

Εθνικό Σχέδιο Δράσης
για την Ταξιδιωτική Υγεία
2008 - 2012

δυνα

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ταξιδιωτική Υγεία
2008 - 2012



Αθήνα 2008

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Γραφείο Γενικού Γραμματέα Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Μονάδα Στρατηγικής και Πολιτικών Υγείας

Συντονιστής Μονάδας: Αλέξης Ζορμπάς

Συντονίστρια Εθνικού Σχεδίου Δράσης

για τη Δημόσια Υγεία - Επιμέλεια: Έφη Σίμου

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία

Επιστημονική - Γνωμοδοτική Επιτροπή

Πρόεδρος	Γιάννης Κυριόπουλος , Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
Μέλη	Γιάννης Αλαμάνος , Αναπληρωτής Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών, Εργαστήριο Υγιεινής Γιώργος Αρσένης , Επίκουρος Καθηγητής Μικροβιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών Νικόλαος Βακάλης , Κοσμήτωρ Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Καθηγητής Τομέα Παρασιτολογίας, Εντομολογίας και Τροπικών Νόσων Αλκιβιάδης Βατόπουλος , Καθηγητής Μικροβιολογίας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Γιάννης Δημολιάτης , Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Εργαστήριο Υγιεινής Ιωάννης Ιωαννίδης , Καθηγητής Υγιεινής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων Τζένη Κουρέα - Κρεμαστινού , Καθηγήτρια Δημόσιας Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Θεόδωρος Κωνσταντινίδης , Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης Χρήστος Λιονής , Αναπληρωτής Καθηγητής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης Νίκος Μανιαδάκης , Επίκουρος Καθηγητής Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιά Παναγιώτης Μπεχράκης , Αναπληρωτής Καθηγητής Φυσιολογίας Αναπνοής Πανεπιστημίου Αθηνών Κωνσταντίνος Μπουραντάς , Καθηγητής Αιματολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων Ελπίδα Πάβη , Διευθύντρια Σπουδών, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Θεόδωρος Παπαδημητρίου , Γενικός Διευθυντής Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων Αναστασία Ρουμελιώτου , Καθηγήτρια Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Γιάννης Τούντας , Αναπληρωτής Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών Χρήστος Χατζηχριστοδούλου , Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Ευχαριστίες

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αναγνωρίζει και ευχαριστεί τους επιστήμονες και εκπροσώπους της Κοινωνίας των Πολιτών, οι οποίοι με ενδιαφέρον και υπευθυνότητα κατέθεσαν τις επιστημονικές τους απόψεις και εμπλούτισαν το σχεδιασμό και το περιεχόμενο του παρόντος σχεδίου με κείμενα, δεδομένα, συστάσεις, διορθώσεις και προτάσεις.

Συγκεκριμένα ευχαριστούμε την κα **Α. Παυλή**, Γενικό Ιατρό, Υπεύθυνη Γραφείου Ταξιδιωτικής Ιατρικής ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., Επιστημονική Υπεύθυνη του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Ταξιδιωτική Ιατρική. Επίσης ευχαριστούμε τους κ.κ.: **Ι. Πιερουτσάκο**, Πρόεδρο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., **Θ. Παπαδημητρίου**, Γενικό Διευθυντή ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., **Ε. Τσάγκαρη**, Συντονίστρια Γραφείο Στρατηγικού Σχεδιασμού και Κέντρων ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. Τέλος, ευχαριστούμε τις κ.κ.: **Ε. Ματζέζου**, Παιδίατρο, Λοιμωξιολόγο, Υπεύθυνη Τμήματος Παρεμβάσεων σε Χώρους Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, **Σ. Χατζηαναστασίου**, Παθολόγο, Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., **Π. Σμέτη**, Νοσηλεύτρια, Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., **Μ. Αστρίτη**, Παθολόγο, Λοιμωξιολόγο Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», **Α. Μπαλάσκα**, Παθολόγο, Γραφείο Νοσοκομειακών Λοιμώξεων ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., **Ν. Μαυροειδή**, Παθολόγο, Ιατρό Δημόσιας Υγείας, **Ν. Βορροπούλου**, Ιατρό Παθολόγο. Επίσης ευχαριστούμε τους Οικονομολόγους της Υγείας κ.κ. **Α. Μαστρογιαννάκη** και **Μ. Κακούρο**, καθώς και την κα **Δ. Βλαντώνη**, Κοινωνική Ψυχολόγο, για την ουσιαστική τους συμβολή στην εκπόνηση της οικονομοτεχνικής μελέτης.

Περιεχόμενα

Πρόλογος Υπουργού Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

σελ. 10

Εισαγωγικό Σημείωμα

σελ. 12

Κεφάλαιο 1ο: Ανάλυση της Υφιστάμενης Κατάστασης

σελ. 14 1. Η Έννοια της Ταξιδιωτικής Υγείας
σελ. 15 2. Σύγχρονες Επιδημιολογικές Τάσεις
σελ. 24 3. Υφιστάμενη Κατάσταση στην Ελλάδα
σελ. 28 4. Υφιστάμενη Κατάσταση στην Ευρώπη
σελ. 30 5. Νομικό Πλαίσιο
σελ. 32 6. SWOT Ανάλυση

Κεφάλαιο 2ο: Στρατηγικός Σχεδιασμός

σελ. 34 1. Όραμα
σελ. 34 2. Αποστολή
σελ. 34 3. Στρατηγική Τοποθέτηση
σελ. 34 4. Στόχοι
σελ. 35 5. Αναμενόμενα Αποτελέσματα από την Εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης
σελ. 38 6. Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

Κεφάλαιο 3ο: Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

σελ. 40 1ος Άξονας: Υπηρεσίες Ταξιδιωτικής Ιατρικής
σελ. 47 2ος Άξονας: Ενημέρωση - Ευαισθητοποίηση
σελ. 49 3ος Άξονας: Έρευνα - Εκπαίδευση

Κεφάλαιο 4ο: Διαδικασία Υλοποίησης - Χρηματοδότηση

σελ. 52 1. Διαδικασία Υλοποίησης
σελ. 54 2. Κοστολόγηση και Χρηματοδότηση

Παράρτημα

σελ. 56

Βιβλιογραφία

σελ. 60

Πρόλογος

Υπουργού Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Για τις ευρωπαϊκές κοινωνίες του 21ου αιώνα, είναι κεκτημένο ο στρατηγικός σχεδιασμός της πολιτικής να προηγείται των θεσμικών και νομοθετικών παρεμβάσεων. Με την πρακτική αυτή, τα σύγχρονα ευρωπαϊκά κράτη εξασφαλίζουν την ενσωμάτωση των θέσεων της Κοινωνίας των Πολιτών στην επίσημη πολιτική, κατοχυρώνουν τη διασύνδεση ανθρώπινων και οικονομικών πόρων για την υλοποίηση προγραμματικών στόχων, διασφαλίζουν τη γρήγορη εφαρμογή της νομοθεσίας και εγγυώνται τη δημιουργία απλών και διάφανων διαδικασιών.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 - 2012 είναι η πρώτη προσπάθεια που γίνεται στη χώρα μας για να αποκτήσουμε στοχευμένη και στρατηγικά σχεδιασμένη πολιτική για τη Δημόσια Υγεία.

Αποτελεί μια από τις βασικές προγραμματικές μας δεσμεύσεις και αναπτύσσει εξειδικευμένες και κοστολογημένες δράσεις, για όλους τους κρίσιμους παράγοντες κινδύνου για τη Δημόσια Υγεία.

Με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία βάζουμε τέρμα στην αποσπασματική και άναρχη ανάπτυξη των υπηρεσιών της Δημόσιας Υγείας και ανοίγουμε ένα νέο κεφάλαιο στην εξέλιξη του ελληνικού κοινωνικού κράτους.

Αποκτούμε αξιόπιστα ερευνητικά και επιδημιολογικά στοιχεία για τη Δημόσια Υγεία στον τόπο μας, γεγονός που μας επιτρέπει να προχωρήσουμε στη σχεδιασμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Τοποθετούμε την πρόληψη στο επίκεντρο της λειτουργίας του κοινωνικού μας κράτους, αναδεικνύοντας τον καθοριστικό ρόλο που έχει η υπεύθυνη και συνεχής ενημέρωση των πολιτών για ζητήματα υγείας.

Θεμελιώνουμε ρεαλιστικούς ποιοτικούς και ποσοτικούς στόχους, με συγκεκριμένα χρονοδιαγράμματα υλοποίησης, εξασφαλίζοντας με αυτό τον τρόπο τη συνέχεια στην υλοποίηση της εθνικής πολιτικής για τη Δημόσια Υγεία.

Δημιουργούμε νέες δομές και υπηρεσίες, καλύπτοντας χρόνια ελλείμματα στη δομή του δημοσίου συστήματος υγείας και κατοχυρώνοντας βασικά ανθρώπινα και κοινωνικά δικαιώματα.

Εξασφαλίζουμε την εξοικονόμηση πόρων στην υλοποίηση της πολιτικής μας, αίροντας την πρακτική του δημιουργικού αυτοσχεδιασμού, πετυχαίνοντας την οριζόντια συνεργασία μεταξύ των υπεύθυνων φορέων του κράτους και κερδίζοντας πολύτιμους οικονομικούς πόρους από εξειδικευμένα προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Καθιστούμε την επιστημονική κοινότητα και τον εθελοντικό τομέα πολύτιμους συνεργάτες στη χάραξη και στην υλοποίηση της πολιτικής για τη Δημόσια Υγεία, ενώ εξασφαλίζουμε τις συνθήκες που επιτρέπουν την οργανωμένη αξιοποίηση της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης.

Σε μία εποχή που σηματοδοτείται από ριζικές αλλαγές στον τρόπο ζωής και από νέες προκλήσεις για τη Δημόσια Υγεία, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία διαμορφώνει τις αναγκαίες προγραμματικές και χρηματοδοτικές προϋποθέσεις για να αποκτήσει η χώρα μας ένα ισχυρό δίκτυο υγειονομικής προστασίας και ασφάλειας.

Για να αποκτήσει η Ελλάδα ανθρωποκεντρική και σύγχρονη πολιτική για τη Δημόσια Υγεία.

Δημήτρης Λ. Αβραμόπουλος



Εισαγωγικό Σημείωμα

Ο αριθμός των ταξιδιωτών κάθε χρόνο αυξάνει, ενώ το εύρος των προορισμών διευρύνεται όλο και περισσότερο, καθώς οι ταξιδιώτες στις μέρες μας προτιμούν όλο και πιο απομακρυσμένους και εξωτικούς προορισμούς. Σήμερα, η ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας επιτρέπει στους ταξιδιώτες να διανύουν τεράστιες αποστάσεις σε ελάχιστο χρόνο και τα διεθνή ταξίδια συνεχώς αυξάνονται, καθώς όλο και περισσότεροι άνθρωποι ταξιδεύουν για επαγγελματικούς και κοινωνικούς λόγους ή για αναψυχή. Ενδεικτικά, το 1950 ο αριθμός των διεθνών ταξιδιωτών σε παγκόσμιο επίπεδο ήταν μόνο 50 εκ., το 1970 οι ταξιδιώτες αυξήθηκαν στα 150 εκ., και το 2001 έφτασαν στα 693 εκ. Μόνο το 1999, 75 εκ. κάτοικοι ανεπτυγμένων χωρών επισκέφθηκαν αναπτυσσόμενες χώρες, ενώ τα επόμενα χρόνια ο αριθμός αυτός παρουσίασε σημαντική αύξηση (UNWTO 2008).

Ο διαρκώς αυξανόμενος αριθμός των ταξιδιών και η αύξηση του εύρους των προορισμών σε συνδυασμό με την ελάττωση του απαιτούμενου χρόνου για την κάλυψη των αποστάσεων, δημιούργησαν παγκοσμίως την ανάγκη ανάπτυξης ενός νέου τομέα στην Ιατρική, την Ταξιδιωτική Ιατρική. Από τους περασμένους αιώνες ήταν γνωστά στοιχεία για μετάδοση νοσημάτων, όπως η πανώλη, ο κίτρινος πυρετός ή η σύφιλη, μέσω ιεραποστολών και εξερευνητών που ταξίδευαν σε χώρες εκτός Ευρώπης (Murphy & Nathanson 1994). Σε αυτά, τις τελευταίες δεκαετίες, ήρθαν να προστεθούν και νέα, αναδυόμενα νοσήματα όπως η HIV λοίμωξη και η πολυανθεκτική ελονοσία. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του SARS: η νόσος, μέσα σε διάστημα λίγων μόλις εβδομάδων, επεκτάθηκε σε όλο τον κόσμο μέσω των ταξιδιωτών, απειλώντας τη Δημόσια Υγεία (Lee et al. 2003, Rotanen et al. 2003). Σημαντικότερα εξάλλου, από πλευράς κινδύνου θνητότητας για τον ταξιδιώτη, είναι τα ατυχήματα και η έξαρση προϋπάρχουσας νόσου.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ταξιδιωτική Υγεία στοχεύει στην αναβάθμιση των υπηρεσιών Ταξιδιωτικής Ιατρικής, με σκοπό τη διαφύλαξη της υγείας του ταξιδιώτη και κατ' επέκταση την προάσπιση της Δημόσιας Υγείας της χώρας.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ταξιδιωτική Υγεία εντάσσεται στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, το οποίο περιλαμβάνει τα ακόλουθα 15 Σχέδια Δράσης: Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το HIV/AIDS, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Περιορισμό των

Βλαπτικών Συνεπειών του Αλκοόλ στην Υγεία, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κατάθλιψη, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση των Περιβαλλοντικών Κινδύνων που Απειλούν την Υγεία, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ατυχήματα, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Μεταδοτικά Νοσήματα, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τις Σπάνιες Παθήσεις, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση της Μικροβιακής Αντοχής στα Αντιβιοτικά και των Λοιμώξεων σε Χώρους Παροχής Υγείας.

Το σύνολο των προτεινόμενων δράσεων του συνολικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία προϋπολογίζεται σε συνάρτηση με όλες τις δράσεις των επιμέρους Σχεδίων, που αφορούν στην προάσπιση και προαγωγή της Δημόσιας Υγείας στη χώρα μας, με στόχο την άρση των αλληλοεπικαλύψεων και τη δημιουργία ενός οριζόντιου και ολιστικού προϋπολογισμού για τη Δημόσια Υγεία. Συνοπτικός προϋπολογισμός δράσεων του παρόντος Σχεδίου Δράσης, συμπεριλαμβάνεται στο Κεφάλαιο 4 του παρόντος. Ο αναλυτικός προϋπολογισμός των δράσεων, δημοσιοποιείται σε ξεχωριστό τεύχος, το οποίο αποτελεί την οικονομοτεχνική μελέτη του συνολικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία και το οποίο περιγράφει αναλυτικά το κόστος των δράσεων και την πηγή χρηματοδότησής τους.

Αλέξης Ζορμπάς
Συντονιστής Μονάδας Στρατηγικής και Πολιτικών Υγείας

Ανάλυση της Υφιστάμενης Κατάστασης



1. Η Έννοια της Ταξιδιωτικής Υγείας

Η Ταξιδιωτική Ιατρική αποτελεί τον τομέα υπηρεσιών υγείας που ασχολείται κυρίως με την πρόληψη των νοσημάτων που αφορούν στον ταξιδιώτη και, κατά δεύτερο λόγο, με την εκτίμηση και την αντιμετώπιση του ταξιδιώτη που νοσεί μετά την επιστροφή του (Waner et al. 2000, Pasini 1989). Η Ταξιδιωτική Ιατρική άπτεται πολλών ιατρικών ειδικοτήτων και υπο-ειδικοτήτων, όπως η Λοιμωξιολογία και η Τροπική Ιατρική, η Δημόσια Υγεία, η Προληπτική Ιατρική, η Γεωγραφική Ιατρική και η Γενική Ιατρική.

Στις περισσότερες χώρες, υπηρεσίες Ταξιδιωτικής Ιατρικής παρέχουν εξίσου τόσο οι ιατροί, όσο και οι νοσηλευτές ή οι επισκέπτες υγείας. Αυτό εξάλλου, που τη διαφοροποιεί από άλλους τομείς της ιατρικής είναι η ταχύτατη μεταβολή των δεδομένων σε κάθε χώρα τη δεδομένη στιγμή, καθώς εξάρσεις επιδημιών, φυσικές καταστροφές και μεταναστεύσεις ομάδων πληθυσμού, μπορεί ανά πάσα στιγμή να αλλάξουν το σχετικό κίνδυνο για τον ταξιδιώτη.

Θεωρούμε ότι η αποτελεσματική διαχείριση της υγείας του ταξιδιώτη είναι μια δυναμική διαδικασία, που απαιτεί κατάλληλη εκπαίδευση, γνώση των κινδύνων και των εκάστοτε μεταβολών τους, εξατομικευμένη εκτίμηση του σχετικού κινδύνου και ενεργητική διαδικασία ενημέρωσης, προκειμένου να επιτευχθεί η μέγιστη δυνατή συμμόρφωση σε μέτρα προφύλαξης ή μακροχρόνια αγωγή (Pronost & Soto 2001). Αυτή η διαδικασία στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου έχει ενταχθεί σε δομές ιατρικών Ταξιδιωτικής Ιατρικής. Η ανάγκη εξειδικευμένης πληροφορίας και παροχής υπηρεσιών προς τους ταξιδιώτες οδήγησε στη δημιουργία ιατρικών Ταξιδιωτικής Ιατρικής στα περισσότερα ανεπτυγμένα κράτη του κόσμου. Στη χώρα μας, έως σήμερα οι υπηρεσίες Ταξιδιωτικής Ιατρικής παρέχονται από τις Διευθύνσεις Υγείας των κατά τόπους Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, ενώ το Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.) δέχεται καθημερινά πολλά τηλεφωνήματα, από όλες τις περιοχές της Ελλάδας, από ιδιώτες αλλά και από Διευθύνσεις Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, που ζητούν να ενημερωθούν για διάφορα θέματα που αφορούν στο ταξίδι, συμπεριλαμβανομένων των εμβολίων και των φαρμάκων που συνιστώνται για διάφορα μέρη του πλανήτη.

2. Σύγχρονες Επιδημιολογικές Τάσεις

2.1. Διάρροια των Ταξιδιωτών

Η συχνότερη νόσος στους ταξιδιώτες είναι η λοίμωξη του γαστρεντερικού (Steffen 2004) εξαιτίας λήψης μολυσμένης τροφής ή νερού, γνωστής ως διάρροια των ταξιδιωτών (Steffen et al. 1983, Steffen et al. 1987). Υπολογίζεται ότι διάρροια των ταξιδιωτών προσβάλλει περίπου το 40% των ταξιδιωτών των ανεπτυγμένων χωρών (Steffen et al. 1983, Von Sonnenburg et al. 2000, Guerrant et al. 1980, Merson et al. 1976, Hill 2000, Echeverria et al. 1981). Το εντεροτοξινογόνο κολοβακτηρίδιο *E. Coli* (ETEC) είναι η συνηθέστερη αιτία, αλλά ένα μεγάλο εύρος παθογόνων μπορεί να είναι υπεύθυνο. Σημαντικά αίτια περιλαμβάνουν το καμπυλοβακτηρίδιο (*Campylobacter*), τη σαλμονέλα (*Salmonella typhi*), τη σιγκέλα (*Shigella*), διάφορα παράσιτα όπως *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica*, *Cryptosporidium parvum* και *Cyclospora cayetanensis*, καθώς και ιούς όπως οι ροταϊοί, οι εντεροϊοί και οι καλσιϊοί.

Ο κίνδυνος για τη διάρροια των ταξιδιωτών συνήθως κατατάσσεται σε τρία επίπεδα, ανάλογα με τον προορισμό. Ταξιδιώτες από ανεπτυγμένες χώρες μετά από διαμονή δύο εβδομάδων στον Καναδά, στις Η.Π.Α., στη Βόρεια και Κεντρική Ευρώπη, στην Αυστραλία και στη Νέα Ζηλανδία έχουν μικρή πιθανότητα να προσβληθούν, της τάξης του 8%. Αν ο προορισμός των ταξιδιωτών είναι η Καραϊβική, η Νότια Ευρώπη, το Ισραήλ, η Ιαπωνία ή η Νότια Αφρική, ο κίνδυνος κυμαίνεται μεταξύ 8 - 20%. Για προορισμούς σε αναπτυσσόμενες χώρες ο κίνδυνος ποικίλλει από 20 - 66% κατά τη διάρκεια των δύο πρώτων εβδομάδων διαμονής (Von Sonnenburg et al. 2000).

