

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

4^ο διεθνές επιστημονικό συνέδριο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΣΗΜΕΡΑ:

ΚΡΙΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ

Αθήνα, 10-11 Νοεμβρίου 2011

Ο ‘ΑΠΟΥΣΙΑΣΜΟΣ’ ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Β. Τσιορβά¹, Ε. Μπολομούτη¹, Ν. Ψαρράς², Α.Ξυδέα-Κικεμένη³, Γ. Ντουνιάς³

¹ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ

² Πολεμικό Ναυτικό

³ Τομέας Επαγγελματικής & Βιομηχανικής Υγιεινής,
Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο ‘απουσιασμός’ έχει αίτια που αλληλοδιαπλέκονται στο ευρύτερο εθνικό περιβάλλον, την οικονομική κατάσταση, τα δεδομένα της κοινωνικής ασφάλισης αλλά και των κοινωνικών πεποιθήσεων για την ποιότητα της ζωής. Αφορά το εργασιακό περιβάλλον αλλά και την κατάσταση της υγείας των εργαζομένων. Η αποτίμηση του οικονομικού κόστους όλων αυτών έχει ευρύτερες συνέπειες.

Σκοπός : Η σύνοψη ευρημάτων τεσσάρων σχετικών μελετών της ΕΣΔΥ με κοινό στόχο την καταγραφή ώστε να είναι δυνατή η ανάδειξη των αιτιών του ‘απουσιασμού’.

Υλικό & Μέθοδος : Δύο μελέτες σε ιατρεία ΙΚΑ-ΕΤΑΜ διενέργησαν περιγραφική στατιστική επεξεργασία αδρών στοιχείων των ‘αδειολογίων’. Επίσης σε έναν ΟΤΑ έγινε κωδικοποιημένη καταγραφή στοιχείων των αναρρωτικών αδειών με απόσταση έξι χρόνων και υπολογίσθηκαν οι κυριότεροι δείκτες.

Αποτελέσματα: Διαπιστώθηκε συνεχής αυξητική τάση των αναρρωτικών αδειών στα ιατρεία ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, την πενταετία 2005-2009 [+42%] κυρίως από ορθοπεδικούς (57%). Η αναλυτικότερη καταγραφή το 2009 έδειξε μέσο δείκτη συχνότητας 0,06 και σοβαρότητας 6,01. Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα των μελετών στον ίδιο ΟΤΑ παρατηρήθηκε σημαντικός περιορισμός της συχνότητας εμφάνισης (40% έναντι 55%) αλλά με αύξησης της σοβαρότητας (σύνολο χαμένων εργάσιμων ημερών 2.490 έναντι 2.277 ημερών) του ‘απουσιασμού’

Συμπεράσματα: Η αποσπασματική αντιμετώπιση του ‘απουσιασμού’ δεν θα πρέπει να εξαντλείται μόνο σε διαδικαστικά μέτρα αποτροπής (μείωση αποδοχών, ποινές, επιβραβεύσεις, κ.ά.) αφού δεν επιλύουν το ζήτημα. Η σημαντική αύξηση των αναρρωτικών αδειών στο ΙΚΑ οφείλεται σε ορθοπεδικά και μυοσκελετικά προβλήματα που σχετίζονται με την εργασία. Στον ΟΤΑ η υπηρεσία πρόληψης των επαγγελματικών κινδύνων με την διαχρονική παρακολούθηση μηχανογραφημένων στοιχείων καθιστά δυνατή την πληρέστερη ανάλυση και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του απουσιασμού.

Λέξεις κλειδιά: αναρρωτικές άδειες, απουσιασμός, επαγγελματική, Δημόσια Υγεία

Εισαγωγή: Ως ‘απουσιασμός’, [absenteeism, sickness absence] ορίζουμε την μη αναμενόμενη απουσία ενός εργαζόμενου από την εργασία του. Μπορεί να περιλαμβάνει την απουσία λόγω ασθένειας [επίσκεψη σε ιατρό, κοινή νόσος, επαγγελματική νόσος, εργατικό ατύχημα προσωρινή ανικανότητα] και την απουσία για μη ιατρικούς λόγους [διακοπές, εκπαίδευση, συνδικαλισμός, κύηση, γονική άδεια, περίθαλψη συγγενών, ανήλικων παιδιών, κοινωνικά γεγονότα, άσκηση πολιτικών δικαιωμάτων κ.ά.].

