

Ο λόγος των μεταναστών για τους παράγοντες που δυσχεραίνουν την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα

Γεώργιος Κιτσαράς & Αφροδίτη Μπάκα

Τμήμα Ψυχολογίας Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Περίληψη

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι να αναδείξει τη σχέση των μεταναστών με τις δομές παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και τα προβλήματα τα οποία αυτοί καλούνται να αντιμετωπίσουν, όταν έρθουν σε επαφή μαζί τους. Στην έρευνα έλαβαν μέρος έντεκα (11) συμμετέχοντες, άνδρες και γυναίκες, διαφόρων εθνικοτήτων με διάρκεια παραμονής στην Ελλάδα από δύο (2) έως έντεκα (11) έτη. Η έρευνα βασίστηκε στην ποιοτική ανάλυση περιεχομένου. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων ανέδειξε τέσσερις παράγοντες οι οποίοι δυσχεραίνουν την πρόσβαση και υποβαθμίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών στις δομές υγείας για τους μετανάστες. Οι παράγοντες αυτοί είναι η γλωσσική επάρκεια, η ενημέρωση και η εξοικείωση με τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας, η ύπαρξη ασφάλισης υγείας και ο φόβος αντιμετώπισης συμπεριφορών διάκρισης από την πλευρά του προσωπικού των δομών υγείας.

Λέξεις κλειδιά: Μετανάστευση, Υπηρεσίες υγείας, Κοινωνική ένταξη.

Επικοινωνία: Αφροδίτη Μπάκα, Τμήμα Ψυχολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, 54124, Θεσσαλονίκη. Τηλέφωνο: 2310 997341. Fax: 2310 997384. E-mail: abaka@psy.auth.gr.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι πρόσφατες εξελίξεις σε κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο στην Ελλάδα έχουν περιορίσει σημαντικά την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, τόσο για τους Έλληνες όσο και για τους μετανάστες. Ιδιαίτερα όμως στην περίπτωση των μεταναστών, η μη παροχή του δικαιώματος για πλήρη και σωστή ιατροφαρμακευτική κάλυψη αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς ανασχετικούς παράγοντες για την πλήρη ένταξή τους στην νέα κοινωνία (Ingleby, 2006). Ως εκ τούτου καθίσταται σημαντική η διερεύνηση των συνθηκών εκείνων που δυσχεραίνουν την πρόσβαση των μεταναστών στις δομές παροχής υγείας και μειώνουν την ποιότητα των υπηρεσιών που λαμβάνουν (Boswell, 2005. Dikaiou & Hatzidimitriadou, 2010. Portugal, Padilla, Ingleby, Freitas, Lebas, & Miguel, 2007).

Οι μελέτες που επικεντρώνονται στα εμπόδια που συναντούν οι μετανάστες σε διαφορετικές χώρες υποδοχής στο Δυτικό κόσμο διαπιστώνουν μια σειρά παραγόντων που δυσχεραίνουν την παροχή υγείας. Ο παράγοντας που αναδεικνύεται ως ο πλέον σημαντικός είναι ο βαθμός κατανόησης και χρήσης της γλώσσας της χώρας υποδοχής. Μετανάστες οι οποίοι παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα κατανόησης και ομιλίας της κυρίαρχης γλώσσας, στη χώρα υποδοχής, παρουσιάζουν σαφώς χαμηλότερα ποσοστά πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας από ότι μετανάστες με καλή κατανόηση της επίσημης γλώσσας (Derose, Escarse & Lurie, 2007). Ακόμα και όταν οι μετανάστες έρθουν σε επαφή με μία δομή υγείας, τα γλωσσικά εμπόδια οδηγούν συχνά σε αδυναμία περιγραφής των συμπτωμάτων και των ενοχλήσεων που βιώνουν, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η σωστή και ακριβής διάγνωση της ασθένειας (Flores, 2006. Mastaki, 2010. Portes, Fernandez-Kelly, & Light, 2012). Επιπλέον, αν η προτεινόμενη θεραπεία περιλαμβάνει είτε φαρμακευτική αγωγή είτε επίσκεψη σε τρίτο ιατρό, άμεσα δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος, καθώς κάθε φορά που ο μετανάστης θα αλλάζει περιβάλλον και πρόσωπα θα πρέπει πάλι να ξεκινά από το μηδέν αναφορικά με τη συνεννόηση και την επικοινωνία (Mladovsky, 2007). Ειδικά στην περίπτωση φαρμακευτικής αγωγής, η οποία από τη φύση της ακολουθείται από ακριβείς οδηγίες τόσο για τη δοσολογία όσο και για τον τρόπο λήψης της, οι μετανάστες με αδυναμία κατανόησης των οδηγιών αυτών βρίσκονται συχνά έκθετοι και αντιμέτωποι με μικρές ή και σοβαρές επιπλοκές τις οποίες δεν γνωρίζουν πώς να αντιμετωπίσουν (Mladovsky, 2007. Portugal et al., 2007).

Πέραν των γλωσσικών εμποδίων, σημαντικός παράγοντας για την δυσκολία πρόσβασης και χρήσης των δομών υγείας είναι και η έλλειψη πληροφόρησης για το πώς λειτουργούν τα συστήματα υγείας, αλλά και σε ορισμένες περιπτώσεις η πολυπλοκότητα αυτών. Συχνά οι μετανάστες έχουν πλήρη άγνοια αναφορικά με τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας της χώρας υποδοχής και δεν γνωρίζουν ακριβώς τις διαδικασίες τις οποίες θα πρέπει να ακολουθήσουν, αν αρρωστήσουν, πέραν της επίσκεψης στα επείγοντα περιστατικά ενός νοσοκομείου (Cucchi et al., 2008. Γιατροί του κόσμου, 2007). Αποτέλεσμα αυτού είναι ο παρατηρούμενος υπερπληθυσμός στα τμήματα επειγόντων περιστατικών των δημόσιων νοσοκομείων με σαφείς επιπτώσεις τόσο στην εξυπηρέτηση των μεταναστών όσο και στην ποιότητα των υπηρεσιών τις οποίες λαμβάνουν (Cucchi et al., 2008. Grassino, Guidi, Monzani, Pietro, & Bona, 2009. Portes, Fernandez-Kelly & Light, 2012. Portugal et al., 2007).

Η ιατρική ασφάλεια και το κόστος των υπηρεσιών υγείας το οποίο καλούνται συχνά να πληρώσουν οι μετανάστες οδηγεί στην αποφυγή εκ μέρους των μεταναστών της χρήσης των υπηρεσιών υγείας (Ku & Matani, 2001. Mastaki, 2010). Στις ΗΠΑ, για παράδειγμα, το σύστημα υγείας βασίζεται κυρίως σε ιδιωτικές ιατρικές ασφάλειες τις οποίες ο κάθε πολίτης αγοράζει με δικά του χρήματα διαλέγοντας, αναλόγως με την οικονομική του δυνατότητα, το αντίστοιχο «πακέτο» παροχών (Portes, Fernandez-Kelly, & Light, 2012). Για τους μετανάστες οι οποίοι δεν έχουν δυνατότητα αγοράς ιδιωτικής ασφάλειας υπάρχουν κρατικά προγράμματα όπως το Medicaid που τους παρέχει βασική ιατροφαρμακευτική κάλυψη (Asch et al., 2006. Goldman, Smith, & Sood, 2006). Σε όλα τα κράτη της ΕΕ υπάρχουν εθνικά συστήματα υγείας τα οποία όμως παρουσιάζουν σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς το ποιους καλύπτουν και σε τι βαθμό (Goldman, Smith, & Sood, 2006. Huber et al., 2008). Στην Ελλάδα η παροχή υπηρεσιών υγείας εντός του Εθνικού συστήματος υγείας καλύπτεται εν μέρει από την ασφάλιση του ασθενούς. Σε περίπτωση μη ασφαλισμένων ασθενών, που συχνά είναι οι μετανάστες, αυτοί καλούνται να καλύψουν το συνολικό κόστος των υπηρεσιών που θα λάβουν.

Ένας ακόμα παράγοντας που οι έρευνες αναδεικνύουν ως σημαντικό εμπόδιο που συναντούν οι μετανάστες στην πρόσβασή τους στις δομές υγείας είναι οι συμπεριφορές διακρίσεων που είτε αντιμετωπίζουν από τον υπόλοιπο πληθυσμό είτε φοβούνται ότι μπορεί να δεχτούν. Η αναγνώριση της μεταναστευτικής τους ιδιότητας, είτε εξαιτίας

εξωτερικών χαρακτηριστικών είτε με την επίδειξη επίσημων εγγράφων, συνδέεται με συμπεριφορές διακρίσεων από την πλευρά του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού (Portugal et al., 2007. Stronks, Ravelli, & Reijneveld, 2001). Ωστόσο και ο ίδιος ο φόβος των μεταναστών ότι μπορεί να υποστούν συμπεριφορές διακρίσεων τους οδηγεί συχνά να αποφεύγουν την έκθεση σε διάφορα πλαίσια τριβής και συνδιαλλαγής με τον τοπικό πληθυσμό συμπεριλαμβανομένων και των δομών υγείας (Derose, Escarce, & Lurie, 2007. Mastaki, 2010).

