

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ:
«ΔΙΕΘΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗ-ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: Χρόνια Ορθοπεδικά Προβλήματα σε Αιτούντες
Άσυλο, Πρόσφυγες και Μετανάστες σε Δευτεροβάθμιο και
Τριτοβάθμιο Επίπεδο: Μελέτη σε Μεγάλο Νοσοκομείο του
Βορειοδυτικού Λονδίνου

ΜΕΤΑΠΤ. ΦΟΙΤΗΤΗΣ: ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΓΟΥΛΙΔΑΚΗΣ
ΑΘΗΝΑ
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2024

POSTGRADUATE STUDY PROGRAMME:
"INTERNATIONAL MEDICINE-HEALTH CRISIS
MANAGEMENT"

NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF
ATHENS
MEDICAL SCHOOL

MSc THESIS

TOPIC: Chronic Orthopaedic Problems in Asylum Seekers,
Refugees and Migrants at Secondary and Tertiary Level: A
Study in a Large Hospital of North West London

POSTGRADUATE STUDENT: VASILEIOS GOULIDAKIS

ATHENS

SEPTEMBER 2024

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ
ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ
ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ
ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
Τ... Μεταπτυχιακ..... Φοιτητ..

Εξεταστική Επιτροπή

-, Επιβλέπων
-, Μέλος
-, Μέλος

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίσθηκε απο την ΓΣΕΣ της Ιατρικής Σχολής του Παν. Αθηνών Συνεδρίαση της^{ης} 20... για την αξιολόγηση και εξέταση τ... υποψηφίου κ..., συνεδρίασε σήμερα .../.../....

Η Επιτροπή **διαπίστωσε** ότι η Διπλωματική Εργασία τ. Κ...
..... με τίτλο
.....
.....
.....
....., είναι πρωτότυπη,

επιστημονικά και τεχνικά άρθρα και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και εμπειριστατωμένη.

Η εξεταστική επιτροπή αφού έλαβε υπ' όψιν το περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη, με ψήφους προτείνει την απονομή στον παραπάνω Μεταπτυχιακό Φοιτητή την απονομή του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's).

Στην ψηφοφορία για την βαθμολογία ο υποψήφιος έλαβε για τον βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» ψήφους, για τον βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» ψήφους, και για τον βαθμό «ΚΑΛΩΣ» ψήφους Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός «(Άριστα/Λίαν Καλώς/Καλώς)& (Βαθμός).....».

Τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

-, Επιβλέπων
(Υπογραφή)
-, Μέλος
(Υπογραφή)
-, Μέλος
(Υπογραφή)

Περίληψη

Η παρούσα μελέτη ξεκινά με μια εκτενή βιβλιογραφική ανασκόπηση της προσφυγικής κρίσης στην Ελλάδα, το Ηνωμένο Βασίλειο και την Ευρώπη. Στη συνέχεια, εξετάζει τη συχνότητα εμφάνισης και τις μεθόδους αντιμετώπισης χρόνιων ορθοπεδικών προβλημάτων σε αιτούντες άσυλο, μετανάστες, καθώς και στον τοπικό πληθυσμό του βορειοδυτικού Λονδίνου. Συνολικά, συμμετείχαν 160 άτομα, εκ των οποίων 35 ήταν αιτούντες άσυλο, 21 μετανάστες και 104 ανήκαν στον τοπικό πληθυσμό. Τα αποτελέσματα έδειξαν 18 περιπτώσεις χρόνιων ορθοπεδικών προβλημάτων στους αιτούντες άσυλο, 14 στους μετανάστες και 40 στον τοπικό πληθυσμό. Η χειρουργική αντιμετώπιση εφαρμόστηκε στο 29% των αιτούντων άσυλο, 62% των μεταναστών και 57% του τοπικού πληθυσμού, χωρίς στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων. Επιπλέον, η φυσιοθεραπεία χρησιμοποιήθηκε στο 71% των αιτούντων άσυλο, 38% των μεταναστών και 39% του τοπικού πληθυσμού, επίσης χωρίς στατιστικά σημαντικές διαφορές. Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η πρόσβαση και οι δυνατότητες αντιμετώπισης των χρόνιων ορθοπεδικών προβλημάτων είναι παρόμοιες στις τρεις πληθυσμιακές ομάδες, παρά τις διαφορετικές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες.

Λέξεις κλειδιά: Χρόνια Ορθοπεδικά Προβλήματα, Αιτούντες Άσυλο, Πρόσφυγες, Μετανάστες, Ηνωμένο Βασίλειο, Εθνικό Σύστημα Υγείας

Abstract

This study begins with an extensive literature review of the refugee crisis in Greece, the UK and Europe. It then investigates the prevalence and management of chronic orthopaedic problems in asylum seekers, migrants and the local population in North West London. A total of 160 participants were enrolled, of whom 35 were asylum seekers, 21 were migrants and 104 were from the local population. The results showed 18 cases of chronic orthopaedic problems in asylum seekers, 14 in migrants and 40 in the local population. Surgical treatment was applied to 29% of asylum seekers, 62% of migrants and 57% of the local population, with no statistically significant differences between the groups. In addition, physiotherapy was used in 71% of asylum seekers, 38% of migrants and 39% of the local population, also with no statistically significant differences. The findings suggest that access and treatment options for chronic orthopaedic problems are similar across the three population groups, despite different socioeconomic circumstances.

Key words: Chronic Orthopaedic Problems, Asylum Seekers, Refugees, Migrants, United Kingdom, National Health System

Περιεχόμενα

Περίληψη	5
Abstract.....	6
Εισαγωγή	8
Η προσφυγική κρίση στην Ελλάδα	9
Ευρώπη: η Ευρωπαϊκή Ένωση και η περιοχή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ)	12
Προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ενήλικες πρόσφυγες	16
Ψυχική υγεία και ελλείψεις στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη	16
Σωματική υγεία και κατάσταση ανοσοποίησης.....	18
Προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν τα παιδιά πρόσφυγες	21
Ψυχική υγεία και ψυχοκοινωνικές συνέπειες για τα παιδιά και τους εφήβους πρόσφυγες.....	21
Σωματική υγεία και κατάσταση εμβολιασμού των παιδιών και εφήβων προσφύγων.....	25
Διεθνή πλαίσια για τη μετανάστευση και την υγεία	26
Οι οικονομικές διαστάσεις της μετανάστευσης	28
Η μετανάστευση στο Ηνωμένο Βασίλειο και οι επιπτώσεις της στο NHS	30
Σκοπός της μελέτης	32
Μεθοδολογία	34
Πληθυσμός μελέτης	34
Συλλογή δεδομένων	34
Στατιστική Ανάλυση.....	34
Αποτελέσματα	35
Πληθυσμός Μελέτης.....	35
Συχνότητα εμφάνισης των χρόνιων ορθοπεδικών προβλημάτων.....	35
Χειρουργική Αντιμετώπιση Χρόνιων Ορθοπεδικών Προβλημάτων.....	37
Αντιμετώπιση με Φυσιοθεραπεία Χρόνιων Ορθοπεδικών Προβλημάτων.....	40
Συμπεράσματα - Προτάσεις	44
Βιβλιογραφικές παραπομπές	50
Παραρτήματα	59

Εισαγωγή

Η μετανάστευση είναι κάτι γνωστό στην κοινωνία μας αιώνες τώρα. Η προσφυγική κρίση οδήγησε σε ταξίδια απελπισίας προς και σε όλη την Ευρώπη και σε όλο τον κόσμο. Μέχρι το τέλος του 2016, ο αριθμός των βίαια εκτοπισμένων έφτασε το ρεκόρ των 65,6 εκατομμυρίων παγκοσμίως (1). Οι εκτιμήσεις έφτασαν μάλιστα στο υψηλότερο επίπεδο από το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου (1). Ο πληθυσμός αυτός περιλαμβάνει πρόσφυγες (22,5 εκατομμύρια), άτομα που έχουν εκτοπιστεί στο εσωτερικό των χωρών τους (40 εκατομμύρια) και αιτούντες άσυλο (3,1 εκατομμύρια). Μεταξύ 2015 και 2016, 2,68 εκατομμύρια πρόσφυγες έφτασαν στην Ευρώπη (2). Οι περισσότεροι εισήλθαν στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) μέσω χερσαίων και θαλάσσιων οδών (1). Μόνο το 2015, 1.014.973 πρόσφυγες διακινδύνευσαν τη ζωή τους διασχίζοντας τη Μεσόγειο, ενώ άλλοι 231.075 έκαναν αυτή την προσπάθεια τους πρώτους έξι μήνες του 2016. Οι περισσότεροι αποβιβάστηκαν στην Ελλάδα (1.015.100), ενώ άλλοι έφτασαν στην Ιταλία (224.064) και την Ισπανία (6.884). Το 2016 ήταν ιδιαίτερα τραγικό, καθώς αναφέρθηκαν 5.096 θάνατοι από θαλάσσιες διελεύσεις. Κατά το πρώτο εξάμηνο του 2017, περισσότεροι από 105.000 πρόσφυγες έφτασαν στην Ευρώπη και πάνω από 2.700 θάνατοι καταγράφηκαν, ενώ πολλοί περισσότεροι είναι πιθανό να μην έχουν αναφερθεί. Αυτή η συνεχιζόμενη προσφυγική κρίση παρουσιάζει σημαντικές πολιτικές, οικονομικές, κοινωνικές και υγειονομικές προκλήσεις για τις πληγείσες χώρες.

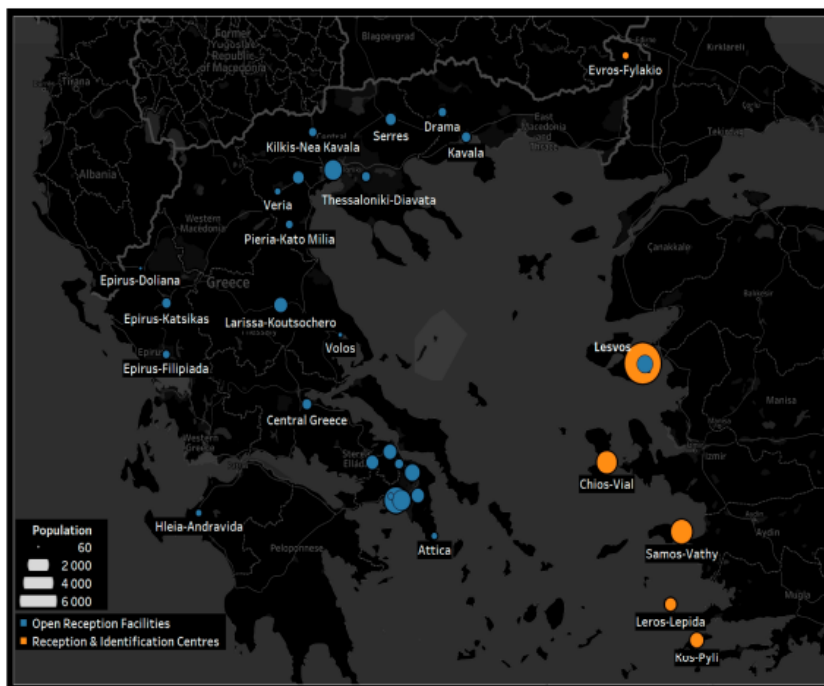
Ανεξάρτητα από το αν οι μετακινήσεις πληθυσμών οφείλονται σε εκούσια επιλογή, σε εξαναγκασμό, σε βίαιες συγκρούσεις, σε ακραία φτώχεια, στην κοινωνική κατάρρευση ή πιο πρόσφατα, στην κλιματική αλλαγή, το φαινόμενο αυτό έχει σημαντικές

επιπτώσεις τόσο στους ίδιους τους μετακινούμενους όσο και στις κοινωνίες που τους υποδέχονται. Τα χαρακτηριστικά των επιπτώσεων αυτών μπορεί να είναι θετικά αλλά και αρνητικά. Ως θετικά λογίζονται ο εμπλουτισμός της κοινωνίας με νέους και υγιείς πληθυσμούς που μπορούν να επιδρούν συνθετικά στην οικονομία αλλά και στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των πληθυσμών υποδοχής ενισχύοντας την οικονομία και βελτιώνοντας το δημογραφικό προφίλ. Οι μετανάστες μπορούν να εμπλουτίσουν την πολιτιστική ποικιλομορφία, να τονώσουν την οικονομική ανάπτυξη και να καλύψουν κενά στην αγορά εργασίας, συμβάλλοντας στη συνολική ζωτικότητα και ανθεκτικότητα της χώρας υποδοχής. Αντίθετα, η μετανάστευση παρουσιάζει επίσης προκλήσεις. Η διαδικασία ένταξης μπορεί να επιβαρύνει τις κοινωνικές υπηρεσίες, τα συστήματα υγείας και τα εκπαιδευτικά ιδρύματα, οδηγώντας ενίοτε σε κοινωνικές εντάσεις. Επιπλέον, μπορεί να επηρεαστούν τα χαρακτηριστικά της υγείας τόσο των μεταναστών όσο και των πληθυσμών υποδοχής, γεγονός που απαιτεί ολοκληρωμένες στρατηγικές δημόσιας υγείας για την αντιμετώπιση αυτών των αλλαγών. Συνολικά, η μετανάστευση παραμένει μια πολύπλοκη και συνεχώς εξελισσόμενη διαδικασία που διαμορφώνει τις κοινωνίες με πολυάριθμους τρόπους.

Η προσφυγική κρίση στην Ελλάδα

Μεταξύ 2015 και 2016, η Ελλάδα αντιμετώπισε μια άνευ προηγουμένου αύξηση των προσφύγων και των μεταναστών που διέφευγαν από τις συγκρούσεις στη Μέση Ανατολή (1). Από τις αρχές του 2014, η Ελλάδα είδε πάνω από 1,1 εκατομμύρια πρόσφυγες να φτάνουν μέσω θαλάσσης (3). Η πλειονότητα αυτών των αφίξεων -περίπου 857.000 άτομα- σημειώθηκε μόνο το 2015, σημειώνοντας μια εντυπωσιακή αύξηση κατά 750% σε σχέση με τις 41.038 αφίξεις του 2014 (2,3). Κατά το πρώτο εξάμηνο του 2018, περίπου 16.000 επιπλέον πρόσφυγες έφτασαν στην Ελλάδα από τη θάλασσα (3). Οι περισσότεροι από

αυτούς τους πρόσφυγες αποβιβάστηκαν στα ελληνικά νησιά (Εικόνα 1), τα οποία λειτουργούν ως κρίσιμη πύλη εισόδου στην Ευρώπη λόγω της εγγύτητας και της εύκολης πρόσβασής τους (3). Μεταξύ 2014 και 2017, η Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες (UNHCR) ανέφερε ότι τουλάχιστον 1.700 άνθρωποι βρήκαν τραγικό θάνατο ή εξαφανίστηκαν κατά την προσπάθειά τους να πραγματοποιήσουν το επικίνδυνο ταξίδι από την Τουρκία στην Ελλάδα κατά μήκος της διαδρομής της Ανατολικής Μεσογείου (3–5). Από το 2024, ο πληθυσμός των προσφύγων στην Ελλάδα έχει μειωθεί σημαντικά σε περίπου 37.000 άτομα, σημειώνοντας σημαντική μείωση σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια (6). Η πλειονότητα αυτών των προσφύγων, περίπου το 65%, διαμένει πλέον στην ηπειρωτική χώρα, ενώ το υπόλοιπο 35% είναι κατανομημένο σε διάφορα νησιά, ιδίως στην περιοχή του Βορείου Αιγαίου. Συγκεκριμένα, η κατανομή των προσφύγων περιλαμβάνει περίπου 1.869 άτομα στη Λέσβο, 327 στη Χίο, 1.048 στην Κω, 905 στη Σάμο και 387 στη Λέρο. Αυτή η μείωση του αριθμού των προσφύγων αποδίδεται σε μεγάλο βαθμό στις αυστηρότερες μεταναστευτικές πολιτικές και στις προσπάθειες αποσυμφόρησης των νησιών. Ωστόσο, παρά τη συνολική μείωση, οι προκλήσεις εξακολουθούν να υφίστανται, ιδίως στους καταυλισμούς σε νησιά όπως η Λέρος, όπου οι συνεχιζόμενες ελλείψεις σε βασικά είδη πρώτης ανάγκης και η ανεπαρκής νομική υποστήριξη παραμένουν σημαντικά ζητήματα (Στοιχεία της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες).



Εικόνα 1. Τα βασικότερα κέντρα υποδοχής στην Ελλάδα. Χίος, Κως, Λέσβος, Λέρος, Σάμος και άλλα ελληνικά νησιά είναι γρήγορα και εύκολα προσβάσιμα σημεία εισόδου στην Ευρώπη. Σημειώσεις: Οι πορτοκαλί κύκλοι αντιπροσωπεύουν τα κύρια κέντρα υποδοχής και ταυτοποίησης στα ελληνικά νησιά- οι μπλε κύκλοι αντιπροσωπεύουν τις ανοικτές εγκαταστάσεις υποδοχής (hotspots) στην ηπειρωτική χώρα. Το εμβαδόν του κύκλου απεικονίζει το μέγεθος του προσφυγικού πληθυσμού. Πηγή: (1)

Ωστόσο, η Ελλάδα αντιμετωπίζει σοβαρή οικονομική κρίση, γεγονός που καθιστά δύσκολη τη διαχείριση της εισροής μεταναστών. Η χώρα έχει ήδη πληγεί βαθιά από την οικονομική ύφεση, αφήνοντας ελάχιστες ευκαιρίες απασχόλησης που προσφέρουν οικονομική σταθερότητα και θα μπορούσαν να υποστηρίξουν την ένταξη των προσφύγων (7). Οι Rajic et al. (8) τόνισαν πρόσφατα τις δυνητικά επιβλαβείς επιπτώσεις των κοινωνικών φραγμών στην αναζήτηση εργασίας. Οι κακές συνθήκες διαβίωσης στην Ελλάδα οδήγησαν πολλούς πρόσφυγες να αναζητήσουν μια καλύτερη ζωή πιο μακριά στην Ευρώπη, με κυριότερους προορισμούς τη Γερμανία, την

Αυστρία και τη Σουηδία (1). Ωστόσο, τα πρόσφατα εμπόδια που επιβλήθηκαν από διάφορες χώρες, ιδίως από την Πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας (τώρα Βόρεια Μακεδονία), έχουν καταστήσει τη μετανάστευση πολύ πιο δύσκολη από ό,τι τα προηγούμενα χρόνια. Ως αποτέλεσμα, σχεδόν 60.000 αιτούντες άσυλο βρίσκονται επί του παρόντος εγκλωβισμένοι στην Ελλάδα λόγω των κλειστών ευρωπαϊκών συνόρων. Οι πρόσφυγες αποτελούν πλέον περίπου το 10% του ελληνικού πληθυσμού (1).

