπρωκτικής χώρας	1	0,1
K62	Αιμορραγία του πρωκτού και του ορθού	4	0,3
K80	Χολολιθίαση	2	0,1
K92	Αιματέμεση	1	0,1
L00-L99	Παθήσεις του δέρματος και του υποδόριου ιστού	267	18,7
L02	Δερματικό απόστημα, δοθιήνας και άνθρακας	18	1,3
L03	Κυτταρίτιδα των δακτύλων του άνω και κάτω άκρου	1	0,1
L05	Δερμοειδής κύστη	5	0,4
L08	Διάφορες άλλες τοπικές λοιμώξεις του δέρματος και του υποδόριου ιστού	6	0,4

Ταξινόμηση ICD 10		N	%
L11	Επίκτητη θυλακική υπερκεράτωση	1	0,1
L23	Αλλεργική εξ επαφής δερματίτιδα από διάφορες αιτίες	12	0,8
L28	Άλλες (περιπτώσεις) κνήφης	1	0,1
L29	Διάφορες μορφές κνύζας	73	5,1
L30	Διάφορες μορφές δερματίτιδας	124	8,7
L40	Διάφορες μορφές ψωρίασης	2	0,1
L41	Λειχηνοειδής πιτυρίαση σε οξεία ευλογιοειδή (παραψωρίαση)	1	0,1
L44	Ορισμένες άλλες βλατιδολεπιδώδεις διαταραχές	1	0,1
L50	Κνίδωση	1	0,1
L53	Διάφορες ερυθματώδεις καταστάσεις	1	0,1
L63	Γυροειδής αλωπεκία	1	0,1
L64	Ανδρογενετική αλωπεκία	1	0,1
L70	Ακμή	8	0,6
L72	Θυλακικές κύστεις του δέρματος και του υποδόριου ιστού	1	0,1
L73	Άλλες θυλακικές διαταραχές	1	0,1
L85	Επίκτητη υπερκεράτωση (κερατόδερμα) παλαμών και πελμάτων	4	0,3
L91	Χηλοειδής ουλή	1	0,1
L94	Εντοπισμένη σκληροδερμία (μορφέα-σκληροδερμία κατά πλάκας)	2	0,1
L97	Έλκος του κάτω άκρου	1	0,1
M00- M99	Παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού	222	15,6
M06	Διάφορες μορφές ρευματοειδούς αρθρίτιδας	1	0,1
M07	Ψωριακές αρθροπάθειες	1	0,1
M10	Ουρική αρθρίτιδα	1	0,1
M13	Διάφορες μορφές αρθρίτιδας	1	0,1
M16	Αρθροπάθεια του ισχίου	1	0,1

Ταξινόμηση ICD 10		N	%
M17	Αρθροπάθεια του γόνατος, διάφορες περιπτώσεις	4	0,3
M19	Άλλες αρθροπάθειες	4	0,3
M20	Δυσμορφίες των δακτύλων των χεριών	1	0,1
M21	Άλλες επίκτητες δυσμορφίες των άκρων (ανισότητα του μήκους)	2	0,1
M22	Παθήσεις της επιγονατίδας	7	0,5
M23	Λειτουργικές διαταραχές του γόνατος	3	0,2
M25	Άλλες διαταραχές των αρθρώσεων (πόνος άρθρωσης)	66	4,6
M51	Άλλες παθήσεις των μεσοσπονδύλιων δίσκων	2	0,1
M54	Ραχιαλγία	95	6,7
M62	Μυϊκή σύσπαση	2	0,1
M67	Άλλες παθήσεις του αρθρικού υμένα και των τενόντων (παροδική υμενίτιδα, γάγγλιο)	9	0,6
M70	Παθήσεις των μαλακών ιστών που σχετίζονται με χρήση, καταπόνηση και πίεση	6	0,4
M71	Άλλες παθήσεις του αρθρικού θυλάκου	1	0,1
M72	Ρίκνωση της παλαμιαίας απονεύρωσης	1	0,1
M75	Άλλες παθήσεις του ώμου	9	0,6
M76	Διάφορες ενθεσοπάθειες του κάτω άκρου	1	0,1
M77	Άλλες ενθεσοπάθειες (περιαρθρίτιδα του καρπού, διάφορες ενθεσοπάθειες)	2	0,1
M79	Μυαλγία	1	0,1
M84	Διαταραχές της οστικής συνέχειας	1	0,1
N00- N99	Παθήσεις του ουροποιογεννητικού συστήματος	100	7,0
N13	Υδρονέφρωση, με στένωση του ουρητήρα	1	0,1
N18	Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια	1	0,1
N20	Νεφρολιθίαση	13	0,9

Ταξινόμηση ICD 10		N	%
N23	Διάφορες περιπτώσεις νεφρικού κωλικού	23	1,6
N30	Κυστίτιδα	3	0,2
N34	Ουρηθρίτιδα και ουρηθρικό σύνδρομο	4	0,4
N39	Λοίμωξη του ουροποιητικού, χωρίς να προσδιορίζεται η εντόπιση	25	1,8
N45	Ορχίτιδα και επιδιδυμίτιδα	7	0,5
N48	Άλλες παθήσεις του πέους	17	1,2
N49	Φλεγμονώδεις παθήσεις του οσχέου	2	0,1
N51	Άλλες διαταραχές των ανδρικών γεννητικών οργάνων	1	0,1
N61	Φλεγμονώδεις παθήσεις του μαστού	1	0,1
N62	Υπερτροφία του μαστού	1	0,1
N64	Άλλες παθήσεις του μαστού	1	0,1
O00- O99	Κύηση, τοκετός και λοχεία	0	0
P00- P96	Καταστάσεις που έχουν την αρχή τους στην περιγεννητική περίοδο	0	0
Q00- Q99	Συγγενείς ανωμαλίες, διαμαρτίες της διάπλασης και χρωμοσωμικές ανωμαλίες	3	0,2
Q53	Μη κατελθών όρχις	1	0,1
Q55	Υποπλασία του όρχεος και του οσχέου	1	0,1
Q68	Συγγενείς διαμαρτίες διάπλασης του γόνατος	1	0,1
R00- R99	Συμπτώματα, σημεία και παθολογικά κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα που δεν ταξινομούνται αλλού	356	24,9
R00	Ανωμαλίες του καρδιακού ρυθμού	13	0,9
R01	Διάφορα καρδιακά φυσήματα	1	0,1

Ταξινόμηση ICD 10		N	%
R04	Επίσταξη	5	0,4
R05	Βήχας	5	0,4
R06	Δύσπνοια	5	0,4
R07	Άλγος στο φάρυγγα και στο στήθος	54	3,8
R10	Κοιλιακό και πυελικό άλγος	138	9,7
R14	Μετεωρισμός και σχετικές καταστάσεις	2	0,1
R17	Διάφορες μορφές ίκτερου	1	0,1
R21	Εξανθήματα και άλλες μη ειδικές δερματικές εκθύσεις	6	0,4
R22	Εντοπισμένες εξοιδήσεις, μάζες και όζοι του δέρματος και του υποδόριου ιστού	3	0,2
R30	Δυσουρία	11	0,8
R31	Διάφορες περιπτώσεις αιματουρίας	7	0,5
R32	Διάφορες περιπτώσεις ακράτειας ούρων	2	0,1
R35	Πολυουρία	4	0,3
R42	Ζάλη και ίλιγγος	3	0,2
R50	Διάφορες περιπτώσεις πυρετού	3	0,2
R51	Κεφαλαλγία	62	4,3
R52	Άλγος	10	0,7
R53	Αίσθημα κακουχίας και κόπωσης	15	1,1
R55	Συγκοπή και λιποθυμία	2	0,1
R60	Οίδημα	3	0,2
R61	Εντοπισμένη υπεριδρωσία	1	0,1
S00-T98	Συνέπειες τραυματισμού, δηλητηρίασης και ορισμένες άλλες εξωγενείς αιτίες	279	19,6
S00	Επιπολείς τραυματισμοί της κεφαλής	34	2,4
S01	Ανοικτό τραύμα του βλεφάρου και της περιφθάλμιας χώρας	2	0,1

Ταξινόμηση ICD 10		N	%
S02	Κάταγμα των οστών της ρινός	1	0,1
S05	Τραυματισμός του οφθαλμού και του οφθαλμικού κόγχου	5	0,4
S06	Ενδοκράνιος τραυματισμός	1	0,1
S09	Άλλοι και διάφοροι τραυματισμοί της κεφαλής	2	0,1
S10	Θλάση του προσθίου τμήματος του τραχήλου	1	0,1
S16	Τραυματισμός μυών και τενόντων στο επίπεδο του τραχήλου	1	0,1
S20	Επιπολείς τραυματισμοί του θώρακα	10	0,7
S22	Κατάγματα των πλευρών, του στέρνου και της θωρακικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης	4	0,3
S30	Επιπολής τραυματισμός της κοιλίας, του κατώτερου τμήματος της ράχης και της πυέλου	6	0,4
S32	Κατάγματα της οφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης και της πυέλου	3	0,2
S40	Επιπολής τραυματισμός του ώμου και του βραχίονα	5	0,4
S42	Κάταγμα του ώμου και του βραχίονα	6	0,4
S43	Εξάρθρωμα της άρθρωσης του ώμου	1	0,1
S46	Τραυματισμός μυών και τενόντων στον ώμο και στο επίπεδο του βραχίονα	1	0,1
S50	Διάφοροι επιπολείς τραυματισμοί του αντιβραχίου	15	1,1
S51	Ανοικτό τραύμα του αγκώνα	1	0,1
S52	Κάταγμα του αντιβραχίου	2	0,1
S54	Τραυματισμός των νεύρων στο επίπεδο του αντιβραχίου	2	0,1
S56	Τραυματισμός του καμπτήρα και τένοντα, άλλων δακτύλων στο επίπεδο του αντιβραχίου	1	0,1
S60	Επιπολής τραυματισμός του καρπού και της άκρας χειρός	15	1,1
S62	Κάταγμα στο επίπεδο του καρπού και της άκρας χειρός	17	1,2
S63	Διάστρεμμα του καρπού	2	0,1
S66	Τραυματισμός διαφόρων μυών και τενόντων στο επίπεδο του καρπού και της άκρας χειρός	3	0,2

Ταξινόμηση ICD 10		N	%
S69	Άλλοι και διάφοροι τραυματισμού του καρπού και της άκρας χειρός	2	0,1
S72	Κάταγμα του μηριαίου οστού	2	0,1
S74	Τραυματισμός νεύρων στο επίπεδο του ισχίου και του μηρού	1	0,1
S76	Τραυματισμός του τετρακέφαλου μυ και τένοντα	3	0,2
S80	Θλάση του γόνατος	12	0,8
S82	Κάταγμα της κνήμης, συμπεριλαμβανομένου και του αστραγάλου	12	0,8
S83	Εξάρθρημα και διάστρεμμα των αρθρώσεων και συνδέσμων του γόνατος	2	0,1
S84	Τραυματισμός του δερματικού αισθητικού νεύρου στο επίπεδο της κνήμης	1	0,1
S86	Τραυματισμός μυών και τενόντων στο επίπεδο της κνήμης	5	0,4
S89	Άλλοι και διάφοροι τραυματισμοί της κνήμης	2	0,1
S90	Επιπολής τραυματισμός του αστραγάλου και του άκρου ποδός	15	1,1
S91	Ανοικτό τραύμα τμημάτων του άκρου ποδός	3	0,2
S92	Κάταγμα του άκρου ποδός, εκτός του αστραγάλου	24	1,7
S93	Εξάρθρημα και διάστρεμμα των αρθρώσεων και συνδέσμων στο επίπεδο του αστραγάλου και του άκρου ποδός	4	0,3
S96	Τραυματισμός διαφόρων μυών και τενόντων στο επίπεδο του αστραγάλου και του άκρου ποδός	4	0,3
T13	Τραυματικός ακρωτηριασμός του κάτω άκρου σε διάφορα επίπεδα	1	0,1
T14	Διάφοροι τραυματισμοί	19	1,3
T15	Ξένο σώμα σε διάφορα τμήματα του εξωτερικού οφθαλμού	1	0,1
T16	Ξένο σώμα στο ους	1	0,1
T22	Θερμικά εγκαύματα του ώμου και του άνω άκρου, εκτός του καρπού και της άκρας χειρός	4	0,3
T23	Θερμικά εγκαύματα του καρπού και της άκρας χειρός	2	0,1
T25	Θερμικά εγκαύματα της ποδοκνημικής και του άκρου ποδός	1	0,1
T43	Διάφορα ψυχοτρόπα φάρμακα	1	0,1
T50	Διάφορα άλλα φάρμακα, φαρμακευτικές και βιολογικές ουσίες	1	0,1

Ταξινόμηση ICD 10		N	%
T67	Θερμοπληξία και ηλίαση	2	0,1
T78	Διάφορες περιπτώσεις αλλεργίας	10	0,7
T79	Διάφορες πρώιμες επιπλοκές του τραύματος	1	0,1
T93	Συνέπειες τραυματισμών του κάτω άκρου	2	0,1
V01- Y98	Εξωγενή αίτια νοσηρότητας και θνησιμότητας	62	4,3
V43	Επιβάτης αυτοκινήτου που τραυματίζεται σε τροχαίο ατύχημα	1	0,1
W01	Πτώση σε έδαφος από ολίσθηση ή παραπάτημα	2	0,1
W17	Πτώση από το ένα επίπεδο στο άλλο	1	0,1
W18	Άλλες περιπτώσεις πτώσης στο ίδιο επίπεδο	8	0,6
W19	Διάφορες περιπτώσεις πτώσεων	1	0,1
W57	Δήγμα ή νυγμός από μη δηλητηριώδες έντομο και άλλα μη δηλητηριώδη αρθρόποδα	18	1,3
X63	Εκούσια αυτοδηλητηρίαση από και έκθεση σε φάρμακα που δρουν στο αυτόνομο νευρικό σύστημα	1	0,1
X78	Εκούσιος αυτοτραυματισμός με οξύαιχο αντικείμενο	14	1,0
X84	Εκούσιος αυτοτραυματισμός με διάφορα μέσα	2	0,1
X95	Επίθεση με πυροβολισμό διαφόρων πυροβόλων όπλων	2	0,1
X99	Επίθεση με οξύαιχο αντικείμενο	1	0,1
Y04	Επίθεση με (χρησιμοποίηση) σωματικής βίας	8	0,6
Y14	Δηλητηρίαση από και έκθεση σε διάφορα φάρμακα, φαρμακευτικές και βιολογικές ουσίες, χωρίς συγκεκριμένη πρόθεση	1	0,1
Y19	Δηλητηρίαση από και έκθεση σε διάφορες χημικές και επιβλαβείς ουσίες, χωρίς συγκεκριμένη πρόθεση	1	0,1
Y83	Χειρουργική επέμβαση και άλλες χειρουργικές πράξεις που προκαλούν παθολογική αντίδραση από πλευράς του ασθενούς, χωρίς αναφορά σε ατυχή συμβάματα κατά τη διάρκεια της πράξης	1	0,1
Z00- Z99	Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επικοινωνία με τις υπηρεσίες υγείας	239	16,7

