Οικονομία + Υγεία

Τριμηνιαία Επιστημονική Επιθεώρηση των Οικονομικών της Υγείας
Υπό την Αιγίδα της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του Αθηναϊκού Ινστιτούτου Εκπαίδευσης και Έρευνας
Τόμος 2ος, Τεύχος 1ο, Ιανουάριος-Φεβρουάριος-Μάρτιος 2012
Τιμή: 5 ευρώ (ηλεκτρονική μορφή) – 10 ευρώ (έντυπη μορφή)
ISSN: 1792-4480 Ιστοσελίδα Περιοδικού: www.atiner.gr/oy.htm

Από τον Διευθυντή Έκδοσης

Κείμενο Θέσης και Αντίθεσης
Μπορεί τα Δημόσια Νοσοκομεία να είναι Ανταγωνιστικά;

Επιστημονικό Άρθρο
Η Ποιότητα Ζωής των Αυστραλών Ενηλίκων με Χρόνιες Παθήσεις: Το Κάπνισμα είναι πιο Επιβλαβές για τις Γυναίκες σε Σύγκριση με τους Άνδρες
Ούπαλι Γ. Τζαϋασίνγκε και Μαρκ Φ. Χάρρις, Πανεπιστήμιο Νέας Νότιας Ουαλίας, Αυστραλία

Επιστημονικό Άρθρο
Αλλαγή στην Υγειονομική Περίθαλψη: Χρησιμοποιώντας την Υπάρχουσα Θεωρία με σκοπό τη Δημιουργία Εργαλείων Ποιοτικής Ανάλυσης
Σάρα Μακ Κάφερτυ, Πανεπιστήμιο Νιούκαστλ, ΗΒ

Επιστημονικό Άρθρο
Προσφυγές για Διακρίσεις λόγω Ψυχικών Παθήσεων στη Βρετανία
Γκράμ Λόκγουντ, Βασιλικό Πανεπιστήμιο του Λονδίνου, ΗΒ

Βιβλιοπαρουσίαση
Η Διαπραγμάτευση της Δημόσιας Υγείας σε έναν Παγκοσμιοποιημένο Κόσμο

Ανακοινώσεις

Οικονομία + Υγεία

Τόμος 2ος, Τεύχος 1ο, Ιανουάριος-Φεβρουάριος-Μάρτιος 2012

περιεχόμενα

Από τον Διευθυντή Έκδοσης 6

Κείμενο Θέσης και Αντίθεσης 8
Μπορεί τα Δημόσια Νοσοκομεία να είναι Ανταγωνιστικά;

Επιστημονικό Άρθρο 10
Η Ποιότητα Ζωής των Αυστραλών Ενηλίκων με Χρόνιες Παθήσεις: Το Κάπνισμα είναι πιο Επιβλαβές για τις Γυναίκες σε Σύγκριση με τους Άνδρες
Ούπαλι Γ. Τζαϋασίνγκε και Μαρκ Φ. Χάρρις, Πανεπιστήμιο Νέας Νότιας Ουαλίας, Αυστραλία

Επιστημονικό Άρθρο 23
Αλλαγή στην Υγειονομική Περίθαλψη: Χρησιμοποιώντας την Υπάρχουσα Θεωρία με σκοπό τη Δημιουργία Εργαλείων Ποιοτικής Ανάλυσης
Σάρα Μακ Κάφερτυ, Πανεπιστήμιο Νιούκαστλ, ΗΒ

Επιστημονικό Άρθρο 35
Προσφυγές για Διακρίσεις λόγω Ψυχικών Παθήσεων στη Βρετανία
Γκράμ Λόκγουντ, Βασιλικό Πανεπιστήμιο του Λονδίνου, ΗΒ

Βιβλιοπαρουσίαση 47
Η Διαπραγμάτευση της Δημόσιας Υγείας σε έναν Παγκοσμιοποιημένο Κόσμο

Ανακοινώσεις 49

Οικονομία + Υγεία

Υπό την Αιγίδα της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του Αθηναϊκού Ινστιτούτου Εκπαίδευσης και Έρευνας
Τόμος 2ος, Τεύχος 1ο, Ιανουάριος-Φεβρουάριος-Μάρτιος 2012
ISSN: 1792-4480 Ιστοσελίδα Περιοδικού: www.atiner.gr/oy.htm

Ιδιοκτησία
Ερευνητική Μονάδα Υγείας του Αθηναϊκού Ινστιτούτου Εκπαίδευσης και Έρευνας (ΑΘΙΝΕΕ)

Διευθυντής Έκδοσης και Υπεύθυνος Ύλης
Δρ. Γρηγόρης Θ. Παπανίκος, Πρόεδρος του ΑΘΙΝΕΕ & Επισκέπτης Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Στραθκλάιντ, ΗΒ

Επιστημονική Συνεργάτιδα Έκδοσης
Δρ. Ζωή Μπουτσιώλη, Αναπληρωτής Υπεύθυνη (Deputy Head) της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ

Διευθύντρια Επιστημονικών Περιοδικών Εκδόσεων
Αφροδίτη Γρ. Παπανίκου

Επιμέλεια Δοκιμίων και Μεταφράσεις
Ζωή Μπουτσιώλη, Λίλα Σκουντριδάκη, Βασίλης Χαραλαμπόπουλος

Διανομή – Διαφήμιση
Σταυρούλα Κυρίτση, Σύλια Σακκά, Κατερίνα Μαράκη

Καλλιτεχνική και Τυπογραφική Επιμέλεια
Εταιρεία *Θήτα*, Σολωμού 14, 10683 Αθήνα, τηλ./φαξ 211 7009056

Επιστημονική Επιτροπή Κριτών
Τα επιστημονικά άρθρα δημοσιεύονται στο Ο&Υ κατόπιν κρίσης, από δύο τουλάχιστον κριτές. Η επιστημονική επιτροπή κριτών του περιοδικού αποτελείται από καθηγητές και ερευνητές της Ελλάδος και του εξωτερικού. Την τελική ευθύνη δημοσίευσης των άρθρων έχει ο διευθυντής του περιοδικού.

Υποβολή Επιστημονικών Άρθρων
Τα προς δημοσίευση άρθρα υποβάλλονται μόνο ηλεκτρονικά στο health@atiner.gr. Πληροφορίες για τον τρόπο υποβολής άρθρων στο www.atiner.gr/oy/oy-ia.doc

Συνδρομές
Το Ο&Υ κυκλοφορεί 4 φορές το χρόνο σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή. Η ετήσια συνδρομή της ηλεκτρονικής μορφής για βιβλιοθήκες, οργανισμούς και ιδρύματα είναι 40 ευρώ, για ιδιώτες 20 ευρώ. Η ετήσια συνδρομή της έντυπης μορφής για βιβλιοθήκες, οργανισμούς και ιδρύματα είναι 100 ευρώ, για ιδιώτες 50 ευρώ.

Διαφημίσεις
Πλήρης τιμοκατάλογος των καταχωρήσεων στο περιοδικό είναι διαθέσιμος για κάθε ενδιαφερόμενο.

Συντακτική και Επιστημονική Επιτροπή

1. Δρ. Γρηγόρης Θ. Παπανίκος, Πρόεδρος, Αθηναϊκό Ινστιτούτο Εκπαίδευσης και Έρευνας (ΑΘΙΝΕΕ) & Επισκέπτης Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Στραθκλάιντ, Σκωτία, ΗΒ.
2. Δρ. Χρήστος Σακελλαρίου, Αντιπρόεδρος Οικονομικών Υποθέσεων του ΑΘΙΝΕΕ & Αναπληρωτής Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Νανιάνγκ, Σιγκαπούρη.
3. Δρ. Νίκολας Πάππας, Αντιπρόεδρος Ακαδημαϊκών Υποθέσεων του ΑΘΙΝΕΕ & Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Σαμ Χιούστον, ΗΠΑ.
4. Δρ. Παναγιώτης Πετράτος, Αντιπρόεδρος ICT του ΑΘΙΝΕΕ & Αναπληρωτής Καθηγητής, Πολιτειακό Πανεπιστήμιο Καλιφόρνιας (Στανισλάους), ΗΠΑ.
5. Δρ. Ζωή Μπουτσιώλη, Αναπληρωτής Υπεύθυνη (Deputy Head) της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ.
6. Δρ. Ανδρέας Σ. Στεργάκης, Ακαδημαϊκό Μέλος της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ & Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Ουάσιγκτον, ΗΠΑ.
7. Δρ. Στέφανος Α. Νάστης, Ακαδημαϊκό Μέλος της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ & Λέκτορας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
8. Δρ. Μελίνα Δριτσάκη, Ακαδημαϊκό Μέλος της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ & Ερευνητικός Συνεργάτης (Research Fellow), Πανεπιστήμιο Μπρουνέλ, ΗΒ.
9. Δρ. Δάφνη Χαλκιάς, Ακαδημαϊκό Μέλος της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ & Ερευνητικός Συνεργάτης (Research Associate), Πανεπιστήμιο Λόνγκ Αϊλαντ, ΗΠΑ.
10. Δρ. Μαρία Τσουρουφλή, Ακαδημαϊκό Μέλος της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ & Λέκτορας Ιατρικής Εκπαίδευσης, Πανεπιστήμιο Ανατολικής Αγγλίας, ΗΒ.
11. Απόστολος Τσιαχρίστας, Ακαδημαϊκό Μέλος της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ & Νέος Επιστημονικός Συνεργάτης (Junior Research Fellow), Ινστιτούτο Εκτίμησης Ιατρικής Τεχνολογίας, (Institute for Medical Technology Assessment), Πανεπιστήμιο Έρασμος, Ολλανδία.

Από τον Διευθυντή Έκδοσης

Το Αθηναϊκό Ινστιτούτο Εκπαίδευσης και Έρευνας (ΑΘΙΝΕΕ) ξεκινά μία προσπάθεια μεταφοράς επιστημονικών γνώσεων στα ελληνικά που, κυρίως, πραγματοποιούνται στην αγγλική γλώσσα. Το περιοδικό *Οικονομία & Υγεία* εξυπηρετεί αυτό το σκοπό. Κατά κύριο λόγο θα δημοσιεύονται επιστημονικά άρθρα που παρουσιάζονται στα διεθνή επιστημονικά συνέδρια του ΑΘΙΝΕΕ, συμπεριλαμβανομένου του ετήσιου συνεδρίου Οικονομικών, Διοίκησης και Πολιτικής Υγείας. Βέβαια, δεν αποκλείονται και άλλες δημοσιεύσεις. Στο παρόν τεύχος, και τα τρία επιστημονικά άρθρα παρουσιάστηκαν σε προηγούμενα συνέδρια του ΑΘΙΝΕΕ. Στην ενότητα των Βιβλιοπαρουσιάσεων, παρουσιάζεται το βιβλίο *Η Διαπραγμάτευση της Δημόσιας Υγείας σε έναν Παγκοσμιοποιημένο Κόσμο: Παγκόσμια Διπλωματία Υγείας σε Δράση* (βλέπε David Fairman, Diana Chigas, Elizabeth McClintock και Nick Drager *Negotiating Public Health in a Globalized World Global Health Diplomacy in Action.* London: Springer, 2012).

Το πρώτο επιστημονικό άρθρο εξετάζει τη σχέση μεταξύ του καπνίσματος και της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής σε ένα μεγάλο δείγμα Αυστραλών ενηλίκων που πάσχουν από χρόνια νοσήματα προερχόμενοι από δύο πολιτείες και την πρωτεύουσα της Αυστραλίας, χρησιμοποιώντας το SF-12, έκδοση 2. Η έρευνα προσπαθεί να απαντήσει στις ακόλουθες ερευνητικές ερωτήσεις: (1) Ποιές είναι οι διαφορές στη συχνότητα καπνίσματος μεταξύ υποομάδων φύλου, ηλικίας, εισοδήματος (ιδιοκτησία οικίας και αυτοκινήτου), εκπαίδευσης, απασχόλησης, οικογενειακής κατάστασης, αριθμού χρόνιων ασθενειών, ικανοποίησης με τις υπηρεσίες υγείας, βαθμού ανάπτυξης της γενικής ιατρικής και τοποθεσίας των γενικών ιατρείων; (2) Είναι αυτοί οι παράγοντες, καθώς και η κατάσταση καπνίσματος ανεξάρτητες επεξηγηματικές μεταβλητές της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής χρησιμοποιώντας το SF-12, έκδοση 2; και (3) Υπάρχει κλινικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και ποιότητας ζωής, η οποία να είναι διαφορετική μεταξύ ανδρών και γυναικών (υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ φύλου και κατάστασης καπνίσματος); Ως εξαρτημένες μεταβλητές ορίστηκαν οι Συνοπτικές Κλίμακες Σωματικής Υγείας (PCS-12) και Ψυχικής Υγείας (MCS-12). Στο σύνολο των ερωτήσεων του SF-12 απάντησαν 2.049 ασθενείς με χρόνια πάθηση. Από τις αναλύσεις προέκυψε ότι ένα ποσοστό 9,4% των ενηλίκων ήταν καπνιστές την τρέχουσα περίοδο. Περισσότεροι από τους μισούς καπνιστές ήταν μικρότεροι από 60 ετών. Οι καπνιστές χαρακτηρίζονται σε γενικές γραμμές από χαμηλότερη κοινωνικο-οικονομική κατάσταση. Οι παντρεμένοι συμμετέχοντες είναι λιγότερο πιθανό να είναι καπνιστές σε σχέση με τους ανύπαντρους. Τα στοιχεία σε σχέση με το φύλο δείχνουν ότι 10% των γυναικών και 9% των ανδρών ήταν καπνιστές σύμφωνα με τα στοιχεία. Η Συνοπτική Κλίμακα Σωματικής Υγείας (PCS-12) μειώνεται με την ηλικία, ενώ η Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-12) αυξάνεται με την ηλικία. Οι PCS-12 και MCS-12 συσχετίζονται θετικά με την ιδιοκτησία κατοικίας και αυτοκινήτου. Η κατάσταση καπνίσματος αλληλεπιδρά με το φύλο στις προβλέψεις του MCS-12. Ακόμη, το κάπνισμα συνδέεται με χειρότερη ψυχική υγεία στις γυναίκες, αλλά όχι στους άνδρες. Οι γυναίκες καπνιστές έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάζουν χειρότερη ψυχική υγεία από τους άνδρες καπνιστές. Η αρνητική επίδραση του καπνίσματος είναι μικρότερη για τους άνδρες. Οι εργαζόμενοι και συνταξιούχοι ασθενείς είναι πιθανότερο να έχουν υψηλότερη σωματική υγεία (PCS-12) και ψυχική υγεία (MCS-12) σε σχέση με τους άνεργους. Οι ασθενείς που συγκατοικούν ή είναι παντρεμένοι τείνουν να έχουν υψηλότερο αποτέλεσμα στην κλίμακα MCS-12 σε σχέση με τους υπόλοιπους. Ωστόσο, η οικογενειακή κατάσταση δεν επηρεάζει καθόλου το αποτέλεσμα της κλίμακας PCS-12. Η ύπαρξη χρόνιων παθήσεων έχει αρνητική συσχέτιση με τα αποτελέσματα των MCS-12 και

PCS-12. Δηλαδή, όσο αυξάνονται τα χρόνια προβλήματα τόσο μειώνεται η σωματική και ψυχική υγεία των ασθενών.

Το δεύτερο επιστημονικό άρθρο εξετάζει πώς το μοντέλο Pettigrew, δηλαδή οι οκτώ παράγοντες αποδοχής της αλλαγής, θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί έτσι ώστε να παρέχει ένα δομημένο σχέδιο κωδικοποίησης που θα καθοδηγεί την ανάλυση των στοιχείων σχετικών με την αλλαγή στην υγειονομική περίθαλψη. Ο σκοπός αυτού του άρθρου είναι να προσφέρει ένα πρακτικό εργαλείο για μια επακόλουθη ανάλυση ποιοτικών στοιχείων που παράγονται από τις συνεντεύξεις, τις ομάδες εστίασης, την παρατήρηση ή τη συμμετοχική έρευνα. Προσδοκάται επομένως, ότι αυτό το σχέδιο κωδικοποίησης θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ευέλικτα από τους ερευνητές για να καθοδηγήσει την ανάλυση των ποιοτικών στοιχείων στο πεδίο της αλλαγής και της οργανωτικής συμπεριφοράς στην υγειονομική περίθαλψη. Το συγκεκριμένο μοντέλο επιλέχτηκε, καθώς έχει δημιουργηθεί μέσω προηγούμενης έρευνας στο Βρετανικό Σύστημα Υγείας (NHS) και έχει χρησιμοποιηθεί εκ των υστέρων για ανάλυση και εκμάθηση από τα προγράμματα αλλαγής στους οργανισμούς. Έχει, επίσης, χρησιμοποιηθεί στο Ηνωμένο Βασίλειο, αλλά και διεθνώς, για να καθοδηγήσει την έρευνα όσον αφορά την εφαρμογή μιας σειράς πρωτοβουλιών για αλλαγή στην ιδιωτική και δημόσια υγειονομική περίθαλψη. Προκύπει ότι το μοντέλο Pettigrew παρέχει έναν εννοιολογικό χάρτη για την ανάπτυξη του συστήματος κωδικοποίησης. Το σύστημα αυτό αποτελεί ένα πρακτικό εργαλείο για τους ερευνητές και η σύνθεσή του συνδέεται στενά με τη θεωρία, ενθαρρύνοντας έτσι τη χρήση υπαρχόντων εννοιών και παραγόντων παράλληλα με τη νέα έρευνα. Η περιγραφή των μεθόδων που υιοθετούνται στην ανάπτυξη του συστήματος μαζί με τις συστάσεις για τη χρήση του, ουσιαστικά διευκολύνει την εφαρμογή του μοντέλου από άλλους ερευνητές. Επιπλέον παρέχει μια πλατφόρμα για άλλους ερευνητές, οι οποίοι μπορούν να χρησιμοποιήσουν τη μεθοδολογία για να παραγάγουν ένα εναλλακτικό εργαλείο από την υπάρχουσα θεωρία στον τομέα τους.

Το τρίτο επιστημονικό άρθρο ασχολείται με τις προσφυγές των εργαζομένων για διακρίσεις λόγω ψυχικών παθήσεων στη Μεγάλη Βρετανία. Στοχεύει, πρώτον στο να καταδείξει το οργανωσιακό και νομικό πλαίσιο εντός των οποίων λειτουργούν οι συμβαλλόμενοι για θέματα ψυχικής υγείας και δεύτερον στο να γίνει περαιτέρω κατανοητός ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα χρησιμοποιούν το δικαστικό σύστημα για την ενίσχυση των νομικών τους δικαιωμάτων, καθώς και τις τομεακές, οργανωσιακές και σχεσιακές συνθήκες που δίνουν έρεισμα για εκδίκαση. Αρχικά, προσεγγίζεται η φύση του στιγματισμού και της διάκρισης στον εργασιακό χώρο και σκιαγραφείται το νομικό πλαίσιο εντός του οποίου εγείρονται νομικές αξιώσεις. Στη συνέχεια, προσδιορίζονται η εμπειρική διαμόρφωση και οι λεπτομέρειες περιπτώσεων προσφυγών ανά τα χρόνια στη Βρετανία και αναφέρονται τα προκαταρκτικά συμπεράσματα που εξάχθηκαν από πληθυσμό σχετικών περιπτώσεων προσφυγής στο Βρετανικό Εφετείο Επιλύσης Εργατικών Διαφορών (Employment Appeal Tribunal - EAT) κατά το διάστημα 2005-2010. Τέλος, εξετάζονται ορισμένες πρακτικές και περαιτέρω ερευνητικές συνέπειες της παρούσας ανάλυσης. Συμπεραίνεται ότι η φύση των στοιχείων των περιπτώσεων της έρευνας δημιουργούν σημαντικές δυσκολίες στον προσδιορισμό του μεγέθους των οργανισμών που εμπλέκονται σε δικαστικές υποθέσεις. Ωστόσο, το γεγονός ότι το 1/4 των περιπτώσεων του ιδιωτικού τομέα βρέθηκε να αφορά ισχυρισμούς για MHD κατά του ιδιοκτήτη του οργανισμού αντανακλά σαφώς ένα πρόβλημα στους μικρούς χώρους εργασίας. Οι περιπτώσεις διακρίσεων λόγω ψυχικής υγείας αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό υποθέσεων αναπηρίας στις ακροάσεις δευτεροβάθμιας δικαιοδοτικής βαθμίδας.

Γρηγόρης Θ. Παπανίκος

Μπορεί τα Δημόσια Νοσοκομεία να είναι Ανταγωνιστικά;

Το δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν για να εξυπηρετούν τους πολίτες μιας χώρας, ικανοποιώντας την αρχή της παραγωγής πολλών και ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Αν δεν πληρούν αυτή την απλή αρχή, καλύτερα να κλείνουν. Αυτό το απλό επιχείρημα είναι ανεξάρτητο από το πώς χρηματοδοτούνται τα νοσοκομεία και από το πώς οργανώνονται. Τα νοσοκομεία που προσφέρουν τις καλύτερες και περισσότερες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους πόρους τους (ανθρώπινους και φυσικούς) θα πρέπει να επιβραβεύονται, δηλαδή το προσωπικό τους θα πρέπει να αμοίβεται περισσότερο. Αυτό θα επιτυγχάνεται μέσω των περισσοτέρων εσόδων που θα έχουν, αφού θα εξυπηρετούν καλύτερα περισσότερους πολίτες. Αλλά αυτό πρέπει να το αποφασίζει αποκλειστικά ο διοικητής τους. Αυτό σημαίνει υγιής ανταγωνισμός μεταξύ δημόσιων νοσοκομείων. Για να γίνει αυτό, όμως, οι διοικητές των δημόσιων νοσοκομείων πρέπει να έχουν δύο βασικά δικαιώματα: (α) το δικαίωμα πρόσληψης και απόλυσης προσωπικού και (β) το δικαίωμα προϋπολογισμού.

Στην Ελλάδα και τα δύο δικαιώματα τα έχει η κεντρική κυβέρνηση. Μάλιστα το πρώτο δικαίωμα είναι κουτσουρεμένο, διότι στην ουσία δεν υπάρχει το δικαίωμα απόλυσης ούτε από την πλευρά της κυβέρνησης, ενώ υπάρχει κατάχρηση του δικαιώματος πρόσληψης. Ιδιαίτερα σε προεκλογικές περιόδους, όλων των προηγούμενων δεκαετιών, προσλαμβάνονταν υπάλληλοι σε δημόσια νοσοκομεία για να ικανοποιήσουν την πελατεία του εκάστοτε υπουργού ή υπουργών. Μία έρευνα που θα είχε ενδιαφέρον θα ήταν σε νοσοκομεία της Αττικής πόσοι υπάλληλοι προσλήφθηκαν την εποχή που ο υπουργός καταγόταν από τη δική τους περιοχή. Ας ελπίσουμε ότι η φοβέρα των ξένων προστάτιδων δυνάμεων θα βάλει τέρμα σε αυτή την ανεξέλεγκτη πρόσληψη ημετέρων, κυρίως από βουλευτές και υπουργούς των εκάστοτε κυβερνήσεων.

Ο τρόπος αυτός πρόσληψης δημιουργεί δύο βασικά προβλήματα σε οποιονδήποτε διοικητή (ανώτερο στέλεχος, προϊστάμενο) ενός δημόσιου νοσοκομείου. Πρώτον, ο κάθε λογικός, ορθολογικός και μη «αχάριστος» υπάλληλος ενός ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου αναγνωρίζει ως φυσικό του προϊστάμενο τον πολιτικό που τον διόρισε και θα εξασφαλίσει τις προαγωγές του και τις αναγκαίες μετατάξεις. Ο διοικητής είναι ο τυπικός του προϊστάμενος. Ακόμη και αν κάποιος διορίστηκε «αξιοκρατικά», μέσω του ΑΣΕΠ, πάλι χρειάζεται τον πολιτικό του για να περάσει καλά μέσα στο νοσοκομείο. Η λέξη αξιοκρατικά είναι σε εισαγωγικά διότι το ΑΣΕΠ δεν εξασφαλίζει ότι ο πιο αποδοτικός και αποτελεσματικός υπάλληλος προσλαμβάνεται για το συγκεκριμένο δημόσιο νοσοκομείο. Αλλά αυτό συνδέεται με το δεύτερο πρόβλημα πρόσληψης. Από την στιγμή που ένας υπάλληλος γνωρίζει ότι ο προϊστάμενός του δεν μπορεί να τον απολύσει και να πάρει άλλον επαφίεται στον πατριωτισμό του να γίνει παραγωγικός και αποδοτικός. Και συνήθως δεν είναι τόσο πατριώτης, εκτός αν υπάρχει το κίνητρο της επιπλέον αμοιβής που του διασφαλίζει το «φακελάκι», το τόσο γνωστό διεθνώς ελληνικό φαινομένο. Μάλιστα, η ύπαρξη του φαινομένου αυτού τον καθιστά λιγότερο παραγωγικό και αποδοτικό έτσι ώστε να μπορεί να εκμαιεύσει την επιπλέον παράνομη αμοιβή. Όσο μεγαλύτερη αδιαφορία και απροθυμία δείχνει, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να εισπράξει το φακελάκι. Συνεπώς, η μειωμένη του παραγωγικότητα και αποδοτικότητα αποτελεί μία πολύ ορθολογική οικονομική συμπεριφορά εκ μέρους του. Με αυτό τον τρόπο μεγιστοποιεί τα έσοδά του.

Κανένα σοβαρό στέλεχος διοίκησης οργανισμών δεν θα αναλάμβανε διοικητής ενός τέτοιου ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου, αν δεν διασφάλιζε το δικαίωμα να τιμωρεί με την απειλή της απόλυσης τέτοιους εργαζόμενους. Είναι αλήθεια ότι και σε άλλες χώρες ο διοικητής του νοσοκομείου δεν προσλαμβάνει το προσωπικό του, αν και στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ (20 στις 29) ο διοικητής είναι υπεύθυνος για την πρόσληψη του προσωπικού του. Στον Καναδά, για παράδειγμα, οι προσλήψεις γίνονται από την κυβέρνηση. Μα όπως λέει και ο λαός μας, άλλα

τα μάτια του λαγού και άλλα της κουκουβάγιας. Στην Ελλάδα, ο διοικητής πρέπει να έχει το δικαίωμα πρόσληψης και απόλυσης του προσωπικού και μόνο η εργατική νομοθεσία θα πρέπει να τον περιορίζει, τίποτε άλλο. Επίσης, ο διοικητής ενός νοσοκομείου πρέπει να έχει το αναφαίρετο και αποκλειστικό δικαίωμα επιλογής των διευθυντικών στελεχών του νοσοκομείου του είτε μέσα είτε έξω από το νοσοκομείο. Αυτονόητο, επίσης, είναι ότι πρέπει να έχει το δικαίωμα να αμείβει το προσωπικό του κατά το δοκούν. Δεν υπάρχει πιο άνισο σύστημα από το να πληρώνονται όλοι το ίδιο. Αλλά αυτό συνδέεται άμεσα με το δικαίωμα προϋπολογισμού.