Η εισροή μεταναστών έγινε τόσο μεγάλη που η Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες παρομοίασε την κατάσταση στην Ελλάδα με ανθρωπιστική κρίση. Το κύμα των αιτούντων άσυλο και των μεταναστών είχε βαθιές οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις στη δημόσια υγεία, θέτοντας σοβαρές προκλήσεις για το ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) (7,9,10). Οι κίνδυνοι για τη δημόσια υγεία προέκυψαν όχι μόνο από τις συνθήκες που αντιμετώπιζαν οι μετανάστες κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους, αλλά και από τα ζητήματα υγείας που προέκυψαν μετά την άφιξή τους στην Ελλάδα (7,9,10). Οι προκλήσεις αυτές επιδεινώθηκαν από τη συνεχιζόμενη οικονομική κρίση και την περιορισμένη προηγούμενη εμπειρία της Ελλάδας στην υποδοχή και ένταξη των προσφύγων (7,9,10).

Ευρώπη: η Ευρωπαϊκή Ένωση και η περιοχή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ)

Η Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) έχει αντιμετωπίσει μια άνευ προηγουμένου αύξηση του αριθμού των προσφύγων, των αιτούντων άσυλο και άλλων μεταναστών τα τελευταία χρόνια. Μόνο το 2015 έφθασαν περίπου 1,5 εκατομμύριο άτομα, αριθμός υπερδιπλάσιος από τον αντίστοιχο του προηγούμενου έτους, δραπετεύοντας από περιοχές που μαστίζονται από πόλεμο, συγκρούσεις και οικονομική αστάθεια. Αυτή η σημαντική εισροή οδήγησε την ΕΕ να χαρακτηρίσει την κατάσταση ως κρίση και ως ύψιστη προτεραιότητα για άμεση

δράση εντός της Ένωσης (11). Από το 2000 έως το 2015, η Ευρώπη έγινε ο δεύτερος μεγαλύτερος υποδοχέας διεθνών μεταναστών, φιλοξενώντας περίπου 20 εκατομμύρια ανθρώπους (κατά μέσο όρο 1,3 εκατομμύρια ετησίως), δεύτερος μετά την Ασία (12).

Οι περισσότερες από αυτές τις αφίξεις πραγματοποιήθηκαν αρχικά μέσω θαλάσσιων οδών, ιδίως προς την Ελλάδα και την Ιταλία. Ωστόσο, με το κλείσιμο της βαλκανικής οδού, η Ιταλία έγινε όλο και περισσότερο πρωταρχικό σημείο εισόδου (11). Πολλοί από τους εισερχόμενους στοχεύουν να φτάσουν στη βόρεια Ευρώπη. Ενώ η πλειονότητα των προσφύγων, των αιτούντων άσυλο και των μεταναστών είναι συνήθως νεαροί ενήλικες, το πρόσφατο μεταναστευτικό κύμα προς την Ευρωπαϊκή Περιφέρεια περιλάμβανε σημαντικό αριθμό ηλικιωμένων ατόμων, ατόμων με αναπηρία και έναν αυξανόμενο αριθμό ανηλίκων, συμπεριλαμβανομένου ενός σημαντικού ποσοστού ασυνόδευτων παιδιών. Υπάρχουν επίσης αξιοσημείωτες ανισότητες μεταξύ των δύο φύλων όσον αφορά την κατάσταση της υγείας μεταξύ αυτών των πληθυσμών. Οι γυναίκες, οι οποίες αποτελούν περίπου το ήμισυ του συνόλου των προσφύγων, των αιτούντων άσυλο και των μεταναστών, συχνά υπερεκπροσωπούνται σε ευάλωτες ομάδες, όπως τα θύματα βίας λόγω φύλου, εμπορίας ανθρώπων και σεξουαλικής εκμετάλλευσης. Αντίθετα, οι άνδρες συχνά διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με ατυχήματα, σωματική καταπόνηση και άλλους επαγγελματικούς κινδύνους. Η έρευνα δείχνει ότι οι πληθυσμοί προσφύγων και μεταναστών βιώνουν αυξημένα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας, με ιδιαίτερα υψηλούς κινδύνους για τις γυναίκες, τους ηλικιωμένους και τα άτομα που έχουν υποστεί τραύματα. Αυτή η ευπάθεια επιδεινώνεται περαιτέρω από την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και το αυξημένο στρες μετά τη μετανάστευση (11).

Έχουν καταβληθεί σημαντικές προσπάθειες για τη μεταρρύθμιση του Κοινού Ευρωπαϊκού Συστήματος Ασύλου με στόχο τη δημιουργία ενός πιο δίκαιου, αποτελεσματικού και βιώσιμου πλαισίου για τη διεκπεραίωση των αιτήσεων ασύλου σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ. Στις μεταρρυθμίσεις αυτές διατηρείται η βασική αρχή του κανονισμού του Δουβλίνου, η οποία ορίζει ότι οι αιτούντες άσυλο πρέπει να υποβάλλουν αίτηση ασύλου στην πρώτη χώρα της ΕΕ στην οποία εισέρχονται, εκτός εάν έχουν οικογενειακούς δεσμούς σε άλλο κράτος μέλος (11). Οι μεταρρυθμίσεις αυτές αποσκοπούν στο να αποτρέψουν την υπερβολική επιβάρυνση των υποδομών ασύλου που διαθέτει κάθε κράτος μέλος (13). Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, το μέσο κόστος που συνδέεται με τη διεκπεραίωση και τη φιλοξενία ενός αιτούντος άσυλο εκτιμάται σε περίπου 10.000 ευρώ για το πρώτο έτος (14).

Ως απάντηση στις αυξανόμενες προκλήσεις της μετανάστευσης, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή περιέγραψε μια στρατηγική προσέγγιση στην ανακοίνωσή της του 2015 με τίτλο «Ένα ευρωπαϊκό θεματολόγιο για τη μετανάστευση». Το εν λόγω θεματολόγιο βασίζεται σε τέσσερις βασικούς πυλώνες που αποσκοπούν στη βελτίωση της διαχείρισης της μετανάστευσης: 1) μείωση των κινήτρων για παράτυπη μετανάστευση, 2) ενίσχυση της διαχείρισης των συνόρων για τη διάσωση ζωών και την ασφάλεια των εξωτερικών συνόρων, 3) διατήρηση της ευθύνης της Ευρώπης για προστασία μέσω μιας ισχυρής κοινής πολιτικής ασύλου και 4) ανάπτυξη μιας νέας πολιτικής για τη νόμιμη μετανάστευση (11). Η ανακοίνωση δεσμεύεται επίσης να κινητοποιήσει επιπλέον 60 εκατομμύρια ευρώ σε χρηματοδότηση έκτακτης ανάγκης για την ενίσχυση της ικανότητας των κρατών μελών, ιδίως εκείνων που βρίσκονται υπό σημαντική πίεση, να υποδέχονται μετανάστες και να παρέχουν τις απαραίτητες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Η ΕΕ έχει αναγνωρίσει το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής

Ανάπτυξης και το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο ως δυνητικούς χρηματοδοτικούς πόρους για τη στήριξη διαφόρων πρωτοβουλιών, συμπεριλαμβανομένων των επενδύσεων στην κοινωνική ένταξη και τις υπηρεσίες. Ωστόσο, μια σημαντική και πολυσυζητημένη πτυχή της αντίδρασης της ΕΕ στην προσφυγική κρίση ήταν τα δημοσιονομικά της μέτρα (11).

Ανταποκρινόμενη στις αυξανόμενες απαιτήσεις της κατάστασης των προσφύγων, η ΕΕ διπλασίασε τον προϋπολογισμό που της αναλογούσε σε 10,1 δισεκατομμύρια ευρώ για την περίοδο 2015-2016 (11). Παρά την αύξηση αυτή, διατυπώθηκαν επικρίσεις σχετικά με την επάρκεια των χρηματοδοτικών μηχανισμών της ΕΕ. Στην Παγκόσμια Ανθρωπιστική Διάσκεψη Κορυφής τον Μάιο του 2016, ο υπουργός Ανάπτυξης της Γερμανίας, Gerd Müller, υποστήριξε ότι τα υφιστάμενα πλαίσια της ΕΕ για την αντιμετώπιση της προσφυγικής κρίσης ήταν ανεπαρκή και πρότεινε την ανακατεύθυνση επιπλέον 10% του προϋπολογισμού της ΕΕ (περίπου 10 δισεκατομμύρια ευρώ) για την αποτελεσματικότερη διαχείριση της προσφυγικής κατάστασης. Η πρόταση αυτή είχε τις ρίζες της στις ανησυχίες ότι η έλλειψη συντονισμένης στρατηγικής είχε επιτείνει τις δυσκολίες που δημιουργούσε η παράτυπη μετανάστευση προς την Ευρώπη (11). Καθώς αυξάνονταν οι εντάσεις σχετικά με τις οικονομικές επιβαρύνσεις που συνδέονται με τη διαχείριση της εισροής προσφύγων (11), ο προϋπολογισμός της ΕΕ συνέχισε να διευρύνεται. Μέχρι το 2017, ο συνολικός προϋπολογισμός της ΕΕ που προοριζόταν για την προσφυγική κρίση είχε αυξηθεί σε 17,7 δισεκατομμύρια ευρώ. Ο προϋπολογισμός αυτός περιελάμβανε 9,2 δισεκατομμύρια ευρώ που διατέθηκαν για ανθρωπιστική βοήθεια εντός και εκτός της ΕΕ και 0,7 δισεκατομμύρια ευρώ που κατευθύνθηκαν για τη στήριξη των ευκαιριών διαβίωσης, της υγείας, της εκπαίδευσης των προσφύγων και των πολιτικών κινητικότητας εκτός της ΕΕ (11).

Τον Απρίλιο του 2016, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (ΕΚ) εισήγαγε μια αναπτυξιακή προσέγγιση για την αντιμετώπιση του αναγκαστικού εκτοπισμού. Η στρατηγική αυτή δίνει έμφαση στη συνεργασία με τις κυβερνήσεις υποδοχής, τόσο σε εθνικό όσο και σε τοπικό επίπεδο, για την προώθηση της σταδιακής κοινωνικοοικονομικής ενσωμάτωσης των προσφύγων και των εσωτερικά εκτοπισμένων ατόμων (IDP). Στόχος είναι η αξιοποίηση του δυναμικού των εκτοπισμένων πληθυσμών με τη διευκόλυνση της πρόσβασής τους στην εκπαίδευση, τη στέγαση, τη γη, την απασχόληση και τις βασικές υπηρεσίες, ενισχύοντας έτσι τις παραγωγικές τους ικανότητες (15). Η ΕΕ στοχεύει στην οικοδόμηση ανθεκτικότητας και στην ενίσχυση της αυτοδυναμίας τόσο των εκτοπισμένων πληθυσμών όσο και των κοινοτήτων που τους φιλοξενούν, χρησιμοποιώντας μια στρατηγική πολλαπλών παραγόντων από την αρχή των κρίσεων εκτοπισμού.

Σε αυτό το δύσκολο περιφερειακό περιβάλλον, με περιορισμένα μόνο κονδύλια της ΕΕ που προορίζονται για την επείγουσα υγειονομική στήριξη, η ευθύνη για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης παραμένει σε μεγάλο βαθμό στα επιμέρους κράτη μέλη της ΕΕ. Οι χώρες αυτές αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις για την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των μεταναστών και των προσφύγων, οι οποίες προκύπτουν σε διάφορα στάδια: κατά την άφιξη, κατά τη διέλευση και στον τελικό προορισμό τους (11).

Προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ενήλικες πρόσφυγες

Ψυχική υγεία και ελλείψεις στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη

Οι πρόσφυγες που φτάνουν στις χώρες επανεγκατάστασης συχνά αντιμετωπίζουν μια σειρά από δυσκολίες, συμπεριλαμβανομένων των δυσμενών εμπειριών που συνδέονται με την αναγκαστική μετανάστευση, τις κακές

συνθήκες διαβίωσης κατά τη διάρκεια του εκτοπισμού, τις νομικές αβεβαιότητες, την κράτηση, την απέλαση, τις οικονομικές δυσκολίες, την κοινωνική απομόνωση, τον ρατσισμό, τα εμπόδια επικοινωνίας και τις προκλήσεις στην εύρεση εργασίας, ακόμη και μετά την απόκτηση νόμιμης διαμονής (16). Αυτοί οι στρεσογόνοι παράγοντες αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων ψυχικής υγείας, όπως η διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD), η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές, οι οποίες μπορεί να επιμένουν με την πάροδο του χρόνου (16–19). Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η συντριπτική πλειονότητα των Σύρων προσφύγων (έως και το 92% των 728 ατόμων) βρέθηκε θετική για αγχώδεις διαταραχές, γεγονός που δικαιολογεί την παραπομπή για αξιολόγηση ψυχικής υγείας (16). Σύμφωνα με τους Poole *et al.* (20), η μείζων καταθλιπτική διαταραχή είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη μεταξύ των γυναικών Σύρων προσφύγων στην Ελλάδα, ιδίως εκείνων με πολύτεκνες οικογένειες και εκείνων που υποβάλλονται σε παρατεταμένες διαδικασίες ασύλου. Επιπλέον, οι πρόσφυγες αντιμετωπίζουν αυξημένους κινδύνους ψυχοπαθολογίας, συμπεριλαμβανομένης της ψύχωσης, της σχιζοφρένειας και των αυτοκτονικών τάσεων (16–19).

Η κατάχρηση ναρκωτικών και ο αλκοολισμός είναι ευρέως διαδεδομένοι μεταξύ των προσφύγων, οδηγώντας συχνά σε επιθετική συμπεριφορά και αυξημένη έκθεση στη βία (21). Μια μελέτη των Ben Farhat *et al.* (16) διαπίστωσε ότι μεταξύ 31% και 78% των προσφύγων ανέφεραν ότι βίωσαν τουλάχιστον ένα περιστατικό σεξουαλικής ή σωματικής βίας στη Συρία, 25-58% κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους στην Ελλάδα και 5-8% εντός των ελληνικών κέντρων κράτησης. Μεταξύ των ερωτηθέντων ηλικίας άνω των 15 ετών, περισσότερα από τα τρία τέταρτα διαγνώστηκαν με αγχώδη διαταραχή και χρειάστηκαν

παραπομπή σε κέντρο ψυχικής υγείας, αν και μόνο τα δύο τρίτα αποδέχθηκαν την παραπομπή.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας για τους πρόσφυγες είναι σε μεγάλο βαθμό υποτιμημένες σε ολόκληρη την ΕΕ, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας (17,20–22). Οι ανάγκες ψυχικής υγείας των προσφύγων συχνά παραβλέπονται λόγω των οικονομικών περιορισμών και της έλλειψης προτεραιοτήτων (10). Ο έλεγχος για ψυχοπαθολογία παραμένει ένα παραμελημένο ζήτημα, ενώ πολλοί πρόσφυγες αναφέρουν ελάχιστη έως καθόλου πρόσβαση σε πληροφορίες ή υποστήριξη σχετικά με τις διαδικασίες ασύλου και τη φροντίδα ψυχικής υγείας (10). Αυτή η έλλειψη υποστήριξης δημιουργεί έναν φαύλο κύκλο, όπου η αβεβαιότητα που περιβάλλει την κοινωνικοοικονομική και ιατρική τους κατάσταση επιδεινώνει περαιτέρω το άγχος τους (16). Κατά συνέπεια, πολλοί πρόσφυγες εκφράζουν την επιθυμία να εγκαταλείψουν την Ελλάδα και να συνεχίσουν να μεταναστεύουν προς τη Δυτική Ευρώπη (16).

Σωματική υγεία και κατάσταση ανοσοποίησης

Σχεδόν το 40% των προσφύγων προσβάλλονται από ασθένειες και αρρώστιες κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους (9,23). Οι δύσκολες συνθήκες που αντιμετωπίζουν, όπως οι ανεπαρκείς προμήθειες, η στέγαση και η υγιεινή, αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο μολυσματικών ασθενειών (9,23,24). Πολλοί μετανάστες υποφέρουν από αφυδάτωση, σωματικές κακώσεις, διατροφικές διαταραχές, διάρροια και φυματίωση, με την ψώρα να είναι μία από τις πιο συχνές μεταδοτικές ασθένειες (9,23,24). Επιπλέον, έχει αναφερθεί ότι οι πρόσφυγες από ανατολικές χώρες παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας Β (HBV) (25,26). Χειρόγραφες σημειώσεις από την Off Track Health, μια φιλανθρωπική οργάνωση βάσης που λειτουργεί το Ιατρικό Κέντρο Μόριας στη Λέσβο, αποκαλύπτουν ότι τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα μεταξύ των

προσφύγων κατά την άφιξή τους στα κέντρα υποδοχής περιλαμβάνουν πυρετό, ρίγη, πονόλαιμο, διάρροια και πόνο στο στήθος ή στην κοιλιά. Επιπλέον, διαπιστώνεται ότι πολλοί πρόσφυγες πάσχουν από λοιμώξεις, κρίσεις άσθματος, βρογχιολίτιδα ή τραυματισμούς που σχετίζονται με τραύματα (25).