Ο ‘απουσιασμός’ αποτελεί πολυδιάστατο φαινόμενο, με σημαντικές επιπτώσεις στην οικονομία που γενικά διαχωρίζεται σε ακούσιο και εκούσιο, αμειβόμενο και μη (Πίνακας 1). Η καταγραφή του είναι ελλιπέστατη και με πληθώρα προβλημάτων. Ο σχεδιασμός και η πρακτική του συστήματος αποζημίωσης για ασθένεια και οι άλλες μορφές κοινωνικής ασφάλισης φαίνεται ότι έχουν μεγάλο ρόλο στον ‘απουσιασμό.’ Για παράδειγμα, οι αλλαγές στην χορήγηση αναπηρικής σύνταξης και επιδόματος ασθενείας στις απουσίες, σε ευνοϊκές συνθήκες, ακολουθούνται από αύξηση του απουσιασμού. Ακόμα οι δυνατότητες γονικής άδειας, άδειας να φροντίσουν οι γονείς τα ανήλικα άρρωστα παιδιά τους και η άδεια κησέως επηρεάζουν τα ποσοστά.

Πίνακας 1. Διάφοροι τύποι απουσιασμού⁴.

	Παρεχόμενοι	Μη Παρεχόμενοι
Σχετιζόμενοι με την υγεία	Με ιατρική βεβαίωση Με υπεύθυνη δήλωση Άδεια Μητρότητας Χρονικά οριοθετημένη αναπηρία Ιατρικές επισκέψεις	Χωρίς ιατρική βεβαίωση Μη βεβαιωμένη αποδιδόμενη στο stress
Μη σχετιζόμενοι με την υγεία	Εμβολιασμοί Εκπαίδευση Συνδικαλισμός Γονική φροντίδα Φροντίδα αρρώστων συγγενών π.χ. παιδιών Προσωπικοί λόγοι (πένθος, κ.ά.) Πολιτικά καθήκοντα	Προσωπικοί λόγοι, αλλά μη πιστοποιημένοι Φυγοπονία Ατυχήματα Απεργίες

Εξίσου πολύπλοκες και πολυδιάστατες με τα αίτια είναι και οι επιπτώσεις του απουσιασμού. Με βάση τον συνήθη διαχωρισμό τους, οι μεν άμεσες είναι εύκολα μετρήσιμες και απτές αφού αφορούν σε κάθε περίπτωση χρηματικές δαπάνες, ενώ από την άλλη, οι έμμεσες αφορούν παράπλευρες απώλειες που προκύπτουν ως αποτέλεσμα του απουσιασμού.

Ωστόσο οι υπολογισμοί που υφίστανται, ιδίως στη χώρα μας είναι ελλιπείς, με μικρό βαθμό διαθέσιμων τεκμηριωμένων στοιχείων για το κόστος του απουσιασμού. Οι προτεινόμενοι τρόποι υπολογισμού είναι δύο. Η μία προσέγγιση είναι από πάνω προς τα κάτω και αφορά το άμεσο κόστος, με χρήση γνωστών μεγεθών σε γενικότερες μετρήσεις που ανάγονται στο μέγεθος που μας αφορά. Η μέθοδος που χρησιμοποιείται είναι είτε ο πολλαπλασιασμός του μέσου μισθού επί τη μέση συχνότητα απουσιασμού ή το κόστος επιδομάτων ασθενείας ή το κόστος κάλυψης των αναγκών ή των υπερωριών που προκύπτουν εξαιτίας των απουσιών. Ο δεύτερος τρόπος είναι από κάτω προς τα πάνω και γίνεται με τον αναλυτικό υπολογισμό του κόστους μίας συγκεκριμένης περίπτωσης απουσιασμού και την αναγωγή τους σε ευρύτερο πληθυσμό ή τη σύγκριση κόστους ανάμεσα σε διαφορετικές προσεγγίσεις αντιμετώπισης του απουσιασμού (Seccombe, 1995).