Ομάδες υψηλού κινδύνου για τη νόσο είναι οι νεαροί ενήλικες, τα βρέφη και τα άτομα με ελαττωμένη έκκριση γαστρικού υγρού. Αν και η νοσηρότητα από τη διάρροια των ταξιδιωτών είναι υψηλή, θνησιμότητα πολύ σπάνια παρατηρείται. Οι περισσότεροι ασθενείς περνούν μια ήπια αυτοπεριοριζόμενη νόσο και λιγότερο του 1% των περιπτώσεων εισάγεται στο νοσοκομείο (Steffen & Lobel 1994).

2.2. Αναπνευστικές Λοιμώξεις

Οι λοιμώξεις του αναπνευστικού είναι συχνές σε όλες τις χώρες (Steffen 2004). Οι περισσότερες είναι ήπιες και γι' αυτό είναι δύσκολο να εκτιμηθεί η έκταση του προβλήματος, ειδικά στους ταξιδιώτες.

Σε μια μελέτη εκτιμάται η επίπτωση οξέος εμπύρετου νοσήματος του αναπνευστικού στους ταξιδιώτες σε 1.261 κρούσματα ανά 100.000 ταξιδιώτες για διαμονή ενός μηνός σε μια αναπτυσσόμενη χώρα (Steffen 1989). Τα παθογόνα που προκαλούν αναπνευστικές λοιμώξεις στους ταξιδιώτες είναι τα ίδια με αυτά των κατοίκων.

Κοινό Κρυολόγημα

Το κοινό κρυολόγημα είναι ένα από τα συχνότερα προβλήματα υγείας στους ταξιδιώτες με ένα δείκτη προσβολής (attack rate) 13% για ταξίδια βραχείας διάρκειας (Steffen 2004). Οι μισοί περίπου απ' αυτούς που προσβάλλονται αδυνατούν να συνεχίσουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες κατά μέσο όρο για 2,6 μέρες.

Γρίπη

Επιδημίες γρίπης έχουν επίσης περιγραφεί συχνά σε ταξιδιώτες, ενώ βρίσκονται σε πλοία ή αεροπλάνα, όπου οι συνθήκες υποβοηθούν τη γρήγορη εξάπλωση της νόσου. Τα διεθνή ταξίδια, άλλωστε, επηρεάζουν σημαντικά την επιδημιολογία της γρίπης, αφού αποτελούν το σπουδαιότερο παράγοντα για παγκόσμια διασπορά νέων στελεχών (antigen variants) του ιού της γρίπης. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η επιδημία γρίπης από τον ιό τύπου A (H3N2) στο Σίδνεϋ το 1997 σε κρουαζιερόπλοιο, που εισήγαγε αυτό το στέλεχος στις Η.Π.Α. και στον Καναδά (CDC 1998).

Λεγιονέλλωση

Η νόσος των λεγεωναρίων προκαλεί περιστασιακά επιδημίες μεταξύ των τουριστών, συχνά σχετιζόμενες με το μολυσμένο σύστημα ύδρευσης ενός ξενοδοχείου. Κατά τη διάρκεια του 1999, αναφέρθηκαν 289 περιπτώσεις ταξιδιωτών που παρουσίασαν λεγιονέλλωση στην Ευρώπη και η θνησιμότητα ήταν σημαντική. Η μεγαλύτερη επίπτωση (1:100.000) παρατηρήθηκε σε Βρετανούς ταξιδιώτες μετά από διαμονή στην Τουρκία (Joseph 1999).

Φυματίωση

Η φυματίωση στους ταξιδιώτες είναι σπάνια και οι περισσότερες λοιμώξεις συμβαίνουν σε αυτούς που επισκέπτονται φίλους ή την οικογένειά τους σε ενδημικές περιοχές ή σε αυτούς που εργάζονται στο εξωτερικό για μεγάλο χρονικό διάστημα (Matteelli et al. 2001, Rieder 2001).

Ένας άλλος κίνδυνος για τους ταξιδιώτες είναι η πιθανότητα διασποράς αναπνευστικής λοίμωξης κατά τη διάρκεια της πτήσης, με μεγαλύτερο κίνδυνο σε πτήσεις που διαρκούν πάνω από οκτώ ώρες, αφού η μετάδοση της φυματίωσης κατά τη διάρκεια πτήσης περιγράφεται στην ιατρική βιβλιογραφία (WHO 1998). Επίσης έχει περιγραφεί ο κίνδυνος μετάδοσης της φυματίωσης στο πλοίο (Houk et al. 1968) και στο τρένο (Moore et al. 1999), αλλά είναι μικρής επιδημιολογικής σημασίας.

2.3. Ελονοσία

Η ελονοσία δεν ενδημεί πλέον στις αναπτυσσόμενες χώρες της Βορείου Αμερικής, της Ευρώπης, της Αυστραλίας, της Νέας Ζηλανδίας και της Ιαπωνίας (Steffen 2004). Όμως η αύξηση των ταξιδιών, είτε για δουλειά ή αναψυχή, και η μετακίνηση πληθυσμού ενδημικών περιοχών σε μη ενδημικές οδήγησε στην αναγωγή της ελονοσίας ως παγκόσμιο πρόβλημα υγείας. Εκτιμάται ότι 50 - 70 εκατομμύρια ταξιδιωτών από τις αναπτυσσόμενες χώρες εκτίθενται στη νόσο ετησίως (UNWTO 2000). Σύμφωνα με στοιχεία του Π.Ο.Υ., καταγράφονται περισσότερες από 300 εκατομμύρια περιπτώσεις ελονοσίας και τουλάχιστον ένα εκατομμύριο θάνατοι ετησίως στον κόσμο (WHO 1999).

Στην πλειονότητά τους οι περιπτώσεις της ελονοσίας που έχουν καταγραφεί προκλήθηκαν από το

P. Falciparum ή το *P. vivax*. Στις περισσότερες χώρες, ποσοστό μικρότερο του 5% των περιπτώσεων προκλήθηκε από *P. ovale* και *P. malariae*. Η κατανομή των ειδών του πλασμοδίου ποικίλει στις διάφορες γεωγραφικές περιοχές. Οι περιπτώσεις της ελονοσίας που αναλογούν στο *P. Falciparum* και στο *P. vivax* αντανακλούν τους προορισμούς που επιλέγουν οι ταξιδιώτες σε κάθε χώρα, καθώς και την προέλευση του μεγαλύτερου μέρους των μεταναστών που φιλοξενεί κάθε μια από αυτές. Για παράδειγμα, ένα μεγάλο μέρος των περιπτώσεων της ελονοσίας στο Ηνωμένο Βασίλειο οφείλεται στο *P. vivax*, γεγονός που αντανακλά το μεγάλο αριθμό μεταναστών από την Ινδία και το Πακιστάν, πρώην βρετανικές αποικίες (Philips - Howard et al. 1988).

Συνολικά περίπου 30.000 ταξιδιώτες από την Αμερική και την Ευρώπη νοσούν από ελονοσία κάθε χρόνο, και η θνητότητα κυμαίνεται στο 1 - 4%. Ο κίνδυνος έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, με την διασπορά του ανθεκτικού στη χλωροκίνη πλασμοδίου της ελονοσίας *P. Falciparum* (Kain 1999, Greenberg & Lobel 1990, Newman et al. 2002, Bradley et al. 1998, Kain et al. 2001, Reid et al. 1998). Η ελονοσία είναι η συχνότερη αιτία θανάτου από λοιμώδη αίτια στους ταξιδιώτες. Από το 1989 μέχρι το 1995, καταγράφηκαν 373 θάνατοι σε 9 ευρωπαϊκές χώρες και 25 στις Η.Π.Α. Οι θάνατοι οφείλονταν αποκλειστικά στο πλασμόδιο *P. Falciparum* (Muentener et al. 1999, Schlagenhauf & Muentener 2001).

Η σημασία της ελονοσίας ως ασθένειας των ταξιδιωτών οφείλεται στον υψηλό δείκτη προσβολής της, στη βαρύτητα της νόσου και στη δυνατότητα πρόληψής της με ατομικά μέτρα για την αποφυγή δηγμάτων από κουνούπια και λήψη κατάλληλης προφυλακτικής ανθελονοσιακής αγωγής.

Ο κίνδυνος προσβολής ενός ταξιδιώτη εξαρτάται από τη χώρα που επισκέπτεται, την περιοχή της χώρας (αστική ή αγροτική), την εποχή (αυξημένος κίνδυνος την εποχή των βροχοπτώσεων), τις συνθήκες διαμονής (π.χ. κλιματιζόμενα δωμάτια ξενοδοχείου ή σκηνές στην ύπαιθρο), τη διάρκεια της επίσκεψης και την αποτελεσματικότητα των μέτρων πρόληψης.

2.4. Νοσήματα που Προλαμβάνονται με Εμβολιασμό

Πολλά από τα νοσήματα που προσβάλλουν τους ταξιδιώτες μπορούν να προληφθούν με εμβολιασμό.

Ηπατίτιδα Α

Το πιο συχνό νόσημα είναι η ηπατίτιδα Α. Στις Η.Π.Α. και στην Ευρώπη, περίπου 30 - 50% όλων των περιπτώσεων της ηπατίτιδας Α σχετίζονται με ταξίδι. Επίσης, εισαγόμενη ηπατίτιδα Α μπορεί να είναι πηγή μετάδοσης στην κοινότητα. Ο σχετικός κίνδυνος της ηπατίτιδας Α σε ταξιδιώτες, συγκρινόμενος με τους μη ταξιδιώτες, υπολογίστηκε σε μελέτη στη Μεγάλη Βρετανία σε 20 για τους ταξιδεύοντες στην Ανατολική Ευρώπη, 235 για την Αφρική και 1.835 για την Ινδία (Behrens et al. 1995). Σε άλλη μελέτη, ο κίνδυνος υπολογίστηκε σε 300 περιπτώσεις/ 100.000 ταξιδιώτες ανά μήνα παραμονής σε τουριστικό ξενοδοχείο, ενώ έφτανε μέχρι 2.000 περιπτώσεις/ 100.000 ταξιδιώτες ανά μήνα για διαμονή σε πρόχειρα καταλύματα (Steffen & Connor 2005). Η ηπατίτιδα Α υποδιαγιγνώσκεται ιδιαίτερα στα παιδιά, στα οποία η λοίμωξη μπορεί να είναι ήπια ή υποκλινική, με αποτέλεσμα η συχνότητα της ηπατίτιδας Α στους ταξιδιώτες να υποεκτιμάται.

Ηπατίτιδα Β

Οι ταξιδιώτες επίσης κινδυνεύουν δυνητικά από ηπατίτιδα Β, από την οποία μπορεί να μολυνθούν μέσω σεξουαλικής επαφής, κατά τη διάρκεια ενδοφλέβιας χρήσης ναρκωτικών, μετάγγισης ή από τατουάζ. Ο κίνδυνος για ταξιδιώτες με μικρή παραμονή στις χώρες προορισμού δεν είναι απολύτως τεκμηριωμένος. Κατά τη μακρά διαμονή (άνω των έξι μηνών), λόγω της στενής επαφής με τους ντόπιους ή λόγω καλάρωσης των συνθηκών υγιεινής, μπορεί ο ταξιδιώτης να αντιμετωπίσει πρόβλημα. Η μηνιαία επίπτωση υπολογίζεται σε 25/ 100.000 για τις συμπτωματικές λοιμώξεις και σε 80 - 420/ 100.000 για το σύνολο (συμπεριλαμβανομένων και των ασυμπτωματικών) (Steffen & Connor 2005).

Τυφοειδής Πυρετός

Ο τυφοειδής πυρετός είναι συχνός σε πολλές χώρες και σχετίζεται με χαμηλές υγειονομικές συνθήκες και μολυσμένα τρόφιμα ή νερό. Ο κίνδυνος για τους ταξιδιώτες είναι υψηλός στην Ινδική Χερσόνησο (Caumes et al. 2001, Ackers et al. 2000) και ακολουθούν περιοχές της Νοτιοανατολικής Ασίας, της Νοτιοδυτικής Αμερικής, όπως το Περού, της Βόρειας και της Δυτικής Αφρικής, καθώς και περιοχές της Μέσης Ανατολής. Ο συνολικός κίνδυνος για τους ταξιδιώτες στην Ινδική Χερσόνησο εκτιμήθηκε σε 30 περιπτώσεις ανά 100.000 ταξιδιώτες ανά μήνα (Steffen 1993).

Μηνιγγιτιδοκοκκική Νόσος

Η μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος απαιτεί στενή επαφή για να μεταδοθεί. Διακρίνουμε πέντε ορότυπους της ναϊσέριας της μηνιγγίτιδας, τους A, B, C, Y και W-135. Οι ορότυποι A και C αποτελούν το κύριο αίτιο ενδημικής μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου στην Υποσαχάρια Αφρική κατά τη διάρκεια των ξηρών χειμερινών μηνών, δηλαδή από το Νοέμβριο έως τον Ιούνιο (Pollard & Shlim 2002). Η ετήσια επίπτωση μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου σε αυτή τη ζώνη, που είναι γνωστή και ως «ζώνη μηνιγγίτιδας» και εκτείνεται από το Μαλί στα ανατολικά έως την Αιθιοπία στα δυτικά, ανέρχεται σε 30 περιπτώσεις/ 100.000 άτομα, ενώ κάθε 10 - 12 έτη εκδηλώνονται μεγάλες επιδημίες (Molesworth et al. 2002, Memish 2002).

Οι ορότυποι B και C ευθύνονται κυρίως για την πρόκληση σποραδικών κρουσμάτων στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α. (Memish 2002).

Ο ορότυπος W-135 ευθύνεται για το 53% των περιπτώσεων της μηνιγγιτιδοκοκκικής νόσου την περίοδο 2000 - 2003 κατά το προσκύημα στη Μέκκα και πιο πρόσφατα για μια επιδημία στη Burkina Faso (Aguilera et al. 2002, WHO 2002).

Είναι επομένως σπάνια στους ταξιδιώτες, εκτός από τους προσκυνητές ή αυτούς που έρχονται σε στενή επαφή με τους κατοίκους σε περιοχές όπου επιδημίες είναι συχνές. Εμβόλια είναι διαθέσιμα έναντι των οροτύπων A, C, W-135 και Y της ναϊσέριας της μηνιγγίτιδας.

Κίτρινος Πυρετός

Ο κίτρινος πυρετός είναι ιογενής νόσος που μεταδίδεται με το δήγμα κουνουπιού και χαρακτηρίζεται από πυρετό και αιμορραγίες. Απαντάται στην τροπική και υποτροπική ζώνη της Αφρικής και Αμερικής ως ενδημική νόσος ή υπό μορφή επιδημιών. Αν και ο κίτρινος πυρετός περιορίζεται στη Νότια Αμερική και Αφρική, υπάρχει ανησυχία εξάπλωσής του, μέσω πασχόντων ταξιδιωτών σε περιοχές της Ασίας, όπως η Ινδία, όπου ζει το κουνούπι Aedes, το οποίο είναι ο ενδιάμεσος ξενιστής της νόσου. Λοιμώξεις από κίτρινο πυρετό αναφέρονται σε ταξιδιώτες που δεν εμβολιάστηκαν πριν το ταξίδι σε ενδημικές περιοχές. Βεβαίωση εμβολιασμού για κίτρινο πυρετό απαιτείται για το ταξίδι σε ορισμένες χώρες με σκοπό να εμποδιστεί διασπορά της νόσου.

Χολέρα

Η χολέρα είναι μια νόσος που συνεχίζει να αποτελεί σημαντικό πρόβλημα υγείας σε πολλές περιοχές του κόσμου, κυρίως στους πληθυσμούς χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου με άσχημες υγειονομικές συνθήκες διαβίωσης. Μέχρι σήμερα, στον Π.Ο.Υ. γίνονται συνεχείς αναφορές κρουσμάτων από το στέλεχος V.cholerae O1, οι οποίες αφορούν σε όλες τις περιοχές της γης. Το στέλεχος αυτό προκάλεσε την έβδομη πανδημία χολέρας, που ξεκίνησε το 1961, και άφησε ενδημοεπιδημικές εστίες σε όλο τον κόσμο που συνεχίζουν να είναι ενεργές. Στο τέλος του 1992, αναφέρθηκαν πολλές επιδημίες χολέρας από το στέλεχος V.cholerae O139 (δεν καλύπτεται από τα εμβόλια), στην Ινδία και στο Μπαγκλαντές, το οποίο εν συνεχεία προσέβαλλε άλλες έντεκα χώρες της Ασίας. Η εξάπλωσή του φαίνεται ότι σταμάτησε το 1995, και σήμερα κρούσματα αναφέρονται μόνο στην Ινδία και στο Μπαγκλαντές (WHO 2008).

Ο κίνδυνος για τον ταξιδιώτη που επισκέπτεται ενδημικές περιοχές εκτιμάται ότι είναι 0,001 - 0,01% (Ryan & Calderwood 2000). Η υψηλότερη επίπτωση κρουσμάτων χολέρας (72%) σήμερα παρατηρείται στην Αφρική (Νότια Αφρική, Δημοκρατία του Κονγκό και Μοζαμβίκη). Μια άλλη μελέτη έδειξε ότι ο κίνδυνος της χολέρας στους Ευρωπαίους και Νοτιοαμερικανούς είναι 0,2/ 100.000 ταξιδιώτες, ενώ στους Ιάπωνες

είναι 13/ 100.000 ταξιδιώτες, γεγονός που φανερώνει την ύπαρξη ασυμπτωματικών περιπτώσεων που δε γίνονται αντιληπτές (Wittlinger et al. 1995).

Πρακτικά, ο κίνδυνος για τον ταξιδιώτη που τηρεί τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης είναι αμελητέος. Επειδή ο κίνδυνος για τους ταξιδιώτες είναι μικρός και η αποτελεσματικότητα του εμβολίου χαμηλή, στους περισσότερους ταξιδιώτες συστήνεται απλώς να τηρούν τα κατάλληλα μέτρα προφύλαξης κατά την κατανάλωση τροφίμων και νερού.

Πολιομυελίτιδα

Η μετάδοση της πολιομυελίτιδας γίνεται σήμερα κατά κύριο λόγο σε έξι χώρες (Αίγυπτος, Αφγανιστάν, Ινδία, Πακιστάν, Νιγηρία και Νίγηρας) από τις οποίες η Νιγηρία θεωρείται ότι αποτελεί την κύρια πηγή τροφοδότησης κρουσμάτων στον κόσμο. Ο κίνδυνος μειώνεται συνεχώς, ως αποτέλεσμα της παγκόσμιας εκστρατείας εκρίζωσης της πολιομυελίτιδας. Στην Ινδία μετά το 2002, τα κρούσματα μειώθηκαν δραματικά και έτσι σήμερα ο μεγαλύτερος κίνδυνος για πολιομυελίτιδα αφορά σε ταξιδιώτες στη Νιγηρία, όπου καταγράφεται το 70% περίπου των περιπτώσεων πολιομυελίτιδας που παρατηρούνται παγκοσμίως.

Εμβολιασμός ακόμα ενδείκνυται για όλους τους ενήλικες που δεν έχουν εμβολιασθεί ή που δεν έχουν λάβει μία αναμνηστική δόση του εμβολίου και πρόκειται να ταξιδέψουν σε μια από τις έξι αυτές χώρες, καθώς και στις χώρες που συνορεύουν με αυτές, λόγω της συχνής εμφάνισης μεμονωμένων κρουσμάτων και σε αυτές (CDC 2008).

Διφθερίτιδα

Η διφθερίτιδα εξακολουθεί να αποτελεί σημαντικό πρόβλημα υγείας σε πολλές χώρες με χαμηλές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες. Στη δεκαετία του '90 μεγάλες επιδημίες εκδηλώθηκαν στις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, όπου προσβλήθηκαν μη εμβολιασμένα ή ανεπαρκώς εμβολιασμένα άτομα. Ενδημικές χώρες θεωρούνται σήμερα η Αίγυπτος, η Αλγερία και οι χώρες νοτίως της Σαχάρας στην Αφρική, η Αϊτή, η Βραζιλία, η Δομινικανή Δημοκρατία και το Εκουαδόρ στην Αμερική, οι περισσότερες χώρες στην Ασία και τέλος η Αλβανία και οι χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης στην Ευρώπη. Η διφθερίτιδα είναι σπάνια σε ταξιδιώτες, αν και παγκόσμια εκτίμηση του κινδύνου δεν έχει γίνει. Όπως φάνηκε από μια μεγάλη επιδημία σε χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, τη χρονική περίοδο 1990 - 1997, η διφθερίτιδα μπορεί να ενδημήσει κάτω από ορισμένες συνθήκες (Galazka 2000). Κατά τη διάρκεια της επιδημίας παρατηρήθηκε ο θάνατος ταξιδιωτών στη Ρωσία.