Οι υγειονομικές εξετάσεις των προσφύγων που έφτασαν στα ελληνoturκικά σύνορα αποκάλυψαν ότι οι λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος ήταν το πιο κοινό ιατρικό πρόβλημα, με επιπολασμό 23% μεταξύ 6.899 μεταναστών (27). Μια άλλη μελέτη διαπίστωσε ότι το 41% των 33.331 ασθενών που ζήτησαν περίθαλψη στα σημεία εισόδου στην Ελλάδα και τη Σερβία διαγνώστηκαν με λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος (9,23,27). Επιπλοκές που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη αναφέρονται επίσης συχνά, με ορισμένες νεαρές μητέρες να βιώνουν τόσο υψηλά επίπεδα άγχους που αδυνατούν να θηλάσουν τα νεογέννητά τους (20,28). Οι εθελοντές νοσηλευτές, συμπεριλαμβανομένων εκείνων της ΜΚΟ "Save the Children", παρέχουν ουσιαστική υποστήριξη σε αυτές τις μητέρες (25). Μεταξύ των χρόνιων παθήσεων, η υπέρταση είναι η πιο διαδεδομένη, ακολουθούμενη από την αρθρίτιδα, τον διαβήτη, τις χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις και τις καρδιαγγειακές παθήσεις (9,23).

Η εμβολιαστική κάλυψη μεταξύ των μεταναστών είναι σημαντικά χαμηλότερη σε σύγκριση με τους γηγενείς πληθυσμούς, γεγονός που συμβάλλει στην εμφάνιση κρουσμάτων ασθενειών που μπορούν να προληφθούν με εμβολιασμό στα κέντρα υποδοχής και κράτησης (29,30). Αυτές οι εστίες τείνουν να είναι πιο σοβαρές στους καταυλισμούς προσφύγων λόγω παραγόντων όπως οι κοινόχρηστοι κοιτώνες, οι ανεπαρκείς εγκαταστάσεις τουαλέτας, η κακή υγιεινή, η υποσιτισμός και η περιορισμένη πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη (31,32). Τα παιδιά και οι ηλικιωμένοι είναι ιδιαίτερα

ευάλωτοι σε αυτές τις συνθήκες (33,34). Ο υπερπληθυσμός στα κέντρα κράτησης ή στους καταυλισμούς προσφύγων επιδεινώνει περαιτέρω την εξάπλωση των μεταδοτικών ασθενειών, συμπεριλαμβανομένης της γρίπης, της ανεμοβλογιάς, της φυματίωσης, της ιλαράς και της μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου (7). Αναμένεται ότι τα ποσοστά επιπλοκών της γρίπης σε αυτές τις συνθήκες θα μπορούσαν να είναι διπλάσια από εκείνα του γενικού πληθυσμού (7). Ωστόσο, ενώ ο κίνδυνος νόσου μεταξύ των προσφύγων είναι σημαντικός, δεν συνεπάγεται απαραίτητα αυξημένο κίνδυνο συνεχούς μετάδοσης στην κοινότητα υποδοχής (24,34).

Το 2015, μια κοινή δήλωση του ΠΟΥ, της Έπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες και της UNICEF συνέστησε οι πρόσφυγες να εμβολιάζονται αμέσως σύμφωνα με το πρόγραμμα εμβολιασμών της χώρας στην οποία σκοπεύουν να παραμείνουν για περισσότερο από μία εβδομάδα, με ιδιαίτερη έμφαση στον εμβολιασμό κατά της ιλαράς και της πολιομυελίτιδας (31,32,35). Το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC) τόνισε επίσης ότι η αξιολόγηση της κατάστασης εμβολιασμού θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της γενικής αξιολόγησης της υγείας των αιτούντων άσυλο κατά την άφιξη (32). Μέχρι πρόσφατα, η Ελλάδα δεν διέθετε ολοκληρωμένα προγράμματα προληπτικού ελέγχου για τους αιτούντες άσυλο, με τον ιατρικό έλεγχο να είναι διαθέσιμος μόνο σε όσους υπέβαλαν αίτηση για άδεια εργασίας (26). Δεν υπήρχε καμία οδηγία από το Υπουργείο Υγείας για την εφαρμογή μαζικού ελέγχου. Ωστόσο, στα τέλη της άνοιξης και το καλοκαίρι του 2016, οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα (MSF), σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας, οργάνωσαν μια μεγάλη κλίμακας εκστρατεία εμβολιασμού (36). Επί του παρόντος, η Ελλάδα ακολουθεί τις εθνικές κατευθυντήριες γραμμές για τον εμβολιασμό, προσφέροντας συγκεκριμένα εμβόλια, συμπεριλαμβανομένων εκείνων για

διφθερίτιδα/τετάνου/κοκκύτη, πολιομυελίτιδα και ιλαρά/παρωτίτιδα/ερυθρά (37). Αυτοί οι εμβολιασμοί χορηγούνται σε κέντρα κράτησης και σε κοινοτικές υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν παρέχονται στους χώρους υποδοχής (37).

Προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν τα παιδιά πρόσφυγες

Ψυχική υγεία και ψυχοκοινωνικές συνέπειες για τα παιδιά και τους εφήβους πρόσφυγες

Μεταξύ 2013 και 2017, η Ελλάδα έγινε προορισμός για σημαντικό αριθμό παιδιών και εφήβων προσφύγων, καθώς 24.541 παιδιά και 9.136 έφηβοι ζήτησαν άσυλο. Η πλειονότητα αυτών των νεαρών προσφύγων ήταν αγόρια, αποτελώντας το 50% των παιδιών και το 66% των εφήβων, κυρίως ηλικίας μεταξύ 14 και 17 ετών (38,39). Η εισροή περιλάμβανε κυρίως παιδιά από χώρες της Μέσης Ανατολής, όπως η Συρία, το Ιράκ και το Ιράν, ιδίως κατά τη διάρκεια των ετών 2014-2015, όπου σημειώθηκε σημαντική αύξηση σε σύγκριση με τα έτη 2011-2013. Αντίθετα, ο αριθμός των παιδιών προσφύγων από το Αφγανιστάν και το Πακιστάν μειώθηκε σημαντικά κατά την ίδια περίοδο (38-41).

Ο ακριβής προσδιορισμός του αριθμού των παιδιών προσφύγων που φθάνουν στην Ελλάδα αποτελεί πρόκληση. Συχνά είναι δύσκολο να εξακριβωθεί η ακριβής ηλικία τους, ιδίως επειδή πολλά φθάνουν χωρίς τους γονείς ή τους κηδεμόνες τους (7). Επιπλέον, ορισμένοι νεαροί πρόσφυγες ενδέχεται να δηλώνουν σκόπιμα ψευδώς την ηλικία τους για να αποκτήσουν πιθανά νομικά πλεονεκτήματα (7).

Τον Σεπτέμβριο του 2017, στην Ελλάδα υπήρχαν περίπου 2.850 ασυνόδευτα παιδιά πρόσφυγες. Από αυτά, τα 1.096 φιλοξενούνταν σε 50 ειδικές δομές φιλοξενίας και άλλα 240 φιλοξενούνταν σε οκτώ καταυλισμούς σε όλη τη χώρα (42). Ωστόσο, ένα σημαντικό ποσοστό παιδιών προσφύγων

παραμένει σε λίστες αναμονής για κατάλληλη στέγαση, γεγονός που αντικατοπτρίζει την εθνική ανεπάρκεια σε δυναμικότητα καταφυγίων (43,44). Ως αποτέλεσμα, πολλά από αυτά τα παιδιά βρίσκονται σε λιγότερο από ιδανικές συνθήκες, συμπεριλαμβανομένων των περιορισμένων εγκαταστάσεων υποδοχής, των κελιών της αστυνομίας ή των μικτών στεγαστικών ρυθμίσεων με ενήλικες, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να καταλήξουν να ζουν σε καταυλισμούς στο δρόμο (43,44).

Τα παιδιά πρόσφυγες έρχονται αντιμέτωπα με πολλές δυσκολίες, όπως ο διαχωρισμός των οικογενειών τους, η κράτηση, η περιορισμένη πρόσβαση στην εκπαίδευση και τις ψυχαγωγικές δραστηριότητες, η εμπορία ανθρώπων και διάφορες απειλές για την ασφάλεια (45). Παρόλο που η εκμετάλλευση των παιδιών απαγορεύεται στην Ελλάδα, αναγνωρίζεται ευρέως ότι οι ανήλικοι αυτοί αντιμετωπίζουν πληθώρα κινδύνων, όπως σεξουαλική βία και σωματική και ψυχολογική κακοποίηση (7). Στην Αθήνα, την πρωτεύουσα της Ελλάδας, οι περιπτώσεις σεξουαλικής εκμετάλλευσης έχουν γίνει όλο και πιο ορατές σε δημόσιους χώρους όπως πάρκα, πλατείες και μπαρ. Ειδικότερα, τα έφηβα αγόρια πέφτουν συχνά θύματα σεξουαλικής κακοποίησης από μεγαλύτερους άνδρες, συνήθως με αντάλλαγμα χρήματα (43,46–50). Αυτή η έκθεση των παιδιών στη βία αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας και συχνά βασίζεται στο φύλο. Ενώ τα προγράμματα πρόληψης της έμφυλης βίας στοχεύουν κυρίως στις γυναίκες και τα κορίτσια λόγω της αυξημένης ευπάθειάς τους, είναι ζωτικής σημασίας να παρέχεται επίσης στοχευμένη προστασία για τα αγόρια. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες αναφέρουν υψηλότερα περιστατικά παραμέλησης, ενώ οι άνδρες αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά σεξουαλικής βίας κατά τη διάρκεια της ζωής τους (43).

Οι διάφορες μορφές βλάβης που αντιμετωπίζουν αυτά τα παιδιά συνδέονται με μια σειρά από δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες επιζώντες. Αυτές περιλαμβάνουν διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD), κατάθλιψη, κατάχρηση ουσιών, αυτοτραυματικές συμπεριφορές, αυτοκτονικές σκέψεις και αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης του ιού της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) και άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων (ΣΜΝ) (43). Επιπλέον, οι νεαροί πρόσφυγες παρουσιάζουν συχνά ένα φάσμα συναισθηματικών, γνωστικών, κοινωνικών και συμπεριφορικών προβλημάτων, παράλληλα με πολυάριθμα σωματικά συμπτώματα (42,51,52).

Μια μελέτη των Anagnostopoulos *et al.* (53) δεν διαπίστωσε σημαντικές διαφορές στη συχνότητα ή το είδος των ψυχιατρικών διαγνώσεων μεταξύ των παιδιών προσφύγων, είτε συνοδεύονται είτε δεν συνοδεύονται, και των Ελλήνων συνομηλίκων τους. Ωστόσο, άλλες έρευνες δείχνουν ότι τα παιδιά πρόσφυγες διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο για διαταραχές ψυχικής υγείας (16,41,42,53). Αξίζει να σημειωθεί ότι, όταν οι ψυχιατρικές αξιολογήσεις πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση ερωτηματολογίων γονέων, δεν εντοπίστηκαν διαφορές. Αντίθετα, οι μελέτες στις οποίες ο αξιολογητής ήταν εκπαιδευτικός που μοιραζόταν την ίδια εθνικότητα με τα παιδιά πρόσφυγες ανέφεραν υψηλότερα ποσοστά ψυχοπαθολογίας (53). Προς επίρρωση αυτού, οι Hodes *et al.* σημείωσαν ότι η συχνότητα ψυχιατρικών διαγνώσεων ήταν υψηλότερη μεταξύ των μεταναστών σε σύγκριση τόσο με τα συνοδευόμενα όσο και με τα ασυνόδευτα προσφυγόπουλα, καθώς και με τα ελληνόπουλα. Συγκεκριμένα, το 91% της ομάδας των μεταναστών έλαβε ψυχοκοινωνική διάγνωση, σε σύγκριση με το 49% της ελληνικής ομάδας (53,54). Η διαφορά αυτή μπορεί να οφείλεται στις κοινωνικοοικονομικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι οικονομικοί μετανάστες, όπως η χαμηλή

κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η ασταθής απασχόληση, οι κακές συνθήκες διαβίωσης και η ελάχιστη ασφαλιστική κάλυψη υγείας, τα οποία αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων ψυχικής υγείας τόσο για τα παιδιά όσο και για τους ενήλικες (54).

Επιπλέον, όπως τόνισε προηγουμένως ο Cortes, οι πρόσφυγες, σε αντίθεση με άλλους μετανάστες, συνήθως δεν έχουν τη δυνατότητα να επιστρέψουν στη χώρα τους μετά από παρατεταμένη διαμονή στο εξωτερικό. Κατά συνέπεια, μπορεί να έχουν περισσότερα κίνητρα να επενδύσουν στο ανθρώπινο κεφάλαιο, το οποίο περιλαμβάνει την πολιτογράφηση, τη βελτίωση των γλωσσικών δεξιοτήτων και την καλύτερη ευθυγράμμιση με την οικονομική πορεία του γηγενή πληθυσμού (55). Αυτό θα μπορούσε να υποδηλώνει ότι ο επιπολασμός των ψυχιατρικών διαγνώσεων μεταξύ των μεταναστών μπορεί να είναι υψηλότερος από τις τρέχουσες εκτιμήσεις για τους πρόσφυγες, αν και διάφορες μελέτες αναφέρουν αντικρουόμενα στοιχεία για το θέμα αυτό (53,54). Αντίθετα, οι πρόσφυγες συχνά εκφράζουν ανησυχίες για τη συνολική τους υγεία, ιδίως όσον αφορά την πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (53).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η αξιοσημείωτη απροθυμία πολλών γονέων προσφύγων να στείλουν τα παιδιά τους στο σχολείο, καθώς φοβούνται ότι αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει σε μια πιο μόνιμη εγκατάσταση στην Ελλάδα (53,56). Σε απάντηση, το 2017, το Υπουργείο Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων, μαζί με την ελληνική αποστολή του Διεθνούς Οργανισμού Μετανάστευσης (ΔΟΜ), ξεκίνησαν διάφορες εκπαιδευτικές πολιτικές για την υποστήριξη των παιδιών των προσφύγων με την παροχή βασικών σχολικών ειδών (54). Παρά τις προσπάθειες αυτές, εκτιμήθηκε ότι από τα 12.000 παιδιά σχολικής ηλικίας στην Ελλάδα, μόνο περίπου 2.500 είχαν

εγγραφεί σε σχολεία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης μέχρι τις αρχές του 2017 (53,54).

Σωματική υγεία και κατάσταση εμβολιασμού των παιδιών και εφήβων προσφύγων

Κατά την εξέταση της σωματικής υγείας των παιδιών και των εφήβων προσφύγων, σχεδόν το ένα τρίτο αυτού του πληθυσμού παρουσίασε κλινικοεργαστηριακές ανωμαλίες που απαιτούσαν ιατρική παρέμβαση, με διαφοροποιήσεις που παρατηρήθηκαν ανάλογα με την ηλικία και τη χώρα καταγωγής. Τα συνήθη ζητήματα που εντοπίστηκαν στις εξετάσεις ελέγχου περιλάμβαναν ηωσινοφιλία, αναιμία και χαμηλά επίπεδα φερριτίνης (57). Τα οδοντιατρικά προβλήματα αναδείχθηκαν ως το πιο συχνά αναφερόμενο πρόβλημα υγείας μεταξύ αυτών των παιδιών. Επιπλέον, μια σειρά από άλλα ζητήματα υγείας, όπως δερματικές παθήσεις, αναπνευστικές παθήσεις και χειρουργικές παθήσεις, ήταν διαδεδομένα στον παιδικό πληθυσμό των προσφύγων (57). Ο υποσιτισμός αποτελούσε επίσης σημαντική ανησυχία, ιδίως μεταξύ των βρεφών, καθώς το ταξίδι συχνά παρουσιάζει σημαντικές προκλήσεις για τις μητέρες όσον αφορά τη διατήρηση του θηλασμού (58).

Πέρα από τον συνήθη έλεγχο φορέων, υπάρχει ισχυρή σύσταση για τις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης να διενεργούν έλεγχο φορέων για πολυανθεκτική φυματίωση (MDR-TB) στους πρόσφυγες και τους μετανάστες κατά την εισαγωγή τους (59). Η Ελλάδα είναι μία από τις λίγες χώρες της ΕΕ που κάνει ενεργό έλεγχο τόσο για ενεργό όσο και για λανθάνουσα φυματίωση και ο επιπολασμός της φυματίωσης στη χώρα θεωρείται επί του παρόντος χαμηλός (60).

Ένα αξιοσημείωτο και ανησυχητικό εύρημα είναι το αυξημένο ποσοστό θνησιμότητας μεταξύ των ασυνόδευτων παιδιών κατά την περίοδο αιχμής της μετανάστευσης 2014-2015 σε σύγκριση με την προηγούμενη περίοδο 2009-2013, όταν δεν είχαν

αναφερθεί θάνατοι (41). Η αύξηση αυτή αποδίδεται σε παιδιά που είτε νοσηλεύτηκαν για ιατρική περίθαλψη αλλά στη συνέχεια πέθαναν είτε εισήχθησαν μετά θάνατον για να προσδιοριστεί η αιτία θανάτου (41). Αυτά τα αποτελέσματα εγείρουν σημαντικές ηθικές και κοινωνικές ανησυχίες.

Ένα άλλο κρίσιμο ζήτημα είναι η έλλειψη τεκμηρίωσης του εμβολιασμού μεταξύ των περισσότερων παιδιών προσφύγων (57). Για παράδειγμα, περίπου το 80% των παιδιών προσφύγων έχουν άγνωστη κατάσταση εμβολιασμού και ανεπαρκή ορολογική προστασία έναντι του ιού της ηπατίτιδας Β (HBV). Ωστόσο, δεν αναφέρθηκαν περιπτώσεις χρόνιας λοίμωξης από τον ιό HBV ή τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV) μεταξύ αυτών των παιδιών. Αντιθέτως, καταγράφηκε σημαντικός αριθμός συμπτωματικών κρουσμάτων λοίμωξης από τον ιό της ηπατίτιδας Α (HAV)- τα τέσσερα πέμπτα αυτών των εργαστηριακά επιβεβαιωμένων κρουσμάτων, τα οποία καταγράφηκαν σε διάστημα οκτώ μηνών το 2016, αφορούσαν παιδιά από τη Συρία ηλικίας κάτω των 15 ετών που διέμεναν σε εγκαταστάσεις φιλοξενίας (61).

