



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ, ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ, ΙΔΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ

**Μετανάστες και κοινωνικός αποκλεισμός στον χώρο της υγείας
ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού -**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Αργυρώ Σιακαμπένη

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:
Μάνος Σπυριδάκης, Αναπληρωτής καθηγητής, Επιβλέπων
Ανδρέας Φερόνας, Επίκουρος καθηγητής
Βασίλης Καρύδης, Καθηγητής

Κόρινθος, Ιούνιος 2014

Copyright © Αργυρώ Σιακαμπένη, 2014.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

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

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την πραγματοποίηση της μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας, η οποία μου πρόσφερε πολλές γνώσεις και εμπειρίες, νιώθω την ηθική υποχρέωση να ευχαριστήσω όλους όσους με βοήθησαν άμεσα και έμμεσα για την συγγραφή και την εκπόνηση της. Ιδιαίτερα: τον καθηγητή μου κύριο Ε. Σπυριδάκη, για τις συμβουλές και τις κατευθύνσεις του που μου έδωσε, ώστε να πραγματοποιηθεί η διπλωματική εργασία.

Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά και να εκφράσω τη βαθιά εκτίμηση και θαυμασμό μου στα άτομα που συμμετείχαν και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας μου. Τους ευχαριστώ για τον χρόνο που μου αφιέρωσαν για την κατάθεση των προσωπικών τους κρίσεων και εμπειριών. Χωρίς την συμβολή τους δεν θα ήταν εφικτή η περάτωση της μελέτης. Επίσης, οφείλω να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στους διερμηνείς, οι οποίοι κατείχαν σημαντικό ρόλο στην εκπόνηση και ολοκλήρωση των συνεντεύξεων με τους νοσηλεύόμενους μετανάστες.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στους γονείς μου, οι οποίοι εργάζονται στο Νοσοκομείο και των οποίων η βοήθεια ήταν καθοριστική στο να έρθω σε επαφή με τους επαγγελματίες της υγείας. Τους ευχαριστώ για την ηθική συμπαράσταση, την ψυχολογική υποστήριξη και την οικονομική ενίσχυση που μου προσέφεραν, η συμβολή τους αυτή ήταν πολύτιμη.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΙΔΗ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ.....	13
1.2 ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	15
1.3 ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ.....	17
1.4 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ -ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ.....	22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΧΡΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ

2.1 ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	26
2.2 ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ.....	28
2.3 Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ.....	34
2.4 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΚΑΙ ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ.....	40
3.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	44
3.3 ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ....	47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΡΓΟΥ

4.1 Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	54
4.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΡΓΟΥ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ...	56

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	59
5.2 ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	61
5.2.1 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	63
5.3 ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	64
5.4 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	70
5.4.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ.....	71
5.4.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ...	89

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

6.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ	102
--	-----

ΠΗΓΕΣ - ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	109
-----------------------------------	-----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΟΔΗΓΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ.....	117
ΟΔΗΓΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	121

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα βασικά θέματα της εν λόγω μελέτης αφορούν τις διαδικασίες πρόσβασης, οι οποίες καθορίζουν και διαμορφώνουν σε σημαντικό βαθμό τη σχέση των ασθενών αλλοδαπών με τις υπηρεσίες υγείας και τους τρόπους που οι ίδιοι νοσηλεύόμενοι μετανάστες, αλλά και οι υπάλληλοι του νοσοκομείου ερμηνεύουν και αντιμετωπίζουν αυτή την σχέση. Η παρούσα μελέτη αποτελείται από την θεωρητική προσέγγιση και την ερευνητική διαδικασία. Το πρώτο μέρος του θεωρητικού πλαισίου αφορά την μετανάστευση, τα χαρακτηριστικά και τις κατηγοριοποιήσεις των μεταναστών. Το δεύτερο μέρος παρουσιάζει και αναλύει το δικαίωμα χρήσης υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες καθώς και τις επιπτώσεις της μετανάστευσης στον χώρο της υγείας. Στο τρίτο μέρος που ακολουθεί εξετάζονται τα ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τον μεταναστευτικό πληθυσμό και τέλος στο τέταρτο μέρος αναλύεται ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σχετικά με το εξεταζόμενο θέμα.

Το δεύτερο σκέλος αποτελείται από την ερευνητική διαδικασία, η οποία πραγματεύεται την έκταση και την ένταση του φαινομένου με ποιοτικούς όρους με σκοπό να διερευνηθούν σε βάθος οι ιδιαίτερες πλευρές και τα χαρακτηριστικά όσον αφορά το προς εξέταση θέμα. Στο σημείο αυτό οι απόψεις και ερμηνείες των μεταναστών και των άμεσα εμπλεκόμενων υπαλλήλων γύρω από θέματα υγείας έχουν μια διττή συμβολή στην εξέταση της προσβασιμότητας των μεταναστών και της σχέσης που έχουν με τις υπηρεσίες υγείας. Στην οργάνωση τόσο του θεωρητικού όσο και του ερευνητικού πλαισίου σημαντικό ρόλο κατείχαν οι λέξεις κλειδιά: «Μετανάστευση», «Δικαιώματα», «Κοινωνικός αποκλεισμός», «Προσβασιμότητα», «Σύστημα υγείας», «Ρόλος του κοινωνικού λειτουργού», «Νομοθετικό πλαίσιο», οι οποίες είχαν καθοδηγητικό ρόλο στην εκπόνηση της μελέτης και των συνεντεύξεων με τους μετανάστες και τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και στην καταγραφή των κεντρικών στόχων της έρευνας προς διερεύνηση.

Συμπερασματικά, ο μεταναστευτικός πληθυσμός αντιμετωπίζει μια σειρά ειδικών αναγκών στο φάσμα των κοινωνικών παροχών στην υγεία και την υγειονομική κάλυψη, για αυτό τον λόγο καθίσταται επιτακτική η ανάγκη να ανιχνευθούν και να αναλυθούν οι παράγοντες εξαιτίας των οποίων οδηγούνται οι μετανάστες σε διαδικασίες κοινωνικού αποκλεισμού και ανισοτήτων στον χώρο της

υγείας, ούτως ώστε να ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα για την ουσιαστική καταπολέμηση του φαινομένου.

SUMMARY

The core issues of this study relate to the access, which define and determine the relationship of foreign patients to the health services and the ways that the immigrants hospitalized and the civil servants of hospital interpret and encounter this relationship. This study consists of the theoretical approach and the research process. The first chapter of the theoretical framework regards on the immigration, the characteristics and the categorizations of immigrants. The second chapter presents and analyzes the right to be used the health services by immigrants and also analyses the effects of immigration in the health sector. The third chapter examines the particular problems of access and use of health services by the immigrant population and finally the fourth chapter analyzes the role of social worker as regard to the subject under consideration.

The second part consists of the investigation procedure, which deals with the extent and the intensity of the phenomenon in qualitative terms to investigate in depth the specific aspects and the characteristics regarding to the issue of study. At this point, the opinions and the interpretations of immigrants and officials, about health issues have a dual contribution to addressing accessibility of immigrants and the relationship that they have with the healthcare services. To the organization of both theoretical and research framework important role held the keywords: "Immigration," "Rights," "Social exclusion", "Accessibility", "Healthcare system", "Role of social worker," "Legislative framework", which had a significant influence on the preparation of the study and the interviews with immigrants and health professionals, as well as to the record of the central objectives of research.

In conclusion, the immigrant population faces a number of specific needs in the range of social benefits in health sector and health coverage. For this reason, it becomes imperative to detect and analyze the factors due to which immigrants are in the process of social exclusion and inequalities in health system, in order to take all the essential measures to effectively combat the problem.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο κοινωνικός αποκλεισμός αποτελεί τα τελευταία χρόνια έναν από τους παράγοντες οι οποίοι λαμβάνονται υπόψη στη χάραξη της κοινωνικής πολιτικής σε εθνικό και κοινοτικό επίπεδο. Η περίοδος της οικονομικής ανάπτυξης που ακολούθησε τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο και διακόπηκε βίαια στα μέσα της δεκαετίας του '70 από τις παρενέργειες της πετρελαϊκής κρίσης, συνοδεύτηκε από την εμφάνιση κοινωνικών φαινομένων, τα οποία απασχόλησαν πολύ νωρίς την πολιτική επιστήμη και την κοινωνιολογία. Η παρουσία των μεταναστών στην Ελλάδα, συνέβαλε στην οικονομική ανάπτυξη και παράλληλα δημιούργησε νέες ανάγκες σε διάφορους τομείς της κοινωνίας.

Η φτώχεια και η περιθωριοποίηση πολλών ομάδων του πληθυσμού στις χώρες-μέλη, σε συνδυασμό με την μαζική και αρρυθμιστή υποδοχή μεταναστών προερχομένων από τις χώρες του λεγόμενου τρίτου κόσμου, αλλοίωσαν σε μεγάλο βαθμό τον εύρυθμο και αρμονικό χαρακτήρα των κοινωνιών. Σε πολλές μεγάλες πόλεις, μάλιστα, παρατηρήθηκαν για πρώτη φορά και φαινόμενα "γκετοποίησης" με κύρια χαρακτηριστικά την απομόνωση και τον διαχωρισμό ολόκληρων κοινωνικών ομάδων με βάση την οικονομική κατάσταση ή την εθνοτική ή φυλετική καταγωγή.

Με την υπογραφή της συνθήκης του Άμστερνταμ (1997), παρατηρείται μία έντονη πολιτική και νομική δραστηριότητα κοινοτικής έμπνευσης με στόχο την καταπολέμηση γενικότερα όλων των διακρίσεων, είτε οδηγούν σε κοινωνικό αποκλεισμό, είτε όχι. Εντούτοις, οι παράγοντες που είναι ικανοί να οδηγήσουν τους μετανάστες σε μια διαδικασία κοινωνικού αποκλεισμού είναι πολλοί και κατατάσσονται πλέον επίσημα σε τέσσερις κατηγορίες: τη φτώχεια (financial poverty), την απασχόληση, την εκπαίδευση και την υγεία. Ένας τομέας καθοριστικός για την πρόοδο και την ενσωμάτωση όλων είναι η υγεία, αλλά κυρίως αυτών που ανήκουν στις λεγόμενες ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, όπως είναι οι μετανάστες. Τόσο η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες Υγείας όσο και η συνολική φυσική κατάσταση και η ψυχολογική υγεία είναι στοιχεία τα οποία είναι ικανά, να οδηγήσουν σε κοινωνικό αποκλεισμό.

Είναι αναμφισβήτητο ότι η εποχή μας είναι μία περίοδος αθρόας και αναπόφευκτης μετακίνησης ατόμων σε ξένες χώρες και δη στην Ευρωπαϊκή Ένωση προς εξεύρεση εργασίας και αναζήτηση καλύτερων όρων διαβίωσης. Η Ελλάδα λόγω της γεωγραφικής της θέσης αποτελεί ενδιάμεσο, ως σημείο εισόδου της Ευρωπαϊκής

Ένωσης, ή και τελικό προορισμό για μεγάλο αριθμό μεταναστών, ωστόσο, η έλλειψη συντονισμένης μεταναστευτικής πολιτικής είχε ως αποτέλεσμα να οδηγήσει μεγάλο ποσοστό των μεταναστών στον κοινωνικό αποκλεισμό. Ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός των παράνομων μεταναστών θέτει επιτακτικά την ανάγκη σχεδιασμού μίας σοβαρής και ισορροπημένης μεταναστευτικής πολιτικής, η οποία θα αντιμετωπίζει το μεταναστευτικό φαινόμενο ως ένα κοινωνικό ζήτημα και δε θα διαπνέεται από μία αστυνομική λογική.

Ωστόσο, η έλλειψη μίας ολοκληρωμένης μεταναστευτικής πολιτικής και η αυξανόμενη εισροή μεταναστών στην Ελλάδα συνεπάγονται μία σειρά προβλημάτων, τόσο σε νομοθετικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο, ένα από τα οποία συνιστά και η σημαντικά περιορισμένη πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη των μεταναστών. Η μελέτη και η καταπολέμηση των ανισοτήτων και των διακρίσεων που υφίστανται οι μετανάστες και τα μέλη των μειονοτήτων αναφορικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αποτελούν μία πρόκληση για την Ευρωπαϊκή Ένωση. Θα έλεγε κανείς πως η αντίστοιχη διαδικασία βρίσκεται σε εμβρυακή κατάσταση, αφού η επιστημονική συνδρομή είναι μηδαμινή και πολύ πρόσφατη, σε αντίθεση με ό,τι ενδεχομένως συμβαίνει με την φτώχεια ή με διαδικασίες κοινωνικού αποκλεισμού που εντοπίζονται στους τομείς της απασχόλησης και της εκπαίδευσης.

Οι σύγχρονες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από εκτεταμένες κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες. Οι κοινωνικοί παράγοντες που προκαλούν αυτές τις διευρυμένες ανισότητες επιδρούν και στον τομέα της υγείας, με αποτέλεσμα την ύπαρξη σημαντικών ανισοτήτων στην υγεία. Στη παρούσα εργασία γίνεται μια προσπάθεια προσέγγισης του φαινομένου της μετανάστευσης και του κοινωνικού αποκλεισμού στον χώρο της υγείας και ειδικότερα στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών (Π.Π.Γ.Ν.Π) μέσα από τις προσωπικές αναφορές των ίδιων των μεταναστών (δέκα), αλλά και από την οπτική γωνία των επαγγελματιών υγείας (δέκα) που εργάζονται στο νοσοκομείο.

Επομένως το ερώτημα που τίθεται και το οποίο αποτέλεσε και το έναυσμα για την παρούσα έρευνα έχει να κάνει με το αν ο μεταναστευτικός πληθυσμός βιώνει και με ποιο τρόπο τον κοινωνικό αποκλεισμό στο νοσοκομειακό χώρο και αν οι επαγγελματίες της υγείας αντιμετωπίζουν ισότιμα τους ασθενείς μετανάστες σε σχέση με τους γηγενείς. Ωστόσο, στη σημερινή συγκυρία δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στις συνέπειες της τρέχουσας οικονομικής κρίσης, η οποία αναπόφευκτα βαθαίνει τις ανισότητες στην υγεία, επηρεάζοντας πρωτίστως ομάδες που πλήττονται περισσότερο

από την ύφεση, όπως είναι οι μετανάστες. Με αφορμή λοιπόν, αυτό το σημείο, η παρούσα μελέτη επιχειρεί να εξετάσει την αμφίδρομη σχέση μεταξύ υγειονομικής περιθάλψης, κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων των μεταναστών.

Η συνεχής βιβλιογραφική έρευνα και αναζήτηση αποτέλεσε σημαντικό ρόλο ώστε να θεμελιωθεί τόσο το κατάλληλο θεωρητικό υπόβαθρο όσο και η ερευνητική διαδικασία. Οδηγός για την εύρεση βιβλιογραφίας ήταν οι άξονες και τα ερευνητικά ερωτήματα. Οι πληροφορίες αντλήθηκαν από τον Διαδικτυακό τόπο, καθώς και από τις βιβλιοθήκες του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, του Πανεπιστημίου Πατρών, του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος(ΑΤΕΙ) Πατρών και του Ανοικτού Πανεπιστημίου στην Πάτρα. Συγκεκριμένα, μέσω της ανασκόπησης της υφιστάμενης ελληνικής και ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας, των διαθέσιμων μελετών, ερευνών, άρθρων και δεδομένων επιχειρείται η αποσαφήνιση του συστήματος υγείας, ενώ χρήζουν διευκρίνησης οι έννοιες του κοινωνικού αποκλεισμού, της υγείας και αυτή του μετανάστη.

Η μετανάστευση είναι ένα φαινόμενο που εμφανίζεται από τα αρχαία χρόνια. Μέσα στο χρόνο έχει αλλάξει αρκετές φορές η μορφή της, καθώς αλλάζουν οι λόγοι για τους οποίους κάποιος προβαίνει σε αυτή, ωστόσο το αποτέλεσμα παραμένει το ίδιο. Άνθρωποι εγκαταλείπουν την πατρογονική τους εστία επιδιώκοντας ένα καλύτερο μέλλον για τους ίδιους και την οικογένειά τους. Παράλληλα όμως φτάνοντας στις χώρες υποδοχής, ακόμα και διάβασης, η αντιμετώπιση από τους γηγενείς δεν είναι πάντα η αρμόζουσα. Ο πληθυσμός της εκάστοτε χώρας έχοντας τους δικούς του λόγους μπορεί να προβεί στον αποκλεισμό ομάδας μεταναστών. Οι παράγοντες που μπορεί να δημιουργήσουν κοινωνικό αποκλεισμό ενδεικτικά μπορεί να είναι οικονομικοί, κοινωνικοί, πολιτιστικοί ή απλά υποκειμενικοί. Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω είναι οι μετανάστες να βιώνουν στην καθημερινότητά τους έναν αποκλεισμό και μια ιδιαίτερη συμπεριφορά που τους οδηγεί πολλές φορές στο περιθώριο. Επιπρόσθετα, οι μετανάστες που δεν διαθέτουν τα απαραίτητα έγγραφα αναγκάζονται να διαμένουν ή να εργάζονται (όσοι εργάζονται) κάτω από άθλιες συνθήκες με αποτέλεσμα να εξαντλούνται σωματικά και να είναι επιρρεπείς σε ασθένειες οι οποίες μπορεί να είναι ιδιαίτερα επικίνδυνες για τους ίδιους, αλλά και για την δημόσια υγεία.

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης δεν είναι να παρουσιάσει κάτι καινούριο όσον αφορά την έννοια της μετανάστευσης και του κοινωνικού αποκλεισμού. Επιχειρεί να κάνει όχι μόνο θεωρητική προσέγγιση του φαινομένου της μετανάστευσης και της

έννοιας του κοινωνικού αποκλεισμού στον χώρο της υγείας, αλλά σκοπός είναι μια συνολική, γενική προσέγγιση του θέματος μέσω των συνεντεύξεων των νοσηλευομένων μεταναστών, αλλά και των δημόσιων υπαλλήλων που εργάζονται στο νοσοκομείο (Π.Π.Γ.Ν.Π.). Στοχεύει επίσης, στο να διαφωτίσει για τις βασικές κατηγορίες και τα δικαιώματά των μεταναστών, στις δράσεις που γίνονται για την πρόσβαση τους σε υπηρεσίες υγείας, όπως επίσης και για τους παράγοντες που οδηγούν αυτά τα άτομα στο να αποκλειστούν.

Για αυτό τον λόγο κρίνεται απαραίτητη η ανάλυση των συνθηκών διαβίωσης των μεταναστών, των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν γενικότερα και τα τυχόν εμπόδια αναφορικά στην προσβασιμότητα του μεταναστευτικού πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας. Επίσης, η παρούσα μελέτη στοχεύει στην καταγραφή των απόψεων των μεταναστών όσον αφορά την γνώμη τους για την παρεχόμενη νοσηλεία και στον τρόπο που τους αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες της υγείας. Επιπλέον στόχος της παρούσας ερευνητικής διαδικασίας είναι η σκιαγράφηση των απόψεων των δημοσίων υπαλλήλων που εργάζονται στο νοσοκομειακό χώρο και έρχονται σε επαφή με τον μεταναστευτικό πληθυσμό. Σκοπός σε αυτό το σημείο είναι η διερεύνηση του τρόπου αντιμετώπισης των επαγγελματιών της υγείας προς τους ασθενείς μετανάστες, καθώς και η εξέταση στο αν αντιμετωπίζουν ισότιμα τον μεταναστευτικό πληθυσμό σε σχέση με τους γηγενείς ασθενείς.

Εν κατακλείδι, η πρωτοβουλία αυτή γύρω από τα θέματα υγείας, σε συνδυασμό με τον κοινωνικό αποκλεισμό των μεταναστών, αποτελεί την αφορμή για τις κυβερνήσεις και τους αρμόδιους φορείς, ώστε να αναλάβουν μια προσπάθεια κατανόησης και ανάλυσης της κατάστασης που επικρατεί και φυσικά να προτείνουν και τις ενδεδειγμένες λύσεις. Δεν μπορεί ασφαλώς κανείς να αναμένει αυτόματα αποτελέσματα γιατί πρόκειται για μια δύσκολη, αλλά πολύ ενδιαφέρουσα και πρωτοποριακή προσπάθεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΙΔΗ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ

Ο ορισμός της μετανάστευσης αποτελεί ένα δύσκολο ζήτημα, καθώς επηρεάζεται από διάφορους πολιτικούς και κοινωνικούς παράγοντες και θεωρητικές προϋποθέσεις. Πρόκειται για ένα δυναμικό φαινόμενο που μεταβάλλεται συνεχώς, προκαλώντας αλλαγές τόσο στις χώρες υποδοχής, όσο και στις χώρες προέλευσης (Εμκε-Πουλοπούλου, 2007).

Ο όρος «μετανάστευση», στο πλαίσιο της διερεύνησης και επιστημονικής προσέγγισης του φαινομένου, αναφέρεται στις γεωγραφικές μετακινήσεις ατόμων ή ομάδων. Στις κοινωνικές επιστήμες ο όρος μετανάστευση δηλώνει, γενικά, κάθε μετακίνηση για μόνιμη ή ημι-μόνιμη μετεγκατάσταση ατόμων ή ομάδων διαφορετικά την κατ' άτομο ή καθ' ομάδας μετάβαση και εγκατάσταση ανθρώπων από μία χώρα σε άλλη, με σκοπό τη βελτίωση των βιοτικών συνθηκών αυτών. Επί πλέον, η μετανάστευση ορίζεται ως *«η μόνιμη ή προσωρινή μεταβολή του τόπου εγκατάστασης ενός ατόμου, μίας ομάδας ή ενός κοινωνικού συνόλου»* (Ντάνος, 2010). Ο μετανάστης είναι το πρόσωπο, το οποίο μετακινείται σε δεδομένο χρόνο από ένα συγκεκριμένο μέρος της γης σε άλλο, κατά κανόνα όχι κάτω από ιδανικές συνθήκες.

Το φαινόμενο απέκτησε ιδιαίτερη σημασία στον 20^ο αιώνα, διαταράσσοντας παγιωμένες ισορροπίες, στις οποίες στηρίζονταν το πρότυπο του ομοιογενούς εθνικού κράτους. Ωστόσο, μεταναστευτικές κινήσεις ομάδων παρατηρούνται από την αρχή της ιστορίας των λαών και λαμβάνουν χώρα από μικρές σε μεγαλύτερες περιοχές, από επαρχιακές σε αστικές και από φτωχές σε πλουσιότερες (Βεντούρα, 2009).

Το Ινστιτούτο Μεταναστευτικής πολιτικής ορίζει τη μετανάστευση ως τη *«φυσική μετάβαση ατόμων και ομάδων από μία κοινωνία σε κάποια άλλη ή τη μεταφορά ανθρώπινου και εργατικού δυναμικού από μία περιοχή σε κάποια άλλη»*. Γίνεται αντιληπτό, ότι η γεωγραφική κινητικότητα αποτελεί κύριο χαρακτηριστικό της μετανάστευσης, αλλά το τι ορίζουμε κάθε φορά ως «μετανάστευση», εξαρτάται από τις εκάστοτε κοινωνικοοικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες. Η μετανάστευση είναι ένας μηχανισμός αναδιανομής του πληθυσμού από χώρες λιγότερο αναπτυγμένες, με καταπιεστικά ή εν μέσω ταραχών καθεστώτα, προς χώρες με

οικονομική και κοινωνική άνθηση, με πολιτική σταθερότητα και δημοκρατική διακυβέρνηση, η απαρχή της οποίας βρίσκεται στο βάθος της ιστορίας (Κασιμάτη, 2003).

Ο όρος «μετανάστευση» πέραν από την αλλαγή του τόπου κατοικίας και εργασίας συνδέεται με κοινωνικές παραμέτρους, οι οποίες επηρεάζουν τα ίδια τα άτομα (τη συμπεριφορά τους και τον κοινωνικό τους περίγυρο), την κοινωνία και την οικονομία της χώρας υποδοχής, τις κοινωνικοοικονομικές δομές της χώρας προέλευσης καθώς και τις ομάδες που ανήκαν και ανήκουν οι μετανάστες και τις ομάδες που συναντούν και έχουν σχέση στη χώρα υποδοχής (Εμκε- Πουλοπούλου, 2007).

Στη βιβλιογραφία η μετανάστευση διακρίνεται με κριτήριο το κράτος σε εσωτερική-internal, μετακίνηση εντός μιας χώρας και εξωτερική-external ή διεθνή-international, μετακίνηση από χώρα σε χώρα. Επίσης, διακρίνεται με κριτήριο την πρόθεση μετανάστευσης σε εκούσια-voluntary, ελεύθερη επιλογή του ατόμου και ακούσια ή αναγκαστική-involuntary. Άλλο κριτήριο αφορά την προβλεπόμενη διάρκεια παραμονής και διακρίνεται σε προσωρινή ή βραχυπρόθεσμη-short term, όταν γίνεται για ορισμένο χρονικό διάστημα και υπάρχει πρόθεση της επανόδου και μόνιμη ή μακροπρόθεσμη-long term, όταν δεν υπάρχει πρόθεση επανόδου από τον μετανάστη και η διάρκεια της μετανάστευσης είναι αδύνατον να καθοριστεί χρονικά και η διάρκεια της είναι αβέβαιη (Χλέτσος, 2002 και Kathleen Valtonen, 2008).

Επίσης, η μετανάστευση διακρίνεται σε πρωτογενή-primary (κατάληψη ακατοίκητων περιοχών) και σε δευτερογενή-secondary (επαφή με τον εγχώριο πληθυσμό και κοινωνική προσαρμογή). Άλλη διάκριση, η οποία αφορά κυρίως τους αιτούντες πολιτικού άσυλου που τελούν υπό διεθνή επιτήρηση έως ότου ολοκληρωθεί η διαδικασία με την οποία θα γίνουν δεκτοί στην χώρα υποδοχής, είναι η πλήρης-complete και η ατελής-incomplete. Ακόμη, η μετανάστευση μπορεί να διακριθεί σε συντηρητική-Conservative (διατήρηση του υφιστάμενου τρόπου ζωής) και ανανεωτική/καινοτόμα-innovating (αλλαγή του τρόπου ζωής). Τέλος, άλλη μορφή μετανάστευσης μπορεί να θεωρηθεί η ανεξάρτητη ή ατομική-independent or individual και η συλλογική/ομαδική-collective (Κανελλόπουλος, 2006 και Βαλκάνος, 2011).

Εστιάζοντας στη μεταβλητότητα του φαινομένου, η μετανάστευση διακρίνεται με βάση τους παράγοντες προσέλκυσης (pull factors) και τους παράγοντες απώθησης (push factors) (Καρύδης, 2004). Στον 20^ο αιώνα οι παράγοντες προσέλκυσης

καθόρισαν τον μεταναστευτικό χαρακτήρα. Οι χώρες υποδοχής επέλεξαν τους μετανάστες βάσει των αναγκών σε εργατικό δυναμικό. Έτσι, η μεταναστευτική πολιτική βασίστηκε σε συμβάσεις εργασίας και διακρατικές συμφωνίες. Σήμερα όμως, μετά την κατάρρευση των κομμουνιστικών καθεστώτων, τη δημογραφική έκρηξη και την παγκοσμιοποίηση της οικονομίας, δημιουργούνται «παράγοντες απόθησης» που καθορίζουν την πορεία της μετανάστευσης (Καρύδης, 2004 και Βλαχάδη, 2009).

Το βασικό χαρακτηριστικό των σύγχρονων μεταναστευτικών κινήσεων είναι το γεγονός ότι αυτές είναι παγκόσμιες και η σύνθεση τους είναι εξαιρετικώς διάφορη. Στην εποχή που ζούμε όλες οι χώρες έχουν γνωρίσει διεθνείς μεταναστευτικές κινήσεις. Στην ελληνική κοινωνία έχουν δημιουργηθεί νέες κοινωνικές ομάδες, τις οποίες αποτελούν οι μετανάστες, οι παλιννοστούντες, οι πρόσφυγες, οι αιτούντες άσυλο και οι αλλοδαποί. Οι λόγοι που γεννούν το μεταναστευτικό φαινόμενο είναι διάφοροι και εξαρτώνται από τις συνθήκες που επικρατούν, κατά δεδομένη, κάθε φορά, χρονική περίοδο μετακίνησης, από τους τόπους της προγενέστερης διαμονής στους τόπους αποδημίας (ή υποδοχής).

1.2 ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η Ελλάδα παραδοσιακά ήταν και είναι χώρα μεταναστών από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα και μέχρι τη δεκαετία του '60, ενώ από χώρα αποστολής μεταβλήθηκε σταδιακά από τα μέσα της δεκαετίας του '80 σε χώρα υποδοχής μεταναστών. Αποτελεί πόλο έλξης ατόμων που προέρχονται από μεσογειακές χώρες (Μαρόκο, Τυνησία, Λίβανο), από την Αφρική, την Ασία, την Ανατολική και Κεντρική Ευρώπη όπως η πρώην Γιουγκοσλαβία, Πολωνία, Αλβανία και άλλες χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης. Το 1990 παρατηρείται σημαντική αύξηση του μεταναστευτικού ρεύματος προς την Ελλάδα, λόγω της κατάρρευσης των καθεστώτων του υπαρκτού σοσιαλισμού. Το άνοιγμα των συνόρων στην Αλβανία στις αρχές του 1990, προκάλεσε τεράστιο κύμα μεταναστών (Γεωργούλας, 2003).

Βασικό στοιχείο που χαρακτηρίζει το σύγχρονο μεταναστευτικό φαινόμενο, είναι το γεγονός ότι η μετανάστευση δεν έχει τον οργανωμένο χαρακτήρα που είχε σε παλιότερες εποχές και η αύξηση του αριθμού των μεταναστών οφείλεται κατά κύριο λόγο στην είσοδο στον ελλαδικό χώρο με παράνομο τρόπο (Βεντούρα, 2009 και

Baldwin-Edwards, 2002¹). Η μετανάστευση λαών και πληθυσμιακών ομάδων αποτελεί ένα ιστορικό και κοινωνιολογικό φαινόμενο. Η δε λαθρομετανάστευση μπορεί να θεωρηθεί σαν μια μορφή μετανάστευσης η οποία όμως διαφοροποιείται ως προς το στοιχείο της νομιμότητας. Η απαγόρευση της νόμιμης εισροής μεταναστών και η εντατικοποίηση των ελέγχων υποχρέωσε εκείνους που ήταν εξαναγκασμένοι να μετακινηθούν, αλλά και όσους είχαν ισχυρά κίνητρα να μεταναστεύσουν, να ακολουθήσουν την οδό της παράτυπης εισόδου, διαμονής ή εργασίας στα κράτη υποδοχής (Βεντούρα, 2009).

Στην Ελλάδα η εισροή των μεταναστών, οφείλεται σε ενδογενείς εξελίξεις. Η μετανάστευση είναι ένας καθοριστικός παράγοντας στο πλαίσιο των αλλαγών που συντελούνται στον εργασιακό χώρο στη χώρα μας. Οι μη τυπικές μορφές εργασίας, είτε είναι μερικής απασχόλησης, είτε προσωρινής απασχόλησης είτε είναι μορφές αυτοαπασχόλησης, κερδίζουν ολοένα έδαφος. Βασική αιτία προσέλευσης των μεταναστών στην Ελλάδα είναι η κάλυψη των αναγκών της παραοικονομίας. Το στοιχείο αυτό επιβεβαιώνεται, καθώς στις αρχές του 2000 οι περισσότεροι αλλοδαποί που υπέβαλαν αίτημα για νομιμοποίηση απασχολούνταν στην παραοικονομία, γεγονός που εμπόδιζε και τη νομιμοποίησή τους (Εμκε - Πουλοπούλου, 2007, Αμίτσης & Λαζαρίδης, 2001 και Χλέτσος, 2002).

Ωστόσο, τα αίτια της μετανάστευσης δεν είναι μόνο οικονομικά. Σε αρκετές περιπτώσεις πολιτικοί παράγοντες υπαγόρευαν τη μετακίνηση του πληθυσμού. Η επικράτηση δικτατορικών καθεστώτων σε αρκετές χώρες ή η ύπαρξη πολεμικών συγκρούσεων σε κάποια περιοχή επηρέαζαν σημαντικά τις αποφάσεις ατόμων για τη μετακίνησή τους. Ακόμα οι φυσικές καταστροφές των χωρών αποστολής μεταναστών αποτελούν αίτιο μεταναστευτικής κίνησης (Εμκε - Πουλοπούλου, 1990). Επίσης, η γεωγραφική θέση της χώρας και η μορφολογία του εδάφους καθιστούν αδύνατη τη φύλαξη των συνόρων της με αποτέλεσμα να παραμένουν αφύλακτα τα σύνορα της χώρας και να εισέρχονται καθημερινώς παράνομοι μετανάστες (Κατρούγκαλος, 1996). Η αδυναμία του κράτους και η έλλειψη οργανωμένης μεταναστευτικής πολιτικής για την εφαρμογή αυστηρού πλαισίου απομάκρυνσης παράνομων αλλοδαπών αποτελεί ένα από τα βασικά αίτια της μαζικής εισροής μεταναστών στη χώρα.

¹ Baldwin-Edwards (2002), «Southern European Labour Markets and Immigration: a structural and frictional analysis», ΜΜΟ, www.uehr.panteion.gr, πρόσβαση στις 15 Νοεμβρίου 2013.

Εν κατακλείδι, η ανάλυση των αιτιών που προκαλούν και εντείνουν τη μετανάστευση, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την κατανόηση της διαδικασίας του φαινομένου. Τα αίτια της μετανάστευσης προς τον ελλαδικό χώρο μπορεί να είναι οικονομικά, πολιτικά, πολιτιστικά και θρησκευτικά (Εμκε-Πουλοπούλου, 2007).

1.3 ΚΑΤΗΓΟΡΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ

Η μεταναστευτική πολιτική στις ευρωπαϊκές χώρες έχει διαμορφώσει μια σειρά κατηγοριοποιήσεις των ατόμων που εισήλθαν και έχουν εγκατασταθεί στην επικράτειά τους. Οι διαφορετικές κατηγορίες μεταναστών υποδηλώνουν τους τρόπους με τους οποίους τα ίδια τα κράτη αντιλαμβάνονται τον ξένο και τη θέση του στην κοινωνία. Επίσης, αντανακλά τις αντιλήψεις των κρατών για τη μετανάστευση σε μόνιμη ή προσωρινή βάση καθώς και τη σύνδεσή της, από τις αρχές με οικονομικούς, δημογραφικούς, ανθρωπιστικούς, αναπτυξιακούς και λόγους ασφάλειας και τάξης (Λινού, 2009). Πρέπει να υπογραμμιστεί ότι οι παρακάτω κατηγορίες δεν αντανακλούν την ατομική και συλλογική έκφραση των ίδιων των μεταναστών ως δρώντων υποκειμένων αλλά τους τρόπους που το ίδιο το κράτος προσπαθεί να ελέγξει και να διαχειριστεί τα ζητήματα της μετανάστευσης.

Στα κείμενα του Διεθνούς Οργανισμού Μετανάστευσης η ιδιότητα του διεθνούς μετανάστη αποδίδεται σε ένα πρόσωπο το οποίο *"διαμένει σε ένα ξένο κράτος για μια παρατεταμένη περίοδο"*. Στο ορισμό αυτό δεν περιλαμβάνονται οι τουρίστες, οι προσκυνητές και όσοι μετακινούνται κατά την άσκηση της εργασίας τους, αφού κανείς από αυτούς δεν έχει ως αρχικό σκοπό την επί μακρόν εγκατάσταση του σε μία άλλη χώρα (Καψάλης, 2003α).

Οι μετανάστες στη βιβλιογραφία διακρίνονται σε «κανονικούς» και «μη κανονικούς». Οι όροι «μη κανονικοί μετανάστες» ή «αλλοδαποί² χωρίς τα προαπαιτούμενα έγγραφα» προτάθηκαν ως εναλλακτικοί των όρων «παράνομοι μετανάστες» ή «λαθρομετανάστες» για την αποφυγή κοινωνικών προκαταλήψεων και αρνητικών προδιαθέσεων των ημεδαπών απέναντι στους παράνομους αλλοδαπούς.

² Ως αλλοδαπός ορίζεται το φυσικό πρόσωπο που δεν έχει την ιθαγένεια της χώρας όπου ζει. Ενώ η ιθαγένεια αποτελεί τη βάση της διάκρισης μεταξύ ημεδαπού και αλλοδαπού, η εθνικότητα- δηλαδή ο πραγματικός δεσμός ενός φυσικού προσώπου και ενός έθνους- αποτελεί τη βάση της διάκρισης μεταξύ ομογενούς και αλλογενούς. Έτσι ημεδαπός μπορεί να είναι και κάποιος αλλογενής (Παπασιώτη, 2003).

Ωστόσο, οι όροι στην βιβλιογραφία χρησιμοποιούνται ως συνώνυμοι, καθώς πολλοί μελετητές επισημαίνουν ότι ο όρος «μη κανονικός» παραπέμπει εξίσου σε μειωτικό χαρακτηρισμό (Κόντης, 2000).

Η μετανάστευση με βάση το καθεστώς εισόδου και παραμονής στη χώρα υποδοχής, διακρίνεται σε Νόμιμη και Παράνομη Μετανάστευση. Οι **νόμιμοι μετανάστες** είναι τα πρόσωπα τα οποία έχουν εισέλθει και παραμένουν νόμιμα στη χώρα, η παρουσία τους έχει καταγραφεί από τις αρμόδιες αρχές και είναι εφοδιασμένα με την απαιτούμενη άδεια παραμονής και εργασίας. Επίσης, σύμφωνα με την Μιλέση (2004) οι μετανάστες διακρίνονται στους μόνιμους και στους προσωρινούς. Μόνιμοι μετανάστες είναι όσοι εγκαθίστανται σε μία άλλη χώρα από αυτή που διαμένουν μόνιμα, για χρονικό διάστημα τουλάχιστον ενός χρόνου, ενώ προσωρινοί μετανάστες είναι όσοι παραμένουν σε μια χώρα του εξωτερικού για χρονικό διάστημα μικρότερο του ενός έτους.

Στην κατηγορία των κανονικών μεταναστών που διαβιούν νόμιμα στο ελληνικό έδαφος είναι οι πολίτες τρίτων χωρών που διαμένουν στην Ελλάδα για εργασιακούς/επαγγελματικούς και οικογενειακούς λόγους ή για λόγους σπουδών. Τα πρόσωπα αυτά υπάγονται στις ρυθμίσεις του Ν. 3386/2005 και τους χορηγείται άδεια διαμονής ενιαίου τύπου του Κανονισμού (ΕΚ) 1030/2002 (Παπαθεοδώρου, 2007 και Μπαλτσιώτης, 2012).

Όσον αφορά τους ομογενείς, δηλαδή άτομα γεννημένα στην Ελλάδα ή ελληνικής καταγωγής, οι οποίοι διαμένουν σε άλλες χώρες ή ηπείρους, όπως στην Αυστραλία, Αμερική, Β. Αφρική ή αλλού και έχουν ελληνική, διπλή ή ξένη υπηκοότητα, μπορούν να εισέλθουν νόμιμα στην Ελλάδα με το διαβατήριό τους, αν όμως θελήσουν να παραμείνουν στον ελλαδικό χώρο για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από αυτό που προβλέπει μια τουριστική βίζα, τότε πρέπει να καταγραφούν στην Υπηρεσία Αλλοδαπών και να αποκτήσουν άδεια παραμονής, απολαμβάνοντας όλα εκείνα τα κοινωνικά δικαιώματα που απολαμβάνει ο Έλληνας πολίτης (Βλαχάδη, 2009).

Άλλη μια υποκατηγορία κανονικών μεταναστών αφορά τους μετανάστες ελληνικής καταγωγής προερχόμενους από την ελληνική διασπορά της πρώην Σοβιετικής Ένωσης. Πιο συγκεκριμένα αυτοί οι άνθρωποι μετά τη χαλάρωση των κανονισμών εξόδου από τη σοβιετική κυβέρνηση (1987), άρχισαν να έρχονται στην Ελλάδα αποκτώντας «βίζες επαναπατρισμού» από τα ελληνικά προξενεία. Για αυτούς υπάρχει ειδική πρόνοια καθώς δεν χρειάζονται άδεια παραμονής ή εργασίας

(Μπαλτσιώτης, 2012 και Αγγελίδης, 2000). Οι ρυθμίσεις που αφορούν την πρόσβαση των ομογενών από την πρώην ΕΣΣΔ έχουν κωδικοποιηθεί στο άρθρο 15 του Κώδικα Ελληνικής Ιθαγένειας (Ν.3284/2004). Η έννοια του ομογενούς αποκτά διακριτή σημασία και νομική χρήση από τη δεκαετία του 1990, με τη μαζική είσοδο των οικονομικών μεταναστών από τις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης και της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης, οπότε και τίθεται το πρόβλημα καθορισμού της ιθαγένειας ορισμένων εξ αυτών, οι οποίοι και διεκδικούν την σύνδεση τους με το ελληνικό έθνος (Παπαθεοδώρου, 2007).

Μια άλλη κατηγορία κανονικών μεταναστών περιλαμβάνει περιπτώσεις όπως Κύπριους ή ομογενείς Έλληνες από την Τουρκία, οι οποίοι εξαναγκάστηκαν να εγκαταλείψουν τις χώρες τους. Οι ελληνικές αρχές για την συγκεκριμένη ομάδα παραχωρούν ειδικό δελτίο ταυτότητας και άδεια διαμονής σύμφωνα με το Ν. 2790/2000. Σύμφωνα με το άρθρο 8 ο κάτοχος έχει δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης στην αγορά εργασίας και απολαμβάνει όλα τα ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα που απολαμβάνει ο Έλληνας πολίτης. Επίσης, ακόμη μια υποκατηγορία κανονικών μεταναστών περιλαμβάνει τους μετανάστες ξένης εθνικότητας, οι οποίοι, προέρχονται από χώρες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται αυτονόητα όλα τα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ανεξάρτητα από το χρόνο εισόδου τους στην Ένωση. Πρέπει να διευκρινιστεί σε αυτό το σημείο ότι οι υπήκοοι κράτους-μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά τη μετακίνησή τους εντός της Ένωσης δεν λογίζονται ως μετανάστες, ενώ το ίδιο ισχύει σε σχέση και με την ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη (John C., 2010).

Μία παράμετρος που δεν πρέπει επίσης να αγνοηθεί, είναι οι επικείμενες αλλαγές στον νομικό χαρακτηρισμό των μεταναστών που προέρχονται από τις πρόσφατα ενταχθείσες στην Ένωση χώρες. Εντός σύντομου χρονικού διαστήματος, και εντός των χρονικών ορίων της δεύτερης φάσης της πρωτοβουλίας, οι άνθρωποι αυτοί θα πάνε να θεωρούνται μετανάστες στις 15 χώρες στις οποίες ζουν και εργάζονται. Πρόκειται για μια αλλαγή η οποία θα επηρεάσει την σχέση τους και με τις υπηρεσίες υγείας των σημερινών χωρών υποδοχής. Δεν αποκλείεται, επίσης, λόγω της υπηκοότητας και των παρεπομένων της κάποιος κοινοτικός αλλοδαπός να αντιμετωπίζει πρακτικά προβλήματα στην συναλλαγές του με το εθνικό σύστημα υγείας της χώρας προορισμού και εγκατάστασης (Καψάλης, 2003α). Μία αφρικανικής καταγωγής γαλλίδα, μουσουλμάνο στο θρήσκευμα, η οποία

εγκαθίσταται σε μία επαρχιακή πόλη της Ελλάδος είναι σχεδόν βέβαιο ότι στον τομέα της προληπτικής γυναικολογικής εξέτασης δεν θα αισθάνεται ιδιαίτερα άνετα.

Τέλος, άλλη κατηγορία κανονικών μεταναστών αφορά αυτούς που έχουν προσκληθεί από συγκεκριμένο εργοδότη, για συγκεκριμένη δουλειά, με όρους που αναγράφονται στο συμβόλαιο εργασίας. Συνήθως, οι άδειες παραμονής και εργασίας τους είναι διάρκειας ενός ή δώδεκα μηνών, η οποία είναι δυνατόν να ανανεώνεται απεριόριστα (Πετρινώτη, 2000).

Όσον αφορά την παράτυπη μετανάστευση πρόκειται για τους αλλοδαπούς οι οποίοι, είτε εισήλθαν στη χώρα εξαρχής, χωρίς νόμιμα ταξιδιωτικά έγγραφα, οπότε χαρακτηρίζονται «λαθρομετανάστες» είτε εισήλθαν νόμιμα μεν, υπό κάποια ιδιότητα (τουρισμός, σπουδές, νόμιμη εργασία κλπ.) αλλά στη συνέχεια παραμένουν παράνομα στη χώρα, ως **αντικανονικοί μετανάστες**. Ως παράτυπη ή μη κανονική μετανάστευση ορίζεται πάντως κάθε εισροή, διαμονή ή εργασία αλλοδαπού σε μια επικράτεια, η οποία δεν είναι σύμφωνη με το νομικό και θεσμικό πλαίσιο που έχει εγκαθιδρύσει το κράτος υποδοχής.

Η μη κανονική μετανάστευση³ μπορεί να πάρει τη μορφή είτε της παράτυπης εισόδου σε μια χώρα (χωρίς άδεια, με πλαστά έγγραφα, χωρίς χαρτιά), είτε της παραβίασης του χρόνου ή των όρων της άδεια εισόδου ή παραμονής (παράταση διαμονής μετά τη λήξη της άδεια, λευκοί γάμοι, πλαστή αυτοαπασχόληση πρώην νόμιμοι που δεν μπόρεσαν να ανανεώσουν την άδεια τους κ.ά.). Αν και ο δημόσιος λόγος εστιάζει στη μη κανονική είσοδο αλλοδαπών στα κράτη, οι περισσότεροι παράτυποι μετανάστες εισέρχονται στα κράτη υποδοχής νόμιμα και μετατρέπονται σε μη κανονικούς μετανάστες στη συνέχεια (Βεντούρα, 2009).

