

# Εργασία και προβλήματα υγείας στην Ελλάδα

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΔΗΜΟΥΛΑΣ, ΓΙΩΡΓΟΣ ΚΟΛΛΙΑΣ, ΧΡΗΣΤΟΣ ΜΠΑΓΚΑΒΟΣ, ΘΕΟΔΩΡΑ ΤΖΑΝΕΤΑΚΗ

Επιμέλεια: ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΔΗΜΟΥΛΑΣ

ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2015

# **Εργασία και προβλήματα υγείας στην Ελλάδα**





---

# Εργασία και προβλήματα υγείας στην Ελλάδα

Κωνσταντίνος Δημουλάς  
Γιώργος Κολλιάς  
Χρήστος Μπάγκαβος  
Θεοδώρα Τζανετάκη

Επιμέλεια  
Κωνσταντίνος Δημουλάς

Οκτώβριος 2015

**ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ**

Εμμανουήλ Μπενάκη 71Α, 106 81, Αθήνα

**Ηλεκτρονική σελιδοποίηση - Παραγωγή:**

ΚΑΜΠΥΛΗ ADV.

Αντιγόνης 60, Αθήνα

Τηλ.: 210-5156820, Fax: 210-5156811

© Copyright: ΙΝΕ ΓΣΕΕ

ISBN: 978-960-9571-68-5



# Περιεχόμενα

<b>Πρόλογος</b>	<b>7</b>
<b>ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: Η αναγνώριση του πεδίου</b>	<b>11</b>
<b>1. Εργασία και παράγοντες επιβάρυνσης της υγείας των εργαζομένων</b>	<b>11</b>
1.1 Εργασία και υγεία στη σύγχρονη εποχή	11
1.2 Παράγοντες επιβάρυνσης της υγείας των εργαζομένων	14
1.2.1 Ένα ειδικό πρόβλημα: Ο επαγγελματικός καρκίνος	18
1.2.2 Απόπειρες συστηματοποίησης των παραγόντων που επιβαρύνουν την υγεία των εργαζομένων	20
1.3 Πολιτικές ελέγχου και διαχείρισης των επιβλαβών παραγόντων και των συνεπειών τους στην υγεία των εργαζομένων	23
1.4 Προς μία πρόταση ταξινόμησης των παραγόντων που επιδρούν στην υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων	29
<b>2. Θεσμοί και πολιτικές αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας και ασφάλειας της εργασίας στην Ελλάδα</b>	<b>31</b>
2.1 Το θεσμικό πλαίσιο για την υγεία και ασφάλεια της εργασίας στην Ελλάδα	31
2.2 Η εφαρμογή του θεσμικού πλαισίου και οι ανεπάρκειές της	37
2.3 Βασικοί παράγοντες που επιβαρύνουν την υγεία των εργαζομένων στην Ελλάδα	44
2.3.1 Παράγοντες μικροεπίπεδου	44
2.3.2 Παράγοντες μακροεπίπεδου	50
2.2.3 Παράγοντες του πλαισίου παραγωγής	51
2.3 Συμπεράσματα	54
<b>ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: Η ποιοτική ανάλυση</b>	<b>57</b>
<b>3. Συγκριτική ποιοτική ανάλυση των προβλημάτων υγείας των εργαζομένων στην Ελλάδα</b>	<b>57</b>
3.1 Η έρευνα των συνεντεύξεων βάθους	57
3.2 Κλάδος απασχόλησης και προβλήματα υγείας των εργαζομένων στην Ελλάδα	58
3.2.1 Μεταφορές	58
3.2.2 Μέταλλο	61

3.2.3	Ξενοδοχεία-Επισιτισμός-Ψυχαγωγία	66
3.2.4	Κατασκευές	70
3.2.5	Ο Τομέας της Ενέργειας	72
3.2.6	Υγεία	75
3.2.7	Ασφάλειες	78
3.2.8	Εμπόριο – Υπηρεσίες	79
3.2.9	Τρόφιμα – ποτά	82
3.3	Η ποιοτική συγκριτική ανάλυση	84
3.4	Συμπέρασμα	94
<b>ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ: Η ποσοτική ανάλυση</b>		<b>99</b>
<b>4.</b>	<b>Συνθήκες εργασίας και υγεία στην Ελλάδα: Εμπειρικές διερευνήσεις</b>	<b>99</b>
4.1	Εισαγωγή	99
4.2	Δεδομένα και επιλογή μεταβλητών	100
4.2.1	Στόχοι της 5ης Ευρωπαϊκής Έρευνας Συνθηκών Εργασίας 2010 (5th European Working Conditions Survey 2010)	100
4.2.2	Υγεία και συνθήκες εργασίας: Οι μεταβλητές ανάλυσης των διαστάσεων της υγείας	100
4.2.3	Υγεία και συνθήκες εργασίας: Μεταβλητές για τον προσδιορισμό των διαστάσεων της υγείας	103
4.3	Υγεία και συνθήκες εργασίας: Εμπειρική διερεύνηση για το σύνολο των εργαζομένων	104
4.3.1	Πτυχές της υγείας κατά επάγγελμα	104
4.3.2	Πτυχές της υγείας κατά κλάδο οικονομικής δραστηριότητας	111
4.4	Πτυχές της υγείας και συνθήκες εργασίας: Η διάσταση του φύλου	119
4.5	Συμπεράσματα	134
<b>5.</b>	<b>Γενικά συμπεράσματα</b>	<b>137</b>
<b>Βιβλιογραφία</b>		<b>143</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>		<b>147</b>



## Πρόλογος

Η υγεία των ανθρώπων αποτελεί αδιαμφισβήτητο αγαθό για τη διασφάλιση του οποίου όλες οι κοινωνίες δαπανούν σημαντικό μέρος των διαθέσιμων πόρων τους. Η εξέλιξη της ιατρικής και φαρμακευτικής τεχνολογίας, όμως, σε συνδυασμό με τις νέες ασθένειες και τις μεταλλάξεις, που παρατηρούνται σε αυτές, αυξάνει διαρκώς τις απαιτήσεις για τη δέσμευση νέων πόρων με αποτέλεσμα οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία να αποτελούν τη δεύτερη υψηλότερη κατηγορία δαπανών, μετά τις συντάξεις, στις προηγμένες οικονομικά κοινωνίες. Κατά την τρέχουσα περίοδο της δημοσιονομικής κρίσης των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, και πιο συγκεκριμένα στην Ελλάδα, οι δαπάνες υγείας –κυρίως η φαρμακευτική και νοσοκομειακή δαπάνη– θεωρήθηκαν υπέρμετρα υψηλές και επιδιώχθηκε, μέσω διαφόρων τεχνικών αποζημίωσης των προμηθευτών υγείας και την αναθεώρηση των προϋποθέσεων καταβολής των παροχών υγείας προς τους ασφαλισμένους, να μειωθούν. Μετά το 2010 μειώθηκαν κατά περίπου 40% επιβαρύνοντας σε απροσδιόριστο βαθμό την ήδη επιβαρυσμένη υγεία των χρηστών των υπηρεσιών υγείας.

Γενικότερα στο διεθνές επίπεδο, παρατηρείται το παράδοξο φαινόμενο να αυξάνονται οι δαπάνες υγείας και ταυτόχρονα να μην αντιμετωπίζονται τα προβλήματα υγείας

αλλά, αντιθέτως, να απαιτούνται πρόσθετες δαπάνες. Αυτό το πρόβλημα, εντοπίστηκε ήδη από τα τέλη της δεκαετίας του 1970 όταν η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ανέδειξε την ανάγκη για καθολική πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και γενικευμένες προληπτικές δράσεις. Οι προληπτικές δράσεις υγείας αναφέρονται, κυρίως, στις διαγνωστικές εξετάσεις για τον έγκαιρο εντοπισμό των ασθενειών, την αγωγή υγείας και τις υπηρεσίες αποκατάστασης και επανένταξης των ασθενών στην ομαλή καθημερινότητα. Περιλαμβάνουν, επίσης, τα μέτρα προστασίας της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων μιας και ο χώρος εργασίας, είναι πλέον ευρέως αποδεκτό ότι, αποτελεί καθοριστική παράμετρο για την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού. Ωστόσο, στο επίπεδο των δημόσιων πολιτικών, οι δράσεις προληπτικού χαρακτήρα, αναφορικά με την υγεία των εργαζομένων, περιορίζονται, κυρίως, στη θέσπιση κανόνων και προδιαγραφών που θα πρέπει να τηρούνται στο χώρο εργασίας και στην εποπτεία της εφαρμογής τους. Οι δράσεις προληπτικού χαρακτήρα, από την πλευρά του δημόσιου συστήματος υγείας, εξαντλούνται, συνήθως, σε ενέργειες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης που απευθύνονται στην κοινότητα ή αναφέρονται στη δημόσια υγεία και σπάνια περιλαμβάνουν το χώρο εργασίας στις προτεραιότητές τους, αφού αυτός αντι-

μετωπίζεται ως ένα πεδίο όπου θα πρέπει να δράσουν οι εργοδότες και οι εργαζόμενοι μέσω των θεσμών εκπροσώπησής τους. Τα εμπειρικά δεδομένα, όμως, δείχνουν ότι είναι αδύνατη η «στεγανότητα» του χώρου εργασίας από τις υπόλοιπες δημόσιες πολιτικές και πολύ περισσότερο από αυτές που αναφέρονται στον τομέα της υγείας. Πέρα από το γεγονός ότι, κατά ένα πολύ μεγάλο μέρος, οι εργοδότες και οι εργαζόμενοι αποτελούν τους βασικούς χρηματοδότες του δημόσιου συστήματος υγείας μέσω των εισφορών τους και συνεπώς θα πρέπει το δημόσιο σύστημα υγείας να λειτουργεί ανταποδοτικά απέναντί τους, πολλές ασθένειες και προβλήματα υγείας που προκαλούνται κατά τη διάρκεια της εργασίας ή και ως αποτέλεσμα των συνθηκών που επικρατούν κατά την άσκησή της, εκδηλώνονται ως γενικότερα προβλήματα υγείας (π.χ. προβλήματα του αναπνευστικού ή κυκλοφορικού συστήματος, ορθοπεδικά προβλήματα, διάφορες μορφές καρκίνων). Τα προβλήματα αυτά θα μπορούσαν σε πολύ μεγάλο βαθμό να είχαν αποφευχθεί εάν εφαρμόζονταν επαρκώς τα προληπτικά μέτρα υγείας στους χώρους εργασίας.

Με την παρούσα εργασία επιδιώχθηκε να αποτυπωθούν οι ανεπάρκειες που εμφανίζονται στην Ελλάδα αναφορικά με την προστασία της υγείας των εργαζομένων: *Πρώτο* να εντοπιστούν εκείνοι οι παράγοντες που επιδρούν στην κατάσταση της υγείας των εργαζομένων, *δεύτερο* να προσδιοριστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για τον περιορισμό των προβλημάτων υγείας των εργαζομένων τους και *τρίτο* να εκτιμηθεί η κατάσταση της υγείας, όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι εργαζόμενοι στους διαφορετικούς κλάδους απασχόλησης και τα επαγγέλματα. Γι' αυτό το σκοπό αρχικά διενεργήθηκε βιβλιογραφική

έρευνα προκειμένου να εντοπιστούν τα βασικά προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι καθώς και οι παράγοντες που επιδρούν σε αυτά. Κατόπιν η έρευνα επικεντρώθηκε σε εννέα κλάδους, όπου η βιβλιογραφική έρευνα έδειξε ότι οι εργαζόμενοι παρουσιάζουν προβλήματα υγείας που συνδέονται με την εργασία τους, παρά τη διαφορετική ένταση ή και έκταση που αυτά εμφανίζουν. Με τη μέθοδο της συγκριτικής ποιοτικής ανάλυσης αποτυπώθηκαν οι παράγοντες που συγκροτούν τις αναγκαίες ή και επαρκείς συνθήκες για την ανάπτυξη δράσεων αποτροπής των αρνητικών επιδράσεων που ασκούν διάφοροι επιβαρυντικοί παράγοντες στην υγεία των εργαζομένων (μέρος δεύτερο) και αναλύθηκαν τα διάφορα προβλήματα υγείας που δηλώνουν ότι αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι στην Ελλάδα ανάλογα με τον κλάδο απασχόλησης και το επάγγελμά τους (μέρος τρίτο).

Τα εμπειρικά στοιχεία που περιλαμβάνονται στο πρώτο και τρίτο μέρος της έρευνάς μας, προέρχονται από τις έρευνες που διεξήγαγαν άλλες ερευνητικές ομάδες και δεν επεκτείνονται πέρα από το 2012. Ειδικότερα η ανάλυση του τρίτου μέρους βασίζεται στα στοιχεία της περιοδικής (ανά πενταετία) έρευνας του Eurofound, που έγινε το 2010. Παρά το ότι στο ενδιάμεσο διάστημα και μέχρι σήμερα αναμένονται σημαντικές αλλαγές εξαιτίας της επέκτασης και της εμβάθυνσης της κρίσης στην Ελλάδα, δεν υπάρχουν νεότερα στοιχεία και συνεπώς διατηρούν τη σχετική τους επικαιρότητα. Η δυνατότητα πρόσβασης στα στοιχεία της έρευνας του 2015 κατά το επόμενο έτος (2016) από το Eurofound, θα επιτρέψει τη διεξαγωγή συμπερασμάτων για τις επιπτώσεις της κρίσης στην αντίληψη των εργαζομένων για τα προβλήματα υγείας και ασφάλειας που αντιμετωπίζουν. Επιπλέον, σημαντικό μέρος του παραπάνω περιορισμού

αντιμετωπίζεται από την ποιοτική ανάλυση του δεύτερου μέρους, η οποία πραγματοποιήθηκε κατά το 2014-15.

Τέλος, διατυπώνονται τα γενικά συμπεράσματα και ορισμένες προτάσεις πολιτικής

για τη βελτίωση της υγείας των εργαζομένων στην Ελλάδα, που ευελπιστούμε ότι, θα ενισχύσουν τον κοινωνικό και ευρύτερα το δημόσιο διάλογο προς χρήσιμες και αποδοτικές κατευθύνσεις πολιτικής.





# ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: Η αναγνώριση του πεδίου<sup>1</sup>

## 1. Εργασία και παράγοντες επιβάρυνσης της υγείας των εργαζομένων

### 1.1 Εργασία και υγεία στη σύγχρονη εποχή

Η Διεθνής Οργάνωση Εργασίας υπολογίζει ότι κάθε χρόνο από τα εργατικά ατυχήματα και τις επαγγελματικές ασθένειες πεθαίνουν πάνω από 2,3 εκατομμύρια άνθρωποι. Περίπου 350.000 θάνατοι εκτιμάται ότι προκαλούνται από τα εργατικά ατυχήματα και κοντά στα 2 εκατομμύρια θάνατοι οφείλονται στις επαγγελματικές ασθένειες (ILO, 2014).

Τα εργατικά ατυχήματα και οι επαγγελματικές ασθένειες, συνήθως, αντιμετωπίζονται ως «υπο-προϊόντα» της παραγωγικής διαδικασίας που προκαλούν κόστος τόσο στους εργοδότες όσο και στους εργαζόμενους (Thomason and Pozzebom, 2002). Συνεπώς υπάρχει κοινό συμφέρον και από τις δύο πλευρές για τον περιορισμό των αιτιών που τα προκαλούν αλλά και των αρνητικών τους συνεπειών. Για τους εργοδότες τα εργατικά ατυχήματα και οι επαγγελματικές ασθένειες δεν «αμαυρώνουν» απλώς την εικόνα της επιχείρησης αλλά ενδέχεται να προκαλέσουν σημαντικές αρνητικές επιδράσεις, αφού οι εργαζόμενοι με υψηλή ειδίκευση και παραγωγικότητα είναι προφανές ότι θα αναζητήσουν εργασία σε άλλες λιγότερο επιβλαβείς για την υγεία τους επιχειρήσεις

κι έτσι μεσομακροπρόθεσμα να περιοριστεί η παραγωγικότητα και η κερδοφορία. Για τους εργαζόμενους οι αρνητικές επιπτώσεις της παραγωγικής διαδικασίας στην υγεία τους ενδέχεται να οδηγήσουν στη μακροχρόνια επιδείνωση της καθημερινής τους ζωής ή ακόμα και στο θάνατο, συνέπειες που δεν αντισταθμίζονται από τα οικονομικά κίνητρα που, συνήθως, παρέχονται από τους εργοδότες ως αντιστάθμισμα της «επικινδυνότητας» της εργασίας. Δεν είναι τυχαίο εξάλλου ότι οι πρώτες προσπάθειες ρύθμισης των συνθηκών εργασίας κατά το 19<sup>ο</sup> αιώνα και η εμφάνιση του εργατικού δικαίου είναι απόρροια της ανάγκης περιορισμού των εργατικών ατυχημάτων και των ασθενειών που προκαλούν οι κακές συνθήκες εργασίας και αποτέλεσαν μία από τις βάσεις αιτιολόγησης του κινήματος της εργοδοτικής κηδεμονίας (Ewald, 2002). Επιπλέον, η ασφάλιση κατά των εργατικών ατυχημάτων είναι η πρώτη μορφή κοινωνικής ασφάλισης που θεσπίστηκε και εφαρμόστηκε κατά το 19<sup>ο</sup> αιώνα, αρχικά, στις ανεπτυγμένες βιομηχανικά κοινωνίες της Δυτικής και Κεντρικής Ευρώπης και ακολούθησε η ασφάλιση υγείας και κατόπιν η θέσπιση των συντάξεων γήρατος και προστασίας από την ανεργία (Flora and Alber, 1982: 59, 64).

Ανεξάρτητα από τις διαφορετικές μεθόδους εκτίμησης του κόστους των επαγγελ-

1. Κωνσταντίνος Δημουλάς, Γιώργος Κολλιάς, Θεόδωρα Τζανετάκη.

ματικών ασθενειών που χρησιμοποιούνται στα διαφορετικά κράτη, ανάλογα με τα συστήματα ασφάλισης και αποζημίωσης που εφαρμόζονται, όλες οι ως τώρα διαθέσιμες μελέτες συγκλίνουν προς την παραπάνω διαπίστωση της ΔΟΕ και συμπεραίνουν ότι το κόστος των επαγγελματικών ασθενειών έχει αρνητικές επιπτώσεις τόσο στο μικροεπίπεδο της παραγωγικότητας των επιχειρήσεων όσο και στα μακροοικονομικά μεγέθη (European Commission, 2011). Η Διεθνής Οργάνωση Εργασίας εκτιμά ότι κάθε χρόνο το 4% του Παγκόσμιου Ακαθάριστου Προϊόντος ή 2.8 τρισεκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ δαπανώνται άμεσα και έμμεσα για την αντιμετώπιση των επαγγελματικών ασθενειών και ατυχημάτων. Επιπλέον, στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εκτιμάται ότι συνολικά 40 εκατομμύρια εργαζόμενοι υποφέρουν από μυοσκελετικά προβλήματα εξαιτίας των συνθηκών κάτω από τις οποίες εργάζονται και το οικονομικό κόστος αυτών των προβλημάτων κυμαίνεται από 0.5-2% του ΑΕΠ (Eurogip, 2007).

Παρά τις προσπάθειες που έχουν γίνει τους τελευταίους τρεις αιώνες από τις διεθνείς οργανώσεις, τις κυβερνήσεις και τους κοινωνικούς συντελεστές της παραγωγής (εργοδότες-εργαζόμενοι) για τον περιορισμό και τον έλεγχο των εργατικών ατυχημάτων και των επαγγελματικών ασθενειών, διαμέσου της εισαγωγής ασφαλέστερων τεχνικών παραγωγής και την ασφάλιση κατά των επαγγελματικών κινδύνων, οι επιβλαβείς παράγοντες για την υγεία των εργαζομένων είναι ευρέως διαδεδομένοι και απειλούν καθημερινά την υγεία εκατομμυρίων ανθρώπων.

Η πρώτη προσπάθεια συστηματικής ενασχόλησης με τις επαγγελματικές ασθένειες έγινε από τον καθηγητή Ιατρικής στο Πανεπιστήμιο της Πάδοβα Bernardino Rammazzini

που το 1700 δημοσίευσε την «Πραγματεία για τις Ασθένειες των Εργατών» γράφοντας στον πρόλογό της το παρακάτω ρητορικό ερώτημα: *«δεν οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι πολλά επαγγέλματα αποτελούν αίτιο ασθένειας γι' αυτούς που τα ασκούν και αντί να βρουν σε αυτά τα μέσα επιβίωσης των ίδιων και των οικογενειών τους πεθαίνουν μέσα στο μίσος για την εργασία τους;»* (όπως αναφέρεται από την Mingeot, 2007:10). Επίσης, το 1775 ο Άγγλος χειρουργός Percival Pott, παρουσίασε μία αναφορά για τον καρκίνο των όρχεων όπου διαπίστωσε ότι πλήττει κυρίως του καθαριστές καμινάδων και πολύ περισσότερο τα παιδιά που εισέρχονταν μέσα στις καμινάδες για να τις καθαρίσουν, χωρίς να φοράνε τον κατάλληλο εξοπλισμό προστασίας του δέρματος από την καπνιά (Mingeot, 2007). Ανάλογες διαπιστώσεις έγιναν έναν αιώνα αργότερα για τον καρκίνο των όρχεων που έπληττε τους εργαζόμενους στην κλωστοϋφαντουργία και τις βιομηχανίες επεξεργασίας του βαμβακιού ενώ είναι γνωστό από το 1930 ότι πολλές καρκινογενέσεις οφείλονται στην έκθεση των εργαζομένων σε διάφορες ενώσεις υδρογονανθράκων που χρησιμοποιούνται στην παραγωγική διαδικασία. Σήμερα η ΔΟΕ εκτιμά ότι πάνω από 100.000 θάνατοι το χρόνο οφείλονται στην έκθεση των θανόντων στον αμίαντο.

Η διαρκής εξέλιξη της παραγωγικής διαδικασίας που στηρίζεται στις βιομηχανικές διεργασίες μετασχηματισμού της ύλης και τις τεχνολογικές καινοτομίες δημιουργεί διαρκώς νέες πηγές κινδύνου αφού η εισαγωγή νέων τεχνικών στην παραγωγή δεν συνοδεύεται αυτομάτως και από νέα μέτρα προστασίας των εργαζομένων (Nichols and Walters, 2013). Σύμφωνα με τη Διεθνή Οργάνωση Εργασίας (ΔΟΕ) τα τελευταία 20 χρόνια σημειώθηκε μία τεράστια εισαγωγή νέων χημικών ουσιών

στους εργασιακούς χώρους χωρίς να έχουν, προηγουμένως, ελεγχθεί οι επιπτώσεις τους στην υγεία, ενώ καινοτόμα υλικά όπως είναι τα νάνο-υλικά αποτελούν νέες προκλήσεις για την υγεία των εργαζομένων. Στους νέους επαγγελματικούς κινδύνους περιλαμβάνονται, επίσης, η ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία, το στρες, οι υψηλές ψυχολογικές και πνευματικές απαιτήσεις και τα μυοσκελετικά προβλήματα. Σύμφωνα με τη Συνομοσπονδία Ευρωπαϊκών Συνδικάτων στους χώρους εργασίας κυκλοφορούν πάνω από 334 χημικές ουσίες για τις οποίες θα πρέπει να ληφθούν προληπτικά μέτρα ή να αντικατασταθούν με άλλες λιγότερο επιβλαβείς ουσίες για την υγεία των εργαζομένων (Vogel, 2011).

Η διαχείριση του επαγγελματικού κινδύνου αναφέρεται στη ζωή εκατομμυρίων ανθρώπων που εκτίθεται καθημερινά σε ποικίλους βιολογικούς, χημικούς, φυσικούς, ραδιενεργούς και άλλους παράγοντες και αποτελεί μία από τις περισσότερο σύνθετες διεργασίες αναφορικά με τον τρόπο οργάνωσης της παραγωγικής διαδικασίας (McLain, 1995).

Τέλος το εργασιακό στρες αποτελεί μία όλο και περισσότερο εντεινόμενη πηγή κακής υγείας αυξάνοντας τα προβλήματα του κυκλοφορικού και του γαστρεντερικού συστήματος με αρνητικές συνέπειες στην παραγωγική ικανότητα των εργαζομένων (OECD, 2012). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της Ευρωπαϊκής Έρευνας για τις Επιχειρήσεις Σχετικά με τους Νέους και τους Αναδυόμενους Κινδύνους (ESENER) που διενεργείται περιοδικά από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό την Υγεία και Ασφάλεια στην Εργασία (EU-OSHA) το 2014 το 51% των ευρωπαϊκών εργαζομένων πιστεύει ότι το εργασιακό άγχος αποτελεί σύνηθες φαινόμενο, ενώ το 16% δηλώνει ότι είναι «πολύ σύνηθες

φαινόμενο». Αναλυτικότερα, οι γυναίκες εργαζόμενες δηλώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σύγκριση με τους άνδρες εργαζόμενους ότι το εργασιακό άγχος αποτελεί σύνηθες φαινόμενο (54% έναντι 49%). Το ίδιο ισχύει και για τους εργαζόμενους ηλικίας 18 έως 54 ετών (53%) σε σύγκριση με τους εργαζόμενους ηλικίας 55 ετών και άνω (44%). Οι αντιλήψεις περί εργασιακού άγχους ποικίλλουν, επίσης, ανά εργασιακό κλάδο, με τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας ή της περίθαλψης να δηλώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι το εργασιακό άγχος αποτελεί σύνηθες φαινόμενο (61%) συμπεριλαμβανομένου ενός ποσοστού 21% που δηλώνει ότι το εργασιακό άγχος αποτελεί «πολύ σύνηθες φαινόμενο». Η εργασιακή ανασφάλεια ή η εργασιακή αναδιοργάνωση θεωρούνται ως η συνηθέστερη αιτία εργασιακού άγχους στην Ευρώπη (72%). Στην δεύτερη θέση κατατάσσονται το ωράριο ή ο φόρτος εργασίας (66%). Εξάλλου, οι νεότεροι εργαζόμενοι ηλικίας 18 έως 34 ετών, κατατάσσουν τις δύο αυτές αιτίες στην υψηλότερη θέση (αμφότερες στο 69%), οι δε εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας ή της περίθαλψης επιλέγουν σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σύγκριση με τον μέσο όρο την κατηγορία «ώρες/ φόρτος εργασίας» (77%).

Επιπλέον, οι εργαζόμενοι σε χώρες με υψηλότερο επίπεδο δημόσιου χρέους αναφέρουν σε μεγαλύτερο ποσοστό την εργασιακή ανασφάλεια ή την εργασιακή αναδιοργάνωση ως αιτία του εργασιακού τους άγχους. Το 73% των εργαζομένων σε χώρες με δημόσιο χρέος άνω του 90% του ΑΕγχΠ επιλέγουν την εργασιακή ανασφάλεια ή την εργασιακή αναδιοργάνωση ως συνήθη αιτία εργασιακού άγχους σε σύγκριση με το 66% των εργαζομένων σε χώρες με δημόσιο χρέος ίσο ή μικρότερο του 60% του ΑΕγχΠ. Έξι στους δέκα εργαζόμενους

(59%) θεωρούν ως συνήθη αιτία εργασιακού άγχους τις απαράδεκτες συμπεριφορές, όπως τον εκφοβισμό ή την παρενόχληση (59%). Άλλες συνήθεις αιτίες εργασιακού άγχους θεωρούνται, σε μικρότερο ποσοστό από τους εργαζόμενους, η έλλειψη στήριξης από συναδέλφους ή προϊσταμένους (57%), η έλλειψη σαφών ρόλων και αρμοδιοτήτων (52%) ή οι περιορισμένες δυνατότητες διαχείρισης των εργασιακών προτύπων (46%).

Ωστόσο, τα διαθέσιμα δεδομένα υποεκτιμούν τους επαγγελματικούς κινδύνους ιδιαίτερα όσον αφορά στην αδήλωτη εργασία, την ευέλικτη απασχόληση, τις υπεργολαβίες και τους εργαζόμενους στις μικρές επιχειρήσεις.

## 1.2 Παράγοντες επιβάρυνσης της υγείας των εργαζομένων

Στη μακροχρόνια προσπάθεια αντιμετώπισης των προβλημάτων υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας αναδείχθηκαν διάφορες κατηγορίες προβλημάτων υγείας που άμεσα ή έμμεσα αποδίδονται στην εργασία, χωρίς να είναι πλήρως αποδεκτό, παρά μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις, ότι οφείλονται αποκλειστικά ή κυρίως στην έκθεση των εργαζομένων σε επιβλαβείς παράγοντες που οφείλονται στην εργασία και όχι σε άλλες δραστηριότητές τους. Για παράδειγμα στην περίπτωση πολλών μορφών καρκίνου όπως είναι αυτοί που πλήττουν το αναπνευστικό σύστημα ενοχοποιούνται τόσο, αν όχι περισσότερο, οι προσωπική συνήθεια του καπνίσματος και η ατομική διατροφή όσο και η εισπνοή επικίνδυνων ουσιών στο χώρο εργασίας, κάτι που καταδεικνύει την αναγκαιότητα ενσωμάτωσης των πολιτικών υγιεινής και ασφάλισης της εργασίας όχι μόνο στις παρεμβάσεις διευθέτησης της εργασιακής σχέσης αλλά και σε αυτές της γενικής πολιτικής πρόληψης της υγείας του πληθυσμού. Σε

περιπτώσεις όπως αυτές των καρκίνων του αναπνευστικού συστήματος ή και άλλες παθήσεις όπως είναι τα μυοσκελετικά προβλήματα τίθεται, κατά την άποψή μας, το ζήτημα του επαναπροσδιορισμού του όρους «επαγγελματική ασθένεια». Επιπλέον η αποκλειστική χρήση εργαλείων εκτίμησης του επιπολασμού των ασθενειών σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες με βάση την πιθανολογική αιτιότητα της στατιστικής ανάλυσης συσκοτίζει, πολλές φορές, αντί να διευκολύνει την αποσαφήνιση του ρόλου των συνθηκών εργασίας στην υγεία των εργαζομένων. Σε κάθε περίπτωση η αποτύπωση των επαγγελματικών ασθενειών, των αιτιών που τις προκαλούν, των χαρακτηριστικών συμπτωμάτων και επιπτώσεών τους θα πρέπει να αποτελέσει αντικείμενο ειδικής, συστηματικής και μακροχρόνιας ερευνητικής δραστηριότητας και πολιτικής προτεραιότητας στην Ελλάδα.

Εκτός από τις αναγνωρισμένες επαγγελματικές ασθένειες, στις έρευνες διαπίστωσης των προβλημάτων υγείας που δηλώνουν ότι αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι ως απόρροια της εργασίας τους καταγράφονται οι πονοκέφαλοι (30.4%), οι πόνοι στην πλάτη (28.9%), το στρες (26.0%), οι μυϊκοί πόνοι (17.7%), η αδυναμία και εξάντληση, οφθαλμολογικά προβλήματα, προβλήματα με τα νεύρα, προβλήματα ακοής, ανησυχία ή κατάθλιψη, δερματικά προβλήματα και αλλεργίες, διαταραχές ύπνου, στομαχικός πόνος, αναπνευστική δυσκολία και τραυματισμοί για τα οποία όμως δεν υπάρχουν συστηματικές προσπάθειες διερεύνησης της σχέσης τους με την εργασία. Συνολικά δεν αναφέρουν προβλήματα υγείας που προκαλούνται από την εργασία τους μόλις το 37.7% των εργαζομένων (Di Nunzio, 2013: 49).

Εξάλλου, οι τραυματισμοί και τα προβλήματα υγείας που προκαλούνται από την εργασία

δεν είναι τυχαία γεγονότα (ατυχήματα) αλλά είναι αποτέλεσμα της δομής και της οργάνωσης της εργασίας (Nichols and Walters, 2013). Πολλές φορές η ίδια η διαδικασία της παραγωγής είναι τέτοια που είναι αδύνατο να αποφευχθεί πλήρως η έκθεση των εργαζομένων σε επιβαρυντικούς παράγοντες. Ωστόσο, σε αρκετές περιπτώσεις υπάρχουν διαθέσιμα μέτρα προστασίας, κυρίως, ομαδικού χαρακτήρα που εάν εφαρμοστούν, καταλλήλως, θα περιορίσουν σημαντικά τις αρνητικές επιπτώσεις των διαθέσιμων τεχνικών παραγωγής στην υγεία των εργαζομένων. Για παράδειγμα οι περισσότεροι χώροι εργασίας δεν είναι εργονομικά διευθετημένοι και εκτιμάται ότι το 49,9% των απουσιών από την εργασία για πάνω από 3 μέρες και το 60% της μόνιμης ανικανότητας για εργασία οφείλονται στα μυοσκελετικά προβλήματα (ILO, 2014). Οι επιχειρήσεις πολύ σπάνια ακολουθούν εργονομικούς κανόνες και οι εργαζόμενοι δεν καταρτίζονται σε ζητήματα εργονομικής διαχείρισης της εργασίας τους αν και εκφράζονται πολύ συχνά παράπονα για προβλήματα υγείας που προκαλούνται από κακή εργονομική διεύθυνση, όπως είναι οι πονοκέφαλοι, πόνοι στη μέση και την πλάτη και πόνοι στο πάνω μέρος του σώματος (Shikdar and Sawaged, 2003).

Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας που προκαλούνται από την ακατάλληλη εργονομική διεύθυνση του χώρου εργασίας η ΔΟΕ έχει επεξεργαστεί απλές και χαμηλού κόστους λύσεις τις οποίες διαθέτει με τη μορφή πρακτικών οδηγιών προς τις επιχειρήσεις και τους εργαζόμενους. Στον Οδηγό με τίτλο Ergonomic Checkpoints, ο οποίος προετοιμάστηκε σε συνεργασία με τη Διεθνή Ένωση Εργονομίας (International Ergonomic Association) περιλαμβάνονται συνολικά 132 κομβικές παρεμβάσεις για την εργονομική διεύθυνση του

χώρου εργασίας που μπορούν να υιοθετήσουν όλες οι επιχειρήσεις ανεξάρτητα του μεγέθους τους, χωρίς, ιδιαίτερη οικονομική επιβάρυνση (ILO, 2010). Οι περισσότερες επιχειρήσεις δεν γνωρίζουν τα ζητήματα εργονομίας, δεν ενδιαφέρονται για την εργονομία του εξοπλισμού που χρησιμοποιούν, ούτε έχουν πρόσβαση στην πληροφόρηση αναφορικά με την εργονομία. Πολύ απλά αγνοούν τους περιορισμούς στην παραγωγικότητα και το κόστος που προκαλείται από την κακή εργονομική διεύθυνση του χώρου εργασίας, ενώ το μάνατζμεντ των επιχειρήσεων δεν ελέγχει το χώρο εργασίας ως προς τα μη ασφαλή χαρακτηριστικά του, ούτε την εφαρμογή των κανόνων ασφαλείας σε αυτόν και δεν παρέχει στους εργαζόμενους οδηγίες και προγράμματα εκπαίδευσης για την ασφαλή χρήση του εξοπλισμού (Shikdar and Sawaged, 2003). Αυτού του είδους οι αδυναμίες μπορούν σε πολύ μεγάλο βαθμό να αντιμετωπιστούν μέσω προγραμμάτων ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών που εμπλέκονται στην κατασκευή των εγκαταστάσεων και τη διαρρύθμιση των χώρων εργασίας και των εξοπλισμών, σε συνδυασμό με δράσεις ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού σε ζητήματα εργονομίας.

Μία άλλη αδυναμία στην προσπάθεια αντιμετώπισης των αρνητικών συνεπειών της εργασίας στην υγεία είναι η συνήθεια της επικέντρωσης, κυρίως εάν όχι αποκλειστικά, των εποπτικών θεσμών στη μεταποίηση και τη βαριά βιομηχανία παραβλέποντας εντελώς ή υποβαθμίζοντας –πέραν του δέοντος– τα προβλήματα υγείας που προκαλούνται στους εργαζόμενους των άλλων κλάδων. Συχνά υποθέτουμε ότι η μετάβαση από τη βιομηχανική δραστηριότητα προς την οικονομία των υπηρεσιών έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των προβλημάτων υγείας που προκαλούνται

στο χώρο εργασίας. Ωστόσο οι αλλαγές στην οργάνωση της εργασίας και οι υπερβολικές μεταβάλλουν αυτή την εικόνα. Μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν αξιόπιστα δεδομένα αναφορικά με τα προβλήματα υγείας που προκαλούνται στους κλάδους των υπηρεσιών, όπως είναι τα ξενοδοχεία, τα εστιατόρια και ο κλάδος των πωλήσεων ούτε για τις επιπτώσεις των αλλαγών στην οργάνωση της εργασίας με την υιοθέτηση ευέλικτων παραγωγικών μοντέλων στις παραδοσιακές βιομηχανίες (Quinlan, 1999). Επιπλέον, τα στοιχεία ορισμένων ερευνών δείχνουν ότι οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας και όσοι διαθέτουν μεγαλύτερη εμπειρία εκτίθεται σε λιγότερους επαγγελματικούς κινδύνους απ' ό,τι οι άλλες κατηγορίες εργαζομένων (Quinlan, 1999).

Παρά τη γενική πίστη ότι στις υπηρεσίες δεν υπάρχουν σοβαροί επιβαρυντικοί παράγοντες της υγείας των εργαζομένων, οι επισφαλώς και οι άτυπα εργαζόμενοι σ' αυτό τον τομέα, συνήθως, εργάζονται σε περισσότερο θορυβώδεις συνθήκες, καλύπτονται πολύ λιγότερο από τους μηχανισμούς επιτήρησης των συνθηκών υγιεινής και ασφάλειας, βρίσκονται στις χειρότερες συνθήκες υγιεινής απ' όλους τους άλλους εργαζόμενους και κινδυνεύουν συχνότερα από τα ατυχήματα. Επιπλέον έχουν μικρότερο βαθμό ελέγχου των ρυθμών και του χρόνου εργασίας απ' ό,τι οι μόνιμοι εργαζόμενοι, έχουν μικρότερη πρόσβαση στην εκπαίδευση και κατάρτιση για την υγεία και ασφάλεια, είναι λιγότερο ενσωματωμένοι στο περιβάλλον εργασίας τόσο ατομικά όσο και συλλογικά (συνδικαλιστική συμμετοχή), έχουν λιγότερες προοπτικές επαγγελματικής εξέλιξης, και αισθάνονται μικρότερη ικανοποίηση από την εργασία τους και μικρότερη ασφάλεια για το μέλλον. Κατά τεκμήριο διαθέτουν χαμηλότερη συνείδηση των επαγγελματικών

κινδύνων και δεν είναι ενσωματωμένοι στην κουλτούρα προστασίας της υγείας και ασφάλειας της επιχείρησης. Επίσης, οι εργαζόμενοι στο σπίτι, οι μερικώς απασχολούμενοι και οι περιστασιακά εργαζόμενοι πολύ σπάνια αναφέρουν τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν επειδή φοβούνται ότι θα χάσουν την εργασία τους (Quinlan, 1999· Menendez, Benach and Vogel, 2013). Τέλος, οι υπερβολικές μορφές απασχόλησης αυξάνουν τους κινδύνους υγείας διότι εντείνεται ο ανταγωνισμός μεταξύ των υπερβολάβων, το σύστημα αμοιβής στηρίζεται στο αποτέλεσμα αντί το χρόνο εργασίας και ο καθημερινός χρόνος εργασίας είναι συνήθως πολύ παραπάνω από τον κανονικό, υπάρχει υποεκτίμηση των κινδύνων εξαιτίας της σπανιότητας των πόρων που διατίθεται για την εκπαίδευση στη διαχείριση των επαγγελματικών κινδύνων και οι κανόνες και προδιαγραφές που πρέπει να τηρούνται είναι περισσότερο αμφιλεγόμενοι από ό,τι στις μεγάλες επιχειρήσεις (Quinlan, 1999· Menendez, Benach and Laurent, 2013· Di Nunzio, 2013).

Ένα άλλο μειονέκτημα που επιβαρύνει τις προσπάθειες αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας σε όσους εργάζονται, άμεσα ή έμμεσα, με υπερβολικές σχέσεις είναι η απώλεια της συλλογικής μνήμης από την πλευρά των εργαζομένων όσον αφορά στη διαχείριση και αντιμετώπιση των επαγγελματικών κινδύνων ενώ η κατάρτισή τους σε αυτά τα θέματα υποβαθμίζεται και η συνδικαλιστική συμμετοχή περιορίζεται με αποτέλεσμα να μην ενεργοποιούνται στο πλαίσιο των συλλογικών διεργασιών για τη διασφάλιση των κανόνων υγιεινής και ασφάλειας. Από άλλη έρευνα διαπιστώθηκε ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των άτυπων μορφών εργασίας και της επιδείνωσης της υγείας των εργαζομένων (Di Nunzio, 2013). Οι εργαζόμενοι σε εταιρίες υπε-

νοικίασης εργάζονται σε περιβάλλοντα επιβλαβή για την υγείας τους σε πολύ μεγαλύτερη συχνότητα απ' ό,τι οι μόνιμοι εργαζόμενοι. Μία άλλη σχετική έρευνα πεδίου που έγινε, επίσης, στην Ιταλία το 2003 έδειξε ότι οι άτυπα εργαζόμενοι (ελεύθεροι επαγγελματίες, μερικά απασχολούμενοι, περιστασιακά εργαζόμενοι, μαθητευόμενοι και νέοι σε καθεστώς κατάρτισης) εμφανίζουν δείκτες θνησιμότητας και ατυχημάτων τουλάχιστον διπλάσιους από τους εργαζόμενους με σταθερή και πλήρη απασχόληση, κυρίως, εξαιτίας της τάσης να ανατίθεται σ' αυτές τις κατηγορίες εργαζομένων οι πιο επιβλαβείς και επίπονες εργασίες που οι εργαζόμενοι με σταθερή και πλήρη απασχόληση, συνήθως, αρνούνται να εκτελέσουν (όπως αναφέρεται στο Daniele Di Nunzio, 2013: 15). Επιπλέον ο φόβος της ανεργίας έχει ως αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν τη διασφάλιση της υγείας τους ως δευτερεύον ζήτημα.

Ο φόβος της ανεργίας αποτελεί τον κυριότερο ρυθμιστή της εργασιακής συμπεριφοράς των προσωρινά εργαζομένων που εξαιτίας του προσδένονται και υπακούουν στις απαιτήσεις του εργοδότη τους ακόμα και όταν οι συνθήκες εργασίας είναι υψηλά επικίνδυνες (Di Nunzio, 2013). Αυτή η διαπίστωση επιβεβαιώνεται από τις συνθήκες υγείας και ασφάλειας στον τομέα των κατασκευών όπου είναι πολύ διαδεδομένες οι υπεργολαβίες και τα ατυχήματα αλλά και η επιβάρυνση της υγείας των εργαζομένων βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα (Choudhry and Fang, 2008). Μεταξύ των παραγόντων που οδηγούν τους εργαζόμενους στις κατασκευές να μην λαμβάνουν μέτρα προστασίας της υγείας και της ασφάλειά τους είναι, η άγνοια ή η απουσία γνώσης για τους κινδύνους, η απροθυμία τους να φορέσουν ατομικά μέσα προστασίας όταν είναι κουρασμένοι ή δεν έχουν κοιμηθεί καλά, το εργασιακό περιβάλλον που

τους πιέζει να αυξήσουν την αποδοτικότητά τους, κίνητρα αμοιβής με βάση την παραγωγικότητα χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι συνθήκες και οι προδιαγραφές ασφάλειας, ψυχολογικοί παράγοντες όπως είναι οι κακές συνθήκες διαβίωσης και τα κοινωνικά πρότυπα, η προδιάθεση για αναγνώριση και επιβράβευση από τους συναδέλφους όταν εκτελούν επικίνδυνες εργασίες, ανεπαρκής ή απύσχα κατάρτιση στις δεξιότητες και τις τεχνικές διασφάλισης της υγείας και της ασφάλειας και τέλος η αφηρημένη και γενική οριοθέτηση των καθηκόντων εργασίας και των προδιαγραφών ασφάλειας για το κάθε ένα από αυτά (Choudhry and Fang, 2008).

Σύμφωνα με τους Choudhry και Fang (2008:581), οι παράγοντες που καθορίζουν τη συμπεριφορά των εργαζομένων στις κατασκευές όσον αφορά στα ζητήματα υγείας και ασφάλειας είναι έντεκα (11). Το μάνατζμεντ, οι κανόνες ασφάλειας, ψυχολογικοί παράγοντες, οικονομικά χαρακτηριστικά, η αυτοεκτίμηση, η εμπειρία, οι πιέσεις για αποδοτικότητα, η αντίληψη για τον κίνδυνο, το περιβάλλον εργασίας, η ασφάλιση της εργασίας και η εκπαίδευση και τέλος η κατάρτιση και η καθοδήγηση στην εργασία (Choudhry and Fang, 2008). Τέλος, δεδομένα από τις απογραφές πληθυσμού των ΗΠΑ, δείχνουν ότι οι αυτοαπασχολούμενοι αντιμετωπίζουν πολύ περισσότερα προβλήματα τραυματισμών και υγείας απ' ό,τι οι μισθωτοί (Quinlan Michael, 1999).

Το μέγεθος των επιχειρήσεων φαίνεται, επίσης, να επηρεάζει τις συνθήκες υγιεινής και ασφάλειας στην εργασία αφού οι μεγαλύτερες επιχειρήσεις διασφαλίζουν τις αναγκαίες οικονομίες κλίμακας ώστε το κόστος των μέτρων προστασίας να μην επιδρά σημαντικά στην παραγωγικότητα της εργασίας (Neumann and Nelson, 1982). Επιπλέον, τα προγράμμα-

τα και τα υλικά ενημερωτικού χαρακτήρα, η επιθεώρηση και ο έλεγχος είναι συνήθως προσανατολισμένα προς τις μεγάλες επιχειρήσεις και οι αυταπασχολούμενοι δεν καλύπτονται από τη νομοθεσία για την τήρηση των ωραρίων εργασίας όπως οι μισθωτοί (Quinlan, 1999 Menendez, Benach and Laurent, 2013 Di Nunzio, 2013).

Τέλος, μία ακόμα παράμετρος που, επίσης, επιδρά στην κατάσταση υγείας των εργαζομένων είναι το εκπαιδευτικό τους επίπεδο. Σε σχετική έρευνα που έγινε στην Ιταλία διαπιστώθηκε ότι αυτοί που αντιμετωπίζουν τα περισσότερα προβλήματα υγείας που συνδέονται με το επάγγελμά τους είναι κυρίως όσοι εργάζονται σε επαγγέλματα χαμηλής ειδίκευσης, με συμβόλαια ορισμένου χρόνου ή με μη τυπικές μορφές εργασίας, έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, προέρχονται από φτωχές οικογένειες ή άρχισαν εργάζονται πριν την ηλικία των 24 ετών, είναι γυναίκες, εργάζονται σε πολύ μικρές επιχειρήσεις και κατοικούν τη Νότιο Ιταλία (Di Nunzio, 2013: 51).

### 1.2.1 Ένα ειδικό πρόβλημα:

#### Ο επαγγελματικός καρκίνος

Όπως ήδη αναφέρθηκε, ένα ιδιαίτερα σοβαρό πρόβλημα υγείας που σε πολύ μεγάλο βαθμό οφείλεται στις συνθήκες εργασίας είναι ο επαγγελματικός καρκίνος. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, κάθε χρόνο πεθαίνουν πάνω από 1.9 εκατομμύρια άνθρωποι από καρκίνο και η συγκεκριμένη ασθένεια αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης μετά τα προβλήματα του καρδιαγγειακού συστήματος (Vogel, 2011). Γενικότερα, το 29% των θανάτων στους άνδρες και 23% των θανάτων στις γυναίκες προκαλούνται από τη συγκεκριμένη ασθένεια (Mengeot, 2007· Vogel, 2011).

Ο καρκίνος πλήττει κυρίως τις εργαζόμενες τάξεις. Για παράδειγμα ο καρκίνος του δέρματος είναι η πιο διαδεδομένη μορφή καρκίνου στους ψαράδες και τους γεωργούς προσβάλλοντας επίσης σε σημαντικό βαθμό τους εργαζόμενους στον κλάδο των εκτυπώσεων, ο καρκίνος του ρινικού συστήματος αποτελεί την επικρατέστερη ασθένεια στους εργαζόμενους στον κλάδο της ξυλείας/επίπλων, ο καρκίνος του γεννητικού συστήματος πλήττει κυρίως τους/τις εργαζόμενους στη χημική βιομηχανία και ο καρκίνος του στήθους εμφανίζει υψηλά επίπεδα επιπολασμού στους εργαζόμενους στον κλάδο των εκτυπώσεων (Laurent, 2011). Ένας ιδιαίτερα επιβαρυντικός παράγοντας για τον καρκίνο του στήθους είναι η νυχτερινή εργασία η οποία προκαλεί ορμονικές διαταραχές (Vogel and Laurent, 2011). Εξάλλου μελέτες επιπολασμού του καρκίνου και των καρκινογενέσεων έδειξαν ότι βρίσκονται σε υψηλότερους βαθμούς συγκέντρωσης εκεί όπου υπάρχει υψηλή βιομηχανική συγκέντρωση και έκθεση των εργαζομένων σε χημικά οξέα, το χρώμιο, το αρσένιο, τον μόλυβδο και τις βαφές (ναυπηγία, επιπλοποιεία, προϊόντα αλουμίνου) (Mengeot, 2007).

Το κυριότερο εμπόδιο στην αντιμετώπιση του επαγγελματικού καρκίνου είναι η αδυναμία των εργαζομένων να ελέγξουν οι ίδιοι τις συνθήκες εργασίας, αφού οι διαθέσιμες τεχνικές δυνατότητες επιτρέπουν την αποτελεσματική προστασία από τους παράγοντες που προκαλούν επαγγελματικό καρκίνο (Mengeot, 2007). Ένα ακόμα πρόβλημα που συνδέεται με την αδυναμία περιορισμού του επαγγελματικού καρκίνου είναι η εξωτερίκευση των εργασιών από τις μεγάλες επιχειρήσεις και οι υπεργολαβίες που δυσκολεύουν τις προσπάθειες εφαρμογής προληπτικών μέτρων μιας

και πολυδιασπάται η παραγωγική διαδικασία (Laurent, 2011).

Ο Διεθνής Οργανισμός Έρευνας για τον Καρκίνο (IARC), εκτιμά ότι περίπου 400 ουσίες από τις 900 που έχει αξιολογήσει προκαλούν ή είναι πιθανό να προκαλέσουν καρκινογενέσεις από τις οποίες οι 100 έχει αποδειχθεί ότι οδηγούν με βεβαιότητα σε ανθρώπινες καρκινογενέσεις και παρόλα αυτά τις 60 τις βρίσκουμε συχνά στο περιβάλλον εργασίας. Επιπλέον οι έρευνες που έγιναν στο πλαίσιο της πρωτοβουλίας κατά του καρκίνου της ΕΕ (Europe Against Cancer-CAREX) το 2000 κάτω από την εποπτεία του Φιλανδικού Ινστιτούτου για την Επαγγελματική Υγεία, δείχνουν ότι στην Ε.Ε. 17-23% των εργαζομένων (περίπου 32 εκατομμύρια εργαζόμενοι) εκτίθεται σε ουσίες που προκαλούν καρκινογενέσεις με το χαμηλότερο ποσοστό να εμφανίζεται στην Ολλανδία (17%) και το υψηλότερο στην Ελλάδα (27%) (Mengeot, 2007: 17).

Στις οικονομικά προηγμένες κοινωνίες οι παράγοντες καρκινογένεσων στους οποίους εκτίθεται συχνότερα οι εργαζόμενοι είναι κατά σειρά συχνότητας η ηλικιακή ακτινοβολία, το παθητικό κάπνισμα, η κρυσταλλικό πυρίτιο, τα απόβλητα των μηχανών ντίζελ, το ραδόνιο, η σκόνη από ξύλα (πριονίδι κ.λπ.), ο μόλυβδος και τα μη οργανικά συστατικά του και η βενζίνη (Mengeot, 2007: 17). Τα στοιχεία της παραπάνω μελέτης για την Ελλάδα τη δεκαετία του '90, αν και δεν είναι πλήρως ελεγμένα ως προς την γενίκευσή τους, εξαιτίας της απουσίας συστηματικών ερευνών σ' αυτό τον τομέα, αναφέρουν ότι οι εργαζόμενοι που εκτίθεται στην ηλικιακή ακτινοβολία για πάνω από το 75% του εργάσιμου χρόνου είναι περίπου 460.000, στον καπνό 170.000, στο κρυσταλλικό πυρίτιο 90.000 εργαζόμενοι, στα

απόβλητα προϊόντων ντίζελ 80.000, στο ραδόνιο και τα υποπροϊόντα του 70.000, στη σκόνη από ξύλο 50.000 στη βενζίνη 35.000, στο εθυλενοδιβρωμίδιο 33.000, το μόλυβδο και τις ανόργανες ενώσεις του μόλυβδου 24.000, τον υαλοβάμβακα 17.000 και στον αμίαντο 15.000 (Kogevinas, Kauppinen, Toikkanen, Pedersen and Young, 1998).

Εξάλλου η Οδηγία 2004/37/ΕC αναφορικά με την προστασία από τις ουσίες που προκαλούν τις καρκινογενέσεις που συμπεριλαμβάνει τις ρυθμίσεις που είχαν προηγηθεί και τέθηκαν σε εφαρμογή από τις προηγούμενες Οδηγίες δεν καλύπτει τις ουσίες που είναι τοξικές για την αναπαραγωγή (teratogens) και τα κράτη μέλη δεν είναι υποχρεωμένα να υποβάλλουν εκθέσεις πεπραγμένων αναφορικά με τα μέτρα που λαμβάνουν για την αποτροπή της έκθεσης των εργαζομένων στις ουσίες που αναγνωρίζεται ότι προκαλούν καρκινογενέσεις (Mengeot, 2007: 22-23).

Αν και οι μελέτες της επιδημιολογίας του καρκίνου τονίζουν την επίδραση των παραγόντων ατομικού χαρακτήρα που συνδέονται με τον τρόπο ζωής (κάπνισμα, κατανάλωση ουσιών, διατροφικές συνήθειες) πιο εξειδικευμένες μελέτες της επιδημιολογίας του καρκίνου συμπεραίνουν ότι περίπου 8-12% των θανάτων από καρκίνο στην Ε.Ε. οφείλονται σε επαγγελματικά αίτια. Επιπλέον, πολλοί από τους ατομικούς επιβαρυντικούς παράγοντες συνδέονται με την εργασιακή ανασφάλεια (άγχος, στρες) και τις συνθήκες εργασίας (Vogel, 2011). Τέλος, η συνεχής χρήση νέων ουσιών στην παραγωγική διαδικασία περιορίζει, πολλές φορές, τις δυνατότητες έγκαιρης θεσμοθέτησης κανόνων και προδιαγραφών προστασίας από αυτές.

### 1.2.2 Απόπειρες συστηματοποίησης των παραγόντων που επιβαρύνουν την υγεία των εργαζομένων

Από τις περισσότερο συστηματικές προσπάθειες που έχουν γίνει τα τελευταία έτη στην Ευρώπη για τη συνολική εκτίμηση των παραγόντων που επιδρούν στην υγεία των εργαζομένων είναι αυτή του Daniele Di Nunzio (2013) που έγινε για λογαριασμό του ETUI. Σύμφωνα με αυτή τη μελέτη, οι παράγοντες που επιδρούν στην υγεία των εργαζομένων και συγκροτούν ένα ολοκληρωμένο μοντέλο ανάλυσης των παραμέτρων που επιδρούν στην ποιότητα της εργασιακής ζωής του εργαζόμενου εντάσσονται σε οκτώ κατηγορίες:

- Το βάρος που φέρει η εργασία (workload) δηλαδή η ποσότητα της εργασίας που πρέπει να εκτελεστεί στον διαθέσιμο χρόνο που έχει οριστεί. Εδώ περιλαμβάνεται η ένταση της εργασίας σε συνδυασμό με τις επιχειρησιακές (operational) και γνωστικές προϋποθέσεις για την εκτέλεσή της.
- Η δυνατότητα των εργαζομένων να επηρεάζουν τον τρόπο που ασκείται η εργασία τους συμπεριλαμβανομένης της ικανότητας επίδρασης είτε ατομικά είτε συλλογικά (μέσω του συνδικαλισμού) στην εργασία και την πολυπλοκότητά της.
- Οι κοινωνικές σχέσεις, δηλαδή η ποιότητα των τυπικών και άτυπων κοινωνικών σχέσεων, όπως είναι οι διαπροσωπικές σχέσεις των εργαζομένων μεταξύ τους αλλά και με τους άλλους συντελεστές που εμπλέκονται με την εργασία τους (π.χ. συνάδελφοι, υφιστάμενοι-προϊστάμενοι, συνδικάτα, γιατροί εργασίας κ.ο.κ.) καθώς και οι σχέσεις του με τους δρώντες που δεν ανήκουν στο προσωπικό της επιχείρησης (π.χ. προμηθευτές) και οι οικογενειακές σχέσεις.
- Η αναγνώριση της ατομικής τους προσπάθειας στην εργασία, δηλαδή οι προοπτικές αναγνώρισης της ατομικής συμβολής του εργαζομένου και της αξίας της εργασίας του με βάση οικονομικούς όρους (π.χ. μόνους), με όρους επαγγελματικής εξέλιξης και με όρους κοινωνικής αποδοχής (αναγνώριση από την κοινωνία).
- Οι εργασιακές δεξιότητες, δηλαδή η δυνατότητα να μετατρέψει τις ατομικές του δεξιότητες σε δεξιότητες που «μετράνε» στην άσκηση των καθηκόντων του, την πρόοδό του και την θεωρητική και πρακτική ανάδραση για το αποτέλεσμα της εργασίας του.
- Αναστοχασμός, δηλαδή η δυνατότητα του εργαζόμενου να αναστοχαστεί για τις συνθήκες της εργασίας του και να δράσει εν γνώσει και με πρόβλεψη της προσωπικής του κατάστασης (π.χ. γνώση των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων του, γνώση των προοπτικών της επιχείρησης) και του μέλλοντός του στην οργανωτική δομή της επιχείρησης (π.χ. βάρδιες, μεταθέσεις, άδειες) ασφαλιστικά δικαιώματα.
- Προσωπική συμμετοχή αναφορικά με τους παράγοντες που προσδιορίζουν το περιεχόμενο και το νόημα της εργασίας από τη σκοπιά του εργαζομένου: ενδιαφέροντα, επιθυμίες, ανάγκες.
- Συνθήκες του περιβάλλοντος εργασίας δηλαδή παρουσία ή απουσία φυσικών, βιολογικών και χημικών παραγόντων κινδύνου.

Οι παραπάνω παράγοντες συνδέονται με τους γενικότερους, δομικού χαρακτήρα, παράγοντες που αναφέρονται στο είδος και τις τεχνικές της παραγωγής (είδος δραστηριότητας, θέση στην αλυσίδα παραγωγής αξίας και κοινωνικό πλαίσιο) και την προσωπική επαγγελ-

ματική διαδρομή του κάθε εργαζόμενου. Τέλος η εφαρμογή των κανόνων και προδιαγραφών υγείας και ασφάλειας της εργασίας δεν είναι ενιαία και διαφοροποιείται σημαντικά τόσο σε συνάρτηση με τις ιδιαίτερες κλαδικές συνθήκες στις οποίες δραστηριοποιούνται οι επιχειρήσεις όσο και ανάλογα με τα διαφορετικά εθνικά πλαίσια.

Από τις έρευνες ESENER που έγιναν κατά το διάστημα 2009-2014 καταδεικνύεται ότι σημαντικό ρόλο στον καθορισμό της μορφής που λαμβάνει η διαχείριση της υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας καθώς και της σχετικής προσέγγισης διαδραματίζει το «περιβάλλον» εντός του οποίου εκτυλίσσεται η συγκεκριμένη διαδικασία. Αυτό το περιβάλλον καθορίζεται από μια σειρά γενικότερων παραγόντων και ιδίως, από το ρυθμιστικό πλαίσιο του εκάστοτε κλάδου οικονομικής δραστηριότητας, τις καθιερωμένες εργασιακές σχέσεις και το σύστημα κοινωνικής προστασίας. Άλλοι σημαντικοί παράγοντες που διαμορφώνουν το περιβάλλον στο οποίο λειτουργεί μια επιχείρηση είναι η υποδομή υποστήριξης της Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (ΥΑΕ) (για παράδειγμα, η διαθεσιμότητα και η αποτελεσματικότητα εξειδικευμένων υπηρεσιών παροχής στήριξης και πληροφόρησης), καθώς και ευρύτεροι εξωγενείς παράγοντες όπως το οικονομικό κλίμα, η κατάρτιση και τα επαγγελματικά προσόντα του εργατικού δυναμικού, η δομή της αγοράς εργασίας και η γενικότερη οργάνωση της εργασίας.

Σημείο αφετηρίας της ανάλυσης των ερευνητών της ESENER αποτέλεσε η διαδεδομένη παραδοχή ότι τα κράτη μέλη της ΕΕ μπορούν να ταξινομηθούν σε ομάδες βάσει διάφορων συνδυασμών, προκειμένου να συγκριθούν ως προς ορισμένα χαρακτηριστικά ιδιαίτερου ερευνητικού ενδιαφέροντος. Βάσει των

γνώσεων που έχουν ήδη προκύψει από τη σύγκριση των ρυθμιστικών πλαισίων της ΥΑΕ, οι ερευνητές προσδιόρισαν επτά ομάδες χωρών οι οποίες επηρεάζονται από παρόμοιους, εν πολλοίς, παράγοντες σε ό,τι αφορά το ρυθμιστικό καθεστώς τους, τις εργασιακές σχέσεις και τα οικεία συστήματα κοινωνικής πρόνοιας καθώς και από άλλα εθνικά ρυθμιστικά οικονομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά τα οποία ενδεχομένως καθορίζουν την εφαρμογή των ρυθμιστικών απαιτήσεων σχετικά με τη διαχείριση της ΕΑΥ στους χώρους εργασίας. Οι ομάδες αυτές είναι:

1. Κεντρική Ευρώπη: Αυστρία, Βέλγιο, Γερμανία, Λιχτενστάιν, Λουξεμβούργο, Κάτω χώρες, Ελβετία.
2. Βόρεια Ευρώπη: Δανία, Ισλανδία, Νορβηγία, Σουηδία, Φιλανδία.
3. Ιρλανδία, Ηνωμένο Βασίλειο.
4. Νότια Ευρώπη: Γαλλία, Ελλάδα, Ισπανία, Ιταλία, Πορτογαλία.
5. Ανατολική Ευρώπη: Βουλγαρία, Κροατία, Ουγγαρία, Πολωνία, Ρουμανία, Σλοβακία, Σλοβενία, Τουρκία, Τσέχικη Δημοκρατία.
6. Μικρότερες χώρες της Νότιας Ευρώπης: Κύπρος, Μάλτα.
7. Βαλτικές Χώρες: Εσθονία, Λετονία, Λιθουανία.

Οι αναλυτές εξάλλου της έρευνας ESENER του έτους 2009 διέκριναν πέντε (5) μεγάλες κατηγορίες παραγόντων οι οποίοι επιδρούν καθοριστικά σε πολλαπλά επίπεδα, προκαλώντας ποικίλα αποτελέσματα ανάλογα με τις εκάστοτε περιστάσεις:

- **Οι διαδικασίες διαχείρισης** του τομέα της υγείας και της ασφάλειας εν γένει και των ψυχοκοινωνικών κινδύνων, ειδικότερα, σε συνδυασμό με τον ρόλο της εκπρο-

σώπησης των εργαζομένων και τη σημασία της διαβούλευσης.

- **Τα εθνικά συστήματα υγείας και ασφάλειας με τους φορείς τους** οι οποίοι εντάσσονται στο επιστημονικό, ιατρικό και νομικό σύστημα, τους φορείς εκπροσώπησης των συμφερόντων των εργατικών σωματείων και των εργοδοτών σε θέματα υγείας και ασφάλειας, τις επαγγελματικές ενώσεις και τους μεμονωμένους επαγγελματίες στον τομέα της υγείας και ασφάλειας της εργασίας. Εδώ περιλαμβάνεται, επίσης, η διαδικασία εθνικής διαβούλευσης σε θέματα διαχείρισης της υγείας και της ασφάλειας στην εργασία καθώς και οι διαδικασίες εντοπισμού προβλημάτων και εξεύρεσης λύσεων στο πλαίσιο του υφιστάμενου επιστημονικού / ιατρικού και νομικού συστήματος αλλά και ο τρόπος με τον οποίο οι διαδικασίες αυτές επηρεάζουν τους επίσημους φορείς που συμμετέχουν σε εθνικό επίπεδο λήψης αποφάσεων σε θέματα υγείας και ασφάλειας της εργασίας.
- **Η διακυβέρνηση** εν γένει και τα βασικά της χαρακτηριστικά όπως είναι η οργάνωση και η δομή της, οι πολιτικές σχετικά με τα αποδεκτά επίπεδα απόκλισης και συμμόρφωσης, τη ρύθμιση ή και την απορρύθμιση που επηρεάζουν τόσο το ρυθμιστικό πλαίσιο όσο και τις πρακτικές διαχείρισης της υγείας και της ασφάλειας.
- **Οι σχέσεις μεταξύ κεφαλαίου και εργασίας**, στις οποίες περιλαμβάνεται η δομή, η λειτουργία και ο μετασχηματισμός της αγοράς εργασίας, η εργατική νομοθεσία, η συμμετοχή σε συνδικαλιστικές οργανώσεις, τα εθνικά συστήματα εργασιακών σχέσεων και ο βαθμός στον οποίο διεξάγονται διαπραγματεύσεις μεταξύ των συμμετεχό-

νων σωματειακών οργανώσεων εντός των εθνικών συστημάτων και τέλος,

- **Το εθνικό οικονομικό σύστημα**, υπό την έννοια της κατάστασης της εθνικής οικονομίας, της αλλαγής του μοντέλου παραγωγής και της οργανωτικής αναδιάρθρωσης που επέδρασε θετικά στην οικονομική μεγέθυνση κατά την τελευταία εικοσαετία.

Ένας άλλος, συχνά υποτιμημένος παράγοντας είναι αυτός των επιχειρηματικών στρατηγικών. Οι στρατηγικές των επιχειρήσεων για την διατήρηση ή αύξηση της κερδοφορίας μέσω της διαφοροποίησης, των συγχωνεύσεων και των ξένων επενδύσεων ή/ και μέσω του εξορθολογισμού και της αναδιάρθρωσης της παραγωγικής διαδικασίας επιδρούν σε ιδιαίτερο βαθμό στην υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων. Οι παραπάνω στρατηγικές οδηγούν σε ανεργία και υπεραπασχόληση που με τη σειρά τους επιβαρύνουν την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων αρνητικά, οδηγώντας σε πόλωση μεταξύ αυτών που προστατεύονται και αυτών που εκτίθεται όλο και περισσότερο στους επαγγελματικούς κινδύνους (Clayson and Halpern, 1983). Αυτή η τάση εντείνεται ακόμα περισσότερο από τους κανόνες που επιβάλλει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Εμπορίου που αίρει τους περιορισμούς που επιβάλλουν οι κυβερνήσεις στις επιχειρήσεις και αφήνει τις τελευταίες ελεύθερες να καθορίσουν μόνες τους κανόνες και τις προδιαγραφές υγιεινής και ασφάλειας που ακολουθούν (Bennett, 2002).

Στο πλαίσιο του μοντέλου παγκοσμιοποίησης που προωθεί ο ΠΟΕ οι ρυθμίσεις της ΔΟΕ υποβαθμίζονται και θεωρείται ότι περιορίζουν την καινοτομία και τον ανταγωνισμό και προκρίνονται συστήματα τύπου ISO για τη διασφάλιση της Υγιεινής και ασφάλειας μέσω της αυτορρύθμισης, όπου το βάρος της

προστασίας μετατοπίζεται από τις συστημικές παραμέτρους προς την ατομική συμπεριφορά των εργαζομένων και της διεύθυνσης των επιχειρήσεων. Έτσι αρκετές -πολυεθνικές κυρίως επιχειρήσεις- ακολουθούν τις πρακτικές του Total Safety Management (TSM) κατά τα πρότυπα του Total Quality Management (TQM), όπου, όμως, τα κριτήρια διασφάλισης της ασφάλειας είναι αόριστα και γενικά, δεν προβλέπονται δικαιώματα για τους εκπροσώπους των εργαζομένων ούτε κάποιος μηχανισμός επιτήρησης της εφαρμογής των κανόνων ασφαλείας που να λειτουργεί ανεξάρτητα από τη σύμφωνη γνώμη της εργοδοσίας. Προβλέπεται μόνο επίβλεψη/επιτήρηση μετά από συναίνεση του εργοδότη και η αρμοδιότητα των κυβερνήσεων να επιβάλουν περιορισμούς στην παραγωγική διαδικασία των επιχειρήσεων προκειμένου να διασφαλιστεί η δημόσια υγεία και ασφάλεια μειώνεται (Bennett, 2002). Σ' αυτή την προβληματική ορισμένες μελέτες τονίζουν τη σημασία που έχει η νοοτροπία των μάνατζερ στη συμπεριφορά και την πρακτική που ακολουθούν στα ζητήματα υγείας και ασφάλειας της αυτορρύθμισης των κανόνων και πρακτικών διασφάλισης της υγείας και ασφάλειας στην εργασία στο πλαίσιο της αυτορρύθμισης και του Total Safety Management (TSM) (Rundmo and Haleb, 2003). Επίσης στο πλαίσιο των συστημάτων εθελοντικής διαχείρισης της υγιεινής και ασφάλειας, οι πρακτικές πιστοποίησης του Μάνατζμεντ Ολικής Ασφάλειας (TQM) επικεντρώνονται στην αποφυγή των ατυχημάτων και παραβλέπουν τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία των εργαζομένων (Frick and Kempa, 2011).