Το δεύτερο δικαίωμα απλά λέει ότι ο διοικητής θα πρέπει να έχει την αποκλειστική ευθύνη της κατανομής του προϋπολογισμού (δαπανών) του νοσοκομείου. Αυτό συμπεριλαμβάνει και τη διαφοροποίηση των μισθών ακόμη και για τις ίδιες κατηγορίες εργαζομένων. Όσοι έχουν ασκήσει διοίκηση, σε δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα, στην Ελλάδα ή στο Εξωτερικό, όπως ο υποφαινόμενος, γνωρίζουν πολύ καλά ότι δύο κηπουροί ή δύο θυρωροί μπορεί να έχουν πολύ μεγάλες διαφορές στην απόδοση και στην αποτελεσματικότητα. Οι διαφορές μπορεί να οφείλονται πολύ απλά σε διαφορετικές ικανότητες. Φυσικά σημαντικές διαφορές είναι και αυτές μεταξύ νοσηλευτών, μεταξύ γιατρών και μεταξύ διοικητικών υπαλλήλων. Αν δεν επιβραβεύονται αυτές οι διαφορές τότε θα επικρατεί η οικονομική αναποτελεσματικότητα και μη αποδοτικότητα.

Εκεί, όμως, που το δικαίωμα αυτό θα πρέπει να εφαρμόζεται είναι στις προμήθειες του δημόσιου νοσοκομείου. Δεν υπάρχει πιο διαφθαρμένο σύστημα από αυτό των διαγωνισμών. Όσο πιο «αδιάβλητος» είναι ένας δημόσιος διαγωνισμός στην Ελλάδα, τόσο πιο διαφθαρμένος είναι. Ο διοικητής του ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου θα πρέπει να αγοράζει με δική του αποκλειστική ευθύνη όλες τις προμήθειες του νοσοκομείου του. Δεν θα υπάρχει κανένας απολύτως έλεγχος. Από την στιγμή που επιτραπεί οποιοσδήποτε έλεγχος, ανοίγει και ασκός της διαπλοκής και της διαφθοράς. Πρώτος ο διοικητής θα κλέψει αν οι προμήθειες γίνονται με ανοικτούς δημόσιους διαγωνισμούς από πολυπληθείς επιτροπές προκήρυξης, επιλογής, ανάθεσης και παραλαβής έργων και προμηθειών. Για να το κάνουμε σαφές και πιο λαϊκό ο διοικητής του δημόσιου ελληνικού νοσοκομείου θα πρέπει να αγοράζει από όποιον γουστάρει τις προμήθειες του νοσοκομείου του. Μόνο έτσι διασφαλίζεται η διαφάνεια στις προμήθειες. Μόνο έτσι διασφαλίζεται η μείωση του μέσου κόστους λειτουργίας του νοσοκομείου του, χωρίς να υπονομεύεται η ποιότητα της παροχής των υπηρεσιών. Δηλαδή, μόνο έτσι μεγιστοποιείται, αυτό που είναι το ζητούμενο σε ένα δημόσιο σύστημα υγείας, η εξυπηρέτηση των ελλήνων πολιτών. Και με αυτή την έννοια τα δημόσια ελληνικά νοσοκομεία μπορούν να γίνουν ανταγωνιστικά.

Η πρότασή μας είναι σαφής. Ο διοικητής του ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου πρέπει να προσλαμβάνει και να απολύει όποιον θέλει. Μπορεί να προσλάβει την κόρη του, το γιό του και την γυναίκα του, αν το επιθυμεί. Επίσης, θα πρέπει να κάνει τις προμήθειές του όπως θέλει και από όποιον συγγενή του θέλει. Μόνο θα πρέπει να εκπληρώνει έναν όρο: το νοσοκομείο του θα πρέπει να είναι ανταγωνιστικό. Και όσο πιο ανταγωνιστικό είναι τόσο θα αυξάνεται η αμοιβή του και ο προϋπολογισμός του νοσοκομείου του. Άρα και των υπαλλήλων του. Η δική του παραγωγικότητα θα αξιολογείται από διεθνείς εταιρείες, λαμβάνοντας υπόψη μόνο τις γνώμες των πελατών του δημόσιου νοσοκομείου που δεν είναι άλλοι από τους έλληνες πολίτες. Αν αυτοί είναι ευχαριστημένοι, τότε οποιαδήποτε άλλη άποψη περισσεύει, συμπεριλαμβανομένων των γιατρών, των νοσηλευτών, των διοικητικών υπαλλήλων και των πολιτικών.

Αυτονόητο είναι ότι αυτοί οι διοικητές πρέπει να επιλέγονται από διεθνείς εταιρείες συμβούλων, ακόμη και μη έλληνες θα πρέπει να συμμετέχουν στο διαγωνισμό, πάντα μέσα στο πλαίσιο των νόμων της πολιτείας. Αγγλικά η μόνη γλώσσα και η γνώση της ελληνικής να θεωρείται περισσότερο μειονέκτημα παρά πλεονέκτημα. Έτσι θα δυσκολεύεται η επικοινωνία με τις σειρήνες της διαπλοκής. Η δε αμοιβή τους πρέπει να φθάνει τα όρια της πρόκλησης και να είναι αντίστοιχες των καλών ξένων ποδοσφαιριστών, καλαθοσφαιριστών και προπονητών που έρχονται κατά εκατοντάδες να δουλέψουν στην χώρα μας. Ο καλός διοικητής θα τα βγάλει τα λεφτά του. Ο ανίκανος θα σε βάλει και μέσα.

Η Ποιότητα Ζωής των Αυστραλών Ενηλίκων με Χρόνιες Παθήσεις: Το Κάπνισμα είναι πιο Επιβλαβές για τις Γυναίκες σε Σύγκριση με τους Άνδρες

Ούπαλι Γ. Τζαϋασίνγκε και Μαρκ Φ. Χάρρις
Πανεπιστήμιο Νέας Νότιας Ουαλίας, Αυστραλία

Εισαγωγή

Το 2004, το 77% των Αυστραλών ανέφεραν τουλάχιστον ένα χρόνιο πρόβλημα υγείας (AIHW 2006). Η διαχείριση των χρόνιων προβλημάτων υγείας αποτελεί ένα κυρίαρχο ζήτημα γενικής ιατρικής στην Αυστραλία για δύο λόγους: πρώτον, επειδή αφορά μεγάλο μέρος του πληθυσμού και δεύτερον, επειδή μέσω της γενικής ιατρικής δίνεται η δυνατότητα πρόωρης παρέμβασης, με αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, την πρόληψη της αναπηρίας και τη μείωση της νοσηλείας στο νοσοκομείο (Jayasinghe et al. 2009). Τα άτομα με χρόνιες παθήσεις που καπνίζουν ενδέχεται να βρίσκονται σε ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο κακής υγείας, καθώς βρίσκονται σε κίνδυνο επιπλοκών από την πάθηση ενόσω επιδέχονται τις αρνητικές συνέπειες που συνδέονται με το κάπνισμα (Ford et al. 2004). Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, το κάπνισμα μπορεί επίσης να συσχετίζεται με άλλα δυσμενή συμπτώματα υγείας συμπεριλαμβανομένης και της χαμηλότερης Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (Health-related Quality of Life-HRQOL) (Martinez et al. 2004, Mitra et al. 2004, Strine et al. 2005). Οι καπνιστές εμφανίζουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους μη-καπνιστές (Lasser et al. 2000, Strine et al. 2005, Jiang & Hesser 2006).

Στην Αυστραλία, το ποσοστό ανδρών και γυναικών που καπνίζουν μειώθηκε κατά 1,4% (22,5% το 2004 και 21,1% το 2007) και 1,1% (18,8% το 2004 και το 17,7% το 2007) αντιστοίχως, μεταξύ του 2004 και του 2007 (AIHW, 2008). Μερικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη δυσκολία από τους άνδρες στο να σταματήσουν το κάπνισμα (Hatsukami et al. 1995, Perkins 2001).

Τα εργαλεία SF-36 και SF-12 χρησιμοποιούνται ευρέως για τη μέτρηση της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής. Ερευνητές από διαφορετικές χώρες, οι οποίοι αντιπροσωπεύουν και διαφορετικούς πολιτισμούς και τρόπους ζωής υποστηρίζουν ότι και τα δύο εργαλεία (SF-36 & SF-12) είναι ευαίσθητα σε διαφορές εξαιτίας κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών μεταβλητών, συμπεριλαμβανομένης της ηλικίας (Lim & Fisher 1999, Jayasinghe et al. 2009), του φύλου (Lim & Fisher 1999, Fone et al. 2007), του εισοδήματος (Burdine et al. 2000, Fone et al. 2007, Keles et al. 2007), της απασχόλησης (Burdine et al. 2000, Fone et al. 2007, Jayasinghe et al. 2009), της εκπαίδευσης (Burdine et al. 2000, Keles et al. 2007), της οικογενειακής κατάστασης (Lennon 1987, Jayasinghe et al. 2009), της ικανοποίησης με τις υπηρεσίες υγείας (Jayasinghe et al. 2009) και τέλος, των διαφορετικών ιατρικών προβλημάτων (Keles et al. 2007). Παρά το ότι πολλές μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει το SF-36 (Lyons et al. 1994, Wiggers et al. 2006, Hays et al. 2008) για να εξετάσουν τη σχέση μεταξύ της ποιότητας ζωής και του καπνίσματος, καμμία μελέτη δεν έχει χρησιμοποιήσει το SF-12, έκδοση 2. Μερικές μελέτες που χρησιμοποιούν το SF-36 καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι το κάπνισμα επηρεάζει αρνητικά σε μεγαλύτερο βαθμό τις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες (Wilson et al. 2004). Ωστόσο, οι περισσότερες δεν ελέγχουν σωστά τις επιδράσεις του φύλου στο κάπνισμα ή ελέγχουν τις επιδράσεις του φύλου χωρίς, όμως να προβαίνουν στη

μεθοδολογική προσαρμογή που απαιτεί η παρουσία άλλων εμπλεκόμενων παραγόντων.

Σε αυτή τη μελέτη εξετάζουμε τη σχέση μεταξύ του καπνίσματος και της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής σε ένα μεγάλο δείγμα Αυστραλών ενηλίκων που πάσχουν από χρόνια νοσήματα από δύο πολιτείες και την πρωτεύουσα της Αυστραλίας, χρησιμοποιώντας το SF-12, έκδοση 2. Με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία, τίθενται οι ακόλουθες ερευνητικές ερωτήσεις: (1) Ποιές είναι οι διαφορές στη συχνότητα καπνίσματος μεταξύ υποομάδων φύλου, ηλικίας, εισοδήματος (ιδιοκτησία οικίας και αυτοκινήτου), εκπαίδευσης, απασχόλησης, οικογενειακής κατάστασης, αριθμού χρόνιων ασθενειών, ικανοποίησης με τις υπηρεσίες υγείας, βαθμού ανάπτυξης της γενικής ιατρικής και τοποθεσίας γενικών ιατρείων; (2) Είναι αυτοί οι παράγοντες, καθώς και η κατάσταση καπνίσματος ανεξάρτητες επεξηγηματικές μεταβλητές της Σχετιζόμενης με την Υγείας Ποιότητα Ζωής χρησιμοποιώντας το SF-12, έκδοση 2; και (3) Υπάρχει κλινικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και ποιότητας ζωής, η οποία είναι διαφορετική μεταξύ ανδρών και γυναικών (υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ φύλου και κατάσταση καπνίσματος);

Μέθοδος

Συμμετέχοντες

Η μελέτη είναι μια δοκιμή τυχαιοποιημένων ομάδων (cluster randomised trial) στην οποία συμμετείχαν 60 ιατρεία γενικής ιατρικής σε αστικές και αγροτικές περιοχές της Νέας Νότιας Ουαλίας (New South Wales - NSW), της Βικτώριας και της Αυστραλιανής πρωτεύουσας κατά το χρονικό διάστημα Ιουλίου 2006 και Ιουνίου 2008 (Taggart et al. 2011). Αυτή η μελέτη είχε ως σκοπό την αξιολόγηση της επίδρασης που είχε η διευκόλυνση απόκτησης ενός επαυξημένου ρόλου στους μη-οικογενειακούς ιατρούς στη διαχείριση ασθενών με χρόνιες παθήσεις. Τα ιατρεία γενικής ιατρικής για να είναι επιλέξιμα έπρεπε να διαθέτουν ηλεκτρονικούς φακέλους ασθενών και τουλάχιστον μια νοσηλεύτρια ή έναν διευθυντή. Στη μελέτη κλήθηκαν να συμμετάσχουν 3.349 ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 και υπέρταση/ισχαιμική καρδιοπάθεια που παρακολουθούνται από τα 60 ιατρεία γενικής ιατρικής του δείγματος, από τους οποίους 2.642 (79%) συγκατέθεσαν να συμμετάσχουν και 2.358 επέστρεψαν συμπληρωμένο το ερωτηματολόγιο SF-12 (ποσοστό ανταπόκρισης 70,4%). Η μελέτη αυτή κάνει διαστρωματική ανάλυση των δεδομένων βάσης.

Εκ των προτέρων εκτιμήσεις σε δείγμα πληθυσμού με τη χρήση της βαθμολογικής κλίμακας των ψυχικών παθήσεων του SF-12 επιβεβαιώνουν ότι μετά την προσαρμογή σε ομάδες (προηγούμενες μελέτες με τη χρήση του SF-12 δείχνουν ότι η επίδραση της ομαδοποίησης (ICC= ενδο-ομαδική συσχέτιση), εκτιμάται στο 0,011 για την κλίμακα των ψυχικών παθήσεων (Jayasinghe et al. 2009)) 30 ασθενείς, κατά μέσο όρο, από κάθε ένα ιατρείο γενικής ιατρικής από τα 60 έχει ικανοποιητικά χαρακτηριστικά (1-β=0,8 και α=0,05) ώστε να δείχνει μια επίδραση της τάξης του 0,13 μεταξύ καπνιστών και μη-καπνιστών, υποθέτοντας ότι περίπου το 10% των ασθενών είναι καπνιστές.

Ηθική

Η μελέτη έλαβε έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας Ανθρώπινης Έρευνας του Πανεπιστημίου της Νέας Νότιας Ουαλίας. Οι συμμετέχοντες έδωσαν την συγκατάθεσή τους μετά από την απαραίτητη ενημέρωσή τους.

Μεθοδολογικά Εργαλεία

Το εργαλείο του SF-12, έκδοση 2 αποτελείται από 12 ερωτήσεις, που μετράνε τη φυσική και ψυχική υγεία (Jenkinson et al. 2001, Keles et al. 2007). Συνίσταται η έκδοση 2 σε σχέση με την πρωτότυπη έκδοση 1 σε όλες τις νέες μελέτες που διενεργούν έρευνα σε πληθυσμούς (Ware et al. 2002). Πρόκειται για μια συντομευμένη μορφή του εργαλείου Έρευνας για την Υγεία SF-36, το οποίο αποτελεί ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο για την αξιολόγηση της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής (Keles et al. 2007). Και τα δύο εργαλεία (SF-12 & SF-36) δίνουν οκτώ διαστάσεις της υγείας (τη σωματική λειτουργικότητα PF, το σωματικό ρόλο RF, το σωματικό πόνο BP, τη γενική υγεία GH, τη ζωτικότητα VT, την κοινωνική λειτουργικότητα SF, το συναισθηματικό ρόλο RE και την ψυχική υγεία MH) (Gandek et al. 1998, Schofield & Mishra 1998). Επίσης, δίνουν δύο συνοπτικές κλίμακες – τη Συνοπτική Κλίμακα Σωματικής Υγείας (Physical Component Summary, PCS) και τη Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (Mental Health Component Summary, MCS), οι οποίες έχουν επικυρωθεί ως αξιόπιστα εργαλεία για μετρήσεις και παρακολουθήσεις της υγείας σε έρευνες μεγάλης κλίμακας στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ), τη Μεγάλη Βρετανία (ΜΒ) πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) και την Αυστραλία (Gandek et al. 1998, Keles et al. 2007, Jayasinghe et al. 2009). Προς χάριν ευκολίας κατά την ερμηνεία, τα αποτελέσματα τυποποιήθηκαν σύμφωνα με τα πρότυπα του πληθυσμού, με το μέσο όρο να ορίζεται στο 50 (τυπική απόκλιση=10), ενώ υψηλότερα αποτελέσματα υποδεικνύουν καλύτερη υγεία. Το SF-12 θεωρείται αξιόπιστο και έγκυρο (Ware et al. 2002). Η έρευνα έχει δείξει ότι το τυπικό εργαλείο SF-12 μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο περιβάλλον της Αυστραλίας και συνεπώς δεν απαιτείται η ανάπτυξη ενός ειδικού εργαλείου για την χώρα αυτή. Παράλληλα, το SF-12 για την Αυστραλία εγκυροποιήθηκε, χρησιμοποιώντας τα κανονικά αποτέλεσματα της συνολικής βαθμολογίας, όπως προέκυψαν στις ΗΠΑ (Sanderson & Andrews 2002, Wilson et al. 2002, Jayasinghe et al. 2009). Το SF-12 είναι ένα εργαλείο που μπορεί να συμπληρωθεί από τους συμμετέχοντες στην έρευνα μέσα σε τρία λεπτά εξασφαλίζοντας την ίδια στιγμή υψηλή ακρίβεια (Wilson et al. 2002).

Σε όλους τους ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα τους στάλθηκαν ταχυδρομικά το ερωτηματολόγιο SF-12 και το Φύλλο Αξιολόγησης του Ασθενούς της Φροντίδας Χρόνιων Παθήσεων (Patient Assessment of Chronic Illness Care-PACIC) μαζί με κάποιες επιπλεόν ερωτήσεις δημογραφικού περιεχομένου, συμπεριλαμβανομένου της κατάστασης καπνίσματος και των χρονίων παθήσεων. Οι ασθενείς ερωτήθηκαν κατά πόσον καπνίζουν επί του παρόντος ή όχι («Καπνίζετε τώρα;»). Στους ασθενείς που δεν απάντησαν μετά από τέσσερις εβδομάδες στάλθηκε υπενθύμιση. Η ικανοποίηση των ασθενών αξιολογήθηκε επίσης μέσω του PACIC, το οποίο είναι ένα εργαλείο που μετρά την αξιολόγηση που κάνει ο ίδιος ο ασθενής στη φροντίδα που λαμβάνει και συγκλίνει με το Μοντέλο Χρόνιας Φροντίδας. Οι ψυχομετρικές ιδιότητες του PACIC έχουν αξιολογηθεί στην Αυστραλία (Taggart et al. 2011).

Δεδομένα και Μεταβλητές

Ως εξαρτημένες μεταβλητές ορίστηκαν οι Συνοπτικές Κλίμακες Σωματικής Υγείας (PCS-12) και Ψυχικής Υγείας (MCS-12). Ο αριθμός των γενικών ιατρών σε κάθε ιατρείο χρησιμοποιήθηκε ως το μέτρο για το μέγεθος του ιατρείου. Παράλληλα, υπήρξε ταξινόμηση των ιατρείων σε αστικά και αγροτικά (Jayasinghe et al. 2008). Τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα αφορούσαν την κατάσταση καπνίσματος, το φύλο, την ηλικία, την ιδιοκτησία κατοικίας και αυτοκινήτου, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την απασχόληση, την οικογενειακή κατάσταση, τα προβλήματα υγείας/ασθένειες που έχουν οι συμμετέχοντες και τη

συνολική ικανοποίηση με τις υπηρεσίες υγείας (Πίνακας 1). Η ιδιοκτησία κατοικίας και αυτοκινήτου μπορούν να θεωρηθούν ως δείκτης οικονομικής επιφάνειας των ασθενών/συμμετεχόντων στην έρευνα (Macintyre et al. 1998).

Πίνακας 1. Κατανομή της Κατάστασης Καπνίσματος σύμφωνα με τα Χαρακτηριστικά του Ασθενούς και του Γενικού Ιατρείου για 2.306 Ενήλικες με Χρόνια Πάθηση

Μεταβλητή	Κατάσταση Καπνίσματος				
	Καπνιστές (N = 217)		Μη-Καπνιστές (N = 2.089)		Τιμή p[1]
	Αριθμός	%	Αριθμός	%	
Χαρακτηριστικά των Ασθενών					
Φύλο					
Άνδρας	91	41,9	971	46,5	0,224
Γυναίκα	126	58,1	1.118	53,5	
Ηλικία σε έτη					
18–39	11	5,1	64	3,1	0,000
40–59	103	48,1	544	26,1	
> 59	100	46,7	1.479	70,9	
Ιδιοκτήτης Κατοικίας και Αυτοκινήτου					
Ιδιοκτήτης κατοικίας και αυτοκινήτου	129	60,3	1.580	76,3	0,000
Ιδιοκτήτης μόνο κατοικίας	17	7,9	134	6,5	
Ιδιοκτήτης μόνο αυτοκινήτου	37	17,3	251	12,1	
Διαμένει σε ενοίκιο και δεν κατέχει αυτοκίνητο	31	14,5	106	5,1	
Εκπαίδευση					
Πτυχίο/Δίπλωμα	60	27,8	723	34,8	0,039
Δημοτικό/Λύκειο	156	72,2	1.356	65,2	
Απασχόληση					
Απασχολούμενος	81	37,5	662	31,8	0,000
Συνταξιούχος	65	30,1	1.001	48,1	
Άνεργος[2]	70	32,4	417	20,0	
Οικογενειακή Κατάσταση					
Παντρεμένος (γάμος/συγκατοίκηση)	111	54,4	1.471	72,4	0,000
Ανύπαντρος[3]	93	45,6	562	27,6	
Ύπαρξη Ασθένειας					
Ένα πρόβλημα υγείας	126	60,6	1.277	62,3	633
Δύο ή περισσότερα προβλήματα υγείας	82	39,4	774	37,7	
Συνολικό Αποτέλεσμα PACIC					
Υψηλό (πάνω από την διάμεση τιμή)	116	55,5	975	48,8	0,066
Χαμηλό (κάτω από την διάμεση τιμή)	93	44,5	1.022	51,2	
Χαρακτηριστικά του Γενικού Ιατρείου					
1–3 ιατροί γενικής ιατρικής	94	43,3	798	38,2	0,139
≥ 4 ιατροί γενικής ιατρικής	123	56,7	1.292	61,8	
Τοποθεσία Γενικού Ιατρείου					
Αστική περιοχή	87	40,1	971	46,5	0,073
Αγροτική περιοχή	130	59,9	1.119	53,5	

Σημειώσεις: [1] Με τις τιμές του p γίνονται οι συγκρίσεις των διαφορετικών κατηγοριών σε κάθε μεταβλητή με την κατάσταση καπνίσματος χρησιμοποιώντας τους ελέγχους του Pearson's χ^2.
[2] Περιλαμβάνει ασθενείς που αναζητούν εργασία, σπουδάζουν σε πλήρους απασχόλησης προγράμματα, που φροντίζουν την οικογένεια και άτομα με ανικανότητα εργασίας λόγω ασθένειας ή αναπηρίας.
[3] Περιλαμβάνει ελεύθερους/χωρισμένους/διαζευγμένους/χείρους.

Στατιστική Ανάλυση

Οι Συνοπτικές Κλίμακες Σωματικής Υγείας (PCS-12) και Ψυχικής Υγείας (MCS-12) κατασκευάστηκαν με βάση το ερωτηματολόγιο SF-12, έκδοση 2 με τη χρήση του αλγορίθμου των ΗΠΑ που βασίστηκε σε εμπειρικά δεδομένα έρευνας στον γενικό πληθυσμό (Ware et al. 2002). Οι οκτώ διαστάσεις της υγείας όπως τεκμηριώνονται από τους Kontodimopoulos et al. (2007) και Ware et al. (2002) επιβεβαιώθηκαν και επικυρώθηκαν για την Αυστραλία χρησιμοποιώντας τα κανονικά αποτελέσματα της συνολικής βαθμολογίας του SF-12 όπως προέκυψαν στις ΗΠΑ (Jayasinghe et al. 2009).

Πραγματοποιήθηκαν μονομεταβλητές αναλύσεις με τη χρήση του SPSS (Πίνακες 1 και 2). Πρώτα, εξετάζεται η συσχέτιση μεταξύ ανεξάρτητων μεταβλητών και κατάστασης καπνίσματος χρησιμοποιώντας τους ελέγχους Pearson X^2. Οι μέσοι όροι των μη προσαρμοσμένων αποτελεσμάτων των PCS-12 και MCS-12 μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών σε κάθε μια κατηγορία των ανεξάρτητων μεταβλητών συγκρίνονται με χρήση των ελέγχων t (t-tests). Οι έλεγχοι Pearson X^2 χρησιμοποιήθηκαν για να συγκρίνουν αναλογίες, οι οποίες αναλύθηκαν και λείπουν.

Πολυεπίπεδα Υποδείγματα

Χρησιμοποιήθηκαν πολυεπίπεδα μοντέλα παλινδρόμησης με εξαρτημένες μεταβλητές τις δύο διαστάσεις (σωματική - ψυχική υγεία) και ανεξάρτητες μεταβλητές τα ιατρεία γενικής ιατρικής και τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, περιλαμβάνοντας την υπό-διερεύνηση αλληλεπίδραση μεταξύ καπνίσματος και φύλου. Χρησιμοποιήθηκε η προσαρμοσμένη πολυεπίπεδη ανάλυση με το λογισμικό MLwiN (Rasbash et al. 2005) για την ομαδοποίηση των ασθενών (επίπεδο 1) κατά ιατρείο γενικής ιατρικής (επίπεδο 2) (Fone et al. 2007, Jayasinghe et al. 2009). Αρχικά προσαρμόστηκε ένα μοντέλο συντελεστών διακύμανσης (χωρίς ανεξάρτητες μεταβλητές) για κάθε μια από τις μεταβλητές απαντήσεων ως σημείο αναφοράς και ακολούθως προσαρμόστηκε το κυρίως μοντέλο. Το κυρίως μοντέλο επεκτείνει το μοντέλο αναφοράς, καθώς συμπεριλαμβάνει τα χαρακτηριστικά του ασθενούς και του ιατρείου γενικής ιατρικής με την υπο-εξέταση αλληλεπίδραση ως σταθερές επιδράσεις.

