

**ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΝΘΡΩΠΟΛΟΓΙΑΣ**

**Οι Κρατικές Υπηρεσίες Υγείας ως φορείς
κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης των
οικονομικών μεταναστών**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Αγγελική Χαραλαμποπούλου

Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή:
Επιβλέπουσα Καθηγήτρια, Δέσποινα Παπαδοπούλου
Αναπληρωτής Καθηγητής, Χρήστος Μπάγκαβος
Επίκουρη Καθηγήτρια, Μαρία Στρατηγάκη

Αθήνα, 2013

Copyright © Αγγελική Χαραλαμποπούλου 2013.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας διατριβής, 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 διατριβής για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Η έγκριση διδακτορικής διατριβής από το Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών δε δηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα.

Στον Άγγελο-Πάλο

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους όσοι/ες συμμετείχαν, άμεσα ή έμμεσα, στην πραγματοποίηση αυτού του εγχειρήματος, καθ' όλη τη διάρκειά του, προσφέροντας τη βοήθειά τους απλόχερα.

Κατ' αρχήν θέλω να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στα μέλη της Συμβουλευτικής μου Επιτροπής με πρώτη και κύρια την Επιβλέπουσα Καθηγήτρια κ. Δέσποινα Παπαδοπούλου, η οποία με καθοδήγησε από την αρχή μέχρι το τέλος με διάθεση, συνέπεια και απέραντη υπομονή, προσφέροντάς μου την πολύτιμη εμπειρία της και τις γνώσεις της.

Αντίστοιχα, επιθυμώ να ευχαριστήσω θερμά την Επίκουρη Καθηγήτρια κ. Μαρία Στρατηγάκη και τον Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Χρήστο Μπάγκαβο για τη σημαντική συνεισφορά τους στην όλη διαδικασία, μέσα από την καθοδήγηση τους ως μέλη της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής.

Η διατριβή αυτή δεν θα είχε ξεκινήσει, χωρίς την ενθάρρυνση και προτροπή της Ομότιμης πλέον Καθηγήτριας κ. Λουκίας Μουσούρου και της Επίκουρης Καθηγήτριας κ. Μαρίας Κορασίδου, τις οποίες ευχαριστώ θερμά.

Επίσης, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου προς όλους τους φορείς και τις υπηρεσίες που με βοήθησαν στη συλλογή αυτών των στοιχείων, οφείλοντας ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ σε όλα τα άτομα – τους εργαζόμενους/ες στις Κρατικές Υπηρεσίες Υγείας (στην 1^η ΥΠΕ, στα νοσοκομεία «Ευαγγελισμός», «Άγιος Σάββας», «Σπηλιοπούλειο-Αγία Ελένη» και στο Κέντρο Υγείας Βύρωνα), και όλους/ες τους/τις μετανάστες/τριες, που δέχτηκαν να μιλήσουν μαζί μου και να εκφράσουν τις απόψεις και τις εμπειρίες τους για όλα τα ζητήματα που τους τέθηκαν, σχετικά με το αντικείμενο της διατριβής αυτής και προσέφεραν τη μέγιστη βοήθεια για την πραγματοποίηση της έρευνας, μέσα από τη διαδικασία των συνεντεύξεων.

Ευχαριστίες οφείλω, επίσης, στο Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής και Κοινωνικής Ανθρωπολογίας για την φιλοξενία που μου παρείχε όλον αυτό τον καιρό και τις δυνατότητες που μου προσφέρθηκαν: Στο πλαίσιο της άσκησης των καθηκόντων μου ως Αναπληρώτρια Διοικήτρια στο Νοσοκομείο “Άγιος Σάββας” είχα πολλές επαφές με οικονομικούς μετανάστες – ασθενείς οι οποίοι αρκετά συχνά ζητούσαν την προσωπική βοήθειά μου στα προβλήματα που αντιμετώπιζαν. Εξ ίσου συχνά υπήρξαν τα αιτήματα εργαζομένων στο νοσοκομείο, σε ιδιαίτερα ευαίσθητα τμήματα κυρίως, όπως το τμήμα Μεταμοσχεύσεων Μυελού των Οστών. Αιτήματα για

ποικιλότροπη βοήθεια και υποστήριξη του προσωπικού ώστε να είναι σε θέση να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά στις ανάγκες των ασθενών και ιδιαίτερα των αλλοδαπών. Συνέπεια όλων αυτών υπήρξε η ανάγκη μου για πληρέστερη και σφαιρικότερη μελέτη των σχέσεων των οικονομικών μεταναστών με τις ΚΥΥ. Το Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής μου έδωσε τη δυνατότητα να διευρύνω τις γνώσεις μου στον τομέα αυτό και παράλληλα μου προσέφερε ένα εργαλείο πολύτιμο στην άσκηση των ανάλογων καθηκόντων. Ευχαριστώ θερμά όλους/ες τους/τις εργαζόμενους/ες σε αυτό, για την πολύτιμη βοήθειά τους.

Δεν θα παραλείψω να ευχαριστήσω θερμά τον Γιάννη Κάρμα, για την πολύτιμη τεχνική βοήθειά του.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
ΜΕΡΟΣ Α΄ ΤΟ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	14
1. ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	14
1.1 Ιστορική αναδρομή	15
1.2 Μορφές και κατηγορίες μετανάστευσης	18
1.3 Αιτίες και προσδιοριστικοί παράγοντες μετανάστευσης	19
1.4. Η Ελλάδα ως χώρα υποδοχής μεταναστών και οι λόγοι μετανάστευσης προς την Ελλάδα	21
1.5 Κλασσικές θεωρητικές προσεγγίσεις για τη μετανάστευση	29
1.5.1 Η μαρξιστική προσέγγιση του μεταναστευτικού ζητήματος	30
1.5.2 Ο λειτουργισμός και η Σχολή του Σικάγο	32
1.5.3 Η Βεμπεριανή Σχολή	35
1.6 Οι πολιτικές για την αντιμετώπιση της μετανάστευσης	38
1.6.1 Το νομοθετικό πλαίσιο της μετανάστευσης στην Ελλάδα	39
1.6.2 Το φαινόμενο της μετανάστευσης και η Ευρωπαϊκή Ένωση	46
1.6.3 Τρόποι αντιμετώπισης της μετανάστευσης από την Ευρωπαϊκή Ένωση	50
2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ & Η ΕΝΤΑΞΗ ΤΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΜΕΣΩ ΤΩΝ ΚΡΑΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	52
2.1 Εννοιολογικές προσεγγίσεις για την κοινωνική ένταξη και ενσωμάτωση	52
2.1.1 Η διαδικασία της κοινωνικοποίησης	53
2.1.2 Ο όρος της κοινωνικής ενσωμάτωσης	53
2.2 Πολιτικές ενσωμάτωσης	61
2.2.1 Διαστάσεις των πολιτικών ενσωμάτωσης	62
2.2.2 Πρότυπα και στρατηγικές ενσωμάτωσης	64
2.3 Κλασσικές θεωρητικές προσεγγίσεις για τις έννοιες «κοινωνική ένταξη» και «ενσωμάτωση»	65
2.3.1 Η ευρωπαϊκή κλασσική κοινωνιολογία	65
2.3.2 Η αμερικανική κοινωνιολογία (Σχολή του Σικάγο)	67
2.4 Κοινωνικός αποκλεισμός και μετανάστες	69
2.5 Η έννοια της κοινωνικής πρόνοιας στην Ελλάδα	71

2.5.1 Βασικότερα ταμεία συνταξιοδότησης και παροχής υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους- εργαζομένους μετανάστες	74
2.5.2 Δικαιώματα των μεταναστών για πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής πρόνοιας	75
2.5.3 Κοινωνική ένταξη και ενσωμάτωση των μεταναστών στο σύστημα υγείας της χώρας	77
2.5.4 Παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες μετά την οικονομική κρίση	88
2.6 Μεταναστευτικοί πληθυσμοί	89
2.6.1 Οι μετανάστριες στα αστικά κέντρα στην Ελλάδα	95
2.6.2 Γυναίκες και υγεία	99
3. ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	105
3.1 Ιστορική αναδρομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ)	105
3.2 Ο ιδιωτικός τομέας υγείας	109
3.3 Η εξέλιξη του ανθρώπινου δυναμικού στο ΕΣΥ	110
3.4 Συγκεντρωτικά στοιχεία για τη διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού στον δημόσιο τομέα υγείας και στο ΕΣΥ	112
3.5 Αναδιάρθρωση του ΕΣΥ κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης	113
3.6 Αλλαγές στο ανθρώπινο δυναμικό του ΕΣΥ	116
3.7 Παροχή φροντίδας στις μονάδες υγείας του ΕΣΥ προς τους πολίτες της χώρας – Έλληνες και αλλοδαπούς	118
3.8 Συνθήκες απασχόλησης στα νοσηλευτικά ιδρύματα του ΕΣΥ την τελευταία δεκαετία	120
3.8.1 Προβλήματα στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού του ΕΣΥ	122
3.8.2 Διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού στο ΕΣΥ	123
3.8.3 Διοίκηση του ιατρικού, οδοντιατρικού και φαρμακευτικού δυναμικού στο ΕΣΥ	123
3.8.4 Προβλήματα στη διοίκηση του νοσηλευτικού δυναμικού στο ΕΣΥ	124
3.8.5 Το πρόβλημα της εξουθένωσης στο νοσηλευτικό και τεχνικό δυναμικό στο ΕΣΥ	125
ΜΕΡΟΣ Β. Η ΕΡΕΥΝΑ ΠΕΔΙΟΥ	127
4. ΕΡΕΥΝΑ ΠΕΔΙΟΥ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	128
4.1 Η μεθοδολογία της έρευνας	128
4.1.1 Κεντρική υπόθεση εργασίας	129
4.1.2 Ερευνητικά ερωτήματα	130
4.2 Στάδια της έρευνας πεδίου	131
4.2.1 Προερευνητικό στάδιο	131

α. Επιλογή του δείγματος της έρευνας	132
β. Επιλογή της ποιοτικής μεθοδολογίας	132
γ. Επιλογή ημι-δομημένων συνεντεύξεων	133
δ. Οδηγός συνέντευξης	135
4.2.2 Πιλοτικό στάδιο	136
4.2.3 Κύρια ερευνητική διαδικασία	136
4.2.4 Πραγματοποίηση και απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων	137
4.2.5 Κωδικοποίηση και ανάλυση	138
5. ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΚΡΑΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΚΥΥ)	139
5.1 Η επιλογή των μονάδων υγείας	139
5.2 Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός» και ιστορική αναδρομή	142
5.3 Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας» και ιστορικά στοιχεία	146
5.4 Νοσοκομείο Σπηλιοπούλειο «Η Αγία Ελένη» και ιστορική διαδρομή	150
5.5 Κέντρα υγείας αστικού τύπου	152
5.6 Κέντρο Υγείας Βύρωνα	154
6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΩΤΟΤΥΠΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ – ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΣΤΙΣ ΚΥΥ	156
6.1 Εισαγωγικές επισημάνσεις για τις συνεντεύξεις με τους εργαζόμενους στις ΚΥΥ	156
6.2 Τα κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος των εργαζομένων στις ΚΥΥ	157
6.3 Αποτελέσματα της έρευνας πεδίου	161
6.3.1 Απόψεις και στάσεις των εργαζομένων στις ΚΥΥ	161
α. Η «θετική-αλτρουιστική» στάση	162
β. Η «μάλλον θετική στάση με κριτική»	163
γ. Η «ουδέτερη-αδιάφορη» στάση	164
δ. Η «μάλλον αρνητική στάση με κριτική»	175
ε. Η «αρνητική-ρατσιστική στάση»	177
6.3.2 Βιώματα και αντιλήψεις	178
α. Η «θετική-αλτρουιστική» στάση	179
β. Η «ουδέτερη-αδιάφορη» στάση	179
γ. Η «μάλλον αρνητική στάση με κριτική»	183
6.3.3 Επαφή και συνεργασία των οικονομικών μεταναστών με τις ΚΥΥ	186
α. Η «θετική-αλτρουιστική» στάση	187
β. Η «μάλλον θετική στάση με κριτική»	189
γ. Η «ουδέτερη-αδιάφορη» στάση	191

δ. <i>Η «μάλλον αρνητική στάση με κριτική»</i>	194
ε. <i>Η «αρνητική-ρατσιστική στάση»</i>	196
6.3.4 <i>Επίδραση και αλληλεπίδραση ΚΥΥ και μεταναστών</i>	198
6.3.5 <i>Προσωπικές αντιλήψεις, κοινωνικές αναπαραστάσεις, συστήματα αξιών και προτύπων</i>	210
α. <i>Η «θετική-αλτρουιστική» στάση</i>	211
β. <i>Η «μάλλον θετική στάση με κριτική»</i>	213
γ. <i>Η «ουδέτερη-αδιάφορη» στάση</i>	212
δ. <i>Η «μάλλον αρνητική στάση με κριτική»</i>	218
ε. <i>Η «αρνητική-ρατσιστική στάση»</i>	220
6.3.6 <i>Ένταξη, ενσωμάτωση, προοπτικές και προβληματισμός</i>	223
6.3.7 <i>Υποτυπώδης τυπολογία στάσεων των ερωτηθέντων εργαζόμενων στις ΚΥΥ</i>	229
6.4 <i>Συμπεράσματα από τις συνεντεύξεις των εργαζομένων στις ΚΥΥ</i>	231
7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΩΤΟΤΥΠΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ – ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ	236
7.1 <i>Εισαγωγικές επισημάνσεις για τις συνεντεύξεις με τους οικονομικούς μετανάστες</i>	236
7.2 <i>Μεθοδολογία της έρευνας πεδίου με τους μετανάστες</i>	241
7.2.1 <i>Οδηγός συνέντευξης</i>	241
7.2.2 <i>Η έρευνα</i>	243
7.3 <i>Αποτελέσματα της έρευνας πεδίου</i>	245
7.3.1 <i>Τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των οικονομικών μεταναστών</i>	246
7.3.2 <i>Η επαφή και η συνεργασία των οικονομικών μεταναστών με τις ΚΥΥ ανάλογα με τα κοινωνικά χαρακτηριστικά τους</i>	250
7.3.3 <i>Διαφορές στην αντιμετώπιση ανάλογα με την καταγωγή-εθνικότητα</i>	255
7.3.4 <i>Ο ρόλος της γλώσσας</i>	259
7.3.5 <i>Πληροφόρηση/ενημέρωση των οικονομικών μεταναστών για τις ΚΥΥ</i>	263
7.3.6 <i>Κοινωνικές αναπαραστάσεις των οικονομικών μεταναστών για τις ΚΥΥ και τους εργαζομένους σε αυτές</i>	267
α. <i>Η «θετική-αλτρουιστική» στάση</i>	268
β. <i>Η «ουδέτερη-αδιάφορη» στάση</i>	278
γ. <i>Η μάλλον αρνητική-κριτική στάση</i>	280
δ. <i>Η αρνητική-απορριπτική στάση</i>	294
7.4 <i>Συμπεράσματα από τις συνεντεύξεις των οικονομικών μεταναστών</i>	303
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	307

ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1	Ανάπτυξη του Ανθρώπινου Δυναμικού στις Υπηρεσίες Υγείας στο Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα Κατά την Περίοδο 1980-2000	111
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.2	Αριθμός εργαζομένων στο ΕΣΥ ανά κατηγορία	112
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.3	Ηλικία Εργαζομένων	113
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.4	Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας Στην Ευρωπαϊκή Ένωση για την Περίοδο 1984 έως 2004	120
ΠΙΝΑΚΑΣ 6.1	Τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων στις Κ.Υ.Υ	158

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

ΓΡΑΦΗΜΑ 6.1	Η συμμετοχή των νοσοκομείων στην έρευνα	159
ΓΡΑΦΗΜΑ 6.1.1	Οι ειδικότητες των εργαζομένων στις ΚΥΥ	159
ΓΡΑΦΗΜΑ 6.1.2	Το φύλο των εργαζομένων στις ΚΥΥ	160
ΓΡΑΦΗΜΑ 6.1.3	Η ηλικία των εργαζομένων στις ΚΥΥ	160
ΓΡΑΦΗΜΑ 6.1.4	Ο χρόνος προϋπηρεσίας των εργαζομένων στις ΚΥΥ	161
ΓΡΑΦΗΜΑ 6.1.5	Το μορφωτικό επίπεδο των εργαζομένων στις ΚΥΥ	161
ΓΡΑΦΗΜΑ 6.1.5	Στάσεις των Εργαζομένων στις ΚΥΥ για του Οικονομικούς Μετανάστες	226

ΓΡΑΦΗΜΑ 6.3	Στάσεις των εργαζομένων στις ΚΥΥ για τους οικονομικούς μετανάστες	231
ΓΡΑΦΗΜΑ 7.3.1	Το φύλο των Οικονομικών Μεταναστών	247
ΓΡΑΦΗΜΑ 7.3.2	Καταγωγή των Μεταναστών	248
ΓΡΑΦΗΜΑ 7.3.3	Ηλικία των μεταναστών	248
ΓΡΑΦΗΜΑ 7.3.4	Οικογενειακή κατάσταση των μεταναστών	248
ΓΡΑΦΗΜΑ 7.3.5	Το Επίπεδο Εκπαίδευσης των μεταναστών	249
ΓΡΑΦΗΜΑ 7.3.6	Έτη παραμονής στην Ελλάδα	249
ΓΡΑΦΗΜΑ 7.3.7	Άδεια παραμονής των μεταναστών	250
ΓΡΑΦΗΜΑ 7.3.8	Άδεια εργασίας των μεταναστών	250
ΓΡΑΦΗΜΑ 7.3.6	Στάσεις των μεταναστών για τις ΚΥΥ και τους εργαζόμενους	268

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα διατριβή αφορά στις διαδικασίες κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης των οικονομικών μεταναστών στην ελληνική κοινωνία, μέσα από την επαφή τους με τις Κρατικές Υπηρεσίες Υγείας (ΚΥΥ). Επίσης, η μελέτη εξετάζει τον τρόπο (π.χ. βίωμα, πληροφόρηση), με τον οποίο εσωτερικεύονται οι διαδικασίες αυτές τόσο από τους οικονομικούς μετανάστες όσο και τους εκπροσώπους αυτών των υπηρεσιών, μέσα από την καθημερινή συμμετοχή τους στα Κρατικά Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας κ.λπ., αλλά και στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο. Η διερεύνηση πραγματοποιήθηκε μέσα από μια περιγραφική ανάλυση των τρόπων λειτουργίας των δομών των ΚΥΥ, εξετάζοντας τις στάσεις και τις αντιλήψεις των εργαζομένων σε αυτές για τους οικονομικούς μετανάστες, αλλά και της εμπειρίας και των βιωμάτων των οικονομικών μεταναστών κατά την επαφή τους με τις ΚΥΥ. Εξήντα (60) ημιδομημένες συνεντεύξεις (30 με τους εργαζόμενους στις ΚΥΥ και 30 με οικονομικούς μετανάστες) διεξήχθησαν. Από τα αποτελέσματα της έρευνας διαφαίνεται ότι δεν μπορεί να απαντηθεί με σαφήνεια, το αν οι ιατροί και νοσηλευτές βοηθούν ενεργά τους μετανάστες να ενσωματωθούν καλύτερα στην ελληνική κοινωνία. Ανεξάρτητα, όμως, της προσωπικής τους στάσης, θετικής ή αρνητικής, προκύπτουν στοιχεία που καταδεικνύουν ότι οι μετανάστες, στην πλειοψηφία τους, όχι μόνον έχουν καλή επαφή με τις ΚΥΥ, αλλά φαίνεται πως έχουν καταφέρει να ενταχθούν και σε πολλές περιπτώσεις να ενσωματωθούν στο σύστημα, υιοθετώντας συμπεριφορές και συνήθειες ανάλογες με αυτές των ελλήνων ασθενών, χρηστών των συγκεκριμένων υπηρεσιών. Τέλος, προκύπτει ότι οι υπηρεσίες υγείας είναι απαραίτητο να είναι ευαίσθητες και να ανταποκρίνονται στις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες των μεταναστών, αναγνωρίζοντας τη δυναμική φύση των πολιτισμών: προκειμένου να είναι σε θέση να συναντούν τις ανάγκες των μεταναστών, είναι μείζονος σημασίας να λειτουργούν συνεργατικά, τόσο μεταξύ τους, όσο και με τις άλλες διοικητικές υπηρεσίες.

ABSTRACT

The present study examines the processes of social inclusion and integration of economic immigrants in Greek society, through their contact with the State Health Services. It also examines the way that these processes are internalized both by economic migrants and representatives of health services through their mutual daily contact within government hospitals, health centers, etc. but also within wider social space. The investigation was done through a descriptive analysis of the structures modes of the State Health Services, trying to search into the attitudes and perceptions of their employees regarding economic migrants, but also the experiences of immigrants in their contact with those services. Sixty (60) semi-structured interviews (30 with employees and 30 with economic migrants) were conducted. The research has revealed that the State Health Services have to be sensitive and responsive to cultural differences relating immigrants, recognizing the dynamic nature of these cultures. However, it cannot be answered with clarity, if the doctors and nurses actively involved in helping immigrants to better integrate into Greek society. Regardless of their personal attitude, positive or negative, too much evidence are resulting: immigrants, in their majority, not only have good contact with these services, but they seem to have managed to be integrated and included into the system, adopting behaviors and habits similar to those of Greek patients, clients of health services. The results also indicate that the employees in these health structures have to work collaboratively, both among themselves as well as with other administrative services, in order to meet the needs of migrants.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μετανάστευση είναι η, για διάφορους λόγους, εγκατάλειψη του πατρικού εδάφους και μπορεί να πραγματοποιηθεί για ποικίλους λόγους. Θεωρείται δε πανάρχαιο φαινόμενο, το οποίο παρατηρείται τόσο στους ανθρώπους όσο και στα ζώα.¹ Οι συνθήκες των τόπων διαμονής και αποδημίας είναι και οι λόγοι που συντελούν στην επιλογή της μετανάστευσης σε δεδομένη χρονική περίοδο. Η μετανάστευση μπορεί να είναι μόνιμη ή προσωρινή, ηπειρωτική –όταν πραγματοποιείται προς τις χώρες της ίδιας ηπείρου– ή υπερπόντια, όταν γίνεται από τη μία ήπειρο στην άλλη.

Το σημαντικότερο ζήτημα που ανακύπτει για την κοινωνία υποδοχής των μεταναστών, είναι αυτό της κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσής τους. Από την υπάρχουσα βιβλιογραφία² διαφαίνεται ότι η ενσωμάτωση αποτελεί ένα σύνολο διαδικασιών μέσω των οποίων ο μετανάστης καθίσταται πλήρες και ισότιμο μέλος της κοινωνίας υποδοχής. Οι διαδικασίες ενσωμάτωσης συνδέονται άμεσα με τους όρους συγκρότησης μιας κοινωνίας, καθώς «ενσωματώνει» τα μέλη της ανάλογα με τις αξίες και το ιδεολογικό υπόβαθρο βάσει του οποίου έχει οργανωθεί.³

Το βασικό ερευνητικό ερώτημα της παρούσας διατριβής σχετίζεται, μέσω της ανάλυσης και του σχολιασμού των ερευνητικών δεδομένων, με το αν οι *Κρατικές Υπηρεσίες Υγείας* (ΚΥΥ) δύνανται να λειτουργήσουν ως φορείς κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης των μεταναστών στην Ελλάδα. Το ζήτημα που διερευνάται αφορά στην επιβεβαίωση της υπόθεσης για το αν οι εν λόγω υπηρεσίες δύνανται να επηρεάσουν ή/και να προκαλέσουν την κοινωνικοποίηση και σε τελική βάση την ενσωμάτωση –με ποιο τρόπο και σε ποιο βαθμό αντίστοιχα– όλων ή ορισμένων εκ των μεταναστών, οι οποίοι βρίσκονται καθημερινά σε επαφή με τις ΚΥΥ. Επίσης, εξετάζονται οι μορφές με τις οποίες οι οικονομικοί μετανάστες εντάσσονται και ενσωματώνονται⁴ στην ελληνική κοινωνία και αντίστοιχα αν δεν εντάσσονται, σε

¹ Έβανς-Πρίτσαρντ Ε.Ε., *Κοινωνική Ανθρωπολογία*, Εκδ. Καρδαμίτσα, Αθήνα 1987.

² Βλ. ενδεικτικά: Castle St. & Miller M., *The Age of Migration. International Population Movements in the Modern World*, Macmillan, Basingstoke 1993. Crul M. & Vermeulen H., Immigration and Education. The Second Generation in Europe, *International Migration Review*, 37(4), 2003: 1039-1064, 2003. Port A.& Rumbaut R.G., The Second Generation and the Children of Immigrants. Longitudinal Study, *Ethnic and Rational Studies*, 28(6), November 2005: 983-999.

³ Καστοριάδης Κ., *Η φαντασιακή θέσμιση της κοινωνίας*, Εκδ. Ράππας, Αθήνα 1985.

⁴ Tinios P., Immigration and the Open Society: The Role of Values, Society and Politics in Realising Economic Potential, in Inglessi C. et al. (eds), *Immigration and Integration in Northern Versus Southern Europe*. The Netherlands Institute, Athens 2004.

ποιο βαθμό και γιατί συμβαίνει κάτι τέτοιο, μέσα από την επαφή και τη συμμετοχή τους σε ολόκληρο το φάσμα των θεσμών των Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας.

Αξίζει να σημειωθεί πως **η επαφή και το βίωμα των οικονομικών μεταναστών με τις ΚΥΥ, μπορεί να αποτελέσει, ως υπόθεση εργασίας, ένα ισχυρό παράγοντα ένταξης τους στην ελληνική κοινωνία.**⁵ Επομένως, τίθεται προς διερεύνηση το ερώτημα αν οι οικονομικοί μετανάστες, που αποδέχονται και συμμετέχουν καθημερινά στα συστήματα των κοινωνικών αξιών και προτύπων, σέβονται και αποδέχονται τους ισχύοντες θεσμούς, προσαρμόζονται και τηρούν τη νομιμότητα, αναγνωρίζουν τη χρησιμότητα και τη συμβολή αυτής της αλληλεπίδρασης ή αντίθετα, οι μετανάστες που παραμένουν μακριά από τις ΚΥΥ, εξαιτίας αυτής της έλλειψης εμπειρίας συναντούν ενδεχομένως εμπόδια στην ομαλή κοινωνική τους ένταξη.⁶

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι η διερεύνηση του θέματος βασίστηκε στη **μελέτη δύο αναλυτικών ομάδων οικονομικών μεταναστών.** Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει όσους έχουν νομιμοποιητικά έγγραφα – άδεια παραμονής και εργασίας, είναι ασφαλισμένοι (των «νόμιμων» μεταναστών που «έχουν χαρτιά») και βρίσκονται σε επαφή και συνεργασία με τις ΚΥΥ, ενώ η δεύτερη αφορά σε αυτούς που για διάφορους λόγους, όπως οι «παρατύπως εισελθόντες» και ανασφάλιστοι, δεν έχουν άδεια παραμονής και εργασίας, στερούνται κοινωνικής ασφάλισης και ως εκ τούτου πιθανόν δεν έχουν καμία επαφή με αυτές.⁷ Η συγκριτική προσέγγιση των μορφών κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης αυτών των δύο ομάδων, βρίσκεται στο επίκεντρο της μελέτης και γι' αυτό υιοθετήθηκε η προαναφερόμενη μέθοδος.

Το **θεωρητικό υπόβαθρο** της παρούσας διατριβής έγκειται σε μια σύνθεση των βασικότερων χαρακτηριστικών της μαρξιστικής προσέγγισης, της βεμπεριανής ανάλυσης, αλλά και ορισμένων στοιχείων από την προσέγγιση της Σχολής του Σικάγο, σε δύο επίπεδα: το πρώτο αφορά στο περιεχόμενο που αποδίδουν και τον τρόπο με τον οποίο προσεγγίζουν οι κυριότερες θεωρητικές κοινωνιολογικές σχολές

⁵ Κυριόπουλος Γ., Δόλγερας Α., Οικονόμου Χ., Λέβερ Τζ., Πετσετάκη Ε., Τσαλίκης Γ., Bino S., Poci Th., Koulaksazon St. & Todorova S., *Η υγεία του πληθυσμού*, Εκδ. ΥΥΚΑ & ΕΣΔΥ, Αθήνα 2002. Κυριόπουλος Γ., Δόλγερας Α., Οικονόμου Χ., Λέβερ Τζ., Πετσετάκη Ε., Τσαλίκης Γ., Bino S., Poci Th., Koulaksazon St. & Todorova S., *Η δημόσια υγεία σε μετάβαση*, Εκδ. ΥΥΚΑ & ΕΣΔΥ, Αθήνα 2001. Κυριόπουλος Γ., Δόλγερας Α., Οικονόμου Χ., Λέβερ Τζ., Πετσετάκη Ε., Τσαλίκης Γ., Bino S., Poci Th., Koulaksazon St. & Todorova S., *Δημόσια υγεία και μετανάστευση*, Εκδ. ΥΥΚΑ & ΕΣΔΥ, Αθήνα 2002.

⁶ Κυριόπουλος Γ. & Γείτονα Μ., *Διασυννοριακή Ροή Ασθενών στην Ελλάδα και την Ευρώπη*, Εκδ. Εξάντας, Αθήνα 1995.

⁷ Κοντούλη-Γείτονα Μ., *Πολιτική και Οικονομικά της Υγείας*, Εκδ. Εξάντας, Αθήνα 1997.

το διαχρονικό φαινόμενο της εξωτερικής μετανάστευσης, και το δεύτερο αφορά στο περιεχόμενο των εννοιών κοινωνική ένταξη και ενσωμάτωση, όπως επίσης τις ανάλογες διαδικασίες και την ανάλυσή τους.

Ειδικότερα, στο *πρώτο κεφάλαιο* αναλύεται γενικά το ζήτημα της μετανάστευσης σε διεθνές, ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο (π.χ. ιστορική αναδρομή, νομοθετικό πλαίσιο κ.τ.λ.) και επιχειρείται η συγκριτική παράθεση των βασικών θεωρητικών προσεγγίσεων στο ζήτημα της μετανάστευσης.

Η μαρξιστική ανάλυση των μεταναστευτικών ρευμάτων επικεντρώνεται στην εξέταση των διεθνών αναγκών του κεφαλαίου και πιο συγκεκριμένα στις οικονομικές και παραγωγικές σχέσεις ανάμεσα στις «αναπτυγμένες» και «αναπτυσσόμενες» χώρες – ή διαφορετικά ανάμεσα στις χώρες «Κέντρου» και «Περιφέρειας».⁸ Η βασική προβληματική (λειτουργιστική) της Σχολής του Σικάγο περιστρέφεται γύρω από την «οικολογική προσέγγιση» (ecological approach). Με τον όρο αυτό τονίζεται, από τους εκφραστές της σχολής, η σημασία του συγκεκριμένου πλαισίου μέσα στο οποίο εντάσσονται τα κοινωνικά φαινόμενα και προβλήματα⁹ που αφορούν στους μετανάστες και στην ένταξή τους στην κοινωνία υποδοχής. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, τα ζητήματα της κοινωνικής οργάνωσης ή αποδιοργάνωσης δεν είναι αποτέλεσμα κάποιων εγγενών τάσεων του ατόμου, αλλά πρέπει να ειδωθούν υπό το πρίσμα της ζωής μέσα σε μια συγκεκριμένη πόλη/κοινωνία¹⁰ ή της εργασίας σε ένα συγκεκριμένο επάγγελμα.¹¹

Η βεμπεριανή σχολή (Max Weber) εστιάζει στις επονομαζόμενες «εργασίες χαμηλού κύρους» (low-status jobs), με τις οποίες κατά βάση ασχολούνται οι μετανάστες. Οι εργασίες τέτοιου τύπου, από τη μία πλευρά, ακριβώς λόγω της αρνητικής αποτίμησης που τυγχάνουν από την κοινωνία, οδηγούν τους εργαζόμενους/μετανάστες στο περιθώριο, από την άλλη, όμως, το χαμηλό κύρος που απορρέει από την εργασία επιφέρει περαιτέρω συνέπειες, όπως ανάπτυξη σχέσεων μεταξύ τους αλληλεγγύης ή αντίθετα, αποδιοργάνωσης των όποιων τέτοιων και προσπάθεια των μεταναστών να ενταχθούν στις αντίστοιχες γηγενείς ομάδες και την κοινωνία της χώρας υποδοχής.

⁸ Amin S., *Le Développement Inégal*, Paris. Editions de Minuit 1973.

⁹ Park, *Race and Culture*, Glencoe III, Free Press, New York 1952.

¹⁰ Wirth L., *The Ghetto*, Penguin Classic, UK 1928. Burgess E.W., *The City*, University of Chicago Press 1967.

¹¹ Hughes E.C., *Men and their Work*, New York: Free Press 1958.

Στο *δεύτερο κεφάλαιο* παρουσιάζεται η εννοιολογική προσέγγιση και το περιεχόμενο που κάθε φορά μπορεί να έχουν οι όροι κοινωνική ένταξη και ενσωμάτωση, καθώς και η, μέσω των Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας της χώρας, ένταξη και ενσωμάτωση των οικονομικών μεταναστών. Η πολιτική χρήση του όρου ενσωμάτωση πρέπει να διακριθεί από την κοινωνιολογική του σημασία. Στην ουσία αναφερόμαστε στον ίδιο όρο που ακολούθησε δύο διαφορετικούς δρόμους: έναν επιστημονικό και έναν πολιτικό, οι οποίοι και επηρέασαν ο ένας τον άλλον, αλλά προφανώς δεν ταυτίζονται. Έτσι, διασαφηνίζονται οι προαναφερόμενοι όροι, προσδιορίζεται το περιεχόμενό τους, και αναπτύσσονται οι πολιτικές που λειτουργούν υποστηρικτικά στις διαδικασίες ενσωμάτωσης.

Στο *τρίτο κεφάλαιο*, παρουσιάζεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), καταγράφονται οι δομές και ο τρόπος λειτουργίας τους, οι ανάγκες και τα προβλήματα του ΕΣΥ, και αναλύονται οι πιθανοί τρόποι αντιμετώπισης αυτών των προβλημάτων. Η σκοπιμότητα της προσέγγισης αυτής είναι προφανής: αφενός, εξετάζονται οι συνθήκες, οι διαδικασίες και οι δυσκολίες που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι εργαζόμενοι στο ΕΣΥ και αφετέρου, μελετάται η συνεργασία των οικονομικών μεταναστών με το ΕΣΥ προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες τους ως προς τα θέματα υγείας και εν τέλει να ενταχθούν.

Η μεθοδολογική προσέγγιση που υιοθετήθηκε στην έρευνα, εξετάζεται στο *τέταρτο κεφάλαιο*. Παρουσιάζονται αναλυτικά α) οι λόγοι που οδήγησαν στην επιλογή του συγκεκριμένου πληθυσμού, β) τα στάδια της έρευνας, και γ) ο τρόπος με τον οποίον αναλύθηκαν τα δεδομένα που προέκυψαν από τις 60 (30 + 30) ημι-δομημένες συνεντεύξεις, με το προσωπικό των ΚΥΥ και τους οικονομικούς μετανάστες αντίστοιχα. Η έρευνα προσπαθεί να αναδείξει τις συνέπειες της επαφής και συνεργασίας των οικονομικών μεταναστών με τις ΚΥΥ και να εξετάσει τον βαθμό επίτευξης της ένταξης και ενσωμάτωσης των μεταναστών.

Στο *πέμπτο κεφάλαιο* παρουσιάζεται το προφίλ των συγκεκριμένων μονάδων ΚΥΥ στις οποίες πραγματοποιήθηκε η έρευνα πεδίου. Η έρευνα διεξήχθη στην Αθήνα, σε τρία (3) Νοσοκομεία και σε ένα (1) Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου: το Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός» –μεγάλο, γενικό, κεντρικό Νοσοκομείο της Αθήνας– το Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας» –το μεγαλύτερο ειδικό Αντικαρκινικό νοσοκομείο της χώρας– το «Σπηλιοπούλειο-Αγία Ελένη» – μικρό κεντρικό Νοσοκομείο που δέχεται κυρίως μετανάστες και τέλος, το «αστικού τύπου» Κέντρο Υγείας Βύρωνα.

Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας πεδίου και η ανάλυσή τους, σχετικά με τις συνεντεύξεις του προσωπικού των ΚΥΥ γίνεται στο *έκτο κεφάλαιο*. Συμμετείχαν εργαζόμενοι διαφόρων ειδικοτήτων από την κάθε ΚΥΥ (π.χ. ιατροί, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, μαίες, διοικητικοί υπάλληλοι, κοινωνικοί λειτουργοί κ.λπ.), με διαφορετικά χαρακτηριστικά ο καθένας, οι οποίοι εξέφρασαν ποικίλες και ενδιαφέρουσες απόψεις για το ζήτημα της κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης των οικονομικών μεταναστών μέσω των εν λόγω δομών και υπηρεσιών.

Τα αποτελέσματα της έρευνας και η ανάλυσή τους αναφορικά με τις συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν με τους οικονομικούς μετανάστες, παρουσιάζονται στο *έβδομο κεφάλαιο*. Συνολικά ρωτήθηκαν τριάντα (30) μετανάστες διαφορετικών εθνικοτήτων (Αλβανοί, Γεωργιανοί και Βούλγαροι), οι οποίοι επισκέφτηκαν τα συγκεκριμένα νοσοκομεία. Περιλαμβάνονται περιπτώσεις μεταναστών με άδεια παραμονής και εργασίας στη χώρα και με κοινωνική ασφάλιση. Όπως επίσης υπάρχουν και περιπτώσεις χωρίς τα απαραίτητα νομιμοποιητικά έγγραφα.

Τέλος, αναλύονται τα συμπεράσματα που προέκυψαν από τα επί μέρους στάδια της επεξεργασίας των δεδομένων της έρευνας, σε ότι αφορά τις ΚΥΥ ως φορείς κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης των οικονομικών μεταναστών και με βάση τα συμπεράσματα αυτά, διατυπώνονται προτάσεις προς την κατεύθυνση μιας ενδεχόμενης προσαρμογής του ελληνικού θεσμικού πλαισίου για την ενσωμάτωση των μεταναστών στην κοινωνία και την εύρυθμη και αποτελεσματικότερη λειτουργία των ΚΥΥ.

ΜΕΡΟΣ Α' ΤΟ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο. ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1.1 Ιστορική αναδρομή

Το φαινόμενο της μετακίνησης του πληθυσμού από την πατρώα γη σε ξένες χώρες – εξωτερική– ή σε άλλους τόπους της χώρας του –εσωτερική– ονομάζεται μετανάστευση. Όταν ο τόπος που γεννιέται κάποιος και το κοινωνικό ή οικονομικό περιβάλλον δεν παρέχει τη δυνατότητα να εκπληρώσει τις επιδιώξεις του ή τις φιλοδοξίες του τότε παρουσιάζεται η μετακίνηση του πληθυσμού.

Σύμφωνα με τις κοινωνικές επιστήμες και κατά το διεθνές δίκαιο ο όρος μετανάστευση αναφέρεται στη, για διάφορους λόγους γεωγραφική μετακίνηση ανθρώπων, είτε μεμονωμένα είτε κατά ομάδες, σε διαφορετικό τόπο διαμονής. Οι λόγοι, βέβαια οι οποίοι «γεννούν» το φαινόμενο της μετανάστευσης είναι διαφορετικοί και εξαρτώνται ουσιαστικά από τις συνθήκες που επικρατούν κατά τη δεδομένη χρονική περίοδο, καθώς και από τους τόπους της προγενέστερης διαμονής, καθώς και τους τόπους αποδημίας¹². Μια διαφορετική ερμηνεία που αναφέρεται στη συγκεκριμένη έννοια, είναι ότι μετανάστευση θεωρείται η γεωγραφική μετακίνηση των ανθρώπων από έναν τόπο σε έναν άλλο για μόνιμη ή προσωρινή εγκατάσταση που γίνεται εκούσια ή ακούσια – αναγκαστική, με βαθύτερα αίτια όπως επίσης και με απώτερο σκοπό την αλλαγή του τρόπου ζωής και την αναζήτηση μιας καλύτερης τύχης.¹³ Η έννοια της μετανάστευσης προέρχεται από το ρήμα *μεταναστεύω* και ουσιαστικά αποτελεί γενικότερα μια μορφή πληθυσμιακής κινητικότητας εντός του περιβάλλοντα χώρου¹⁴.

Η προσπάθεια επιβίωσης ήταν και είναι ένας από τους κύριους λόγους που ερμηνεύει τη διαδικασία της μετανάστευσης¹⁵, καθώς από τα προϊστορικά χρόνια ο άνθρωπος ήταν αναγκασμένος να μεταναστεύει από τον έναν τόπο στον άλλο με σκοπό τις καλύτερες συνθήκες ζωής. Από τα ορεινά στα πεδινά, από τα κρύα στα ζεστά, σε τόπους πλούσιους σε κυνήγι και σε καρπούς. Ο ίδιος λόγος ισχύει και στα

¹² Μουσούρου Λ., *Μετανάστευση και μεταναστευτική πολιτική στην Ελλάδα και στην Ευρώπη*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 2003.

¹³ Κόντης Α., Πετράκου Η., Τάτσης Ν. & Χλέπας Ν. (επιμ.), *Ευρωπαϊκή και ελληνική πολιτική ασύλου. Κέντα υποδοχής προσφύγων και αιτούντες άσυλο με απορριφθείσα αίτηση στην Ελλάδα*, Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα 2005.

¹⁴ Τσουκαλάς Αντ., *Μετανάστευση και εγκληματικότητα στην Ευρώπη*, Εκδ. Α. Σάκκουλας, Αθήνα 2003.

¹⁵ Λαλιώτου Ι., *Διασχίζοντας τον Ατλαντικό*, Εκδ. Πόλις, Αθήνα 1999.

χρόνια μας, λαμβάνοντας όμως νέες μορφές. Στην ιστορική εποχή το φαινόμενο της μετανάστευσης αρχίζει να αλλάζει και να εξελίσσεται αλλά χωρίς να σταματά.¹⁶ Έτσι, λοιπόν, παρατηρείται ότι μεγάλες ομάδες ανθρώπων μεταφέρονται από τον έναν τόπο στον άλλο, τόσο για την κατάκτηση νέων χώρων όσο και με σκοπό την κυριαρχία σε συνανθρώπους τους. Σημαντικό παράδειγμα αποτελεί ο αποικισμός των αρχαίων Ελλήνων σε μεγάλες περιοχές της Μεσογείου. Κατά τους Αλεξανδρινούς χρόνους, το φαινόμενο έλαβε μεγαλύτερες διαστάσεις, καθώς οι κατακτητές βασιλείς της αρχαίας Ελλάδας συνέβαλαν σε αυτό.

Η ανακάλυψη νέων ηπείρων όπως αυτή της Αμερικής, της Αφρικής και της Ασίας, καθώς και του φυσικού τους πλούτου έδωσε νέες διαστάσεις στο φαινόμενο της μετανάστευσης.¹⁷ Φαινόμενο που συνεχίστηκε για αιώνες και διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της ανθρώπινης κοινωνίας με σημαντικές συνέπειες, καθώς οι νέες ήπειροι έχασαν το ιδιαίτερο χαρακτήρα τους και ο κόσμος έλαβε νέα όψη. Παράλληλα, οι μετανάστες μετέτρεψαν τους αυτόχθονες σε δούλους τους.

Η διαρροή των φτωχών –κυρίως Ευρωπαίων– προς τη μεγάλη ήπειρο συνεχίστηκε και μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, παρά τα μέτρα, που λήφθηκαν από τις κυβερνήσεις. Μια περίοδος κατά την οποία χιλιάδες άτομα ξεκληρίστηκαν, ξεσηκώθηκαν και κυνηγήθηκαν από τις γενέτειρές τους και μεταφέρθηκαν εθελοντικά ή και βίαια σε διάφορα μέρη της γης. Για την Ελλάδα, το ζήτημα της μετανάστευσης είναι αρκετά σοβαρό και στη σύγχρονη εποχή¹⁸. Ο Καναδάς, η Γερμανία και η Αμερική ήταν ανέκαθεν πόλος έλξης για τα υπό ανάπτυξη κράτη, όπως αυτά της Ελλάδας, της Ισπανίας και της Τουρκίας και κάποια της Ασίας, κυρίως μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο. Η τεράστια οικονομοτεχνική ανάπτυξη των μεταπολεμικών χρόνων προσέφερε στις αδύναμες χώρες τεράστια απορρόφηση μισθωτών εργατών. Το θαύμα της Γερμανίας¹⁹, η οποία αν και ηττημένη κατάφερε σε λίγο διάστημα να μετατραπεί σε μεγάλη βιομηχανική δύναμη στην Ευρώπη, άνοιξε τις πόρτες στους μετανάστες, εκμεταλλευόμενη τη δυνατότητα αγοράς φθηνότερης εργατικής δύναμης. Μεγάλος αριθμός Ελλήνων, κυρίως από τις βόρειες αγροτικές

¹⁶ Γκέφου-Μαδιανού Δ. (επιμ.), *Ανθρωπολογική θεωρία και εθνογραφία*, Εκδ. Πατάκη, Αθήνα 2011.

¹⁷ Έβανς-Πρίτσαρντ Ε.Ε., *Κοινωνική...*, ό.π..

¹⁸ Borjas G. *Friends or Strangers: The Impact of Immigrants in the US Economy*, New York: Basic Books 1990.

¹⁹ Λιένχαρτ Γκ., *Κοινωνική ανθρωπολογία*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1997. Massey D., Theories of International Migration: A Review and Appraisal, *Population and Development Review*, 1993, 19, pp. 431-466. Massey D., Migration Theory, Ethnic Mobilization and Globalization, in Guibernau M. and J. Rex (eds), *The Ethnicity Reader: Nationalism, Multiculturalism and Immigration*, Cambridge: Polity Press 1997.

περιοχές, μετακινείται στη Γερμανία και τα ζητήματα αποκατάστασής τους δεν επιλύονται αφού η οικονομική κρίση θίγει και τη Γερμανία. Έτσι, λοιπόν, πολλοί επαναπατρίζονται ή προσπαθούν με διάφορους τρόπους να προσαρμοσθούν.

Το φαινόμενο παρατηρήθηκε και στις ΗΠΑ, οι οποίες βγήκαν οικονομικά ενισχυμένες από τον πόλεμο. Η μετανάστευση έλαβε τέτοιες διαστάσεις που απασχόλησε τις κυβερνήσεις, οι οποίες προέβαιναν σε συνεννοήσεις με τα κράτη από όπου δέχονταν τους μετανάστες. Αποστολές στέλλονταν για να δουλέψουν σε ξένα εργοστάσια με ειδικές συμβάσεις που συμφωνούνταν σε δημοκρατικό επίπεδο.

Μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο – κυρίως μετά το 1954, το μεταναστευτικό ρεύμα αυξήθηκε απότομα με ανησυχητικές διαστάσεις. Οι Έλληνες μεταναστεύουν στο εξωτερικό, κυρίως προς τις βιομηχανικές χώρες της Ευρώπης και ιδιαίτερα τη Δυτική Γερμανία. Έτσι πραγματοποιήθηκε η αθρόα μετανάστευση του 1950-55 που οφείλεται στην ελληνική πληθυσμιακή καθυστέρηση (η αύξηση του πληθυσμού της Ελλάδας είχε αργό ρυθμό), στα μεγάλα ποσοστά ανεργίας και ιδιαίτερα στα σοβαρά οικονομικά προβλήματα.²⁰

Από το 1970 και έπειτα, ενώ το κύμα εξωτερικής μετανάστευσης είχε κορυφωθεί, ο αριθμός Ελλήνων που μετανάστευαν άρχισε να λιγοστεύει, ενώ όλο και μεγαλύτερος αριθμός ξαναγύριζε στην πατρίδα τους υπό την έννοια της παλιννόστησης.²¹ Η πρώτη εξισορρόπηση της μετανάστευσης γίνεται το 1974, καθώς ο αριθμός αυτών που μετανάστευαν ήταν ο ίδιος – περίπου όμοιος με αυτόν που γύριζαν στην πατρίδα τους.²² Το 1975 η «ολική επιστροφή» γίνεται πραγματικότητα, καθώς όλο και πιο πολλοί Έλληνες γυρίζουν στον τόπο τους.

Ωστόσο, σημαντικό πρόβλημα για τους μετανάστες και τις χώρες τις οποίες επιλέγουν για να ζήσουν, θεωρείται η κοινωνική τους ενσωμάτωση, αλλά στην περίπτωση μας, και στο ή μέσα από το σύστημα υγείας της χώρας, καθώς επίσης και στα Ασφαλιστικά Ταμεία από τα οποία υποχρεούνται να λαμβάνουν ιατρική περίθαλψη και υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας. Βέβαια για να συμβαίνει κάτι τέτοιο, οι μετανάστες θα πρέπει να εργάζονται νομίμως και οι εργοδότες τους να αποδίδουν στο κράτος τις αναγκαίες μηνιαίες εισφορές κοινωνικής τους ασφάλισης, προκειμένου να διατηρούν το δικαίωμα συνταξιοδότησης μετά το πέρας του υποχρεωτικού ορίου ηλικίας.

²⁰ Μουσούρου Λ., *Μετανάστευση...*, ό.π.

²¹ Έμκε-Πουλοπούλου Η., *Προβλήματα μετανάστευσης – παλιννόστησης*, ΙΜΕΟ-ΕΔΗΜ, Αθήνα 1986.

²² Κασιμάτη Κ., *Μετανάστευση-παλιννόστηση. Η προβληματική της δεύτερης γενιάς*, ΕΚΚΕ, Αθήνα 1984.

1.2 Μορφές και κατηγορίες μετανάστευσης

Μια βασική μορφή κινητικότητα, θεωρείται η λεγόμενη «κοινωνική μετανάστευση», η οποία συντελείται στο πλαίσιο ενός κοινωνικού συστήματος, και εμφανίζεται ως η κύρια μετακίνηση του ανθρώπου ή μιας ολοκληρωμένης ομάδας ατόμων από μια κοινωνική τάξη ή ένα κοινωνικό στρώμα σε ένα άλλο. Στην περίπτωση της *γεωγραφικής μετανάστευσης*, υπάρχουν τέσσερα βασικά είδη μετανάστευσης, όπως επίσης βασικές είναι οι διακρίσεις της μετανάστευσης που διαχωρίζονται σε εκείνες της εσωτερικής, εξωτερικής, εκούσιας ή ακούσιας, πρωτογενούς και δευτερογενούς, οι αποκαλούμενες πλήρεις και ατελείς, όπου στην ατελή μετανάστευση υπάγονται και οι πρόσφυγες. Επιπρόσθετα, διακρίνονται οι κατηγορίες της συντηρητικής, ανανεωτικής ή βάσει της χρονικής διάρκειας η βραχυπρόθεσμη ή μακροπρόθεσμη μετανάστευση, καθώς και η προσωρινή ή μόνιμη, η ηπειρωτική όταν αυτή πραγματοποιείται προς τις χώρες της ίδιας ηπείρου και τέλος, η υπερπόντια όταν γίνεται από τη μια ήπειρο στην άλλη.

Στη γεωγραφική κινητικότητα διακρίνονται τέσσερα βασικά είδη: α) η ημερήσια παλίνδρομη μετακίνηση, β) η μετοικεσία (κινητικότητα κατοικίας), γ) η περιήγηση, και δ) η μετανάστευση ή αντίστροφα η παλιννόστηση. Μπορούν, επίσης, να γίνουν ορισμένες διακρίσεις της μετανάστευσης, χρησιμοποιώντας ορισμένα κριτήρια.²³ Με κριτήριο το κράτος διακρίνεται σε εσωτερική ή εξωτερική, όπου η μετανάστευση γίνεται στα όρια ενός κράτους ή πέρα από αυτό. Με κριτήριο την πρόθεση μετανάστευσης διακρίνονται δύο μορφές: η εκούσια ή αναγκαστική, όπου η πρώτη πραγματοποιείται με σκοπό να μειωθούν οι στερήσεις και να αυξηθούν οι απαιτήσεις των μεταναστών. Συχνά, όμως, λόγω των πολιτικών, θρησκευτικών ή άλλων διώξεων παρουσιάζεται το φαινόμενο της αναγκαστικής μετανάστευσης. Με κριτήριο την προβλεπόμενη διάρκεια παραμονής διακρίνεται σε προσωρινή ή μόνιμη, όταν η μετανάστευση γίνεται σε ορισμένο χρονικό διάστημα, ανάλογα με τον χρόνο που απαιτείται για τη διευθέτηση των υποθέσεων, καθώς υπάρχει πάντα η πρόθεση της επανόδου. Όταν η μετανάστευση είναι αδύνατον να καθοριστεί χρονικά ή είναι αβέβαιης διάρκειας και δεν υπάρχει πρόθεση επανόδου από τον μετανάστη, τότε θεωρείται μόνιμη. Όταν χρησιμοποιείται ως κριτήριο ο τόπος προορισμού,

²³ Τσαούσης Δ.Γ., *Στοιχεία Κοινωνιολογίας*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1983.

διακρίνεται σε ηπειρωτική ή υπερπόντια ανάλογα, με το αν στη μετακίνηση από χώρα σε χώρα, παρεμβάλλεται θάλασσα ή όχι και η χώρα εγκατάστασης ανήκει σε άλλη ήπειρο.

1.3 Αιτίες και προσδιοριστικοί παράγοντες μετανάστευσης

Τα βασικά κίνητρα των πρώτων μεταναστών, όπως προαναφέρθηκε, ήταν η ανάγκη εξεύρεσης τροφής, η επιβίωση και ο φόβος μιας ισχυρότερης δύναμης. Αργότερα, όμως, υπήρξαν και άλλα κίνητρα για τις μετακινήσεις των πληθυσμών όπως, η θρησκευτική καταδίωξη, η πολιτική καταπίεση, οι οικονομικές δυσκολίες και η επιθυμία να αποφύγουν τις κυρώσεις κάποιου νόμου (η περίπτωση αφορά κυρίως στους πρόσφυγες). Τα βασικά, όμως, αίτια μετακίνησης του ανθρώπου ήταν κυρίως τα παρακάτω:²⁴

- α) *Το περιβάλλον*: η γεωγραφική θέση του τόπου παραμονής πολλών φυλών δεν ευνοούσε τη διαβίωση τους. Αν βρίσκονταν κοντά στην έρημο ή μέσα σε αυτή, ήταν αδύνατον να καλλιεργήσουν τη γη και αν βρίσκονταν σε πεδιάδες ήταν εκτεθειμένοι στις καιρικές συνθήκες, τις επιδρομές του εχθρού ή άλλους κινδύνους. Παρατηρήθηκαν, έτσι, μετακινήσεις και εγκαταστάσεις ολόκληρων λαών σε πιο εύφορα εδάφη ή χώρους που προφυλάσσονταν από βουνά.
- β) *Οι πληθυσμιακές πιέσεις*: η έκταση της γης δεν ήταν συχνά αρκετή για να θρέψει τον πληθυσμό ενός τόπου και πολλοί αναγκάστηκαν να φύγουν. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται συνήθως στα νησιά, καθώς η καλλιεργήσιμη γη περιορίζεται από τη θάλασσα και η αύξηση του πληθυσμού οδηγεί στην ανεπάρκεια των αγαθών. Όταν, λοιπόν, ο νησιωτικός πληθυσμός αυξάνεται παρατηρείται έντονο το φαινόμενο της οργανωμένης μετανάστευσης των ανθρώπων που μετακινούνται αναζητώντας καινούριες πατρίδες.
- γ) *Οι φυσικές καταστροφές*: οι πλημμύρες, η ξηρασία και ο παγετός που καταστρέφουν τις καλλιέργειες εξαναγκάζουν συχνά τα άτομα να μετακινηθούν για εύρεση τροφής σε πιο γόνιμες περιοχές.

²⁴ Βγενόπουλος Κ., *Πρόσφυγες και μετανάστες στην ελληνική αγορά εργασίας*, ΕΚΕΜ, Αθήνα 1998.

- δ) *Η θρησκευτική καταδίωξη*: η προσπάθεια του ανθρώπου να πείθει τους αλλόθρησκους να υιοθετούν τη δική του θρησκεία ή να καταδιώκει και να προσπαθεί να εξολοθρεύσει κάποιους που δεν συμμορφώνονται.
- ε) *Τα πολιτικά κίνητρα*: οι μεταναστεύσεις με πολιτικά κίνητρα, που συναντώνται συχνά στην εποχή μας, συνέβαιναν από την εποχή της ανάπτυξης των πρώτων αυτοκρατοριών που ήταν αρκετά ισχυρές, ώστε να υποτάσσουν τις μειονότητες.
- στ) *Τα οικονομικά αίτια*: πολλά άτομα μεταναστεύουν συνήθως, όταν οι οικονομικές συνθήκες απασχόλησης στη χώρα υποδοχής είναι πιο ευνοϊκές από τις συνθήκες στη χώρα αποστολής και εκτός από τις αμοιβές που είναι πιο υψηλές, τους προσφέρεται ασφαλιστική κάλυψη, οικογενειακά επιδόματα, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, στέγη και άλλα μέσα που δημιουργούν στον μετανάστη αίσθημα ασφάλειας.
- ζ) *Άλλοι κοινωνικοί λόγοι*: η μετανάστευση γίνεται επίσης και για οικογενειακούς λόγους, όταν οι γονείς θέλουν να ζήσουν κοντά στα παιδιά τους ή τα εγγόνια τους, για λόγους ανεύρεσης συντρόφου και τη δημιουργία οικογένειας, ειδικά για τις γυναίκες, που επιθυμούν να ξεφύγουν από το συχνά στενό κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον.

1.4. Η Ελλάδα ως χώρα υποδοχής μεταναστών και οι λόγοι μετανάστευσης προς την Ελλάδα

Από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα και μέχρι τη δεκαετία του '70 η Ελλάδα ήταν χώρα αποστολής μεταναστών προς άλλες χώρες, ενώ από χώρα αποστολής, μεταβλήθηκε σταδιακά από τα μέσα της δεκαετίας του '80 σε χώρα υποδοχής μεταναστών. Αποτελεί πόλο έλξης ατόμων που προέρχονται από γειτονικές χώρες (π.χ. Αλβανία, Βουλγαρία), από την Ανατολική και Κεντρική Ευρώπη, όπως η πρώην Γιουγκοσλαβία, Πολωνία και άλλες χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, από μεσογειακές χώρες (Μαρόκο, Τυνησία, Λίβανο), από την Αφρική, την Ασία κ.λπ.. Βασικό στοιχείο που χαρακτηρίζει το σύγχρονο μεταναστευτικό φαινόμενο, είναι το γεγονός ότι η μετανάστευση δεν έχει τον οργανωμένο χαρακτήρα που είχε σε

παλαιότερες εποχές και η αύξηση του αριθμού των μεταναστών οφείλεται κατά κύριο λόγο στην είσοδο στη χώρα μας με «παράνομο» τρόπο.²⁵

Γενικά, τα αρχικά στάδια της μετανάστευσης εργασίας στην Ελλάδα ήταν διαφορετικά συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης. Η Ελλάδα αναγνώριζε την ανάγκη για οικονομικούς μετανάστες (κυρίως στον χώρο των κατασκευών και δευτερευόντως στον αγροτικό τομέα) και για αυτό ήταν υψηλό το ποσοστό της ανδρικής μετανάστευσης. Η επόμενη μετανάστευση εργασίας χαρακτηρίστηκε από υψηλούς αριθμούς γυναικών εργαζόμενων. Η προέλευση των μεταναστριών, η εργασία και οι οικογενειακές ζωές τους και οι προσδοκίες ήταν ποικίλες. Η πρώτη εργασία στο εργατικό δυναμικό για πολλές μετανάστριες στην Ελλάδα αφορούσε στον οικιακό τομέα, αν και όλο και περισσότερο κάποιες κινήθηκαν και σε άλλες εργασίες. Η Ελλάδα απέτρεπε αρχικά τις γυναίκες που έμπαιναν στη νέα χώρα να εισέλθουν και αυτόνομα στην αγορά εργασίας.²⁶

Από τη δεκαετία του 1990, άρχισε να κάνει έντονη την παρουσία της στην Ελλάδα αυτό που ονομάστηκε οικογενειακή επανένωση. Διεθνείς Οργανισμοί, Μη-Κυβερνητικές Οργανώσεις αλλά και η εκκλησία εξέφραζαν φόβους για την πορεία της οικογενειακής ζωής των μεταναστών και για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει αυτή στις χώρες υποδοχής.²⁷ Οι δημογραφικές ανησυχίες της χώρας κατά κάποιον τρόπο ενθάρρυναν την οικογενειακή μετανάστευση, περιλαμβάνοντας όχι μόνο τη δυνατότητα της ένωσης από τα οικογενειακά μέλη αλλά και της συνοδείας από την οικογένεια. Στη δεκαετία του 2000, παρατηρείται μια αύξηση της οικογενειακής μετανάστευσης και η σημασία της ποίκιλε στην Ελλάδα σε σχέση με άλλες χώρες, καθώς έγινε η σημαντικότερη πηγή επίσημης μετανάστευσης με τη διακοπή των εισροών μαζικής εργασίας.

Ένα ακόμα βασικό θέμα που έπληττε και εξακολουθεί να πλήττει στις μέρες μας τους μετανάστες και ιδιαίτερα τις μετανάστριες στην Ελλάδα, είναι το ζήτημα της υπηκοότητας.²⁸ Για τις μετανάστριες αυτό το ζήτημα έμεινε ανενεργό μέχρι και στις μέρες μας. Σε πολλά κράτη, όπως επίσης και στην Ελλάδα, έγινε προέκταση των

²⁵ Baldwin-Edwards M., *Southern European Labour Markets and Immigration: A structural and Functional Analysis*, MMO, Athens 2002.

²⁶ Ethier W., *Illegal Migration: The Host Country Problem*, *American Economic Review*, 1986, 76, pp. 56-71. Fakiolas R., *Socio-economic Effects on Immigration in Greece*, *Journal of European Social Policy*, 1999, 9, p. 3.

²⁷ Καβουνίδη Τζ., *Μετανάστευση, νομιμοποίηση και κοινωνικά δίκτυα. Πρόσφυγες και μετανάστες στην Ελληνική αγορά εργασίας*, ΕΚΕΜ, Αθήνα 1998.

²⁸ Καβουνίδη Τζ., *Μετανάστευση, νομιμοποίηση..., ό.π.*

επίσημων δικαιωμάτων του πολίτη, αν και εξακολουθεί να υπάρχει μια έμμεση διάκριση που αφορά στην εργασία στον δημόσιο τομέα και την εκπαίδευση. Οι φεμινίστριες επικέντρωσαν την προσοχή τους γύρω από τα γυναικεία ζητήματα, εστίασαν στα ατομικά και πολιτικά δικαιώματα του πολίτη. Ανατρέχοντας διαχρονικά στις εξελίξεις σχετικά με το θέμα αυτό, τον 19ο αιώνα οι γυναίκες είχαν περιοριστεί στην ιδιωτική σφαίρα και φρόντιζαν για την ανατροφή των παιδιών. Για παράδειγμα, στη Μ. Βρετανία, μόλις στα μέσα του 19ου αιώνα επεκτάθηκε η υπηκοότητα σε όλους τους άντρες, εύπορους και μη, αλλά δεν περιελάμβανε τις γυναίκες.²⁹

Τον 20ο αιώνα δεν παρατηρήθηκαν ιδιαίτερα προοδευτικές αλλαγές. Σε κάθε χώρα υπήρχε και διαφορετικό καθεστώς όσον αφορά στην υπηκοότητα. Στη Βρετανία, μια χώρα που άσκησε προ πολλού μεταναστευτική πολιτική, οι γυναίκες μετανάστριες εξαρτώνταν από τα δικαιώματα του άντρα και αυτό μπορεί να ίσχυε για τα πρώτα χρόνια εισόδου, έως και εφ' όρου ζωής. Επιπλέον, οι Βρετανίδες που παντρεύονταν αλλοδαπό έχαναν την υπηκοότητά τους. Στη Γερμανία και στην Ιρλανδία τα δικαιώματα στην υπηκοότητα ποίκιλαν ανάλογα με τις συνθήκες που υπήρχαν στην αγορά εργασίας.³⁰

Η διαρκώς αυξανόμενη μετανάστευση των γυναικών για λόγους φτώχειας, η παράνομη διακίνηση και εμπορία γυναικών με σκοπό τη σεξουαλική τους εκμετάλλευση, η μετακίνηση για λόγους έμφυλων στερεοτύπων και παραδοσιακών προκαταλήψεων, αποτελούν ουσιαστικά μια μεγάλη πραγματικότητα για τη σύγχρονη ιστορία της γυναίκας και της φυλετικής μετανάστευσης. Η μετανάστρια στην Ελλάδα απουσιάζει από τον δημόσιο διάλογο³¹ αν και είναι υποκείμενο με πολιτικό λόγο, όπως επίσης για σημαντικό χρονικό διάστημα απουσίαζαν οι ανάλογες επιστημονικές έρευνες που εστίαζαν στο φύλο της μετανάστευσης.

Το σημαντικό ζητούμενο όμως είναι πως και σε πιο βαθμό οι μετανάστριες της Ελλάδας έχουν βιώσει την απώλεια εργασίας τους (γεγονός που συνεπάγεται την απώλεια και της ασφαλιστικής τους κάλυψης κ.λπ.), το οποίο έχει έλθει σταδιακά όλο και περισσότερο στο προσκήνιο. Γενικά, η απάντηση σε αυτό το βασικό ερώτημα είναι ότι όλες οι γυναίκες, μετανάστριες και μη στην Ελλάδα, βιώνουν το άγχος της

²⁹ Ψημμένος Ι., *Μετανάστευση από τα Βαλκάνια. Κοινωνικός αποκλεισμός στην Αθήνα*, Εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα 2000.

³⁰ Στο ίδιο.

³¹ Κασιμάτη Κ. & Μουσούρου Λ.Μ., *Φύλο και μετανάστευση: Τομ. Ι: Θεωρητικές αναφορές και εμπειρική διερεύνηση*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 2007.

απώλειας εργασίας πολύ πιο έντονα από τον ανδρικό πληθυσμό της κάθε χώρας.³² Βέβαια, όσες γυναίκες έχουν την υπηκοότητα του κάθε κράτους, απολαμβάνουν πάντα περισσότερα προνόμια από τις μετανάστριες³³, καθώς δουλεύουν με καλύτερες συνθήκες, σε πιο υγιεινά και κερδοφόρα επαγγέλματα και έχουν πλήρες ωράριο με κανονικό μισθό σε αντίθεση με τις μετανάστριες που θυματοποιούνται εξαιτίας της ανάγκης τους για εργασία. Αντίστοιχα, χαρακτηριστικό είναι πως στην Ελλάδα, στα χειρωνακτικά επαγγέλματα που είναι ιδιαίτερα δύσκολα για τις σωματικές αντοχές μιας γυναίκας, δούλευαν κατά κύριο λόγο οι μετανάστες – άνδρες και γυναίκες.³⁴ Η εικόνα αυτή φαίνεται να αλλάζει και το καθεστώς να βελτιώνεται κατά τις τελευταίες δεκαετίες.

Συνέπεια όλων των παραπάνω είναι η αύξηση της «παράνομης» μετανάστευσης και της παιδικής εργασίας στη χώρα μας. Οι άνθρωποι, αναζητούν την τύχη τους στην Ελλάδα τρέφοντας ελπίδες για ευημερία και ανάπτυξη και το μόνο που συναντούν συχνά, είναι φτώχεια, ρατσισμό και ανεργία. Οδηγούνται, λοιπόν, στην «παράνομη» μετανάστευση και με άθλιους όρους, αναγκάζονται να προσαρμοστούν για να μπορέσουν να επιβιώσουν.³⁵ Αυτό το συναντάμε πιο έντονα στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, όπου τα συστήματα πρόληψης και πρόνοιας δεν είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένα.

Η μετανάστευση συνιστά ένα πολύπλοκο φαινόμενο που εκδηλώνεται διαχρονικά και παγκόσμια και αποτελεί αντικείμενο ιστορικής και κοινωνιολογικής έρευνας. Η ελληνική πραγματικότητα έχει αντιστραφεί αφού και το πρόβλημα της μετανάστευσης έχει οξυνθεί λόγω των σημαντικών πολιτικών και κοινωνικών αλλαγών³⁶. Το γεγονός αυτό είχε ως συνέπεια τη δημιουργία των φαινομένων της ξеноφοβίας και του ρατσισμού, τα οποία έχουν πάρει ανησυχητικές διατάσεις. Η παντελής έλλειψη μιας ευρύτερης μεταναστατευτικής πολιτικής, καθώς και η έλλειψη προνοιακών υποδομών από την πλευρά της πολιτείας για την υποδοχή των μεταναστών έχουν συντελέσει σημαντικά στην ανάπτυξη των προαναφερόμενων

³² Έμκε-Πουλοπούλου Η., *Μετανάστες και πρόσφυγες στην Ελλάδα 1970-1990, Εκλογή Θεμάτων Κοινωνικής Πρόνοιας*, τ. 85/86, 1990, σσ. 47-55. Έμκε-Πουλοπούλου Η., *Η μεταναστευτική πρόκληση*, Εκδ. Παπαζήσης/Ελληνική Εταιρία Δημογραφικών Μελετών, Αθήνα 2007.

³³ Maratou-Alipranti L. & Fakiolas R., *The Lonely Path of Migrant Women in Greece, The Greek Review of Social Research*, ΕΚΚΕ, Αθήνα 2003.

³⁴ Καμπούρη Ε., *Φύλο και μετανάστευση: Η καθημερινή ζωή των μεταναστριών από την Αλβανία και την Ουκρανία*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 2007.

³⁵ Βλ. σχετικά: Παπαστάμου Σ., *Κοινωνικές αναπαραστάσεις*, Εκδ. Οδυσσέας, Αθήνα 1995. Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, *Κοινωνικές ανισότητες και κοινωνικός αποκλεισμός*, Αθήνα 2007.

³⁶ Μουσούρου Λ., *Μετανάστευση...*, ό.π.

προβλημάτων. Επιπλέον, η έλλειψη παιδείας δημιουργεί στα παιδιά το αίσθημα της ξеноφοβίας και του ρατσισμού³⁷, καθώς αφομοιώνουν απόψεις κυρίως από τους ενήλικες, χωρίς να προετοιμάζονται με κάποια ειδικά μαθήματα για να αντιμετωπίσουν μια πολυφυλετική και πολυπολιτισμική κοινωνία. Η ασταθής οικονομική κατάσταση των Ελλήνων, η αύξηση της ανεργίας και η πτώση του βιοτικού επιπέδου προβάλλει τους μετανάστες ως ανταγωνιστές στην ίδια κοινωνία.³⁸

Οι μετανάστες, γενικά, στην Ελλάδα έχουν να αντιμετωπίσουν τον ρατσισμό, που έχει πολλαπλά πρόσωπα όπως εκείνο του φυλετικού ρατσισμού, του εθνικιστικού ανταγωνισμού και του θρησκευτικού διαχωρισμού. Η υπηκοότητα παραμένει το τελευταίο απόρθητο φρούριο των μεταναστών στη χώρα. Προβλέπεται κάποια ρύθμιση με τον «Νόμο Ραγκούση» – Ν. 3838/2010, (ο οποίος καταργήθηκε πρόσφατα), αλλά το θέμα δεν έχει ρυθμιστεί πλήρως. Οι «μη πολίτες» αποκτούν μια σειρά κοινωνικών δικαιωμάτων μέσω της εργασίας, της μόνιμης κατοικίας τους στη χώρα υποδοχής και της συλλογικής οργάνωσης. Αλλά ακόμη η πρόσβαση στην πολιτική είναι εξαιρετικά δύσκολη στην Ελλάδα. Για ορισμένους μετανάστες, ειδικά για τους πρόσφυγες, η πρόσβαση στην κοινωνική ζωή της χώρας περιορίζεται καθώς υπάρχει έντονα ο φόβος της κρατικής καταστολής και των συνεπειών της, που μπορεί να φτάσουν από την απέλαση έως και τη δολοφονία.³⁹

Δεδομένου ότι η μεταναστευτική πολιτική στην Ελλάδα διαμορφώνεται βάσει των ευρωπαϊκών πολιτικών, οι μεταναστευτικές ομάδες έχουν αναπτύξει δραστηριότητες σε ευρωπαϊκό επίπεδο για να αμφισβητήσουν τις κατ' εξαίρεση επιπτώσεις της. Συγχρόνως, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο έχουν παράσχει πόρους για εκείνους που διεξάγουν εκστρατείες σχετικά με τα δικαιώματα των μεταναστών, αν και τα κράτη-μέλη, όπως η Ελλάδα, έχουν προκαλέσει και έχουν περιορίσει τον ρόλο της Επιτροπής στη μεταναστευτική πολιτική. Το Κοινοβούλιο αλλά και το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο έχουν παράσχει επίσης τα fora για την πρόκληση και μερικές φορές την ανατροπή της κατ' εξαίρεση εθνικής νομοθεσίας.⁴⁰ Η επίσημη αντιπροσώπευση των μεταναστών εντός της

³⁷ Nikolinakos M., *The Contradictions of Capitalist Development in Greece*, *Studi Emigrazione* 1973, 30, pp. 222-235.

³⁸ Τσουκαλάς Αντ., *Μετανάστευση και εγκληματικότητα στην Ευρώπη*, Εκδ. Αντ. Σάκκουλας, Αθήνα 2003.

³⁹ Μουσούρου Λ., *Μετανάστευση...*, ό.π.

⁴⁰ Ιωσηφίδης Θ., *Συνθήκες εργασίας τριών μεταναστευτικών ομάδων στην Αθήνα*, στο: Αθ. Μαρβάκης, Δ. Παρσάνογλου & Μ. Παύλου (επιμ.), *Μετανάστες στην Ελλάδα*, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2001.

Ευρωπαϊκής Ένωσης έχει περιοριστεί, αλλά το 1991 η Ευρωπαϊκή Ένωση καθιέρωσε το φόρουμ μεταναστών για να λειτουργήσει ως επίσημο κανάλι επικοινωνίας μεταξύ των ομάδων μεταναστών και των ευρωπαϊκών οργάνων. Το φόρουμ έχει κάνει ιδιαίτερη εκστρατεία για τα μεταναστευτικά δικαιώματα σε ευρωπαϊκό επίπεδο, καθώς και του δικαιώματος στην ελεύθερη μετακίνηση εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας για τους υπηκόους τρίτων χωρών.

Το Ευρωπαϊκό Λόμπι Γυναικών (EWL), για παράδειγμα, καθιερώθηκε το 1990 για να αντιπροσωπεύσει τα ενδιαφέροντα των γυναικών στην Επιτροπή και το Κοινοβούλιο. Κάθε κράτος-μέλος, έτσι και η Ελλάδα, έχει τέσσερις εθνικούς εκπροσώπους και θεωρείται σε γενικές γραμμές ότι αναπτύσσει ανάλογες δράσεις σε σχετικά ικανοποιητικό επίπεδο ως προς τα ζητήματα του ρατσισμού. Προκειμένου να διευκολυνθεί η πρόσβαση στις ομάδες λόμπι των γυναικών, ένα ευρωπαϊκό δίκτυο μαύρων μεταναστών προωθήθηκε το 2002 σε παγκόσμια βάση. Ενεργεί ως ανεξάρτητη ομάδα πίεσης των πολιτικών κομμάτων και προσπαθεί να ενσωματώσει και να εξετάσει τα προβλήματα που προκύπτουν από όλες τις μαύρες γυναίκες, ανεξάρτητα από την υπηκοότητά τους.⁴¹

Ενώ οι μεταναστευτικές οργανώσεις στην Ελλάδα έχουν διατηρήσει την ανεξαρτησία τους από τα πολιτικά κόμματα, μερικά συμβαλλόμενα μέρη τους έχουν δώσει σχετική υποστήριξη. Ο βαθμός στον οποίο οι μετανάστες μπορούν να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους, εξαρτάται από το πλαίσιο της υπηκοότητας μέσα στο οποίο λειτουργούν, από την ιστορία μετανάστευσής τους, από τα είδη οργανώσεων που διαμορφώνονται στη χώρα μετανάστευσης τους, την τεχνογνωσία και τους πόρους που είναι σε θέση να μοιραστούν. Στην Ελλάδα έχουν αναπτυχθεί *fora*, ικανά και αρκετά δραστήρια για να ασκήσουν επιρροή στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Αυτό που έχει προκύψει από όλα τα παραπάνω, είναι μια ποικιλία των κατηγοριών μετανάστευσης και θέσης των μεταναστών στις κοινωνίες υποδοχής: νέα και παραδοσιακή εργασία, «νόμιμη» και «παράνομη», οικογενειακή επανένωση, γάμος, καταναγκαστική πορνεία, αναζητούντες άσυλο και πρόσφυγες. Τα αποτελέσματα της πολιτικής μετανάστευσης στη θέση και τον αποκλεισμό των αλλοδαπών από την αγορά εργασίας και την απόλαυση των κοινωνικών δικαιωμάτων, χρήζουν επίσης ιδιαίτερης προσοχής.⁴² Ενώ υπάρχει μια αυξανόμενη

⁴¹ Ψημμένος Ι., *Μετανάστευση από τα Βαλκάνια...*, ό.π..

⁴² Πετράκου Η., *Η κατασκευή της μετανάστευσης στην ελληνική κοινωνία*, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2001.

αναγνώριση της ταχύτητας και της σημασίας των αλλαγών στη μεταναστευτική εμπειρία τις πρόσφατες δεκαετίες στην Ελλάδα, και έχουν αναπτυχθεί σύνθετες θεωρητικές προσεγγίσεις αυτών των διαδικασιών, εν τούτοις η προσπάθεια για να αναγνωριστεί ρητά ότι είναι «φυσική» αυτή η εμπειρία είναι περιορισμένη.

Η Ελλάδα έχει θεωρηθεί ευκολότερος τόπος εισαγωγής και εύρεσης εργασίας και λόγω της νομοθεσίας της έχει συγκεντρώσει μεγάλο ποσοστό μεταναστών, που απασχολούνται ειδικά στον οικιακό τομέα και ιδιαίτερα στην Αθήνα. Σημαντικό είναι επίσης να αναφερθεί ότι στην κάθε χώρα, οι πληθυσμοί που μεταναστεύουν έχουν κατά κύριο λόγο μια σχέση με την πόλη υποδοχής.⁴³ Στην Αθήνα διαφαίνεται ότι έχουν διαμορφωθεί ορισμένα μεταναστευτικά πρότυπα που τα χαρακτηριστικά του κάθε ενός εξαρτώνται από τον τρόπο εισόδου, το δικαίωμα στην κατοικία και τη θέση των μεταναστών στην Αθήνα⁴⁴. Το καθεστώς των μεταναστών εργαζομένων φιλοξενούμενων εφαρμόστηκε πρώτιστα στη Γερμανία αλλά και στην Ελβετία, μόνο που στην Αθήνα συγκέντρωσε μεγαλύτερα ποσοστά μεταναστών.⁴⁵

Αναφορικά με τις **αιτίες μετανάστευσης** προς την Ελλάδα, παρατηρείται ότι οι παρακάτω παράγοντες έχουν διαδραματίσει καθοριστικό ρόλο:

1. Η *γεωγραφική θέση* της χώρας και η μορφολογία του εδάφους της. Η μεγάλη έκταση των ακτών της (33.000 χιλ.) και η έκταση των περιφερειακών συνόρων της (1.170 χιλ.) καταστούν δύσκολη τη φύλαξη των συνόρων της. Τα σύνορα της παραμένουν αφύλακτα με αποτέλεσμα η προσπάθεια εισόδου «παράνομων» μεταναστών να πραγματοποιείται καθημερινά. Υποστηρίζεται ότι η πλειονότητα των μη νόμιμων αλλοδαπών δεν είναι άτομα των οποίων έχουν λήξει η νόμιμη άδεια εισόδου, αλλά άτομα που έχουν εισέλθει στη χώρα «παράνομως».⁴⁶ Οι ενδιαφερόμενοι μετανάστες επιλέγουν την παραμονή τους σε χώρες του Μεσογειακού Νότου, καθώς θεωρούν ευκολότερη την πρόσβαση στη νότια Ευρώπη, παρά σε παραδοσιακές χώρες υποδοχής μεταναστών στη βόρεια ή δυτική Ευρώπη. Επίσης, αρκετοί παραμένουν στην Ελλάδα με

⁴³ Πετρινιώτη Ξ., *Η μετανάστευση προς την Ελλάδα. Μια πρώτη καταγραφή, ταξινόμηση και ανάλυση*, Εκδ. Οδυσσέας, Αθήνα 1993.

⁴⁴ Γλυτσός Π.Ν., *Περιφερειακές ανισότητες στην Ελλάδα: Δημογραφικά και οικονομικά στοιχεία*, ΚΕΠΕ, Αθήνα 1988

⁴⁵ Τσουκαλάς Αντ., *Μετανάστευση και εγκληματικότητα...*, ό.π.

⁴⁶ Κατρούγκαλος Γ., *Τα κοινωνικά δικαιώματα των παράνομων αλλοδαπών*, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1996.

στόχο να αποχωρήσουν μελλοντικά για άλλες χώρες, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις μετατρέπεται αργότερα σε επιθυμητό προορισμό.

2. *Οικονομικά αίτια.* Πολλά άτομα μεταναστεύουν, συνήθως, όταν οι οικονομικές συνθήκες απασχόλησης στη χώρα υποδοχής είναι πιο ευνοϊκές από τις συνθήκες στη χώρα αποστολής και εκτός από τις αμοιβές που είναι πιο υψηλές, παρέχεται ασφαλιστική κάλυψη, οικογενειακά επιδόματα, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, στέγη κ.λπ. Οι μετανάστες προσφέρουν χαμηλά αμειβόμενη ανειδίκευτη εργασία, δίνοντας έτσι τη δυνατότητα, στις μικρομεσαίες επιχειρήσεις, κυρίως, να αντιμετωπίσουν τον αυξανόμενο ανταγωνισμό συμπιέζοντας το κόστος τους. Η αποδυνάμωση του συστήματος κοινωνικής προστασίας, η ανάγκη για ευελιξία στις εργασιακές σχέσεις και η αναδιάρθρωση της οικονομίας, συντείνουν στην ένταση του φαινομένου της απασχόλησης μεταναστών. Παράλληλα, παρατηρείται μια στροφή των Ελλήνων στον επαγγελματικό τους προσανατολισμό, με την αναζήτηση θέσεων εργασίας υψηλότερης ποιότητας, υψηλότερου κύρους, λόγω ανάπτυξης του τομέα των υπηρεσιών και της ανόδου του μορφωτικού και βιοτικού επιπέδου του Ελληνικού πληθυσμού. Τα παραπάνω έχουν ως συνέπεια, επαγγέλματα που δεν πληρούν τις κατάλληλες προϋποθέσεις, καθώς και όσα είναι εποχιακής φύσεως (γεωργία, τουρισμός, κατασκευές) να καταλαμβάνονται συχνά από μετανάστες, οι οποίοι λόγω της οικονομικής τους δυσπραγίας, καθίστανται ευέλικτο εργατικό δυναμικό.⁴⁷
3. *Πολιτικά αίτια.* Αναφερόμαστε σε πολιτικές διώξεις που μπορεί να υφίσταται κάποιος στη χώρα του και αναγκάζεται να μεταναστεύσει ο ίδιος ή και ολόκληρη η οικογένειά του για λόγους ασφαλείας. Επίσης, οι πολιτικές ανακατατάξεις σε μια χώρα λειτουργούν ως αιτία μετανάστευσης. Για παράδειγμα, οι πολίτες των χωρών της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, μαθημένοι σε ένα πλαίσιο ευρυθμίας, ευταξίας και οργάνωσης που τους πρόσφερε η χώρα, απογοητεύτηκαν από τους ηγέτες τους καθώς και από την κατάρρευση ενός κομμουνιστικού συστήματος. Η απότομη στροφή προς τη δημοκρατία, η πορεία προς τον καπιταλισμό και

⁴⁷ Αμίτσης, Γ. & Λαζαρίδης Γ. (επιμ.), *Νομικές και κοινωνικοπολιτικές διαστάσεις της μετανάστευσης στην Ελλάδα*, Εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα 2001.

η ραγδαία άνοδος του πληθωρισμού⁴⁸ οδήγησαν πολλούς από αυτούς στη μετάβασή τους στην Ελλάδα για ένα καλύτερο μέλλον και μια καλύτερη εργασία. Η μετάβαση από τον κομμουνισμό στον καπιταλισμό επέφερε σοβαρές ανακατατάξεις στον τομέα της οικονομίας και κατ' επέκταση στη ζωή των ανθρώπων. Στις μαρτυρίες των ατόμων που βιογραφήθηκαν παρατηρείται σύγκλιση απόψεων, δηλώνουν ευχαριστημένοι και οικονομικά αυτότεκεις στο πρώην οικονομικό σύστημα και δεν είναι λίγες οι φορές που προβαίνουν σε αρνητικές εκτιμήσεις για την οικονομική κατάσταση στην επαρχία⁴⁹ Όσον αφορά στο κοινωνικό επίπεδο σε μια τέτοια χώρα εγκατάλειψης από τους κατοίκους της, παρατηρείται εξασθένιση της οικονομίας, αφού όχι μόνο δεν υπάρχει σταθερή παραγωγή, αλλά επιπλέον καταστρέφεται και η ήδη υπάρχουσα λόγω των συνθηκών. Έχει, επίσης, σημειωθεί έξαρση της εγκληματικότητας⁵⁰, καθώς η δυσλειτουργία του κρατικού κατασταλτικού μηχανισμού και η οικονομική εξαθλίωση φαίνεται ότι ευνοούν τη ραγδαία αύξησή της. Τέλος, κλονίζεται η σταθερότητα σε κρατικό επίπεδο, τη στιγμή που σημειώνονται αυτονομιστικές τάσεις με εθνικό και θρησκευτικό χαρακτήρα που απειλούν την ενότητα του κράτους. Η απώλεια ανθρώπινων ζώων, η οικονομική εξαθλίωση και η ανασφάλεια αποτελούν συνιστώσες που θέτουν τη διαδικασία της μετανάστευσης ως τη μοναδική ίσως διεξόδο σωτηρίας.⁵¹

4. Ένας επιπλέον παράγοντας της μαζικής εισροής των μεταναστών στην Ελλάδα, αφορά στην *αδυναμία του κράτους* και στην έλλειψη οργανωμένης μεταναστευτικής πολιτικής για την εφαρμογή αυστηρού πλαισίου απομάκρυνσης «παράνομων» αλλοδαπών και την ανάπτυξη ουσιαστικής αρωγής και διαδικασιών των νόμιμων. Η απουσία τεχνογνωσίας και η έλλειψη εμπειρίας των διοικητικών υπαλλήλων συντείνει στη διατήρηση και διαιώνιση αυτής της κατάστασης. Ειδικότερα η Ελλάδα είναι αναγκαίο να εφαρμόσει μια συγκροτημένη μεταναστευτική πολιτική, ώστε να αντιμετωπίσει τα σοβαρά προβλήματα

⁴⁸ Αγραφιιώτης Δ., *Πολιτιστικές ασυνέχειες*, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1998.

⁴⁹ Ψημμένος Ι., *Μετανάστευση από τα Βαλκάνια...*, ό.π.

⁵⁰ Κασιμάτη Κ., *Φαινόμενα κοινωνικής παθογένειας σε ομάδες κοινωνικού αποκλεισμού*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 2000.

⁵¹ Αμίτσης Γ. (επιμ.), *Νομικές και κοινωνικοπολιτικές διαστάσεις της μετανάστευσης στην Ελλάδα*, Εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα 2002.

που έχουν ήδη δημιουργηθεί, τις οικονομικές απώλειες που υφίστανται (παραοικονομία, απώλεια εσόδων κ.λπ.) και σε συνδυασμό με διαδικασίες κατευθυνόμενης «νομίμου» εισόδου και διαμονής στη χώρα εργατικού δυναμικού οικονομικών μεταναστών, να ισορροπήσει και να ενισχύσει επιλεκτικά την αγορά εργασίας ανάλογα με τις εκάστοτε ανάγκες.

Οι μετανάστες προκειμένου να διαχειριστούν τις προαναφερόμενες δυσκολίες, καταφεύγουν κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα, όπου οι κοινωνικές διαφορές όπως είναι οι θρησκευτικές και οι γλωσσικές, είναι ανασταλτικοί παράγοντες της ομαλής τους ενσωμάτωσης σε άλλες πόλεις. Στην πραγματικότητα εξαναγκάζονται, λόγω ειδικών συνθηκών, να εγκαταλείψουν την εργασία τους, τον οικείο χώρο τους και συχνά την οικογένειά τους, τον τόπο όπου γεννήθηκαν και έζησαν και να καταφύγουν σε έναν άλλον τόπο.

1.5 Κλασικές θεωρητικές προσεγγίσεις για τη μετανάστευση

Η ανάλυση του φαινομένου της μετανάστευσης, αποτελεί σημαντικό μέρος μιας μακράς κοινωνιολογικής παράδοσης. Εξετάζοντας τη βιβλιογραφία, παρατηρεί κανείς τη σημασία που έχει το ζήτημα της επίδρασης της εργασίας των ανθρώπων στον αυτοπροσδιορισμό του ατόμου, καθώς και στις βασικές μορφές κοινωνικών σχέσεων, κοινωνικής αλληλεγγύης και κοινωνικής κινητικότητας. Μάλιστα, η διερεύνηση των επιρροών που ασκεί η εργασία στο ζήτημα της μετανάστευσης – εσωτερικής και εξωτερικής, υπήρξε βασικό στοιχείο των κοινωνιολογικών μελετών σχετικά με την οργάνωση της οικονομικής δραστηριότητας και των συνεπειών της στον άνθρωπο.⁵²

Τις βασικές σχολές ανάλυσης αποτελούν ο Μαρξισμός, ο Λειτουργισμός (με κυρίαρχους εκφραστές για το θέμα της μετανάστευσης, τους διανοητές της Σχολής του Σικάγο) και η Βεμπεριανή προσέγγιση.

⁵² Durkheim E., *The Division of Labor in Society*, New York. The Free Press 1984. Marx K. and Engels F., *The Communist Manifesto*, Middlesex: Penguin 1967. Weber M., *Economy and Society: An Outline of Interpretive Sociology*. Berkley, CA: U. California Press, 1978, pp. 24-6, 215-6, 217, 223-6, 237-8, 241-6. Simmel G., *Lebensphilosophie*, Chicago, University Press 1983.

1.5.1 Η μαρξιστική προσέγγιση του μεταναστευτικού ζητήματος

Στην περίπτωση της μετανάστευσης, οι μαρξιστές προσεγγίζουν τις συνέπειες της εργασίας, τόσο ως προς τον ταξικό αυτοπροσδιορισμό των εργαζομένων (ταξική συνείδηση), όσο και ως προς τις οικογενειακές σχέσεις και τις σχέσεις αλληλεγγύης. Οι μεταναστευτικές ροές αποτελούν μέρος των διαπροσωπικών σχέσεων που διαμορφώνονται από την εργασία στη χώρα προέλευσης. Η κατάρρευση των παραγωγικών δομών στις χώρες αποστολής, (αλλά και οι προσδοκίες του εργαζόμενου για καλύτερες οικονομικές συνθήκες), οδηγεί σε διαφορετικές μορφές οργάνωσης της ζωής και των διαπροσωπικών σχέσεων. Η οικογένεια αλλά και οι σχέσεις αλληλεγγύης εντάσσονται στο πλαίσιο της μετακίνησης του εργατικού δυναμικού και της ένταξής του στην ατομική μισθωτή εργασία στις χώρες υποδοχής.

Η εργασία αυτή παράγει με τη σειρά της νέες αξίες και αντιλήψεις, αλλά επιπλέον δημιουργεί νέες σχέσεις αλληλεγγύης τόσο με την υπόλοιπη εργατική τάξη (συντοπίτες μετανάστες) όσο και με τους ίδιους τους εργοδότες τους, ενίοτε και με τους γηγενείς συναδέλφους τους στον χώρο εργασίας. Η τελευταία περίπτωση προκύπτει όταν αναφερόμαστε στην περίπτωση της κοινωνικής ένταξης του μετανάστη στην κοινωνία της χώρας υποδοχής. Τέλος, η οργάνωση των σχέσεων παραγωγής στη χώρα υποδοχής αναπαράγει το φθηνό μεταναστευτικό εργατικό δυναμικό.

Η μαρξιστική προσέγγιση των μεταναστευτικών ροών⁵³ εντάσσεται στο πλαίσιο κατανόησης των παραγωγικών δομών και αλλαγών στις χώρες προέλευσης και υποδοχής. Ωστόσο, οι δομές και οι αντίστοιχες αλλαγές, δεν μπορούν να εννοηθούν ξεχωριστά από τη λειτουργία του καταμερισμού εργασίας σε διεθνές επίπεδο. Η μαρξιστική ανάλυση των μεταναστευτικών ρευμάτων επικεντρώνεται στην εξέταση των διεθνών αναγκών του κεφαλαίου και πιο συγκεκριμένα στις οικονομικές και παραγωγικές σχέσεις ανάμεσα στις «αναπτυγμένες» και «αναπτυσσόμενες» χώρες – ή διαφορετικά ανάμεσα στις χώρες του «κέντρου» και της «περιφέρειας».⁵⁴ Πρόκειται για μοντέλα που βασίζονται ως επί το πλείστον στην ανάλυση της πολιτικής

⁵³ Papastergiadis N., *The Turbulence of Migration: Globalization, Deterritorialization and Hybridity*, New York: Polity Press 2000.

⁵⁴ Amin S., *Le Développement Inégal*, Paris. Editions de Minuit 1973.

οικονομίας, σύμφωνα με τα οποία οι τροχιές των μεταναστών εντάσσονται στο πλαίσιο διεθνών και εθνικών οικονομικών συστημάτων.⁵⁵

Κεντρική θεώρηση στην προσέγγιση αυτή είναι η λειτουργία του μεταναστευτικού εργατικού δυναμικού ως ενός «εφεδρικού στρατού» (reserve army of labour) για τις οικονομίες των ανεπτυγμένων οικονομικά και ισχυρών χωρών. Με άλλα λόγια, στο πλαίσιο του διεθνούς καταμερισμού εργασίας, οι χώρες του «κέντρου» χρησιμοποιούν τις χώρες της «περιφέρειας» ως ένα ρεζερβουάρ παροχής εργατικού δυναμικού ανάλογα με τις οικονομικές και παραγωγικές τους απαιτήσεις.⁵⁶ Είναι μια άποψη που έχει αντληθεί από την ανάλυση του Marx για τη σχέση ανάμεσα στις ευκαιρίες απασχόλησης και τους κύκλους της καπιταλιστικής συσσώρευσης. Σύμφωνα με την ανάλυση αυτή, ο εφεδρικός στρατός δεν αποτελεί μόνο συνέπεια της καπιταλιστικής παραγωγής αλλά παράλληλα και έναν κινητήριο μοχλό ανακύκλωσης και αέναης συνέχισής της. Χαρακτηριστική είναι η ανάλυση του Marx στο «Κεφάλαιο»:

*«Αν όμως ο πλεονάζων πληθυσμός είναι αναγκαίο προϊόν της συσσώρευσης ή της ανάπτυξης του πλούτου πάνω σε κεφαλαιοκρατική βάση, αντίστροφα, ο πληθυσμός αυτός γίνεται με τη σειρά του μοχλός της κεφαλαιοκρατικής συσσώρευσης, ή ακόμα και όρος ύπαρξης του κεφαλαιοκρατικού τρόπου παραγωγής. Το εργατικό αυτό δυναμικό αποτελεί ένα διαθέσιμο βιομηχανικό εφεδρικό στρατό, που ανήκει στο κεφάλαιο τόσο απόλυτα, σαν να τον είχε φτιάξει με τα δικά του έξοδα».*⁵⁷

Ακολουθώντας αυτήν ακριβώς τη συλλογιστική του Marx, οι θεωρητικοί επίγονοί του προσέγγισαν τη μετανάστευση όχι ως ένα απομονωμένο ιστορικά γεγονός, αλλά ως μια ιστορικά σταθερή και δυναμική διαδικασία που εξαρτάται από τις παραγωγικές και οικονομικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα κράτη, στο πλαίσιο της διεθνούς οργάνωσης της οικονομίας και της παραγωγής.⁵⁸ Επίσης, όπως αναφέρουν οι Castles και Kosack⁵⁹: «Οι μάζες των ανέργων από τις μη ανεπτυγμένες χώρες της Ευρώπης και τον Τρίτο κόσμο αποτελούν έναν λανθάνοντα πλεονάζοντα

⁵⁵ Papastergiadis N., *The Turbulence...*, ό.π.

⁵⁶ Castle St. & Kosack G., *Immigrant Workers and Class Structure in Western Europe*, London, Oxford University Press 1973.

⁵⁷ Marx K., Dragstedt A., *Value: Studies By Karl Marx*, New Park Publications, London, 1976, p. 7-40.

⁵⁸ Papastergiadis N., *The Turbulence...*, ό.π.

⁵⁹ Castles St. & Kosack G., *Immigrant Workers and Class Structure in Western Europe*, London, Oxford University Press 1973.

πληθυσμό ή εφεδρικό στρατό που μπορεί να εισαχθεί στις ανεπτυγμένες χώρες για να εξυπηρετήσει τα συμφέροντα της κεφαλαιοκρατικής τάξης».

Ο Cohen⁶⁰ εστιάζει στη σημασία της εξαρτημένης-ανελεύθερης εργασίας και των διαφορετικών μορφών που αυτή έχει πάρει για την ανάπτυξη του καπιταλισμού. Πιο συγκεκριμένα, συνεχίζει τη μαρξιστική παράδοση σύμφωνα με την οποία ένας συνδυασμός ελεύθερης και ανελεύθερης εργασίας ήταν και είναι απαραίτητος για την εμπέδωση και επιβίωση του καπιταλισμού.⁶¹ Όμως, η παραδοσιακή κατανόηση του διεθνούς καταμερισμού εργασίας είχε οδηγήσει σε μια βασική χωρική διάταξη, με την «ελεύθερη εργασία» να χαρακτηρίζει τις κοινωνίες του κέντρου και την «ανελεύθερη» να αποτελεί «προνόμιο» των χωρών της «περιφέρειας». Όπως χαρακτηριστικά τονίζει ο Wallerstein⁶²: *«Η ελεύθερη εργασία είναι μια μορφή εργασιακού ελέγχου που χρησιμοποιείται για την εξειδικευμένη εργασία στις χώρες του κέντρου. Ενώ, η εξαναγκαστική εργασία χρησιμοποιείται για τη λιγότερο εξειδικευμένη εργασία στις περιφερειακές χώρες. Ο συνδυασμός των δύο είναι η ουσία του καπιταλισμού».*

Συμπερασματικά, λοιπόν, προκύπτει η αναγνώριση του μεταναστευτικού εργατικού δυναμικού ως μια διαρκής αναγκαιότητα του οικονομικού συστήματος, το οποίο αδυνατεί να αντιμετωπίσει τις ανάγκες του για χαμηλού κόστους εργασία.⁶³

1.5.2 Ο λειτουργισμός και η Σχολή του Σικάγο

Η λειτουργιστική προσέγγιση στην Κοινωνιολογία χαρακτηρίζεται από την ιδιαίτερη έμφαση που δίνει στη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής.⁶⁴ Για τους αναλυτές του λειτουργισμού, η εργασία (βασικός σκοπός του μετανάστη), επηρεάζει καίρια το άτομο, ως προς την οικογένεια και τις κοινωνικές του σχέσεις, με δύο τουλάχιστον τρόπους:

- Η εργασία οφείλει να διατηρήσει τις κοινωνικές νόρμες που είναι απαραίτητες και για τη συντήρηση του θεσμού της οικογένειας, αλλά και

⁶⁰ Cohen R., *The New Helots: Migrants in the International Division of Labour*, Oxford: Oxford Publishing Services 1987, p. 77.

⁶¹ Yankelovich D., *The New Stage of Market Capitalism*, Yale University Press 1972. Engerman D., *Know Your Enemy: The Rise and Fall of America's Soviet Experts*, Oxford University Press 1999.

⁶² Wallerstein I. Globalization, or the Age of Transition? A Long-term View of the Trajectory of the World System, *International Sociology*, 2000, 5, pp. 251-267.

⁶³ Cohen R., *Migration and its Enemies: Global Capital, Migrant Labour and the Nation State*, Warwick: Ashgate 2006.

⁶⁴ Coser L., *Men of Ideas*, Free Press, New York 1997.

για την ανάπτυξη σχέσεων επικοινωνίας, αλληλεπίδρασης και αλληλεγγύης ανάμεσα στα μέλη μιας κοινότητας ή της κοινωνίας συνολικά.⁶⁵

- Η εργασία, αποκομμένη από τη δημιουργικότητα και το αίσθημα της κοινοτικής ή κοινωνικής προσφοράς, εξατομικεύει το συλλογικό και κοινωνικό της ρόλο και ενισχύει ατομικιστικές αντιλήψεις.⁶⁶ Κατά τους λειτουργιστές αυτή η εξέλιξη υπονομεύει καθοριστικά τόσο τον θεσμό της οικογένειας όσο και την ανάπτυξη σχέσεων αλληλεπίδρασης και αλληλεγγύης.⁶⁷

Η πλέον χαρακτηριστική μελέτη της λειτουργιστικής προσέγγισης είναι αυτή του E. Durkheim. Στο σημαντικότερο έργο του «*Division of Labour in Society*» (1997), ο Durkheim, παρουσίασε τις κοινότητες του παρελθόντος να χαρακτηρίζονται από αυτό που ο ίδιος αποκαλούσε μηχανική αλληλεγγύη (mechanical solidarity). Πρόκειται για κοινότητες που χαρακτηρίζονται από την ομοιότητα και σύμπνοια των μελών τους και η σύμπνοια αυτή, έως ένα βαθμό, είναι προϊόν του αγροτικού μοντέλου παραγωγής. Εν μέρει όμως είναι και προϊόν της προτεραιότητας που έδιναν οι άνθρωποι στην επιβίωση της κοινότητας, δεδομένων των δύσκολων συνθηκών της εποχής.⁶⁸ Οι κοινότητες αυτές ιστορικά κατά τον Durkheim έδωσαν τη θέση τους στην κοινωνία της οργανικής αλληλεγγύης (organic solidarity), που χαρακτηρίζεται από τη διαφορετικότητα των μελών της. Ωστόσο, μέσω του καταμερισμού της εργασίας μπορεί να προκύψει συνεργασία και συντονισμός των επιμέρους μελών που οδηγεί σε μια πιο δύσκολα συντηρούμενη, αλλά ομοίως σημαντική μορφή αλληλεγγύης. Το πρόβλημα για τον Durkheim είναι η ανάπτυξη σε αυτή τη νέα μορφή κοινωνίας, αυτού που ονόμασε ανομία (anomie). Πρόκειται για μια κατάσταση κατά την οποία το άτομο δεν αναγνωρίζει τη σχέση του με την κοινωνία, το οποίο μπορεί να οφείλεται είτε στην επικράτηση μη αξιολογικών πρακτικών, είτε σε ακραίες ατομικιστικές αντιλήψεις που (ανα)παράγονται από το νέο οικονομικό μοντέλο.

Η παραπάνω ανάλυση του Durkheim έχει ιδιαίτερη βαρύτητα, προκειμένου να γίνουν κατανοητές οι μετέπειτα λειτουργιστικές μελέτες που επικεντρώθηκαν στις

⁶⁵ Parsons T. & Bales R., *Family: socialization and interaction process*, London: Routledge & Kegan Paul 1956. Parsons T., *The basic and irreducible functions of the family*, SAGE, London 1959.

⁶⁶ Durkheim E., *The Division of Labor in Society*, New York. The Free Press 1984.

⁶⁷ Thomas W. & Znaniecki F., *The Polish Peasant in Europe and America*, Urbana-Chicago, University of Illinois Press 1984. Young M. & Willmott P., *Community, family and public policy*, London, Pelican 1962.

⁶⁸ Moore J.B., *Optimal Filtering*, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall 1979.

συνέπειες της εργασίας σχετικά με την οικογένεια, τις κοινωνικές σχέσεις και τις σχέσεις αλληλεγγύης των μεταναστών. Αυτή η προβληματική εξετάστηκε εκτενώς από τους εκπροσώπους της Σχολής του Σικάγο, που στις αρχές του 20^{ου} αιώνα εστίασε σε ζητήματα κοινωνικής αποδιοργάνωσης (social disorganization) στο πλαίσιο της Αστικής Κοινωνιολογίας. Η βασική προβληματική της Σχολής περιστρέφεται γύρω από την «οικολογική προσέγγιση» (ecological approach). Με τον όρο αυτό τονίζεται από τους εκφραστές της Σχολής η σημασία του συγκεκριμένου πλαισίου μέσα στο οποίο εντάσσονται τα κοινωνικά φαινόμενα και προβλήματα.⁶⁹ Τα ζητήματα της κοινωνικής οργάνωσης ή αποδιοργάνωσης δεν είναι αποτελέσματα κάποιων εγγενών τάσεων του ατόμου, αλλά πρέπει να ειδωθούν υπό το πρίσμα της ζωής μέσα σε μια συγκεκριμένη πόλη⁷⁰ ή της εργασίας σε ένα συγκεκριμένο επάγγελμα⁷¹. Ιδιαίτερα, η Σχολή του Σικάγο έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στα επαγγέλματα «χαμηλού κύρους»⁷², καθώς τα επαγγέλματα αυτά, λόγω της άτυπης φύσης τους, δημιουργούν ιδέες και αντιλήψεις που έως έναν βαθμό εμφανίζονται να επιτείνουν την κοινωνική αποδιοργάνωση, συνεισφέροντας έτσι καθοριστικά στην κοινωνιολογική ανάλυση της εργασίας.

Οι Thomas και Znaniecki στο κλασσικό τους έργο «The Polish Peasant in Europe and America» (1984), εκπόνησαν μελέτη, που αποτελεί την πρώτη εμπειριστατωμένη κοινωνιολογική ανάλυση της μετανάστευσης, εξετάζοντας τον τρόπο με τον οποίον η εργασία διαμορφώνει διαφορετικές σχέσεις με τα οικεία πρόσωπα στο πλαίσιο των διαφορετικών οικονομικών και παραγωγικών πρακτικών στις δύο ηπείρους. Πρόκειται για μια μελέτη που καταδεικνύει ότι η οικονομία δεν παράγει απλά κέρδη, ζημίες και ισοζύγια, αλλά μέσω της εργασίας δημιουργεί συνήθειες, αντιλήψεις και τρόπους ζωής που επηρεάζουν αποφασιστικά τους ανθρώπους, τις μεταξύ τους κοινωνικές σχέσεις και κατ' επέκταση τις σχέσεις με τις δομές και τους θεσμούς της χώρας υποδοχής.

Ο κεντρικός προβληματισμός της μελέτης είναι η αδυναμία των Πολωνών εργατών να προσαρμοστούν στα νέα δεδομένα που δημιουργούνται από τη

⁶⁹ Park R.E., *Race and Culture*, Glencoe III, Free Press, New York 1952.

⁷⁰ Wirth L., *The Ghetto*, Penguin Classic, UK 1928. Burgess E.W., *The City*, University of Chicago Press 1967.

⁷¹ Cressey P.G., *The Taxi-Dance Hall. A Sociological Study of Commercialized Recreation and City Life*. Chicago: Univ. of Chicago Press, 1932. Hughes E.C., *Men and their Work*, New York: Free Press 1958.

⁷² Pacyga D.A., *Polish Immigrants and Industrial Chicago: Workers on the South Side, 1880-1922*, Columbus: Ohio State University Press 1991.

μετανάστευσή τους και αυτό σύμφωνα με τους συγγραφείς δεν πηγάζει από κάποια εγγενή αδυναμία του πληθυσμού. Αντιθέτως, αφορά στις μεγάλες διαφορές που εντοπίζονται ανάμεσα στους αγροτικούς/παραδοσιακούς κοινωνικούς δεσμούς που χαρακτήριζαν την Πολωνία, και στους βιομηχανικούς δεσμούς της νεωτερικότητας που συναντά κανείς στις Ηνωμένες Πολιτείες στις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Στο πλαίσιο αυτών των αλλαγών, οι παλαιότερες κοινωνικές σχέσεις και οι ταυτότητες που απορρέουν από αυτές, υπονομεύονται ή και διαλύονται πλήρως.⁷³ Στους βιομηχανικούς εργάτες επικρατεί ένας νέος τρόπος ζωής, που σχετίζεται περισσότερο με την ορθολογική σκέψη και συμπεριφορά, σε αντίθεση με την έννοια της «δέσμευσης» στην κοινότητα και της επιλογής της που επικρατούσε στη χώρα προέλευσης.⁷⁴ Συνέπεια αυτού του νέου τρόπου ζωής είναι οι διαδικασίες κοινωνικής ένταξης του μετανάστη στην κοινωνία/χώρα υποδοχής.

1.5.3 Η Βεμπεριανή Σχολή

Η τρίτη και εξίσου σημαντική θεωρητική προσέγγιση ζητημάτων που σχετίζονται με τη μετανάστευση, προκύπτει μέσα από μελέτη των συνεπειών της εργασίας πάνω στο άτομο-μετανάστη και στις σχέσεις αλληλεγγύης των μεταναστών,⁷⁵ και είναι αυτή των ερευνητών που έχουν επηρεαστεί από τις αναλύσεις του M. Weber. Η θεωρητική προσέγγιση του Weber⁷⁶ στα θέματα αυτά, περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις: αυτές αφορούν στα ζητήματα «κύρους» (status) την έννοια της «κοινωνικής κλειστότητας» (social closure) και των «κλειστών σχέσεων» (closed relationships), καθώς και τον κοινωνικό καταμερισμό της εργασίας στα πρότυπα του συστήματος «καστών» (caste system).

Η έννοια με την οποία ο Weber έχει συνδεθεί περισσότερο, είναι αυτή του «κοινωνικού κύρους». Η προβληματική του αναφορικά με το κύρος, στο έργο του «Οικονομία και Κοινωνία» (1978)⁷⁷ συνοψίζεται στο παρατιθέμενο απόσπασμα: «Σε αντίθεση με την αμιγώς οικονομικά εξαρτημένη “ταξική κατάσταση”, χαρακτηρίζουμε

⁷³ Psimmenos I. & Kassimati K., *Polish Workers and Flexible Service Work*, in A. Triandafyllidou (ed.), *Contemporary Polish Migration in Europe: Complex Patterns of Movement and Settlement*, Lewiston: Edwin Mellen Press 2006.

⁷⁴ Sen A., *Rational Choice*, *American Economic Review*, 75(6), 1977.

⁷⁵ Κονιόρδος Σ.Μ., *Η θέση του Βέμπερ για την προτεσταντική ηθική της εργασίας*, ΕΑΠ, Πάτρα 2002.

⁷⁶ Weber M., *Economy and Society: An Outline of Interpretive Sociology*. Berkley, CA: U. California Press, 1978.

⁷⁷ Στο ίδιο.

“κατάσταση κύρους” κάθε τυπικό κομμάτι της ζωής των ανθρώπων που ορίζεται από μια συγκεκριμένη, θετική ή αρνητική αποτίμηση της τιμής (honour). Η τιμή μπορεί να συνδέεται με οποιαδήποτε ποιότητα που εκτιμά μια συλλογικότητα και σαφώς μπορεί να συνδέεται με την ταξική κατάσταση... Πιο συγκεκριμένα, το κύρος συνήθως εκφράζεται από το γεγονός ότι ένας συγκεκριμένος τρόπος ζωής συνοδεύεται από τη συμμετοχή σε ομάδες κύρους».

Ο Weber στον παραπάνω ορισμό συμπεριλαμβάνει και τις ομάδες χαμηλού κύρους, αν και η ανάλυσή του επικεντρώνεται περισσότερο στην έννοια του υψηλού κύρους. Σύμφωνα με τον ίδιο, η παγίωση του status μιας κοινωνικής ομάδας είναι σε θέση να «κατοχυρώνει» και άρα να αναπαράγει τα πλεονεκτήματα ή τις ελλείψεις που την χαρακτηρίζουν.⁷⁸ Επομένως, η έννοια του κύρους έχει μεγάλη σημασία για την ανάλυση της εργασίας των μεταναστών και των συνεπειών της στον αυτοπροσδιορισμό, στις οικογενειακές και κοινωνικές τους σχέσεις, αφού η εργασία του μετανάστη εντάσσεται στις επονομαζόμενες «εργασίες χαμηλού κύρους» (low-status jobs). Οι εργασίες τέτοιου τύπου, από τη μία πλευρά, ακριβώς λόγω της αρνητικής αποτίμησης που τυγχάνουν από την κοινωνία, οδηγούν τους εργαζόμενους μετανάστες στο περιθώριο, από την άλλη όμως, το χαμηλό κύρος που απορρέει από την εργασία επιφέρει περαιτέρω συνέπειες, όπως την ανάπτυξη σχέσεων μεταξύ τους αλληλεγγύης ή αντίθετα αποδιοργάνωσης και την προσπάθεια των μεταναστών να ενταχθούν στις αντίστοιχες γηγενείς ομάδες και στην κοινωνία της χώρας υποδοχής. Η δεύτερη προβληματική του Weber, η οποία ως ένα βαθμό συνδέεται και με το κύρος, αφορά στις κλειστές κοινωνικές σχέσεις, τις οποίες ορίζει ως ακολούθως *«Μια σχέση ονομάζεται “κλειστή” ως προς άλλους, εφ’ όσον βάσει του υποκειμενικού νοήματος που έχει και των κανόνων που την διέπουν, η συμμετοχή ορισμένων ατόμων αποκλείεται, είναι περιορισμένη ή είναι ζήτημα τήρησης ορισμένων προϋποθέσεων»*.⁷⁹

Στην ανάλυση της μετανάστευσης, οι κλειστές σχέσεις αφορούν σε δύο διαφορετικές αλλά εξίσου σημαντικές διαδικασίες. Από τη μία, η ίδια η μεταναστευτική εργασία χαμηλού κύρους, είναι αποτέλεσμα του φαινομένου που ο Weber ονόμασε «κοινωνική κλειστότητα» (social closure), όρος μεγάλης βαρύτητας για την Κοινωνιολογία, αφού σε αυτό ακριβώς βασίστηκε η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού, που αποτέλεσε το κυρίαρχο ερμηνευτικό εργαλείο ανάλυσης της

⁷⁸ Στο ίδιο.

⁷⁹ Στο ίδιο.

μετανάστευσης από τη δεκαετία του '70 και μετά.⁸⁰ Σύμφωνα με την αρχική θεώρηση του Weber, η «κοινωνική κλειστότητα» εκδηλώνεται σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες που καλύπτουν θέσεις τόσο στην εργασία όσο και σε άλλους τομείς της ζωής.⁸¹ Η συμμετοχή σε αυτές τις θέσεις επιτρέπει μια «υπό ευμενείς όρους» ένταξη στο κοινωνικό σύνολο της χώρας υποδοχής.

Η προβληματική αυτή αναπτύσσεται μέσα από την ιδέα των «κλειστών κοινωνικών σχέσεων». Δεδομένου ότι οι μετανάστες απασχολούνται σε επαγγέλματα που δεν εκτελούνται από γηγενείς, η μεταναστευτική εργασία γίνεται κατανοητή ως «υπολειμματική» (αποτελεί υπόλειμμα της ζήτησης), καθώς το εργατικό δυναμικό ωθείται να εργαστεί σε επαγγέλματα, τα οποία απορρίπτονται από τους γηγενείς. Έτσι, οι εργασίες χαμηλού κύρους που εκτελούν οι μετανάστες μπορούν να ειπωθούν ως αποτέλεσμα αποκλεισμών των μεταναστών από το ντόπιο εργατικό δυναμικό, το οποίο θέτει φραγμούς στην είσοδο σε αγορές εργασίας και επαγγέλματα που προσδίδουν κοινωνική αναγνώριση. Συνέπεια όλων αυτών, είναι η δημιουργία αντιλήψεων και τρόπων ζωής για εκείνους που βρίσκονται «εκτός των τειχών» και ο αποκλεισμός από τα οικογενειακά και κοινοτικά δίκτυα προστασίας, που καθιστά τους μετανάστες εργασιακά και κοινωνικά ευάλωτους.

Η τρίτη θεωρητική προβληματική του Weber, ο καταμερισμός της εργασίας με μη οικονομικούς όρους, είναι ένα ζήτημα που τον απασχόλησε εξίσου με τον Durkheim και προφανώς τον Marx, καθώς πρόκειται για μια προβληματική εντοπισμού ζητημάτων κοινωνικής ανισότητας. Η προσέγγιση του Weber ξεκινά με μια παραδοχή της σημασίας του καταμερισμού της εργασίας, τονίζοντας ότι: «...κάθε μορφή κοινωνικής δράσης σε μια ομάδα που έχει οικονομικούς σκοπούς και κάθε σχέση οικονομικής σημασίας περιλαμβάνει, σε κάποιο βαθμό, ένα συγκεκριμένο τρόπο καταμερισμού και οργάνωσης των ανθρώπινων υπηρεσιών στα πλαίσια της παραγωγής».⁸²

Ωστόσο, στη συνέχεια ο Weber διαχωρίζει τον τεχνικό και τον κοινωνικό καταμερισμό της εργασίας ως εξής: α) ο τεχνικός καταμερισμός αφορά στον αμιγώς

⁸⁰ Κασιμάτη Κ. & Ψημμένος Ι., Οργανωτική κουλτούρα και κοινωνικός αποκλεισμός, στο: Πετμεζίδου Μ. και Χ. Παπαθεοδώρου (επιμ.), Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός, Εκδ. Εξάντας, Αθήνα 2004.

⁸¹ Portes A. (1997), Immigration Theory for a New Century: Some Problems and Opportunities, *International Migration Review*, 1997, 31, pp. 799-825. Portes A. & Rumbaut R.G., *Immigrant America: A Portrait*, California: University of California Press 1990. Potts L., *The World Labour Market: A History of Migration*, London: Zen Books Press 1990. Pugliesi K. & Shook S.L., Gender Jobs and Emotional Labour in a Complex Organization: Gender Differences in the Psychological Consequences of Employment, *Journal of Health and Social Behaviour*, 1997, 36, pp. 57-71.

⁸² Weber M., *Economy and Society...*, ό.π.

τεχνικό τρόπο με τον οποίον το σύνολο των εργασιών σε μια επιχείρηση κατανέμεται σε διαφορετικούς εργαζομένους, ενώ β) ο κοινωνικός τύπος καταμερισμού περιλαμβάνει τη διαφοροποίηση των οικονομικών δραστηριοτήτων κατά κοινωνικές ομάδες. Δηλαδή, το κοινωνιολογικό ενδιαφέρον στρέφεται όχι τόσο στα τεχνικά χαρακτηριστικά της παραγωγής, αλλά στην κατανομή διαφορετικών οικονομικών ρόλων στην κοινωνία. Σε αυτό το πλαίσιο εισάγει ο Weber την έννοια του εθνικού διαχωρισμού (ethnic segregation), χαρακτηριστικό παράδειγμα του οποίου είναι η ταύτιση των Εβραίων με επικερδείς επιχειρηματικές δραστηριότητες.⁸³ Ο καταμερισμός αυτού του είδους, είναι σαφές πως αφορά στις μειονότητες και κυρίως στους μετανάστες, και αντίστοιχα τους ρόλους τους οποίους αναλαμβάνουν – επαγγελματικούς και κατ' επέκταση κοινωνικούς– οι οποίοι προσδιορίζονται με κύριο κριτήριο την εθνικότητα/καταγωγή.

1.6 Οι πολιτικές για την αντιμετώπιση της μετανάστευσης

Παρ' ότι η παγκοσμιοποίηση δίνει, θεωρητικά τουλάχιστον, τη δυνατότητα σε όλες τις χώρες του κόσμου να συμμετέχουν στον διεθνή ανταγωνισμό, παράγοντας κάθε είδους υλικά αγαθά και υπηρεσίες, έχοντας κάθε φορά το συγκριτικό πλεονέκτημα σε κάποιο συγκεκριμένο τομέα,⁸⁴ η μετανάστευση όχι μόνο δεν φαίνεται να μειώνεται σε παγκόσμιο ή αναλογικά σε εθνικό επίπεδο, αντιθέτως συνεχίζεται με αυξητική τάση όσον αφορά στη ζήτηση εργασίας και την προσδοκία καλύτερων συνθηκών διαβίωσης. Ένα από τα κύρια θέματα που προκύπτουν είναι η ενσωμάτωση των μεταναστών και για τον λόγο αυτό, οι κυβερνήσεις των χωρών υποδοχής αποφασίζουν την εφαρμογή συγκεκριμένων πολιτικών και μέτρων.

⁸³ Στο ίδιο.

⁸⁴ Cohen R., *Migration and its Enemies...*, ό.π.

1.6.1 Το νομοθετικό πλαίσιο της μετανάστευσης στην Ελλάδα

Τα τελευταία χρόνια, όλο και περισσότερο, τα θέματα μετανάστευσης έχουν αποτελέσει αντικείμενο της κοινοτικής νομοθεσίας, η οποία επιχειρεί την εναρμόνιση των σχετικών εθνικών πολιτικών με μία σειρά Ευρωπαϊκών Κανονισμών και Οδηγιών. Κατά τα τελευταία έτη, η Ελλάδα έχει δεχθεί μεγάλο αριθμό μεταναστών χωρίς όμως να υπάρχουν αξιόπιστα αριθμητικά στοιχεία. Το εθνικό ρυθμιστικό μας πλαίσιο παρουσιάζει αρκετά προβλήματα σε σχέση με τα αντίστοιχα των περισσότερων κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Για τον λόγο αυτό, έχουν πραγματοποιηθεί σημαντικές προσπάθειες νομοθετικής ρύθμισης των θεμάτων που σχετίζονται με την είσοδο, την εγκατάσταση (εργασία, ασφάλεια, δικαιώματα κ.λπ.) των μεταναστών στη χώρα.

Στην Ελλάδα το νομοθετικό πλαίσιο για τη μετανάστευση άρχισε να εφαρμόζεται τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια. Μέχρι σήμερα έχουν θεσπιστεί τέσσερις βασικοί νόμοι και δύο προεδρικά διατάγματα που ρυθμίζουν τα ζητήματα της μετανάστευσης και του ασύλου. Η εθνική πολιτική ακολουθεί τον διαχωρισμό που εφαρμόζει και η κοινοτική μεταναστευτική πολιτική μεταξύ των «νόμιμων» και των «παράνομων» μεταναστών. Κοινός τόπος των νόμων είναι η ευνοϊκή μεταχείριση των μεταναστών, η εφαρμογή της αρχής της δίκαιης μεταχείρισης που προκύπτει από την αρχή της «ίσης μεταχείρισης» των κοινοτικών πολιτών, η αναγνώριση σε αυτούς προοπτικών ενσωμάτωσης στη χώρα, καθώς και η λήψη αποτρεπτικών μέτρων για την αντικανονική μετανάστευση.

Στο αρχικό νομικό καθεστώς (Ν. 3275/25 και Ν. 4310/29 – «Περί εγκαταστάσεως και κινήσεως αλλοδαπών εν Ελλάδι... ελέγχων διαβατηρίων κ.λπ.»), το οποίο ίσχυε επί σειρά δεκαετιών, προστίθεται το 1991 ο Ν. 1975/91 «Είσοδος-έξοδος, παραμονή, εργασία, απέλαση αλλοδαπών, διαδικασία αναγνώρισης αλλοδαπών, προσφύγων κ.λπ.», ο οποίος θα «συμπληρωθεί» το 1997 από τα ΠΔ 358/97 και ΠΔ 359/97 «περί καταγραφής αλλοδαπών, χορήγησης προσωρινής άδειας παραμονής και εργασίας κ.λπ.». Με τους Ν. 2190/2001 και Ν. 3013/2002 ενισχύεται η αντίληψη της κοινωνικής ένταξης των αλλοδαπών στη Ελλάδα και ο Ν. 3274/2004 ρυθμίζει το καθεστώς παραμονής των ενηλικιωθέντων στην Ελλάδα νεαρών αλλοδαπών. Με τον Ν. 3304/2005, τίθεται το ζήτημα της αρχής της ίσης μεταχείρισης, που στην ουσία αποτελεί την ενσωμάτωση των Ευρωπαϊκών Οδηγιών 43/2000 και 78/2000. Ο Ν. 3386/2005 εξασφαλίζει τους όρους εργασίας και

κοινωνικής ασφάλισης των αλλοδαπών στην Ελλάδα και την ακώλυτη άσκηση των κάθε είδους δικαιωμάτων τους.

Τα ΠΔ 131/2006 και 150/2006 εναρμονίζουν την ελληνική νομοθεσία με την Ευρωπαϊκή Οδηγία 2003/109/CE, που αφορά σε σειρά δικαιωμάτων για τους μακροχρόνια διαμένοντες αλλοδαπούς σε μια χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς επίσης και το ζήτημα της οικογενειακής επανένωσης. Ο Ν. 3536/2007 στοχεύει στη μείωση της γραφειοκρατίας και κατά συνέπεια στην καλύτερη εξυπηρέτηση των αλλοδαπών. Ο Ν. 3838/2010 (γνωστός ως νόμος Ραγκούση, που καταργήθηκε πρόσφατα), ρυθμίζει το ζήτημα της απονομής της ελληνικής ιθαγένειας σε αλλοδαπούς, καθώς επίσης και την άσκηση πολιτικών δικαιωμάτων εκ μέρους των.

Τα νομοθετικά κείμενα της πρώτης περιόδου δηλαδή ο Ν. 1975/1991 και τα ΠΔ 358/1997 και 359/1997 κινούνται σε μια αποτρεπτική λογική και είχαν ως βασικό στόχο τη μείωση της δυσαναλογίας μεταξύ «νόμιμων» και «αντικανονικών» μεταναστών. Στη συνέχεια, ο Ν. 2910/2001 επιχείρησε να ρυθμίσει ζητήματα κοινωνικής ένταξης των μεταναστών, ιδιαίτερα όσον αφορά στην παιδεία, στην υγεία, στην οικογενειακή κατάσταση και την εργασία. Ο Ν. 3386/2005 προσπάθησε να εξορθολογίσει το πλαίσιο εστιάζοντας στο τρίπτυχο νομιμότητα-δικαιώματα-κοινωνική ένταξη, λαμβάνοντας υπόψη ότι η εθνική πολιτική υπαγορεύεται από τις Οδηγίες και τους Κανονισμούς της «κοινοτικοποιημένης» πλέον μεταναστευτικής πολιτικής της ΕΕ. Τέλος, ο Ν. 3536/2007 προσπαθεί να επιλύσει προβλήματα που εμφανίστηκαν κατά την εφαρμογή του προηγούμενου νόμου.

Επίσης, έχουν εκδοθεί: ο Κανονισμός (ΕΚ) 1030/2002 του Συμβουλίου για την καθιέρωση αδειών διαμονής ενιαίου τύπου για τους υπηκόους τρίτων χωρών (L. 157/2002), ο Κανονισμός (ΕΚ) 859/2003 για την κοινωνική ασφάλιση των υπηκόων τρίτων χωρών (L. 124/2003), η Οδηγία 2002/90/ΕΚ του Συμβουλίου για τον ορισμό της παράνομης εισόδου, διέλευσης και διαμονής (L. 328/2002), η Οδηγία 2003/86/ΕΚ του Συμβουλίου σχετικά με το δικαίωμα οικογενειακής επανένωσης (L. 124/2003), η Οδηγία 2003/109/ΕΚ του Συμβουλίου σχετικά με το καθεστώς υπηκόων τρίτων χωρών, οι οποίοι είναι επί μακρόν διαμένοντες (L. 16/2004), καθώς και η Οδηγία 2004/81 /ΕΚ του Συμβουλίου σχετικά με τον τίτλο παραμονής που χορηγείται

στους υπηκόους τρίτων χωρών θύματα εμπορίας ανθρώπων ή συνέργειας στη λαθρομετανάστευση, που συνεργάζονται με τις αρμόδιες αρχές (L. 261/2004) κ.λπ.⁸⁵

Ο Ν. 1975/1991 υπήρξε το πρώτο – ουσιαστικά– νομοθετικό πλαίσιο που ρύθμιζε την είσοδο και παραμονή αλλοδαπών στην Ελλάδα. Ο νόμος αυτός ελάχιστα ανταποκρίθηκε στην πραγματικότητα που φιλοδοξούσε να ρυθμίσει, με αποτέλεσμα η πρακτική των οργάνων της διοίκησης, σε πολλές περιπτώσεις να αποκλίνει από τις διατάξεις του. Ο νομοθέτης μάλλον αιφνιδιάστηκε από την αθρόα μεταναστευτική ροή και κρίθηκε ανεπαρκής να αντιμετωπίσει το ζήτημα με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός διαρκώς αυξανόμενου πληθυσμού παράνομα διαμενόντων αλλοδαπών στη χώρα.

Με τα ΠΔ 358 και ΠΔ 359 του 1997, η πολιτεία προσπάθησε να καθιερώσει ένα σύστημα καταγραφής και ενσωμάτωσης του πληθυσμού των «παράνομων» αλλοδαπών. Τα Προεδρικά αυτά Διατάγματα στόχευαν στη νομιμοποίηση της παραμονής και της εργασίας των αλλοδαπών στην Ελλάδα, με την έκδοση της «πράσινης κάρτας». Πιο συγκεκριμένα, η διαδικασία προέβλεπε δύο στάδια, ένα για την απόκτηση της κάρτας παραμονής (λευκή κάρτα) και στη συνέχεια, ένα επόμενο στάδιο για την απόκτηση της κάρτας εργασίας (πράσινη κάρτα). Η προσπάθεια αυτή παρά τον μεταβατικό χαρακτήρα που εμπεριείχε –καθ' ότι αφορούσε μόνον σε όσους αποδεδειγμένα είχαν εισέλθει στη χώρα μέχρι τον Νοέμβριο του 1997– ανέσυρε στην επιφάνεια ένα μέρος των «παράνομων αλλοδαπών» και έγινε μια πρώτη καταγραφή του πληθυσμού τους. Παρά ταύτα, όμως, η έλλειψη προετοιμασίας της δημόσιας διοίκησης, η απουσία συντονισμού μεταξύ των συναρμοδίων υπουργείων Εργασίας, Εσωτερικών και Δημόσιας Τάξης και η ασάφεια αναφορικά με τις ευχέρειες που απορρέουν από την κατοχή της πράσινης κάρτας οδήγησαν τον μεγαλύτερο αριθμό όσων αλλοδαπών ήλπιζαν στην απόκτηση της «πράσινης κάρτας» σε αποκλεισμό από τη σχετική διαδικασία, κατά το ένα ή το άλλο από τα πολλά στάδιά της.

Συμπερασματικά, η πρώτη αυτή νομοθετική απόπειρα στο ζήτημα της μετανάστευσης κρίνεται αναποτελεσματική αφού ο κύριος στόχος είναι η καταπολέμηση της αντικανονικής μετανάστευσης και η διενέργεια «μαζικών ελέγχων νομιμότητας» για τη συγκράτηση του μεταναστευτικού ρεύματος και την επαναπροώθηση των «αντικανονικών» μεταναστών.

⁸⁵ Σαρρής Ν., *Θεσμικό πλαίσιο της μετανάστευσης σε ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο*, ΕΚΚΕ, Κείμενο Εργασίας, Αθήνα 2008.

Ο Ν. 2910/2001, με μια δεκαετή χρονική απόσταση από την πρώτη νομοθετική προσπάθεια, επιχείρησε να αντιμετωπίσει τις αδυναμίες που είχαν ήδη επισημανθεί υπό το καθεστώς λειτουργίας του Ν. 1975/1991 και των προαναφερθέντων προεδρικών διαταγμάτων (πράσινη κάρτα). Πιο συγκεκριμένα, ο νόμος αυτός επιχείρησε να ρυθμίσει ζητήματα που θα διευκόλυναν την ένταξη των μεταναστών, όπως η έκδοση κάρτας παραμονής και εργασίας, η επαγγελματική επιμόρφωση και η εκμάθηση της ελληνικής γλώσσας, η είσοδος στην αγορά εργασίας η κοινωνική πολιτική και η ένταξη στο εκπαιδευτικό σύστημα των παιδιών των μεταναστών. Ο νόμος περί αλλοδαπών του 2001 περιέχει ρυθμίσεις που αφορούν τόσο στους «νομίμως» όσο και στους «παρανόμως» διαμένοντες αλλοδαπούς στην Ελλάδα. Έτσι, για παράδειγμα μπορούν οι ανήλικοι αλλοδαποί να εγγραφούν σε δημόσια σχολεία ακόμη και αν δεν έχει ρυθμιστεί η νομιμότητα του καθεστώτος των γονέων τους. Επιπλέον, οι αλλοδαποί που διαμένουν νομίμως στην Ελλάδα έχουν τα ίδια ασφαλιστικά δικαιώματα όπως οι Έλληνες υπήκοοι.

Στον Νόμο του 2001 ορίζεται ρητώς ότι οι ρατσιστικές και ξενοφοβικές πράξεις κατά αλλοδαπών διώκονται ποινικά. Οι πολίτες τρίτων χωρών που διαμένουν στην Ελλάδα κατά τα τελευταία δώδεκα χρόνια, μπορούν να υποβάλλουν αίτηση απόκτησης ελληνικής υπηκοότητας και προϋπόθεση είναι μεταξύ άλλων η επαρκής γνώση της ελληνικής γλώσσας, της ελληνικής ιστορίας και του ελληνικού πολιτισμού. Η πλειοψηφία των μέτρων που εφαρμόζονται για τους μετανάστες που ζουν και εργάζονται στην Ελλάδα ισχύει και για τις κοινωνικά αδύναμες ομάδες. Παράλληλα, ισχύει πρόγραμμα που συνέταξε το Υπουργείο Εργασίας για την απασχόληση και της επαγγελματική τους εκπαίδευση. Στο πλαίσιο αυτού του προγράμματος, προσφέρονται τμήματα εκμάθησης της ελληνικής γλώσσας και επαγγελματικής εκπαίδευσης.

Επιπλέον, ο νόμος προβλέπει την ίδρυση του Ινστιτούτου Μεταναστευτικής Πολιτικής, (το οποίο καταργήθηκε το 2012), με αρμοδιότητα την εκπόνηση ερευνών και μελετών για τη στήριξη του σχεδιασμού και της εφαρμογής της μεταναστευτικής πολιτικής. Κατά γενική διαπίστωση ο νόμος αυτός δεν απέδωσε τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Ο Ν. 2190/2001 τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε από μια σειρά άλλων νόμων, όπως οι 3013/2002 (άρθρα 19-25), 3068/2002 (άρθρο 15), 3074/2002

(άρθρο 11), 3103/2003 (άρθρο 23), 3146/2003 (άρθρο 8), 3169/2003 (άρθρο 10), 3242/2004 κ.λπ.⁸⁶

Με τον Ν. 3386/2005 ρυθμίζονται θέματα που αφορούν κυρίως στις προϋποθέσεις εισόδου και διαμονής υπηκόων τρίτων χωρών στην Ελλάδα, στα θέματα απέλασης, στην κοινωνική ένταξη των υπηκόων τρίτων χωρών, σε λειτουργικά θέματα για την καλύτερη και αποτελεσματικότερη εφαρμογή των διατάξεων, καθώς επίσης δίνεται η δυνατότητα νόμιμης τακτοποίησης της διαμονής στην Ελλάδα όσων π.χ. έχουν λήξει οι άδειες διαμονής τους, ή όσων εισήλθαν πέραν των διατάξεων του προηγούμενου Ν. 2910/01 και παραμένουν «μη νόμιμα» στη χώρα, εφόσον βεβαίως πληρούν τις ειδικότερες προϋποθέσεις του νέου νόμου. Οι βασικοί άξονες στους οποίους κινείται ο Ν. 3386/2005 για την καθιέρωση μεταναστευτικής πολιτικής, σύμφωνα και με την υπ' αριθμ. 26 Εγκύκλιο της Διεύθυνσης Αλλοδαπών και Μετανάστευσης του Υπουργείου Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης⁸⁷ είναι οι παρακάτω:

- Ο συντονισμός και η παρακολούθηση της μεταναστευτικής πολιτικής στη χώρα μας από Διυπουργική Επιτροπή, αποτελούμενη από τα συναρμόδια με αυτό το θέμα Υπουργείων.
- Ο προγραμματισμός της εισόδου μεταναστών στην Ελληνική Επικράτεια, λαμβάνοντας υπόψη τα δεδομένα και τις ανάγκες της κοινωνικής και οικονομικής ζωής της χώρας.
- Η αποφυγή περιστατικών και ανεξέλεγκτων αλλαγών του καθεστώτος με το οποίο εγκαθίσταται νομίμως ο υπήκοος τρίτης χώρας στην Ελλάδα.
- Η διασφάλιση των όρων εργασίας των αλλοδαπών που έρχονται στην Ελλάδα, προκειμένου να εργαστούν υπό συνθήκες που αρμόζουν σε ένα σύγχρονο κράτος δικαίου.
- Η καθιέρωση κινήτρων για την προσέλκυση ξένων επενδύσεων στην Ελλάδα.
- Η εισαγωγή ενός συγχρόνου καθεστώτος κοινωνικής ένταξης των μεταναστών.
- Η θεσμοθέτηση των κατάλληλων εγγυήσεων για την αποτελεσματική εφαρμογή των κανόνων της ελληνικής έννομης τάξης, ώστε να

⁸⁶ Σαρρής Ν., *Θεσμικό πλαίσιο της μετανάστευσης...*, ό.π.