Άλλοι παράγοντες που αναφέρεται ότι επιδρούν στην υγεία των εργαζομένων είναι τα συστήματα αποζημίωσης για τα ατυχήματα και τις επιβαρημένες συνθήκες εργασίας όπως

είναι τα επιδόματα ανθυγιεινής εργασίας και η ασφάλιση ατυχήματος (Thomason and Pozzebom, 2002). Επίδραση ασκούν, επίσης, οι νοθεσίες των μάνατζερς για τα ζητήματα υγιεινής και ασφάλειας στο προσωπικό, η διάθεση εντύπων με οδηγίες για την υγεία και ασφάλεια, η παροχή εξοπλισμού ασφάλειας, το ασφαλές περιβάλλον και ο ορισμός εκπροσώπου υγιεινής και ασφάλειας (Sawacha, Naoum and Fong, 1999).

### **1.3 Πολιτικές ελέγχου και διαχείρισης των επιβλαβών παραγόντων και των συνεπειών τους στην υγεία των εργαζομένων**

Παρά το ότι η ενασχόληση με τους επαγγελματικούς κινδύνους αποτελεί αντικείμενο ενδιαφέροντος με τον κόσμο της παραγωγής, εδώ και τρεις τουλάχιστον αιώνες, οι παρεμβάσεις από την πλευρά του μάνατζμεντ περιορίζονται συνήθως στη διαχείριση του στρες και την παραγωγή οδηγιών για την τήρηση των νομικών ρυθμίσεων (McLain, 1995).

Σύμφωνα με τη μελέτη των Wayne B. Gray and John T. Scholz (1993) και σε διάσταση με την κοινή πεποίθηση ότι η εφαρμογή των νόμων και ρυθμίσεων για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία επιτυγχάνεται μέσω των επιθεωρήσεων, παρατηρήθηκε ότι συχνά οι επιθεωρήσεις για την τήρηση των κανόνων περιορίζονται στον έλεγχο των τυπικών προδιαγραφών κι έτσι δεν είναι αποτελεσματικές αναφορικά με την πειθάρχηση των επιχειρήσεων μέσω της επιβολής προστίμων (Gray and Scholz, 1993 Choudhry and Fang, 2008). Ωστόσο άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι οι επισκέψεις των επιθεωρητών επιδρούν θετικά στην λήψη μέτρων προστασίας από τις επιχειρήσεις και ταυτόχρονα ενεργοποιούν τους εκπροσώ-

πους των εργαζομένων ώστε να αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στα ζητήματα υγιεινής και ασφάλειας των εργαζομένων (Hutter, 1993). Η νομοθεσία και κυρίως οι προδιαγραφές και οι κανόνες που θα πρέπει να τηρούνται στις εγκαταστάσεις παραγωγής και το μηχανολογικό εξοπλισμό αποτελούσαν και εξακολουθούν να διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διασφάλιση της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων. Οι ρυθμίσεις δηλαδή και οι προβλέψεις για την εφαρμογή και τον έλεγχο τήρησης της νομοθεσίας για τα Μέσα Ομαδικής Προστασίας είναι πολύ σημαντικότερη παράμετρος απ' ό,τι συνήθως αναφέρεται. Επιπλέον οι μηχανισμοί εποπτείας των προδιαγραφών υγείας και ασφάλειας σε συνδυασμό με το κατάλληλο μείγμα επιβολής ποινών, όταν διαπιστώνονται παραβιάσεις, αποτελεί τη βασικότερη παράμετρο περιορισμού των επαγγελματικών κινδύνων.

Εδώ περιλαμβάνονται μία σειρά Οδηγιών και προτύπων που έχουν εκδοθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση και ενσωματώνονται στις Εθνικές νομοθεσίες των κρατών μελών οι σημαντικότερες των οποίων είναι: Η οδηγία-πλαίσιο της ΕΕ για την ασφάλεια και την υγεία κατά την εργασία (οδηγία 89/391/ΕΟΚ) που εγκρίθηκε το 1989 και θεσπίζει ελάχιστες απαιτήσεις ασφάλειας και υγείας σε ολόκληρη την Ευρώπη, ενώ τα κράτη μέλη έχουν το δικαίωμα να διατηρούν ή να θεσπίζουν αυστηρότερα μέτρα. Μεταξύ άλλων η συγκεκριμένη οδηγία εισήγαγε τον όρο «εργασιακό περιβάλλον» σε συμφωνία με τη σύμβαση αριθ. 155 της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας (ΔΟΕ), τη διασφάλιση ισότιμου επιπέδου ασφάλειας και υγείας προς όφελος όλων των εργαζομένων εξαιρώντας, όμως, τις οικιακούς βοηθούς και ορισμένες δημόσιες και στρατιωτικές υπηρεσίες, την υποχρέωση των εργοδοτών να λαμβά-

νουν κατάλληλα μέτρα πρόληψης με γνώμονα τη βελτίωση της ασφάλειας και της υγείας κατά την εργασία και τη θέσπιση κατάλληλων μέτρων με προτεραιότητα την εξάλειψη των κινδύνων στην πηγή τους.

Επίσης έχουν εκδοθεί και αποτελούν μέχρι σήμερα τις κυριότερες ρυθμιστικές παρεμβάσεις της Ε.Ε. στο πεδίο της υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας, η οδηγία 2009/104 για τη χρήση του εξοπλισμού και των εργαλείων, η 99/92 για την αποτροπή των κινδύνων από εκρήξεις, η οδηγία 92/58 για τη βελτίωση των σημάτων υγείας και ασφάλειας, η οδηγία 89/654 για τις προδιαγραφές των χώρων εργασίας, η οδηγία 89/656 για τα ατομικά μέσα προστασίας, ο κανονισμός 305 του 2011 για την κατασκευή προϊόντων, η οδηγία 2010/35 για τα προϊόντα που μεταφέρονται υπο-πίεση, η οδηγία 2009/142 για τα εύφλεκτα καύσιμα, η 2009/105 για τα δοχεία υπο-πίεση, η 2006/95 για τα ηλεκτρικά εργαλεία, η 2006/42 για τους νέους μηχανισμούς, η 2001/95 για τη γενική ασφάλεια των προϊόντων, η 95/16 για τα ασανσέρ, η οδηγία 94/9 για την προστασία των συστημάτων που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν σε ατμόσφαιρά που ενδέχεται να είναι εκρηκτική, η 89/686 για τα ατομικά μέσα προστασίας, η 85/374 για τα ελαττωματικά προϊόντα και η οδηγία 75/324 για τους διανεμητές αεροζόλ. Παράλληλα η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προωθεί την πολιτική των «εναρμονισμένων προτύπων» με την οποία επιδιώκεται η εξειδίκευση των κανόνων που προβλέπουν οι οδηγίες με την ενσωμάτωσή τους στις προδιαγραφές πιστοποίησης των προϊόντων και των υπηρεσιών ως ένα περισσότερο ευέλικτο και εθελοντικού αν όχι αποτελεσματικού εργαλείου προστασίας της υγείας και της ασφάλειας της εργασίας.

Σύμφωνα με την έρευνα ESENER (2009) ο κυριότερος λόγος για την ενασχόληση επιχειρήσεων με θέματα υγείας και ασφάλειας στην εργασία είναι η «εκπλήρωση των νομικών υποχρεώσεων», όπως αναφέρεται από το 90% των εκπροσώπων της διοίκησης στην ΕΕ-27. Ο δεύτερος συχνότερος λόγος είναι «τα αιτήματα των εργαζομένων ή των εκπροσώπων τους» (76%), με το χαμηλότερο ποσοστό να καταγράφεται στον κλάδο των ξενοδοχείων και της εστίασης (71%) και το υψηλότερο στον κλάδο της εξόρυξης και των λατομείων (87%) και ο τρίτος οι «απαιτήσεις των πελατών ή η ανησυχία για τη φήμη της επιχείρησης» (67%). Τα συγκεκριμένα κίνητρα αναφέρονται ως κίνητρο από το 77% των εκπροσώπων της διοίκησης στον κλάδο των ξενοδοχείων και της εστίασης αλλά μόλις από το 53% στον κλάδο της δημόσιας διοίκησης.

Όσον αφορά τις κυριότερες δυσκολίες ως προς την ενασχόληση με την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία, η «έλλειψη πόρων (χρόνου, προσωπικού ή χρημάτων)» αναφέρεται ως σημαντικός παράγοντας από το 36% των επιχειρήσεων στην ΕΕ-27, με το ποσοστό να ανέρχεται έως και 51% στον κλάδο της δημόσιας διοίκησης. Η έλλειψη πόρων αναφέρεται ως ο σημαντικότερος ανασταλτικός παράγοντας στη Ρουμανία (74%), στην Πορτογαλία (61%) και στη Λετονία (60%) σε αντίθεση με την Αυστρία (19%), τη Φιλανδία (21%) και τις κάτω χώρες (22%). Στην ίδια έρευνα ως δεύτερη δυσκολία αναδείχθηκε η «έλλειψη ευαισθητοποίησης» (26%), που συγκεντρώνει υψηλά ποσοστά στη Ρουμανία (69%), την Πορτογαλία (61%) και την Κύπρο (51%) αλλά είναι ελάχιστος σημασίας στην Δανία (6%), στην Κροατία (8%) και τη Σλοβακία (8%). Τέλος, η «έλλειψη εμπειρογνωμοσύνης» αναφέρεται ως τρίτος σε σημασία ανασταλτικός παράγο-

ντας για το 24% των επιχειρήσεων, με το σχετικό ποσοστό να κυμαίνεται από 5% στη Σλοβενία, στην Κροατία και τη Σλοβακία έως 57% στην Πορτογαλία, 55% στην Τουρκία και 54% στη Ρουμανία.

Ένα άλλο κρίσιμο ζήτημα που ανέδειξαν οι διάφορες έρευνες για την υγιεινή και ασφάλεια στην εργασία είναι εάν και κάτω από ποιες προϋποθέσεις οι εργαζόμενοι μπορούν να αρνηθούν την παροχή εργασίας. Έτσι για παράδειγμα στις ΗΠΑ από το 1940 κι έπειτα επικράτησε η αρχή του «*δούλεψε πρώτα και παραπονέσου αργότερα*», η οποία απαιτεί από τους εργαζόμενους να ακολουθήσουν πιστά τις οδηγίες της διεύθυνσης και να εκφράσουν τη δυσαρέσκειά τους ακολουθώντας τις θεσπισμένες διαδικασίες εκδήλωσης των παραπόνων τους (Harcourt and Harcourt, 2000). Σύμφωνα με μία άλλη έρευνα το δικαίωμα των εργαζομένων να αρνηθούν την παροχή εργασίας όταν αντιλαμβάνονται ότι κινδυνεύει η υγεία τους ή η ασφάλειά τους καθώς και η δυνατότητά τους να προβούν στην ανώνυμη καταγγελία και εκδήλωση παραπόνων προς την αρχές, θεωρείται από την πλευρά της εργοδοσίας πως μπορεί να οδηγήσει σε καταχρηστική συμπεριφορά από μέρους των εργαζομένων ή να χρησιμοποιηθεί ως μέσο άτυπης συνέχισης των απεργιών που έχουν κριθεί παράνομες και, συνεπώς, δεν πρέπει να επιτρέπεται (Hebdon and Hyatt, 1998). Ωστόσο οι εμπειρικές έρευνες που έγιναν εκεί όπου προβλέπονται αυτά τα δικαιώματα όπως είναι η πολιτεία του Οντάριο στον Καναδά, διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχουν αρνήσεις εργασίας όταν η συλλογική διαπραγμάτευση εξελίσσεται ομαλά αλλά μόνο σε περιπτώσεις όπου αυτή οδηγείται σε σύγκρουση και ότι οι αρνήσεις εργασίας εκδηλώνονται κυρίως εκεί που έχουν προηγηθεί πάρα πολλά παράπονα για τις συνθήκες υγιεινής και ασφάλειας. Συ-

νεπώς, το καλό κλίμα στις εργασιακές σχέσεις αποτρέπει την εκδήλωση τέτοιων φαινομένων (Hebdon and Hyatt, 1998). Σ' αυτή την προβληματική το κλίμα ασφάλειας αντιμετωπίζεται ως υποσύνολο του οργανωσιακού κλίματος και οι επιδόσεις στην ασφάλεια ως υποκατηγορία των επιδόσεων μίας οργάνωσης (Wu, Chen and Li, 2008). Οι Tsung- Chih Wu, Chi-Hsiang Chen και Chin-Chung Li (2008) ανέπτυξαν μία κλίμακα μέτρησης των σχέσεων μεταξύ του κλίματος ασφάλειας, της ηγεσίας στον τομέα της ασφάλειας και των επιδόσεων στον τομέα της ασφάλειας που αποτελείται από συνολικά 120 μεταβλητές και διαπίστωσαν ότι η ικανοποιητική επίδοση στον τομέα της ασφάλειας μπορεί να διασφαλιστεί από τους υπεύθυνους για την ασφάλεια είτε στο μακροεπίπεδο, μέσω της βελτίωσης του κλίματος ασφαλείας, είτε στο μικροεπίπεδο, βελτιώνοντας άμεσα τις επιδόσεις ασφάλειας. Συνεπώς, η βελτίωση του κλίματος ασφάλειας με την αλλαγή της συμπεριφοράς του στελεχιακού δυναμικού των επιχειρήσεων διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διασφάλιση καλών επιδόσεων από μέρους των επιχειρήσεων στον τομέα της ασφάλειας της εργασίας όπου η επίδραση της εκπροσώπησης των εργαζομένων στη λήψη αποφάσεων είναι, επίσης, ιδιαίτερα σημαντική (Wu, Chen and Li, 2008). Σύμφωνα με την έρευνα ESENER (2009) άνω του 40% των διοικητικών στελεχών τους αναφέρουν ότι στην επιχείρηση υπάρχει εκπροσώπηση είτε με τη μορφή επιτροπής υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας στην επιχείρηση είτε μέσω εργατικού σωματείου / συνδικάτου. Η εκπροσώπηση είναι υψηλότερη στους κλάδους της ηλεκτροδότησης και της παροχής αερίου, της υδροδότησης, της δημόσιας διοίκησης και της εκπαίδευσης και στις σκανδιναβικές χώρες σε αντίθεση με την Πορτογαλία, την Ελλάδα και

την Τσεχική Δημοκρατία όπου είναι ιδιαίτερα χαμηλά τα επίπεδα της επίσημης εκπροσώπησης των εργαζομένων σε ζητήματα υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας. Στη Φιλανδία και τη Δανία υπάρχουν περίπου 35.000-38.000 αντιπρόσωποι υγιεινής και ασφάλειας για 2.3 έως 2.8 εκατομμύρια εργαζόμενους ενώ στην Πορτογαλία υπάρχουν μόλις μερικές εκατοντάδες που κατανέμονται σε μόλις 60 επιχειρήσεις. Επιπλέον, οι εκπρόσωποι ασφάλειας περιορίζονται σημαντικά όταν μικραίνει το μέγεθος των επιχειρήσεων. Η επίδραση των εκπροσώπων υγιεινής και ασφάλειας εξαρτάται από την κοινωνική πολιτική, τη δομή της αγοράς εργασίας, τους νόμους και τις ρυθμίσεις, την ισχύ και επιρροή των συνδικάτων και η έκταση της συλλογικής διαπραγμάτευσης (Ochsner and Greenberg, 1998· Menendez, Benach and Vogel, 2009). Επίσης, εξαρτάται από τις σχέσεις εργασίας που επικρατούν στο εσωτερικό των επιχειρήσεων, τον κλάδο, την οικονομική θέση, το μέγεθος και την παραγωγική διαδικασία της επιχείρησης. Ο βαθμός κάλυψης των χώρων εργασίας από αντιπροσώπους υγιεινής και ασφάλειας, η δυνατότητά τους να ασκούν τα δικαιώματά τους, οι πόροι που έχουν στη διάθεσή τους, η γνώση που διαθέτουν για τους επαγγελματικούς κινδύνους καθώς και η κατάρτισή τους (Menendez, Benach and Vogel, 2009).

Γενικότερα, η υγεία και η ασφάλεια διασφαλίζονται πολύ καλύτερα όταν υπάρχει μεγαλύτερος έλεγχος από τους εργαζόμενους στην παραγωγική διαδικασία και στις συνθήκες εργασίας και ως εκ τούτου οι προσπάθειες των εργαζομένων και των εκπροσώπων τους θα πρέπει να εστιάζουν όχι μόνο στο δικαίωμα της ενημέρωσης για τους κινδύνους υγείας που ελλοχεύουν στην εργασία τους αλλά και το δικαίωμα να δράσουν για να προστατεύ-

σουν την υγεία τους (Daniels, Maureen and Rosofsky, 1990).

Σ' αυτή την κατεύθυνση λαμβάνονται διάφορα μέτρα πολιτικής:

Στην Ολλανδία οι εργοδότες και οι εργαζόμενοι ενθαρρύνονται να καταρτίζουν καταλόγους υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας όπου περιλαμβάνονται συγκεκριμένα μέτρα περιορισμού των επαγγελματικών κινδύνων και διαδικασίες εμπλουτισμού τους όταν διαπιστώνονται νέοι κίνδυνοι ενώ, ταυτόχρονα, προωθείται η ιδέα των ειδικών δικαστηρίων που θα εκδικάζουν τις αποζημιώσεις όταν διαπιστώνονται επαγγελματικές ασθένειες (Clauwaert, 2013).

Στην Εσθονία οι εργοδότες που καταρτίζουν και τοποθετούν σε νέες θέσεις όσους εργαζόμενους αντιμετωπίζουν προβλήματα ανικανότητας και μη-αποδοτικής εργασίας στην προηγούμενη θέση τους επιδοτούνται με το 25% του κόστους κατάρτισης (Clauwaert, 2013).

Στη Γαλλία όλοι οι εργοδότες είναι υποχρεωμένοι να έχουν έγγραφα εκτίμησης του κινδύνου υγείας και ασφάλειας για κάθε εργαζόμενο ατομικά καθώς και ένα σχέδιο για τον περιορισμό τους. Αν δεν εφαρμόζονται οι παραπάνω δεσμεύσεις επιβάλλεται πρόστιμο που αντιστοιχεί στο 1% της ετήσιας μισθοδοσίας. Επίσης εφαρμόζονται εθνικά προγράμματα βελτίωσης των συνθηκών υγιεινής και ασφάλειας που εξειδικεύονται σε περιφερειακό και κλαδικό επίπεδο με τη συμμετοχή των βασικών κοινωνικών εταίρων δίνοντας έμφαση στην πρόληψη (Clauwaert, 2013). Στην Ελλάδα, όμως, τα μέτρα βελτίωσης των συνθηκών υγείας των εργαζομένων περιορίζονται στην καταβολή του επιδόματος ανθυγιεινής εργασίας

Σύμφωνα με την Έρευνα σε εργοδότες και εργαζόμενους του Ευρωπαϊκού οργανισμού για την υγεία και ασφάλεια (ESENER), που διενεργήθηκε το 2009 διαπιστώθηκε ότι στο σύνολο των 27 κρατών μελών της Ε.Ε. η πλειονότητα των επιχειρήσεων (76%) και ιδίως οι μεγάλες επιχειρήσεις, αναφέρουν την ύπαρξη καταγεγραμμένης πολιτικής και καθιερωμένου συστήματος ή σχεδίου δράσης για την υγεία και ασφάλεια στην Εργασία. Μεταξύ των χωρών, τα υψηλότερα ποσοστά αναφέρονται στο Ηνωμένο Βασίλειο (98%), στην Ισπανία (97%) και την Ιρλανδία (96%), σε αντίθεση με την Ελλάδα (38%), την Τουρκία (38%) και το Λουξεμβούργο (46%). Επίσης, η πλειονότητα των επιχειρήσεων στην ΕΕ-27 (87%) πραγματοποιεί ελέγχους στο πλαίσιο της διενέργειας εκτίμησης κινδύνου ή παρόμοιων μέτρων με τα ποσοστά να είναι ελαφρώς υψηλότερα στις επιχειρήσεις που έχουν συμπεριλάβει στο δυναμικό τους εκπρόσωπο υγιεινής και ασφάλειας. Σε γενικές γραμμές, όσο μικρότερη είναι η επιχείρηση τόσο πιθανότερο είναι να αναθέσει τη διενέργεια εκτίμησης κινδύνου σε εξωτερικούς παρόχους υπηρεσιών. Τα υψηλότερα ποσοστά διενέργειας εκτίμησης κινδύνου ή παρόμοιων μέτρων αναφέρονται από επιχειρήσεις στην Ιταλία (99%), στο Ηνωμένο Βασίλειο (97%) και την Ισπανία (95%). Σε επίπεδο κλάδων, τα υψηλότερα ποσοστά (άνω του 90%) αντιστοιχούν όπως είναι αναμενόμενο, στους πιο επικίνδυνους κλάδους όπως η εξόρυξη (99%), η μεταποίηση (91%) και οι κατασκευές (91%).

Ωστόσο μία κοινή διαπίστωση είναι ότι οι περισσότερες συστάσεις στον τομέα της υγιεινής και ασφάλειας δεν υιοθετούνται από τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και εφαρμόζονται κατά κανόνα αποσπασματικά μέτρα που χρηματοδοτούνται ανεπαρκώς

(Menendez, Benach and Laurent, αχρονολόγητο).

Η κατανόηση από την πλευρά των εργαζομένων των κινδύνων που απειλούν την υγεία τους στο χώρο εργασίας, επιδρά στην ικανοποίηση που αισθάνονται όχι μόνο από το περιβάλλον εργασίας αλλά και από τα καθήκοντα που εκτελούν και την απόδοση που έχουν κατά την άσκησή τους. Τα άτομα που εκτίθεται τακτικά σε επαγγελματικούς κινδύνους αναφορικά με την υγεία και ασφάλειά τους αντιλαμβάνονται αυτούς τους κινδύνους με ποικίλους τρόπους και αυτές οι αντιλήψεις επιδρούν στην ικανοποίηση από την εργασία τους, το επαγγελματικό στρες και την απόδοσή τους (McLain, 1995).

Η πρόληψη και η φροντίδα της υγείας των εργαζομένων δεν είναι εφικτό να διαχωριστεί, πλήρως, σε ό,τι συμβαίνει στο χώρο εργασίας και ό,τι συντελείται ως στάση, συμπεριφορά και πρακτική από τους εργαζόμενους εκτός χώρους εργασίας και για αυτό το λόγο η υγεία και η ασφάλεια των εργαζομένων θα πρέπει να αντιμετωπίζεται στο πλαίσιο πολιτικών ολιστικής προσέγγισης. Ορισμένες μελέτες υποστηρίζουν ότι οι καταχρήσεις (obesity) από την πλευρά των εργαζομένων αυξάνουν το κόστος παραγωγής για τις επιχειρήσεις καθώς συμβάλουν στην αύξηση των απουσιών και των αιτημάτων για αποζημιώσεις, καθώς και την ανικανότητα εργασίας για όσους είναι άνω των πενήντα ετών. Το 27% της αύξησης των δαπανών υγείας μεταξύ του 1987 και του 2001 αποδίδεται στις καταχρήσεις (Heinen and Darling, 2009).

Ως συνέπεια της γνώσης των παραπάνω προβλημάτων από την πλευρά των επιχειρήσεων, πολλοί εργοδότες υιοθετούν μία προσέγγιση της υγείας των εργαζομένων που είναι

προσανατολισμένη προς τον τρόπο ζωής των εργαζομένων και της οικογένειάς τους εκτός του χώρου εργασίας. Πολλές επιχειρήσεις εισάγουν κίνητρα για τους εργαζόμενους και τις οικογένειες τους προκειμένου να ακολουθούν ένα υγιεινό τρόπο ζωής. Σ' αυτά περιλαμβάνονται η κάλυψη ενός μέρους του κόστους για συμμετοχή των εργαζομένων σε προγράμματα βελτίωσης της υγείας τους, όπως είναι το κόστος των υπηρεσιών που παρέχουν συμβεβλημένοι διαιτολόγοι, η παροχή διευκολύνσεων φυσικής άσκησης στο περιβάλλον εργασίας (π.χ. γυμναστήριο) και ο εργασιακός αθλητισμός, η ενθάρρυνση της συμμετοχής σε αθλητικές δραστηριότητες ή σε ομάδες αλληλοϋποστήριξης για ζητήματα υγείας, και η διοργάνωση εκδηλώσεων υγιεινής διατροφής στα καφέ και τις καντίνες που συχνάζουν οι εργαζόμενοι.

Σ' αυτή την κατεύθυνση το κράτος θα μπορούσε να συνεισφέρει στην ενίσχυση αυτού του είδους των προγραμμάτων απαλλάσσοντας από τη φορολογία εισοδήματος τα επιμίσθια που παρέχουν οι επιχειρήσεις στους εργαζόμενους για την συμμετοχή τους σε δραστηριότητες που ενισχύουν την υγεία τους (Shikdar and Sawaqed, 2003).

Ωστόσο τέτοιου είδους πρακτικές για την ενίσχυση του υγιεινού τρόπου ζωής, τουλάχιστον στην Ελλάδα δεν αποτελούν προτεραιότητα της προληπτικής πολιτικής για την υγεία του πληθυσμού. Αν και με χρηματοδότηση της Ε.Ε. από το 2003 έως σήμερα, στο πλαίσιο των Προγραμμάτων Δημόσιας Υγείας, χρηματοδοτήθηκαν αρκετές δράσεις πρόληψης της υγείας στην Ελλάδα, αυτές είχαν γενικό ενημερωτικό προσανατολισμό, απευθύνονταν σε κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες, όπως είναι οι χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών ή οι οροθετικοί, και κατά ένα μεγάλο μέρος επικεντρώνονταν στα

σχολεία και το μαθητικό πληθυσμό. Ο χώρος της εργασίας θεωρήθηκε και εξακολουθεί να θεωρείται ως δευτερεύουσας σημασίας για την ανάπτυξη δράσεων πρόληψης της υγείας ακόμα και από τις ίδιες τις επιχειρήσεις που προτιμούν να χρηματοδοτούν δράσεις που απευθύνονται στις διάφορες κοινότητες, γενικά, θεωρώντας ότι έτσι ενισχύουν πολύ περισσότερο τη δημόσια εικόνα τους, παρά στους ίδιους τους εργαζόμενους τους. Σύμφωνα με την ειδική έκθεση του Clauwaert Stefan (2013) που διενεργήθηκε για λογαριασμό του ETUI, η βελτίωση της υγείας και της φροντίδας υγείας του γενικού πληθυσμού σημαίνει ότι αυτομάτως βελτιώνεται και η υγεία της εργατικής δύναμης. Οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα των συντάξεων συνεπάγονται ανάλογες αλλαγές και μεταρρυθμίσεις στις συνθήκες και το χώρο εργασίας (Clauwaert, 2013). Επιπλέον, η επέκταση της ευέλικτης ή αδήλωτης απασχόλησης και η παγίωσή τους σε υψηλά επίπεδα σημαίνει ότι θα πρέπει να αναπροσαρμοστούν οι προτεραιότητες των προγραμμάτων και παρεμβάσεων στον τομέα της υγείας και ασφάλειας έτσι ώστε να προστατεύονται οι παραπάνω κατηγορίες εργαζομένων.

Τέλος, ορισμένες φεμινιστικές προσεγγίσεις υποστηρίζουν ότι δεν θα πρέπει να υπάρχουν ειδικές ρυθμίσεις υγείας και ασφάλειας των γυναικών διότι αυτές οι ρυθμίσεις οδηγούν πολλές φορές σε διακρίσεις σε βάρος τους από την πλευρά των εργοδοτών (Bell, 1979).

#### **1.4 Προς μία πρόταση ταξινόμησης των παραγόντων που επιδρούν στην υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων**

Από τη βιβλιογραφική επισκόπηση που παρουσιάστηκε παραπάνω προκύπτει ότι οι

παραγόντες που επιδρούν στην υγεία αλλά και τους τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι, διακρίνονται σε διαφορετικές –όχι κατ’ ανάγκη απολύτως διακριτές– μεταξύ τους κατηγορίες. Έτσι μία διάκριση είναι αυτή μεταξύ των παραγόντων πλαισίου, των παραγόντων δομικού χαρακτήρα και των παραγόντων υποκειμενικού χαρακτήρα.

Οι **παραγόντες πλαισίου** είναι κυρίως αυτοί που διαμορφώνουν το εξωτερικό περιβάλλον της παραγωγής και των συνθηκών εργασίας και αναφέρονται στη γενική οικονομική κατάσταση, το θεσμικό και πολιτικό περιβάλλον, τα επίπεδα και την ένταση της ανεργίας και το δημόσιο σύστημα φροντίδας της υγείας.

Οι **παραγόντες δομικού-συστημικού χαρακτήρα** είναι εκείνοι που ορίζουν τα εσωτερικά πλαίσια παραγωγής και συνθηκών εργασίας και αναφέρονται στον κλάδο και το είδος δραστηριότητας που αναπτύσσει η επιχείρηση, τη θέση της στην αλυσίδα της αξίας, τη διαθέσιμη τεχνολογία και τεχνογνωσία, τους εξοπλισμούς που χρησιμοποιούνται, την κλίμακα παραγωγής, το μέγεθος της επιχείρησης, τις χημικές και άλλες ουσίες που χρησιμοποιούνται στο χώρο εργασίας, τα επίπεδα θορύβου, η ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης του προσωπικού.

Οι **παραγόντες υποκειμενικού χαρακτήρα** είναι αυτοί που μπορούν να διευθετηθούν με τη συλλογική ή ατομική δραστηριότητα και συμπεριφορά των στελεχών της παραγωγής εντός και εκτός επιχείρησης και αναφέρονται στις ρυθμίσεις, τους κανονισμούς και τις πρακτικές προστασίας της υγείας και της ασφάλειας, τους θεσμούς επιτήρησης, εποπτείας, ελέγχου και παρακολούθησης (επιθεωρήσεις εργασίας, επιτροπές υγείας και ασφάλειας,

εκπρόσωποι εργαζομένων, γιατροί εργασίας, τεχνικοί ασφάλειας), τις εργονομικές διευθετήσεις του χώρου εργασίας και των εξοπλισμών, το μοντέλο και το κλίμα της συλλογικής διαπραγμάτευσης, τον τρόπο οργάνωσης της εργασίας και τις εργασιακές σχέσεις (μόνιμο προσωπικό, υπεργολαβίες, υπενουκίαση εργαζομένων, ευέλικτη ή άτυπη απασχόληση, αυτοαπασχόληση, νυχτερινή εργασία και σύστημα αμοιβής και επιβράβευσης της εργασίας.

Μία άλλη διάκριση των παραγόντων που επιδρούν στις συνθήκες εργασίας είναι αυτή των μεταξύ των παραγόντων συλλογικού ή ατομικού χαρακτήρα και των παραγόντων μακροεπιπέδου και μικροεπιπέδου. Στους παράγοντες **μάκροεπιπέδου** αναφέρονται εκείνες οι μεταβλητές που αφορούν το θεσμικό και κανονιστικό πλαίσιο όπως είναι οι κανονισμοί και οι προδιαγραφές παραγωγής, το σύστημα ασφάλισης και αποζημίωσης για τις επαγγελματικές ασθένειες, οι διαδικασίες αναγνώρισης των επαγγελματικών ασθενειών, τα δικαιώματα των εκπροσώπων των εργαζομένων αλλά και των ίδιων των εργαζομένων αναφορικά με την προστασία της υγείας στο χώρο εργασίας (π.χ. άρνηση παροχής εργασίας) κ.ά. Στους παράγοντες **μικροεπιπέδου** περιλαμβάνονται εκείνες οι διαστάσεις που περιστρέφονται γύρω από τη συμπεριφορά της διοίκησης και των εργαζομένων στο επί-

πεδο της επιχείρησης. Εδώ περιλαμβάνεται η στρατηγική κερδοφορίας και ανταγωνιστικότητας που ακολουθεί η επιχείρηση, το μοντέλο διοίκησης, το στυλ του μάνατζμεντ υγείας και ασφάλειας, η ρυθμική εργασία, η επάρκεια των ατομικών μέσων προστασίας, οι διαπροσωπικές σχέσεις. Στους παράγοντες **συλλογικού** χαρακτήρα αναφέρονται ζητήματα όπως είναι το κλίμα εργασίας και ασφάλειας, η συλλογική κουλτούρα στην επιχείρηση, τα είδη και η συχνότητα επιμόρφωσης και κατάρτισης σε ζητήματα υγείας και ασφάλειας, ο εργασιακός αθλητισμός κ.ά. Τέλος στους **ατομικούς παράγοντες** περιλαμβάνονται η γνώση και κατανόηση των κινδύνων από μέρους των εργαζομένων, η χρήση ΜΑΠ, η αυτοεκτίμηση και αναγνώριση της εργασίας, το άγχος και το στρες, ο τρόπος ζωής των εργαζομένων (κάπνισμα, διατροφή, άθληση), η οικονομική κατάσταση του εργαζομένου και ο βαθμός εξάρτησης της αμοιβής του από την ένταση της εργασίας του, η κουλτούρα και η συμπεριφορά των στελεχών κ.ά.

Στο επόμενο κεφάλαιο θα παρουσιάσουμε το βασικό θεσμικό πλαίσιο για την υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων στην Ελλάδα, τις ανεπάρκειές στην εφαρμογή του και τους παράγοντες που κυρίως επηρεάζουν την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων στην Ελλάδα.



## 2. Θεσμοί και πολιτικές αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας και ασφάλειας της εργασίας στην Ελλάδα

### 2.1. Το θεσμικό πλαίσιο για την υγεία και ασφάλεια της εργασίας στην Ελλάδα

Η ιστορία των νομοθετικών παρεμβάσεων στον τομέα της υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας στην Ελλάδα μας παραπέμπει στα πρώτα νομοθετήματα κατά τις αρχές του 20ου αιώνα. Ο πρώτος νόμος για τη ρύθμιση της υγείας και ασφάλειας στο χώρο εργασίας είναι ο 3134 του 1911 του οποίου το πρώτο του άρθρο αναφέρει ότι:

«Οι βιομήχανοι, βιοτέχναι, έμποροι και παντός είδους επιχειρηματίαι και εργοδότης ή διευθυνταί ή διαχειρισταί εταιρικών επιχειρήσεων, «ναυπηγείων, χημικών εργαστηρίων, αποθηκών, εργασιών φορτώσεως και εκφορτώσεως, υπαιθρίων εργασιών κατασκευής και επισκευής οιωδηήποτε έργων, θεάτρων και εγκαταστάσεων παντός είδους δημοσίων θεαμάτων, γραφείων δημοσίων και ιδιωτικών» **υποχρεούνται** να διευθετώσι και διατηρώσι: τα εργοστάσια, εργαστήρια, και καταστήματα αυτών, ως και τα εν αυτοίς μηχανήματα, εργαλεία, και εξαρτήματα αυτών εις τρόπον **εξασφαλίζοντα** της παρ' αυτοίς εργαζομένους και της περιοίκους κατά κινδύνων ζωής, της υγείας, και της σωματικής ακεραιότητος, **εφ' όσον** η φύσις της επιχειρήσεως επιτρέπει. Ιδίως δε δέον της λαμβάνηται παρ' αυτών μέριμναι α) Να τηρήται εν τοις τόποις της εργασίας η υπό της υγιεινής απαιτουμένη

καθαριότης. β) Να διατηρήται κατά μεν την ημέραν φυσικός φωτισμός επαρκής, πλην των εργασιών εκείνων αίτινες, ως εκ της φύσεως αυτών, απαιτούσι τεχνητόν φωτισμόν, κατά δε την νύκτα ο τεχνητός φωτισμός να είναι επαρκής, λαμβανομένων των αναγκαίων προφυλάξεων δια την ασφάλειαν του προσωπικού κατά των εκ του φωτισμού κινδύνων. γ) Ο χώρος εκάστου διαμερίσματος εργατών να είναι ανάλογος της τον αριθμόν αυτών, καθ' ην αναλογίαν αερισμού ορίζουσιν οι κανόνες της υγιεινής, ανανεουμένοι κατά της της κανόνας του αέρος του διαμερίσματος. δ) Να μη υπάρχη υγρασία επί του δαπέδου και των τοίχων του διαμερίσματος. ε) Τα μηχανήματα παντός είδους, οι τροχοί, αι τροχαλαίαι και οι ιμάντες οι μεταδίδοντες την κινητήριον δύναμιν, να είναι εγκατεστημένα και να λειτουργώσιν υπό της καλλιτέρους δυνατούς όρους, οίτινες ασφαλίζουσι της εργάτας κατά κινδύνων ζωής ή σωματικής ακεραιότητος. σ) Τα ικρίωματα εις τας οικοδομικάς εργασίας και επιχειρήσεις να κατασκευάζωνται κατά τρόπον ασφαλίζοντα της εργάτας κατά παντός κινδύνου. ζ) Εις τας υπαιθρίους εν γένει εργασίας να λαμβάνηται πάσα δυνατή πρόνοια, της ασφαλίζονται οι εργάται κατά παντός κινδύνου, προφυλάσσονται δε από της επιδράσεως των ηλιακών ακτίνων κατά το θέρος».

Με τον ίδιο νόμο και πιο συγκεκριμένα με το άρθρο 5 ορίστηκαν οι εποπτικές αρχές

και οι αρμοδιότητές τους. Όπως αναφέρεται: «Την εφαρμογήν του νόμου τούτου εποπτεύουσιν αι αστυνομικαί αρχαί, οι αστυίατροι οι υγειονομικοί ιατροί, ή αι ειδικαί αρχαί, αίτινες ήθελον ορισθή δι' ειδικού νόμου πάσα δε παράβασις καταδιώκεται επί τη μηνύσει παντός ιδιώτου και πάσης εργατικής ενώσεως και αυτεπαγγέλτως».

Οι ρυθμίσεις του παραπάνω νομοθετήματος αντιμετωπίστηκαν ως επαρκείς για 20 και πλέον χρόνια και μόλις στις 14 Μάρτη του 1934 εκδόθηκε το Διάταγμα περί υγιεινής και ασφάλειας των εργατών και υπαλλήλων των πάσης φύσεως βιομηχανικών και βιοτεχνικών εργοστασίων, εργαστηρίων κ.λπ. (ΦΕΚ 112/Α/22-3-34) με το οποίο ρυθμίστηκαν αναλυτικά οι κανόνες υγιεινής και ασφάλειας που πρέπει να τηρούνται στις εγκαταστάσεις παραγωγής.

Η επόμενη σημαντική νομοθετική ρύθμιση έγινε μετά από μισό αιώνα και πιο συγκεκριμένα το 1985 όταν με το νόμο 1568/85 θεσπίστηκε το σύγχρονο νομοθετικό και ρυθμιστικό πλαίσιο για την υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας και προβλέφθηκαν ειδικά εποπτικά όργανα για την εφαρμογή του. Ο νόμος 1568/85 προβλέπει τη λειτουργία επιτροπών των εργαζομένων για την υγιεινή και ασφάλεια στο χώρο εργασίας, την παρουσία τεχνικού ασφάλειας ή ειδικά καταρτισμένου εργαζόμενου στις μικρές επιχειρήσεις και την τακτική παρουσία γιατρού εργασίας σε όλες τις επιχειρήσεις που απασχολούν 50 εργαζόμενους και πάνω. Τρία χρόνια αργότερα εκδόθηκε ένα ιδιαίτερα σημαντικό προεδρικό διάταγμα (Π.Δ. 294/1988) που εξειδίκευσε το παραπάνω πλαίσιο και πιο συγκεκριμένα προσδιόρισε τον ελάχιστο χρόνο απασχόλησης του τεχνικού ασφάλειας και του γιατρού εργασίας κατά κατηγορία επικινδυνότητας και μέγεθος της

επιχείρησης αλλά και το επίπεδο γνώσεων και η ειδικότητα του τεχνικού ασφάλειας για τις επιχειρήσεις, εκμεταλλεύσεις και εργασίες που εμπίπτουν στις ρυθμίσεις του Ν. 1568/85. Δεκαέξι χρόνια μετά με το νόμο 3144/2003 επιδιώχθηκε να ενισχυθεί περαιτέρω ο κοινωνικός διάλογος σε ζητήματα υγείας και ασφάλειας της εργασίας.

Τομή αποτέλεσε, επίσης, η ψήφιση του νόμου 3850 του 2010 με τον οποίο κυρώθηκε ο κώδικας νόμων για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων ώστε να διευκολυνθεί η εφαρμογή τους. Επιμέρους τροποποιήσεις αυτού του νόμου έγιναν με το άρθρο 36 του Ν. 4144/2013 καθώς και με τους νόμους 4316/2014 και 4225/2014.

Παρά την τις προσπάθειες κωδικοποίησης και απλοποίησης των νομοθετικών διατάξεων για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων οι συνθήκες που επικρατούν στους χώρους εργασίας δεν μπορούν να χαρακτηριστούν ως ικανοποιητικές αν εξαιρέσουμε τις λίγες μεγάλες επιχειρήσεις που επενδύουν στην καλή φυσική και πνευματική κατάσταση του προσωπικού τους. Όπως μας ανέφερε έμπειρος γιατρός εργασίας «Σε κάποιες μεγάλες επιχειρήσεις και συνήθως στις πολυεθνικές, λόγω κυρίως κεκτημένης ταχύτητας, δημιουργούνται κάποιες συνθήκες υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων και προσπαθούν μέσω κάποιων ISO για την υγεία και ασφάλεια να βελτιώσουν τις συνθήκες αλλά δεν υπάρχει υποδομή για την υποστήριξή τους.... Στις δε μικρές επιχειρήσεις εκεί είναι χαμός! Δεν υπάρχει τίποτα! Νταχάου! Τεράστια προβλήματα και δεν υπάρχει δυνατότητα χειρισμού διότι αν ο γιατρός εργασίας καταγράψει κάποια προβλήματα και κάνει κάποιες συστάσεις οι εργαζόμενοι κινδυνεύουν να χάσουν τη δουλειά τους».

Επιπλέον, σύμφωνα με την έρευνα ESENER (2009), στην ερώτηση σε ποιο βαθμό πιστεύουν ότι η κακή υγεία προκαλείται από την εργασία που κάνουν οι άνθρωποι, οι Έλληνες απάντησαν ότι η εργασία προκαλεί κακή υγεία σε ποσοστό 85% συνολικά (49% σε μεγάλο και 36% σε κάποιο βαθμό). Η απάντηση αυτή δεν διαφοροποιείται με βάση το φύλο ή την ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης του ερωτώμενου. Πρόκειται για μια αντίληψη που διαπερνά κάθετα και οριζόντια το εργασιακό δυναμικό της χώρας. Συγκριτικά με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, οι Έλληνες βρίσκονται στην πέμπτη θέση, με πρώτους τους Λετονούς (κοντά στο 90%) και τελευταίους τους Μαλτέζους με ποσοστό 24%.

Επίσης, στην ερώτηση του ποιος είναι ο πιο αποφασιστικός παράγοντας κατά την αναζήτηση νέας εργασίας, τα στελέχη των επιχειρήσεων στην Ελλάδα απάντησαν ο μισθός. Σε ποσοστό 64% ο μισθός είναι ο πρώτος παράγοντας που καθοδηγεί τις επιλογές τους, ακολουθεί ο παράγοντας των συνθηκών ασφαλείας και υγείας στην εργασία, σε ποσοστό 47%, και αμέσως μετά η σιγουριά στην θέση απασχόλησης με ποσοστό 43% και οι ώρες εργασίας που βρίσκεται στο 27%. Οι γυναίκες επιζητούν την ασφάλεια στην εργασία σε ποσοστό 52% έναντι του 42% της αντίστοιχης απάντησης του ανδρικού φύλου, ενώ οι επιλογές με τον τρόπο κατάταξης που προαναφέρθηκε δεν φαίνεται να διαφοροποιούνται από την ηλικία ή το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων. Σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο απαντήσεων, οι Έλληνες που έχουν ως κριτήριο επιλογής τις συνθήκες υγείας και ασφάλειας κατατάσσονται αρκετά ψηλά, στην πέμπτη θέση (47%) ενώ ο αντίστοιχος ευρωπαϊκός ήταν 36% με την πρώτη θέση να καταλαμβάνουν οι Σουη-

δοί με 53% και την τελευταία οι Ρουμάνοι με 16%.

Όσον αφορά στις μεταβολές που συντελέστηκαν τα τελευταία χρόνια, οι Έλληνες πιστεύουν ότι οι συνθήκες ασφάλειας και υγείας της εργασίας τους έχουν χειροτερέψει (47%) ή χειροτερέψαν πολύ (19%) την τελευταία 5ετία. Μόνο το 31 % είδε τις συνθήκες Υγείας και Ασφάλειας στην εργασία να βελτιώνεται τα τελευταία 5 χρόνια. Αντίθετα, οι ευρωπαίοι εργαζόμενοι θεωρούν ότι καλυτέρευσαν οι συνθήκες Υγείας και Ασφάλειας στην εργασία τους σε ποσοστό 57%. Όσον αφορά στη συγκριτική κατάταξη, οι Έλληνες βρίσκονται στην προτελευταία θέση (26η) με μόλις το 31% να θεωρεί ότι είδε βελτίωση των συνθηκών Υγείας και Ασφάλειας στην εργασία. Στην τελευταία θέση κατατάσσονται οι Βούλγαροι εργαζόμενοι με μόλις το 15% να πιστεύει ότι καλυτέρευσαν οι συνθήκες Υγείας και Ασφάλειας της εργασίας τους και στην πρώτη θέση οι Ιρλανδοί οι οποίοι, παρά τη δεινή οικονομική κρίση στην οποία βρέθηκε η χώρα τους, σε ποσοστό 83% πιστεύουν ότι βελτιώθηκαν οι συνθήκες υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας τους.

Με βάση την ισχύουσα νομοθεσία, ο εργοδότης είναι υπεύθυνος για την αποτροπή των επιβλαβών παραγόντων και τη διαφύλαξη της υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων στην επιχείρησή του δίνοντας προτεραιότητα στη λήψη μέτρων ομαδικής προστασίας έναντι αυτών της ατομικής προστασίας. Ο εργοδότης (Άρθρο 38 του Ν.3850/2010) οφείλει να παίρνει μέτρα, ώστε να αποφεύγεται ή να ελαχιστοποιείται η έκθεση των εργαζομένων σε επιβλαβείς παράγοντες, όσο αυτό είναι πρακτικά δυνατό και σε κάθε περίπτωση το επίπεδο έκθεσης πρέπει να είναι κατώτερο από εκείνο που ορίζει η «οριακή τιμή έκθεσης». Πιο

συγκεκριμένα ο εργοδότης, υποχρεούται να παίρνει κατά σειρά τα πιο κάτω μέτρα: α) να αντικαθιστά, όσο είναι πρακτικά δυνατό, τους παράγοντες που είναι επιβλαβείς για την υγεία των εργαζομένων ή επικίνδυνοι με άλλους αβλαβείς ή λιγότερο επιβλαβείς, καθώς και να περιορίζει τη χρήση τους στο χώρο εργασίας, β) να αντικαθιστά, όσο είναι πρακτικά δυνατό, παραγωγικές διαδικασίες, μεθόδους και μέσα που δημιουργούν στους χώρους εργασίας παράγοντες οι οποίοι θεωρούνται επιβλαβείς για την υγεία ή επικίνδυνοι, με άλλες που δε δημιουργούν καθόλου τους παράγοντες αυτούς ή τους δημιουργούν σε επίπεδο χαμηλότερο από εκείνο που ορίζει η κατά περίπτωση «οριακή τιμή έκθεσης», γ) να περιορίζει, όσο είναι πρακτικά δυνατό, τον αριθμό των εργαζομένων που εκτίθενται ή ενδέχεται να εκτεθούν σε παράγοντες και το χρόνο έκθεσής τους και δ) να παρέχει μέτρα και μέσα ατομικής προστασίας στους εργαζομένους, όταν δεν είναι πρακτικά δυνατό να αποφευχθεί η επιβλαβής έκθεση τους με τους τρόπους, που αναφέρονται στην παράγραφο αυτή.

Επίσης ο εργοδότης πρέπει να: α) να ελέγχει τη συγκέντρωση ή ένταση των παραγόντων στους χώρους εργασίας και τα επίπεδα έκθεσης των εργαζομένων σ' αυτούς, πριν αρχίσει η λειτουργία μηχανών ή εγκαταστάσεων και σε τακτά χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια της λειτουργίας τους, καθώς και να αξιολογεί τα αποτελέσματα των ελέγχων αυτών σε συνδυασμό με τα αποτελέσματα του ιατρικού ελέγχου των εργαζομένων, β) να ενεργεί τακτικό έλεγχο και συντήρηση των μέσων, συσκευών ή συστημάτων ώστε αυτά να λειτουργούν σωστά και να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις των διατάξεων του παρόντος, γ) να προβλέπει και να λαμβάνει ειδικά επείγοντα μέτρα για τις περιπτώσεις

έκτακτων περιστατικών, που μπορεί να οδηγήσουν σε μεγάλες υπερβάσεις των «οριακών τιμών έκθεσης», δ) να εγκαθιστά σηματοδότηση προειδοποίησης και ασφάλειας των χώρων εργασίας και συστήματα συναγερμού και ε) να τηρεί και να ενημερώνει, σύμφωνα με τις σχετικές διατάξεις και τις οδηγίες της αρμόδιας αρχής, καταλόγους των εργαζομένων που εκτίθενται στους παράγοντες και βιβλία καταχώρισης των αποτελεσμάτων των ελέγχων που γίνονται σύμφωνα με τις προηγούμενες περιπτώσεις.

Σύμφωνα με το άρθρο 39 του Ν. 3850/2010 ο **εργοδότης** υποχρεούται να παραπέμπει σε ιατρικό έλεγχο κάθε εργαζόμενο: α) μετά την πρόσληψή του και στη συνέχεια σε τακτά χρονικά διαστήματα και β) κατά την αλλαγή θέσης εργασίας και πριν από την τοποθέτησή του σε εργασία που συνεπάγεται έκθεση σε παράγοντες (άρθρο 39 του Ν. 3850/2010), να μεριμνά ώστε να τηρούνται και να ενημερώνονται το βιβλίο καταχώρισης των συλλογικών ανώνυμων αποτελεσμάτων των βιολογικών εξετάσεων ενδεικτικών της έκθεσης, όταν προβλέπονται τέτοιες εξετάσεις και ο ατομικός ιατρικός φάκελος των εργαζομένων που εκτίθενται στους παράγοντες. Ο φάκελος τηρείται από τον ιατρό εργασίας που είναι υπεύθυνος για τη διαφύλαξη του ιατρικού απορρήτου. Δεν επιτρέπεται να απασχολείται εργαζόμενος σε εργασία που συνεπάγεται έκθεση στους παράγοντες, αν αυτή είναι αντίθετη με τα πορίσματα του ιατρικού ελέγχου.

Για την αποτελεσματικότερη παρέμβαση στα ζητήματα υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας με το Ν. 1568/1985 θεσπίστηκαν τρία κρίσιμης σημασίας συμβουλευτικά όργανα των οποίων ο ρόλος και οι αρμοδιότητες είναι καθοριστικής σημασίας. Πρόκειται για το θεσμό του τεχνικού ασφάλειας, του γιατρού ερ-

γασίας και της Επιτροπής Υγιεινής και Ασφάλειας των Εργαζομένων ή του εκπροσώπου των εργαζομένων στις επιχειρήσεις με λιγότερα από 50 άτομα προσωπικό, όπου, όμως, εντάσσεται πάνω από 70% των ελληνικών επιχειρήσεων.

Ο **τεχνικός ασφάλειας** παρέχει στον εργοδότη υποδείξεις και συμβουλές, γραπτά ή προφορικά, σε θέματα σχετικά με την υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων και την πρόληψη των εργατικών ατυχημάτων. Τις γραπτές υποδείξεις ο τεχνικός ασφάλειας καταχωρεί σε **ειδικό βιβλίο** της επιχείρησης, το οποίο σελιδομετρείται και θεωρείται από την Επιθεώρηση Εργασίας. Ο εργοδότης έχει υποχρέωση να λαμβάνει γνώση ενυπογράφως των υποδείξεων που καταχωρούνται σε αυτό το βιβλίο (άρθρο 14 του Ν. 3850/2010). Ειδικότερα ο τεχνικός ασφάλειας:

α) συμβουλεύει σε θέματα σχεδιασμού, προγραμματισμού, κατασκευής και συντήρησης των εγκαταστάσεων, εισαγωγής νέων παραγωγικών διαδικασιών, προμήθειας μέσων και εξοπλισμού, επιλογής και ελέγχου της αποτελεσματικότητας των ατομικών μέσων προστασίας, καθώς και διαμόρφωσης και διευθέτησης των θέσεων και του περιβάλλοντος εργασίας και γενικά οργάνωσης της παραγωγικής διαδικασίας, β) ελέγχει την ασφάλεια των εγκαταστάσεων και των τεχνικών μέσων, πριν από τη λειτουργία τους, καθώς και των παραγωγικών διαδικασιών και μεθόδων εργασίας πριν από την εφαρμογή τους και επιβλέπει την εφαρμογή των μέτρων υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων και πρόληψης των ατυχημάτων, ενημερώνοντας σχετικά τους αρμόδιους προϊσταμένους των τμημάτων ή τη διεύθυνση της επιχείρησης.

Ο τεχνικός ασφάλειας έχει υποχρέωση (άρ-

θρο15 του Ν.3850/2010): α) να επιθεωρεί τακτικά τις θέσεις εργασίας από πλευράς υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων, να αναφέρει στον εργοδότη οποιαδήποτε παράλειψη των μέτρων υγείας και ασφάλειας, να προτείνει μέτρα αντιμετώπισής της και να επιβλέπει την εφαρμογή τους, β) να επιβλέπει την ορθή χρήση των ατομικών μέσων προστασίας, γ) να ερευνά τα αίτια των εργατικών ατυχημάτων, να αναλύει και αξιολογεί τα αποτελέσματα των ερευνών του και να προτείνει μέτρα για την αποτροπή παρόμοιων ατυχημάτων, δ) να εποπτεύει την εκτέλεση ασκήσεων πυρασφάλειας και συναγερμού για τη διαπίστωση ετοιμότητας προς αντιμετώπιση ατυχημάτων, ε) να μεριμνά ώστε οι εργαζόμενοι στην επιχείρηση να τηρούν τους κανόνες υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων και να τους ενημερώνει και καθοδηγεί για την αποτροπή του επαγγελματικού κινδύνου που συνεπάγεται η εργασία τους και να συμμετέχει στην κατάρτιση και εφαρμογή των προγραμμάτων εκπαίδευσης των εργαζομένων σε θέματα υγείας και ασφάλειας.

Τέλος, η άσκηση του έργου του τεχνικού ασφάλειας δεν αποκλείει την ανάθεση σε αυτόν από τον εργοδότη και άλλων καθηκόντων, πέρα από το ελάχιστο όριο ωρών απασχόλησής του ως τεχνικού ασφάλειας.

Ο γιατρός εργασίας λειτουργεί, επίσης, ως σύμβουλος του εργοδότη σε όλες τις επιχειρήσεις που απασχολούν άνω των 50 ατόμων και είναι αρμόδιος για την παρακολούθηση της κατάστασης υγείας των εργαζομένων τηρώντας ατομικό φάκελο για τη φυσική τους ικανότητα και την επιβάρυνση που δέχεται η υγεία τους εξαιτίας των συνθηκών εργασίας.

Σύμφωνα με το άρθρο 17 του Ν.3850/2010, ο γιατρός εργασίας παρέχει υποδείξεις και

συμβουλές στον εργοδότη, στους εργαζομένους και στους εκπροσώπους τους, γραπτά ή προφορικά, σχετικά με τα μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται για τη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων. Τις γραπτές υποδείξεις ο ιατρός εργασίας καταχωρεί σε ειδικό βιβλίο. Ο εργοδότης λαμβάνει γνώση ενυπογράφως των υποδείξεων που καταχωρούνται σε αυτό το βιβλίο. Ειδικότερα ο ιατρός εργασίας συμβουλεύει σε θέματα: α) σχεδιασμού, προγραμματισμού, τροποποίησης της παραγωγικής διαδικασίας, κατασκευής και συντήρησης εγκαταστάσεων, σύμφωνα με τους κανόνες υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων, β) λήψης μέτρων προστασίας κατά την εισαγωγή και χρήση υλών και προμήθειας μέσων εξοπλισμού, γ) φυσιολογίας και ψυχολογίας της εργασίας, εργονομίας και υγιεινής της εργασίας, της διευθέτησης και διαμόρφωσης των θέσεων και του περιβάλλοντος της εργασίας και της οργάνωσης της παραγωγικής διαδικασίας, δ) οργάνωσης υπηρεσίας παροχής πρώτων βοηθειών, ε) αρχικής τοποθέτησης και αλλαγής θέσης εργασίας για λόγους υγείας, προσωρινά ή μόνιμα, καθώς και ένταξης ή επανένταξης μειονεκτούντων ατόμων στην παραγωγική διαδικασία, ακόμη και με υπόδειξη αναμόρφωσης της θέσης εργασίας.

Για την επίβλεψη της υγείας των εργαζομένων (άρθρο 18 του Ν. 3850/2010) ο γιατρός εργασίας προβαίνει σε ιατρικό έλεγχο των εργαζομένων σχετικά με τη θέση εργασίας τους, μετά την πρόσληψη τους ή την αλλαγή θέσης εργασίας, καθώς και σε περιοδικό ιατρικό έλεγχο κατά την κρίση του επιθεωρητή εργασίας ύστερα από αίτημα της Επιτροπής Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (ΕΥΑΕ), όταν τούτο δεν ορίζεται από το νόμο και μερικώς για τη διενέργεια ιατρικών εξετάσεων και μετρήσεων παραγόντων του εργασιακού

περιβάλλοντος σε εφαρμογή των διατάξεων που ισχύουν κάθε φορά. Εκτιμά την καταλληλότητα των εργαζομένων για τη συγκεκριμένη εργασία, αξιολογεί και καταχωρεί τα αποτελέσματα των εξετάσεων, εκδίδει βεβαίωση των παραπάνω εκτιμήσεων και την κοινοποιεί στον εργοδότη. Το περιεχόμενο της παραπάνω βεβαίωσης πρέπει να εξασφαλίζει το ιατρικό απόρρητο υπέρ του εργαζομένου και μπορεί να ελεγχθεί από τους υγειονομικούς επιθεωρητές του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, για την κατοχύρωση του εργαζομένου και του εργοδότη. Ο γιατρός εργασίας επιβλέπει, επίσης, την εφαρμογή των μέτρων προστασίας της υγείας των εργαζομένων και πρόληψης των ατυχημάτων. Για το σκοπό αυτό: α) επιθεωρεί τακτικά τις θέσεις εργασίας και αναφέρει οποιαδήποτε παράλειψη, προτείνει μέτρα αντιμετώπισης των παραλείψεων και επιβλέπει την εφαρμογή τους, β) επεξηγεί την αναγκαιότητα της σωστής χρήσης των ατομικών μέτρων προστασίας, γ) ερευνά τις αιτίες των ασθενειών που οφείλονται στην εργασία, αναλύει και αξιολογεί τα αποτελέσματα των ερευνών και προτείνει μέτρα για την πρόληψη των ασθενειών αυτών, δ) επιβλέπει τη συμμόρφωση των εργαζομένων στους κανόνες υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων, ενημερώνει τους εργαζομένους για τους κινδύνους που προέρχονται από την εργασία τους, καθώς και για τους τρόπους πρόληψής τους, ε) παρέχει επείγουσα θεραπεία σε περίπτωση ατυχήματος ή αιφνίδιας νόσου και εκτελεί προγράμματα εμβολιασμού των εργαζομένων με εντολή της αρμόδιας διεύθυνσης υγιεινής της νομαρχίας, όπου εδρεύει η επιχείρηση. Ο ιατρός εργασίας αναγγέλλει μέσω της επιχείρησης στην Επιθεώρηση Εργασίας ασθένειες των εργαζομένων που οφείλονται στην εργασία και γι' αυτό το

σκοπό πρέπει να ενημερώνεται από τον εργοδότη και τους εργαζομένους για οποιοδήποτε παράγοντα στο χώρο εργασίας που έχει επίπτωση στην υγεία.

Για κάθε εργαζόμενο ο γιατρός εργασίας της επιχείρησης τηρεί σχετικό ιατρικό φάκελο. Επιπλέον καθιερώθηκε να περιλαμβάνεται στον ιατρικό φάκελο, ατομικό βιβλιάριο επαγγελματικού κινδύνου, όπου αναγράφονται τα αποτελέσματα των ιατρικών και εργαστηριακών εξετάσεων κάθε φορά που εργαζόμενος υποβάλλεται σε αντίστοιχες εξετάσεις. Δικαιούνται να λαμβάνουν γνώση του φακέλου και του ατομικού βιβλιαρίου του εργαζομένου οι υγειονομικοί επιθεωρητές της αρμόδιας Επιθεώρησης Εργασίας και οι ιατροί του ασφαλιστικού οργανισμού, στον οποίο ανήκει ο εργαζόμενος, καθώς και ο ίδιος ο εργαζόμενος. Σε κάθε περίπτωση παύσης της σχέσης εργασίας, το βιβλιάριο παραδίδεται στον εργαζόμενο που αφορά. Απαγορεύεται η αναγραφή και επεξεργασία στο ατομικό βιβλιάριο επαγγελματικού κινδύνου του εργαζομένου, στοιχείων ή δεδομένων άλλων πέραν των αποτελεσμάτων των ιατρικών και εργαστηριακών εξετάσεων στις οποίες αυτός υποβάλλεται κάθε φορά. Επιπλέον, οι γιατροί εργασίας επιτρέπεται να συλλέγουν ιατρικά δεδομένα με επιμέλεια του ίδιου του εργαζομένου προκειμένου να αποτελέσουν αντικείμενο επεξεργασίας, μόνο εφόσον αυτό είναι απολύτως απαραίτητο: α) για την αξιολόγηση της καταλληλότητάς του για μια συγκεκριμένη θέση ή εργασία, β) για την εκπλήρωση των υποχρεώσεων του εργοδότη για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων και γ) για τη θεμελίωση δικαιωμάτων του εργαζομένου και αντίστοιχη απόδοση κοινωνικών παροχών. Ο ιατρός εργασίας στο πλαίσιο των υποχρεώσεων του και των υποχρεώσεων του

εργοδότη, σύμφωνα με τις κείμενες ειδικές διατάξεις, εφόσον η επιχείρηση δεν διαθέτει την κατάλληλη υποδομή, έχει υποχρέωση να παραπέμπει τους εργαζομένους για συγκεκριμένες συμπληρωματικές ιατρικές εξετάσεις. Οι εξετάσεις αυτές διενεργούνται σε εξωτερικές υπηρεσίες (ΕΞΥΠ) ή σε κατάλληλες υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα ή σε προσδιοριζόμενες από τους Υπουργούς Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αρμόδιες μονάδες των ασφαλιστικών οργανισμών ή του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Στη συνέχεια ο ιατρός εργασίας λαμβάνει γνώση και αξιολογεί τα αποτελέσματα των παραπάνω εξετάσεων. Οι δαπάνες που προκύπτουν από την εφαρμογή της παραπάνω ρύθμισης βαρύνουν τον εργοδότη.

Ο γιατρός εργασίας έχει υποχρέωση να τηρεί το ιατρικό και επιχειρησιακό απόρρητο. Επίσης, ο ιατρός εργασίας δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιείται για να επαληθεύει το δικαιολογημένο ή μη, λόγω νόσου, απουσίας εργαζομένου. Τέλος, η επίβλεψη της υγείας των εργαζομένων στον τόπο εργασίας δεν μπορεί να συνεπάγεται οικονομική επιβάρυνση γι' αυτούς και πρέπει να γίνεται κατά τη διάρκεια των ωρών εργασίας τους.

## 2.2 Η εφαρμογή του Θεσμικού πλαισίου και οι ανεπάρκειές της

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ο εργοδότης υποχρεούται να επιβλέπει την ορθή εφαρμογή των μέτρων υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας στην επιχείρησή του, να γνωστοποιεί στους εργαζόμενους τους επαγγελματικούς κινδύνους που ελλοχεύουν κατά την εργασία τους, να καταρτίζει πρόγραμμα προληπτικής δράσης και βελτίωσης των συνθηκών εργασίας στην επιχείρηση, να εξασφαλίζει τη συντήρηση και την παρακολούθηση της ασφαλούς

λειτουργίας μέσω και εγκαταστάσεων, να διαθέτει γραπτή εκτίμηση των υφιστάμενων κατά εργασία κινδύνων, να καθορίζει τα μέτρα προστασίας που πρέπει να ληφθούν και το υλικό προστασίας που πρέπει να χρησιμοποιηθεί. Όμως όπως μας ανέφερε πληροφορητής κλειδί (γιατρός εργασίας) που μας παραχώρησε συνέντευξη στο πλαίσιο της έρευνάς μας, «οι εκτιμήσεις του επαγγελματικού κινδύνου από τους εργοδότες είναι απλές εκθέσεις ιδεών...».

Η ένταση των πιέσεων για μείωση του κόστους παραγωγής που επιβάλλει ο ανταγωνισμός και η έξαρση της οικονομικής κρίσης, έχει ως συνέπεια οι εργοδότες-κυρίως στις μικρές επιχειρήσεις- να επικεντρώνουν την προσοχή τους στην τήρηση ατομικών μέσων προστασίας από τους εργαζόμενους παραβλέποντας τη θετική επίδραση των μέτρων συλλογικής προστασίας. Σ' αυτό τον προσανατολισμό συμβάλλει και η ανάπτυξη υπεργολαβιών και άτυπων μορφών εργασίας όπου είναι δύσκολη η επιβολή της νομοθεσίας και ο έλεγχος της τήρησης των προδιαγραφών που αυτή επιβάλλει. Η νομοθεσία, για παράδειγμα προβλέπει, ότι στις περιπτώσεις όπου συνυπάρχουν στον ίδιο χώρο εργαζόμενοι που απασχολούνται σε διαφορετικούς εργοδότες (shop-to-shop στα εμπορικά κέντρα, υπεργολάβοι εκτέλεσης ειδικών εργασιών όπως είναι τα συνεργεία καθαρισμού και οι υπηρεσίες φύλαξης) η γραπτή εκτίμηση του επαγγελματικού κινδύνου να είναι κοινή ευθύνη όλων των εργοδοτών των οποίων οι εργαζόμενοι συνυπάρχουν στον ίδιο χώρο εργασίας με κύρια ευθύνη στο εργοδότη που είναι υπεύθυνος για το συγκεκριμένο χώρο. Παρατηρούμε δηλαδή ότι στο θεσμικό πλαίσιο οι ρυθμίσεις, οι διαδικασίες και οι κανόνες για την προστασία της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων είναι επαρ-

κώς διατυπωμένες. Όμως, η εμπειρική έρευνά μας και ειδικότερα οι συνεντεύξεις με πληροφορητές-κλειδιά (γιατροί εργασίας, εκπρόσωποι εργοδοτών και εργαζομένων, τεχνικοί ασφάλειας) κατέδειξαν ότι «δεν εφαρμόζεται η νομοθεσία και όταν εφαρμόζεται αυτό γίνεται τυπικά και χωρίς ουσιαστικό αντίκρισμα...». «Οι εκτιμήσεις επαγγελματικού κινδύνου από τους εργοδότες είναι απλές εκθέσεις ιδεών που το ΣΕΠΕ δεν ελέγχει αν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα. Οι περισσότεροι επιθεωρητές προσπαθούν να ανταποκριθούν στο καθήκον τους, αλλά η επιθεώρηση εργασίας ακόμα και να ήθελε δεν διαθέτει κατάλληλο εξοπλισμό. Το Κέντρο Υγείας και Ασφάλισης της Εργασίας του Υπ. Εργασίας τα εργαστήρια δεν λειτουργούν».

Αρνητική είναι, επίσης, η εμπειρία εφαρμογής της νομοθεσίας αναφορικά με το ρόλο των γιατρών εργασίας 30 χρόνια μετά τη θεσμοθέτηση του συγκεκριμένου θεσμού στην Ελλάδα. Μεταξύ των άλλων, όπως ήδη αναφέρθηκε, ο γιατρός εργασίας συντάσσει ειδικές εκθέσεις και προτείνει στον εργοδότη μέτρα προστασίας των εργαζομένων από τους κινδύνους που ελλοχεύουν για την υγεία τους εξαιτίας επιβαρυντικών παραγόντων όπως ο θόρυβος, οι αναθυμιάσεις και άλλες βιομηχανικές και χημικές ουσίες που χρησιμοποιούνται στην παραγωγή. Ωστόσο, η υποχρέωση παρουσίας γιατρού εργασίας μόνο σε όσες επιχειρήσεις απασχολούν άνω των 50 ατόμων έχει ως αποτέλεσμα η μεγάλη πλειοψηφία των εργαζομένων στην Ελλάδα να μην απολαμβάνουν τις υπηρεσίες των προληπτικών ελέγχων που διενεργούν οι γιατροί εργασίας αφού το 74% του εργατικού δυναμικού απασχολείται σε επιχειρήσεις με λιγότερους από 50 εργαζόμενους, ανεπάρκεια που εντείνεται ακόμα περισσότερο από τη διάδοση του θεσμού των υπεργολαβιών. Ακόμα όμως και στις μεγάλες

επιχειρήσεις η άσκηση των καθηκόντων των γιατρών εργασίας είναι εξόχως πλημμελής. Όπως αναφέρουν οι ίδιοι οι γιατροί εργασίας,

«Ο γιατρός εργασίας είναι μία φιγούρα που προσλαμβάνει ο εργοδότης για να εκπληρώσει τη νομοθετική του υποχρέωση. Στην πραγματικότητα ο γιατρός εργασίας δεν έχει τη δυνατότητα να προσφέρει ένα συγκεκριμένο έργο γιατί είναι μόνος του με ένα πιεσόμετρο ή ένα ζευγάρι ακουστικά. Από πίσω δεν υπάρχει μία υποδομή που να μπορεί ο γιατρός εργασίας να στείλει τον εργαζόμενο για έναν στοχευμένο ιατρικό έλεγχο. Π.χ. Τμήματα Ιατρικής της εργασίας στα Δημόσια Νοσοκομεία. Ακόμα και τα εργαστήρια του ΕΛΥΝΥΑΕ δεν αξιοποιούνται ούτε από τους εργαζόμενους ούτε από τους εργοδότες».