Ταξινόμηση ICD 10		N	%
Z00	Γενική εξέταση και διερεύνηση ατόμων που δεν αναφέρουν ενοχλήματα ή κάποια συγκεκριμένη διάγνωση	3	0,2
Z01	Άλλες ειδικές εξετάσεις ατόμων που δεν αναφέρουν ενοχλήματα ή κάποια συγκεκριμένη διάγνωση	3	0,2
Z03	Ιατρική παρακολούθηση και εκτίμηση για ύποπτες νόσους και καταστάσεις	229	16,0
Z04	Εξέταση και παρακολούθηση μετά από εργατικό ατύχημα	1	0,1
Z29	Ανάγκη λήψης προφυλακτικών μέτρων από μεταδοτικές ασθένειες	1	0,1
Z87	Ατομικό ιστορικό άλλων παθήσεων και καταστάσεων	1	0,1
Z94	Μεταμόσχευση οργάνου και ιστού	1	0,1
U00- U99	Κωδικοί για ειδικούς σκοπούς	0	0,0
AF	Αναφερόμενη αιμόπτυση	13	0,9
AA	Απόπειρα αυτοκτονίας	16	1,1
AP	Απεργία πείνας	9	0,6
ΠΤ	Περιποίηση τραύματος	49	3,4
MN	Μονήρης νεφρός	3	0,2
KAMIA		23	1,6

Πριν γίνει η επεξήγηση των αποτελεσμάτων κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί πως οι ασθενείς μπορεί παρουσίασαν παραπάνω από ένα νόσημα. Κατά την καταγραφή των δεδομένων έχουν συνυπολογιστεί όλα τα νοσήματα που μπορεί να παρουσίασε ένας ασθενής και από αυτή την καταμέτρηση προέρχονται τα παραπάνω δεδομένα.

Για να γίνουν αντιληπτά τα αποτελέσματα της έρευνας θα αναλυθούν αρχικά με βάση την γενική κατηγορία νόσων, σύμφωνα με το ICD-10. Σύμφωνα λοιπόν με αυτό το κριτήριο, το 45,6% των ατόμων έπασχαν από παθήσεις του αναπνευστικού

συστήματος, έπονταν οι παθήσεις του πεπτικού (30,1%) και το 24,9% παρουσίαζε συμπτώματα, σημεία και παθολογικά κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα που δεν ταξινομούνται αλλού. Οι συνέπειες τραυματισμού, δηλητηρίασης και ορισμένες άλλες εξωγενείς αιτίες εμφάνισαν ποσοστό 19,6%, οι παθήσεις του δέρματος και του υποδόριου ιστού (18,7%), μετά είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επικοινωνία με υπηρεσίες υγείας (16,7%). Επιπλέον, οι μετανάστες έπασχαν από ορισμένα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα (15,9%) ,από παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού (15,6%), από ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς (10,3%), με ποσοστό 7,2 οι μετανάστες έπασχαν από παθήσεις του οφθαλμού και των εξαρτημάτων του και έπονται οι παθήσεις του ουροποιογεννητικού συστήματος (7%), τα εξωγενή αίτια νοσηρότητας και θνησιμότητας (4,3%), οι παθήσεις του ωτός και της μαστοειδούς απόφυσης (4%), οι παθήσεις του κυκλοφορικού (2,7%) , οι παθήσεις του νευρικού συστήματος (2,2%), οι ενδοκρινικές, διατροφικές και μεταβολικές παθήσεις (1,3%), οι παθήσεις του αίματος και των αιμοποιητικών οργάνων και ορισμένες διαταραχές του ανοσολογικού μηχανισμού (0,2%) και τέλος με ποσοστό 0,2% πάσχουν από συγγενείς ανωμαλίες, διαμαρτίες της διάπλασης και χρωμοσωμικές ανωμαλίες.

Κρίνεται αναγκαίο να αναφερθούν τα κυριότερα νοσήματα που παρουσίασαν οι μετανάστες κατά την διάρκεια παραμονής τους στο κέντρο. Σε ποσοστό 16% (n=229 άτομα), κρίθηκαν ως περιστατικά υψηλού κινδύνου για μεταδιδόμενες νόσους (φυματίωση, ηπατίτιδα κλπ), και είτε παραπέμφθηκαν για παρακολούθηση σε κάποιο νοσοκομείο είτε εξετάστηκαν απευθείας σε νοσοκομειακό ίδρυμα. Επίσης, σε ποσοστό 12,8% (n=183 άτομα) οι μετανάστες έπασχαν από οξεία ρινοφαρυγγίτιδα, μετά με 10,7% (n=152 άτομα) από παθήσεις των οδόντων και των υποστηρικτικών τους ιστών. Στη συνέχεια σε ποσοστό 9,7% (n=138 άτομα) έχουμε το κοιλιακό και πυελικό άλγος, σε ποσοστό 9,4% (n=134 άτομα) της παθήσεις του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος και σε ποσοστό 8,7% (n=124 άτομα) είναι οι διάφορες μορφές δερματίτιδας.

Τα κυριότερα νοσήματα βάση της κατηγοριοποίησής τους στο ICD-10:

1. Στην κατηγορία "**Ορισμένα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα**", τα μεγαλύτερα ποσοστά παρουσιάζονται στην κατηγορία "Ψώρα" σε ποσοστό 5,9%, μετά στις "διάφορες ιογενείς εντερικές λοιμώξεις και παρασιτικά νοσήματα" με ποσοστό 4,6% και τέλος στην "Οξεία Ηπατίτιδα Β" σε ποσοστό 0,5%.

2. Στην κατηγορία **"Παθήσεις του αίματος των αιμοποιητικών οργάνων και ορισμένες διαταραχές του ανοσολογικού μηχανισμού"**, η μοναδική ασθένεια που παρουσιάστηκε ήταν η αναιμία από έλλειψη σιδήρου με ποσοστό 0,2%
3. Στην κατηγορία **"Ενδοκρινικές, διατροφικές και μεταβολικές παθήσεις"**, ο μη ινσουλινοεξαρτώμενος διαβήτης είναι σε ποσοστό 0,8% και είναι το κυριότερο νόσημα, μετά έχουμε τις διάφορες μορφές υποθυρεοειδισμού και την ένδεια όγκου σε ποσοστό 0,1% και τα δύο.
4. Στην κατηγορία **"Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς"** σε μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζεται το καταθλιπτικό επεισόδιο με 4%, οι διάφορες αγχώδεις διαταραχές σε ποσοστό 2,1%, οι διαταραχές ύπνου μη οργανικής αιτιολογίας σε ποσοστό 1,4% και τέλος οι ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς λόγω της χρήσης οπιοειδών σε ποσοστό 0,9%. Το τελευταίο αφορά την πρώην χρήση οπιοειδών.
5. Στην κατηγορία **"Παθήσεις του νευρικού συστήματος"**, σε ποσοστό 0,6% έχουμε τις διάφορες μορφές επιληψίας και σε ποσοστά 0,5% έχουμε την δυστονία(σπασμωδικό ραιβόκρανο) και την ημικρανία.
6. Στην κατηγορία **"Παθήσεις του οφθαλμού και των εξαρτημάτων του"**, σε ποσοστό 4,3% είναι η επιπεφυκίτιδα ενώ σε ποσοστό 0,8% είναι οι παθήσεις των βλεφάρων (κριθή και χαλάζιο).
7. Στην κατηγορία **"Παθήσεις του ωτός και της μαστοειδούς απόφυσης"**, η ωταλγία είναι σε μεγαλύτερο ποσοστό της τάξης του 1,8% ενώ στην συνέχεια είναι η εξωτερική ωτίτιδα με ποσοστό 0,9%
8. Στην κατηγορία **"Παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος"** το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζεται στις αιμορροΐδες χωρίς επιπλοκές που είναι 1,9%. Μετά είναι η ιδιοπαθής (πρωτοπαθής) υπέρταση σε ποσοστό 0,3%.
9. Στην κατηγορία **"Παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος"**, η οξεία ρινοφαρυγγίτιδα (κοινό κρυολόγημα) είναι σε ποσοστό 12,8%, οι διάφορες λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος είναι σε ποσοστό 9,4%, ακόμα είναι η οξεία αμυγδαλίτιδα σε ποσοστό 5,7%.
10. Στην κατηγορία **"Παθήσεις του πεπτικού συστήματος"**, η πλειοψηφία των ατόμων που έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας αφορούσε την διάγνωση **"άλλες διαταραχές των οδόντων και των υποστηρικτικών τους δομών"** σε ποσοστό 10,7%, στη συνέχεια έχουμε την γαστρίτιδα και δακτυλίτιδα σε ποσοστό 5,3% και τέλος την

διάγνωση " άλλες λειτουργικές διαταραχές του εντέρου (δυσκοιλιότητα)" σε ποσοστό 4,5%

11. Στην κατηγορία **"Παθήσεις του δέρματος και του υποστηρικτικού ιστού"**, τα πιο συχνά νοσήματα ήταν οι "Διάφορες μορφές δερματίτιδας" σε ποσοστό 8,7% και μετά οι "Διάφορες μορφές κνύζας" σε ποσοστό 5,1%.

12. Στην κατηγορία **"Παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού"**, οι διαγνώσεις "Ραχιαλγία" και "Άλλες διαταραχές των αρθρώσεων (πόνος άρθρωσης)" σε ποσοστά 6,7% και 4,6% αντίστοιχα είναι οι πιο συχνές.

13. Στην κατηγορία **"Παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος"** συχνό νόσημα είναι "Λοίμωξη του ουροποιητικού, χωρίς να προσδιορίζεται η εντόπιση" σε ποσοστό 1,8% και "Διάφορες μορφές νεφρικού κωλικού" σε ποσοστό 1,6%.

14. Στην κατηγορία **"Συγγενείς ανωμαλίες, διαμαρτίες της διάπλασης και χρωμοσωμικές ανωμαλίες"** δεν έχουμε κάποιο νόσημα που να εμφανίζεται συχνότερα. Τα τρία νοσήματα που υπάρχουν σε αυτή την κατηγορία εμφανίζονται από μία φορά.

15. Στην κατηγορία **"Συμπτώματα, σημεία και παθολογικά κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα που δεν ταξινομούνται αλλού"** τα συχνότερα νοσήματα είναι τα ακόλουθα: "Κοιλιακό και πυελικό άλγος" σε ποσοστό 9,7%, η "Κεφαλαλγία" σε ποσοστό 4,3% και "Άλγος στο φάρυγγα και στο στήθος" σε ποσοστό 3,8%.

16. Στην κατηγορία **"Συνέπειες τραυματισμού, δηλητηρίαση και ορισμένες άλλες εξωγενείς αιτίες"** συχνότερο είναι "Επιπολείς τραυματισμοί της κεφαλής" σε ποσοστό 2,4% και "Κάταγμα του άκρου ποδός, εκτός του αστραγάλου" σε ποσοστό 1,7%.

17. Στην κατηγορία **"Εξωγενή αίτια νοσηρότητας και θνησιμότητας"**, σε ποσοστό 1,3% έχουμε την διάγνωση "Δήγμα ή νυγμός από μη δηλητηριώδες έντομο και άλλη μη δηλητηριώδη αρθρόποδα" και ο "Εκούσιος αυτοτραυματισμός με οξύαιχμο αντικείμενο" σε ποσοστό 1%.

18. Στην κατηγορία **"Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση υγείας και την επικοινωνία με τις υπηρεσίες υγείας"**, σε ποσοστό 16% έχουμε την διάγνωση "Ιατρική παρακολούθηση και εκτίμηση για ύποπτες νόσους και καταστάσεις" και αποτελεί την κυριότερη διάγνωση αυτής της κατηγορίας.

19. Στις ξεχωριστές κατηγορίες που δημιουργήθηκαν για να διευκολυνθεί η έρευνα έχουμε τα ακόλουθα: 0,9% ανέφεραν αιμόπτυση, 1,1% αποπειράθηκε να

αυτοκτονήσει, 0,6% έκανε απεργία πείνας, σε 3,4% έγινε περιποίηση τραύματος και τέλος 0,2% είχαν μονήρη νεφρό. Τέλος σε ποσοστό 1,6% τα άτομα δεν εμφάνιζαν κάποιο νόσημα, οπότε από την χρήση υπηρεσιών υγείας δεν είχαμε διάγνωση.