Σε υπολογισμούς που έγιναν αλλού έχουμε τεράστια μεγέθη τα οποία ίσως υποδηλώνουν 'κατ'αντιστοιχίαν' το κόστος στην Ελλάδα. Έτσι στο Ηνωμένο Βασίλειο, για παράδειγμα, το 1994 μετρήθηκαν 177 εκατομμύρια χαμένες ημέρες εργασίας, που υπολογίσθηκε ότι αντιστοιχούσαν σε 13.2 δισεκατομμύρια ECU. Στην Πορτογαλία, 2000 μεγαλύτερες επιχειρήσεις έχασαν 7.731 εκατομμύρια ημέρες λόγω ασθενειών και 1.665 εκατομμύρια ημέρες λόγω ατυχημάτων το 1993. Στην Ολλανδία, η συχνότητα απουσιασμού κυμαινόταν στα επίπεδα του 8.3% το 1993, ενώ 14.2% του εργατικού δυναμικού είχαν δηλωθεί ως ανίκανοι. Το υπολογιζόμενο κόστος άγγιζε τα 16.6 δισεκατομμύρια ECU, 4.1 για τις απουσίες και 12.5 για επιδόματα ανικανότητας προς εργασία. Στην Γερμανία, οι εργοδότες πλήρωσαν το 1993 περίπου 30.5 δισεκατομμύρια ECU για να καλύψουν το κόστος του απουσιασμού στην κοινωνική ασφάλιση. Στο Βέλγιο, με συχνότητα απουσιασμού περίπου 7%, πληρώθηκαν το 1995 για επιδόματα ασθενείας 2.4 δισεκατομμύρια ECU και για επιδόματα ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών 0.6 δισεκατομμύρια ECU (Whitaker S.C., 2001)

Πίνακας 2 - Στοιχεία δεικτών επαγγελματικής υγείας

παράγοντας	χώρα	τιμή δείκτη
απουσιασμός	καλύτερη EU χώρα : Σουηδία	13
	χειρότερη EU χώρα: Αυστρία	36

Second European Working Conditions Survey 1997

Για την Ελλάδα, δεν υπάρχουν τεκμηριωμένα δεδομένα, παρά μόνο σποραδικές προσπάθειες από τις υπηρεσίες υγιεινής και ασφάλειας ορισμένων επιχειρήσεων (Κωνσταντίνου, 2004), (Ψαρράς, 2004), (Μπολομούτη, 2008). Γενικότερα δεν υπάρχει επί του θέματος εθνική στρατηγική. Αν και το άμεσο κόστος για τον ιδιωτικό τομέα είναι σχετικώς μεγάλο, δεν αποτελεί προτεραιότητα. Στον δημόσιο τομέα υπάρχει σημαντικά αυξημένος απουσιασμός, ο οποίος αναμένεται να μειωθεί με την ένταση της καταγραφής και της επιτήρησης. Γενικότερα βελτιώσεις στην παροχή υγείας και ιδίως, όσον αφορά στην Ιατρική της Εργασίας αναμένεται να βοηθήσουν σημαντικά στη μείωση, παρά την αρνητική επίδραση της ανεργίας και της οικονομικής κρίσης (Grundemann R.W.M., 1997).

Αναλυτικότερα οι παράγοντες που συνυπολογίζονται για την εκτίμηση των επιπτώσεων του απουσιασμού είναι, όσον αφορά το άμεσο κόστος, τα ποσά που δαπανώνται για το επαγγελματικό και το νομοθετημένο επίδομα ασθενείας, την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, την προσωρινή κάλυψη της θέσης από αντικαταστάτη, για επιπρόσθετες αμοιβές υπερωριών ώστε να αντισταθμιστεί η μειωμένη παραγωγή από τους συναδέλφους των απόντων, αλλά τέλος και από τις απώλειες στην παραγωγή ή παροχή υπηρεσιών (Seccombe, 1995)

Συνοψίζοντας το άμεσο, έμμεσο κόστος όπως και το μη προσμετρήσιμο ηθικό και ψυχολογικό είναι τεράστιο και γι' αυτό αποκτά όλο και μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τις επιχειρήσεις αλλά και την πολιτεία. Σε τελική ανάλυση μεταφέρεται σε όλους μας, στο κόστος παραγωγής των προϊόντων και κατ' επέκταση στην ανταγωνιστικότητα στην διεθνή αγορά. Σημαντικά είναι και τα απορρέοντα προβλήματα για την εθνική οικονομία με τις αποζημιώσεις λόγω ασθένειας, γι' αυτό υπάρχει μία τάση να μετακυλισθεί το κόστος στους εργοδότες και τους εργαζόμενους.