Επιπλέον, «Δεν υπάρχει επάρκεια γιατρών εργασίας. Κάθε χρόνο παράγονται πέντε γιατροί εργασίας. Η Εταιρεία Ιατρικής της Εργασίας και περιβάλλοντος εκτιμά ότι πρέπει να υπάρχουν περίπου 600 γιατροί εργασίας ενώ στην πράξη διαθέτουμε μόλις 150 κι έτσι οι επιχειρήσεις μέσω του θεσμού των Εξωτερικών Υπηρεσιών (ΕΕΥΠ) καταφεύγουν σε άλλες ειδικότητες όπως είναι οι παθολόγοι». «Οι υπηρεσίες ΕΕΥΠ κρίνονται τουλάχιστον ανεπαρκείς διότι χρησιμοποιούν γιατρούς άλλων ειδικοτήτων για να παράσχουν υπηρεσίες ιατρικής της εργασίας... Το ενδιαφέρον των ΕΕΥΠ για τον εργαζόμενο είναι πολύ μικρό. Ο ρόλος του είναι αρνητικός». «Ο γιατρός εργασίας των ΕΕΥΠ δεν έχει τη δυνατότητα να παρέμβει ουσιαστικά για την αναγγελία ή την πρόληψη επαγγελματικής ασθένειας. Εφόσον είναι ελεύθερος επαγγελματίας αν κάνει κάποια αναγγελία ασθένειας το πιθανότερο είναι να χάσει τη θέση του».

Σύμφωνα με εκπρόσωπο των εργαζομένων με μεγάλη εμπειρία των προβλημάτων υγιει-

νής και ασφάλειας στη Ελλάδα «Υπάρχουν περιπτώσεις που γιατροί εργασίας των ΕΕΥΠ υπογράφουν εκτιμήσεις επαγγελματικού κινδύνου σε επιχειρήσεις που είναι διάσπαρτες σε όλη την Ελλάδα και αναρωτιέσαι πότε προλαβαίνει και τα κάνουν όλα αυτά. Έχουμε εντοπίσει έγγραφα με την ίδια ημερομηνία που υπέγραψε ο ίδιος γιατρός εργασίας και η μία επιχείρηση είναι στο Ηράκλειο η άλλη στην Αλεξανδρούπολη και η Τρίτη στην Κέρκυρα!».

Όπως μας ανέφερε εκπρόσωπος των εργοδοτών σε θέματα υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας «Ο γιατρός του ΕΕΥΠ σπάνια πατάει στην επιχείρηση. Όταν αμείβεται 30-50 ευρώ από κάθε επιχείρηση και πολλές φορές πρέπει να μετακινηθεί 50-60 χιλιόμετρα για να κάνει τους αναγκαίους ελέγχους, ούτε τα έξοδα της βενζίνης του δεν καλύπτει».

Ακόμα όμως και σε αυτές τις περιπτώσεις δεν γίνονται ούτε οι στοιχειώδεις έλεγχοι και πολλές φορές οι γιατροί υπογράφουν απλώς έγγραφα που τους ετοιμάζουν οι επιχειρήσεις.

Ανάλογη είναι η εικόνα που επικρατεί και αναφορικά με το θεσμό των επιτροπών υγιεινής και ασφάλειας ή του εκπροσώπου των εργαζομένων. Όπως ήδη αναφέρθηκε, σύμφωνα με το άρθρο 5 του Ν. 3850/2010 η Επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (ΕΥΑΕ) ή ο εκπρόσωπος των εργαζομένων για την υγιεινή και ασφάλεια στην επιχείρηση είναι όργανο συμβουλευτικό και έχει την αρμοδιότητα της μελέτης των συνθηκών εργασίας στην επιχείρηση, την πρόταση μέτρων για τη βελτίωση τους καθώς και του περιβάλλοντος εργασίας και την παρακολούθηση της τήρησης των μέτρων για την υγεία και την ασφάλεια. Σε περιπτώσεις σοβαρών εργατικών ατυχημάτων ή σχετικών συμβάντων προτείνει τα κατάλληλα μέτρα για την απο-

τροπή επανάληψής τους. Επίσης, επισημαίνει τον επαγγελματικό κίνδυνο στους χώρους ή θέσεις εργασίας και προτείνει μέτρα για την αντιμετώπισή του, συμμετέχοντας έτσι στη διαμόρφωση της πολιτικής της επιχείρησης, για την πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου, ενημερώνεται από τη διοίκηση της επιχείρησης για τα στοιχεία των εργατικών ατυχημάτων και των επαγγελματικών ασθενειών που συμβαίνουν σε αυτήν, για την εισαγωγή στην επιχείρηση νέων παραγωγικών διαδικασιών, μηχανημάτων, εργαλείων και υλικών ή για τη λειτουργία νέων εγκαταστάσεων σε αυτή, στο μέτρο που επηρεάζουν τις συνθήκες υγείας και ασφάλειας της εργασίας. Τέλος, σε περίπτωση άμεσου και σοβαρού κινδύνου καλεί τον εργοδότη να λάβει τα ενδεικνύμενα μέτρα, χωρίς να αποκλείεται και η διακοπή λειτουργίας μηχανήματος ή εγκατάστασης ή παραγωγικής διαδικασίας, και μπορεί να ζητεί τη συνδρομή εμπειρογνομόνων για θέματα υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων, ύστερα από σύμφωνη γνώμη του εργοδότη. Δυστυχώς, ο θεσμός των Επιτροπών Υγιεινής και Ασφάλειας της εργασίας έχει ατονήσει και οι περισσότερες υφίσταται μόνο τυπικά. Από την έρευνά μας διαπιστώθηκε ότι το ίδιο το ΣΕΠΕ αλλά και οι φορείς των εργαζομένων και των εργοδοτών δεν γνωρίζουν ούτε τον αριθμό τους ούτε σε ποιους χώρους εργασίας λειτουργούν.

Όπως μας ανέφερε πληροφορητής κλειδί που είναι εκπρόσωπος των εργαζομένων σε θέματα υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας, «είναι δύσκολη η παρέμβαση της Επιτροπής Υγιεινής και Ασφάλειας των εργαζομένων διότι σε αρκετές περιπτώσεις εκδηλώθηκε ένας ανταγωνισμός με τα σωματεία. Επιπλέον, πολλές φορές οι εργοδότες προχωρούν σε απολύσεις των μελών των επιτροπών που είναι

διεκδικητικές και μαχητικές». Έτσι αυτές περιορίζονται κυρίως στις επιχειρήσεις που είναι υπό δημόσιο έλεγχο ή σε πολύ περιορισμένο αριθμό μεγάλων ιδιωτικών επιχειρήσεων οι οποίες διαθέτουν συνεργατικό μάνατζμεντ και προσβλέπουν στη συνεργασία με τους εκπροσώπους των εργαζομένων προκειμένου να περιορίσουν τις αρνητικές συνέπειες της παραγωγικής διαδικασίας στην υγεία του προσωπικού τους.

Μπροστά, αυτές τις ανεπάρκειες, κάθε χρόνο στην Ελλάδα καταγράφονται περίπου 10.000 εργατικά ατυχήματα (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, 2008) αν και σύμφωνα με ορισμένες εκτιμήσεις, αυτή η καταγραφή είναι σε πολύ περιορισμένη και μεροληπτική και στην Ελλάδα συμβαίνουν περίπου 35.000-40.000 εργατικά ατυχήματα κάθε χρόνο με περισσότερους από 120 νεκρούς (Ταργουζίδης, 2008: 12). Επίσης, καταγράφεται μία μακροχρόνια τάση περιορισμού τους (περίπου κατά -4-5% το έτος την τελευταία δεκαετία), αλλά αυτή η μείωση δεν μπορεί να αποδοθεί με βεβαιότητα στη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και την τήρηση κανόνων ασφαλείας αφού το σύστημα αναγγελίας και καταγραφής των εργατικών ατυχημάτων εμφανίζει σοβαρότατες ελλείψεις και ανεπάρκειες.

Το ΣΕΠΕ δεν καταγράφει και δεν παρακολουθεί συστηματικά τις ελλείψεις που παρατηρούνται στις επιχειρήσεις αναφορικά με τα μέτρα υγιεινής και ασφάλειας των εργαζομένων και αξιοποιεί ελλιπώς τα στοιχεία που διαθέτει το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ. Ενδεικτικό της ανεπάρκειας του ΣΕΠΕ στον τομέα των εργατικών ατυχημάτων είναι οι αποκλίσεις που παρατηρούνται μεταξύ του ετήσιου αριθμού ατυχημάτων που δηλώνονται στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και αυτών που καταγράφει το σύστημα ΕΡΓΑΝΗ και αναλύει το ΣΕΠΕ (ΣΕΠΕ, 2013). Τα εργατι-

κά ατυχήματα που καταγράφει το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ είναι πολύ περισσότερα από αυτά του ΣΕΠΕ παρόλο που στο ΙΚΑ αναγγέλλονται μόνο τα συμβάντα με ασφαλισμένους μισθωτούς του ιδιωτικού και μάλιστα ένα μέρος αυτών ενώ το ΣΕΠΕ έχει την ευθύνη του συνόλου της οικονομίας ανεξαρτήτως του κλάδο ή της θέσης απασχόλησης των εργαζομένων. Συνεπώς, η καταγραφή των εργατικών ατυχημάτων στην Ελλάδα είναι ιδιαίτερα προβληματική με αποτέλεσμα τα στοιχεία του Σώματος Επιθεωρητών Εργασίας να μην γίνονται αποδεκτά από την Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία. Πόσο μάλλον που τα στοιχεία για τα εργατικά ατυχήματα που προέρχονται από τις αναφορές του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ που εκπροσωπεί μόλις το 42% του εργατικού δυναμικού δεν καλύπτουν ούτε τους αυτοαπασχολούμενους ούτε τους αγρότες. Επίσης, το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ καταγράφει τα εργατικά ατυχήματα που δηλώνονται και δεν περιλαμβάνει τα ατυχήματα που είχαν σαν αποτέλεσμα την απουσία του εργαζόμενου από την εργασία για λιγότερο από 3 εργάσιμες μέρες.

Ακόμα όμως και με αυτές τις ελλείψεις, δεν διαπιστώθηκε κατά την έρευνά μας κάποια συστηματική προσπάθεια επεξεργασίας και αξιοποίησης των στοιχείων για τα εργατικά ατυχήματα, πέρα από την απλή καταγραφή τους. Σύμφωνα με το τελευταίο δημοσιευμένο δελτίο εργατικών ατυχημάτων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ που αναφέρεται στο 2008, τα περισσότερα εργατικά ατυχήματα συμβαίνουν στους εργατοτεχνίτες (ειδικευμένοι τεχνικοί ή χειριστές μηχανημάτων) και στους κλάδους της μεταποίησης και των κατασκευών όπου η συχνότητά τους ξεπερνά τα 25 ατυχήματα ανά 1.000 εργαζόμενους. Αντίθετα, στον κλάδο του λιανικού εμπορίου συμβαίνουν 5 ατυχήματα ανά 1.000 εργαζόμενους, συχνότητα που

αντιστοιχεί στο συνολικό μέσο όρο εργατικών ατυχημάτων. Στα στοιχεία που καταγράφει το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ παρατηρείται, επίσης, μία αύξηση των ατυχημάτων στους διοικητικούς υπαλλήλους και τα διευθυντικά στελέχη. Αντίθετα, στις εκθέσεις πεπραγμένων του ΣΕΠΕ ως κλάδος με τα περισσότερα εργατικά ατυχήματα αναφέρεται το λιανικό εμπόριο (ΣΕΠΕ, 2013: 22). Ως προς το φύλο των εργαζομένων που είχαν εργατικό ατύχημα κατά το 2008 που είναι το πιο πρόσφατο έτος για το οποίο υπάρχουν αναλυτικά διαθέσιμα δεδομένα το 81,3 % αυτών που υπέστησαν εργατικό ατύχημα ήταν άνδρες.

Μία άλλη παρατήρηση που αξίζει να επισημανθεί είναι ότι η μεγαλύτερη συχνότητα εργατικών ατυχημάτων παρατηρείται στις μικρές επιχειρήσεις. Πιο συγκεκριμένα, κατά την περίοδο 2003-2008 στις επιχειρήσεις που απασχολούν από 1-3 εργαζόμενους η συχνότητα ατυχημάτων είναι 7 ατυχήματα για κάθε 1.000 εργαζόμενους και το 38,5% των ατυχημάτων έγινε σε επιχειρήσεις που απασχολούν έως 9 εργαζόμενους. Συνολικά, το 97,3% όσων υπέστησαν εργατικό ατύχημα το 2008 είναι μισθωτοί εργαζόμενοι και μόλις το 2,7% αυτοαπασχολούμενοι, συμβοηθούντα μέλη και εργοδότες.

Το σύστημα καταγραφής των επαγγελματικών νόσων είναι, επίσης, υποτυπώδες καθώς δεν υπάρχουν μελέτες νοσηρότητας, δεν καταγράφονται με συστηματικό τρόπο οι βλαπτικοί παράγοντες και δεν υφίσταται ένα σύστημα παρακολούθησης της εξέλιξης των επαγγελματικών νόσων αλλά και των μέτρων που λαμβάνονται για το μετριασμό τους. Όπως ανέφεραν οι γιατροί εργασίας της έρευνάς μας, «στους χώρους εργασίας κυκλοφορούν πάνω από 300.000 ουσίες που επηρεάζουν στον ένα ή τον άλλο βαθμό την υγεία των εργαζομέ-

νων», «Ούτε ένα επαγγελματικό νόσημα δεν υπάρχει που να μην μπορεί να προληφθεί! Ούτε ένα επαγγελματικό νόσημα δεν υπάρχει που δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με την πρόληψη. Το κόστος δεν είναι μεγάλο. Αντίθετα το κόστος της επαγγελματικής νοσηρότητας είναι τεράστιο για το δημόσιο σύστημα υγείας». Όμως η επίσημη πολιτεία και οι φορείς της παραγωγής δεν ασχολήθηκαν ποτέ σοβαρά και συστηματικά με αυτό το πρόβλημα. «Ο μόνος φορέας που καταγράφει έστω και ελλιπώς τις επαγγελματικές ασθένειες είναι το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ». Πιο συγκεκριμένα, οι μόνες διαθέσιμες καταγραφές επαγγελματικών νόσων στην Ελλάδα είναι αυτές των επιτροπών συντάξεων αναπηρίας του ΙΚΑ όπου προσφεύγει ο πάσχων εργαζόμενος προκειμένου να συνταξιοδοτηθεί. Ακόμα και τότε όμως, όταν ο πάσχων εργαζόμενος λάβει ισόβια σύνταξη και δεν απαιτείται επανεξέταση για την ανανέωση τα σύνταξης το σύστημα παρακολούθησης των επαγγελματικών νόσων παύει να τον παρακολουθεί. Το ίδιο συμβαίνει και με τους βεβαιωμένα πάσχοντες από επαγγελματικές ασθένειες οι οποίοι συνταξιοδοτούνται λόγω γήρατος.

Όπως μας ανέφερε έμπειρος γιατρός εργασίας «Για να γίνει καταγραφή της επαγγελματικής ασθένειας πρέπει η ασθένεια να αναγγελθεί μέσω του γιατρού εργασίας ή του δημόσιου συστήματος υγείας», όμως ο γιατρός εργασίας έρχεται, πολλές φορές, αντιμέτωπος με το επαγγελματικό καθήκον και τη συνείδησή του. Όπως μας τόνισε πληροφορητής κλειδί που είναι γιατρός εργασίας σε ΕΞΥΠ,

-«...εντάξει, αν είναι οδηγός και έχει πρόβλημα θα το αναφέρεις και θα προβείς σε συστάσεις διότι κινδυνεύει η ζωή και άλλων ανθρώπων. Αν όμως είναι ηλεκτροτεχνίτης σε βιοτεχνική επιχείρηση που δεν έχει παρά μόνο ελάχιστες διοικητικές θέσεις, αν αναφέρεις κάποιο πρόβλημα

υγείας και προβείς σε συστάσεις για αλλαγή της θέσης εργασίας, το πιθανότερο είναι να απολυθεί. Οπότε ως γιατρός, αποσιωπάς το πρόβλημα υγείας για να μην απειληθεί η εργασία του».

Στο δε δημόσιο σύστημα υγείας και ειδικότερα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, κέντρα υγείας του ΕΣΥ και του ΕΟΠΥΥ) όπου ενδεχομένως θα μπορούσε να γίνει η πρώτη διάγνωση επαγγελματικής νόσου (μετά από αυτή του γιατρού εργασίας), δεν υπάρχει ένα σύστημα ανάδρασης και ενημέρωσης των αρμόδιων υπηρεσιών για την πιθανότητα σύνδεσης της ασθένειας με συγκεκριμένη επαγγελματική νόσο, ώστε να διερευνηθεί περαιτέρω από τους αρμόδιους φορείς, ούτε «υπάρχει κουλτούρα εξέτασης της επαγγελματικής νοσηρότητας από τους γιατρούς του δημόσιου συστήματος υγείας».

Αποτέλεσμα των παραπάνω ανεπαρειών είναι να καταγράφονται ελάχιστες περιπτώσεις (συνήθως βαριά περιστατικά) επαγγελματικών ασθενειών. Στα καταγεγραμμένα περιστατικά επαγγελματικών ασθενειών αναφέρονται μεμονωμένες περιπτώσεις μολυβδίασης, πνευμονοκονίασης και αμιάντωσης ενώ το 73% είναι αλλεργικές δερματίτιδες που οφείλονται σε επαφή με διάφορους χημικούς παράγοντες ή βιομηχανικά υλικά. Αντίθετα, ως κυριότερες επαγγελματικές ασθένειες, διεθνώς, αναφέρονται πνευμονικές παθήσεις, μυοσκελετικές παθήσεις, καρδιαγγειακές παθήσεις, διαταραχές της αναπαραγωγής, διαταραχές του νευρικού συστήματος, ψυχικές διαταραχές, δερματικές παθήσεις και επαγγελματικός καρκίνος (Ταργουτζίδης, 2008: 11). Οι περισσότερες από τις παραπάνω κατηγορίες ασθενειών απουσιάζουν από τα Δελτία Επαγγελματικών Ασθενειών στην Ελλάδα καθώς επίσης απουσιάζουν οι αναφορές σε

ασθένειες που συνδέονται με το μυοσκελετικό σύστημα, την όραση και την ακοή. Αυτές οι περιπτώσεις, αν και πολυπληθείς, καταγράφονται ως «κοινή νόσος» και όχι ως επαγγελματικές ασθένειες.

Σύμφωνα με τους πληροφορητές κλειδιά που είναι γιατροί εργασίας,

*-«...Υποτίθεται ότι έχουμε προσαρμοστεί στον κατάλογο επαγγελματικών ασθενειών της Ε.Ε. αλλά ουσιαστικά οι επαγγελματικές ασθένειες δεν καταγράφονται. Καταγράφουμε κάθε χρόνο 7-8 νέες επαγγελματικές ασθένειες ενώ με βάση τις διεθνείς συγκρίσεις αυτές θα έπρεπε να είναι πάνω από 2.500... Δυνητικά υπάρχει καταγραφή των επαγγελματικών ασθενειών αλλά δεν γίνεται στην πράξη διότι δεν υπάρχουν ούτε οι υποδομές, ένα οργανωμένο και εξοπλισμένο τμήμα ή τμήματα του δημόσιου συστήματος υγείας και άρα η πρώτη μεγάλη δυσκολία είναι η αδυναμία τεκμηρίωσης ότι μία ασθένεια είναι επαγγελματική. Χωρίς υποδομές διαπίστωσης της επαγγελματικής νόσου αυτή χαρακτηρίζεται ως «κοινή νόσος». Επιπλέον, δεν υπάρχουν εργαστήρια και εξοπλισμοί που να μπορεί να τεκμηριωθεί η έκθεση του εργαζόμενου στην επαγγελματική ασθένεια».*

Ως εκ τούτου, οι δαπάνες και τα περιστατικά περίθαλψης και παροχών που αναφέρονται στην κοινή νόσο είναι πολλαπλάσιες αυτών που αναφέρονται στα εργατικά ατυχήματα και τις επαγγελματικές ασθένειες. Έτσι, κάθε χρόνο το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ξοδεύει περίπου 980 εκ. ευρώ σε συντάξεις αναπηρίας πολλές από τις οποίες οφείλονται στις επαγγελματικές ασθένειες και τα εργατικά ατυχήματα και χάνονται συνολικά πάνω από 7,5 εκατομμύρια ημέρες εργασίας σύμφωνα με τα διαθέσιμα στατιστικά δελτία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.

Με τον τρόπο που λειτουργεί το σύστημα καταγραφής των επαγγελματικών ασθενειών

και των εργατικών ατυχημάτων στην Ελλάδα, οι εργοδότες μεταφέρουν τις υποχρεώσεις τους στο δημόσιο ασφαλιστικό σύστημα εξαιτίας της απουσίας ασφάλισης του επαγγελματικού κινδύνου. Τα επιδόματα λόγω κοινής νόσου έχουν 4,5 φορές περισσότερες δαπάνες, απ' ό,τι τα επιδόματα λόγω εργατικού ατυχήματος και οι μέρες εργασίας που χάνονται λόγω κοινής νόσου είναι 11 φορές περισσότερες από τις ημέρες εργασίας που χάνονται λόγω εργατικού ατυχήματος. Αν όμως, οι κίνδυνοι λόγω κοινής νόσου είναι τόσο πολύ μεγαλύτεροι απ' ό,τι οι επαγγελματικοί κίνδυνοι τότε η προληπτική πολιτική θα πρέπει να επικεντρωθεί στη γενική πρόληψη. Αν η διαφορά οφείλεται στον τρόπο καταγραφής και διαχείρισης του προβλήματος τότε θα πρέπει να ενισχυθεί η προληπτική πολιτική στο χώρο εργασίας.

Η παραπάνω αρνητική κατάσταση θα μπορούσε να αποφευχθεί κατά τους περισσότερους πληροφορητές-κλειδιά εάν υπήρχε και στη χώρα μας όπως συμβαίνει με τις περισσότερες χώρες, γενικευμένη ασφάλιση του επαγγελματικού κινδύνου που επιβαρύνει μονομερώς τους εργοδότες. Όπως μας ανέφερε έμπειρό στέλεχος της ιατρικής της εργασίας, «στους διαδρόμους όλο αυτά τα πράγματα συζητάμε αλλά στο δια ταύτα δεν γίνεται τίποτα. Οι εργοδότες δεν συζητάνε την ασφάλιση επαγγελματικού κινδύνου στην Ελλάδα διότι δεν προκύπτουν προβλήματα προς το παρόν για τους ίδιους διότι τα νοσήματα δεν καταγράφονται ως επαγγελματικές ασθένειες. Αν όμως αρχίσουν οι προσφυγές στα δικαστήρια από τους εργαζόμενους και αρχίσουν να πληρώνουν μεγάλα ποσά ως αποζημιώσεις όπως έγινε πρόσφατα με ορισμένες περιπτώσεις, τότε θα δουν με διαφορετικό τρόπο την ασφάλιση του επαγγελματικού κινδύνου».

Όπως διαπιστώσαμε κατά την έρευνα των συνεντεύξεων βάθους με πληροφορητές κλειδιά, η τεχνογνωσία για την ασφάλιση του επαγγελματικού κινδύνου και για την αξιόπιστη διάγνωση των επαγγελματικών ασθενειών είναι διαθέσιμη και τα στελέχη διαθέτουν επαρκείς γνώσεις και τεχνικές. Απουσιάζουν, όμως, οι κατάλληλοι εξοπλισμοί και η χωροταξική τους κατανομή στο δημόσιο σύστημα υγείας και οι πρωτοβουλίες για τη νομοθετική παρέμβαση θέσπισης της ασφάλισης επαγγελματικού κινδύνου.

### **2.3 Βασικοί παράγοντες που επιβαρύνουν την υγεία των εργαζομένων στην Ελλάδα**

Με βάση την ανάλυση και κατηγοριοποίηση των παραγόντων που επιδρούν στην υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων όπως αυτή παρουσιάστηκε στο πρώτο μέρος και λαμβάνοντας, ταυτόχρονα, υπόψη τις ανεπάρκειες στην εφαρμογή των νομοθετικών προβλέψεων στην Ελλάδα όπως αυτές αναδείχθηκαν από τους πληροφορητές κλειδιά με τους οποίους συνομιλήσαμε και συνοπτικά παρουσιάσαμε στο κεφάλαιο 2.1, αποφασίσαμε πριν από τη διεξαγωγή της ποιοτικής εμπειρικής έρευνας σε επιλεγμένους κλάδους της ελληνικής οικονομίας, να συγκεντρώσουμε και να ταξινομήσουμε τους βασικούς παράγοντες που προέκυψε από τις εργασίες άλλων ερευνητών ότι επιδρούν στην υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων στην Ελλάδα. Γι' αυτό το σκοπό συγκεντρώσαμε το σύνολο των μελετών του ΕΛΥΑΝΕ και του ΣΕΠΕ από την ίδρυσή τους και μέχρι σήμερα και προβαίνοντας στη συστηματική επισκόπησή τους καταγράψαμε σε κατηγορίες τα ευρήματά τους προκειμένου να εκτιμήσουμε την εικόνα που απορρέει από αυτές, κάτι που θα μας επέ-

τρεπε να γίνουμε ακόμα περισσότερο συγκεκριμένοι κατά τη δική μας ποιοτική έρευνα. Αυτή η διεργασία της αρχικής επισκόπησης των περιλήψεων συνολικά 105 μελετών του ΕΛΙΝΥΑΕ διήρκησε περίπου 5 μήνες και οδήγησε στην επιλογή της σε βάθους ανάλυσης 15 κλαδικών μελετών του ΕΛΥΝΙΑΕ και τριών Εκθέσεων Πεπραγμένων του ΣΕΠΕ τα στοιχεία των οποίων αξιοποιήθηκαν για την εκτίμηση και την ταξινόμηση των παραγόντων που έχει διαπιστωθεί ότι επιδρούν στην υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων. Αυτά τα στοιχεία όπως ήδη αναφέρθηκε ταξινομήθηκαν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: α) τους παράγοντες που επιδρούν και διαμορφώνουν το μικροεπίπεδο των επιδράσεων και παρεμβάσεων, β) τους παράγοντες μακροεπιπέδου και γ) τους παράγοντες πλαισίου.

#### **2.3.1 Παράγοντες μικροεπιπέδου**

Οι παράγοντες μικροεπιπέδου, όπως ήδη αναφέρθηκε στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας μας περιλαμβάνουν την επάρκεια των μέσων ατομικής προστασίας και την χρήση τους από τους εργαζόμενους, την καταλληλότητα των χώρων εργασίας, τον εξοπλισμό της επιχείρησης και τους ρυθμούς εργασίας, το εργασιακό κλίμα και τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.

#### ***Μέσα ατομικής προστασίας (ΜΑΠ): Διαθεσιμότητα και χρήση τους στις ελληνικές επιχειρήσεις***

Τα Μέσα Ατομικής Προστασίας (ΜΑΠ) είναι ο απαραίτητος εξοπλισμός για τον εργαζόμενο προκειμένου να προστατεύσει τον εαυτό του από τους κινδύνους κατά την εκτέλεση της εργασίας του. Τα ΜΑΠ πρέπει να είναι κατάλληλων προδιαγραφών και να είναι συμβατά με τους κινδύνους που υπάρχουν στο χώρο

εργασίας ώστε να τους ελαχιστοποιούν στο έπακρο. Η παροχή από τον εργοδότη των ΜΑΠ και η ενημέρωση του εργαζόμενου μέσα από προγράμματα εκπαίδευσης είναι ο καταλληλότερος τρόπος ώστε η χρήση αυτών να είναι αποτελεσματική.

Όπως προκύπτει και από τις κλαδικές μελέτες του ΕΛΙΝΥΑΕ, παρότι σε πολλές περιπτώσεις χορηγούνται ΜΑΠ, η χρήση τους είναι πλημμελής από τους εργαζόμενους. Ενδεικτικά αναφέρεται ο κλάδος του Μαρμάρου όπου ενώ έχουν χορηγηθεί ΜΑΠ στο 93,6% των ερωτηθέντων, μόνο το 38,3% τα χρησιμοποιεί με την αιτιολογία ότι τους εμποδίζουν στην εργασία τους (ΕΛΙΥΑΕ, 2007α). Σε πολλές περιπτώσεις αυτό έχει να κάνει με την εντατικοποίηση της εργασίας και το άγχος να παραδοθεί το έργο μέσα στα χρονικά όρια που έχει οριστεί, διαπίστωση που έχει εφαρμογή ιδιαίτερα στους κλάδους του μετάλλου και των κατασκευών που η κρίση τα τελευταία χρόνια έχει μειώσει σε μεγάλο βαθμό την δυναμικότητά τους. Στις Λιμενικές Υπηρεσίες η χρήση των ΜΑΠ γίνεται, επίσης, με πλημμελή τρόπο καθώς πολλοί λιμενεργάτες, φορούν φόρμες και υποδήματα ασφαλείας αλλά όχι ειδικά κράνη, ανακλαστικά γιλέκα και ζώνες ασφαλείας όταν εργάζονται μέσα στο πλοίο (ΕΛΙΝΥΑΕ 2008γ). Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις όπως αυτός του κλάδου της Οδοποιίας όπου οι επιχειρήσεις χορηγούν ΜΑΠ και όπως δηλώνουν οι ίδιοι οι εργαζόμενοι όπου αυτά χρησιμοποιούνται από τη μεγάλη τους πλειονότητα (93%) (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2008β).

Σε άλλους, όμως, κλάδους οι επιχειρήσεις δεν εφαρμόζουν με επάρκεια τους κανόνες χορήγησης ΜΑΠ. Ενδεικτικά αναφέρεται ο κλάδος των ταχυδρομικών υπηρεσιών (χορήγηση ΜΑΠ 14% των ερωτηθέντων (ΕΛΙΝΥΑΕ,

2008δ) και των ξενοδοχείων (44%) (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2007β) όπου η χορήγηση των ΜΑΠ δεν είναι στις προτεραιότητες των επιχειρήσεων. Πρόκειται για κλάδους με μεγάλο αριθμό εργαζομένων που απασχολούνται σε καθεστώς εκτεταμένης ευελιξίας.

### **Επάρκεια/καταλληλότητα χώρων**

Η τήρηση των προδιαγραφών για την καταλληλότητα του χώρου εργασίας είναι βασική παράμετρος ενός ασφαλούς εργασιακού περιβάλλοντος. Η ποιότητα των κτηριακών κατασκευών, οι εσωτερική διαρρύθμιση των χώρων, οι έξοδοι διαφυγής, οι ηλεκτρικές εγκαταστάσεις, η πυρασφάλεια και ο εξαερισμός, η θερμοκρασία, ο φωτισμός, χώροι ανάπαυσης κ.λπ., είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν τον εργαζόμενο στο να ασκεί την εργασία του με ασφάλεια. Από την επισκόπηση των κλαδικών μελετών του ΕΛΙΝΥΑΕ διαπιστώθηκε ότι υπάρχουν σημαντικά προβλήματα καταλληλότητας χώρων.

Τα προβλήματα που παρουσιάζονται στους χώρους εργασίας λόγω της μη επάρκειας σε εξοπλισμό, της στενότητας των χώρων, της ολισθηρότητας κ.λπ., αναφέρονται κυρίως σε ατυχήματα που έχουν να κάνουν με θαλαστικά τραύματα, προσκρούσεις σε σταθερά ή κινούμενα αντικείμενα, ατυχήματα λόγω ολισθηρότητας, καταρρεύσεων και πτώσεων αντικειμένων κ.λπ. Χαρακτηριστική περίπτωση τέτοιων προβλημάτων είναι ο Κλάδος του Μαρμάρου (ΕΛΙΥΑΕ, 2007α).

Σε άλλους χώρους όπου η εργασία εκτελείται στο ύπαιθρο οι φυσικοί παράγοντες είναι αυτοί που, κυρίως, επηρεάζουν την ασφάλεια των εργαζομένων. Τέτοιοι παράγοντες είναι τα προβλήματα υγρασίας, η σκόνη, η θερμοκρασία το χειμώνα και το καλοκαίρι, οι δονήσεις και οι καπνοί. Τα Λατομεία αποτελούν μια

χαρακτηριστική περίπτωση όπου επικρατούν τέτοιου τύπου προβλήματα. Οι εργαζόμενοι αναφέρουν ως βασικά προβλήματα την υγρασία το χειμώνα (93,8%), την σκόνη (93,8%), την θερμοκρασία το χειμώνα (93,7%), τον θόρυβο (87,6%), την υγρασία το καλοκαίρι (87,5%), τις δονήσεις (81,3%) και τους καπνούς (56,3%).

Οι υψηλές τιμές θορύβου, η αιωρούμενη σωματιδιακή ρύπανση η συγκέντρωση βαρέων μετάλλων είναι βασικά προβλήματα που παρουσιάζονται, επίσης, σε βιομηχανίες παραγωγής και Επεξεργασίας Πλαστικών (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2007δ). Παρόμοια είναι η κατάσταση στα έργα οδοποιίας. Επιπρόσθετα, παρατηρείται μεγάλη έκθεση σε αλλεργιογόνα υλικά, ανεπαρκή φωτισμό και έλλειψη χώρων υγιεινής και ξεκούρασης (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2007β).

Στην βιομηχανία Παραγωγής Χρωμάτων τα προβλήματα αναφέρονται, κυρίως, στην ακαταλληλότητα του φωτισμού των χώρων εργασίας. Η ένταση του φωτισμού δεν είναι αυτή που προβλέπουν οι κανόνες ενώ η θερμοκρασία περιβάλλοντος είναι πάρα πολύ πάνω από τα προβλεπόμενα όρια (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2007ε). Στις Εγκαταστάσεις Επεξεργασίας Υγρών Λημμάτων (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2007στ) τα προβλήματα στους χώρους εργασίας αναφέρονται σε κινδύνους σχετικά με την τη διαρροή αερίων από υγρούς σε ξηρούς θαλάμους και την συσσώρευση επικίνδυνων αερίων στα αντλιοστάσια.

Στον Κλάδο των Αστικών Μεταφορών τα περισσότερα ατυχήματα συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της εργασίας (87%) ενώ το 13% των ατυχημάτων συνέβησαν κατά την διάρκεια από και προς την εργασία (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2008α). Οι τραυματισμοί αυτοί αφορούν κυρίως κατάγματα, θλαστικά τραύματα διαστρέμματα και ρήξης συνδέσμων. Οι τραυματισμοί εντοπι-

ζονται κυρίως στους καρπούς και στα δάκτυλα, τις ποδοκνημικές αρθρώσεις και στα πόδια. Τα ατυχήματα συμβαίνουν κυρίως μεταξύ των ωρών 9.30 π.μ. – 16.30 μ.μ. Προβλήματα επίσης εντοπίζονται κατά τη διάρκεια των διαλλειμάτων όπου οι εργαζόμενοι δεν έχουν ευκολίες ξεκούρασης λόγω έλλειψης κατάλληλα διαμορφωμένων χώρων με πόσιμο νερό και τουαλέτες.

Στις ταχυδρομικές υπηρεσίες (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2008δ) τα κύρια προβλήματα εντοπίζονται κυρίως στην στάση του σώματος κατά τη διάρκεια της εργασίας, στην στενότητα των χώρων και στο μεγάλο ποσοστό δραστηριοτήτων που εκτελούνται με χειρωνακτικό τρόπο κατά τη μετακίνηση φορτίων.

#### ***Επάρκεια/καταλληλότητα εξοπλισμού και τρόποι οργάνωσης της εργασίας***

Ο τεχνικός εξοπλισμός, η επάρκειά του και ο σωστός εργονομικός σχεδιασμός, όπως ήδη αναφέρθηκε στο πρώτο κεφάλαιο, μπορεί να αποτελέσουν ασπίδα για την αποφυγή ατυχημάτων κατά την διάρκεια της εργασίας. Η υποτίμηση αυτού του παράγοντα από πολλές επιχειρήσεις σε συνδυασμό με τους έντονους ρυθμούς εργασίας, την απουσία ενδιάμεσου διαλλείματος και τις ευέλικτες μορφές απασχόλησης και αμοιβής έχουν αρνητική επίδραση στην ασφαλή εργασία. Η κακή κατάσταση του μηχανολογικού εξοπλισμού και οι υποβαθμισμένες εργασιακές σχέσεις σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με τα εργατικά ατυχήματα στον μηχανολογικό εξοπλισμό (Κλάδος Μαρμάρου 23% και 18% αντίστοιχα). Τα προβλήματα που αναφέρονται κυρίως για τον κλάδο του Μαρμάρου είναι αναπνευστικά, λόγω της σκόνης που εισπνέεται, εμβοές λόγω θορύβου, και μυοσκελετικά προβλήματα (ΕΛΙΥΑΕ, 2007α).

Η έντονη εργασία και η μεγά-

λη πίεση χρόνου σε συνδυασμό με την χρήση επικίνδυνων εργαλείων, την ολισθηρότητα των εύφλεκτων υλικών, τις επίπονες στάσεις εργασίας καθώς και οι κίνδυνοι ηλεκτροπληξίας είναι οι συνηθισμένοι παράγοντες κινδύνου στα έργα Οδοποιίας. Το 35% των ερωτηθέντων στα έργα οδοποιίας θεωρεί έντονους τους ρυθμούς εργασίας ενώ υψηλά είναι και τα ποσοστά αυτών που αντιμετωπίζουν έντονη πίεση χρόνου (26%). Οι κίνδυνοι για την ασφάλεια προέρχονται κυρίως από την χρήση επικίνδυνων εργαλείων (44%), ενδεχόμενη ολίσθηση (35%), εύφλεκτα υλικά (21%) και ηλεκτροπληξία (20%), ενώ το 35% αναφέρει ότι εργάζεται με έντονους ρυθμούς εργασίας. Οι επίπονες στάσεις εργασίας για τον κορμό του σώματος, τα άνω και τα κάτω άκρα, όπως και η χειρωνακτική διακίνηση φορτίων, είναι βασικοί παράγοντες μυοσκελετικών παθήσεων. Είναι χαρακτηριστικό ότι το 49% των εργαζομένων θεωρεί ότι η στάση της εργασίας τους είναι κουραστική και το 19% επίπονη ενώ το 32% διακινεί διάφορα βάρη με χειρωνακτικό τρόπο (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2008β).

Έντονοι ρυθμοί εργασίας αναφέρονται επίσης στον Κλάδο των Ταχυδρομικών (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2008δ) (72%), όπου επίσης καταγράφεται το πρόβλημα της επαναληπτικότητας (76,9%) και η μονοτονία (58,7%).

Στον Κλάδο των Ξενοδοχείων (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2007β), το 65,8% δηλώνει υψηλό βαθμό ευθύνης, το 62,2% έντονο ρυθμό εργασίας, πνευματική κόπωση το 46,6% και χειρωνακτική διακίνηση βαρών (36,1%) Οι ρυθμοί εργασίας σε αρκετές περιπτώσεις είναι πολύ έντονοι και όπως αναφέρουν οι ίδιοι οι εργαζόμενοι νοιώθουν ότι ο χρόνος δεν τους φτάνει να διεκπεραιώσουν το μεγάλο όγκο εργασίας που τους ανατίθεται. Το 75% αναφέρει ότι απαιτείται να δουλεύει αρκετά συχνά και πολύ συχνά με

πολύ γρήγορους ρυθμούς, το 51% ότι η δουλειά του απαιτεί να δουλεύει σκληρά, το 61% ότι η δουλειά τους δίνει την αίσθηση ότι δεν τους φθάνει ο χρόνος, το 68% αναφέρει ότι αρκετά συχνά και πολύ συχνά έχει πραγματικά μεγάλο φόρτο εργασίας.

Η μη καταλληλότητα του εξοπλισμού και του εργασιακού περιβάλλοντος έχουν σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία και σε εργαζόμενους που η φύση της δραστηριότητάς τους έχει διοικητικό χαρακτήρα. Τα προβλήματα εξοπλισμού αφορούν κυρίως στον κλιματισμό (το 37% αναφέρει χαμηλή ικανοποίηση, από τον εσωτερικό κλιματισμό) το θόρυβο (28,7%) αλλά και στην ποιότητα του νερού αφού οι πύργοι ψύξης που χρησιμοποιούνται είναι ακατάλληλοι (σε ποσοστό 76% διαπιστώθηκε αποίκηση των βακτηρίων). Στις διοικητικές υπηρεσίες (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2008ε), τα συχνότερα συμπτώματα που έχουν σχέση με την εργασία είναι κούραση στα μάτια (30%), ένταση, ευερεθιστότητα ή νευρικότητα (21%), ξηρότητα κνησμός ή ερεθισμός των ματιών (20%), πονοκέφαλος, πόνος ή σφίξιμο στη μέση, τους ώμους και τον αυχένα (20%) και δυσθυμία ή κακοκεφιά (11%).

Η πίεση του χρόνου για την ολοκλήρωση των εργασιών στη βιομηχανική δραστηριότητα είναι τόσο μεγάλη που ο εργαζόμενος είναι αναγκασμένος ουσιαστικά να ακολουθεί τους ρυθμούς που επιβάλλει η ρύθμιση του μηχανολογικού εξοπλισμού, αφού, όπως συμβαίνει για παράδειγμα στις Λιμενικές Υπηρεσίες, λόγω της πίεσης του χρόνου για την έγκαιρη ολοκλήρωση των εργασιών τα μηχανήματα - ιδιαίτερα τα ανυψωτικά δεν σταματούν να εργάζονται ακόμα και εάν απαιτείται η περιοδική συντήρησή τους και διακοπή της λειτουργίας τους- παρά μόνον όταν απαιτείται διόρθωση της βλάβης. Πολύ συχνά δε, παρα-

τηρείται υπέρβαση του ορίου ταχύτητας, αλλά και χαμηλή ορατότητα από τους χειριστές των οχημάτων μεταφοράς (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2008γ).

Στον κλάδο των Τηλεπικοινωνιών - Τηλεφωνικά Κέντρα, το οργανωτικό/ψυχοκοινωνικό περιβάλλον είναι αρκετά επιβαρυνμένο για τους εργαζόμενους λόγω των εντατικών ρυθμών εργασίας. Στα τηλεφωνικά κέντρα ο μέσος όρος των κλήσεων είναι 200 την ημέρα. Οι μαθησιακές απαιτήσεις είναι υψηλές λόγω της πολυπλοκότητας των πληροφοριών που παρέχονται και ο βαθμός ευθύνης υψηλός. Τα διαλείμματα που ορίζει ο νόμος δεν τηρούνται σε καμία από τις επιχειρήσεις του κλάδου. Οι εργαζόμενοι δηλώνουν ότι δεν γνωρίζουν, επίσης, τον τρόπο ελέγχου της απόδοσής τους γεγονός που είναι αντίθετο με τη νομοθεσία (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2008 στ).

Στον κλάδο των αστικών μεταφορών (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2008στ), εξαιτίας της φύσης της εργασιακής δραστηριότητας οι ρυθμοί εκτός του ότι είναι έντονοι έχουν και μεγάλο βαθμό μονοτονίας. Επιπλέον, η πνευματική κόπωση είναι πολύ μεγάλη αφού τα επίπεδα συγκέντρωσης της προσοχής κατά την οδήγηση πρέπει να είναι πολύ υψηλά. Το 85% των εργαζομένων υποστηρίζει ότι ο ρυθμός εργασίας είναι έντονος, το 52% αναφέρει περιπτώσεις μονότονης εργασίας και το 27% αναφέρει ότι αυτό συμβαίνει πάντα. Περίπου το 36% θεωρεί ότι μερικές φορές υπόκειται σε μεγάλη πνευματική κόπωση ενώ το 46% θεωρεί ότι αυτό συμβαίνει πάντα. Ένα άλλο ενδιαφέρον στοιχείο είναι ότι η οργάνωση των δρομολογίων γίνεται χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι ανάγκες των ίδιων των οδηγών με αποτέλεσμα να υπάρχει έντονο κλίμα δυσφορίας και αίσθηση αδικιών μεταξύ των εργαζομένων. Το 31% των οδηγών δηλώνει ότι η εταιρία δεν λαμβάνει ποτέ υπόψη τις ανάγκες τους κατά τον σχεδιασμό

των δρομολογίων και το 72% δηλώνει ότι αυτός ο σχεδιασμός γίνεται ανεξάρτητα ηλικιακών κριτηρίων ενώ είναι χαρακτηριστικό ότι το 54% δηλώνει ότι η κατανομή των βαρδιών και των δρομολογίων δεν γίνεται με δίκαιο τρόπο. Η συντήρηση του μηχανολογικού εξοπλισμού εμφανίζει αρκετά προβλήματα ενώ σε αρκετές περιπτώσεις οι επισιμάνσεις του προσωπικού για την συντήρηση δεν λαμβάνονται υπόψη. Η πλειοψηφία των οδηγών (47%) δηλώνει ότι η συντήρηση του εξοπλισμού είναι μέτρια ενώ μόλις το 2,6% ότι αυτή είναι άριστη. Οι μισοί από τους εργαζόμενους θεωρούν ότι οι παρατηρήσεις τους για την συντήρηση του οχήματος λαμβάνονται υπόψη μερικές φορές, το 32% συχνά ενώ μόλις το 11,8% πάντα. Υπάρχει έλλειψη συστήματος επικοινωνίας, με αποτέλεσμα την χαμηλή αίσθηση του επιπέδου ασφάλειας των οδηγών. Υποστήριξη από την διοίκηση θεωρεί ότι δεν έχει ποτέ το 22% ενώ μερικές φορές δηλώνει ότι έχει το 44,4% και συχνά το 16,7%.

Τέλος, αναφέρονται μονότονοι και επαναληπτικοί ρυθμοί εργασίας, εργασία με χειρωνακτική μετακίνηση φορτίων και εργασία με υψηλή πνευματική κόπωση κατά τη λειτουργία των εγκαταστάσεων επεξεργασίας υγρών λυμάτων (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2007στ).

### **Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (άγχος)**

Το εργασιακό στρες αποτελεί βίωμα για την συντριπτική πλειοψηφία των εργαζομένων και οι παράγοντες που το προκαλούν είναι πολυποίκιλοι. Συνδέεται δε με ευρύτερους παράγοντες που δεν αφορούν μόνο το είδος και τη φύση του επαγγέλματος αλλά ευρύτερες κοινωνικές και ατομικές διαστάσεις. Η υπερβολική πίεση και οι κάθε είδους απαιτήσεις στον χώρο εργασίας προκαλούν αντιδράσεις από τους εργαζόμενους και διαμορ-

φώνουν μια κατάσταση στην ψυχολογία τους πολύ επιβαρυντική για την υγεία τους αλλά και τη δυνατότητά τους να ανταποκριθούν με επάρκεια στα εργασιακά τους καθήκοντα. Οι ρυθμοί εργασίας, ο περιορισμός της δυνατότητας έκφρασης του εργαζόμενου για την επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν κατά τη διαδικασία της παραγωγής, οι περιορισμένες ευκαιρίες που έχουν οι εργαζόμενοι για την ανάληψη πρωτοβουλιών, οι δυσκολίες στην μεταξύ τους επικοινωνία, ο ανεπαρκής χρόνος ολοκλήρωσης της εργασίας, η επισφάλεια στην εργασία και η επικινδυνότητα αυτής είναι βασικοί παράγοντες στρεσογόνων καταστάσεων για τους εργαζόμενους. Στα έργα οδοποιίας το 26% των εργαζομένων δηλώνει ότι διακατέχεται από άγχος κατά την εργασία (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2008β). Στην βιομηχανία Διαμόρφωσης Πλαστικών πάνω από το 70% των εργαζομένων αναφέρει έντονο στρες λόγω της εργασίας (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2007δ). Στον Κλάδο των Διοικητικών Υπηρεσιών, το 16% των εργαζομένων αναφέρει ότι έχει άγχος «συχνά» ή «πάντα», και θεωρεί ότι δύσκολα μπορεί να προλάβει τα χρονικά όρια των τρεχόντων εργασιακών καθηκόντων που του έχουν αναθέσει. Στη Βιομηχανία Παραγωγής Χρωμάτων, πάνω από το 60% των εργαζομένων αναφέρει εργασιακό άγχος (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2007ε).

Στις Αστικές Μεταφορές (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2008α), υψηλό ποσοστό εργαζομένων (79%) φέρει πάντα μεγάλο βαθμό ευθύνης κατά την άσκηση καθηκόντων του. Πολύ συχνά οι εργαζόμενοι δηλώνουν ότι καταβάλλονται από άγχος (μερικές φορές 43% και πάντα το 39%). Το 43% των εργαζομένων δηλώνει ότι ενδέχεται να συναντήσει μερικές φορές ανάμεσα στα δρομολόγια συναδέλφους, ενώ το 40,5% ενδέχεται να τους συναντήσει συχνά. Η πίεση χρόνου για να πραγματοποιηθεί το δρομολόγιο δημι-

ουργεί το μεγαλύτερο στρες και ακολουθεί η κακή συμπεριφορά των επιβατών, ο φόβος του τροχαίου ατυχήματος, η προσαρμογή της προσωπικής ζωής στο πρόγραμμα βαρδιών κ.λπ. Η μεγαλύτερη από την αναμενόμενη κούραση καθώς και η ζάλη επιδεινώνονται με την ύπαρξη κυκλοφοριακού προβλήματος. Η κακή συμπεριφορά των επιβατών έχει ως αποτέλεσμα την συχνότερη εμφάνιση πονοκεφάλου, μωδιάσματος στα πόδια και κούρασης στον οδηγό και τέλος η μη δυνατότητα ελέγχου της εργασίας επιδρά στην αύξηση των ποσοστών των εργαζομένων που υποφέρουν από πόνο στο στήθος.

Στην Κλαδική Μελέτη του ΕΛΙΝΥΑΕ (2007στ ) για την *Υγεία και Ασφάλεια κατά τη λειτουργία των εγκαταστάσεων επεξεργασίας υγρών λυμάτων*, αναφέρεται σε εγκάρσιους και εργονομικούς κινδύνους που αφορούν, μεταξύ των άλλων, την εργασία υπό πίεση με έντονους ρυθμούς. Το 65% δηλώνει ότι έχει άγχος κατά την εργασία.

Στον Κλάδο των ταχυδρομικών υπηρεσιών (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2008δ) ένα από τα συχνότερα συμπτώματα που αναφέρουν οι εργαζόμενοι και σχετίζονται με την εργασία είναι το άγχος (45,5%). Στον κλάδο των ξενοδοχείων (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2007β), το 34,2% των εργαζομένων αναφέρει το άγχος ως το συχνότερο σύμπτωμα που σχετίζεται με την εργασία.

### **Εργασιακό κλίμα**

Η ανασφάλεια στο χώρο εργασίας και το κακό εργασιακό κλίμα είναι παράγοντες έντονης φόρτισης ιδιαίτερα σε μια περίοδο όπου οι οικονομικοί και κοινωνικοί δείκτες έχουν σχεδόν καταρρεύσει. Από την άλλη πλευρά, ο υψηλός βαθμός ευθύνης, σε συνδυασμό με την άσχημη οικονομική συγκυρία, ανεβάζουν σε υψηλά επίπεδα το αίσθημα της ανασφάλει-

ας. Σε κλάδους όπου οι εργαζόμενοι λόγω της φύσης της εργασίας τους έρχονται σε επικοινωνία με πολίτες παρουσιάζονται φαινόμενα λεκτικής βίας ακόμη και σωματικής επίθεσης. Χαρακτηριστική περίπτωση είναι οι Αστικές Μεταφορές (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2008α) όπου υψηλό ποσοστό των εργαζομένων (84,6%) αισθάνεται κίνδυνο κατά την εργασία του, κυρίως κατά τα νυχτερινά δρομολόγια και κατά την διάρκεια των ποδοσφαιρικών αγώνων καθώς το 59% των οδηγών έχει πέσει θύμα φραστικής επίθεσης και το 20,5% σωματικής. Επίσης στον Κλάδο των ταχυδρομικών υπηρεσιών οι εργαζόμενοι δηλώνουν σε ποσοστό 55,9% ότι η εργασία τους έχει υψηλό βαθμό ευθύνης (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2008δ).

### 2.3.2 Παράγοντες μακροεπίδου

#### ***Κανονισμοί αναφορικά με την υγεία και την ασφάλεια***

Οι κανονισμοί για την υγεία και ασφάλεια στην Ελλάδα συγκροτούν ένα αρκετά ικανοποιητικό θεσμικό πλαίσιο που δίνει την δυνατότητα να προστατευθεί ο εργαζόμενος από την απειλή διαφόρων ειδών κινδύνου στο χώρο εργασίας. Ωστόσο σε πολλούς κλάδους, παρότι υπάρχει το θεσμικό πλαίσιο, αυτό δεν τηρείται στην πράξη είτε με υπαιτιότητα της επιχείρησης είτε του εργαζόμενου λόγω της πίεσης του φόρτου εργασίας, της άγνοιας ή της υποτίμησης του κινδύνου. Στον κλάδο των αστικών μεταφορών για παράδειγμα, παρά το γεγονός ότι υπάρχουν συγκεκριμένες τεχνικές προδιαγραφές για την διαμόρφωση του εσωτερικού χώρου του λεωφορείου στην ΕΘΕΛ, δεν τίθενται ιδιαίτερες προδιαγραφές που να αφορούν θέματα ΥΑΕ του οδηγού (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2008δ).

#### **Θεσμοί εποπτείας**

Οι θεσμοί εποπτείας και λειτουργίας των κανόνων υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας έχουν ως αντικείμενό τους την εφαρμογή στην πράξη του θεσμικού πλαισίου της υγιεινής και της ασφάλειας στο χώρο εργασίας. Παρουσιάζουν αρκετά προβλήματα στη λειτουργία τους που σχετίζονται με την έλλειψη προσωπικού, την συχνότητα των ελέγχων καθώς και με ασάφειες του θεσμικού πλαισίου που δεν καθορίζει με σαφήνεια τους διακριτούς ρόλους των αρμόδιων φορέων που εμπλέκονται με την εφαρμογή των κανόνων. Η εκπαίδευση των εργαζομένων πάνω σε ζητήματα υγιεινής και ασφάλειας, πολλές φορές, έχει τυπικό χαρακτήρα και αποκλειστικό σκοπό την απορρόφηση των διατιθέμενων επιδοτήσεων.

Στον Κλάδο των Τηλεπικοινωνιών, κατά την διάρκεια της εκπαίδευσης εργαζομένων υποψήφιων για τα τηλεφωνικά κέντρα, δεν συμπεριλαμβάνονται θέματα ΥΑΕ. Σε αρκετές περιπτώσεις η εκπαίδευση αφορά γενικούς κανόνες υγιεινής και όχι αμιγώς θέματα ΥΑΕ. (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2008στ).

Στον κλάδο των αστικών μεταφορών, η κλαδική μελέτη του ΕΛΙΝΥΑΕ επισημαίνει ότι η Ιατρική Υπηρεσία της ΕΘΕΛ διαφέρει κατά πολύ από αυτές των ΗΛΠΑΠ και ΗΣΑΠ, αφού η βασική της αποστολή είναι η ιατρική της εργασίας και όχι η παροχή γενικής ιατρικής περίθαλψης στους εργαζόμενους, όπως συμβαίνει στους άλλους δύο οργανισμούς (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2008α). Στην ίδια μελέτη αναφέρεται ότι ενώ για τον έλεγχο της σωματικής υγείας υπάρχουν σαφείς προδιαγραφές και οδηγίες με όλες τις ιατρικές εξετάσεις στις οποίες πρέπει να υποβάλλονται οι υποψήφιοι οδηγοί, (ΚΥΑ47919/5195 της 26/8/2003, ΦΕΚ 1205/03), για τον λεγόμενο «ψυχοτεχνικό»

έλεγχο των υποψηφίων, δεν υπάρχει κανένα θεσμοθετημένο περιεχόμενο. Το αποτέλεσμα είναι να υπάρχει ασάφεια ως προς το είδος των απαραίτητων ελέγχων αλλά και ως προς τους φορείς που είναι αρμόδιοι να υλοποιήσουν αυτούς τους ελέγχους

### **Θεσμοί ενημέρωσης - πληροφόρησης - ευαισθητοποίησης**

Η ενημέρωση, η πληροφόρηση και η εκπαίδευση των εργαζομένων σε θέματα υγιεινής και ασφάλειας είναι μια βασική παράμετρος εφαρμογής στην πράξη του θεσμικού πλαισίου της ΥΑΕ. Σε αρκετούς κλάδους και επιχειρήσεις ο παράγοντας αυτός είναι σε μεγάλο βαθμό υποτιμημένος με αποτέλεσμα οι εργαζόμενοι να είναι επιρρεπείς στα εργατικά ατυχήματα και να εκτίθενται σε μεγάλο βαθμό στους επαγγελματικούς κινδύνους και τις επαγγελματικές ασθένειες. Στις Αστικές Μεταφορές για παράδειγμα οι εργαζόμενοι οδηγοί δηλώνουν σε υψηλά ποσοστά ότι δεν έχουν ενημερωθεί από ειδικούς, για την καλύτερη στάση του σώματος κατά την οδήγηση ούτε και για την εκτέλεση κάποιων ειδικών ασκήσεων (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2008α).

Στην Κλαδική Μελέτη του ΕΛΙΝΥΑΕ για την *Υγεία και Ασφάλεια κατά τη λειτουργία των εγκαταστάσεων επεξεργασίας υγρών λυμάτων*, γίνεται αναφορά σε εγκάρσιους και εργονομικούς κινδύνους που αφορούν μεταξύ άλλων την ανεπαρκή ενημέρωση των εργαζομένων για τις για τις χημικές ουσίες και γενικότερα για τις συνθήκες εργασίας (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2007στ). Επίσης, στον κλάδο των ταχυδρομικών υπηρεσιών πάνω από το 83% των εργαζομένων δηλώνει ότι δεν έχει ενημερωθεί καθόλου για τους κινδύνους στον εργασιακό χώρο (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2008δ) ενώ στον κλάδο των ξενοδοχείων το 30% των εργαζομένων αναφέρει ότι δεν

έχει ενημερωθεί για τους κινδύνους που αντιμετωπίζουν στον εργασιακό χώρο (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2007β).

### **2.2.3 Παράγοντες του πλαισίου παραγωγής**

#### **Είδος και μορφή εργασίας**

Το ευρύτερο περιβάλλον των εργασιακών σχέσεων, η επισφαλής και περιστασιακή εργασία, η έλλειψη εκπαίδευσης και εξειδίκευσης, το είδος και η μορφή εργασίας, είναι καθοριστικής σημασίας για την προστασία των εργαζομένων από επαγγελματικούς κινδύνους και ασθένειες. Σε αρκετούς κλάδους ο επαγγελματικός κίνδυνος αυξάνεται σε μεγάλο βαθμό αφού η ευκαιριακή και χαμηλά αμειβόμενη απασχόληση δεν ευνοεί την απόκτηση γνώσης μέσα από ειδικές εκπαιδευτικές δραστηριότητες για την αποφυγή των επαγγελματικών κινδύνων και ασθενειών. Αναφέρουμε ενδεικτικά τον Κλάδο Ζωικής Παραγωγής όπου ο επαγγελματικός κίνδυνος σχετίζεται μεταξύ άλλων και με την έλλειψη βασικής εκπαίδευσης και εξειδίκευσης των εργαζομένων αφού στην μεγάλη τους πλειονότητα εργάζονται με καθεστώς ευκαιριακής απασχόλησης (αγρότες, βοσκοί – κτηνοτρόφοι, σταυλίτες, ζωκόμοι, ζωέμποροι, ανειδίκευτοι εργάτες στις βιομηχανίες γάλακτος κ.λπ.) ή οι γνώσεις τους είναι αποτέλεσμα μόνο της εμπειρίας τους. Αυτό το πρόβλημα δεν εντοπίζεται μόνο σε ένα μέρος της παραγωγικής διαδικασίας αλλά σε όλο το φάσμα της ζωικής παραγωγής με εξαίρεση τους κτηνιάτρους και, σε ορισμένες περιπτώσεις, τους απόφοιτους τμημάτων Ζωικής Παραγωγής των Γεωπονικών Σχολών και ορισμένων Τεχνολογικών Ιδρυμάτων. Οι υπόλοιποι εργαζόμενοι: εκδοροσφαγείς, εργαζόμενοι σε τεμαχιστήρια κρέατος και κρεοπώλες,

εκτροφείς ζώων κ.λπ., δεν έχουν καμία σχετική εκπαίδευση (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2007γ). Έχει διαπιστωθεί, επίσης, ότι οι εργαζόμενοι που προσλαμβάνονται και είναι νέοι ή άπειροι και χωρίς την απαιτούμενη εκπαίδευση είναι πιο ευάλωτοι σε νοσήματα που σχετίζονται με το συγκεκριμένο επάγγελμα.

#### **Φυσικοί και χημικοί κίνδυνοι**

Οι εργαζόμενοι ανάλογα με την φύση της εργασίας τους αντιμετωπίζουν φυσικούς, χημικούς και βιολογικούς κινδύνους. Στους φυσικούς κινδύνους συγκαταλέγονται ο θόρυβος, η σκόνη, οι δονήσεις, η θερμοκρασία, ο αέρας, η ακτινοβολία κ.ά. Στους χημικούς κινδύνους συγκαταλέγονται οι επικίνδυνες ουσίες για τον οργανισμό και για το περιβάλλον οι οποίες δημιουργούν κίνδυνο δηλητηρίασης, εγκαύματος ή βλάβης στα μάτια και χρόνιες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος. Στους βιολογικούς κινδύνους συγκαταλέγονται παθογόνοι οργανισμοί ή μικροοργανισμοί στους οποίους εκτίθεται ο εργαζόμενος.

Στις Λιμενικές Υπηρεσίες οι δυνητικοί κίνδυνοι για την υγεία και την ασφάλεια είναι κυρίως εργονομικού και οργανωτικού χαρακτήρα (κόπωση, βάρδιες, νυχτερινή εργασία), ασφάλειας των μηχανημάτων, εργασίας σε μεγάλα ύψη, ο θόρυβος, ο φωτισμός, οι κραδασμοί, η υπερβολική ζέστη ή το κρύο, η σκόνη και διάφορες χημικές ουσίες.

Στον Κλάδο των Τηλεπικοινωνιών - Τηλεφωνικά Κέντρα, ο θόρυβος είναι στη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων (87%) πάνω από τα επιτρεπτά όρια για εργασία με οθόνες οπτικής απεικόνισης. Η ένταση του φωτισμού, επίσης, σε ένα σημαντικό ποσοστό (27%) δεν είναι μέσα στα επιτρεπτά όρια (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2008στ).

Στον κλάδο των αστικών μεταφορών οι βασικοί παράγοντες κινδύνου για τους εργαζόμενους είναι η έκθεση σε θόρυβο, τις δονήσεις, ο κακός φωτισμός, ο ανεπαρκής αερισμός, η υγρασία, η σκόνη, τα αέρια, οι καπνοί, οι υδρατμοί και η θερμοκρασία (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2008α). Πρόσθετοι κίνδυνοι για την ασφάλεια προέρχονται κυρίως από μεταφορικά μέσα, από ενδεχόμενη ολίσθηση και από προβλήματα που απορρέουν από την ποιότητα του εξοπλισμού.

Στις εγκαταστάσεις επεξεργασίας λυμάτων οι κίνδυνοι για την υγεία αναφέρονται στην έκθεση σε χημικές ουσίες, την εισπνοή σκόνης και αναθυμιάσεων, τις μολύνσεις, την ανεπαρκή απολύμανση χώρων, την παρουσία τρωκτικών, τα μη επεξεργασμένα εργοστασιακά απόβλητα, το θόρυβο, τον ανεπαρκή φωτισμό, την υπερβολική υγρασία το καλοκαίρι και το χειμώνα και την αυξημένη θερμοκρασία το καλοκαίρι. Ως περισσότερο σοβαρούς κινδύνους οι εργαζόμενοι αναφέρουν την ηλεκτροπληξία (57%), την ολίσθηση (55%), την έκρηξη (49%), τα επικίνδυνα εργαλεία (39%), τις πτώσεις υλικών (25%) και τα μεταφορικά μέσα (17%) (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2007στ).

Στον Κλάδο των ταχυδρομικών υπηρεσιών η μελέτη του ΕΛΙΝΥΑΕ, αναφέρει ως συχνότερο κίνδυνο για την υγεία των εργαζομένων τη σκόνη (83,2%), την υψηλή θερμοκρασία το καλοκαίρι (49,7%) και το θόρυβο (47,6%). Οι κίνδυνοι για την ασφάλεια που ανέφεραν συχνότερα οι εργαζόμενοι προέρχονται από τον εξοπλισμό (72,7%), τα εύφλεκτα υλικά (49%), την ολίσθηση (44,1%) και την ηλεκτροπληξία (44,1%). Τέλος τα συχνότερα ατυχήματα συνδέονται με κοψίματα, τροχαία και πτώσεις (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2008δ).

Στον κλάδο των ξενοδοχείων, οι κίνδυνοι για την υγεία που αναφέρονται συχνότερα

είναι ο κακός αερισμός (22,3%), οι σκόνες (20,5%), οι καπνοί (18,7%), και ο θόρυβος (18%) (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2007β). Οι κίνδυνοι για την ασφάλεια που ανέφεραν συχνότερα οι εργαζόμενοι προέρχονται κυρίως από ολίσθηση (31,7%), από πτώση (21,8%) και από εύφλεκτα υλικά (19,3%), ολίσθηση (44,1%) και ηλεκτροπληξία (44,1%). Τα συχνότερα ατυχήματα αναφέρονται σε κοιψίματα, τροχαία και πτώσεις (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2008β).

### **Κατηγορίες ενδεχόμενων ασθενειών**

Όπως ήδη έχει αναφερθεί στο πρώτο κεφάλαιο η επαγγελματική ασθένεια ή νόσος είναι η ασθένεια που προσβάλλει το άτομο αποκλειστικά και μόνο λόγω του επαγγέλματος, ορισμός που θεωρούμε ότι είναι ιδιαίτερα περιοριστικός και δεν ανταποκρίνεται στη σύγχρονη πραγματικότητα της παραγωγής και των διάφορων μορφών εργασίας στις ποικίλες οικονομικές δραστηριότητες των κοινωνιών μας. Οι ασθένειες που παρουσιάζουν οι εργαζόμενοι διαφοροποιούνται ανάλογα με τον κλάδο το είδος και την φύση του επαγγέλματος.

Στον Κλάδο της οδοποιίας τα συμπτώματα που δηλώνουν ότι έχουν οι εργαζόμενοι είναι οπτική κόπωση, τσούξιμο στα μάτια, πονοκέφαλοι, ζαλάδες, πόνοι στη μέση, την πλάτη και τους καρπούς (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2008β).

Στην βιομηχανία Διαμόρφωσης Πλαστικών αρκετοί εργαζόμενοι αναφέρουν βαρηκοΐες, λιγότεροι εμβοές και πολλοί λίγοι ιλίγγους, ενώ μεγάλο είναι το ποσοστό των εργαζομένων που πάσχει από οσφυ-ισχιαλγίες (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2007δ).

Στις διοικητικές υπηρεσίες, οι συχνότερα διαγνωσμένες ασθένειες είναι η ημικρανία (19%), η αλλεργία στη σκόνη (19%) και η αλλεργική ρινίτιδα (18,7%). Τα σημεία του σώματος που καταπονούνται περισσότερο είναι

τα μάτια (μέσος βαθμός καταπόνησης 8 με ανώτερο το 10), ο αυχένας (7,8), η μέση (7,4 αριστερά και 7,3 δεξιά), ο δεξιός ώμος/ωμοπλάτη (6,6) ο δεξιός καρπός (6,2) και το δεξί χέρι/δάχτυλα (6,2) (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2008ε).

Στον Κλάδο της Βιομηχανίας Παραγωγής Χρωμάτων από τους εργαζόμενους που εξετάστηκαν από γιατρούς εργασίας, οι περισσότεροι αναφέρουν προβλήματα βαρηκοΐας εμβοών, καθώς επίσης, προβλήματα οσφυ-ισχιαλγίων (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2007 ε).

Στις Λιμενικές Υπηρεσίες οι εργαζόμενοι αναφέρουν ενοχλήσεις στο μυοσκελετικό σύστημα. Το 40,2% αναφέρει ενοχλήσεις στον αυχένα, το 29,9% στην ωμοπλάτη και στους ώμους, το 39,3% στο κάτω μέρος της ράχης και το 23,9% στα γόνατα. Ωστόσο, τα ποσοστά των εργαζομένων που δηλώνουν ότι αδυνατούν να φέρουν σε πέρας τις εργασίες τους λόγω των ενοχλήσεων που είχαν τους τελευταίους 12 μήνες είναι κάτω του 20% (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2008 γ).

Στον Κλάδο των Τηλεπικοινωνιών - Τηλεφωνικών Κέντρων υπάρχουν σημαντικά ποσοστά μυοσκελετικών παθήσεων των άνω άκρων και κυρίως στον αυχένα και τις ωμοπλάτες (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2008στ).

Στον Κλάδο των Αστικών Μεταφορών, το 72% δηλώνει ότι εκδηλώνει οπτική κόπωση, το 69% τσούξιμο στα μάτια, 68% πονοκεφάλους, 60% ξερό βήχα, 50% βήχα με πτύελα, 62% καούρες στομάχου, πόνο στον αυχένα το 70%, στην πλάτη το 70%, στη μέση το 78%, στα πόδια το 65% και πόνους στα γόνατα το 55% (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2008α).

Στην Κλαδική Μελέτη του ΕΛΙΝΥΑΕ (2007στ) για την Υγεία και Ασφάλεια κατά τη λειτουργία των εγκαταστάσεων επεξεργασίας υγρών λυμάτων τα συμπτώματα που αναφέ-

ρουν πιο συχνά οι εργαζόμενοι είναι τσούξιμο στα μάτια, οπτική κόπωση, πονοκέφαλοι, εμβοές, ξερόβηχα, καούρες στομάχου, πόνο στην μέση, την πλάτη, τον αυχένα και τα πόδια.