7.5. Κοστολόγηση Υπηρεσιών Υγείας

Πίνακας 16 – Συνολικά Κόστη (N=1427)

	€
Κόστος ΚΕΝ	35.020,14
Κόστος Φαρμάκων	29.712,2
Κόστος Εξετάσεων	23.892,1

Το συνολικό κόστος της υγειονομικής κάλυψης των φιλοξενούμενων εντός του Κέντρου Κράτησης Κορίνθου ανέρχεται στις 88.624,44 ευρώ, από το καλοκαίρι του 2012 έως τον Οκτώβριο του 2015. Εξ αυτών τα 35.020,14 αντιστοιχούν στο κόστος των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλείων, τα 29.712,2 αντιστοιχούν στο κόστος όλων των φαρμάκων που καταναλώθηκαν εντός του κέντρου και τέλος τα 23.892,1 αντιστοιχεί στο κόστος των εξετάσεων (αιματολογικές, απεικονιστικές, κ.α) που έκαναν οι φιλοξενούμενοι σε κάποιο νοσοκομείο της χώρας. Πρέπει να τονιστεί πως το κόστος των ΚΕΝ έχει προκύψει βάση της λίστας που ισχύει στην Ελλάδα, το κόστος των φαρμάκων βάση της τιμής που είχαν τα φάρμακα κατά την διάρκεια εκπόνησης της εργασίας και τέλος το κόστος των εξετάσεων προκύπτει βάση των τιμών που έχει θεσπίσει το ελληνικό κράτος.

7.6. Ανάλυση νοσημάτων

Παρακάτω παρουσιάζονται ορισμένες εργαστηριακές εξετάσεις και νοσήματα τα οποία, αν και δεν αφορούν μεγάλο αριθμό ασθενών, παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον από την φύση τους.

7.6.1 Έλεγχος mantoux

Παρατίθεται στη συνέχεια τα άτομα που υπεβλήθησαν στην συγκεκριμένη διαγνωστική εξέταση καθώς και τα αποτελέσματα αυτής. Επιπλέον έχει γίνει ανάλυση των θετικών αποτελεσμάτων με βάση των επιδημιολογικών δεδομένων των ατόμων.

Πίνακας 17 – Mantoux (N=1427)

	N	%
Θετικό	28	2,0
Αρνητικό	76	5,3
Δεν έχει κάνει	1323	92,7

Δεν υπεβλήθησαν όλοι οι μετανάστες σε εξέταση mantoux. Συνολικά μόνο το 7,3% του δείγματος έκανε την συγκεκριμένη εξέταση. Από αυτούς μόνο το 2% είχε θετική mantoux. Δηλαδή το 26,9% των ατόμων που έκανε την εξέταση βρέθηκε θετικό στην mantoux. Πρέπει να τονιστεί πως από τα 28 που ήταν θετικά, 1 άτομο νοσηλεύτηκε για να γίνει διερεύνηση του θετικού αποτελέσματος υπό τον φόβο της αναζωπύρωσης της φυματίωσης, 1 άτομο ανέφερε ότι είχε ιστορικό φυματίωσης και είχε νοσηλευτεί σε νοσοκομείο των Αθηνών για αυτό το λόγο και πήρε προληπτική εξάμηνη αγωγή για φυματίωση και τέλος 6 άτομα πήραν προληπτική αγωγή για 6 μήνες λόγω του θετικού αποτελέσματος. Στους υπόλοιπους δεν έγινε κάποια διερεύνηση για το θετικό αποτέλεσμα.

Πίνακας 18 - Κατηγοριοποίηση Mantoux (θετικό) ανά προέλευση (N=28)

Χώρα Προέλευσης	N	%
Αλγερία	2	7,1
Αφγανιστάν	8	28,6
Ιράκ	2	7,1
Μαρόκο	1	3,6
Μπανγκλαντές	2	7,1

Χώρα Προέλευσης	N	%
Πακιστάν	12	42,9
Ακαθόριστο	1	3,6
Σύνολο	28	100,0

Το 42,9% του δείγματος που ήταν θετικό στην συγκεκριμένη διαγνωστική εξέταση προέρχεται από το Πακιστάν και στη συνέχεια έρχεται το Αφγανιστάν με ποσοστό 28,6% επί του συνόλου.

Πίνακας 19 - Κατηγοριοποίηση Mantoux (θετικό) ανά ηλικία (N=28)

Ηλικία (έτη) min=17, max=44	N	%
<18	1	3,6
18-30	20	71,4
31-40	5	17,9
41-50	2	7,1
>50	0	0,0
Σύνολο	28	100,0

Η πλειοψηφία των ατόμων είναι μεταξύ 18-30 με ποσοστό 71,4% και στη συνέχεια η ηλικιακή ομάδα 31-40 με ποσοστό 17,9%. Εδώ πρέπει να τονιστεί το γεγονός πως όποιος δήλωνε ανηλικότητα και εν τέλει εξακριβωνόταν ο ισχυρισμός του, έκανε ακτινογραφία θώρακος και εξέταση mantoux και τα αποτελέσματα αυτών των εξετάσεων μεταφερόταν κατά την μεταφορά του ανήλικου, στο κέντρο φιλοξενίας για τους ανήλικους. Επομένως τα άτομα που έχουν κάνει εξέταση mantoux και είναι κάτω των 18 ετών είναι περισσότερα αλλά δεν μπορούν να βρεθούν αυτά τα δεδομένα.

7.6.1.1. Ευρήματα για την αναφερόμενη αιμόπτυση

Εντός του Κέντρου Κράτησης 13 άτομα ανέφεραν στους ιατρούς αιμόπτυση. Με το που ένας ασθενής ανέφερε αιμόπτυση παραπέμπονταν σε νοσοκομείο για να γίνει διαφοροδιάγνωση της νόσου. Πάντα σε τέτοιες περιπτώσεις η βασική υποψία ήταν η φυματίωση. Από το ιατρείο του Κέντρου Κράτησης, τα άτομα παραπέμπονταν στο

Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου για κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο. Βασικός σκοπός αυτής της παραπομπής ήταν να γίνει έλεγχος για τον αιτία της αιμόπτυσης. Αξίζει στο σημείο αυτό να σημειωθεί πως τα σημειώματα από τους γιατρούς του Νοσοκομείου ήταν αρκετά και οι γιατροί ενημέρωναν πως το Νοσοκομείο δεν διαθέτει την κατάλληλη υποδομή για να κάνει διαφοροδιάγνωση της φυματίωσης. Δυστυχώς δεν υπήρχε κάποιο σχέδιο αντιμετώπισης για το συγκεκριμένο πρόβλημα. Τα άτομα που παραπέμφθηκαν για περαιτέρω έρευνα και έλεγχο της αιμόπτυσης, ήταν μόνο αυτά που οι γιατροί του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου παρέπεμπαν εκ νέου για κάποιο νοσοκομείο των Αθηνών.

Πίνακας 20 - Κατηγοριοποίηση AF ανά προέλευση (N=13)

Χώρα Προέλευσης	N	%
Αφγανιστάν	3	23,1
Μαρόκο	1	7,7
Μπανγκλαντές	1	7,7
Νιγηρία	1	7,7
Πακιστάν	6	46,2
Ακαθόριστο	1	7,7
Σύνολο	13	100,0

Η πλειοψηφία των ατόμων που ανέφερε αιμόπτυση ήταν από το Πακιστάν σε ποσοστό 46,2%. Αμέσως μετά, σε ποσοστό 23,1% είναι τα άτομα από το Αφγανιστάν ενώ με ποσοστό 7,7% που αντιστοιχεί σε ένα άτομο έρχονται οι χώρες Μαρόκο, Μπανγκλαντές, Νιγηρία και ένας που δεν είχε δηλώσει χώρα προέλευσης.

Πίνακας 21 - Κατηγοριοποίηση AF ανά ηλικία (N=13)

Ηλικία (έτη) min=21, max=53	N	%
<18	0	0,0
18-30	8	61,5
31-40	4	30,8
41-50	0	0,0
>50	1	7,7
Σύνολο	16	100,0

Η πλειοψηφία των ατόμων είναι μεταξύ 18-30 σε ποσοστό 61,5%. Αμέσως μετά είναι τα άτομα μεταξύ 31-40 σε ποσοστό 30,8%. Δεν έχουμε κανέναν ανήλικο που να ανέφερε αιμόπτυση μέσα στο δείγμα της έρευνας.

Αξίζει να τονιστεί πως τα 11 από τα 13 άτομα δεν έκαναν την εξέταση mantoux παρά την αναφερόμενη αιμόπτυση ενώ στους δύο που έγινε mantoux ο ένας ήταν θετικός. Το άτομο που βρέθηκε θετικό στην mantoux είχε επισκεφτεί 8 φορές κάποιο ιατρείο και οι 6 αφορούσαν την αιμόπτυση. Συγκεκριμένα αναφέρει αιμόπτυση προ δμήνου και παραπεμπόταν για το Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου (συνολικά 2 παραπομπές για την μεταφορά του στο Νοσοκομείο, οι άλλες 4 επισκέψεις στο ιατρείο αφορούσε την εξέταση του ασθενή σύμφωνα με τις οδηγίες του Νοσοκομείου).

7.6.2 Ηπατολογικός έλεγχος

Σημαντικό εύρημα αποτελεί και η ύπαρξη ή μη ηπατίτιδας και άλλων λοιμωδών και μεταδιδόμενων νοσημάτων στο δείγμα της έρευνας. Παρακάτω (πίνακας 20) γίνεται κατηγοριοποίηση των τριών τύπων ηπατίτιδας για τα οποία εξετάστηκαν οι μετανάστες με βάση την εθνικότητα τους.

Πίνακας 22 - Κατηγοριοποίηση Ηπατίτιδας ανά προέλευση (N=13)

Ηπατίτιδα	Χώρα Προέλευσης	N	%
Οξεία ηπατίτιδα Α B15	Αφγανιστάν	1	7,7
	Πακιστάν	2	15,4
	Σύνολο	3	23,1
Οξεία ηπατίτιδα Β B16	Αφγανιστάν	3	23,1
	Ιράκ	2	15,4
	Πακιστάν	2	15,4
	Σύνολο	7	53,8
Άλλες οξείες ιογενείς ηπατίτιδες B17	Γεωργία	1	7,7
	Πακιστάν	1	7,7
	Μαρόκο	1	7,7
	Σύνολο	3	23,1

Το 53,8% των ατόμων που βρέθηκαν θετικοί σε ηπατίτιδα πάσχουν από τον τύπο Β. Εξ αυτών το 23,1% προέρχεται από το Αφγανιστάν. Επιπλέον, ισόποσα με 23,1% βρέθηκαν θετικοί σε ηπατίτιδα Α και C και ειδικά για το τύπο Α το 15,4% προέρχεται από το Πακιστάν. Στην ηπατίτιδα C και τα 3 άτομα που ήταν θετικά προέρχονται από 3 διαφορετικές χώρες. Τα αποτελέσματα αυτών των εξετάσεων είναι από τυχαίο προσυμπτωματικό έλεγχο πλην ενός ατόμου που σε ψυχωτικό επεισόδιο εντός του ιατρείου του κέντρου ανέφερε ότι είναι θετικός σε ηπατίτιδα Β. Το άτομο παραπέμφθηκε και όντως ήταν θετικός. Γενικά δεν υπήρχε κάποια συστηματική διερεύνηση όλων των ατόμων για εξετάσεις για ηπατίτιδα. Επιπλέον πρέπει να τονιστεί πως από τα 80 άτομα που έκαναν εργαστηριακό έλεγχο για μεταδιδόμενα νοσήματα τα 13 βρέθηκαν θετικά σε κάποιο τύπο ηπατίτιδας, δηλαδή το 16,5% αυτών που έκαναν τις εξετάσεις προληπτικά ήταν τελικά θετικοί. Τέλος, όποιο άτομο ήταν θετικό σε ηπατίτιδα (κυρίως την Β), του γνωστοποιούνταν η κατάσταση της υγείας του και αφήνονταν ελεύθερος.

Πίνακας 23 - Κατηγοριοποίηση Ηπατίτιδας ανά ηλικία (N=13)

Ηπατίτιδα	Ηλικία (έτη) min=17, max=43	N	%
Οξεία ηπατίτιδα Α B15	18-30	3	23,1
	Σύνολο	3	23,1
Οξεία ηπατίτιδα Β B16	<18	1	7,7
	18-30	5	38,5
	31-40	1	7,7
	Σύνολο	7	53,8
Άλλες οξείες ιογενείς ηπατίτιδες B17	31-40	2	15,4
	41-50	1	7,7
	Σύνολο	3	23,1

Τόσο στην ηπατίτιδα Α όσο και στη Β, η πλειοψηφία προέρχεται από την ηλικιακή ομάδα 18-30. Θετικός σε ηπατίτιδα Β βρέθηκε ένας ανήλικος, ενώ στην Ηπατίτιδα C η πλειοψηφία προέρχεται από την ομάδα 31-40.

7.6.3 Ευρήματα για Μονήρη Νεφρό

Αν και μόνο 3 άτομα βρέθηκαν να έχουν μονήρη νεφρό αδιευκρίνιστης αιτιολογίας και αυτό δεν αποτελεί σημαντικό αριθμό μέσα στο δείγμα, αποτελεί ωστόσο σημαντικό εύρημα διότι οι ασθενείς δεν ανέφεραν σε κανένα υγειονομικό που κλήθηκε να τους πάρει το ιατρικό ιστορικό τον λόγο για τον οποίο έπρεπε να αφαιρέσουν τον έναν τους νεφρό. Δεν μπορούμε να γνωρίζουμε επομένως το λόγο για τον οποίο αυτά τα άτομα έκαναν αφαίρεση οργάνου αλλά μόνο εικασίες που μπορεί να αφορούν κοινωνικοοικονομικούς λόγους.

Πίνακας 24 - Κατηγοριοποίηση MN ανά προέλευση (N=3)

Χώρα Προέλευσης	N	%
Αφγανιστάν	1	33,3
Ιράν	1	33,3
Πακιστάν	1	33,3
Σύνολο	3	100,0

Και τα 3 άτομα προέρχονται από διαφορετικό μέρος. Δεν φαίνεται να υπάρχει σχέση ανάμεσα στην χώρα προέλευσης και στο συγκεκριμένο γεγονός.