Αποτελέσματα

Η πληρότητα δεδομένων είναι άριστη για κάθε ένα από τα αντικείμενα του SF-12, με 1,3% ή λιγότερο των συμμετεχόντων να μην έχουν απαντήσει. Εξαίρεση αποτελεί η ερώτηση για το «ανέβασμα σκάλας» στην οποία δεν απάντησε το 2,6% των συμμετεχόντων. Στο σύνολο των ερωτήσεων του SF-12 απάντησαν 2.049 ασθενείς με χρόνια πάθηση. Τα στατιστικά στοιχεία της κατάστασης καπνίσματος και των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών δίνονται στον Πίνακα 1. Συνολικά, εκτιμήθηκε ότι ένα ποσοστό 9,4% των ενηλίκων ήταν καπνιστές την τρέχουσα περίοδο. Περισσότεροι από τους μισούς (53%) καπνιστές και το 29% των μη καπνιστών είναι μικρότεροι από 60 ετών ($p<0,001$). Οι καπνιστές χαρακτηρίζονται σε γενικές γραμμές από χαμηλότερη κοινωνικο-οικονομική κατάσταση (12% περισσότεροι άνεργοι, 10% περισσότεροι μη ιδιοκτήτες κατοικίας και αυτοκινήτου, 7% περισσότεροι με χαμηλότερη μόρφωση) σε σχέση με τους μη καπνιστές ($p<0,001$). Οι παντρεμένοι συμμετέχοντες είναι λιγότερο πιθανό να είναι καπνιστές (7%) σε σχέση με τους ανύπαντρους (14%, $p<0,001$). Η κατανομή της κατάστασης καπνίσματος δεν συσχετίζεται με κάποιο άλλο χαρακτηριστικό των ασθενών χρονίων παθήσεων και των ιατρείων γενικής ιατρικής που συμμετείχαν στην έρευνα. Τα στοιχεία σε σχέση με το φύλο δείχνουν ότι 10% των γυναικών και 9% των ανδρών ήταν καπνιστές σύμφωνα με τα στοιχεία ($p=0,224$).

Πίνακας 2. Μη Προσαρμοσμένος Μέσος Όρος και Τυπική Απόκλιση των Κλιμάκων PCS-12 και MCS-12 Ανά Χαρακτηριστικά Γενικών Ιατρείων και Ασθενών (Ν ασθενών = 2.130, Ν ιατρείων = 60)

Μεταβλητή	PCS-12			MCS-12		
	Καπνιστές	Μη-Καπνιστές		Καπνιστές	Μη-καπνιστές	
	Μ.Ο. (Τυπ. Απόκλ.)	Μ.Ο. (Τυπ. Απόκλ.)	τιμή p[1]	Μ.Ο. (Τυπ. Απόκλ.)	Μ.Ο. (Τυπ. Απόκλ.)	τιμή p[1]
Χαρακτηριστικά των Ασθενών						
Φύλο						
Άνδρας	40,1 (11,2)	44,7 (11,4)	0,000	45,3 (12,2)	48,2 (10,9)	0,023
Γυναίκα	42,1 (12,2)	43,2 (12,4)	0,410	39,1 (12,4)	46,6 (11,3)	0,000
Ηλικία σε έτη						
18–39	41,2 (10,3)	50,2 (9,4)	0,005	38,6 (9,3)	41,8 (12,5)	0,412
40–59	43,5 (11,5)	47,6 (11,1)	0,001	40,3 (12,8)	45,4 (11,5)	0,000
> 59	38,7 (11,9)	42,2 (12,0)	0,009	44,0 (12,6)	48,3 (10,8)	0,003
Ιδιοκτήτης Κατοικίας και Αυτοκινήτου						
Ιδιοκτήτης κατοικίας και αυτοκινήτου	44,3 (11,2)	45,0 (11,6)	0,520	43,9 (12,6)	48,2 (10,8)	0,000
Ιδιοκτήτης μόνο κατοικίας	35,8 (12,9)	38,5 (11,7)	0,420	38,5 (10,3)	44,6 (11,7)	0,064
Ιδιοκτήτης μόνο αυτοκινήτου	38,2 (11,9)	42,4 (12,2)	0,060	40,5 (11,4)	44,8 (11,4)	0,041
Διαμένει σε ενοίκιο και δεν κατέχει αυτοκίνητο	34,9 (9,3)	37,4 (13,4)	0,260	36,7 (13,8)	43,0 (12,0)	0,018
Εκπαίδευση						
Πτυχίο/Δίπλωμα	43,0 (11,2)	46,7 (11,2)	0,017	43,9 (11,6)	47,9 (11,1)	0,009
Δημοτικό/Λύκειο	40,5 (12,0)	42,4 (12,1)	0,091	40,9 (13,0)	47,0 (11,1)	0,000
Απασχόληση						
Απασχολούμενος	46,7 (9,5)	49,1 (9,8)	0,042	44,5 (11,5)	47,1 (10,7)	0,042
Συνταξιούχος	39,5 (12,4)	42,3 (11,6)	0,075	43,0 (13,3)	49,3 (10,4)	0,001
Άνεργος[2]	36,0 (11,1)	39,2 (13,0)	0,041	37,2 (12,5)	42,9 (12,1)	0,001
Οικογενειακή Κατάσταση						
Παντρεμένος (γάμος/συγκατοίκηση)	43,2 (11,3)	44,6 (11,7)	0,261	43,7 (13,4)	48,0 (10,8)	0,002
Ανύπαντρος[3]	38,9 (12,1)	41,6 (12,5)	0,068	38,7 (11,3)	45,5 (11,9)	0,000
Ύπαρξη Ασθένειας						
Ένα πρόβλημα υγείας	42,2 (12,5)	45,5 (11,8)	0,005	41,1 (12,5)	47,9 (11,0)	0,000
Δύο ή περισσότερα προβλήματα υγείας	39,6 (10,7)	41,0 (11,8)	0,320	43,5 (12,9)	46,3 (11,2)	0,041
Συνολικό αποτέλεσμα PACIC						
Υψηλό (πάνω από τη διάμεση τιμή)	40,6 (12,7)	42,8 (11,9)	0,089	42,9 (12,8)	47,4 (11,2)	0,001
Χαμηλό (κάτω από τη διάμεση τιμή)	41,9 (10,6)	44,6 (12,0)	0,042	39,9 (12,3)	46,9 (11,1)	0,000
Χαρακτηριστικά Γενικού Ιατρείου						
1-3 ιατροί γενικής ιατρικής	41,9 (11,8)	43,3 (12,4)	0,339	42,7 (12,8)	46,9 (11,6)	0,004
≥ 4 ιατροί γενικής ιατρικής	40,7 (11,8)	44,3 (11,7)	0,002	41,0 (12,5)	47,6 (10,8)	0,000
Τοποθεσία Γενικού Ιατρείου						
Αστική Περιοχή	40,4 (11,8)	44,7 (11,5)	0,001	43,2 (13,2)	47,9 (10,8)	0,003
Αγροτική Περιοχή	41,8 (11,8)	43,2 (12,3)	0,252	40,8 (12,2)	46,9 (11,4)	0,000

Σημειώσεις: [1] Οι αξίες του p χρησιμεύουν στη σύγκριση διαφοράς στην επιβίωση κάθε κατηγορίας χαρακτηριστικών ασθενή και ιατρείου με τη χρήση του ανεξάρτητου ελέγχου t (t-test).
[2] Περιλαμβάνει ασθενείς που αναζητούν εργασία, σπουδάζουν σε πλήρους απασχόλησης προγράμματα, που φροντίζουν την οικογένεια και άτομα με ανικανότητα εργασίας λόγω ασθένειας ή αναπηρίας.
[3] Περιλαμβάνει ελεύθερους/χωρισμένους/διαζευγμένους/χείρους.

Η συνολική μέση βαθμολογία της κλίμακας PSC-12 και της κλίμακας MCS-12 των συμμετεχόντων με χρόνια πάθηση είναι 42,7 (τυπική απόκλιση=12,1) και 49 (τυπική απόκλιση=11,1), αντίστοιχα. Ο Πίνακας 2 δείχνει ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των μη προσαρμοσμένων βαθμολογιών των κλιμάκων PCS-12 ή MCS-12 των καπνιστών και των μη-καπνιστών των υποκατηγοριών των γενικών χαρακτηριστικών των ασθενών και των ιατρείων γενικής ιατρικής. Χειρότερη σωματική υγεία αναφέρθηκε από τους καπνιστές σε σύγκριση με τους μη καπνιστές σε όλες τις ηλικιακές κατηγορίες, καθώς και από τους άνδρες, τους έχοντες υψηλό μορφωτικό επίπεδο, τους εργαζόμενους, τους ανέργους, τους λιγότερο ικανοποιημένους με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και τους ασθενείς που επισκέπτονται μεγάλα ιατρεία γενικής ιατρικής σε αστικές περιοχές (Πίνακας 2). Ομοίως, χειρότερη ψυχική υγεία αναφέρθηκε από τους καπνιστές σε σύγκριση με τους μη καπνιστές σε όλες τις υποκατηγορίες ασθενών και ιατρείων γενικής ιατρικής, εκτός των νεαρών ασθενών ηλικίας κάτω των 40 ετών.

Στην πολυεπίπεδη παλινδρόμηση συμπεριλαμβάνονται μόνο τα δεδομένα από τα ερωτηματολόγια τα οποία έχουν πληροφόρηση για όλες τις σχετικές μεταβλητές, συνεπώς το μέγεθος του δείγματος είναι 1.825 ασθενείς από 60 ιατρεία (το 89% όσων απάντησαν και τις 12 SF-12 ερωτήσεις). Οι έλεγχοι Pearson X^2 έδειξαν ότι οι αναλογίες του μεγέθους του ιατρείου γενικής ιατρικής, της τοποθεσίας του ιατρείου, του φύλου, της απασχόλησης, της εκπαίδευσης, της ιδιοκτησίας κατοικίας και αυτοκινήτου, του αριθμού των ασθενειών/προβλημάτων υγείας, της οικογενειακής κατάστασης, καθώς και της μέσης τιμής των συνολικών αποτελεσμάτων PACIC ήταν όμοια μεταξύ των δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν στις πολυεπίπεδες αναλύσεις και των δεδομένων που ήταν ελλιπή. Παρατηρήθηκε μια μικρή (2,5%), αλλά σημαντική διαφορά μεταξύ των αναλογιών των δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν στις πολυεπίπεδες αναλύσεις και του συνόλου των δεδομένων (συμπεριλαμβανομένων αυτών που ήταν ελλιπή) για την μεταβλητή της ηλικίας. Ο Πίνακας 3 δείχνει τα αποτελέσματα της πολυεπίπεδης ανάλυσης για κάθε μία μεταβλητή ξεχωριστά.

Η Συνοπτική Κλίμακα Σωματικής Υγείας (PCS-12) μειώνεται με την ηλικία, ενώ η Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-12) αυξάνεται με την ηλικία. Τα PCS-12 και MCS-12 συσχετίζονται θετικά με την ιδιοκτησία κατοικίας και αυτοκινήτου. Η κατάσταση καπνίσματος αλληλεπιδρά με το φύλο στις προβλέψεις του MCS-12 Ακόμη, το κάπνισμα συνδέεται με χειρότερη ψυχική υγεία στις γυναίκες, αλλά όχι στους άνδρες (Σχήμα 1). Οι γυναίκες καπνιστές έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάζουν χειρότερη ψυχική υγεία από τους άνδρες καπνιστές (μέγεθος επίδρασης=0,50). Η αρνητική επίδραση του καπνίσματος είναι μικρότερη για τους άνδρες.

Πίνακας 3. Εκτιμήσεις του Συντελεστή Παλινδρόμησης της Πολυεπίπεδης Ανάλυσης Παλινδρόμησης για τα Χαρακτηριστικά των Γενικών Ιατρείων και των Ασθενών (Ν ασθενών = 1.831, Ν γενικών ιατρείων = 60)

Μεταβλητή (Κατηγορίες Αναφοράς)	PCS-12		MCS-12	
	Υπόδειγμα Αναφοράς	Κυρίως Υπόδειγμα	Υπόδειγμα Αναφοράς	Κυρίως Υπόδειγμα
	Συντελεστής (Τυπ. Σφάλμα)	Συντελεστής (Τυπ. Σφάλμα)	Συντελεστής (Τυπ. Σφάλμα)	Συντελεστής (Τυπ. Σφάλμα)
Σταθερές Επιδράσεις				
Χαρακτηριστικά Ασθενών				
Σταθερά	42,44 (0,40)	36,91 (2,28)	48,96 (0,30)	34,46 (2,12)
Γυναίκες ασθενείς (άνδρες)		-0,29 (0,57)		0,14 (0,54)
Ηλικία σε έτη				
40-59 (18-39)		-2,43 (1,67)		2,97 (1,58)
> 59 (18-39)		-5,11 (1,70) †		5,13 (1,60) †
Ιδιοκτήτης Κατοικίας και Αυτοκινήτου				
Ιδιοκτήτης κατοικίας και αυτοκινήτου (Ενοίκιο, χωρίς αυτοκίνητο)		7,35 (1,22) ‡		3,90 (1,16) ‡
Ιδιοκτήτης μόνο κατοικίας (Ενοίκιο, χωρίς αυτοκίνητο)		2,80 (1,52)		1,83 (1,44)
Ιδιοκτήτης μόνο αυτοκινήτου (Ενοίκιο, χωρίς αυτοκίνητο)		4,61 (1,36) ‡		1,98 (1,28)
Εκπαίδευση				
Πτυχίο/Δίπλωμα (Λύκειο)		0,78 (0,58)		0,40 (0,54)
Απασχόληση				
Απασχολούμενος (Άνεργος[1])		7,55 (0,79) ‡		3,28 (0,75) ‡
Συνταξιούχος (Άνεργος[1])		3,23 (0,74) ‡		4,56 (0,71) ‡
Οικογενειακή Κατάσταση				
Παντρεμένος (Ανύπαντρος[2])		0,95 (0,61)		2,22 (0,58) ‡
Ύπαρξη Ασθένειας				
2 ή περισσότερα προβλήματα υγείας (ένα πρόβλημα)		-2,94 (0,55) ‡		-1,09 (0,52)*
Συνολικό αποτέλεσμα PACIC				
Υψηλό (χαμηλό)		-0,04 (0,25)		0,89 (0,24) ‡
Κατάσταση καπνίσματος				
Καπνιστής (μη-καπνιστής)		-0,70 (1,40)		0,10 (1,32)
Άγνωστο (μη-καπνιστής)		-3,93 (3,73)		1,15 (3,52)
Αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης ασθενούς				
Γυναίκα × καπνίστρια		1,17 (1,83)		-5,31 (1,73)†
Γυναίκα × μη-καπνίστρια		6,60 (5,87)		-5,69 (5,54)
Χαρακτηριστικά Γενικών Ιατρείων				
1–3 Γενικοί Ιατροί (≥ 4 Γενικοί Ιατροί)		-0,59 (0,69)		-0,70 (0,52)
Τοποθεσία Γενικού Ιατρείου				
Αστική περιοχή (αγροτική)		0,56 (0,68)		0,52 (0,52)
Τυχείες Επιδράσεις				
Διακύμανση μεταξύ των γενικών ιατρείων	3,94 (1,62)*	1,98 (1,08)	1,29 (0,94)	0,00 (0,00)
Διαύμανση μεταξύ των γενικών ιατρείων που εξηγείται (%)	Αναφορά	49,9	Αναφορά	100,0
Διακύμανση μεταξύ των ασθενών	143,52 (4,82) ‡	120,72 (4,05) ‡	121,03 (4,06) ‡	109,19 (3,62) ‡
Διακύμανση μεταξύ των ασθενών που εξηγείται (%)	Αναφορά	15,9	Αναφορά	9,8
Ενδο-ομαδική συσχέτιση (ICC)	0,027	0,016	0,011	0,00

Σημείωση: *P<0,05, † P<0,01, ‡ P<0,001

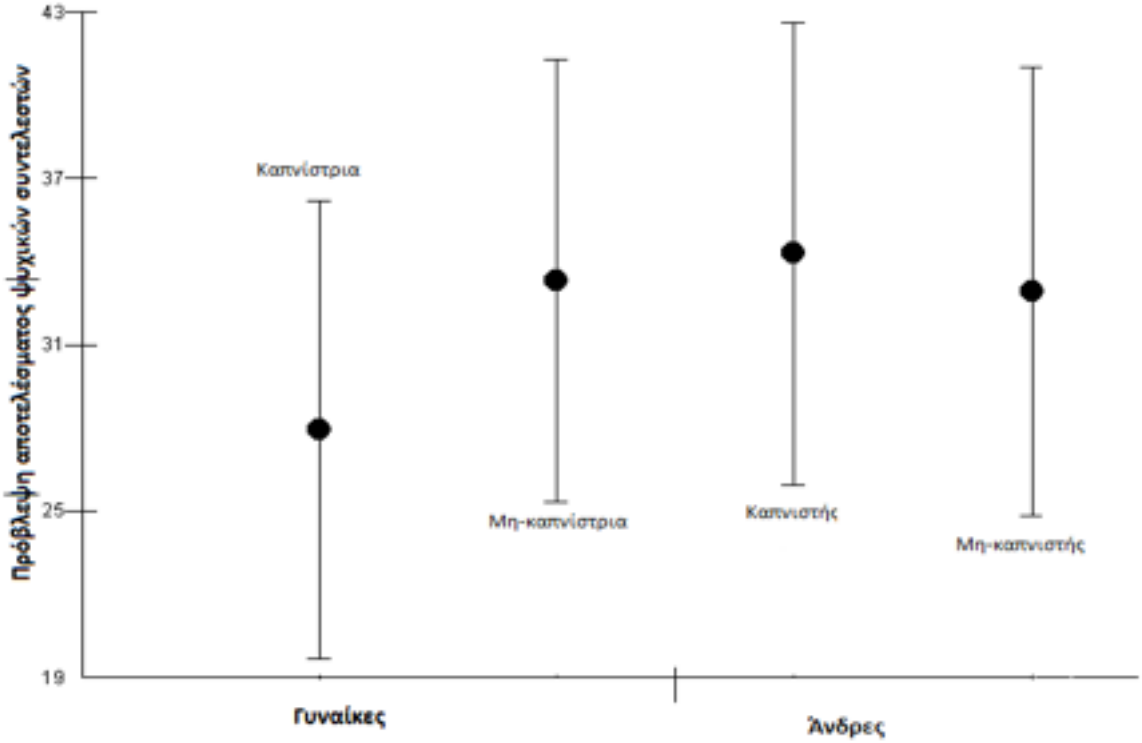
Οι όροι αλληλεπίδρασης που δεν υπάρχουν στον πίνακα δεν συμπεριλήφθηκαν στο υπόδειγμα.

[1] Περιλαμβάνει ασθενείς που αναζητούν εργασία, σπουδάζουν σε πλήρους απασχόλησης προγράμματα, που φροντίζουν την οικογένεια και άτομα με ανικανότητα εργασίας λόγω ασθένειας ή αναπηρίας.

[2] Περιλαμβάνει ελεύθερους/χωρισμένους/διαζευγμένους/χείρους.

Σχήμα 1. Το Διάστημα Εμπιστοσύνης 95% για την Εκτιμηθείσα Κλίμακα MCS-12 (Μέσος Όρος ± 1,96 Τυπική Απόκλιση) ως προς το Φύλο και την Κατάσταση Καπνίσματος

(Οι εκτιμηθείσες τιμές βασίστηκαν στο μοντέλο πολυμεταβλητής παλινδρόμησης λαμβάνοντας υπόψη τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ του φύλου και της κατάστασης καπνίσματος, μετά την προσαρμογή με βάση τα χαρακτηριστικά του ασθενή και του ιατρείου γενικής ιατρικής)



Οι εργαζόμενοι και συνταξιούχοι ασθενείς είναι πιθανότερο να έχουν υψηλότερη σωματική υγεία (PCS-12) και ψυχική υγεία (MCS-12) σε σχέση με τους άνεργους. Οι ασθενείς που συγκατοικούν ή είναι παντρεμένοι τείνουν να έχουν υψηλότερο αποτέλεσμα στην κλίμακα MCS-12 σε σχέση με τους υπόλοιπους. Ωστόσο, η οικογενειακή κατάσταση δεν επηρεάζει καθόλου το αποτέλεσμα της κλίμακας PCS-12. Η ύπαρξη χρόνιων παθήσεων έχει αρνητική συσχέτιση με τα αποτελέσματα των MCS-12 και PCS-12. Δηλαδή, όσο αυξάνονται τα χρόνια προβλήματα τόσο μειώνεται η σωματική και ψυχική υγεία των ασθενών. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν επίσης, μια συσχέτιση μεταξύ της συνολική βαθμολογίας PACIC και της κλίμακας MCS-12, αλλά η σχέση αυτή δεν αποδεικνύεται για την κλίμακα PCS-12. Το εκπαιδευτικό επίπεδο, καθώς και η τοποθεσία και το μέγεθος του ιατρείου δε συσχετίζονται με τις κλίμακες σωματικής (PCS-12) και ψυχικής υγείας (MCS-12) μετά από προσαρμογή με άλλες μεταβλητές.

Συντελεστές Διακύμανσης

Το 90% της διακύμανσης στην κλίμακα PCS-12 οφειλόταν στον ίδιο τον ασθενή, ενώ το υπόλοιπο 3% (ICC = 0,03) της διακύμανσης οφειλόταν στη μεταβλητή του ιατρείου γενικής ιατρικής (Υπόδειγμα Αναφοράς στον Πίνακα 3). Για την κλίμακα MCS-12, οι αντίστοιχες σχετικές τιμές είναι 99% (μεταβλητή ασθενούς) και 1% (ICC = 0,01) (μεταβλητή γενικού ιατρείου). Σε επίπεδο ασθενών, 16% και 10% της διακύμανσης των κλιμάκων PCS-12 και MCS-12, αντίστοιχα, επεξηγείται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές που χρησιμοποιούνται στην ανάλυση. Σε επίπεδο γενικών

ιατρείων, 50% και 100% της διακύμανσης των κλιμάκων PCS-12 και MCS-12 επεξηγείται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές που χρησιμοποιούνται στην ανάλυση (Πίνακας 3).

Συζήτηση

Το SF-12 αποτελεί μια υποκειμενική μέτρηση της υγείας η οποία μπορεί να επηρεαστεί από τις αντιλήψεις, τις προσδοκίες και τις ερμηνείες του συμμετέχοντα ασθενή σχετικά με την κατάσταση της υγείας του (Keles et al. 2007). Ωστόσο, η κλίμακα αυτή αποτελεί ένα από τα πλέον ευρέως-χρησιμοποιούμενα εργαλεία μέτρησης της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής. Αυτή η μελέτη παρουσιάζει ολοκληρωμένα δεδομένα για το πώς η κατάσταση καπνίσματος των ασθενών αλληλεπιδρά με το φύλο σε μια προσπάθεια πρόβλεψης της ψυχικής υγείας των ασθενών με χρόνιες παθήσεις στην Αυστραλία, μετά από προσαρμογή για άλλους σημαντικούς παράγοντες και επιδράσεις ομάδων, χρησιμοποιώντας πολυεπίπεδη ανάλυση. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι γυναίκες καπνίστριες με χρόνιες παθήσεις ανέφεραν κλινικώς σημαντικά χειρότερη ψυχική υγεία (επίπεδο εμπιστευτικότητας α≤0,05, Lim & Fisher 1999) σε σχέση με τις γυναίκες μη-καπνίστριες και άνδρες, ανεξαρτήτως κατάστασης καπνίσματος (Πίνακας 2, Σχήμα 1).

Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι παρόλο που οι άνδρες είναι πιο «επίμονοι» καπνιστές, ωστόσο οι γυναίκες καπνίστριες αναφέρουν μεγαλύτερη σωματική και ψυχολογική εξάρτηση από το κάπνισμα (Bjornson et al. 1995). Η υψηλότερη αυτή σωματική και ψυχολογική εξάρτηση των γυναικών από το κάπνισμα είναι μια πιθανή εξήγηση για την αυξημένη ψυχική πίεση που παρατηρείται στις γυναίκες, οι οποίες προσπαθούν χωρίς επιτυχία να σταματήσουν το κάπνισμα (McClave et al. 2009). Παρατείται μεγαλύτερη ψυχική πίεση στις γυναίκες που απέτυχαν να σταματήσουν το κάπνισμα σε σχέση με αυτές που τα κατάφεραν (McClave et al. 2009). Τα παραπάνω ίσως συνηγορούν στην άποψη ότι οι γυναίκες με χρόνιες παθήσεις πιθανώς να χρειάζονται μεγαλύτερη ψυχολογική υποστήριξη κατά την προσπάθεια τους να σταματήσουν το κάπνισμα. Στη παρούσα μελέτη το 10% των συμμετεχόντων ασθενών ήταν γυναίκες καπνίστριες, ποσοστό χαμηλότερο σε σύγκριση με αυτό άλλων μελετών (13,6%) (Sarna et al. 2008). Αυτό ίσως οφείλεται στο ότι πολλοί από τους χρόνια ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα προσπάθησαν να σταματήσουν το κάπνισμα κατά το παρελθόν, ενώ οι γυναίκες ασθενείς που υπέφεραν από ψυχολογικό στρες ήταν λιγότερο πιθανόν να τα καταφέρουν. Παράγοντες όπως η ανησυχία για αύξηση βάρους, καθώς και η απουσία κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να ασκούν μεγαλύτερη επίδραση στην ικανότητα των γυναικών να σταματήσουν το κάπνισμα και στην ψυχολογική τους κατάσταση απ' ότι στους άνδρες.