Ένας επιπλέον παράγοντας που επηρεάζει την πρόσβαση των μεταναστών στην παροχή υγείας είναι οι πολιτισμικές διαφοροποιήσεις στην κατανόηση και αντιμετώπιση της ασθένειας. Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στις ΗΠΑ και τον Καναδά διαπιστώνουν ότι μεταναστευτικές ομάδες από χώρες της Ανατολής (Κίνα, Ινδία, Κορέα, Βιετνάμ), από χώρες της Νοτίου και Κεντρικής Αμερικής αλλά και από Αφρικανικές χώρες ακολουθούν και εφαρμόζουν παραδοσιακές τεχνικές αξιολόγησης και θεραπείας διαφόρων ασθενειών, οι οποίες συχνά αντιτίθενται προς εκείνες της σύγχρονης Δυτικής ιατρικής (Lai & Chappell, 2007. Ransford, Carrillo, & Rivera, 2010. Xueqin, 1999).

Οι παράγοντες αυτοί φαίνεται να επηρεάζουν πολύ περισσότερο τους μετανάστες χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής (Huber et al., 2008. Karanikolos et al., 2013. Portugal et al., 2007). Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, απαγορεύεται η χρήση των υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής, εκτός αν πρόκειται για κάποιο επείγον περιστατικό. Σε αυτή την περίπτωση η άρνηση παροχής βοήθειας από το νοσηλευτικό προσωπικό συνιστά ποινικό παράπτωμα και αντιτίθεται στον ιατρικό όρκο. Όμως η ίδια η διατύπωση αυτής της εξαίρεσης αφήνει χώρο για παρερμηνείες, αναφορικά με την επείγουσα ή μη φύση του προβλήματος από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Πιο συγκεκριμένα, το 2011 σε πόλεις της κεντρικής Ευρώπης 40 τοις εκατό των μεταναστών χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής δεν είχαν κανενός είδους ιατρική περίθαλψη ενώ 46 τοις εκατό έπασχε από παθολογίες για τις οποίες χρειαζόταν ιατρική παρακολούθηση αλλά δεν την είχαν (Doctors of the World, 2012. Rue, Cabré, Soler-González, Bosch, Almirall, & Catalina Serna, 2008). Ποσοστό 80 τοις εκατό των εγκύων γυναικών που επισκέφτηκαν μέσα στο 2011 τα πολυϊατρεία των Γιατρών του Κόσμου σε συνολικά 7 χώρες δεν είχε λάβει κανενός είδους ιατρικό έλεγχο κατά τη διάρκεια της

εγκυμοσύνης (Doctors of the World, 2012). Επίσης, ενώ πάνω από 50 τοις εκατό των μεταναστών χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής εκδήλωσε την επιθυμία να πραγματοποιήσει εξέταση για τον ιό HIV, μόνο ένας στους τρεις από αυτούς γνώριζε πού έπρεπε να απευθυνθεί, ενώ οι υπόλοιποι θεωρούσαν ότι δεν έχουν δικαίωμα σε τέτοιου είδους εξέταση (Γιατροί του Κόσμου, 2007).

Γενικότερα και στην Ελλάδα οι περισσότεροι δείκτες υγείας που αφορούν τους μετανάστες είναι αρκετά χαμηλοί (Doctors of the World, 2012. Sole-Auro, Guillen, & Crimmis, 2011). Συγκεκριμένα, τα επίπεδα μόλυνσης από μεταδοτικές ασθένειες όπως η φυματίωση, όλες οι μορφές ηπατίτιδας (A,B,C) και ο HIV/AIDS παρουσιάζονται σταθερά υψηλά σε αυτή την ομάδα (Doctors of the World, 2012. Pantazis, Elefsiniotis, & Brokalaki, 2008. Paravetsis et al., 2010). Επιπλέον, ένας στους δύο μετανάστες χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής έχει πέσει θύμα ρατσιστικών επιθέσεων και βίας μετά την άφιξή του στην Ελλάδα με όλο το φάσμα των ψυχολογικών και συναισθηματικών επιπτώσεων που αυτή ενέχει (Doctors of the World, 2012). Τέλος, αναφορικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, ως μεγαλύτερο εμπόδιο για τους μετανάστες χωρίς νόμιμα έγγραφα αναδεικνύεται το κόστος και η αδυναμία κάλυψής τους σε ποσοστό 28.8 τοις εκατό ακολουθημένο από τον φόβο καταγγελίας ή διάκρισης και άρνησης θεραπείας με ποσοστό 27.5 τοις εκατό (Doctors of the World, 2012).

Οι έρευνες αυτές, εκτός του ότι εντοπίζουν τους παράγοντες που στις περισσότερες χώρες του Δυτικού κόσμου δυσχεραίνουν ή και εμποδίζουν την πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας, αναδεικνύουν και τη σημασία του πλαισίου εντός του οποίου αυτοί οι παράγοντες λειτουργούν. Η νομιμότητα της παραμονής στη χώρα και η πρόσβαση σε θεμελιακά κοινωνικά δικαιώματα – ανάμεσα στα οποία και το δικαίωμα στην υγεία ή στην κοινωνική ασφάλιση- καθορίζονται από τη μεταναστευτική πολιτική κάθε χώρας. Η ελληνική μεταναστευτική πολιτική τις τελευταίες δεκαετίες στερείται σταθερών στόχων και προσανατολισμών, κάτι που έχει σοβαρές επιπτώσεις στη μέχρι τώρα κοινωνικοπολιτική ένταξη των μεταναστών. Επιπτώσεις που επιδεινώνονται σήμερα από τη δημοσιονομική κρίση, την σταδιακή κατάρρευση του κοινωνικού κράτους, και την έξαρση των ρατσιστικών εγκλημάτων. Μέσα στο συγκεκριμένο κοινωνικοπολιτικό πλαίσιο η διερεύνηση των παραγόντων που δυσχεραίνουν την πρόσβαση στο δικαίωμα στην υγεία των μεταναστών, και ιδιαίτερα μέσα από την δική τους οπτική και εμπειρία (Δικαίου,

Παπαδοπούλου, & Μπάκα, 2005), γίνεται επιτακτική. Υπηρετώντας αυτό το στόχο η παρούσα έρευνα επικεντρώνεται στους ίδιους τους μετανάστες δίνοντάς του το βήμα να αναπτύξουν τη δική τους οπτική για τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. Επιδιώκει να διερευνήσει το πώς οι μετανάστες στην Ελλάδα, νόμιμοι και μη, με και χωρίς ασφάλιση, από ποικίλα πολιτισμικά πλαίσια μιλούν για το σύστημα υγείας στην Ελλάδα και να καταδείξει το πώς αντιλαμβάνονται οι ίδιοι οι μετανάστες τα εμπόδια τα οποία προκύπτουν κατά την επαφή τους με τις δομές υγείας.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος συνολικά έντεκα (11) μετανάστες (8 άνδρες και 3 γυναίκες), τους οποίους προσεγγίσαμε στο Στέκι Μεταναστών Θεσσαλονίκης, στο πολυϊατρείο των Γιατρών του Κόσμου/παράρτημα Θεσσαλονίκης, στο Κοινωνικό Ιατρείο Θεσσαλονίκης και στο Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων και οι οποίοι, αφού ενημερώθηκαν για τους στόχους της έρευνας, δέχτηκαν να συμμετέχουν σε αυτή. Η μόνη προϋπόθεση για τη συμμετοχή στην έρευνα ήταν το να έχει ο συμμετέχων/ουσα κάποιου είδους προσωπική εμπειρία με δομή του ΕΣΥ, είτε ως ασθενής είτε ως συνοδός.

Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 30 έτη (μέγιστη ηλικία τα 40 και ελάχιστη τα 26 έτη). Ο μέσος χρόνος παραμονής των συμμετεχόντων στην Ελλάδα ήταν 4 έτη με το μεγαλύτερο διάστημα να είναι στα 11 και το μικρότερο διάστημα στα 2 χρόνια. Από τους συμμετέχοντες τέσσερις (4) εργάζονταν, έξι (6) ήταν άνεργοι ενώ μία (1) ήταν φοιτήτρια. Οι χώρες καταγωγής των συμμετεχόντων κάλυπταν μία ευρεία γεωγραφική περιοχή από την Ασία έως την Ανατολική Ευρώπη. Δύο προέρχονταν από το Πακιστάν, δύο από την Τουρκία ενώ οι υπόλοιποι προέρχονταν από την Αίγυπτο, την Αλβανία, το Ιράκ, τη Λιβύη, τη Ρωσία, τη Σερβία και τη Συρία (ένας από κάθε χώρα). Πέντε (5) εκ των συμμετεχόντων διέθεταν νόμιμα έγγραφα παραμονής και εργασίας στη χώρα και είχαν ασφάλεια υγείας ενώ έξι (6) δεν διέθεταν νόμιμη άδεια παραμονής και ήταν ανασφάλιστοι. Οι εννέα (9) από τους έντεκα (11) είχαν ολοκληρώσει τη βασική σχολική εκπαίδευση στη χώρα τους, ενώ μόνο δύο (2) είχαν ανώτατη εκπαίδευση.

Όσον αφορά την ικανότητα χειρισμού της ελληνικής γλώσσας αυτή εκτιμήθηκε με βάση τόσο τη δική τους αυτοαξιολόγηση όσο και μέσα από τη διαδικασία της συνέντευξης και του τρόπου με τον οποίο αντιλαμβάνονταν και απαντούσαν στις ερωτήσεις. Ειδικότερα,

στην κατανόηση του προφορικού λόγου και την ομιλία της Ελληνικής γλώσσας τέσσερις (4) παρουσίασαν μέτρια, έξι (6) καλή και ένας (1) εξαιρετική επίδοση.