Οι εργαζόμενοι στις ταχυδρομικές υπηρεσίες δηλώνουν ως συχνότερα προβλήματα την κούραση στα μάτια (57,3%), το τσούξιμο στα μάτια (54,5%), την υπερβολική κούραση μετά την εργασία (52,4%), τους πόνους στην πλάτη (43,4%), τους πόνους στους καρπούς (42,7%) και τους πόνους στη μέση (42%) (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2008δ).

Σύμφωνα με την μελέτη του ΕΛΙΝΥΑΕ για τον κλάδο των ξενοδοχείων, μόλις το 37,3% του δείγματος θεωρεί ότι δεν υπάρχει κίνδυνος να κολλήσει κάποια λοίμωξη (ΕΛΙΝΥΑΕ, 2007). Η υπερβολική κούραση μετά τη δουλειά, πόνος στη μέση, στα γόνατα και στα πόδια είναι από τα συχνότερα αναφερόμενα συμπτώματα.

### 2.3 Συμπεράσματα

Το θεσμικό πλαίσιο για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων είναι αρκετά ολοκληρωμένο και καλύπτει πολλαπλές διαστάσεις που επιδρούν στη φυσική και πνευματική τους κατάσταση. Αποσαφηνίζει την ευθύνη του εργοδότη και τις υποχρεώσεις του εργαζόμενου και προβλέπει την παρουσία συμβουλευτικών και εποπτικών μηχανισμών, τόσο εντός όσο κι εκτός επιχείρησης, οι οποίοι εφόσον εφαρμοστούν, όπως προβλέπεται, θα συμβάλλουν σε καθοριστικό βαθμό στη μείωση της επίδρασης των επιβλαβών παραγόντων στην υγεία των εργαζομένων. Όμως οι ανεπάρκειες στην εφαρμογή της νομοθεσίας είναι πολύ μεγάλες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων στην Ελλάδα απασχολείται στις πολύ μικρές επιχειρήσεις ή είναι αυτοαπασχολούμενοι. Για αυτά τα μεγέθη επιχειρήσεων

δεν προβλέπεται η παρουσία συμβουλευτικών οργάνων όπως είναι ο γιατρός εργασίας, ο εξειδικευμένος τεχνικός ασφάλειας και ο εκπρόσωπος των εργαζομένων ούτε λειτουργούν επαρκώς οι δια-επιχειρησιακοί μηχανισμοί (π.χ. Νομαρχιακές Επιτροπές, Επιθεωρήσεις Εργασίας). Έτσι, οι μόνες διατάξεις που εφαρμόζονται ουσιαστικά είναι αυτές που ορίζουν τις στοιχειώδεις προϋποθέσεις ασφάλειας όπως είναι η πυροπροστασία. Τα ομαδικά και τα ατομικά μέσα προστασίας των εργαζομένων αποτελούν την εξαίρεση. Οι δε εποπτικοί μηχανισμοί είναι ανεπαρκώς στελεχωμένοι, τόσο αριθμητικά όσο και ως προς την απαραίτητη τεχνογνωσία που θα πρέπει να διαθέτουν οι επιθεωρητές. Επιπλέον, δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις ανάπτυξης από μέρους των επιθεωρητών και των επιχειρηματιών εξωθεσμικών σχέσεων και πρακτικών διευθέτησης των ζητημάτων υγιεινής και ασφάλειας (π.χ. διαφθορά και νεποτισμός).

Από την επισκόπηση των μελετών και ερευνών που διενήργησε στα 25 και πλέον έτη λειτουργίας του το ΕΛΙΝΥΑΕ και των Εκθέσεων Πεπραγμένων του ΣΕΠΕ διαπιστώθηκε ότι η υγεία και η ασφάλεια των εργαζομένων στην Ελλάδα εκτίθεται σε πληθώρα επιβαρυντικών παραγόντων, παρά την παρουσία ενός ολοκληρωμένου και τυπικά, αυστηρού θεσμικού πλαισίου. Ορισμένοι από τους επιβαρυντικούς παράγοντες εμφανίζουν ιδιαίτερη ένταση σε συγκεκριμένους οικονομικούς κλάδους και κάποιοι εκτείνονται σε όλο το εύρος της απασχόλησης ανεξαρτήτως κλάδου. Αυτή η διάκριση δεν υφίσταται μόνο σε μία από τις τρεις γενικές κατηγορίες παραγόντων (μικροεπιπέδου, μακροεπιπέδου και πλαισίου) αλλά τους διαπερνά κάθετα και οριζόντια. Πιο συγκεκριμένα, ο θόρυβος, τα μυοσκελετι-

κά προβλήματα, η εργονομικές διευθετήσεις των χώρων εργασίας και των εξοπλισμών, οι εντατικοί/εξοντωτικοί ρυθμοί εργασίας, η σκόνη και η κακή συντήρηση του εξοπλισμού εργασίας αναφέρονται σχεδόν σε όλους τους κλάδους. Η πλημμελής εκτέλεση των καθηκόντων από το αρμόδιο στελεχιακό και εποπτικό προσωπικό είναι ένας άλλος γενικής έκτασης αρνητικός παράγοντας. Αντίθετα, παράγοντες όπως είναι η παρουσία ή απουσία γιατρού εργασίας, τεχνικού ασφάλειας και εκπροσώπων εργαζομένων εμφανίζουν μεγάλες διαφοροποιήσεις ανάλογα με τον κλάδο και το μέγεθος των επιχειρήσεων. Διαφορές παρατηρούνται επίσης και ως προς τις χημικές ουσίες στις οποίες εκτίθεται οι εργαζόμενοι ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της παραγωγικής διαδικασίας στην οποία εμπλέκονται. Αυτή η διαπίστωση μας ωθεί στο συμπέρασμα ότι θα ήταν προτιμότερο να αναπτυχθούν δράσεις περιορισμού των αρνητικών επιπτώσεων που έχει η εργασία στην υγεία των εργαζομένων σε πολλαπλά επίπεδα και όχι μόνο στο χώρο εργασίας. Τέτοια επίπεδα είναι αυτό των δήμων αλλά και των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας όταν αναφερόμαστε στα μέσα ατομικής προστασίας, στο θόρυβο, τα μυοσκελετικά προβλήματα ή τη σκόνη και το κλαδικό ή επιχειρησιακό επίπεδο όταν αναφερόμαστε στην εργονομία, τις χημικές ουσίες και τη συντήρηση των εξοπλισμών.

Το ασφαλές υγιεινό και παραγωγικό περιβάλλον είναι μια κατάσταση που για να επιτευχθεί απαιτείται μια συνολική αναβάθμιση των όρων απασχόλησης και παραγωγής για τον εργαζόμενο που θα επιτυγχάνει μεγάλη εξοικονόμηση πόρων και σταδιακά θα οδη-

γεί στην αλλαγή του παραγωγικού μοντέλου με αναβαθμισμένη την θέση των ίδιων των εργαζομένων. Παρόλα αυτά οι κίνδυνοι στην εργασία, ακόμη και εάν υπάρχει ένα πολύ αναβαθμισμένο μοντέλο υγιεινής και ασφάλειας, πάντα θα παραμονεύουν και θα μας θυμίζουν ότι, για να αποφεύγονται, απαιτείται η συνεχής εγρήγορση του ίδιου του ανθρώπινου παράγοντα στην τήρηση των κανόνων που απαιτούνται προκειμένου να ελαχιστοποιούνται οι κίνδυνοι εμφάνισης εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών. Με άλλα λόγια απαιτείται ένας όσο το δυνατόν καλύτερος συνδυασμός τεχνικών οργανωτικών και προσωπικών μέτρων.

Το ποσοστό των εργαζομένων που εκτίθεται σε κινδύνους του περιβάλλοντος παραγωγής είναι αρκετά σημαντικό καθώς τα αίτια που προκαλούν σωματική καταπόνηση και άγχος συνεχίζουν να υφίστανται όπως και στο παρελθόν. Οι επισφαλώς εργαζόμενοι είναι περισσότερο εκτεθειμένοι σε κινδύνους από ό,τι οι εργαζόμενοι με σταθερή απασχόληση, ιδίως σε ό,τι αφορά τη μεταφορά βαρέων φορτίων και επίπονες στάσεις του σώματος. Η επαναλαμβανόμενη εργασία είναι αρκετά διαδεδομένη και σχετίζεται στενά με μυοσκελετικές παθήσεις. Επίσης, τα τελευταία έτη το ποσοστό των εργαζομένων που εργάζεται με εντατικούς ρυθμούς έχει αυξηθεί κατά πολύ με αποτέλεσμα τα ατυχήματα λόγω εντατικοποίησης να είναι αρκετά συχνά. Πέραν των ειδικών συνθηκών στον κάθε κλάδο ή επιχείρηση, και η γενικότερη ανασφάλεια στην αγορά εργασίας επιτείνει το εργασιακό στρες, με αποτέλεσμα ο εργαζόμενος να είναι περισσότερο ευάλωτος στις ασθένειες και τα ατυχήματα.





## ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: Η ποιοτική ανάλυση<sup>2</sup>

### 3. Συγκριτική ποιοτική ανάλυση των προβλημάτων υγείας των εργαζομένων στην Ελλάδα

#### 3.1 Η έρευνα των συνεντεύξεων βάθους

Η ποιοτική έρευνα των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν οι Έλληνες εργαζόμενοι και των παραγόντων που συμβάλουν ή δεν συμβάλουν στον περιορισμό τους διενεργήθηκε μέσω συνεντεύξεων σε βάθος με συνδικαλιστικά στελέχη και εργαζόμενους στους κλάδους των μεταφορών, των κατασκευών, των ξενοδοχείων, επισιτιστικών επιχειρήσεων και των καζίνο, των τροφίμων ποτών, της υγείας/περίθαλψης, των ασφαλειών, του μετάλλου, της παραγωγής και διανομής ενέργειας και του εμπορίου. Όλες οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στην περιοχή της Αττικής και της Εύβοιας κατά το διάστημα Φλεβάρης-Μάης 2015 με τη μέθοδο της χιονοστιβάδας. Συνολικά πραγματοποιήθηκαν 48 συνεντεύξεις που οι διάρκειά τους κυμαίνεται από 20 λεπτά έως και μία ώρα και 50 λεπτά και η συνομιλία καταγράφονταν για να διευκολυνθεί η ανάλυση τηρώντας σχολαστικά τους κανόνες εμπιστευτικότητας και διασφάλισης των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων των ερωτώμενων.

2. Κωνσταντίνος Δημουλάς, Γιώργος Κολλιός, Θεόδωρα Τζανετάκη.

Χώρος διεξαγωγής των συνεντεύξεων ήταν αυτός που επέλεξαν οι ερωτώμενοι και κυμαίνεται από τα γραφεία της συνδικαλιστικής οργάνωσης και το καφενείο σε κοντινό προς το χώρο εργασίας μέρος, έως το γραφείο του ερευνητή και το σπίτι του συνεντευξιζόμενου. Οι περισσότεροι συνεντευξιζόμενοι είναι άνδρες (41 άτομα). Οι ερωτώμενες γυναίκες ήταν επτά συνολικά. Η ηλικία των συνεντευξιζόμενων κυμαίνεται από τα 37 έως τα 65 έτη και η εργασιακή τους εμπειρία απλώνεται από 12 έως και 42 έτη ενώ σχεδόν όλοι έχουν εργαστεί σε κάποιες φάσεις της ζωής τους με ευέλικτη σχέση εργασίας. Η αρχική ανάλυση του περιεχομένου των συνεντεύξεων έδειξε ότι δεν υπάρχουν αξιόλογες διαφορές στις απόψεις που εκφράζουν οι εργαζόμενοι και τα συνδικαλιστικά στελέχη, εκτός από το γεγονός ότι οι εργαζόμενοι στέκονται περισσότερο κριτικοί απέναντι στους θεσμούς εκπροσώπησης (σωματείο ή επιτροπή υγιεινής και ασφάλειας). Έτσι αποφασίστηκε η ανάλυση να γίνει κατά κλάδο ανεξάρτητα εάν έχουν ή δεν έχουν συνδικαλιστική ιδιότητα οι ερωτώμενοι. Η ανάλυση των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι ταξινομήθηκε σε οκτώ κλάδους απασχόλησης στη βάση των οποίων και διενεργήθηκε η ανάλυση που ακολουθεί. Η κατανομή των ερωτώμενων κατά κλάδο απασχόλησης παρουσιάζεται στο Παράρτημα.

## 3.2 Κλάδος απασχόλησης και προβλήματα υγείας των εργαζομένων στην Ελλάδα

### 3.2.1 Μεταφορές

Στην πιο γενική έννοια της λέξης μεταφορές είναι η διακίνηση ανθρώπων και φορτίων. Είναι μια από τις σημαντικότερες σφαίρες της κοινωνικής παραγωγής υλικών αγαθών. Στο σύγχρονο σύστημα μεταφορών περιλαμβάνονται οι μεταφορές γενικής χρήσεως, δηλαδή οι σιδηροδρομικές μεταφορές, οδικές, θαλάσσιες, ποτάμιες, αεροπορικές, μεταφορές μέσα από αγωγούς (είδος μεταφορών που γίνεται με τη μετακίνηση σε διάφορες αποστάσεις υγρών, αερίων ή στερεών ουσιών μέσα από αγωγούς και μεταφορές μη γενικής χρήσεως, δηλαδή βιομηχανικές μεταφορές.

Τα βασικά χαρακτηριστικά που διέπουν το περιβάλλον των μεταφορών στην Ελλάδα καθορίζονται από το ότι, η χώρα βρίσκεται στην περιφέρεια της Ευρώπης και δεν διατηρεί χερσαία σύνορα με τα υπόλοιπα μέλη της ΕΕ. Μεγάλο μέρος των διασυνοριακών μετακινήσεων πραγματοποιείται μέσω θαλάσσιων οδών. Η Ελλάδα έχει γενικά αραιό οδικό και σιδηροδρομικό δίκτυο.

Μετά το άνοιγμα της ΕΕ προς τα Ανατολικά, και ακριβώς λόγω της θέσης της Ελλάδας ως κόμβου της θαλάσσιας μεταφοράς και της αερομεταφοράς στην Ανατολική Μεσόγειο, έχει αυξηθεί η διεθνής σημασία της. Παρόλα αυτά, λόγω της κρίσιμης συγκυρίας στην οποία βρίσκεται η ελληνική οικονομία, ο κλάδος των μεταφορών και της αποθήκευσης παρουσιάζει συνεχή υποχώρηση απασχόλησης. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας το πρώτο τρίμηνο του 2013 εργαζόταν περίπου 183.000 άτομα έναντι 189.500 το αντίστοιχο διάστημα του 2012

δηλαδή η απασχόληση μεταβλήθηκε κατά -3,5%. Το αντίστοιχο τρίμηνο του 2010 η συνολική απασχόληση στον κλάδο ανερχόταν σε 217.100 άτομα.

Συνολικά, ο κλάδος των μεταφορών και της αποθήκευσης έχασε περίπου το 15,7% του δυναμικού του την περίοδο 2010-2013. Σε αυτά τα στοιχεία θα πρέπει να προσθέσουμε και την κάμψη κατά 6,5% που υπέστη ο κλάδος των ταχυδρομικών υπηρεσιών και ταχυμεταφορών.

Ο κλάδος των μεταφορών στην Ελλάδα καλύπτει κυρίως τη μεταφορά προϊόντων με φορτηγά όπου υπάρχει πολύ μεγάλος αριθμός επιχειρήσεων και επικρατούν οι μικρές υπεργολαβικές δραστηριότητες, τα υπεραστικά λεωφορεία όπου οι επιχειρήσεις είναι μεσαίου και μεγάλου μεγέθους και το έργο τους είναι κατά κανόνα προκαθορισμένο, τα τουριστικά λεωφορεία όπου υπάρχει έντονη εποχικότητα κυρίως κατά τις περιόδους διακοπών και την καλοκαιρινή περίοδο, τα μέσα μεταφοράς των αστικών κέντρων όπου οι επιχειρήσεις είναι μεγάλες και το προσωπικό εργάζεται σε κυλιόμενες βάρδιες και τα ταξί. Στα τουριστικά λεωφορεία, τα φορτηγά και τα ταξί είναι αρκετά εκτεταμένη η μικροιδιοκτησία και η αυτοαπασχόληση αλλά και η εξαρτημένη απασχόληση οδηγών. Στα αστικά μέσα μεταφοράς της Αττικής επικρατεί η μισθωτή εργασία ενώ στα υπεραστικά λεωφορεία και τα αστικά μέσα μεταφοράς, εκτός Αττικής, το καθεστώς απασχόλησης είναι ιδιόμορφο και συνυπάρχουν τόσο «μέτοχοι-οδηγοί» όσο και οδηγοί εξαρτημένης απασχόλησης. Κοινό χαρακτηριστικό όλων των παραπάνω κατηγοριών μεταφοράς είναι ότι το προσωπικό γραφείων ή σταθμών είναι περιορισμένο ενώ πάνω από το 80% είναι οδηγοί.

Στις μεταφορές το περιβάλλον εργασίας είναι διαρκώς μεταβαλλόμενο διότι επηρεάζεται σε πολύ μεγάλο βαθμό από τις κλιματικές συνθήκες, την κατάσταση του οδικού δικτύου και τις κυκλοφοριακές συνθήκες. Συνήθως υπάρχει μεγάλη ένταση που προκαλείται από απρόβλεπτες καταστάσεις και κατά κανόνα οι οδηγοί βρίσκονται σε μία διαρκή κατάσταση στρες «να προλάβουν το δρομολόγιο», «να παραδώσουν το εμπόρευμα χωρίς καθυστέρηση» και να μη συμβεί κάποιο ατύχημα. Ειδικότερα στα μέσα που μεταφέρουν επιβάτες η ένταση εκδηλώνεται και στις σχέσεις με το επιβατικό κοινό τόσο στο επίπεδο των ενδεχόμενων διαπληκτισμών όσο και στο ζήτημα της ασφαλούς μετακίνησης αφού σχεδόν σε κάθε δρομολόγιο υπάρχουν όρθιοι επιβάτες.

Σ' αυτό το περιβάλλον τα ωράρια εργασίας δεν ακολουθούν σχεδόν ποτέ ένα ακριβές χρονοδιάγραμμα, τα διαλείμματα είναι σπάνια έως ανύπαρκτα και η πνευματική και ψυχική κούραση υψηλή. Επιπλέον, η κανονικότητα στην ανάπαυση είναι σχεδόν ανύπαρκτη.

Οι θεσμικές ρυθμίσεις της ασφαλούς μεταφοράς ελαστικοποιήθηκαν κατά πολύ την περίοδο της κρίσης. Οι έλεγχοι είναι σπάνιοι έως ανύπαρκτοι και υποβαθμίστηκαν τα ΜΟΠ (μέσα ομαδικής προστασίας) όπως είναι η καλή συντήρηση των αυτοκινήτων, η εργονομία των καθισμάτων, η υπερφόρτωση, οι ταχύτητες κίνησης στους δρόμους, η πρόβλεψη για δεύτερο οδηγό στα μεγάλα ταξίδια και η αυστηρότητα των προδιαγραφών τήρησης του «βιβλίου δρομολογίων». Πολλές φορές οι οδηγοί μετατρέπονται σε «κινητούς δολοφόνους» όπως ανέφερε ένας εκ των συνεντευξιζόμενων. Αυτή η αρνητική εικόνα επιδεινώνεται ακόμα περισσότερο σύμφωνα με τους ερωτώμενους εξαιτίας των υπεργολαβικών σχέσεων, της πλήρως ελαστικοποιημένης και

πολλές φορές αδήλωτης ή μερικώς δηλωμένης εργασίας και του καθεστώτος «ατιμωρησίας» που απολαμβάνουν οι ιδιοκτήτες ακόμα και όταν παραβαίνουν τον Κώδικα Οδικής Κυκλοφορίας.

Αν και το επάγγελμα του Οδηγού χαρακτηρίζεται ως ΒΑΕ (Βαρύ και Ανθυγιεινό) δεν υπάρχουν αναγνωρισμένες επαγγελματικές ασθένειες ούτε καταγράφονται συστηματικά κάποιες ασθένειες που, ενδεχομένως, συνδέονται με τις συγκεκριμένες επαγγελματικές δραστηριότητες παρά μόνο ασθένειες που ενδέχεται να οδηγήσουν στην αφαίρεση της άδειας επαγγελματικής οδήγησης.

Το σύνολο των ερωτώμενων από τον κλάδο των μεταφορών ανέφερε ότι το σοβαρότερο πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν είναι το στρες. Άλλα προβλήματα με σειρά σημαντικότητας όπως κρίνουν οι ίδιοι οι ερωτώμενοι είναι τα καρδιακά και εγκεφαλικά επεισόδια, οσφυαλγίες και ισχιαλγίες, αιμορροΐδες, υπέρταση, καρκίνοι του πνεύμονα εξαιτίας των καυσαερίων, κυρίως, στους εργαζόμενους στους σταθμούς λεωφορείων και τα γραφεία κίνησης των αστικών μέσων μεταφοράς και καρκίνοι του προστάτη και του παχέως εντέρου εξαιτίας της πολύωρης και διαρκούς καθιστικής εργασίας και των αναβολών στην ικανοποίηση των φυσικών αναγκών αφού, σε όλες τις περιπτώσεις, «τα διαλείμματα» είναι ανύπαρκτα, και δεν είναι διαθέσιμες «τουαλέτες» στις αφετηρίες και τα τέρματα των μέσων αστικής μεταφοράς. Οι προσπάθειες που έγιναν μέχρι τώρα για να λυθεί το συγκεκριμένο πρόβλημα συνάντησαν την «κλειστή πόρτα» της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, που «θέλει να περνά το λεωφορείο από το δήμο αλλά να μην σταθμεύει εκεί και πολύ περισσότερο να μην υπάρχουν τουαλέτες και άλλες εγκαταστάσεις για την εξυπηρέτηση των οδηγών».

Οι Γιατροί Εργασίας και η Τεχνικοί Ασφάλειας είναι «ανύπαρκτοι», εκτός από τα μέσα αστικής μεταφοράς στην Αττική όπου υπάρχουν οργανωμένα τμήματα υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας και οι τεχνικοί ασφάλειας και οι γιατροί εργασίας είναι ειδικευμένοι και πλήρους απασχόλησης. Στα αστικά μέσα μεταφοράς κατά το παρελθόν έγιναν περιστασιακά σεμινάρια εκπαίδευσης των οδηγών σε ζητήματα υγιεινής και διαχείρισης πλήθους (κυρίως με αφορμή τη διοργάνωση των Ολυμπιακών αγώνων το 2004) και έκτοτε δεν εμφανίζεται τέτοιου είδους δραστηριότητα παρά τη λειτουργία ειδικής υπηρεσίας υγιεινής και ασφάλειας. Στους υπόλοιπους κλάδους αναφέρεται η πλήρης απουσία τέτοιου είδους επιμορφώσεων, κάτι που εκτός των άλλων δυσχεραίνεται από τη μεταβλητότητα των ωραρίων εργασίας. Επιπρόσθετα, η γενικευμένη χρήση υπεργολαβιών έχει ως αποτέλεσμα τον υποσκελισμό των υποχρεώσεων απασχόλησης του γιατρού και του τεχνικού ασφάλειας ακόμα και με τη μορφή εξωτερικού συνεργάτη.

Όλοι οι ερωτώμενοι θεωρούν ότι το θεσμικό πλαίσιο ήταν επαρκές αλλά ελαστικοποιήθηκε μετά το 2011 οπότε μειώθηκε σημαντικά το ύψος των προστίμων προς τους εργοδότες αυτοκινητιστές. Το σημαντικότερο πρόβλημα, όμως, είναι ότι δεν λειτουργούν επαρκώς οι θεσμοί εποπτείας και ελέγχου με αποτέλεσμα να μην εφαρμόζονται στην πράξη οι διατάξεις της νομοθεσίας. Όλοι οι ερωτώμενοι θεωρούν επίσης ότι οι επιθεωρητές εργασίας είναι πολύ λίγοι και δεν επαρκούν αριθμητικά ούτε για στοιχειώδεις ελέγχους, οι περισσότεροι δεν γνωρίζουν τις ιδιαιτερότητες των προδιαγραφών υγείας και ασφάλειας στη μεταφορά, αρκετοί αναπτύσσουν μη-θεμιτές σχέσεις συναλλαγής με τους εργοδότες όπως

είναι τα φακελάκια, κάτι που ενισχύεται από την δαιδαλώδη νομοθεσία και την «εμπλοκή τριών Υπουργείων στο έργο της μεταφοράς». Ανασταλτικό παράγοντα αποτελεί, επίσης, η εντοπιότητα των επιθεωρητών και οι σχέσεις οικειότητας που έχουν στις διαπροσωπικές τους σχέσεις με τους τοπικούς εργοδότες.

*Κατά την «κατσαρή βάρδια» την οποία ο κάθε οδηγός υποχρεούται να ακολουθήσει τρεις-τέσσερις φορές το μήνα, ουσιαστικά βρίσκεται 16 ώρες στο δρόμο. Στη διάρκεια του ενδιάμεσου τετράωρου διαλείμματος που προβλέπεται στο πρόγραμμα εργασίας είναι σε «ετοιμότητα» και δεν μπορεί να απομακρυνθεί για να ξεκουραστεί αλλά περιφέρεται αναγκαστικά στις καφετέριες και τα μαγαζιά, με ότι αυτό συνεπάγεται για τη διατροφή, την ομαλή ικανοποίηση των φυσικών του αναγκών και την ανάπαυσή του.*

*Στη μερική αδήλωτη εργασία που αποτελεί τον κανόνα στους οδηγούς φορτηγών προσφέρεται από τον εργοδότη 4ωρη ασφάλιση και 580 ευρώ μισθός και περίπου 200-250 ευρώ «κάτω από το τραπέζι με τη υποχρέωση να εργάζεται οκτώ ώρες που στην πραγματικότητα είναι πάνω από δέκα αφού δεν υπάρχει δεύτερος οδηγός ούτε μπορεί να σταματήσει η εργασία στη μέση της εθνικής οδού και να μη γίνει έγκαιρη παράδοση του εμπορεύματος. Στους δε υπεργολάβους δεν υπάρχουν σχεδόν ποτέ πάνω από 13 επίσημα ημερομίσθια το μήνα.*

Τα παραπάνω προβλήματα επιδεινώθηκαν στη διάρκεια της κρίσης καθώς «η συνεχής εργασία και τα μεροκάματα σπανίζουν». Οι καθυστερήσεις στην καταβολή των αμοιβών είναι πλέον ο κανόνας και τα «έναντι» αποτελούν μία πολύ διαδεδομένη πρακτική. Σ' αυτό το αρνητικό περιβάλλον, το άγχος για το μεροκάματο και η αδήλωτη εργασία «δεν επιτρέπουν τη διεκδίκηση καλύτερων συνθηκών εργασίας και την προστασία της υγείας».

### 3.2.2 Μέταλλο

Ο κλάδος του Μετάλλου από την άποψη της οικονομικής δραστηριότητας συμμετέχει στην προμήθεια προϊόντων στις κατασκευές και στην οικοδομική δραστηριότητα της εγχώριας αγοράς, ενώ, παράλληλα, έχει σημαντική εξαγωγική δραστηριότητα προς αρκετούς οικονομικούς κλάδους της Ευρώπης και του κόσμου συνολικότερα, παράγοντας αξιόλογο τμήμα της προστιθέμενης αξίας της ελληνικής οικονομίας. Ο κλάδος βασικών μετάλλων εξαγεί το 1/2 της παραγωγής του, γεγονός που τον καθιστά έναν από τους περισσότερο εξωστρεφείς κλάδους της ελληνικής οικονομίας καλύπτοντας το 15% των εξαγωγών σε προϊόντα (ΣΕΒ, 2013).

Το γεγονός ότι οι κατασκευές και η μεταποίηση έχουν εισέλθει τα τελευταία χρόνια σε περίοδο ύφεσης και μεγάλης οικονομικής πτώσης, έχει αρνητικές επιπτώσεις και στον κλάδο του Μετάλλου ο οποίος διανύει μια περίοδο συρρίκνωσης του κύκλου εργασιών του. Στην Ελλάδα, το 2009, δραστηριοποιούνταν 16.468 επιχειρήσεις στον Τομέα του Μετάλλου, εκ των οποίων, ποσοστό 75% (12.502) εντοπίζονται στον κλάδο της κατασκευής μεταλλικών προϊόντων, όπως και στην ΕΕ, ενώ ακολουθεί η κατασκευή μηχανημάτων με 2.740 επιχειρήσεις. Η παραγόμενη προστιθέμενη αξία του

κλάδου στην ελληνική οικονομία προσέγγισε τα 2,6 δισ. ευρώ το 2009, με σημαντική αύξηση στην περίοδο 2000-2009 (+6,7% μέση ετήσια αύξηση), που επέτρεψε την έστω και οριακή αύξηση του μεριδίου του στην ελληνική οικονομία (1,3%). Το μεγαλύτερο τμήμα της προστιθέμενης αξίας προήλθε από τον κλάδο της κατασκευής μεταλλικών προϊόντων (46%), ενώ ακολουθεί ο κλάδος παραγωγής βασικών μετάλλων. Η συνολική απασχόληση στον κλάδο προσεγγίζει τους 72.000 εργαζόμενους για το 2011, με μικρή κάμψη στην περίοδο 2000-2011, κατά 2%, αντιπροσωπεύοντας το 0,9% της συνολικής απασχόλησης της ελληνικής οικονομίας.

Οι περισσότεροι εργαζόμενοι απασχολούνται στον κλάδο κατασκευής μεταλλικών προϊόντων, με 43.000 εργαζόμενους και ακολουθεί ο κλάδος παραγωγής μετάλλων, με 18.000 εργαζόμενους.

Οι εξαγωγές μεταλλικών προϊόντων προσέγγισαν τα 1,3 δισ. ευρώ το 2011, με συνεχή αύξηση στην περίοδο 2000-2011 επιτρέποντας την αύξηση του μεριδίου ως προς τις συνολικές εξαγωγές της ελληνικής οικονομίας στο 11,6%.

Ανάμεσα στους επιμέρους κλάδους, το μεγαλύτερο μερίδιο στις εξαγωγές καλύπτει ο κλάδος της παραγωγής βασικών μετάλλων, με 900 εκ. ευρώ, κυρίως, λόγω των εξαγωγών αλουμίνιας, αλουμινίου και άλλων βασικών μετάλλων. Σύμφωνα με τη διεθνή ταξινόμηση οικονομικών δραστηριοτήτων στον κλάδο του μετάλλου περιλαμβάνονται συνολικά 23 υποκλάδοι που η δραστηριότητά τους κυμαίνεται από την εξόρυξη μεταλλευμάτων έως και την κατασκευή μηχανημάτων ειδικής χρήσης. Στον κλάδο του μετάλλου περιλαμβάνονται η ναυπηγική βιομηχανία, οι αμυντικές βιομηχανίες

η χαλυβουργία και τα χυτήρια, η υψηλή τεχνολογία παραγωγής υλικών και συστημάτων δικτύων, οι λευκές συσκευές, η αυτοκινητοβιομηχανία, η αργυροχρυσοχοΐα, οι μεταλλικές κατασκευές κ.ά.

Η Βιομηχανία Μετάλλου είναι από τους πιο επίπονους και επικίνδυνους κλάδους της βιομηχανικής δραστηριότητας και αυτό εξηγεί την μεγάλη συμμετοχή του συγκεκριμένου κλάδου στο σύνολο των ατυχημάτων που σημειώνονται διεθνώς αλλά και στην Ελλάδα. Αξίζει, βέβαια, να σημειωθεί ότι τα τελευταία χρόνια τα εργατικά ατυχήματα μειώθηκαν, κυρίως, εξαιτίας της πτώσης της παραγωγής και όχι ως απόρροια της βελτίωσης των συνθηκών εργασίας.

Στις συνθήκες της τρέχουσας οικονομικής κρίσης έχει υποτιμηθεί σε μεγάλο βαθμό το ζήτημα της υγιεινής και της ασφάλειας των εργαζομένων. Το άγχος της επιβίωσης και της εξασφάλισης μιας θέσης εργασίας είναι ανασταλτικός παράγοντας στην διεκδίκηση των δικαιωμάτων γύρω από τα ζητήματα των συνθηκών εργασίας και κατ' επέκταση της υγιεινής και της ασφάλειας, στο χώρο εργασίας. Όπως αναφέρουν οι συνεντευξιζόμενοι, η μη καταβολή ή η καθυστέρηση απόδοσης των δεδουλευμένων είναι αρκετά συνήθης πρακτική από την μεριά των εργοδοτών (έως και 10 μήνες) και είναι, επίσης, πολύ υψηλά στην ιεράρχηση των προτεραιοτήτων και των αναγκών των ίδιων των εργαζομένων. Ο φόβος της απώλειας της θέσης εργασίας θέτει σε «δεύτερη μοίρα» τα ζητήματα των συνθηκών παραγωγής και εργασίας και συνεπώς την υγιεινή και την ασφάλεια. *«Αναγκαζόμαστε όλοι μας να κάνουμε πολλές υποχωρήσεις μπροστά στην διαδικασία να βρούμε αυτό το περιβόητο μεροκάματο για την επιβίωσή μας»*. Οι πολύ επιβλαβείς κίνδυνοι για την υγεία των εργαζο-

μένων, όταν αυτοί εργάζονται, σε χώρους που δεν αερίζονται επαρκώς, εισπνέοντας καρκινογόνα αέρια, σε συνθήκες απειλής απώλειας της θέσης εργασίας δεν είναι καθόλου εύκολο από την πλευρά των εργαζομένων, να αντιμετωπιστούν: *«...όταν έχεις πρόβλημα επιβίωσης όλα τα άλλα είναι σε δεύτερη μοίρα»*. *«Όταν σε βάζουν σε ένα χώρο κλειστό με κάπνα και τους ζητήσεις και ανεμιστήρες να αερίζεται ο χώρος την επόμενη θα φύγεις. Οπότε αναπνέεις αυτόν το καρκίνο για να πάρεις ένα μεροκάματο»*. Την κατάσταση της αυξημένης ανεργίας αξιοποιούν αρκετοί εργοδότες προκειμένου να συμπιέσουν ακόμη περισσότερο το κόστος εργασίας είτε αυτό αφορά τα μεροκάματα, είτε αφορά την τήρηση των στοιχειωδών μέτρων ασφαλείας. *«Η εργοδοσία έχει περάσει στην αντεπίθεση. Δεν τηρεί τίποτε, η εργοδοσία είναι φιλοστιγνή σε αυτά τα ζητήματα»* ή *«Τα μαδέρια εκεί που ήταν τρία γίναν ένα. Οι σκαλωσιές, είναι όπως τις φτιάξει ο καθένας»*.

Τα περισσότερα προβλήματα όπου συντελούνται και πολλά ατυχήματα που σε αρκετές περιπτώσεις είναι θανατηφόρα, σημειώνονται, κυρίως, στις μεταλλικές κατασκευές και στην ναυπηγική βιομηχανία όπου επικρατεί πληθώρα δραστηριοποίησης εργολαβικών εταιριών.

Το θεσμικό πλαίσιο για την υγιεινή και την ασφάλεια θεωρείται ότι είναι επαρκές. Το βασικό πρόβλημα είναι η εφαρμογή του: *«κατά ένα 80% η εφαρμογή του θα μπορούσε να καλύψει τους εργαζόμενους»*. *«Εάν αυτή η νομοθεσία εφαρμόζονταν θα έλυνε αρκετά προβλήματα»*. Σε ό,τι αφορά το θεσμικό πλαίσιο αναγνώρισης των επαγγελματικών ασθενειών χαρακτηρίζεται ως *«απαράδεκτο»*. Αυτό είναι ένα πρόβλημα που σχετίζεται με το λειτουργία του ίδιου του θεσμικού πλαισίου. Οι μετρήσεις που διενεργούνται για την επιβάρυνση της

ατμόσφαιρας από μόλυβδο δείχνουν υπέρβαση των ορίων και η απόκλιση από τα όρια του συναγερμού είναι τεράστια. «Οι προτάσεις που κάνουμε βρίσκουν τοίχο γιατί αυτές σε μια περίοδο που δεν υπάρχει δουλειά και η ανεργία είναι στα ύψη είναι δύσκολο να βρουν αποδέκτες».

Επιτροπές Υγιεινής και Ασφάλειας συνήθως δεν υπάρχουν αλλά και όπου αυτές υφίσταται επικαλύπτονται από το σωματείο. Η σχέση είναι προβληματική. «Σε πολλές περιπτώσεις οι επιτροπές αυτές ελέγχονται από τον εργοδότη». Πρόβλημα επίσης αποτελεί και η εμπλοκή των αρμοδιοτήτων διαφορετικών φορέων του κράτους στην διαδικασία αναγνώρισης της επαγγελματικής ασθένειας σε έναν εργαζόμενο με αποτέλεσμα αυτός να βρίσκεται ανάμεσα σε γραφειοκρατικές διαδικασίες που τον εμποδίζουν να διεκπεραιώσει την υπόθεσή του.

*Οι επαγγελματικές ασθένειες είναι πολύ δύσκολο να καταγραφούν ως τέτοιες. Ακόμη και οι γιατροί εργασίας λειτουργούν ως εμπόδιο στην καταγραφή τους ως επαγγελματικών ασθενειών. Αρκετοί γιατροί που συμμετέχουν στις επιτροπές του ΙΚΑ απασχολούνται παράλληλα ως σύμβουλοι σε εταιρίες όπου οι εργαζόμενοι έχουν προβλήματα μολυβδίασης. Αυτή η πρακτική αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για τη δήλωση της ασθένειας κάποιου εργαζόμενου ως επαγγελματική. «Υπήρξαν περιπτώσεις εργαζομένων που ενώ το μοναδικό νοσοκομείο που διαθέτει τμήμα γιατρού εργασίας είναι το «Θριάσιο», το αρμόδιο ΙΚΑ δεν αναγνωρίζει την γνωμάτευση και αξιώνει από τον εργαζόμενο να προσκομίσει πι-*

*στοποιητικό από οπουδήποτε αλλού εκτός από το συγκεκριμένο νοσοκομείο» αναφέρει ένας συνεντευξιαζόμενος.*

Στη ζώνη του Περάματος οι όροι απασχόλησης είναι αρκετά διαφοροποιημένοι ανάλογα με την επιχείρηση και τον εργοδότη «Πολλές φορές η αμοιβή εξαρτάται από την πίεση του εργοδότη και τα κότσια του συνάδελφου» να διεκδικήσει το ύψος του μεροκάματου. Ακόμα και με τα σημερινά δεδομένα του ύψους του μισθού, έτσι όπως αυτός έχει διαμορφωθεί, είναι «ελάχιστες οι φορές που ο εργαζόμενος πληρώνεται με βάση τα ισχύοντα σήμερα..., η πλειοψηφία των εργοδοτών είναι άστα να πάνε!! Όπου μας πιάσουν και όπου τους πιάσουμε!!». Η εργασία που εκτελείται από τους εργαζόμενους στο συγκεκριμένο κλάδο, λόγω της μεγάλης σε έκταση δραστηριότητα των εργολαβικών επιχειρήσεων είναι ανασφάλιστη με συνέπεια να επιδεινώνεται συνολικά όλο το πλαίσιο που διαμορφώνει τις συνθήκες εργασίας στο συγκεκριμένο κλάδο. «Πολλοί δεν βάζουν και ένσημα» μας σχολιάζει ένας από τους συνεντευξιαζόμενους. Υπάρχουν ανασφάλιστοι για μεγάλο χρονικό διάστημα που φθάνει ακόμα και το διάστημα τριών χρόνων, με αποτέλεσμα αρκετοί εργαζόμενοι να μην έχουν τις προϋποθέσεις να απευθυνθούν σε κάποιο γιατρό. «Είναι τέτοια η εργασιακή τρομοκρατία που ότι και να σας πούμε εάν δεν την ζήσετε δεν μπορείτε να την φανταστείτε... Εάν ένας εργαζόμενος δεν πάει σε ένα έργο, τότε αποκλείεται από παντού». Οι εργοδηγοί (που αποκαλούνται από τους εργαζόμενους σκύλοι) «μας βάζουν να δουλέψουμε σε τέτοιες συνθήκες που ξέρουμε ότι μπορεί και να μην γυρίσουμε σπίτι μας... για το μεροκάματο ρισκάρουμε ακόμα και αυτό».

«Είναι τέτοια η πίεση όταν πας στη δουλειά... και μπροστά στην πίεση και στην εντατικοποίηση που υπάρχει είναι εύκολο να γίνει το λάθος και από μας..., όταν τελειώνει η δουλειά και κατεβαίνουμε από το καράβι όλοι μας λέμε: Α!! σχολάσαμε, άρα είμαστε τυχεροί».

«Στην ειδικότητα ηλεκτροσυγκόλλησης οι κλειστοί και μη αεριζόμενοι χώροι, η έλλειψη φωτισμού, η ανάγκη να δουλεύει κανείς κρεμασμένος σε μεγάλο ύψος μέσα στη δεξαμενή χωρίς να πατάει στο έδαφος, η στενότητα χώρων και η εργασία πολλών συνεργείων μαζί, δημιουργεί κίνδυνο τραυματισμών από πτώσεις εργαλείων. Ανάλογες είναι οι καταστάσεις και μέσα στα μηχανοστάσια όπου εργάζονται ταυτόχρονα διαφορετικές ειδικότητες. (εφαρμοστής, σωληνοργός, μανουβραδόρος που κατεβάζει υλικά κ.λπ). Με μεγάλη στενότητα χώρων. Υπάρχουν δύσκολα σημεία που είναι αρκετά κοπιαστική η εκτέλεση εργασίας με κίνδυνο απώλειας της ισορροπίας, και λόγω του ύψους αλλά και της ολισθηρότητας. Γενικά είναι μια εργασία που δεν πατάει ο εργαζόμενος σταθερά σε έδαφος ή σε σταθερό δάπεδο. Για το λόγο αυτό υπάρχει μεγάλη πιθανότητα ατυχήματος. Εάν προσθέσει κανείς και την πίεση που ασκείται για την ταχεία εκτέλεση των εργασιών προκειμένου να παραδοθεί το έργο, οι κίνδυνοι ατυχήματος πολλαπλασιάζονται».

Οι επισκέψεις γιατρών εργασίας δεν είναι σε όλες τις επιχειρήσεις με την ίδια συχνότητα. Σε πολλές επιχειρήσεις ο γιατρός εργασίας

είναι εκεί καθημερινά σε άλλες μια-δυο φορές τη βδομάδα, αλλά δεν γνωστοποιείται η παρουσία του επίσημα στους εργαζόμενους. Δεν είναι όλοι τους πιστοποιημένοι, αλλά όταν οι γιατροί έχουν συχνή παρουσία στο χώρο εργασίας, θεωρείται ότι η προσφορά τους είναι σημαντική. Σε πολλές επιχειρήσεις στη Ζώνη του Περάματος υπάρχει παντελής έλλειψη γιατρών εργασίας. «Δεν υπάρχει τέτοιο πράγμα Είναι ανύπαρκτοι» ενώ στα οργανωμένα Ναυπηγεία υπάρχει και εκεί «δουλεύουν παραδειγματικά» δηλώνουν οι συνεντευξιζόμενοι. Στα οργανωμένα ναυπηγεία λειτουργεί Υπηρεσία Υγιεινής και Ασφάλειας και Ιατρικό Τμήμα. Η ασφάλεια είναι καθημερινή δραστηριότητα και αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της εργασιακής πρακτικής. Είναι τόσο βαθιά η κουλτούρα ασφάλειας που έχει κατακτηθεί με το πέρασμα του χρόνου ώστε δεν αρχίζει κανένα έργο εάν δεν ελεγχθεί πρώτα από τον Τεχνικό Ασφάλειας. Ωστόσο όταν «εισέρχονται για τμήματα των εργασιών πάνω στα καράβια υπεργολάβοι, οι όροι ασφαλείας είναι πολύ χαλαροί και εξαρτώνται από την χρονική πίεση που ασκείται στον εργολάβο από τους ιδιοκτήτες του καραβιού».

Στις εγκαταστάσεις των εργολάβων και των υπεργολάβων οι Τεχνικοί Ασφαλείας συνήθως υπάρχουν στους χώρους εργασίας αλλά λόγω της εργασιακής τους εξάρτησης από τον εργοδότη, η γνωμάτευση που κάνουν είναι, τις περισσότερες φορές, μια τυπική διαδικασία με αποτέλεσμα οι χώροι εργασίας να μην θωρακίζονται όπως πρέπει. Το πρόβλημα είναι πολύ έντονο στην Ζώνη του Περάματος όπου παρόλο που οι τεχνικοί ασφαλείας έχουν μια παρουσία, σε αρκετές περιπτώσεις, η παρουσία τους είναι εντελώς τυπική. «Πολλές φορές με πρωτοβουλία του υπεύθυνου του συνεργείου

οι εργασίες ξεκινάνε χωρίς να έχουν την έγκριση του τεχνικού».

Η χρήση των μέσων ατομικής προστασίας συνήθως εξαρτάται από την πίεση του χρόνου για την αποπεράτωση του έργου και την οικονομική κατάσταση της επιχείρησης η οποία ενδέχεται να μη διαθέτει ΜΑΠ. Ακόμη όμως και στις περιπτώσεις, όπου η επιχείρηση χορηγεί και υποχρεώνει τους εργαζόμενους να κάνουν χρήση των μέσων προστασίας, αυτοί πολλές φορές, είτε αδιαφορούν είτε νιώθουν ότι αυτά τους ενοχλούν στην εργασία τους και εφαρμόζουν τα μέτρα με πλημμελή τρόπο. Η έλλειψη κατάλληλης παιδείας από την πλευρά των εργαζομένων κάνει ακόμα πιο δύσκολη την χρήση των ΜΑΠ από μέρους τους. Σύμφωνα με κάποιους εργαζόμενους «οι διαφορές στην διάθεση τήρησης των ΜΑΠ εντοπίζονται κυρίως σε σχέση με την επιχείρηση, την παραγωγική δραστηριότητά της και την οικονομική κατάσταση και όχι σε σχέση με την διαφορετική μορφή της εργασιακής σχέσης του εργαζόμενου με την επιχείρηση. Εντοπίζονται όμως και σε άγνοια του κινδύνου κυρίως από εργαζόμενους που εργάζονται περιστασιακά είναι ανειδίκευτοι και ως επί το πλείστο αλλοδαποί».

Σε επιχειρήσεις όπου η οικονομική κατάσταση είναι δύσκολη δεν υπάρχει σχεδόν κανένα μέτρο προστασίας. Αυτό αφορά κυρίως μικρές επιχειρήσεις βιοτεχνικού χαρακτήρα (σχεδόν οι μισές επιχειρήσεις), όπου ο εργαζόμενος από μόνος του πολλές φορές φροντίζει για την εξασφάλισή τους, με δικό του κόστος. «Σήμερα δεν δίνονται ΜΑΠ. Ότι πάρουμε από μόνοι μας..., το πολύ-πολύ να σου δώσουν ένα ζευγάρι γάντια...». Διαφορές εντοπίζονται και μεταξύ των μεγάλων επιχειρήσεων καθώς ορισμένες από αυτές την υγιεινή και την ασφάλεια την αντιμετωπίζουν ως κόστος και όχι ως επένδυση που βελτιώνει την ποιότητα της

παραγωγής και αναβαθμίζει το ίδιο το προσωπικό. Εκεί που δεν υπάρχουν μέσα προστασίας ο φόβος είναι αποφασιστικός παράγοντας για την μη διεκδίκηση από την πλευρά των εργαζομένων: «Κάνε το κορόιδο γιατί να φύγεις;».

Στις οργανωμένες επιχειρήσεις που διαθέτουν συστήματα πιστοποίησης ISO τα ατυχήματα περιορίζονται σημαντικά αφού οι προδιαγραφές ασφαλείας τους ελέγχονται τακτικά και με αυστηρότητα, αλλά κάτι τέτοιο δεν συμβαίνει με την πλειοψηφία των υπεργολάβων.

Τα προβλήματα που εντοπίζονται στους χώρους εργασίας είναι κυρίως η σκόνη, τα χημικά, ο θόρυβος, η πίεση και το στρες, οι αναθυμιάσεις, ο φόβος για τον κίνδυνο ατυχήματος. Τα εργατικά ατυχήματα που δεν είναι θανατηφόρα δηλώνονται σπάνια. «Αυτά που δηλώνονται είναι τα θανατηφόρα ατυχήματα τα υπόλοιπα ατυχήματα προσπαθούν να τα καλύψουν με κάθε τρόπο. Πολλές φορές τα παραπέμπουν σε ιδιωτικές κλινικές για να μην καταγραφούν. Ξέρω περίπτωση που έγινε το ατύχημα και η παραπομπή έγινε σε δικιά του κλινική (δηλ του εργοδότη) για να μην καταγραφεί σε δημόσιο νοσοκομείο».

Πολλά προβλήματα ασθενειών παρουσιάζονται, κυρίως, σε εργαζόμενους στην αμμοβολή, και σε ηλεκτροσυγκολλητές. Τα συνήθη νοσήματα είναι πνευμονολογικής ή καρδιολογικής φύσης, εμφάνιση καρκίνου σε πολλές ομάδες εργασίας αλλά και σε τμήματα απασχόλησης μέσα στη βιομηχανία. «Τελευταία ο καρκίνος στο χώρο μας θερίζει.....κάθε χρόνο είναι διψήφιο το νούμερο των συναδέλφων που, είτε έχουν προλάβει να βγουν στη σύνταξη είτε όχι, πεθαίνουν από καρκίνο. Αυτά που μαθαίνουμε γιατί προφανώς υπάρχουν και περιπτώσεις που δεν τις μαθαίνουμε». Άλλου είδους προβλήματα είναι τα μυοσκελετικά. Επίσης

υπάρχει έξαρση στη μολυβδίαση, κυρίως, στις εταιρίες παραγωγής μπαταριών οι επιπτώσεις της οποίας είναι πολλαπλές (ψυχολογικά προβλήματα, αϋπνίες, υψηλή πίεση, προβλήματα νευρολογικής φύσης).

Επίσημα αναγνωρισμένες επαγγελματικές ασθένειες δεν υπάρχουν. Πολλές φορές τα προβλήματα υγείας τα κρύβουν οι ίδιοι οι εργαζόμενοι προκειμένου να μην χάσουν τη δουλειά τους.

Ειδικά Προγράμματα ενημέρωσης για την πρόληψη, την προστασία και την βελτίωση της υγείας των εργαζομένων υπήρχαν παλαιότερα μέσω των ευρωπαϊκών προγραμμάτων τα οποία οι επιχειρήσεις τα αξιοποιούσαν προκειμένου να αντλήσουν πόρους. Αυτά πολλές φορές είχαν τυπικό χαρακτήρα. Σήμερα αντίστοιχα προγράμματα δεν υπάρχουν. Στην ειδικότητα της ηλεκτροσυγκόλλησης υλοποιούνται κατά περιόδους προγράμματα εκπαίδευσης αλλά στην πράξη αυτά που μαθαίνει κανείς δεν τηρούνται. Πολλές φορές οι εργαζόμενοι τα αντιμετωπίζουν ως ένα επιπλέον χρηματικό βοήθημα και τίποτα άλλο.

Όσον αφορά το ρόλο των εποπτικών αρχών η κατάσταση είναι απογοητευτική. Πολλές επιθεωρήσεις εργασίας ταυτίζονται απόλυτα με τους εργοδότες και τις επιχειρήσεις, μέσα από ιδιαίτερες σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ εργοδοτών και επιθεωρητών εργασίας. *«Υπάρχουν πάρα πολλές περιπτώσεις που ο εργαζόμενος δεν δικαιώνεται στην επιθεώρηση εργασίας αλλά και περιπτώσεις που τον ίδιο τον αποτρέπουν στο να προχωρήσει στην μέχρι τέλους διεκδίκηση της υπόθεσής του, χωρίς να θέλουμε να ισχυριστούμε ότι αυτό είναι μια γενική κατάσταση για όλες τις επιθεωρήσεις».*

Οι επιθεωρήσεις εργασίας παρουσιάζουν επίσης προβλήματα στελέχωσης και έλλειψης

προσωπικού, από νέους ανθρώπους με ενθουσιασμό και όρεξη για το αντικείμενο. Η Πενταμελής Επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας στην Ζώνη του Περάματος υπό την εποπτεία του ΣΕΠΕ ουσιαστικά δεν ασκεί το ρόλο της. «Η ουσία είναι ότι δεν γίνεται πραγματικός έλεγχος...», φτάνουν στο σημείο να ειδοποιούν τον εργοδότη από πριν». Οι εργαζόμενοι πολύ δύσκολα προχωράνε σε καταγγελίες συμβάντων παραβίασης της νομοθεσίας αφού εάν αυτό γίνει γνωστό, στοχοποιούνται, απολύονται και είναι πολύ δύσκολο να ξαναβρούν εργασία στον ίδιο κλάδο.

**Ένα ολοκληρωμένο σύστημα** πρέπει πάνω από όλα να διασφαλίζει την καθαριότητα των χώρων υγιεινής (αποδυτήρια μπάνια τουαλέτες), ασφαλιστικές και τσιμενταρισμένες εγκαταστάσεις των επιχειρήσεων, διάδρομοι προσπέλασης, εξειδίκευση των εργαζομένων και πιστοποίησή τους, αντιμετώπιση θορύβου και μέσα ατομικής προστασίας, καθώς και ασφάλεια της απασχόλησης.

### 3.2.3 Ξενοδοχεία-Επισιτισμός-Ψυχαγωγία

Τα Ξενοδοχεία και ο επισιτισμός είναι από τους πιο δυναμικούς τομείς απασχόλησης στην ελληνική οικονομία με έντονη εποχικότητα στη δραστηριότητά τους. Ο τουρισμός, σε αντίθεση με τις περισσότερες μεταποιητικές δραστηριότητες ή τις δραστηριότητες του πρωτογενούς τομέα, αποτελεί οριζόντια δραστηριότητα και όχι κάθετη. Δηλαδή, ο τουρισμός αποτελεί μια δραστηριότητα που οριοθετείται από την πλευρά της ζήτησης προϊόντων και υπηρεσιών ενώ οι μεταποιητικές δραστηριότητες ή δραστηριότητες του πρωτογενούς τομέα αποτελούν δραστηριότητες παραγωγής και προσφοράς προϊόντων. Για παράδειγμα, ο μεταλλουργικός κλάδος συγκροτείται από εταιρίες παραγωγής προϊόντων μετάλλου

και ο κλάδος των σιτηρών από τις αγροτικές επιχειρήσεις που παράγουν σιτηρά. Αντίθετα, η δραστηριότητα του τουρισμού επιδρά σε πολλούς κλάδους της οικονομίας, όπως μεταφορές (π.χ. ταξίδι με αεροπλάνο και transfer με λεωφορείο), διαμονής (σε ξενοδοχείο ή αλλού), εστίασης (σε εστιατόρια ή bar εντός ή εκτός του χώρου διαμονής), διασκέδασης (περιλαμβανομένων των επισκέψεων σε αξιοθέατα) και κατανάλωσης σε καταστήματα. Έτσι ο τουρισμός αποτελεί μια δραστηριότητα που – ούτως ή άλλως αφορά πολλά και διάφορα μέρη του κοινωνικού και παραγωγικού ιστού μιας χώρας. Σ' αυτόν περιλαμβάνονται πολλές κατηγορίες επιχειρήσεων που διακρίνονται ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, τη διάρκεια, το εύρος αλλά το μέγεθος των πακέτων υπηρεσιών που παρέχουν. Εδώ περιλαμβάνονται ξενοδοχεία τεσσάρων και πέντε αστέρων στα μεγάλα αστικά κέντρα που λειτουργούν σε όλη τη διάρκεια του χρόνου, χωρίς σημαντικές διακυμάνσεις ως προς την πληρότητά τους, αλλά και ξενοδοχειακές μονάδες που παρέχουν απλώς στέγη ή και διατροφή για λιγότερο από 5 μήνες κάθε χρόνο.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ (Ελληνική Στατιστική Αρχή) και της ΤτΕ (Τράπεζα της Ελλάδος), το 2013 η Ελλάδα υποδέχθηκε 17.919.581 τουρίστες, μόνιμους κατοίκους άλλων χωρών και εισέπραξε 11,7 δισ. ευρώ. Σε σχέση με την εποχικότητα, αυτή είναι έντονη με 61% των εσόδων και 56% των αφίξεων να πραγματοποιούνται το 3<sup>ο</sup> τρίμηνο του έτους, 36% των εσόδων και 38% των αφίξεων το 2<sup>ο</sup> και 4<sup>ο</sup> τρίμηνο συνολικά, και μόλις 3% και 6% αντίστοιχα το πρώτο τρίμηνο κάθε έτους. Σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία για το 2014, ο εισερχόμενος τουρισμός παρουσιάζει αύξηση αφίξεων κατά 23% και αύξηση εσόδων κατά 13%.

Ο τουρισμός, όπως ήδη αναφέρθηκε αποτελεί μια δραστηριότητα εντάσεως εργασίας με έντονη εποχικότητα. Σύμφωνα με στοιχεία του ΙΚΑ, τον Ιανουάριο του 2014 η συνολική μισθωτή απασχόληση στον κλάδο τουρισμού και εστίασης ανήλθε σε 183.000 άτομα (από τους οποίους οι 56.000 σε αμιγώς τουριστικές επιχειρήσεις) και τον Ιούλιο 2014 σε 450.000 άτομα (από τους οποίους οι 262.000 σε αμιγώς τουριστικές επιχειρήσεις) αποτελώντας το 12% της συνολικής μισθωτής απασχόλησης στον ιδιωτικό τομέα, κατά τη χειμερινή περίοδο και το 30% το καλοκαίρι. Επιπλέον, μεγάλο μέρος των καταλυμάτων της χώρας είναι μικρές οικογενειακές μονάδες, όπου παρατηρείται υψηλός αριθμός αυτοαπασχολούμενων και απασχόλησης μελών της οικογένειάς τους. Το ίδιο ισχύει και για τις δεκάδες χιλιάδες επιχειρήσεις εστίασης.

Οι συνθήκες εργασίας και η εργασιακή σχέση του προσωπικού εμφανίζει έντονες διαφορές και ποικίλει από τη σταθερή, πλήρη και διαρκή απασχόληση από την πρόσληψη μέχρι τη συνταξιοδότηση έως και την περιστασιακή ή και υπεργολαβική απασχόληση κατά τους θερινούς μήνες ή όταν υπάρχουν ανάγκες για πρόσθετο προσωπικό προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες ειδικών εκδηλώσεων όπως είναι τα συνέδρια, οι συνεστιάσεις κ.ά.

Το παραπάνω πλαίσιο άσκησης της ξενοδοχειακής και επισιτιστικής δραστηριότητας επιδρά με ποικίλους τρόπους στην υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων:

Τα συνήθη προβλήματα υγείας αναφέρονται στα μυοσκελετικά - ορθοπεδικά προβλήματα και τις φλεβίτιδες των σερβιτόρων, των γκρουμ, των καμαριερών και του προσωπικού υποδοχής εξαιτίας της πολύωρης ορθοστασίας και των βαρών που μετακινούν καθημερινά,

τα συχνά μικροατυχήματα των σερβιτόρων και των μαγείρων, εξαιτίας της ολισθηρότητας των δαπέδων και των εργαλείων που χρησιμοποιούν αλλά και των συχνών εναλλαγών στη θερμοκρασία του περιβάλλοντος εργασίας, τις τενοντίτιδες των σερβιτόρων και τις αρθρίτιδες των λαντζέρηδων, τα αναπνευστικά προβλήματα, τα προβλήματα του κυκλοφορικού συστήματος και τους καρκίνους στους λαντζέρηδες, τις καμαριέρες και το προσωπικό της κουζίνας εξαιτίας των χημικών και των μικροσωματιδίων και τα προβλήματα κώφωσης των συντηρητών στα μηχανοστάσια των εγκαταστάσεων και τις πισίνες. Σύμφωνα με τις αναφορές των ερωτώμενων καμία από αυτές τις ασθένειες δεν αναγνωρίζεται ως επαγγελματική και τα συγκεκριμένα επαγγέλματα έπαψαν να θεωρούνται Βαρέα και Ανθυγιεινά το 2010.

*Σε πολλές κουζίνες που η βρύση δεν μετακινείται το προσωπικό θα πρέπει να φορτωθεί τη «μαρμίτα» γεμάτη νερό και να τη μεταφέρει στην εστία με τα χέρια οπότε και καταπονείται στη μέση και τα χέρια. Οι δε λαντζέρηδες όταν πρόκειται να την καθαρίσουν αναγκάζονται να μπουν μέσα στο καζάνι με το λάστιχο και είναι σχεδόν όλη την ώρα «με το νερό ως τη γάμπα» στη διάρκεια της εργασίας τους. Μετά από χρόνια, η υγρασία και τα χημικά καθαρισμού έχουν ασκήσει τέτοια επίδραση στο μυοσκελετικό τους σύστημα που «στην ουσία σέρνονται» και είναι ανάπηροι από την αρθρίτιδα».*

*Επίσης στους περισσότερους χώρους υποδοχής (ρεσεψιόν) δεν υπάρχουν καθίσματα, οι χώροι εί-*

*ναι στενάχωροι και οι εργαζόμενοι αναγκάζονται να είναι όρθιοι ακόμα και όταν δεν υπάρχουν πελάτες. Ίδια είναι λίγο ως πολύ η κατάσταση και για τους σερβιτόρους.*

Πίσω από τη λαμπερή βιτρίνα της χλιδής και της πολυτέλειας πολλές φορές βρίσκονται στενάχωροι και μη-εργονομικοί χώροι εργασίας αλλά και υπόγεια χωρίς επαρκή φυσικό φωτισμό και εξαερισμό. Σε πολλές από τις ειδικότητες των ξενοδοχείων η χρήση Μέσων Ατομικής Προστασίας είναι «απρεπής» εξαιτίας του είδους των εργασιακών καθηκόντων (π.χ. καμαριέρες με μάσκες στα δωμάτια που καθαρίζουν, ή σερβιτόροι με αθλητικά παπούτσια σε εστιατόριο ξενοδοχείου πέντε αστέρων ) και σε άλλες (τις περισσότερες) δεν παρέχονται διότι οι επιχειρήσεις τα αντιμετωπίζουν ως κόστος που θα πρέπει να καλύπτουν από μόνοι τους οι εργαζόμενοι (π.χ. ειδικά αντιολισθητικά σκαρπίνια στους σερβιτόρους). Συνήθως παρέχονται μόνο γάντια καθαρισμού και «γαλότσες στους λαντζέρηδες». Στα δε Μέσα Ομαδικής Προστασίας, όπως είναι τα αντιολισθητικά δάπεδα, «η αισθητική του χώρου» (σαλόνια και μπαρ) ή και το υψηλό κόστος (φυσικός αερισμός στις κουζίνες και τα μηχανοστάσια) λειτουργούν αποτρεπτικά και δεν εφαρμόζονται.

Σύμφωνα με τους ερωτώμενους η εποχικότητα του κλάδου αποτελεί ιδιαίτερα ανασταλτικό παράγοντα για την ενεργοποίηση των εργαζομένων σε ζητήματα προστασίας της υγείας και της ασφάλειάς τους. Εκεί όπου η εργασία είναι εποχιακή, οι ίδιοι οι εργαζόμενοι-πολλές φορές- επιθυμούν να εργάζονται όλες τις μέρες του μήνα και ταυτόχρονα υπερωριακά προκειμένου να συγκεντρώσουν όσο γίνεται περισσότερα χρήματα για το χειμώνα.

Επίσης, τα διαλλείματα αν και είναι, τυπικά, θεσπισμένα, κατά τις ώρες και τις περιόδους αιχμής δεν εφαρμόζονται αφού «προέχει η εξυπηρέτηση του πελάτη». Στην ίδια «πελατοκεντρική λογική» υποτάσσεται πολλές φορές η απαίτηση για μεταφορά μεγάλων βαρών με τις «παραμάνες» από τους σερβιτόρους με αποτέλεσμα πολλοί από αυτούς «μετά τα σαράντα να αχρηστεύονται από τις τενοντίτιδες» και να αντικαθίσταται από νεότερο και συχνά ανακυκλώσιμο προσωπικό. Ωστόσο αυτό το φαινόμενο είναι συγκριτικά αρκετά περιορισμένο εκεί όπου προέχει η ποιοτική υπηρεσία και δεν υπάρχει εποχιακή απασχόληση όπως είναι τα ξενοδοχεία τεσσάρων και πέντε αστέρων στα αστικά κέντρα. Σ' αυτή την κατηγορία επιχειρήσεων η ευέλικτη απασχόληση και οι υπερβολαβίες είναι περιορισμένες. Επιπλέον δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στη διασφάλιση της ποιότητας με τη χρήση συστημάτων τύπου HACCP και ISO όπου είναι απαραίτητη η σταθερότητα της απασχόλησης και η καλή εκπαίδευση του προσωπικού. Σ' αυτές τις μονάδες που κατά κανόνα είναι μεγάλου μεγέθους, υπάρχει εκπροσώπηση των εργαζομένων σε σωματεία και επιτροπές υγιεινής και ασφάλειας, γιατροί εργασίας και τεχνικοί ασφάλειας. Ωστόσο πολλές φορές οι γιατροί εργασίας δεν είναι ειδικευμένοι και απλώς «συνταγογραφούν» και παραπέμπουν σε εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις του ΕΟΠΥΥ «επισκεπτόμενοι το χώρο εργασίας κάθε δεκαπέντε μέρες», ενώ σε άλλες περιπτώσεις απλώς περνάνε από το χώρο εργασίας χωρίς να εξετάζουν τους εργαζόμενους αλλά τους ρωτάνε «ένα-δύο τυπικά πράγματα», απλά, για να διατηρούν τους ιατρικούς φακέλους του προσωπικού. Ακόμα όμως και στις περιπτώσεις που οι γιατροί εργασίας διαπιστώνουν προβλήματα και προβαίνουν σε συστάσεις προς τη διοίκηση

*«αυτές απλώς καταγράφονται και δεν λαμβάνεται κανένα μέτρο».* Πολλά από τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι σ' αυτή την κατηγορία επιχειρήσεων αντιμετωπίζονται μέσω της πρόσθετης ιδιωτικής ασφάλισης υγείας και την παραπομπή σε ιδιωτικά θεραπευτήρια. Εδώ η εκπαίδευση του προσωπικού είναι περιοδική αλλά περιορίζεται σχεδόν αποκλειστικά στα θέματα που απαιτεί η πιστοποίηση της υγιεινής και της ποιότητας τροφίμων, η πυρασφάλεια και η παροχή πρώτων βοηθειών, Η εκπαίδευση σε θέματα υγείας και ασφάλειας του προσωπικού είναι σπάνια και συνήθως μόνο εφόσον είναι επιδοτούμενη. Σε κάθε περίπτωση όλοι οι ερωτώμενοι θεωρούν καθοριστικό το ρόλο της νοσοτροπίας και της έμφασης που δίνει η διοίκηση και κυρίως οι προϊστάμενοι στην τήρηση των κανόνων υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας.

Η παραπάνω εικόνα δεν είναι «το ίδιο καλή» στα υψηλής ποιότητας ξενοδοχεία που λειτουργούν, κυρίως, εποχικά. Εδώ, παρά τα συστήματα πιστοποίησης της ποιότητας που εφαρμόζονται η εκπαίδευση περιορίζεται στο τακτικό προσωπικό και δεν περιλαμβάνει τους εποχιακά εργαζόμενους, που συγκροτούν τη μεγάλη πλειοψηφία του προσωπικού. Συνήθως ένα μέρος του προσωπικού είναι σταθερό και οι συμβάσεις του ανανεώνονται αλλά ένα άλλο, συνήθως το μεγαλύτερο τμήμα, είναι περιστασιακά εργαζόμενοι, «μαθητευόμενοι» ή επινοικιαζόμενο προσωπικό. Σ' αυτή την κατηγορία προσωπικού, δεν εφαρμόζονται, ούτε τα ωράρια ούτε οι προβλέψεις των συλλογικών συμβάσεων εργασίας αναφορικά με τις αμοιβές, ούτε παρέχονται ατομικά μέσα προστασίας και εκπαίδευση ενώ σε πολλές περιπτώσεις, αν και εργάζονται δέκα και δώδεκα ώρες την ημέρα, ασφαρίζονται ως μερικής απασχόλησης για τέσσερις ώρες. Δεν είναι

σπάνιες οι περιπτώσεις (π.χ. στις καμαριέρες) όπου το προσωπικό ανακυκλώνεται διαρκώς από τους εργολάβους και συνεπώς δεν ελέγχεται ούτε εποπτεύεται ως προς τις συνθήκες εργασίας και την κατάσταση της υγείας του, πέρα από τα τυπικά πιστοποιητικά μη-ασθένειας από λοιμώδη νοσήματα (π.χ. φυματίωση). Ακόμα περισσότερο υποβαθμισμένη είναι η εργασία στα ξενοδοχεία και τις επισιτιστικές μονάδες που κατατάσσονται σε χαμηλότερες κατηγορίες ποιότητας όπου δεν γίνονται ούτε καν τα στοιχειώδη σεμινάρια πυρασφάλειας και πρώτων βοηθειών, δεν υπάρχει εκπροσώπηση των εργαζομένων και τους γιατρούς εργασίας «δεν τους έχουν δει ποτέ». Οι εργαζόμενοι αυτής της κατηγορίας είναι «ανύπαρκτοι» και κανένας δεν ενδιαφέρεται για την υγεία και την ασφάλειά τους. Εργάζονται κυριολεκτικά κάτω από συνθήκες «σύγχρονου δουλεμπορίου χωρίς ασφάλιση υγείας και αδήλωτα».