Επίσης, στην κατηγορία των μη κανονικών μεταναστών ανήκουν και όλα εκείνα τα άτομα που υπήρξαν κανονικοί μετανάστες αλλά για κάποιους λόγους έχουν χάσει την ιδιότητα τους αυτή. Τα άτομα αυτά μπορούν να διακριθούν ως αποδεκτοί ή μη αποδεκτοί παράνομοι μετανάστες. Το κριτήριο για αυτό το διαχωρισμό, είναι πως οι πρώτοι, αν και παράνομοι είναι γνωστοί στις αρχές και θεωρούνται οικονομικά χρήσιμοι. Στην ουσία η παραμονή αυτών προϋποθέτει την καλή θέληση των αρχών, χωρίς όμως να τους προσφέρεται κοινωνική πρόνοια. Τέλος, στους μη αποδεκτούς περιλαμβάνονται αυτοί που θεωρούνται από την χώρα και τις αρχές μη χρήσιμοι

³ Η μη κανονική μετανάστευση δεν αποτελεί βέβαια σημερινό φαινόμενο, υπάρχει από την εποχή που τα κράτη άρχισαν να θεσπίζουν συστηματικά σχετικές νομοθεσίες και μεθόδους ελέγχου των συνόρων και της διαμονής στο έδαφος τους. Τα κράτη, εξάλλου, ποτέ δεν κατάφεραν να ελέγξουν απόλυτα τα σύνορα της επικράτειάς τους (Βεντούρα, 2009).

οικονομικά ή τους θεωρούν εγκληματίες (Χλέτσος - Ναζάκης, 2003). Τα άτομα αυτά είναι σε χειρότερη θέση και πιο ευάλωτα στο να υποστούν τον κοινωνικό αποκλεισμό.

Τέλος, άλλη βασική κατηγορία των μεταναστών αφορά τους αναγνωρισμένους **πρόσφυγες** και γενικότερα τους δικαιούχους διεθνούς προστασίας καθώς και τους αιτούντες καθεστώτος διεθνούς προστασίας. Η προστασία που αναγνωρίζεται στις περιπτώσεις αυτές απορρέει από διεθνείς υποχρεώσεις της Ελλάδας, ενώ ειδικότερα ρυθμίζεται στο πλαίσιο ευρωπαϊκών οδηγιών που έχουν ενσωματωθεί στην εσωτερική έννομη τάξη. Θεμελιώδους σημασίας εν προκειμένω είναι η διεθνής Σύμβαση της Γενεύης (1951) για το καθεστώς των προσφύγων και το πρωτόκολλο του 1967 της Νέας Υόρκης για τη νομική τους κατάσταση (Μπαλτσιώτης, 2012).

Σύμφωνα με τη Σύμβαση της Γενεύης (1951) περί της νομικής κατάστασης των προσφύγων, πρόσφυγας είναι κάθε άτομο το οποίο εγκαταλείπει τη χώρα της οποίας έχει την ιθαγένεια, «εξαιτίας δικαιολογημένου φόβου δίωξης για λόγους φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, κοινωνικής τάξεως ή πολιτικών πεποιθήσεων» και η επιστροφή του σε αυτήν εγκυμονεί κινδύνους. Σύμφωνα με τη Συνθήκη του Ο.Η.Ε. για τους πρόσφυγες, που έχει υπογραφεί από 147 χώρες, πρόσφυγας είναι κάποιος που: βρίσκεται εκτός της χώρας καταγωγής του, κινδυνεύει πραγματικά να υποστεί παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων του στη χώρα του εξαιτίας της ταυτότητας του ή των πεποιθήσεων του, καθώς δεν μπορεί ή δεν θέλει να επιστρέψει επειδή η κυβέρνηση του δεν μπορεί ή δεν θέλει να τον προστατέψει (Μπαλτσιώτης, 2012).

Οι πρόσφυγες κατέχουν άδεια αορίστου χρόνου παραμονής στη χώρα υποδοχής με πλήρη εργασιακά, ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα. Τα κράτη οφείλουν να σέβονται το δικαίωμα των αλλοδαπών που αναζητούν προστασία στο έδαφος τους για όσο διάστημα διαρκεί η εξέταση της σχετικής αίτησης ασύλου ή καθεστώτος αναγνωρισμένου πρόσφυγα (Βλαχάδη, 2009). Ωστόσο, εξαιτίας της ραγδαίας αύξησης των αιτήσεων για άσυλο, έχει προκληθεί ασάφεια στο κατά πόσο η μετανάστευση γίνεται για αποφυγή των ολοκληρωτικών καθεστώτων ή για την αποφυγή της φτώχειας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι διαδικασίες για απονομή της προσφυγικής ιδιότητας να γίνουν πιο αυστηρές (Πετρινώτη, 2000).

Εν κατακλείδι, το Ελληνικό Συμβούλιο για τους πρόσφυγες ορίζει τους μετανάστες ως άτομα που για οικονομικούς, επαγγελματικούς, οικογενειακούς, προσωπικούς και άλλους λόγους εγκαταλείπουν την χώρα με δική τους θέληση και

εγκαθίστανται σε μία άλλη χώρα με σκοπό την αναζήτηση καλύτερης τύχης. Η διαφορά του μετανάστη από τον πρόσφυγα, έγκειται στο γεγονός ότι ο μετανάστης συνήθως εγκαταλείπει τη χώρα του εθελοντικά αναζητώντας καλύτερες συνθήκες διαβιώσεις και αν αποφασίσει να επιστρέψει στην πατρίδα του θα συνεχίσει να χαίρει της προστασίας της χώρας του (Βλαχάδη, 2009). Από την άλλη μεριά, ο πρόσφυγας που φεύγει εξαιτίας του φόβου δίωξης λόγω των πολιτικών συνθηκών της χώρας του, δεν μπορεί να επιστρέψει (Αγγελίδης, 2000 και Μπαλτσιώτης, 2012).

1.4 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ - ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ

Για την απεικόνιση και ανάλυση των κοινωνικών και οικονομικών χαρακτηριστικών που συνθέτουν το προφίλ του μετανάστη θα χρησιμοποιηθούν κατά βάση τα δεδομένα της απογραφής του πληθυσμού από την ΕΣΥΕ⁴, στοιχεία από τα ασφαλιστικά ταμεία και άλλων συγγενών μελετών. Ο συνολικός πληθυσμός μεταναστών στην Ελλάδα αποτελείται από υπηκόους τρίτων χωρών, όχι ομογενών. Βέβαια, η απεικόνιση του πραγματικού αριθμού είναι αδύνατη, μιας και το φαινόμενο της λαθρομετανάστευσης εξακολουθεί να υφίσταται⁵. Κυρίως, το 55% του συνόλου των αλλοδαπών αποτελείται από Αλβανούς μετανάστες⁶ και ακολουθούν οι Ρουμάνοι, οι Βούλγαροι, οι Γεωργιανοί, οι Πακιστανοί, οι Ινδοί, μετανάστες από Μολδαβία, Φιλιππίνες, Ουκρανία, Αίγυπτο, Μπαγκλαντές. Βέβαια, στην Ελλάδα ζουν αλλοδαποί προερχόμενοι συνολικά από 216 χώρες του κόσμου (ΙΜΕΠΟ, 2007 και Πετράκου, Κόντης, κλπ, 2007).

Η αναλογία των φύλων δεν είναι σταθερή στις διάφορες εθνικότητες. Για παράδειγμα, οι ασιατικές χώρες όπως το Μπαγκλαντές και η Ινδία καθώς και οι αραβικές χώρες όπως η Αίγυπτος και η Συρία έχουν κατά κύριο λόγο ανδρικό πληθυσμό. Αντίθετα, χώρες όπως οι Φιλιππίνες, Ουκρανία και Μολδαβία έχουν γυναικείο πληθυσμό. Στις υπόλοιπες εθνότητες (Αλβανία, Ρουμανία, Γεωργία κ.ά.) δεν υπάρχει μεγάλο χάσμα αναλογικά με τα δύο φύλα (Κασιμάτη, 2003). Όσον

⁴ Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας (2001).

⁵ Λιανός, Κανελλόπουλος, κλπ (2008), «Εκτίμηση του όγκου των αλλοδαπών που διαμένουν παράνομα στην Ελλάδα», Αθήνα, ΙΜΕΠΟ, <http://www.ypes.gr>, πρόσβαση στις 15 Νοεμβρίου 2013.

⁶ Η Ελλάδα είναι η μοναδική χώρα της Ε.Ε. η οποία έχει μια εθνικότητα μεταναστών που ξεπερνά το 50% του συνόλου των αλλοδαπών (ΙΜΕΠΟ, 2004 :6)

αφορά τον λόγο εγκατάστασης των μεταναστών που προέρχονται από τρίτες χώρες είναι η εργασία ή η οικογενειακή επανένωση (ΙΜΕΠΟ, 2007), ενώ ο χρόνος παραμονής στον ελλαδικό χώρο διαφοροποιείται μεταξύ αλλοδαπών διαφορετικής υπηκοότητας. Ωστόσο, το 50% περίπου των μεταναστών που βρίσκονται στην Ελλάδα δηλώνει ότι σκοπεύει να μείνει μόνιμα (ΙΜΕΠΟ, 2004 και Παύλου, 2004).

Όσον αφορά το είδος της απασχόλησης, φαίνεται ότι οι μετανάστες στη χώρα μας ακολουθούν στερεότυπα πρότυπα, που καθορίζονται από την εθνικότητα και το φύλο. Σύμφωνα με τα στοιχεία της απογραφής, η κυριότερη απασχόληση των ανδρών αλλοδαπών είναι τα οικοδομικά έργα, η γεωργία, η βιομηχανία, ο τουρισμός. Ενώ, οι αλλοδαπές γυναίκες απασχολούνται σε οικιακές εργασίες, στην γεωργία ή σε λοιπές υπηρεσίες (ΙΜΕΠΟ, 2004). Όσον αφορά την ασφαλιστική κάλυψη, οι αλλοδαποί εγγεγραμμένοι στο ΤΕΒΕ προέρχονται κυρίως από την Αλβανία, Βουλγαρία, ενώ στον ΟΓΑ ο αριθμός των ασφαλισμένων αλλοδαπών αυξάνεται. Ωστόσο, το μεγαλύτερο ποσοστό των νόμιμων μεταναστών είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ (Αλβανοί κυρίως), αλλά έχει παρατηρηθεί ότι οι ασφαλισμένοι Ινδοί και Πακιστανοί έχουν αυξηθεί (ΙΜΕΠΟ, 2004). Μεγάλο είναι το ποσοστό των ανασφάλιστων αλλοδαπών κυρίως από τις αραβικές χώρες και τις χώρες της Αφρικής. Όσον αφορά τον γυναικείο πληθυσμό παρατηρείται ότι το ποσοστό των ασφαλισμένων γυναικών αλλοδαπών είναι πολύ μικρότερο και αυτό γιατί είτε αυτό-απασχολούνται, είτε εργάζονται στην οικιακή απασχόληση και δεν πληρώνουν εισφορές ΙΚΑ, με αποτέλεσμα να συνεχίζει να υπάρχει η οικιακή εργασία ως παραοικονομία⁷.

Όσον αφορά το προφίλ υγείας του πληθυσμού των μεταναστών στην Ελλάδα, οι μελέτες που αφορούν τα προβλήματα υγείας και τα επιδημιολογικά δεδομένα είναι ελάχιστα. Οι περισσότερες ερευνητικές εργασίες εξετάζουν τον επιπολασμό λοιμωδών νοσημάτων όπως της ηπατίτιδας, της φυματίωσης και της HIV λοίμωξης στον πληθυσμό των μεταναστών.

Σε έρευνες των Κανακί (2005), Κωσταντινίδης (2000), Παιωνίδης (1995) φαίνεται μια στατιστικά σημαντική ανοδική τάση του ποσοστού των μεταναστών στο σύνολο των ασθενών με φυματίωση (Λινού, 2009). Τα αποτελέσματα της μελέτης του Ρούσσου (2001) έδειξαν ότι ο επιπολασμός της ηπατίτιδας Β είναι υψηλός κατά κύριο λόγο για τις ομάδες μεταναστών από την Αλβανία και την Ασία. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με μελέτη του Δρίτσα (1996) σε δείγμα αστέγων μεταναστών στην περιοχή

⁷ Καβουνίδη, Κόντης κλπ (2008), «Μεταναστευση στην Ελλάδα», Αθήνα, ΙΜΕΠΟ, <http://emmedia.pspa.uoa.gr> πρόσβαση στις 15 Νοεμβρίου 2013.

της Αττικής, ο επιπολασμός της φυματίωσης και τα ποσοστά ηπατίτιδας Β και C είναι υψηλότερα αυτών που παρατηρούνται στον γηγενή πληθυσμό. Σε έρευνα που πραγματοποίησε η Νικολάου (1995) πολύ υψηλά ποσοστά ηπατίτιδας Α και Β καταγράφονται στον πληθυσμό των Ρομά (Πολίτης, 2002). Η Emke-Pouliopoulos (2001) αναφέρεται στις συνέπειες διακίνησης ανθρώπων (trafficking) για σεξουαλική εκμετάλλευση όσον αφορά τόσο τη φυσική όσο και την ψυχική υγεία των θυμάτων (ψυχολογικά τραύματα, HIV/AIDS και άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα).

Άλλοι παράγοντες ρίσκου για την υγεία των μεταναστών σχετίζονται με τους τύπους και τις συνθήκες εργασίας τους. Έτσι φαίνεται ότι οι μετανάστες πλήττονται αναλογικά με την παρουσία τους στον εργατικό πληθυσμό, σε μεγαλύτερο βαθμό από τα εργατικά ατυχήματα και τις επαγγελματικές ασθένειες. Όπως αναφέρθηκε, οι αλλοδαποί απασχολούνται κυρίως σε κλάδους στους οποίους οι συνθήκες εργασίας είναι επιβαρυνμένες. Πολλές περιπτώσεις ατυχημάτων και θανάτων, ανέδειξαν την ανευθυνότητα των εργοδοτών, οι οποίοι δεν τηρούν τα απαιτούμενα μέτρα ασφάλειας, για να μην επιβαρυνθούν τα κέρδη τους. Τα συνήθη θύματα είναι οι μετανάστες, οι οποίοι δέχονται να εργαστούν σε οποιεσδήποτε συνθήκες προκειμένου να επιβιώσουν και δεν είναι ενήμεροι για τα δικαιώματά τους (Κατρούγκαλος, 1996). Τα ατυχήματα αυτά πολλές φορές δεν γίνονται γνωστά, αφού ένα ποσοστό μεταναστών απασχολούνται στην παραοικονομία και είναι ανασφάλιστοι, με αποτέλεσμα σε ενδεχόμενο ατύχημα να παραμένουν ξεκρέμαστοι και αποκλεισμένοι από το δικαίωμα στη δωρεάν ιατρική περίθαλψη (Καβουνίδη, 2008).

Όσον αφορά την ψυχική υγεία των μεταναστών, η βιβλιογραφία είναι επίσης περιορισμένη. Από τις υπάρχουσες μελέτες δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά στην ψυχοπαθολογία των μεταναστών σε σχέση με το γηγενή πληθυσμό. Ωστόσο, παρατηρούνται αυξημένα ψυχολογικά συμπτώματα όπως κατάθλιψη, δυσθυμία, ματαίωση και αποθάρρυνση, αφού ο μεταναστευτικός πληθυσμός βιώνει εντονότερα την αβεβαιότητα, την ανασφάλεια σε σχέση με τον γηγενή πληθυσμό (Dinesh, 2011).

Η πολιτισμική αλλαγή που υφίστανται οι μετανάστες, οι πρόσφυγες και άλλες κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες κάτω από την επίδραση μιας διαφορετικής κουλτούρας στην επικοινωνία, στην εργασία, στον τρόπο ζωής, στη γλώσσα, η ματαίωση των προσδοκιών τους, οι προσωπικοί τους φόβοι, η ξενοφοβία, ο

ρατσισμός τους οδηγούν σε απόσυρση και διαταραχές της ψυχικής ισορροπίας τους⁸. Εν κατακλείδι, διαπιστώνεται η ανάγκη για στοχευμένες μελέτες επιδημιολογικές αλλά και ψυχοκοινωνικές, προκειμένου να διερευνηθεί το προφίλ και τα προβλήματα υγείας των μεταναστών στην Ελλάδα. Βέβαια, οι μελέτες αυτές θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των μεταναστευτικών ομάδων ανάλογα με τη χώρα καταγωγής, τη θρησκεία, το καθεστώς, τη διάρκεια παραμονής και γενικότερα το κοινωνικοπολιτιστικό υπόβαθρο.

⁸ Μπουφίδης (1999), «Ματαίωση ονείρων, ψυχασθένειες και μετανάστες», Γιατροί χωρίς σύνορα, [http://: www.msf.gr](http://www.msf.gr) , πρόσβαση στις 15 Νοεμβρίου 2013.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΧΡΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ

2.1 ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό⁹ και βασίζεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, στα ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης και σε ένα βαθμό στην ιδιωτική ασφάλιση και στον ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας καθιερώθηκε στην χώρα μας με τον νόμο 1397/1983. Σύμφωνα με το άρθρο 1 το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών, ενώ κατ' εικόνα του βρετανικού National Health System οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξαρτήτως της οικονομικής, κοινωνικής ή επαγγελματικής του ιδιότητας (Θεοδώρου κλπ, 2001).

Ο ασθενής που καταφεύγει στις υπηρεσίες των δημόσιων νοσοκομείων παρακολουθείται στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία είτε για λόγους πρόληψης, είτε για χρόνιο πρόβλημα υγείας είτε για follow up (παρακολούθηση) της νοσηλείας του με προκαθορισμένα ραντεβού. Προκειμένου για την εισαγωγή του ασθενούς σε όλα ανεξαιρέτως τα Νοσοκομεία της χώρας ισχύουν τα εξής: καθένας ο οποίος θεωρεί ότι χρήζει ιατρικής φροντίδας προσέρχεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, γνωστό και ως Εφημερείο. Μετά από δωρεάν εξέταση και τυπικό εργαστηριακό έλεγχο, αν το περιστατικό κριθεί από τους εξετάζοντες ιατρούς ως "επείγον", ο ενδιαφερόμενος απευθύνεται στο Γραφείο Κίνησης Ασθενών, όπου και ξεκινά η διαδικασία εισαγωγής (Καψάλης, 2003β). Πρέπει να σημειωθεί ότι η ασφάλιση στην Ελλάδα είναι υποχρεωτική και καλύπτει τους εργαζομένους, συνταξιούχους και τα εξαρτημένα μέλη από αυτούς. Για τους αλλοδαπούς που προέρχονται από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή από χώρες που δεν ανήκουν στην Ευρωπαϊκή Ένωση ισχύουν άλλες ρυθμίσεις που εξασφαλίζουν την κάλυψη τους στις υπηρεσίες της υγείας.

Παρόλο που η Ελλάδα διαθέτει δημόσιο σύστημα υγείας που καλύπτει συνολικά τον πληθυσμό, οι πληρωμές από τα ιδιωτικά νοικοκυριά παραμένουν από τις υψηλότερες στην Ευρώπη. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ελληνικού συστήματος υγείας είναι η συγκέντρωση των εξυπηρετούμενων στα νοσοκομεία των μεγάλων

⁹ Διότι συνδυάζει στοιχεία του μοντέλου Beveridge και του μοντέλου Bismarck, ενώ επιτρέπει συγχρόνως την εκτεταμένη ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα.

αστικών κέντρων με επακόλουθο το συνωστισμό και τις μεγάλες λίστες αναμονής, τις χρόνιες ελλείψεις σε νοσηλευτικό και εξειδικευμένο προσωπικό, τις ελλείψεις σε εξοπλισμό και υποδομές με αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά η εξυπηρέτηση τόσο των Ελλήνων όσο και των αλλοδαπών ασθενών (Κοτσιώνη, 2003).

Στην περίπτωση της Ελλάδας παρατηρείται ένα αγεφύρωτο χάσμα μεταξύ των διακηρυγμένων μεταρρυθμιστικών στόχων και των εφαρμοσμένων πολιτικών παρεμβάσεων. Η αποτυχία των μεταρρυθμιστικών πλαισίων συχνά αποδίδεται στην εκτεταμένη κομματικοποίηση και τον πελατειακό χαρακτήρα του κράτους (Κοσμίδης, 2010). Μολονότι το σύστημα αρχικά χαρακτηρίζεται από υπερβολικό κρατισμό, ακολουθεί μια περίοδος εκσυγχρονισμού του ελληνικού συστήματος υγείας μέσω της απελευθέρωσης του ιδιωτικού τομέα στην παροχή υπηρεσιών υγείας, περιορίζοντας έτσι τον αρχικά διακηρυγμένο κοινωνικό χαρακτήρα του συστήματος (Παπαθεοδώρου, 2011).

Σε γενικές γραμμές γίνονται άμεσα αντιληπτές σημαντικές ελλείψεις σε προσωπικό και εξοπλισμό, ενώ συχνά απουσιάζει η απαιτούμενη κουλτούρα διαλόγου μεταξύ της ιατρικής κοινότητας και των κρατικών φορέων. Παράλληλα η κατασπατάληση πόρων και η διαφθορά επιφέρουν αυξανόμενο κόστος, τεράστια ελλείμματα, εκτεταμένη δυσαρέσκεια όλων των πολιτών, αποκαλύπτοντας τις αδυναμίες και τη σαθρότητα του κοινωνικού χαρακτήρα του ελληνικού συστήματος υγείας (Ballas & Tsoukas, 2004 και Κοτσιώνη, 2003).

Στο ελληνικό σύστημα υγείας το χάσμα μεταξύ των κοινωνικών ομάδων βαθαίνει. Παράγοντες όπως οι δυσμενείς συνθήκες εργασίας και διαβίωσης επιδρούν αρνητικά στην υγεία των φτωχότερων κυρίως κοινωνικών ομάδων. Μολονότι οι ομάδες αυτές παρουσιάζουν πλήθος αναγκών, λαμβάνουν περιορισμένες υγειονομικές παροχές, σε αντίθεση με τον οικονομικά εύρωστο πληθυσμό (Pappa & Niakas, 2006).

Σε διάφορες έρευνες που έχουν διεξαχθεί, η Ελλάδα παρουσιάζει ιδιαίτερα χαμηλό ποσοστό ικανοποίησης των πολιτών από την ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας του συστήματος υγείας (Κυριόπουλος & Σουλιώτης 2002). Δεδομένου ότι το ελληνικό σύστημα υγείας έχει σχεδιαστεί να εξασφαλίζει την πλήρη και ελεύθερη πρόσβαση των πολιτών στις υγειονομικές παροχές, στην πράξη οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες αποτελούν συνήθως μονόδρομο για τους περισσότερους πολίτες, γεγονός που συνιστά βασική πηγή δυσαρέσκειας (Liaropoulos & Tragakes, 1998).

2.2 ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ

Η υγεία αποτελεί κοινωνικό δικαίωμα όλων. Το κράτος προσφέρει υπηρεσίες υγείας με σκοπό την χρησιμοποίησή τους από πολίτες που έχουν ανάγκη αυτών των υπηρεσιών. Κατά το προεδρικό διάταγμα 95/2000 «Αποστολή του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας είναι η άσκηση κοινωνικής πολιτικής για την Υγεία και την Πρόνοια, που περιλαμβάνει:

- Την προαγωγή, την προστασία, τη διατήρηση και την αποκατάσταση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και του κοινωνικού συνόλου.
- Την ισότητα στην παροχή του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υπηρεσιών και αγαθών υγείας και πρόνοιας στο κοινωνικό σύνολο και ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου.
- Τη προστασία των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας.»¹⁰

Στην αρμοδιότητα του Υπουργείου ανήκει αφενός, η προστασία της υγείας, με την έννοια που δίνεται και στην Σύμβαση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας αφετέρου δε, η διασφάλιση του δικαιώματος στην υγεία, δηλαδή η εγγύηση της προσβασιμότητας στις αρμόδιες υπηρεσίες και μάλιστα χωρίς διακρίσεις και ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες του καθενός.

Στο ελληνικό Σύνταγμα δύο είναι οι βασικές διατάξεις οι σχετικές με το δικαίωμα στην υγεία, το άρθρο 5 παρ. 5 και το άρθρο 21 παρ. 3. Το πρώτο ορίζει ότι: «Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας». Η νέα αυτή διάταξη, η οποία κατοχυρώνει το ατομικό δικαίωμα στην υγεία, απαγορεύει ουσιαστικά τόσο τις σκόπιμα βλαπτικές της υγείας του ατόμου ενέργειες τρίτων, όσο και, κατ' αρχήν, την ιατρική επέμβαση ή περίθαλψη χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς. Το δεύτερο άρθρο κατοχυρώνει το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία και ορίζει ότι «το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών». Η νέα διάταξη αναφέρεται όχι απλώς στην κρατική υποχρέωση, αλλά στο δικαίωμα κάθε προσώπου (δηλαδή και του μη Έλληνα) στην προστασία της υγείας του. Συνεπώς, σύμφωνα με το συγκεκριμένο άρθρο και οι μετανάστες οι οποίοι δεν έχουν νόμιμα έγγραφα παραμονής έχουν δικαίωμα στην προστασία της υγείας τους (Καυάλης, 2003β).

¹⁰ ΑΠΟΦΑΣΗ ΕΕΔΑ «Δικαίωμα στην Υγεία των Μεταναστών χωρίς Νόμιμα Έγγραφα Παραμονής», www.nchr.gr, πρόσβαση στις 26/06/2013.

Η υγεία των πολιτών ορίζεται ως **κοινωνικό δικαίωμα** για όλους τους πολίτες της Ελλάδος και τελεί υπό την φροντίδα του κράτους, το οποίο οφείλει να λαμβάνει και να υλοποιεί όλα εκείνα τα μέτρα που κρίνονται αναγκαία για την προάσπιση της απρόσκοπτης άσκησής του από τους δικαιούχους (Δάτογλου, 1985). Οι διατάξεις του προεδρικού διατάγματος εφαρμόζονται σε δύο κατηγορίες προσώπων, τους *ομογενείς* και τους *αλλογενείς*. Όσον αφορά τους ομογενείς θα πρέπει να διαθέτουν βεβαίωση κατάθεσης δικαιολογητικών για απόκτηση Ειδικού Δελτίου Ταυτότητας ή απόκτησης της Ελληνικής Ιθαγένειας (Καψάλης, 2003α).

Από την άλλη μεριά, όσοι αλλογενείς ζητούν να εισέλθουν στη χώρα μας προκειμένου να τύχουν δωρεάν ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, διατηρείται εν ισχύ το θεσμικό πλαίσιο το οποίο ορίζει ότι απαιτείται η χορήγηση έγγραφης εγκριτικής απόφασης από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας που θα κοινοποιείται στο αρμόδιο νοσοκομείο. Η απόφαση αυτή πρέπει να έχει εκδοθεί αποκλειστικά και μόνο από το Υπουργείο Υγείας για συγκεκριμένη περίπτωση, ενώ παράλληλα παρέχεται το δικαίωμα ο ασθενής να συνοδεύεται από μόνο ένα πρόσωπο της επιλογής του (Γιωτοπούλου, 1998).

Στους αλλοδαπούς υπηκόους των Συμβαλλομένων Μερών στον Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη του 1961, στον Αναθεωρημένο Ευρωπαϊκό Χάρτη του 1996 και στη Σύμβαση για την Ιατρική Αντίληψη του 1953 του Συμβουλίου της Ευρώπης παρέχεται η απαραίτητη περίθαλψη που απαιτεί η κατάσταση της υγείας τους εφόσον δεν διαθέτουν επαρκείς πόρους και δεν καλύπτονται από ασφαλιστικό φορέα. Ισχύουν ταυτόχρονα οι εξής προϋποθέσεις:

- Σε όσους διαμένουν ή εργάζονται "κανονικά" στην Ελλάδα παρέχεται ιατρική περίθαλψη με τους όρους που ισχύουν για τους έλληνες πολίτες.
- Σε όσους βρίσκονται προσωρινά και νόμιμα στην χώρα μας (τουρίστες) θα παρέχονται οι απαραίτητες υπηρεσίες αποκλειστικά σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού και μέχρι τη σταθεροποίηση της υγείας τους. Στα τακτικά περιστατικά για την εισαγωγή τους προκαταβάλλεται υποχρεωτικά το 50% του εκτιμώμενου κόστους νοσηλείας τους (Katragoulas, 1995). Θα πρέπει να θεωρήσουμε ότι με τον όρο "κανονική" διαμονή και εργασία εννοείται η κατοχή των προαπαιτούμενων νομιμοποιητικών εγγράφων, δηλαδή των αδειών παραμονής και εργασίας για τους υπηκόους των χωρών που απαριθμούνται και για όσους μόνο από αυτούς είναι αναγκαία η απόκτησή τους, άρα όχι για τους κοινοτικούς αλλοδαπούς (Plaetevoet, 2007).

Όσον αφορά τους αλλοδαπούς οι οποίοι βρίσκονται νόμιμα και προσωρινά στην Ελλάδα (τουρίστες) μη προερχόμενοι από τις χώρες που αναφέρθηκαν προηγουμένως, για την παροχή περίθαλψης απαιτείται ισχύον ταξιδιωτικό έγγραφο με προξενική θεώρηση σε ισχύ. Για την εισαγωγή τακτικών (μη επειγόντων) περιστατικών, προκαταβάλλεται υποχρεωτικά από τους ίδιους, τους ασφαλιστικούς τους φορείς ή τις ασφαλιστικές εταιρείες το 50% του εκτιμώμενου κόστους περίθαλψης και νοσηλείας (Ψημμένος, 2008). Σε όλες τις περιπτώσεις, τακτικού ή έκτακτου περιστατικού, τηρείται κανονικά η διαδικασία είσπραξης νοσηλίων.

Για τους αλλοδαπούς που βρίσκονται νόμιμα και μόνιμα στην Ελλάδα, είναι απαραίτητη η κατοχή βιβλιαρίου υγείας ασφαλιστικού φορέα. Εάν δεν υπάρχει τέτοιο βιβλιάριο, θα γίνονται δεκτά από τα νοσοκομεία μόνο επείγοντα περιστατικά και πάντοτε μέχρι την σταθεροποίηση της υγείας τους (Καψάλης, 2005). Προκειμένου για τακτικά περιστατικά, οφείλουν να καταβάλουν πριν τη εισαγωγή τους το 50% του εκτιμώμενου κόστους νοσηλείας, ενώ σε όλες τις περιπτώσεις, τακτικού ή έκτακτου περιστατικού, τηρείται κανονικά η διαδικασία είσπραξης νοσηλίων.

Για τους αλλοδαπούς που είναι πολιτικοί πρόσφυγες για την παροχή δωρεάν περίθαλψης γίνεται δεκτό αποκλειστικά το δελτίο ταυτότητας πρόσφυγα, το δελτίο αιτήσαντος άσυλο αλλοδαπού ή το ειδικό δελτίο παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους αλλοδαπού¹¹. Καθώς και οι αλλοδαποί οι οποίοι έχουν υποβάλει αίτηση για αναγνώριση προσφυγικής ιδιότητας και η οποία βρίσκεται στο στάδιο εξέτασης από το Υπουργείο Δημοσίας Τάξης (Κροκίδη, 2008 και Πασσά, 2008).

Στους αλλοδαπούς θύματα ναρκών παρέχεται περίθαλψη, νοσηλεία και τοποθέτηση τεχνητών μελών. Επίσης αλλοδαποί που ακρωτηριάστηκαν από άλλη αιτία κατά την παράνομη είσοδο τους στην χώρα, για ανθρωπιστικούς λόγους θα τυγχάνουν της ίσης μεταχείρισης με τα θύματα ναρκών (Λινού, 2009). Επίσης δικαιούνται δωρεάν νοσοκομειακή και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη αλλογενείς σύζυγοι Ελλήνων ή ομογενών ή υπηκόων κρατών – μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης καθώς και τέκνα αυτών.

Για τους αλλοδαπούς που δεν βρίσκονται νόμιμα στην Ελλάδα και δεν έχουν διαβατήριο ή άλλο ταξιδιωτικό έγγραφο που αναγνωρίζεται από διεθνείς συμβάσεις,

¹¹ Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ότι η διαδικασία έκδοσης της κάρτας αιτούντα άσυλο αλλά και της προσφυγικής ταυτότητας μπορεί να διαρκέσει πολλούς μήνες, για γραφειοκρατικούς λόγους. Το προεδρικό διάταγμα 668/18.5.2005 προβλέπει τη δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των αιτούντων άσυλο και των προσφύγων που δεν είναι ασφαλισμένοι ή δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να καλύψουν οι ίδιοι τα έξοδα.

θεώρηση εισόδου ή άδεια διαμονής, δεν επιτρέπεται να προσφερθεί οποιαδήποτε υπηρεσία από φορείς του δημοσίου και του ευρύτερου δημοσίου τομέα. Για τους ανεπίσημους μετανάστες που ζουν στην Ελλάδα, παρέχονται οι απαραίτητες ιατρικές υπηρεσίες αποκλειστικά και μόνο εάν πρόκειται για επείγοντα περιστατικά και μέχρι να σταθεροποιηθεί η κατάσταση της υγείας τους (Κατρούγκαλος, 2001).

Επιπρόσθετα, όσον αφορά τα παιδιά και τις γυναίκες σύμφωνα με το άρθρο 24 παρ.1 της Διεθνούς Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού «Τα Συμβαλλόμενα Κράτη αναγνωρίζουν το δικαίωμα του παιδιού να απολαμβάνει το καλύτερο δυνατό επίπεδο υγείας και να επωφελείται από τις υπηρεσίες ιατρικής θεραπείας και αποκατάστασης αναπήρων. Τα Συμβαλλόμενα Κράτη επιδιώκουν να διασφαλίσουν ότι κανένα παιδί δεν θα στερείται το δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες αυτές». Ο Ν. 3386/2005¹² δεν θέτει ως προϋπόθεση για την πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη των ανηλίκων παράνομων μεταναστών την έκτακτη νοσηλεία, όπως κάνει στην περίπτωση των ενηλίκων.

Συνεπώς ο νόμος κατοχυρώνει ορθώς το δικαίωμα πρόσβασης των ανηλίκων σε υπηρεσίες ιατρικής θεραπείας σύμφωνα με την ως άνω διάταξη και τις διεθνείς υποχρεώσεις της Ελλάδας. Ωστόσο, η παρ. 2 του άρθρου 24 προβλέπει ότι τα Συμβαλλόμενα Κράτη επιδιώκουν να εξασφαλίσουν την πλήρη εφαρμογή του παραπάνω δικαιώματος και ότι μεταξύ άλλων παίρνουν τα κατάλληλα μέτρα για «να εξασφαλίζουν στις μητέρες κατάλληλη περίθαλψη πριν και μετά από τον τοκετό». Η διάταξη αυτή, ενώ έχει ως στόχο την προστασία της υγείας του παιδιού, στην ουσία καθιστά αποδέκτη ιατρικών παροχών την κυοφορούσα, καθώς «είναι αυτονόητο ότι η υγεία του παιδιού εξαρτάται από την καλή υγεία της μητέρας του» (Λίνου, 2009).

Εφ' όσον ο Νόμος επιτρέπει μόνο την εισαγωγή εκτάκτως για νοσηλεία μπορούμε να συμπεράνουμε ότι καλύπτει μόνο τις περιπτώσεις τοκετού καθώς και κάποια έκτακτα περιστατικά επιπλοκών που οδηγούν στην ανάγκη έκτακτης νοσηλείας. Ο προγεννητικός έλεγχος, ο οποίος είναι απαραίτητος για τη διασφάλιση όχι μόνο της υγείας αλλά και της ζωής πολλές φορές τόσο του ίδιου του εμβρύου όσο και της κυοφορούσας, δεν καλύπτεται από το γράμμα του Νόμου, εκτός αν πρόκειται για ανήλικες κυοφορούσες.

Οι διοικήσεις των νοσοκομείων υποχρεούνται να υποβάλλουν ανά τρεις μήνες Τεχνικό Δελτίο Εισαγωγής Αλλοδαπών το οποίο θα καταχωρείται σε σχετικό

¹² Κωδικοποίηση νομοθεσίας: για την είσοδο, διαμονή και κοινωνική ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην ελληνική επικράτεια, <http://metanastes.gr>, (πρόσβαση στις 23/09/2013).

πληροφοριακό σύστημα για την στατιστική παρακολούθηση. Τέλος, θα πρέπει να γίνει αναφορά στην παράγραφο 4 του άρθρου 85 (Ν.3386/2005) που προβλέπει ότι οι υπάλληλοι των υπηρεσιών υγείας και φορέων που παραβαίνουν τις παραπάνω διατάξεις διώκονται πειθαρχικά και τιμωρούνται (Παπαθεοδώρου, 2011).

Προκειμένου να διασφαλιστεί η προστασία της δημόσιας υγείας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, ψηφίστηκε το άρθρο 11 & 8 του Ν. 2955/2001 σύμφωνα με το οποίο σε αλλοδαπούς οικονομικούς μετανάστες που έχουν μολυνθεί από τη λοίμωξη HIV ή άλλα λοιμώδη νοσήματα, εφόσον χρήζουν θεραπευτικής αγωγής και δεν μπορεί στη χώρα προέλευσης τους ή και επιστροφής τους να χορηγηθεί αποτελεσματική θεραπευτική αγωγή, χορηγείται δωρεάν νοσοκομειακή και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (Καψάλης, 2003α).

Να σημειωθεί ότι χαρακτηριστική είναι επίσης η απουσία συγκεκριμένου πρωτοκόλλου για τον ιατρικό έλεγχο που πρέπει να γίνεται στους αιτούντες άσυλο και στους άτυπους μετανάστες κατά την άφιξή τους. Η Ελλάδα είναι η μοναδική από τις 25 χώρες μέλη που στερείται ιατρικού πρωτοκόλλου για τους νεοαφιχθέντες μετανάστες και αιτούντες άσυλο (Πολίτης, 2002). Στις υπόλοιπες χώρες εφαρμόζονται σχέδια που περιλαμβάνουν εξέταση για φυματίωση, οροθετικότητα στον ιό HIV, γενική κλινική και ψυχολογική εξέταση. Στην Ελλάδα το πρωτόκολλο για τον ιατρικό έλεγχο εφαρμόζεται μόνο κατά τη διαδικασία αίτησης των αιτούντων άσυλο για άδεια εργασίας (Norredam, 2005).

Όσον αφορά την χορήγηση φαρμάκων, δικαιούνται μόνο συγκεκριμένες περιπτώσεις. Δικαιούχοι είναι οι ασθενείς που έχουν ήδη νοσηλευτεί στο νοσοκομείο, οι ασθενείς με βιβλιάριο οικονομικής αδυναμίας, άρα μόνο έλληνες πολίτες και ομογενείς και οι πολιτικοί πρόσφυγες (Λινού, 2009).

Εν κατακλείδι, σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις οι διακρίσεις όσον αφορά τα κοινωνικά δικαιώματα των πολιτών και των αλλοδαπών παραμένουν ισχυρές, ενώ ειδικά οι παράνομοι αποκλείονται από κάθε είδους υπηρεσίες και παροχές. Συγκεκριμένα ακόμη και στην περίπτωση της κοινωνικής ασφάλισης, όπου ισχύουν οι αρχές της εδαφικότητας και καθολικότητας, υφίστανται αρκετές περιπτώσεις όπου ακόμη και οι νόμιμοι αλλοδαποί εξαιρούνται του δικαιώματος. Ο μεταναστευτικός νόμος του 2001 (Ν.2910/2001) χορήγησε επίσημα ίσα δικαιώματα με αυτά των Ελλήνων στους ξένους πολίτες που διαμένουν νόμιμα στη χώρα, όσον αφορά στην εθνική ασφάλιση και κοινωνική προστασία (Καψάλης, 2003β).

Ο ασφαλιστικός φορέας που καλύπτει τους περισσότερους μετανάστες «με έγγραφα» είναι το ΙΚΑ. Οι παροχές που δικαιούται ο ασφαλισμένος και τα εξαρτημένα μέλη της οικογένειά του είναι ίδιες με αυτές των Ελλήνων ασφαλισμένων¹³: δηλαδή αφορά ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, νοσοκομειακή περίθαλψη, επίδομα ασθενείας, ατυχήματος, μητρότητας, σύνταξη και λοιπές παροχές. Όμως, δεν ασφαλιζονται αλλοδαποί στο ΙΚΑ που εργάζονται σε εταιρείες ξένων κεφαλαίων, ενώ έμμεσος αποκλεισμός υφίστανται και από τα ειδικά ταμεία (Δημοσίου, ταμείο νομικών κ.ά.) των επαγγελματιών για την άσκηση των οποίων απαιτείται η κατοχή της ελληνικής ιθαγένειας. Η περίπτωση της ασφάλισης των παράνομων μεταναστών είναι πιο πολύπλοκη, καθώς υποχρεώνονται σε κρατήσεις, αλλά δεν δικαιούνται οποιαδήποτε ασφαλιστική αντιπαροχή (Ληξουριώτης, 1998 και Ψημμένος, 2008).

Επιπρόσθετα, πρέπει να σημειωθεί ότι οι μετανάστες δεν έρχονται στην Ευρώπη κατά κύριο λόγο για να θεραπευθούν. Πολλοί ανακαλύπτουν ότι είναι ασθενείς μετά την άφιξή τους ή ασθενούν κατά τη διάρκεια της μεταναστευτικής τους διαδρομής, η οποία, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, διαρκεί αρκετό καιρό και λαμβάνει χώρα υπό άθλιες συνθήκες (Κυριόπουλος & Σουλιώτης, 2002). Συνεπώς, θα πρέπει να απορριφθεί ένα πιθανό επιχείρημα ότι παρέχοντας ευρύτερη πρόσβαση στους μετανάστες θα αυξηθεί ο αριθμός τους διότι θα έρχονται στην Ελλάδα για αυτό το σκοπό.

Επίσης, πρέπει να σημειωθεί ότι σε μερικές περιπτώσεις μετανάστες που έχουν εισέλθει νόμιμα στο έδαφος του Κράτους ή διαμένουν νόμιμα μεταγενέστερα μπορεί να γίνουν παράνομοι λόγω μη ανανέωσης άδειας εργασίας ή παραμονής και έτσι χάνουν το διευρυμένο δικαίωμα πρόσβασης στην ιατρική περίθαλψη που είχαν (Paola Pace, 2009). Στο σημείο αυτό κρίνεται αναγκαίο να επαινεθεί το έργο του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού των δημόσιων νοσοκομείων και θεραπευτηρίων. Οι γιατροί και νοσηλευτές πολλές φορές βρίσκονται σε συνειδησιακή σύγκρουση μεταξύ των διατάξεων του νόμου και της ηθικής επιταγής που επιβάλλει την παροχή περίθαλψης στους παράνομους μετανάστες πέρα από τα αυστηρά όρια που θέτει το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο (Ψημμένος, 2008).

¹³ Εντούτοις λαμβάνοντας υπόψη τη μεγάλη έκταση της άτυπης εργασίας, πολλοί νόμιμα διαμένοντες μετανάστες στερούνται κοινωνικής ασφάλισης και επομένως δωρεάν πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Επίσης, η πρόσβαση στο σύστημα υγείας παρακωλύεται από τις πολύμηνες καθυστερήσεις που παρατηρούνται για την ανανέωση των αδειών παραμονής.

Τέλος, πρέπει να τονισθεί και πάλι ότι το ζήτημα της σημαντικά περιορισμένης πρόσβασης στην ιατρική περίθαλψη των παράνομων μεταναστών είναι μία μόνο πτυχή και εκδήλωση του γενικότερου και πολυπλοκότερου μεταναστευτικού ζητήματος στην Ελλάδα (Πασσά, 2008). Ωστόσο, το δικαίωμα στην υγεία, όπως όλα τα ανθρώπινα δικαιώματα επιβάλλει τρεις τύπους ή επίπεδα υποχρεώσεων στα Συμβαλλόμενα Κράτη: την υποχρέωση να σέβονται, την υποχρέωση να προστατεύουν και την υποχρέωση να εκπληρώνουν το εν λόγω δικαίωμα.

2.3 Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ

Τόσο η προκατάληψη όσο και οι διακρίσεις που οδηγούν σε διαφορές μεταξύ κοινωνικών ομάδων ως προς την πρόσβαση σε πόρους και τις ίσες ευκαιρίες στην υγεία είναι αθέμιτες και άδικες. Η ισότητα στην υγεία είναι μια έννοια στενά συνυφασμένη με το κεντρικό νόημα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων όπου *«τα υψηλότερα πρότυπα υγείας πρέπει να είναι εφικτά από όλους, χωρίς διάκριση για λόγους φυλής, θρησκείας, πολιτικών πεποιθήσεων, οικονομικής και κοινωνικής θέσης»* (Κούτα & Μίτλεττον, 2012).

Ισότητα στην υγεία συνεπάγεται ότι ο καθένας θα πρέπει να μπορεί να επιτύχει το μέγιστο δυνατό στην υγεία και ότι κανένας δεν πρέπει να βρίσκεται σε μειονεκτική θέση, περιλαμβάνοντας την δίκαιη πρόσβαση στις διαθέσιμες ευκαιρίες, την δίκαιη κατανομή των απαραίτητων για την υγεία πόρων και την ισότητα στη παρεχόμενη φροντίδα σε όλους όταν την χρειάζονται. Η υγεία αποτελεί ένα μέσο προαγωγής της ελευθερίας και αξιοπρέπειας των ατόμων και των κοινωνιών (Κούτα & Μίτλεττον, 2012).

Επομένως είναι σημαντικό για μια κοινωνία να οργανώνει τους διαθέσιμους πόρους για την υγεία δίκαια, έτσι ώστε η πρόσβαση σε αυτούς τους πόρους να είναι ανοικτή σε όλους. Η παρουσία σαφών κοινωνικών διαφορών στην υγεία έρχεται σε αντίθεση με τις αποδεκτές αξίες της ισότητας και της δικαιοσύνης. (Danniels, 2000).

Πλήθος κειμένων συγκεκριμενοποιεί την προστασία αυτού του κοινωνικού δικαιώματος. Οι μετανάστες που βρίσκονται στην επικράτεια της Ευρωπαϊκής Ένωσης προστατεύονται από διεθνείς συμβάσεις στο πλαίσιο της δραστηριότητας του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών και Συμβουλίου της Ευρώπης που αφορούν την

προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Παρακάτω παρατίθενται οι σημαντικότερες διεθνείς συμβάσεις που αφορούν την προστασία των μεταναστών.

Η Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (1948)¹⁴, η οποία παρά την αμφισβήτηση της δεσμευτικής νομικής αξίας της, αποτελεί διεθνές κατευθυντήριο πρότυπο εξαιρετικής σημασίας για τα συμβαλλόμενα κράτη. Ιδιαίτερη επίσης σημασία για την υποχρέωση προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων κάθε ατόμου έχει το Διεθνές Σύμφωνο για τα οικονομικά και κοινωνικά δικαιώματα (Νέα Υόρκη, 1966- κυρώθηκε από την Ελλάδα με το Ν. 1532/1985).