⁸⁷ Στο ίδιο.

αποφευχθούν φαινόμενα «παράνομης» εισόδου και εξόδου αλλοδαπών στη χώρα.

- Η διασφάλιση πρόσφορων συνθηκών για την ακώλυτη άσκηση των κάθε είδους δικαιωμάτων των αλλοδαπών και κυρίως αυτών που κατοχυρώνονται στο άρθρο 5 του Συντάγματός μας, δηλαδή η ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους, η ελεύθερη συμμετοχή τους στην οικονομική και κοινωνική ζωή της χώρας υπό καθεστώς κοινωνικής δικαιοσύνης και ο σεβασμός των πολιτισμικών και θρησκευτικών τους ιδιαιτεροτήτων.

Τα καινοτόμα στοιχεία του Ν. 3386/05 είναι κυρίως: α) η ενοποίηση της άδειας διαμονής και εργασίας σε μια πράξη, η οποία εκδίδεται από τον Γενικό Γραμματέα της οικείας Περιφέρειας, β) η απλούστευση της διαδικασίας υποβολής της αίτησης για χορήγηση άδειας διαμονής για τον συγκεκριμένο σκοπό που εισέρχεται ο αλλοδαπός στη χώρα, γ) η δημιουργία δομής στον Δήμο για την παροχή πληροφόρησης στον αλλοδαπό προς αποφυγή ταλαιπωρίας τόσο των ιδίων, όσο και των Υπηρεσιών, και δ) ο εξορθολογισμός του συστήματος μετακλίσεων αλλοδαπών για εργασία στην Ελλάδα, με την ενδυνάμωση και ουσιαστική ενεργοποίηση των Περιφερειακών Επιτροπών Μετανάστευσης, που θα καθορίζουν τις ανάγκες για εργατικό δυναμικό.

Στόχος του Ν. **3536/2007**, κατά δήλωση του αρμοδίου Υπουργού Εσωτερικών, είναι η εξάλειψη των γραφειοκρατικών αγκυλώσεων που αναδείχθηκαν κατά την εφαρμογή του Ν. 3386/2005, η μέγιστη δυνατή διευκόλυνση των αλλοδαπών κατά τη διαμονή τους στην Ελλάδα και η ουσιαστική προώθηση της κοινωνικής τους ένταξης. Ο νέος αυτός μεταναστευτικός νόμος προσπαθεί να επιλύσει προβλήματα που εμφανίστηκαν κατά την εφαρμογή του Ν. 3386/2005. Επιπλέον στόχος του συγκεκριμένου νόμου είναι ο συντονισμός όλων των υπηρεσιών του κράτους με τις οποίες συναλλάσσεται ο υπήκοος τρίτης χώρας και η ενιαία αντιμετώπιση της διοίκησης προς τον συναλλασσόμενο. Το βασικό επιδιωκόμενο αποτέλεσμα είναι η απλούστευση και η επιτάχυνση των διαδικασιών για τη χορήγηση και ανανέωση των αδειών διαμονής και κατά συνέπεια η ομαλότερη ένταξη των μεταναστών στην ελληνική κοινωνία. Σημαντική θεωρείται επίσης η έκδοση της ΚΥΑ 13096/07, με την οποία καθίσταται δυνατή η υπαγωγή στις ρυθμίσεις του Ν. 3386/2005 υπηκόων τρίτων χωρών, οι οποίοι διέμεναν νομίμως, στο παρελθόν, στην Ελλάδα για λόγους οικογενειακής επανένωσης και αναχώρησαν, αποδεδειγμένα, από τη χώρα για να

φοιτήσουν σε ΑΕΙ χώρας του εξωτερικού, από το οποίο και αποφοίτησαν, ή για την εκπλήρωση των στρατιωτικών τους υποχρεώσεων, εφόσον τους έχει χορηγηθεί εθνική θεώρηση εισόδου. Επίσης, ρυθμίζει το ζήτημα της απονομής της ελληνικής ιθαγένειας σε αλλοδαπούς, καθώς επίσης και την άσκηση πολιτικών δικαιωμάτων εκ μέρους των.⁸⁸

Το πλαίσιο υπήρξε ανεπαρκές στην πράξη και τα προβλήματα εφαρμογής έχουν αποτελέσει μόνιμη εστία τριβών μεταξύ των μεταναστών και της διοίκησης⁸⁹ και παρατηρείται μια διαρκώς αυξανόμενη πηγή αναφοράς των ενδιαφερομένων προς τις αρχές. Η είσοδος, η διαμονή, η απέλαση, η κοινωνική προστασία, ο κατάλογος ανεπιθύμητων ή/και η υποδοχή ανηλίκων, αποτελούν βασικές κατηγορίες θεμάτων της μεταναστευτικής πολιτικής. Η *Συνθήκη «Schengen»* καθορίζει τη νόμιμη διαδικασία εισόδου στη χώρα και έχει εγκαθιδρύσει έναν χώρο χωρίς ελέγχους στα κοινά σύνορα και ελεύθερης κυκλοφορίας μεταξύ των κρατών-μελών της Συνθήκης. Στο θέμα, όμως, της αιτιολόγησης της άρνησης θεώρησης εισόδου από τις προξενικές αρχές της χώρας μας έχουν παρουσιαστεί σοβαρά προβλήματα, όπως επίσης και στη δυνατότητα των «νόμιμα» διαμενόντων να επιτύχουν τη συνένωσή τους με τα άλλα μέλη της οικογένειάς τους.⁹⁰

Παρ' όλο που έχουν σημειωθεί αξιόλογες βελτιώσεις στο σχετικό εθνικό μας νομοθετικό πλαίσιο, η δημιουργία ενός λειτουργικού και αποτελεσματικού ρυθμιστικού πλαισίου διαμονής⁹¹ που να επιτυγχάνει την κοινωνική ένταξη των μεταναστών είναι ακόμα ζητούμενο και είναι γνωστό ότι το θεσμικό πλαίσιο διαμονής υπηκόων τρίτων χωρών αποτελεί εθνική πολιτική, αλλά και Ευρωπαϊκή μέσω μιας σειράς Κοινοτικών Οδηγιών για την οικογενειακή επανένωση, κυκλοφορία πολιτών και των μελών της οικογένειάς τους κ.λπ.

Η διαμεσολαβητική προσπάθεια του Συνηγόρου του Πολίτη (ΣτΠ) εστιάζεται κυρίως στη διαδικασία χορήγησης και ανανέωσης των νομιμοποιητικών εγγράφων εργασίας και διαμονής, η οποία βέβαια ποικίλει ανάλογα με τον λόγο διαμονής. Οι δικαιούχοι των κοινωνικών δικαιωμάτων υγείας και κοινωνικής πρόνοιας είναι οι Έλληνες πολίτες και υποχρέωση του κράτους είναι να μεριμνά ώστε η κοινωνική

⁸⁸ Σαπρής Ν., *Θεσμικό πλαίσιο της μετανάστευσης...*, ό.π.

⁸⁹ Τσουκαλάς Αντ., *Μετανάστευση και εγκληματικότητα...*, ό.π.

⁹⁰ Μουσούρου Λ., *Μετανάστευση...*, ό.π.

⁹¹ Κασιμάτη Κ., *Η ένταξη των μεταναστών στην ελληνική κοινωνία*, Ετήσια Έκδοση της Εταιρείας Κοινωνικής Πολιτικής, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 2006. Κασιμάτη Κ., *Η χώρα προέλευσης των μεταναστών και η κοινωνική τους ένταξη στην Ελλάδα: Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 2009.

ασφάλιση να καλύπτει όλους τους εργαζομένους. Κοινωνικά δικαιώματα όπως αυτά της κοινωνικής πολιτικής, της υγείας, της κοινωνικής ασφάλισης και της πρόνοιας ανήκουν στην αρμοδιότητα του Κύκλου Κοινωνικής Πρόνοιας και εντεταγμένου σε αυτόν στον Συνήγορο της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Οι νόμιμα διαμένοντες στην Ελληνική Επικράτεια αλλοδαποί έχουν δικαίωμα στην κοινωνική ασφάλιση και σε συγκεκριμένες προνοιακές παροχές (Άρθρο 71 παρ. 2 ν. 3386, αρθρ. 12 παρ. 1 στιχ. δ. ΠΔ 150/2006). Έτσι, ως αποτέλεσμα η εξέταση της νομιμότητας της διαμονής, αποτελεί πρόκριμα για την περαιτέρω διερεύνηση σχετικών εγγραφών. Στον Κύκλο Κοινωνικής Προστασίας το μεγαλύτερο ποσοστό (88%) είναι Έλληνες πολίτες, ενώ το υπόλοιπο (12%) αλλοδαποί⁹², ποσοστό, δηλαδή, που συμπίπτει με το ποσοστό των αλλοδαπών επί του συνόλου του πληθυσμού.

Ζητήματα όπως αυτά των ασυνόδευτων ανηλίκων αλλοδαπών, των συνθηκών κράτησης και απέλασής τους, της φροντίδας και της προστασίας των θυμάτων οικονομικής ή σεξουαλικής εκμετάλλευσης, απασχολούν τον Συνήγορο του Πολίτη. Η διαμεσολαβητική δράση της Αρχής ασχολείται με τα δικαιώματα των αλλοδαπών ανηλίκων, την οικογενειακή συνένωση και την κατά προτεραιότητα εξέταση των σχετικών αιτήσεων από τις αρμόδιες υπηρεσίες. Περιπτώσεις παραβίασης του δικαιώματος πρόσβασης των ανηλίκων αλλοδαπών στην εκπαίδευση, έχουν απασχολήσει επίσης τον Συνήγορο του Πολίτη, όπως επίσης και η διασφάλιση της νομιμότητας απόκτησης εκπαιδευτικών τίτλων.⁹³

1.6.2 Το φαινόμενο της μετανάστευσης και η Ευρωπαϊκή Ένωση

Η ελεύθερη κυκλοφορία των ατόμων είναι θεμελιώδης αρχή που κατοχυρώνεται από τις Συνθήκες για τους πολίτες της ΕΕ. Υλοποιείται μέσω του χώρου ελευθερίας, ασφάλειας και δικαιοσύνης χωρίς εσωτερικά σύνορα. Η άρση των εσωτερικών συνόρων απαιτεί ενισχυμένη διαχείριση των εξωτερικών συνόρων της Ένωσης, καθώς και οργανωμένη είσοδο και διαμονή υπηκόων τρίτων χωρών, ακόμη και μέσα από κοινή πολιτική για το άσυλο και τη μετανάστευση. Η ιδέα της ελεύθερης κυκλοφορίας των ατόμων προέκυψε με την υπογραφή της Συμφωνίας του Σένγκεν το 1985 και τη Σύμβαση του Σένγκεν που ακολούθησε το 1990, με την οποία ξεκίνησε η κατάργηση των συνοριακών ελέγχων μεταξύ των συμμετεχουσών χωρών. Η

⁹² Συνήγορος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, *Ετήσια Έκθεση 2012*, Αθήνα 2013.

⁹³ Δαμανάκης Μ., *Μετανάστευση και εκπαίδευση*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1999.

συνεργασία του Σένγκεν, καθώς εντάσσονταν στο νομικό και θεσμικό πλαίσιο της ΕΕ, επεκτάθηκε σταδιακά, ώστε να συμπεριλάβει τα περισσότερα κράτη-μέλη της ΕΕ, καθώς και κάποιες τρίτες χώρες.

Κάθε πολίτης της Ένωσης έχει το δικαίωμα να αναχωρεί από το έδαφος ενός κράτους-μέλους, προκειμένου να μεταβεί σε άλλο κράτος-μέλος, εφόσον φέρει ισχύον δελτίο ταυτότητας ή διαβατήριο. Σε κάθε περίπτωση, δεν μπορεί να του επιβληθεί καμία θεώρηση εξόδου ή εισόδου. Εάν ο πολίτης της Ένωσης δεν έχει τα απαιτούμενα ταξιδιωτικά έγγραφα, το κράτος-μέλος υποδοχής παρέχει στο πρόσωπο αυτό κάθε εύλογη δυνατότητα για την απόκτηση ή λήψη των αναγκαίων εγγράφων.

Τα μέλη της οικογενείας που δεν έχουν την ιθαγένεια κράτους-μέλους απολαμβάνουν δικαιωμάτων ιδίων με εκείνα του πολίτη που συνοδεύουν. Μπορεί να τους επιβληθεί μόνο η υποχρέωση της θεώρησης σύντομης διαμονής σύμφωνα με τον κανονισμό (ΕΚ) αριθ. 539/2001. Ο τίτλος διαμονής ισοδυναμεί με θεώρηση σύντομης διαμονής. Για διαμονή που δεν υπερβαίνει τους τρεις μήνες, το μόνο που απαιτείται από τον πολίτη της Ένωσης είναι να έχει στην κατοχή του έγγραφο ταυτότητας ή έγκυρο διαβατήριο. Το κράτος-μέλος υποδοχής μπορεί να απαιτήσει από τον ενδιαφερόμενο να γνωστοποιήσει την παρουσία του στην επικράτειά του, εντός εύλογης προθεσμίας που δεν δημιουργεί διακρίσεις.

Για περισσότερο από είκοσι έτη, οι χώρες της ΕΕ επιδιώκουν να εναρμονίσουν τη μεταναστευτική τους πολιτική και την πολιτική ασύλου. Σημαντική πρόοδος έχει ήδη σημειωθεί σε αρκετά ζητήματα, ειδικότερα στο πλαίσιο των προγραμμάτων του Τάμπερε και της Χάγης.⁹⁴ Παρ' όλα αυτά, πρέπει να καταβληθούν περαιτέρω προσπάθειες για τη δημιουργία μιας πραγματικά κοινής πολιτικής μετανάστευσης και ασύλου, η οποία θα λαμβάνει υπόψη το συλλογικό συμφέρον της ΕΕ, καθώς και τις επιμέρους ανάγκες των χωρών της ΕΕ. Κατά συνέπεια, το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο ανέλαβε τις ακόλουθες δεσμεύσεις στο Πρόγραμμα της Στοκχόλμης:⁹⁵

Η «νόμιμη» μετανάστευση θα πρέπει να οργανωθεί κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να λαμβάνονται υπόψη οι προτεραιότητες, οι ανάγκες και οι ικανότητες υποδοχής των χωρών της ΕΕ και να ενθαρρύνεται η ένταξη των μεταναστών. Γενικότερα, η ΕΕ πρέπει:

⁹⁴ Βαρουξή Χρ., Σαρρή Ν. & Φραγκίσκου Α. (επιμ.), *Όψεις μετανάστευσης και μεταναστευτικής πολιτικής στην Ελλάδα σήμερα*, Εκδ. ΕΚΚΕ, Αθήνα 2009.

⁹⁵ Βαρουξή Χρ., Σαρρή Ν. & Φραγκίσκου Α. (επιμ.), *Όψεις μετανάστευσης...*, ό.π.

- να εφαρμόσει πολιτικές μετανάστευσης του εργατικού δυναμικού που λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες της αγοράς εργασίας κάθε χώρας,
- να αυξήσει την ελκυστικότητα της ΕΕ για τους εργαζόμενους υψηλής εξειδίκευσης και να λάβει νέα μέτρα για την περαιτέρω διευκόλυνση της υποδοχής και της κινητικότητας φοιτητών και ερευνητών,
- να μεριμνά, ώστε οι πολιτικές αυτές να μην επιδεινώνουν τη διαρροή εγκεφάλων, ενθαρρύνοντας την κυκλική μετανάστευση,
- να ρυθμίσει αποτελεσματικότερα την οικογενειακή μετανάστευση,
- να ενισχύσει περαιτέρω την αμοιβαία ανταλλαγή πληροφοριών σχετικά με τη μετανάστευση,
- να βελτιώσει την πληροφόρηση σχετικά με τις δυνατότητες και τις προϋποθέσεις της νόμιμης μετανάστευσης,
- να χαράζει φιλόδοξες πολιτικές για την προώθηση της αρμονικής ένταξης των μεταναστών,
- να προωθήσει την ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών για την υποδοχή και την ένταξη και όσον αφορά σε μέτρα της ΕΕ για τη στήριξη των εθνικών πολιτικών ένταξης.

Για να εξασφαλίζεται η επιστροφή των «παράνομων» μεταναστών που διαμένουν σε μια χώρα της ΕΕ, στη χώρα καταγωγής τους ή σε χώρα διέλευσης, η ΕΕ θα πρέπει: α) να εφαρμόζει τη νομιμοποίηση μόνο κατά περίπτωση, και β) να συνάπτει συμφωνίες επανεισδοχής, σε κοινοτικό ή διμερές επίπεδο, με τρίτες χώρες για τις οποίες κρίνεται απαραίτητο, και να αξιολογεί την αποτελεσματικότητα των συμφωνιών επανεισδοχής της ΕΕ. Ωστόσο, φόβος εκφράζεται για τη διάβρωση της παραδοσιακής εθνικής κυριαρχίας από την ανεξέλεγκτη και μαζική μετανάστευση, καθώς επίσης και ανησυχίες ότι «ξένοι» άνθρωποι θα μοιραστούν και θα επωφεληθούν τους ίδιους οικονομικούς πόρους, τα κοινωνικά προνόμια και αγαθά, το εκπαιδευτικό σύστημα των γηγενών κατοίκων και έτσι θα αποδυναμωθεί ο κοινωνικός ιστός.

Οι κοινωνικές ομάδες που πλήττονται από την οικονομική ύφεση αποτελούν ένα ευνοϊκό περιβάλλον για την ανάπτυξη της ξеноφοβίας και του ρατσισμού. Η μετανάστευση, επίσης πλήττει και τις αναπτυσσόμενες χώρες, αφού τις στερεί από τα δυναμικά στοιχεία των κοινωνιών τους. Θεωρείται απαραίτητη τελικά η λήψη μέτρων για τον περιορισμό της μετανάστευσης ή χρειάζεται καλύτερα μια δραστική μεταχείριση; Προκειμένου να διατηρήσει τη σημερινή αναλογία ενεργού και μη

ενεργού πληθυσμού στο τέσσερα ή πέντε προς ένα, η Ευρωπαϊκή Ένωση σύμφωνα με μελέτη του ΟΗΕ⁹⁶ θα πρέπει ως το 2025 να ανοίξει τις πύλες της σε 159 εκατομμύρια οικονομικούς μετανάστες. Ποιες θα είναι όμως τότε οι πολιτικές και κοινωνικές συνέπειες της οικονομικά επιβεβλημένης εισροής των μεταναστών; Σημειώνεται επίσης ότι η παραπάνω μελέτη εκτιμά τον ελληνικό πληθυσμό το 2015 σε 14,2 εκατομμύρια εκ των οποίων τα 3,5 εκατομμύρια θα προέρχονται από χώρες-μέλη της σημερινής Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Κάποιοι μετανάστες – αρκετοί σε αριθμό και πρώτιστα οι χωρίς νομιμοποιητικά ή ακόμα και χωρίς ταξιδιωτικά έγγραφα («παρατύπως εισελθόντες»), προκαλούν σημαντικά προβλήματα δημόσιας τάξης, ενώ απειλούν την κοινωνική σταθερότητα και αυξάνουν την ανεργία για το ελληνικό εργατικό δυναμικό. Βέβαια από την άλλη πλευρά, από οικονομικής άποψης οι μετανάστες συμβάλλουν στην ανάπτυξη της ελληνικής οικονομίας, ενώ τα στατιστικά στοιχεία δεν επιβεβαιώνουν την άποψη περί εγκληματικότητας. Η ενδυνάμωση της κοινοτικής αλληλεγγύης και η ενίσχυση κοινών πολιτικών στα θέματα μετανάστευσης και ασύλου περιλαμβάνονται στις βασικές αρχές της πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης που στηρίζεται στα συμπεράσματα του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου του Tampere (Οκτώβριος 1999).⁹⁷

Όσον αφορά στη βελτίωση του ελέγχου των εξωτερικών συνόρων της Ένωσης, στη υιοθέτηση κοινής πολιτικής ασύλου, στην κατανομή των υποχρεώσεων (burden sharing), στην ανάπτυξη εταιρικών σχέσεων με τρίτες χώρες, στη διαχείριση μετανάστευσης,⁹⁸ στη βελτιωμένη φύλαξη θαλασσίων συνόρων, δίνεται περισσότερη έμφαση στη δημιουργία δύο κέντρων συντονισμού στον Πειραιά και στην Μαδρίτη και στη λειτουργία της European Agency for the External Borders και από το 2007 στην πρόληψη μέσω οικονομικής και πολιτικής ανάπτυξης.

⁹⁶ Κοτζαμάνης Β., Ο πληθυσμός του πλανήτη, *Δημογραφικά Νέα*, τχ. 15, 2011, σσ. 1-4.

Πετρινιώτη Ξ., *Η μετανάστευση προς την Ελλάδα*, Εκδ. Οδυσσέας, Αθήνα 2003.

⁹⁷ Βαρουζή Χρ., Σαρρή Ν. & Φραγκίσκου Α. (επιμ.), *Όψεις μετανάστευσης...*, ό.π.

⁹⁸ Μουσούρου Λ., *Από τους γκασταρμπάιτερ στο πνεύμα του Σένγκεν: Προβλήματα της σύγχρονης μετανάστευσης στην Ευρώπη*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1993. Μουσούρου Λ., *Μετανάστευση...*, ό.π.

1.6.3 Τρόποι αντιμετώπισης της μετανάστευσης από την Ευρωπαϊκή Ένωση

Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο είναι εκείνο που καλείται να γνωμοδοτήσει σε οποιοδήποτε Νομοσχέδιο ή και να επιδιώξει να επηρεάσει την πολιτική αυτή σε αρχικό στάδιο, αν και δεν έχει ακόμη τον τελικό λόγο για τη νομοθεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αυτό άλλαξε σύμφωνα με την Συνθήκη του Άμστερνταμ το 2004, που αποτελεί παράδειγμα ενός σημαντικού εγγράφου πολιτικής της Ευρωπαϊκής Επιτροπής το οποίο είχε ως στόχο να χαράξει κατευθύνσεις για μια Ευρωπαϊκή προσέγγιση για τις μεταναστεύσεις.

Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, οι κάτοικοι βραχείας διάρκειας θα πρέπει να περιορίζονται σε ένα κράτος-μέλος, ενώ οι νόμιμοι κάτοικοι μακράς διάρκειας θα πρέπει να μπορούν να κινούνται ελεύθερα στην Ευρώπη. Μια κοινοτική πολιτική γύρω από το εργασιακό ζήτημα θα μπορούσε να βοηθήσει στην αντιμετώπιση της «λαθρομετανάστευσης» και της αδήλωτης εργασίας. Πραγματικό πρόβλημα δεδομένων είναι ότι και οι εργοδότες δεν πληρώνουν φόρους και πολλές φορές περιφρουρούν τον ελάχιστο μισθό, τις ώρες εργασίας, την υγεία και ασφάλεια κατά την εργασία. Αντί, λοιπόν, η Ευρωπαϊκή Ένωση να προβλέψει τις ανάγκες σε εργατικό δυναμικό ολόκληρης της Ευρώπης, θα πρέπει το κάθε κράτος-μέλος να αποφασίσει για τις ανάγκες του⁹⁹.

Σημαντικό, επίσης, φαίνεται να είναι για το Κοινοβούλιο η ανάγκη συμμετοχής των μεταναστών στην πολιτική με το να τους χορηγείται το δικαίωμα της ψήφου, για τις τοπικές εκλογές. Τέλος, το θέμα της κίνησης των πληθυσμών, κατά τους βουλευτές προκαλεί και ζημία στις αναπτυσσόμενες χώρες, υπό τη μορφή διαφυγής εγκεφάλων. Σε Οδηγίες σχετικά με τα δικαιώματα διαμονής το Κοινοβούλιο κλήθηκε επίσης να γνωμοδοτήσει.¹⁰⁰ Οδηγία που παραπέμφθηκε στο Κοινοβούλιο τον Φεβρουάριο του 2003 σχετικά με τους όρους εισόδου και διαμονής για μη πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έγινε προσπάθεια να εφαρμοστεί ως μια πιο φιλελεύθερη νομοθεσία.

Παράλληλα, ζητήθηκε περιοδική Έκθεση από την Επιτροπή για οποιαδήποτε επιζήμια πρόκληση ως αποτέλεσμα της Οδηγίας, τονίζοντας τον κίνδυνο διαφυγής εγκεφάλων από τις αναπτυσσόμενες χώρες. Αλλαγές πρέπει, σύμφωνα με το Κοινοβούλιο, να σημειωθούν σε μια ακόμα Οδηγία που αφορά στο δικαίωμα των

⁹⁹ Τσουκαλάς Αντ., *Μετανάστευση και εγκληματικότητα...*, ό.π.

¹⁰⁰ Watson T.J., *Κοινωνιολογία, εργασία και βιομηχανία*, Εκδ. Αλεξάνδρεια, Αθήνα 2005.

μεταναστών να ζουν μαζί με τις οικογένειές τους και αυτό ισχύει όχι μόνο για τους συζύγους αλλά και για τους δηλωμένους άγαμους συντρόφους, ανεξάρτητα από το φύλο τους.¹⁰¹ Η είσοδος στα κράτη-μέλη θα πρέπει να επιτρέπεται στους γονείς, συζύγους, ή στους συντρόφους των αιτούντων εφόσον οι τελευταίοι δεν είναι σε θέση να φροντίσουν τον εαυτό τους. Ειδικότερα τα παιδιά άνω των 12 ετών δεν θα πρέπει να υποβάλλονται σε τεστ ενσωμάτωσης, πριν τους επιτραπεί η είσοδος. Δεδομένου ότι το Συμβούλιο έχει τον τελικό λόγο σε αυτή τη νομοθεσία, αρνήθηκε να υποχωρήσει στο παραπάνω ζήτημα. Οι βουλευτές δεν το δέχθηκαν πιστεύοντας ότι το τεστ ενσωμάτωσης θα παραβίαζε το άρθρο 8 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, δηλαδή το δικαίωμα στην οικογενειακή ζωή. Τον Δεκέμβριο το 2003 το Κοινοβούλιο προσέβαλε το άρθρο της Οδηγίας ενώπιον του Δικαστηρίου των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.¹⁰²

Παρ' ότι οι χώρες της ΕΕ έχουν σημειώσει πρόοδο όσον αφορά στην εφαρμογή των κοινών ελάχιστων προτύπων για το ζήτημα των μεταναστών, ορισμένες διαφορές εξακολουθούν να υπάρχουν. Κατά συνέπεια, απαιτούνται περαιτέρω προσπάθειες προκειμένου να επιτευχθεί πλήρως ένα κοινό ευρωπαϊκό μεταναστευτικό σύστημα. Η διεθνής μετανάστευση μπορεί να συμβάλει στη συνολική οικονομική μεγέθυνση της ΕΕ, καθώς και να εξασφαλίσει πόρους για τους μετανάστες και τις χώρες καταγωγής τους και συνεπώς, να συντείνει στην ανάπτυξή τους. Μπορεί να αποτελέσει μια ευκαιρία, επειδή πρόκειται για έναν παράγοντα ανθρώπινων και οικονομικών ανταλλαγών. Ωστόσο, η οργάνωση της μετανάστευσης πρέπει να πραγματοποιείται με τέτοιο τρόπο, ώστε να λαμβάνεται υπόψη η ικανότητα υποδοχής της Ευρώπης, από την άποψη της αγοράς εργασίας, της στέγασης και των υγειονομικών, εκπαιδευτικών και κοινωνικών υπηρεσιών, προστατεύοντας ταυτόχρονα τους μετανάστες από τον κίνδυνο να πέσουν θύματα εκμετάλλευσης παράνομων εγκληματικών δικτύων.

¹⁰¹ Μπάγκαβος Χ. & Παπαδοπούλου Δ., *Μεταναστευτική τάση και ευρωπαϊκή μεταναστευτική πολιτική*, ΙΝΕ-ΓΣΕΕ, Αθήνα 2002.

¹⁰² Αμίτσης Γ. (επιμ.), *Νομικές και κοινωνικοπολιτικές διαστάσεις της μετανάστευσης στην Ελλάδα*, Εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα 2002.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^Ο. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ & Η ΕΝΤΑΞΗ ΤΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΜΕΣΩ ΤΩΝ ΚΡΑΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

2.1 Εννοιολογικές προσεγγίσεις για την κοινωνική ένταξη και ενσωμάτωση

Οι όροι κοινωνική ένταξη και ενσωμάτωση περιγράφουν και αναλύουν τις σημαντικότερες διαδικασίες συμμετοχής, ελλιπούς συμμετοχής ή μη συμμετοχής του ατόμου σε ένα κοινωνικό σύστημα και σε ένα οργανωμένο κοινωνικό σύνολο¹⁰³ – στην περίπτωση μας πρόκειται για το σύνολο που ονομάζονται Κρατικές Υπηρεσίες Υγείας (ΚΥΥ). Το ζήτημα της κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης των μεταναστών τίθεται ξεκάθαρα και δημιουργεί δεσμεύσεις για τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης στη Συνθήκη της Λισσαβόνας το 2000.¹⁰⁴ Η στρατηγική της Λισσαβόνας προτάσσει το όραμα μιας Ευρώπης που κατακτά την πρωτοπορία, επειδή προωθεί το συγκριτικό της πλεονέκτημα – τον ανθρώπινο παράγοντα. Αυτό εξειδικεύεται στην ισότιμη και ισορροπημένη πρόοδο στην απασχόληση –μέσω της επιδίωξης της πλήρους και ποιοτικής απασχόλησης –, καθώς και στην κοινωνική συνοχή, αναγνωρίζοντας τον ρόλο της ως κρίσιμου παράγοντα στη διαδικασία της ανάπτυξης. Η επιτυχία της στρατηγικής για την εξασφάλιση μιας ευρωπαϊκής προστιθέμενης αξίας, βασίζεται στη συμμετοχή όλων στη διαμόρφωση και υλοποίηση της στρατηγικής αυτής, αναγνωρίζοντας τις επιμέρους ιδιαιτερότητες ως παράγοντες εμπλουτισμού της.

Σχετικά με την κοινωνική συνοχή, τα τελευταία χρόνια, συντελούνται ξεχωριστές διαδικασίες σε κάθε κράτος-μέλος στον τομέα της κοινωνικής ένταξης, των συντάξεων και της υγείας, καθώς και της φροντίδας των ηλικιωμένων. Αυτό αποτέλεσε αφετηρία για την επίτευξη της προόδου, αλλά τίθεται το ερώτημα αν και με ποιο τρόπο οι διαδικασίες αυτές αποτελούν παράγοντα εμπλουτισμού του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Προτύπου, ώστε να μπορεί η κοινωνική προστασία κατά

¹⁰³ Παπαδοπούλου Δ. *Μορφές κοινωνικής ένταξης και κοινωνικής ενσωμάτωσης των μεταναστών στην ελληνική κοινωνία. Το παράδειγμα της Αττικής*, στο: Χρ. Μπάγκαβος & Δ. Παπαδοπούλου (επιμ.), *Μετανάστευση και ένταξη των μεταναστών στην ελληνική κοινωνία*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 2006, σσ. 34-37. Παπαδοπούλου Δ., *Μετανάστευση, ενσωμάτωση και ιδιότητα του πολίτη: κριτική θεώρηση*, Εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα 2006. Schnapper D., *La democratie providentielle. Essai sur l'égalité contemporaine*, Paris, Gallimard 2002. Τσαούσης Δ.Γ., *Χρηστικό λεξικό κοινωνιολογίας*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1987.

¹⁰⁴ Σαρρής Ν. *Θεσμικό πλαίσιο της μετανάστευσης σε ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο*, Κείμενο Εργασίας ΕΚΚΕ, Αθήνα 2008.

ενιαίο τρόπο να συντελέσει καταλυτικά στην ανάπτυξη, την ανταγωνιστικότητα και την κοινωνική συνοχή της Ευρώπης και, συνακόλουθα, στην ευημερία των ευρωπαίων πολιτών. Για να μιλήσουμε όμως για κοινωνική ένταξη και ενσωμάτωση θα πρέπει πρώτα να αναφερθούμε στους όρους «ένταξη» (τον όρο inclusion και όχι Insertion) και «αποκλεισμό» (exclusion).

2.1.1 Η διαδικασία της κοινωνικοποίησης

Ο άνθρωπος εντάσσεται στο κοινωνικό σύνολο μέσω της διαδικασίας της κοινωνικοποίησης. Είναι αυτή η διαδικασία που ξεκινώντας από τη στιγμή της γέννησης του ατόμου, αρχίζει η ένταξη και προσαρμογή του στην κοινωνία, η οποία ολοκληρώνεται με το πέρας της ζωής του (περιλαμβάνει την εκμάθηση πολιτισμικών στοιχείων, π.χ. γλώσσα, αφομοίωση κανόνων, προτύπων συμπεριφοράς, την αποδοχή αξιών και θεσμών, τη συμμόρφωση στους κανόνες κ.λπ.)¹⁰⁵. Κατά τη διάρκεια της κοινωνικοποίησης, ορισμένοι παράγοντες διαδραματίζουν πρωταρχικό ρόλο, έτσι ώστε η ένταξη του ατόμου να επιτευχθεί απόλυτα ή και να μην πραγματοποιηθεί τελικά. Επίσης, θα πρέπει να τονιστεί ότι η διαδικασία ένταξης δεν είναι μία και μοναδική, αντίθετα υπάρχουν πολλές διαφορετικές μορφές ένταξης, τόσες όσες προωθεί ή/και έστω εκ των υστέρων νομιμοποιεί η ίδια η κοινωνία. Αυτές συνυπάρχουν και λειτουργούν εκ παραλλήλου, ή/και διαδέχονται η μία την άλλη χρονικά.

2.1.2 Ο όρος της κοινωνικής ενσωμάτωσης

Ο όρος δεν υφίσταται γενικά και αόριστα ούτε έχει το ίδιο περιεχόμενο σε κάθε εποχή και για κάθε κοινωνική, πολιτική και πολιτισμική πραγματικότητα. Αποτελεί το προϊόν πολιτικής ερμηνείας και κοινωνικής διαπραγμάτευσης, ανάλογα με την πολιτική και οικονομική συγκυρία, αλλά και σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητες και τις ευαισθησίες της εκάστοτε κοινωνικής οργάνωσης.¹⁰⁶ Οι έννοιες κοινωνική ένταξη και ενσωμάτωση αντίστοιχα, δηλώνουν την κλιμάκωση της ίδιας διαδικασίας, τον βαθμό συμμετοχής των μεταναστών και αντίστοιχα της αποδοχής τους (από τους γηγενείς) στην κοινωνία υποδοχής.

¹⁰⁵ Τσαούσης Δ.Γ., *Στοιχεία κοινωνιολογίας*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1983.

¹⁰⁶ Τσαούσης Δ.Γ., *Χρηστικό λεξικό...*, ό.π.

Ουσιαστικά διαφέρουν, όμως, μεταξύ τους, καθώς όπως επισημαίνει η Δ. Παπαδοπούλου, η κοινωνική ένταξη συνίσταται στη συμμετοχή του ατόμου στην ανάπτυξη, ενώ η κοινωνική ενσωμάτωση σημαίνει την υιοθέτηση του αξιακού συστήματος της ελληνικής κοινωνίας από τους μετανάστες.¹⁰⁷ Από την υπάρχουσα βιβλιογραφία¹⁰⁸, προκύπτει ότι η ενσωμάτωση αποτελεί ένα σύνολο διαδικασιών μέσω των οποίων ο μετανάστης καθίσταται πλήρες και ισότιμο μέλος της κοινωνίας υποδοχής.

Οι διαδικασίες ενσωμάτωσης συνδέονται άμεσα με τους όρους συγκρότησης μιας κοινωνίας, καθώς «ενσωματώνει» τα μέλη της ανάλογα με τις αξίες και το ιδεολογικό υπόβαθρο πάνω στο οποίο έχει οργανωθεί.¹⁰⁹ Οι οικονομικοί μετανάστες δεν κάνουν τίποτα περισσότερο από το να αναδεικνύουν την εσωτερική εξέλιξη του «λαού» και του «έθνους» και τους όρους συγκρότησής του: είναι η σχέση μεταξύ μεταναστών και εθνικού πολιτικού σχεδίου που αλλάζει και όχι ο αριθμός των μεταναστών αυτός καθ' αυτός που θέτει πρόβλημα στην ενσωμάτωση τους.¹¹⁰ Η πολιτική χρήση του όρου ενσωμάτωση πρέπει να διακριθεί από την κοινωνιολογική του σημασία. Στην ουσία αναφερόμαστε στον ίδιο όρο που ακολούθησε δύο διαφορετικούς δρόμους: έναν επιστημονικό και έναν πολιτικό, οι οποίοι ενώ επηρέασαν ο ένας τον άλλον, προφανώς δεν ταυτίζονται. Ο επιστημονικός όρος έχει μια σταθερή και συγκεκριμένη πορεία, ερμηνεύτηκε ως η θεμελιώδης διαδικασία σύστασης των κοινωνιών μας και για αυτό και χρησιμοποιήθηκε ευρέως. Ο πολιτικός όρος γνώρισε σοβαρές μεταβολές ανάλογα με την πολιτικο-οικονομική συγκυρία και εξυπηρέτησε ιδεολογικά τις σχεδιαζόμενες και εφαρμοζόμενες πολιτικές ένταξης και ενσωμάτωσης γενικότερα.¹¹¹

Στη Γαλλία, για παράδειγμα, χώρα με έντονο αποικιοκρατικό παρελθόν, εφαρμόστηκαν πολιτικές αφομοίωσης, με κύριο στόχο την απόλυτη και ολοκληρωμένη ενσωμάτωση των αποικιακών της πληθυσμών που «μετακινήθηκαν» προς τη Γαλλία, πληθυσμών που χαρακτηρίζονται ως «κατώτεροι πολιτισμοί».¹¹² Στη

¹⁰⁷ Παπαδοπούλου Δ. *Μορφές κοινωνικής ένταξης...*, ό.π.

¹⁰⁸ Castles St. & Miller M.J., *The Age of Migration. International Population Movements in the Modern World*, Macmillan, Basingstoke 1993. Crul M. & Vermeulen H., Immigration and Education. The Second Generation in Europe, *International Migration Review*, 37(4), pp. 965-986, 2003. Rumbaut R.G., Ages, Life Stages, and Generational Cohorts: Decomposing the Immigrant First and Second Generations in the United States, *International Migration Review*, 38, pp. 1160-1205, 2004.

¹⁰⁹ Καστοριάδης Κ., *Η φαντασιακή θέσμιση της κοινωνίας*, Εκδ. Ράππα, Αθήνα 1985.

¹¹⁰ Παπαδοπούλου Δ. *Μορφές κοινωνικής ένταξης...*, ό.π.

¹¹¹ Παπαδοπούλου Δ., *Μετανάστευση, ενσωμάτωση...*, ό.π.

¹¹² Schnapper D., *Η κοινωνική ενσωμάτωση μια σύγχρονη προσέγγιση*, Εκδ. Κριτική, Αθήνα 2008.

Γερμανία αντίστοιχα, εφαρμόστηκαν πολιτικές επαγγελματικής ένταξης και συμμετοχής των μεταναστών στην παραγωγική διαδικασία και την οικονομία, με στόχο την προσωρινή διαμονή στη χώρα και άρα τη διατήρηση των πολιτισμικών τους χαρακτηριστικών. Προκύπτουν, λοιπόν δύο εντελώς διαφορετικοί τρόποι προσέγγισης της έννοιας «κοινωνική ενσωμάτωση των μεταναστών», σε αυτές τις κοινωνίες, το οποίο οφείλεται στη διαφορετική ιστορική διαδρομή τους και στις διαφορετικές ανάγκες που κλήθηκαν να καλύψουν: αφενός η Γαλλία πρέπει να «αφομοιώσει» τους πληθυσμούς που μετανάστευσαν εκεί από τα αποικιοκρατικά εδάφη της, αφετέρου η Γερμανία χρειάζεται πολυάριθμο φθινό εργατικό δυναμικό, το οποίο πρέπει να προσελκύσει, να του προσφέρει κίνητρα που θα το «πείσουν» να αφήσει τον τόπο του και να μεταναστεύσει (προσωρινά) εκεί.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η ενσωμάτωση των μεταναστών στην κοινωνία υποδοχής, συνδέεται απόλυτα με τους όρους συγκρότησης της κοινωνίας αυτής, ως εθνικό κράτος και ως εθνική ιδέα, καθώς και με τις διαδικασίες σύστασης και ενσωμάτωσης της ίδιας της κοινωνίας ως σώματος.¹¹³ Όσο σημαντικός και αν είναι ο ρόλος της μετανάστευσης για την οικονομία και την ανάπτυξή της, στερεοτυπικές αντιλήψεις και συμπεριφορές δυσχεραίνουν την πρόσβαση και την ισότιμη συμμετοχή των μεταναστών στους διάφορους θεσμούς (εκπαίδευση, δημόσια υγεία κ.λπ.) και την απόλαυση των αντίστοιχων αγαθών. Οι πολιτικές που υιοθετήθηκαν στον τομέα της μετανάστευσης ουσιαστικά ήταν γνήσιες εκφάνσεις της αντίληψης, του ιδεολογικού υπόβαθρου αλλά και της πρακτικής που εφαρμόζεται για την ενδυνάμωση του εθνικού μηχανισμού.¹¹⁴

Η Γαλλία ενσωματώνει τα παιδιά των μεταναστών δίνοντας έμφαση στο γεγονός ότι γεννήθηκαν σε γαλλικό έδαφος, στην απόκτηση της γαλλικής ιθαγένειας και στο ότι πήγαν σε γαλλικό σχολείο. Η Γερμανία τα ενσωματώνει δίνοντας έμφαση στη συμμετοχή τους στην αγορά εργασίας και στους ενδιάμεσους θεσμούς διαμεσολάβησης, διατηρώντας όμως την ταυτότητα του «ξένου».¹¹⁵ Η ενσωμάτωση, επομένως, ως διαδικασία συμμετοχής στην κοινωνία της χώρας υποδοχής, λαμβάνει διαφορετικές διαστάσεις και περιεχόμενο κάθε φορά, ανάλογα με τους όρους συγκρότησης της κοινωνίας αυτής.

¹¹³ Μωυσίδης Αντ. & Παπαδοπούλου Δ., *Η κοινωνική ενσωμάτωση των μεταναστών στην Ελλάδα*, Εκδ. Κριτική, Αθήνα 2011.

¹¹⁴ Παπαδοπούλου Δ., *Κοινωνιολογία του αποκλεισμού στην εποχή της παγκοσμιοποίησης*, Εκδ. Τόπος, Αθήνα 2012.

¹¹⁵ Μωυσίδης Αντ. & Παπαδοπούλου Δ., *Η κοινωνική ενσωμάτωση..., ό.π.*

Ο όρος ενσωμάτωση χρησιμοποιείται κυρίως με δύο σημασίες: η πρώτη αναφέρεται στην ενσωμάτωση της κοινωνίας (*integration de la societe*), δηλαδή στη διαδικασία σύστασης και διατήρησης της κοινωνίας στο σύνολό της, αντίληψη που υιοθετούν οι κλασικοί αμερικανοί ανθρωπολόγοι,¹¹⁶ οι οποίοι κάνουν αυτή τη χρήση του όρου, περιορίζοντάς την στη διάσταση της κοινωνίας των ΗΠΑ, ερμηνεύοντας την ίδια τη σύσταση και τη συγκρότησή της, μέσα από τη μετανάστευση ως δομικό στοιχείο της αμερικανικής αστικής κοινωνίας, κάτι όμως που δεν συμβαίνει στις ευρωπαϊκές κοινωνίες. Στην Ευρώπη, το θέμα της κοινωνικής ενσωμάτωσης τίθεται με διαφορετικό τρόπο και αφορά το σύνολο του πληθυσμού της κάθε κοινωνίας, γιατί αυτό την συγκροτεί. Η δεύτερη, που μας ενδιαφέρει περισσότερο, αναφέρεται στην ενσωμάτωση στην κοινωνία (*integration a la societe*), δηλαδή στις σχέσεις του ατόμου με την κοινωνία, όπου η ενσωμάτωση δείχνει την ένταση αυτής της θετικής και μοναδικής σχέσης μεταξύ ατόμου και κοινωνικού συνόλου-κοινωνίας.¹¹⁷

Οι διαδικασίες ενσωμάτωσης, έχουν έναν χαρακτήρα μονιμότητας και συνέχειας. Εάν αυτές οι διαδικασίες δεν είναι συνεχείς, δηλαδή δεν ασκούν πάνω στο άτομο μια κοινωνικοποιητική δύναμη, αποτυγχάνουν. Με άλλα λόγια, εάν ο κοινωνικός δεσμός που συνδέει τα μέλη μιας κοινωνικής ομάδας μεταξύ τους, αλλά και με το σύνολο της κοινωνίας χαλαρώσει, τότε υπάρχει πρόβλημα περιθωριοποίησης και αποκλεισμού των οικονομικών μεταναστών από το κοινωνικό σύνολο,¹¹⁸ γεγονός το οποίο συνεπάγεται αντίστοιχα προβλήματα τόσο για το μη ενταγμένο οικονομικό μετανάστη, όσο και για την κοινωνία η οποία δεν κατάφερε να τον εντάξει και να τον ενσωματώσει. Ο κοινωνικός δεσμός αποτελεί ένα πολυσυζητημένο και πολυεπίπεδο όρο της παραδοσιακής κοινωνιολογίας, που συνδέεται –χωρίς να ταυτίζεται– με όρους όπως «κοινωνικές σχέσεις», ή «άτυπα κοινωνικά δίκτυα» ή «άτυπες σχέσεις».

Στο ίδιο ακριβώς πνεύμα εντάσσεται η άποψη του Durkheim για τη μηχανική και την κοινωνική αλληλεγγύη μέσα από τα έργα του για την αυτοκτονία και την κοινωνική διάκριση της εργασίας.¹¹⁹ Σε αυτήν την περίπτωση η διαδικασία ενσωμάτωσης αποτυγχάνει και εάν το φαινόμενο αποκτήσει έναν πιο μαζικό χαρακτήρα δημιουργείται διάρρηξη της κοινωνικής συνοχής και αλληλεγγύης. Στην

¹¹⁶ Τσαούσης Δ.Γ., *Στοιχεία κοινωνιολογίας...*, ό.π.

¹¹⁷ Μπάγκαβος Χρ. & Παπαδοπούλου Δ. (επιμ.), *Μετανάστευση και ένταξη των μεταναστών...*, ό.π.

¹¹⁸ Taylor M., *Rationality and the Ideology of Disconnection*, Cambridge: Cambridge University Press 2006.

¹¹⁹ Παπαδοπούλου Δ., *Κοινωνιολογία του αποκλεισμού...*, ό.π.

περίπτωση των οικονομικών μεταναστών, είναι σημαντικό να εξεταστεί η ανασύσταση της σχέσης του ατόμου με την κοινωνία υποδοχής και τους όρους συμμετοχής του σε αυτήν.¹²⁰ Οι μετανάστες έρχονται ήδη κοινωνικοποιημένοι και έχοντας ήδη ενσωματωθεί σε μια άλλη κοινωνία, την κοινωνία καταγωγής τους, έχοντας ήδη δεχθεί μια πρώτη κοινωνικοποίηση.¹²¹

Αυτό το χαρακτηριστικό αλλά και η ιδιομορφία των μεταναστών, τους κάνει κατ' αρχήν διαφορετικούς από τα μέλη της κοινωνίας των γηγενών που δεν έχουν γνωρίσει τη διαδικασία αποκοινωνικοποίησης και επανακοινωνικοποίησης (desocialisation και resocialisation). Άρα, για να μπορέσουν οι μετανάστες να συμμετάσχουν στην κοινωνία υποδοχής θα πρέπει να αποβάλουν μέρος των αξιών και συνηθειών της παλιάς κοινωνίας που μόλις εγκατέλειψαν και να υιοθετήσουν μέρος των νέων αξιών της κοινωνίας υποδοχής. Όσο πιο πετυχημένα πραγματοποιηθεί αυτή η διαδικασία τόσο πιο ολοκληρωμένη και επιτυχής είναι η ενσωμάτωσή τους. Αυτή η διαδικασία αναφέρεται με τον πιο δόκιμο όρο «αποπολιτισμοποίηση» (acculturation), καθώς αναδεικνύει σαφέστερα την απώλεια της παλιάς πολιτισμικής ταυτότητας και την υιοθέτηση μιας νέας. Με τον όρο αυτό δεν νοείται βέβαια ότι οι μετανάστες συμμετέχουν στην κοινωνία υποδοχής μέσω της απώλειας της δικής τους κουλτούρας και ταυτότητας, αλλά ότι συμμετέχουν δυναμικά στη διαμόρφωση της εθνικής ταυτότητας και την επηρεάζουν καθοριστικά: μόνο που αυτή η ανταλλαγή δεν φαίνεται και δεν μπορεί να είναι ισότιμη στην πράξη.¹²²

Χαρακτηριστικό παράδειγμα συνιστά η ένταξη των Αλβανών οικονομικών μεταναστών στην Ελλάδα, οι οποίοι είναι οι πολυαριθμότεροι, καθώς αποτελούν το 57% του πληθυσμού των μεταναστών, σύμφωνα με την απογραφή της ΕΣΥΕ (2001). Η μετανάστευση των Αλβανών αποτελεί εξαιρετική περίπτωση μετανάστευσης για πολλούς λόγους: είναι πολυπληθέστατη, διαρκής και έντονη. Επί πολλά έτη συνεχίζουν τη μαζική προσέλευση τους στη χώρα, αλλά αυτό που είναι πραγματικά εντυπωσιακό, είναι η ταχύτητα και ο βαθμός ενσωμάτωσης στην ελληνική κοινωνία. Με μεγάλη συχνότητα, όπως επίσης και με μεγάλη ευκολία, αλλάζουν συνήθειες,

¹²⁰ Harris J.R. & Todaro M.P, Migration, Unemployment and Development: a Two-sector Analysis, *American Economic Review*, LX, 2, pp. 126-142, 1970.

¹²¹ Μουσούρου Λ., *Μετανάστευση και μεταναστευτική πολιτική στην Ευρώπη*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1991. Μπάγκαβος Χρ. & Παπαδοπούλου Δ., *Μεταναστευτικές τάσεις και ευρωπαϊκή μεταναστευτική πολιτική*, Εκδ. ΙΝΕ, σειρά Μελέτες, Αθήνα 2004.

¹²² Song H. & Shin E., Acculturation and Consumption Behaviour of Korean Immigrant, *Development and Society*, 33(1), pp. 39-79, 2004.

αλλάζουν το αλβανικό τους όνομα με ελληνικό, όπως επίσης και το θρήσκευμά τους, καθώς βαπτίζονται χριστιανοί ορθόδοξοι, υιοθετώντας μια θρησκεία «πρόσοψης», διαφορετική από την αρχική.¹²³ Υιοθετούν συμπεριφορές στην καθημερινότητά τους παρόμοιες με των γηγενών, μιλάνε την ελληνική γλώσσα σε βαθμό που τα παιδιά αλβανικής καταγωγής την θεωρούν μητρική τους, με αντίστοιχο μαρασμό της αλβανικής-μητρικής τους γλώσσας. Επίσης, αποκτούν περιουσιακά στοιχεία, όπως ιδιόκτητη κατοικία ή και επαγγελματικό χώρο, δημιουργούν ή αγοράζουν μικρές εμπορικές επιχειρήσεις ή χώρους εστίασης κ.λπ., αλλά πουθενά, σε καμία πόλη το πολυάριθμο αυτό στοιχείο δεν είναι εμφανές ως εθνικό στοιχείο.¹²⁴ Τώρα αν αυτό είναι αποτέλεσμα μιας προσπάθειας απόκρυψης της ταυτότητάς τους, (για λόγους «προστασίας» και αποστασιοποίησης από αρνητικές κοινωνικές αναπαραστάσεις) ή απλά της ανάγκης και της επιθυμίας τους για πλήρη ενσωμάτωση σε μια κοινωνία με το αντίστοιχο status που συνδέεται, δεν είναι σαφές¹²⁵.

Αντίθετα υπάρχουν πληθυσμοί μεταναστών με έντονη επαγγελματική-εμπορική δραστηριότητα, όπως οι μετανάστες από την Κίνα, οι οποίοι δεν εντάσσονται κοινωνικά (χρήση της γλώσσας, αλλαγή συνηθειών κ.λπ.), παρ' ότι έχουν πλήρη νομιμοποίηση και οικονομική ένταξη. Οι πολλαπλές και ποικίλες μορφές ένταξης και ενσωμάτωσης αποτελούν μια σοβαρή διαδικασία. Δεν υπάρχει μια και δεδομένη ένταξη ή ενσωμάτωση. Η κοινωνία δεν προωθεί στις περισσότερες των περιπτώσεων μία μόνο διαδικασία ένταξης ή μία διαδικασία ενσωμάτωσης που είναι κοινώς αποδεκτή, αλλά προωθεί πολλές, διαφορετικές και καμιά φορά αλληλοσυγκρουόμενες μορφές ένταξης και ενσωμάτωσης. Σε αυτό το πλαίσιο, οι πολιτικοί όροι «ένταξη» και «ενσωμάτωση» έχουν πολύ μεγάλη βαρύτητα. Το τι είναι αποδεκτό και τι δεν είναι σε μια κοινωνία αποτελεί πάντα προϊόν πολιτικής ερμηνείας αλλά και κοινωνικής αποδοχής ή μη αποδοχής.¹²⁶ Χαρακτηριστικό είναι το

¹²³ Κοκκάλη Ι., Στρατηγικές ενσωμάτωσης και μορφές προσαρμογής των αλβανών μεταναστών στην ελληνική κοινωνία: Το παράδειγμα της Θεσσαλονίκης, στο: Αντ. Μωυσίδης & Δ. Παπαδοπούλου (επιμ.), *Η κοινωνική ενσωμάτωση των μεταναστών στην Ελλάδα*, Εκδ. Κριτική, Αθήνα 2011, σσ. 184-211.

¹²⁴ Καμπούρη Ε., *Φύλο και μετανάστευση: Η καθημερινή ζωή των μεταναστριών από την Αλβανία και την Ουκρανία*, Gutenberg, Αθήνα 2007.

¹²⁵ Κασσιμάτη Κ., *Η ένταξη των μεταναστών στην ελληνική κοινωνία*, Ετήσια Έκδοση της Εταιρείας Κοινωνικής Πολιτικής. Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 2006.

¹²⁶ Τσαούσης Δ.Γ., *Στοιχεία κοινωνιολογίας...*, ό.π. Κοκκάλη Ι., Στρατηγικές ενσωμάτωσης και μορφές προσαρμογής των αλβανών μεταναστών στην ελληνική κοινωνία: Το παράδειγμα της Θεσσαλονίκης, στο: Αντ. Μωυσίδης & Δ. Παπαδοπούλου (επιμ.), *Η κοινωνική ενσωμάτωση των μεταναστών στην Ελλάδα*, Εκδ. Κριτική, Αθήνα 2011, σσ. 184-211.

¹²⁶ Καμπούρη Ε., *Φύλο και μετανάστευση: Η καθημερινή ζωή των μεταναστριών από την Αλβανία και την Ουκρανία*, Gutenberg, Αθήνα 2007.

παράδειγμα της πολυγαμίας, καθώς στις μουσουλμανικές κοινωνίες είναι νόμιμη ή τουλάχιστον ανεκτή, αλλά δεν αναγνωρίζεται στο πλαίσιο των σύγχρονων δυτικών κοινωνιών.¹²⁷ Η πρακτική της σε αυτές τις κοινωνίες αποτελεί προσβολή της δημόσιας τάξης και της δημόσιας αιδούς, είναι δηλαδή απορριπτέα από το σύνολο του πολιτικού κόσμου αλλά και των κοινωνιών. Οι μετανάστες που την μεταφέρουν ως πρακτική στις κοινωνίες υποδοχής, λόγω πολιτισμικής και θρησκευτικής ταυτότητας, αντιμετωπίζουν σοβαρές πιθανότητες περιθωριοποίησης, μολονότι αφορούν στην καθαρά ιδιωτική σφαίρα του ατόμου. Οι μετανάστες αυτοί σε καμία περίπτωση δεν θεωρούνται ενσωματωμένοι στην κοινωνία υποδοχής, αφού δεν υιοθετούν τις αξίες της. Το ερώτημα είναι αν θεωρούνται ενταγμένοι και πάντα αναζητούνται λύσεις ισορροπίας προς αυτήν την κατεύθυνση. Στη γαλλική έννομη τάξη, αν και δεν αναγνωρίζονται ως νόμιμες περισσότερες της μίας συζύγου, τα παιδιά από διαφορετικές συζύγους αναγνωρίζονται όλα ως νόμιμα και έτσι επωφελοούνται των σημαντικών οικογενειακών επιδομάτων που η Γαλλία δίνει στους πολίτες της.¹²⁸

Μελετώντας πιο ενδελεχώς τους όρους της κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης, παρατηρούμε πως και σήμερα, οι όροι αυτοί παραπέμπουν σε φαινόμενα διαφορετικής έντασης, αν και δεν είναι ξεκάθαρα οριοθετημένα.¹²⁹ Στην πράξη οι δύο αυτές διαδικασίες αλληλοπλέκονται και αλληλοσυμπληρώνονται: η ένταξη αναμφισβήτητα τροφοδοτεί τη διαδικασία της ενσωμάτωσης και τουλάχιστον θεωρητικά, προηγείται (κατά κάποιον τρόπο αποτελεί στάδιο της ενσωμάτωσης). Όμως, η πραγματικότητα είναι πολύπλοκη και δεν στηρίζεται πάντα σε γραμμικές σχέσεις, οπότε η ένταξη δεν οδηγεί πάντα σε ενσωμάτωση, ακόμα και αν στην πλειονότητα των περιπτώσεων αποτελεί τον αναγκαίο «προθάλαμό» της. Στην Ελλάδα ειδικά, που διαδικασίες αυτού του είδους βρίσκονται ακόμα στο στάδιο αναζήτησης ταυτότητας, μπορεί εύκολα να συναντήσουμε ομάδες πλήρως ενσωματωμένες (γλώσσα, εκπαίδευση, ιδιοκτησία, επιχειρηματικότητα, συνεχής πολυετής διαμονή στη χώρα), αλλά με προβλήματα νομιμοποίησης της πρώτης και συχνά της δεύτερης γενιάς.¹³⁰

¹²⁶ Κασσιμάτη Κ., *Η ένταξη των μεταναστών στην ελληνική κοινωνία*, Ετήσια Έκδοση της Εταιρείας Κοινωνικής Πολιτικής. Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 2006.

¹²⁷ Μωυσίδης Αντ. & Παπαδοπούλου Δ. (επιμ.), *Η κοινωνική ενσωμάτωση...*, ό.π.

¹²⁸ Μωυσίδης Αντ. & Παπαδοπούλου Δ. (επιμ.), *Η κοινωνική ενσωμάτωση...*, ό.π.

¹²⁹ Schnapper D., *Η κοινωνική ενσωμάτωση...*, ό.π.

¹³⁰ Παπαδοπούλου Δ., *Κοινωνιολογία του αποκλεισμού...*, ό.π.

Ενσωμάτωση στην κοινωνία εννοούμε τη διαδικασία σύστασης και διατήρησης της κοινωνίας στο σύνολό της και στις σχέσεις του ατόμου με την κοινωνία, όπου η ενσωμάτωση δείχνει την ένταση αυτής της θετικής και μοναδικής σχέσης μεταξύ ατόμου και κοινωνίας που είναι αμφίδρομη. Σύμφωνα με την J. Costa-Lascoux¹³¹, η ενσωμάτωση των μεταναστών στηρίζεται σε **πέντε βασικούς πυλώνες**:

- Την ίση μεταχείριση, με την ευθυγράμμιση της θέσης των αλλοδαπών εργαζομένων και των οικογενειών τους προς τη θέση των ημεδαπών εργαζομένων.
- Την πρόληψη και καταστολή, λόγων, πράξεων και παραλείψεων με διακριτικό περιεχόμενο λόγω καταγωγής, φυλής, εθνότητας, θρησκείας, εναντίον προσώπου ή ομάδας προσώπων.
- Τις κοινωνικές (ασφάλεια, περίθαλψη κ.λπ.) και εκπαιδευτικές πολιτικές.
- Την απόκτηση της ιθαγένειας της χώρας κατοικίας.
- Το δικαίωμα εκλέγειν και εκλέγεσθαι στις τοπικές και περιφερειακές εκλογές.

Στην περίπτωση των μεταναστών, έχουμε να εξετάσουμε την ανασύσταση της σχέσης του ατόμου με την κοινωνία υποδοχής και τους όρους συμμετοχής του σε αυτήν, καθώς οι μετανάστες ήδη κοινωνικοποιημένοι και έχοντας ήδη ενσωματωθεί σε μια άλλη κοινωνία, την κοινωνία καταγωγής τους, έχουν ήδη υποστεί μια πρώτη κοινωνικοποίηση στον τόπο προέλευσής τους και για να μπορέσουν να συμμετάσχουν στην κοινωνία υποδοχής θα πρέπει να αποβάλουν μέρος των αξιών και συνηθειών της παλιάς κοινωνίας που εγκατέλειψαν και να υιοθετήσουν μέρος των νέων αξιών, τρόπων συμπεριφοράς και δράσης της κοινωνίας υποδοχής, σε θέματα π.χ. υγείας, υγιεινής, προτύπων, αλλά και τρόπων επικοινωνίας.¹³² Οι μετανάστες που δεν υιοθετούν τις αξίες της, δεν θεωρούνται «ενσωματωμένοι» στην κοινωνία υποδοχής και το ερώτημα που τίθεται είναι εάν θεωρούνται «ενταγμένοι».

¹³¹ Schnapper D., *Η κοινωνική ενσωμάτωση...*, ό.π.

¹³² Αγραφιώτης Δ., *Πολιτιστικές αβεβαιότητες*, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999. Galbraith J.K., *A Perfect Crime: Inequality in the Age of Globalization*, Daedalus 2003. Gans H.J., *The War against the Poor: The Underclass and Antipoverty Policy*, NewYork: BasicBooks 1995.

¹³² Κασσιμάτη Κ., *Η ένταξη των μεταναστών...*, ό.π.

2.2 Πολιτικές ενσωμάτωσης

Η ενσωμάτωση των μεταναστών στην κοινωνία υποδοχής αποτελεί μια διαδικασία «αμφίδρομης προσαρμογής», τόσο των οικονομικών μεταναστών από τη μία, όσο και της κοινωνίας από την άλλη, μέσα από μια «αλληλογνωριμία», μέσω μιας αμοιβαίας κατανόησης, εκμάθησης, αποδοχής και σεβασμού των κοινωνικών αξιών.¹³³ Αυτή η διαδικασία της αμοιβαίας αποδοχής συντελείται με διαφορετικό τρόπο από χώρα σε χώρα και εξαρτάται άμεσα από την πολιτική που επιλέγει να εφαρμόσει σχετικά με την ένταξη και ενσωμάτωση των μεταναστών που υποδέχεται. Έτσι, εφαρμόζονται πολιτικές που στοχεύουν στην αφομοίωση των μεταναστών στο κυρίαρχο πολιτισμικό μοντέλο της χώρας υποδοχής (όπως προαναφέρθηκε, π.χ. στη Γαλλία), αλλά και πολιτικές «επιλεκτικής μετανάστευσης» που προωθούν την ενσωμάτωση των μεταναστών μέσω της συμμετοχής τους σε ορισμένες μόνο διαδικασίες-τομείς της οικονομικής και κοινωνικής δράσης της χώρας υποδοχής (όπως η Γερμανία με τη συμμετοχή των μεταναστών μόνο στην παραγωγή και την αγορά εργασίας).¹³⁴

Οι σημαντικότεροι παράγοντες που επιδρούν στη διαδικασία ενσωμάτωσης των μεταναστών σε μια χώρα, είναι το πολιτικό σύστημα της χώρας υποδοχής, τα κοινωνικά δίκτυα των μεταναστών, οι συνθήκες και «συγκυρίες» κάτω από τις οποίες πραγματοποιείται η μετανάστευση, πάντα σε σχέση με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του μετανάστη (π.χ. φύλο, ηλικία, χώρα καταγωγής, συνθήκες μετακίνησης, οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο κ.λπ.).¹³⁵ Ο τομέας της εργασίας είναι καθοριστικός και η ενσωμάτωση στην αγορά εργασίας αποτελεί προϋπόθεση για την ενσωμάτωση του μετανάστη, γιατί το είδος της εργασίας και το εισόδημα που του αποφέρει προσδιορίζει τα και υπόλοιπα, δηλαδή την κατοικία, την κοινωνική ασφάλιση, την υγειονομική περίθαλψη, την εκπαίδευση κ.ο.κ. Για το λόγο αυτόν, οι πολιτικές στοχεύουν στον τομέα της αγοράς εργασίας κυρίως με απώτερο σκοπό την ενσωμάτωση των μεταναστών.

Ο έντονος προβληματισμός και διάλογος που ακολούθησε τη δεκαετία του '90 στην Ευρώπη, είχε ως συνέπεια τη διαπίστωση πως το θέμα της ενσωμάτωσης των

¹³³ Κασιμάτη Κ., *Η ένταξη των μεταναστών...*, ό.π.

¹³⁴ Παπαϊωάννου Σ., *Οι μετανάστες μας στη Γερμανία*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1983. Vermeulen H., Models and Modes of Immigrant Integration... and Where Does Southern Europe Fit?, in: Chr. Inglessi, A. Liberaki, H. Vermeulen & J.G. van Wijngaarden (eds.), *Immigration and Integration in Northern Versus Southern Europe*, Proceedings of International Conference Held at the Netherlands of Athens, Athens: NIA 2004.

¹³⁵ Bloch A., *The Migration and Settlement of Refugees in Britain*, New York, Palgrave 2002.

μεταναστών είναι πιο σύνθετο από την απλή παροχή εργασίας και κατοικίας¹³⁶ και ως εκ τούτου, χώρες της βορειοδυτικής Ευρώπης (Δανία, Ολλανδία) εφαρμόζουν πολιτικές που στοχεύουν στη διασφάλιση της κοινωνικής συνοχής, γεγονός που μπορεί να θεωρηθεί ως μια «νέο-αφομοιωτική» προσέγγιση της πολιτικής κοινωνικής ενσωμάτωσης. Οι πολιτικές ενσωμάτωσης είναι επιτυχείς μόνο στην περίπτωση που η μετανάστευση είναι υπό τον έλεγχο του κράτους υποδοχής των μεταναστών, όπως στην Ολλανδία ή τη Φινλανδία για παράδειγμα. Δεν υπάρχει δυνατότητα απεριόριστης μετανάστευσης σε μια χώρα, καθώς είναι απαραίτητο τα κράτη να εγγυηθούν ένα ελάχιστο επίπεδο διαβίωσης, εργασία, κατοικία, υγειονομική περίθαλψη κ.λπ., γεγονός που συνεπάγεται διάθεση οικονομικών πόρων που βέβαια δεν είναι απεριόριστοι σε καμία χώρα.¹³⁷ Επιπλέον, η «νομιμοποίηση» δίνει στους μετανάστες την ευκαιρία να απολαμβάνουν σχεδόν ισότιμη μεταχείριση με τους γηγενείς, όταν υπάρχει ένα οργανωμένο, σαφώς διατυπωμένο νομικό καθεστώς σχετικά με τη μετανάστευση στην κοινωνία υποδοχής.¹³⁸

2.2.1 Διαστάσεις των πολιτικών ενσωμάτωσης

Για να γίνει ευκολότερα κατανοητό το πλαίσιο πολιτικών ενσωμάτωσης που εφαρμόζουν τα κράτη, κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούν οι **τρεις βασικότερες διαστάσεις**: η δομική, η κοινωνικοπολιτισμική και η διάσταση της ταυτότητας.¹³⁹

1. Ως **δομική** διάσταση της ενσωμάτωσης, θεωρείται η ισότητα πρόσβασης των μεταναστών σε διάφορους τομείς, θεσμούς και οργανώσεις της κοινωνίας που τους (υπο)δέχεται. Τέτοιες περιπτώσεις αποτελούν η αγορά εργασίας, η υγειονομική περίθαλψη, η εκπαίδευση, η αγορά κατοικίας, το πολιτικό σύστημα κ.λπ. με κυριότερο στοιχείο την ενσωμάτωση στην τοπική αγορά εργασίας.¹⁴⁰ Έτσι, η δομική ενσωμάτωση είναι αποτέλεσμα της εισόδου των μεταναστών στους θεσμούς, τις ομάδες και τα δίκτυα της κοινωνίας υποδοχής μέσω των οποίων αποκτούν τη δυνατότητα να

¹³⁶ Κασσιμάτη Κ., *Πολιτικές μετανάστευσης και στρατηγικές ένταξης: Η περίπτωση των Αλβανών και Πολωνών μεταναστών*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 2003.

¹³⁷ Hammar T., *European Immigration Policy: a Comparative Study*, Cambridge, Cambridge University Press 1985.

¹³⁸ Φακιολάς Ρ., *Μεταναστευτική πολιτική ΕΕ, περ. Προβληματισμοί*, Ελληνική Εταιρεία Στρατηγικών Μελετών (ΕΛΕΣΜΕ), Αθήνα 2007.

¹³⁹ Vermeulen H., *Models and Modes of Immigrant Integration...*, ό.π.,

¹⁴⁰ Castles S. & Miller M.J. 2003, *The Age of Migration. International Population Movements in the Modern World*, New York, Pelgrave 2003.

αναλάβουν θέσεις και ρόλους που εν τέλει πιστοποιούν την πλήρη αποδοχή τους από την κοινωνία υποδοχής.¹⁴¹

2. Η **κοινωνικο-πολιτισμική** διάσταση είναι περισσότερο ασαφής και περιλαμβάνει όψεις πολυπολιτισμικότητας για τον προσδιορισμό της ενσωμάτωσης, όπως για παράδειγμα η διατήρηση στοιχείων μοναδικότητας εκ μέρους κάποιων εθνοτικών ομάδων, με παράλληλη όμως ισότιμη συμμετοχή στις διαδικασίες παραγωγής, διακυβέρνησης κ.λπ.¹⁴² Η διάσταση αυτή συνδέεται όμως και με διαδικασίες αφομοιωτικές που περιλαμβάνουν τη διάλυση των ορίων της πολιτισμικής διαφορετικότητας και τη βαθμιαία αυξανόμενη ομοιογένεια. Βασικό στοιχείο της διάστασης αυτής ως μέσο ενσωμάτωσης στην κοινωνία εισδοχής, αποτελεί ο μικτός γάμος (κυρίως ανάμεσα σε μετανάστες και γηγενείς).
3. Στην τρίτη διάσταση της ενσωμάτωσης που συνδέεται με την **ταυτότητα**, οι μετανάστες θα ενσωματωθούν μόνο εάν έχουν γίνει μέρος της κοινωνίας υποδοχής. Το γεγονός αυτό συνίσταται σε δύο παράλληλες και ταυτόχρονες παραδοχές: από την πλευρά των μεταναστών, ο προσδιορισμός ότι η συγκεκριμένη κοινωνία αποτελεί την επιλογή τους για μόνιμη διαμονή, από μέρους δε της ίδιας της κοινωνίας, η «αποδοχή» και παραδοχή ότι οι μετανάστες αποτελούν «τμήμα της».¹⁴³ Αυτό επιτυγχάνεται με την απονομή της υπηκοότητας εκ μέρους της πολιτείας και συμβάλλει καθοριστικά στην ενσωμάτωση του μετανάστη.

¹⁴¹ Δεμερτζής Ν., *Πολιτιστική κληρονομιά και ομογενειακά ΜΜΕ. Η περίπτωση των Ελλήνων της Αυστραλίας*, Εισήγηση στο Συμπόσιο με θέμα: Ο Ελληνισμός της Διασποράς, Πανεπιστήμιο Αθηνών και Πανεπιστήμιο La Trobe της Αυστραλίας, Αθήνα 2004.

¹⁴² Schnapper D., *La démocratie providentielle...*, ό.π.

¹⁴³ Freeman G.P., *Immigrant Incorporation in Western Democracies*, *International Migration Review*, 38(3), 2004, pp. 945–969.

2.2.2 Πρότυπα και στρατηγικές ενσωμάτωσης

Με βάση, λοιπόν, τα παραπάνω, έχουν αναπτυχθεί κάποια «πρότυπα» ενσωμάτωσης των μεταναστών, σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση του Castles,¹⁴⁴ η οποία και επιτυγχάνεται μέσω ανάλογων κάθε φορά στρατηγικών που εφαρμόζουν οι χώρες υποδοχής:

- Το πρότυπο του διαφορικού αποκλεισμού (differential exclusion).
- Το πρότυπο της αφομοίωσης (assimilation).
- Το πολυπολιτισμικό ή πλουραλιστικό πρότυπο (multicultural)

Στα δύο πρώτα πρότυπα, του διαφορικού αποκλεισμού και της αφομοίωσης, επιδιώκεται η με κάθε τρόπο επίτευξη πολιτισμικής ομοιογένειας, είτε δια του αποκλεισμού των μεταναστών από τον πολιτιστικό τομέα – στην πρώτη περίπτωση, είτε δια της απαίτησης για αφομοίωση – στη δεύτερη περίπτωση. Στο τρίτο πρότυπο, κυριαρχεί μεν η ιδέα της πολιτισμικής πολυμορφίας και της διαφορετικότητας, αλλά με ταυτόχρονη απαίτηση, να αποδέχονται και να σέβονται οι μετανάστες τις αξίες της χώρας υποδοχής.

Έτσι, έχουν αναπτυχθεί δύο διαφορετικές απόψεις σχετικά με τη διαδικασία ενσωμάτωσης και την αποτελεσματικότητά της. Η μία άποψη υποστηρίζει πως τα πρότυπα είναι αυτά που αποτέλεσαν βασικό και καθοριστικό μάλιστα παράγοντα στη διαδικασία ενσωμάτωσης των μεταναστών στη Γερμανία.¹⁴⁵ Η άλλη άποψη αντίστοιχα, υποστηρίζει ότι οι τρόποι ενσωμάτωσης δεν εξαρτώνται από τα πρότυπα, αλλά ο τρόπος καθ'αυτός με τον οποίο πραγματοποιείται η ενσωμάτωση. Εκεί που ίσως μπορούν να λειτουργήσουν αποτελεσματικότερα τα πρότυπα, είναι ο τρόπος με τον οποίο αυτά καθορίζουν την πολιτική ταυτότητα.¹⁴⁶ Είναι, λοιπόν, ζήτημα πολιτικής επιλογής και εν συνεχεία αντίστοιχης ανάπτυξης της ανάλογης στρατηγικής, για τον τρόπο και τον βαθμό ενσωμάτωσης των οικονομικών μεταναστών στην κοινωνία υποδοχής.

¹⁴⁴ Castles St. & Miller M.J. 2003, *The Age...*, ό.π.

¹⁴⁵ Brubaker R., The Return of Assimilation? Changing Respectives on Immigration and its Sequels in France, Germany and the United States, *Ethnic and Racial Studies*, 24 (4), 2001, pp. 531-548.

¹⁴⁶ Thranhardt D., *Immigration und Staatsangeho rigkeitsrecht*, in Clous J. Bade and Rainer Munz., *Migrations report*, Frankfurt am Main Campus 2000.

2.3 Κλασσικές θεωρητικές προσεγγίσεις για τις έννοιες «κοινωνική ένταξη» και «ενσωμάτωση»

Οι θεωρητικοί της επιστήμης της κοινωνιολογίας, οι στοχαστές και οι ερευνητές, ασχολήθηκαν επί μακρόν με την έρευνα και τη μελέτη ερωτημάτων όπως, τι είναι αυτό που ενώνει τους ανθρώπους μεταξύ τους και τους οδηγεί να ζουν μαζί στο πλαίσιο μιας κοινωνίας. Οι ανάλογες θεωρητικές τοποθετήσεις πάνω στο θέμα της κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης, ομαδοποιούνται σε **τρία επιστημονικά θεωρητικά πλαίσια**: αυτών που αναφέρονται στην ευρωπαϊκή κλασσική κοινωνιολογία, στην αμερικανική (Σχολή του Σικάγο) και τέλος, της σύγχρονης κοινωνιολογίας.

2.3.1 Η ευρωπαϊκή κλασσική κοινωνιολογία

Κυριότεροι εκπρόσωποι είναι οι Durkheim, Weber και Tönnies. Η θεωρητική προσέγγιση του θέματος επικεντρώνεται και αναλύεται μέσα από τους παράγοντες που διαμορφώνουν την κοινωνική τάξη, την κοινωνική συνοχή, καθώς και στη γενική συνέπεια των κοινωνικών αναπαραστάσεων, μέσα από έννοιες όπως ο «κοινωνικός δεσμός» (le lien social) και η «μηχανική και οργανική κοινωνική ενσωμάτωση».

Η έννοια του «κοινωνικού δεσμού» απασχόλησε κυρίως τους γάλλους κοινωνιολόγους και αφορά στον αόρατο ή ορατό, τυπικό ή άτυπο δεσμό που ενώνει μεταξύ τους τα μέλη μιας οργανωμένης μονάδας (κοινότητας ή κοινωνίας) και τα οδηγεί να συμβιώνουν με τον όποιο δυνατόν τρόπο, αποτελώντας τον κύριο μηχανισμό κοινωνικής ενσωμάτωσης. Αποτελεί ένα πολυσυζητημένο και πολυεπίπεδο όρο της παραδοσιακής κοινωνιολογίας, που συνδέεται –χωρίς να ταυτίζεται– με όρους όπως οι «κοινωνικές σχέσεις» ή τα «άτυπα κοινωνικά δίκτυα» ή οι «άτυπες σχέσεις». Η επιρροή της συλλογικής συνείδησης πάνω στον κοινωνικό δεσμό και η διερεύνηση της φύσης του, προκύπτει μέσα από την κοινωνική συνοχή, δηλαδή τη συνοχή των κοινωνικών σχέσεων, καθώς επίσης και της φύσης του ηθικού δεσμού, δηλαδή της συνοχής των συλλογικών αναπαραστάσεων. Στο ίδιο ακριβώς πνεύμα κινείται η άποψη του Durkheim για τη μηχανική και την κοινωνική αλληλεγγύη μέσα από τα έργα του για την αυτοκτονία και την κοινωνική διάκριση της εργασίας.¹⁴⁷

¹⁴⁷ Παπαδοπούλου Δ., *Κοινωνιολογία του αποκλεισμού...*, ό.π.

Η σύγχρονη κοινωνιολογία θέτει υπό αμφισβήτηση τη νομιμοποίηση της παράδοσης ως βάση της ενσωμάτωσης σε μια κοινωνία, και ιδιαίτερα της θρησκευτικής παράδοσης. Παράλληλα, η δημοκρατική δυναμική θέτει εκτός νομιμότητας κάθε μορφή αποκλεισμού και διακρίσεων: η δημοκρατική νεωτερικότητα συνίσταται στην ενσωμάτωση όλων των ατόμων στην κοινωνία ως ελεύθερων και ίσων πολιτών. Πώς είναι δυνατόν όμως να συντηρηθούν και να αναπαραχθούν οι κοινωνικοί δεσμοί σε κοινωνίες, οι οποίες θεμελιώνονται στην κυριαρχία του ατόμου, τη στιγμή που η παράδοση και η θρησκεία έχουν απολέσει αυτή τη δυνατότητα που είχαν παλιότερα και αδυνατούν πλέον να συνδέσουν τους ανθρώπους, ενώ η αφηρημένη ιδιότητα του πολίτη συνιστά συγχρόνως, τον κανόνα της πολιτικής νομιμοποίησης αλλά και την πηγή του κοινωνικού δεσμού; Στο αέναο αυτό ερώτημα, προσπαθεί να δώσει απάντηση ο Comte: είναι αδύνατον να υπάρξει κοινωνία εάν τα μέλη της δεν έχουν τις ίδιες πεποιθήσεις. Οπότε είναι σημαντικό να δημιουργηθεί εκ νέου η συναίνεση, την οποία δεν μπορεί πλέον να εξασφαλίσει η κοινότητα του θρησκευματος.¹⁴⁸

Από την άλλη, ο Weber παρατηρεί ότι τα συμφέροντα ενώνουν πολύ λιγότερο τους ανθρώπους, από ότι τα κοινά πάθη τους και διερωτάται πως γίνεται να διατηρηθεί η πίστη και η ελευθερία του ατόμου, που μόνο αυτές οι αξίες μπορούν να το καταφέρουν, σε μια κοινωνία που «έχει πλέον απομαγευτεί» και κυριαρχείται από ορθολογική γραφειοκρατία.¹⁴⁹ Ο Durkheim διεπίστωσε ότι η κοινωνική συνοχή δεν διασφαλίζεται πλέον από την «ομοιότητα» των ανθρώπων – διαδικασία που ονομάζεται «μηχανική» αλληλεγγύη και λειτουργεί στο πλαίσιο της παραδοσιακής κοινότητας. Από τη στιγμή που οι κοινωνικές ομάδες πολλαπλασιάζονται και σταδιακά αποξενώνονται μεταξύ τους, παράλληλα γίνονται περισσότερο ιεραρχικές, ενώ η κάθε σφαίρα δράσης διέπεται κάθε φορά από διαφορετικούς κανόνες. Η κοινωνική οργάνωση χαρακτηρίζεται πλέον από εντονότατη διαφοροποίηση επαγγελματών και λειτουργιών, ώστε να καθίσταται αδύνατη η εξασφάλιση και διατήρηση της πνευματικής και ηθικής συνοχής που μέχρι τώρα εξασφαλιζόταν από τη «μηχανική αλληλεγγύη». Είναι αδύνατον στις σύγχρονες κοινωνίες να αποκατασταθούν οι δεσμοί αλληλεξάρτησης που ίσχυαν παλιότερα, γιατί η πολυπλοκότητα και η εξειδίκευση των σύγχρονων λειτουργιών, απειλεί τις μεταξύ

¹⁴⁸ Όπως αναφέρεται στο: Schnapper D., *Η κοινωνική ενσωμάτωση...*, ό.π.

¹⁴⁹ Μωυσίδης Αντ. & Παπαδοπούλου Δ., *Η κοινωνική ενσωμάτωση...*, ό.π.

των ανθρώπων ανταλλαγές που τους ενώνουν και κατακερματίζει τους δεσμούς τους.¹⁵⁰

Αυτή η διαφοροποίηση ατόμων και λειτουργιών, θεμελιώνει νέα αρχή κοινωνικής ενσωμάτωσης που βασίζεται πλέον στην ελευθερία και τη συμπληρωματικότητα των ανθρώπων και των ρόλων. Ο καθένας εξαρτάται όλο και πιο πολύ από την κοινωνία, καθώς η εργασία κατακερματίζεται διαρκώς και η δραστηριότητα του καθενός προσωποποιείται. Έτσι, η διαφοροποίηση των σύγχρονων κοινωνιών εντείνει τις ανταλλαγές μεταξύ των ατόμων, λόγω της κατανομής της εργασίας και του συντονισμού των λειτουργιών που επιβάλλει αυτή η κατάσταση. Επομένως, είναι σημαντικό να αποκατασταθεί η συναίνεση, δηλαδή η συνεκτική ενότητα της κοινότητας, η οποία επιτυγχάνεται πλέον μέσω της συμπληρωματικότητας των λειτουργιών που ασκούν «οργανική» αλληλεγγύη. Η έννοια αυτή συνεπάγεται ότι τα άτομα συνεργάζονται, όπως ακριβώς συνεργάζονται τα διάφορα όργανα του ανθρώπινου σώματος.¹⁵¹ Αυτού του είδους η ενσωμάτωση της σύγχρονης κοινωνίας – οργανικού τύπου, αφορά όχι μόνο στην κοινωνία, αλλά και στις επιμέρους ομάδες που την απαρτίζουν.¹⁵²

Σύμφωνα με τον Besnard, μετά από μια πρόσφατη μελέτη της ανομίας του Durkheim, το θέμα της κοινωνικής ενσωμάτωσης, συνοψίζεται μέσα από κωδικοποίηση βασικών όρων, όπως: «μια κοινωνική ομάδα μπορεί να θεωρηθεί ενσωματωμένη στο βαθμό που τα μέλη της»:¹⁵³ α) διαθέτουν κοινή συνείδηση, μοιράζονται τα ίδια συναισθήματα, πεποιθήσεις και πρακτικές (θρησκευτική κοινωνία), β) βρίσκονται σε διαντίδραση μεταξύ τους (οικιακή κοινωνία), και γ) αισθάνονται ότι έχουν κοινούς στόχους (πολιτική κοινωνία).

2.3.2 Η αμερικανική κοινωνιολογία (Σχολή του Σικάγο)

Σε αντίθεση με την άποψη του Durkheim, δηλαδή ότι το ζήτημα της κοινωνικής ενσωμάτωσης αφορά στην κοινωνία εν γένει, στη Σχολή του Σικάγο και στους αμερικανούς κοινωνιολόγους γενικότερα, επικράτησε η άποψη ότι η ενσωμάτωση αφορά μόνο στους μεταναστευτικούς πληθυσμούς. Οι αμερικανοί κοινωνιολόγοι διερωτήθηκαν για την κοινωνική ενσωμάτωση με κοινωνικούς και πολιτικούς όρους

¹⁵⁰ Schnapper D., *Η κοινωνική ενσωμάτωση...*, ό.π.

¹⁵¹ Παπαδοπούλου Δ., *Κοινωνιολογία του αποκλεισμού...*, ό.π.

¹⁵² Schnapper D., *Η κοινωνική ενσωμάτωση...*, ό.π.

¹⁵³ Όπως αναφέρεται στο: Παπαδοπούλου Δ., *Κοινωνιολογία του αποκλεισμού...*, ό.π., σσ. 84-89.

σε βαθμό εντονότερο από ό,τι έκαναν οι Ευρωπαίοι για τη φύση του κοινωνικού δεσμού. Και αυτό γιατί το πρόβλημα που είχαν να λύσουν ήταν σαφώς οξύτερο: πώς θα μπορούσε να οικοδομηθεί ένα ενιαίο έθνος με πληθυσμούς που προέρχονταν από όλα τα μέρη του πλανήτη;¹⁵⁴ Εξέτασαν, λοιπόν, τις διαδικασίες με τις οποίες πρόσφατοι μεταναστευτικοί πληθυσμοί μπορούσαν να συγκροτήσουν ενιαία και ενωτική κοινωνία. Η προσέγγιση δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής.¹⁵⁵

Η Σχολή του Σικάγο, στις αρχές του 20^{ου} αιώνα έδωσε έμφαση σε ζητήματα κοινωνικής αποδιοργάνωσης (social disorganization) στο πλαίσιο της αστικής κοινωνιολογίας. Η βασική προβληματική της Σχολής περιστρέφεται γύρω από την «οικολογική προσέγγιση» (ecological approach). Με τον όρο αυτό τονίζεται η σημασία του συγκεκριμένου πλαισίου μέσα στο οποίο εντάσσονται τα κοινωνικά φαινόμενα και προβλήματα.¹⁵⁶ Τα ζητήματα της κοινωνικής οργάνωσης ή αποδιοργάνωσης δεν είναι αποτελέσματα κάποιων εγγενών τάσεων του ατόμου, αλλά πρέπει να ειδωθούν υπό το πρίσμα της ζωής μέσα σε μια συγκεκριμένη πόλη¹⁵⁷ ή της εργασίας σε ένα συγκεκριμένο επάγγελμα.¹⁵⁸ Οι Thomas και Znaniecki στο κλασσικό τους έργο: «The Polish Peasant in Europe and America» (1984), παραθέτουν μια μελέτη που αποτελεί την πρώτη εμπειριστατωμένη κοινωνιολογική ανάλυση της μετανάστευσης. Ο κεντρικός προβληματισμός της μελέτης είναι η αδυναμία των Πολωνών εργατών να προσαρμοστούν στα νέα δεδομένα που δημιουργούνται από τη μετανάστευσή τους στην Αμερική. Αυτό για τους συγγραφείς δεν πηγάζει από κάποια εγγενή αδυναμία του πληθυσμού αλλά στις μεγάλες διαφορές που εντοπίζονται ανάμεσα στους αγροτικούς/παραδοσιακούς κοινωνικούς δεσμούς που χαρακτήριζαν την Πολωνία, και στους βιομηχανικούς δεσμούς της νεωτερικότητας των ΗΠΑ στις αρχές του 20^{ου} αιώνα.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με, τον κύριο εκπρόσωπο της θεωρίας της κοινωνικής δομής (social structure) και του δομολειτουργισμού, R. Merton ο όρος ανομία μας επιτρέπει να ερμηνεύσουμε τις συμπεριφορές των νέων που ψάχνουν την κοινωνική

¹⁵⁴ Παπαδοπούλου Δ., *Κοινωνιολογία του αποκλεισμού...*, ό.π.

¹⁵⁵ Coser L.A., *Men of Ideas*, Free Press: London 1997.

¹⁵⁶ Park R.E., *The City: Suggestions for the Investigation of Behavior in the City Environment*, *American Journal of Sociology*, 20(5), pp. 577-612, 1915.

¹⁵⁷ Wirth L., *The Ghetto*, University of Chicago Press: Chicago 1928. Burgess E. & Bogue D.J. (eds.), *Urban Sociology*, University of Chicago Press: Chicago 1967.

¹⁵⁸ Cressey P.G., *The Taxi - Dance Hall*, University of Chicago Press: Chicago 1932. Hughes E.C., *Men and their Work*, New York: Free Press 1958.

δικαίωση και επιτυχία, την οργανώνουν με παράνομα μέσα και μέσα από αυτή την προσπάθεια, υφίστανται ένα είδος αποκοινωνικοποίησης, η οποία και μεταφέρεται από το άτομο στην κοινωνία, με αναπόφευκτη συνέπεια τη διάρρηξη του κοινωνικού δεσμού. Ο Merton διακρίνει στην τυπολογία των τρόπων ατομικής προσαρμογής που προτείνει, σε πέντε στάσεις: α) κονφορμισμός, β) καινοτομία, γ) τελετουργία, δ) απόσυρση, και ε) εξέγερση. Στη συνέχεια, ο T. Parsons αναφέρεται στην κοινωνική μεταβολή, η οποία προετοιμάζεται στα υποσυστήματα που σηκώνουν το βάρος της μεταβολής αυτής. όμως, προσεγγίζει αυτή τη μεταβολή μέσα από το σεβασμό στους κανόνες και όχι μέσα από ρήξεις.¹⁵⁹

Στο δεύτερο μισό του 20ού αιώνα οι κοινωνιολόγοι στην Αμερική, όπως και ο Merton αντιμετώπισαν την κοινωνική ενσωμάτωση με τους όρους σύγκρουσης αξιών και κανόνων. Βλέπουν την κοινωνία όχι ως ενιαίο σύστημα, αλλά ως υποσυστήματα της κοινωνίας στα οποία θα μπορούσε κανείς να ενσωματωθεί. Υιοθετώντας ως κεντρική έννοια και πάλι την ανομία, ταύτισαν την κοινωνική ενσωμάτωση με την κανονιστική ρύθμιση και την ερμήνευσαν ως προϊόν της συμμόρφωσης των πρακτικών, των αξιών και των συμπεριφορών των ατόμων στους κανόνες του συνόλου της κοινωνίας. Στην πραγματικότητα αυτή η αντίληψη ενείχε μια σημαντική ηθική διάσταση ανάμεσα στο καλό και το κακό, που διαπότισε το σύνολο της αμερικανικής επιστήμης. Οι δομολειτουργιστές τροφοδότησαν την κοινωνική θεωρία με έντονη ηθικοποίηση της κοινωνίας.

Τέλος, οι **σύγχρονες κοινωνιολογικές θεωρήσεις** εστιάζουν στο φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού, ως έκφραση μιας ακραίας και συσσωρευμένης πολλαπλής κοινωνικής ανισότητας, ως παραγωγή και αναπαραγωγή των κοινωνικών ανισοτήτων, με συνέπεια τη χαλάρωση και διάρρηξη του κοινωνικού δεσμού.

2.4 Κοινωνικός αποκλεισμός και μετανάστες

Ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν σημαίνει μόνο το ανεπαρκές εισόδημα των μεταναστών. Υπερβαίνει ακόμη και τη συμμετοχή στην εργασιακή ζωή και εκδηλώνεται σε τομείς όπως η στέγαση, η εκπαίδευση, η υγεία και η πρόσβαση σε υπηρεσίες. Θίγεται όχι μόνο άτομα αλλά και κοινωνικές ομάδες, ιδιαίτερα σε αστικές και αγροτικές περιοχές, οι οποίες αποτελούν αντικείμενο διάκρισης, διαχωρισμού ή

¹⁵⁹ Παπαδοπούλου Δ., *Κοινωνιολογία του αποκλεισμού...*, ό.π.

εξασθένισης των παραδοσιακών μορφών των κοινωνικών σχέσεων.¹⁶⁰ Γενικότερα, η επισήμανση των ρωγμών στον κοινωνικό ιστό για τους μετανάστες περισσότερο, υποδηλώνει κάτι περισσότερο από κοινωνική ανισότητα και συνεπακόλουθα ενέχει τον κίνδυνο μιας διπλής ή κατακερματισμένης κοινωνίας. Οι πολλαπλές ευθύνες των μόνων γονέων και τα χαμηλά επίπεδα εισοδήματος τοποθετούν ιδίως τις γυναίκες σε καταστάσεις φτώχειας με πενιχρές προοπτικές βελτίωσης της θέσης τους¹⁶¹.

Τα αίτια του κοινωνικού αποκλεισμού για τους μετανάστες είναι πολλαπλά: η 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, τέλος, οι νέες μορφές μετανάστευσης, ιδιαίτερα η «παράνομη» μετανάστευση και οι μετακινήσεις του πληθυσμού. Όλα αυτά τα φαινόμενα συνδέονται μερικές φορές με παραδοσιακές μορφές φτώχειας που συγκεντρώνονται σε παρακμάζουσες αστικές περιοχές ή σε αγροτικές περιοχές, οι οποίες υπολείπονται της γενικής προόδου στην κοινωνία.

Βέβαια, υπάρχει μια σημαντική διαφοροποίηση σε σχέση με αυτό που παρατηρείται στον καθημερινό λόγο και εδώ είναι που υπεισέρχεται η έννοια της «διαδικασίας». Όμως, κρίνοντας την παρουσίαση τόσο του ίδιου του φαινομένου όσο και των αιτίων που φαίνεται να το προκαλούν, διαπιστώνουμε ότι για την περιγραφή τους παρατίθενται, το ένα δίπλα στο άλλο, πολύ διαφορετικά μεταξύ τους φαινόμενα, για τα οποία δεν δίνεται, ούτε ως υπόθεση εργασίας ένα ενοποιητικό στοιχείο. Επιπλέον, αν και αρχικά τονίζεται ότι η ιδιαιτερότητα του κοινωνικού αποκλεισμού συνίσταται στο γεγονός ότι αποτελεί διαδικασία που οδηγεί στη φτώχεια και στην περιθωριοποίηση, το κείμενο καταλήγει σε μια ταύτιση αιτίων και όψεων του φαινομένου.¹⁶² Δηλαδή, τελικά, ο ορισμός του κοινωνικού αποκλεισμού για τους μετανάστες αποτελεί τη βάση επάνω στην οποία οικοδομείται η πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού και δεν

¹⁶⁰ Κασιμάτη Κ. (επιμ.), *Κοινωνικός αποκλεισμός: η ελληνική εμπειρία*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1998. Κασιμάτη Κ. & Ψημμένος Ι., *Οργανωτική κουλτούρα και κοινωνικός αποκλεισμός*, στο: Μ. Πετμεζίδου & Χ. Παπαθεοδώρου (επιμ.), *Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός*, Εκδ. Εξάντας, Αθήνα 2004.

¹⁶¹ Δημουλάς Κ. & Παπαδοπούλου Δ. (2004), *Έρευνα για τις μορφές κοινωνικής ένταξης των οικονομικών μεταναστών στην Περιφέρεια Αττικής*, ΙΝΕ-ΓΣΕΕ, Αθήνα 2004.

¹⁶² Κασιμάτη Κ., *Φαινόμενα κοινωνικής παθογένειας σε ομάδες κοινωνικού αποκλεισμού*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 2000.

διαφέρει αισθητά από τον προεπισημειωμένο ορισμό που δίνεται στο πλαίσιο του καθημερινού λόγου.

2.5 Η έννοια της κοινωνικής πρόνοιας στην Ελλάδα

Η παροχή κοινωνικής πρόνοιας είναι τόσο παλιά όσο και ο πολιτισμός και χρησιμοποιείται ως μέσο βοήθειας σε συγκεκριμένες ευπαθείς ομάδες, αλλά και σε κάθε άτομο που διαμένει σε ένα κράτος και την έχει ανάγκη. Πρόκειται για μια διαρκώς μεταβαλλόμενη διεργασία που αντιπροσωπεύει νέες ανάγκες σε συνδυασμό πάντα με τα νέα μέσα και τις τεχνικές επικοινωνίας που υποβοηθούν τις δραστηριότητες της παροχής βοήθειας και κάλυψης κοινωνικών αναγκών σε άτομα με διαφόρων ειδών προβλήματα¹⁶³. Η κοινωνική πρόνοια συνδέεται με την κοινωνική αλληλεγγύη και την παροχή βοήθειας, υλικής και ψυχικής προς όλους ανεξαιρέτως τους πολίτες της χώρας, γηγενείς και μετανάστες. Αποτελεί δεσμευτική υποχρέωση για τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς στόχος της ΕΕ, παράλληλα με τη βελτίωση της ασφάλειας και της υγείας των πολιτών, είναι η μείωση των ανισοτήτων ειδικότερα για αδύναμες κοινωνικές ομάδες.

Στην έννοια της κοινωνικής πρόνοιας περιλαμβάνονται υποχρεώσεις όπως: η προστασία της δημόσιας υγείας, η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και η κοινωνική προστασία (π.χ. προνοιακά επιδόματα, συντάξεις) και η αποκατάσταση των ατόμων ειδικών κατηγοριών, η διευκόλυνση των ατόμων με αναπηρίες, η πρόληψη των εργατικών ατυχημάτων και των επαγγελματικών ασθενειών, η ισότητα των φύλων και η εξασφάλιση ίσων ευκαιριών, η κοινωνική ενσωμάτωση των αλλοδαπών εργαζομένων στην Ελλάδα κ.λπ. Αποτελεί γεγονός πως ένα μεγάλο μέρος των δαπανών των Ιδρυμάτων Κοινωνικής Πρόνοιας καλύπτεται από την κρατική επιχορήγηση, η οποία προσφέρεται σε ετήσια βάση. Η επιχορήγηση από τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό για την Πρόνοια διοχετεύεται μέσω των Ιδρυμάτων Προστασίας Ηλικιωμένων και Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες, των Ιδρυμάτων Προστασίας και Αγωγής Οικογένειας και Παιδιού, και των Ιδρυμάτων Κοινωνικής Εργασίας και Πρόνοιας τα οποία διέπονται υπό καθεστώς είτε Δημοσίου (ΝΠΔΔ), είτε Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ).

¹⁶³ Κογκίδου Δ., Μαρβάκης Α., Τρέσσου Ε. & Τσιάκαλος Γ., *Φτώχεια – κοινωνικός αποκλεισμός*, Βιβλιογραφικός Οδηγός 1970-2005, Αθήνα 2007.

Αρμοδιότητες της Διεύθυνσης Κοινωνικής Πρόνοιας για Έλληνες και μετανάστες¹⁶⁴ στη χώρα, είναι η προστασία και αγωγή της οικογένειας και του παιδιού, η προστασία των ηλικιωμένων, των ατόμων με ειδικές ανάγκες και των οικονομικά αδυνάτων, η κοινωνική κατοικία, η χορήγηση αδείας λειτουργίας ιδρυμάτων, επιχειρήσεων και κοινωφελούς χαρακτήρα σωματείων, η εποπτεία τους και η χορήγηση αδειών άσκησης επαγγελμάτων του τομέα κοινωνικής πρόνοιας. Οι κατηγορίες τμημάτων κοινωνικής πρόνοιας είναι οι ακόλουθες τρεις:

1. Τμήμα Κοινωνικής Αρωγής στα μεγάλα αστικά κέντρα. Στις αρμοδιότητες του Τμήματος ανήκουν:

- Η εφαρμογή προγραμμάτων προστασίας των οικονομικά αδυνάτων, των προσφύγων και των επαναπατριζόμενων και η παροχή οικονομικής ενίσχυσης ή επείγουσας περίθαλψης σε άτομα, οικογένειες ή κοινωνικές ομάδες που περιέρχονται σε κατάσταση ανάγκης εξαιτίας κοινωνικών γεγονότων ή φυσικών καταστροφών.
- Η διαχείριση του Μητρώου Ανασφαλιστών και Οικονομικά Αδυνάτων και η έκδοση βιβλιαρίου ανασφαλιστών και οικονομικά αδυνάτων.
- Η αγορά η απαλλοτρίωση εκτάσεων για την κατασκευή κατοικιών και η αναγνώριση δικαιούχων στεγαστικής συνδρομής (αστέγων από θεομηνίες ή ατυχήματα, προσφύγων, στεγαζόμενων σε δυσμενείς συνθήκες κ.λπ.).
- Ο καθορισμός των όρων και της διαδικασίας παραχώρησης ακινήτων σε δικαιούχους, η έκδοση και ανάκληση παραχωρητηρίων, η ρύθμιση των δόσεων και η βεβαίωση των χρεών παλαιών και νέων προσφύγων, η νομιμοποίηση ανωμάτων αγοραπωλησιών και τα σχετικά με την ανταλλαγή και μεταβίβαση παραχωρηθέντων ακινήτων.
- Η οικονομική ενίσχυση αυτοστεγαζόμενων, η μίσθωση ή δωρεάν παραχώρηση ακινήτων κατά χρήση ή κυριότητα, η ρύθμιση διαφόρων θεμάτων κοινωνικής κατοικίας και η επιβολή κυρώσεων για παραβάσεις της νομοθεσίας.
- Η ανάληψη χορηγούμενων οικονομικών ενισχύσεων σε φορείς κοινωνικής αντίληψης από το προϊόν των Ειδικών Κρατικών Λαχείων.
- Η χορήγηση αδειών διενέργειας εράνων, λαχειοφόρων και φιλανθρωπικών αγορών.

¹⁶⁴ Μπάγκαβος Χρ., Παπαδοπούλου Δ. & Μ. Συμεωνάκη Μ., *Μετανάστευση και παροχή υπηρεσιών σε μετανάστες στην Ελλάδα*, ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, Αθήνα 2008.

- Η χορήγηση κάρτας αναπηρίας σε Άτομα με Αναπηρίες (ΑΜεΑ).

2. Τμήμα Οικονομικής Στήριξης ΑΜεΑ, Παιδιών και Προστασίας Προσφύγων και Μεταναστών. Στις αρμοδιότητες του Τμήματος περιλαμβάνονται τα ακόλουθα:¹⁶⁵

- Η εφαρμογή προγραμμάτων οικονομικής προστασίας της μητέρας και των παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας.
- Η εφαρμογή προγραμμάτων για την οικονομική επανένταξη των μονογονεϊκών οικογενειών.
- Η προστασία των ΑΜεΑ μέσω της οικονομικής τους στήριξης.
- Η στεγαστική συνδρομή σε υπερήλικα-ανασφάλιστα άτομα.
- Η παροχή κοινωνικής προστασίας σε πρόσφυγες, οικονομικά αδυνάτους αρμοδιότητας της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ

3. Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας Πολιτών (Έλληνες και μετανάστες). Στις αρμοδιότητες του Τμήματος ανήκουν:

- Η μέριμνα ανάπτυξης θεσμών προστασίας και συμπαράστασης (όπως οι ανάδοχες οικογένειες) και η μέριμνα για την υιοθεσία των ανηλίκων.
- Η εφαρμογή προγραμμάτων κοινωνικής επανένταξης ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, η δημιουργία θεσμών συμβουλευτικής και ψυχολογικής υποστήριξης των μελών τους, ο επαγγελματικός προσανατολισμός, η επαγγελματική κατάρτιση και η τοποθέτηση σε θέσεις εργασίας των ατόμων που αποκλείονται κοινωνικά και από την αγορά εργασίας.
- Η προστασία των αποφυλακιζομένων που έχουν άμεση ανάγκη βοήθειας για την οικονομική και κοινωνική τους επανένταξη και η δημιουργία προγραμμάτων κατάρτισης/επανακατάρτισής τους.
- Η χορήγηση αδείας άσκησης επαγγέλματος κοινωνικού λειτουργού.
- Η άσκηση κοινωνικής εργασίας και ανάπτυξης του θεσμού του κοινωνικού συμβούλου.
- Η εφαρμογή προγραμμάτων προστατευομένων εργαστηρίων και Κέντρων Επαγγελματικής Κατάρτισης για τα ΑΜεΑ και η οργάνωση θεσμών επαγγελματικού προσανατολισμού και επαγγελματικής τοποθέτησής τους.

¹⁶⁵ Κογκίδου Δ., Μαρβάκης Α., Τρέσσου Ε., & Τσιάκαλος Γ., *Φτώχεια – κοινωνικός αποκλεισμός*, Βιβλιογραφικός Οδηγός 1970-2005, 2007.

- Η διενέργεια κοινωνικών ερευνών για τη στεγαστική κατάσταση του πληθυσμού, για την κατάσταση της οικογένειας και των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού και η συνεργασία με τη Διεύθυνση Προγραμματισμού και Ανάπτυξης για την εξασφάλιση της χρηματοδότησης των κοινωνικών προγραμμάτων αυτών.
- Η εφαρμογή προγραμμάτων κοινωνικής υποστήριξης κάθε ηλικίας και ευπαθών ομάδων, καθώς και η δημιουργία θεσμών συμβουλευτικής και ψυχολογικής υποστήριξης των μελών τους.

Όλα αυτά βέβαια, απευθύνονται στους Έλληνες πολίτες μόνο, δηλαδή στους γηγενείς κατά βάση, αλλά και σε όσους εκ των μεταναστών έχουν πλήρη νομιμοποίηση.

2.5.1 Βασικότερα ταμεία συνταξιοδότησης και παροχής υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους- εργαζομένους μετανάστες

Τα βασικότερα ασφαλιστικά ταμεία στην Ελλάδα είναι το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), που είναι ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός φορέας της χώρας για Έλληνες και αλλοδαπούς εργαζομένους. Διαθέτει 331 μονάδες Ασφάλισης και 364 μονάδες Υγείας. Παρέχει περίθαλψη σε 5.550.000 άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένους και συνταξιοδοτεί 845.000 συνταξιούχους. Το ΙΚΑ, μέσω του Τομέα Υγείας, στις δικές του μονάδες υγείας (νομαρχιακές μονάδες, τοπικές μονάδες κ.λπ.) παρέχει, πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη στους ασφαλισμένους του.

Το δεύτερο μεγαλύτερο Ασφαλιστικό ταμείο είναι ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) που καλύπτει συνολικά περί τους 1.800.000 πολίτες, άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένους και συνταξιούχους. Ο ΟΑΕΕ συστάθηκε την 01/01/2007 και προήλθε από την ενοποίηση των καταργηθέντων Ταμείων ΤΕΒΕ, ΤΑΕ και ΤΣΑ. Στον ΟΑΕΕ ασφαλίζονται οι αυτοαπασχολούμενοι επαγγελματίες, βιοτέχνες έμποροι και αυτοκινητιστές. Μετά την 01/08/2008, με την εφαρμογή ενός νέου νόμου (3655/08) εντάχθηκαν και άλλοι ασφαλιστικοί φορείς όπως: α) το Ταμείο Ασφάλισης Ναυτικών Πρακτόρων και Υπαλλήλων (ΤΑΝΠΥ), β) το Ταμείο Πρόνοιας Ξενοδόχων και γ) το Ταμείο Πρόνοιας και Επικουρικής Ασφάλισης Προσωπικού Ιπποδρομιών (ΤΑΠΕΑΓΠ), αναβάτες και προπονητές.

Επίσης, υπάρχουν αρκετά άλλα ασφαλιστικά ταμεία στην Ελλάδα (τα οποία σύμφωνα με τις ήδη εξαγγελθείσες αποφάσεις της Κυβέρνησης, πρόκειται να συγχωνευτούν σε τρεις τελικά ασφαλιστικούς οργανισμούς), όπως:

- Ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ).
- Το Κεφάλαιο Επικουρικής Αποζημίωσης της Ένωσης Ελεγκτών Εναέριας Κυκλοφορίας Ελλάδος (ΚΕΑ-ΕΕΕΚΕ).
- Ο ΕΔΟΕΑΠ που είναι ο Ασφαλιστικός Οργανισμός των Δημοσιογράφων και των Διοικητικών Υπαλλήλων που εργάζονται στον Ημερήσιο Τύπο την Τηλεόραση και το Ραδιόφωνο.
- Το Μετοχικό Ταμείο Πολιτικών Υπαλλήλων (ΜΤΠΥ), το οποίο είναι από τα πρώτα ασφαλιστικά Ιδρύματα της χώρας.
- Ο Οργανισμός Ασφάλισης Προσωπικού ΔΕΗ (ΟΑΠ ΔΕΗ).
- Το Ταμείο Συντάξεως και Αυτασφάλισεως Υγειονομικών (ΤΣΑΥ).
- Το Ταμείο Συντάξεων Μηχανικών και Εργοληπτών Δημοσίων Έργων (ΤΣΜΕΔΕ).
- Το Ταμείο Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων (ΤΥΔΚΥ).
- Το Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού ΟΣΕ - ΕΛΤΑ - ΟΤΕ (ΤΑΠ-ΟΤΕ).
- Το Ταμείο Αλληλοβοήθειας Προσωπικού Γενικής Τράπεζας της Ελλάδας (ΤΑΠΓΤΕ).

2.5.2 Δικαιώματα των μεταναστών για πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής πρόνοιας

Οι μετανάστες από τα κράτη που ανήκουν στην ΕΕ (π.χ. Βουλγαρία, Ρουμανία κ.λπ.), όπως επίσης και όσοι από αυτούς έχουν ασφαλιστική κάλυψη έχουν τα ίδια δικαιώματα στις υπηρεσίες υγείας με τους Έλληνες πολίτες.¹⁶⁶ Επιπλέον, ο νόμος (ΥΑ 139491/2006) προβλέπει δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για τους νόμιμους και μόνιμους μετανάστες, που είναι ανασφάλιστοι και οικονομικά αδύνατοι με την επίδειξη των ακόλουθων πιστοποιητικών:

- *Βιβλιάριο ανασφάλιστου*, το οποίο χορηγείται στους Πολίτες των χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ομογενείς, που κατέχουν το ειδικό δελτίο ταυτότητας ομογενούς και πολίτες των χωρών που έχουν κυρώσει την Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Κοινωνική και Ιατρική Αντίληψη. Στις χώρες

¹⁶⁶ Πηγή: Υπουργείο Εργασίας- Νομοθεσία.

αυτές περιλαμβάνονται οι χώρες μέλη της ΕΕ, καθώς και η Ισλανδία, Νορβηγία και η Τουρκία.

- *Πιστοποιητικό Κοινωνικής Προστασίας*, το οποίο χορηγείται εφόσον υπάρχει αποδεδειγμένο πρόβλημα υγείας: στους πολίτες των χωρών που έχουν κυρώσει τον Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη. Στις χώρες αυτές περιλαμβάνονται οι χώρες μέλη της ΕΕ, καθώς και η Κροατία, Ισλανδία, Νορβηγία, πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας και η Τουρκία. Επίσης, χορηγείται στους αλλογενείς συζύγους Ελλήνων, στους συζύγους ομογενών και στους συζύγους πολιτών χώρας μέλους της Ε.Ε. καθώς και στα παιδ τους (ΥΑ 139491/2006 περ. 4Αγ. και 4Αδ), καθώς και στους κατόχους άδειας διαμονής για ανθρωπιστικούς λόγους (α.44 παρ.1 Ν.3386/2005 και ΥΑ 48566/2005 και 139491/2006). Επιπλέον, χορηγείται και στους ομογενείς που διαθέτουν βεβαίωση κατάθεσης των δικαιολογητικών για την απόκτηση του Ειδικού Δελτίου Ταυτότητας Ομογενούς ή για την απόκτηση της Ελληνικής ιθαγένειας.

Οι μετανάστες που δεν διαθέτουν νομιμοποιητικά έγγραφα παραμονής δικαιούνται περίθαλψη σε νοσοκομείο μόνο για έκτακτα περιστατικά και μέχρι τη σταθεροποίηση της υγείας τους (α. 84 παρ. 1 εδ.α΄ Ν. 3386/2005). Σημαντικό, ωστόσο, θεωρείται το γεγονός πως τα νοσοκομεία δεν υποχρεούνται πλέον να ενημερώνουν τις αστυνομικές αρχές για την προσέλευση μη νόμιμων μεταναστών στα επείγοντα περιστατικά.¹⁶⁷ Επιπρόσθετα, πρέπει να τονιστεί πως όλα τα ανήλικα παιδιά δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, ανεξάρτητα από τον επείγοντα ή μη χαρακτήρα του περιστατικού, είτε διαθέτουν είτε όχι νομιμοποιητικά έγγραφα παραμονής (α. 84 παρ. 1 εδ. Α. Ν. 3386/2005).

Ο νόμος λαμβάνει πρόνοια και για ειδικότερες περιπτώσεις ατόμων που χρήζουν προστασίας, όπως τα θύματα παράνομης διακίνησης, τα θύματα νάρκης και όσους έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV/AIDS ή άλλα λοιμώδη νοσήματα.¹⁶⁸ Συγκεκριμένα, όσοι αλλοδαποί έχουν αναγνωριστεί ως θύματα εμπορίας ανθρώπων (trafficking), σύμφωνα με τις διατάξεις 323, 323^Α, 349, 351 και 351^Α του Ποινικού Κώδικα και είναι ανασφάλιστοι, δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη για όσο διάστημα διαρκούν τα μέτρα προστασίας και

¹⁶⁷ Δόλγερας Α., Οικονόμου Χ., Λέβερ Τζ. & Πετσετάκη Ε., *Ενδημικά νοσήματα στα Βαλκάνια*, ΕΣΔΥ, Αθήνα 2000.

¹⁶⁸ Κορασίδου Μ., *Όταν η αρρώστια απειλεί. Επιτήρηση και τεχνολογία*, Εταιρεία Μελέτης των Επιστημών του Ανθρώπου, Αθήνα 2002.

αρωγής, με την επίδειξη σχετικής βεβαίωσης της οικείας Αστυνομικής Διεύθυνσης (Ν. 3064/2002 και Π.Δ. 233/2003). Όσοι αλλοδαποί είναι θύματα νάρκης ή είχαν ατύχημα κατά την είσοδό τους στη χώρα, το οποίο οδήγησε σε ακρωτηριασμό, δικαιούνται περίθαλψη, νοσηλεία και τοποθέτηση τεχνητών μελών (ΥΑ Π2α/Γ.Π. οικ. 10532). Όλοι όσοι έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV/AIDS ή άλλα λοιμώδη νοσήματα δικαιούνται δωρεάν θεραπευτική αγωγή, εφόσον στη χώρα προέλευσης τους δεν μπορεί να τους χορηγηθεί η αγωγή αυτή (α. 11 παρ.8 εδ.ε΄ Ν.2955/2001).

Για «νόμιμους» υπηκόους τρίτων χωρών προβλέπεται και η χορήγηση των παρακάτω προνοιακών παροχών:

- Επίδομα οικονομικής ενίσχυσης απροστάτευτων παιδιών (Ν. 4051/1960).
- Χρηματικές παροχές μητρότητας, αν η μητέρα είναι ανασφάλιστη ή δεν την καλύπτει ο ασφαλιστικός της φορέας (Ν. 1302/1982).
- Πρόσβαση σε υπηρεσίες Κοινωνικής Προστασίας, όπως σε παιδικούς σταθμούς, Παιδουπόλεις, Κέντρα Παιδικής Μέριμνας, Πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι», στεγαστική συνδρομή και κατασκηνώσεις του κρατικού προγράμματος λουτροθεραπείας ηλικιωμένων.

2.5.3 Κοινωνική ένταξη και ενσωμάτωση των μεταναστών στο σύστημα υγείας της χώρας

Αποτελεί γεγονός ότι η μεγάλη εισροή ομογενών και αλλογενών μεταναστών στην Ελλάδα από τα τέλη της δεκαετίας του 1980 προκάλεσε ποικίλες αντιδράσεις και προβληματισμούς. Ένα από τα κύρια θέματα που προκύπτουν είναι η ενσωμάτωση και ένταξη τους με ειδική περίπτωση εκείνη των μεταναστών της δεύτερης γενιάς. Σύμφωνα με τη διεθνή μεταναστευτική εμπειρία οι κοινωνίες υποδοχής μετασχηματίζονται από τη μαζική παρουσία των νεοεισερχομένων πληθυσμών ως προς τη δημογραφική τους σύνθεση και τις θεσμικές τους δομές¹⁶⁹. Αυτό όμως που καθορίζει τις μακροπρόθεσμες συνέπειες των μεταναστευτικών εισροών είναι κυρίως η διαδικασία ένταξης των μεταναστών δεύτερης γενιάς και όχι τόσο των γονέων τους, που αποτελούν κατά κανόνα μια σχετικά ομοιογενή ομάδα με μεγάλη γεωγραφική και ενδο-επαγγελματική κινητικότητα. Πολλά από τα παιδιά των μεταναστών φοιτούν πλέον στα ελληνικά σχολεία και αρχίζουν να εισέρχονται στην αγορά εργασίας. Εν

¹⁶⁹ Ψημμένος Ι., *Μετανάστευση από τα Βαλκάνια. Κοινωνικός αποκλεισμός στην Αθήνα*, Εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα 2000.

τούτοις, η εκπαιδευτική και εργασιακή τους ενσωμάτωση αποτελεί ένα από τα πλέον σύνθετα οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα της ελληνικής κοινωνίας.

Η πολλαπλότητα και ετερογένεια των οικονομικών, κοινωνικών και πολιτισμικών τους χαρακτηριστικών παράλληλα με τα προβλήματα που προκύπτουν από τις νέες εκπαιδευτικές ανάγκες (δια βίου εκπαίδευση και επιμόρφωση) και τις αλλαγές στην αγορά εργασίας (ευελιξία των μορφών απασχόλησης, υποαπασχόληση), καθιστούν την πολυπληθή πλέον δεύτερη γενιά σημαντικό παράγοντα προσδιορισμού της κοινωνικής συνοχής. Από την έρευνα προκύπτει ότι η διαχείριση του σύνθετου φαινομένου της μετανάστευσης αντανακλά τις εκάστοτε πολιτικές των χωρών υποδοχής.¹⁷⁰ Η ένταξη δε των μεταναστών στην κοινωνία υποδοχής και στο σύστημα υγείας της χώρας που αποτελεί και το βασικό θέμα διερεύνησης αυτής της μελέτης, αφορά σε ένα σύνολο διαδικασιών, οι οποίες διαφοροποιούνται όταν πρόκειται για τη δεύτερη γενιά μεταναστών. Η γενιά αυτή βρίσκεται σε μια διαδικασία βαθμιαίας οικονομικής και κοινωνικής ενσωμάτωσης και η πρόοδός της εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Από την ανάλυση των σχετικών δεδομένων προκύπτουν συμπεράσματα που μας επιτρέπουν να γνωρίσουμε καλύτερα τους τρόπους ενσωμάτωσης των παιδιών των μεταναστών και να διαμορφώσουμε τις πρόσφορες πολιτικές.¹⁷¹ Η κοινωνική ένταξη των μεταναστών στην Ελλάδα εισέρχεται μέσα από τις εξής διαδικασίες: α) τη νομιμοποίηση της μετανάστευσής τους στην Ελλάδα και β) την ένταξή τους στην ελληνική αγορά εργασίας, οπότε αποκτούν εκείνα τα οικονομικά μέσα που θα τους επιτρέψουν να εκπληρώσουν τους λόγους της μετανάστευσής τους

Βέβαια, η έλλειψη νομικής και πολιτικής προστασίας προς τους μετανάστες «αφήνει εκτεθειμένους τους μετανάστες στην ατομική και συλλογική αυθαιρεσία». Οι παράγοντες που διαμορφώνουν τις διαδικασίες ένταξης των μεταναστών και προσδιορίζουν τη διαμονή τους στην ελληνική κοινωνία είναι οι εξής¹⁷²: νομιμοποίηση-χορήγηση άδειας παραμονής και εργασίας, γλώσσα, απασχόληση, υγεία, κατοικία, οικογένεια, πολιτισμική και θρησκευτική ιδιαιτερότητα, άτυπες κοινωνικές σχέσεις. Για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της ένταξης μεταναστών, προτείνεται μια «νέα προσέγγιση» στηριζόμενη στα εξής βασικά σημεία:

- Ενεργητικές (pro-active) πολιτικές.

¹⁷⁰ Ρομπόλης Σ., *Εργασία και οικονομία*, Εκδ. Καμπύλη, Αθήνα 2001.

¹⁷¹ Αμίτσης Γ. (επιμ.), *Νομικές και κοινωνικοπολιτικές διαστάσεις της μετανάστευσης στην Ελλάδα*, Εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα 2002.

¹⁷² Ψημμένος Ι., *Μετανάστευση από τα Βαλκάνια...*, ό.π.

- Έμφαση στις διμερείς σχέσεις με τις χώρες προέλευσης μεταναστών
- Περιορισμό της εποχιακής μετανάστευσης.
- Αναδιοργάνωση των μέτρων ελέγχου της «παράνομης» μετανάστευσης
- Σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων όλων των πολιτών.

Στην περίπτωση, ωστόσο, της «πλήρους ένταξης» των μεταναστών θεωρείται απαραίτητη η επιμόρφωση. Η κοινωνική αλλαγή λόγω της μετανάστευσης απαιτεί αλληλεγγύη, συνεργασία και εξάλειψη στερεοτύπων, εχθρικών παραστάσεων και ρατσιστικών φαινομένων. Το 10% και πλέον των μαθητών που φοιτούν στα ελληνικά σχολεία όλων των βαθμίδων έχει διαφορετική πολιτισμική καταγωγή και άλλη μητρική γλώσσα από την ελληνική. Το ελληνικό σχολείο εμμένει σε μεγάλο βαθμό στο μονοπολιτισμικό προσανατολισμό του και κάθε παιδαγωγική δράση πρέπει να ακολουθεί δύο θεμελιώδεις αρχές¹⁷³: α) την «ίση μεταχείριση» ως αξίωση της κοινωνικής δικαιοσύνης και β) τη «σύνδεση με το βióκοσμο». Δύο αρχές, οι οποίες είναι αλληλένδετες και είναι αναγκαίο να καθοδηγούν τις εκτιμήσεις και τις προτάσεις ως εξής:

- η εκπαίδευση είναι δικαίωμα και όχι «προϊόν», και
- η εκπαίδευση πρέπει μέσω της ανάπτυξης προγραμμάτων να στοχεύει σε έναν αλληλέγγυο κόσμο, στον αγώνα για την ειρήνη ενάντια σε όλες τις μορφές βίας, διάκρισης, εκμετάλλευσης και υποτίμησης της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι η παρούσα ενότητα επικεντρώνεται στο ακανθώδες θέμα της σχέσης των μεταναστών με τον ευρύτερο δημόσιο τομέα και συγκεκριμένα τον τομέα υγείας και ότι η ένταξη αυτή μπορεί να επιτευχθεί με τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο. Στην περίπτωση αυτή αναζητούνται πολλές φορές από τους ειδικούς να μάθουν από τους εκπροσώπους των μεταναστών πως βλέπουν, περιγράφουν και αξιολογούν τη σχέση τους με τις δημόσιες υπηρεσίες στην Ελλάδα, όπως είναι το κράτος, τα σώματα ασφαλείας, οι νομαρχίες και οι δήμοι, οι κοινωνικές υπηρεσίες, τα νοσοκομεία, τα ασφαλιστικά ταμεία και λοιποί οργανισμοί.

Όπως αποδεικνύεται η σχέση αυτή διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην κοινωνική ένταξη των μεταναστών και η αρνητική αποτίμηση αυτής της σχέσης είναι εξαιρετικά σημαντική. Θα πρέπει να τονίσουμε ότι η πρώτη και η κύρια επαφή με το ελληνικό στοιχείο για έναν μετανάστη εισέρχεται κατ' αρχήν μέσα από τη σχέση του

¹⁷³ Φάις Μ. (επιμ.), *Είμαστε όλοι μετανάστες*, Εκδ. Πατάκης, Αθήνα 2008.

με το ελληνικό κράτος,¹⁷⁴ αφού πρωταρχικός παράγοντας της εγκατάστασής του στην Ελλάδα είναι η νομιμοποίηση. Έχει αποδειχτεί ότι η νομιμοποίηση αποδεικνύεται διαδικασία επίπονη και εξαιρετικά περιπετειώδης για πολλούς διαφορετικούς λόγους.

Πρώτον, επειδή ο ίδιος ο νόμος χαρακτηρίζεται από πολλά κενά και δεν διευκολύνει την περάτωση της διαδικασίας. Δεύτερον, γιατί οι ίδιες οι υπηρεσίες νομιμοποίησης αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στην εφαρμογή του νόμου και εμποδίζονται ή προκαλούν οι ίδιες μια σειρά προβλήματα που αναδεικνύονται μέσα από αυτήν τη μελέτη. Τρίτον, διότι η ελληνική κοινωνία αντιμετωπίζει το ζήτημα της νομιμοποίησης με έκδηλη δυσπιστία έως και ρατσιστικές εκδηλώσεις.¹⁷⁵ Η γενική αυτή κατηγοριοποίηση των προβλημάτων που συνοδεύουν τη νομιμοποίηση και συνάμα ένταξη των μεταναστών στις υπηρεσίες του κράτους, παραπέμπει άμεσα στο πρόβλημα που έχουν οι μετανάστες όταν συναλλάσσονται γενικότερα με τις επίσημες αρχές. Η σχέση που αναπτύσσουν οι εκπρόσωποι ή οι ίδιοι οι μετανάστες με τις επίσημες αρχές στη Ελλάδα, χαρακτηρίζεται από ένα αρνητικό κατά κύριο λόγο περιεχόμενο, εάν και σχεδόν το σύνολό τους δηλώνει ότι έχει επαφή με τους δημόσιους φορείς.¹⁷⁶ Η επαφή αυτή πραγματοποιείται κυρίως με τον ΟΑΕΔ, τις αστυνομικές και τοπικές αρχές, αλλά και σε μεγάλο βαθμό με το ΙΚΑ και τα δημόσια νοσοκομεία. Η περιγραφή της εμπειρίας και του βιώματος των μεταναστών με αυτούς τους φορείς, πολλές φορές, αναφέρεται ως αρνητική, όπως αρνητική ήταν μέχρι πρόσφατα και η γνώμη τους για τις κρατικές υπηρεσίες, γεγονός που βαθμιαία αλλάζει όλο και περισσότερο με την προσαρμογή της νομοθεσίας και κυρίως την προσαρμογή των πρακτικών που εφαρμόζονται στις ΚΥΥ.

Επίσης, οι περισσότεροι δεν πιστεύουν ότι οι επίσημες υπηρεσίες βοηθούν τους μετανάστες να ενταχθούν στην ελληνική κοινωνία και όταν το πετυχαίνουν αυτό το κάνουν για λόγους καλής θέλησης ή για να βοηθήσουν στη νομιμοποίησή τους. Οι λόγοι που τους απαγορεύουν να το κάνουν είναι κυρίως η έλλειψη οργάνωσης, γνώσης και εμπειρίας και η νοοτροπία δυσπιστίας απέναντι στους μετανάστες. Θα πρέπει βέβαια να σημειωθεί ότι η Ελλάδα αποτελεί έναν από τους πρώτους προορισμούς των μεταναστών κυρίως από τον τρίτο κόσμο στην Ευρώπη. Το έτος 2007, μάλιστα, βρέθηκε στην πέμπτη θέση της παγκόσμιας κατάταξης των χωρών

¹⁷⁴ Ρομπόλης Σ., Οικονομία, αγορά εργασίας και μετανάστευση στην Ελλάδα, στο: Καψάλης Α. & Λινάρδος-Ρυλμόν Π. (επιμ.), *Μεταναστευτική πολιτική και δικαιώματα των μεταναστών*, ΙΝΕ-ΓΣΕΕ, Αθήνα 2005.

¹⁷⁵ Σολωμός Γ., *Κοινωνική ασφάλιση: Από την κρίση στον ενιαίο φορέα*, Εκδ. Λιβάνης, Αθήνα 2007.

¹⁷⁶ Ρομπόλης Σ., Οικονομία, αγορά εργασίας..., ό.π.

που αποτελούν τις κύριες πύλες του μεταναστευτικού κύματος, ακολουθώντας τις ΗΠΑ, Σουηδία, Γαλλία και Αγγλία.¹⁷⁷

Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Εσωτερικών, το 2008 καταγράφηκε κατακόρυφη αύξηση του αριθμού των μεταναστών που εισήλθαν στην Ελλάδα. Η αύξηση ανέρχεται στο 75,4% σε σχέση με το 2007 και οι νέοι μετανάστες πλησίασαν τις 150.000. Σύμφωνα με την απογραφή του 2001, οι μετανάστες αποτελούν το 7% του πληθυσμού που κατοικεί στην Ελλάδα, είναι όμως απόλυτα σίγουρο ότι το ποσοστό αυτό έχει ξεπεράσει σήμερα το 10% – κάποιοι υποστηρίζουν ότι αγγίζει πλέον το 15%.¹⁷⁸

Η επίλυση διοικητικών και γραφειοκρατικών προβλημάτων είναι η μία σημαντική «πλευρά» του νομίσματος, καθώς το ζητούμενο είναι η όσο το δυνατόν γρήγορη ένταξη των μεταναστών στην ελληνική κοινωνία. Δυστυχώς, σε καμία χώρα ανά την Ευρώπη δεν υπάρχουν συγκεκριμένες λύσεις και έτοιμα σχέδια, αφού οι αρμόδιοι φορείς παρακολουθούν τις εξελίξεις στην Ευρώπη και «υιοθετούν» μια σειρά από μέτρα που θα διευκολύνουν την κοινωνική ένταξη των μεταναστών και συγχρόνως θα διατηρήσουν την κοινωνική συνοχή. Ωστόσο, ο Ν. 3386/05 εισήγαγε τη μέριμνα για την κοινωνική ένταξη ως υποχρέωση του κράτους, όπου με το ολοκληρωμένο πρόγραμμα «Εστία» συστηματοποιεί τις δράσεις και τα μέτρα που λαμβάνονται από όλα τα υπουργεία στην Ελλάδα και ως προς τη κοινωνική ένταξη των μεταναστών, ενώ από το 2007 ως το 2013, 26 εκατομμύρια ευρώ διατέθηκαν από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Ένταξης με σκοπό να χρηματοδοτήσουν δράσεις για την ενσωμάτωση των μεταναστών που ζούσαν και συνεχίζουν να ζουν στην Ελλάδα.

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί πως απαιτείται διαρκής προσπάθεια σχετικά με τη βελτίωση των πολιτικών και των σχετικών μέτρων. Βέβαια, στις προσπάθειες αυτές συγκαταλέγονται και οι συνεδριάσεις του Παγκόσμιου Φόρουμ για τη Μετανάστευση και την Ανάπτυξη, οι οποίες κατά καιρούς φιλοξενούνται στην Ελλάδα. Οι ειδικοί τις θεωρούν ως εξαιρετικά σημαντικές διοργανώσεις, διότι οι πολιτικές και περιφερειακές διαμάχες και η οικονομική κρίση καθιστούν τη μετανάστευση μια από τις κυριότερες εκφάνσεις της παγκοσμιοποίησης. Στα αντίστοιχα Παγκόσμια Φόρουμ συμμετέχουν περίπου 170 χώρες μέλη του ΟΗΕ και 250 εκπρόσωποι της κοινωνίας των πολιτών από όλον τον κόσμο, όπου θεωρούνται

¹⁷⁷ Οργάνωση της υγείας, *Η συνεργασία στη φροντίδα υγείας*, text at: <http://www.nurs.uoa.gr/istoselida/EL%20SUNERGASIA%20STH%20FR.YG..htm>

¹⁷⁸ Κογκίδου Δ., Μαρβάκης Α., Τρέσσου Ε., & Τσιάκαλος Γ., *Φτώχεια...*, ό.π.

οι καταλληλότεροι τρόποι για να ανταλλαχθούν ιδέες, πολιτικές και δράσεις που θα «λειαίνουν» τις αντιθέσεις και θα «γεννήσουν» μέτρα που θα βοηθήσουν στην κοινωνική ένταξη των μεταναστών και αυτομάτως θα μετατρέψουν σε ευκολότερη την εξυπηρέτησή τους από τις δημόσιες υπηρεσίες και κυρίως αυτές της υγείας.

Τη στιγμή που η Ευρωπαϊκή Ένωση αποφασίζει ενιαία για τη συμμετοχή των μεταναστών σε τοπικές εκλογές και ήδη επτά χώρες έχουν νομοθετήσει σχετικά¹⁷⁹, στην Ελλάδα αναζητούνται ακόμη τα «εργαλεία» καταγραφής του μεταναστευτικού πληθυσμού που φιλοξενούνται, για να αποφασίσουν εν συνεχεία οι αρμόδιες αρχές αν θα τους νομιμοποιήσουν και τότε καθώς και ποιες πολιτικές ένταξής τους θα εφαρμόσουν αντίστοιχα. Παρ' ότι ως χώρα η Ελλάδα διαθέτει αναλογικά πολύ μεγάλα ποσοστά μεταναστευτικού πληθυσμού, σε σχέση με άλλα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, παρουσιάζονται σοβαρές καθυστερήσεις στην ανάπτυξη μιας σχεδιασμένης μεταναστευτικής πολιτικής και κοινωνικής ενσωμάτωσης, γεγονός που δημιουργεί σοβαρά προβλήματα όχι μόνο στους περίπου 2.000.000 και πλέον μετανάστες που διαμένουν στη χώρα μας, αλλά και στις τοπικές κοινωνίες που συχνά παρουσιάζουν κρούσματα ξеноφοβίας και ρατσισμού.¹⁸⁰

Ενόψει όμως του επανασχεδιασμού της πολιτικής της χώρας για τη μετανάστευση και την κοινωνική ενσωμάτωσή τους, το Υπουργείο Εσωτερικών, που ουσιαστικά αποτελεί τον «τεχνικό σύμβουλο» της κυβέρνησης, βρίσκεται στο τελικό στάδιο μιας πλήρους καταγραφής όλων των ποιοτικών και ποσοτικών παραμέτρων του προβλήματος, μέσα από τη διεξαγωγή πέντε σημαντικών ερευνών από ισάριθμα πανεπιστημιακά και ερευνητικά ιδρύματα.¹⁸¹ Τα στοιχεία που προκύπτουν, εντυπωσιάζουν, καθώς 20 χρόνια μετά την εμφάνιση του φαινομένου, περίπου ο μισός μεταναστευτικός πληθυσμός εργάζεται και διαμένει «παράνομα» στη χώρα – χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα– με πολλαπλές συνέπειες, και οι ρυθμοί αύξησής τους παραμένουν υψηλοί, τόσο που υπάρχουν περιοχές της χώρας όπου το 1/4 του πληθυσμού είναι μετανάστες.¹⁸² Έτσι, ένας 40χρονος, οικογενειάρχης, ενεργός επαγγελματικά, μεσαίου έως χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου, προερχόμενος κυρίως από την Αλβανία και δευτερευόντως από πρώην ανατολικές χώρες, ο οποίος ζει κυρίως στα αστικά κέντρα, που αποτελεί τον μέσο τύπο μετανάστη στην Ελλάδα,

¹⁷⁹ Ψημμένος Ι., *Μετανάστευση από τα Βαλκάνια...*, ό.π.

¹⁸⁰ Ρομπόλης Σ., *Οικονομία, αγορά εργασίας...*, ό.π.

¹⁸¹ Αμίτσης Γ. (επιμ.), *Νομικές και κοινωνικοπολιτικές...*, ό.π.

¹⁸² Φάις Μ. (επιμ.), *Είμαστε όλοι...*, ό.π.

κινδυνεύει να περιθωριοποιηθεί και να μην επιτευχθεί αποτελεσματική κοινωνική ενσωμάτωση για αυτόν και την οικογένειά του, αν άμεσα δεν ληφθούν μέτρα.