Διεθνή πλαίσια για τη μετανάστευση και την υγεία

Οι επιπτώσεις της μετανάστευσης στην υγεία, είτε είναι αναγκαστική είτε εθελοντική, αποτελούν σημαντικό πρόβλημα σε όλη την ιστορία (62). Κατά τον Μεσαίωνα, η μετανάστευση συχνά περιοριζόταν λόγω του φόβου της πανούκλας (63). Τον δέκατο ένατο αιώνα παρατηρήθηκαν παρόμοιοι περιορισμοί ως απάντηση στις σοβαρές επιδημίες χολέρας που εξαπλώθηκαν από την Ασία στην Ευρώπη και τις Ηνωμένες Πολιτείες, προκαλώντας τις Διεθνείς Υγειονομικές Διασκέψεις - προδρόμους των σημερινών Διεθνών Υγειονομικών Κανονισμών (63). Στη σύγχρονη εποχή, επίσημες και ανεπίσημες καραντίνες έχουν εφαρμοστεί ως απάντηση σε απειλές πανδημίας, αντανακλώντας τις συνεχιζόμενες ανησυχίες σχετικά με τις επιπτώσεις της μετανάστευσης στην υγεία (63).

Η υγεία των μεταναστών λαμβάνει συχνά περιορισμένη προσοχή στις ευρύτερες συζητήσεις για τη μετανάστευση και συχνά παραβλέπονται στις στρατηγικές υγείας (11). Παρά ταύτα, τα κράτη αναγνωρίζουν όλο και περισσότερο την ευθύνη τους για την προάσπιση της υγείας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, γεγονός που οδηγεί σε μια στροφή από τον απλό φόβο για τις απειλές των λοιμώξεων στην αντιμετώπιση τόσο των μεταδοτικών ασθενειών όσο και των ευρύτερων ζητημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες και οι πρόσφυγες (11). Το παράρτημα II της Διακήρυξης της Νέας Υόρκης έδωσε το έναυσμα για μια σειρά διακυβερνητικών διαβουλεύσεων και διαπραγματεύσεων, που θα οδηγήσουν στην προγραμματισμένη έγκριση ενός Παγκόσμιου Συμφώνου για τη Μετανάστευση κατά τη διάρκεια διεθνούς διάσκεψης το 2018 (11). Ωστόσο, το Παγκόσμιο Σύμφωνο, όπως τονίζεται στο ψήφισμα A/71/L.58 της Γενικής Συνέλευσης του ΟΗΕ, δεν δίνει ιδιαίτερη έμφαση στα ζητήματα υγείας (64). Ο Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης (ΔΟΜ) υποστηρίζει ότι η υγεία θα πρέπει να αποτελέσει κεντρικό, οριζόντιο ζήτημα στη συνέχεια της Διακήρυξης της Νέας Υόρκης, σημειώνοντας ότι υπάρχει ένα καθιερωμένο κανονιστικό πλαίσιο για τα δικαιώματα υγείας των μεταναστών και των προσφύγων, με βάση τα παγκόσμια πρότυπα ανθρωπίνων δικαιωμάτων και το Σύνταγμα του ΠΟΥ (11). Επιπλέον, αρκετοί στόχοι και επιδιώξεις στο πλαίσιο της Ατζέντας 2030 για τη Βιώσιμη Ανάπτυξη υποστηρίζουν άμεσα και έμμεσα την υγεία των μεταναστών (11).

Ο ΠΟΥ υποστηρίζει πολιτικές υγείας που εξασφαλίζουν υπηρεσίες για τους μετανάστες και τους πρόσφυγες, ανεξάρτητα από το νομικό τους καθεστώς (11). Η παροχή επαρκούς περίθαλψης για τους πληθυσμούς αυτούς είναι ζωτικής σημασίας όχι μόνο για τη συνολική υγεία του πληθυσμού αλλά και για τη διασφάλιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των

προσφύγων, των μεταναστών και των κοινοτήτων υποδοχής (11).

Παρόλο που η αρχή "να μην αφήσουμε κανέναν πίσω" στους Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης του ΟΗΕ περιλαμβάνει τους μετανάστες και τους πρόσφυγες, η επίτευξη καθολικής υγειονομικής περίθαλψης για τις ομάδες αυτές απαιτεί πολιτικές βασισμένες σε στοιχεία και χωρίς αποκλεισμούς (65). Οι πολιτικές αυτές θα πρέπει να σταθμίζουν το κόστος και τα οφέλη της "υγείας για όλους" τόσο από την άποψη της δημόσιας υγείας όσο και από την άποψη της ανάπτυξης. Επί του παρόντος, υπάρχει κενό στην αποτελεσματική παγκόσμια διακυβέρνηση για τη δημόσια υγεία, γεγονός που υπογραμμίζει την ανάγκη για νέες δομές διακυβέρνησης. Αυτές μπορεί να χρειαστεί να προκύψουν από πηγές πέραν του σημερινού πεδίου εφαρμογής του ΠΟΥ, ενδεχομένως εξελισσόμενες από πρωτοβουλίες της βάσης (11).

Οι οικονομικές διαστάσεις της μετανάστευσης

Ιστορικά, οι αντιλήψεις για τους μετανάστες έχουν παρουσιάσει μεγάλες διακυμάνσεις, οι οποίες ποικίλλουν τόσο μεταξύ των χωρών όσο και στο εσωτερικό τους. Ένας σημαντικός παράγοντας που οδήγησε σε αυτές τις διακυμάνσεις ήταν οι επικρατούσες αντιλήψεις σχετικά με τον οικονομικό αντίκτυπο των μεταναστών στις χώρες υποδοχής (11). Οι στάσεις αυτές δεν επηρεάζουν μόνο τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονται οι μετανάστες, αλλά και τον βαθμό στον οποίο λαμβάνουν δικαιώματα και βοήθεια, συμπεριλαμβανομένης της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας (11). Κατά συνέπεια, η κατανόηση αυτών των στάσεων είναι ζωτικής σημασίας για την τρέχουσα συζήτηση σχετικά με την υγεία και την υποστήριξη των μεταναστών.

Η μετανάστευση έχει διάφορες θετικές κοινωνικές επιπτώσεις, όπως οικονομική ανάπτυξη, αυξημένες ευκαιρίες απασχόλησης

και αναπτυξιακά οφέλη (66). Μια δημοσίευση της Παγκόσμιας Τράπεζας, που εκπονήθηκε για τη Σύνοδο Κορυφής της Γενικής Συνέλευσης του ΟΗΕ για τους πρόσφυγες και τους μετανάστες το 2016, υπογράμμισε τα σημαντικά οικονομικά πλεονεκτήματα και τις προκλήσεις που συνδέονται με τη μετανάστευση (11). Η έκθεση σημείωνε ότι η μετανάστευση προσφέρει σημαντικά οφέλη τόσο στους μετανάστες όσο και στις χώρες υποδοχής τους. Για παράδειγμα, οι μετανάστες από τα φτωχότερα έθνη βλέπουν συνήθως δεκαπενταπλάσια αύξηση του εισοδήματος, διπλασιασμό των ποσοστών εγγραφής στα σχολεία και δεκαέξι φορές μείωση της παιδικής θνησιμότητας κατά τη μετεγκατάστασή τους σε χώρες υψηλού εισοδήματος (11). Επιπλέον, η μετανάστευση συμβάλλει στη μείωση της ανεργίας στις χώρες προέλευσης, παρέχοντας πρόσβαση σε πιο παραγωγικές και υψηλότερα αμειβόμενες θέσεις εργασίας. Τα εμπόσματα των μεταναστών προσφέρουν σημαντικά οφέλη στις χώρες καταγωγής τους (11). Το 2015, οι ροές εμβασμάτων προς τις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος ανήλθαν σε 432 δισεκατομμύρια δολάρια, ξεπερνώντας κατά περισσότερο από τρεις φορές την επίσημη αναπτυξιακή βοήθεια (11). Η μετανάστευση προωθεί επίσης το εμπόριο, τις επενδύσεις και τις μεταφορές τεχνολογίας. Ωστόσο, μπορεί να συνεπάγεται κόστος, όπως η διαρροή εγκεφάλων που προκύπτει από τη μετανάστευση ειδικευμένων επαγγελματιών, όπως εκπαιδευτικοί, γιατροί και νοσηλευτές. Στις χώρες προορισμού, η μετανάστευση ενισχύει την προσφορά εργασίας, βελτιώνει τις δεξιότητες και προωθεί την καινοτομία και την επιχειρηματικότητα (11). Μια έκθεση του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) υπογράμμισε ότι η μετανάστευση αποφέρει καθαρό θετικό δημοσιονομικό αντίκτυπο. Για τις γηράσκουσες κοινωνίες, η εισροή νέων εργαζομένων μπορεί να ανακουφίσει την πίεση στα συνταξιοδοτικά συστήματα και να μειώσει το βάρος της φροντίδας των ηλικιωμένων (11). Παρά τα οφέλη αυτά,

υπάρχουν ανησυχίες μεταξύ ορισμένων ανθρώπων και φορέων χάραξης πολιτικής ότι η μετανάστευση θα μπορούσε να οδηγήσει σε απώλεια θέσεων εργασίας, να επιβαρύνει τις δημόσιες υπηρεσίες, να υπονομεύσει την κοινωνική συνοχή και να αυξήσει τα ποσοστά εγκληματικότητας (11). Παρ' όλα αυτά, τα στοιχεία δείχνουν ότι οι μετανάστες έχουν συχνά καθαρή θετική επίδραση στους κρατικούς προϋπολογισμούς και είναι λιγότερο πιθανό να εμπλακούν σε σοβαρές εγκληματικές δραστηριότητες σε σύγκριση με τα άτομα που γεννήθηκαν στη χώρα τους (11). Επιπλέον, οι μετανάστες αντιμετωπίζουν συνήθως μια πιο επισφαλή θέση στην αγορά εργασίας και είναι πιο ευάλωτοι στις οικονομικές υφέσεις από ό,τι ο γενικός πληθυσμός (11).

Η μετανάστευση στο Ηνωμένο Βασίλειο και οι επιπτώσεις της στο NHS

Στο Ηνωμένο Βασίλειο (HB), η πλειοψηφία του κοινού αντιτίθεται σε περισσότερη μετανάστευση τουλάχιστον από τη δεκαετία του 1960 και οι περισσότεροι άνθρωποι θεωρούν ότι το κόστος της μετανάστευσης είναι μεγαλύτερο από τα οφέλη (67). Η διεύρυνση της ΕΕ την 1η Μαΐου 2004 επιδείνωσε τη συζήτηση αυτή, καθώς οι πολίτες οκτώ νέων κρατών μελών (Τσεχική Δημοκρατία, Εσθονία, Ουγγαρία, Λετονία, Λιθουανία, Πολωνία, Σλοβακία και Σλοβενία), που συνήθως αναφέρονται ως Α8, έλαβαν αμέσως πλήρη δικαιώματα εργασίας στη χώρα. Το HB ήταν μία από τις τρεις μόνο χώρες της ΕΕ, συμπεριλαμβανομένης της Ιρλανδίας και της Σουηδίας, που άνοιξε την αγορά εργασίας του στους πολίτες των Α8 αμέσως μετά την προσχώρηση, απόφαση που οδήγησε σε σημαντική εισροή μεταναστών στο HB (68).

Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΕ το 2016, 4.3 εκατομμύρια ανθρώπων μετανάστευσαν στο σύνολο των χωρών της ένωσης με 3 εκατομμύρια να μεταναστεύουν εκτός των χωρών την ίδια περίοδο, χωρίς όμως όλοι να μεταναστεύουν και εκτός της ΕΕ.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο στοιχεία του οργανισμού “The Migration Observatory” δείχνουν ότι το 2017 ο αριθμός των μεταναστών αγγίζει τα 9,5% του συνολικού πληθυσμού, σημαντική αύξηση από το 5% του 2004. Μόνο στην ευρύτερη περιοχή του Λονδίνου υπάρχουν 3,4 εκατομμύρια μετανάστες. Επίσης το Ηνωμένο Βασίλειο υποδέχεται με δικούς του μηχανισμούς αρκετούς πρόσφυγες. Πάνω από 10000 Σύριοι πρόσφυγες φιλοξενούνται σε κοινωνικές δομές σε ολόκληρο το ΗΒ ενώ ο αριθμός των ανθρώπων που αιτούνταν άσυλο και από άλλες χώρες στο τέλος του 2017 ανερχόταν στις 40000.

Προηγούμενες μελέτες έχουν αναλύσει την επίδραση της μετανάστευσης στο ΗΒ στα δημόσια οικονομικά (69,70), στις αγορές εργασίας (71), στην αγορά κατοικίας (72) και στην εγκληματικότητα (73), μεταξύ άλλων. Γνωρίζουμε λιγότερα για τις επιπτώσεις της μετανάστευσης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS). Ενώ πολλές μελέτες καταδεικνύουν την επίδραση της μετανάστευσης των πολιτών της ΕΕ στο NHS, δεν έχει μελετηθεί αρκετά η επίδραση της μετανάστευσης εκτός της ΕΕ αλλά και των ατόμων που αιτούνται άσυλο στο ΗΒ καθώς και ατόμων που έχουν βίαια μεταναστεύσει, στο NHS σε τοπικό επίπεδο η εθνικό επίπεδο. Οι κάτοικοι του Ηνωμένου Βασιλείου, συμπεριλαμβανομένων των μεταναστών, έχουν πρόσβαση σε δωρεάν υγειονομική περίθαλψη μέσω του NHS. Αυτό έχει οδηγήσει σε εικασίες ότι οι μετανάστες μπορεί να αυξήσουν δυσανάλογα τη ζήτηση για υπηρεσίες NHS και ότι ορισμένοι μπορεί να μεταναστεύσουν στο ΗΒ με σκοπό να εκμεταλλευτούν το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Οι ανησυχίες αυτές, μαζί με το πιθανό κόστος υγειονομικής περίθαλψης που συνδέεται με τη μετανάστευση, οδήγησαν στη θέσπιση πρόσθετου τέλους NHS για τους πολίτες τρίτων χωρών που υποβάλλουν αίτηση για visa στο Ηνωμένο Βασίλειο (68).

Παρά τον έντονο πολιτικό διάλογο γύρω από τις επιπτώσεις της μετανάστευσης στο NHS, η έρευνα επί του θέματος περιορίζεται

από την μειωμένη διαθεσιμότητα δεδομένων. Χρησιμοποιώντας διαχρονικά δεδομένα από την έρευνα British Household Panel Survey, ο Wadsworth (74) διαπίστωσε ότι οι μετανάστες χρησιμοποιούν γενικά τις υπηρεσίες νοσοκομείων και γενικών ιατρείων σε παρόμοια ποσοστά με εκείνους που γεννήθηκαν στο Ηνωμένο Βασίλειο. Ομοίως, οι Steventon και Bardsley (75) παρέχουν στοιχεία που αμφισβητούν την άποψη ότι οι μετανάστες χρησιμοποιούν περισσότερες υπηρεσίες δευτεροβάθμιας περίθαλψης από τους γηγενείς Βρετανούς. Αν και τα ευρήματα αυτά είναι πολύτιμα, δεν εξετάζουν τον αντίκτυπο της μετανάστευσης στην αποτελεσματικότητα του NHS. Οι χρόνοι αναμονής αποτελούν κρίσιμο δείκτη της ποιότητας και της παραγωγικότητας ενός δημόσιου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (76–78).

Ένας ενδιαφέρον δείκτης της επίδρασης της μετανάστευσης στο NHS είναι τα χρόνια ορθοπεδικά προβλήματα των πληθυσμών αυτών. Η θεραπεία αυτών των παθήσεων, είτε μέσω χειρουργικών επεμβάσεων είτε μέσω συντηρητικών μεθόδων, είναι γνωστό ότι είναι ιδιαίτερα δαπανηρή. Η εισροή ασθενών με χρόνια ορθοπεδικά προβλήματα θα μπορούσε να οδηγήσει σε σημαντική αύξηση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης. Αυτή η αύξηση της ζήτησης μπορεί όχι μόνο να κλιμακώσει το συνολικό κόστος της θεραπείας αλλά και να επιβαρύνει άλλες πτυχές του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, όπως η παράταση των λιστών αναμονής και η υπερφόρτωση των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης.

Σκοπός της μελέτης

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν, αρχικά, η βιβλιογραφική ανασκόπηση της προσφυγικής κρίσης στην Ελλάδα, το Ηνωμένο Βασίλειο και την Ευρώπη. Επιπλέον, η μελέτη στοχεύει να καταγράψει και να αναλύσει τα χρόνια ορθοπεδικά προβλήματα που παρουσιάζονται στον πληθυσμό ατόμων που αιτούνται άσυλο και ατόμων που έχουν υποστεί βίαιη

μετανάστευση, σε μια συγκεκριμένη περιοχή του Βορειοδυτικού Λονδίνου. Στόχος είναι να διερευνηθεί η συχνότητα εμφάνισης αυτών των προβλημάτων τόσο σε πρωτοβάθμιο όσο και σε δευτεροβάθμιο επίπεδο, καθώς και να συγκριθεί με τη συχνότητα εμφάνισης αντίστοιχων ορθοπεδικών παθήσεων στον τοπικό πληθυσμό. Επιπλέον, θα εξεταστεί αν και πώς η συχνότητα αυτών των προβλημάτων επηρεάζει την ανάγκη για χειρουργική επέμβαση σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο.

Συγκεκριμένα, η μελέτη θα εστιάσει στην καταγραφή των παθήσεων όπως η οστεοαρθρίτιδα, οι τραυματισμοί του μυοσκελετικού συστήματος και άλλα χρόνια ορθοπεδικά προβλήματα, τα οποία συχνά επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των πληθυσμών αυτών. Μέσω της ανάλυσης των δεδομένων, θα επιχειρηθεί να διαφανεί αν η βίαιη μετανάστευση, η οποία συνοδεύεται συχνά από σωματική και ψυχολογική καταπόνηση, οδηγεί σε αυξημένη συχνότητα εμφάνισης αυτών των προβλημάτων σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.