Η τεχνική της ημι-δομημένης συνέντευξης επιλέχθηκε για την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας, καθώς επιτρέπει την μελέτη πολύπλοκων ζητημάτων, μέσω της προσωπικής επαφής και με παράλληλη καταγραφή ιδεών, κινήτρων και συναισθημάτων (Kragia, Kriona, & Georgaka, 2010). Επιπλέον, η συνέντευξη ως ερευνητική μέθοδος έχει ιδιαίτερη αξία καθότι δίνει τη δυνατότητα στον ερευνητή να θέσει σκόπιμα ερωτήσεις σε όλα τα άτομα του δείγματος για τα ίδια θέματα έχοντας παράλληλα τη δυνατότητα ενεργούς παρέμβασης (Potter & Wetherell, 2007).

Η συνέντευξη που χρησιμοποιήθηκε περιελάμβανε τέσσερις θεματικούς άξονες. Ο πρώτος αφορούσε γενικά στοιχεία για την επαφή του ατόμου με κάποια δομή υγείας, όπως το εάν συνοδευόταν, το είδος του προβλήματος, το πότε έλαβε χώρα το περιστατικό και το αν ήταν ασφαλισμένος. Ο δεύτερος θεματικός άξονας επικεντρώνονταν στην εμπειρία σε δύο επίπεδα, το προ-νοσοκομειακό και το ενδο-νοσοκομειακό. Σε προ-νοσοκομειακό επίπεδο υπήρξαν ερωτήσεις για το 166, την αναζήτηση της δομής και την πρόσβαση σε αυτή. Σε ενδο-νοσοκομειακό επίπεδο οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν για την αναμονή, την περιγραφή των συμπτωμάτων, την επαφή με το ιατρικό προσωπικό, τη συμπεριφορά τόσο του προσωπικού όσο και τρίτων προσώπων εντός του νοσοκομείου, το εάν χρειάστηκε να πληρώσουν για τις υπηρεσίες και το εάν παρατήρησαν κάτι διαφορετικό από προηγούμενη επίσκεψή τους σε δημόσια δομή υγείας. Η σύγκριση των δημόσιων δομών υγείας με αυτές των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων (ΜΚΟ) και κοινωνικών ιατρείων αποτέλεσε τον τρίτο θεματικό άξονα της συνέντευξης. Τέλος, η συνέντευξη ολοκληρώθηκε με ερωτήσεις σχετικές με το πώς βιώνουν οι ίδιοι ως μετανάστες τις αλλαγές στην Ελλάδα και ποια είναι η άποψή τους για το μέλλον.

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν από τον Οκτώβριο του 2012 έως και τον Ιανουάριο του 2013. Οι εννέα (9) έγιναν στη Θεσσαλονίκη, ενώ οι δύο (2) στα Ιωάννινα. Έλαβαν χώρα στις κατοικίες, ή στους χώρους εργασίας των συμμετεχόντων, καθώς και στο Στέκι Μεταναστών και στο Κοινωνικό Ιατρείο Θεσσαλονίκης. Ο μέσος χρόνος διάρκειας των συνεντεύξεων ήταν 30 λεπτά. Οι συνεντεύξεις απομαγνητοφωνήθηκαν και αναλύθηκαν με βάση την «ποιοτική ανάλυση περιεχομένου» (Ahuvia, 2008. George, 2008. Smith, 1995). Πιο συγκεκριμένα, η ανάλυση εστιάστηκε στην ανάδειξη των παραγόντων

που παρουσιάζουν οι μετανάστες ως σημαντικούς στην επαφή τους με τις δομές παροχής υγείας. Στη συνέχεια, εντός κάθε παράγοντα εντοπίστηκαν τα υποθέματα που αναπτύχθηκαν καθώς και τα ερμηνευτικά σχήματα που χρησιμοποιήθηκαν για την υποστήριξη της σημαντικότητας του κάθε παράγοντα και μετρήθηκε η συχνότητα εμφάνισής τους. Βασικό κριτήριο για τον ορισμό των παραγόντων, όσο και των υποθεμάτων ήταν αυτοί να είναι νοηματικά διαχωρισμένοι με ξεκάθαρο τρόπο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ανάλυση των συνεντεύξεων ανέδειξε τέσσερις παράγοντες που σύμφωνα με τους συμμετέχοντες δυσχεραίνουν ή διευκολύνουν την πρόσβαση τους στις δομές παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι παράγοντες αυτοί είναι η γνώση της ελληνικής γλώσσας, ο βαθμός ενημέρωσης και εξοικείωσης με τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας, η ύπαρξη ή μη ασφάλισης και οι συμπεριφορές διακρίσεων τις οποίες μπορεί να υποστούν οι μετανάστες.

Η γνώση της ελληνικής γλώσσας

Σε συμφωνία με τις έρευνες που συζητήθηκαν στην προηγούμενη ενότητα οι συμμετέχοντες μίλησαν για τη σημασία της γνώσης της ελληνικής γλώσσας στην επαφή τους με δομές παροχής υγείας. Οκτώ (8) από αυτούς επέλεξαν να συνοδεύονται από Έλληνα γνωστό τους ή άλλο μετανάστη με περισσότερα χρόνια παραμονής στην Ελλάδα, και επιπλέον αναφέρουν ότι και την επόμενη φορά που θα χρειαστεί να επισκεφθούν κάποια δομή υγείας θα επιδιώξουν να συνοδεύονται από άλλο μετανάστη γνώστη της ελληνικής γλώσσας ή από Έλληνα. Ενδεικτικό είναι το παρακάτω απόσπασμα.

Απόσπασμα 1

E: Είχες ευκολία στο να μιλήσεις με το προσωπικό;

A: Δεν είχα μιλήσει εγώ, μίλησαν για μένα οι φίλοι μου,

E: Μίλησαν για σένα γιατί δεν μπορούσες να μιλήσεις καλά ελληνικά ή γιατί ήσουν χτυπημένος;

A: Και τα δύο. Τα παιδιά εκείνα έχουν χρόνια στην Ελλάδα και ξέρουν καλύτερα από μένα ελληνικά.

(συνέντευξη 3, άνδρας, λιβυκής καταγωγής, 2 χρόνια παραμονής)

Επίσης, η σπουδαιότητα του παράγοντα γλώσσα αναδείχθηκε και σε διάφορες άλλες ερωτήσεις όπως εκείνες που αφορούσαν τη χρήση του 166 ή την εμπειρία των συμμετεχόντων στα ιατρεία Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων (ΜΚΟ). Από τους έντεκα (11)

συμμετέχοντες στις συνεντεύξεις στην ερώτηση εάν έχουν καλέσει ποτέ το 166 οι δέκα (10) απάντησαν αρνητικά με μόνο ένα συμμετέχοντα να έχει καλέσει την υπηρεσία παλαιότερα. Ωστόσο, όταν μιλούν για εμπειρίες φίλων ή συγγενών τους με την κλήση του 166 αλλά και όταν σχολιάζουν την πιθανότητα να χρησιμοποιήσουν την υπηρεσία επικεντρώνονται στα προβλήματα συνεννόησης που μπορεί να προκύψουν.

Απόσπασμα 2

E: Χρειάστηκε να καλέσετε το 166; Υπήρξε κάποιο πρόβλημα στην επικοινωνία – περιγραφή της κατάστασης; Αν ναι, πως λύθηκε;

A: Δεν το έχω καλέσει ποτέ. Ξέρω ότι είναι το τηλέφωνο για τα ασθενοφόρα. Αλλά δεν το έχω καλέσει. Αλλά μιας και το λες, ξέρω κάποιους φίλους μου που το είχαν πάρει γιατί είχαν ένα ατύχημα αλλά ήταν δύσκολο να συνεννοηθούν με αυτόν που τουςμίλαγε και χάσανε πολύ ώρα στο τηλέφωνο. Αυτό, εγώ δεν το έχω πάρει.

E: Αν χρειαζόταν πιστεύεις ότι θα μπορούσες να μιλήσεις και να συνεννοηθείς μαζί τους σωστά;

A: Τώρα ναι γιατί μιλάω αρκετά καλά ελληνικά και καταλαβαίνω, αν αυτοί δεν με καταλάβαιναν για τη προφορά μου τότε δεν φταίω ας βρύνε κάποιον να μιλά αραβικά.

(συνέντευξη 4, άνδρας, ιρακινής καταγωγής, 2 χρόνια παραμονής)

Στο συγκεκριμένο απόσπασμα η δυσκολία συνεννόησης με το τηλεφωνικό κέντρο του ΕΚΑΒ στοιχειοθετείται με αναφορά στην εμπειρία άλλων μεταναστών και παρουσιάζεται να καθορίζει και τη στάση του ερωτώμενου στην πιθανή μελλοντική χρήση της υπηρεσίας. Η χρήση της υπηρεσίας του ΕΚΑΒ μοιάζει να εξαρτάται από το πώς αξιολογεί ο μετανάστης την ικανότητά του να συνεννοηθεί χρησιμοποιώντας την ελληνική γλώσσα στο τηλέφωνο. Αντίστοιχες αναφορές γίνονται από τους ερωτώμενους και όταν περιγράφουν την επαφή με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό εντός του νοσοκομείου.

Απόσπασμα 3

E: Είχες ευκολία στο να μιλήσεις με το προσωπικό, να περιγράψεις τα συμπτώματα;

A: Δεν είχα κάποιο πρόβλημα αλλά δεν ήθελα και κάτι δύσκολο.