*Στο νησί της Σκύρου δεν έχει «πατήσει ποτέ το πόδι» του επιθεωρητής εργασίας, ενώ σε όλο το νησί της Ρόδου υπάρχει μόλις ένας επιθεωρητής και στην περιοχή της Καλαμάτας κανένας σύμφωνα με τις μαρτυρίες των εργαζομένων.*

Γενική είναι επίσης η αρνητική εικόνα των ερωτώμενων για τις εποπτικές αρχές οι οποίες είναι υποστελεχωμένες, χωρίς κατάλληλη εκπαίδευση και σύμφωνα με τα συνδικαλιστικά στελέχη «συνεργάτες των μεγάλων αφεντικών» που έρχονται για έλεγχο συνοδεία τους και μετά από τηλεφωνική ειδοποίηση. Ακόμα όμως και εκεί όπου οι επιθεωρητές εργασίας προσπαθούν να εκτελέσουν με συνέπεια τα καθήκοντά τους αντιμετωπίζουν πλήθος δυσκολιών όπως είναι οι «πολλαπλές ταυτόχρονες ενοικιάσεις και επινοικιάσεις της ίδιας μο-

νάδας, όπου ενδέχεται να λειτουργούν τυπικά στην ίδια εγκατάσταση έως και έξι διαφορετικές επιχειρήσεις, με έξι διαφορετικά ΑΦΜ και οι αδήλωτοι εργαζόμενοι «τρέχουν στα γύρω χωράφια» μόλις ειδοποιηθούν από τη διοίκηση ότι «έφτασε ο έλεγχος» και πολλές φορές μένουν απλήρωτοι. Κάτω από αυτές τις συνθήκες πώς να ενδιαφερθούν οι εργαζόμενοι για την υγεία αφού για αυτούς «προέχει η επιβίωσή τους; Μας ανέφερε ένας ερωτώμενος.

### 3.2.4 Κατασκευές

Ο κατασκευαστικός κλάδος στη Ελλάδα γνώρισε μεγάλη ανάπτυξη από τις αρχές του 1990 έως και το 2007 αποτελώντας την ατμομηχανή της μεγέθυνσης της ελληνικής οικονομίας. Περιλαμβάνει επιχειρήσεις κατασκευής κτηρίων και έργων υποδομής καθώς και άλλες εξειδικευμένες κατασκευαστικές δραστηριότητες. Ο κλάδος των κατασκευών έχει κεντρική θέση στην οικονομία αφού συνδέεται με βιομηχανική δραστηριότητα που αφορά την παραγωγή ευρείας γκάμας υλικών, απαραίτητα για την οικοδομική και κατασκευαστική παραγωγή καθώς επίσης για το εμπόριο και τον τουρισμό. Η συμβολή του κατασκευαστικού κλάδου στην ελληνική οικονομία το 2006 είχε διαμορφωθεί στο 11% του ΑΕΠ (IOBE, 2015). Η είσοδος της ελληνικής οικονομίας σε τροχιά ύφεσης μετά το 2008 οδήγησε σε πτώση την προστιθέμενη αξία των κατασκευών η οποία έφτασε το 2013 στο 4% του ΑΕΠ. Οι εξελίξεις αυτές είχαν σημαντική επίπτωση στην μείωση της απασχόλησης στον κατασκευαστικό κλάδο η οποία περιλαμβάνει αρκετές ειδικότητες και επαγγέλματα.

Το 2008 το ποσοστό συμμετοχής του κατασκευαστικού κλάδου στην συνολική απασχόληση ήταν 13% (589 χιλ. άτομα) ενώ το 2013 το ποσοστό συμμετοχής αντιστοιχούσε στο

8,7% της συνολικής απασχόλησης (287 χιλ. άτομα).

Παρά την μεγάλη πτώση της οικονομικής δραστηριότητας, ο κλάδος των Κατασκευών παραμένει σημαντικός για την ελληνική οικονομία. Το 2013 η συμμετοχή του στο ΑΕΠ ήταν πάνω από 3 δισ. ευρώ ενώ εάν υπολογιστούν και οι πολλαπλασιαστικές επιδράσεις, η συνεισφορά του ανέρχεται στα 19,6 δισ. ευρώ (11% του ΑΕΠ). Η συνολική προσφορά του κλάδου στα δημόσια έσοδα ανέρχεται στα 4,3 δισ. ευρώ.

Ο κλάδος των κατασκευών υπήρξε για πολλές δεκαετίες ένας από τους δυναμικότερους κλάδους της ελληνικής οικονομίας. Οι παραγωγικές του δραστηριότητες εκτείνονται σε μεγάλο εύρος και περιλαμβάνουν μεγάλα δημόσια έργα και κατασκευή υποδομών έως και μικρές κατοικίες και τεχνικά έργα βιοτεχνικής εκμετάλλευσης. Ανάλογο εύρος εμφανίζουν και οι επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στον κλάδο αφού εδώ ανήκουν εταιρίες δημόσιου ενδιαφέροντος, μεγάλες ιδιωτικές εταιρίες, εργολάβοι και υπεργολάβοι έως και ατομικές επιχειρήσεις που στηρίζονται στην αυτοαπασχόληση.

Στον κλάδο των κατασκευών το κύριο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι είναι οι μικρές και μεγάλες αναπηρίες εξαιτίας των συχνών ατυχημάτων, κάτι που παραπέμπει στην πλημμελή τήρηση των προβλεπόμενων μέτρων ασφαλείας. Αν και όλες οι κατασκευές θα πρέπει να συνοδεύονται από ειδικό σχέδιο μέτρων ασφαλείας, όπως μας ανέφεραν ερωτώμενοι, αυτό, στην πραγματικότητα, είναι «απλή αντιγραφή προηγούμενων σχεδίων που υπάρχουν για να υπάρχουν». Επιπρόσθετα, δεν τηρείται όπως προβλέπεται το βιβλίο δραστηριοτήτων και αυτό συμπληρώνεται

σχεδόν πάντα, εκ των υστέρων, όταν συμβαίνει κάποιο ατύχημα, με τέτοιο τρόπο ώστε να «συμφωνεί με το σχέδιο ασφαλείας». Οι Τεχνικοί ασφαλείας προβλέπεται να υπάρχουν σε όλα τα εργοτάξια αλλά αυτό σπάνια συμβαίνει. Ακόμα όμως και στις κατασκευές μεγάλης κλίμακας, ο τεχνικός ασφαλείας «κάνει συστάσεις και καταγράφει ελλείψεις αλλά οι εργοδότες και οι εργαζόμενοι σπάνια τις ακολουθούν επειδή τους δημιουργούν καθυστερήσεις». Γιατροί εργασίας είναι επίσης διαθέσιμοι αλλά οι περισσότεροι είναι γενικοί γιατροί και όχι «ειδικευμένοι γιατροί εργασίας» κι έτσι αυτό που συνήθως κάνουν είναι, απλώς, «να συνταγογραφούν».

Τα συνήθη προβλήματα υγείας στον κλάδο των κατασκευών είναι τα μυοσκελετικά και ορθοπαιδικά προβλήματα, η υπέρταση και τα καρδιακά νοσήματα, η κώφωση από το θόρυβο των μηχανημάτων, τα δερματικά προβλήματα εξαιτίας της έκθεσης στον ήλιο και τη σκόνη και προβλήματα του αναπνευστικού συστήματος, χωρίς να καταγράφονται κάποια από αυτά ως επαγγελματικές ασθένειες.

Τα μέσα ατομικής προστασίας είναι διαθέσιμα σε όλα τα οργανωμένα εργοτάξια αλλά σπάνια προσφέρονται στους εργαζόμενους. Στην καλύτερη περίπτωση να τους δοθούν κράνη και ανακλαστικά γιλέκα, αλλά σχεδόν ποτέ ειδικές μάσκες και άρβυλα. Δεν είναι εξάλλου σπάνιο φαινόμενο η εργασία καλυπατζήδων ή σιδεράδων με «σαγιονάρες και κοντομάνικα».

Σύμφωνα με όλους τους ερωτώμενους ο ρόλος του «εργοταξίαρχη» είναι καθοριστικός στην τήρηση των κανόνων υγείας και ασφαλείας αφού είναι πολύ συχνό φαινόμενο στο ίδιο εργοτάξιο να εργάζονται, ταυτόχρονα, διάφοροι υπεργολάβοι, εργαζόμενοι από διαφο-

ρετικές χώρες που δεν μπορούν να συνεννοηθούν καλά μεταξύ τους ούτε να «κατανοήσουν τους κανόνες ασφαλείας και τις συστάσεις του υπεύθυνου ασφάλειας» και εργαζόμενοι που δεν έχουν «ξαναδουλέψει» μαζί. Επίσης, η σύνθεση του προσωπικού στο εργοτάξιο είναι πάντα διαφορετική κι έτσι δεν δημιουργείται άμιλλα και κουλτούρα ασφαλείας στο προσωπικό.

Τα μέσα ομαδικής προστασίας εφαρμόζονται στα περισσότερα μεγάλα εργοτάξια αλλά όχι στα πολύ μικρά εργοτάξια των οικοδομών διότι «θα επιβάρυναν υπερβολικά το κόστος της κατασκευής».

Συνήθως όταν ξεκινάει ένα έργο και συγκροτείται το προσωπικό του εργοταξίου γίνεται επιμόρφωση κατά την πρόσληψη σε ζητήματα ασφαλείας και πυρασφάλειας αλλά σπάνια σε ζητήματα που συνδέονται με την υγεία του προσωπικού, ούτε έχουν επαναλαμβανόμενο χαρακτήρα για τους «παλαιούς εργαζόμενους».

Οι εποπτικές αρχές θεωρούνται από όλους τους ερωτώμενους έως ανύπαρκτες ή χωρίς κατάλληλη εκπαίδευση.

*«Οι νόμοι είναι σωστοί αλλά δεν εφαρμόζονται τα μέτρα ασφαλείας. Στις κατασκευές προβλέπεται Σχέδιο Υγιεινής και Ασφάλειας αλλά στα περισσότερα γράφονται «μπούρδες. Αντιγραφές άσχετες απλά για να υπάρχουν». Πολλά εργοτάξια δεν έχουν ούτε το βιβλίο υποδείξεων. Όταν τύχει κάτι γράφονται εκ των υστέρων υποδείξεις για να είναι όλα σύμφωνα με το σχέδιο ασφαλείας»*

*Σχόλιο ερωτώμενου τεχνικού ασφαλείας.*

Στις μεγάλες επιχειρήσεις τα μικρά προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι μόνιμοι εργαζόμενοι, συνήθως, καλύπτονται με την πρόσθετη ιδιωτική ασφάλιση και οι πιο βαριές περιπτώσεις με το δημόσιο σύστημα υγείας. Επίσης στις μεγάλες επιχειρήσεις που αναλαμβάνουν δημόσια έργα, τα μέτρα ασφαλείας έχουν αυξηθεί επειδή συνδέονται με τη πιστοποίηση της δυνατότητας έγκαιρης και ποιοτικής παράδοσης του έργου.

### 3.2.5 Ο Τομέας της Ενέργειας

Ο Τομέας της Ενέργειας είναι στρατηγικής σημασίας για την οικονομία γιατί, αφενός, είναι ο προμηθευτής ενέργειας, είτε είναι σε φυσικό αέριο είτε σε πετρέλαιο, είτε σε άλλα προϊόντα, παράγωγα του Πετρελαίου, αφετέρου, με τις επενδύσεις σε υποδομές που σχετίζονται με την παραγωγή ή μεταφορά αυτής, ενισχύουν την απασχόληση. Η διαφοροποίηση της ενεργειακής πολιτικής τα τελευταία χρόνια οδηγεί σε αναδιάταξη του ενεργειακού συστήματος, επηρεάζοντας και την διακλαδική κατανομή της απασχόλησης καθώς επίσης ενισχύει την εξειδίκευση σε συγκεκριμένους κλάδους του τομέα της ενέργειας δημιουργώντας νέες ειδικότητες. Τα τελευταία χρόνια παρά την εφαρμογή προγραμμάτων λιτότητας και το αρνητικό επενδυτικό κλίμα πραγματοποιήθηκαν σημαντικές επενδύσεις ιδιαίτερα στις Ανανεώσιμες Πηγές Ενέργειας (Ινστιτούτο Ενέργειας Νοτιοανατολικής Ευρώπης, 2013).

Η ηλεκτρική ενέργεια στην Ελλάδα έχει μπει σε μια διαδικασία σημαντικών αλλαγών που σταδιακά οδηγούν στην απελευθέρωση της αγοράς με το νομοθετικό πλαίσιο να προσαρμόζεται σταδιακά υπακούοντας στην στρατηγική αυτή. Η πρώτη προσπάθεια για την απελευθέρωση της αγοράς έγινε με τον Ν. 2773/1999, ο οποίος θεσπίστηκε με βάση

την Οδηγία 96/92/ΕΚ. Ο Ν. 3175/2003 τροποποίησε το Ν. 2773/99 και άνοιξε τον δρόμο για τον ελεύθερο ανταγωνισμό στην μεταφορά και διανομή της ηλεκτρικής ενέργειας.

Η Δημόσια Επιχείρηση Ηλεκτρισμού Α.Ε. παραμένει πρωταγωνιστής στον τομέα της ηλεκτροπαραγωγής, διαθέτοντας μια μεγάλη υποδομή σε εγκαταστάσεις ορυχείων λιγνίτη, παραγωγής, μεταφοράς και διανομής ηλεκτρικής ενέργειας. Η εγκατεστημένη ισχύς των μονάδων παραγωγής της ΔΕΗ το 2012 ανήλθε σε 12,5 GW, που αντιστοιχεί στο 68% της εγκατεστημένης ισχύος των σταθμών ηλεκτροπαραγωγής στην Ελλάδα. Το ενεργειακό της μείγμα περιλαμβάνει λιγνιτικούς σταθμούς, υδροηλεκτρικούς σταθμούς, σταθμούς φυσικού αερίου αλλά και μονάδες ανανεώσιμων πηγών ενέργειας, ενώ στα νησιά λειτουργεί μεγάλος αριθμός πετρελαϊκών σταθμών.

Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, το 2012 απασχολούνταν στην παραγωγή, μεταφορά και διανομή ηλεκτρικής ενέργειας 23.444 εργαζόμενοι (μέσος όρος τριμήνων). Σύμφωνα με τον ετήσιο απολογισμό της ΔΕΗ για το 2012, το μέγεθος της απασχόλησης στα ορυχεία ήταν 3.837 εργαζόμενοι ενώ σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ στην εξόρυξη λιγνίτη το 2012 απασχολούνταν 4.437 άτομα διαφορά που προφανώς δείχνει την παρουσία υπεργολάβων.

Η οικονομική κρίση επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τις συνθήκες υγιεινής και ασφάλειας η οποία συνδέεται άμεσα και με την έλλειψη προσωπικού στο κλάδο της ενέργειας. *«Η κρίση επηρεάζει όλους τους τομείς της χώρας, κατά συνέπεια, δεν θα μπορούσε να αφήσει ανεπηρέαστο τον τομέα υγιεινής και ασφάλειας των εργαζομένων στην ενέργεια».* Επισημαίνεται όμως παράλληλα και η ευθύνη του συνδικάτου για τον τρόπο με τον οποίο «αντιμετωπίζει το ζήτημα».

Το θεσμικό πλαίσιο για την υγιεινή και την ασφάλεια θεωρείται από τα πιο πρωτοποριακά. Το πρόβλημα εντοπίζεται στην εφαρμογή του, όπως, για παράδειγμα, στη στελέχωση των συνεργείων όπως προβλέπει ο νόμος, στο να αντιμετωπιστεί σε μεγάλο βαθμό η επικινδυνότητα των εργασιών, να συγκροτούνται και να λειτουργούν ουσιαστικά οι επιτροπές υγιεινής και ασφάλειας *«Από το 2004 έχουν να γίνουν εκλογές για τις επιτροπές υγιεινής και ασφάλειας. Αυτό λέει πολλά πράγματα κατά την άποψή μου».* Οι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν επικίνδυνες καταστάσεις από το γεγονός ότι έρχονται σε επαφή με το ρεύμα ανεβαίνοντας πάνω σε κολώνες, από την σιγουριά που έχουν πολλές φορές υποτιμώντας έτσι τους κινδύνους. *«Γνωρίζω το ρεύμα και το μασάω»* είναι μια έκφραση πολύ συνηθισμένη και βέβαια δεν επιμένουν και οι ίδιοι να στελεχώνονται όπως πρέπει τα συνεργεία από το απαραίτητο προσωπικό γιατί όταν κάποιος είναι μόνος του προσπαθώντας να αντικαταστήσει μια βλάβη αυτό δεν τον βοηθάει να παίρνει τα απαραίτητα μέτρα ασφαλείας. *«Υπάρχουν περιπτώσεις που ένας εργαζόμενος φεύγει από το γραφείο του σε απόσταση 30 και 40 χιλιομέτρων για να αποκαταστήσει μια βλάβη και ένα τυχαίο γεγονός μια αδιαθεσία ή μια κακοκαιρία μπορεί να μείνει πάνω στην κολώνα..., ενώ κανονικά πρέπει να πηγαίνουν τουλάχιστον δύο - ένας να είναι πάνω και ένας κάτω».* Η στελέχωση επομένως των συνεργείων αποκατάστασης της βλάβης είναι υψίστης σημασίας για την ασφάλεια. Οι λεγόμενοι «υπογίτες» είναι αναγκασμένοι να δουλεύουν μέσα σε λαγούμια στο έδαφος προκειμένου να συνδέσουν το ρεύμα στο έδαφος και εκτός από τον κίνδυνο που αντιμετωπίζουν λόγω επαφής με το ρεύμα, και τις αναθυμιάσεις από την πίσσα που εισπνέουν αντιμετωπίζουν και έντονα μυοσκελετικά προβλήματα.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχουν διαφορετικές ταχύτητες εργαζομένων από την άποψη των όρων απασχόλησης και της εργασιακής σχέσης. Πολλοί από αυτούς προσλαμβάνονται για παράδειγμα ως οκταμηνίτες και τοποθετούνται μετά από ένα σύντομο διάστημα εκπαίδευσης σε οργανικές θέσεις. Αυτό δημιουργεί και αντιθέσεις μεταξύ των εργαζομένων αλλά και στην συνοχή του συνδικάτου επειδή *«ενώ κάνουν την ίδια δουλειά με έναν μόνιμο αυτοί αμείβονται διαφορετικά από το τακτικό προσωπικό»*. Τελευταία στο χώρο των εναερίων υπάρχουν και αλλοδαποί εργαζόμενοι, μέσω των εργολαβικών εταιριών, που αναλαμβάνουν σημαντικό μέρος του έργου, με δικούς τους εργαζόμενους. Και η αμοιβή αλλά και οι συνθήκες δουλειάς είναι πολύ διαφορετικές από αυτή των εργαζομένων στη ΔΕΗ. *«Εάν κάποιος πάει και δει το πώς δουλεύουν οι συνάδελφοι στις εργολαβικές εταιρίες θα τους σηκωθεί η τρίχα κάγκελο..., σε πολλές περιπτώσεις είναι απάνθρωποι..., και τα ΜΑΠ δεν είναι το ίδιο προσβάσιμα από τους εργαζόμενους αλλά και η επίβλεψη από τον αρμόδιο της ΔΕΗ είναι πλημμελής»*. Η εικόνα των ατυχημάτων δεν καταγράφεται στις εργολαβικές εταιρίες και τα ατυχήματα μαθαίνονται μόνο «από στόμα σε στόμα».

Τα εργατικά ατυχήματα που συμβαίνουν στη ΔΕΗ δηλώνονται και ακολουθείται η προβλεπόμενη από το νόμο διαδικασία. Όμως, πολλές φορές γίνεται προσπάθεια να μην γνωστοποιηθεί στους υπόλοιπους.

Γιατροί εργασίας υπάρχουν και είναι κάτω από την εποπτεία των επιτροπών υγιεινής και ασφάλειας. Δεν υπάρχουν όμως σε κάθε τμήμα εναερίων. Επιτόπιες εξετάσεις στο χώρο της εργασίας δεν γίνονται ούτε τηρούνται ιατρικοί φάκελοι.

Ο ρόλος του τεχνικού ασφαλείας είναι κάτω από την επίβλεψη του εργοδότη γιατί ο ίδιος τον ορίζει. Ο ρόλος του είναι συνήθως τυπικός. *«Όλοι στην Ελλάδα ζούμε... είναι αυτό που όλοι λέμε, ο διορισμός υποχρεώνει και η ευγένεια σκλαβώνει...»*.

Τα μέσα ατομικής προστασίας χορηγούνται στο ακέραιο από την υπηρεσία αλλά το πρόβλημα εντοπίζεται κυρίως στους ίδιους τους εργαζόμενους που πολλές φορές τα αγνοούν υποτιμώντας τους κινδύνους. *«Φοράει γάντια για να μην λερώσει τα χεράκια του»* είναι μια συνήθης έκφραση. *«Υπάρχουν άπειρα παραδείγματα που συνάδελφοι έχουν κάψει τα χέρια τους επειδή δεν χρησιμοποιούσαν γάντια ή έχουν σπάσει το κεφάλι τους επειδή δεν φορούσαν κράνος»*. Άλλο πρόβλημα, επίσης, είναι το γεγονός ότι ο ίδιος ο εξοπλισμός εργασίας που προστατεύει από ατυχήματα πολλές φορές και θανατηφόρα, είναι βαρύς, με αποτέλεσμα να είναι πολύ κοπιαστική η μεταφορά του έως το σημείο της βλάβης. Εάν ληφθεί υπόψη και το γεγονός ότι σε πολλές περιπτώσεις το σημείο πρόσβασης αποκατάστασης της βλάβης είναι δύσβατο η μεταφορά του συνόλου του εξοπλισμού είναι αδύνατη. Η πολυπλοκότητα επίσης του εξοπλισμού είναι ένα επιπλέον πρόβλημα. Πρόκειται για τις ειδικές ζώνες που εξασφαλίζουν την σταθερότητα του εναερίτη πάνω στην κολώνα της ΔΕΗ, τις οποίες για να τις φορέσει ο εργαζόμενος χρειάζεται πολύ περισσότερος χρόνος από ό,τι απαιτούνταν με τις παλαιότερης τεχνολογίας ζώνες που ήταν μεν απλές στη χρήση τους, αλλά σαφώς μικρότερης προστασίας από ατυχήματα.

*Αν και είναι διαθέσιμα και οι εργαζόμενοι προτρέπονται να τα χρησιμοποιούν πάντα, το βάρος και οι καθυστερήσεις που προκαλούν τα Μέσα Ατομικής Προστασίας τα κά-*

νουν δύσχρηστα. «Μισή ώρα να τα βάλεις, μισή ώρα να τα βγάλεις και να τα κουβαλήσεις σε ανώμαλο μέτρος, 30 κιλά 500 μέτρα» για την επισκευή βλάβης που δεν διαρκεί πάνω από 20 λεπτά». Αυτός ο περιορισμός ωθεί τους τεχνικούς στην ενέργεια να αποφεύγουν πολλές φορές τη σχολαστική χρήση τους με άμεσο κίνδυνο στην ασφάλειά τους.

Αναγνωρισμένες επαγγελματικές ασθένειες δεν υπάρχουν καθώς τα κριτήρια για να αναγνωριστούν ως τέτοιες είναι πολύ περιοριστικά. Τα προβλήματα υγείας σχετίζονται με το βάρος που είναι αναγκασμένοι οι εργαζόμενοι να σηκώνουν, συνεπώς υπάρχουν πολλά μυοσκελετικά προβλήματα. Άλλα προβλήματα σχετίζονται με το υλικό εμποτισμού στις κολώνες όπου ο εργαζόμενος έρχεται σε επαφή μαζί του, είτε ακουμπώντας πάνω στην κολόνα είτε με την εισπνοή της οσμής αυτού του υλικού. Επικίνδυνο για τον οργανισμό υλικό είναι και αυτό που έχουν οι μετασχηματιστές του ρεύματος (κλοφέν), αμιάντος κ.λπ.

Η διεύθυνση της ΔΕΗ έχει πολύ αναβαθμισμένο σύστημα εκπαίδευσης με σεμινάρια σε τακτά χρονικά διαστήματα που διοργανώνουν μέσω των επιτροπών υγιεινής και ασφάλειας, αλλά δεν συμβαίνει το ίδιο με τους εργολάβους και υπεργολάβους.

Οι επιθεωρήσεις εργασίας είναι απογοητευμένες από προσωπικό και το εποπτικό έργο είναι πολύ δύσκολο. «Όσα χρόνια και εάν εργαζομαι δεν είδα ποτέ μα ποτέ επιθεωρητή εργασίας να επισκεφθεί το χώρο».

### 3.2.6 Υγεία

Ο Τομέας της Υγείας είναι ευρύς και πολυδιάστατος ενώ, κατά καιρούς, του έχουν απο-

δοθεί ποικίλοι ορισμοί. Ως σύστημα υγείας, ορίζεται το σύνολο των ανθρώπινων, υλικών και χρηματικών πόρων, καθώς, επίσης, των οργανισμών, ιδρυμάτων και φορέων, οι οποίοι συνδέονται με τη χρηματοδότηση, τη ρύθμιση και την επιτέλεση «δράσεων υγείας». Στο σύστημα υγείας συμπεριλαμβάνονται όχι μόνο το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), αλλά όλα τα κοινωφελή και ιδιωτικά ιδρύματα και φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας.

Ο Τομέας της Υγείας παρουσιάζει πολλές ιδιαιτερότητες, σε σύγκριση με τους λοιπούς τομείς της οικονομίας. Ένα από τα κυριότερα χαρακτηριστικά του είναι η αβεβαιότητα που επικρατεί τόσο από την πλευρά της ζήτησης όσο και από την πλευρά της προσφοράς. Η αβεβαιότητα αυτή, σε συνδυασμό με τον κίνδυνο ασθένειας που αντιμετωπίζει κάθε άτομο, έχουν οδηγήσει στην αναζήτηση ασφάλειας στον Τομέα της Υγείας σε βαθμό πολύ μεγαλύτερο από άλλους τομείς της οικονομίας.

Ένα ακόμη χαρακτηριστικό του Τομέα της Υγείας είναι η διαχρονική αυξητική τάση, τόσο της συνολικής δαπάνης υγείας όσο και της φαρμακευτικής δαπάνης. Αιτίες αυτού του φαινομένου αποτελούν η αύξηση και η γήρανση του πληθυσμού καθώς και η δυνατότητα αντιμετώπισης –με την ανάπτυξη καινοτόμων ουσιών και ιατρικών τεχνολογιών– ασθενειών που στο παρελθόν δεν ήταν δυνατόν να αντιμετωπιστούν. Επιπρόσθετα, η φαρμακευτική περίθαλψη, λειτουργώντας είτε ως συμπληρωματική είτε ως υποκατάστατο της ιατρικής και νοσοκομειακής φροντίδας, όχι μόνο έχει συμβάλει στη μείωση της θνησιμότητας και την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης –τόσο μέσω της πρόληψης όσο και με την αντιμετώπιση παθήσεων– αλλά έχει, επίσης, βελτιώσει σημαντικά και την ποιότητα ζωής των χρόνιων, κυρίως, ασθενών. Ωστόσο, η αύξηση της

φαρμακευτικής δαπάνης συχνά οδηγεί σε μείωση των συνολικών δαπανών υγείας, καθώς υποκαθιστά άλλες μορφές περίθαλψης (π.χ. νοσοκομειακή).

Στην Ελλάδα, στο διάστημα 2009-2011, η Συνολική Δαπάνη Υγείας μειώθηκε κατά 4,4 δισ. ευρώ ή 18,9% (από 23,2 δισ. ευρώ σε 18,8 δισ. ευρώ). Η μείωση των δημοσίων δαπανών υγείας αντανακλάται και στα στοιχεία της νοσοκομειακής δαπάνης. Είναι χαρακτηριστικό ότι, κατά τη διάρκεια της περιόδου 2009-2011, η νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη όπως και η δαπάνη μισθοδοσίας και προμήθειας υγειονομικού και λοιπού υλικού μειώθηκε δραστικά (κατά 33,5%). Υποχώρηση, έως και 20%, παρουσίασε και η ζήτηση των υπηρεσιών ιδιωτικής υγείας το 2011 (OECD, 2012).

Το ποσοστό των ατόμων που εργάζονται σε χώρους παροχής φροντίδας υγείας είναι αρκετά υψηλό αφού το 10%, περίπου, των εργαζομένων στην Ευρωπαϊκή Ένωση απασχολούνται στον κλάδο υγειονομικής περίθαλψης και πρόνοιας, σημαντικό δε ποσοστό, εξ αυτών, απασχολούνται στα νοσοκομεία. Το γεγονός αυτό, καθιστά τον κλάδο υγειονομικής περίθαλψης έναν από τους μεγαλύτερους κλάδους απασχόλησης στην Ευρώπη ο οποίος καλύπτει ευρύ φάσμα θέσεων εργασίας ενώ οι γυναίκες αντιπροσωπεύουν περίπου το 77% του εργατικού δυναμικού. Σύμφωνα με στοιχεία της European Agency for Safety and Health at Work, το ποσοστό εργατικών ατυχημάτων στον κλάδο υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα είναι κατά 34% υψηλότερο από το μέσο όρο της ΕΕ. Επιπλέον, ο κλάδος αυτός παρουσιάζει το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό επίπτωσης μυοσκελετικών παθήσεων (ΜΣΠ) που οφείλονται στην εργασία, μετά τον κλάδο των κατασκευών.

Στην Ελλάδα το νομοθετικό πλαίσιο που καλύπτει τον ευαίσθητο τομέα των συνθηκών υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας στον κλάδο της υγείας θεωρείται ικανοποιητικό. Εκείνο που θεωρείται ελλιπέστατο αν όχι ανύπαρκτο είναι οι ελεγκτικοί μηχανισμοί που θα υποχρεώσουν τον εργοδότη στην τήρηση του.

Η εφαρμογή της νομοθεσίας αναφορικά με τους γιατρούς εργασίας είναι αβέβαιη. Στα ελάχιστα νοσηλευτικά ιδρύματα που υπάρχει η ειδικότητα του γιατρού εργασίας και ειδικά σε αυτά του ιδιωτικού τομέα, ο ρόλος του είναι εντελώς διακοσμητικός και περιορίζεται στο να ζητάει κάποιες τυπικές εξετάσεις, όπως γενική αίματος και ακτινογραφία θώρακος από τους νεοπροσληφθέντες εργαζόμενους. Στην συνέχεια του εργασιακού τους βίου οι εργαζόμενοι σπάνια ξαναέρχονται σε επαφή μαζί του, ακόμη και όταν παρουσιάσουν προβλήματα υγείας.

Αντίστοιχα ο τεχνικός ασφαλείας στον κλάδο της υγείας υπάρχει τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα αλλά ο ρόλος του περιορίζεται στην επισκευή μικροζημιών σε μηχανήματα ή κτηριακές εγκαταστάσεις εξαιτίας της μεγάλης μείωσης της χρηματοδότησης (60% μείωση την τελευταία τετραετία) στο δημόσιο τομέα και της επιδίωξης μεγιστοποίησης του κέρδους στον ιδιωτικό. Πολλές μονάδες υγείας διαθέτουν πιστοποιητικά ποιότητας. Σύμφωνα με τους ερωτώμενους τα πιστοποιητικά ποιότητας που αφορούν την τήρηση συνθηκών υγιεινής και ασφάλειας στην εργασία ή την καταλληλότητα των ιατρικών μηχανημάτων είναι στην πλειοψηφία των παρόχων υγείας «αγορασμένα χαρτιά». Παρατηρείται το φαινόμενο όταν γίνεται ο έλεγχος για την απόκτηση τους να έρχονται «δανεικά μηχανήματα» για λίγες ώρες τα οποία μετά τον

έλεγχο και την απόκτηση του πολυπόθητου χαρτιού έχουν εξαφανισθεί.

Τα περισσότερα εργατικά ατυχήματα που δηλώνονται στον κλάδο της υγείας έχουν να κάνουν με τρυπήματα από βελόνες. Σε αυτές τις περιπτώσεις γίνεται λήψη αίματος από τον εργαζόμενο που τρυπήθηκε και από τον ασθενή για τον έλεγχο μετάδοσης νοσημάτων όπως HIV και ηπατίτιδα. Ακόμη και τότε όμως υπάρχουν επαγγελματίες υγείας (κυρίως γιατροί που αρνούνται να δώσουν αίμα). Επιπλέον, αποκρύπτονται, συνήθως, εργατικά ατυχήματα που έχουν να κάνουν με πτώσεις αντικειμένων και βλάβες μηχανημάτων λόγω της κακής τους συντήρησης.

Το αν θα δηλωθεί ένα εργατικό ατύχημα εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το μέγεθος της νοσηλευτικής μονάδας ή του παρόχου υγείας. Συνήθως στον δημόσιο τομέα, στις μικρές νοσηλευτικές μονάδες δεν δηλώνονται τα εργατικά ατυχήματα ενώ δεν συμβαίνει το ίδιο και με τις μεγαλύτερες όπου η αποσιώπηση ενός τέτοιου συμβάντος είναι πολύ δύσκολη. Στον ιδιωτικό τομέα το μεγάλο μέγεθος αντίθετα λειτουργεί εις βάρος των εργαζομένων που θα υποστούν το εργατικό ατύχημα αφού η πίεση αλλά ακόμη και οι απειλές που θα δεχθούν για την απώλεια της θέσης τους πολλαπλασιάζονται. Σημαντικό ρόλο παίζουν εδώ τα σωματεία των εργαζομένων και ο ρόλος τους στην προστασία των μελών τους από τέτοια φαινόμενα, όπως και η ενημέρωση τους για τα θεσμοθετημένα δικαιώματά τους.

Τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια, οι συνθήκες εργασίας στον κλάδο των υπηρεσιών υγείας αλλάζουν συνεχώς: εντατικοποίηση και ευέλικτες μορφές εργασίας, απροειδοποίητες αλλαγές στο εργασιακό καθεστώς και αυξανόμενες απαιτήσεις από τους εργαζομένους, νέες

τεχνολογίες και μοναχική εργασία, δημιουργούν καταστάσεις μεγάλης πίεσης που έχουν ως συνέπεια μια σειρά από «νέες» επαγγελματικές ασθένειες. Στρες, μυοσκελετικά προβλήματα, χρόνια κόπωση, ψυχολογική εξουθένωση (burn out), κατάθλιψη καθώς και μετάδοση αιματογενών νοσημάτων, ιδιαιτέρως εκείνων για τα οποία δεν υπάρχει αποτελεσματική πρόληψη (π.χ. ηπατίτιδα C, HIV κ.λπ.). Άλλα προβλήματα υγείας που εμφανίζονται είναι καρκίνοι και λευχαιμίες που έχουν να κάνουν με την κακή συντήρηση των μηχανημάτων, των εξεταστικών και των εργαστηριακών χώρων και τη μη τήρηση πρωτοκόλλων ασφαλείας κατά την εκτέλεση διαφόρων ιατρικών πράξεων. Πολύ συχνά, ειδικά στο ιδιωτικό τομέα, προσλαμβάνεται μη εξειδικευμένο προσωπικό με μικρές αμοιβές, το οποίο εκπαιδύεται ελάχιστα και μόνο ως προς την ταχύτητα και όχι ποιοτική εκτέλεση της ιατρικής πράξης, αυτής καθαυτήν, ενώ το εξειδικευμένο προσωπικό που γνώριζε και ήταν στην θέση να τηρήσει τα πρωτόκολλα ασφαλείας «βλέπει την πόρτα εξόδου».

*Τα εργαστήρια μεγάλης ιατρικής μονάδας βρίσκονται τρία υπόγεια κάτω από την επιφάνεια σε ένα χώρο που δεν διαθέτει παράθυρα ούτε επαρκή εξαερισμό και φωτισμό. Όταν οι εργαζόμενοι ολοκληρώσουν τη βάρδια τους και «ανέβουν στην επιφάνεια» θα πρέπει για τουλάχιστον μισή ώρα να φοράνε γυαλιά ηλίου προκειμένου να προσαρμοστεί η όρασή τους διότι σε διαφορετική περίπτωση αυτή είναι πολύ περιορισμένη και αδυνατούν να «αναγνωρίσουν» ακόμα και τους πολύ στενούς τους συγγενείς.*

Τα Ατομικά Μέσα Προστασίας στον τομέα της υγείας χορηγούνται σε μεγάλο βαθμό στον ιδιωτικό τομέα ενώ στο δημόσιο η χορήγησή τους είναι πλημμελής λόγω ελλιπούς χρηματοδότησης και μη κατάλληλης ενημέρωσης για την αναγκαιότητα χρήσης τους. Επίσης, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας σε συνδυασμό με την έλλειψη προσωπικού κάνουν πρακτικά αδύνατη την χρήση τους από τους εργαζόμενους ακόμα και όταν γνωρίζουν την αναγκαιότητά τους.

### 3.2.7 Ασφάλειες

Στο πλαίσιο του δυσμενούς κλίματος που βρίσκεται η ελληνική οικονομία, τα τελευταία χρόνια, ο ασφαλιστικός κλάδος παρουσίασε μείωση στην παραγωγή ασφαλιστρών από το 2011 κι έπειτα, με αποτέλεσμα η παραγωγή του να έχει συρρικνωθεί κατά 21%. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος (ΕΑΕΕ), κατά το 2012 παρήχθησαν ασφαλιστικές υπηρεσίες συνολικής αξίας 4,3 δισ. ευρώ. Σε σχέση με το 2011, οι ασφαλίσεις κατά ζημιών παρουσίασαν μείωση κατά 11,8%, ενώ πτωτική πορεία ακολούθησαν και οι ασφαλίσεις ζωής σε ποσοστό 9,4%. Για το 2012 οι ασφαλίσεις κατά ζημιών ανήλθαν σε 2,37 δισ. ευρώ αποτελώντας το 55,2% της συνολικής παραγωγής του κλάδου, ενώ το υπόλοιπο 44,8% αποτέλεσαν οι ασφαλίσεις ζωής με κύκλο εργασιών 1,93 δισ. ευρώ.<sup>3</sup>

Οι δράσεις διατήρησης ικανοποιητικών συνθηκών υγιεινής και ασφάλειας στον ασφαλιστικό κλάδο έχουν περιοριστεί αρκετά. Την τελευταία τετραετία παρατηρήθηκαν: α) μειώσεις μισθών, β) εμφάνιση ευέλικτων μορφών απασχόλησης (πχ. ενοικιαζόμενοι υπάλληλοι), γ) καταστρατήγηση ωραρίων και δ) κλεισίμο

ασφαλιστικών εταιρειών. Η τελευταία αυτή εξέλιξη είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της προσφοράς εξειδικευμένου προσωπικού και την ευελικτοποίηση της εργασίας μέσω της επι-ενοικίασης εργαζομένων. Ο θεσμός των ενοικιαζόμενων υπαλλήλων αφορά εργαζόμενους που προσλαμβάνονται από συμβουλευτικές εταιρείες με πολύ χαμηλούς μισθούς και στην συνέχεια νοικιάζονται σε ασφαλιστικές εταιρείες όπου παράγουν το ίδιο και η περισσότερο έργο από τους μόνιμους υπαλλήλους, χωρίς, όμως, να έχουν κανένα δικαίωμα. Οι δύο αυτές ταχύτητες αυξάνουν την ψυχολογική πίεση και στις δύο κατηγορίες εργαζομένων.

Η ψυχολογική πίεση και το στρες που αντιμετωπίζουν σε υψηλά επίπεδα οι εργαζόμενοι του συγκεκριμένου κλάδου, συμβάλλουν στη δημιουργία προβλημάτων υγείας όπως είναι: η υψηλή πίεση, οι κρίσεις πανικού και τα καρδιολογικά προβλήματα. Συχνά, επίσης, παρουσιάζονται μυοσκελετικά προβλήματα όπως τενοντίτιδες και αυχενικά λόγω της καθιστικής φύσης της εργασίας.

Η υγεία των εργαζομένων, επίσης, επηρεάζεται και από παράγοντες που έχουν να κάνουν με την χωροταξική διάρθρωση και λειτουργία της εταιρείας στην οποία εργάζονται. Τέτοιοι παράγοντες είναι: η έλλειψη καθαριότητας (φθηνά συνεργεία καθαρισμού με σκοπό την μείωση των λειτουργικών εξόδων), στοίβαγμα ανθρώπων σε μικρούς χώρους, έλλειψη φυσικού φωτισμού και εξαερισμού.

*Στις μεγάλες εταιρίες η διάταξη των γραφείων είναι πολύ στρμωγμένη. Οι περισσότεροι εργαζόμενοι εργάζονται στους «σταυρούς» που δεν είναι εργονομικά και χωροταξικά κατανομημένοι, κάτω από έντονη εργασιακή πίεση με αποτέλεσμα αρ-*

3. Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος: [www.eaee.gr](http://www.eaee.gr)

*κετοί να πάσχουν από υπέρταση και μυοσκελετικά προβλήματα.*

*Συνήθως «το τηλέφωνο δεν σταματάει ποτέ» και είναι αναγκασμένοι να «δέχονται όλες τις γραμμές» με συνέπεια να εργάζονται 3-5 ώρες επιπλέον καθημερινά προκειμένου να «βγει η δουλειά». Επειδή όμως την υπερωριακή εργασία δεν τη ζητάει, άμεσα, η επιχείρηση αλλά, οι προϊστάμενοι απαιτούν να «βγει η δουλειά», δεν αμείβεται.*

Εδώ πρέπει να επισημανθεί ότι στις περισσότερες ασφαλιστικές εταιρείες οι εργαζόμενοι καλύπτονται με ομαδικά ασφαλιστήρια υγείας που αποτελούν πρωτοβουλία της εταιρείας στην οποία δουλεύουν ή του εργατικού σωματίου στο οποίο ανήκουν.

Τα εργατικά ατυχήματα είναι σπάνια στον κλάδο και αφορούν κυρίως ατυχήματα εργαζομένων στην διαδρομή τους προς την εργασία τους ή στην αποχώρησή τους από αυτή και συνήθως δηλώνονται.

Στην πλειοψηφία των μεγάλων εταιρειών του κλάδου υπάρχουν και γιατροί εργασίας και τεχνικός ασφαλείας αλλά τις περισσότερες φορές ο ρόλος τους έγκειται στην τυπική εναρμόνιση της εταιρείας με τη νομοθεσία. Τόσο ο γιατρός όσο και ο τεχνικός ασφαλείας είναι συνήθως εξωτερικοί συνεργάτες και αντιμετωπίζονται με καχυποψία και δυσπιστία από το μόνιμο προσωπικό. Καμία από τις δύο ειδικότητες δεν υφίσταται στα ασφαλιστικά πρακτορεία (ανεξάρτητα από τον αριθμό των εργαζομένων που απασχολεί). Τέλος, σε καμία επιχείρηση που δραστηριοποιείται στον συγκεκριμένο κλάδο δεν υπάρχει τμήμα υγιεινής και ασφαλείας.

Επιμορφώσεις και σεμινάρια διαχείρισης του εργασιακού άγχους γίνονται σε ένα μικρό ποσοστό επιχειρήσεων που κυμαίνεται περίπου στο 2% με 3%.

Το νομοθετικό πλαίσιο κρίνεται σε γενικές γραμμές ικανοποιητικό, όμως δεν τηρείται και δεν υπάρχουν οι ελεγκτικοί μηχανισμοί για την επιβολή του. Η επιθεώρηση εργασίας είναι σχεδόν ανύπαρκτη. Παρατηρούνται μεγάλες καθυστερήσεις στην διενέργεια ελέγχων από την συγκεκριμένη υπηρεσία που μπορεί να φθάνουν και το διάστημα των 2 ετών. Αυτό οφείλεται στην υποστελέχωση της και στην έλλειψη χρηματοδότησης και μέσων που καθιστούσαν αδύνατη την άσκηση των καθηκόντων της. Βέβαια υπάρχει και η άποψη που αμφισβητεί την αδυναμία της υπηρεσίας να αντεπεξέλθει στο ρόλο της αλλά της φορτώνουν δόλο. «Πολλές φορές οι εργοδότες ειδοποιούνται για τον ερχομό της επιθεώρησης εργασίας».

### **3.2.8 Εμπόριο - Υπηρεσίες**

Ο κλάδος του Εμπορίου από την άποψη τη διάρθρωσής του συμπεριλαμβάνει επιχειρήσεις του λιανικού και του χονδρικού εμπορίου. Οι εμπορικές επιχειρήσεις έχουν ως οικονομική δραστηριότητα την ανταλλαγή - διακίνηση - παροχή, την περιορισμένη επεξεργασία ή ακόμα και την εξολοκλήρου παραγωγή προϊόντων (Αϊβανούλη, 2013).

Το χονδρικό εμπόριο είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στην παραγωγή των αγαθών και υπηρεσιών και τις επιχειρήσεις του λιανικού εμπορίου και επιτυγχάνει οικονομίες κλίμακας, εξειδίκευσης και συναλλαγών απλουστεύοντας την πολυπλοκότητα των συναλλαγών μεταξύ μεμονωμένων παραγωγών και λιανέμπορων. Στο χονδρικό εμπόριο το 75% των απασχολούμενων είναι μισθωτοί,

το 12,7% αυτοαπασχολούμενοι το 9,2% εργοδότες και το 3,2% είναι συμβοηθούμενοι και μη αμειβόμενα μέλη. Πάνω από τα 2/3 των απασχολούμενων στον κλάδο είναι άνδρες. Επίσης, οι 6 περίπου στους 10 απασχολούμενους του κλάδου εργάζονται σε επιχειρήσεις με μικρό μέγεθος απασχόλησης (μέχρι 10 άτομα) αναλογία που μεταφράζεται σε 94.000 άτομα.

Οι επιχειρήσεις λιανικού εμπορίου μπορούν να ταξινομηθούν με βάση το κριτήριο της εμπορικής στρατηγικής τους σε: καταστήματα ευκολίας (convenience stores), εξειδικευμένα καταστήματα (specialty stores), καταστήματα ποικιλίας προϊόντων (variety stores), σούπερ μάρκετ, πολυκαταστήματα (department stores), γενικά εκπτωτικά καταστήματα (discount stores), εξειδικευμένα εκπτωτικά καταστήματα (category killers), καταστήματα-αποθήκες καταλόγου (catalogue showrooms).

Στο λιανικό εμπόριο υπάγονται, επίσης, επιχειρήσεις των ταχυδρομικών και τηλεφωνικών υπηρεσιών, ταχυμεταφορές και επιχειρήσεις το ηλεκτρονικού εμπορίου.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Έρευνας Εργατικού Δυναμικού, το εμπόριο απασχολούσε το πρώτο τρίμηνο του 2008 828,1 χιλιάδες άτομα, το αντίστοιχο διάστημα του 2011 718,1 χιλιάδες, το 2012 687,2 και το πρώτο τρίμηνο του 2015 641,7 εμφανίζοντας ιδιαίτερα υψηλή συρρίκνωση της απασχόλησης αλλά και του κύκλου εργασιών, που περιορίστηκες από -25 έως και -44 % στους διάφορους υποκλάδους του, κατά το διάστημα 2010-2014. Στον κλάδο του εμπορίου δραστηριοποιούνται, κυρίως, μικρές επιχειρήσεις αφού η μισθωτή απασχόληση δεν ξεπερνά το 56% και οι αυτοαπασχολούμενοι συνιστούν πάνω του 25% της συνολικής απασχόλησης στον κλάδο.

Ο χώρος του εμπορίου είναι ένας χώρος

με μεγάλη ποικιλία και ανομοιομορφία και παρουσιάζει ανομοιογενή εικόνα στα ζητήματα της υγιεινής και της ασφάλειας. Υπάρχουν επιχειρήσεις που η οικονομική κατάσταση δεν έχει επηρεάσει άμεσα τα ζητήματα της υγιεινής και ασφάλειας των εργαζομένων καθώς αυτές έχουν καταφέρει να ανταπεξέλθουν οικονομικά στην πίεση που ασκεί η κακή οικονομική συγκυρία. Σε αυτές τις επιχειρήσεις η αρνητική επίδραση αφορά, πρωτίστως, στην κακή ψυχολογία των εργαζομένων. Αυτό τους εμποδίζει να μιλάνε για τυχόν προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν, τους αυξάνει την πίεση για την διεκπεραίωση της εργασίας και εντείνει το στρες. Υπάρχουν, επίσης, αρκετές επιχειρήσεις που λόγω της κρίσης έχουν υποβαθμίσει το επίπεδο των εργατικών δικαιωμάτων και περιέκοψαν σημαντικά τους πόρους που διαθέτουν για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων.

*Σε αλυσίδα καταστημάτων καθημερινά αναδεικνύεται ο πρωταθλητής εργαζόμενος και ο περισσότερο 'χαμένος'. Στο τέλος του μήνα οι «χαμένοι του μήνα» απολύονται και προσλαμβάνονται νέοι. Πρόκειται για ένα άκρως ανταγωνιστικό και στρεσογόνο εργασιακό περιβάλλον που οδηγεί σε διαρκή ανανέωση του προσωπικού. Μπροστά σ' αυτή την κατάσταση αρκετοί εργαζόμενοι επιλέγουν να αποχωρήσουν και να εργαστούν με 100-200 ευρώ μισθό λιγότερα το μήνα σε άλλες επιχειρήσεις, όπου η ένταση και ο στιγματισμός των εργαζομένων είναι περιορισμένος.*

Στα μεγάλα καταστήματα αναφέρονται κίνδυνοι που σχετίζονται με το φόρτο εργασίας και την πίεση της δουλειάς. Οι μεγαλύτεροι

κίνδυνοι εντοπίζονται στους αποθηκευτικούς χώρους που, σε μερικές περιπτώσεις, ο φόρτος εργασίας είναι τέτοιος που το υφιστάμενο προσωπικό δεν είναι επαρκές για να ανταποκριθεί στους ρυθμούς που απαιτούνται για να ολοκληρωθούν τα έργα, μέσα στα καθορισμένα χρονικά πλαίσια, ιδίως σε περιόδους αιχμής. Στις πολυεθνικές εταιρίες και τα σούπερ μάρκετ θεωρείται ότι το θεσμικό πλαίσιο της υγιεινής και ασφάλειας είναι ικανοποιητικό και τα μικροπροβλήματα που παρουσιάζονται επιλύονται με καλή συνεργασία από την μεριά της διοίκησης και του σωματείου. Σε άλλες επιχειρήσεις, όμως, όπως στο αεροδρόμιο υπάρχει έλλειψη επιτροπών υγιεινής και ασφάλειας και τα σωματεία δεν καλούνται να συμμετάσχουν σε αυτές.

Γενικά υπάρχουν ελάχιστες επιτροπές υγιεινής και ασφάλειας, στις εμπορικές επιχειρήσεις. Κυρίως σε πολυεθνικές επιχειρήσεις και τα σούπερ μάρκετ. Οι χώροι εργασίας είναι με βάση της προδιαγραφές της μητρικής εταιρίας αλλά και οι κανόνες υγιεινής και ασφάλειας ακολουθούν, γενικά, τα ευρωπαϊκά πρότυπα. Αντίθετα στους χώρους των κούριερ, της καθαριότητας και της φύλαξης, οι μισθοί είναι πολύ χαμηλοί και η περαιτέρω μείωσή τους κατά την περίοδο της κρίσης οδηγεί σε μεγάλη εντατικοποίηση και συνεπώς στον παραμερισμό των κανόνων υγιεινής και ασφάλειας.

Στις μεγάλες επιχειρήσεις μόνο σε περίπτωση εργατικού ατυχήματος ακολουθούνται οι προβλεπόμενες διαδικασίες βάσει ενός ολοκληρωμένου σχεδίου της επιχείρησης για την γρήγορη μεταφορά του τραυματία στις υγειονομικές υπηρεσίες. Γιατροί εργασίας υπάρχουν σε λίγες εταιρίες του κλάδου. Στις μεγάλες εμπορικές αλυσίδες υπάρχει γιατρός εργασίας με παρουσία τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα. Όλοι οι εργαζόμενοι έχουν ια-

τρικό φάκελο, ο οποίος ενημερώνεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Ωστόσο υπάρχουν περιπτώσεις που οι εργαζόμενοι δεν απευθύνονται στο γιατρό εργασίας παρότι αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας. Στο χώρο του αεροδρομίου οι γιατροί έχουν ένα καθαρά τυπικό ρόλο. Σε τέτοιου είδους επιχειρήσεις τα εντατικά ωράρια εργασίας και η κατανομή των ρεπό και της βάρδιας ενδέχεται να επηρεάσουν αρνητικά την υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων.

Ίδια είναι η κατάσταση και αναφορικά με τους τεχνικούς ασφαλείας. Σε άλλα καταστήματα ασκεί ουσιαστικά το ρόλο του και σε άλλα ρόλος του τεχνικού ασφαλείας είναι καθαρά τυπικός.

Μέσα ατομικής προστασίας είναι, γενικά, διαθέσιμα για το σύνολο των εργαζομένων. Πολλοί εργαζόμενοι όμως δεν τα χρησιμοποιούν επειδή κρίνουν ότι τους ενοχλούν ή γιατί η πίεση που τους ασκείται, λόγω φόρτου εργασίας, αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα. Η διάθεση τήρησης των ΜΑΠ είναι υψηλότερη στους εργαζόμενους των επιχειρήσεων της Αττικής από ό,τι στις επιχειρήσεις της επαρχίας, κυρίως εξαιτίας της ελλιπούς ενημέρωσης για τη σημασία τους. Υπάρχουν, όμως, και περιπτώσεις όπως για παράδειγμα στο χώρο του αεροδρομίου όπου σύμφωνα με τους συνεντευξιαζόμενους, τα μέσα προστασίας απουσιάζουν παντελώς (αποθηκευτικοί χώροι, κράνη, γάντια, γιλέκα προστασίας από ακτινοβολίες κ.λπ.) Αλλά και όταν αυτά παρέχονται είναι κακής ποιότητας. Επίσης, τα μέσα ατομικής προστασίας στις περισσότερες μικρές επιχειρήσεις και ιδίως στο χώρο της καθαριότητας και της επισφάλειας είναι ανύπαρκτα.

Τα συνήθη προβλήματα υγείας που παρουσιάζονται είναι τα μυοσκελετικά, κυρίως, στα πόδια και στη μέση λόγω της ορθοστασί-

ας, τραυματισμοί από πτώσεις αντικειμένων, προβλήματα καθαριότητας και μολύνσεων, καρκίνοι από ακτινοβολίες, προβλήματα πίεσης από το στρες και το άγχος, λόγω των γρήγορων ρυθμών εργασίας, απουσίας διαλειμάτων, κακής ποιότητας πόσιμο νερό και ατυχήματα στο χώρο των ταχυμεταφορών με μηχανάκια courier.

Μαζική και οργανωμένη εκπαίδευση σε θέματα υγιεινής και ασφάλειας δεν υπάρχει. Εξαίρεση αποτελούν μεγάλες, κυρίως, επιχειρήσεις εμπορίας και μεγάλα σούπερ μάρκετ όπου γίνονται ενημερώσεις κατά ομάδες των εργαζομένων για χρήση μέσων ατομικής προστασίας, επιδοτούμενα σεμινάρια πυρασφάλειας κ.λπ.

Οι εποπτικές αρχές, σύμφωνα με τους συνεντευξιζόμενους, υπάρχουν μόνο τυπικά και δεν παίζουν ουσιαστικό ρόλο στην προστασία των εργαζομένων, κυρίως, λόγω των προσωπικών σχέσεων που διατηρούν με τους επιχειρηματίες εξαιτίας της εντοπιότητάς τους και της γενικευμένης διαφθοράς.

### 3.2.9 Τρόφιμα - ποτά

Τα τρόφιμα συνεχίζουν να αποτελούν τον «στυλοβάτη» της ελληνικής οικονομίας και εν μέσω κρίσης, καθώς ο κλάδος συνεχίζει να κατέχει την πρώτη θέση στην παραγωγή προστιθέμενης αξίας, εμφανίζοντας ιδιαίτερη ανθεκτικότητα έναντι της ύφεσης των εγχώριων αγορών. Η βιομηχανία τροφίμων παραμένει η «πρωταθλήτρια» της εξωστρέφειας στην Ελλάδα, όντας υπεύθυνη για το μεγαλύτερο μέρος των ελληνικών εξαγωγών.

Σύμφωνα και με την τελευταία ετήσια έκθεση του IOBE (2013) ο κλάδος των τροφίμων και ποτών καλύπτει το 22% των συνολικών εξαγωγών της χώρας, με συνολική παραγωγή αξίας που «αγγίζει» τα 16,5 δισ. ευρώ και πα-

ραγωγή προστιθέμενης αξίας στα 6 δισ. ευρώ, και παρουσιάζει νέες αυξήσεις στην παραγωγή και την απασχόληση.

Συγκεκριμένα, τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής για το 7μηνο του 2014, έδειξαν μια αυξημένη παραγωγική δραστηριότητα για τις εγχώριες επιχειρήσεις του κλάδου η οποία έφθασε το 1,2% σε σχέση με το αντίστοιχο διάστημα του αμέσως προηγούμενου έτους, εμφανίζοντας αρνητικό πρόσημο, μόνο, τους μήνες Απρίλιο και Ιούλιο. Τα συνολικά έσοδα των επιχειρήσεων πάντως, στο διάστημα αυτό ήταν περιορισμένα κατά 0,3%, λόγω και της συμπίεσης των τιμών των προϊόντων και της διαφοροποίησης του προϊόντικού μείγματος των πωλήσεων.

Ο κεντρικός ρόλος των τροφίμων στις ελληνικές εξαγωγές επιβεβαιώνεται και από τα στοιχεία της βάσης δεδομένων της «520 Barcode Hellas», καθώς σύμφωνα με αυτά, ο κλάδος των τροφίμων και ποτών κατέβαλε ένα μερίδιο της τάξης του 69,5% από το σύνολο των 16.000 νέων ελληνικών προϊόντων με πρόθεμα «520», που κυκλοφόρησαν οι εγχώριες επιχειρήσεις στις διεθνείς αγορές το 2013. Το 2014 δε, το αντίστοιχο ποσοστό του κλάδου «άγγιξε» το 68%, το οποίο μεταφράζεται σε πολύ μεγαλύτερο απόλυτο αριθμό, καθώς τα νέα barcodes ελληνικών προϊόντων που δημιουργήθηκαν, μέσω της online υπηρεσίας της 520 Barcode Hellas και κυκλοφόρησαν στο εξωτερικό, ξεπέρασαν τα 24.400. Ο κλάδος των τροφίμων και ποτών εμφανίζει ανοδική τάση στους υποκλάδους της οινοποίησης, της ζυθοποιίας και της αποσταγματοποιίας.

Η συμβολή της εγχώριας βιομηχανίας τροφίμων στα κύρια διαρθρωτικά μεγέθη της οικονομίας είναι εξαιρετική, καθώς σύμφωνα με την παραπάνω έκθεση, καλύπτει το 1/5 του

συνόλου των επιχειρήσεων της μεταποίησης και σε αυτόν απασχολείται το 1/4 του συνόλου των απασχολούμενων στη μεταποίηση.

Στον κλάδο των τροφίμων-ποτών δραστηριοποιούνται λίγες σχετικά μεγάλες επιχειρήσεις και αρκετές εποχικού χαρακτήρα. Πρόκειται για επιχειρήσεις όπου χρησιμοποιούνται διάφορες χημικές διεργασίες και υλικά αλλά και σύνθετος μηχανικός εξοπλισμός. Ως εκ τούτου οι συνθήκες υγείας και ασφάλειας εμφανίζουν σημαντικές ιδιαιτερότητες. Οι επιχειρήσεις ακολουθούν το τυπικό σκέλος της νομοθεσίας για την υγιεινή και ασφάλεια αλλά αποφεύγουν την ουσιαστική εφαρμογή του αν και αρκετές διαθέτουν πιστοποίηση υγιεινής και ασφάλειας των τροφίμων (HACCP).

*Κι ένα ανέκδοτο που κυκλοφορεί ανάμεσα στους εργαζόμενους:*

*«-Τρέχει ο Τεχνικός Ασφαλείας στο Διευθυντή της επιχείρησης αναστατωμένος και του λέει:*

*-Κύριε Δ/ντά!! κύριε Δ/ντά!!! είχαμε ατύχημα! Έπεσε ο γάντζος από το γερανό και σκοτώθηκε ο Γιάννης!!!*

*-Ο Δ/ντής αναστατωμένος ρωτά:*

*-Κράνος φόραγε;*

*-Ναι Φόραγε!*

*-Ε... Αφού φόραγε κράνος!!!...»*

Οι γιατροί εργασίας σπάνια είναι ειδικευμένοι και κατά κανόνα δεν προβαίνουν σε συστάσεις και υποδείξεις παρά μόνο όταν συμβεί «κάποιο γεγονός» και κινητοποιηθούν τα σωματεία, όπως είναι οι λιποθυμίες, εξαιτίας των αναθυμιάσεων. Τυπικά είναι διαθέσιμα τα Μέσα Ατομικής Προστασίας (γάντια, κράνη, ειδικά παπούτσια ή μάσκες) αλλά δεν ανανεώνονται στα διαστήματα που προβλέπεται. Επίσης, πολλές φορές οι μάσκες είναι απλές που τις προμηθεύονται από το φαρμακείο και όχι

ειδικές όπως προβλέπεται για τα χημικά που χρησιμοποιούνται στην αποθήκευση πρώτων υλών και τη μεταποιητική διαδικασία. Ανάλογη είναι η εικόνα που εκφράζουν οι εργαζόμενοι και για τους τεχνικούς ασφάλειας οι οποίοι «ενδιαφέρονται μόνο για το τυπικό σκέλος και αδιαφορούν για την ουσία».

Τα κύρια προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι στον κλάδο των τροφίμων - ποτών είναι αυτά που συνδέονται με τις αναθυμιάσεις και τη σκόνη που προκαλούν αναπνευστικά προβλήματα, τα μυοσκελετικά προβλήματα, τα ατυχήματα και η αδήλωτη εργασία.

Οι εποπτικές αρχές είναι ανύπαρκτες εκτός από την πυροσβεστική και το λιμενικό εκεί που γίνονται φορτοεκφορτώσεις πρώτων υλών και προϊόντων και μπορούν να επιβάλουν άμεσα εκτελεστές ποινές. Όταν δε διαπιστώνουν παραβάσεις απλώς τις καταγράφουν και τις παραπέμπουν για εκδίκαση «όταν συμβεί κάτι» αλλά στην πράξη δεν θα επιβληθούν ποτέ ποινές αφού θα εκδικαστούν μετά από πολλά χρόνια. Παρά την αριθμητική τους ανεπάρκεια, «όταν πάνε για έλεγχο, μετά από καταγγελία, περνούν σαν απλοί επισκέπτες από την εγκατάσταση και μέσα σε δύο-τρία λεπτά τον έχουν ολοκληρώσει ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις ενδιαφέρονται μόνο για την ύπαρξη των αναγκαίων τυπικών εγγράφων αδιαφορώντας για την ουσία». Ιδιαίτερα ανασταλτικός παράγοντας είναι, επίσης, η εντοπιότητα των ελεγκτών και οι προσωπικές σχέσεις που έχουν με τους επιχειρηματίες ενώ, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις, όπου οι επιθεωρητές απλώς παρακολουθούν τους εργαζόμενους που τρέχουν «να απομακρυνθούν από την εγκατάσταση για να μη δηλωθούν». Τέλος, στον τομέα της συντήρησης αρκετές φορές απασχολούνται άτομα χωρίς την κατάλληλη

άδεια και σύμφωνα με ορισμένους ερωτώμενους, «στο σύστημα «ΕΡΓΑΝΗ» δηλώνουν ειδικότητες που ποτέ δεν ελέγχονται για την ακρίβειά τους».

### 3.3 Η ποιοτική συγκριτική ανάλυση

Η προέλευση της Ποιοτικής Συγκριτικής Ανάλυσης όπως αυτή καταδείχθηκε, αρχικά, από την Theda Skocpol στο πεδίο της ιστορικής κοινωνιολογίας (Skocpol, 1984) ανάγεται στη λογική του Τζων Στιούαρτ Μιλ και στις δύο βασικές μορφές εκδήλωσης μίας σχέσης αιτιότητας, τη «μέθοδο της συμφωνίας» και τη «μέθοδο της διαφοράς».

Λίγα χρόνια αργότερα ο Charles Ragin (Ragin, 1987) επικεντρώθηκε στις δυνατότητες που προσφέρει η Συγκριτική Ποιοτική Μέθοδος όταν, ακολουθώντας τις αρχές της «μεθόδου της συμφωνίας» και της «μεθόδου της διαφοράς», εφαρμόζεται για την κατανόηση σύνθετων κοινωνικών φαινομένων όχι μόνο στην ιστορική τους διάσταση αλλά και συγχρονικά. Υποστήριξε μάλιστα, ότι είναι η καταλληλότερη μέθοδος για την μελέτη κοινωνικών ζητημάτων μεσαίου εύρους και ότι συνδυάζεται άριστα με τη θεωρία μεσαίου εύρους του Merton (Merton, 1968), ξεπερνώντας τις αδυναμίες που απορρέουν από την ανάγκη πολύ μεγάλου αριθμού περιπτώσεων που απαιτεί ως πληθυσμό αναφοράς ή ως δείγμα η ποσοτική ανάλυση. Στην ίδια προβληματική οι Pawson και Tilley (1997) συνέδεσαν την ποιοτική συγκριτική ανάλυση με την έρευνα και την αξιολόγηση προγραμμάτων δημόσιας πολιτικής στο μικροεπίπεδο και ανέδειξαν τη σημασία της για τη θεωρητική τεκμηρίωση των παραγόντων που συν-επιδρούν με το συγκεκριμένο και παγιώνουν συγκεκριμένες συμπεριφορές και πρακτικές που ενεργοποιούν, με τη σειρά τους, μηχανισμούς αλλαγής

ή και στασιμότητας (Pawson & Tilley, 1997). Ο Ragin, υποστήριξε ότι τα κοινωνικά ζητήματα είναι πολύ σύνθετα και συνήθως προκαλούνται υπό τη συνδυαστική επίδραση πολλαπλών παραγόντων και συνεπώς δεν είναι σωστό να αποδίδονται σε μία ή και δύο κύριες μεταβλητές όπως συμβαίνει, κατά κανόνα, με την ποσοτική ανάλυση. Η ποσοτική ανάλυση ακόμα και όταν χρησιμοποιεί εργαλεία πολυμεταβλητής ανάλυσης όπως είναι η πολλαπλή παλινδρόμηση, σύμφωνα με τον Ragin, εστιάζει στις μεταβλητές και όχι στο ίδιο το υπό μελέτη αντικείμενο και καταλήγει σε σχέσεις πιθανολογικής και κατά βάση αμετάβλητης αιτιότητας στηριζόμενη στην εκτατική ανάλυση, αντί για την εμβάθυνση όπως συμβαίνει με τη μελέτη περιπτώσεων<sup>4</sup> (Charles C. Ragin, 1987: 165). Για να ξεπεραστούν οι παραπάνω αδυναμίες και για να επιτευχθεί η εμβάθυνση στη μελέτη ενός φαινομένου και των αιτιών που οδηγούν σε αυτό, είναι προτιμότερη η επιλογή συγκεκριμένων περιπτώσεων και η ολιστική τους ανάλυση. Σ' αυτή την επιλογή, όμως, αναγκαζόμαστε να περιοριστούμε σε μικρό, σχετικά, αριθμό περιπτώσεων και, ως εκ τούτου, θα πρέπει να αναζητήσουμε εκείνα τα ερευνητικά εργαλεία που επιτρέπουν την ανάδειξη των συνδυασμών που υπάρχουν στην παρουσία ή απουσία πολλών, ταυτόχρονα, μεταβλητών και συμβάλουν στο τελικό αποτέλεσμα. Γι' αυτό το σκοπό και προκειμένου να συνδυαστεί η πολυμεταβλητή προσέγγιση της αιτιότητας ως μία δυναμική σχέση που παγιώνει συγκεκριμένες εκδηλώσεις του ίδιου φαι-

4. Αναλυτικά για τις διαφορετικές λογικές που διαπερνούν τις σχέσεις αιτιότητας στην ποσοτική ανάλυση και τη συγκριτική ποιοτική ανάλυση βλέπε John Gerring, 2004, "What Is a Case Study and What Is It Good for?", *The American Political Science Review*, V.98 (2), pp 341-354.

νομένου και ως απόρροια διαφορετικών συνδυασμών στους αιτιώδεις παράγοντες που το προκαλούν, προτάθηκε η χρήση της άλγεβρας του Μπουλ (Boolean Algebra) ή η τεχνική της ανάλυσης ασαφών συνόλων (fuzzy-set) που επιτρέπουν την συγκριτική ποιοτική ανάλυση μεσαίου ή μικρού αριθμού περιπτώσεων, στη βάση των συνδυασμών μεσαίου, επίσης, αριθμού μεταβλητών (5-7 κατά προτίμηση).

Χωρίς να επιθυμούμε την αναλυτική παρουσίαση των παραπάνω τεχνικών και των προδιαγραφών που θα πρέπει να υπάρχουν για να εφαρμοστούν με την αρμόζουσα εγκυρότητα και αξιοπιστία στην συγκριτική ποιοτική ανάλυση, αρκεί για τις ανάγκες της παρούσας ανάλυσης να αναφερθεί ότι η δυική ανάλυση του Μπουλ επιλέγει, κατά κανόνα, κατηγορικές μεταβλητές αποδίδοντάς τους τον αριθμό [1] όταν είναι παρούσες, τον αριθμό [0] όταν απουσιάζουν και το σύμβολο[-] όταν η μεταβλητή είναι αδιάφορη, ενώ η ανάλυση ασαφών συνόλων αποδίδει αριθμητικές τιμές στις μεταβλητές που κινούνται από το 0 έως το 1 και σε βαθμό λεπτομέρειας ανάλογα με την ποικιλία των διακυμάνσεων που αυτές εμφανίζουν ως προς την έντασή τους στις υπό μελέτη περιπτώσεις<sup>5</sup> και μπορεί να είναι, είτε ιεραρχική είτε κατά ίσα διαστήματα (Rihoux B. & Ragin, 2009: 48-49).

Στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκε η μέθοδος της Συγκριτικής Ποιοτικής Ανάλυσης διότι επιτρέπει την εμβάθυνση στη μελέτη των παραγόντων που επιδρούν, είτε θετικά είτε αρνητικά, στα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι ως αποτέλεσμα

5. Για μία αναλυτική κατανόηση των διακρίσεων των μεταβλητών και των χαρακτηριστικών τους βλέπε Μιχαλοπούλου Καίτη, 1992, *Κλίμακες Μετρήσεων Στάσεων*, Οδυσσεάς: Αθήνα.