Οι δηλωμένοι μετανάστες βέβαια προσπαθούν να είναι συνεπείς στις υποχρεώσεις τους στα ασφαλιστικά ταμεία, γνωρίζοντας ότι θα είναι μελλοντικοί χαμηλοσυνταξιούχοι. Συνήθως, εργάζονται σε οικοδομές, ξενοδοχεία, εστιατόρια και έχουν «καταλάβει» επίσης τον χώρο των οικιακών εργασιών. Στην πλειοψηφία τους είναι νέοι, με μέσο όρο ηλικίας κάτω των 40 χρόνων, με χαμηλό επίπεδο σπουδών και οι περισσότεροι διάγουν έγγαμο βίο. Τα παιδιά τους φοιτούν στα ελληνικά σχολεία, σε ημι-παράνομο καθεστώς, αλλά δεν έχουν καμία δυνατότητα να γνωριστούν με τη γλώσσα και την κουλτούρα της χώρας καταγωγής τους, καθώς δεν προβλέπεται η λειτουργία δικών τους σχολείων. Απολαμβάνουν των υπηρεσιών του ΕΣΥ, αλλά διατρέχουν τον κίνδυνο αν ο γιατρός δεν διαθέτει κάποιες ιδιαίτερες «ευαισθησίες» να μην γίνουν αποδέκτες των απαιτούμενων υπηρεσιών.

Το μεγαλύτερο μέρος των μεταναστών ζει για πάνω από μια πενταετία στην Ελλάδα και έχουν εισρεύσει από 27 διαφορετικές χώρες, με την Αλβανία να κατέχει τη «μερίδα του λέοντος», καθώς το 55,6% του μεταναστευτικού πληθυσμού προέρχεται από τη γειτονική χώρα, ενώ το 17% προέρχεται από τις πρώην χώρες του «ανατολικού μπλοκ». Παρ' ότι αρχικά εγκαταστάθηκαν σε αγροτικές περιοχές, τα τελευταία χρόνια συγκεντρώνονται σε μεγάλα αστικά κέντρα ή μεγάλα νησιά, αναζητώντας καλύτερες συνθήκες εργασίας και ανατρέποντας τη σύνθεση της τοπικής κοινωνίας, αλλά προσβλέποντας συγχρόνως σε μια κοινωνική ενσωμάτωση, καθώς σε πολλές περιοχές το ποσοστό του μεταναστευτικού πληθυσμού αποτελεί το 17%-25% των κατοίκων.¹⁸³

Όλα τα παραπάνω προκύπτουν από σχετικές έρευνες πέντε πανεπιστημιακών ιδρυμάτων και ερευνητικών κέντρων, οι οποίες διεξήχθησαν για λογαριασμό του Υπουργείου Εσωτερικών- υπηρεσία πρώην Ινστιτούτου Μεταναστευτικής Πολιτικής (ΙΜΕΠΟ), επιχειρώντας να καταγράψουν τον μεταναστευτικό πληθυσμό που βρίσκεται στη χώρα μας, τις συνθήκες διαμονής του, τα κοινωνικά, οικονομικά, επαγγελματικά χαρακτηριστικά τους την αστική του κατάσταση, καθώς και τους τρόπους κοινωνικής του ενσωμάτωσης και παροχής δημοσίων υπηρεσιών, όπως στον χώρο της υγείας. Για την επίτευξη αυτών των στόχων, συγκεντρωθούν στοιχεία από έξι υπουργεία, ασφαλιστικούς οργανισμούς, φορείς της εκπαίδευσης, της υγείας και

¹⁸³ Δούλκερη Τ., *Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα*, Εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα 2007.

σχετικών άλλων. Καθώς όμως οι μελέτες αυτές έχουν ήδη παραδοθεί, έχει αρχίσει να διακρίνεται το τοπίο, τουλάχιστον όσον αφορά σε βασικές παραμέτρους κοινωνικής ενσωμάτωσης.

Τα περισσότερα στοιχεία συγκλίνουν σε έναν μεγάλο αριθμό μεταναστών. Αδιευκρίνιστος παραμένει ακόμη ο αριθμός των «μη νόμιμων μεταναστών» – χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα, καθώς οι πρώτες εκτιμήσεις από την επεξεργασία των στοιχείων κατατείνουν στο ότι περίπου σε έναν «νόμιμο» μετανάστη αναλογεί ένας «μη νόμιμος». Ωστόσο, τα εντυπωσιακότερα στοιχεία προκύπτουν από τους ρυθμούς αύξησης των μεταναστών και της κοινωνικής τους ενσωμάτωσης. Τα είκοσι τελευταία χρόνια, ο μεταναστευτικός πληθυσμός της χώρας πενταπλασιάστηκε, ενώ μόλις την τελευταία πενταετία τριπλασιάστηκε ο αριθμός των παιδιών μεταναστών που φοιτούν στα ελληνικά σχολεία, φτάνοντας περίπου τα 150.000, που αποτελούν ουσιαστικά τη δεύτερη γενιά μεταναστών στη χώρα μας και η οποία διαθέτει τα εχέγγυα για μια αποτελεσματικότερη κοινωνική ενσωμάτωση.¹⁸⁴

Ταυτόχρονα, όμως, με την καταγραφή των ποσοτικών και ποιοτικών χαρακτηριστικών των μεταναστών που βρίσκονται στην Ελλάδα και ως προς τη κοινωνική τους ενσωμάτωση, οι έρευνες που ανέθεσε το Υπουργείο Εσωτερικών, καταγράφουν και το απόλυτο χάος που επικρατεί κατ' αρχήν στο σύστημα νομιμοποίησης των μεταναστών και δευτερευόντως σε ένα εξαιρετικά αδύναμο σύστημα ένταξης των μεταναστών.¹⁸⁵ Εκτός όμως του μεγάλου αριθμού των «παρατύπως εισελθόντων» που κατά καιρούς δέχεται η Ελλάδα, υπάρχουν και χιλιάδες μετανάστες που εισέρχονται νόμιμα στη χώρα, αλλά παραμένουν «παράνομα» – χωρίς άδεια παραμονής και εργασίας. Πρόκειται για τους οικονομικούς μετανάστες που προέρχονται από χώρες με τις οποίες οι ελληνικές αρχές έχουν συνυπογράψει διακρατικές συμφωνίες για την απασχόληση εποχικού εργατικού δυναμικού.

Η Αλβανία, η Βουλγαρία, η Αίγυπτος και η FYROM, είναι οι χώρες από τις οποίες κάθε χρόνο η Ελλάδα δέχεται αρκετές χιλιάδες μεταναστών για εποχική εργασία, αλλά με καθορισμένο χρόνο παραμονής και εργασίας στη χώρα μας. Ωστόσο, θεωρείται βέβαιο ότι οι περισσότεροι παραμένουν και μετά το πέρας του προβλεπόμενου χρόνου, καθώς δεν προβλέπεται καμία διαδικασία ελέγχου, για το αν

¹⁸⁴ Ρομπόλης Σ., Οικονομία, αγορά εργασίας..., ό.π.

¹⁸⁵ Ψημμένος Ι., *Μετανάστευση από τα Βαλκάνια...*, ό.π.

επιστρέφουν στη χώρα τους.¹⁸⁶ Την εικόνα αυτή βέβαια επιβαρύνει το ασαφές θεσμικό πλαίσιο, το οποίο επικρατεί στα θέματα χορήγησης αδειών παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους. Σύμφωνα με τα στοιχεία, την τελευταία διετία, προ του τρέχοντος έτους, πάνω από 50.000 μετανάστες υπέβαλαν αίτηση παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους.¹⁸⁷ Η συντριπτική πλειονότητα των αιτήσεων αυτών απορρίφθηκε, χωρίς όμως οι αιτούντες να αποχωρήσουν από τη χώρα. Αυτή η εικόνα εκτός του ότι δεν επιτρέπει τον σχεδιασμό και την υλοποίηση πολιτικών ένταξης των μεταναστών στην ελληνική κοινωνία, δημιουργεί σοβαρότατα προβλήματα στους ίδιους τους μετανάστες αλλά και στην κοινωνική τους ενσωμάτωση.

Χαρακτηριστικό της κοινωνικής ενσωμάτωσης των μεταναστών, είναι και το καθεστώς που ισχύει για τα παιδιά τους στα σχολεία της χώρας. Σύμφωνα με τον ισχύοντα νόμο, παιδιά με γονείς μη νόμιμους μετανάστες δεν έχουν δικαίωμα εγγραφής στα σχολεία. Ωστόσο, το Υπουργείο Παιδείας σε συνεργασία με το Υπουργείο Εσωτερικών, στην αρχή κάθε σχολικής χρονιάς με εγκύκλιό τους ελαστικοποιούν τον νόμο και επιτρέπουν στα παιδιά να γραφτούν στα σχολεία. Την ίδια στιγμή, με άλλη, ερμηνευτική εγκύκλιό του, το Υπουργείο Εσωτερικών επισημαίνει τους λόγους για τους οποίους οι διευθύνσεις των σχολείων πρέπει να είναι προσεκτικές στις σχετικές εγγραφές και αφού οι μη νόμιμοι μετανάστες είναι πιθανό να χρησιμοποιήσουν την εγγραφή των παιδιών για να παρατείνουν την παράνομη διαμονή τους στη χώρα, επιδιώκοντας έτσι την άμεση κοινωνική τους ενσωμάτωση στο κράτος και τις δημόσιες υπηρεσίες της χώρας.¹⁸⁸

Όσο για την κατάσταση που επικρατεί ακόμη και μεταξύ των μεταναστών που νόμιμα και έγκαιρα έχουν κινήσει τις διαδικασίες για να παραμείνουν στη χώρα, χαρακτηριστική είναι η περίπτωση της Αττικής, όπου συγκεντρώνεται η πλειονότητα των μεταναστών. Σε εκκρεμότητα είναι 105.000 ληξιπρόθεσμα αιτήματα αρχικής χορήγησης ή ανανέωσης αδειών παραμονής¹⁸⁹, 75.000 απρωτοκόλλητα αιτήματα αρχικής χορήγησης ή ανανέωσης αδειών παραμονής, ενώ 10.000 αιτήματα αρχικής χορήγησης ή ανανέωσης αδειών παραμονής από τον Δήμο Αθηναίων, δεν μπορεί να τα παραλάβει η αρμόδια υπηρεσία της Περιφέρειας λόγω έλλειψης χώρου.¹⁹⁰

¹⁸⁶ Κογκίδου Δ., Μαρβάκης Α., Τρέσσου Ε., & Τσιάκαλος Γ., *Φτώχεια...*, ό.π.

¹⁸⁷ Πηγή: Υπουργείο Εσωτερικών: http://www.ypes.gr/el/Generalsecretariat_PopulationSC

¹⁸⁸ Δούλκερη Τ., *Η κοινωνική ασφάλιση...*, ό.π.

¹⁸⁹ Πηγή: Δήμος Αθηναίων-ΔΑΕΜ, 2012.

¹⁹⁰ Οργάνωση της υγείας, *Η συνεργασία στη φροντίδα υγείας*, text at: <http://www.nurs.uoa.gr>

Σε σχέση με μια άλλη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης ως προς την κοινωνική ενσωμάτωση των μεταναστών, θα πρέπει να σημειωθεί ότι δώδεκα νομοθετικά οργανωμένες προσπάθειες νομιμοποίησης μεταναστών έχει επιχειρήσει η γειτονική χώρα της Ιταλίας, ενώ τρεις αντίστοιχες προσπάθειες έχουν οργανωθεί από την Ισπανία, προκειμένου να καταγράψουν τον μεταναστευτικό πληθυσμό που βρίσκεται στις χώρες τους. Στις χώρες αυτές, όπως και στο σύνολο των χωρών που έχουν δεχθεί μεταναστευτικά ρεύματα, το 90% της αρχικής μετανάστευσης ήταν παράνομο με το πέρασμα του χρόνου, όμως, μετατράπηκε σε νόμιμο και εντάχθηκε σχεδόν πλήρως στις συγκεκριμένες κοινωνίες. Με δεδομένη την εμπειρία αυτή, αλλά κυρίως εξαιτίας του γεγονότος ότι η Ελλάδα, 20 χρόνια μετά το πρώτο κύμα μεταναστών και έπειτα από δύο προσπάθειες νομιμοποίησής τους, εξακολουθεί να διαθέτει μεγάλο αριθμό μεταναστών χωρίς νομιμοποίηση, εξετάζεται από το Υπουργείο Εσωτερικών, η όσο το δυνατόν πληρέστερη καταγραφή των μεταναστών στη χώρα μας, καθώς και ο τρόπος που θα επιχειρηθεί η πιθανή νομιμοποίησή τους, ώστε να μην «πυροδοτήσει» νέα κύματα μεταναστών.

Ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, θα πρέπει να σημειωθεί ότι ελάχιστα είναι τα παραδείγματα εξειδικευμένων υπηρεσιών που απευθύνονται σε μετανάστες και πρόσφυγες. Στο ΕΣΥ δεν έχουν ενταχθεί ακόμη πρακτικές διαπολιτισμικής προσέγγισης και δεν παρέχονται πληροφορίες σε άλλες γλώσσες εκτός της ελληνικής αλλά ούτε και η δυνατότητα διερμηνείας. Κάποια μεμονωμένα παραδείγματα αφορούν κυρίως στις πρακτικές και συγκεκριμένα προγράμματα από ΜΚΟ που παρέχουν περίθαλψη και υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε μετανάστες «χωρίς έγγραφα», πρόσφυγες και μειονότητες οι οποίοι δεν έχουν πετύχει την κοινωνική τους ενσωμάτωση.¹⁹¹ Οργανώσεις όπως οι «Γιατροί του Κόσμου», η «PRAXIS», το «Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες», ο «Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός», και οι «Γιατροί χωρίς Σύννορα» παρέχουν υπηρεσίες υγείας, συμβουλευτικής για ζητήματα υγείας και πρόνοιας και υπηρεσίες ψυχολογικής στήριξης. Οι Γιατροί του Κόσμου και η PRAXIS λειτουργούν πολυιατρεία στην Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη και την Κρήτη προσφέροντας ιατρικές υπηρεσίες, φάρμακα

¹⁹¹ Κυριόπουλος Γ., Δόλγερας Α., Οικονόμου Χ., Λέβερ Τζ., Πετσετάκη Ε., Τσαλίκης Γ., Bino S., Poci Th., Koulaksazon St. & Todorova S., *Η υγεία του πληθυσμού*, Εκδ. ΥΥΚΑ & ΕΣΔΥ, Αθήνα 2002. Κυριόπουλος Γ., Δόλγερας Α., Οικονόμου Χ., Λέβερ Τζ., Πετσετάκη Ε., Τσαλίκης Γ., Bino S., Poci Th., Koulaksazon St. & Todorova S., *Δημόσια υγεία και μετανάστευση*, Εκδ. ΥΥΚΑ & ΕΣΔΥ, Αθήνα 2002. Κυριόπουλος Γ., Δόλγερας Α., Οικονόμου Χ., Λέβερ Τζ., Πετσετάκη Ε., Τσαλίκης Γ., Bino S., Poci Th., Koulaksazon St. & Todorova S., *Η δημόσια υγεία σε μετάβαση*, Εκδ. ΥΥΚΑ & ΕΣΔΥ, Αθήνα 2001.

και συμβουλευτική για θέματα πρόνοιας και ένταξης, σε μετανάστες «χωρίς έγγραφα» και αιτούντες άσυλο που τελούν υπό καθεστώς απέλασης.

Το Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες και ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός παρέχουν υπηρεσίες συμβουλευτικής και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε καταυλισμούς προσφύγων. Ορισμένες οργανώσεις χρησιμοποιούν διερμηνείς αν και αυτό δεν αποτελεί καθολική πρακτική. Κάποιες άλλες πρωτοβουλίες κοινωνικής ενσωμάτωσης στις υπηρεσίες υγείας και κυρίως μετά το έτος 2002 αφορούν σε προγράμματα ψυχικής υγείας. Τα προγράμματα «Ψυχαδέλφεια» και «Ψυχαργός», υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας, προβλέπουν την ίδρυση και υποστήριξη δομών παροχής υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε ευπαθείς ομάδες.¹⁹² Ειδικότερα δε στο πλαίσιο του προγράμματος λειτουργούν Κέντρα Ημέρας όπου παρέχονται ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες σε μετανάστες και πρόσφυγες, Ρομά και Έλληνες της μουσουλμανικής κοινότητας. Η ΜΚΟ «Κλίμακα» λειτουργεί, από το έτος 2005, Κέντρα Ημέρας προσφέροντας υπηρεσίες στις παραπάνω ομάδες. Από το έτος 2007, η οργάνωση «Συνειρμός», στο πλαίσιο του προγράμματος «Ψυχαργός» λειτουργεί το Κέντρο Ημέρας «Βαβέλ», στο κέντρο της Αθήνας, το οποίο απευθύνεται αποκλειστικά σε μετανάστες και έχει ως στόχο την ενεργητική προσέγγιση των μεταναστών, είτε αυτοί αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας είτε βιώνουν συνθήκες που ευνοούν την εμφάνιση-εκδήλωση αυτών των προβλημάτων. Επίσης, στην Ψυχιατρική Κλινική του Αιγινήτειου Νοσοκομείου λειτουργεί ειδική διαπολιτισμική μονάδα υγείας για μετανάστες, δύο φορές την εβδομάδα.

Δυστυχώς, όμως, η μεγάλη πλειονότητα των μεταναστών δεν μπορεί να εξυπηρετηθεί από τις προαναφερθείσες δομές και προγράμματα, καθώς οι δυνατότητες αυτών των πρωτοβουλιών δεν είναι ικανές να αντεπεξέλθουν σε μεγάλους αριθμούς μεταναστών. Για τον λόγο αυτό, ενώ τέτοιες προσπάθειες, εναλλακτικές του ΕΣΥ, πρέπει βεβαίως, να ενθαρρυνθούν και να στηριχθούν, δεν μπορούν ωστόσο σε καμία περίπτωση να το υποκαταστήσουν και συνεπώς καθυστερεί η όποια κοινωνική ενσωμάτωση των μεταναστών στους τομείς υγείας. Υπάρχει, λοιπόν, άμεση ανάγκη για συντονισμένα μέτρα, ώστε να καταπολεμηθεί η γραφειοκρατία, να διαχυθεί η πολιτισμική ευαισθησία στους λειτουργούς υγείας, να εκπαιδευτεί ένα πληροφορημένο και με γλωσσικές δεξιότητες προσωπικό και να

¹⁹² Δούλκερη Τ., *Η κοινωνική ασφάλιση...*, ό.π.

εξασφαλιστεί η διαθεσιμότητα και προσβασιμότητα της ενημέρωσης γύρω από ζητήματα υγείας, και κυρίως να επιτευχθεί άμεσα η κοινωνική ενσωμάτωση των μεταναστών. Πολύ πρόσφατα, βέβαια, η ηγεσία του Υπουργείου Υγείας αναφέρθηκε στη δημιουργία ενός Παρατηρητηρίου για την υγεία των μεταναστών στα ευρωπαϊκά πρότυπα.¹⁹³

2.5.4 Παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες μετά την οικονομική κρίση

Οι έκτακτες οικονομικές και δημοσιονομικές συνθήκες που προέκυψαν στην Ελλάδα μετά την πρόσφατη οικονομική κρίση, ανάγκασαν την κυβέρνηση της χώρας, να λάβει μέτρα περιστολής δαπανών, εξορθολογισμού και εξοικονόμησης οικονομικών πόρων στις Κρατικές Υπηρεσίες Υγείας και τα ασφαλιστικά ταμεία της χώρας. Στο πλαίσιο αυτό, ελήφθη απόφαση, η οποία υπαγορεύει ότι δεν θα παρέχεται πλέον δωρεάν ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη σε αλλοδαπούς, οι οποίοι δεν διαθέτουν τα απαραίτητα δικαιολογητικά. Αυτό αναφέρεται σε εγκύκλιο του Υπουργού Υγείας, η οποία εκδόθηκε πριν από τις εκλογές του 2012, εξαιρώντας μόνον τα επείγοντα περιστατικά, τα οποία αφορούν σε απειλητικές για τη ζωή του μετανάστη και πραγματικά υπερεπείγουσες καταστάσεις. Εξαιρούνται, επίσης, και όσοι έχουν μολυνθεί από τον ιό του AIDS ή πάσχουν από άλλα λοιμώδη νοσήματα που απαιτούν θεραπευτική αγωγή. Η δωρεάν νοσηλεία τους θα διαρκεί μέχρι να σταθεροποιηθεί η κατάσταση της υγείας τους.

Δωρεάν περίθαλψη στο ΕΣΥ δικαιούνται οι εξής κατηγορίες: οι αναγνωρισμένοι πρόσφυγες, με την προσκόμιση άδειας παραμονής αλλοδαπού, οι αιτούντες άσυλο αλλοδαποί, με την προσκόμιση του δελτίου αιτήσαντος άσυλο αλλοδαπού ή σχετικό. Επίσης, οι δικαιούχοι επικουρικής προστασίας και οι υπαχθέντες σε καθεστώς προστασίας για ανθρωπιστικούς λόγους, με την προσκόμιση άδειας παραμονής αλλοδαπού, στην οποία θα τίθεται η σφραγίδα «επικουρική προστασία» ή «ανθρωπιστικό καθεστώς» αντίστοιχα ή ειδικό δελτίο «υπό ανοχή αλλοδαπού» που δεν έχει αναγνωριστεί ως πρόσφυγας, διευτούς διάρκειας. Η παρεχόμενη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη περιλαμβάνει εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία των κρατικών νοσοκομείων, των Κέντρων Υγείας και των κρατικών περιφερειακών ιατρείων και διενέργεια παρακλινικών, ιατρικών και εργαστηριακών

¹⁹³ Φάις Μ. (επιμ.), *Είμαστε όλοι...*, ό.π.

πράξεων. Οι αλλοδαποί δικαιούνται, επίσης, φάρμακα, με συνταγή γιατρού του ΕΣΥ, θεωρημένη από τον διευθυντή της κλινικής. Η νοσοκομειακή περίθαλψη ισχύει για νοσηλεία σε κλινική τρίτης θέσης.¹⁹⁴

2.6 Μεταναστευτικοί πληθυσμοί

Μεταξύ των φύλων των μεταναστών δεν υπάρχει σταθερή αναλογία. Σημαντική είναι η υπεροχή στο σύνολο, των ανδρών έναντι των γυναικών, οι οποίες φτάνουν μόλις στο 26%.¹⁹⁵ Μεταξύ των εθνότητων παρουσιάζεται αξιοσημείωτη ασυμμετρία. Υπάρχουν εθνότητες που οι γυναίκες μετανάστριες υπερισχύουν των ανδρών. Ενώ στο παρελθόν οι γυναίκες ακολουθούσαν μεταγενέστερα τους άνδρες στη μετανάστευση, σήμερα εμφανίζεται οι γυναίκες να μην μεταναστεύουν πλέον μόνο ως προστατευόμενα μέλη, άλλα είναι και οι ίδιες συχνά αυτόνομες οικονομικές μετανάστριες. Το φαινόμενο της *θηλυκοποίησης της μετανάστευσης* σχετίζεται κυρίως με την ελαστική εργασία που προσφέρουν στον τριτογενή τομέα της οικονομίας, στα νοικοκυριά και τις εταιρείες προσωπικών και άλλων υπηρεσιών.

Το ζήτημα της μετανάστευσης των γυναικών έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για το υπό μελέτη θέμα, επειδή οι μετανάστριες ως χρήστριες του ΕΣΥ, είναι πολύ πιθανό να έχουν διαφορετικές ανάγκες και ως εκ τούτου και διαφορετικό τρόπο προσέγγισης, επαφής και επικοινωνίας με τους εργαζόμενους στις ΚΥΥ (π.χ. γυναίκες μουσουλμανικής καταγωγής αδυνατούν να δεχτούν υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα κλινική εξέταση, εφαρμογή θεραπείας κ.λπ. από άτομα του άλλου φύλου). Όταν κανείς επιχειρεί να μιλήσει για τα ζητήματα που αφορούν στη μετανάστευση των γυναικών, υποχρεώνεται να αναφερθεί σε όλα όσα συνδέονται με αυτήν: τη μη αναγνώριση των δικαιωμάτων τους, τους πολλαπλούς αποκλεισμούς από τα κοινωνικά αγαθά που απορρέουν από την ιδιότητα του πολίτη (όπως υπηρεσίες υγείας), τη βία και τις ποικίλες διακρίσεις που υφίστανται.

Η ιστορία της μετανάστευσης των γυναικών δεν είναι ούτε η ίδια σε όλες τις εποχές, ούτε έχει τα ίδια χαρακτηριστικά για όλες τις γυναίκες. Ωστόσο, για όλες παραμένει εν πολλοίς αόρατη, κάτω από τον παραμορφωτικό φακό της οικουμενικότητας και της ουδετερότητας. Όταν καλείται κανείς να στοχαστεί ή να μιλήσει για το «άλλο», το «διαφορετικό», το «ξένο», πρέπει να αποσαφηνίζουμε

¹⁹⁴ Πηγή: Υπουργείο Υγείας – Νομοθεσία Κανονισμοί, 2011.

¹⁹⁵ Πηγή: Hellastat – Στοιχεία για τη μετανάστευση 2010.

ποιος καλείται να μιλήσει και για ποιόν.¹⁹⁶ Ποιος είναι ο «άλλος», ο «διαφορετικός», ο «ξένος»; Πολιτικά και κοινωνικά Δικαιώματα απολαμβάνουν όλες και όλοι; Μπορούν οι μετανάστριες να ασκήσουν τα δικαιώματά τους; Η διαρκώς αυξανόμενη μετανάστευση των γυναικών για λόγους φτώχειας, η παράνομη διακίνηση γυναικών και η καταναγκαστική πορνεία, η συγκαλυμμένη μετανάστευση γυναικών που κινδυνεύει η ζωή τους, λόγω μιας σειράς αναχρονιστικών νόμων και εθιμικών κανόνων δικαίου, αλλά που δεν τους αναγνωρίζεται η ιδιότητα του πολιτικού πρόσφυγα, αποτελούν ένα νέο μεγάλο σύμπαν διαφορετικών βιογραφιών που έρχεται να επαναδιατυπώσει το περιεχόμενο των διεκδικήσεων του φεμινισμού, σήμερα πάλι στον 21^ο αιώνα, να αποκαλύψει την πολλαπλότητα της γυναικείας ταυτότητας και των κοινωνικών διαδικασιών από τις οποίες αυτή ιστορικά συγκροτείται. Οι μετανάστριες ως υποκείμενο που μπορεί να αρθρώσει πολιτικό λόγο, απουσιάζει από τον δημόσιο διάλογο και από τον κυρίαρχο πολιτικό, ερευνητικό και επιστημονικό λόγο.¹⁹⁷

Η ανυπαρξία της έρευνας και της σχετικής βιβλιογραφίας για τους παράγοντες που διαφοροποιούν τη γυναικεία μετανάστευση από την ανδρική, συγκαλύπτει τα κίνητρα των γυναικών και των ανδρών που αποφασίζουν να μετακινηθούν «προς τη Δύση», ουδετεροποιώντας με έμφυλο τρόπο, τις συνθήκες και τις παραμέτρους, της μετανάστευσης. Όμως και η μετανάστευση έχει φύλο.¹⁹⁸ Ο κατά φύλο καταμερισμός της εργασίας τόσο στις χώρες υποδοχής όσο και στις χώρες προέλευσης των μεταναστριών, οι πολλαπλές διακρίσεις που υφίστανται οι γυναίκες και η άνιση κατανομή των κοινωνικών ρόλων ανάμεσα στα δύο φύλα που τις εμποδίζουν να συμμετάσχουν στη σφαίρα του δημόσιου χώρου, διαμορφώνουν, μεταξύ άλλων παραγόντων, και το πλαίσιο του φαινομένου της μετανάστευσης των γυναικών. Η διάσταση του φύλου στη μετανάστευση, συνδέεται με: α) τα διαφορετικά κίνητρα των γυναικών και των ανδρών για τη μετακίνησή τους και β) τη διαδικασία αγοράς εργασίας που καθορίζει και τα διαφορετικά μοντέλα, όπως επίσης τις στρατηγικές μετανάστευσης που ακολουθούν άνδρες και γυναίκες.

Οι γυναίκες μεταναστεύουν για διαφορετικούς λόγους, διότι απασχολούνται σε συγκεκριμένα επαγγέλματα στη χώρα προέλευσης και έτσι αναμένεται να απασχοληθούν σε επίσης έμφυλα διαχωρισμένα επαγγέλματα στη χώρα προορισμού.

¹⁹⁶ Nancy L.Gr., *Οι δρόμοι της μετανάστευσης, Σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις*, Εκδ. Σαββάλας, Αθήνα 2004.

¹⁹⁷ Chant S., *Gender and Migration in Developing Countries*, Belhaven, London 1992.

¹⁹⁸ Βαΐου Ντ. & Στρατηγάκη Μ. (επιμ.), *Το φύλο της μετανάστευσης*, Εκδ. Μεταίχμιο, Αθήνα 2008.

Οι διακρίσεις που βασίζονται στο φύλο γίνονται εμφανείς, όταν οι γυναίκες πέφτουν θύματα παραβιάσεων ή μη αναγνώρισης των δικαιωμάτων τους, από αυτούς που επωφελούνται από τη διττή ευπάθεια τους ως μετανάστριες και ως γυναίκες, με τις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες που συναντούν στις χώρες προορισμού και υποδοχής τους. Οι γυναίκες αποφασίζουν να μεταναστεύσουν για διαφορετικούς λόγους από ό,τι οι άνδρες. Φαίνεται ότι η μετανάστευση αποτελεί για τις ίδιες μια διαδικασία με στόχο την οικονομική τους ανεξαρτησία και την αναβάθμιση της κοινωνικής τους θέσης, πρόκειται εν τέλει για μια επιλογή με στόχο την οικονομική τους χειραφέτηση.¹⁹⁹

Πολλές είναι οι παραβιάσεις που συμβαίνουν τόσο κατά την πρώτη φάση της μετανάστευσης, κατά τη διάρκεια που εισέρχονται στις χώρες υποδοχής. Στο ταξίδι συνήθως τους ζητούνται περισσότερα χρήματα, συχνά πέφτουν θύματα ληστείας, παρενοχλούνται σεξουαλικά ή/και βλάπτεται η σωματική τους ακεραιότητα – η σωματική και ψυχική τους υγεία, αλλά κατά τη δεύτερη φάση, όταν εισέρχονται στις χώρες υποδοχής. Στο ταξίδι συνήθως τους ζητούνται περισσότερα χρήματα, συχνά πέφτουν θύματα ληστείας, παρενοχλούνται σεξουαλικά ή/και βλάπτεται η σωματική τους ακεραιότητα – η σωματική και ψυχική τους υγεία. Θύματα αυτών των παραβιάσεων γίνονται όλα τα θηλυκά μέλη της οικογένειας και από τους μεσολαβούντες και όσους εμπλέκονται στη μετακίνηση αλλά και από άνδρες συμπατριώτες τους μετανάστες. Με την άφιξή τους, το φύλο τους, γίνεται παράγοντας που όχι μόνο επιβαρύνει την ήδη ευάλωτη θέση τους ως μετανάστριες, αλλά προσδίδει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά στις διαδικασίες «ένταξης και ενσωμάτωσης» στις χώρες υποδοχής.

Οι γυναίκες μετανάστριες είναι πιο ευάλωτες σε ότι αφορά όχι μόνο την ένταξή τους στην αγορά εργασίας και γενικότερα στην κοινωνία, αλλά, και στην επίτευξη της οικονομική τους ανάπτυξης κατά τη διάρκεια της διαμονής τους. Οι συνθήκες εργασίας των μεταναστριών διαφοροποιούνται από αυτές των ανδρών: η θέση τους ως γυναίκες, μετανάστριες και εργαζόμενες ή καλύτερα ως μη γηγενείς μέσα σε μια κατά φύλο διαχωρισμένη αγορά εργασίας τις καθιστά ευάλωτες σε διακρίσεις και αποκλεισμούς από μια σειρά κοινωνικά αγαθά, όπως η εκπαίδευση, η

¹⁹⁹ Anthias F. & Lazaridis G., *Gender and Migration in Southern Europe: Women on the Move*, New York: Berg 2000. Cavounidis J. *Gendered Patterns of Migration to Greece*, *The Greek Review of Social Research*, EKKE, Athens 2003.

υγεία και η βασική κοινωνική προστασία.²⁰⁰ Εκτός του ότι γίνονται αντικείμενο σκληρών συνθηκών εκμετάλλευσης στην εργασία, αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες να παντρευτούν γηγενείς, χάνουν τη δουλειά τους όταν μένουν έγκυες, και σε κάποιες χώρες υποχρεώνονται από τον εργοδότη να υποβάλλονται σε τεστ εγκυμοσύνης κάθε έξι μήνες.²⁰¹ Δεν αναγνωρίζονται τα εργασιακά τους δικαιώματα, δουλεύουν με καθεστώς μαύρης εργασίας σε μεγάλης διάρκειας βάρδιες χωρίς συνθήκες ασφάλειας και υγιεινής με κάθε είδους παρενοχλήσεις (ψυχολογικές και φυσικές) και γίνονται θύματα σεξουαλικής παρενόχλησης και βίας. Επιπλέον, ενώ οι άνδρες δουλεύουν σε ομάδες (οικοδομές, αγροτικές δουλειές, μικρές επιχειρήσεις), οι γυναίκες δουλεύουν ατομικά σε οικιακές εργασίες ή φασόν, βιώνοντας μεγαλύτερη απομόνωση και έτσι έχουν λιγότερες πιθανότητες να δημιουργήσουν δίκτυα πληροφόρησης και υποστήριξης. Δεν έχουν πληροφόρηση ή θεσμική προστασία, προκειμένου να μπορέσουν να διεκδικήσουν και να ασκήσουν τα δικαιώματά τους. Οι περισσότερες συνεχίζουν να εργάζονται κάτω από το φόβο της απόλυσης ή της απέλασης.

Οι μετανάστριες στην Ελλάδα υπολογίζεται, σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία, ότι φτάνουν στο 26% του συνόλου των αλλοδαπών, αλλά οι εκτιμήσεις ανεβάζουν το ποσοστό στο 30-35%. Προέρχονται κυρίως από την Αλβανία, τη Βουλγαρία και την Ουκρανία,²⁰² και απασχολούνται κυρίως σε οικιακές εργασίες (καθαρίστριες, οικιακές βοηθοί) ή στη φροντίδα των παιδιών και των ηλικιωμένων. Αυτές οι εργασίες στην κοινή συνείδηση δεν θεωρούνται εργασία αλλά «βοήθεια» στις γηγενείς γυναίκες οι οποίες έχουν τη –σχεδόν αποκλειστική– ευθύνη για αυτές, ως φυσική υποχρέωση στο πλαίσιο του καταμερισμού της εργασίας μέσα στην οικογένεια και των ρόλων και υποχρεώσεων που έχουν αναλάβει.²⁰³ Αυτή η «μη εργασία», η οποία είναι ωστόσο για τις μετανάστριες η μοναδική ευκαιρία επιβίωσης, έχει όλα τα χαρακτηριστικά της ευκαιριακής και εποχικής απασχόλησης, ενώ συνήθως όχι μόνο δεν αμείβεται καλά αλλά και δεν ασφαλίζεται από την «εργοδότη». Η σχέση μεταξύ τους δεν είναι εργασιακή και κατά συνέπεια δεν ακολουθεί τους συνήθεις κανόνες ευθυνών και υποχρεώσεων. Πρόκειται για προσωπικού τύπου σχέσεις που διέπονται από προσωπικές ρυθμίσεις, είναι δηλαδή οι

²⁰⁰ Κασσιμάτη Κ. & Μουσούρου Λ.Μ. (επιμ.), *Φύλο και μετανάστευση, Τόμος Ι: Θεωρητικές Αναφορές και Εμπειρική Διερεύνηση*, Εκδ. Gutenberg. Αθήνα 2007.

²⁰¹ Πηγή: ΚΕΘΙ – Στατιστικά στοιχεία και μελέτες 2002.

²⁰² Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία – Απογραφή Πληθυσμού 2001.

²⁰³ Ψημμένος Ι., *Μετανάστευση από τα Βαλκάνια...*, ό.π.

εργαζόμενες μετανάστριες έρμαιο στις διαθέσεις των εργοδοτριών και εργοδοτών τους σε ένα τυχαίο ανοργάνωτο και μη ελεγχόμενο περιβάλλον εργασίας. Στην πραγματικότητα οι εργαζόμενες μετανάστριες σε οικιακές εργασίες δημιουργούν έναν στρατό γυναικείας παραδοσιακής εργασίας, συμβάλλοντας ουσιαστικά στην απαλλαγή, σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό, των γηγενών γυναικών από τη δουλειά της καθημερινής ενασχόλησης με το σπίτι, της φροντίδας των παιδιών ή και της φροντίδας των ηλικιωμένων μελών της οικογένειας.

Πέρα από τα προφανή αποτελέσματα αυτής της αναδιάταξης στην –απλήρωτη για τις γηγενείς– εργασία στο σπίτι, που όπως αναφέρθηκε δεν θεωρείται εργασία, το μέγα ζήτημα όπως αναδείχθηκε από το ίδιο το ελληνικό κράτος, είναι η περιβόητη δεύτερη ευκαιρία για τους μετανάστες και τις μετανάστριες. Η νομιμοποίησή τους εξαρτάται από τη νομιμότητα της εργασίας τους, από τα ασφαλιστικά τους δικαιώματα, καθώς και από τη δυνατότητα να κατοχυρώσουν τη θέση τους στην αγορά εργασίας. Η εξασφάλιση των αναγκών για τη νομιμοποίησή τους ενσήμων είναι ήδη για όλους μια πολύ δύσκολη και εξαιρετικά δαπανηρή υπόθεση, ιδιαίτερα δε για τις γυναίκες είναι πολλές φορές αδύνατη για τους λόγους που προαναφέρθηκαν. Έτσι, οι μετανάστριες υποχρεώνονται να επιλέγουν τη νομιμοποίησή τους ως σύζυγοι των μεταναστών στο πλαίσιο της οικογενειακής συνένωσης. Αυτό το ιδιότυπο καθεστώς «ομηρίας» καθιστά τις γυναίκες ιδιαίτερα ευάλωτες σε περιπτώσεις διάλυσης του γάμου επιλογή που γίνεται σπάνια σε αυτές τις περιπτώσεις, διότι οι γυναίκες τότε βρίσκονται εκτός νόμου. Η αναγκαστική συνύπαρξη εντός γάμου, δημιουργεί συχνά εκρηκτικά προβλήματα στις σχέσεις των συζύγων, τα περιστατικά βίας και κακοποίησης των γυναικών αυξάνονται και ο φόβος και η αδυναμία των γυναικών να αντιδράσουν οδηγεί στη διατήρηση και αναπαραγωγή των σχέσεων εξουσίας ανάμεσα στα φύλα. Από την άλλη πλευρά, η φτώχη έως ανύπαρκτη κρατική μέριμνα για τα θύματα κακοποίησης και ενδο-οικογενειακής βίας, η εχθρική στάση των στελεχών των υπηρεσιών, η ενοχοποίηση των γυναικών για την κατάσταση που υφίστανται, τις αποτρέπει ή στην καλύτερη περίπτωση δεν τις ενθαρρύνει να ζησουν ανεξάρτητα.

Η προσπάθεια διατύπωσης ενός πολιτικού λόγου, συναντά πολλά εμπόδια, πρώτα και κύρια γιατί οι μετανάστες θεωρούνται –στην καλύτερη περίπτωση– ως ενιαίος, αδιαίρετος και συμπαγής όγκος ανθρώπων που δεν διαφοροποιείται ούτε ως προς το φύλο, ούτε από εθνικές, πολιτικές, κοινωνικές και πολιτισμικές ταυτότητες. Ο πολιτικός λόγος λοιπόν για τις μετανάστριες, δεν μπορεί παρά να είναι η

αναδιατύπωση του κυρίαρχου πολιτικού λόγου, η αποκάλυψη των ιδιαίτερων αναγκών και αιτημάτων τους, των διαφορετικών συνθηκών που δημιουργούν πολύμορφα μεταναστευτικά ρεύματα με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, και εν τέλει η ορατότητα των γυναικών.

Ένας μη κρατικός οργανισμός, το Κέντρο Γυναικείων Μελετών και Ερευνών Διοτίμα, έχοντας ως στόχο να συμβάλει σε δράσεις αλληλεγγύης και στη συστηματική διερεύνηση και αποτύπωση αυτών των ζητημάτων, σχεδιάζει και υλοποιεί δράσεις και πρωτοβουλίες, όπως η παροχή ανοικτών υποστηρικτικών υπηρεσιών προς τις μετανάστριες, παίρνοντας υπόψη τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες αλλά και τις ιδιαιτερότητες οργάνωσης του ελληνικού κράτους, της αγοράς εργασίας και των υπηρεσιών υγείας.

Στόχος είναι η πληροφόρησή των μεταναστριών για όλα τα θέματα που τις απασχολούν, η ενδυνάμωσή τους για τη διεκδίκηση των κοινωνικών και πολιτικών τους δικαιωμάτων, όπως επίσης η υποστήριξη για την κοινωνική τους ένταξη. Αυτές οι υπηρεσίες, παρέχονται στο πλαίσιο λειτουργίας μονάδας συνοδευτικών υποστηρικτικών υπηρεσιών, με τη μορφή νομικής, ψυχολογικής και επαγγελματικής συμβουλευτικής. Έμφαση δίνεται στην ομαδική προσέγγιση των γυναικών, καθώς με τη δημιουργία ομάδων γυναικών αναδεικνύονται τα κοινά προβλήματα τους, υπονομεύεται η εξατομικευμένη βίωση των εμποδίων και υπογραμμίζεται ο κοινωνικός και πολιτικός χαρακτήρας των διακρίσεων και των αποκλεισμών.²⁰⁴ Και αν αυτά τα εμπόδια είναι πολλές φορές αξεπέραστα για τις μετανάστριες, μια άλλη μορφή γυναικείας μετανάστευσης, στην οποία πρέπει να αναφερθούμε, όταν συναντάται με το οργανωμένο έγκλημα και την πορνεία, παράγει την πιο βίαιη μορφή βαρβαρότητας. Το trafficking, η παράνομη διακίνηση και εμπορία γυναικών με σκοπό τη σεξουαλική/οικονομική εκμετάλλευση, είναι μια από τις μεγαλύτερες και επικερδέστερες μορφές δουλεμπορίου στην οποία εμπλέκονται όχι μόνο το οργανωμένο έγκλημα, αλλά και κρατικοί υπάλληλοι και αστυνομικοί, ενώ το στηρίζει και το διαιώνίζει εν κρυπτώ ένα μεγάλο κομμάτι του ελληνικού ανδρικού πληθυσμού.²⁰⁵

²⁰⁴ Βαΐου Ντ. & Στρατηγάκη Μ. (επιμ.), *Το φύλο...*, ό.π.

²⁰⁵ Ψημμένος Ι., *Μετανάστευση από τα Βαλκάνια...*, ό.π.

2.6.1 Οι μετανάστριες στα αστικά κέντρα στην Ελλάδα

Τα τελευταία χρόνια, αρκετά χρήματα δίνονται για την έρευνα σχετικά με το φαινόμενο της μετανάστευσης στην Ελλάδα αλλά και την Ευρώπη γενικότερα. Η Ευρωπαϊκή Ένωση εγκρίνει όλο και περισσότερα κονδύλια για έρευνα και τη δημιουργία φορέων που να ασχολούνται με τη μετανάστευση, και ιδιαίτερα με τους ρόλους των φύλων μέσα στη μεταναστευτική διαδικασία. Αυτό δεν έχει πάντοτε τα ανάλογα αποτελέσματα στους ίδιους τους πρωταγωνιστές, δηλαδή τους μετανάστες²⁰⁶. Την ίδια ώρα που όλα αυτά τα προγράμματα εγκρίνονται, οι μετανάστες και οι μετανάστριες βιώνουν την απαξίωση της Δύσης. Τους περισσότερους μετανάστες εξάλλου, τους δημιουργεί η ίδια η πολιτική του δυτικού κόσμου και στο τέλος τους «κλείνει τις πόρτες», τουλάχιστον στις περισσότερες των περιπτώσεων. Ένα μέρος κοινωνικών επιστημόνων προσπαθεί μέσα από αυτά τα προγράμματα να δώσει μια άλλη διάσταση στην προβληματική της μετανάστευσης και να προσεγγίσει με μια άλλη ματιά τους πρωταγωνιστές της, προσπαθώντας ουσιαστικά, να αλλάξει νοοτροπίες στον τρόπο που η δυτική πολιτική, αντιλαμβάνεται τους μετανάστες.

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι κυρίως στις δεκαετίες του 1960 και του 1970 το ενδιαφέρον των επιστημόνων στρέφεται στη μελέτη κοινωνικών ομάδων, που δεν εμφανίζονταν στον επίσημο λόγο της εποχής τους στα μεγάλα αστικά κέντρα της Ελλάδας και περισσότερο της Αθήνας. Την ίδια περίοδο αναπτύσσεται και η έρευνα αναφορικά με τη γυναικεία συμμετοχή σε όλες τις διαδικασίες της καθημερινότητας εκείνης της εποχής. Μέχρι τότε τις περισσότερες φορές η γυναίκα, ως δρων κοινωνικό υποκείμενο ήταν απύσχα. Επίσης, μέχρι τότε το φαινόμενο της μεταναστευτικής κίνησης στην Ελλάδα μελετούνταν είτε σύμφωνα με το νεοκλασικιστικό μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο η μετανάστευση αντιμετωπιζόταν ως μια ορθολογική απόφαση, είτε σύμφωνα με το νεομαρξιστικό μοντέλο, για το οποίο η μετανάστευση ήταν ένας τρόπος εύρεσης φθηνού εργατικού δυναμικού για τις ανεπτυγμένες οικονομικά χώρες²⁰⁷. Και στις δύο αυτές θεωρητικές τάσεις η γυναικεία μετανάστευση θεωρούνταν συμπληρωματική της ανδρικής. Πολλοί λίγοι

²⁰⁶ Τσουκαλάς Αντ., *Μετανάστευση και εγκληματικότητα στην Ευρώπη*, Εκδ. Αντ. Σάκκουλας, Αθήνα 2003.

²⁰⁷ Ψημμένος Ι., *Μετανάστευση από τα Βαλκάνια...*, ό.π.

επιστήμονες είχαν αντιληφθεί ότι η γυναικεία μετανάστευση έχει τα δικά της χαρακτηριστικά.

Μετά το 1970 στην Αθήνα, αρχίζει να διαφαίνεται ένα ενδιαφέρον γύρω από τη μελέτη της θέσης των μεταναστών στη νέα τους πραγματικότητα, τη χώρα υποδοχής και ακόμα πιο πρόσφατα γύρω από τη θέση της μετανάστριας ως αυτόνομου υποκειμένου, που επιλέγει τη μετανάστευση και δεν ακολουθεί παθητικά τον άνδρα ή τον αδελφό στη χώρα υποδοχής. Επίσης, η γυναίκα στη βιβλιογραφία μετά το 1970 εμφανίζεται να έχει και άλλα κίνητρα για να μεταναστεύσει, όπως η απελευθέρωσή της από κάποιες καταπιεστικές πατριαρχικές δομές.²⁰⁸ Το ενδιαφέρον αυτό, στους μελετητές, παρουσιάζεται, γιατί ούτως ή άλλως η γυναικεία μεταναστευτική πρωτοβουλία αυξήθηκε και η γυναικεία παρουσία στις τάξεις των μεταναστών προκάλεσε αίσθηση. Η μετανάστευση θεωρείτο ανδρική υπόθεση, αλλά όταν οι δυτικές κοινωνίες αντιλήφθηκαν πως οι μετανάστες δεν είναι στην πλειονότητά τους εποχιακοί «επισκέπτες», αλλά ζουν, μεγαλώνουν τα παιδιά τους και εγκαθίστανται στις χώρες υποδοχής, η γυναίκα αναδύθηκε ως ξεχωριστό υποκείμενο με δική της αντίληψη για την παρουσία της στη νέα χώρα και με δικές της ασχολίες και προβληματισμούς.

Το ζήτημα που σήμερα φαίνεται να κεντρίζει το ενδιαφέρον των επιστημόνων είναι «ο αντίκτυπος της γυναικείας μετανάστευσης στην κοινωνική θέση της γυναίκας» στην Ελλάδα αλλά και γενικότερα. Επιπρόσθετα, μια νέα προσέγγιση, αναφέρεται στις γυναίκες που μετανάστευσαν και στις γυναίκες που παρέμειναν στις πόλεις τους, προσπαθώντας να αντιληφθεί τη σημερινή μετανάστρια σε σχέση με το πολιτισμικό πλαίσιο που εκείνη φέρει, τις αλλαγές και την πορεία της στη νέα της «πατρίδα». Στη διαμόρφωση αυτής της τάσης έχει συμβάλει σημαντική και η φεμινιστική θεωρία, που προσδίδει έναν ενεργητικό ρόλο στη γυναίκα και όχι αυτόν το παθητικού δέκτη των αποφάσεων του άνδρα.²⁰⁹ Όπως ήδη αναφέρθηκε, η γυναικεία παρουσία στη μεταναστευτική κίνηση αυξήθηκε τα τελευταία χρόνια. Ανάλογα με την αγορά εργασίας σε κάποιες εθνικότητες μεταναστών παρατηρείται μαζική αποστολή του ενός ή του άλλου φύλου. Για παράδειγμα, οι μετανάστριες από τις περιοχές βόρεια της Ελλάδος είχαν συνδεθεί με την παροχή υπηρεσιών στον οικιακό χώρο. Τα νέα αυτά χαρακτηριστικά σχετίζονται με πολιτικές και οικονομικές συγκυρίες, καθώς και με τη γεωγραφία και την αγορά εργασίας των χωρών της νότιας

²⁰⁸ Αμίτσης Γ. (επιμ.), *Νομικές και κοινωνικοπολιτικές...*, ό.π.

²⁰⁹ Βαΐου Ντ. & Στρατηγάκη Μ. (επιμ.), *Το φύλο...*, ό.π.

Ευρώπης, που κατά τη διάρκεια του 1980 και 1990 αργότερα, έγιναν από χώρες αποστολής χώρες υποδοχής.

Ως προς το ρόλο της γυναικείας μετανάστευσης, αξιοσημείωτο είναι ότι οι μετανάστριες βοηθούσαν σημαντικά τις οικογένειές τους στην πόλη καταγωγής και κατ' επέκταση και την οικονομία τους. Ακόμα όμως και αν μένουν πίσω αναλαμβάνουν σημαντικές ευθύνες που μέχρι πρότινος ήταν ανδρικές υποθέσεις. Σημαντικό ρόλο παίζει και ο παράγοντας του κατά φύλο καταμερισμού εργασίας. Για παράδειγμα ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών βρίσκει εργασία στον οικιακό χώρο. Η παροχή υπηρεσιών στον σπίτι – συνήθως χωρίς ασφάλιση, έχει θεωρηθεί σχεδόν εξ' ολοκλήρου γυναικεία εργασία και ως εκ τούτου έχει απασχολήσει αρκετές μετανάστριες. Για πολλές γυναίκες, η μεταναστευτική εμπειρία έφερε ως αποτέλεσμα και την πρώτη τους εργασιακή εμπειρία. Η πολιτισμική κληρονομιά της κάθε μετανάστριας είναι πολύ σημαντική για την ένταξή της στο νέο περιβάλλον. Η επαφή της με ξένους προς αυτήν θεσμούς και διαδικασίες δεν βιώνεται πάντα ως μια «προοδευτική αλλαγή» από τις ίδιες. Η ελληνίδα και ότι έχει να κάνει με αυτήν δεν είναι πρότυπο συμπεριφοράς και πολλές φορές είναι παράδειγμα προς αποφυγή. Η μετανάστρια, που θέλει να κρατήσει τις δικές της αντιλήψεις και τη δική της πολιτισμική υπόσταση, βρίσκεται πιο εύκολα αποκλεισμένη από τον κοινωνικό δημόσιο χώρο.²¹⁰

Με το τέλος του Β' παγκοσμίου πολέμου, η ισότητα των φύλων στην Ελλάδα κατοχυρώθηκε και νομικά. Κατοχυρώθηκε η πρόσβαση της γυναίκας στην εκπαίδευση και την εργασία. Το 1960 με την λεγόμενη πολιτισμική επανάσταση, η πατριαρχική αυτή δομή της κοινωνίας θεωρήθηκε ότι εμποδίζει την ανάπτυξη ενός πραγματικά δυνατού κράτους. Αν και έγινε μάχη ενάντια στις μορφές πατριαρχικής οικογένειας, με την προβολή νεοτοπικών οικογενειών, τα πράγματα άλλαξαν ριζικά.²¹¹ Η οικονομική κρίση στην περιφέρεια, επηρέασε τη γυναικεία ανεργία περισσότερο από την ανδρική.

Στα 1975, μετά από έρευνα αποκαλύφθηκε πως το 64% των ερωτηθέντων, δεν θεωρούσαν τη βία μέσα στην οικογένεια κοινωνικό θέμα και το 34% είχαν βιώσει μέσα στην οικογένειά τους σκληρές βίας. Από τις γυναίκες που είχαν υποστεί βία το 40% ανέφερε ως δράστη τον σύντροφο και το 29% κάποιο άλλο μέλος της

²¹⁰ Ψημμένος Ι., *Μετανάστευση από τα Βαλκάνια...*, ό.π.

²¹¹ Ψημμένος Ι., *Μετανάστευση από τα Βαλκάνια...*, ό.π.

οικογένειας.²¹² Σύμφωνα με το άρθρο του Ψημμένου «*Νέα εργασία και ανεπίσημοι μετανάστες στη μητροπολιτική Αθήνα*», κατά τη διάρκεια του 1961 με 1970, έγιναν δύο απογραφές του μεταναστευτικού εργατικού δυναμικού. Σύμφωνα με αυτές φαίνεται ότι το ανδρικό φύλο να υπερισχύει του γυναικείου. Συγκεκριμένα, όμως, οι γυναίκες από την επαρχία ήταν λιγότερες από τους μισούς άνδρες, που έχουν μεταναστεύσει. Αυτό ενδεχομένως να συνδέεται με τη θέση της γυναίκας και την αντίληψη, που υπάρχει στην επαρχία και από τα δύο φύλα, για τους γυναικείους ρόλους.

Η θέση της γυναίκας παρουσιάζεται πολύ διαφορετική στην πόλη και στο χωριό. Από την άποψη της εργασίας, αρχικά οι γυναίκες στην πόλη δούλευαν κατά κύριο λόγο σε εργοστάσια, ενώ οι γυναίκες στο χωριό στα χωράφια, δημιουργώντας δυσκολίες στη ζωή των γυναικών. Μάλιστα, οι γιαγιάδες που δεν έζησαν τον κομμουνισμό, είχαν καλύτερη και λιγότερο δύσκολη ζωή, επειδή δούλευαν μόνο μέσα στο σπίτι και όχι στα χωράφια. Η ζωή των γυναικών στα αγροτικά περιβάλλοντα ήταν πιο δύσκολη και για άλλους λόγους, καθώς δεν υπήρχαν ευκολίες, π.χ. υδραυλικές εγκαταστάσεις.

2.6.2 Γυναίκες και υγεία

Το δικαίωμα των Ελληνίδων στην υγειονομική περίθαλψη χωρίς διακρίσεις κατοχυρώνεται από το Σύνταγμα του 1975 (αρ. 21 παρ. 3) και μέσα από τον Ν. 1397/83 που θεσπίζει ενιαίο και αποκεντρωμένο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Το κράτος αναλαμβάνει την παροχή υπηρεσιών υγείας ισότιμα σε κάθε πολίτη («νόμιμο», που φέρει την ελληνική υπηκοότητα), ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση (δεν υπάρχει ιδιαίτερη αναφορά στους μετανάστες και τις γυναίκες μετανάστριες ειδικότερα).²¹³ Η, χωρίς διακρίσεις φύλου, πρόσβαση των Ελληνίδων στις υγειονομικές υπηρεσίες πιστοποιείται και από τους διάφορους δείκτες, οι οποίοι έχουν θεσπισθεί σε παγκόσμιο επίπεδο και είναι αναγνωρισμένοι από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ). Οι **υγειονομικοί δείκτες** αφορούν στα εξής:

- **Δημογραφικά στοιχεία.** Τόσο η μητρική όσο και η παιδική θνησιμότητα είναι σε χαμηλά επίπεδα, με συνεχή πτωτική τάση, όπως επίσης και οι τιμές

²¹² Αμίτσης Γ. (επιμ.), *Νομικές και κοινωνικοπολιτικές...*, ό.π.

²¹³ Δόλγερας Α. & Οικονόμου Χ., *Η υγεία του πληθυσμού*, ΕΣΔΥ, Αθήνα 2001.

της βρεφικής θνησιμότητας. Το επίπεδο αντικατάστασης των γενεών στην Ελλάδα ανέρχεται σε ποσοστό 2,1%²¹⁴, παρουσιάζοντας συνεχή πτωτική τάση από χρόνο σε χρόνο. Το προσδόκιμο επιβίωσης στην Ελλάδα είναι υψηλό και με αυξητική τάση. Η συσχέτιση του δείκτη γονιμότητας με το προσδόκιμο επιβίωσης αναδεικνύει το μεγάλο δημογραφικό πρόβλημα της χώρας μας, που είναι η με γρήγορους ρυθμούς γήρανση του ελληνικού πληθυσμού. Οι συνθήκες υγιεινής των τοκετών είναι άριστες και το σύνολο των Ελληνίδων γεννά σε πλήρως εξοπλισμένα μαιευτήρια με τη βοήθεια ειδικευμένου προσωπικού.

- **Αντισύλληψη.** Οι αντισυλληπτικές μέθοδοι στην Ελλάδα παρουσιάζουν την εξής κατανομή: 45% προφυλακτικό, 30-35% διακεκομμένη συνουσία, 3-4% μέθοδος ρυθμού (περιοδική αποχή-μέθοδος θερμοκρασίας), 8-10% χάπι-σπιράλ (Αθήνα, Θεσσαλονίκη).²¹⁵ Το 7-14% των γυναικών δεν χρησιμοποιεί καμία αντισύλληψη και όταν συλλαμβάνουν αθέλητα, καταφεύγουν στην άμβλωση.

Οι αμβλώσεις στην Ελλάδα ξεπερνούν τις 120.000 τον χρόνο, αριθμός που αφορά σε όλες τις περιπτώσεις γυναικών, ελλήνιδων και μεταναστριών. Το προφυλακτικό υποσκέλισε τη διακεκομμένη συνουσία και αυτό οφείλεται στην ενημερωτική εκστρατεία των προηγούμενων χρόνων για την αντισύλληψη και το AIDS. Αντισυλληπτικό χάπι χρησιμοποιεί το 2,5% περίπου των Ελληνίδων και η κατανομή των γυναικών που χρησιμοποιούν σπιράλ ή χάπι σε Αθήνα-επαρχία παρουσιάζει διαφοροποίηση έως 40%.²¹⁶ Η αύξηση των αμβλώσεων από 15% σε 25% στα κορίτσια κάτω των 20 ετών οφείλεται τόσο σε προβλήματα στη χρήση και την ποιότητα των προφυλακτικών, τα οποία δεν είναι διεθνών προδιαγραφών, όσο και επειδή δεν υπάρχουν επαρκείς υπηρεσίες για την ενημέρωση για τα θέματα εφηβικής γυναικολογίας και σεξουαλικής αγωγής. Τα στοιχεία είναι γενικά και αφορούν σε όλα τα κορίτσια αυτής της ηλικίας, Ελληνίδες και μετανάστριες. Το διάφραγμα και οι υπόλοιπες μέθοδοι δεν κυκλοφορούν στην Ελλάδα και το γυναικείο προφυλακτικό κυκλοφόρησε πρόσφατα και δεν υπάρχουν ακόμα στοιχεία.

²¹⁴ Πηγή: *Εθνική Στατιστική Υπηρεσία – Απογραφή Πληθυσμού 2001*.

²¹⁵ Πηγή: Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού-Εφημερίδα «Τα νέα του οικογενειακού προγραμματισμού», Τομ. 23, τευχ. 3.

²¹⁶ Για τις μετανάστριες δεν υπάρχουν ανάλογα στοιχεία.

- **Αναιμία.** Φυσιολογικές γυναίκες με τις ακόλουθες τιμές: HB < 12 gr/dl, αριθμός 285 ή 1,6%. Ετερόζυγες γυναίκες με HB < 12 gr/dl, αριθμός 1077 ή 4,3%. Φυσιολογικές έγκυες με HB < 112 gr/dl, αριθμός 170 ή 0,6%.
- **Υποθρεψία (Malnutrition).** Στοιχεία για την παιδική υποθρεψία δεν υπάρχουν, καθώς δεν παρατηρείται τέτοιο πρόβλημα στη χώρα μας. Οι σπάνιες, διάσπαρτες περιπτώσεις υποθρεψίας που εμφανίζονται αντιπροσωπεύουν σύμπτωμα του συνδρόμου παραμέλησης και κακοποίησης του παιδιού (βλ. Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού). Δεν υπάρχουν συγκεκριμένα στοιχεία για τις περιπτώσεις μεταναστών.
- **Ανοσοποίηση (Immunization).** Οι εμβολιασμοί των παιδιών παρέχονται δωρεάν από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και δεν γίνεται απολύτως καμία διάκριση φύλου ή εθνικής καταγωγής στην παροχή των εμβολίων, ενώ είναι άγνωστο αν οι οικογένειες των μεταναστών έχουν τη σχετική πληροφόρηση και αν κάνουν χρήση αυτού του δικαιώματος. Ενώ δεν τηρούνται στοιχεία σε εθνική κλίμακα για το ποσοστό των εγκύων γυναικών που είναι εμβολιασμένες κατά του τετάνου, τηρούνται επιδημιολογικά στοιχεία για τα λοιμώδη νοσήματα και ιδίως όσα υπάγονται στο ευρύ πρόγραμμα εμβολιασμών. Από το γεγονός ότι τη δεκαετία του 1980 σημειώθηκαν μόνο δύο κρούσματα νεογνικού τετάνου συμπεραίνεται ότι: α) οι συνθήκες υγιεινής των τοκετών είναι πολύ καλές, και β) οι Ελληνίδες διαθέτουν υψηλά επίπεδα αντισωμάτων κατά του τετάνου.²¹⁷
- **AIDS.** Η χώρα μας παρουσιάζει χαμηλό ποσοστό αύξησης νέων περιστατικών του AIDS, ενώ τα κρούσματα AIDS παρουσιάζονται σε πολύ μικρότερα ποσοστά (11,3%) στον γυναικείο πληθυσμό σε σύγκριση με τον ανδρικό. Από μελέτες φαίνεται ότι 10%-50% των ετερόφυλων συντρόφων των ασθενών ή φορέων του HIV προσβάλλονται από τον ιό.
Οι αμφιφυλόφιλοι φαίνεται να αποτελούν τον μεγαλύτερο κίνδυνο για τη διασπορά του ιού στις γυναίκες της χώρας μας, καθώς συνήθως αυτές αγνοούν τις αμφιφυλόφιλες ερωτικές συνήθειες των συντρόφων τους. Σύμφωνα με έρευνα της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), τα κρούσματα AIDS στις εκδιδόμενες μετανάστριες είναι πολύ περισσότερα, στις περιπτώσεις που έχουν κάνει τον έλεγχο, ενώ δεν υπάρχουν στοιχεία για

²¹⁷ Έδρα Ευγονικής, Υγιεινής και Μητρότητας της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών. Σημειώνουμε ότι για τις μετανάστριες δεν υπάρχουν στοιχεία.

το σύνολο των γυναικών αυτών. Η συχνότητα φορέων AIDS σε έγκυες και επίτοκες γυναίκες στην Ελλάδα είναι μικρή σε σχέση με τις ΗΠΑ και τις ευρωπαϊκές χώρες. Η αύξηση όμως των φορέων –έστω και χαμηλή– επιβάλλει τη δημιουργία της κατάλληλης υποδομής για συμβουλευτική ενημέρωση και εθελοντικό έλεγχο των εγκύων.

Οι δείκτες αυτοί, λοιπόν, οι οποίοι είναι αναγνωρισμένοι από τον ΠΟΥ, χρησιμοποιούνται σε όλον τον «ανεπτυγμένο» κόσμο, για να πιστοποιήσουν την ποιότητα των συστημάτων και των υπηρεσιών υγείας, σχετικά με το επίπεδο υγείας των γυναικών. Είναι, όμως, άγνωστο αν συμπεριλαμβάνονται και οι μετανάστριες στη διαδικασία ελέγχου και αξιολόγησης. Έχουν ήδη εφαρμοστεί πολλά προγράμματα και δράσεις αναφορικά με την πρόνοια και την προαγωγή της υγείας, τα οποία αφορούν σε διάφορες ομάδες πολιτών ή/και στο σύνολο του πληθυσμού, χωρίς ποτέ να γίνεται διάκριση φύλου. Ενδεικτικά αναφέρουμε το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», το «TELE-ALARM», τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων, τις ευχέρειες στα μεταφορικά μέσα κ.λπ. Δεν έχει σημειωθεί, όμως, κάτι αντίστοιχο για την ενημέρωση και την εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών σε οικογένειες μεταναστών. Ιδιαίτερα σημαντική ήταν η ενημερωτική εκστρατεία της περιόδου 1982-1988 για την αντισύλληψη, η οποία περιελάμβανε αφίσες, ενημερωτικό έντυπο υλικό, επισκέψεις ομάδας επιστημόνων στους νομούς, διαφημιστικά μηνύματα και συζητήσεις σε ραδιόφωνο και τηλεόραση. Η πραγματικά επιτυχημένη αυτή εκστρατεία στην πορεία συνεχίστηκε από δυναμική επίσης εκστρατεία κατά του AIDS, η οποία όμως στην πορεία ατόνησε.

Το 1995 στην 4^η Παγκόσμια Συνδιάσκεψη Γυναικών που πραγματοποιήθηκε στο Πεκίνο, αντιπρόσωποι από 189 χώρες υιοθέτησαν μια εκτενή Διακήρυξη²¹⁸ και ένα Πρόγραμμα Δράσης, το οποίο αναγνώριζε 12 τομείς προτεραιότητας και προσδιόριζε μια δέσμη στρατηγικών στόχων και δράσεων που θα αναλάμβαναν οι κυβερνήσεις, η διεθνής κοινότητα, οι ΜΚΟ και ο ιδιωτικός τομέας για την προώθηση και ισότητα μεταξύ των φύλων. Στη Διακήρυξη, μεταξύ άλλων, προβλέπονται δεσμεύσεις για:

- α) τα ανθρώπινα δικαιώματα, δηλαδή να προωθηθεί ένα πλαίσιο όπου δεν θα ανέχεται την παραβίαση των δικαιωμάτων²¹⁹ των γυναικών και των

²¹⁸ Βαΐου Ντ. & Στρατηγάκη Μ. (επιμ.), *Το φύλο..., ό.π.*

²¹⁹ Todaro M.P. (1976), *Internal Migration in Developing Countries*, Geneva: International Labour Office University Press 1976. Tinios P., *Immigration and the Open Society: The Role of Values*,

κοριτσιών, και τροποποιήσεις στη νομοθεσία θα προωθούνται με προοπτική την εξάλειψη των μεροληπτικών διατάξεων μέχρι το έτος 2005. Επιπλέον, προτάθηκε να ενθαρρυνθεί παγκοσμίως η επικύρωση της Σύμβασης για την εξάλειψη όλων των μορφών διακρίσεων κατά των γυναικών,

β) για τον ρόλο των ανδρών, μέσω της προώθησης προγραμμάτων που να δίνουν τη δυνατότητα και στα δύο φύλα να συνδυάζουν ευκολότερα τις εργασιακές και τις οικογενειακές τους υποχρεώσεις και να ενθαρρύνουν τους άνδρες να συμμετέχουν ισότιμα με τις γυναίκες στις δουλειές του νοικοκυριού και στις ευθύνες της ανατροφής των παιδιών. Επιπλέον, προτάθηκε να σχεδιασθούν και να εφαρμοστούν προγράμματα για την ενθάρρυνση και ενίσχυση των ανδρών, ώστε να υιοθετήσουν ασφαλή και υπεύθυνη σεξουαλική και αναπαραγωγική συμπεριφορά, και να χρησιμοποιούν αποτελεσματικές μεθόδους, προκειμένου να προλαμβάνουν ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, περιλαμβανομένου και του HIV/AIDS. Τέλος, να θεσμοθετηθούν προγράμματα και δομές που θα είναι ευαισθητοποιημένα ως προς τα θέματα φύλου, για την αντιμετώπιση φυσικών καταστροφών και καταστάσεων εκτάκτου ανάγκης.

γ) για το κορίτσι-παιδί. Προτάθηκε να προστατεύονται τα παιδιά, ιδιαίτερα τα κορίτσια, από την αναγκαστική τους στρατολόγηση ως στρατιώτες, να υποστηριχθεί η εκπαίδευση των κοριτσιών στις επιστήμες, τα μαθηματικά και τις νέες τεχνολογίες, συμπεριλαμβανομένων των τεχνολογιών της πληροφορικής. Αναφορικά με τις έφηβες και τις νέες γυναίκες, τα μέτρα αφορούν στην παροχή υπηρεσιών που θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες υγείας που σχετίζονται με την αναπαραγωγή και τη σεξουαλικότητα στις κοινότητες, στη δημόσια ζωή και στα κέντρα λήψης αποφάσεων. Επιπρόσθετα, να υποστηριχθεί η συμμετοχή τους σε οργανώσεις νεότητας.²²⁰ Όσον αφορά στις μεγαλύτερες γυναίκες, να προωθηθεί η υγιής, δραστήρια γήρανση και να προσφέρεται η δυνατότητα να συμμετέχουν ενεργά τόσο σε όλες τις πλευρές της ζωής, όσο και να αναλαμβάνουν μια ποικιλία ρόλων.

Society and Politics in Realising Economic Potential, in: Inglessi C. et al. (eds), *Immigration and Integration in Northern Versus Southern Europe*. Athens: The Netherlands Institute, 2004.

²²⁰ Δαμανάκης Μ. *Μετανάστευση και εκπαίδευση*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1999.

Τίθεται, λοιπόν, το θέμα του πλαισίου παροχής και αποτελεσματικότητας των Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας σε σχέση με τις μετανάστριες από κάθε άποψη: κοινωνική, πολιτική, νομοθετική, οργανωτική, λειτουργική και πολιτισμική. Σημαντικά ερωτήματα τίθενται προς διερεύνηση, όπως: πώς είναι οργανωμένο το ΕΣΥ,²²¹ πώς λειτουργεί στην πράξη και τι ακριβώς προβλέπεται στην οργάνωση και τον τρόπο λειτουργίας του ειδικά για τις μετανάστριες. Ο «νομοθέτης» έχει προβλέψει την ύπαρξη αυτών των κοινωνικών ομάδων στο πλαίσιο της λειτουργίας του ΕΣΥ; Αν όχι, γιατί και τι μπορεί να γίνει, βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα; Αν ναι, σε ποιο βαθμό και με ποιον τρόπο ακριβώς; Υπάρχουν «μηχανισμοί» και τρόποι ενημέρωσης των μεταναστριών για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους σχετικά με τα θέματα υγείας; Το προσωπικό των ΚΥΥ είναι ενημερωμένο και κατάλληλα εκπαιδευμένο, για να συνεργάζεται και να προσφέρει αποτελεσματικά τις υπηρεσίες του σε μετανάστριες; Τι προβλέπει ο νόμος για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη –όλων των βαθμίδων– των μεταναστριών και την προαγωγή της υγείας αυτού του σημαντικού και ευαίσθητου μέρους του πληθυσμού της χώρας μας; Προβλέπει την εξασφάλιση των κοινωνικών δικαιωμάτων τους, στο ακέραιο, ρυθμίζει την οργάνωση και τη στελέχωση των υπηρεσιών υγείας, υπολογίζοντας και τον πληθυσμό των μεταναστριών στο σύνολο των «πελατών» του; Προστατεύεται επαρκώς η δημόσια υγεία και η προαγωγή της υγείας των γυναικών γενικώς;²²² Χρειάζεται βελτίωση; Σε ποιο βαθμό, προς ποιά κατεύθυνση και τι ακριβώς μπορεί να προταθεί για να είναι ικανοποιητική η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα του ΕΣΥ; Τι ισχύει στις περισσότερες έμπειρες στο θέμα χώρες, τι ισχύει στην ΕΕ γενικά και πώς θα μπορούσε η Ελλάδα να χρησιμοποιήσει τη δική τους πείρα και τα δικά τους δεδομένα;

Η υποχρέωση της Ελλάδας, με βάση τη Συνθήκη του Άμστερνταμ (1999) και το έκτακτο Ευρωπαϊκό Συμβούλιο του Τάμπερε που ακολούθησε πέντε μήνες μετά, τα οποία αποτελούν ορόσημα στη δέσμευση των μελών της ΕΕ, είναι να μεριμνά για τη διευκόλυνση της πρόσβασης των μεταναστευτικών πληθυσμών στις υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες. Οι μεταναστευτικοί πληθυσμοί ενδέχεται να αντιμετωπίζουν ειδικά προβλήματα υγείας που οφείλονται στην κατάστασή τους (π.χ. απομάκρυνση από τα μέλη της οικογένειας, αβεβαιότητες που απορρέουν από

²²¹ Δόλγερας Α. & Λέβερ Τ., *Η δημόσια υγεία σε μετάβαση*, ΕΣΔΥ, Αθήνα 2001. Δόλγερας Α., *Η ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων στο χώρο της υγείας*, ΕΣΔΥ, Αθήνα 2001.

²²² Δόλγερας Α. & Κυριόπουλος Γ., *Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα 2000.

το καθεστώς τους, ιδίως αν είναι προσωρινό). Όπου απαντώνται χαρακτηριστικά ανασφάλειας και κακών συνθηκών διαβίωσης και εργασίας, μπορούν να εμφανιστούν και συναφή προβλήματα υγείας, τα οποία μπορούν να προληφθούν σε μεγάλο βαθμό με τις κατάλληλες πολιτικές.

Παράλληλα, οι μεταναστευτικοί πληθυσμοί αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην πρόσβασή τους σε υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες υψηλής ποιότητας, γεγονός που είναι απαραίτητο να αντιμετωπιστεί, συμπεριλαμβανομένης της διάθεσης των κατάλληλων πληροφοριών στις μεταναστευτικές κοινότητες και της παροχής επιπλέον κατάρτισης στο προσωπικό που είναι επιφορτισμένο με την παροχή αυτών των υπηρεσιών. Η αυξημένη συμμετοχή ατόμων διαφορετικής εθνικής προέλευσης στον σχεδιασμό και την παροχή υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να συμβάλει στην πρόληψη των διακρίσεων και να εξασφαλίζει ότι οι υπηρεσίες είναι ευαίσθητες στις ιδιαιτερότητες της κοινωνίας στην οποία λειτουργούν και λαμβάνουν υπόψη τους πολιτισμικούς φραγμούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο. ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

3.1 Ιστορική αναδρομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ)

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) της χώρας μας, το οποίο ουσιαστικά πρωτοεμφανίστηκε στην Ελλάδα το 1980 και ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1984, έχει επικριθεί πολλές φορές από τους ειδικούς για την αδυναμία που εμφανίζει στις μέρες μας. Αυτό συμβαίνει για πολλούς και διαφόρους λόγους και αποδίδεται στην αδυναμία όλων των κυβερνήσεων να εφαρμόσουν μια καλύτερης μορφής στρατηγική για αποτελεσματική πρωτοβάθμια φροντίδα περίθαλψης προς τους Έλληνες/ίδες πολίτες και ασθενείς.

Οι αναβαθμίσεις στο ΕΣΥ, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια των τελευταίων περίπου 25-30 ετών, θεωρείται ότι έχουν επιφέρει ορισμένες σημαντικές μεταρρυθμίσεις εκσυγχρονισμού και βελτίωσης του συστήματος αυτού.²²³ Οι αναβαθμίσεις είχαν ως στόχο την κάλυψη στο μεγαλύτερο ποσοστό: α) της έλλειψης οργάνωσης αλλά και στελέχωσης των νοσοκομειακών μονάδων, τόσο στις μεγάλες πόλεις όσο και στην περιφέρεια και β) της έλλειψης εξειδικευμένου ιατρικού προσωπικού, η οποία πρατηρείται από τις αρχές της δεκαετίας του 1990. Παράλληλα, η αναβάθμιση είχε ως επιπλέον σκοπό τη μείωση των ιδιωτικών άμεσων δαπανών στην ιατρική περίθαλψη, οι οποίες προέρχονται από λανθασμένη και μη ουσιαστική αξιολόγηση του ιδίου του συστήματος αλλά και των ιατρών που το απαρτίζουν. Όμως, παρά το γεγονός, ότι υπάρχει μεγάλη προσφορά ιατρών, δεν έχει υπάρξει αντίστοιχη σημαντική ανανέωση στο ιατρικό προσωπικό και στην παροχή νέου εξοπλισμού.

Ο *ιδρυτικός νόμος πλαίσιο* για την ανάπτυξη και τη λειτουργία του ΕΣΥ, για τη νοσοκομειακή περίθαλψη –δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια– είναι ο Ν. 1397/1983.²²⁴ Αργότερα, ο Ν. 2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις»²²⁵, μέσω της δημιουργίας των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας (ΠΕΣΥΠ), αποτέλεσε ένα ουσιαστικό βήμα για τη γεωγραφική αποκέντρωση, όπου τα νοσοκομεία έπαψαν να αποτελούν Νομικά

²²³ Γκουλιαβούδη Αν., Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και ποιότητα ζωής, *Επιθεώρηση Υγείας*, τχ. 101, 2006, σσ. 48-50.

²²⁴ Ν. 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΦΕΚ 143 Α'/1983).

²²⁵ Ν. 2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 37/Α').

Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) και μετατράπηκαν σε αποκεντρωμένες μονάδες των ΠΕΣΥΠ. Συγχρόνως, δημιουργείται το Τμήμα Οικονομικής Διαχείρισης των Μονάδων Υγείας, το οποίο παρακολουθεί τη σύνταξη και τον έλεγχο εκτέλεσης των προϋπολογισμών, καθώς και τα περιουσιακά στοιχεία των νοσοκομείων και των ΚΥ της περιφέρειας. Μετέπειτα, με τον Ν. 3329/2005 τα νοσοκομεία μετρέπονται σε ΝΠΔΔ υπό τον έλεγχο και την εποπτεία του διοικητή της Διοικητικής Υγειονομικής περιφέρειας (ΔΥΠΕ). Η μεταβολή αυτή περιλαμβάνει τα εξής: η οικονομική διαχείριση των νοσοκομείων αλλάζει, η σύνταξη του προϋπολογισμού πραγματοποιείται από το νοσοκομείο, η έγκρισή του, όμως, πραγματοποιείται από το Διοικητικό Συμβούλιο της ΔΥΠΕ, ως τμήμα του ενιαίου προϋπολογισμού της.²²⁶ Επίσης, παρέχεται η δυνατότητα στα δημόσια νοσοκομεία και σε άλλες δημόσιες δομές υγείας να συμπράττουν με ιδιωτικές εταιρείες για την παροχή υπηρεσιών, όπως η ασφάλεια, η τροφοδοσία, ο καθαρισμός κ.ά., επεκτείνοντας με αυτόν τον τρόπο τις ευκαιρίες επένδυσης στον χώρο της υγείας. Η νοσοκομειακή περίθαλψη είναι σήμερα πολύ δαπανηρή και για τον λόγο αυτό είναι επιτακτική η ανάγκη του ελέγχου χρηματοδότησης και αποζημίωσης.

Η *χρηματοδότηση* των δημόσιων νοσοκομείων βασίζεται στην εκ των υστέρων μέθοδο αποζημίωσης, γίνεται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό από τον κρατικό προϋπολογισμό και κατά ένα μικρότερο ποσοστό από τα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία πληρώνουν για τις υπηρεσίες που τα νοσοκομεία παρέχουν στους ασφαλισμένους τους. Τα ταμεία υγείας αποζημιώνουν τα νοσοκομεία με βάση το ημερήσιο νοσήλιο και αυτό είναι κατά πολύ χαμηλότερο από το πραγματικό ημερήσιο κόστος. Αποτέλεσμα της συγκεκριμένης πολιτικής ήταν η συνεχής και σταθερή διόγκωση των ελλειμμάτων στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων και η υποχρεωτική κάλυψή τους με άμεση κρατική επιχορήγηση, η οποία φθάνει από 10% έως και 50%. Έτσι, οι πληρωμές των ταμείων υγείας αποτελούν σήμερα μόνο το 13% των προϋπολογισμών των νοσοκομείων του ΕΣΥ, ενώ ο κρατικός προϋπολογισμός αποτελεί την ασφαλιστική δικλίδα για την κάλυψη των ελλειμμάτων με επιχορηγήσεις που φθάνουν στο 74% των συνολικών εσόδων τους.²²⁷ Αναφέρεται ότι

²²⁶ Ν. 3329/2005, «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ81/Α'). Νόμος 2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 37/Α').

²²⁷ Σούλης Σ., *Οικονομική της υγείας*, Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα 1999. Tountas Y, Karnaki P, Pavi E. & Souliotis K., The “unexpected” growth of the private health sector in Greece, *Health Policy*, 74(2), 2005, pp. 167-180.

η διατήρηση της χρηματοδότησης των νοσοκομείων με κλειστό νοσήλιο, η έλλειψη ορθολογικής πολιτικής στις αυξήσεις των τιμών, των εισροών και των αμοιβών, καθώς και η συνεχής «κάλυψη» της οικονομικής αναποτελεσματικότητας από τον κρατικό προϋπολογισμό οδήγησαν στα σημερινά ελλείμματα.²²⁸ Άλλες πηγές χρηματοδότησης αποτελούν τα έσοδα από δωρεές, κληρονομίες και προσόδους της περιουσίας των νοσοκομείων για την οποία δεν υπάρχει πολιτική αξιοποίησής της από τις διοικήσεις των νοσοκομείων. Μια άλλη πηγή χρηματοδότησης των νοσοκομείων είναι η εφ' άπαξ καταβολή ενός μικρού ποσού κατά την επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία, καθώς επίσης και τα έσοδα από τα «απογευματινά ιατρεία», τα οποία λειτουργούν στα δημόσια νοσοκομεία τις απογευματινές ώρες και οι δαπάνες βαρύνουν αποκλειστικά τους χρήστες των υπηρεσιών. Είναι μια άλλη μορφή ιδιωτικής χρηματοδότησης της υγείας, μέσω όμως δημοσίων δομών.

Από τη σύγκριση εσόδων και εξόδων των νοσοκομείων προκύπτει ότι οι δαπάνες μισθοδοσίας του προσωπικού και ένα μέρος από τις δαπάνες προμηθειών καλύπτονται από κρατική επιχορήγηση, ενώ τα έσοδα από τα νοσήλια καλύπτουν μόνο τις δαπάνες για τρόφιμα, φάρμακα και λειτουργικά έξοδα. Οι ασφαλιστικοί φορείς καλύπτουν το ξενοδοχειακό κόστος, τμήμα των φαρμακευτικών εξόδων και ένα μικρό ποσοστό του ιατρικού κόστους. Το υπόλοιπο ποσοστό, το οποίο καθορίζεται από το κάθε νοσοκομείο, επιβαρύνει τον ίδιο τον ασθενή. Ο τρόπος αποζημίωσης των προμηθευτών στη νοσοκομειακή περίθαλψη είναι η αμοιβή με μισθό (δημόσια νοσοκομεία), η κατά πράξη και η αμοιβή με μισθό (ιδιωτικός τομέας).²²⁹ Υψηλό είναι το ποσοστό της παραοικονομίας που προκύπτει από αθέμιτες, μη καταχωρημένες οικονομικές συναλλαγές παραγωγών και χρηστών. Αξιοσημείωτες είναι οι ανισότητες σε περιφερειακό επίπεδο σχετικά με την κατανομή των πόρων (ανθρώπινων και υλικών), την ποιότητα και την ποσότητα των παρεχομένων νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Φυσικά σε αυτήν την κατάσταση, σημαντικό ρόλο έχει διαδραματίσει και η αδράνεια του πολιτικού συστήματος, καθώς και οι υπεύθυνοι για το ΕΣΥ, οι οποίοι υποκύπτουν σε πολιτικές σκοπιμότητες και παιχνίδια εξουσίας αγνοώντας ουσιαστικά

²²⁸ Υφαντόπουλος Γ., *Τα οικονομικά της υγείας: Θεωρία και πολιτική*, Εκδ. Τυπωθήτω, Αθήνα 2003.

²²⁹ Γούναρης Χ, Σισσούρας Α. & Αθανασόπουλος Α., Το πρόβλημα της μέτρησης της αποδοτικότητας των γενικών νοσοκομείων στην Ελλάδα, στο: Δόλγερας Α. & Κυριόπουλος Γ. (επιμ.), *Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Εκδ. Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα 2006.

το δικαίωμα της δωρεάν ιατρικής περίθαλψης των Ελλήνων πολιτών, οδηγώντας τους σε δαπάνες για ιδιωτική περίθαλψη.²³⁰

Διανύουμε μια εποχή, όπου η ζήτηση των πολιτών για υπηρεσίες υγείας αυξάνει λόγω των δημογραφικών, κοινωνικο-οικονομικών και τεχνολογικών αλλαγών, ενώ δεν επαρκούν οι δαπάνες για την υγεία. Θέματα που σχετίζονται με τις πηγές άντλησης των πόρων, το μέγεθος και την κατανομή τους, τη διαδικασία με την οποία φθάνουν στους τελικούς παραγωγούς των υπηρεσιών υγείας και γενικότερα την οικονομική πολιτική της υγείας, είναι μείζονος σημασίας και βρίσκονται στο προσκήνιο. Ο τρόπος χρηματοδότησης ενός συστήματος υγείας είναι καθοριστικός για τη βιωσιμότητά του και την ικανοποίηση των πολιτών, επειδή καθορίζει τον τρόπο οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας, τον τρόπο χρηματοδότησής τους και έχει σχέση με τις διαδικασίες άντλησης των πόρων.

Κάθε μέθοδος χρηματοδότησης, δημόσια ή ιδιωτική, προοπτική ή αναδρομική έχει διαμορφωθεί ταυτόχρονα με την πορεία ανάπτυξης του υγειονομικού συστήματος της χώρας. Υφίσταται μεταβολές ανάλογες με το πολιτιστικό, κοινωνικό, οικονομικό περιβάλλον, τα ήθη και τις συμπεριφορές του πληθυσμού. Μέθοδοι χρηματοδότησης του ελληνικού δημόσιου τομέα υγείας, όπως ήδη έχει αναφερθεί, είναι ο κρατικός προϋπολογισμός, η κοινωνική ασφάλιση, η ιδιωτική ασφάλιση, οι ίδιες πληρωμές, το ημερήσιο νοσήλιο, η αμοιβή με μισθό και κατά πράξη. Καθεμία έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που σχετίζονται με τον όγκο, την ποιότητα, την τιμή και το συνολικό κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών. Η νέα χρηματοδοτική μέθοδος, η οποία θα συμβάλλει στη βελτίωση της οργάνωσης, της διαχείρισης και της αποδοτικότητας του ελληνικού εθνικού συστήματος υγείας, μέσω της αναδιανεμητικής πολιτικής και της σωστής κατανομής των περιορισμένων πόρων, είναι μια μόνιμη ανάγκη αλλά και πάγια υπόσχεση των εκάστοτε πολιτικών δυνάμεων. Η ανάγκη αυτή είναι ιδιαίτερα έντονη σήμερα μετά την οικονομική κρίση και απαιτεί άμεση υλοποίηση. Για όλους τους προαναφερθέντες λόγους το ΕΣΥ δεν είναι σε θέση να ικανοποιήσει τις ανάγκες που απαιτεί η ζήτηση των πολιτών για υπηρεσίες υγείας, με συνέπεια αυτοί να αναγκάζονται να στρέφονται προς τον ιδιωτικό τομέα για την παροχή των ανάλογων υπηρεσιών.

²³⁰ Νιάκας Δ., *Χρηματοδότηση νοσοκομείων και αποτελεσματικότητα, Επιθεώρηση Υγείας*, τευχ. 15, σσ. 9-12, Αθήνα 2000.

3.2 Ο ιδιωτικός τομέας υγείας

Θα μπορούσε να υποστηρίξει κανείς ότι όλα αυτά τα χρόνια παρουσίας του ΕΣΥ στην Ελλάδα, έχει υπάρξει μια σημαντική παράλληλη ανάπτυξη των ιδιωτικών μονάδων υγείας και ιδιαίτερα των μεγάλων ιδιωτικών μαιευτηρίων στα οποία έχει παρατηρηθεί η εμφάνιση μιας ολιγοπωλιακής κατάστασης, αλλά και μια σημαντική επενδυτική κίνηση από τη μεριά των φορέων ιδιωτικού και δημοσίου δικαίου.²³¹ Ο κυριότερος, ίσως, λόγος για την εμφάνιση αυτής της κατάστασης που έχει δημιουργηθεί μέσω του ΕΣΥ, θεωρείται η παροχή διαγνωστικών υπηρεσιών με τη λειτουργία εξειδικευμένων εργαστηριακών τμημάτων και κατάλληλων μηχανημάτων μέσω της επιδότησης του κράτους. Έτσι, λοιπόν, δημιουργήθηκε μια πληθώρα ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, τόσο στην Αττική, όσο και σε ολόκληρη την ελληνική επικράτεια. Χαρακτηριστικό, επίσης, είναι και το φαινόμενο της μονοπωλιακής τάσης της ιδιωτικής νοσηλευτικής αγοράς, όπου μικρότερες επιχειρήσεις στον τομέα αυτό εξαγοράζονται από μεγάλες νοσοκομειακές μονάδες ιδιωτικών συμφερόντων, με σκοπό την επένδυση και τον εκσυγχρονισμό των τμημάτων τους.²³²

Προσπαθώντας, λοιπόν, κάποιος να συνοψίσει τα γεγονότα αυτά, τα οποία έχουν άμεση συνάρτηση με τη λειτουργία του ΕΣΥ στην Ελλάδα και τον εκσυγχρονισμό στις διάφορες δημόσιες ιατρικές υπηρεσίες, αλλά και τον βαθμό των ιδιωτικών δαπανών στον τομέα της υγείας, θα έλεγε ότι υπάρχει μια σειρά από παράγοντες, οι οποίοι έχουν επιδράσει καταλυτικά και έχουν δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για προκλητή ζήτηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας από μέρους των ασθενών και συνεπώς της δημιουργίας σημαντικών αλλαγών στο σύστημα αυτό.²³³

Βέβαια, στον βαθμό που η ζήτηση για την κατανάλωση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας εντοπίζεται να είναι θετικά συσχετισμένη με την προσφορά και τον τρόπο διάρθρωσης των ιατρικών υπηρεσιών στην υγεία όπως π.χ. κατανομή φορέων ΕΣΥ και υπηρεσιών ανά επίπεδο ή γεωγραφική κατανομή, τότε αιτιολογείται σε μεγάλο βαθμό η φθίνουσα πορεία που παρουσιάζουν οι δαπάνες για τη δημόσια πρωτοβάθμια περίθαλψη μέσω του ΕΣΥ – 63,88% επί του συνόλου των ιδιωτικών

²³¹ Λιακοπούλου Θ., *Ιδιωτικές δαπάνες υγείας για το 2007*, C.HE.S.M.E, Αθήνα 2007.

²³² Σούλης Σ., *Οικονομική της...*, ό.π. Zikmund W.G., *Business Research Methods*, London: Harcourt College Publishers 2000.

²³³ Μπέσης Ν., *Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας*, IOBE, Αθήνα 1993.

δαπανών υγείας το έτος 2002 και 67,12% για το έτος 2006. Επιπλέον, η σταδιακή και διαχρονική μείωση των δαπανών των νοικοκυριών για νοσοκομειακή περίθαλψη από 19,32% το έτος 2002 σε 15,18% το έτος 2006 και επί του συνόλου των ιδιωτικών δαπανών υγείας.²³⁴

3.3 Η εξέλιξη του ανθρώπινου δυναμικού στο ΕΣΥ

Από τα στατιστικά στοιχεία που παρουσιάζει ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), στα περισσότερα κράτη, το 5% με 6% του εργατικού δυναμικού απασχολείται στον τομέα της υγείας. Για να αναλυθεί και να αξιολογηθεί το μέγεθος του υγειονομικού δυναμικού στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα, είναι απαραίτητη η παρατήρηση της διαχρονικής εξέλιξης του στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας.²³⁵

Κατά τις δεκαετίες 1980-1990 και 1990-2000 παρατηρείται μεγάλη αύξηση του ιατρικού δυναμικού στην Ελλάδα. Το 1980 οι γιατροί αριθμούσαν τους 23.469, το 1990 τους 35.657 και το 2000 τους 47.979. Την ίδια περίοδο, παρατηρείται μια εντυπωσιακή υποκατάσταση των πρακτικών νοσοκόμων από εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Έτσι, από 18.954 νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης που απασχολούνταν στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα το 1980, το 2000 απασχολούνταν 56.154. Την ίδια περίοδο, οι διπλωματούχοι νοσοκόμοι διπλασιάστηκαν, οι βοηθητικές νοσοκόμες πενταπλασιάστηκαν, ενώ οι μαίες διατηρήθηκαν στον ίδιο αριθμό, σε αντίθεση με τις πρακτικές νοσοκόμες που από 8.445 μειώθηκαν στις 622. Παρ' όλα αυτά, οι ανάγκες του ελληνικού συστήματος υγείας για αύξηση του εκπαιδευόμενου νοσηλευτικού δυναμικού εξακολουθούν να είναι μεγάλες, ιδιαίτερα για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Επίσης, στο διοικητικό, τεχνικό και λοιπό προσωπικό στο ΕΣΥ παρουσιάζεται στασιμότητα ή μικρές αυξητικές τάσεις κατά την περίοδο 1990-2000.²³⁶

Στη δεκαετία 2000-2010 παρουσιάζεται έκρηξη στον αριθμό των γιατρών, οι οποίοι ανέρχονται στους 72.317 συνολικά. Οι νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ και ΤΕΙ) που απασχολούνταν στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα έφτασαν τους

²³⁴ Hellastat, *Έρευνα για τις δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα 2008.

²³⁵ Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), *Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα*, 2007.

²³⁶ Κοντούλη-Γείτονα Μ., *Πολιτική και οικονομία της υγείας*, ΕΣΔΥ, Αθήνα 1997. Νάτση Ε., *Management of Human Resources - Performance Appraisal 2006*, The World Health Report 2006.

45.619, οι βοηθητικές νοσοκόμες τις 31.311, ενώ οι μαίες παρουσίασαν μικρή αύξηση (2.217). Αξιοσημείωτο είναι ότι «εξαφανίστηκαν» οι πρακτικές νοσοκόμες. Η ποιοτική ανάπτυξη του προσωπικού είναι γεγονός, καθώς η συντριπτική πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού έχει τριτοβάθμια εκπαίδευση και μάλιστα σε πολύ υψηλά ποσοστά.

Παρ' όλα αυτά, οι ανάγκες του ελληνικού συστήματος υγείας για αύξηση του εκπαιδευμένου νοσηλευτικού δυναμικού εξακολουθούν να είναι μεγάλες, με διαρκή αυξητική τάση. Το διοικητικό, τεχνικό και λοιπό προσωπικό στο ΕΣΥ παρουσιάζει στασιμότητα ή μικρές αυξητικές τάσεις.

Πίνακας 3.1 Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας στο ΕΣΥ στην Ελλάδα κατά την περίοδο 1980-2010

Κατηγορίες	1980	1990	2000	2010
Ιατροί	23.469	35.657	47.979	72.317
Νοσοκομειακοί ιατροί	11.871	18.287	27.175	35.618
Νοσηλευτικό προσωπικό	18.954	34.582	56 164	76.320
Διπλωματούχοι νοσοκόμοι	5.048	8.253	11.277	45.619
Βοηθητικές νοσοκόμες	3.596	11.313	21.846	1 3 11
Μαίες	1.704	1.860	1.793	2.217
Πρακτικές νοσοκόμες	8.455	9.038	0	0
Διοικητικό προσωπικό	4.382	6.873	6.202	7.321
Τεχνικό προσωπικό	2.094	3.6 5	5.742	5.915
Άλλο προσωπικό	2.298	3.488	6.264	7.018

Πηγή: Υπουργείο Υγείας 2011

Τέλος, στην ίδια περίοδο, παρουσιάζεται αύξηση του αριθμού των οδοντιάτρων και των φαρμακοποιών, οι οποίοι από 7.646 και 5.170 αντίστοιχα το 1980, έφτασαν τους 13.744 και 11.589 αντίστοιχα το 1998.²³⁷ Αντίστοιχα, το 2010 ο αριθμός των οδοντιάτρων έφτασε τους 26.712 και των φαρμακοποιών τους 21.180.

²³⁷ Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), *Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα*, 2011.

3.4 Συγκεντρωτικά στοιχεία για τη διοίκηση ανθρωπίνου δυναμικού στον δημόσιο τομέα υγείας και στο ΕΣΥ

Στο μέρος αυτό θα αναφερθούν ενδεικτικά τα συγκεντρωτικά στοιχεία του ανθρωπίνου δυναμικού του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, σύμφωνα με την τελευταία καταγραφή του που ολοκληρώθηκε στις 31/10/2011 και δημοσιεύθηκε μέσα από την ιστοσελίδα του Υπουργείου. Την τελευταία αυτή περίοδο, στο ελληνικό σύστημα υγείας, μετρήθηκαν 162.115 εργαζόμενοι, που μαζί με τους πανεπιστημιακούς και στρατιωτικούς ιατρούς, φτάνουν τους 165.212. Το μεγαλύτερο ποσοστό εργαζομένων ανήκει στο νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο είναι περίπου διπλάσιο από το ιατρικό. Ακολουθεί το τεχνικό και υποστηρικτικό προσωπικό, που αριθμεί σχεδόν διπλάσιους υπαλλήλους από το παραϊατρικό και από το διοικητικό προσωπικό.²³⁸

Ο αριθμός εργαζομένων στο ΕΣΥ ανά κατηγορία και για το έτος 2010, αναφέρεται ως εξής στον ακόλουθο πίνακα.²³⁹

Πίνακας 3.2 Αριθμός εργαζομένων στο ΕΣΥ ανά κατηγορία

Ιατρικό	35.618
Νοσηλευτικό	76.320
Παραϊατρικό	14.132
Διοικητικό	14.339
Τεχνικό – Υποστηρικτικό – Λοιπό	21.706
Σύνολο	162.115

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 2011

Ο μέσος όρος της ηλικίας των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας, διαφέρει από ειδικότητα σε ειδικότητα. Ο υψηλότερος μέσος όρος ηλικίας παρατηρείται στο ιατρικό δυναμικό, λόγω κυρίως της πολυετούς εκπαίδευσής του. Αντίθετα, τον μικρότερο μέσο όρο ηλικιών έχει το νοσηλευτικό δυναμικό και το παραϊατρικό. Τέλος, ο μέσος όρος ηλικίας των εργαζομένων στο διοικητικό και το τεχνικό-υποστηρικτικό δυναμικό, βρίσκεται κάπου ενδιάμεσα.

²³⁸ Στο ίδιο.

²³⁹ Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, *Συγκεντρωτικά στοιχεία ανθρωπίνου δυναμικού 31/10/2011* (δεν περιλαμβάνονται πανεπιστημιακοί και στρατιωτικοί ιατροί).

Πίνακας 3.3 Μέσος όρος ηλικίας εργαζομένων

Ειδικότητα προσωπικού	Ηλικία
Ιατρικό	52
Νοσηλευτικό	40
Παραϊατρικό	41
Διοικητικό	45
Τεχνικό – Υποστηρικτικό	46
Λοιπό	42

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 2011

Το ιατρικό δυναμικό και η κατάλληλη κατανομή του σε σχέση με τις ειδικότητες, καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την αποτελεσματική λειτουργία του υγειονομικού τομέα. Σύμφωνα με την τελευταία απογραφή του εργατικού δυναμικού, μετρήθηκαν 22.977 ειδικευμένοι γιατροί, 1.682 επικουρικοί, 8.937 ειδικευόμενοι, 2.022 αγροτικοί, 1.272 πανεπιστημιακοί και 234 στρατιωτικοί γιατροί. Οι γιατροί αυτοί κατανέμονται στα νοσοκομεία, στο ΥΥΚΑ, στις κεντρικές υπηρεσίες ΔΥΠΕ, στις μονάδες κοινωνικής φροντίδας και στους υπόλοιπους εποπτευόμενους φορείς.²⁴⁰

3.5 Αναδιάρθρωση του ΕΣΥ κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης

Τόσο οι διοικήσεις, όσο και οι εργαζόμενοι στις μονάδες υγείας, αντιμετωπίζουν σοβαρές επιχειρησιακές προκλήσεις την τελευταία δεκαετία. Όταν αναφερόμαστε σε επιχειρησιακές αλλαγές εννοούμε τη γενικότερη λειτουργία του συστήματος υγείας, επικεντρώνοντας το ενδιαφέρον μας στα τελευταία χρόνια. Τα στελέχη μπορούν να ελέγξουν τις επιχειρησιακές προκλήσεις σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό από ό,τι τις περιβαλλοντικές, δηλαδή τις εξ αντικειμένου: πολιτικές, συγκυριακά οικονομικές κ.λπ. Τα έμπειρα στελέχη αντιμετωπίζουν έγκαιρα τις οργανωτικές αλλαγές προτού μετατραπούν σε προβλήματα.²⁴¹

Σημαντικός, επίσης, είναι ο έλεγχος των ανθρώπινων πόρων που συχνά αποτελεί ένα πολύ σοβαρό κόστος για τις επιχειρήσεις. Ενδεικτικά, παραθέτουμε σε ποιο επίπεδο κυμαίνεται το προαναφερόμενο κόστος στην αγορά. Τα εργατικά κόστη

²⁴⁰ Ανδριώτη Δ., *Τα επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα*, Εκδ. Εξάντας, Αθήνα 1998.

²⁴¹ Μάντζαρης Γ., *Σύγχρονη οργάνωση και διοίκηση επιχειρήσεων*, Εκδ. Γκιούρδας, Αθήνα 2003.

κυμαίνονται από 36% στις κεφαλαιουχικές επιχειρήσεις μέχρι 80% στις εταιρείες παροχής υπηρεσιών.²⁴² Το πόσο αποτελεσματικά χειρίζεται μια μονάδα τους ανθρώπινους πόρους της, αποτελεί συγχρόνως, το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα στο συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Μια υγειονομική μονάδα στο ΕΣΥ, προκειμένου να αποκτήσει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα και να μπορέσει να σταθεί στον χώρο θα πρέπει να δώσει έμφαση στους εξής παράγοντες:²⁴³

- *Έλεγχος του κόστους.* Ένας τρόπος για να έχει ένας οργανισμός δυνατή παρουσία στον επιχειρησιακό χώρο είναι η διατήρηση του κόστους σε χαμηλά επίπεδα και η ύπαρξη αυξημένων ταμειακών ροών. Ένα σύστημα πληρωμών του προσωπικού που χρησιμοποιεί έναν καινοτόμο τρόπο αποζημίωσης των εργαζομένων, ώστε να ελέγχεται το εργατικό κόστος, βοηθά χωρίς αμφιβολία στην ανάπτυξη των επιχειρήσεων. Παράλληλα, έλεγχος του κόστους μπορεί να επιτευχθεί με τη σωστή επιλογή ανθρωπίνων πόρων, ώστε να μην χρειάζεται η συχνή αλλαγή τους, η αποτελεσματική και όχι σπάταλη εκπαίδευση των εργαζομένων και η καλή διαχείριση των θεμάτων ασφάλισης του προσωπικού.²⁴⁴
- *Βελτίωση της ποιότητας.* Πολλές επιχειρήσεις, εφαρμόζουν πρακτικές ολικής ποιότητας, δηλαδή πολιτικές που προσφέρουν ποιότητα σε όλες τις διαδικασίες της με τελικό στόχο την παροχή ποιοτικών προϊόντων και υπηρεσιών.²⁴⁵
- *Δημιουργία διαφοροποιημένων ικανοτήτων.* Συχνό είναι το φαινόμενο όπου επιχειρήσεις χρησιμοποιούν τις ιδιαίτερες ικανότητες των ανθρώπων τους με σκοπό να αποκτήσουν ανταγωνιστικό πλεονέκτημα.²⁴⁶
- *Εταιρικές αναδιοργανώσεις.* Οι τελευταίες δύο δεκαετίες χαρακτηρίστηκαν από συγχωνεύσεις και εξαγορές, αλλά και από πλήθος άλλων αναδιοργανώσεων. Οι εταιρείες που απαρτίζουν έναν κλάδο μειώνονται συνεχώς. Παράλληλα, οι αναδιοργανώσεις στις επιχειρήσεις συνεχώς

²⁴² Δόλγερας Α., *Η ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων στο χώρο της υγείας*, ΕΣΔΥ, Αθήνα 2001. Νιάκας Δ., *Χρηματοδότηση νοσοκομείων και αποτελεσματικότητα*, Επιθεώρηση Υγείας, τευχ. 65, σσ. 9-11, Αθήνα 2000. Χυτήρης Σ.Α., *Διοίκηση ανθρώπινων πόρων*, Εκδ. Interbooks, Αθήνα 2001.

²⁴³ Σαπρής Μ. & Σούλης Σ., *Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα*, ΕΣΔΥ, Αθήνα 1996.

²⁴⁴ Fisher C., Schoenfeldt L. & Shaw J., *Human Resource Management*, Houghton Mifflin Company, USA 1999.

²⁴⁵ Lock D. (επιμ.), *Management, λειτουργικό μάνατζμεντ*, Εκδ. Έλλην, Αθήνα 2007. Lock D. (επιμ.), *Management, μάνατζμεντ ανθρώπινων πόρων*, Εκδ. Έλλην, Αθήνα 2007.

²⁴⁶ Foucault M., *Η ενσωμάτωση του νοσοκομείου στη σύγχρονη κοινωνία*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1994.

επεκτείνονται, έτσι ώστε να βελτιωθεί η ανταγωνιστικότητά τους, είτε μέσω της μείωσης ιεραρχικών επιπέδων στον οργανισμό, είτε αποκτώντας οικονομίες κλίμακας με το συνδυασμό δραστηριοτήτων.

Το τελευταίο διάστημα φαίνεται να απασχολεί πολύ σοβαρά την κυβέρνηση το θέμα της συγχώνευσης νοσηλευτικών μονάδων ή ομαδοποίησης των λειτουργιών τους. Αυτό, βέβαια, προέκυψε ως επιτακτική ανάγκη μετά την οικονομική κρίση, στο πλαίσιο της προσπάθειας για περιστολή των δαπανών και εξορθολογισμό του κόστους λειτουργίας του ΕΣΥ, το οποίο διαφαίνεται να έχει μεγάλη συμβολή στη διαμόρφωση του όλο και διογκούμενου μέχρι τώρα ελλείμματος. Η πολιτική των συγχωνεύσεων είναι ήδη πραγματικότητα και συνεχίζεται. Οι διαρθρωτικές αλλαγές στην οργάνωση και τον τρόπο λειτουργίας των μονάδων του ΕΣΥ, είναι κάτι περισσότερο από επιβεβλημένες. Είναι απόλυτα απαραίτητες. Την ίδια, λοιπόν, μέθοδο των αναδιοργανώσεων, μέσα από συνενώσεις και συγχωνεύσεις δομών, ακολουθεί σήμερα το ΕΣΥ, για να επιτύχει εξοικονόμηση πόρων και να περιορίσει το τεράστιο έλλειμμα των τελευταίων ετών.

Είναι πολύ εύκολο να φανταστεί κανείς ότι αλλιώς θα μπορούσαν να ανταποκριθούν οι επιχειρήσεις στα νέα δεδομένα από τις αναδιοργανώσεις που λαμβάνουν χώρα στις μέρες μας. Αυτές οι αναδιοργανώσεις επηρεάζουν τα οργανωτικά επίπεδα του οργανισμού και φυσικά τους εργαζομένους. Οι εργαζόμενοι συχνά αναρωτιούνται σχετικά με τον ρόλο που θα διαδραματίσουν στις νέες μορφές που έχουν οι επιχειρήσεις-νοσηλευτικές μονάδες, ενώ πολύ συχνά και ως αποτέλεσμα των αναδιοργανώσεων έχουν να βρεθούν αντιμέτωποι με τις ακόλουθες αλλαγές: α) απώλεια εργασίας, μισθού και πλεονεκτημάτων, β) αλλαγές στην εργασία, νέοι ρόλοι και καθήκοντα, και γ) αλλαγές σε αποδοχές και ανταμοιβές στις προοπτικές καριέρας ή ακόμα και στην εταιρική κουλτούρα και απώλεια της επιχειρησιακής ταυτότητας.

Στις περισσότερες παραδοσιακές επιχειρήσεις υγείας, οι αποφάσεις λαμβάνονται από την ανώτατη διοίκηση και εφαρμόζονται από τα κατώτερα στρώματα. Συνήθως σε αυτού του είδους τις αποφάσεις παρατηρούνται πολλά ιεραρχικά επίπεδα και οι εργαζόμενοι με την πάροδο του χρόνου και την απόκτηση εμπειρίας ανεβαίνουν ιεραρχικό επίπεδο και κατευθύνονται προς την κορυφή. Η μορφή αυτή της οργάνωσης συχνά γίνεται παρωχημένη τόσο επειδή είναι δαπανηρή για να εφαρμοστεί, όσο και γιατί συχνά είναι μη ευέλικτη. Το παλαιό είδος οργάνωσης αντικαθίσταται από το *αποκεντρωτικό*, όπου στη λήψη αποφάσεων συμβάλλουν όλοι οι εργαζόμενοι που έχουν σχέση με το πρόβλημα. Η μείωση του

προσωπικού, προκειμένου ο οργανισμός υπηρεσιών υγείας να αποκτήσει ευελιξία γίνεται ολοένα και πιο δημοφιλής στις μέρες μας, ακόμα και ανάμεσα σε επιχειρήσεις που οι πολιτικές τους τίθενται κατά των απολύσεων. Η μείωση του προσωπικού αποτελεί μια αληθινή πρόκληση για τις επιχειρήσεις, καθώς πρέπει να αντιμετωπισθούν όλα εκείνα τα προβλήματα που απορρέουν από τις απολύσεις.

3.6 Αλλαγές στο ανθρώπινο δυναμικό του ΕΣΥ

Στη συγκεκριμένη ενότητα γίνεται αναφορά στις προκλήσεις που αφορούν συγκεκριμένα στο ανθρώπινο δυναμικό, συμπεριλαμβανομένων των ιατρών και νοσηλευτών σε μια μονάδα υγείας και το ΕΣΥ. Τέτοιες προκλήσεις αφορούν στην ηθική υπευθυνότητα, η οποία πρέπει να χαρακτηρίζει τους εργαζόμενους κάθε οργανισμού, στον βαθμό παραγωγικότητας των εργαζομένων και τη συμβολή τους στη συνολική παραγωγή των προϊόντων και των υπηρεσιών. Επίσης, το αίσθημα ενδυνάμωσης, οι προσδοκίες των εργαζομένων, οι δυνατότητες και οι ευκαιρίες καριέρας που παρουσιάζονται στο τμήμα διοίκησης ανθρωπίνων πόρων αποτελούν ατομικές προκλήσεις για τους εργαζόμενους.²⁴⁷

- *Ηθική και κοινωνική υπευθυνότητα.* Οι προσδοκίες των επιχειρηματικών μονάδων στο ΕΣΥ ότι οι εργαζόμενοί τους συμπεριφέρονται ηθικά ολοένα και αυξάνονται. Η κοινωνική υπευθυνότητα αφορά στους εργαζόμενους, στους ασθενείς και στους εξωτερικούς συνεργάτες.
- *Παραγωγικότητα.* Η παραγωγικότητα μετριέται με το πόσο ο κάθε εργαζόμενος συμβάλλει στην παραγωγή των υπηρεσιών της μονάδας υγείας. Όσο καλύτερο είναι το αποτέλεσμα για τον κάθε εργαζόμενο, τόσο μεγαλύτερη είναι η παραγωγικότητα για τη μονάδα υγείας. Δύο πολύ σημαντικοί παράγοντες καθορίζουν τη συμπεριφορά του εργαζόμενου: η *ικανότητα* και η *κινητοποίηση*. Η ικανότητα του εργαζομένου μπορεί να βελτιωθεί με τη συμμετοχή του σε εκπαιδευτικά προγράμματα, τα οποία στοχεύουν στην ανάδειξη των προσόντων του και στην προετοιμασία του για να αναλάβει αυξημένες αρμοδιότητες στο μέλλον. Η κινητοποίηση αναφέρεται στο κατά πόσο δίνεται κίνητρο στον εργαζόμενο για να εργαστεί προσφέροντας το 100% των ικανοτήτων του στην εργασία την

²⁴⁷ Ιωαννίδης Ε., Λοπατατζίδης Α. & Μάντη Π., *Νοσοκομείο. ιδιοτυπίες και προκλήσεις*, Τομ. Α', Εκδ. ΕΑΠ, Πάτρα 1999. Foucault M., *Η ενσωμάτωση...*, ό.π.

οποία εκτελεί. Όταν ο εργαζόμενος έχει κίνητρο, είναι αποτελεσματικός και αισθάνεται τον χώρο του ως κάτι δικό του για τον οποίο χρειάζεται να προσπαθήσει σκληρά.

- *Ενδυνάμωση.* Στις μέρες μας, οι μονάδες υγείας και το ΕΣΥ μειώνουν την εξάρτηση των εργαζομένων από τους ανωτέρους τους και δίνουν έμφαση στον ατομικό έλεγχο της ίδιας της εργασίας που ο καθένας εκτελεί.²⁴⁸ Με την ενδυνάμωση οι εργαζόμενοι αναλαμβάνουν αρμοδιότητες και λαμβάνουν αποφάσεις που στο παρελθόν μόνο τα στελέχη μπορούσαν να φέρουν σε πέρας. Ο στόχος της ενδυνάμωσης είναι να δημιουργηθεί ένας οργανισμός με ενθουσιώδεις και πρόθυμους εργαζόμενους που πιστεύουν σε αυτόν και θα κάνουν τα πάντα για την πρόοδό του.
- *Οι προσδοκίες των εργαζομένων στο ΕΣΥ.* Όσο τα επίπεδα της εκπαίδευσης αναβαθμίζονται, οι αξίες και οι προσδοκίες των εργαζομένων μεταβάλλονται. Η τάση που κυριαρχεί ευρέως είναι ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού να αποκτά πανεπιστημιακή κατάρτιση και έτσι οι εργαζόμενοι να απασχολούνται σε διάφορα ιεραρχικά επίπεδα. Πλέον οι εργαζόμενοι απαιτούν αλλά και ταυτόχρονα διαθέτουν τα προσόντα για να τοποθετηθούν υψηλά στην ιεραρχία. Μια άλλη προσδοκία των εργαζομένων είναι ότι η τεχνολογία και οι τηλεπικοινωνίες θα οδηγήσουν στη βελτίωση της ποιότητας της εργασίας τους.²⁴⁹ Οι καινοτομίες στην επικοινωνία και στην τεχνολογία των υπολογιστών θα αυξήσει την τάση για αλλαγές και ως αποτέλεσμα θα υπάρξει καινοτόμος χαρακτήρας στη διοίκηση ανθρωπίνων πόρων. Επίσης, πρέπει να προστεθεί ότι οι εργοδότες-διοικούντες κάνουν βήματα για να υποστηρίξουν την προσωπική και οικογενειακή ζωή των εργαζομένων τους.

Αποτελεί, πλέον, πραγματικότητα στη χώρα μας, ότι το ΕΣΥ απειλείται με παύση της λειτουργίας του²⁵⁰ λόγω της υποχρηματοδότησης που το διακρίνει ή της υπερβολικής υπερχρέωσης-υπερκοστολόγησης κατ' άλλους, που αποτελεί άλλωστε και την προσωπική άποψη της ερευνήτριας. Από το έτος 1990 έως και το 2004 έχει

²⁴⁸ Μάρκοβιτς Γ., *Διοίκηση ανθρωπίνου δυναμικού – Παρακίνηση εξουσίας*, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2002. Hughes E.C., *Studying Nurses' Work*, *The American Journal of Nursing*, 1951, 51 (5), pp. 294-5.

²⁴⁹ Κυριακίδου Ε., *Κοινωνική νοσηλευτική*, Εκδ. Η Ταβίθα, Αθήνα 2004.

²⁵⁰ Ρουπακιάτης Χ., *Η κρίση της κοινωνικής ασφάλισης*, Εκδ. Σύγχρονη Εποχή, Αθήνα 2010. Γρηγοράκος Λ., Το μετέωρο βήμα στην υγεία, *Εφημερίδα «Το παρόν της Κυριακής»*, 19/6/2007. Πετροπούλου Ε., *Απειλείται με λουκέτο το Εθνικό Σύστημα Υγείας*, *Εφημερίδα «Ημερησία»*, 25/1/2008.

εντοπιστεί ότι οι πολίτες παρουσίαζαν μια σταθερότητα στις ιατρικές δαπάνες, ενώ από το 2005 και έως τα τέλη του 2007 σημειώνεται μείωση της τάξης του 10%. Ωστόσο, αξίζει να αναφερθεί ότι οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας εμφανίζουν μια σημαντική αύξηση τις δύο τελευταίες δεκαετίες, αφού το αντίστοιχο ποσοστό κυμαίνεται μεταξύ 9% από το 1984 έως και το έτος 1994 και 16% έως το έτος 1995 έως και το έτος 2004. Το 2007 οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία έφτασαν στο ποσοστό του 43%, με τις ιδιωτικές δαπάνες να αγγίζουν το 57%.²⁵¹ Με τους ίδιους ρυθμούς συνεχίζεται η αύξηση των δαπανών μέχρι το 2010, οπότε τίθεται θέμα περιστολής των δαπανών και περιορισμού του ελλείμματος, μετά και την οικονομική κρίση, τις αντικειμενικές οικονομικές δυσκολίες, αλλά κυρίως λόγω των υποχρεώσεων που έχει η χώρα στο πλαίσιο του μνημονίου.

3.7 Παροχή φροντίδας στις μονάδες υγείας του ΕΣΥ προς τους πολίτες της χώρας – Έλληνες και αλλοδαπούς

Σε όλη αυτήν την τάση για εκσυγχρονισμό και επιβολή μεταρρυθμίσεων στο ΕΣΥ, καθώς και στην παράλληλη μείωση των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία, μπορεί κανείς να επισημάνει ότι συνέτεινε ο εκσυγχρονισμός των δημόσιων νοσοκομείων, όπως επίσης και η άνοδος του βιοτικού επιπέδου των Ελλήνων πολιτών. Η εισαγωγή κάποιων νέων επιστημονικών και ιατρικών μεθόδων από μέρους των αρμοδίων του ΕΣΥ, συνέβαλε ουσιαστικά και αποτελεσματικά στην ολοένα και αυξανόμενη εμπιστοσύνη των πολιτών για δημόσια περίθαλψη. Μέθοδοι, οι οποίες εφαρμόστηκαν στη χειρουργική διάγνωση διαφόρων ασθενειών, καθώς και η καλύτερη περιθάλψη και φροντίδα των ασθενών, είναι χαρακτηριστικά του εκσυγχρονισμού και της βελτίωσης του συστήματος.²⁵²

Στο σημείο αυτό, αξίζει να σημειωθεί ότι είναι πολλοί οι άνθρωποι που με δική τους πρωτοβουλία έχουν επενδύσει μεγάλα χρηματικά ποσά σε κατασκευή πολυτελών νοσοκομείων και ιατρικών κέντρων, τα οποία και προσφέρονται για την εξυπηρέτηση των πολιτών, ως δωρεά στο κράτος (π.χ. Κωνσταντοπούλειο Νοσοκομείο, Νέας Ιωνίας κ.λπ.). Η αντίληψη, πλέον, στην Ελλάδα όπου ο ασθενής πιστεύει ότι θα πρέπει να πληρώσει για να του παρασχεθεί μια σωστή

²⁵¹ Λιακοπούλου Θ., *Ιδιωτικές δαπάνες...*, ό.π.

²⁵² Κυριόπουλος Γ., Λιαρόπουλος Λ., Μπουρσανίδης Χ. & Οικονόμου Χ. (επιμ.), *Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα*, Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα 2001. Κωνσταντοπούλου Α., *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα*. Archive 2008, text at: <http://www.archive.gr/modules.php?name=News&file=article&sid=95>

ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και να επιστρέψει υγιής σπίτι του, έχει αρχίσει να περνά σε δεύτερη μοίρα και σκέψη.²⁵³

Προκειμένου να διαπιστώσει κανείς τους τομείς λειτουργίας του ΕΣΥ που σχετίζονται με τη θεσμοθέτηση του συστήματος, τις βασικές αρχές του, τον προσανατολισμό και την επίτευξη των στόχων του, θα πρέπει να λάβει σοβαρά υπόψη τη μορφή που έχει στη χώρα μας η ιδιωτική δαπάνη στο ΕΣΥ. Για την έκταση αυτή ευθύνεται η πολιτική ανεπάρκεια, η οποία φαίνεται καθαρά στους διορισμούς των γιατρών διαφόρων ειδικοτήτων στα νοσοκομεία και η οποία αποτελεί βασικό τομέα λειτουργίας του συστήματος το οποίο χρήζει περαιτέρω βελτίωσης. Θεωρείται, επίσης, αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι οι διάφοροι πολιτικοί ηγέτες, μη μπορώντας να αντισταθούν στα κομματικά συμφέροντα, έχουν παραγκωνίσει σημαντικά τα ιατρικά και επιστημονικά κριτήρια. Ο διορισμός ικανών διευθυντών και αξιοκρατικών επιστημόνων δεν υπάρχει και έτσι τα νοσοκομεία και τα δημόσια ιατρεία είναι αιχμάλωτα στα διάφορα κομματικά συμφέροντα.²⁵⁴

Στις μέρες μας, οι δημόσιοι ιατροί στα ιατρεία αυτά και που για τα οποία οι εργαζόμενοι καταβάλουν κάθε μήνα μεγάλο μέρος του μισθού τους, δεν δέχονται κανέναν έλεγχο και φυσικά δεν επιτρέπουν την ανάπτυξή τους. Αποτελεί, επίσης, πραγματικότητα ότι ο ιατρικός σύλλογος της χώρας δεν επιτρέπεται να συμμετάσχει στην εξυγίανση των δημόσιων ιατρείων και να εκφράσει ελεύθερα και δυναμικά την άποψή του. Επομένως, κάθε προσπάθεια που γίνεται για καλύτερα δημόσια ιατρεία και μείωση των δαπανών για ιδιωτική ιατρική περίθαλψη πέφτει στο κενό ή εκμηδενίζεται. Το γεγονός αυτό δείχνει σαφώς την κατάσταση που επικρατεί στη χώρα σχετικά με τους τομείς που χρειάζονται επιπλέον εξυγίανση και εκσυγχρονισμό στο σύστημα υγείας, επίσης εξηγεί γιατί κάθε χρόνο δαπανώνται τόσο μεγάλα ποσά στην ιδιωτική περίθαλψη. Δεν έχει διαπιστωθεί, όμως, να υπάρχει πραγματικά θέληση για δημιουργία νέων τάσεων και όλοι έχουν πλέον πιστέψει ότι αναφερόμαστε για ένα σύστημα στο οποίο έχουν επιτευχθεί ορισμένες μεταρρυθμίσεις ως προς τη διοίκηση και λειτουργία των δημοσίων ιατρείων, αλλά ακόμα χρειάζεται χώρος για την ανάπτυξη νέων δυναμικών.

Για να επιτευχθεί ο σκοπός αυτός θα πρέπει επιπλέον να υπάρχουν οι καταστάσεις εκείνες, αλλά και το ανθρώπινο δυναμικό που θα το κάνουν να ξεχωρίσει, έτσι ώστε να πείσουν τους Έλληνες ασθενείς ότι μπορούν να νιώθουν

²⁵³ Hellastat, *Έρευνα για τις δημόσιες...*, ό.π.

²⁵⁴ Γκουλιαβούδη Αν., *Ποιότητα υπηρεσιών υγείας...*, ό.π.

απόλυτη σιγουριά και ασφάλεια σε αυτό σύστημα υγείας.²⁵⁵ Οι αιτίες που συνετέλεσαν στο συγκεκριμένο γεγονός είναι ποικίλες και δεν εντοπίζονται μόνο σε κάποιο συγκεκριμένο πρόβλημα ή δυσλειτουργία του συστήματος υγείας.

Πίνακας 3.4 Ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση για την περίοδο 1984-2011

Χώρα	Ποσοστό Ιδιωτικών Δαπανών
Ελλάδα	57%
Βέλγιο	28%
Ισπανία	30%
Ολλανδία	28%
Πολωνία	27%
Πορτογαλία	32%
Ουγγαρία	25%
Σλοβακία	23%
Αυστρία	22%
Γερμανία	22%
Ιταλία	21%
Ιρλανδία	20%
Φινλανδία	20%
Γαλλία	19%
Δανία	15%
Σουηδία	15%
Ηνωμένο Βασίλειο	13%
Τσεχία	13%
Λουξεμβούργο	8%

Πηγή: ΟΟΣΑ 2012

Γενικότερα και σε σχέση με τη συμπεριφορά της ελληνικής οικογένειας προς την κατανάλωση των ιδιωτικών υπηρεσιών παροχής υγείας για το χρονικό διάστημα μεταξύ 1984 (έτος έναρξης λειτουργίας του ΕΣΥ) και 2011, παρατίθεται και ο παραπάνω πίνακας, ο οποίος δείχνει ότι η Ελλάδα βρίσκεται στην πρώτη θέση ιδιωτικών δαπανών υγείας και με μεγάλα ποσοστά συγκριτικά με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες.

3.8 Συνθήκες απασχόλησης στα νοσηλευτικά ιδρύματα του ΕΣΥ την τελευταία δεκαετία

Οι συνθήκες απασχόλησης των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα, δεν είναι οι καλύτερες. Δεν υπάρχουν ηθικά κίνητρα, δεν έχει καταργηθεί η πελατειακή σχέση γιατρού-ασθενή, το περιβάλλον εργασίας έχει αδυναμίες και τα οικονομικά κίνητρα δεν είναι ικανοποιητικά. Καταρχήν, η πολιτική των αμοιβών που χρηματοδοτείται

²⁵⁵ Γκουλιαβούδη Αν., *Ποιότητα υπηρεσιών υγείας...*, ό.π.

από τον κρατικό προϋπολογισμό και από την κοινωνική ή ιδιωτική ασφάλιση, οδηγεί σε οικονομικό όφελος μόνο του γιατρού-καταναλωτή λόγω της ισχυρής του θέσης. Μόνο αυτός καθορίζει τις εξετάσεις ή το είδος της θεραπείας που χρειάζεται ο ασθενής και δημιουργεί προκλητή ζήτηση στην αγορά υγειονομικών υπηρεσιών²⁵⁶ και πλήγμα στην ελληνική οικονομία. Το υπόλοιπο προσωπικό του δημόσιου υγειονομικού τομέα και κυρίως το νοσηλευτικό δεν αμείβεται καθόλου ικανοποιητικά.

Επίσης, η έλλειψη οικονομικών, ηθικών, εκπαιδευτικών και άλλων κινήτρων,²⁵⁷ λειτουργεί ανασταλτικά, μειώνοντας την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των εργαζομένων. Δεν υπάρχουν, λοιπόν, κατάλληλες συνθήκες απασχόλησης, κατάλληλο περιβάλλον εργασίας και αξιοκρατικές αμοιβές, με αποτέλεσμα επαγγέλματα όπως η νοσηλευτική, η κοινωνική εργασία και η φυσιοθεραπεία, που συχνά προσφέρουν περισσότερα στον άρρωστο από ό,τι ο γιατρός, να υποβαθμίζονται.

²⁵⁶ Σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει, η παραοικονομία αυξάνει τα εισοδήματα των γιατρών, κυρίως ορισμένων ειδικοτήτων, κατά 40% περίπου.

²⁵⁷ Δρακουλόγκωνα Σ., Ο ρόλος του νοσηλευτή στο σύστημα ελέγχου ποιότητας στο γενικό νοσοκομείο, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Αθήνα 2004, τευχ. 3, σελ. 134. Σαπουντζή-Κρέπια Δ., Ιστορικές καταβολές ελληνικής νοσηλευτικής, *Νοσηλευτική*, 2002, τευχ. 41, σελ. 129-137.

3.8.1 Προβλήματα στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού του ΕΣΥ

Από τα πορίσματα ερευνών και την ανάγνωση της σχετικής επιστημονικής βιβλιογραφίας έχει διαπιστωθεί ότι στο ελληνικό σύστημα υγείας παρατηρούνται σημαντικά προβλήματα στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού τα τελευταία δέκα χρόνια. Αυτά έχουν ποσοτικό και ποιοτικό χαρακτήρα και μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής:

1. *Προβλήματα στον σχεδιασμό-προγραμματισμό.* Οι αποφάσεις των σχεδιαστών του συστήματος υγείας συχνά βασίζονται σε πρόχειρες εκτιμήσεις, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι δυνάμεις προσφοράς και ζήτησης για το ανθρώπινο δυναμικό. Επιπλέον, παρατηρείται έλλειψη ολοκληρωμένων προγραμμάτων και σχεδίων για την περιφέρεια και ειδικότερα για τα επαγγέλματα υγείας εκτός των ιατρών.
2. *Προβλήματα στην παραγωγή-εκπαίδευση.* Οι εκπαιδευτικοί φορείς αντιμετωπίζουν προβλήματα επάρκειας και λειτουργίας, με αποτέλεσμα το μοντέλο παραγωγής των επαγγελματιών υγείας να είναι ιατροκεντρικό. Δίνεται βάρος στην επεμβατική ιατρική και όχι στη γενική ιατρική, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στην πρόληψη, που είναι απαραίτητοι παράγοντες για την ανάπτυξη του συστήματος. Επίσης, παρατηρούνται ελλείψεις στη νοσηλευτική εκπαίδευση και στη συνεχιζόμενη κατάρτιση, ενώ απουσιάζουν εκπαιδευτικά προγράμματα που να προετοιμάζουν κατάλληλα διοικητικά στελέχη με οικονομοτεχνικές γνώσεις.
3. *Προβλήματα στη διαχείριση-διοίκηση.* Η έλλειψη των οικονομικών, κοινωνικών και ηθικών κινήτρων, προκαλεί σύγχυση ρόλων και αρμοδιοτήτων και οδηγεί στη μη αποδοτική χρήση των υπηρεσιών. Επιπλέον, οι προβληματικές συνθήκες απασχόλησης και η έλλειψη ορθολογικών μηχανισμών διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού, μειώνουν την ικανοποίηση και την αποδοτικότητα των απασχολούμενων του συστήματος υγείας.²⁵⁸

²⁵⁸ Κωνσταντοπούλου Α., *Η πολιτική υγείας...*, ό.π. Hughes E C., *The Professions in Society, The Canadian Journal of Economics and Political Science / Revue Canadienne d'Economie et de Science Politique*, 1960, 26, pp. 54-61. James N. Care = Organisation + Physical Labour + Emotional Labour, *Sociology of Health and Illness*, 1992, 14(4), pp.489-509. Jolly S., *Gender and Migration*. Sussex: Institute of Development Studies 2005.

3.8.2 Διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού στο ΕΣΥ

Όπως προαναφέρθηκε, στην Ελλάδα, δεν υπάρχουν πολιτικές και συγκεκριμένοι στόχοι για τον προγραμματισμό, τη διοίκηση και τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται σημαντικά προβλήματα κατά τη χρήση των υπηρεσιών με κυριότερα τα ακόλουθα²⁵⁹:

1. τη δυσκολία πρόβλεψης του αριθμού των ατόμων αλλά και του επιστημονικού υπόβαθρού τους, στοιχεία απαραίτητα για την κάλυψη των αναγκών του τομέα της υγείας,
2. την έλλειψη νομοθετικής κατοχύρωσης των καθηκόντων για την κάθε κατηγορία εργαζομένων, και
3. τη συγκρουόμενη και προβληματική σχέση του τομέα της υγείας με τους άλλους κοινωνικο-οικονομικούς τομείς της χώρας.

Επιπλέον, οι πολιτικές των ανθρώπινων πόρων χαρακτηρίζονται από πλήρη αποσύνδεση των αγορών εκπαίδευσης και απασχόλησης, λόγω έλλειψης συνεργασίας των αρμόδιων υπουργείων. Το Υπουργείο Παιδείας είναι υπεύθυνο για την εκπαίδευση και την παραγωγή των στελεχών των υπηρεσιών υγείας, λειτουργεί όμως ανεξάρτητα από το Υπουργείο Υγείας, το οποίο είναι υπεύθυνο για τον υγειονομικό τομέα. Δημιουργείται, λοιπόν, σύγχυση όσον αφορά στις πραγματικές ανάγκες του ανθρώπινου δυναμικού.²⁶⁰

3.8.3 Διοίκηση του ιατρικού, οδοντιατρικού και φαρμακευτικού δυναμικού στο ΕΣΥ

Στην Ελλάδα παρατηρείται υψηλή πυκνότητα ιατρικού, οδοντιατρικού και φαρμακευτικού δυναμικού, εξαιτίας της απουσίας πολιτικών ελέγχου της παραγωγής και της δημογραφίας τους. Ο υψηλός ιατρικός πληθωρισμός λόγω της άναρχης αύξησης των γιατρών των περισσότερων ειδικοτήτων, δημιουργεί ανωμαλίες στην κατανομή τους, καθώς και συνθήκες για αύξηση των δαπανών υγείας (προκλητή ζήτηση). Παράλληλα, παρουσιάζεται υπερσυγκέντρωση ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας στα μεγάλα αστικά κέντρα (Αθήνα και Θεσσαλονίκη) και

²⁵⁹ Χυτήρης Σ.Λ., *Διοίκηση ανθρωπίνων...*, ό.π. Fisher C., Schoenfeldt L. & Shaw J., *Human Resource ...*, ό.π. Dresser G., *Human Resource Management*, Coates 1994.

²⁶⁰ Gomez-Mejia L.R., Balkin D.B. & Cardy R.L., *Managing Human Resources*, Prentice Hall International, New Jersey 1998. Lupton D., *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body*, Sage Publications, London 1994.

ανεπαρκής στελέχωση του υγειονομικού τομέα στην επαρχία. Το μέγεθος της άνισης κατανομής διαφαίνεται κυρίως από την αναλογία πληθυσμού ανά γιατρό που διαφέρει από περιοχή σε περιοχή, καθώς σημειώνεται πληθώρα γιατρών στα μεγάλα αστικά κέντρα και ταυτόχρονα έλλειψη ιατρικού προσωπικού στην περιφέρεια.

Η απροθυμία των γιατρών να εργασθούν στην περιφέρεια, μπορεί να εξηγηθεί από την έλλειψη ευκαιριών για επιστημονική και επαγγελματική εξέλιξη. Άνιση κατανομή παρουσιάζεται και μεταξύ των ειδικοτήτων των γιατρών, με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλη έλλειψη ειδικευμένων ιατρών σε απομακρυσμένες περιοχές. Το μεγαλύτερο ποσοστό των γιατρών είναι οι ειδικευμένοι αναισθησιολόγοι, καρδιολόγοι, γυναικολόγοι, ορθοπεδικοί, μικροβιολόγοι και ακτινολόγοι, σε αντιδιαστολή με τις πραγματικές ανάγκες του υγειονομικού τομέα για αύξηση των γενικών ιατρών. Τέλος, εκτός από τη γενική ιατρική, παρατηρούνται σημαντικές ελλείψεις και σε άλλες βασικές ειδικότητες, όπως στην κοινωνική και προληπτική ιατρική, καθώς και στον τομέα της δημόσιας υγείας.

3.8.4 Προβλήματα στη διοίκηση του νοσηλευτικού δυναμικού στο ΕΣΥ

Ένα επιπλέον σημαντικό πρόβλημα του ελληνικού υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα, είναι οι ελλείψεις σε εκπαιδευμένο νοσηλευτικό δυναμικό, με ταυτόχρονη την άνιση γεωγραφική κατανομή του.

Η έλλειψη αυτή οδηγεί στην κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών των δημόσιων νοσοκομείων με την εργασία μεγάλου αριθμού «πρακτικών» νοσοκόμων που δεν έχουν την κατάλληλη θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση. Επίσης, πολλές φορές, το εν δυνάμει νοσηλευτικό δυναμικό δεν μπορεί να απασχοληθεί στις υπηρεσίες υγείας, διότι οι θέσεις που προκηρύσσονται είναι πολύ λιγότερες από τις πραγματικές αλλά και σε σχέση με την προσφορά ή δεν δέχεται τις προσφερόμενες θέσεις για τις οποίες εκπαιδεύτηκε.²⁶¹

²⁶¹ Δούλκερη Τ., *Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα*, Εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα 2007. Hughes E.C., *Twenty Thousand Nurses Tell their Story: A Report on Studies of Nursing Functions*. Philadelphia: American Nurses' Association 1959.

3.8.5 Το πρόβλημα της εξουθένωσης στο νοσηλευτικό και τεχνικό δυναμικό στο ΕΣΥ

Ένα πρόβλημα που εμφανίζεται τακτικά στους ειδικούς της διαχείρισης των ανθρωπίνων πόρων είναι το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Στους νοσηλευτές²⁶² και τεχνικούς στο ΕΣΥ συχνές είναι οι εμφανίσεις αυτού του φαινομένου γνωστού και ως «burn out» ή Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης.