Συνολικά, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης είναι σύμφωνα με αυτά προηγούμενων μελετών και συμπεραίνουν ότι η συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής είναι διαφορετική για τις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες (Bjornson et al. 1995, Kirkland et al. 2004, Wilson et al. 2004, Reynoso et al. 2005). Οι Lasser et al. (2000) υποστηρίζουν ότι οι άνθρωποι με χαμηλή ψυχική υγεία είναι πιθανότερο να καπνίζουν σε σχέση με αυτούς που έχουν καλή ψυχική υγεία. Οι Strine et al. (2005) βρίσκουν σημαντική συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και διαταραγμένης ψυχικής υγείας. Από άλλους ερευνητές συνιστάται η παροχή ψυχολογικής υγείας σε συνδυασμό με προγράμματα διακοπής καπνίσματος (Jiang & Hesser, 2008). Τα προγράμματα αυτά θα έπρεπε να επικεντρώνονται ειδικά σε γυναίκες καπνίστριες με χαμηλή κοινωνικο-οικονομική επιφάνεια.

Όπως και άλλες μελέτες, βρίσκουμε ότι το κάπνισμα είναι πιο συχνό σε νεαρότερους ή μεσήλικες συμμετέχοντες χρόνιους ασθενείς, ενώ υπάρχει μια ξεκάθαρη κοινωνικο-οικονομική επίδραση. Για παράδειγμα, τα άτομα που ζουν σε νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος, είναι άνεργα, ελεύθερα, διαζευγμένα, χωρισμένα ή χειρευμένα και έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο είναι πιθανότερο να είναι καπνιστές (Chen et al. 1999) (Πίνακας 1). Τα ατομα με καλύτερο μορφωτικό επίπεδο είναι πιθανότερο να είναι επαγγελματίες και τεχνικοί και συνεπώς, να έχουν καλύτερη γνώση της επίδρασης του καπνίσματος στην υγεία (Hu & Tsai 2000). Στην παρούσα μελέτη, το κάπνισμα φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης της Σχετικής με την Υγεία Ποιότητας Ζωής του ατόμου. Η συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και χαμηλού κοινωνικού και οικονομικού επιπέδου είναι σύμφωνη με το υπόδειγμα της *επιδημίας του καπνίσματος* (Kirkland et al. 2004). Το κάπνισμα είναι ένας από τους ισχυρότερους παράγοντες κινδύνου για ένα πλήθος προβλημάτων υγείας, που συμβάλλουν στη νοσηρότητα και στη θνησιμότητα των μακροχρόνια ασθενών τόσο στην Αυστραλία όσο και παγκοσμίως.

Υπάρχουν αρκετοί περιορισμοί στην παρούσα μελέτη. Οι χρόνιοι ασθενείς που εξετάστηκαν από τα ιατρεία γενικής ιατρικής, που συμμετείχαν στην έρευνα και δεν γνώριζαν την αγγλική γλώσσα αποκλείστηκαν από την έρευνα. Παρά το ότι το ποσοστό ανταπόκρισης είναι 70% και συγκρίσιμο με άλλες μελέτες (Fone et al. 2007), είναι πιθανόν ότι τα άτομα που δεν απάντησαν έχουν διαφορετικές αντιλήψεις για τη σωματική και ψυχική τους υγεία σε σχέση με εκείνα τα άτομα που ανταποκρίθηκαν. Δεν είμαστε σε θέση να αναλύσουμε τις διαφορές μεταξύ των ατόμων που αποκρίθηκαν στην έρευνα και αυτών που δεν πήραν μέρος, καθώς οι πληροφορίες για τους ασθενείς δεν συλλέχθηκαν κατά τη στιγμή χορήγησης της συγκατάθεσής τους στην έρευνα, ενώ η συμμετοχή των ασθενών στην έρευνα έγινε από απόσταση, με τη βοήθεια των γενικών ιατρείων. Τέλος, είναι πιθανόν άλλοι παράγοντες κινδύνου για την υγεία, όπως το αλκοόλ να επιδρούν στην αξιολόγηση της Σχετικής με την Υγεία Ποιότητας Ζωής, οι οποίοι δε μετρήθηκαν στη παρούσα μελέτη και οι οποίοι επιβάλουν επιπλεόν διερεύνηση στην Αυστραλία, στο μέλλον.

Ωστόσο, σε αντίθεση με άλλες μελέτες που εξετάζουν την Σχετική με την Υγεία Ποιότητα Ζωής και την κατάσταση καπνίσματος, στην παρούσα μελέτη εξετάστηκαν και αναλύθηκαν μεταβλητές όπως η ύπαρξη ασθενειών/προβλημάτων υγείας και τα χαρακτηριστικά των ασθενών ως δυνητικοί παράγοντες που επηρεάζουν τις μεταβολές στην ποιότητα ζωής.

Συμπεράσματα

Η συχνή εμφάνιση κακής ψυχολογικής κατάστασης στις γυναίκες καπνίστριες αξίζει περεταίρω διερεύνησης. Μια καλύτερη κατανόηση της σχέσης μεταξύ της ποιότητας ζωής και του καπνίσματος θα βοηθούσε πιθανόν τόσο στην αντιμετώπιση των εμποδίων που εμφανίζονται στις προσπάθειες των ασθενών με χρόνια προβλήματα υγείας να σταματήσουν το κάπνισμα όσο και στη βελτίωση της συνολικής ευεξίας των ατόμων που καπνίζουν.

Η ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των χαρακτηριστικών των ασθενών, όπως η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, η ηλικία και η εθνικότητα και της συνολικής βαθμολογίας της σωματικής και ψυχικής υγείας του SF-12 τονίζει τη σημασία του να λαμβάνονται αυτοί οι παράγοντες υπόψη στη διαχείριση ασθενών με χρόνιες παθήσεις στην άσκηση της γενικής ιατρικής, καθώς και να γίνουν αντίστοιχες προσαρμογές κατά τη διαδικασία αξιολόγησης των γενικών ιατρείων.

Βιβλιογραφία

Australian Institute of Health and Welfare. (2006). *Chronic disease and associated risk factors in Australia*. Canberra: AIHW. Available at http://www.aihw.gov.au/publications/phe/cdarfa06/cdarfa06.pdf [May 2011].

Australian Institute of Health and Welfare. (2007). *National drug strategy household survey 2008*. Canberra: AIHW.

Bjornson, W., C. Rand, J.E. Connett, P. Lindgren, M. Nides, F. Pope, A.S. Buist, C. Hoppe-Ryan & P. O'Hara. (1995). Gender differences in smoking cessation after 3 years in the Lung Health Study.*American Journal of Public Health* 85: 223-230.

Burdine, J.N., M.R.J. Felix, A.L. Abel, C.J. Wiltraut & Y.J. Musselman. (2000). The SF-12 as a population health measure: An exploratory examination of potential for application. *Health Services Research* 35: 885-904.

Chen, Y., R. Dales, D. Krewski & K. Breithaupt. (1999). Increased effects of smoking and obesity on asthma among female Canadians: the National Population Health Survey, 1994-1995. *American Journal of Epidemiology* 150(3): 255-262.

Fone, D., F. Dunstan, K. Lloyd, G. Williams, J. Watkins & S. Palmer (2007). Does social cohesion modify the association between area income deprivation and mental health? A multilevel analysis.*International Journal Epidemiology* 36:338-345.

Fone, D.L., K. Lloyd & F.D. Dunstan (2007). Measuring the neighbourhood using UK benefits data: a multilevel analysis of mental heath status. *BMC Public Health* 7(69) doi: 10.1186/1471-2458-7-69.

Ford, E.S., A.H. Mokdad & E.W. Gregg (2004). Trends in cigarette smoking among US adults with diabetes: Findings from the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Preventive Medicine* 39: 1238-1242.

Gandek, B., J.E. Ware, N.K. Aaronson, G. Apolone, J.B. Bjorner, J.E. Brazier, M. Bullinger, S. Kaasa, A. Leplege, L. Prieto & M. Sullivan. (1998). Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: Results from the IQOLA Project. *Journal Clinical Epidemiology* 51: 1171-1178.

Hatsukami, D., K. Skoog, S. Allen & R. Bliss (1995). Gender and the effects of different doses of nicotine gum on tobacco withdrawal symptoms. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 3: 163-173.

Hays, R.D., A.W. Smith, B.B. Reeve, K.L. Spritzer, S.E. Marcus & S.B.Clauser (2008). Cigarette smoking and health-related quality of life in Medicare beneficiaries. *Health Care Financing Review* 29: 57-67.

Hu, T.W. & Y.W. Tsai (2000). Cigarette consumptions in rural China: Survey results from 3 provinces. *American Journal of Public Health* 90: 1785-1787.

Jayasinghe, U.W., J. Proudfoot, C. Holton, G. Powell Davies, C. Amoroso, T. Bubner, J. Beilby & M.F. Harris (2008). Chronically ill Australians' satisfaction with accessibility and patient-centredness.*Intetnational Journal for Quality in Health Care* 20: 105-114.

Jayasinghe, U.W., J. Proudfoot, C.A. Barton, C. Amoroso, C. Holdton, G. Powell Davies, J. Beilby & M.F. Harris. (2009) Quality of life of Australian chronically-ill adults: patient and practice characteristics matter. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(50). Available at http://www.hqlo.com/content/7/1/50.

Jenkinson, C., T. Chandola, A. Coulter & S. Bruster (2001). An assessment of the construct validity of the SF-12 summary scores ethnic groups. *Journal of Public Health Medicine* 23: 187-194.

Jiang, Y. & J.E. Hesser (2006). Associations between health-related quality of life and demographics and health risks. Results from Rhode Island's 2002 behavioral risk factor survey. *Health Qualily of Life Outcomes* 4(14). Available at http://www.hqlo.com/content/4/1/14

Jiang, Y. & J.E. Hesser (2008). Patterns of health-related quality of life and patterns associated with health risks among Rhode Island adults. *Health and Quality of Life Outcome*, 6(49). Available at http://www.hqlo.com/content/6/1/49.

Keles, H., A. Ekici, M. Ekici, E. Bulcun & V. Altinkaya (2007). Effect of chronic diseases and associated psychological distress on heath-related quality of life. *Internal Medicne Journal* 37: 6-11.

Kirkland, S., L. Greaves & P. Devichand. (2004). Gender differences in smoking and self reported indicators of health. *BMC Women's Health* 4(Suppl 1):S7 doi:10.1186/1472-6874-4-S1-S7.

Kontodimopoulos, N., E. Pappa, D. Niakas & Y. Tountas (2007). Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population. *Health and Quality of Life Outcomes* 5:55. Available at http://www.hqlo.com/content/5/1/55.

Lasser, K., J.W. Boyd, S. Woolhandler, D.U. Himmelstein, D. McCormick & D.H. Bor (2000). Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *Journal of the American Medical Association* 284(20): 2606-2610.

Lennon, M.C. (1987). Sex differences in distress: The impact of gender and work roles. *Journal of Health & Social Behavior* 28: 290-305.

Lim, L.L.Y. & J.D. Fisher (1999). Use of the 12-item Short-Form (SF-12) Health Survey in an Australian heart and stroke population. *Quality of Life Research* 8: 1-8.
Lyons, R.A., S.V. Lo & B.N.C. Littlepage (1994). Perception of health amongst ever-smokers and never-smokers: A comparison using the SF-36 health survey questionnaire. *Tobacco Control* 3: 213-215.
Macintyre, S., A. Ellaway, G. Der, G. Ford & K. Hunt (1998). Do housing tenure and car access predict health because they are simply markers of income of self esteem? A Scottish study. *Journal of Epidemiology Community Health* 52:657-664.
Marshall, G.N., R.D. Hays, & R.M. Rand. (1996). Health status and satisfaction with health care: Results from the Medical Outcome Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64: 380-390.
Martinez, J.A.B., G.A. Mota, E.S.O. Vianna, J.T. Filho, G.A. Silva & A.L. Rodrigues Jr. (2004). Impaired quality of life of healthy young smokers. *Chest* 125: 425-428.
McClave, A.K., S.R. Dube, T.W. Strine & A.H. Mokdad (2009). Associations between health-related quality of life and smoking status among a large sample of U.S. adults. *Preventive Medicine* 48: 173-179.
Mitra, M., M.C. Chung, N. Wilber & D.K. Walker (2004). Smoking status and quality of life: A longitudinal study among adults with disabilities. *American Journal of Preventive Medicine* 27(suppl 3): 258-260.
Perkins, K.A. (2001). Smoking cessation in women: Special considerations. *CNS Drugs* 15 391-411.
Rasbash, J., F. Steele, W. Browne & B. Prosser (2005). *A user's guide to MLwiN version 2.0*. Bristol: Centre for multilevel modelling, University of Bristol.
Reynoso, J., A. Susabda & A. Cepeda-Benito (2005). Gender differences in smoking cessation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 27(3): 227-233.
Sanderson, K. & G. Andrews (2002). The SF-12 in the Australian population: Cross-validation of item selection. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 26: 343-345.
Sarna, L., S.A. Bialous, M.E. Cooley, H. Jun & D. Feskanich (2008). Impact of smoking and smoking cessation on health-related quality of life in women in the Nurses' Health Study. *Quality of Life Research* 17: 1217-1227.
Schofield, M.J. & G. Mishra (1998). Validity of the SF-12 compared with the SF-36 Health Survey in pilot studies of the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Journal of Health Psychology* 3: 259-271.
Strine, T.W., C.A. Okoro, D.P. Chapman, L.S. Balluz, E.S. Ford, U.A. Ajani & A.H. Mokdad (2005). Health-related quality of life and health risk behaviors among smokers. *American Journal of Preventive Medicine* 28(2): 182-187.
Taggart, J., B. Chan, U.W. Jayasinghe, B. Christl, J. Proudfoot, P. Crookes, J. Beilby, D. Black & M.F. Harris (2011). Patients' assessment of chronic illness care (PACIC) in two Australian studies: Structure and utility. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 17: 215-221.
Ware, J.E.J., M. Kosinski, D.M. Turner-Bowker & B. Gandek B (2002). *How to score Version 2 of the SF-12 Health Survey (with a supplement Documenting Version 1)*. Lincoln, RI: QualityMetric Inc.
Wiggers, L.C., F.J. Oort, R.J. Peters, D.A. Legemate, H.C.J. de Haes & E.M. Smets (2006). Smoking cessation may not improve quality of life in atherosclerotic patients. *Nicotine & Tobacco Research* 8: 581-589.
Wilson, D., G. Tucker & C. Chittleborough (2002). Rethinking and rescoring the SF-12. *Sozial-und Praventivmedizen* 47: 172-177.
Wilson, D.H., C.R. Chittleborough, K. Kirke, J.F. Grant & R.E. Ruffin (2004). The health-related quality of life of male and female heavy smokers. *Sozial-und Praventivmedizen* 49: 406-412.

Αλλαγή στην Υγειονομική Περίθαλψη: Χρησιμοποιώντας την Υπάρχουσα Θεωρία με σκοπό τη Δημιουργία Εργαλείων Ποιοτικής Ανάλυσης

Σάρα Μακ Κάφερτυ
Πανεπιστήμιο Νιούκαστλ, ΗΒ

Συμβαδίζοντας με την Αλλαγή: στην Πρακτική και τη Θεωρία

Είναι προφανές, από τη βιβλιογραφία ότι η αλλαγή βρίσκεται παντού γύρω μας. «Η αλλαγή έχει γίνει κυρίαρχη και επίμονη. Είναι κάτι το φυσιολογικό…» (Hammer & Champy 1993, σ. 23). Ωστόσο, η ίδια δεν αποτελεί το μοναδικό χαρακτηριστικό της οργανωτικής πραγματικότητας, αλλά ένα χαρακτηριστικό που αποκτά όλο και μεγαλύτερη σημασία και είναι λιγότερο προβλέψιμο από ότι ήταν ποτέ άλλοτε (Burnes 2004). Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης δεν απαλλάσσονται σε καμία περίπτωση από την επικράτηση της αλλαγής, αντιθέτως περιπλέκονται περισσότερο με μεταβαλλόμενες πολιτικές, με το οικονομικό περιβάλλον και με τα ασταθή πολιτικά γεγονότα, προσφάτως (Hunter 2011).

Εν τούτοις, η αλλαγή δεν έχει πάντα αρνητική σημασία. Πράγματι η εισαγωγή των νέων τεχνολογιών, οι στρατηγικές για αύξηση της απόδοσης και η βελτίωση της εμπειρίας των ασθενών αποτελούν ευεργετικές αλλαγές (Weiner et al. 2008, Walker & Boyne 2006). Λίγοι θα αμφισβητούσαν ωστόσο, ότι η εφαρμογή της αλλαγής απαιτεί προσεκτικά μελετημένες στρατηγικές, διαδικασίες, ηγεσία και διοίκηση (Weiner 2009, Dickinson & Ham 2008, Bamford & Daniel 2005). Μέσα στον ευρύ όρο του φαινομένου, πρέπει να αναγνωριστεί ότι υπάρχει ένας σκοπός και μια σειρά χαρακτηριστικών της αλλαγής. Οι εμπειρογνώμονες της αλλαγής, καθώς και οι ηγέτες της υγειονομικής περίθαλψης διαβεβαιώνουν με ευκολία, ότι για να είναι επιτυχημένη η εφαρμογή της αλλαγής πρέπει να προϋπάρχουν ορισμένες συνθήκες στον οργανισμό (O'Connor & Fiol 2006, Kirch et al. 2005, Kotter 1996).

Καθώς η θεωρία της αλλαγής έχει εξελιχθεί περισσότερο, έχει υπάρξει μια χαρακτηριστική μετατόπιση προς την υιοθέτηση μιας πιο εμπεριστατωμένης προσέγγισης η οποία προτείνει ότι η αλλαγή πρέπει να θεωρηθεί ως μια δυναμική και επαναληπτική διαδικασία (Devos & Buelens 2006, Bazzoli et al. 2004, Collins 1998). Η θεωρία των συμφραζομένων (contextualism) δίνει πιο πολύ έμφαση στο να λαμβάνει υπόψη προηγούμενους εσωτερικούς παράγοντες σε συνδυασμό με εξωτερικούς παράγοντες, όπως το πολιτικό και οικονομικό περιβάλλον. Επομένως, αυτό περιλαμβάνει την ανάλυση των παραγόντων, όπως η οργανωσιακή πολυπλοκότητα και το περιβάλλον αλλαγής, τα οποία μπορεί να έχουν επηρεάσει τον οργανισμό και επομένως να έχουν επιπτώσεις στην προσπάθεια του να αλλάξει (McLaren et al. 2002). Οι Pettigrew & Whipp (1991) ανέπτυξαν το «μοντέλο του περιεχομένου, του πλαισίου και της διαδικασίας» της στρατηγικής αλλαγής, το οποίο τονίζει τη σημασία των αλληλοεπιδρώμενων παραγόντων και του οργανωτικού πλαισίου (Iles & Sutherland 2001). Ο Pettigrew και οι συνεργάτες του συνέχισαν περαιτέρω την έρευνα, μέσω μιας σειράς μελετών περιπτώσεων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας (NHS) εξετάζοντας συγκεκριμένα τι κάνει έναν οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης πιο δεκτικό στην αλλαγή (Pettigrew et al. 1992). Ένα αποτέλεσμα αυτής της έρευνας ήταν ένα εννοιολογικό πρότυπο που παρουσιάζει οκτώ παράγοντες αποδοχής της αλλαγής. Οι Pettigrew et al. (1992), Pettigrew & Whipp (1991) και Pettigrew et al. (1989) αναγνωρίζονται ως πρωτοπόροι της έρευνας

στο συγκεκριμένο θέμα και με τα δύο μοντέλα που θεωρούνται ως σημαντικά κομμάτια της έρευνας έχουν βοηθήσει στη διαμόρφωση των θεμελίων της βασικής θεωρίας γύρω από τη στρατηγική αλλαγή (Iles & Sutherland 2001).

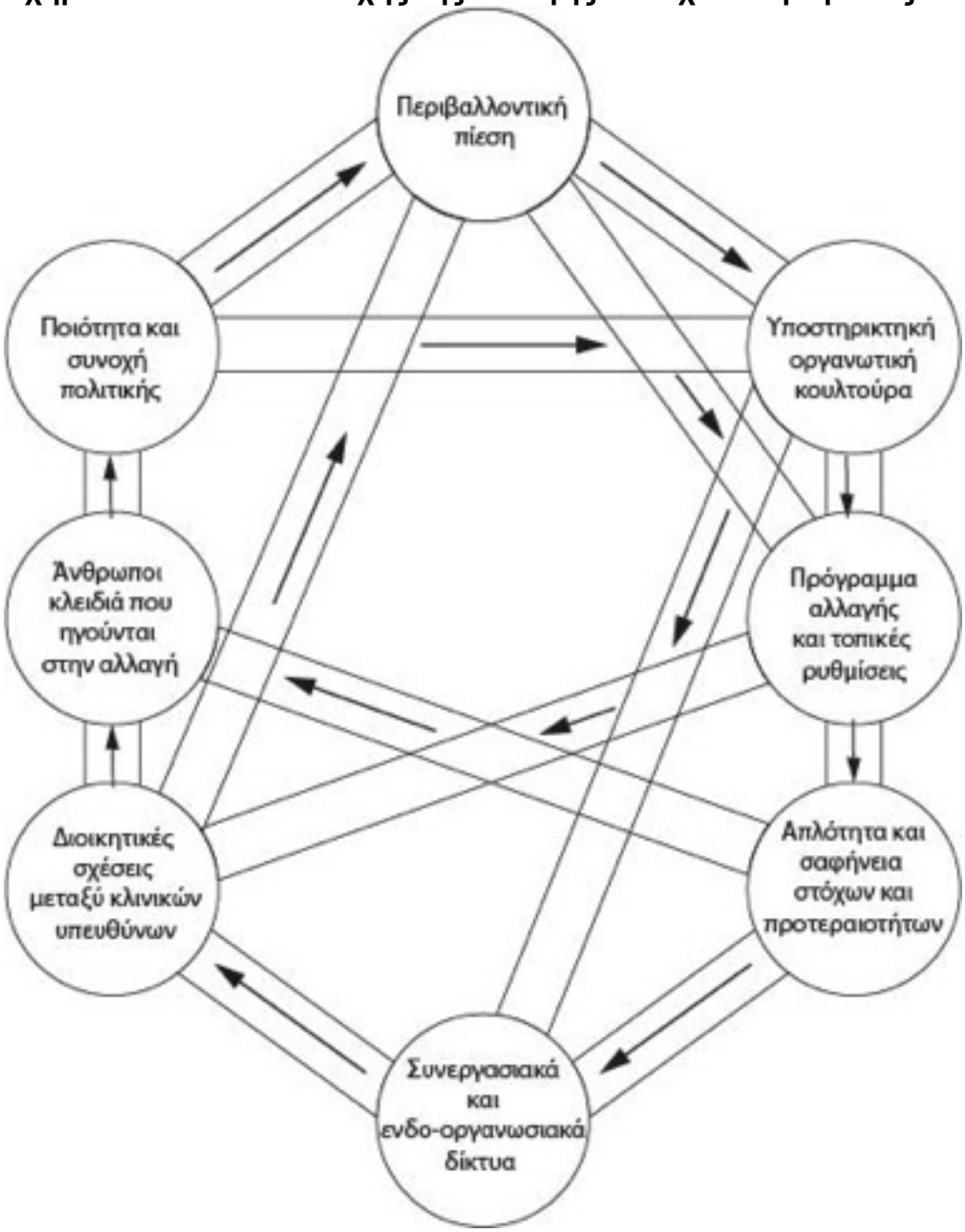
Εφαρμογή του Μοντέλου

Το άρθρο αυτό εξετάζει πώς το μοντέλο Pettigrew, δηλαδή οι οκτώ παράγοντες αποδοχής της αλλαγής, θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί έτσι ώστε να παρέχει ένα δομημένο σχέδιο κωδικοποίησης που θα καθοδηγεί την ανάλυση των στοιχείων σχετικών με την αλλαγή στην υγειονομική περίθαλψη (Pettigrew et al. 1992). Έτσι στο άρθρο αυτό παρουσιάζεται το σχέδιο κωδικοποίησης το οποίο προέρχεται από τους οκτώ παράγοντες αποδοχής της αλλαγής, που δημιουργήθηκε από τους Pettigrew et al. (1992). Ο σκοπός αυτού του άρθρου είναι να προσφέρει ένα πρακτικό εργαλείο για μια επακόλουθη ανάλυση ποιοτικών στοιχείων που παράγονται από τις συνεντεύξεις, τις ομάδες εστίασης, την παρατήρηση ή τη συμμετοχική έρευνα. Προσδοκάται επομένως, ότι αυτό το σχέδιο κωδικοποίησης θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ευέλικτα από τους ερευνητές για να καθοδηγήσει την ανάλυση των ποιοτικών στοιχείων στο πεδίο της αλλαγής και της οργανωτικής συμπεριφοράς στην υγειονομική περίθαλψη.

Ο Pettigrew et al. (1992) συμβουλεύουν ότι οι οκτώ παράγοντες δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ξεχωριστά στοιχεία από μόνοι τους, αλλά θα πρέπει να θεωρούνται ως ένα δίκτυο αλληλοεξαρτώμενων και σχετιζόμενων στοιχείων. Το πλαίσιο που προτείνεται από τον Pettigrew και τους συνεργάτες του συμπεριλαμβάνεται στο Σχήμα 1 και παρουσιάζει τους οκτώ παράγοντες που επηρεάζουν την δεκτικότητα ενός οργανισμού στην αλλαγή. Οι παράγοντες φαίνονται ως ένα συνδεδεμένο σύνολο προϋποθέσεων που επηρεάζουν την ενέργεια και τη δυναμική της εφαρμογής της αλλαγής και συμβάλλουν στην οργανωτική απόδοση. Οι παράγοντες αυτοί περιλαμβάνουν μια σειρά δυνατοτήτων, αρμοδιοτήτων και προϋποθέσεων και δεν αποτελούν στατικές έννοιες από μόνοι τους, ούτε μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να παραγάγουν τις άμεσες σχέσεις αιτίας και αποτελέσματος.

Το συγκεκριμένο μοντέλο επιλέχτηκε, καθώς έχει δημιουργηθεί μέσω προηγούμενης έρευνας στο NHS και έχει χρησιμοποιηθεί εκ των υστέρων για ανάλυση και εκμάθηση από τα προγράμματα αλλαγής στους οργανισμούς (Pettigrew et al. 1992, Pettigrew et al. 1989). Έχει επίσης χρησιμοποιηθεί στο Ηνωμένο Βασίλειο, αλλά και διεθνώς, για να καθοδηγήσει την έρευνα όσον αφορά την εφαρμογή μιας σειράς πρωτοβουλιών για αλλαγή στην ιδιωτική και δημόσια υγειονομική περίθαλψη (Marchionni & Ritchie 2008, Stetler et al. 2007, Ross et al. 2004, Newton et al. 2003, Peppard & Preece 1995).