Άλλη Σύμβαση στην οποία αναγνωρίζονται δικαιώματα όχι μόνο στους πολίτες των συμβαλλόμενων κρατών, αλλά και σε κάθε άτομο που υπόκειται στη δικαιοδοσία των μερών είναι η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προάσπιση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών¹⁵ (Σύμβαση της Ρώμης, 1950). Επίσης, ο Ευρωπαϊκός Χάρτης¹⁶ και η Ευρωπαϊκή Σύμβαση εγκατάστασης προστατεύουν νόμιμα εγκατεστημένους στα συμβαλλόμενα κράτη μετανάστες κατά την άσκηση τόσο των αστικών όσο και των ατομικών δικαιωμάτων τους.

Επίσης, οι συμβάσεις υπ' αριθμό 97 προάγει την ισότητα στις ευκαιρίες και παρέχει προστασία σε όλους τους μετανάστες είτε εργάζονται νόμιμα είτε βρίσκονται παράνομα στην χώρα. Τέλος αξίζει να αναφερθούν οι εντολές της εκτελεστικής επιτροπής της Ύπατης Αρμοστείας των Ηνωμένων Εθνών για τους πρόσφυγες¹⁷ ως προς την τήρηση των ελάχιστων εγγυήσεων κατά τις διαδικασίες αναγνώρισης του προσφυγικού καθεστώτος (1977). Οι συμβάσεις αυτές καθίστανται μετά την κύρωσή τους μέρος του εσωτερικού δικαίου κάθε συμβαλλόμενου κράτους και κατά συνέπεια επιτρέπουν σε κάθε θιγόμενο να προσφεύγει στα εθνικά ή και τα διεθνή Δικαστήρια προς αναζήτηση προστασίας τους, σε περιπτώσεις παραβίασης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Η ελληνική πολιτεία έχει επιδείξει ευαισθησία ως προς την κατοχύρωση και την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, τόσο για τους έλληνες πολίτες όσο και για τους αλλοδαπούς. Έχει ερμηνευτικά κριθεί ότι γενικό κανόνα του ελληνικού Συντάγματος αποτελεί η κατοχύρωση και προστασία των ατομικών δικαιωμάτων

¹⁴ «Ανθρώπινα δικαιώματα», <http://www.unric.org>, (πρόσβαση στις 10/09/2013)

¹⁵ Σύμβαση για την προστασία των δικαιωμάτων του ανθρώπου & των Θεμελιωδών ελευθεριών(2012), <http://www.minedu.gov.gr>, (πρόσβαση στις 10/09/2013).

¹⁶ Χάρτης θεμελιωδών δικαιωμάτων, <http://europa.eu/legislation>, (πρόσβαση στις 10/09/2013).

¹⁷ Ύπατη αρμοστεία του ΟΗΕ για τους πρόσφυγες, <http://pacific.jour.auth.gr>, (πρόσβαση στις 10/09/2013).

τόσο των ημεδαπών όσο και των αλλοδαπών. Επίσης, η ευρεία ερμηνεία του άρθρου 19 επιτρέπει ώστε η αναγνώριση και ο σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας να αποτελεί την κατευθυντήρια αρχή που πρέπει να διέπει τη λειτουργία του κάθε ανθρωπίνου πλάσματος, έλληνα πολίτη ή υπηκόου τρίτης χώρας, πρόσφυγα ή μετανάστη¹⁸.

Η δημοκρατική και ειρηνική προοπτική του σημερινού κόσμου έγκειται στη σύνταξη ενός διαπλανητικού «κοινωνικού συμβολαίου» που θα υλοποιεί τη διάταξη της οικουμενικής διακήρυξης δικαιωμάτων του ανθρώπου. Το προσδοκώμενο αποτέλεσμα των προσπαθειών αυτών πρέπει να είναι η σταδιακή εξομάλυνση των συστηματικών διαφορών στην υγεία μεταξύ διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών ομάδων. Επομένως, ο απώτερος στόχος θα πρέπει να είναι η εξάλειψη των ανισοτήτων αυτών.

2.4 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σε πολλά μέρη του κόσμου, ιδιαίτερα στη Ευρώπη, τα αυξημένα ποσοστά της μετανάστευσης φέρνουν τις κοινωνίες υποδοχής αντιμέτωπες με προκλήσεις και ευκαιρίες – οι πιο γνωστές αφορούν την αγορά εργασίας και τη στέγαση, τις σχέσεις μεταξύ εθνών και το εκπαιδευτικό σύστημα (Ingleby, 2005). Μέχρι πρόσφατα όμως, πολύ λίγη προσοχή έχει δοθεί στις επιπτώσεις της μετανάστευσης στο σύστημα της υγείας παρόλο που εκατομμύρια μετανάστες κάνουν χρήση του συστήματος υγείας. Η διερεύνηση των επιπτώσεων της μετανάστευσης στον χώρο της υγείας αφορά κυρίως το οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο.

Όσον αφορά τις οικονομικές επιπτώσεις, εννοούνται κυρίως οι επιπτώσεις που προκαλούνται στην αγορά εργασίας, αλλά επί της ουσίας συνδέονται άμεσα και με τον χώρο της υγείας δημιουργώντας και εκεί αρνητικές συνέπειες. Αν και ένα μεγάλο ποσοστό των μεταναστών εργάζεται, στην πραγματικότητα δεν πληρώνει φόρους ή εισφορές σε κοινωνικά ταμεία, γιατί είναι επακόλουθο του τύπου εργασίας που ακολουθούν (δουλεύουν δηλαδή χωρίς ένσημα, δηλαδή παράνομα). Παρόλα αυτά χρησιμοποιούν ολοένα και περισσότερο τις δημόσιες υπηρεσίες -νοσοκομεία- εντελώς δωρεάν, αφού βάση του νόμου μπορούν -αν θεωρηθούν ως έκτατο

¹⁸5^η & 6^η περιοδική έκθεση της Ελλάδας: Υποβαλλόμενη βάσει του άρθ.19 της σύμβασης κατά των βασανιστηρίων και άλλων τρόπων σκληρής, απάνθρωπης ή ταπεινωτικής μεταχείρισης ή τιμωρίας (2009), <http://www.mfa.gr>, (πρόσβαση στις 10/09/2013)

περιστατικό- (Κατρούγκαλος, 2001). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να επιβαρύνονται οικονομικά τα δημόσια νοσοκομεία, χωρίς προοπτική γεφύρωσης αυτών των οικονομικών χασμάτων. Σε αυτό το σημείο παρατηρείται κάτι οξύμωρο σε σχέση με τους ανασφάλιστους γηγενείς. Ενώ ο παράνομος αλλοδαπός χρησιμοποιεί δωρεάν τις υπηρεσίες υγείας ως «έκτακτο περιστατικό», ο ανασφάλιστος Έλληνας σε δημόσιο νοσοκομείο θα χρειαστεί να πληρώσει το 25% των φαρμάκων και το 10% της νοσηλείας¹⁹.

Λόγω της απουσίας ειδικότερης ρύθμισης για την πρόσβαση των άτυπων μεταναστών στα δημόσια νοσοκομεία, η εξυπηρέτηση τους παρουσιάζει προβλήματα. Παρουσιάζεται πρόβλημα στην αποπληρωμή των νοσηλίων από τους μετανάστες που εισάγονται για περίθαλψη, ενώ παράλληλα παρατηρείται χάσμα στην επικοινωνία ανάμεσα στους ασθενείς και στο προσωπικό των νοσοκομείων, λόγω γλώσσας. Έτσι, διαπιστώνεται άγνοια των μεταναστών για τα δικαιώματά τους και για τις διαδικασίες που ακολουθούνται από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας με αποτέλεσμα να υπερφορτώνονται τα δημόσια νοσοκομεία με περιστατικά που δεν είναι στην πραγματικότητα επείγουσας φύσης (Δημητριάδου, 2011 και Κυριόπουλος & Σουλιώτης, 2002).

Σύμφωνα με το νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο που διέπει την πρόσβαση των ασθενών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, οι άτυποι μετανάστες -όπως και οι λοιπές κατηγορίες προσώπων μη δικαιούχων δωρεάν πρόσβασης- δύνανται να αποταθούν χωρίς χρέωση στα δημόσια νοσοκομεία (Μαράτου, 2005), να τύχουν εμβολιασμού, και να λάβουν ορισμένες άλλες υπηρεσίες ρητά προβλεπόμενες από τους σχετικούς κανονισμούς, για παράδειγμα τη θεραπεία και πρόληψη μεταδοτικών ασθενειών, αφροδισιακών νοσημάτων και τη θεραπεία ορισμένων άλλων χρόνιων ή και σοβαρών ασθενειών (Ψημμένος, 2008). Το θεσμικό πλαίσιο για τη νοσηλευτική και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ανασφάλιστων και οικονομικά αδύνατων πολιτών (ΚΥΑ²⁰ αριθμ. 139491/2006) προβλέπει στην κατηγορία των δικαιούχων και ανασφάλιστους αλλοδαπούς με την επίδειξη του δελτίου ταυτότητας πρόσφυγα ή του

¹⁹ Πληροφορίες για το Κόστος της περίθαλψης των παράνομων μεταναστών και των ανασφάλιστων Ελλήνων πολιτών, <http://www.iatronet.gr>, πρόσβαση στις 19 Νοεμβρίου 2013.

²⁰ ΚΥΑ: Κοινή Υπουργική Απόφαση.

δελτίου αιτήσαντος σε άσυλο αλλοδαπού ή του ειδικού δελτίου παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους²¹.

Ωστόσο, ο καταγεγραμμένος μόνιμος αλλοδαπός πληθυσμός, σύμφωνα με την τελευταία απογραφή φτάνει σχεδόν το 1 εκατομμύριο άτομα (ΕΣΥΕ, 2011), και αποτελεί πλέον συνήθη πρακτική οι αμιγώς οικονομικοί μετανάστες να προστρέχουν στη διαδικασία του ασύλου ως μόνο τρόπο για να νομιμοποιήσουν προσωρινά τη διαμονή τους στη χώρα. Επομένως, γίνεται αντιληπτός ο τεράστιος αριθμός των παράνομων μεταναστών και των οικογενειών τους οι οποίοι έχουν δυνητική πρόσβαση σε δωρεάν υγειονομική περίθαλψη στη χώρα μας. Επίσης, με τη μνημονιακή αδιέξοδη πολιτική, ένας στους τρεις εργαζόμενους είναι ανασφάλιστοι, σύμφωνα με τους ελέγχους του Σώματος Επιθεώρησης Εργασίας (κατά το πρώτο επτάμηνο του 2012, με το 57,2% των ανασφάλιστων να είναι Έλληνες και το 42,8% αλλοδαποί)²².

Το ίδιο το κράτος περιθάλλει εντελώς δωρεάν όλους τους παράνομους μετανάστες, στην περίπτωση που θεωρούνται ως «έκτακτο περιστατικό», ωστόσο το υπέρογκο κόστος της φαρμακευτικής και νοσοκομειακής «εξυγίανσης» μεταπίπτει όλο και περισσότερο στις πλάτες των Ελλήνων ασφαλισμένων καθώς και στους ανασφάλιστους Έλληνες ανέργους που έχουν τριπλασιαστεί μέσα σ' ένα χρόνο και ήδη υπερβαίνουν το 1/3 του πληθυσμού (Βαλκάνος, 2011). Στην πραγματικότητα όμως, έγκειται στην θέληση και στην κριτική άποψη του προσωπικού/των επαγγελματιών της υγείας αν θα κρίνουν το περιστατικό ως έκτακτο και ως εκ τούτου να του δοθεί η δυνατότητα να νοσηλευτεί εντελώς δωρεάν στο δημόσιο νοσοκομείο.

Βάσει των παραπάνω, έχει διαπιστωθεί ότι η δωρεάν πρόσβαση των άτυπων μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας παρουσιάζει στην πράξη εγγενείς δυσχέρειες. Οι κοινωνικές επιπτώσεις συνδέονται με τον ρατσισμό που αναπτύσσεται στην χώρα μας, ο οποίος έχει να κάνει με την αντίληψη των γηγενών ότι οι μετανάστες χρησιμοποιούν τις δημόσιες υπηρεσίες που χρησιμοποιούν και οι Έλληνες και μάλιστα δωρεάν. Κατά τη διαδικασία της εκ νέου κοινωνικοποίησης των αλλοδαπών στις αξίες, στα ήθη και στα σύμβολα της νέας τους «πατρίδας», σε πολλές περιπτώσεις οι αυτόχθονες διατηρούν καχυποψία, φόβο και αρνητική στάση απέναντι στο ξένο (Ψημμένος, 2007).

²¹ Health-daily , <http://www.clipnews.gr>, πρόσβαση στις 20 Σεπτέμβρη 2013.

²² www.iatronet.gr, πρόσβαση στις 19 Νοεμβρίου, 2013.

Εκρηκτικές και επικίνδυνες διαστάσεις έχει λάβει το πρόβλημα της νοσοκομειακής περίθαλψης εκατοντάδων χιλιάδων ανασφάλιστων και ανέργων πολιτών και ανθρώπων που βρίσκονται κάτω από το όριο της φτώχειας. Οι υπηρεσίες των νοσοκομείων αναγκάζουν τους ανασφάλιστους και τους μη έχοντες τη δυνατότητα πληρωμής των νοσηλίων, να αποδέχονται μια διαδικασία που μετατρέπει το οφειλόμενο ποσό για τη νοσηλεία του ασθενή σε χρέος του προς το Δημόσιο. Ο ανασφάλιστος ασθενής, κατά την τακτική του εισαγωγή προπληρώνει ένα ποσό ή με υπεύθυνη δήλωση του αναφέρει την αδυναμία του για την καταβολή του, όμως παράλληλα δεσμεύεται να το αποπληρώσει στη συνέχεια, μετακυλίνοντας το κόστος της περίθαλψης του επαυξημένο με τόκους υπηρεσίας στην οικία Δημόσια Οικονομική Υπηρεσία – ΔΟΥ (Παπαθεοδώρου, 2011).

Έτσι εκατοντάδες χιλιάδες ανασφάλιστοι, άνεργοι και πολίτες με σοβαρή οικονομική αδυναμία καλούνται να επιλέξουν ανάμεσα στην επιδείνωση της υγείας τους ή στην επιβάρυνση των ίδιων και των οικογενειών τους με ένα ακόμα δυσβάστακτο και μη διαχειρίσιμο χρέος. Επίσης, στα νοσοκομεία της χώρας δεν γίνεται διαχωρισμός μεταξύ ανασφάλιστων και παράνομα διαμενόντων μεταναστών, τα νοσήλια των ανασφάλιστων λαθρομεταναστών στοιχίζουν στο κράτος 2,7δισ€ κάθε χρόνο, ενώ αν συνυπολογιστούν και οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων το κόστος ανεβαίνει στα 5-6δισ²³.

Αυτό το γεγονός έχει σαν αποτέλεσμα να οξύνει τα πνεύματα μεταξύ των γηγενών και των μεταναστών, προκαλώντας δυσχέρεια, αγανάκτηση προς τους μετανάστες. Αποτελεί Ευρωπαϊκή, ίσως και παγκόσμια, πρωτοτυπία, να παρέχεται δωρεάν νοσοκομειακή περίθαλψη σε όλους τους παράνομους μετανάστες, ειδικά σε μια χώρα που είναι στα πρόθυρα της οικονομικής χρεοκοπίας και της κοινωνικής διάλυσης (Δημητρίου, 2011). Συνοψίζοντας τις επιπτώσεις της μετανάστευσης στον χώρο της υγείας, η πρώτη συνέπεια εντοπίζεται σε οικονομικό επίπεδο. Οι κοινωνικές επιπτώσεις είναι πιο πολύπλοκες, αν φανταστούμε ότι ο χώρος του νοσοκομείου αποτελεί μια μικρή κοινωνία- καθρέπτης της κοινωνία που ζούμε.

²³ www.iatronet.gr, πρόσβαση στις 19 Νοεμβρίου, 2013.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΚΑΙ ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ

Η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού αποτελεί μία πολυσυζητημένη και αμφισβητούμενη έννοια. Ως όρος στην κοινωνιολογία απαντάται για πρώτη φορά σε κείμενα γάλλων επιστημόνων στα μέσα της δεκαετίας του '60 όταν πολιτικοί, ακαδημαϊκοί και δημοσιογράφοι αναφερόμενοι στους φτωχούς κάνουν λόγο για «αποκλεισμένους» (Οικονόμου & Φερώνας, 2006 και Πετράκη, 1998). Τα επόμενα χρόνια, ο όρος αυτός κάνει την εμφάνιση του ως τίτλος συγγράμματος δύο φορές, το 1965²⁴ και το 1974²⁵, και κατοχυρώνεται πλέον στο λεξιλόγιο της κοινωνιολογίας.

Η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού αν και αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της Γαλλικής θεωρητικής παράδοσης, η ραγδαία εξάπλωση του όρου οφείλεται στους θεσμούς της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το 1988, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή εισάγει για πρώτη φορά τον «κοινωνικό αποκλεισμό, περιθωριοποίηση και νέες μορφές φτώχειας» (European Commission, 1988). Τον Σεπτέμβρη του 1989, ένα δεύτερο επίσημο κείμενο, εμπεριέχει τον όρο του κοινωνικού αποκλεισμού και έρχεται να επιβεβαιώσει την υιοθέτηση του όρου από την Κοινότητα. Πρόκειται για μια απόφαση του Συμβουλίου, στην οποία σημειώνεται ότι «η καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού» πρέπει και θεωρείται ως ένα σημαντικό μέρος της κοινωνικής διάστασης, «της κοινής αγοράς». Στο τίτλο του 3^{ου} Κοινοτικού Προγράμματος για την καταπολέμηση της φτώχειας (1989-1994) δεν συναντάμε πουθενά τον όρο «φτώχεια». Ο τίτλος παρουσιάζεται ως «*Μεσοπρόθεσμο πρόγραμμα Κοινοτικής Δράσης για την οικονομική και κοινωνική ενσωμάτωση των λιγότερο ευνοημένων κοινωνικών ομάδων*» (Οικονόμου & Φερώνας, 2006:10-11).

Ο ορισμός του «κοινωνικού αποκλεισμού» θεμελιώνεται στα ανθρώπινα δικαιώματα και συγκεκριμένα στα κοινωνικά δικαιώματα. Το Παρατηρητήριο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (1991) ορίζει τον κοινωνικό αποκλεισμό πρώτον και κυρίως

²⁴ Στο έργο του J. Klanfer «L' exclusion sociale», ο οποίος ανήκε στην ομάδα εθελοντικής παρέμβασης του Πατέρα J. Wresinski, ηγέτη του κινήματος του ATD-Quart Monde (Παπαδοπούλου, 2002β:45)

²⁵ Στο έργο του Rene Lenoir «Les exclus, un Francais sur dix», ανώτατο στέλεχος της γαλλικής κρατικής διοίκησης (Παπαδοπούλου, 2002β:45).

σε σχέση με τα κοινωνικά δικαιώματα των πολιτών και με βάση αυτήν την αντίληψη το Παρατηρητήριο διατυπώνει την άποψη ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός μπορεί να αναλυθεί με τους όρους της άρνησης ή της μη-πραγματοποίησης κοινωνικών δικαιωμάτων (Καβουνίδη, 2002:47).

Ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι μια διαφορετική έννοια από εκείνες της φτώχειας και της περιθωριοποίησης. Ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι η παρεμπόδιση των κοινωνικών και των δημόσιων αγαθών, όπως είναι για παράδειγμα αυτά της εκπαίδευσης, του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης κλπ., η έλλειψη των οποίων οδηγεί συνήθως και στην οικονομική ανέχεια και στην περιθωριοποίηση (Τσιάκαλος, 1998 και Ψημμένος, 2007).

Χαρακτηριστικό σημείο στην σημερινή κατάσταση είναι το γεγονός ότι σήμερα υπάρχει η έννοια του «δημόσιου πλούτου», ως το σύνολο των αγαθών στα οποία έχουν πρόσβαση όλοι οι άνθρωποι που ζουν σε μια χώρα. Ο δημόσιος χαρακτήρας ορισμένων αγαθών κατοχυρώνεται μάλιστα στους συνταγματικούς χάρτες των περισσότερων χωρών, όπως πολύ χαρακτηριστικά συμβαίνει με το αγαθό της υγείας. Είναι η αντίληψη, ότι ορισμένα αγαθά πρέπει να είναι δημόσια, δηλαδή να παρέχονται σε όλους τους ανθρώπους (Ζάννης, 2006). Από την παραπάνω αντίληψη προκύπτει ότι η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού εμφανίζεται ως ιδιαίτερο φαινόμενο με την ισχυροποίηση της αντίληψης περί κοινωνικών δικαιωμάτων και υπάρχει μόνο στις κοινωνίες, στις οποίες υπάρχει επίσης η αντίληψη της έννοιας του δημόσιου και κοινωνικού αγαθού (Καψάλης, 2003α).

Ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν είναι μία μετρίσιμη κατάσταση, είναι μία διαδικασία και ταυτόχρονα το αποτέλεσμα αυτής. Σημασία δεν έχει το γεγονός ότι κατέστη αδύνατη για ένα άτομο η πρόσβαση σε κάποιες υπηρεσίες κοινωνικών παροχών, σε κάποιες συγκεκριμένες περιπτώσεις. Σημασία έχει, όχι η μη πρόσβαση, αλλά η μη προσβασιμότητα (η συστηματική αφαίρεση της δυνατότητας για πρόσβαση) σε αυτές της Υπηρεσίες, η οποία έχει τελικά ως συνέπεια την μη απόλαυση των αντίστοιχων υπηρεσιών (Ζάννης, 2006). Για παράδειγμα, αν υποθέσουμε ότι ένας μετανάστης στην Ελλάδα στερείται στην πράξη συστηματικά της δυνατότητας περίθαλψης σε δημόσια κέντρα υγείας, βιώνει μια διαδικασία αποκλεισμού όσον αφορά στη πρόσβαση στις υπηρεσίες κοινωνικών παροχών. Την ίδια στιγμή στερείται εντέλει και ένα δημόσιο αγαθό, ή καλύτερα, δεν του επιτρέπεται να ασκήσει ένα κοινωνικό δικαίωμά του (Ψημμένος, 2008). Σύμφωνα με αυτήν την αντίληψη συμπεραίνεται ότι η «υγεία» αποτελεί δικαίωμα και δημόσιο αγαθό.

Ωστόσο η υγεία και ο κοινωνικός αποκλεισμός συνδέονται και με μία άλλη, αντίστροφη πορεία. Αναφέρθηκε ότι η κατάσταση της υγείας και η δυνατότητα άσκησης του δικαιώματος της ισότιμης πρόσβασης σε (ποιοτικές) υπηρεσίες υγείας, ενδέχεται να τροφοδοτήσει μια διαδικασία κοινωνικού αποκλεισμού. Μια τέτοια διαδικασία, από την άλλη πλευρά, ανεξάρτητα από τους παράγοντες που την προκαλούν, είναι πιθανόν να επηρεάσει την υγεία του προσώπου που την βιώνει και να επιταχύνει ή να επιτείνει με αυτό τον τρόπο ακόμη περισσότερο τον κοινωνικό αποκλεισμό του (Καψάλης, 2003β).

Το γεγονός και μόνο, για παράδειγμα, ότι ένας μακροχρόνια άνεργος μετανάστης²⁶ διαμένει σε παράπηγμα κάτω από άθλιες συνθήκες υγιεινής, αρκεί ώστε να αυξηθούν σημαντικά οι πιθανότητες για να ασθενήσει. Ο αυξημένος κίνδυνος για ασθένεια, όπως επίσης και η προσβολή της υγείας του κοινωνικά αποκλεισμένου, είναι συνιστώσες του θέματος που πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη για δύο λόγους. Πρώτον, επειδή, ο κίνδυνος της προσβολής της υγείας είναι από μόνος του στοιχείο-αφετηρία μιας διαδικασίας κοινωνικού αποκλεισμού. Δεύτερον, γιατί η ασθένεια για τον κοινωνικά αποκλεισμένο μπορεί να πυροδοτήσει μια άλλη διαδικασία κοινωνικού αποκλεισμού, είτε στο επίπεδο της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας με σκοπό την θεραπεία, είτε σε αυτό της προσβασιμότητας σε ένα άλλο παράγοντα κοινωνικής ενσωμάτωσης, όπως είναι η ικανότητα προς εργασία (Κούτα & Μίτλεττον, 2012). Η διάσταση αυτή αποκτά ξεχωριστό ενδιαφέρον στη περίπτωση που ο κοινωνικά αποκλεισμένος ανήκει σε μία από τις αποκαλούμενες «κοινωνικά ευπαθείς ομάδες» του πληθυσμού, όπως θεωρούνται οι «μετανάστες».

Οι αιτίες στη συγκεκριμένη θεώρηση είναι πολύ διαφορετικές μεταξύ τους και περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα φαινομένων - από τις αλλαγές στην παγκόσμια οικονομία έως απλά γεγονότα στην προσωπική ζωή των ανθρώπων (Patricia Hynes, 2011). Δηλαδή, αιτίες που φαίνεται να μην έχουν κοινή ρίζα και κοινό στοιχείο. Συνοπτικά, τα αίτια του αποκλεισμού είναι η μόνιμη ανεργία και, ιδίως, η μακροχρόνια ανεργία, ο αντίκτυπος της βιομηχανικής αλλαγής σε μη ειδικευμένους εργαζόμενους, η εξέλιξη των οικογενειακών δομών και η παρακμή των παραδοσιακών μορφών αλληλεγγύης, η αύξηση του ατομικισμού και η παρακμή των παραδοσιακών αντιπροσωπευτικών θεσμών και τέλος, οι νέες μορφές

²⁶ Ο οποίος αντιμετωπίζει τον κοινωνικό αποκλεισμό στο τομέα της απασχόλησης και συνάμα τον κίνδυνο της φτώχειας.

μετανάστευσης, ιδιαίτερα η παράνομη μετανάστευση και οι μετακινήσεις του πληθυσμού (Τσιάκαλος, 1998).

Εξαιτίας των δυσμενών οικονομικών και κοινωνικών παραγόντων που οδήγησαν ένα μεγάλο αριθμό ατόμων στην μετανάστευση και των δεδομένων κοινωνικοοικονομικών συνθηκών που επικρατούν στις χώρες υποδοχής, οι μετανάστες αποτελούν μία ομάδα ιδιαίτερα ευπαθή στον κοινωνικό αποκλεισμό (Mason, 2001), γεγονός που οφείλεται, κατά κύριο λόγο, στο ότι βρίσκονται αντιμέτωποι με δυσκολίες επικοινωνίας και πρόσβασης στις υπηρεσίες, λόγω διαφορετικής γλώσσας. Εκτός από τις γλωσσικές διαφορές, ο μεταναστευτικός πληθυσμός φέρει διαφορετικά πολιτισμικά στοιχεία, θρησκευτικά, εθνικά χαρακτηριστικά που τον προσδιορίζουν. Επίσης, απαιτείται χρόνος προσαρμογής των ίδιων προκειμένου να ενταχθούν στο θεσμικό, λειτουργικό, νομικό σύστημα της χώρας υποδοχής που διαφέρει με αυτό μέσα στο οποίο κοινωνικοποιήθηκαν ενώ, είναι αντιμέτωποι με τα κενά της μεταναστευτικής πολιτικής, τα οποία κυρίως προσδιορίζονται από οικονομική και πολύ λιγότερο από κοινωνική πολιτική (Χλέτσος & Ναξάκης, 2003).

Συμπερασματικά, ο κοινωνικός αποκλεισμός αναφέρεται σε τρία διαφορετικά επίπεδα, τα οποία είναι το οικονομικό: η παρεμπόδιση συμμετοχής στον κοινωνικό πλούτο, το νομικό: η αποστέρηση της νομικής προστασίας και η αδυναμία ενεργοποίησης ενός δικαιώματος και τέλος το κοινωνικό επίπεδο (Τσαούσης, 1998:91-92). Σύμφωνα με τον ορισμό, γίνεται σαφές ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός ξεπερνά τη φτώχεια ως κριτήριο. Δηλαδή, δεν είναι μόνο ο φτωχός αποκλεισμένος, αλλά η στέρηση των δικαιωμάτων, η ρατσιστική συμπεριφορά και γενικά η απώλεια σεβασμού προς το διαφορετικό είναι που αποξενώνει μια ομάδα ανθρώπων και στην περίπτωση της παρούσας μελέτης μια ομάδα μεταναστών.

Ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν αποτελεί ένα νέο φαινόμενο. Υπήρχε και σε παλαιότερες εποχές, με μεγαλύτερη αυστηρότητα και αποτελούσε σημαντική αιτία για την εξαθλίωση ολόκληρων κοινωνικών τάξεων (Πετράκη, 1998 και Παπαδοπούλου, 2002α). Η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού είναι αποτέλεσμα κοινωνικών ανισοτήτων, οι οποίες είναι υπαρκτές σε όλες τις κοινωνίες και σε όλες τις εποχές. Ωστόσο, το να θέτουμε ως στόχο την ισότητα ανάμεσα στους ανθρώπους είναι μάλλον ουτοπικό, αφού η ισότητα είναι αποτέλεσμα σύγκρισης ανάμεσα σε ανθρώπους που έχουν τις ίδιες δυνατότητες και τις ίδιες ανάγκες. Η ισότητα δεν είναι φυσιολογική ως έννοια ανάμεσα στους ανθρώπους, αφού κάθε άνθρωπος είναι

διαφορετικός και ξεχωριστός. Η έννοια της ισότητας είναι νοητή ανάμεσα σε όμοιους και όχι διαφορετικούς ανθρώπους. Ωστόσο, η έννοια της ισοτιμίας²⁷, η οποία βασίζεται στη διαφορετικότητα, ίσως αποτελεί πιο ρεαλιστική βάση για να καταπολεμήσουμε τον κοινωνικό αποκλεισμό (Ζάννης, 2006).

3.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ανεπαρκής πρόσβαση σε ουσιώδες υπηρεσίες υγείας είναι ένα από τους πολλούς προσδιοριστικούς παράγοντες των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Μπορεί να μην είναι ο κυριότερος παράγοντας, αλλά είναι καθοριστικής σημασίας για τις ίδιες της υπηρεσίες υγείας (Mathieson J. etc, 2008). Η οικονομική επιβάρυνση από το κόστος των υπηρεσιών υγείας αποτελεί μια όλο και αυξανόμενη αιτία φτώχειας- ιδιαίτερα για τις κοινωνικά ευάλωτες ομάδες. Στο πλαίσιο των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, ένα από τα ουσιώδη δικαιώματα του ατόμου είναι η πρόσβαση σε αποτελεσματική φροντίδα υγείας, η οποία πρέπει να αποσκοπεί στην ανακούφιση της επιβάρυνσης των ατόμων όταν νοσήσουν, αλλά πρωτίστως στην προστασία και πρόληψη της νόσου και σε δεύτερο στάδιο στην προαγωγή και διατήρηση της υγείας προτού το άτομο νοσήσει (Ziglio, 2003).

Όμως για πολλά εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο ακόμη και σε μια σχετικά εύπορη περιοχή όπως η Ευρώπη, η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι ανεπαρκής σε σχέση με τις ανάγκες κάποιων ομάδων, ή ακόμη και ανέφικτη για πρακτικούς λόγους. Εξάλλου παράδειγμα σοβαρής αδικίας αποτελεί το γεγονός ότι συχνά είναι αυτοί με την μεγαλύτερη ανάγκη οι οποίοι έχουν ανεπαρκή πρόσβαση σε φροντίδα υγείας (Patricia, 2011). Η έννοια της ανισότητας στην πρόσβαση σε φροντίδα υγείας αποτυπώθηκε για πρώτη φορά από τον Tubor Hart (1971), ο οποίος αναφέρει ότι *«Η προσφορά ποιοτικής φροντίδας τείνει να είναι αντιστρόφως ανάλογη των αναγκών για φροντίδα υγείας στον πληθυσμό που εξυπηρετεί»* (Νόμος της Αντίστροφης Φροντίδας-Inverse Care Law).

Οι θεωρητικοί Hayek, Buchanan, Friedman και Lees πιστεύουν ότι θα πρέπει να υπάρχει το δικαίωμα της ελευθερίας της επιλογής στην παροχή υπηρεσιών υγείας και της ελεύθερης λειτουργίας της αγοράς της, καταδικάζοντας τα κρατικά συστήματα για πλήρη έλεγχο του δικαιώματος από την γραφειοκρατία και για κατεύθυνση των

²⁷ Η αποδοχή και η ρεαλιστική συναίσθηση ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν διαφορετικής φύσης και έντασης ανάγκες.

δαπανών σε συγκεκριμένους παρόχους. Από την άλλη πλευρά, άλλοι θεωρητικοί (Marshall, Mill) παρουσιάζουν το αγαθό της υγείας ως δικαίωμα προστατευμένο από το κράτος, παρεχόμενο δίχως όρους και αγοραίες συνθήκες, θεωρώντας ότι το δικαίωμα αυτό πηγάζει από την ανθρώπινη ύπαρξη ή και την υπόσταση του πολίτη (citizenship). Θεωρούν την υγεία ως αγαθό που προάγει την κοινωνική δικαιοσύνη μέσα από «την υπό τους ίδιους όρους πρόσβαση», ως ένα αγαθό που η απουσία ή η διακύβευσή του θα υπέσκαπτε αυτόν τον ίδιο τον πολιτισμό (Μακαρώνης, 2011).

Στην Ελλάδα το δικαίωμα στην υγεία εγείρει αξιώσεις για λήψη μέτρων προστασίας της καλής σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής κατάστασης, ώστε ο άνθρωπος να ζει σε υγιεινές και ασφαλείς συνθήκες, προλαμβάνοντας παράλληλα παραδοσιακούς και σύγχρονους κινδύνους. Επίσης, εγείρει αξιώσεις για ισότιμη περίθαλψη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική κατάσταση. Επιπλέον, εγείρει αξιώσεις για υψηλού επιπέδου δωρεάν, πλήρεις και επαρκείς παροχές, κατάλληλες για την αντιμετώπιση ατομικών προβλημάτων υγείας όσον αφορά στην πρόληψη, στην περίθαλψη και στην φαρμακευτική κάλυψη (Παπαθεοδώρου, 2011). Το αγαθό της υγείας βρίσκεται υπό κρατική εγγυοδοσία, όχι μόνον όσον αφορά την παραγωγή και διανομή του, αλλά και την διαρκή εξέλιξή του βάσει των κοινωνικών αναγκών και της ιατρικής επιστήμης. Συνεπώς, στην Ελλάδα το περιεχόμενο του αγαθού της υγείας εμπεριέχει την κρατική, δωρεάν, ισότιμη και καθολική παροχή του σε επίπεδο πρόληψης, αλλά και θεραπείας.

Η παραπάνω όμως περιγραφή του περιεχομένου του δικαιώματος στην υγεία, δεν αποτυπώνει και την ισχύουσα κατάσταση, όπου και εντοπίζονται δυσλειτουργίες που παράγουν ανισότητες (Μακαρώνης, 2011). Έρευνες έχουν δείξει ότι, οι ανισότητες στην υγεία αυξάνονται τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα όσον αφορά το επίπεδο υγείας, την έκθεση σε κινδύνους και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, ως αποτέλεσμα αύξησης των οικονομικών και κοινωνικών ανισοτήτων. Τα ευρήματά τους έχουν αποδείξει την συσχέτιση του οικονομικού επιπέδου με το βιοτικό επίπεδο, το επίπεδο μόρφωσης, την περιοχή κατοικίας και συνέχεια όλων αυτών με το επίπεδο υγείας και την προσβασιμότητα στο σύστημα (Patricia, 2011).

Επιπρόσθετα, οι μετανάστες δεν ενημερώνονται για τα προβλήματα υγείας που δημιουργούνται από τις εργασίες τους, αφού οι περισσότεροι μετανάστες έρχονται σε επαφή με διάφορα χημικά, καθαριστικά, φυτοφάρμακα με αποτέλεσμα να μην προστατεύονται και να ζημιώνεται η υγεία τους (Ψημμένος, 2008). Η περιγραφή αυτή αποτελεί έναν φαύλο κύκλο, ο οποίος επιδεινώνει συνεχώς την ευημερία του ατόμου,

ζητώντας την θεραπεία από τον κρατικό παρεμβατισμό. Τα αίτια των ανισοτήτων στη χρήση των υπηρεσιών υγείας ανάγονται στην Ελλάδα κυρίως στην πολυδιάσπαση των ταμείων και στις άνισες παροχές τους, καθώς και στη συνεχή υποβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Δημητριάδου, 2011).

Οι ανισότητες στην προσβασιμότητα και την χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας, εμφανίζονται όπου επικρατούν οι μηχανισμοί της αγοράς και όπου η εξισορρόπηση της ζήτησης και της προσφοράς γίνεται δια μέσου των τιμών. Ο συνδυασμός ιδιωτικής και δημόσιας παροχής υπηρεσιών υγείας, ιδίως σε ένα μη ανταγωνιστικό περιβάλλον με ιδιαίτερα ταχεία ανάπτυξη του πρώτου ως αποτέλεσμα της υπό-χρηματοδότησης και υπό-ελλειμματικότητας του δεύτερου, εγκυμονεί διττό ζήτημα ανισότητας: την υποβάθμιση υπηρεσιών του δημοσίου τομέα και την μείωση της αποτελεσματικότητας του συνολικού συστήματος, με παράλληλη αύξηση του κόστους του (Κυριόπουλος, 2002).

Ωστόσο, η ύπαρξη ανισοτήτων στην υγεία θεωρείται από όλες τις χώρες μη αποδεκτή κατάσταση. Αυτό εκφράστηκε αρχικά σε διεθνές επίπεδο στη Διακήρυξη της Alma-Ata (1978), όπου διατυπώθηκε η θέση ότι οι υπάρχουσες ανισότητες στο επίπεδο υγείας των ανθρώπων είναι πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά απαράδεκτες. Η δήλωση αυτή ανέδειξε το ζήτημα της ισότητας σε πρωταρχικό στόχο της παγκόσμιας στρατηγικής για «Υγεία για όλους μέχρι το έτος 2000». Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, η «Ευρώπη 2020» αποτελεί μια στρατηγική ώστε να μειωθεί το χάσμα υγείας μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων με ουσιαστική βελτίωση του επιπέδου υγείας των ομάδων που μειονεκτούν και να βρεθεί η κατάλληλη ισορροπία τόσο στην οικονομική όσο και στην κοινωνική συνοχή (European Commission, 2010).

Θα μπορούσε επιπλέον να υποστηριχθεί ότι οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία είναι άδικες και ανισότιμες στον βαθμό που προκύπτουν από μια άδικη κοινωνική δομή, η οποία επιβάλλει θυσίες στους λιγότερο ευημερούντες προς όφελος αυτών που βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση (Παπαθεοδώρου, 2011). Έτσι, οι ανισότητες στην υγεία συνιστούν ανισότητες ως προς τις δυνατότητες που έχουν τα άτομα να επιτελέσουν τις λειτουργικές τους δραστηριότητες και, με αυτή την έννοια, αποτελούν άρνηση της ισότητας ευκαιριών (Matheson J. etc, 2008). Αναμφισβήτητα οι ανισότητες μεταξύ των διάφορων κοινωνικοοικονομικών ομάδων επιδρούν στην υγεία των πολιτών. Προς αυτήν την κατεύθυνση, στην συνέχεια θα διερευνηθεί η προσβασιμότητα των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας.

3.3 ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η πρόσβαση των μεταναστών στο ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί βασική παράμετρο της ένταξης τους στην ελληνική κοινωνία, της διασφάλισης της δημόσιας υγείας και του σεβασμού του ανθρωπίνου δικαιώματος στην αξιοπρέπεια και τη ζωή. Η υγεία είναι ένας εξαιρετικά σημαντικός παράγοντας στη ζωή των μεταναστών και των οικογενειών τους, αφού είναι στενά συνδεδεμένη με την ένταξη τους. «Μετανάστες, οι οποίοι είναι επιβαρυνμένοι ή ακινητοποιημένοι από προβλήματα υγείας παρακωλύονται στην προσπάθειά τους για ένταξη. Η ασθένεια επιτείνει την περιθωριοποίηση και η περιθωριοποίηση την ασθένεια, δημιουργώντας τις συνθήκες για μία βαθμιαία κατάπτωση. Η ένταξη είναι ένα προαπαιτούμενο για μια παροχή αποτελεσματικής φροντίδας υγείας, η οποία συχνά παρεμποδίζεται από την πλημμελή προσβασιμότητα. Η πρόσβαση σε αποτελεσματική φροντίδα υγείας θα πρέπει να θεωρείται εξίσου σημαντική με τη στέγαση, την εκπαίδευση για τη διαβίωση, και επομένως την ένταξη των μεταναστών» (Ingleby, 2005)²⁸.

Η κατάσταση στην Ελλάδα περιγράφεται με μελανά χρώματα, καθώς οι μετανάστες δικαιούνται θεωρητικά πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη, ενώ στην πραγματικότητα δεν έχουν όλοι ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες της υγείας. Δεδομένου του σημαντικού αριθμού μεταναστών χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής που βρίσκονται στην Ελλάδα και της ολοένα και αυξανόμενης έλευσης νέων (Λίνου, 2009), το ζήτημα της πρόσβασης των μεταναστών στην ιατρική περίθαλψη χρήζει ιδιαίτερης προσοχής για δύο λόγους: α) η υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ίδια την επιβίωση του ατόμου και β) μακροπρόθεσμα αλλά και μεσοπρόθεσμα τίθενται ζητήματα δημόσιας υγείας (Mathieson J. etc, 2008).

Εξαιτίας του μεγάλου αριθμού μεταναστών που ζουν και εργάζονται στην Ελλάδα και θέλοντας να διασφαλιστεί η ισότιμη πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής αλληλεγγύης, με γνώμονα το Σύνταγμα της Ελλάδας, αναφέρει ότι «Όλοι όσοι βρίσκονται στην ελληνική επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας τους, χωρίς διάκριση λόγω εθνικότητας, φυλής, γλώσσας και θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων» (Καψάλης, 2005).

²⁸ Ingleby D. (2005), «Ευρωπαϊκή έρευνα για την μετανάστευση και την υγεία», www.esdy.edu.gr, πρόσβαση στις 18 Νοέμβρη 2013.

Στην Ελλάδα, ένα μεγάλο τμήμα του μεταναστευτικού πληθυσμού, οι μετανάστες «χωρίς τα απαραίτητα έγγραφα», στερείται της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Οι ανασφάλιστοι μετανάστες σύμφωνα με τον νόμο δε δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, καθώς η πλευρά του Υπουργείου Υγείας χαρακτηρίζει τους ανασφάλιστους αλλοδαπούς ως την βασική αιτία της «μαύρης τρύπας» των δημόσιων νοσοκομείων (Κοσμίδης, 2010 και Κυριόπουλος & Σουλιώτης, 2002). Απόφαση που χαρακτηρίζεται ως ρατσιστική από το σύνολο των υπέρμαχων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Εάν το περιστατικό δεν κριθεί επείγον τότε οι αλλοδαποί αυτής της κατηγορίας δεν θα γίνονται δεκτοί και θα πρέπει να ειδοποιούνται άμεσα οι αρμόδιες αστυνομικές αρχές για τις περαιτέρω νόμιμες συνέπειες (Κατρούγκαλος, 2001). Πολλές περιπτώσεις μεταναστών φοβούνται να εισέλθουν στο νοσοκομείο μήπως η διοίκηση του νοσοκομείου ειδοποιήσει την αστυνομία για τη σύλληψη τους, με αποτέλεσμα πολλοί μετανάστες να επιλέγουν να θεραπεύονται στον προσωπικό τους χώρο.

Κατά την γνώμη μου, μια τέτοια πολιτική θα αποθαρρύνει τους μετανάστες χωρίς χαρτιά από το να ζητήσουν οποιαδήποτε ιατρική φροντίδα λόγω φόβου ότι οι γιατροί θα τους αποκρούσουν ή θα τους καταδώσουν στην αστυνομία. Όσοι είναι άρρωστοι θα αγνοήσουν τα συμπτώματα μέχρι να είναι πολύ αργά, ενώ σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να αποτελέσουν κίνδυνο για την δημόσια υγεία. Επίσης, πολλές είναι οι περιπτώσεις των άτυπων μεταναστών που δεν καταφεύγουν στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας λόγω φόβου, επιφυλακτικότητας και ανασφάλειας, παρά μόνο όταν η κατάσταση της υγείας τους χειροτερεύει, οπότε και το κόστος περίθαλψης είναι τελικά υψηλότερο (Κατρούγκαλος, 2001).

Σημαντικός παράγοντας που δύναται να περιορίσει την προσβασιμότητα των μεταναστών στην περίθαλψη είναι η συνεπαγόμενη ιδιωτική οικονομική δαπάνη (Louckx, 2002). Τα ποσοστά των ανασφάλιστων μεταναστών παραμένουν υψηλά ακόμα και για αυτούς που έχουν καταφέρει να νομιμοποιήσουν το καθεστώς παραμονής τους. Οι ανασφάλιστοι μετανάστες πρέπει να πληρώνουν οι ίδιοι το ποσό της περίθαλψης (καλούνται να προπληρώσουν έως και 50% του συνολικού κόστους νοσηλείας – Ψημμένος, 2008) κάτι για το οποίο οι περισσότεροι μετανάστες αδυνατούν λόγω της οικονομικής θέσης στην οποία βρίσκονται με αποτέλεσμα από ότι φαίνεται αυτό να αποτρέπει το συγκεκριμένο πληθυσμό να εισαχθεί σε νοσοκομεία. Μια άλλη πτυχή και αποτύπωση του προβλήματος της οικονομικής πρόσβασης είναι επίσης το γεγονός ότι συχνά κάποιοι άνθρωποι προκειμένου να

συγκεντρώσουν τα χρήματα για να καλύψουν με δικά τους έξοδα το αντίτιμο της φροντίδας εξωθούνται ως αποτέλεσμα το χρέος (Louckx, 2002). Αυτό το φαινόμενο έχει αποδοθεί με τον όρο ιατρική παγίδα που οδηγεί στην φτώχεια (medical poverty trap) – δηλαδή, πτώχευση η οποία προκαλείται από την αποπληρωμή των εξόδων της ιατρικής φροντίδας (Evans, 2001).

Επίσης, η πρόσβαση των μεταναστών σε δημόσια νοσοκομεία πολλές φορές σημαίνει ότι θα πρέπει να χάσουν κάποιο μεροκάματο, με αποτέλεσμα να αποφεύγουν να πηγαίνουν στο νοσοκομείο, ενώ πολλοί μετανάστες αδυνατούν να καταφθάσουν στο νοσοκομείο γιατί, είτε δεν γνωρίζουν, είτε δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να μεταφερθούν στον νοσοκομειακό χώρο, λόγω της γεωγραφικής θέσης του νοσοκομείου (Dahlgren, 1992, Ψημμένος, 2008 και Γιωτοπούλου, 1998). Πρόβλημα αντιμετωπίζουν, επίσης, όσοι πάσχουν από χρόνια νοσήματα ή χρειάζεται να κάνουν κάποια επέμβαση ή δαπανηρή θεραπεία δεδομένης και της κατά κανόνα δυσχερούς οικονομικής τους θέσης. Σε αυτήν την περίπτωση, την προσβασιμότητα στις δημόσιες υπηρεσίες δυσχεραίνουν τα χαμηλά εισοδήματα των μεταναστών καθώς και το καθεστώς εργασίας πολλών μεταναστών στη «άτυπη» οικονομία που έχει ως συνέπεια να παραμένουν ανασφάλιστοι (Λίνου, 2009).