Ιλαρά

Σε χώρες όπου η ιλαρά έχει σχεδόν εξαλειφθεί, τα εισαγόμενα κρούσματα αποτελούν σημαντικό ποσοστό του συνολικού αριθμού των κρουσμάτων. Ο κίνδυνος για το μη εμβολιασμένο ταξιδιώτη είναι αυξημένος αν πρόκειται να επισκεφτεί αναπτυσσόμενες χώρες, όπου το επίπεδο εμβολιασμού είναι χαμηλό (CDC 2008b).

Ιαπωνική Εγκεφαλίτιδα

Η ιαπωνική εγκεφαλίτιδα είναι επίσης σπάνια σε ταξιδιώτες. Ο κίνδυνος είναι περίπου 1 περίπτωση ανά 1.000.000 στο σύνολο των ταξιδιωτών (Steffen 1989). Η ιαπωνική εγκεφαλίτιδα μεταδίδεται με τα κουνούπια, ενώ κύρια υπόδοχα είναι ορισμένα άγρια πουλιά και οικόσιτα ζώα, όπως ο χοίρος και η πάπια. Ενδημεί στη Νοτιοανατολική Ασία και στην Άπω Ανατολή, από τις Φιλιππίνες ως και την Ινδία και από την ανατολική Σιβηρία και το Νεπάλ ως την Ταϊλάνδη. Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί αύξηση των κρουσμάτων στην τροπική ζώνη και επέκταση προς τα δυτικά, με προσβολή και της Ινδίας. Είναι πιο συχνή στα παιδιά < 15 ετών και στους ηλικιωμένους, όπου και παρουσιάζεται με αυξημένη θνητότητα και αυξημένο αριθμό νευροψυχιατρικών επιπλοκών. Ο κίνδυνος εγκεφαλίτιδας εκτιμάται σε 1 ανά 20 - 1.000 μολύνσεις, με θνητότητα της τάξεως του 25% και εκδήλωση σοβαρών νευροψυχιατρικών επιπλοκών της τάξεως του 30%.

Ο κίνδυνος όμως αυξάνει σε περίπτωση διαμονής σε αγροτικές περιοχές, ιδιαίτερα την περίοδο των βροχών (1/ 50.000 άτομα/ μήνα έκθεσης). Εμβολιασμός συνιστάται μόνο σε ταξιδιώτες που πρόκειται να παραμείνουν για μακρό χρονικό διάστημα σε αγροτικές περιοχές της Νοτιοανατολικής Ασίας και Άπω Ανατολής (CDC 2008c, CDC 2008d).

Εγκεφαλίτιδα από Κρότνες

Άλλο σπάνιο νόσημα που προλαμβάνεται με εμβολιασμό είναι η εγκεφαλίτιδα που μεταδίδεται με κρότνες. Οι εγκεφαλίτιδες από κρότνες είναι εποχιακές ζωνόσοι που προκαλούνται από δύο τύπους του ομώνυμου ιού και εκδηλώνονται ως δύο διαφορετικές, κλινικά και επιδημιολογικά, μορφές της νόσου.

Αρχικά τον τύπο της Ευρωπαϊκής Ρωσίας και Ασίας (εγκεφαλίτιδα taiga ή εγκεφαλίτιδα της Ρωσίας), που ενδημεί στην Κίνα, στην Κορέα, στην Ιαπωνία και στην Ανατολική Ρωσία, και προκαλεί βαρύτερη νόσο με αυξημένη συχνότητα επιπλοκών, και τον τύπο της Κεντρικής Ευρώπης (διφασική μηνιγγοεγκεφαλίτιδα της Κεντρικής Ευρώπης) με κύριο υπόδοχο την αγελάδα, το πρόβατο, την κατσίκα και τα τρωκτικά. Η ενδημική ζώνη εκτείνεται στη Δυτική και Κεντρική Ευρώπη, στη Σκανδιναβική Χερσόνησο και στις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης. Η νόσος είναι ιδιαίτερα συχνή στην περιοχή του Μαύρου Δάσους της Αυστρίας και της Γερμανίας. Σποραδικά κρούσματα έχουν αναφερθεί και στη χώρα μας. Εκτός από το δήγμα κρότωνα, η νόσος μπορεί να μεταδοθεί και με την κατανάλωση μη παστεριωμένου γάλατος.

Ο κίνδυνος για τον ταξιδιώτη είναι σχεδόν μηδαμινός, αλλά αυξάνεται αναλόγως της εποχής που θα πραγματοποιηθεί το ταξίδι και του είδους του ταξιδιού. Γενικά, στην πλειονότητα των ταξιδιωτών, αρκούν μόνο τα προφυλακτικά μέτρα που συνιστανται στην αποφυγή δηγμάτων από κρότνες κατά τη διαμονή στα δάση και στην έγκαιρη αποκόλλησή τους σε περίπτωση δήγματος, ενώ το εμβόλιο ενδείκνυται μόνο σε ελάχιστες περιπτώσεις ταξιδιωτών. Εξάλλου, με το εμβόλιο δεν παρέχεται πλήρης προστασία.

Λύσσα

Η λύσσα είναι μια ζωοανθρωπονόσος. Θεωρητικά, όλα τα θερμόαιμα ζώα είναι ευαίσθητα στον ιό της λύσσας, αλλά τα θηλαστικά, και κυρίως τα κυνοειδή, είναι οι βασικοί ξενιστές της. Η λύσσα είναι μια παγκόσμια νόσος, ωστόσο σε κάποιες περιοχές της γης παρατηρείται υψηλή ενδημικότητα. Στην Κεντρική και Νότια Αμερική είναι η Βραζιλία, η Βολιβία, η Γουατεμάλα, το Εκουαδόρ, το Ελ Σαλβαδόρ, η Κολομβία, το Μεξικό και το Περού και στην Ανατολική και Νοτιοανατολική Ασία, το Βιετνάμ, η Ινδία, το Νεπάλ, η Σρι Λάνκα, η Ταϊλάνδη και οι Φιλιππίνες. Διακρίνουμε τη λύσσα των σκύλων, ή «λύσσα του δρόμου», με κύριο ξενιστή το σκύλο που ενδημεί στην Ασία, στην Αφρική, στη Μέση Ανατολή και σε μικρότερο βαθμό στη Νότια Αμερική, και τη λύσσα των άγριων ζώων, η οποία αναλόγως της γεωγραφικής περιοχής έχει και διαφορετικό ξενιστή, για παράδειγμα στην Ευρώπη την αλεπού, στο Ιράν το λύκο, στην Κεντρική Αμερική τις νυχτερίδες βαμπίρ (CDC 2008e).

Δήγματα από ζώα δυνητικά μολυσμένα με λύσσα είναι συχνά σε ταξιδιώτες, παρ' όλα αυτά ο κίνδυνος για λύσσα είναι πολύ μικρός. Η λύσσα προλαμβάνεται με τη χορήγηση του αντιλυσσικού εμβολίου πριν από έκθεση (πρωτογενής πρόληψη) και με τη χορήγηση του εμβολίου μετά την έκθεση (Arguin et al. 2000).

2.5. Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (Σ.Μ.Ν.)

Τα ταξίδια αυξάνουν τις πιθανότητες για τυχαίες ή αγοραίες σεξουαλικές επαφές. Περίπου 4 - 19% των ταξιδιωτών ανέφεραν τουλάχιστο μία τυχαία σεξουαλική επαφή κατά τη διάρκεια του ταξιδιού, οι μισοί χωρίς τη χρήση προφυλακτικού (Hawkes et al. 1994). Σεξουαλικές επαφές χωρίς τη λήψη των απαιτούμενων προφυλακτικών μέτρων θέτουν σε κίνδυνο τους ταξιδιώτες για πολλά σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως ηπατίτιδα Β και HIV λοίμωξη.

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι κοινά και στις χώρες προέλευσης των ταξιδιωτών και δεν είναι εύκολο να καθορισθεί αν ο ταξιδιώτης μολύνθηκε κατά τη διάρκεια του ταξιδιού, ιδιαίτερα όταν ο χρόνος επώασης είναι μεγάλος. Γι' αυτό δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία για την σχέση των ταξιδιών με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Επιπλέον πολλά Σ.Μ.Ν. είναι πολλές φορές ασυμπτωματικά, τουλάχιστον στα πρώτα στάδια, και επομένως είναι δύσκολο να καθορισθεί πού και πότε αποκτήθηκε η λοίμωξη.

Η αντοχή στα αντιβιοτικά είναι ένας χρήσιμος δείκτης ταυτοποίησης, που βοηθά στο συνδυασμό κάποιων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων με τα ταξίδια. Για παράδειγμα, στελέχη γονόρροιας *Neisseria gonorrhoeae* που παράγουν πενικιλινάση, είναι πολύ πιο συνηθισμένα στις αναπτυσσόμενες χώρες (ιδιαίτερα στη Νοτιοανατολική Ασία) παρά στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α. Υπολογίζεται ότι το 14 - 25% των περιπτώσεων της γονόρροιας και της σύφιλης που εντοπίζονται στην Ευρώπη έχουν εισαχθεί σε νοσοκομείο (Ison et al. 1998).

2.6. Ιογενείς Αιμορραγικοί Πυρετοί

Αιμορραγικοί πυρετοί έχουν εμφανιστεί ή επανεμφανιστεί τα τελευταία χρόνια. Ο δάγκειος πυρετός είχε σχεδόν εκριζωθεί από την Αμερική πριν το 1981. Η επίπτωσή του όμως, έχει αυξηθεί δραματικά από τότε, με επιδημίες δάγκειου στην Κεντρική και Νότια Αμερική, στην Καραϊβική και πρόσφατα στη Νοτιοανατολική Ασία. Η αυξημένη επίπτωση δάγκειου πυρετού τα τελευταία 20 χρόνια αντικατοπτρίζεται στην αύξηση των αναφερόμενων κρουσμάτων σε ταξιδιώτες (Jelinek 2000). Το κουνούπι *Aedes* είναι το κοινό υποδόχο για το δάγκειο, το Rift Valley πυρετό και για τον κίτρινο πυρετό.

Έχουν επίσης συμβεί διάφορες επιδημίες πυρετού Ebola στην Κεντρική Αφρική, χωρίς να έχουν αναφερθεί κρούσματα σε ταξιδιώτες (Francesconi et al. 2003).

Ο πυρετός της Lassa που εντοπίστηκε για πρώτη φορά το 1969 στη Νιγηρία, ενδημεί ακόμη και σήμερα σε περιοχές της Δυτικής Αφρικής, όπως η Γουινέα και η Σιέρα Λεόνε. Εκτιμάται ότι ο ετήσιος αριθμός των κρουσμάτων κυμαίνεται μεταξύ 100.000 - 300.000 (Bausch et al. 2001).

Το 1999 αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά ένας παραμυξοϊός, που ονομάστηκε ιός Nipah, και ταυτοποιήθηκε ως η αιτία μεγάλης επιδημίας εμπύρετης εγκεφαλίτιδας και αναπνευστικής νόσου στη Μαλαισία και στη Σιγκαπούρη. Η μόλυνση των ανθρώπων αποδόθηκε στην έκθεση σε χοίρους. Ο τρόπος μετάδοσης δεν είναι ακόμα γνωστός, αλλά μετάδοση από άνθρωπο σε άνθρωπο δεν έχει επιβεβαιωθεί. Ο κίνδυνος για τους ταξιδιώτες, αν υπάρχει, είναι άγνωστος (Chua et al. 1999, Paton et al. 1999).

Στον Πίνακα I παρατίθεται η επίπτωση των κυριότερων νοσημάτων που αφορούν στον ταξιδιώτη.

Πίνακας 1: Επίπτωση νοσημάτων που σχετίζονται με το ταξίδι (περιπτώσεις/ 100.000 ταξιδιώτες/ ανά μήνα παραμονής).

Νόσος	Επίπτωση
Διάρροια ταξιδιωτών	30 - 80.000
Διάρροια από E.coli (ETEC)	10.000
Ελονοσία (Δυτική Αφρική χωρίς χημειοπροφύλαξη)	2 - 3.000
Αναπνευστική λοίμωξη	1.000
Φυματίωση	3.000
Φυματίωση ενεργή	60
Λεγιονέλλωση	1
Ηπατίτιδα Α	300
Δάγκειος πυρετός	200
Τυφοειδής πυρετός (Ινδία, Βόρεια και Βορειοδυτική Αφρική, Περου)	30
Τυφοειδής πυρετός	3
HIV λοίμωξη	10
Ηπατίτιδα Β (συμπτωματικοί και ασυμπτωματικοί)	80 - 420
Χολέρα	0,2
Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος	0,04
Ιαπωνική εγκεφαλίτιδα	0,1

Πηγή: Steffen 2004.

2.7. Επιδημιολογία Ατυχημάτων

Τα καρδιαγγειακά επεισόδια και τα ατυχήματα αποτελούν τις συχνότερες αιτίες θανάτου στα διεθνή ταξίδια (Steffen 2004, Hargarten et al. 1991). Τα ατυχήματα αποτελούν μια από τις συχνότερες αιτίες νοσηρότητας στους ταξιδιώτες.

Μελέτη από τη Σκωτία κατέδειξε ότι στις μεγαλύτερες ηλικίες (60 - 69 έτη) την πρώτη αιτία θανάτου κατέχουν τα καρδιαγγειακά επεισόδια (69%) ενώ η αμέσως επόμενη αιτία είναι τα ατυχήματα (21%) (Paixao et al. 1991). Ανάλογα συμπεράσματα αναφέρονται και σε μελέτες που έγιναν στη Μ. Βρετανία, στις Η.Π.Α. (49% και 25%, αντίστοιχα) και στην Αυστραλία (Hargarten et al. 1991).

Στις ηλικίες από 15 μέχρι 44 έτη, η θνησιμότητα από τραυματισμό είναι δύο με τρεις φορές συχνότερη κατά τη διάρκεια ταξιδιού από τη συχνότητα τραυματισμού στην ίδια ηλικιακή ομάδα στη συνήθη χώρα διαμονής (ανεπτυγμένες χώρες) (Hargarten et al. 1991).

Θανατηφόρα ατυχήματα είναι κυρίως τα τροχαία. Ποσοστό 70% των θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων παγκοσμίως συμβαίνει στις φτωχότερες χώρες του κόσμου (Procin 1995, Steffen 1991, Odero et al. 1997). Στην Αφρική, για παράδειγμα, αναφέρονται 20 - 118 θάνατοι ανά 10.000 οχήματα ανάλογα με την περιοχή, στην Ασία 9 - 67 θάνατοι ανά 10.000 οχήματα, ενώ η αντίστοιχη θνησιμότητα στη Μεγάλη Βρετανία είναι 1,4 ανά 10.000 οχήματα (Nordberg 2000).

Σε άλλη μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι επισκέπτες που οδηγούν στη χώρα προορισμού έχουν τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμπλακούν σε τροχαίο ατύχημα απ' ό,τι οι επικώριοι οδηγοί (Wilks 1999). Στην πρόκληση ατυχημάτων συχνά συμβάλλει και η οδήγηση υπό την επήρεια οινοπνεύματος (Petridou et al. 1997). Βέβαια, οι ταξιδιώτες μπορεί να τραυματιστούν ως επιβάτες άλλων οχημάτων, ως πεζοί ή ως ποδηλάτες. Η μετακίνηση με τα μέσα μαζικής μεταφοράς (τρένα, αεροσκάφη και μεγάλα πλοία) είναι συνήθως ασφαλής. Σε τοπικά λεωφορεία και πλωτά μέσα (ferry boats) μπορεί

να παρατηρηθούν προβλήματα από κακή συντήρηση και υπερφόρτωση.

Άλλη σημαντική αιτία θανάτου από ατύχημα στους ταξιδιώτες αποτελεί ο πνιγμός. Σε μία μελέτη διαπιστώθηκε ότι ο πνιγμός ήταν η δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου από ατύχημα μετά τα τροχαία (16% του συνόλου των θανάτων σε αμερικανούς τουρίστες) (CDC 1991). Στις μισές περιπτώσεις, το ατύχημα συσχετιζόταν με κατανάλωση οινοπνεύματος. Ο πνιγμός σε παραθαλάσσια θέρετρα συνδέεται επίσης με κολύμπι σε μη επιτηρούμενες παραλίες, όπου θαλάσσια ρεύματα παρασύρουν τους κολυμβητές στα βαθιά νερά.

Οι εγκληματικές επιθέσεις και οι τρομοκρατικές ενέργειες αποτελούν σπάνιες αιτίες θανάτου στα ταξίδια.

Επίσης, σχετικά σπάνιες αιτίες θανάτου αποτελούν τα ατυχήματα που προκλήθηκαν από επιθέσεις ζώων. Υπάρχουν 60 επιβεβαιωμένες επιθέσεις από καρκαρίες παγκοσμίως (Woolgar et al. 2001) ενώ στη διάρκεια δέκα χρόνων τρεις ταξιδιώτες σκοτώθηκαν από άγρια θηλαστικά και δύο από λιοντάρια σε σαφάρι στη Νότια Αφρική. Οι επιθέσεις από φίδια εκτιμώνται σε 40.000 παγκοσμίως (κυρίως στη Νιγηρία και στην Ινδία), αλλά ελάχιστα από τα θύματα είναι ταξιδιώτες.

Στον Πίνακα 2 αναφέρονται οι κυριότερες αιτίες θανάτου μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών ταξιδιωτών, όπως προέκυψαν από τα αποτελέσματα αντίστοιχων μελετών.

Πίνακας 2: Αιτίες θανάτου μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών ταξιδιωτών (%).

Καταγωγή ταξιδιώτη	Η.Π.Α.	Ελβετία	Ελβετία	Αυστραλία	Σκωτία
Προορισμός ταξιδιώτη	Οπουδήποτε	Ευρώπη	Οπουδήποτε	Οπουδήποτε	Οπουδήποτε
Χρονολογία ταξιδιού	1975/1984	1987	1987	1995	1991
Συνολικός αριθμός θανάτων	2.463	247	68	421	952
Καρδιαγγειακά επεισόδια	49	14	15	35	68,9
Λοιμώδη νοσήματα	1	-	3	2,4	3,6
Ατυχήματα					
Τροχαία	7	13	12	28,3	-
Αεροπορικά	2	4	12	-	-
Πνιγμός	4	4	9	-	-
Άλλα	12	4	20	26	20,7
Άγνωστη αιτία	25	58	29	17	7

Πηγή: Steffen 2004.

3. Υφιστάμενη Κατάσταση στην Ελλάδα

Οι υπηρεσίες Ταξιδιωτικής Ιατρικής παρέχονται κατά κύριο λόγο από τις Διευθύνσεις Υγείας των νομαρχιών. Επίσης, στον ιδιωτικό τομέα λειτουργούν ιατρεία, τα οποία δραστηριοποιούνται μεταξύ άλλων και στην παροχή συμβουλών υγείας προς ταξιδιώτες.

Το Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. άρχισε τη λειτουργία του από το τέλος του 2003.

Οι ενέργειες του Γραφείου Ταξιδιωτικής Ιατρικής συμπεριλαμβάνουν:

- Συμβουλευτική.
- Έκδοση εκπαιδευτικού και ενημερωτικού υλικού για επαγγελματίες υγείας και ταξιδιώτες.
- Συγγραφή επιστημονικών έργων (Εγχειρίδιο Ταξιδιωτικής Ιατρικής, Συνοπτικός Οδηγός για Ταξιδιώτες).
- Αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών.
- Συνεχιζόμενα εκπαιδευτικά προγράμματα για επαγγελματίες υγείας των Διευθύνσεων Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων και Δ.Υ.Π.Ε.
- Έρευνα.
- Παρουσίαση εργασιών σε συνέδρια.
- Ενημέρωση κοινού (μέσω Μ.Μ.Ε.).

Το Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. αφού:

- επισκέφθηκε πολλές Υγειονομικές Διευθύνσεις των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων και κατέγραψε την κατάσταση που επικρατεί όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών Ταξιδιωτικής Ιατρικής,
- εκτίμησε μέσω ερευνητικού πρωτοκόλλου την ποιότητα και πληρότητα των υπηρεσιών που παρέχονται,
- εκτίμησε το μέγεθος και τις ανάγκες του ελληνικού πληθυσμού σε συνεργασία με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία,
- έλαβε υπόψη τις συστάσεις της Διεθνούς Εταιρείας Ταξιδιωτικής Ιατρικής σχετικά με τις προϋποθέσεις λειτουργίας αυτών των δομών,
- ανέτρεξε στα ισχύοντα σε άλλες ανεπτυγμένες χώρες,
- έλαβε υπ' όψη της τις συστάσεις της Επιτροπής Ταξιδιωτικής Ιατρικής του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.,

κατέληξε στη διαπίστωση της σημαντικής ανεπάρκειας των υπηρεσιών Ταξιδιωτικής Ιατρικής που παρέχονται σήμερα στη χώρα μας και στην επιτακτική ανάγκη ενίσχυσης και αναβάθμισής τους.