Σχήμα 1. Πλαίσιο Αποδοχής της Αλλαγής: Οι Οχτώ Παράγοντες



Πηγή: Pettigrew et al. 1992, σ. 276.

Ο Ρόλος της Ποιοτικής Έρευνας

Η ποιοτική έρευνα είναι ιδανική για την εξέταση και την κατανόηση των φαινομένων, λαμβάνοντας υπόψη το πλαίσιο και προσδιορίζοντας τις συνδέσεις μεταξύ εννοιών και συμπεριφορών, και με αυτόν τον τρόπο έχει έναν ρόλο στον καθορισμό και τη δημιουργία της θεωρίας (Pope & Mays 2000, Strauss & Corbin 1998, Miles & Huberman 1994, Glaser & Strauss 1967). Η έρευνα και η ανάπτυξη συνδυάζονται αναπόφευκτα και η πρόταση για την δημιουργία του εργαλείου πρόκειται τελικά να ωφελήσει τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Ευελπιστούμε ότι, εξοπλίζοντας τους ποιοτικούς ερευνητές με τέτοια εργαλεία τους δίνεται η δυνατότητα να προσδιορίσουν ευκολότερα άγονες ερευνητικές περιοχές ή περιοχές που απαιτούν περισσότερο προσοχή και βελτίωση.

Στις περιπτώσεις όπου ήδη υπάρχει η θεωρία για το φαινόμενο που μελετάται, δίνεται η δυνατότητα να χρησιμοποιηθούν εξηγήσεις και μοντέλα που αναπτύχθηκαν σε προηγούμενη έρευνα ως βάση ή ως πλαίσιο για την ανάλυση των νέων δεδομένων (Fade 2004). Κατά αυτόν τον τρόπο, τα υπάρχοντα πλαίσια μπορούν να προσφέρουν προβλέψεις για θέματα ή ζητήματα ενδιαφέροντος, ή για τις σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών και έτσι μπορούν να βοηθήσουν την ανάπτυξη ενός αρχικού συστήματος κωδικοποίησης για ανάλυση. Η εφαρμογή προηγούμενης έρευνας ή της υπάρχουσας θεωρίας κατά αυτόν τον τρόπο ονομάζεται *συμπερασματικής κατηγορίας εφαρμογή* (Mayring 2000). Η εφαρμογή αυτή αποτελεί μια πιο άμεση προσέγγιση στην ανάλυση περιεχομένου αφού στηρίζεται σε μια πιο δομημένη διαδικασία από αυτή που θα χρησιμοποιούνταν συμβατικά και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να επικυρώσει ή να επεκτείνει εννοιολογικά ένα υπάρχον θεωρητικό πλαίσιο ή μια θεωρία (Hsieh & Shannon 2005, Hickey & Kipping 1996).

Η πρόταση είναι ότι αυτή η συμπερασματική μέθοδος μπορεί να χρησιμοποιηθεί παράλληλα με μια επαγωγική προσέγγιση στην ανάλυση. Η επαγωγική ανάλυση είναι μια προσέγγιση που επιτρέπει στον ερευνητή να αναπτύξει ελεύθερα κωδικούς, έννοιες και θέματα μέσω της ανάγνωσης και της ερμηνείας των ανεπεξέργαστων δεδομένων (Pope & Mays 2000, Strauss & Corbin 1998, Miles & Huberman 1994). Οι συμπληρωματικοί κωδικοί που προσδιορίζονται μέσω αυτής της επαγωγικής μεθόδου μπορούν να συμπεριληφθούν παράλληλα με τους κωδικούς που παρέχονται από το θεωρητικό πλαίσιο. Μόλις ερμηνευθούν όλα τα δεδομένα και κατανεμηθούν σε κωδικούς, τα δεδομένα μπορούν να επανεξεταστούν και οι κώδικες να επαναπροσδιοριστούν αντιπαραβάλλοντας ή συγχωνεύοντας κωδικούς παρόμοιων κατηγοριών, ή διαιρώντας σε υποκωδικούς των οποίων οι κατηγορίες περιέχουν περισσότερη λεπτομέρεια (Bryman 2004, Gibbs 2002).

Έτσι χρησιμοποιώντας μια άμεση προσέγγιση στην ανάλυση περιεχομένου καθιστά σαφές ότι οι ερευνητές επηρεάζονται από τη θεωρία και δεν εργάζονται με έναν απλό τρόπο όπως υποθέτουν οι νατουραλιστικοί σχεδιασμοί (Hsieh & Shannon 2005). Ωστόσο, εισάγοντας μια ανοικτή και επαγωγική προσέγγιση στην ανάλυση παράλληλα με ένα δομημένο σχέδιο κωδικοποίησης έχει ως αρχικό όφελος να ελαχιστοποιηθεί οποιοσδήποτε περιορισμός από την επιβληθείσα μεθοδολογία επιτρέποντας έτσι να προκύψουν από τα δεδομένα τα ερευνητικά συμπεράσματα (Fereday & Muir-Cochrane 2006, Thomas 2006). Η πρόταση υποστηρίζεται περαιτέρω από τον Fade (2004) που τονίζει ότι τα υπάρχοντα μοντέλα μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τους ερευνητές για την ανάλυση των νέων δεδομένων, υπό τον όρο ότι αυτά θα πρέπει να επαναξιολογούνται συνεχώς ως προς τα εμφανιζόμενα δεδομένα και να αναθεωρούνται αναλόγως. Κατά συνέπεια, τα νέα δεδομένα και τα νέα συμπεράσματα θα χρησιμοποιούνται για να εξελίξουν, να καθορίσουν ή να επαναπροσδιορίσουν τα υπάρχοντα μοντέλα και τη θεωρία.

Μεθοδολογία

Κάθε παράγοντας κατανεμήθηκε σε έναν κώδικα ακέραιου αριθμού, ο οποίος αντιστοιχεί στον παραγοντικό αριθμό που κατανεμήθηκε από τους Pettigrew et al. (1992). Οι υποκωδικοί προέκυψαν για να επινοήσουν ένα πλήρες σύστημα κωδικοποίησης έπειτα από συζήτηση και προβληματισμό των Pettigrew et al. (1992) στην αρχική παρουσίαση του μοντέλου. Το σύστημα αυτό επιχειρεί να τηρήσει τις αρχές και τις ιδέες που παρουσιάζονται από τους Pettigrew et al. (1992). Οι Potter & Levine-Donnerstein (1999) υποστηρίζουν ότι ένα σύστημα κωδικοποίησης είναι έγκυρο, εάν είναι συνεκτικό στη θεωρία του όσον αφορά τον προσανατολισμό των κωδικών του στις έννοιες που επικεντρώνεται. Σύμφωνα με αυτό, οι υποκωδικοί

έχουν κατανεμηθεί σε κάθε παράγοντα (ή αλλιώς εστιακή έννοια) και δεν έχουν δημιουργηθεί αυθαίρετα ως μια λίστα μη δομημένων κωδίκων. Η διάρθρωση αναπτύχθηκε με τη δημιουργία ενός κωδικού δεσμευτικής θέσης για κάθε παράγοντα. Ένας κώδικας δεσμευτικής θέσης δημιουργείται στο υψηλότερο επίπεδο, επιτρέποντας έτσι την ομαδοποίηση και κατανομή άλλων κωδικών κάτω από αυτόν (Gibbs 2002). Οι υποκωδικοί αναπτύσσονται χρησιμοποιώντας τη διαδικασία της ανοικτής κωδικοποίησης, η οποία περιγράφεται από τους Strauss & Corbin (1998) ως μέθοδος εξέτασης του κείμενου έτσι ώστε να προσδιορίσει τις σημαντικότερες κατηγορίες πληροφοριών.

Έτσι για παράδειγμα «η ποιότητα και η συνοχή της πολιτικής» είναι ο παράγοντας νούμερο ένα και έτσι του δόθηκε και ο κωδικός (1). Η εξήγηση που δίνεται από τους Pettigrew et al. για αυτόν τον παράγοντα είναι «... εξασφαλίζοντας ότι ένα στρατηγικό πλαίσιο που εξέταζε ζητήματα συνοχής μεταξύ των στόχων, ήταν εφικτό…» (1992, σ. 277). Αρχικά, ο κωδικός «συνοχή πολιτικής» (1.1) δημιουργήθηκε από την παραπάνω δήλωση. Για να διευκολυνθεί η κατανομή ανεπεξέργαστων δεδομένων σε αυτόν τον κωδικό αυτός υποδιαιρέθηκε περαιτέρω σε **συνεκτική** (1.1.1) για την κατανομή των δεδομένων που δηλώνουν τη συνοχή της πολιτικής και **διασπασμένη** (1.1.2) για την κατανομή των δεδομένων που υποστηρίζουν ότι η πολιτική δεν είναι συνεκτική. Ένα διευρυμένο απόσπασμα της συζήτησης των Pettigrew et al. (1992) για τα ευρήματα και τους προβληματισμούς σχετικά με τον παράγοντα ένα παρουσιάζεται στον Πίνακα 1 μαζί με ένα παράδειγμα ανάπτυξης των κωδίκων και των υπό-κωδίκων.

Η διαδικασία εφαρμόστηκε σε όλες τις συζητήσεις και τους προβληματισμούς που δημιουργήθηκαν από τους Pettigrew et al. (1992) ωσότου ένα συμπερασματικό σύστημα κωδικοποίησης δημιουργήθηκε για αυτόν τον παράγοντα. Η διαδικασία αυτή επαναλήφθηκε για τον κάθε παράγοντα. Έτσι αναπτύχθηκε μια πλήρη λίστα κωδίκων και υποκωδικών και παρουσιάζεται στον Πίνακα 2. Οι κωδικοί δεσμευτικής θέσης, όπως ειπώθηκε παραπάνω, είναι εκείνοι που τους δόθηκε ένας ακέραιος αριθμός κωδικός και οι υποκωδικοί κατανεμήθηκαν κάτω από τον κατάλληλο κωδικό δεσμευτικής θέσης.

Πίνακας 1. Παραδείγματα Κωδικών που Αναπτύχθηκαν από το Μοντέλο του Pettigrew

Απόσπασμα μιας εξήγησης των Pettigrew για έναν παράγοντα (Pettigrew et al. 1992, σ. 277)	**Ανεπτυγμένοι Κωδικοί**	**Αριθμητικός Κωδικός**
Παράγοντας 1 Η Ποιότητα και η Συνοχή Πολιτικής	Ποιότητα Πολιτικής Συνοχή Πολιτικής	1.4 1.1
«Η οργάνωση των εν λόγω δεδομένων σε ένα σαφές εννοιολογικόπλαίσιο σκέψης βοήθησε στο να πλαισιωθούν στρατηγικά ζητήματα, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις όπου αρχικά χαρακτηρίζονταν από πολυπλοκότητα και αβεβαιότητα και έδωσε κατευθύνσεις. Ο έλεγχος των αρχικών σκέψεων βοήθησε εξίσου σημαντικά στο να εξασφαλίσει ότι ένα στρατηγικό πλαίσιο με ζητήματα συνοχής μεταξύ των στόχων, ήταν εφικτό (η στρατηγική δεν πρέπει να δημιουργεί άλυτα προβλήματα) και συμπλήρωσε την υπηρεσιακή στρατηγική με παράλληλες λειτουργικές στρατηγικές (όπως η χρηματοδότηση, ανθρώπινο δυναμικό, επικοινωνία).»	Ποιότητα Πολιτικής *- σαφή* *- ασαφή* Όραμα πολιτικής *- ευρύ* *- στενό* Συνοχή Πολιτικής *- πλήρως συνεκτική* *- διασπασμένη* Υλοποίηση Πολιτικής *- εφαρμόσιμη* *- περιορισμένη υλοποίηση* Προσαρμογή Πολιτικής *- σύμφωνα με* *- αποκλίνουσα από την υπάρχουσα στρατηγική*	1.4 1.4.1 1.4.2 1.2 1.2.1 1.2.2 1.1 1.1.1 1.1.2 1.6 1.6.1 1.6.2 1.5 1.5.1 1.5.2

Εφαρμογή Συστήματος Κωδικοποίησης

Η χρήση του συστήματος κωδικοποίησης θα διευκρινιστεί με αναφορά σε μια περιπτωσιολογική μελέτη (case study). Η εν λόγω έρευνα χρησιμοποίησε τη συγκεκριμένη μελέτη (case study) με στόχο να προσδιορίσει την οργανωσιακή ετοιμότητα στην αλλαγή της πολιτικής της υγειονομικής περίθαλψης. Το πρώτο βήμα στην αναλυτική διαδικασία ήταν να διαβαστεί κάθε πρακτικό αρκετές φορές για να δώσει στον ερευνητή μια γενική αίσθηση των δεδομένων. Το πρακτικό διαβάστηκε έπειτα λεπτομερώς και σε κάθε πρόταση ή έννοια διατέθηκε ένας κωδικός, όπως φαίνεται στο σχέδιο κωδικοποίησης. Σε οποιαδήποτε περίπτωση όπου ο ερευνητής θεώρησε ότι η δήλωση παρουσιάζει ενδιαφέρον, αλλά δεν αντιστοιχεί επαρκώς στους κωδικούς που παρέχονται στο σχέδιο, ένας νέος κωδικός μπορούσε να δημιουργηθεί. Όπως κάθε πρακτικό διαβάζεται και κωδικοποιείται, οι κωδικοί μπορούν να επανεξεταστούν, να επαναπροσδιοριστούν και να ομαδοποιηθούν ανάλογα με την περίπτωση.

Πίνακας 2. Σύστημα Κωδικοποίησης

1 Ποιότητα και Συνοχή Πολιτικής

1.1 Συνοχή Πολιτικής
- *1.1.1 πλήρως συνεκτική*
- *1.1.2 διασπασμένη*
- *(1.1.3 αντιφατική)*
- *(1.1.4 σημαντικά κενά)*

1.2 Όραμα Πολιτικής
- *1.2.1 ευρύ*
- *1.2.2 στενό*

1.3 Ανάπτυξη Αφοσίωσης
- *1.3.1 πειστικότητα*
- *1.3.2 μοιρασμένη κοινή γνώμη*

1.4 Ποιότητα Πολιτικής
- *1.4.1 σαφής*
- *1.4.2 ασαφής*
- *1.4.3 στρατηγική που μοιράζεται σε διαχειρίσιμα τμήματα*

1.5 Εφαρμογή Πολιτικής
- *1.5.1 σύμφωνα με την υπάρχουσα στρατηγική/κατεύθυνση*
- *1.5.2 αποκλίνουσα από την υπάρχουσα στρατηγική/κατεύθυνση*
- *1.5.3 ταίριασμα με το υπάρχον και επιτευχθέν δημοσιονομικό πλαίσιο*

1.6 Δυνατότητα Πραγματοποίησης
- *1.6.1 πραγματοποιήσημη*
- *1.6.2 περιορισμένη δυνατότητα πραγματοποίησης*

2 Άνθρωποι Κλειδιά που Ηγούνται στην Αλλαγή

2.1 Ηγεσία
- *2.1.1 τοπικό/οργανωτικό επίπεδο*
- *2.1.2 Εθνικό (NHS) επίπεδο*

2.2 Συνέχεια της Ηγεσίας

2.3 Ηγετική Αλλαγή
- *2.3.1 σχεδιασμός*
- *2.3.2 καιροσκοπισμός*
- *2.3.3 συγχρονισμός*
- *2.3.4 άμεση επίλυση ζητημάτων*

2.4 Χτίσιμο Ομάδας

2.5 Προσωπικές Δεξιότητες

3 Πίεση από το Περιβάλλον

3.1 Ριζική Αλλαγή

3.2 Χρηματο-οικονομική Πίεση
- *3.2.1 ιστορία*
- *3.2.2 κατανομή εξουσίας*
- *3.2.3 προυποθέσεις τοπικής εξουσίας*

3.3 Εξάντληση Ενέργειας

3.4 Περιβαλλοντολογικοί Περιορισμοί

3.5 Αποδιοπομπαίοι Τράγοι και Ήττα των Στελεχών

4 Υποστηρικτική Οργανωσιακή Κουλτούρα

4.1 Ιεραρχίες
- *4.1.1 τυπικές ιεραρχίες*
- *4.1.2 άτυπες ιεραρχίες*
- *4.1.3 έμφαση στις ικανότητες βάση του βαθμού*

4.2 Δεκτικότητα
- *4.2.1 στο ρίσκο*
- *4.2.2 στην έρευνα και την αξιολόγηση*

4.3 Αξίες (εμπεριέχοντας την ανταμοιβή)
- *4.3.1 βαθιά ριζωμένες προσεγγίσεις*
- *4.3.2 επισήμως υιοθετημένες ιδεολογίες*
- *4.3.3 απαιτητικές και μεταβαλλόμενες πεποιθήσεις*

4.4 Μορφές Εργασίας (δομές σχεδιασμένες βάσει στόχων)
- *4.4.1 ευέλικτη εργασία*
- *4.4.2 ηγέτες ως μοντέλα ρόλων*
- *4.4.3 στελέχωση γενικών διευθυντών*

4.5 Αυτοεκτίμηση και Αίσθηση της Ικανοποίησης

Πίνακας 2. Σύστημα Κωδικοποίησης (συνέχεια)

5 Διοικητικές Σχέσεις μεταξύ Κλινικών Υπευθύνων
5.1 Επικοινωνία
- *5.1.1 αποτελεσματική επικοινωνία*
- *5.1.2 μη-αποτελεσματική επικοινωνία*

5.2 Υποστηρικτικές Σχέσεις
- *5.2.1 εμπιστοσύνη*
- *5.2.2 ειλικρίνεια*
- *5.2.3 έγκαιρη ανάμειξη των κλινικών υπευθύνων*
- *5.2.4 αμοιβαίος σεβασμός*
- *5.2.5 ανάπτυξη σχέσεων*

5.3 Συμπεριφορές Κλινικών Υπευθύνων
- *5.3.1 διαφορετικοί κλινικοί υπεύθυνοι*

5.4 Διοικητικές Συμπεριφορές
- *5.4.1 χρήση κινήτρων/ποινών*
- *5.4.2 αναγνώριση κλινικών αξιών/αναγκών*

6 Συνεργασιακά και Ενδο-οργανωσιακά Δίκτυα
6.1 Άτυπα Δίκτυα
6.2 Δίκτυα με Στόχο
- *6.2.1 εργασία και εκπαίδευση*
- *6.2.2 ανάπτυξη αφοσίωσης και αύξηση ενέργειας*
- *6.2.3 σύνδεση των ανησυχιών είτε αυτές προέρχονται από «από πάνω προς τα κάτω» είτε «από κάτω προς τα πάνω»*

6.3 Οργανωσιακή Εξουσία/Επιρροή

7 Απλότητα και Σαφήνεια Στόχων και Προτεραιοτήτων
7.1 Βασικές Προτεραιότητες
- *7.1.1 προστασία από συνεχώς μεταβαλλόμενες βραχυπρόθεσμες πιέσεις*

7.2 Επιμονή στην Επίτευξη των Οργανωτικών Στόχων
7.3 Συμφωνία/Επίγνωση των Οργανωτικών Στόχων
7.4 Διαίρεση του Προβλήματος σε Περισσότερο Διαχειρίσιμα και Πρακτικά Τμήματα

8 Πρόγραμμα Αλλαγής και Τοπικές Ρυθμίσεις
8.1 Ρυθμός της Αλλαγής
8.2 Πολιτική Κουλτούρα
- *8.2.1 οργανωσιακή/τοπική πολιτική κουλτούρα*
- *8.2.2 πολιτική κουλτούρα Εθνικού Συστήματος Υγείας*

8.3 Πλήθος Προμηθευτών
8.4 Παρουσία Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου/Ιδρύματος
8.5 Σχέση με την Τοπική Κοινότητα
8.6 Αλλαγή Συγχρονισμού

Ο Πίνακας 3 περιέχει αποσπάσματα από ένα σύνολο πρακτικών για να καταδείξει την εφαρμογή του συστήματος κωδικοποίησης. Έτσι διευκρινίζεται η χρήση του επιδεικνύοντας πώς το σχετικό κείμενο έχει επιλεχτεί και έχει κατανεμηθεί στους κώδικες που περιλαμβάνονται στο σύστημα. Επιπλέον, καταδεικνύει πού έχουν δημιουργηθεί νέοι κωδικοί για να περιγράψουν τις έννοιες που προκύπτουν από το κείμενο. Αυτοί είναι οι προκαταρκτικοί κωδικοί που έχουν προκύψει από μια πρώτη ανάλυση και αναμένεται ότι αυτοί οι κωδικοί θα αλλάξουν, θα συγχωνευτούν και θα διαιρεθούν, καθώς επιχειρείται η ανάλυση περισσοτέρων πρακτικών όπως και με τους επιπλέον επανελέγχους της ανάλυσης.

Πίνακας 3. Εφαρμογή του Συστήματος Κωδικοποίησης

Συνέντευξη και αριθμός γραμμής	Απόσπασμα	Κωδικός *
ID 16, 93 ID 16, 95	Αν δεν πληρώσεις για τον χρόνο και τους πόρους των κλινικών υπευθύνων, δεν πρόκειται να καταλήξεις πουθενά, αν όμως συνεργάζεσαι μαζί τους δείχνοντας αξιοθρήνητος και φτωχός στη χώρα, αν και νομίζω ότι πραγματικά διαφέρει απο μονάδα υγείας σε μονάδα υγείας...	1.5.3 εφικτό δημοσιονομικό πλαίσιο 2.1.2 εθνικό επίπεδο *Διαφοροποίηση στην πράξη*
ID 16, 101 ID 16, 103	ένα άλλο εμπόδιο είναι, ανεξαρτήτως του τι πιστεύει η μονάδα υγείας, το πως λειτουργεί είναι συνήθως βασισμένο σε αποφάσεις παρμένες «από πάνω προς τα κάτω» (ΟΚ) οι οποίες παίρνονται από ειδικούς και το προσωπικό, ή από υψηλότερα ιστάμενους συχνά από τις Υγειονομικές Εθνικές Υπηρεσίες	2.1.1 τοπικό επίπεδο *Λήψη αποφάσεων* 4.1.1 τυπικές ιεραρχίες 6.3 οργανωσιακή εξουσία/ επιρροή
ID 19, 320 ID 19, 322 ID 19, 324	Θα ακούσεις ανθρώπους να λένε: «αυτή είναι η 3η αναδιοργάνωση που συμμετέχω» ή «αυτή είναι η 6η που συμμετέχω» ή οποιαδήποτε άλλη και τόσο πολλοί άνθρωποι στον οργανισμό, όχι όλοι αλλά πολλοί άνθρωποι στον οργανισμό, έχουν συμμετάσχει σε αυτές πολλές φορές και γι' αυτό το λόγο πιθανών να μην είναι αισιόδοξοι, αλλά είναι κάπως ρεαλιστές σχετικά με το γεγονός ότι το επόμενο κύμα αλλαγής είναι εδώ και είναι έτοιμο να πραγματοποιηθεί.	8.1 ρυθμός της αλλαγής 8.2.2 πολιτική κουλτούρα του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Αγγλίας 4.4 μορφές εργασίας 3.3 εξάντληση ενέργειας 4.2 δεκτικότητα
*Με πλάγια γράμματα υποδεικνύονται οι επιπρόσθετοι κώδικες επαγωγικά προερχόμενοι από το κείμενο, επαναλαμβάνοντας αυτή την ανάλυση προσδοκάται πως αυτοί οι κώδικες θα αλλάξουν, και πιθανών να συγχωνευθούν με υπάρχοντες κώδικες.		

Συζήτηση

Το άρθρο αυτό έχει τρεις στόχους. Αρχικά να παραγάγει ένα πρακτικό εργαλείο το οποίο διευκολύνει την εφαρμογή της υπάρχουσας γνώσης και θεωρίας στη μελέτη της αλλαγής στην υγειονομική περίθαλψη. Δεύτερον, να υποκινήσει την εισαγωγή των ποιοτικών ερευνητικών εργαλείων και σε άλλες ακαδημαϊκές περιοχές, και να ενισχύσει τη μετάβαση στη γνώση μέσω της θεωρίας, της έρευνας και της πρακτικής. Τρίτον, να υποκινήσει περισσότερο την ακαδημαϊκή συζήτηση σχετικά με τις διαδικασίες που χρησιμοποιούνται από τους ποιοτικούς ερευνητές για την κατανόηση και παραγωγή των ερευνητικών συμπερασμάτων από τα δεδομένα.

Το μοντέλο των Pettigrew et al. (1992) παρέχει έναν εννοιολογικό χάρτη για την ανάπτυξη του συστήματος κωδικοποίησης. Το σύστημα αυτό αποτελεί ένα πρακτικό εργαλείο για τους ερευνητές και η σύνθεσή του συνδέεται στενά με τη θεωρία, ενθαρρύνοντας έτσι τη χρήση υπαρχόντων εννοιών και παραγόντων παράλληλα με τη νέα έρευνα. Η περιγραφή των μεθόδων που υιοθετούνται στην ανάπτυξη του συστήματος μαζί με τις συστάσεις για τη χρήση του, ουσιαστικά διευκολύνει την εφαρμογή του μοντέλου από άλλους ερευνητές. Επιπλέον παρέχει μια πλατφόρμα

για άλλους ερευνητές, οι οποίοι μπορούν να χρησιμοποιήσουν τη μεθοδολογία για να παραγάγουν ένα εναλλακτικό εργαλείο από την υπάρχουσα θεωρία στον τομέα τους.