Η έλλειψη ασφάλισης δημιουργεί τεράστια προβλήματα προσβασιμότητας, αλλά ακόμη και στην περίπτωση που κάποιος μετανάστης έχει ασφάλιση η πρόσβαση στη νοσοκομειακή περίθαλψη δεν είναι ιδιαίτερα εύκολη, διότι έχει να αντιμετωπίσει διακρίσεις, προβλήματα επικοινωνίας και προβλήματα κυρίως διοικητικής ή διαχειριστικής φύσης καθώς και προβλήματα τα οποία σχετίζονται με τα ωράρια εργασίας (Ψημμένος, 2008). Για τους αλλοδαπούς νόμιμα ευρισκόμενους στην Ελλάδα, η εγκύκλιος προβλέπει ότι για την παροχή νοσοκομειακής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης απαιτείται βιβλιάριο υγείας. Δυστυχώς όμως, η καθυστέρηση που σημειώνεται από την ημερομηνία κατάθεσης των δικαιολογητικών για την ανανέωση των αδειών εργασίας και παραμονής μέχρι την τελική τους έκδοση έχει ανυπολόγιστες συνέπειες και στο τομέα της πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας (Μαράτου & Γκαζόν, 2005).

Ένα άλλο σημαντικό εμπόδιο στην προσβασιμότητα των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής πρόνοιας είναι η ελλιπής έως και καθόλου ενημέρωση των κρατικών υπηρεσιών σχετικά με το νομικό καθεστώς και τα δικαιώματα των αλλοδαπών (Lenore Manderson, 1997). Επίσης, οι καθυστερήσεις για την έκδοση ή ανανέωσης αδειών παραμονής ή την έκδοση των ειδικών δελτίων

των αιτούντων άσυλο αλλοδαπών, έχουν ως συνέπεια την παρεμπόδιση της πρόσβασης πολλών μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας. Την πρόσβαση στο σύστημα υγείας δυσχεραίνουν παράγοντες όπως η γραφειοκρατία, οι μεγάλες λίστες αναμονής, οι ανεπαρκείς υποδομές, οι ελλείψεις εξειδικευμένου προσωπικού, τεχνογνωσίας και εξειδικευμένων δομών (π.χ. διερμηνέων, διαπολιτισμικών διαμεσολαβητών, ενημερωτικών φυλλαδίων κ.ά.- Καψάλης, 2005 και Ψημμένος, 2008 και Καψάλης 2003α).

Παρά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι αιτούντες άσυλο κατά την επαφή τους με το κράτος, αποτελεί γεγονός ότι τα βασικά τους δικαιώματα προστατεύονται από την εγχώρια νομοθεσία και το διεθνές δίκαιο. Εν αντιθέσει, η αντιμετώπιση των άτυπων μεταναστών εξακολουθεί να επαφίεται εν πολλοίς στο κράτος στο οποίο διαμένουν. Υπό αυτή την έννοια, οι άτυποι μετανάστες παραμένουν λιγότερο ορατοί, και άρα περισσότερο ευάλωτοι σε κάθε είδους εκμετάλλευση και κακομεταχείριση, ενώ το κλίμα των ημερών, που θέλει τους μετανάστες, και πολύ περισσότερο τους άτυπους, να στοχοποιούνται με αφορμή την οικονομική κρίση, επιδεινώνει τη θέση τους (Βλαχάδη, 2009).

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω ένα σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες είναι η πολιτισμική πρόσβαση. Δηλαδή, γλωσσικά εμπόδια, αντικειμενική δυσκολία επικοινωνίας με το ιατρικό προσωπικό, καθώς και ελλιπής ενημέρωση σχετικά με τη λειτουργία του ελληνικού συστήματος υγείας. Η παντελής απουσία διερμηνέων στα δημόσια νοσοκομεία έχει ως αποτέλεσμα να μην διασφαλίζεται η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που πρέπει να παρέχεται στους αλλοδαπούς (Mason, 2001). Πέρα, από τα γλωσσικά εμπόδια, ένα ακόμη σημαντικό εμπόδιο που παρατηρείται μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών αλλοδαπών, είναι το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας συχνά αδυνατούν να κατανοήσουν και να αντιληφθούν τις καθημερινές δυσκολίες αυτών που βιώνουν κακουχίες (Κούτα & Μίτλεττον, 2012). Αυτό σημαίνει ότι ενδέχεται να υπάρχει ανομοιομορφία στην επιμέλεια που δίνεται σε ασθενείς με μειονεκτικό υπόβαθρο και αυτό να οδηγεί σε διαφορές στο σεβασμό και στην ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν οι ασθενείς-μετανάστες (Μακαρώνης, 2011 και Κούτα & Μίτλεττον, 2012). Παράλληλα, η απουσία εξειδικευμένου προσωπικού και δομών δεν διευκολύνει το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας να ανταπεξέλθει στις ανάγκες των αλλοδαπών (Mathieson J. etc, 2008).

Οι μετανάστες και ιδιαίτερα οι πρόσφυγες είναι ευάλωτες ομάδες λόγω των τραυματικών εμπειριών πριν και κατά την διάρκεια του ταξιδιού τους και στη συνέχεια λόγω της βίαιης προσαρμογής τους σε ένα νέο περιβάλλον. Έρχονται αντιμέτωποι με την κοινωνική απαξίωση, τη φτώχεια, την ανασφάλεια, τον φόβο, ρατσιστικές συμπεριφορές από την κοινωνία, ενώ και οι πολιτισμικές ιδιαιτερότητες των ασθενών μπορεί να περιορίσει την προσβασιμότητα των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας (Lenore Manderson, 1997). Κρίνεται απαραίτητο να τονιστεί πως και γυναίκες μετανάστριες χωρίς χαρτιά οι οποίες είναι για παράδειγμα σε ενδιαφέρουσα ή έχουν γυναικολογικά προβλήματα, που λόγω κουλτούρας και πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων, δεν επιθυμούν να εξεταστούν από άνδρα γυναικολόγο ή φοβούνται μήπως συλληφθούν οι ίδιες ή ο σύζυγός τους από τις αρχές (Ψημμένος, 2008).

Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει στους ασυνόδευτους ανήλικους, που εάν και βάσει του νόμου δικαιούνται πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ακόμα και όταν δεν διαθέτουν τα απαραίτητα έγγραφα, δεν απολαμβάνουν της προστασίας που ορίζει το διεθνές δίκαιο, καθώς μεταξύ άλλων δεν υπάρχουν οι απαιτούμενοι χώροι για τη στέγαση τους. Αποτέλεσμα της ελλιπούς προστασίας είναι να τίθεται σε κίνδυνο η υγεία τους καθώς συχνά πέφτουν θύματα σωματεμπορίας, θύματα εργασιακής εκμετάλλευσης, ενώ διαβιούν σε άθλιες συνθήκες (Καψάλης, 2003β).

Όλα τα παραπάνω αποτελούν εμπόδια που περιορίζουν την προσβασιμότητα των αλλοδαπών στις υπηρεσίες υγείας ακόμα και όταν τυπικά δικαιούνται την πρόσβαση. Από την άλλη μεριά υπάρχουν περιπτώσεις όπου η προσβασιμότητα των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας διευκολύνεται παρόλο που τυπικά διαπιστώνεται άρνηση στην πρόσβαση (Kotsioni, 2008). Μετανάστες «χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα» εξυπηρετούνται από τις δομές του Εθνικού συστήματος υγείας, καθώς οι λειτουργοί υγείας αγνοούν το γράμμα του νόμου διευκολύνοντας την πρόσβαση των άτυπων μεταναστών στη δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Για τους μετανάστες «χωρίς χαρτιά» η κοινή στρατηγική είναι τα επείγοντα, αφού σύμφωνα με την απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας στους ανεπίσημους μετανάστες στην Ελλάδα, παρέχονται οι απαραίτητες ιατρικές υπηρεσίες αποκλειστικά και μόνο αν πρόκειται για επείγοντα περιστατικά και μέχρι να σταθεροποιηθεί η κατάσταση της υγείας τους.

Βέβαια, η χρήση των επειγόντων περιστατικών δεν προσφέρει τη δυνατότητα παρακολούθησης των περιστατικών και δεν επιλύει το ζήτημα της φαρμακευτικής

κάλυψης ασθενών που αδυνατούν οικονομικά να αντεπεξέλθουν στο κόστος. Πρέπει να επισημανθεί ότι η περιορισμένη πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη καθιστά ακόμα πιο ευάλωτη την κατάσταση της υγείας των μεταναστών που είναι ήδη επισφαλής λόγω των κακών συνθηκών διαβίωσης (στέγαση, διατροφή) (Patricia, 2011).

Η απουσία έγκαιρης διάγνωσης και ιατρικής παρακολούθησης μπορεί να καταστήσει μικρής σημασίας ασθένειες σοβαρές ακόμα και θανατηφόρες. Αυτό μπορεί να οδηγήσει, στην περίπτωση μίας νέας διαδικασίας νομιμοποίησης παράνομων μεταναστών, στην περαιτέρω επιβάρυνση των φορέων ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης καθώς θα κληθούν να αντιμετωπίσουν περισσότερα και σοβαρότερα περιστατικά απ' ό,τι θα είχαν αν κάποια προβλήματα υγείας των μεταναστών είχαν αντιμετωπιστεί εν τη γενέσει τους. Οι συνέπειες για τη δημόσια υγεία στην περίπτωση λοιμωδών νοσημάτων θα πρέπει να συνεκτιμηθούν (Μαράτου & Γκαζόν, 2005).

Σημαντικός είναι ο ρόλος υποστηρικτικών κοινωνικών δικτύων αλλά και μη κυβερνητικών οργανώσεων (ΜΚΟ)²⁹ που παρέχουν δωρεάν πρωτοβάθμια υπηρεσίες υγείας και φαρμακευτική περίθαλψη σε μετανάστες που δεν έχουν πρόσβαση στο ελληνικό σύστημα υγείας. Διευκολύνουν επίσης την πρόσβαση των εξυπηρετούμενων μεταναστών στα Νοσοκομεία για εξειδικευμένες εξετάσεις ή νοσηλείας. Στην Ελλάδα κάποιες από τις υπηρεσίες που απευθύνονται σε μετανάστες και πρόσφυγες είναι: «οι Γιατροί του Κόσμου», η «PRAKSIS», το «Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες», ο «Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός», οι «Γιατροί χωρίς σύνορα» (Παπαδόπουλος, Χαλκιάς, Βόνδας κλπ, 2009).

Εν κατακλείδι, η πραγματικότητα για τους αλλοδαπούς δίχως άδεια παραμονής και εργασίας είναι διαφοροποιημένη. Τα άτομα αυτά βρισκόμενα στο περιθώριο δέχονται τον κοινωνικό αποκλεισμό σε επίπεδο υγείας και πρόνοιας, καθώς οι παράνομοι μετανάστες, σύμφωνα με απόψεις και πεποιθήσεις πολλών αποτελούν τον κίνδυνο για την διατήρηση της δομής και της ισορροπίας της κοινωνίας μας (Κοσμίδης, 2010). Επίσης, ορισμένα από αυτά τα άτομα που επιθυμούν να αξιοποιήσουν τις υπηρεσίες υγείας να μην μπορούν εξαιτίας γεωγραφικών, κοινωνικών και οικονομικών εμποδίων. Στην περίπτωση αυτή, ένας ρεαλιστικός στόχος για την επιτυχή ισότητα στην υγεία θα περιλάμβανε τον αγώνα για ίση χρήση

²⁹ «Λίστα οργανώσεων για μετανάστες στην Ελλάδα», <http://www.keelpno.gr>, (πρόσβαση στις 1/11/2013).

υπηρεσιών υγείας για όμοιες ανάγκες (equal use for equal need) (Dohlgren & Whitehead, 2007 και Γιωτοπούλου, 1998).

Ωστόσο, θα πρέπει να τονιστεί πως αν και τα παραπάνω προβλήματα ισχύουν, η πλειονότητα των μεταναστών όταν έρχεται σε επαφή με τα νοσοκομειακά ιδρύματα δεν φαίνεται να αντιμετωπίζει διακρίσεις λόγω εθνότητας, φύλου ή εργασίας (Ψημμένος, 2008). Κρίνεται απαραίτητη η προσπάθεια καταγραφής και ανάλυσης ενός τόσο σημαντικού θέματος, όπως είναι η πρόσβαση στις βασικές υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας των ευάλωτων ομάδων των μεταναστών χωρίς έγγραφα και των αιτούντων άσυλο, καθώς και της διαφώτισης των εμπλεκόμενων και του ευρύτερου κοινού για τη σημασία και τις επιπλοκές του θέματος αυτού. Η προστασία, δε, της υγείας των άτυπων μεταναστών είναι ένα από τα θέματα που βρίσκονται στον πυρήνα της δημόσιας συζήτησης για τη διασφάλιση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και των βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων των προσώπων αυτών (Καψάλης, 2003β).

Έχει διαπιστωθεί ότι ο φόβος της δίωξης, το οικονομικό κόστος, η άγνοια των δικαιωμάτων και οι γλωσσικές και πολιτισμικές διαφορές αποτελούν σημαντικό ανασχετικό παράγοντα στην πραγματική, έγκαιρη και αποτελεσματική πρόσβαση της ευάλωτης αυτής ομάδας του πληθυσμού στις υπηρεσίες της υγείας. Έχει, ακόμα, αποδειχθεί ότι η αναγκαιότητα άρσης των εμποδίων στην πρόσβαση των μεταναστών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας δεν έγκειται μόνο στην προστασία της υγείας των ίδιων των μεταναστών αλλά και στην αντιμετώπιση της πρόκλησης που δημιουργείται στη δημόσια υγεία της χώρας υποδοχής. Με δεδομένο το μεγάλο -και εν πολλοίς ακαθόριστο- αριθμό των άτυπων μεταναστών που διαμένουν στον ελλαδικό χώρο, το συγκεκριμένο ζήτημα αποκτά ιδιαίτερη σημασία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

4.1 Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η Κοινωνική Εργασία είναι αναγνωρισμένη διεθνώς σαν εφαρμοσμένη Κοινωνική Επιστήμη. Η αναγκαιότητα θεσμοθέτησης της προέκυψε από τα κοινωνικά προβλήματα που δημιούργησε η βιομηχανική ανάπτυξη και η αστικοποιημένη κοινωνία. Αντικείμενο της Κοινωνικής Εργασίας είναι ο άνθρωπος σε συνάρτηση με το κοινωνικό περιβάλλον (Πανταζάκας & Μέντης, 2002).

Η Κοινωνική Εργασία στην Υγεία θεσμοθετήθηκε για πρώτη φορά στην Αγγλία το 1905, όταν για πρώτη φορά προσελήφθησαν οι πρώτοι κοινωνικοί λειτουργοί σε αντιφυματικά νοσοκομεία. Την ίδια χρονιά ιδρύεται Κοινωνική Υπηρεσία και στο Νοσοκομείο της Βοστώνης στις Η.Π.Α.. Αρχικά, έργο των κοινωνικών λειτουργών ήταν να βοηθήσουν τους ασθενείς να κατανοήσουν και να εκτελέσουν τις οδηγίες των γιατρών αναφορικά με τη λήψη των φαρμάκων. Με την πάροδο του χρόνου, όμως κατανοήθηκαν και αναγνωρίστηκαν οι ψυχολογικοί, κοινωνικοί και οικονομικοί λόγοι που ευθύνονταν για την πορεία και εξέλιξη της ασθένειας. Έτσι, οι κοινωνικοί λειτουργοί ανέλαβαν την κάλυψη οικονομικών αναγκών και την επίλυση άλλων προβλημάτων τα οποία εμπόδιζαν την ανάρρωση του ασθενούς (Σταθόπουλος, 1995).

Σήμερα, η Κοινωνική Εργασία έχει καθιερωθεί στο χώρο της υγείας σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου, ενώ ο ρόλος της αναγνωρίζεται ως ισότιμος με τα άλλα επαγγέλματα υγείας. Στην Ελλάδα, η σύσταση Κοινωνικών Υπηρεσιών στα Νοσοκομεία έγινε το 1956 με σχετική εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Οι αρμοδιότητες των τμημάτων κοινωνικής υπηρεσίας στα νοσοκομεία ορίστηκαν με το Προεδρικό Διάταγμα 87/1986 (ΦΕΚ 32/27-3-86) ως εξής: *«Η ευθύνη και φροντίδα για τη συμπαράσταση στους νοσηλευόμενους στο νοσοκομείο για κάθε κοινωνικό τους πρόβλημα, η αναζήτηση και διερεύνηση των αιτιών που προκαλούν τα προβλήματα αυτά κατά περίπτωση και γενικά φροντίζει για την αντιμετώπιση των κοινωνικών αυτών προβλημάτων στο πλαίσιο της γενικότερης πολιτικής της Πολιτείας»* (Πανταζάκας & Μέντης, 2002).

Η Κοινωνική Υπηρεσία σύμφωνα με τον οργανισμό του Π.Π.Γ.Ν.Π.³⁰ (Υπουργική απόφαση Α3β/οικ. 18031/31-12-1987) ανήκε στη Διοικητική Υπηρεσία. Με το νέο Νόμο 2889/2-3-2001 (άρθρο 6, παράγραφος 6) τα τμήματα Κοινωνικών Υπηρεσιών των νοσοκομείων εντάσσονται στην Ιατρική Υπηρεσία, αλλά μέχρι να αναθεωρηθούν οι οργανισμοί των Νοσοκομείων εξακολουθούν να παραμένουν στο προηγούμενο διοικητικό καθεστώς.

Στη σημερινή εποχή που χαρακτηρίζεται από ραγδαίες αλλαγές τόσο στο χώρο της Υγείας, όσο και στην Κοινωνία γενικότερα, είναι σκόπιμο να προσδιοριστεί ο ρόλος και ο σκοπός της Κοινωνικής Εργασίας στον χώρο της Υγείας, λαμβάνοντας υπόψη αφ' ενός μεν τη διοικητική αλλαγή (ένταξη στην Ιατρική Υπηρεσία), αφ' ετέρου την έκταση και το εύρος των σύγχρονων κοινωνικών προβλημάτων, που για την επίλυσή τους απαιτείται συντονισμένη και πολυεπίπεδη δράση (Θεοδώρου, 2001).

Επομένως, ο ρόλος της κοινωνικής εργασίας στον χώρο της υγείας στοχεύει στη διερεύνηση και αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων που ενδεχομένως αντιμετωπίζει ο ασθενής κατά την είσοδο του στο νοσοκομείο. Είναι σαφές, ότι κάτω από τον όρο «κοινωνικά προβλήματα» ενυπάρχουν ένα σύνολο επιμέρους προβλημάτων, όπως οικονομικών, ασφαλιστικών, οικογενειακών και πολλών άλλων, την αντιμετώπιση των οποίων καλείται να επιληφθεί ο κοινωνικός λειτουργός σε συνεργασία με το περιβάλλον του ασθενή, εφόσον βέβαια υπάρχει (Σταθόπουλος, 1995). Τέλος, σκοπός της Κοινωνικής Εργασίας είναι η μέγιστη δυνατή αξιοποίηση των δυνατοτήτων του ατόμου, ιδιαίτερα των μη προνομιούχων, μέσα σε ένα περιβάλλον σεβασμού των πανανθρώπινων αξιών, όπως αυτές διαμορφώθηκαν στο ιστορικό και κοινωνικό γίγνεσθαι, με απώτερο στόχο τόσο την επίτευξη της ατομικής ευημερίας όσο κυρίως της προόδου του ευρύτερου συνόλου (Κουτσογιαννίδου, 2001).

³⁰ Π.Π.Γ.Ν.Π. : Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών.

4.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Με το Προεδρικό Διάταγμα 891/1978 άρθρο 3, προσδιορίστηκαν οι αρμοδιότητες των κοινωνικών λειτουργών στον τομέα της Υγείας ως εξής: «Ο κοινωνικός Λειτουργός εις τον τομέα της Υγείας συμβάλλει εις την πρόληψη, την αντιμετώπιση συναισθηματικών ή κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων, δημιουργουμένων συνέπεια καταστάσεων κλονισμού σωματικής ή ψυχικής Υγείας ατόμων, ή οφειλομένων εις την προσωπικότητα αυτών ή εις ετέρας δυσμενείς καταστάσεις του περιβάλλοντος των, άτινα καθιστούν δυσχερές το διαγνωστικόν έργον ή την εφαρμογή μέτρων θεραπείας» (Πανταζάκας & Μέντης, 2002).

Σε πρώτο στάδιο κρίνεται απαραίτητο να γίνει περιγραφή στον ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) του νοσοκομείου, αφού εκεί γίνεται η πρώτη επαφή όλων των ασθενών με τον νοσοκομειακό χώρο, άρα και των μεταναστών. Το Τ.Ε.Π. από τη φύση του έχει τον χαρακτήρα του επείγοντος, του αιφνίδιου προβλήματος υγείας, που χρήζει άμεσης αντιμετώπισης. Έτσι, ο κοινωνικός λειτουργός στο Τ.Ε.Π., εκτός των άλλων, καλείται να αντιμετωπίσει και προβλήματα ατόμων, τα οποία ανήκουν σε ομάδες κοινωνικού αποκλεισμού. Βασικό χαρακτηριστικό των ομάδων αυτών είναι ότι εξαιτίας των συνθηκών κοινωνικού αποκλεισμού (φτώχεια, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, προβλήματα στέγασης κλπ) βρίσκονται σε μόνιμη κατάσταση «κρίσης» (Μόσχοβος, Σαμαριτάκης & Σαρρή, 2000). Τα άτομα αυτά αντιμετωπίζουν συνήθως χρόνια κοινωνικά προβλήματα, ενώ τα προβλήματα υγείας τους, κατά κανόνα, απορρέουν από τις γενικότερες συνθήκες υγιεινής και διαβίωσης (Karen Sowers & Catherine Dulmus, 2008). Μία από τις ομάδες που βιώνει τον κοινωνικό αποκλεισμό και αφορά την παρούσα μελέτη είναι η ομάδα των μεταναστών και των προσφύγων.

Η μέχρι τώρα παρέμβαση εστίαζε την προσοχή της στον ασθενή δίνοντας έμφαση, σχεδόν αποκλειστικά, στην καθαρά ιατρική διάσταση του προβλήματος. Σήμερα, ωστόσο, η υγεία δεν είναι πλέον υπόθεση ενός ή δύο επαγγελματιών. Η υγεία αποτελεί μια συντονισμένη συλλογική προσπάθεια ατόμων που προέρχονται από διαφορετικά επαγγέλματα, αλλά έχουν κοινό σκοπό. Με αυτήν την έννοια η αντιμετώπιση της «κρίσης», απαιτεί την ισότιμη συμμετοχή όλων των ειδικοτήτων, όπως του ιατρού, του νοσηλευτή, του κοινωνικού λειτουργού, του ψυχολόγου (Θεόδωρου, 2001).

Συγκεκριμένα, στο διάστημα που μεσολαβεί από τον χρόνο εισόδου του ασθενή στο Τ.Ε.Π. μέχρι να έρθει ο ιατρός, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να έχει μια πρώτη επαφή μαζί του, προκειμένου να διαγνώσει τις γενικότερα ψυχοκοινωνικές ανάγκες. Στόχος αυτής της επικοινωνίας είναι η συναισθηματική αποφόρτιση του ασθενή και του συνοδού (αν υπάρχει), στο μέτρο του δυνατού, έτσι ώστε να μπορέσει να αντιληφθεί και να αξιολογήσει τα νέα δεδομένα που διαμορφώνονται εξαιτίας του ξαφνικού προβλήματος υγείας (Κουτσογιανίδου, 2001). Πιο συγκεκριμένα, οι αρμοδιότητες του κοινωνικού λειτουργού συνοψίζονται στα ακόλουθα κεντρικά σημεία. Αρχικά, συγκεντρώνει και οργανώνει πληροφορίες για τον ασθενή και το περιβάλλον που σχετίζονται με την ύπαρξη κοινωνικών προβλημάτων (οικονομικά, οικογενειακά, ασφαλιστικά, προβλήματα στέγασης κλπ.), τηρώντας το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων στα πλαίσια δεοντολογίας των κοινωνικών λειτουργών (Αναγνωστοπούλου, 2002). Επίσης, στηρίζει ψυχοκοινωνικά το περιβάλλον του ασθενή (εφόσον υπάρχει) και τον ίδιο τον ασθενή, κατά τη φάση της «κρίσης». Τέλος, συνεργάζεται με άλλους λειτουργούς υγείας, πέρα του ιατρού ή του νοσηλευτή, συνεργάζεται και με άλλους κοινωνικούς λειτουργούς εντός και εκτός του νοσοκομειακού χώρου (κυρίως με κοινωνικούς λειτουργούς από κάποια Μ.Κ.Ο.), έτσι ώστε να συμπαρασταθεί στον ασθενή με τον καλύτερο τρόπο (Θεόδωρου, 2001).

Συγκεκριμένα, όσον αφορά τον μεταναστευτικό πληθυσμό, το Διοικητικό – Οικονομικό σκέλος της νοσηλείας των μεταναστών καθορίζεται πλέον από το Υπουργείο Υγείας (εγκύκλιος: Υ4α/οικ 8992/13-7-2000 «Ιατροφαρμακευτική και Νοσοκομειακή περίθαλψη αλλοδαπών, εκτός υπηκόων χωρών μελών της Ευρωπαϊκής ένωσης και του ευρωπαϊκού χώρου») και δεν εμπίπτει πλέον στη διαδικασία των κοινωνικών λειτουργών, αλλά της διοικητικής υπηρεσίας. Ωστόσο, η αντιμετώπιση τόσο των παράνομων όσο και των νόμιμων μεταναστών από τους κοινωνικούς λειτουργούς είναι η ίδια, όπως όλων των Ελλήνων πολιτών (Πανταζάκας & Μέντης, 2002).

Στην περίπτωση των μεταναστών, που προσέρχονται στο Τ.Ε.Π., είναι αναγκαίο να τηρούνται από τον κοινωνικό λειτουργό στατιστικά στοιχεία για το κοινωνικό προφίλ τους, καθώς και τους λόγους για τους οποίους προσέρχονται στο νοσοκομειακό χώρο (Μόσχοβος, κλπ, 2000). Ωστόσο, στην περίπτωση εισαγωγής τους είναι χρήσιμο, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις ανασφάλιστων ή οικονομικά αδύναμων που είναι και το σύνθημα, να παραπέμπονται κατά την έξοδο τους σε εξειδικευμένες υπηρεσίες για μετανάστες με βάση την εκτίμηση των συνολικών αναγκών τους, όπως

για παράδειγμα ιατρική παρακολούθηση, ζητήματα φιλοξενίας, οικονομική στήριξη (Karen Sowers & Catherine Dulmus, 2008).

Επομένως, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού γενικά σε ένα νοσοκομείο, έχει να κάνει με ένα υποστηρικτικό – συμβουλευτικό- θεραπευτικό, επίπεδο. Ο κοινωνικός λειτουργός μέσω της υποστηρικτικής θεραπείας στοχεύει στην συναισθηματική εκφόρτιση του ασθενή και στην κατανόηση και επεξεργασία των συναισθημάτων αυτών. Η ψυχοκοινωνική φροντίδα του ασθενούς μπορεί να ενισχύσει τις εσωτερικές του δυνάμεις και να τον βοηθήσει στην πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων του. Παραδοσιακά ο κοινωνικός λειτουργός έρχεται σε επικοινωνία με τον εισερχόμενο άρρωστο και με τους συγγενείς του (εάν υπάρχουν). Ο κοινωνικός λειτουργός, προσεγγίζει και βοηθά τον άρρωστο και το περιβάλλον του με διάλογο, με παρεμβάσεις ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης και γενικότερης ψυχοκοινωνικής στήριξης. Γενικά αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα υπό το πρίσμα της ολιστικής προσέγγισης (Κουτσογιαννίδου, 2001).

Επομένως, ο κοινωνικός λειτουργός συλλέγει στοιχεία κοινωνικού ιστορικού για τον ασθενή και την οικογένεια του, που θα χρησιμοποιηθούν στο ιατρικό έργο για τη θεραπεία του ασθενούς (Πανταζάκας & Μέντης, 2002). Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σχετίζεται με την προετοιμασία του ατόμου να ενταχθεί και να προσαρμοστεί στο νοσοκομειακό πλαίσιο όσο και να δεχτεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, επιδιώκοντας τη μείωση του άγχους του ασθενούς και τη ρύθμιση των συναισθημάτων του (Κουτσογιαννίδου, 2001). Ένας από τους σημαντικότερους ρόλους του κοινωνικού λειτουργού στον χώρο της υγείας είναι να μεριμνήσει για την διασφάλιση των δικαιωμάτων του ασθενή μετανάστη και να προσπαθήσει να εξασφαλίσει τα δικαιώματα που του ανήκουν, με απόλυτο σεβασμό και ευθύνη στην εμπιστευτικότητα και το ιδιωτικό τους περιβάλλον. Σημαντικό βήμα για την προσέγγιση του ασθενούς είναι η καλή επικοινωνία, η οποία εξασφαλίζεται μέσω διαλόγου κυρίως, ο οποίος αποπνέει σεβασμό στον ασθενή και του παρέχει την απαιτούμενη πληροφόρηση και υποστήριξη (Αναγνωστοπούλου, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της έρευνας είναι η κοινωνιολογική διερεύνηση και ερμηνεία των διαδικασιών πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τον μεταναστευτικό πληθυσμό. Καθώς και αν οι μετανάστες που εισήχθησαν στο παρόν νοσοκομείο (Π.Π.Γ.Ν.Π.³¹) βίωσαν μορφές κοινωνικού αποκλεισμού κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού διερευνήθηκαν κατά κύριο λόγο: i) οι σχέσεις και απόψεις των μεταναστών με τις υπηρεσίες υγείας και τους επαγγελματίες υγείας και ii) η αντιμετώπιση και οι απόψεις των υπαλλήλων για τον μεταναστευτικό πληθυσμό.

Υποθέσεις εργασίας

Η κεντρική υπόθεση της έρευνας αποτελείται από δύο σκέλη το πρώτο σκέλος αφορά τον μεταναστευτικό πληθυσμό και το δεύτερο σκέλος αφορά τους επαγγελματίες της υγείας και είναι η εξής: *«Αν ο μεταναστευτικός πληθυσμός βιώνει και με ποιον τρόπο τον κοινωνικό αποκλεισμό στον νοσοκομειακό χώρο και αν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και οι κοινωνικοί λειτουργοί αντιμετωπίζουν ισάξια τους μετανάστες σε σχέση με τους γηγενείς ασθενείς».*

Για την προσέγγιση και την επίτευξη του πρώτου μέρους της κεντρικής υπόθεσης, ο σχεδιασμός της έρευνας χωρίζεται σε τέσσερις επιμέρους άξονες. Ο πρώτος άξονας έχει εισαγωγικό χαρακτήρα και αφορά την καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων, ο δεύτερος άξονας αφορά την προσβασιμότητα των μεταναστών στον νοσοκομειακό χώρο, ο τρίτος άξονας αφορά στις απόψεις των μεταναστών για την αντιμετώπιση που έχουν από τους επαγγελματίες της υγείας και αν υπάρχει κάτι που θεωρούν ότι παραπέμπει σε κοινωνικό αποκλεισμό και τέλος, ο τέταρτος άξονας αφορά στις απόψεις και τα συναισθήματα των μεταναστών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες και την ιατροφαρμακευτική κάλυψη.

³¹ Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών – Παναγία η βοήθεια.

Στο πλαίσιο αυτό, οι κεντρικές ερευνητικές υποθέσεις -στόχοι- που τέθηκαν προς διερεύνηση και αφορούν την παρούσα μελέτη είναι οι εξής:

- η διερεύνηση των βασικών δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των μεταναστών,
- να διερευνηθούν αν υπάρχουν εμπόδια στην προσβασιμότητα του μεταναστευτικού πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας, δηλαδή στον νοσοκομειακό χώρο,
- να διερευνηθεί η σχέση τους με τις υπηρεσίες υγείας και η γνώμη τους για την παρεχόμενη νοσηλεία,
- και τέλος, να καταγραφθούν τα συναισθήματα των υποκειμένων του δείγματος και ο βαθμός ικανοποίησης των μεταναστών σχετικά με την αντιμετώπιση τους από τους επαγγελματίες υγείας και τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και την ιατροφαρμακευτική κάλυψη.

Όσον αφορά το δεύτερο μέρος της κεντρικής υπόθεσης ο σχεδιασμός της έρευνας αποτελείται από τρεις άξονες. Ο πρώτος άξονας αφορά τα βασικά κοινωνικά, δημογραφικά και εκπαιδευτικά χαρακτηριστικά των συνεντευξιαζόμενων, ο δεύτερος άξονας αφορά στην επαγγελματική εμπειρία των επαγγελματιών της υγείας σε θέματα που αφορούν τους μετανάστες και ο τρίτος άξονας αφορά στις απόψεις των επαγγελματιών της υγείας για τον τρόπο που αντιμετωπίζουν τον μεταναστευτικό πληθυσμό όταν εισέρχεται στον νοσοκομειακό χώρο, καθώς και τον τρόπο αντιμετώπισης προς τον νοσηλεύόμενο μετανάστη.

Επομένως, οι κεντρικές ερευνητικές υποθέσεις -στόχοι- που προκύπτουν προς διερεύνηση και αφορούν τους επαγγελματίες της υγείας είναι οι εξής:

- η διερεύνηση των βασικών δημογραφικών, κοινωνικών και εκπαιδευτικών χαρακτηριστικών των επαγγελματιών υγείας,
- η διερεύνηση της επαγγελματικής εμπειρίας των δημοσίων υπαλλήλων, οι οποίοι έρχονται σε άμεση επαφή με τον μεταναστευτικό πληθυσμό και διαχειρίζονται θέματα που σχετίζονται με την υγεία,
- να διερευνηθεί ο τρόπος που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες της υγείας τους ασθενείς μετανάστες (δηλαδή, ποια διαδικασία ακολουθούν), τόσο όταν εισέρχονται για πρώτη φορά στον νοσοκομειακό χώρο (στο Τ.Ε.Π.), όσο και κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους σε κάποια κλινική,

- και τέλος, να εξεταστεί αν ο μεταναστευτικός πληθυσμός σύμφωνα με τις απόψεις των δημοσίων υπαλλήλων χρήζει διαφορετικής αντιμετώπισης σε σχέση με τους γηγενείς ασθενείς.

5.2 ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η ερευνητική μέθοδος που ακολουθήθηκε είναι η ποιοτική και βασίστηκε σε συνεντεύξεις με εργαλείο την ημιδομημένη συνέντευξη. Η ποιοτική έρευνα και οι μέθοδοι της ποιοτικής ανάλυσης στοχεύουν στην κατανόηση των άλλων ανθρώπων και του τρόπου ζωής τους. Δηλαδή ενδιαφέρεται για τους ανθρώπους και τα περιβάλλοντά τους σε όλες τις πολυπλοκότητές τους, χωρίς περιορισμούς και ελέγχους που επιβάλλονται από τον ερευνητή (Σαχίνη – Καρδάση, 1997:259). Οι ποιοτικές διερευνήσεις απαιτούν ελάχιστη δόμηση και μέγιστη εμπλοκή του ερευνητή, ο οποίος προσπαθεί να κατανοήσει τους ανθρώπους των οποίων οι εμπειρίες μελετούνται. Αποσκοπεί στην απόκτηση σφαιρικής αντίληψης με πλούσια και λεπτομερή στοιχεία, όπως αυτά εμφανίζονται στο φυσικό πλαίσιο (Mason, 2003).

Πολλά από τα προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και διακριτικών πρακτικών και στερεοτυπικών αντιλήψεων ή προκαταλήψεων αποτελούν μέρος διαδραστικών σχέσεων ανάμεσα και μεταξύ του μεταναστευτικού πληθυσμού και των επαγγελματιών υγείας (Ψημμένος, 2008). Επομένως, η παρούσα έρευνα είναι ποιοτική γιατί έχει να κάνει με μη μετρήσιμα και ποσοτικά στοιχεία. Στοχεύει στην κατανόηση των ανθρώπων, του τρόπου ζωής, των συναισθημάτων, των εμπειριών, των αντιλήψεων τους, καθώς και των «συναλλαγών» με το περιβάλλον, όπου στην συγκεκριμένη περίπτωση αφορά τον νοσοκομειακό χώρο. Επιλέχθηκε η ποιοτική μέθοδος με εργαλείο την ημιδομημένη συνέντευξη, γιατί επιτρέπει στο δείγμα την διατύπωση των απόψεων τους και την ερμηνεία των επιλογών τους με κατά το δυνατόν ευρύτερο τρόπο.

Όσον αφορά το δείγμα για το πρώτο μέρος της ερευνητικής διαδικασίας, ομάδα στόχος επιλέχθηκε να είναι ο μεταναστευτικός πληθυσμός που νοσηλεύεται στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο της Πάτρας, εφόσον αντικείμενο της έρευνας είναι *«η κοινωνιολογική διερεύνηση και ερμηνεία των διαδικασιών πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τον μεταναστευτικό πληθυσμό»*. Το εν λόγω δείγμα, λοιπόν, δεν επελέγη αντικειμενικά ή τυχαία, αλλά στοχευμένα,

καθώς το δείγμα αφορά μετανάστες που ήδη νοσηλεύονται ή μετανάστες που βρίσκονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) και πρόκειται να νοσηλευτούν. Συγκεκριμένα ο πληθυσμός του δείγματος αποτελείται από οκτώ (8) μετανάστες άνδρες και δύο (2) γυναίκες, νόμιμους και «χωρίς έγγραφα», ηλικίας από 20 έως 65 ετών και από διαφορετικές χώρες ο καθένας, οι οποίοι νοσηλεύονταν στο νοσοκομείο του Νομού Αχαΐας, τη χρονική περίοδο που διεξάγονταν η έρευνα.

Επιπρόσθετα, στο δεύτερο μέρος της ερευνητικής διαδικασίας ομάδα στόχος είναι οι επαγγελματίες της υγείας που εργάζονται στον νοσοκομείου του Νομού Αχαΐας, καθώς, η παρούσα μελέτη αποσκοπεί και στην διερεύνηση *«αν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και οι κοινωνικοί λειτουργοί αντιμετωπίζουν ισάξια τους μετανάστες σε σχέση με τους γηγενείς ασθενείς»*. Η επιλογή των δημοσίων υπαλλήλων έγινε βάσει του εάν και κατά πόσο έρχονται σε άμεση επαφή με τον μεταναστευτικό πληθυσμό (Front-line officers) και διαχειρίζονται θέματα που σχετίζονται με την υγεία και την κοινωνική ασφάλιση των μεταναστών (π.χ. συνταγογραφίες, ιατρικές εξετάσεις κτλ). Το δείγμα των επαγγελματιών υγείας δεν έγινε τυχαία, αλλά στοχευμένα, αφού το δείγμα θα έπρεπε να είναι αντιπροσωπευτικό και να αποτελείται από μια ομάδα εργαζομένων που συνήθως έρχεται σε άμεση και πρώτη επαφή με τους μετανάστες. Το δείγμα αποτελούταν από υπαλλήλους «της πρώτης γραμμής εξυπηρέτησης», όπως νοσηλευτές και κοινωνικούς λειτουργούς του Τ.Ε.Π., καθώς, και από υπαλλήλους που έρχονταν σε άμεση επαφή καθημερινά (work flows) με τον νοσηλευόμενο αλλοδαπό. Συγκεκριμένα, το δείγμα αποτελείται από δέκα (10) δημόσιους υπαλλήλους διαφορετικών ειδικοτήτων, δηλαδή, από δύο (2) ιατρούς, τρεις (3) κοινωνικούς λειτουργούς, δύο (2) νοσηλεύτριες, δύο (2) Διοικητικούς υπαλλήλους και μία (1) υπεύθυνη τμήματος.

Επιπρόσθετα, η έρευνα που πραγματοποιήθηκε είχε διάρκεια τέσσερις μήνες, δηλαδή από τον Σεπτέμβρη του 2013 έως τον Ιανουάριο του 2014, ενώ ο χρόνος που απαιτήθηκε για κάθε συνέντευξη ήταν κατά μέσο όρο τριάντα (30) με σαράντα (40) λεπτά. Το πεδίο της έρευνας αφορά ένα συγκεκριμένο γεωγραφικά χώρο και συγκεκριμένα στον Νομό Αχαΐας, στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο της Πάτρας – Παναγία η Βοήθεια. Οι συναντήσεις με τους εξυπηρετούμενους πιο συγκεκριμένα πραγματοποιήθηκαν στον Παθολογικό τομέα, στον Χειρουργικό τομέα και στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ).

Επίσης, η επαφή με τους πληροφορητές και συγκεκριμένα με τους επαγγελματίες της υγείας ξεκίνησε αρχικά από το δίκτυο εργαζομένων που ήταν

κοντινό και άμεσο προς τον ερευνητή και έπειτα συνεχίστηκε με τη μέθοδο των κατ' ακολουθία γνωριμιών. Πριν την διαδικασία της συνέντευξης με τους ασθενείς, προηγήθηκε ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας τους από τις καρτέλες των ασθενών και τα ιατρικά ιστορικά. Ενώ, πριν τις συναντήσεις με τους κοινωνικούς λειτουργούς και τις προϊσταμένες προηγήθηκε τηλεφωνική επικοινωνία για να οριστικοποιηθεί ο χρόνος και ο τόπος της συνάντησης. Έπειτα, ο ρόλος της προϊσταμένης του κάθε τμήματος ήταν καθοριστικός στο να με φέρει σε επαφή με το ιατρικό, το νοσηλευτικό και το διοικητικό προσωπικό, με σκοπό να πραγματοποιηθούν και οι υπόλοιπες συνεντεύξεις.

5.2.1 Περιορισμοί της έρευνας

Τα προβλήματα και οι δυσκολίες της έρευνας δεν έλειπαν. Θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικό να γίνει αναφορά στα εμπόδια που παρουσιάστηκαν κατά την διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας. Κατά την διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας έπρεπε να βγουν εις πέρας ορισμένες δυσκολίες όπως αυτό της επικοινωνίας ή της προσβασιμότητας.

Αρχικά, οι δυσκολίες που ανέκυψαν κατά την εφαρμογή της μεθόδου σχετίζονταν με τον συντονισμό των πληροφορητών, αφού για κάθε συνάντηση με κάποιον συνεντευξιζόμενο νοσηλευόμενο απαιτούνταν να ενημερωθεί ο κοινωνικός λειτουργός (ο οποίος με έφερνε σε επαφή με τους αλλοδαπούς νοσηλευόμενους), η προϊσταμένη του κάθε τμήματος και ο καθηγητής/ιατρός της κάθε κλινικής. Η ενημέρωση αφορούσε τον σκοπό τη έρευνας και την παρουσία μου στην κλινική τους. Ανά διαστήματα, λόγω των στάσεων εργασίας των γιατρών ή των κοινωνικών λειτουργών ήταν αδύνατον να πραγματοποιηθούν οι συνεντεύξεις τόσο με τους ασθενείς όσο και με τους ίδιους τους επαγγελματίες.

Επίσης, έπρεπε να αντιμετωπιστούν και τα γλωσσικά εμπόδια με τον μεταναστευτικό πληθυσμό, αφού σχεδόν κανένας δεν μιλούσε ελληνικά, παρά μόνο ελάχιστες περιπτώσεις, οι οποίοι γνώριζαν αγγλικά ή ελάχιστα ελληνικά. Στην περίπτωση αυτή, η κοινωνική υπηρεσία καλούσε διερμηνέα, τον οποίο τον πλήρωνε το ταμείο της εκκλησίας «Παναγία η Βοήθεια». Το πρόβλημα της επικοινωνίας ήταν ένα κομμάτι το οποίο δυσκόλεψε την διαδικασία, διότι για να πραγματοποιηθεί μία συνέντευξη με κάποιον νοσηλευόμενο μετανάστη έπρεπε να συντονιστούν ο

κοινωνικός λειτουργός, ο διερμηνέας και ο ασθενής. Το γεγονός αυτό έκανε ακόμη περισσότερο χρονοβόρα την διαδικασία της έρευνας.

Τέλος, όπως συχνά συμβαίνει στην ποιοτική κοινωνική έρευνα οι συναντήσεις με τους ασθενείς αλλοδαπούς αναβάλλονταν λόγω άρνησης συμμετοχής λίγο πριν την έναρξη της συνέντευξης, ενώ αρκετές φορές αναβλήθηκαν συναντήσεις με τους επαγγελματίες της υγείας λόγω προβλημάτων της τελευταίας στιγμής. Επιπλέον, ιδιαίτερη δυσκολία ανέκυψε με τη συμμετοχή των ιατρών, λόγω έλλειψης ελεύθερου χρόνου από την μεριά τους. Ενώ καταβλήθηκε αρκετός χρόνος ώστε να πειστούν και να έχουν την διάθεση να συμμετάσχουν στη διαδικασία της συνέντευξης

5.3 ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα ερευνητική διαδικασία αποτελείται από δύο εργαλεία έρευνας-οδηγούς συνέντευξης. Ο πρώτος οδηγός συνέντευξης απευθύνεται στον νοσηλευόμενο μεταναστευτικό πληθυσμό και ο δεύτερος οδηγός συνέντευξης απευθύνεται στους επαγγελματίες της υγείας (βλ. παράρτημα). Εργαλείο συλλογής στοιχείων για την παρούσα έρευνα ήταν οι μερικώς δομημένες ή επικεντρωμένες συνεντεύξεις. Αυτές οι συνεντεύξεις αρχίζουν με ένα περίγραμμα των θεμάτων που ο ερευνητής σκοπεύει να καλύψει με κάθε υποκείμενο, αλλά τόσο ο ερευνητής όσο και το υποκείμενο είναι ελεύθεροι να παρεκκλίνουν από την προετοιμασμένη σειρά των θεμάτων, καθώς προχωρεί η συζήτηση, εισάγοντας σκέψεις ή παρατηρήσεις που έχουν σχέση με προσωπικές απόψεις. Επίσης, προσφέρουν στον ερευνητή μεγαλύτερο εύρος να κινηθεί σε νύξεις που υπονοούνται από το υποκείμενο και να αφιερώσει διαφορετικό χρόνο για να πάρει συνεντεύξεις από το κάθε υποκείμενο (Σαχίνη-Καρδάση, 2004).