Υλικό & Μέθοδος : Χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία των αδειολογίων των ιατρικών ΤΜΥ του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ κατά τη διάρκεια της πενταετίας 2005-2009. Έγινε περιγραφική στατιστική επεξεργασία στοιχείων. Αναλυτικότερη επεξεργασία έγινε για το έτος 2009. Υπολογίσθηκαν δείκτες συχνότητας και σοβαρότητας ανά ιατρική ειδικότητα. για λόγους υγείας προτείνονται ως κυριότεροι οι δείκτες χαμένου χρόνου, συχνότητας [*άδειες ανά ραντεβού*] και σοβαρότητας [*ημέρες ανά άδεια και ειδικότητα*] των χορηγηθέντων αναρρωτικών αδειών στους ασφαλισμένους του οργανισμού ώστε να αναδειχθούν τα αίτια και οι παράμετροι του φαινομένου. Για την διερεύνηση του ‘απουσιασμού’ για λόγους υγείας σε δημοτικούς υπαλλήλους υπολογίσθηκαν οι κυριότεροι δείκτες με βάση την διεθνή εμπειρία, όπως ο *δείκτης χαμένου χρόνου*, η *συχνότητα απουσιασμού*, ο *δείκτης μέσης διάρκειας των απουσιών*, το *Bradford Score* και η *επίπτωση του απουσιασμού*, ενώ συνυπολογίσθηκε η επίδραση κάθε ασθένειας. Συνυπολογίσθηκαν επίσης, ο *τρόπος λήψης της αναρρωτικής άδειας*, οι *‘γέφυρες’*, η *μηνιαία διακύμανση*, κ.ά. το 2007 και η σύγκριση των αποτελεσμάτων με παρόμοια έρευνα του 2001. Η μεθοδολογία περιλάμβανε κωδικοποιημένη καταγραφή των στοιχείων των αναρρωτικών αδειών.

Αποτελέσματα: Κατά την πενταετία 2005-2009 στα ιατρεία ΤΜΥ του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, χορηγήθηκαν 17.150 αναρρωτικές άδειες από 16 ιατρούς, 7 ειδικοτήτων κυρίως, παθολόγους [37.5%]. Διαπιστώθηκε αρκετά μεγάλη διαφοροποίηση μεταξύ ιατρικών ειδικοτήτων π.χ. ΟΡΘ & ΩΡΛ αλλά και μεταξύ ιατρών της ίδιας ειδικότητας ΠΘ (7->19), ΟΡΘ (65->127) αλλά και μέσα στον ίδιο χρόνο π.χ. 2008, ΟΡΘ₁ 13 έναντι ΟΡΘ₂ 31. Διαχρονικά παρατηρούμε συνεχή αυξητική τάση με μεγίστη διαφορά 2009-2005, 85 έναντι 46 αδειολογίων [+42%]. Ίσως το υψηλό ποσοστό μυοσκελετικών προβλημάτων υγείας που αναφέρεται σε χειρωνακτικά επαγγέλματα, όπως π.χ. οι οικοδόμοι και οι αλλοδαποί που αποτελούν υψηλό ποσοστό των ασφαλισμένων της συγκεκριμένης περιοχής αντανακλά τη χορήγηση του 57% των αδειών από ορθοπεδικούς.

Οι αναρρωτικές άδειες εκδόθηκαν από ορθοπεδικούς (57%), παθολόγους (19%), χειρουργούς (10%). Ο δείκτης συχνότητας κυμάνθηκε από 0,2 στους ορθοπεδικούς έως 0,01 στους παθολόγους και πνευμονολόγους. Ο δείκτης σοβαρότητας έδειξε χειρουργούς (8,46), γυναικολόγους (8,22), ορθοπεδικούς (6,19), πνευμονολόγους (4,81), παθολόγους (3,21), ΩΡΛ (2,41) και γαστρεντερολόγους (1,32).