Τα χαρακτηριστικά του «burn out» είναι τέσσερα και θα τα αναλύσουμε ξεκινώντας από την έλλειψη κινήτρων. Όλα ξεκινούν και καταλήγουν από την υπερβολή,²⁶³ καθώς πολλοί είναι αυτοί που αναλαμβάνουν υποχρεώσεις και προσπαθούν να διεκπαιρέσουν θέματα και καταστάσεις, ακόμα και όταν δεν είναι μέσα στα καθήκοντά τους. Όλοι λίγο-πολύ διακρίνονται από τα στοιχεία της φιλοδοξίας και ο καθένας έχει τα κίνητρά του στην αρχή της καριέρας του. Μετά, όμως, από ένα ορισμένο διάστημα και μην μπορώντας να ολοκληρώσει όλα όσα έχει αναλάβει το άτομο κουράζεται, οι απαιτήσεις των γύρω του είναι σαφώς υψηλότερες, καταλήγοντας τελικά να μην βρίσκει κάποιο πραγματικό νόημα στην εργασία του. Ένα επιπλέον χαρακτηριστικό είναι η έντονη αποστροφή για την εργασία.. Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους η εργασία μπορεί να είναι αφόρητη, καθώς μπορεί να εκδηλωθεί αντιπάθεια για τους προϊσταμένους ή κούραση από τον φόρτο εργασίας. Επιπρόσθετα, μπορεί ακόμη να μην γίνεται κατανοητή η προσφορά του εργαζομένου ή ακόμη και εκτιμητέα. Επίσης, πολλές φορές επικρατεί η αίσθηση της αποξένωσης. Δεν είναι λίγοι εκείνοι, που αισθάνονται απομονωμένοι από τους συναδέλφους τους ή αποφεύγουν τις κοινωνικές επαφές και τις συζητήσεις μαζί τους. Το να διαχωρίζει το άτομο, τον εαυτό του από τους συναδέλφους του και το υπόλοιπο προσωπικό οδηγεί πάντα στην αποξένωση. Τέλος, παρατηρείται η εμφάνιση προβλημάτων υγείας. Η επαγγελματική εξουθένωση τελικά εκδηλώνεται με κάποια μορφή σωματικού προβλήματος. Σε αυτό το στάδιο πια οι περισσότεροι άνθρωποι συνειδητοποιούν ή παραδέχονται ότι κάτι δεν πάει καλά, με σταδιακή επιδείνωση. Από τη στιγμή που οποιοσδήποτε και σε οποιοδήποτε επάγγελμα και επίπεδο εργασίας, μπορεί να υποφέρει από επαγγελματική εξουθένωση, είναι απαραίτητο ο επαγγελματίας να μπορεί να αναγνωρίζει τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης²⁶⁴ πριν ξεφύγουν από τον έλεγχό του. Έχουν γίνει πολλές έρευνες που έχουν δείξει την

²⁶² Δρακουλόγκωνα Σ., *Ο ρόλος του νοσηλευτή...*, ό.π.

²⁶³ Λανάρα Β. Φιλοσοφία της νοσηλευτικής, *Νοσηλευτική*, τευχ. 2, Αθήνα 1981, σ. 32.

²⁶⁴ Σαπουντζή-Κρέπια Δ., *Ιστορικές καταβολές...*, ό.π.

επίδραση του εργασιακού χώρου στην ανθρώπινη διάθεση, αλλά και την αποδοτικότητα των εργαζομένων στο νοσηλευτικό σώμα. Προκειμένου, λοιπόν, οι εργαζόμενοι να αποφύγουν να πέσουν στην παγίδα της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι απαραίτητο να προσαρμόσουν τον χώρο τους, έτσι ώστε να είναι ευχάριστος.

Συμπερασματικά, οι εργαζόμενοι στις Κρατικές Υπηρεσίες Υγείας, με αυτά τα στοιχεία που τους χαρακτηρίζουν (δημογραφικά και επαγγελματικά), κάτω από δύσκολες συνθήκες, με κακή οργάνωση, ελλιπή ή/και αναξιοκρατική στελέχωση, αντιμετωπίζοντας ποικίλα και δυσεπίλυτα προβλήματα, καλούνται να επιτελέσουν ένα έργο δύσκολο, κοπιώδες, υπεύθυνο και «ευαίσθητο» προς όλους τους πελάτες/ασθενείς τους, όπου ο καθένας φέρει μοναδικά χαρακτηριστικά, απαιτήσεις, πίεση χρόνου και συνθηκών. Παράλληλα με όλα αυτά, πρέπει να προσαρμοστούν στα νέα οργανωτικά, λειτουργικά και οικονομικά δεδομένα που επιβάλλει το μνημόνιο και οι δεσμεύσεις της κυβέρνησης που απορρέουν από αυτό, μετά την οικονομική κρίση. Έρχονται αντιμέτωποι με ραγδαίες εξελίξεις και διαφοροποιήσεις που πραγματοποιούνται, αλλάζοντας άρδην τις συνθήκες εργασίας και τον μέχρι τώρα τρόπο ζωής τους. Αλλάζουν οι αριθμοί (προσωπικού, κλινικών, εργαστηρίων κ.λπ.), αλλάζουν οι συνθήκες και η καθημερινότητά τους. Επιπλέον, μέσω όλων αυτών καλούνται να εφαρμόσουν πέρα από τα δεδομένα της εργασίας τους καθαυτής και πολιτικές κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης των οικονομικών μεταναστών στη χώρα.

Πόσο εφικτό είναι το έργο αυτό, ποιες αδυναμίες, δυσκολίες, εμπόδια ή αντίστοιχα διευκολύνσεις και τι είδους υποστήριξη συναντούν στην καθημερινότητά τους; Απαντήσεις σε όλα αυτά δίνονται στην έρευνα πεδίου που ακολουθεί. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη συμμετοχή και του προσωπικού των ΚΥΥ, αναφορικά με το αν οι ΚΥΥ μπορούν να λειτουργήσουν ως φορείς κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης των μεταναστών. Αν, δηλαδή, το ΕΣΥ μέσω των εργαζομένων, έχει τη δυνατότητα να συμμετέχει στη διαδικασία ενσωμάτωσης των οικονομικών μεταναστών στην ελληνική κοινωνία.

ΜΕΡΟΣ Β' Η ΕΡΕΥΝΑ ΠΕΔΙΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°. ΕΡΕΥΝΑ ΠΕΔΙΟΥ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Στο δεύτερο μέρος παρουσιάζεται η έρευνα πεδίου που έχει ως στόχο την αναλυτική παρουσίαση της έρευνας που πραγματοποιήθηκε με σκοπό την εξέταση της **κεντρικής υπόθεσης εργασίας, δηλαδή την επαλήθευση σχετικά με τη λειτουργία των Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας ως φορέων κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης των μεταναστών.**

Συγκεκριμένα, περιλαμβάνεται η παράθεση της μεθοδολογίας που υιοθετήθηκε στη διατριβή τόσο κατά το πλαίσιο σχεδιασμού όσο και κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας. Παρουσιάζονται οι υποθέσεις εργασίας και τα επιμέρους ερωτήματα που προκύπτουν από την έρευνα. Ακολουθεί το προφίλ των συγκεκριμένων ΚΥΥ στις οποίες πραγματοποιήθηκε η έρευνα, δηλαδή των τριών νοσοκομείων και του αστικού τύπου Κέντρου Υγείας. Στη συνέχεια, καταγράφονται τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων εργαζόμενων στις υπηρεσίες υγείας και τα αντίστοιχα των ερωτηθέντων οικονομικών μεταναστών. Ακολούθως, παρουσιάζονται οι απόψεις και στάσεις των εργαζομένων στις ΚΥΥ, όπως επίσης και οι αντίστοιχες των συνεντευξιαζόμενων οικονομικών μεταναστών, με την προσήκουσα κριτική ανάλυση και αξιολόγηση των συνεντεύξεων.

Επιπλέον, διατυπώνονται υποτυπώδεις τυπολογίες στάσεων και αντιλήψεων και τέλος, ακολουθούν τα συμπεράσματα της έρευνας πεδίου και προτάσεις προς την κατεύθυνση μιας ενδεχόμενης προσαρμογής του ελληνικού θεσμικού πλαισίου για την αποτελεσματικότερη ενσωμάτωση των μεταναστών στην ελληνική κοινωνία και την εύρυθμη λειτουργία των ΚΥΥ.

4.1 Η μεθοδολογία της έρευνας

Στο πλαίσιο του σχεδιασμού αλλά και κατά τη διάρκεια πραγματοποίησης της έρευνας προέκυψαν διάφοροι μεθοδολογικοί προβληματισμοί που αφορούσαν στην αναζήτηση του καλύτερου δυνατού τρόπου εξέτασης των υποθέσεων εργασίας.

4.1.1 Κεντρική υπόθεση εργασίας

Η **βασική υπόθεση εργασίας** της έρευνας, όπως προαναφέρθηκε, σχετίζεται με την ανάλυση και επιβεβαίωση των στοιχείων που αναφέρονται στο γεγονός αν οι ΚΥΥ δύνανται να λειτουργήσουν ως φορείς κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης των οικονομικών μεταναστών στην Ελλάδα. Το ζήτημα που διερευνήθηκε στη συνέχεια της παρούσας διδακτορικής διατριβής, αναφέρεται στη διακρίβωση του γεγονότος, αν δύνανται να επηρεάσουν ή και να προκαλέσουν επίσης την κοινωνικοποίηση και σε τελική βάση την ενσωμάτωση όλων ή ορισμένων εκ των μεταναστών, οι οποίοι βρίσκονται καθημερινά σε επαφή με τις ΚΥΥ, όπως επίσης τον τρόπο και τον βαθμό που αυτή επιτυγχάνεται. Επίσης, διερευνήθηκαν οι μορφές ένταξης και ενσωμάτωσης των οικονομικών μεταναστών στην ελληνική κοινωνία. Στην περίπτωση που οι οικονομικοί μετανάστες δεν εντάσσονται αποτελεσματικά, εξετάστηκαν οι παράγοντες που συντείνουν σε αυτό μέσα από την επαφή και τη συμμετοχή τους σε ολόκληρο το φάσμα των θεσμών των Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας.

Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι η συγκεκριμένη συμμετοχή-επαφή επηρεάζεται ως έναν πολύ σημαντικό βαθμό και καθορίζεται από συγκεκριμένους παράγοντες ένταξης και ενσωμάτωσης που βάσει αυτών οι ΚΥΥ θεσμοθετούν, υλοποιούν και εφαρμόζουν σχετικές διαδικασίες. Επιπλέον, εξετάζεται η ακριβής λειτουργία αυτών των μηχανισμών πάνω στους οικονομικούς μετανάστες από τη μία και στους εργαζόμενους στις ΚΥΥ από την άλλη, όπως επίσης και στους επίσημους εκπροσώπους τους. Η επαφή και το βίωμα των οικονομικών μεταναστών με τις ΚΥΥ, μπορεί να αποτελέσει, ως υπόθεση εργασίας, έναν ισχυρό παράγοντα ένταξης τους στην ελληνική κοινωνία με αποτελέσματα, τα οποία αποτυπώνονται σε ολόκληρο το πλαίσιο της συμμετοχής τους σε αυτήν.²⁶⁵

Με άλλα λόγια, κρίθηκε σκόπιμο να διερευνηθεί αν οι οικονομικοί μετανάστες αποδέχονται και συμμετέχουν καθημερινά στα συστήματα των κοινωνικών αξιών και των προτύπων, σέβονται και αποδέχονται τους ισχύοντες θεσμούς, προσαρμόζονται και τηρούν τη νομιμότητα, αναγνωρίζουν τη χρησιμότητα

²⁶⁵ Κυριόπουλος Γ., Δόλγερας Α., Οικονόμου Χ., Λέβερ Τζ., Πετσετάκη Ε., Τσαλίκης Γ., Bino S., Poci Th., Koulaksazon St. & Todorova S., *Η υγεία του πληθυσμού*, Εκδ. ΥΥΚΑ & ΕΣΔΥ, Αθήνα 2002. Κυριόπουλος Γ., Δόλγερας Α., Οικονόμου Χ., Λέβερ Τζ., Πετσετάκη Ε., Τσαλίκης Γ., Bino S., Poci Th., Koulaksazon St. & Todorova S., *Η δημόσια υγεία σε μετάβαση*, Εκδ. ΥΥΚΑ & ΕΣΔΥ, Αθήνα 2001. Κυριόπουλος Γ., Δόλγερας Α., Οικονόμου Χ., Λέβερ Τζ., Πετσετάκη Ε., Τσαλίκης Γ., Bino S., Poci Th., Koulaksazon St. & Todorova S., *Δημόσια υγεία και μετανάστευση*, Εκδ. ΥΥΚΑ & ΕΣΔΥ, Αθήνα 2002.

και τη συμβολή αυτής της αλληλεπίδρασης ή αντίθετα, για τους μετανάστες που παραμένουν μακριά από τις ΚΥΥ, αυτή η έλλειψη εμπειρίας αποτελεί ενδεχομένως εμπόδιο στην ομαλή τους ένταξη και την ενδεχόμενη περαιτέρω ενσωμάτωσή τους. Αν αυτό συμβαίνει, διερευνάται τότε ο βαθμός, οι μορφές και οι σχετικοί λόγοι²⁶⁶

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι μελετήθηκαν δύο (2) αναλυτικές ομάδες οικονομικών μεταναστών, η πρώτη περιλαμβάνει όσους έρχονται σε επαφή και συνεργασία με τις ΚΥΥ και η δεύτερη όσους, οι οποίοι για διάφορους λόγους, όπως είναι οι μετανάστες χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα (ή και χωρίς ταξιδιωτικά έγγραφα) και οι ανασφάλιστοι, που δεν έχουν καμία επαφή με αυτές, ή ευκαιριακά τις έχουν επισκεφθεί. Η συγκριτική προσέγγιση των μορφών κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης αυτών των δύο ομάδων, βρίσκεται στο επίκεντρο της συγκεκριμένης μελέτης και για τον λόγο αυτό υιοθετήθηκαν αντίστοιχες μέθοδοι.

4.1.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν, ώστε να διατυπωθούν οι επιμέρους υποθέσεις εργασίας εξέτασαν τους παράγοντες ένταξης και ενσωμάτωσης, ως εξής:

- Τα κοινωνικά χαρακτηριστικά του προς μελέτη πληθυσμού συνδέονται ή επηρεάζουν τη διαδικασία της ένταξης και ενσωμάτωσης; (π.χ. το μορφωτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση, η ηλικία, το φύλο, το είδος της επαγγελματικής απασχόλησης, ο τόπος προέλευσης η διάρκεια της παραμονής τους στη χώρα, η νόμιμη ή παράνομη παραμονή τους, το θρήσκευμα, η σχέση τους με την εκπαίδευση και την αγορά κ.ο.κ.).
- Η καταγραφή και ανάλυση του τρόπου που οργανώνονται και λειτουργούν οι ΚΥΥ, με τη μορφή υποτυπώδους τυπολογίας, αλλά και ο τρόπος με τον οποίο εσωτερικεύονται τα στοιχεία αυτά που αποτελούν τις προϋποθέσεις ένταξης και ενσωμάτωσης των μεταναστών.²⁶⁷
- Η επαφή και συνεργασία των οικονομικών μεταναστών με τις ΚΥΥ, τα ιδιαίτερα κοινωνικά και άλλα χαρακτηριστικά τους, αξιολογούνται και μπορούν να επηρεάσουν εν τέλει την ένταξή τους; Δηλαδή, για

²⁶⁶ Κυριόπουλος Γ. & Γείτονα Μ., *Διασυννοριακή ροή ασθενών στην Ελλάδα και την Ευρώπη*, Εκδ. Εξάντας, Αθήνα 1995.

²⁶⁷ Κυριόπουλος Γ., Πετσετάκη Ε. & Τσαλίκης Γ., *Η ανάπτυξη ανθρώπινων πόρων στην υγεία*, Εκδ. ΥΥΚΑ/ΕΣΔΥ, Αθήνα 2002.

παράδειγμα, έχουν τις ίδιες ευκαιρίες και την ίδια αντιμετώπιση οι μετανάστες χωρίς νομοποιητικά έγγραφα με τους «νόμιμους»;

- Η ύπαρξη και μόνο του μεγάλου αριθμού οικονομικών μεταναστών, έχει επιδράσει και σε ποιο βαθμό στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των ΚΥΥ;
- Η επαφή των οικονομικών μεταναστών με τις ΚΥΥ έχει ως αποτέλεσμα την κοινωνικοποίησή τους, δηλαδή η νοοτροπία και οι συμπεριφορές των μεταναστών, το σύστημα κοινωνικών τους αξιών και προτύπων συγκλίνουν με την ισχύουσα κατάσταση;
- Οι μετανάστες κατά την προσπάθεια ενσωμάτωσής τους κατάφεραν να επηρεάσουν με τα δικά τους πολιτισμικά στοιχεία και σε ποιον βαθμό την κοινωνική πραγματικότητα, καθώς όπως ήδη αναφέρθηκε η ενσωμάτωση είναι σχέση αλληλεπίδρασης;

4.2 Στάδια της έρευνας πεδίου

Το σύνολο των προβληματισμών και οι πρακτικές που ακολουθήθηκαν στο πλαίσιο εξέτασης των παραπάνω υποθέσεων θα παρουσιαστούν μέσα από την ανάλυση των διαφορετικών σταδίων της έρευνας. Αυτά πραγματοποιήθηκαν από τον Οκτώβριο του 2008 μέχρι και τον Ιούνιο του 2010 και είναι τα εξής: α) προ-ερευνητικό στάδιο, β) πιλοτική έρευνα, γ) κύρια ερευνητική διαδικασία και δ) ανάλυση δεδομένων.

4.2.1 Προερευνητικό στάδιο

Το προ-ερευνητικό στάδιο της έρευνας περιλαμβάνει μια σχετικά μακρά περίοδο προβληματισμού και προετοιμασίας για την έρευνα καθαυτή. Ο προβληματισμός αφορά τόσο στην επιλογή του δείγματος όσο και στην επιλογή των μεθόδων που θα έπρεπε να υιοθετηθούν. Η αρχική σκέψη κινήθηκε στην επιλογή ποιοτικής αλλά και ποσοτικής μέθοδο: συνεντεύξεις με ερωτηματολόγια. Τελικά επικράτησε η ποιοτική μέθοδος (για τους λόγους που αναφέρονται αντίστοιχα, αλλά και για λόγους οικονομικούς – η ποσοτική έρευνα είναι ακριβή).

α. Επιλογή του δείγματος της έρευνας

Η επιλογή του δείγματος της έρευνας, τόσο αριθμητικά όσο και «ποιοτικά», ήταν δύσκολη. Κύριο θέμα του προβληματισμού ήταν ο αριθμός των συνεντεύξεων που έπρεπε να πραγματοποιηθούν. Καταλήξαμε στον αριθμό τριάντα (30) για την κάθε ομάδα μελέτης ως ικανοποιητικός αριθμός για μια έρευνα ποιοτικού χαρακτήρα (30 συνεντεύξεις με τους εργαζόμενους στις ΚΥΥ, όπως επίσης 30 και με τους μετανάστες).

Δεν τέθηκε θέμα αντιπροσωπευτικότητας, με την τυπική έννοια του όρου, ούτε ως προς το φύλο, ούτε ως προς την ηλικία κ.ά., ενώ βασική μέριμνα ήταν να συμμετέχουν στις συνεντεύξεις εργαζόμενοι εκείνων των κλάδων που κατά κύριο λόγο έρχονται σε άμεση επαφή με τους ασθενείς-μετανάστες, χωρίς να παραβλέπεται η ανάγκη συμμετοχής στην έρευνα όσο το δυνατόν περισσότερων ειδικοτήτων. Για τους λόγους αυτούς, οι συνεντεύξεις έγιναν κυρίως με ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, με διοικητικό προσωπικό που έρχεται σε άμεση επαφή με τους μετανάστες (π.χ. γραφείο κίνησης, λογιστήριο, διευθυντής διοικητικών υπηρεσιών), αλλά και μαίες, φυσιοθεραπευτή, τραυματιοφορείς, κοινωνική λειτουργό. Τέλος, διεξήχθησαν συνεντεύξεις με άτομα που εργάζονται στις ΚΥΥ, χωρίς όμως άμεση σχέση εξαρτημένης εργασίας, όπως με μία αποκλειστική νοσοκόμα και μία υπάλληλο των υπηρεσιών φύλαξης του νοσοκομείου (security), ώστε να υπάρχει και η άποψη ατόμων που έχουν προσωπική αντίληψη για το θέμα, χωρίς να παρεμβάλλεται η προσωπική σχέση ανάμεσα στον μετανάστη-χρήστη των υπηρεσιών υγείας και τον εργαζόμενο-φορέα των υπηρεσιών υγείας, αφού υπάρχει η διαφαινόμενη «απόσταση».

β. Επιλογή της ποιοτικής μεθοδολογίας

Κεντρικός στόχος της έρευνας ήταν η διερεύνηση με την ανάλυση και επιβεβαίωση των στοιχείων σχετικά με το αν οι ΚΥΥ δύνανται να λειτουργήσουν ως φορείς κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης των μεταναστών στην Ελλάδα. Το ζήτημα που έπρεπε να διερευνηθεί αφορά στην εξέταση της επίδρασης των ΚΥΥ στην κοινωνικοποίηση και την ενσωμάτωση όλων ή ορισμένων μεταναστών που έρχονται σε καθημερινή επαφή με αυτές τις δομές και υπηρεσίες. Επιπλέον, στην παρούσα

διδασκαλική διατριβή διερευνήθηκαν οι μορφές, με τις οποίες οι οικονομικοί μετανάστες εντάσσονται και ενσωματώνονται στην ελληνική κοινωνία και αντίστοιχα αν δεν εντάσσονται, σε ποιο βαθμό και γιατί συμβαίνει αυτό.

Η μεθοδολογία υιοθετήθηκε είχε ως σκοπό την αξιοποίηση των καταλληλότερων εργαλείων για την εξέταση των παραπάνω εκφάνσεων του κεντρικού κοινωνιολογικού ερωτήματος και των επί μέρους ερωτημάτων της διατριβής. Σε ένα γενικότερο επίπεδο, άλλωστε, καμία μέθοδος έρευνας δεν αποτελεί πανάκεια και η επιλογή της καταλληλότερης μεθόδου, βασίζεται αποκλειστικά στα χαρακτηριστικά και τις απαιτήσεις²⁶⁸ του υπό έρευνα αντικειμένου.²⁶⁹ Έτσι, επιλέχθηκε ποιοτική μεθοδολογία με τη διεξαγωγή τριάντα (30) ημι-δομημένων συνεντεύξεων σε βάθος με εργαζόμενους στις ΚΥΥ και τριάντα (30) συνεντεύξεων με τους οικονομικούς μετανάστες. Η επιλογή της συγκεκριμένης μεθόδου κρίθηκε σκόπιμη, καθώς μέσα από τη διαδικασία των συνεντεύξεων τίθενται με πιο αποτελεσματικό τρόπο τα βασικά ερωτήματα της έρευνας, συλλέγονται κατάλληλες πληροφορίες που είναι απαραίτητες για τη διαμόρφωση μιας πιο επιστημονικά αξιόπιστης εικόνας για τα ζητούμενα της έρευνας²⁷⁰. Επιπρόσθετα, οι συνεντεύξεις φαίνεται να αναδεικνύουν περισσότερα χρήσιμα στοιχεία για τα ερωτήματα των υποθέσεων που ερευνώνται, σε σχέση με άλλες μεθόδους (π.χ. ποσοτικές).

γ. Επιλογή ημι-δομημένων συνεντεύξεων

Η έρευνα διεξήχθη, όπως προαναφέρθηκε, μέσω της πραγματοποίησης ημι-δομημένων συνεντεύξεων σε βάθος. Οι συνεντεύξεις αυτές περιλαμβάνουν ορισμένες γενικές θεματικές και συνδυάζουν ανοικτές και κλειστές ερωτήσεις. Για παράδειγμα, τέθηκαν ερωτήσεις όπως: «πόσα χρόνια υπηρεσίας έχετε στο νοσοκομείο;». Σε αυτού του τύπου τις ερωτήσεις, ο σκοπός ήταν οι απαντήσεις να είναι όσο το δυνατόν πιο συγκεκριμένες. Από την άλλη πλευρά, οι περισσότερες ερωτήσεις ήταν ανοικτές. Για παράδειγμα, «υπάρχουν διαφορές στον τρόπο προσέγγισης από άτομο σε άτομο ή σε

²⁶⁸ Mason J., *Η διεξαγωγή της ποιοτικής έρευνας*, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2003. Τσιώλης Γ., *Ιστορίες ζωής και βιογραφικές αφηγήσεις: Η βιογραφική προσέγγιση στην κοινωνιολογική έρευνα*, Εκδ. Κριτική, Αθήνα 2006.

²⁶⁹ Philips B., *Social Research*, New York: Macmillan 1976.

²⁷⁰ Λυδάκη Α., *Ποιοτικές μέθοδοι της κοινωνικής έρευνας*, Εκδ. Καστανιώτης, Αθήνα 2001. Κυριαζή Ν., *Η κοινωνιολογική έρευνα: Κριτική και επισκόπηση των μεθόδων και τεχνικών*, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2005. Φύλιας Β., *Εισαγωγή στη μεθοδολογία και τις τεχνικές των κοινωνικών ερευνών*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1977.

άτομα από διαφορετικές χώρες, ποιές είναι αυτές οι διαφορές και πού τις αποδίδετε;». Ωστόσο, οι ανοικτές ερωτήσεις συνοδεύονταν από παρεμβαλλόμενα ερωτήματα (probing).²⁷¹ Με τον τρόπο αυτό, μπορούσε να δοθεί περισσότερη έμφαση σε συγκεκριμένες λεπτομέρειες της αφήγησης που είναι απαραίτητες για την πληρέστερη κατανόηση του θέματος.²⁷² Για παράδειγμα, στο πλαίσιο συζήτησης των ζητημάτων που άπτονται συγκεκριμένων συμπεριφορών εκ μέρους των μεταναστών. Στην περίπτωση αυτή ζητείται ένα παράδειγμα μέσα από παρεμβαλλόμενες ερωτήσεις όπως «Δηλαδή;» ή «Μπορείτε να μου δώσετε ένα παράδειγμα;».

Ο συγκεκριμένος τύπος συνεντεύξεων έχει ορισμένα χαρακτηριστικά που τον έκριναν ως το πλέον κατάλληλο εργαλείο για τη συγκεκριμένη μελέτη, καθώς οι ημι-δομημένες συνεντεύξεις μπορούν να φέρουν στην επιφάνεια τόσο γεγονότα και εμπειρίες (factual data) όσο και συγκεκριμένες στάσεις και αντιλήψεις (attitudinal data) των συνεντευξιζόμενων.²⁷³ Παράλληλα, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στις αντιλήψεις των συνεντευξιζόμενων²⁷⁴, προκειμένου μέσα από τις συγκεκριμένες συνεντεύξεις (στο σύνολο των απαντήσεών τους και τη στάση τους που εξ' όλων αυτών προκύπτει) να επιβεβαιωθούν ή να διαψευστούν οι υποθέσεις της έρευνας. Έτσι, διαχωρίζονται οι στάσεις των συνεντευξιζόμενων, όπως επίσης και για να διαπιστωθεί αν τα ερευνητικά υποκείμενα επιβεβαιώνουν τις υποθέσεις της έρευνας. Ουσιαστικά, η ομαδοποίηση αυτή των συμπεριφορών τόσο των εργαζομένων στις ΚΥΥ όσο και των οικονομικών μεταναστών, προκύπτει μέσα από τα αποτελέσματα της καταγραφής των ανοικτών απαντήσεων της ημι-δομημένης συνέντευξης και άρα βασίζεται σε μια μορφή υποτυπώδους ιδεότυπου συμπεριφορών (σύμφωνα με τη θεωρία του Βέμπερ περί τυπολογίας). Ως εκ τούτου, οι συγκεκριμένες στάσεις που αναφέρονται στα πιστεύω και στα συναισθήματα των ερωτηθέντων, διαμορφώνονται ως εξής:

- Θετική – Αλτρουιστική Τοποθέτηση
- Μάλλον Θετική με Κριτική Στάση
- Στάση Ουδέτερη ή Αδιάφορη
- Μάλλον Αρνητική με Κριτική Στάση

²⁷¹ Γρηγορούδης Ε., *Μεθοδολογίες μέτρησης ποιότητας και συγκριτικής ανάλυσης επιδόσεων*, Εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα 2001.

²⁷² Kvale S., *Interviews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing*, Thousand Oaks: SAGE Publications 1996.

²⁷³ Graham H., *Understanding Health Inequalities*, London: Open University Press 2000.

²⁷⁴ Mason J., *Η διεξαγωγή...*, ό.π.

- Στάση Αρνητική ή Ρατσιστική.

Είναι αυτός ο συνδυασμός συγκεκριμενοποίησης των πληροφοριών αναφορικά με τα γεγονότα και το εύρος της προσέγγισης των αντιλήψεων, που οδήγησε στην επιλογή των ημι-δομημένων συνεντεύξεων.

δ. Οδηγός συνέντευξης

Ο οδηγός συνέντευξης που χρησιμοποιήθηκε εστίασε στο βασικό θέμα, τη διερεύνηση με ανάλυση και επιβεβαίωση των στοιχείων που αναφέρονται στο γεγονός είναι αν οι ΚΥΥ δύνανται να λειτουργήσουν ως φορέας κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης των μεταναστών στην Ελλάδα. Για τον λόγο αυτό, η δομή του οδηγού, πέραν από τις μεταβλητές της κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης των μεταναστών από τη μία και τη σχέση και συμπεριφορά μεταξύ εργαζομένων στις ΚΥΥ και οικονομικών μεταναστών από την άλλη, έχει και μια χρονική συνέχεια (παρελθόν → παρόν → μέλλον), που προκύπτει από τις πληροφορίες που δίνουν οι συνεντευξιαζόμενοι.

Η *πρώτη* ενότητα αφορά στα βασικά δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων στις ΚΥΥ: φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο και είδος εκπαίδευσης, έκφραση προσωπικής γνώμης για τα προβλήματα της σύγχρονης κοινωνίας και τις επιπτώσεις τους. Η *δεύτερη* ενότητα αφορά στα βιώματα και τις αντιλήψεις τους σε σχέση με τις δομές λειτουργίας και την εφαρμογή της νομοθεσίας στις ΚΥΥ, καθώς και με την πρακτική που αφορά στην επαφή και τη συνεργασία με αλλοδαπούς - οικονομικούς μετανάστες ασθενείς. Η *τρίτη* ενότητα αφορά στις πρακτικές λειτουργίας και συνεργασίας στο πλαίσιο της εξυπηρέτησης των οικονομικών μεταναστών στις ΚΥΥ – αιτίες και αξιολόγηση του υπάρχοντος συστήματος και της συγκεκριμένης κατάστασης, επιτρέποντας την κατανόηση των βασικών λόγων ένταξης και ενσωμάτωσης των μεταναστών μέσω των ΚΥΥ. Η *τέταρτη* ενότητα αφορά στην προσωπική αντίληψη και τις κοινωνικές αναπαραστάσεις των εργαζομένων στις ΚΥΥ για τους οικονομικούς μετανάστες, τις προοπτικές και τις πιθανές προτάσεις για καλύτερη συνεργασία των οικονομικών μεταναστών με τις ΚΥΥ.

4.2.2 Πιλοτικό στάδιο

Η έρευνα χωρίστηκε σε δύο στάδια: την πιλοτική έρευνα και την κύρια ερευνητική διαδικασία. Κατά τη διάρκεια της πιλοτικής έρευνας πραγματοποιήθηκαν δέκα (10) συνεντεύξεις με εργαζόμενους στις ΚΥΥ.

Ο στόχος ήταν να διαπιστωθεί το κατά πόσον ο οδηγός συνέντευξης μπορούσε να αναδείξει και να επικεντρωθεί αποκλειστικά στο θέμα που ερευνάται, όπως επίσης να εξασφαλίσει σαφείς απαντήσεις στα επιμέρους τιθέμενα ερωτήματα. Η πιλοτική εφαρμογή του εν λόγω ερευνητικού εργαλείου ήταν εξαιρετικά χρήσιμη για τον καθορισμό των τελικών κριτηρίων επιλογής. Ορισμένες ερωτήσεις αποκλείστηκαν από τον τελικό οδηγό, κάποιες αναδιαμορφώθηκαν, ενώ αρκετές μετατράπηκαν από κλειστές σε ανοικτές ερωτήσεις καθώς με τον τρόπο αυτό γινόταν ευκολότερο για τους εργαζόμενους στις ΚΥΥ να περιγράψουν εμπειρίες και να δώσουν τις ερμηνείες τους σε σχέση με αυτές. Εκτός από τις αλλαγές που έγιναν στον οδηγό συνέντευξης, η πιλοτική έρευνα ήταν καθοριστική και για τον προσδιορισμό του δείγματος της έρευνας, αλλά και για την τελική επεξεργασία των συνεντεύξεων.

4.2.3 Κύρια ερευνητική διαδικασία

Η κύρια ερευνητική διαδικασία της διατριβής πραγματοποιήθηκε σε μια περίοδο είκοσι (20) μηνών περίπου, από τον Οκτώβριο του 2008 μέχρι και τον Ιούνιο του 2010, στην Αθήνα, σε τρία (3) Νοσοκομεία και σε ένα (1) Κέντρο Υγείας αστικού τύπου. Πρόκειται για τα νοσοκομεία: το νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», το οποίο είναι ένα μεγάλο, γενικό, κεντρικό νοσοκομείο της Αθήνας, το νοσοκομείο «Άγιος Σάββας» που αποτελεί το μεγαλύτερο ειδικό αντικαρκινικό νοσοκομείο της χώρας, το «Σπηλιοπούλειο-Αγία Ελένη», μικρό κεντρικό νοσοκομείο που δέχεται κυρίως μετανάστες και τέλος, το «αστικού τύπου» Κέντρο Υγείας Βύρωνα. Η επιλογή της κάθε μονάδας έγινε με διαφορετικά κριτήρια, ώστε να υπάρχει η κατά το δυνατόν πληρέστερη αντιπροσώπευση των διάφορων τύπων μονάδων Υγείας στη χώρα.

Κατά τη διάρκεια της κύριας ερευνητικής διαδικασίας έλαβαν χώρα και οι 30 συνεντεύξεις με το δείγμα των εργαζομένων στις ΚΥΥ, που συμμετείχαν στην έρευνα.

4.2.4 Πραγματοποίηση και απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων

Την αρχικά εύκολα εξασφαλισμένη συμμετοχή των υποκειμένων στην έρευνα, ακολούθησε δισταγμός και δυσκολία στην πράξη – κυρίως στην ιδέα της μαγνητοφώνησης. Βέβαια, η ερευνήτρια ενημέρωσε επισταμένα για τον σκοπό της έρευνας, την εξασφάλιση δεοντολογικών και ηθικών κανόνων διεξαγωγής της έρευνας, όπως είναι η τήρηση της εχεμύθειας και η προστασία των προσωπικών δεδομένων.

Ορισμένοι, πολύ λίγοι, αρνήθηκαν τελικά να δώσουν συνέντευξη, ενώ οι περισσότεροι τελικά δέχτηκαν, αρχικά με δισταγμό, αλλά στην πορεία και κατά την εξέλιξη της συζήτησης ένιωσαν πιο άνετα με την εν λόγω διαδικασία. Όλες οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε χώρους των νοσοκομείων, τις ΚΥΥ, είτε στους χώρους εργασίας, είτε στην αυλή ή στο κυλικείο. Η διάρκεια της κάθε συνέντευξης ήταν διάρκειας μία με δύο ώρες. Η μεγαλύτερη δυσκολία, στη συνέχεια, έγκειτο στον μεγάλο όγκο των πληροφοριών που δόθηκαν κατά τη λήψη της συνέντευξης και στην τελική επιλογή εκείνων των αποσπασμάτων που θα χρησίμευαν άμεσα στην εξαγωγή των προσδοκώμενων συμπερασμάτων.

Παράλληλα με την κάθε συνέντευξη γινόταν χειρόγραφη καταγραφή ορισμένων σημειώσεων που αποτελούσαν μια πολύ σύντομη περίληψη, έναν «σκελετό» της συνομιλίας, δίνοντας έμφαση σε συγκεκριμένα γεγονότα αλλά και αντιλήψεις που εκφράστηκαν από τους εργαζόμενους στις ΚΥΥ. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε η πλήρης απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων στο πλαίσιο της οποίας διατηρήθηκαν όλες οι ιδιαιτερότητες του αφηγηματικού λόγου των ερωτώμενων εργαζομένων. Μέσα σε αυτές συμπεριλαμβάνονται τα γραμματικά και συντακτικά «λάθη» και ορισμένες εκφράσεις και κινήσεις που συνοδεύουν την ομιλία, καθώς με τον τρόπο αυτό αποτυπώνεται περισσότερο δυναμικά η αφήγηση.²⁷⁵ Η αντίστοιχη διαδικασία ακολουθήθηκε και με τις συνεντεύξεις των οικονομικών μεταναστών.

²⁷⁵ Silverman D. & Marvasti A., *Doing Qualitative Research. A Comprehensive Guide*, Thousand Oaks, California: Sage Publications, 2008.

4.2.5 Κωδικοποίηση και ανάλυση

Έπειτα από την ολοκλήρωση των απομαγνητοφωνήσεων ακολούθησε η ανάλυση των συνεντεύξεων μέσα από την κωδικοποίησή τους, με βάση τις υποθέσεις εργασίας και τις μεταβλητές της κάθε ενότητας του οδηγού συνέντευξης. Στόχο αποτέλεσε η διαμόρφωση μιας τυπολογίας που οργανώνει και ταξινομεί την αξιολόγηση των απαντήσεων στα κρίσιμα ερωτήματα της έρευνας και τις υποθέσεις εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο. ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΚΡΑΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΚΥΥ)

5.1 Η επιλογή των μονάδων υγείας

Η έρευνα, όπως ήδη αναφέρθηκε, πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα, σε τρία (3) Νοσοκομεία και σε ένα (1) Κέντρο Υγείας αστικού τύπου: το νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», μεγάλο, γενικό, κεντρικό νοσοκομείο της Αθήνας, το νοσοκομείο «Άγιος Σάββας», το μεγαλύτερο ειδικό αντικαρκινικό νοσοκομείο της χώρας, το «Σπηλιοπούλειο-Αγία Ελένη», μικρό κεντρικό νοσοκομείο που δέχεται κυρίως μετανάστες και τέλος, το «αστικού τύπου» Κέντρο Υγείας Βύρωνα.

Η επιλογή της κάθε μονάδας έγινε με διαφορετικά κριτήρια, ώστε να υπάρχει η κατά το δυνατόν πληρέστερη αντιπροσώπευση των διάφορων τύπων μονάδων υγείας που υπάρχουν και λειτουργούν στην Αθήνα και γενικότερα στη χώρα. Αξίζει να σημειωθεί το *πλαίσιο των πληροφοριών και των στοιχείων* που αφορούν στην κάθε μονάδα αναλυτικά. Τα στοιχεία που αφορούν στο νοσοκομείο «Ευαγγελισμός» ελήφθησαν από τον Διευθυντή Διοικητικού του νοσοκομείου και τα αρχεία της 1^{ης} ΥΠΕ (Υγειονομική Περιφέρεια). Τα στοιχεία που αφορούν στον «Άγιο Σάββα» ελήφθησαν από τα αρχεία της 1^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας (ΥΠΕ), τα αρχεία του «Ελληνικού Αντικαρκινικού Ινστιτούτου» και από προσωπική πρόσβαση στο αρχείο και την ανάλογη γνώση της ερευνήτριας, η οποία διετέλεσε Αναπληρώτρια Διοικήτρια του νοσοκομείου αυτού. Σχετικά με το «Σπηλιοπούλειο-Αγία Ελένη», η Διευθύντρια Διοικητικού του νοσοκομείου και τα αρχεία της 1^{ης} ΥΠΕ, αποτελούν τις πηγές των στοιχείων που αντλήθηκαν. Σε ότι αφορά το αστικού τύπου Κέντρο Υγείας Βύρωνα, οι πληροφορίες ελήφθησαν από τον Διευθυντή του συγκεκριμένου Κέντρου Υγείας, από τα αρχεία της 1^{ης} ΥΠΕ και το Υπουργείο Υγείας.

Αναλυτικότερα, το **Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»**²⁷⁶, είναι το μεγαλύτερο γενικό νοσοκομείο της χώρας και το πλέον γνωστό σε όλους, Έλληνες και μετανάστες. Αποτελεί τη «ναυαρχίδα» του ΕΣΥ, όπως αποκαλείται από τον κόσμο του χώρου της υγείας. Λόγω της κεντρικής θέσης του – στο κέντρο της Αθήνας, αλλά επίσης λόγω του μεγέθους και της δυναμικότητάς του, προσελκύει χιλιάδες ασθενών σε καθημερινή βάση. Στις εφημερίες προσέρχονται περισσότερα περιστατικά από ό,τι σε όλα τα υπόλοιπα νοσοκομεία, γεγονός που συνεπάγεται

²⁷⁶ Για περισσότερες πληροφορίες, βλ. σχετικά: <http://www.evangelismos-hosp.gr>

μεγάλο όγκο δουλειάς, ένταση και πολύ συχνά συμφόρηση, ανεξαρτήτως εφημερίας. Διαθέτει όλες σχεδόν τις ιατρικές ειδικότητες και τις αντίστοιχες κλινικές, σύγχρονα μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας που μπορούν να πραγματοποιήσουν σχεδόν όλες τις εργαστηριακές και κάθε είδους παρακλινικές εξετάσεις, όπως επίσης και πολλών ειδών υπερσύγχρονες θεραπείες. Όπως χαρακτηριστικά ανέφεραν εργαζόμενοι στον Ευαγγελισμό, είναι το πλέον γνωστό νοσοκομείο στη χώρα, όχι μόνο απλά ως όνομα, αλλά για τις επιστημονικές και τεχνολογικές του δυνατότητες.

Έτσι, αποτελεί προτίμηση για κάποιον που έχει πρόβλημα υγείας, έκτακτο ή και χρόνιο, πάντα βέβαια σε συνδυασμό και με την κεντρική του τοποθεσία, που το καθιστά εύκολα προσβάσιμο όχι μόνο για τους κατοίκους της Αθήνας, αλλά και για ασθενείς από όλη τη χώρα, δεδομένου ότι στον Ευαγγελισμό (όπως και σε όλα τα μεγάλα γενικά αλλά και εξειδικευμένα νοσοκομεία της Αθήνας), προσέρχονται ασθενείς από κάθε περιοχή της χώρας, ακόμα και αν στην περιοχή τους υπάρχει κάποιο νοσοκομείο. Το νοσοκομείο αυτό, λοιπόν, αποτελεί τη βασική αναφορά στο ΕΣΥ, είναι μπορούμε να πούμε, «η πρώτη σκέψη» για κάποιον που χρειάζεται δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Εξάλλου, όπως προέκυψε από την έρευνα, αυτό ισχύει όχι μόνο για τους γηγενείς ασθενείς, αλλά και για τους μετανάστες που διαμένουν στη χώρα μας.

Το **νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»²⁷⁷**, είναι το μεγαλύτερο ειδικό, Ογκολογικό Νοσοκομείο της χώρας –και των Βαλκανίων γενικότερα– σύμφωνα με τον κόσμο του χώρου της υγείας. Ουσιαστικά, είναι το μοναδικό απόλυτα εξειδικευμένο στην ογκολογία και έχει αντικαρκινικό χαρακτήρα – τα υπόλοιπα νοσοκομεία που χαρακτηρίζονται και ως «αντικαρκινικά», είναι κατά βάση γενικά νοσοκομεία, που διαθέτουν μεγάλα ογκολογικά τμήματα και αντίστοιχες διαδικασίες και θεραπείες. Με την απόλυτη, λοιπόν, εξειδίκευσή του στην ογκολογία, σε συνδυασμό με την κεντρική του θέση, κοντά στο κέντρο της πόλης (ενώ τα άλλα δύο παρόμοια βρίσκονται μακριά από το κέντρο της Αθήνας – στον Πειραιά και την Κάτω Κηφισιά αντίστοιχα), το καθιστούν περιζήτητο, με συνέπεια τη μαζική προσέλευση ασθενών σε καθημερινή βάση. Αποτελεί έτσι χαρακτηριστική περίπτωση μεγάλου ειδικού νοσοκομείου για την Ελλάδα.

²⁷⁷ Για περισσότερες πληροφορίες, βλ. σχετικά: www.agsavvas-hosp.gr/

Το «Σπηλιοπούλειο-Αγία Ελένη»²⁷⁸, ένα μικρό γενικό νοσοκομείο της Αθήνας, αποτελεί όχι μόνο αντιπροσωπευτικό δείγμα μικρού νοσοκομείου, αλλά παράλληλα και τη μοναδική περίπτωση νοσοκομείου του ΕΣΥ, που κατά κύριο λόγο εξυπηρετεί μετανάστες, όχι ασθενείς κυρίως, αλλά πραγματοποιεί διαγνωστικές και προληπτικές κλινικές και παρακλινικές (εργαστηριακές) εξετάσεις. Σύμφωνα με απόφαση του Υπουργείου Υγείας, προκειμένου για τη διευκόλυνση των μεταναστών αφενός, αλλά και για την αποσυμφόρηση και την ομαλή λειτουργία των άλλων μεγάλων νοσοκομείων αφετέρου, τα πιστοποιητικά υγείας που απαιτούνται για την έκδοση αδειών παραμονής και εργασίας για τους μετανάστες, όπως επίσης και τις αντίστοιχες ανανεώσεις και παρατάσεις, να εκδίδονται για την Αθήνα από το «Σπηλιοπούλειο Νοσοκομείο». Ένα τέτοιο νοσοκομείο, απόλυτα «ειδικό» και μοναδικό στο είδος του, με εμπειρία στην εξυπηρέτηση μεταναστών δεν θα μπορούσε να απουσιάζει από τον κατάλογο των μονάδων ενδιαφέροντος σε μια έρευνα του εν λόγω αντικειμένου.

Τέλος, το **Κέντρο Υγείας Βύρωνα**²⁷⁹ - αστικού τύπου, είναι το πρώτο και μεγαλύτερο του είδους του στη χώρα μας και από τα λίγα Κέντρα Υγείας που λειτουργούν στην Αττική. Τα κέντρα υγείας, προσφέρουν διαφορετικές υπηρεσίες υγείας, πρωτοβάθμιες, δηλαδή, διάγνωση και θεραπεία απλών νοσημάτων.²⁸⁰ Επίσης στα Κέντρα Υγείας, πραγματοποιούνται εμβολιασμοί και τακτικές παρακολουθήσεις νεογνών και νηπίων, όπως επίσης και παρακολουθήσεις έγκυων γυναικών. Μια άλλη κλασσική, θα λέγαμε, αρμοδιότητα των κέντρων υγείας, είναι η ενημέρωση και η παροχή πληροφόρησης σχετικά με θέματα υγιεινής, φροντίδας νεογνών, ή νοσηλείας χρονίως πασχόντων κατ' οίκον και η ανάλογη εκπαίδευση. Επίσης, στα κέντρα υγείας προσφέρονται Πρώτες βοήθειες και πραγματοποιούνται μικρές χειρουργικές επεμβάσεις.

Οι εργαζόμενοι που ερωτήθηκαν στις μονάδες αυτές, επελέγησαν με βασικό κριτήριο την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη αντιπροσώπευση των πολλών και διαφορετικών ειδικοτήτων που συναντώνται σε αυτές τις δομές, αλλά και την αντιπροσώπευση φύλου, ηλικίας, οικογενειακής κατάστασης, μορφωτικού επιπέδου, καθώς και χρόνου υπηρεσίας στον χώρο της υγείας.

²⁷⁸ Για περισσότερες πληροφορίες, βλ. σχετικά: <http://www.spiliopoullo.gr/>

²⁷⁹ Για περισσότερες πληροφορίες, βλ. σχετικά: <http://www.dimosbyrona.gr/article.php?id=122>

²⁸⁰ Για παράδειγμα, όταν διαγνωστεί κάτι πιο σοβαρό, παραπέμπουν τον ασθενή σε ανάλογο νοσοκομείο δευτεροβάθμιας ή και τριτοβάθμιας φροντίδας, όπως ο «Ευαγγελισμός» ή ο «Άγιος Σάββας».

5.2 Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός» και ιστορική αναδρομή

Το Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», όπως προαναφέρθηκε, είναι το μεγαλύτερο γενικό νοσοκομείο της χώρας, διαθέτει όλες σχεδόν τις ιατρικές ειδικότητες και εξυπηρετεί μεγάλο αριθμών περιστατικών καθημερινά. Το Νοσοκομείο βρίσκεται στο Κολωνάκι, έχει δυναμικότητα²⁸¹ 1600 κλίνες, το εργατικό δυναμικό του είναι 3.600 άτομα περίπου και έχει προϋπολογισμό 419.613.739 € (οικονομικό έτος 2010). Στο νοσοκομείο λειτουργούν τμήματα Παθολογικού, Χειρουργικού και Ψυχιατρικού Τομέα²⁸², καθώς και ποικίλα Εργαστήρια²⁸³. Πρόκειται για ένα πλήρως οργανωμένο και εξοπλισμένο με σύγχρονα μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας, εφάμιλλο των αντίστοιχων ευρωπαϊκών νοσοκομείων.

Ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα είναι η ιστορία του νοσοκομείου, η οποία συνδέεται άμεσα ή έμμεσα με γεγονότα, πρόσωπα και στοιχεία της νεώτερης ελληνικής ιστορίας, της οποίας την εξέλιξη και ακολουθεί. Ως αφετηρία της ίδρυσης του Θεραπευτηρίου²⁸⁴ «Ο Ευαγγελισμός», θεωρείται η προσπάθεια που έγινε το 1872 από εξήντα δύο κυρίες, για τη σύσταση του «Συλλόγου Κυριών υπέρ Γυναικείας Παιδείσεως». Με τη συνδρομή της Βασιλίσσης Όλγας εγκρίθηκε με το από 27 Απριλίου Βασιλικό Διάταγμα (ΦΕΚ-ΤΑ αρ. φύλου 22/15-6-1872) η σύσταση στην Αθήνα του Συλλόγου αυτού.

Οι σκοποί του Συλλόγου ήταν: φιλανθρωπικός, κοινωνικός, καθώς και μορφωτικός όσον αφορά στις νοσοκόμες. Ειδικά για τη μόρφωση των Αδελφών Νοσοκόμων και πάλι με την ηθική και υλική βοήθεια της Βασιλίσσης Όλγας ιδρύθηκε το 1875 το «Νοσοκομικόν Παιδευτήριον» για την κατάρτιση των Νοσοκόμων Αδελφών στην τέχνη της νοσηλείας και στις 5 Φεβρουαρίου του 1875 επικυρώθηκε ο οργανισμός λειτουργίας του. Μόλις λειτούργησε το «Νοσοκομικόν

²⁸¹ Όλα τα σχετικά στοιχεία δόθηκαν από εργαζόμενους στο νοσοκομείο αυτό, αλλά και από την 1^η ΥΠΕ (Υγειονομική Περιφέρεια).

²⁸² Αιματολογικό, 5 Παθολογικά, 2 Γαστρεντερολογικά, Ειδικών Λοιμώξεων, Νεφρολογικό, Πνευμονολογικό, Ρευματολογικό, Αιμοδυναμικό, 2 Καρδιολογικά, Δερματολογικό, Ενδοκρινολογικό, Νευρολογικό, Ογκολογικό, 4 Χειρουργικά, 2 Ορθοπαιδικά, Αναισθησιολογικό, 2 Νευροχειρουργικά, Ουρολογικό, Γναθοχειρουργικό, Θωρακοχειρουργικό, Οδοντιατρικό, Οφθαλμολογικό, Πλαστικής Χειρουργικής, Ω.Ρ.Λ. Κλινική Εντατικής Θεραπείας και Ψυχιατρικό.

²⁸³ Αιματολογικό, Αιμοπαθολογοανατομικό, Ακτινιοδιαγνωστικής, Ανοσολογίας Ιστοσυμβατότητας, Αξονικός Τομογράφος, Βιοχημικό, Κυταρολογικό, Μικροβιολογικό, Νεφροπαθολογοανατομικό, Παθολογοανατομικό, Πυρηνική Ιατρική, Φαρμακευτικό.

²⁸⁴ Όλα τα σχετικά στοιχεία δόθηκαν από εργαζόμενους στο νοσοκομείο και τα αρχεία της 1^{ης} ΥΠΕ.

Παιδευτήριο» διαπιστώθηκε η αδυναμία για την εκπλήρωση του σκοπού του και κρίθηκε απαραίτητη και η σύσταση ενός Νοσοκομειακού Κέντρου όπου θα «διαιτώνται και θα εκπαιδεύονται» οι αδελφές Νοσοκόμες. Τον Απρίλιο του 1876 συγκροτήθηκε Επιτροπή από τον τότε Μητροπολίτη Αθηνών Προκόπιο ως πρόεδρο και μέλη τους Λ. Μελά, Μ. Ρενιέρη, Γ. Μακκά και Α. Θεοφιλά για τη συγκέντρωση οικονομικών πόρων. Η Επιτροπή αυτή έκανε έκκληση στον λαό στις 25 Ιανουαρίου 1880 για τη συλλογή συνδρομών για την ανέγερση του Νοσοκομειακού Κέντρου. Παράλληλα, βρίσκεται και το κατάλληλο οικοπέδο, καθώς η «Ιερά Μονή Ασωμάτων ή Πετράκη» το προσφέρει τμηματικά από το έτος 1880 μέχρι το 1890. Η όλη έκταση του οικοπέδου ήταν (όπως και σήμερα) 39.185.36 πήχεις. Το 1881 εκδόθηκε Βασιλικό Διάταγμα, που δημοσιεύθηκε στο υπ' αριθμόν 39/4-5-81 τεύχος της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως, με το οποίο εγκρίθηκε η ίδρυση του Θεραπευτηρίου ως φιλανθρωπικό ίδρυμα με την ονομασία «Ευαγγελισμός».

Στις 25 Μαρτίου 1881 κατατέθηκε ο θεμέλιος λίθος για την ανέγερση του νοσοκομείου από τον Βασιλιά Γεώργιο τον Α'. Στις 25 Μαρτίου 1884, ακριβώς τρία έτη μετά από την κατάθεση του θεμέλιου λίθου, γίνονται τα εγκαίνια του Θεραπευτηρίου. Την ίδια μέρα, 25 Μαρτίου 1884, η επιτροπή ανέγερσης παραδίδει τυπικώς το ίδρυμα σε εφορεία Κυριών που αποτελεί και το πρώτο ΔΣ του Θεραπευτηρίου, που απαρτίζεται από την πρόεδρο Ιφιγένεια Α. Συγγρού και τα μέλη Αλεξάνδρα Παπποδόφ, Ειρήνη Ρεβελάκη, Ελένη Μαυροκορδάτου, Ειρήνη Σ. Μαυρομάτη, Σοφία Δάλλα και Βαρβάρα Ρέινεκ. Στις 16 Απριλίου 1884 λειτουργεί αρχικά το Θεραπευτήριο με δύο Κλινικές που έχουν δύναμη 48 κρεβάτια: η Παθολογική με διευθυντή τον Ν. Γ. Μακκά Παθολόγο, η Χειρουργική με διευθυντή τον Οφθαλμίατρο Ιούλιο Γαλβάνη.

Ο πρώτος ασθενής εισάγεται για νοσηλεία στις 16 Απριλίου 1884 στην χειρουργική κλινική. Είναι ο Γεώργιος Ζιζάκος, ηλικίας 10 ετών, μαθητής. Παραμένει 17 ημέρες και εξέρχεται θεραπευμένος. Όπως φαίνεται από στοιχεία που υπάρχουν στα αρχεία του νοσοκομείου, το Θεραπευτήριο «Ο Ευαγγελισμός» νοσήλευε κυρίως γυναίκες και παιδιά. Το 1885 δημοσιεύθηκε στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (ΦΕΚ-ΤΑ 85/29-7-1985) ο πρώτος «οργανισμός» του Ευαγγελισμού που εγκρίθηκε με το από 24/7/1885 Βασιλικό Διάταγμα. Το 1888 κτίσθηκε το Α' Χειρουργείο και το 1897 θεμελιώθηκε ο οίκος Αδελφών, ο οποίος τελείωσε το 1898 με δωρεά του Ανδρέα Συγγρού. Το 1897 αρχίζει να λειτουργεί Επιστημονικό Εργαστήριο που αποτελείται από Χημείο και ακτίνες Roentgen. Το 1897 οι πόρτες

του Νοσοκομείου ανοίχτηκαν για πρώτη φορά στους ηρωϊκούς αγωνιστές του πολέμου. Το 1903 αρχίζουν να λειτουργούν τα πρώτα Εξωτερικά Ιατρεία: Παθολογικό, Χειρουργικό και Γυναικολογικό. Την πρώτη ημέρα εξετάζονται 60 ασθενείς. Στις 25 Μαρτίου του 1912 θεμελιώθηκε ο Ναός του Θεραπευτηρίου που αποδόθηκε στον Ευαγγελισμό της Θεοτόκου και το 1913 άρχισε να λειτουργεί.

Στους πολέμους του 1912-13 «Ο Ευαγγελισμός» δίνει πάλι το παρόν στην περίθαλψη των τραυματιών του μετώπου. Τα περισσότερα κρεβάτια του καλύπτονται από αυτούς. Το 1914 αρχίζει να λειτουργεί στην Πάρνηθα το Νοσοκομείο Γ. Σταύρου και Γ. Φούγκου παράρτημα του Θεραπευτηρίου «Ο Ευαγγελισμός», προς νοσηλεία φυματιώντων. Το παράρτημα αυτό λειτουργεί μέχρι το 1960 με μια διακοπή τον Οκτώβριο του 1942-1946, λόγω του Ελληνοϊταλικού πολέμου. Το 1935, για την όλη δραστηριότητα του Θεραπευτηρίου η ακαδημία Αθηνών απένειμε «αργυρούν μετάλλιον», με την ευκαιρία της συμπλήρωσης 50 ετών από την ίδρυσή του. Το 1939 απονεμήθηκε στον Ευαγγελισμό «χρυσούν μετάλλιον» από την «Επιτροπή της Εκθέσεως Υγιεινής», η οποία οργανώθηκε τότε στην Αθήνα. Το ίδιο έτος με πρόεδρο του ΔΣ και Υπουργό Υγιεινής Α. Κοριζή θεμελιώθηκε νέα πτέρυγα, της οποίας ο οικοδομικός σκελετός αποπερατώθηκε λίγο πριν την έναρξη του Ελληνοϊταλικού πολέμου.

Στα χρόνια της κατοχής οι εργαζόμενοι του Ευαγγελισμού έδωσαν με αυτοθυσία τη μάχη για τη ζωή και την υγεία του ελληνικού λαού. Εκατοντάδες αγωνιστές νοσηλεύτηκαν, αλλά και κρύφτηκαν μέσα στους κόλπους του για να επιστρέψουν πιο δυνατοί στους αγώνες της εποχής εκείνης για την ελευθερία. Παρά τους δύσκολους καιρούς που αντιμετώπιζε η χώρα αρχίζει το 1943 να λειτουργεί η «Επιστημονική Ένωση Προσωπικού» του Θεραπευτηρίου, που στο μεταξύ εξελίσσεται σε έναν από τους καλύτερους επιστημονικούς συλλόγους της Ελλάδας.

Το 1946 αρχίζει να εκδίδεται το περιοδικό της Επιστημονικής Ένωσης «Νοσοκομειακά Χρονικά», που με την πάροδο του χρόνου γίνεται ένα από τα πιο αξιόλογα επιστημονικά περιοδικά. Το έργο που άρχισε το 1939 αποπερατώθηκε το έτος 1950 και αποτελείτο από 7 ορόφους. Στις 5 Απριλίου του 1950 γίνονται τα εγκαίνια και ονομάζεται «Πτέρυγα ΑΧΕΠΑ» προς τιμή των ομογενών της Αμερικής που πρόσφεραν γενναιόδωρα το μεγαλύτερο μέρος των χρημάτων που απαιτήθηκαν για την αποπεράτωσή του (περίπου 630.000 δολάρια Αμερικής). Έτσι, το Θεραπευτήριο συνεχίζει από τότε να λειτουργεί με δύναμη 1000 κλινών. Τμήματα του κτιρίου αυτού αλλά και του υπόλοιπου Νοσοκομείου αφιερώθηκαν σε επιφανείς

εργάτες της Ιατρικής επιστήμης, ανάμεσα στους οποίους οι Μ. Μακκάς, Ι. Γαλβάνης, Μ. Γερουλάνος, Ν. Σμπαρούνης, Δ., Π. Κόκκαλης κ.α. για να τιμηθεί η προσφορά τους στην επιστήμη και τον άνθρωπο. Το 1958 η οργάνωση «American Hospital Association» απονέμει στον «Ευαγγελισμό» ειδικό δίπλωμα για την όλη δράση του. Με το δίπλωμα αυτό το Θεραπευτήριο έγινε ιδρυτικό μέλος της παραπάνω Ένωσης με όλα τα αντίστοιχα δικαιώματα, ευεργετήματα και προνόμια. Στα επόμενα χρόνια το Ίδρυμα δεν είχε καμιά οικονομική βοήθεια, αλλά στηρίχθηκε μόνο στην καλή διαχείριση των οικονομικών του πόρων και στη δουλειά τόσο του ιατρικού όσο και του νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού του. Έτσι, κατόρθωσε, στις 28 Δεκεμβρίου 1964, να αυξήσει τη δύναμη κρεβατιών του σε 1200, πράγμα που επιτεύχθηκε με την ανέγερση 2 επιπλέον νοσηλευτικών ορόφων και «δώματος», στην «Πτέρυγα ΑΧΕΠΑ» που έγινε 11-όροφη.

Η ιστορία και η εξέλιξη του Νοσοκομείου είναι στενά δεμένη με την ιστορία και την εξέλιξη της Αθήνας, με την ιστορία και την εξέλιξη της Ελλάδας. Για άλλη μια φορά το Θεραπευτήριο δημιουργεί τις απαραίτητες προϋποθέσεις για να μπορέσει να σταθεί κοντά στις δυσκολίες και τα προβλήματα του ανθρώπου, προσαρμοσμένα κατάλληλα με ανάλογη κτιριακή υποδομή, άρτιο επιστημονικό και τεχνικό εξοπλισμό και άριστα εκπαιδευμένο προσωπικό. Το 1974 εκδηλώθηκε ενδιαφέρον από τον εφοπλιστή Ιωάννη-Διαμαντή Πατέρα για την ανέγερση νέας πτέρυγας προς νοσηλεία των ναυτικών. Η σύμβαση δωρεάς που υπεγράφη το 1975, ανήρχετο στο ποσό των 5.000.000 δολαρίων Αμερικής και προέβλεπε την ανέγερση πτέρυγας τριών ορόφων δύναμης 150 κλινών. Με συμπληρωματικές δαπάνες της Πολιτείας προστέθηκαν δύο επί πλέον όροφοι και η συνολική δύναμη της νέας πτέρυγας ανήλθε στις 250 κλίνες. Στις 18 Ιουλίου 1977, θεμελιώνεται η Νέα Πτέρυγα του Ιδρύματος και λαμβάνει το όνομα του κυρίως δωρητού: «Πτέρυγα Ιωάννου-Διαμαντή Πατέρα».

Με τη συμπλήρωση 100 χρόνων από την ίδρυση του Θεραπευτηρίου, στις 28 Δεκεμβρίου 1984, η Ακαδημία Αθηνών σε πανηγυρική τελετή απονέμει στο Νοσοκομείο το χρυσό μετάλλιο. Από τη σύσταση του Θεραπευτηρίου μέχρι το τέλος του 1983, που συμπληρώθηκαν 100 χρόνια νοσηλεύτηκαν 951.213 ασθενείς με ημέρες νοσηλείας 19.858.331. Στα εξωτερικά ιατρεία εξετάστηκαν, από την ημέρα που λειτούργησαν, δηλαδή 1903-1983, 4.000.532 ασθενείς, ενώ συγχρόνως πραγματοποιήθηκαν 318.343.330 εργαστηριακές εξετάσεις. Κατά το διάστημα αυτό, προσέφεραν τις υπηρεσίες τους στο Ίδρυμα 26.731 γιατροί και 22.434 αδελφές, εκπαιδευτές και εκπαιδευόμενοι. Από το 1884 μέχρι σήμερα, η ιστορική πορεία του

«Ευαγγελισμού» έχει μια θαυμαστή συνέπεια, που υπήρξε το αποτέλεσμα της πολύπλευρης συμβολής και συνεργασίας κράτους και λαϊκής πρωτοβουλίας. Η δημιουργική, δυναμική και αποτελεσματική προσπάθεια των παραγόντων αυτών ενωμένων, διαμορφώνουν την ιστορία του ιδρύματος μέσα από πολλές και ποικίλες αντιξοότητες. Η δημοσιοποίηση του Θεραπευτηρίου του 1983, με την ένταξή του στο νεοσυσταθέν ΕΣΥ, δημιούργησε νέους ορίζοντες για την ανάπτυξη και την προσφορά στην Υγεία, με την οργανωμένη κρατική παρέμβαση, τον οργανωμένο διοικητικό και επιστημονικό προγραμματισμό και την άμεση συμμετοχή των εργαζομένων.

5.3 Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας» και ιστορικά στοιχεία

Είναι το μεγαλύτερο εξειδικευμένο Ογκολογικό Νοσοκομείο της χώρας –και των Βαλκανίων γενικότερα– σύμφωνα με τον κόσμο του χώρου της υγείας. Το νοσοκομείο βρίσκεται στην Αθήνα, έχει δυναμικότητα²⁸⁵ 450 κλινών, (ανεπτυγμένες 380), απασχολεί περίπου 1.100 άτομα και έχει προϋπολογισμό 98.717.109 € (οικονομικό έτος 2010). Στο νοσοκομείο λειτουργούν τμήματα Παθολογικού, Χειρουργικού και Ψυχιατρικού Τομέα²⁸⁶ και Εργαστήρια²⁸⁷.

Η ιστορική διαδρομή που έχει μέχρι τώρα διαγράψει το νοσοκομείο αυτό είναι ενδιαφέρουσα και αποτελεί σημείο αναφοράς για τα ογκολογικά νοσήματα και την αντικαρκινική δράση του (έρευνα και πρακτική). Το Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας» ξεκίνησε τη λειτουργία του με την ονομασία Ελληνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο (ΕΑΙ). Πολλά χρόνια αργότερα, όταν το 1982 εντάχθηκε στο ΕΣΥ, πήρε την ονομασία που έχει σήμερα.²⁸⁸ Το Ίδρυμα, ΕΑΙ, παρεχώρησε στο κράτος τη χρήση των εγκαταστάσεων και του εξοπλισμού του νοσοκομείου για τις ανάγκες του ΕΣΥ, που αποτελεί πλέον ΝΠΔΔ, διαχωρίζοντας το κομμάτι των περιουσιακών του στοιχείων και της οικονομικής διαχείρισης αυτών, που εξακολουθούν να ανήκουν στο

²⁸⁵ Όλα τα σχετικά στοιχεία δόθηκαν από εργαζόμενους στο νοσοκομείο αυτό, από τα αρχεία της 1^η ΥΠΕ, τα αρχεία του «Ελληνικού Αντικαρκινικού Ινστιτούτου» και την προσωπική γνώση και πρόσβαση της ερευνήτριας, η οποία διετέλεσε Αναπληρώτρια Διοικήτρια του νοσοκομείου αυτού.

²⁸⁶ Αιματολογικό, 2 Παθολογικά - Ογκολογικά, Γαστρεντερολογικό, Χημειοθεραπειών, Πνευμονολογικό, Αιμοδυναμικό, Καρδιολογικό, Ενδοκρινολογικό, Νευροχειρουργικό, 3 Χειρουργικά, Ορθοπαιδικό, Αναισθησιολογικό, Ουρολογικό, Γναθοχειρουργικό, Θωρακοχειρουργικό, Οφθαλμολογικό, Πλαστικής Χειρουργικής, ΩΡΛ Κλινική Εντατικής Θεραπείας και Ψυχιατρικό.

²⁸⁷ Αιματολογικό, Ακτινοδιαγνωστικής, Ανοσολογίας, Αξονικός Τομογράφος, Βιοχημικό, Κυταρολογικό, Μικροβιολογικό, 3 Ακτινοθεραπευτικά, Παθολογοανατομικό, Πυρηνική Ιατρική Φαρμακευτικό.

²⁸⁸ Τα στοιχεία δόθηκαν από το «Ελληνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο» και από τους εργαζόμενους στον «Άγιο Σάββα».

ΕΑΙ, το οποίο αποτελεί ξεχωριστό οργανισμό με τη μορφή ΝΠΔ με δική του ανεξάρτητη διοίκηση και ex officio συμμετοχή εκπροσώπων του στο ΔΣ του Νοσοκομείου.

Αναλυτικότερα, το Ελληνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο ιδρύθηκε το έτος 1935. Είναι πραγματοποίηση παλαιού ονείρου του εμπνευσμένου Καθηγητή και Ακαδημαϊκού Αριστοτέλη Κούζη, με συμπαραστάτες στο ανθρωπιστικό αυτό έργο τους Παναγιώτη Πουλίτσα, Πρόεδρο του Συμβουλίου Επικρατείας και Παναγιώτη Μπρατσιώτη, Καθηγητή Πανεπιστημίου και Ακαδημαϊκό. Αυτή η μικρή ομάδα έφερε σε πέρας το τεράστιο έργο της ανοικοδόμησης βάσει σχεδίων που εκπόνησε δωρεάν ο Αρχιτέκτων Β. Τσαγκρής και σε χώρο που δωρήθηκε από τον Δήμο Αθηναίων με πρωτοβουλία του τότε Δημάρχου Κωνσταντίνου Κοτζιά στηριζόμενη και σε άλλα επίλεκτα μέλη της Αθηναϊκής Κοινωνίας που αποτελούσαν το σωματείο «Χριστιανική Κοινωνική Ένωση».

Στις αρχές του 1940 λειτουργούσαν στο Ίδρυμα τέσσερα νοσηλευτικά τμήματα, πέντε εξωτερικά ιατρεία και τέσσερα επιστημονικά εργαστήρια. Κατά την επόμενη πενταετία με την αντίσταση της Ελλάδος εναντίον του άξονα, η κίνηση του ιδρύματος συγκεντρώθηκε στον αγώνα για την ύπαρξή του. Το 1945 επαναλειτουργήσε κανονικά, το δε 1946 προστέθηκε στα δύο λειτουργούντα ακτινοθεραπευτικά και τρίτο, ενώ εκσυγχρονίσθηκαν το μικροβιολογικό και το ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο. Κατά την περίοδο 1950-1980 έγιναν τα εξής μεγάλα έργα: θεμελιώθηκε η κεντρική πτέρυγα του ιδρύματος, η οποία αφιερώθηκε στους «Αριστοτέλη και Ευγενία Κούζη» (1952), διαμορφώθηκαν νέες αίθουσες ακτινοθεραπείας (Κοβαλτίου 1960), άρχισαν οι εργασίες για την ανάπτυξη τμήματος ισοτόπων, οι οποίες τελείωσαν τον επόμενο χρόνο (1961), ανοικοδομήθηκε εξάωροφη πτέρυγα, η ΒΔ , που περιλαμβάνει τα ακτινοθεραπευτικά τμήματα, εξωτερικά ιατρεία, αφιερωμένα στη μνήμη Παν. Μπρατσιώτη, και πέντε νοσηλευτικούς ορόφους δυνάμει 145 κρεβατιών. Θεμελιώθηκε η ΒΑ πτέρυγα το (1979). Επίσης, αναδιοργανώθηκαν οι νοσηλευτικές μονάδες, τα εργαστήρια και ιδρύθηκαν νέες κλινικές (Κλινική Μαστού, Χειρουργικής Ογκολογίας, Β' Γυναικολογική) και το Κέντρο Ογκολογικής Ερεύνης και Πειραματικής Χειρουργικής «Γ. Παπανικολάου» (1978). Λεπτομέρειες για την δραστηριότητα του ΕΑΙ μέχρι και το 1979 παρέχονται στα πεπραγμένα 1965-1979, Αθήνα 1981.

Κατά την περίοδο 1980-1989 επιτελέστηκε ένα σημαντικό έργο εκσυγχρονισμού του νοσοκομείου και των μέσων του, σε συνδυασμό με τη βελτίωση

των όρων και των συνθηκών εργασίας των εργαζομένων. Η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από την εξαίρεση του νοσοκομείου από την εποπτεία του Υπουργείου Οικονομικών και την υπαγωγή του στην εποπτεία του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών (ΠΔ της 18-3-82, ΦΕΚ 136/Β/82), την ένταξη του νοσοκομείου στο ΕΣΥ (Ν. 1397/83), ακολουθώντας τις σχετικές ρυθμίσεις, ιδιαίτερα ως προς το εργασιακό καθεστώς και τη σχέση εργασίας των ιατρών, οι οποίοι υπάγονται πλέον στον κλάδο ιατρών ΕΣΥ του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Στη συνέχεια, το νοσοκομείο με απόφαση του ΔΣ *εντάσσεται στον Δημόσιο Τομέα* μετατρέπόμενο σε ΝΠΔΔ, με το ΠΔ 271/87. Ακολουθεί η ακύρωση του ως άνω ΠΔ (4462/88 απόφ. του Σ. τ. Ε) και η επανένταξή του και πάλι στον Δημόσιο τομέα, με το ΠΔ 384/89 (ΦΕΚ 169/Α/89). Παράλληλα, εκδίδεται και επανεκδίδεται ο νέος Οργανισμός του Νοσοκομείου ως ΝΠΔΔ, (Υπ. αποφ. Α3ρ7οικ. 9971/15- 6-89 και Α3ρ7οικ. 10326/24-6-90 – ΦΕΚ 424/Β/90). Στην περίοδο αυτή οργανώθηκε και λειτούργησε ένας αριθμός νέων ιατρικών τμημάτων και μονάδων, για τη διεύρυνση του πεδίου των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών, την εξασφάλιση της αυτοδυναμίας του νοσοκομείου και την εναρμόνιση του προς τις σύγχρονες απαιτήσεις των ιατρικών εξελίξεων.

Ειδικότερα, οργανώθηκαν και λειτούργησαν η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), το τμήμα Αξονικής Τομογραφίας, η Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού (ΜΜΜ), το Πνευμονολογικό Τμήμα, η Μονάδα Υπερηχογραφίας, το Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, το Ψυχιατρικό Τμήμα, το δεύτερο Μικροβιολογικό και το Γναθοχειρουργικό. Η ΜΜΜ τέθηκε σε λειτουργία το 1989, για την αντιμετώπιση αιματολογικών κακοηθών νεοπλασμάτων και συμπαγών όγκων. Αποτελείται από την κλινική μονάδα, σε ειδικά διασκευασμένο «στείρο» θάλαμο με αρτιότατο εξοπλισμό, που εξασφαλίσθηκε από την κρατική επιχορήγηση και από δωρεές, για την αυτομεταμόσχευση και αυτόλογη μεταμόσχευση μυελού των οστών, πλαισιωμένη από άρτια εξοπλισμένο εργαστήριο κρυοβιολογίας, όπου γίνεται η κατάψυξη, η διαφύλαξη και ο έλεγχος του μυελού. Η Μονάδα λειτουργεί στο πλαίσιο του Παθολογικού Τομέα, και με το ιατρικό προσωπικό του Αιματολογικού και του Β' Παθολογικού Τμήματος. Στο Β' Μικροβιολογικό Τμήμα οργανώνεται και τίθεται σε λειτουργία οροδιαγνωστικό εργαστήριο, για την εκτέλεση ειδικών μικροβιολογικών εξετάσεων που επιβάλλονται κυρίως για τους υποβαλλόμενους σε ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία νοσηλεύόμενους.

Η ΜΕΘ ήλθε να καλύψει από το 1987 τις ανάγκες νοσηλείας των βαρέως πασχόντων ασθενών του νοσοκομείου και την υποστήριξή τους κατά την εφαρμογή της θεραπείας τους, κυρίως μετεγχειρητικά, στις περιπτώσεις που η βαρύτητα της νόσου θέτει σε άμεσο κίνδυνο τη ζωή. Με την ύπαρξη της ΜΕΘ διευρύνθηκαν οι δυνατότητες της ιατρικής υπηρεσίας για την αντιμετώπιση «δύσκολων» περιστατικών, οι δε ασθενείς έχουν πλήρη υποστήριξη μέσα στο νοσοκομείο, όταν η πορεία τους επιδεινώνεται σημαντικά. Παράλληλα, με δεδομένη την στενότητα κλινών ΜΕΘ σε εθνικό επίπεδο, η ΜΕΘ εξυπηρετεί σημαντικό αριθμό περιστατικών που μεταφέρονται μέσω του ΕΚΑΒ.

Το Πνευμονολογικό Τμήμα λειτουργεί από το 1983 και καλύπτει με το εργαστήριο των λειτουργικών εξετάσεων αναπνοής (συγκρότημα αναπνευστικής λειτουργίας, ελεγχόμενο από ηλεκτρονικό υπολογιστή) το μεγαλύτερο φάσμα των πιο σύγχρονων δοκιμασιών της πνευμονολογικής λειτουργίας, εξασφαλίζοντας τον πληρέστερο έλεγχο, παρακολούθηση και προετοιμασία των ασθενών για το χειρουργείο. Με τη δημιουργία του Τμήματος Αξονικής Τομογραφίας και της Μονάδας Υπερήχων, το Ίδρυμα έθεσε στη διάθεση των νοσηλευόμενων του όλο το φάσμα των εν χρήσει μεθόδων διαγνωστικής απεικόνισης και τώρα προγραμματίζει την εισαγωγή της νέας μεθόδου που κερδίζει έδαφος, της Μαγνητικής Τομογραφίας. Το Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, με την ένταξη στο ΕΣΥ, εντάχθηκε στον εργαστηριακό Τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας, διατηρώντας και τις καθαρά ερευνητικές δραστηριότητες που είχε πριν στο Πειραματικό Κέντρο. Τέλος, πρόσφατα λειτούργησε το Γναθοχειρουργικό Τμήμα, ενώ το Ψυχιατρικό υποστηρίζει τις ειδικές ανάγκες που έχει ένα τμήμα των καρκινοπαθών νοσηλευόμενων του νοσοκομείου.

Το κύριο έργο της πρόσφατης περιόδου ήταν η ανοικοδόμηση και λειτουργία της ΒΑ πτέρυγας που αναπτύσσεται σε 9 επίπεδα συνολικού εμβαδού 6300 m² και όγκου 25200 m³, είναι πλήρως κλιματιζόμενη και εξυπηρετείται από 6 σύγχρονους ασθενοφόρους ανελκυστήρες. Η συντήρηση και βελτίωση του κτιριολογικού είναι διαρκής. Τα υπάρχοντα τμήματα εκσυγχρονίζονται, νέα τμήματα δημιουργούνται ακολουθώντας τις επιστημονικές και τεχνολογικές εξελίξεις στον τομέα της υγείας. Η ανανέωση του εξοπλισμού είναι συνεχής και πραγματοποιείται κυρίως μέσω δωρεών από ιδιώτες χορηγούς, φυσικά ή νομικά πρόσωπα και από δωρεές του ΕΑΙ προς το νοσοκομείο.

5.4 Νοσοκομείο Σπηλιοπούλειο «Η Αγία Ελένη» και ιστορική διαδρομή

Πρόκειται για μία ιδιάζουσα περίπτωση Κρατικής Υπηρεσίας Υγείας: είναι η πρώτη μονάδα υγείας στην Ελλάδα που επίσημα –με υπουργική απόφαση– «ειδικεύεται» στην εξυπηρέτηση μεταναστών. Είναι ένα μικρό Γενικό Νοσοκομείο που βρίσκεται στην Αθήνα, έχει δυναμικότητα 50 κλίνες (ανεπτυγμένες 31), αριθμό προσωπικού 84 άτομα και προϋπολογισμό 2.018.725 € (οικονομικό έτος 2010).

Το ιδιαίτερο ενδιαφέρον που παρουσιάζει το νοσοκομείο αυτό, έγκειται στον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί τα τελευταία χρόνια, λόγω της μαζικής εισόδου μεταναστών στη χώρα και τις κατά καιρούς αποφάσεις της πολιτείας να πραγματοποιήσει την καταγραφή και τη «νομιμοποίηση» των μεταναστών, μέσα από μια πολύπλοκη γραφειοκρατική διαδικασία. Στο πλαίσιο της γραφειοκρατικής αυτής διαδικασίας, μεταξύ των άλλων, απαιτείται «πιστοποιητικό υγείας», ένα έγγραφο το οποίο έπρεπε να έχει εκδοθεί από κρατικό νοσοκομείο, κατόπιν συγκεκριμένων κλινικών και εργαστηριακών εξετάσεων (π.χ. ακτινογραφία θώρακος, αιματολογικές εξετάσεις, έλεγχος εμβολιασμού κ.λπ.). Επειδή, λοιπόν, ο αριθμός των ενδιαφερομένων αλλοδαπών/μεταναστών ήταν πολύ μεγάλος και η μαζική προσέλευση τους στα νοσοκομεία του κέντρου της Αθήνας δημιουργούσε πολλά προβλήματα στη λειτουργία τους, το Υπουργείο Υγείας αποφάσισε για τη διευκόλυνση των μεταναστών, αλλά και για την αποσυμφόρηση και την ομαλή λειτουργία των άλλων μεγάλων νοσοκομείων, τα πιστοποιητικά αυτά να εκδίδονται για την Αθήνα, από το Σπηλιοπούλειο Νοσοκομείο.²⁸⁹ Στο Σπηλιοπούλειο νοσοκομείο λειτουργούν, μια Παθολογική Κλινική με 31 ανεπτυγμένες κλίνες και Εξωτερικά Ιατρεία με τμήματα: Παθολογικό-Διαβητολογικό, Καρδιολογικό-test Κόπωσης, Holterρυθμού και πίεσης. Επίσης, λειτουργούν εργαστήρια Μικροβιολογικό, Ακτινολογικό και Υπερήχων.

Μια παρόμοια περίπτωση, δωρεών, κληροδοτημάτων, ευγενούς και ανιδιοτελούς προσφοράς στον πάσχοντα συνάνθρωπο, είναι η *ιστορική διαδρομή* και αυτού του μικρού νοσοκομείου. Το Σπηλιοπούλειο Νοσοκομείο «Η Αγία Ελένη» λειτουργεί ως νοσοκομείο από το 1916, οπότε ιδρύθηκε με πρωτοβουλίες ιδιωτών και με παραχώρηση οικοπέδου της Μητρόπολης Αθηνών. Το 2016, θα συμπληρώσει εκατό (100) χρόνια λειτουργίας και για το διάστημα αυτό έχει να επιδείξει ένα

²⁸⁹ Όλα τα σχετικά στοιχεία παρασχέθηκαν από εργαζόμενους στο νοσοκομείο αυτό και από την 1^η ΥΠΕ

τεράστιο και πλούσιο έργο και προσφορά στον χώρο της υγείας και μάλιστα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η ανέγερση του στηρίχθηκε σε χορηγίες, με σημαντικότερη αυτή του Ελ. Βενιζέλου, που συνέλεξε το Φιλανθρωπικό Σωματείο «Αγία Ελένη», του οποίου το πρώτο ΔΣ αποτελούσαν ο Μητροπολίτης Αθηνών Θεόκλητος, ως Πρόεδρος, η Σ. Πανταζίδου ως Γεν. Γραμματέας και οι Λ. Ριανκούρ, Β. Μπενάκη, Ε. Γρίβα, Ι. Δαμβέρης, Δ. Ασημής και Χρ. Οικονομόπουλος, ως μέλη. Η Μητρόπολη Αθηνών ως όρο έθεσε τη δωρεάν διάθεση 6 κλινών για κληρικούς και απόρους. Στις 14/4/1922 δημοσιεύτηκε διαθήκη με την οποία ο Χ. Σπηλιόπουλος δώρισε χρηματικό ποσό 130.000 δρχ. στο Ίδρυμα «Η Αγία Ελένη», προκειμένου να ανεγερθεί 2^η πτέρυγα και με τον όρο να προστεθεί στο τίτλο του ιδρύματος η λέξη Σπηλιοπούλειο και να συμμετέχουν σε αυτό δικά του πρόσωπα. Το 1938 με αναγκαστικό νόμο γίνεται αποδεκτή δωρεά του Χ. Σπηλιόπουλου και το νοσοκομείο μετονομάζεται σε Σπηλιοπούλειο Νοσοκομείο «Η Αγία Ελένη». Η αποδοχή των όρων της δωρεάς έγινε δεκτή με τον αναγκαστικό νόμο 1142/1938 και κτίστηκε η 2^η πτέρυγα. Το 1973 ιδρύεται ΝΠΙΔ με την επωνυμία Σπηλιοπούλειο Νοσοκομείο «Η Αγία Ελένη» και το 1984 το νοσοκομείο εντάσσεται στις διατάξεις 2952/53 και δημοσιοποιείται.

Το Σπηλιοπούλειο Νοσοκομείο «Αγία Ελένη» ανεγέρθη σε οικόπεδο της Μητρόπολης Αθηνών, η οποία το παραχώρησε στο Ίδρυμα «Αγία Ελένη» το 1916, προκειμένου να κατασκευαστεί νοσοκομείο. Ως όρο έθεσε τη διάθεση 6 κλινών για κληρικούς και απόρους και σε περίπτωση διάλυσης να επανέλθει το οικόπεδο στη Μητρόπολη Αθηνών. Ο Χ. Σπηλιόπουλος δια μυστικών κωδίκων από 2/11/1918 και 23/2/1920 που δημοσιεύτηκαν στο Πρωτοδικείο Αθηνών στις 14/4/1922 κληροδότησε με σκοπό την ενίσχυση και συντήρηση του νοσοκομείου: α) το 1/2 ακινήτου στην οδό Σταδίου και Αμερικής 1 [το 1/2 το κληροδότησε στο Εθνικό Ίδρυμα Κωφών], β) το 1/3 ακινήτου στην οδό Μητροπόλεως και Φωκίωνος (τα 2/3 κληροδοτήθηκαν στο Ταμείο Εθνικού Στύλου (1/30) και στο ΨΝΑ Δρομοκαΐτειο (1/3) και τα παραπάνω ακίνητα α κ' β έως το εσαεί αναπαλλοτρίωτα, γ) το 1930 παρεχωρήθη από τη χήρα Π. Μαυρομιχάλη 1231 m² επί συνόλου 2000 m² του Ποσειδωνίου Μεγάρου επταώροφου κτιρίου επί των οδών 2^ας Μεραρχίας 9 και Φίλωνος 101 στον Πειραιά, με τον όρο και εδώ το κτίριο να ανήκει εσαεί στο νοσοκομείο.

5.5 Κέντρα υγείας αστικού τύπου

Τα Κέντρα υγείας αστικών περιοχών²⁹⁰ έχουν ως σκοπό να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού σε πρωτοβάθμια περίθαλψη και κοινωνική φροντίδα στα μεγάλα αστικά κέντρα. Πρόκειται για δομές, οι οποίες εγγυώνται την ελάχιστη και αναγκαία, αλλά επαρκή και ολοκληρωμένη δέσμη υπηρεσιών, με εστίαση στην προαγωγή της υγείας και την προληπτική ιατρική. Η λειτουργία κέντρων υγείας σε αστικές περιοχές καλύπτει πληθυσμό περίπου 100.000 κατοίκων και αποτελεί μεγάλη διευκόλυνση για τα νοσοκομεία, καθώς συμβάλλει στην αποσυμφόρμή τους, μειώνοντας σημαντικά τον όγκο εργασίας, σε επίπεδο τόσο επειγόντων περιστατικών όσο και τακτικών ιατρείων. Το γεγονός αυτό διευκολύνει αφενός τα νοσοκομεία και αφετέρου τους ασθενείς, αφού η πρόσβαση στα κέντρα υγείας είναι ευκολότερη και η εξυπηρέτηση ταχύτερη και αποτελεσματικότερη. Λόγω, λοιπόν, της ιδιαιτερότητας αυτής των κέντρων υγείας αστικού τύπου, επιλέχτηκε το Κέντρο Υγείας Βύρωνα, ώστε η έρευνα να είναι πολύπλευρη και πληρέστερη. Τα κέντρα υγείας αστικών περιοχών είναι απαραίτητο να παρέχουν ένα σύνολο υπηρεσιών που θα καλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού σε πρωτοβάθμια περίθαλψη, πρόληψη και κοινωνική φροντίδα.

Αναλυτικότερα, οι κατηγορίες των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι:

1. *Ιατρικές υπηρεσίες* που διακρίνονται σε: α) πρόληψη που αφορά στην υγειονομική ενημέρωση του πληθυσμού και συμβουλές σε θέματα υγιεινής και πρωτοβάθμιας φροντίδας, υγεία στον χώρο εργασίας, έγκαιρη διάγνωση, σχολική υγιεινή (εμβολιασμοί, οδοντιατρικός έλεγχος, έλεγχος όρασης, ακοής, ενημέρωση για καρδιαγγειακά νοσήματα, έλεγχος σωματομετρικών δεικτών των μαθητών, έλεγχος βιβλιαρίων υγείας κ.ά.), β) διάγνωση και πρωτοβάθμια περίθαλψη (συνέντευξη - κλινική εξέταση - διάγνωση και θεραπεία απλών περιπτώσεων, τόσο από οικογενειακούς-προσωπικούς ιατρούς όσο και από ιατρούς ειδικοτήτων, εργαστηριακές εξετάσεις), γ) πρώτες βοήθειες, δ) φυσική ιατρική – αποκατάσταση (ανάπτυξη μεθόδων θεραπείας από το παρελθόν προσαρμοσμένες στη σύγχρονη τεχνολογία, π.χ. υδροθεραπεία, ασκήσεις φυσιοθεραπείας), ε) οικογενειακή ιατρική με εφαρμογές πληροφορικής (εκπαίδευση απομονωμένων ιατρών μέσω του διαδικτύου, δημιουργία αρχείου ιατρικών

²⁹⁰ Τα στοιχεία δόθηκαν από το Υπουργείο Υγείας και την 1^η ΥΠΕ Αττικής.

ιστορικών, εφαρμογή λογισμικού σχετικού με την ορθή επιλογή φαρμακευτικών σκευασμάτων από τον ιατρό, κωδικοποίηση και στατιστική ανάλυση των δεικτών υγείας, χρήση εφαρμογών όπως η τηλεματική, η τηλεδιάσκεψη και η τηλεϊατρική), στ) εκπαίδευση ιατρών και λοιπού προσωπικού (ανάπτυξη ενός θέματος από έναν ιατρό ή από ειδικούς ομιλητές και πραγματοποίηση συζήτησης στη συνέχεια, επιστημονικές προβολές από φαρμακευτικές εταιρείες).

2. *Νοσηλευτικές υπηρεσίες* που περιλαμβάνουν βραχεία νοσηλεία για ολιγόωρη παραμονή του ασθενούς σε έκτακτες περιπτώσεις ή για παρακολούθηση ασθενών που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης και θάλαμο μόνωσης για ειδικά περιστατικά.
3. *Κοινωνικές και συμβουλευτικές υπηρεσίες* που αφορούν σε πληροφόρηση και συμβουλές σε θέματα όπως η αγωγή υγείας, η αντισύλληψη, ο αλκοολισμός, τα ναρκωτικά, η αιμοδοσία, το κάπνισμα κ.ά. Επίσης, περιλαμβάνουν θέματα οικογενειακού προγραμματισμού και κοινωνική φροντίδα των νέων.
4. *Ιατροκοινωνικές υπηρεσίες* (παροχή φαρμάκων, νοσηλεία στο σπίτι, προστασία μητρότητας, παράδοση μαθημάτων ανώδυνου τοκετού, διδασκαλία αυτοεξέτασης μαστού, οργάνωση τράπεζας αίματος, τηλεφωνική συμβουλευτική υπηρεσία).
5. *Διοικητικές υπηρεσίες* (υπηρεσία προγραμματισμένων επισκέψεων των δικαιούχων, γραφείο πληροφοριών και προσανατολισμού των προσερχόμενων επισκεπτών-ασθενών).

5.6 Κέντρο Υγείας Βύρωνα

Το αστικού τύπου Κέντρο Υγείας Βύρωνα²⁹¹ πρόκειται για μια διαφορετική δομή στο ΕΣΥ, πολύ μικρότερη ως προς τα μεγέθη (π.χ. κτίρια, αριθμός προσωπικού, ποσότητα και δυνατότητες του εξοπλισμού), περισσότερο απλή και ευέλικτη στον τρόπο που λειτουργεί καθημερινά, περισσότερο «άμεση και αποτελεσματική» στα μικρά και επείγοντα ζητήματα, αλλά και στην καλύτερη δυνατότητα ενημέρωσης,

²⁹¹ Όλα τα σχετικά στοιχεία παρασχέθηκαν από εργαζόμενους στο Κέντρο Υγείας, αλλά και από την 1^η ΥΠΕ.

πληροφόρησης και εκπαίδευσης του πληθυσμού της πόλης σε θέματα υγείας, περίθαλψης στο σπίτι, πρόληψης κ.λπ.

Το Κέντρο Υγείας Βύρωνα είναι το πρώτο και μεγαλύτερο του είδους του στη χώρα μας. Είναι «διασυνδεδεμένο» με το Γενικό Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, του οποίου αποτελεί Παράρτημα. Βρίσκεται στον Βύρωνα, δεν διαθέτει κλίνες νοσηλείας, επειδή παρέχει μόνο βραχεία νοσηλεία και λειτουργεί τις ώρες 08.00-24.00. Απασχολεί αριθμό προσωπικού περίπου 50-60 άτομα, ανάλογα τις ανάγκες του νοσοκομείου, καθώς το προσωπικό που εργάζεται στο Κέντρο Υγείας Βύρωνα, ανήκει οργανικά στο Γενικό Νοσοκομείο Ιπποκράτειο. Έτσι, λοιπόν, το νοσοκομείο ανάλογα με τις ανάγκες λειτουργίας του και το διαθέσιμο κάθε φορά προσωπικό, καλύπτει κατά το δυνατόν τις ανάγκες λειτουργίας του Κέντρου Υγείας Βύρωνα. προϋπολογισμό δεν έχει δικό του, γιατί αποτελεί παράρτημα του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου και το κόστος λειτουργίας του συμπεριλαμβάνεται στον προϋπολογισμό του νοσοκομείου. Στο Αστικού Τύπου Κέντρο Υγείας Βύρωνα λειτουργούν τα τμήματα: Επειγόντων Περιστατικών, Διαχείρισης Χρονίων Νοσημάτων, Παιδιατρικής, Εμβολίων, Πρόληψης Παραγόντων Καρδιαγγειακού Κινδύνου, Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής, Συνταγογραφίας –για χρόνια περιστατικά– Εκπαίδευσης Ασθενών, Μαιευτικής και Γυναικολογικής Φροντίδας, Οικογενειακού Προγραμματισμού και Οδοντιατρείο.

Μια πολύ ενδιαφέρουσα ιστορία «αυτο-οργάνωσης» και συλλογικής προσπάθειας απλών, φτωχών και σκληρά δοκιμαζόμενων ανθρώπων, είναι η διαδρομή της περίπτωσης αυτής, που εκφράζεται παράλληλα με την ιστορία των προσφύγων ελλήνων από τη Μικρά Ασία. Το 1922 μετά τη μικρασιατική καταστροφή και τη μαζική έλευση προσφύγων στον ελλαδικό χώρο και τη μεγάλη συγκέντρωση προσφύγων σε ορισμένες περιοχές, όπως ο Βύρωνας, υπήρχε πολύ μεγάλη ανάγκη φροντίδας και περίθαλψης των πληθυσμών αυτών, όπως επίσης και ανάγκη πρόληψης και προστασίας του συνολικού πληθυσμού της χώρας. Το νεοσύστατο τότε, Υπουργείο Υγιεινής Πρόνοιας και Κοινωνικής Αντίληψης, ιδρύει σε διάφορους μεγάλους δήμους της χώρας κάποια «πολυιατρεία» όπως ονομάστηκαν, για την εξυπηρέτηση των στόχων αυτών – μεταξύ των οποίων και στο Βύρωνα. Λόγω έλλειψης οικονομικών πόρων, τη λειτουργία του πολυιατρείου του Βύρωνα ανέλαβαν κατά κύριο λόγο, ειδικευμένοι επιστήμονες εκ των προσφύγων, προσφέροντας δωρεάν τις υπηρεσίες τους για όλο το εικοσιτετράωρο.

Στο πέρασμα των χρόνων εξακολουθούσε να λειτουργεί αδιαλείπτως, πότε ως πολυιατρείο (με πολλές ειδικότητες γιατρών και τις ανάλογες υπηρεσίες), πότε ως απλό ιατρείο γενικώς, προσφέροντας όποιες υπηρεσίες υγείας επέτρεπαν οι εκάστοτε συνθήκες. Το 1985 με την ίδρυση του ΕΣΥ, το Πολυιατρείο του Βύρωνα διασυνδέεται με το Ιπποκράτειο Νοσοκομείο και αναβαθμίζεται σε Κέντρο Υγείας. Το 2003 με Νόμο του Υπουργείου Υγείας ιδρύεται το πρώτο Κέντρο Υγείας αστικού τύπου, στον Βύρωνα, αλλά δεν θα λειτουργήσει ως τέτοιο, πριν το 2004.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΩΤΟΤΥΠΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ – ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΣΤΙΣ ΚΥΥ

6.1 Εισαγωγικές επισημάνσεις για τις συνεντεύξεις με τους εργαζόμενους στις ΚΥΥ

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν – κατόπιν συνεννόησης, σε χώρους του νοσοκομείου, είτε στον φυσικό χώρο της εργασίας του κάθε εργαζόμενου στις ΚΥΥ, είτε σε κοινόχρηστο χώρο: το κυλικείο ή την αυλή του νοσοκομείου. Η αρχικά εύκολη αποδοχή για τη συμμετοχή των υποκειμένων στην έρευνα, ακολουθείτο από κάποιο δισταγμό στη χρήση του μαγνητοφώνου. Μάλλον γρήγορα, όμως, στη ροή της συζήτησης και στην ιδέα ότι η ερευνήτρια «ανήκε στον χώρο» της υγείας, μπορούμε να πούμε πως ένιωσαν άνετα και εξέφραζαν τις απόψεις τους αβίαστα και αυθόρμητα.

Η πλειονότητα των συνεντευξιζόμενων αντιμετώπισε το ζήτημα των οικονομικών μεταναστών ως ένα μέρος της καθημερινής της εργασίας, το οποίο διαχειρίζονται με επαγγελματισμό και ρεαλισμό. Αnéφεραν, κυρίως, τον αυξημένο όγκο της εργασίας τους, τα «εγγενή» προβλήματα του χώρου, τα οποία βασικά απέδωσαν στην κεντρική εξουσία, δηλαδή το Υπουργείο Υγείας. Εκφράστηκαν βέβαια και κάποιοι «συμπαθούντες», άνθρωποι που κατανοούσαν τις δυσκολίες και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει κάποιος που ζει μακριά από τη χώρα του, με προβλήματα προσαρμογής και ένταξης σε καινούρια, άγνωστα σε αυτόν μέχρι τώρα δεδομένα, ίσως και με σοβαρά προβλήματα επιβίωσης. Ιδίως δε σε περιπτώσεις σοβαρών προβλημάτων υγείας, επέδειξαν αξιοσημείωτη ευαισθησία και αξιέπαινη προσπάθεια να βοηθήσουν τους μετανάστες με κάθε τρόπο. Στον «Άγιο Σάββα» υπήρξαν τα περισσότερα περιστατικά αυτού του τύπου. Αυτό πιθανόν εξηγείται από την αυξημένη ευαισθησία και τα προσωπικά βιώματα που έχουν οι εργαζόμενοι σε ένα ογκολογικό νοσοκομείο, καθώς έρχονται σε καθημερινή επαφή με βαριές ασθένειες έως και τον θάνατο. Αυτή τη θετική και βοηθητική στάση τηρούν συνήθως απέναντι στον οποιονδήποτε ασθενή, έλληνα ή αλλοδαπό χωρίς διακρίσεις.

Παράλληλα, κάποιοι, αναλογικά περισσότεροι από τους συμπαθούντες, έδειξαν ενοχλημένοι από την παρουσία μεγάλου αριθμού μεταναστών και μάλιστα ανασφάλιστων, στο νοσοκομείο που εργάζονται αλλά και γενικότερα. Αυτό είτε εκφράζει την προσωπική τους στάση απέναντι στους μετανάστες, ως συνέπεια

στερεοτυπικών στάσεων και προκαταλήψεων, είτε είναι απόρροια της κούρασης και της έντασης της στιγμής, λόγω του χρόνου και του χώρου που πραγματοποιήθηκαν οι συνεντεύξεις. Μετά από μια κοπιαστική και έντονα φορτισμένη ημέρα, με πίεση και ένταση σε ένα τμήμα αιχμής, όπως τα εξωτερικά ιατρεία π.χ., είναι αναμενόμενη η κόπωση του προσωπικού και κατ' επέκταση η έκφραση αρνητικής κρίσης για τους ασθενείς – ως συνέπεια ή μάλλον ως σύμπτωμα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout).

Άξιο προσοχής είναι το στοιχείο ότι αυτοί που διάκεινται αρνητικά προς τους μετανάστες, είναι κυρίως εργαζόμενοι «χαμηλότερων προσόντων», δηλαδή το εκπαιδευτικό τους επίπεδο είναι ΥΕ (υποχρεωτικής εκπαίδευσης) ή ΔΕ (δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης). Είναι μάλλον πιθανότερη η περίπτωση της στερεοτυπικής στάσης και προκατάληψης σε άτομα χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου. Αλλά και γενικότερα σε άτομα αυτής της κατηγορίας, είναι πιθανή η έκφραση αρνητικής στάσης αδιάκριτα, απέναντι σε όλους τους πελάτες/ασθενείς, μετανάστες και μη, με βάση πάντα τα δεδομένα της έρευνας. Επίσης, σημαντικό είναι το γεγονός πως δεν υπήρξε κάποιος εργαζόμενος, ο οποίος να δήλωσε πως έχει αρνηθεί να παράσχει σε κάποιον μετανάστη υπηρεσίες που εκ της θέσεως και του ρόλου του υποχρεούται να προσφέρει υπηρεσίες στους ασθενείς του νοσοκομείου, χωρίς εξαιρέσεις.

6.2 Τα κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος των εργαζομένων στις ΚΥΥ

Σχετικά με τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας, θα πρέπει να σημειωθεί ότι πραγματοποιήθηκε από τον Οκτώβριο του 2008 μέχρι και τον Ιούνιο του 2010, στην Αθήνα, σε τρία (3) νοσοκομεία της Αθήνας και σε ένα (1) Κέντρο Υγείας αστικού τύπου. Στον κατάλογο των ερωτώμενων εργαζομένων στις ΚΥΥ, περιλαμβάνονται εργαζόμενοι από τα νοσοκομεία: «Ευαγγελισμός», «Άγιος Σάββας», «Σπηλιοπούλειο - Αγία Ελένη», και το «αστικού τύπου» Κέντρο Υγείας Βύρωνα. Συνολικά ρωτήθηκαν τριάντα (30) εργαζόμενοι διαφόρων ειδικοτήτων.

Αναλυτικότερα, από το νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», ρωτήθηκαν δεκατέσσερα (14) άτομα, δύο (2) διοικητικοί υπάλληλοι ο ένας εκ των δύο υψηλόβαθμος διοικητικός υπάλληλος, τέσσερις (4) γιατροί και έξι (6) νοσηλευτές διαφόρων βαθμίδων, ένας (1) φυσιοθεραπευτής και ένας (1) τραυματιοφορέας. Από το νοσοκομείο «Άγιος Σάββας», ρωτήθηκαν δέκα (10) άτομα: δύο (2) γιατροί, τρεις

(3) νοσηλευτές, ένας (1) διοικητικός υπάλληλος, μία (1) κοινωνική λειτουργός, ένας (1) τραυματιοφορέας, δύο(2) εξωτερικοί συνεργαζόμενοι, μία (1) αποκλειστική νοσοκόμα και μία (1) υπάλληλος εταιρίας security. Αντίστοιχα, από το νοσοκομείο «Σπηλιοπούλειο-Αγία Ελένη», ρωτήθηκαν ένας (1) γιατρός, μία (1) διοικητική υπάλληλος και ένας (1) νοσηλευτής. Τέλος, από το Κέντρο Υγείας Βύρωνα, ρωτήθηκαν ένας (1) γιατρός, μία (1) μαία και μία (1) νοσηλεύτρια.

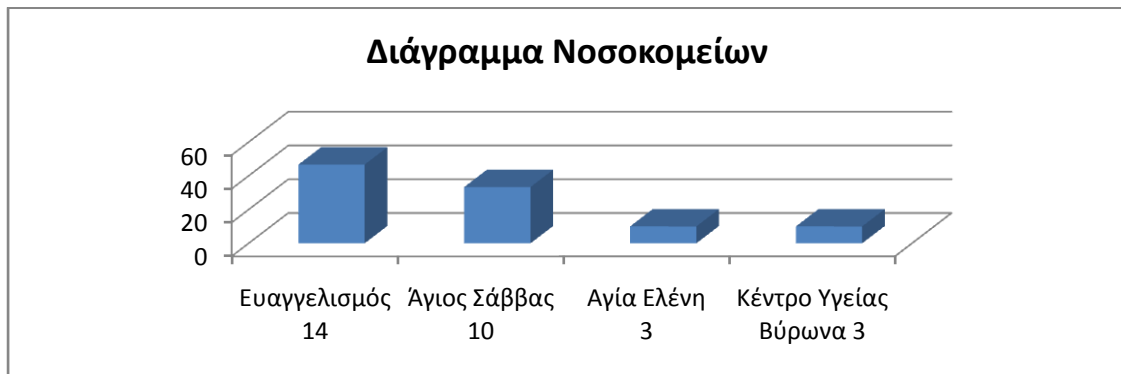
Πίνακας 6.1 Τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων στις ΚΥΥ

Όνομα	Ειδικότητα	Νοσοκομείο	Θέση Στο Φορέα	Ηλικία (Χρόνια)	Χρόνος Προϋπηρεσίας (Ετη)	Οικογενειακή Κατάσταση	Παιδιά (Αριθμός)	Μορφωτικό Επίπεδο
Γιώργος Τ.	Οικονομολόγος	Ευαγγελισμός	Υψηλόβαθμο στέλεχος Διοίκησης	62	34	Έγγαμος	1	ΑΕΙ με Μεταπτυχιακή
Ελένη Γ.	Νοσηλεύτρια	Ευαγγελισμός	Νοσηλεύτρια Κλινικής	46	21	Έγγαμη	2	ΤΕ
Λευτέρης Κ.	Παθολόγος	Ευαγγελισμός	Αναπληρωτής Διευθυντής	50	19	Άγαμος		Διδακτορικό
Νίκος Φ.	Ογκολόγος - Χειρουργός	Άγιος Σάββας	Διευθυντής Κλινικής	54	25	Έγγαμος	2	Διδακτορικό
Μαρίνα Λ.	Νοσηλεύτρια	Άγιος Σάββας	Προϊσταμένη Τμήματος	32	6	Έγγαμη		ΤΕ
Ειρήνη Π.	Κοινωνική λειτουργός	Άγιος Σάββας	Προϊσταμένη Τμήματος	52	20	Έγγαμη	1	ΤΕ
Ελένη Θ.	Διοικητική Υπάλληλος Σπηλιοπούλειο	Αγία Ελένη	Προϊσταμένη Τμήματος	42	21	Έγγαμη	2	ΑΕΙ
Γιάννης Φ.	Νοσηλεύτης Σπηλιοπούλειο	Αγία Ελένη		32	5	Άγαμος		ΤΕ
Δήμητρα Κ.	Νοσηλεύτρια στο Αστικού τύπου	Κέντρο Υγείας Βύρωνα	Νοσηλεύτρια - Γενικά	41	18	Έγγαμη	2	ΤΕ
Γιάννης Ρ.	Γιατρός	Κέντρο Υγείας Βύρωνα	Γενικός Γιατρός	46	19	Έγγαμος	1	ΑΕΙ
Μάρκος Λ.	Γιατρός	Ευαγγελισμός	Επιμελητής Α	45	12	Έγγαμος	1	ΑΕΙ
Ζωή Φ.	Νοσηλεύτρια	Ευαγγελισμός	Νοσηλεύτρια εξωτερικών Ιατρείων	32	6	Άγαμη		ΤΕ
Μαρία Δ.	Διοικητική Υπάλληλος	Ευαγγελισμός	Υπάλληλος Γραφείου	48	25	Έγγαμη	3	ΔΕ (Δευτεροβάθμια)
Λάμπρος Β.	Τραυματιοφορέας	Ευαγγελισμός	Τραυματιοφορέας Βάρδιας	46	22	Έγγαμος	2	ΥΕ (Υποχρεωτικής εκπαίδευσης)
Αντιγόνη Σ.	Γιατρός	Ευαγγελισμός	Επιμελητής Β - Εργαστηριακή	36	4	Έγγαμη		ΑΕΙ
Ρίτα Δ.	Νοσηλεύτρια	Ευαγγελισμός	Βοηθός Νοσηλεύτρια	31	6	Έγγαμη	2	ΔΕ (Δευτεροβάθμια)
Λίνα Κ.	Γιατρός	Ευαγγελισμός	Ειδικευόμενη - Απεικονιστικά	30	2	Άγαμη		ΑΕΙ
Κώστας Ν.	Φυσιοθεραπευτής	Ευαγγελισμός	Βοηθός Προϊσταμένου	42	13	Έγγαμος	1	ΤΕ
Νίκος Δ.	Νοσηλεύτης	Ευαγγελισμός	Νοσηλεύτης Βάρδιας Τμήματος	29	3	Άγαμος		ΤΕ
Δάφνη Κ.	Νοσηλεύτρια	Ευαγγελισμός	Προϊσταμένη Τμήματος	42	18	Έγγαμη	2	ΤΕΙ με Μεταπτυχιακή
Λουκία Φ.	Νοσηλεύτρια	Ευαγγελισμός	Νοσηλεύτρια Βάρδιας Τμήματος	36	9	Έγγαμη	1	ΤΕ
Ιάσων Ν.	Γιατρός	Άγιος Σάββας	Ειδικευόμενος	30	2	Άγαμος		ΠΕ
Θωμάς Β.	Διοικητικός Υπάλληλος	Άγιος Σάββας	Προϊστάμενος Τμήματος	52	31	Έγγαμος	2	ΔΕ (Δευτεροβάθμια)
Λεωνίδα Ν.	Νοσηλεύτης	Άγιος Σάββας	Νοσηλεύτης Βάρδιας	32	5	Έγγαμος		ΤΕ
Φρίντα Δ.	Νοσηλεύτρια	Άγιος Σάββας	Προϊσταμένη Τμήματος	46	23	Διαζευγμένη	2	ΤΕ με Μεταπτυχιακή
Φένια Π.	Αποκλειστική Νοσηλεύτρια	Άγιος Σάββας	Εξωτερική Συνεργασία	27	3	Άγαμη	1	ΔΕ (Δευτεροβάθμια)
Μιχάλης Μ.	Τραυματιοφορέας	Άγιος Σάββας	Μόνιμος Υπάλληλος	48	25	Έγγαμος	3	ΥΕ (Υποχρεωτικής εκπαίδευσης)
Έρση Μ.	Προσωπικό Ασφαλείας	Άγιος Σάββας	Εξωτερική Συνεργασία	27	3	Άγαμη		ΤΕ
Ηλίας Κ.	Γιατρός	Σπηλιοπούλειο	Επιμελητής Α'	45	18	Διαζευγμένος	1	ΠΕ
Αθηνά Ζ.	Μαία	Κέντρο Υγείας Βύρωνα	Μόνιμη Υπάλληλος	39	14	Έγγαμη	2	ΤΕ

Στους πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζονται τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων στις ΚΥΥ που έδωσαν συνέντευξη στην έρευνα.²⁹²

²⁹² Σημειώνουμε ότι οι αριθμοί στα γραφήματα είναι απόλυτοι και δεν περιλαμβάνονται ποσοστά, διότι η έρευνα που διεξήχθη είχε ποιοτικό και όχι ποσοτικό χαρακτήρα.

Γράφημα 6.1 Συμμετοχή των νοσοκομείων στην έρευνα



Η **κατανομή του δείγματος** είναι: 46,66% από τον «Ευαγγελισμό», 33,33% από τον «Άγιο Σάββα», 10% από το Σπηλιοπούλειο «Αγία Ελένη και 10% από το Κέντρο Υγείας Βύρωνα. Η συμμετοχή ήταν ανάλογη του μεγέθους του φορέα.

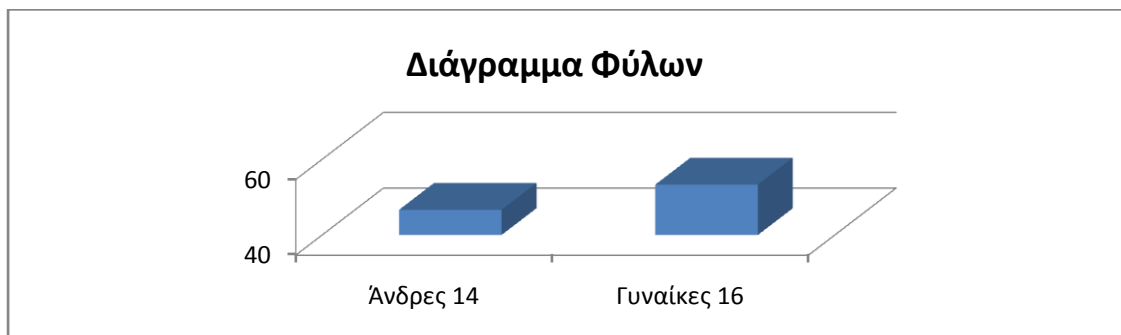
Στο επόμενο διάγραμμα παρουσιάζεται η **συμμετοχή των ειδικοτήτων** στην έρευνα: Ιατροί 7 (26,66%), διοικητικοί 3 (13,33%), νοσηλεύτριες 12 (36,66%), κοινωνικοί λειτουργοί 1 (3,33%), τραυματιοφορείς 2 (6,66%), φυσιοθεραπευτές 1 (3,33%), μαίες 1 (3,33%), αποκλειστικές νοσοκόμοι 1 (3,33%) και προσωπικό ασφαλείας 1 (3,33%).

Γράφημα 6.1.1 Ειδικότητες των εργαζομένων στις ΚΥΥ



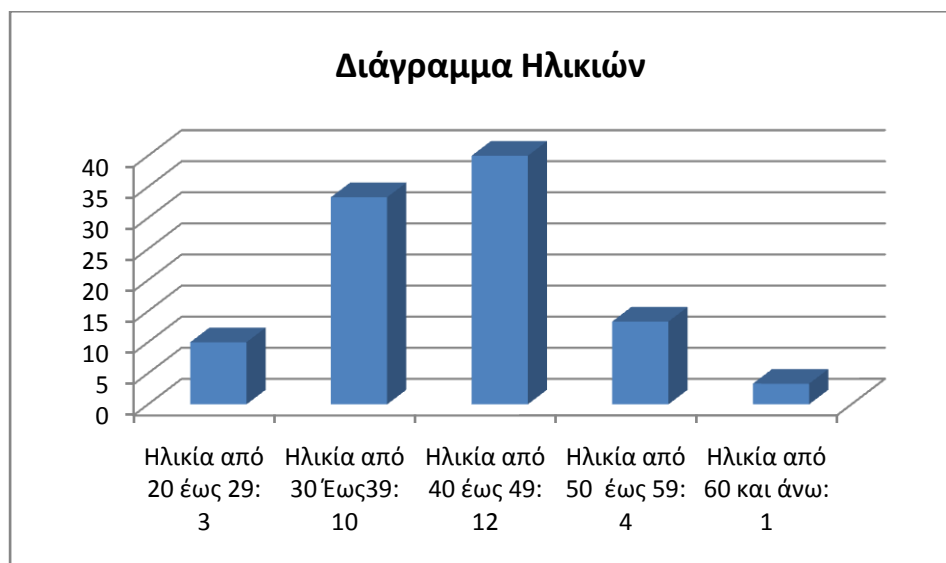
Το **φύλο** του δείγματος αποτελείται από: άνδρες 14 (46,66%), γυναίκες 16 (53,33%).

Γράφημα 6.1.2 Φύλο των εργαζομένων στις ΚΥΥ



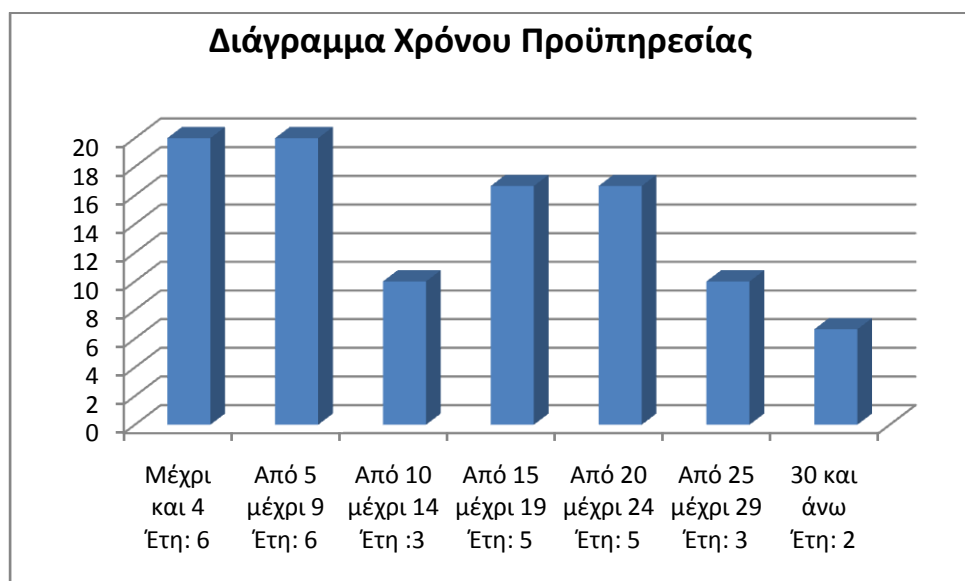
Η κατανομή ως προς την **ηλικία**: από 20 ως 29, 3 (10%). Με ηλικία 30 ως 39, 10 (33,33%), με ηλικία 40 ως 49, 12 (40%), με ηλικία 50 ως 59, 4 (13,33%) και τέλος με ηλικία 60 και άνω, 1 (3,33%).

Γράφημα 6.1.3 Ηλικία των εργαζομένων στις ΚΥΥ



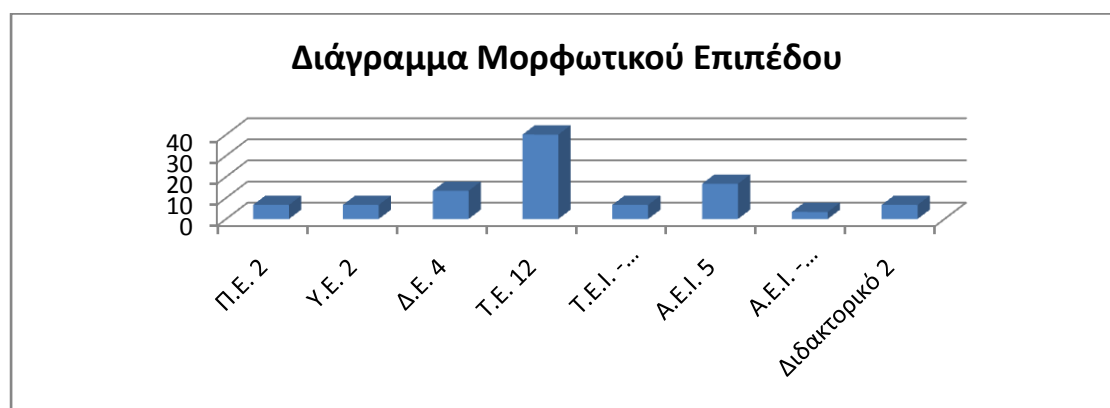
Ως προς τον **χρόνο προϋπηρεσίας**: 20% με υπηρεσία ως και 4 χρόνια, 20% με 5 ως 9 χρόνια, 10% με 10 ως 14, 16,66% με 15 ως και 19 χρόνια, 16,66% με 20 ως 24 χρόνια, 10% με 25 ως 29 χρόνια και τέλος 6,66% με προϋπηρεσία πάνω από 30 χρόνια.

Γράφημα 6.1.4 Χρόνος προϋπηρεσίας των εργαζομένων στις ΚΥΥ



Η κατανομή ως προς το **επίπεδο εκπαίδευσης**: ΥΕ (υποχρεωτική εκπαίδευση) 2 (6,66%), ΔΕ (δευτεροβάθμια εκπαίδευση) 4 (13,33%) ΤΕ (τεχνολογική εκπαίδευση-ΤΕΙ) 12 (40%), ΠΕ (πανεπιστημιακή εκπαίδευση) 2 (6,66%), ΤΕ με μεταπτυχιακά 2 (6,66%), ΠΕ με μεταπτυχιακά 1 (3,33%) και Διδακτορικό 2 (6,66%).

Γράφημα 6.1.5 Μορφωτικό επίπεδο των εργαζομένων στις ΚΥΥ



6.3 Αποτελέσματα της έρευνας πεδίου

6.3.1 Απόψεις και στάσεις των εργαζομένων στις ΚΥΥ

Στην ενότητα αυτή εξετάζονται οι απόψεις και στάσεις των συνεντευξιαζόμενων για την κατάσταση στον χώρο της δημόσιας υγείας, στις υπάρχουσες δομές και επιπλέον

ερευνώνται οι εφαρμοζόμενες πρακτικές. Επίσης, μελετώνται οι σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ μεταναστών και εργαζομένων στις ΚΥΥ, σε σχέση με τα ατομικά χαρακτηριστικά των συγκεκριμένων εργαζομένων στις ΚΥΥ, όπως: φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο, καθώς και απόψεις σχετικά με τα προβλήματα της σύγχρονης κοινωνίας και τις επιπτώσεις τους.

Για την πληρέστερη κατανόηση του ερευνητικού ερωτήματος κρίθηκε σκόπιμη η ανάλυση των απαντήσεων των εργαζομένων στις ΚΥΥ, μέσα από το προσωπικό τους βίωμα, που αφορά στην επαφή τους με τους οικονομικούς μετανάστες αλλά και σε σχέση με τις επικρατούσες πρακτικές, το πλαίσιο λειτουργίας των υπηρεσιών, όπως επίσης και το υπάρχον θεσμικό πλαίσιο. Στην προσπάθεια αυτή, παρατηρούνται στάσεις των ερωτηθέντων απέναντι στους μετανάστες, οι οποίες εντοπίζονται μέσα από τις απαντήσεις και αναλύονται ως εξής: «Θετική-αλτρουιστική» στάση εκφράζουν δύο (2) άτομα. «Μάλλον θετική-με κριτική», δύο (2) άτομα. Αντίστοιχα, «ουδέτερη-αδιάφορη» στάση παρουσιάζει η πλειονότητα των ερωτώμενων, δεκαοκτώ (18) άτομα διαφόρων ειδικοτήτων. «Μάλλον αρνητική-με κριτική», εκφράζουν τρεις (3), και τέλος, «αρνητική-ρατσιστική» στάση εκφράζουν πέντε (5) άτομα.

α. Η «θετική-αλτρουιστική» στάση

Στη «θετική-αλτρουιστική» στάση εντάσσονται ορισμένες απαντήσεις εργαζομένων στο νοσοκομείο «Άγιος Σάββας» (νοσηλεύτριες), οι οποίες ισχυρίζονται ότι δεν τους έχει δοθεί καμία ενημέρωση σχετικά με το πλαίσιο επικοινωνίας με τους αλλοδαπούς που έρχονται σε επαφή. Το μόνο που κάνουν είναι να προσπαθούν να μιλήσουν μαζί τους με κάποιες ξένες λέξεις, έτσι ώστε να αισθανθούν καλύτερα αφού βρίσκονται σε ξένο τόπο. Η απάντηση αυτή λογίζεται μάλλον θετική-αλτρουιστική.

Ειρήνη Π., νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...ούτε το νοσοκομείο, ούτε και το Υπουργείο προβλέπουν κάποια εκπαίδευση, έστω ενημέρωση, για τον τρόπο επικοινωνίας και εξυπηρέτησης των μεταναστών ασθενών, αλλά και γενικότερα...

...με δική μας πρωτοβουλία, η κοινωνική υπηρεσία και η ομάδα εκπαιδευμένων πλέον, εθελοντών, φροντίζουν να ενημερωθούν και να εκπαιδευτούν από εθελοντικά προσφερόμενους ειδικούς-καθηγητές πανεπιστημίου κ.λπ. Μαθαίνουμε για τις πραγματικές ανάγκες και τον τρόπο ικανοποίησης όλων ανεξαιρέτως των ασθενών και των μεταναστών συμπεριλαμβανομένων...

...έχω εργαστεί και σε άλλες κοινωνικές υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας, εδώ όμως τα πράγματα είναι διαφορετικά. Ο ανθρώπινος πόνος είναι μεγαλύτερος, η απόγνωση αποτελεί καθημερινότητα, οι ανάγκες είναι τεράστιες και η αίσθηση της προσφοράς, εμφανέστερη...

...Προσπαθείς να καλύψεις όσο περισσότερες από τις πολλές ανάγκες που έχουν οι καρκινοπαθείς και οι οικογένειές τους, είτε πρόκειται για έλληνες, είτε για αλλοδαπούς μετανάστες...».

Μαρίνα, νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...Δεν έχουμε ειδική ενημέρωση σχετικά με τους αλλοδαπούς ασθενείς, δεν προβλέπεται κάτι... εμείς, κάποιοι νοσηλευτές από μόνοι μας προσπαθούμε να μάθουμε λίγες βασικές λέξεις για να επικοινωνούμε με τους ασθενείς μας και να τους κάνουμε να νοιώθουν λιγάκι καλύτερα... μαθαίνουμε λίγα αλβανικά, λίγα ρώσικα... βαριά άρρωστοι άνθρωποι σε ξένο τόπο, τι να σου κάνουν...».

β. Η «μάλλον θετική στάση με κριτική»

Τραυματιοφορέας του νοσοκομείου «Άγιου Σάββα», αναφέρει ότι η φροντίδα απέναντι στους αλλοδαπούς είναι μια καθημερινή υπόθεση ανεξάρτητα από την εθνικότητά τους, ακόμα και όταν είναι ανασφάλιστοι. Επιπρόσθετα, ιατρός από το «Σπηλιοπούλειο» αναφέρει πως από τη στιγμή που ο πελάτης έχει πάντα δίκιο ο κάθε ένας κάνει τη δουλειά του.

Μιχάλης Μ., τραυματιοφορέας, νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...εγώ παράπονο από τη δουλειά μου δεν έχω κανένα... έχω σίγουρη δουλειά (είναι μόνιμος ΔΥ) και θα παραπονεθώ; ...κι εγώ σε άλλη χώρα έχω γεννηθεί, εδώ όμως νοιώθω την πατρίδα μου, που μου προσφέρθηκε δουλειά, έχω την οικογένεια μου, είμαι ευχαριστημένος.... ..δυστυχώς πολλοί από τους ξένους (μετανάστες), είναι αχάριστοι. Δεν εκτιμούν και δεν ευγνωμονούν αυτή τη χώρα που τους δέχτηκε και τους προσφέρει δουλειά, καλύτερη ζωή και φροντίδα... ..έχουν άσχημη συμπεριφορά, μερικές φορές, και πολλές απαιτήσεις, ενώ πολλοί δεν έχουν πληρώσει ένσημα... εντάξει μπορεί το προσωπικό – γιατροί, νοσοκόμες κ.λπ., να μην έχουν πάντα την καλύτερη συμπεριφορά, αλλά αυτό συμβαίνει με όλους, έλληνες και ξένους ασθενείς, αδιακρίτως... και μάλιστα μερικές φορές έχουν καλύτερη συμπεριφορά, μεγαλύτερη υπομονή και ηρεμία με τους ξένους,

από ό,τι συμβαίνει με τους Έλληνες. Αυτή είναι η αλήθεια... ρατσισμό, εγώ προσωπικά δεν έχω αντιληφθεί ποτέ...».

Επιπλέον, σημειώνονται ορισμένες ρεαλιστικές απόψεις με θετική τοποθέτηση, όπως είναι αυτή της Λουκίας Φ, νοσηλεύτριας στο νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...το σύστημα υγείας είναι λάθος δομημένο, δεν υπάρχει πρωτοβάθμια περίθαλψη, συνωστίζονται στα νοσοκομεία χωρίς ουσιαστικό λόγο Έλληνες και ξένοι, το προσωπικό εξουθενώνεται και όλοι μαζί ταλαιπωρούνται... και βέβαια εξυπηρετούνται οι μετανάστες, δεν υπάρχει διαχωρισμός, όλοι το ίδιο είναι για μας..».

γ. Η «ουδέτερη- αδιάφορη» στάση

Λευτέρης Κ., νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«... Η διάγνωση συχνά δυσκολεύει, γιατί δεν μιλάνε τη γλώσσα, δείχνουν κάτι στο σώμα τους που όμως για να είμαστε σίγουροι, αναγκαζόμαστε να καταφεύγουμε σε πληθώρα εξετάσεων για αποφυγή λάθους. Αυτό ανεβάζει πολύ το κόστος της νοσηλείας τους... Πολύ συχνά φεύγουν απροειδοποίητα, πριν να ολοκληρωθεί η θεραπεία...».

Αντίστοιχα, νοσηλεύτρια από το Κέντρο Υγείας του Βύρωνα, θεωρεί ότι από τη στιγμή που οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία δεν έχουν κάποια ιδιαίτερη εκπαίδευση, καταβάλλουν προσπάθεια από μόνοι τους. Αλληλοϋποστηρίζονται για να ανταπεξέλθουν στην εργασία, έτσι ώστε να εξυπηρετήσουν τους μετανάστες που καθημερινά επισκέπτονται το νοσοκομείο. Όλοι οι μετανάστες εξυπηρετούνται είτε είναι ασφαλισμένοι είτε όχι και ειδικότερα για ανθρωπιστικούς λόγους, αλλά και για λόγους προστασίας του κοινού από μεταδοτικά νοσήματα.

Δήμητρα Κ., νοσηλεύτρια, Κέντρο Υγείας Βύρωνα:

«...ιδιαιτερη εκπαίδευση για τους μετανάστες δεν έχουμε, αλλά προσπαθούμε μόνοι μας, ή αλληλοϋποστηριζόμενοι και αλληλοενημερωνόμενοι, να ανταπεξέλθουμε στη δουλειά μας και να εξυπηρετήσουμε και να ενημερώσουμε καλύτερα τους μετανάστες που επισκέπτονται το Κέντρο Υγείας... εδώ τους εξυπηρετούμε όλους, νόμιμους και μη ασφαλισμένους ή όχι. Επιβάλλεται άλλωστε και για ανθρωπιστικούς λόγους, αλλά και για την προστασία του συνολικού πληθυσμού από μεταδοτικά νοσήματα...».

Ένας άλλος υπάλληλος του ίδιου κέντρου υγείας, αναφέρει ότι κάποια φυλλάδια με οδηγίες έχουν δοθεί σε ξένους σε πολλές γλώσσες και έτσι κάπως το πρόβλημα επικοινωνίας έχει επιλυθεί. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε όλους αυτούς με σκοπό την προστασία της δημόσιας υγείας και ο ίδιος πιστεύει ότι είναι απαραίτητο να ενσωματωθούν στην ελληνική κοινωνία.

Γιάννης Ρ., Κέντρο Υγείας Βύρωνα:

«...έχουμε βγάλει κάποια φυλλάδια με βασικές πληροφορίες σε κάποιες γλώσσες... πολλοί μετανάστες έχουν τη γλωσσική δυνατότητα επικοινωνίας, δεν υπάρχει τόσο έντονο πρόβλημα επικοινωνίας... έρχονται ενημερωμένοι συνήθως... με τη σιωπηρή συναίνεση της πολιτείας, παρέχουμε υπηρεσίες σε όλους, τόσο για την προστασία της δημόσιας υγείας, όσο και για ανθρωπιστικούς, αλλά και πρακτικούς λόγους. Συνυπάρχουμε και πρέπει να τους δοθούν οι κατάλληλες συνθήκες για να ενσωματωθούν στην ελληνική κοινωνία...».

Αντίστοιχα, στο ίδιο θέμα, άλλη μια ιατρός από τον «Ευαγγελισμό» θεωρεί ότι σύμφωνα με τον νόμο προβλέπονται διαδικασίες και υποχρεώσεις, όμως οι καθημερινές πρακτικές και ο ανθρωπισμός των επαγγελματιών υγείας παραβλέπουν τον νόμο και εξυπηρετούν τους «παράνομους» μετανάστες.

Αντιγόνη Σ., ιατρός, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...το γράμμα του νόμου προβλέπει, οι καθημερινές πρακτικές και ο ανθρωπισμός των επαγγελματιών υγείας, παραβλέπουν...».

Νοσηλεύτης από το νοσοκομείο «Ευαγγελισμός» θεωρεί ότι δεν υπάρχει κάποια ιδιαίτερη ενημέρωση ή ειδική εκπαίδευση για τους μετανάστες και την εξυπηρέτησή τους. Σύμφωνα με τον ισχύοντα νόμο, απαγορεύεται η νοσηλεία όσων δεν είναι ασφαλισμένοι, με μοναδική εξαίρεση τα παιδιά. Από τη στιγμή που κάποιος ανασφάλιστος απαιτεί την παροχή υπηρεσιών υγείας, πρέπει να ειδοποιείται η αστυνομία. Απλά σύμφωνα με τη γνώμη και άλλων υπαλλήλων, υπάρχει ένας αυτοσχεδιασμός απέναντι σε ξένους ασθενείς. Πολλοί από τους εργαζόμενους θεωρούν ότι ο νόμος καλύπτει μόνο τους νόμιμους και ασφαλισμένους ασθενείς, αλλά το νοσοκομείο τους φροντίζει όλους.

Γιώργος Τ., νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«... Δεν προβλέπεται κάποια ενημέρωση, ειδική εκπαίδευση ή και ειδικά φυλλάδια στις γλώσσες τους, για την καλύτερη εξυπηρέτηση των μεταναστών. Ο νόμος ορίζει ρητά ότι οι μη νόμιμοι μετανάστες, εξαιρούνται τα παιδιά, δεν δικαιούνται νοσηλεία. Μάλιστα σύμφωνα με το γράμμα του νόμου, πρέπει να ειδοποιείται η αστυνομία, πράγμα το οποίο δεν τηρείται βέβαια και αυτό σε γνώση του κράτους. (Για λόγους προστασίας της δημόσιας υγείας, ανθρωπισμού κ.λπ.)...».

Επίσης, διαφαίνεται ότι και από το νοσοκομείο «Άγιος Σάββας» δεν προβλέπεται κάποια διαφορετική κατάσταση, απλά η παροχή φροντίδας σε όλους γίνεται για ανθρωπιστικούς λόγους, και συχνά δωρεάν. Πολλοί από τους εργαζομένους θεωρούν ότι ακόμα και αν κάποιοι από τους αλλοδαπούς χρειάζονται διερμηνέα, χρησιμοποιείται κάποια νοσηλεύτρια που γνωρίζει τη γλώσσα. Μάλιστα, μερικές φορές η κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου, με δική της πρωτοβουλία, αναζητά τον κατάλληλο διερμηνέα.

Νίκος Φ., νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«Δεν προβλέπεται κάτι ειδικά για τους μετανάστες. Βέβαια, απ' ότι γνωρίζω, μόνο οι νόμιμοι και ασφαλισμένοι δικαιούνται περίθαλψη, αλλά σε συνεργασία με τη διοίκηση του νοσοκομείου, για ανθρωπιστικούς λόγους, τους προσφέρεται δωρεάν στο νοσοκομείο μας...».

Υπάλληλος του ίδιου νοσοκομείου, αναφέρει λεπτομέρειες σχετικά με ένα ενημερωτικό φυλλάδιο στην ελληνική και αγγλική γλώσσα, το οποίο απευθύνεται σε όλους τους ασθενείς. Το θέμα είναι ότι οι αλλοδαποί γνωρίζουν τα δικαιώματά τους από τους συμπατριώτες τους και από ορισμένες μεταναστευτικές οργανώσεις. Σύμφωνα με τον νόμο, μόνο οι ασφαλισμένοι μετανάστες εξυπηρετούνται και ειδικά τα επείγοντα περιστατικά για μεταδιδόμενα νοσήματα, για λόγους προστασίας της δημόσιας υγείας. Εξαιρούνται φυσικά τα παιδιά. Παρ' όλα αυτά, όλοι οι μετανάστες εξυπηρετούνται με επιείκεια και ανοχή, καθώς τα ψυχολογικά, οικονομικά και άλλα προβλήματα των ασθενών πρέπει να λύνονται ανεξάρτητα από την εθνικότητα.