E: Αν ήθελες κάτι δύσκολο πιστεύεις θα ήταν δυσκολότερο να συνεννοηθείς;

A: Ναι σίγουρα γιατί θα έπρεπε να πω πού πονάω κτλ και δεν θα μπορούσα να το πω στα ελληνικά, αυτά δεν τα ξέρω.

E: Οπότε αν χρειαστεί να πας σε νοσοκομείο για κάτι δύσκολο τι θα κάνεις;

A: Δεν θα πάω σε νοσοκομείο.

(συνέντευξη 5, γυναίκα, τουρκικής καταγωγής, 3 χρόνια παραμονής)

Παρότι στη συγκεκριμένη περίπτωση η μετανάστρια δεν αντιμετώπισε κάποιο πρόβλημα γλωσσικής επικοινωνίας, δε θεωρεί πως θα τα κατάφερνε σε κάποιο άλλο πλαίσιο το οποίο θα απαιτούσε μία περισσότερο πολύπλοκη συνεννόηση. Επιπλέον, παρότι εκτιμά ως θετική την εμπειρία της στο νοσοκομείο, δε μειώνεται η αγωνία της για μια πιθανή επόμενη επίσκεψη και τα γλωσσικά προβλήματα που μπορεί να προκύψουν. Αντί αυτού δηλώνει πως θα αποφύγει την επίσκεψη σε κάποιο δημόσιο νοσοκομείο σε πιθανή μελλοντική ανάγκη εφόσον αυτή περιέχει πολύπλοκες συνδιαλλαγές με τους γιατρούς.

Η μη επαρκής γνώση της γλώσσας ως παράγοντας που δυσχεραίνει την πρόσβαση στα νοσοκομεία είναι εμφανής και όταν οι μετανάστες μιλούν για τις εμπειρίες τους στα ιατρεία μη κερδοσκοπικών οργανισμών και στα κοινωνικά ιατρεία. Οι πέντε (5) από τους έντεκα (11) συμμετέχοντες της έρευνας έχουν επισκεφτεί τέτοιου είδους δομές. Ο κύριος παράγοντας που διαφοροποιεί τις δομές αυτές από τα νοσοκομεία στο λόγο των μεταναστών είναι η ύπαρξη προσωπικού που κατανοεί τη γλώσσα τους και η ύπαρξη και άλλων μεταναστών που λειτουργούν ως μεταφραστές τους, όποτε αυτό είναι αναγκαίο.

Απόσπασμα 4

E: Έχεις χρησιμοποιήσει υπηρεσίες υγείας εκτός δημόσιου νοσοκομείου; Αν ναι, τι είδους;

A: Ναι πηγαίνω στο κοινωνικό ιατρείο.

E: Εντόπισες διαφορές ανάμεσα στις δύο υπηρεσίες;

A: Στο κοινωνικό ιατρείο σε καταλαβαίνει ο γιατρός καλύτερα. Ένας εκεί ξέρει και τη γλώσσα και είναι όλα καλά δεν χρειάζεται να αγχώνεσαι [...].

(συνέντευξη 6, άνδρας, πακιστανικής καταγωγής, 4 χρόνια παραμονής)

Στο απόσπασμα ο ερωτώμενος εστιάζει στην ικανότητα του προσωπικού να συνεννοηθεί και να κατανοήσει τον ασθενή. Το γεγονός αυτό κρίνεται από τον ερωτώμενο ως η βασική αιτία που ο ίδιος δεν διστάζει να επισκεφτεί τη δομή εφόσον το έχει ανάγκη. Αντίθετα όταν μιλούν για το τι θα μπορούσε να αλλάξει προκειμένου να χρησιμοποιούν τις νοσοκομειακές δομές, οι απαντήσεις του συνόλου των συμμετεχόντων εστίασαν στο κομμάτι της γλώσσας. Πέντε (5) από τους συμμετέχοντες προχώρησαν και σε ορισμένες συγκεκριμένες προτάσεις όπως η ύπαρξη μεταφραστών και διαμεσολαβητών στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, προκειμένου να μειωθούν τα γλωσσικά εμπόδια και να διευκολυνθεί η καθημερινότητα τόσο των μεταναστών όσο και του προσωπικού των δομών υγείας.

Απόσπασμα 5

E: Τι θεωρείς ότι θα πρέπει να αλλάξει άμεσα στα δημόσια νοσοκομεία για να βοηθήσει τους μετανάστες;

A: Θα ήταν καλό για αυτούς που δεν μιλούν ελληνικά καλά να υπάρχει κάποιος να μιλήσει μαζί τους.

(συνέντευξη 7, γυναίκα, ρωσικής καταγωγής, 6 χρόνια παραμονής)

Τα παραπάνω αποσπάσματα αναδεικνύουν τη σημαντικότητα της γλώσσας στην επαφή με τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. Η μη επαρκής γνώση και κατανόηση της ελληνικής γλώσσας σύμφωνα με τους ερωτώμενους, οδηγεί τους μετανάστες στην αποφυγή της προσέγγισης των υπηρεσιών παροχής υγείας. Όταν η επίσκεψη σε μία νοσοκομειακή μονάδα είναι αναπόφευκτη, η λύση που επιλέγεται είναι αυτή της συνοδείας από τρίτο πρόσωπο, Έλληνα ή μετανάστη με περισσότερα χρόνια παραμονής στην Ελλάδα. Αντίθετα, το πιο φιλικό γλωσσικό περιβάλλον των μη κυβερνητικών οργανώσεων παροχής υπηρεσιών υγείας ενθαρρύνει την προσέλευση των μεταναστών σε αυτές.

Ενημέρωση και εξοικείωση με τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας

Το θέμα της ενημέρωσης και εξοικείωσης με τον τρόπο λειτουργίας των συστημάτων υγείας από τους μετανάστες είναι ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας που αναδεικνύεται τόσο από άλλες έρευνες όσο και στο λόγο των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα. Συγκεκριμένα το επίπεδο ενημέρωσης και εξοικείωσης που διευκολύνει ή δυσχεραίνει την πρόσβαση στο ΕΣΥ αναφέρθηκε από τους ερωτώμενους ως σημαντικός παράγοντας κυρίως σε προ-νοσοκομειακό επίπεδο, δηλαδή ως προς το πόσο σύντομα θα φτάσει ένας ασθενής στη δομή υγείας και το πόσο γρήγορα θα λάβει ιατρική βοήθεια. Μεγάλη καθυστέρηση στη μεταφορά σε νοσοκομείο, μεταφορά από ιδιώτη αντί νοσοκομειακού οχήματος ή μεταφορά σε λανθασμένη δομή, που μπορεί να επιβαρύνουν περισσότερο την κατάσταση της υγείας του ασθενή, εντάσσονται στις εμπειρίες που αναφέρουν πολλοί μετανάστες που συμμετείχαν στην έρευνα.

Πιο συγκεκριμένα τέσσερις (4) από τους έντεκα (11) ερωτώμενους ανέφεραν ότι αντιμετώπισαν σοβαρές δυσκολίες στην προσπάθειά τους να μεταβούν μόνοι τους σε μία δομή υγείας, τρεις (3) αναζήτησαν τη βοήθεια τρίτων, προκειμένου να διευκολυνθεί η πρόσβασή τους σε νοσοκομείο και μόνο τέσσερις (4) δεν αντιμετώπισαν κανένα πρόβλημα.

Ενδεικτικά, του πώς παρουσιάζουν οι μετανάστες τις εμπειρίες τους από την πρόσβαση σε νοσοκομειακές δομές είναι τα παρακάτω αποσπάσματα.

Απόσπασμα 6

E: Εσύ όταν είχες πάει στο νοσοκομείο το είχες βρει εύκολα;

A: Βασικά είχα πάει στην τύχη και μου είχαν πει να πάω σε ένα άλλο, μου πήρε πολλή ώρα να πάω.

E: Γιατί σου είπαν να φύγεις;

A: Γιατί μου είπαν ότι δεν δούλευαν εκείνη τη μέρα και έπρεπε να πάω αλλού.

(συνέντευξη 6, άνδρας, πακιστανικής καταγωγής, 4 χρόνια παραμονής)

Απόσπασμα 7

E: Είχες βρει εύκολα το νοσοκομείο; Σου είχε πάρει ώρα να το βρεις;

A: Δεν είχα ασχοληθεί καθόλου γιατί με είχε πάρει το αφεντικό μου που είναι Έλληνας.

(συνέντευξη 8, άνδρας, τουρκικής καταγωγής, 7 χρόνια παραμονής)

Απόσπασμα 8

E: Όταν είχες πάει στο νοσοκομείο θυμάσαι να είχες κάποιο πρόβλημα στο να το βρεις;

A: Όχι κανένα πρόβλημα. Είχα πάει κατευθείαν στα επείγοντα.