Το σύστημα που παρουσιάζεται σε αυτό το άρθρο δεν είναι αμερόληπτο μιας και η παραγωγή των κωδικών έχει επηρεαστεί αναπόφευκτα από την ερμηνεία των Pettigrew et al. (1992). Εάν ένα άλλο άτομο ακολουθούσε την ίδια μεθοδολογία μπορεί να μην είχε επιλέξει τους ίδιους κωδικούς ή μπορεί πράγματι να είχε παραγάγει συμπληρωματικούς κωδικούς που δεν έχουν προσδιοριστεί σε αυτό το μοντέλο. Είναι επίσης, συχνά δύσκολο να διαπιστωθεί η εφαρμογή και η δυνατότητα γενίκευσης σε ποιοτικές σε βάθος μεθόδους (Carter & Little 2007, Kohlbacher 2006, Mayring 2000). Στην εφαρμογή αυτού του συστήματος στην περιπτωσιολογική μελέτη, ο συντάκτης δεν είχε την προγενέστερη γνώση των δεδομένων. Δεν είναι σίγουρο εάν η προγενέστερη γνώση των δεδομένων θα είχε παραγάγει ένα διαφορετικό σύστημα. Ακόμη, το συγκεκριμένο σύστημα μπορεί να είναι κατάλληλο και επίκαιρο στην περιπτωσιολογική μελέτη του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Αγγλίας. Όμως, μπορεί να μην είναι εύκολα εφαρμόσιμο σε άλλα σύνολα δεδομένων. Για την εξέταση όλων αυτών των ζητημάτων απαιτείται περαιτέρω έρευνα που θα διερευνά τη χρήση του συστήματος από τους ανεξάρτητους κωδικοποιητές, καθώς και μια σειρά του συνόλου των στοιχείων.

Μελλοντική Εφαρμογή

Το συγκεκριμένο σύστημα θα χρησιμοποιηθεί για την ανάλυση ενός ολοκληρωμένου συνόλου δεδομένων από τη μελέτη που αναφέρεται παραπάνω και τα συμπεράσματα θα αναφερθούν σε επόμενο άρθρο. Αναμένεται ότι το σύστημα κωδικοποίησης που παρουσιάζεται εδώ, θα αναπτύσσεται και θα βελτιώνεται κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας με σκοπό το αναθεωρημένο σύστημα κωδικοποίησης να χρησιμοποιείται μεταγενέστερα και να διαμορφώνεται ανάλογα με τις έρευνες. Πριν να δημοσιευτεί, το αναθεωρημένο μοντέλο θα ελέγχεται από ανεξάρτητους προγραμματιστές για να εκτιμηθεί η εγκυρότητά του. Οι Potter et al. (1999) υποδεικνύουν ότι μπορεί να αποδειχθεί η αξιοπιστία μεταξύ των διαφορετικών βαθμολογητών εάν οι αποφάσεις των προγραμματιστών συμπίπτουν με τα εγκεκριμένα δεδομένα/συστήματα κωδικοποιήσεων.

Σε επόμενο στάδιο θα εξεταστούν οι συνδέσεις μεταξύ κωδικών και κατηγοριών, εξετάζοντας τις υποκείμενες συνθήκες, ενέργειες, σχέσεις και αλληλεπιδράσεις, καθώς και άλλα βασικά φαινόμενα. Αυτό θα χρησιμοποιηθεί στη συνέχεια για την ανάπτυξη και την εξήγηση του μοντέλου των Pettigrew et al. (1992) στο πλαίσιο της τωρινής υγειονομικής περίθαλψης. Ειδικότερα, προσοχή πρέπει να δοθεί στις διαφορές μεταξύ δεκτικότητας στην αλλαγή, όταν η αλλαγή είναι προγραμματισμένη και καθοδηγείται από τον οργανισμό, σε αντίθεση με την αλλαγή που έχει επιβληθεί από πολιτικές κατευθύνσεις.

Αναμένεται η πρόωρη έκθεση του συστήματος κωδικοποίησης να ενθαρρύνει κι άλλους ποιοτικούς ερευνητές να εξετάσουν τη χρήση των υπαρχόντων πλαισίων και προτύπων μέσα στην έρευνά τους σε συνδυασμό με πιο παραδοσιακές επαγωγικές αναλυτικές μεθόδους.

Βιβλιογραφία

Bamford, D. and Daniel, S. (2005) A case study of change management effectiveness within the NHS, *Journal of Change Management,* 5, (4), pp. 391-406.

Bazzoli, G. L., Dynan, L., Burns, L. R. and Yap, C. (2004) Two decade of organizational change in health care what have we learned? *Medical care research and review,* 61, (3), pp. 247-330.

Bryman, A. (2004) *Social research Methods.* Oxford: Oxford University Press

Burnes, B. (2004) Emergent change and planned change – competitors or alies? The case of XYZ construction, *International Journal of Operations and Production Management,* 24, (9), pp. 886-894.
Carter, S. M. and Little, M. (2007) Justifying knowledge, justifying method, taking action: epistemologies, methodologies, and methods in qualitative research, *Qualitative Health Research,* 17, (10), pp. 1316-1328.
Collins, D. (1998) Organisational Change: Sociological Perspectives. London: Routledge.
Devos, G. and Buelens, M. (2006) Openess to Organisational Change: The contribution of content, context and process. *Vlerick Leuven Gent Working Paper Series*, pp. 1-26.
Dickinson, H. and Ham, C. (2008) *Engaging doctors in leadership: review of the literature.* Warwick: NHS Institute for Innovation and Improvement
Fade, S. (2004) Using interpretative phenomenological analysis for public health nutrition and dietetic research: a practical guide. *Proceedings of the nutrition society,* 63, pp. 647-653.
Fereday, J. and Muir-Cochrane, E. (2006) Demonstrating rigour using thematic analysis: a hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. *International Journal of Qualitative Methods,* 5, (1), pp. 1-11.
Gibbs, G. R. (2002) *Qualitative data analysis: explorations with NVivo.* Buckingham: Open University Press.
Glaser, B. G. and Strauss, A. L. (1967) The discovery of grounded research: strategies for qualitative research. New York: Aldine De Gruyter.
Hammer, M. and Champy, J. (1993) *Re-engineering the corporation.* London: Nicolas Brealey.
Hickey, G. and Kipping, C. (1996) Issues in research. A mulit-stage approach to the coding of data from open-ended questions, *Nurse Researcher,* 4, pp. 81-91.
Hsieh, H. and Shannon, S. (2005) Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research,* 15, (9), pp. 1277-1288.
Hunter, D. J. (2011) Change of Government: one more big bang health care reform in England's National Health Service, *International Journal of Health Services,* 41, (1), pp. 159-174.
Iles, V. and Sutherland, K. (2001) Organisational Change: A review for health care managers, professionals and researchers. NCCSDO.
Kirch, D. G., Grigsby, R. K., Zolko, W. W., Mozkowitz, J., Hefner, D. S. and Souba, W. W. (2005) Reinventing the academic health centre. *Academic Medicine,* 80, (11), pp. 980-989.
Kohlbacher, F. (2006) The use of qualitative content analysis in case study research, *Forum: Qualitative social research,* 7, (1), pp. Art.21.
Kotter, J. (1996) *Leading Change.* Boston: Harvard Business School Press.
Marchionni, C. and Ritchie, J. (2008) Organizational factors that support the implementation of a nursing Best Practice Guidline. *Journal of Nursing Management,* 16, pp. 226-274.
Mayring, P. (2000) Qualitative Content Analysis, *Forum: Qualitative social research,* 1, (2), pp. Art.20.
McLaren, S., Ross, F., Redfern, S. and Christian, S. (2002) Leading opinion and managing change in complex organisations: Findings from the South Thames Evidence-based practice project. *Nursing Times Research,* 7, (6), pp. 444-458.
Miles, M. B. and Huberman, M. A. (1994) *Qualitative Data Analysis.* California: SAGE: London and Thousand Oaks.
Newton, J., Graham, J., McLoughlin, K. and Moore, A. (2003) Receptivity to change in a general medical practice, *British Journal of Management,* 14, pp. 143-153.
O'Connor, E. J. and Fiol, C. M. (2006) Creating readiness and involvement. Physician Executive, *Physician Executive,* 32, (1), pp. 72-74.
Peppard, J. and Preece, I. (1995) The content, context and process of business process re-engineering. in *Examining Business Process Re-engineering.*London: Kogan Page.
Pettigrew, A. and Whipp, R. (1991) *Managing change for competitive success.* Oxford, UK: Blackwell Publishers.
Pettigrew, A., Whipp, R. and Rosenfield, R. (1989) Competitiveness and the management of strategic change processes: a research agenda. In Francis, A. and Tharakan, M. (Eds) The competitiveness of European industry: country policies and company strategies. London Routledge, 110-36. London: Routledge.
Pettigrew, A. M., Ferlie, E. and McKee, L. (1992) *Shaping Strategic Change.* London: Sage.
Pope, C. and Mays, N. (eds.) (2000) *Qualitative Research in Health Care.* BMJ Books.
Potter, W. J. and Levine-Donnerstein, D. (1999) Rethinking validity and reliability in content analysis, *Journal of Applied Communication Research,* 27, (3), pp. 258-284.
Ross, F., O'Tuathail, C. and Stubberfield, D. (2004) Towards multidisciplinary assessment of older people: exploring the change process. *Journal of Clinical Nursing,* 14, pp. 518-529.
Stetler, C. B., Ritchie, J., Rycroft-Malone, J., Schultz, A. and Charns, M. (2007) Improving the quality of care through routine, successful implementation of evidence-based practice at the bedside:

an organizational case study protocol using the Pettigrew and Whipp model of strategic change. *Implementation Science,* 2, (3).
Strauss, A. L. and Corbin, J. (1998) Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. California: Sage Publications.
Thomas, D. R. (2006) A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data, *American Journal of Evaluation,* 27, pp. 237-246.
Walker, R. M. and Boyne, G. A. (2006) Public management reform and organizational performance: an emperical assessment of the UK Labour Government's public service improvement strategy, *Journal of Policy Analysis and Management,* 25, (2), pp. 371-393.
Weiner, B. J. (2009) A theory of organizational readiness for change, *Implementation Science,* 4, (1), pp. 67-76.
Weiner, B. J., Amick, H. and Shoou-Yih, D. L. (2008) Conceptualization and measurement of organisational readiness for change: a review of the literature in health services research and other fields. *Medical care research and review,* 65, (4), pp. 379-436.

Προσφυγές για Διακρίσεις λόγω Ψυχικών Παθήσεων στη Βρετανία

Γκράμ Λόκγουντ
Βασιλικό Πανεπιστήμιο του Λονδίνου, ΗΒ

Εισαγωγή

Το φαινόμενο των διακρίσεων στον εργασιακό χώρο λόγω ψυχικών παθήσεων (Mental Health Discrimination - MHD) έχει διαπιστωθεί σε εμπειρικές αναλύσεις εργαζομένων, και μέσω των καταγγελιών στα δικαστήρια εργατικών διαφορών (Campbell 1995, Doyle 1996, Leverton 2002, Hurstfield et al. 2004, Sayce & Boardman 2008). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, υπολογίζεται ότι το ποσοστό ανεργίας για τα άτομα με σοβαρές ψυχικές ασθένειες κυμαίνεται από 61 έως 73%. Ωστόσο, μολονότι το ποσοστό ανεργίας είναι τόσο υψηλό, οι έρευνες δείχνουν ότι τα περισσότερα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια επιθυμούν να εργαστούν (Crowther et al. 2001). Η μείωση των υψηλών ποσοστών ανεργίας των ατόμων με ψυχική αναπηρία αποτελεί πλέον επιτακτική κοινωνική και οικονομική ανάγκη για τις βρετανικές κυβερνήσεις (DoH 2006).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η νομοθεσία για την αντιμετώπιση των διακρίσεων λόγω αναπηρίας τέθηκε σε ισχύ για πρώτη φορά με τον νόμο περί απασχόλησης ατόμων με αναπηρία (Disabled Persons (Employment) Act (DDA)) του 1958[1]. Εξαιτίας αυτού του νόμου, οι εργοδότες που απασχολούσαν 20 ή περισσότερα άτομα έπρεπε να μεριμνήσουν ώστε τουλάχιστον το 3% του εργατικού δυναμικού, να αποτελείται από καταγεγραμμένα άτομα με αναπηρία εκτός εάν είχε εκδοθεί κάποια άδεια εξαίρεσης για τον συγκεκριμένο εργοδότη. Πέρα από αυτή τη νομοθετική ρύθμιση, δεν υπήρχαν άλλες υποχρεώσεις. Το σύστημα ποσόστωσης έπεσε λίγο πολύ σε αχρηστία – υπήρξε μια περίοδος κατά την οποία διαδοχικές κυβερνήσεις ενθάρρυναν με ήπιο τρόπο τους εργοδότες να βελτιώσουν την εργασιακή τους κουλτούρα προσλαμβάνοντας άτομα με αναπηρία σύμφωνα με τις αρχές της ορθής πρακτικής[2]. Ο νόμος του 1958 περί απασχόλησης ατόμων με αναπηρία δέχτηκε επικρίσεις, καθώς θεωρήθηκε ανίσχυρος και μη αποτελεσματικός.

Η πρώτη απόπειρα να εισαχθούν ουσιώδεις διατάξεις για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των διακρίσεων λόγω αναπηρίας στον εργασιακό χώρο έγινε το 1995. Ο νόμος για την αντιμετώπιση των διακρίσεων λόγω αναπηρίας (Disability Discrimination Act - DDA), που εγκρίθηκε από το βρετανικό Κοινοβούλιο το 1995 και τροποποιήθηκε το 2001 και το 2005, αφορούσε τα άτομα με σωματική ή ψυχική αναπηρία, η οποία είχε ουσιώδεις και μακροχρόνιες δυσμενείς επιπτώσεις στην ικανότητά τους να φέρουν εις πέρας συνήθεις καθημερινές δραστηριότητες. Οι διακρίσεις λόγω αναπηρίας έχουν αποτελέσει γόνιμη βάση για την άσκηση προσφυγών στα εργατικά δικαστήρια της Βρετανίας (Leverton 2002). Ο αριθμός των καταγεγραμμένων δικαστικών προσφυγών αυξάνεται συνεχώς. Σε έρευνα του 2001 διαπιστώθηκε ότι η συνηθέστερη αιτία προσφυγών για διακρίσεις λόγω αναπηρίας στον εργασιακό χώρο ήταν η απόλυση (65,5% των περιπτώσεων), ενώ η αμέσως

---

[1] Ο νόμος του 1944 περί εργασιακών θεμάτων για άτομα με αναπηρία – Disabled Persons (Employment) Act – είχε δεχτεί σφοδρές επικρίσεις για την αναποτελεσματικότητά του. Η μόνη κύρωση που επέφερε ήταν η άσκηση ποινικής δίωξης από τον αρμόδιο υπουργό, το οποίο συνέβαινε σπάνια, παρά τις συχνότατες περιπτώσεις μη συμμόρφωσης με τη σχετική νομοθεσία (Smith & Woods Industrial law, σελ. 346).

[2] P. Thornton, Disabled People, Employment and Social Justice, Social Policy & Society 4(1): 65-73.

επόμενη αιτία είναι οι «εύλογες προσαρμογές» (25,7%). Το θέμα της πρόσληψης προσωπικού αντιστοιχούσε μόνο στο 8,8 % των περιπτώσεων.

Η κυβέρνηση έχει θέσει ως στόχο την επίτευξη απασχόλησης σε ποσοστό 80% των ατόμων με αναπηρία στη Βρετανία. Για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο, θα πρέπει να ασχοληθεί με όσους είναι αποκλεισμένοι από την αγορά εργασίας (Freud 2007) και να περιορίσει τις διακρίσεις εκ μέρους των εργοδοτών (το 2001 μόνο το 37% των εργοδοτών ανέφεραν ότι θα προσλάμβαναν κάποιο άτομο με πρόβλημα ψυχικής υγείας (Bunt et al. 2001). Το 40% των ατόμων που λαμβάνουν επίδομα ανικανότητας προς εργασία, επικαλούνται ως κύρια αιτία ανεπάρκειας κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας. Μάλιστα, το ποσοστό αυτό φτάνει στο 60% αν συμπεριληφθούν και οι δευτερεύουσες περιπτώσεις αιτιών ανεπάρκειας (HM Government 2006). Συνεπώς, το ζήτημα του αποκλεισμού των ψυχικά νοσούντων μετατρέπεται ξαφνικά, από ένα απλό θέμα προστασίας δικαιωμάτων, σε μείζον ζήτημα για τον τομέα της απασχόλησης. Η μέχρι τώρα έρευνα έχει αποδείξει αδιαμφισβήτητα ότι οι συχνότατες διακρίσεις εις βάρος των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας επιβαρύνουν την κατάστασή τους (Thornicroft 2006).

Το παρόν άρθρο έχει δύο στόχους. Πρώτον, να καταδείξει το οργανωσιακό και νομικό πλαίσιο εντός των οποίων λειτουργούν οι συμβαλλόμενοι για θέματα ψυχικής υγείας. Δεύτερον, να γίνει περαιτέρω κατανοητός ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα χρησιμοποιούν το δικαστικό σύστημα για την ενίσχυση των νομικών τους δικαιωμάτων, καθώς και τις τομεακές, οργανωσιακές και σχεσιακές συνθήκες που δίνουν έρεισμα για εκδίκαση. Το άρθρο διαρθρώνεται ως εξής. Στο πρώτο μέρος, προσεγγίζεται η φύση του στιγματισμού και της διάκρισης στον εργασιακό χώρο. Στο δεύτερο μέρος σκιαγραφείται το νομικό πλαίσιο εντός του οποίου εγείρονται νομικές αξιώσεις. Στο τρίτο μέρος του άρθρου, προσδιορίζονται η εμπειρική διαμόρφωση και οι λεπτομέρειες περιπτώσεων προσφυγών ανά τα χρόνια στη Βρετανία. Για αυτό το λόγο, αναφέρουμε τα προκαταρκτικά συμπεράσματα που εξάχθηκαν από πληθυσμό σχετικών περιπτώσεων προσφυγής στο Βρετανικό Εφετείο Επιλύσεως Εργατικών Διαφορών (Employment Appeal Tribunal - EAT) κατά το διάστημα 2005-2010. Στο τέταρτο και τελευταίο μέρος, εξετάζουμε ορισμένες πρακτικές και περαιτέρω ερευνητικές συνέπειες της παρούσας ανάλυσης.

Η Φύση του Στιγματισμού και της Διάκρισης στον Εργασιακό Χώρο: Η Φύση του Προβλήματος

Υπάρχουν πειστικές ενδείξεις ότι τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας δυσκολεύονται να αποκτήσουν πρόσβαση στην απασχόληση και να διατηρήσουν τη θέση εργασίας τους (Thornicroft 2006). Από έρευνα που βασίζεται σε δεδομένα της Εθνικής Έρευνας Εργατικού Δυναμικού (National Labour Force Survey), προκύπτει ότι τα τελευταία χρόνια το ποσοστό του συνολικού απασχολούμενου ενήλικου πληθυσμού ήταν 75%, το αντίστοιχο ποσοστό για άτομα με σωματικά προβλήματα υγείας ήταν περίπου 65%, ενώ για τα άτομα με σοβαρότερα προβλήματα ψυχικής υγείας το ποσοστό αυτό έφτανε μόλις το 20% (Social Exclusion Unit 2004). Το ποσοστό για τους ανθρώπους με συνηθέστερες ψυχικές αναπηρίες, όπως η κατάθλιψη, είναι εξίσου απογοητευτικό, αφού μόνο οι μισοί περίπου από αυτούς απασχολούνται (Meltzer et al. 1995). Σύμφωνα μάλιστα με ορισμένα στοιχεία, η κατάσταση στο Ηνωμένο Βασίλειο ενδέχεται να είναι χειρότερη από άλλες χώρες της ΕΕ όσον αφορά το συγκεκριμένο θέμα. Σε μια μελέτη που διενεργήθηκε σε πέντε ευρωπαϊκές χώρες, σε άτομα που έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια, το κατώτερο ποσοστό απασχόλησης αντιστοιχούσε στην Αγγλία (5%), σε αντιδιαστολή με τα ποσοστά 20% και 23% για την Ισπανία και την Ιταλία, αντίστοιχα (Thornicroft 2004).

Τα στατιστικά στοιχεία από τα εργατικά δικαστήρια δείχνουν ότι, όσον αφορά την εφαρμογή του νόμου, οι ενάγοντες με ψυχιατρικές αναπηρίες έχουν χειρότερα αποτελέσματα από ό,τι οι ενάγοντες με μη ψυχιατρικές αναπηρίες. Η πολύπλοκη φύση των ψυχικών ασθενειών, το τείχος που ορθώνεται από τις αρνητικές αντιδράσεις των άλλων και τα δύσκολα επιχειρησιακά μοντέλα, δυσχεραίνουν την ίση πρόσβαση στα οφέλη της απασχόλησης.

Η νομοθεσία για την αντιμετώπιση των διακρίσεων λόγω αναπηρίας επιβάλλει στους εργοδότες την υποχρέωση για εύλογες προσαρμογές στους χώρους εργασίας για τη διευκόλυνση των εργαζομένων με αναπηρία (Equality Act 2010). Ωστόσο, αυτού του είδους η ευελιξία στους χώρους εργασίας, τίθεται υπό αμφισβήτηση όταν εξετάζει κανείς τα ποσοστά απασχόλησης για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Στην Αγγλία, το 1/3 των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας δηλώνουν ότι απολύθηκαν ή εξαναγκάστηκαν σε παραίτηση από την εργασία τους (Read et al. 1996), το 40% εξ αυτών δηλώνουν ότι δεν προσλήφθηκαν ποτέ λόγω ιστορικού ψυχιατρικής θεραπείας (Read et al. 1996) και περίπου το 60% δηλώνουν ότι δίστασαν να υποβάλουν αίτηση για κάποια θέση εργασίας θεωρώντας δεδομένη την άνιση μεταχείρισή τους. Επίσης, σε έρευνα που διενεργήθηκε με τη συμμετοχή πάνω από 500 εργαζόμενους καταδεικνύονται τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ψυχικά νοσούντες στον χώρο εργασίας. Οι δυσκολίες που αναφέρονται είναι οι εξής: απώλεια εμπιστοσύνης, αίσθηση απομόνωσης και κατά συνέπεια χαμηλή αποδοτικότητα στην εργασία, έλλειψη κατανόησης από τους συναδέλφους, φόβος αποκάλυψης της διάγνωσης, εκφοβισμός ή ανάθεση απαξιωτικών εργασιών με περιορισμένες προοπτικές προαγωγής, αγωνιώδης προσπάθεια για αποτελεσματική αντιμετώπιση των κοινωνικών πτυχών του εργασιακού χώρου και συχνό αίσθημα άγχους και έντονης ανησυχίας (Bird 2001).

Η Προσφυγή ως Αντικείμενο της Μελέτης

Μολονότι το συγκεκριμένο πρόβλημα εξετάζεται εκτενώς από νομικούς, ακαδημαϊκούς, διαμορφωτές πολιτικής και διευθυντικά στελέχη, παραδόξως δεν γνωρίζουμε πολλά για τις προσφυγές ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στη Βρετανία. Υπάρχουν στοιχεία έρευνας που διενεργήθηκε από το Βρετανικό Υπουργείο Εμπορίου και Βιομηχανίας (Department of Trade and Industry - DTI), σχετικά με ατομικές και συντονισμένες περιπτώσεις δικαστικών αγωγών και των αποτελεσμάτων τους (DTI 2004). Ωστόσο, τα δεδομένα αυτά αναφέρονται γενικά σε προσφυγές για διακρίσεις λόγω αναπηρίας, στο πλαίσιο των οποίων οι διακρίσεις λόγω ψυχικής ασθένειας αποτελούν ένα μη ταυτοποιημένο υποσύνολο (μαζί με άλλες κατηγορίες που έχουν σχέση με τις απολύσεις, τη θυματοποίηση, τις προσλήψεις, τις προαγωγές, τους όρους και τις προϋποθέσεις). Από αυτά τα δεδομένα δεν παρέχεται η δυνατότητα συστηματικής κατανόησης όσον αφορά την έκταση, τη φύση και την έκβαση των υποθέσεων MHD που φτάνουν στις δικαστικές ακροάσεις στη Βρετανία. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει σοβαρό κενό στη βιβλιογραφία για το συγκεκριμένο ζήτημα.

Το Νομικό Πλαίσιο

Στη Βρετανία, το ζήτημα των διακρίσεων λόγω αναπηρίας πρωτοεμφανίστηκε στο νομικό τοπίο το 1995. Ο νόμος για την αντιμετώπιση των διακρίσεων λόγω αναπηρίας (DDA), εγκρίθηκε από το βρετανικό Κοινοβούλιο το 1995 και τροποποιήθηκε το 2001 και το 2005. Οι τρέχουσες σχετικές διατάξεις περιλαμβάνονται στον νόμο περί ισότητας (Equality Act - EA) του 2010. Οι διακρίσεις λόγω αναπηρίας ορίζονται στο άρθρο 6 του EA2010 ως μια σωματική ή ψυχική

αναπηρία με ουσιώδεις και μακροχρόνιες δυσμενείς επιπτώσεις στην ικανότητα του ατόμου να φέρει εις πέρας συνήθεις καθημερινές δραστηριότητες. Οι όροι «σωματική» ή «ψυχική αναπηρία» δεν προσδιορίζονται, αλλά με αυτούς τους όρους επιδιώκεται να συμπεριληφθούν όλα τα είδη αναπηριών, συμπεριλαμβανομένων και των αισθητηριακών αναπηριών. Για τους σκοπούς του συγκεκριμένου νόμου, υπάρχουν διάφορες παθήσεις που δεν θεωρούνται αναπηρίες, όπως η εξάρτηση από το αλκοόλ, τη νικοτίνη ή άλλες μη συνταγογραφούμενες ουσίες, η πυρομανία, η κλεπτομανία, η τάση για σωματική ή σεξουαλική βία, η επιδειξιομανία, η ηδονοβλεψία και η αλλεργική ρινίτιδα. Ωστόσο, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η ετυμηγορία στην υπόθεση Power κατά Panasonic το 2003, όπου το ΕΑΤ υποστήριξε ότι σε ορισμένες περιπτώσεις που η κατάχρηση αλκοόλ οδηγούσε σε κλινική κατάθλιψη, κάτι τέτοιο μπορούσε τελικά να θεωρηθεί αναπηρία, σύμφωνα με τον νόμο.

Όσον αφορά τις συνθήκες μιας αναπηρίας, ως ουσιώδης ορίζεται μια κατάσταση η οποία είναι κάτι περισσότερο από μικρής σημασίας ή συνηθισμένη. Η καθοδήγηση που έχει δοθεί για τον νόμο περί ισότητας του 2010, προτείνει να λαμβάνονται υπόψη διάφοροι παράγοντες, μεταξύ των οποίων και ο χρόνος που απαιτείται για την εκτέλεση κάποιας δραστηριότητας, ο τρόπος με τον οποίο εκτελείται μια δραστηριότητα, οι σωρευτικές επιπτώσεις μιας αναπηρίας, οι επιπτώσεις στη συμπεριφορά και οι επιπτώσεις στο περιβάλλον.