Σε θέματα όπως αυτό του κοινωνικού αποκλεισμού στον χώρο της υγείας, κάνοντας χρήση ποιοτικών μεθόδων καθίσταται δυνατόν, σε μεγάλο βαθμό, η ανάδειξη των πολιτισμικών, οικονομικών και των κοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν τη διάθεση, τις νοοτροπίες και πρακτικές των ανθρώπων. Η σύνταξη των ερωτήσεων των οδηγών συνέντευξης υπήρξε μια λεπτή δουλειά που χρειάστηκε προεργασία. Συγκεκριμένα, αφού οριστικοποιήθηκαν οι στόχοι και οι ερευνητικές υποθέσεις πάνω στο συγκεκριμένο θέμα, καταρτίστηκε το σχέδιο του κάθε οδηγού συνέντευξης. Οι οδηγοί συνέντευξης υπέστησαν τροποποιήσεις, βάση της πιλοτικής

συνέντευξης που πραγματοποιήθηκε. Σκοπός της πιλοτικής έρευνας ήταν να εξεταστεί η καταλληλότητα του κάθε οδηγού συνέντευξης, να διαπιστωθεί πόσο χρόνο χρειάζονται οι ερωτώμενοι για να απαντήσουν ολοκληρωμένα σε ερωτήσεις που βασίζονται στους θεματικούς άξονες και να γίνει έλεγχος αν χρειάζεται να αφαιρεθούν κάποιοι θεματικοί άξονες που δεν παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες (Φίλιας, 1996).

Οι συνεντεύξεις οργανώθηκαν γύρω από ένα οδηγό συνέντευξης που πλαισίωνε τη διερεύνηση των κεντρικών αξόνων της μελέτης. Επιλέχθηκε η μορφή της ατομικής συνέντευξης -πρόσωπο με πρόσωπο-, ώστε οι αλλοδαποί νοσηλεύόμενοι και οι δημόσιοι υπάλληλοι να καταθέσουν προσωπικές εμπειρίες. Επομένως, η τήρηση των κανόνων απορρήτου αποτέλεσε πρωταρχική μέριμνα από την πρώτη κιόλας επαφή με τους νοσηλεύόμενους μετανάστες και τους επαγγελματίες της υγείας (Αναγνωστοπούλου, 2002). Επίσης, στην ανώνυμη συνέντευξη η ειλικρίνεια των απαντήσεων διασφαλίζεται περισσότερο, αφού καθένας απαντά χωρίς το φόβο του ελέγχου. Αυτό που κανείς απερίφραστα θα μπορούσε να αναφέρει ως πλεονέκτημα στην διαδικασία της συνέντευξης είναι η δυνατότητα που παρέχει να συλλεχθεί ένας μεγάλος όγκος πληροφοριών σε αρκετά σύντομο χρονικό διάστημα, καθώς υπάρχει και η δυνατότητα, σε περίπτωση που ο συνεντευξιαζόμενος δεν επιθυμεί να απαντήσει σε κάποια ερώτηση, ο ερευνητής να τοποθετηθεί διαφορετικά ή και μέσα από την άρνηση να λάβει διάφορα συμπεράσματα.

Όσον αφορά το πρώτο σκέλος, η παρούσα ερευνητική διαδικασία υιοθέτησε ποιοτικές μεθόδους με τη διεξαγωγή συνεντεύξεων σε βάθος, σε δέκα αλλοδαπούς νοσηλεύόμενους. Η έρευνα διενεργήθηκε με βάση τον οδηγό συνέντευξης, ο οποίος δημιουργήθηκε για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας. Με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα διαμορφώθηκαν ερωτήσεις κλειστού και ανοιχτού τύπου. Παρά το γεγονός ότι υπήρχε σαφής κατευθυντήρια γραμμή, στην ημιδομημένη συνέντευξη δεν υπάρχει προκαθορισμένος αριθμός ερωτήσεων, αλλά θεματικοί άξονες, που πιθανόν να καλυφθούν στη διάρκεια των συνεντεύξεων. Η όλη διαδικασία της συνέντευξης είχε φυσική ροή και το αφηγηματικό στοιχείο ως ένα βαθμό, με αποτέλεσμα από ορισμένες απαντήσεις να προκύπτουν και κάποιες νέες παράμετροι, ως προς το εξεταζόμενο φαινόμενο πάντα. Επίσης, έξι από τις δέκα συνεντεύξεις δεν μαγνητοφωνήθηκαν, έπειτα από παράκληση των αλλοδαπών ασθενών, οι οποίοι να σημειωθεί ότι ήταν επί το πλείστον αλλοδαποί χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα.

Συνοπτικά, στο αρχικό μέρος της συνέντευξης περιλαμβάνονται ερωτήσεις κλειστού τύπου, αλλά ταυτόχρονα υποβάλλονται και ανοιχτές ερωτήσεις για πληρέστερη κατανόηση της απάντησης για την συλλογή των δημογραφικών και προσωπικών στοιχείων. Το πρώτο μέρος αφορούσε προσωπικά στοιχεία σχετικά με τη ταυτότητα των πληροφορητών. Αυτός ο άξονας βοήθησε αρκετά στο να δημιουργηθεί ένα άνετο κλίμα με τους συνεντευξιζόμενους. Στο κύριο μέρος της συνέντευξης περιλαμβάνονται ερωτήσεις ανοιχτού τύπου, οι απαντήσεις στις οποίες αντανακλούν τις προσωπικές εμπειρίες του δείγματος προς εξυπηρέτηση του ορισθέντος σκοπού. Ακόμη υπήρξε η δυνατότητα να προκύπτουν νέες ερωτήσεις και διευκρινήσεις όπου χρειαζόνταν, καθ' όλη τη διάρκεια της συνέντευξης με τους πληροφορητές.

Η σύνταξη και οι ερωτήσεις του οδηγού συνέντευξης θα πρέπει να απορρέουν από τους στόχους και τα διερευνητικά ερωτήματα της έρευνας (Cohen & Manion, 2000). Επομένως, ο οδηγός συνέντευξης για τον νοσηλευόμενο μετανάστη αποτελείται από τέσσερις θεματικές ενότητες, οι οποίες όλες μαζί έχουν βασική κατεύθυνση την ανάδειξη των αντιλήψεων, απόψεων και συναισθημάτων των μεταναστών, όσον αφορά την προσβασιμότητα στον χώρο της υγείας και την αντιμετώπιση που έχουν από τους επαγγελματίες της υγείας.

Τα κύρια σημεία του πρώτου άξονα αφορούν την περιγραφή της ζωής στη χώρα προέλευσης, τους λόγους που οδήγησαν στην μετανάστευση, την παράνομη ή την νόμιμη είσοδο στη χώρα και την κοινωνική, οικονομική αλλά και οικογενειακή σχέση που έχει τώρα ο αλλοδαπός ασθενής στην Ελλάδα. Η δεύτερη θεματική ενότητα αφορά την υγεία, την κοινωνική ασφάλιση των αλλοδαπών και γενικότερα την προσβασιμότητα στον χώρο της υγείας. Από την τρίτη θεματική ενότητα αναδεικνύονται οι απόψεις των νοσηλευόμενων αλλοδαπών για την παρεχόμενη νοσηλεία και την ιατροφαρμακευτική κάλυψη. Τέλος, η τέταρτη θεματική ενότητα αφορά τον τρόπο που αντιμετωπίζεται ο ασθενής μετανάστης από τους επαγγελματίες της υγείας και πώς αυτή η αντιμετώπιση ερμηνεύεται από την μεριά του μετανάστη και αν προσδοκούσε κάποιου άλλου είδους αντιμετώπιση. Πέρα από την περιγραφή των ιδιαίτερων προβλημάτων που ίσως αντιμετωπίζει ο νοσηλευόμενος μετανάστης, οι παραπάνω ενότητες στοχεύουν στο να αναδείξουν τις πολιτισμικές ερμηνείες για την υγεία, για τις υπηρεσίες και για τους επαγγελματίες της υγείας από την πλευρά των μεταναστών.

Αρχικά, οι πρώτες ερωτήσεις αφορούν τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των συνεντευξιαζόμενων, βάσει των οποίων συγκροτείται η περιγραφική εικόνα του δείγματος. Οι ερωτήσεις αυτές είναι κυρίως κλειστού τύπου και έχουν συγκεκριμένες απαντήσεις που πρέπει να δώσουν οι ερωτώμενοι. Βέβαια, οι κλειστού τύπου ερωτήσεις συνοδεύονται και με ανοικτού τύπου, ώστε να δοθούν περισσότερες διευκρινήσεις και λεπτομέρειες από τον μεταναστευτικό πληθυσμό, τόσο για την προσωπική τους ζωή, την οικογενειακή τους κατάσταση όσο και για τις προσωπικές εμπειρίες τους κατά την διάρκεια του ταξιδιού τους προς τον ελλαδικό χώρο, τον τρόπο, τις συνθήκες μεταφοράς καθώς και τις προσδοκίες τους. Οι ερωτήσεις, βάσει του ερευνητικού εργαλείου (βλ. παράρτημα-Μέρος Α), σε αυτή την θεματική ενότητα που αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος αναφέρονται στο φύλο, την ηλικία, την χώρα προέλευσης, το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, την οικογενειακή τους κατάσταση και αν έχουν κάποιου είδους κοινωνικής ασφάλειας.

Εν συνεχεία, το δείγμα καλείται να απαντήσει σε κάποιες ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν τις προσωπικές εμπειρίες που είχε ο αλλοδαπός όσο ζούσε στην χώρα προέλευσης, αλλά και κατά την διάρκεια του ταξιδιού του. Οι ερωτήσεις γίνονται με τέτοιο τρόπο ώστε να μην θίγουν και να μην ενοχλούν τον συνεντευξιαζόμενο. Σκοπός αυτών των ερωτήσεων είναι η δημιουργία ενός πιο ολοκληρωμένου προφίλ για τον μετανάστη, για τον τρόπο ζωής που είχε πριν φτάσει στην Ελλάδα, αλλά κυρίως για να γίνει αντιληπτό αν εισήλθε στην χώρα νόμιμα ή παράνομα και αν ήταν αυτός ο σκοπός του.

Εν συνεχεία, οι ερωτήσεις αφορούν την οικονομική και κοινωνική κατάσταση του συνεντευξιαζόμενου. Οι ερωτήσεις αναφέρονται στον τόπο (χώρο) που ζει ο μετανάστης και γενικότερα στην καθημερινότητα που έχει στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, ζητείται από το δείγμα να απαντήσει αν έχει κοινωνικό κύκλο στην Ελλάδα, όπως φίλους (γηγενείς ή μετανάστες), συγγενείς ή αν ζει μόνος του. Επίσης, καλείται να απαντήσει σε ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν την οικονομική του κατάσταση, δηλαδή, αν εργάζεται νόμιμα ή παράνομα, ποιες είναι οι σχέσεις του με τους άλλους συναδέλφους και το αφεντικό του και ποιες είναι οι προσδοκίες του και τα όνειρα του. Μέσα από αυτό τον κύκλο ερωτήσεων, εξετάζεται, κυρίως, η κοινωνική ζωή του αλλοδαπού, καθώς και αν βιώνει κάποια μορφή κοινωνικού αποκλεισμού ή ρατσισμού, είτε στο εργασιακό του περιβάλλον (αν εργάζεται) είτε στην καθημερινότητα του (στην γειτονιά που ζει).

Επιπρόσθετα, οι συνεντευξιαζόμενοι καλούνται να απαντήσουν σε ερωτήσεις, στις οποίες εξετάζεται η προσβασιμότητα των μεταναστών στον νοσοκομειακό χώρο. Στις ερωτήσεις που καλείται να δώσει απαντήσεις ο νοσηλευόμενος αλλοδαπός, ερευνάται αν είχε εύκολη ή δύσκολη πρόσβαση στον χώρο της υγείας και τι είδους δυσκολίες συνάντησε (αν συνάντησε) τόσο πριν εισέλθει στον νοσοκομειακό χώρο, όσο και κατά την διάρκεια της νοσηλείας του. Επίσης, ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει και σε ερωτήσεις που αφορούν στις απόψεις του για την παρεχόμενη νοσηλεία καθώς και για την ιατροφαρμακευτική κάλυψη.

Λίγο πριν λάβει τέλος η ερευνητική διαδικασία, ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει σε ερωτήσεις που αφορούν την αντιμετώπιση που έχουν από τους επαγγελματίες της υγείας (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και από τους κοινωνικούς λειτουργούς). Σε αυτό το σημείο, ερευνάται το γεγονός αν ο νοσηλευόμενος αλλοδαπός νιώθει ότι βιώνει κάποιο είδος κοινωνικού αποκλεισμού από τους επαγγελματίες της υγείας ή από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο του νοσοκομειακού χώρου, όπως για παράδειγμα από τους υπόλοιπους ασθενείς ή συνοδούς των ασθενών. Εξετάζεται η καλύτερη και η χειρότερη συμπεριφορά που έχουν βιώσει μέχρι στιγμής στον χώρο του νοσοκομείου και αν πιστεύουν ότι αντιμετωπίζονται διαφορετικά σε σχέση με τους υπόλοιπους γηγενείς ασθενείς. Κλείνοντας την συζήτηση δίνεται στον ερωτώμενο η δυνατότητα να προσθέσει κάτι που μπορεί να παρέλειψε ή να συμπληρώσει κάτι που θεωρεί σημαντικό να αναφερθεί.

Τέλος, ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στην χρονική διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας, ώστε να μην είναι μακροσκελής και απαιτείται περισσότερο από σαράντα (40) λεπτά της ώρας για την διεξαγωγή της, κάτι το οποίο θα κούραζε τον ασθενή. Επιπλέον, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι στο ερευνητικό εργαλείο το λεξιλόγιο των ερωτήσεων που χρησιμοποιείται είναι απλό, συγκεκριμένο και κατανοητό, ώστε να μην χρειάζονται πολλές διευκρινήσεις και ώστε να μην κουράζεται ο ασθενής να δώσει την απάντηση που χρειάζεται. Επίσης, οι ερωτήσεις δεν περιέχουν αμφισημίες, δεν στηρίζονται σε ηχηρές ή φορτισμένες λέξεις, ώστε να μην επηρεάζονται οι απαντήσεις του ερωτώμενου.

Όσον αφορά τους επαγγελματίες της υγείας, ο οδηγός συνέντευξης για τους δημόσιους υπαλλήλους (βλ. παράρτημα-Μέρος Β) αποτελείται από τρεις θεματικές ενότητες, οι οποίες όλες μαζί έχουν βασική κατεύθυνση την ανάδειξη των αντιλήψεων και απόψεων των επαγγελματιών της υγείας, όσον αφορά την

προσβασιμότητα των μεταναστών στον χώρο της υγείας, καθώς και την εξέταση της ποιότητας του τρόπου αντιμετώπισης που έχουν οι ασθενείς μετανάστες από τους επαγγελματίες της υγείας και τέλος τα κυρίαρχα στερεότυπα ή προκαταλήψεις των υπαλλήλων.

Στην πρώτη ενότητα, όπως και στην περίπτωση με τον οδηγό συνέντευξης των μεταναστών, γίνεται αναφορά των δημογραφικών και των εκπαιδευτικών χαρακτηριστικών των συνεντευξιζόμενων. Οι ερωτήσεις σε πρώτο στάδιο είναι κυρίως κλειστού τύπου και έχουν συγκεκριμένες απαντήσεις που πρέπει να δώσουν οι ερωτώμενοι. Όσον αφορά την συλλογή των εκπαιδευτικών χαρακτηριστικών, το δείγμα καλείται να απαντήσει σε ερωτήσεις κλειστού και ανοικτού τύπου ώστε να δοθούν περισσότερες διευκρινήσεις. Η δεύτερη ενότητα αφορά την επαγγελματική σταδιοδρομία των δημόσιων υπαλλήλων. Ο συνεντευξιζόμενος αφήνεται να αφηγηθεί τα επαγγελματικά του στάδια και τις επαγγελματικές του εμπειρίες οι οποίες μπορεί να σχετίζονται με την πληθυσμιακή ομάδα που μελετάται στην παρούσα έρευνα. Οι ερωτήσεις και σε αυτή την ενότητα είναι ένας συνδυασμός κλειστού και ανοικτού τύπου με σκοπό να δοθούν οι απαιτούμενες πληροφορίες που αφορούν το θέμα της έρευνας.

Τέλος, η τρίτη ενότητα αφορά τη λειτουργικότητα του καταμερισμού εργασίας και το πώς διαχειρίζονται τους μετανάστες και τις ανάγκες τους οι υπάλληλοι. Ένα βασικό θέμα που εξετάζει αυτή η ενότητα, εκτός των άλλων, είναι και η ικανότητα διευθέτησης και διαχείρισης (management) των αναγκών των μεταναστών από τους δημοσίους υπαλλήλους (κυρίως από την μεριά των προϊσταμένων και των διοικητικών υπαλλήλων). Επίσης, σε αυτήν την ενότητα εξετάζονται ποιους τυπικούς ή άτυπους τρόπους αντιμετώπισης εφαρμόζουν οι επαγγελματίες της υγείας και με ποια κριτήρια και με τι κόστος για εκείνους και τις ομάδες των μεταναστών.

Σχετικά με τα παραπάνω, η ανάλυση προσδοκά στην ανάδειξη όλων εκείνων των μηχανισμών που χρησιμοποιούνται από τους υπαλλήλους της υγείας για την αποτελεσματικότερη οργάνωση της εργασίας τους. Στο τέλος της συνέντευξης, οι δημόσιοι υπάλληλοι καλούνται να απαντήσουν σε ερωτήσεις που αφορούν γενικότερα τις στάσεις απέναντι στους ασθενείς, τις αντιλήψεις που έχουν οι υπάλληλοι της υγείας για τον τρόπο που αντιμετωπίζουν τους ασθενείς μετανάστες και πώς οι ίδιοι ορίζουν την σχέση των μεταναστών με το σύστημα της υγείας. Τέλος, η ενότητα αυτή προτρέπει τους συνεντευξιζόμενους στην ανάπτυξη ενός συμβουλευτικού-κοινωνικού λόγου για το «πώς» και με ποιους τρόπους, κατά την

δική τους γνώμη, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται οι ασθενείς μετανάστες (είτε είναι νόμιμοι είτε παράνομοι) για την καλύτερη εξυπηρέτησή τους στον χώρο της υγείας.

Οι συνεντεύξεις ολοκληρώθηκαν από κάθε ξεχωριστή ομάδα, τόσο από την μεριά των ασθενών μεταναστών όσο και από την μεριά των επαγγελματιών υγείας. Η ερευνητική διαδικασία ολοκληρώθηκε όταν απαντήθηκαν τα βασικά ερωτήματα της έρευνας, καλύφθηκαν τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα και η έρευνα έφθασε σε ένα σημείο κορεσμού ως προς τις απαντήσεις.

5.4 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Θεωρείται σημαντικό να αναφερθεί ότι στην παρούσα ερευνητική διαδικασία σε γενικές γραμμές υπήρχε η επιθυμητή ανταπόκριση και συνεργασία τόσο από τον μεταναστευτικό πληθυσμό, όσο και από τους δημόσιους υπαλλήλους. Στο πλαίσιο της παρούσας ερευνητικής διαδικασίας η προσπάθεια επικεντρώνεται στην αναζήτηση των χαρακτηριστικών πρόσβασης των μελών των μεταναστευτικών ομάδων στο νοσοκομειακό χώρο και στο βαθμό ικανοποίησης των μεταναστών σχετικά με την αντιμετώπιση τους από τους επαγγελματίες υγείας και τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Ειδικότερα αναλύεται στη συνέχεια ο τρόπος με τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας διανέμουν τις παροχές, που τυπικά τουλάχιστον δικαιούνται οι μετανάστες.

Τα αποτελέσματα των συνεντεύξεων υπέστησαν επεξεργασία. Αρχικά, έγινε αφαίρεση εκείνου του υλικού που αποτελούσε φλυαρία ή πλεονασμό ή άστοχη διατύπωση. Κατέστη ιδιαίτερα απαιτητικό το σημείο που έπρεπε να συγκεντρωθούν τα κύρια σημεία που αφορούν την έρευνα και να ταξινομηθούν με βάση τους άξονες του οδηγού συνέντευξης. Η καταγραφή των αποτελεσμάτων της έρευνας χωρίζεται σε δύο υποκεφάλαια. Το πρώτο υποκεφάλαιο αναφέρει τις πληροφορίες που αντλήθηκαν από τις συνεντεύξεις των νοσηλευομένων μεταναστών, ενώ το δεύτερο υποκεφάλαιο επικεντρώνεται στα αποτελέσματα των επαγγελματιών της υγείας.

Τα ονόματα που αναφέρονται στην ανάλυση των συνεντεύξεων και των μεταναστών και των επαγγελματιών της υγείας, είναι ψευδώνυμα των πληροφορητών που δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην ερευνητική διαδικασία.

5.4.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ

ι) Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των μεταναστών

Στην συνέχεια, παρατίθεται ένας πίνακας που αφορά τα δημογραφικά στοιχεία των αλλοδαπών νοσηλευόμενων όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η κοινωνική ασφάλεια (αν έχει), η κατάσταση της υγείας, η χώρα προέλευσης και ο χρόνος παραμονής των αλλοδαπών στον ελλαδικό χώρο. Έπειτα, τα αποτελέσματα υπέστησαν ομαδοποίηση με βάση τις κατηγοριοποιήσεις των μεταναστών (για παράδειγμα νόμιμοι, νόμιμοι ανασφάλιστοι και παράνομοι), ώστε ο εντοπισμός για τυχόν διαφορές ή ομοιότητες στις απόψεις, αντιλήψεις και συναισθήματα των αλλοδαπών, για το πώς και αν αντιλαμβάνονται κάποιου είδους μορφής κοινωνικού αποκλεισμού στον χώρο της υγείας, να γίνει πιο αντιληπτός.

Φύλο	Ηλικία	Οικογενειακή κατάσταση	Κοινωνική ασφάλιση	Κατάσταση της υγείας	Χώρα προέλευσης	Χρόνος παραμονής Ελλάδα
A	47	Έγγαμος με παιδιά	Όχι/παράνομος	Απόπειρα αυτοκτονίας	Συρία	5 έτη
A	26	Έγγαμος	ΙΚΑ/νόμιμος	Ηπατική ανεπάρκεια	Ρουμανία	8 έτη
A	21	Άγαμος	Ιδιωτική/νόμιμος	Τραυματισμός από ατύχημα	Αλβανία	17 έτη
A	45	Έγγαμος με παιδιά	Όχι/παράνομος	Φυματίωση TBC	Γεωργία	10 έτη
A	30	Άγαμος	Όχι/παράνομος	Εγχείρηση στην καρδιά. +Μαντού	Σομαλία	4 έτη
A	21	Άγαμος	Όχι/παράνομος	Ηπατίτιδα & σύνδρομο εξάρ/σης.	Αφγανιστάν	2 έτη
A	45	Άγαμος	Όχι/νόμιμος	CA πνεύμονα	Ουκρανία	15 έτη
A	65	Έγγαμος με παιδιά	Όχι/παράνομος	Νόσος weil / λεπτοσπείρωση	Αλβανία	32 έτη
Γ	41	Έγγαμη	ΙΚΑ/νόμιμη	Κολικός νεφρού	Ουκρανία	12 έτη
Γ	55	Έγγαμη	Όχι/νόμιμη	Εγκεφαλικό επεισόδιο	Αλβανία	22 έτη

1.1. Πίνακας δημογραφικών στοιχείων Μεταναστών.

Με βάση τις συνεντεύξεις, στον Πίνακα 1.1 απεικονίζεται η γενικότερη δημογραφική κατάσταση, η οικογενειακή κατάσταση και η κατάσταση της υγείας των συνεντευξιζόμενων αλλοδαπών ασθενών. Αν και ο πληθυσμός των

συνεντευξιαζόμενων είναι σχετικά μικρός, αυτό που παρατηρείται στον προαναφερόμενο πίνακα είναι ότι το εύρος της ηλικίας των μεταναστών κυμαίνεται από είκοσι έως εξήντα ετών και το μεγαλύτερο ποσοστό των μεταναστών είναι άντρες αλλοδαποί. Το δεύτερο στοιχείο που παρατηρείται είναι ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των αλλοδαπών είναι έγγαμοι με παιδιά και ανασφάλιστοι. Επίσης, η κατάσταση της υγείας των συνεντευξιαζόμενων αλλοδαπών και η χώρα προέλευσης ποικίλει. Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο που προκύπτει από τις συνεντεύξεις είναι ότι: το μεγαλύτερο ποσοστό των μεταναστών βρίσκεται στον ελλαδικό χώρο μεγάλο χρονικό διάστημα και παρόλα αυτά οι περισσότεροι διαμένουν παράνομα χωρίς να διαθέτουν τα απαραίτητα έγγραφα παραμονής ή βρίσκονται νόμιμα, αλλά χωρίς να διαθέτουν κάποια κοινωνική ασφάλιση.

Ο Αναστάσιος είναι 65 ετών από τη Αλβανία. Ζει στην Ελλάδα τριάντα δύο χρόνια με την οικογένεια του. Όλα τα χρόνια που μένει στην Ελλάδα ζει και δουλεύει παράνομα. Τα παιδιά του και ο ίδιος βαφτίστηκαν χριστιανοί. Έχει και δύο εγγόνια τα οποία γεννήθηκαν στην Ελλάδα. Ο Αναστάσιος εργάζεται ως κηπουρός σε διάφορα σπίτια ή ασχολείται με την καθαριότητα των εξωτερικών χώρων. Νοσηλεύεται στο νοσοκομείο, διότι είχε υψηλό πυρετό και έπειτα από εξετάσεις διαγνώστηκε με την Νόσο Weil. Οι γιατροί κατέληξαν ότι βάση του κοινωνικού ιστορικού προφανώς μολύνθηκε από εκκρίματα τροφτικών. Αναφέρει χαρακτηριστικά κατά την διάρκεια της συνέντευξης σχετικά με την διαμονή του στην Ελλάδα:

«[...]Έφτασα στην Ελλάδα με τα πόδια.. Μόνος μου...Εδώ είχα και άλλους συγγενείς και φίλους, άλλοι είχαν δουλειά κανονικά, άλλοι όχι. Αρχικά έμενα με άλλα τρία άτομα- άντρες-. Δεν ήμουν παντρεμένος τότε. Μετά παντρεύτηκα αλβανίδα. Μέχρι να βρω κάτι σίγουρο δεν γινόταν να έρθει και η γυναίκα μου Ελλάδα. Μετά από δύο χρόνια ήρθε η γυναίκα μου ως τουρίστρια, νομίζω ήταν έγκυος. Κάποιο διάστημα είχαμε χαρτιά διότι εργαζόμασταν σε κάποιο νησί σε ξενοδοχείο, τώρα δεν μας δίνουν (χαρτιά) με τίποτα. Δεν θέλουμε να φύγουμε όμως».

Ο Αναστάσιος εισήλθε στον ελλαδικό χώρο παράνομα, αλλά κατά την διάρκεια της ζωής του στην Ελλάδα απέκτησε κάποια νόμιμα έγγραφα, για ορισμένο χρονικό διάστημα. Ωστόσο, σήμερα ζει παράνομα στην χώρα, χωρίς καμία κοινωνική ασφάλεια. Η κοινωνική αναστάτωση που επικρατεί στην Ελλάδα και στα πολιτικά δρώμενα δεν διευκολύνει την διαδικασία νομιμοποίησης αυτών των ανθρώπων. Επίσης, οι καθυστερήσεις για την έκδοση ή ανανεώσεων αδειών παραμονής ή την

έκδοση των ειδικών δελτίων των αιτούντων άσυλο αλλοδαπών, έχουν ως συνέπεια την παρεμπόδιση της πρόσβασης πολλών μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας.

Ο Θοδωρής είναι 45 ετών από την Ουκρανία. Διαγνώστηκε με καρκίνο στον Πνεύμονα. Είναι άνεργος και εγγεγραμμένος στις καταστάσεις του ΟΑΕΔ. Ωστόσο, δεν έχει κοινωνική ασφάλιση. Ζει με την μητέρα του στην Ελλάδα τα τελευταία 15 χρόνια και εργάζεται ως ελαιοχρωματιστής κυρίως τους καλοκαιρινούς μήνες, χωρίς να τον ασφαλίζουν. Αναφέρει στην συνέντευξη:

«Όταν ήρθα κάτω έβρισκα αμέσως δουλειά και μάλιστα με καλά λεφτά. Είμαι άνεργος πάω κάθε τρεις μήνες στον ΟΑΕΔ για την κάρτα (ανανέωση της κάρτας) και ρωτάω μήπως υπάρχει κάτι. Έχω σκεφτεί να κάνω μια ιδιωτική ασφάλεια σε μένα και την μητέρα μου, αλλά νομίζεις ότι τα χω (τα λεφτά).. τέλος πάντων, να κυλήσει και αυτός ο μήνας και θα δω[...]Αν έχω σκεφτεί να γυρίσω πίσω... μπορεί να, αν δεν βγάλω καλά λεφτά εδώ».

Ο Θοδωρής αν και βρίσκεται στην Ελλάδα νόμιμα, δεν διαθέτει κάποια κοινωνική ασφάλιση, ωστόσο συνεχίζει να προσπαθεί να ενταχθεί κοινωνικά και σε κάποιο εργασιακό κλάδο για να συνεχίσει την ζωή του στην Ελλάδα.

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών αλλοδαπών να σημειωθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συνεντευξιζόμενων είχε ολοκληρώσει τις βασικές γραμματικές γνώσεις και το μορφωτικό επίπεδο ήταν ιδιαίτερα χαμηλό. Εξαιρέση αποτελούν η γυναίκα από την Ουκρανία, η οποία εργαζόταν σαν δασκάλα για κάποια χρόνια στην χώρα της και ο άντρας αλβανικής καταγωγής (21 ετών), ο οποίος είχε ολοκληρώσει πρόσφατα την δευτεροβάθμια εκπαίδευση στην Ελλάδα. Η Ελένη από την Ουκρανία είναι 41 ετών και ζει στην Ελλάδα τα τελευταία δώδεκα χρόνια με τον σύζυγο της και τις δύο κόρες της. Εργάζεται νόμιμα σε ένα εστιατόριο στην Πάτρα ως καθαρίστρια και σπάνια καθαρίζει σπίτια άτυπα. Η Ελένη περιγράφει στην συνέντευξη της:

«Στην Ουκρανία ήμουν δασκάλα. Αλλά δεν ήταν εύκολα τα πράγματα. Τα κορίτσια μας θέλουν να σπουδάσουν και δεν είχαμε αυτή την δυνατότητα. Φύγαμε με τον άντρα μου μαζί πρώτα. Ήταν δύσκολα να χωρίζει μια οικογένεια έτσι. Η πρώτη δουλειά που βρήκα Ελλάδα είναι εκεί που εργαζόμαι. Η μητέρα μου μού έκανε γκρίνια και μου έλεγε συνέχεια ότι κακώς ήρθα Ελλάδα για να δουλεύω ως καθαρίστρια. Και; Τι με νοιάζει της λέω. Ποια δουλειά μου δίνει φαγητό στο τραπέζι μου; Η δουλειά δεν είναι ντροπή. Καθαρός άνθρωπος και γνήσιος αν είσαι δεν χρειάζεται να φοβάσαι καμία δουλειά. Εξάλλου εκεί που δουλεύω μας συμπεριφέρονται πολύ καλά. Υπάρχουν

και άλλες κοπέλες σαν και εμένα. Τώρα να σου πω την αλήθεια έχω συνηθίσει αυτήν την ζωή. Από την άλλη υπάρχουν τόσα άτομα χωρίς δουλειά, αν φύγω μπορεί να μην βρω να δουλέψω κάπου».

Η Ελένη αν και έχει κάποια ανώτατη εκπαίδευση δεν δίστασε να μεταναστεύσει και να εργαστεί σε κάποιο κλάδο που δεν αντιστοιχεί στο μορφωτικό επίπεδο που έχει, ώστε να ζήσει μια καλύτερη ζωή. Κίνητρο της μετανάστευσης δεν ήταν η ανέλιξη στο επαγγελματικό τομέα, αλλά το αίσθημα της επιβίωσης για ένα καλύτερο μέλλον τόσο για την ίδια, αλλά κυρίως για ένα καλύτερο μέλλον για τα παιδιά της.

Ο Πέτρος είναι 21 ετών και μένει στην Ελλάδα δεκαεπτά έτη με τους γονείς του. Εισήλθε στον νοσοκομειακό χώρο διότι τραυματίστηκε σε κάποιο ατύχημα με δίκυκλο όχημα. Ο Πέτρος έχει Αλβανική καταγωγή, όπως μου περιέγραψε χαρακτηριστικά στην συνέντευξη του:

«Είμαι Αλβανός στο αίμα, αλλά στην καρδιά μου έχω την Ελλάδα».

Αναφέρει επίσης:

«Πώς να νιώσω Αλβανός αφού Αλβανικά δεν γνωρίζω! Την κουλτούρα δεν την ξέρω και ούτε θέλω να την μάθω. Στην ζωή μου Αλβανία έχω πάει σπάνια και αυτό για να δούμε τους παππούδες μου. Τελειώνω εδώ, με το ζόρι βέβαια, το τεχνικό λύκειο ως ηλεκτρολόγος. Έχω κάνει κάτι μεροκάματα σε νυχτερινά καλοκαιρινά μαγαζιά, αλλά όχι κάτι σημαντικό. Ελλάδα θα φύγω μόνο για ένα λόγο. Αν πάψει να μου δίνει ψωμί όπως λέει και η μάνα μου, αλλά και πόσοι Έλληνες δεν φεύγουν για αυτόν τον λόγο! Ευτυχώς η μητέρα μου είναι ασφαλισμένη, αλλά ο πατέρας μου ζει τον τελευταίο καιρό παράνομα γιατί τον απέλυσαν –έκλεισε το μαγαζί που δούλευε- Κανονικά θα πρέπει να πάει πίσω Αλβανία, αλλά μένει μήπως βρεθεί κάποια άλλη λύση. Είναι περίεργη φάση».

Μέσα από την συνέντευξη του Πέτρου γίνεται αντιληπτό ότι θα προτιμούσαν να μην χρειαστεί να φύγουν πάλι από την στιγμή που έχουν δημιουργήσει τον κοινωνικό τους κύκλο, έχουν μάθει την γλώσσα, την κουλτούρα. Για τον Πέτρο η ιδέα της μετανάστευσης ακόμη και στην χώρα της προέλευσης του δεν είναι κάτι επιθυμητό γιατί όπως λέει και ο ίδιος νιώθει περισσότερο Έλληνας παρά Αλβανός.

Ο Πέτρος ζει σε μια οικογένεια που ο καθένας είναι μια ξεχωριστή κατηγορία μετανάστη. Αν και ήρθαν μαζί στην Ελλάδα και παρά το γεγονός ότι αυτά τα τρία άτομα συνδέονται με τους οικογενειακούς δεσμούς, αυτήν την χρονική στιγμή η μητέρα του ζει νόμιμα και ασφαλισμένη, ο Πέτρος ζει νόμιμα, αλλά με ιδιωτική ασφάλεια και ο πατέρας του ζει παράνομα χωρίς καμία ασφάλεια. Αυτό δείχνει ότι ένας μετανάστης αντιμετωπίζεται στην Ελλάδα ως ξεχωριστή περίπτωση και

ανεξάρτητα από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας του. Στην προκειμένη περίπτωση αν και ζούσαν νόμιμα και όλοι μαζί στην Ελλάδα δεκαεπτά χρόνια, τώρα το ελληνικό κράτος τους αναγκάζει να χωριστούν. Δεν προστατεύει τους οικογενειακούς δεσμούς, ούτε λαμβάνει υπόψη του ότι αυτοί οι άνθρωποι διέμεναν τόσα χρόνια στην Ελλάδα. Αυτό αποτελεί ένα από τα μελανά σημεία της ελληνικής νομοθεσίας σχετικά με αυτή την πληθυσμιακή ομάδα.

Στην συνέχεια ακολουθεί ανάλυση για τους λόγους που εγκατέλειψαν οι αλλοδαποί την χώρα τους. Το ταξίδι της μετανάστευσης είχε πολλές μορφές και τύπους. Αυτό που πρώτα από όλα παρατηρήθηκε μέσα από την ανάλυση των αποτελεσμάτων είναι ότι οι συνεντευξιαζόμενοι αλλοδαποί ασθενείς από την Συρία, Αφγανιστάν, Γεωργία και Σομαλία ανέφεραν ότι αναγκάστηκαν να εγκαταλείψουν τη χώρα τους εξαιτίας της φτώχειας, αλλά και των πολέμων που λάμβαναν χώρα. Επίσης, μέσα από την συζήτηση με τους αλλοδαπούς έγινε κατανοητό ότι ο τρόπος μετανάστευσης ήταν ατομικός και μη οργανωμένος. Κάποιοι συνεντευξιαζόμενοι αφηγήθηκαν ότι είχαν εισέλθει στον ελλαδικό χώρο παράνομα και οι ίδιοι ασθενείς ανέφεραν, κατά την διάρκεια της συνέντευξης, ότι δεν έχουν σκοπό να κάνουν αίτηση για άσυλο, διότι ο σκοπός τους είναι να ταξιδεύσουν σε άλλη ευρωπαϊκή χώρα. Επίσης οι ίδιοι εξέφρασαν ότι κατά την διάρκεια της νοσηλείας νιώθουν ανασφάλεια, διότι γνωρίζουν ότι είναι παράνομοι και φοβούνται μην ειδοποιηθούν οι αρχές.

Ο Αντρέας είναι 30 ετών από την Σομαλία και μένει στην Ελλάδα 4 έτη. Δεν είναι παντρεμένος και μένει με άλλα 2 άτομα σε ένα σπίτι στο κέντρο. Εργάζεται σε φούρνο στην Πάτρα παράνομα. Ο ίδιος είναι ικανοποιημένος από το αφεντικό του και από τον μισθό του. Αν και μένει λίγα χρόνια στην Ελλάδα γνωρίζει ελληνικά. Βέβαια η συνέντευξη σε ορισμένα σημεία πραγματοποιήθηκε στα αγγλικά για δική του διευκόλυνση. Ο Αντρέας εγκατέλειψε την πατρίδα εξαιτίας του πολέμου που υπήρχε. Έφυγε 17 χρονών από την Σομαλία και ταξίδεψε σε διάφορες χώρες. Περιγράφει καθ' όλη την διάρκεια της συνέντευξης:

«Δεν έχεις μέλλον στην Σομαλία. Εδώ είναι παράδεισος για μένα. Έχω το ποδήλατο μου. Εργάζομαι πολλές ώρες, αλλά δεν έχω παράπονο. Δεν επιστρέφω Σομαλία με τίποτα. Την μητέρα μου παίρνω τηλέφωνο μόνο. Καταρχήν και να θέλω να πάω χρειάζομαι πολλά λεφτά. Έφυγα ένα βράδυ ξαφνικά. Ξεκίνησα να έρχομαι με τα πόδια αν το πιστεύεις ...χαχα αστείο μου φαίνεται. Μου πε το αφεντικό ότι θα με ασφαλίσει γιατί τώρα κάνουν έλεγχο. Άντε μια χαρά θα είναι. Μετά δεν θα φοβάμαι μη με πιάσουν. Θα χω να τους δείξω κάτι. Ένα χαρτί σου αλλάζει τον τρόπο ζωής!».

Ο ίδιος σε άλλο σημείο της συνέντευξης αναφέρει:

«[...] Έχει τύχει κάποιες φορές να μιλήσω για το πώς ήρθα Ελλάδα για την ζωή μου στην Σομαλία με κάποια από τα παιδιά που δουλεύουμε μαζί. Πολλοί, κυρίως Έλληνες- ντόπιοι μας λυπούνται που μένουμε σε ένα σπίτι τρία και έξι άτομα μαζί. Μου λένε από την δουλειά πως μπορώ να μένω με άλλα ξένα άτομα. Δεν μπορείτε να καταλάβετε! Ναι θα προτιμούσα να μένω μόνος μου, αλλά από το να ζω τον πόλεμο. Δεν έχω σκοπό να μένω πάντα έτσι βέβαια! [...] Μένω με ένα Ινδό πολύ καλή ψυχή. Ήταν αστυνομικός στη χώρα του και τώρα πάει στα θερμοκήπια και δουλεύει και είναι μια χαρά, στέλνει λεφτά πίσω στην γυναίκα του. Έφυγε γιατί εκεί το κράτος τον ανάγκαζε να σκοτώνει και αυτός αυτό δεν το άντεχε. Τι ζητάει ο καθένας...».

Μέσα από την συνέντευξη του Αντρέα γίνεται αντιληπτό ότι οι λόγοι που αναγκάζονται να εγκαταλείψουν την χώρα τους οι μετανάστες καθώς και τα κριτήρια για μια «καλύτερη ζωή» ποικίλουν από άτομο σε άτομο, ανάλογα από τις προσωπικές εμπειρίες του καθενός. Τα αίτια της μετανάστευσης δεν είναι μόνο οικονομικά. Σε αρκετές περιπτώσεις πολιτικοί παράγοντες υπαγόρευαν τη μετακίνηση του πληθυσμού. Η επικράτηση δικτατορικών καθεστώτων και η ύπαρξη πολεμικών συγκρούσεων επηρεάζουν σημαντικά τις αποφάσεις ατόμων για τη μετακίνηση τους.

Όσον αφορά τους ασθενείς που προέρχονται από την Αλβανία, Ουκρανία, Ρουμανία μία από τις συνήθεις απόψεις που προβλήθηκαν μέσα από τις συνεντεύξεις αναφορικά με τους λόγους που εγκατέλειψαν την χώρα τους ήταν η οικονομική ανασφάλεια που ένιωθαν. Οι γενικότερες οικονομικές και πολιτικές αλλαγές στις χώρες τους δημιούργησαν και συνέβαλλαν στην κατάρρευση του μοντέλου μόνιμης απασχόλησης και εξασφάλισης μιας αξιοπρεπούς ζωής με αποτέλεσμα να στραφούν στην αναζήτηση για καλύτερη ποιότητα ζωής. Οι ίδιοι τόνισαν πως τίποτα δεν τους εμποδίζει να εγκαταλείψουν την Ελλάδα σε περίπτωση εργασιακής και μισθολογικής αβεβαιότητας. Οι γυναίκες μετανάστριες ανέφεραν στην συνέντευξη ότι ο κύριος λόγος που εγκατέλειψαν την χώρα τους ήταν η οικογενειακή συνένωση. Εξήγησαν ότι πρώτα εισήλθε στην χώρα ο σύζυγος τους και στη συνέχεια με τουριστική βίζα μετανάστευσαν και εκείνες στην Ελλάδα.

Αναφέρει χαρακτηριστικά η Ελένη από την Ουκρανία κατά την διάρκεια της συνέντευξης:

«[...] Δεν γίνεται αν έχεις παιδιά να τα αποχωριστείς τόσο εύκολα και χωρίς να είσαι σίγουρος για αυτό που πας να κάνεις. Έφυγε ο άντρας μου, Νοέμβριος ήταν αν θυμάμαι καλά, εγώ δούλευα ακόμη σε ένα σχολείο. Μου πε πως αν είναι καλά (η

κατάσταση στην Ελλάδα) και βρει κάτι καλό και για μένα που να μπορούμε να ζήσουμε όλοι μαζί θα μου 'λεγε να κατέβω και εγώ. Έτσι έγινε. Εγώ κατέβηκα καλοκαίρι και αρχικά ξεκίνησα σε ένα ξενοδοχείο τοπικό να εργάζομαι. Δεν ήταν σίγουρο αν θα έμενα, γιατί η δουλειά θα ήταν μόνο για καλοκαίρι. Τα κορίτσια έμειναν Ουκρανία. Ήρθαν για διακοπές να δουν την Ελλάδα και εμάς για λίγο... μετά τα πράγματα κυλάνε και κάπως από μόνα τους. Ευτυχώς βρήκα αλλού δουλειά στο κέντρο κοντά στο σπίτι σε μια ψησταριά και μείναμε Ελλάδα. Δεν είναι η δουλειά που ονειρευόμουν αλλά έχει καλά λεφτά και tips...»

Στην ουσία αφήνεται να εννοηθεί ότι εισήλθαν νόμιμα. Ωστόσο κάποιοι από τους συνεντευξιαζόμενους, οι οποίοι είναι αυτή την χρονική περίοδο παράνομοι, είχαν εισέλθει στον ελλαδικό χώρο νόμιμα και εν συνεχεία έγιναν παράνομοι, επειδή δεν διέθεταν τα απαιτούμενα έγγραφα και προδιαγραφές για να συνεχίσουν να είναι νόμιμοι, όπως η περίπτωση του πατέρα του Πέτρου που προαναφέρθηκε παραπάνω. Επίσης, ένα ποσοστό των μεταναστών παραβρίσκονται στην χώρα νόμιμα, αλλά δεν έχουν ασφάλιση, διότι πλέον δεν εργάζονται ή απασχολούνται ηθελημένα σε άτυπη εργασία. Μία από τις βασικές αιτίες προσέλευσης των μεταναστών στην Ελλάδα είναι η κάλυψη των αναγκών της παραοικονομίας. Χαρακτηριστικά αναφέρει ο Θεοδωρής από την Ουκρανία (45 ετών):

«Είχα ασφάλεια για κάποια χρόνια. Αλλά δεν τα θέλω τα ένσημα. Προτιμώ να μου δίνουν παραπάνω τα αφεντικά. Θα γυρίσω κάποια στιγμή πίσω και τι να τα κάνω τα ένσημα».