Πίνακας 3 : Αδειολόγια ιατρών ΙΚΑ (χ50)

ΕΤΟΣ	2005	2006	2007	2008	2009	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΘ ₁	3	3	2	2	2	12
ΠΘ ₂	1	1	3	1	1	7
ΠΘ ₃	0	0	3	7	8	19
ΠΘ ₄	3	1	2	2	2	10
ΠΘ ₅	0	1	3	2	1	7
ΠΘ ₆	1	2	2	2	2	7
ΟΡΘ ₂	14	18	34	31	30	127
ΟΡΘ ¹	12	12	14	13	14	65
ΓΥΝ ₂	2	2	2	1	3	10
ΓΥΝ ¹	0	0	1	2	3	6
ΩΡΛ ₁	1	2	2	1	2	8
ΩΡΛ ₂	2	2	2	3	2	11
ΠΝ ₁	1	1	1	1	2	6
ΠΝ ₂	2	1	1	2	1	7
ΧΕΙΡ	2	6	6	8	10	32
ΓΑΣΤΡ	2	2	2	1	2	9
	46	54	80	79	85	343

ΓΑΣΤΡ=γαστρεντερολόγος, ΓΥΝ=γυναικολόγος, ΟΡΘ=ορθοπαιδικός ΠΘ=παθολόγος,
ΠΝ=πνευμονολόγος, ΧΕΙΡ=χειρουργός, ΩΡΛ=ωτορινιολαρυγγολόγος,

Κατά την αναλυτικότερη καταγραφή του 2009 (πίνακας 4), 12 ιατροί, 6 διαφορετικών ειδικοτήτων, εξέτασαν 47.855 ασφαλισμένους [άμεσους και έμμεσους] και χορήγησαν 3.895 αναρρωτικές άδειες [άμεσοι ασφαλισμένοι] συνολικής διάρκειας 19.876 ημερών. Συνολικά, ο μέσος δείκτης συχνότητας ήταν 0,06 αφού δεν ήταν δυνατόν να διαχωρισθούν οι άμεσα (εργαζόμενοι) από τους έμμεσα ασφαλισμένους στο σύνολο των 47.855 'ραντεβού'. Όμως ο μέσος δείκτης σοβαρότητας ήταν 6,01 (πίνακας 4).

Πίνακας 4 – Αναλυτική περιγραφή ΙΚΑ 2009

Ιατρική Ειδικότητα	#	Ραντεβού	Άδειες	δείκτης ¹	Ημέρες	δείκτης ²
Χειρουργοί	1	7.599	375	0,04	3.173	8,46
Γυναικολόγοι	2	6.617	169	0,02	1.390	8,22
Ορθοπαιδικοί	2	9.843	2.200	0,22	13.636	6,19
Πνευμονολόγοι	2	7.599	125	0,01	602	4,81
Παθολόγοι	2	9.356	147	0,01	472	3,21
ΩΡΛ	2	2.832	200	0,07	482	2,41
Γαστρεντερολόγοι	1	4.006	91	0,02	121	1,32
	12	47.855	3.307	0,06	19.876	6,01

άδειες = αδειολόγια χ50 δείκτης¹=άδειες/ραντεβού δείκτης²= ημέρες / άδειες

Τα αποτελέσματα της έρευνας στον ΟΤΑ παρουσιάζουν παρόμοια κατανομή ως προς το φύλο (υπεροχή αντρών), τη θέση εργασίας (υπεροχή υπαλλήλων καθαριότητας) και την ηλικία (διάμεσο τα 47 έτη). Έδειξαν ότι οι περισσότερες άδειες χορηγήθηκαν από θεράποντες ιατρούς με πιστοποιητικό, ιδίως τους μήνες Οκτώβριο και Ιανουάριο. Τα αναπνευστικά προβλήματα αναφέρονται ως προεξάρχουσα αιτία απουσιών κατά 19,7%. Ο απουσιασμός αφορούσε 39% τους διοικητικούς και κατά 41 % τους εργάτες καθαριότητας. Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα των μελετών 2007 και 2001 αντίστοιχα, παρατηρείται σημαντικός περιορισμός του 'απουσιασμού' ως προς τη συχνότητα εμφάνισης του (40% έναντι 55%), ενώ ενισχύεται ως προς τη σοβαρότητα των απουσιών (σύνολο χαμένων εργασιμων ημερών 2.490 έναντι 2.277 ημερών).