Τέλος, η μελέτη θα εξετάσει τη διαθεσιμότητα και την πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες για αυτούς τους πληθυσμούς, με στόχο να αναδείξει τυχόν ανισότητες που υπάρχουν σε σχέση με την ιατρική φροντίδα και την αποτελεσματικότητα των υφιστάμενων δομών υγείας στην αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων. Η έρευνα αυτή έχει τη δυνατότητα να προσφέρει πολύτιμα δεδομένα για την υγειονομική πολιτική και να συμβάλει στη βελτίωση της παροχής υγειονομικής περίθαλψης για πληθυσμούς που βρίσκονται σε ευάλωτη θέση.

Μεθοδολογία

Πληθυσμός μελέτης

Ο πληθυσμός της μελέτης περιλάμβανε τρεις κύριες κατηγορίες: τους αιτούντες άσυλο, τους μετανάστες και τον τοπικό πληθυσμό. Τα άτομα αυτά παραπέμφθηκαν στις δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες δομές του NHS στην περιοχή που ήταν υπό την επίβλεψη του Γενικού Νοσοκομείου του Ealing. Οι περιοχές αυτές περιλάμβαναν το ευρύτερο Βορειοδυτικό Λονδίνο, Southall, Harrow, Hounslow, ανατολικό Wembley, Hayes, Northolt, Ealing και Acton.

Συλλογή δεδομένων

Το εργαλείο της έρευνας ήταν ένα ερωτηματολόγιο που είχε δύο σκέλη. Το πρώτο σκέλος συμπληρώθηκε κατά τη διάρκεια της κλινικής επίσκεψης και περιλάμβανε δημογραφικά στοιχεία, οικονομικό επίπεδο και εργασία στη χώρα προέλευσης, καθώς και χρόνο παραμονής στο ΗΒ. Το δεύτερο σκέλος περιείχε τη διάγνωση του χρόνιου ορθοπαιδικού προβλήματος χρησιμοποιώντας το σύστημα ICD-10 και το αποτέλεσμα της κλινικής επίσκεψης, δηλαδή την προτεινόμενη θεραπεία.

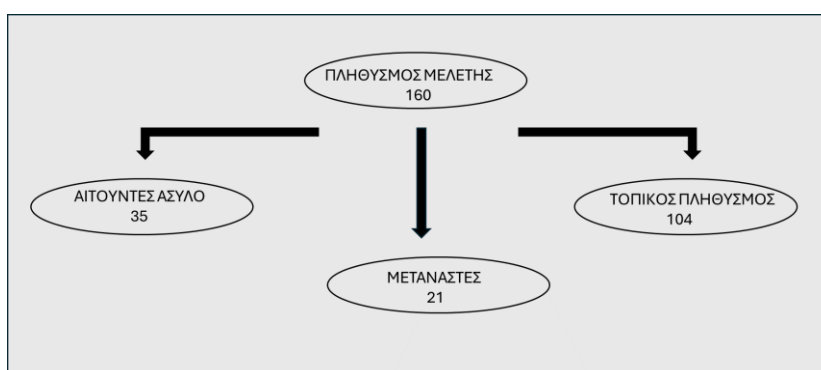
Στατιστική Ανάλυση

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS έκδοση 9. Για τις στατιστικές συγκρίσεις αναφορικά με τη συχνότητα των χρόνιων ορθοπεδικών προβλημάτων, καθώς και την αντιμετώπισή τους μέσω χειρουργικών επεμβάσεων και φυσιοθεραπείας, μεταξύ των διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων, χρησιμοποιήθηκε το τεστ χ^2 (Chi-square). Αυτή η μέθοδος επέτρεψε την αξιολόγηση των διαφορών στις θεραπευτικές προσεγγίσεις και την καταγραφή τυχόν στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των αιτούντων άσυλο, των μεταναστών και του τοπικού πληθυσμού.

Αποτελέσματα

Πληθυσμός Μελέτης

Ο πληθυσμός της μελέτης αποτέλεσε συνολικά 160 άτομα, τα οποία κατανεμήθηκαν σε τρεις κύριες κατηγορίες. Από αυτά, 35 ήταν αιτούντες άσυλο, 21 ήταν μετανάστες, ενώ 104 άτομα ανήκαν στον τοπικό πληθυσμό (Εικόνα 2).



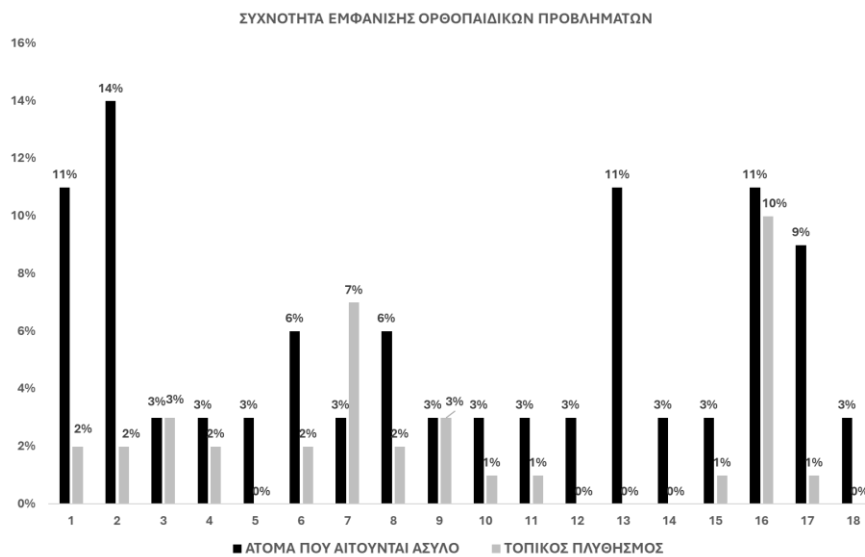
Εικόνα 2. Σχεδιάγραμμα που απεικονίζει τον πληθυσμό της μελέτης, διαχωρισμένο σε τρεις κατηγορίες: 1) αιτούντες άσυλο, 2) μετανάστες, και 3) τοπικός πληθυσμός.

Συχνότητα εμφάνισης των χρόνιων ορθοπεδικών προβλημάτων

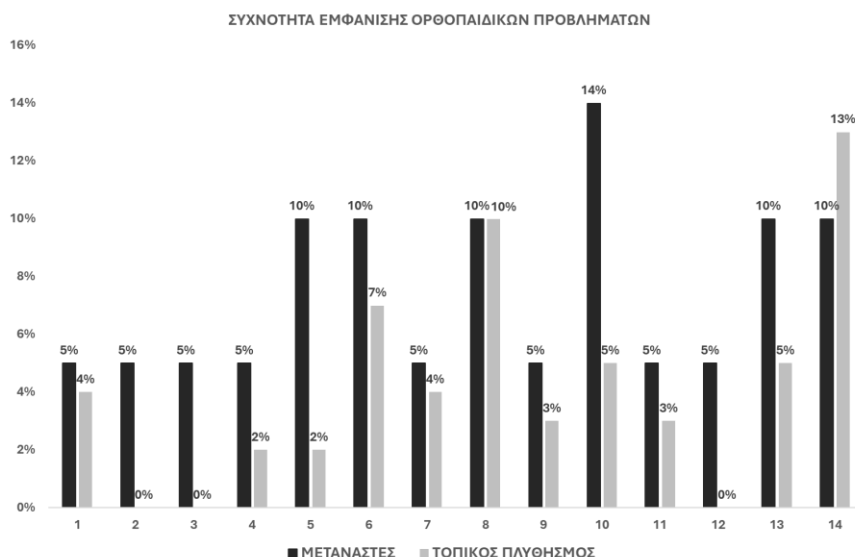
Καταγράφηκαν συνολικά 72 περιπτώσεις χρόνιων ορθοπεδικών προβλημάτων στις τρεις αυτές κατηγορίες. Συγκεκριμένα, οι αιτούντες άσυλο παρουσίασαν 18 περιπτώσεις χρόνιων ορθοπεδικών προβλημάτων (συμπληρωματικός πίνακας 1), οι μετανάστες 14 περιπτώσεις (συμπληρωματικός πίνακας 2), ενώ στον τοπικό πληθυσμό καταγράφηκαν 40 περιπτώσεις χρόνιων ορθοπεδικών προβλημάτων (συμπληρωματικός πίνακας 3). Το πιο συχνό χρόνια ορθοπεδικό πρόβλημα που καταγράφηκε στους αιτούντες άσυλο ήταν ο πόνος στη μέση, που εμφανίστηκε σε 5 από τις 35 περιπτώσεις (14%). Στους μετανάστες, το πιο συχνό πρόβλημα ήταν ο πόνος στο ισχίο με οστεοαρθρίτιδα βαθμού III, που καταγράφηκε σε 3 από τις 21 περιπτώσεις

(14%). Στον τοπικό πληθυσμό, η πιο συχνή πάθηση ήταν το σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα (CTS), η οποία καταγράφηκε σε 13 από τις 104 περιπτώσεις (13%).

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων με τη χρήση του χ^2 (chi-square test) δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές στη συχνότητα των χρόνιων ορθοπεδικών προβλημάτων μεταξύ των αιτούντων άσυλο και του τοπικού πληθυσμού (Εικόνα 3, συμπληρωματικός πίνακας 4), καθώς και μεταξύ των μεταναστών και του τοπικού πληθυσμού (Εικόνα 4, συμπληρωματικός πίνακας 5). Αυτά τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι η συχνότητα των χρόνιων ορθοπεδικών προβλημάτων είναι παρόμοια μεταξύ των τριών ομάδων πληθυσμού που μελετήθηκαν.



Εικόνα 3. Σύγκριση της συχνότητας χρόνιων ορθοπεδικών προβλημάτων μεταξύ αιτούντων άσυλο και τοπικού πληθυσμού.



Εικόνα 4. Σύγκριση της συχνότητας χρόνιων ορθοπεδικών προβλημάτων μεταξύ μεταναστών και τοπικού πληθυσμού.

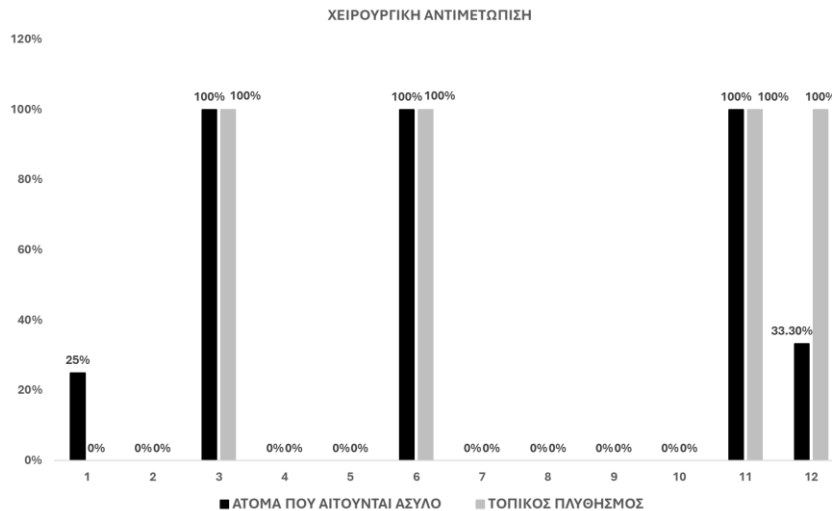
Χειρουργική Αντιμετώπιση Χρόνιων Ορθοπεδικών Προβλημάτων

Από τις συνολικές περιπτώσεις χρόνιων ορθοπεδικών προβλημάτων που καταγράφηκαν στη μελέτη μας, ένα ποσοστό των ασθενών αντιμετωπίστηκε χειρουργικά. Συγκεκριμένα, χειρουργική αντιμετώπιση έλαβαν το 29% των αιτούντων άσυλο, το 62% των μεταναστών και το 57% του τοπικού πληθυσμού.

Όσον αφορά τη σύγκριση της χειρουργικής αντιμετώπισης κοινών ορθοπεδικών προβλημάτων μεταξύ αιτούντων άσυλο και του τοπικού πληθυσμού, η στατιστική ανάλυση με χ^2 (chi-square test) δεν έδειξε σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο αυτών κατηγοριών (Εικόνα 5, Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Σύγκριση Χειρουργικής Αντιμετώπισης Κοινών Ορθοπεδικών Προβλημάτων Μεταξύ Αιτούντων Άσυλο και Τοπικού Πληθυσμού.

ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΑΙ ΑΣΥΛΟ	ΤΟΠΙΚΟΣ ΠΛΥΘΗΣΜΟΣ
Μετατραυματική ΟΑ βαθμού II	1/4 (25%)	0/2 (0%)
Πόνος στη μέση, αρνητική μαγνητική τομογραφία	0/ 5 (0%)	0/2 (0%)
Πόνος στη μέση, θετική μαγνητική τομογραφία (L3L4L5)	1/1 (100%)	3/3 (100%)
Πόνος στο γόνατο, αρνητική μαγνητική τομογραφία	0/1 (0%)	0/2 (0%)
Πόνος στο γόνατο, ΟΑ βαθμού II	0/2 (0%)	0/2 (0%)
Πόνος στο γόνατο, ΟΑ βαθμού III	1/1 (100%)	7/7 (100%)
Πόνος στο γόνατο, ΟΑ βαθμού I	0/2 (0%)	0/2 (0%)
Πόνος στο ισχίο, ΟΑ βαθμού I	0/1 (0%)	0/3 (0%)
Πόνος στο ισχίο, ΟΑ βαθμού II	0 /1 (0%)	0/1 (0%)
Πόνος στο πόδι, ακτινογραφίες και μαγνητική τομογραφία αρνητικές	0/1 (0%)	0/1 (0%)
Πρόβλημα στο γόνατο, θετική μαγνητική τομογραφία, ρήξη μηνίσκου, μέση	4/4 (100%)	10/10 (100%)
Πρόβλημα στο γόνατο, τραυματισμός πρόσθιου χιαστού συνδέσμου	1/3 (33.3%)	1/1 (100%)



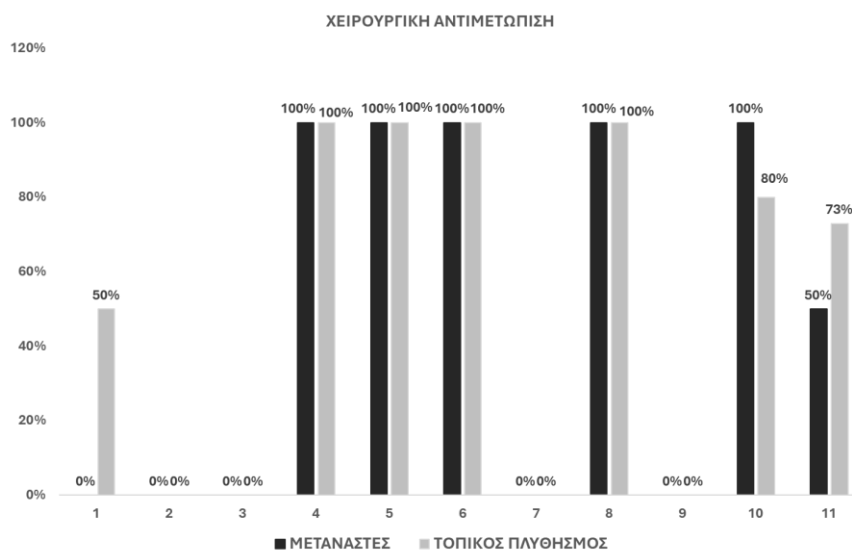
Εικόνα 5. Σύγκριση Χειρουργικής Αντιμετώπισης Κοινών Ορθοπεδικών Προβλημάτων Μεταξύ Αιτούντων Άσυλο και Τοπικού Πληθυσμού. Οι αριθμοί (1-12) παραπέμπουν στα παρακάτω ορθοπεδικά προβλήματα: 1) Μετατραυματική Οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) γόνατος βαθμού II, 2) Πόνος στη μέση, αρνητική μαγνητική τομογραφία, 3) Πόνος στη μέση, θετική μαγνητική τομογραφία (L3L4L5), 4) Πόνος στο γόνατο, αρνητική μαγνητική τομογραφία, 5) Πόνος στο γόνατο, Οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) βαθμού II, 6) Πόνος στο γόνατο, Οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) βαθμού III, 7) Πόνος στο γόνατο, Οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) βαθμού I, 8) Πόνος στο ισχίο, Οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) βαθμού I, 9) Πόνος

στο ισχίο, Οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) βαθμού II, 10) Πόνος στο πόδι, ακτινογραφίες και μαγνητική τομογραφία αρνητικές, 11) Πρόβλημα στο γόνατο, θετική μαγνητική τομογραφία, ρήξη μηνίσκου, μέση, 12) Πρόβλημα στο γόνατο, τραυματισμός πρόσθιου χιαστού συνδέσμου.

Παρόμοια, δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές και μεταξύ των μεταναστών και του τοπικού πληθυσμού (Εικόνα 6, Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Σύγκριση Χειρουργικής Αντιμετώπισης Κοινών Ορθοπεδικών Προβλημάτων Μεταξύ Μεταναστών και Τοπικού Πληθυσμού.

ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ	ΤΟΠΙΚΟΣ ΠΛΥΘΗΣΜΟΣ
Γάγγλιο καρπού	0/1 (0%)	2/4 (50%)
Πόνος στο γόνατο ΟΑ βαθμού I	0/1 (0%)	0/2 (0%)
Πόνος στο γόνατο, αρνητική μαγνητική τομογραφία	0/2 (0%)	0/2 (0%)
Πόνος στο γόνατο, ΟΑ βαθμού III	2/2 (100%)	7/7 (100%)
Πόνος στο γόνατο, ΟΑ βαθμού IV	1/1 (100%)	4/4 (100%)
Πρόβλημα στο γόνατο, θετική μαγνητική τομογραφία, Ρήξη μηνίσκου	2/2 (100%)	10/10 (100%)
Πόνος στο ισχίο, ΟΑ βαθμού I	0/1 (0%)	0/3 (0%)
Πόνος στο ισχίο, ΟΑ βαθμού III	3/3 (100%)	5/5 (100%)
Πόνος στο ισχίο, Τροχαντήρια θυλακίτιδα	0/1 (0%)	0/3 (0%)
Πρόβλημα στο πόδι, ΗV	2/2 (100%)	4/5 (80%)
Σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα (CTS)	1/2 (50%)	11/15 (73%)



Εικόνα 6. Σύγκριση Χειρουργικής Αντιμετώπισης Κοινών Ορθοπεδικών Προβλημάτων Μεταξύ Μεταναστών και Τοπικού Πληθυσμού. Οι αριθμοί (1-11) παραπέμπουν στα παρακάτω ορθοπεδικά προβλήματα: 1) Γάγγλιο καρπού, 2) Πόνος στο γόνατο, Οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) βαθμού I, 3) Πόνος στο γόνατο, αρνητική μαγνητική τομογραφία, 4) Πόνος στο γόνατο,

Οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) βαθμού III, 5) Πόνος στο γόνατο, Οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) βαθμού IV, 6) Πρόβλημα στο γόνατο, θετική μαγνητική τομογραφία, Ρήξη μηνίσκου, 7) Πόνος στο ισχίο, Οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) βαθμού I, 8) Πόνος στο ισχίο, Οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) βαθμού III, 9) Πόνος στο ισχίο, Τροχαντήρια θυλακίτιδα, 10) Πρόβλημα στο πόδι, ΗV, 11) Σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα (CTS).

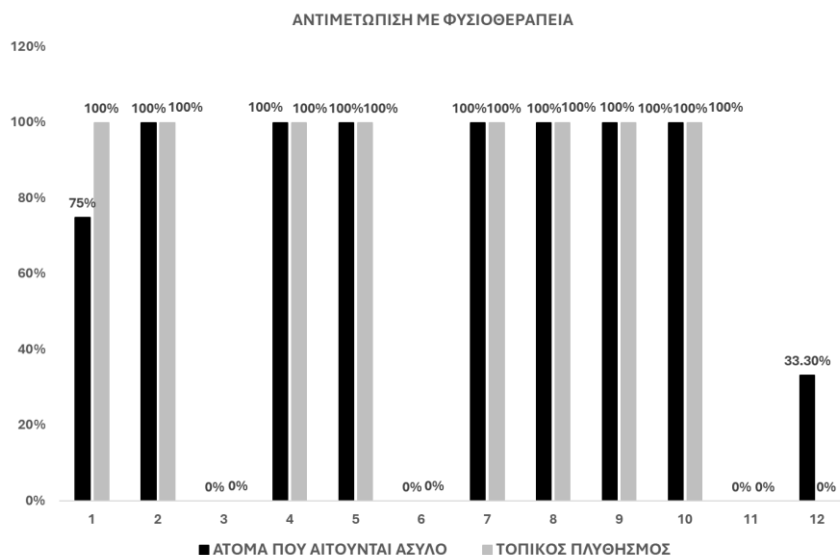
Αντιμετώπιση με Φυσιοθεραπεία Χρόνιων Ορθοπεδικών Προβλημάτων

Σύμφωνα με τα δεδομένα της μελέτης, η αντιμετώπιση των χρόνιων ορθοπεδικών προβλημάτων με φυσιοθεραπεία παρουσιάστηκε ως εξής: οι αιτούντες άσυλο, από τους οποίους 25 από τους 35 (71%) ακολούθησαν φυσιοθεραπεία, οι μετανάστες, από τους οποίους 8 από τους 21 (38%) ακολούθησαν φυσιοθεραπεία, και ο τοπικός πληθυσμός, από τον οποίο 41 από τους 104 (39%) ακολούθησαν φυσιοθεραπεία.

Όσον αφορά τη σύγκριση της αντιμετώπισης με φυσιοθεραπεία κοινών ορθοπεδικών προβλημάτων μεταξύ των αιτούντων άσυλο και του τοπικού πληθυσμού, η στατιστική ανάλυση με τη χρήση του χ^2 (chi-square test) δεν έδειξε σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο αυτών κατηγοριών (Εικόνα 7, Πίνακας 3).

Πίνακας 3. Σύγκριση Αντιμετώπισης με Φυσιοθεραπεία Κοινών Ορθοπεδικών Προβλημάτων Μεταξύ Αιτούντων Άσυλο και Τοπικού Πληθυσμού.

ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΑΙ ΑΣΥΛΟ	ΤΟΠΙΚΟΣ ΠΛΗΘΗΣΜΟΣ
Μετατραυματική ΟΑ βαθμού II	3/4 (75%)	2/2 (100%)
Πόνος στη μέση, αρνητική μαγνητική τομογραφία	5/5 (100%)	2/2 (100%)
Πόνος στη μέση, θετική μαγνητική τομογραφία (L3L4L5)	0/1 (0%)	0/3 (0%)
Πόνος στο γόνατο, αρνητική μαγνητική τομογραφία	1/1 (100%)	2/2 (100%)
Πόνος στο γόνατο, ΟΑ βαθμού II	2/2 (100%)	2/2 (100%)
Πόνος στο γόνατο, ΟΑ βαθμού III	0/1 (0%)	0/7 (0%)
Πόνος στο γόνατο, ΟΑ βαθμού I	2/2 (100%)	2/2 (100%)
Πόνος στο ισχίο, ΟΑ βαθμού I	1/1 (100%)	3/3 (100%)
Πόνος στο ισχίο, ΟΑ βαθμού II	1/1 (100%)	1/1 (100%)
Πόνος στο πόδι, ακτινογραφίες και μαγνητική τομογραφία αρνητικές	1/1 (100%)	1/1 (100%)
Πρόβλημα στο γόνατο, θετική μαγνητική τομογραφία, ρήξη μηνίσκου, μέση	0/4 (0%)	0/10 (0%)
Πρόβλημα στο γόνατο, τραυματισμός πρόσθιου χιαστού συνδέσμου	1/3 (33.3%)	0/1 (0%)

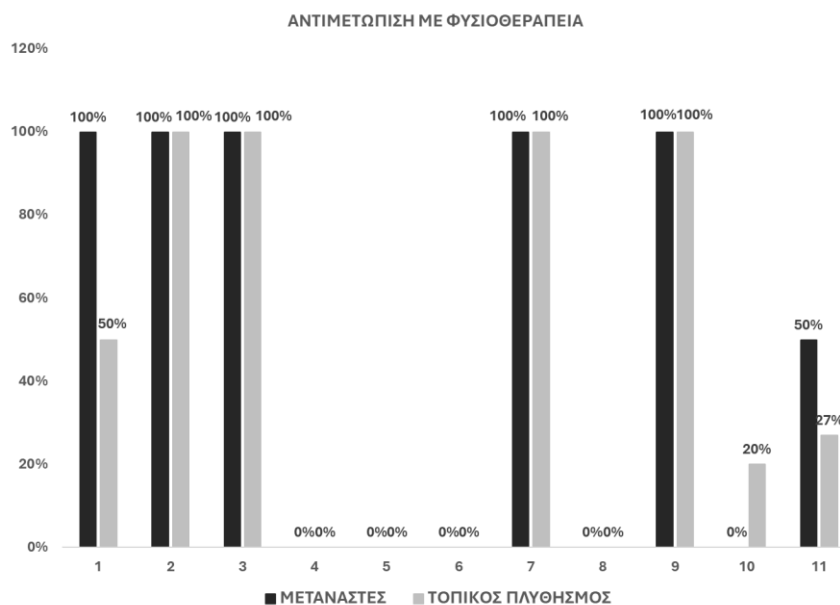


Εικόνα 7. Σύγκριση Αντιμετώπισης με Φυσιοθεραπεία Κοινών Ορθοπεδικών Προβλημάτων Μεταξύ Αιτούντων Άσυλο και Τοπικού Πληθυσμού. Οι αριθμοί (1-12) παραπέμπουν στα παρακάτω ορθοπεδικά προβλήματα: 1) Μετατραυματική Οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) αριστερού γόνατος βαθμού II, 2) Πόνος στη μέση, αρνητική μαγνητική τομογραφία, 3) Πόνος στη μέση, θετική μαγνητική τομογραφία (L3L4L5), 4) Πόνος στο γόνατο, αρνητική μαγνητική τομογραφία, 5) Πόνος στο γόνατο, Οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) βαθμού II, 6) Πόνος στο γόνατο, Οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) βαθμού III, 7) Πόνος στο γόνατο, Οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) βαθμού I, 8) Πόνος στο ισχίο, Οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) βαθμού I, 9) Πόνος στο ισχίο, Οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) βαθμού II, 10) Πόνος στο πόδι, ακτινογραφίες και μαγνητική τομογραφία αρνητικές, 11) Πρόβλημα στο γόνατο, θετική μαγνητική τομογραφία, ρήξη μηνίσκου, μέση, 12) Πρόβλημα στο γόνατο, τραυματισμός πρόσθιου χιαστού συνδέσμου.

Επιπλέον, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές και μεταξύ των μεταναστών και του τοπικού πληθυσμού (Εικόνα 8, Πίνακας 4).

Πίνακας 4. Σύγκριση Αντιμετώπισης με Φυσιοθεραπεία Κοινών Ορθοπεδικών Προβλημάτων Μεταξύ Μεταναστών και Τοπικού Πληθυσμού.

ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ	ΤΟΠΙΚΟΣ ΠΛΗΘΗΣΜΟΣ
Γάγγλιο καρπού	1/1 (100%)	2/4 (50%)
Πόνος στο γόνατο ΟΑ βαθμού I	1/1 (100%)	2/2 (100%)
Πόνος στο γόνατο, αρνητική μαγνητική τομογραφία	2/2 (100%)	2/2 (100%)
Πόνος στο γόνατο, ΟΑ βαθμού III	0/2 (0%)	0/7 (0%)
Πόνος στο γόνατο, ΟΑ βαθμού IV	0/1 (0%)	0/4 (0%)
Πρόβλημα στο γόνατο, θετική μαγνητική τομογραφία, Ρήξη μηνίσκου	0/2 (0%)	0/10 (0%)
Πόνος στο ισχίο, ΟΑ βαθμού I	1/1 (100%)	3/3 (100%)
Πόνος στο ισχίο, ΟΑ βαθμού III	0/3 (0%)	0/5 (0%)
Πόνος στο ισχίο, Τροχαντήρια θυλακίτιδα	1/1 (100%)	3/3 (100%)
Πρόβλημα στο πόδι, ΗV	0/2 (0%)	1/5 (20%)
Σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα (CTS)	1/2 (50%)	4/15 (27%)



Εικόνα 8. Σύγκριση Αντιμετώπισης με Φυσιοθεραπεία Κοινών Ορθοπεδικών Προβλημάτων Μεταξύ Μεταναστών και Τοπικού Πληθυσμού. Οι αριθμοί (1-11) παραπέμπουν στα παρακάτω ορθοπεδικά προβλήματα: 1) Γάγγλιο καρπού, 2) Πόνος στο γόνατο, Οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) βαθμού I, 3) Πόνος στο γόνατο, αρνητική μαγνητική τομογραφία, 4) Πόνος στο γόνατο, Οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) βαθμού III, 5) Πόνος στο γόνατο, Οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) βαθμού IV, 6) Πρόβλημα στο γόνατο, θετική μαγνητική τομογραφία, Ρήξη μηνίσκου, 7) Πόνος στο ισχίο, Οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) βαθμού I, 8) Πόνος στο ισχίο, Οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) βαθμού III, 9) Πόνος στο ισχίο,

*Τροχαντήρια θυλακίτιδα, 10) Πρόβλημα στο πόδι, ΗV, 11)
Σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα (CTS).*

Συμπεράσματα - Προτάσεις

Στη συζήτηση για την προσφυγική κρίση στην Ελλάδα, το Ηνωμένο Βασίλειο και την Ευρώπη, αναδεικνύονται οι πολυδιάστατες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τόσο οι χώρες υποδοχής όσο και οι ίδιοι οι πρόσφυγες. Στην Ελλάδα, η γεωγραφική της θέση ως πρώτη χώρα εισόδου στην Ευρώπη έχει οδηγήσει σε αυξημένες ροές προσφύγων, δημιουργώντας πίεση στα εθνικά συστήματα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Από την άλλη πλευρά, στο Ηνωμένο Βασίλειο, η προσφυγική κρίση έχει πυροδοτήσει πολιτικές συζητήσεις γύρω από τη μετανάστευση και την ενσωμάτωση, επηρεάζοντας τις πολιτικές ασύλου και την κατανομή των πόρων. Σε επίπεδο Ευρώπης, η απουσία μιας ενιαίας και συνεκτικής πολιτικής για τη μετανάστευση έχει καταστήσει δύσκολη τη διαχείριση της κρίσης, με αποτέλεσμα την υιοθέτηση διαφορετικών προσεγγίσεων από τα κράτη μέλη. Η αναγνώριση της ανάγκης για μία πιο συντονισμένη και αλληλέγγυα προσέγγιση είναι κρίσιμη για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προκλήσεων που δημιουργούνται από τις συνεχείς ροές προσφύγων και μεταναστών.

Οι επιπτώσεις της μετανάστευσης αποτελούν συχνά αντικείμενο μελέτης, και το ίδιο ισχύει και για τις επιπτώσεις της στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS). Παρόλο που πολλές έρευνες εστιάζουν στην επίδραση της μετανάστευσης από χώρες της ΕΕ στο NHS, η επίδραση της μετανάστευσης από χώρες εκτός ΕΕ, καθώς και εκείνων που αιτούνται άσυλο ή αναγκάζονται να μεταναστεύσουν βίαια στο Ηνωμένο Βασίλειο, δεν έχει μελετηθεί επαρκώς σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο. Το ζήτημα της ελεύθερης πρόσβασης των μεταναστών στο NHS και η θεωρούμενη οικονομική επιβάρυνση του συστήματος υγείας έχει προκαλέσει σημαντική συζήτηση στο Ηνωμένο Βασίλειο. Η διαμάχη αυτή έχει οδηγήσει σε αλλαγές πολιτικής, συμπεριλαμβανομένης της θέσπισης πρόσθετου τέλους

υγειονομικής περίθαλψης για την πρόσβαση των πολιτών εκτός ΕΕ στις υπηρεσίες του NHS (68).

Οι πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο συχνά παρουσιάζουν πολύπλοκες ανάγκες υγείας που διαμορφώνονται από τις εμπειρίες τους πριν από την αναχώρηση, κατά τη διάρκεια της διέλευσης και μετά την άφιξή τους στο Ηνωμένο Βασίλειο. Οι ανάγκες αυτές μπορεί να επηρεάζονται από μια σειρά παραγόντων, όπως μη θεραπευμένες μεταδοτικές ασθένειες, ανεπαρκώς διαχειριζόμενες χρόνιες παθήσεις, θέματα μητρότητας και αναπαραγωγικής υγείας και προβλήματα ψυχικής υγείας που απαιτούν εξειδικευμένη υποστήριξη. Η παροχή ολιστικής, ανθρωποκεντρικής φροντίδας είναι ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων, την ενίσχυση της ανθεκτικότητας και την υποβοήθηση της προσαρμογής τους στη ζωή σε μια νέα χώρα. Μια ολοκληρωμένη προσέγγιση που λαμβάνει υπόψη τόσο τις ιατρικές όσο και τις κοινωνικές πτυχές της ευημερίας τους είναι απαραίτητη για την παροχή αποτελεσματικής υγειονομικής περίθαλψης σε αυτόν τον ευάλωτο πληθυσμό.

Ένας ενδιαφέρον δείκτης της επίδρασης που έχει η μετανάστευση στο NHS είναι η συχνότητα εμφάνισης χρόνιων ορθοπεδικών προβλημάτων σε αυτούς τους πληθυσμούς, δεδομένου ότι η χειρουργική ή συντηρητική αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων είναι ιδιαίτερα δαπανηρή. Η σημαντική αύξηση της συχνότητας αυτών των παθήσεων σε μια περιοχή ενδέχεται να αυξήσει το συνολικό κόστος περίθαλψης και να επηρεάσει άλλα χαρακτηριστικά του συστήματος, όπως οι λίστες αναμονής.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης ανέδειξαν τη συχνότητα των χρόνιων ορθοπεδικών προβλημάτων σε τρεις διαφορετικές ομάδες πληθυσμού: αιτούντες άσυλο, μετανάστες και τον τοπικό πληθυσμό που παραπέμφθηκαν στις

δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες δομές του NHS στην περιοχή που ήταν υπό την επίβλεψη του Γενικού Νοσοκομείου του Ealing στο HB. Συνολικά, καταγράφηκαν 72 περιπτώσεις χρόνιων ορθοπεδικών προβλημάτων, με τα δεδομένα να κατανέμονται σχεδόν ισομερώς μεταξύ των ομάδων που εξετάστηκαν. Συγκεκριμένα, η ανάλυση των δεδομένων δεν αποκάλυψε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των αιτούντων άσυλο και του τοπικού πληθυσμού, καθώς και μεταξύ των μεταναστών και του τοπικού πληθυσμού. Αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι οι τρεις πληθυσμιακές ομάδες αντιμετωπίζουν παρόμοιο επίπεδο χρόνιων ορθοπεδικών προβλημάτων, γεγονός που μπορεί να αντανακλά τις γενικότερες συνθήκες διαβίωσης και πρόσβασης σε υγειονομική περίθαλψη. Επιπλέον, η απουσία στατιστικά σημαντικών διαφορών μπορεί να υποδηλώνει ότι, παρά τις πιθανές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι αιτούντες άσυλο και οι μετανάστες σε σύγκριση με τον τοπικό πληθυσμό, τα χρόνια ορθοπεδικά προβλήματα παραμένουν σταθερά και στις τρεις ομάδες. Αυτό μπορεί να αποτελεί ένδειξη ότι οι συνθήκες που οδηγούν στην ανάπτυξη αυτών των προβλημάτων είναι κοινές για όλες τις ομάδες, πιθανώς σχετιζόμενες με παράγοντες όπως η ηλικία, η επαγγελματική δραστηριότητα ή η μακροχρόνια έκθεση σε φυσικές καταπονήσεις. Τέλος, τα αποτελέσματα αυτά υπογραμμίζουν την ανάγκη για περαιτέρω μελέτες που θα εξετάσουν πιο λεπτομερώς τους παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη χρόνιων ορθοπεδικών προβλημάτων, λαμβάνοντας υπόψη τόσο τις κοινωνικοοικονομικές παραμέτρους όσο και τις πολιτισμικές διαφορές μεταξύ των πληθυσμιακών ομάδων.