της εργασίας τους και ταυτόχρονα, τη διαφοροποίηση της βαρύτητας των διαφορετικών συνδυασμών στους διαφορετικούς κλάδους της οικονομίας, χωρίς να αποκλείεται η δυνατότητα θεωρητικής γενίκευσης που χαρακτηρίζει όλες τις ποιοτικές αναλύσεις των κοινωνικών προβλημάτων. Επειδή στην Ελλάδα δεν καταγράφονται συστηματικά, ούτε με αξιώσεις αξιοπιστίας στοιχεία αναφορικά με τις επαγγελματικές ασθένειες των εργαζομένων, είτε γενικά είτε και σε κλαδική βάση και τα δεδομένα μας προέκυψαν από την εικόνα που έχουν αποκτήσει δια της εμπειρίας τους συνεντευξιαζόμενοι συνδικαλιστές και εργαζόμενοι προτιμήθηκε η χρήση της ανάλυσης Μπουλ αντί αυτής των ασαφών συνόλων. Επίσης, οι εμπειρίες των εργαζομένων και των συνδικαλιστικών στελεχών επειδή δεν διαφοροποιούνται, παρά ελάχιστα, ομαδοποιήθηκαν κατά κλάδους παραγωγής όπως αυτοί παρουσιάστηκαν παραπάνω. Κατόπιν, με την μέθοδο της επαγωγής (Strauss, 1987) εντοπίστηκαν εκείνες οι μεταβλητές που οι εμπειρίες των συνεντευξιαζόμενων ανέδειξαν ως σημαντικές για τον περιορισμό ή τον μη περιορισμό των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν στην εργασία τους. Αυτές οι μεταβλητές ήταν:

- Η ύπαρξη Ειδικής Υπηρεσίας Υγιεινής και Ασφάλειας.
- Η παρουσία Γιατρού Εργασίας πλήρους απασχόλησης.
- Η παρουσία Τεχνικού Ασφάλειας πλήρους απασχόλησης.
- Η διάθεση και χρήση ΜΑΠ(Μέσα Ατομικής Προστασίας).
- Η εφαρμογή ΜΟΠ(Μέσα Ομαδικής Προστασίας).
- Η παρουσία Εκπροσώπων των Εργαζομένων.

- Η δυνατότητα άμεσης επιβολής προστίμων ή διακοπής της παραγωγικής δραστηριότητας χωρίς ανασταλτικό χαρακτήρα από τα όργανα εποπτείας και ελέγχου.
- Η ενσωμάτωση της διάστασης (κουλτούρας) της υγείας και ασφάλειας στην πρακτική άσκησης της διοίκησης (μάνατζμεντ) στην επιχείρηση.
- Η παρουσία ευέλικτων μορφών εργασίας ή η εποχιακή απασχόληση.
- Η παρουσία υπεργολαβιών.
- Η παρουσία πρόσθετων ομαδικών προγραμμάτων ιδιωτικής ασφάλισης.
- Η λειτουργία συστημάτων διασφάλισης ποιότητας τύπου ISO ή HACCP.

Επιπλέον, κατά τη διεξαγωγή των συνευτύξεων διερευνήθηκε ο ρόλος των μεταβλητών του ιδιοκτησιακού καθεστώτος, του μεγέθους των επιχειρήσεων, των συστημάτων αμοιβών και της εντοπιότητας του προσωπικού των εποπτικών οργάνων, οι οποίες, όμως, αποκλείστηκαν από την περαιτέρω ανάλυση Μπούλ διότι:

- Η εντοπιότητα των ελεγκτικών οργάνων αποτελεί γενική πρακτική και αναφέρθηκε σε όλες τις περιπτώσεις. Συνεπώς, ενώ, όλοι οι ερωτώμενοι θεώρησαν ότι πρέπει να αντιμετωπιστεί ως πρόβλημα εξαιτίας της γενικευμένης επίδρασης που ασκεί, αυτή η γενική μονοδιάστατη ισχύς δεν διαφοροποιεί τα αποτελέσματα των συνδυασμών των άλλων μεταβλητών και συνεπώς μπορεί να παραληφθεί από την ανάλυση Μπούλ.
- Το μέγεθος των επιχειρήσεων (ειδικά στις επιχειρήσεις που απασχολούν πάνω από 50 εργαζόμενους) επηρεάζει τις θεσμικές υποχρεώσεις ως προς τα μέτρα υγείας και ασφάλειας κατά ενιαίο τρόπο και συνεπώς

μπορεί να αλλοιώσει τα αποτελέσματα αποκλειστικά και μόνο γι' αυτό το λόγο. Επιπλέον όλοι οι ερωτώμενοι προέρχονταν από επιχειρήσεις άνω των 50 ατόμων και για να αποφευχθεί η μεροληψία αποκλείστηκε, επίσης, από την συγκεκριμένη ανάλυση.

- Αναφορικά με το σύστημα αμοιβής, όλοι οι ερωτώμενοι ανέφεραν ότι δεν ασκεί επίδραση στα μέτρα που λαμβάνονται για την προστασία της υγείας και της ασφάλειας. Η επίδρασή του είναι σημαντική, κυρίως, στην ευέλικτη απασχόληση ή εκεί που υπάρχουν υπεργολαβίες και, ως εκ τούτου, η επίδραση του ενσωματώνεται σ' αυτές τις μεταβλητές.
- Τέλος, δεν παρατηρήθηκαν αξιόλογες διαφοροποιήσεις ανάλογα με το φύλο ή την ηλικία των ερωτώμενων ούτε στους κλάδους όπου η παρουσία ανδρών και γυναικών είναι συμμετρική ή και δεν επικρατούν σχεδόν αποκλειστικά οι άνδρες (π.χ. ναυπηγεία ή μεταφορές) ούτε εκεί που επικρατεί η γυναικεία απασχόληση (π.χ. αιματολογικά εργαστήρια).

Για να ταξινομηθεί ως θετικό το αποτέλεσμα αναφορικά με τον περιορισμό των αρνητικών επιπτώσεων που προκαλεί στην υγεία και την ασφάλειά τους η εργασία, ορίστηκαν ως κριτήρια: α) η συμφωνία όλων των ερωτώμενων ως προς τη συγκεκριμένη άποψη και β) η απουσία εκτεταμένων και συστηματικών απουσιών από την εργασία για λόγους υγείας. Αντίστοιχα, ως αρνητικό αποτέλεσμα καταγράφηκαν όλες οι περιπτώσεις όπου κάποιος από τους ερωτώμενους θεώρησαν ότι δεν λαμβάνονται κάποια μέτρα για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας και όπου σημειώνονται απουσίες που συνδέονται με τα προβλήματα υγείας.

Μία σημαντική δυσκολία που προέκυψε αναφορικά με την ταξινόμηση των θετικών ή αρνητικών επιδράσεων των διαφορετικών συνδυασμών παραγόντων στην προστασία της υγείας των εργαζομένων, είναι τα αντιφατικά αποτελέσματα που παρουσιάζονται μεταξύ αυτών που εμφανίζουν θετικό αποτέλεσμα και αυτών που εμφανίζουν ιδιαίτερα αρνητικό αποτέλεσμα στους κλάδους των μεταφορών, του μετάλλου, του εμπορίου και των ξενοδοχείων/επισιτισμού. Για να ξεπεραστεί αυτό το πρόβλημα εφαρμόστηκε η τεχνική της διάκρισης επιπρόσθετων περιπτώσεων όπως

αυτή αναφέρεται από τους Rihoux και Ragin (2009). Επιπλέον διαπιστώθηκε ότι στις αποθήκες και τα αεροδρόμια υπάρχουν ιδιαίτερα προβλήματα και αποφασίστηκε διακριθούν ως ιδιαίτερες περιπτώσεις κατά την ποιοτική συγκριτική ανάλυση, ενώ ο κλάδος των ασφαλειών ενσωματώθηκε στο εμπόριο. Τέλος οι παράγοντες/μεταβλητές, θεωρείται ότι είναι παρούσες ή απύσες εφόσον δεν προκύπτει από κανέναν ερωτώμενο η έκφραση διαφορετικής άποψης.

Με βάση την παραπάνω προβληματική κατασκευάστηκε ο παρακάτω Πίνακας Αληθείας.

**Πίνακας 1:** Πίνακας Αληθείας των παραγόντων που επιδρούν στην προστασία της υγείας κατά την εργασία

A/A	Παράγοντας / Κλάδος	Γιατρός εργασίας πλ. απασχόλησης	Ειδική Υπηρεσία Υγείας και Ασφάλειας Εργαζομένων	Εκπρόσωπος εργαζομένων	Κουλτούρα Υγείας και ασφάλειας ενσωματωμένη στο Μάνατζμεντ	Άμεση επιβολή ποινών χωρίς δυνάμει αναστολής	ΜΑΠ	ΜΟΠ	Ευέλικτη, Περιστασιακή Η Εποχιακή απασχόληση	Υπεργολαβίες	Ιδιωτική ασφάλιση υγείας	ISO /HACCP	Περιορισμός αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία
1	Μεταφορές Α	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
2	Μεταφορές Β	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0
3	Ξενοδοχεία/ Επισιτισμός Α	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1
4	Ξενοδοχεία/ Επισιτισμός Β	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0
5	Μέταλλο Α	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1
6	Μέταλλο Β	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
7	Υπάλληλοι γραφείων	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
8	Κατασκευές Α	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1
9	Κατασκευές Β	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
10	Αποθήκες	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0
11	Εμπόριο Α	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1
12	Εμπόριο Β	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
13	Αεροδρόμια	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1
14	Ενέργεια	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1
15	Υγεία	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0
16	Τρόφιμα Ποτά	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι υπάρχουν 7 συνδυασμοί παραγόντων που οδηγούν σε θετικά αποτελέσματα αναφορικά με την περιορισμό των αρνητικών επιπτώσεων της εργασίας στην υγεία των εργαζομένων και 8 συνδυασμοί παραγόντων που δεν οδηγούν στη βελτίωση (περιορισμό) των αρνητικών επιπτώσεων της εργασίας στην υγεία των εργαζομένων. Η περιπτώσεις 5 και 8 που έχουν θετικό αποτέλεσμα και οι περιπτώσεις 6,9 και 10 που έχουν αρνητικό αποτέλεσμα εμφανίζουν ταυτόσημους συνδυασμούς και συνεπώς μπορούν να συγχωνευτούν κατά την περαιτέρω ανάλυση. Έτσι έχουμε συνολικά 6 συνδυασμούς που έχουν θετικό αποτέλεσμα και 7 συνδυασμούς που δεν επιδρούν θετικά στην υγεία των εργαζομένων. Αναλύοντας περισσότερο επισταμένα τους συνδυασμούς παραγόντων που οδηγούν σε βελτιωμένα αποτελέσματα προκύπτει η παρακάτω εικόνα<sup>6</sup>:

A. Όταν υπάρχουν οι παρακάτω συνδυασμοί παραγόντων περιορίζονται οι αρνητικές επιδράσεις της εργασίας στην υγεία των εργαζομένων:

#### A.1 ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ

Παρουσία ΓΙΑΤΡΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΛΗΡΟΥΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ και Παρουσία ΕΙΔΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ και Παρουσία ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΤΩΝ

6. Σε όλους τους συνδυασμούς ακολουθείται ο κανόνας της καταγραφής της **απουσίας** ενός παράγοντα/μεταβλητή από το συνδυασμό με μικρά γράμματα και της **παρουσίας** του παράγοντα/μεταβλητή στο συνδυασμό με κεφαλαία γράμματα. Δεν ακολουθούνται τα σύμβολα {+} για να δηλωθεί το διαζευκτικό [ή] ούτε το σύμβολο [\*] για να δηλωθεί το [και] όπως προβλέπεται στην Ποιοτική Συγκριτική ανάλυση αλλά γίνεται περιφραστική αναφορά με τις ίδιες τις λέξεις προκειμένου να είναι κατανοητή η ανάλυση και στον μη-ειδικό αναγνώστη.

ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ και ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ και Παρουσία ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑΣ ΑΜΕΣΗΣ ΕΠΙΒΟΛΗΣ ΠΡΟΣΤΙΜΩΝ και Παρουσία ΜΑΠ και Παρουσία ΜΟΠ και Παρουσία ΕΥΕΛΙΚΤΗΣ/ΕΠΟΧΙΑΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ και Απουσία Υπεργολαβιών και Παρουσία ΠΡΟΣΘΕΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ και Παρουσία ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΥΠΟΥ ISO ή HACCP **έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό των προβλημάτων υγείας των εργαζομένων**

Ή

#### A.2. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ

Απουσία Γιατρού Εργασίας Πλήρους Απασχόλησης και Απουσία Ειδικής Υπηρεσίας Υγείας και Ασφάλειας στην Επιχείρηση και Παρουσία ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ και Απουσία Κουλτούρας Υγείας και Ασφάλειας στην Επιχείρηση και Απουσία Δυνατότητας Άμεσης Επιβολής Προστίμων και Απουσία ΜΑΠ και Παρουσία ΜΟΠ και Απουσία Ευέλικτης/Εποχιακής Απασχόλησης και Απουσία Υπεργολαβιών και Παρουσία ΠΡΟΣΘΕΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ και Παρουσία ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΥΠΟΥ ISO ή HACCP **έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό των προβλημάτων υγείας των εργαζομένων**

Ή

#### A.3. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ

Παρουσία ΓΙΑΤΡΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΛΗΡΟΥΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ και Παρουσία ΕΙΔΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ και Παρουσία ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ και ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ και Απουσία Δυνατότητας Άμεσης Επιβολής Προστίμων και Παρουσία ΜΑΠ και Παρουσία ΜΟΠ και Απουσία Ευέλικτης/Εποχιακής Απασχόλησης και Παρουσία ΥΠΕΡΓΟΛΑΒΙΩΝ

και Παρουσία ΠΡΟΣΘΕΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ και Παρουσία ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΥΠΟΥ ISO ή HACCP **έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό των προβλημάτων υγείας των εργαζομένων**

Ή

#### A.4. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ

Απουσία Γιατρού Εργασίας Πλήρους Απασχόλησης και Απουσία Ειδικής Υπηρεσίας Υγείας και Ασφάλειας στην Επιχείρηση και Παρουσία ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ και Απουσία Κουλτούρας Υγείας και Ασφάλειας στην Επιχείρηση και Απουσία Δυνατότητας Άμεσης Επιβολής Προστίμων και Απουσία ΜΑΠ και Παρουσία ΜΟΠ και Παρουσία ΕΥΕΛΙΚΤΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ και Απουσία Υπεργολαβιών και Απουσία Πρόσθετης Ιδιωτικής Ασφάλισης και Απουσία Πιστοποίησης τύπου ISO ή HACCP **έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό των προβλημάτων υγείας των εργαζομένων**

Ή

#### A.5. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ

Απουσία Γιατρού Εργασίας Πλήρους Απασχόλησης και Απουσία Ειδικής Υπηρεσίας Υγείας και Ασφάλειας στην Επιχείρηση και Παρουσία ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ και Απουσία Κουλτούρας Υγείας και Ασφάλειας στην Επιχείρηση και Απουσία Δυνατότητας Άμεσης Επιβολής Προστίμων και Παρουσία ΜΑΠ και Παρουσία ΜΟΠ και Απουσία Ευέλικτης/Εποχιακής Απασχόλησης και Παρουσία ΥΠΕΡΓΟΛΑΒΙΩΝ και Απουσία Πρόσθετης Ιδιωτικής Ασφάλισης και Παρουσία ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΥΠΟΥ ISO ή HACCP **έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό των προβλημάτων υγείας των εργαζομένων**

Ή

#### A.6. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ

Παρουσία ΓΙΑΤΡΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΛΗΡΟΥΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ και Παρουσία ΕΙΔΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ και Παρουσία ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ και ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ και Παρουσία ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑΣ ΑΜΕΣΗΣ ΕΠΙΒΟΛΗΣ ΠΡΟΣΤΙΜΩΝ και Παρουσία ΜΑΠ και Παρουσία ΜΟΠ και Απουσία Ευέλικτης/Εποχιακής Απασχόλησης και Παρουσία ΥΠΕΡΓΟΛΑΒΙΩΝ και Απουσία Πρόσθετης Ιδιωτικής Ασφάλισης και Απουσία Πιστοποίησης τύπου ISO ή HACCP **έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό των προβλημάτων υγείας των εργαζομένων**

Προχωρώντας τώρα στην απλοποίηση των συνδυασμών παραγόντων που είναι επαρκείς για τον περιορισμό των αρνητικών επιπτώσεων της εργασίας στην υγεία των εργαζομένων σύμφωνα με τη μέθοδο που πρότειναν οι Rihoux & Ragin καταλήγουμε στην παρακάτω εικόνα:

■ Οι αρνητικές επιπτώσεις της εργασίας στην υγεία των εργαζομένων περιορίζονται εφόσον υπάρχουν οι παρακάτω συνδυασμοί παραγόντων:

- ΓΙΑΤΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΛΗΡΟΥΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ και ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ και ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ και ΜΑΠ και ΜΟΠ και ΥΠΕΡΓΟΛΑΒΙΕΣ και ΠΡΟΣΘΕΤΗ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ και ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΥΠΟΥ ISO ή HACCP

Ή

- ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ και ΜΟΠ και ΠΡΟΣΘΕΤΗ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ και ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΥΠΟΥ ISO ή HACCP

## Ή

- ΓΙΑΤΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΛΗΡΟΥΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ και ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ και ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ και ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ και ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΑΜΕΣΗΣ ΕΠΙΒΟΛΗΣ ΠΡΟΣΤΙΜΩΝ και ΜΑΠ και ΜΟΠ και ΕΥΕΛΙΚΤΗ/ΕΠΟΧΙΑΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ και ISO ή HACCP

## Ή

- ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ και ΜΟΠ και ΕΥΕΛΙΚΤΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ

## Ή

- ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ και ΜΑΠ και ΜΟΠ και ΥΠΕΡΓΟΛΑΒΙΕΣ και ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΥΠΟΥ ISO ή HACCP

## Ή

- ΓΙΑΤΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΛΗΡΟΥΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ και ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ και ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ και ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ και ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΑΜΕΣΗΣ ΕΠΙΒΟΛΗΣ ΠΡΟΣΤΙΜΩΝ και ΜΑΠ και ΜΟΠ και ΥΠΕΡΓΟΛΑΒΙΕΣ

Στους παραπάνω συνδυασμούς παραγόντων παρατηρείται ότι η Παρουσία ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ και η Παρουσία ΜΟΠ είναι ενεργή σε όλους τους συνδυασμούς. Συνεπώς, **ο Συνδυασμός της Παρουσίας ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ και τήρησης των ΜΟΠ αποτελεί την ΑΝΑΓΚΑΙΑ ΣΥΝΘΗΚΗ** για να περιοριστούν τα προβλήματα υγείας που προκαλούνται στους εργαζόμενους από την εργασία τους και σ' αυτό το συνδυα-

σμό θα πρέπει να δοθεί Στρατηγικού χαρακτήρα προτεραιότητα προκειμένου να βελτιωθεί ιδιαίτερα αρνητική κατάσταση που επικρατεί στην Ελλάδα, αναφορικά με τα προβλήματα υγείας των εργαζομένων.

Αναλύοντας περισσότερο επισταμένα τους συνδυασμούς παραγόντων που ΔΕΝ οδηγούν σε βελτιωμένα αποτελέσματα προκύπτει η παρακάτω εικόνα που όπως και προηγούμενα παρουσιάζονται χωρίς τη χρήση των συμβόλων της άλγεβρας του Μπουλ για λόγους αναγνωσιμότητα και από τον μη-ειδικό αναγνώστη:

Β. Όταν υπάρχουν οι παρακάτω συνδυασμοί παραγόντων ΔΕΝ περιορίζονται οι αρνητικές επιδράσεις της εργασίας στην υγεία των εργαζομένων:

### Β.1. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ

Απουσία Γιατρού Εργασίας Πλήρους Απασχόλησης και Απουσία Ειδικής Υπηρεσίας Υγείας και Ασφάλειας στην Επιχείρηση και Παρουσία ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ και Απουσία Κουλτούρας Υγείας και Ασφάλειας στην Επιχείρηση και Παρουσία ΑΜΕΣΗΣ ΕΠΙΒΟΛΗΣ ΠΡΟΣΤΙΜΩΝ και Απουσία ΜΑΠ και Παρουσία ΜΟΠ και Παρουσία ΕΥΕΛΙΚΤΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ και Παρουσία ΥΠΕΡΓΟΛΑΒΙΩΝ και Απουσία Πρόσθετης Ιδιωτικής Ασφάλισης και Παρουσία ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΥΠΟΥ ISO ή HACCP **έχει ως αποτέλεσμα τον ΜΗ περιορισμό των προβλημάτων υγείας των εργαζομένων**

## Ή

### Β.2. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ

Απουσία Γιατρού Εργασίας Πλήρους Απασχόλησης και Απουσία Ειδικής Υπηρεσίας Υγείας και Ασφάλειας στην Επιχείρηση και Απουσία Εκπροσώπου των Εργαζομένων και

Απουσία Κουλτούρας Υγείας και Ασφάλειας στην Επιχείρηση και Απουσία Δυνατότητας Άμεσης Επιβολής Προστίμων και Απουσία ΜΑΠ και Απουσία ΜΟΠ και Παρουσία ΕΥΕΛΙΚΤΗΣ/ΕΠΟΧΙΑΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ και Παρουσία ΥΠΕΡΓΟΛΑΒΙΩΝ και Απουσία Πρόσθετης Ιδιωτικής Ασφάλισης και Παρουσία ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΥΠΟΥ ISO ή HACCP **έχει ως αποτέλεσμα τον ΜΗ περιορισμό των προβλημάτων υγείας των εργαζομένων**

Ή

#### B.3. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ

Απουσία Γιατρού Εργασίας Πλήρους Απασχόλησης και Απουσία Ειδικής Υπηρεσίας Υγείας και Ασφάλειας στην Επιχείρηση και Απουσία Εκπροσώπου των Εργαζομένων και Απουσία Κουλτούρας Υγείας και Ασφάλειας στην Επιχείρηση και Απουσία Δυνατότητας Άμεσης Επιβολής Προστίμων και Απουσία ΜΑΠ και απουσία ΜΟΠ και Παρουσία ΕΥΕΛΙΚΤΗΣ/ΕΠΟΧΙΑΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ και Παρουσία ΥΠΕΡΓΟΛΑΒΙΩΝ και Απουσία Πρόσθετης Ιδιωτικής Ασφάλισης και Απουσία Πιστοποίησης τύπου ISO ή HACCP **έχει ως αποτέλεσμα τον ΜΗ περιορισμό των προβλημάτων υγείας των εργαζομένων**

Ή

#### B.4. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ

Απουσία Γιατρού Εργασίας Πλήρους Απασχόλησης και Απουσία Ειδικής Υπηρεσίας Υγείας και Ασφάλειας στην Επιχείρηση και Απουσία Εκπροσώπου των Εργαζομένων και Απουσία Κουλτούρας Υγείας και Ασφάλειας στην Επιχείρηση και Απουσία Δυνατότητας Άμεσης Επιβολής Προστίμων και Απουσία ΜΑΠ και απουσία ΜΟΠ και Παρουσία ΕΥΕΛΙΚΤΗΣ/ΕΠΟΧΙΑΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ και Απουσία Υπεργολαβιών και Απουσία Πρόσθετης Ιδιωτικής Ασφάλισης και Απουσία Πιστοποίησης

τύπου ISO ή HACCP **έχει ως αποτέλεσμα τον ΜΗ περιορισμό των προβλημάτων υγείας των εργαζομένων**

Ή

#### B.5. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ

Απουσία Γιατρού Εργασίας Πλήρους Απασχόλησης και Απουσία Ειδικής Υπηρεσίας Υγείας και Ασφάλειας στην Επιχείρηση και Παρουσία ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ και Απουσία Κουλτούρας Υγείας και Ασφάλειας στην Επιχείρηση και Απουσία Δυνατότητας Άμεσης Επιβολής Προστίμων και Παρουσία ΜΑΠ και Απουσία ΜΟΠ και Απουσία Ευέλικτης Απασχόλησης και Παρουσία ΥΠΕΡΓΟΛΑΒΙΩΝ και Απουσία Πρόσθετης Ιδιωτικής Ασφάλισης και Απουσία Πιστοποίησης τύπου ISO ή HACCP **έχει ως αποτέλεσμα τον ΜΗ περιορισμό των προβλημάτων υγείας των εργαζομένων**

Ή

#### B.6. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ

Απουσία Γιατρού Εργασίας Πλήρους Απασχόλησης και Απουσία Ειδικής Υπηρεσίας Υγείας και Ασφάλειας στην Επιχείρηση και Παρουσία ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ και Απουσία Κουλτούρας Υγείας και Ασφάλειας στην Επιχείρηση και Απουσία Δυνατότητας Άμεσης Επιβολής Προστίμων και Απουσία ΜΑΠ και Απουσία ΜΟΠ και Απουσία Ευέλικτης Απασχόλησης και Απουσία Υπεργολαβιών και Απουσία Πρόσθετης Ιδιωτικής Ασφάλισης και Παρουσία ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΥΠΟΥ ISO ή HACCP **έχει ως αποτέλεσμα τον ΜΗ περιορισμό των προβλημάτων υγείας των εργαζομένων**

Ή

#### B.7. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ

Απουσία Γιατρού Εργασίας Πλήρους Απασχόλησης και Απουσία Ειδικής Υπηρεσίας

Υγείας και Ασφάλειας στην Επιχείρηση και Απουσία Εκπροσώπου των Εργαζομένων και Απουσία Κουλτούρας Υγείας και Ασφάλειας στην Επιχείρηση και Απουσία Δυνατότητας Άμεσης Επιβολής Προστίμων και Απουσία ΜΑΠ και Απουσία ΜΟΠ και Παρουσία ΕΥΕΛΙΚΤΗΣ/ ΕΠΟΧΙΑΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ και Παρουσία ΥΠΕΡΓΟΛΑΒΙΩΝ και Απουσία Πρόσθετης Ιδιωτικής Ασφάλισης και Απουσία Πιστοποίησης τύπου ISO ή HACCP **έχει ως αποτέλεσμα τον ΜΗ περιορισμό των προβλημάτων υγείας των εργαζομένων**

Προχωρώντας τώρα στην απλοποίηση των συνδυασμών των παραγόντων που ΔΕΝ οδηγούν στον περιορισμό των αρνητικών επιπτώσεων της εργασίας στην υγεία των εργαζομένων σύμφωνα με τη μέθοδο που πρότειναν οι Rihoux & Ragin καταλήγουμε στην Παρακάτω εικόνα:

■ Οι αρνητικές επιπτώσεις της εργασίας στην υγεία των εργαζομένων ΔΕΝ περιορίζονται στους παρακάτω συνδυασμούς παραγόντων:

- ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ και ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΑΜΕΣΗΣ ΕΠΙΒΟΛΗΣ ΠΡΟΣΤΙΜΩΝ και ΜΑΠ και ΜΟΠ και ΕΥΕΛΙΚΤΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ και ΥΠΕΡΓΟΛΑΒΙΕΣ και ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΥΠΟΥ ISO ή HACCP

Ή

- ΕΥΕΛΙΚΤΗ/ΕΠΟΧΙΑΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ και ΥΠΕΡΓΟΛΑΒΙΕΣ και ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΥΠΟΥ ISO ή HACCP

Ή

- ΕΥΕΛΙΚΤΗ/ΕΠΟΧΙΑΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ και ΥΠΕΡΓΟΛΑΒΙΕΣ

Ή

- ΕΥΕΛΙΚΤΗ/ΕΠΟΧΙΑΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ

Ή

- ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ και ΜΑΠ και ΥΠΕΡΓΟΛΑΒΙΕΣ

Ή

- ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ και ΜΑΠ και ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΥΠΟΥ ISO ή HACCP

Ή

- ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ και ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΥΠΟΥ ISO ή HACCP

Στους παραπάνω συνδυασμούς παραγόντων παρατηρείται ότι **η Παρουσία ΕΥΕΛΙΚΤΗΣ ή ΕΠΟΧΙΑΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ είναι ΕΠΑΡΚΗΣ ΣΥΝΘΗΚΗ** από μόνη της για να ΜΗΝ περιοριστούν οι αρνητικές επιπτώσεις της εργασίας στην υγεία των εργαζομένων. Συνεπώς θα πρέπει να δοθεί Στρατηγικού χαρακτήρα προτεραιότητα στην εποπτεία και των έλεγχου των συνθηκών κάτω από τις οποίες εργάζονται οι ευέλικτα ή και εποχιακά απασχολούμενοι προκειμένου να περιοριστούν οι αρνητικές επιπτώσεις της εργασίας στην υγεία τους.

Τέλος, αν και υπάρχουν αρκετές αποκλίσεις και εναλλακτικές δυνατότητες για τον περιορισμό των αρνητικών επιπτώσεων της εργασίας στην υγεία των εργαζομένων, **ως καθοριστικές επιλογές στον προσανατολισμό των πολιτικών μείωσης ή και πρόληψης των προβλημάτων υγείας των εργαζομένων αναδεικνύονται δύο: Πρώτον, αυτή της ενίσχυσης της εκπροσώπησης των εργαζομένων στους χώρους εργασίας σε συνδυασμό με την ενίσχυση των ελέγχων τήρησης των Μέσων Ομαδικής Προστασίας (ΜΟΠ) και Δεύτερο, αυτή της καθιέρωσης και εφαρμογής ειδικών κανόνων και προδιαγραφών διασφάλισης της υγείας και**

της ασφάλειας των εργαζομένων με ευέλικτη ή εποχιακή απασχόληση.

### 3.4 Συμπέρασμα

Η διερεύνηση των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι σε εννέα βασικούς κλάδους της ελληνικής οικονομίας κατέδειξε τα μεγάλα κενά και τις παραλείψεις που επικρατούν αναφορικά με τις προβλεπόμενες θεσμικές διευθετήσεις. Παρά τις διαφορετικές συνθήκες και τεχνικές παραγωγής που επικρατούν στους διαφορετικούς κλάδους, παρατηρήθηκε ότι είναι διάχυτη η αρνητική επίδραση κοινών, λίγο ως πολύ, παραγόντων στα χαρακτηριστικά των οποίων η πολιτεία μπορεί να επιδράσει σημαντικά.

Τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπί-

ζουν οι Έλληνες εργαζόμενοι εξαιτίας των συνθηκών και των πρακτικών που ακολουθούνται κατά την άσκηση της εργασίας τους, εκτός από σπάνιες περιπτώσεις, μπορούν να αντιμετωπιστούν εάν υπάρξουν συστηματικές παρεμβάσεις από την πολιτεία και τους κοινωνικούς φορείς, πριν αυτά αποκτήσουν χρόνιο χαρακτήρα ή προκαλέσουν την πλήρη ανικανότητα εργασίας. Στον πίνακα που ακολουθεί **(Πίνακας 2)** αποσπάρθηκαν και ταξινομήθηκαν τα προβλήματα υγείας που ανέφεραν οι συνεντευξιαζόμενοι ότι αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι στους κλάδους που εργάζονται. Όπως είναι εμφανές τα πιο διαδεδομένα προβλήματα είναι τα μυοσκελετικά, τα προβλήματα του κυκλοφορικού συστήματος, το στρες και οι διάφοροι καρκίνοι.

**Πίνακας 2:** Προβλήματα υγείας που δηλώνουν ότι αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι στην Ελλάδα κατά κλάδο απασχόλησης.

Κλάδος	Πρόβλημα	Παρατηρήσεις
Μεταφορές	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Καρδιακά (άγχος, στρες κακή διατροφή)</li> <li>-Εγκεφαλικά (άγχος, στρες κακή διατροφή)</li> <li>-Καρκίνοι πνεύμονα, προστάτη, παχέως εντέρου (λόγω καυσαέριων και αναβολών στην ικανοποίηση φυσικών αναγκών)</li> <li>-Μυοσκελετικά (κυρίως μέση)</li> <li>-Αιμορροΐδες (πολλές ώρες στην καρέκλα, αναβολές ικανοποίησης φυσικών αναγκών)</li> </ul>	<p>Εμφανίζονται κυρίως στους οδηγούς.</p> <p>-Απουσία τουαλέτας στις αφετηρίες και ανά τακτές αποστάσεις στις εθνικές οδούς</p> <p>Οι καρκίνοι του πνεύμονα εμφανίζονται και στους εργαζόμενους στους σταθμούς</p>
Μέταλλο	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Καρκίνοι</li> <li>-Καρδιοπάθειες</li> <li>-Στρες</li> </ul>	Αναθυμιάσεις από συγκολλήσεις και σκόνη
Κατασκευές	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Καρκίνοι από αναθυμιάσεις και χημικά</li> <li>-Ασθένειες του αίματος από βαρέα μέταλλα</li> <li>-Αναπνευστικά προβλήματα εξαιτίας της σκόνης</li> <li>-Μυοσκελετικά προβλήματα εξαιτίας μικροατυχημάτων και μεταφοράς βαρών</li> <li>-Προβλήματα καρδιαγγειακού</li> <li>-Προβλήματα ακοής λόγω του θορύβου</li> <li>-Συχνές αναπηρίες από ατυχήματα</li> <li>-Ασθένειες του δέρματος στα ανοιχτά εργοτάξια</li> <li>-Τσιμεντοκονίαση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ηλεκτροσυγκολλητές</li> <li>-Σιδεράδες</li> <li>-Καλουπατζήδες</li> <li>-Μπετατζήδες</li> <li>-Αμμοβολιστές</li> <li>-Συντηρητές</li> </ul>
Ξενοδοχεία, Εστιατόρια, Εργαστήρια Ζαχαροπλαστικής, Καζίνο	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Μυοσκελετικά από μικροατυχήματα, βάρη και ορθοστασία.</li> <li>-Φλεβίτιδες</li> <li>-Τενοντίτιδες</li> <li>-Προβλήματα κυκλοφορικού εξαιτίας συχνών και απότομων εναλλαγών στη θερμοκρασία του περιβάλλοντος εργασίας</li> <li>-Αναπνευστικά</li> <li>-Αρθρίτιδες</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Σερβιτόροι</li> <li>Μάγειροι</li> <li>Λαντζέρηδες</li> <li>Καμαριέρες</li> <li>Γκρομ</li> <li>Υποδοχή πελατών</li> </ul>
Υπάλληλοι γραφείων	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα</li> <li>-Τενοντίτιδες</li> <li>-Μυοσκελετικά (αυχενικά-μέση)</li> <li>-Μικροατυχήματα</li> <li>-Γαστρεντερικά-Υπέρταση λόγω του στρες</li> <li>-Αναπνευστικά εξαιτίας του κακού αερισμού</li> <li>-Οφθαλμικά εξαιτίας των πολλών ωρών μπροστά στις οθόνες</li> </ul>	Υπάλληλοι γραφείου, μελετητές και εργαζόμενοι σε γραφεία ασφαλιστικών εταιρειών

Ενέργεια	-Μυοσκελετικά και αναπηρίες στους τεχνίτες και τους εναερίτες -Αναπνευστικά και αρθρίτιδες στα ορυχεία	Επιχειρήσεις παραγωγής και διανομής ηλεκτρικής ενέργειας
Υγεία	-Στρες -Κεφαλαλγίες -Ορμονικές διαταραχές και προβλήματα όρασης στους εργαζομένους στα εργαστήρια που συνήθως είναι σε κλειστούς και κακά αεριζόμενους χώρους. -Αρθρίτιδες -Λοιμώδη νοσήματα εξαιτίας της πίεσης του χρόνου -Λευχαιμίες και καρκίνοι θυρεοειδούς και μαστού στα ακτινολογικά εργαστήρια	Κυρίως στο προσωπικό των εργαστηρίων και των χειρουργείων
Εμπόριο	-Μυοσκελετικά -Φλεβίτιδες -Στρες -Ζαλάδες, προβλήματα ακοής και μικροαυχήματα σε όσους εργάζονται στις αποθήκες	
Εργαζόμενοι στα αεροδρόμια	-Θόρυβος και μυοσκελετικά εξαιτίας της ορθοστασίας. -Ορμονικές διαταραχές και καρκίνοι για όσους εργάζονται κοντά στα μηχανήματα ελέγχου αποσκευών	
Τρόφιμα	-Καρκίνοι και αναπνευστικά από τις αναθυμιάσεις και τη σκόνη -Καρδιακά προβλήματα -Μυοσκελετικά εξαιτίας της κακής εργονομικής διάταξης στους χώρους παραγωγής	Χειριστές και τεχνικό προσωπικό
Ασφάλειες	-Μυοσκελετικά -Κρίσεις πανικού -Καρδιακά -Υπέρταση	Το άγχος για τη σύναψη νέων συμβολαίων και οι διενέξεις με τους πελάτες οδηγούν σε αρκετές περιπτώσεις στην εκδήλωση κρίσεων πανικού και υπέρτασης

Σύμφωνα με τις δηλώσεις των ερωτώμενων καμία από τις παραπάνω ασθένειες (εκτός από την τσιμεντοκονίαση), δεν αναγνωρίζεται ως επαγγελματική ασθένεια και όλες παραπέμπονται προς αντιμετώπιση στο δημόσιο γενικό σύστημα υγείας ή σε ιδιωτικά κέντρα των οποίων το κόστος καλύπτεται από πρόσθετα προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης. Οι γιατροί εργασίας, μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις, προβαίνουν σε συστηματικές μετρήσεις, καταγραφές και αναλύσεις των παραπάνω ασθε-

νείων και συνεπώς δεν υπάρχει δυνατότητα διασταύρωσης των διαπιστώσεων με τη χρήση άλλων μεθόδων. Επίσης οι εποπτικές αρχές αντιμετωπίζονται σε όλες τις περιπτώσεις ως ανεπαρκείς τόσο αριθμητικά όσο και ποιοτικά. Όλοι οι ερωτώμενοι θεωρούν αρνητική παράμετρο την εντοπιότητά τους με την περιοχή της αρμοδιότητά τους και αρκετοί διατυπώνουν την άποψη ότι έχουν άτυπες σχέσεις συναλλαγής με τους εργοδότες.

**Οι παράγοντες που φαίνεται ότι επιδρούν σε καθοριστικό βαθμό στη μη-εφαρμογή των διατάξεων της νομοθεσίας είναι οι υπεργολαβίες και οι ευέλικτες εργασιακές σχέσεις σε συνδυασμό με την απουσία εκπροσώπων των εργαζομένων.** Επιπλέον, οι εποπτικοί μηχανισμοί δεν διαθέτουν την αναγκαία χρηματοδότηση, ούτε το κατάλληλο στελεχιακό δυναμικό για να επιβάλουν την τήρηση των υφιστάμενων διατάξεων στη μεγάλη πανσπερμία των μικρών επιχειρήσεων και των υπεργολάβων.

Επίσης, απουσιάζουν τα όργανα συμβουλευτικού χαρακτήρα όπως είναι οι γιατροί εργασίας και οι επιτροπές υγιεινής και ασφάλειας που θα μπορούσαν να επηρεάσουν θετικά τη λήψη προληπτικών μέτρων για την αποτροπή πολλών προβλημάτων υγείας, ενώ οι φορείς εκπαίδευσης ή συμβουλευτικής για τα θέματα της υγείας και ασφάλειας στην εργασία, υπολειπόμενοι.

Σοβαρός ανασταλτικός παράγοντας είναι,

επίσης, η απουσία κινήτρων και αντικινήτρων για την εφαρμογή μέσων πρόληψης από τους εργοδότες καθώς δεν υπάρχει ανεπτυγμένος ο θεσμός της ασφάλισης κατά του επαγγελματικού κινδύνου με αποτέλεσμα η επίλυση των προβλημάτων υγείας να παραπέμπεται στο δημόσιο σύστημα υγείας, χωρίς οποιαδήποτε επιβάρυνση στους ασυνεπείς εργοδότες ή επιβράβευση για τους συνεπείς και όσους φροντίζουν, επαρκώς, για την προστασία της υγείας του προσωπικού των επιχειρήσεών τους.

Σ' αυτό το πλαίσιο, τα όποια μέτρα λαμβάνονται περιστασιακά, όπως είναι διαφόρων μορφών επιμορφώσεις ή στοχευμένοι έλεγχοι των επιθεωρήσεων δεν αναμένεται να έχουν αξιόλογα θετικά αποτελέσματα εάν δεν συνδυαστούν με ειδικές ρυθμιστικές παρεμβάσεις για τις ευέλικτες εργασιακές σχέσεις και τις υπεργολαβίες και δεν ενδυναμωθεί η δυνατότητα παρουσίας εκπροσώπου των εργαζομένων σε όλους τους χώρους εργασίας χωρίς ανασταλτικές γραφειοκρατικές αγκυλώσεις.





## ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ: Η ποσοτική ανάλυση<sup>7</sup>

### 4. Συνθήκες εργασίας και υγεία στην Ελλάδα: Εμπειρικές διερευνήσεις

#### 4.1 Εισαγωγή

Αν και οι σχέσεις μεταξύ εργασίας, συνθηκών εργασίας και υγείας θεωρούνται δεδομένες, η θεωρητική και ποσοτική τους αποτύπωση είναι μια αρκετά πολύπλοκη διαδικασία (Eurofound (2012)). Οι κίνδυνοι στους οποίους εκτίθενται οι εργαζόμενοι κατά την άσκηση της εργασίας τους αναπόφευκτα επηρεάζουν την υγεία τους. Παράλληλα η υγεία συναρτάται με διαστάσεις που είναι ανεξάρτητες από την απασχόλησή των ατόμων και οι οποίες δεν έχουν οικονομικό χαρακτήρα αλλά εντάσσονται στη σφαίρα των κοινωνικών προσδιοριστικών παραγόντων. Το γεγονός αυτό δημιουργεί σημαντικές αλληλεπιδράσεις, και συνεπώς, η απομόνωση της επίπτωσης μεμονωμένων παραγόντων στην υγεία καθίσταται ένα κάπως δύσκολο εγχείρημα.

Στην ανάλυση που ακολουθεί εξετάζονται πτυχές της υγείας οι οποίες σχετίζονται με το εργασιακό περιβάλλον στην Ελλάδα. Οι πτυχές αυτές εξετάζονται στη βάση της 5ης Ευρωπαϊκής Έρευνας Συνθηκών Εργασίας (5th European Working Conditions Survey) η οποία

διενεργήθηκε το 2010 στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, υπό την ευθύνη του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας (Eurofound, 2014). Η ανάλυση βασίζεται στα δεδομένα που προέκυψαν από την προαναφερόμενη δειγματοληπτική έρευνα, τα οποία δόθηκαν στον συγγραφέα κατόπιν σχετικού αιτήματος.

Δύο είναι τα βασικά μέρη της παρούσας μελέτης. Στο πρώτο (Ενότητα 3), αναλύονται ζητήματα που σχετίζονται με την υγεία των εργαζομένων, ανεξαρτήτως φύλου. Στο δεύτερο (Ενότητα 4), μελετώνται οι διαφοροποιήσεις που ανακύπτουν για τη σχέση υγείας και συνθηκών εργασίας με την προσθήκη της διάστασης του φύλου.

Οι πτυχές της υγείας εξετάζονται αρχικά με βάση δύο ιδιαίτερες διαστάσεις: α) το επάγγελμα των ατόμων και β) τον κλάδο οικονομικής δραστηριότητας. Στη συνέχεια, η υγεία και οι διαφοροποιήσεις που ανακύπτουν μελετώνται με γνώμονα κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τις συνθήκες εργασίας. Τα χαρακτηριστικά αυτά αφορούν στο κατά πόσο τα άτομα απασχολούνται ως αυτοαπασχολούμενοι ή μισθωτοί, στον διαχωρισμό μεταξύ απασχόλησης στο δημόσιο ή στον ιδιωτικό τομέα, στον αριθμό των εβδομαδιαίων ωρών εργασίας και στο κατά πόσο οι ώρες εργασίας ταιριάζουν με τις οικογενειακές

7. Χρήστος Μπάγκαβος

8. Ο συγγραφέας του παρόντος τρίτου μέρους Χρ. Μπάγκαβος ευχαριστεί το UK Data Service για την παροχή των στοιχείων του 5th European Working Conditions Survey 2010.

ή κοινωνικές υποχρεώσεις των ατόμων. Αφορούν, επίσης, σε ορισμένες πτυχές της εργασίας και ειδικότερα, στην ανασφάλεια που τυχόν νιώθουν τα άτομα σχετικά με την μελλοντική παραμονή τους στην εργασία, στο βαθμό ικανοποίησης από τις χρηματικές απολαβές τους καθώς και στην δυνατότητα η οποία τους παρέχεται σχετικά με τις προοπτικές για επαγγελματική ανέλιξη/καριέρα.

Οι διαστάσεις της υγείας οι οποίες διερευνώνται στο πλαίσιο της μελέτης αφορούν στη γνώμη των εργαζομένων σχετικά με την ικανότητα να απασχοληθούν στην ίδια εργασία όταν θα συμπληρώσουν την ηλικία των 60 ετών, με την αυτοαξιολόγηση της κατάστασης υγείας τους, με τους κινδύνους που εκτιμούν ότι διατρέχουν αναφορικά με την υγεία και την ασφάλεια στο χώρο εργασίας και με το κατά πόσο η εργασία επηρεάζει θετικά ή αρνητικά την υγεία τους. Επιπλέον εξετάζονται ζητήματα που αφορούν στην ψυχική υγεία καθώς και την απουσία/παρουσία τους στο χώρο εργασίας για λόγους υγείας.

Όλες οι προαναφερόμενες μεταβλητές περιγράφονται αναλυτικά στην Ενότητα 2, ενώ τα βασικά συμπεράσματα συνοψίζονται στην Ενότητα 5.

## 4.2 Δεδομένα και επιλογή μεταβλητών

### 4.2.1 Στόχοι της 5ης Ευρωπαϊκής Έρευνας Συνθηκών Εργασίας 2010 (5th European Working Conditions Survey 2010)

Η 5η Ευρωπαϊκή Έρευνα Συνθηκών Εργασίας διενεργήθηκε το 2010 στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, υπό την ευθύνη του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας

(Eurofound, 2014). Στόχος της έρευνας ήταν η ποσοτική αποτύπωση των συνθηκών εργασίας στην Ευρώπη σε μια εναρμονισμένη βάση, καθώς και η ανάλυση των σχέσεων που αφορούν στις διάφορες διαστάσεις των συνθηκών εργασίας (Eurofound, 2012). Επιπλέον, η έρευνα στόχευε στην διερεύνηση διαχρονικών μεταβολών και τάσεων αναφορικά με τα προαναφερόμενα ζητήματα, με απώτερο σκοπό την συνεισφορά της έρευνας στην ανάπτυξη Ευρωπαϊκών πολιτικών στο τομέα της απασχόλησης και της ποιότητας της εργασίας. Στο πλαίσιο της έρευνας που διενεργήθηκε στην Ελλάδα, ερωτήθηκαν 1.037 άτομα εκ των οποίων 609 ήταν άνδρες και 428 γυναίκες.

### 4.2.2 Υγεία και συνθήκες εργασίας: Οι μεταβλητές ανάλυσης των διαστάσεων της υγείας

*Ικανότητα απασχόλησης στην ίδια εργασία στην ηλικία των 60 ετών (q75)*

Στην παρούσα μελέτη, διερευνάται η άποψη των ατόμων σχετικά με την ικανότητα απασχόλησής τους στην ίδια εργασία όταν θα συμπληρώσουν την ηλικία των 60 ετών. Η ικανότητα αυτή εξετάζεται με βάση το ερώτημα «Νομίζετε ότι θα μπορείτε να κάνετε την ίδια εργασία που κάνετε τώρα όταν θα είστε 60 ετών;» και τις αντίστοιχες απαντήσεις «Ναι, έτσι νομίζω», «Όχι, δεν νομίζω» και «Δεν θα το ήθελα».

*Κατάσταση υγείας (q68)*

Η κατάσταση υγείας των ατόμων αφορά στην αυτοαξιολόγησή της η οποία προκύπτει από το ερώτημα: «Πώς είναι η υγεία σας γενικά; Θα λέγατε ότι είναι...». Οι αντίστοιχες απαντήσεις («Πολύ καλή», «Καλή», «Μέτρια», «Κακή» και «Πολύ κακή»), ομαδοποιήθηκαν με τρόπο ώστε να προκύψει ο συνήθης διαχωρισμός σε καλή και κακή κατάσταση υγείας.

ας (Alexopoulos et al., 2009· Eurofound, 2012· Baganos, 2013· Μπάγκαβος, 2012). Με τον τρόπο αυτό, στην καλή κατάσταση υγείας ενσωματώθηκαν οι απαντήσεις «Πολύ καλή» ή «Καλή» και στην κακή κατάσταση υγείας συμπεριλήφθησαν οι απαντήσεις «Μέτρια» ή «Κακή» ή «Πολύ κακή».

#### *Κίνδυνος για την υγεία και την ασφάλεια στο χώρο εργασίας (q66)*

Μια από της σημαντικότερες διαστάσεις αναφορικά με τη σχέση της υγείας με τις εργασιακές συνθήκες σχετίζεται με τους κινδύνους που διατρέχουν τα άτομα στον χώρο εργασίας τους. Η διάσταση αυτή μελετάται μέσα από το ερώτημα «Νομίζετε ότι η υγεία ή η ασφάλειά σας κινδυνεύει λόγω της εργασίας σας;». Το ενδιαφέρον στην περίπτωση αυτή είναι η ανάλυση των αντίστοιχων απαντήσεων («Ναι» ή «Όχι») με γνώμονα τις διαφοροποιήσεις που προκύπτουν με βάση διάφορα ατομικά χαρακτηριστικά ή χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την φύση της εργασίας και τις συνθήκες εργασίας.

#### *Επίπτωση (αρνητική/θετική) της εργασίας στην υγεία (q67)*

Η εικόνα που έχουν τα άτομα για το κατά πόσο η εργασία επηρεάζει θετικά ή αρνητικά την υγεία τους εξετάζεται με βάση το ερώτημα: «Η υγεία σας επηρεάζεται από την εργασία σας ή όχι;». Εξαιρώντας τα άτομα που δεν θεωρούν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ εργασίας και υγείας (απάντηση «Όχι»), η γνώμη για θετική σχέση προκύπτει από την απάντηση «Ναι, κυρίως θετικά» και για αρνητική σχέση από απάντηση «Ναι, κυρίως αρνητικά».

#### *Παρουσία στον χώρο εργασίας (q74)*

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η αποτύπωση της συχνότητας με την οποία τα άτομα εργάζονται ενώ δεν είναι καλά στην υγεία τους (ασθε-

νούν). Το αντίστοιχο ερώτημα αφορά στους τελευταίους 12 μήνες («Μέσα στους τελευταίους 12 μήνες δουλέψατε όταν ήσασταν άρρωστος;»). Εξαιρώντας αυτούς που δεν ήταν ασθενείς (απάντηση «Δεν ήμουν άρρωστος»), η συχνότητα της παρουσίας των ατόμων στην εργασία τους κατά τις ημέρες που δεν ήταν καλά στην υγεία τους εκτιμήθηκε από το λόγο αυτών που απάντησαν «Ναι» προς τον συνολικό αριθμό των ατόμων που αρρώστησαν κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών (απαντήσεις «Ναι» ή «Όχι»).

#### *Απουσία από την εργασία λόγω προβλημάτων υγείας (q72) και απουσία λόγω ατυχήματος στον χώρο εργασίας (q73)*

Ο προσδιορισμός της απουσίας των εργαζομένων από την εργασία τους έγινε με βάση το ερώτημα «Πόσες μέρες συνολικά απουσιάσατε από την εργασία σας τους τελευταίους 12 μήνες λόγω προβλημάτων υγείας;». Η επεξεργασία των απαντήσεων έγινε με γνώμονα το ποσοστό των ατόμων που δήλωσαν ότι απουσίασαν από την εργασία τους για διάστημα μεγαλύτερο των 5 (πέντε) ημερών ως προς το σύνολο των εργαζομένων.

Η αποτύπωση της απουσίας των ατόμων λόγω ατυχήματος στο χώρο εργασίας έγινε με γνώμονα το ερώτημα «Από τις μέρες απουσίας που αναφέρθηκαν πιο πάνω (q72), μπορείτε να υποδείξετε πόσες από αυτές οφείλονταν σε ατύχημα ή ατυχήματα στη δουλειά;». Αναιρώνοντας τον περιορισμό της απουσίας για περίοδο τουλάχιστον 5 (πέντε) ημερών (επεξεργασία ερωτήματος q72), ο προσδιορισμός της συχνότητας απουσίας λόγω ατυχήματος έγινε με βάση το ποσοστό όσων δήλωσαν ότι απουσίασαν για το λόγο αυτό τουλάχιστον για 1 (μία) ημέρα ως προς το σύνολο αυτών που δήλωσαν ότι απουσίασαν τουλάχιστον για μια ημέρα ανεξαρτήτως αιτίας (ερώτημα q72).

*Ψυχική υγεία (δείκτης) – (Mental health, WHO-5 index) (EF4)*

Η διάσταση της ψυχικής υγείας των εργαζομένων αναλύεται μέσα από τις εκτιμήσεις που αφορούν στον δείκτη WHO-5 ο οποίος έχει υιοθετηθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και θεωρείται ότι προσδιορίζει ικανοποιητικά τον κίνδυνο ψυχικής υγείας που διατρέχουν τα άτομα (Eurofound 2012). Ο υπολογισμός του δείκτη αυτού βασίζεται στις απαντήσεις σε πέντε συγκεκριμένα ερωτήματα, τα οποία αναφέρονται στην διάθεση και στα αισθήματα που ένιωθαν οι ερωτώμενοι κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων. Για κάθε ερώτημα, τα άτομα επιλέγουν μεταξύ 6 (έξι) απαντήσεων (ίδιες για όλα τα ερωτήματα) και κάθε απάντηση «βαθμολογείται» με βάση μια κλίμακα από 0 έως 6. Το άθροισμα της «βαθμολογίας» των απαντήσεων που δίνονται για τα 5 (πέντε) ερωτήματα (το οποίο κυμαίνεται μεταξύ 0 και 25) προσδιορίζει τον πιθανό κίνδυ-

νο ψυχικής υγείας που διατρέχουν τα άτομα. Όταν το συνολικό άθροισμα είναι κάτω από 13 (13/25) τότε θεωρείται ότι ο ερωτώμενος βιώνει καταστάσεις ψυχικής υγείας, ενώ αντίθετα ο κίνδυνος αυτός δεν υπάρχει όταν το άθροισμα είναι υψηλότερο του 13 (13/25).

Στον Πίνακα 1 περιγράφονται τα ερωτήματα με βάση τα οποία εκτιμάται ο δείκτης WHO-5, καθώς και η «βαθμολογία» που δίνεται σε κάθε απάντηση. Τα ερωτήματα αυτά συμπεριλήφθησαν στο ερωτηματολόγιο της 5ης Ευρωπαϊκής Έρευνας Συνθηκών Εργασίας 2010, γεγονός που δίνει την δυνατότητα εκτιμήσεων για τον δείκτη αυτό και για την περίπτωση της Ελλάδας. Όπως προκύπτει από την ανάλυσή μας, 1 (ένας) στους 5 (πέντε) εργαζόμενους στην Ελλάδα διατρέχει κίνδυνο ψυχικής υγείας ενώ παράλληλα ο κίνδυνος αυτός είναι υψηλότερος για τις γυναίκες από ό,τι για τους άνδρες.

**Πίνακας 1:** Προσδιορισμός της ύπαρξης καταστάσεων ψυχικής υγείας. Ερωτήματα\* και «βαθμολόγηση» (Who-5 index).

	Όλο τον καιρό	Τον περισσότερο καιρό	Περισσότερο από τις μισές μέρες	Λιγότερο από τις μισές μέρες	Κάποιες μέρες	Ποτέ
A – Αισθανόμουν χαρούμενος και με καλή διάθεση	5	4	3	2	1	0
B – Αισθανόμουν ήρεμος και γαλήνιος	5	4	3	2	1	0
C – Ένιωθα ενεργητικός, δραστήριος και ακμαίος	5	4	3	2	1	0
D – Ξυπνώντας ένιωθα φρέσκος και ξεκούραστος	5	4	3	2	1	0
E – Η καθημερινή μου ζωή ήταν γεμάτη πράγματα που με ενδιαφέρουν	5	4	3	2	1	0

\* Το γενικό ερώτημα ήταν: Σας παρακαλώ σημειώστε για κάθε ερώτηση, ποια από τις πέντε απαντήσεις σας ταιριάζει καλύτερα όσον αφορά τα αισθήματα που νιώθατε τις δύο περασμένες εβδομάδες (EF4).

Πηγή: Ερωτηματολόγιο 5th European Working Conditions Survey, 2010

#### 4.2.3 Υγεία και συνθήκες εργασίας: Μεταβλητές για τον προσδιορισμό των διαστάσεων της υγείας

##### *Κατηγοριοποίηση επαγγελματιών και κλάδων οικονομικής δραστηριότητας*

Στην παρούσα μελέτη, η ανάλυση των αποτελεσμάτων για την Ελλάδα, αναφορικά με το επάγγελμα και τον κλάδο οικονομικής δραστηριότητας, έγινε με βάση την κατάταξη που υιοθετείται από το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας (Eurofound 2012). Συνεπώς, η κατηγοριοποίηση των επαγγελματιών βασίστηκε στο ISCO (08) και των κλάδων οικονομικής δραστηριότητας στο NACE (Rev. 2).

##### *Καθεστώς απασχόλησης (q6)*

Το καθεστώς απασχόλησης προκύπτει από το ερώτημα "Είστε κυρίως...;". Με βάση τις απαντήσεις που προτεινόταν, και συγκεκριμένα «Αυτοαπασχολούμενος/η χωρίς υπαλλήλους», «Αυτοαπασχολούμενος/η με υπαλλήλους», «Εργαζόμενος/η μισθωτός/η» και «άλλο» έγινε η εξής ομαδοποίηση: οι δύο πρώτες κατηγορίες απαντήσεων αποτέλεσαν την μεταβλητή «αυτοαπασχολούμενοι» και η τρίτη την κατηγορία «μισθωτοί».

##### *Ώρες εργασίας (q18)*

Το ερώτημα αναφορικά με τις ώρες εργασίας αφορούσε το «Πόσες ώρες συνήθως εργάζεστε την εβδομάδα στην κύρια αμειβόμενη εργασία σας;». Με βάση την ανάλυση του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας (Eurofound 2012), οι απαντήσεις που δόθηκαν κατατάχθηκαν σε τρεις κατηγορίες: λιγότερες από 35 ώρες, 35 έως και 47 ώρες, και 48 ή περισσότερες ώρες.

##### *Απασχόληση στο Δημόσιο ή απασχόληση στον ιδιωτικό τομέα (q10)*

Ο προσδιορισμός της απασχόλησης στο δημόσιο ή στο ιδιωτικό τομέα έγινε με βάση το ερώτημα: «Εργάζεστε... ;» σε «Σε ιδιωτικό τομέα», «Σε δημόσιο τομέα», «Σε ημικρατικό οργανισμό ή εταιρεία» «Σε μη κερδοσκοπικό τομέα, Μη Κυβερνητική Οργάνωση» ή «άλλο». Οι δύο πρώτες απαντήσεις χρησιμοποιήθηκαν για την κατάταξη της απασχόλησης στον ιδιωτικό και τον δημόσιο τομέα αντίστοιχα.

##### *Εργασία και οικογενειακές ή κοινωνικές υποχρεώσεις (q41)*

Ο βαθμός σύμφωνιας ή απόκλισης του ωραρίου εργασίας με τις υποχρεώσεις των εργαζομένων διερευνήθηκε με γνώμονα το ερώτημα «Γενικά, οι ώρες εργασίας σας, ταιριάζουν με τις οικογενειακές ή κοινωνικές υποχρεώσεις σας εκτός εργασίας πολύ καλά, καλά, όχι πολύ καλά ή καθόλου καλά;». Οι δύο πρώτες προτεινόμενες απαντήσεις ομαδοποιήθηκαν σε μία κατηγορία («Ναι») και οι δύο επόμενες στην κατηγορία (Όχι). Η τελευταία αυτή κατηγορία, υποδηλώνει ότι το ωράριο εργασίας δυσκολεύει την συνύπαρξη της επαγγελματικής ζωής με τις οικογενειακές και κοινωνικές υποχρεώσεις των ερωτώμενων.

##### *Ειδικότερες πτυχές της εργασίας (q77)*

Στην μελέτη διερευνώνται και κάποιες ειδικότερες διαστάσεις της εργασίας, όπως αυτές προκύπτουν από το ερώτημα «Πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις ακόλουθες δηλώσεις που περιγράφουν κάποιες πτυχές της εργασίας σας;». Από τις 7 (επτά) προτεινόμενες δηλώσεις, κρίθηκε ότι οι τρεις θα μπορούσαν να είναι σημαντικές για την περίπτωση της Ελλάδας, και ειδικότερα οι δηλώσεις «Μπορεί να χάσω τη δουλειά μου μέσα στους επόμενους 6 μήνες», «Πληρώνομαι καλά για την εργασία

που κάνω» και «Η δουλειά μου προσφέρει καλές προοπτικές για ανέλιξη/καριέρα». Από τις προτεινόμενες απαντήσεις («Συμφωνώ απόλυτα», «Συμφωνώ», «Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ» «Διαφωνώ», «Διαφωνώ απόλυτα» και «Δεν ισχύει»), οι δύο πρώτες αποτέλεσαν την κατηγορία «Ναι» (συμφωνώ), ενώ η τέταρτη και η πέμπτη την κατηγορία «Όχι» (διαφωνώ).

### 4.3 Υγεία και συνθήκες εργασίας: Εμπειρική διερεύνηση για το σύνολο των εργαζομένων

#### 4.3.1 Πτυχές της υγείας κατά επάγγελμα

##### *Η αυτοαξιολόγηση της κατάστασης υγείας*

Η κατάσταση υγείας των ατόμων διαφοροποιείται ανάλογα με ατομικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία και το φύλο ή με ευρύτερου χαρακτήρα διαστάσεις όπως το μορφωτικό επίπεδο. Πάντως ιδιαίτερη θέση στις διαφοροποιήσεις αυτές κατέχει το επάγγελμα των ατόμων. Από την έρευνα που διενεργήθηκε το 2010 προκύπτει ότι, ανεξαρτήτως φύλου, το ποσοστό των ατόμων που αξιολογούν την κατάσταση της υγείας τους ως κακή ήταν πε-

ρίπου 12,5% (**Πίνακας 2**). Τα ποσοστά αυτά ποικίλουν ανάλογα με το επάγγελμα. Είναι ιδιαίτερα υψηλά για τα άτομα που απασχολούνται ως ειδικευμένοι γεωργοί, κτηνοτρόφοι και αλιείς (29,6%) και πολύ χαμηλά για αυτούς που ασκούν επιστημονικά και ελευθέρια επαγγέλματα (4,8%).

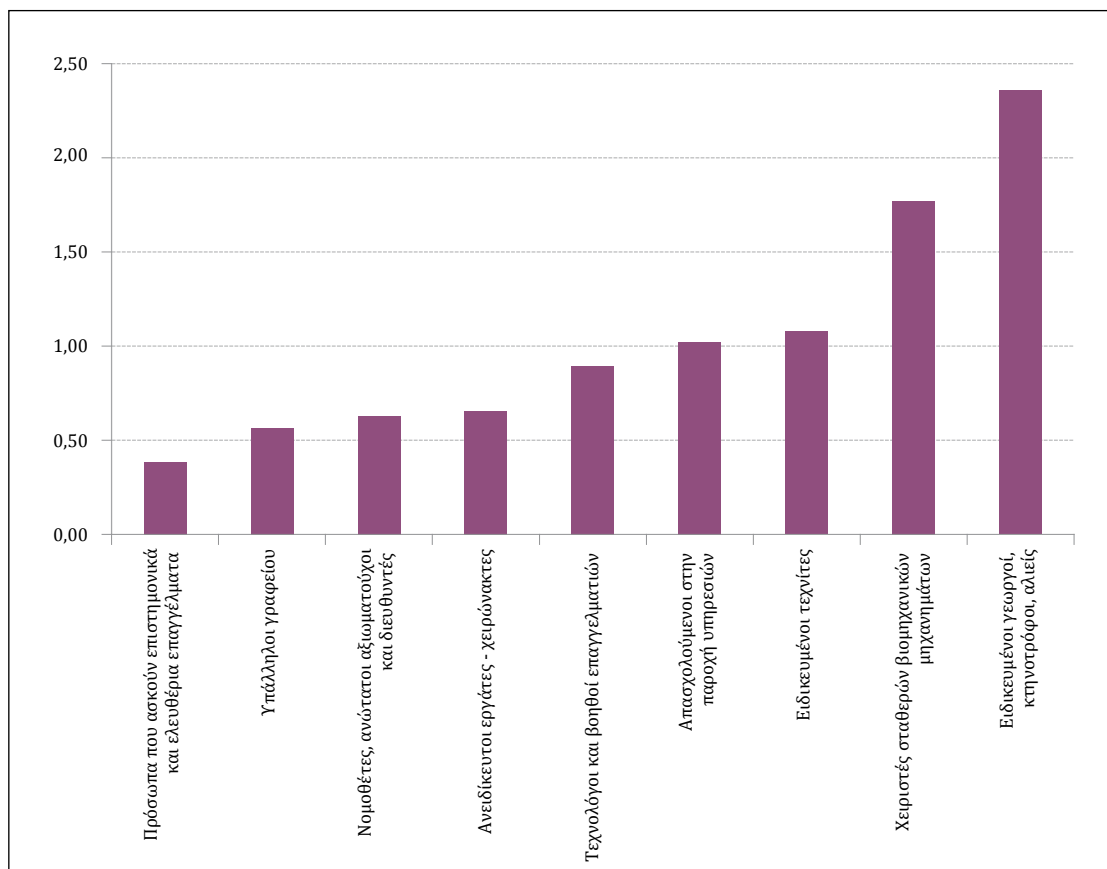
Γενικά, δύο κατηγορίες επαγγελματιών βρίσκονται πάνω από τον μέσο όρο που καταγράφεται στην Ελλάδα: χειριστές σταθερών βιομηχανικών μηχανημάτων και ειδικευμένοι γεωργοί, κτηνοτρόφοι, αλιείς. Στις κατηγορίες αυτές το ποσοστό των ατόμων που εκτιμά ότι βρίσκεται σε κακή κατάσταση υγείας είναι 1,8 και 2,4 φορές υψηλότερο από τον μέσο όρο (**Διάγραμμα 1**). Αντίθετα για τέσσερις κατηγορίες τα ποσοστά είναι ξεκάθαρα κάτω από αυτά που παρατηρούνται για το σύνολο του πληθυσμού. Οι κατηγορίες αυτές αφορούν στα πρόσωπα που ασκούν επιστημονικά και ελευθέρια επαγγέλματα, στους υπαλλήλους γραφείων, στους νομοθέτες, ανώτατους αξιωματούχους και διευθυντές καθώς και στους ανειδίκευτους εργάτες και χειρώνακτες.

**Πίνακας 2:** Διαστάσεις της υγείας (%) με βάση το επάγγελμα (Ελλάδα, 2010)

Κατηγορίες επαγγελημάτων	Ικανός/ή για εργασία στην ηλικία των 60 ετών	Κακή κατάσταση υγείας	Κίνδυνος για την υγεία και την ασφάλεια στο χώρο εργασίας	Η εργασία επηρεάζει αρνητικά την υγεία	Η εργασία επιρρέζει θετικά την υγεία	Παρουσία στο χώρο εργασίας	Απουσία από την εργασία λόγω υγείας (πάνω από 5 ημέρες)	Απουσία από την εργασία λόγω ατυχήματος	Κίνδυνος για ψυχική υγεία (Who-5 index)
Νομοθέτες, ανώτατοι αξιωματούχοι και διευθυντές	63,6	7,9	36,4	29,7	9,5	30,4	5,3	18,8	18,7
Πρόσωπα που ασκούν επιστημονικά και ελεύθερα επαγγέλματα	56,8	4,8	10,7	26,8	11,9	35,7	6,5	0,0	17,9
Τεχνολόγοι και βοηθοί επαγγελημάτων	42,5	11,2	42,7	44,7	9,4	34,3	3,4	7,1	19,3
Υπάλληλοι γραφείου	56,3	7,1	17,3	21,5	8,6	22,1	9,4	0,0	13,3
Απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών	42,6	12,8	26,2	30,8	11,6	25,6	5,4	0,0	22,9
Ειδικευμένοι γεωργοί, κτηνοτρόφοι, αλιείς	35,8	29,6	67,5	66,7	7,9	35,3	13,4	22,7	26,1
Ειδικευμένοι τεχνίτες	39,4	13,5	59,6	56,6	6,2	28,9	10,3	17,9	24,3
Χειριστές σταθερών βιομηχανικών μηχανημάτων	43,9	22,2	77,8	62,0	2,8	28,8	11,3	13,3	25,4
Ανεπίκευτοι εργάτες-χειρωνακτές	25,0	8,2	41,2	38,4	8,1	31,7	8,2	14,3	26,2
Σύνολο	45,2	12,5	39,3	40,8	8,8	30,0	8,5	9,3	21,2

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Eurofound, 5th European Working Conditions Survey, 2010

**Διάγραμμα 1:** Αυτοαξιολόγηση της κατάστασης υγείας: διαφοροποιήσεις αναφορικά με την κακή κατάσταση υγείας και το επάγγελμα (Ελλάδα, 2010). Δείκτης 1 για το σύνολο του πληθυσμού.