(συνέντευξη 10, άνδρας, πακιστανικής καταγωγής, 7 χρόνια παραμονής)

Τα παραπάνω αποσπάσματα δείχνουν τρεις εκ διαμέτρου αντίθετες συνθήκες. Στην πρώτη τονίζεται η ταλαιπωρία την οποία μπορεί να βιώσει ένας μετανάστης στην προσπάθεια αναζήτησης της δομής υγείας που μπορεί να του παρέχει βοήθεια, εφόσον δεν γνωρίζει το σύστημα των εφημερευόντων νοσοκομείων. Στη δεύτερη, ο μετανάστης δεν ταλαιπωρείται και δεν απελπίζεται, αλλά την πρόσβαση στη νοσοκομειακή μονάδα την αναλαμβάνει ένα τρίτο πρόσωπο, ο συνοδός του, που στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι Έλληνας άρα θεωρείται καλύτερος γνώστης του συστήματος. Τέλος, η τρίτη περίπτωση αποτελεί την εξαίρεση που προκύπτει όταν ο μετανάστης γνωρίζει τον τρόπο λειτουργίας των νοσοκομειακών μονάδων ως προς τα επείγοντα περιστατικά. Είναι ενδεικτικό ότι στο τρίτο απόσπασμα ο ερωτώμενος χρησιμοποιεί τον όρο «επείγοντα», που είναι χαρακτηριστικός της ορολογίας που χρησιμοποιείται από τις νοσοκομειακές μονάδες προκειμένου να κατατάξει και να περιθάλψει τους ασθενείς που τις επισκέπτονται. Αντίθετα στα προηγούμενα δύο αποσπάσματα οι όροι «εφημερεύοντα νοσοκομεία» ή «επείγοντα περιστατικά» ή «εξωτερικά ιατρεία» δεν εμφανίζονται.

Όταν οι μετανάστες ρωτήθηκαν για τον τρόπο λειτουργίας του ελληνικού ΕΣΥ διαπιστώθηκε ότι η συντριπτική πλειοψηφία (10 έναντι ενός) των συμμετεχόντων δήλωσε πως δεν έχει καμία απολύτως γνώση του τρόπου λειτουργίας του ΕΣΥ. Επίσης κανένας από τους συνολικά έντεκα συμμετέχοντες δε γνώριζε αν υπάρχει κάποιος τρόπος να

ενημερωθούν για τον τρόπο λειτουργίας του ΕΣΥ, όπως κάποιος ενημερωτικός διαδικτυακός τόπος. Χαρακτηριστικό είναι το ακόλουθο παράδειγμα.

Απόσπασμα 9

E: Το σύστημα υγείας εδώ στην Ελλάδα γνωρίζεις πως λειτουργεί;

A: Όχι δεν γνωρίζω. Ξέρω απλά ότι πας στο νοσοκομείο αν έχεις κάποιο πρόβλημα υγείας. Τώρα τι γίνεται με την ασφάλεια κτλ δεν ξέρω.

E: Γνωρίζεις αν υπάρχει κάποιος τρόπος να μάθεις περισσότερα;

A: Όχι δεν νομίζω πως υπάρχει κάτι που μπορεί να μου δώσει πληροφορίες.

(συνέντευξη 8, άνδρας, τουρκικής καταγωγής, 7 χρόνια παραμονής)

Στις συνεντεύξεις γίνεται εμφανές ότι ο βαθμός ενημέρωσης και εξοικείωσης των μεταναστών με το σύστημα υγείας της Ελλάδας έχει άμεσες επιπτώσεις στην πρόσβασή τους στις υπηρεσίες παροχής υγείας. Ο μόνος μετανάστης που ανέφερε κάποια έστω περιορισμένη γνώση για τον τρόπο λειτουργίας του ΕΣΥ βρίσκεται στην Ελλάδα για περισσότερα από επτά χρόνια και είναι παντρεμένος με Ελληνίδα.

Ασφάλιση και εμπειρία στο ΕΣΥ

Ένας ακόμα παράγοντας που αναφέρεται από τους ερωτώμενους ως καθοριστικός για το αν κάποιος θα επισκεφτεί κάποια δομή υγείας είναι η ύπαρξη ασφάλισης. Ανάμεσα στους συμμετέχοντες στην έρευνα έξι (6) δεν είχαν καμία ασφάλεια υγείας, τέσσερις (4) ήταν ασφαλισμένοι σε κάποιον δημόσιο ταμείο, ενώ μία (1) συμμετέχουσα είχε ιδιωτική διεθνή ασφάλεια υγείας η οποία όμως δεν έγινε δεκτή από το νοσοκομείο το οποίο επισκέφτηκε. Από τους ανασφάλιστους μετανάστες το σύνολο αυτών (6 άτομα) επισκέφτηκε κάποια δημόσια δομή υγείας αποκλειστικά για επείγον περιστατικό.

Απόσπασμα 10

E: Την τελευταία φορά που πήγες σε κάποιο νοσοκομείο ήταν για κάτι έκτακτο ή για κάτι προγραμματισμένο;

A: Ήταν για κάτι έκτακτο.

E: Τι πρόβλημα υγείας ήταν συγκεκριμένα;

A: Είχα ένα ατύχημα.

E: Τι είδους ατύχημα περίπου;

A: Είχα πέσει και χτύπησα το χέρι μου. Το είχα σπάσει βασικά.

E: Ήσουν ασφαλισμένος;

A: Όχι δεν είχα ασφάλεια

(συνέντευξη 11, άνδρας, συριακής καταγωγής, 4 χρόνια παραμονής)

Η συγκεκριμένη τάση, το να επισκέπτονται δηλαδή οι μετανάστες δομές υγείας κυρίως για επείγοντα περιστατικά δεν αποτελεί αποκλειστικότητα της Ελλάδας. Σε πολλές χώρες τόσο του Βορρά όσο και του Νότου της Ευρώπης αλλά και στις ΗΠΑ η πλειοψηφία των ανασφάλιστων μεταναστών επισκέπτεται δομές υγείας μόνο για επείγοντα περιστατικά (Grassino et al., 2009). Από την άλλη πλευρά οι ασφαλισμένοι μετανάστες επισκέφθηκαν δομές υγείας τόσο για επείγοντα περιστατικά όσο και για προγραμματισμένες νοσηλείες ή χειρουργεία.

Η ύπαρξη ή μη ασφάλειας υγείας διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο και στη μετέπειτα στάση του ασθενή αναφορικά με την ασθένεια. Συγκεκριμένα σε δύο από τους ανασφάλιστους μετανάστες κρίθηκε αναγκαία η πραγματοποίηση ενός επανέλεγχου μετά την αρχική τους νοσηλεία ως επείγοντα περιστατικά. Ωστόσο, αυτός ο επανέλεγχος θα έπρεπε αναγκαστικά να λάβει χώρα σε τακτικό ιατρείο με αποτέλεσμα την υποχρεωτική πληρωμή από μεριάς του ασθενή. Τελικά, κανένας από τους δύο δεν επισκέφτηκε εκ νέου τη δομή για επανέλεγχο με βασικό και μόνο λόγο την αδυναμία κάλυψης του απαιτούμενου ποσού.

Απόσπασμα 11

E: Στο νοσοκομείο πήγες ανασφάλιστος, χρειάστηκε να πληρώσεις κάτι;

A: Ναι. Α, όχι αυτή τη φορά γιατί ήταν επείγον. Εγώ ήμουν έξω με εκείνο το παιδί τον Έλληνα και όταν τον άφησα σπίτι και συνέχισα για το δικό μου, μου επιτέθηκαν δύο και με χτύπησαν στο πρόσωπο κυρίως και μου σπάσανε και ένα δόντι. Όταν πήγα στο νοσοκομείο μου κάνανε κάτι ράμματα και με είδε και ένας οδοντίατρος και μου έβαλε και κάτι, σαν θήκη μου το είπε, στο δόντι. Μου είπε να πάω μετά από μία βδομάδα για να το αλλάξει και να βάλει κάτι μόνιμο και να δει τα ράμματα και να κάνω κάτι εξετάσεις. Αλλά μου είπε ότι αυτό θα θέλει λεφτά και εγώ ακόμα δεν έχω πάει να το αλλάξω και το κρατάω μέχρι να δω ότι θα με ενοχλήσει. Όταν είχα πάει ως επείγον δεν μου είχαν ζητήσει λεφτά. Λεφτά είχαν ζητήσει από την μαμά μου που είχαμε πάει μαζί στο νοσοκομείο γιατί έπρεπε να κάνει κάτι εξετάσεις και δεν είχε ασφάλεια.

(συνέντευξη 2, άνδρας, αιγυπτιακής καταγωγής, 4 χρόνια παραμονής)

Λύση στο πρόβλημα της μη ασφάλισης των μεταναστών φαντάζει το να απευθυνθεί ο μετανάστης σε δομές κοινωνικής αλληλεγγύης. Ωστόσο, η ολοένα και μεγαλύτερη ροή ασθενών στις συγκεκριμένες δομές σε συνδυασμό με την απουσία ορισμένων ιατρικών

ειδικοτήτων και τους εγγενείς περιορισμούς των δομών αυτών αναγκαστικά οδηγεί ένα μέρος των ασθενών στο ΕΣΥ.

Φόβος διακρίσεων και περιθωριοποίησης

Στις συνεντεύξεις οι ερωτώμενοι αναφέρουν συχνά ότι βιώνουν φόβο στην Ελλάδα για την παρούσα κατάσταση και για το μέλλον. Το σύνολο των συμμετεχόντων όταν ρωτήθηκε για το πώς βλέπει την κατάσταση στην Ελλάδα αυτή την περίοδο δήλωσε πως τα πράγματα είναι χειρότερα από ότι πριν την οικονομική κρίση και πως συνεχίζουν να χειροτερεύουν. Όταν ρωτήθηκαν το τι κατά την γνώμη τους είναι αυτό το οποίο έχει αλλάξει συνολικά εννέα (9) συμμετέχοντες δήλωσαν ότι έχει αυξηθεί πάρα πολύ το αίσθημα φόβου και ανασφάλειας το οποίο βιώνουν καθημερινά. Οι επτά (7) ανέφεραν επίσης τα ολοένα αυξανόμενα περιστατικά βίας και τις επιθέσεις εναντίον τους ως εξίσου σημαντικό παράγοντα της στροφής προς το χειρότερο. Τέλος, τρεις (3) μετανάστες επέρριψαν ευθύνες στην άνοδο της Χρυσής Αυγής ενώ δύο (2) στις πρακτικές τις οποίες ακολούθησε και εν μέρει συνεχίζει να ακολουθεί η Ελληνική αστυνομία όπως για παράδειγμα η επιχείρηση «Ξένιος Δίας».