Ενώ οι άντρες συνεισφέρουν περισσότερο στο χαμένο χρόνο και έχουν υψηλότερες τιμές στη διάρκεια ανά απουσία και ανά απόντα εργαζόμενο το 2007, οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα και επίπτωση απουσιασμού. Συγκριτικά στοιχεία των δύο μελετών παρουσιάζονται στον πίνακα 5.

Πίνακας 5: Σύγκριση αποτελεσμάτων απουσιασμού στον ΟΤΑ

	2001	2007
<i>Μέγεθος δείγματος</i>	281	329
<i>Σύνθεση δείγματος</i>		
<i>Άνδρες</i>	211	231
<i>Γυναίκες</i>	70	98
<i>Ομοειδείς επαγγελματικές ομάδες</i>		
<i>A υπάλληλοι γραφείου</i>	67	99
<i>B1 καθαριότητα</i>	84	109
<i>B2 κήποι</i>	33	37
<i>B3 εργατοτεχνίτες</i>	40	38
<i>B4 οδηγοί</i>	29	39
<i>Γ άλλοι</i>	28	7
<i>Ηλικία</i>	46,12	46,14
<i>Απόκλιση</i>	8,60	8,45
<i>Τρόπος λήψης άδειας</i>		
<i>A ιατρικό πιστοποιητικό</i>	219	133
<i>B επιτροπή</i>	110	102
<i>Γ υπ. δήλωση</i>	150	106
<i>Απουσίασαν</i>	55%	40%
<i>Συν διάρκεια</i>	1->199	1->214
<i>Συν χαμένες ημέρες</i>	2.277	2.490
<i>Αριθμός απουσιών</i>	479	341
<i>Bradford</i>	1->20.475	1->6.656
<i>Μέση τιμή</i>	348,97	297,88

Συζήτηση: Σχετικά με τον απουσιασμό λόγω μυοσκελετικών προβλημάτων μελετήθηκε η επίδραση της σμίκρυνσης μιας επιχείρησης και συγκεκριμένα μιας δημοτικής επιχείρησης με 764 υπαλλήλους στη Φιλανδία (Kivimäki, 2001). Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση της σμίκρυνσης με τον απουσιασμό λόγω μυοσκελετικών προβλημάτων, ιδίως σε όσους είχαν προδιάθεση, κυρίως λόγω αύξησης των απαιτήσεων και του φόρτου εργασίας, σε γυναίκες και σε χαμηλού εισοδήματος εργαζόμενους που παρέμειναν στην επιχείρηση. Μικρότερη συσχέτιση βρέθηκε με την ανασφάλεια για την εργασία και την μείωση της διάκρισης δεξιοτήτων.

Σε μία ανασκόπηση των χρησιμοποιούμενων δεικτών προτείνουν τη χρήση πέντε από αυτούς: τη συχνότητα απουσιασμού, την εξατομικευμένη συχνότητα απουσιασμού, τη μέση διάρκεια ανά απόντα και ανά απουσία και την επίπτωση του απουσιασμού. Η επίπτωση του απουσιασμού είναι ένας καινούριος δείκτης, που προτείνουν οι συγγραφείς και υπολογίζεται με τη διαίρεση του αριθμού των νέων περιπτώσεων απουσιασμού σε μία περίοδο προς το γινόμενο των εργαζομένων επί τον αριθμό των ημερών στην προς εξέταση περίοδο μειούμενο κατά τον συνολικό αριθμό των ημερών απουσίας στην ίδια περίοδο. Σύμφωνα με τους συγγραφείς ο δείκτης αυτός είναι πολύ σημαντικός και υποδεικνύει την πυκνότητα του απουσιασμού, λαμβάνοντας υπ' όψιν την εκτιμώμενη περίοδο, ως μία παραλλαγή του κλασικού δείκτη επιπτώσεως. (Hensing, 1998).