Ειρήνη Π. Άγιος Σάββας:

«... υπάρχει ένα ενημερωτικό φυλλάδιο, στα ελληνικά και στα αγγλικά που απευθύνεται σε όλους... αρκετοί από τους μετανάστες γνωρίζουν τα δικαιώματα

τους, είτε από συμπατριώτες τους παλιότερους στη χώρα, είτε από τις εθνικές οργανώσεις τους.... ο νόμος προβλέπει την περίθαλψη μόνο για τους νόμιμους και ασφαλισμένους μετανάστες, όπως επίσης την περίθαλψη για πραγματικά επείγοντα περιστατικά (για ζήτημα ζωής και θανάτου), ή βαριά μεταδιδόμενα νοσήματα (εξαιρεί επίσης και τα παιδιά...) στην πράξη όμως δεν εφαρμόζεται. Υπάρχει μεγάλη ανοχή στο νοσοκομείο, με αντίστοιχη ανοχή και στο υπουργείο... εξυπηρετούνται όλοι, είτε ως ασφαλισμένοι, είτε ως οικονομικώς αδύνατοι, με βιβλιάριο απορίας που παίρνουν, αν έχουν κάποιες προϋποθέσεις νομιμότητας, ή και χωρίς αυτά στη βάση της ανοχής, της επιείκειας και του ανθρωπισμού...
...ρόλος της κοινωνικής υπηρεσίας είναι να προσπαθεί να επιλύσει τα όποια κοινωνικά, ψυχολογικά, οικονομικά προβλήματα των ασθενών και των οικογενειών τους, ανεξαρτήτως καταγωγής και εθνικότητας...
...αν χρειαστεί και διερμηνέα φέρνουμε, και αποκλειστική νοσοκόμα προσφέρουμε (είτε με εθελοντική προσφορά, είτε αμειβόμενη από την κοινωνική υπηρεσία και το ταμείο απόρων ασθενών)...».

Αντίστοιχα, οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου «Αγία Ελένη» αναφέρουν ότι η νομοθεσία, η οποία πρέπει να ισχύει για τις γραφειοκρατικές υποθέσεις, εφαρμόζεται κανονικά για όλες τις περιπτώσεις και για τις ιατρικές εξετάσεις που απαιτούνται για τη διαδικασία της νομιμοποίησής τους και τη χορήγηση άδειας παραμονής και εργασίας στη χώρα. Η νομιμοποίηση των αλλοδαπών είναι μια σοβαρή υπόθεση και από τη στιγμή που πληρώνουν το κόστος των εξετάσεων, οι εργαζόμενοι, κατά πλειοψηφία, δεν έχουν θέμα. Από τότε που σύμφωνα με απόφαση του αρμόδιου Υπουργείου όλοι οι μετανάστες εξυπηρετούνται στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, ενημερώνονται σχετικά με αυτά τα θέματα από συμπατριώτες τους ή από τις κρατικές υπηρεσίες.

Ελένη Θ., νοσοκομείο «Σπηλιοπούλειο-Αγία Ελένη»:

«...εφαρμόζουμε τη νομοθεσία που αφορά τη γραφειοκρατική διαδικασία της νομιμοποίησης των μεταναστών, ως προς τις ιατρικές εξετάσεις, τις οποίες και πρέπει να πληρώνουν οι ίδιοι οι ενδιαφερόμενοι...»

Γιάννης Φ., νοσοκομείο «Σπηλιοπούλειο-Αγία Ελένη»:

«...ο νόμος, η απόφαση του υπουργού στέλνει τους μετανάστες εδώ... Για να έρχονται εδώ, είναι φανερό ότι έχουν ενημερωθεί σχετικά... από συμπατριώτες τους, κρατικές υπηρεσίες (π.χ. υπηρεσία αλλοδαπών...) δεν γνωρίζω...».

Από τον «Ευαγγελισμό», ιατρός αναφέρει ότι καμία εκπαίδευση δεν υπάρχει γύρω από τα θέματα νοσηλείας των αλλοδαπών.

Μάρκος Λ., ιατρός, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...ιδιαιτερη ενημέρωση ή εκπαίδευση για τους μετανάστες δεν υπάρχει. Κάνουμε ότι μπορούμε....».

Γενικότερα, το προσωπικό του νοσοκομείου «Ευαγγελισμού» γνωρίζει ότι μόνο οι νόμιμοι μετανάστες έχουν δικαίωμα νοσηλείας και φυσικά όλα τα παιδιά για ευνόητους λόγους. Για αυτό τον λόγο, και το προσωπικό του νοσοκομείου θεωρείται ανεκτικό. Από την άλλη πλευρά, τα προβλήματα που εμφανίζονται είναι πολλά και ανεξάρτητα από τις εθνικότητες.

Ελένη Γ., νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...τίποτα. Ούτε ενημέρωση, ούτε φυλλάδια. Αυτοσχεδιάζουμε...»

Λευτέρης Κ., νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...Ο νόμος καλύπτει μόνο τους νόμιμους και ασφαλισμένους μετανάστες. Παρ' όλα αυτά, το νοσοκομείο προσφέρει περίθαλψη σε όποιον τη χρειάζεται χωρίς εξαιρέσεις...».

Κώστας Ν., φυσιοθεραπευτής, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...το μόνο που γνωρίζω είναι ότι περίθαλψη, σύμφωνα με τον ισχύοντα νόμο, δικαιούνται μόνο οι νόμιμοι και ασφαλισμένοι μετανάστες και τα παιδιά, ανεξαρτήτως ... βέβαια για ευνόητους λόγους, όλοι στον χώρο της υγείας, είμαστε ανεκτικοί...».

Λουκία Φ., νοσηλεύτρια, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...δεν γνωρίζω να έχει γίνει κάποια συγκεκριμένη εκπαίδευση ή έστω ενημέρωση σχετικά με τους αλλοδαπούς ασθενείς... τα προβλήματα στη δουλειά μας είναι πολλά και ανεξάρτητα από την εθνικότητα των ασθενών...».

Σύμφωνα με έναν ιατρό από το νοσοκομείο «Άγιος Σάββας», δεν υφίσταται πλαίσιο εξειδικευμένης εκπαίδευσης στα θέματα των μεταναστών και το προσωπικό πράττει αυτό που θεωρεί σωστό και υπεύθυνο απέναντι στους αλλοδαπούς. Στην περίπτωση που ανακύπτουν δυσκολίες, τότε ζητούν τη βοήθεια άλλων συναδέλφων από ενδο-νοσοκομειακές υπηρεσίες.

Ιάσων Ν., ειδικευόμενος ιατρός, νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...δεν γνωρίζω κάποια διαδικασία που να εκπαιδεύεται ή έστω να έχει ειδική ενημέρωση για τους μετανάστες, ο οποίος επαγγελματίας υγείας, ιατρός, νοσηλεύτης κ.λπ... κάνουμε αυτό που πρέπει για όλους τους ασθενείς αδιακρίτως... για όποια προβλήματα προκύπτουν, π.χ. συνεννόησης ή οτιδήποτε άλλο, μόνοι μας βρίσκουμε λύση. Για κάτι πολύ δύσκολο ζητάμε τη βοήθεια των συναδέλφων ή άλλων ενδο-νοσοκομειακών υπηρεσιών π.χ. κοινωνική υπηρεσία, διοικητική κ.λπ....».

Σύμφωνα με την άποψη ενός νοσηλευτή από το ίδιο νοσοκομείο, ο νόμος δυστυχώς δεν ασχολείται με τέτοια πρακτικά θέματα καθημερινότητας, καθώς τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το προσωπικό δεν αναγνωρίζονται από τη νομοθεσία. Τα μόνα θέματα που τυγχάνουν αναγνώρισης είναι νομικά, όπως η νόμιμη περίθαλψη, η ασφαλιστική κάλυψη και η νόμιμη νοσηλεία, που κανείς όμως δεν τα τηρεί. Όλο το προσωπικό του νοσοκομείου του «Άγιου Σάββα» δεν τηρεί τη νομιμότητα, η οποία πρέπει να υπάρχει και να ακολουθείται, αφού σύμφωνα με την άποψή τους όλοι οι αλλοδαποί πρέπει να νοσηλεύονται.

Λεωνίδας Ν., νοσηλευτής, νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«... δεν νομίζω ότι ο νόμος εισέρχεται τόσο βαθιά, σε πρακτικά ζητήματα της καθημερινότητας του νοσοκομείου. Ρυθμίζει τυπικά και επιφανειακά κάποια γενικά θέματα και αγνοεί παντελώς τη δύσκολη και πολυποίκιλη καθημερινότητα... το μόνο για το οποίο προβλέπει, απ' ότι γνωρίζω τουλάχιστον, είναι η νόμιμη παραμονή του μετανάστη και η ασφαλιστική του κάλυψη, για να έχει δικαίωμα περίθαλψης και νοσηλείας... είναι κοινό μυστικό βέβαια, πως κι αυτό δεν τηρείται, πάντα με τη σιωπηρή συναίνεση του κράτους... κατά τα άλλα, οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία αυτοσχεδιάζουμε...».

Αλλά και στο κέντρο υγείας του Βύρωνα, φαίνεται ότι η πρακτική αντιμετώπισης είναι παρόμοια. Η επαφή με τους μετανάστες είναι μια καθημερινή υπόθεση. Όλοι εξυπηρετούνται ανεξάρτητα από την εθνικότητά τους, προκειμένου να ενταχθούν ομαλότερα στην ελληνική κοινωνία. Οι στάσεις, λοιπόν, αυτές βάσει όσων αναφέρουν, θεωρούνται ως ουδέτερες ή απλά αδιάφορες.

Επιπρόσθετα, ορισμένοι από το προσωπικό του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός» (ιατρός, νοσηλεύτρια και τραυματιοφορέας) ισχυρίζονται ότι όλοι οι αλλοδαποί στο νοσοκομείο δέχονται πολύ καλής μεταχείρισης, καθώς όλο το προσωπικό του νοσοκομείου ασχολείται με αυτούς. Αναφέρουν ότι από την πλευρά των μεταναστών υπάρχουν απαιτήσεις, παράπονα και νεύρα και ποτέ δεν είναι ευχαριστημένοι, ενώ οι Έλληνες ασθενείς δεν παραπονούνται. Υποστηρίζουν, επιπλέον, ότι μια τέτοια συμπεριφορά δεν θα την ανέπτυσαν στη χώρα τους. Επίσης, αναφέρουν ότι με την παρουσία χιλιάδων αλλοδαπών στο νοσοκομείο, το προσωπικό τρέχει ασταμάτητα και παράλληλα, τα περιστατικά κλοπών σε χρήματα και κινητά έχουν αυξηθεί.

Λουκία Φ., νοσηλεύτρια, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...ε, ασθενείς και οι μετανάστες, ασθενείς και οι έλληνες... τι να κάνεις, τη δουλειά σου κοιτάς ανεξαρτήτως της καταγωγής του αρρώστου σου...».

Αντίστοιχα, μια θετική άποψη με τάση κριτικής, εμφανίζεται από προσωπικό του Κέντρου Υγείας του Βύρωνα σχετικά με τη νοσηλεία των αλλοδαπών. Συγκεκριμένα, νοσηλεύτρια και διοικητικός υπάλληλος αναφέρουν ότι το νοσοκομειακό προσωπικό αλληλοϋποστηρίζεται, προκειμένου να ανταπεξέλθει καθημερινά σε πολλά προβλήματα που έχουν με τους αλλοδαπούς. Σύμφωνα με την άποψή τους, η εξυπηρέτηση προς τους αλλοδαπούς είναι μια καθημερινή υπόθεση και υποχρέωση και η προσπάθεια προστασίας μετάδοσης νοσημάτων είναι απαραίτητη για τη δημόσια υγεία. Υποστηρίζουν ότι η χρήση ξενόγλωσσου πληροφοριακού υλικού είναι πολύ χρήσιμη και στην πράξη παρέχεται βοήθεια στους μετανάστες κρυφά από την πολιτεία για καθαρά ανθρωπιστικούς λόγους.

Δήμητρα Κ., νοσηλεύτρια, Κέντρο Υγείας Βύρωνα (έχει εργαστεί για 11 χρόνια σε μεγάλο νοσοκομείο της Αθήνας και τα υπόλοιπα 7 στο Κέντρο Υγείας Βύρωνα):

«...οι συνθήκες δουλειάς σ' ένα Κέντρο Υγείας, είναι διαφορετικές, λίγο πιο ανθρώπινες από ότι σ' ένα μεγάλο νοσοκομείο με ξέφρενους ρυθμούς και μόνιμη ένταση... συνεργάζομαι με γιατρούς, μαίες, νοσηλευτές και επισκέπτες υγείας... εξυπηρετούμε καθημερινά αρκετές δεκάδες, με προκαθορισμένα ραντεβού ή

χωρίς ...έρχονται για έκτακτα περιστατικά, π.χ. μικροτραυματισμούς, για παρακολούθηση εγκύων και βρεφών, πολύ συχνά για εμβολιασμούς κ.λπ.... αρκετοί είναι οι μετανάστες, συχνά μπορεί να είναι και περισσότεροι από τους έλληνες...».

Γιάννης Ρ., Κέντρο Υγείας Βύρωνα (έχει εργαστεί σε μεγάλο νοσοκομείο της Αθήνας, επίσης έχει κάνει μετεκπαίδευση στον Καναδά):

«...καθημερινά ερχόμαστε σε επαφή με μετανάστες, είναι κομμάτι της δουλειάς μας... συχνά ο αριθμός των προσερχόμενων αλλοδαπών είναι μεγαλύτερος από τους γηγενείς... η μακροχρόνια επαφή με τους μετανάστες, έχει δώσει και στις δύο πλευρές, στοιχεία τα οποία μας βοηθάνε να επικοινωνούμε και να συνεργαζόμαστε...».

Αλλά και μια ιατρός από τον «Ευαγγελισμό» αναφέρει ότι το νοσοκομειακό προσωπικό παραβλέπει τους σχετικούς κανονισμούς.

Μάρκος Λ., ιατρός, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...καθημερινά ερχόμαστε σε επαφή με πολλούς μετανάστες, είναι κομμάτι της δουλειάς μας... σε γενικές γραμμές δεν υπάρχει ουσιαστική διαφορά μεταξύ ελλήνων αλλοδαπών ασθενών...»

Επίσης, δεν είναι λίγοι οι εργαζόμενοι σε νοσοκομεία όπως στον «Ευαγγελισμό», οι οποίοι θεωρούν ότι από τη στιγμή που δεν υπάρχει καμία ενημέρωση σχετική με τη νοσηλεία των αλλοδαπών ή/και κάποια εκπαίδευση, δεν πρέπει να δίνεται ιδιαίτερα μεγάλη σημασία σε αυτούς, εμφανίζοντας σχετικά μια ουδέτερη και αδιάφορη στάση. Από τη στιγμή που ο νόμος ορίζει ξεκάθαρα ποιοι από αυτούς πρέπει να νοσηλεύονται, για έναν υπάλληλο του νοσοκομείου τα πράγματα είναι σαφή. Σε όποια αντίθετη περίπτωση, πρέπει να ειδοποιείται η αστυνομία και να τηρείται ο νόμος. Ορισμένοι υπάλληλοι του ίδιου νοσοκομείου υποστηρίζουν ότι απλά αυτοσχεδιάζουν απέναντι στους αλλοδαπούς.

Το ίδιο συμβαίνει και με το νοσοκομείο «Άγιος Σάββας», που παρά τη νομοθεσία, η νοσηλεία απευθύνεται σε όλους ανεξάρτητα από εθνικότητα, φανερώνοντας αντίστοιχα μια ουδέτερη στάση. Το σημαντικό είναι να περιορισθούν τα «βαριά» περιστατικά και η μετάδοση των λοιμωδών νοσημάτων. Η ανοχή του νοσοκομείου απέναντι σε αλλοδαπούς είναι μεγάλη, όπως επίσης και του

Υπουργείου. Ο ρόλος της κοινωνικής υπηρεσίας είναι να λύνει τα κοινωνικά, οικονομικά και ψυχολογικά προβλήματα των ασθενών και ως εκ τούτου διασφαλίζεται η παρουσία διερμηνέα είτε με έξοδα της υπηρεσίας είτε εθελοντών, αλλά ακόμη και σε κάποιες περιπτώσεις αποκλειστικής νοσοκόμας.

Μαρίνα Λ., νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...έχω εργαστεί και σε άλλα νοσοκομεία ως εκπαιδευόμενη ή συμβασιούχος...

...τα ογκολογικά περιστατικά είναι βαριά, η καθημερινότητα είναι έντονη, φορτωμένη και φορτισμένη, συναισθηματικά. Κυρίως όταν έχεις νεαρά άτομα... εδώ τα πράγματα είναι διαφορετικά λόγω του καρκίνου. Υπάρχει μεγαλύτερη ευαισθησία... άνθρωποι είναι όλοι, υποφέρουν κι αυτοί το ίδιο...

...οι Έλληνες, εργοδότες τους ή γείτονές τους συμπαραστέκονται όταν δεν έχουν κάποιον δικό τους, ή δεν μπορούν οι ίδιοι να ανταπεξέλθουν...».

Η γραφειοκρατική διαδικασία νομιμοποίησης αλλοδαπών ισχύει επίσης για το νοσοκομείο «Σπηλιοπούλειο» και εφαρμόζεται, αναφέρει μια νοσηλεύτρια. Οι ιατρικές εξετάσεις γίνονται κανονικά, αλλά τις πληρώνουν οι ίδιοι οι αλλοδαποί. Ένας άλλος υπάλληλος, από το ίδιο νοσοκομείο, υποστηρίζει ότι από τη στιγμή που το Υπουργείο στέλνει τους αλλοδαπούς στο νοσοκομείο για εξετάσεις αυτό σημαίνει ότι οι ίδιοι είναι ενημερωμένοι είτε από συμπατριώτες τους είτε από τις κρατικές υπηρεσίες.

Ελένη Θ., νοσοκομείο «Σπηλιοπούλειο-Αγία Ελένη», προϊσταμένη τμήματος, (όλα τα χρόνια της προϋπηρεσίας είναι στο ίδιο νοσοκομείο):

«...οι αλλοδαποί αποτελούν τη συντριπτική πλειοψηφία των προσερχόμενων στο νοσοκομείο, από τη στιγμή που το Υπουργείο αποφάσισε, οι ιατρικές εξετάσεις που απαιτούνται για τη διαδικασία νομιμοποίησης των μεταναστών, να πραγματοποιούνται στο νοσοκομείο μας... είναι ειδική περίπτωση γιατί δεν πρόκειται για ασθενείς, αλλά υγιείς κατά βάση, που πρέπει να κάνουν υγειονομικές εξετάσεις ρουτίνας και πρόληψης... Καθημερινά προσέρχονται πολλοί μετανάστες, αλλά κατά καιρούς που γίνεται κάποια διαδικασία “μαζικής νομιμοποίησης” ο αριθμός τους αυξάνεται κατά πολύ... Κάποιες βασικές οδηγίες δίνονται σε κάποιες γλώσσες... ο χαρακτήρας του νοσοκομείου έχει αλλάξει, η καθημερινότητα μας έχει αλλάξει, οι ρυθμοί της δουλειάς μας επίσης...».

Το θέμα της ενημέρωσης σχετικά με τη νοσηλεία των αλλοδαπών απασχολεί πολλά νοσοκομεία και ιδιαίτερα αυτό του «Ευαγγελισμού», όπου υπάλληλοι μαρτυρούν ότι η σχετική ενημέρωση είναι ανύπαρκτη.

Λευτέρης Κ., νοσοκομείο «Ευαγγελισμός» (μετεκπαίδευση στο εξωτερικό, έκανε ειδικότητα και σε άλλα νοσοκομεία της Αθήνας)

«...Δεν γνωρίζω να προβλέπεται κάτι. Ο κάθε επαγγελματίας υγείας προσπαθεί να κάνει τη δουλειά του όπως μπορεί καλύτερα, με φιλότιμο και ευαισθησία, όσο οι συνθήκες το επιτρέπουν... είναι η γεωγραφική θέση του νοσοκομείου, στο κέντρο της Αθήνας, πολύ γνωστό σε όλους, έρχονται πολλοί μετανάστες... Έχω εργαστεί και σε νοσοκομεία της Αγγλίας. Εκεί είναι διαφορετικά τα πράγματα, άλλη η φιλοσοφία και η νοοτροπία σχετικά με τη λειτουργία των νοσοκομείων...»

Όπως αναφέρουν ιατροί και φυσιοθεραπευτές κάνουν ό,τι μπορούν. Συγκεκριμένα, ένας φυσιοθεραπευτής, τονίζει ότι αυτό που είναι γνωστό σε όλους είναι ότι μόνο οι ασφαλισμένοι δικαιούνται νοσηλείας και περίθαλψης, αλλά για ευνόητους λόγους το νοσοκομείο είναι ανεκτικό απέναντι και σε όσους δεν είναι. Μια νοσηλεύτρια αναφέρει ότι παρ' όλο που δεν υπάρχει σχετική ενημέρωση και ανεξάρτητα από τους αλλοδαπούς τα προβλήματα στη δουλειά είναι πολλά. Ειδικεύομενος ιατρός από το νοσοκομείο «Άγιος Σάββας» αναφέρει ότι δεν υπάρχει κάποια συγκεκριμένη διαδικασία, η οποία να υποδεικνύει πώς να συμπεριφέρονται σε αλλοδαπούς ασθενείς. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό προσπαθεί να διαχειριστεί διάφορα προβλήματα και μεταξύ άλλων και αυτό της συνεννόησης, αλλά η διαχείρισή τους γίνεται μέσω της βοήθειας συναδέλφων ή άλλων ενδο-νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Νοσηλεύτης από τον «Άγιο Σάββα» θεωρεί ότι δεν ασχολείται κανένας νόμος με τα πρακτικά αυτά θέματα. Η καθημερινότητα για αυτόν είναι αδιάφορη. Το μόνο που αναφέρει είναι ότι μονάχα οι ασφαλισμένοι δικαιούνται ιατρική κάλυψη και νοσηλεία. Κατά τα άλλα όλοι αυτοσχεδιάζουν για καλύτερο αποτέλεσμα. Νοσηλεύτρια του ίδιου νοσοκομειακού χώρου λέει ότι κανένας νόμος που αναφέρεται στη νομιμότητα του μετανάστη δεν τηρήθηκε ποτέ, απλά περιθάλπονται όλοι. Τα προβλήματα των εργαζομένων στο νοσοκομείο δεν φαίνεται να απασχολούν κανέναν υπεύθυνο. Η ταλαιπωρία που οι περισσότεροι γνωρίζουν δεν είναι τίποτα μπροστά στα προβλήματα που δημιουργούν οι μετανάστες, αλλά δεν νοιάζεται

κανένας. Από τη συνεργασία μεταξύ τους λύνονται τα προβλήματα και μόνο από αυτή.

Θωμάς Β., διοικητικός υπάλληλος, νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...εγώ είμαι εδώ 31 χρόνια, μια ζωή ...από τότε που το είχαν οι παπάδες... τα έχω δει όλα... τι τα θες;... Εμ, είναι δυνατόν να μην επιβαρύνουν οι ξένοι το νοσοκομείο... βέβαια και το προσωπικό επιβαρύνεται από τον όγκο της δουλειάς και τα ασφαλιστικά ταμεία... παλιά ήταν πολύ καλύτερα... το νοσοκομείο μας ήταν το καλύτερο, τώρα, άστα...».

Φρίντα Δ., νοσηλεύτρια, νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...όλα τα χρόνια μου εργάστηκα εδώ. Έχω ζήσει όλες τις αλλαγές που έγιναν στο νοσοκομείο, την αλλαγή από Ιδιωτικού Δικαίου σε Δημόσιο με την ένταξή του στο ΕΣΥ, την αλλαγή πολιτικών και στρατηγικών επιλογών για τη λειτουργία του νοσοκομείου, το πέρασμα από τον έλεγχο των θρησκευτικών οργανισμών στον έλεγχο του κράτους κ.λπ... με τη ραγδαία είσοδο μεταναστών στη χώρα, προέκυψε και ένας μεγάλος αριθμός αλλοδαπών ασθενών για το νοσοκομείο μας. Αυτό είχε πολλαπλές συνέπειες για το προσωπικό – αύξηση του όγκου δουλειάς, δυσκολίες λειτουργικές (επικοινωνία, προσαρμογή κ.ά.)... επίσης είχε σοβαρές οικονομικές συνέπειες για το νοσοκομείο και κατ' επέκταση για τα ασφαλιστικά ταμεία. Πολλοί απ' αυτούς είναι ανασφάλιστοι ή με λίγα ένσημα ασφαρίζονται και κάνοντας χρήση της ασφάλειας, επιβαρύνουν τα ταμεία με ποσά πολλαπλάσια απ' αυτά που κατέβαλλαν...».

Υπάλληλος προσωπικού ασφαλείας στο νοσοκομείο θεωρεί ότι αν και δεν γνωρίζει τη σχετική νομοθεσία απλά αναφέρει ό,τι βλέπει καθημερινά.

Έρση Μ., προσωπικό ασφαλείας, νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...τα βλέπω σαν απλός παρατηρητής, δεν είμαι υπάλληλος του νοσοκομείου για να υποστηρίξω τους “συναδέλφους μου” που θα λέγατε για κάποιον υπάλληλο του νοσοκομείου... δεν είμαι σε θέση να γνωρίζω για νομοθεσία και γραφειοκρατικά θέματα του νοσοκομείου, δεν είναι η δουλειά μου. Εγώ μόνο αυτά που βλέπω καθημερινά να συμβαίνουν σας λέω, τίποτα παρά πέρα...».

Τέλος, μαία από το Κέντρο Υγείας του Βύρωνα είναι κατηγορηματική, λέγοντας ότι όλο το προσωπικό του κέντρου βοηθά τους αλλοδαπούς, ανεξάρτητα

από την εθνικότητά τους, χωρίς διακρίσεις και χωρίς ποτέ να ελέγχεται η νομιμότητα ή η ασφάλιση αυτών. Ο βασικός λόγος είναι η πρόληψη μετάδοσης νοσημάτων και η προφύλαξη της δημόσιας υγείας. Στόχος τους η ένταξη των αλλοδαπών στην ελληνική κοινωνία.

Αθηνά Ζ., μαία, Κέντρο Υγείας Βύρωνα:

«...πριν έρθω εδώ, έχω εργαστεί σε ιδιωτικό μαιευτήριο και σε κρατικό νοσοκομείο... εδώ μου άρεσε περισσότερο για τους πιο χαλαρούς ρυθμούς δουλειάς αλλά, για να είμαι ειλικρινής, και για το ωράριο... οι μετανάστες που προσέρχονται είναι πολλοί, γυναίκες κυρίως με μωρά ή μικρά παιδιά... έρχονται για παρακολούθηση εγκύων και βρεφών, πολύ συχνά για εμβολιασμούς κ.λπ... αλλά και για έκτακτα περιστατικά, π.χ. μικροτραυματισμούς, για ενημέρωση σχετικά με διάφορα θέματα υγείας αλλά και για παραπομπή σε νοσοκομείο...».

Όλα τα παραπάνω υπόκεινται σε στάσεις των ερωτηθέντων που αναφέρονται ως ουδέτερες και αδιάφορες προς τους αλλοδαπούς και την περίθαλψή τους.

δ. *Η «μάλλον αρνητική στάση με κριτική»*

Αντιγόνη Σ., ιατρός, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

*«...πολλοί μετανάστες και νόμιμοι και παράνομοι... ο νόμος καλύπτει μόνο τους νόμιμους, αλλά και το προσωπικό του νοσοκομείου αλλά και όλο το σύστημα υγείας –μη γελιόμαστε- είναι όλοι ανεκτικοί και τους παρέχουμε κάθε φροντίδα, πάντα βέβαια σε βάρος του ασφαλιστικού συστήματος της χώρας, επιβαρύνεται ο έλληνας ασφαλισμένος και φορολογούμενος... τους πληρώνει διπλά...
...βέβαια έχει κάποια βάση αυτή η ανοχή για την προστασία του πληθυσμού, η ανεξέλεγκτη είσοδος τόσων μεταναστών, δυστυχώς συνοδεύεται και από την είσοδο στη χώρα μας, πάρα πολλών σοβαρών μεταδοτικών νοσημάτων, μερικά από τα οποία μόνο στη βιβλιογραφία τα είχαμε συναντήσει, είχαν εξαφανιστεί προ πολλού από την ελληνική κοινωνία, τουλάχιστον...».*

Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων καταγράφηκαν αρνητικές και ρατσιστικές στάσεις, καθώς αναφέρθηκε ότι οι αλλοδαποί μιλούν ελληνικά, αλλά τα ξεχνούν όποτε τους συμφέρει. Επίσης, πολλοί από τη Ρουμανία και Βουλγαρία δημιουργούν τα περισσότερα προβλήματα στο νοσοκομείο, αν και έχουν πλήρη εξυπηρέτηση,

συχνά σε βάρος των ελλήνων ασθενών. Κάποιοι άλλοι νοσηλεύονται δωρεάν παριστάνοντας την οικιακή βοηθό κάποιων ασθενών, ή εργάζονται παράνομα ως αποκλειστικοί νοσοκόμοι, προφασιζόμενοι αυτή την ιδιότητα, «κλέβοντας» θέσεις εργασίας από τους έλληνες εργαζόμενους στον κλάδο αυτό. Το σημαντικό είναι ότι οι περισσότεροι από αυτούς δεν πληρώνουν ασφάλιση όπως οι Έλληνες και έχουν την ίδια νοσηλεία, πράγμα που δεν είναι δίκαιο.

Αντίστοιχα στο παρόν ερευνητικό, νοσηλεύτρια και διοικητική υπάλληλος από τον «Ευαγγελισμό» λένε ότι κανείς από τα υπουργεία και τις κυβερνήσεις δεν δείχνει το παραμικρό ενδιαφέρον. *«Έβαλαν τους αλλοδαπούς στην Ελλάδα και τους παράτησαν. Οι νόμοι δεν είναι ξεκάθαροι, λένε και ξέλενε. Καμία σχέση ανάμεσα σε εγκύκλιους και μη λεκτικά μηνύματα»*. Αλλά και ένας ιατρός από το ίδιο νοσοκομείο ομολογεί πως παρ' όλο που κάποιοι από τους νόμους αναφέρουν τα δικαιώματα των ασφαλισμένων αλλοδαπών όλοι αυτοί τη δουλειά τους κάνουν, ασφαλισμένοι και μη. Οι «παράνομοι» δεν δείχνουν κανένα φόβο. Προσέρχονται με άνεση και απαιτούν.

Γιάννης Φ., νοσοκομείο «Σπηλιοπούλειο-Αγία Ελένη»:

«...έχω εργαστεί και σε μεγαλύτερο νοσοκομείο της Αθήνας... όταν ήρθα εδώ, ήταν ένα μικρό “οικογενειακό” νοσοκομείο, τώρα με το νέο του ρόλο, είναι ένα “κέντρο υποδοχής μεταναστών”... νοσηλεύουμε και κάποια περιστατικά, αλλά κατά βάση, από τότε που αποφασίστηκε από το Υπουργείο, να προσέρχονται εδώ οι μετανάστες που θέλουν να κάνουν τις ιατρικές εξετάσεις που απαιτούνται για τη γραφειοκρατία της νομιμοποίησης τους, το νοσοκομείο μετατράπηκε σε διαγνωστικό κέντρο για μετανάστες...».

Τέλος, αποκλειστική νοσηλεύτρια του «Άγιου Σάββα» αναφέρει ότι αν και δεν έχει αλλοδαπούς ασθενείς η ίδια, παρ' όλα αυτά έχει δει με πιο τρόπο συμπεριφέρονται στα νοσοκομεία. *«Όλο απειλές είναι και απαιτήσεις. Μόνο το δικό τους θέλουν να γίνεται. Το θράσος τους φτάνει μέχρι και να φέρνουν και τους συγγενείς τους για δωρεάν εξετάσεις ή ακόμα και να γεννήσουν δωρεάν. Είναι πολλές οι περιπτώσεις αλβανών, Μολδαβών και λοιπών που δίνουν 20 ευρώ σε γιατρούς για να τους συνταγογραφήσουν παράνομα φυσικά, τα όποια φάρμακα αγοράζουν από εδώ και τα πουλάνε στη χώρα τους, επιβαρύνοντας τα ασφαλιστικά μας ταμεία και τον κρατικό προϋπολογισμό»*.

Φένια Π., αποκλειστική νοσηλεύτρια, νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...αλλοδαπούς ασθενείς δεν έχω βέβαια εγώ, αλλά φροντίζοντας τους έλληνες ασθενείς μου (πελάτες), βλέπω τι γίνεται μέσα στο νοσοκομείο... όλοι τους απαιτητικοί είναι. Να δείτε πως απειλούν το προσωπικό του νοσοκομείου για να εξυπηρετηθούν πρώτοι, θα πάνε στον Τριανταφυλλόπουλο και στον Αυτιά σου λέει αν δεν τους κάνουν αυτό που θέλουν... άσε που φέρνουν και τα σόγια τους από τη χώρα τους για κάνουν εδώ τσάμπα εξετάσεις να γεννήσουν δωρεάν κ.λπ... και μόνο αυτά, ξέρω ένα σωρό περιπτώσεις αλβανών, Μολδαβών κ.λπ. που δίνουν 20 ευρώ στον γιατρό για να τους γράψει στο βιβλιάριο φάρμακα, ακριβά φάρμακα βέβαια, που τα παίρνουν και τα πάνε στη χώρα τους και τα πουλάνε...».

ε. Η «αρνητική-ρατσιστική στάση»

Αστεειυόμενος, ένας τραυματιοφορέας από το νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», αναφέρεται ότι πρέπει να διοργανωθεί αλβανοπακιστανικό σεμινάριο.

Λάμπρος Β., τραυματιοφορέας, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...ναι, θα μας κάνουν και αλβανοπακιστανικό σεμινάριο...» (ακολουθεί βρισιά).

Επίσης, μια νοσηλεύτρια και ένας νοσηλευτής ομολογούν ότι παράλληλα πρέπει να δοθούν και μαθήματα δουλικότητας από τη στιγμή που υπηρετούν όλοι τους αλλοδαπούς, αφού κανείς από αυτούς δεν υπακούει τον νόμο και τον παραμελούν συστηματικά. Προκειμένου να μη χαρακτηριστεί κανείς ρατσιστής ή και κορόιδο, οι αλλοδαποί βρίσκονται να εξυπηρετούνται πάντα. Άλλη μια νοσηλεύτρια από το νοσοκομείο «Ευαγγελισμός» αναφέρει ότι όλοι οι νόμοι λειτουργούν σε βάρος των εργαζομένων στα νοσοκομεία. Αν και όλοι οι Έλληνες δέχθηκαν τους αλλοδαπούς στη χώρα και στα σπίτια τους είναι σχεδόν αδύνατο να κυκλοφορήσουν ανενόχλητοι από αυτούς στο δρόμο.

Ρίτα Δ., νοσηλεύτρια, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...θα μας κάνουν και μαθήματα δουλικότητας να τους υπηρετούμε...».

Νίκος Δ., νοσηλευτής, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...ποιος νόμος; Αυτοί τον νόμο τον έχουν γραμμένο, ότι θέλουν κάνουν. Κι εμείς για να μην μας πουν ρατσιστές-κορόιδα, για να μη πω τίποτα χειρότερο, να μας πουν – τους έχουμε “ώπα-ώπα” ...».

Δάφνη Κ., νοσηλεύτρια, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...οι νόμοι είναι σε βάρος των ελλήνων και των εργαζομένων...

...εμείς (οι έλληνες) τους δεχτήκαμε στα σπίτια και τις δουλειές μας, τους βοηθήσαμε, τους προσφέραμε τα πάντα και τώρα δεν μπορούμε να κυκλοφορήσουμε μέρα μεσημέρι στη γειτονιά μας... έχω πέσει θύμα ληστείας δύο φορές από αλλοδαπούς...».

Εντελώς αρνητικός παρουσιάζεται ένας διοικητικός υπάλληλος από τον «Άγιο Σάββα», αναφέροντας ότι οι ξένοι δεν είναι σε τίποτε καλύτεροι από τους Έλληνες. *«Για ποιον λόγο θα πρέπει να εξυπηρετούνται όλοι στα νοσοκομεία και να έχουν και απαιτήσεις λοιπόν;».* Επίσης, βάσει των συνεντεύξεων αναφέρεται πως στη χώρα τους δεν είχαν τέτοια μεταχείριση και κανένας Έλληνας δεν θα είχε τέτοια μεταχείριση σε ξένες χώρες. Κανείς ανασφάλιστος Έλληνας δεν θα νοσηλευόταν σε κανένα ξένο νοσοκομείο. Οι Έλληνες είναι πολύ ανεκτικοί.

Θωμάς Β., διοικητικός υπάλληλος, νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...τι ιδιαίτερο να προβλέπεται για τους ξένους και γιατί παρακαλώ; Καλύτεροι είναι αυτοί από τους έλληνες; ...μια χαρά τους εξυπηρετούμε εδώ, ακόμα και τους παράνομους και τους ανασφάλιστους... έτσι τα είχαν και στη χώρα τους... τότε γιατί ήρθαν εδώ; ...να σου πω: αν πηγαίναμε εμείς στη χώρα τους, θα μας δεχόντουσαν καταρχήν; Δεν λέω δε για το αν θα μας φρόντιζαν ανασφάλιστους και παράνομους... τι λες τώρα, το μεγαλύτερο κορόιδο παγκοσμίως, είναι ο έλληνας...».

6.3.2 Βιώματα και αντιλήψεις

Η παρούσα ενότητα περιλαμβάνει απόψεις των συνεντευξιαζόμενων για την καταγραφή και ανάλυση του τρόπου που οργανώνονται και λειτουργούν οι Κρατικές Υπηρεσίες Υγείας με τη μορφή τυπολογίας. Επιπρόσθετα, περιλαμβάνει τον τρόπο με τον οποίο εσωτερικεύονται τα στοιχεία αυτά, τόσο από τους εργαζόμενους στις ΚΥΥ όσο και από τους μετανάστες που βιώνουν τις διάφορες στάσεις από τους εργαζόμενους στις ΚΥΥ, οι οποίες τελικά επηρεάζουν το όποιο θετικό ή αρνητικό αποτέλεσμα της κοινωνικής τους ένταξης και ενσωμάτωσης.

Υπάλληλος του Κέντρου Υγείας του Βύρωνα αναφέρει ότι όλο το νοσοκομειακό προσωπικό προσπαθεί ώστε να είναι κοντά στους μετανάστες αλλά όχι πάντα με επιτυχία. Όλοι οι αλλοδαποί πρέπει να εμβολιασθούν, ώστε να σταματήσει η μετάδοση νοσημάτων. Πρέπει να σταματήσουν οι όποιες οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες από τη μετάδοση αυτή. Για αυτό τον λόγο, υπάρχει συνεργασία με τις ΜΚΟ, αλλά και για λόγους πολιτισμικούς. Πολλοί από τους αλλοδαπούς έχουν διαφορετική αντίληψη σε θέματα υγείας και χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Η ενημέρωση και η φροντίδα σε αυτούς είναι απαραίτητη για την καλύτερη διαβίωσή τους. Στο συγκεκριμένο Κέντρο, υπάρχει η σχετική ενημέρωση και φροντίδα αλλά το τι συμβαίνει με όσους ζουν παράνομα είναι μια άλλη υπόθεση. Δεν είναι δυνατό όλοι να έχουν πληροφόρηση και φροντίδα και να λειτουργούν με τον ίδιο τρόπο.

α. Η «θετική-αλτρουιστική» στάση

Την καλύτερη γνώμη για το ΕΣΥ έχει ένας τραυματιοφορέας του Άγιου Σάββα. Μιχάλης Μ., τραυματιοφορέας, νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...εγώ δεν μπορώ να ξέρω τι λένε οι νόμοι, αλλά αυτό που κάθε μέρα βλέπω στο νοσοκομείο, είναι πως όλους τους φροντίζουν, χωρίς εξαίρεση από πού είναι ο καθένας ή αν έχει πληρώσει ΙΚΑ... και οι γιατροί και όλο το προσωπικό φροντίζουν όλους τους ασθενείς χωρίς να τους ξεχωρίζουν σε έλληνες και ξένους... Εγώ αυτό που σας λέω βλέπω, κάθε μέρα...».

β. Η «ουδέτερη-αδιάφορη» στάση

Ένας υπάλληλος από το προσωπικό ασφαλείας στον Άγιο Σάββα (Ερση Μ.) αναφέρει: «...νομίζετε πως όλοι οι μετανάστες που έρχονται στο νοσοκομείο είναι νόμιμοι και ασφαλισμένοι; όχι βέβαια... δεν είδα όμως ποτέ να διώξουν κάποιον γιατί είναι παράνομος στη χώρα ή ανασφάλιστος... όλοι έχουν δωρεάν περίθαλψη τελικά, αυτό ξέρω!...». Άλλη μια ιατρός ομολογεί ότι ο κάθε ένας από το προσωπικό του νοσοκομείου κάνει ότι μπορεί ανεξάρτητα από τη γραφειοκρατία. Για τους επαγγελματίες ιατρούς η εθνικότητα δεν παίζει ρόλο. Όμως, ο χρόνος που χρειάζεται ένας αλλοδαπός ασθενής είναι μεγάλος λόγω της έλλειψης επικοινωνίας και της ιδιαίτερης προσοχής που πρέπει να καταβάλλεται.

Αντιγόνη Σ., ιατρός, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...ανεξάρτητα από τα τυπικά και τα γραφειοκρατικά, οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία κάνουμε πραγματικά ό,τι μπορούμε για να εξυπηρετήσουμε όλους τους ασθενείς μας, είτε έλληνες είτε αλλοδαπούς... για τους περισσότερους επαγγελματίες υγείας δεν υπάρχει διαφορά... εδώ υπάρχουν και περιπτώσεις που δεν μπορείς να επικοινωνήσεις με έλληνες...».

Βάσει όλων των παραπάνω, λοιπόν, οι απαντήσεις των ερωτηθέντων φανερώνουν μια απλή αναφορά της κατάστασης. Εκτός των όσων αναφέρονται παραπάνω από τους ερωτηθέντες και πέραν των απαντήσεων που δίνουν αρχικά, συνεχίζουν λέγοντας πως ένα από τα βασικότερα προβλήματα και αδυναμίες που εντοπίζονται στον χώρο της υγείας και των νοσοκομείων που εργάζονται, είναι ότι οι πολίτες της χώρας έχουν επιβαρυνθεί με πάμπολλες δαπάνες για την ιδιωτική τους περίθαλψη σε μηνιαία βάση. Το καλό είναι ότι σε πολλές περιπτώσεις κάποιοι αλλοδαποί μιλούν ελληνικά. Αν όχι, μεσολαβεί κάποιος συγγενής τους ή γνωστός τους που μιλάει ελληνικά, αλλά όχι πάντα με επιτυχία. Από τη στιγμή που μπαينوβαίνουν για μακρό χρονικό διάστημα στο νοσοκομείο, αναγκαστικά μιλούν και τη γλώσσα. Ιδιαίτερο πρόβλημα συνεργασίας με ιατρούς παρουσιάζεται με κάποιες μουσουλμάνες γυναίκες που ζητάνε γυναίκες ιατρούς. Φυσικά, το νοσοκομείο έχει μεριμνήσει για κάτι τέτοιο. Αλλά και κάποιοι άνδρες ασθενείς δεν θέλουν γυναίκα να τους φροντίσει και ζητάνε άνδρες ιατρούς ή νοσηλευτές. Σε κάθε περίπτωση η κοινωνική υπηρεσία προσπαθεί να είναι ενήμερη γύρω από τη νομοθεσία και να δίνει καλύτερη πληροφόρηση σε αλλοδαπούς ασθενείς. Σχετικά αναφέρονται δύο νοσηλεύτριες:

Ρίτα Δ., νοσηλεύτρια, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...είτε μόνοι τους έρχονται, είτε συνοδευόμενοι, δεν έχουν πρόβλημα, τη δουλειά τους την κάνουν... τσάτρα πάτρα ελληνικά, (μερικοί Αλβανοί κυρίως τα ξέρουν καλύτερα από μας), αλλά την γκρίνια και την απαίτηση δεν χρειάζεται να ξέρουν ελληνικά, την καταφέρνουν μια χαρά και στη γλώσσα τους...».

Φρίντα Δ., νοσηλεύτρια, νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...το πρόβλημα της γλώσσας είναι το λιγότερο ως πρόβλημα επικοινωνίας. Γενικά τα κουτσοκαταφέρνουμε... έχει όμως άλλες πολύ σοβαρές συνέπειες, οικονομικές και λειτουργικές: ο γιατρός κάνοντας “αμυντική ιατρική” για να απαλλαγεί όποιων ευθυνών μπορεί να του καταλογιστούν μελλοντικά και επειδή

δεν είναι σίγουρος για τη σωστή συνεννόηση με τον αλλοδαπό ασθενή, παραγγέλλει διάφορες εξετάσεις τις οποίες δεν θα έκανε σε μια αντίστοιχη περίπτωση με έλληνα ασθενή... έτσι λοιπόν και ο όγκος εργασίας αυξάνεται στα εργαστήρια του νοσοκομείου με ευνόητες συνέπειες αλλά και οικονομικά επιβαρύνεται το νοσοκομείο και τα ασφαλιστικά ταμεία...».

Τέλος, από το νοσοκομείο «Αγία Ελένη» αναφέρουν ότι και εκεί οι αλλοδαποί είναι ενημερωμένοι και ότι επισκέπτονται το νοσοκομείο με κάποιον συνοδό για καλύτερη συνεννόηση. Φυσικά υπάρχουν οι απαραίτητες ανακοινώσεις σε κάποιες γλώσσες αλλά με τόσους πολλούς μετανάστες δεν υπάρχουν όλες. Υποστηρίζεται ότι πληρώνουν τις εξετάσεις τους, προκειμένου να ενταχθούν στην κοινωνία και να αποκτήσουν δικαιώματα.

Ελένη Θ., νοσοκομείο «Σπηλιοπούλειο-Αγία Ελένη»:

«...είναι ενημερωμένοι, γι' αυτό άλλωστε και έρχονται σε μας, είτε συνοδευόμενοι από κάποιον παλιότερο ή και ασυνόδευτοι...».

Νίκος Φ., νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...είναι ενημερωμένοι για τα δικαιώματά τους. Ειδικά όσοι είναι ασφαλισμένοι... Άλλοι γνωρίζουν ελληνικά, άλλοι όχι. Συνήθως συνοδεύονται από κάποιον που τους βοηθάει με τη γλώσσα, είτε έλληνα, είτε κάποιον δικό τους που ξέρει τη γλώσσα και συνήθως, είναι παλιότερος στην Ελλάδα... Βέβαια, υπάρχουν και περιπτώσεις με δυσκολία στην επικοινωνία, περιπτώσεις γυναικών, κυρίως από μουσουλμανικές χώρες που δεν αφήνουν άνδρες γιατρούς να τις εξετάσουν και φέρνουμε γυναίκα γιατρό για την περίπτωση, επίσης επειδή η θεραπεία είναι μακροχρόνια, πηγαινοέρχονται στο νοσοκομείο επί σειρά ετών, οπότε οι παλιοί ασθενείς γνωρίζουν ελληνικά...».

Μαρίνα Λ., νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...οι περισσότεροι γνωρίζουν τι δικαιούνται, καλύτερα και από τους έλληνες... μερικές φορές φέρνουν για νοσηλεία στην Ελλάδα και συγγενικά τους πρόσωπα που ζουν μόνιμα στη χώρα προέλευσης τους... πολλές φορές δεν κατανοούν κάποιες πρακτικές σχετικά με την υλοποίηση των οδηγιών που τους δίνονται για την ανάρρωσή τους... υπάρχει η κοινωνική υπηρεσία και οι εθελοντές που

προσφέρουν μεγάλη βοήθεια, τόσο στα γραφειοκρατικά, όσο και σε πρακτικά θέματα....».

Γιάννης Φ., νοσοκομείο «Σπηλιοπούλειο-Αγία Ελένη»:

«...άλλοι, όσοι έχουν πολύ καιρό εδώ, μιλάνε ελληνικά, άλλοι όχι, άλλοι συνοδεύονται, άλλοι μόνοι τους... έχουμε κάποιες ανακοινώσεις για βασικά πράγματα σε κάποιες από τις γλώσσες τους, αλλά είναι τόσοι πολλοί και από όλες τις χώρες, τι να προβλέψεις και τι να κάνεις... και βέβαια πληρώνουν για τις εξετάσεις που κάνουν, άλλωστε στη φάση που είναι, προσπαθούν να αποκτήσουν δικαιώματα εδώ, πρέπει να δείξουν καλή διαγωγή...».

Εργαζόμενοι από το Κέντρο Υγείας Βύρωνα υποστηρίζουν ότι και ενημέρωση από συγγενείς ή κάποιες οργανώσεις και τα περιστατικά είναι πολλά και ποικίλα. Πολύ πιο συχνά επισκέπτονται το Κέντρο Υγείας μητέρες με τα παιδιά τους για εμβολιασμό και παρακολούθηση ιώσεων. Λίγες από αυτές μιλούν ελληνικά και κάποιες άλλες όχι.

Δήμητρα Κ., νοσηλεύτρια, Κέντρο Υγείας Βύρωνα:

«...για να έρχονται εδώ, έχουν κάποια ενημέρωση, είτε από κάποιον συγγενή ή ομοεθνή τους, είτε από κάποιον γνωστό τους ή γείτονα έλληνα... συχνότερα έρχονται γυναίκες έγκυες ή μητέρες μικρών παιδιών για εμβολιασμό, παρακολούθηση ή για ιώσεις κ.λπ. ...άλλοι μιλάνε ελληνικά, έστω λίγο, ώστε να μπορούν να συνεννοηθούν στα βασικά, άλλοι όχι... κάποιοι συνοδεύονται από κάποιον δικό τους ή έλληνα που τους βοηθάει στην επικοινωνία, τουλάχιστον στην πρώτη τους επίσκεψη...».

Αντίστοιχα, τα προβλήματα επικοινωνίας υπάρχουν στο νοσοκομείο «Ευαγγελισμός» σύμφωνα με την άποψη ενός ιατρού. Αλλά το μεγαλύτερο πρόβλημα είναι το κόστος νοσηλείας που πρέπει αυτοί να πληρώσουν. Από τη στιγμή που υποβάλλονται σε ιατρικές εξετάσεις – και μάλιστα περισσότερες από το σύννητες, για να υπάρξει μια έγκυρη διάγνωση, το κόστος για τα ασφαλιστικά ταμεία είναι μεγάλο. Ο όγκος δουλειάς αυξάνεται μέρα με τη μέρα και η καθημερινότητα είναι δύσκολη.

Μάρκος Λ., ιατρός, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...πολλοί είναι αυτοί που δεν μιλάνε ελληνικά, αλλά πάντα υπάρχει τρόπος επικοινωνίας... τα κυρίως προβλήματα με τους μετανάστες είναι το μεγάλο

κόστος νοσηλείας τους, πρώτον για τα ασφαλιστικά ταμεία αλλά και για το νοσοκομείο, αφού πρέπει να τους υποβάλλουμε σε περισσότερες εργαστηριακές εξετάσεις απ' ότι τους έλληνες ασθενείς για να είμαστε βέβαιοι για την εγκυρότητα της διάγνωσης αφού η επικοινωνία είναι δύσκολη ή αμφίβολη... βέβαια η αθρόα προσέλευση των μεταναστών καθημερινά στα νοσοκομεία, αυξάνει τον όγκο της δουλειάς μας και επιβαρύνει την καθημερινότητά μας...».

γ. Η «μάλλον αρνητική στάση με κριτική»

Συνεχίζοντας, υπάλληλος του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός», σχολιάζει ότι οι πιο πολλοί αλλοδαποί πηγαίνουν στα νοσοκομεία, χωρίς κάποια συνοδεία. Δεν μιλούν τη γλώσσα και με κάποια λίγα αγγλικά ή γαλλικά προσπαθούν να συνεννοηθούν. Ακόμα και με χειρονομίες. Από την άλλη, όμως, όλοι γνωρίζουν τα δικαιώματά τους. Κάτι που έχει φανεί έπειτα από χρήση διερμηνέα και επίσης πολλοί από αυτούς δεν μιλούσαν τη γλώσσα της χώρας την οποία δήλωναν. Πολλοί ανασφάλιστοι δεν πληρώνουν και φεύγουν κρυφά από το νοσοκομείο και κάποιοι άλλοι επειδή διώκονται για λόγους εγκληματικότητας. Περίπου το 35% είναι ασφαλισμένοι και 65% ανασφάλιστοι.

Γιώργος Τ., νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...εκατοντάδες είναι οι μετανάστες που προσέρχονται καθημερινά στο νοσοκομείο... Λόγω της θέσης του νοσοκομείου, του είδους και του κεντρικού του ρόλου στο Σύστημα Υγείας, τόσο στα επείγοντα περιστατικά, στην εφημερία, όσο και στα τακτικά ραντεβού, η προσέλευση των μεταναστών είναι μεγάλη. Αντιστοιχεί κατά μέσο όρο στο 40% του συνόλου των προσερχομένων αλλά και των νοσηλευομένων στο νοσοκομείο.

...Δεν έχουν δείξει ενδιαφέρον για τους μετανάστες ασθενείς, ούτε οι οργανώσεις τους, ούτε και κάποιες ΜΚΟ... Στις οργανώσεις τους απευθυνόμαστε για πολύ σοβαρά θέματα όπως, σε περίπτωση θανάτου κάποιου αλλοδαπού ασθενή, αλλά δυστυχώς δεν έχουν δείξει ενδιαφέρον... Οι περισσότεροι έρχονται ασυνόδευτοι... Δεν γνωρίζουν ή απλά δεν χρησιμοποιούν την ελληνική γλώσσα. Συνεννοούνται στα Αγγλικά, Γαλλικά και/ή με νοήματα και χειρονομίες κυρίως... Σχεδόν όλοι τους είναι ενημερωμένοι για τα δικαιώματά τους και μάλιστα οι περισσότεροι εξ' αυτών είναι ιδιαίτερα απαιτητικοί και ορισμένες φορές και εριστικοί...

...Πολύ συχνά δηλώνουν ψεύτικη υπηκοότητα και αυτό έχει διαπιστωθεί στην προσπάθεια από την κοινωνική υπηρεσία, για αναζήτηση διερμηνέα για την καλύτερη εξυπηρέτησή τους, οπότε αποδείχθηκε ότι δεν μιλούσαν τη γλώσσα της χώρας την οποία δήλωσαν ως τόπο καταγωγής τους.

...Πολλές είναι οι περιπτώσεις που όντας ανασφάλιστοι, φεύγουν κρυφά από το νοσοκομείο για να μην πληρώσουν τα νοσήλια, αλλά και επειδή διώκονται για λόγους εγκληματικότητας.

...Το ποσοστό των ασφαλισμένων μεταναστών ανέρχεται στο 35% περίπου, ενώ το 65% είναι ανασφάλιστοι (από όσους προσέρχονται στον Ευαγγελισμό)

...Μεμονωμένες περιπτώσεις εξ' αυτών πληρώνουν τα νοσήλιά τους...

...Στο νοσοκομείο προσέρχονται και νοσηλεύονται για βαριά περιστατικά, καρδιολογικά, ορθοπεδικά, (πολύ ακριβές θεραπείες και επεμβάσεις με επιβαρυντική νοσηλεία, από οικονομική άποψη), είτε τραυματίες από άσκηση βαριάς σωματικής βίας μεταξύ μεταναστών κυρίως...».

Ελένη Γ., νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...όλα τα φρούτα έχουμε. Και μαχαιρωμένους εγκληματίες, και νοικοκυραίους ανθρώπους και μιλημένους επιτήδειους που έρχονται για τσάμπα νοσηλεία... Βέβαια, είναι πολλοί. Σχεδόν οι μισοί μας ασθενείς είναι μετανάστες... Οι περισσότεροι είναι ανασφάλιστοι, έρχονται μόνοι τους και φεύγουν όποτε θέλουν χωρίς να μας ενημερώσουν για να μη πληρώσουν...

Έρχονται διαβασμένοι, ξέρουν τα δικαιώματά τους καλύτερα από τους Έλληνες και τα απαιτούν, πολλές φορές με προκλητικό και ενοχλητικό τρόπο...

...Ελληνικά πολλοί από αυτούς δεν ξέρουν, αλλά κι αν ξέρουν κάνουν ότι δεν ξέρουν. Συνεννοούνται με παντομίμα, λίγα αγγλικά...».

Οι περιπτώσεις για τις οποίες νοσηλεύονται είναι κυρίως βαριά περιστατικά, καρδιολογικά επεισόδια, σοβαρές επεμβάσεις, ακριβές θεραπείες και τραυματισμούς από σωματικές βλάβες προκαλούμενες από βία. Επίσης, ένας υπάλληλος του νοσοκομείου αναφέρει ότι η διάγνωση είναι μια δύσκολη υπόθεση από τη στιγμή που υπάρχει θέμα γλώσσας. Για να είναι σίγουροι οι γιατροί, κάνουν πολλές εξετάσεις – περισσότερες από ό,τι θεσμικά προβλέπεται και εφαρμόζεται στους έλληνες ασθενείς, για να γίνει σωστή διάγνωση και να ξέρουν από τι πάσχει ο κάθε ένας.

Λίνα Κ., ιατρός, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...σε αρκετές περιπτώσεις χρειάζεται να διαθέσουμε περισσότερο χρόνο στον αλλοδαπό ασθενή από ό,τι στον Έλληνα, λόγω της γλώσσας, κι αυτό επιβαρύνει βέβαια τη ροή της δουλειάς μας. Μας βγάζει συχνά εκτός προγράμματος...

...στους μετανάστες γίνονται συνήθως περισσότερες εργαστηριακές εξετάσεις, από ό,τι προβλέπεται, για να αποκλείσουμε λάθος στη διάγνωση, με ευνόητες οικονομικές και λειτουργικές συνέπειες...».

Το ίδιο πιστεύει και ένας άλλος υπάλληλος από το νοσοκομείο «Άγιος Σάββας» αναφέροντας ότι όλοι αυτοί γνωρίζουν τα δικαιώματά τους και κυρίως οι ασφαλισμένοι. Κάποιοι τους βοηθούν στη γλώσσα για να συνεννοηθούν. Πολλές όμως είναι και οι περιπτώσεις στις οποίες κάποιες μουσουλμάνες δεν αφήνουν τους άνδρες ιατρούς να τις εξετάσουν και θέλουν γυναίκες ιατρούς, ειδικά αν ακολουθούν μακροχρόνιες θεραπείες. Μια ακόμα υπάλληλος από το ίδιο νοσοκομείο αναφέρει ότι και να ξέρουν τα δικαιώματά τους δεν ακολουθούν πάντα τη θεραπεία που τους παρέχεται, αλλά το ίδιο συμβαίνει και με τις οδηγίες που τους δίνονται. Υπάρχουν βέβαια και κάποιοι εθελοντές, οι οποίοι προσπαθούν να τους βοηθήσουν στην κατανόηση και την εφαρμογή των οδηγιών για τη θεραπεία τους.

Μαρία Δ., διοικητική υπάλληλος, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...οι περισσότεροι απ' αυτούς δίνουν ψεύτικα στοιχεία – εθνικότητα, όνομα, διεύθυνση, για να μην πληρώσουν επειδή είναι παράνομοι και ανασφάλιστοι... άσε που μερικοί φέρνουν από τις πατρίδες τους διάφορους συγγενείς και γνωστούς τους για να εξεταστούν ή και να νοσηλευτούν τζάμπα... έχουμε φέσια απ' αυτούς....».

Λίνα Κ., ιατρός, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...έχουν μεγάλη άνεση με το σύστημα, να φανταστείς, σου προτείνουν το πεννητάευρο για να τους κάνεις για παράδειγμα αξονική, χωρίς εντολή γιατρού, έτσι, γιατί έτσι θέλουν....».

Αναφέρουν, επίσης, πως για το συγκεκριμένο γεγονός αλλά και την έκταση των ιδιωτικών δαπανών για την πολιτική υγείας στο υπάρχον υγειονομικό σύστημα, είναι πολλοί εκείνοι οι πολίτες που το επικρίνουν και μάλιστα τοποθετούνται ανάλογα. Συνεχίζουν, λέγοντας πως στις μέρες μας δεν υπάρχει πολιτική βούληση για την

εξυγίανση του υγειονομικού συστήματος και της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι ιδιωτικές δαπάνες έχουν ξεπεράσει, εδώ και καιρό, τις δημόσιες και η φροντίδα σχετικά με την πρωτοβάθμια υγεία δεν έχει αναπτυχθεί καθόλου, με αποτέλεσμα να μεγαλώνει ο αριθμός των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων.

Σύμφωνα με έναν ερωτηθέντα ιατρό, προκαλεί ιδιαίτερη εντύπωση το γεγονός ότι το 57% των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία, περιλαμβάνει ασθενείς και πολίτες γενικότερα, οι οποίοι ανήκουν στο 60% των πολιτών που βρίσκονται κάτω από τα όρια της φτώχειας. Είναι γεγονός πως πλέον η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία, αυξάνεται σε κατακόρυφη βάση. Υπάρχει, λοιπόν, μια αντίφαση σε όλα αυτά, αφού κάθε χρόνο όλοι οι εργαζόμενοι πολίτες πληρώνουν μεγάλα χρηματικά ποσά από τον μισθό τους ως κρατήσεις για τη μελλοντική ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη. Συνεπώς, αντί οι ιδιωτικές δαπάνες να μειώνονται, συνεχώς αυξάνονται και η πολιτική υγείας που εφαρμόζεται δεν ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των ασθενών. Ο ίδιος συνεχίζει λέγοντας πως κανένας όμως από τους ασθενείς, δεν αναρωτήθηκε ποτέ ποιος είναι ο λόγος που πληρώνει τόσα χρήματα όταν δεν μπορεί να τα αξιοποιήσει σωστά. Και φυσικά δεν γίνεται κάποια κίνηση διαμαρτυρίας εκ μέρους των πολιτών για την καλύτερη εξυπηρέτησή τους από τα δημόσια ιατρεία και καλύτερη συμπεριφορά των εργαζομένων ιατρών σε αυτά. Μάλιστα, αναφέρει πως σύμφωνα με δικές του μελέτες που ανακοινώθηκαν σε πανελλήνιο επιστημονικό συνέδριο για τα οικονομικά της υγείας, το γεγονός αυτό αποδεικνύει ότι το 2007 δαπανήθηκαν περίπου 400 εκατομμύρια ευρώ για πληρωμές νοικοκυριών σε ιδιωτική ασφάλιση υγείας και περίθαλψης, ποσό που αντιπροσωπεύει το 66% της συνολικής ιατρικής δαπάνης.

6.3.3 Επαφή και συνεργασία των οικονομικών μεταναστών με τις ΚΥΥ

Η επαφή και συνεργασία των οικονομικών μεταναστών με τις ΚΥΥ, τα ιδιαίτερα κοινωνικά και άλλα χαρακτηριστικά τους, αξιολογούνται και μπορούν να επηρεάσουν εν τέλει την ένταξή τους; Δηλαδή για παράδειγμα, έχουν τις ίδιες ευκαιρίες και την ίδια αντιμετώπιση οι «παράνομοι» μετανάστες με «τους νόμιμους»; Αναφερόμενοι στον αν η επαφή και συνεργασία των οικονομικών μεταναστών με τις ΚΥΥ, τα ιδιαίτερα κοινωνικά και άλλα χαρακτηριστικά τους, αξιολογούνται και μπορούν να επηρεάσουν εν τέλει την ένταξή τους, είναι σημαντικό να αναφερθούν τα

στοιχεία των συνεντεύξεων εκ μέρους των ερωτηθέντων, με τις απαντήσεις που αναφέρουν στάσεις όπως καταγράφονται στη συνέχεια.

α. Η «θετική-αλτρουιστική» στάση

Μία από τις νοσηλεύτριες του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός» θεωρεί ότι ο κάθε ένας πρέπει να κάνει τη δουλειά του σωστά και να ασχολείται με όλους τους ασθενείς ανεξαρτήτως αν είναι Έλληνας ή αλλοδαπός. Η συγκεκριμένη στάση αναφέρεται ως ουδέτερη και διάφορη. Αντίστοιχα, σύμφωνα με την παραπάνω μαρτυρία είναι πολλοί νοσηλευτές, οι οποίοι θεωρούν ότι όλοι οι άνθρωποι είναι ασθενείς ανεξαρτήτως καταγωγής.

Λίνα Κ., ιατρός, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...δεν πάνε να λένε οι νόμοι και οι αστυνόμοι, αυτοί δεν έχουν πρόβλημα, είτε νόμιμοι είτε παράνομοι τη δουλειά τους την κάνουν κανονικά... δεν νομίζω ότι φοβούνται οι παράνομοι μετανάστες, έχουν ενημερωθεί πριν, κατάλληλα...».

Επιπλέον, εκφράζεται η άποψη ότι από τη στιγμή που τα μεταδιδόμενα νοσήματα είναι σε έξαρση, είναι απαραίτητη μια σωστή νοσηλεία, στάση βέβαια που μπορεί να χαρακτηριστεί ως θετικά προσκείμενη στους αλλοδαπούς. Αλλά και κάποια άλλη εργαζόμενη στο νοσοκομείο «Άγιος Σάββας» θεωρεί ότι κανείς δεν φρόντισε να παράσχει εκπαίδευση σε θέματα επικοινωνίας, φροντίδας και νοσηλείας των αλλοδαπών, ούτε το νοσοκομείο αλλά ούτε και το Υπουργείο. Το προσωπικό του νοσοκομείου αναλαμβάνει δικές του πρωτοβουλίες γύρω από αυτό το θέμα και υπάρχει και μια ομάδα εθελοντών που φροντίζει να ενημερώνει σχετικά, η οποία απαρτίζεται από καθηγητές, ιατρούς του νοσοκομείου, νοσηλευτές και άλλα άτομα.

Ειρήνη Π., νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...ούτε το νοσοκομείο, ούτε και το Υπουργείο προβλέπουν κάποια εκπαίδευση, έστω ενημέρωση, για τον τρόπο επικοινωνίας και εξυπηρέτησης των μεταναστών ασθενών, αλλά και γενικότερα... με δική μας πρωτοβουλία, η κοινωνική υπηρεσία και η ομάδα εκπαιδευμένων, πλέον, εθελοντών, φροντίζουν να ενημερωθούν και να εκπαιδευτούν από εθελοντικά προσφερόμενους ειδικούς-καθηγητές πανεπιστημίου κ.λπ... Μαθαίνουμε για τις πραγματικές ανάγκες και τον τρόπο ικανοποίησης όλων ανεξαιρέτως των ασθενών και των μεταναστών συμπεριλαμβανομένων... έχω εργαστεί και σε άλλες κοινωνικές υπηρεσίες του

Υπουργείου Υγείας, εδώ όμως τα πράγματα είναι διαφορετικά. Ο ανθρώπινος πόνος είναι μεγαλύτερος, η απόγνωση αποτελεί καθημερινότητα, οι ανάγκες είναι τεράστιες και η αίσθηση της προσφοράς, εμφανέστερη... Προσπαθείς να καλύψεις όσο περισσότερες από τις πολλές ανάγκες που έχουν οι καρκινοπαθείς και οι οικογένειές τους, είτε πρόκειται για Έλληνες, είτε για αλλοδαπούς μετανάστες... αρκετοί μιλάνε ελληνικά... όταν έχουμε πρόβλημα επικοινωνίας απευθυνόμαστε στις οργανώσεις τους, αλλά η ανταπόκριση και το ενδιαφέρον τους είναι ελάχιστο... οι περισσότεροι ασθενείς συνοδεύονται από κάποιον που μιλάει τη γλώσσα, συγγενή, γείτονα, εργοδότη... οι περισσότεροι συνεννοούνται στα ελληνικά, γιατί μπαينوβγαίνουν στο νοσοκομείο για πολλούς μήνες ή και χρόνια και στο μεταξύ έχουν μάθει τη γλώσσα... κάποιες γυναίκες, μουσουλμανικής καταγωγής κυρίως, έχουν ιδιαίτερο πρόβλημα συνεργασίας με τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό... φροντίζουμε ώστε να έχουν τη δυνατότητα να τις φροντίζει γυναίκα επαγγελματίας... μερικές φορές και άνδρες ασθενείς αρνούνται τη φροντίδα γυναικών επαγγελματιών και ζητάνε άνδρα γιατρό ή νοσοκόμο... η κοινωνική υπηρεσία προσπαθεί να είναι ενήμερη για τη νομοθεσία και ό,τι γραφειοκρατικό αφορά στους μετανάστες για να έχει τη δυνατότητα να τους προσφέρει την πληροφόρηση και την υποστήριξη που χρειάζονται...».

Με αυτόν τον τρόπο μαθαίνουν τον τρόπο επικοινωνίας με αλλοδαπούς. Η νοοτροπία στην Ελλάδα είναι διαφορετική από αυτήν του εξωτερικού. Το θέμα είναι όμως ότι ο ανθρώπινος πόνος αφορά σε όλους τους ασθενείς και η ανάγκη της προσφοράς πρέπει να είναι μεγάλη από όλους. Επίσης, η ανάγκη για κάλυψη νοσηλείας σε καρκινοπαθείς πρέπει να είναι όσο το δυνατόν μεγαλύτερη, ανεξαρτήτως αν πρόκειται για Έλληνες ή αλλοδαπούς. Μία από τις προϊσταμένες στο νοσοκομείο «Αγία Ελένη» ομολογεί ότι ο μεγαλύτερος αριθμός ασθενών στο νοσοκομείο είναι αλλοδαποί, καθώς ένας από τους βασικότερους λόγους είναι η σχετική απόφαση του Υπουργείου ότι οι ιατρικές εξετάσεις είναι απαραίτητες προκειμένου να τους δοθεί η νομιμοποίηση. Στην πραγματικότητα, είναι πολλοί από αυτούς υγιείς και απλά κάνουν εξετάσεις ρουτίνας. Υπάρχουν κάποιες περίοδοι που συγκεντρώνονται μαζικά, ανάλογα με τις αποφάσεις των Υπουργείων για τη μαζική νομιμοποίηση αλλοδαπών. Από τη στιγμή που εκδόθηκε η σχετική απόφαση, η λειτουργία του νοσοκομείου άλλαξε όπως και η καθημερινότητα για τους εργαζομένους.

β. Η «μάλλον θετική στάση με κριτική»

Γιάννης Ρ., ιατρός, Κέντρο Υγείας Βύρωνα:

«...προσπαθούμε να επικοινωνούμε και να είμαστε σε επαφή με τις οργανώσεις των μεταναστών, όχι πάντα επιτυχώς... πρέπει να τους ενημερώσουν όλους, αν είναι δυνατόν, ώστε να εμβολιαστούν για μεταδοτικά νοσήματα, τα οποία θέτουν σε κίνδυνο όλο τον πληθυσμό της χώρας, με τις ανάλογες κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες... το ίδιο προσπαθούμε να συνεργαστούμε και με κάποιες ΜΚΟ, για τους ίδιους λόγους... κάποιοι απ' αυτούς, για λόγους πολιτισμικούς, (χώρα καταγωγής) κοινωνικοοικονομικούς, (χαμηλό μορφωτικό επίπεδο), έχουν διαφορετική αντίληψη και πρακτική για θέματα υγιεινής, φροντίδας των βρεφών κ.λπ.... χρειάζονται ενημέρωση και εκπαίδευση αν θέλετε, για να καλύπτουν τις ανάγκες της διαβίωσης τους... όσοι προσέρχονται σ' εμάς, έχουν κάποια ενημέρωση και αντιμετωπίζουν τα όποια προβλήματα υγείας και υγιεινής ικανοποιητικά, δεν γνωρίζω όμως πόσοι είναι αυτοί που ζουν "παράνομα" και δεν έχουν την πληροφόρηση και τη δυνατότητα να λειτουργήσουν με τον ίδιο τρόπο... είναι ευθύνη της πολιτείας / του Υπουργείου να μεριμνήσει....».

Ιάσων Ν., ειδικευόμενος ιατρός, νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...εμείς οι ειδικευόμενοι τραβάμε το κουπί σε κάθε νοσοκομείο. Από μας λειτουργούν τα εξωτερικά ιατρεία και τα επείγοντα, εμείς βγάζουμε τις εφημερίες, εμείς κρατάμε τις κλινικές και τρέχουμε μέρα-νύχτα, εμείς δεχόμαστε όλο τον όγκο της δουλειάς και την πίεση, εμείς "λουζόμαστε" και τις παραξενιές, τις απαιτήσεις και τα όποια προβλήματα προκύπτουν, τόσο από τους Έλληνες, όσο και από τους αλλοδαπούς ασθενείς...».

Από το ίδιο νοσοκομείο νοσηλευτής αναφέρει ότι η εμπειρία του από ιδιωτικό νοσοκομείο είναι διαφορετική, καθώς οι ρυθμοί εργασίας είναι λιγότεροι, όπως επίσης και η προσέλευση των αλλοδαπών. Πάντως, σύμφωνα με τη γνώμη του, πολλά από τα προβλήματα των νοσοκομείων δεν οφείλονται στους αλλοδαπούς. Ο ίδιος κάνει τη δουλειά του ανεξάρτητα από τη καταγωγή του κάθε ασθενή.

Λεωνίδας Ν., νοσηλευτής, νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...έχω εργαστεί για σχεδόν δύο χρόνια και σε ιδιωτικό νοσοκομείο, εκεί είναι διαφορετικά όλα. Οι συνθήκες εργασίας, οι ρυθμοί... οι μετανάστες είναι πολύ λιγότεροι εκεί βέβαια... σε γενικές γραμμές δεν νομίζω ότι υπάρχουν σοβαρά προβλήματα στο νοσοκομείο, εξαιτίας των μεταναστών... εγώ τουλάχιστον, σε προσωπικό επίπεδο πάντα, θεωρώ ότι η δουλειά μου είναι ανεξάρτητη από την καταγωγή του ασθενή που νοσηλεύω...».

Από το νοσοκομείο «Σπηλιοπούλειο-Αγία Ελένη» ιατρός αναφέρει ότι υπάρχουν πολλές και διαφορετικές περιπτώσεις σε κάθε νοσοκομείο. Το συγκεκριμένο νοσοκομείο είχε δημιουργήσει μια «οικογενειακή ατμόσφαιρα», καθώς υπήρχε μια διάχυτη οικειότητα και σεβασμός από τους εργαζομένους σε όλους τους κλάδους. Παρ' όλα αυτά, μετά από την προσέλευση των αλλοδαπών το κλίμα αυτό έχει κάπως αλλάξει. Οι περισσότεροι πλέον εργάζονται μηχανικά και αποσπασματικά.

Ηλίας Κ., ιατρός, νοσοκομείο «Σπηλιοπούλειο»:

«...έχω εργαστεί και σε άλλα νοσοκομεία πριν να έρθω στο Σπηλιοπούλειο, διαφορετικές περιπτώσεις, σαφώς... επέλεξα να μείνω στο Σπηλιοπούλειο γιατί τόσο ο χαρακτήρας, όσο και το μέγεθος του νοσοκομείου, επέτρεπαν τη δημιουργία οικογενειακού κλίματος... υπήρχε μια διάθεση οικειότητας και μια συνεργασία φιλική, με κατανόηση, αλληλοβοήθεια και σεβασμό ανάμεσα στους εργαζόμενους όλων των κλάδων. Είχες αναπτυγμένη την αίσθηση της ομαδικότητας και της συνεργατικότητας... τώρα (μετά την κατά κάποιο τρόπο αλλαγή αντικειμένου, την αθρόα προσέλευση μεταναστών για εξετάσεις), έχει αλλάξει αυτό κάπως, λειτουργούμε μάλλον μηχανικά και αποσπασματικά...».

Άλλη μια μαρτυρία νοσηλεύτριας από το νοσοκομείο «Άγιος Σάββας» περιγράφει την κατάσταση του νοσοκομείου, καθώς όπως αναφέρει έχει ζήσει όλες τις αλλαγές που έχουν σημειωθεί σε αυτό και οι οποίες αφορούν στη νομική του μορφή, με την ένταξή του στο ΕΣΥ, την αλλαγή πολιτικών και στρατηγικών επιλογών, καθώς και τους θρησκευτικούς οργανισμούς και την επιρροή τους στο κράτος. Οι συνέπειες που σημειώθηκαν στο προσωπικό από την είσοδο των αλλοδαπών, τόσο στο κράτος αλλά και στο νοσοκομείο καθημερινά ήταν μεγάλες και σοβαρές. Ο όγκος εργασίας αυξήθηκε και οι δυσκολίες ήταν πολλές. Το ίδιο όμως συνέβη και ως προς τις οικονομικές συνέπειες, αφού οι περισσότεροι από τους

αλλοδαπούς είναι ανασφάλιστοι με αποτέλεσμα να επιβαρύνουν τα ασφαλιστικά ταμεία.

Μια υπάλληλος προσωπικού ασφαλείας του «Αγίου Σάββα» θεωρεί ότι έχει έναν ρόλο παρατηρητή στο νοσοκομείο λόγω της θέσης εργασίας της. Η ίδια θεωρεί ότι τα προβλήματα συμπεριφοράς που αντιμετωπίζει το νοσοκομείο υπήρχαν και παλαιότερα και από τους Έλληνες ασθενείς. Θεωρεί ότι οι ξένοι διαθέτουν λιγότερη υπομονή και ηρεμία από τους Έλληνες. Οι ιατροί, όμως, φέρονται κάπως καλύτερα σε αυτούς και ο ρατσισμός απλά είναι μια ιδέα.

Έρση Μ., προσωπικό ασφαλείας, νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...τα βλέπω σαν απλός παρατηρητής, δεν είμαι υπάλληλος του νοσοκομείου για να υποστηρίξω τους συναδέλφους μου που θα λέγατε για κάποιον υπάλληλο του νοσοκομείου... εντάξει μπορεί το προσωπικό, ιατροί, νοσοκόμες κ.λπ. να μην έχουν πάντα την καλύτερη συμπεριφορά, αλλά αυτό συμβαίνει με όλους, Έλληνες και ξένους ασθενείς, αδιακρίτως... και μάλιστα μερικές φορές έχουν καλύτερη συμπεριφορά, μεγαλύτερη υπομονή και ηρεμία με τους ξένους, από ό,τι συμβαίνει με τους Έλληνες. Αυτή είναι η αλήθεια... ρατσισμό, εγώ προσωπικά δεν έχω αντιληφθεί ποτέ...».

γ. Η «ουδέτερη-αδιάφορη» στάση

Από το Κέντρο Υγείας του Βύρωνα μια υπάλληλος ομολογεί ότι στην αρχή της άρεσε η δουλειά της λόγω της χαλαρότητας που υπήρχε. Με τον καιρό, όμως, οι αλλοδαπές γυναίκες, οι οποίες επισκέπτονται το νοσοκομείο είναι ολοένα και περισσότερες και συνήθως έρχονται για οποιονδήποτε λόγο, με συνέπεια τον αυξανόμενο φόρτο εργασίας και τη συνεχή ένταση.

Αθηνά Ζ., μαία, Κέντρο Υγείας Βύρωνα:

«...πριν έρθω εδώ, έχω εργαστεί σε ιδιωτικό μαιευτήριο και σε κρατικό νοσοκομείο... εδώ μου άρεσε περισσότερο για τους πιο χαλαρούς ρυθμούς δουλειάς αλλά, για να είμαι ειλικρινής, και για το ωράριο... οι μετανάστες που προσέρχονται είναι πολλοί, γυναίκες κυρίως με μωρά ή μικρά παιδιά... έρχονται για παρακολούθηση εγκύων και βρεφών, πολύ συχνά για εμβολιασμούς κ.λπ... αλλά και για έκτακτα περιστατικά, π.χ. μικροτραυματισμούς, για ενημέρωση σχετικά με διάφορα θέματα υγείας αλλά και για παραπομπή σε νοσοκομείο...».

Το μόνο σίγουρο είναι ότι οι μετανάστες έχουν απαιτήσεις. Ένας άλλος από το προσωπικό του νοσοκομείου «Άγιος Σάββας» ομολογεί ότι ο κάθε ένας από το προσωπικό κάνει ό,τι αυτός θεωρεί σωστό, σε σχέση με τους μετανάστες, χωρίς να υπάρχει κάποιο πρωτόκολλο. Πιστεύει ότι η κεντρική θέση στην οποία βρίσκεται το νοσοκομείο είναι ο βασικός λόγος για τον οποίο έρχονται πολλοί μετανάστες. Η εμπειρία του από την Αγγλία είναι διαφορετική από της Ελλάδας, καθώς στο εξωτερικό τα πράγματα λειτουργούν διαφορετικά. Αλλά και η εμπειρία μιας άλλης νοσηλεύτριας είναι σχεδόν η ίδια αφού ομολογεί ότι η καθημερινότητα στο συγκεκριμένο νοσοκομείο είναι πάντα φορτισμένη. Τα ογκολογικά τμήμα είναι από τα πιο δύσκολα και συναισθηματικά φορτισμένα, ιδίως αν υπάρχουν νεαρά άτομα ασθενείς. Όλοι οι ασθενείς όμως υποφέρουν το ίδιο. Ο κόσμος συχνά τους συμπαράστέκεται, ειδικά αν αυτοί δε έχουν δικά τους πρόσωπα. Κάποιος άλλος εργαζόμενος του νοσοκομείου «Άγιος Σάββας» με εμπειρία στο εξωτερικό αναφέρει ότι οι αλλοδαποί αποτελούν ένα μεγάλο αριθμό ασθενών, οι οποίοι μάλιστα είναι και ενημερωμένοι.

Νίκος Φ., νοσοκομείο «Άγιος Σάββας» (με εμπειρία και από άλλα νοσοκομεία, έχει μετεκπαιδευτεί στην Αγγλία, χειρουργεί κυρίως γυναίκες και ειδικεύεται στο μαστό).

«...καθημερινά προσέρχεται μεγάλος αριθμός ασθενών, οι περισσότεροι για πολλοστή φορά ένεκα της φύσης της νόσου, μεταξύ αυτών και πολλοί μετανάστες... λόγω της εξειδίκευσης του νοσοκομείου έρχονται και αρκετοί μετανάστες, άνδρες και γυναίκες, προφανώς ενημερωμένοι, πολύ συχνά συνοδευόμενοι από συγγενικά τους πρόσωπα ή έλληνες φίλους, γείτονες, συχνά και από τους εργοδότες τους...».

Ελένη Θ., νοσοκομείο «Σπηλιοπούλειο-Αγία Ελένη», προϊσταμένη τμήματος (με όλα τα χρόνια προϋπηρεσίας στο ίδιο νοσοκομείο):

«...οι αλλοδαποί αποτελούν τη συντριπτική πλειοψηφία των προσερχόμενων στο νοσοκομείο, από τη στιγμή που το Υπουργείο αποφάσισε οι ιατρικές εξετάσεις που απαιτούνται για τη διαδικασία νομιμοποίησης των μεταναστών, να πραγματοποιούνται στο νοσοκομείο μας... είναι ειδική περίπτωση γιατί δεν πρόκειται για ασθενείς, αλλά υγιείς κατά βάση, που πρέπει να κάνουν υγειονομικές εξετάσεις ρουτίνας και πρόληψης... Καθημερινά προσέρχονται πολλοί μετανάστες, αλλά κατά καιρούς που γίνεται κάποια διαδικασία “μαζικής

νομιμοποίησης” ο αριθμός τους... Κάποιες βασικές οδηγίες δίνονται σε κάποιες γλώσσες... ο χαρακτήρας του νοσοκομείου έχει αλλάξει αυξάνεται κατά πολύ..., η καθημερινότητά μας έχει αλλάξει, οι ρυθμοί της δουλειάς μας επίσης...».

Ένας ακόμα εργαζόμενος στο ίδιο νοσοκομείο, αναφέρει ότι αν και έχει εμπειρία και σε ακόμα μεγαλύτερο νοσοκομείο στην Αθήνα, επέλεξε το συγκεκριμένο νοσοκομείο για ειδικούς λόγους, ενώ πλέον αποτελεί κέντρο υποδοχής μεταναστών.

Ηλίας Κ., ιατρός, νοσοκομείο «Σπηλιοπούλειο»:

«...έχω εργαστεί και σε άλλα νοσοκομεία πριν να έρθω στο Σπηλιοπούλειο, διαφορετικές περιπτώσεις, σαφώς... επέλεξα να μείνω στο Σπηλιοπούλειο γιατί τόσο ο χαρακτήρας, όσο και το μέγεθος του νοσοκομείου, επέτρεπαν τη δημιουργία οικογενειακού κλίματος... υπήρχε μια διάθεση οικειότητας και μια συνεργασία φιλική, με κατανόηση, αλληλοβοήθεια και σεβασμό ανάμεσα στους εργαζόμενους όλων των κλάδων. Είχε αναπτυγμένη την αίσθηση της ομαδικότητας και της συνεργατικότητας... τώρα (μετά την κατά κάποιο τρόπο αλλαγή αντικειμένου, την αθρόα προσέλευση μεταναστών για εξετάσεις), έχει αλλάξει αυτό κάπως, λειτουργούμε μάλλον μηχανικά και αποσπασματικά...».

Όσο για το Κέντρο Υγείας Βύρωνα ένας από τους εργαζομένους, νοσηλεύτης, αναφέρει ότι από τη μακροχρόνια εμπειρία του σε μεγάλα νοσοκομεία της Αθήνας έχει αποκομίσει μια διαφορετική αίσθηση και ότι το Κέντρο Υγείας διαφέρει από ένα μεγάλο νοσοκομείο. Η διαφορά εντοπίζεται στους εξαντλητικούς ρυθμούς δουλειάς, στις πολλές ώρες εργασίας και σε μια μόνιμη ένταση. Η μόνιμη συνεργασία με μαίες, ιατρούς και επισκέπτες υγείας είναι φορτισμένη σχεδόν πάντα υπό την πίεση των πολλών περιστατικών. Οι μετανάστες είναι πολλοί και συνήθως έρχονται για εμβολιασμούς, παρακολούθηση εγκύων ή βρεφών. Ένας άλλος εργαζόμενος στο ίδιο κέντρο υγείας θεωρεί ότι η επαφή με τους μετανάστες, οι οποίοι είναι περισσότεροι από τους Έλληνες, είναι καθημερινή υπόθεση και αποτελεί σημαντικό μέρος της εργασίας του, ενώ πιστεύει ότι με τα χρόνια η επικοινωνία μαζί τους είναι καλύτερη.

Δήμητρα Κ., νοσηλεύτρια, Κέντρο Υγείας Βύρωνα (έχει εργαστεί για 11 χρόνια σε μεγάλο νοσοκομείο της Αθήνας και τα υπόλοιπα 7 στο Κέντρο Υγείας Βύρωνα):

«...οι συνθήκες δουλειάς σ’ ένα Κέντρο Υγείας, είναι διαφορετικές, λίγο πιο ανθρώπινες από ότι σ’ ένα μεγάλο νοσοκομείο με ξέφρενους ρυθμούς και μόνιμη

ένταση... συνεργάζομαι με ιατρούς, μαίες, νοσηλευτές και επισκέπτες υγείας... εξυπηρετούμε καθημερινά αρκετές δεκάδες, με προκαθορισμένα ραντεβού ή χωρίς... έρχονται για έκτακτα περιστατικά, π.χ. μικροτραυματισμούς, για παρακολούθηση εγκύων και βρεφών, πολύ συχνά για εμβολιασμούς κλπ... αρκετοί είναι οι μετανάστες, συχνά μπορεί να είναι και περισσότεροι από τους Έλληνες...».

Αθηνά Ζ., μαία, Κέντρο Υγείας Βύρωνα:

«...εμείς όλοι εδώ στον Βύρωνα, καθημερινά ερχόμαστε σε επαφή με πολλούς μετανάστες και μετανάστριες κυρίως εγώ, εδώ και αρκετά χρόνια... τους εξυπηρετούμε όλους, χωρίς διακρίσεις και χωρίς ποτέ να ελέγχουμε θέματα νομιμότητας, ασφάλισης κ.λπ... για ανθρωπιστικούς λόγους, αλλά και για την προστασία της δημόσιας υγείας από μεταδοτικά νοσήματα, όπως επίσης και για να βοηθήσουμε στην κοινωνική τους ένταξη και αν είναι δυνατόν και στην ενσωμάτωσή τους ακόμα, στην ελληνική κοινωνία... ουσιαστικά με την ανοχή, για να μην πω με τις ευλογίες της Πολιτείας...».

Εργαζόμενος από τον «Ευαγγελισμό» υποστηρίζει επίσης ότι η επικοινωνία με τους αλλοδαπούς είναι μια καθημερινή υπόθεση και ότι δεν υπάρχει κάποια σημαντική διαφορά πλέον με τους Έλληνες ασθενείς.

Κώστας Ν., φυσιοθεραπευτής, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...έχουμε πολλούς μετανάστες, όσους και Έλληνες μπορώ να σου πω... άλλοι απ' αυτούς είναι συνεργάσιμοι, άλλοι απαιτητικοί... σίγουρα είναι ενημερωμένοι για τα δικαιώματα και τις διαδικασίες, ίσως καλύτερα και από τους Έλληνες... πρόβλημα επικοινωνίας γενικά, δεν έχω. Υπάρχουν βέβαια και κάποιες περιπτώσεις, αλλά με αμοιβαία προσπάθεια και κατανόηση, τα ξεπερνάμε...».

δ. Η «μάλλον αρνητική στάση με κριτική»

Ένας από το προσωπικό, ο οποίος έχει περάσει από όλα τα επίπεδα ιεραρχίας, θεωρεί ότι η προσέλευση των μεταναστών στο νοσοκομείο είναι μεγάλη, αναλογικά με τον συνολικό που παρατηρείται στη χώρα, όχι μόνο στα επείγοντα περιστατικά και στις εφημερίες αλλά και σε τακτικά ραντεβού. Συνήθως αυτός ο αριθμός αντιπροσωπεύει το 40% της προσέλευσης του κόσμου. Τονίζει ότι οι οργανώσεις των μεταναστών και

κάποιες ΜΚΟ δεν έχουν δείξει κάποιο ενδιαφέρον για τους αλλοδαπούς ακόμα και σε περιπτώσεις θανάτου. Επιπλέον, ακόμη ένας εργαζόμενος υποστηρίζει ότι όσοι είναι ανασφάλιστοι φεύγουν από το νοσοκομείο, χωρίς να πληρώσουν αλλά και γιατί διώκονται για λόγους εγκληματικότητας.

Γιώργος Τ., νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...Πολύ συχνά δηλώνουν ψεύτικη υπηκοότητα και αυτό έχει διαπιστωθεί στην προσπάθεια από την κοινωνική υπηρεσία, για αναζήτηση διερμηνέα για την καλύτερη εξυπηρέτησή τους, οπότε αποδείχθηκε ότι δεν μιλούσαν τη γλώσσα της χώρας την οποία δήλωσαν ως τόπο καταγωγής τους... Πολλές είναι οι περιπτώσεις που όντας ανασφάλιστοι, φεύγουν κρυφά από το νοσοκομείο για να μην πληρώσουν τα νοσήλια, αλλά και επειδή διώκονται για λόγους εγκληματικότητας...».

Μια νοσηλεύτρια αναφέρει ότι, κατά την εργασία της σε διάφορα τμήματα του νοσοκομείου, η ζωή της έχει επηρεασθεί πολύ με αποτέλεσμα να είναι και πιο επιφυλακτική.

Ελένη Γ., νοσηλεύτρια, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...η επαφή μου αυτή με τους αλλοδαπούς ασθενείς, έχει επηρεάσει τη ζωή μου, έγινα περισσότερο επιφυλακτική... Σίγουρα δεν είναι όλοι οι μετανάστες ίδιοι, αλλά γενικά είναι απαιτητικοί ασθενείς...».

Επιπρόσθετα, νοσηλεύτρια από τον «Ευαγγελισμό» αναφέρει ότι η προσέλευση των αλλοδαπών είναι μεγαλύτερη από αυτήν των Ελλήνων. Οι περισσότεροι είναι ανασφάλιστοι αν και πολλές φορές το κόστος νοσηλείας που πληρώνουν όσοι είναι ασφαλισμένοι, είναι πολύ μεγαλύτερο από τα ασφάλιστρά τους. Συνήθως ένας αλλοδαπός εργάζεται και έχει ΙΚΑ με το οποίο νοσηλεύει όσους θέλει, συγγενείς και μη (δηλώνει ό,τι θέλει).

Ζωή Φ., νοσηλεύτρια, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...συχνά οι αλλοδαποί είναι περισσότεροι από τους Έλληνες... πληρώνουν ασφάλιση; Κι αν πληρώνουν, το κόστος της νοσηλείας τους είναι πολύ μεγαλύτερο από το ποσό των ασφαλιστρών τους... δουλεύει ένας, πληρώνει το ελάχιστο απαραίτητο για να έχει ΙΚΑ και ασφαρίζει όσους θέλει, 15 άτομα, δεν είναι βάρος για το ασφαλιστικό και το κράτος αυτοί;...».

Διοικητικός υπάλληλος από το νοσοκομείο «Άγιος Σάββας», με 31 έτη προϋπηρεσία, δεν διστάζει να αναφέρει ότι τα έχει αντιμετωπίσει όλα. Αλλά το σημαντικό είναι πλέον πως το νοσοκομείο επιβαρύνεται από τους αλλοδαπούς και ότι η κατάσταση δεν είναι όπως πριν μερικά χρόνια, καθώς ο «Άγιος Σάββας» δεν είναι πια το ίδιο νοσοκομείο.

Θωμάς Β., διοικητικός υπάλληλος, νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...εγώ είμαι εδώ 31 χρόνια, μια ζωή... από τότε που το είχαν οι παπάδες... τα έχω δει όλα... τι τα θες; εμ είναι δυνατόν να μην επιβαρύνουν οι ξένοι το νοσοκομείο... βέβαια και το προσωπικό επιβαρύνεται από τον όγκο της δουλειάς και τα ασφαλιστικά ταμεία... παλιά ήταν πολύ καλύτερα... το νοσοκομείο μας ήταν το καλύτερο, τώρα, άστα...».

ε. Η «αρνητική-ρατσιστική στάση»

Μια άλλη εργαζόμενη από το νοσοκομείο «Ευαγγελισμός» θεωρεί ότι πολλοί από τους αλλοδαπούς δίνουν ψεύτικα στοιχεία από τη στιγμή που είναι ανασφάλιστοι και παράνομοι. Πολλοί από αυτούς φέρνουν συγγενείς τους να νοσηλευτούν δωρεάν και αφήνουν χρέη στο νοσοκομείο.

Δάφνη Κ., νοσηλεύτρια, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...με το παραμικρό βάζουν τις φωνές, απαιτούν, απειλούν... όποτε τους συμφέρει μιλάνε ελληνικά, όποτε όχι, δεν ξέρουν... άσε που εξαφανίζονται για να μην πληρώσουν...».

Ιατρός από το νοσοκομείο «Άγιος Σάββας» υποστηρίζει οι ειδικευόμενοι είναι εκείνοι που αντιμετωπίζουν τις μεγαλύτερες δυσκολίες και τις παραξενιές ή απαιτήσεις των ασθενών, τόσο από τους Έλληνες όσο και από τους αλλοδαπούς. Επομένως, παρατηρείται ότι σημειώνονται σχετικές αρνητικές και ρατσιστικές στάσεις εκ μέρους κάποιων εργαζομένων. Τραυματιοφορέας από τον «Ευαγγελισμό» θεωρεί ότι οι ξένοι έχουν αποκτήσει μια σημαντική θέση πλέον στην ελληνική κοινωνία και συμπεριφέρονται με απαιτήσεις και ειδικά οι Αλβανοί που φωνάζουν κιόλας.

Λάμπρος Β., τραυματιοφορέας, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...τους έχουμε κορόνα στο κεφάλι μας. Έχουν κι απαιτήσεις από πάνω... δεν διαμαρτύρονται οι Έλληνες και μας φωνάζουν οι Αλβανοί, κατάλαβες; ...».

Μια ακόμα νοσηλεύτρια λέει ότι οι απαιτήσεις τους είναι τόσο μεγάλες που συνεχώς φωνάζουν και εκβιάζουν να γίνει αυτό που εκείνοι θέλουν.

Ρίτα Δ., νοσηλεύτρια, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...να δεις πως απαιτούν, πως εκβιάζουν για να γίνει αυτό που θέλουν αυτοί... βάζουν τις φωνές ακόμα και στους γιατρούς... έτσι τα είχαν και στη χώρα τους....».

Την ίδια άποψη έχει ένας ακόμα νοσηλευτής, ο οποίος πιστεύει ότι από τη στιγμή που τα νοσοκομεία γέμισαν με αλλοδαπούς οι ίδιοι οι εργαζόμενοι σε αυτά τρέχουν συνεχώς και δεν προλαβαίνουν. Οι κλοπές είναι ένα καθημερινό φαινόμενο, τόσο σε χρήματα όσο και σε κινητά.

Νίκος Δ., νοσηλευτής, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...από τότε που γέμισαν τα νοσοκομεία μ' αυτούς, τρέχουμε και δεν φτάνουμε... αυτοί μας έλειπαν... κι ακούμε και το ευχαριστώ από πάνω... άσε που κατακλέβουν τον κόσμο, ασθενείς και συνοδούς... βέβαια, από τότε που γέμισαν τα νοσοκομεία με μετανάστες οι κλεψιές σε χρήματα και κινητά δίνουν και παίρνουν...».

Χαρακτηριστικό των μεταναστών είναι ότι φωνάζουν με το παραμικρό και απειλούν. Θυμούνται την Ελληνική γλώσσα όταν την έχουν ανάγκη και πολλές φορές δεν πληρώνουν τους λογαριασμούς και εξαφανίζονται.

Δάφνη Κ., νοσηλεύτρια, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...με το παραμικρό βάζουν τις φωνές, απαιτούν, απειλούν... όποτε τους συμφέρει μιλάνε ελληνικά, όποτε όχι, δεν ξέρουν... άσε που εξαφανίζονται για να μην πληρώσουν...».

Μια αποκλειστική νοσηλεύτρια από τον «Άγιο Σάββα» αν και δεν εργάζεται σε μόνιμη σχέση εργασίας με το νοσοκομείο αναφέρει ότι η δουλειά της κινδυνεύει από άλλες αποκλειστικές από τη Βουλγαρία, Ρουμανία κ.λπ., ενώ κάποιες είναι νόμιμες και κάποιες άλλες παράνομες. Με την πρόφαση της οικιακής βοηθού του ασθενή γίνονται και αποκλειστικές. Με ποιο τρόπο όμως θα ζήσουν οι ελληνίδες εργαζόμενες; αναρωτιέται η ερωτώμενη.

Φένια Π., αποκλειστική νοσηλεύτρια, νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...μην φανταστείτε ότι έχω συνέχεια δουλειά, μία έχω πέντε δεν έχω... ήρθαν όλες αυτές από τη Βουλγαρία, τη Ρουμανία και ξέρω 'γω που αλλού και μας παίρνουν τη δουλειά... βέβαια, άλλες νόμιμα, αλλά οι πιο πολλές παράνομα – προσποιούνται την οικιακή βοηθό της οικογένειας του αρρώστου και μπαίνουν έτσι στο νοσοκομείο... δεν είναι μόνο ότι μας παίρνουν τη δουλειά, αλλά δεν πληρώνουν και ασφάλιση... είναι δίκαια αυτά τα πράγματα;... τι να κάνω για να μεγαλώσω το παιδί μου, να πάω να κλέψω ή μήπως να πάω εγώ μετανάστρια στη δική τους χώρα;...».

Ζωή Φ., νοσηλεύτρια, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...ποιός να νοιαστεί από τα Υπουργεία και τις κυβερνήσεις; Τους αμόλησαν παντού και ας κόψει το λαιμό του ο κάθε εργαζόμενος να τα βγάλει πέρα...».

Μαρία Δ., διοικητική υπάλληλος, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...ο νόμος λέει και ξελέει... άλλα λένε τα χαρτιά και οι εγκύκλιοι που μας στέλνουν και άλλα τα μη λεκτικά μηνύματα... ανοχή-συνενοχή! Τι τα θες...».

Εκτός όμως των απαντήσεων που προαναφέρονται εκ μέρους των ερωτηθέντων, σημαντική παράμετρο για να απαντηθεί το συγκεκριμένο ερευνητικό ερώτημα αποτελεί ο σκοπός και η εφαρμογή των δεικτών υγείας της μέτρησης της ποιότητας ζωής στους αλλοδαπούς ασθενείς, οι οποίοι κατοικούν στην Ελλάδα.

6.3.4 Επίδραση και αλληλεπίδραση ΚΥΥ και μεταναστών

Στην παρούσα ενότητα εξετάζεται αν η ύπαρξη και μόνο του μεγάλου αριθμού οικονομικών μεταναστών, επέδρασε και σε ποιο βαθμό στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των ΚΥΥ. Αρχικά οι απόψεις των συνεντευξιαζόμενων συγκλίνουν στο γεγονός ότι οι συνθήκες απασχόλησης των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα, σε σχέση με τον μεγάλο αριθμό μεταναστών που προσέρχεται στα νοσοκομεία, δεν είναι κατάλληλες. Δεν υπάρχουν ηθικά κίνητρα, δεν έχει καταργηθεί η πελατειακή σχέση γιατρού-ασθενή, το περιβάλλον εργασίας έχει αδυναμίες και τα οικονομικά κίνητρα δεν είναι ικανοποιητικά. Η πολιτική των αμοιβών, δια μέσου της χρηματοδότησης από τον κρατικό προϋπολογισμό και από την κοινωνική ή ιδιωτική ασφάλιση, οδηγεί σε οικονομικό όφελος μόνο τον ιατρό, λόγω της ισχυρής του θέσης,

καθώς μόνον αυτός καθορίζει ποιες εξετάσεις ή τι θεραπεία χρειάζεται να ακολουθήσει ο ασθενής, δημιουργώντας προκλητή ζήτηση στην αγορά υγειονομικών υπηρεσιών (σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει, η παραοικονομία αυξάνει τα εισοδήματα των γιατρών, κυρίως ορισμένων ειδικοτήτων, κατά 40% περίπου) και πλήγμα στην ελληνική οικονομία. Το υπόλοιπο προσωπικό του δημόσιου υγειονομικού τομέα και κυρίως το νοσηλευτικό δεν αμείβεται καθόλου ικανοποιητικά.

Επίσης, η έλλειψη οικονομικών, ηθικών, εκπαιδευτικών και άλλων κινήτρων, λειτουργεί ανασταλτικά και μειώνει την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των εργαζομένων. Δεν υπάρχουν λοιπόν κατάλληλες συνθήκες απασχόλησης, κατάλληλο περιβάλλον εργασίας και αξιοκρατικές αμοιβές με αποτέλεσμα επαγγέλματα όπως η νοσηλευτική, η κοινωνική εργασία και η φυσιοθεραπεία, που συχνά προσφέρουν περισσότερα στον άρρωστο από ό,τι ο γιατρός, να υποβαθμίζονται κάτι για το οποίο φυσικά φέρει ευθύνη και η ύπαρξη του μεγάλου αριθμού οικονομικών μεταναστών.

Ένας επιπλέον λόγος για τον οποίο η ύπαρξη του μεγάλου αριθμού οικονομικών μεταναστών, επέδρασε σε μεγάλο βαθμό αρνητικά στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των ΚΥΥ, λόγω της δύσκολης και μη σωστής λειτουργίας των δημοσίων νοσοκομείων, ένα σημαντικό μέρος ιατρών και νοσηλευτών αναφέρεται στη δημιουργία του συνδρόμου *burn out* ή διαφορετικά γνωστού ως *εργασιακή κόπωση*. Σύμφωνα με τους ερωτηθέντες της έρευνας, η εργασιακή κόπωση επέρχεται στους ιατρούς και τους νοσηλευτές λόγω των πάρα πολλών ωρών που εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία και με σκοπό να εξυπηρετήσουν εκτός των Ελλήνων και τον πολύ μεγάλο αριθμό αλλοδαπών που επισκέπτονται καθημερινά τα συγκεκριμένα νοσοκομεία:

Φρίντα Δ., νοσηλεύτρια, νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...πιστεύω πως η φυσική και επαγγελματική μας εξουθένωση, οφείλεται εν πολλοίς και σ' αυτούς – τους μετανάστες...».

Λίνα Κ., ιατρός, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...Burn Out! έχετε ακουστά;».

Βάσει των παραπάνω, λοιπόν, οι ερωτηθέντες αναφέρουν ότι ένα πρόβλημα που εμφανίζεται τακτικά στο νοσηλευτικό προσωπικό είναι το φαινόμενο της

επαγγελματικής εξουθένωσης, το οποίο εντείνει το επίπεδο άγχους και συνάμα μειώνει το αντίστοιχο επίπεδο αυτοεκτίμησης. Στον χώρο της υγείας είναι συχνές οι εμφανίσεις του εν λόγω φαινομένου. Σχετικά με το εργασιακό περιβάλλον και μάλιστα το εργασιακό περιβάλλον στον κλάδο της υγείας, θα πρέπει να αναγνωρίσουμε ορισμένα χαρακτηριστικά που κάνουν πιο εύκολη την εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης λόγω της ύπαρξης και του μεγάλου αριθμού οικονομικών μεταναστών που επιδρά σε μεγάλο βαθμό στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των ΚΥΥ.

Σύμφωνα με τους ερωτηθέντες, ορισμένα από τα χαρακτηριστικά αυτά, είναι ο φόρτος εργασίας, η ανεπαρκής ενθάρρυνση, η έλλειψη ισότητας, η σύγκρουση αξιών και τέλος, το δυσάρεστο περιβάλλον. Βέβαια, η επαγγελματική εξουθένωση, η οποία προκαλεί αυξημένα επίπεδα άγχους και μειωμένη αυτοεκτίμηση, δεν εμφανίζεται άμεσα. Αντίθετα, τα προβλήματα επιδεινώνονται σταδιακά. Από τη στιγμή που οποιοσδήποτε -σε οποιοδήποτε επάγγελμα και επίπεδο εργασίας- μπορεί να υποφέρει από επαγγελματική εξουθένωση,²⁹³ είναι απαραίτητο ο επαγγελματίας να μπορεί να αναγνωρίζει τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης πριν ξεφύγουν από τον έλεγχό του. Σύμφωνα με τους ερωτηθέντες, ορισμένα από τα χαρακτηριστικά του burn out, που εμφανίζονται στους ιατρούς και στους νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομεία και στις ΚΥΥ, οφείλονται στην ύπαρξη των μεταναστών και της επιρροής τους σε μεγάλο βαθμό στην ουσιαστικά «κακή» λειτουργία των ΚΥΥ. Καταγράφονται δε ως ακολούθως:

- *Έλλειψη κινήτρων.* Όλα ξεκινούν και καταλήγουν από την υπερβολή. Πολλοί είναι εκείνοι που αναλαμβάνουν υποχρεώσεις και προσπαθούν να ολοκληρώσουν θέματα και καταστάσεις ακόμη και όταν δεν περιλαμβάνονται στα καθήκοντά τους. Όλοι λίγο-πολύ, διακρίνονται από φιλοδοξία και ο καθένας έχει τα κίνητρά στην αρχή της καριέρας του. Μετά όμως από ένα ορισμένο διάστημα και μην μπορώντας να διεκπεραιώσει όλα όσα έχει αναλάβει κουράζεται, οι απαιτήσεις των γύρω του είναι σαφώς υψηλότερες, καταλήγοντας τελικά να μην βρίσκει κάποιο πραγματικό νόημα στην εργασία του.

²⁹³ Good B.J, *Medicine, Rationality and Experience*, Cambridge 1994. Dresser G., *Human Resource Management*, Coates 1994.

- *Έντονη αποστροφή για την εργασία.* Σταδιακά φτάνουμε στο επόμενο στάδιο που είναι η ίδια η αποστροφή της εργασίας. Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους η εργασία μπορεί να είναι αφόρητη, καθώς μπορεί κάποιος να αντιπαθεί τους προϊσταμένους του, ή να έχει κουραστεί από τον φόρτο εργασίας. Μπορεί ακόμη να μη γίνεται κατανοητή η προσφορά του εργαζόμενου ή ακόμη και εκτιμητέα. Μπορεί όμως το ίδιο το άτομο να μην είναι σε θέση να βοηθήσει τους πελάτες ή τους ασθενείς του και αυτό αποτελεί ένα σημείο τριβής στον εργασιακό του χώρο. Το αίσθημα αυτό της αδιαφορίας ή της μη ικανοποίησης σχετίζεται επίσης με την επαγγελματική εξουθένωση.
- *Αίσθηση αποξένωσης.* Δεν είναι λίγοι εκείνοι, που αισθάνονται απομονωμένοι από τους συναδέλφους τους ή αποφεύγουν τις κοινωνικές επαφές και τις συζητήσεις μαζί τους. Το να διαχωρίζει το άτομο τον εαυτό του από τους συναδέλφους του και το υπόλοιπο προσωπικό οδηγεί πάντα στην αποξένωση. Ο άνθρωπος που βρίσκεται σε αυτή την κατάσταση συχνά αισθάνεται ότι «μένει απ' έξω» (Όλοι φαίνονται να διασκεδάζουν με τη δουλειά τους, γιατί όχι και εγώ;). Τα συναισθήματα αυτά επιδεινώνουν περισσότερο το αίσθημα της ματαιώσης και της απογοήτευσης.
- *Προβλήματα υγείας.* Η επαγγελματική εξουθένωση στο τέλος εκδηλώνεται με κάποια μορφή σωματικού προβλήματος. Σε αυτό το στάδιο πια οι περισσότεροι άνθρωποι συνειδητοποιούν ή παραδέχονται ότι κάτι δεν πηγαίνει καλά. Τα πιο συχνά προβλήματα υγείας είναι οι επίμονοι πονοκέφαλοι, οι οσφυαλγίες και άλλα προβλήματα που σχετίζονται με το στρες. Οι άνθρωποι αυτοί ίσως έχουν επίσης προβλήματα ύπνου, υπερβολικά χαμηλά ή υψηλά επίπεδα βάρους ή να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ. Τα αισθήματα αυτο-λύπησης είναι επίσης συχνά.

Εκτός από τα παραπάνω, οι ερωτηθέντες αναφέρουν ότι υπάρχουν και προσωπικοί παράγοντες που καθιστούν κάποιους ανθρώπους στο νοσηλευτικό σώμα «ιδανικούς υποψήφιους» για εργασιακή εξουθένωση με συνεπακόλουθα τα χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης και το αυξημένο επίπεδο άγχους, τα οποία προέρχονται από τον πολύ μεγάλο αριθμό μεταναστών που επισκέπτονται τα νοσοκομεία σε καθημερινή βάση, ενώ οι ιατροί και οι νοσηλευτές δεν διαθέτουν τα κατάλληλα «εργαλεία» για να εργαστούν και να μπορέσουν να εξυπηρετήσουν όλους αυτούς

τους μετανάστες. Το φαινόμενο αυτό συνήθως θίγει τα άτομα που έχουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά, ως εξής:

- Είναι ιδιαίτερα ευσυνείδητα.
- Έχουν υπερβολικές προσδοκίες από τον εαυτό τους, επιδιώκουν την τελειότητα και έχουν την πεποίθηση ότι μπορούν ή πρέπει να πετυχαίνουν σε ό,τι κάνουν.
- Θέτουν μη ρεαλιστικούς στόχους και αναλαμβάνουν περισσότερα από όσα θα μπορούσαν να φέρουν σε πέρας χωρίς να φτάσουν στα όριά τους.
- Δυσκολεύονται ή δεν επιτρέπουν στον εαυτό τους να λένε «όχι», καθώς επιθυμούν να ικανοποιούν τους πάντες.
- Αρνούνται να μοιραστούν τις ευθύνες με άλλους ή να συζητήσουν τις δυσκολίες τους και προτιμούν να εργάζονται μόνοι.
- Θεωρούν ότι η προσωπική αξία τους είναι στενά συνδεδεμένη με τη δουλειά τους και έχουν έντονη την ανάγκη αποδοχής από τους άλλους μέσα από τα επιτεύγματά τους. Το φαινόμενο της εργασιακής εξουθένωσης «προειδοποιεί» για την εμφάνισή του, καθώς είναι μια σωρευτική διαδικασία που οδηγεί σταδιακά σε συναισθηματική εξάντληση και απόσυρση, της οποίας τα πρώτα σημάδια είναι η απώλεια ενεργητικότητας και κινήτρου και μια αίσθηση «παράλυσης» σχετικά με την αντιμετώπισή της – η επαγγελματική εξουθένωση είναι ο «πάτος» μιας αργής και σιωπηλής διαδικασίας.

Αναφορικά με τα παραπάνω, δεν θα μπορούσε να παραληφθεί πως έχουν γίνει πολλές έρευνες που έχουν δείξει το πόσο επηρεάζει ο εργασιακός χώρος την ανθρώπινη διάθεση, αλλά και την αποδοτικότητα των εργαζομένων στο νοσηλευτικό σώμα. Προκειμένου, λοιπόν, να αποφύγουμε να «πέσουμε» στην παγίδα της επαγγελματικής εξουθένωσης στον τομέα αυτό, καλό είναι να προσαρμόσουν τον χώρο τους, έτσι ώστε να είναι ευχάριστος. Οι μικρές λεπτομέρειες, είναι εκείνες που θα διαφοροποιήσουν το τοπίο. Για παράδειγμα, ένας πίνακας, η μικρά χρωματιστά ευφάνταστα αντικείμενα, αλλάζουν την αύρα του χώρου και σίγουρα δεν τη βαραίνουν. Ερχόμενος ο εργαζόμενος στα νοσηλευτικά ιδρύματα μέσα σε ένα τέτοιο περιβάλλον, αντιμετωπίζει μια ευχάριστη ατμόσφαιρα, που κάθε άλλο παρά τον κουράζει.²⁹⁴

²⁹⁴ Χατζηνικολάου, Αντ., *Νοσηλευτική, Γενικό Άρθρο*, τευχ. 46, σσ. 326-334, 2007.

Παράλληλα, είναι πολύ σημαντικό να βρεθεί μια ισορροπία μεταξύ των ωρών εργασίας και του προσωπικού χρόνου στους νοσηλευτές. Πολλές φορές το άτομο αποφεύγει να ασχοληθεί με τον εαυτό του γιατί υπάρχουν πολλά άλυστα θέματα, τα οποία δεν μπορεί να φέρει σε πέρας. Ωστόσο, βάζοντας ουσιαστικά θέματα στην αναμονή βραχυπρόθεσμα μπορεί να επιτευχθεί ο στόχος, δηλαδή το κάθε άτομο να λειτουργεί άψογα στον εργασιακό του χώρο, αλλά αυτό θα είναι επιζήμιο για την υγεία αφού ο εργαζόμενος θα είναι συνεχώς κουρασμένος και στην πραγματικότητα οι προτεραιότητές του θα είναι εντελώς λανθασμένες.

Τέλος, πολλοί είναι εκείνοι από τους ερωτηθέντες που αναφέρουν πως ο κλάδος της υγείας, όπως γίνεται αντιληπτό είναι ένας τομέας πολύ ιδιαίτερος. Για τους εργαζόμενους στον κλάδο αυτό, το νοσηλευτικό ή τεχνικό προσωπικό διακατέχεται συχνά από τη μόνιμη έννοια που είναι η δουλειά, καθώς το άγχος είναι συνεχές και η χαλάρωση καταντά αδύνατη, με αποτέλεσμα η εξάντληση και ο εκνευρισμός να διαδραματίζουν τον πρώτο ρόλο. Είναι πολύ σημαντικό να παίρνει κανείς και ικανοποίηση από τη δουλειά του, εν τούτοις όταν αυτό δεν συμβαίνει η αλλαγή στις συναισθηματικές απολαβές είναι εμφανής.

Κατά τους ερωτηθέντες, επίσης, ο μεγάλος αριθμός των μεταναστών που επισκέπτονται καθημερινά τα νοσοκομεία και λόγω των προβλημάτων που δημιουργούν στη λειτουργία των ΚΥΥ, δημιουργεί ουσιαστικά ένα ιδιαίτερα άσχημο εργασιακό περιβάλλον. Ως εκ τούτου, οι ερωτηθέντες αναφέρουν ότι ο δύσκολος εργασιακός χώρος στα νοσοκομεία, ο μεγάλος φόρτος εργασίας, η διαρκής ένταση ευθύνονται για τη μη σωστή και αποτελεσματική αντιμετώπιση του συγκεκριμένου συνδρόμου. Για τους νοσηλευτές, τα πράγματα είναι ιδιαίτερα δύσκολα καθώς έχουν να κάνουν καθημερινά με τη διαχείριση του πόνου, την ασθένεια και την ψυχική ηρεμία τόσο των ασθενών, όσο και τη δική τους. Συμπτώματα που συχνά αντιμετωπίζουν και υποφέρουν από αυτά οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία, είναι τα ακόλουθα:

- έντονα αρνητικά συναισθήματα και σκέψεις
- ανυπομονησία
- αρνητισμός
- αδυναμία αντίδρασης
- σύγχυση
- έλλειψη ελπίδας

- θυμός, αίσθημα «ματαίωσης» και απογοήτευσης
- συναισθηματική απομάκρυνση και απομόνωση από τους οικείους και τους συναδέλφους
- έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία
- ανία, αδιαφορία, αποτυχία
- «εγκλωβισμός» σε μια κατάσταση από την οποία δεν υπάρχει διαφυγή
- υπερβολική πίεση από τα καθήκοντα
- αβεβαιότητα για τις ικανότητες και την επαγγελματική επάρκεια
- έντονο άγχος, αναποφασιστικότητα
- κυνισμός, ευερεθιστότητα.

Επίσης, μπορεί να παρουσιαστούν και σωματικές ενοχλήσεις, όπως:

- πονοκέφαλοι, πόνοι σε διάφορα σημεία του σώματος
- προβλήματα στον ύπνο (αϋπνία ή υπνηλία)
- αλλαγές στην όρεξη (μείωση ή αύξηση)
- αυξημένη αρτηριακή πίεση
- τρίξιμο δοντιών στον ύπνο
- έντονη, παρατεταμένη κόπωση.

Αυτό που μπορεί κάποιος να προσφέρει στον εαυτό του, όταν συνειδητοποιήσει ότι είναι σωματικά και ψυχικά εξαντλημένος από την εργασία του λόγω των παραπάνω αιτιών, είναι να αναγνωρίσει τις αιτίες που τον κάνουν να νιώθει τόση πίεση. Οι εργασιακές συνθήκες, ο τρόπος με τον οποίο σκέφτεται για τη δουλειά του, οι στόχοι που έχει θέσει και η υπόλοιπη ζωή του. Επίσης, είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη τα ακόλουθα:²⁹⁵

- Να αναγνωρίσουν τα όριά τους και τον περιορισμένο έλεγχο που εκ των πραγμάτων έχουν σε κάποιες καταστάσεις και να διακρίνουν αυτά που μπορούν αν αλλάξουν από εκείνα που πρέπει να αποδεχτούν ως έχουν.
- Να φροντίζουν τον εαυτό τους τόσο συναισθηματικά όσο και σωματικά για αντοχή εντός των νοσηλευτικών ιδρυμάτων: πιο ισορροπημένη διατροφή, καλύτερος ύπνος, σωματική άσκηση και ξεκούραση είναι μερικές τετριμμένες αλλά απαραίτητες συμβουλές.

²⁹⁵ Χατζηνικολάου, Αντ., *Νοσηλευτική...*, ό.π.

- Να μάθουν να χειρίζονται το στρες με διαφορετικούς τρόπους.
- Να οργανώνουν καλύτερα τον χρόνο τους, ώστε να υπάρχει και χώρος για απραξία.
- Να μάθουν να λένε «όχι», χωρίς φόβο και ενοχές και να δίνουν προτεραιότητα στον εαυτό τους και στις ανάγκες τους.
- Να θέτουν ρεαλιστικούς και εφικτούς στόχους.
- Να μοιράζονται με άλλους τις ευθύνες και τις υποχρεώσεις τους, όταν είναι εφικτό, αρκεί πρώτα να επιτρέψουν στον εαυτό τους να ζητήσει βοήθεια, να δεχτούν ότι και οι άλλοι μπορούν να τις φέρουν σε πέρας εξίσου καλά.
- Να «τροφοδοτήσουν» και να φροντίσουν τις εργασιακές αλλά και τις προσωπικές σχέσεις τους και γενικότερα τη ζωή τους έξω και πέρα από την εργασία.
- Να εκφράσουν τη δυσαρέσκειά τους, στο μέτρο του δυνατού, στα κατάλληλα πρόσωπα που θα μπορούσαν να τους βοηθήσουν (προϊσταμένους, συναδέλφους κ.λπ.).
- Να εξετάσουν την πιθανότητα να αναζητήσουν άλλη εργασία, εφόσον οι συνθήκες δεν αλλάζουν.

Από τα πορίσματα ερευνών και την επισκόπηση της σχετικής επιστημονικής βιβλιογραφίας, στο ελληνικό σύστημα υγείας έχουν διαπιστωθεί αρκετά προβλήματα στην ανάπτυξη του ανθρώπινου νοσηλευτικού δυναμικού σε εργασιακό, ατομικό και το κοινωνικό επίπεδο και τα οποία δεν επιτρέπουν την σωστή αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Σύμφωνα με τους ερωτηθέντες, βάσει των ανωτέρω, η χρόνια σωματική και ψυχική κόπωση του νοσηλευτικού προσωπικού στα συγκεκριμένα νοσοκομεία, στην ουσία μπορεί να είναι μια «προστατευτική αντίδραση» του οργανισμού τους, που τους προειδοποιεί ότι δεν αντέχει άλλο τους ρυθμούς και πιθανόν τις επιλογές τους και απαιτεί να αλλάξουν «πορεία». Με λίγα λόγια, δεν χρειάζονται και πολλά, παρά μόνο να αντιμετωπίσουν με ψυχραιμία τα διάφορα συμβάντα. Μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, που συσχετίζονται συστηματικά με την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στα νοσηλευτικά ιδρύματα, περιλαμβάνονται η ενδυνάμωση, η ενσυναίσθηση, η ανθεκτικότητα στο stress, η αίσθηση αποτελεσματικότητας, η καλή ψυχική διάθεση και η διαχείριση του άγχους.

Αν και ορισμένοι παράγοντες του περιβάλλοντος της εργασίας των ιατρών και νοσηλευτών στις ΚΥΥ, καθώς και ορισμένοι ατομικοί παράγοντες που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, φαίνεται να συσχετίζονται συστηματικά με την επαγγελματική εξουθένωση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, ωστόσο τα διαθέσιμα δεδομένα δεν επαρκούν για τον καθορισμό αιτιολογικών σχέσεων, καθώς τα περισσότερα από αυτά έχουν συγκεντρωθεί στο πλαίσιο συγχρονικών μελετών. Εν τούτοις, αποτελεί αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι για να επιτευχθεί η βελτίωση των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στους αλλοδαπούς ασθενείς στα διάφορα δημόσια νοσοκομεία από τη μεριά των νοσηλευτών, είναι απαραίτητο να υπάρχει ένα σύστημα ελέγχου ποιότητας σχετικά με αυτές τις υπηρεσίες. Οι ερωτηθέντες αναφέρουν πως το σύστημα που εφαρμόζεται με σκοπό τη διασφάλιση του ελέγχου ποιότητας στο κάθε νοσοκομείο, μπορεί να προωθεί αποτελεσματικά τη συνεχή βελτίωση της παρεχόμενης ποιότητας, καθώς και της αποτελεσματικότητας με το λιγότερο κόστος για την άμεση ωφέλεια των ασθενών από τους νοσηλευτές.

Ποια είναι όμως εκείνα τα συστήματα, τα οποία χαρακτηρίζονται από ποιότητα και πώς αναπτύσσονται εντός του νοσοκομείου αυξάνοντας την αυτοεκτίμηση των νοσηλευτών και μειώνοντας τα επίπεδα άγχους και πρόκλησης burn out λόγω των συνεχών επισκέψεων αλλοδαπών στα νοσοκομεία; Οι ερωτηθέντες αναφέρουν ότι αυτά τα συστήματα χαρακτηρίζονται από τις εξής τρεις παραμέτρους:

- Βασίζονται σε μια κουλτούρα ποιότητας και όχι σε απόλυτες μετρήσεις και προδιαγραφές επιστημονικών περιεχομένων.
- Αποτελούν εργαλεία διαχείρισης και βάση στοιχείων που έχουν δημιουργηθεί από τις συμμετοχικές διαδικασίες.
- Διεξάγεται ένας μεθοδικός εντοπισμός προβλημάτων που δίνεται προς επίλυση και βελτίωση και όχι ως μέθοδος τιμωρίας των υπευθύνων.

Βάσει των παραπάνω στοιχείων, λοιπόν, γίνεται αντιληπτό ότι ένας νοσηλευτής ή μια ομάδα νοσηλευτών, η οποία εργάζεται σε ένα νοσοκομείο και έχει να αντιμετωπίσει τις καθημερινές επισκέψεις αλλοδαπών, μπορεί και ενεργεί κατάλληλα έτσι ώστε να υπάρχει ο σωστός συντονισμός, προγραμματισμός, επίβλεψη, επικοινωνία μεταξύ των μελών με τους ασθενείς, συλλογή δεδομένων, επεξεργασία αυτών, διεξαγωγή ερευνών και αξιολόγηση. Κάτι τέτοιο αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην αύξηση των επιπέδων άγχους και ουσιαστικά οι ίδιοι μπορούν και

αποτελούν τον σύνδεσμο μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και των υπευθύνων για την εφαρμογή της ποιότητας. Οι ερωτηθέντες υποστηρίζουν ότι οι υποχρεώσεις τους θα πρέπει να είναι μόνο να προγραμματίζουν και να ταξινομούν τα προβλήματα ανάλογα με τη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών. Θα πρέπει, επίσης, να συλλέγουν τα αναγκαία στοιχεία και πληροφορίες σχετικά με την αξιολόγηση της παρεχόμενης ποιότητας υπηρεσιών στο νοσοκομείο όπου εργάζονται. Τέλος κάποιος ο οποίος αναφέρεται ως νοσηλευτής ποιότητας, όπως είπαν πολλοί από τους ερωτηθέντες, θα πρέπει να ενημερώνει κατάλληλα το νοσηλευτικό προσωπικό για τις ενέργειες αυτών σχετικά με προσπάθειες διασφάλισης της ποιότητας και να εφαρμόζει όλες εκείνες τις προσπάθειες που καταβάλλονται με σκοπό την ενημέρωση και τη σωστή αντιμετώπιση των ασθενών.

Από όλα τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό πως η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχεται στους ασθενείς, αλλοδαπούς και μη στα νοσοκομεία, θα πρέπει να καθορίζεται από τον βαθμό ικανοποίησης του κάθε ασθενή αλλά και από την ανάλυση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών αυτών. Η βελτίωση της ποιότητας σχετικά με τις παρεχόμενες φροντίδες στα συγκεκριμένα νοσοκομεία, αποτελεί μια συνεχή ενέργεια που αποσκοπεί στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των διεργασιών ενός νοσηλευτή ή μιας ομάδας νοσηλευτών, οι οποίοι δεν διακατέχονται από το συγκεκριμένο σύνδρομο. Τέλος, στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθούν όποιες διορθωτικές παρεμβάσεις υλοποιούνται κατά την παρεχόμενη φροντίδα και μπορούν να ελαττώνουν ή να διαγράφουν τα όποια προβλήματα έχουν προκύψει από την ύπαρξη του μεγάλου αριθμού οικονομικών μεταναστών, η οποία αντίστοιχα επιδρά στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των ΚΥΥ.

Εκτός των άλλων, όμως, οι ερωτηθέντες υποστηρίζουν ότι η ύπαρξη του μεγάλου αριθμού οικονομικών μεταναστών δημιουργεί το φαινόμενο της εργασιακής εξουθένωσης-κόπωσης στους ιατρούς και νοσηλευτές στα δημόσια νοσοκομεία, και για τον λόγο αυτό θα πρέπει να τους προσφέρονται υποστηρικτικά πλαίσια, προκειμένου να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τους πολυάριθμους αλλοδαπούς ασθενείς σε συνδυασμό με τους Έλληνες ασθενείς και με σκοπό την καλύτερη λειτουργία των ΚΥΥ. Η ψυχολογική υποστήριξη και η εργασιακή παρακίνηση που δέχεται το προσωπικό στα νοσοκομεία δύναται να λειτουργήσει ως παράγοντας μείωσης άγχους και συνδρόμου εργασιακής κόπωσης Σύμφωνα με τους ερωτηθέντες, οι μεταβολές στην παραγωγική διαδικασία βασίζονται κατά κύριο

λόγο στην αξιοποίηση του ανθρώπινου παράγοντα. Το προσωπικό είναι αυτό που μπορεί να κάνει τη διαφορά και να δώσει το ιδιαίτερο συγκριτικό πλεονέκτημα στον οργανισμό, το οποίο επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη των «βασικών επιχειρησιακών δυνατοτήτων». Αυτές αναπτύσσονται, αλλά κυρίως διατηρούνται με:

- Την έμφαση στην εκπαίδευση και με αναφορά στα σύγχρονα δεδομένα.
- Την προτεραιότητα στην ανάπτυξη τόσο των ατόμων όσο και των ομάδων.
- Την υιοθέτηση «φιλοσοφίας» που ευνοεί τη μάθηση.
- Την προώθηση της δια βίου μάθησης των ατόμων.

Αναφέρεται, επίσης, ότι η επένδυση στους ανθρώπινους πόρους προϋποθέτει δαπάνες για την εκπαίδευση των εργαζομένων στα νοσοκομεία, κάτι που θα τονώσει την αυτοεκτίμησή τους και θα ελαφρύνει τα επίπεδα άγχους. Η απόδοση της επένδυσης μεταφράζεται σε βελτίωση της απόδοσης των εργαζομένων και σε επίτευξη των στόχων του οργανισμού. Για να επιτευχθεί όμως το βέλτιστο απαιτείται η ανάπτυξη, οργάνωση και υπαγωγή του εκπαιδευτικού έργου σε συγκεκριμένη δομή. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τις απόψεις των ερωτηθέντων, αποτελεί γεγονός ότι οι σύγχρονες εξελίξεις στο σημερινό περιβάλλον θέτουν αναμφισβήτητα τον άνθρωπο στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος, καθιστώντας τον απαραίτητο μοχλό για την επιβίωση και την ανάπτυξη της εκάστοτε επιχείρησης, συμπεριλαμβανομένων των νοσοκομείων. Το νοσηλευτικό προσωπικό ενός νοσοκομείου θεωρείται πλέον το σπουδαιότερο κεφάλαιό του και για τον λόγο αυτό έχει δοθεί έμφαση στον ρόλο του, τον τρόπο ανάπτυξής του και ικανοποίησής του.

Η ικανοποίηση του εργαζομένου και των αναγκών του θεωρείται καθήκον και υποχρέωση των σύγχρονων στελεχών, καθώς κατανοούν ότι τα στοιχεία αυτά θα κάνουν τον εργαζόμενο περισσότερο αποδοτικό –με ποσοτικούς και ποιοτικούς όρους ταυτόχρονα– ενώ θα συμβάλλουν και στην ανάπτυξη συναισθημάτων αφοσίωσης προς την εργασία του, αλλά και τον οργανισμό. Ως εκ τούτου, οι ερωτηθέντες αναφέρουν ότι για την επίτευξη των στόχων αυτών, απαραίτητη κρίνεται η παρακίνηση του συνόλου των εργαζομένων στα συγκεκριμένα νοσοκομεία. Ουσιαστικά, ο όρος παρακίνηση υποδηλώνει την αύξηση των κινήτρων των εργαζομένων-νοσηλευτών για μεγιστοποίηση της ποσότητας και της ποιότητας της εργασίας που προσφέρουν. Τα κίνητρα αποτελούν την αιτία της εκάστοτε

συμπεριφοράς του ατόμου και μπορούν να επηρεάσουν καθοριστικά την αποτελεσματικότητα των εργαζόμενων σε μια επιχείρηση.

Το ζήτημα της παρακίνησης και τα θέματα που σχετίζονται με αυτήν (διαδικασία παρακίνησης, στοιχεία ενίσχυσής της, κίνητρα κ.λπ.) απασχόλησαν σημαντικά τους θεωρητικούς, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη ποικίλων θεωριών. Από τις θεωρίες αυτές, δεν έχει προσδιοριστεί κάποια η οποία έχει γίνει γενικά αποδεκτή σχετικά με το τι είναι αυτό που παρακινεί τους ανθρώπους στον εργασιακό τους χώρο. Η χρησιμότητα όλων, όμως, εντοπίζεται στο γεγονός ότι παρουσιάζουν πτυχές της παρακίνησης, τρόπους και μεθόδους για την ενίσχυσή της, οδηγώντας στη βελτίωση της απόδοσης των ατόμων, στην ανάπτυξη και στην επιτυχία τους. Γενικά, οι θεωρίες παρακίνησης, οι οποίες τυγχάνουν εφαρμογής εντός του κάθε νοσοκομείου, μπορούν να διακριθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες: στις θεωρίες περιεχομένου (content theories), οι οποίες έχουν κοινωνιολογικές διαστάσεις και προσεγγίζουν το ζήτημα της παρακίνησης, εξετάζοντας τον εργαζόμενο και το περιβάλλον του και τις θεωρίες διαδικασιών (process theories), οι οποίες είναι περισσότερο ψυχολογικές προσεγγίσεις και εξετάζουν την παρακίνηση ως διαδικασία, σκέψη κ.λπ.

Ιδιαίτερα, τα αποδοτικά άτομα εντός ενός νοσοκομείου, θεωρούν αναγκαία τη σύνδεση της αξιολόγησης με τις ανταμοιβές που περιμένουν από την τυπική οργάνωση, πράγμα που σημαίνει ότι η αξιολόγηση παίζει σημαντικό ρόλο στην παρακίνηση των εργαζομένων. Έρευνες επισημαίνουν τη θετική επίδραση της λειτουργίας της αξιολόγησης της απόδοσης του προσωπικού στην οργανωτική αποτελεσματικότητα. Πραγματικά, όταν η αξιολόγηση συνδέεται με τους στρατηγικούς στόχους του οργανισμού έχει ως αποτέλεσμα να:

- Εναρμονίζει τις ενέργειες του εργαζομένου με τα αποτελέσματα που πρέπει να επιτύχει.
- Προσφέρει μέσο εκτίμησης του καθενός στην επίτευξη των επιχειρηματικών στόχων.
- Δίνει στοιχεία για το επίπεδο των ικανοτήτων καθενός, διευκολύνοντας τόσο τον προγραμματισμό όσο και την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού.
- Η διαδικασία αυτή μπορεί επίσης να αποδειχθεί πολύ αποτελεσματική, ως ένας τρόπος επιβεβαίωσης του ενδιαφέροντος της υπηρεσίας για τον

εργαζόμενο-νοσηλευτή, αλλά και ως μέσο ενίσχυσης της δέσμευσης που αυτός νιώθει για την υλοποίηση των στόχων του νοσοκομείου.

Οι συνεντευξιαζόμενοι παραθέτουν ορισμένες πρακτικές που θα μπορούσαν να βοηθήσουν τους νοσηλευτές στην αντιμετώπιση του συνδρόμου εργασιακής κόπωσης. Σύμφωνα με αυτά ισχύουν τα ακόλουθα:

- Θα πρέπει να το νοσηλευτικό προσωπικό να στρέψει το βλέμμα του προς τον εαυτό του. Δεν είναι εύκολο κανείς να επηρεάσει τις εργασιακές συνθήκες που επικρατούν ούτε και να αλλάξει τις συμπεριφορές των ανθρώπων γύρω του. Αυτό που μπορεί να κάνει όμως είναι να νιώσει πως έχει τον έλεγχο της ζωής του αν αλλάξει τον τρόπο που σκέφτεται.
- Θα πρέπει το νοσηλευτικό προσωπικό να ενδιαφερθεί για το σώμα του και την υγεία του. Να θέσει ως προτεραιότητα τον εαυτό του και τις ανάγκες του (υλικές ή/και πνευματικές). Να βρει τρόπους, ώστε να αποφύγει την εξουθένωση, με στόχο τη βελτίωση της καθημερινότητάς του.
- Να βρει κάποια απασχόληση και δραστηριότητα, ικανή να αποφορτίζει από το καθημερινό άγχος.

Αποτέλεσμα της προσπάθειας αυτής είναι η επίτευξη της ισορροπίας μεταξύ του προσωπικού και του επαγγελματικού τομέα στον νοσηλευτικό κλάδο. Με αυτό τον τρόπο αποφεύγεται η επαγγελματική εξουθένωση και συνιστά μια προσπάθεια στην οποία πρέπει το νοσηλευτικό προσωπικό να φανεί συνεπές και πειθαρχημένο. Επίσης, είναι πολύ σημαντικό, αφού εντοπίζουν το πρόβλημα, να θέτουν μικρούς στόχους κάθε φορά, διότι αν θέτουν μεγάλους και ανατρεπτικούς στόχους, τότε γρήγορα και εύκολα θα απογοητευθούν και θα ενδώσουν σε τυχόν παλιές συνήθειες.