Χαρακτηριστικά είναι τα ακόλουθα αποσπάσματα αναφορικά με τη διάχυτη αγωνία και το φόβο που βιώνουν οι μετανάστες.

Απόσπασμα 12

E: Είσαι στην Ελλάδα σχεδόν 4 χρόνια, 3 και λίγο για την ακρίβεια, βλέπεις διαφορές όσο περνάνε τα χρόνια;

A: Ναι πολλές, αλλά όχι καλές. Δηλαδή πριν από 2 χρόνια ή και 1 χρόνο δεν φοβόμουν να πάω στο νοσοκομείο πχ αν χρειαζόταν, τώρα φοβάμαι. Όλη την ώρα μας κυνηγάνε ειδικά η αστυνομία αλλά έχουμε και αυτούς της Χρυσής Αυγής να κάνουν τα δικά τους.

(συνέντευξη 5, γυναίκα, τουρκικής καταγωγής, 3 χρόνια παραμονής)

Απόσπασμα 13

A: Πλέον φοβάμαι περισσότερο και πολλοί ακόμα φοβούνται ειδικά τα παιδιά που είναι από χώρες όπως το Πακιστάν και ξέρεις φαίνεται πως είναι ξένοι.

E: Εσύ τι φοβάσαι; Μιας και στη χώρα είσαι νόμιμα.

A: Δεν φοβάμαι μην με διώξουν απλά είναι μερικοί που δεν τους νοιάζει νόμιμος παράνομος θέλουν να φύγεις από δω.

(συνέντευξη 7, γυναίκα, ρωσικής καταγωγής, 6 χρόνια παραμονής)

Δύο (2) από τους συμμετέχοντες στην έρευνα ανέφεραν ότι είχαν πέσει θύματα ρατσιστικών επιθέσεων από άγνωστα άτομα τους τελευταίους μήνες του 2012 (Ιούλιο και Οκτώβριο), και οδηγήθηκαν στο νοσοκομείο προκειμένου να λάβουν ιατρικές υπηρεσίες για τα τραύματά τους. Μάλιστα ο ένας από τους δύο έφερε και ορισμένα σοβαρά τραύματα τα οποία χρειάστηκαν ειδική φροντίδα. Κανείς από τους δύο δεν προχώρησε σε καταγγελία των περιστατικών αυτών. Επίσης, κανένας τους δεν κάλεσε το 166. Ειδικά ο ένας από τους δύο, παρότι δεν αντιμετώπιζε πρόβλημα ομιλίας και κατανόησης της ελληνικής γλώσσας, δεν κάλεσε το 166 διότι φοβήθηκε ότι μαζί με το ασθενοφόρο θα εμφανίζονταν και η αστυνομία. Σε περίπτωση εμφάνισης της αστυνομίας και με δεδομένη την απουσία νόμιμων εγγράφων παραμονής στη χώρα ο συγκεκριμένος μετανάστης θα αντιμετώπιζε πρόβλημα.

Απόσπασμα 14

E: Την τελευταία φορά που επισκέφτηκες νοσοκομείο ήταν για επείγον περιστατικό ή για προγραμματισμένη νοσηλεία;

A: Βασικά την τελευταία φορά που πήγα σε δημόσιο νοσοκομείο ήταν για επείγον περιστατικό και συγκεκριμένα βρισκόμουν έξω και βασικά έγινε ένα επεισόδιο με κάτι άλλα άτομα, δηλαδή ζύλο, και τελικά πήγα στο νοσοκομείο.

E: Πριν πόσο καιρό έγινε;

A: Πριν από περίπου ένα μήνα.

E: Ήσουν ασφαλισμένος;

A: Όχι δεν ήμουν, πήγα στο νοσοκομείο χωρίς καμία ασφάλεια.

E: Χρειάστηκε να καλέσεις το 166;

A: Όχι, όχι. Με πήγε ένας φίλος μου.

E: Αν ήσουν μόνος σου θα το καλούσες;

A: Μπορεί. Επειδή ήτανε κανγκάς δεν ξέρω τι θα γινόταν αν καλούσα ασθενοφόρο, μπορεί να εμφανιζόταν και η αστυνομία; Δεν ξέρω πώς λειτουργεί το σύστημα ακριβώς με την αστυνομία και το ασθενοφόρο. Θα το σκεφτόμουν πάντως αρκετά.

(συνέντευξη 2, άνδρας, αιγυπτιακής καταγωγής, 4 χρόνια παραμονής)

Το αίσθημα φόβου και ανασφάλειας που διακατέχει το συγκεκριμένο μετανάστη εντείνεται ακόμη περισσότερο από την έλλειψη εμπιστοσύνης απέναντι στο ίδιο το σύστημα. Ο συγκεκριμένος μετανάστης δεν είχε τα νόμιμα έγγραφα παραμονής στη χώρα. Επομένως η εμφάνιση της αστυνομίας μπορεί να τον έφερνε αντιμέτωπο με διαδικασίες όπως σύλληψη ή και μετέπειτα απομάκρυνση από τη χώρα. Όταν αντιμετωπίζουν τέτοιες

συνθήκες, οι μετανάστες επιδιώκουν την αποφυγή της έκθεσης και της τριβής με τον τοπικό πληθυσμό και την αποφυγή της επαφής με επίσημους θεσμούς, ανάμεσά τους και την αποφυγή της επαφής με τις υπηρεσίες υγείας (Derose, Lurie, & Escarse, 2007). Η αίσθηση ότι οι μετανάστες αντιμετωπίζουν διακρίσεις και εντός του χώρου των νοσοκομείων είναι εμφανής στο παρακάτω απόσπασμα.

Απόσπασμα 15

E: Είχατε ευκολία στο να μιλήσετε, να περιγράψετε τα συμπτώματα στο προσωπικό; Αν αντιμετωπίσατε κάποιο άλλο πρόβλημα;

A: Ναι, ναι κανένα πρόβλημα. Βασικά οι γιατροί ήταν εντάξει, μία άλλη κυρία έξω από τα ιατρεία ήταν κάπως κακιά και μας κοίταγε κάπως. Βασικά και άλλοι άρρωστοι έλληνες μας κοίταγαν κάπως, αλλά έχουμε συνηθίσει πια.

(συνέντευξη 11, άνδρας, συριακής καταγωγής, 4 χρόνια παραμονής)

Τέλος, το αίσθημα του φόβου εκφράζεται και όταν οι μετανάστες μιλούν για τα ιατρεία διαφόρων ΜΚΟ και τα κοινωνικά ιατρεία, καθώς σε αυτά θεωρούν ότι είναι πιο ασφαλείς σε σχέση με τα νοσοκομεία. Αυτό μαρτυρά και η κατακόρυφη αύξηση της προσέλευσης σε αυτούς τους χώρους. Το περιβάλλον σε αυτούς τους χώρους παραμένει ανεκτικό, χωρίς προκαταλήψεις και στιγματισμούς. Οι παραπάνω αρχές προωθούνται κατά κύριο λόγο από το ίδιο το προσωπικό των δομών αυτών το οποίο αποτελείται κυρίως από εθελοντές. Το κυρίαρχο αίσθημα της ασφάλειας στις συγκεκριμένες δομές μεταφέρεται εύκολα από τον έναν μετανάστη στον άλλο. Αισθανόμενοι την ύπαρξη ενός χώρου όπου μπορούν να πάνε έστω και για ένα μικρό χρονικό διάστημα να αγωνιούν, συρρέουν κατά ομάδες. Χαρακτηριστικά οι ίδιοι οι μετανάστες αναφέρουν:

Απόσπασμα 16

E: Τι είναι αυτό που σου αρέσει περισσότερο στους ΓτΚ;

A: Το ότι μας καταλαβαίνουν... Επίσης δεν έχεις φόβο εκεί όπως αλλού (συνέντευξη 4, άνδρας, ιρακινής καταγωγής, 2 χρόνια παραμονής)

Απόσπασμα 17

E: Τώρα είπες πας στο κοινωνικό ιατρείο. Τι διαφορές βλέπεις από το νοσοκομείο;

A: Δεν φοβάμαι είναι ήσυχα. Δεν μπορεί να σε πειράξει κάποιος

(συνέντευξη 5, γυναίκα, τουρκικής καταγωγής, 3 χρόνια παραμονής)

Η ύπαρξη φόβου από την πλευρά των μεταναστών στην παρούσα έρευνα είναι προφανής. Ο φόβος των μεταναστών εντείνεται από πρόσφατα περιστατικά και από την

ευρύτερη αλλαγή σε κοινωνικό και πολιτικό επίπεδο στη χώρα. Οι μετανάστες βιώνουν το φόβο και την αγωνία σε διάφορα πλαίσια της καθημερινότητάς τους, ανάμεσα σε αυτά και ο χώρος των υπηρεσιών παροχής υγείας.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με δεδομένο το σύγχρονο κοινωνικο-πολιτικό πλαίσιο της οικονομικής και δημοσιονομικής κρίσης στην Ελλάδα, οι αντιλήψεις των μεταναστών για τα εμπόδια που θεωρούν ότι συναντούν στην επαφή τους με τις δομές υγείας μπορεί να αποδειχθούν εξαιρετικά χρήσιμες για την κατανόηση των παραγόντων που δυσχεραίνουν την πρόσβασή τους στους φορείς παροχής υγείας. Στόχος της έρευνας ήταν να καταδείξει το πώς οι ίδιοι οι μετανάστες περιγράφουν τις εμπειρίες τους από την επαφή με τις δομές υγείας στην Ελλάδα της κρίσης, με επικέντρωση στα εμπόδια που θεωρούν ότι δυσχεραίνουν την πρόσβασή τους σε αυτές.