Επιπρόσθετα, αυτό που προκύπτει από τις συνεντεύξεις είναι ότι η διάρκεια της παραμονής τους στην Ελλάδα εξαρτάται περισσότερο από την εργασία τους στην χώρα υποδοχής. Επιπλέον, στην παραμονή σημαντικό ρόλο παίζουν οι κοινωνικές σχέσεις που αναπτύσσονται με το κοινωνικό περιβάλλον (γειτονιά, σχολείο, εργασία). Η Πόπη είναι 55 ετών από την Αλβανία και ζει στην Ελλάδα με την οικογένεια της 22χρόνια. Η ίδια δεν εργάστηκε ποτέ και εξηγεί ότι ήρθε Ελλάδα νόμιμα με τα παιδιά της για να ζήσουν με τον άντρα της. Δεν επιθυμεί να φύγει από την Ελλάδα επειδή η ίδια, αλλά κυρίως τα παιδιά της έχουν δημιουργήσει τον κοινωνικό τους κύκλο. Αναφέρει χαρακτηριστικά η Πόπη:

«Στην αρχή που ήρθαμε δυσκολευτήκαμε πιο πολύ με τα παιδιά γιατί δεν γνώριζαν την γλώσσα και στο σχολείο τα άλλα παιδιά τις μιλούσαν άσχημα, τις κοροΐδευαν. Αυτό σαν μάνα ήταν το χειρότερο. Τα καλοκαίρια και όσο πηγαίνανε σχολείο τους είχα μια δασκάλα για να μάθουν καλά τα ελληνικά. Εμείς μιλούσαμε πιο

πολύ αλβανικά στο σπίτι. Όσο ελληνικά ξέρω τα έμαθα από τις κόρες μου. Ο άντρας μου δούλευε σε κάποιο εργοστάσιο. [...] Σκεφτήκαμε με τον άντρα μου να φύγουμε παλιότερα για να πάμε Γερμανία-έχουμε συγγενείς εκεί- και μας είχαν πει ότι την ίδια δουλειά θα την έκανε εκεί με καλύτερα λεφτά, αλλά τα παιδιά μας πηγαίνανε ελληνικό σχολείο, είχαν μάθει την γλώσσα, είχαν φίλους, είχαν την σειρά τους. Μετά σκέφτεσαι, τόσο κόπος και φτου από την αρχή. Αυτά σκεφτήκαμε (τα παιδιά) και δεν φύγαμε».

Οι αφηγήσεις των μεταναστών από την Αλβανία, Ρουμανία, Ουκρανία, αναδεικνύουν τα ιδιαίτερα κοινά στοιχεία συνθηκών ζωής με την ελληνική κοινωνία. Χαρακτηριστικά αναφέρει ο Αναστάσιος από την Αλβανία (65 ετών):

«Αρχικά ήταν δύσκολα μέχρι να βρω μια καλή δουλειά. Είχα έρθει παράνομα. Έμεινα σε ένα παλιό σπίτι μαζί με τα τρία αδέρφια μου. Πήγαινα Αλβανία και εκεί παντρεύτηκα. Όμως δεν ήρθε Ελλάδα η γυναίκα μου αμέσως. Όταν κάναμε οικογένεια ήρθε και μέναμε σε ένα διαμέρισμα με την γυναίκα και τα παιδιά. Έκανα δυο δουλειές. Σε βενζινάδικο και καθάριζα κήπους. Ήταν καλά. Αγοράσαμε και το σπίτι μας[...]

Η Ελένη από τη Ουκρανία αναφέρει σε κάποιο σημείο της συνέντευξης:

«Οι κόρες μου πάνε στο δημοτικό σχολείο. Ευτυχώς, λόγω της γειτονιάς που μένουμε υπάρχουν και άλλες οικογένειες μεταναστών και αυτό βοηθά πιο πολύ τα κορίτσια μας να μην νιώθουν άσχημα, γιατί βλέπουν και άλλες οικογένειες σαν και εμάς. Εκτός αυτού όμως, ο άντρας μου έχει τις παρέες του στο καφενείο που πάει, εγώ τις φίλες μου από την γειτονιά να πω δυο λόγια...».

Σύμφωνα με τον Αναστάσιο και την Ελένη ο τρόπος και οι συνθήκες διαβίωσης θυμίζουν αρκετά στοιχεία από την ελληνική κοινωνία, κάτι το οποίο τους βοηθά στο να μην νιώθουν αποκομμένοι από την κοινωνία.

Εν συνεχεία, σύμφωνα με την ανάλυση των συνεντεύξεων, προκύπτει ότι η συνολική κοινωνική κατάσταση των μεταναστών διακρίνεται από σοβαρά προβλήματα. Κυρίως για τους αλλοδαπούς από Συρία, Αφγανιστάν, Σομαλία και Γεωργία, αυτά τα προβλήματα καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τις συνθήκες διαβίωσης και τη σχέση των μεταναστών με τη χρήση των κοινωνικών αγαθών, όπως η υγεία και η κοινωνική ασφάλιση. Αυτό που διαπιστώνεται είναι ότι η πλειονότητα των μεταναστών είναι παράνομοι, επομένως δεν έχει άδεια εργασίας, με αποτέλεσμα, οι συνθήκες ζωής και εργασίας να σπρώχνουν τους αλλοδαπούς στην παραοικονομία και σε τρόπους ζωής όπως η προσωρινή απασχόληση, χαμηλού κύρους και ανασφάλιστη εργασία. Αυτές οι συνθήκες δημιουργούν δύσκολο συνδυασμό κοινωνικής ένταξης. Το χαμηλό εισόδημα αποτελεί πρόβλημα, το οποίο σχετίζεται με

τους φορείς όσο και με τα κοινωνικά αγαθά, όπως αυτό της υγείας. Αναγκάζονται να καταφεύγουν σε κατοικίες χωρίς κεντρική θέρμανση, να μοιράζονται ένα σπίτι ενός ή δύο υπνοδωματίων με άλλα πέντε ή έξι διαφορετικά άτομα που δεν είναι μέλη του ίδιου πυρήνα οικογένειας, γεγονός που δημιουργεί διάφορα κοινωνικά προβλήματα.

Χαρακτηριστικά αναφέρει ο Άκης 45 ετών από την Γεωργία ο οποίος είναι παντρεμένος και έχει δύο παιδιά τα οποία πηγαίνουν στο δημοτικό σχολείο:

«Είναι δύσκολο να μοιραζόμαστε ένα δωμάτιο τέσσερα άτομα και κουζίνα μπάνιο να το μοιραζόμαστε με άλλα πέντε. Ναι εννέα άτομα σε ένα σπίτι με δύο υπνοδωμάτια».

Στην προκειμένη περίπτωση ο ασθενής πάσχει από μία μεταδιδόμενη ασθένεια την οποία δεν γνώριζε και στην οποία έχουν εκτεθεί όλα τα υπόλοιπα άτομα που διαβούν μαζί του και τα παιδιά του, τα οποία πάνε στο δημοτικό σχολείο. Οι συνθήκες στις οποίες ζουν επιβαρύνουν την υγεία τους, ενώ ο συνωστισμός και οι άθλιες συνθήκες στέγασης αποτελούν σημαντικό πρόβλημα στην καθημερινή ζωή.

Αναφέρει ο Αντρέας από την Σομαλία σε κάποιο σημείο κατά την διάρκεια της συνέντευξης:

«Στην δουλειά με πήραν γιατί δουλεύω με πολύ λίγα λεφτά. Αυτό και αν σου αρέσει σου λένε. Εκμεταλλεύονται. Δεν χάνω τη ευκαιρία να μπω στην δουλειά να γνωρίσω κόσμο και βλέπω όσο αντέξω... τα λεφτά ακόμη δεν με φτάνουν να μείνω μόνος μου και αναγκάζομαι να μένω με άλλα δύο άτομα για να μοιράζομαι τα έξοδα. Αυτό δεν θα μείνει έτσι για πολύ!»

Σύμφωνα με τα λεγόμενα των μεταναστών ο τρόπος εισόδου στη χώρα και η έλλειψη χαρτιών παραμονής παίζουν σημαντικό ρόλο στον καθορισμό της οικονομικής δραστηριότητας και στον τύπο απασχόλησης των μεταναστών, ενώ με την σειρά του αυτό επηρεάζει τον τρόπο και τις συνθήκες διαβίωσης.

Δεδομένου ότι στις σύγχρονες καπιταλιστικές οικονομίες παρατηρείται μεγάλη ανισότητα στη διανομή του εισοδήματος και του πλούτου, η αποτελεσματική αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία αποτελεί μέγιστη πρόκληση. Η εισοδηματική ανισότητα ενισχύεται με αποτέλεσμα τη συνακόλουθη συρρίκνωση της κοινωνικής προστασίας και γενικότερα του ρόλου του κράτους πρόνοιας. Οι εισοδηματικές ανισότητες λοιπόν, τείνουν να υποβιβάζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, πρωτίστως των πιο ευάλωτων ομάδων, ενώ παράλληλα επιδεινώνουν την οικονομική επιβάρυνση των φτωχότερων νοικοκυριών (Παπαθεοδώρου Χρήστος, 2011).

ii) Προσβασιμότητα των μεταναστών στον νοσοκομειακό χώρο

Στην συνέχεια η ανάλυση των αποτελεσμάτων θα επικεντρωθεί στο θέμα της πρόσβασης στην υγεία και ειδικότερα στη νοσοκομειακή και ιατρική φροντίδα. Σύμφωνα με τους συνεντευξιαζόμενους αναφορικά με την πρόσβαση στο νοσοκομειακό ίδρυμα σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζουν οι συνθήκες ζωής και εργασίας και κυρίως οι οικονομικές απολαβές. Ο τρόπος ζωής των παράνομων ή των νόμιμων ανασφάλιστων μεταναστών δεν τους επιτρέπει να έχουν καμία ουσιαστική σχέση με επίσημους οργανισμούς ή φορείς που αφορούν την υγεία. Η δυσκολία πρόσβασης των μεταναστών στη νοσοκομειακή εξέταση-περίθαλψη, λόγω έλλειψης άδειας παραμονής και εργασίας (πρόβλημα ασφάλισης) παρουσιάζεται στις αφηγήσεις ως κεντρικό πρόβλημα προστασίας και υγείας.

Ο Τάσος είναι 26 ετών από την Ρουμανία. Ζει στην Ελλάδα οκτώ χρόνια. Είναι παντρεμένος και εργάζεται νόμιμα σε ένα ανθοπωλείο. Η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε με την βοήθεια ενός ιατρού ο οποίος γνώριζε την ρουμανική γλώσσα και η βοήθεια του ήταν καθοριστική στο να διευκρινίσει κάποια σημεία των ερωτήσεων που δεν ήταν κατανοητά από τον ασθενή. Η βοήθεια του ιατρού ήταν επίσης καθοριστική διότι διευκόλυνε τον Τάσο να αφηγηθεί την ιστορία του στα Ρουμανικά με περισσότερες λεπτομέρειες. Αναφέρει χαρακτηριστικά ο Τάσος:

«Βρήκα αυτή την δουλειά με την βοήθεια του γαμπρού μου. Ήταν εδώ ο γαμπρός μου πριν από μένα. Με σύστησε για αυτή την δουλειά. Αρχικά ήρθα να επισκεφτώ τον γαμπρό μου μήπως βρω κάποια εργασία. Στάθηκα τυχερός. Συμφώνησα με το αφεντικό μου να μου δίνει λιγότερα αλλά να είμαι ασφαλισμένος. Είναι σημαντικό να έχεις ασφάλεια. Αν έχεις ασφάλεια δεν έχει πρόβλημα το νοσοκομείο να σε δεχτεί. Ό,τι και να έχεις σε δέχονται. Όπως θα μπει στο νοσοκομείο ένας Έλληνας έτσι μπήκα και εγώ. Είναι σημαντικό πράγμα η δουλειά. Αν δεν δουλεύεις δεν έχεις λεφτά τότε δεν μπορείς να κάνεις τίποτα. Όσο έχω ΙΚΑ και είμαστε ασφαλισμένοι εγώ και η γυναίκα μου δεν φοβάμαι τίποτα. Δεν θέλω να σκεφτώ ότι μπορεί να χάσω την δουλειά μου και να χρειαστεί να επιστρέψω πίσω».

Σύμφωνα με την αφήγηση του Τάσου επισημαίνεται πόσο σημαντικό είναι να είναι οι μετανάστες ασφαλισμένοι σε κάποιο φορέα ούτως ώστε να μπορούν να επισκέπτονται το νοσοκομειακό χώρο όποτε το χρειάζονται χωρίς να φοβούνται.

Από την άλλη μεριά ο Αναστάσιος(65 ετών) από την Αλβανία ο οποίος δεν έχει κάποιου είδους ασφάλισης αναφέρει:

«[...] δεν έχω ασφάλεια. Του είπαν του γιού μου ότι πρέπει να πληρώσουμε για όσο κάθομαι. Δεν έχουμε αυτή την δυνατότητα. Δεν ξέρω τώρα τι θα γίνει».

Η οικονομική αδυναμία σε συνδυασμό με την έλλειψη ασφάλισης των αλλοδαπών αποτελεί ίσως το σοβαρότερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν, δεδομένου ότι αδυνατούν να καλύψουν τα νοσήλια.

Επιπλέον, οι μετανάστες χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα πρόσθεσαν και άλλες δυσκολίες προσβασιμότητας. Οι συνεντευξιζόμενοι κυρίως από Συρία, Σομαλία, Αφγανιστάν κατέγραψαν μια γενικευμένη ανασφάλεια ότι αν εισέλθουν στο νοσοκομειακό ίδρυμα θα ειδοποιηθούν οι αστυνομικές αρχές και θα συλληφθούν. Ο Αντρέας από την Σομαλία αναφέρει:

«Εμένα στο νοσοκομείο με έφερε ένα άλλο παιδί από την δουλειά. Είμαστε φίλοι. Με έφερε με το αμάξι του. Στην αρχή μέχρι να με δει κάποιος γιατρός ήταν μαζί μου. Μετά έφυγε... εντάξει τι να κάνει. Ξαναήρθε γιατί είμαι μέσα τέσσερις μέρες. Μιλάμε και στο κινητό. Αν δεν ήταν ο Μάκης (ο φίλος του) δεν ξέρω αν θα ερχόμουν εδώ. [...] α! ένας φίλος (Σομαλός) καλό παιδί αλλά φοβητσιάρης –μήπως καλέσουν την αστυνομία- χαχα... μπήκε να κάνει ράμματα στο χέρι..μόλις έκανε τα ράμματα έφυγε αμέσως. Δεν είχε χαρτιά ούτε αυτός. Αν σε έχουν πιάσει μια φορά -η αστυνομία- δεν θα πας εύκολα στο νοσοκομείο, γιατί φοβάσαι μήπως σε πιάσουν πάλι μόλις γίνεις καλά».

Πολλές περιπτώσεις των μην κανονικών μεταναστών φοβούνται να εισέλθουν στο νοσοκομείο μήπως η διοίκηση του νοσοκομείου ειδοποιήσει την αστυνομία για τη σύλληψη τους.

Επίσης, ανέφεραν δυσκολίες προσβασιμότητας στο τρόπο που θα εισέλθουν στον νοσοκομειακό χώρο. Ο Αχιλλέας είναι 21 ετών από το Αφγανιστάν. Δεν μιλάει καθόλου ελληνικά και η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε με την βοήθεια διερμηνέα. Ο Αχιλλέας είναι χρήστης ναρκωτικών ουσιών, ζει στην Ελλάδα δύο χρόνια. Δεν έχει χαρτιά, ούτε κάποια ασφάλιση. Σύμφωνα με το ιατρικό και κοινωνικό ιστορικό βρέθηκε λιπόθυμος στον δρόμο υπό την επήρεια ουσιών. Ένας οδηγός ταξί κάλεσε το ασθενοφόρο για να τον μεταφέρουν στο νοσοκομείο. Ο ίδιος δεν γνώριζε να μου αφηγηθεί πως βρέθηκε στον χώρο του νοσοκομείου. Επίσης, δεν έδωσε πολλές λεπτομέρειες για τον τρόπο που ζει. Επίσης, ο ίδιος δεν ανέφερε ότι κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών. Ωστόσο, σε κάποιο σημείο κατά τη διάρκεια της συνέντευξης ο

Αχιλλέας περιγράφει το σκεπτικό του σχετικά με τις δυσκολίες προσβασιμότητας στο να εισέλθει στον νοσοκομειακό χώρο:

«Δεν ήξερα να 'ρθω στο νοσοκομείο. Δεν ξέρω και καθόλου την γλώσσα ούτε αγγλικά που μιλάνε οι περισσότεροι. Οι άλλοι (αλλοδαποί που συναναστρέφεται όσο μένει Ελλάδα) φοβούνται να έρθουν μαζί μου γιατί και αυτοί είναι χωρίς χαρτιά [...] Ήθελα να έρθω στο νοσοκομείο νωρίτερα γιατί δεν ένιωθα καλά. Το απέφευγα. Είναι και μακριά. Μου είπαν οι γιατροί ότι έχω σοβαρό πρόβλημα υγείας. Δεν έχω καταλάβει ακριβώς».

Πέρα όμως από τις παραπάνω δυσκολίες προσβασιμότητας λόγω των ελλείψεων σε δικαιολογητικά νόμιμης παρουσίας στην χώρα και νόμιμης πρόσβασης στην ιατροφαρμακευτική φροντίδα, οι μετανάστες αφηγούνται πώς έχουν να αντιμετωπίσουν και γραφειοκρατικές διαδικασίες και δυσκολίες επικοινωνίας με το νοσηλευτικό-ιατρικό και διοικητικό προσωπικό. Αναφέρει ο Αντρέας από την Σομαλία:

«Στα χαρτιά του νοσοκομείου με βοηθά η κοινωνική λειτουργός, η οποία έφερε στην αρχή διερμηνέα. Μου είπε μετά αν βγω από δω να πάω κάπου που γνωρίζουν την γλώσσα μου και θα μπορούν να με βοηθήσουν αν χρειαστώ ρούχα, φαγητό... αν δεν ξέρεις την γλώσσα νιώθεις αβοήθητος».

Ο Άκης είναι 45 ετών από την Γεωργία. Εργαζόταν αυτός και η γυναίκα του στα θερμοκήπια στη Μανωλάδα. Έχουν δύο παιδιά και μένουν κάτω από άθλιες συνθήκες μαζί με άλλα πέντε άτομα. Η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε με την βοήθεια διερμηνέα, διότι γνωρίζανε ελάχιστα ελληνικά. Κατά την διάρκεια της συνέντευξης η γυναίκα του Άκη που ήταν παρούσα και άκουγε την συζήτηση θέλησε να προσθέσει κάτι στην αφήγηση του άντρα της σχετικά με το πρόβλημα επικοινωνίας και με τις δυσκολίες προσβασιμότητας στο να εισέλθουν στον νοσοκομειακό χώρο:

«Ο Άκης όπως και εγώ λίγα ελληνικά καταλαβαίνουμε και ας είμαστε δέκα χρόνια εδώ. Οι γιατροί μας λένε ότι έχει κάτι σοβαρό και ότι πρέπει να έρθουν και τα παιδιά για εξετάσεις. Τα παιδιά μένουν μόνα τους τώρα εκεί. Πώς να τα φέρω. Δεν έχω τόσα λεφτά. Ευτυχώς θα πάνε λέει κάποιοι γιατροί να κάνουν στα παιδιά εξέταση και στα άλλα άτομα. Στην αρχή όμως δεν είχαμε καταλάβει ότι έχουμε κάτι τόσο σοβαρό... Ήμουν μια μέρα κάτω στο κυλικείο να κάνω βόλτα και με είδε η κοινωνική λειτουργός. Και μου λέει γιατί δεν φοράω μάσκα. Της είπα ότι δεν είμαι στον άντρα δίπλα. Την να

την κάνω την μάσκα. Εεε δεν είχα καταλάβει ότι ο άντρας μου με είχε κολλήσει και εμένα. Μετά καταλάβαμε ότι και τα παιδιά μας κινδυνεύουν. Έχουμε τύψεις».

Πολλοί μετανάστες αδυνατούν να καταφθάσουν στο νοσοκομείο γιατί, είτε δεν γνωρίζουν, είτε δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να μεταφερθούν στον νοσοκομειακό χώρο, λόγω της γεωγραφικής θέσης του νοσοκομείου. Επίσης, σύμφωνα με το παραπάνω απόσπασμα ένα σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες είναι η πολιτισμική πρόσβαση. Δηλαδή, γλωσσικά εμπόδια, αντικειμενική δυσκολία επικοινωνίας με το ιατρικό προσωπικό, καθώς και ελλιπής ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους. Η παντελής απουσία διερμηνέων στα δημόσια νοσοκομεία έχει ως αποτέλεσμα να μην διασφαλίζεται η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που πρέπει να παρέχεται στους αλλοδαπούς.

iii) Αντιμετώπιση των νοσηλευομένων μεταναστών από τους επαγγελματίες της υγείας

Εν συνεχεία, κατά την διάρκεια της συνέντευξης θίχτηκε ο τρόπος που αντιμετωπίζονται από τους επαγγελματίες της υγείας και το θέμα του κοινωνικού αποκλεισμού. Στην αρχή, οι περισσότεροι συνεντευξιαζόμενοι ήταν επιφυλακτικοί και διστακτικοί να απαντήσουν. Θεωρούσαν ότι αν πουν κάτι άσχημο που είχαν βιώσει (παρ' όλες τις εγγυήσεις που είχαν πάρει για το απόρρητο) ότι αυτό θα επηρέαζε τη νοσηλεία τους. Η Ελένη από την Ουκρανία αναφέρει:

«Δεν έχω κανένα πρόβλημα. Με προσέχουν. Με ρωτάνε και οι νοσηλεύτριες αν νιώθω καλύτερα. Είναι σημαντικό κατά την γνώμη μου να είσαι ευγενικός και εσύ σαν ασθενής. Αν γκρινιάζεις και βρίζεις τους γιατρούς τότε δεν θα σε προσέξουν. Βέβαια επειδή είμαι ξένη το σκεφτόμουν στην αρχή, μήπως θα χω κανένα πρόβλημα. Αλλά μου έλεγε ο άντρας μου – αυτός φωνάζει κιόλας δεν έχει υπομονή σαν εμένα- έχεις ΙΚΑ, δεν έκλεψες κανέναν, δουλεύεις και πληρώνεις τους φόρους που πληρώνουν και οι Έλληνες. Παίζει ρόλο που έχω ασφάλεια όπως και να το κάνουμε, αλλά εδώ είναι καλοί και φιλικοί οι γιατροί μαζί σου».

Ωστόσο, ορισμένοι ανέφεραν ότι είχαν νιώσει κάποιες φορές αρνητική συμπεριφορά, αλλά σε αυτό δεν φταίει τόσο το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, όσο οι γενικότερες αδυναμίες και ελλείψεις που έχει το ελληνικό σύστημα υγείας και η γενικότερη παγκόσμια οικονομική κρίση, στην οποία οφείλονται σημαντικές ελλείψεις σε ιατρικό εξοπλισμό και φάρμακα. Πιο συγκεκριμένα ανέφεραν ότι δεν

είχαν σωστή ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας τους, καθώς η ελάχιστη γνώση των ελληνικών και το γεγονός ότι δεν έρχονταν συχνά κάποιος μεταφραστής, τους δυσκόλευε ώστε να μπορέσουν να θέσουν ερωτήσεις και να λύσουν κάποιες απορίες τους. Χαρακτηριστικά αναφέρει ο ασθενής από την Γεωργία:

«Καταλαβαίνω ότι θέλουν να βοηθήσουν. Μου μιλάνε ελληνικά, λίγα αγγλικά, κάνω νοήματα (γέλιο)..δεν γνωρίζω και εγώ καλά την γλώσσα. Πώς και πότε θα ενημερωθώ ολοκληρωμένα για την κατάσταση της υγείας μου. Πότε θα μπορώ να φύγω; Πρέπει να παίρνω κάποιο φάρμακο; Έχω ερωτήματα που δεν μου έχουν απαντηθεί ακόμη και είμαι δυο βδομάδες μέσα στο νοσοκομείο».

Ο Αχιλλέας 21 ετών από το Αφγανιστάν περιγράφει:

«Δεν ήξερα πως είχα έρθει στο νοσοκομείο. Κάποια μέρα ήρθε πάλι ο Αλή (ο διερμηνέας) και μου είπε ότι του είπαν οι γιατροί ότι με βρήκαν αναισθητο στον δρόμο και πως με έφερε ένα ασθενοφόρο. Μέχρι να έρθει ο Αλή εγώ δεν ήξερα πώς είχα μπει μέσα. Δεν με καταλαβαίνει κανείς ούτε τους καταλαβαίνω. Αν διψάω κάνω νόημα στη νοσοκόμα. Αν είμαι καλύτερα ή όχι ίσως το καταλαβαίνω από τα πρόσωπα των γιατρών».

Όπως ήδη αναφέρθηκε, ένας παράγοντας που θα μπορούσε να επηρεάσει την ισότιμη πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας και τον τρόπο αντιμετώπισης είναι η γλώσσα. Τόσο η κατανόηση του συγκεκριμένου προβλήματος υγείας ή της προτεινόμενης θεραπευτικής αγωγής, όσο και η ανάπτυξη της αναγκαίας εμπιστοσύνης ανάμεσα στον ασθενή και το ιατρικό προσωπικό αποτελούν απαραίτητα στοιχεία για την ολοκληρωμένη και ορθή αντιμετώπιση κάθε περιστατικού.

Ο Άλεξ είναι 47 ετών από την Συρία. Είναι παντρεμένος και έχει πέντε παιδιά. Στην Ελλάδα βρίσκεται πέντε έτη και ζει μόνος του χωρίς την οικογένεια του. Εισήλθε στο νοσοκομειακό χώρο διότι έκανε απόπειρα αυτοκτονίας σε δημόσιο χώρο. Δεν έχει δουλέψει όλο αυτό το διάστημα κάπου συγκεκριμένα. Μένει σε ένα εγκαταλελειμμένο σπίτι σε ένα χωριό λίγο έξω από την Πάτρα χωρίς τη οικογένεια του. Η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε στα Ιταλικά με την βοήθεια μιας νοσηλεύτριας η οποία γνώριζε την γλώσσα. Βάσει της συνέντευξης ο Άλεξ βλέπει την παρουσία του στην Ελλάδα ως εξής:

«Τα παιδιά μου δεν ξέρω που βρίσκονται. Έχω απελπιστεί. Ήμουν Ιταλία και δούλευα αρκετά χρόνια. Κάτι έβρισκα. Εδώ δεν έχω τίποτα. Ένα βράδυ ήρθε η αστυνομία της Ιταλίας και μας βάλανε σε ένα καράβι και μας γυρίσανε πίσω Ελλάδα».

Ένα πουκάμισο και παντελόني είχα. Τίποτα άλλο. Τίποτα... δεν έχω τύχη. Πεινάω κάθε μέρα. Βρήκα ένα μαχαίρι και τραυματίστηκα για να πεθάνω. Δεν πάω πίσω στην χώρα μου γιατί ήμουν φυλακή. Εκεί δεν υπάρχει κράτος κανόνες. Μας κάνουν ότι θέλουν. Το έσκασα από την φυλακή. Δεν πάω πίσω. Το ξέρει η γυναίκα μου. Αν γυρίσω θα ξαναμπώ μέσα».

Στο τέλος της συνέντευξης η κοινωνική λειτουργός που με συνόδευε ξαφνιάστηκε όταν άκουσε με τόσες λεπτομέρειες την ιστορία του και τις επιθυμίες του και φεύγοντας μου ανέφερε ότι μέχρι στιγμής δεν τον έχουν προσεγγίσει με τον τρόπο που θα έπρεπε διότι δεν γνώριζαν τις λεπτομέρειες που θα έπρεπε. Συγκεκριμένα πιστεύανε και οι γιατροί και οι κοινωνικοί λειτουργοί ότι ο Άλεξ ήταν θύμα κάποιου τσακωμού και η επιθυμία του ήταν να επιστρέψει στην πατρίδα του. Η περίπτωση του Άλεξ μας θυμίζει πόσο σημαντικοί και απαραίτητοι είναι οι διερμηνείς στα νοσοκομεία, ώστε οι επαγγελματίες της υγείας να αντλούν όσες πληροφορίες χρειάζονται για να προσεγγίσουν ολοκληρωτικά το κάθε περιστατικό.

Ένα άλλο θέμα που τέθηκε κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων ήταν ότι αρκετοί γηγενείς δεν ήθελαν να βρίσκονται στον ίδιο θάλαμο με τους αλλοδαπούς και κυρίως με αλλοδαπούς από τρίτες χώρες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι αυτό του Άλεξ από τη Συρία και του Αχιλλέα από το Αφγανιστάν. Κατά την διάρκεια αυτών των συνεντεύξεων δεν δίστασαν ορισμένοι συνοδοί γηγενών ασθενών να δείξουν δυσανασχέτηση που βρίσκονται στον ίδιο θάλαμο με κάποιο μετανάστη. Συγκεκριμένα μία συνοδός που βρίσκονταν στον ίδιο θάλαμο με τον Αχιλλέα είπε:

«Θα μας κολλήσει τίποτα το πρεζάκι. Να του βάλουν άλλο μπάνιο».

Ενώ στην περίπτωση του Άλεξ μία άλλη συνοδός είπε:

«Πρώτα είχαμε τους Αλβανούς τώρα έχουμε αυτούς. Τι είμαστε εμείς για να τους δεχόμαστε όλους! Κρίμα δεν λέω, αλλά να φύγουν».

Η πλειοψηφία των μεταναστών ανέφερε ότι δεν ήταν τόσο ουσιαστικά και έντονα τα προβλήματα του κοινωνικού αποκλεισμού που αντιμετώπιζαν μέσα στο νοσοκομείο, όσον αφορά τη παρεχόμενη νοσηλεία, σε σύγκριση με αυτά που βιώνουν στην καθημερινότητα τους έξω από αυτό. Ο Τάσος από την Ρουμανία περιγράφει:

«Δεν έχω κανένα πρόβλημα με κανέναν. Αφήνουν και την γυναίκα μου να κοιμάται εδώ για να με φροντίζει και το βράδυ. Κανένα πρόβλημα δεν έχω...».

Ο Αντρέας από την Σομαλία αναφέρει:

«Κοιτάνε κάπως επειδή είμαι μαύρος, όχι οι γιατροί και οι νοσοκόμοι, αλλά οι άλλοι. Οι ασθενείς και οι συγγενείς τους. Αλλά είναι που θα τύχεις, σε ποιον θα πέσεις».

Ημουν με ένα παλικάρι (άλλο ασθενή) και τα λέγαμε το βράδυ, συζητούσαμε, δεν είχα κανένα θέμα ούτε αυτός έδειχνε να χει. Βέβαια, σκέφτομαι τώρα πως όταν για παράδειγμα πάω έξω για καφέ βόλτα ή σουπερ μάρκετ πάλι με κοιτάνε κάποιοι περίεργα που είμαι διαφορετικός... Εγώ το χω συνηθίσει και τους γράφω χαχα...».

iv) Παρεχόμενες υπηρεσίες και ιατροφαρμακευτική κάλυψη

Όσον αφορά την ερώτηση στην οποία τους ζητήθηκε να αναφέρουν την γνώμη τους για την παρεχόμενη νοσηλεία, οι μετανάστες, αν εξαιρεθούν τα μεμονωμένα περιστατικά, δήλωσαν πως ήταν ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από τη νοσηλεία τους στο νοσοκομείο. Ανέφεραν τον ενθουσιασμό τους τόσο για το ιατρικό προσωπικό όσο και για τις υπηρεσίες των κοινωνικών λειτουργών, οι οποίοι μεριμνούν για την συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής και μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο μέσω διάφορων οργανισμών.

Ο Άκης 45 ετών από την Γεωργία μίλησε για τις υπηρεσίες τόσο των ιατρών όσο και των κοινωνικών λειτουργών αναφέροντας τα εξής:

«Δεν περίμενα να με φροντίζουν και να ενδιαφέρονται για μένα και ας μην έχω λεφτά... Η κοινωνική λειτουργός έφερε διερμηνέα και μαζί με τους γιατρούς μιλήσαμε για την υγεία μου και την οικογένεια μου. Όμως ο διερμηνέας δεν είναι πάντα εδώ... το πρόβλημα μου είναι ότι δεν μπορώ να συνεννοηθώ και να μου εξηγήσουν τι πραγματικά μου συμβαίνει. Τα ελληνικά τα μιλάμε πολύ λίγο. Τα βασικά ξέρουμε.. Η κοινωνική λειτουργός είπε ότι θα κοιτάζει να μας δώσει κάποια πράγματα ή ρούχα και για τα παιδιά. Την ευχαριστούμε και μόνο που το σκέφτηκε. [...] το άλλο πρόβλημα είναι ότι εμείς μένουμε σε ένα χωριό έξω από την Πάτρα και εκεί δεν έχει κανέναν. Εννοώ ότι μετά αν φύγω από δω ελπίζω να μην χρειαστεί να ξανάρθω γιατί θα είναι πολύ δύσκολο».

Ο Αντρέας 30 ετών από την Σομαλία σχετικά με τις υπηρεσίες των επαγγελματιών υγείας είπε:

«Η κοινωνική λειτουργός μου είπε ότι μπορώ μετά να πάω κάπου που εκεί μπορεί να με βοηθήσουν με ότι χρειαστώ. Μου πε ότι έχει δικηγόρο, διερμηνείς και κοινωνικούς λειτουργούς που μπορώ να πάω όποτε θέλω χωρίς να πληρώσω κάτι. Μου έχει γράψει την διεύθυνση και ένα όνομα κοινωνικού λειτουργού».

Όλοι οι συνεντευξιζόμενοι τόνισαν την καλή αντιμετώπιση που είχαν από το νοσηλευτικό, το ιατρικό προσωπικό και τους κοινωνικούς λειτουργούς, αναφέροντας

ότι κατά την διάρκεια της νοσηλεία τους έχρηζαν ίσης αντιμετώπισης από τους επαγγελματίες της υγείας σε σύγκριση με τον γηγενή πληθυσμό. Ο Τάσος 25 ετών από την Ρουμανία μίλησε για τις υπηρεσίες του ιατρικού προσωπικού με τα εξής λόγια:

«Ευτυχώς που ξέρει την γλώσσα μου ο ιατρός και μπορώ να του πω ότι χρειάζομαι. Αν δεν ήταν αυτός μπορεί να είχα άλλα θέματα. Πάντως όλοι οι γιατροί και οι νοσοκόμες είναι ευγενικές. Δεν νιώθω ότι με βλέπουν με άλλο μάτι επειδή δεν είμαι Έλληνας».

Ο Πέτρος 21 ετών από την Αλβανία αναφέρει σχετικά με την αντιμετώπιση από τους επαγγελματίες της υγείας:

«Οι γιατροί και οι νοσοκόμες μου μιλάνε πολύ καλά. Κάνουν και αστεία. Ήρθε χτες ο γιατρός να με εξετάσει και μου λέει 'Καλά τώρα είδα ότι είσαι από την Αλβανία. Δεν φαίνεται καθόλου στην ομιλία σου.' Εε λογικό του λέω, εδώ μεγάλωσα 17 χρόνια και πήγα σχολείο. 'Δυστυχώς θα αφήσει μεγάλο σημάδι η πληγή σου, θα σου θυμίζει την επόμενη φορά να το σκεφτείς διπλά αν θα κάνεις μαγκιές με τα μηχανάκια'.. Έκατσε να μου μιλήσει, δεν είδε τις εξετάσεις και έφυγε».

Επιπρόσθετα, μετά το πέρας των συνεντεύξεων με τους ασθενείς μετανάστες, τους ζητήθηκε να εκφράσουν ορισμένες προτάσεις με τις οποίες κατά την γνώμη τους θα αποσκοπούν στον καλύτερο τρόπο αντιμετώπισης και στην καλύτερη παρεχόμενη νοσηλεία. Σε αυτό το σημείο, οι παράνομοι ασθενείς ανέφεραν ότι δεν νιώθουν ασφαλείς και σίγουροι ότι θα τους δοθεί η κατοχυρωμένη νοσηλεία και στη συνέχεια η φαρμακευτική αγωγή, όταν θα αποχωρήσουν από το νοσοκομειακό χώρο. Επίσης, ανέφεραν ότι όταν θα χρειαστεί να αποχωρήσουν από το νοσοκομείο νιώθουν ανασφάλεια, γιατί δεν γνωρίζουν που μπορούν να ζητήσουν βοήθεια για ό,τι τους απασχολεί.

Ο Αλεξ 47 ετών από την Συρία αναφέρει:

«Ξέρω πως όταν φύγω από δω δεν θα χω ότι χρειάζομαι. Εδώ τουλάχιστον τρώω, έχω ζέστη, τα φάρμακα μου, την φροντίδα από τους γιατρούς. Μετά... τα ίδια. Θα ήθελα να πηγαίνω κάπου. Στην Ιταλία πηγαίναμε σε ένα κέντρο που είχε και άλλους σαν εμένα και είχανε διερμηνείς, μας δίνανε ρούχα και φαγητό. Όταν έκανε πολύ κρύο ή κάθε Κυριακή φτιάχνανε φαγητό για τους αστέγους. Κάπως έβγαινε ο μήνας».

Η Πόπη 55 ετών από την Αλβανία αναφέρει σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή και την νοσηλευτική περίθαλψη στην Ελλάδα:

«Όσο βρίσκεσαι στο νοσοκομείο σου δίνουν τα φάρμακα. Το θέμα είναι αν μπορείς να τα πάρεις -να τα αγοράσεις- αφού φύγεις. Αν κάποιος δεν είναι ασφαλισμένος πρέπει να τα αγοράσει από το φαρμακείο. Επίσης, αν πρέπει να κάνεις κάποιο σοβαρό χειρουργείο και δεν έχεις ασφάλεια δεν μπορείς. Για παράδειγμα, όταν η νύφη μου έπρεπε να κάνει χειρουργείο για βαλβίδα θέλανε πολλά λεφτά εδώ στην Ελλάδα. Πήγε η γυναίκα Αλβανία και πλήρωσε πολύ λιγότερα.. δεν θυμάμαι ακριβώς τι της είχαν ζητήσει εδώ, αλλά θέλω να σου πω. Δηλαδή αν δεν μπορούσε να πάει Αλβανία δεν θα έκανε το χειρουργείο... Σε αυτό δεν φταίνε οι γιατροί αλλά το Κράτος».

Πρόβλημα αντιμετωπίζουν όσοι πάσχουν από χρόνια νοσήματα ή χρειάζεται να κάνουν κάποια επέμβαση ή δαπανηρή θεραπεία δεδομένης και της κατά κανόνα δυσχερούς οικονομικής τους θέσης. Σε αυτήν την περίπτωση, την προσβασιμότητα στις δημόσιες υπηρεσίες δυσχεραίνουν τα χαμηλά εισοδήματα των μεταναστών.

Η πλειοψηφία των συνεντευξιαζόμενων θα ήθελε μετά την νοσηλεία να έρθει σε επαφή με διερμηνείς και εξειδικευμένο προσωπικό, ώστε να τους βοηθήσει με τις εκάστοτε ανάγκες τους και προβλήματα. Ολοκληρώνοντας ωστόσο, την ανάλυση των βασικών αξόνων της συνέντευξης διαπιστώνεται ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός που βιώνουν οι μετανάστες είναι ένα φαινόμενο αρκετά έντονο, όχι όμως τόσο στο νοσοκομείο, όσο στην καθημερινότητα τους έξω από αυτό.

5.4.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στη συνέχεια της μελέτης καταβάλλεται προσπάθεια προκειμένου να αποτυπωθούν και να αναλυθούν οι απόψεις και οι πρακτικές των επαγγελματιών υγείας ως προς την υποδοχή και την εξυπηρέτηση των ασθενών μεταναστών, οι οποίοι εισέρχονται ή νοσηλεύονται στο νοσοκομειακό χώρο. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων των συνεντεύξεων που πραγματοποιήθηκαν για τους σκοπούς της έρευνας ακολούθησε τους άξονες που ορίζονται από το θεωρητικό προβληματισμό, καθώς και όπως αυτοί αναπτύσσονται στα πρώτα κεφάλαια του σχεδιασμού της ερευνητικής διαδικασίας.

i) Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών της υγείας

Συνοψίζοντας τα στοιχεία του παρακάτω πίνακα, το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελείται από τρεις (3) άνδρες και επτά (7) γυναίκες, ελληνικής ιθαγένειας, των οποίων η ηλικιακή κλίμακα κυμαίνεται ως επί το πλείστον από σαράντα έως πενήντα ετών. Το δείγμα αποτελείται από δύο ιατρούς, τρεις κοινωνικούς λειτουργούς, δύο νοσηλεύτριες, δύο Διοικητικούς υπαλλήλους και μία υπεύθυνη τμήματος. Οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι εύλογο να απασχολούνται στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου, ενώ από τους υπόλοιπους επαγγελματίες της υγείας τέσσερις απασχολούνται στον Παθολογικό τομέα, τρεις στον χειρουργικό τομέα και ένας στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Τα έτη συνολικής υπηρεσίας των επαγγελματιών υγείας κυμαίνονται από δεκαπέντε έως είκοσι τέσσερα χρόνια, ενώ μόνο δύο επαγγελματίες της υγείας και συγκεκριμένα δύο κοινωνικοί λειτουργοί έχουν ασχοληθεί εθελοντικά κάποια στιγμή στην ζωή τους με την πληθυσμιακή ομάδα των μεταναστών.

Συγκεκριμένα, η διαδικασία της έρευνας έλαβε χώρα στην Νευρολογική, στην Παθολογική και στην Χειρουργική κλινική, στο ΤΕΠ και στην Κοινωνική Υπηρεσία. Επιπρόσθετα, τα έτη συνολικής υπηρεσίας του δείγματος κυμαίνονται από δεκαπέντε έως είκοσι τέσσερα έτη, ενώ οι περισσότεροι έχουν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση και μόνο τρεις έχουν κάποιον τίτλο μεταπτυχιακής εξειδίκευσης, ο οποίος όμως δεν σχετίζεται με την συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα. Είναι σημαντικό να σημειωθεί, ότι κανένας από το δείγμα δεν έχει άλλου είδους εργασιακής εμπειρίας που να σχετίζεται με την συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα. Τέλος, να

υπογραμμιστεί ότι δύο κοινωνικοί λειτουργοί έχουν δεύτερο τίτλο σπουδών -Τ.Ε. Νοσηλευτική- και μόνο αυτοί έχουν ασχοληθεί εθελοντικά με τους μετανάστες κατά την διάρκεια των σπουδών τους.

Παρακάτω παρατίθεται ένας πίνακας δημογραφικών στοιχείων του δείγματος, όπως το φύλο, η ηλικία, η ειδικότητα, ο τομέας και η κλινική που εργάζονται, τα έτη συνολικής προϋπηρεσίας και το επίπεδο πτυχίου.

Φύλο	Ηλικία	Ειδικότητα	Τομέας/Κλινική	Έτη συνολικής υπηρεσίας	Επίπεδο πτυχίου
A	54	Ιατρός	Χειρουργικό/ Χειρουργική	21 έτη	Διδακτορικό τίτλο PhD ³² .
A	55	Νοσηλεύτης	ΤΕΠ	23 έτη	Δ.Ε. Νοσηλευτική
A	51	Διοικητικός Υπάλληλος	Παθολογικό/ Παθολογική Α	21 έτη	Δ.Ε. Διοίκηση
Γ	38	Κοινωνική λειτουργός	Κοινωνική Υπηρεσία/ ΤΕΠ & Παθολογική Α	15 έτη	Τ.Ε. Κοινωνική Εργασία & Τ.Ε. Νοσηλευτική
Γ	43	Κοινωνική λειτουργός	Κοινωνική Υπηρεσία/ Νευρολογική & Ψυχιατρική	20 έτη	Τ.Ε. Κοινωνική Εργασία & Τ.Ε. Νοσηλευτική
Γ	42	Κοινωνική λειτουργός	Χειρουργικό/ Χειρουργική	20 έτη	Π.Ε. Κοινωνική Εργασία
Γ	50	Ιατρός	Παθολογικό/ Νευρολογική	20 έτη	Διδακτορικό τίτλο PhD ³³ .
Γ	46	Υπεύθυνη τμήματος	Τ.Ε.Π.	23 έτη	Τ.Ε. Νοσηλευτική & Master Management
Γ	43	Νοσηλεύτρια	Παθολογικό/ Νευρολογική	24 έτη	Δ.Ε. Νοσηλευτική
Γ	45	Διοικητικός Υπάλληλος	Παθολογικό/ Νευρολογική	23 έτη	Δ.Ε. Διοίκηση

1.2 Πίνακας Δημογραφικών στοιχείων Επαγγελματιών υγείας.

Κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων, στην ερώτηση σχετικά με το αν έχουν ασχοληθεί κάποια στιγμή στην ζωή τους με τον εθελοντισμό, θετική απάντηση έδωσαν η Γεωργία και η Κάτια (κοινωνικοί λειτουργοί). Η Γεωργία είναι κοινωνική λειτουργός τα τελευταία εννέα χρόνια. Έχει τελειώσει την Νοσηλευτική σχολή στο

³² Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Θέμα Διατριβής: «Ρευματοειδής Αρθρίτιδα και υποκατηγορίες αυτής».

³³ Ph.D. (University of London, Nov. 1994): «A thesis with the title 'F chronodisparation and F tacheodisparation: A study of conduction properties of motor nerve fibres in normal and pathological conditions».

ΤΕΙ των Ιωαννίνων και την σχολή της Κοινωνικής Εργασίας στο ΤΕΙ Πατρών. Στην ερώτηση σχετικά με τον αν έχει ασχοληθεί εθελοντικά με τους μετανάστες αναφέρει:

«Εθελοντικά είχα ασχοληθεί για κάποιο διάστημα, περίπου δέκα με δώδεκα μήνες, ως νοσηλεύτρια στον Ερυθρό Σταυρό. Έπειτα λόγω οικογενειακών και προσωπικών υποχρεώσεων δεν βρήκα τον χρόνο. Θα ήθελα πάντως αν μου ξαναδοθεί η ευκαιρία να κάνω εθελοντισμό. Το αίσθημα ότι βοηθάς κάποιον και αυτός το εκτιμά δεν περιγράφεται».