Τα αποτελέσματα της μελέτης ανέδειξαν επίσης τις διαφορές στην προσέγγιση της χειρουργικής αντιμετώπισης μεταξύ των αιτούντων άσυλο, των μεταναστών και του τοπικού πληθυσμού. Ειδικότερα, παρατηρήθηκε ότι το 29% των αιτούντων άσυλο, το 62% των μεταναστών και το 57% του τοπικού πληθυσμού

υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους. Παρά τις διαφοροποιήσεις στα ποσοστά χειρουργικής παρέμβασης, η στατιστική ανάλυση δεν ανέδειξε σημαντικές διαφορές μεταξύ των αιτούντων άσυλο και του τοπικού πληθυσμού, ούτε μεταξύ των μεταναστών και του τοπικού πληθυσμού. Αυτό το εύρημα είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον, καθώς υποδηλώνει ότι οι τρεις ομάδες πληθυσμού έχουν παρόμοια πρόσβαση και δυνατότητες για χειρουργική αντιμετώπιση, παρά τις διαφορετικές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και το διαφορετικό ιατροφαρμακευτικό καθεστώς που πιθανώς βιώνουν. Η υψηλότερη συχνότητα χειρουργικής αντιμετώπισης στους μετανάστες συγκριτικά με τους αιτούντες άσυλο και τον τοπικό πληθυσμό μπορεί να αντανακλά διαφορές στη φύση των ορθοπεδικών προβλημάτων που παρουσιάζονται στις διαφορετικές αυτές ομάδες ή στις διαφορετικές προσδοκίες και ανάγκες για ιατρική φροντίδα. Ωστόσο, η έλλειψη στατιστικά σημαντικών διαφορών δείχνει ότι παρά τις όποιες διαφορές στην προσβασιμότητα και τις συνθήκες διαβίωσης, τα ποσοστά χειρουργικής επέμβασης παραμένουν σχετικά σταθερά. Τα αποτελέσματα αυτά συνάδουν με ευρήματα προηγούμενων ερευνών. Συγκεκριμένα, η έρευνα του Wadsworth, χρησιμοποιώντας δεδομένα από το British Household Panel Survey, έδειξε ότι οι μετανάστες κάνουν χρήση νοσοκομειακών υπηρεσιών και γενικών ιατρείων σε ποσοστά παρόμοια με τους γεννημένους στο Ηνωμένο Βασίλειο (46). Επιπλέον, οι Steventon και Bardsley (47) ανέδειξαν στοιχεία που αμφισβητούν την άποψη ότι οι μετανάστες καταφεύγουν περισσότερο σε υπηρεσίες δευτεροβάθμιας περίθαλψης σε σύγκριση με τους γηγενείς Βρετανούς. Αυτά τα ευρήματα υποστηρίζουν την παρατήρησή μας ότι, παρά τις διαφορετικές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και το διαφορετικό ιατροφαρμακευτικό καθεστώς που ενδέχεται να αντιμετωπίζουν οι μετανάστες και οι αιτούντες άσυλο, η πρόσβαση σε χειρουργικές και άλλες ιατρικές υπηρεσίες παραμένει σχετικά

ισοδύναμη με εκείνη του τοπικού πληθυσμού. Μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να εστιάσουν σε ποιοτικούς παράγοντες όπως οι πολιτισμικές αντιλήψεις περί υγείας, η πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες και η επικοινωνία μεταξύ ασθενών και ιατρών, προκειμένου να αποκαλυφθούν οι βαθύτεροι λόγοι πίσω από τις παρατηρούμενες τάσεις.

Τέλος, τα ευρήματα της μελέτης προσφέρουν ενδιαφέρουσες παρατηρήσεις σχετικά με τη χρήση φυσιοθεραπείας για την αντιμετώπιση χρόνιων ορθοπεδικών προβλημάτων μεταξύ των αιτούντων άσυλο, των μεταναστών και του τοπικού πληθυσμού. Παρά τις διαφορετικές συνθήκες διαβίωσης και πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας που ενδέχεται να επηρεάζουν την υγειονομική φροντίδα που λαμβάνουν οι διάφορες πληθυσμιακές ομάδες, η στατιστική ανάλυση (chi-square test) δεν ανέδειξε σημαντικές διαφορές στην αντιμετώπιση με φυσιοθεραπεία μεταξύ των αιτούντων άσυλο και του τοπικού πληθυσμού, καθώς και μεταξύ των μεταναστών και του τοπικού πληθυσμού.

Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι το 71% των αιτούντων άσυλο υποβλήθηκε σε φυσιοθεραπεία, σε σύγκριση με το 38% των μεταναστών και το 39% του τοπικού πληθυσμού. Το εύρημα αυτό ενδέχεται να αντικατοπτρίζει τις αυξημένες ανάγκες των αιτούντων άσυλο για αποκατάσταση λόγω των συνθηκών που βίωσαν πριν και κατά τη διάρκεια της μετανάστευσης. Οι υψηλότεροι ρυθμοί φυσιοθεραπείας στους αιτούντες άσυλο μπορεί επίσης να υποδηλώνουν καλύτερη πρόσβαση ή προτίμηση προς μη επεμβατικές θεραπείες, ενδεχομένως λόγω περιορισμών στις χειρουργικές επιλογές ή της επιθυμίας αποφυγής τους λόγω πολιτισμικών πεποιθήσεων ή φόβων. Αντίθετα, οι μετανάστες και ο τοπικός πληθυσμός παρουσίασαν σχεδόν ισοδύναμα ποσοστά χρήσης φυσιοθεραπείας (38% και 39% αντίστοιχα), γεγονός που υποδηλώνει παρόμοια επίπεδα πρόσβασης και επιλογών θεραπείας. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι οι μετανάστες, αφού εγκατασταθούν, τείνουν να

ενσωματώνονται σταδιακά στα πρότυπα υγειονομικής φροντίδας του τοπικού πληθυσμού. Η έλλειψη στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των ομάδων μπορεί να υποδηλώνει ότι, παρά τις διαφορετικές προκλήσεις και ανάγκες, οι ομάδες αυτές έχουν παρόμοια πρόσβαση σε φυσιοθεραπευτικές υπηρεσίες. Ωστόσο, τα αποτελέσματα αυτά πρέπει να ερμηνευτούν με προσοχή, λαμβάνοντας υπόψη τις περιορισμένες δείγματα και τη δυνατότητα για περαιτέρω έρευνα που θα εξετάσει πιο λεπτομερώς τους παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση φυσιοθεραπείας. Η μελέτη αυτή υπογραμμίζει την ανάγκη για πιο εξατομικευμένες προσεγγίσεις στην υγειονομική φροντίδα που να λαμβάνουν υπόψη τις μοναδικές ανάγκες και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες.

Βιβλιογραφικές παραπομπές

1. Kotsiou OS, Kotsios P, Srivastava DS, Kotsios V, Gourgoulisianis KI, Exadaktylos AK. Impact of the refugee crisis on the greek healthcare system: A long road to Ithaca. Vol. 15, International Journal of Environmental Research and Public Health. MDPI AG; 2018.
2. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), Refugees and Migrants Sea Arrivals in Europe. [(accessed on 5 June 2018)]; Bur Eur. Available online: <https://data2.unhcr.org/ar/documents/download/49921>
3. Operational Portal Refugee Situations. Available online: <http://data2.unhcr.org/en/situations/mediterranean/location/5179>
4. Blitz BK, D'Angelo A, Kofman E, Montagna N. Health challenges in refugee reception: Dateline Europe 2016. Int J Environ Res Public Health. 2017 Dec 1;14(12).
5. Hodes M, Anagnostopoulos D, Skokauskas N. Challenges and opportunities in refugee mental health: clinical, service, and research considerations. Vol. 27, European Child and Adolescent Psychiatry. Dr. Dietrich Steinkopff Verlag GmbH and Co. KG; 2018. p. 385–8.
6. Unhcr. GREECE FACT SHEET Greece [Internet]. 2024. Available from: www.unhcr.org
7. Kotsiou OS, Srivastava DS, Kotsios P, Exadaktylos AK, Gourgoulisianis KI. The emergency medical system in Greece: Opening aeolus' bag of winds. Vol. 15, International Journal of Environmental Research and Public Health. MDPI; 2018.
8. Pajic S, Ulceluse M, Kismihók G, Mol ST, den Hartog DN. Antecedents of job search self-efficacy of Syrian refugees in Greece and the Netherlands. J Vocat Behav. 2018 Apr 1;105:159–72.
9. Moris D, Kousoulis A. Refugee crisis in Greece: healthcare and integration as current challenges. Perspect Public Health [Internet]. 2017 Oct 28;137(6):309–10. Available from: <https://doi.org/10.1177/1757913917726019>
10. Christodoulou GN, Abou-Saleh MT. Greece and the refugee crisis: mental health context. BJPsych Int. 2016 Nov;13(4):89–91.

11. Matlin SA, Depoux A, Schütte S, Flahault A, Saso L. Migrants' and refugees' health: Towards an agenda of solutions Henrique Barros, Bent Greve, Walter Ricciardi. In: Public Health Reviews. BioMed Central Ltd.; 2018.
12. MigrationReport2015_Highlights. Available online: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2015_Highlights.pdf
13. European Commission-Press release Towards a sustainable and fair Common European Asylum System. Available online: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/IP_16_1620
14. Who bears the cost of integrating refugees? OECD Migration Policy Debates No.13, January 2017. www.oecd.org/els/mig/migration-policy-debates-13.pdf.
15. European Commission. Lives in dignity: from aid-dependence to self-reliance. Forced displacement and development Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Brussels: European Commission document COM; 2016. 234 final, 26 April 2016. http://ec.europa.eu/echo/files/policies/refugees-idp/Communication_Forced_Displacement_Development_2016.pdf.
16. Ben Farhat J, Blanchet K, Juul Bjertrup P, Veizis A, Perrin C, Coulborn RM, et al. Syrian refugees in Greece: Experience with violence, mental health status, and access to information during the journey and while in Greece. *BMC Med.* 2018 Mar 13;16(1).
17. Pavli A, Maltezou H. Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. Vol. 24, *Journal of Travel Medicine.* Oxford University Press; 2017.
18. Reed R V, Fazel M, Jones L, Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in low-income and middle-income countries: risk and protective factors. *The Lancet* [Internet]. 2012 Jan 21;379(9812):250–65. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60050-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60050-0)
19. Fazel M, Reed R V, Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-

- income countries: risk and protective factors. *The Lancet* [Internet]. 2012 Jan 21;379(9812):266–82. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60051-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60051-2)
20. Poole DN, Hedt-Gauthier B, Liao S, Raymond NA, Bärnighausen T. Major depressive disorder prevalence and risk factors among Syrian asylum seekers in Greece. *BMC Public Health*. 2018 Jul 24;18(1).
 21. Arsenijević J, Schillberg E, Ponthieu A, Malvisi L, Ahmed WAE, Argenziano S, et al. A crisis of protection and safe passage: violence experienced by migrants/refugees travelling along the Western Balkan corridor to Northern Europe. *Confl Health*. 2017 Apr 16;11(1).
 22. Shortall CK, Glazik R, Sornum A, Pritchard C. On the ferries: the unmet health care needs of transiting refugees in Greece. *Int Health* [Internet]. 2017 Sep 1;9(5):272–80. Available from: <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihx032>
 23. De Paoli L. Access to health services for the refugee community in Greece: lessons learned. *Public Health* [Internet]. 2018;157:104–6. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350618300143>
 24. Rojek AM, Gkolfinopoulou K, Veizis A, Lambrou A, Castle L, Georgakopoulou T, et al. Clinical assessment is a neglected component of outbreak preparedness: Evidence from refugee camps in Greece. *BMC Med*. 2018 Mar 19;16(1).
 25. Kousoulis AA, Ioakeim-Ioannidou M, Economopoulos KP. Access to health for refugees in Greece: Lessons in inequalities. *Int J Equity Health*. 2016 Aug 2;15(1).
 26. Norredam M, Mygind A, Krasnik A. Access to health care for asylum seekers in the European Union - A comparative study of country policies. Vol. 16, *European Journal of Public Health*. 2006. p. 285–9.
 27. Eonomopoulou A, Pavli A, Stasinopoulou P, Giannopoulos LA, Tsiodras S. Migrant screening: Lessons learned from the migrant holding level at the Greek–Turkish borders. *J Infect Public Health*. 2017 Mar 1;10(2):177–84.
 28. Van Loenen T, Van Den Muijsenbergh M, Hofmeester M, Dowrick C, Van Ginneken N, Mechili EA, et al. Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe:

- A qualitative study on health needs, barriers and wishes. *Eur J Public Health*. 2018 Feb 1;28(1):82–7.
29. Williams GA, Bacci S, Shadwick R, Tillmann T, Rechel B, Noori T, et al. Measles among migrants in the European Union and the European Economic Area. *Scand J Public Health* [Internet]. 2015 Nov 12;44(1):6–13. Available from: <https://doi.org/10.1177/1403494815610182>
 30. Fabiani M, Riccardo F, Di Napoli A, Gargiulo L, Declich S, Petrelli A. Differences in influenza vaccination coverage between adult immigrants and Italian citizens at risk for influenza-related complications: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2016 Nov 1;11(11).
 31. Lionis C, Petelos E, Mechili EA, Sifaki-Pistolla D, Chatzea VE, Angelaki A, et al. Assessing refugee healthcare needs in Europe and implementing educational interventions in primary care: A focus on methods. *BMC Int Health Hum Rights*. 2018 Feb 8;18(1).
 32. Giambi C, Del Manso M, Dalla Zuanna T, Riccardo F, Bella A, Caporali MG, et al. National immunization strategies targeting migrants in six European countries. *Vaccine*. 2019 Jul 26;37(32):4610–7.
 33. International Organization for Migration. World Health Organization Health of Migrants: Resetting the Agenda.; 2017 Report of the 2nd Global Consultation. Colombo, Sri Lanka. Available online: https://www.iom.int/sites/default/files/our_work/DMM/Migration-Health/GC2_SriLanka_Report_2017_FINAL_22.09.2017_Internet.pdf
 34. Alvar J, Vélez ID, Bern C, Herrero M, Desjeux P, Cano J, et al. Leishmaniasis worldwide and global estimates of its incidence. Vol. 7, *PLoS ONE*. 2012.
 35. World Health Organisation (WHO) Regional Office per Europe WHO-UNHCR-UNICEF Joint Technical Guidance: General Principles of Vaccination of Refugees, Asylum-Seekers and Migrants in the WHO European Region.; 2015 Available online: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/EuropeVaccinationPosition_WHO-UNHCR-UNICEFNov.pdf

36. Kakalou E, Riza E, Chalikias M, Voudouri N, Vetsika A, Tsiamis C, et al. Demographic and clinical characteristics of refugees seeking primary healthcare services in Greece in the period 2015-2016: A descriptive study. *Int Health*. 2018 Nov 1;10(6):421–9.
37. Meinel DM, Kuehl R, Zbinden R, Boskova V, Garzoni C, Fadini D, et al. Outbreak investigation for toxigenic *Corynebacterium diphtheriae* wound infections in refugees from Northeast Africa and Syria in Switzerland and Germany by whole genome sequencing. *Clinical Microbiology and Infection* [Internet]. 2016 Dec 1;22(12):1003.e1-1003.e8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2016.08.010>
38. The Lancet. Trauma for migrant children stranded in Greece. Vol. 389, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2017. p. 1166.
39. Taylor P, Nutt D, Curran V, Fortson R, Henderson G. Ketamine - The real perspective. Vol. 387, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2016. p. 1271–2.
40. Group IMW. ISSOP position statement on migrant child health. *Child Care Health Dev* [Internet]. 2018 Jan 1;44(1):161–70. Available from: <https://doi.org/10.1111/cch.12485>
41. Anagnostopoulos DC, Triantafyllou K, Xylouris G, Bakatsellos J, Giannakopoulos G. Migration mental health issues in Europe: the case of Greece. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2016;25(1):119–22. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0806-1>
42. Anagnostopoulos DC, Giannakopoulos G, Christodoulou NG. The synergy of the refugee crisis and the financial crisis in Greece: Impact on mental health. *International Journal of Social Psychiatry* [Internet]. 2017 Mar 29;63(4):352–8. Available from: <https://doi.org/10.1177/0020764017700444>
43. Freccero J, Biswas D, Whiting A, Alrabe K, Seelinger KT. Sexual exploitation of unaccompanied migrant and refugee boys in Greece: Approaches to prevention. *PLoS Med*. 2017;14(11):e1002438.
44. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) Regional Refugee and Migrant Response Plan

for Europe: January to December 2017. Available online:
<https://data2.unhcr.org/en/documents/download/52619>