Σε αντιστοιχία με τα ευρήματα άλλων ερευνών σε χώρες κυρίως του Δυτικού κόσμου, και στην παρούσα έρευνα στο λόγο των μεταναστών ως σημαντικοί παράγοντες που δυσχεραίνουν την πρόσβασή τους στις δομές υγείας παρουσιάζονται η γνώση της κυρίαρχης γλώσσας στη χώρα υποδοχής (στην περίπτωση της έρευνας αυτής η γνώση της ελληνικής γλώσσας) (Flores, 2006. Mastaki, 2010. Mladovsky, 2007. Portugal et al., 2007), η ενημέρωση/εξοικείωση με το σύστημα υγείας (Γιατροί του κόσμου, 2007. Cucchi et al., 2008) και η ύπαρξη ιατρικής ασφάλειας (Cucchi et al., 2008. Grassino et al, 2009. Portugal et al., 2007).

Όσον αφορά τον παράγοντα της γλώσσας αυτός μοιάζει να υπεισέρχεται σε όλες τις περιγραφές των μεταναστών για τις εμπειρίες τους από τις δομές υγείας. Στη μη επαρκή γνώση και κατανόηση της ελληνικής γλώσσας αποδίδουν οι συμμετέχοντες την απροθυμία τους να καλέσουν το 166 σε περίπτωση που το χρειαστούν, την επίσκεψη στα νοσοκομεία μόνο με τη συνοδεία έλληνα ή άλλου μετανάστη με καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας, καθώς και την προτίμησή τους για τις δομές των ΜΚΟ στις οποίες υπάρχουν μεταφραστές. Διαπιστώνουμε επομένως ότι η ελλιπής γνώση της Ελληνικής γλώσσας και η έλλειψη μεταφραστών στα νοσοκομεία αποτρέπει τους μετανάστες από το να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια σε αυτές τις δομές υγείας, ακόμα και όταν αυτή είναι απαραίτητη.

Η έλλειψη ενημέρωσης και η μη εξοικείωση με το σύστημα υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζονται συχνά στο λόγο των συμμετεχόντων ως παράγοντες που επίσης τους αποθαρρύνουν από την προσέγγιση των δομών υγείας ή τους δυσκολεύουν ιδιαίτερα στην επαφή τους με αυτές. Ελάχιστοι από τους ερωτώμενους θεωρούσαν ότι γνώριζαν είτε τον τρόπο που λειτουργεί το σύστημα υγείας στην Ελλάδα είτε τους τρόπους με τους οποίους θα μπορούσαν να ενημερωθούν για αυτό. Ενώ αρκετές ήταν οι περιγραφές περιστατικών κατά τα οποία δεν γνώριζαν πού να απευθυνθούν, ενώ χρειάζονταν ιατρική βοήθεια ή που αναζήτησαν τη βοήθεια τρίτων, κυρίως ελλήνων, προκειμένου να διευκολυνθεί η πρόσβασή τους σε νοσοκομείο.

Η μη ύπαρξη ιατρικής ασφάλειας είναι ο τρίτος παράγοντας στον οποίο αποδίδουν οι ερωτώμενοι τη δυσκολία πρόσβασης στις δομές υγείας. Οι μη ασφαλισμένοι συμμετέχοντες επισκέφτηκαν νοσοκομεία, μόνο όταν είχαν να αντιμετωπίσουν κάποιο επείγον πρόβλημα υγείας (όπως τραυματισμό), ενώ δεν προχώρησαν την ιατροφαρμακευτική θεραπεία που τους προτάθηκε λόγω του κόστους της. Η τρέχουσα μεταβολή του εθνικού συστήματος υγείας από έναν οργανισμό δωρεάν, ως επί το πλείστον, παροχής υγειονομικών υπηρεσιών σε έναν οργανισμό με χρέωση για τις υπηρεσίες που παρέχει έχει ως αποτέλεσμα αφενός τη στροφή σημαντικού αριθμού ασθενών σε δομές κοινωνικής αλληλεγγύης και αφετέρου την επίσκεψη σε δομές του ΕΣΥ, μόνο όταν πρόκειται για κάποιο επείγον περιστατικό.

Ο παράγοντας ωστόσο που εμφανίζεται ως ιδιαίτερος σημαντικός στις αφηγήσεις των μεταναστών στην παρούσα έρευνα και με εμφανείς τάσεις ανόδου και εγκαθίδρυσής του ως του πλέον βασικού εμπόδιου που καλούνται να αντιμετωπίσουν στην Ελλάδα είναι ο φόβος για συμπεριφορές διακρίσεων. Ο φόβος αυτός προκύπτει τόσο από την επίσημη μεταναστευτική πολιτική όσο και από τις συμπεριφορές των μη μεταναστών εντός των νοσοκομείων και μοιάζει, στο λόγο των μεταναστών, να βαίνει αυξανόμενος. Είναι χαρακτηριστικό ότι στην ερώτηση για το πώς βλέπουν την Ελλάδα της κρίσης η κύρια απάντηση των ερωτώμενων επικεντρώνεται στην αύξηση του φόβου ότι θα δεχτούν βίαιες συμπεριφορές και διώξεις τόσο από πολίτες όσο και από την αστυνομία. Ο φόβος αυτός διατηρείται και ενισχύεται από βίαιες επιθέσεις που αναφέρουν ότι έχουν δεχτεί οι ίδιοι ή γνωστοί τους μετανάστες. Στο φόβο, για το πώς θα αντιμετωπιστούν από τις αρχές και κυρίως από την αστυνομία, αποδίδουν επίσης και την απροθυμία τους να καταγγείλουν

τέτοιου είδους περιστατικά, καθώς και να έρθουν σε επαφή με επίσημους φορείς, όπως το ΕΚΑΒ μέσω του 166 και να ζητήσουν βοήθεια. Παρά το γεγονός ότι εντός των νοσοκομείων δεν έχουν τύχει συμπεριφορών διακρίσεων από την πλευρά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, στον ίδιο φόβο αποδίδουν και την προτίμηση που δείχνουν στα ιατρεία των διαφόρων ΜΚΟ και τα κοινωνικά ιατρεία, καθώς σε αυτά θεωρούν ότι είναι πιο ασφαλείς σε σχέση με τα νοσοκομεία.

Οι αφηγήσεις των μεταναστών για τις εμπειρίες τους από την πρόσβαση σε δομές υγείας στην Ελλάδα καταδεικνύει ότι το μεγαλύτερο μέρος των παραγόντων τους οποίους θεωρούν ανασταλτικούς είναι παράγοντες που προκύπτουν από το επίσημο πλαίσιο λειτουργίας του συστήματος υγείας και την επίσημη μεταναστευτική πολιτική. Το καθεστώς της μη νομιμότητας στο οποίο καλούνται να επιβιώσουν τους περιορίζει την πρόσβαση στην παροχή υγείας είτε άμεσα, καθώς τους δημιουργεί το φόβο της ανάμειξης της αστυνομίας και της απέλασής τους σε περίπτωση που απευθυνθούν σε κάποια νοσοκομειακή μονάδα και να υποβληθούν σε συμπεριφορές επιθετικές και διακρίσεων. Επιπλέον, η συνήθης έλλειψη ιατροφαρμακευτικής ασφάλισης καθιστά το κόστος της θεραπείας δυσβάσταχτο με αποτέλεσμα τη μη επαρκή θεραπεία των προβλημάτων υγείας που μπορεί να αντιμετωπίσουν. Παράλληλα, το σύστημα υγείας μοιάζει απόμακρο στους μετανάστες, καθώς δε γίνεται κάποια προσπάθεια ώστε να ενημερωθούν και να εξοικειωθούν με αυτό και επίσης να διευκολυνθούν στην πρόσβασή τους με την παροχή μεταφραστών.