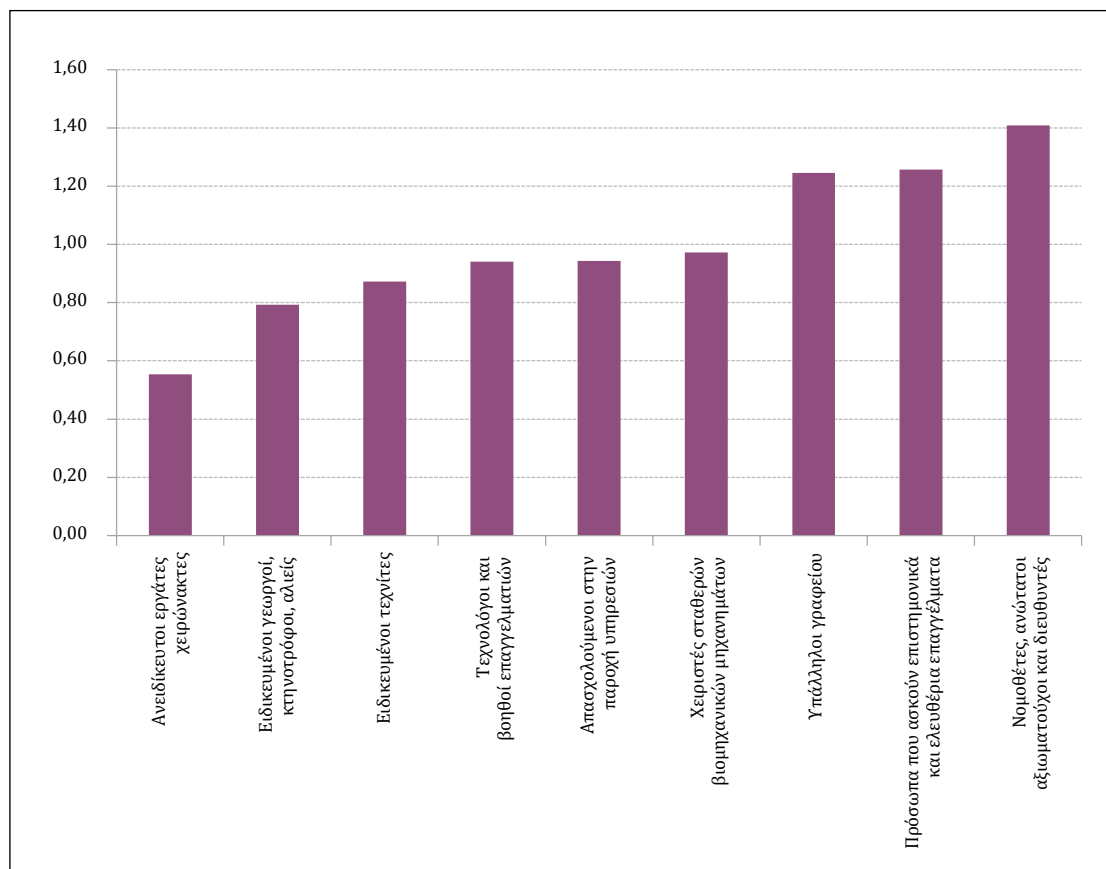
Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Eurofound, 5th European Working Conditions Survey, 2010

### Ικανότητα άσκησης της ίδιας εργασίας στην ηλικία των 60 ετών

Η παραπάνω εικόνα αντικατοπτρίζεται και στην άποψη των ατόμων για το εάν θα μπορούν να κάνουν την ίδια εργασία όταν φτάσουν στην ηλικία των 60 ετών (Πίνακας 2). Είναι χαρακτηριστικό ότι στα επαγγέλματα στα οποία συναντάμε τα σημαντικότερα ποσοστά ατόμων με κακή υγεία (π.χ. ειδικευμένοι γεωργοί, κτηνοτρόφοι, αλιείς) εντοπίζονται τα χαμηλότερα ποσοστά αυτών που πιστεύουν

ότι το επάγγελμα αυτό θα μπορούν να το εξασκούν και στην ηλικία των 60 ετών (Διάγραμμα 2). Αντίθετα, η αυτοαξιολογούμενη καλή υγεία των ατόμων που εργάζονται ως πρόσωπα που ασκούν επιστημονικά και ελευθέρια επαγγέλματα ή νομοθέτες, ανώτατοι αξιωματούχοι και διευθυντές είναι σε συνάρτηση με τα υψηλά ποσοστά αυτών που πιστεύουν ότι θα μπορούν να κάνουν το ίδιο επάγγελμα στην ηλικία των 60 ετών.

**Διάγραμμα 2:** Ικανότητα άσκησης τις ίδιες εργασίας στην ηλικία των 60 ετών: διαφοροποιήσεις αναφορικά με το επάγγελμα (Ελλάδα, 2010). Δείκτης 1 για το σύνολο του πληθυσμού.



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Eurofound, 5th European Working Conditions Survey, 2010

### Κίνδυνος για την υγεία και τη ασφάλεια στο χώρο εργασίας

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η γνώμη των εργαζομένων για τον κίνδυνο που διατρέχουν αναφορικά με την υγιεινή και την ασφάλεια στο χώρο εργασίας. Περίπου 4 στους 10 (39,3%) απαντούν ότι ο κίνδυνος αυτός υφίστανται **(Πίνακας 2)**. Μάλιστα, είναι ιδιαίτερα υψηλός για τους χειριστές σταθερών βιομηχανικών μηχανημάτων (77,8%) και χαμηλός για τα πρόσωπα που ασκούν επιστημονικά και ελευθέρια επαγγέλματα (10,7). Η δυσμενής θέση της πρώτης επαγγελματικής κατηγορίας αποτυπώνεται στο ότι ο κίνδυνος είναι 2 φορές υψηλότερος από αυτόν που συναντάμε

συνολικά και πάνω από 8 φορές πιο σημαντικό σε σχέση με την κατηγορία στην οποία καταγράφεται το χαμηλότερο ποσοστό ατόμων που πιστεύουν ότι υπάρχει κίνδυνος για την υγιεινή και την ασφάλεια τους στο χώρο εργασίας τους.

### Αρνητική και θετική επίδραση της εργασίας στην υγεία

Η θεώρηση για τους κινδύνους που υπάρχουν στο χώρο εργασίας, συμβαδίζει με την γνώμη που εκφράζουν 4 στα 10 άτομα (40,8%) ότι η εργασία επηρεάζει αρνητικά την υγεία (Πίνακας 2). Οι διαφοροποιήσεις μεταξύ των επαγγελμάτων παρουσιάζουν παρόμοια χαρακτηριστικά, αν και είναι κάπως ασθενέστερες.

Ειδικότερα, η πιο αρνητική εικόνα συναντάται στην περίπτωση των ατόμων που εργάζονται ως ειδικευμένοι γεωργοί, κτηνοτρόφοι και αλιείς (66,7%), επίπεδο το οποίο είναι 1,6 φορές υψηλότερο από το μέσο όρο και περίπου 3 φορές πιο σημαντικό από αυτό που εκφράζουν οι υπάλληλοι γραφείου (21,5%).

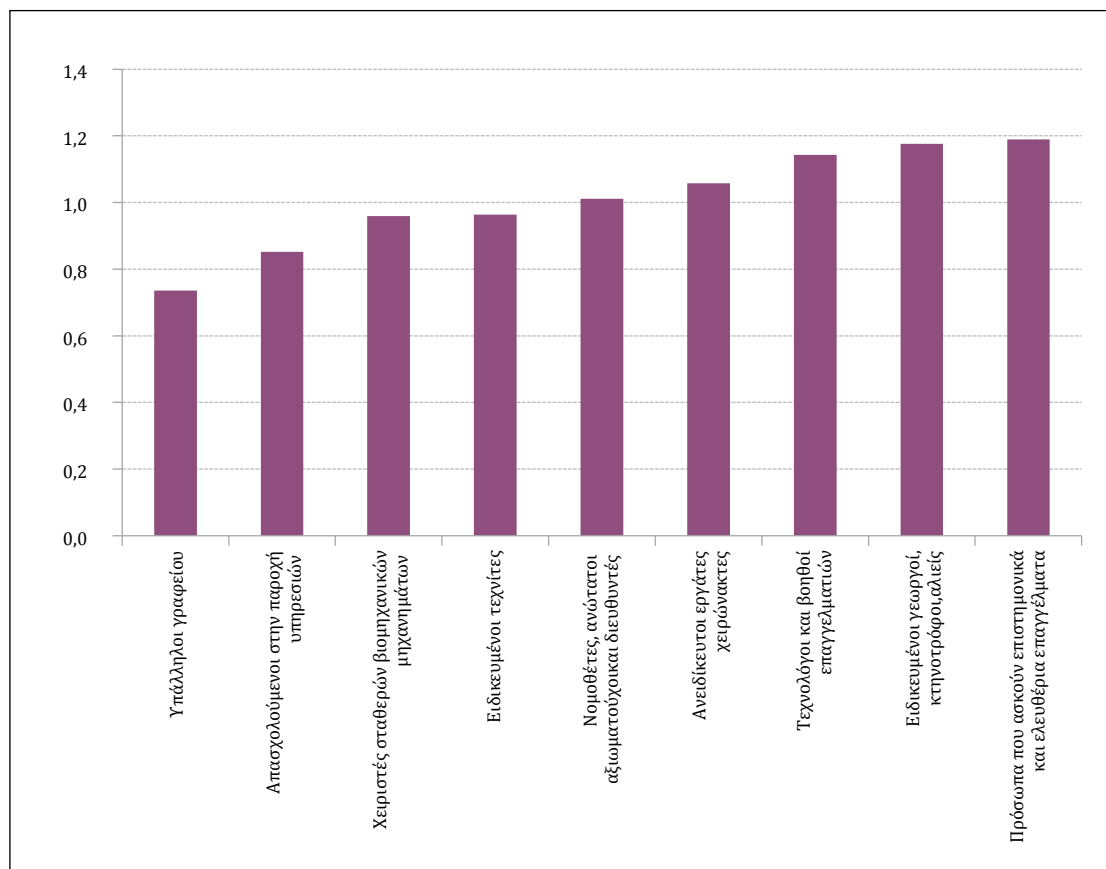
Λιγότερο από 1 στα 10 άτομα (8,8%) πιστεύουν ότι η εργασία ασκεί θετική επίδραση στην υγεία τους. Η εικόνα με βάση το επάγγελμα είναι γενικά η αντίστροφη από αυτή που προκύπτει από την θεώρηση ότι η εργασία επηρεάζει αρνητικά την υγεία, με την κατηγορία των προσώπων που ασκούν επιστημονικά και ελευθέρια επαγγέλματα να εκφράζουν την πιο θετική άποψη (11,9%). Πάντως, κατά μέσο όρο υπάρχει μια σχετικά μεγαλύτερη συμφωνία για το κατά πόσο η εργασία ασκεί θετική επίδραση στην υγεία, αφού η διαφορά μεταξύ του υψηλότερου ποσοστού και του μέσου όρου είναι γύρω στο 35% (60% στην περι-

πτωση της αρνητικής εικόνας). Παρόλα αυτά, η διαφορά μεταξύ του υψηλότερου και του χαμηλότερου ποσοστού (2,8% για τους χειριστές σταθερών βιομηχανικών μηχανημάτων) είναι πιο διευρυμένη (της τάξης του 4,2) από ό,τι στην περίπτωση της αρνητικής επίδρασης της εργασίας στην υγεία.

#### *Παρουσία στο χώρο εργασίας*

Περίπου 1 στα 3 άτομα (30%) εργάστηκαν στους τελευταίους 12 μήνες ενώ ασθενούσαν (**Πίνακας 2**). Τα υψηλότερα μεγέθη αφορούν στα άτομα που ασκούν επιστημονικά και ελευθέρια επαγγέλματα (3 στους 10) και τα χαμηλότερα στους υπαλλήλους γραφείου (2 στα 10). Γενικά οι διαφοροποιήσεις κατά επαγγελματική κατηγορία είναι ασθενείς (**Διάγραμμα 3**). Μάλιστα η μέγιστη διαφορά (1,2 φορές μεταξύ του υψηλότερου και του χαμηλότερου ποσοστού) είναι η ασθενέστερη που παρατηρείται σε σχέση με όλες τις προαναφερόμενες διαστάσεις της υγείας.

**Διάγραμμα 3:** Παρουσία των ατόμων στο χώρο εργασίας κατά τους τελευταίους 12 μήνες ενώ ασθενούσαν: διαφοροποιήσεις αναφορικά με το επάγγελμα (Ελλάδα, 2010). Δείκτης 1 για το σύνολο του πληθυσμού.



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Eurofound, 5th European Working Conditions Survey, 2010

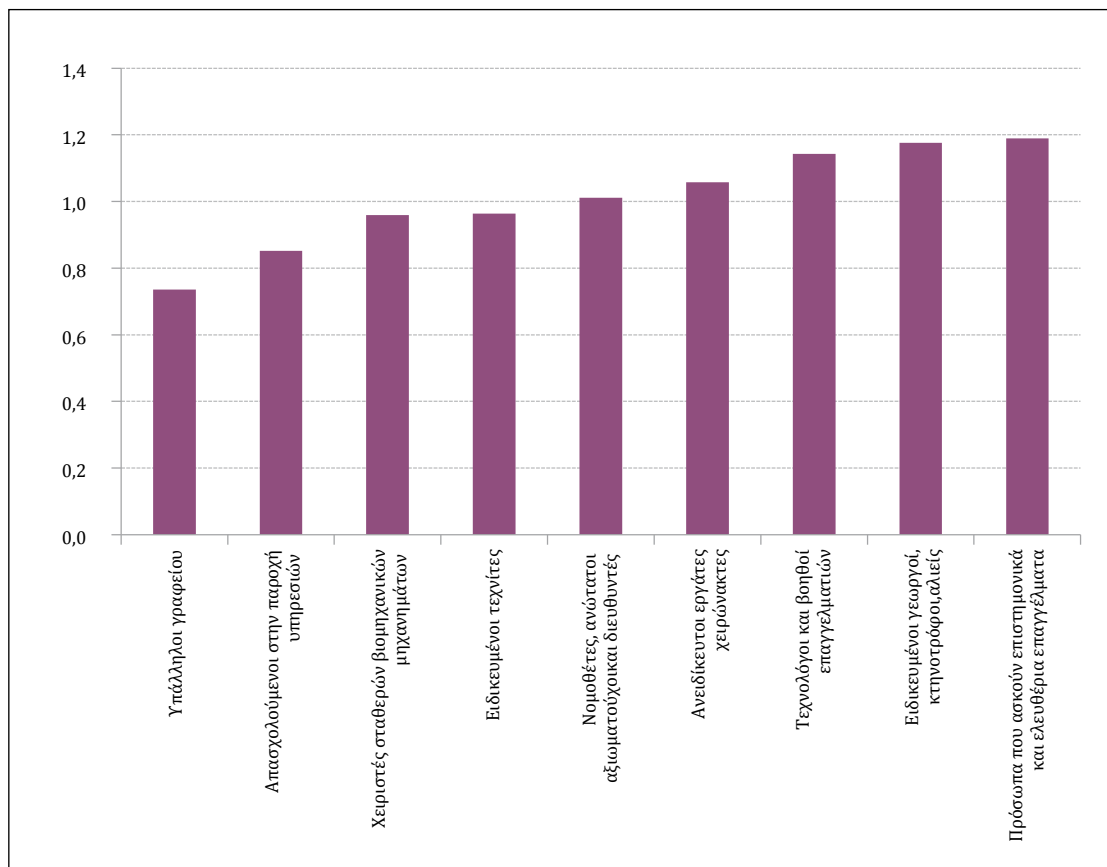
*Απουσία από την εργασία λόγω προβλημάτων υγείας και απουσία λόγω ατυχήματος στον χώρο εργασίας*

Αναλύοντας το ερώτημα σχετικά με την απουσία από την εργασία λόγω προβλημάτων υγείας, προκύπτει ότι η συχνότητα απουσίας είναι σε συνάρτηση με την αυτοξιολόγηση της κατάστασης υγείας: η κακή κατάσταση υγείας υπαγορεύει συχνότερη απουσία από την εργασία (**Πίνακας 2**). Έτσι, ενώ κατά μέσο όρο 8,5% των ατόμων δεν πήγαν στην εργασία τους λόγω προβλημάτων υγείας, τουλάχιστον για 6 ημέρες κατά τους τελευταίους 12 μήνες, το ποσοστό αυτό ήταν 13,4% για τους ειδικευμένους γεωργούς και μόλις 3,4% για τους

τεχνολόγους και βοηθούς επαγγελματιών και 5,3% για τους νομοθέτες, ανώτατους αξιωματούχους και διευθυντές. Σημειώνεται ότι στην πρώτη επαγγελματική κατηγορία, περίπου 1 στα 3 άτομα (29,6%) εκτιμά την κατάσταση υγείας του ως κακή, ενώ στις δύο τελευταίες κατηγορίες συναντάμε τα χαμηλότερα ποσοστά παρόμοιας αυτοαξιολόγησης (7,1% και 4,8% αντίστοιχα).

Η εικόνα είναι περίπου η ίδια διαφορετική εάν λάβουμε υπόψη την απουσία από την εργασία λόγω εργατικού ατυχήματος. Συνολικά για 1 στα 10 άτομα (9,3%) που έχουν απουσιάσει από την εργασία τους για λόγους υγείας, η απουσία αυτή συνδέεται με εργατικό ατύχημα

**Διάγραμμα 4:** Κίνδυνος για ψυχική υγεία σε σχέση με το επάγγελμα (Ελλάδα, 2010). Δείκτης WHO-5.



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Eurofound, 5th European Working Conditions Survey, 2010

**(Πίνακας 2).** Όπως και παραπάνω, τα υψηλότερα μεγέθη συναντώνται στους ειδικευμένους γεωργούς (22,7), ενώ είναι αμελητέα για τους τεχνολόγους και βοηθούς επαγγελματιών καθώς και για τα πρόσωπα που ασκούν επιστημονικά και ελευθέρια επαγγέλματα. Τέλος τα υψηλά ποσοστά που αφορούν στους νομοθέτες, ανώτατους αξιωματούχους και διευθυντές (18,8%) πρέπει να αποδοθούν στο μικρό αριθμό απαντήσεων και όχι στην πραγματική απουσία από την εργασία λόγω εργατικού ατυχήματος.

*Πτυχές που σχετίζονται με την ψυχική υγεία*

Οι συνθήκες εργασίας στις σύγχρονες κοινωνίες και η σύνδεσή τους με τις διάφορες διαστάσεις της υγείας αντικατοπτρίζονται αρκετά

εύγλωττα σε καταστάσεις που αφορούν στην ψυχική υγεία των ατόμων. Οι εκτιμήσεις που παρουσιάζονται στην παρούσα μελέτη αναφορικά με τον δείκτη ψυχικής υγείας, ο οποίος έχει υιοθετηθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO-5 Index), φανερώνουν ότι το 2010 στην Ελλάδα περίπου 1 στους 5 εργαζόμενους (21,2%) διέτρεχε κίνδυνο ψυχικής υγείας **(Πίνακας 2)**. Είναι επίσης χαρακτηριστικό ότι ο κίνδυνος αυτός παρουσιάζεται κατά 1,2 φορές υψηλότερος για τα άτομα που εργάζονται ως χειριστές σταθερών βιομηχανικών μηχανημάτων, ή ειδικευμένοι γεωργοί ή ως ανεπίκευτοι εργάτες-χειρώνακτες, σε σχέση με το σύνολο των εργαζομένων **(Διάγραμμα 4)**. Αντίθετα η συχνότητα καταστάσεων ψυχι-

κής υγείας είναι χαμηλότερη από τον μέσο όρο σε επαγγέλματα όπως οι υπάλληλοι γραφείου (13,3%) ή τα πρόσωπα που ασκούν επιστημονικά και ελευθέρια επαγγέλματα (17,9%). Γενικά, σε ορισμένα επαγγέλματα, τα ποσοστά των εργαζομένων που διατρέχουν κίνδυνο ψυχικής νόσου είναι 2 φορές υψηλότερα, από τα επαγγέλματα στα οποία τα αντίστοιχα ποσοστά έχουν την χαμηλότερη τιμή.

#### 4.3.2 Πτυχές της υγείας κατά κλάδο οικονομικής δραστηριότητας

*Η αυτοαξιολόγηση της κατάστασης υγείας και η ικανότητα απασχόλησης στην ηλικία των 60 ετών*

Η δυσμενέστερη αυτοαξιολόγηση της κατάστασης υγείας των ατόμων που απασχολούνται ως ειδικευμένοι γεωργοί, κτηνοτρόφοι και αλιείς, αντικατοπτρίζεται και στα αντίστοιχα ποσοστά με κακή υγεία (26,8%) για το σύνολο του κλάδου της γεωργίας (**Πίνακας 3**). Είναι χαρακτηριστικό ότι οι απασχολούμενοι στον γεωργικό τομέα αξιολογούν την κατάσταση υγείας τους ως κακή σε ποσοστά που είναι περίπου 4 φορές υψηλότερα από αυτά των απασχολούμενων στην εκπαίδευση (7,1%) και 2 φορές υψηλότερα από τα αντίστοιχα ποσοστά για το σύνολο των απασχολούμενων.

Όπως και στην περίπτωση των επαγγελματιών, οι εργαζόμενοι σε τομείς υπηρεσιών θεωρούν πιο συχνά ό,τι θα μπορούν να ασκούν το ίδιο επάγγελμα στην ηλικία των 60 ετών από

ό,τι αυτοί που εργάζονται στην γεωργία (**Πίνακας 3**).

Ειδικότερα, περίπου 1 στα 2 άτομα (53,9%) που εργάζονται στην εκπαίδευση θεωρούν ότι θα μπορούν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της εργασίας τους στην ηλικία των 60 ετών ενώ τα αντίστοιχα μεγέθη είναι αισθητά χαμηλότερα για κλάδους όπως οι μεταφορές (36,8%), η γεωργία (37,7%) και οι κατασκευές (37,9%). Αναμφίβολα, η θεώρηση των ατόμων για την ικανότητα άσκησης της εργασίας τους σε υψηλές ηλικίες, σχετίζεται με την εικόνα που έχουν για την δυνατότητα αυτή από βιολογική σκοπιά (κατάσταση υγείας), παραβλέποντας ίσως κάποια πιο ποιοτικά χαρακτηριστικά που συναρτώνται με τις απαιτήσεις για την σωστή άσκηση του επαγγέλματός τους.

*Κίνδυνος για την υγεία και τη ασφάλεια στο χώρο εργασίας*

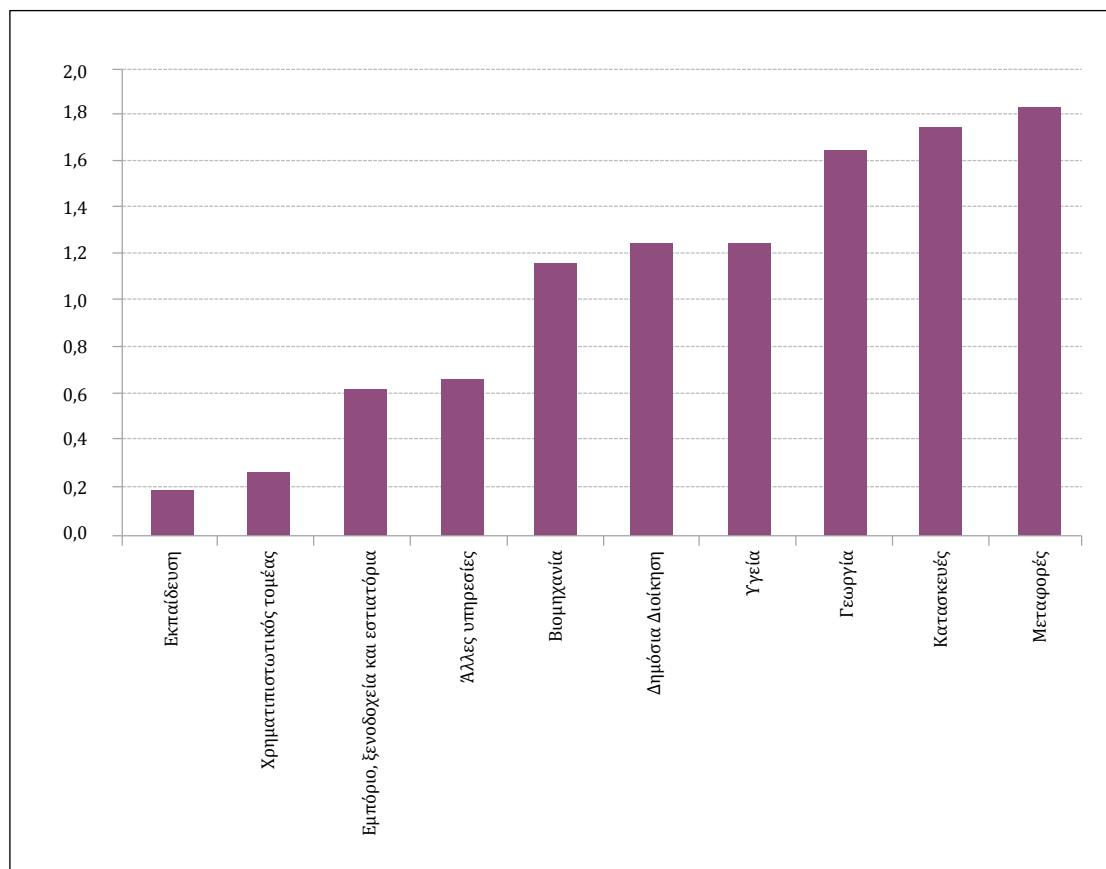
Η άποψη των ατόμων αναφορικά με τους κινδύνους που διατρέχουν κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους αποτυπώνεται εύγλωττα με βάση τον κλάδο στον οποίο απασχολούνται (**Πίνακας 3**). Έτσι, η απασχόληση στους κλάδους των κατασκευών, της γεωργίας και των μεταφορών θεωρείται ότι εγκυμονεί υψηλότερους κινδύνους (κατά 1,6 με 1,8 φορές) από ό,τι η απασχόληση συνολικά, και ακόμη πιο υψηλούς (περίπου 10 φορές) εάν συγκριθεί με την αντίστοιχη άποψη αυτών που εργάζονται στον τομέα της εκπαίδευσης (**Διάγραμμα 5**).

**Πίνακας 3:** Διαστάσεις της υγείας (%) με βάση τον κλάδο οικονομικής δραστηριότητας (Ελλάδα, 2010)

Κλάδοι οικονομικής δραστηριότητας	Ικανός/ή για εργασία στην ηλικιακών 60 ετών	Κακή κατάσταση υγείας	Κίνδυνος για την υγεία και την ασφάλεια στο χώρο εργασίας	Η εργασία επι-ρεάζει αρνητικά την υγεία	Η εργασία επι-ρεάζει θετικά την υγεία	Παρουσία στο χώρο εργασίας	Απουσία από την εργασία λόγω προβλημάτων υγείας (πάνω από 5 ημέρες)	Απουσία από την εργασία λόγω εργατικού ατυχήματος	Κίνδυνος για ψυχική υγεία (Who-5 index)
Γεωργία	37,7	26,8	64,3	64,0	7,2	31,6	12,2	26,1	24,6
Βιομηχανία	41,8	12,7	45,3	44,8	7,8	19,1	12,7	23,3	23,3
Κατασκευές	37,9	9,8	67,7	54,3	7,6	30,4	4,3	8,7	25,6
Εμπόριο, ξενοδοχεία και εστιατόρια	50,0	10,9	23,6	28,3	10,0	29,8	6,0	8,5	20,2
Μεταφορές	36,8	14,9	71,7	68,2	9,1	30,8	8,7	10,0	24,4
Χρηματοπιστωτικός τομέας	41,2	0,0	10,0	15,8	10,5	21,4	5,3	0,0	10,5
Δημόσια διοίκηση	47,8	15,1	48,4	43,0	5,4	17,5	16,5	17,4	17,0
Εκπαίδευση	53,9	7,1	7,1	25,6	15,1	32,9	7,1	0,0	11,6
Υγεία	42,5	16,3	48,8	52,4	0,0	44,4	2,3	0,0	31,0
Άλλες υπηρεσίες	47,2	7,5	25,9	29,9	11,0	39,7	9,4	0,0	23,7
Σύνολο	45,2	12,5	39,3	40,8	8,8	30,0	8,5	9,3	21,2

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Eurofound, 5th European Working Conditions Survey, 2010

**Διάγραμμα 5:** Κίνδυνος για την υγεία και την ασφάλεια στο χώρο εργασίας: διαφοροποιήσεις αναφορικά με τον κλάδο οικονομικής δραστηριότητας (Ελλάδα, 2010). Δείκτης 1 για το σύνολο του πληθυσμού.



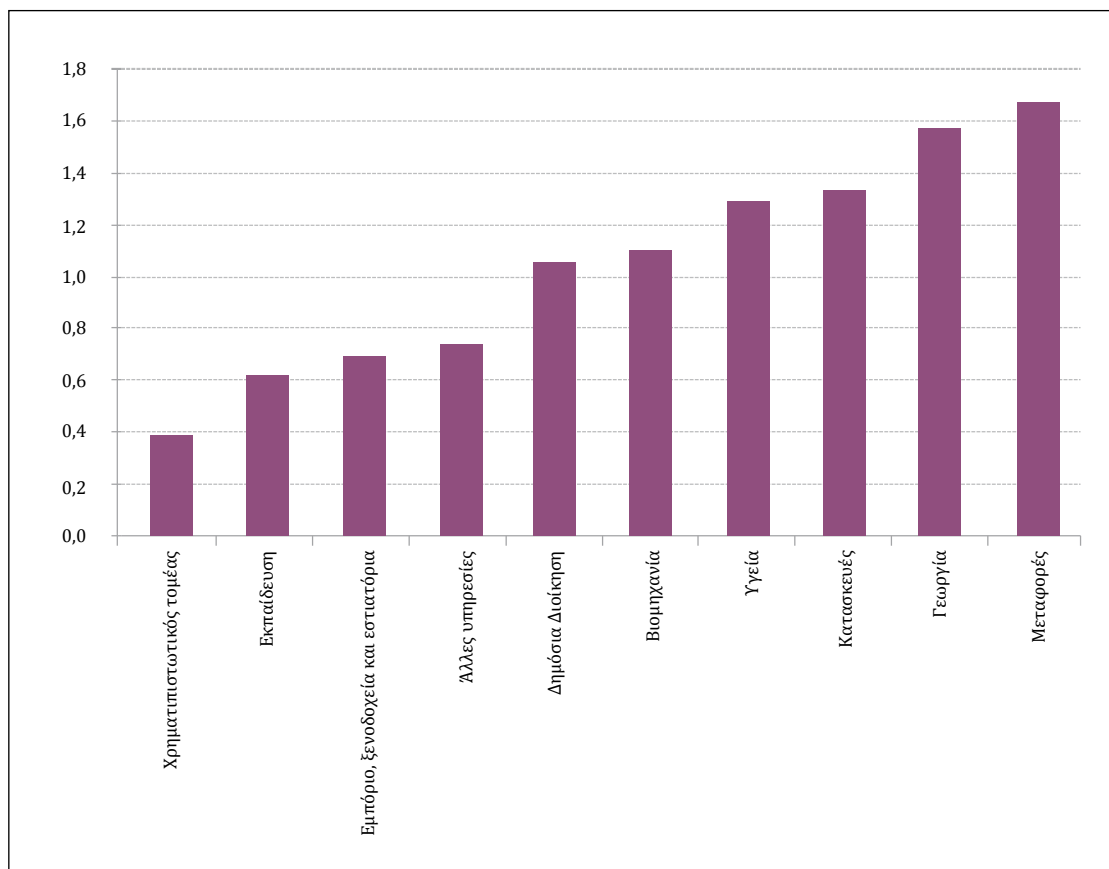
Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Eurofound, 5th European Working Conditions Survey, 2010

*Θετική και αρνητική επίδραση της εργασίας στην υγεία ανά κλάδο οικονομικής δραστηριότητας*

Η προαναφερόμενη άποψη των ατόμων για τον κίνδυνο που διατρέχουν για την υγεία και την ασφάλειά τους αποτυπώνεται και στην γνώμη που εκφράζουν αναφορικά με την σχέση εργασίας και υγείας. Έτσι ενώ συνολικά 4 στους δέκα θεωρούν ότι η σχέση αυτή είναι

αρνητική (**Πίνακας 3**), τα μεγέθη είναι μεταξύ 1,3 και 1,7 φορές υψηλότερα (**Διάγραμμα 6**) στους τομείς «υψηλού κινδύνου» (κατασκευές, μεταφορές, γεωργία). Ειδικότερα στις μεταφορές, η συχνότητα με την οποία εκφράζεται η αρνητική εικόνα είναι πάνω από 4 φορές υψηλότερη από ό,τι αυτή που συναντάται για τα άτομα που εργάζονται σε ενδιάμεσους χρηματοπιστωτικούς οργανισμούς.

**Διάγραμμα 6:** Η εργασία επηρεάζει αρνητικά την υγεία: διαφοροποιήσεις αναφορικά με τον κλάδο οικονομικής δραστηριότητας (Ελλάδα, 2010). Δείκτης 1 για το σύνολο του πληθυσμού.



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Eurofound, 5th European Working Conditions Survey, 2010

Γενικά, οι διαφοροποιήσεις ανά κλάδο αναφορικά με την θετική σχέση εργασίας και υγείας παρουσιάζουν την αντίστροφη εικόνα. Επιπλέον, τα ποσοστά των ατόμων που εκτιμούν ότι η εργασία επηρεάζει θετικά την υγεία είναι πολύ πιο χαμηλά από αυτά που αναφέρονται στην αρνητική επίδραση της εργασίας στην υγεία. Είναι χαρακτηριστικό ό,τι η θετική σχέση εκφράζεται μόνο από τα 9 στα 100 άτομα (**Πίνακας 3**), με το μέγιστο ποσοστό να συναντάται στους εργαζόμενους στην εκπαίδευση (15,1%). Θα πρέπει επίσης να επισημανθεί ό,τι το χαμηλότερο ποσοστό αυτών που δηλώνουν ότι η εργασία επηρεάζει θετικά την υγεία τους συναντάται στους εργαζόμενους στη δημόσια διοίκηση (5,4%).

#### *Παρουσία στην εργασία σε περιόδους ασθένειας*

Οι εργαζόμενοι στη δημόσια διοίκηση εμφανίζουν επίσης από τα χαμηλότερα ποσοστά παρουσίας τους στην εργασία σε περιόδους ασθένειας (**Πίνακας 3**). Ενώ κατά μέσο όρο τα ποσοστά αυτά είναι 30%, στην περίπτωση των εργαζομένων στη δημόσια διοίκηση είναι 17,5% ενώ είναι 44,4% στην περίπτωση αυτών που εργάζονται στον κλάδο της υγείας.

#### *Απουσία από την εργασία λόγω προβλημάτων υγείας και απουσία λόγω ατυχήματος στον χώρο εργασίας*

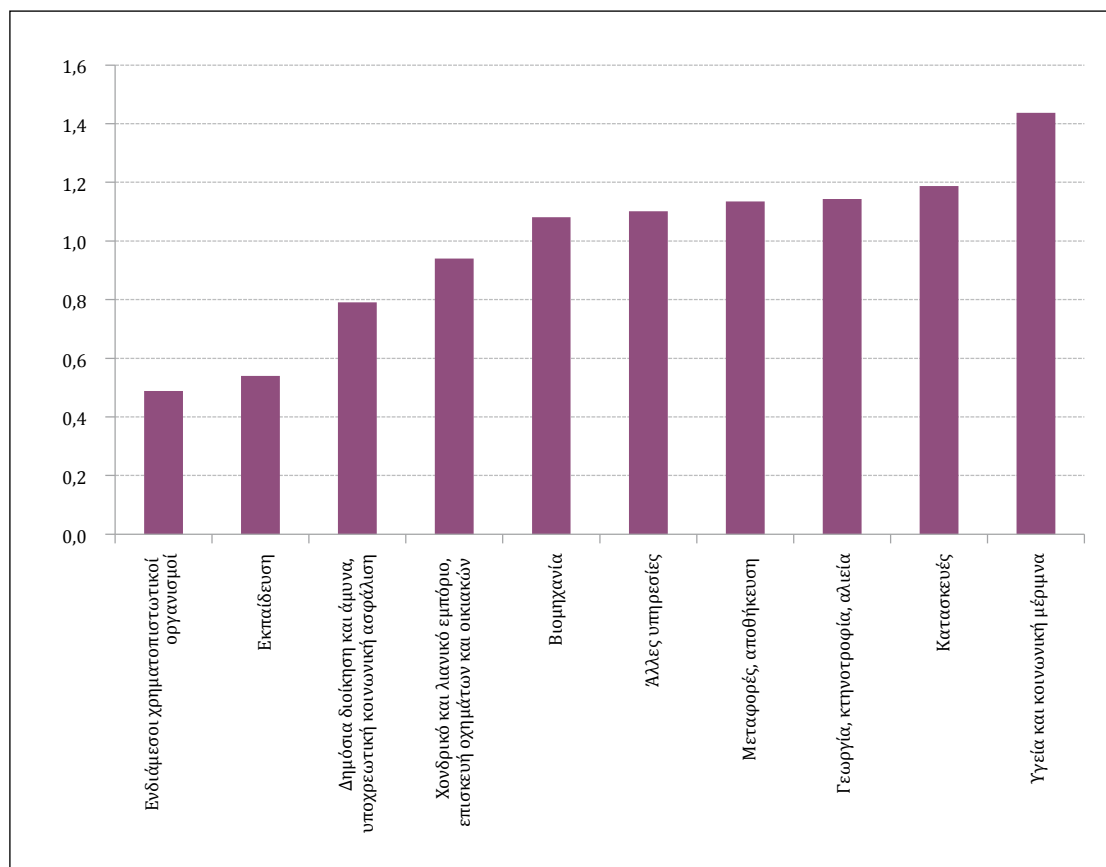
Η σχέση μεταξύ κακής κατάστασης υγείας και απουσίας από την εργασία λόγω προβλη-

μάτων υγείας αναδεικνύεται και στην περίπτωση των κλάδων οικονομικής δραστηριότητας (**Πίνακας 3**). Έτσι, η συχνότητα απουσίας είναι περίπου 1,4 φορές υψηλότερη για τους εργαζόμενους στους κλάδους της γεωργίας και της βιομηχανίας, ενώ είναι αμελητέα σε τομείς όπως η υγεία (2,3%). Τα υψηλά ποσοστά που αφορούν στον τομέα της δημόσιας διοίκησης, αν και σχετίζονται με τον μικρό αριθμό απαντήσεων, δύναται να αποτυπώνουν και μια εικόνα για την πραγματική απουσία από την εργασία λόγω προβλημάτων υγείας.

*Ψυχική υγεία κατά κλάδο οικονομικής δραστηριότητας*

Οι διαφορές αναφορικά με τον κίνδυνο ψυχικής νόσου που διατρέχουν οι εργαζόμενοι είναι πιο έντονες στους κλάδους οικονομικής δραστηριότητας (**Πίνακας 3**) από αυτές που προαναφέρθηκαν σχετικά με τα επαγγέλματα. Είναι χαρακτηριστικό ό,τι ο υψηλότερος κίνδυνος συναρτάται με την εργασία στον τομέα της υγείας (31%) ενώ ο χαμηλότερος αφορά στους εργαζόμενους στους ενδιάμεσους χρηματοπιστωτικούς οργανισμούς (10,5%). Με άλλα λόγια, οι εργαζόμενοι στην υγεία διατρέχουν 3 φορές υψηλότερο κίνδυνο καταστάσεων ψυχικής νόσου από αυτούς που απασχολούνται στον χρηματοπιστωτικό τομέα (**Διάγραμμα 7**).

**Διάγραμμα 7:** Κίνδυνος για ψυχική υγεία με βάση τον κλάδο οικονομικής δραστηριότητας (Ελλάδα, 2010). Δείκτης WHO-5.



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Eurofound, 5th European Working Conditions Survey, 2010

*Υγεία και επιλεγμένα χαρακτηριστικά των  
συνθηκών εργασίας*

Η υγεία των εργαζομένων συνδέεται αναμφίβολα με διαστάσεις των συνθηκών εργασίας που αφορούν, στο είδος της απασχόλησης, στον χρόνο εργασίας, στο βαθμό σύμπτωσης μεταξύ υποχρεώσεων για την άσκηση της εργασίας και υποχρεώσεων που σχετίζονται με

την οικογένεια και την κοινωνική ζωή των ατόμων. Διάφορες πτυχές της υγείας συναρτώνται επίσης με την αίσθηση εργασιακής ανασφάλειας που μπορεί να νιώθουν οι εργαζόμενοι, με τον βαθμό ικανοποίησης από τις απολαβές τους καθώς και με την ύπαρξη ή όχι επαγγελματικών προοπτικών που τους προσφέρει η εργασία τους.

**Πίνακας 4:** Επιλεγμένα χαρακτηριστικά των συνθηκών εργασίας και πτυχές της υγείας (%) (Ελλάδα, 2010)

Επιλεγμένα χαρακτηριστικά των συνθηκών εργασίας	Κακή κατάσταση υγείας	Κίνδυνος για την υγεία και την ασφάλεια στο χώρο εργασίας	Η εργασία επηρεάζει αρνητικά την υγεία	Η εργασία επηρεάζει θετικά την υγεία	Παρουσία στο χώρο εργασίας	Απουσία από την εργασία λόγω προβλημάτων υγείας (πάνω από 5 ημέρες)	Απουσία από την εργασία λόγω εργατικού ατυχήματος	Κίνδυνος για ψυχική υγεία (Who-5 index)
Εργασία ως	15,8	45,3	47,4	9,7	26,1	8,4	16,2	22,2
Αυτοασασχολούμενος								
Υπάλληλος/Μισθωτός	11,0	36,4	37,3	8,6	21,9	9,0	6,9	21,2
34 ή λιγότερες	7,7	19,1	28,4	27,6	27,9	7,2	0,0	18,2
35 έως 47	10,8	36,2	36,7	12,2	18,2	10,2	8,6	19,1
48 και άνω	15,8	49,3	48,5	19,5	26,7	8,0	12,5	24,1
Ιδιωτικός τομέας	12,7	40,3	41,7	8,7	23,9	7,7	9,3	23,4
Απασχόληση	13,6	34,4	36,7	8,5	24,5	13,4	10,2	14,4
Δημόσιο	14,3	52,0	52,4	7,1	33,0	7,9	12,2	31,2
Όχι								
Ναι	11,9	32,7	34,7	10,1	18,8	9,3	7,9	16,3
Οι ώρες εργασίας ταφιάζουν με τις οικογενειακές και κοινωνικές υποχρεώσεις								
Όχι	11,0	37,9	38,4	8,6	24,4	8,8	8,2	17,4
Ναι	14,2	44,2	44,9	9,1	22,8	8,3	15,6	25,0
Εργασιακή ανασφάλεια								
Όχι	19,0	45,3	53,1	8,4	29,2	10,1	17,5	28,6
Ναι	9,1	26,9	27,0	10,1	19,5	8,0	5,1	11,4
Ικανοποίηση από τις απολαβές								
Όχι	15,3	44,1	49,8	6,4	25,3	9,6	12,6	24,5
Ναι	7,6	33,3	28,8	12,3	24,4	8,7	5,5	15,8

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Eurofound, 5th European Working Conditions Survey, 2010

Στον Πίνακα 4 αποτυπώνονται ορισμένα βασικά ποσοτικά μεγέθη που αφορούν στις πτυχές της υγείας των εργαζομένων, με βάση ορισμένα χαρακτηριστικά της απασχόλησης και των συνθηκών εργασίας. Ένα πρώτο βασικό σχόλιο είναι ότι η εικόνα για την υγεία στις διάφορες πτυχές της παρουσιάζεται δυσμενέστερη για τους αυτοαπασχολούμενους, για αυτούς που εργάζονται πολλές ώρες, και για όσους απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα. Η δυσμενής αυτή εικόνα αφορά, επίσης, αυτούς που εργάζονται με ωράρια εργασίας που δυσχεραίνουν την συνύπαρξη άλλων υποχρεώσεων (οικογενειακών ή κοινωνικών), όπως, επίσης, και τους εργαζόμενους που νιώθουν εργασιακή ανασφάλεια, δεν είναι ικανοποιημένοι από τις αμοιβές τους ή δεν διαβλέπουν προοπτικές επαγγελματικής καριέρας.

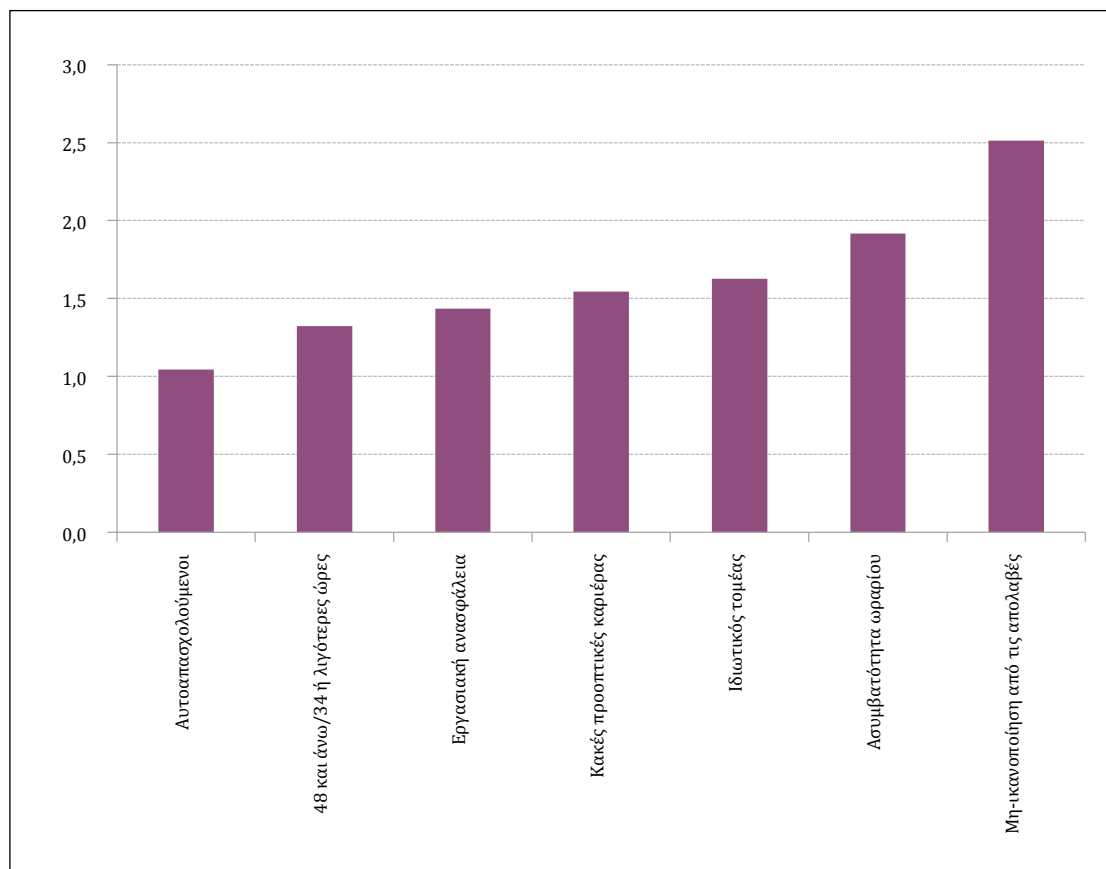
Η κακή κατάσταση υγείας αφορά κυρίως όσους δεν είναι ικανοποιημένοι από τις αμοιβές τους (19%), αυτούς που εργάζονται τουλάχιστον 48 ώρες την εβδομάδα (15,8%), τους αυτοαπασχολούμενους (15,8%) καθώς και τους εργαζομένους που δεν διαβλέπουν προοπτικές επαγγελματικής καριέρας. Γενικά, ο χρόνος εργασίας, η εργασιακή ανασφάλεια, ο βαθμός ικανοποίησης από τις απολαβές και οι προοπτικές επαγγελματικής καριέρας αναδει-

κνύονται ως οι βασικότερες συνιστώσες των παραγόντων που καθορίζουν τις παρατηρούμενες διαφοροποιήσεις.

Σε ό,τι αφορά στην ψυχική υγεία, τα χαμηλότερα ποσοστά αυτών που διατρέχουν τον κίνδυνο ψυχικού νοσήματος αφορούν όσους είναι ικανοποιημένοι από τις απολαβές τους (11,4%), απασχολούνται στο δημόσιο (14,4%), έχουν ωράρια εργασίας τα οποία είναι σχετικά συμβατά με άλλες υποχρεώσεις (16,3%) και δεν νιώθουν εργασιακή ανασφάλεια (17,4%). Αντίθετα τα υψηλότερα μεγέθη συνδέονται με την ασυμβατότητα εργασίας και άλλων υποχρεώσεων (31,2%), με την δυσαρέσκεια για το ύψος των απολαβών (28,6%), με την εργασιακή ανασφάλεια (25%) καθώς και με την μη ύπαρξη προοπτικών για επαγγελματική ανέλιξη (24,5%).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η αποτύπωση των διαφοροποιήσεων στο «εσωτερικό» κάθε ερωτήματος, δηλαδή στις διαφορετικές απαντήσεις που δίνονται για το κάθε ερώτημα. Η αποτύπωση αυτή γίνεται στο Διάγραμμα 8, στο οποίο τα ποσοστά που καταγράφονται στις διαφορετικές απαντήσεις του ίδιου ερωτήματος παρουσιάζονται ως ο λόγος του υψηλότερου προς το χαμηλότερο.

**Διάγραμμα 8:** Διαφοροποιήσεις αναφορικά με τον κίνδυνο για ψυχική υγεία με βάση επιλεγμένα χαρακτηριστικά των συνθηκών εργασίας (Ελλάδα, 2010). Δείκτης WHO-5.



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Eurofound, 5th European Working Conditions Survey, 2010.

Παρατηρούμε ότι οι σημαντικότερες διαφορές εντοπίζονται στο ερώτημα σχετικά με τον βαθμό ικανοποίησης των εργαζομένων από τις χρηματικές απολαβές τους. Είναι χαρακτηριστικό ότι αυτοί που δεν είναι ικανοποιημένοι διατρέχουν 2,5 φορές υψηλότερο κίνδυνο για ψυχικό νόσημα από ό,τι αυτοί που είναι ικανοποιημένοι. Οι πολλές ώρες εργασίας, η εργασιακή ανασφάλεια, οι κακές προοπτικές επαγγελματικής καριέρας, η απασχόληση στον ιδιωτικό τομέα και η ασυμβατότητα των ωραρίων εργασίας με άλλες υποχρεώσεις συνδυάζονται με κίνδυνο για ψυχική υγεία ο οποίος είναι 1,3 με 2 φορές υψηλότερος σε σχέση με τις λιγότερες ώρες απασχόλησης, την σχετική εργασιακή ασφάλεια, την ύπαρξη προοπτικών

επαγγελματικής καριέρας, την απασχόληση στο δημόσιο και την σχετική συμβατότητα μεταξύ επαγγελματικής, οικογενειακής και κοινωνικής ζωής.

#### 4.4 Πτυχές της υγείας και συνθήκες εργασίας: Η διάσταση του φύλου

Αναμφίβολα, υπάρχουν έντονες διαφοροποιήσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών αναφορικά με τις διάφορες πτυχές της υγείας. Πέρα από την καθαρά βιολογική διάσταση, οι διαφορές αναφορικά με τους κλάδους απασχόλησης, το επάγγελμα, γενικότερα τις συνθήκες εργασίας αλλά και τις υποχρεώσεις αναφορικά με την οικογένεια, συνιστούν ένα πλέγμα

παραγόντων που καθορίζει τις έμφυλες διαφοροποιήσεις σχετικά με τις διάφορες πτυχές της υγείας. Στην παρούσα ενότητα, δίνεται έμφαση σε δύο από τις πτυχές της υγείας και ειδικότερα, στην κατάσταση υγείας και στην ψυχική υγεία. Η επιλογή για την ανάλυση της κατάστασης υγείας βασίζεται στο ότι, όπως προέκυψε από την προηγούμενη ανάλυση, οι απαντήσεις σχετικά με την αυτοαξιολόγηση της κατάστασης υγείας, πολύ συχνά, συμβαδίζουν με τις απαντήσεις αναφορικά με τις υπόλοιπες πτυχές της υγείας (η εργασία επηρεάζει αρνητικά/θετικά την υγεία, κίνδυνος για την υγιεινή και την ασφάλεια στο χώρο εργασίας, απουσία από την εργασία για λόγους υγείας κ.λπ.). Πάντως οι πίνακες που αναφέρονται στα αποτελέσματα κατά φύλο περιέχουν όλες τις πτυχές της υγείας και όλα τα χαρακτηριστικά των συνθηκών εργασίας τα οποία ανα-

λύθηκαν διεξοδικά για το σύνολο των εργαζομένων.

*Κατάσταση υγείας, επάγγελμα και κλάδος απασχόλησης: η διάσταση του φύλου*

Η αποτύπωση της κατάστασης υγείας με βάση το επάγγελμα και το φύλο (**Πίνακες 5 και 6**) επιβεβαιώνει ότι, τα άτομα που απασχολούνται ως ειδικευμένοι γεωργοί αποτελούν την επαγγελματική ομάδα στην οποία εμφανίζονται τα υψηλότερα ποσοστά αυτοαξιολογούμενης κακής κατάστασης υγείας (25% και 38,5% για άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα). Το γεγονός ότι στην κατηγορία αυτή οι γυναίκες θεωρούν την κατάσταση υγείας τους ως κακή κατά 1,5 φορές συχνότερα από ότι οι άνδρες συνδυάζεται με την εικόνα για πιο έντονες διαφοροποιήσεις ανά επάγγελμα στις γυναίκες από ότι για τους άνδρες.

**Πίνακας 5:** Διαστάσεις της υγείας (%) με βάση το επάγγελμα (Ελλάδα, 2010), Άνδρες

Κατηγορίες επαγγελημάτων	Ίκανός/ή για εργασία στην ηλικία των 60 ετών	Κακή κατάσταση υγείας	Κίνδυνος για την υγεία και την ασφάλεια στο χώρο εργασίας	Η εργασία επηρεάζει αρνητικά την υγεία	Η εργασία επηρεάζει θετικά την υγεία	Παρουσία στο χώρο εργασίας	Απουσία από την εργασία λόγω προβλημάτων υγείας (πάνω από 5 ημέρες)	Απουσία από την εργασία λόγω εργατικού ατυχήματος	Κίνδυνος για ψυχική υγεία (Who-5 index)
Νομοθέτες, ανώτατοι αξιωματούχοι και διευθυντές	66,0	6,7	36,1	28,3	6,7	26,7	6,7	18,8	16,7
Πρόσωπα που ασκούν επιστημονικά και ελευθέρια επαγγέλματα	65,0	4,5	7,9	23,6	9,0	32,9	6,7	0,0	16,9
Τεχνολόγοι και βοηθοί επαγγελημάτων	43,2	14,0	40,9	48,8	9,3	44,4	4,7	0,0	16,3
Υπάλληλοι γραφείου	57,9	10,0	12,5	11,1	8,3	17,1	10,3	0,0	10,0
Απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών	47,6	9,1	31,8	30,3	9,1	20,4	3,1	0,0	16,7
Ειδικευμένοι γεωργοί, κτηνοτρόφοι, αλιείς	40,3	25,0	71,6	69,3	5,3	36,8	12,0	26,7	17,3
Ειδικευμένοι τεχνίτες	39,5	13,3	62,7	59,1	6,8	28,8	11,3	18,4	23,7
Χειριστές σταθερών βιομηχανικών μηχανημάτων	42,1	24,2	84,1	66,1	1,6	32,7	11,1	14,3	25,8
Ανεπίκευτοι εργάτες-χειρόνακτες	35,1	7,7	51,3	48,7	10,3	21,4	5,1	40,0	23,1
Σύνολο	48,1	12,7	46,2	45,0	7,0	28,9	9,2	13,6	18,7

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Eurofound, 5th European Working Conditions Survey, 2010

**Πίνακας 6:** Διαστάσεις της υγείας (%) με βάση το επάγγελμα (Ελλάδα, 2010). Γυναίκες

Κατηγορίες επαγγελματιών	Ικανός/ή για εργασία στην ηλικία των 60 ετών	Κακή κατάσταση υγείας	Κίνδυνος για την υγεία και την ασφάλεια στο χώρο εργασίας	Η εργασία επηρεάζει αρνητικά την υγεία	Η εργασία επηρεάζει θετικά την υγεία	Παρουσία στο χώρο εργασίας	Απουσία από την εργασία λόγω προβλημάτων υγείας (πάνω από 5 ημέρες)	Απουσία από την εργασία λόγω λόγων εργατικού ατυχήματος	Κίνδυνος για ψυχική υγεία (Who-5 index)
Νομοθέτες, ανώτατοι αξιωματούχοι και διευθυντές	53,8	12,5	37,5	35,7	21,4	45,5	0,0	0,0	26,7
Πρόσωπα που ασκούν επιστημονικά και ελευθέρια επαγγέλματα	48,0	5,1	13,9	30,4	15,2	38,8	6,3	0,0	19,0
Τεχνολόγοι και βοηθοί επαγγελματιών	41,9	8,7	44,4	40,5	9,5	27,5	2,2	12,5	22,2
Υπάλληλοι γραφείου	55,2	5,1	20,7	28,1	8,8	25,5	8,8	0,0	15,5
Απασχολούμενοι στην παραγωγή υπηρεσιών	39,4	15,1	22,6	31,1	13,2	29,3	6,9	0,0	26,9
Ειδικευμένοι γεωργοί, κτηνοτρόφοι, αλιείς	27,3	38,5	60,0	61,5	12,8	32,1	16,2	14,3	42,5
Ειδικευμένοι τεχνίτες	38,5	15,4	25,0	30,8	0,0	30,0	0,0	0,0	30,8
Χειριστές σταθερών βιομηχανικών μηχανημάτων	55,6	10,0	33,3	33,3	11,1	0,0	12,5	0,0	22,2
Ανειδικευτοι εργάτες-χειρώνακτες	16,3	8,7	32,6	29,8	6,4	40,0	10,9	0,0	28,9
Σύνολο	40,9	12,3	28,7	34,5	11,6	31,8	7,5	2,2	25,0

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Eurofound, 5th European Working Conditions Survey, 2010

Έτσι, στην προαναφερόμενη επαγγελματική κατηγορία, το ποσοστό των γυναικών με κακή υγεία είναι 3 φορές υψηλότερο από το ποσοστό που αφορά στο σύνολο των γυναικών (12,3%), ενώ στην περίπτωση των ανδρών είναι 2 φορές υψηλότερο (12,7% για το σύνολο των ανδρών). Αντίθετα σε κατηγορίες όπως πρόσωπα που ασκούν επιστημονικά και ελευθέρια επαγγέλματα, νομοθέτες, ανώτατοι αξιωματούχοι και διευθυντές καθώς και υπάλληλοι γραφείου, τα ποσοστά, τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες είναι χαμηλότερα από το μέσο όρο.

Η εικόνα των πιο έντονων διαφοροποιήσεων στις γυναίκες από ό,τι στους άνδρες αποτυπώνεται και στην περίπτωση των κλάδων απασχόλησης (**Πίνακες 7 και 8**). Επιπλέον, και στην περίπτωση αυτή, η απασχόληση στη γεωργία είναι ο βασικός παράγοντας των διαφοροποιήσεων. Ουσιαστικά, αν και η γεωργία είναι ο κλάδος στον οποίο, και για τα δύο φύλα, εντοπίζονται τα υψηλότερα ποσοστά εργαζομένων τα οποία δηλώνουν κακή κατάσταση υγείας, τα ποσοστά αυτά είναι 1,5 φο-

ρές υψηλότερα για τις γυναίκες από ό,τι για τους άνδρες (34,9% και 22,6% αντίστοιχα). Οι διαφοροποιήσεις είναι επίσης έντονες στην βιομηχανία (17,1% και 10,8 αντίστοιχα), ενώ είναι υπέρ των γυναικών σε τομείς όπως οι «άλλες υπηρεσίες», το εμπόριο, ξενοδοχεία και εστιατόρια καθώς και η δημόσια διοίκηση. Τα υψηλά ποσοστά που παρατηρούνται για τις γυναίκες στον τομέα των κατασκευών είναι καθαρά στατιστικού χαρακτήρα (πολύ μικρός αριθμός γυναικών).

*Ψυχική υγεία, επάγγελμα και κλάδος απασχόλησης: Η διάσταση του φύλου*

Σε αντίθεση με τις οριακές διαφορές που παρατηρούνται μεταξύ ανδρών και γυναικών (συνολικά) αναφορικά με τα ποσοστά κακής υγείας (12,7% και 12,3% αντίστοιχα), υπάρχουν έντονες διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο φύλων από την άποψη της ψυχικής υγείας (**Πίνακες 5 και 6**). Έτσι, ενώ στην περίπτωση των γυναικών 1 στις 4 (25%) διατρέχει τον κίνδυνο ψυχικής νόσου, το αντίστοιχο μέγεθος στους άνδρες είναι λιγότερο από 1 στους 5 (18,7%).

**Πίνακας 7:** Διαστάσεις της υγείας (%) με βάση τον κλάδο οικονομικής δραστηριότητας (Ελλάδα, 2010), Άνδρες

Κλάδοι οικονομικής δραστηριότητας	Ικανός/ή για εργασία στην ηλικία των 60 ετών	Κακή κατάσταση υγείας	Κίνδυνος για την υγεία και την ασφάλεια στο χώρο εργασίας	Η εργασία επηρεάζει αρνητικά την υγεία	Η εργασία επηρεάζει θετικά την υγεία	Παρουσία στο χώρο εργασίας	Απουσία από την εργασία λόγω προβλημάτων υγείας (πάνω από 5 ημέρες)	Απουσία από την εργασία λόγω εργατικού ατυχήματος	Κίνδυνος για ψυχική υγεία (Who-5 index)
Γεωργία	43,5	22,6	69,5	68,3	4,9	32,8	10,8	31,3	17,1
Βιομηχανία	40,8	10,8	54,2	50,0	8,5	20,9	14,5	26,9	26,5
Κατασκευές	35,8	8,1	70,1	55,8	8,1	30,2	2,3	9,5	24,7
Εμπόριο, ξενοδοχεία και εστιατόρια	57,5	12,6	29,1	31,2	8,7	29,9	5,7	14,3	16,1
Μεταφορές	33,3	18,4	73,7	75,0	2,8	32,3	10,5	12,5	29,7
Χρηματοπιστωτικός τομέας	33,3	0,0	10,0	22,2	11,1	16,7	11,1	0,0	20,0
Δημόσια διοίκηση	52,3	16,4	46,3	40,3	3,0	12,1	21,5	15,8	9,0
Εκπαίδευση	65,2	0,0	12,0	26,9	7,7	25,0	4,0	0,0	7,7
Υγεία	53,3	17,6	29,4	31,3	0,0	42,9	5,9	0,0	31,3
Άλλες υπηρεσίες	53,8	9,2	20,3	27,4	9,6	41,9	9,6	0,0	17,8
Σύνολο	48,1	12,7	46,2	45,0	7,0	28,9	9,2	13,6	18,7

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Eurofound, 5th European Working Conditions Survey, 2010

**Πίνακας 8:** Διαστάσεις της υγείας (%) με βάση τον κλάδο οικονομικής δραστηριότητας (Ελλάδα, 2010), Γυναίκες

Κλάδοι οικονομικής δραστηριότητας	Ικανός/ή για εργασία στην ηλικία των 60 ετών	Κακή κατάσταση υγείας	Κίνδυνος για την υγεία και την ασφάλεια στο χώρο εργασίας	Η εργασία επηρεάζει αρνητικά την υγεία	Η εργασία επηρεάζει θετικά την υγεία	Παρουσία στο χώρο εργασίας	Απουσία από την εργασία λόγω προβλημάτων υγείας (πάνω από 5 ημέρες)	Απουσία από την εργασία λόγω εργατικού ατυχήματος	Κίνδυνος για ψυχική υγεία (WHO-5 index)
Γεωργία	27,0	34,9	54,5	55,8	11,6	29,0	15,0	14,3	38,6
Βιομηχανία	44,1	17,1	23,5	32,4	5,9	14,8	8,6	0,0	15,2
Κατασκευές	66,7	33,3	33,3	33,3	0,0	33,3	33,3	0,0	40,0
Εμπόριο, ξενοδοχεία και εστιατόρια	40,9	8,7	16,8	24,8	11,5	29,6	6,3	0,0	25,4
Μεταφορές	50,0	0,0	62,5	37,5	37,5	25,0	0,0	0,0	0,0
Χρηματοπιστωτικός τομέας	50,0	0,0	10,0	10,0	10,0	25,0	0,0	0,0	0,0
Δημόσια διοίκηση	36,0	11,5	53,8	50,0	11,5	31,8	3,8	0,0	37,0
Εκπαίδευση	49,1	10,2	5,1	25,0	18,3	35,8	8,5	0,0	13,3
Υγεία	36,0	15,4	61,5	65,4	0,0	45,5	0,0	0,0	30,8
Άλλες υπηρεσίες	41,8	6,0	31,0	32,1	12,3	37,5	9,3	6,7	28,9
Σύνολο	40,9	12,3	28,7	34,5	11,6	31,8	7,5	2,2	25,0

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Eurofound, 5th European Working Conditions Survey, 2010

Οι διαφορές αυτές υφίστανται, και μάλιστα είναι ακόμη πιο έντονες, εάν ληφθεί υπόψη το επάγγελμα των ατόμων. Όπως και στην περίπτωση της κατάστασης υγείας, οι γυναίκες που εργάζονται ως ειδικευμένες γεωργοί εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά ψυχικής νόσου (42,5%). Επίσης, τα ποσοστά είναι ιδιαίτερα υψηλά για τις ειδικευμένες τεχνίτριες (30,8%) και τις ανειδίκευτες εργάτριες (28,9%). Σε ό,τι αφορά στους άνδρες, τα υψηλότερα ποσοστά αφορούν στους χειριστές μηχανημάτων (25,8%) και, όπως και στην περίπτωση των γυναικών, στους ειδικευμένους τεχνίτες (23,7%) και τους ανειδίκευτους εργάτες (23,1%). Τόσο για τους άνδρες, όσο και για τις γυναίκες, οι υπάλληλοι γραφείου εμφανίζουν τον χαμηλότερο κίνδυνο ψυχικής ασθένειας (10 και 15,5% αντίστοιχα).

Αναφορικά με τον κλάδο απασχόλησης (**Πίνακες 7 και 8**), οι διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι προς όφελος των ανδρών και περίπου του ίδιου εύρους. Το εύρος της διαφοροποίησης σχετίζεται με τα άτομα που απασχολούνται στη γεωργία, όπου τα ποσοστά των γυναικών με κίνδυνο ψυχικής νόσου είναι 2,5 φορές υψηλότερα από αυτά των ανδρών (38,6% και 17,1% αντίστοιχα). Ένα επιπλέον ενδιαφέρον αποτέλεσμα είναι ότι άνδρες και γυναίκες διατρέχουν σχεδόν τον ίδιο κίνδυνο ψυχικής ασθένειας όταν εργάζονται στον τομέα της υγείας (31,3% και 30,8% αντίστοιχα). Μάλιστα το ποσοστό που αναφέρεται στους άνδρες που εργάζονται στο συγκριμένο κλάδο απασχόλησης είναι περίπου 1,7 φορές υψηλότερο από αυτό που αφορά στον κίνδυνο ψυχικής νόσου για το σύνολο των ανδρών.

Εντύπωση επίσης προκαλεί το γεγονός ό,τι, στη δημόσια διοίκηση τα αντίστοιχα ποσοστά είναι ιδιαίτερα χαμηλά για τους άνδρες (9%) και πολύ υψηλά για τις γυναίκες (37%). Η εκ-

παίδευση είναι ο τομέας απασχόλησης στον οποίο συναντώνται τα χαμηλότερα ποσοστά κινδύνου ψυχικής ασθένειας τόσο για τους άνδρες (7,7%) όσο και για τις γυναίκες (13,3%). Όπως και στην περίπτωση της κατάστασης υγείας, τα υψηλά ποσοστά που παρατηρούνται αναφορικά με τον κίνδυνο ψυχικής νόσου για τις γυναίκες που εργάζονται στον τομέα των κατασκευών είναι καθαρά στατιστικού χαρακτήρα (πολύ μικρός αριθμός γυναικών).

*Κατάσταση υγείας και επιλεγμένα χαρακτηριστικά των συνθηκών εργασίας: Η διάσταση του φύλου*

Η αποτύπωση της κακής κατάστασης υγείας με βάση ορισμένα χαρακτηριστικά των συνθηκών εργασίας αναδεικνύει ορισμένες ενδιαφέρουσες διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο φύλων. Στην περίπτωση των ανδρών η αυτοαξιολόγηση της κατάστασης υγείας ως κακής, συναρτάται, κυρίως, (**Πίνακας 9**) με την μη ικανοποίηση των εργαζομένων από τις απολαβές τους (18,8%), το αίσθημα εργασιακής ανασφάλειας (16,8) και τις ισχνές προοπτικές επαγγελματικής καριέρας (15,8%). Συνδέεται επίσης με τον υψηλό αριθμό ωρών εργασίας (15%), την απασχόληση με καθεστώς αυτοαπασχόλησης (14,6%), την δυσκολία συνύπαρξης των επαγγελματικών υποχρεώσεων με άλλες υποχρεώσεις (14,5%) καθώς και με την απασχόληση στο δημόσιο (14%).

Όπως για τους άνδρες έτσι και για τις γυναίκες (**Πίνακας 10**), τα υψηλότερα ποσοστά εργαζομένων με κακή υγεία αφορούν τις περιπτώσεις της μη ικανοποίησης από τις απολαβές που λαμβάνουν (19,1%). Μάλιστα τα ποσοστά αυτά δεν διαφοροποιούνται από τα αντίστοιχα των ανδρών. Εντύπωση πάντως προκαλεί το γεγονός ότι περίπου 1 στις 5 (18,2%) αυτοαπασχολούμενες γυναίκες δηλώ-

νει κακή κατάσταση υγείας και ότι δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάλογα με το ένα οι εργαζόμενες γυναίκες βιώνουν ή δεν βιώνουν ένα αίσθημα ανασφάλειας για την εργασία τους (τα ποσοστά είναι 10,5% και 10,9% αντίστοιχα). Ένα επιπλέον αξιοσημείωτο σημείο είναι ό,τι η κακή κατάσταση υγείας συναντάται συχνότερα για τους άνδρες (14,5%) παρά για τις γυναίκες (13,9%) που δηλώνουν ότι τα ωράρια εργασίας δεν ταιριάζουν με τις άλλες υποχρεώσεις τους.