Η Κάτια είναι 43 ετών και εργάζεται ως κοινωνική λειτουργός τα τελευταία δέκα χρόνια. Έχει τελειώσει την νοσηλευτική σχολή στο ΤΕΙ της Αθήνας. Εργάστηκε ως νοσηλεύτρια αρχικά στο Π.Π.Γ.Ν. Πατρών και παράλληλα παρακολουθούσε μαθήματα στην Κοινωνική εργασία στο ΤΕΙ της Πάτρας. Στην αντίστοιχη ερώτηση για τον εθελοντισμό, αλλά και για ποιο λόγο επέλεξε την Κοινωνική εργασία αναφέρει:

«Εργάστηκα αρχικά ως νοσηλεύτρια. Ήθελα να βοηθήσω κάποιους ανθρώπους διαφορετικά. Έτσι επέλεξα να τελειώσω την Κοινωνική Εργασία. Αρχικά ένας άλλος λόγος ήταν ότι ως κοινωνική λειτουργός έχω πολύ καλύτερα ωράρια και ποιότητα εργασίας. Όλες οι δουλειές έχουν τα δικά τους προβλήματα και δυσκολίες, αλλά προσωπικά νιώθω ότι αυτές τις δυσκολίες (της κοινωνικής εργασίας), σαν Κάτια, μπορώ να τις διαχειριστώ καλύτερα, σε σχέση με αυτά της νοσηλεύτριας. [...] Όσο σπούδαζα έπρεπε να κάνουμε εθελοντισμό με όποια πληθυσμιακή ομάδα θέλαμε, στα πλαίσια ενός μαθήματος. Επέλεξα τους Ρομά και συνεργάστηκα με το 'Βοήθεια στο σπίτι' που βρίσκεται εδώ στον δήμο Ρίου. Αν και στα πλαίσια του μαθήματος η διάρκεια ήταν 5 μήνες, συνέχισα αυτή την δράση μαζί με μια άλλη συνάδελφο για ένα χρόνο περίπου. [...] Σταμάτησα διότι το 'Βοήθεια στο σπίτι' εστίασε σε άτομα της τρίτης ηλικίας και σε άτομα με ειδικές ανάγκες. Βέβαια, στο νοσοκομείο τα περιστατικά καθημερινά είναι διάφορα. Προσπαθώ να κάνω όσο μπορώ περισσότερα. Είναι κάτι που αγαπώ πολύ. Πώς να στο πω... Θέλω όταν θα πάω σπίτι μου να έχω το κεφάλι μου ήσυχο ότι έκανα ό,τι καλύτερο μπορούσα [...]».

Ωστόσο, και οι δύο κοινωνικοί λειτουργοί κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων τόνισαν πόσο σημαντικό είναι ότι έχουν αποφοιτήσει από κάποια νοσηλευτική σχολή. Η Γεωργία και η Κάτια έχοντας κάποιες νοσηλευτικές γνώσεις υποστηρίζουν ότι χειρίζονται κάποια περιστατικά καλύτερα. Αναφέρει συγκεκριμένα η Γεωργία:

«Κάποιους ιατρικούς όρους τους ξέρω διότι δούλενα ως νοσηλεύτρια. Η εμπειρία βοηθάει πολύ. Για παράδειγμα, έρχονται εδώ φοιτήτριες και φοιτητές της

Κοινωνικής Εργασίας να κάνουν την πρακτική τους και όταν θα τους πούμε π.χ. αυτό το περιστατικό πάσχει από την τάδε νόσο μας ρωτάνε και 'Τι σημαίνει αυτό', 'Είναι σοβαρό;', τα παιδιά δεν γνωρίζουν και λογικό αφού στην σχολή τους δεν τους μαθαίνουν αυτά τα πράγματα. Βέβαια, αυτά τα μαθαίνεις στην πορεία, δεν σημαίνει ότι όλες οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να πάνε και νοσηλευτική. Εμένα -προσωπικά- με βοήθησε η νοσηλευτική όσο δουλεύω».

Η Κάτια υποστηρίζει επίσης ότι η ποιότητα της συνεργασία με τους υπόλοιπους επαγγελματίες της υγείας οφείλεται κατά κύριο λόγο στο γεγονός ότι εργαζόταν στο Π.Γ.Ν.Π. ως νοσηλεύτρια για κάποιο διάστημα. Αναφέρει συγκεκριμένα κατά την διάρκεια της συνέντευξης:

«Δουλεύω στον ίδιο χώρο, αλλά σε άλλο κλάδο. Αυτό σημαίνει ότι μπορώ να δω τα πράγματα από δύο οπτικές. Δεν μου είναι δύσκολο να καταλάβω το έργο των νοσηλευτών. Εδώ τους κοινωνικούς λειτουργούς, οι νοσοκόμοι και οι γιατροί δεν τους έχουν σε πολλή εκτίμηση. Λένε ότι καθόμαστε, ότι δεν κάνουμε την δουλειά μας σωστά. Το γεγονός ότι ήμουν νοσοκόμα εδώ πριν κάποια χρόνια, με γνωρίζουν κάποιοι γιατροί και νοσηλεύτριες. Δούλευα κάποτε μαζί τους, εννοώ ότι ξέρουν τι άνθρωπος είμαι. Δεν τους είμαι εντελώς άγνωστη, οπότε και η συνεργασία είναι πιο καλή».

ii) Επαγγελματική εμπειρία των δημοσίων υπαλλήλων

Αρχικά, στην ερώτηση τι είδους περιστατικά επί το πλείστον εισέρχονται και νοσηλεύονται στο νοσοκομειακό χώρο, οι επαγγελματίες της υγείας ανέφεραν τα εξής περιστατικά: αλλοδαποί με αυτοκτονικές τάσεις, άτομα με λοιμώδη νοσήματα, καρκινοπαθείς, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, τραυματισμένα άτομα από τροχαία ατυχήματα ή από τον χώρο εργασίας τους, φυματικά περιστατικά, χρήστες ναρκωτικών ουσιών, καρκινοπαθείς (CA). Σε μια επιστημονική έρευνα, με τίτλο "Επιπολασμός των δεικτών ηπατιτίδων Β και C σε αλλοδαπούς μετανάστες των Αθηνών"³⁴, αναφέρεται ότι ο επιπολασμός των ηπατιτίδων Β και C και της HIV λοίμωξης και φυματίωσης φαίνεται πως είναι σημαντικός στην κατηγορία αυτή των συνανθρώπων μας και πρέπει να προβληματίσει τις υγειονομικές αρχές. Επίσης, ένα ακόμη υπαρκτό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν σε καθημερινή βάση οι μετανάστες

³⁴ Ρούσσοι, Γκορίτσας, Παππάς, Παπαδάκη, Σπανάκη, Φέρτη, "Επιπολασμός δεικτών ηπατίτιδας Β και C σε αλλοδαπούς μετανάστες των Αθηνών", Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων, 35, 2001, σελ. 161-165.

είναι το υψηλό ποσοστό των εργατικών ατυχημάτων και των επαγγελματικών ασθενειών που πλήττουν περισσότερο αυτή τη κατηγορία των εργαζόμενων λόγω αφενός, της υπερεντατικής και υπερωριακής τους απασχόλησης και αφετέρου, της έλλειψης εξειδίκευσης και εκπαίδευσης πάνω στις εργασίες που αναλαμβάνουν (Καψάλης, 2003α).

Οι επαγγελματίες της υγείας δεν έρχονται αντιμέτωποι με όλα τα παραπάνω περιστατικά. Σημαντικό ρόλο παίζει η κλινική στην οποία εργάζεται ο κάθε επαγγελματίας της υγείας, στην οποία φιλοξενούνται οι ασθενείς. Στην συνέχεια ακολουθούν αποσπάσματα από τις συνεντεύξεις κάποιων επαγγελματιών υγείας, σχετικά με την επαγγελματική εμπειρία που έχουν αποκτήσει όσο εργάζονται στον χώρο της υγείας.

Η Ακριβή είναι 43 ετών και εργάζεται είκοσι τέσσερα χρόνια ως νοσηλεύτρια (Δ.Ε.³⁵) στην Νευρολογική κλινική. Κατά την διάρκεια της συνέντευξης αναφέρει:

«Είχα εργαστεί για πέντε χρόνια στην παιδιατρική κλινική παλιότερα και τα υπόλοιπα χρόνια εργάζομαι στην Νευρολογική κλινική. Αυτό που μπορώ να σου πω είναι ότι ανάλογα σε ποια κλινική δουλεύεις θα έχεις να αντιμετωπίσεις και τα ανάλογα περιστατικά. Για παράδειγμα όσο ήμουν στην παιδιατρική είχα να αντιμετωπίσω άλλα περιστατικά σε σχέση με αυτά που αντιμετωπίζω τώρα. Επίσης, δεν σημαίνει ότι, επειδή δουλεύω στην Νευρολογική ο ασθενής θα έχει μόνο κάποιο νευρολογικό πρόβλημα. Για παράδειγμα, πριν κάποιους μήνες δεν θυμάμαι ακριβώς πότε, νοσηλεύαμε έναν από το Λίβανο για εγκεφαλικό επεισόδιο, αλλά ο συγκεκριμένος είχε και τον ιό HIV. Διάφορες περιπτώσεις δηλαδή... τέτοια περίπτωση είναι και ο Αναστάσιος που νοσηλεύουμε. Είχε υψηλό πυρετό και διαγνώστηκε με λεπτοσπείρωση. Τον φέρανε εδώ -φιλοξενείται στην κλινική μας- γιατί στην παθολογική δεν είχε χώρο. Δεν τον παρακολουθούν όμως οι δικοί μας γιατροί, κατεβαίνουν οι γιατροί της Παθολογικής».

Η Μαίρη είναι κοινωνική λειτουργός και εργάζεται είκοσι χρόνια στο Π.Γ.Ν.Π., ο τομέας που απασχολείται είναι ο χειρουργικός. Αναφέρει:

«Ο κάθε κοινωνικός λειτουργός έχει κάποιες συγκεκριμένες κλινικές που εργάζεται. Δεν χωνόμαστε στα χωράφια των συναδέλφων, εκτός και ζητήσουνε βοήθεια ή κάποια συνεργασία. Συνήθως αυτό συμβαίνει όταν ο ασθενής αλλάζει κλινική για κάποιο λόγο και στην κλινική εκείνη είναι άλλος κοινωνικός λειτουργός υπεύθυνος. Μου έχει τύχει περίπτωση ασθενή να νοσηλεύεται στην κλινική που είμαι και να πρέπει

³⁵ Δηλ. Δ.Ε.: Από Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση.

να μεταφερθεί στην δερματολογική, που εκεί αναλαμβάνει άλλος κοινωνικός λειτουργός. Βέβαια το follow-up από μένα γίνεται. Συνεχίζω να τον επισκέπτομαι, έστω για μια 'Καλημέρα'».

Ο Χρήστος, ο οποίος είναι γιατρός στον χειρουργικό τομέα 21 χρόνια, σχετικά με το προηγούμενο θέμα αναφέρει:

«[...]Τα περιστατικά ποικίλουν. Μπορεί κάποιος να κάνει ένα χειρουργείο ρουτίνας και να εξελιχθεί σε κάτι πιο κρίσιμο, ανάλογα... Χειρουργώ καρκινοπαθείς, τραυματίες από ατυχήματα στο δρόμο, διάφορα... Έχει τύχει να χειρουργήσω κάποιους ασθενείς και να μάθω μετά την εθνικότητα τους. Κάποιοι δεν φαίνονται κιόλας ότι είναι ξένοι».

Ο Γιάννης είναι νοσηλεύτης (Δ.Ε.) και εργάζεται στο ΤΕΠ. Στην συνέντευξη αναφέρει ότι μεγάλο είναι το ποσοστό των μεταναστών που επισκέπτεται το νοσοκομειακό χώρο λόγω εργατικών ατυχημάτων:

«Έχω παρατηρήσει ότι πολλοί αλλοδαποί έρχονται λόγω κάποιου εργατικού ατυχήματος, κυρίως Αλβανοί ή Γεωργιανοί, Πακιστανοί. Οι περισσότεροι όμως δεν είναι ασφαλισμένοι. Ένας Αλβανός είχε πέσει από μια σκαλωσιά ένα μέτρο, χτύπησε στην μέση του και έμεινε παράλυτος. Τους καλοκαιρινούς μήνες πολλά περιστατικά έρχονται να νοσηλευτούν από δάγκωμα φιδιού. Είναι ανάλογα την περίπτωση. Γυναίκες από Φιλιππίνες, Αλβανίδες, Βουλγάρες έρχονται με αναπνευστικά προβλήματα ή δερματολογικές ανωμαλίες. Οι περισσότερες εργάζονταν σε συνεργεία καθαρισμού. Εκεί χρησιμοποιούν χλωρίνη και άλλα απορρυπαντικά πιο σκληρά. Φαντάζομαι... Αν έχουν κάποια αλλεργία ή αν είναι ευαίσθητες σε τέτοιες ουσίες λογικό είναι να έχουν και τέτοια προβλήματα. Όμως συνεχίζουν να εργάζονται σου λένε».

iii) Τρόπος αντιμετώπισης των επαγγελματιών υγείας προς τους ασθενείς μετανάστες

Εν συνεχεία, αναφορικά με τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει το προσωπικό του νοσοκομείου τον νόμιμο ασθενή μετανάστη και τον παράνομο μετανάστη-«χωρίς τα απαιτούμενα νόμιμα έγγραφα», οι επαγγελματίες της υγείας που συμμετείχαν στην ερευνητική διαδικασία διατύπωσαν μια κοινή γνώμη, μια «κοινή γραμμή» αντιμετώπισης. Η γραμμή αυτή αφορά την κοινή τοποθέτηση για τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς μετανάστες εξυπηρετούνται από τον ελληνικό σύστημα

υγείας και από τους επαγγελματίες της υγείας. Οι επαγγελματίες της υγείας μέσω των συνεντεύξεων ενισχύουν την εικόνα της σταθερής λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής πολιτικής, το οποίο διαθέτει επαγγελματίες, οι οποίοι διασφαλίζουν την ισότητα. Η αρχική τοποθέτηση ήταν ότι όλοι οι νόμιμοι χρήστες του συστήματος αντιμετωπίζονται με τον ίδιο τρόπο και χωρίς διακρίσεις ή κατηγοριοποιήσεις.

Χαρακτηριστική είναι η παρακάτω απάντηση που δόθηκε από ένα γιατρό και αφορά τον τρόπο με τον οποίο εξυπηρετούνται οι μετανάστες στο χώρο του νοσοκομείου. Ο Χρήστος είναι 54 ετών, εργάζεται στον χειρουργικό τομέα και αναφέρει:

«[...]όσον αφορά στην θεραπεία του ασθενούς καθώς και στην χειρουργική διαδικασία δεν κάνω διάκριση αν είναι Έλληνας ή αλλοδαπός. Κάνω αυτό που πρέπει να κάνω. Εμένα δεν με απασχολεί αν είναι ξένος. Βλέπω μια πάθηση και κάνω αυτό που πρέπει να κάνω. Με την ίδια τακτική θα χειρουργήσω και τον Έλληνα και τον αλλοδαπό».

Από την οπτική γωνία των διοικητικών υπαλλήλων οι μετανάστες δεν βιώνουν καμία μορφή κοινωνικής διάκρισης στο νοσηλευτικό κομμάτι. Κατά την γνώμη τους οι αλλοδαποί βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό στο τομέα της διοίκησης. Χαρακτηριστικά αναφέρει η Σοφία, η οποία εργάζεται είκοσι τρία χρόνια ως διοικητικός υπάλληλος στην Νευρολογική κλινική:

«[...]οι άνθρωποι αυτοί αποτελούν δύο κατηγορίες. Τους ασφαλισμένους και τους ανασφάλιστους. Τους ασφαλισμένους θα τους αντιμετωπίσουμε κανονικά όπως και τους Έλληνες. Στην περίπτωση που κάποιος μετανάστης είναι νόμιμος, αλλά ανασφάλιστος, μετά αφού σταθεροποιηθεί η υγεία του θα του ζητηθεί να προσκομίσει το 50% του κόστους νοσηλείας. Αν δεν έχει το χρηματικό ποσό τότε πάνε στην εφορία όπως και στον Έλληνα ανασφάλιστο, αφού έχουν ΑΦΜ κτλ, όπως εμείς οι Έλληνες. Όμως το μεγαλύτερο ποσοστό είναι μετανάστες ανασφάλιστοι και παράνομοι, τότε σε αυτή την περίπτωση υπάρχει μια «άτυπη» διάκριση. Σε αλλοδαπούς από Αλβανία, Ρουμανία, Βουλγαρία τους λέμε ότι πρέπει να πληρώσουν για να νοσηλευτούν-αυτοί λένε και ψέματα πολλά και φέρνουν και ψεύτικα χαρτιά-. Όσοι, είναι θύματα πολέμου γίνεται κανονικά το εισιτήριο -δωρεάν νοσηλεία δικαιούνται αν είναι κάτι επείγον-, αλλά οι περισσότεροι φεύγουν λάθρα με το που νιώσουν καλύτερα γιατί φοβούνται. Βέβαια, ως έκτακτο περιστατικό θα νοσηλευτούν όλοι οι ανασφάλιστοι μετανάστες κάνοντας τα στραβά μάτια».

Οι τυπικές ρυθμίσεις σύμφωνα με την Σοφία είναι δυνατόν να παραβλέπονται ή να αγνοούνται. Στο ακόλουθο απόσπασμα διακρίνεται αυτή η οπτική και από τον Δημήτρη, ο οποίος εργάζεται είκοσι ένα χρόνια ως διοικητικός υπάλληλος στην Παθολογική κλινική:

«Στο νοσοκομείο όλοι θα εξυπηρετηθούν. Όταν κάποιος θα έχει πρόβλημα υγείας δεν θα τον διώξουν. Το νοσηλευτικό και το ιατρικό προσωπικό θα κάνει ότι χρειάζεται. Θα τους χορηγηθούν φάρμακα, καθαριότητα (καθαρά σεντόνια, καθαρό δωμάτιο), ό,τι και σε κάποιον Έλληνα. Εγώ προσωπικά δεν εντοπίζω κάποια διαφορετική αντιμετώπιση. Κάποιοι δεν δικαιούνται δωρεάν περίθαλψη και εξυπηρετούνται παρόλα αυτά. Αν ισχύσει το γράμμα του νόμου κανονικά θα έπρεπε να μην νοσηλεύονται πολλοί αυτή την στιγμή που μιλάμε, αλλά το έχουν ανάγκη».

Συνέπεια αυτού είναι το εκτενές και γραφειοκρατικού τύπου σύστημα, οι ανισότητες που προκύπτουν –ή αναπαράγονται- από την πολωμένη αυτή λειτουργία του συστήματος οι οποίες επιβαρύνουν προφανώς κάποιες μεταναστευτικές ομάδες. Επίσης, από τα λεγόμενα της διοικητικού υπαλλήλου φαίνεται ότι η χώρα προέλευσης των μεταναστών για τον τρόπο με τον οποίο θα τον αντιμετωπίσουν παίζει καθοριστικό ρόλο. Αντίθετα, για το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό δεν παίζει κανένα ρόλο η χώρα προέλευσης των μεταναστών, είτε είναι νόμιμοι είτε παράνομοι, ασφαλισμένοι ή ανασφάλιστοι.

Ο Γιάννης, ο οποίος είναι νοσηλευτής στο ΤΕΠ αναφέρει:

«Για μένα δεν παίζει κάποιο ρόλο η χώρα προέλευσης του ασθενή. Τι εννοώ.. όταν θα έρθει ένα περιστατικό εμένα προσωπικά δεν με απασχολεί από πού είναι..θα προσπαθήσω να του προσφέρω ότι βοήθεια μπορώ. Δεν γίνεται να τους αφήσεις και αβοήθητους επειδή δεν είναι Έλληνες, εντάξει άνθρωποι είναι και αυτοί. Από εκεί και έπειτα αναλαμβάνουν οι κοινωνικοί λειτουργοί. Και να σου πω και κάτι; Το κράτος μάς πετάει το μπαλάκι. Να κρίνουμε εμείς αν το περιστατικό είναι έκτακτο ή όχι ώστε να νοσηλευτεί. Φαντάζομαι ότι από την στιγμή που κάποιος 'χωρίς χαρτιά' κατά κύριο λόγο, αποφασίζει να έρθει στο νοσοκομείο δεν έρχεται επειδή δεν έχει τι άλλο να κάνει, αλλά γιατί αισθάνεται ότι έχει κάτι σοβαρό, οπότε δουλεία μας είναι να εξετάσουμε το περιστατικό, οπότε κρίνεται ως 'έκτακτο' και νοσηλεύεται εντελώς δωρεάν[...]».

Σύμφωνα από το παραπάνω απόσπασμα του Γιάννη συμπεραίνεται ότι το κράτος περιθάλλει εντελώς δωρεάν όλους τους παράνομους μετανάστες, στην πραγματικότητα όμως, έγκειται στην θέληση και στην κριτική άποψη του προσωπικού/των επαγγελματιών της υγείας αν θα κρίνουν το περιστατικό ως έκτακτο

και ως εκ τούτου να του δοθεί η δυνατότητα να νοσηλευτεί εντελώς δωρεάν στο δημόσιο νοσοκομείο.

Στην συνέχεια, παρόλο που οι επαγγελματίες της υγείας υποστηρίζουν ότι δεν υφίστανται διαφοροποιήσεις και διακρίσεις εις βάρος των μεταναστευτικών ομάδων, ωστόσο, τελικά δεν φαίνεται να αποφεύγουν τις ταξινομήσεις των ομάδων αυτών αλλά και την απόδοση ιδιαίτερων γνωρισμάτων. Αφορμή αυτών των αποτελεσμάτων ήταν η ερώτηση η οποία αφορά την γνώμη των επαγγελματιών υγείας στο αν θεωρούν ότι ο ασθενής μετανάστης είναι ικανοποιημένος με τις υπηρεσίες που του παρέχονται.

Χαρακτηριστικό είναι το παρακάτω απόσπασμα από την Παναγιώτα η οποία είναι γιατρός είκοσι χρόνια και αναφέρει τα εξής:

«[...]ενώ αντιμετωπίζω όλους τους ασθενείς με τον ίδιο τρόπο, μερικές φορές κάποιοι ασθενείς από την Αλβανία ή Βουλγαρία κυρίως, είναι απότομοι και απαιτητικοί και πολλές φορές παραπονιούνται ότι δεν τους προσέχουμε όπως τους ντόπιους. Θεωρώ ότι έρχονται προκατειλημμένοι. Συνήθως αντιδρούν έτσι εκ του ασφαλούς οι ασφαλισμένοι Αλβανοί. Από την άλλη, οι μετανάστες από Αφρική κτλ έχουν υπομονή. Δεν δημιουργούν φασαρίες. Σπάνια. Φοβούνται όμως πολύ, γιατί είναι παράνομοι οι περισσότεροι, δεν τους καταλαβαίνουμε κιόλας. Όταν καλύτερεύει η υγεία τους πας μια μέρα να τον εξετάσεις και απλά έχουν φύγει λάθρα».

Η Αγγελική είναι υπεύθυνη τμήματος στο ΤΕΠ και εργάζεται είκοσι τρία χρόνια. Σχετικά με την παραπάνω ερώτηση αναφέρει:

«Το αν είναι ικανοποιημένος κάποιος ή όχι είναι δύσκολο να στο πω. Όταν για παράδειγμα κάποιος ξένος είναι αυταρχικός με το νοσηλευτικό προσωπικό σου δίνει να καταλάβεις ότι δεν τον φροντίζεις καλά, ενώ στην πραγματικότητα ό,τι κάνεις για τον ένα κάνεις και για τον άλλον. Π.χ. μπορεί να καθυστερήσει η καθαρίστρια να καθαρίσει το δωμάτιο και να θεωρήσει ο αλλοδαπός ότι δεν του καθαρίσαμε το δωμάτιο επειδή είναι ξένος. Αυτό δεν ισχύει. Και Έλληνας να ήταν το ίδιο θα συνέβαινε. Βέβαια κάποιοι δεν είναι και συζητήσιμοι. Αυτό με εκνευρίζει πιο πολύ από όλα. Δεν το λέω μόνο για τους ξένους αλλά και για Έλληνες».

Στην συνέχεια οι επαγγελματίες της υγείας και οι διοικητικοί υπάλληλοι τονίζουν τις δυσκολίες και τα γλωσσικά εμπόδια που έχουν να αντιμετωπίσουν όταν έρχονται σε επαφή με κάποιο ασθενή αλλοδαπό. Σε ξένους ασθενείς η επικοινωνία γίνεται στην αγγλική γλώσσα ή με διερμηνέα με τον οποίο έρχονται σε επαφή οι

κοινωνικοί λειτουργοί και ο οποίος πληρώνεται από το ταμείο της κοινωνικής υπηρεσίας, το οποίο ενισχύει η εκκλησία. Αναφέρει η Γεωργία κοινωνική λειτουργός:

«Η πρώτη επαφή γίνεται με διερμηνέα για να αντλήσουμε πληροφορίες τόσο για το κοινωνικό ιστορικό και περιβάλλον όσο και για το ιατρικό ιστορικό... κατά την διάρκεια της νοσηλείας όμως, η επικοινωνία με τον αλλοδαπό ασθενή παύει διότι δεν έχουμε την πολυτέλεια-οικονομική δυνατότητα- να φέρνουμε καθημερινά τον διερμηνέα στον νοσοκομειακό χώρο, ώστε να επικοινωνούμε μαζί του και να τον καταλαβαίνουμε. Αυτός ο άνθρωπος δεν νιώθει την κοινωνική απομόνωση;».

Σε αυτό το σημείο διαφαίνεται πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού, ο οποίος μεσολαβεί στο να εντάξει τον αλλοδαπό ασθενή, ενώ με την βοήθεια του διερμηνέα (όπου καλείται από την κοινωνική υπηρεσία) συλλέγει στοιχεία κοινωνικού ιστορικού για τον ασθενή και την οικογένεια του, τα οποία θα χρησιμοποιηθούν όχι μόνο στο κοινωνικό αλλά και στο ιατρικό έργο για τη θεραπεία του ασθενούς.

Τα εμπόδια στην επικοινωνία δημιουργούν ένα είδος κοινωνικού αποκλεισμού κατά την γνώμη των επαγγελματιών υγείας, αφού για τον ασθενή αλλοδαπό καθίσταται αδύνατον να εκφράσει γλωσσικά τις καθημερινές ανάγκες και επιθυμίες του, με αποτέλεσμα κατά την διάρκεια της νοσηλείας να νιώθει απομονωμένος.

Σχετικά με το πρόβλημα στην επικοινωνία αναφέρει η Ακριβή (νοσηλεύτρια):

«Ορισμένοι αλλοδαποί είναι καχύποπτοι ότι δεν τους προσέχουμε. Παίζει ρόλο ότι μιλάνε άλλη γλώσσα και λογικό είναι να μην έχουμε την ίδια επικοινωνία με αυτή που έχουμε με κάποιον που μιλάει ελληνικά ή αγγλικά. Όμως θέλω να πω ότι τις περισσότερες φορές ασχολούμαστε με αυτές τις περιπτώσεις πιο πολύ σε σχέση με άλλα περιστατικά. Ίσα-ίσα που τους προσέχουμε περισσότερο. Θα καλέσουμε κοινωνικό λειτουργό να φέρει διερμηνέα. Επειδή δεν τους καταλαβαίνουμε κάνουμε πιο πολλές προσπάθειες ώστε να μην νιώσουν απομονωμένοι. Αυτό πολλοί δεν το εκτιμούν βέβαια».

Επίσης η Παναγιώτα, η οποία είναι γιατρός τονίζει ότι η απουσία εξειδικευμένου προσωπικού, όπως οι διερμηνείς, δεν διευκολύνει το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας να ανταπεξέλθει στις ανάγκες των αλλοδαπών. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης σχετικά με τα γλωσσικά προβλήματα που αντιμετωπίζει όταν έρχεται σε επαφή με κάποιον ξένο ασθενή, ο οποίος δεν γνωρίζει την ελληνική ή την αγγλική γλώσσα αναφέρει:

«[...] το θέμα της επικοινωνίας είναι μεγάλο θέμα. Εγώ γνωρίζω τα ελληνικά και τα αγγλικά καλά και ελάχιστα γερμανικά. Στο νοσοκομείο έρχονται διάφορα περιστατικά (ξένοι) ειδικά τους καλοκαιρινούς μήνες. Δεν έχω θέμα μόνο με τους Ινδούς ή τους Αφγανούς που δεν ξέρω τις αντίστοιχες διαλέκτους και θα καλέσουμε διερμηνέα. Νευριάζω όταν θα έχω απέναντι μου έναν ευρωπαϊό πολίτη και κυρίως νεαρά άτομα Γάλλους, Ιταλούς κλπ και ενώ μπορεί να καταλαβαίνουν λίγα αγγλικά κάνουν ότι δεν καταλαβαίνουν. [...] Μερικές φορές κάποιιοι από τους φοιτητές μας γνωρίζουν δεύτερη και τρίτη γλώσσα και συνεννοούμαστε... εντάξει δεν γίνεται να ξέρουμε δέκα γλώσσες για να κάνουμε την δουλειά μας. Οπότε οι διερμηνείς είναι απαραίτητοι».

Επιπρόσθετα, οι κοινωνικοί λειτουργοί ανέφεραν ότι η συνεργασία με άλλους φορείς ή Μ.Κ.Ο. είναι καθοριστική στο να αντιμετωπίσουν όσο γίνεται πιο αποτελεσματικά κάποιο μετανάστη, ο οποίος παραβρίσκεται στην χώρα παράνομα και δεν έχει κάποιο κοινωνικό περιβάλλον. Συνήθως συνεργάζονται με τον «Ερυθρό Σταυρό», το «Βοήθεια στο σπίτι», το «Praksis» και τους «Γιατρούς χωρίς σύνορα». Αναφέρει η Κάτια κοινωνική λειτουργός :

«Οι Μ.Κ.Ο. πολλές φορές καλύπτουν την ιατροφαρμακευτική τους φροντίδα. Είναι η τελευταία μας ελπίδα. Όταν φύγουν από τον νοσοκομειακό χώρο φροντίζουμε να έχουν επικοινωνία και με άλλους επαγγελματίες ειδικούς στο θέμα της μετανάστευσης, οι οποίοι εργάζονται σε διάφορες Μ.Κ.Ο. ή άλλους φορείς».

Ο κοινωνικός λειτουργός είναι αυτός που θα μεριμνήσει για την διασφάλιση των δικαιωμάτων του ασθενή μετανάστη και θα προσπαθήσει να εξασφαλίσει τα δικαιώματα που του ανήκουν κατά την διάρκεια της νοσηλείας, αλλά και όταν βγει από το νοσοκομείο φέρνοντας τον σε επαφή με τις Μ.Κ.Ο. οι οποίες στελεχώνονται με ειδικό εξειδικευμένο προσωπικό . Ο κοινωνικός λειτουργός πέρα του ιατρού ή του νοσηλευτή, συνεργάζεται και με άλλους λειτουργούς της υγείας και κοινωνικούς λειτουργούς εντός και εκτός του νοσοκομειακού χώρου (κυρίως με κοινωνικούς λειτουργούς από κάποια Μ.Κ.Ο.), έτσι ώστε να συμπαρασταθεί στον ασθενή με τον καλύτερο τρόπο και να του εξασφαλίσει όσο είναι δυνατόν μια «ασφάλεια» όταν ο ασθενής βγει από το νοσοκομείο.

Κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικό σε αυτό το σημείο να τονιστεί ότι όλες οι ειδικότητες είναι σημαντικές και απαραίτητες, αλλά ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι ιδιαίτερα σημαντικός, διότι επί το πλείστον είναι ο πρώτος άνθρωπος που έρχεται σε πρώτη επαφή με τον αλλοδαπό ασθενή (front-line) διερευνά

τα κοινωνικά προβλήματα που ενδεχομένως αντιμετωπίζει ο ασθενής κατά την είσοδο του στο νοσοκομείο και στοχεύει στην ένταξη του ασθενή στον νοσοκομειακό χώρο και ενημερώνει τον ασθενή για τα δικαιώματά του. Επίσης, όπως φάνηκε και σε προηγούμενα αποσπάσματα των συνεντεύξεων (βλ. σελ:97) ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι μεσολαβητικός. Δηλαδή, για να αντιμετωπιστεί ένα περιστατικό το οποίο βρίσκεται σε κατάσταση «κρίσης» - ο ασθενής έχει δηλαδή, όχι μόνο κάποιο πρόβλημα υγείας, αλλά και διάφορα κοινωνικά προβλήματα-, απαιτείται η ισότιμη συμμετοχή όλων των ειδικοτήτων, όπως του ιατρού, του νοσηλευτή, του κοινωνικού λειτουργού, του ψυχολόγου καθώς και του διερμηνέα (όπου κρίνεται απαραίτητος). Στον συντονισμό όλων αυτών των επαγγελματιών υγείας συντονιστικό και μεσολαβητικό ρόλο κατέχει ο κοινωνικός λειτουργός.

Τέλος, σύμφωνα με τους επαγγελματίες της υγείας ο ασθενής μετανάστης δεν έχει ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες της υγείας σε σχέση με τους ντόπιους ασθενείς. Μέρος του πληθυσμού των αλλοδαπών δεν γνωρίζει πώς να έρθει στον χώρο του νοσοκομείου ή δεν έχει το μέσο να έρθει και την οικονομική δυνατότητα. Η Αγγελική η οποία είναι υπεύθυνη του τμήματος επειγόντων περιστατικών αναφέρει χαρακτηριστικά:

«Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις (των αλλοδαπών) που φθάνουν στα άκρα την υγεία τους-κυρίως οι παράνομοι-γιατί φοβούνται. Πολλοί αυτοτραυματίζονται για να εισαχθούν ως έκτακτο περιστατικό, ενώ στην πραγματικότητα πάσχουν από κάποιο άλλο είδος ασθένειας όπως ηπατίτιδα ή AIDS».

Ωστόσο, το σύστημα υγείας περιγράφεται από τους εργαζομένους ως αδύναμο, το οποίο όμως και παρά τις επιπτώσεις της απορρύθμισης του κράτους πρόνοιας κατορθώνει να υπηρετεί την ηθική που επιβάλλει όσον αφορά το είδος των υπηρεσιών που παρέχει. Βέβαια, οι γενικές αδυναμίες και ελλείψεις επηρεάζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και υποβαθμίζουν συνολικά τη λειτουργία του. Οι εργαζόμενοι ωστόσο φαίνεται να υπερασπίζονται την προσφορά του συστήματος, προβάλλοντας το συμβολικό χαρακτήρα της κοινής τοποθέτησης, η οποία διασφαλίζει την ισότητα.

Εν κατακλείδι, τόσο ο μεταναστευτικός πληθυσμός όσο και οι επαγγελματίες της υγείας έρχονται αντιμέτωποι με ζητήματα πρόσβασης, όπως για παράδειγμα το πρόβλημα επικοινωνίας, την γραφειοκρατία, τις μεγάλες λίστες αναμονής, τις ανεπαρκείς υποδομές, τις ελλείψεις εξειδικευμένου προσωπικού, τεχνογνωσίας και εξειδικευμένων δομών (π.χ. διερμηνέων), με αποτέλεσμα αυτό να επηρεάζει εν μέρη

την πλήρη και επιθυμητή αντιμετώπιση των επαγγελματιών υγείας προς τους ασθενείς αλλοδαπούς. Με αυτή την έννοια, οι ασθενείς αλλοδαποί δεν έχουν ίσες ευκαιρίες στο σύστημα της υγείας, άρα αυτό σημαίνει ότι βιώνουν μια μορφή κοινωνικού αποκλεισμού.

Αυτά τα εμπόδια περιορίζουν την προσβασιμότητα των αλλοδαπών στις υπηρεσίες υγείας, ακόμα και όταν τυπικά δικαιούνται την πρόσβαση. Σύμφωνα με τις αφηγήσεις των ασθενών αλλοδαπών, αλλά και των επαγγελματιών υγείας, θα πρέπει να σημειωθεί πως αν και τα παραπάνω προβλήματα ισχύουν, η πλειονότητα των μεταναστών όταν έρχεται σε επαφή με τα νοσοκομειακά ιδρύματα δεν φαίνεται να αντιμετωπίζει διακρίσεις λόγω εθνότητας, φύλου ή εργασίας. Η ισότιμη περίθαλψη ισχύει ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική κατάσταση του έκαστου ασθενή.

Η παροχή υπηρεσιών ιατρικής φροντίδας, ανεξαρτήτως των χαρακτηριστικών του χρήστη, παρουσιάζεται ως η πρώτη και κεντρική προτεραιότητα τόσο για το ίδιο το σύστημα όσο και για τους εργαζομένους. Τα χαρακτηριστικά των ανθρώπων που ζητούν τις όποιες ιατρικές υπηρεσίες αφήνουν αδιάφορους τους εργαζομένους στο σύστημα υγείας, ανεξάρτητα από τη θέση ή την ειδικότητα τους. Η βασική επαγγελματική κατηγορία στην προκειμένη περίπτωση είναι το ιατρικό προσωπικό, το οποίο ρυθμίζει και ελέγχει μια σειρά από τυπικές διαδικασίες, οι οποίες τελικώς καθορίζουν και το χαρακτήρα του συστήματος, ο οποίος αποτυπώνεται στην ηθική ταυτότητα του συστήματος παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Βέβαια η παροχή ή μη ιατρικών υπηρεσιών αποτελεί επιλογή του έκαστου επαγγελματία υγείας και προφανώς υπόκειται στις αντιλήψεις, στις απόψεις και βεβαίως στις προφανώς υποκειμενικές του κρίσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 – ΕΠΙΛΟΓΟΣ

6.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Τα στοιχεία που προέκυψαν από την διεξαγωγή της ποιοτικής αυτής έρευνας στο νομό Αχαΐας με δείγμα δέκα αλλοδαπούς νοσηλευόμενους, διαφόρων ηλικιών και χωρών προέλευσης και δέκα επαγγελματίες της υγείας διαφόρων ειδικοτήτων αποτέλεσαν πρόσφορο έδαφος για ανάλυση του εξεταζόμενου φαινομένου καθώς και για εξαγωγή σχετικών συμπερασμάτων. Η παρούσα μελέτη αποσκοπούσε στην ερμηνεία της διαδικασίας της προσβασιμότητας και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες. Η κεντρική υπόθεση-«οδηγός»- της παρούσας μελέτης είχε να κάνει με ποιο τρόπο βιώνουν οι μετανάστες τον κοινωνικό αποκλεισμό ή δεν βιώνουν στον νοσοκομειακό χώρο και αν οι επαγγελματίες της υγείας αντιμετωπίζουν ισότιμα τον μεταναστευτικό πληθυσμό σε σχέση με τους γηγενείς ασθενείς.

Επομένως, ο σχεδιασμός της έρευνας αποτελούνταν από δύο μέρη. Η ερευνητική διαδικασία και η εξαγωγή των συμπερασμάτων βασίστηκε στις απόψεις τόσο των νοσηλευόμενων μεταναστών όσο και στις απόψεις των δημοσίων υπαλλήλων που εργάζονται στο Π.Γ.Ν.Π. Πατρών. Το πρώτο μέρος αφορά τις απόψεις και τα συναισθήματα των μεταναστών αναφορικά με το θέμα του κοινωνικού αποκλεισμού που βιώνουν ή όχι στον χώρο του νοσοκομείου, και το δεύτερο μέρος αφορά τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με το ίδιο θέμα καθώς και με τον τρόπο που αντιμετωπίζουν οι ίδιοι τον μεταναστευτικό πληθυσμό.

Μετά την ολοκλήρωση των συνεντεύξεων τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης αποτελούν ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Τόσο η βιβλιογραφική ανασκόπηση όσο και η διαδικασία των συνεντεύξεων βασίστηκαν σε κάποια κεντρικά ερευνητικά ερωτήματα, τα οποία αποτέλεσαν και τον άξονα ολόκληρης της ερευνητικής διαδικασίας. Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν αφορούν την διερεύνηση των εμποδίων που μπορεί να αντιμετωπίζουν οι μετανάστες στον νοσοκομειακό χώρο, καθώς και τη σχέση τους με τις υπηρεσίες υγείας. Για μια ολοκληρωμένη έρευνα δεν ήταν δυνατόν να παραληφθούν οι απόψεις των μεταναστών για την παρεχόμενη νοσηλεία και την αντιμετώπιση που έχουν από τους επαγγελματίες της υγείας. Από την άλλη μεριά, όσον αφορά την οπτική γωνία των επαγγελματιών υγείας, τα βασικά ερωτήματα που προέκυψαν αφορούν τον τρόπο που αντιμετωπίζουν οι υπάλληλοι τους μετανάστες και τις διαδικασίες που έπονται για

μια ολοκληρωμένη προσέγγιση των εξυπηρετούμενων. Επίσης, ερευνήθηκε αν σύμφωνα με τους επαγγελματίες της υγείας οι μετανάστες χρήζουν διαφορετικής αντιμετώπισης σε σχέση με τους γηγενείς ασθενείς.

Με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν πριν την διεξαγωγή του ερευνητικού μέρους της εργασίας και στηριζόμενη στην ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας που προηγήθηκε, επέρχεται η επιβεβαίωση ή η διάψευση των υποθέσεων. Για τους μετανάστες και τις υπόλοιπες κοινωνικές ομάδες η υγεία αποτελεί ένα πολύπλοκο και πολυσύνθετο ζήτημα, η εξέταση του οποίου δεν μπορεί να περιοριστεί σε μια έρευνα σε σύντομο χρονικό διάστημα. Έστω, όμως, και η απόπειρα συλλογής των διαθέσιμων στοιχείων για την καταγραφή της κατάστασης που επικρατεί σε μια πόλη της Ελλάδας μας επιτρέπει να εξάγουμε χρήσιμα συμπεράσματα.

Η αξιοποίηση κατάλληλων δεδομένων και δεικτών, σε συνδυασμό με την ανάλυση που προηγήθηκε, μας επιτρέπουν την εξαγωγή ορισμένων βασικών συμπερασμάτων αναφορικά με την ανισότητα στην υγεία. Εν είδη συμπερασμάτων όπως πρόεκυψαν από την επεξεργασία των δεδομένων διαπιστώνεται ότι οι αλλοδαποί αντιμετωπίζουν κάποια προβλήματα κατά την πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Τα εμπόδια αυτά είναι σε αρκετές περιπτώσεις νομικής φύσης, αλλά τις περισσότερες φορές εμφανίζονται ως συμπτώματα διάφορων κοινωνικών πρακτικών και αντιλήψεων. Επίσης, όσον αφορά τον τομέα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, η πλειονότητα των μεταναστών εντοπίζει προβλήματα προσβασιμότητας και χρήσης υπηρεσιών. Αυτά τα προβλήματα συνδέονται με την τυπική έλλειψη χαρτιών (άδεια παραμονής, άδεια εργασίας) και τυπικής πρόσβασης στις υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας, με την έλλειψη ενημέρωσης γύρω από τα δικαιώματα των μεταναστών στη νοσηλευτική περίθαλψη καθώς και με την έλλειψη δυνατότητας επικοινωνίας με το προσωπικό του νοσοκομείου.

Αναμφισβήτητα, οι ανισότητες μεταξύ των μεταναστευτικών ομάδων επιδρούν στην υγεία του εν λόγω πληθυσμού. Ταυτόχρονα, ο κοινωνικός αποκλεισμός τον οποίο βιώνουν έτσι κι αλλιώς τα μέλη των λεγόμενων ομάδων στην καθημερινή μορφή, έχει τελικά ανυπολόγιστες συνέπειες στην υγεία τους. Τόσο η μαύρη όσο και επίσημη εργασία έχουν ιδιαίτερες επιπτώσεις στην υγεία και την ασφάλεια των μεταναστών, ενώ η παράμετρος αυτή θα πρέπει να συμπεριληφθεί σε οποιαδήποτε πολιτική μέριμνα και πρωτοβουλία γύρω από το θέμα του κοινωνικού αποκλεισμού και της υγείας των μετακινούμενων, εν γένει, πληθυσμών. Επίσης, η παρατεταμένη

ανεργία, οι κακές συνθήκες διαβίωσης και η φτώχεια, επηρεάζουν αρνητικά την ψυχοσωματική ευεξία των μελών των μετακινούμενων πληθυσμών και των μειονοτήτων της χώρας μας.

Όπως προκύπτει από την επεξεργασία και την ανάλυση του περιεχομένου των συνεντεύξεων των δημόσιων υπαλλήλων, σε γενικές γραμμές επιβεβαιώθηκε η αδυναμία των συγκεκριμένων μηχανισμών κοινωνικής προστασίας να λειτουργούν απρόσκοπτα προς την κατεύθυνση της κάλυψης των κοινωνικών αναγκών και να προωθούν το στόχο της κοινωνικής ένταξης των μελών των μεταναστευτικών ομάδων. Από την ερευνητική διαδικασία προκύπτει ότι για τους εργαζομένους του νοσοκομείου, τα μέλη των μεταναστευτικών ομάδων συγκροτούν μια διακριτή κατηγορία χρηστών.

Ωστόσο, το ενδεχόμενο διακρίσεων και οι ανισότητες στην πρόσβαση σε παροχές ή υπηρεσίες αποκρούονται από τους εργαζομένους της έρευνας με την προβολή από μέρους τους της ισχύος και της πληρότητας των τυπικών και θεσμικών ρυθμίσεων έναντι των άτυπων και προσωπικών κρίσεων και επιλογών, παραβλέποντας τις κεντρικές αδυναμίες του συστήματος υγείας. Η κοινή γραμμή τοποθέτησης των εργαζομένων του νοσοκομείου ουσιαστικά ενσωματώνει την ηθική διάσταση των ρυθμίσεων του συστήματος κοινωνικής πολιτικής που παρουσιάζεται ότι λειτουργεί στη βάση απαρέγκλιτων τυπικών ρυθμίσεων.

Ένα ακόμη αξιοσημείωτο στοιχείο είναι αναμφίβολα η έλλειψη επιστημονικής προσέγγισης και ανάλυσης του φαινομένου του κοινωνικού αποκλεισμού στο τομέα της υγείας των μεταναστών. Πρόκειται για ένα πεδίο το οποίο κατά το παρελθόν δεν έχει απασχολήσει ιδιαίτερα τους αρμοδίους για την χάραξη και την υλοποίηση της κοινωνικής πολιτικής, ίσως επειδή είναι ένα δύσκολο ζήτημα. Η παρούσα έρευνα βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο, ωστόσο, τα δεδομένα των συνεντεύξεων και της βιβλιογραφικής ανασκόπησης εμπεριέχουν ερεθίσματα για περαιτέρω μελέτες σχετικά με το θέμα. Για παράδειγμα, οι απαντήσεις σε ερωτήσεις σχετικά με το ποιος καλύπτεται, για τι είδους θεραπείες και πόσα χρήματα πρέπει να συνεισφέρουν από την τσέπη τους οι ενδιαφερόμενοι, όλα αυτά θεωρητικά είναι κατατεθειμένα γραπτώς. Ωστόσο, η θεωρία δεν ταυτίζεται πάντα τέλεια με την πράξη, πόσο μάλλον για ένα θέμα τόσο ευαίσθητο όπως η υγεία.

Είναι σημαντικό, οι κανόνες να ερμηνευτούν, όπως για παράδειγμα, σχετικά με τον ορισμό του τι αποτελεί «επείγον περιστατικό». Επίσης παρατηρούνται «χάσματα» ερμηνείας ανάμεσα στις εκάστοτε πολιτικές και την πρακτική εφαρμογή. Μερικές

φορές οι παροχείς υπηρεσιών είναι πιο ανεκτικοί απ' ό,τι επιτρέπουν οι κανονισμοί. Οι επαγγελματίες της υγείας, αρκετά συχνά, παραβλέπουν τους περιορισμούς των πολιτικών, λόγω της αίσθησης επαγγελματικής ευθύνης ή από ενδιαφέρον για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί μερικές φορές να είναι πιο περιοριστικοί είτε επειδή διαφωνούν με την πολιτική είτε λόγω προκατάληψης εναντίον του ατόμου με το οποίο έρχονται σε επαφή. Σε αυτή την περίπτωση, εύλογο δεν είναι ο υπάλληλος στην υποδοχή του νοσοκομείου να έχει κατά κάποιο τρόπο περισσότερη εξουσία απ' ό,τι οι υπάλληλοι στην ιεραρχία του νοσοκομείου.