6.3.5 Προσωπικές αντιλήψεις, κοινωνικές αναπαραστάσεις, συστήματα αξιών και προτύπων

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται οι αντιλήψεις των ερωτηθέντων σχετικά με το αν η επαφή των οικονομικών μεταναστών με τις ΚΥΥ, έχει ως αποτέλεσμα την κοινωνικοποίησή τους, δηλαδή αν η νοοτροπία και οι συμπεριφορές των μεταναστών, το σύστημα κοινωνικών τους αξιών και προτύπων συγκλίνουν με τα εδώ ισχύοντα.²⁹⁶

²⁹⁶ Παπαστάμου Σ., *Κοινωνικές αναπαραστάσεις*, Εκδ. Οδυσσέας, Αθήνα 1995. Αγραφιώτης Δ., *Πολιτιστικές αβεβαιότητες*, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999. Αγραφιώτης Δ., *Πολιτιστικές ασυνέχειες*, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1998.

α. Η «θετική-αλτρουιστική» στάση

Μια θετική-αλτρουιστική άποψη εκφράζει μία νοσηλεύτρια στο Κέντρο Υγείας Βύρωνα, η οποία αναφέρει ότι οι μετανάστες τα πρώτα χρόνια είχαν προβλήματα επικοινωνίας και κατανόησης των οδηγιών που τους δίνονταν, ενώ τώρα πλέον μιλάνε οι περισσότεροι την ελληνική γλώσσα και φαίνεται ότι αναπτύσσουν συνήθειες, οι οποίες δεικνύουν εξοικείωση με τους όρους υγιεινής του Κέντρου. Καμιά φορά κάποια μουσουλμάνα μπορεί να τους ζητήσει γυναίκα ιατρό να την εξετάσει, αλλά και οι ίδιοι έχουν εξοικειωθεί με τις δικές τους συνήθειες και μπορούν να τις αντιμετωπίσουν καλύτερα. Αναφέρει, επίσης, ότι αφού συνυπάρχουμε τόσα χρόνια μαζί, είναι γείτονες, μας παρέχουν τις υπηρεσίες τους, κάνουν δουλειές που οι ντόπιοι δεν τις καταδέχονται, γιατί να μας ενοχλεί όταν τους συναντάμε στη δουλειά μας.

Αθηνά Ζ., μαία, Κέντρο Υγείας Βύρωνα:

«...το κράτος δεν μας προσέφερε καμιά ουσιαστική βοήθεια στο έργο μας... αυτοσχεδιάζοντας, με συναίσθημα και συναίσθηση ευθύνης και προσφοράς δουλεύαμε μέχρι τώρα και έτσι προβλέπω να συνεχίζουμε... τα πρώτα χρόνια ήταν πιο δύσκολα τα πράγματα, όχι μόνο λόγω δυσκολιών στην επικοινωνία, που δεν μιλούσαν ελληνικά αλλά και προβλήματα κατανόησης... έχοντας άλλα πρότυπα ζωής, άλλες συνήθειες και δοξασίες, δεν μπορούσαν να κατανοήσουν και να εφαρμόσουν τις οδηγίες που τους δίνονταν, με τις ανάλογες συνέπειες... τώρα είναι πολύ καλύτερα. Και τη γλώσσα γνωρίζουν οι περισσότεροι, αλλά έχουν εξοικειωθεί με τον δικό μας τρόπο ζωής και τον πολιτισμό μας... έχουν αρχίσει να ενσωματώνονται στην ελληνική κοινωνία εδώ και πολύ καιρό τώρα και το βρίσκω πολύ θετικό αυτό...».

Δήμητρα Κ., νοσηλεύτρια, Κέντρο Υγείας Βύρωνα:

«...τα πρώτα χρόνια είχαμε προβλήματα επικοινωνίας και κατανόησης των οδηγιών που τους δίνονταν, τώρα και ελληνικά μιλάνε οι περισσότεροι, και με τη νοοτροπία και τις συνήθειες σε σχέση με την υγιεινή έχουν εξοικειωθεί... καμιά φορά κάποια μουσουλμάνα μπορεί να μας ζητήσει γυναίκα γιατρό να την εξετάσει, αλλά κι εμείς έχουμε εξοικειωθεί με τις δικές τους συνήθειες και τις προλαβαίνουμε μπορώ να πω... τι πρόβλημα να 'χουμε. Ζούμε τόσα χρόνια μαζί τους... Είναι γείτονές μας, τους βάζουμε στα σπίτια μας και μας προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, κάνουν δουλειές για μας που οι ντόπιοι δεν τις καταδέχονται... γιατί να μας ενοχλεί όταν τους συναντάμε στη δουλειά μας...».

Αντίστοιχη άποψη εκφράζει νοσηλευτής στο νοσοκομείο «Άγιος Σάββας», που αναφέρει ότι όπως θα νοσήλευαν έναν αλλοδαπό τουρίστα από την Αγγλία, τη Γερμανία, την Ελβετία, τη Σουηδία, την Αμερική κ.λπ., έτσι νοσηλεύουν και έναν οικονομικό μετανάστη από την Αλβανία, τη Βουλγαρία, την Αίγυπτο, το Μπαγκλαντές κ.λπ. Τονίζει, μάλιστα, ότι αφού υπάρχουν άνθρωποι που προέρχονται από τη δυτική και βόρεια Ευρώπη και εργάζονται στην Ελλάδα, οι οποίοι είναι οικονομικοί μετανάστες, δεν πρέπει να υπάρχει διαφορετική αντιμετώπιση.

Λεωνίδας Ν., νοσηλευτής, νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...όπως θα νοσηλεύαμε έναν αλλοδαπό τουρίστα από την Αγγλία, τη Γερμανία, την Ελβετία, τη Σουηδία, την Αμερική κ.λπ., έτσι νοσηλεύουμε και έναν οικονομικό μετανάστη από την Αλβανία, τη Βουλγαρία, την Αίγυπτο, το Μπαγκλαντές κ.λπ... άλλωστε έχουμε και ανθρώπους που προέρχονται από τη δυτική και βόρεια Ευρώπη και εργάζονται στην Ελλάδα. Οικονομικοί μετανάστες δεν είναι κι αυτοί; Γιατί τους βλέπουμε διαφορετικά.....νοιώθουν τη χώρα σαν δεύτερη πατρίδα τους...».

Με επίσης θετική άποψη απαντά στη συγκεκριμένη ερευνητική ερώτηση μια νοσηλεύτρια στο νοσοκομείο «Άγιος Σάββας», η οποία αναφέρει ότι στα προβλήματα επικοινωνίας και προβλήματα συνεργασίας ασθενή-εργαζόμενου, οι δυσκολίες είναι κοινές για τους έλληνες και τους αλλοδαπούς ασθενείς Όσο για τη μεγάλη αύξηση των κλοπών που παρουσιάζεται τα τελευταία χρόνια, πολλοί αναφέρονται στους αλλοδαπούς, αλλά χωρίς αποδείξεις.

Μαρίνα Λ., νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...προβλήματα επικοινωνίας, προβλήματα συνεργασίας ασθενή-εργαζόμενου... οι δυσκολίες είναι κοινές βασικά για έλληνες ή ξένους ασθενείς... έχουμε μεγάλη αύξηση των κλοπών τα τελευταία χρόνια και πολλοί μιλάνε για τους αλλοδαπούς, αλλά χωρίς αποδείξεις...».

β. Η «μáλλον θετική στάση με κριτική»

Μια νοσηλεύτρια στο νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», αναφέρει ότι υπάρχουν απαιτητικοί και αγενείς μετανάστες ασθενείς, αλλά δεν είναι μόνον αυτοί που συμπεριφέρονται με αυτόν τον τρόπο. Επιπρόσθετα, μπορεί οι συνθήκες στο νοσοκομείο να ήταν στο παρελθόν καλύτερες, όπως λένε οι παλιοί συνάδελφοι, αλλά δεν θεωρεί ότι ευθύνονται οι μετανάστες για αυτή την αλλαγή.

Λουκία Φ., νοσηλεύτρια, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

*«...έχει και απαιτητικούς, έχει και αγενείς, αλλά μόνο αυτοί είναι;...
...παλιότερα, απ' ότι λένε οι παλιοί συνάδελφοι ήταν καλύτερες οι συνθήκες στο νοσοκομείο-κάθε πέρσι και καλύτερα...».*

γ. Η «ουδέτερη-αδιάφορη» στάση

Ουδέτερη προς αδιάφορη στάση στο συγκεκριμένο θέμα, εκφράζει ένας νοσηλευτής στο νοσοκομείο «Άγιος Σάββας» που αναφέρει ότι έχουν αύξηση του αριθμού των ασθενών που προσέρχονται στο νοσοκομείο, με συνέπεια την επιβάρυνση της καθημερινότητας, αλλά και λόγω των ιδιομορφιών τους, όπως είναι η δυσκολία στην επικοινωνία, η αυξημένη προσοχή και δραστηριότητα για την αποφυγή λάθους κ.λπ., η μεγιστοποίηση του κόστους λειτουργίας του νοσοκομείου.

Νίκος Φ., νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...προβλήματα υπάρχουν με τις διαμαρτυρίες κάποιων ελλήνων ασθενών, όταν δεν βρίσκουν κρεβάτι την ώρα που το χρειάζονται και καταφέρονται εναντίον των μεταναστών... πολλές φορές όταν τους αναζητούμε για κάποιο λόγο, διαπιστώνουμε ότι δίνουν ψεύτικα στοιχεία, προσωπικά, διεύθυνση κατοικίας... λόγω της δυσκολίας στην επικοινωνία και για να αποκλείσουμε περίπτωση λάθους, αναγκαζόμαστε συχνά να κάνουμε πολλές περισσότερες παρακλινικές

εξετάσεις, με συνέπεια να επιβαρύνεται το νοσοκομείο με μεγαλύτερο όγκο εργασίας με ανάλογες συνέπειες, όπως επίσης και με οικονομική επιβάρυνση...».

Αντίστοιχα, ένας νοσηλευτής από τον «Ευαγγελισμό» αναφέρει ότι υπάρχουν προβλήματα με τις διαμαρτυρίες ορισμένων ελλήνων ασθενών, όταν δεν υπάρχει διαθεσιμότητα κλινών, και καταφέρονται εναντίον των μεταναστών. Επίσης, προσθέτει ότι όταν αναζητούν τους μετανάστες πολλές φορές διαπιστώνουν ότι δίνουν ψεύτικα προσωπικά στοιχεία (π.χ. διεύθυνση κατοικίας κ.ά.) («για να εξαφανιστούν χωρίς να πληρώσουν»), αλλά και λόγω της δυσκολίας στην επικοινωνία. Επιπλέον, υποστηρίζει ότι για να αποκλειστεί η περίπτωση λάθους, αναγκάζονται συχνά να κάνουν περισσότερες παρακλινικές εξετάσεις, με συνέπεια να επιβαρύνεται το νοσοκομείο με μεγαλύτερο όγκο εργασίας και τις ανάλογες συνέπειες, π.χ. κούραση, ένταση, εκνευρισμός, όπως επίσης και με σοβαρή οικονομική επιβάρυνση.

Λευτέρης Κ., νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...αύξηση του όγκου των ασθενών που προσέρχονται στο νοσοκομείο, με συνέπεια την επιβάρυνση της καθημερινότητας όχι μόνο από τον όγκο, αλλά και από τις ιδιαιτερότητες των μεταναστών (δυσκολία στην επικοινωνία, αυξημένη προσοχή και δραστηριότητα για την αποφυγή λάθους κ.λπ.), μεγιστοποίηση του κόστους λειτουργίας του νοσοκομείου...».

Υπάλληλος της κοινωνικής υπηρεσίας στον «Άγιο Σάββα» αναφέρει ότι σίγουρα υπάρχουν προβλήματα επικοινωνίας, συνεννόησης, συνεργασίας, καθώς συχνά οι μετανάστες αρνούνται να συμμορφωθούν με τις υποδείξεις των γιατρών. Τονίζει, βέβαια, ότι τέτοια περιστατικά μπορεί να συμβούν και από Έλληνες. Εν τούτοις, υποστηρίζει ότι το σημαντικότερο πρόβλημα είναι το οικονομικό για τους ανασφάλιστους, μη νόμιμους μετανάστες και προτείνει ότι χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια και επιμονή για να πεισθούν οι οικονομικές υπηρεσίες του νοσοκομείου να δέχονται τους ανασφάλιστους μετανάστες.

Ειρήνη Π., νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...σίγουρα υπάρχουν και προβλήματα, επικοινωνίας, συνεννόησης, συνεργασίας... συχνά αρνούνται να συμμορφωθούν με τις υποδείξεις των γιατρών π.χ. κάποιος γονιός αρνιόταν να γίνει μετάγγιση στο παιδί του για λόγους

θρησκευτικούς, αλλά δεν είναι μόνο οι μετανάστες και με τους έλληνες μπορεί να συμβούν αυτά... το σημαντικότερο πρόβλημα είναι το οικονομικό για τους ανασφάλιστους-μη νόμιμους μετανάστες και απαιτεί μεγάλη προσπάθεια και επιμονή για να πεισθούν οι οικονομικές υπηρεσίες του νοσοκομείου και να δέχονται τους ανασφάλιστους μετανάστες...».

Επιπρόσθετα, ιατρός στο νοσοκομείο «Σπηλιοπούλειο», αναφέρει πως υπάρχει σύγχυση στη συνεννόηση, ένταση στην καθημερινότητα, όπως επίσης προγραμματίστη αύξηση του όγκου εργασίας.

Ελένη Θ., νοσοκομείο «Σπηλιοπούλειο-Αγία Ελένη»:

«...αλαλούμ στη συνεννόηση, ένταση στην καθημερινότητα, απρογραμματίστη αύξηση του όγκου εργασίας... δεν είμαστε πια νοσοκομείο, κέντρο διερχομένων μεταναστών είμαστε...».

Νοσηλεύτης στο ίδιο νοσοκομείο, αναφέρει πως υπάρχει μεγάλος όγκος δουλειάς και δυσκολίες στη συνεννόηση. Τονίζει ότι αν και πληρώνουν οι μετανάστες για τις εξετάσεις που τους γίνονται, επιβαρύνουν οικονομικά το σύστημα, καθώς οι ιατρικές εξετάσεις είναι υποτιμολογημένες, αφού έχει πολλά χρόνια να επικαιροποιηθεί η κοστολόγησή τους (δηλαδή πληρώνουν σε «παλιές τιμές», αν έκαναν τις εξετάσεις αυτές σε ένα ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο θα πλήρωναν πολύ περισσότερα).

Γιάννης Φ., νοσοκομείο «Σπηλιοπούλειο-Αγία Ελένη»:

«...όγκος δουλειάς, δυσκολίες στη συνεννόηση... γενικά είναι όσο μπορούν συνεργάσιμοι, δεν τους συμφέρει άλλωστε το αντίθετο... βέβαια επιβαρύνουν και οικονομικά το σύστημα, (αν και πληρώνουν) γιατί οι ιατρικές εξετάσεις είναι υποτιμολογημένες, έχει πολλά χρόνια να επικαιροποιηθεί η κοστολόγηση...».

Αντίστοιχα, ιατρός στο Κέντρο Υγείας Βύρωνα, αναφέρει ότι κατά τη γνώμη του το πρόβλημα βρίσκεται στον άγνωστο κατά πάσα πιθανότητα μεγάλο αριθμό παράνομων μεταναστών που ζουν σε συνθήκες εξαθλίωσης, οι οποίοι είναι φορείς λοιμωδών νοσημάτων και δεν έχουν τη δυνατότητα της ενημέρωσης και της ανάλογης φροντίδας.

Γιάννης Ρ., Κέντρο Υγείας Βύρωνα:

«...κατά τη γνώμη μου το πρόβλημα βρίσκεται στον άγνωστο - κατά πάσα πιθανότητα μεγάλο αριθμό παράνομων μεταναστών που ζουν σε συνθήκες εξαθλίωσης, όντας φορείς λοιμωδών νοσημάτων και δεν έχουν τη δυνατότητα της ενημέρωσης και της ανάλογης φροντίδας...».

Ιατρός από τον «Ευαγγελισμό» αναφέρει ότι αν κάποτε διορθωθεί το σύστημα, ανεξαρτήτως της παρουσίας και του αριθμού των μεταναστών, τότε δεν θα μιλάμε πια για προβλήματα. Πιστεύει πως το πρόβλημα είναι εγγενές στο σύστημα υγείας και δεν είναι οι μετανάστες που το δημιουργούν.

Μάρκος Λ., ιατρός, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...αν κάποτε φτιάξει το σύστημα, ανεξαρτήτως της παρουσίας και του αριθμού των μεταναστών, τότε δεν θα μιλάμε πια για προβλήματα...».

Ιατρός από το «Σπηλιοπούλειο» αναφέρει ότι δεν υπάρχει ουσιαστική διαφορά, μεταξύ των Ελλήνων και των μεταναστών, καθώς υπάρχουν συνεργάσιμοι, ευγενικοί και ευγνώμονες άνθρωποι, υπάρχουν και οι αντίθετες περιπτώσεις.

Ηλίας Κ., ιατρός, νοσοκομείο «Σπηλιοπούλειο-Αγία Ελένη»:

«...πουθενά δεν είναι όλοι οι άνθρωποι ίδιοι. Έτσι και με τους μετανάστες που έρχονται στην Ελλάδα... έχει απ' όλα και καλούς, συνεργάσιμους, εργατικούς, φιλότιμους, έχει και κακούς... το πρόβλημα δεν είναι εκεί, αλλά στον πολύ μεγάλο αριθμό τους, και κυρίως στο ανεξέλεγκτο της κατάστασης... αυτό το μπάτε σκύλοι...».

Επίσης, νοσηλεύτης στον «Άγιο Σάββα», αναφέρει πως προσωπικά δεν αντιμετωπίζει ιδιαίτερα προβλήματα με τους μετανάστες. Σε γενικές γραμμές, η συμπεριφορά Ελλήνων και μεταναστών είναι παρόμοια στην επικοινωνία και συνήθως οι μετανάστες συνοδεύονται από κάποιον που μιλάει ελληνικά, συγγενή τους ή μερικές φορές από κάποιον Έλληνα. «Οι περισσότεροι τώρα πια μιλάνε ελληνικά, δεν ξέρω τι συνέβαινε παλιότερα, τα πρώτα χρόνια της μαζικής εισροής μεταναστών».

Λεωνίδας Ν., νοσηλεύτης, νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»

«...όπως και οι Έλληνες δεν είναι όλοι ίδιοι, έτσι και οι μετανάστες. Ο καθένας ανάλογα με την προσωπικότητά του και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του

*συμπεριφέρεται, δεν νομίζω ότι μπορείς να διαφοροποιήσεις τους ασθενείς, έτσι... όσο για δευτερεύοντα προβλήματα στη γλωσσική επικοινωνία και τη συνεννόηση γενικότερα, ε, με λίγη προσπάθεια και υπομονή ξεπερνιούνται...
....έχει πλάκα, θέλουν να διώξουν όλους τους άλλους και να μείνουν μόνο αυτοί!
π.χ. Βούλγαροι ή Αιγύπτιοι για τους Αλβανούς: “τι τους μαζέψατε εδώ, διώζετε τους όλους!”...».*

Νοσηλεύτρια, επίσης, στο νοσοκομείο «Άγιος Σάββας», αναφέρει ότι σαν άνθρωποι δεν την ενοχλούν, καθώς όλες οι φυλές των ανθρώπων περιλαμβάνουν και κακούς και καλούς. Αυτό που την ενοχλεί είναι η «επιθετική» εισβολή τους στη χώρα, πάντα με ευθύνη των οργάνων του κράτους, η απόκτηση ιδίων δικαιωμάτων με μικρότερη ή χωρίς καθόλου συνεισφορά, και συνεχίζει ότι το κράτος οφείλει να διασφαλίζει την ίση μεταχείριση ελλήνων και αλλοδαπών που ζουν στη χώρα.

Φρίντα Δ., νοσηλεύτρια, νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...σαν άνθρωποι δεν με ενοχλούν, άλλωστε όλες οι φυλές των ανθρώπων περιλαμβάνουν και κακούς και καλούς... η “επιθετική” εισβολή τους στη χώρα, πάντα με ευθύνη των οργάνων του κράτους βέβαια, η απόκτηση ιδίων δικαιωμάτων με μικρότερη ή χωρίς καθόλου συνεισφορά, με ενοχλεί σαν άτομο αλλά και σαν φορολογούμενο πολίτη. Το κράτος οφείλει να έχει τουλάχιστον ίση μεταχείριση ελλήνων και αλλοδαπών που ζουν στη χώρα... μερικοί δε, κάνουν σαν ιδιοκτήτες της χώρας, απαιτούν να διώξουμε όλους τους άλλους ξένους για να μείνουν αυτοί...».

Επίσης στην ίδια κατεύθυνση κυμαίνεται και η άποψη μιας μαίας στο Κέντρο Υγείας Βύρωνα, η οποία αναφέρει ότι μέρος της δουλειάς της είναι και οι μετανάστες. Για εκείνην προσωπικά δεν έχει καμία διαφορά αν ο πελάτης είναι έλληνας ή μετανάστης και θα πράξει ανεξάρτητα από το αν είναι περισσότερο κουραστικοί ή απαιτητικοί από άλλους.

Αθηνά Ζ., μαία, Κέντρο Υγείας Βύρωνα:

«...μέρος της δουλειάς μας είναι και οι μετανάστες, τι να τους κάνουμε, να τους διώξουμε;... για μένα προσωπικά δεν έχει καμία διαφορά αν ο πελάτης είναι έλληνας ή μετανάστης... θα κάνω ότι πρέπει να κάνω ανεξάρτητα... υπάρχουν και έλληνες και ξένοι που μπορεί να χρειάζονται ιδιαίτερη μεταχείριση, να είναι περισσότερο κουραστικοί ή απαιτητικοί από άλλους κ.λπ...».

Έρση Μ., προσωπικό ασφαλείας, νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

*«...τις νύχτες περιπολούμε στους ορόφους που κοιμούνται οι ασθενείς, αλλά και στους άλλους χώρους του νοσοκομείου γιατί έχουμε πολλά κρούσματα κλοπών...
...κλέβουν όχι μόνο χρήματα, αλλά και κινητά τηλέφωνα, ρολόγια ακόμα και ρούχα... όχι μόνο τη νύχτα και τη μέρα... σχεδόν καθημερινά έχουμε κι ένα τουλάχιστον κρούσμα... οι περισσότεροι λένε ότι το κάνουν αλλοδαποί συνοδοί, ή και ασθενείς... μια φορά μόνο στις δικές μου μέρες που συνέλαβαν κάποιον – ήταν αλλοδαπός... ξέρω κι εγώ, μπορεί όντως να είναι αλλοδαποί, μπορεί όμως και να το εκμεταλλεύονται αυτό και κάποιοι Έλληνες και να τα φορτώνουν όλα σ' αυτούς...».*

δ. Η «μάλλον αρνητική στάση με κριτική»

Με αρνητική και αντίστοιχα κριτική στάση στη συγκεκριμένη περίπτωση, αναφέρεται σχετικά η άποψη ενός υψηλόβαθμου διοικητικού υπαλλήλου στο νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», ο οποίος αναφέρει ότι τα προβλήματα που κυρίως προκύπτουν, αφορούν στη δυσκολία στην επικοινωνία, την άρνηση στη συμμόρφωση με τους κανόνες λειτουργίας του νοσοκομείου π.χ. κάπνισμα, ποτό, διατάραξη κοινής ησυχίας. Σύμφωνα με τον ίδιο, χειρότεροι ασθενείς όλων θεωρούνται οι Ρουμάνοι. Αλλά ως σημαντικότερο όλων θεωρεί την οικονομική επιβάρυνση των ασφαλιστικών ταμείων και του κρατικού προϋπολογισμού και τη στέρηση των νοσοκομειακών κλινών από τους Έλληνες ασθενείς, οι οποίοι πληρώνουν άμεσα με την ασφάλισή τους και έμμεσα με τη φορολογία τους. Με την παρουσία των μεταναστών στο νοσοκομείο συνδέεται η κατακόρυφη αύξηση κλοπών (π.χ. χρήματα, τιμαλφή, κινητά τηλέφωνα). Σπάνια εκφράζουν την ευγνωμοσύνη τους για την καλή και δωρεάν περίθαλψη που τους προσφέρεται, χωρίς μάλιστα να την δικαιούνται.

Γιώργος Τ., νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...τα προβλήματα που κυρίως προκύπτουν, αφορούν την δυσκολία στην επικοινωνία, την άρνηση στη συμμόρφωση με τους κανόνες λειτουργίας του νοσοκομείου π.χ. κάπνισμα, ποτό, διατάραξη κοινής ησυχίας... Χειρότεροι ασθενείς όλων θεωρούνται οι Ρουμάνοι... Αλλά ως σημαντικότερο όλων θεωρώ την οικονομική επιβάρυνση των ασφαλιστικών ταμείων και του κρατικού προϋπολογισμού και τη στέρηση των νοσοκομειακών κλινών από τους Έλληνες

ασθενείς, οι οποίοι και πληρώνουν, άμεσα με την ασφάλισή τους και έμμεσα με τη φορολογία τους... Με την παρουσία των μεταναστών στο νοσοκομείο συνδέεται η κατακόρυφη αύξηση κλοπών (χρήματα, τιμαλφή, κινητά τηλέφωνα)... Σπάνια εκφράζουν την ευγνωμοσύνη τους για την καλή και δωρεάν περίθαλψη που τους προσφέρεται, χωρίς να την δικαιούνται μάλιστα...».

Αντίστοιχη άποψη εκφράζει και μια νοσηλεύτρια στο νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», η οποία αναφέρει πως δεν είναι συνεργάσιμοι όλοι. Καπνίζουν, κάνουν φασαρία αν νομίζουν ότι τους καθυστερούν. Οι Έλληνες ασθενείς διαμαρτύρονται γιατί οι μετανάστες έχουν κάνει «κατάληψη» στο νοσοκομείο και δεν βρίσκουν κρεβάτι, ενώ επιπλέον έχουν χρεώσει τα ασφαλιστικά ταμεία.

Ελένη Γ., νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...Δεν είναι συνεργάσιμοι όλοι. Καπνίζουν, κάνουν φασαρία αν νομίζουν ότι τους καθυστερούμε... Οι Έλληνες ασθενείς διαμαρτύρονται γιατί οι μετανάστες έχουν κάνει κατάληψη στο νοσοκομείο και δεν βρίσκουν κρεβάτι, άσε που έχουν καταχρεώσει τα ταμεία μας. Ένας δουλεύει κι έχει ασφαλίσει ολόκληρο σόι... Πληρώνει το κράτος γι' αυτούς που μένουν στην Ελλάδα αλλά και για τους συγγενείς τους που φέρνουν από την πατρίδα τους να νοσηλεύσουν εδώ...».

Επίσης, διοικητική υπάλληλος στο νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», αναφέρει πως οι μετανάστες προσπαθούν να εκμεταλλευτούν την κατάσταση, την οποία απ' ότι φαίνεται γνωρίζουν καλά, επιβαρύνοντας το νοσοκομείο και αντίστοιχα το κράτος.

Μαρία Δ., διοικητική υπάλληλος, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...προσπαθούν να εκμεταλλευτούν την κατάσταση, την οποία απ' ότι φαίνεται γνωρίζουν καλά, να μας ξεγελάσουν και να περάσει το δικό τους, επιβαρύνοντας το νοσοκομείο και αντίστοιχα το κράτος... ότι και να λέμε, στο τέλος εν γνώσει μας, τους αφήνουμε να αλωνίζουν...».

Ιατρός από το νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», αναφέρει ότι αρκετοί από τους μετανάστες διαιωνίζουν την κακή εικόνα τους.

Αντιγόνη Σ., ιατρός, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...υπάρχει μια κατάσταση, αλλά και αρκετοί από τους μετανάστες δεν κάνουν κάτι να την αλλάξουν, διαιωνίζουν την κακή εικόνα τους...».

Ιατρός στο ίδιο νοσοκομείο επισημαίνει ότι δεν είναι σίγουρη αν οι μετανάστες αναγνωρίζουν την προσφορά του Έλληνα εργαζόμενου στο νοσοκομείο και του Ελληνικού κράτους γενικά.

Λίνα Κ., ιατρός, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...άραγε οι μετανάστες, που τόσο τους εξυπηρετούμε άλλωστε, κατανοούν και σέβονται την προσπάθεια και την προσφορά του Έλληνα εργαζόμενου στο νοσοκομείο και του Ελληνικού κράτους γενικά;... άσε που διαμαρτύρονται για τους άλλους ξένους ασθενείς!, θέλουν αποκλειστικότητα στη νοσηλεία και στη χώρα, θέλουν να διώξουμε όλους τους άλλους....».

Νοσηλεύτρια στο ίδιο νοσοκομείο, αναφέρει ότι ενώ παλιότερα τους συμπαθούσε τώρα έχει γίνει πλέον επιφυλακτική.

Δάφνη Κ., νοσηλεύτρια, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«Να σου πω την αλήθεια, παλιά τους συμπαθούσα και τους λυπόμουν. Τώρα έχω γίνει πολύ επιφυλακτική...».

Αντίστοιχα, τραυματιοφορέας στον «Άγιο Σάββα», αναφέρει ότι οι μετανάστες ήρθαν στην Ελλάδα για να έχουν καλύτερες συνθήκες διαβίωσης, αλλά υποστηρίζει ότι αν και ο ίδιος είναι ξένος, ένιωσε την Ελλάδα ως πατρίδα του, ενώ οι μετανάστες κάνουν σαν πειρατές, «θέλουν μόνο να πάρουν ό,τι περισσότερο μπορούν».

Μιχάλης Μ., τραυματιοφορέας, νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...ναι ήρθαν εδώ για καλύτερη ζωή, να ζήσουν κι αυτοί και τα παιδιά τους καλύτερα, να τα σπουδάσουν, πολλοί απ' αυτούς να μαζέψουν λεφτά και να γυρίζουν πίσω στη χώρα τους και να έχουν καλύτερη ζωή εκεί... το καταλαβαίνω πολύ καλά, όταν ήρθα κι εγώ εδώ, ήμουν ξένος... εγώ όμως νοιώθω την Ελλάδα πατρίδα μου... πολλοί από αυτούς τους μετανάστες κάνουν σα πειρατές, θέλουν μόνο να πάρουν ό,τι πιο πολύ μπορούν... άλλοι πάλι, κάνουν σαν να είναι ιδιοκτησία τους η Ελλάδα και ζητάνε να φύγουν οι άλλοι ξένοι και να μείνουν μόνον αυτοί (π.χ. οι Αλβανοί για τους έγχρωμους)...».

ε. Η «αρνητική-ρατσιστική στάση»

Σε αρνητική και ρατσιστική άποψη, αναφέρονται οι ακόλουθες περιπτώσεις απαντήσεων ερωτηθέντων ως εξής:

Νοσηλεύτρια στον «Ευαγγελισμό» αναφέρει ότι πριν έρθουν μαζικά οι μετανάστες, η κατάσταση ήταν πολύ καλύτερη.

Ζωή Φ., νοσηλεύτρια, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...πάντως πριν έρθουν αυτοί μαζικά, τα πράγματα ήταν πολύ καλύτερα! Τυχαίο; Όχι βέβαια...».

Επίσης, νοσηλεύτρια στο ίδιο νοσοκομείο, αναφέρει ότι αν οι μετανάστες εκφράζουν παράπονα «φωτιά θα πέσει να τους κάψει».

Ρίτα Δ., νοσηλεύτρια, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...αν έχουν και παράπονο, πολλοί απ' αυτούς, φωτιά θα πέσει να τους κάψει... τι άλλο δηλαδή θέλουν; Δεν κατάλαβα...».

Νοσηλευτής στον «Ευαγγελισμό», αναφέρει ότι η κατάσταση στο νοσοκομείο ήταν σαφώς καλύτερη πριν τη μαζική και ανεξέλεγκτη είσοδο των μεταναστών.

Νίκος Δ., νοσηλευτής, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...Η κατάσταση στο νοσοκομείο ήταν σαφώς καλύτερη πριν τη μαζική και ανεξέλεγκτη είσοδο των μεταναστών...».

Διοικητικός υπάλληλος στον «Άγιο Σάββα», αναφέρει ότι τώρα με την κρίση, την ανεργία και τη φτώχεια, όπου και να κοιτάξεις, πρόσωπα σκεφτικά και θλιμμένα θα δεις. Μόνο τους μετανάστες θα δεις να χαμογελάνε, άρα είναι οι μόνοι που περνάνε καλά.

Θωμάς Β., διοικητικός υπάλληλος, νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...τώρα με την κρίση, την ανεργία και τη φτώχεια που μας έχει γονατίσει, όπου και να κοιτάξεις, πρόσωπα σκεφτικά και θλιμμένα θα δεις. Μόνο τους μετανάστες θα δεις να χαμογελάνε, άρα είναι οι μόνοι που περνάνε καλά... έχω άδικο;...».

Επίσης, αποκλειστική νοσηλεύτρια στον «Άγιο Σάββα», αναφέρει ότι πριν να έρθουν τόσο πολλοί ξένοι στην Ελλάδα ήταν πολύ καλύτερα, τονίζοντας ότι νιώθει ανασφαλής.

Φένια Π., αποκλειστική νοσηλεύτρια, νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...πριν να έρθουν τόσο πολλοί ξένοι στην Ελλάδα ήταν πολύ καλύτερα. Δεν βλέπετε τι γίνεται, δεν τολμάμε να βγούμε από το σπίτι μας, καλά-καλά ούτε και μέσα στο σπίτι αισθανόμαστε ασφαλείς... από τότε που ήρθαν, συνέχεια κλεψιές,

φόντοι... ναι κι εδώ μέσα (στο νοσοκομείο), δεν περνάει μέρα που να μην έχει κλεψιά, λεφτά, κινητά, ρολόγια... και να 'ταν μόνο αυτά, μας παίρνουν τις δουλειές, λένε ότι κάνουν δουλειές που δεν καταδέχονται οι Έλληνες, εγώ δεν θέλω να δουλέψω καθηγήτρια, αποκλειστική θέλω ρε παιδί μου, και δεν βρίσκω γιατί τις παίρνουν αυτές (οι αλλοδαπές)... και τα στέλνουν τα λεφτά στη χώρα τους και η Ελλάδα έχει ανεργία και οικονομική κρίση...».

Τέλος, εκφράστηκαν κάποιες ταυτόσημα αρνητικές τοποθετήσεις:

Λάμπρος Β., τραυματιοφορέας, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...τους έχουμε κορώνα στο κεφάλι μας. Έχουν κι απαιτήσεις από πάνω... δεν διαμαρτύρονται οι Έλληνες και μας φωνάζουν οι Αλβανοί, κατάλαβες;...».

Ρίτα Δ., νοσηλεύτρια, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...να δεις πως απαιτούν, πως εκβιάζουν για να γίνει αυτό που θέλουν αυτοί... βάζουν τις φωνές ακόμα και στους γιατρούς... έτσι τα είχαν και στη χώρα τους....».

Νίκος Δ., νοσηλευτής, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...από τότε που γέμισαν τα νοσοκομεία μ' αυτούς, τρέχουμε και δεν φτάνουμε... αυτοί μας έλειπαν... κι ακούμε και το ευχαριστώ από πάνω... άσε που κατακλύβουν τον κόσμο, ασθενείς και συνοδούς... βέβαια, από τότε που γέμισαν τα νοσοκομεία με μετανάστες οι κλεψιές σε χρήματα και κινητά δίνουν και παίρνουν...».

Εν κατακλείδι, μέσα από τη συζήτηση με τους εργαζόμενους στις ΚΥΥ, ανεξάρτητα της προσωπικής τους τοποθέτησης, θετικής ή αρνητικής, προκύπτει ότι είναι πάρα πολλά τα στοιχεία που δείχνουν ότι οι μετανάστες, κατά πλειοψηφία, όχι μόνο έχουν καλή επαφή με τις ΚΥΥ, αλλά φαίνεται ότι έχουν καταφέρει να ενταχθούν και σε πολλές περιπτώσεις να ενσωματωθούν στο σύστημα, υιοθετώντας συμπεριφορές και συνήθειες ανάλογες με αυτές των Ελλήνων ασθενών-πελατών των ΚΥΥ. Δείχνουν ενημερωμένοι, έχουν σχετική άνεση στην προσέλευσή τους στα νοσοκομεία και τις ΚΥΥ γενικότερα. Μιμούνται και έχουν εσωτερικεύσει απόλυτα στάσεις και συμπεριφορές που χαρακτηρίζουν τους Έλληνες, τόσο θετικές (π.χ.

εξοικείωση με την ελληνική γραφειοκρατία), αλλά και αρνητικές (π.χ. χρησιμοποιούν το «φακελάκι»). Αυτό μας αποδεικνύει η ανάλογη τοποθέτηση των εργαζομένων:

Ιάσων Ν., ειδικευόμενος ιατρός, νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...εδώ είμαστε ειδικό νοσοκομείο, ογκολογικό. Για να προσέρχονται εδώ, σημαίνει ότι έχουν ενημερωθεί σχετικά... βέβαια, σχεδόν όλοι είναι ενημερωμένοι για τις διαδικασίες και τα δικαιώματά τους. Αρκετοί δε, μπορώ να πω ότι είναι απόλυτα προσαρμοσμένοι στην ελληνική πραγματικότητα, γνωρίζουν μέχρι και το φακελάκι ή την απειλή για καταγγελίες στα κανάλια... ανάλογα τι τους εξυπηρετεί κάθε φορά...».

Φένια Π., αποκλειστική νοσηλεύτρια, νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...πολλοί κάνουν πως δεν ξέρουν ελληνικά, γιατί είναι παράνομοι, για να μην πληρώσουν, αλλά τους βλέπω τι κάνουν, που καταλαβαίνουν ελληνικά και που μιλάνε με τους άλλους αρρώστους στα ελληνικά... πολύ συχνά ταλαιπωρούν το προσωπικό του νοσοκομείου, χωρίς λόγο. Αλλά κι αυτοί γιατί ασχολούνται και δεν τους δίνουν να καταλάβουν; Ανάγκη τους έχουν;... βέβαια όλα τα ξέρουν καλύτερα κι από μας τους Έλληνες ...φακελάκι; ναι, μερικοί δίνουν και φακελάκι στους γιατρούς για να τους κάνουν τα χατίρια...».

6.3.6 Ένταξη, ενσωμάτωση, προοπτικές και προβληματισμός

Επειδή, όπως, ήδη αναφέρθηκε η ενσωμάτωση είναι σχέση αλληλεπίδρασης, στην παρούσα ενότητα εξετάζεται αν κατάφεραν οι μετανάστες μέσα από τη σχέση αυτή να ενταχθούν και ενσωματωθούν στην ελληνική κοινωνική πραγματικότητα και να επηρεάσουν μέσω των πολιτισμικών τους στοιχείων την ελληνική κοινωνική πραγματικότητα.

Ιατρός από το Κέντρο Υγείας Βύρωνα, αναφέρει ότι οι μετανάστες είναι μια δεδομένη πραγματικότητα στην Ελλάδα και ότι είναι απαραίτητο να τους παρασχεθεί βοήθεια για την ομαλή τους κοινωνική ένταξη και ενσωμάτωση, παρουσιάζοντας μια θετική-αλτρουϊστική στάση.

Γιάννης Ρ., Κέντρο Υγείας Βύρωνα:

«...οι μετανάστες είναι μια δεδομένη πραγματικότητα στην Ελλάδα, οφείλουμε να τους βοηθήσουμε στην ομαλή τους κοινωνική ένταξη και ενσωμάτωση στην ελληνική κοινωνία, για πολλούς λόγους...».

Νοσηλευτής από το νοσοκομείο «Άγιος Σάββας», υποστηρίζει ότι το πρόβλημα των νοσοκομείων δεν οφείλεται στους μετανάστες, καθώς οι δυσκολίες είναι μακροχρόνιες, το ΕΣΥ οργανώθηκε από την αρχή λανθασμένα και με το πέρασμα του χρόνου διογκώθηκαν τα προβλήματα, με αποτέλεσμα να υφίστανται τις συνέπειες όλοι, εργαζόμενοι και ασθενείς, Έλληνες και ξένοι.

Νίκος Φ., νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...δεν μπορείς να πεις ότι το χάλι των νοσοκομείων οφείλεται στους μετανάστες. Τα προβλήματα είναι μακροχρόνια, το ΕΣΥ ήταν λάθος από την αρχή, με το πέρασμα του χρόνου διογκώθηκαν και τις συνέπειες τις υφίστανται όλοι, εργαζόμενοι και ασθενείς, έλληνες και ξένοι... τι να σου κάνουν κι αυτοί, ήρθαν γυρεύοντας μια καλύτερη ζωή...».

Επίσης, νοσηλεύτρια στο ίδιο νοσοκομείο αναφέρει ότι δεν είναι σίγουρη αν οφείλεται στους μετανάστες ή και σε άλλες εγγενείς αιτίες του ΕΣΥ, η κατάσταση στα νοσοκομεία.

Μαρίνα Λ., νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...Δεν είμαι σίγουρη αν οφείλεται στους μετανάστες ή και σε άλλες εγγενείς αιτίες του ΕΣΥ, η κατάσταση στα νοσοκομεία...».

Αντίστοιχα, νοσηλευτής στο νοσοκομείο «Άγιος Σάββας», επισημαίνει ότι το σύστημα δεν έχει ιδιαίτερο πρόβλημα από τους μετανάστες, παρά μόνο το ότι αυξάνει τον όγκο της εργασίας. Αν εκσυγχρονιστεί το ΕΣΥ, πράγμα απολύτως απαραίτητο, θα βελτιωθεί η κατάσταση γενικώς.

Λεωνίδας Ν., νοσηλευτής, νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...η άποψή μου είναι πως το σύστημα δεν έχει ιδιαίτερο πρόβλημα από τους μετανάστες, παρά μόνο το ότι αυξάνει τον όγκο της εργασίας... αν εκσυγχρονιστεί το ΕΣΥ, πράγμα απολύτως απαραίτητο, θα βελτιωθεί η κατάσταση γενικώς... δεν νομίζω ότι θα άλλαξε θεαματικά η κατάσταση στα νοσοκομεία, αν υποθετικά εξαφανίζονταν όλοι οι μετανάστες...».

Με ουδέτερη στάση έως αδιάφορη, εκφράζεται ιατρός στον «Ευαγγελισμό», ο οποίος αναφέρει ότι είναι αναγκαίο να βελτιωθούν οι συνθήκες: έλεγχος της κατάστασης σχετικά με τους μετανάστες και ασφάλισή τους ως εργαζόμενοι.

Γιώργος Τ., νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...Πρόταση για βελτίωση των συνθηκών: έλεγχος της κατάστασης σχετικά με τους μετανάστες και την ασφάλισή τους ως εργαζόμενους...»

Νοσηλεύτρια στο ίδιο νοσοκομείο, αναφέρει ότι αν οι μετανάστες ήταν λιγότεροι και ασφαλισμένοι και υπήρχε περισσότερος έλεγχος από το κράτος, θα ήταν σίγουρα καλύτερα.

Ελένη Γ., νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...Αν οι μετανάστες ήταν λιγότεροι και ασφαλισμένοι, υπήρχε περισσότερος έλεγχος από το κράτος, θα ήταν σίγουρα καλύτερα...».

Νοσηλευτής από τον «Ευαγγελισμό», αναφέρει πως το ΕΣΥ χρειάζεται αναδιοργάνωση, η οποία θα περιλαμβάνει και αυτή την πραγματικότητα, της ύπαρξης τόσο μεγάλου αριθμού ανασφάλιστων μεταναστών.

Λευτέρης Κ., νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...Το ΕΣΥ χρειάζεται αναδιοργάνωση, η οποία θα περιλαμβάνει και αυτή την πραγματικότητα, της ύπαρξης τόσο μεγάλου αριθμού ανασφάλιστων μεταναστών...».

Αντίστοιχα, ιατρός στον «Ευαγγελισμό», επισημαίνει ότι το ΕΣΥ ήταν προβληματικό πριν τη μαζική έλευση των μεταναστών, ενώ αναφέρει ότι χρειάζεται άμεσα μεταρρύθμιση.

Μάρκος Α. Γιατρός νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»-Ευαγγελισμός:

«...Το ΕΣΥ ήταν προβληματικό πριν τη μαζική έλευση των μεταναστών. Χρειάζεται σίγουρα μεταρρύθμιση, το συντομότερο δυνατόν και στις όποιες αλλαγές να ληφθεί στα υπόψη και η συμμετοχή των μεταναστών στο σύστημα...».

Νοσηλεύτρια στον «Ευαγγελισμό», αναφέρει πως «πρέπει να προσαρμοστεί το σύστημα, έτσι ώστε να καλυτερέψουν οι συνθήκες για όλους, έλληνες και ξένους, εργαζόμενους και ασθενείς». Υπάλληλος στον «Άγιο Σάββα», υποστηρίζει ότι όλο το σύστημα υγείας και ασφάλισης πρέπει να αναδιοργανωθεί και να εκσυγχρονιστεί, σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα και τις ανάγκες, καθώς οι μετανάστες αποτελούν μεγάλο μέρος της σύγχρονης πραγματικότητας. Αντίστοιχα, νοσηλεύτρια στο Κέντρο

Υγείας Βύρωνα αναφέρει πως γενικά το κράτος χρειάζεται να αντιμετωπίσει με σοβαρότητα το θέμα των μεταναστών, μέσω ελέγχων και τυπικών διαδικασιών.

Δήμητρα Κ., νοσηλεύτρια, Κέντρο Υγείας Βύρωνα:

«...γενικά το κράτος πρέπει να δει με σοβαρότητα το θέμα των μεταναστών. Να υπάρχουν έλεγχοι και διαδικασίες, όπως σε όλα τα πολιτισμένα κράτη του κόσμου, να έρχονται όσοι μπορούν και είναι δυνατόν να βρίσκονται νόμιμα εδώ, εργαζόμενοι, ασφαλισμένοι κ.λπ...».

Διοικητική υπάλληλος στο νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», υποστηρίζει ότι: *«το κράτος, Υπουργεία Εσωτερικών, Υγείας κ.λπ. πρέπει να σταματήσουν να εθελotuφλούν και να αντιμετωπίσουν οργανωμένα και συντονισμένα το θέμα της μετανάστευσης στη χώρα». Επιπλέον, ιατρός στον «Ευαγγελισμό» πιστεύει πως το ΕΣΥ «είναι προ πολλού ξεπερασμένο και αναρωτιέται μήπως επιτέλους ήρθε η ώρα να τελειώνει και να πάρει τη θέση του ένα σύγχρονο σύστημα υγείας που θα μεριμνά για τις ανάγκες των ασθενών αλλά και των εργαζομένων, πραγματικά». Αξίζει να σημειωθεί επίσης η άποψη φυσιοθεραπευτή στον «Ευαγγελισμό» ότι: *«ορθολογισμό και εκσυγχρονισμό χρειάζεται στο σύστημα».**

Ειδικευόμενος γιατρός στον «Άγιο Σάββα» αναφέρει πως για εκείνον «δεν τίθεται θέμα σχέσης μεταναστών, αλλά πολλά ζητήματα για τον τρόπο που λειτουργεί ο θεσμός του ΕΣΥ γενικά. Πρέπει να διοργανωθεί το σύστημα εκ βάθρων, έτσι ώστε και ο εργαζόμενος στο ΕΣΥ να έχει ανθρώπινες συνθήκες εργασίας, αλλά και οι ασθενείς, ντόπιοι και μετανάστες αδιάκριτα να εξυπηρετούνται όπως πρέπει χωρίς να επιβαρύνεται κάποια πλευρά». Επιπρόσθετα, τραυματιοφορέας στον «Άγιο Σάββα», πιστεύει ότι *«αν έχουν όλοι καλή διάθεση με υπομονή, χαμόγελο και σεβασμό, όλα θα είναι καλά».* Εργαζόμενη στο προσωπικό ασφαλείας του νοσοκομείου «Άγιος Σάββας», αναφέρει ότι: *«...πολλά θα πρέπει να αλλάζουν, αλλά δεν είναι δική μου αρμοδιότητα να πω τι πρέπει να γίνει... Αυτά τα γνωρίζουν οι υπάλληλοι του νοσοκομείου...».* Επίσης από γιατρό στο «Σπηλιοπούλειο» νοσοκομείο, αναφέρεται ότι η λύση στα προβλήματα έχει δύο σκέλη: αφενός αναδιοργάνωση του ΕΣΥ και αφετέρου χάραξη και εφαρμογή μεταναστευτικής πολιτικής.

Ηλίας Κ., ιατρός, νοσοκομείο «Σπηλιοπούλειο-Αγία Ελένη»:

«...νομίζω πως η λύση σε όλα αυτά τα προβλήματα έχει δύο σκέλη:

αναδιοργάνωση του ΕΣΥ αφενός, (για πολλούς λόγους) και χάραξη και εφαρμογή μεταναστευτικής πολιτικής άμεσα, για να υπάρχει έλεγχος της κατάστασης και χάραξη της ανάλογης εθνικής στρατηγικής...».

Αντίστοιχα, με αρνητική στάση και διάθεση με κριτική, αναφέρεται νοσηλευτής στον «Ευαγγελισμό», ο οποίος υποστηρίζει ότι: *«διοικητές, υπουργοί, και λοιποί που έχουν την εξουσία και τους παχυλούς μισθούς, άμα θέλουν, ξέρουν καλά τι να κάνουν, αλλά δεν τους νοιάζει ή μήπως, αναρωτιέται, κάποιους τους συμφέρει κιόλας αυτή η δύσκολη κατάσταση;»*. Επίσης, ιατρός στον «Ευαγγελισμό», αναφέρει πως όλα πρέπει να αλλάξουν, κατά τη γνώμη του, και η πολιτική για το μεταναστευτικό (υποδοχή, άδειες παραμονής, ασφάλιση και δικαιώματα των μεταναστών κ.λπ.), αλλά και το ίδιο το ΕΣΥ. Μία νοσηλεύτρια στον «Ευαγγελισμό» αναφέρει ότι: *«...να κάνουν ελέγχους στους μετανάστες. Όσοι είναι ανασφάλιστοι να πληρώνουν από την τσέπη τους, να δεις πως στρώνει το πράγμα!...»*. Νοσηλεύτρια στον «Άγιο Σάββα» πιστεύει πως αν το κράτος ελέγξει τη νομιμότητα των μεταναστών και επιβάλλει την υποχρεωτική τους ασφάλιση, όπως γίνεται και στα άλλα κράτη της Ευρώπης, τότε θα βελτιωθούν τα πράγματα.

Φρίντα Δ., νοσηλεύτρια, νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...πιστεύω πως αν το κράτος ελέγξει τη νομιμότητα των μεταναστών και επιβάλλει την υποχρεωτική τους ασφάλιση, όπως γίνεται και στα άλλα κράτη της Ευρώπης, τότε θα βελτιωθούν τα πράγματα. Ένταξη στην ελληνική κοινωνία δεν θέλουν; Γιατί δεν το κάνουν; Παραπονούνται κάποιοι για ρατσιστική αντιμετώπιση. Έτσι είναι ο ρατσισμός; Μάλλον σε βάρος των Ελλήνων είναι ρατσιστικό το κράτος...».

Με αρνητική και ρατσιστική στάση εμφανίζεται τραυματιοφορέας στον «Ευαγγελισμό», ο οποίος αναφέρει ότι η μόνη λύση είναι να τους διώξουν όλους τους μετανάστες από την Ελλάδα.

Λάμπρος Β., τραυματιοφορέας, νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»:

«...η μόνη λύση είναι να τους διώξουν όλους απ' την Ελλάδα που την κατάντησαν ξέφραγο αμπέλι οι αλήτες και τη χρεοκόπησαν...».

Αντίστοιχα, διοικητικός υπάλληλος στον «Άγιο Σάββα», αναφέρει χαρακτηριστικά: *«...τι με νοιάζει εμένα για τους ξένους, αν δεν τους αρέσει να*

γυρίσουν στην πατρίδα τους... το κράτος με τα τόσα προβλήματα που έχει, δεν θα έπρεπε να τους στείλει όλους πίσω; ...εδώ δεν έχουμε για τους Έλληνες, θα πληρώνουμε γι αυτούς;... η κρίση είναι μια καλή ευκαιρία για να απαλλαγούμε απ' αυτούς...», ...μπορούν να τους μαζέψουν όλους, όλους όμως και να τους στείλουν από 'κει πού ήρθαν; Τότε θα λυθούν πολλά προβλήματα. Αμέσως, αυτόματα...».

Φρίντα Δ., νοσηλεύτρια, νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»:

«...ο νόμος μιλάει μόνο για τη νομιμότητα και την ασφάλιση του μετανάστη, που κι αυτό τελικά δεν τηρήθηκε ποτέ – όλους τους περιθάλπουμε. Δεν μπήκε στον κόπο να ασχοληθεί με τα καθημερινά προβλήματα που αντιμετωπίζουμε όλοι οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία. Μιλάμε για τις γενικότερες συνθήκες που επικρατούν, αν βάλεις και τους μετανάστες, τότε η ταλαιπωρία του προσωπικού αυξάνεται, αλλά ποιος νοιάστηκε; ... μόνοι μας ο καθένας η σε συνεργασία μεταξύ μας βρίσκουμε ή επινοούμε τρόπους να ανταπεξερχόμαστε κάθε φορά σε ότι προκύψει...».

Και η αντίστοιχη θέση ιατρού στο «Σπηλιοπούλειο»:

Ηλίας Κ., ιατρός, νοσοκομείο «Σπηλιοπούλειο-Αγία Ελένη»:

«...παράρτημα του Κέντρου Αλλοδαπών είμαστε (με ανάλογης σημασίας μειδίαμα)... εντάξει, εμείς συνεχίζουμε να κάνουμε τη δουλειά μας κι αυτοί τη δική τους... ο πελάτης έχει πάντα δίκιο!... πλήρωνε βλάκα Έλληνα, πλήρωνε... μας έχουν και για ηλίθιους, πραγματικά...».

Τραυματιοφορέας στον «Άγιο Σάββα», αναφέρει ότι: «...όλα καλά πάνε... Το νοσοκομείο δουλεύει μια χαρά, όλους τους φροντίζουν χωρίς να τους ζητήσουν να πληρώσουν... το ΕΣΥ είναι το καλύτερο σύστημα...», ενώ μια ρεαλιστική (και ταυτόχρονα ουτοπική) άποψη:

Γιάννης Φ., νοσοκομείο «Σπηλιοπούλειο-Αγία Ελένη»:

«...τι να αλλάξει, όλο το σύστημα εκ βάθρων. Γιατί δεν αντιγράφουν αυτά που κάνουν άλλα κράτη της Ευρώπης;».

Τέλος, εκφράζεται μια πεσιμιστική, αν όχι τελικά ρεαλιστική άποψη, από μια μαία στο Κέντρο Υγείας Βύρωνα: «...τι βελτίωση να περιμένω; Όλα πάνε από το κακό

στο χειρότερο... δεν βλέπετε τι γίνεται, περικοπές, λιτότητα, κρίση, τρόικα, ελλείμματα, πτώχευση οικονομική αλλά και συναισθηματική!... και μη χειρότερα!!!...».

6.3.7 Υποτυπώδης τυπολογία στάσεων των ερωτηθέντων εργαζόμενων στις ΚΥΥ

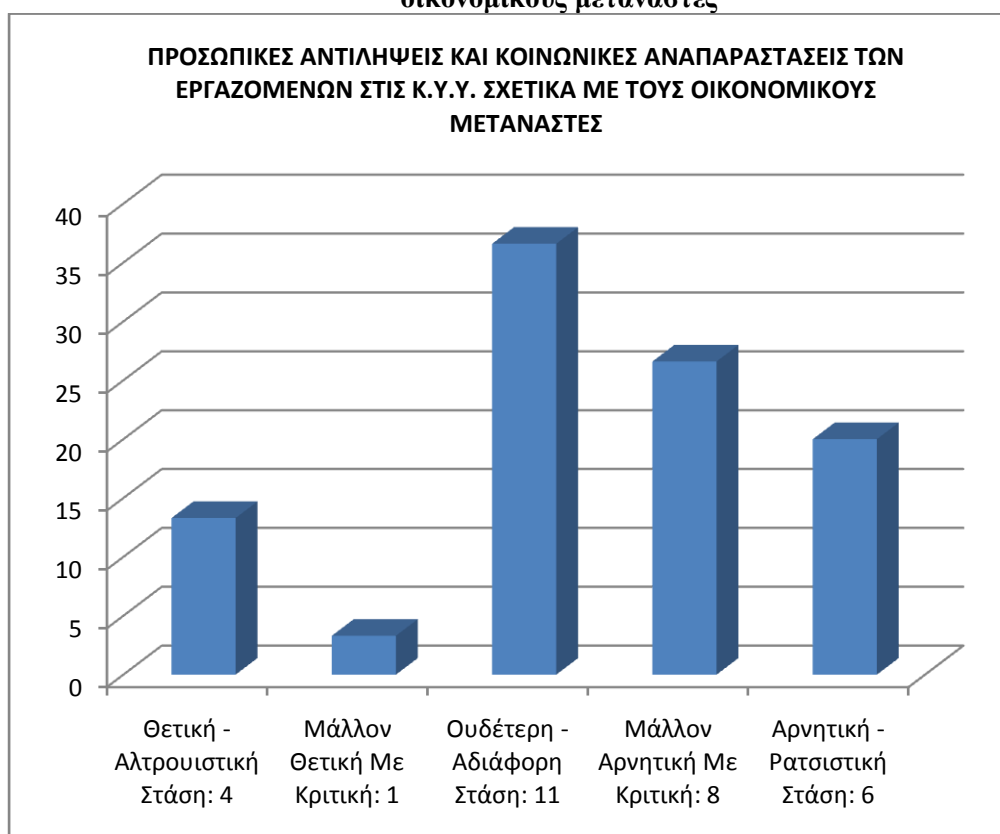
Προκειμένου μέσα από τις συγκεκριμένες συνεντεύξεις (στο σύνολο των απαντήσεων τους και τη στάση τους) να επιβεβαιωθούν ή να απορριφθούν οι υποθέσεις της έρευνας, διαχωρίζονται οι στάσεις των ερωτηθέντων, μέσω μιας ομαδοποίησης των απόψεων/συμπεριφορών τους. Η ομαδοποίηση αυτή προκύπτει μέσα από τα αποτελέσματα της καταγραφής των ανοικτών απαντήσεων της ημι-δομημένης συνέντευξης και άρα βασίζεται σε μια μορφή ιδεότυπου συμπεριφορών (σύμφωνα με την έννοια που δίνει ο Βέμπερ). Ως εκ τούτου, οι συγκεκριμένες στάσεις που αναφέρονται στις πεποιθήσεις και στα συναισθήματα των ερωτηθέντων, αναφέρονται ως εξής:

- *Θετική-αλτρουιστική στάση.* Ως αλτρουιστής λογίζεται εκείνος που σκέφτεται πάντα για το καλό και συμφέρον των υπολοίπων που βρίσκονται στον ίδιο χώρο ή κοινωνικό σύνολο με εκείνον. Πολλοί αναφέρουν πως ο αλτρουιστής θυσιάζει την ευτυχία του για την ευτυχία των άλλων, κερδίζοντας όμως παράλληλα ευτυχία για εκείνον μέσω της χαρά τους. Σε αυτήν την περίπτωση ανήκουν οι εργαζόμενοι, οι οποίοι παρά τα προβλήματα και τις δύσκολες συνθήκες που αντιμετωπίζουν καθημερινά κατά την άσκηση των καθηκόντων τους, θεωρούν υποχρέωση και ευχαρίστησή τους να εξυπηρετούν όλους τους ασθενείς, μεταξύ των οποίων και τους μετανάστες, με υπομονή και θετική διάθεση, προσφερόμενοι να συνδράμουν ανά πάσα στιγμή και τους συναδέλφους τους που δυσκολεύονται στην άσκηση του δικού τους έργου.
- *Μάλλον θετική με κριτική στάση.* Περιγράφει τη στάση εκείνη των ατόμων, τα οποία αντιμετωπίζουν τις καταστάσεις που συναντούν καθημερινά με θετική άποψη, διατηρώντας ταυτόχρονα μια κριτική στάση για τις αιτίες των γεγονότων αλλά και τους λόγους που συμβαίνουν. Έχουν το θάρρος να εκφράσουν τη δυσαρέσκειά τους για τις ελλείψεις και τα προβλήματα, τις κακές συμπεριφορές από όποιον και αν προέρχονται. Διεκδικούν καλύτερες συνθήκες εργασίας και συμπεριφορές που τιμούν και σέβονται το έργο που προσφέρουν.

- *Στάση ουδέτερη ή αδιάφορη.* Αναφέρεται σε εκείνη τη στάση των ατόμων, τα οποία αντιμετωπίζουν τις διάφορες θετικές ή αρνητικές καταστάσεις καθημερινά, με ούτε θετική αλλά ούτε με αρνητική άποψη, συνήθως με ρεαλισμό και διατηρώντας ταυτόχρονα μια ψύχραιμη στάση ή ενίοτε απαθή στάση για τις αιτίες των γεγονότων αλλά και τους λόγους που συμβαίνουν αυτά.
- *Μάλλον αρνητική με κριτική στάση.* Η στάση αυτή αφορά στους εργαζόμενους που αντιμετωπίζουν τις διάφορες συνθήκες και καταστάσεις καθημερινά, με αρνητική άποψη, διατηρώντας ταυτόχρονα μια άκρως κριτική ή ενίοτε αρνητική στάση για τις αιτίες των γεγονότων, αλλά και για τους λόγους που συμβαίνουν αυτά, όπως επίσης και για τους αλλοδαπούς, για τους οποίους υποστηρίζουν ότι δυσκολεύουν το έργο τους και επιβαρύνουν την επαγγελματική τους καθημερινότητα.
- *Στάση αρνητική ή ρατσιστική.* Η στάση αυτή χαρακτηρίζει τα άτομα που αντιμετωπίζουν τις καταστάσεις με αρνητική άποψη, διατηρώντας ταυτόχρονα μια άκρως αρνητική στάση για τις αιτίες των γεγονότων αλλά και τους λόγους που συμβαίνουν αυτά, χωρίς να λαμβάνουν υπόψη τα πραγματικά κάθε φορά δεδομένα που αφορούν την κάθε μία περίπτωση οικονομικού μετανάστη, τις συνθήκες που τον έφεραν στη θέση αυτή κ.λπ.

Συμπερασματικά, θετική-αλτρουιστική στάση εκφράζουν τέσσερα (4) άτομα. Μάλλον θετική, με κριτική, ένα (1) άτομο. Ουδέτερη-αδιάφορη στάση παρουσιάζει η πλειοψηφία των ερωτώμενων, δηλαδή έντεκα (11) άτομα διαφόρων ειδικοτήτων. Μάλλον αρνητική, με κριτική στάση εκφράζουν οκτώ (8) άτομα και αρνητική-ρατσιστική στάση εκφράζουν έξι (6) άτομα.

Γράφημα 6.3 Στάσεις των εργαζομένων στις ΚΥΥ για τους οικονομικούς μετανάστες



6.4 Συμπεράσματα από τις συνεντεύξεις των εργαζομένων στις ΚΥΥ

Αναφερόμενοι στα συμπεράσματα της έρευνας, η οποία παρουσιάστηκε παραπάνω και αφορά στις απόψεις των εργαζομένων στις ΚΥΥ σχετικά με την ενσωμάτωση των μεταναστών στις ΚΥΥ, καθώς και στους τρόπους με τους οποίους αντιμετωπίζονται βασικά από τους ιατρούς και τους νοσηλευτές, (αλλά γενικότερα από τους εργαζόμενους στα νοσοκομεία) θα λέγαμε ότι αυτές παρουσιάζονται ως άκρως ενδιαφέρουσες και αντιφατικές, αφού αντίστοιχα «μαρτυρούν» τις στάσεις των συγκεκριμένων ατόμων απέναντι στους μετανάστες. Επίσης, υποδηλώνουν τελικά και το πόσο εύκολα ή δύσκολα μπορούν να ενσωματώνονται οι μετανάστες στο σύστημα υγείας της χώρας.

Προκειμένου τα συμπεράσματα της παρούσας ενότητας να θεωρούνται «ασφαλή», είναι απαραίτητο να παρουσιαστούν οι στάσεις των απόψεων των ερωτηθέντων ανά ερευνητικό ερώτημα, στο πλαίσιο της προσπάθειας εφαρμογής μιας υποτυπώδους τυπολογίας, η οποία διαμορφώνεται στα ακόλουθα επίπεδα:

- *Θετική – αλτρουιστική στάση*
- *Μάλλον θετική με Κριτική στάση*
- *Στάση ουδέτερη ή αδιάφορη*
- *Μάλλον αρνητική με κριτική στάση*
- *Στάση αρνητική ή ρατσιστική.*

Αναφορικά με τα συμπεράσματα του ερευνητικού ερωτήματος σχετικά με τις δομές των ΚΥΥ και τις αντίστοιχες πρακτικές που ακολουθούνται, θα λέγαμε πως βάσει των απαντήσεων, διαφαίνεται ότι οι ιατροί και οι νοσηλευτές διατηρούν αντίστοιχα στάσεις ουδέτερες ή απλά αδιάφορες, κατά σημαντική πλειονότητα. Οι διαφορετικές αυτές στάσεις αναφέρονται ως προς τα κοινωνικά χαρακτηριστικά του υπό διερεύνηση πληθυσμού, όπως το μορφωτικό επίπεδο, το είδος της επαγγελματικής απασχόλησης κ.λπ.

Βέβαια, θα πρέπει να σημειωθεί ότι σε συνδυασμό με τα παραπάνω, αναφέρονται τα βιώματα και οι αντιλήψεις των ερωτηθέντων σε σχέση με τη λειτουργία και οργάνωση των ΚΥΥ, όπως επίσης και σε σχέση με την επαφή και συνεργασία τους με τους οικονομικούς μετανάστες. Ως εκ τούτου, και βάσει όσων αναφέρονται, θα λέγαμε ότι οι απόψεις των ιατρών και νοσηλευτών είναι μοιρασμένες, γιατί άλλοτε τους βοηθούν να προσαρμοστούν σε αυτές και άλλοτε όχι, αφού κάποιοι τους αντιμετωπίζουν με ρατσισμό και αρνητικότητα.

Επιπλέον, το μεγαλύτερο ποσοστό των απαντήσεων αναφέρονται ως θετικές-αλτρουιστικές σχετικά με το αν οι εφαρμοζόμενες πρακτικές στις ΚΥΥ ευνοούν ή δυσχεραίνουν την ένταξη και ενσωμάτωση των οικονομικών μεταναστών, καθώς διαφαίνεται ότι τελικά ευνοούν την καλύτερη ενσωμάτωση τους στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Αναφερόμενοι στο ερευνητικό ερώτημα σχετικά με το αν η επαφή και συνεργασία των οικονομικών μεταναστών με τις ΚΥΥ, μπορούν να επηρεάσουν εν τέλει την ένταξή τους και αν οι «παράνομοι» μετανάστες έχουν τις ίδιες ευκαιρίες και αντιμετώπιση με τους «νόμιμους», οι απόψεις των ερωτηθέντων σχετίζονται με τις απαντήσεις τους σχετικά με τις πρακτικές λειτουργίας και συνεργασίας στο πλαίσιο της εξυπηρέτησης των οικονομικών μεταναστών στις ΚΥΥ, τις αιτίες και την αξιολόγηση του υπάρχοντος συστήματος και της συγκεκριμένης κατάστασης. Οι απαντήσεις καταμαρτυρούν κυρίως στάσεις ουδέτερες και αδιάφορες, αρνητικές με

διάθεση ρατσισμού αλλά και στάσεις, οι οποίες εμφανίζονται θετικά προσκείμενες στους αλλοδαπούς.

Δεν μπορεί, λοιπόν, να απαντηθεί η εν λόγω ερώτηση με σαφήνεια, αν οι ιατροί και νοσηλευτές βοηθούν ενεργά τους μετανάστες να ενσωματωθούν καλύτερα στο κρατικό σύστημα υγείας και την ελληνική κοινωνία γενικότερα. Θα πρέπει, επίσης, να σημειωθεί πως σχετικά με το αν η ύπαρξη και μόνο του μεγάλου αριθμού οικονομικών μεταναστών έχει επιδράσει και σε ποιον βαθμό στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των ΚΥΥ, οι απαντήσεις που σημειώνονται στη συγκεκριμένη περίπτωση, αναφέρονται κυρίως ως ουδέτερες και δευτερευόντως ως αρνητικές με τάσεις ρατσισμού.

Σε πολλές περιπτώσεις, οι ιατροί και οι νοσηλευτές πιστεύουν ότι οι μετανάστες δεν έχουν κάτι θετικό να προσφέρουν στο ελληνικό σύστημα υγείας, καθώς το επιβαρύνουν σε δραματικό βαθμό, με αποτέλεσμα η εργασία των πρώτων να διεξάγεται δυσκολότερα και με περισσότερα προβλήματα και εμπόδια λόγω της ύπαρξης των μεταναστών, οι οποίοι επιβαρύνουν την καθημερινότητά τους. Η επιβάρυνση αυτή περιγράφεται μέσω του αυξημένου όγκου της εργασίας τους, είτε γιατί έχουν να αντιμετωπίσουν τις ιδιαιτερότητες του κάθε αλλοδαπού ασθενή, που τελικά απαιτεί περισσότερο χρόνο και κόπο από τον αντίστοιχο έλληνα ασθενή, είτε γιατί παρατηρείται μεγάλη οικονομική επιβάρυνση των ασφαλιστικών ταμείων και του κρατικού προϋπολογισμού. Βέβαια, οι ΚΥΥ κατ' ανάγκη χρειάστηκε να προσαρμόσουν την καθημερινότητά τους σε σχέση με την παρουσία των μεταναστών, όπως επίσης και τους βασικούς τρόπους για επικοινωνία και συνεργασία. Σε κάποιες υπηρεσίες δημιούργησαν ενημερωτικά φυλλάδια σε ξένες γλώσσες για την ενημέρωσή τους, χρησιμοποιούν διερμηνέα, κατανοούν τις πολιτισμικές διαφορές και ανάγκες τους, με την «ιδιαιτέρη μεταχείριση» που εφαρμόζουν για μετανάστες κ.λπ.

Αναφερόμενοι στα συμπεράσματα του ερωτήματος για το αν η επαφή των οικονομικών μεταναστών με τις ΚΥΥ, έχει ως αποτέλεσμα την κοινωνικοποίησή τους, δηλαδή η νοοτροπία και οι συμπεριφορές των μεταναστών, το σύστημα κοινωνικών αξιών και προτύπων συγκλίνουν με τα εδώ ισχύοντα, οι απαντήσεις των συνεντευξιαζόμενων συναρτώνται με τις προσωπικές τους αντιλήψεις και τις κοινωνικές τους αναπαραστάσεις σχετικά με τους οικονομικούς μετανάστες. Οι απόψεις τους δείχνουν μια στάση κλιμακούμενη από θετική-αλτρουιστική έως ουδέτερη ή αδιάφορη σε κάποιες συγκεκριμένες περιπτώσεις. Φαίνεται ότι οι ιατροί και οι νοσηλευτές επισημαίνουν ότι η επαφή των μεταναστών με τις ΚΥΥ μπορεί να

έχει ως αποτέλεσμα την περαιτέρω κοινωνικοποίησή τους ή την αλλαγή της νοοτροπίας τους, έτσι ώστε το σύστημα κοινωνικών αξιών και προτύπων θα μπορούσε να συγκλίνει με τα ισχύοντα στην Ελλάδα.

Άλλωστε, μέσα από τη συζήτηση με πολλούς από τους εργαζόμενους στις ΚΥΥ, ανεξάρτητα της προσωπικής τους τοποθέτησης, θετικής ή αρνητικής, προκύπτει πως είναι πάρα πολλά τα στοιχεία που δείχνουν ότι οι μετανάστες, κατά πλειοψηφία, όχι μόνον έχουν καλή επαφή με τις ΚΥΥ, αλλά φαίνεται να έχουν καταφέρει να ενταχθούν και σε πολλές περιπτώσεις να ενσωματωθούν στο σύστημα, υιοθετώντας συμπεριφορές και συνήθειες ανάλογες με αυτές των ελλήνων ασθενών-πελατών των ΚΥΥ. Έχουν εσωτερικεύσει απόλυτα στάσεις και συμπεριφορές που χαρακτηρίζουν τους Έλληνες, τόσο θετικές (π.χ. εξοικείωση με την ελληνική γραφειοκρατία, καλή επικοινωνία, χρήση της ελληνικής γλώσσας), όσο και αρνητικές (π.χ. χρησιμοποιούν το «φακελάκι», ή «εκβιάζουν» για την εξυπηρέτησή τους – όπως αυτοί την εννοούν, με την απειλή της προσφυγής «στα κανάλια») κ.λπ.

Ένα άλλο στοιχείο, το οποίο δείχνει το γεγονός της κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης των οικονομικών μεταναστών στην ελληνική πραγματικότητα, αποτελούν οι παρατηρήσεις των εργαζομένων στις ΚΥΥ, σχετικά με τη στάση των μεταναστών απέναντι στους άλλους μετανάστες. Εκδηλώνουν απερίφραστα την επιθυμία να φύγουν οι «άλλοι» (εννοώντας τους μετανάστες άλλων εθνοτήτων εκτός της δικής τους) και να παραμείνουν βέβαια, μόνον αυτοί. Αυτό καταδεικνύει το αίσθημα «εντοπιότητας» που τους διακατέχει πλέον για τη χώρα και έμμεσα πλην σαφώς αποδεικνύει το βαθμό ένταξης-ενσωμάτωσής τους στην ελληνική πραγματικότητα.

Τέλος, σχετικά με τις απαντήσεις του ερευνητικού ερωτήματος για το αν η ενσωμάτωση είναι σχέση αλληλεπίδρασης και αν κατάφεραν οι μετανάστες μέσα από τη σχέση αυτή να επηρεάσουν με τα δικά τους πολιτισμικά στοιχεία και σε ποιον βαθμό την κοινωνική πραγματικότητα, οι απαντήσεις των ερωτηθέντων συνδυάζονται με τις απόψεις τους σχετικά με τις προοπτικές και προτάσεις για καλύτερη συνεργασία των οικονομικών μεταναστών με τις ΚΥΥ, προβάλλοντας στάσεις αδιάφορες και ουδέτερες καθώς και αρνητικές με διάθεση για ρατσισμό.

Διαφαίνεται, λοιπόν, ότι οι ιατροί και οι νοσηλευτές (αλλά και γενικότερα οι εργαζόμενοι στις ΚΥΥ) πιστεύουν ότι υπάρχει για τους μετανάστες μια σχέση αλληλεπίδρασης με το υπάρχον σύστημα υγείας, αλλά φυσικά δεν έχουν καταφέρει οι

ίδιοι να επηρεάσουν ιδιαίτερα το συγκεκριμένο σύστημα μέσω δικών τους πολιτισμικών στοιχείων, παρά μόνο με την εφαρμογή «ιδιαίτερης μεταχείρισης» για κάποιους από αυτούς, όπως η αναζήτηση διερμηνέα, η εξυπηρέτηση κάποιου ασθενή από το προσωπικό (ιατρό ή νοσηλεύτη) του ιδίου φύλου κ.λπ. Παράλληλα, όμως, έχουν καταφέρει να επιβαρύνουν το ισχύον ελληνικό κρατικό σύστημα υγείας με υπέρογκα ποσά, στερώντας τα από τους Έλληνες ασθενείς, οι οποίοι τα έχουν πραγματικά ανάγκη.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων εργαζομένων στις ΚΥΥ, τοποθετήθηκε με ουδετερότητα και μάλλον με ρεαλισμό. Προσπάθησαν να περιγράψουν/καταγράψουν την κατάσταση που επικρατεί στον χώρο της εργασίας τους με την περισσότερο δυνατή αντικειμενικότητα (σε κάποιες περιπτώσεις με ματιά «αδιάφορη» - χωρίς ουσιαστικό προσωπικό ενδιαφέρον). Οι στάσεις (θετική, αρνητική κ.λπ.) των εργαζομένων στις ΚΥΥ απέναντι στους μετανάστες, φαίνεται να είναι «κατανεμημένες» ανεξάρτητα από τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων, με εξαίρεση το επίπεδο εκπαίδευσης. Στη συγκεκριμένη έρευνα φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο, γιατί η αρνητική στάση με ρατσιστική διάθεση απέναντι στους μετανάστες, εκφράζεται κυρίως από άτομα χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου (ΥΕ, ΔΕ).

Σε κάθε περίπτωση, όμως, το βασικό γεγονός παραμένει: αφενός οι μετανάστες ασθενείς είναι γενικά ενημερωμένοι για τα δικαιώματά τους και τον τρόπο που λειτουργεί το ΕΣΥ και με σχετική άνεση (τόλμη πολλές φορές, όταν πρόκειται για «παράνομους» – ανασφάλιστους μετανάστες), προσέρχονται και ζητούν υπηρεσίες υγείας, αφετέρου δε οι εργαζόμενοι στις ΚΥΥ, όποια και αν είναι η προσωπική τους στάση απέναντι στους μετανάστες, θετική ή αρνητική, τις προσφέρουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΩΤΟΤΥΠΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ – ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ

7.1 Εισαγωγικές επισημάνσεις για τις συνεντεύξεις με τους οικονομικούς μετανάστες

Στο πλαίσιο της διδακτορικής διατριβής με θέμα τις Κρατικές Υπηρεσίες Υγείας (ΚΥΥ), ως φορείς κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης των μεταναστών στην Ελλάδα, διεξήχθη έρευνα που εξετάζει τις σχετικές διαδικασίες. Για τον λόγο αυτό, πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις σε βάθος σε διαφορετικούς φορείς και μετανάστες, οι οποίοι έχουν έρθει σε επαφή με τις ΚΥΥ (νοσοκομεία, κέντρα υγείας) και έχουν δεχθεί υπηρεσίες υγείας στο πλαίσιο λειτουργίας τους.

Επίσης, επιχειρήθηκε μια προσπάθεια να αναζητηθούν και να ερωτηθούν οικονομικοί μετανάστες που δεν έχουν καμία επαφή με τις ΚΥΥ. Αυτοί είτε δεν έχουν κάνει καθόλου χρήση υπηρεσιών υγείας, είτε έχουν κάνει χρήση αλλά έχουν απευθυνθεί σε ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές, ή/και σε εθελοντικές οργανώσεις, όπως για παράδειγμα «Γιατροί του Κόσμου», «Praxis» κ.λπ. Σκοπός αυτής της ερευνητικής επιλογής ήταν να διερευνηθεί η υπόθεση αν πράγματι για τους μετανάστες που παραμένουν μακριά από τις ΚΥΥ, αυτή η έλλειψη εμπειρίας αποτελεί ενδεχομένως εμπόδιο στην ομαλή τους ένταξη και την ενδεχόμενη περαιτέρω ενσωμάτωσή τους. Αναφερόμενοι στο *προφίλ των ερωτώμενων*, αυτό σχετίζεται με τη συνεργασία τους με τις ΚΥΥ, με τη χρήση υπηρεσιών υγείας, καθώς και με τη νομική υπόσταση των φορέων που έχει απευθυνθεί (π.χ. ΜΚΟ, ιδιωτικός τομέας κ.ά.).

Επιπρόσθετα, στο πλαίσιο της έρευνας εξετάστηκαν τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των μεταναστών και οι σχεσιακές τους αλληλεπιδράσεις με την ελληνική κοινωνία, την οικογένεια του κ.λπ. Στα κοινωνικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνονται η καταγωγή (εθνικότητα), φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο και είδος εκπαίδευσης, άδεια παραμονής, άδεια εργασίας, επαγγελματική κατάσταση, ασφάλιση, έτη παραμονής, θρήσκευμα κ.ά. Επίσης, αν έχει μεταναστεύσει σε άλλη χώρα πριν έρθει στην Ελλάδα, αν μετανάστευσε μόνος ή με την οικογένειά του, με ποια και πόσα μέλη, και διερευνήθηκε επιπλέον αν αυτά τα χαρακτηριστικά συνδέονται ή επηρεάζουν τη διαδικασία της ένταξης και ενσωμάτωσής του.

Εξετάστηκε, επίσης, αν η επαφή και συνεργασία των οικονομικών μεταναστών με τις ΚΥΥ μπορεί να επηρεάσει εν τέλει την ένταξή τους, δηλαδή για παράδειγμα αν έχουν τις ίδιες ευκαιρίες και αντιμετώπιση οι μετανάστες χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα με τους «νόμιμους» μετανάστες. Μελετήθηκε επιπλέον αν υπάρχει διαφορά στην αντιμετώπισή τους ανάλογα με την καταγωγή τους, την εθνικότητα, τη γνώση της ελληνικής γλώσσας, όπως επίσης αν αυτά τα κοινωνικά χαρακτηριστικά επιδρούν στη σχέση τους με τις ΚΥΥ, το είδος και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών προς αυτούς.

Επιπρόσθετα, ερευνήθηκε αν πριν απευθυνθούν σε κάποια ΚΥΥ είχαν σχετική πληροφόρηση και ποια ήταν η πηγή πληροφόρησης, καθώς και πόσο πλήρης και χρήσιμη ήταν για αυτούς. Η έρευνα εστίασε επίσης στην ανίχνευση της σχέσης μεταξύ του μεγάλου αριθμού οικονομικών μεταναστών, την επίδρασή του στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των ΚΥΥ, όπως επίσης αν η επαφή των οικονομικών μεταναστών με τις ΚΥΥ, έχει ως αποτέλεσμα την κοινωνικοποίησή τους, δηλαδή αν η νοοτροπία και οι συμπεριφορές των μεταναστών, το σύστημα κοινωνικών αξιών και προτύπων τους συγκλίνουν με τα ισχύοντα στην ελληνική πραγματικότητα.

Διερευνήθηκαν οι σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στους οικονομικούς μετανάστες και τους εργαζόμενους στις ΚΥΥ, καθώς και οι σχέσεις μεταξύ ασθενών μεταναστών διαφορετικών εθνικοτήτων, πως βίωσαν αυτή την επαφή με τις ΚΥΥ, πως αξιολογούν τις συμπεριφορές τόσο των εργαζομένων στις ΚΥΥ, όσο και των υπολοίπων ασθενών, μεταναστών από άλλες χώρες ή Ελλήνων ασθενών, αν στην επαφή τους με τους εργαζόμενους (γιατρούς, νοσηλευτικό προσωπικό κ.λπ.) επεδίωξαν προσωπικές σχέσεις για καλύτερη εξυπηρέτηση. Καθώς η ενσωμάτωση είναι σχέση αλληλεπίδρασης, εξετάστηκε αν κατάφεραν οι μετανάστες μέσα από τη σχέση αυτή να επηρεάσουν με τα δικά τους πολιτισμικά στοιχεία και σε ποιον βαθμό την καθημερινότητα στις ΚΥΥ, όπως επίσης διερευνήθηκαν οι προσωπικές τους αντιλήψεις και κοινωνικές τους αναπαραστάσεις για τους εργαζόμενους στις ΚΥΥ και για τους άλλους ασθενείς (μετανάστες και μη).

Τέλος, ζητήθηκε να γίνουν συγκεκριμένες προτάσεις για την καλύτερη συνεργασία και εξυπηρέτηση των οικονομικών μεταναστών στις ΚΥΥ, όπως επίσης και την αποτελεσματικότερη εργασία αυτών που απασχολούνται σε αυτές, καθώς και το πλαίσιο συμβουλών που θα έδινε σε άλλους μετανάστες/τριες για θέματα υγείας, κ.λπ.

Σημαντική παράμετρο για να απαντηθεί το συγκεκριμένο ερευνητικό ερώτημα, εκτός των απαντήσεων που δόθηκαν από τους μετανάστες, αποτελούν και οι **δείκτες υγείας** της μέτρησης της ποιότητας ζωής στους αλλοδαπούς ασθενείς που κατοικούν στην Ελλάδα. Η μέτρηση της υγείας και η διαθεσιμότητα αντιπροσωπευτικών στοιχείων βασισμένων στον εκάστοτε πληθυσμό, είναι μια σημαντική προϋπόθεση για τον προσδιορισμό και την κατανόηση των προβλημάτων δημόσιας υγείας, τον προγραμματισμό και την αξιολόγηση των επιλογών υγειονομικής περίθαλψης, ενώ παράλληλα δίνεται τη δυνατότητα για εφαρμογή διεθνών συγκριτικών μελετών.

Το ενδιαφέρον που δείχνουν οι σύγχρονες κοινωνίες για την υγεία, εξαιτίας των συνεχών δημογραφικών αλλαγών, αλλά και το συνεχώς αυξανόμενο κόστος διατήρησης ή βελτίωσής της, έχουν επιβάλλει την ανάγκη δημιουργίας μέτρων και πλαισίου αξιολόγησής της. Οι κυριότεροι λόγοι που επιβάλλουν την αποτίμηση της υγείας ενός πληθυσμού, είναι: α) επιδημιολογικοί, β) για την παρακολούθηση της φυσικής πορείας και εξέλιξης των νόσων, και γ) ιατρικοί και δεοντολογικοί. Για την αποτίμηση της διαχείρισης των νόσων και της αποτελεσματικότητας των εφαρμοζόμενων θεραπειών, αναφέρονται και αναλύονται οι ακόλουθοι παράγοντες:

- *Οικονομικοί:* για την εκτίμηση και αξιολόγηση των αναγκών σε πόρους, την ορθολογική τους διάθεση και το σχεδιασμό υγειονομικών παρεμβάσεων.
- *Ερευνητικοί:* για τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας παλαιών ή νέων θεραπειών.
- *Ακαδημαϊκοί:* για την καταξίωση στο συγκεκριμένο πεδίο έρευνας των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με την ποιότητα ζωής.

Για πολλές δεκαετίες, η μέτρηση της υγείας και οι υγειονομικές εκτιμήσεις ενός πληθυσμού γίνονταν μέσω δεικτών και βάσει του βιοϊατρικού μοντέλου. Οι δείκτες αυτοί μετρούσαν συνήθως αρνητικές πλευρές της φυσικής κατάστασης και προκειμένου να συγκριθούν απαιτούσαν ηλικιακή διαστρωμάτωση ή εφαρμογή της μεθόδου προτύπωσης και αντιστοίχων δεικτών ποιότητας ως εξής:

- *Δείκτες θνησιμότητας.* Αναφέρονται σε αναλογίες αποθανόντων από κάποια αιτία ή ανεξαρτήτως αιτίας, μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο, σε σχέση με κάποια μονάδα μεγέθους του πληθυσμού (π.χ. σε 1.000 άτομα). Περιλαμβάνουν τον μέσο όρο ζωής, την περιγεννητική και νεογνική θνησιμότητα, τους δείκτες θνησιμότητας ανά ασθένεια ή κατηγορία ασθενών και το προσδόκιμο επιβίωσης.

- *Δείκτες θνητότητας.* Αναφέρονται σε ποσοστά αποθανόντων σε σχέση με τον πληθυσμό που πάσχει από κάποιο συγκεκριμένο νόσημα.
- *Νοσοκομειακοί δείκτες.* Πρόκειται για δείκτες διάθεσης και χρήσης υγειονομικών πόρων, που προκύπτουν από την καταγραφή των παροχών διαφόρων υπηρεσιών υγείας – ετήσιες εισαγωγές ασθενών, αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων, ημέρες.
- *Δείκτες νοσηρότητας,* Διακρίνονται στους δείκτες επιπολασμού (εκφράζουν τη συχνότητα εμφάνισης μιας νόσου σε μια ορισμένη χρονική στιγμή και είναι κατάλληλοι για την καταγραφή και παρακολούθηση των χρόνιων παθήσεων) και επίπτωσης (αναφέρονται στην επέλευση της νόσου, δηλαδή τη συχνότητα εμφάνισης νέων περιστατικών μίας πάθησης σε μια ορισμένη χρονική περίοδο και είναι κατάλληλοι κυρίως για την εκτίμηση των αναγκών και την αντιμετώπιση λοιμωδών νοσημάτων βραχείας διάρκειας). Οι κλασικοί δείκτες μπορεί να καταγράφουν τις επιπτώσεις και τη διάρκεια των ασθενειών στην κοινωνία, αλλά βασιζόμενοι σε απολογιστικά στοιχεία των υγειονομικών μονάδων δεν αποδίδουν τον πραγματικό αντίκτυπο που έχουν στη ζωή των ασθενών τα νοσήματα και οι επιπλοκές τους.

Οι κλασικοί δείκτες δεν αξιολογούν επίσης την οπτική γωνία του ασθενούς, ούτε δίνουν αξιοποιήσιμα στοιχεία για την εκτίμηση των κοινωνικών αποτελεσμάτων μιας νόσου ή της θεραπευτικής της αγωγής. Παράλληλα, οι οριακές τα τελευταία χρόνια μεταβολές στους δείκτες θνησιμότητας και ο προβληματισμός για την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων, η γήρανση του πληθυσμού, οι ανισότητες στην υγεία που συνεχώς διευρύνονται και το διαρκώς αυξανόμενο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών, στρέφουν το ενδιαφέρον για την αποτίμηση των παραγόμενων υγειονομικών εκροών στην αναζήτηση νέων εργαλείων μέτρησης της υγείας των χρηστών.

Ο σχεδιασμός και η αξιολόγηση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας πρέπει πλέον να λαμβάνει υπόψη και τους κοινωνικο-ψυχολογικούς παράγοντες, που καθορίζουν τη χρήση των υπηρεσιών και την ανταπόκριση των χρηστών σε αυτές. Σήμερα, απαιτούνται νέοι δείκτες, που να μην μετρούν μόνο την αρνητική πλευρά της υγείας και τον θάνατο, αλλά και τις θετικές διαστάσεις της υγείας, δηλαδή τη συναισθηματική, την ψυχική και την κοινωνική ευεξία. Οι κλινικές αποφάσεις πρέπει να βασίζονται πλέον στην ωφελιμότητα της παρεχόμενης θεραπευτικής στρατηγικής,

δηλαδή σε ένα καθαρό αποτέλεσμα της σύγκρισης οφέλους – ανεπιθύμητων ενεργειών, κόστους αποτελεσματικότητας ασθενή.

Βάσει των παραπάνω, οι δείκτες υγείας λαμβάνονται υπόψη στην εξέταση των ερευνητικών ερωτημάτων, καθώς κρίνεται σκόπιμο να παρατεθούν συγκεκριμένα στοιχεία που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων των αλλοδαπών. Ο όρος της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής αλλοδαπών και μη ασθενών, ενέχει ασάφειες και είναι σχετικά δύσκολο να προσδιοριστούν τα στοιχεία που τον συνθέτουν. Γενικά, η ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία μπορεί να περιλαμβάνει θέματα όπως η υγεία γενικά, τα σωματικά συμπτώματα, η συναισθηματική, γνωστική, κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητα, καθώς και έννοιες υπαρξιακού περιεχομένου.

Στην κλινική σκέψη, η έννοια της ποιότητας ζωής είναι μεν παρούσα αλλά με διαφορετική υπόσταση κάθε φορά, ανάλογα με την ιστορική εποχή, την ειδικότητα, τα βιώματα, το πολιτισμικό περιβάλλον ή τις επικρατούσες συνθήκες. Εξακολουθεί να γίνεται αντιληπτή από τον κλινικό ιατρό ως φιλοσοφική τοποθέτηση και όχι ως μεταβλητή που σχετίζεται με την υγεία. Η διερεύνηση της ποιότητας ζωής πρέπει να επιτρέπει την αναγνώριση των ακολούθων παραμέτρων:

- Προσαρμοστικότητα σε νέες συνθήκες.
- Πολιτιστικό μόρφωμα.
- Θρησκευτικές πεποιθήσεις και δοξασίες.
- Εκπαίδευση και επιμόρφωση.
- Επίπεδο κοινωνικοοικονομικής και ανθρώπινης ανάπτυξης.
- Άγχος για την ασθένεια ή τον θάνατο.
- Βαθμός εμπιστοσύνης στις κοινωνικές σχέσεις.
- Χαρακτηριστικά κοινωνικών σχέσεων.
- Επάγγελμα και περιβάλλον εργασίας - stress.
- Βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης.
- Παραγωγικές διαδικασίες αποκλεισμός εργασίας.
- Εισόδημα και τρόπος διανομής διαχείρισης.
- Ποιότητα διαθέσιμης ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης.

Έτσι, για να διαχωριστεί η γενική τοποθέτηση από τα θέματα που αφορούν στην υγεία και να περιοριστεί το εύρος της έννοιας ποιότητας ζωής, ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην επιστημονική έρευνα, γεννήθηκε ο όρος Σχετιζόμενη με την

Υγεία Ποιότητα Ζωής (Health Related Quality of Life) και ο οποίος εξετάζει τα στοιχεία εκείνα που μπορούν να επηρεάσουν τη ζωή των ατόμων και φυσικά των ασθενών εντός μιας κοινωνίας. Ο στόχος των ερευνών για την ποιότητα ζωής των αλλοδαπών ασθενών σε μια συγκεκριμένη κοινωνία όπως η ελληνική, είναι να αποτυπωθεί στις μέρες μας, η εκτίμηση της ποιότητας ζωής, όπου σε συνεχή βάση γίνεται θέμα της καθημερινής ιατρικής και αποτελεί αντικείμενο επιδημιολογικής μελέτης των αναγκών υγείας των πληθυσμών. Η διερεύνηση αυτή θα πρέπει να επιτρέπει την αναγνώριση των ατομικών προτιμήσεων και να είναι τόσο ευαίσθητη στις αλλαγές στην κατάσταση της ασθένειας όσο και στις προτεραιότητες των ασθενών. Η αξία των πληροφοριών για την ποιότητας ζωής εξαρτάται από την προσοχή με την οποία γίνεται η επιλογή των εργαλείων ανάλογα με τον στόχο της εκτίμησης. Ειδικά, πρέπει να δίνεται έμφαση στη λειτουργικότητα, την εγκυρότητα, την αξιοπιστία και την ευαισθησία των εργαλείων, με επίγνωση των πιθανών σφαλμάτων αντίστοιχα, αποτυπώνοντας πως οι δείκτες ποιότητας μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής των ατόμων και δη των ασθενών.

7.2 Μεθοδολογία της έρευνας πεδίου με τους μετανάστες

Η διαδικασία που ακολουθήθηκε για τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας, από τον σχεδιασμό, την επιλογή της ποιοτικής μεθοδολογίας, της ημι-δομημένης συνέντευξης, τη διαμόρφωση του οδηγού της συνέντευξης, τον χρόνο και τον χώρο διεξαγωγής της έρευνας, την πραγματοποίηση της ερευνητικής διαδικασίας και την εξαγωγή των συμπερασμάτων, περιγράφεται αναλυτικά στο κεφάλαιο 4 και συγκεκριμένα στις ενότητες 4.1 και 4.2.

7.2.1 Οδηγός συνέντευξης

Ο οδηγός συνέντευξης που χρησιμοποιήθηκε για τις συνεντεύξεις με τους οικονομικούς μετανάστες εστίασε στο βασικό θέμα, τη διερεύνηση της υπόθεσης αν οι *Κρατικές Υπηρεσίες Υγείας* (ΚΥΥ) δύνανται να λειτουργήσουν ως φορείς κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης των μεταναστών στην Ελλάδα, στις μέρες μας.

Η πρώτη ενότητα αναφέρεται στο προφίλ του ερωτώμενου, περιλαμβάνοντας τα ακόλουθα ερωτήματα: έχουν συνεργαστεί οι μετανάστες με τις ΚΥΥ; Έχουν κάνει

χρήση υπηρεσιών υγείας; Έχουν απευθυνθεί σε ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές, ή/και σε εθελοντικές οργανώσεις που παρέχουν υπηρεσίες υγείας;

Η *δεύτερη* ενότητα αναφέρεται στα ατομικά χαρακτηριστικά των οικονομικών μεταναστών: καταγωγή-εθνικότητα, φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο και είδος εκπαίδευσης, άδεια παραμονής, άδεια εργασίας, εργασιακή κατάσταση επαγγελματική κατάσταση, ασφάλιση, έτη παραμονής, θρήσκευμα κ.ά. Επίσης, αν έχει μεταναστεύσει σε άλλη χώρα πριν έρθει στην Ελλάδα, αν μετανάστευσε μόνος ή με την οικογένειά του, με ποια και πόσα μέλη, και επιπλέον περιλαμβάνονται δεδομένα αν αυτά τα χαρακτηριστικά συνδέονται ή επηρεάζουν τη διαδικασία της ένταξης και ενσωμάτωσής του.

Επιπρόσθετα, περιλαμβάνονται δεδομένα που σχετίζονται με τα ακόλουθα:

- αν η επαφή και συνεργασία των οικονομικών μεταναστών με τις ΚΥΥ μπορεί να επηρεάσει εν τέλει την ένταξή τους, δηλαδή για παράδειγμα αν έχουν τις ίδιες ευκαιρίες και αντιμετώπιση οι μετανάστες χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα με τους «νόμιμους» μετανάστες,
- αν υπάρχει διαφορά στην αντιμετώπισή τους ανάλογα με την καταγωγή τους, την εθνικότητα, τη γνώση της ελληνικής γλώσσας, όπως επίσης αν αυτά τα κοινωνικά χαρακτηριστικά επιδρούν στη σχέση τους με τις ΚΥΥ, το είδος και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών προς αυτούς,
- αν πριν απευθυνθούν σε κάποια ΚΥΥ είχαν σχετική πληροφόρηση και ποια ήταν η πηγή πληροφόρησης, καθώς και πόσο πλήρης και χρήσιμη ήταν για αυτούς,
- αν ο μεγάλος αριθμός οικονομικών μεταναστών επιδρά στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των ΚΥΥ,
- αν η επαφή των οικονομικών μεταναστών με τις ΚΥΥ, έχει ως αποτέλεσμα την κοινωνικοποίησή τους, δηλαδή αν η νοοτροπία και οι συμπεριφορές των μεταναστών, το σύστημα κοινωνικών αξιών και προτύπων τους συγκλίνουν με τα ισχύοντα στην ελληνική πραγματικότητα.

Η *τρίτη* ενότητα αναφέρεται στις σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στους οικονομικούς μετανάστες και τους εργαζόμενους στις ΚΥΥ, καθώς και στις σχέσεις μεταξύ ασθενών μεταναστών, διαφορετικών εθνοτήτων, περιλαμβάνοντας την ανίχνευση ερωτημάτων , όπως πως βίωσαν αυτή την επαφή με τις ΚΥΥ, πως αξιολογούν τις συμπεριφορές τόσο των εργαζομένων στις ΚΥΥ, όσο και των

υπολοίπων ασθενών, μεταναστών από άλλες χώρες ή ελλήνων ασθενών, αν κατά την επαφή τους με τους εργαζόμενους (ιατρούς, νοσηλευτικό προσωπικό κ.λπ.) επεδίωξαν προσωπικές σχέσεις για καλύτερη εξυπηρέτηση, και τέλος, αν κατάφεραν μέσα από τη σχέση αυτή να επηρεάσουν με τα δικά τους πολιτισμικά στοιχεία και σε ποιον βαθμό την καθημερινότητα στις ΚΥΥ.

Η τέταρτη ενότητα αφορά στις προσωπικές αντιλήψεις και τις κοινωνικές αναπαραστάσεις των μεταναστών για τους εργαζόμενους στις ΚΥΥ και για τους άλλους ασθενείς (μετανάστες και μη): από την εμπειρία τους ή από άλλους, συγγενείς και γνωστούς τους, πώς ήταν η επαφή με τις ΚΥΥ, καλύτερη ή χειρότερη από τις προσδοκίες τους; Τέλος ζητείται να γίνουν προτάσεις για καλύτερη συνεργασία και καλύτερη εξυπηρέτηση των οικονομικών μεταναστών στις ΚΥΥ.

7.2.2 Η έρευνα

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε μια περίοδο 20 μηνών περίπου, από τον Οκτώβριο του 2008 μέχρι και τον Ιούνιο του 2010, στην Αθήνα, σε τρία (3) Νοσοκομεία και σε ένα (1) Κέντρο Υγείας αστικού τύπου. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε χώρους των νοσοκομείων, στο κυλικείο συνήθως, με διάρκεια για την κάθε συνέντευξη μία (1) με δύο (2) ώρες. Οι συνεντεύξεις όλες έγιναν στην ελληνική γλώσσα, την οποία όλοι γνώριζαν και χρησιμοποιούσαν καθημερινά στις επαφές και συναλλαγές τους με τους Έλληνες, αλλά και μεταξύ τους πολύ συχνά όπως οι ίδιοι είπαν. Το επίπεδο κυμαινόταν από μέτριο ως και άριστο σε κάποιες περιπτώσεις. Σε καμία περίπτωση δεν χρειάστηκε βοήθεια στην επικοινωνία.

Η επιλογή του δείγματος της έρευνας, τόσο αριθμητικά, όσο και «ποιοτικά», ήταν δύσκολη. Κύριο θέμα του προβληματισμού ήταν ο αριθμός των συνεντεύξεων που έπρεπε να γίνουν. Καταλήξαμε στον αριθμό τριάντα (30). Βέβαια, δεν τίθεται θέμα αντιπροσωπευτικότητας, με την τυπική έννοια του όρου, ούτε ως προς το φύλο, την ηλικία κ.λπ., καθώς βασική μέριμνα ήταν να συμμετέχουν στις συνεντεύξεις «νόμιμοι» οικονομικοί μετανάστες, με άδεια παραμονής και εργασίας, ασφαλισμένοι - με βάση την επαφή τους με τις ΚΥΥ από τη μία και «παράνομοι» οικονομικοί μετανάστες, χωρίς άδεια, ανασφάλιστοι, που δεν έχουν επαφή με τις ΚΥΥ από την άλλη.

Η δυσκολία ήταν πολύ μεγάλη, κυρίως σε σχέση με τους μετανάστες που δεν έχουν καμία επαφή με τις ΚΥΥ. Πρόκειται βέβαια στην περίπτωση αυτή, για

«παράνομους» μετανάστες, χωρίς χαρτιά (χωρίς ταξιδιωτικά έγγραφα), προερχόμενους κυρίως από τις αραβικές και ασιατικές μουσουλμανικές χώρες (Πακιστανοί, Αφγανοί, κ.λπ.) και την Αφρική (π.χ. Σομαλοί). Οι άνθρωποι αυτοί που δεν έχουν επαφή με τις ΚΥΥ, δεν απευθύνονται στις Κρατικές Υπηρεσίες (ΚΥ) γενικά, και στις ΚΥΥ ειδικότερα, επειδή δεν έχουν χαρτιά (ταξιδιωτικά έγγραφα) και για τον λόγο αυτό «φοβούνται» ανάλογες αρνητικές συνέπειες για αυτούς (π.χ. απέλαση). Επειδή, όμως, δεν έχουν επαφή με τις ΚΥ, όπως είναι φυσικό, είναι αδύνατο και να νομιμοποιηθούν (κατά συνέπεια δεν είναι δυνατό και να ενταχθούν στην ελληνική κοινωνία).

Παρά τις επίμονες προσπάθειες που καταβλήθηκαν μέχρι και πολύ πρόσφατα μάλιστα, και παρ' ότι επαναλαμβανόταν για πολλοστή φορά ο σκοπός της έρευνας, η εξασφάλιση εχεμύθειας και προστασίας των προσωπικών δεδομένων στη συνέντευξη, δεν κατέστη δυνατόν να συμμετέχουν «επίσημα», εκπρόσωποι αυτής της ομάδας στην έρευνα. Ανεπίσημα (off-the-record), κάποιοι δέχτηκαν να συνομιλήσουν για λίγο, αλλά σε καμία περίπτωση δεν συμφωνούσαν με την καταγραφή της συνομιλίας, πράγμα που έγινε σεβαστό. Από τις «ανεπίσημες» συνομιλίες, προκύπτει ότι γνώριζαν και χρησιμοποιούσαν την ελληνική γλώσσα σε επαρκή βαθμό επικοινωνίας και συνεννόησης (καταλάβαιναν σχεδόν τα πάντα, μιλούσαν λιγότερο καλά), ζώντας στην Ελλάδα για κάποια χρόνια – δύο ή και περισσότερα. Επίσης, γνώριζαν αρκετά πράγματα σχετικά με την ελληνική γραφειοκρατία, τις ΚΥ αλλά και τις ΚΥΥ. Πηγή της πληροφόρησής τους – όπως οι ίδιοι ανέφεραν, είναι άλλοι «παλιότεροι» στη χώρα μετανάστες, αλλά και κάποιες ΜΚΟ που ασχολούνται με την παροχή βοήθειας σε μετανάστες.

Ένα άλλο επίσης σημαντικό πρόβλημα, προέκυψε με την περίπτωση των επίσημων εκπροσώπων των οργανώσεων των οικονομικών μεταναστών: ο πρόεδρος μιας οργάνωσης μεταναστών από αραβική χώρα, ενώ στην αρχή είχε συμφωνήσει να συμμετέχει κανονικά στην έρευνα, στη συνέχεια αρνήθηκε κατηγορηματικά, στην ιδέα της μαγνητοφώνησης, παρά τις επίμονες προσπάθειες που καταβλήθηκαν και παρ' ότι επαναλαμβανόταν για πολλοστή φορά ο σκοπός της έρευνας, η εξασφάλιση εχεμύθειας και προστασίας προσωπικών δεδομένων στη συνέντευξη. Ανεπίσημα όμως (off-the-record), δέχτηκε τη συνομιλία και από όσα εξέφρασε, προκύπτει πως κατά τη γνώμη του, οι οργανώσεις των οικονομικών μεταναστών είναι εθνικές (με κριτήριο τον τόπο καταγωγής/χώρα προέλευσης), ασχολούνται κυρίως με θέματα του πολιτισμού της πατρίδας τους – μετάδοση στις νεώτερες γενιές και διατήρηση της

μητρικής τους γλώσσας, των θρησκευτικών και πολιτισμικών στοιχείων της πατρίδας τους κ.λπ. Δεν αποτελεί βασική τους μέριμνα η επίλυση πρακτικών καθημερινών θεμάτων. Αυτό είναι προσωπική υπόθεση του καθενός (π.χ. η εξασφάλιση άδειας παραμονής και εργασίας στην Ελλάδα, η επίσκεψη στο γιατρό κ.λπ). Επίσης, τόνισε πως «δεν υπάρχει πρόβλημα πληροφόρησης για κανέναν», όπως χαρακτηριστικά είπε. Όλοι μπορούν εύκολα να πληροφορηθούν για τα πάντα, γραφειοκρατία, διαδικασίες, πρακτικές κ.λπ., είτε κυρίως από άλλους μετανάστες είτε από ΜΚΟ, διαδίκτυο κ.λπ.

7.3 Αποτελέσματα της έρευνας πεδίου

Μια βασική, γενικότερη δυσκολία στο ζήτημα των συνεντεύξεων με τους οικονομικούς μετανάστες, αποτέλεσε ο δισταγμός και η άρνηση αρκετών από αυτούς να συμμετάσχουν στην έρευνα, εξαιτίας της μαγνητοφώνησης, λόγω φόβου και δυσπιστίας για την πραγματική χρήση των όσων θα έλεγαν. Τελικά, αυτοί που δέχθηκαν ευκολότερα ήταν μάλλον κυρίως οι νεώτεροι στην ηλικία. Άξιο αναφοράς είναι το γεγονός πως ενώ κάποιοι είναι «παράνομοι» στη χώρα – χωρίς άδεια παραμονής και εργασίας και χωρίς ασφάλιση, δεν είχαν ενδοιασμούς να έρθουν σε επαφή τόσο με τις Κρατικές Υπηρεσίες γενικά, όσο και με τις ΚΥΥ και μάλιστα κατ' επανάληψη. Κάποιοι από αυτούς συμμετείχαν κανονικά στην έρευνα. Πρόκειται για οικονομικούς μετανάστες προερχόμενους από Βαλκανικές χώρες και χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, (Αλβανία, Βουλγαρία, Γεωργία), που όμως έχουν χαρτιά – ταξιδιωτικά έγγραφα.

Οι συνεντευξιζόμενοι είχαν επισκεφθεί το νοσοκομείο για κάποιο πρόβλημα υγείας που είχαν, είτε για κάποια άλλη διαδικασία π.χ. πιστοποιητικό υγείας, συνταγογράφηση φαρμάκων κ.λπ., πράγμα που είχε συνέπειες στη διάθεσή τους την ώρα της συνέντευξης αφού ορισμένοι βρίσκονταν «υπό την επήρεια» της έντασης ή και του εκνευρισμού, καθώς δεν είχαν καταφέρει να επιτύχουν τον σκοπό της επίσκεψής τους εκεί, κυρίως επειδή ήταν ανασφάλιστοι. Το στοιχείο αυτό συνεπάγεται την αμεσότητα, αλλά διαφάνηκε ότι επηρέασε και τη γνώμη τους. Φαίνεται πως για τους μετανάστες που επισκέπτονται τις ΚΥΥ αυτό που μετράει είναι το αποτέλεσμα. Αν η προσπάθειά τους πέτυχε τον σκοπό της, δηλαδή πήραν αυτό που επιθυμούσαν, φεύγουν ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες και τους εργαζόμενους σε αυτές. Σε αντίθετη περίπτωση, υπάρχει πρόβλημα, ακόμη και στην περίπτωση που οι ίδιοι δηλώνουν πως δεν έχουν τα απαραίτητα έγγραφα, άδεια

παραμονής, άδεια εργασίας και βέβαια πως δεν έχουν κοινωνική ασφάλιση, εν τούτοις δυσανασχετούν και καταφέρονται εναντίον των υπηρεσιών και των εργαζομένων σε αυτές, κατηγορώντας τους για «μεροληπτική» ή ξεκάθαρα ρατσιστική στάση.

Ένα στοιχείο άξιο προσοχής είναι η κατανόηση που έδειξαν κάποιοι μετανάστες για τους εργαζόμενους στα νοσοκομεία, εξαιτίας του φόρτου εργασίας, των κακών συνθηκών που επικρατούν στα νοσοκομεία και τη δύσκολη φύση της εργασίας που κάνουν. Δεν είναι ξεκάθαρο αν αυτή η θετική τους στάση απέναντι στους εργαζόμενους είναι αποτέλεσμα της γενικότερης στάσης τους απέναντι στους Έλληνες, μέσα από προσωπικά τους βιώματα και αντιλήψεις, ή απλά αποτελεί συνέπεια της «θετικής έκβασης της υπόθεσής τους». Όσοι εκφράστηκαν θετικά για το προσωπικό των υπηρεσιών, μίλησαν για φιλότιμη προσπάθεια εκ μέρους των εργαζομένων για να τους εξυπηρετήσουν και ότι στο παρελθόν είχαν επίσης εξυπηρετηθεί.

Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι από τις συνεντεύξεις προέκυψε μια κάποιου είδους προκατάληψη και «αδιαίτερη ευθιξία» που εξέφρασαν αρκετοί από τους συνεντευξιζόμενους μετανάστες, καθώς την όποια μη επιθυμητή για αυτούς συμπεριφορά εκ μέρους του προσωπικού των ΚΥΥ, την εκλάμβαναν ως ένδειξη «υποτίμησης» ή ρατσισμού. Και πάλι, όμως, η συγκυρία της στιγμής και του χώρου – η συναισθηματική φόρτιση της μη επίτευξης του σκοπού της επίσκεψής τους εκεί, πιθανόν επηρέασε αυτή την αντίδραση. Δεν αναφέρθηκε κάποιος από τους μετανάστες σε τυχόν χαρακτηρισμούς, προσβλητικής αντιμετώπισης με συγκεκριμένα στοιχεία κ.λπ., αλλά γενικά και αφηρημένα αναφέρθηκαν σε κακή αντιμετώπιση με ρατσιστικό περιεχόμενο, στις περιπτώσεις που δεν ικανοποιήθηκε το αίτημά τους από το νοσοκομείο.

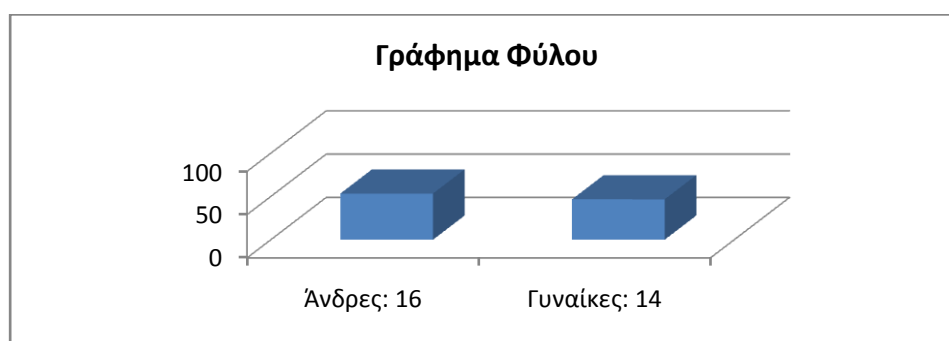
7.3.1 Τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των οικονομικών μεταναστών

Από τα νοσοκομεία που επιλέχθηκαν για τη διεξαγωγή της έρευνας και τα οποία επισκέπτονται οι μετανάστες, διαφάνηκε ότι στις περισσότερες περιπτώσεις έχουν προσφερθεί οι αναγκαίες ιατρικές υπηρεσίες που χρειάζονται, εντοπίζονται όμως και κάποιες λίγες περιπτώσεις (ανασφάλιστων, χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα) που δεν εξυπηρετήθηκαν και απευθύνθηκαν σε ιδιωτικά ιατρεία ή ιατρικά κέντρα.

Συνολικά ερωτήθηκαν τριάντα (30) μετανάστες διαφορετικών εθνικοτήτων (Αλβανοί, Γεωργιανοί και Βούλγαροι), οι οποίοι επισκέφτηκαν τα συγκεκριμένα νοσοκομεία. Αναλυτικότερα, ρωτήθηκαν οκτώ (8) μετανάστες από τη Βουλγαρία, επτά (7) από τη Γεωργία και δεκαπέντε (15) από την Αλβανία. Όλοι γνώριζαν και χρησιμοποιούσαν την ελληνική γλώσσα, με διαφορετικό επίπεδο ο καθένας, από επαρκές μέχρι και άριστο σε κάποιες περιπτώσεις. Σχετικά με το θρήσκευμα, οι περισσότεροι δήλωσαν χριστιανοί, κάποιοι απέφυγαν να το δηλώσουν. Στην περίπτωση αυτή δεν υπήρξε καμία πίεση, εκ μέρους της συνεντεύκτριας και έγινε σεβαστή η επιθυμία τους.

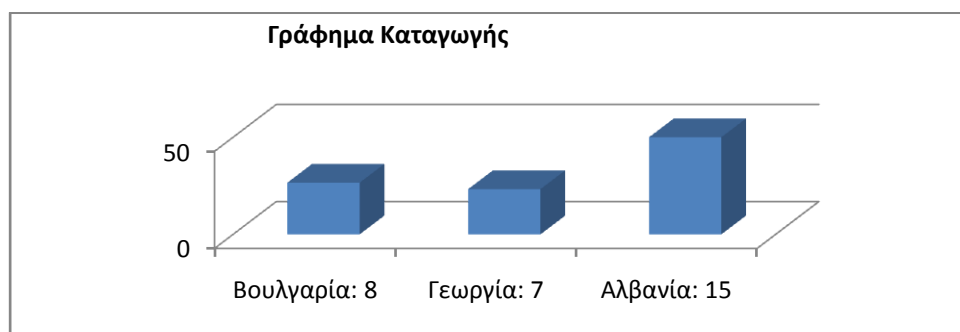
Εξ αυτών (των 30 συνεντευξιαζόμενων οικονομικών μεταναστών), μόνον ένας (1), ο Μιχαήλ από τη Γεωργία, δήλωσε ότι πριν έρθει στην Ελλάδα είχε μεταναστεύσει (προσωρινά και «παράνομα») σε δύο (2) άλλες χώρες, τη Γερμανία και την Ιταλία (πήγε ως τουρίστας με σκοπό να παραμείνει αλλά αναγκάστηκε να φύγει από εκεί). Όλοι οι υπόλοιποι είκοσι εννέα (29), ήρθαν για πρώτη φορά ως μετανάστες, μόνο στην Ελλάδα. Από τους 30 συνεντευξιαζόμενους οι 16 ήταν άνδρες (ποσοστό 53,33%) και οι 14 γυναίκες (46,67%).

Γράφημα 7.3.1 Το φύλο των οικονομικών μεταναστών



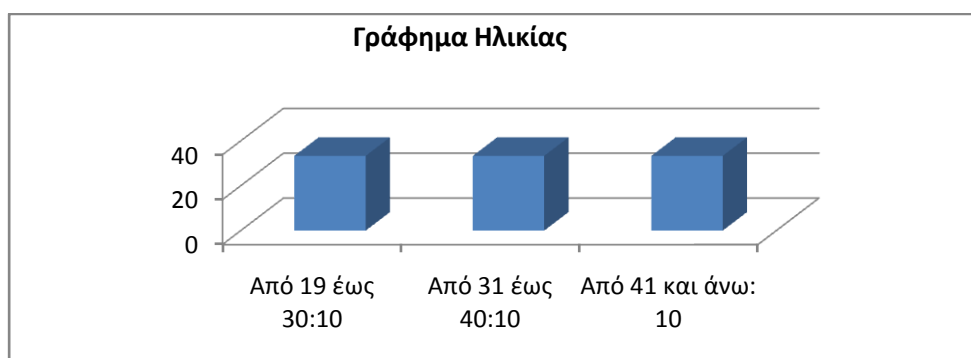
Σχετικά με την καταγωγή τους – χώρα προέλευσης, οι οκτώ (8) μετανάστες ήταν από τη Βουλγαρία (ποσοστό 26,6%), οι επτά (7) ήταν από τη Γεωργία (23,3%) και οι δεκαπέντε (15) από την Αλβανία, (50%).

Γράφημα 7.3.2 Καταγωγή των μεταναστών



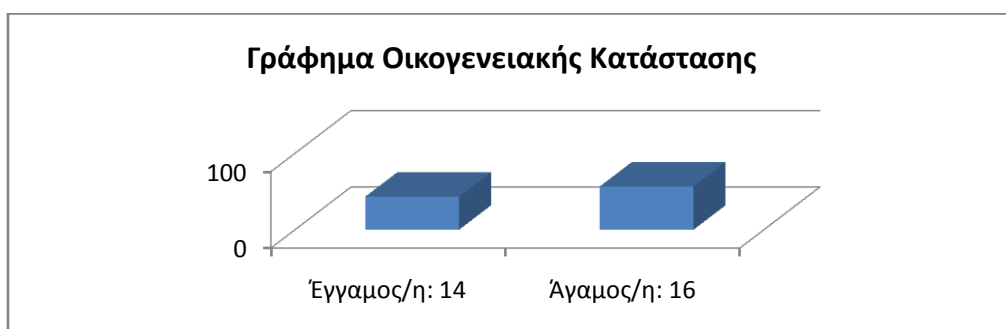
Ως προς την ηλικία, οι δέκα (10) ήταν από 19 ως 30 χρόνων (ποσοστό 33,3%), οι δέκα (10) από 31 ως 40 χρόνων (33,3%) και οι υπόλοιποι δέκα (10) ηλικίας άνω των 40 ετών (33,3%).

Γράφημα 7.3.3 Ηλικία των μεταναστών



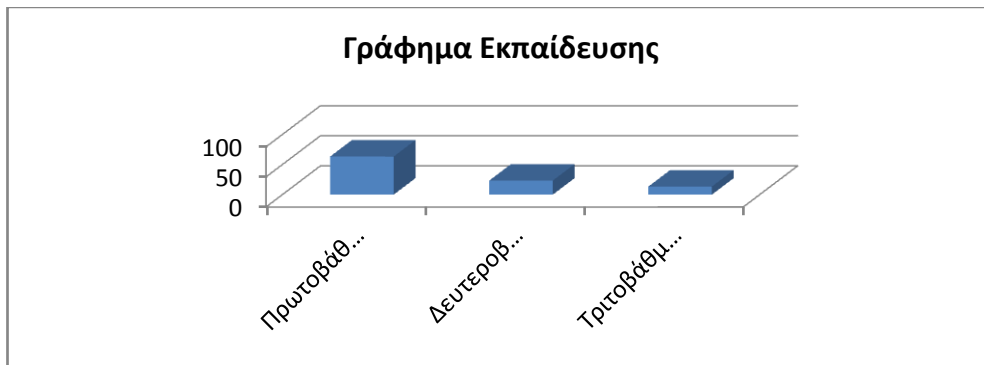
Ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση, οι δεκατέσσερις (14) ήταν έγγαμοι (ποσοστό 43,3%) και οι υπόλοιποι δεκαέξι (16) ήταν άγαμοι (ποσοστό 56,6%).

Γράφημα 7.3.4 Οικογενειακή κατάσταση των μεταναστών



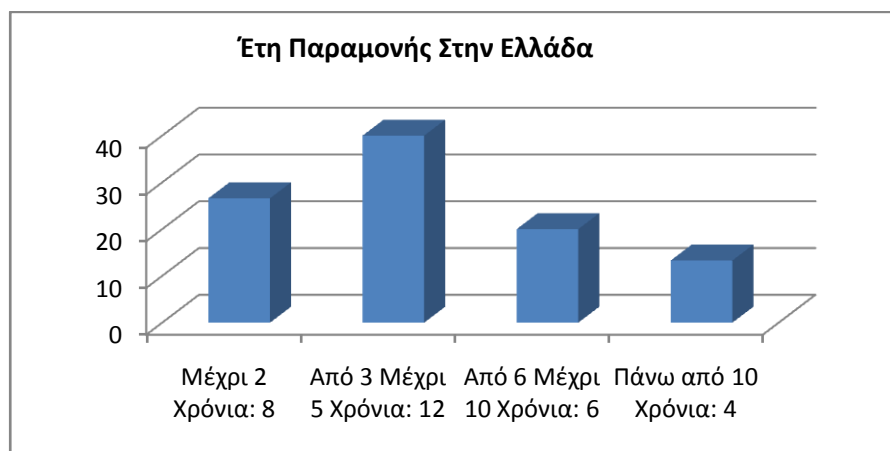
Το εκπαιδευτικό τους επίπεδο ήταν: οι τέσσερις (4) πτυχιούχοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ποσοστό 13,3%), οι επτά (7) δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (23,3%) και οι υπόλοιποι δεκαεννέα (19) πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (63,3%).

Γράφημα 7.3.5 Το επίπεδο εκπαίδευσης των μεταναστών



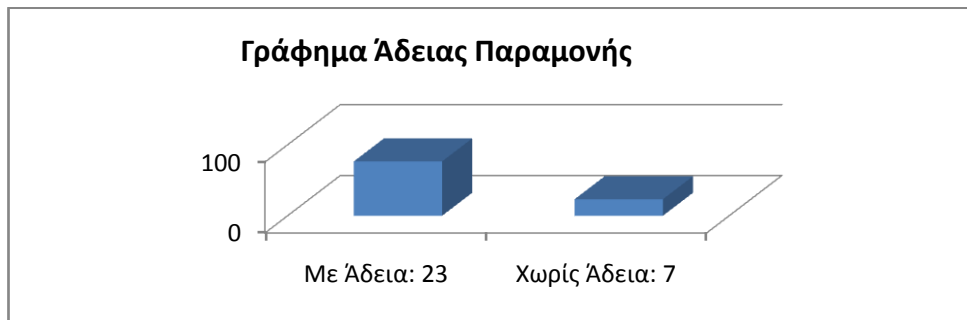
Ο χρόνος της μέχρι τώρα παραμονής τους στην Ελλάδα: οι οκτώ (8) είχαν μέχρι δύο (2) χρόνια παραμονής στη χώρα (ποσοστό 26,6%), οι δώδεκα (12) είχαν από τρία έως πέντε (3-5) (ποσοστό 40%), οι έξι (6) είχαν από έξι έως και δέκα χρόνια (6-10) (ποσοστό 20%) και τέλος, οι υπόλοιποι τέσσερις (4) πάνω από δέκα (10) χρόνια (ποσοστό 13,3%).

Γράφημα 7.3.6 Έτη παραμονής στην Ελλάδα



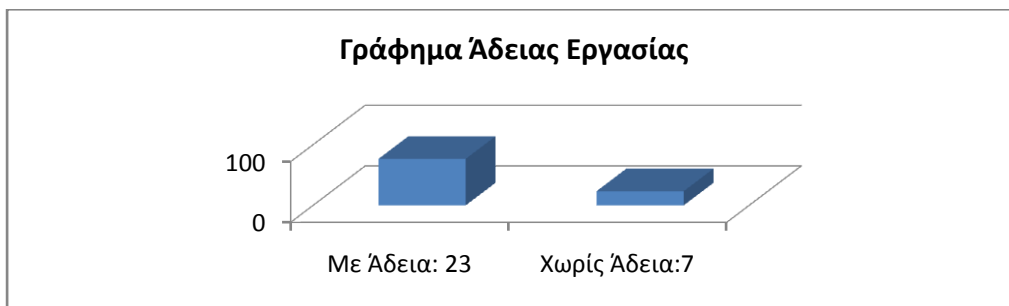
Σχετικά με το θέμα της άδειας παραμονής στην Ελλάδα, οι είκοσι τρεις (23) είχαν άδεια (ποσοστό 76,6%) και οι υπόλοιποι επτά (7) δεν είχαν άδεια παραμονής (ποσοστό 23,3%).

Γράφημα 7.3.7 Άδεια παραμονής των μεταναστών



Σχετικά με το θέμα της άδειας εργασίας στην Ελλάδα, οι είκοσι τρεις (23) είχαν άδεια (ποσοστό 76,6%) και οι υπόλοιποι επτά (7) δεν είχαν άδεια εργασίας (ποσοστό 23,3%).

Γράφημα 7.3.8 Άδεια εργασίας των μεταναστών



7.3.2 Η επαφή και η συνεργασία των οικονομικών μεταναστών με τις ΚΥΥ ανάλογα με τα κοινωνικά χαρακτηριστικά τους

Όπως προκύπτει από τις συνεντεύξεις των μεταναστών και όπως οι ίδιοι δηλώνουν δεν έχουν δεχθεί διακρίσεις στο επίπεδο της παροχής των υπηρεσιών υγείας από τις ΚΥΥ στις οποίες έχουν απευθυνθεί, που να σχετίζονται με τα κοινωνικά χαρακτηριστικά τους, π.χ. φύλο, ηλικία, γνώση της ελληνικής γλώσσας, νόμιμη παραμονή, ασφάλιση κ.λπ.

Δηλώνουν ότι έχουν την ίδια αντιμετώπιση ανεξαρτήτως όλων αυτών των στοιχείων και μάλιστα, διαμαρτύρονται που οι «παράνομοι» μετανάστες έχουν την ίδια μεταχείριση με αυτούς – τους «νόμιμους». Το μόνο στοιχείο που φαίνεται να τους διαφοροποιεί, όπως λένε, είναι το γεγονός ότι είναι μετανάστες, δηλαδή ξένοι στη χώρα και για αυτό έχουν διαφορετική αντιμετώπιση από αυτήν που έχουν οι γηγενείς - οι Έλληνες. Κάθε αρνητικό στοιχείο στη συμπεριφορά των εργαζομένων

(ιατρών, νοσηλευτών κ.λπ.) προς αυτούς το εκλαμβάνουν ως «προσωπική διαφοροποίηση» ή ρατσισμό.

Όλοι όμως σε κάποια στιγμή της συζήτησης είπαν ότι έχουν εξυπηρετηθεί από τις ΚΥΥ, ακόμη και οι παράνομοι μετανάστες, όπως επίσης όλοι κάποια στιγμή ανέφεραν ότι οι εργαζόμενοι στις ΚΥΥ φέρονται άσχημα (αδιάφορα, προσβλητικά κ.λπ.) ακόμα και στους Έλληνες πελάτες-ασθενείς των ΚΥΥ.

Γιούρι, 33 ετών, από τη Βουλγαρία, έγγαμος, απόφοιτος πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής):

«...Η αντιμετώπιση που έχουμε στα νοσοκομεία και ειδικά στον Ευαγγελισμό δεν είναι και η καλύτερη... Έχω άδεια παραμονής αυτό δεν φαίνεται να παίζει κάποιον ρόλο στην όλη αντιμετώπιση από το νοσοκομειακό προσωπικό. Το γεγονός και μόνο ότι είμαστε αλλοδαποί και μετανάστες επηρεάζει αρνητικά την όλη τους συμπεριφορά μας βλέπουν αλλιώς ...».

Σάββας, 44 ετών, από τη Βουλγαρία, έγγαμος, απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, με άδεια παραμονής):

«...Σε καμία περίπτωση οι ευκαιρίες που δίνονται σε εμάς που έχουμε χαρτιά και είμαστε νόμιμοι δεν διαφέρουν από εκείνες που έχουν οι αλλοδαποί χωρίς άδεια παραμονής, οι παράνομοι. Η αντιμετώπιση είναι η ίδια. Δεν τους ενδιαφέρει ούτε αν είμαστε μορφωμένοι ή όχι, ούτε τι δουλειά κάνουμε, αν έχουμε ΙΚΑ ή τι έχουμε. Αν έχουμε οικογένεια ή όχι. Η νομιμότητα δε παίζει κανένα ρόλο...

... Ούτε αν είμαστε υπεύθυνοι σε θέματα υγείας τους ενδιαφέρει, αντίθετα όσο πιο πολλά καταλαβαίνουμε και ξέρουμε γύρω από θέματα υγείας, αυτό είναι που εκνευρίζει το προσωπικό του νοσοκομείου. Τελικά δεν ξέρουμε πως να αντιδράσουμε και με ποιον τρόπο να φερθούμε, ώστε να μας προσέξουν σωστά και να κάνουν αυτό που πρέπει για μας...

...δεν είμαστε όλοι οι ξένοι ίδιοι, άλλοι νόμιμοι, άλλοι όχι νόμιμοι, εμείς (οι νόμιμοι) πληρώνουμε για το ΙΚΑ, για όλα τα χαρτιά που μας ζητάνε και αυτοί δεν πληρώνουν μία, γιατί; ...».

Μαρία, 35 ετών, από τη Βουλγαρία, έγγαμη, απόφοιτη πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, (χωρίς άδεια παραμονής):

«...Δεν χρειάζεται να αγχώνομαι για το αν έχω άδεια παραμονής ή όχι, αφού όλοι εδώ δεν ενδιαφέρονται για αυτό. Ακόμα και όσοι έχουν τα χαρτιά όλα,

αντιμετωπίζουν με τον ίδιο τρόπο. Δεν παίζει ρόλο από το που είμαι, κανείς εδώ δεν με ρώτησε ποια είναι η χώρα καταγωγής μου. Αρκεί που είμαι ξένη και μετανάστρια. Στο ίδιο τσουκάλι είμαι και εγώ με του υπόλοιπους μετανάστες...

...Αν και μιλάω ελληνικά δεν παίζει κανέναν ρόλο, δεν το εκτιμούν αυτό το στοιχείο. Δεν έχουμε πολλές ευκαιρίες να μας φερθούν με ευγένεια και να ακούσουν το πρόβλημά μας. Οι λόγοι είναι απλοί και γνωστοί σε όλο τον κόσμο. Ρατσισμός...».

Σόνια, 41 ετών, από τη Βουλγαρία, έγγαμη, απόφοιτη τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής):

«...Προσωπικά μου πήρε πολύ χρόνος και κόπος να καταφέρω να πάρω την άδεια παραμονής μου στη χώρα. Ήθελα να είμαι νόμιμη αλλά παρ' όλα αυτά δεν κατάφερα να έχω εκτίμηση ή κάποιον σεβασμό επειδή έχω τα χαρτιά όλα. Στο συγκεκριμένο νοσοκομείο μόλις τους ανέφερα ότι έχω τελειώσει κάποια σχολή και έχω πτυχίο γέλασαν και με αντιμετώπισαν σαν αμόρφωτη και τριτοκοσμική. Η προσβολή και μόνο με μείωσε και με έκανε να μετανιώσω που ήρθα στην Ελλάδα, η ανάγκη όμως... Δεν ενδιαφέρει κανέναν αν είμαι πτυχιούχος ή όχι, αν έχω άδεια παραμονής ή όχι, αν μιλάω ελληνικά ή όχι. Απορώ γιατί δεν έχουμε όλοι κάποιες ευκαιρίες (περισσότερες, καλύτερη εξυπηρέτηση από τους παράνομους) τουλάχιστον σε θέματα υγείας, αφού το κεφάλαιο αυτό αφορά όλους τους ανθρώπους. Προσπαθώ να ρωτήσω τους ιατρούς και με στέλνουν σε νοσοκόμους, οι οποίοι και αυτοί κάνουν τη δουλειά τους, αλλά οι ιατροί έχουν να δώσουν πιο υπεύθυνες απαντήσεις και πρέπει να δείχνουν μεγαλύτερη υπευθυνότητα...».

Νικ, 36 ετών, από τη Γεωργία, έγγαμος, απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής):

«...Η γνώμη είναι ότι αντιμετώπιση όλων σχεδόν των μεταναστών αλλοδαπών είναι κάπως περίεργη. Δεν νομίζω προσωπικά να είμαι αμόρφωτος άνθρωπος ή άνθρωπος χωρίς τρόπους. Παρ' όλα αυτά και επειδή η εμπειρία μου από τη συνεργασία μου με τις ΚΥΥ είναι μεγάλη αφού είμαι 5 χρόνια στην Ελλάδα δεν είναι και τόσο καλή. Αρκεί να με ακούσουν να μιλάω κάπως με προφορά και αυτό είναι αρκετό. Δεν μπαίνει κανείς στον κόπο να με ρωτήσει από που είμαι. Μόλις καταλάβουν ότι είμαι αλλοδαπός μου φέρονται και ανάλογα. Αν και το

συγκεκριμένο νοσοκομείο δεν είναι από τα μεγαλύτερα της Αθήνας, όλοι φέρονται με τον ίδιο τρόπο. Το μόνο που τους ενδιαφέρει είναι να μας ξεπετάζουν χωρίς να εξετάσουν αν έχουμε κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας ή όχι...

...Όσον αφορά την ασφάλεια την κοινωνική αυτό είναι μια λεπτομέρεια. Κάποιες φορές τους κάνει εντύπωση που μιλάω καλά τα ελληνικά αλλά και αυτό δεν εκτιμάται. Καλά-καλά ούτε η καταγωγή παίζει ρόλο αλλά και δεν ενδιαφέρει και κανέναν (υπονοώντας πως είναι καλύτερος από κάποιους άλλους «απολίτιστους» μετανάστες προερχόμενους από άλλες χώρες). Όλοι οι ξένοι είναι ίδιοι, ανεξάρτητα την εκπαίδευση που έχουν και την κοινωνική τους μόρφωση. Όσο πιο πολλές ερωτήσεις κάνω τόσο πιο πολύ εκνευρίζονται μαζί μου. Αλλά και η ηλικία των μεταναστών δεν επηρεάζει. Όλες οι ηλικίες είναι ίδιες, δεν υπάρχει σεβασμός...».

Σαχίμ, 22 ετών, από την Αλβανία, άγαμος, απόφοιτος πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, (χωρίς άδεια παραμονής):

«...Τα ελληνικά μου δεν είναι και τόσο καλά. Αλλά αυτό δεν έχει καμία σημασία για το κόσμος (το προσωπικό) του νοσοκομείου. Απλά το χρώμα μου (είναι σκουρόχρωμος) και η καταγωγή μου τους ενδιαφέρει. Το δεν έχω άδεια παραμονή κάνει πιο δύσκολο το κατάσταση ακόμα πιο πολύ...

...Με ειρωνεύονται κάποιος νοσοκόμα νομίζω είναι και δεν τους διαφέρει γιατί μετά από δυο χρόνια που είμαι Ελλάδα δεν μπορώ να έχω άδεια...

...Δεν ακούνε προβλήματά μου. Το πως ότι είμαι μακριά από τη χώρα μου δεν τους ευαισθητοποιεί. Αντιθέτως ήταν ευχαριστημένοι αν έφευγα. Αν φύγαμε όλοι οι μετανάστες από Ελλάδα και τους αδειάζαμε γωνία...

....Το δεν έχω δουλειά δυσκολεύει όλη κατάσταση. Δεν ρωτάνε γιατί δεν έχω δουλειά και πως έχω να ζω. Με ξεπετάνε σε νοσοκομεία και σε όποια άλλη δημόσια υπηρεσία πάω και καμιά φορά δεν με εξυπηρετούν και καθόλου. Σεβασμός από κανένα. Δεν είμαι μορφωμένο αλλά κάποια πράγματα πρέπει να υπάρχουν και κάποιες συμπεριφορές σωστές να γίνονται σε όλοι το κόσμος...».