Εάν εξεταστούν οι διαφοροποιήσεις στο «εσωτερικό» κάθε ερωτήματος, δηλαδή στις διαφορετικές απαντήσεις που δίνονται για το

κάθε ερώτημα και για κάθε φύλο ξεχωριστά, τότε προκύπτει το εξής (**Διαγράμματα 9 και 10**), που είναι κοινό και για τα δύο φύλα: οι εργαζόμενοι που δεν διαβλέπουν προοπτικές επαγγελματικής ανέλιξης, που εργάζονται πολλές ώρες την εβδομάδα (48 και άνω ) και που δεν είναι ικανοποιημένοι από τις απολαβές τους, παρουσιάζουν διπλάσια ή και υπερδιπλάσια ποσοστά κακής υγείας σε σχέση με αυτούς που εκτιμούν ότι έχουν καλές προοπτικές επαγγελματικής καριέρας, που δεν εργάζονται εβδομαδιαίως πάνω από 34 ώρες και από αυτούς που είναι ικανοποιημένοι από τις απολαβές τους.

**Πίνακας 9:** Επιλεγμένα χαρακτηριστικά των συνθηκών εργασίας και πτυχές της υγείας (%) (Ελλάδα, 2010), Άνδρες

Επιλεγμένα χαρακτηριστικά των συνθηκών εργασίας	Κακή κατάσταση υγείας	Κίνδυνος για την υγεία και την ασφάλεια στο χώρο εργασίας	Η εργασία επηρεάζει αρνητικά την υγεία	Η εργασία επιβεβαιώνει θετικά την υγεία	Παρουσία στο χώρο εργασίας	Απουσία από την εργασία λόγω βλημάτων υγείας (πάνω από 5 ημέρες)	Απουσία από την εργασία λόγω εργατικού ατυχήματος	Κίνδυνος για ψυχική υγεία (Who-5 index)
Εργασία ως								
Αυτοαπασχολούμενος	14,6	48,3	50,6	7,5	25,8	8,4	20,0	18,3
Υπάλληλος/Μισθωτός	11,5	45,0	41,2	6,9	20,2	10,3	10,1	19,5
34 ή λιγότερες	6,3	29,7	34,9	20,6	17,5	7,8	0,0	15,9
35 έως 47	10,9	41,4	39,8	11,3	17,3	12,9	12,5	17,0
48 και άνω	15,0	53,8	50,7	16,4	27,3	7,0	16,2	20,1
Απασχόληση								
Ίδιωτικός τομέας	12,7	47,2	47,1	7,3	25,0	7,6	13,6	21,0
Δημόσιο	14,0	40,0	32,7	5,1	13,1	19,6	16,1	9,2
Οι ώρες εργασίας ταιριάζουν με τις οικογενειακές και κοινωνικές υποχρεώσεις								
Όχι	14,5	63,0	58,0	6,4	35,3	7,7	17,3	25,2
Ναι	11,7	37,1	37,9	7,8	15,9	10,6	11,0	15,6
Εργασιακή ανασφάλεια								
Όχι	11,1	44,7	42,4	6,5	21,7	10,2	10,4	14,2
Ναι	16,8	57,1	54,3	5,7	26,7	8,6	23,8	23,8
Ίκανοποίηση από τις απολαβές								
Όχι	18,8	57,9	63,5	5,6	28,9	11,9	26,0	24,8
Ναι	8,5	28,7	27,4	8,2	19,1	8,1	5,8	11,7
Καλές προοπτικές επαγγελματικής καριέρας								
Όχι	15,8	57,9	61,0	4,1	23,2	10,4	19,0	21,0
Ναι	8,1	33,9	28,6	9,9	24,2	8,6	7,3	14,8

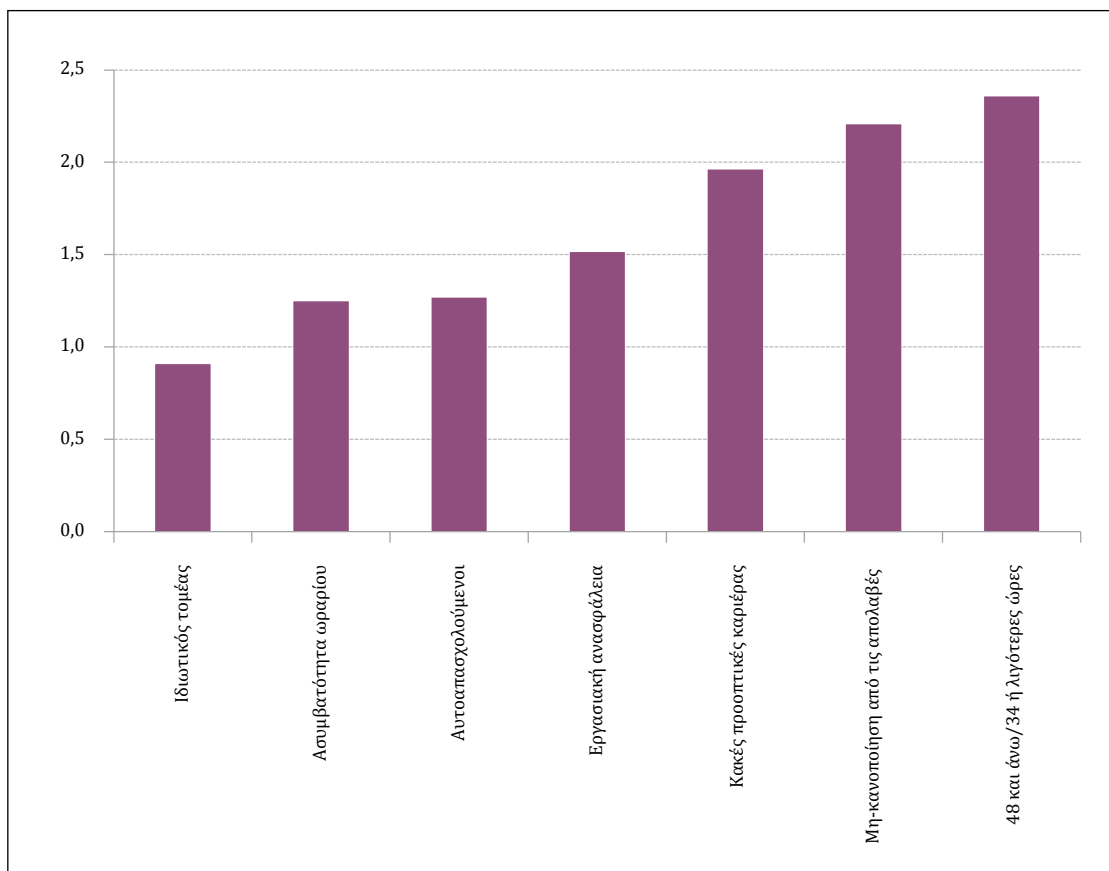
Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Eurofound, 5th European Working Conditions Survey, 2010

**Πίνακας 10:** Επιλεγμένα χαρακτηριστικά των συνθηκών εργασίας και πτυχές της υγείας (%) (Ελλάδα, 2010), Γυναίκες

Επιλεγμένα χαρακτηριστικά των συνθηκών εργασίας	Κακή κατάσταση υγείας	Κίνδυνος για την υγεία και την ασφάλεια στο χώρο εργασίας	Η εργασία επηρεάζει αρνητικά την υγεία	Η εργασία επηρεάζει θετικά την υγεία	Παρουσία στο χώρο εργασίας	Απουσία από την εργασία λόγω προβλημάτων υγείας (πάνω από 5 ημέρες)	Απουσία από την εργασία λόγω εργατικού ατυχήματος	Κίνδυνος για ψυχική υγεία (Who-5 index)
Εργασία ως								
Αυτοαπασχολούμενος	18,2	39,2	40,8	14,2	26,7	8,5	5,3	29,8
Υπάλληλος/Μισθωτός	10,4	24,9	32,0	10,9	24,2	7,3	2,6	23,4
34 ή λιγότερες	8,6	11,8	23,9	32,1	35,2	6,7	0,0	19,8
35 έως 47	10,5	28,7	32,0	13,3	19,4	6,2	2,3	22,1
48 και άνω	17,6	39,5	43,8	25,9	25,4	10,2	3,6	32,6
Ιδιωτικός τομέας	12,7	29,1	32,8	11,0	22,1	7,8	1,6	27,2
Δημόσιο	13,2	28,1	41,1	12,2	37,1	6,7	3,6	20,0
Όχι	13,9	34,1	43,2	8,3	29,2	8,1	3,3	40,9
Ναι	12,3	26,4	29,9	13,5	23,1	7,5	3,1	17,3
Εργασιακή ανασφάλεια								
Όχι	10,9	26,2	31,6	12,3	29,0	6,3	3,9	22,9
Ναι	10,5	26,3	31,0	14,1	17,3	8,0	0,0	26,7
Ικανοποίηση από τις απολαβές								
Όχι	19,1	29,4	40,3	11,9	29,6	7,7	3,3	33,5
Ναι	10,2	23,7	26,3	13,6	20,2	7,7	3,7	10,9
Καλές προοπτικές επαγγελματικής καριέρας								
Όχι	14,6	25,9	34,8	9,5	28,2	8,6	2,5	29,1
Ναι	6,9	32,4	29,1	16,5	24,8	8,8	2,8	17,6

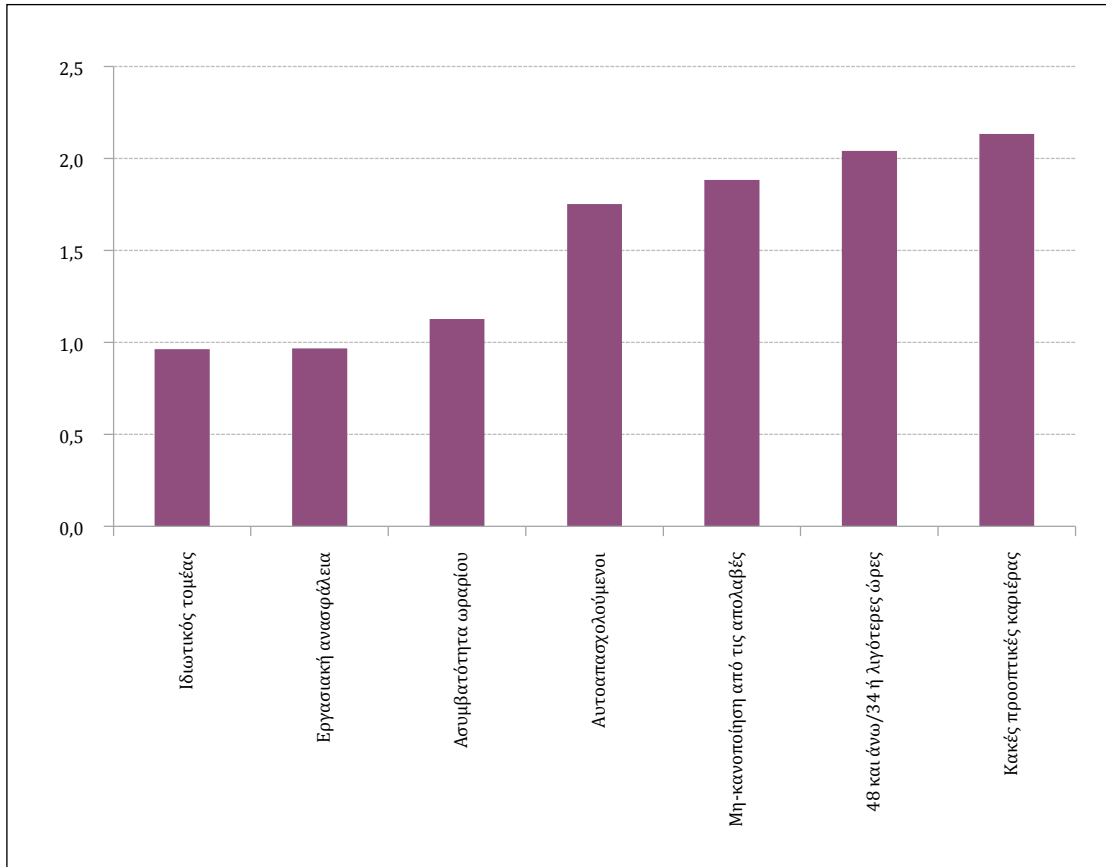
Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Eurofound, 5th European Working Conditions Survey, 2010

**Διάγραμμα 9:** Διαφοροποιήσεις αναφορικά με την κακή κατάσταση υγείας με βάση επιλεγμένα χαρακτηριστικά των συνθηκών εργασίας (Ελλάδα, 2010), Άνδρες



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Eurofound, 5th European Working Conditions Survey, 2010

**Διάγραμμα 10:** Διαφοροποιήσεις αναφορικά με την κακή κατάσταση υγείας με βάση επιλεγμένα χαρακτηριστικά των συνθηκών εργασίας (Ελλάδα, 2010), Γυναίκες



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Eurofound, 5th European Working Conditions Survey, 2010

Ψυχική υγεία και επιλεγμένα χαρακτηριστικά των συνθηκών εργασίας: η διάσταση του φύλου

Όπως προαναφέρθηκε, στην Ελλάδα, οι γυναίκες εμφανίζουν αισθητά υψηλότερο κίνδυνο ψυχικής νόσου (25%) από ό,τι οι άνδρες (18,7%). Επιπλέον, με βάση τα επιλεγμένα χαρακτηριστικά των συνθηκών εργασίας, ανακύπτουν ορισμένες σημαντικές διαφοροποιήσεις για κάθε φύλο. Πιο συγκεκριμένα, για τις γυναίκες (**Πίνακας 10**), ο κίνδυνος ψυχικής νόσου φαίνεται ότι συναρτάται με παράγοντες που αφορούν στην αδυναμία συνύπαρξης επαγγελματικής, οικογενειακής και κοινωνικής ζωής, στην μη-ικανοποίηση από τις απολαβές που λαμβάνουν από τις εργασίες τους και στις πολλές ώρες εργασίας. Είναι χαρακτηριστικό ότι σε αυτές τις τρεις περιπτώσεις, η ύπαρξη κινδύνου ψυχικής ασθένειας αφορά το 40,9%, το 33,5% και το 32,6% των εργαζόμενων γυναικών. Είναι επίσης χαρακτηριστικό ότι τα χαμηλότερα ποσοστά για κίνδυνο ψυχικής νόσου συναντώνται στις περιπτώσεις των γυναικών που είναι ικανοποιημένες από τις αμοιβές τους (10,9%), όπως και αυτών που το εργασιακό τους ωράριο τους επιτρέπει να ανταποκριθούν στις οικογενειακές και κοινωνικές υποχρεώσεις (17,3%). Παράλληλα, σχετικά χαμηλά ποσοστά καταγράφονται και στην περίπτωση των ωρών εργασίας σε εβδομαδιαία βάση (19,8%).

Σε ό,τι αφορά στους άνδρες (**Πίνακας 9**), η αδυναμία συνύπαρξης επαγγελματικής, οικογενειακής και κοινωνικής ζωής και η μη-ικανοποίηση από τις απολαβές που λαμβάνουν από τις εργασίες τους είναι, όπως και για τις γυναίκες, οι σημαντικότερες καταστάσεις που συναρτώνται με τον υψηλότερο κίνδυνο ψυχικής νόσου (25,2% και 24,8% αντίστοιχα). Ενώ στις γυναίκες, οι πολλές ώρες εργασίας απο-

τελούν τον τρίτο σε σημαντικότητα παράγοντα για τον προσδιορισμό ψυχικής ασθένειας, στην περίπτωση των ανδρών, στην θέση αυτή βρίσκουμε την εργασιακή ανασφάλεια (23,8% των ανδρών που βιώνουν εργασιακή ανασφάλεια διατρέχουν κίνδυνο ψυχικής ασθένειας). Ορισμένες διαφορές μεταξύ των φύλων εντοπίζονται και στην περίπτωση των χαρακτηριστικών που συναρτώνται με χαμηλό κίνδυνο ψυχικής νόσου. Αν και στην περίπτωση των ανδρών, τα αντίστοιχα ποσοστά είναι μεν χαμηλά για όσους είναι ικανοποιημένοι από την εργασίας τους (11,7%), τα χαμηλότερα μεγέθη (9,2%) αφορούν σε αυτούς που απασχολούνται στο δημόσιο. Επιπλέον, η δυνατότητα συνύπαρξης επαγγελματικής, οικογενειακής και κοινωνικής ζωής συνδυάζεται όχι με τα χαμηλότερα αλλά με κάποια ενδιάμεση έντασης ποσοστά αναφορικά με τον κίνδυνο ψυχικής νόσου (15,6%), τα οποία άλλωστε είναι υψηλότερα από αυτά που συνδυάζονται με το αίσθημα εργασιακής ασφάλειας (14,2%) ή της ύπαρξης καλών προοπτικών επαγγελματικής καριέρας (14,8%).

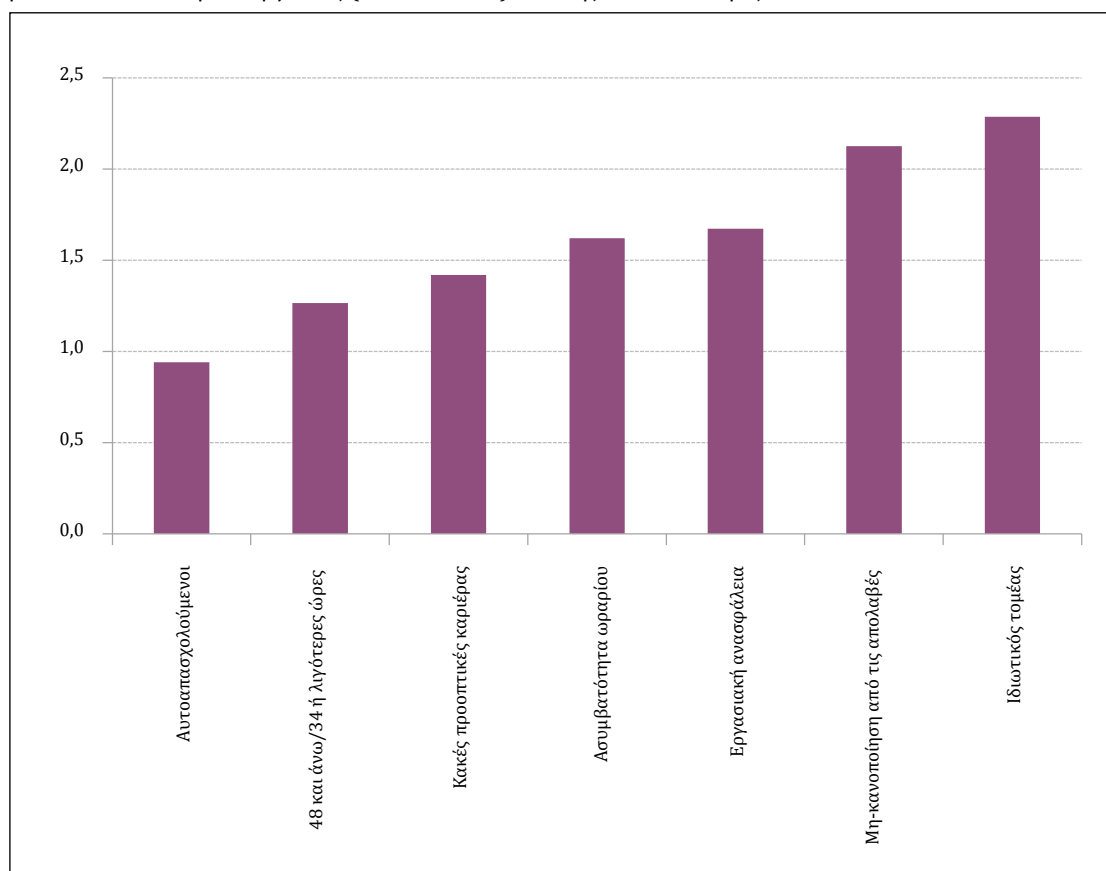
Όπως και στην περίπτωση της αυτοαξιολόγησης για καταστάσεις κακής υγείας, εάν εξεταστούν οι διαφοροποιήσεις στο «εσωτερικό» κάθε ερωτήματος, δηλαδή στις διαφορετικές απαντήσεις που δίνονται για το κάθε ερώτημα και για κάθε φύλο ξεχωριστά, τότε προκύπτει ορισμένα ευρήματα τα οποία όμως δεν είναι απαραίτητα κοινά για τα δύο φύλα (**Διαγράμματα 11 και 12**). Στην περίπτωση των γυναικών, οι διαφορές αναφορικά με τον κίνδυνο ψυχικής νόσου είναι πιο έντονες σε σχέση με τις διαφορές αναφορικά με την κακή κατάσταση υγείας. Ειδικότερα, αυτές που δυσκολεύονται πολύ να ανταποκριθούν στις οικογενειακές και κοινωνικές τους υποχρεώσεις και αυτές που δεν είναι ικανοποιημένες από

τις απολαβές τους, διατρέχουν περίπου 2,5 με 3 φορές υψηλότερο κίνδυνο ψυχικής νόσου από όσες καταφέρνουν σε σημαντικό βαθμό να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις τους απέναντι στην οικογένεια και τον κοινωνικό τους περίγυρο και όσες είναι ικανοποιημένες από τις αμοιβές τους.

Σε ό,τι αφορά στους άνδρες, οι βασικότερες διαφοροποιήσεις αναφορικά με το κίνδυνο ψυχικής ασθένειας αφορούν στην απασχόλη-

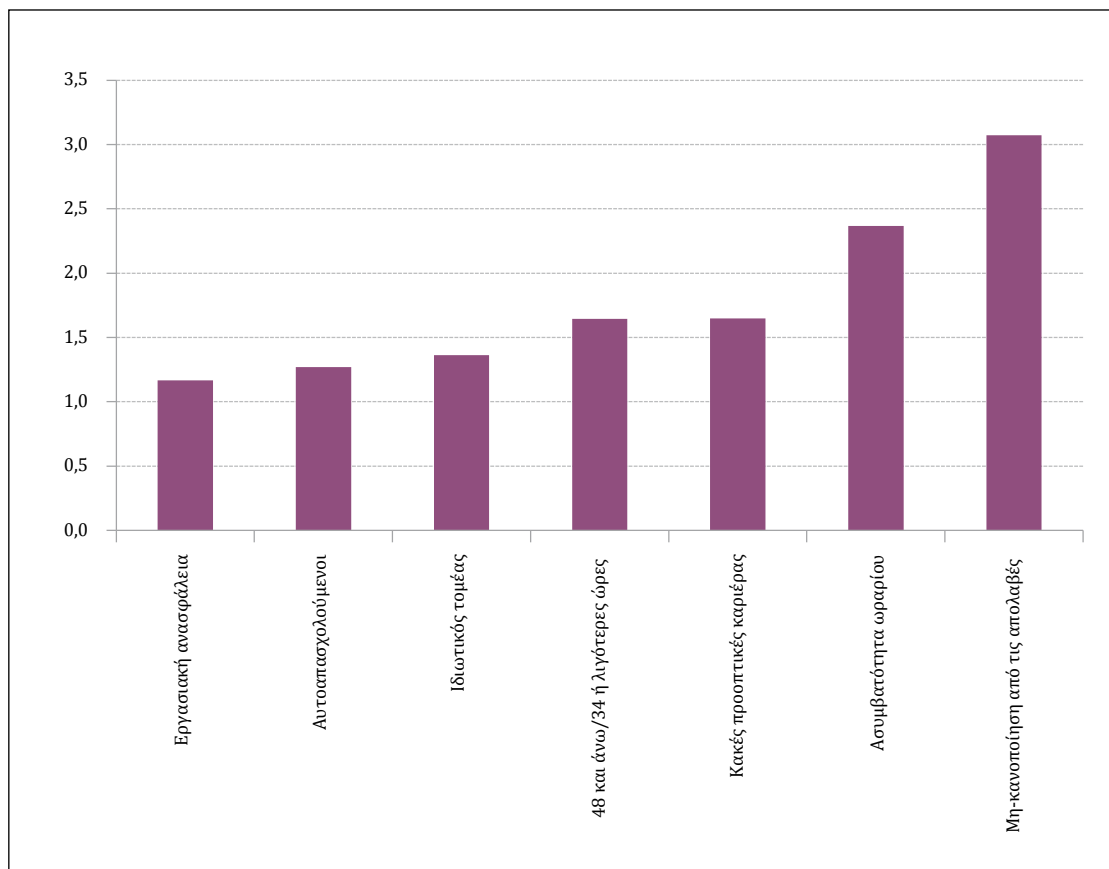
ση στον ιδιωτικό τομέα ή στο δημόσιο και στο βαθμό ικανοποίησης από τις απολαβές που λαμβάνουν για την εργασία τους. Έτσι, όσοι απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα και όσοι δεν είναι ικανοποιημένοι από τα χρήματα που κερδίζουν από την εργασία τους, διατρέχουν υπερδιπλάσιο κίνδυνο ψυχικής νόσου σε σχέση με αυτούς που εργάζονται στο δημόσιο και με αυτούς που θεωρούν ότι αμείβονται ικανοποιητικά.

**Διάγραμμα 11:** Διαφοροποιήσεις αναφορικά με τον κίνδυνο για ψυχική υγεία με βάση επιλεγμένα χαρακτηριστικά των συνθηκών εργασίας (Ελλάδα, 2010). Δείκτης WHO-5, Άνδρες



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Eurofound, 5th European Working Conditions Survey, 2010

**Διάγραμμα 12:** Διαφοροποιήσεις αναφορικά με τον κίνδυνο για ψυχική υγεία με βάση επιλεγμένα χαρακτηριστικά των συνθηκών εργασίας (Ελλάδα, 2010). Δείκτης WHO-5, Γυναίκες



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Eurofound, 5th European Working Conditions Survey, 2010

#### 4.5 Συμπεράσματα

Στην παρούσα μελέτη εξετάστηκαν πτυχές της υγείας οι οποίες σχετίζονται με το εργασιακό περιβάλλον στην Ελλάδα. Οι πτυχές αυτές αναλύθηκαν στη βάση των εμπειρικών δεδομένων που προέκυψαν από την 5η Ευρωπαϊκή Έρευνα Συνθηκών Εργασίας (5th European Working Conditions Survey). Η έρευνα αυτή διενεργήθηκε το 2010 στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, υπό την ευθύνη του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας (Eurofound, 2014). Στη μελέτη αναλύθηκαν ζητήματα που σχετίζονται με την υγεία και τις συνθήκες των εργαζομένων, ανεξαρτήτως φύλου, ενώ σε ένα δεύτερο

επίπεδο δόθηκε έμφαση στην διάσταση του φύλου.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν φανερώνουν την ύπαρξη σημαντικών διαφοροποιήσεων με βάση το επάγγελμα και τον κλάδο απασχόλησης των ατόμων. Φαίνεται ότι όσο ο τομέας απασχόλησης και το επάγγελμα των ατόμων παραπέμπουν σε εργασίες που απαιτούν ιδιαίτερη σωματική προσπάθεια, τόσο οι συνθήκες εργασίας συνδυάζονται με λιγότερο ευνοϊκές καταστάσεις για την υγεία των εργαζομένων. Ειδικότερα για τις γυναίκες, η απασχόληση στον γεωργικό τομέα ως ειδικευμένες γεωργοί, αναδεικνύεται ως μια σημαντική και αρνητική διάσταση για την υγεία τους.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα που αφορούν στην αυτοαξιολόγηση της κατάστασης υγείας καθώς και στα ζητήματα που άπτονται της ψυχικής υγείας των εργαζομένων. Οι δύο αυτές πτυχές αναδεικνύουν τον ιδιαίτερο ρόλο ορισμένων παραγόντων που σχετίζονται με τις συνθήκες εργασίας και την υγεία. Οι παράγοντες αυτοί είναι: ο αριθμός των ωρών εργασίας σε εβδομαδιαία βάση, το αίσθημα εργασιακής ανασφάλειας, οι προοπτικές για επαγγελματική καριέρα, η ικανοποίηση των εργαζομένων από τις απολαβές τους και η καταλληλότητα του ωραρίου εργασίας προκειμένου τα άτομα να ανταποκρίνονται στις οικογενειακές και κοινωνικές τους υποχρεώσεις.

Οι δύο τελευταίοι παράγοντες έχουν μια ξεχωριστή σημασία, ειδικότερα για τον προσ-

διορισμό του κινδύνου ψυχικής νόσου των εργαζομένων. Είναι χαρακτηριστικό ό,τι στις γυναίκες, αυτές που, λόγω του ωραρίου εργασίας, δυσκολεύονται πολύ να ανταποκριθούν στις οικογενειακές και κοινωνικές τους υποχρεώσεις και αυτές που δεν είναι ικανοποιημένες από τις απολαβές τους, διατρέχουν περίπου 2,5 με 3 φορές υψηλότερο κίνδυνο ψυχικής ασθένειας από όσες καταφέρνουν σε σημαντικό βαθμό να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις τους απέναντι στην οικογένεια και τον κοινωνικό τους περίγυρο και από όσες είναι ικανοποιημένες από τις αμοιβές τους. Στην περίπτωση των ανδρών, η μη-ικανοποίηση από τις απολαβές τους συναρτάται με υπερδιπλάσιο κίνδυνο ψυχικής νόσου σε σχέση με αυτούς που θεωρούν ότι αμείβονται ικανοποιητικά.





## 5. Γενικά συμπεράσματα

Η υγεία και η ασφάλεια των εργαζομένων είναι ένα σύνθετο και πολύπλοκο ζήτημα στην κατάσταση της οποίας επιδρούν πολλοί παράγοντες διαφορετικών επιπέδων και χαρακτηριστικών. Ορισμένοι παράγοντες συνδέονται άμεσα με τις διαθέσιμες τεχνικές παραγωγής και η επιβάρυνση που προκαλούν στην υγεία των εργαζομένων μπορεί να περιοριστεί με τη λήψη προληπτικών μέτρων ομαδικής αλλά και ατομικής προστασίας. Άλλοι παράγοντες σχετίζονται με τη γενικότερη οικονομική και κοινωνική κατάσταση που διαμορφώνει, εν πολλοίς, το περιβάλλον ζωής και εργασίας των εργαζομένων και επηρεάζει τη ζωή και την ψυχοσύνθεσή τους, αλλά δεν ελέγχονται, ούτε είναι διαχειρίσιμοι από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους. Μία άλλη κατηγορία παραγόντων, όπως είναι η περιοδική ενημέρωση και ευαισθητοποίηση στην τήρηση των κανόνων προστασίας της υγείας, η παρουσία γιατρών και τεχνικών ασφαλείας και η επιμέλεια με την οποία εκτελούνται τα καθήκοντά τους, το εργασιακό κλίμα και η μορφή της απασχόλησης, μπορούν να διευθετηθούν άμεσα, τόσο εντός όσο κι εκτός επιχείρησης και να περιοριστεί σε μεγάλο βαθμό η επιβάρυνση που προκαλούν στην υγεία των εργαζομένων.

Τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι έλληνες εργαζόμενοι εξαιτίας των συνθηκών και των πρακτικών που ακολου-

θούνται κατά την άσκηση της εργασίας τους, εκτός από σπάνιες περιπτώσεις, μπορούν να αντιμετωπιστούν, εάν υπάρξουν συστηματικές παρεμβάσεις από την πολιτεία και τους κοινωνικούς φορείς, πριν αυτά αποκτήσουν χρόνιο χαρακτήρα ή προκαλέσουν την πλήρη ανικανότητα εργασίας.

Το θεσμικό πλαίσιο για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων στην Ελλάδα είναι σχετικά ολοκληρωμένο και καλύπτει πολλαπλές διαστάσεις που επιδρούν στη φυσική και πνευματική τους κατάσταση. Αποσαφηνίζει την ευθύνη του εργοδότη και τις υποχρεώσεις του εργαζόμενου και προβλέπει την παρουσία συμβουλευτικών και εποπτικών μηχανισμών, τόσο εντός όσο κι εκτός επιχείρησης, οι οποίοι εφόσον λειτουργήσουν όπως προβλέπεται, θα συμβάλλουν σημαντικά στη βελτίωση της υγείας των εργαζομένων. Όμως οι ανεπάρκειες στην εφαρμογή της νομοθεσίας είναι πολύ μεγάλες. Ένα ακόμα, δομικού χαρακτήρα, πρόβλημα ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων στην Ελλάδα απασχολείται στις πολύ μικρές επιχειρήσεις ή είναι αυτοαπασχολούμενοι. Για αυτά τα μεγέθη επιχειρήσεων δεν προβλέπεται η παρουσία συμβουλευτικών οργάνων όπως είναι ο γιατρός εργασίας, ο εξειδικευμένος τεχνικός ασφαλείας και ο εκπρόσωπος των εργαζομένων, ούτε λειτουργούν επαρκώς οι δια-επιχειρησιακοί μηχαν-

νισμοί (π.χ. Νομαρχιακές Επιτροπές Υγείας, Επιθεωρήσεις Εργασίας). Οι δε εποπτικοί μηχανισμοί είναι ανεπαρκώς στελεχωμένοι, τόσο αριθμητικά όσο και ως προς την απαραίτητη τεχνογνωσία, που θα πρέπει να διαθέτουν οι επιθεωρητές.

Η παρουσία των ειδικευμένων γιατρών εργασίας είναι υπερβολικά ανεπαρκής και η πλήρης απασχόλησή τους από τις επιχειρήσεις σχεδόν μηδαμινή. Η συνήθης πρακτική είναι να συνάπτονται συμβάσεις έργου με ιδιώτες γιατρούς ή ΕΕΥΠ (Κέντρα Διάγνωσης της Ιατρικής της Εργασίας) που στελεχώνονται από μη-συναφείς ιατρικές ειδικότητες και απλώς μεριμνούν για την τυπική τήρηση των κανόνων που προβλέπει η νομοθεσία για την υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων. Πολλές φορές οι ιδιώτες γιατροί και τα ΕΕΥΠ, απλώς, διευκολύνουν την πρόσβαση των εργαζομένων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη συνταγογραφώντας θεραπείες και παραπεμπτικές εξετάσεις.

Ανάλογη είναι η εικόνα που σχηματίστηκε, κατά την έρευνά μας, αναφορικά με τους Τεχνικούς Ασφάλειας οι οποίοι εκεί που οι επιχειρήσεις χαρακτηρίζονται ως υψηλού κινδύνου ασκούν τυπικά τα καθήκοντά τους αλλά σπάνια ενεργοποιούνται ουσιαστικά. Σύμφωνα με ορισμένους ερωτώμενους της ποιοτικής έρευνας αρκετές- αν όχι τις περισσότερες- φορές τα **σχέδια ασφάλειας** που πρέπει να καταρτίζονται αποτελούν απλές ανατυπώσεις προηγούμενων σχεδίων.

Οι εποπτικές αρχές που θα μπορούσαν να διαδραματίσουν ουσιαστικό ρόλο στην εφαρμογή των προβλεπόμενων μέτρων προστασίας της υγείας των εργαζομένων είναι αριθμητικά ανεπαρκείς και οι περισσότερες επιχειρήσεις είναι απίθανο να δεχτούν την επίσκεψη των ελεγκτικών μηχανισμών για πολλά χρόνια.

Επιπλέον, αρκετοί επιθεωρητές εργασίας δεν είναι γνώστες των τεχνικών προδιαγραφών που πρέπει να εφαρμόζονται για την προστασία της υγείας και της ασφάλειας των εργαζόμενων. Ένα σημαντικό πρόβλημα που ανέφεραν όλοι οι ερωτώμενοι είναι η εκτεταμένη διαφθορά που επικρατεί στους επιθεωρητές εργασίας. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις ανάπτυξης, από μέρους των επιθεωρητών και των επιχειρηματιών, εξωθεσμικών σχέσεων και πρακτικών διευθέτησης των ζητημάτων υγιεινής και ασφάλειας (π.χ. διαφθορά και νεποτισμός). Η ποιοτική συγκριτική ανάλυση που διενεργήθηκε δεν επιβεβαίωσε την αρνητική επίδραση της «εντοπιότητας» καθώς άλλοι παράγοντες όπως είναι η παρουσία εκπροσώπων των εργαζομένων και η κουλτούρα που επικρατεί στη διοίκηση των επιχειρήσεων την υποσκιάζουν.

Από την επισκόπηση των μελετών και ερευνών που διενήργησε στα 25 και πλέον έτη λειτουργίας του το ΕΛΙΝΥΑΕ και τις Εκθέσεις Πεπραγμένων του ΣΕΠΕ που έγινε στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας, διαπιστώθηκε ότι η υγεία και η ασφάλεια των εργαζομένων στην Ελλάδα εκτίθεται σε πληθώρα επιβαρυντικών παραγόντων. Ορισμένοι από τους επιβαρυντικούς παράγοντες εμφανίζουν ιδιαίτερη ένταση σε συγκεκριμένους οικονομικούς κλάδους και κάποιοι εκτείνονται σε όλο το εύρος της απασχόλησης ανεξαρτήτως κλάδου.

Η ποιοτική έρευνα που παρουσιάστηκε στο δεύτερο μέρος κατέδειξε ότι παρά τις διαφορετικές συνθήκες και τεχνικές παραγωγής, είναι διάχυτη η αρνητική επίδραση κοινών, λίγο ως πολύ, παραγόντων στα χαρακτηριστικά των οποίων η πολιτεία μπορεί να επιδράσει σημαντικά. Οι παράγοντες που φαίνεται ότι επιδρούν σε καθοριστικό βαθμό στη μη-εφαρμογή των διατάξεων της νομοθεσίας είναι οι

υπεργολαβίες και οι ευέλικτες εργασιακές σχέσεις, σε συνδυασμό με την απουσία εκπροσώπων των εργαζομένων.

Σοβαρός ανασταλτικός παράγοντας είναι, επίσης, η απουσία κινήτρων και αντικινήτρων για την εφαρμογή μέσων πρόληψης από τους εργοδότες καθώς δεν υπάρχει ανεπτυγμένος ο θεσμός της ασφάλισης κατά του επαγγελματικού κινδύνου. Ως συνέπεια η επίλυση των προβλημάτων υγείας των εργαζομένων παραπέμπεται στο δημόσιο σύστημα υγείας χωρίς να επιβάλλεται οποιαδήποτε επιβάρυνση στους ασυνεπείς εργοδότες ή επιβράβευση για τους συνεπείς και όσους φροντίζουν ικανοποιητικά για την προστασία της υγείας του προσωπικού των επιχειρήσεών τους.

Αυτά τα προβλήματα εντείνονται ακόμα περισσότερο εξαιτίας της υποτυπώδους παρουσίας των προληπτικών πολιτικών στο δημόσιο σύστημα υγείας. Συνήθως, αυτές εξαπλώνονται σε περιστασιακές, αποσπασματικές και ασυντόνιστες δράσεις των δήμων και των σχολικών μονάδων με την υποστήριξη εθνικών φορέων και οργανισμών και με τη χρηματοδοτική στήριξη των ευρωπαϊκών κονδυλίων και απουσιάζει ένα συστηματικό πρόγραμμα διενέργειας εξετάσεων προσυμπτωματικού ελέγχου υγείας στο γενικό πληθυσμό. Στον δε ΕΟΠΥΥ, η πρόληψη επαφίεται στην πρωτοβουλία των ασφαλισμένων πολιτών ή το φιλότιμο και τον εθελοντισμό των στελεχών υγείας.

Παρά τις διακηρύξεις και τις νομικές δεσμεύσεις του ΕΟΠΥΥ δεν υπάρχει ένα συνεκτικό πρόγραμμα υλοποίησης των καθηκόντων που απορρέουν από τη θέσπιση γενικευμένων υποχρεωτικών προσυμπτωματικών εξετάσεων.

Τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι Έλληνες εργαζόμενοι αναφέρονται κυρίως

στα μυοσκελετικά προβλήματα (μέση - αυχένιας - αρθρίτιδες - τενοντίτιδες), σε προβλήματα του κυκλοφορικού συστήματος (καρδιοπάθειες - εγκεφαλικά - υπέρταση - φλεβίτιδες) σε διαφόρων μορφών αναπνευστικά προβλήματα (τσιμεντοκονίαση, μολυβδίαση, αλλεργίες), προβλήματα όρασης, διαφόρων μορφών καρκίνοι και προβλήματα που συνδέονται με το εργασιακό στρες (κεφαλαλγίες, ορμονικές διαταραχές, γαστρεντερικά προβλήματα, κρίσεις πανικού, μη ιδιοπαθής υπέρταση).

Αν και τα περισσότερα από τα παραπάνω προβλήματα σχετίζονται –στον ένα ή τον άλλο βαθμό– με τις συνθήκες εργασίας και είναι αρκετά διαδεδομένα, δεν είναι προσδιορισμένη, ούτε η ακριβής τους έκταση ούτε οι συνέπειες τους στην παραγωγή αλλά και την ποιότητα ζωής των εργαζομένων. Εκτός από την τσιμεντοκονίαση και τη μολυβδίαση, σύμφωνα με τις μαρτυρίες των ερωτώμενων, οι άλλες ασθένειες δεν καταγράφονται ούτε αντιμετωπίζονται ως επαγγελματικές ασθένειες. Η κυρίαρχη πρακτική αντιμετώπισης των επαγγελματιών ασθενειών είναι να μην αναγνωρίζονται και να παραπέμπονται ως «κοινές νόσοι» στο δημόσιο σύστημα υγείας το οποίο και επιβαρύνουν οικονομικά ή όταν πρόκειται για χρόνιες αλλά όχι ιδιαίτερα σοβαρές παθήσεις (π.χ. αυχενικά, τενοντίτιδες) να αντιμετωπίζονται μέσω προγραμμάτων πρόσθετης ομαδικής ασφάλισης υγείας σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες. Γενικότερα στην Ελλάδα οι γιατροί εργασίας μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις προβαίνουν σε συστηματικές μετρήσεις, καταγραφές και αναλύσεις των προβλημάτων υγείας που αναφέρουν οι εργαζόμενοι και πολύ σπάνια αναγνωρίζονται κάποιες παθήσεις ως επαγγελματικές ασθένειες.

Το γεγονός ότι μέχρι σήμερα στην Ελλάδα δεν υπάρχει συστηματική καταγραφή των

προβλημάτων υγείας που προκαλούνται από τις συνθήκες εργασίας αλλά και η «ερασιτεχνική» αναγωγή τους στο προσωπικό τρόπο ζωής του εργαζόμενου κατά τον ελεύθερο χρόνο τους, δεν αναιρεί την έκταση ή και τη σοβαρότητα του προβλήματος που απλώς επιλέγεται από την Πολιτεία να αποσιωπάται.

Η ποιοτική συγκριτική ανάλυση ανέδειξε έξι συνδυασμούς παραγόντων που συμβάλουν στον περιορισμό των προβλημάτων υγείας των εργαζομένων και εφτά συνδυασμούς που δεν προκαλούν θετική επίδραση. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι η παρουσία εκπροσώπου των εργαζομένων σε συνδυασμό με την εφαρμογή Μέσων Ομαδικής Προστασίας, αποτελούν την **αναγκαία συνθήκη** για να περιοριστούν τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι και προκαλούνται από την εργασία τους. Ταυτόχρονα, προέκυψε το συμπέρασμα ότι η ευέλικτη απασχόληση αποτελεί από μόνη της **επαρκή συνθήκη** για να μην αντιμετωπίζονται θετικά τα προβλήματα υγείας ακόμα και εκεί όπου υπάρχουν εκπρόσωποι των εργαζομένων και λειτουργούν τα Μέσα Ατομικής Προστασίας και τα Μέσα Ομαδικής Προστασίας.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ποσοτική ανάλυση των εμπειρικών δεδομένων που προέκυψαν από την 5η Ευρωπαϊκή Έρευνα Συνθηκών Εργασίας (5th European Working Conditions Survey) και αναφέρονται στην Ελλάδα φανερώνουν την ύπαρξη σημαντικών διαφοροποιήσεων στην κατάσταση υγείας με βάση το επάγγελμα και τον κλάδο απασχόλησης των ατόμων. Η ανάλυση τους, που παρουσιάστηκε στο τρίτο μέρος έδειξε ότι στην Ελλάδα οι χειριστές σταθερών βιομηχανικών εγκαταστάσεων, οι ειδικευμένοι γεωργοί -κτηνοτρόφοι- αλιείς και οι ειδικευμένοι τεχνίτες εμφανίζουν σε πολύ μεγαλύτερα πο-

σοστά προβλήματα υγείας από ό,τι τα άλλα επαγγέλματα. Δεν είναι, ωστόσο, αμελητέα τα ποσοστά των εργαζομένων που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας στα επαγγέλματα παροχής υπηρεσιών, τους τεχνολόγους και τους βοηθούς επαγγελματιών, τους ανειδίκευτους εργάτες και τους υπαλλήλους γραφείων. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα που αφορούν στην αυτοαξιολόγηση της κατάστασης υγείας καθώς και στα ζητήματα που άπτονται της ψυχικής υγείας των εργαζομένων. Οι δύο αυτές πτυχές αναδεικνύουν τον ιδιαίτερο ρόλο ορισμένων παραγόντων που σχετίζονται με τις συνθήκες εργασίας και την υγεία. Οι παράγοντες αυτοί είναι: ο αριθμός των ωρών εργασίας σε εβδομαδιαία βάση, το αίσθημα εργασιακής ανασφάλειας, οι προοπτικές για επαγγελματική καριέρα, η ικανοποίηση των εργαζομένων από τις απολαβές τους και η καταλληλότητα του ωραρίου εργασίας προκειμένου τα άτομα να ανταποκρίνονται στις οικογενειακές και κοινωνικές τους υποχρεώσεις.

Δεδομένων των περιορισμών που επιβάλλει η οικονομική κρίση ορισμένα μέτρα που θα μπορούσαν να συμβάλουν στη μείωση των αρνητικών επιδράσεων των συνθηκών εργασίας στην υγεία των εργαζομένων είναι:

- Η δημιουργία Διευθύνσεων Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας στις Αποκεντρωμένες Περιφερειακές Διοικήσεις και η στελέχωσή τους σε επίπεδο Δήμων.
- Θέσπιση ειδικού πόρου (π.χ. ποσοστό επί του τζίρου των επιχειρήσεων ή ποσοστό επί του ΦΠΑ) που διατίθεται για τη στελέχωση των παραπάνω Διευθύνσεων και την ανάπτυξη δράσεων υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας). Η ως τώρα προτίμηση προς την επιλογή της ασφάλισης επαγγελματικού κινδύνου στη βάση των εισφορών

κατά εργαζόμενο δεν φαίνεται να λειτουργεί ούτε αποτρεπτικά ούτε αποτελεσματικά. Επιπλέον με δεδομένα τα υψηλά ποσοστά αδήλωτης απασχόλησης παρουσιάζει υψηλά επίπεδα «λαθρεπιβίβασης» και δημιουργεί εκτεταμένη αίσθηση κοινωνικής αδικίας στους συνεπείς εργοδότες.

- Αναβάθμιση του ρόλου και των αρμοδιοτήτων των Επιθεωρητών Εργασίας οι οποίοι για να είναι αποτελεσματικοί θα πρέπει, ίσως, να αποκτήσουν το «καθεστώς του δημόσιου λειτουργού» και το δικαίωμα να επιβάλλουν άμεσα εκτελεστές ποινές στους παραβάτες της εργατικής νομοθεσίας.
- Νομική κατοχύρωση του θεσμού του εκπροσώπου της τοπικής δευτεροβάθμιας συνδικαλιστικής οργάνωσης για όλες τις εγκαταστάσεις των επιχειρήσεων, ανεξαρτήτως του μεγέθους τους και με βασική αρμοδιότητα την εποπτεία τήρησης της εργατικής νομοθεσίας σε άμεση και στενή συνεργασία με το Σώμα Επιθεώρησης Εργασίας, αλλά και αυτή της απροειδοποίητης συμμετοχής στα κλιμάκια ελέγχου του Σώματος Επιθεώρησης Εργασίας. Επιπρόσθετα, οι εκπρόσωποι των εργαζομένων θα μπορούσαν να έχουν το δικαίωμα ενημέρωσης για το περιεχόμενο των αναφορών των Επιθεωρητών Εργασίας για τις εγκαταστάσεις που φέρουν την ευθύνη εποπτείας για τις οποίες θα μπορούν να εκφράζουν επιφυλάξεις, παρατηρήσεις και επισημάνσεις.
- Δημιουργία ειδικών τμημάτων πρόληψης, όπου θα περιλαμβάνεται και η ιατρική της εργασίας σε όλα τα νοσοκομεία.
- Σχεδιασμός και εφαρμογή εθνικού δημόσιου προγράμματος υποχρεωτικών, περιοδικών προσυμπτωματικών ελέγχων στους χώρους εργασίας και τον αγροτικό πληθυσμό κατά τα πρότυπα του εθνικού προγράμματος υποχρεωτικών εμβολιασμών.
- Σχεδιασμός και εφαρμογή ειδικού προγράμματος γενικευμένης πρακτικής ειδικευσης στην ιατρική της εργασίας προκειμένου να καλυφθούν τα μεγάλα κενά σε ειδικευμένους γιατρούς εργασίας στο μεσοπρόθεσμο διάστημα (3-5 ετών).
- Δημιουργία προγράμματος επιδότησης της απασχόλησης γιατρών εργασίας από τις επαγγελματικές ενώσεις και τα συνδικάτα εργοδοτών και εργαζομένων σε μικρομεσαίες επιχειρήσεις με τη συμμετοχή και χρηματοδότηση του ΕΟΠΥΥ.
- Δημιουργία προγράμματος ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και επιμόρφωσης του προσωπικού των υπηρεσιών υγείας σε ζητήματα εντοπισμού διάγνωσης και αναγγελίας των επαγγελματιών ασθενειών και των εργατικών ατυχημάτων.
- Αναμόρφωση του συστήματος αναγγελίας και καταγραφής των επαγγελματιών ασθενειών και των εργατικών ατυχημάτων καθώς και του συστήματος παρακολούθησης, αξιολόγησης και αξιοποίησης των δεδομένων.





## Βιβλιογραφία

- Alexopoulos, E.C. and Geitona, M. (2009). "Self-Rated Health: Inequalities and Potential Determinants", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6(9), pp. 2456-2469.
- Bagavos, C. (2013). "Gender and regional differentials in health expectancy in Greece" *Journal of Public Health Research*, 2 (2), pp. 66-73.
- Bell, C. (1979). "Implementing Safety and Health Regulations for Women in the Workplace", *Feminist Studies*, 5(2), pp. 286-301.
- Bennett, D. (2002). "Health and Safety Management Systems: Liability or Asset?", *Journal of Public Health Policy*, 23 (2), pp. 153-171.
- Choudhry, R. and Fang, D. (2008). "Why operatives engage in unsafe work behavior: Investigating factors on construction sites", *Safety Science* 46, pp. 566-584.
- Clayson, Z. and Halpern, J. (1983). "Changes in the Workplace: Implications for Occupational Safety and Health", *Journal of Public Health Policy*, 4 (30), pp. 279-297.
- Clauwaert, S. (2013). "The country specific recommendations (CSRs) in the field of health and safety at work and labour inspection services. An overview", ETUI, Brussels.
- Daniels, C., Maureen, P. and Rosofsky, R. (1990). "Health, Equity, and Reproductive Risks in the Workplace", *Journal of Public Health Policy*, 11 (4), pp. 449-462.
- Di Nunzio, D. (ed.) (2013). "Young people at risk: how changes in work are affecting young Italians' health and safety", Report 129 ETUI, Brussels.
- Eurofound (2014). *5th European Working Conditions Survey, 2010*, <http://www.eurofound.europa.eu/surveys/2010/fifth-european-working-conditions-survey-2010>.
- Eurofound (2012). *Fifth European Working Conditions Survey*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eurogip (2007). "Musculoskeletal disorders in Europe. Definitions and statistics", Paris.
- European Commission (2011). "Socio-economic costs of accidents at work and work-related ill health", Brussels.
- Flora, P. and Alber, J. (1982). "Modernization, Democratization and the Development of Welfare States in Western Europe", in Flora P. & Heidenheimer Ar., *The Development of Welfare States in Europe and America*. Transaction Publishers, New Brunswick and London, pp. 37-80.
- Frick, K. and Kempa, V. (2011). "Occupational Health & Safety Management Systems - When are they good for your health?" ETUI, Brussels.
- Gerring, J. (2004). "What Is a Case Study and What Is It Good for?", *The American Political Science Review*, V. 98 (2), pp. 341-354.
- Gray, W. and Scholz, J. (1993). "Does Regulatory Enforcement Work? A Panel Analysis of OSHA Enforcement", *Law & Society Review*, 27 (1), pp. 177-214.
- Harcourt, M. and Harcourt, S. (2000). "When Can an Employee Refuse Unsafe Work and Expect

- to be Protected from Discipline? Evidence from Canada”, *Industrial and Labor Relations Review*, 53 (4), pp. 684-703.
- Hebdon, R. and Hyatt, D. (1998). “The Effects of Industrial Relations Factors on Health and Safety Conflict”, *Industrial and Labor Relations Review*, 51 (4), pp. 579-593.
- Heinen, L. and Darling, H. (2009). “Addressing Obesity in the Workplace: The Role of Employers» The Milbank Quarterly” 87 (1), pp. 101-122.
- Hutter, B. (1993). “Regulating Employers and Employees: Health and Safety in the Workplace”, *Journal of Law and Society*, 20 (4), pp. 452-470.
- ILO (2010). “Ergonomic Check points: Practical and easy-to -implement solutions for improving safety, health and working conditions”, Geneva.
- ILO (2014). “Creating Safe and Healthy Workplaces for All. Report prepared for the G20 Labour and Employment Ministerial Meeting Melbourne, Australia, 10-11 September 2014”. Geneva.
- Kogevinas, M., Kauppinen, Toikkanen, J. Pedersen D., and Young, R. (1998). “Occupational Exposure to Carcinogens in Greece in 1990-1993. Preliminary results”, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki.
- McLain, D. (1995). “Responses to Health and Safety Risk in the Work Environment”, *The Academy of Management Journal*, 38 (6), pp. 1726-1743.
- Menendez, M., Benach, J. and Vogel L., χρονολόγητο. “The impact of safety representatives on occupational health, ETUI 107, Brussels.
- Merton, R. (1968). *Social theory and social structure*, The Free Press, New York.
- Michael, Q. (1999). “The implications of Labour Market Restructuring in Industrialized Societies for Occupational Health and Safety” *Economic and Industrial Democracy*, 20, pp. 427-460.
- Neumann, G. and Nelson, J. (1982). “School Safety Regulation and Firm Size: Effects of the Coal Mine Health and Safety Act of 1969, *Journal of Law and Economics*, 25 (2), pp. 183-199.
- Nichols, T. and Walters, D. (2013). “Safety or Profit? International Studies in Governance, Change and the Work Environment”, Baywood Publishing Company.
- Thomason, T. and Pozzebon, S. (2002). “Determinants of Firm Workplace Health and Safety and Claims Management Practices, *Industrial and Labor Relations Review*, 55 (2), pp. 286-307.
- OECD (2012). *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*, Paris.
- OECD (2012). *Health Data 2012*. Paris.
- Ochsner, M. and Greenberg, M. (1998). “Factors Which Support Effective Worker Participation in Health and Safety: A Survey of New Jersey Industrial Hygienists and Safety Engineers”, *Journal of Public Health Policy*, 19 (3), pp. 350-366.
- Rundmo, T. and Haleb, A. (2003). “Managers’ attitudes towards safety and accident prevention”, *Safety Science* 41. pp. 557-574.
- Pawson, R. & Tilley, N. (1997). *The realistic evaluation*, Sage.
- Ragin, Ch. (1987). *The Comparative Method*, University of California Press, Berkeley.
- Rihoux, B. & Ragin, Ch. (2009). *Configurational Comparative Methods*, Sage.
- Sawacha, E., Naoum, S. and Fong, D. (1999). “Factors affecting safety performance on construction sites”, *International Journal of Project Management*, 17(5), pp. 309-315.
- Shikdar, A. and Sawaqed, N. (2003). “Worker productivity, and occupational health and safety issues in selected industries”, *Computers & Industrial Engineering* 45. pp. 563-572.
- Skocpol, Th. (1984). *Vision and Method in Historical Sociology*, Cambridge University Press.
- Strauss, A.L. (1987). *Qualitative Analysis for Social Scientists*, Cambridge University Press.
- Vogel, L. (2011). “Occupational Strategy: The main challenge for the new community strategy”, ETUI, Brussels.

- Wu, T., Chen, C. and Li, C. (2008). "A correlation among safety leadership, safety climate and safety performance", *Journal of Loss Prevention in the Process Industries* 21, pp. 307-318.
- Αϊβανούλη Ε. (2013). *Οι συνέπειες της Οικονομικής Κρίσης στον Κλάδο του Εμπορίου*, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας - Τμήμα Λογιστικής, Θεσσαλονίκη.
- ΕΛΣΤΑΤ (2014). *Η Ελλάδα σε Αριθμούς*, Αθήνα.
- ΕΛΙΝΥΑΕ (2007α). *Εκτίμηση επαγγελματικού κινδύνου σε Σχιστήρια και Λατομεία Μαρμάρου*, Αθήνα.
- ΕΛΙΝΥΑΕ (2007β). *Εκτίμηση και πρόληψη των επαγγελματικών κινδύνων στον κλάδο των ξενοδοχείων*, Αθήνα.
- ΕΛΙΝΥΑΕ (2007γ). *Διερεύνηση των Επαγγελματικών Ασθενειών σε Εργαζόμενους στον τομέα της Ζωικής Παραγωγής*, Αθήνα.
- ΕΛΙΝΥΑΕ (2007δ). *Εκτίμηση και πρόληψη επαγγελματικού κινδύνου στη Βιομηχανία Διαμόρφωσης Πλαστικών*, Αθήνα.
- ΕΛΙΝΥΑΕ (2007ε). *Εκτίμηση και πρόληψη επαγγελματικού κινδύνου στην Βιομηχανία Παραγωγής Χρωμάτων*, Αθήνα.
- ΕΛΙΝΥΑΕ (2007στ). *Υγεία και Ασφάλεια κατά τη λειτουργία των εγκαταστάσεων επεξεργασίας υγρών λυμάτων*, Αθήνα.
- ΕΛΙΝΥΑΕ (2008α). *Εκτίμηση και πρόληψη των επαγγελματικών κινδύνων στις αστικές μεταφορές*, Αθήνα.
- ΕΛΙΝΥΑΕ (2008β). *Εκτίμηση και πρόληψη επαγγελματικού κινδύνου σε έργα οδοποιίας*, Αθήνα.
- ΕΛΙΝΥΑΕ (2008γ). *Εκτίμηση και πρόληψη επαγγελματικού κινδύνου στις λιμενικές υπηρεσίες*, Αθήνα.
- ΕΛΙΝΥΑΕ (2008δ). *Εκτίμηση και πρόληψη των επαγγελματικών κινδύνων στις ταχυδρομικές υπηρεσίες*, Αθήνα.
- ΕΛΙΝΥΑΕ (2008ε). *Εκτίμηση του Επαγγελματικού Κινδύνου στις Διοικητικές Υπηρεσίες*, Αθήνα.
- ΕΛΙΝΥΑΕ (2008στ). *Εκτίμηση και Πρόληψη του Επαγγελματικού Κινδύνου στις Τηλεπικοινωνίες - Τηλεφωνικά Κέντρα*, Αθήνα.
- Ewald, Fr. (2000). *Ιστορία του Κράτους Πρόνοιας*, Gutenberg, Αθήνα.
- ΣΕΒ (2013). *Ο τομέας του Μετάλλου: Μηχανισμός διάγνωσης των αναγκών των επιχειρήσεων σε επαγγέλματα*. [www.sev.org.gr](http://www.sev.org.gr) (πρόσβαση Ιούνης 2014).
- Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (EU-OSHA): [www.osha.europa.eu](http://www.osha.europa.eu) (πρόσβαση Ιούνης 2014).
- Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και εργασίας (EUROFOUND): [www.eurofound.europa.eu](http://www.eurofound.europa.eu) (Πρόσβαση Νοέμβρης 2014).
- Σύνδεσμος Επιχειρήσεων για την Ποιότητα και Ανάπτυξη των Κατασκευών (ΣΕΠΑΚ) (2015). *Η σημασία ανάπτυξης τα εμπόδια και το μέλλον του κλάδου των Κατασκευών*, Αθήνα.
- IOBE (2013). *Βιομηχανία Τροφίμων-Ποτών. Facts & Figures*, Αθήνα.
- Ινστιτούτο Ενέργειας Νοτιοανατολικής Ευρώπης (IENE) (2013). *Ενέργεια και απασχόληση στην Ελλάδα*, Αθήνα.
- Μπάγκαβος, Χ. (2012). *Η κατάσταση υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα: Προσδόκιμο επιβίωσης και προσδόκιμο υγείας*. Μελέτες 20, ΙΝΕ-ΓΣΕΕ/ΑΔΕΔΥ: Αθήνα.
- Μιχαλοπούλου, Κ. (1992). *Κλίμακες Μετρήσεων Στάσεων*, Οδυσσέας: Αθήνα.





## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### Κατανομή συνεντεύξεων βάθους ανά κλάδο απασχόλησης του ερωτώμενου

Μεταφορές	8
Κατασκευές	6
Ξενοδοχεία-επισιτισμός-ψυχαγωγία	7
Τρόφιμα Ποτά	1
Υγεία	7
Ασφάλειες	4
Μέταλλο	6
Ενέργεια	5
Εμπόριο	4
ΣΥΝΟΛΟ	48

### Οδηγός συνεντεύξεων

#### Άξονες ερωτημάτων για συνδικαλιστικά στελέχη

- Μπορείτε να μας περιγράψετε συνοπτικά πως επηρεάζει η γενική οικονομική κατάσταση τις συνθήκες υγιεινής και ασφάλειας που επικρατούν στον κλάδο σας;
- Το θεσμικό και πολιτικό πλαίσιο ποια επίδραση ασκεί κατά τη γνώμη σας στην προστασία της υγείας των εργαζομένων;
- Υπάρχουν κάποιες ιδιαιτερότητες στην παραγωγική διαδικασία που προκαλούν κινδύνους για την υγεία των εργαζομένων συγκριτικά με άλλους οικονομικούς κλάδους;
- Μπορούν αυτοί οι κίνδυνοι να αντιμετωπιστούν με μέτρα προληπτικού χαρακτήρα;

Αν ΝΑΙ, τι είδους μέτρα;

- Κατά την άποψή σας το μέγεθος των επιχειρήσεων επιδρά και αν ναι πώς στην προστασία της υγείας των εργαζομένων;
- Το σύστημα αμοιβής της εργασίας στον κλάδο σας επηρεάζει τη διάθεση για εφαρμογή των κανόνων προστασίας της υγείας;
- Έχετε διαπιστώσει κάποιες διαφορές ως προς τη διάθεση τήρησης των κανόνων διασφάλισης της υγείας μεταξύ διαφορετικών ομάδων εργαζομένων (π.χ. άτυπα εργαζόμενοι συγκριτικά με πλήρους απασχόλησης ή μετανάστες συγκριτικά με γηγενείς, νέοι συγκριτικά με ηλικιωμένους κ.ά. Αν Ναι πού οφείλονται κατά την άποψή σας αυτές η διαφορές;

- Ποιες είναι οι αναγνωρισμένες επαγγελματικές ασθένειες στον κλάδο σας;
- Υπάρχουν κάποιες ασθένειες που ενώ προκαλούνται από την εργασία δεν αναγνωρίζονται ως επαγγελματικές;
- Ποια είναι η άποψή σας για το σύστημα ασφάλισης και αποζημίωσης που ισχύει στον κλάδο σας στις περιπτώσεις που έχετε φαινόμενα επαγγελματικών ασθενειών;
- Εφαρμόζονται κάποιοι συγκεκριμένοι κανόνες για την προστασία της υγείας των εργαζομένων στον κλάδο σας;
- Κατά την άποψή σας αυτοί οι κανόνες επηρεάζονται από κάποιους παράγοντες στην εφαρμογή τους (π.χ. μέγεθος ή νομική μορφή επιχείρησης, περιοχή εγκατάστασης κ.ά.).
- Πώς κρίνετε το ρόλο των επιτροπών υγιεινής και ασφάλειας στον κλάδο σας;
- Πώς κρίνετε το ρόλο των γιατρών εργασίας;
- Των τεχνικών ασφάλειας;
- Την επάρκεια και τη χρήση των Μέσων Ατομικής Προστασίας (ΜΑΠ);
- Τις εποπτικές αρχές (π.χ. επιθεωρητές);
- Εφαρμόζονται κάποια ειδικά προγράμματα για την πρόληψη, την προστασία ή και τη βελτίωση της υγείας των εργαζομένων σε επιχειρήσεις του κλάδου σας; Αν ΝΑΙ μπορείτε να μας δώσετε κάποια παραδείγματα;
- Υπάρχουν προγράμματα εκπαίδευσης των εργαζομένων σε ζητήματα προστασίας της υγείας; Μπορείτε να μας τα περιγράψετε με περισσότερες λεπτομέρειες;
- Πώς κρίνεται το ρόλο των στελεχών της διοίκησης στα ζητήματα προστασίας της υγείας των εργαζομένων.
- Τι νομίζετε ότι θα έπρεπε να περιλαμβάνεται ως ελάχιστη και απολύτως αναγκαίος όρος για την προστασία της υγείας των εργαζομένων στον κλάδο σας;
- Τι νομίζετε ότι θα πρέπει να περιλαμβάνει ένα ολοκληρωμένο σχέδιο για την προστασία και τη βελτίωση της υγείας των εργαζομένων στον κλάδο σας;
- Τι νομίζετε ότι θα πρέπει να κάνουν **οπωσδήποτε** οι εργοδότες;
- Τι νομίζετε ότι θα πρέπει να κάνουν **οπωσδήποτε** τα συνδικάτα;
- Τι νομίζετε ότι θα πρέπει να κάνει **οπωσδήποτε** η πολιτεία;

#### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο

Ηλικία

Εκπαίδευση

Χρόνια εργασιακής εμπειρίας

Εμπειρία από ευέλικτη ή άτυπη απασχόληση

Αυτοαπασχόληση ή σε φορείς υπεργολαβίας;

Συνδικαλιστική ιδιότητα

## Αξονες ερωτημάτων προς εργαζόμενους

- Πόσα χρόνια εργάζεστε συνολικά;
- Στην τωρινή σας εργασία;
- Από τη μέχρι σήμερα εμπειρία σας ποια θεωρείτε ότι είναι τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι;
- Ποιοι είναι οι παράγοντες που κατά τη γνώμη σας επιβαρύνουν την υγεία των εργαζομένων;
- Το μέγεθος της επιχείρησης παίζει κάποιο ρόλο στη διασφάλιση της υγείας των εργαζομένων;
- Ο ρυθμός εργασίας επιδρά κατά την άποψή σας στην υγεία;
- Με ποιο τρόπο;
- Τι συνέπειες προκαλεί;
- Το σύστημα αμοιβής σας παίζει ρόλο; Πώς;
- Έχετε διαπιστώσει από την εμπειρία σας ότι υπάρχουν διαφορές στην επιβάρυνση της υγεία των εργαζομένων μεταξύ όσων εργάζονται με πλήρη απασχόληση και όσων είναι και μερικής ή ευέλικτης απασχόλησης;
- Τι γνώμη έχετε για τους γιατρούς εργασίας και τον τρόπο που ασκούν τα καθήκοντά τους;
- Για τους τεχνικούς ασφαλείας;
- Για τους εκπροσώπους των επιτροπών υγείας και ασφαλείας;
- Ποια είναι η γνώμη σας για τις ενέργειες της διοίκησης και της εργοδοσίας αναφορικά με την προστασία της υγείας σας;
- Οι προϊστάμενοι και οι εργοδότες σας πώς αντιμετωπίζουν τα ζητήματα προστασίας της υγείας των εργαζομένων (τώρα και σε προηγούμενες εργασίες);
- Τα μέσα ατομικής προστασίας (ΜΑΠ) νομίζετε ότι είναι επαρκώς διαθέσιμα;
- Σε καλή κατάσταση;
- Κατάλληλα;
- Η διεύθυνση της επιχείρησης σε τι ενέργειες προβαίνει προκειμένου να τα χρησιμοποιείται ανελλιπώς; Σας ενθαρρύνει ή σας αποθαρρύνει για τη χρήσης τους;
- Πόσο συχνά παρακολουθείτε προγράμματα εκπαίδευσης για την προστασία της υγείας και ασφαλεία σας;
- Αν παρακολουθείτε γνωρίζετε ποιος τα χρηματοδοτεί;
- Ποια είναι η γνώμη σας για το περιεχόμενο και τα αποτελέσματά τους;
- Ποια είναι η άποψή σας για την ασφάλιση για τις επαγγελματικές ασθένειες και τις τα μέτρα προστασίας και αποζημίωσης (συντάξεις, ειδικά επιδόματα, ΒΑΕ);
- Αντιμετωπίζετε κάποιο/κάποια προβλήματα υγείας που νομίζετε ότι προκλήθηκε από την εργασία σας; ΑΝ ΝΑΙ θα θέλατε να μας μιλήσετε περισσότερο γι' αυτό; (Πότε το διαπιστώσατε; τι είδους προβλήματα σας δημιούργησε; πως το αντιμετωπίζετε, Αν προσπαθήσατε να αναγνωριστεί ως επαγγελματική ασθένεια και ποιο ήταν το αποτέλεσμα)
- Τι θα μπορούσε να γίνει για να αποφευχθεί;  
Από την πολιτεία;  
Από τους κοινωνικούς συνομιλητές (συνδικάτα-εργοδοσία);  
Από τη διοίκηση της επιχείρησης;  
Από εσάς προσωπικά;

## ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο

Ηλικία

Εκπαίδευση

Χρόνια εργασιακής εμπειρίας

Εμπειρία από ευέλικτη ή άτυπη απασχόληση

Αυτοαπασχόληση ή σε φορείς υπεργολαβίας;

Μέλος σωματίου ή επιτροπής υγιεινής και ασφάλειας τώρα ή στο παρελθόν;







ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ  
2007-2013  
**ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ  
ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ**



ISBN: 978-960-9571-68-5