Όσον αφορά στις Διευθύνσεις Υγείας των νομαρχιών, η εκτίμηση της παρούσας κατάστασης, που διενέργησε το Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. κατέδειξε τα εξής:

- 1. Στελέχωση:** οι δομές στελεκώνονται είτε από ιατρούς, είτε από επισκέπτες υγείας ή νοσηλευτές, οι οποίοι είναι επιφορτισμένοι με το έργο του εμβολιασμού και παροχής φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για χημειοπροφύλαξη έναντι της ελονοσίας. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, η εκτίμηση του ταξιδιώτη και οι εμβολιασμοί διενεργούνται από μη ιατρικό προσωπικό, ενώ επιπλέον οι περισσότερες Υγειονομικές Διευθύνσεις, ιδίως της επαρχίας, αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της υποστελέχωσης.
- 2. Υποδομή:** οι χώροι, όπου στεγάζονται οι δομές ταξιδιωτικής ιατρικής, είναι γραφεία των Υγειονομικών Διευθύνσεων που σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να διαθέτουν ένα απλό εξεταστικό κρεβάτι, ενώ όλα διαθέτουν ψυγείο για τη φύλαξη των εμβολίων (τα περισσότερα χωρίς σύστημα συναγερμού). Σε πολλά ιατρεία δεν υπάρχει ηλεκτρονικός υπολογιστής, επομένως δεν υπάρχει πρόσβαση στο διαδίκτυο. Στις Διευθύνσεις Υγείας η δυνατότητα αντιμετώπισης εκτάκτων συμβάντων υγείας, όπως αναφυλακτικής καταπληξίας, ή η δυνατότητα εργαστηριακών εξετάσεων ή αντιμετώπισης του ταξιδιώτη που επιστρέφει και νοσεί, είναι μειωμένη.

3. Πολλαπλή απασχόληση: το προσωπικό που καλύπτει τις υπηρεσίες Ταξιδιωτικής Ιατρικής, είναι παράλληλα επιφορτισμένο και με άλλο έργο, όπως οι υποχρεωτικοί εμβολιασμοί, οι επισκέψεις και οι υγειονομικοί έλεγχοι υπηρεσιών του νομού κ.ά. Η παροχή υπηρεσιών Ταξιδιωτικής Ιατρικής καλύπτει το 1/10 περίπου του χρόνου τους.

4. Εκπαίδευση: οι νομιάτροι των Διευθύνσεων Υγείας είναι συνήθως υγειονόμοι χωρίς ειδική εκπαίδευση στον τομέα της Ταξιδιωτικής ή Τροπικής Ιατρικής. Το ίδιο ισχύει και για το παραϊατρικό προσωπικό. Αποτέλεσμα αυτού είναι η επιτακτική ανάγκη για εκπαίδευση στην Ταξιδιωτική Ιατρική, ώστε να διασφαλίζεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, να μην τίθεται σε κίνδυνο η υγεία του ταξιδιώτη και να αντιμετωπίζονται σωστά ταξιδιώτες με ιδιαιτερότητες ή υποκείμενα προβλήματα υγείας (έγκυοι, άτομα με αλλεργία σε εμβόλια, ανοσοκατεσταλμένοι κ.λπ.).

5. Κενό του υπάρχοντος συστήματος υγείας στην αντιμετώπιση του ταξιδιώτη που νοσεί μετά την επιστροφή του: σύμφωνα με δεδομένα διεθνών μελετών, τα νοσήματα που συνήθως εμφανίζουν οι ταξιδιώτες μετά την επιστροφή τους από κάποιο ταξίδι είναι είτε εμπύρετα λοιμώδη νοσήματα (συνήθως ελονοσία, δάγκειος πυρετός, ρικετσιώσεις κ.ά.), είτε παρασιτώσεις (συνήθως εντερικά παράσιτα και λιγότερα συχνά σχιστοσωμίαση), είτε τέλος νοσήματα του δέρματος (όπως δερματική μεταναστευτική προνύμφη, λείσμανίαση, τροπική μύιαση, κ.λπ.) (UNWTO 2008). Η διάγνωση (κλινική και εργαστηριακή) και αντιμετώπιση των νοσημάτων αυτών, που είναι ενδημικά στις χώρες προορισμού, αλλά σπανιότατα ή ανύπαρκτα στην χώρα μας, απαιτεί εξειδικευμένο προσωπικό με εμπειρία στις λοιμώξεις και ειδικά στα τροπικά νοσήματα. Ωστόσο, οι ασθενείς αυτοί έως σήμερα αντιμετωπίζονται συνήθως σε μονάδες περίθαλψης χωρίς ειδική κλινική εμπειρία και εργαστηριακή υποδομή, στο προσωπικό των οποίων δεν έχει προσφερθεί ειδική εκπαίδευση για τη διάγνωση και αντιμετώπιση εισαγόμενων νοσημάτων.

Όσον αφορά στα ιατρεία Ταξιδιωτικής Ιατρικής που λειτουργούν στον ιδιωτικό τομέα, αυτά δεν διαθέτουν όλα τα απαιτούμενα εμβόλια και ανθελονοσιακά φάρμακα, εκτός των κυκλοφορούντων στο εμπόριο, και το έργο τους περιορίζεται κυρίως στην εκτίμηση του κινδύνου για τον ταξιδιώτη, την παροχή γενικών οδηγιών προφύλαξης και μόνο σε περιορισμένη χορήγηση εμβολιαστικής κάλυψης και ανθελονοσιακής αγωγής.

Πιο αναλυτικά, η αξιολόγηση πρωτοβάθμιων υπηρεσιών Ταξιδιωτικής Ιατρικής στην Ελλάδα έχει ως εξής:

Οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες Ταξιδιωτικής Ιατρικής στην Ελλάδα παρέχονται κατά κύριο λόγο από τις Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας των νομαρχιών. Στο πλαίσιο του υπό εκπόνηση Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Ταξιδιωτική Υγεία, το Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.) διεξήγαγε ποσοτική και ποιοτική αξιολόγηση των υπηρεσιών αυτών.

A. Η ποσοτική αξιολόγηση συμπεριλαμβάνει:

A1. Προοπτική μελέτη αξιολόγησης των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών

Στόχος του τμήματος της μελέτης που παρουσιάζεται εδώ ήταν η τεκμηριωμένη αποτύπωση του περιεχομένου των συμβουλών Ταξιδιωτικής Ιατρικής, με σκοπό το σχεδιασμό αποτελεσματικών εκπαιδευτικών και άλλων παρεμβάσεων. Η μελέτη αυτή άρχισε την 1η Ιουλίου 2005 και ακόμη συνεχίζεται σε 7 Διευθύνσεις Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων στην Αττική (Balaska et al. 2006, Hatzianastasiou et al. 2006).

Από την 1η Ιουλίου 2005 βρίσκονται σε εξέλιξη πρωτόκολλα διερεύνησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών Ταξιδιωτικής Ιατρικής στην Ελλάδα και εκτίμησης των σημαντικών κινδύνων υγείας για τον εισερχόμενο και εξερχόμενο ταξιδιωτικό πληθυσμό, με σκοπό την οργάνωση στοχευόμενων και αποτελεσματικών παρεμβάσεων στα σημεία που σημειώνουν ελλείψεις. Αποτελέσματα έχουν ήδη ανακοινωθεί σε επιστημονικά συνέδρια, όπως το Διεθνές Συνέδριο Ταξιδιωτικής Ιατρικής (ISTM), το Βορειοευρωπαϊκό Συνέδριο Ταξιδιωτικής Ιατρικής (NECTM) και το Ευρωπαϊκό Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα (EPIET).

Τα συμπεράσματα της μελέτης ανέδειξαν την αναγκαιότητα της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με θέματα Ταξιδιωτικής Ιατρικής, καθώς επίσης και την ανάγκη για αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας.

A2. Καταγραφή των επαγγελματιών υγείας και της ηλεκτρονικής υποδομής στις 57 Διευθύνσεις Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων στην Ελλάδα (Δ.Υ.Ν.Α.)

Η μέθοδος της καταγραφής συμπεριελάμβανε συλλογή δεδομένων (Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση, Νομαρχιακό Διαμέρισμα, ταχυδρομική διεύθυνση, τηλέφωνα, φαξ, στοιχεία νομιάτρου, ιατρών, νοσηλευτών και επισκεπτών υγείας) σε δελτίο δήλωσης.

Τα αποτελέσματα της καταγραφής καταγράφονται στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3: Αποτελέσματα καταγραφής από 50 Διευθύνσεις Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων στην Ελλάδα.

ΙΑΤΡΟΙ	Δεν έχουν νομιάτρο	20
	Έχουν νομιάτρο	30
	Δεν έχουν νομιάτρο ούτε μόνιμο ιατρό	12 (4 από αυτές εξυπηρετούνται από αγροτικούς ιατρούς)
	Έχουν μόνιμο ιατρό (ένα)	11
	Έχουν μόνιμους ιατρούς (2 έως 7)	5
	Δεν έχουν μόνιμο/ους ιατρούς	34
	Δεν έχουν καθόλου ιατρούς	8
	Ιατροί αγροτικοί, νοσοκομείου ή με σύμβαση	8
ΆΛΛΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	Με επαγγελματίες υγείας (εκτός ιατρών)	48
	Χωρίς επαγγελματίες υγείας	2
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	Με ηλεκτρονικό εξοπλισμό	27
	Χωρίς ηλεκτρονικό εξοπλισμό	22

Από τις 21 Νομαρχίες που δεν έχουν νομιάτρο N=21	%	
Δεν έχουν μόνιμο ιατρό	12	60%
Δεν έχουν ούτε μόνιμο ιατρό ούτε άλλο ιατρό (π.χ. αγροτικό ή με σύμβαση)	8	40%
Δεν έχουν ούτε άλλους επαγγελματίες υγείας	1	5%

Συμπερασματικά, η επάνδρωση των Δ.Υ.Ν.Α. με ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θεωρείται ανεπαρκής. Υπάρχουν επίσης αρκετές σημαντικές ελλείψεις σε υλικοτεχνική υποδομή.

B. Ποιοτική αξιολόγηση

Η ποιοτική αξιολόγηση βασίζεται σε παρατηρήσεις και σε συμπεράσματα σχετικά με ελλείψεις και άλλα προβλήματα που προέκυψαν με την ολοκλήρωση της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Δ.Υ.Ν.Α. και Κ.Υ.) σε θέματα Ταξιδιωτικής Ιατρικής.

Από τον Ιούνιο 2005 έως το Δεκέμβριο 2006 και στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων του Γραφείου Ταξιδιωτικής Ιατρικής, διοργανώθηκαν ημερίδες με σκοπό τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας των Διευθύνσεων Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, Κέντρων Υγείας και νοσοκομείων που παρέχουν υπηρεσίες Ταξιδιωτικής Ιατρικής σε θέματα Ταξιδιωτικής Ιατρικής. Οι ημερίδες αυτές έχουν ήδη υλοποιηθεί σε όλες τις υγειονομικές περιφέρειες της Ελλάδας κατά τη διάρκεια του πρώτου κύκλου της εκπαίδευσης.

Στις ημερίδες αυτές συμμετείχαν επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι στελεκώνουν τις Διευθύνσεις Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, τα Κέντρα Υγείας και τα νοσοκομεία που ασχολούνται με θέματα Ταξιδιωτικής Ιατρικής.

Τα συμπεράσματα από τις παρατηρήσεις, όσον αφορά στα προβλήματα και στις ελλείψεις των υπηρεσιών παροχής Ταξιδιωτικής Ιατρικής, συνοψίζονται στα εξής:

- Έλλειψη ενημέρωσης και πηγών πληροφόρησης των επαγγελματιών υγείας, όπως το διαδίκτυο, βιβλιογραφία και οι ανησυχίες και ανασφάλεια που πηγάζουν από το πρόβλημα αυτό. Η έλλειψη αυτή είναι ένα συνεχές και χωρίς θετική εξέλιξη θέμα που απασχολεί όλο και περισσότερο τους επαγγελματίες υγείας.
- Ανεπαρκή στελέχωση των υπηρεσιών.
- Έλλειψη ανθελονοσιακών φαρμάκων καθιστά τη χορήγηση ανθελονοσιακής αγωγής αδύνατη, γεγονός που θέτει την υγεία των ταξιδιωτών σε κίνδυνο.
- Έλλειψη εμβολίων τα οποία δεν έχουν ακόμη κυκλοφορήσει στην Ελλάδα καθιστά τη χορήγηση πρόληψης στον ταξιδιώτη ανεπαρκή και κατά συνέπεια αυξάνει τους κινδύνους Δημόσιας Υγείας.
- Ανάγκη για ενημέρωση και εκπαίδευση των επαγγελματιών τουρισμού και ταξιδιωτικών γραφείων που προσφέρουν ταξιδιωτικές υπηρεσίες σε ταξιδιώτες.
- Ανεπαρκή αγωγή υγείας των ταξιδιωτών (π.χ. η έλλειψη ενημέρωσης για πρόληψη υγείας σε προορισμούς όπου υπάρχει κίνδυνος για τη Δημόσια Υγεία, έλλειψη ενημέρωσης σχετικά με τις υπηρεσίες παροχής Ταξιδιωτικής Ιατρικής).

4. Υφιστάμενη Κατάσταση στην Ευρώπη

Ανά τον κόσμο λειτουργούν διάφορα μοντέλα δομών Ταξιδιωτικής Ιατρικής. Ορισμένα από αυτά περιορίζονται στη χορήγηση των απαραίτητων εμβολίων, ενώ άλλα επεκτείνουν τις υπηρεσίες τους στην πλήρη εκτίμηση του κινδύνου για την υγεία, που συνεπάγεται ένα συγκεκριμένο ταξίδι, τη συνταγογράφηση φαρμάκων και την παροχή εκτεταμένων ιατρικών συμβουλών στον ταξιδιώτη. Υπάρχουν επίσης ιατρεία που παρέχουν εξειδικευμένες συμβουλές (π.χ. σε άτομα με ανοσοκαταστολή, χρόνια νοσήματα, εγκυμοσύνη), καθώς και ιατρεία που εξειδικεύονται στη διάγνωση και στη θεραπεία προβλημάτων υγείας, που εμφανίζουν οι ταξιδιώτες μετά την επιστροφή από το ταξίδι (κλινικές νοσηλείας ταξιδιωτικής και τροπικής ιατρικής).

Οι υπηρεσίες Ταξιδιωτικής Ιατρικής στην Ευρώπη παρέχονται στις περισσότερες περιπτώσεις από δομές Δημόσιας Υγείας ή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, είτε κρατικές, είτε ιδιωτικές.

Σύμφωνα με στοιχεία της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, τα ιατρεία Ταξιδιωτικής Ιατρικής στελεχώνονται σε ποσοστό > 75% από ιατρούς, ενώ στην Ελλάδα το αντίστοιχο ποσοστό είναι πολύ πιο χαμηλό.

Η χρηματοδότηση των ιατρείων Ταξιδιωτικής Ιατρικής είναι κρατική σε ορισμένες χώρες, σε άλλες ιδιωτική και σε άλλες μικτή.

Όσον αφορά στην κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με την Ταξιδιωτική Ιατρική και τη στελέχωση των ιατρείων, στις περισσότερες χώρες της Δυτικής Ευρώπης και της Βορείου Αμερικής τα ιατρεία Ταξιδιωτικής Ιατρικής στελεχώνονται κατά κανόνα από ιατρούς, νοσηλευτές ή επισκέπτες υγείας, εκπαιδευμένους στην Ταξιδιωτική Ιατρική, καθώς και προσωπικό βοηθητικό και γραμματειακής υποστήριξης. Σ' αυτά τα ιατρεία συνήθως παρέχουν υπηρεσίες ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων, όπως γενικοί ιατροί, παθολόγοι, λοιμωξιολόγοι, παιδίατροι, ιατροί εργασίας, ιατροί Δημόσιας Υγείας είτε άλλο εξουσιοδοτημένο προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης. Αυτοί οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να έχουν την απαιτούμενη εκπαίδευση, κατάρτιση, εμπειρία καθώς και τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση στο τομέα της Ταξιδιωτικής Ιατρικής.

Σύμφωνα με τη Παγκόσμια Εταιρία Ταξιδιωτικής Ιατρικής απαιτείται όπως οι επαγγελματίες υγείας που εξασκούν την Ταξιδιωτική Ιατρική να έχουν τα βασικά στοιχεία της γνώσης στον τομέα αυτό, το «Body of Knowledge» τα οποία είναι διαφορετικά από τη Γενική Ιατρική και ακόμη και τη Λοιμωξιολογία και Τροπική Ιατρική. Αυτά τα βασικά στοιχεία της γνώσης στην Ταξιδιωτική Ιατρική έχουν πρόσφατα καθοριστεί και επίσημα αξιολογούνται με την εξέταση που οργανώνεται από την Παγκόσμια Εταιρία Ταξιδιωτικής Ιατρικής (ISTM) ανά δύο έτη. Στους επιτυχόντες απονέμεται το Πιστοποιητικό Ταξιδιωτικής Ιατρικής (CTH).

Τα βασικά στοιχεία για την άσκηση της Ταξιδιωτικής Ιατρικής είναι: η εκπαίδευση και η εμπειρία των επαγγελματιών υγείας στον τομέα, που περιλαμβάνουν πιο συγκεκριμένα την αξιολόγηση του ταξιδιώτη, την παροχή συμβουλών για την πρόληψη και τη διαχείριση ασθενειών που σχετίζονται με το ταξίδι (λοιμώδη και μη λοιμώδη νοσήματα), τη χορήγηση των εμβολίων και την αναγνώριση των βασικών συνδρόμων στους ταξιδιώτες μετά την επιστροφή.

Υπάρχουν βραχυπρόθεσμες σειρές μαθημάτων αναθεώρησης γνώσεων (που διαρκούν μια ή περισσότερες μέρες), η συνεδρίαση της Παγκόσμιας Εταιρίας Ταξιδιωτικής Ιατρικής (The International Society of Travel Medicine - ISTM), ανά δύο χρόνια, το Βορειοευρωπαϊκό Συνέδριο Ταξιδιωτικής Ιατρικής ανά δύο χρόνια και εντατικές σειρές μαθημάτων διάρκειας διαφόρων μηνών στην Ταξιδιωτική Ιατρική ή στην Τροπική Ιατρική, οι οποίες μπορούν να περιλάβουν και κλινική εμπειρία. Υπάρχουν τα βραχυπρόθεσμα εκπαιδευτικά προγράμματα που οργανώνονται σε διάφορες

χώρες, όπως στο Ηνωμένο Βασίλειο, στον Καναδά, στις Ηνωμένες Πολιτείες, στην Αυστραλία κ.α. Ακόμη και η βραχυπρόθεσμη εκπαίδευση συμβάλλει στη βελτίωση των γνώσεων. Επιπλέον, υπάρχουν και μεταπτυχιακά προγράμματα Ταξιδιωτικής Ιατρικής. Δε θεωρείται απαραίτητο οι επαγγελματίες υγείας να έχουν πείρα στην Τροπική Ιατρική, αλλά πρέπει να γνωρίζουν καλά τα σύνδρομα στους ταξιδιώτες που επιστρέφουν για να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν και να αντιμετωπίσουν σημαντικά προβλήματα όπως ο πυρετός, η διάρροια και τα αναπνευστικά προβλήματα. Οι απαραίτητες γνώσεις που πρέπει να έχει ο επαγγελματίας υγείας που ασχολείται με την Ταξιδιωτική Ιατρική έχουν καθοριστεί από την Παγκόσμια Εταιρία Ταξιδιωτικής Ιατρικής (ISTM).

Η εμπειρία είναι το άλλο απαραίτητο συστατικό στην άσκηση της Ταξιδιωτικής Ιατρικής. Μόνο με τη συχνή αξιολόγηση των ταξιδιωτών όλων των ηλικιών και των κατηγοριών (υγιείς, με χρόνια προβλήματα υγείας, ασθενείς), που προγραμματίζουν ταξίδια με ευρεία ποικιλία προορισμών και δραστηριοτήτων στο ταξίδι, μπορεί ο επαγγελματίας υγείας να αποκτήσει εμπειρία στον τομέα της Ταξιδιωτικής Ιατρικής. Η έρευνα για τα ιατρεία Ταξιδιωτικής Ιατρικής έδειξε ότι το 14% αυτών έβλεπε λιγότερο από δύο ταξιδιώτες/ εβδομάδα (Hill 1996). Αυτός ο αριθμός δεν αρκεί για να αποκτήσει εμπειρία ο επαγγελματίας υγείας. Αν και είναι δύσκολο να καθοριστεί ο αναγκαίος ελάχιστος αριθμός ταξιδιωτών που απαιτείται, θεωρείται ότι τουλάχιστον 10 - 20 περιστατικά εβδομαδιαίως επαρκούν για την απαιτούμενη εμπειρία.