45. Pejovic-Milovancevic M, Klasen H, Anagnostopoulos D. ESCAP for mental health of child and adolescent refugees: facing the challenge together, reducing risk, and promoting healthy development. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018;27:253–7.
46. Digidiki V, Bhabha J. Emergency within an emergency: The growing epidemic of sexual exploitation and abuse of migrant children in Greece. FXB Center for Health and Human Rights, Harvard University. 2017;
47. Karas TY, Alone A. Unaccompanied Minors Wish They'd Never Come to Greece. *IRIN News: Nairobi, Kenya*. 2016;
48. McGinnis RE. Sexual Victimization of Male Refugees and Migrants: Camps, Homelessness, and Survival Sex. *Dignity: A Journal on Sexual Exploitation and Violence* [Internet]. 2016 Nov;1(1). Available from: <https://digitalcommons.uri.edu/dignity/vol1/iss1/8>
49. Damon A, Arvanitidis B, Clayton N. The teenage refugees selling sex on Athens streets. *Cable News Network*. 2017;
50. Digidiki V. A Harsh New Reality: Transactional Sex among Refugee Minors as a Means of Survival in Greece. FXB Center for Health and Human Rights, Harvard University: Boston, MA, USA. 2016;
51. Sanchez-Cao E, Kramer T, Hodes M. Psychological distress and mental health service contact of unaccompanied asylum-seeking children. *Child Care Health Dev*. 2013;39(5):651–9.
52. Giannakopoulos G, Anagnostopoulos DC. Child health, the refugees crisis, and economic recession in Greece. *The Lancet* [Internet]. 2016 Mar 26;387(10025):1271. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30016-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30016-2)
53. Anagnostopoulos DC, Vlassopoulou M, Rotsika V, Pehlivanidou H, Legaki L, Rogakou E, et al. Psychopathology and Mental Health Service Utilization by Immigrants' Children and Their Families. *Transcult Psychiatry* [Internet]. 2004 Dec 1;41(4):465–86. Available from: <https://doi.org/10.1177/1363461504047930>

54. Hodes M, Vasquez MM, Anagnostopoulos D, Triantafyllou K, Abdelhady D, Weiss K, et al. Refugees in Europe: national overviews from key countries with a special focus on child and adolescent mental health. Vol. 27, *European Child & Adolescent Psychiatry*. Springer; 2018. p. 389–99.
55. Cortes KE. Are refugees different from economic immigrants? Some empirical evidence on the heterogeneity of immigrant groups in the United States. *Review of Economics and Statistics*. 2004;86(2):465–80.
56. Moris D, Karamagioli E, Kontos M, Athanasiou A, Pikoulis E. Refugee crisis in greece: The forthcoming higher education challenge. *Ann Transl Med*. 2017;5(15).
57. Pavlopoulou ID, Tanaka M, Dikalioti S, Samoli E, Nisianakis P, Boleti OD, et al. Clinical and laboratory evaluation of new immigrant and refugee children arriving in Greece. *BMC Pediatr* [Internet]. 2017;17(1):132. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0888-7>
58. Grammatikopoulou MG, Theodoridis X, Poulimeneas D, Maraki MI, Gkiouras K, Tirodimos I, et al. Malnutrition surveillance among refugee children living in reception centres in Greece: a pilot study. *Int Health*. 2019;11(1):30–5.
59. Dara M, Solovic I, Goletti D, Sotgiu G, Centis R, D'Ambrosio L, et al. Preventing and controlling tuberculosis among refugees in Europe: More is needed. Vol. 48, *European Respiratory Journal*. European Respiratory Society; 2016. p. 272–4.
60. Dara M, Solovic I, Sotgiu G, D'Ambrosio L, Centis R, Tran R, et al. Tuberculosis care among refugees arriving in Europe: A ERS/WHO Europe Region survey of current practices. *European Respiratory Journal*. 2016 Sep 1;48(3):808–17.
61. Mellou K, Chrisostomou A, Sideroglou T, Georgakopoulou T, Kyritsi M, Hadjichristodoulou C, et al. Hepatitis A among refugees, asylum seekers and migrants living in hosting facilities, Greece, April to December 2016. *Eurosurveillance*. 2017;22(4):30448.
62. Amrith SS. Migration and health in southeast Asian history. *The Lancet*. 2014;384(9954):1569–70.

63. Tognotti E. Lessons from the history of quarantine, from plague to influenza A. *Emerg Infect Dis*. 2013;19(2):254.
64. Res A/, Assembly G. United Nations 71/1. New York Declaration for Refugees and Migrants New York Declaration for Refugees and Migrants. 2016.
65. The health of migrants. Geneva: International Organization for Migration 2016. www.iom.int/sites/default/files/our_work/ODG/GCM/IOM-Thematic-Paper-Health-of-Migrants.pdf.
66. New trends in migration: demographic aspects. New York: UN Department of Economic and Social Affairs 2012. www.un.org/en/development/desa/population/events/pdf/expert/19/2012_EGM_Report_Final.pdf.
67. Blinder S, Richards L. UK public opinion toward immigration: Overall attitudes and level of concern. Migration Observatory briefing, COMPAS, University of Oxford. 2016;
68. Giuntella O, Nicodemo C, Vargas-Silva C. The effects of immigration on NHS waiting times. *J Health Econ* [Internet]. 2018;58:123–43. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016762961730245X>
69. Dustmann C, Frattini T, Preston IP. The Effect of Immigration along the Distribution of Wages. *Rev Econ Stud* [Internet]. 2013 Jan 1;80(1):145–73. Available from: <https://doi.org/10.1093/restud/rds019>
70. Dustmann C, Frattini T, Halls C. Assessing the Fiscal Costs and Benefits of A8 Migration to the UK*. *Fisc Stud* [Internet]. 2010 Mar 1;31(1):1–41. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1475-5890.2010.00106.x>
71. Dustmann C, Frattini T, Preston IP. The Effect of Immigration along the Distribution of Wages. *Rev Econ Stud* [Internet]. 2013 Jan 1;80(1):145–73. Available from: <https://doi.org/10.1093/restud/rds019>
72. Sá F. Immigration and House Prices in the UK. *The Economic Journal* [Internet]. 2015 Sep 1;125(587):1393–424. Available from: <https://doi.org/10.1111/ecoj.12158>

73. Bell B, Fasani F, Machin S. Crime and immigration: Evidence from large immigrant waves. *Review of Economics and Statistics*. 2013;95(4):1278–90.
74. Wadsworth J. Mustn't Grumble: Immigration, Health and Health Service Use in the UK and Germany*. *Fisc Stud* [Internet]. 2013 Mar 1;34(1):55–82. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1475-5890.2013.00177.x>
75. Steventon A, Bardsley M. Use of secondary care in England by international immigrants. *J Health Serv Res Policy* [Internet]. 2011 Apr 1;16(2):90–4. Available from: <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2010.010097>
76. Propper C, Burgess S, Gossage D. Competition and Quality: Evidence From the Nhs Internal Market 1991–9. *The Economic Journal* [Internet]. 2008 Jan 1;118(525):138–70. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0297.2007.02107.x>
77. Gaynor M, Laudicella M, Propper C. Can governments do it better? Merger mania and hospital outcomes in the English NHS. *J Health Econ* [Internet]. 2012;31(3):528–43. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167629612000343>
78. Castelli A, Dawson D, Gravelle H, Jacobs R, Kind P, Loveridge P, et al. A New Approach to Measuring Health System Output and Productivity. *Natl Inst Econ Rev* [Internet]. 2020/03/26. 2007;200:105–17. Available from: <https://www.cambridge.org/core/product/CCD34BB0FB2BD6DA06DAE0E19BC23EF4>

Παραρτήματα

Συμπληρωματικός Πίνακας 1. Το σύνολο των χρόνιων ορθοπεδικών προβλημάτων που καταγράφηκαν στους αιτούντες άσυλο.

ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΑΙ ΑΣΥΛΟ (%)
Μετατραυματική ΟΑ βαθμού ΙΙ	4 (11%)
Πόνος στη μέση, αρνητική μαγνητική τομογραφία	5 (14%)
Πόνος στη μέση, θετική μαγνητική τομογραφία (L3L4L5)	1 (3%)
Πόνος στο γόνατο, αρνητική μαγνητική τομογραφία	1 (3%)
Πόνος στο γόνατο, μαγνητική τομογραφία θετική για ρήξη χιαστού συνδέσμου	1 (3%)
Πόνος στο γόνατο, ΟΑ βαθμού ΙΙ	2 (6%)
Πόνος στο γόνατο, ΟΑ βαθμού ΙΙΙ	1 (3%)
Πόνος στο γόνατο, ΟΑ βαθμού Ι	2 (6%)
Πόνος στο ισχίο, ΟΑ βαθμού Ι	1 (3%)
Πόνος στο ισχίο, ΟΑ βαθμού ΙΙ	1 (3%)
Πόνος στο πόδι, ακτινογραφίες και μαγνητική τομογραφία αρνητικές	1 (3%)
Πόνος στον μηρό, παλιό κάταγμα μηριαίου με πολλαπλές σφαίρες	1 (3%)
Πόνος στον ώμο, αρνητική μαγνητική τομογραφία	4 (11%)
Πρόβλημα στο αριστερό γόνατο, ρήξη PCL, πολεμικός τραυματισμός με τμήματα σφαίρας στο πίσω μέρος του γόνατος	1 (3%)
Πρόβλημα στο γόνατο, αστάθεια, Μαγνητική τομογραφία ρήξη χιαστού συνδέσμου	1 (3%)
Πρόβλημα στο γόνατο, θετική μαγνητική τομογραφία, ρήξη μηνίσκου, μέση	4 (11%)
Πρόβλημα στο γόνατο, τραυματισμός πρόσθιου χιαστού συνδέσμου	3 (9%)
Σφαίρες του δεξιού ποδιού και παραμόρφωση της κνήμης αλλά χωρίς λειτουργικό πρόβλημα	1 (3%)

Συμπληρωματικός Πίνακας 2. Το σύνολο των χρόνιων ορθοπεδικών προβλημάτων που καταγράφηκαν στους μετανάστες.

ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ (%)
Γάγγλιο καρπού	1 (5%)
Δάκτυλος δείκτη Tringer	1 (5%)
Επώδυνο DHS	1 (5%)
Πόνος στο γόνατο ΟΑ βαθμού Ι	1 (5%)
Πόνος στο γόνατο, αρνητική μαγνητική τομογραφία	2 (10%)
Πόνος στο γόνατο, ΟΑ βαθμού ΙΙΙ	2 (10%)
Πόνος στο γόνατο, ΟΑ βαθμού ΙV	1 (5%)
Πρόβλημα στο γόνατο, θετική μαγνητική τομογραφία, Ρήξη μηνίσκου	2 (10%)
Πόνος στο ισχίο, ΟΑ βαθμού Ι	1 (5%)
Πόνος στο ισχίο, ΟΑ βαθμού ΙΙΙ	3 (14%)
Πόνος στο ισχίο, Τροchanτήρια θυλακίτιδα	1 (5%)
Πόνος στον ώμο, ΟΑ βαθμού ΙΙΙ	1 (5%)
Πρόβλημα στο πόδι, HV	2 (10%)
Σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα (CTS)	2 (10%)

Συμπληρωματικός Πίνακας 3. Το σύνολο των χρόνιων ορθοπεδικών προβλημάτων που καταγράφηκαν στον τοπικό πληθυσμό.

ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΤΟΠΙΚΟΣ ΠΛΥΘΗΣΜΟΣ (%)
Αιμάτωμα στο πόδι	1 (1%)
Γάγγλιο καρπού	4 (4%)
Εκτινασόμενος δάκτυλος	5 (5%)
Ενθεσιοπάθεια του αχίλλειου τένοντα	1 (1%)
Επώδυνο ΗΗΑ	3 (3%)
Επώδυνο TKR	1 (1%)
Gamma Nail	2 (2%)
Λιπώματα αριστερού βραχίονα	1 (1%)
Πόνος στη μέση, αρνητική μαγνητική τομογραφία	2 (2%)
Πόνος στη μέση, μαγνητική τομογραφία θετική L2L3L4	1 (1%)
Πόνος στη μέση, μαγνητική τομογραφία θετική L3L4	2 (2%)
Πόνος στο γόνατο, ΟΑ βαθμού I	2 (2%)
Πόνος στο γόνατο, αρνητική μαγνητική τομογραφία	2 (2%)
Πόνος στο γόνατο, θετική μαγνητική τομογραφία για ρήξη μηνίσκου	10 (10%)
Πόνος στο γόνατο, ΟΑ βαθμού II	2 (2%)
Πόνος στο γόνατο, ΟΑ βαθμού III	7 (7%)
Πόνος στο γόνατο, ΟΑ βαθμού IV	4 (4%)
Πόνος στο ισχίο, βαθμός ΟΑ	1 (1%)
Πόνος στο ισχίο, ΟΑ βαθμού I	3 (3%)
Πόνος στο ισχίο, ΟΑ βαθμού II	1 (1%)
Πόνος στο ισχίο, ΟΑ βαθμού III	5 (5%)
Πόνος στο ισχίο, ΟΑ βαθμού IV	1 (1%)
Πόνος στο ισχίο, Τροchanτήρια θυλακίτιδα	3 (3%)
Πόνος στο πόδι, πελματιαία περιτονία	1 (1%)
Πόνος στον αγκώνα, αγκώνας του τένις	4 (4%)
Πόνος στον αγκώνα, ΟΑ	1 (1%)
Πόνος στον ώμο, Σύνδρομο υπακρωμιακής πρόσκρουσης (SAI)	1 (1%)
Πόνος στον ώμο, αρθροπάθεια RC	2 (2%)
Πόνος στον ώμο, αρνητική μαγνητική τομογραφία	1 (1%)
Πρόβλημα στον αστράγαλο, που σχετίζεται με μεταλλικές πλάκες και βίδες οστεοσύνθεσης	1 (1%)
Πρόβλημα στο γόνατο, μαγνητική τομογραφία θετική ρήξη του προσαγωγού χιαστού συνδέσμου	1 (1%)
Πρόβλημα στο πόδι, ΗV	5 (5%)
Πρόβλημα στο πόδι, Μεταταρσαλγία	1 (1%)
Σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα (CTS)	13 (13%)
Σύνδρομο της κυβικής σήραγγας	2 (2%)
Τενοντοπάθεια καρπού	2 (2%)
Τενοντοπάθεια του αγκώνα	1 (1%)
Υποπλευρική αστάθεια	1 (1%)
Υποτροπιάζοντα εξαρθρώματα THR	2 (2%)
Υποτροπιάζοντα εξαρθρώματα ώμου	1 (1%)

Συμπληρωματικός Πίνακας 4. Το σύνολο των κοινών χρόνιων ορθοπεδικών προβλημάτων που καταγράφηκαν στους αιτούντες άσυλο σε σύγκριση με τον τοπικό πληθυσμό.

ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΑΙ ΑΣΥΛΟ (%)	ΤΟΠΙΚΟΣ ΠΛΥΘΗΣΜΟΣ (%)
Μετατραυματική ΟΑ βαθμού II	4 (11%)	2 (2%)
Πόνος στη μέση, αρνητική μαγνητική τομογραφία	5 (14%)	2 (2%)
Πόνος στη μέση, θετική μαγνητική τομογραφία (L3L4L5)	1 (3%)	3 (3%)
Πόνος στο γόνατο, αρνητική μαγνητική τομογραφία	1 (3%)	2 (2%)
Πόνος στο γόνατο, μαγνητική τομογραφία θετική για ρήξη χιαστού συνδέσμου	1 (3%)	0 (0%)
Πόνος στο γόνατο, ΟΑ βαθμού II	2 (6%)	2 (2%)
Πόνος στο γόνατο, ΟΑ βαθμού III	1 (3%)	7 (7%)
Πόνος στο γόνατο, ΟΑ βαθμού I	2 (6%)	2 (2%)
Πόνος στο ισχίο, ΟΑ βαθμού I	1 (3%)	3 (3%)
Πόνος στο ισχίο, ΟΑ βαθμού II	1 (3%)	1 (1%)
Πόνος στο πόδι, ακτινογραφίες και μαγνητική τομογραφία αρνητικές	1 (3%)	1 (1%)
Πόνος στον μηρό, παλιό κάταγμα μηριαίου με πολλαπλές σφαίρες	1 (3%)	0 (0%)
Πόνος στον ώμο, αρνητική μαγνητική τομογραφία	4 (11%)	0 (0%)
Πρόβλημα στο αριστερό γόνατο, ρήξη PCL, πολεμικός τραυματισμός με τμήματα σφαίρας στο πίσω μέρος του γόνατος	1 (3%)	0 (0%)
Πρόβλημα στο γόνατο, αστάθεια, Μαγνητική τομογραφία ρήξη χιαστού συνδέσμου	1 (3%)	1 (1%)
Πρόβλημα στο γόνατο, θετική μαγνητική τομογραφία, ρήξη μηνίσκου, μέση	4 (11%)	10 (10%)
Πρόβλημα στο γόνατο, τραυματισμός πρόσθιου χιαστού συνδέσμου	3 (9%)	1 (1%)
Σφαίρες του δεξιού ποδιού και παραμόρφωση της κνήμης αλλά χωρίς λειτουργικό πρόβλημα	1 (3%)	0 (0%)

Συμπληρωματικός Πίνακας 5. Το σύνολο των κοινών χρόνιων ορθοπεδικών προβλημάτων που καταγράφηκαν στους μετανάστες σε σύγκριση με τον τοπικό πληθυσμό.

ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ (%)	ΤΟΠΙΚΟΣ ΠΛΥΘΗΣΜΟΣ (%)
Γάγγλιο καρπού	1 (5%)	4 (4%)
Δάκτυλος δείκτη Trigger	1 (5%)	0 (0%)
Επώδυνο DHS	1 (5%)	0 (0%)
Πόνος στο γόνατο ΟΑ βαθμού I	1 (5%)	2 (2%)
Πόνος στο γόνατο, αρνητική μαγνητική τομογραφία	2 (10%)	2 (2%)
Πόνος στο γόνατο, ΟΑ βαθμού III	2 (10%)	7 (7%)
Πόνος στο γόνατο, ΟΑ βαθμού IV	1 (5%)	4 (4%)
Πρόβλημα στο γόνατο, θετική μαγνητική τομογραφία, Ρήξη μηνίσκου	2 (10%)	10 (10%)
Πόνος στο ισχίο, ΟΑ βαθμού I	1 (5%)	3 (3%)
Πόνος στο ισχίο, ΟΑ βαθμού III	3 (14%)	5 (5%)
Πόνος στο ισχίο, Τροchanτήρια θυλακίτιδα	1 (5%)	3 (3%)
Πόνος στον ώμο, ΟΑ βαθμού III	1 (5%)	0 (0%)
Πρόβλημα στο πόδι, ΗV	2 (10%)	5 (5%)
Σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα (CTS)	2 (10%)	13 (13%)