Όσον αφορά την παράμετρο των μακροχρόνιων επιπτώσεων μιας αναπηρίας, ως μακροχρόνια ορίζεται η επίπτωση που είχε διάρκεια 12 μήνες, η οποία φαίνεται ότι θα διαρκέσει τουλάχιστον 12 μήνες ή που μάλλον θα διαρκέσει για την υπόλοιπη ζωή του πάσχοντα. Σε μια πρόσφατη υπόθεση, SCA Packaging Ltd κατά Boyle το 2008, η Βουλή των Λόρδων έλαβε μια απόφαση-ορόσημο, σύμφωνα με την οποία το περιεχόμενο του όρου «αναπηρία» διευρύνεται παρέχοντας το δικαίωμα νομικής προστασίας σε περισσότερα άτομα. Η Βουλή των Λόρδων ανακοίνωσε ότι ακόμη και τα άτομα με σωματική ή ψυχική πάθηση που παρουσιάζουν χρονικές διακυμάνσεις όσον αφορά την έξαρση της πάθησής τους, θα πρέπει να θεωρούνται ανάπηροι και να προστατεύονται από τον νόμο σε περίπτωση που η πάθησή τους ενδέχεται να έχει ουσιώδεις επιπτώσεις ξανά στο μέλλον. Έτσι, συμπεριλήφθηκαν άτομα με κάποια ιατρική πάθηση, τα οποία όμως είναι αυτοδιαχειριζόμενα, αλλά η ασθένειά τους θα μπορούσε να παρουσιάσει εξάρσεις κατά διαστήματα.

Η προκαταρκτική ανάλυση των υφιστάμενων γραπτών πηγών αποκαλύπτει ότι, το να αποδειχθεί κάποιος οτι έχει μια αναπηρία, αποτελεί σημαντικό εμπόδιο για τους ενάγοντες όσον αφορά τις περιπτώσεις διακρίσεων στον εργασιακό χώρο. Επιπλέον, η συνηθέστερη αιτία απόρριψης μιας αξίωσης, η οποία αναφέρεται στο 26% όλων των ανεπιτυχών περιπτώσεων, ήταν ότι το άτομο που αναζητούσε εργασία δεν είχε κάποια αναπηρία (Leverton 2002).

Η Βρετανική νομοθεσία περί των διακρίσεων λόγω αναπηρίας απαγορεύει την άμεση διάκριση, δηλαδή όταν κάποιος κάνει διάκριση εις βάρος ενός άλλου, λόγω της αναπηρίας του. Ο νόμος περί ισότητας του 2010 διευρύνει την έννοια της άμεσης διάκρισης επιτρέποντας να εγερθούν αξιώσεις για διάκριση λόγω αναπηρίας και παρενόχληση εφόσον γίνεται αντιληπτή η αναπηρία του ατόμου ή επειδή γίνεται συσχετισμός με κάποιον που έχει αναπηρία. Δεύτερον, γίνεται λόγος για έμμεση διάκριση (εισάγεται για πρώτη φορά, με τον νόμο ΕΑ2010), το οποίο σημαίνει ότι ένας εργαζόμενος θα έχει τη δυνατότητα να ισχυριστεί ότι κάποια πρακτική, κάποιο κριτήριο ή διάταξη μεροληπτεί εις βάρος των ατόμων που έχουν την ίδια αναπηρία με τον ενάγοντα. Δεν υπάρχει λόγος να αποδειχτεί ότι ο εργοδότης γνώριζε ή όφειλε να γνωρίζει ότι ο ενάγων είχε αναπηρία. Τρίτον, τίθεται θέμα διάκρισης που προκύπτει από την αναπηρία, η οποία πραγματοποιείται εάν, αυτός που κάνει τη διάκριση

μεταχειρίζεται άνισα το άτομο για κάποιο λόγο που σχετίζεται με την αναπηρία του. Ο εργοδότης θα πρέπει να αιτιολογήσει αντικειμενικά αυτή τη μεταχείριση και δεν χρειάζεται να πληρούνται περαιτέρω προϋποθέσεις σύγκρισης, σύμφωνα με τον ΕΑ2010.

Το τελευταίο είδος διάκρισης σχετίζεται με την αδυναμία του εργοδότη να κάνει ορθές προσαρμογές ώστε να επιτρέψει σε ένα άτομο με αναπηρία να εργαστεί ή να αποφευχθεί κάποια συνθήκη, κάποιο κριτήριο ή πρακτική που είχε ως συνέπεια την ουσιώδη μεροληψία εις βάρος του ατόμου με αναπηρία σε σύγκριση με άτομα που δεν είναι ανάπηρα. Σε κάθε περίπτωση, ο εργοδότης οφείλει να προβαίνει σε όλες τις ορθές ενέργειες ώστε να αποφευχθεί κάτι τέτοιο. Πριν από το 2004, οι εργοδότες ήταν υποχρεωμένοι να κάνουν εύλογες προσαρμογές μόνο όσον αφορά τις προσλήψεις, τις προαγωγές, την εκπαίδευση, τις μετακινήσεις ή σε οποιοδήποτε άλλο τομέα που συνδεόταν με οφέλη (s.5(2), s.6 DDA 1995). Ο DDA 1995 που τροποποιηθηκε με κανονισμούς το 2003 δημιούργησε πρόσθετες υποχρεώσεις ώστε να αποφεύγονται «διατάξεις, κριτήρια, ή πρακτικές» που μεροληπτούσαν ουσιωδώς σε βάρος των εργαζόμενων με αναπηρία σε σύγκριση με ένα άτομο χωρίς αναπηρία. Αυτό σημαίνει ότι οι εργοδότες έχουν πλέον την υποχρέωση να κάνουν εύλογες προσαρμογές σε κάθε τομέα της επιχείρησής τους που ενδέχεται να περιλαμβάνει τέτοιου είδους «διατάξεις, κριτήρια, ή πρακτικές». Οι ίδιες υποχρεώσεις ισχύουν και για όλα τα φυσικά χαρακτηριστικά των εγκαταστάσεων. Σε κάθε περίπτωση, οι προσαρμογές αυτού του είδους είναι υποχρεωτικές για τον εργοδότη μόνο όταν θεωρούνται εύλογες. Μια διάταξη υπεράσπισης των εργοδοτών καταργήθηκε επίσης από τον Κανονισμό. Μέχρι πρότινος, η αδυναμία ενός εργοδότη να προβεί σε εύλογες προσαρμογές μπορούσε να αιτιολογηθεί υπό ορισμένες συνθήκες. Αυτή η δυνατότητα ήταν γνωστή ως «αιτιολογημένη εξαίρεση». Η συγκεκριμένη δυνατότητα εξαίρεσης είχε δεχτεί πολλές επικρίσεις επειδή θεωρήθηκε ότι ήταν πολλές οι περιπτώσεις στις οποίες οι εργοδότες μπορούσαν να αποφύγουν την υποχρέωσή τους για εύλογες προσαρμογές.[3] Για αυτόν τον λόγο, η αιτιολογημένη εξαίρεση καταργήθηκε. Το ζήτημα της υποχρέωσης για εύλογες προσαρμογές εστιάζεται πλέον στο αν οι προσαρμογές είναι εύλογες ή όχι. Στην υπόθεση Archibald κατά Fife Council το 2004, η Βουλή των Λόρδων επιβεβαίωσε ότι η μεταφορά μιας υπαλλήλου με αναπηρία από μια θέση εργασίας στην οποία δεν μπορούσε πλέον να ανταπεξέλθει, σε μια άλλη θέση εργασίας που μπορούσε, ενδέχεται να είναι μια από τις εύλογες προσαρμογές που οφείλει να κάνει ένας εργοδότης. Κάτι τέτοιο μπορεί επίσης να συνεπάγεται την εξαίρεση από τη διαδικασία ανταγωνιστικών συνεντεύξεων για μια πιο υψηλόβαθμη θέση εργασίας στην οποία μπορεί να ανταπεξέλθει ο υπάλληλος.

Εάν κάποιο άτομο θεωρεί ότι έχει γίνει διάκριση σε βάρος του, μπορεί να εγείρει αξίωση σε ένα δικαστήριο εργατικών διαφορών. Αυτή η αξίωση πρέπει να δηλωθεί εντός τριών μηνών από την πράξη για την οποία γίνεται καταγγελία. Για την καταγγελία διάκρισης λόγω ψυχικής πάθησης (MHD) στο δικαστήριο εργατικών διαφορών, εναπόκειται στον ενάγοντα να αποδείξει περιστατικά που δικαιολογούν εκ πρώτης όψεως (prima facie) ότι πρόκειται για περίπτωση διακριτικής μεταχείρισης. Το βάρος της απόδειξης αυτής μετατίθεται από τον ενάγοντα στον εργοδότη, ο οποίος θα πρέπει να αποδείξει ότι οι πράξεις του αιτιολογούνται ως μη μεροληπτικές (Οδηγία του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου 97/80, Οκτώβριος 2001). Υπάρχει δυνατότητα άσκησης έφεσης από το εργατικό δικαστήριο για νομικό ζήτημα ή για μεικτό ζήτημα

[3] Lockwood, G. The Disability Discrimination Act 1995: credible legislation? The main implications for employers, Journal of Applied Management 8(1): 113-118.

που αφορά νομικά και πραγματικά στοιχεία στο βρετανικό Εφετείο Επιλύσης Εργατικών Διαφορών (EAT). Η έφεση εξετάζεται από το Εφετείο και από εκεί πηγαίνει στο Ανώτατο Δικαστήριο. Σε περίπτωση που εμπλέκεται στην υπόθεση κάποιο ζήτημα ευρωπαϊκής νομοθεσίας, το ζήτημα μπορεί να παραπεμφθεί στο Δικαστήριο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Έρευνα, Σχεδιασμός και Μέθοδος: Ανάλυση των Υποθέσεων Διάκρισης λόγω Ψυχικής Πάθησης (MHD) που Εξέτασε το Εφετείο κατά το διάστημα 2005-2010

Το παρόν άρθρο εστιάζει σε υποθέσεις του Εφετείου Επιλύσης Εργατικών Διαφορών (EAT) ως πρωτογενή δεδομένα, λόγω του αυξημένου νομικού κύρους αυτού του οργάνου και της σχετικής ευκολίας στην πρόσβαση των αρχείων του, σε σύγκριση με τα αρχεία των προκαταρκτικών ακροάσεων από τα Εργατικά Δικαστήρια. Ο όρος «ενάγων» χρησιμοποιείται για τον εργαζόμενο που έκανε την αρχική καταγγελία για διάκριση και ο όρος «εναγόμενος» για τον εργοδοτικό οργανισμό. Δεδομένου ότι το παρόν σύγγραμμα εξετάζει υποθέσεις κατ' έφεση, είναι σημαντικό τα πορίσματα να διατυπώνονται σε συνάρτηση με το πλαίσιο. Οι υποθέσεις κατ' έφεση συνήθως αφορούν νομικά ζητήματα τα οποία ενδέχεται να τις καθιστούν ιδιαίτερα μοναδικές και να διαφοροποιούνται από τις συνήθεις υποθέσεις διακρίσεων λόγω αναπηρίας. Κατά την ενασχόληση με σημαντικά νομικά ζητήματα, θα πρέπει να γίνει η παραδοχή ότι οι υποθέσεις κατ' έφεση δεν είναι απαραίτητα αντιπροσωπευτικές των προσφυγών για διακρίσεις λόγω ψυχικών παθήσεων εν γένει. Η πρόσβαση στο σύνολο των αρχείων με τις ατομικές υποθέσεις για θέματα ψυχικής υγείας επιτεύχθηκε μέσω της βάσης δεδομένων BALII για το διάστημα 2005-2010.

Αποτελέσματα και Συζήτηση

Τα ευρήματα των προσφυγών για τις διακρίσεις λόγω ψυχικής υγείας (MHD) παρουσιάζονται σε τρεις κύριες ενότητες. Καταρχήν, θέτουμε το γενικό πλαίσιο της βασικής ανάλυσης των περιπτώσεων του Εφετείου Επιλύσης Εργατικών Διαφορών (EAT), εξετάζοντας την έκταση των προσφυγών (αριθμός υποθέσεων που φτάνει στο EAT) και τις επιπρόσθετες αξιώσεις που φέρουν οι υποθέσεις. Κατά δεύτερο λόγο, παρουσιάζουμε ευρήματα σχετικά με το λεπτομερές περιεχόμενο των ίδιων των υποθέσεων, δηλαδή α) τα χαρακτηριστικά του προσφεύγοντος-ενάγοντος και το οργανωτικό πλαίσιο στο χώρο εργασίας από όπου ξεκινά η διαδικασία ασκήσεως της προσφυγής, β) τη φύση της διάκρισης λόγω ψυχικής πάθησης (MHD) που ισχυρίστηκε και γ) κάποιες βασικές νομικές πτυχές της προσφυγής. Τρίτον, αναφέρουμε αποτελέσματα, τα οποία σχετίζονται α) με την φερόμενη MHD και β) με την προσφυγή αυτήν καθεαυτή.

Έκταση της Προσφυγής για Διάκριση Λόγω Ψυχικής Υγείας

Σε αυτή την έρευνα εξετάσαμε 184 υποθέσεις προσφυγής στο Εφετείου Επιλύσης Εργατικών Διαφορών (EAT) για την περίοδο 2005-2010. Το 24% αυτών των υποθέσεων απορρίφθησαν στο στάδιο «ξεκαθαρίσματος» που έλαβε χώρα πριν την πλήρη ακρόαση της έφεσης. Ο Πίνακας 1 παρουσιάζει την έκταση της προσφυγής που εξετάστηκε παραπάνω μαζί με το ποσοστό επιτυχίας και αποτυχίας. Το 2010 ο συνολικός αριθμός προσφυγών εργατικού δικαίου που κατετέθη στο EAT ήταν 1.936, δηλαδή σχεδόν 10% πιο πάνω σε σχέση με το 2009. Μία από τις σημαντικότερες κατηγορίες περιπτώσεων προσφυγής είναι η διάκριση λόγω ψυχικής υγείας (MHD) με την ισχυριζόμενη αναπηρία υπό αμφισβήτηση να παίρνει συνήθως τη μορφή άγχους, κατάθλιψης ή παρόμοιων προβλημάτων ψυχικής υγείας. Αυτές οι

περιπτώσεις προσφυγών οδηγούν σε μερικά από τα πιο δύσκολα ζητήματα του νόμου.

Πίνακας 1. Έκταση και Αποτέλεσμα της Προσφυγής για τη Διάκριση Λόγω Ψυχικής Υγείας 2005-2010

Αριθμός υποθέσεων που έφτασαν στο δικαστήριο 2005-2010		% επιτυχία (για τον ενάγοντα)	% αποτυχία (για τον εναγόμενο)
ΕΑΤ περιπτώσεις	184	18	15

Επιπρόσθετες Δικαιοδοσίες

Τα στοιχεία μας δείχνουν ότι ένα σημαντικό ποσοστό των εναγόντων δεν ισχυρίζονται μόνο MHD όταν προσφεύγει εναντίον του εργοδότη του. Το 60% περίπου των υποθέσεων περιελάμβαναν τουλάχιστον ένα ακόμη είδος καταγγελίας, όπως φαίνεται στον Πίνακα 2. Ο Πίνακας 3 παρουσιάζει τα είδη των επιπρόσθετων καταγγελιών που κατέθεσαν οι εργαζόμενοι στις υποθέσεις μας. Η άδικη απόλυση ήταν η πιο συνηθισμένη πρόσθετη καταγγελία από τους εργαζόμενους που ισχυρίζονται MHD, ακολουθούμενη από τη θυματοποίηση.

Πίνακας 2. Αριθμός Επιπρόσθετων Ισχυρισμών που Κατατέθηκαν

Αριθμός Επιπρόσθετων Ισχυρισμών	Ποσοστό (%)
0	20
1	56
2	21
3	3
4	0

Ελλιπή δεδομένα: 3,9% των συνολικών δεδομένων.

Πίνακας 3. Δικαιοδοσία Επιπρόσθετων Ισχυρισμών που Κατατέθηκαν

Δικαιοδοσία Επιπρόσθετων Ισχυρισμών	Ποσοστό (%)
Άδικη Απόλυση	70
Θυματοποίηση	17
Παραβίαση σύμβασης	9
Φυλετική Διάκριση	2
Διάκριση λόγω φύλου	2

Η σημασία της διαπίστωσης ότι υπάρχουν πολλαπλοί τύποι καταγγελιών περιπτώσεων που αφορούν MHD (όπως ότι η MHD δεν διεκδικείται από μόνη της απουσία άλλων αξιώσεων) χρειάζεται περαιτέρω σχολιασμό. Μία πιθανή εξήγηση για τις συμπληρωματικές αξιώσεις μπορεί να σχετίζεται με το κόστος υποβολής των αξιώσεων (το οποίο ενδέχεται να ενθαρρύνει τους αιτούντες να μεγιστοποιήσουν τον αριθμό των ισχυρισμών που διατυπώνονται σε μία υπόθεση), καθώς και με την ιδιαίτερη φύση της MHD που συχνά οδηγεί σε απολύσεις και θυματοποίηση ανθρώπων. Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο αριθμός των πολλαπλών αξιώσεων είναι σημαντικά χαμηλότερος όσον αφορά την αναπηρία από ότι στην περίπτωση των άλλων δικαιοδοσιών στους ισχυρισμούς σεξουαλικής παρενόχλησης όπου το 80% των περιπτώσεων, περιλαμβάνουν τουλάχιστον μία επιπλέον καταγγελία (Lockwood et al. 2008). Ένας λόγος που μπορεί να γίνεται αυτό είναι ότι στις διακρίσεις λόγω αναπηρίας ένας σημαντικός αριθμός διεκδικήσεων προέρχεται από υποψηφίους οι οποίοι πιστεύουν πως στερήθηκαν την απασχόληση λόγω της

αναπηρίας και όχι λόγω διακρίσεων που προέκυψαν κατά τη διάρκεια της απασχόλησης. Το εύρημα αυτό αντανακλά ένα σημαντικό πεδίο έρευνας που καταδεικνύει τις δυσκολίες που έχουν τα άτομα με αναπηρία στο να μπορέσουν να μπουν στην αγορά εργασίας χωρίς να νοιάζονται αν θα τη διατηρήσουν (Thornicroft et al. 2004, Thornicroft 2006).

Ποιός Φέρνει τις Υποθέσεις στο Δικαστήριο;

Η συντριπτική πλειοψηφία (70%) των εργαζομένων που καταγγέλλουν MHD ήταν γυναίκες. Τα στοιχεία μας δείχνουν ότι η πλειονότητα των εργαζομένων που ζήτησαν αποζημίωση ήταν σε επαγγέλματα με υψηλό στρες όπως οι δάσκαλοι, οι νοσηλευτές και οι γιατροί. Επίσης, σημαντικός αριθμός των εναγόντων ήταν απασχολούμενοι σε χειρωνακτικές εργασίες, όπου οι χαμηλοί μισθοί και το διευρύμενο ωράριο ήταν εμφανή. Η ασυμμετρία που υπάρχει μεταξύ των δύο φύλων μπορεί να εξηγηθεί από τις συγκεκριμένες απαιτήσεις που τίθενται πάνω στις εργαζόμενες γυναίκες αφού έχουν συχνά το διπλό βάρος της εξισορρόπησης μεταξύ της αμειβόμενης απασχόλησης και των οικιακών ευθυνών με την παιδική φροντίδα. Επίσης, είναι πιο πιθανό να έχουν αντικοινωνικό ωράριο εργασίας και να φροντίζουν ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες. Η εξισορρόπηση αυτών των αντιφατικών απαιτήσεων παρουσιάζει σοβαρούς κινδύνους για την ψυχική υγεία.

Όσον αφορά τις νομικές αξιώσεις από τους άνδρες, οι μαύροι Αφρικανοί και άλλες ομάδες μαύρων εκπροσωπούνται παραπάνω από το κανονικό στις υποθέσεις. Αυτό αντανακλά τα ευρήματα παλαιών και πρόσφατων ερευνών, οι οποίες έχουν καταγράψει υψηλά επίπεδα προβλημάτων ψυχικής υγείας που επηρεάζουν τον ανδρικό πληθυσμό αυτών των εθνικοτήτων (Harrison 2005). Δεδομένου ότι πολλές από αυτές τις υποθέσεις αφορούν αιτούντες που ισχυρίστηκαν ότι δεν τους δόθηκε η ευκαιρία για απασχόληση για λόγους ψυχικής υγείας, οι υποθέσεις αυτές έθεταν συνάμα και ζητήματα φυλετικών διακρίσεων.

Στις υποθέσεις όπου ήταν διαθέσιμη η εργασιακή θητεία του ενάγοντα, αυτή κυμαινόταν από μερικές ημέρες μέχρι το πολύ 15 χρόνια. Το 28,4% απασχολούνταν ένα έτος ή λιγότερο και το 31,9% δύο έτη ή περισσότερο όταν εμφανίστηκε η MHD. Τα επαγγέλματα των υποψηφίων κυμάνθηκαν σε ευρύ φάσμα. Ο Πίνακας 4 δείχνει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των υποψηφίων απασχολούνταν ως επαγγελματίες και τεχνικοί συνεργάτες και ακολουθούσαν οι εργαζόμενοι σε διοικητικές και γραμματειακές θέσεις. Η προκαταρκτική ανάλυση δείχνει ότι η κατηγορία των επαγγελματιών και τεχνικών εργαζομένων υπέρ-εκπροσωπείται.

Πίνακας 4. Ποιος Φέρνει τις Υποθέσεις στο Δικαστήριο;

Κατηγορία	**Ποσοστό Εναγόντων**
Διευθυντικά Στελέχη και Ανώτεροι Υπάλληλοι	17,2
Επαγγελματίες	19,4
Ενώσεις Επαγγελματιών και Τεχνικών	32
Διοικητικοί και Γραμματείς	10
Ειδικευμένοι Έμποροι	1
Επαγγέλματα σχετικά με προσωπική εξυπηρέτηση	0
Πωλήσεις και εξυπηρέτηση πελατών	13,4
Χειριστές μηχανών εγκαταστάσεων και παραγωγής	0
Ανειδίκευτοι Εργάτες	7

Σε τι Είδους Χώρους Εργασίας και Οργανισμούς;

Οι υποθέσεις ΕΑΤ που αναλύσαμε στην μελέτη αντιπροσώπευαν ένα ευρύ φάσμα χώρων εργασίας και οργανωτικών πλαισίων. Το 48,8% των περιπτώσεων σχετίζονταν με οργανισμούς του ιδιωτικού τομέα σε σύγκριση με το 51,2% που σχετίζονταν με οργανισμούς του δημοσίου τομέα. Αναφορικά με τον ιδιωτικό τομέα το 1/4 των υποθέσεων βρέθηκαν να περιλαμβάνουν ισχυρισμούς για MHD κατά του ιδιοκτήτη του οργανισμού, γεγονός που δείχνει καθαρά την ύπαρξη προβλήματος στους μικρούς χώρους εργασίας. Η μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων επίσης εντοπίζεται στις υπηρεσίες φυλακών/αστυνομίας, στις τοπικές αρχές και στον κατασκευαστικό τομέα. Τέλος, μόνο το 1% των υποθέσεων ΕΑΤ σχετίζονταν με τους τομείς του λιανικού εμπορίου και της ψυχαγωγίας (Πίνακας 5).

Πίνακας 5. Είδη Χώρων Εργασίας και Οργανισμών

Είδος Εργοδότη	**Ποσοστό (%)**
Κρατική Υπηρεσία	18
Διασκέδαση/Αναψυχή	5
Εστιατόριο	5
Τράπεζα	2
Τοπικές Αρχές	12
Αστυνομία	18
Εκπαίδευση	13
Βιομηχανία	16
Γηροκομείο	1
Λιανικό Εμπόριο	1
Μεταφορές	6
Πωλήσεις	3

Η Φύση της Ισχυριζόμενης Διάκρισης Λόγω Ψυχικής Πάθησης

Οι αιτούντες στο 53% περίπου των περιπτώσεων ισχυρίζονταν διάκριση στην εργασία λόγω κατάθλιψης, στο 13% λόγω άγχους και στο 33% λόγω άλλων προβλημάτων ψυχικής υγείας. Μόλις στο 1,5% των περιπτώσεων αναφέρθηκε η σχιζοφρένεια. Ο υψηλός αριθμός περιπτώσεων κατάθλιψης θα μπορούσε να εξηγηθεί από το γεγονός ότι είναι ένα περίπλοκο νομικό θέμα, σχετικά με την απόφαση που πρέπει να παρθεί για το εάν σε μια δεδομένη περίπτωση η κατάσταση είναι τέτοια ώστε να αποτελεί ιατρική πάθηση που πληροί τον ορισμό της αναπηρίας (Πίνακας 6).

Πίνακας 6. Φύση Αναπηρίας

Φύση Αναπηρίας	**Ποσοστό (%)**
Κατάθλιψη	52,6
Σχιζοφρένεια	1,5
Άγχος	13
Άλλα προβλήματα ψυχικής υγείας	32,9

Νομικές Πτυχές των Υποθέσεων ΕΑΤ

Οι μελλοντικές μελέτες θα διερευνήσουν τις νομικές πτυχές των υποθέσεων ΕΑΤ με μεγαλύτερη λεπτομέρεια. Η προκαταρκτική ανάλυση μπορεί όμως να ρίξει κάποιο φως από την προοπτική του νόμου. Παρακάτω, επικεντρωνόμαστε σε τέσσερα βασικά ζητήματα, μεταξύ των οποίων ποιός έφερε την προσφυγή και την νομικής τους βάσης για το σκοπό αυτό, όπως επίσης και σε απαντήσεις που δόθηκαν

σε ισχυρισμούς για MHD και χρησιμοποιήθηκαν από τους ερωτηθέντες προς αποφυγή ευθυνών.