Πίνακας 25 - Κατηγοριοποίηση MN ανά ηλικία (N=3)

Ηλικία (έτη) min=27, max=50	N	%
18-30	1	33,3
41-50	1	33,3
Ακαθόριστο	1	33,3
Σύνολο	3	100,0

Το ένα άτομο δεν έχει δηλώσει ηλικία οπότε κατηγοριοποιήθηκε στο "Ακαθόριστο" και τα άλλα δύο άτομα ανήκουν σε διαφορετική ηλικιακή ομάδα. Δεν βρέθηκε να είναι κανένας από αυτούς ανήλικος.

7.6.4 Ευρήματα για απόπειρα αυτοκτονίας

Εντός του κέντρου κράτησης μεταναστών 16 άτομα έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας. Αυτά τα περιστατικά αποτελούν τα άτομα τα οποία μετά την απόπειρα χρειάστηκαν ιατρική φροντίδα. Στο δείγμα δεν συμπεριλαμβάνονται τα άτομα που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν (π.χ άτομα που ανέβαιναν σε υψηλό σημείο και απειλούσαν ότι θα πέσουν) αλλά το μετάνιωσαν. Τα άτομα τα οποία απείλησαν ότι θα πέσουν στο κενό αλλά τελικά δεν το έκαναν, είτε παραπέμφθηκαν στους ψυχολόγους του κέντρου ή στους ψυχιάτρους του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου.

Πίνακας 26 - Κατηγοριοποίηση ΑΑ ανά προέλευση (N=16)

Χώρα Προέλευσης	N	%
Αλγερία	5	31,3
Αφγανιστάν	2	12,5
Μαρόκο	1	6,3
Μπανγκλαντές	2	12,5
Πακιστάν	2	12,5
Παλαιστίνη	4	25,0
Σύνολο	16	100,0

Το 31,3% των ατόμων προέρχονται από την Αλγερία και το 25% από την Παλαιστίνη. Οι υπόλοιποι προέρχονται από το Αφγανιστάν, Μπανγκλαντές και Πακιστάν σε ποσοστό 12,5% ενώ υπάρχει και ένα άτομο από το Μαρόκο.

Πίνακας 27 - Κατηγοριοποίηση ΑΑ ανά ηλικία (N=16)

Ηλικία (έτη) min=20, max=35	N	%
<18	0	0,0
18-30	12	75,0
31-40	3	18,8
41-50	1	6,3
>50	0	0,0
Σύνολο	16	100,0

Όσο αφορά το ηλικιακό εύρος των ατόμων που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν η πλειοψηφία αφορά την ηλικιακή ομάδα 18-30 σε ποσοστό 75%. Κανένας ανήλικος δεν βρέθηκε να αποπειράθηκε να αυτοκτονήσει.

7.6.5. Ευρήματα από τους τραυματισμούς και την περιποίηση των τραυμάτων

Εντός του Κέντρου, ορισμένα άτομα έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας λόγω τυχαίων, εσκεμμένων και τέλος λόγω τραυματισμών που προκλήθηκαν από σωματική επίθεση.

Πίνακας 28 - Κατηγοριοποίηση F ανά προέλευση (N=147)

Χώρα Προέλευσης	N	%
Αίγυπτος	1	0,7
Αλγερία	28	19,0
Αφγανιστάν	29	19,7
Γεωργία	1	0,7
Ερυθραία	1	0,7
Ιράκ	10	6,8
Ιράν	11	7,5
Κομόρες	1	0,7
Λιβύη	2	1,3
Μαρόκο	10	6,8
Μαυριτανία	1	0,7
Μπανγκλαντές	10	6,8
Νιγηρία	3	2,0
Πακιστάν	23	15,6
Παλαιστίνη	3	2,0
Σενεγάλη	1	0,7
Συρία	1	0,7
Σουδάν	3	2,0

Χώρα Προέλευσης	N	%
Τυνησία	4	2,7
Ακαθόριστο	4	2,7
Σύνολο	147	100,0

Συνολικά 147 άτομα έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας για να τους περιποιηθούν κάποιο τραύμα. Τα τραύματα αυτά προήρθαν από αυτοτραυματισμό, από επίθεση από άλλο πρόσωπο, ή από τυχαίο τραυματισμό εντός του κέντρου. Από αυτούς, 29 άτομα προέρχονται από το Αφγανιστάν, 28 άτομα από την Αλγερία ενώ 23 άτομα από το Πακιστάν και αποτελούν τις κυριότερες εθνότητες που έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας για αυτό το σκοπό.

Πίνακας 29 - Κατηγοριοποίηση F ανά ηλικία (N=147)

Ηλικία (έτη) min=17, max=56	N	%
<18	2	1,4
18-30	90	61,2
31-40	38	25,9
41-50	12	8,2
>50	4	2,7
Ακαθόριστο	1	0,7
Σύνολο	147	100,0

Η πλειοψηφία των ατόμων που έκαναν χρήση για περιποίηση τραύματος ήταν μεταξύ της ηλικιακής ομάδας 18-30 σε ποσοστό 61,2%. Αμέσως μετά σε μεγάλο ποσοστό ήταν η ηλικιακή ομάδα 31-40 με ποσοστό 25,9%. Τέλος πρέπει να αναφερθεί πως βρέθηκαν και 2 ανήλικοι.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Στα πλαίσια της αντιμετώπισης των ασθενειών, οι άρρωστοι μετανάστες, έπρεπε να πάρουν την απαραίτητη φαρμακευτική αγωγή για την αποκατάσταση της υγείας τους. Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζεται λεπτομερώς η χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων ανά κατηγορία, σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων.

Πίνακας 30 – Φαρμακευτική Αγωγή (N=1427)

Κατηγορίες Φαρμάκων		N	%
1	Πεπτικού	7	0,5
1.1	Φάρμακα αφορώντα στη λειτουργία της γαστρικής έκκρισης	273	19,3
1.2	Φάρμακα επιδρώντα στην κινητικότητα του πεπτικού συστήματος	63	4,4
1.4	Φάρμακα κατά της διάρροιας, του μετεωρισμού και της δυσπεψίας	18	1,3
1.5	Καθαρτικά	71	5,0
1.6	Φάρμακα κατά των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων του εντέρου	3	0,2
1.7	Φάρμακα παθήσεων δακτυλίου	19	1,33
2	Κυκλοφορικού	2	0,1
2.1	Φάρμακα με θετική ινότροπη δράση	2	0,1
2.2	Διουρητικά	1	0,1
2.4	β-Αδρενεργικοί αποκλειστές	7	0,5
2.5	Αντιυπερτασικά	4	0,3
2.6	Νιτρώδη, αποκλειστές διαύλων ασβεστίου και άλλα αντιστηθαγγχικά φάρμακα	3	0,2
2.8	Αντιπηκτικά και πρωταμίνη	1	0,1

Κατηγορίες Φαρμάκων		N	%
2.9	Αντιαιμοπεταλικά	4	0,3
2.11	Αντινωδολυτικά – Αιμοστατικά	1	0,1
2.13	Υπολιπιδαιμικοί παράγοντες	3	0,2
2.15	Περιφερικά αγγειοδιασταλτικά «αγγειοπροστατευτικά»	3	0,2
3	Αναπνευστικού		
3.1	Βρογχοδιασταλτικά (φάρμακα για την αντιμετώπιση βρογχικού άσθματος και χρόνιων αποφρακτικών	31	2,2
3.2	Αποχρεμπτικά – Βλεννολυτικά	133	9,4
3.3	Αντιβηχικά	4	0,3
3.5	Αντιισταμινικά	220	15,4
4	Κεντρικού Νευρικού		
4.1	Αγχολυτικά (ελάσσονα ηρεμιστικά και υπνωτικά)	24	1,7
4.2	Αντιψυχωτικά φάρμακα	28	2,0
4.4	Αντικαταθληπτικά	102	7,1
4.5	Αντιεπιληπτικά	14	1,0
4.6	Φάρμακα χορηγούμενα σε παρκινσονισμό και συναφείς παθήσεις	30	2,1
4.11	Οπιοειδή αναλγητικά	30	2,1
4.14	Αντιεμετικά – Αντιλιγγικά	6	0,4
5	Λοιμώξεων		
5.1	Αντιμικροβιακά	469	32,9
5.2	Αντιμυκητιασικά	2	0,1
5.3	Αντιικά	5	0,4

Κατηγορίες Φαρμάκων		N	%
6	Ενδοκρίνων Αδένων		
6.1	Φάρμακα θεραπείας διαβήτη	10	0,7
6.4	Κορτικοστεροειδή	5	0,4
6.8	Δεγέρτες ντοπαμινικών υποδοχέων	1	0,1
7	Φάρμακα χρησιμοποιούμενα στη γυναικολογία, μαιευτική και επί διαταραχών της ούρησης		
7.6	Φάρμακα διαταραχών του ουροποιογεννητικού συστήματος	2	0,1
8	Αντινεοπλασματικά και ανοσοτροποποιητικά φάρμακα		
8.8	Φάρμακα επιδρώντα στην ανοσολογική ανταπόκριση	1	0,1
9	Παθήσεων αίματος και θρέψης		
9.1	Φάρμακα παθήσεων αίματος	1	0,1
9.2	Βιταμίνες	4	0,3
9.3	Παρεντερικά διαλύματα	28	2,0
9.4	Εντερική διατροφή	4	0,3
10	Αρθροπαθειών και Μυοσκελετικού		
10.1	Αναλγητικά – Αντιπυρετικά	284	19,9
10.2	Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη	452	31,7
10.3	Μυοχαλαρωτικά των σκελετικών μυών	61	4,3
11	Οφθαλμικών		
11.1	Φάρμακα κατά των οφθαλμικών λοιμώξεων	43	3,0
11.2	Κορτικοστεροειδή	21	1,5

Κατηγορίες Φαρμάκων		N	%
11.6	Αγγειοσπαστικά – Αντιαλλεργικά	8	0,6
11.7	Υποκατάστατα δακρύων και παρεμφερή προϊόντα	38	2,7
12	Ωτός – Ρινός – Στοματοφάρυγγα		
12.1	Φάρμακα παθήσεων των ωτών	18	1,3
12.2	Φάρμακα παθήσεων ρινός και παραρρίνιων κόλπων	18	1,3
12.3	Φάρμακα παθήσεων στοματοφάρυγγα	46	3,2
13	Δέρματος		
13.1	Έκδοχα – Μορφές	1	0,1
13.2	Τοπικά κορτικοστεροειδή	109	7,6
13.3	Φάρμακα κατά των τοπικών λοιμώξεων	169	11,8
13.4	Αντιαλλεργικά – αντικνησώδη – τοπικά αναισθητικά	15	1,1
13.5	Φάρμακα κατά της ακμής	1	0,1
13.6	Φάρμακα κατά της ψωρίασης	1	0,1
13.8	Κερατολυτικά	3	0,2
14	Ενεργητική – Παθητική ανοσοποίηση		
14.2	Παθητική ανοσοποίηση	44	3,1
15	Αναισθησία		
15.1	Τοπικά αναισθητικά	44	3,1
KAMIA		1382	96,8

Η πλειοψηφία των ατόμων που έκανε χρήση υπηρεσιών (96,8) δεν χρειάστηκε να πάρουν καμία φαρμακευτική αγωγή. Από τα άτομα που έκαναν χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων, οι περισσότεροι σε ποσοστό 32,9% (n=469) έκαναν χρήση αντιβιοτικών. Έπειτα, σε ποσοστό 31,7% (n=452) έκαναν χρήση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών, μετά σε ποσοστό 19,9% (n=284) έκαναν χρήση αναλγητικών- αντιπυρετικών. Στη συνέχεια, σε ποσοστό 19,3% έκαναν χρήση φαρμάκων που αφορούν την λειτουργία της γαστρικής έκκρισης, σε ποσοστό 15,4% (n= 220) έγινε χρήση αντισταμινικών και τέλος σε ποσοστό 11,8% (n=169) ήταν η χρήση φαρμάκων κατά των τοπικών λοιμώξεων.

Παρουσιάζονται τα αποτελέσματα, ανά κατηγορία φαρμάκων, σύμφωνα τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ):

1. Στην κατηγορία **"Φάρμακα παθήσεων πεπτικού συστήματος"** την μεγαλύτερη κατανάλωση παρουσιάζουν τα φάρμακα που αφορούν την λειτουργία της γαστρικής έκκρισης σε ποσοστό 19,3%, μετά είναι τα καθαρτικά σε ποσοστό 5% και τέλος τα φάρμακα που επιδρούν στην κινητικότητα του πεπτικού συστήματος σε ποσοστό 4,4%
2. Στην κατηγορία **"Φάρμακα παθήσεων κυκλοφορικού συστήματος"**, τα μεγαλύτερα ποσοστά παρουσιάζει η χρήση των β-Αδρενεργικών αποκλειστών σε ποσοστό 0,5% και έπειτα τα αντιυπερτασικά σε ποσοστό 0,4%.
3. Στην κατηγορία **"Φάρμακα παθήσεων αναπνευστικού συστήματος"**, τα μεγαλύτερα ποσοστά παρουσιάζονται στα αντισταμινικά και είναι 15,4% και στη συνέχεια είναι τα αποχρεμπτικά- Βλεννολύτικα σε ποσοστό 9,4%.
4. Στην κατηγορία **"Φάρμακα παθήσεων του κεντρικού νευρικού συστήματος"**, τα μεγαλύτερα ποσοστά παρουσιάζονται στα αντικαταθλιπτικά σε ποσοστό 7,1% και στη συνέχεια είναι τα οπιοειδή- αναλγητικά σε ποσοστό 2,1%.
5. Στην κατηγορία **"Φάρμακα κατά των λοιμώξεων"** το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζεται στα αντιμικροβιακά και είναι 32,9%.
6. Στην κατηγορία **"Φάρμακα παθήσεων ενδοκρινών αδένων- ορμονών"**, τα φάρμακα θεραπείας διαβήτη είναι σε μεγαλύτερο ποσοστό και είναι 0,7%
7. Στην κατηγορία **"Φάρμακα χρησιμοποιούμενα στη γυναικολογία, μαιευτική και επί διαταραχές της ούρησης"**, τα μοναδικά χρησιμοποιούμενα σκευάσματα ανήκαν στην κατηγορία φάρμακα διαταραχών του ουροποιογεννητικού συστήματος σε ποσοστό 0,1%
8. Στην κατηγορία **"Αντινεοπλασματικά και ανοσοτροποποιητικά φάρμακα"**, η μοναδική κατηγορία είναι τα φάρμακα επιδρώντα στη ανοσολογική ανταπόκριση σε ποσοστό 0,1%.
9. Στην κατηγορία **"Φάρμακα παθήσεων θρέψης και αίματος"**, το μεγαλύτερο ποσοστό είναι από την χρήση παρεντερικών διαλυμάτων σε ποσοστό 2%.
10. Στην κατηγορία **"Φάρμακα αθροπαθειών και μυοσκελετικών παθήσεων"**, τα μεγαλύτερα ποσοστά παρουσιάζονται από την χρήση μη στεροειδών

αντιφλεγμονωδών σε ποσοστό 31,7% και στη συνέχεια τα αναλγητικά-αντιπυρετικά σε ποσοστό 19,9%.