Κώστας, 42 ετών, από την Αλβανία, έγγαμος, απόφοιτος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής):

«...Η παραμονή μου στην Ελλάδα με έχει κάνει από την άλλη να μιλάω καλά τη γλώσσα και να έχω καταλάβει τους Έλληνες. Στα 15 χρόνια που ζω εδώ μπορώ

και ψυχολογώ τους ανθρώπους και τη συμπεριφορά τους. Η αντιμετώπιση που έχω ακόμα και μετά από όλα αυτά τα χρόνια είναι σχεδόν η ίδια αν και έχω τακτοποιηθεί, έχω άδεια παραμονής και εργασίας. Αν και οικογενειάρχης και καθ' όλα εντάζει στην εργασία μου κανείς δεν τα εκτιμά. Αντίθετα, το μόνο που επηρεάζει τη συμπεριφορά απέναντί μου είναι ότι είμαι αλλοδαπός. Ιδιαίτερα σε κρατικές υπηρεσίες η αντιμετώπιση είναι χαρακτηριστική και ιδιαίτερα αρνητική μερικές φορές. Βοήθεια από κανένα. Ούτε και στα νοσοκομεία που η υγεία είναι για νόμιμους και μη...

...Πληρώνω και εγώ φόρους στο κράτος και έχω απαίτηση να έχω κοινωνική ασφάλιση αφού τη δικαιούμαι. Αλλά καμία ευκαιρία (καλύτερη από τους άλλους, τους παράνομους μετανάστες), δεν μου δίνεται. Αν και έχω τελειώσει πανεπιστήμιο δεν σημαίνει και πολλά αυτό. Αντιμετωπίζομαι σαν τριτοκοσμικός μετανάστης που δεν έχει να φάει και να μείνει κάπου...

...όμως η προσπάθεια που κάνω κάθε μέρα για επιβίωση είναι πολύ μεγάλη, αλλά χωρίς σεβασμό από κάποιους Έλληνες...

...Για να λέμε όμως τα πράγματα όπως είναι και στους ίδιους τους Έλληνες δεν φέρονται καλύτερα πολλοί από αυτούς (εργαζόμενοι στις ΚΥΥ)...».

Μπόνα, 35 ετών, από την Αλβανία, άγαμη, απόφοιτη πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής):

«...Είμαι στην Ελλάδα περίπου τέσσερα χρόνια και μιλάω τη γλώσσα αρκετά καλά. Αυτό το στοιχείο με έχει βοηθήσει πολύ στις συναλλαγές μου με τους Έλληνες. Σε όσα νοσοκομεία έχω πάει με αντιμετωπίζουν πιο θετικά από τη στιγμή που μιλάω ελληνικά. Μπορεί να φταίει και το γεγονός ότι είμαι γυναίκα και για αυτό ίσως με αντιμετωπίζουν κάπως καλύτερα από ό,τι τους άνδρες μετανάστες. Στο νοσοκομείο πάντα προηγούνται οι Έλληνες ασθενείς, αλλά η γνώμη μου είναι ότι και οι μετανάστες έχουν μια σχετικά καλή αντιμετώπιση από τους ιατρούς. Και οι νοσοκόμοι ό,τι μπορούν κάνουν. Τη δουλειά τους άλλωστε κάνουν και αυτοί. Το ότι είμαι από Αλβανία δεν παίζει ρόλο άλλωστε, αφού είμαι στην τελική ως και πολλοί άλλοι. Απλά προσπαθώ να είμαι υπομονετική και ευγενική με το προσωπικό των υπηρεσιών για να εξυπηρετηθώ όσο πιο καλά γίνεται. Κάποιες φορές είναι αγενείς μαζί μου αλλά το καταλαβαίνω ότι είναι άνθρωποι και αυτοί και δεν έχουν υπομονή. Άλλωστε και οι Έλληνες έχουν κακή

εμπειρία από τις δημόσιες υπηρεσίες και τα δημόσια νοσοκομεία, γιατί όχι εμείς...».

7.3.3 Διαφορές στην αντιμετώπιση ανάλογα με την καταγωγή-εθνικότητα

Κονσταντίν, 23 ετών, από Βουλγαρία, άγαμος, απόφοιτος πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής):

«...Μακάρι να γινόταν ένα θαύμα και να μην υπήρχε αυτή η αντιμετώπιση από τους Έλληνες λόγω της καταγωγής ή της εθνικότητας των μεταναστών. Δεν είμαι και πολύ σίγουρος ότι στην ουσία διαφοροποιούν τη χώρα καταγωγής και φέρονται ανάλογα από τη χώρα καταγωγής μας. Κάποιοι λένε πως οι μετανάστες από την Αλβανία έχουν πολύ άσχημη συμπεριφορά, αλλά στην πραγματικότητα οι συμπεριφορές που έχω συναντήσει εγώ που κατάγομαι από Βουλγαρία δεν είναι και οι καλύτερες. Πρόσφατα απέκτησα άδεια παραμονής και εργασίας παρ' όλα αυτά τα ρατσιστικά σχόλια για την καταγωγή μου είναι αρκετά από κάποιους, όχι από όλους. Σπάνια με φωνάζουν με το όνομά μου. Συνήθως με φωνάζουν Βούλγαρο...

...Ας μιλάω και κάπως καλά τα Ελληνικά και ας είμαστε και γείτονες με τους Έλληνες σαν κοντινές χώρες. Ιδιαίτερα οι δημόσιες υπηρεσίες φαίνεται να βαριούνται να ασχοληθούν με τους ξένους μετανάστες, αφού μας θεωρούν τριτοκοσμικούς και ανθρώπους χωρίς τρόπους και μόρφωση. Δεν μας φτάνει το στίγμα του μετανάστη αλλά έχουμε και τη ρετσινιά της καταγωγής μας. Λες και φταίμε εμείς που φύγαμε από τη χώρα μας. Αν η χώρα που μας φιλοξενεί στο κάτω-κάτω δεν έχει νόμιμο καθεστώς (δεν έχει νόμους, δεν εφαρμόζει τους νόμους της) τότε εμείς τι να κάνουμε για να επιβιώσουμε;...».

Βικτώρια, 19 ετών, από τη Γεωργία, άγαμη, απόφοιτη πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής):

«...Είναι πολύ δύσκολο να έχουν οι Έλληνες απαιτήσεις για μια καλή και σωστή κοινωνία από τη στιγμή που οι ίδιοι δεν κάνουν τίποτε για αυτό. Αν δεν υπάρχει η στοιχειώδη οργάνωση στα νοσοκομεία ή σε άλλες δημόσιες υπηρεσίες για την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών αυτής της χώρας τότε γιατί λένε εμάς τριτοκοσμικούς;...

...Αν από την ηλικία που είμαι τώρα είμαι σε θέση να βιώσω τον κοινωνικό ρατσισμό αυτής της χώρας τότε αργότερα τι θα κάνω; Γεννήθηκα σε μια χώρα γεμάτη προβλήματα και είμαι στην Ελλάδα ένα μόλις χρόνο (ήρθε για να ζήσει με τη μητέρα της που είναι πολλά χρόνια στην Ελλάδα). ...αλλά παρ' όλα αυτά μιλάω καλά τα ελληνικά και από ό,τι φαίνεται το γεγονός ότι είμαι 19 χρονών δεν φαίνεται να επηρεάζει τη συμπεριφορά απέναντι σε μένα από τους Έλληνες και συγκεκριμένα από τις κρατικές υπηρεσίες και τις δημόσιες. Στο νοσοκομείο μόλις καταλάβουν από που είμαι και το ότι είμαι μόλις έναν χρόνο στην Ελλάδα αρχίζουν τα αρνητικά σχόλια για την καταγωγή μου. Σαν άνθρωποι μάλλον είμαστε αόρατοι για τους Έλληνες το μόνο πράγμα που είναι ορατό είναι από πού είμαστε. Αυτό μετράει. Το δικαίωμά μας για μια καλύτερη αντιμετώπιση δεν φτάνει και δεν μετρά. Το αν κάποιος μετανάστης ανεξάρτητα από την εθνικότητά του είναι ευγενικός, μορφωμένος ή άνθρωπος με ανάγκες δεν τους ενδιαφέρει. Ιδιαίτερα στο νοσοκομείο κοιτάνε να μας ξεπετάξουν όσο πιο γρήγορα μπορούν...
...Το ότι εγώ προσωπικά ρωτάω πράγματα για την υγεία μου τους φαίνεται αστείο και άτοπο, καθώς και το γεγονός ότι πήγα σχολείο, αφού νομίζουν κάποιοι ότι στη χώρα μου δεν υπάρχουν σχολεία...».

Κοράν, 32 ετών, από τη Γεωργία, άγαμος, απόφοιτος πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής):

«...Είμαι στην Ελλάδα τρία χρόνια και κάθε μέρα έχω ολοένα και μεγαλύτερο πρόβλημα από την αντιμετώπιση απέναντί μου από τις δημόσιες υπηρεσίες. Αν και είμαι καθ' όλα νόμιμος στη χώρα σας αυτό δεν παίζει κανένα ρόλο. Το ότι είμαι ξένος εδώ αυτό μόνο μετρά. Και όμως αν ήμουν Άγγλος ή Γάλλος και ζούσα στην Ελλάδα δεν θα είχα τέτοια προβλήματα. Φταίει η χώρα από την οποία κατάγομαι. Το ίδιο συμβαίνει και με άλλους ή με όλους τους τριτοκοσμικούς μετανάστες; (εννοεί τους «έγχρωμους», χωρίς χαρτιά παράνομους μετανάστες) ...
...Δεν ζητώ επιδόματα ή κάποια άλλα οικονομικά βοηθήματα (που δικαιούνται κάποιοι χρονίως πάσχοντες) για να ζήσω, απλά έχω τη δουλειά μου και απαιτώ μια σωστή αντιμετώπιση σε θέματα υγείας. Πληρώνω φόρους και είμαι σωστός πολίτης. Η καταγωγή μου είναι αυτή που είναι και δεν αλλάζει. Οι ηθικολογίες και τα προοδευτικά μυαλά φαίνεται ότι δεν ισχύουν στις κρατικές υπηρεσίες. Συγκεκριμένα στον Άγιο Σάββα οι ιατροί που είναι μορφωμένοι άνθρωποι μόνο προοδευτικά μυαλά δεν έχουν. Μόνο λόγια είναι και από συμβουλές τίποτα.

Μάλλον η υγεία ισχύει μόνο για τους Έλληνες. Εμείς δεν έχουμε αυτό το δικαίωμα... ή επειδή οι Έλληνες μπορούν να δίνουν το φακελάκι είναι καλύτεροι και τους προσέχουν πιο πολύ;...».

Μορίς, 45 ετών, από τη Γεωργία, έγγαμος, απόφοιτος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής):

«...Έχω ακούσει πολλά για την αντιμετώπιση των αλλοδαπών μεταναστών στην Ελλάδα λόγω της καταγωγή τους. Προσωπικά εγώ και ίσως λόγω και της ηλικίας μου δεν έχω αντιμετωπίσει τέτοιο έντονο ρατσισμό λόγω της καταγωγής μου. Είμαι στην Ελλάδα περίπου 5 χρόνια, νόμιμος με άδεια παραμονής και εργασίας. Εργάζομαι εδώ με το που ήρθα. Η οικογένειά μου είναι καθ' όλα νόμιμη και μιλάμε όλοι καλά ελληνικά. Αυτό και μόνο εκτιμάται ιδιαίτερα στις δημόσιες υπηρεσίες και στα νοσοκομεία. Τελικά νομίζω ότι πραγματικό πρόβλημα έχουν οι μετανάστες που είναι παράνομα στη χώρα χωρίς άδεια παραμονής. Κάτι που είναι και δικαιολογημένο ενός σημείο για τον ρατσισμό, αφού η παρανομία ισχύει για κάθε χώρα...

...Η συμπεριφορά απέναντί μου συγκεκριμένα εδώ δεν έχει να κάνει με την καταγωγή μου. Το προσωπικό του νοσοκομείου τόσο σε εμένα όσο και στη γυναίκα μου είναι τυπικοί και κάποιες φορές και φιλικοί. Τα παιδιά εδώ μου φέρονται ανθρώπινα και ειδικά οι ιατροί. Δεν γνωρίζω τι γίνεται σε άλλα νοσοκομεία μεγαλύτερα με περισσότερη δουλειά. Στο κάτω-κάτω άνθρωποι είναι και αυτοί...».

Γιούρι, 33 ετών, από τη Βουλγαρία, άγαμος, απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής):

«...Σαν μετανάστης αλλιώς περίμενα τα πράγματα στην Ελλάδα όταν ήρθα. ...αν μπορούσα θα έφευγα αμέσως για άλλη χώρα. Οι λόγοι είναι πολλοί.αν και νόμιμος εδώ η νοοτροπία των Ελλήνων και η συμπεριφορά τους είναι απαράδεκτη. Η καταγωγή και η εθνικότητά μας αποτελεί πρόβλημα στις καθημερινές μας συναλλαγές. Ο ρατσισμός και η λάθος νοοτροπία που έχετε μας υποβιβάζει και δεν μας δίνει κάποιες ευκαιρίες στη ζωή μας εδώ. Σε όποιο νοσοκομείο και να πήγα για κάποιο πρόβλημα υγείας μου με αντιμετώπισαν αρνητικά και περιφρονητικά λόγω της καταγωγής μου. Λες και φταίω εγώ για αυτό. Λες και δεν είμαι άνθρωπος με δικαιώματα στη ζωή και στην εργασία μου...

όχι όλοι, όμως παντού όπου και να είσαι σε νοσοκομείο σε δημόσιο, θα βρεις κάποιον να σου δείξει ότι εσύ που είσαι μετανάστη είσαι κατώτερο, είσαι όχι άνθρωπος...».

Αλίνα, 22 ετών, από την Αλβανία, έγγαμη, απόφοιτη δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής):

«....Το ότι είμαι από την Αλβανία είναι ένα μεγάλο μειονέκτημα για τους Έλληνες. Το ότι είμαι 22 ετών παντρεμένη με παιδί και κάπως μορφωμένη δεν τους νοιάζει. Ο συνδυασμός μπορεί και να αποτελεί στοιχείο για μια ρατσιστική συμπεριφορά απέναντί μου. Το ότι έχω άδεια παραμονής και εργασίας δε ισχύει και δεν εκτιμάται μπροστά στο γεγονός ότι είμαι Αλβανίδα. Στη χώρα σας δεν έχετε λύσει ακόμα το θέμα της γραφειοκρατίας σε ΚΥ αλλά έχετε το δικαίωμα να περιφρονείται τους αλλοδαπούς και ειδικά τους μετανάστες. Ειδικά αν είναι Αλβανοί ή Βούλγαροι. Στην πραγματικότητα όμως οι Αλβανοί και οι υπόλοιποι μετανάστες δίνουν μεγαλύτερο αγώνα για να επιβιώσουν καθημερινά. Δυστυχώς το παιδί μου θα μεγαλώσει εδώ και ελπίζω να έχει καλύτερη μεταχείριση...».

Ντόνα, 55 ετών, από την Αλβανία, έγγαμη, απόφοιτη πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, (χωρίς άδεια παραμονής – έχει λήξει):

«....Στην Ελλάδα είμαι τώρα 14 χρόνια. Στην αρχή είχα άδεια αλλά αυτό δεν είχε και μεγάλη σημασία. Έπειτα από τόσα χρόνια στην Ελλάδα εργάζομαι κανονικά αν και χωρίς άδεια τώρα, και είμαι κατά κάποιο τρόπο Ελληνίδα πολίτης, αφού πληρώνω και φόρους. Άλλωστε νόμιμη ή όχι δεν έχει σημασία αφού οι Αλβανοί ούτως ή άλλως έχουν την ίδια άσχημη και αρνητική από τους Έλληνες συμπεριφορά. Το ίδιο το κράτος αδιαφορεί για τους μετανάστες εγώ γιατί να είμαι νόμιμη. Είδα και ποια είναι η συμπεριφορά απέναντι σε νόμιμους μετανάστες με άδειες παραμονής και εργασίας. Αν και η οικογένειά μου έχει άδεια αντιμετωπίζεται το ίδιο περιφρονητικά. Ειδικά στα δημόσια νοσοκομεία όπου οι γιατροί και οι νοσοκόμοι μόλις ακούσουν από που είμαστε αδιαφορούν πλήρως. Δεν τολμάμε να αρρωσταίνουμε, αμέσως θα έρθουμε αντιμέτωποι με μια αρνητική συμπεριφορά. Η γραφειοκρατία μας έκανε λαθρομετανάστες. Ο ίδιος οι εργοδότες οι Έλληνες αδιαφορούν για την άδεια παραμονής μας και δεν κολλάνε ένσημα. Απλά οι γραφειοκρατικές ασυναρτησίες φταίνε που δεν είμαι νόμιμη τώρα...».

7.3.4 Ο ρόλος της γλώσσας

Στην παρούσα ενότητα εξετάζεται αν η γνώση της ελληνικής γλώσσας επηρεάζει τη σχέση των μεταναστών με τις ΚΥΥ, όπως επίσης το είδος και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών προς αυτούς.

Νάταλι, 22 ετών, από τη Βουλγαρία, άγαμη, απόφοιτη πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής):

«...Η γλώσσα αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα στην επικοινωνία και στις καθημερινές μας συναλλαγές. Όλοι εμείς οι μετανάστες αναγκαστήκαμε να μάθουμε την ελληνική γλώσσα, προκειμένου να ενταχθούμε στην ελληνική κοινωνία. Από ότι όμως φαίνεται όμως δεν φτάνει αυτό. Ειδικά σε νοσοκομεία που η εξυπηρέτηση προς εμάς δεν είναι πολύ καλή, χωρίς ευγένεια και τρόπους καλής συμπεριφοράς. Πρέπει να μαλώνουμε με τους υπαλλήλους ακόμα και αν μιλάμε τη γλώσσα την ελληνική. Αν υπήρχε πρόβλημα στη γλωσσική επικοινωνία θα το καταλάβαινα αλλά από τη στιγμή που μιλάμε ίδια γλώσσα το μόνο πρόβλημα είναι ο ρατσισμός και τα κλειστά μυαλά. Ακόμα και για απλές ερωτήσεις σε δημόσιες υπηρεσίες αντιμετωπίζουμε κακότροπους ανθρώπους και εχθρική συμπεριφορά ...εκτός αν όλα γίνονται αυτά για τη μίζα και το φακελάκι, ξέρω τι να πω...».

Κάτια, 33 ετών, από τη Βουλγαρία, άγαμη, απόφοιτη δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής):

«...Τον πρώτο καιρό που ήρθα στην Ελλάδα τα πράγματα ήταν πολύ δύσκολα ιδιαίτερα από τη στιγμή που δεν μιλάγα τη γλώσσα. Αλλά και τώρα που τη μιλάω το μόνο καλό είναι ότι μπορώ και καταλαβαίνω τι μου λένε. Αν σκεφθεί κανείς ότι πιο πολλοί από τους μετανάστες είναι γυναίκες μπορεί να καταλάβει ότι τα πράγματα απέναντί μας θα έπρεπε να είναι καλύτερα από θέμα συμπεριφοράς. Αντίθετα και συγκεκριμένα σε νοσοκομεία μόλις καταλάβουν από την προφορά μας ότι είμαστε ξένοι μιλάνε αυτομάτως στον ενικό σαν να είμαστε τριτοκοσμικοί. Βαριούνται να μας εξυπηρετούν και μας θεωρούν μπελά. Το καθεστώς που επικρατεί σε δημόσιες υπηρεσίες είναι χαοτικό. Οι αιτήσεις για άδειες παραμονής μας, αιτήσεις για άδεια εργασίας, νοσοκομειακή περίθαλψη και άδειες για

πράσινη κάρτα παραμένουν σε αναμονή αφού κανείς δεν ενδιαφέρεται... Άμα δώσεις λεφτά όμως, αμέσως!...

...Επομένως το θέμα τη γλώσσας είναι το τελευταίο που ενδιαφέρει. Ακόμα και ο κόπος που κάναμε για να τη μάθουμε δεν φαίνεται να εκτιμηθεί. Γιατί να τη μιλάμε αν δεν παίζει κανένα ρόλο στη συμπεριφορά των Ελλήνων απέναντί μας; Απλά γιατί η γνώση της βοηθά στην παραμονή μας στην Ελλάδα πολύ χρόνο...».

Μουράτ, 52 ετών, από την Αλβανία, έγγαμος, απόφοιτος πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής):

«...τα δεκατέσσερα χρόνια που είμαι στην Ελλάδα είναι αρκετά για να μιλάω τη γλώσσα καλά. Η ελληνική κοινωνία πλέον είναι πολυπολιτισμική αλλά για κάποιους λόγους δεν είναι καθόλου προοδευτική. Οι συμπεριφορές των μεταναστών αλλά και των Ελλήνων είναι διαφορετικές. Ειδικά σε ότι έχει να κάνει με την εξυπηρέτησή μας σε νοσοκομεία η κατάσταση είναι δραματική. Κανένα; Σεβασμός, καμία ευγένεια, μαρτύριο αναμονής σε αίθουσες και ατελείωτα πήγαινε έλα σε δημόσια κτίρια. Οι Έλληνες μιλάνε για τη δημιουργία σωστών καταστάσεων για τους αλλοδαπούς αλλά όλα αυτά είναι προσχήματα. Στην πραγματικότητα δεν τους ενδιαφέρει τι γίνεται με εμάς και ποιες είναι οι ανάγκες μας. Ακόμα και στα δημόσια νοσοκομεία η υγεία μας είναι κάτι το ανύπαρκτο για αυτούς. Η επικοινωνία με γιατρούς και νοσοκόμους αν και γίνεται σε ελληνικά δεν φαίνεται να παίζει και κάποιον ρόλο. Αφού είμαστε μετανάστες αυτό τα λέει όλα. Καμία ευαισθητοποίηση σε όσους μιλάνε ελληνικά, ούτε και στους Έλληνες, τι τα θες...

...όχι μόνο οι γιατροί και οι νοσοκόμες, αλλά και οι άλλοι άρρωστοι μας βλέπουν διαφορετικά... Όσο αδύνατο και αν ακούγεται είναι πραγματικό. Το θέμα της εθνικότητας είναι πάνω από όλα. Η καταγωγή μας τους ενδιαφέρει και τους ενοχλεί...».

Σαμάν, 47 ετών, από την Αλβανία, έγγαμος, απόφοιτος πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, (χωρίς άδεια παραμονής):

«...Οι Έλληνες κάνουν το ίδιο λάθος που έκαναν και οι Αμερικάνοι με αυτούς όταν ήταν μετανάστες και οι ίδιοι. Το γεγονός ότι δεν έχω άδεια παραμονής είναι λιγότερο ενοχλητικό από το ότι είμαι μετανάστης αλλά μιλάω την ελληνική γλώσσα. Με το που με βλέπουν και καταλαβαίνουν ότι είμαι ξένος με

περιφρονούν. Σε ΚΥΥ με ξεπετάνε όσο πιο γρήγορα μπορούν. Μας έχουν συνδέσει με την εγκληματικότητα χωρίς να κάνουν καμία εξαίρεση. Υπάρχουν και ξένοι που εργάζονται και θέλουν να είναι νόμιμοι. Δυο χρόνια προσπάθω να βγάλω άδεια παραμονής και δεν τα έχω καταφέρει αν και μιλάω τη γλώσσα. Από αναμονή σε αναμονή. Κανένα ενδιαφέρον καμία ευαισθητοποίηση για το αν έχω να φάω ή όχι. Αν εργάζομαι ή όχι. Από νοσοκομειακή περίθαλψη δεν γίνεται λόγος. Όλα στα κρυφά αν είμαι τυχερός και πέσω σε κανένα καλό γιατρό ή νοσοκόμο να με εξυπηρετήσει. Και αυτό με πλήρη μυστικότητα... να είναι καλά αυτοί που μας βοηθάνε, οι καλοί άνθρωποι...».

Βαλεντίνα, 44 ετών, από την Αλβανία, απόφοιτη τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, άγαμη, (με άδεια παραμονής):

«...Από τη στιγμή που άρχισα να μιλάω ελληνικά και να επικοινωνώ τα προβλήματά μου άρχισαν να λιγοστεύουν. Άρχισα να μπαίνω στην ελληνική κοινωνία με κάποιο τρόπο. Στη δουλειά μου τα πράγματα έγιναν πιο εύκολα αλλά και σε καθημερινές συναλλαγές μου με το δημόσιο όπου οι άνθρωποι με καταλάβαιναν και με εξυπηρετούσαν όπως μπορούσαν. Η αλήθεια είναι ότι από τη στιγμή που η ΕΕ αποφάσισε να χρηματοδοτήσει προγράμματα εκμάθησης ελληνικής γλώσσας για τους αλλοδαπούς υπάρχει μια ελπίδα για όλους τους μετανάστες να κάνουν καλύτερη τη ζωή τους. Αν και υπάρχει ακόμα γραφειοκρατία σε δημόσιες υπηρεσίες ακόμα και για τους Έλληνες, τα πράγματα πιστεύω θα γίνουν καλύτερα...».

Ρομίνια, 37 ετών, από την Αλβανία, άγαμη, απόφοιτη δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής):

«...Τις προάλλες χρειάστηκε να πάω στην εφορία για κάποιο προσωπικό μου θέμα σχετικά με κάποια κληρονομιά. Όταν ο υπάλληλος άκουσε ότι είμαι από την Αλβανία έκανε ένα περίεργο μορφασμό αν και κατάλαβε ότι μίλαγα τέλεια τα ελληνικά. Προσπαθούσε να καταλάβει από που και με ποιον τρόπο ήρθε στα χέρια μια ένα μικρό χρηματικό ποσό, αλλά δεν είχε καμία διάθεση να με εξυπηρετήσει να συμπληρώσω τα απαραίτητα χαρτιά για να συνεχίσω τη διαδικασία. Η περιέργειά του ήταν τέτοια που με έκανε και έφυγα και πήγα σε μια άλλη συνάδελφό του. Η συγκεκριμένη επιβεβαίωση απλά την ίδια τακτική με τον προηγούμενο. Συμπέρασμα ότι ειδικά σε δημόσιες υπηρεσίες δεν παίζει τελικά

κανέναν ρόλο η γνώση της ελληνικής γλώσσας από τη στιγμή που ειδικά εμείς οι Αλβανοί (πιστεύει πως άλλοι μετανάστες π.χ. από Ρωσία έχουν καλύτερη αντιμετώπιση, γιατί οι Αλβανοί έχουν «στιγματιστεί» ως απολίτιστοι κατά κάποιον τρόπο) έχουμε μια ειδική μεταχείριση! ...στα νοσοκομεία γιατί να έχει διαφορά;...».

Μάρθα, 22 ετών, από την Αλβανία, άγαμη, απόφοιτη πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής):

«...Το μεγαλύτερο προσόν μου σε αυτήν τη χώρα είναι το ότι είμαι από Αλβανία και το λέω ειρωνικά. Η μεταχείριση που έχω είναι και αυτή ειρωνική από τους Έλληνες, αφού το μοναδικό πράγμα που τους ενδιαφέρει είναι η καταγωγή μου. Αν καταλάβουν ότι μιλάω και καταλαβαίνω ελληνικά τότε λένε ότι μπορούν και συμπεριφέρονται υποτιμητικά ειδικά γιατί καταλαβαίνουν ότι και εγώ καταλαβαίνω ελληνικά. Ειδικά σε δημόσιες υπηρεσίες αφού θα μπορούσαν να συνεννοηθούν μαζί μου γρήγορα και να κάνουμε και οι δυο τη δουλειά μας συμβαίνει το αντίθετο. Προσπαθούν να με ξεπετάξουν ειρωνικά και υποτιμητικά δείχνοντάς μου ότι είμαι παρείσακτη. Η παροχή υπηρεσιών ανύπαρκτη και μηδαμινή... άμα τους δώσεις το φακελάκι όμως, είσαι καλός!...».

Σαμών, 19 ετών, από την Αλβανία, άγαμος, απόφοιτος πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, (χωρίς άδεια παραμονής):

«...Με έστειλαν στην Ελλάδα οι γονείς μου χωρίς να με ρωτήσουν, για καλύτερη ζωή. Στην πραγματικότητα χάρηκα που έφυγα από χώρα μου αλλά από την άλλη στην Ελλάδα αντιμετωπίζω κοροϊδία και για την καταγωγή μου αλλά και για την ηλικία μου. Κανείς δεν με παίρνει στα σοβαρά. Ειδικά στο νοσοκομείο που πήγα να κάνω τις εξετάσεις για την άδεια παραμονής, αφού κατάλαβαν ότι μιλάω λίγα ελληνικά άρχισαν να κάνουν πλάκα και να γελάνε εμένα, είπαν κάτι που δεν καταλάβαινα. Καλά-καλά δε ξέρω αν έκανα και όλες εξετάσεις που χρειάζει ή απλά με έδιωξαν γρήγορα. Δεν είχε κανείς να ρωτήσω ή και κάποιος που να έχει υπομονή να εξηγήσει τι κάνω. Ελπίζω όταν μάθω καλύτερα γλώσσα να έχω και καλύτερη μεταχείριση...».

Νίκος, 31 ετών, από την Αλβανία, έγγαμος, απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής):

«...Δεν ξέρω τι γίνεται με άλλους μετανάστες αλλά έχω ακούσει διάφορα. Η ελληνική γλώσσα και αν ακόμα την ξέρεις καλά, δεν βοηθάει να σου φέρονται καλά και να σε υπολογίζουν. Όσο και να σας φαίνεται περίεργο εγώ προσωπικά σε όσα νοσοκομεία έχω πάει είμαι πολύ σοβαρός και προσπαθώ να εξηγήσω τι θέλω σε πολύ καλά ελληνικά αλλά πάντα μου φέρθηκαν με σοβαρό (αυστηρότητα) και απότομο τρόπο. Δεν αφήνω περιθώρια για σχόλια και χλευασμό. Ξέρω τι θέλω και τι δικαιούμαι. Έχω άδεια παραμονής και προσπάθησα πολύ για αυτό. Αλλά και οι παροχές που πρέπει να έχω πρέπει να είναι και κάπως ανθρώπινες και αυτές. Στις δημόσιες υπηρεσίες πρέπει να καταλάβουν ότι και εμείς είμαστε άνθρωποι και έχουμε δικαιώματα. Να εκτιμήσουν ότι μάθαμε τη γλώσσα τους από σεβασμό και ανάγκη μαζί, δουλέψαμε για την Ελλάδα, πληρώνουμε φόρους, ΙΚΑ...».

7.3.5 Πληροφόρηση/ενημέρωση των οικονομικών μεταναστών για τις ΚΥΥ

Στην παρούσα ενότητα διερευνώνται οι πηγές πληροφόρησης των μεταναστών για τις ΚΥΥ, όπως επίσης αν ήταν πλήρης και χρήσιμη η πληροφόρηση που είχαν.

Μάλλον εντυπωσιακά είναι τα στοιχεία που αφορούν στο θέμα της πληροφόρησης για θέματα που σχετίζονται με την υγεία και την ανάλογη παροχή υπηρεσιών από τις ΚΥΥ, καθώς δεν υπήρξε κάποιος που να δηλώσει ότι είχε ιδιαίτερη δυσκολία στο θέμα αυτό. Αντίθετα, όλοι δήλωσαν πως είχαν εγκαίρως την κατάλληλη σχετική πληροφόρηση για τα θέματα υγείας και τις ΚΥΥ, είτε από άλλους μετανάστες που βρίσκονται στη χώρα περισσότερο χρόνο από αυτούς (παλιότερους), είτε από γνωστούς τους Έλληνες (γείτονες, εργοδότες, φίλους), είτε και μέσω internet (κυρίως οι νεώτεροι σε ηλικία). Δεν ήταν λίγοι αυτοί που είπαν πως και οι ίδιες οι ΚΥΥ, τους παρέχουν σχετικές πληροφορίες.

Μιχαήλ, 23 ετών, από τη Βουλγαρία, άγαμος, απόφοιτος πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, (χωρίς άδεια παραμονής):

«...Προσωπικά επειδή είμαι στην Ελλάδα μόνο δυο χρόνια και δεν μιλάω καλά τη γλώσσα από την πρώτη στιγμή που έπρεπε να πάω σε κάποια κρατική υπηρεσία ή και νοσοκομείο, φρόντισα να ενημερωθώ και να είμαι προετοιμασμένος για το τι θα τους ζητήσω και να έχω έτοιμα τα χαρτιά μου. Ειδικά σε θέματα που αφορούσαν το νοσοκομείο και τις εξετάσεις που έπρεπε να κάνω είχα ρωτήσει

αναλυτικά τι χρειάζεται και ποιες είναι οι εξετάσεις αυτές από άλλους μετανάστες από τη χώρα μου που είχαν έρθει Ελλάδα. Αλλά πέρα από αυτό υπήρχε ήδη μια ενημέρωση για όποιον ήθελε από σχετικά φυλλάδια τα οποία όποιος ήθελε να έρθει στην Ελλάδα τα πήρε από την πρεσβεία της Βουλγαρίας. Με αυτό τον τρόπο δεν είχε άσκοπες διαδικασίες και λίγο πολύ ξέραμε τι να κάνουμε και τι χαρτιά να έχουμε στα χέρια μας.

...Επίσης και μεταξύ μας τα παιδιά από τη Βουλγαρία συζητάμε και γνωρίζουμε τι πρέπει να ρωτήσουμε από τη στιγμή που πρέπει να πάμε σε κάποια υπηρεσία και ειδικά σε νοσοκομεία που είναι μια υποχρεωτική διαδικασία για όλους τους μετανάστες. Και επειδή μας φέρονται τριτοκοσμικά καμιά φορά, ξέρουμε ακριβώς τι να ρωτήσουμε και επιμένουμε σε αυτά τα θέματα πράγμα που πολλές φορές εξοργίζει τους γιατρούς γιατί μας βλέπουν ενημερωμένους και έτοιμους ακόμα και αν δεν μιλάμε τη γλώσσα καλά. Σε ότι αφορά τα θέματα με ΙΚΑ, το περίεργο είναι ότι στην Ελλάδα δεν τηρείται ο σχετικός νόμος από εργοδότες η ίδια η χώρα σας μας ενημερώνει μέσα από τις σχετικές υπηρεσίες αλλά και εμείς οι ίδιοι από άλλα άτομα που δουλεύουν από πριν από μας εδώ....».

Κατρίν, 44 ετών, από τη Γεωργία, άγαμη, απόφοιτη πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής):

«...Πριν έρθω στην Ελλάδα δεν γνώριζα ούτε τη γλώσσα ούτε τι χαρτιά χρειαζόσαι για να έχω άδεια παραμονής και εργασία. Το internet ήταν μια λύση και μου έδωσε πολλά στοιχεία. Το δύσκολο όμως ήταν ότι από τη στιγμή που έμεινα στην Ελλάδα έπρεπε να πάω σε υπηρεσία, οι οποίες ήταν απαραίτητες για την πράσινη κάρτα, και την άδεια παραμονής. Μόνη πηγή ενημέρωσης ήταν κάποιοι άλλοι μετανάστες από τη χώρα μου που είχαν πάρει τις άδειες και γνώριζαν τι έπρεπε να ρωτήσω και τι χαρτιά να συμπληρώσω. Η επίσκεψή μου στο νοσοκομείο δεν ήταν εύκολη υπόθεση και ειδικά από τη στιγμή που θα ήξερα τι θα μου ζητούσαν να κάνω αλλά είχα πρόβλημα με την επικοινωνία με το νοσοκομικό προσωπικό... Στην Ελλάδα υπάρχουν κάποιες δημόσιες υπηρεσίες, οι οποίες φροντίζουν να ενημερώνουν τους μετανάστες για τι χαρτιά χρειάζονται σε κάποιες συγκεκριμένες περιπτώσεις...

...Αλλά το θέμα είναι ότι πρέπει να μιλάς τη γλώσσα, διαφορετικά είναι δύσκολο να συνεννοηθείς αν και συνήθως εμείς ρωτάμε όποιον βρούμε και φροντίζουμε να είμαστε ενημερωμένοι....

...Όσο για την ασφάλισή μας υπάρχουν πολλοί φορείς που ενημερώνουν. ΟΑΕΔ ή κάποια άλλη ακόμα και συνάδελφοι μετανάστες, οι οποίοι γνωρίζουν πια τα προβλήματα και τα δικαιώματα από την εργασία και μας ενημερώνουν τους νεώτερους για να γνωρίζουμε τι να απαιτήσουμε από τους εργοδότες από πριν. Πρέπει να πω ότι και η πρεσβεία στη χώρα μας έδωσε την απαραίτητη ενημέρωση και κάποια site στο internet για να γνωρίζουμε τι πρέπει να κάνουμε από τη στιγμή που θέλουμε να γίνουμε μετανάστες...».

Μιχαήλ, 21 ετών, από τη Βουλγαρία, άγαμος, απόφοιτος πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής):

«...Ειδικά σε θέματα που αφορούσαν τις νοσοκομειακές εξετάσεις, οι οποίες ήταν απαραίτητες για άδεια παραμονής και πράσινη κάρτα είχε ενημερωτικά φυλλάδια στο νοσοκομείο που έρχομαι. Αλλά όποιον και να ρώτησα τι χρειαζόνταν μου έλεγε. Πέρα από αυτά όμως το Υπουργείο φρόντιζε να μας ενημερώνει για ό,τι χρειαζόνταν. Η πρεσβεία στη χώρα μου απάντησε σε κάθε ερώτησή μου και μας είχε κάνει μια σωστή ενημέρωση. Το πρόβλημα είναι ότι αν και μιλάω καλά τα ελληνικά αν χρειαστεί να πάω σε κάποια κρατική υπηρεσία και ξέρω τι να ζητήσω, υπάρχει τόση γραφειοκρατία που αγχώνομαι, αλλά από την άλλη η γραφειοκρατία ισχύει και για τους Έλληνες, δεν έχει διαφορά...

...Σημαντικά είναι και τα διάφορα forum που υπάρχουν σε site μεταναστών, αλλά για να τα επισκεφθεί κάποιος μετανάστης ή πρέπει να έχει internet ή να πάει σε κάποιο internet cafe όπως κάνω εγώ. Αλλά μόνο οι νεαροί σε ηλικία το κάνουν αυτό. Παρ' όλα αυτά μόλις οι Έλληνες δουν ότι είμαστε ενημερωμένοι και ξέρουμε τι ζητάμε μάλλον νευριάζουν γιατί νομίζουν ότι το παίζουμε έξυπνοι και νομίζουν ότι δεν ξέρομε γράμματα με αποτέλεσμα να μας ειρωνεύονται αντί να μας εξυπηρετούν...

...Κάποιες ΚΥ στην Ελλάδα φροντίζουν να μας ενημερώνουν για σχετικά σεμινάρια σε θέματα μάθησης της ελληνικής γλώσσας ή σε θέματα γύρω από τα ασφαλιστικά δικαιώματα που πρέπει να γνωρίζουμε. Γενικά στην Ελλάδα υπάρχει ενημέρωση αλλά στην πραγματικότητα εγώ ότι έμαθα το έμαθα από μόνος μου ρωτώντας άλλους μετανάστες από τη χώρα μου ή επειδή έψαξα μόνος μου στο διαδίκτυο.

...Σε νέα θέματα που πρέπει να πάω σε κάποιες ΚΥ πάλι φροντίζω να ρωτάω τι χρειάζεται γνωρίζοντας από πριν ότι ακόμα και ενημερωμένος αν πάω, οι

υπάλληλοι θα με ειρωνευτούν και θα με εξυπηρετήσουν έπειτα από ώρες αναμονής, και να ξαναπάω, να ξαναπάω...».

Μαρία, 52 ετών, από τη Γεωργία, έγγαμη, απόφοιτη πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής):

«...Όταν πρωτοήρθα στην Ελλάδα οι ώρες που έπρεπε να περιμένω σε Υπουργεία και σε κάποιες υπηρεσίες ήταν ατελείωτες. Αν και ήμουν ενημερωμένη για τα απαραίτητα χαρτιά που χρειάζονταν μετανάστες ήμασταν τόσοι πολλοί που έπρεπε να περιμένουμε ώρες. Σχεδόν όλοι ξέραμε τι να έχουμε μαζί μας. Οι υπάλληλοι σε αυτές υπηρεσίες εκνευρίζονταν με εμάς γιατί και πως ξέραμε την όλη διαδικασία. Σε κάποιες περιπτώσεις υπήρχαν κάποιοι δικηγόροι, οι οποίοι έπειτα από πληρωμή βοηθούσαν κάποιους από εμάς αλλά λίγοι είχαν την οικονομική δυνατότητα να έχουν μαζί τους δικηγόρο, αφού τα χρήματα που ζητούσαν ήταν πολλά. Για όποιο θέμα πλέον πρέπει να πάω σε κάποια ΚΥ ή απλά το συζητάω με κάποια φίλη μου από τη χώρα μου, η οποία μπορεί να έχει πάει και αυτή και να γνωρίζει ή απλά ρωτάω τους Έλληνες εργοδότες μου, οι οποίοι με βοηθάνε και μου εξηγούν τι πρέπει να κάνω και που πρέπει να πάω...».

Τζώνη, 39 ετών, από την Αλβανία, άγαμος, απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής):

«...Μετά από τα δυο πρώτα χρόνια παραμονής μου στην Ελλάδα κατάφερα να έχω internet και να ενημερώνομαι για ότι θέλω σχετικά με τις ΚΥ που κάποιες φορές πρέπει να επισκεφθώ. Αρχικά η ενημέρωσή μου ήταν από το σύλλογο και από κάποια Κέντρα Εξυπηρέτησης Μεταναστών ή από τα αρμόδια Υπουργεία. Στο τέλος ρωτούσα κάποιους άλλους μετανάστες από τη χώρα μου, οι οποίοι ήξεραν από πριν αυτές τις διαδικασίες και με πληροφορούσαν...

...Στο νοσοκομείο που πήγαινα υπήρχαν ενημερωτικά φυλλάδια και πέρα από αυτά όλοι, γιατροί και το προσωπικό απαντούσε στις ερωτήσεις μου αμέσως. Δεν συνάντησα κανέναν να με ειρωνευτεί, αλλά αντίθετα τους άρεσε που ήθελα να ενημερωθώ και με αυτόν τον τρόπο να είμαι νόμιμος στη χώρα. Προσωπικά μάλλον εμένα με βοήθησαν χωρίς κανένα πρόβλημα, όλα τα πιστοποιητικά και τα χαρτιά που χρειάζονται τα πήρα γρήγορα νομίζω... Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχουν κάποια forum στο διαδίκτυο, τα οποία ενημερώνουν τους μετανάστες γύρω από τους νέους νόμους σε θέματα για κοινωνική ασφάλιση και εργασία, καθώς και οι

διάφορες συζητήσεις με άλλους μετανάστες γύρω από εμπειρίες τους με τις ΚΥ...».

7.3.6 Κοινωνικές αναπαραστάσεις των οικονομικών μεταναστών για τις ΚΥΥ και τους εργαζομένους σε αυτές

Σε αυτή την ενότητα της έρευνας, που αφορά στις προσωπικές αντιλήψεις και τις κοινωνικές αναπαραστάσεις των οικονομικών μεταναστών-χρηστών των ΚΥΥ, προκύπτει η στάση τους απέναντι στους εργαζόμενους, το προσωπικό των ΚΥΥ. Γίνεται, λοιπόν, μια προσπάθεια ομαδοποίησης των απόψεών τους βάσει των στάσεών τους απέναντι στους εργαζόμενους στις ΚΥΥ, χρησιμοποιώντας τον ίδιο τύπο ομαδοποίησης που χρησιμοποιήθηκε για τις στάσεις των εργαζομένων στις ΚΥΥ απέναντι στους οικονομικούς μετανάστες.

Η ομαδοποίηση αυτή των συμπεριφορών των οικονομικών μεταναστών, ουσιαστικά προκύπτει μέσα από τα αποτελέσματα της καταγραφής των ανοικτών απαντήσεων της ημι-δομημένης συνέντευξης και άρα βασίζεται σε μια μορφή ιδεότυπου συμπεριφορών (σύμφωνα με τη θεωρία του Βέμπερ περί τυπολογίας). Έτσι λοιπόν παρουσιάζεται κλιμακούμενο σε: Θετική-αλτρουιστική στάση, Μάλλον θετική με κριτική στάση, Στάση ουδέτερη ή αδιάφορη, Μάλλον αρνητική με κριτική στάση και τέλος, Στάση αρνητική ή απορριπτική (απορριπτική για τους άλλους μετανάστες, άλλων εθνοτήτων ή νεώτερων – μετανάστες που ήρθαν μεταγενέστερα στην Ελλάδα, όπως π.χ. Πακιστανοί, Αφγανοί κ.λπ.).

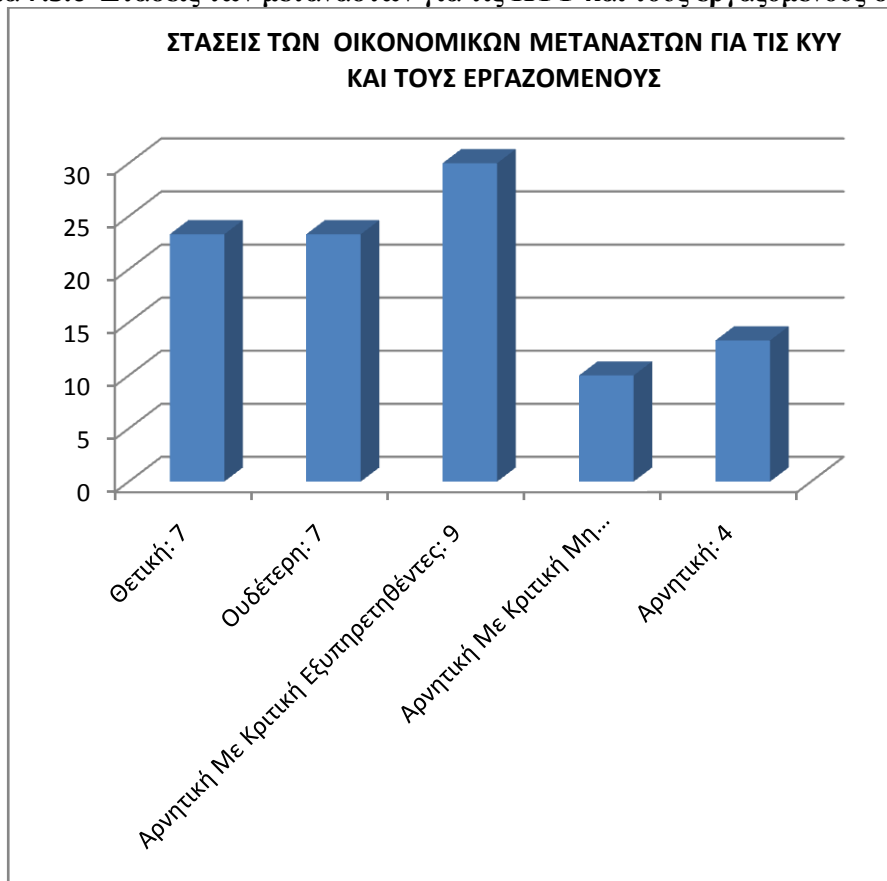
Προκειμένου μέσα από τις συγκεκριμένες συνεντεύξεις να επιβεβαιωθούν ή να απορριφθούν οι υποθέσεις της έρευνας, διαχωρίζονται οι στάσεις των συνεντευξιζόμενων μεταναστών, όπως επίσης και για να διαπιστωθεί αν εκείνοι επιβεβαιώνουν τις υποθέσεις. Ως εκ τούτου, οι συγκεκριμένες στάσεις μεταναστών που αναφέρονται στις πεποιθήσεις τους και στα συναισθήματά τους αναφορικά με τις υπηρεσίες που προσφέρονται από τις ΚΥΥ και αν τελικώς τους βοηθούν να ενσωματωθούν καλύτερα και αμεσότερα στην ελληνική κοινωνία, αναφέρονται ως εξής:

- Θετική άποψη εξέφρασαν επτά (7) άτομα, (ποσοστό 23,3%).
- Ουδέτερη στάση είχαν επίσης επτά (7) άτομα, (ποσοστό 23,3%).
- Οι μετανάστες που εξέφρασαν αρνητική στάση με κριτική (με αιτιολόγηση), χωρίζονται σε δύο ομάδες: α) Σε αυτούς που

εξυπηρετήθηκαν από τις ΚΥΥ, εννέα (9) άτομα, (ποσοστό 30%), και β) εκείνους που δεν εξυπηρετήθηκαν όπως επιθυμούσαν, τρία (3) άτομα, (ποσοστό 10%).

- Τέλος αρνητική στάση χωρίς αιτιολόγηση, εξέφρασαν τέσσερα άτομα, (ποσοστό 13,3%).

Γράφημα 7.3.6 Στάσεις των μεταναστών για τις ΚΥΥ και τους εργαζόμενους σε αυτές



α Η «θετική-αλτρουιστική» στάση

Οι ερωτηθέντες μετανάστες εμφανίζουν θετική-αλτρουιστική στάση, κατανοώντας τον τρόπο που λειτουργούν οι ΚΥΥ και δείχνοντας σεβασμό στα προβλήματα που καθημερινά αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι σε αυτές (τον όγκο της εργασίας, τν φόρτο και την ένταση, την πίεση που τους ασκείται κ.λπ.).

Πιο συγκεκριμένα, λοιπόν, ξεκινώντας αναφέρουμε τον Γιούρι, από τη Βουλγαρία 33 χρονών, έγγαμο, απόφοιτο πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (με άδεια παραμονής):

«...έρχομαι συχνά σε επαφή με τις κρατικές υπηρεσίες υγείας, τι να κάνω αφού αντιμετωπίζω προβλήματα υγείας, που να απευθυνθώ; εδώ μέσα όμως οι άλλοι ασθενείς με κοιτάζουν καλά-καλά και με φοβούνται μήπως φέρω και άλλες αρρώστιες και κολλήσω κάποιον. Τα παιδιά και οι γιατροί στο κέντρο είναι πολύ καλοί και μας παρέχουν αμέσως ότι χρειαζόμαστε...».

Τα προβλήματα υγείας των μεταναστών στην Ελλάδα συνιστά ένα θέμα με περιορισμένες γνώσεις, καθώς οι επιδημιολογικές μελέτες είναι και αυτές περιορισμένες. Εν τούτοις, στον χώρο της υγείας είναι γνωστό ότι πέραν των ήδη γνωστών λοιμωδών νοσημάτων (π.χ. φυματίωση) και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (π.χ. AIDS/HIV), ένας μεγάλος αριθμός οικονομικών μεταναστών αντιμετωπίζει πολύ σοβαρά ψυχολογικά-ψυχιατρικά προβλήματα. Θα πρέπει, όμως, συχνά να γίνεται αναφορά στα προβλήματα υγείας των μεταναστών, έτσι ώστε να ενημερώνονται και να δρουν οι υπεύθυνοι. Ως αποτέλεσμα αυτών των αναφορών, θα πρέπει να προκύπτει ότι οι διάφορες σοβαρές παράμετροι με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι οι μετανάστες έχουν σοβαρές συνέπειες αλλά και ταυτόχρονα δίνουν έμφαση σε θέματα ανισότητας υγείας και σε υψηλή κινητικότητα αυτού του πληθυσμού. Οι παράμετροι είναι κυρίως κοινωνικο-οικονομικές, πολιτισμικές και γλωσσικές.

Έχει αναφερθεί πως υπάρχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των μεταναστών στην Ελλάδα, οι οποίοι νοσούν και πολλές φορές είναι φορείς του HIV. Συγκεκριμένα οι μετανάστες αυτοί αντιπροσωπεύουν ένα 11,9% του συνολικού αριθμού των ασθενών με τον ιό αυτό.²⁹⁷ Από τα παραπάνω συμπεράσματα έχει προκύψει μια διαφορετική εικόνα από εκείνην που μέχρι στιγμής ήταν συνηθισμένη στην Ελλάδα και αφορά στον τρόπο με τον οποίο μεταδίδεται ο ιός και αφορά στην ετεροσεξουαλική επαφή των μεταναστών.

Η Μαρία, από Βουλγαρία, 35 χρονών, έγγαμη, απόφοιτη πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, (χωρίς άδεια παραμονής):

«...πολλοί είναι εκείνοι που νομίζουν πως έχουμε AIDS ή μια άλλη σοβαρή ασθένεια και μας κοιτούν περίεργα. Είμαστε όμως κανονικοί όπως και οι υπόλοιποι ασθενείς και ευτυχώς όταν αυτό λέω στις νοσοκόμες και τους γιατρούς μας πιστεύουν, είναι πολύ καλά παιδιά... Δεν έχουν όλοι άρρωστοι το ίδιο

²⁹⁷ Το σύνολο αυτό έχει αναφερθεί στην Ελλάδα την περίοδο 1989-2003 και προέρχεται από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ).

πρόβλημα... έχει και άλλους ξένους με σοβαρό πρόβλημα Aids, ηπατίτιδα, φυματίωση... γιατροί καταλαβαίνουν...».

Πράγματι στις μέρες μας, πολλοί είναι οι μετανάστες με φυματίωση, όπως επίσης πολλοί επισκέπτονται το νοσοκομείο με ψυχολογικά τραύματα, πρόωρη εγκυμοσύνη, HIV/AIDS και άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα όπως χλαμύδια, τριχομονάδωση, γονόρροια κ.λπ. Οι συνθήκες εργασίας, όπως και ο τύπος εργασίας σχετίζονται συχνά με το ρίσκο εκδήλωσης ασθενειών. Τα εργατικά ατυχήματα των μεταναστών είναι ένα θέμα, το οποίο πολλές φορές έχει αναφερθεί από τον ημερήσιο τύπο τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα.

Ο Μορίς από τη Γεωργία, 45 ετών, έγγαμος, απόφοιτος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής):

«...Μωρέ και ο κόσμος τι να σου κάνει; βλέπει κάποιον μετανάστη να έρθει στις υπηρεσίες υγείας της χώρας του και νομίζει πως δεν έχει τίποτα, το κάνει απλά να του περάσει η ώρα του... δεν λέω είναι και πολλοί μετανάστες οποίοι έχουν πολλά προβλήματα με αλκοολισμό, με ψυχολογικά προβλήματα λόγω την ξένη χώρα και που δεν έχουν δουλειά. Εδώ όμως τα παιδιά μας φροντίζουν και μας περιποιούνται όσο μπορούν... δεν μπορεί όλα το νοσοκομείο, αν κάποιος ξένος έχει ψυχολογικά προβλήματα, θα πρέπει να πάει σε κάποια άλλη υπηρεσία...».

Ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα που υπάρχει στη χώρα μας στον χώρο υγείας είναι και η έλλειψη υπηρεσιών για την αντιμετώπιση προβλημάτων ψυχικής υγείας για τους μετανάστες. Τα προβλήματα των μεταναστών με ψυχικές διαταραχές είναι σημαντικά και δύσκολο να αντιμετωπισθούν. Οι συνέπειες από την έλλειψη υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι αρνητικές και για τους Έλληνες αλλά και για τους μετανάστες. Είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει σεβασμός για ανθρώπους, οι οποίοι αντιμετωπίζουν το άγχος της ξενιτιάς ή της προσφυγιάς. Η ανάγκη που έχουν για επικοινωνία και για ανθρώπινη προσέγγιση είναι μεγάλη.

Τα διαφορετικά κοινωνικά πλαίσια από τα οποία προέρχονται οι μετανάστες, είναι πολλά και ποικίλα. Η ιδιαιτερότητα των μεταναστών θα πρέπει να είναι αντικείμενο σεβασμού και όχι περιφρόνησης. Ως συμπέρασμα, λοιπόν, προκύπτει ότι ο ανθρώπινος πόνος υπάρχει μέσα στον καθένα, απλά ο κάθε ένας τον εκδηλώνει με διαφορετικό τρόπο. Το ίδιο συμβαίνει και με τους μετανάστες οι οποίοι τον βιώνουν, τον εκδηλώνουν και τον εκφράζουν ο κάθε ένας διαφορετικά. Το πολιτιστικό τους υπόβαθρο τους κάνει να εκφράζουν με διαφορετικό τρόπο τα συναισθήματά τους. Τα

βιώματα που φέρουν είναι σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει επίσης την ψυχική τους υγεία.

Πέραν όμως των προαναφερομένων, η συζήτηση με τους μετανάστες έφερε στην επιφάνεια πολύ σοβαρά προβλήματα που σχετίζονται με τις συνέπειες από τη μετανάστευση. Τα τραύματα που μπορεί να προκληθούν είναι πολλά και σημαντικά. Η εκμετάλλευση που πολύ συχνά ορισμένοι μετανάστες υφίστανται κατά τη μετακίνησή τους ή την εγκατάστασή τους στη χώρα προορισμού επίσης είναι σημαντικό ζήτημα, όπως επίσης η κακή διαβίωση, η ανασφάλεια της προσωρινής νομιμοποίησης και η απαισιοδοξία από την ματαίωση των προσδοκιών τους. Επομένως, οι μονάδες ψυχικής υγείας έχουν πολλά θέματα να αντιμετωπίσουν και μεγάλη απόσταση να καλύψουν προκειμένου να καταφέρουν να υποδεχτούν, να διαχειρισθούν με τον απαραίτητο σεβασμό και αξιοπρέπεια τα προβλήματα των ανθρώπων που προέρχονται από διαφορετικά πολιτισμικά υπόβαθρα.

Επιπρόσθετα, η εισαγωγή των μεταναστών σε δομές ψυχικής υγείας είναι περιορισμένη και συνιστά μια δύσκολη υπόθεση.²⁹⁸ Αυτό που αρχικά πρέπει να γίνει είναι η αλλαγή στον τρόπο με τον οποίο λειτουργούν οι μονάδες αυτές και γενικά να επαναπροσδιοριστεί η όλη οργάνωση υποδοχής των μεταναστών, ιδίως η υποδοχή, η ενημέρωση και διαχείρισή τους. Για παράδειγμα, από τον Ιανουάριο του 2008 μέχρι και τον Μάρτιο του 2009, πραγματοποιήθηκε στο νοσοκομείο Ευαγγελισμός το πρόγραμμα «Βαβέλ». Σύμφωνα με αυτό τη συγκεκριμένη περίοδο εξυπηρετήθηκαν 299 μετανάστες - ψυχικά πάσχοντες και έγιναν 170 κλινικές συναντήσεις.

Μια θετική-αλτρουϊστική άποψη προς τις υπηρεσίες ΚΥΥ εκφράζει ο Κοράν από τη Γεωργία, 32 ετών, άγαμος, απόφοιτος πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής):

«...Κι οι μετανάστες άνθρωποι είναι. Σε κάποιες χώρες τους έχουν εκμεταλλευθεί πολύ και τους έχουν συμπεριφερθεί άσχημα. Όμως δεν μπορώ να πω... οι Έλληνες εδώ μας φέρονται πολύ καλά και μας βοηθούν στο νοσοκομείο όταν έχουμε ανάγκη. Εγώ δεν έχω δει κάποιο σημάδι εκμετάλλευσης...».

Βάσει των παραπάνω, όλα αυτά τα χρόνια έχουν προκύψει στοιχεία σύμφωνα με τα οποία φάνηκε ο βαθμός εκμετάλλευσης που είχαν υποστεί αρκετοί μετανάστες από τους Έλληνες ή και από άλλους ξένους, συχνά συμπατριώτες τους. Αποτέλεσμα ήταν το γεγονός ότι με μεγάλη δυσκολία οι μετανάστες αυτοί εμπιστεύονταν άλλους

²⁹⁸ Πατινιώτης Ν., *Εξάρτηση και μετανάστευση*, Εκδ. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα 2002.

ανθρώπους. Δεν ήταν λοιπόν περίεργο ότι οι ίδιοι πήγαιναν στο Κέντρο Υγείας ή στο νοσοκομείο με μεγάλο δισταγμό και επιφύλαξη με σκοπό να ζητήσουν βοήθεια. Ούτε και οι ίδιοι δεν ήξεραν τι βοήθεια να αναμένουν ή και με ποιο τρόπο να τη ζητήσουν. Τις περισσότερες φορές τα αιτήματά τους είναι καλυμμένα πίσω από άλλα θέματα κοινωνικού περιεχομένου ή ακόμα και πίσω από ανάγκες που σχετίζονται με τη νομιμοποίησή τους στην Ελλάδα. Μόνο κάποιες μεμονωμένες περιπτώσεις στην Ελλάδα έχουν κάνει τις απαραίτητες συστάσεις προς τους υπευθύνους και σε ότι αφορά στην ικανοποίηση των ψυχικών προβλημάτων των μεταναστών. Ένα πλήρες φάσμα από υπηρεσίες ψυχικής υγείας δικαιούνται όλοι οι μετανάστες και η πρόσβαση σε αυτές συνιστά θεμελιώδες δικαίωμα. Αυτό όμως σημαίνει την πραγματική τους πρόσβαση και όχι απλά μια ευνοϊκή νομοθετική ρύθμιση. Με την έννοια αυτή, οι μετανάστες θα μπορούν να εκφράζουν τις ανάγκες τους, να τις αναγνωρίζουν και να τις διαχειρίζονται κατάλληλα. Η πρόσβασή τους στις δομές υγείας θα είναι πιο εύκολη και τα προβλήματα όπως αυτά της διαμεσολάβησης ή και διερμηνείας θα αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά.

Επιπρόσθετα, η ύπαρξη κατάλληλου προσωπικού είναι ιδιαίτερα σημαντική. Όλες οι παρεχόμενες υπηρεσίες πρέπει να είναι ολοκληρωμένες και να προσαρμόζονται στις ανάγκες των μεταναστών. Σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να γίνεται καμία διάκριση ανάμεσα στους μετανάστες και χρειάζεται να υπάρχει απαρτίωση υπηρεσιών ψυχικής υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Απαραίτητη κρίνεται επίσης η ικανότητα αναγνώρισης διαπλοκής ποικίλων παραγόντων. Οι υπηρεσίες αυτές θα πρέπει να λειτουργούν με τέτοιο τρόπο, ώστε να υπάρχουν και θετικά αποτελέσματα σε διάφορα επίπεδα όπως να δίνεται στέγη, τροφή και κλινική παρέμβαση. Επίσης, η σφαιρική προσέγγιση πρέπει να αναγνωρισθεί, η οποία να περιλαμβάνει ψυχική υγεία, αγωγή για αντιμετώπιση χρήσης αλκοόλ, ουσιών, την απαραίτητη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και τέλος την κοινωνική ένταξη.

Επιπλέον, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας χρειάζεται να είναι ευαισθητοποιημένες και η ανταπόκρισή τους να είναι προσαρμοσμένη στις ανάγκες και τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες των μεταναστών, έτσι ώστε να αναγνωρίζεται το πλαίσιο των διαφορετικών πολιτισμών και η πολιτισμική τους ετερογένεια. Η ανάπτυξη αυτή επιτυγχάνεται μέσα από συμμετοχή της διαφορετικής κουλτούρας των μεταναστών και την άρση των στερεοτύπων. Άρα, είναι ιδιαίτερα σημαντικό, όλες οι υπηρεσίες να λειτουργούν με συνεργατικό τρόπο, προκειμένου να καταφέρουν να αναγνωρίσουν τις ανάγκες και τα προβλήματα των μεταναστών, τα οποία είναι μεγίστης σημασίας.

Μέσα από τις παραπάνω υπηρεσίες θα πρέπει να γίνεται αναφορά για ενθάρρυνση σε ό,τι αφορά στην ενεργό συμμετοχή των μεταναστών γύρω από τις ανάγκες τους. Τα δίκτυα ενημέρωσης/πληροφόρησης και κατάρτισης, καθώς και η ανάπτυξή τους είναι απαραίτητα για την αναγνώριση και ανάδειξη σχετικών καλών πρακτικών.

Όσον αφορά στην περίπτωση των ΚΥΥ στην Ελλάδα, είναι απαραίτητο να λυθούν και να αντιμετωπισθούν προβλήματα, όπως αυτά της επικοινωνίας προκειμένου να εφαρμοσθούν οι παραπάνω προτάσεις. Ο θεσμός του πολιτισμικού διαμεσολαβητή θα πρέπει να λειτουργήσει άμεσα, όπως επίσης να υπάρξει κατάλληλα προετοιμασμένο προσωπικό με εξειδικευμένη εκπαίδευση πάνω σε θέματα διαπολιτισμικής ψυχιατρικής και διατομεακής συνεργασίας. Με αυτόν τον τρόπο, θα αντιμετωπισθούν τα προβλήματα ψυχικής υγείας²⁹⁹ ή όποια άλλα που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες από την ένταξή τους σε νέες συνθήκες διαβίωσης. Παρ' όλα αυτά όμως δεν φαίνεται να έχει γίνει κάτι από τα παραπάνω ούτε και να έχει δρομολογηθεί.

Σαμών από Αλβανία, 19 ετών, άγαμος, απόφοιτος πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, (χωρίς άδεια παραμονής):

«...Είμαι πολύ χαρούμενος που έρχομαι στο νοσοκομείο και τα παιδιά (το προσωπικό του νοσοκομείου, γιατροί, νοσηλεύτές κ.λπ.) μας εξυπηρετούν όπως και τους άλλους. Γνωρίζουν καλά τις δυσκολίες που έχουμε περάσει και προσπαθούν πάντα για το καλύτερο. Δυστυχώς, το να φεύγεις από τη χώρα σου και να πηγαίνεις κάπου που δεν γνωρίζεις κανέναν για να βρει δουλειά, είναι πολύ δύσκολο και σκληρό... άστα να πάνε. Εδώ όμως όλα είναι μια χαρά...».

Οι κυριότεροι λόγοι μετανάστευσης είναι οικονομικοί, κοινωνικοί, πολιτικοί, θρησκευτικοί ή και πολιτικοί. Το πρόβλημα της μετανάστευσης είναι διαχρονικό και παγκόσμιο, αποτελεί πολύπλοκο και πολυδιάστατο φαινόμενο και αντικείμενο ιστορικής και κοινωνιολογικής έρευνας. Στην εποχή μας, η Ελλάδα έχει μετατραπεί από χώρα αποστολής μεταναστών σε χώρα υποδοχής τους. Βέβαια, η ελληνική πραγματικότητα έχει αντιστραφεί, αφού και το πρόβλημα της μετανάστευσης έχει οξυνθεί λόγω των σημαντικών πολιτικών και κοινωνικών αλλαγών. Ποιες, όμως, είναι οι κύριες αιτίες των φαινομένων της ξеноφοβίας και του ρατσισμού, τα οποία έχουν πάρει ανησυχητικές διατάσεις στα νοσοκομεία και στο σύστημα υγείας στις μέρες μας; Η παντελής έλλειψη μιας ευρύτερης μεταναστατευτικής πολιτικής, η

²⁹⁹ Μαρκοπούλου Χ., Ψυχολογικά προβλήματα μεταναστών, *Εκλογή*, τευχ. 30, 1974.

απουσία επαρκούς υποδομής από την πλευρά της πολιτείας για την υποδοχή των μεταναστών, καθώς η έλλειψη παιδείας δημιουργεί στα άτομα το συναίσθημα της ξеноφοβίας και του ρατσισμού. Απόψεις που αντλούν κυρίως από τους ενήλικες, χωρίς να προετοιμάζονται με κάποια ειδικά μαθήματα για να αντιμετωπίσουν μια πολυφυλετική και πολυπολιτισμική κοινωνία. Επιπλέον, η ασταθής οικονομική κατάσταση των Ελλήνων, η αύξηση της ανεργίας και η πτώση του βιοτικού επιπέδου μας κάνει να βλέπουμε τους μετανάστες ως ανταγωνιστές μας στην ίδια κοινωνία.

Τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερα θέματα μετανάστευσης έχουν αποτελέσει αντικείμενο της εθνικής νομοθεσίας, η οποία επιχειρεί την εναρμόνιση των σχετικών ευρωπαϊκών πολιτικών μέσω μιας σειράς Κανονισμών και Οδηγιών. Τα τελευταία έτη, η Ελλάδα έχει δεχθεί μεγάλο αριθμό μεταναστών, χωρίς όμως να υπάρχουν αξιόπιστα αριθμητικά στοιχεία. Το εθνικό ρυθμιστικό μας πλαίσιο παρουσιάζει αρκετά προβλήματα σε σχέση με τα αντίστοιχα των περισσότερων κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και το ανεπαρκές πλαίσιο, όπως επίσης διάφορα προβλήματα που σχετίζονται με την εφαρμογή του αποτελούν μόνιμη εστία τριβών μεταξύ των μεταναστών και της διοίκησης.

Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, που έχουν πραγματοποιηθεί από τις αρμόδιες υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, έχει διαπιστωθεί ότι το επίπεδο των προσφερόμενων υπηρεσιών στον τομέα της υγείας στους μετανάστες, είναι αρκετά υψηλό και μπορεί να συγκριθεί με εκείνο των υπολοίπων κρατών στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Πέρα όμως από αυτό, γίνεται αντιληπτό πως η οργάνωση αλλά και η χρηματοδότηση σχετικά με την φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και σχετικά με τη φροντίδα των μεταναστών, παρουσιάζει ορισμένες σοβαρές αδυναμίες και ιδιαιτερότητες, γιατί ποτέ μέχρι τώρα δεν έχει ληφθεί σοβαρά υπόψη η παρουσία τόσων πολλών και διαφορετικών μεταξύ τους μεταναστών, ως προς τον τρόπο που οργανώνονται, χρηματοδοτούνται και τελικά λειτουργούν οι ΚΥΥ. Το δημόσιο σύστημα υγείας στη χώρα μας χρηματοδοτείται ουσιαστικά από τη γενική φορολογία των πολιτών και των επιχειρήσεων και μπορεί με αυτό τον τρόπο και καλύπτει ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού (65-70%).

Θεωρείται ότι η προσφορά των δημόσιων υπηρεσιών υγείας από τις αντίστοιχες κρατικές υπηρεσίες δεν είναι ικανή να καλύψει τις ανάγκες των δικαιούχων σε συνδυασμό με τους μετανάστες, όπου οι μεν πρώτοι αναγκάζονται να χρησιμοποιούν τις αντίστοιχες ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας με πληρωμή. Χαρακτηριστικό είναι πως για το 2010, τα νοικοκυριά με χαμηλότερο εισόδημα ξόδεψαν περίπου το 6,5% του

εισοδήματος του για την υγεία, ενώ εκείνα με υψηλά εισοδήματα περίπου το 2,5-3%. Οι διάφοροι όροι πρόσβασης που έχουν οι πολίτες της Ελλάδος στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, οδηγούν σε σημαντικές ανισότητες. Ένα μεγάλο μέρος του ελληνικού πληθυσμού καλύπτεται από τις δημόσιες αυτές υπηρεσίες, χωρίς να διεξάγεται ένας έλεγχος εισοδήματος με βάση την επαγγελματική τους κατάσταση, και ο υπόλοιπος πληθυσμός καλύπτεται βάσει των εισοδηματικών του κριτηρίων, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα οικογένειες με ίδιο ποσό εισοδήματος να απολαμβάνουν διαφορετικής μεταχείρισης.

Η οργάνωση σχετικά με την παροχή φροντίδας υπηρεσιών υγείας των οποίων κύριο χαρακτηριστικό είναι ο κάθετος διαχωρισμός των ιδιωτικών και δημοσίων υπηρεσιών, παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα. Τα προβλήματα αυτά εντοπίζονται στην έλλειψη της επικοινωνίας και του συντονισμού μεταξύ του ιδιωτικού και δημοσίου τομέα και έχουν σοβαρές επιπτώσεις στη σωστή και εποικοδομητική αξιοποίηση των διαθέσιμων ανθρώπινων πόρων, αλλά και στην προσφορά της εξέλιξης του κόστους υγείας και που σε αυτή την κατάσταση συντείνει και η προσφορά υπηρεσιών προς τους μετανάστες.

Αντίστοιχα, όπως επισημαίνει ο Γιούρι 33 ετών από Αλβανία, 22 ετών άγαμος, απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής):

«...έχω έρθει εδώ για προβλήματα υγείας, τρεις - τέσσερις φορές. Δεν μπορώ να πω, τα παιδιά κάνουν ό,τι μπορούν. Βέβαια, το σύστημα έχει πολλά προβλήματα και τα οποία οι γιατροί και οι νοσοκόμες θα πρέπει να αντιμετωπίζουν κάθε μέρα. Όμως εμάς του αρρώστους μας περιποιούνται και όλα οκ!...».

Πράγματι, η δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα είναι πεπαλαιωμένη, όπως ακριβώς και το αντίστοιχο σύστημα διοίκησης των κρατικών νοσοκομείων. Γεγονός είναι η απουσία ενός σύγχρονου και σωστά δομημένου συστήματος εξασφάλισης ποιότητας, η οποία επίσης παρουσιάζεται ως μια ακόμη αδυναμία του υφιστάμενου συστήματος υγείας. Οι υπεύθυνοι, όμως, του Υπουργείου Υγείας αλλά και των αρμόδιων κρατικών υπηρεσιών, προσέφεραν μια σημαντική λύση στα προβλήματα αυτά μέσω της οργάνωσης και χρηματοδότησης για τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), που λειτούργησε επί σειρά ετών σε ικανοποιητικό βαθμό. Εν τούτοις, με το πέρασμα του χρόνου και τις ουσιαστικές αλλαγές που παρουσιάζει η ελληνική κοινωνία σήμερα, με τις ανάγκες για υπηρεσίες υγείας να έχουν αλλάξει δραματικά από την εποχή της οργάνωσης του ΕΣΥ, το

σύστημα δεν ακολούθησε τις εξελίξεις αυτές και η αναδιοργάνωσή του είναι κάτι παραπάνω από απαραίτητη.

Πριν την εισαγωγή και έναρξη του ΕΣΥ στην Ελλάδα, η φροντίδα υγείας παρέχονταν από τις διάφορες κρατικές υπηρεσίες υγείας και από εκείνες του ιδιωτικού τομέα. Μέσω των υπηρεσιών του ΕΣΥ στις μέρες μας, οι δικαιούχοι Έλληνες πολίτες, αλλά και οι μετανάστες μπορούν να απολαμβάνουν υπηρεσίες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης από τις κρατικές υπηρεσίες αλλά και όσοι δεν είναι, μπορούν να απολαμβάνουν τις υπηρεσίες αυτές μέσω πληρωμής προκαθορισμένων τελών (π.χ. εισιτήριο στις εφημερίες των νοσοκομείων). Η χρηματοδότηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας γίνεται από τη γενική φορολογία των πολιτών και του κρατικού προϋπολογισμού και σε ένα μικρότερο ποσοστό από τα τέλη συμμετοχής των δικαιούχων (ασφαλιστική κάλυψη) και φυσικά εκείνων που χρησιμοποιούν το ΕΣΥ μέσω της πληρωμής των τελών.

Σχετικά με την προσφορά των υπηρεσιών υγείας από τους ιδιωτικούς φορείς, αυτοί χρηματοδοτούνται από τους ίδιους τους ασθενείς ή τα ταμεία υγείας, την ιδιωτική ασφάλιση υγείας αλλά και τα συντεχνιακά ταμεία υγείας. Η παροχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αλλά και η οργάνωσή της παρέχεται από τις κρατικές υπηρεσίες που βρίσκονται στον έλεγχο της κυβέρνησης σε πολύ χαμηλότερο ποσοστό από τις πραγματικές καθημερινές ανάγκες.

Συνεχίζοντας, ο Μουράτ 52 ετών, από Αλβανία, έγγαμος, απόφοιτος πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής):

«...Επειδή έχω έρθει στο νοσοκομείο για βοήθεια αρκετές φορές, πιστεύω πως ο κάθε γιατρός και αναλόγως της ειδικότητας του, μας προσφέρει ότι μπορεί. Καταλαβαίνω πως και εκείνοι καθημερινά έχουν πολλά στο μυαλό τους και διάφορα να αντιμετωπίσουν αναλόγως των ειδικοτήτων τους... Ο χειρουργός έχει πολύ ευθύνη, το ακτινολογικό όχι, αλλά ποιός να κάνει τη δουλειά του άλλου γιατρού; (άλλης ειδικότητας εννοεί)

...Αυτοί που τους κατακρίνουν και τους αξιολογούν, θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους τις δύσκολες συνθήκες στα νοσοκομεία και τι έχουν αντιμετωπίζουν καθημερινά...».

Σε σχέση με την κοινωνική αλληλεγγύη και την προσφορά υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες, θα πρέπει να αναφερθεί πως η ειδικότητα των ιατρών είναι εκείνη η οποία θα πρέπει να προσφέρει τις βασικές γνώσεις για το αντικείμενο σε κάθε υπηρεσία υγείας στην Ελλάδα, κάτι το οποίο δεν εντοπίζεται σε μεγάλο βαθμό στις

μέρες μας. Θα πρέπει, λοιπόν, να διεξάγεται πρωτίστως μια αποτελεσματική διαδικασία αξιολόγησης του προσωπικού και του έμφυτου δυναμικού που υπάρχει στα νοσοκομεία της Ελλάδος και οι δημόσιοι φορείς να ενεργοποιούν ένα περίπλοκο και αντιθετικό δίκτυο σχέσεων μεταξύ εποπτεύουσας αρχής και αξιολογούμενων. Κάτι τέτοιο μπορεί ωστόσο να αποτελέσει μια νέα, σημαντική ευκαιρία για την ανάπτυξη της συνεργασίας και της κατανόησης μεταξύ των δύο πλευρών και να οδηγήσει στην επίτευξη των κοινών και ατομικών στόχων των δημοσίων φορέων στο κάθε νοσοκομείο και νοσηλευτικό ίδρυμα με απώτερο σκοπό τη δημιουργία της κοινωνικής αλληλεγγύης στο ΕΣΥ.

Σημαντικός παράγοντας για να αναπτυχθεί ένα πλαίσιο αποτελεσματικής λειτουργίας των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα, τόσο στους Έλληνες πολίτες γενικά όσο και στους μετανάστες ειδικότερα, είναι η αξιολόγηση του ανθρώπινου δυναμικού εντός του κλάδου των υπηρεσιών αυτών. Η εν λόγω αξιολόγηση θα πρέπει να επιδιώκει τον καθορισμό εφικτών προτύπων εργασίας, την ανακάλυψη στοιχείων της εργασίας, τα οποία συμβάλλουν ή παρεμποδίζουν τη βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος, τον προγραμματισμό αναγκών του προσωπικού, την εξεύρεση του κατάλληλου ατόμου για την κατάλληλη θέση, τον εντοπισμό αναγκών εκπαίδευσης του προσωπικού, την ανάπτυξη σχεδίων για την τόνωση του ανθρώπινου δυναμικού της μονάδας, με διάφορους τρόπους όπως συνεντεύξεις και συνεδριάσεις ειδικών με τους άμεσα εμπλεκόμενους με την εργασία, ανάπτυξη μέσω συλλογής πληροφοριών, π.χ. ερωτηματολογίου για την ανάλυση της εργασίας καθώς και χρήση εντύπου καταγραφής των πρακτικών της εργασίας από τον ίδιο τον εργαζόμενο, όπως βέβαια συμβαίνει στους αντίστοιχους φορείς της Ευρώπης.

Τα προαναφερόμενα μέτρα μπορούν να διαδραματίσουν έναν σημαντικό ρόλο στην επίτευξη των βέλτιστων ισορροπιών εντός του κλάδου της υγείας. Η αξιολόγηση αποτελεί το σημαντικότερο μέρος της επιτυχίας των ελεύθερων ανταγωνιστικών αγορών για επίτευξη των στόχων τους σχετικά με τις αποτελεσματικές και βέλτιστες ισορροπίες υγείας, καθώς ενισχύουν την παρέμβαση χρηματοδότησης και οργάνωσης των συστημάτων και των μονάδων υπηρεσιών υγείας με σκοπό την ύπαρξη κοινωνικής δικαιοσύνης εντός των υπηρεσιών αυτών. Δεν είναι εφικτό ένα νοσοκομείο τριτοβάθμιας φροντίδας, όπως ο «Άγιος Σάββας» να έχει σε καθημερινή βάση μεγάλο όγκο πρωτοβάθμιας φροντίδας, παράλληλα με το βασικό του έργο – της τριτοβάθμιας. Αυτό έχει πολύ σοβαρές συνέπειες τόσο στην

καθημερινότητα του εργαζόμενου, (έχει αναφερθεί αναλυτικά στο προηγούμενο κεφάλαιο), όσο και στην ποιότητα του προσφερόμενου έργου καθεαυτού.

Ανατρέχοντας κάποιος στο νομικό πλαίσιο του ΕΣΥ περί αξιολόγησης του ιατρικού και λοιπού ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας, μπορεί να διαπιστώσει ότι παρά την ύπαρξη αναφοράς σε θέματα αξιολόγησης, η αντιπαραβολή της θεωρίας με την πράξη αποκαλύπτει μια διαδικασία που είτε έχει αποσπασματικό είτε απλά επουσιώδη χαρακτήρα.

Νίκος, 31 ετών από Αλβανία, έγγαμος, απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής):

«...εγώ προσωπικά είμαι πολύ ευχαριστημένος από τον τρόπο εξυπηρέτησης των παιδιών (των εργαζομένων εννοεί) στο νοσοκομείο. Όποιος τους κρίνει άσχημα ή πει πως δεν μας εξυπηρετούν, φωτιά θα τους κάψει... τα παιδιά κάνουν ότι μπορούν εδώ...».

β Η «ουδέτερη-αδιάφορη» στάση

Μια συγκεκριμένη συνιστώσα στη συγκεκριμένη στάση των ερωτηθέντων και η οποία αναφέρεται ως ουδέτερη-αδιάφορη για τις συγκεκριμένες ερευνητικές υποθέσεις, είναι εκείνη που σχετίζεται με τον αν ο τρόπος που οργανώνονται και λειτουργούν οι Κρατικές Υπηρεσίες Υγείας, επενεργεί τελικά στην ενίσχυση της κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης των μεταναστών. Αν δηλαδή έχει ως αποτέλεσμα την κοινωνικοποίησή τους, δηλαδή η νοοτροπία και οι συμπεριφορές των μεταναστών, το σύστημα κοινωνικών αξιών και προτύπων συγκλίνουν με τα εδώ ισχύοντα.

Ως εκ τούτου, η Ρομίνα από την Αλβανία 37 ετών, άγαμη, απόφοιτη δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής), αναφέρει ότι:

«...εγώ τι να σας πω ρε παιδιά... όποτε έρχομαι σε νοσοκομείο αγχώνομαι πολύ και φυσικά δεν μπορώ να προσέξω (να καταλάβω) πως με αντιμετωπίζουν. Εγώ ξέρω πως σηκώνω πίεση και χρειάζομαι επειγόντως γιατρό να με κάνει καλά... νομίζω κάνουν αυτά που πρέπει...».

Διαπιστώνεται πως όποια και να είναι η παροχή φροντίδας των ιατρών και νοσηλευτών προς τους ασθενείς αλλοδαπούς, πολλοί είναι εκείνοι που μόλις θα τους αντικρύσουν έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία υψηλής πίεσης και ενός συναισθήματος ταχυκαρδίας και άγχους μόνο και μόνο με τη θέα της λευκής τους

μπλούζας. Οι ιατροί και οι νοσηλευτές όμως είναι εκείνοι που θα τους ηρεμήσουν και φυσικά θα τους καθησυχάσουν. Όσα παρουσιάζονται σε αυτή την ενότητα υπόκεινται σε στάσεις που αναφέρονται ως ουδέτερες και αδιάφορες προς τους επαγγελματίες υγείας και την περίθαλψη που παρέχουν στους αλλοδαπούς. Η Κάτια από την Αλβανία ετών 22, άγαμη, απόφοιτη πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής), αναφέρει:

«...Δεν μπορώ να εκφράσω απολύτως μια θετική ή αρνητική γνώμη για την παροχή υπηρεσιών υγείας... οκ, όταν έχω ένα πρόβλημα θα με βοηθήσει κάποιος χωρίς όμως να μπορώ να πω πως η βοήθεια αυτή είναι η καλύτερη ή η χειρότερη που θα μπορούσα να έχω...».

Αντίστοιχα, η Σόνια από τη Βουλγαρία, έγγαμη, 41 ετών, απόφοιτη τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής), διερωτάται:

*«...ποια είναι όμως εκείνα τα συστήματα, τα οποία χαρακτηρίζονται από ποιότητα και πως μπορούν να επιτευχθούν στα νοσοκομεία και ειδικότερα από μέρους των νοσηλευτών και των γιατρών προς τους αλλοδαπούς ασθενείς που πάσχουν από διάφορα νοσήματα με σκοπό τη σωστή και αποτελεσματική αντιμετώπιση, είναι κάποιο σύστημα καλό, γιατί δεν το παίρνουν όλοι κι έτσι να λυθεί το πρόβλημα...
...και στη χώρα μου τα ίδια χάλια και χειρότερα...
...άμα έχεις την ανάγκη του γιατρού κάνεις υπομονή...».*

Επίσης, η Κάτια από τη Βουλγαρία, 33 ετών, άγαμη, απόφοιτη δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής) απάντησε τα εξής:

«...Εγώ πιστεύω πως οι μετανάστες θα πρέπει να απολαμβάνουν καλύτερες υπηρεσίες υγείας και όχι αυτές που έχουν σήμερα. Ωστόσο, ας μην φανώ και αχάριστη, αφού στη χώρα μου οι νοσηλευτές δεν θα μπορούσαν να δουλεύουν με τους ρυθμούς που δουλεύουν οι Έλληνες και εξυπηρετούν τόσους πολίτες στα νοσοκομεία ταυτόχρονα...».

Εκτός των παραπάνω, όμως, εντοπίζεται μια ουδέτερη και αδιάφορη στάση των ερωτηθέντων, σχετικά με τους φορείς που είναι αρμόδιοι για την επίλυση προβλημάτων των αλλοδαπών ασθενών και μπορούν να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά την ενσωμάτωσή τους στην κοινωνία. Σχετικά αναφέρεται η Αλίνα από Αλβανία, ετών 22, έγγαμη, απόφοιτη δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής). Επισημαίνει, λοιπόν, ότι:

«...οι Έλληνες γιατροί και νοσηλευτές κάνουν ότι μπορούν μωρέ... δεν μπορούμε να τους κατηγορήσουμε σχετικά... εντάξει οι υπηρεσίες θα μπορούσαν να είναι

καλύτερες αλλά ας μην ξεχνάμε πώς είναι και οι συνθήκες στην Ελλάδα, άνθρωποι είναι και αυτοί...

...Τα νοσοκομεία στην Αλβανία; Άστο καλύτερα, σαν η μέρα με τη νύχτα, μαύρα χάλια... εδώ είναι παράδεισο!...».

Οι μετανάστες υποστηρίζουν ότι η ευαισθητοποίηση των κοινωνικών ομάδων είναι απαραίτητο να αναφέρεται στη διαφορετικότητα και την πολυπολιτισμικότητα, έτσι ώστε να έχουν ως αποτέλεσμα την αλλαγή νοοτροπίας των πολιτών μιας χώρας. Θα πρέπει αντίστοιχα να σημειωθεί ότι αποτελεί πια επιτακτική ανάγκη να ενεργοποιηθούν τόσο οι πολίτες όσο και η πολιτεία προς αυτή την κατεύθυνση. Καθημερινά βλέπουμε πόσο έχει επηρεάσει η οικονομική κρίση την ευαισθητοποίηση των πολιτών σε θέματα κοινωνικής ευθύνης και αντιμετώπισης, και διαφαίνεται ότι όχι απλά δεν μεταβλήθηκε αλλά συνεχίζουν οι Ελληνίδες και οι Έλληνες να βάλλονται εναντίον του κράτους που δεν δίνει αρκετό βάρος στην ανάπτυξη κατάλληλων υποδομών. Επιπλέον ερωτήματα εγείρονται σχετικά τα εναύσματα που δίνει το κράτος στους αλλοδαπούς για άμεση ενσωμάτωση και κοινωνική ένταξη.

Η Μπόνα από την Αλβανία, 35 ετών άγαμη, απόφοιτη πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής), απάντησε τα εξής:

«...Πιστεύω πως το κράτος είναι εκείνο που θα πρέπει να φροντίζει για τις καλύτερες υπηρεσίες υγείας στους μετανάστες, κάτι που θα βοηθήσει στην ενσωμάτωση των μεταναστών στην κοινωνία που ζουν. Μην κατηγορούμε για τα πάντα τους γιατρούς και τους νοσηλευτές και φυσικά για ότι να γίνεται...».

Πολλοί είναι, επομένως, οι μετανάστες που πιστεύουν ότι ο ρόλος του κράτους είναι καθοριστικός για την άμεση κοινωνική ένταξή τους. Άλλωστε, ο στόχος και η αποστολή του κράτους είναι απαραίτητο να αφορούν στον πιο ενεργό του ρόλο αναφορικά με την κοινωνική ευθύνη και μέριμνα, όπως επίσης και την υποχρέωσή του να αναδειξεί και επιλύσει θέματα που άπτονται της διαφορετικότητας και της ετερογένειας, μέσω της έγκαιρης και έγκυρης πληροφόρησης.

γ. Η μάλλον αρνητική-κριτική στάση

Οι ερωτηθέντες μετανάστες εμφανίζουν αρνητική-κριτική στάση για τις ΚΥΥ και τους εργαζόμενους σε αυτές. Αρκετοί, από τους ερωτηθέντες υποστηρίζουν ότι οι τακτικές επισκέψεις τους στα δημόσια νοσοκομεία, δεν συντείνουν στη δημιουργία πρόσθετων προβλημάτων εντός των νοσοκομείων ή στην ενίσχυση των ήδη

υπαρχόντων. Τα προβλήματα στα νοσοκομεία, πάντα κατά την άποψη αυτών των μεταναστών, προέρχονται είτε από τους ίδιους τους εργαζόμενους είτε από το κράτος

Για την καλύτερη κατανόηση των απαντήσεων και τον απαραίτητο σχολιασμό τους, οι ερωτηθέντες χωρίστηκαν σε δύο κατηγορίες: αυτούς που έχουν επισκεφθεί τις ΚΥΥ και τους έχουν προσφερθεί οι αναγκαίες υπηρεσίες υγείας και σε όσους ενώ προσπάθησαν να εξυπηρετηθούν για την αντιμετώπιση κάποιου περιστατικού, παραπέμφθηκαν σε ιδιωτικά ιατρικά κέντρα ή νοσοκομεία. Ως εκ τούτου, παρουσιάζονται οι τάσεις αυτές ως εξής:

- Μετανάστες που επισκέφθηκαν τις ΚΥΥ και τους προσφέρθηκαν οι αναγκαίες υπηρεσίες υγείας

Νικ από τη Γεωργία, 36 ετών, έγγαμος, απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής):

«...Όλα αυτά που λένε πως οι ξένοι επιβαρύνουν το δημόσιο σύστημα υγείας της χώρας τους είναι ψέματα! Σιγά με μια απλή επίσκεψη 5 λεπτά, προκαλούμε τόσα προβλήματα; όλα αυτά που λένε για προβλήματα στη λειτουργία του προσωπικού και στα έξοδα, δεν ισχύουν σε καμία περίπτωση, τι να πω, το κάνουν επίτηδες για να μας δημιουργήσουν προβλήματα...

...στο κάτω-κάτω γιατί να πληρώνω ΙΚΑ; Ξέρω κι εγώ αυτούς που είναι παράνομοι (μετανάστες) και όμως έρχονται στο νοσοκομείο, πιο πονηροί είναι αυτοί;...».

Αξίζει να σημειωθεί ότι εντοπίζονται προβλήματα στην ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού στο ελληνικό σύστημα υγείας στα δημόσια νοσοκομεία, αφού αυτά έχουν ποσοτικό και ποιοτικό χαρακτήρα και μπορούν να σχετίζονται με προβλήματα στον σχεδιασμό-προγραμματισμό των νοσοκομείων. Δηλαδή, οι αποφάσεις των σχεδιασμών υγείας συχνά βασίζονται σε πρόχειρες εκτιμήσεις, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι δυνάμεις προσφοράς και ζήτησης για το ανθρώπινο δυναμικό.

Η έλλειψη των οικονομικών, κοινωνικών και ηθικών κινήτρων, προκαλεί σύγχυση ρόλων και αρμοδιοτήτων και οδηγεί στη μη αποδοτική χρήση των υπηρεσιών. Επιπλέον, η απουσία της «κουλτούρας» του μάνατζμεντ, οι προβληματικές συνθήκες απασχόλησης και η έλλειψη ορθολογικών μηχανισμών διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού, μειώνουν την ικανοποίηση και την αποδοτικότητα των απασχολούμενων στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Έτσι, λοιπόν, η Κατρίν από τη Γεωργία, 46 ετών, άγαμη, απόφοιτη δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής), αναφέρει:

«...στην Ελλάδα κανείς δεν ενδιαφέρεται για την παροχή υγείας στους μετανάστες! Όλοι τους αγνοούν και τους περιφρονούν, λες και εκείνοι δεν είναι άνθρωποι... τι είμαστε ζώα; ήμαρτον πια! Δεν καταλαβαίνω γιατί μπερδεύουν τρόπο που λειτουργούν τα νοσοκομεία με τρόπο που μας εξυπηρετούν εμάς μέσα σε δέκα λεπτά. Αυτά τα δέκα λεπτά κάνουν τη διαφορά; Έλα Χριστέ και Παναγία!...». (Εννοεί πως είναι διαφορετικό πράγμα τα εγγενή προβλήματα που έχει το νοσοκομείο, λόγω κακής οργάνωσης, στελέχωσης, δυσλειτουργιών κ.λπ., από τον τρόπο που εξυπηρετούν τους ασθενείς).

Πιστεύεται ότι στην Ελλάδα δεν υπάρχουν πολιτικές και συγκεκριμένοι στόχοι για τον προγραμματισμό, τη διοίκηση και τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται σημαντικά προβλήματα κατά τη χρήση των υπηρεσιών και από τους μετανάστες. Τα κυριότερα είναι:

- Η δυσκολία πρόβλεψης του αριθμού των ατόμων και του επιστημονικού υπόβαθρου αυτών, που απαιτούνται για την κάλυψη των αναγκών του τομέα της υγείας.
- Η έλλειψη νομοθετικής κατοχύρωσης των καθηκόντων για την κάθε κατηγορία εργαζομένων.
- Η συγκρουόμενη και προβληματική σχέση του τομέα της υγείας με τους άλλους κοινωνικοοικονομικούς τομείς της χώρας.

Οι περισσότεροι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία πιστεύουν πως οι πολιτικές για την ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων χαρακτηρίζονται από πλήρη αποσύνδεση των αγορών εκπαίδευσης και απασχόλησης, λόγω έλλειψης συνεργασίας των αρμόδιων Υπουργείων. Το Υπουργείο Παιδείας είναι υπεύθυνο για την εκπαίδευση και την παραγωγή των στελεχών των υπηρεσιών υγείας, λειτουργεί όμως ανεξάρτητα από το Υπουργείο Υγείας, που είναι υπεύθυνο για τον υγειονομικό τομέα. Δημιουργείται, λοιπόν, σύγχυση για τις πραγματικές ανάγκες του ανθρώπινου δυναμικού, έτσι ώστε να υπάρξει σωστή παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες και μετανάστες στη χώρα.

Μαρία από τη Γεωργία, 52 ετών, έγγαμη, απόφοιτη πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής):

«...αν οι Έλληνες έχουν επιλέξει να λειτουργούν λάθος το δημόσιο σύστημα υγείας της χώρας τους, δεν φταίμε εμείς. Εμείς απλά ζητάμε αυτό που

δικαιούμαστε, δηλαδή κάποιες σωστές υπηρεσίες υγείας και έκτακτης βοήθειας από τους γιατρούς που γνωρίζουν. Αν αυτοί έχουν περισσότερους γιατρούς σε ειδικότητες που δεν χρειάζονται πολύ, και οι άλλοι είναι λίγοι, δεν τους φταίμε εμείς. Ας πάνε να βρουν μόνοι τους τη λύση... γεμάτο με γιατρούς το νοσοκομείο και σου λέει δεν έχει γιατρό σήμερα!...».

Πράγματι, αναφέρεται πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ιατρών είναι οι ειδικευμένοι αναισθησιολόγοι, καρδιολόγοι, γυναικολόγοι, ορθοπεδικοί, μικροβιολόγοι και ακτινολόγοι, σε αντιδιαστολή με τις πραγματικές ανάγκες του υγειονομικού τομέα, για αύξηση των γενικών ιατρών και την εξυπηρέτηση των πολιτών και των μεταναστών. Τέλος, εκτός από τη γενική ιατρική, παρατηρούνται σημαντικές ελλείψεις σε άλλες βασικές ειδικότητες όπως στην ιατρική της εργασίας, στην κοινωνική και προληπτική ιατρική, στην αποκαταστατική ιατρική, καθώς και στον τομέα της δημόσιας υγείας για τους μετανάστες.

Ένα άλλο πολύ σημαντικό πρόβλημα του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, είναι οι ελλείψεις σε εκπαιδευμένο νοσηλευτικό δυναμικό, με ταυτόχρονη την άνιση γεωγραφική κατανομή του. Η έλλειψη αυτή οδηγεί στην κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών των δημόσιων νοσοκομείων με την εργασία μεγάλου αριθμού «πρακτικών» νοσοκόμων που δεν έχουν την κατάλληλη θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση. Επίσης, πολλές φορές, το εν δυνάμει νοσηλευτικό δυναμικό, δεν μπορεί να απασχοληθεί στις υπηρεσίες υγείας, διότι οι θέσεις που προκηρύσσονται είναι πολύ λιγότερες από την προσφορά ατόμων ή δεν δέχεται τις προσφερόμενες θέσεις για τις οποίες εκπαιδεύτηκε. Έτσι, αναπτύσσεται διάσταση μεταξύ εκπαιδευόμενου δυναμικού και απασχόλησης, ιδίως όταν πρόκειται να εξυπηρετηθούν μετανάστες. Επίσης, στο γεγονός αυτό οφείλεται και ο «πρωτοποριακός» θεσμός της αποκλειστικής νοσοκόμας, (μόνο στην Ελλάδα υπάρχει), μεγάλο έξοδο το οποίο πρέπει να καλύπτει ο ασθενής.

Είναι αλήθεια δε ότι οι συνθήκες απασχόλησης των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα, δεν είναι οι καλύτερες. Δεν υπάρχουν ηθικά κίνητρα, δεν έχει καταργηθεί η πελατειακή σχέση γιατρού-ασθενή, το περιβάλλον εργασίας έχει αδυναμίες και τα οικονομικά κίνητρα δεν είναι ικανοποιητικά. Με αρνητική και αντίστοιχα κριτική στάση στη συγκεκριμένη περίπτωση, αναφέρεται σχετικά η άποψη της Νάταλι, από τη Βουλγαρία, άγαμη, 22 ετών, απόφοιτη πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής):

«...αντί να μας προσφέρουν δωρεάν ιατρικές υπηρεσίες, μας βρίζουν χαμηλόφωνα και μας ταλαιπωρούν. Άσε να μην μιλήσω καλύτερα και πως για τα φακελάκια που μας ζητούν σε πολλές στιγμές. Αντί να μας εξυπηρετούν, ζητούν από εμάς χρήματα για καλύτερη μεταχείριση και μετά μας λεν πως οι ξένοι φταίνε για την κακή κατάσταση στα νοσοκομεία.....».

Αναφέρεται, λοιπόν, στην πολιτική των αμοιβών η οποία χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και από την κοινωνική ή ιδιωτική ασφάλιση, η οποία οδηγεί σε οικονομικό όφελος μόνο του ιατρού, λόγω της ισχυρής του θέσης. Μόνον αυτός καθορίζει ποιες εξετάσεις ή τι θεραπεία χρειάζεται ο ασθενής και δημιουργεί προκλητή ζήτηση στην αγορά υγειονομικών υπηρεσιών και πλήγμα στην ελληνική οικονομία.

Η έλλειψη οικονομικών, ηθικών, εκπαιδευτικών και άλλων κινήτρων, λειτουργεί ανασταλτικά και μειώνει την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των εργαζομένων. Δεν υπάρχουν, λοιπόν, κατάλληλες συνθήκες απασχόλησης, κατάλληλο περιβάλλον εργασίας και αξιοκρατικές αμοιβές με αποτέλεσμα επαγγέλματα όπως η νοσηλευτική, η κοινωνική εργασία και η φυσιοθεραπεία, που συχνά προσφέρουν περισσότερα στον άρρωστο από ό,τι ο γιατρός, να υποβαθμίζονται. Το θέμα αυτό έχει άμεση σχέση με τις απαντήσεις μέρους των ερωτηθέντων μεταναστών, οι οποίοι εκτός των άλλων, κάνουν λόγο για ένα σύστημα μέτρησης ικανοποίησης των ασθενών –πολιτών της χώρας καθώς και των ιδίων– από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και τα αντίστοιχα νοσοκομεία.

Πιο συγκεκριμένα, η Βαλεντίνα από την Αλβανία, 44 ετών, άγαμη, απόφοιτη τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής) ανέφερε:

«...δεν υπάρχει καμία ποιότητα στις υπηρεσίες που προσφερόμαστε, απολύτως καμία! Μας εξυπηρετούν σαν ζητιάνους και μας λένε να μην παραπονιόμαστε κιόλας. Τι είμαστε ζώα; όχι βέβαια! Και μετά μιλάνε οι ειδικοί και για παροχή ποιότητας υγείας στους μετανάστες! Ποιότητα!.. Βρε άντε από εδώ... μα και τους ίδιους τους Έλληνες σαν μετανάστες τους φέρονται κι αυτούς...».

Η διαχείριση της ποιότητας σε ένα νοσοκομειακό οργανισμό στοχεύει σε δύο σκέλη: αυτό των ιατρικών διεργασιών και αυτό της οργανωτικής και επιχειρησιακής λειτουργίας. Όταν συντελείται βελτίωση της ποιότητας σε επίπεδο ιατρικών διεργασιών, το αποτέλεσμα δεν είναι συνήθως άμεσα αντιληπτό από τους πολίτες γιατί απαιτείται επιστημονική γνώση και πληροφόρηση ενώ σε επίπεδο οργανωτικής

και επιχειρησιακής λειτουργίας του νοσοκομείου, γίνεται άμεσα αντιληπτό με εμφανή αύξηση της ικανοποίησής τους.

Στις μεθόδους συνεχούς ποιοτικής βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας εντάσσεται και η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας μέσω διανομής σε αυτούς ενός ερωτηματολογίου που περιέχει απλά και κατανοητά ερωτήματα σχετικά με διάφορους παράγοντες λειτουργίας του νοσοκομείου και τους δίνει τη δυνατότητα διατύπωσης σχολίων για πρόσθετα ζητήματα που θέλουν να θίξουν. Η ικανοποίηση του χρήστη των υπηρεσιών υγείας όπως είναι και ο μετανάστης, μπορεί να οριστεί ως το σύνολο των προσωπικών εκτιμήσεων στα ερεθίσματα που λαμβάνει από το περιβάλλον της φροντίδας υγείας πριν, κατά τη διάρκεια και ακριβώς μετά την παραμονή του στο νοσοκομείο. Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή είναι σημαντικός δείκτης ποιότητας. Κάθε ασθενής, ατομικά, μπορεί να δώσει πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με το προσωπικό και τις υπηρεσίες οι οποίες δεν γίνονται εύκολα αντιληπτές στα μέλη της διοίκησης. Ο ασθενής τις περισσότερες φορές βρίσκει τις προβληματικές περιοχές, τις οποίες η διαχείριση δεν έχει αγγίξει, και συμβάλλει έτσι σε αυξανόμενη ποιότητα φροντίδας.

Ένα πρόγραμμα με σκοπό την εκτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς, μπορεί να βοηθήσει τη διοίκηση να βελτιώσει την ποιότητα των κλινικών-ιατρικών και διοικητικών δραστηριοτήτων. Η εκτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς μπορεί να βελτιώσει τα ριψοκίνδυνα διοικητικά τεχνάσματα, να ενισχύσει το ηθικό των εργαζομένων, να τεκμηριώσει διαφορετικά επίπεδα εκτέλεσης της εργασίας, να διευκολύνει τη διαδικασία αξιολόγησης των δραστηριοτήτων, να βελτιώσει την ποιότητα της περίθαλψης και εάν χρησιμοποιηθεί στο μέγιστο δυνατό βαθμό, η εκτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς μπορεί να γίνει ένα ισχυρό εργαλείο οργανωτικής ανάπτυξης και στρατηγικής διαχείρισης για τους οργανισμούς της φροντίδας υγείας.

Η Ανιέζα από την Αλβανία, 38 ετών, έγγαμη, απόφοιτη δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, αναφέρει σχετικά:

«...δεν καταλαβαίνω γιατί για όλα φταίνε οι Αλβανοί..., παντού περιφρόνηση και αδικία... ποια εξυγίανση του συστήματος και κουραφέξαλα; καμία προοπτική ανάπτυξης στα νοσοκομεία; Δηλαδή αν φύγουν οι Αλβανοί ή και όλοι οι ξένοι από τα νοσοκομεία θα φτιάξει;... τους πιστεύει κανείς νομίζεις;...».

Βάσει των ανωτέρω, είναι πρακτικά αδύνατο η υποκίνηση του συνόλου ενός οργανισμού να βασίζεται σε μια έννοια τόσο αφηρημένη και απροσδιόριστη, όσο

είναι η ικανοποίηση του πελάτη. Για τον λόγο αυτό, η ικανοποίηση του πελάτη θα πρέπει να ερμηνεύεται από ένα σύνολο μετρήσιμων παραμέτρων, οι οποίες θα σχετίζονται άμεσα με τις παρεχόμενες υπηρεσίες του οργανισμού, δηλαδή παράγοντες που το προσωπικό μπορεί να κατανοήσει και να επηρεάσει. Έτσι, λοιπόν, τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα μιας έρευνας μέτρησης της ικανοποίησης των πελατών συμπεριλαμβανομένων και των μεταναστών, συνοψίζονται στα εξής σημεία:

- α) Τα προγράμματα μέτρησης ικανοποίησης, εφόσον αποτελούν συνεχείς και συστηματικές προσπάθειες του οργανισμού, βελτιώνουν την επικοινωνία με το σύνολο των πελατών.
- β) Ο οργανισμός μπορεί να δει κατά πόσο οι υπηρεσίες του ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των πελατών. Επιπρόσθετα, δίνεται η δυνατότητα να μελετηθεί κατά πόσο νέες ενέργειες, προσπάθειες και προγράμματα έχουν αντίκτυπο στους πελάτες του οργανισμού.
- γ) Εντοπίζονται οι κρίσιμες διαστάσεις της ικανοποίησης που θα πρέπει να βελτιωθούν, καθώς και οι τρόποι με τους οποίους θα επιτευχθεί η βελτίωση αυτή.
- δ) Προσδιορίζονται τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του οργανισμού σε σχέση με τον ανταγωνισμό, σύμφωνα με τις απόψεις και τις αντιλήψεις των πελατών.
- ε) Δίδεται ένα κίνητρο στο προσωπικό του οργανισμού να αυξήσει την παραγωγικότητά του, δεδομένου ότι οι προσπάθειες βελτίωσης των υπηρεσιών που προσφέρονται αξιολογούνται από τους ίδιους τους πελάτες.

Η επιτυχημένη παροχή υπηρεσιών υγείας τοποθετεί τον πελάτη/ασθενή στο επίκεντρο της οργανωμένης στρατηγικής. Ο καλύτερος τρόπος για να κρατηθεί ο πελάτης σε αυτή την πρώτη θέση είναι η μέτρηση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και η προσπάθεια αυτή η μέτρηση να γίνεται από κάθε υπάλληλο που συναντά τον πελάτη, ενώ αυτός είναι υπό τη φροντίδα του. Ο Κώστας από την Αλβανία 42 ετών, έγγαμος, απόφοιτος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής), απαντά ότι:

«...μας κατηγορούν πως όλο κριτικάρουμε και δεν κάνουμε τίποτα να βοηθήσουμε το έργο των νοσηλευτών, που είναι τόσο δύσκολο και υπεύθυνο, που οι νοσηλευτές είναι λίγοι σε σχέση με τις ανάγκες που υπάρχουν στα νοσοκομεία... ποιο έργο... εμείς απλά κατηγορούμαστε για τα πάντα χωρίς σε πολλά από αυτά να φέρουμε ευθύνη για το τι ακριβώς συμβαίνει και τι γίνεται;...

...να βοηθήσουμε θέλουμε για να βοηθηθούμε και εμείς (οι ασθενείς), αλλά πώς; Δεν μας εξηγεί κανείς...».

Πράγματι, υπάρχουν διάφοροι τύποι πληροφοριών τις οποίες μπορούμε να αποκομίσουμε από τις έρευνες με τους ασθενείς. Μετά την αποκατάσταση της υγείας τους οι ασθενείς μπορεί να κληθούν: α) να αναφέρουν τις εμπειρίες τους από όσα συνέβησαν κατά τη διάρκεια της διαμονής τους, β) να αναλογισθούν τις προσδοκίες τους πάνω στην ποιότητα της φροντίδας και των υπηρεσιών που εισέπραξαν, καθώς και γ) να αναγνωρίσουν το πόσο ικανοποιημένοι είναι από την παρεχόμενη φροντίδα και της υπηρεσίες.

Δίδεται, έτσι, η δυνατότητα και στους επαγγελματίες υγείας να ενημερώνονται για την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς τους, δίχως να εμμένουν αποκλειστικά και μόνο στις απλές γνωστές καθημερινές συνήθειές τους, όπως π.χ. καθημερινοί πόνοι, κάποια ενόχληση στο κρεβάτι τους κ.λπ. Οι κατηγορίες που συνηθίζουν να συμπεριλαμβάνονται στις αναφορές των χρηστών επικεντρώνονται κυρίως σε λειτουργικές διαδικασίες και δραστηριότητες στον χώρο του νοσοκομείου και όχι τόσο σε θέματα που έχουν να κάνουν άμεσα με τους ίδιους τους ασθενείς.

Η φροντίδα υγείας, η οποία τοποθετεί στο επίκεντρο τον ασθενή αντιμετωπίζει τον κάθε έναν ξεχωριστά, ως ξεχωριστή οντότητα,³⁰⁰ με διαφορετικές απαιτήσεις και ανάγκες. Η ποιότητα αποτελεί τον παράγοντα εκείνο ο οποίος προκύπτει από τη συνειδητοποίηση των αναγκών και την ικανότητα του οργανισμού να ανταποκριθεί στις ανάγκες αυτές. Υπάρχουν τέσσερα κριτήρια με τα οποία μπορούμε να αξιολογήσουμε τις αναφορές των ασθενών και να εκτιμήσουμε τις μετρήσεις: η υποκειμενικότητα, η ευαισθησία, η ερμηνεία και η αποτελεσματικότητα.

Διάφορες μαρτυρίες από αναφορές ασθενών συμπεριλαμβάνουν απαντήσεις οι οποίες μπορεί να είναι: α) περισσότερο έγκυρες και λιγότερο υποκειμενικές και εύκολες για τους ασθενείς για να τις απαντήσουν, β) κάποιες άλλες ερωτήσεις αυξάνουν την προθυμία των ασθενών να αναφέρουν τα προβλήματα, και γ) κάποιες απαντήσεις μπορεί να διευκολύνουν τις προσπάθειες για βελτίωση της ποιότητας σε σύγκριση με τις μετρήσεις που αφορούν την ικανοποίηση των ασθενών και δεν οι οποίες δεν έχουν αποδειχθεί ποτέ. Από την άλλη πλευρά, δεν είναι και λίγες οι έρευνες στον τομέα αυτό οι οποίες έχουν αποδειχτεί αξιόπιστες, έγκυρες και

³⁰⁰ Nettleton S., *Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας*, Εκδ. Τυπωθήτω-Γ. Δαρδανός, Αθήνα 1999. Vigarello G., *Το καθαρό και το βρώμικο. Η σωματική υγιεινή*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1985.

αποτελεσματικές. Αυτό που έχει σημασία είναι να εξασφαλίζεται όσο το δυνατόν περισσότερο η εμπιστοσύνη της έρευνας γύρω από τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών για τις παραμέτρους και τα μεγέθη εκείνα τα οποία οφείλουν να μετρηθούν.

Όσον αφορά στην αξιοπιστία των αποτελεσμάτων της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών, εδώ αναφερόμαστε στο περιεχόμενο ή στην ικανότητα της μέτρησης να παράγει ορθά αποτελέσματα ή τον βαθμό στον οποίο τα αποτελέσματα της έρευνας είναι ελεύθερα από οποιοδήποτε σφάλμα. Όσο πιο αξιόπιστο είναι το όργανο με το οποίο θα πραγματοποιηθεί η έρευνα τόσο περισσότερο αυτό αντανακλά στη θετική ανταπόκριση των ερωτηθέντων και τόσο περισσότερο οι απαντήσεις που δίνουν είναι αληθινές. Θα πρέπει να υπάρχει αξιοπιστία και συνέπεια των αποτελεσμάτων σε περίπτωση επαναληπτικής διεξαγωγής της έρευνας ικανοποίησης.

Αναφερόμενοι στο σημείο αυτό, θα πρέπει να σημειώσουμε πως στη χώρα μας οι μελέτες ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας είναι ολιγάριθμες και αφορούν σε μικρό αριθμό νοσηλευτηρίων (δημόσιων και ιδιωτικών). Μετά από ανασκόπηση της ελληνικής βιβλιογραφίας την τελευταία δεκαετία έχουν πραγματοποιηθεί 10 περίπου, έρευνες ικανοποίησης των χρηστών από την παρεχόμενη νοσοκομειακή φροντίδα. Οι βασικές δε παράμετροι που χρησιμοποιούν κατά κύριο λόγο, για την αποτύπωση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών είναι:

- α) Προσπέλαση / διαθεσιμότητα Υπηρεσιών Υγείας.
- β) Σχέση ασθενή / Επαγγελματιών Υγείας.
- γ) Επαγγελματικές Ικανότητες / Ποιότητα Φροντίδας.
- δ) Οργανωτική πλευρά υπηρεσιών υγείας.
- ε) Κόστος της παρεχόμενης φροντίδας.
- στ) Τα αποτελέσματα της φροντίδας στην υγεία του ασθενή.

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα δέκα ερευνών, οι οποίες διεξήχθησαν κατά το διάστημα 2000-2011 για την ικανοποίηση των πολιτών, συμπεριλαμβανομένων των μεταναστών, από τις υπηρεσίες των νοσοκομείων στη χώρα μας, διαπιστώνονται ομοιότητες, καθώς όμως και σημαντικές διαφορές, που όπως αναφέρθηκε οφείλονται, κατά κύριο λόγο, στην υιοθετούμενη μεθοδολογία, στα χαρακτηριστικά του δείγματος και σε άλλους «ευαίσθητους παράγοντες», οι οποίοι επηρεάζουν τη γνώμη των ασθενών για τις υπηρεσίες των νοσοκομείων.

Μάρθα από την Αλβανία, 22 ετών, άγαμη, (με άδεια παραμονής):

«...οι υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται στις μετανάστες, αντί να είναι σωστές και ποιοτικές, είναι προβληματικές! Δεν γίνονται όλα τα προβλεπόμενα και όλα όσα πρέπει να γίνονται για να εξυπηρετούνται οι ασθενείς... λες και είμαστε σκουπίδια εμείς οι ξένοι, όχι άνθρωποι!...

να πω την αλήθεια και έλληνες άρρωστοι είναι το ίδιο... (εννοεί έχουν την ίδια κακή αντιμετώπιση)... κανένας δε τους ελέγχει αυτούς (τους εργαζόμενους στις ΚΥΥ)».

Για τον λόγο αυτό, πολλοί πιστεύουν πως η άσκηση πολιτικής και η ανάδειξη προτεραιοτήτων στον υγειονομικό τομέα προϋποθέτει, πάνω από όλα, την ύπαρξη στοιχείων και δεδομένων. Καθοριστικό και πρωτεύον στοιχείο για τον σκοπό αυτό αποτελεί η ακριβής και αξιόπιστη εκτίμηση της γνώμης, των στάσεων και των αντιλήψεων των πολιτών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Η ικανοποίηση των ασθενών έχει προσδιοριστεί, ως μια μεταβλητή, η οποία μπορεί να επηρεάσει σε έναν μεγάλο βαθμό την αποτελεσματικότητα της φροντίδας, καθώς επίσης, και τη συνεργασία μεταξύ αυτών που παρέχουν την φροντίδα υγείας. Ακόμη, η ικανοποίηση των ασθενών μπορεί να επηρεάσει την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας αποκτώντας, έτσι, σπουδαία σημασία στον σχεδιασμό και τη χάραξη πολιτικής υγείας.

Ένα έργο μέτρησης ικανοποίησης δεικτών υγείας από μετανάστες και μη, θα πρέπει να βασίζεται στη διατύπωση της γνώμης των ασθενών, κατά την έξοδό τους από τις υπηρεσίες υγείας (νοσοκομεία, κέντρα υγείας, άλλες δομές), μέσω ενός οπτικού ερωτηματολογίου – οπτικού για να «εξουδετερώνεται» και το πιθανό πρόβλημα της γλώσσας για τους μετανάστες. Η λήψη του ερωτηματολογίου θα πραγματοποιείται με ηλεκτρονικό τρόπο, μέσω scanner ή fax. Στη συνέχεια, θα ακολουθεί η ηλεκτρονική διαχείρισή του, ώστε η μέτρηση αυτή να ταξινομείται κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα, ασφαλιστικό φορέα, τόπο νοσηλείας, είδος νοσηλείας κ.λπ.

- Μετανάστες που επισκέφθηκαν τις ΚΥΥ και δεν τους προσφέρθηκαν οι αναγκαίες υπηρεσίες υγείας και απευθύνθηκαν σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας ή νοσοκομεία

Η Βικτώρια από τη Γεωργία, 19 ετών, άγαμη, απόφοιτη πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, (χωρίς άδεια παραμονής) απαντά σχετικά:

«...Είμαστε απλοί άνθρωποι, οι οποίοι απλά θέλουμε να βοηθηθούμε όταν έχουμε κάποιο πρόβλημα υγείας και όχι να μας πετούν σε ένα ράντζο σαν τα σκουπίδια... και αυτό στην καλύτερη περίπτωση, αφού τις περισσότερες φορές και όπως και σήμερα με εμένα με διώχνουν. Εμένα με έδιωξαν γιατί λέει δεν έχω τα χαρτιά που πρέπει... που να βρω λεφτά για να πάω σε ιδιωτικό με ρώτησε κάποιος;.. ναι εκεί όλα καλά άμα έχεις να πληρώνεις. Πήγα μία φορά και το ξέρω πολύ καλά, όμως θέλει να έχεις τα λεφτά...».

Σύμφωνα με τις μαρτυρίες ειδικών, αλλαγές παρατηρούνται, επίσης, και στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας οι οποίοι, σήμερα, διαφοροποιούν τη συμπεριφορά τους στην υγεία, έχουν καλύτερη πρόσβαση στη γνώση και στην πληροφορία, και διατυπώνουν υψηλότερες προσδοκίες και αιτήματα, τα οποία δεν περιορίζονται πλέον στην επάρκεια και την προσπελασιμότητα των φροντίδων, αλλά επεκτείνονται στην ικανοποίηση και την ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών υγείας και του συστήματος υγείας.

Αντίστοιχα, ο Λουτ, από τη Βουλγαρία, 23 χρονών άγαμος, απόφοιτος πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, (χωρίς άδεια παραμονής) λέει:

«...κάτι θα πρέπει να γίνει. Δεν πάει άλλο αυτή η κατάσταση... έρχομαι εδώ να προσφερθώ μια βοήθεια και αυτοί με διώχνουν... για ποια ικανοποίηση ασθενών στην Ελλάδα μιλούν; και εν τέλει πως γίνεται αυτή η άποψη; μπορεί να μας πει κανείς να ξέρουμε; Με τον αν διώχνουν τους ασθενείς από τα νοσοκομεία ή όχι;. την άλλη φορά που ήρθα μου έκαναν τις εξετάσεις, τώρα τι άλλαξε δηλαδή;... όπως είναι την κάθε φορά το κέφι τους...».

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα θέματα ενδιαφέροντος των υπηρεσιών υγείας τα τελευταία χρόνια. Η σύγχρονη διοίκηση των οργανισμών έχει εκτιμήσει πολύ την ανάγκη της γνώσης της συμπεριφοράς των καταναλωτών και προσπαθεί να την καλύψει όσο το δυνατόν καλύτερα. Η αντιμετώπιση της ανάγκης αυτής απαιτεί έρευνα, ανάλυση, δημιουργικό προσανατολισμό, προγραμματισμό και έλεγχο, δηλαδή ζωτικά στοιχεία για την επιτυχία των σκοπών ενός οργανισμού. Ο Drucker³⁰¹, από τους κύριους υποστηρικτές της βασικής αρχής, υποστηρίζει ότι δεν μπορείς να διαχειριστείς κάτι το οποίο δεν μπορείς να μετρήσεις.

³⁰¹ Drucker P., *Management: Tasks, Responsibilities, Practices*, New York: Harper Business 1973.

Συνεχίζοντας, τέλος, την καταγραφή αρνητικής-κριτικής στάσης των ερωτηθέντων, θα λέγαμε πως εντοπίζονται αντίστοιχα κάποιες πιο αυστηρές στάσεις. Αντίστοιχα, λοιπόν, η Ντόνα από Αλβανία ετών 55, έγγαμη, απόφοιτη πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, (χωρίς άδεια παραμονής) απαντά:

«...Μας κατηγορούν πως επιβαρύνουμε με έξοδα το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, αλλά δεν ντρέπονται να το λένε αυτό; εμείς το επιβαρύνουμε ή αυτοί που τρώνε με χρυσά κουτάλια όλα αυτά τα χρόνια (εννοεί τους γιατρούς αλλά και τους πολιτικούς);...

Μ' αρέσει που για να δικαιολογηθούν, χρησιμοποιούν και έρευνες για τα λεφτά που τρώνε οι Αλβανοί και οι Ρουμάνοι. Εμένα μόλις με διώζανε, λέει γιατί δεν μπορώ να έχω τις συγκεκριμένες εξετάσεις λόγω που δεν έχω το βιβλιário. Τι να πω... αλητεία... τίποτα άλλο!...».

Έρευνες³⁰² έχουν δείξει ότι η περίθαλψη ανασφάλιστων κόστισε το περασμένο έτος σε ένα μόνο συγκεκριμένο νοσοκομείο περίπου 500.000 ευρώ. Στο νοσοκομείο, τα νοσήλια των αλλοδαπών ανήλθαν το 2011 σε 500.000 ευρώ, ενώ το κόστος για την περίθαλψη αλλοδαπών, απόρων και ανασφάλιστων συνολικά, ανήλθε στο ποσό των 785.000 ευρώ, σε ένα μόνο νοσοκομείο. Το κόστος νοσηλείας ανασφάλιστων αλλοδαπών έφθασε κατά την τελευταία πενταετία τα 2.5 εκατομμύρια ευρώ, γιατί όπως όλα σχεδόν τα κρατικά νοσοκομεία της χώρας, δέχεται μεγάλο αριθμό ασθενών από την Αλβανία και όχι μόνο, το κόστος για τη νοσηλεία απόρων και ανασφάλιστων αλλοδαπών ανήλθε σε υπέρογκα ποσά.

Στην Ελλάδα ως σήμερα οι «παράνομοι» αλλοδαποί – χωρίς χαρτιά (ταξιδιωτικά έγγραφα) εξυπηρετούνταν κυρίως χάρη στη βοήθεια μη κυβερνητικών ανθρωπιστικών οργανώσεων. Μεγάλος αριθμός αλλοδαπών δέχεται περίθαλψη σε πρωτοβάθμιο επίπεδο από δίκτυο πολυϊατρείων των οργανώσεων, το οποίο λειτουργεί εδώ και αρκετά χρόνια. Στην περίπτωση που κριθεί σκόπιμη η νοσηλεία κάποιου από τους ανθρώπους που βρίσκονται στη χώρα, χωρίς να διαθέτουν τα νόμιμα έγγραφα, οι υπεύθυνοι στις οργανώσεις αυτές τον παραπέμπουν σε κάποιο από τα δημόσια νοσοκομεία με το οποίο συνεργάζονται, κάτι που συμβαίνει πολύ συχνά, επιβαρύνοντας έτσι το ήδη βεβαρυμμένο σύστημα υγείας.

Ο διαχωρισμός επείγοντος και μη επείγοντος περιστατικού είναι, σύμφωνα με τον ιατρό, δυσχερής. Επίσης, αναφέρεται πως υπάρχει κύκλωμα που διακινεί

³⁰² Έρευνες των ΥΠΕ (Υγειονομικών Υπηρεσιών) και του Υπουργείου Υγείας – Πρακτικά 1^{ης} ΥΠΕ.

ασθενείς από την Αλβανία προς τη χώρα μας Τα κυκλώματα αυτά ξεκινούν συνήθως από την Αλβανία κυρίως, αλλά και από άλλες χώρες και φθάνουν αλυσιδωτά ως τα νοσοκομεία της χώρας μας. Ως την έκδοση μιας εγκυκλίου όλοι γνώριζαν, αλλά δίσταζαν να ενεργήσουν, καθώς δεν υπήρχε νομική κάλυψη. Ως εκ τούτου, οποιοσδήποτε αλλοδαπός ερχόταν, με ή χωρίς χαρτιά, του παρείχετο νοσηλεία, είτε ιατρός του νοσοκομείου αυτού.

Επίσης, είναι γνωστή η περίπτωση φορέων/ασθενών με Aids, προερχόμενους κυρίως από χώρες της Αφρικής – και όχι μόνο, που προσφεύγουν στη χώρα μας για να έχουν εντελώς δωρεάν τα πανάκριβα φάρμακα που απαιτούνται και σε καμία περίπτωση δεν θα είχαν αυτή τη δυνατότητα στη χώρα τους (σημειωτέον πως η πανάκριβη φαρμακευτική θεραπεία «συννοδεύεται» και από ένα καθόλου ευκαταφρόνητο χρηματικό επίδομα).

Πρέπει, λοιπόν, να προσαρμοστεί το σύστημα, έτσι ώστε να καλυτερέψουν οι συνθήκες για όλους, Έλληνες και ξένους, εργαζόμενους και ασθενείς. Η οικονομική αιμορραγία του ΕΣΥ από την περίθαλψη μεταναστών χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα, γίνεται ακόμη μεγαλύτερη αν συνυπολογισθεί το κόστος από τη νοσηλεία αλλοδαπών, ακόμη και ασφαλισμένων, στα Κέντρα Υγείας και τα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Η ανυπαρξία εισπρακτικού μηχανισμού καθιστά αδύνατη οποιαδήποτε οικονομική σχέση με τους ασθενείς που περιθάλπονται σε αυτά, με συνέπεια τα Κέντρα Υγείας αλλά και τα νοσοκομεία σε πάρα πολλές περιπτώσεις, να προσφέρουν υπηρεσίες δωρεάν σε όλους, ασφαλισμένους ή ανασφάλιστους.

Ως σχόλιο και παρατήρηση στα παραπάνω, θα λέγαμε πως σε πρόσφατα δημοσιεύματα ευρωπαϊκών εφημερίδων, η ηγεσία του υπουργείου Υγείας της Βρετανίας υποσχέθηκε ότι θα προχωρήσει σε αναθεώρηση των υφισταμένων διατάξεων, προκειμένου να θέσει τέλος στο φαινόμενο να καταφθάνουν στη χώρα αλλοδαποί με σκοπό να υποβληθούν παρανόμως σε δωρεάν νοσηλεία. Ένα από τα μέτρα που πρόκειται να ληφθούν είναι η ανάρτηση προειδοποίησης στα αεροδρόμια, η οποία θα ενημερώνει τους αλλοδαπούς ότι έχουν περιορισμένα δικαιώματα νοσηλείας στο βρετανικό ΕΣΥ. Το Υπουργείο κάλεσε τους γιατρούς να ρωτούν τους αλλοδαπούς ασθενείς αν ζουν και εργάζονται στη Βρετανία σε περίπτωση που υποψιάζονται ότι δεν έχουν τα νόμιμα έγγραφα.

Διαφορετική είναι η κατάσταση στη Γαλλία, όπου ψηφίστηκε πριν από μερικούς μήνες νόμος («couverture medicale universelle»), ο οποίος προβλέπει ότι οποιοσδήποτε άνθρωπος ζει στη χώρα, νομίμως ή παρανόμως, έχει δικαίωμα

υγειονομικής κάλυψης. Η κυβέρνηση προχώρησε στην ψήφιση του συγκεκριμένου νόμου θεωρώντας, όπως τουλάχιστον είχε επισημάνει σε σειρά σχετικών συζητήσεων που προηγήθηκαν, ότι η υγεία αποτελεί δικαίωμα κάθε ανθρώπου και όχι προϊόν.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες οποιοσδήποτε ανασφάλιστος, Αμερικανός ή αλλοδαπός, υποχρεούται αμέσως μετά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο να καταβάλει ως «εγγύηση» ένα αρκετά μεγάλο χρηματικό ποσό. Εξάλλου ο ασφαλισμένος στη χώρα του αλλοδαπός, προκειμένου να είναι δυνατή η αποζημίωση από το Ταμείο του στην περίπτωση που νοσηλευθεί στις ΗΠΑ, είναι απαραίτητο να έχει προηγουμένως εγκριθεί από τον ασφαλιστικό οργανισμό η μετάβασή του για νοσηλεία στο εξωτερικό.

Αλλα δημοσιεύματα αναφέρουν πως στην υγεία του Έλληνα φορολογούμενου απολαμβάνουν ιατρικές υπηρεσίες κάτοικοι βαλκανικών χωρών. Το Υπουργείο Υγείας εξετάζει πλήθος καταγγελιών για δωρεάν «ιατρικό τουρισμό» ασθενών από γειτονικές χώρες. Κύκλωμα που λειτουργεί στη Βόρεια Ελλάδα κατευθύνει «καραβάνια» αλλοδαπών από τη FYROM ή τη Βουλγαρία για νοσηλεία στην Ελλάδα. Γνωρίζοντας πως λειτουργεί το σύστημα, οι ασθενείς φτάνουν σε νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης με πούλμαν την ημέρα της εφημερίας. Υποβάλλονται σε ιατρικές εξετάσεις και χειρουργικές επεμβάσεις, ενώ τους χορηγούνται πανάκριβα φάρμακα χωρίς να πληρώνουν, καθώς οι περισσότεροι εγκαταλείπουν το νοσοκομείο νύχτα.

Επίσης, εκτός ελέγχου είναι και η χρήση των βιβλιαρίων απορίας, τα οποία εκδίδονται ανεξέλεγκτα από τις Νομαρχίες ακόμα και σε εύπορα άτομα. Υπάλληλοι νοσοκομείων βλέπουν έκπληκτους ασθενείς να προσέρχονται στο νοσηλευτικό ίδρυμα με πολυτελή αυτοκίνητα και, όταν έρχεται η ώρα καταβολής των νοσηλίων, να δηλώνουν «άποροι». Η κατάσταση αυτή εντείνει τα τεράστια οικονομικά προβλήματα του ΕΣΥ, το οποίο δοκιμάζεται από ελλείμματα και κακοδιαχείριση. Την ώρα που δίνεται μάχη να περιοριστεί η οικονομική αιμορραγία στον χώρο της Υγείας, εκατομμύρια ευρώ πετιούνται κυριολεκτικά από το παράθυρο, όπως έχει αναφέρει και ο Υπουργός Υγείας.

Η πολιτική ηγεσία του Υπουργείου εκτιμά ότι μόνο η δωρεάν περίθαλψη αλλοδαπών ασθενών κοστίζει ετησίως περισσότερα από 150 εκατομμύρια ευρώ. Το ποσό αυτό ενδέχεται να αποτελεί μέρος του ελλείμματος των 300 έως 400 εκατομμυρίων ευρώ που έχει το ΕΣΥ και δεν μπορεί να διαπιστωθεί από πού προέρχεται. Μόνο στο νοσοκομείο «Ευαγγελισμός» το κόστος από τη νοσηλεία

αλλοδαπών, απόρων και όσων «την κάνουν» νύχτα ξεπερνάει, σε ετήσια βάση, τα δύο εκατομμύρια ευρώ. Το ποσό αυτό είναι σταγόνα στον ωκεανό της σπατάλης, καθώς η Αθήνα διαθέτει επτά γενικά νοσοκομεία, ένα ειδικών παθήσεων, ένα ψυχιατρικό, ένα ογκολογικό και ένα δερματολογικό. Για να κατανοήσουμε το πρόβλημα, αρκεί να πολλαπλασιάσουμε τη δαπάνη του νοσοκομείου αυτού επί τα 132 νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας, για να βρούμε την πραγματική επιβάρυνση του ΕΣΥ.

Η εγκύκλιος, η οποία βρίσκεται ακόμη σε ισχύ, υποχρέωνε, μάλιστα, τους γιατρούς του ΕΣΥ να καλούν την αστυνομία μέσα στα νοσηλευτικά ιδρύματα προκειμένου να συλλάβει αλλοδαπούς χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα παραμονής, οι οποίοι θα προσέρχονταν για να λάβουν περίθαλψη. Η συγκεκριμένη εγκύκλιος ξεσήκωσε σφοδρές αντιδράσεις από τους «Γιατρούς χωρίς Σύνορα», την ομοσπονδία των νοσοκομειακών γιατρών, καθώς και από πλήθος άλλων ανθρωπιστικών οργανώσεων, οι οποίες τόνιζαν τους κινδύνους από τον αποκλεισμό των αλλοδαπών από τις υπηρεσίες Υγείας της χώρας μας.

Οι αντιδράσεις ήταν τόσο σφοδρές που ουδείς νοσοκομειακός γιατρός εφάρμοσε ποτέ την επίμαχη εγκύκλιο και εδώ έχουμε να κάνουμε με μια καθ' όλα δεοντολογική και ανθρωπιστική στάση, καθώς και μια στάση η οποία προστάτευσε τη δημόσια υγεία στη χώρα μας, αφού όλοι καταλαβαίνουμε πως, εάν οι αλλοδαποί δεν έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, το πρώτο θύμα θα είναι η δημόσια υγεία, ο ίδιος ο πληθυσμός της χώρας μας.

δ. Η αρνητική-απορριπτική στάση

Ορισμένοι από τους ερωτηθέντες μετανάστες εμφανίζουν αρνητική-ρατσιστική, κατά κάποιον τρόπο, στάση απέναντι στους εργαζόμενους στις ΚΥΥ. Αυτό που παρατηρείται είναι πως δεν εντοπίζεται μια σχέση αλληλεπίδρασης, και βέβαια δεν καταφέρνουν οι μετανάστες μέσα από τη σχέση αυτή να επηρεάσουν με τα δικά τους πολιτισμικά στοιχεία το σύστημα, οπότε η όποια ενσωμάτωση τους καθίσταται δύσκολη, με αποτέλεσμα οι περισσότεροι από αυτούς να οδηγούνται στον κοινωνικό αποκλεισμό και τη μη σωστή κοινωνική ένταξη στο ευρύτερο σύνολο που ζουν και δραστηριοποιούνται.

Βάσει των συγκεκριμένων στοιχείων αναφέρεται πως οι λόγοι καθώς και οι αιτίες, οι οποίοι μπορούν να επισημανθούν για την ανάπτυξη κοινωνικού

αποκλεισμού για τους μετανάστες στην Ελλάδα και βάσει της επαφής τους με τις κοινωνικές υπηρεσίες όπως αυτές της υγείας, είναι πολλοί και διαφορετικοί σε κάθε περίπτωση. Γενικότερα, όμως, θα μπορούσε να σημειωθεί ότι η έλλειψη εκπαιδευτικής και εργασιακής ενσωμάτωσης των μεταναστών αποτελεί ένα από τα πλέον σύνθετα οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα της ελληνικής κοινωνίας που οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό.

Η ένταξη δε των νέων μεταναστών στην κοινωνία υποδοχής και στο σύστημα εκπαίδευσης, υγείας και άλλων τομέων της χώρας, αφορά σε ένα σύνολο διαδικασιών, οι οποίες διαφοροποιούνται όταν πρόκειται για τους νέους ανθρώπους. Η νέα γενιά αυτή βρίσκεται σε μια διαδικασία βαθμιαίας οικονομικής και κοινωνικής ενσωμάτωσης και η πρόοδός της εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της ένταξης μεταναστών, προτείνεται μια «νέα προσέγγιση» στηριζόμενη στα εξής βασικά σημεία:

- Ενεργητικές (pro-active) πολιτικές.
- Έμφαση στις κοινωνικές σχέσεις των πολιτών με το κράτος.
- Σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων όλων των πολιτών.