Σε περιπτώσεις όπου οι ισχυρισμοί στράφηκαν κατά της MHD, το 66% ασκήθηκε από τον ενάγοντα κατά το πρώτο στάδιο της ακρόασης. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 7 παρακάτω, η πλειοψηφία των MHD υποθέσεων έφεσης που ασκήθηκαν βασίζονταν σε λάθος εφαρμογή του νόμου ως βάση για την έφεση, με λίγο παραπάνω από το 1/3 να αναφέρει διαστρεβλωμένα ευρήματα ως βάση. Ένα εμφανή χαρακτηριστικό γνώρισμα των πρόσφατων ετών είναι τα απογοητευμένα συμβαλλόμενα μέρη του εργατικού δικαστηρίου, να μην εστιάζουν στις προκλήσεις των αιτιολογήσεων του δικαστηρίου, αλλά στους ισχυρισμούς της προκατάληψης ή άλλης κακής μεταχείρισης στην ακρόαση. Οι απαραίτητες διαδικασίες για να πιστοποιήσουν το τι έχει συμβεί στην πραγματικότητα σε τέτοιες περιπτώσεις, μπορεί να είναι επίπονες. Και σε μερικές περιπτώσεις οι ίδιοι οι ισχυρισμοί προηγούνται και ως λόγοι της έφεσης, αλλά και της καταγγελίας κάτω από τις διαδικασίες που ισχύουν για τη δικαστική αμέλεια (Senior Tribunal President Report 2011).

Πίνακας 7. Βάσεις για Έφεση στο Εφετείο Επιλύσης Εργατικών Διαφορών

Βάση	**Ποσοστό (%)**
Λάθος Νόμου	40
Λάθος Νόμου/ διαστρευλωμένα ευρήματα	50
Και οι δύο περιπτώσεις	10

Όσον αφορά τις υπερασπίσεις που χρησιμοποιήθηκαν από τους εναγομένους για να αποφύγουν την ευθύνη σε περιπτώσεις MHD, ο Πίνακας 8 καταδεικνύει ότι η πιο συνηθισμένη απάντηση και από τις οργανώσεις και από τα άτομα που βρίσκονται αντιμέτωπα με τους ισχυρισμούς MHD, είναι η ευθεία άρνηση των ενεργειών. Ένα μικρότερο και κατά προσέγγιση ίσο ποσοστό περιπτώσεων αντικατοπτρίζει τις καταστάσεις όπου ο εργοδότης ισχυρίζεται ότι είχαν κάνει τις ανάλογες προσαρμογές στον εργασιακό χώρο ή ότι οι προσφυγές για τις οποίες παραπονέθηκαν δεν αποτέλεσε MHD.

Πίνακας 8. Απαντήσεις Εναγόμενων σε Ισχυρισμούς MHD

Απάντηση Εναγόμενων	**Ποσοστό (%)**
Άρνηση Δράσεων	58,3
Οι ενέργειες δεν αποτελούν διάκριση	15,7
Ο ενάγων δεν έχει κάποια αναπηρία	26

Αποτελέσματα

Το τελευταίο ζήτημα της προκαταρκτικής ανάλυσης αφορούσε τα αποτελέσματα της εκδίκασης των MHD για τους ενάγοντες και τους εναγόμενους. Παρατηρούμε τα αποτελέσματα για τα άτομα, πρώτα σε σχέση με το εάν εξέφρασαν παράπονα για MHD μέσα στους οργανισμούς τους (δηλαδή πριν από την κατάθεση στο δικαστήριο). Αυτά παρουσιάζονται στον Πίνακα 9 παρακάτω. Το πιο σύνηθες αποτέλεσμα για τους ενάγοντες που ισχυρίσθηκαν MHD στον χώρο δουλειάς ήταν η απόλυση (48%) και η παραίτηση (46%). Ένα πολύ μικρότερο ποσοστό υποθέσεων αφορούσε ενάγοντες που μετακινήθηκαν ή συνέχισαν να εργάζονται στην ίδια θέση.

Πίνακας 9. Αποτελέσματα για τους Ενάγοντες που Αναμείχτηκαν σε Προσφυγές MHD

Αποτέλεσμα	Ποσοστό (%)
Παραίτηση	46
Απόλυση	48
Μετακίνηση	3,3
Συνέχιση της εργασίας	2,7

Ελλιπή δεδομένα: 16% των συνολικών δεδομένων.

Δεδομένης της μεγάλης πλειοψηφίας υποθέσεων στις οποίες ο ενάγων είτε απολύθηκε είτε παραιτήθηκε κατόπιν εσωτερικής καταγγελίας, η κατάθεση των υποθέσεων στο δικαστήριο μπορεί να υποκινείται από μία αίσθηση αδικίας ή το αίσθημα πως δεν έχουν τίποτα άλλο να χάσουν. Όσον αφορά αυτούς που φέρνουν τις υποθέσεις, ενώ εργάζονται ακόμη, ο αριθμός των δικαστικών υποθέσεων θα μπορούσε να υποδηλώνει ότι οι εσωτερικές οργανωτικές διαδικασίες είτε δεν χρησιμοποιήθηκαν για την επίλυση παραπόνων είτε δεν λειτούργησαν αποτελεσματικά στο να παράγουν μια εσωτερική λύση για το πρόβλημα. Αναπτύσσεται έτσι μία συγκρουσιακή προσέγγιση η οποία είναι δαπανηρή τόσο για τον οργανισμό όσο και για το άτομο.

Τα αποτελέσματα των προσφυγών αυτών καθαυτών παρουσιάζονται στον Πίνακα 10. Τα στοιχεία δείχνουν ότι σε περιπτώσεις MHD, οι εφέσεις είναι γενικά πολύ πιο πιθανό να απορριφθούν από το να γίνουν δεκτές. Τα στοιχεία δείχνουν επίσης ότι οι προσφεύγοντες από την πρώτη ακρόαση τα πηγαίνουν μάλλον καλύτερα στην έφεση. Έχουν χαμηλότερο ποσοστό απορριφθέντων εφέσεων από ότι έχουν οι αρχικοί εναγόμενοι και είναι πιθανότερο να κερδίσουν εντολή για νέα ακροαματική διαδικασία.

Πίνακας 10. Αποτελέσματα Εκδίκασης MHD

	Δεκτή (%)	Απορρίπτεται (%)	Εντολή για νέα ακροαματική διαδικασία (%)
Προσφεύγων: Ενάγων από την πρώτη Ακρόαση	18	58	24
Προσφεύγων: Εναγόμενος από την πρώτη Ακρόαση	15	69	16

Συμπεράσματα και Συνέπειες της Έρευνας

Η φύση των στοιχείων των περιπτώσεων της έρευνας δημιουργούν σημαντικές δυσκολίες στον προσδιορισμό του μεγέθους των οργανισμών που εμπλέκονται σε δικαστικές υποθέσεις. Ωστόσο, το γεγονός ότι το 1/4 των περιπτώσεων του ιδιωτικού τομέα βρέθηκε να αφορά ισχυρισμούς για MHD κατά του ιδιοκτήτη του οργανισμού αντανακλά σαφώς ένα πρόβλημα στους μικρούς χώρους εργασίας. Οι περιπτώσεις διακρίσεων λόγω ψυχικής υγείας αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό υποθέσεων αναπηρίας στις ακροάσεις δευτεροβάθμιας δικαιοδοτικής βαθμίδας. Το τελικό πόρισμα που μπορεί να επισημανθεί αφορά την καταγγελία για MHD εναντίον ενός εργοδότη. Ένα από τα πιο εντυπωσιακά ευρήματα αφορά τις συνέπειες για αυτούς τους ενάγοντες που καταγγέλλουν MHD εντός των οργανισμών τους, με το 48% να απολύονται και το 46% να παραιτούνται (και οι περισσότεροι από τους τελευταίους να ισχυρίζονται αργότερα εποικοδομητική απόλυση).

Βιβλιογραφία

Bird, L. (2001) Poverty, Social Exclusion and Mental Health: a survey of people's experiences. A Life in the Day Journal 5 (3), 34-51.

Bunt, K., Shury, J. & Vivian, D. (2001) Recruiting Benefit Claimants: Qualitative Research with Employers in ONE Pilot Areas (Research Series Paper No. 150). Department for Work and Pensions.

Campbell, S. M. (1995) Disability Rights in: A.McColgan (Ed) The Future of Labour Law, London, Pinter, 225-231.

Crowther, RE, Marshall M, Bomd GR, Huxley P. (2001) Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review, BMJ 322(7280), 204-208.

Doyle, B. (1996) Disabled Workers Rights Industrial Law Journal, 25 (4), 1-14

Freud, D. (2007) Reducing Dependency, Increasing Opportunity: Options for the Future of Welfare to Work. An Independent Report to the Department for Work and Pensions, Department for Work and Pensions.

Department of Health, HM Government (2006) A New Deal for Welfare: Empowering People to Work (Green Paper), The Stationery Office.

Department of Trade and Industry (2004) Survey of Employment Tribunal Applications in the Years 19877-2003, HMSO London

Harrison, G., Ethnic Minorities and the Mental Health Act, The British Journal of Psychiatry 180, 198-199.

Hurstfield J, Meager N, Aston J, Davies J, Mann K, Mitchell H, O'Regan S, Sinclair A. (2004), Monitoring the Disability Discrimination Act (DDA) 1995, Department for Work and Pensions, and Disability Rights Commission, London

Leverton, S. 2002, Monitoring the Disability Discrimination Act, Department for Work and Pensions, London

Meltzer, H., Gill, B., Petticrew, M., Hinds, K., OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain, Report 3: Economic Activity and Social Functioning of Adults with Psychiatric Disorders, London, HMSO

Rosenthal, P., Lockwood, G., Budjnaovcanin, (2008) An Overview of the UK Employment Appeal Tribunal decisions in sexual harassment cases 1995-2005, Equal Opportunities International, Vol. 27, N. 6, 485-504

Read, J., Baker, S. Not Just Sticks and Stones. A Survey of the Stigma, Taboos and Discrimination Experienced by People with Mental Health Problems, London: MIND, 1996.

Sayce, L., and Boardman, J, Disability Rights and Mental Health in the UK: recent developments of the Disability Discrimination Act, (2008), Advances in Psychiatric Treatment 14, 265-275.

Smith, I., and Baker, B. Smith and Wood's Employment Law, 10th Edition Oxford University Press.

Social Exclusion Unit (2004) Mental Health and Social Exclusion, London, Office of the Deputy Prime Minister

Senior President of Tribunals Annual Report, (2011) Employment Appeal Tribunal, HMSO, London

Thornicroft, G, Tansella M., knapp M., Leese M, Schene A (2004) The Personal impact of schizophrenia in Europe, Schizophrenia Review 2(3) 125-132

Thornicroft,, G., (2006), Ignorance, prejudice and Discrimination: tackling discrimination against people with mental illness, Mental Health Foundation.

Thornton, P (2005) Disabled People, Employment and Social Justice, Social Policy and Society 4 (1)65-73

Wheat K, Brohan E, Henderson C, Thornicroft G. Mental illness and the workplace: conceal or reveal? J R Soc Med 2010; 103(3), 83-86

Νομικές Αναφορές

Power vs Panasonic UK Ltd [2003] IRLR 151

SCA Packaging Ltd vs Boyle [2008] IRLR 54

Archibald vs Fife Council [2004] IRLR 651

***IRLR = Νομικές Αναφορές Επιχειρησιακών Σχέσεων**

Η Διαπραγμάτευση της Δημόσιας Υγείας σε έναν Παγκοσμιοποιημένο Κόσμο

Η παγκοσμιοποίηση αναπόφευκτα ταυτίζεται με την απελευθέρωση όλων των εμποδίων οικονομικής συνεργασίας μεταξύ των κρατών. Η πίεση που ασκεί η σύγχρονη τεχνολογία της πληροφορίας και της πληροφορικής είναι τεράστια. Είναι μία πίεση από τα κάτω (πολίτες) προς τα πάνω (κυβερνήσεις). Πολύ δύσκολα μία κυβέρνηση σήμερα μπορεί να κρατήσει το λαό της απομονωμένο από τα διεθνή οικονομικά δρώμενα. Στην χειρότερη περίπτωση οι πολίτες της και ιδιαίτερα οι νέοι άνθρωποι της θα εγκαταλείψουν με κάθε μέσο τη χώρα αυτή, νόμιμα ή παράνομα. Αυτή η αλληλεξάρτηση των οικονομιών έχει σημαντικές επιπτώσεις στη δημόσια υγεία όπως ισχυρίζονται οι συγγραφείς της μελέτης *Η Διαπραγμάτευση της Δημόσιας Υγείας σε έναν Παγκοσμιοποιημένο Κόσμο: Παγκόσμια Διπλωματία Υγείας σε Δράση* (βλέπε David Fairman, Diana Chigas, Elizabeth McClintock και Nick Drager *Negotiating Public Health in a Globalized World Global Health Diplomacy in Action.* London: Springer, 2012).

Οι επιπτώσεις μπορεί να είναι άμεσες. Αυτό συμβαίνει όταν οι κλιματολογικές αλλαγές βοηθούν στην εξάπλωση των μεταδοτικών νόσων ή όταν η αύξηση των τιμών των τροφίμων οδηγεί σε αύξηση του υποσιτισμού. Έμμεσα η δημόσια υγεία επηρεάζεται από την εξάπλωση των οικονομικών κρίσεων που υπονομεύουν την παροχή δημόσιων υπηρεσιών υγείας στις ασθενέστερες τάξεις του πληθυσμού. Οι συγγραφείς αναγνωρίζουν ότι οι πολιτικές δημόσιας υγείας έχουν ως σημείο αναφοράς το εθνικό κράτος και τις τοπικές κοινωνίες. Αναγνωρίζουν, όμως, ότι πολλά ζητήματα πολιτικών υγείας ξεπερνούν τα εθνικά σύνορα και γι' αυτό απαιτείται παγκόσμια συνεργασία και συντονισμός των δράσεων μεταξύ των κρατών. Τα ζητήματα αυτά αυξάνουν ολοταχώς και γι' αυτό οι συγγραφείς θεωρούν ότι απαιτείται μία διεθνής διπλωματία της υγείας. Η διπλωματία απαιτεί διαπραγματεύσεις μεταξύ των εθνικών κρατών μονομερώς ή πολυμερώς στο πλαίσιο διεθνών οργανισμών. Οι συγγραφείς αναγνωρίζουν ότι υπάρχει μία έλλειψη εκπαίδευσης και κατάρτισης των στελεχών πολιτικών υγείας να αντιμετωπίσουν αυτή τη νέα πρόκληση στην πολιτική δημόσιας υγείας. Αυτό είναι περισσότερο εμφανές στα στελέχη δημόσιας υγείας που προέρχονται από τις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες. Αυτό το κενό σκοπεύει να καλύψει αυτό το βιβλίο.

Το βιβλίο οργανώνεται σε δέκα κεφάλαια, τα οποία ταξινομούνται σε δύο μέρη, αν εξαιρεθεί η εισαγωγή (κεφάλαιο 1) και τα συμπεράσματα (κεφάλαιο 10). Το πρώτο μέρος (κεφάλαια 2-6) αποτελούμενο από πέντε κεφάλαια θέτει τις βάσεις και οριοθετεί το πλαίσιο των διαπραγματεύσεων στον χώρο της δημόσιας υγείας σε διεθνές επίπεδο. Τα κεφάλαια αυτά είναι απλά και καλογραμμένα και αφορούν βασικές αρχές της διεθνούς διαπραγμάτευσης. Το κεφάλαιο 2 συζητά τη διαδικασία αναγωγής ενός εθνικού ζητήματος δημόσιας υγείας σε ένα ζήτημα παγκόσμιας προτεραιότητας, μέσω της ανάπτυξης ενός ευνοϊκού διεθνούς διαπραγματευτικού περιβάλλοντος. Το κεφάλαιο 3 εξετάζει τη διαδικασία της διαπραγμάτευσης και το κεφάλαιο 4

προτείνει τρόπους δημιουργίας συμμαχιών και στρατηγικών συνεργασιών και αντιμετώπισης «αντίπαλων» στρατοπέδων. Το κεφάλαιο 5 εξετάζει την εφαρμογή της διπλωματίας δημόσιας υγείας. Ένα χρήσιμο κεφάλαιο για κάθε νεο-εισερχόμενο στο πρακτικό αντικείμενο τη διεθνούς διαπραγμάτευσης. Στην σελ. 92, οι συγγραφείς δίνουν ένα εύχρηστο οδηγό-διάγραμμα των προκλήσεων μιας διαδικασίας εφαρμογής. Το τελευταίο κεφάλαιο του πρώτου μέρους του βιβλίου εξετάζει τη θεσμική θωράκιση μιας αποτελεσματικής διαπραγμάτευσης.

Το δεύτερο μέρος του βιβλίου (κεφάλαια 7-9) εξετάζει τρεις ειδικές περιπτώσεις. Η πρώτη αφορά τον γύρο διαπραγματεύσεων της Ντόχα στο πλαίσιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Εμπορίου (ΠΟΕ). Η δεύτερη περίπτωση (κεφάλαιο 8) αφορά τις διεθνείς διαπραγματεύσεις για την πρόσβαση στα φάρμακα καταπολέμησης του ιού HIV/AIDS. Η τρίτη περίπτωση αφορά τις διαπραγματεύσεις του Κιότο για τις κλιματικές αλλαγές από την πλευρά των κρατών μικρών νησιών.

Το βιβλίο κλείνει με ένα κεφάλαιο συμπερασμάτων που περικλείει σε περίληψη τα βασικά συστατικά στοιχεία μιας διαδικασίας διαπραγμάτευσης. Η περίληψη αυτή παρουσιάζεται με την μορφή ενός καταλόγου πρακτικών ερωτημάτων. Απαντήσεις σε αυτά τα ερωτήματα θεωρούνται απαραίτητα πριν την έναρξη οποιωνδήποτε διαπραγματεύσεων ζητημάτων δημόσιας υγείας σε διεθνές επίπεδο.

Όλα τα κεφάλαια συνοδεύονται από περιλήψεις και λέξεις κλειδιά. Επίσης, υπάρχουν δύο παραρτήματα. Το πρώτο αφορά τις βασικές έννοιες και το πλαίσιο της διεθνούς διαπραγμάτευσης ζητημάτων πολιτικής δημόσιας υγείας. Το δεύτερο παράρτημα παραθέτει τα εργαλεία για την προετοιμασία μιας διεθνούς διαπραγμάτευσης.

Το βιβλίο είναι περισσότερο χρήσιμο για όλους εκείνους που ασχολούνται με πρακτικά ζητήματα διεθνούς διαπραγμάτευσης πολιτικών δημόσιας υγείας. Είναι περιγραφικό και όχι επιστημονικό (ακαδημαϊκό). Ίσως θα ήταν χρήσιμο να υπήρχε ένα απλό εισαγωγικό κεφάλαιο της θεωρίας των διεθνών σχέσεων και των διπλωματικών επαφών. Επίσης, χρήσιμο θα ήταν και ένα κεφάλαιο για την σχέση της παραδοσιακής διπλωματίας των κρατών και εκείνων των στελεχών που ασχολούνται πλέον με την διαπραγμάτευση θεμάτων πολιτικών δημόσιας υγείας. Τέλος, τα θέματα πολιτικής υγείας επηρεάζονται από την συμμετοχή των χωρών σε ενώσεις κρατών, όπως η Ευρωπαϊκή Ένωση. Και αυτό το θέμα θα ήταν χρήσιμο να εξετασθεί διότι στο πλαίσιο του ΠΟΕ η Ευρωπαϊκή Ένωση συμμετέχει ενιαία και τα ζητήματα του διεθνούς εμπορίου υγείας έχουν γίνει πολύ σημαντικά λόγω της e-Υγείας και του τουρισμού υγείας.

Χρήσιμο βιβλίο ακόμη και τους σπουδαστές των διπλωματικών ακαδημιών. Απαιτούνται όμως περισσότερα για να καλυφθεί το εύρος των θεμάτων πολιτικών δημόσιας υγείας που έχουν γίνει αντικείμενο διεθνών διαπραγματεύσεων. Το βιβλίο είναι μέρος ενός συνόλου θεμάτων που απαιτούν περισσότερο διερεύνηση και ίσως και ευρύτερης ακαδημαϊκής έρευνας.

Γρηγόρης Θ. Παπανίκος

11th Annual International Conference on Health Economics, Management & Policy 25-28 June 2012, Athens, Greece

The Health Research Unit of the Athens Institute for Education and Research (ATINER) organizes its **11th Annual International Conference on Health Economics, Management & Policy 25-28 June 2012, Athens, Greece.** For the programs of previous conferences, book publications based on the conference papers and other information, please visit the conference website www.atiner.gr/health.htm.

The registration fee is €300 (euro), covering access to all sessions, two lunches, coffee breaks and conference material. Special arrangements will be made with a local luxury hotel for a limited number of rooms at a special conference rate. In addition, a number of social events will be organized: A Greek night of entertainment with dinner, a special one-day cruise in the Greek islands, an archaeological tour of Athens and a one-day visit to Delphi. Details of the social program are available at http://www.atiner.gr/soc/2012SOC-HEA.htm

The aim of the conference is to bring together scholars, researchers and students from all areas of health economics, management and policy. Areas of interest include (**but are not confined to**): Equity and Poverty in Health, Pharmaceutical Economics, Quality of Life, Economic Evaluation, Health Care Reforms, Social Security, School Health Programs, Health Law and Health Related Business. Selected papers will be published in a Special Volume of the Conference Proceedings or Edited Books as part of ATINER's education book series. For Books and Proceedings of previous conferences you may visit http://www.atiner.gr/docs/HEALTH_PUBLICATIONS.htm for table of contents and order forms.

Please submit a 300-word abstract by email, health@atiner.gr, by **27 February 2012** to: Dr. Zoe Boutsioli, Deputy Head, Health Research Unit of ATINER, 8 Valaoritou Street, Kolonaki, 10671 Athens, Greece. Tel.: + 30 210 363-4210 Fax: + 30 210 3634209. Please include: Title of Paper, Full Name (s), Current Position, Institutional Affiliation, an email address and at least 3 keywords that best describe the subject of your submission. Please use the abstract submitting form available at http://www.atiner.gr/docs/2012FORM-HEA.doc. Announcement of the decision is made within 4 weeks after submission, which includes information on registration deadlines and paper submission requirements. If you want to participate without presenting a paper, i.e. chair a session, evaluate papers to be included in the conference proceedings or books, contribute to the editing of a book, or any other contribution, please send an email to Dr. Gregory T. Papanikos (gtp@atiner.gr), President, ATINER.

The Athens Institute for Education and Research (ATINER) was established in 1995 as an independent academic organization with the mission to become a forum, where academics and researchers - from all over the world - could meet in Athens and exchange ideas on their research and discuss the future developments of their discipline. Since 1995, ATINER has organized about 150 international conferences and has published over 100 books. Academically, the Institute consists of four research divisions and twenty research units. Each research unit organizes at least an annual conference and undertakes various small and large research projects.

Έντυπες και Ηλεκτρονικές Εκδόσεις της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ

α/α	Τίτλος	Επιμέλεια έκδοσης	Έτος δημοσίευσης	ISBN	Αριθμός σελίδων
1	Health Studies: Economics, Management and Policy	Angus Douglas & Zoe Boutsioli	2011	978-960-9549-25-7	312
2	Unexpected Demand and its Impact on Hospital Cost: The Case of Greece	Zoe Boutsioli *(Συγγραφέας)*	2010	978-960-6672-59-0	180
3	Themes on Health Care: Challenges and Future Actions	Zoe Boutsioli	2009	978-960-6672-54-5	442
4	Health Care Issues: An International Perspective	John N. Yfantopoulos, Gregory T. Papanikos & Zoe Boutsioli	2006	978-960-6672-15-6	500
5	Health Economics, Management and Policy	John N. Yfantopoulos & Gregory T. Papanikos	2005	960-88672-6-6	432
6	The Economics of Health Reforms	John N. Yfantopoulos	2004	960-88672-0-7	875
7	Issues of Health Economics and Health Management	Stephen Birch, John F.P. Bridges and Gregory T. Papanikos (assisted by Zoe Boutsioli)	2003	960-87822-1-X	200
8	Health Economics and Health Management	Sotiris Soulis	2002	960-02-1728-9	248

Για περισσότερες πληροφορίες για τις εκδόσεις της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ, επισκεφτείτε την ιστοσελίδα: www.atiner.gr/docs/HEALTH_PUBLICATIONS.htm.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΑΡΘΡΩΝ

1. Τα άρθρα για δημοσίευση θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένα σε Windows Microsoft Word σε διπλό διάστημα και γραμματοσειρά Arial μέγεθος 12 και θα πρέπει να αποστέλλονται μόνο ηλεκτρονικά στην διεύθυνση: health@atiner.gr
2. Τα άρθρα θα πρέπει να συνοδεύονται από μια περίληψη, το ανώτερο μέχρι 150 λέξεις.
3. Οι πίνακες και τα διαγράμματα θα πρέπει να υποβάλλονται στο τέλος του κειμένου.
4. Τα άρθρα δεν θα πρέπει να ξεπερνούν τις 5.000 λέξεις, συμπεριλαμβανομένων των κειμένων, των πινάκων, των διαγραμμάτων και της βιβλιογραφίας.
5. Τα άρθρα πρέπει να έχουν την εξής σειρά: περίληψη, κείμενο, παραπομπές, βιβλιογραφία και πίνακες-διαγράμματα.
6. Τα άρθρα που έχουν αποσταλεί προς δημοσίευση δεν θα υποβάλλονται σε άλλα περιοδικά, όσο αυτά είναι υπό εξέταση στο Οικονομία & Υγεία.
7. Θα πρέπει να επιβεβαιώνεται στην συνημμένη επιστολή και στην πρώτη σελίδα αν τα άρθρα εκφράζουν τη θέση του συγγραφέα πάνω στο εκάστοτε θέμα ή αν προέρχονται από διδακτορική διατριβή.
8. Σε περίπτωση άρθρων που χρησιμοποιούν βάσεις δεδομένων θα πρέπει να αναφέρεται με κάθε λεπτομέρεια η πηγή και να υποβάλλεται μαζί με το άρθρο για να μπορούν να γίνουν οι στατιστικές επαληθεύσεις από τους κριτές.
9. Όλα τα άρθρα που αποστέλλονται στο περιοδικό, εξετάζονται από δύο (2) κριτές. Το όνομα του συγγραφέα δε θα πρέπει να εμφανίζεται στο κείμενο, εκτός αν πρόκειται για παραπομπή.
10. Οι συγγραφείς των άρθρων που πρόκειται να δημοσιευτούν απαιτείται να μεταφέρουν τα πνευματικά δικαιώματα στο Οικονομία και Υγεία.

Βαλαωρίτου 8, 106 71 Αθήνα