11. Στην κατηγορία "**Φάρμακα οφθαλμικών παθήσεων**", η μεγαλύτερη χρήση ανήκε στην κατηγορία φάρμακα κατά των οφθαλμικών παθήσεων σε ποσοστό 3% και μετά στα υποκατάστατα δακρύων και παρεμφερή προϊόντα σε ποσοστό 2,7%.
12. Στην κατηγορία "**Φάρμακα παθήσεων ώτων-ρινός- στοματοφάρυγγα**" τα φάρμακα παθήσεων στοματοφάρυγγα παρουσιάζουν την μεγαλύτερη χρήση σε ποσοστό 3,2%.
13. Στην κατηγορία "**Φάρμακα παθήσεων του δέρματος**", τα φάρμακα κατά των τοπικών λοιμώξεων είναι σε ποσοστό 11,8% και στη συνέχεια είναι τα τοπικά κορτικοστεροειδή σε ποσοστό 7,6%
14. Στην κατηγορία "**Ενεργητική και παθητική ανοσία**", η παθητική ανοσοποίηση είναι η μοναδική υποκατηγορία και παρουσιάζει ποσοστό 3,1%.
15. Στην κατηγορία "**Φάρμακα αναισθησίας**" , τα τοπικά αναισθητικά είναι σε ποσοστό 3,1%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Εισαγωγή

Η διεθνής μετανάστευση έχει πάρει τεράστιες διαστάσεις τα τελευταία χρόνια και οι χώρες έχουν λάβει ποικίλα για τον έλεγχο του φαινομένου, όπως ο έλεγχος των συνόρων, η κράτηση και η απέλαση των μεταναστών. Στον τομέα της υγείας, οι παράτυποι μετανάστες αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της μη- πρόσβασης εξαιτίας του νομικού πλαισίου κάθε χώρας. Συγκεκριμένα, στην Αμερική, Ευρώπη, Καναδά κ.α οι πολιτικές που αφορούν την πρόσβαση στον τομέα της υγείας από τους παράτυπους μετανάστες, ποικίλουν από την άρνηση κάθε πρόσβασης στην υγεία ως και την πρόσβαση μόνο σε περιπτώσεις κρίσιμες για την ζωή του μετανάστη.

Στην Ελλάδα, το φαινόμενο τα τελευταία χρόνια έχει πάρει εκρηκτική διάσταση με τις αφίξεις των παράτυπων μεταναστών να αυξάνονται καθημερινά. Στον τομέα της υγείας, οι παράτυποι μετανάστες δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση στο τομέα της υγείας παρά μόνο σε περιπτώσεις που κινδυνεύει άμεσα η ζωή τους.

Γίνεται έκδηλο πως μέσω αυτής της πολιτικής υγείας, οι παράτυποι μετανάστες δεν ελέγχονται και κατ' επέκταση δεν λαμβάνουν την απαραίτητη για την νόσο τους αγωγή. Αυτό που προκαλεί ανησυχία είναι όταν πρόκειται για κρίσιμα και μείζονος σημασίας νοσήματα όπως η φυματίωση, ο HIV, οι ψυχικές ασθένειες κ.α., τα οποία μπορεί να σχετίζονται είτε με την χώρα προέλευσης είτε με την διαδικασία της μετανάστευσης. Επιπλέον, η ομάδα αυτή του πληθυσμού μένει ανεμβολίαστη για πάσης φύσεως ασθένεια.

Βασικοί στόχοι της μελέτης είναι να παρουσιαστούν τα νοσήματα από τα οποία πάσχουν οι μετανάστες οι οποίοι δεν φέρουν τα απαραίτητα νομιμοποιητικά έγγραφα κατά την διάρκεια της σύλληψής τους. Αυτό κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικό για να παρατηρήσουμε αν όντως "κινδυνεύει" η δημόσια υγεία των κρατών που φιλοξενεί τους παράτυπους μετανάστες. Επιπλέον, να τονιστούν τα νοσήματα που παρουσιάζουν ιδιαίτερο επιδημιολογικό ενδιαφέρον (φυματίωση, ηπατίτιδα, κ.α) και να συσχετιστούν με βάση την εθνικότητα και την ηλικία του δείγματος. Επίσης, σκοπός της εργασίας είναι να χρησιμοποιηθεί ως εφαλτήριο για μετέπειτα έρευνες και αναλύσεις που σκοπό έχουν να παρουσιάσουν αναλυτικά το νοσολογικό φάσμα των παράτυπων μεταναστών. Κύριο μέλημα είναι να χρησιμοποιηθεί, στοχεύοντας στην χάραξη των κατάλληλων πολιτικών υγείας για την αντιμετώπιση του μεταναστευτικού. Τέλος, σκοπός είναι να παρουσιαστεί το συνολικό κόστος της υγειονομικής κάλυψης βάση των επίσημων δεδομένων.

9.1. Δημογραφικά και ατομικά χαρακτηριστικά των ατόμων του δείγματος

Τα αποτελέσματα της έρευνας υποστηρίζονται και από τα αποτελέσματα άλλων μελετών, αναφορικά με την ηλικιακή κατανομή και την κατάσταση υγείας των μεταναστών. (WHO, 2008). Συγκεκριμένα, υποστηρίζεται ότι οι μετανάστες είναι σωματικά εύρωστοι και σχετικά νεαροί σε ηλικία. Αυτό παρουσιάστηκε και από την παρούσα έρευνα μιας και η πλειοψηφία των παράτυπων μεταναστών είναι μεταξύ 18-30 και η αμέσως επόμενη ηλικιακή ομάδα είναι αυτή των 31-40. Επομένως φάνηκε πως αυτοί που μεταναστεύουν είναι άτομα νεαρής ηλικίας.

Από την έρευνα φάνηκε ότι το 69,8% των ατόμων που φιλοξενήθηκαν εντός του Κέντρου Κράτησης δεν έκαναν καμία χρήση υπηρεσιών υγείας. Αυτό το εύρημα συνηγορεί με το γεγονός πως τα άτομα που μεταναστεύουν είναι εύρωστοι και υγιείς. Πρέπει να τονιστεί πως δεν ακολουθήθηκε κάποια διαδικασία διαλογής για μεταδιδόμενα νοσήματα και κατ' επέκταση τα άτομα δύναται να έπασχαν από κάτι, χωρίς να είχαν κάποια εμφανή κλινική εικόνα, και να ήταν αδιάγνωστα εντός του Κέντρου. Τονίζεται πως η χρήση υπηρεσιών υγείας γινόταν ύστερα από αίτημα των μεταναστών και πολύ λίγα περιστατικά αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο για νοσήματα.

9.2. Επιδημιολογικό Προφίλ Μεταναστών

Για να κατανοήσουμε το προφίλ της υγείας των μεταναστών είναι σημαντικό να αναφερθούμε σε κάποια νοσήματα που ήρθαν ξανά στο προσκήνιο λόγω της μετανάστευσης σε χώρες που είχαν εξαφανιστεί ή περιοριστεί σημαντικά. Τα νοσήματα έχουν επιλεγεί λόγω την εμφάνισής τους στο δείγμα της έρευνας.

9.2.1. Φυματίωση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, τα άτομα που έκαναν προσυμπτωματικό κυρίως έλεγχο για mantoux, φάνηκε πως το 26,9% όσων υποβλήθηκαν στην συγκεκριμένη εξέταση είχαν θετική την δερμοαντίδραση. Από αυτούς μόνο 2 ανέφεραν ιστορικό φυματίωσης και οι επιστήμονες υγείας έπραξαν υπό την σκέψη της αναζωπύρωσης της νόσου. Συνολικά 7 μόνον άτομα πήραν προληπτική δμηνη αγωγή λόγω του θετικού αποτελέσματος. Η πλειοψηφία των ατόμων με θετική mantoux προέρχεται από το Πακιστάν και στην συνέχεια από το Αφγανιστάν. Επιπλέον η ηλικιακή ομάδα που κυριαρχεί είναι μεταξύ 18-30. Αυτό που αξίζει να σημειωθεί είναι πως δεν γινόταν κάποια διαδικασία διαλογής για την φυματίωση (ακτινογραφία θώρακος και mantoux) με αποτέλεσμα να υπήρχαν, πιθανώς, και άλλα άτομα που θα είχαν θετική mantoux ή και ιστορικό φυματίωσης.

Αν αναλογιστούμε ότι παραπάνω από το 1/4 των ατόμων που έκαναν προσυμπτωματικό έλεγχο για φυματίωση βρέθηκαν θετικοί στην δερμοαντίδραση, θα μπορούσαμε να πούμε πως αν όλοι οι φιλοξενούμενοι είχαν κάνει προσυμπτωματικό έλεγχο τότε ίσως να είχαμε έναν σημαντικό αριθμό ατόμων θετικό στην mantoux.

Η φυματίωση συνδυάστηκε με την μετανάστευση και σύντομα τα κράτη ήρθαν προ των πυλών για να την αντιμετωπίσουν. Μετά το τέλος του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου, στο Ηνωμένο Βασίλειο παρουσιάστηκαν υψηλά ποσοστά φυματίωσης κάτι που συσχετίστηκε με την ροή μεταναστών από τις πρώην αποικίες της χώρας. Σύμφωνα με την έρευνα των Hess & MacDonald το 1954, που αφορούσε την μελέτη των περιπτώσεων φυματίωσης σε νοσοκομεία του Λονδίνου, φάνηκε ότι οι μετανάστες Ιρλανδοί είχαν μεγαλύτερα ποσοστά φυματίωσης σε σχέση με τους Ιρλανδούς που γεννήθηκαν στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Σύμφωνα με την μελέτη των Springett VH., Adams JCS., D'Costa TB., Hemming M., το 1958, οι Ινδοί και οι Πακιστανοί παρουσίασαν 4 έως 6 φορές μεγαλύτερα ποσοστά για φυματίωση σε σχέση με τους λευκούς.

Στις δεκαετίες από το 1950 έως το 1970, στο Ηνωμένο Βασίλειο υπήρχε μεγάλη ροή μεταναστών και κυρίως προσφύγων εκ των οποίων αρκετοί προέρχονταν από χώρες που η επίπτωση της φυματίωσης ήταν σε υψηλά ποσοστά. Από την δεκαετία του 1990 παρατηρήθηκε μεγάλη μεταναστευτική κίνηση κυρίως από χώρες της Αφρικής στις οποίες τα υψηλά ποσοστά της φυματίωσης σχετίζονται με τα υψηλά ποσοστά του HIV. Το 2005 από τις 8.113 περιπτώσεις θετικές σε φυματίωση (αύξηση κατά 11% συγκριτικά με το 2004), σταθερά το 4.2 ανά 100.000 κατοίκους ανήκει σε αυτούς που έχουν γεννηθεί στο Ηνωμένο Βασίλειο και το υπόλοιπο οφείλεται στους μετανάστες.

Όμοιες μελέτες για την μετανάστευση και την σχέση της με την φυματίωση έχουμε από την Αμερική. Το 1970 παρουσιάστηκαν αυξημένα ποσοστά σε αυτούς που είχαν μεταναστεύσει στις ΗΠΑ (αυτοί προέρχονταν κυρίως από το Μεξικό, Φιλιππίνες, Βιετνάμ, Ινδία και Κίνα) σε αυτός που είχαν γεννηθεί στις ΗΠΑ. Το 2005 υπήρχαν 14.093 περιστατικά με φυματίωση. Η επίπτωση της νόσου ήταν 8.7 φορές περισσότερες στα άτομα που είχαν γεννηθεί εκτός Αμερικής σε σχέση με αυτούς που είχαν γεννηθεί εντός αυτής. (Davies, Barnes, Gordon, 2010).

Σύμφωνα με την ανασκοπική μελέτη της Αλικάρη το 2012, όλες οι έρευνες αποδεικνύουν πως η αύξηση της φυματίωσης σχετίζεται άμεσα με την μετανάστευση. Στις αναπτυσσόμενες χώρες παρατηρήθηκε αύξηση του επιπολασμού της νόσου από 100/100.000 σε 400/100.000 και στις αναπτυγμένες χώρες από 5/100.000 σε 30/100.000. Επιπλέον αναφέρετε πως οι παράνομοι μετανάστες χρησιμοποιούν

ελάχιστα της υπηρεσίες υγείας λόγω του ότι δεν φέρουν τα απαραίτητα νομιμοποιητικά έγγραφα.

Για το έτος 2012, η μελέτη των Khyatti et al. ανέδειξε πως το Μαρόκο είχε τα περισσότερα κρούσματα σε φυματίωση και ανέρχονταν σε 27.425, μετά ακολουθούσε η Αλγερία και με μικρότερα ποσοστά ήταν η Τυνησία και η Αίγυπτος. Από της Ευρωπαϊκές χώρες, αυτές που φαίνεται να έχουν πληγεί περισσότερο, είναι η Ιταλία και η Ισπανία.