Εν τούτοις, από την πλευρά του ιατρού εργασίας πρέπει να υπολογισθεί και το ποσοστό συμμετοχής της κάθε ασθένειας στον απουσιασμό. Εδώ, ανακύπτουν νέα προβλήματα από τη χρήση διαφορετικών ταξινομήσεων ασθενειών. Τελικά, όμως, ακόμα και με τη σωστή καταγραφή των υποκειμένων νόσων δεν μπορούμε να αναγνωρίσουμε το ποσοστό στο οποίο συμβάλει η εργασία στην εμφάνιση αυτών των προβλημάτων υγείας.

Ο ρόλος του ιατρού εργασίας στη γρήγορη επάνοδο του ασθενούς εργαζόμενου στην εργασία του συνίσταται κυρίως στην διαμεσολάβησή του, στην καλύτερη συνεργασία της εργοδοσίας με τους θεράποντες ιατρούς, καθώς και στην προαγωγή προγραμμάτων πρόληψης και επανένταξης των ασθενών στην παραγωγική διαδικασία (McEwan I.M., 1991)

Συνοπτικά, η ορθή προσέγγιση του θέματος, επιβάλλει πρώτα να αναγνωρίζονται οι δυνητικοί κίνδυνοι για τους εργαζόμενους σε κάθε τομέα μιας επιχείρησης και να στοχεύεται η εξάλειψή τους. Κάτι τέτοιο απαιτεί συνεργασία με όλους τους παράγοντες, ειδικούς, διοίκηση της επιχείρησης, τμηματάρχες, επιστάτες, εργαζόμενους, ώστε να γίνει η καλύτερη δυνατή προσέγγιση. Αφού αναγνωρισθούν οι επικίνδυνοι παράγοντες πρέπει να δρομολογηθεί η κατάλληλη αντιμετώπιση, πάλι σε συνεργασία με ειδικούς, όπως ιατρούς εργασίας, τεχνικούς ασφαλείας ή και άλλους, αν χρειάζεται. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, η συμβολή εργονόμων και εργοφυσιοθεραπευτών στην πρόληψη των μυοσκελετικών προβλημάτων των εργαζομένων σε νοσοκομεία.

Η οικονομολογική προσέγγιση προκύπτει εξετάζοντας μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας (Verow, 2000). Η χρήση του δείκτη των χαμένων εργατοωρών αναλυμένο για μικρής ή μεγάλης διάρκειας απουσίες (με όριο τις 7 ημέρες), ανάλογα με τη θέση εργασίας, το είδος της ασθένειας (σύμφωνα με την κατάταξη ICD-10) και η αναγωγή τους με βάση το μέσο ωριαίο μισθολογικό κόστος προσφέρει κατανοητά συμπεράσματα στους διοικητές των επιχειρήσεων. Στο παράδειγμα από ΤΜΥ του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ -δεν ταυτίζεται με την ανάλυση των ίδιων αναρρωτικών αδειών- προκύπτει ότι οι δαπάνες για την μητρότητα υπερέχουν και ως προς την συχνότητα και ως προς τη σοβαρότητα έναντι των επιδομάτων ασθένειας και εργατικών ατυχημάτων (πίνακας 6).

Πίνακας 6: ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΠΑΡΟΧΩΝ ΣΕ ΧΡΗΜΑ ΤΜΥ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (2009)

Παροχές	Περιπτώσεις	ημέρες	Δαπάνη	Δείκτης ¹	Δείκτης ²
έξοδα κηδείας	233		176.878	759	0
επίδομα ασθένειας	3.663	52.822	1.082.360	14,42	295
επίδομα ατυχήματος	72	4.659	97.839	64,70	1.358
επίδομα μητρότητας	277	31.883	732.327	115	2.644

Συμπεράσματα: Θα μπορούσαν οι αναρρωτικές άδειες στα πλαίσια μιας συνολικής μελέτης του απουσιασμού από την εργασία να αποτελούν *δείκτη επαγγελματικής υγείας* ; Τα αποτελέσματα των μελετών συνηγορούν σε καταφατική απάντηση αφού η σημαντική αύξηση των αναρρωτικών αδειών ιδίως για ορθοπεδικά