Πίνακας 4: Υπηρεσίες Ταξιδιωτικής Ιατρικής στην Ευρώπη.

Χώρα	Στελέχωση (%) Χρηματοδότηση		Χρηματοδότηση	Δομές παροχής υπηρεσιών (%)		
	Ιατροί	Νοσ/τές		Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας	Νοσοκομείο/ Πανεπιστήμιο	Μονάδα πρωτοβάθμιας περιθαλψής
Αυστρία	100	-	Ιδιωτική	20	30	40
Βέλγιο	90	10	Ιδιωτική	0	0	70
Γαλλία	75	20	Ιδιωτική/ Κρατική	-	25	45
Γερμανία	97	0	Ιδιωτική	10	10	60
Δανία	90	10	Ιδιωτική	-	-	70
Ελβετία	80	20	Ιδιωτική/ Κρατική	10	30	40
Ελλάδα	20	80	Κρατική	40	30	40
Ην. Βασίλειο	75	20	Ιδιωτική/ Κρατική	0	7	70
Ισπανία	30	45	Κρατική	90	5	3
Ιρλανδία	100	υπό ιατρική επίβλεψη	Ιδιωτική	0	10	65
Ιταλία	80	20	Ιδιωτική/ Κρατική	75	10	10
Λουξεμβούργο	100	0	Ιδιωτική	2	0	96
Νορβηγία	20	80	Κυρίως ιδιωτική	85	2	5
Ολλανδία	30	50	Ιδιωτική	50	15	25
Πορτογαλία	70	30	Κυρίως κρατική	70	30	-
Σουηδία	Αγν.	Αγν.	Ιδιωτική	-	15	10
Φινλανδία	20	80	Ιδιωτική/ Κρατική	5	5	70

Πηγή: The Scottish Center of Infection and Environmental Health (United Kingdom) & Société de Médecine des Voyages (France) 1999.

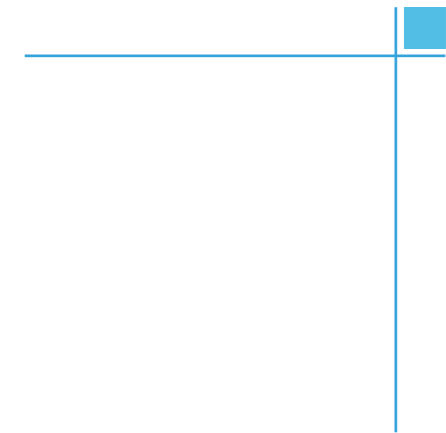
5. Νομικό Πλαίσιο

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει νομοθετική ρύθμιση για τη λειτουργία Ιατρείων Ταξιδιωτικής Ιατρικής, ενώ οι δομές που παρέχουν υπηρεσίες Ταξιδιωτικής Ιατρικής είναι κατά κύριο λόγο πρωτοβάθμιας φροντίδας και εντάσσονται σε υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, ενώ ένα ποσοστό 5 - 30% λειτουργεί στο πλαίσιο της καθημερινής λειτουργίας των νοσοκομείων.

Το διεθνές νομοθετικό πλαίσιο που αφορά στην Ταξιδιωτική Ιατρική τα τελευταία χρόνια έχει περιοριστεί σημαντικά όσον αφορά στον υποχρεωτικό εμβολιασμό. Συγκεκριμένα, ο υποχρεωτικός εμβολιασμός εφαρμόζεται μόνο για τον κίτρινο πυρετό, την πολιομυελίτιδα και τη μηνιγγιτιδοκοκκική νόσο. Το διεθνές πιστοποιητικό εμβολιασμού για τον κίτρινο πυρετό είναι απαραίτητο για την είσοδο σε πάρα πολλές χώρες και έχει σκοπό την προστασία της κάθε χώρας από τη μετάδοση του ιού του κίτρινου πυρετού στον τοπικό πληθυσμό των ενδιάμεσων κουνουπιών ξενιστών ή των πρωτευόντων θηλαστικών, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενδημικής ζώνης της νόσου. Η υποχρέωση εμβολιασμού για τη μηνιγγιτιδοκοκκική νόσο αφορά στους προσκυνητές που επισκέπτονται τη Μέκκα της Σαουδικής Αραβίας κατά τη διάρκεια των μουσουλμανικών εορτών, αλλά και για κάθε άλλη επίσκεψη.

Για τις μεταδοτικές νόσους για τις οποίες δεν υπάρχει αντίστοιχο εμβόλιο, η επιτήρηση (παθητική και ενεργητική) είναι πολύ σημαντική και προαπαιτεί την αναβάθμιση, τη δημιουργία Ιατρείων Ταξιδιωτικής Ιατρικής για την ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού σε θέματα Ταξιδιωτικής Ιατρικής και την ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας, αλλά και άλλων επαγγελματιών όπως οι ταξιδιωτικοί πράκτορες και οι ξενοδόχοι για στενότερη συνεργασία και ενημέρωση όταν υπάρχει υποψία εμφάνισης μεταδοτικής νόσου.

Στην Ελλάδα κάποια εμβόλια υποχρεωτικά και μη διατίθενται μόνο στις Διευθύνσεις Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, όπως το εμβόλιο του κίτρινου πυρετού, του τυφοειδούς πυρετού, καθώς επίσης και μερικά από τα ανθελνοσυστικά φάρμακα.



6. SWOT Ανάλυση

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ (STRENGTHS)	ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ (WEAKNESSES)
<ul style="list-style-type: none"> • Συνεχιζόμενη αναβάθμιση της ποιότητας ανθρώπινου δυναμικού (Διοργάνωση Εκπαιδευτικών Ημερίδων από το Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.). • Δομημένες Μονάδες Λοιμώξεων με εξειδικευμένο προσωπικό. • Εκτεταμένο δίκτυο υπηρεσιών βασικής προληπτικής ιατρικής σε όλους τους νομούς της χώρας (Διευθύνσεις Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων). • Κεντρική δομή μελέτης και καταγραφής θεμάτων υγείας σχετιζομένων με την Ταξιδιωτική Ιατρική (Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.) και καλή συνεργασία με τις Διευθύνσεις Υγείας Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων και επαγγελματίες τουριστικών επιχειρήσεων. • Δωρεάν χορήγηση εμβολίων και ανθελονοσιακών φαρμάκων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ανεπάρκεια νομικού πλαισίου. • Ανεπάρκεια υποδομής, στελέχωσης και εκπαίδευσης στις υπηρεσίες Ταξιδιωτικής Ιατρικής. • Έλλειψη υλικοτεχνικής υποδομής. • Έλλειψη ενημέρωσης - ευαισθητοποίησης του κοινού. • Έλλειψη ενημέρωσης - ευαισθητοποίησης επαγγελματιών τουριστικών επιχειρήσεων. • Ανεπάρκεια διαθεσιμότητας εμβολίων και ανθελονοσιακών φαρμάκων στα φαρμακεία.
ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ (OPPORTUNITIES)	ΚΙΝΔΥΝΟΙ (THREATS)
<ul style="list-style-type: none"> • Αυξημένο ενδιαφέρον από τους ταξιδιώτες για ενημέρωση. • Συνεργασία με την Παγκόσμια Εταιρία (ISTM) και Ελληνική Εταιρία Ταξιδιωτικής Ιατρικής. • Δυνατότητα μεταφοράς γνώσης από CDC, WHO, NATHNAC, HPA και άλλους οργανισμούς που δραστηριοποιούνται στην Ταξιδιωτική Ιατρική. 	<ul style="list-style-type: none"> • Διαφυγή εισαγόμενων νοσημάτων από καταγραφή και επιτήρηση (π.χ. μετανάστες). • Αποκλεισμός πρωτοβάθμιας φροντίδας από την Ταξιδιωτική Ιατρική. • Αποσυντονισμός φορέων που παρέχουν εκπαίδευση και υπηρεσίες Ταξιδιωτικής Ιατρικής. • Ασυνέχεια χρηματοδότησης.



Στρατηγικός Σχεδιασμός



1. Όραμα

Η Ταξιδιωτική Ιατρική είναι μια επένδυση για την Ελλάδα και ένας αναπτυσσόμενος τομέας με μακροπρόθεσμο ορίζοντα, στο πλαίσιο του οποίου η αναβάθμιση του τομέα Ταξιδιωτικής Ιατρικής της χώρας θα συμβάλει στην προφύλαξη υγείας του Έλληνα και αλλοδαπού ταξιδιώτη, στην αντιμετώπιση του ταξιδιώτη που επιστρέφει σε περίπτωση που νοσεί και στην πρόληψη από εισαγόμενα νοσήματα.

2. Αποστολή

Αναβάθμιση του τομέα Ταξιδιωτικής Ιατρικής με σκοπό:

- την προαγωγή υγείας του ταξιδιώτη,
- τη διαφύλαξη της Δημόσιας υγείας.

3. Στρατηγική Τοποθέτηση

Ο σκοπός του στρατηγικού σχεδιασμού είναι η αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης στην Ελλάδα, η ανάδειξη των ελλείψεων και η αντιμετώπισή τους, που αποσκοπεί στη διαφύλαξη της υγείας του Έλληνα και αλλοδαπού ταξιδιώτη και κατ' επέκταση στην προάσπιση της Δημόσιας Υγείας.

4. Στόχοι

1. Αγωγή υγείας του πληθυσμού, όσον αφορά στο ταξίδι και στην καλλιέργεια του προφίλ του «υγιούς ταξιδιώτη».
2. Πλήρης εκτίμηση και διαχείριση κινδύνου του ταξιδιώτη πριν το ταξίδι με έγκυρες οδηγίες, εμβολιαστική κάλυψη και ανθελνοσοσιακά φάρμακα.
3. Αντιμετώπιση προβλημάτων του ταξιδιώτη που επιστρέφει σε περίπτωση που νοσεί.
4. Διαφύλαξη Δημόσιας Υγείας από εισαγόμενα νοσήματα.

5. Αναμενόμενα Αποτελέσματα από την Εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

Κάθε έτος περισσότεροι από 1.000.000 Έλληνες ταξιδεύουν στο εξωτερικό. Από αυτούς, σύμφωνα με τα στοιχεία της Ε.Σ.Υ.Ε.¹ περίπου 523.000 άτομα κατευθύνονται προς χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (εκτός μερικών χωρών της Ανατολικής Ευρώπης), όπως επίσης και στις χώρες της Βόρειας Αμερικής και της Ωκεανίας (1ο επίπεδο κινδύνου). Άλλοι 415.000 περίπου ταξιδιώτες κατευθύνονται προς τη Βουλγαρία, τη Ρουμανία, τη Ρωσία, την Τουρκία, άλλες χώρες της Ευρώπης που είναι εκτός Ε.Ε. και την Ιαπωνία (2ο επίπεδο κινδύνου). Τέλος, παραπάνω από 70.000 Έλληνες ταξιδιώτες κατευθύνονται ετησίως προς χώρες της Νότιας και Κεντρικής Αμερικής, της Αφρικής και της Ασίας, πλην της Ιαπωνίας (3ο επίπεδο κινδύνου).

Πίνακας 5: Κατανομή Ελλήνων Ταξιδιωτών ανα χώρα προορισμού.

	Έτος 2004	Έτος 2005	Έτος 2006	Μέσος όρος τριετίας
	Σύνολο	Σύνολο	Σύνολο	
1ο επίπεδο	430.495	552.516	586.568	523.193
2ο επίπεδο	391.283	487.732	364.774	414.596
3ο επίπεδο	71.753	55.267	85.163	70.728
				1.008.517

Πηγή Ε.Σ.Υ.Ε., στοιχεία 2004 - 2006.

Επισημαίνεται από τον παραπάνω πίνακα ότι στην κατηγορία ταξιδιωτών 3ου επιπέδου κινδύνου σημειώνεται ενδεχόμενα σημαντική επί % αύξηση των Ελλήνων ταξιδιωτών.

¹http://www.statistics.gr/table_menu.asp?dt=0&sb=STO_3&SSnid=%20-%20Τουρισμός&Dnid=%20-%20Ερευνα%20Διακοπών.

Εκτός των Ελλήνων ταξιδιωτών προς το εξωτερικό, υπάρχει κι ένας μεγάλος αριθμός ξένων ταξιδιωτών που επισκέπτονται την Ελλάδα κάθε χρόνο. Σύμφωνα με στοιχεία της Ε.Σ.Υ.Ε.² ο αριθμός των ξένων ταξιδιωτών το 2006 άγγιξε τα 17.283.910 άτομα, από τα οποία το 92% (14.784.309 άτομα) προέρχεται από κράτη της Ευρώπης, το 3,5% (564.529 άτομα) από κράτη της Ασίας, το 0,4% (67.365 άτομα) από κράτη της Αφρικής, το 3,2% (513.402 άτομα) από κράτη της Αμερικής και το 0,7% (109.611 άτομα) από κράτη της Ωκεανίας. Στο συνολικό αριθμό ταξιδιωτών συμπεριλαμβάνονται και 1.244.694 ταξιδιώτες που επιβαίνουν σε κρουαζιερόπλοια.

Η πλειονότητα των Ελλήνων ταξιδιωτών που αναζητούν συμβουλές πριν το ταξίδι είναι μεσήλικες τουρίστες, οι οποίοι ταξιδεύουν για διακοπές και για μικρά χρονικά διαστήματα και οι οποίοι διαμένουν σε ξενοδοχεία σε αστικές περιοχές. Παρ' όλα αυτά, σύμφωνα με έρευνα του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. εκτιμάται ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό (υπολογίζεται σε λιγότερο από 5%) αυτών που ταξιδεύουν σε προορισμούς υψηλού κινδύνου αναζητούν συμβουλές πριν το ταξίδι. Τα δεδομένα αυτά σηματοδοτούν την ανάγκη θέσπισης αποτελεσματικών στρατηγικών επικοινωνίας για την ευρύτερη ενημέρωση του κοινού σε θέματα ταξιδιωτικής ιατρικής. Υπάρχει επιπλέον επιτακτική ανάγκη στοχευμένων προληπτικών δράσεων για τις ομάδες «υψηλού κινδύνου».

Με την εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Ταξιδιωτική Υγεία αναμένεται, σε ορίζοντα πενταετίας (2008 - 2012), να αποτυπωθεί η υφιστάμενη κατάσταση που αφορά στην Ταξιδιωτική Υγεία στην Ελλάδα, να αναδειχθούν οι ελλείψεις του συστήματος υγείας που αφορούν στην Ταξιδιωτική Ιατρική και να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα που θέτουν κινδύνους για την υγεία του Έλληνα και αλλοδαπού ταξιδιώτη και κατ' επέκταση για τη Δημόσια Υγεία στη χώρα. Αν και οικονομικά στοιχεία δεν είναι διαθέσιμα, εκτιμάται ότι εκτός από την ποιότητα ζωής των Ελλήνων και ξένων ταξιδιωτών που θα βελτιωθεί σημαντικά, τα κόστη του συστήματος υγείας και της κοινωνίας που σχετίζονται με την ταξιδιωτική ιατρική θα μετατοπιστούν από τη θεραπεία στην πρόληψη και ενημέρωση, αναβαθμίζοντας κι αξιοποιώντας σε μεγαλύτερο βαθμό υφιστάμενες υποδομές και προσωπικό του Εθνικού Συστήματος Υγείας και δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στη διαρκή εκπαίδευση κι ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας, τουρισμού καθώς επίσης και των ίδιων των πολιτών.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ταξιδιωτική Υγεία αφορά σε ενέργειες αναβάθμισης των υπηρεσιών παροχής υγείας, ενέργειες αγωγής υγείας του πολίτη, ενέργειες συνεργασίας και δικτύωσης, ενέργειες έρευνας και εκπαίδευσης.

Με την εφαρμογή των παραπάνω δράσεων αναμένονται τα εξής αποτελέσματα:

- Βελτίωση του προβλήματος της υποστελέχωσης των Υγειονομικών Διευθύνσεων και μείωση της επιφόρτισης του υφιστάμενου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού με την παροχή υπηρεσιών Ταξιδιωτικής Ιατρικής (από 1/10 διάθεσης του χρόνου του προσωπικού για υπηρεσίες Ταξιδιωτικής Ιατρικής, στόχος η μείωση σε 5%).
- Με τη βελτίωση υποδομών των τμημάτων Ταξιδιωτικής Ιατρικής των Υγειονομικών Διευθύνσεων ανά χώρα αναμένεται η καλύτερη αντιμετώπιση εκτάκτων συμβάντων υγείας (όπως αναφυλακτική καταπληξία), η μεγαλύτερη δυνατότητα πραγματοποίησης εργαστηριακών εξετάσεων και η καλύτερη αντιμετώπιση του ταξιδιώτη που επιστρέφει και νοσεί.

- Με την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στα θέματα της Ταξιδιωτικής Ιατρικής αναμένεται η σημαντική βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, με αποτέλεσμα την ελαχιστοποίηση του κινδύνου της υγείας του ταξιδιώτη και τη σωστή αντιμετώπιση των ταξιδιωτών με ιδιαιτερότητες ή υποκείμενα προβλήματα υγείας (άτομα τρίτης ηλικίας, έγκυοι, άτομα με αλλεργία σε εμβόλια ανοσοκατεσταλμένοι κ.λπ.).
- Ελαχιστοποίηση του κενού μεταξύ υφιστάμενων υποδομών παροχής υπηρεσιών υγείας και αποτελεσματικής αντιμετώπισης του ταξιδιώτη που νοσεί μετά την επιστροφή του. Κατόπιν της ειδικής εκπαίδευσης στο προσωπικό μονάδων περίθαλψης αναμένεται η καλύτερη αντιμετώπιση εισαγόμενων νοσημάτων, αλλά και η κρίσιμη και ανυπολόγιστης αξίας αναβάθμιση της επιτήρησης νοσημάτων όπως το SARS, η γρίπη των πτηνών κ.λπ.
- Η μεγαλύτερη πρόσβαση στα απαιτούμενα εμβόλια και τα ανθελονοσιακά φάρμακα στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα, αναμένεται από τη μία πλευρά να ενισχύσει τη χορήγηση ανθελονοσιακής αγωγής, μειώνοντας έτσι τον κίνδυνο για την υγεία των ταξιδιωτών, και από την άλλη να αυξήσει την κυκλοφορία εμβολίων, που μέχρι στιγμής απουσιάζουν από την Ελλάδα, βελτιώνοντας έτσι σημαντικά τη χορήγηση πρόληψης στον ταξιδιώτη και κατά συνέπεια μειώνοντας τους κινδύνους Δημόσιας Υγείας.
- Με την εκτενέστερη ενημέρωση και εκπαίδευση των επαγγελματιών τουρισμού και ταξιδιωτικών γραφείων που παρέχουν υπηρεσίες σε ταξιδιώτες, αναμένεται βελτίωση προληπτικών μέτρων και μείωση των κινδύνων για τη Δημόσια Υγεία.
- Με την αγωγή υγείας των ταξιδιωτών αναμένεται η καλύτερη αξιοποίηση των υπηρεσιών υγείας, η μεγαλύτερη πρόληψη νόσων κι επομένως η μείωση της επιβάρυνσης του συστήματος υγείας για την περίθαλψη ταξιδιωτών.
- Ειδικά οι δράσεις ενημέρωσης των επαγγελματιών τουρισμού και των τουριστικών γραφείων, όπως επίσης και του ευρύτερου κοινού (ξένων κι Ελλήνων ταξιδιωτών μέσω σημείων και υλικών ενημέρωσης), αναμένεται να δημιουργήσουν θετικότερη εικόνα των τουριστών για την τουριστική μας βιομηχανία και τη χώρα γενικότερα, καθώς επίσης και να μειώσουν περιττά κόστη από την αναζήτηση ή τη μη έγκυρη αντιμετώπιση κρουσμάτων και τραυματισμών κατά τη διάρκεια των διακοπών.

²[http://www.statistics.gr/table_menu.asp?dt=0&sb=STO_4&SSnid=%20-%20Τουρισμός&Dnid=%20-%20Αφιξεις%20Αλλοδαπών%20στην%20Ελλάδα%20\(Αφιξεις%20στα%20Σύνολα\)](http://www.statistics.gr/table_menu.asp?dt=0&sb=STO_4&SSnid=%20-%20Τουρισμός&Dnid=%20-%20Αφιξεις%20Αλλοδαπών%20στην%20Ελλάδα%20(Αφιξεις%20στα%20Σύνολα)).

6. Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

1ος Άξονας: Υπηρεσίες Ταξιδιωτικής Ιατρικής

- Δράση 1: Αναβάθμιση των Υφιστάμενων Δομών στις Διευθύνσεις Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων (Δ.Υ.Ν.Α.).
- Δράση 2: Λειτουργία Νέων Δομών στις Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
- Δράση 3: Λειτουργία Ιατρείων Ταξιδιωτικής Ιατρικής στο Πλαίσιο Ιατρείων Λοιμώξεων ή Παθολογικών Ιατρείων σε Νοσηλευτικά Ιδρύματα σε Όλη τη Χώρα.
- Δράση 4: Λειτουργία Δικτύου Εργαστηρίων για Τροπικά Νοσήματα.
- Δράση 5: Λειτουργία Συντονιστικού Κέντρου του Δικτύου Ταξιδιωτικής Ιατρικής στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων.
- Δράση 6: Νομοθετικές Ρυθμίσεις.

2ος Άξονας: Ενημέρωση - Ευαισθητοποίηση

- Δράση 1: Ευαισθητοποίηση, Ενημέρωση, Εκπαίδευση και Αγωγή Υγείας του Ταξιδιώτη.
- Δράση 2: Συνεργασία και Δικτύωση (Τουριστικές Επιχειρήσεις: ΗΑΤΤΑ, Ε.Ο.Τ.).

3ος Άξονας: Έρευνα - Εκπαίδευση

- Δράση 1: Έρευνα για Νοσήματα που Σχετίζονται με το Ταξίδι.
- Δράση 2: Εκπαίδευση.

Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης



Ιος Άξονας: Υπηρεσίες Ταξιδιωτικής Ιατρικής

Δράση Ι: Αναβάθμιση των Υφιστάμενων Δομών στις Διευθύνσεις Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων (Δ.Υ.Ν.Α.)

Περιγραφή

Εκσυγχρονισμός των υφιστάμενων υπηρεσιών στις Διευθύνσεις Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων. Αναβάθμιση των υπηρεσιών των Διευθύνσεων Υγείας, για να μπορέσουν να ανταποκριθούν στο έργο τους, όσον αφορά στην Ταξιδιωτική Ιατρική.

Στόχοι

Ποιοτική αναβάθμιση της λειτουργίας και των παρεχόμενων υπηρεσιών και του ανθρώπινου δυναμικού που εργάζεται στις Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Στελέχωση.
- Εξοπλισμός.
- Ανάπτυξη πρωτοκόλλων σε περιπτώσεις που το προσωπικό εργάζεται χωρίς ιατρική εποπτεία. Τα πρωτόκολλα πρέπει να είναι συγκεκριμένα και να διευκρινίζουν γραπτώς τις αρχές των εμβολιασμών, των ανθελονοσιακών φαρμάκων και της συνταγογράφησης.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Νοσηλευτικό Τμήμα Πανεπιστημίου Αθηνών, Ελληνική Εταιρία Ταξιδιωτικής Ιατρικής και ιατρικές σχολές πανεπιστημίων Αθηνών και περιφέρειας.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Νομικό πλαίσιο ίδρυσης και λειτουργίας.

2008 - 2010: Στελέχωση και λειτουργία.

2008 και στο εξής: Εκπαίδευση.

Δράση 2: Λειτουργία Νέων Δομών στις Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Περιγραφή

Ίδρυση ιατρείων Ταξιδιωτικής Ιατρικής στις ήδη υφιστάμενες δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης της περιφέρειας (π.χ. Κέντρα Υγείας, Υγειονομικούς Σταθμούς, Ιατρεία Αστικού Τύπου, Ιατρεία Ταμείων, Δημοτικά Ιατρεία).

Στόχοι

- Ορθολογική κατανομή των ιατρείων Ταξιδιωτικής Ιατρικής στις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Επιχειρησιακός σχεδιασμός για την ίδρυση ιατρείων Ταξιδιωτικής Ιατρικής σε περιοχές που κρίνεται αναγκαίο.
- Καθορισμός του νομικού πλαισίου λειτουργίας. Η λειτουργία ιατρείων Ταξιδιωτικής Ιατρικής πρέπει να εμπεριέχει πρόβλεψη για ειδική εκπαίδευση του προσωπικού και τη συνεχή πρόσβαση των ιατρείων σε εμβόλια και ανθελονοσιακά φάρμακα.
- Τα ιατρεία πρέπει να πληρούν τις προϋποθέσεις που περιγράφονται στο Παράρτημα 2.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Νοσηλευτικό Τμήμα Πανεπιστημίου Αθηνών, Ελληνική Εταιρία Ταξιδιωτικής Ιατρικής και ιατρικές σχολές πανεπιστημίων Αθηνών και περιφέρειας.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Νομικό πλαίσιο ίδρυσης και λειτουργίας.

2009 - 2010: Στελέχωση και λειτουργία.

2008 και στο εξής: Εκπαίδευση.

Δράση 3: Λειτουργία Ιατρείων Ταξιδιωτικής Ιατρικής στο Πλαίσιο Ιατρείων Λοιμώξεων ή Παθολογικών Ιατρείων σε Νοσηλευτικά Ιδρύματα σε Όλη τη Χώρα

Περιγραφή

Λειτουργία εξειδικευμένων ιατρείων Ταξιδιωτικής Ιατρικής σε νοσηλευτικά (Εθνικό Σύστημα Υγείας και πανεπιστήμια) ιδρύματα της χώρας.

Στόχοι

- Η διαχείριση ταξιδιωτών που νοσούν μετά την επιστροφή από το ταξίδι.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Ορθολογική κατανομή και λειτουργία ιατρείων Ταξιδιωτικής Ιατρικής στο πλαίσιο παθολογικών ιατρείων, εφόσον αυτά πληρούν τις προϋποθέσεις που περιγράφονται στο Παράρτημα 2, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα διαγνωστικής διερεύνησης και νοσηλείας ταξιδιωτών που παρουσιάζουν μετά την επιστροφή από ταξίδι, λοιμώδη νοσήματα ή άλλα προβλήματα υγείας.
- Για τη λειτουργία ιατρείων εντός νοσηλευτικών ιδρυμάτων προτείνονται τα εξής:
 - στελέχωση των ιατρείων από ιατρό και νοσηλεύτη. Ο ιατρός πρέπει να έχει εξειδίκευση στη λοιμωξιολογία ή να πληροί τις προϋποθέσεις που αναπτύσσονται στο Παράρτημα Ι και ο νοσηλεύτης να έχει αποδεδειγμένη και πιστοποιημένη εμπειρία στον κλάδο της Ταξιδιωτικής Ιατρικής.
 - μετεκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στην Ταξιδιωτική Ιατρική.
 - συνεχή πρόσβαση των ιατρείων σε εμβόλια και ανθελονοσιακά φάρμακα.
 - λειτουργία των ιατρείων υπό την εποπτεία κλινικών τμημάτων (Παθολογίας ή Λοιμώξεων), ώστε να υπάρχει δυνατότητα νοσηλείας ταξιδιωτών ή μεταναστών με τροπικά νοσήματα ή λοιμώξεις που σχετίζονται με το ταξίδι και αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας που προέκυψαν ή είναι πιθανόν να προκύψουν λόγω παρενεργειών φαρμάκων ή εμβολίων που χορηγήθηκαν για το ταξίδι.
 - εξασφάλιση απαραίτητης υποδομής και εξοπλισμού για τη λειτουργία των ιατρείων σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και επιπλέον δυνατότητας λήψης κλινικών δειγμάτων για διεξαγωγή εργαστηριακών εξετάσεων και διενέργεια ηλεκτροκαρδιογραφήματος.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Νοσηλευτικό Τμήμα Πανεπιστημίου Αθηνών.

Χρονοδιάγραμμα

2008: Νομικό πλαίσιο ίδρυσης και λειτουργίας.

2008 - 2012: Λειτουργία ιατρείων.

2008 και στο εξής: Εκπαίδευση.

Δράση 4: Λειτουργία Δικτύου Εργαστηρίων για Τροπικά Νοσήματα

Περιγραφή

Λειτουργία δικτύου εξειδικευμένων εργαστηρίων για τροπικά νοσήματα, υπό την εποπτεία του Κεντρικού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας.

Στόχοι

- Συστηματική επιτήρηση και έλεγχος τροπικών νοσημάτων.
- Βελτίωση της ποιότητας της εργαστηριακής εποπτείας.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Οργανωτικές και λειτουργικές ρυθμίσεις.
- Αξιολόγηση - πιστοποίηση εργαστηρίων και δημιουργία δικτύου πιστοποιημένων εργαστηρίων που θα αποτελέσουν μέλη του δικτύου εργαστηρίων τροπικών νοσημάτων, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα.

Φορείς Υλοποίησης

Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας, εργαστήρια δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Νομικό πλαίσιο ίδρυσης και λειτουργίας.

2008 - 2012: Στελέχωση και λειτουργία.

Δράση 5: Λειτουργία Συντονιστικού Κέντρου του Δικτύου Ταξιδιωτικής Ιατρικής στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων

Περιγραφή

Το Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων θα εισηγείται προτάσεις για τη χάραξη στρατηγικού σχεδιασμού, όσον αφορά στην Ταξιδιωτική Ιατρική.

Στόχοι

- Συντονισμός και υποστήριξη προς τις Διευθύνσεις Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων και τα Ιατρεία Ταξιδιωτικής Ιατρικής της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Ενημέρωση σχετικά με τα επιδημιολογικά δεδομένα.
- Κατευθυντήριες οδηγίες για αντιμετώπιση προβλημάτων Ταξιδιωτικής Ιατρικής.
- Δημιουργία πρωτοκόλλων για διαχείριση προβλημάτων Ταξιδιωτικής Ιατρικής.
- Ανάπτυξη Σχεδίων Δράσης για έκτακτα συμβάντα.
- Επιτήρηση εισαγομένων νοσημάτων.
- Καταγραφή και διατήρηση βάσης δεδομένων για τις υφιστάμενες δομές εξοπλισμό και ανθρώπινο δυναμικό και συνεχής αξιολόγηση των ελλείψεων και αναγκών.
- Εργαστηριακή εποπτεία μέσω Κεντρικού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Νομικό πλαίσιο ίδρυσης και λειτουργίας.

Δράση 6: Νομοθετικές Ρυθμίσεις

Περιγραφή

Δημιουργία νομικού πλαισίου για την ίδρυση και λειτουργία Ιατρείων Ταξιδιωτικής Ιατρικής κρατικών και ιδιωτικών φορέων.

Στόχοι

- Αναθεώρηση του υπάρχοντος νομικού πλαισίου για τη διαθεσιμότητα εμβολίων και ανθελονοσιακών φαρμάκων, μέσω των φαρμακείων της χώρας, των φαρμακείων των νοσοκομείων, των φαρμακείων των ταμείων και σύμφωνα με τις προδιαγραφές της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Συγκρότηση επιτροπής με σκοπό τη δημιουργία του κατάλληλου νομικού πλαισίου για την ίδρυση και λειτουργία Ιατρείων Ταξιδιωτικής Ιατρικής δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Επεξεργασία νομοθετικού πλαισίου.

2ος Άξονας: Ενημέρωση - Ευαισθητοποίηση

Δράση I: Ευαισθητοποίηση, Ενημέρωση, Εκπαίδευση και Αγωγή Υγείας του Ταξιδιώτη

Περιγραφή

Ενέργειες ευαισθητοποίησης, ενημέρωσης, εκπαίδευσης και αγωγής υγείας των ταξιδιωτών.

Στόχοι

- Πρώθηση της ιδέας του «υγιούς ταξιδιώτη».
- Ενημέρωση του γενικού πληθυσμού για τους κινδύνους που σχετίζονται με το ταξίδι.

Ενέργειες Υλοποίησης

Στις προγραμματιζόμενες δράσεις περιλαμβάνονται:

- Η ανάπτυξη και σχεδιασμός ιστοσελίδας, η οποία θα παρέχει αναλυτικές πληροφορίες για κινδύνους υγείας και ασφάλειας και εμβολιασμούς, ανά τόπο προορισμού.
- Η δημιουργία ειδικού ντοκιμαντέρ για την Ταξιδιωτική Ιατρική και συνεργασία με τηλεοπτικούς σταθμούς για την προβολή του.
- Οι διαλέξεις στο ευρύτερο κοινό και την ιατρική κοινότητα από τους επαγγελματίες υγείας της Ταξιδιωτικής Ιατρικής, με σκοπό την ευαισθητοποίηση σε θέματα Ταξιδιωτικής Ιατρικής.
- Η προφορική εκπαίδευση και καθοδήγηση του ταξιδιώτη από τον επαγγελματία υγείας στην υπηρεσία Ταξιδιωτικής Ιατρικής με σαφείς και συνεπείς συμβουλές.
- Τα ενημερωτικά φυλλάδια, τα οποία θα αποσταλούν σε ιδιωτικά ιατρεία οικογενειακών γιατρών, σε σχολεία και πανεπιστήμια, σε γραφεία ταξιδιών, σε επιχειρήσεις που απευθύνονται σε διεθνείς αγορές. Ένα ενημερωτικό φυλλάδιο πρέπει να περιέχει λεπτομερείς πληροφορίες απεριθωμένως τους λόγους για τους οποίους είναι απαραίτητη η φροντίδα πριν το ταξίδι και ποια είναι αυτή, οι ώρες της λειτουργίας, η διεύθυνση, ο αριθμός τηλεφώνου και η ηλεκτρονική διεύθυνση αν υπάρχει.
- Οι εμπορικές πηγές συμβουλών, όπως ταξιδιωτικά εγχειρίδια τα οποία μπορεί να αγοράσει ο ταξιδιώτης.
- Οι διαδικτυακοί τόποι που χρησιμοποιούνται από τους επαγγελματίες υγείας της Ταξιδιωτικής Ιατρικής. Ένα μεγάλο μέρος των πληροφοριών σε αυτές τις ιστοσελίδες, ιδιαίτερα αυτή του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων στις Η.Π.Α. (CDC) και του Fit for Travel της Σκωτίας, γίνεται εύκολα κατανοητό από το ευρύ κοινό.
- Η εκπαίδευση για τα ζητήματα υγείας που αφορούν στον ταξιδιώτη με ιδιαίτερες ανάγκες, όπως η έγκυος, το παιδί, ο ηλικιωμένος και εκείνος που πάσχει από κάποιο χρόνιο νόσημα, όπως για παράδειγμα από σακχαρώδη διαβήτη και η HIV λοίμωξη.
- Τα δελτία τύπου στις εφημερίδες, στην τηλεόραση και στο ραδιόφωνο, τα οποία μπορούν να δώσουν δημοσιότητα στις υπηρεσίες, θα έχουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα αν δημοσιεύονται στις περιόδους διακοπών ή όταν τα παγκόσμια γεγονότα παρέχουν μια ευκαιρία να περιγραφούν τα πλεονεκτήματα της φροντίδας πριν το ταξίδι.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Παραγωγή ενημερωτικού υλικού.

2009 - 2010: Ενέργειες δημοσιότητας.

Δράση 2: Συνεργασία και Δικτύωση (Τουριστικές Επιχειρήσεις: ΗΑΤΤΑ, Ε.Ο.Τ.)

Περιγραφή

Ευαισθητοποίηση, ενημέρωση και εκπαίδευση των επαγγελματιών που δραστηριοποιούνται στις τουριστικές επιχειρήσεις.

Στόχοι

- Αύξηση του ποσοστού ενημερωμένων επαγγελματιών που δραστηριοποιούνται στις τουριστικές επιχειρήσεις, σχετικά με τους κινδύνους υγείας και ασφάλειας κατά τους ταξιδιωτικούς προορισμούς.

Ενέργειες Υλοποίησης

Στις προγραμματιζόμενες δράσεις περιλαμβάνονται:

- Η διενέργεια εκπαιδευτικών σεμιναρίων προς τους ταξιδιωτικούς πράκτορες με σκοπό την αύξηση της ευαισθητοποίησής τους σε θέματα υγείας του ταξιδιώτη.
- Η παροχή έντυπου ενημερωτικού κι εκπαιδευτικού υλικού.
- Τα ενημερωτικά φυλλάδια που προορίζονται για τη διανομή στο κοινό.

Φορείς Υλοποίησης

Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, τουριστικές επιχειρήσεις, Εθνικός Οργανισμός Τουρισμού.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Εκπαιδευτικές ημερίδες.

2008 - 2010: Ανάπτυξη και παραγωγή εκπαιδευτικού υλικού.

3ος Άξονας: Έρευνα - Εκπαίδευση

Δράση Ι: Έρευνα για Νοσήματα που Σχετίζονται με το Ταξίδι

Περιγραφή

Προώθηση της έρευνας για τους κινδύνους που απειλούν την υγεία και την ασφάλεια των ταξιδιωτών.

Στόχοι

- Η βελτίωση του γνωστικού υπόβαθρου επί της αιτιολογίας των τροπικών νοσημάτων.
- Η αξιολόγηση των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων των δυνητικών μέτρων για την πρόληψη των τροπικών νοσημάτων.
- Η κατανόηση και αξιολόγηση των απόψεων των ταξιδιωτών - τουριστών σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με την επιλογή τουριστικού προορισμού.
- Η προώθηση της συνεργασίας και της ανταλλαγής ερευνητικών δεδομένων και επιστημονικών πληροφοριών με τις χώρες της Ε.Ε. και τρίτες χώρες.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Καταγραφή, επιτήρηση και ανάλυση των νοσημάτων που σχετίζονται με ταξίδι, μέσω του ήδη υπάρχοντος γραφείου Ταξιδιωτικής Ιατρικής, σε συνεργασία με το Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης. Τα λοιμώδη νοσήματα που δηλώνονται στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων καταγράφονται σε βάση δεδομένων και αναλύονται σε τακτά χρονικά διαστήματα. Μεταξύ των λοιμωδών νοσημάτων αυτών συμπεριλαμβάνονται και τα εισαγόμενα νοσήματα όπως (π.χ. ελονοσία, τυφοειδής πυρετός κ.ά.).
- Καταγραφή, επιτήρηση και ανάλυση των νοσημάτων που ενδημούν στην Ελλάδα και τους πιθανούς κινδύνους που μπορούν να αντιμετωπίσουν οι ταξιδιώτες προς Ελλάδα.
- Καταγραφή και ανάλυση των χαρακτηριστικών του Έλληνα ταξιδιώτη, καθώς επίσης και των προορισμών του ταξιδιού.
- Καταγραφή, με έρευνες πεδίου των απόψεων των ταξιδιωτών και των κοινωνικών εταίρων, σχετικά με την αξιολόγηση του παράγοντα υγείας.
- Καταγραφή και ανάλυση των χαρακτηριστικών του Έλληνα ταξιδιώτη, καθώς επίσης και των προορισμών του ταξιδιού.
- Διασύνδεση των δεδομένων με ιστοσελίδες που σχετίζονται με τον τουρισμό και την υγεία.
- Διασύνδεση των δεδομένων με τη γεωγραφική - πληροφοριακή βάση δεδομένων του Υγειονομικού Χάρτη.

Φορείς Υλοποίησης

Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2012: Υλοποίηση ερευνητικών προγραμμάτων.

Δράση 2: Εκπαίδευση

Περιγραφή

Οι επαγγελματίες υγείας που παρέχουν υπηρεσίες Ταξιδιωτικής Ιατρικής πρέπει να έχουν την απαιτούμενη εκπαίδευση, κατάρτιση, εμπειρία, καθώς και τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση στον τομέα της Ταξιδιωτικής Ιατρικής.

Τα βασικά στοιχεία για την άσκηση της Ταξιδιωτικής Ιατρικής είναι:

Εκπαίδευση: Σύμφωνα με την Παγκόσμια Εταιρία Ταξιδιωτικής Ιατρικής απαιτείται όπως οι επαγγελματίες υγείας που εξασκούν τη Ταξιδιωτική Ιατρική να έχουν τα βασικά στοιχεία της γνώσης στον τομέα αυτό, το «Body of Knowledge». Τα βασικά στοιχεία Ταξιδιωτικής Ιατρικής έχουν πρόσφατα καθοριστεί και επίσημα αξιολογούνται από την Παγκόσμια Εταιρία Ταξιδιωτικής Ιατρικής (CTH).

Η εκπαίδευση μπορεί να γίνεται με βραχυπρόθεσμες σειρές μαθημάτων αναθεώρησης γνώσεων, με εκπαιδευτικά και μεταπτυχιακά προγράμματα που οργανώνονται σε διάφορες χώρες (Μεγάλη Βρετανία, Η.Π.Α., Καναδάς, Αυστραλία κ.ά.), τη συνεδρίαση της Παγκόσμιας Εταιρίας Ταξιδιωτικής Ιατρικής (ISTM) ανά δύο χρόνια, το Βορειοευρωπαϊκό Συνέδριο Ταξιδιωτικής Ιατρικής ανά δύο χρόνια και εντατικές σειρές μαθημάτων διάρκειας διαφόρων διαρκειών.