Συμπερασματικά, καθίσταται σημαντική η ύπαρξη ανάγκης να ληφθούν συγκεκριμένα μέτρα για τους μετανάστες που στερούνται των νομιμοποιημένων εγγράφων παραμονής στην Ελλάδα, προκειμένου να ξεπεραστούν οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν, ώστε να μπορούν να έχουν πρόσβαση στους φορείς υγείας. Επίσης, είναι αναγκαία η εκπαίδευση ειδικευμένου προσωπικού, καλά πληροφορημένου και με γλωσσικές δεξιότητες αφού, η αντικειμενική δυσκολία επικοινωνίας των ασθενών με το ιατρικό προσωπικό λόγω της ελλιπούς γνώσης της ελληνικής γλώσσας, αλλά και η ελλιπής ενημέρωση σχετικά με τη λειτουργία του συστήματος υγείας, επηρεάζουν την προσβασιμότητα των αλλοδαπών σε υπηρεσίες υγείας. Η συμμετοχή διεργασιών στα δημόσια νοσοκομεία αλλά και σε άλλες δομές που απευθύνονται σε μετανάστες είναι σημαντική ώστε να μην περιορίζεται η δυνατότητα του ιατρικού προσωπικού να διασφαλίσει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχει σε αλλοδαπούς. Επιπρόσθετα, η εξειδίκευση του προσωπικού, η ανάπτυξη τεχνογνωσίας και η δημιουργία εξειδικευμένων δομών (π.χ. ενημερωτικών φυλλαδίων σε γλώσσες διαφόρων εθνικοτήτων, διαπολιτισμικών διαμεσολαβητών) θα έδινε την δυνατότητα στους μετανάστες να ενημερώνονται σχετικά τόσο για τα δικαιώματά τους όσο και για τις υποχρεώσεις τους.

Εν κατακλείδι, οι μεταναστευτικές ομάδες σε ολόκληρο τον ευρωπαϊκό χώρο, πόσο μάλλον την Ελλάδα που λόγω της γεωγραφικής της θέσης δέχεται μεγάλα κύματα μεταναστών, γεννούν νέες ανάγκες για παροχές οι οποίες θα πρέπει να εξυπηρετηθούν από τα ήδη υπάρχοντα συστήματα κοινωνικής προστασίας και τους μηχανισμούς τους. Οι νέοι αυτοί πληθυσμοί αντιμετωπίζουν μια σειρά ειδικών αναγκών στο φάσμα των κοινωνικών παροχών στην υγεία, την υγειονομική κάλυψη, την στέγαση. Προβάλλει, λοιπόν, επιτακτική η ανάγκη να ανιχνευθούν και να αναλυθούν οι παράγοντες που οδηγούν σε διαδικασίες κοινωνικού αποκλεισμού και ανισοτήτων στον χώρο της υγείας, ούτως ώστε να ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα

για τον περιορισμό ή και την ουσιαστική καταπολέμηση τους. Μέχρι πρότινος τα συστήματα κοινωνικής πολιτικής έχουν αποδείξει ότι δεν ήταν προετοιμασμένα να υποδεχτούν τις νέες ανάγκες των μεταναστών, οι οποίες κυρίως εντάθηκαν κατά τη δεκαετία του '90 και με την κατάρρευση των πρώην σοσιαλιστικών καθεστώτων (Βεντούρα, 2009). Η άμβλυνση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, με βάση τις κυρίαρχες αντιλήψεις περί κοινωνικής δικαιοσύνης, απαιτεί δραστικές πολιτικές παρεμβάσεις.

Ολοκληρώνοντας την παρούσα ερευνητική διαδικασία, αναφορικά με το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού συμπεραίνεται ότι η ειδική ομάδα των μεταναστών βιώνει κάποια προβλήματα, τα οποία αφορούν άμεσα τον κλάδο της κοινωνικής εργασίας, ο οποίος μέσα από το ρόλο του, μπορεί να βοηθήσει στην επίλυση κάποιων απ' αυτών. Για την πραγματοποίηση και την πλήρη ανταπόκριση ενός κοινωνικού λειτουργού στο ρόλο του, χρειάζεται να γίνουν ορισμένες δραστικές κινήσεις που θα τον βοηθήσουν να ανταπεξέλθει πλήρως.

Πιο συγκεκριμένα, θα πρέπει να υπάρξει μέριμνα κατά τη διάρκεια νοσηλείας των μεταναστών σε κάποιο νοσοκομείο, ώστε να υπάρχει δυνατότητα συνεργασίας του κοινωνικού λειτουργού με κάποιο διερμηνέα, ο οποίος θα κάνει δυνατή και απλή την πλήρη κατανόηση της κατάστασης στον μετανάστη καθώς και θα προσφέρει την απαραίτητη βοήθεια του στην ανάπτυξη διαλόγου μεταξύ τους. Επίσης, ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να έχει πλήρη συνεργασία με μη κυβερνητικές, αλλά και οργανωμένες κυβερνητικές οργανώσεις, όπως για παράδειγμα ο Ερυθρός Σταυρός και οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα, καθώς και διάφορες άλλες, οι οποίες φροντίζουν το μετανάστη μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο ενώ, θα είναι σε θέση να του προσφέρουν τη διασφάλιση πως για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα θα του παρέχεται η απαραίτητη φαρμακευτική αγωγή.

Παράλληλα, θα πρέπει να δίνεται η δυνατότητα στον ασθενή καθ' όλη τη διάρκεια της αποθεραπείας του να βρίσκεται σε κατάλληλα προστατευόμενο χώρο. Ακόμα, το κράτος θα πρέπει να μεριμνήσει ώστε να δημιουργηθούν οι κατάλληλες δομές υποδοχής μεταναστών, οι οποίες θα είναι σε θέση να προσφέρουν στους ανθρώπους αυτούς, αρχικά ασφαλή στέγη και τροφή και επιπρόσθετα έγκυρη πληροφόρηση για τα δικαιώματά τους από τη στιγμή που εισέρχονται στη χώρα αλλά και στη συνέχεια. Τέλος, είναι ουσιαστικό οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται σε δομές όπως τα νοσοκομεία να έχουν ιδιαίτερη εξειδίκευση στο συγκεκριμένο θέμα, όντας καλοί γνώστες της διαπολιτισμικής αγωγής. Για το λόγο αυτό θα

μπορούσε να θεωρηθεί αναγκαίους η επιπλέον εκπαίδευση τους μέσα από διάφορα επιμορφωτικά σεμινάρια, όπως ήδη αναφέρθηκε.

Αν και η έρευνα πάνω στην υγεία των μεταναστών έχει επιδείξει άνθιση κατά την τελευταία δεκαετία, παραμένουν ακόμη πολλά «κενά» τα οποία χρήζουν επειγόντως διερεύνησης. Εν πρώτοις, παραθέτω ορισμένες προτάσεις για πλήρη διερεύνηση του θέματος. Με βάση την βιβλιογραφική ανασκόπηση και την ερευνητική διαδικασία που προηγήθηκε έγινε κατανοητό ότι ο ζήτημα της υγείας των μεταναστών περιλαμβάνει δύο βασικά θέματα. Από τη μία πλευρά η κατάσταση της υγείας των μεταναστών, και από την άλλη πλευρά η ποιότητα και η προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας οι οποίες είναι διαθέσιμες σε αυτούς. Προφανώς, οποιαδήποτε πρακτική πρωτοβουλία σε αυτούς τους δύο τομείς πρέπει να ξεκινήσει από μία σταθερή γνωστική βάση. Χρειάζεται να γνωρίζουμε πόσο υγιείς ή ασθενείς είναι οι μετανάστες και σε ποιους ιδιαίτερους κινδύνους είναι εκτεθειμένοι. Επίσης, σε ποιο σημείο παραβλέπουν τους μετανάστες οι υπηρεσίες υγείας και τι μπορεί να γίνει για να διορθώσουν αυτά τα μειονεκτήματα, καθώς και σε πιο γενικό επίπεδο χρειάζεται να γνωρίζουμε ποιες στρατηγικές είναι αποτελεσματικές για να αλλάξουν τα πράγματα.

Όλα αυτά αποδεικνύουν την κομβική σημασία μια διεξοδικής έρευνας για τους μετανάστες και την υγεία. Χρειάζεται να συνταχθεί ένας λεπτομερής κατάλογος με τα νομικά εμπόδια στη συλλογή δεδομένων σχετικά με τη μεταναστευτική κατάσταση και το σύστημα της υγείας. Είναι άμεσα αναγκαίο να πραγματοποιηθεί μία μελέτη, η οποία θα διαλευκάνει την κατάσταση και θα διερευνήσει τρόπους υπερπήδησης των εμποδίων και των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες. Επίσης, είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθεί έρευνα σχετικά με την κατάσταση της υγείας των μεταναστών με σκοπό να σχηματίσουν οι επαγγελματίες της υγείας μία καθαρή εικόνα του είδους των προβλημάτων υγείας τα οποία συνηθέστατα αντιμετωπίζουν ιδίως οι μετανάστες, καθώς επίσης και τους παράγοντες που προκαλούν αυτά τα προβλήματα με σκοπό την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας.

Ένα άλλο ζήτημα το οποίο χρήζει λεπτομερούς έρευνας και είναι αρκετά σημαντικό και διακριτό ώστε να αξίζει ξεχωριστής αντιμετώπισης, αφορά τις συνθήκες υπό τις οποίες οι μετανάστες αποκτούν δικαίωμα να κάνουν χρήση της φροντίδας υγείας. Το θέμα αυτό υπάγεται στο ζήτημα της «πρόσβασης» και στο αν βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό ο μεταναστευτικός πληθυσμός. Συνοπτικά, στην παρούσα μελέτη που διεξήχθη το δικαίωμα στην πρόσβαση και στην «φροντίδα»

αφορά τρία μέρη: την «κάλυψη», που αναφέρεται στο κατά πόσο τα έξοδα ενός ατόμου για την παροχή υπηρεσιών υγείας καλύπτονται ή όχι από κάποιο κρατικό ή ιδιωτικό οργανισμό, από το «πακέτο υπηρεσιών υγείας», το οποίο αναφέρεται στο φάσμα των υπηρεσιών που καλύπτονται και τέλος στην «κατανομή κόστους», η οποία αφορά την προσωπική οικονομική συνδρομή που απαιτείται από τον χρήστη των υπηρεσιών. Ωστόσο, τα δικαιώματα των μεταναστών στη φροντίδα υγείας είναι διαφορετικά από χώρα σε χώρα και ανάλογα με την κατηγορία στην οποία ανήκει ο κάθε μετανάστης (εργαζόμενος-ασφαλισμένος, άνεργος-ανασφάλιστος, νόμιμος-ανασφάλιστος, αιτών άσυλου, χωρίς χαρτιά). Οι κανόνες που διέπουν τη χορήγηση δικαιωμάτων είναι συχνά πολύπλοκοι, με συχνές αλλαγές. Είναι αναγκαία λοιπόν, μια έρευνα η οποία θα διαλευκάνει την κατάσταση σε κάθε χώρα και θα εντοπίσει τις συνέπειες για την υγεία.

Επίσης, όταν διεξάγεται μία έρευνα η οποία αφορά τους μετανάστες, η προσέγγιση του μεταναστευτικού πληθυσμού είναι ιδιαίτερα δύσκολη, διότι οι σχέσεις ανάμεσα σε αυτούς και τον πλειοψηφούντα πληθυσμό είναι συχνά τεταμένες. Αν ένα άτομο είναι γενικά δύσπιστο ή ακόμη χειρότερα μη ικανοποιημένο από μία υπηρεσία, θα είναι επιφυλακτικό και απέναντι σε κάθε ερευνητή, με αποτέλεσμα να είναι απρόθυμο να συμμετάσχει στην ερευνητική διαδικασία. Η απροθυμία οφείλεται είτε γιατί ο ερευνητής εκλαμβάνεται ως εκπρόσωπος των «αρχών» είτε απλώς είναι «λευκός» και δείχνει ότι ανήκει στη μεσαία τάξη. Ένας τρόπος για να ξεπεραστούν κάποιες από αυτές τις δυσκολίες είναι να προσληφθούν μέλη ομάδων των μεταναστών ή των εθνικών μειονοτήτων για να διεξάγουν την έρευνα.

Συμπερασματικά, οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία αναφέρονται στις συστηματικές διαφορές στην υγεία μεταξύ διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών ομάδων. Αυτές οι ανισότητες είναι κοινωνικό προϊόν (και ως εκ τούτου τροποποιήσιμες) και αθέμιτες. Ουσιαστικά, όλες οι συστηματικές διαφορές στην υγεία μεταξύ κοινωνικοοικονομικών ομάδων στις Ευρωπαϊκές χώρες μπορούν να θεωρηθούν ως άδικες και αποφεύξιμες – και ως εκ τούτου μπορούν να θεωρηθούν ως ανισότητες. Αυτό είναι το βασικό συμπέρασμα της παρούσας ερευνητικής διαδικασίας, το οποίο βασίζεται στις παγκόσμια αποδεκτές Αρχές των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων.

ΠΗΓΕΣ - ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Α. ΠΗΓΕΣ

Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας (2001), «Έρευνα εργατικού προσωπικού», Β' τριμήνου, Αθήνα.

Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας (2011), «Απογραφή».

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (1994), «Πράσινο Βιβλίο, Ευρωπαϊκή κοινωνική πολιτική. Επιλογές για την Ένωση», Υπηρεσία Επισήμων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Λουξεμβούργο.

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2003β), «Ευρωπαϊκό δίκτυο για συνεργασία και ανταλλαγές σε θέματα κοινωνικού αποκλεισμού και υγεία μεταναστών», Πρόγραμμα Διακρατικής ανταλλαγής-ΦΑΣΗ Ι, Ελλάδα, Επιστ. Υπευθ: Καψάλης Α.

Ινστιτούτο Μεταναστευτικής Πολιτικής (Ι.ΜΕ.ΠΟ., 1996), «Μετανάστες και πρόσφυγες στην Ελλάδα 1970-1990», Επιστ. Υπευθ: Έμκε – Πουλοπούλου, Αθήνα.

Ινστιτούτο Μεταναστευτικής Πολιτικής (Ι.ΜΕ.ΠΟ., 2004), «Στατιστικά δεδομένα για τους μετανάστες στην Ελλάδα. Αναλυτική μελέτη για τα διαθέσιμα στοιχεία και προτάσεις για τη συμμόρφωση με τα standards της Ευρωπαϊκής Ένωσης», Επιστ. Διευθυντής: Baldwin-Edwards, Αθήνα.

Ινστιτούτο Μεταναστευτικής Πολιτικής (Ι.ΜΕ.ΠΟ., 2007), «Το ψυχοκοινωνικό προφίλ του μετανάστη και η ένταξη του», Επιστ. Υπεύθ.: Παρσάνογλου, Αθήνα.

IMEO (2001), «Trafficking women and children», Emke – Pouloupoulos, Athens.

European Commission (2010), Europe 2020: A strategy for smart, sustainable and inclusive growth, Communication Com (2010), Brussels.

Πρακτικά σεμιναρίων

Θεοδώρου Μ (2001), *Εγκαθίδρυση και λειτουργία του σύγχρονου ολοκληρωμένου συστήματος επείγουσας ιατρικής*, Θεσσαλονίκη, Πρακτικά Πανελλήνιου Σεμιναρίου Επείγουσας Νοσηλευτικής φροντίδας (σ: 5-10).

Κουτσογιανίδου Σ. (2001), *Βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση στον τομέα Επειγόντων*, Θεσσαλονίκη, Πρακτικά Πανελλήνιου Σεμιναρίου Επείγουσα Νοσηλευτικής Φροντίδας (σ: 5-7).

Μόσχοβος Θ., Σαμαριτάκης Γ. και Σαρρή Σ. (2000), *Το τμήμα επειγόντων περιστατικών στο ελληνικό νοσοκομείο*, Θεσσαλονίκη, Πρακτικά Πανελλήνιου Σεμιναρίου Επείγουσα Νοσηλευτικής Φροντίδας (σ: 5-8).

Ηλεκτρονικές Διευθύνσεις

Πληροφορίες για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα: www.unric.org (πρόσβαση στις 10/09/2013).

Πληροφορίες για την Σύμβαση για την προστασία των δικαιωμάτων του ανθρώπου και των θεμελιωδών ελευθεριών (2012): www.miredu.gov.gr (πρόσβαση στις 10/09/2013).

Πληροφορίες για τον χάρτη θεμελιωδών δικαιωμάτων: <http://europa.eu.legislation> (πρόσβαση στις 10/09/2013).

Πληροφορίες για την Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους πρόσφυγες: <http://pacific.jour.auth.gr> (πρόσβαση στις 11/09/2013).

Πληροφορίες για την 5^η & 6^η έκθεση της Ελλάδας: Υποβαλλόμενη βάσει του άρθ. 19 σύμβασης κατά των βασανιστηρίων ή άλλων τρόπων σκληρής, απάνθρωπης ή ταπεινωτικής μεταχείρισης ή τιμωρίας: <http://www.mfa.gr> (πρόσβαση στις 10/09/2013).

Πληροφορίες για τις Μ.Κ.Ο. Λίστα οργανώσεων για μετανάστες στην Ελλάδα: <http://www.keelpno.gr> (πρόσβαση στις 1/11/2013).

Πληροφορίες για την Κωδικοποίηση νομοθεσίας για την είσοδο, διαμονή και κοινωνική ένταξη υπηκόων τριών χωρών στην ελληνική επικράτεια: <http://metanastes.gr> (πρόσβαση στις 23/09/2013).

Πληροφορίες για το Σύστημα Υγείας: <http://www.clipnews.gr>, «Healthdaily», (πρόσβαση στις 20/09/2013).

Πληροφορίες για το κόστος της περίθαλψης των παράνομων μεταναστών και των ανασφάλιστων Ελλήνων πολιτών: <http://www.iatronet.gr> (πρόσβαση στις 19/11/2013).

Πληροφορίες για τα Δικαιώματα στην Υγεία των μεταναστών χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής: www.nchr.gr (πρόσβαση στις 26/06/2013).

B. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αγγελίδης Ο. (2000), *Οι πρόσφυγες από την πρώην Ε.Σ.Σ.Δ. και η εθνική τους ταυτότητα*, Αθήνα, Περ/κό ενδοχώρα.

Αμίτσης & Λαζαρίδης (2001), *Οι πολιτικές ρυθμίσεις της μετανάστευσης στην Ελλάδα*, Αθήνα, Παπαζήση.

Αναγνωστοπούλου Τ. (2002), *Βασικές αρχές δεοντολογία στην ψυχοθεραπεία*, Θεσσαλονίκη, Ινστιτούτο Ψυχολογίας και Υγείας.

Βαλκάνος Ε. (2011), *Τα κοινωνικά δικαιώματα των μεταναστών. Η ελληνική και η ευρωπαϊκή πραγματικότητα*, Αθήνα, ΣΚΛΕ.

Βεντούρα Λ. (2009), *Εθνικό Κράτος και σύγχρονες μεταναστεύσεις : πολιτικές, τάσεις, προσεγγίσεις*, Αθήνα, Σύγχρονα θέματα.

Βλαχάδη Μαρία (2009), *Μετανάστευση – Κοινωνικός αποκλεισμός και πολιτική ένταξης στην Ελλάδα*, Αθήνα, Παρασκήνιο.

Γεωργούλας Σ. (2003), *Το νομικό πλαίσιο της μεταναστευτικής πολιτικής*, Αθήνα, Gutenberg.

Γιωτοπούλου – Μαραγκοπούλου (1998), *Για μια Ευρώπη των κοινωνικών δικαιωμάτων: ισότητα ευκαιριών*, Αθήνα, Παπαζήση.

Δάτογλου Π. (1985), *Ο κοινωνικός περιορισμός των ατομικών δικαιωμάτων*, Αθήνα, Σάκκουλας.

Δημητριάδου Θ. (2011), «Η πρόσβαση στη δημόσια υγεία από ευάλωτες ομάδες», www.no-discrimination.ombudsman.gov, (πρόσβαση στις 18/11/2013).

Έμκε – Πουλοπούλου (2007), *Μεταναστευτική πολιτική*, Αθήνα, Παπαζήση.

Ζάννης Παναγιώτης (2006), *Κοινωνικός αποκλεισμός: Εισαγωγή στην έννοια, η κατανόηση της διαδικασίας*, Αθήνα, Ερμής.

Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ. (2005), *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα, Παπαζήση.

Ιωσηφίδης Θ. & Σπυριδάκης Μ. (2006), *Ποιοτική Κοινωνική έρευνα*, Αθήνα, Κριτική ΑΕ.

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

Καβουνίδη Τ. & Κόμης Α., Λιανός Θ. και Φακιολας Ρ. (2008), «Μετανάστευση στην Ελλάδα», Αθήνα, ΙΜΕΠΟ, <http://emmedia.pspa.uoa.gr>, (πρόσβαση στις 15/11/2013)

Κανελλόπουλος (2006), *Παράνομοι μετανάστες στην Ελλάδα: κρατικές πολιτικές, τα χαρακτηριστικά και η κοινωνική τους θέση*, Αθήνα, EMN.

Καρύδης Β. (2004), *Το ζήτημα της δεύτερης γενιάς: έγκλημα και μετανάστευση*, Αθήνα, Κριτική.

Κασιμάτη (2003), *Φύλο και μετανάστευση*, Αθήνα, Gutenberg.

Κατρούγκαλος Γ. (2001), *Τα κοινωνικά δικαιώματα των παράνομων αλλοδαπών*, Αθήνα, Παπαζήση.

Καψάλης Α. (2003α), *Μετανάστες-Υγεία και κοινωνικός αποκλεισμός*, Αθήνα, ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ.

Καψάλης Α. & Λινάρδος (2005), *Μεταναστευτική πολιτική και δικαιώματα των μεταναστών*, Αθήνα, ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ.

Κοσμίδης Σ. (2010), *Εκσυγχρονισμός και μεταρρυθμίσεις*, Αθήνα, Καστανιώτης.

Κυριόπουλος & Σουλιώτης (2002), *Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα: Μεθοδολογικά προβλήματα και μέτρηση και συνέπειες στα τις πολιτικές υγείας*, Αθήνα, Παπαζήση.

Κόντης Α. (2000), *Η Ελλάδα ως χώρα υποδοχής αλλοδαπών/ μεταναστών : η Ελλάδα στον 21^ο αιώνα*, Αθήνα, Παπαζήση.

Κούτα χ. & Μίτλεττον Ν. (2012), *Έννοιες και αρχές στην αντιμετώπιση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία*, Λευκωσία-Κύπρος, Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Κροκίδη Λ. (2008), *Δικαιώματα Προσφύγων*, Αθήνα, UNHCR.

Ληξουριώτης Ι. (1998), *Το νομικό καθεστώς του μετανάστη μισθωτού στην Ελλάδα*, Αθήνα, Σάκκουλας.

Λινού Αθηνά (2009), *Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα*, Αθήνα, Mighealthnet.

Λιανός Θ., Κανελλόπουλος Κ., Γρέγου Μ., Γκέμι Ε., Παπακωνσταντίνου Π. (2008), «Εκτίμηση του όγκου των αλλοδαπών που διαμένουν παράνομα στην Ελλάδα», Αθήνα, ΙΜΕΠΟ, <http://www.ypes.gr>, (πρόσβαση στις 15/11/2013).

Μακαρώνης Ν. (2011), «Ανισότητες στο σύστημα Υγείας», <http://www.kinisi.gr> (πρόσβαση στις 26/10/2013)

Μαράτου και Γκαζόν (2005), *Μετανάστευση και υγεία – πρόνοια. Αποτίμηση της υπάρχουσα κατάστασης – προκλήσεις και προοπτικές βελτίωσης*, Αθήνα, ΕΚΚΕ.

Μιλέση Χ. (2004), *Οι αλλοδαποί μαθητές από την Αλβανία στη σχολική κοινότητα*, Αθήνα, Πάντειο Πανεπιστήμιο.

Μπαλτσιώτης Λ. (2012), *Ιδιότητα του πολίτη*, Αθήνα, Πατάκη.

Μπουφίδης Σ., (1999), «Ματαιώση ονείρων, ψυχασθένειες και μετανάστες», Γιατροί χωρίς σύνορα», <http://www.msf.gr>, (πρόσβαση στις 15/11/2013).

Ντάνος (2010), *Διοίκηση της Μετανάστευσης*, Αθήνα, Σύγχρονη εκδοτική.

Οικονόμου και Φερόνας (2006), *Οι εκτός των τειχών*, Αθήνα, Διόνικος.

Παπαδόπουλος Α., Χαλκιάς Χ., Βόνδα Ε., Παππάς Κ. και Χαλιάπα Α. (2009), «Οδηγός ΜΚΟ και συλλόγων Μεταναστών: καταγραφή φορέων που δραστηριοποιούνται στην ελληνική επικράτεια σε θέματα μετανάστευσης», <http://galaxy.hua.gr>, (πρόσβαση στις 25/11/2013).

Παπαδοπούλου Δ. (2002α), *Από την κοινωνική ευπάθεια στον κοινωνικό αποκλεισμό*, Αθήνα, ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΔΥ.

Παπαδοπούλου Δ. (2002β), *Κοινωνικός αποκλεισμός: εισαγωγή στην έννοια και στην διαδικασία*, Αθήνα, Αρμός.

Παπαζιώτη (2003), *Δίκαιο ιθαγένειας*, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, Σάκκουλας.

Πανταζάκας Π. & Μέντης Θ. (2002), *Κοινωνική Υπηρεσία στο χώρο της υγείας και ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού*, Αθήνα, Κοινωνική Εργασία (σ: 97-112).

Παπαθεοδώρου Θ. (2007), *Νομικό Καθεστώς Αλλοδαπών*, Αθήνα, Νομική Βιβλιοθήκη.

Παπαθεοδώρου Χρήστος (2011), *Υγειονομική Περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα*, Αθήνα, ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ.

Πασσά Ξ. (2008), *Τα κοινωνικά δικαιώματα των αιτούντων άσυλο, των προσωρινά διαμενόντων για ανθρωπιστικούς λόγους και των προσφύγων*, Αθήνα, Παπαζήση.

Παύλου Μ. (2004), *Η Ελλάδα της μετανάστευσης με αριθμούς*, Αθήνα, Κριτική.

Πετράκη (1998), *Κοινωνικός αποκλεισμός. Παλαιές και νέες αναγνώσεις του κοινωνικού προβλήματος*, Αθήνα, ΙΣΚ.

Πετράκου Η., Κόντης Α., Οικονόμου Μ., Ζαμπέλης Π., Νικολόπουλος Π., Κεχαγιά Α., (2007), «Αναλυτική μελέτη για τις επιπτώσεις του μεταναστευτικού φαινομένου στην κοινωνική ασφάλιση», ΙΜΠ, τμήμα Γεωγραφίας - Πανεπιστημίου Αιγαίου, Mentoring ΑΕ, <http://www.emmedia.gr>, (πρόσβαση στις 19/11/2013).

Πετρινιώτη Ξ. (2000), *Η μετανάστευση προς την Ελλάδα*, Αθήνα, ΟΙΚΟΣ ΟΔΥΣΣΕΑΣ.

Πολίτης Χάρης (2002), *HIV/AIDS – Δημόσια υγεία και ανθρώπινα δικαιώματα, Νομοθετικά κείμενα και ρυθμίσεις*, Αθήνα, ΚΕΕΛ.

Ρούσσο Α (2001), *Επιπολασμός δεικτών ηπατίτιδας Β & C σε αλλοδαπούς μετανάστες των Αθηνών*, Αθήνα, ΙΕΕΔ.

- Σαχίνη – Καρδάση (1997), *Μεθοδολογία Έρευνας*, Αθήνα, ΒΗΤΑ.
- Σταθόπουλος Πέτρος (2005), *Κοινωνική Πρόνοια*, Αθήνα, Παπαζήση.
- Τσαούσης (1998), *Πολιτισμός, ελεύθερος χρόνος και κοινωνικός αποκλεισμός*, Αθήνα, Gutenberg.
- Τσιάκαλος Γ. (1998), *Κοινωνικός αποκλεισμός: ορισμοί, πλαίσιο και σημασία*, Αθήνα, Gutenberg.
- Φιλιάς Β. (1996), *Εισαγωγή στη μεθοδολογία και τις τεχνικές των κοινωνικών ερευνών*, 2^η έκδοση, Αθήνα, Gutenberg.
- Χλέτζος Μ. (2002), *Η πολιτική οικονομία της μετανάστευσης*, Αθήνα, Εξάντα.
- Χλέτζος Μ. και Ναζάκης Χ. (2003), *Μετανάστες και μετανάστευση: οικονομικές, πολιτικές και κοινωνικές πτυχές*, Αθήνα, Πατάκη.
- Ψαρού Μ. & Ζαφειρόπουλος Κ. (2004), *Επιστημονική Έρευνα και θεωρία και εφαρμογές στις κοινωνικές επιστήμες*, Αθήνα, Τυπωθητώ Γ. Δαρδάνος.
- Ψημμένος Ι. (2007), *Κοινωνικός αποκλεισμός. Η ελληνική εμπειρία*, Αθήνα, Gutenberg.
- Ψημμένος Ι. & Σκαμνάκης (2008), *Οικιακή εργασία των μεταναστριών και κοινωνική προστασία*, Αθήνα, Παπαζήση.
- Baldwin-Edwards (2002), «Southern European Labour Markets and immigration. A structural and functional analysis», MMO, <http://www.uehr.panteion.gr>, (πρόσβαση στις 15/11/2013).
- Ballas A. and Tsoukas H. (2004), *Measuring nothing. The case of the Greek National Health System*, Human Relations (p.680-690).
- Cohen L. & Manion L. (2000), *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*, Μετάφραση: Μητσοπούλου Χρ. & Φιλοπούλου Μ., Αθήνα, Μεταίχμιο.
- Connell J. (2010), *Migration and the globalization of health care. The health exodus*, Cheltenham UK, Edward Elgar.
- Dahlgren G. (1992), «Policies and strategies to promote equity in health», Copenhagen, WHO- Regional office for Europe, <http://www.who.int>, (πρόσβαση στις 24/11/2013).
- Dahlgren G. & Whitehead (2007), *European Strategies for tackling social inequities in health. Levelling up*, Part 2, Copenhagen, WROFE.
- Daniels N. (2000), *Justice is good for our health*, Boston, Beacon Press.

Dinesh Bhurga & Susham Gupta (2011), *Migration and mental health*, New York, Cambridge university Press.

Evans T. (2001), *Ethical dimensions of health equity*, New York, Oxford University Press.

Ingleby D. (2005), «Ευρωπαϊκή έρευνα για τη μετανάστευση και την υγεία», www.esdy.edu.gr, (πρόσβαση στις 18/11/2013).

Karen M. & Catherine N. Dulmus (2008), *Comprehensive handbook of social work and social welfare*, New Jersey, Wiley.

Kathleen Valtonen (2008), *Social Work and immigration. Immigrant and refugee settlement and integration*, Great Britain and USA, Ashgate Publishing Company.

Katrougalos G. (1995), *The rights of foreigners and immigrants in Europe*, New Castle, press LTD.

Kotsioni I. (2008), *Coping with the gaps in health provision for migrants in Greece*, Lisbon, IMISCOE.

Lenore Manderson (1997), *Migrants, Minorities and Health. Historical and contemporary studies*, London & New York, Routledge.

Liaropoulos L. and Tragakes (1998), *Public/Private financing in the Greek health care system. Implications for equity*, Health Policy, (p. 160-169).

Louckx F. (2002), *Patient cost sharing and access to care*, London, Routledge.

Mason J. (2003), *Η διεξαγωγή της ποιοτικής έρευνας*, Μετάφραση Ελένη Δημητριάδου, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Mason T. (2001), *Stigma and social exclusion in healthcare*, London and New York, Routledge.

Mathieson J. Popay J., Enoch E., Escorel S., Hernadez M., Johnstan H. and Rispel L. (2008), *Social exclusion: meaning measurement and experience and links to health inequalities*, Lancaster University UK, WHO.

Norredam M. (2005), *Access to healthcare for asylum seekers in the Europe Union – a comparative study of country policies*, Oxford, E. Elgar.

Paola Pace (2009), *Migration and the right to health. A review of international law*, Geneva, IOM-International organization for migration.

Pappa & Niakas (2006), «Assessment of health care needs and utilization in amixed public-private system» Πανεπιστήμιο Ουτρέχτης, www.biomedcentral.com, (πρόσβαση στις 10/09/2013).

Patricia Hynes (2011), *The dispersaland social exclusion of asylum seekers, between liminality and belonging*, Great Britain, University of Bristol, Policy Press.

Plaetevoet G. & R. (2007), *The U.N. Migrants workers convention. Steps towards retification in Europe*, UK, EPNWR.

Ziglio E (2003), «Health systems confront poverty», Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, <http://www.euro.who.int> (πρόσβαση στις 24/11/2013).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Μέρος Α

Οδηγός Συνέντευξης για τους Μετανάστες

Ημερομηνία:

Γλώσσα επικοινωνίας:

Κλινική που νοσηλεύεται:

1. Φύλο:

1. Άνδρας 2. Γυναίκα

2. Ηλικία

1. Κάτω των 18 ετών
2. 18-21 ετών
3. 22-30 ετών
4. 31-40 ετών
5. 41-50 ετών
6. 51 και άνω

3. Χώρα προέλευσης:

4. Έχετε κάποιες γραμματικές γνώσεις; ΝΑΙ ΟΧΙ

(Αν ναι) τι μόρφωση έχετε;

- Αναλφάβητος
- Δημοτικό
- Γυμνάσιο
- Λύκειο
- Κάτι άλλο.....

Πότε τελειώσατε;

(Αν όχι) γιατί δεν σπουδάσατε;

5. Οικογενειακή κατάσταση:

1) Ποια είναι η Οικογενειακή σας κατάσταση;

1. Έγγαμος/η
2. Άγαμος/η
3. Διαζευγμένος/η
4. Χήρος/α
5. κάτι άλλο.....

Π) Έχετε παιδιά; 1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ Εν ζωή;

(Αν ναι), αυτή την στιγμή η οικογένεια (σύζυγος, παιδιά, γονείς) πού βρίσκεται;

III) Επικοινωνεί με την οικογένεια του; 1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ

Με ποιο τρόπο επικοινωνούν αν βρίσκονται μακριά;

(Αν όχι) τι έγινε και δεν έχει οικογένεια;

Έχετε κάποιου είδους ασφάλειας;

Πόσο καιρό είναι ασφαλισμένος;

Προσωπικές εμπειρίες:

6. Πόσο καιρό έχετε φύγει από την χώρα σας;

– Στην χώρα που ζούσατε τι συνθήκες επικρατούσαν;

Πώς ήταν εκεί η ζωή σας;

– Τι σας ανάγκασε να φύγετε από την χώρα σας;

Για ποιους λόγους εγκαταλείψατε την χώρα σας;

Μόνος σας πήρατε την απόφαση να φύγετε;

7. Τρόπος, συνθήκες και έξοδα μεταφοράς:

– Ποια ήταν η διαδικασία για να ξεκινήσετε το ταξίδι;

– Πόσο κόστιζε; Τι μέσο χρησιμοποιήσατε;

– Ποιος ο προορισμός σας και γιατί επιλέξατε αυτό το προορισμό;

– Ποια διαδρομή ακολουθήσατε;

– Πόσο καιρό χρειάστηκες για να φθάσετε στην Ελλάδα;

– Δεχτήκατε βία κατά την διάρκεια του ταξιδιού;

– (Αν ναι) από ποιον και γιατί; Σε ποιο μέρος;

– (Αν έφυγε ομαδικά) Φθάσατε όλοι εκεί που είχατε σκοπό;

Οικονομική και κοινωνική ζωή:

8. Πόσο καιρό βρίσκεστε Ελλάδα; Ημερομηνία εισόδου και σημείο εισόδου.

– Στην Ελλάδα αυτή την στιγμή βρίσκεστε νόμιμα με έγγραφα ή χωρίς έγγραφα;

– Αν είναι παράνομα : Μπήκατε νόμιμα Ελλάδα και έληξε κάποια άδεια παραμονής ή μπήκατε παράνομα ή κάτι άλλο;

-Θέλετε να μείνετε Ελλάδα ή θέλετε να φύγετε;

-Ποιος είναι ο σκοπός σας τελικά;

9. Γενικότερα τι προσδοκίες είχατε όταν φύγατε από την χώρα σας;

- Εδώ στην Ελλάδα έχετε κάποιο φίλο, συγγενή γνωστό και ήρθατε. Σας περίμενε κάποιος όταν φθάσατε Ελλάδα;

- Εδώ στην Ελλάδα νιώθετε ότι η παραμονή σας είναι ασφαλής ή νιώθετε κάποιου είδους ανασφάλειας ή αβεβαιότητας;

- Έχετε κάπου άλλου κάποιον συγγενή- φίλο που σας περιμένει να πάτε;

10. Εδώ Ελλάδα τι κάνετε; Εργάζεστε;

(Αν ναι) (*Νόμιμα παράνομα;*) Τι **εργασία** κάνει; Σας αρέσει; το αφεντικό πώς του συμπεριφέρεται; με τους άλλους συνάδελφους (αν έχει) τι σχέσεις έχουν (είναι και αυτοί ξένοι ή Έλληνες);

(Αν δεν εργάζεται) θα ήθελε; Γιατί δεν εργάζεστε;

11. Εδώ **Ελλάδα πού μένετε**; Σε κάποιο σπίτι ή έξω ;

Με ποιον μένετε; Μόνος ή με την οικογένεια ή με άλλα άτομα;

Εδώ στην Ελλάδα πώς βιώνεται την καθημερινότητα σας;

Πώς αντιμετωπίζει τις καθημερινές ανάγκες (φαγητό, κρύο); -αν δεν μένει σε σπίτι-

Είναι κάτι που περιμένατε ή φανταζόσασταν διαφορετικά την ζωή στην Ελλάδα;

Νιώθετε ικανοποιημένος από **τον τρόπο που ζείτε**;

Θέλετε να φύγετε; (αν ναι) τι τον κρατάει Ελλάδα;

(Αν όχι) πού θέλει να πάει τελικά;

12. Προσβασιμότητα στον χώρο του νοσοκομείου:

-Πριν φτάσετε στην Ελλάδα ποια ήταν η κατάσταση της υγείας σας; Είχατε κάποιο πρόβλημα με την υγεία σας; (Αν ναι) τι πρόβλημα; Πώς το αντιμετώπισε;

-Ποια είναι η κατάσταση της υγείας σας τώρα;

Πώς βρεθήκατε/πήγατε στο νοσοκομείο;

Για ποιο λόγο μπήκατε στο νοσοκομείο;

Έχεις κάποιο μεταδιδόμενο νόσημα;

– Το ανακάλυψες στην Ελλάδα ότι έχεις αυτό το μεταδιδόμενο νόσημα; (Αν ναι, Μετά από πόσο καιρό;)

Αν έχει οικογένεια ή άλλα άτομα που μένει μαζί σε κάποιο χώρο το γνωρίζει ότι πρέπει να εξεταστούν και τα υπόλοιπα άτομα σε περίπτωση που πάσχει από κάποιο μεταδιδόμενο νόσημα;

– Τι ενέργειες έχουν γίνει για αυτό;

13. Η αντιμετώπιση από τους επαγγελματίες της υγείας:

– Τι αντιμετώπιση έχεις από τους επαγγελματίες της υγείας; (νοσοκόμες, γιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς). Πώς σας φαίνονται;

Περίμενες άλλη αντιμετώπιση;

– Νιώθεις ότι έχεις διαφορετική αντιμετώπιση από τους Έλληνες που νοσηλεύονται εδώ;

– Ποια είναι η καλύτερη και η χειρότερη συμπεριφορά που έχεις βιώσει μέσα στον χώρο του νοσοκομείου; Και από ποιους;

14. Απόψεις για την παρεχόμενη νοσηλεία:

– Ποια είναι η γνώμη σου για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας;

– Ποια είναι η γνώμη σου για την ιατροφαρμακευτική κάλυψη;

– Έχει τύχει να νοσηλευτείτε σε άλλο νοσοκομείο εκτός από την Ελλάδα; (αν ναι) πού (σε ποιο νοσοκομείο) νιώθει ότι εξυπηρετήθηκε καλύτερα;

– Νιώθετε ικανοποιημένος ασφαλώς με το σύστημα υγείας στην Ελλάδα;

15. Τελικά καλύτερα που φύγατε από την χώρα σας;

Θα θέλατε να προσθέσετε κάτι άλλο;

Ευχαριστώ πολύ για τον χρόνο σας

Μέρος Β

Οδηγός Συνέντευξης για τους Επαγγελματίες της Υγείας

1. Φύλο:

1. Άνδρας 2. Γυναίκα

2. Ηλικία:

1. 25-30 ετών
2. 31-40 ετών
3. 41-50 ετών
4. 51 και άνω

3. Εθνικότητα:

4. Ειδικότητα

1. Κοινωνικός λειτουργός
2. Ιατρός
3. Προϊσταμένη τμήματος
4. Νοσηλεύτης
5. Διοικητικός υπάλληλος

5. Τομέα που εργάζεται :

1. Τ.Ε.Π.
2. Παθολογικό τομέα
3. Χειρουργικό τομέα
4. Κοινωνική Υπηρεσία

Κλινική:.....

6. Έτη συνολικής υπηρεσίας:

1. 0-3 έτη
2. 4-10 έτη
3. 11-20 έτη
4. 21-30 έτη
5. 31 και άνω έτη

7. Επιπέδο πτυχίου:

1. Δευτεροβάθμια
2. Τ.Ε. (ΤΕΙ)
3. Π.Ε.

8. Έχετε/είχατε κάποιου άλλου είδους εργασιακής εμπειρίας που να σχετίζεται με τους μετανάστες;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι, είδος απασχόλησης/ειδικότητα:

Χρονική διάρκεια:

Αρμοδιότητες που έχετε/είχατε αναλάβει:

9. Εθελοντικά έχετε ασχοληθεί με την συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι, είδος απασχόλησης/ειδικότητα:

Χρονική διάρκεια:

Αρμοδιότητες που είχατε αναλάβει:

10. Έχετε κάποιο τίτλο μεταπτυχιακής εξειδίκευσης;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι, τίτλος σπουδών:

- Αν σχετίζεται με την συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα, Για ποιο λόγο επέλεξε να ασχοληθεί με το συγκεκριμένο αντικείμενο;
- Αν δεν σχετίζεται με την συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα, Έχει σκεφτεί να ξεκινήσει κάτι που να αφορά αυτό το γνωστικό αντικείμενο;
- Πού πραγματοποιήσατε το μεταπτυχιακό;

11. Έχετε κάποιο άλλο πτυχίο;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι, τίτλος σπουδών:

- Ποιο πραγματοποίησε πρώτα;
- Τι ήταν αυτό που τον κινη티ποίησε να ολοκληρώσει και δεύτερο τίτλο σπουδών;

12. Όταν έρχεται κάποιος μετανάστης στο νοσοκομειακό χώρο ή στην κλινική (ανάλογα σε ποιον απευθύνομαι) ποιες είναι οι ενέργειες που ακολουθούν;

- Τι ενέργειες ακολουθείτε για τον νόμιμο μετανάστη;
- Τι ενέργειες για τον μετανάστη «χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα»;
- Τι ενέργειες ακολουθείτε για τον νόμιμο μετανάστη ανασφάλιστο;
- Αυτές οι ενέργειες διαφέρουν σε σχέση με αυτές των γηγενών;
- Με ποιο τρόπο διαφέρουν (αν διαφέρουν);

Αντιμετωπίζουν διαφορετικά τον ενήλικα από τον ανήλικα μετανάστη;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι, Γιατί;

Αντιμετωπίζουν διαφορετικά τον παράνομο από τον νόμιμο μετανάστη;
ΝΑΙ ΟΧΙ Αν ναι, Γιατί;

13. Παίζει ρόλο η χώρα προέλευσης των μεταναστών για το πώς θα τους αντιμετωπίσουν κατά την διάρκεια της νοσηλείας;
ΝΑΙ ΟΧΙ Αν ναι, Γιατί;

14. Αντιμετωπίζετε εμπόδια στην επικοινωνία με τους ασθενείς μετανάστες;
(Αν ναι) τι είδους εμπόδια;
Πώς τα αντιμετωπίζεται;
Αυτά τα εμπόδια επηρεάζουν και τον τρόπο που θα τους προσφέρεται την παρεχόμενη νοσηλεία;

15. Πιστεύεται ότι ο ασθενής μετανάστης είναι ικανοποιημένος με τις υπηρεσίες που του παρέχεται;
ΝΑΙ ΟΧΙ Τι σας κάνει να το πιστεύετε;

16. Κατά την γνώμη σας, η παρεχόμενη νοσηλεία που παρέχεται στο κάθε ασθενή μετανάστη είναι αντάξια ώστε να διατηρείται η προσωπικότητα και η αξιοπρέπεια του κάθε ασθενούς;

17. Θέλετε να προτείνετε κάποιο τρόπο για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών αλλοδαπών (παράνομων και νόμιμων) στο χώρο της υγείας;

18. Συνεργάζεστε με άλλους φορείς, Μ.Κ.Ο. ή άλλες υπηρεσίες υγείας για να αντιμετωπίσετε κάποιον μετανάστη;
ΝΑΙ ΟΧΙ (Αν ναι):

- Με ποιους συνεργάζονται; Με ποιον τρόπο; Για ποιο λόγο;
- Συνεργάζονται κατά την διάρκεια της νοσηλείας ή μετά την λήξη;
- Θεωρούν ότι αυτό βοηθάει κάποιες περιπτώσεις μεταναστών να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά;

19. Θεωρείται ότι ο ασθενής μετανάστης έχει ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες της υγείας;

20. Πιστεύετε ότι δημιουργούνται προβλήματα από την παρουσία των αλλοδαπών στον νοσοκομειακό χώρο; Αν ναι, τι είδους προβλήματα;

21. Τι είδους περιστατικά επί το πλείστον νοσηλεύονται στην κλινική σας;

22. Υπάρχει κάτι άλλο που θεωρείται σημαντικό και πρέπει να αναφέρεται.

Ευχαριστώ πολύ για τον χρόνο σας.