9.2.2. Ηπατίτιδα Β και C

Σύμφωνα με την μελέτη, από τα άτομα που εξετάστηκαν για ηπατίτιδα (A, B ή C), το 16,25% φάνηκε ότι έπασχαν από κάποιο τύπο ηπατίτιδας. Η πλειοψηφία έπασχε από Ηπατίτιδα Β. Τα περισσότερα άτομα ήταν από το Αφγανιστάν και η ηλικιακή ομάδα που κυμαίνονταν συνολικά τα άτομα ήταν μεταξύ 18-30. Με την διάγνωση ότι το άτομο πάσχει από ηπατίτιδα, οι αρμόδιες αρχές, απομόνωναν το άτομο για να προφυλάξουν το σύνολο, ανακοίνωναν στο άτομο την διάγνωση και τι αυτό σημαίνει και μετά αφήνονταν ελεύθερο. Δεν παρουσιάστηκε συλλοίμωξη με HIV σε κανέναν ασθενή.

Αναλυτικά, η χρόνια λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας Β, αποτελεί το 5% του πληθυσμού της γης. Το 25-40% των χρόνιων πασχόντων από HBV καταλήγουν, είτε από τις επιπλοκές της κίρρωσης του ήπατος είτε από ηπατοκυτταρικό καρκίνο. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αν ο δείκτης HBsAg είναι >8% στον πληθυσμό (θετικός) τότε η περιοχή χαρακτηρίζεται ως πολύ ενδημική, από 2-7% η περιοχή χαρακτηρίζεται ενδιάμεσης ενδημικότητας και τέλος με <2% χαρακτηρίζεται ως χαμηλή. Εκτιμάται ότι 10% από τα 40 εκατομμύρια άτομα που έχουν μολυνθεί με τον HIV σε όλο τον κόσμο, έχουν συλλοίμωξη με τον HBV. Η ηλικία των 25-45 ετών φαίνεται να εμφανίζει την υψηλότερη συχνότητα οξείας ηπατίτιδας Β. Το 79% των νέων περιπτώσεων σε ηπατίτιδα Β συνδέεται με την χρήση ναρκωτικών ουσιών ή την επικίνδυνη σεξουαλική ζωή. Επιπλέον, το 5% αντιστοιχεί σε έκθεση στον ιό στην εργασία, ταξίδια, ύστερα από ιατρική περίθαλψη κλπ, ενώ το 16% αρνούνται πως είχαν κάποιο αιτιολογικό παράγοντα για την νόσο. Όσο αφορά την Ελλάδα ανήκει στις χώρες με ενδιάμεση ενδημικότητα και η επίπτωση της λοίμωξης ποικίλει στα διάφορα γεωγραφικά διαμερίσματα. Ο επιπολασμός της νόσου εκτιμάται ότι είναι 2-8% σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Συγκεκριμένα, στο σύνολο του πληθυσμού της χώρας, ο επιπολασμός της νόσου ανέρχεται σε 2,6% και το 8% αφορά ομάδες υψηλού κινδύνου και μπορεί και να ξεπεράσει το 25%. Ο επιπολασμός της νόσου στην Ελλάδα έχει μειωθεί από την δεκαετία του '70 και μετά, αλλά τα τελευταία χρόνια εμφανίζει αύξηση κυρίως λόγω της εισόδου μεταναστών στην χώρα. Σύμφωνα με τους Χατζάκης και Κοντζανού, 2013, ο επιπολασμός της νόσου

στους μετανάστες από την Αλβανία είναι 10-23%, στους μουσουλμάνους της Θράκης 15% και στους αθίγγανους 8%.

Γράφημα 1: Επίπτωση της Ηπατίτιδας Β και C στην Ελλάδα



ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ (Πρόσβαση στις 13/11/15)

Σύμφωνα με τον Robert Perrillo (2015), το 63% των συνολικά 28 εκατομμυρίων μεταναστών που εισήλθαν στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής προέρχονταν από χώρες με μέση ή υψηλή συχνότητα της νόσου. Επίσης υπολογίζεται ότι μεταξύ 2004-2008 έχουμε 53.000 νέες περιπτώσεις με χρόνια ηπατίτιδα Β και το 60% προέρχεται από Κίνα, Βιετνάμ και Φιλιππίνες. Ακόμα, σύμφωνα με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC), 2,2 εκατομμύρια ασθενών είναι πιθανό να εμφανίσουν χρόνια HBV λοίμωξη εκ των οποίων οι 1,3 εκατομμύρια θα έχουν γεννηθεί στο εξωτερικό. Πρέπει να τονιστεί πως τα ποσοστά ενδέχεται να είναι χαμηλά γιατί δεν λαμβάνονται υπόψιν οι παράνομοι μετανάστες και άλλες κοινωνικά ασθενείς ομάδες.

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με την μελέτη των Raptoroulou κ.α.. (2009) υπήρχε αλλαγή στην επιδημιολογία της ηπατίτιδας Β στους μετανάστες και στους Έλληνες. Στους μετανάστες ο κυρίαρχος τύπος ήταν ο HBeAg(+) ενώ στους Έλληνες ήταν ο HBeAg(-).

9.2.3. Ψυχικές Διαταραχές

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι πλειοψηφία των μεταναστών που εμφάνισαν ψυχιατρικό νόσημα, έπασχαν από κατάθλιψη. Αυτό έρχεται να ενισχύει τις ήδη υπάρχουσες έρευνες. Επιπλέον, ένας σημαντικός αριθμός πάσχει από αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές του ύπνου μη οργανικής αιτιολογίας και τέλος υπάρχουν άτομα που παρουσιάζουν σύνδρομο εξάρτησης λόγω παλαιότερης χρήσης οπιοειδών.

Η μετανάστευση αποτελεί μια διαδικασία στην οποία το άτομο υποβάλλεται σε μια αλληλουχία ψυχοπιεστικών καταστάσεων επιβαρύνοντας την ψυχική υγεία του. Ατομικοί παράγοντες (φύλο, ηλικία, προσωπικότητα, προσαρμοστικότητα κλπ) συμβάλλουν σημαντικά τόσο στο προ-μεταναστευτικό, μεταναστευτικό και μετα-μεταναστευτικό στάδιο αλλά και οι εξαρτημένοι παράγοντες (οικονομικοί λόγοι, ανεργία, ρατσισμός, γλώσσα, εκπαίδευση κλπ) συμβάλλουν στην εξέλιξη της ψυχικής υγείας των μεταναστών.

Έρευνες για την ψυχική υγεία των προσφύγων έδειξαν πως τα 2/3 βιώνουν άγχος και κατάθλιψη. Επιπλέον, η κατάθλιψη μαζί με την μετατραυματική διαταραχή stress είναι η κυριότερες αιτίες ψυχιατρικής νοσηρότητας στους πρόσφυγες. Στην εμφάνιση της νοσηρότητας συμβάλλουν όλα τα ψυχοπιεστικά γεγονότα τα οποία υφίσταται στην διαδικασία της μετανάστευσής τους οι πρόσφυγες τόσο σε προ-μεταναστευτικό, μεταναστευτικό και μετα-μεταναστευτικό στάδιο. Η αντιμετώπιση των ψυχικών προβλημάτων υγείας των προσφύγων οφείλει να είναι ολιστική. (Μαστρογιάννη, 2013)

Σύμφωνα με την έρευνα του Γεώργιου Χατζηπουλίδη, 2009, φαίνεται και εδώ ότι οι μετανάστες παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης και άγχους. Επιπλέον, φαίνεται πως οι μετανάστες εμφανίζουν και σχιζοφρένεια αλλά η νόσος παρουσιάζεται μετά από 10 χρόνια από την στιγμή της επανεγκατάστασής τους. Τέλος, οι μετανάστες φαίνεται να παρουσιάζουν μετατραυματική αγχώδης διαταραχή και να αυτοκτονούν.

Όσο αφορά το κομμάτι των αυτοκτονιών, σύμφωνα με την έρευνα, 16 άτομα αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν και η πλειοψηφία τους ήταν από την Παλαιστίνη. Η ηλικιακή ομάδα που ανήκε η πλειοψηφία των ατόμων ήταν μεταξύ 18-30.

9.3. Διάφορα νοσήματα

Οι περισσότεροι φιλοξενούμενοι φάνηκαν να έπασχαν από αναπνευστικά νοσήματα πάσης φύσεως. Μετά φάνηκε να είναι τα νοσήματα που αφορούν το πεπτικό σύστημα, στη συνέχεια ήταν τα συμπτώματα, σημεία και παθολογικά κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα που δεν ταξινομούνται αλλού, στη συνέχεια οι συνέπειες τραυματισμού, δηλητηρίασης και ορισμένες άλλες εξωγενείς αιτίες, έπειτα οι

παθήσεις του δέρματος και του υποδόριου ιστού, μετά οι παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επικοινωνία με υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, οι μετανάστες έπασχαν από ορισμένα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα, μετά φάνηκε ότι έπασχαν από παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού, μετά ήταν οι ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς, μετά ήταν οι παθήσεις του οφθαλμού και των εξαρτημάτων του, στη συνέχεια οι παθήσεις του ουροποιογεννητικού συστήματος, μετά ήταν τα εξωγενή αίτια νοσηρότητας και θνησιμότητας, επιπλέον είχαμε τις παθήσεις του ωτός και της μαστοειδούς απόφυσης, μετά τις παθήσεις του κυκλοφορικού, στη συνέχεια τις παθήσεις του νευρικού συστήματος, μετά τις ενδοκρινικές, διατροφικές και μεταβολικές παθήσεις, επίσης πάσχουν από παθήσεις του αίματος και των αιμοποιητικών οργάνων και ορισμένες διαταραχές του ανοσολογικού μηχανισμού και τέλος πάσχουν από συγγενείς ανωμαλίες, διαμαρτίες της διάπλασης και χρωμοσωμικές ανωμαλίες. Η σειρά των κατηγοριών που αναφέρονται παραπάνω έχουν να κάνουν με την συχνότητα εμφάνισης τους μέσα στο δείγμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το φαινόμενο της μετανάστευσης είναι διεθνές και προβληματίζει πολλά κράτη σε σχέση με τον τρόπο διαχείρισης των μεταναστών. Η γεωγραφική ιδιαιτερότητα της Ελλάδας την προσδιορίζει ως τον βασικότερο τόπο εισόδου αυτών των ατόμων. Η αντιμετώπιση του φαινομένου από τη χώρα μας δεν είναι στατική και συνεχώς αναδιαρθρώνεται, ανάλογα με την ποσότητα και τα γηγενή χαρακτηριστικά των εισερχόμενων μεταναστών αλλά και την πολιτική της κυβέρνησης σε αυτό το θέμα.

Τα Κέντρα Κράτησης αποτελούν μια διαχειριστική προσέγγιση που δεν φαίνεται να έχει συνέχεια από αυτό το πρίσμα και αναμένονται αλλαγές στη φιλοσοφία του εγχειρήματος αυτού και τη μετατροπή πιθανώς σε κέντρα φιλοξενίας. Όπως και να έχει όμως οι δομές αυτές υποδέχονται και φιλοξενούν ανθρώπους με πλείστα προβλήματα υγείας, τα οποία αυτή η μελέτη προσπάθησε να καταγράψει και ομαδοποιήσει, έτσι ώστε να μπορέσει να δώσει σημαντικά στοιχεία στην επιστημονική κοινότητα για το επιδημιολογικό προφίλ των μεταναστών αυτών.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι μετανάστες που φιλοξενούνται σε δομές αντιμετωπίζουν κυρίως παθήσεις του αναπνευστικού και του πεπτικού συστήματος. Επιπλέον, σημαντικός αριθμός παρουσίασε συμπτώματα, σημεία και παθολογικά κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα που δεν ταξινομούνται αλλού. Μετά ήταν οι τραυματισμοί, δηλητηριάσεις και ορισμένες άλλες εξωγενείς αιτίες, οι παθήσεις του δέρματος και του υποδόριου ιστού. Επιπλέον, οι μετανάστες έπασχαν από ορισμένα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα, από παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού. Γενικότερα, η μελέτη κατέδειξε πληθώρα νοσημάτων από τα οποία έπασχαν οι μετανάστες και για τα οποία χρειάστηκαν ιατρική και φαρμακευτική αντιμετώπιση.

Βέβαια, πέρα από τα βασικά και αντικειμενικά προβλήματα σωματικής υγείας, η μελέτη έδειξε ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας ήταν εξίσου σημαντικά. Η κατάθλιψη ήταν το συχνότερο νόσημα και ακολουθούσαν οι αγχώδεις διαταραχές. Ενδιαφέρον, παρουσίασαν τα αποτελέσματα που σχετίζονται με την αϋπνία μη οργανικής αιτιολογίας καθώς και οι ψυχικές διαταραχές που σχετίζονται με παλαιότερη χρήση ουσιών, μιας και τα ποσοστά τους είναι υψηλά. Ξεχωριστά μελετήθηκαν τα άτομα που έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας λόγω της ιδιαιτερότητας που παρουσιάζει η συγκεκριμένη κατηγορία. Ο αριθμός των ατόμων που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν (με οποιοδήποτε μέσο) δεν ήταν μεγάλος και ένα μόνο άτομο χρειάστηκε να νοσηλευτεί εξαιτίας της απόπειρας.

Μέσα από αυτή τη μελέτη επίσης φάνηκε πως το σύστημα υγείας παρουσίασε αδυναμίες, αν και υπήρξαν προσπάθειες για τη βέλτιστη διαχείριση των περιστατικών. Φάνηκε επίσης ότι είναι απαραίτητος ο προσυμπτωματικός έλεγχος για

μεταδιδόμενα νοσήματα των εισερχομένων σε αυτές τις δομές είναι αναγκαίος, για να υπάρξουν αντικειμενικά στοιχεία τα οποία θα βοηθήσουν τους φιλοξενούμενους αλλά και θα προστατεύσουν τη δημόσια υγεία.