Συγκεκριμένα:

- Μέσω του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, το οποίο από το 2005, στο πλαίσιο της «Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης Για Επαγγελματίες Υγείας σε Θέματα Ταξιδιωτικής Ιατρικής», έχει αναλάβει τη διοργάνωση ημερίδων σε όλες τις περιφέρειες της Ελλάδος.
- Μέσω μεταπτυχιακών προγραμμάτων Ταξιδιωτικής Ιατρικής, τα οποία πρέπει να λειτουργήσουν στις ιατρικές σχολές και νοσηλευτικά τμήματα πανεπιστημίων.

Κλινική εμπειρία επαγγελματιών υγείας: για επαρκή εμπειρία απαιτείται συχνή αξιολόγηση και διαχείριση των ταξιδιωτών που προγραμματίζουν ταξίδια με ευρεία ποικιλία προορισμών και δραστηριοτήτων στο ταξίδι, και την αναγνώριση των βασικών συνδρόμων στους ταξιδιώτες μετά την επιστροφή, σε χώρους παροχής υπηρεσιών Ταξιδιωτικής Ιατρικής.

Αν και είναι δύσκολο να καθοριστεί ο αναγκαίος ελάχιστος αριθμός ταξιδιωτών που απαιτείται, σύμφωνα με έρευνα που έχει γίνει, θεωρείται ότι τουλάχιστον 10 - 20 περιστατικά εβδομαδιαίως επαρκούν για την απαιτούμενη εμπειρία.

Στόχοι

- Η βελτίωση της επιστημονικής επάρκειας των στελεχών και του εν γένει ανθρώπινου δυναμικού που εμπλέκεται στην υλοποίηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την ταξιδιωτική υγεία.
- Η βελτίωση των δεξιοτήτων και της ικανότητας των στελεχών που εμπλέκονται στις δράσεις προαγωγής και αγωγής υγείας.
- Η βελτίωση της ποιότητας των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων.
- Η αύξηση της αποτελεσματικότητας της υλοποίησης των δράσεων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Ταξιδιωτική Υγεία.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Κατάρτιση εκπαιδευτικού προγράμματος για το στελεχιακό δυναμικό κάθε κατηγορίας δράσεων.
- Οργάνωση της επιστημονικής υποστήριξης και τεκμηρίωσης όλων των εκπαιδευτικών προγραμμάτων.
- Οργάνωση ειδικών προγραμμάτων εκπαίδευσης των στελεχών των ιατρικών υπηρεσιών και ιδίως των πρωτοβάθμιων μονάδων υγείας.
- Οργάνωση διαρκούς παρακολούθησης και αξιολόγησης όλων των εκπαιδευτικών δράσεων.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Α.Ε.Ι./ Τ.Ε.Ι., επιστημονικοί οργανισμοί, ιατρικές εταιρίες, ιατρικοί σύλλογοι.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Κατάρτιση εκπαιδευτικών προγραμμάτων.
2010 - 2012: Υλοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων.
2012: Αξιολόγηση.

Διαδικασία Υλοποίησης - Χρηματοδότηση



I. Διαδικασία Υλοποίησης

Η διαδικασία υλοποίησης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Ταξιδιωτική Ιατρική θα ανατεθεί σε επιτροπή συντονισμού υπό την εποπτεία του Προέδρου του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων.

Η επιτροπή υποχρεούται να υποβάλει ετήσια έκθεση πεπραγμένων και αξιολόγησης πορείας και υλοποίησης δράσεων στην πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και να δημοσιοποιεί τα αποτελέσματά της στο διαδίκτυο και στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, με στόχο την αποτελεσματικότερη και έγκυρη ενημέρωση του πληθυσμού αναφορικά με την επίτευξη των στόχων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης.

Οι υπηρεσίες Ταξιδιωτικής Ιατρικής θα εξυπηρετούνται από τρία δίκτυα:

A. Ιατρεία Ταξιδιωτικής Ιατρικής, όπου θα παρέχονται υπηρεσίες στον ταξιδιώτη πριν το ταξίδι και στον ταξιδιώτη που νοσεί μετά την επιστροφή του από το ταξίδι.

Τα ιατρεία αυτά θα αναπτυχθούν:

- I. στο πλαίσιο ιατρείων λοιμώξεων, που λειτουργούν εντός μεγάλων νοσηλευτικών ιδρυμάτων (Ε.Σ.Υ. και πανεπιστημίων) και τα οποία θα αναλαμβάνουν την παροχή υπηρεσιών Ταξιδιωτικής Ιατρικής στον ταξιδιώτη πριν το ταξίδι και στον ταξιδιώτη που νοσεί μετά την επιστροφή από το ταξίδι.
- II. στο πλαίσιο κλινικών, στις οποίες υπάγονται τα ιατρεία λοιμώξεων, ώστε να είναι δυνατή η νοσηλεία του ταξιδιώτη όταν απαιτείται.
- III. στο πλαίσιο ιατρείων που υπάγονται σε πανεπιστήμια (ιατρικές και νοσηλευτικές σχολές) ώστε να είναι δυνατή η εκπαίδευση φοιτητών στον τομέα Ταξιδιωτικής Ιατρικής.
- IV. σε συνεργασία με το δίκτυο εργαστηρίων (Κ.Ε.Δ.Υ.) τροπικών νοσημάτων. Η διάγνωση νοσημάτων που σχετίζονται με το ταξίδι και ο έλεγχος του ταξιδιώτη που επιστρέφει μετά από παραμονή σε αναπτυσσόμενη χώρα, απαιτεί την υποστήριξη από εργαστήρια με δυνατότητα διεξαγωγής εξειδικευμένων εξετάσεων και ταυτοποίησης λοιμογόνων παραγόντων που δεν ανήκουν στην συνήθη πρακτική των περισσότερων εργαστηρίων ή απαιτούν εξειδικευμένες γνώσεις.

B. Ιατρεία πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ταξιδιώτη πριν το ταξίδι.

Θα διατηρηθεί και θα αναβαθμιστεί το ήδη υπάρχον σύστημα παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών Ταξιδιωτικής Ιατρικής από τις Διευθύνσεις Υγείας της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης.

Παράλληλα επιβάλλεται, όπως υφίσταται και στην Ευρωπαϊκή Ένωση, η ανάπτυξη ιατρείων Ταξιδιωτικής Ιατρικής στο πλαίσιο των μονάδων παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ενδεικτικά αναφέρονται τα Κέντρα Υγείας, ενώ θεωρείται απαραίτητη η λειτουργία ενός τουλάχιστον ιατρείου Ταξιδιωτικής Ιατρικής (π.χ. στα πλαίσια λειτουργούντος ιατρείου πρωτοβάθμιας φροντίδας) ανά νομό, ώστε να εξασφαλίζεται πληρέστερη κάλυψη και ευχερέστερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στη χώρα.

Γ. Δίκτυο Εποπτείας του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.) των νοσημάτων που σχετίζονται με το ταξίδι, ενημέρωσης του κοινού και των επαγγελματιών υγείας και συντονισμού των δράσεων στα διάφορα επίπεδα.

Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, μέσω του ήδη υπάρχοντος γραφείου Ταξιδιωτικής Ιατρικής, αναλαμβάνει δράσεις, όπως:

- σε συνεργασία με το Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης, την καταγραφή, επιτήρηση και ανάλυση των νοσημάτων που σχετίζονται με ταξίδι.
- το συντονισμό της αγωγής υγείας του πληθυσμού, όσον αφορά στο ταξίδι και στην καλλιέργεια του προφίλ του «υγιούς ταξιδιώτη».
- τη συνεχιζόμενη παροχή επικαιροποιημένης πληροφορίας για νεοαναδυόμενους κινδύνους και έκτακτα συμβάντα που απειλούν την υγεία του ταξιδιώτη σε αρμόδιους και ενδιαφερόμενους φορείς, όπως δομές Δημόσιας Υγείας, κλαδικούς φορείς ταξιδιωτικών πρακτόρων κ.λπ.
- την εισήγηση μέτρων για την αποφυγή εισαγωγής νοσημάτων από τις πύλες εισόδου της χώρας.

2. Κοστολόγηση και Χρηματοδότηση

Ο συνολικός προϋπολογισμός των δράσεων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Ταξιδιωτική Υγεία ανέρχεται σε **6.923.427 Ευρώ**. Ειδικότερα ο προϋπολογισμός κάθε άξονα του Σχεδίου Δράσης παρουσιάζεται στον Πίνακα 6, ενώ στον Πίνακα 7 παρουσιάζεται η κατανομή του προϋπολογισμού του Εθνικού Σχεδίου Δράσης σε βάθος πενταετίας.

Ο αναγνώστης μπορεί να αναζητήσει αναλυτική οικονομοτεχνική μελέτη, στην οποία παρουσιάζεται η κοστολόγηση ανά δράση και πηγή χρηματοδότησης, στην ιστοσελίδα του Υγειονομικού Χάρτη www.ygeianet.gov.gr.

Πίνακας 6: Συνολικός προϋπολογισμός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης ανά άξονα.

A/A	ΑΞΟΝΕΣ	ΤΙΤΛΟΣ ΑΞΟΝΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΣΕ €
1	ΑΞΟΝΑΣ I	Υπηρεσίες Ταξιδιωτικής Ιατρικής	4.623.427
2	ΑΞΟΝΑΣ II	Ενημέρωση - Ευαισθητοποίηση	1.800.000
3	ΑΞΟΝΑΣ III	Έρευνα - Εκπαίδευση	500.000
		ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ:	6.923.427

Πίνακας 7: Προϋπολογισμός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για κάθε έτος εφαρμογής.

ΕΤΟΣ	ΠΟΣΟ ΣΕ €
2009	1.907.200
2010	1.757.956
2011	1.628.735
2012	1.629.537
ΣΥΝΟΛΟ	6.923.427

Επίσης στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται οι πηγές χρηματοδότησης των προβλεπόμενων δράσεων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Ταξιδιωτική Υγεία και στον Πίνακα 9 η ετήσια κατανομή του εκτιμώμενου κόστους ανά πηγή χρηματοδότησης.

Πίνακας 8: Πηγές χρηματοδότησης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης.

ΑΞΟΝΕΣ	ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ		
	ΤΙΜΕΣ ΣΕ €		
	Ε.Σ.Π.Α.	ΚΡΑΤ. ΠΡΟΫΠ/ΣΜΟΣ	Ε.Κ.Ε.
I. Υπηρεσίες Ταξιδιωτικής Ιατρικής	3.430.000	1.193.427	
II. Ενημέρωση - Ευαισθητοποίηση	1.600.000		200.000
III. Έρευνα - Εκπαίδευση	500.000		
ΣΥΝΟΛΟ ΑΝΑ ΠΗΓΗ:	5.530.000	1.193.427	200.000
ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΑΝΑ ΠΗΓΗ:	79,87%	17,24%	2,89%

Πίνακας 9: Ετήσια κατανομή του εκτιμώμενου κόστους σε Ευρώ ανά πηγή χρηματοδότησης.

ΠΗΓΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ	2009	2010	2011	2012	ΣΥΝΟΛΟ
Ε.Σ.Π.Α.	1.560.000	1.410.000	1.280.000	1.280.000	5.530.000
ΚΡΑΤ. ΠΡΟΫΠ/ΣΜΟΣ	297.200	297.956	298.735	299.537	1.193.427
Ε.Κ.Ε.	50.000	50.000	50.000	50.000	200.000
ΣΥΝΟΛΟ	1.907.200	1.757.956	1.628.735	1.629.537	6.923.427

Παράρτημα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: Προϋποθέσεις Υλοποίησης Δράσεων του Άξονα Ι, σύμφωνα με τη Διεθνή Εταιρία Ταξιδιωτικής Ιατρικής

Βασικά αντικείμενα που καλύπτονται από τα Ιατρεία Ταξιδιωτικής Ιατρικής είναι:

- Εκτίμηση και διαχείριση κινδύνου του ταξιδιώτη πριν και μετά το ταξίδι από κλινικό ιατρό και εξειδικευμένο νοσηλευτή.
- Γενικές οδηγίες για την πρόληψη λοιμωδών και μη νοσημάτων κατά τη διάρκεια του ταξιδιού.
- Ενδεδειγμένοι εμβολιασμοί - σχεδιασμός χρονοδιαγράμματος εμβολιασμών.
- Επιλογή κατάλληλης ανθελονοσιακής χημειοπροφύλαξης, εάν αυτή κριθεί απαραίτητη, και εκπαίδευση του ταξιδιώτη όσον αφορά στον τρόπο και στη διάρκεια λήψης των φαρμάκων, καθώς και στις ανεπιθύμητες ενέργειες αυτών.
- Οδηγίες και φάρμακα για την αντιμετώπιση της διάρροιας των ταξιδιωτών.

Σύμφωνα με τη Διεθνή Εταιρία Ταξιδιωτικής Ιατρικής (ISTM) οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με την παροχή υπηρεσιών Ταξιδιωτικής Ιατρικής πρέπει να έχουν γνώσεις:

- γεωγραφίας,
- γεωγραφικής κατανομής, επιδημιολογίας και τρόπων μετάδοσης, πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας λοιμωδών νοσημάτων που σχετίζονται με το ταξίδι,
- των μέτρων πρόληψης και αντιμετώπισης μη λοιμωδών νοσημάτων και κινδύνων που απειλούν τους ταξιδιώτες (π.χ. τραύμα, θερμοπληξία),
- ενδείξεις, αντενδείξεις, τρόπο δράσης, αλληλεπιδράσεις και ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων και εμβολίων που χρησιμοποιούνται στα πλαίσια της ταξιδιωτικής ιατρικής,
- βασικής ανοσολογίας - μικροβιολογίας,
- αναγνώρισης των κυριότερων συνδρόμων που μπορεί να παρουσιάσει ο ταξιδιώτης μετά την επιστροφή του (πυρετός, εξάνθημα, διάρροια, αναπνευστικές λοιμώξεις).

Οι νοσηλευτές αλλά και επισκέπτες υγείας, που εργάζονται σε Ιατρεία Ταξιδιωτικής Ιατρικής, πρέπει να διαθέτουν εμπειρία στη λήψη ιστορικού, τη χορήγηση εμβολίων, την κλινική εξέταση και την ενημέρωση ασθενών. Οι επαγγελματίες υγείας εργάζονται σε συνεργασία (π.χ. ο ιατρός κάνει την εκτίμηση του κινδύνου και παρέχει τις απαραίτητες συμβουλές και ο νοσηλευτής ανασκοπεί το ιστορικό και κάνει τον εμβολιασμό).

Απαραίτητη κρίνεται η κατάρτιση λεπτομερών πρωτοκόλλων, ώστε να υπάρχει συνέχεια στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, αλλά και να μπορεί εύκολα το νοσηλευτικό προσωπικό να ακολουθήσει συγκεκριμένα βήματα λήψης απόφασης, σε περίπτωση που δεν παρευρίσκεται ιατρός.

Τα Ιατρεία Ταξιδιωτικής Ιατρικής πρέπει να διαθέτουν:

- τηλεπικοινωνιακή υποδομή π.χ. τηλέφωνο, τηλεομοιότυπο (fax).
- ηλεκτρονικό υπολογιστή με πρόσβαση στο διαδίκτυο και εκτυπωτή.
- στο χώρο της συνέντευξης: ημερολόγιο τοίχου, γεωγραφικό χάρτη και άτλαντα για επισκόπηση του δρομολογίου.
- στο χώρο του εξεταστήριου: εξεταστικό κρεβάτι, λάμπα, νιπτήρα, πάγκο για την προετοιμασία των χορηγουμένων εμβολίων, καθώς και σύστημα ασφαλούς αποκομιδής για βελόνες - σύριγγες (δοχείο για απόρριψη αιχμηρών αντικειμένων).
- ψυγείο και καταψύκτη που πληρούν τις προδιαγραφές για τη φύλαξη εμβολίων (παρακολούθηση θερμοκρασίας, συναγερμό κ.λπ.).
- σφυγμοανόμετρο, στηθοσκόπιο, ωτοσκόπιο, οφθαλμοσκόπιο και θερμόμετρο.
- συσκευή παροχής οξυγόνου.
- τα απαραίτητα για την αντιμετώπιση οξέων αντιδράσεων από τη χορήγηση των εμβολίων.
- εμβόλια, φάρμακα και υλικό απαραίτητο για τη χορήγηση των εμβολίων και φαρμάκων (σύριγγες, βελόνες, αποστειρωμένες γάζες, γάντια, οινόπνευμα κ.λπ.).
- έντυπο ενημερωτικό υλικό για πρόληψη και αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας στους ταξιδιώτες.
- έντυπο υλικό για καταγραφή του ιατρικού ιστορικού του ταξιδιώτη και διαχείρισης του περιστατικού.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: Προϋποθέσεις Πιστοποίησης Ιατρείου Ταξιδιωτικής Ιατρικής

Τα Ιατρεία Ταξιδιωτικής Ιατρικής, που θα λειτουργήσουν εντός των μονάδων περίθαλψης, πρέπει να είναι πιστοποιημένα από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Προϋποθέσεις για την πιστοποίηση του ιατρείου θα είναι:

- το ιατρείο να λειτουργεί στα πλαίσια ιατρείου λοιμώξεων και ο υπεύθυνος ιατρός να είναι έχει εξειδίκευση λοιμωξιολογίας.
- σε μονάδες υγείας, όπου δε λειτουργεί ιατρείο λοιμώξεων, το ιατρείο να λειτουργεί στα πλαίσια του παθολογικού ιατρείου, εφόσον ο υπεύθυνος ιατρός πληροί της εξής προϋποθέσεις:
 - είναι εξειδικευμένος στη λοιμωξιολογία, ή
 - είναι ιατρός παθολόγος, παιδίατρος, γενικός ιατρός ή ιατρός Δημόσιας Υγείας, που αποδεικνύει εγγράφως στην αρμόδια επιτροπή, που θα συγκροτήσει το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, τις ειδικές του γνώσεις, την εκπαίδευσή του και την εμπειρία του στο αντικείμενο της Ταξιδιωτικής Ιατρικής.
 - οι νοσηλευτές να έχουν πιστοποιημένη ειδίκευση στην Ταξιδιωτική Ιατρική.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: Προϋποθέσεις Λειτουργίας Ιατρείων Ταξιδιωτικής Ιατρικής σε Επίπεδο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

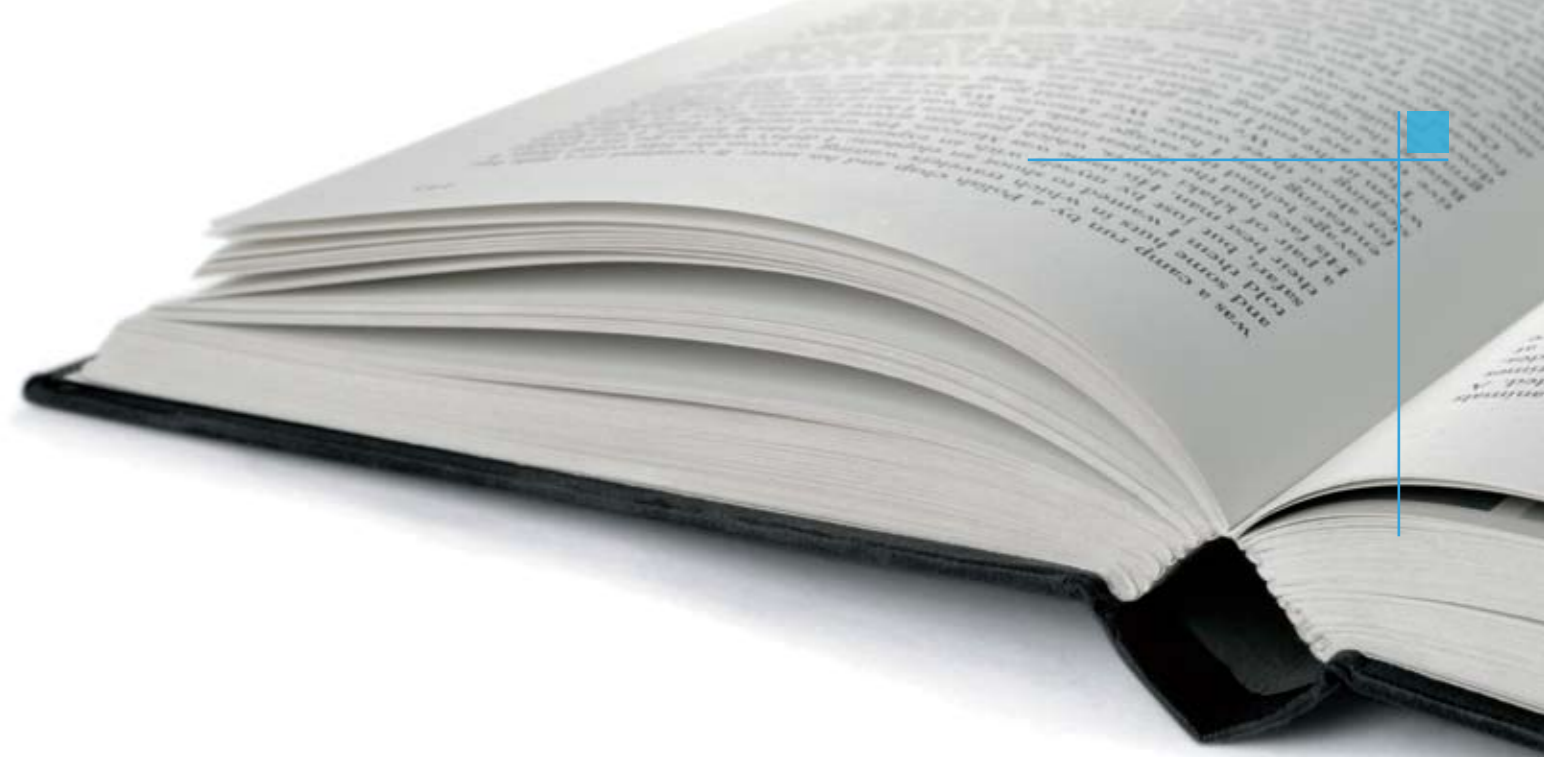
Στελέκωση: τα ιατρεία προτείνεται να στελεχώνονται τουλάχιστον από έναν επαγγελματία υγείας: ιατρό ή νοσηλεύτη/ επισκέπτη υγείας. Το μη ιατρικό προσωπικό μπορεί να εργάζεται χωρίς ιατρική εποπτεία βάσει συγκεκριμένου πρωτοκόλλου.