Στην περίπτωση, ωστόσο, της «πλήρους κοινωνικής ένταξης» για τους οικονομικούς μετανάστες στην Ελλάδα και βάσει της επαφής τους με τις κοινωνικές υπηρεσίες όπως αυτές της υγείας, θεωρείται απαραίτητη η επιμόρφωση. Η κοινωνική αλλαγή λόγω της εκπαίδευσης απαιτεί αλληλεγγύη, συνεργασία και εξάλειψη στερεοτύπων, εχθρικών παραστάσεων και ρατσιστικών φαινομένων. Δύο βασικές αρχές πρέπει να καθοδηγούν τις εκτιμήσεις και τις προτάσεις ως εξής:

- η εκπαίδευση είναι δικαίωμα και όχι «προϊόν»,
- η εκπαίδευση πρέπει μέσω της ανάπτυξης προγραμμάτων να στοχεύει σε έναν αλληλέγγυο κόσμο, στον αγώνα για την ειρήνη, ενάντια σε όλες τις μορφές βίας, διάκρισης, εκμετάλλευσης και υποτίμησης της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

Στην περίπτωση αυτή, αναζητούνται πολλές φορές από τους ειδικούς να μάθουν από τους εκπροσώπους των νέων μεταναστών πως βλέπουν, πως περιγράφουν και αξιολογούν τη σχέση τους με τις δημόσιες υπηρεσίες στην Ελλάδα όπως είναι το κράτος, τα σώματα ασφαλείας, οι Νομαρχίες και οι Δήμοι, οι κοινωνικές υπηρεσίες, τα νοσοκομεία, τα ασφαλιστικά ταμεία, και λοιποί οργανισμοί. Σημαντικά προβλήματα όμως προκύπτουν στη περίπτωση των μεταναστών και της δικής τους

κοινωνικής ενσωμάτωσης στην Ελλάδα. Πρώτον γιατί ο Νόμος χαρακτηρίζεται από πολλά κενά και δεν διευκολύνει την περάτωση της διαδικασίας. Δεύτερον, γιατί οι ίδιες οι υπηρεσίες νομιμοποίησης αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στην εφαρμογή του νόμου και εμποδίζονται ή προκαλούν οι ίδιες μια σειρά από προβλήματα που αναδεικνύονται μέσα από αυτήν τη μελέτη. Τρίτον, γιατί ολόκληρη η ελληνική κοινωνία αντιμετωπίζει το ζήτημα της νομιμοποίησης με έκδηλη δυσπιστία έως και ρατσιστικές εκδηλώσεις.

Η γενική αυτή κατηγοριοποίηση των προβλημάτων που συνοδεύουν τη νομιμοποίηση και συνάμα ένταξη των μεταναστών μέσα από τις υπηρεσίες του κράτους, παραπέμπει άμεσα στο πρόβλημα που έχουν οι μετανάστες όταν συναλλάσσονται με τις επίσημες αρχές γενικότερα. Η σχέση που αναπτύσσουν οι εκπρόσωποι ή οι ίδιοι οι μετανάστες με τις επίσημες αρχές στη Ελλάδα, χαρακτηρίζεται από ένα αρνητικό κατά κύριο λόγο περιεχόμενο, εάν και σχεδόν το σύνολό τους δηλώνει ότι έχει επαφή με τους δημόσιους φορείς. Η επαφή αυτή καταγράφεται κυρίως με τον ΟΑΕΔ, τις αστυνομικές αρχές και τις τοπικές αρχές, αλλά και σε μεγάλο βαθμό με το ΙΚΑ και τα δημόσια νοσοκομεία. Η περιγραφή της εμπειρίας και του βιώματος των μεταναστών με αυτούς τους φορείς πολλές φορές αναφέρεται ως αρνητική, όπως αρνητική είναι και η γνώμη τους για τις κρατικές υπηρεσίες ως προς τους μετανάστες.

Η μη επίλυση, επίσης, των διαφόρων διοικητικών και γραφειοκρατικών προβλημάτων είναι η μία σημαντική «πλευρά» του νομίσματος, καθώς το ζητούμενο είναι η όσο το δυνατόν γρηγορότερη ένταξη των μεταναστών στην ελληνική κοινωνία. Δυστυχώς, σε καμία χώρα ανά την Ευρώπη δεν υπάρχουν συγκεκριμένες λύσεις και έτοιμα σχέδια, αφού οι αρμόδιοι φορείς παρακολουθούν τις εξελίξεις στην Ευρώπη και «υιοθετούν» μια σειρά από μέτρα που θα διευκολύνουν την κοινωνική ένταξη των πολιτών και συγχρόνως θα διατηρήσουν την κοινωνική συνοχή στην πολιτεία.

Ωστόσο, ο Νόμος 3386/05 εισήγαγε τη μέριμνα για την κοινωνική ένταξη για τους οικονομικούς μετανάστες (αλλοδαπούς γενικά) στην Ελλάδα και μέσω της επαφής τους με τις κοινωνικές υπηρεσίες όπως αυτές της υγείας, ως υποχρέωση του κράτους όπου με το ολοκληρωμένο πρόγραμμα «Εστία» συστηματοποιεί τις δράσεις και τα μέτρα που λαμβάνονται από όλα τα Υπουργεία στην Ελλάδα και ως προς την κοινωνική ένταξη των διαφόρων κατοίκων, ενώ για διάστημα από το 2007 ως το 2013, 26 εκατομμύρια ευρώ διατέθηκαν από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Ένταξης με

σκοπό να χρηματοδοτήσουν δράσεις για την ενσωμάτωση των μεταναστών κατοίκων-πολιτών που ζούσαν και συνεχίζουν να ζουν στην Ελλάδα.

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί πως στο ζήτημα της κοινωνικής ένταξης των μεταναστών σε μια κοινωνία όπως η ελληνική και με σκοπό την αποτροπή του κοινωνικού αποκλεισμού, δεν θα πρέπει να εφησυχάζουμε ποτέ. Απαιτείται διαρκής προσπάθεια γιατί πάντα θα υπάρχει κάτι καλύτερο που μπορεί και πρέπει να επιτευχθεί. Βέβαια στις προσπάθειες αυτές συγκαταλέγονται και οι συνεδριάσεις Παγκόσμιου Φόρουμ για τη Μετανάστευση και την Ανάπτυξη, οι οποίες κατά καιρούς φιλοξενούνται στην Ελλάδα. Οι ειδικοί τις θεωρούν ως εξαιρετικά σημαντικές διοργανώσεις, διότι οι πολιτικές και περιφερειακές διαμάχες και η οικονομική κρίση καθιστούν τη μετανάστευση μια από τις κυριότερες εκφάνσεις της παγκοσμιοποίησης και της καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού.

Παρ' ότι ως χώρα η Ελλάδα διαθέτει έναν πολύ μεγάλο αριθμό μεταναστών, ο οποίος διαρκώς αυξάνεται, παρουσιάζονται σοβαρές καθυστερήσεις στην ανάπτυξη μιας σχεδιασμένης μεταναστευτικής πολιτικής και κοινωνικής ενσωμάτωσης, γεγονός που δημιουργεί σοβαρό προβλήματα όχι μόνο στα περίπου 2.000.000³⁰³ και πλέον μετανάστες που διαμένουν στη χώρα μας, αλλά και στις τοπικές κοινωνίες που συχνά παρουσιάζουν κρούσματα ξеноφοβίας και ρατσισμού.

Ενόψει όμως επανασχεδιασμού της πολιτικής της χώρας για τη μετανάστευση και την κοινωνική ενσωμάτωση για τους μετανάστες – αλλοδαπούς στην Ελλάδα και βάσει της επαφής τους με τις κοινωνικές υπηρεσίες, όπως αυτές της υγείας στην κοινωνία όπου ζουν, το Υπουργείο Εσωτερικών που ουσιαστικά αποτελεί τον «τεχνικό σύμβουλο» της κυβέρνησης, πρόσφατα συγκέντρωσε τα δεδομένα μιας πλήρους καταγραφής όλων των ποιοτικών και ποσοτικών παραμέτρων του προβλήματος, μέσα από τη διεξαγωγή σημαντικών ερευνών από Πανεπιστημιακά και Ερευνητικά Ιδρύματα.

Ταυτόχρονα, όμως, με την καταγραφή των ποσοτικών και ποιοτικών χαρακτηριστικών των μεταναστών που βρίσκονται στην Ελλάδα και ως προς την κοινωνική τους ενσωμάτωση, οι έρευνες καταγράφουν και το απόλυτο χάος που επικρατεί κατ' αρχήν στο σύστημα νομιμοποίησης των μεταναστών και δευτερευόντως σε ένα εξαιρετικά αδύναμο σύστημα ένταξης πολιτών στα κοινωνικά δρώμενα της χώρας.

³⁰³ Στοιχεία που δόθηκαν στη δημοσιότητα από το Υπουργείο Προστασίας του Πολίτη-από τον Διοικητή της ΕΥΠ, Πρέσβη κ. Κοραντή (Εφημερίδα «το Βήμα»).

Εκτός όμως των μεγάλων αριθμών μεταναστών χωρίς άδεια που καθημερινά δέχεται η Ελλάδα, υπάρχουν και χιλιάδες μετανάστες που εισέρχονται νομίμως στη χώρα, αλλά παραμένουν «παρανόμως». Πρόκειται για τους οικονομικούς μετανάστες που προέρχονται από χώρες με τις οποίες οι Ελληνικές αρχές έχουν συνυπογράψει διακρατικές συμφωνίες για την απασχόληση εποχικού εργατικού δυναμικού.

Εν τούτοις, θα πρέπει να σημειωθεί πως ελάχιστα είναι τα παραδείγματα εξειδικευμένων υπηρεσιών που απευθύνονται σε μετανάστες και πρόσφυγες. Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν έχουν ενταχθεί ακόμη πρακτικές διαπολιτισμικής προσέγγισης και δεν παρέχονται πληροφορίες σε άλλες γλώσσες εκτός της Ελληνικής αλλά ούτε και η δυνατότητα διερμηνείας, επίσημα.

Προσπαθώντας λοιπόν να αιτιολογήσουμε τα παραπάνω με τις απόψεις των ερωτηθέντων-μεταναστών και οι οποίες εμφανίζουν μια σχετικά αρνητική-ρατσιστική τάση απέναντι στις ΚΥΥ, αλλά και το προσωπικό αυτών από το οποίο εξυπηρετούνται, θα λέγαμε πως για καλύτερη κατανόηση των απαντήσεων και σχολιασμό αυτών, οι ερωτηθέντες διαχωρίζονται σε δύο κατηγορίες. Εκείνους που επισκέφθηκαν τις ΚΥΥ και τους προσφέρθηκαν οι αναγκαίες υπηρεσίες υγείας και εκείνους οι οποίοι επεσκέφθησαν τα νοσοκομεία, όμως δεν εξυπηρετήθηκαν και παραπέμφθηκαν σε ιδιωτικά ιατρικά κέντρα ή ιδιωτικά νοσοκομεία. Ως εκ τούτου, παρουσιάζονται οι τάσεις αυτές ως εξής:

- Μετανάστες που επισκέφθηκαν τις ΚΥΥ και τους προσφέρθηκαν οι αναγκαίες υπηρεσίες υγείας

Σάββας, από τη Βουλγαρία, 44 χρονών, έγγαμος, απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής):

«...Δυστυχώς στο νοσοκομείο οι υπηρεσίες που προσφερόμαστε δεν είναι και οι καλύτερες. Ακούνε ξένο και νομίζουν πως είναι ούφο. Βλέπεις στο πρόσωπο τους ένα είδος ρατσισμού και περιφρόνησης. Νομίζω πως μας εξυπηρετούν απλά για να πουν πως άντε να εξυπηρετήσουμε και αυτούς να πάνε στο καλό... και να μην τους ξαναδώ. Οπότε καταλαβαίνεις πως οι υπηρεσίες υγείας που μας παρέχουν είναι απλά για πλάκα...».

Πράγματι, η κατάσταση της υγείας και η δυνατότητα άσκησης του δικαιώματος της ισότιμης πρόσβασης σε (ποιοτικές) υπηρεσίες υγείας, ενδέχεται να τροφοδοτήσει μια διαδικασία κοινωνικού αποκλεισμού για τους μετανάστες και ουσιαστικά τους

δημιουργεί πρόβλημα στην κοινωνική τους ένταξη. Μια τέτοια διαδικασία, από την άλλη πλευρά, ανεξάρτητα από τους παράγοντες που την προκαλούν, είναι πιθανόν να επηρεάσει την υγεία του προσώπου που τη βιώνει και να επιταχύνει ή να επιτείνει με αυτό τον τρόπο ακόμη περισσότερο τον κοινωνικό αποκλεισμό του.

Η παραπάνω άποψη μπορεί να τροφοδοτείται από το γεγονός και μόνο, για παράδειγμα, ότι ένας μακροχρόνια άνεργος μετανάστης διαμένει σε παράπηγμα κάτω από άθλιες συνθήκες υγιεινής, και έτσι αυξάνονται 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, και 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 τη θεραπεία, είτε σε αυτό της προσβασιμότητας σε ένα άλλο παράγοντα κοινωνικής ενσωμάτωσης, όπως είναι η ικανότητα προς εργασία. Η δεύτερη αυτή διάσταση αποκτά ξεχωριστό ενδιαφέρον στη περίπτωση που ο κοινωνικά αποκλεισμένος ανήκει σε μία από τις αποκαλούμενες «κοινωνικά ευπαθείς ομάδες» του πληθυσμού, όπως θεωρούνται οι μετανάστες και που βέβαια θα έχουν πρόβλημα ενσωμάτωσης στην ελληνική κοινωνία λόγω της καταγωγής τους.

Σε συνέχεια των παραπάνω, το Υπουργείο Υγείας επιχείρησε πολλές φορές και αναποτελεσματικά να περιορίσει τη «μαύρη τρύπα» στα οικονομικά των νοσοκομείων με νομοθετικές ρυθμίσεις ή ενημερωτικές εγκυκλίους, μέτρα τα οποία αποδεικνύονται ανεπαρκή, είτε γιατί χάνονται λόγω της γραφειοκρατίας, είτε εφαρμόζονται ελλιπώς αφού η υλοποίησή τους επαφίεται στη διακριτική ευχέρεια των υπαλλήλων. Αυτά βέβαια ισχύουν σε γενικές γραμμές για όλους τους πολίτες που επιθυμούν να εξεταστούν ή να νοσηλευτούν σε ένα δημόσιο νοσοκομείο της χώρας μας.

Ένα ζήτημα που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι μετανάστες που φιλοδοξούν παρ' όλα αυτά να ανανεώσουν τις άδειές τους είναι η μακροχρόνια διαδικασία και το οικονομικό κόστος απόκτησης του πιστοποιητικού υγείας, απαραίτητου δικαιολογητικού για το παραδεκτό της υποβολής της αίτησης για ανανέωση της άδειας. Το πιστοποιητικό αυτό πρέπει να αποδεικνύει ότι ο εξεταζόμενος δεν πάσχει από νόσημα, το οποίο σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα και τον Παγκόσμιο

Οργανισμό Υγείας μπορεί να αποτελέσει κίνδυνο για τη δημόσια υγεία. Πολλοί πιστεύουν – έστω και αν μην το δηλώνουν πως κάποιες φορές βέβαια θα ήταν προτιμότερο για κάποιους από αυτούς να μην λαμβάνουν τα συγκεκριμένα πιστοποιητικά υγείας για να μην επιβαρύνουν περαιτέρω το σύστημα υγείας.

Αρκετοί γιατροί προσπαθούν από τη μία να αποθαρρυνθούν οι μετανάστες να αναλάβουν μια, ούτως ή άλλως, επίπονη και δαπανηρή προσπάθεια «νομιμοποίησης», κάτι που θα έχει ως συνέπεια την καθολική αδυναμία πρόσβασης στα τακτικά ιατρεία του νοσοκομείου. Από την άλλη, ακόμα και για αυτούς που καταφέρουν να αποκτήσουν τις πολυπόθητες άδειες, η πρόσβαση αναστέλλεται για μεγάλα χρονικά διαστήματα, ενώ σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να προκαταβάλλουν και το 50% του εκτιμώμενου κόστους, σύμφωνα με την πρόσφατη απόφαση του Υπουργείου Υγείας.

Αντίστοιχα, με αρνητική-ρατσιστική στάση, ο Κωνσταντίνος, από τη Βουλγαρία, 23 χρονών, άγαμος, απόφοιτος πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής) αναφέρει:.

«...Παναγία μου!... εδώ η κατάσταση είναι ανυπόφορη!!! Τέτοια αντιμετώπιση δεν έχω ξαναδεί πραγματικά. Καμία εξυπηρέτηση ...λες είμαστε ζώα... και μετά σου λέει γιατί δεν μπορούμε να γίνουμε ισότιμοι πολίτες με τους υπόλοιπους Έλληνες. Αμα δεν έχεις υπηρεσίες νοσοκομείο εκεί που ζεις και εργάζεσαι σε μια ξένη χώρα, πώς να μη έχεις κοινωνικό αποκλεισμό;...».

Βάσει άλλων επιστημονικών δεδομένων, έχει αναφερθεί ότι η διαδικασία του κοινωνικού αποκλεισμού διακόπηκε σε κάποια σημεία από την αντίρρηση των ανθρώπων που εκλήθησαν να την υλοποιήσουν και από την ευαισθησία φορέων που παρεμβαίνουν σε θέματα υγείας και κοινωνικού αποκλεισμού των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού. Το συνολικό πνεύμα, όμως, της παρεμπόδισης της ισότιμης άσκησης του δικαιώματος στην υγεία παραμένει μια πραγματικότητα, αφού οι περισσότεροι μετανάστες συνεχίζουν άτυπα να δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και όχι μόνο αν το περιστατικό τους χαρακτηριστεί «επείγον», ακόμα και αν δεν φέρουν κάποιο δικαίωμα νομιμοποίησης.

Οι κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι άνισα κατανομημένοι σε κάθε πληθυσμό. Η Ελλάδα δυστυχώς δεν θα μπορούσε να αποτελεί εξαίρεση, δεδομένου ότι το φαινόμενο της μετανάστευσης έκανε σχετικά πρόσφατα την εμφάνισή του στη χώρα μας, επηρεάζοντας αρνητικά σημαντικούς τομείς λειτουργίας της, όπως η υγεία. Επίσης, δεν υπάρχουν υπηρεσίες ή φορείς που να

ασχολούνται αποκλειστικά με τη μελέτη των θεμάτων υγείας που αφορούν στους μεταναστευτικούς πληθυσμούς, όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και στα υπόλοιπα κράτη-μέλη, μη μπορώντας να καταγράψουν στοιχεία σωστής κοινωνικής ενσωμάτωσης και ένταξης μεταναστών στη χώρα.

Για τους κοινωνικά αποκλεισμένους πολίτες των γειτονικών-βαλκανικών χωρών, η Ελλάδα, αποτελεί μεταξύ άλλων, και έναν τόπο όπου είναι εφικτή η περίθαλψη και η ίαση ασθενειών και αναπηριών που στην Αλβανία, για παράδειγμα, είναι αδύνατη. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που οικογένειες ολόκληρες μετακινούνται προς την Ελλάδα με απώτερο στόχο την απόλαυση ενός υψηλότερου επιπέδου ιατροφαρμακευτικής θεραπείας.

Στην ως άνω κατηγορία εντάσσονται μετανάστες, οι οποίοι επιδιώκουν την εγκατάσταση και την εξασφάλιση επίσημα μιας απασχόλησης, ώστε να τους επιτρέπεται η νόμιμη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Επίσης, οι μετανάστες οι οποίοι διαμένουν και εργάζονται στην Ελλάδα, ανεξάρτητα από τους αρχικούς λόγους μετακίνησής τους στη χώρα μας, αντιμετωπίζουν αυξημένα προβλήματα ιατρικής φύσης και κατ' επέκταση μεγαλύτερη ανάγκη για θεραπεία. Κατά το έτος 2010, από τους συνολικά 5.147 ασθενείς που επισκέφθηκαν μεγάλο νοσοκομείο της περιφέρειας, το 74% ήταν ανεπίσημοι μετανάστες, το 19% καταγεγραμμένοι αλλοδαποί και το 7% Έλληνες πολίτες.

«Μεγάλη ζημιά οι μετανάστες.....», σύμφωνα με τη μαρτυρία εργαζόμενου εκεί. Αντίστοιχα, με αρνητική στάση εμφανίζεται ο Μιχαήλ από τη Γεωργία, 21 ετών, άγαμος, απόφοιτος πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, (με άδεια παραμονής):

«...Έχω βρεθεί και σε άλλες ξένες χώρες για δουλειά. Τέτοια αντιμετώπιση δεν έχω ξαναδεί. Ότι χειρότερο... Μετά σου λέει γιατί δεν έχουμε καλή συμπεριφορά της κοινωνίας που ζούμε... πώς να την έχουμε; αφού ζούμε καθημερινά με βρισιά και φύγε....

...αυτοί που έρχονται με τα πούλμαν από τη Βουλγαρία γιατί δεν τους διώχνει; Λαδώνει έε!!....

όταν έχω δουλειά βάζω και τα ένσημα στο ΙΚΑ, τώρα όμως δεν έχω δουλειά, ψάχνω.....».

Βάσει των παραπάνω, θα λέγαμε πως δεν είναι, βεβαίως, τυχαίο το γεγονός ότι ένα μεγάλο ποσοστό (το 39%, σύμφωνα με έρευνα της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας - 2010) των μεταναστών ασθενών εργαζόταν εποχιακά και το 30% ήταν άνεργοι. Ο αποκλεισμός από τη διαδικασία εύρεσης σταθερής απασχόλησης καθιστά

τους μετανάστες πιο ευάλωτους σε ασθένειες σωματικής ή ψυχολογικής φύσης. Για παράδειγμα, υπήρξε περίπτωση κατά την οποία το 21% των ασθενών της ορθοπεδικής κλινικής, ζήτησαν οδοντιατρικές υπηρεσίες και το 7% επικαλέστηκε αμιγώς ψυχολογικά προβλήματα.

- Μετανάστες που επισκέφθηκαν τις ΚΥΥ και δεν τους προσφέρθηκαν οι αναγκαίες υπηρεσίες υγείας και απευθύνθηκαν σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας ή νοσοκομεία

Σαμών 37 ετών, από την Αλβανία, έγγαμος, απόφοιτος πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, (χωρίς άδεια παραμονής):

«...Τι να πω..., απάνθρωποι! Μου είπαν να πάω σε ένα ιδιωτικό νοσοκομείο γιατί δεν έχω τα χαρτιά που λέει..., που να πάω; Έχω λεφτά; αν είχα εδώ θα ερχόμουν; θα καθόμουν και στη χώρα μου...

...ήρθα εδώ και για τα καλά νοσοκομεία που έχει και τους γιατρούς. Το πρόβλημα που έχω είναι δύσκολο για τα νοσοκομεία της Αλβανίας, εκεί δεν μπορεί να σε κάνει καλά λέει...».

Για τους κοινωνικά αποκλεισμένους πολίτες των γειτονικών-βαλκανικών χωρών, η Ελλάδα, αποτελεί μεταξύ άλλων, και έναν τόπο όπου είναι εφικτή η περίθαλψη και η ίαση ασθενειών και αναπηριών που στην Αλβανία, για παράδειγμα, είναι αδύνατη. Τέλος, ο Σαχίμ από την Αλβανία, 22 ετών, άγαμος, απόφοιτος πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, (χωρίς άδεια παραμονής) επισημαίνει:

«...Καμία ανθρωπιά! Μας πετάνε έξω λες και είμαστε σκουπίδια. Ήρθα στην Ελλάδα για μια καλύτερη ζωή και τώρα τι; μου λένε να πάω να πληρώσω να έχω την υγεία. Η οικογένεια μου πού θα έχει ιατροφαρμακευτική περίθαλψη; πως θα πληρώσω;

....όμως άλλοι έξυπνοι καταφέρνουν να βάλουν στο νοσοκομείο (για νοσηλεία εννοεί) όλο το σόι τους, αυτό πώς γίνεται;...

...και όλα τα φάρμακα και ότι εξετάσεις και όλα-όλα...».

Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που ολόκληρες οικογένειες μετακινούνται προς την Ελλάδα με απώτερο στόχο την απόλαυση ενός υψηλότερου επιπέδου ιατροφαρμακευτικής θεραπείας. Στο σημείο αυτό πρέπει να γίνει η εξής διευκρίνιση: στη σχετική κατηγορία εντάσσονται μετανάστες, οι οποίοι επιδιώκουν την

εγκατάσταση και την εξασφάλιση επίσημα μιας απασχόλησης, ώστε να τους επιτρέπεται η νόμιμη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

7.4 Συμπεράσματα από τις συνεντεύξεις των οικονομικών μεταναστών

Από τα αποτελέσματα της έρευνας, προκύπτει ότι οι απόψεις των ερωτηθέντων οικονομικών μεταναστών είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρουσες, καθώς εκδιπλώνουν αντίστοιχα τις στάσεις που αναπτύσσουν απέναντι στις ΚΥΥ, όπως επίσης και στους εργαζόμενους σε αυτές. Επίσης, οι μετανάστες εκφράζουν τις απόψεις τους σχετικά με τη συμπεριφορά τους απέναντι σε αυτούς, τη διευκόλυνση ή αντίθετα την «παρεμπόδιση» στην ομαλή και αποτελεσματική μεταξύ τους συνεργασία, όπως επίσης και το πόσο εύκολα ή άλλοτε δύσκολα μπορούν και ενσωματώνονται στο κοινωνικό σύστημα υγείας της χώρας. Επιπλέον, διατυπώνουν γνώμες, αρνητικές ή/και απορριπτικές για τους «άλλους» μετανάστες, διαφορετικών εθνοτήτων ή για όσους ήρθαν στη χώρα σε χρόνο μεταγενέστερο από αυτούς.

Από τους τριάντα (30) ερωτηθέντες, τα 2/3 αυτών έχουν συνεργαστεί αρκετές φορές με τις ΚΥΥ και έχουν κάνει χρήση υπηρεσιών υγείας στο παρελθόν. Μόνο οι περί 10 από αυτούς δεν είχαν καμία επαφή στο παρελθόν. Βέβαια αναφέρονται επίσης περί τους 7 από τους 30, οι οποίοι εκτός των δημοσίων νοσοκομείων έχουν απευθυνθεί και σε ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές, καθώς και σε εθελοντικές οργανώσεις που παρέχουν υπηρεσίες υγείας.

Προκειμένου τα συμπεράσματα της παρούσης ενότητας να θεωρούνται αξιόπιστα και επιστημονικά τεκμηριωμένα, οι στάσεις των απόψεων των ερωτηθέντων οικονομικών μεταναστών παρουσιάζονται ανά ερευνητικό ερώτημα.

Σχετικά με το ερευνητικό ερώτημα που αφορά στην επαφή και συνεργασία των μεταναστών με τις ΚΥΥ, και την επίδραση αυτών στην καλύτερη ένταξη και ενσωμάτωσή τους στην ελληνική κοινωνία, σημειώνεται από τους ερωτώμενους δεν έχουν δεχθεί διακρίσεις στο επίπεδο της παροχής των υπηρεσιών υγείας, για λόγους που οφείλονται στα χαρακτηριστικά τους, φύλο, ηλικία, γνώση της ελληνικής γλώσσας, νόμιμη παραμονή στη χώρα, ασφάλιση κ.ά. Δηλώνουν ότι έχουν την ίδια αντιμετώπιση ανεξαρτήτως όλων αυτών των κοινωνικών χαρακτηριστικών. Μάλιστα, συχνά διαμαρτύρονται γιατί οι «παράνομοι» μετανάστες έχουν την ίδια μεταχείριση με αυτούς, τους «νόμιμους». Το μόνο στοιχείο που φαίνεται να τους διαφοροποιεί,

όπως λένε, είναι το γεγονός ότι είναι μετανάστες, δηλαδή ξένοι στη χώρα και για αυτό έχουν διαφορετική αντιμετώπιση από αυτήν που έχουν οι Έλληνες.

Κάθε αρνητικό στοιχείο στη συμπεριφορά των εργαζομένων (ιατρών, νοσηλευτών κ.λπ.) προς τους μετανάστες, κάποιοι το εκλαμβάνουν ως «προσωπική διαφοροποίηση» ή ρατσισμό. Όλοι όμως σε κάποια στιγμή της συζήτησης είπαν ότι έχουν εξυπηρετηθεί από τις ΚΥΥ, ακόμη και οι «παράνομοι» μετανάστες, όπως επίσης όλοι ανέφεραν ότι οι εργαζόμενοι στις ΚΥΥ φέρονται άσχημα (αδιάφορα, προσβλητικά κ.λπ.) ακόμα και στους Έλληνες ασθενείς.

Σχετικά με το αν υπάρχει διαφορά στην αντιμετώπιση ανάλογα με την καταγωγή-εθνικότητά τους, η απάντηση είναι αρνητική. Οι ίδιοι, όμως, θεωρούν ότι θα πρέπει να υπάρχει διαφοροποίηση στη συμπεριφορά των εργαζομένων στις ΚΥΥ προς κάποιους μετανάστες, προερχόμενους κυρίως από χώρες της Ασίας, γιατί ενώ δεν «έχουν χαρτιά» και η συμπεριφορά τους είναι γενικότερα μη παραδεκτή, εν τούτοις και αυτούς τους εξυπηρετούν με παρόμοιο τρόπο.

Σχετικά με τον ρόλο της γλώσσας, αν δηλαδή η γνώση της ελληνικής γλώσσας επηρεάζει τη σχέση τους με τις ΚΥΥ, το είδος και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών προς αυτούς, η πλειοψηφία θεωρεί πως μάλλον δεν διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο. Εν τούτοις, υπάρχουν μετανάστες που υποστηρίζουν ότι οι καλές σχέσεις που έχουν με τις ΚΥΥ και η αποτελεσματική εξυπηρέτηση των εργαζομένων στις ΚΥΥ, οφείλεται και στη γνώση της ελληνικής γλώσσας.

Όσο για το θέμα της πληροφόρησης και κατά πόσον ήταν χρήσιμες και πλήρεις, τα αποτελέσματα είναι εντυπωσιακά. Δεν υπήρξε κάποιος που να δηλώσει ότι είχε ιδιαίτερη δυσκολία στο θέμα της πληροφόρησης. Αντίθετα όλοι δήλωσαν ότι είχαν εγκαίρως την κατάλληλη πληροφόρηση για τα θέματα υγείας και τις ΚΥΥ, είτε από άλλους μετανάστες που βρίσκονται στη χώρα περισσότερο χρόνο από αυτούς (παλιότερους), είτε από γνωστούς τους Έλληνες (γείτονες, εργοδότες, φίλους), είτε και μέσω internet (κυρίως οι νεώτεροι σε ηλικία).

Στο βασικό ερώτημα σχετικά με τις κοινωνικές αναπαραστάσεις των οικονομικών μεταναστών για τις ΚΥΥ και τους εργαζόμενους σε αυτές έγινε ομαδοποίηση των απόψεων βάσει της προσωπικής τους στάσης. Σε αυτή την ενότητα της έρευνας, που αφορά στις προσωπικές αντιλήψεις και τις κοινωνικές αναπαραστάσεις τους, προκύπτει η στάση τους απέναντι στους εργαζόμενους, το προσωπικό των ΚΥΥ. Χρησιμοποιήθηκε ο ίδιος τύπος ομαδοποίησης με αυτόν που αφορούσε στις στάσεις των εργαζομένων στις ΚΥΥ απέναντι στους οικονομικούς

μετανάστες, ο οποίος είναι: Θετική-αλτρουιστική στάση, Μάλλον θετική με κριτική στάση, Στάση ουδέτερη ή αδιάφορη, Μάλλον αρνητική με κριτική στάση και τέλος, Στάση αρνητική ή ρατσιστική.

Θετική άποψη εξέφρασαν επτά (7) άτομα, ποσοστό 23,3%, κατανοώντας τον τρόπο που λειτουργούν οι ΚΥΥ και δείχνοντας σεβασμό στα προβλήματα που καθημερινά αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι σε αυτές (τον όγκο της εργασίας, τον φόρτο, την ένταση, την πίεση που τους ασκείται κ.λπ.). Ουδέτερη στάση εξέφρασαν επίσης επτά (7) άτομα, ποσοστό 23,3%. Οι μετανάστες που εξέφρασαν αρνητική στάση με κριτική (με αιτιολόγηση), χωρίζονται σε δύο ομάδες: α) σε αυτούς που εξυπηρετήθηκαν από τις ΚΥΥ, εννέα (9) άτομα, ποσοστό 30%, και β) εκείνους που δεν εξυπηρετήθηκαν όπως επιθυμούσαν, τρία (3) άτομα, ποσοστό 10%. Τέλος, αρνητική στάση χωρίς αιτιολόγηση, εξέφρασαν τέσσερα (4) άτομα, ποσοστό 13,3%.

Σαφώς, όμως, όπως προκύπτει μέσα από τη συζήτηση με πολλούς από τους οικονομικούς μετανάστες, ανεξάρτητα της προσωπικής τους τοποθέτησης - θετικής ή αρνητικής για τις ΚΥΥ και τους εργαζόμενους σε αυτές, είναι πάρα πολλά τα στοιχεία που δείχνουν ότι κατά πλειοψηφία, όχι μόνο έχουν καλή επαφή με τις ΚΥΥ, αλλά επιπλέον διαφαίνεται ότι έχουν καταφέρει να ενταχθούν και σε πολλές περιπτώσεις να ενσωματωθούν στο σύστημα, υιοθετώντας συμπεριφορές και συνήθειες ανάλογες με αυτές των Ελλήνων ασθενών-χρηστών των ΚΥΥ.

Υιοθετούν μιμούμενοι, εσωτερικεύοντας στάσεις και συμπεριφορές που χαρακτηρίζουν τους Έλληνες, τόσο θετικές (π.χ. εξοικείωση με την ελληνική γραφειοκρατία, καλή επικοινωνία, χρήση της ελληνικής γλώσσας), όσο και αρνητικές (π.χ. χρησιμοποιούν το «φακελάκι» για την καλύτερη προσωπική τους εξυπηρέτηση). Ένα άλλο στοιχείο, το οποίο αναδεικνύει το γεγονός της κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης των οικονομικών μεταναστών στην ελληνική πραγματικότητα, αποτελούν οι εκφρασμένες απόψεις κάποιων μεταναστών απέναντι στους «άλλους» μετανάστες. Εκδηλώνουν απερίφραστα την επιθυμία να φύγουν οι «άλλοι» (εννοώντας τους μετανάστες άλλων εθνικοτήτων εκτός της δικής τους) και να παραμείνουν βέβαια μόνον αυτοί. Επιπλέον, αναφέρουν την περίπτωση κάποιων που στηλιτεύουν τις αρνητικές και μη αποδεκτές συμπεριφορές που αναπτύσσουν κάποιοι μετανάστες, από χώρες της Ασίας κυρίως. **Το στοιχείο αυτό καταδεικνύει το αίσθημα «εντοπιότητας» που τους διακατέχει πλέον για τη χώρα και έμμεσα πλην σαφώς αποδεικνύει τον βαθμό ένταξης ή και ενσωμάτωσής στην ελληνική κοινωνική πραγματικότητα.**

Τέλος, σχετικά με τους «παράνομους» μετανάστες, χωρίς χαρτιά (χωρίς ταξιδιωτικά έγγραφα), προερχόμενους κυρίως από τις αραβικές και ασιατικές μουσουλμανικές χώρες και την Αφρική, οι άνθρωποι αυτοί που ουδεμία επαφή έχουν με τις ΚΥΥ, μέσα από μια κατάσταση «φαύλου κύκλου», δεν απευθύνονται γενικά στις Κρατικές Υπηρεσίες, και στις ΚΥΥ ειδικότερα, επειδή δεν έχουν χαρτιά (ταξιδιωτικά έγγραφα) και για τον λόγο αυτό «φοβούνται» ανάλογες αρνητικές συνέπειες (π.χ. απέλαση). Επειδή, όμως, δεν έχουν επαφή με τις ΚΥ, όπως είναι φυσικό, είναι αδύνατο και να νομιμοποιηθούν (κατά συνέπεια δεν είναι δυνατό και να ενταχθούν στην ελληνική κοινωνία). Οπότε, έμμεσα πλην σαφώς προκύπτει το συμπέρασμα ότι οι οικονομικοί μετανάστες που δεν έρχονται σε επαφή με τις ΚΥΥ δεν εντάσσονται, πολύ περισσότερο, δεν είναι δυνατόν να ενσωματωθούν στην ελληνική κοινωνία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στην παρούσα διατριβή εξετάστηκαν οι διαδικασίες κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης των οικονομικών μεταναστών στην ελληνική κοινωνία, μέσω της επαφής τους με τις Κρατικές Υπηρεσίες Υγείας (ΚΥΥ), οι οποίες και λειτουργούν ως φορείς αυτών των διαδικασιών. Επίσης, διερευνήθηκε ο τρόπος με τον οποίο εσωτερικεύονται οι διαδικασίες αυτές από τους οικονομικούς μετανάστες και τους εκπροσώπους των συγκεκριμένων υπηρεσιών, μέσα από την καθημερινή τους συμμετοχή σε όλους τους τομείς επαφής και συνεργασίας με τα Κρατικά Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας κ.λπ., αλλά και τον ευρύτερο κοινωνικό χώρο. Βάσει αυτής της διερεύνησης, στην οποία δόθηκε έμφαση στις στάσεις των ερωτηθέντων για τα εν λόγω ζητήματα, αναδεικνύονται σημεία, τα οποία χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής και σημασίας και προσφέρουν σημαντικά συμπεράσματα.

Οι απόψεις των εργαζομένων στις ΚΥΥ σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται στους μετανάστες είναι μοιρασμένες, γιατί άλλοτε τους βοηθούν να προσαρμοστούν σε αυτές και άλλοτε όχι, αφού κάποιοι τους αντιμετωπίζουν με ρατσισμό και αρνητικότητα. Δεν μπορεί λοιπόν να απαντηθεί η εν λόγω ερώτηση με σαφήνεια, αν οι ιατροί και νοσηλευτές βοηθούν ενεργά τους μετανάστες να ενσωματωθούν καλύτερα στην ελληνική κοινωνία μέσα από το κρατικό σύστημα υγείας. Θα πρέπει, επίσης, να σημειωθεί ότι σχετικά με το αν η ύπαρξη και μόνον του μεγάλου αριθμού οικονομικών μεταναστών, επέδρασε και σε ποιον βαθμό, στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των ΚΥΥ, σε πολλές περιπτώσεις, οι ιατροί και οι νοσηλευτές υποστηρίζουν ότι οι μετανάστες δεν έχουν κάτι θετικό να προσφέρουν στο ελληνικό σύστημα υγείας, ώστε να το βελτιώσουν. Αντιθέτως, το επηρεάζουν σε δραματικό βαθμό με αποτέλεσμα η εργασία των πρώτων να δυσχεραίνεται. Επηρεάζουν την καθημερινότητά τους, τόσο με τον αυξημένο όγκο της εργασίας τους, όσο και με τις ιδιαιτερότητες του κάθε αλλοδαπού ασθενή, που τελικά απαιτεί περισσότερο χρόνο και κόπο, από τον αντίστοιχο Έλληνα ασθενή –για τους λόγους που οι ίδιοι οι εργαζόμενοι στις ΚΥΥ μας ανέλυσαν– αλλά και με την πολύ μεγάλη οικονομική επιβάρυνση των ασφαλιστικών ταμείων και του κρατικού προϋπολογισμού. Βέβαια, το ζήτημα επιβίωσης των ασφαλιστικών ταμείων εξαρτάται από το αν ασφαλίζονται οι εργαζόμενοι γενικά, Έλληνες και μετανάστες. Είναι ζήτημα ευθύνης όλων των εμπλεκομένων και κυρίως του Ελληνικού κράτους. Οι Κρατικές Υπηρεσίες Υγείας χρειάστηκε να προσαρμόσουν την καθημερινότητά

τους σε σχέση με την παρουσία και τις βασικές ανάγκες για επικοινωνία και συνεργασία με τους μετανάστες. Σε κάποιες υπηρεσίες δημιούργησαν ενημερωτικά φυλλάδια σε ξένες γλώσσες για την ενημέρωσή τους, χρησιμοποιούν διερμηνέα, κατανοούν τις πολιτισμικές διαφορές και ανάγκες τους, με την «ιδιαίτερη μεταχείριση» που αναπτύσσουν στους μετανάστες.

Σχετικά με τον βαθμό της κοινωνικοποίησής τους, δηλαδή αν η νοοτροπία και οι συμπεριφορές των μεταναστών, το σύστημα κοινωνικών αξιών τους και προτύπων συγκλίνουν με τα ισχύοντα στην ελληνική κοινωνία, οι αντιλήψεις και οι κοινωνικές αναπαραστάσεις των ερωτηθέντων σχετικά με τους οικονομικούς μετανάστες, φανερώνουν μια στάση κλιμακούμενη από θετική-αλτρουιστική έως ουδέτερη ή αδιάφορη σε κάποιες περιπτώσεις. Φαίνεται, πως οι ιατροί και νοσηλευτές παρατηρούν ότι η επαφή των μεταναστών με τις ΚΥΥ, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την κοινωνικοποίησή τους ή την αλλαγή της νοοτροπίας τους. Είναι πάρα πολλά τα στοιχεία που δείχνουν ότι οι μετανάστες, κατά πλειοψηφία, όχι μόνο έχουν καλή επαφή με τις ΚΥΥ, αλλά φαίνεται να έχουν καταφέρει να ενταχθούν και σε πολλές περιπτώσεις να ενσωματωθούν στο σύστημα, υιοθετώντας συμπεριφορές και συνήθειες ανάλογες με αυτές των Ελλήνων ασθενών-πελατών των ΚΥΥ. Μιμούνται, ή γιατί όχι έχουν εσωτερικεύσει απόλυτα στάσεις και συμπεριφορές που χαρακτηρίζουν τους Έλληνες, τόσο θετικές (π.χ. εξοικείωση με την ελληνική γραφειοκρατία), όσο και αρνητικές (π.χ. χρησιμοποιούν το «φακελάκι» κ.λπ.

Ένα επιπλέον στοιχείο, το οποίο αποδεικνύει το γεγονός της κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης των οικονομικών μεταναστών στην ελληνική πραγματικότητα, αποτελούν οι παρατηρήσεις των εργαζομένων στις ΚΥΥ, σχετικά με τη στάση των μεταναστών απέναντι στους άλλους μετανάστες. Ένα αίσθημα «εντοπιότητας» που τους διακατέχει πλέον για τη χώρα που ζουν και έμμεσα πλην σαφώς αποδεικνύει τον βαθμό ένταξης-ενσωμάτωσής τους στην ελληνική πραγματικότητα. Εκδηλώνουν την επιθυμία να φύγουν οι «άλλοι» (εννοώντας τους μετανάστες άλλων εθνοτήτων εκτός της δικής τους) και να παραμείνουν βέβαιοι, μόνο αυτοί. Οι εργαζόμενοι στις ΚΥΥ πιστεύουν για τους μετανάστες ότι υπάρχει μια σχέση αλληλεπίδρασης με το υπάρχον σύστημα υγείας, αλλά φυσικά δεν έχουν καταφέρει οι ίδιοι να επηρεάσουν ιδιαίτερα το συγκεκριμένο σύστημα μέσω δικών τους πολιτισμικών στοιχείων, παρά μόνο με την άσκηση «ιδιαίτερης μεταχείρισης» σε κάποιους από αυτούς, όπως π.χ. με την αναζήτηση διερμηνέα. Παράλληλα, όμως, έχουν καταφέρει να επηρεάσουν το σύστημα υγείας.

Όπως προκύπτει από τις συνεντεύξεις των μεταναστών και σύμφωνα με όσα οι ίδιοι δηλώνουν και παραδέχονται, δεν έχουν δεχθεί διακρίσεις στο επίπεδο της παροχής υπηρεσιών υγείας από τις ΚΥΥ στις οποίες έχουν απευθυνθεί, για λόγους που οφείλονται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους, π.χ. φύλο, ηλικία, γνώση της ελληνικής γλώσσας, κατάσταση «νομιμότητας» παραμονής στη χώρα, ακόμα και στο θέμα της ασφάλισης. Δηλώνουν πως έχουν την ίδια αντιμετώπιση ανεξαρτήτως όλων αυτών των χαρακτηριστικών και μάλιστα είναι συχνή η διαμαρτυρία τους γιατί οι «παράνομοι» έχουν την ίδια μεταχείριση με αυτούς, τους «νόμιμους». Το μόνο χαρακτηριστικό που φαίνεται να τους διαφοροποιεί, όπως λένε, είναι το γεγονός ότι είναι μετανάστες, δηλαδή ξένοι στη χώρα και γι' αυτό έχουν διαφορετική αντιμετώπιση από αυτήν που έχουν οι γηγενείς. Συχνά, συμβαίνει κάποιος να εκλαμβάνουν ως «προσωπική διαφοροποίηση» ή ρατσισμό κάθε αρνητικό στοιχείο στη συμπεριφορά των εργαζομένων (γιατρών, νοσηλευτών κ.λπ.), προς αυτούς. Όλοι οι ερωτηθέντες, όμως, σε κάποια στιγμή της συζήτησης είπαν ότι έχουν εξυπηρετηθεί από τις ΚΥΥ, ακόμη και οι «παράνομοι» μετανάστες, όπως επίσης όλοι κάποια στιγμή ανέφεραν πως οι εργαζόμενοι στις ΚΥΥ φέρονται άσχημα (αδιάφορα, προσβλητικά κ.λπ.) ακόμα και στους Έλληνες ασθενείς.

Όπως προκύπτει μέσα από τη συζήτηση με πολλούς από τους ερωτηθέντες, ανεξάρτητα της προσωπικής τους τοποθέτησης – θετικής ή αρνητικής για τις ΚΥΥ και τους εργαζόμενους σε αυτές, οι μετανάστες, κατά πλειοψηφία, όχι μόνον έχουν καλή επαφή με τις ΚΥΥ, αλλά φαίνεται να έχουν καταφέρει να ενταχθούν και σε πολλές περιπτώσεις να ενσωματωθούν στο σύστημα, υιοθετώντας συμπεριφορές και συνήθειες ανάλογες με αυτές των Ελλήνων ασθενών-πελατών των ΚΥΥ. Έμμεσα πλην σαφώς όμως προκύπτει το συμπέρασμα πως οι οικονομικοί μετανάστες, οι οποίοι δεν έρχονται σε επαφή με τις ΚΥΥ δεν εντάσσονται, πολύ περισσότερο δε, δεν είναι δυνατόν να ενσωματωθούν στην ελληνική κοινωνία.

Παρ' ότι ως χώρα η Ελλάδα διαθέτει ένα σχετικά σημαντικό αριθμό μεταναστευτικών πληθυσμών, με ή χωρίς χαρτιά νομιμοποίησης, παρουσιάζονται σοβαρές καθυστερήσεις στην ανάπτυξη μιας σχεδιασμένης μεταναστευτικής πολιτικής και κοινωνικής ενσωμάτωσης, γεγονός που δημιουργεί σοβαρά προβλήματα όχι μόνον στους μετανάστες που διαμένουν στη χώρα μας, αλλά και στις τοπικές κοινωνίες που συχνά παρουσιάζουν κρούσματα ξενοφοβίας και ρατσισμού. Εν όψει όμως του επανασχεδιασμού της πολιτικής της χώρας για τη μετανάστευση και την κοινωνική ενσωμάτωση των μεταναστών, το Υπουργείο Εσωτερικών, που

ουσιαστικά αποτελεί τον «τεχνικό σύμβουλο» της κυβέρνησης, ολοκλήρωσε μια πλήρη καταγραφή όλων των ποιοτικών παραμέτρων του προβλήματος. Έτσι, ένας «μέσος» μετανάστης στην Ελλάδα, κινδυνεύει να περιθωριοποιηθεί και να μην επιτευχθεί αποτελεσματική κοινωνική ενσωμάτωση για αυτόν και την οικογένειά του, αν άμεσα δεν ληφθούν μέτρα.

Οι δηλωμένοι («νόμιμοι») μετανάστες βέβαια προσπαθούν να είναι συνεπείς στις υποχρεώσεις τους στα ασφαλιστικά ταμεία. Εργάζονται³⁰⁴ σε οικοδομές, ξενοδοχεία, εστιατόρια και στον χώρο των οικιακών εργασιών. Στην πλειοψηφία τους είναι νέοι, με μέσο όρο ηλικίας κάτω των 40 χρόνων, με χαμηλό επίπεδο σπουδών και οι περισσότεροι διάγουν έγγαμο βίο. Τα παιδιά τους φοιτούν στα ελληνικά σχολεία, απολαμβάνουν των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας, αλλά διατρέχουν τον κίνδυνο αν ο γιατρός (και το προσωπικό των ΚΥΥ γενικά) δεν διαθέτει κάποιες ιδιαίτερες «ευαισθησίες» να μην γίνουν αποδέκτες των απαιτούμενων υπηρεσιών. Επισκέπτονται τις ΚΥΥ – δημόσια νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας, τους προσφέρονται οι απαραίτητες υπηρεσίες υγείας, με τα όποια γνωστά ή και άγνωστα στον πολύ κόσμο προβλήματα.

Για να επιτευχθεί όμως η κοινωνική τους ένταξη και ενσωμάτωση στην ελληνική κοινωνία, θα πρέπει να συγκεντρωθούν περισσότερα στοιχεία από έξι Υπουργεία, ασφαλιστικούς οργανισμούς, φορείς της εκπαίδευσης, της υγείας και σχετικών άλλων και στη συνέχεια, με βάση τα στοιχεία αυτά, να αναδιοργανωθούν οι αρμόδιες υπηρεσίες. Ωστόσο, τα εντυπωσιακότερα στοιχεία προκύπτουν από τους ρυθμούς αύξησης των μεταναστών και της κοινωνικής τους ενσωμάτωσης. Τα είκοσι τελευταία χρόνια, ο μεταναστευτικός πληθυσμός της χώρας πολλαπλασιάστηκε, ενώ μόλις την τελευταία πενταετία τριπλασιάστηκε ο αριθμός των παιδιών μεταναστών που φοιτούν στα ελληνικά σχολεία, φτάνοντας περίπου τις 150.000,³⁰⁵ που αποτελούν ουσιαστικά τη δεύτερη γενιά μεταναστών στη χώρα μας και η οποία διαθέτει τα εχέγγυα για μια αποτελεσματικότερη κοινωνική ενσωμάτωση.

Τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερο, τα θέματα μετανάστευσης έχουν αποτελέσει αντικείμενο της νομοθεσίας, η οποία επιχειρεί την εναρμόνιση των σχετικών εθνικών πολιτικών με μία σειρά Κανονισμών και Οδηγιών. Το ανεπαρκές πλαίσιο και τα προβλήματα εφαρμογής αποτελούν μόνιμη εστία τριβών μεταξύ των

³⁰⁴ Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Εργαστήριο Μελέτης της Μετανάστευσης και Διασποράς (ΕΜΜΕΔΙΑ).

³⁰⁵ Πηγή: Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, 2012.

μεταναστών και της διοίκησης. Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί από τις αρμόδιες υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα (Υπουργείο Υγείας, ΚΕΕΛΠΝΟ, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας κ.λπ.), έχει διαπιστωθεί ότι το επίπεδο των προσφερόμενων υπηρεσιών στους μετανάστες στον τομέα της υγείας, είναι αρκετά υψηλό και μπορεί να συγκριθεί με εκείνο των υπολοίπων κρατών στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Πέρα όμως από αυτό, γίνεται αντιληπτό ότι η οργάνωση αλλά και η χρηματοδότηση σχετικά με τη φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και σχετικά με τη φροντίδα των μεταναστών, παρουσιάζει κάποιες σοβαρές αδυναμίες και ιδιαιτερότητες, καθώς ποτέ μέχρι τώρα δεν λήφθηκε σοβαρά υπόψη η παρουσία τόσων και διαφορετικών μεταξύ τους μεταναστών, ως προς τον τρόπο που οργανώνονται, χρηματοδοτούνται και τελικά λειτουργούν οι ΚΥΥ. Το δημόσιο σύστημα υγείας στη χώρα μας χρηματοδοτείται ουσιαστικά από τη γενική φορολογία των πολιτών και των επιχειρήσεων και μπορεί με αυτό τον τρόπο να εξυπηρετεί ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού.

Θεωρείται ότι η προσφορά των δημόσιων υπηρεσιών υγείας από τις αντίστοιχες κρατικές υπηρεσίες δεν είναι ικανό να καλύψει τις ανάγκες των «νόμιμων δικαιούχων» (των ασφαλισμένων) σε συνδυασμό με τους μετανάστες, όπου οι πρώτοι αναγκάζονται να χρησιμοποιούν τις αντίστοιχες ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας με πληρωμή, ενώ οι δεύτεροι κινδυνεύουν με αποκλεισμό από αυτές, μετά τις υπουργικές αποφάσεις για πλήρη αποκλεισμό των μεταναστών χωρίς άδεια παραμονής και εργασίας στη χώρα και χωρίς ασφάλιση.

Η οργάνωση σχετικά με την παροχή φροντίδας υπηρεσιών υγείας των οποίων κύριο χαρακτηριστικό είναι ο κάθετος διαχωρισμός των ιδιωτικών και δημόσιων υπηρεσιών, παρουσιάζει ορισμένα σοβαρά προβλήματα. Τα προβλήματα αυτά εντοπίζονται στην έλλειψη της επικοινωνίας και του συντονισμού μεταξύ του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα και έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην ορθή και εποικοδομητική αξιοποίηση των διαθέσιμων ανθρώπινων πόρων, αλλά και στην προσφορά της εξέλιξης του κόστους υγείας (συμπεριλαμβάνοντας την προσφορά υπηρεσιών στους μετανάστες, «νόμιμους» και μη), επηρεάζοντας τον κρατικό προϋπολογισμό και τον βαριά φορολογούμενο Έλληνα πολίτη. Στην προκείμενη περίπτωση, αναφερόμαστε στον διαχωρισμό ανάμεσα σε ασφαλισμένους και ανασφάλιστους πολίτες – γενικά. Η ετήσια έκθεση της ΓΣΕΕ δείχνει ότι η προσφορά των ασφαλισμένων εργαζόμενων μεταναστών στο ασφαλιστικό σύστημα της χώρας είναι πολύ σημαντική. Άρα, η διαφορά δεν έγκειται αν κάποιος είναι μετανάστης ή

όχι αλλά αν πληρώνει ασφαλιστικές εισφορές ή όχι. Σύμφωνα με τους εργαζόμενους στα νοσοκομεία, γίνεται αντιληπτό ένα μεγάλο πρόβλημα, το οποίο συνδέεται με τα παραπάνω, και αφορά στην έλλειψη εμπιστοσύνης από μέρους των ασθενών προς τα δημόσια νοσοκομεία και κυρίως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Οι ίδιοι οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία αναφέρουν ότι αυτό που θα πρέπει να γίνει από μέρους του διοικητή του νοσοκομείου, προκειμένου να αξιοποιηθεί σωστά το υγειονομικό σύστημα και το υπάρχον ανθρώπινο δυναμικό αλλά και για να καλύψει τις ελλείψεις που παρουσιάζονται, θα πρέπει να επιτευχθεί μια σωστή διαχείριση με σκοπό κάθε διαδικασία αξιολόγησης εκ μέρους τους να ενεργοποιεί ένα περίπλοκο και αντιθετικό δίκτυο σχέσεων μεταξύ εποπτεύουσας αρχής και αξιολογούμενων.

Αξίζει εδώ να σημειωθεί ότι μια δημόσια νοσοκομειακή μονάδα ή ένα τμήμα αυτής, αποτελεί έναν ζωντανό οργανισμό, ο οποίος συγκροτείται με όρους ανθρωπίνων σχέσεων και τα μέλη του καθορίζουν την καλή του λειτουργία. Η απόδοση των εργαζομένων στο ποιοτικό ή μη έργο των νοσοκομείων και των επιμέρους τμημάτων, είναι ενδεικτική του σημαίνοντος ρόλου τους, εμπεριέχοντας ένα σύνολο παραγόντων που επιτάσσει μεταρρυθμίσεις στις νοσοκομειακές πολιτικές που προτείνονται, με κατεύθυνση προς συλλογικές διαδικασίες και επικοινωνιακό άνοιγμα. Οι σχετικές με το δημόσιο νοσοκομειακό έργο επιστημονικές γνώσεις, οι επαγγελματικές εμπειρίες των εργαζομένων, καθώς και η προσωπικότητα του κάθε ιατρού ή νοσηλευτή, αποτελούν ελάχιστα από τα κριτήρια αξιολόγησής του. Τη γενική επίβλεψη, εντούτοις, της καλής λειτουργίας της δημόσιας νοσοκομειακής μονάδας και ως προς τον τρόπο διοίκησης και διαχείρισης των διαφόρων δραστηριοτήτων εντός αυτής με το εκάστοτε διαθέσιμο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, την έχει ο διευθυντής του κάθε τμήματος και αντίστοιχα ο διοικητής του νοσοκομείου. Εκείνοι καλούνται να διαχειριστούν ανθρώπους και καταστάσεις με όρους και προϋποθέσεις που πρέπει να ανταποκρίνονται επαρκώς στις απαιτήσεις της εποχής και των ασθενών³⁰⁶ – Ελλήνων και μεταναστών.

Με τα σύγχρονα δεδομένα που επικρατούν στα νοσοκομεία και λαμβάνοντας υπόψη πως η έννοια της ικανοποίησης στον χώρο εργασίας αποτελεί βασικό στόχο για τους εργαζόμενους, απαιτείται η αναδιαμόρφωση των ρόλων διευθυντού και ιατρών, ενώ συστήνεται σε πολλές περιπτώσεις μια πραγματική αλλαγή της ιεραρχικής γραφειοκρατικής δομής της σημερινής διοίκησης στα νοσοκομεία, ώστε

³⁰⁶ Σισούρας Α., Καραόκης Α., Μόσσιαλος Ε., *Health Care and Cost Containment in Greece*, στο: Mossialos Ε., Le Grand J., *Health Care and Cost Containment in Greece*, Ashgate, Aldershot 1999.

να αποδέχεται αποφάσεις που λαμβάνονται αποκεντρωμένα, με έμφαση σε ηγεσία που εμπνυχώνει, συντονίζει και κινητοποιεί.³⁰⁷ Ο διευθυντής δημόσιου νοσοκομείου και ο εκάστοτε διοικητής, οφείλει η διαχείριση και διοίκηση που ασκείται από αυτόν να χαρακτηρίζεται ως άκρως επιτυχημένη, να είναι πολύπλευρη και ευέλικτη, ώστε να θεωρείται αποτελεσματική τόσο ως προς την ικανοποίηση των αναγκών των εργαζομένων στον συγκεκριμένο χώρο όσο και ως προς την εξυπηρέτηση των πελατών-ασθενών.

Πέραν όμως όσων προαναφέρθηκαν και με σκοπό την καταγραφή και ανάλυση του τρόπου που οργανώνονται και λειτουργούν οι Κρατικές Υπηρεσίες Υγείας, οι ερωτηθέντες υποστηρίζουν πως κάτι τέτοιο μπορεί να επιτευχθεί μέσω συγκεκριμένης συμπεριφοράς του διευθυντή ή διοικητή ενός δημόσιου νοσοκομείου και θα πρέπει να δημιουργείται μια νέα, σημαντική ευκαιρία για την ανάπτυξη της συνεργασίας και της κατανόησης μεταξύ των δύο πλευρών, δηλαδή μεταξύ ασθενών και εργαζομένων-ιατρών στο δημόσιο νοσοκομείο. Μια ιδιαίτερα σημαντική αδυναμία που εντοπίζεται και δεν δύναται να αυξηθεί η αξιοπιστία του δημοσίου νοσοκομείου και συνεπώς του Εθνικού Συστήματος Υγείας, είναι εκείνη η οποία σχετίζεται με την έννοια της αξιολόγησης στο σύστημα management που εφαρμόζουν οι υπεύθυνοι του υγειονομικού συστήματος.

Ο αποτελεσματικός, πολύπλευρος και ευέλικτος διοικητής του δημόσιου νοσοκομείου οφείλει να οργανώσει και να υλοποιήσει την καταγραφή και ανάλυση του τρόπου που οργανώνονται και λειτουργούν οι ΚΥΥ, έτσι ώστε να βελτιώσει τις συνθήκες εργασίας για το προσωπικό και να έχει ως αποτέλεσμα την καλύτερη αντιμετώπιση και συνεπώς, άμεση και σωστή ένταξη και ενσωμάτωση των μεταναστών στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Σχετικά με τους οικονομικούς μετανάστες: για την κατάσταση που επικρατεί ακόμη και μεταξύ των μεταναστών που νομίμως και εγκαίρως έχουν κινήσει τις διαδικασίες για να παραμείνουν στη χώρα, χαρακτηριστική είναι η περίπτωση της Αττικής, όπου συγκεντρώνεται η πλειονότητα των μεταναστών. Σε εκκρεμότητα είναι πολλές χιλιάδες ληξιπρόθεσμα αιτήματα αρχικής χορήγησης ή ανανέωσης αδειών παραμονής, απρωτοκόλλητα αιτήματα αρχικής χορήγησης ή ανανέωσης αδειών παραμονής κ.λπ.³⁰⁸

³⁰⁷ Σούλης Σ., *Οικονομικά της υγείας*, Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα 1996.

³⁰⁸ Πηγή: Υπουργείο Εσωτερικών, Δήμος Αθηναίων.

Θα πρέπει να σημειωθεί πως η κοινή ευρωπαϊκή μεταναστευτική πολιτική θα πρέπει να παρέχει ένα ευέλικτο πλαίσιο, το οποίο θα λαμβάνει υπόψη του τις όποιες ειδικές συνθήκες επικρατούν σε κάθε ένα κράτος-μέλος και φυσικά να τίθεται σε εφαρμογή με τη συνεργασία μεταξύ των κρατών-μελών αλλά και των θεσμικών οργάνων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η σχετική Ανακοίνωση της ΕΕ προβλέπει δέκα (10) αρχές πάνω στις οποίες θα στηριχθεί ουσιαστικά η κοινή πολιτική, καθώς και τις απαραίτητες ενέργειες για την εφαρμογή αυτών των αρχών. Στόχος τους είναι βέβαια να διασφαλίσουν ότι η νόμιμη μετανάστευση θα είναι ικανή να συμβάλλει στην κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη της Κοινότητας, οι ενέργειες των κρατών-μελών θα είναι συντονισμένες, η συνεργασία με τις τρίτες χώρες θα αναπτύσσεται περαιτέρω και η «λαθρομετανάστευση» και η εμπορία ανθρώπων θα αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά.

Επίσης, η κοινή μεταναστευτική πολιτική θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από σαφήνεια, διαφάνεια και δικαιοσύνη και να στοχεύει προς την προώθηση της «νόμιμης» μετανάστευσης εντός των χωρών της Κοινότητας. Συνεπώς, θα πρέπει να διασφαλιστεί η διάδοση όλων των απαραίτητων πληροφοριών, οι οποίες αφορούν στη νόμιμη είσοδο αλλά και παραμονή στην Κοινότητα προς τους υπηκόους τρίτων κρατών. Επιπλέον, θα πρέπει να κατοχυρωθεί η όποια δίκαιη μεταχείριση των υπηκόων τρίτων χωρών, οι οποίοι διαμένουν νόμιμα στην Κοινότητα. Με σκοπό την πρακτική εφαρμογή αυτών των αρχών χρειάζεται.³⁰⁹

- Να ορίσουν σαφείς και διαφανείς κανόνες για την είσοδο και διαμονή στην Κοινότητα.
- Να παρέχουν πληροφορίες στους εν δυνάμει μετανάστες και αιτούντες και ειδικότερα, σχετικά με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των κατοίκων της Κοινότητας.
- Να παρέχουν επίσης υποστήριξη και βοήθεια για τη συμμόρφωση με τις προϋποθέσεις εισόδου και παραμονής τόσο σε χώρες προέλευσης όσο και σε χώρες προορισμού της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά και τα κράτη-μέλη οφείλουν να εργαστούν προς μια ευέλικτη πολιτική θεωρήσεων που θα ισχύει σε ολόκληρη την Ευρώπη και τα κράτη-μέλη.

³⁰⁹ Βαρουξή Χ., Σαρρή Ν., Φραγκίσκου Α., (επιμ.), *Όψεις μετανάστευσης και μεταναστευτικής πολιτικής στην Ελλάδα σήμερα*, εκδ. ΕΚΚΕ, Αθήνα 2009. Σαρρή Ν., *Θεσμικό πλαίσιο της μετανάστευσης σε ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο*, ΕΚΚΕ, Κείμενο Εργασίας, Αθήνα 2008.

Είναι εξίσου σημαντικό και εντός της προσπάθειας για εφαρμογή ενιαίας ευρωπαϊκής μεταναστευτικής πολιτικής, είναι να υπάρχει αλληλεγγύη, δηλαδή συντονισμός μεταξύ των κρατών-μελών και συνεργασία με τις τρίτες χώρες με σκοπό τη διαφάνεια και την επίτευξη εμπιστοσύνης. Στη βάση βέβαια της κοινής αυτής μεταναστευτικής πολιτικής, θα πρέπει να βρίσκονται όλες οι αρχές της αλληλεγγύης, αμοιβαίας εμπιστοσύνης, διαφάνειας, ευθύνης και κοινής προσπάθειας μεταξύ της Κοινότητας αλλά και των κρατών-μελών. Θα συμπληρώνουν τους εθνικούς πόρους με τη χρήση του γενικού προγράμματος για την αλληλεγγύη, τη διαχείριση μεταναστευτικών ροών και την κοινωνική ένταξη και ενσωμάτωση.

Αποτελεί γεγονός ότι, τις τελευταίες δεκαετίες, οι νομοθετικές παρεμβάσεις αποσκοπούν να εξαλείψουν τις αιτίες και να καταπολεμήσουν τον κοινωνικό αποκλεισμό, αποκαθιστώντας μια μεγάλη μερίδα ατόμων που ταλανίζεται αδικώς και αποτελεί θύμα ενός αδικαιολόγητου και άδικου στιγματισμού που το οδηγεί στο περιθώριο. Πράγματι, τα άτομα που βιώνουν τον αποκλεισμό δοκιμάζονται σκληρά και συναντούν διαρκώς εμπόδια στην άσκηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους. Η παραβίαση των ατομικών και ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους αποτελεί μια διαρκή τραυματική εμπειρία που έχει ως συνέπεια την απόλυτη ψυχολογική τους φθορά και τη διαβίωση κάτω από συνθήκες εξαθλίωσης. Η κατάσταση αυτή μοιάζει με αυτό που ο Έγκελς ονόμασε «φαινόμενο του Πωπερισμού»³¹⁰, που παρουσιάζεται κατά την περίοδο της αναδυόμενης βιομηχανικής επανάστασης στις εργατικές τάξεις, δηλαδή της απόλυτης φτώχειας, της ασύστολης εκμετάλλευσης και του ολοκληρωτικού κοινωνικού εκπεσμού. Ως εκ τούτου, και προκειμένου να εκλείψουν οι όποιες περιπτώσεις κοινωνικού αποκλεισμού ευπαθών ομάδων, θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να επιτυγχάνονται τα ακόλουθα:

- Καταπολέμηση της φτώχειας και της ένδειας.

Οι λόγοι για τους οποίους θα πρέπει να επιτυγχάνεται η καταπολέμηση της φτώχειας για τις ευπαθείς ομάδες, αναφέρονται ως εξής. Η ελλιπής εκπαίδευση και συνακόλουθη ανεργία των ευπαθών κοινωνικών ομάδων δημιουργούν ένα ακόμη σοβαρό πρόβλημα: τη φτώχεια και την ένδεια. Η ανεργία οδηγεί στην ανεπάρκεια των διαθέσιμων οικονομικών πόρων, η οποία εμποδίζει το άτομο να προσεγγίσει το μέσο επίπεδο διαβίωσης και ποιότητας ζωής μιας συγκεκριμένης κοινωνίας και σε πολλές περιπτώσεις οδηγεί σε

³¹⁰ Petmesidou M. & Mosialos E., *Social Policy Developments in Greece*, Aldershot, Ashgate 2006.

καταστάσεις μεγάλης φτώχειας. Η φτώχεια και οι ευπαθείς κοινωνικές ομάδες βρίσκονται συχνά σε ένα φαύλο κύκλο. Για παράδειγμα η αναπηρία αυξάνει την ένδεια, ενώ οι άνθρωποι που ζουν σε συνθήκες ένδειας τείνουν να αποκτούν αναπηρίες λόγω του υποσιτισμού, της άθλιας στέγασης, των επικίνδυνων επαγγελματιών και της αυξημένης έκθεσης στη βία.

Αντιθέτως τα εισοδήματα των ανθρώπων με ειδικές ανάγκες μειώνονται, επειδή οι άνθρωποι αυτοί στερούνται εργασίας ή πρόσβασης σε εισόδημα, σε βασικές κοινωνικές και ιατρικές υπηρεσίες και αποκατάσταση. Η φτώχεια ενδεχομένως και ανάλογα με το πόσο ευάλωτη είναι η συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα, μπορεί να προωθήσει παρεκκλίνουσες αλλά και παραβατικές ή εγκληματικές συμπεριφορές.

- Αποφυγή δημιουργίας φαύλου κύκλου των διακρίσεων.

Οι λόγοι για τους οποίους θα πρέπει να επιτυγχάνεται η αποφυγή δημιουργίας φαύλου κύκλου των διακρίσεων, αναφέρονται ως εξής: Η αδικαιολόγητα υποτιμητική ψυχολογική διαδικασία στην οποία υπόκεινται οι ευπαθείς ομάδες είναι η απαρχή του φαύλου κύκλου των διακρίσεων. Τα στερεότυπα, οι προκαταλήψεις, οι κατηγοριοποιήσεις, οι συχνά λανθασμένες κοινωνικές κατασκευές για τα χαρακτηριστικά της φυλής, του φύλου, της υγείας ή της ασθένειας εμποδίζει και συχνά απαγορεύει στις ευπαθείς ομάδες να διατηρήσουν μια αξιοπρεπή θέση στην κοινωνική ζωή. Γεγονός είναι ότι το άτομο κάτω από διαφορετικές συνθήκες διαβίωσης, συμπεριφέρεται και λειτουργεί διαφορετικά. Συνεπώς, όταν ζει κάτω από συνθήκες ασφάλειας, αναπτύσσει θετικές συμπεριφορές. Αντίθετα οι συνθήκες απαξίωσης που μπορεί να βιώνει, ενισχύουν αρνητικές συμπεριφορές, όπως ενδεχόμενη επιθετικότητα, εγκληματικότητα και παραβατικότητα. Αυτομάτως οι συμπεριφορές αυτές αυξάνουν ακόμα περισσότερο την περιθωριοποίηση, την προκατάληψη και τον φόβο του ευρύτερου πληθυσμού και η κατάσταση διαιωνίζεται.

- Καταπολέμηση παραβατικότητας - εγκληματικότητας.

Οι λόγοι για τους οποίους θα πρέπει να επιτυγχάνεται η καταπολέμηση παραβατικότητας και εγκληματικότητας για τις ευπαθείς ομάδες, αναφέρονται ως εξής: Η πιθανή επιθετικότητα, παραβατικότητα και εγκληματικότητα που

μπορεί να εκδηλώσουν τα μέλη των ομάδων κοινωνικού αποκλεισμού,³¹¹ προάγεται από τη ζωή στο περιθώριο. Η στέρηση κάθε ανθρώπινου και ατομικού δικαιώματος, ο συνεχής στιγματισμός και η αυξανόμενη καχυποψία, π.χ. ότι οι μετανάστες είναι επιρρεπείς στην εγκληματική συμπεριφορά, λειτουργεί ως αυτοεκπληρούμενη προφητεία και οδηγεί ακριβώς εκεί που η κοινωνία φοβάται: στην κλοπή και την καταστρατήγηση των νομικών και κοινωνικών κανόνων, αποτέλεσμα του θυμού και της επιθετικότητας, που εγείρει ο αποκλεισμός.

Θα πρέπει, επίσης, να σημειωθεί ότι για τους μετανάστες με ψυχικές διαταραχές, η έλλειψη υπηρεσιών ψυχικής υγείας έχει ευρύτερο (αρνητικό) αντίκτυπο απ' ό,τι για τους Έλληνες. Ας μην ξεχνάμε ότι είναι άνθρωποι που προέρχονται από διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια, υφίστανται το άγχος της ξενιτιάς ή της προσφυγιάς και έχουν ανάγκη από προσεγγίσεις που θα σέβονται την ιδιαιτερότητα αυτής της επιπλέον διαφοράς.³¹² Θεωρούμε, λαμβάνοντας υπόψη την εμπειρία μας με τους μετανάστες, ότι ενώ ο ψυχικός πόνος είναι κοινός σε όλους μας, διαφορετικός είναι ο τρόπος με τον οποίο βιώνεται, εκδηλώνεται και εκφράζεται. Η διαφορά οφείλεται, μεταξύ άλλων, στο ιδιαίτερο πολιτισμικό υπόβαθρο του καθενός, που επηρεάζει τόσο το βίωμα του ίδιου όσο την εικόνα της ψυχικής οδύνης που προσλαμβάνει ο άλλος. Σε αυτά προστίθενται και άλλα ζητήματα: το τραύμα που πολλές φορές συνδέεται με τη συνθήκη της μετανάστευσης, η εκμετάλλευση που πολλοί έχουν υποστεί στη διαδρομή αλλά και στον τόπο εγκατάστασης, οι κακές συνθήκες διαβίωσης και η ανασφάλεια της προσωρινής νομιμοποίησης, οι συχνές μαινώσεις προσδοκιών.

Η εμπειρία του προγράμματος «Βαβέλ»³¹³ (από τον Ιανουάριο του 2008 έως τις 26 Μαρτίου 2009 εξυπηρετήθηκαν 288 μετανάστες/τριες και πραγματοποιήθηκαν 1.710 κλινικές συναντήσεις) δείχνει ότι πολλοί μετανάστες έχουν υποστεί σε τέτοιο βαθμό εκμετάλλευση (από συμπατριώτες τους, Έλληνες, άλλους ξένους) που πολύ δύσκολα εμπιστεύονται τους άλλους. Έτσι, λοιπόν, είναι αρκετά επιφυλακτικοί όταν έρχονται στο νοσοκομείο, ως προς τη βοήθεια που θα μπορούσαν να αναμένουν. Επιπλέον, πολλοί είναι αυτοί που δεν ξέρουν τι να ζητήσουν (πώς δηλαδή, να

³¹¹ Τσουκαλάς Αντ., *Μετανάστευση και εγκληματικότητα στην Ευρώπη*, Εκδ. Αντ. Σάκκουλας, Αθήνα 2003.

³¹² Πετρονότη Μ. & Ζαρκιά Κ., *Το πορτραίτο μιας διαπολιτισμικής σχέσης*, UNESCO-EKKE, Αθήνα: 1998. Μαρκοπούλου Χ., *Ψυχολογικά προβλήματα μεταναστών*, *Εκλογή*, τευχ. 30, 1974.

³¹³ Υπουργείο Υγείας, ΕΣΔΥ (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας).

χρησιμοποιήσουν την υπηρεσία) ούτε πώς να το ζητήσουν.³¹⁴ Πολλές φορές τα αιτήματα είναι συγκαλυμμένα πίσω από κοινωνικού περιεχομένου ανάγκες ή ακόμη και ανάγκες σχετικές με τη διαδικασία νομιμοποίησής τους. Λόγω ακριβώς αυτών των ιδιαιτεροτήτων ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Γραφείο Ευρώπης) έχει προβεί σε ανάλογες συστάσεις, για την ικανοποίηση των αναγκών ψυχικής υγείας των μεταναστών. Οι Υπηρεσίες Υγείας πρέπει να είναι ευαίσθητες και να ανταποκρίνονται στις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες των μεταναστών (η πολιτισμική ευαισθησία συνεπάγεται την αναγνώριση της δυναμικής φύσης των πολιτισμών, την επίγνωση της πολιτισμικής ετερογένειας και την ανάπτυξη νέων πολιτισμικών μορφών με το πέρασμα του χρόνου, διαμέσου της ενεργητικής συμμετοχής της κάθε ξεχωριστής κουλτούρας των μεταναστών και της αποτροπής των στερεοτύπων). Προκειμένου να είναι σε θέση να συναντούν τις ανάγκες των μεταναστών, είναι ουσιαστικής σημασίας οι υπηρεσίες υγείας να λειτουργούν συνεργατικά, τόσο μεταξύ τους, όσο και με τις άλλες διοικητικές υπηρεσίες.

Εν κατακλείδι, η ισότιμη πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί βασική παράμετρο της ένταξής τους στην ελληνική κοινωνία, της διασφάλισης της δημόσιας υγείας και του σεβασμού του ανθρώπινου δικαιώματος για ισότιμη παροχή φροντίδας υγείας. Τα τελευταία χρόνια, η αθρόα προσέλευση μεταναστών στην Ελλάδα δημιούργησε επιπλέον ανάγκες στις υπηρεσίες υγείας, επιτείνοντας ακόμη περισσότερο τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Είναι ανάγκη να γίνει κατανοητό ότι οι μετανάστες αποτελούν πλέον σημαντικό κομμάτι της ελληνικής κοινωνίας και ότι η προσαρμογή τους σε αυτή θα βοηθήσει τόσο τους ίδιους όσο και τους Έλληνες.

³¹⁴ Sontag S., *Η νόσος ως μεταφορά. Το AIDS και οι μεταφορές*, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2002.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Αγραφιώτης Δ., *Πολιτιστικές αβεβαιότητες*, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999.
- Αγραφιώτης Δ., *Πολιτιστικές ασυνέχειες*, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1998.
- Αμίτσης, Γ. & Λαζαρίδη Γ. (επιμ.), *Νομικές και κοινωνικοπολιτικές διαστάσεις της μετανάστευσης στην Ελλάδα*, Εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα 2001.
- Ανδριώτη Δ., *Τα επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα*, Εκδ. Εξάντας, Αθήνα 1998.
- Βαΐου Ντ. & Στρατηγάκη Μ. (επιμ.), *Το φύλο της μετανάστευσης*, Εκδ. Μεταίχμιο, Αθήνα 2008.
- Βαρουξή Χρ., Σαρρής Ν. & Φραγκίσκου Α. (επιμ.), *Όψεις μετανάστευσης και μεταναστευτικής πολιτικής στην Ελλάδα σήμερα*, Εκδ. ΕΚΚΕ, Αθήνα 2009.
- Βγενόπουλος Κ., *Πρόσφυγες και μετανάστες στην ελληνική αγορά εργασίας*, ΕΚΕΜ, Αθήνα 1998.
- Watson T.J., *Κοινωνιολογία, εργασία και βιομηχανία*, Εκδ. Αλεξάνδρεια, Αθήνα 2005.
- Γκέφου-Μαδιανού Δ. (επιμ.), *Ανθρωπολογική θεωρία και εθνογραφία*, Εκδ. Πατάκης, Αθήνα 2011.
- Γκουλιαβούδη Αν., Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και ποιότητα ζωής, *Επιθεώρηση Υγείας*, τευχ. 101, 2006, σσ. 48-50.
- Γλυτσός Π.Ν., *Περιφερειακές ανισότητες στην Ελλάδα: Δημογραφικά και οικονομικά στοιχεία*, ΚΕΠΕ, Αθήνα 1988.
- Γούναρης Χ, Σισσούρας Α. & Αθανασόπουλος Α., Το πρόβλημα της μέτρησης της αποδοτικότητας των γενικών νοσοκομείων στην Ελλάδα, στο: Δόλγερας Α. & Κυριόπουλος Γ. (επιμ.), *Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Εκδ. Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα 2006.
- Γρηγορούδης Ε., *Μεθοδολογίες μέτρησης ποιότητας και συγκριτικής ανάλυσης επιδόσεων*, Εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα 2001.
- Δαμανάκης Μ., *Μετανάστευση και εκπαίδευση*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1999.
- Δεμερτζής Ν., *Πολιτιστική κληρονομιά και ομογενειακά ΜΜΕ. Η περίπτωση των Ελλήνων της Αυστραλίας*, Εισήγηση στο Συμπόσιο με θέμα: Ο Ελληνισμός της Διασποράς, Πανεπιστήμιο Αθηνών και Πανεπιστήμιο La Trobe της Αυστραλίας, Αθήνα 2004.
- Δημουλάς Κ. & Παπαδοπούλου Δ. (2004), *Έρευνα για τις μορφές κοινωνικής ένταξης των οικονομικών μεταναστών στην Περιφέρεια Αττικής*, ΙΝΕ-ΓΣΕΕ, Αθήνα 2004.
- Δόλγερας Α., *Η ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων στο χώρο της υγείας*, ΕΣΔΥ, Αθήνα 2001.
- Δόλγερας Α. & Κυριόπουλος Γ., *Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα 2000.
- Δόλγερας Α. & Λέβητ Τ., *Η δημόσια υγεία σε μετάβαση*, ΕΣΔΥ, Αθήνα 2001.
- Δόλγερας Α., Οικονόμου Χ., Λέβητ Τζ. & Πετσετάκη Ε., *Ενδημικά νοσήματα στα Βαλκάνια*, ΕΣΔΥ, Αθήνα 2000.
- Δόλγερας Α. & Οικονόμου Χ., *Η υγεία του πληθυσμού*, ΕΣΔΥ, Αθήνα 2001.

- Δούλκερη Τ., *Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα*, Εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα 2007.
- Δρακουλόγκωνα Σ., Ο ρόλος του νοσηλευτή στο σύστημα ελέγχου ποιότητας στο γενικό νοσοκομείο, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, τευχ. 3, Αθήνα 2004.
- Έβανς-Πρίτσαρντ Ε.Ε., *Κοινωνική ανθρωπολογία*, Εκδ. Καρδαμίτσα, Αθήνα 1987.
- Hellastat, *Έρευνα για τις δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα 2008.
- Έμκε-Πουλοπούλου Η., *Η μεταναστευτική πρόκληση*, Εκδ. Παπαζήσης/Ελληνική Εταιρία Δημογραφικών Μελετών, Αθήνα 2007.
- Έμκε-Πουλοπούλου Η., *Μετανάστες και πρόσφυγες στην Ελλάδα 1970-1990, Εκλογή Θεμάτων Κοινωνικής Πρόνοιας*, τευχ. 85/86, 1990, σσ. 47-55.
- Έμκε-Πουλοπούλου Η., *Προβλήματα μετανάστευσης – παλιννόστησης*, ΙΜΕΟ-ΕΔΗΜ, Αθήνα 1986.
- Foucault M., *Η ενσωμάτωση του νοσοκομείου στη σύγχρονη κοινωνία*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1994.
- Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, *Κοινωνικές ανισότητες και κοινωνικός αποκλεισμός*, Αθήνα 2007.
- Ιωαννίδης Ε., Λοπατατζίδης Α. & Μάντη Π., *Νοσοκομείο. Ιδιοτυπίες και προκλήσεις*, Τομ. Α', Εκδ. ΕΑΠ, Πάτρα 1999.
- Ιωσηφίδης Θ., Συνθήκες εργασίας τριών μεταναστευτικών ομάδων στην Αθήνα, στο: Αθ. Μαρβάκης, Δ. Παρσάνογλου & Μ. Παύλου (επιμ.), *Μετανάστες στην Ελλάδα*, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2001.
- Καβουνίδη Τζ., *Μετανάστευση, νομιμοποίηση και κοινωνικά δίκτυα. Πρόσφυγες και μετανάστες στην Ελληνική αγορά εργασίας*, ΕΚΕΜ, Αθήνα 1998.
- Καμπούρη Ε., *Φύλο και μετανάστευση: Η καθημερινή ζωή των μεταναστριών από την Αλβανία και την Ουκρανία*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 2007.
- Κασιμάτη Κ., *Η χώρα προέλευσης των μεταναστριών και η κοινωνική τους ένταξη στην Ελλάδα: Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 2009.
- Κασιμάτη Κ., *Η ένταξη των μεταναστών στην ελληνική κοινωνία*, Ετήσια Έκδοση της Εταιρείας Κοινωνικής Πολιτικής, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 2006.
- Κασιμάτη Κ., *Πολιτικές μετανάστευσης και στρατηγικές ένταξης: Η περίπτωση των Αλβανών και Πολωνών μεταναστών*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 2003.
- Κασιμάτη Κ., *Φαινόμενα κοινωνικής παθογένειας σε ομάδες κοινωνικού αποκλεισμού*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 2000.
- Κασιμάτη Κ. (επιμ.), *Κοινωνικός αποκλεισμός: η ελληνική εμπειρία*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1998.
- Κασιμάτη Κ., *Μετανάστευση-παλιννόστηση. Η προβληματική της δεύτερης γενιάς*, ΕΚΚΕ, Αθήνα 1984.
- Κασιμάτη Κ. & Μουσούρου Λ.Μ. (επιμ.), *Φύλο και μετανάστευση: Τομ. Ι: Θεωρητικές αναφορές και εμπειρική διερεύνηση*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 2007.
- Κασιμάτη Κ. & Ψημμένος Ι., *Οργανωτική κουλτούρα και κοινωνικός αποκλεισμός*, στο: Μ. Πετμεζίδου & Χ. Παπαθεοδώρου (επιμ.), *Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός*, Εκδ. Εξάντας, Αθήνα 2004.
- Καστοριάδης Κ., *Η φαντασιακή θέσμιση της κοινωνίας*, Εκδ. Ράππας, Αθήνα 1985.
- Κατρούγκαλος Γ., *Τα κοινωνικά δικαιώματα των παράνομων αλλοδαπών*, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1996.
- Κογκίδου Δ., Μαρβάκης Α., Τρέσσου Ε., & Τσιάκαλος Γ., *Φτώχεια – κοινωνικός αποκλεισμός*, Βιβλιογραφικός Οδηγός 1970-2005, 2007.

- Κοκκάλη Ι., Στρατηγικές ενσωμάτωσης και μορφές προσαρμογής των αλβανών μεταναστών στην ελληνική κοινωνία: Το παράδειγμα της Θεσσαλονίκης, στο: Αντ. Μωυσίδης & Δ. Παπαδοπούλου (επιμ.), *Η κοινωνική ενσωμάτωση των μεταναστών στην Ελλάδα*, Εκδ. Κριτική, Αθήνα 2011, σσ. 184-211.
- Κονιόρδος Σ.Μ., *Η θέση του Βέμπερ για την προτεσταντική ηθική της εργασίας*, ΕΑΠ, Πάτρα 2002.
- Κόντης Α., Πετράκου Η., Τάτσης Ν. & Χλέπας Ν. (επιμ.), *Ευρωπαϊκή και ελληνική πολιτική ασύλου. Κέντα υποδοχής προσφύγων και αιτούντες άσυλο με απορριφθείσα αίτηση στην Ελλάδα*, Εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα 2005.
- Κοντούλη-Γείτονα Μ., *Πολιτική και οικονομικά της υγείας*, Εκδ. Εξάντας, Αθήνα 1997.
- Κορασίδου Μ., *Όταν η αρρώστια απειλεί. Επιτήρηση και τεχνολογία*, Εταιρεία Μελέτης των Επιστημών του Ανθρώπου, Αθήνα 2002.
- Κοτζαμάνης Β., Ο πληθυσμός του πλανήτη, *Δημογραφικά Νέα*, τευχ. 15, 2011, σσ. 1-4.
- Κυριαζή Ν., *Η κοινωνιολογική έρευνα: Κριτική και επισκόπηση των μεθόδων και τεχνικών*, Εκδ. Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 2005.
- Κυριόπουλος Γ. & Γείτονα Μ., *Διασυννοριακή ροή ασθενών στην Ελλάδα και την Ευρώπη*, Εκδ. Εξάντας, Αθήνα 1995.
- Κυριόπουλος Γ., Δόλγερας Α., Οικονόμου Χ., Λέβεν Τζ., Πετσετάκη Ε., Τσαλίκης Γ., Bino S., Poci Th., Koulaksazon St. & Todorova S., *Η υγεία του πληθυσμού*, Εκδ. ΥΥΚΑ & ΕΣΔΥ, Αθήνα 2002.
- Κυριόπουλος Γ., Δόλγερας Α., Οικονόμου Χ., Λέβεν Τζ., Πετσετάκη Ε., Τσαλίκης Γ., Bino S., Poci Th., Koulaksazon St. & Todorova S., *Δημόσια υγεία και μετανάστευση*, Εκδ. ΥΥΚΑ & ΕΣΔΥ, Αθήνα 2002.
- Κυριόπουλος Γ., Δόλγερας Α., Οικονόμου Χ., Λέβεν Τζ., Πετσετάκη Ε., Τσαλίκης Γ., Bino S., Poci Th., Koulaksazon St. & Todorova S., *Η δημόσια υγεία σε μετάβαση*, Εκδ. ΥΥΚΑ & ΕΣΔΥ, Αθήνα 2001.
- Κυριόπουλος Γ., Λιαρόπουλος Λ., Μπουρσανίδης Χ. & Οικονόμου Χ. (επιμ.), *Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα, Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία*, Αθήνα 2001.
- Κυριόπουλος Γ., Πετσετάκη Ε. & Τσαλίκης Γ., *Η ανάπτυξη ανθρώπινων πόρων στην υγεία*, Εκδ. ΥΥΚΑ/ΕΣΔΥ, Αθήνα 2002.
- Κωνσταντοπούλου Α., *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα*. Archive 2008, text at: <http://www.archive.gr/modules.php?name=News&file=article&sid=95>
- Κυριακίδου Ε., *Κοινοτική νοσηλευτική*, Εκδ. Η Ταβίθα, Αθήνα 2004.
- Λαλιώτου Ι., *Διασχίζοντας τον Ατλαντικό*, Εκδ. Πόλις, Αθήνα 1999.
- Λανάρα Β. Φιλοσοφία της νοσηλευτικής, *Νοσηλευτική*, τευχ. 2, Αθήνα 1981.
- Λιακοπούλου Θ., *Ιδιωτικές δαπάνες υγείας για το 2007*, C.HE.S.M.E, Αθήνα 2007.
- Λιένχαρτ Γκ., *Κοινωνική ανθρωπολογία*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1997.
- Lock D. (επιμ.), *Management, λειτουργικό μάνατζμεντ*, Εκδ. Έλλην, Αθήνα 2007.
- Lock D. (επιμ.), *Management, μάνατζμεντ ανθρώπινων πόρων*, Εκδ. Έλλην, Αθήνα 2007.
- Λυδάκη Α., *Ποιοτικές μέθοδοι της κοινωνικής έρευνας*, Εκδ. Καστανιώτης, Αθήνα 2001.
- Μάντζαρης Γ., *Σύγχρονη οργάνωση και διοίκηση επιχειρήσεων*, Εκδ. Γκιούρδας, Αθήνα 2003.

- Μάρκοβιτς Γ., *Διοίκηση ανθρωπίνου δυναμικού – Παρακίνηση εξουσίας*, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2002.
- Μαρκοπούλου Χ., Ψυχολογικά προβλήματα μεταναστών, *Εκλογή*, τευχ. 30, 1974.
- Mason J., *Η διεξαγωγή της ποιοτικής έρευνας*, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2003.
- Μουσούρου Λ., *Μετανάστευση και μεταναστευτική πολιτική στην Ελλάδα και στην Ευρώπη*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 2003.
- Μουσούρου Λ., *Από τους γκασταρμπάιτερ στο πνεύμα του Σένγκεν: Προβλήματα της σύγχρονης μετανάστευσης στην Ευρώπη*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1993.
- Μουσούρου Λ., *Μετανάστευση και μεταναστευτική πολιτική στην Ευρώπη*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1991.
- Μπάγκαβος Χρ. & Παπαδοπούλου Δ., *Μεταναστευτικές τάσεις και ευρωπαϊκή μεταναστευτική πολιτική*, ΙΝΕ-ΓΣΕΕ, σειρά Μελέτες, Αθήνα 2004.
- Μπάγκαβος Χ. & Παπαδοπούλου Δ., *Μεταναστευτική τάση και ευρωπαϊκή μεταναστευτική πολιτική*, ΙΝΕ-ΓΣΕΕ, Αθήνα 2002.
- Μπάγκαβος Χρ., Παπαδοπούλου Δ. & Συμεωνάκη Μ., *Μετανάστευση και παροχή υπηρεσιών σε μετανάστες στην Ελλάδα*, ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, Αθήνα 2008.
- Μπέσης Ν., *Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας*, IOBE, Αθήνα 1993.
- Μωυσίδης Αντ. & Παπαδοπούλου Δ., *Η κοινωνική ενσωμάτωση των μεταναστών στην Ελλάδα*, Εκδ. Κριτική, Αθήνα 2011.
- Ν. 3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ81/Α').
- Ν. 2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 37/Α').
- Ν. 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΦΕΚ 143 Α'/1983).
- Nancy L.Gr., *Οι δρόμοι της μετανάστευσης, Σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις*, Εκδ. Σαββάλας, Αθήνα 2004.
- Nettleton S., *Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας*, Εκδ. Τυπωθήτω-Γ. Δαρδανός, Αθήνα 1999.
- Νιάκας Δ., Χρηματοδότηση νοσοκομείων και αποτελεσματικότητα, *Επιθεώρηση Υγείας*, τευχ. 65, σσ. 9-11, Αθήνα 2000.
- Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), *Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα*, 2011.
- Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), *Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα*, 2007.
- Παπαδοπούλου Δ., *Κοινωνιολογία του αποκλεισμού στην εποχή της παγκοσμιοποίησης*, Εκδ. Τόπος, Αθήνα 2012.
- Παπαδοπούλου Δ., *Μετανάστευση, ενσωμάτωση και ιδιότητα του πολίτη: κριτική θεώρηση*, Εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα 2006.
- Παπαδοπούλου Δ., *Μορφές κοινωνικής ένταξης και κοινωνικής ενσωμάτωσης των μεταναστών στην ελληνική κοινωνία. Το παράδειγμα της Αττικής*, στο: Χρ. Μπάγκαβος & Δ. Παπαδοπούλου (επιμ.), *Μετανάστευση και ένταξη των μεταναστών στην ελληνική κοινωνία*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 2006, σσ. 34-37.
- Παπαϊωάννου Σ., *Οι μετανάστες μας στη Γερμανία*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1983.
- Παπαστάμου Σ., *Κοινωνικές αναπαραστάσεις*, Εκδ. Οδυσσέας, Αθήνα 1995.

- Πατινιώτης Ν., *Εξάρτηση και μετανάστευση*, Εκδ. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα 2002.
- Πετράκου Η., *Η κατασκευή της μετανάστευσης στην ελληνική κοινωνία*, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2001.
- Πετρινιώτη Ξ., *Η μετανάστευση προς την Ελλάδα. Μια πρώτη καταγραφή, ταξινόμηση και ανάλυση*, Εκδ. Οδυσσέας, Αθήνα 1993.
- Πετρονότη Μ. & Ζαρκιά Κ., *Το πορτραίτο μιας διαπολιτισμικής σχέσης*, UNESCO-EKKE, Αθήνα: 1998.
- Ρομπόλης Σ., *Οικονομία, αγορά εργασίας και μετανάστευση στην Ελλάδα*, στο: Καψάλης Α. & Λινάρδος-Ρυλμόν Π. (επιμ.), *Μεταναστευτική πολιτική και δικαιώματα των μεταναστών*, ΙΝΕ-ΓΣΕΕ, Αθήνα 2005.
- Ρομπόλης Σ., *Εργασία και οικονομία*, Εκδ. Καμπύλη, Αθήνα 2001.
- Ρουπακιώτης Χ., *Η κρίση της κοινωνικής ασφάλισης*, Εκδ. Σύγχρονη Εποχή, Αθήνα 2010.
- Σαπουντζή-Κρέπια Δ., *Ιστορικές καταβολές ελληνικής νοσηλευτικής*, *Νοσηλευτική*, 2002, τευχ. 41, σσ. 129-137.
- Σαρρής Ν., *Θεσμικό πλαίσιο της μετανάστευσης σε ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο*, ΕΚΚΕ, Κείμενο Εργασίας, Αθήνα 2008.
- Σαρρής Μ. & Σούλης Σ., *Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα*, ΕΣΔΥ, Αθήνα 1996.
- Schnapper D., *Η κοινωνική ενσωμάτωση μια σύγχρονη προσέγγιση*, Εκδ. Κριτική, Αθήνα 2008.
- Σισούρας Α., Καραόκης Α., Μόσσιαλος Ε., *Health Care and Cost Containment in Greece*, στο: Mossialos E., Le Grand J., *Health Care and Cost Containment in Greece*, Ashgate, Aldershot 1999.
- Σολωμός Γ., *Κοινωνική ασφάλιση: Από την κρίση στον ενιαίο φορέα*, Εκδ. Λιβάνης, Αθήνα 2007.
- Σούλης Σ., *Οικονομικά της υγείας*, Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα 1999.
- Συνήγορος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, *Ετήσια Έκθεση 2012*, Αθήνα 2013.
- Τσαούσης Δ.Γ., *Χρηστικό λεξικό κοινωνιολογίας*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1987.
- Τσαούσης Δ.Γ., *Στοιχεία κοινωνιολογίας*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1983.
- Τσιώλης Γ., *Ιστορίες ζωής και βιογραφικές αφηγήσεις: Η βιογραφική προσέγγιση στην κοινωνιολογική έρευνα*, Εκδ. Κριτική, Αθήνα 2006.
- Τσουκαλάς Αντ., *Μετανάστευση και εγκληματικότητα στην Ευρώπη*, Εκδ. Αντ. Σάκκουλας, Αθήνα 2003.
- Υφαντόπουλος Γ., *Τα οικονομικά της υγείας: Θεωρία και πολιτική*, Εκδ. Τυπωθήτω, Αθήνα 2003.
- Φάις Μ. (επιμ.), *Είμαστε όλοι μετανάστες*, Εκδ. Πατάκης, Αθήνα 2008.
- Φακιολάς Ρ., *Μεταναστευτική πολιτική ΕΕ, περ. Προβληματισμοί*, Ελληνική Εταιρεία Στρατηγικών Μελετών (ΕΛΕΣΜΕ), Αθήνα 2007.
- Φίλιας Β., *Εισαγωγή στη μεθοδολογία και τις τεχνικές των κοινωνικών ερευνών*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1977.
- Χατζηνικολάου, Αντ., *Νοσηλευτική, Γενικό Άρθρο*, τευχ. 46, σσ. 326-334, 2007.

Χυτήρης Σ.Λ., *Διοίκηση ανθρωπίνων πόρων*, Εκδ. Interbooks, Αθήνα 2001.

Ψημμένος Ι., *Μετανάστευση από τα Βαλκάνια. Κοινωνικός αποκλεισμός στην Αθήνα*, Εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα 2000.

Vigarelo G., *Το καθαρό και το βρώμικο. Η σωματική υγιεινή*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1985.

- Amin S., *Le Développement Inégal*, Paris. Editions de Minuit 1973.
- Anthias F. & Lazaridis G., *Gender and Migration in Southern Europe: Women on the Move*, New York: Berg 2000.
- Baldwin-Edwards M., *Southern European Labour Markets and Immigration: A structural and Functional Analysis*, MMO, Athens 2002.
- Bloch A., *The Migration and Settlement of Refugees in Britain*, New York, Palgrave 2002.
- Borjas G. *Friends or Strangers: The Impact of Immigrants in the US Economy*, New York: Basic Books 1990.
- Brubaker R., The Return of Assimilation? Changing Respectives on Immigration and its Sequels in France, Germany and the United States, *Ethnic and Racial Studies*, 24 (4), 2001, pp. 531-548.
- Burgess E.W., *The City*, Chicago: University of Chicago Press 1967.
- Burgess E. & Bogue D.J. (eds.), *Urban Sociology*, Chicago: University of Chicago Press 1967.
- Castles St. & Miller M.J., *The Age of Migration. International Population Movements in the Modern World*, New York, Pelgrave 2003.
- Castles St. & Kosack G., *Immigrant Workers and Class Structure in Western Europe*, London, Oxford University Press 1973.
- Cavounidis J. Gendered Patterns of Migration to Greece, *The Greek Review of Social Research*, EKKE, Athens 2003.
- Chant S., *Gender and Migration in Developing Countries*, Belhaven, London 1992.
- Cohen R., Migration and its Enemies: Global Capital, Migrant Labour and the Nation State, Warwick: Ashgate 2006.
- Cohen R., *The New Helots: Migrants in the International Division of Labour*, Oxford: Oxford Publishing Services 1987.
- Coser L., *Men of Ideas*, Free Press, New York 1997.
- Cressey P.G., *The Taxi-Dance Hall. A Sociological Study of Commercialized Recreation and City Life*. Chicago: Univ. of Chicago Press, 1932.
- Crul M. & Vermeulen H., Immigration and Education. The Second Generation in Europe, *International Migration Review*, 37(4), 2003: 1039-1064.
- Dresser G., *Human Resource Management*, Coates 1994.
- Drucker P., *Management: Tasks, Responsibilities, Practices*, New York: Harper Business 1973.
- Durkheim E., *The Division of Labor in Society*, New York. The Free Press 1984.
- Engerman D., *Know Your Enemy: The Rise and Fall of America's Soviet Experts*, Oxford University Press 1999.
- Ethier W., Illegal Migration: The Host Country Problem, *American Economic Review*, 1986, 76, pp. 56-71.

- Fakiolas R., Socio-economic Effects on Immigration in Greece, *Journal of European Social Policy*, 1999, 9.
- Fisher C., Schoenfeldt L. & Shaw J., *Human Resource Management*, Houghton Mifflin Company, USA 1999.
- Freeman G.P., Immigrant Incorporation in Western Democracies, *International Migration Review*, 38(3), 2004, pp. 945-969.
- Galbraith J.K., *A Perfect Crime: Inequality in the Age of Globalization*, Daedalus 2003.
- Gans H.J., *The War against the Poor: The Underclass and Antipoverty Policy*, New York: Basic Books 1995.
- Gomez-Mejia L.R., Balkin D.B. & Cardy R.L., *Managing Human Resources*, Prentice Hall International, New Jersey 1998.
- Good B.J., *Medicine, Rationality and Experience*, Cambridge 1994.
- Graham H., *Understanding Health Inequalities*, London: Open University Press 2000.
- Hammar T., *European Immigration Policy: a Comparative Study*, Cambridge, Cambridge University Press 1985.
- Harris J.R. & Todaro M.P., Migration, Unemployment and Development: a Two-sector Analysis, *American Economic Review*, LX, 2, pp. 126-142, 1970.
- Hughes E C., The Professions in Society, *The Canadian Journal of Economics and Political Science / Revue Canadienne d'Economie et de Science Politique*, 1960, 26, pp. 54-61.
- Hughes E.C., *Twenty Thousand Nurses Tell their Story: A Report on Studies of Nursing Functions*. Philadelphia: American Nurses' Association 1959.
- Hughes E.C., *Men and their Work*, New York: Free Press 1958.
- Hughes E.C., Studying Nurses' Work, *The American Journal of Nursing*, 1951, 51 (5), pp. 294-5.
- James N. Care = Organisation + Physical Labour + Emotional Labour, *Sociology of Health and Illness*, 1992, 14(4), pp.489-509.
- Jolly S., *Gender and Migration*. Sussex: Institute of Development Studies 2005.
- Kvale S., *Interviews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing*, Thousand Oaks: SAGE Publications 1996.
- Lupton D., *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body*, Sage Publications, London 1994.
- Maratou-Alipranti L. & Fakiolas R., The Lonely Path of Migrant Women in Greece, *The Greek Review of Social Research*, EKKE, Athens 2003.
- Marx K., Dragstedt A., *Value: Studies by Karl Marx*, New Park Publications, London, 1976, p. 7-40.
- Marx K. & Engels F., *The Communist Manifesto*, Middlesex: Penguin 1967.
- Massey D., Migration Theory, Ethnic Mobilization and Globalization, in Guibernau M. and J. Rex (eds), *The Ethnicity Reader: Nationalism, Multiculturalism and Immigration*, Cambridge: Polity Press 1997.

- Massey D., Theories of International Migration: A Review and Appraisal, *Population and Development Review*, 1993, 19, pp. 431-466.
- Moore J.B., *Optimal Filtering*, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall 1979.
- Nikolinakos M., The Contradictions of Capitalist Development in Greece, *Studi Emigrazione* 1973, 30, pp. 222-235.
- Pacyga D.A., *Polish Immigrants and Industrial Chicago: Workers on the South Side, 1880-1922*, Columbus: Ohio State University Press 1991.
- Papastergiadis N., *The Turbulence of Migration: Globalization, Deterritorialization and Hybridity*, New York: Polity Press 2000.
- Park R.E., *Race and Culture*, Glencoe III, Free Press, New York 1952.
- Park R.E., The City: Suggestions for the Investigation of Behavior in the City Environment, *American Journal of Sociology*, 20(5), pp. 577-612, 1915.
- Parsons T., *The basic and irreducible' functions of the family*, SAGE, London 1959.
- Parsons T. & Bales R., *Family: socialization and interaction process*, London: Routledge & Kegan Paul 1956.
- Petmesidou M. & Mosialos E., *Social Policy Developments in Greece*, Aldershot, Ashgate 2006.
- Philips B., *Social Research*, New York: Macmillan 1976.
- Port A. & Rumbaut R.G., The Second Generation and the Children of Immigrants. Longitudinal Study, *Ethnic and Rational Studies*, 28(6), November 2005: 983-999.
- Port A. & Rumbaut R.G., *Immigrant America: A Portrait*, California: University of California Press 1990.
- Potts L., *The World Labour Market: A History of Migration*, London: Zen Books Press 1990.
- Psimmenos I. & Kassimati K., Polish Workers and Flexible Service Work, in A. Triandafyllidou (ed.), *Contemporary Polish Migration in Europe: Complex Patterns of Movement and Settlement*, Lewiston: Edwin Mellen Press 2006.
- Rumbaut R.G., Ages, Life Stages, and Generational Cohorts: Decomposing the Immigrant First and Second Generations in the United States, *International Migration Review*, 38, pp. 1160-1205, 2004.
- Schnapper D., *La democratie providentielle. Essai sur l'egalite contemporaine*, Paris, Gallimard 2002.
- Sen A., Rational Choice, *American Economic Review*, 75(6), 1977.
- Silverman D. & Marvasti A., *Doing Qualitative Research. A Comprehensive Guide*, Thousand Oaks, California: Sage Publications, 2008.
- Simmel G., *Lebensphilosophie*, Chicago, University Press 1983.
- Song H. & Shin E., Acculturation and Consumption Behaviour of Korean Immigrant, *Development and Society*, 33(1), pp. 39-79, 2004.
- Sontag S., *Η νόσος ως μεταφορά. Το AIDS και οι μεταφορές*, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2002.

- Taylor M., *Rationality and the Ideology of Disconnection*, Cambridge: Cambridge University Press 2006.
- Thomas W. & Znaniecki F., *The Polish Peasant in Europe and America*, Urbana-Chicago, University of Illinois Press 1984.
- Thranhardt D., *Immigration und Staatsangehörigkeitsrecht*, in Clous J. Bade and Rainer Munz., *Migrations report*, Frankfurt am Main Campus 2000.
- Tinios P., Immigration and the Open Society: The Role of Values, Society and Politics in Realising Economic Potential, in Inglessi C. et al. (eds), *Immigration and Integration in Northern Versus Southern Europe*. The Netherlands Institute, Athens 2004.
- Todaro M.P. (1976), *Internal Migration in Developing Countries*, Geneva: International Labour Office University Press 1976.
- Tountas Y, Karnaki P, Pavi E. & Souliotis K., The “unexpected” growth of the private health sector in Greece, *Health Policy*, 74(2), 2005, pp. 167-180.
- Vermeulen H., Models and Modes of Immigrant Integration... and Where Does Southern Europe Fit?, in: Chr. Inglessi, A. Liberaki, H. Vermeulen & J.G. van Wijngaarden (eds.), *Immigration and Integration in Northern Versus Southern Europe*, Proceedings of International Conference Held at the Netherlands of Athens, Athens: NIA 2004.
- Wallerstein I. Globalization, or the Age of Transition? A Long-term View of the Trajectory of the World System, *International Sociology*, 2000, 5, pp. 251-267.
- Weber M., *Economy and Society: An Outline of Interpretive Sociology*. Berkley, CA: U. California Press, 1978.
- Wirth L., *The Ghetto*, Penguin Classic, UK 1928.
- Yankelovich D., *The New Stage of Market Capitalism*, Yale University Press 1972.
- Young M. & Willmott P., *Community, family and public policy*, London, Pelican 1962.
- Zikmund W.G., *Business Research Methods*, London: Harcourt College Publishers 2000.

ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

- Γρηγοράκος Λ., Το μετέωρο βήμα στην υγεία, *Εφημερίδα «Το παρόν της Κυριακής»*, 19/6/2007.
- Πετροπούλου Ε., *Απειλείται με λουκέτο το Εθνικό Σύστημα Υγείας*, *Εφημερίδα «Ημερησία»*, 25/1/2008.

ΠΗΓΕΣ

- Δήμος Αθηναίων-ΔΑΕΜ, 2012.
- Εθνική Στατιστική Υπηρεσία – Απογραφή Πληθυσμού 2001.
- Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Εργαστήριο Μελέτης της Μετανάστευσης και Διασποράς (ΕΜΜΕΔΙΑ).
- Έρευνες των ΥΠΕ (Υγειονομικών Υπηρεσιών) και του Υπουργείου Υγείας – Πρακτικά 1^{ης} ΥΠΕ.
- Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού-Εφημερίδα «Τα νέα του οικογενειακού προγραμματισμού» Τομ. 23, τευχ. 3
- Hellastat – Στοιχεία για τη μετανάστευση 2010.
- Hellastat, *Έρευνα για τις δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα 2008.
- ΚΕΘΙ – Στατιστικά στοιχεία και μελέτες 2002.
- Κέντρο Υγείας Δήμου Βύρωνα, <http://www.dimosbyrona.gr/article.php?id=122>
- Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας», www.agsavvas-hosp.gr/
- Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», <http://www.evaggelismos-hosp.gr>
- Νοσοκομείο Σπηλιοπούλειο «Αγία Ελένη», <http://www.spiliopoullo.gr>
- Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), *Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα*, 2007.
- Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), *Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα*, 2011.
- Οργάνωση της υγείας, *Η συνεργασία στη φροντίδα υγείας*, text at: <http://www.nurs.uoa.gr/istoselida/EL%20SUNERGASIA%20STH%20FR.YG..htm>
- Συνήγορος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, *Ετήσια Έκθεση 2012*, Αθήνα 2013.
- Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, 2012.
- Υπουργείο Εργασίας- Νομοθεσία
- Υπουργείο Εσωτερικών, Δήμος Αθηναίων.
- Υπουργείο Εσωτερικών: http://www.ypes.gr/el/Generalsecretariat_PopulationSC

Υπουργείο Υγείας – Νομοθεσία Κανονισμοί, 2011.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, *Συγκεντρωτικά στοιχεία ανθρώπινου δυναμικού* 31/10/2011

Υπουργείο Υγείας, ΕΣΔΥ (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΟΔΗΓΟΣ ΗΜΙΔΟΜΗΜΕΝΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ
ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ ΣΤΙΣ ΚΡΑΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
ΥΓΕΙΑΣ (ΚΥΥ)

Στο πλαίσιο της διδακτορικής διατριβής με θέμα τις Κρατικές Υπηρεσίες Υγείας (ΚΥΥ), ως μηχανισμούς κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης των μεταναστών στην Ελλάδα, διεξάγεται έρευνα που μελετά τις διαδικασίες κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης των οικονομικών μεταναστών στην ελληνική κοινωνία.

Για τον λόγο αυτό, διεξάγουμε συνεντεύξεις εις βάθος σε διαφορετικούς φορείς και εργαζόμενους στις Κρατικές Υπηρεσίες Υγείας – ΚΥΥ (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας). Οι συνεντεύξεις είναι ανώνυμες και όλα τα δεδομένα των ερωτώμενων, προσωπικά και εργασιακά, προστατεύονται από τον κανονισμό των ερευνών και στην επεξεργασία θα χρησιμοποιηθούν κωδικοί γενικής αναφοράς στο αντικείμενο. Στο τέλος της έρευνας, αν το επιθυμείτε, μπορείτε να ενημερωθείτε για τα αποτελέσματα της.

1. **Προφίλ της ΚΥΥ** (Νοσοκομείο ή Κέντρο Υγείας): Μέγεθος, είδος, εξειδίκευση, δυναμικότητα, κινητικότητα κ.λπ.
2. **Ατομικά χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου εργαζόμενου στις ΚΥΥ:** (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο και είδος εκπαίδευσης, έκφραση προσωπικής γνώμης για τα προβλήματα της σύγχρονης κοινωνίας και τις επιπτώσεις τους).
3. **Επαγγελματικά στοιχεία του συγκεκριμένου εργαζόμενου στις ΚΥΥ:** Πόσο καιρό εργάζεται σε αυτόν τον οργανισμό (υπηρεσία, θέση). Ποιο το εργασιακό του καθεστώς σήμερα, ποιος ο βαθμός, τα καθήκοντά του, αν και που εργαζόταν πριν, ποιες οι προοπτικές , τι θα επιθυμούσε για τη δουλειά και την εξέλιξή του, ποιες είναι ακριβώς οι αρμοδιότητές του, επηρεάζεται η άσκηση των καθηκόντων του άμεσα από τις αρμοδιότητες άλλων συναδέλφων, υπάρχουν διαφορές στον τρόπο προσέγγισης από άτομο σε άτομο ή σε άτομα από διαφορετικές χώρες, ποιες είναι αυτές οι διαφορές και που τις αποδίδει, ποιοι είναι οι στόχοι που προσπαθεί καθημερινά να υλοποιήσει στη θέση αυτή).

4. **Συνθήκες εργασίας του συγκεκριμένου εργαζόμενου στις ΚΥΥ:** Πόσο καιρό εργάζεται σε αυτή τη θέση. Πόσα άτομα κατά μέσο όρο εξυπηρετεί την ημέρα –συνολικά και μετανάστες ειδικά– υπάρχει διαφορά ανάλογα με την εποχή, την ημέρα κ.λπ. Αν έχει επηρεάσει τη ζωή του η καθημερινή επαφή με το κοινό και ειδικότερα με τους μετανάστες/τριες. Έχει εκπαιδευτεί και ενημερωθεί για τον τρόπο επικοινωνίας-συνεργασίας μαζί τους;
5. **Δομές λειτουργίας και νομοθεσία στις ΚΥΥ,** σχετικά με την πρακτική που αφορά στην επαφή και τη συνεργασία με αλλοδαπούς-οικονομικούς μετανάστες ασθενείς (συγκεκριμένες διαδικασίες, δικαιώματα και υποχρεώσεις των μεταναστών). Πόσο αυστηρά εφαρμόζονται τα προβλεπόμενα από την νομοθεσία για τους μετανάστες, υπάρχει επιείκεια, ανοχή, αν κατά τη γνώμη του υπάρχουν κάποιες κατηγορίες οικονομικών μεταναστών που έχουν ή που πιθανώς χρειάζονται κάποια ειδική μεταχείριση-προστασία. Ποιες παροχές υπάρχουν στον τομέα/διεύθυνση του για τους μετανάστες. Υπάρχουν εξαιρέσεις στον κανόνα και πως αντιμετωπίζει τις διαφορετικές περιπτώσεις. Πως ενημερώνεται για τις παροχές προς τους μετανάστες/τριες. Κάποια αιτήματα από τους μετανάστες ή κάποια χαρακτηριστικά τους δυσκολεύουν την εργασία του, τι κάνει προκειμένου να διευθετήσει κάποια υπόθεση. Παραδείγματα. Ο οργανισμός: νοσοκομείο, κέντρο υγείας έχει μεριμνήσει για την ενημέρωση των μεταναστών ειδικά, με κάποιο φυλλάδιο γραμμένο στη γλώσσα τους, κάποιο γραφείο στελεχωμένο με άτομα εξειδικευμένα που πιθανόν μιλάνε κάποια/ες από τις γλώσσες των μεταναστών και με συγκεκριμένες γνώσεις στα θέματα που τους αφορούν.
6. **Πρακτικές λειτουργίας και συνεργασίας** στο πλαίσιο της εξυπηρέτησης των οικονομικών μεταναστών στις ΚΥΥ. Όταν αντιμετωπίζει δυσκολίες στην εργασία του (π.χ. ασάφεια νομοθεσίας) συμβουλευεται άλλους υπαλλήλους ή άλλες υπηρεσίες, οι μετανάστες ασθενείς, συνήθως έρχονται μόνοι τους ή συνοδεύονται από κάποιον άλλο, μετανάστη επίσης ή κάποιο «γνωστό τους» Έλληνα. Από την επαφή του με τους οικονομικούς μετανάστες γνωρίζει αν ακολουθούν τους βασικούς κανόνες υγιεινής που

ισχύουν διεθνώς. Είναι στοιχείο που τους χαρακτήριζε και πριν την έλευσή τους στη χώρα μας, ή το απέκτησαν εδώ. Αν γνωρίζει με ποιο τρόπο «εκπαιδεύτηκαν». Είναι μεγάλο το ποσοστό των μεταναστών που μιλάει ή έστω κατανοεί καλά τη γλώσσα μας, πως την έμαθαν. Αν έρχεται σε επαφή με οργανώσεις μεταναστών/τριών ή άλλες Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις που δραστηριοποιούνται σε θέματα υγείας. Αν ναι, με ποιου την πρωτοβουλία. Αν όχι γιατί.

7. Προβλήματα που προκύπτουν από την επαφή και τη συνεργασία με τους οικονομικούς μετανάστες: Όταν δημιουργούνται δυσλειτουργίες στην υπηρεσία (π.χ. όγκος εργασίας, παρεμβάσεις από άλλα κέντρα κ.λπ.) πως αντιμετωπίζονται. Τι προβλήματα αντιμετωπίζει από το κοινό (στην περίπτωση μας τους οικονομικούς μετανάστες). Παραδείγματα. Τι προδιαθέτει αρνητικά και τι θετικά ως προς τους μετανάστες/τριες. Υπάρχει πρόβλημα επικοινωνίας λόγω γλώσσας, νοοτροπίας, κουλτούρας. Προβλέπεται «ειδική μεταχείριση», π.χ. διερμηνέας ή επιλογή του φύλου του προσωπικού που θα φροντίσει τη μετανάστρια μουσουλμάνα για παράδειγμα.

8. Προσωπική αντίληψη - κοινωνικές αναπαραστάσεις του εργαζόμενου για τους οικονομικούς μετανάστες: Από προσωπική εμπειρία ή από άλλους συναδέλφους, πως ήταν η κατάσταση πριν εμφανιστούν οι μετανάστες. Υπάρχουν διαφορές στον τρόπο που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες/τριες (τον εργαζόμενο στις ΚΥΥ), ανάλογα την εθνικότητα ή το μορφωτικό τους επίπεδο. Είναι ενημερωμένοι για τις διαδικασίες, τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους, πως έχουν ενημερωθεί, αν το γνωρίζει. Αν όχι γιατί. Τι κατά τη γνώμη του παίζει σημαντικότερο ρόλο στην επαφή με τους μετανάστες. Οι συνάδελφοι, με την ευρεία έννοια, τι γνώμη έχουν για τους μετανάστες με τους οποίους έρχονται σε επαφή. Πως τους αντιμετωπίζουν, τι προβλήματα πιθανόν έχουν. Εάν έχει κάποια εμπειρία από μετανάστες (π.χ. οικιακή βοηθός), πως κρίνει την εργασία, τη συμπεριφορά τους και τον τρόπο ζωής τους γενικά.

9. Προτάσεις για καλύτερη συνεργασία και καλύτερη εξυπηρέτηση των

οικονομικών μεταναστών στις ΚΥΥ. Τι θα προτεινόταν για την καλύτερη εξυπηρέτηση των μεταναστών/τριών και την ομαλότερη εργασία των ανθρώπων που δουλεύουν στη συγκεκριμένη υπηρεσία. Τι θα συμβούλευε τους μετανάστες/τριες σε θέματα υγείας (ως προς τη συμπεριφορά τους προς τις υπηρεσίες και ως προς την ατομική τους φροντίδα) σχέσεων, οικονομικής δραστηριότητας, πολιτικής, οικογένειας, εργασίας-απασχόλησης.

10. Τι άλλο μπορεί να προστεθεί ή να τονιστεί σχετικά;

**ΟΔΗΓΟΣ ΗΜΙΔΟΜΗΜΕΝΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΠΑΦΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΙΣ
ΚΡΑΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΚΥΥ)**

Στο πλαίσιο της διδακτορικής διατριβής με θέμα τις Κρατικές Υπηρεσίες Υγείας (ΚΥΥ), ως φορέων κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης των μεταναστών στην Ελλάδα, διεξάγεται έρευνα που μελετά τις διαδικασίες κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης των οικονομικών μεταναστών στην Ελληνική κοινωνία.

Για τον λόγο αυτό διεξάγουμε συνεντεύξεις εις βάθος σε διαφορετικούς φορείς και εργαζόμενους στις Κρατικές Υπηρεσίες Υγείας – ΚΥΥ (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας), αλλά και σε οικονομικούς μετανάστες, οι οποίοι προσέρχονται στις υπηρεσίες αυτές και μετέχουν στις διαδικασίες και απολαμβάνουν τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από αυτές.

Επίσης, θα καταβληθεί προσπάθεια να αναζητηθούν και να ερωτηθούν και άλλοι οικονομικοί μετανάστες οι οποίοι δεν έχουν καμία επαφή με τις Κρατικές Υπηρεσίες Υγείας – ΚΥΥ. Αυτοί είτε δεν έχουν κάνει καθόλου χρήση υπηρεσιών υγείας, είτε έχουν κάνει χρήση αλλά είτε έχουν απευθυνθεί σε ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές, είτε –κυρίως– σε εθελοντικές οργανώσεις που παρέχουν υπηρεσίες υγείας π.χ. «Γιατροί του Κόσμου», «Praxis» κ.λπ. Αυτό θα γίνει για να φανεί αν πράγματι για τους μετανάστες που παραμένουν μακριά από τις ΚΥΥ, αυτή η έλλειψη εμπειρίας αποτελεί ενδεχομένως εμπόδιο στην ομαλή τους ένταξη και την ενδεχόμενη περαιτέρω ενσωμάτωσή τους. Σε ποιο βαθμό, με ποιες μορφές και γιατί;

Οι συνεντεύξεις είναι ανώνυμες και όλα τα δεδομένα των ερωτώμενων, προσωπικά και εργασιακά, προστατεύονται από τον κανονισμό των ερευνών και στην επεξεργασία θα χρησιμοποιηθούν κωδικοί γενικής αναφοράς στο αντικείμενο.

Στο τέλος της έρευνας, αν το επιθυμείτε, μπορείτε να ενημερωθείτε για τα αποτελέσματα της.

1. **Προφίλ του ερωτώμενου:** έχει συνεργαστεί με τις ΚΥΥ Δεν έχει κάνει χρήση υπηρεσιών υγείας καθόλου. Έχει κάνει χρήση αλλά, είτε έχει απευθυνθεί σε ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές, είτε –κυρίως– σε εθελοντικές οργανώσεις που παρέχουν υπηρεσίες υγείας.
2. **Ατομικά χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου οικονομικού μετανάστη:** καταγωγή (εθνικότητα), φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο και

είδος εκπαίδευσης, με άδεια παραμονής στη χώρα ή χωρίς άδεια, με άδεια εργασίας ή χωρίς άδεια, εργαζόμενος ή όχι, ασφαλισμένος ή όχι, πόσο διάστημα ζει στη χώρα μας, έχει μεταναστεύσει σε άλλη χώρα πριν έρθει στην Ελλάδα; Μετανάστευσε μόνος ή με την οικογένεια, πόσα μέλη και ποια; το θρήσκευμα, η σχέση τους με την εκπαίδευση και την αγορά κ.λπ., πώς συνδέονται ή επηρεάζουν αυτήν τη διαδικασία της ένταξης και ενσωμάτωσης;

3. **Η επαφή και συνεργασία των οικονομικών μεταναστών με τις ΚΥΥ**, τα ιδιαίτερα κοινωνικά και άλλα χαρακτηριστικά τους, αξιολογούνται και μπορούν να επηρεάσουν εν τέλει την ένταξή τους; Δηλαδή, για παράδειγμα, έχουν τις ίδιες ευκαιρίες και την ίδια αντιμετώπιση οι παράνομοι μετανάστες με τους νόμιμους μετανάστες; Υπάρχει διαφορά στην αντιμετώπιση ανάλογα με την καταγωγή-εθνικότητα των μεταναστών κατά τη γνώμη τους;
4. **Η γνώση της ελληνικής γλώσσας** επηρεάζει τη σχέση τους με τις ΚΥΥ, το είδος και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών προς αυτούς;
5. Πριν **απευθυνθούν** σε κάποια ΚΥΥ είχαν σχετική πληροφόρηση;
6. Αν ναι, από που είχαν την **πληροφόρηση**, πόσο πλήρης και χρήσιμη ήταν για αυτούς;
7. Η ύπαρξη και μόνο αυτού του μεγάλου αριθμού οικονομικών μεταναστών, επέδρασε και σε ποιο βαθμό, στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των ΚΥΥ;
8. Η επαφή των οικονομικών μεταναστών με τις ΚΥΥ, έχει ως αποτέλεσμα την **κοινωνικοποίησή** τους, δηλαδή η νοοτροπία και οι συμπεριφορές των μεταναστών, το σύστημα κοινωνικών αξιών και προτύπων συγκλίνουν με τα ισχύοντα στην ελληνική πραγματικότητα;
9. Οι **σχέσεις** που αναπτύσσονται ανάμεσα στους οικονομικούς μετανάστες και τους εργαζόμενους στις ΚΥΥ, καθώς και οι σχέσεις μεταξύ ασθενών μεταναστών, διαφορετικών εθνοτήτων.

10. Πώς **βίωσαν** αυτή την επαφή με τις ΚΥΥ, πώς αξιολογούν τις συμπεριφορές τόσο των εργαζομένων στις ΚΥΥ, όσο και των υπολοίπων ασθενών, μεταναστών από άλλες χώρες ή ελλήνων ασθενών;
11. Στην επαφή τους με τους εργαζόμενους (γιατρούς, νοσηλευτικό προσωπικό κ.λπ.) επεδίωξαν **προσωπικές σχέσεις** για καλύτερη εξυπηρέτηση;
12. Επειδή η ενσωμάτωση είναι σχέση αλληλεπίδρασης, κατάφεραν οι μετανάστες μέσα από τη σχέση αυτή να επηρεάσουν με τα δικά τους πολιτισμικά στοιχεία και σε ποιο βαθμό την καθημερινότητα στις ΚΥΥ;
13. **Προσωπική αντίληψη, κοινωνικές αναπαραστάσεις** του οικονομικού μετανάστη για τους εργαζόμενους στις ΚΥΥ και για τους άλλους ασθενείς (μετανάστες και μη): Από την προσωπική του εμπειρία ή από άλλους, συγγενείς και γνωστούς του, πώς ήταν η επαφή με τις ΚΥΥ, όπως τις περίμενε – πώς τις περίμενε; Καλύτερη ή χειρότερη από τις προσδοκίες του;
14. **Προτάσεις** για καλύτερη συνεργασία και καλύτερη εξυπηρέτηση των οικονομικών μεταναστών στις ΚΥΥ. Τι θα προτεινόταν για την καλύτερη εξυπηρέτηση των μεταναστών/τριών και την ομαλότερη εργασία των ανθρώπων που δουλεύουν στην συγκεκριμένη υπηρεσία; Τι θα συμβούλευε τους μετανάστες/τριες σε θέματα υγείας (ως προς τη συμπεριφορά τους προς τις υπηρεσίες και ως προς την ατομική τους φροντίδα) σχέσεων, οικονομικής δραστηριότητας, πολιτικής, οικογένειας, εργασίας-απασχόλησης.
15. Τι άλλο μπορεί να προστεθεί ή να τονιστεί σχετικά.

Ατομικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων στις ΚΥΥ που συμμετείχαν στην έρευνα με συνεντεύξεις τους

Όνομα	Ειδικότητα	Νοσοκομείο	Θέση Στο Φορέα	Ηλικία (Χρόνια)	Χρόνος Προϋπηρεσίας (Ετη)	Οικογενειακή Κατάσταση	Παιδιά (Αριθμός)	Μορφωτικό Επίπεδο
Γιώργος Τ.	Οικονομολόγος	Ευαγγελισμός	Υψηλόβαθμο στέλεχος Διοίκησης	62	34	Έγγαμος	1	ΑΕΙ με Μεταπτυχιακά
Ελένη Γ.	Νοσηλεύτρια	Ευαγγελισμός	Νοσηλεύτρια Κλινικής	46	21	Έγγαμη	2	ΤΕ
Λευτέρης Κ.	Παθολόγος	Ευαγγελισμός	Αναπληρωτής Διευθυντής	50	19	Άγαμος		Διδακτορικό
Νίκος Φ.	Ογκολόγος - Χειρουργός	Άγιος Σάββας	Διευθυντής Κλινικής	54	25	Έγγαμος	2	Διδακτορικό
Μαρίνα Α.	Νοσηλεύτρια	Άγιος Σάββας	Προϊσταμένη Τμήματος	32	6	Έγγαμη		ΤΕ
Ειρήνη Π.	Κοινωνική λειτουργός	Άγιος Σάββας	Προϊσταμένη Τμήματος	52	20	Έγγαμη	1	ΤΕ
Ελένη Θ.	Διοικητική Υπάλληλος Σηπλιοπούλειο	Αγία Ελένη	Προϊσταμένη Τμήματος	42	21	Έγγαμη	2	ΑΕΙ
Γιάννης Φ.	Νοσηλεύτης Σηπλιοπούλειο	Αγία Ελένη		32	5	Άγαμος		ΤΕ
Δήμητρα Κ.	Νοσηλεύτρια στο Αστικού τύπου	Κέντρο Υγείας Βύρωνα	Νοσηλεύτρια - Γενικά	41	18	Έγγαμη	2	ΤΕ
Γιάννης Ρ.	Γιατρός	Κέντρο Υγείας Βύρωνα	Γενικός Γιατρός	46	19	Έγγαμος	1	ΑΕΙ
Μάρκος Α.	Γιατρός	Ευαγγελισμός	Επιμελητής Α	45	12	Έγγαμος	1	ΑΕΙ
Ζωή Φ.	Νοσηλεύτρια	Ευαγγελισμός	Νοσηλεύτρια εξωτερικών Ιατρείων	32	6	Άγαμη		ΤΕ
Μαρία Δ.	Διοικητική Υπάλληλος	Ευαγγελισμός	Υπάλληλος Γραφείου	48	25	Έγγαμη	3	ΔΕ (Δευτεροβάθμια εκπ.)
Λάμπρος Β.	Τραυματιοφορέας	Ευαγγελισμός	Τραυματιοφορέας Βάρδιας	46	22	Έγγαμος	2	ΥΕ (Υποχρεωτικής εκπ.)
Αντώνης Σ.	Γιατρός	Ευαγγελισμός	Επιμελητής Β - Εργαστηριακή	36	4	Έγγαμη		ΑΕΙ
Ρίτα Δ.	Νοσηλεύτρια	Ευαγγελισμός	Βοηθός Νοσηλεύτρια	31	6	Έγγαμη	2	ΔΕ (Δευτεροβάθμια εκπ.)
Λίνα Κ.	Γιατρός	Ευαγγελισμός	Ειδικευόμενη - Απεικονιστικά	30	2	Άγαμη		ΑΕΙ
Κώστας Ν.	Φυσιοθεραπευτής	Ευαγγελισμός	Βοηθός Προϊσταμένου	42	13	Έγγαμος	1	ΤΕ
Νίκος Δ.	Νοσηλεύτης	Ευαγγελισμός	Νοσηλεύτης Βάρδιας Τμήματος	29	3	Άγαμος		ΤΕ
Δάφνη Κ.	Νοσηλεύτρια	Ευαγγελισμός	Προϊσταμένη Τμήματος	42	18	Έγγαμη	2	ΤΕΙ με Μεταπτυχιακά
Λουκία Φ.	Νοσηλεύτρια	Ευαγγελισμός	Νοσηλεύτρια Βάρδιας Τμήματος	36	9	Έγγαμη	1	ΤΕ
Ιάσων Ν.	Γιατρός	Άγιος Σάββας	Ειδικευόμενος	30	2	Άγαμος		ΠΕ
Θωμάς Β.	Διοικητικός Υπάλληλος	Άγιος Σάββας	Προϊστάμενος Τμήματος	52	31	Έγγαμος	2	ΔΕ (Δευτεροβάθμια εκπ.)
Λεωνίδας Ν.	Νοσηλεύτης	Άγιος Σάββας	Νοσηλεύτης Βάρδιας	32	5	Έγγαμος		ΤΕ
Φρίντα Δ.	Νοσηλεύτρια	Άγιος Σάββας	Προϊσταμένη Τμήματος	46	23	Διαζευγμένη	2	ΤΕ με Μεταπτυχιακά
Φένια Π.	Αποκλειστική Νοσηλεύτρια	Άγιος Σάββας	Εξωτερική Συνεργασία	27	3	Άγαμη	1	ΔΕ (Δευτεροβάθμια εκπ.)
Μιχάλης Μ.	Τραυματιοφορέας	Άγιος Σάββας	Μόνιμος Υπάλληλος	48	25	Έγγαμος	3	ΥΕ (Υποχρεωτικής εκπ.)
Έρση Μ.	Προσωπικό Ασφαλείας	Άγιος Σάββας	Εξωτερική Συνεργασία	27	3	Άγαμη		ΤΕ
Ηλίας Κ.	Γιατρός	Σηπλιοπούλειο	Επιμελητής Α'	45	18	Διαζευγμένος	1	ΠΕ
Αθηνά Ζ.	Μαία	Κέντρο Υγείας Βύρωνα	Μόνιμη Υπάλληλος	39	14	Έγγαμη	2	ΤΕ

**Ατομικά χαρακτηριστικά των οικονομικών μεταναστών που συμμετείχαν στην έρευνα
με συνεντεύξεις τους**

Όνομα	Εκπαίδευση	Καταγωγή /χώρα προέλευσης	Ηλικία	Οικογ. Κατάσταση	Με Άδεια Παραμονής ή Όχι	Άδεια Εργασίας ή Όχι	Ασφάλιση ή Όχι	Έτη Διαμονής στην Ελλάδα
Γιούρι	Πρωτ/μια	Βουλγαρία	33	έγγαμος	Με άδεια	Με άδεια	ναι	3
Μιχαήλ	Πρωτ/μια	Βουλγαρία	23	άγαμος	χωρίς	Χωρίς	όχι	2
Σάββας	Δευτ/μια	Βουλγαρία	44	έγγαμος	Με άδεια	Με άδεια	ναι	5
Κονστάν	Πρωτ/μια	Βουλγαρία	23	άγαμος	Με άδεια	Με άδεια	ναι	5
Μαρία	Πρωτ/μια	Βουλγαρία	35	έγγαμη	χωρίς	χωρίς	όχι	2
Νάταλι	Πρωτ/μια	Βουλγαρία	22	άγαμη	Με άδεια	Με άδεια	ναι	3
Σόνια	Τριτ/μια	Βουλγαρία	41	έγγαμη	Με άδεια	Με άδεια	ναι	6
Κάτια	Δευτ/μια	Βουλγαρία	33	άγαμη	Με άδεια	Με άδεια	ναι	4
Μορίς	Τριτ/μια	Γεωργία	45	έγγαμος	Με άδεια	Με άδεια	ναι	5
Κοράν	Πρωτ/μια	Γεωργία	32	άγαμος	Με άδεια	Με άδεια	ναι	3
Μιχαήλ	Πρωτ/μια	Γεωργία	21	άγαμος	Με άδεια	Με άδεια	ναι	2
Νικ	Δευτ/μια	Γεωργία	36	έγγαμος	Με άδεια	Με άδεια	ναι	5
Βικτώρια	Πρωτ/μια	Γεωργία	19	άγαμη	χωρίς	Χωρίς	όχι	1
Μαρία	Πρωτ/μια	Γεωργία	52	έγγαμη	Με άδεια	Με άδεια	ναι	7
Κατρίν	Πρωτ/μια	Γεωργία	44	άγαμη	Με άδεια	Με άδεια	ναι	5
Σαμόν	Πρωτ/μια	Αλβανία	19	άγαμος	χωρίς	χωρίς	όχι	1
Γιούρι	Δευτ./μια	Αλβανία	33	άγαμος	Με άδεια	Με άδεια	ναι	12
Μουράτ	Πρωτ/μια	Αλβανία	52	έγγαμος	Με άδεια	με άδεια	ναι	14
Νίκος	Δευτ/μια	Αλβανία	31	έγγαμος	Με άδεια	Με άδεια	ναι	8
Σαμάν	Πρωτ/μια	Αλβανία	47	έγγαμος	Χωρίς	χωρίς	όχι	2
Σαχίμ	Πρωτ/μια	Αλβανία	22	άγαμος	χωρίς	χωρίς	όχι	2

Κώστας	Τριτ/μια	Αλβανία	42	έγγαμος	Με άδεια	Με ‘άδεια	ναι	15
Μάρθα	Πρωτ/μια	Αλβανία	22	άγαμη	Με άδεια	Με άδεια	ναι	3
Ρομίνα	Δευτ/μια	Αλβανία	37	άγαμη	Με άδεια	Με άδεια	ναι	9
Κάτια	Πρωτ/μια	Αλβανία	22	άγαμη	Με άδεια	Με άδεια	ναι	3
Ντόνα	Πρωτ/μια	Αλβανία	55	έγγαμη	Χωρίς άδεια	Χωρίς άδεια	όχι	14
Αλίνα	Δευτ/μια	Αλβανία	22	έγγαμη	Με άδεια	Με άδεια	ναι	2
Μπόνα	Πρωτ/μια	Αλβανία	35	άγαμη	Με άδεια	Με άδεια	ναι	4
Βαλεντίνα	Τριτ/μια	Αλβανία	44	άγαμη	Με άδεια	Με άδεια	ναι	6
Τζώνη	Δευτ/μια	Αλβανία	39	άγαμος	Με άδεια	Με άδεια	ναι	9