και έκτακτα περιστατικά μάλλον οφείλεται σε μυοσκελετικά προβλήματα στην εργασία. Η παρακολούθηση των αναρρωτικών αδειών των εργαζομένων από μηχανογραφημένα στοιχεία με χρήση συγκεκριμένων δεικτών συμβάλλει στην πληρέστερη ανάλυση ως προς την ενδεχόμενη απόκρυψη αιτιών νοσηρότητας εξ αιτίας της εργασίας και συνεπώς στην αποτελεσματική αντιμετώπιση τους. Τα ασφαλιστικά ταμεία, όπως το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, πρέπει να εμπεδώσουν τις αρχές της πρόληψης, αφού παρέχοντας τους βασικούς οικονομικούς πόρους για την εκπόνηση εθνικού προγράμματος έρευνας, καταγραφής των δεδομένων και μελέτης του φαινομένου, αναμένεται να ωφεληθούν συμβάλλοντας στη προσπάθεια πρόληψης των προβλημάτων υγείας των εργαζόμενων και του πληθυσμού.

Βιβλιογραφία

- **Γαλάνη Ε**, Ο απουσιασμός των εργαζομένων στο Π. Γ. Ν. Τζάνειο, (Διπλωματική εργασία Ε.Σ.Δ.Υ, 1996)
- **Κωνσταντίνου Ε., Φώτη Δ., Τσιμόπουλος Π., Τσουτσάνη Ε., Αλεξόπουλος Ε.**, Αιτίες απουσιών στη βιομηχανία, 5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας, 2004
- **Μπολομούτη Ε**, Απουσιασμός μελέτη σε ΟΤΑ (Διπλωματική εργασία ΕΣΔΥ 2008)
- **Τσιορβά Β, Ντουριάς Γ**, *‘Απουσιασμός ως αναρρωτικές άδειες εργαζομένων’*, Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας 2010
- **Ψαρράς Ν**, Απουσιασμός μελέτη σε ΟΤΑ (Διπλωματική εργασία ΕΣΔΥ 2004)

- **Alexanderson K.**, Sickness absence: a review of performed studies with focused on levels of exposures and theories utilized, Scand J Soc Med, 1998 Dec, 26 (4):241-249
- **Hilker RRJ.** Problem employees, in Zenz C. Occupational Medicine: Principles and Practical Applications. Chicago, Yearbook Medical Publishers, 1975, p. 902.
- **Hensing G., K. Alexanderson, P. Allebeck, P. Bjurulf**, How to measure sickness absence? Literature review and suggestion of five basic measures Scand J Soc Med. 1998 Jun;26(2):133-44.
- **Grundemann R.W.M., C.V. Van Vuuren**, (1997), Conclusions and recommendations, Preventing absenteeism at the workplace : european research report, European Foundation for the improvement of living and working conditions, Υπηρεσία επίσημων εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Luxemburg
- **McEwan I.M.**, Absenteeism and sickness absence. Postgrad Med J. 1991 Dec;67(794):1067-71.

- **Kivimäki M., J. Vahtera, J.E. Ferrie, H. Hemingway, J Pentti,** Organisational downsizing and musculoskeletal problems in employees : a prospective study, *J Occup Environ Med*, 2001;58:811-817.
- **Taylor PJ, Pocock SJ.,** Sickness absence - its measurement and control. In: Schilling RSF, ed. *Occupational Health Practice*. 2nd ed. London, Butterworth, 1981, pp. 339-359.
- **Taylor P.** Aspects of sickness absence, Chapter 21 in Gardner AW. *Current Approaches to Occupational Medicine*. Bristol (UK), John Wright and Sons, 1979, pp. 322-338.
- **Seccombe,** Measuring and monitoring absence from work, Institute for employment studies, 1995
- **Verow P, Hargreaves C,** Healthy workplace indicators: costing reasons for sickness absence within thw UK National Health Service, *Occup Med (Lond)* 2000, 50(4);251-257
- **Whitaker S.C.,** The management of sickness absence, *J Occup Environ Med*. 2001 June, 58(6):420-424