Η συνέχιση και η παρακολούθηση δε των ασθενών με σημαντικές ασθένειες όπως η ηπατίτιδα, αποτελούν ένα ακόμα πρόβλημα, λόγω της κινητικότητας των μεταναστών και ως εκ τούτου της αδυναμίας παρακολούθησής τους.

Η λειτουργία των ιατρείων των Κέντρων Κράτησης επί 24ώρου βάσεως με την κατάλληλη υγειονομική διεπιστημονική ομάδα (ιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και κοινωνικοί, κ.λ.π), θα προσδώσει ποιοτική ουσιαστική και εξατομικευμένη παροχή φροντίδας υγείας. Η λειτουργία αυτών των κέντρων δεν θα πρέπει φυσικά να είναι αποκομμένη από το εθνικό σύστημα υγείας, με αποσαφηνισμένο το ρόλο του καθενός, αλλά και με την καλύτερη δυνατή επικοινωνία και συνεργασία όλων των προσφερόμενων δομών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

11.1 Περίληψη

Μελέτη του νοσολογικού φάσματος, της χρήσης και του κόστους των υπηρεσιών υγείας μεταναστών

Εισαγωγή: Η είσοδος παράτυπων μεταναστών στην Ελλάδα έχει δημιουργήσει ανησυχίες σχετικά με τα νοσήματα που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες. Η αδυναμία αναζήτησης και χρήσης υπηρεσιών υγείας από τους ίδιους, η μη συστηματική καταγραφή των νοσημάτων, των φαρμάκων αλλά και του κόστους της χρήσης υπηρεσιών υγείας, έχει οδηγήσει στη μη ορθή γνώση του νοσολογικού φάσματος που αντιμετωπίζει η συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού, με αποτέλεσμα να εντείνονται οι ανησυχίες για την Δημόσια Υγεία.

Σκοπός: Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι να αποτυπώσει το νοσολογικό φάσμα, την χρήση αλλά και το κόστος των υπηρεσιών υγείας των παράτυπων μεταναστών που φιλοξενήθηκαν σε Κέντρο Κράτησης. Η μελέτη σχεδιάστηκε για να παρέχει πληροφορίες αναφορικά με το επίπεδο υγείας των μεταναστών αλλά και για να συμβάλλει στην υιοθέτηση αποτελεσματικών πολιτικών υγείας για την αντιμετώπιση του μεταναστευτικού.

Μεθοδολογία: Έγινε καταγραφή των επιδημιολογικών δεδομένων των 4756 αρρένων που φιλοξενήθηκαν στο κέντρο κράτησης από την αρχή της λειτουργίας του έως και τον Αύγουστο του 2015. Εξ αυτών, οι 1457 έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας και έγινε λεπτομερής καταγραφή του ιατρικού ιστορικού τους. Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το αρχείο SPSS και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε σε $p \leq 0.05$. Για την εκπόνηση της συγκεκριμένης μελέτης χρειάστηκε άδεια από το Αρχηγείο της Ελληνικής Αστυνομίας.

Αποτελέσματα: Το 5,6% των φιλοξενούμενων που έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας εξετάστηκαν για μεταδιδόμενα νοσήματα, το 16,7% έκαναν γενική εξέταση αίματος και το 13,5% έκαναν βιοχημικό έλεγχο. Το 32,8% έκαναν απεικονιστικό έλεγχο με κυριότερη απεικονιστική εξέταση την ακτινογραφία θώρακος σε ποσοστό 27%. Το 4,5% έκανε ηπερηχογραφικό έλεγχο με συχνότερο το υπέρηχο άνω κοιλίας (ήπατος, στο οποίο περιλαμβάνονται χοληφόρα και χοληδόχος κύστης, παγκρέατος, σπληνός) σε ποσοστό 2,4%. Το 0,4% έκανε αξονική εξέταση, με του εγκεφάλου να είναι συχνότερη (0,1%). Σε μαγνητική υποβλήθηκε μόνο 1 άτομο και συγκεκριμένα σε μαγνητική τομογραφία υποφύσεως. Όσο αφορά την εισαγωγή σε νοσοκομείο και την νοσηλεία, μόνο το 3,2% των ατόμων που έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας χρειάστηκε να νοσηλευτούν. Η πλειοψηφία των ατόμων νοσηλεύτηκε στο Γενικό

Νοσοκομείο Κορίνθου και η συχνότερη κατηγορία Κλειστού Ενοποιημένου Νοσηλείου ήταν οι "Παθήσεις και διαταραχές του πεπτικού συστήματος" σε ποσοστό 0,7%. Επιπλέον, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η ζήτηση υπηρεσιών έγινε κυρίως στο ιατρείο εντός του Κέντρου Κράτησης (68,5%) και στη συνέχεια στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου (43,4%). Όσο αφορά το νοσολογικό φάσμα, το 45,6% των ατόμων έπασχαν από παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος, έπονταν οι παθήσεις του πεπτικού (30,1%) και τα συμπτώματα, σημεία και παθολογικά κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα που δεν ταξινομούνται αλλού (24,9%). Οι συνέπειες τραυματισμού, δηλητηρίασης και ορισμένες άλλες εξωγενείς αιτίες εμφάνισαν ποσοστό 19,6%, οι παθήσεις του δέρματος και του υποδόριου ιστού (18,7%), μετά είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επικοινωνία με υπηρεσίες υγείας (16,7%). Επιπλέον, έπασχαν από ορισμένα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα (15,9%), από παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού (15,6%), από ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς (10,3%), με ποσοστό 7,2 οι μετανάστες έπασχαν από παθήσεις του οφθαλμού και των εξαρτημάτων του και έπονται οι παθήσεις του ουροποιογεννητικού συστήματος (7%), τα εξωγενή αίτια νοσηρότητας και θνησιμότητας (4,3%), οι παθήσεις του ωτός και της μαστοειδούς απόφυσης (4%), οι παθήσεις του κυκλοφορικού (2,7%), οι παθήσεις του νευρικού συστήματος (2,2%), οι ενδοκρινικές, διατροφικές και μεταβολικές παθήσεις (1,3%), οι παθήσεις του αίματος και των αιμοποιητικών οργάνων και ορισμένες διαταραχές του ανοσολογικού μηχανισμού (0,2%) και τέλος με ποσοστό 0,2% έπασχαν από συγγενείς ανωμαλίες, διαμαρτίες της διάπλασης και χρωμοσωμικές ανωμαλίες. Επιπλέον, όσο αφορά την χρήση φαρμακευτικής αγωγής, η πλειοψηφία (32,9%) έκαναν χρήση αντιβιοτικών, έπονται η χρήση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών (31,7%), η χρήση αναλγητικών- αντιπυρετικών (19,9%), η χρήση φαρμάκων που αφορούν την λειτουργία της γαστρικής έκκρισης (19,3%), η χρήση αντισταμινικών (15,4%) και τέλος ήταν η χρήση φαρμάκων κατά των τοπικών λοιμώξεων (11,8%). Όσο αφορά το κόστος, συνολικά ήταν 88.624,44 ευρώ για την υγειονομική κάλυψη.

Συμπεράσματα: Ο συστηματικός προσυμπτωματικός έλεγχος και η συστηματική καταγραφή των νοσημάτων και της χρήσης υπηρεσιών υγείας για τους παράτυπους μετανάστες θα βοηθούσε στην ολιστική αντιμετώπιση και στην χάραξη πολιτικής υγείας στον τομέα του μεταναστευτικού. Τέλος, η συνεχόμενη λειτουργία ιατρείων εντός των Κέντρων υπό την εποπτεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, αλλά και η διαρκής παρακολούθηση των ασθενών που πάσχουν από μεταδιδόμενα νοσήματα θα βοηθούσε στην ουσιαστική αντιμετώπιση των ασθενειών αλλά και την προστασία της Δημόσιας Υγείας.

Λέξεις κλειδιά: μετανάστες, παράνομοι, υγεία μεταναστών, ψυχική υγεία μεταναστών

11.2 Abstract

Study of the nosology spectrum, use and cost of migrant health services.

Background: The entry of irregular migrants in Greece has created concerns about diseases affecting immigrants. The inability to search and use of health services by themselves, the non systematic recording of diseases, medications and costs of using health services, has led to incorrect knowledge of nosology spectrum which facing these particular population group. All these intensifying concerns about public health.

Aim: The purpose of this study is to capture the nosological spectrum, the use and the cost of health services for irregular migrants hosted on Detention Center. The study was designed to provide information regarding the health status of migrants and to contribute to the adoption of effective health policies to management the immigration issue.

Methods: Done recording of epidemiological data of 4756 male hosted in the Detention Center from the beginning of its operation until August 2015. Of these, 1457 have used health services and became a detailed record of their medical history. For the statistical analysis of the data was used SPSS file, and statistical significance was $p \leq 0.05$. For the preparation of this study I had permission from the Headquarters of Greek Police.

Results: The 5.6% of guests who used health services tested for transmitted diseases, 16.7% did complete blood count and 13.5% did biochemical control. The 32.8% did imaging evaluation with the main imaging examination chest X-ray 27%. The 4.5% did U/S control with frequent Ultrasonic upper abdomen (liver, which contains bile ducts and gall bladder, pancreas, spleen) at 2.4%. 0.4% had CT examination, with the brain to be more frequent (0.1%). In MRI was only one person, namely to MRI pituitary. As for hospitalization and treatment, only 3.2% of people who used health services had to be hospitalized. The majority of people admitted to the General Hospital of Corinth and the commonest class Closed Consolidated hospitalizations were "Diseases and disorders of the digestive system" at a rate of 0.7%. Moreover, according to the survey results, the demand for services was primarily to the clinic within the Detention Centre (68.5%) and then to Corinth General Hospital (43.4%). Regarding the nosological spectrum, 45.6% of people suffering from respiratory diseases, eponan digestive diseases (30.1%) and symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified (24.9 %). The consequences of injuries, poisoning and some other external causes showed a rate of 19.6%, diseases of the skin and subcutaneous tissue (18.7%), following are the factors affecting health status and contact with health services (16 , 7%). Moreover, suffering from certain infectious and parasitic diseases (15.9%), diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (15.6%), mental and behavioral disorders (10.3%),

accounting for 7.2 immigrants suffering from ocular diseases and the post and the urogenital system components (7%), the exogenous source of morbidity and mortality (4.3%), diseases of the ear and mastoid process (4%), the circulatory diseases (2.7%), diseases of the nervous system (2.2%), endocrine, nutritional and metabolic diseases (1.3%), the blood diseases and blood-forming organs and certain disorders of the immune mechanism (0.2%) and finally with 0.2% suffering from congenital anomalies, malformations and chromosomal abnormalities. Furthermore, as regards the use of medication, the majority (32.9%) have used antibiotics, following the use of NSAIDs (31.7%), the use analgitikon- antipyretics (19.9%), the use of drugs concerning the operation of gastric secretion (19.3%), the use of antihistamines (15.4%) and finally was the use of medicines against local infection (11.8%). As for the cost, overall was 88,624.44 euros for health coverage.

Conclusions: Systematic screening and the systematic recording of diseases and use of health services for irregular migrants would help holistic approach in health policy development in the field of migration. Finally, the continuous dispensaries operate within the Centre under the supervision of the National Health System, and the continuous monitoring of patients suffering from transmitted diseases would help to effectively combat the disease but also the protection of public health.

Key words: immigrants, illegal, immigrant health, mental health of immigrants

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αλικάρη Β., 2012. "Επιπολασμός φυματίωσης σε μετανάστες και επίπτωση στους γηγενείς πληθυσμούς της Ευρώπης". Το βήμα του Ασκληπιού. 11ος Τόμος, 3ο Τεύχος, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2012

Αμιτσής Γ., Λαζαρίδη Γ., 2001. *Νομικές και Κοινωνικοπολιτικές Διαστάσεις της Μετανάστευσης στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση

Αθανασοπούλου Μ., Λεβεντάκου Γ., Τσίντζου Ε., Τσιρούδα Μ. «Επίδραση της μετανάστευσης στην έναρξη μητρικού θηλασμού από Αλβανίδες μητέρες σε Αθήνα, Ρώμη και Τίρανα.» Πανεπιστήμιο Αθηνών. Ερευνητικό Πρωτόκολλο. Μάιος 2007.

Βγενόπουλος Κ., 1998. *Πρόσφυγες και μετανάστες στην Ελληνική Αγορά Εργασίας*. Πρακτικά Συνεδρίου Αθήνα- Αμφιθέατρο Υπουργείου Εξωτερικών 13 Ιουλίου 1988.

Βεντούρα Λ., 1994. *Μετανάστευση και Έθνος, Μετασηματισμοί στις συλλογικότητες και τις κοινωνικές Θέσεις*. Αθήνα: Θεωρία και Μελέτες Ιστορίας 15 Ε.Μ.Ν.Ε-ΜΝΗΜΩΝ 1994

Γιατροί Χωρίς Σύνορα , "Παρατεταμένη και συστηματική κράτηση μεταναστών και αιτούντων άσυλο σε ακατάλληλες συνθήκες στην Ελλάδα 2008-2014." Διαθέσιμο στο internet στο " http://www.msf.gr/sites/default/files/msfpublications/report_detention_migrants_greece_gr.pdf" (Πρόσβαση στις 15/10/15)

Διεθνής Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού. Διατίθεται στο internet " https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=9&cad=rja&uact=8&ved=0CEoQFjAIAhUKEwjD0JnL3MzIAhXIBiwKHQwUAM0&url=https%3A%2F%2Fwww.unhcr.gr%2Fno_cache%2Fprostasia%2Fpaidia.html%3Fcid%3D802%26did%3D599%26sechash%3D84939487&usg=AFQjCNEVctV_dAMDJIOv-hh0QDnXX_E3tA" (Πρόσβαση στις 18/10/15)

Δίκαιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Διαθέσιμο στο internet < http://europa.eu/eu-law/index_el.htm > (πρόσβαση στις 18/10/15)

Ελληνική Αστυνομία. Διατίθεται στο internet " <http://www.hellenicpolice.gr/newsite.php?&lang=>" (Πρόσβαση στις 10/10/15)

Ελληνικό Σύνταγμα. Διατίθεται στο internet " <http://www.teilam.gr/nomothesia/Syntagma.pdf>" . Πρόσβαση στις 23/10/15

Ευρωπαϊκή Ένωση. Διαθέσιμο στο internet < http://europa.eu/about-eu/countries/index_el.htm> (Πρόσβαση 8/10/15)

Καβουνίδη Τ., 2002. *Τα χαρακτηριστικά των μεταναστών: Το ελληνικό πρόγραμμα νομιμοποίησης του 1998*. Αθήνα: Σάκκουλα

Κακκάλης Π., 2009. *Δίκαιο Αλλοδαπών*. 3rd ed. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.

Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου Α., Σουρτζή, Π., 2005. *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις

Κανονισμός Δουβλίνο II. Διατίθεται στο internet "<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=uriserv:l33153>" (Πρόσβαση στις 18/10/15)

Καβουνίδη Τ., 2002. *Τα χαρακτηριστικά των μεταναστών*. Αθήνα: Σάκκουλας

ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. Διαθέσιμο στο internet "<http://www2.keelpno.gr/blog/?p=1635>" . Πρόσβαση στις 13/11/15.

ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. Διαθέσιμο στο internet "<http://www.keelpno.gr/el-gr/%CE%B1%CF%81%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%B7/%CF%80%CE%B1%CE%B3%CE%BA%CF%8C%CF%83%CE%BC%CE%B9%CE%B1%CE%B7%CE%BC%CE%AD%CF%81%CE%B1%CE%BA%CE%B1%CF%84%CE%AC%CF%84%CE%B7%CF%82%CF%86%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%AF%CF%89%CF%83%CE%B7%CF%82.aspx#2>". Πρόσβαση στις 13/11/2015

Μουσούρου Α., 2003, *Μετανάστευση και Μεταναστευτική Πολιτική στην Ελλάδα και στην Ευρώπη*. 1st ed. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg

Μαρινάκη, Τσικουδάκη, Χανιαλάκη, 2010. *Καταγραφή απόψεων του νοσηλευτικού-μαιευτικού προσωπικού και επίτοκων μεταναστριών, σχετικά με την αντιμετώπιση τους κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας σε δημόσια μαιευτήρια*. ΑΤΕΙ Ηρακλείου. Διπλωματική εργασία. pp 7-66

Νόμος 1532/1985. Διατίθεται στο internet "<http://www.greeklaws.com/pubs/uploads/1070.pdf>" . Πρόσβαση στις 23/10/15

Νόμος 1426/1984. Διατίθεται στο internet "http://www.elinyae.gr/el/lib_file_upload/32a_84.1246878051953.pdf". Πρόσβαση στις 23/10/15

Νόμος 3386/2005. Διαθέσιμο στο internet <https://ec.europa.eu/anti-trafficking/sites/antitrafficking/files/law_33-86_2005_on_entry_stay_and_social_integration_greece_el_1.pdf> (πρόσβαση 18/10/15)

Νόμος 4074/2012. Διατίθεται στο internet "<https://nomoi.info/%CE%A6%CE%95%CE%9A-%CE%91-88-2012-%CF%83%CE%B5%CE%BB-1.html>". Πρόσβαση στις 23/10/15

Νόμος 3907/2011. Διατίθεται στο internet "http://www.et.gr/idos-nph/search/pdfViewerForm.html?args=5C7QrtC22wFYAFdDx4L2G3dtvSoClrL8kY_IXd9bfk8pCCmqt4mgGEHlbmahCJFQEmRQwePEviF8EeCoaT0MAKztT3Sb63xk3VvL3PiCQ3RLoVYQqjKioqfu8Gq1RKKQmyoZK8o4WQPrg-hHM84HjLSzN9_0w6rhDB46B3Ild9rrYY6DKWNt6g.." (Πρόσβαση στις 23/10/15)

Νόμος 2910/2001. Διατίθεται στο internet "file:///C:/Users/user_/Downloads/n_2910_01.pdf" (Πρόσβαση στις 4/11/15)

Παπαευαγγέλου Γ., Τσίμπος Κ., 2006. *Ιατρική Δημογραφία και Οικογενειακός Προγραμματισμός*. 3rd ed. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικής Εκδόσεις.

Παπαθεοδώρου Θ., 2007. *Νομικό Καθεστώς Αλλοδαπών, Ελληνική και Ευρωπαϊκή Νομοθεσία*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη

Πρόγραμμα της Χάγης. Διαθέσιμο στο internet "<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=uriserv:l16002>". (Πρόσβαση στις 18/10/15)

Πρόγραμμα της Στοκχόλμης. Διατίθεται στο internet "<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=URISERV:jl0034>". (Πρόσβαση στις 18/10/15)

Προεδρικό διάταγμα αρ. 76. Διατίθεται στο internet "<http://isx.gr/sites/default/files/%CE%9F%CE%A1%CE%93%CE%91%CE%9D%CE%99%CE%A3%CE%9C%CE%9F%CE%A3%20%CE%A4%CE%9F%CE%A5%20%CE%A5%CE%A0%CE%9F%CE%A5%CE%A1%CE%93%CE%95%CE%99%CE%9F%CE%A5%20%CE%A5%CE%93%CE%95%CE%99%CE%91%CE%A3%20%CE%9A%CE%91%CE%99%20%CE%A0%CE%A1%CE%9F%CE%9D%CE%9F%CE%99%CE%91%CE%A3.pdf>" (Πρόσβαση στις 10/10/15)

Συνθήκη της Γενεύης. Διαθέσιμο στο internet <<http://www.synigoros.gr/resources/docs/04-symvasiprotokollo.pdf>> (πρόσβαση 18/10/15)

Σαμπατάκου Ε., 2010. *Ερμηνεύοντας την εξέλιξη της κοινής μεταναστευτικής πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης

Συνθήκη Σένγκεν, 2015. Διαθέσιμο στο internet < <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=uriserv:l33020>> (πρόσβαση στις 18/10/15)

Συνθήκη του Μάαστριχτ. Διαθέσιμο στο internet <https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A3%CF%85%CE%BD%CE%B8%CE%AE%CE%BA%CE%B7_%CF%84%CE%BF%CF%85_%CE%9C%CE%AC%CE%B1%CF%83%CF%84%CF%81%CE%B9%CF%87%CF%84> . (Πρόσβαση στις 9/10/15)

Συνθήκη του Άμστερνταμ. Διαθέσιμο στο internet "http://europa.eu/eu-law/decision-making/treaties/pdf/treaty_of_amsterdam/treaty_of_amsterdam_el.pdf". (Πρόσβαση στις 5/10/15)

Συμβούλιο Τάμπερε. Διαθέσιμο στο internet "http://www.ypes.gr/UserFiles/f0ff9297-f516-40ff-a70e-eca84e2ec9b9/%CE%A4AMPERE_1999_EL.pdf". (Πρόσβαση στις 18/10/15)

Συνήγορος του Πολίτη. Διατίθεται στο internet στο "http://www.synigoros.gr/resources/porisma_diapistosi-anilikotitas-asynodefton-anilikon.pdf" (Πρόσβαση στις 23/10/15)

Τριανταφυλλίδου Α., Γρόπα Ρ., 2009. *Η Μετανάστευση στην Ενωμένη Ευρώπη*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική

Τριχόπουλος Δ., Καλαποθάκης Β., Πετρίδου Ε., 2000. *Προληπτική Ιατρική και Δημόσια Υγεία*. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

Υπουργική Απόφαση Αριθμ. 6634/1-355613 ΦΕΚ. Διατίθεται στο internet "http://www.et.gr/idos-nph/search/pdfViewerForm.html?args=5C7QrtC22wEaosRGzKxO6XdtvSoClrL8WtYosSaVLSgtiDow6HITE-JInJ48_97uHrMts-

https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9C%CE%B5%CF%84%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CF%83%CF%84%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C_%CE%B6%CE%AE%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%B1_%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD_%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1. (Πρόσβαση στις 18/10/15)

Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ. Διατίθεται στο internet "<https://www.unhcr.gr/>" (Πρόσβαση στις 18/10/15)

Υπουργική Απόφαση 8038/23/22-ΥΓ'. Διατίθεται στο internet "http://www.et.gr/idos-nph/search/pdfViewerForm.html?args=5C7QrtC22wE4q6ggiv8WTXdtvSoClrL870ttxUrqL015MXD0LzQTLf7MGgcO23N88knBzLCmTXKaO6fpVZ6Lx3UnKl3nP8NxdnJ5r9cmWyJWelDvWS_18kAEhATUkJb0x1LlIdQ163nV9K--td6SIucEYD86sr8UZqmRjKmwLhVQ9DQOyR261lgPpUGKuHTOF" . (Πρόσβαση στις 22/10/15)

Προεδρικό Διάταγμα 95/2000. Διατίθεται στο internet "<http://isx.gr/sites/default/files/%CE%9F%CE%A1%CE%93%CE%91%CE%9D%CE%99%CE%A3%CE%9C%CE%9F%CE%A3%20%CE%A4%CE%9F%CE%A5%20%CE%A5%CE%A0%CE%9F%CE%A5%CE%A1%CE%93%CE%95%CE%99%CE%9F%CE%A5%20%CE%A5%CE%93%CE%95%CE%99%CE%91%CE%A3%20>

%CE%9A%CE%91%CE%99%20%CE%A0%CE%A1%CE%9F%CE%9D%CE%9F%CE%99%CE%91%CE%A3.pdf". Πρόσβαση στις 23/10/15

Πολυζωγόπουλος, Δ., Πολυχρονόπουλος Βλ., (2005). *Κλινική Πνευμονολογία*. (2nd ed., vol 2). Αθήνα: Π.Χ Πασχαλίδης

Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Διατίθεται στο internet "http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_el.pdf". Πρόσβαση στις 23/10/15

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Andreoli T., Carpenter C., Griggs R., Loscalzo J., 2003. Παθολογία. (5th ed. vol 1). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα

Behzadi M. A., Ziyaeyan M., Asaei, 2014. Hepatitis B virus DNA level Among the Afghan Immigrants, Southern Iran. *Journal Jundishapur Microbiol.* 2014;7(5):e10127.

Carballo M., Divino J. J., Zeric D., 1998. *Migration and health in the European Union. Tropical Medicine and International Health*, Volume 3, No 12, pp 936-944.

Davies P., Barnes P., Gordon S., 2010. *Κλινική Φυματιολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη.

Devi S., 2009. *US health and immigration systems failing migrants*. *The Lancet*, volume 373.

Evans P., 2008. Nonemergency Medical Care for Illegal Immigrants in Texas. *American Medical Association Journal of Ethics*. Volume 10, Number 4: 195-200.

European migration network. Διατίθεται στο internet στο "http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-we-do/networks/european_migration_network/reports/docs/emn-studies/irregular-migration/gr_20120314_irregularmigration_gr_version_final_el.pdf" (Πρόσβαση στις 23/10/15)

European migration network. Διατίθεται στο internet στο "http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-we-do/networks/european_migration_network/reports/docs/annual-policy/2014/12b_greece_apr_2014_part2_greek.pdf" (Πρόσβαση στις 23/10/15)

FRONTEX. Διατίθεται στο internet "http://europa.eu/about-eu/agencies/regulatory_agencies_bodies/policy_agencies/frontex/index_el.htm" (Πρόσβαση στις 4/11/15).

Gavagan T., Brodyaga L., 1998. *Medical Care for Immigrants and Refugees. American Family Physician*, 1;57 (5):1061-1068.

Giddens A., 2002. *Κοινωνιολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.

Hargreaves S., Seedat F., Car J., Escombe R., Hasan S., Eliahoo J., Friendland, 2014. *Screening for latent TB, HIV, and Hepatitis B/C in new immigrants in a high prevalence area of London, UK: a cross-sectional study. BMC Infectious Diseases* 2014, 14:657

King R., Black R., 2008. *Southern Europe and the New Immigrations*. Sunnex Academic Press

Khyatti M., Trimbitas R., Zouheir Y., Benani A., El Messaoudi M., Hemminki K., 2014. *Infectious diseases in North Africa and North African immigrants to Europe. European Journal of Public Health*, Vol 24, Supplement 1, 2014, 47-56.

Marks V., Cantor T., Mesko D., Rudolf P., Nosalova G., 2009. Εργαστηριακές εξετάσεις και Διαφορική Διάγνωση. Οδηγός στην Κλινική Διερεύνηση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη

Perrillo R., 2015. Screening for hepatitis B in the immigrant population and individuals who are in need of immunosuppressive drug therapy. *Baylor University Medical Centre Proceedings*, volume 24, volume 4: 443-444.

Pourhossein B., Irani A. D., Mostafavi E., 2015. *Major Infectious diseases affecting the Afghan immigrant population of Iran: a systematic review and meta-analysis. Epidemiology and Health*, Volume 35, Article ID:e2015002.

Springett VH., Adams JCS., D'Costa TB., Hemming M., 1958. Tuberculosis in immigrants in Birmingham. *Brit. J prev Soc Med* 12: 135-140

Sharma S., Carballo M., Feld J., Janssen H., 2015. Immigration and viral hepatitis. *Journal of Hepatology* 2015 vol. 63, 515-522.

Talor C., Lillis C., LeMone P., 2010. Θεμελιώδης Αρχές της Νοσηλευτικής, η Επιστήμη και η Τέχνη της Νοσηλευτικής Φροντίδας. 2nd ed. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Torres A., Sanz B., 2000. Health care provision for illegal immigrants: should public health be concerned? *Journal Epidemiol Community Health* 2000;54:478-479

W.H.O, 2010. Health of Migration- the way Forward.