Υποδομή: εξοπλισμός όλων των ιατρείων με:

- ηλεκτρονικούς υπολογιστές με σύνδεση στο διαδίκτυο, ώστε να υπάρχει δυνατότητα πλήρους και έγκαιρης ενημέρωσης για επιδημίες, φυσικές καταστροφές και άλλα συμβάντα που μπορεί να επηρεάσουν την υγεία του ταξιδιώτη.
- ημερολόγιο τοίχου, γεωγραφικό χάρτη και άτλαντα για επισκόπηση του δρομολογίου.
- τα απαραίτητα για την παροχή πρώτων βοηθειών για την αντιμετώπιση άμεσων παρενεργειών από τη χορήγηση εμβολίων.
- ενημερωτικών εντύπων για το κοινό.
- εγχειριδίων Ταξιδιωτικής Ιατρικής για επαγγελματίες υγείας.
- τηλεπικοινωνιακή υποδομή: τηλέφωνο, τηλεμοιότυπο (fax).
- στο χώρο του εξεταστηρίου: εξεταστικό κρεβάτι, λάμπα, νιπτήρα, πάγκο για την προετοιμασία των χορηγουμένων εμβολίων, καθώς και σύστημα ασφαλούς αποκομιδής για βελόνες, σύριγγες, φιαλίδια (δοχείο για τα αιχμηρά).
- ψυγείο και καταψύκτη που πληρούν τις προδιαγραφές για τη φύλαξη εμβολίων (παρακολούθηση θερμοκρασίας, συναγερμό κ.λπ.).
- σφυγμομανόμετρο, στηθοσκόπιο, ωτοσκόπιο, οφθαλμοσκόπιο και θερμόμετρο.

Βιβλιογραφία

- Ackers, M.L., Puhf, N.D., Tauxe, R.V. & Mintz, E.D. (2000) **Laboratory-based surveillance of Salmonella serotype Typhi infections in the United States: antimicrobial resistance on the rise.** JAMA 2000; 283, pp. 2668-73.
- Aguilera, J.F., Perrocheau, A., Meffre, C., Hahne, S., Group WW. (2000) **Outbreak of serogroup W135 meningococcal disease after the Hajj pilgrimage.** Europe, 2000. Emerging Infect Dis 2002; 8, pp. 761-7.
- Arguin, P.M., Krebs, J.W., Mandel, E., Guzi, T. & Childs, J.E. (2000) **Survey of rabies preexposure and postexposure prophylaxis among missionary personnel stationed outside the United States.** J Travel Med. 2000; 7, pp. 10-4.
- Balaska, A., Smeti, V., Pavli, A., Kalamara, E., Pappa, E., Hatzianastasiou, S., Mavroidi, N., Astriti, M., Study Group. (2006) **A study to evaluate ways to improve Travel Medicine Services provided in Greek travelers.** In: Abstracts of Northern European Conference on Travel Medicine; 2006 June 7-10; Edimburgh, Scotland: The International Society of Travel Medicine.
- Bausch, D.G., Demby, A.H., Coulibaly, M., Kanu, J., Goba, A., Bah, A., Condé, N., Wurtzel, H.L., Cavallaro, K.F., Lloyd, E., Baldet, F.B., Cissé, S.D., Fofona, D., Savané, I.K., Tolno, R.T., Mahy, B., Wagoner, K.D., Ksiazek, T.G., Peters, C.J. & Rollin, P.E. (2001) **Lassa fever in Guinea.** I. Epidemiology of human disease and clinical observations. Vector Borne Zoonotic Dis. 2001; 1, pp. 269-81.
- Behrens, R.H., Collins, M., Botto, B. & Heptonstall, J. (1995) **Risk for British travellers of acquiring hepatitis A.** BMJ. 1995; 311, p. 193.
- Bradley, D.J., Warhurst, D.C., Blaze, M., Smith, V. & Williams, J. (1998) **Malaria imported into the United Kingdom in 1996.** Eurosurveillance 1998; 3, pp. 40-42.
- Caumes, E., Ehya, N., Nguyen, J. & Bricaire, F. (2001) **Typhoid and paratyphoid fever: a 10-year retrospective study of 41 cases in a Parisian hospital.** J Travel Med 2001; 8, pp. 293-7.



- CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (1991) **Alcohol use and aquatic activities.** United States 1991. MMWR 1993; 42(35), pp. 675-83.
- CDC (2008) **Centers for Diseases Control and Prevention, Information on Polio.** (Internet), U.S.A. Available at <http://www2.ncid.cdc.gov/travel/yb/utills/ybGet.asp?section=dis&obj=polio.htm&cssNav=browseoyb>.
- CDC (2008b) **Centers for Disease Control and Prevention, Information on Measles.** (Internet), U.S.A. Available at: <http://www2.ncid.cdc.gov/travel/yb/utills/ybGet.asp?section=dis&obj=measles.html>.
- CDC (2008c) **Centers for Disease Control and Prevention, Information on Encephalitis.** (Internet), U.S.A. Available at <http://www2.ncid.cdc.gov/travel/yb/utills/ybGet.asp?section=dis&obj=jenceph.htm&cssNav=browseoyb>.
- CDC (2008d) **Centers for Disease Control and Prevention, Information on Tick-Borne Encephalitis.** (Internet), U.S.A. Available at <http://www2.ncid.cdc.gov/travel/yb/utills/ybGet.asp?section=dis&obj=tickenceph.htm&cssNav=browseoyb>.
- CDC (2008e) **Centers for Disease Control and Prevention, Information on Rabies.** (Internet), U.S.A. Available at <http://www2.ncid.cdc.gov/travel/yb/utills/ybGet.asp?section=dis&obj=rabies.htm&cssNav=browseoyb>.
- Chua, K.B., Goh, K.J., Wong, K.T., Kamarulzaman, A., Tan, P.S., Ksiazek, T.G., Zaki, S.R., Paul, G., Lam, S.K. & Tan, C.T. (1999) **Fatal encephalitis due to Nipah virus among pig-farmers in Malaysia.** Lancet 1999; 354(1), pp. 257-9.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (1998) **Update: influenza activity: United States, 1997-1998.** MMWR. Morb Mortal Wkly Rep 1998; 48, pp. 335-337.

- Echeverria, P., Blacklow, N.R., Sanford, L.B. & Cukor, G.G. (1981) **Travelers' diarrhea among American Peace Corps volunteers in rural Thailand.** J Infect Dis 1981; 143(6), pp. 767-771.
- Francesconi, P., Yoti, Z., Declich, S., Onek, P.A., Fabiani, M., Olango, J., Andraghetti, R., Rollin, P.E., Opira, C., Greco, D. & Salmaso, S. (2003) **Ebola hemorrhagic fever transmission and risk factors of contacts, Uganda.** Emerg Infect Dis. 2003; 9, pp. 1430-7.
- Galazka, A. (2000) **The changing epidemiology of diphtheria in the vaccine era.** J Infect Dis 2000; 181(suppl 1), pp. 2-9.
- Greenberg, A.E. & Lobel, H.O. (1990) **Mortality from Plasmodium Falciparum malaria in travelers from the United States, 1959 to 1987.** Ann Intern Med 1990; 113, pp. 326-327.
- Guerrant, R.L., Rouse, J.D., Hughes, J.M. & Rowe, B. (1980) **Turista among members of the Yale Glee Club in Latin America.** Am J Trop Med Hyg 1980; 29(5), pp. 895-900.
- Hargarten, S.W., Baker, T.D. & Guptill, K. (1991) **Overseas fatalities of United States citizen travelers: an analysis of deaths related to international travel.** Ann Emerg Med 1991; 20, pp. 622-626.
- Hatzianastasiou, S., Smeti, P. & Pavli, (2006) **A.Pre-travel health consultation in Greece: The quality of preventive intervention for travel related infectious diseases.** In: Abstracts of European Programme for Intervention Epidemiology Training; 2006 October 12-14; Minorca, Spain: EPIET.
- Hawkes, S., Hart, G.J., Johnson, A.M., Shergold, C., Ross, E., Herbert, K.M., Mortimer, P., Parry, J.V. & Mabey, D. (1994) **Risk behaviour and HIV prevalence in international travelers.** AIDS 1994; 8, pp. 247-252.
- Hill, D.R. (2000) **Occurrence and self-treatment of diarrhea in a large cohort of Americans traveling to developing countries.** Am J Trop Med Hyg 2000; 62(5), pp. 585-589.
- Houk, V.N., Baker, J.H., Sorensen, K. & Kent, D.C. (1968) **The epidemiology of tuberculosis infection in a close environment.** Arch Environ Health 1968; 16, pp. 26-50.
- Jelinek, T. (2000) **Dengue fever in international travelers.** Clin Infect Dis 2000; 31, pp. 144-147.
- Joseph, C.A. (2001) On Behalf Of EWGLI. **Travel associated legionnaires' disease in Europe in 1999.** Euro Surveill 2001; 6, pp. 53-60.
- Ison, C.A., Dillon, J.A. & Tapsall, J.W. (1998) **The epidemiology of global antibiotic resistance among Neisseria gonorrhoeae and Haemophilus ducreyi.** Lancet 1998; 351, pp. 8-11.
- Kain, K.C. (1999) **Prophylactic drugs for malaria: why do we need another one?** J Travel Med 1999; 6(1), pp. 2-7.
- Kain, K.C., Macpherson, D.W., Kelton, T., Keystone, J.S., Mendelson, J. & MacLean, J.D. (2001) **Malaria deaths in visitors to Canada and in Canadian travelers: a case series.** CMAJ 2001; 164, pp. 654-659.
- Lee, N., Hui, D., Wu, A., Chan, P., Cameron, P., Joynt, G.M., Ahuja, A., Yung, M.Y., Leung, C.B., To, K.F., Lui, S.F., Szeto, C.C., Chung, S. & Sung, J.J. (2003) **A major outbreak of Severe Acute Respiratory Syndrome in Hong Kong.** N Engl J Med. 2003; 348(20), pp. 1986-94.
- Matteelli, A., Gurtman, A., Torresi, J. & Weld, L. (2001) **Tuberculosis in travelers and long term immigrants.** In: Abstracts of the 7th conference of the International Society of Travel Medicine; 2001 May 27-31; Innsbruck, Austria: The International Society of Travel Medicine.
- Memish, Z.A. (2002) **Meningococcal disease and travel.** Clin Infect Dis 2002; 34(1), pp. 84-90.
- Merson, M.H., Morris, G.K., Sack, D.A., Wells, J.G., Feeley, J.C., Sack, R.B., Creech, W.B., Kapikian, A.Z. & Gangarosa, E.J. (1976) **Travelers' diarrhea in Mexico. A prospective study of physicians and family members attending a congress.** N Engl J Med 1976; 294(24), pp. 1299-1305.
- Molesworth, A.M., Thomson, M.C., Connor, S.J., Cresswell, M.P., Morse, A.P., Shears, P., Hart, C.A. & Cuevas, L.E. (2002) **Where is the meningitis belt? Defining an area at risk of epidemic meningitis in Africa.** Trans R Soc Trop Med Hyg 2002; 96, pp. 242-9.
- Moore, M., Valway, S.E., Ihle, W. & Onorato, I.M. (1999) **A train passenger with pulmonary tuberculosis: evidence of limited transmission during travel.** Clin Infect Dis 1999; 28, pp. 52-56.
- Muentener, P., Schlagenhauf, P., Steffen, R. (1999) **Imported malaria (1985-95): trends and perspectives.** Bull WHO 1999; 77, pp. 560-566.
- Murphy, G.G. & Nathanson, N.M. (1994) **New and Emerging Virus Diseases.** Seminars in Virology 1994; 5, pp. 87-102.
- Newman, R.D., Barber, A.M., Roberts, J., Holtz, T., Steketee, R.W. & Parise, M.E. (1999) **Malaria surveillance – United States, 1999.** CDC Surveillance Summaries, 29 March, 2002. MMWR 2002; 55, pp. 15-28.
- Nordberg, E. (2000) **Injuries as a health problem in Sub Saharan Africa: epidemiology and prospects for control.** E Afr Med J 2000; 77, pp. S16-38.
- Odero, W., Garner, P. & Zwi, A. (1997) **Road traffic injuries in developing countries: a comprehensive review of epidemiological studies.** Trop Med Int Health 1997; 2, pp. 445-460.
- Paixao, M.L.T.D.A., Dewar, R.D., Cossar, J.H., Covell, R.G. & Reid, D. (1991) **What do Scots die of when abroad?** Scot Med J 1991; 36, pp. 114-116.
- Pasini, W. (1989) **Tourist health as a new branch of public health.** World Health Stat Q 1989; 42, pp. 77-84.
- Paton, N.I., Leo, Y.S., Zaki, S.R., Auchus, A.P., Lee, K.E., Ling, A.E., Chew, S.K., Ang, B., Rollin, P.E., Umapathi, T., Sng, I., Lee, C.C., Lim, E. & Ksiazek, T.G. (1999) **Outbreak of Nipah-virus infection among abattoir workers in Singapore.** Lancet 1999; 354(1), pp. 253-6.
- Phillips-Howard, P.A., Bradley, D.J., Blaze, M. & Hurn, M. (1988) **Malaria in Britain: 1977-86.** BMJ (Clin Res Ed) 1988; 296(6617), pp. 245-248.

- Petridou, E., Askitopoulou, H., Vourvahakis, D., Skalkidis, Y. & Trichopoulos, D. (1997) **Epidemiology of road traffic accidents during pleasure travelling: the evidence from the island of Crete.** *Accid Anal Prev* 1997; 29, pp. 687-93.
- Potanen, S.M., Low, D.E. & Henry, B. (2003) **Identification of Severe Acute Respiratory Syndrome in Canada.** *N Engl J Med* 2003; 348(20), pp. 1995-2005.
- Prociw, P. (1995) **Deaths of Australian travellers overseas.** *Med J Aust* 1995; 163, pp. 27-30.
- Provost, S. & Soto, J.C. (2001) **Predictors of pretravel consultation in tourists from Quebec (Canada).** *J Travel Med* 2001; 8(2), pp. 66-75.
- Reid, A.J., Whitty, C.J., Ayles, H.M., Jennings, R.M., Bovill, B.A., Felton, J.M., Behrens, R.H., Bryceson, A.D. & Mabey, D.C. (1998) **Malaria at Christmas: Risks of Prophylaxis Versus Risks of Malaria.** *BMJ* 1998; 317, pp. 1506-1508.
- Rieder, H.L. (2001) **Risk of travel-associated tuberculosis.** *Clin Infect Dis* 2001; 33, pp. 1393-1396.
- Ryan, E.T. & Calderwood S.B. (2000) **Cholera vaccines.** *Clin Infect Dis* 2000; 31(2), pp. 561-565.
- Schlagenhauf, P., Muentner, P. (2001) **Imported Malaria.** In: Schlagenhauf, P. (ed.) *Travelers' Malaria.* Hamilton: BC Decker; 2001, pp. 495-508.
- Steffen, R. (1991) **Travel medicine: prevention based on epidemiological data.** *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1991; 85, pp. 156-162.
- Steffen, R. (1989) **Health risk for short term travelers.** In Steffen, R., Lobel, H.O., Haworth, J. & Bradley, D.J. (eds.) *Travel Medicine: Proceedings of the First Conference on International Travel Medicine.*
- Steffen, R. (1993) **Hepatitis A and hepatitis B: risks compared with other vaccine preventable diseases and immunization recommendations.** *Vaccine* 1993; 11(5), pp. 518-520.
- Steffen, R. (2004) **Epidemiology: Morbidity and Mortality in Travelers.** In: Keystone, J.S., Kozarsky, P.E., Freedman, D.O., Nothdurft, H.P. & Connor, B.A. *Travel Medicine.* Spain: Elsevier; 2004, pp. 5-13.
- Steffen, R. & Connor, B. (2005) **Vaccines in Travel Health: From Risk Assessment to Priorities.** *J Travel Med* 2005; 12(1), pp. 26-35.
- Steffen, R. & Lobel, H.O. (1994) **Epidemiologic basis for the practice of travel medicine.** *J Wilderness Med* 1994; 5, pp. 56-66.
- Steffen, R., Rickenbach, M., Wilhelm, U., Helminger, A. & Schar, M. (1987) **Health problems after travel to developing countries.** *J Infect Dis* 1987; 156(1), pp. 84-91.
- Steffen, R., Van Der Linde, F., Gyr, K. & Schar, M. (1983) **Epidemiology of diarrhea in travelers.** *JAMA* 1983; 249(9), pp. 1176-1180.
- The Scottish Center of Infection and Environmental Health (United Kingdom) & Société de Médecine des Voyages (France) (1999) **Scientific analysis of risks relating to communicable diseases linked to tourism and travel. A summary of a project report funded by the Public Health Directorate of the European Commission.**
- UNWTO (World Tourism Organization) (2000) **News, 2nd quarter.** World Tourism Organization; 2000. (Internet), Spain. Available at <http://www.worldtourism.org/newlett/aprjun00/results.html>.
- UNWTO (2008). **Facts and Figures.** Available at: http://www.world-tourism.org/market_research/facts/menu.html.
- Von Sonnenburg, F., Tornieporth, N., Waiyaki, P., Lowe, B., Peruski, L.F.Jr, DuPont, H.L., Mathewson, J.J. & Steffen, R. (2000) **Risk and aetiology of diarrhoea at various tourist destinations.** *Lancet* 2000; 356, pp. 133-134.
- Waner, S., Durrheim, D.N. & Leggat, P.A. (2000) **Travel clinics and Public Health.** *J Travel Med* 2000; 7, pp. 223-224.
- Wilks, J. (1999) **International tourists, motor vehicles and road safety: a review of the literature leading up to the Sydney 2000 Olympics.** *J Travel Med* 1999; 6, pp. 115-121.
- Wittlinger, F., Steffen, R., Watanabe, H. & Handszuh, H. (1995) **Risk of cholera among Western and Japanese travellers.** *J Travel Med* 1995; 2, pp. 154-158.
- WHO (World Health Organization) (1998) **Tuberculosis and air travel: guidelines for prevention and control.** WHO/TB/98.256. Geneva: World Health Organization.
- WHO (1999) **The World Report 1999: Making a Difference.** Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO (2002) **Meningococcal disease, serogroup W135, Burkina Faso.** Preliminary report, 2002. *Weekly Epidemiological Record* 2002; 77(18), pp. 152-155.
- WHO (2008) **World Health Organisation, Information on Cholera.** (Internet), Switzerland. Available at <http://www.who.int/topics/cholera/wer/en/index.html>.
- Woolgar, J.D., Cliff, G., Nair, R., Hafez, H. & Robbs, J.V. (2001) **Shark Attack: Review of 86 Consecutive Cases.** *J Trauma Inj, Inf, Crit Care* 2001; 50, pp. 887-891.



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
&
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Αθήνα 2008

www.ygeianet.gov.gr