Εντός του πλαισίου της κρίσης τα εμπόδια αυτά γίνονται ιδιαίτερα έντονα καθώς τόσο η νομιμότητα όσο και η ιατροφαρμακευτική ασφάλιση που διευκολύνουν την πρόσβαση στην νοσοκομειακή φροντίδα εξαρτώνται από τη δυνατότητα των μεταναστών να εργαστούν σε νόμιμες εργασίες που παρέχουν μισθό και κοινωνική ασφάλιση, δυνατότητα που περιορίζεται ολοένα και περισσότερο με τη διαρκή αύξηση των ποσοστών ανεργίας. Παράλληλα, η αύξηση των εγκληματικών ενεργειών σε βάρος των μεταναστών, αλλά και οι συμπεριφορές διακρίσεων που αντιμετωπίζουν τους καθιστούν επιφυλακτικούς στις επαφές τους με τις επίσημες αρχές ανάμεσά τους και τα νοσοκομεία. Όταν οι μετανάστες δηλώνουν πως φοβούνται να επισκεφτούν κάποια δομή υγείας, καθώς μπορεί να πέσουν θύματα συμπεριφορών διάκρισης, αυτή και μόνο η δήλωση αποτελεί την πλέον τρανή απόδειξη της δραματικής τροπής που έχουν λάβει τα πράγματα στη χώρα. Το

τελευταίο χρονικό διάστημα σε νοσοκομεία της Αθήνας και άλλων πόλεων έχουν πραγματοποιηθεί ποικίλες «παρεμβάσεις» οργανώσεων που επιδιώκουν την απομάκρυνση των μεταναστών από την Ελλάδα (Amnesty International, 2013). Αυτές οι πράξεις καταλύουν έναν απαραβίαστο, ακόμα και σε καιρό πολέμου, κανόνα που θέλει τα νοσοκομεία όπως τα σχολεία και τους χώρους λατρείας ως χώρους πλήρους και ελεύθερης διακίνησης προσώπων δίχως διακρίσεις, ένα είδος άτυπου «ασύλου» (Amnesty International, 2013).

Οι περιορισμοί που επιβάλλει η μεταναστευτική πολιτική που καθιστά παράνομους τους περισσότερους μετανάστες, περιορίζει τα κοινωνικά τους δικαιώματα και ανάμεσα σε αυτά και το δικαίωμα στην υγεία, τους καθιστά ευάλωτους σε ασθένειες και ατυχήματα και τους στερεί την κοινωνική τους ένταξη στην Ελλάδα. Η κατάσταση αυτή επιδεινώνεται διαρκώς από την οικονομική και κοινωνική κρίση την οποία διέρχεται η χώρα και για το λόγο αυτό είναι απαραίτητη η άμεση διαμόρφωση μιας μεταναστευτικής πολιτικής που θα σέβεται και θα υποστηρίζει τα δικαιώματα των μεταναστών.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ahuvia, A. (2008). Traditional, interpretive, and reception based content analyses: Improving the ability of content analysis to address issues of pragmatic and theoretical concern. In R. Franzosi (Ed.), *Content analysis. What is content analysis? Defining the methodological playing field* (Vol. 1, pp. 185-209). London: Sage Benchmarks in Social Research Methods.
- Amnesty International. (2013). *Annual Report*. London: Peter Benenson House
- Asch S.M., Kerr E.A., Keeseey J., Adams J.L., Setodji C.M., Malik S. & McGlynn E.A. (2006). Who Is at Greatest Risk for Receiving Poor-Quality Health Care? *The New England Journal of Medicine*, 354(11), 1147-1156.
- Boswell C. (2005). Migration in Europe. *Global Commission on International Migration*.
- Cucchi A., Bergamini M., Buriani O., Ferrari A., Giovannini L., Marconi S., Montanari K., Serenelli C., Turri V. & Gregorio P. (2008). Basic analysis of non-European Union immigrants' hospitalizations and ambulatory care in the province of Ferrara, Northern Italy: the first step to an improved approach to immigrants' healthcare. *Italian Journal of Public Health*, 5(3), 228-232.

- Derose K.P., Escarce J.J., & Lurie N. (2007). Immigrants and Health Care: Sources of Vulnerability. *Health Affairs*, 26(5), 1258-1268.
- Dikaiou M & Hatzidimitriadou. (2010). Migration and Social Care. *Hellenic Journal of psychology*, 7(1), IV-VIII.
- Δικαίου, Μ., Παπαδοπούλου, Ε. & Μπάκα, Α. (2005). Κινητοποίηση πολιτών: Θεωρητικές και ερευνητικές προσεγγίσεις. Στο Δ. Μαρκουλής & Μ. Δικαίου (Επιμ. Έκδ.), *Πολιτική ψυχολογία* (σελ. 385-410). Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Doctors of the World. (2012). *Access to Healthcare for Vulnerable Groups in the European Union: An overview of the condition of persons excluded from healthcare systems in the EU*. Paris, France: Chauvin P., Mestre C.M., Simonnet N.
- Flores G. (2006). Language Barriers to Health Care in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 355(3), 229-231.
- George, A. L. (2008). Quantitative and qualitative approaches to content analysis. In R. Franzosi (Ed.), *Content analysis. What is content analysis? Defining the methodological playing field* (Vol.1, pp. 222-244). London: Sage Benchmarks in Social Research Methods.
- Γιατροί του Κόσμου Ελλάδος. (2007). Χωρίς χαρτιά, χωρίς υγεία; Πρώτο Ευρωπαϊκό παρατηρητήριο για την πρόσβαση στη περίθαλψη.
- Goldman D.P., Smith J.P. & Sood N. (2006). Immigrants and the Cost of Medical Care. *Health Affairs*, 25(6), 1700-1711.
- Grassino E.C., Guidi C., Monzani A., Pietro D.P. & Bona G. (2009). Access to pediatric emergency departments in Italy: a comparison between immigrant and Italian patients. *Italian Journal of Pediatrics*, 35(3).
- Huber M., Stanciole A., Wahlbeck K., Tamsma N., Federico Torres F., Jelfs E. & Jeni Bremner J. (2008). Quality in and equality of access to healthcare services. *European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities*.
- Ingleby D. (2006). European Research on Migration and Health. *International Organization for Migration*.

- Karanikolos M., Mladovsky Ph., Cylus J., Thomson S., Basu S., Stuckler., Mackenbach J.P. & McKee M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 381, 1323-1331.
- Kragia M., Kriona M. & Georgaka E. (2010). Social Integration of Refugees and Asylum Applicants in Greece, *Hellenic Journal of Psychology*, 7(1), 38-68.
- Ku L. & Matani S. (2001). Left Out: Immigrants' Access To Health Care And Insurance. *Health Affairs*, 20(25), 247-256.
- Lai D. & Chappel N. (2007). Use of Traditional Chinese Medicine by older Chinese immigrants in Canada. *Family Practice*, 24(1), 56-64.
- Mastaki J.K. (2010). Migrant patients' satisfaction with health care services: a comprehensive review. *Italian Journal of Public Health*, 7(1), 69-81.
- Mladovsky Ph. (2007). Migrant health in the EU. *Eurohealth*, 13(1), 9-11.
- Pantazis K.D., Elefsiniotis I.S., & Brokalaki H. (2008). New Data concerning the Epidemiology of Hepatitis B Virus Infection in Greece. *Gastroenterology Research and Practice*.
- Papaventsis D, Nikolaou S, Karabela S, Ioannidis P, Konstantinidou E, Marinou I, Sainti A & Kanavaki S. (2010). Tuberculosis in Greece: bacteriologically confirmed cases and anti-tuberculosis drug resistance, 1995-2009. *Surveillance Outbreak Reports*, 15(28).
- Portes A., Fernandez-Kelly P. & Light D. (2012). Life on the edge: immigrants confront the American health system. *Ethnic and Radical Studies*, 35(1), 3-22.
- Portugal R., Padilla B., Ingleby D., Freitas C., Lebas J. & Miguel J.P. (2007). Good practices on health and migration in the EU. *Health and Migration in the EU: Better health for all in an inclusive society*. Lisbon, Portugal.
- Potter J. & Wetherell M. (2007). *Λόγος και κοινωνική ψυχολογία: Πέρα από τις στάσεις και τη συμπεριφορά*. Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Ransford E.H., Carrillo F.R. & Rivera Y. (2010). Health Care-Seeking among Latino Immigrants: Blocked Access, Use of Traditional Medicine, and the Role of Religion. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 21(3), 862-878.
- Rué M., Cabré X., Soler-González J., Bosch A., Almirall M. & Catalina Serna M.C. (2008). Emergency hospital services utilization in Lleida (Spain): A cross-sectional study of immigrant and Spanish-born populations. *BMC Health Services Research*, 8(81).

- Smith, J. A. (1995). Semi-structured interviewing and qualitative analysis. In J. A. Smith, R. Harré & L. Van Langehove (Eds.), *Rethinking methods in psychology*, (pp. 9-26). London: Sage.
- Sole-Auro A., Guillen M. & Crimmins E.M. (2011). Healthcare usage among immigrants and native-born elderly populations in eleven European countries: results from SHARE. *European Journal of Health Economics*.
- Stronks K., Ravelli A.C.J., Reijneveld S.A. (2001). Immigrants in the Netherlands: Equal access for equal needs? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 701- 707.
- Xueqin G. (1999). Between two worlds: The use of traditional and Western health services by Chinese immigrants. *Journal of Community Health*, 24(6), 421-430.

Immigrants' discourse about the factors that hinder their access to health services in Greece

George Kitsaras & Aphrodite Baka

School of Psychology, Aristotle University of Thessaloniki

Abstract

The objective of this research is to highlight the relationship between immigrants and the health services in Greece and the problems they have to face when they come in contact with them. The research involved eleven (11) participants, men and women of various nationalities with a length of stay in Greece from two (2) to eleven (11) years. The research was based on qualitative content analysis. Analysis of the results revealed four factors that hinder access and degrade the quality of health services for migrants. These factors are linguistic competence, awareness and familiarity with the way the health care system works, existence of health insurance and fear of discriminatory behavior.

Key words: Immigration, Health services, Social inclusion.

Contact: Aphrodite Baka, School of Psychology, Aristotle University of Thessaloniki, 54124, Thessaloniki. Tel: 0030 2310 997341. Fax: 0030 2310 997384. E-mail: abaka@psy.auth.gr.