

Ο ρόλος της επαγγελματικής υγιεινής και οι δράσεις της ιατρικής της εργασίας στο σύγχρονο καταμερισμό εργασίας

Θ.Κ. Κωνσταντινίδης

Ειδικός ιατρός εργασίας, επίκουρος καθηγητής Υγιεινής στο Εργαστήριο Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος του Τμήματος Ιατρικής στο Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης και αντιπρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Ιατρικής της Εργασίας και Περιβάλλοντος.

Οι αυτονόητες δράσεις της Ιατρικής αφορούν είτε τη θεραπεία νοσημάτων (σε περιστατικά που έχουν ήδη εκδηλώσει ασθένεια), είτε την πρόληψη νοσημάτων (προτού εμφανισθούν περιστατικά). Όσο οξύμωρο κι αν εμφανίζεται, το πλέον εύληπτο ως αποδοτικό για το κοινωνικό σύνολο είναι το να θεραπεύονται τα νοσήματα... Τότε νοείται αναίρεση της ασθένειας (ως επιφανόμενο της απουσίας της υγείας), μέσα από συγκεκριμένη ιατρική δράση, διατηρώντας μάλιστα μέρος της αίγλης του μάγου-γιατρού στους ασκούντες την ιατρική. Έτσι φαίνεται να θριαμβεύει η ιατρική, αν μάλιστα αυτό συνδυαστεί με την αποτελεσματικότητα των σύγχρονων ιατρικών επιτευγμάτων που σχετίζονται κυρίως με τη δραστηριότητα φαρμάκων και τις νεώτερες εφαρμογές της χειρουργικής. Στις σύγχρονες κοινωνίες έχει μεγεθυνθεί ο ρόλος της λεγόμενης θριαμβεύουσας ιατρικής, με την εμπλοκή της στην ανάπτυξη και κατανάλωση σύγχρονης τεχνολογίας. Μεγάλο μέρος του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος στις αναπτυγμένες κατά το βιομηχανικό πρότυπο χώρες, απορροφάται από τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας, που έχουν αναπτυχθεί μονόπλευρα κυρίως στον τομέα της θεραπείας ήδη εκδηλωμένων νοσημάτων. Έτσι η υγεία αντιμετωπίζεται με εκτιμητές αρνητικούς, δηλαδή μετρίεται η απουσία της (ως εμφάνιση νοσήματος, είτε αναπηρίας). Μια τέτοια προσέγγιση είναι η πιο κατανοητή, για τον λόγο αυτόν, δεν αποφεύγεται άλλωστε και στον ορισμό της υγείας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), όπως διατυπώθηκε προ πενήντα ετών περίπου: **Υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας.** Είναι όντως λοιπόν από

τους πρωταρχικούς ρόλους της ιατρικής, η θεραπεία περιστατικών που εμφάνισαν νόσημα. Ο ιατρός επομένως έχει να ασχοληθεί πρωτίστως με την ίαση (από όπου η ετυμολογία της λέξης).

Μια τέτοια θεώρηση παραβλέπει σε μεγάλο βαθμό τα αίτια (του νοσήματος), που μπορεί να είναι βιολογικά ή μη. Άλλωστε η εμφάνιση των νοσημάτων αποτελεί μια αμφίδρομη σχέση ανάμεσα στον οργανισμό και το περιβάλλον του.

Οι λεγόμενοι χωροβιονομικοί παράγοντες, αφορούν κυρίως τις συνθήκες διαβίωσης και εργασίας των πολιτών και είναι πλέον σαφές ότι υφίστανται κοινωνιογενή νοσήματα, η εμφάνιση των οποίων σχετίζεται με το κοινωνικό και οικονομικό πλαίσιο. Η διερεύνηση των παραμέτρων αυτών από την πλευρά της ιατρικής, δεν είναι ακαδημαϊκού χαρακτήρα, αλλά έχει στόχο τον προσδιορισμό προτεραιοτήτων για μη εμφάνιση νοσημάτων, επομένως την οριοθέτηση στρατηγικής για την εφαρμογή πρόληψης. Μια τέτοια κουλτούρα πρώιμα εμφανίσθηκε (κάλιον το προλαμβάνει ή το θεραπεύει), αλλά έρχεται πάντοτε ως δευτερεύον στοιχείο των ιατρικών δράσεων. Ως επικουρικό στοιχείο, εκεί όπου προτεραιότητα είναι η άμεση δράση, τα χειροπιαστά αποτελέσματα, δηλαδή η εφαρμογή θεραπειών. Μοιάζει λοιπόν νάναι πολυτέλεια η πρόληψη και φαίνεται να μπορεί να ασκηθεί κατά έναν ερασιτεχνικό τρόπο από αυτούς που κατά κύριο λόγο μπορούν να θεραπεύσουν.

Άλλωστε, η συνήθης εικόνα που προσλαμβάνουμε καθημερινά για την Ιατρική είναι αυτή της εφαρμοσμένης διάστασής της, που με τις δραστηριότητες της παρεμβάσεις επιτυγχάνει τη θεραπεία νοσημάτων. Έτσι η Ιατρική συνήθως ασχολείται με ασθενείς και όχι με υγιείς. Ασχολείται με ίαση

και όχι με πρόληψη. Προτού εκδηλωθεί κλινική συμπτωματολογία, πρακτικά δεν νοείται νόσημα, ούτε για τον καταναλωτή υπηρεσιών φροντίδας υγείας, ούτε και για τον ιατρό. Ωστόσο, οι παθολογοανατομικές μεταβολές έχουν ήδη ξεκινήσει. Ο χρόνος μεταξύ της εκκίνησης των αλλοιώσεων και της κλινικής εκδήλωσης του νοσήματος, δεν αξιοποιείται συνήθως από άποψη ιατρικής φροντίδας. Είναι όμως μερικές ιατρικές ειδικότητες, αυτές της λεγόμενης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που ασχολούνται όχι με ασθενείς, αλλά κυρίως με υγιείς πολίτες. Τέτοιες ειδικότητες είναι η Κοινωνική Ιατρική, η Δημόσια Υγιεινή, η Ιατρική της Εργασίας και ένα κομμάτι της Γενικής Ιατρικής.

Για τις ειδικότητες της Πρωτοβάθμιας Υγείας, το κύριο μέλημα είναι ο σχεδιασμός και η εφαρμογή της πρόληψης σε πληθυσμιακή βάση και όχι η θεραπεία της ήδη εκδηλωμένης νόσου μεμονωμένων περιστατικών, που έχει διορθωτικό χαρακτήρα. Δηλαδή να διορθωθούν οι νοσούντες οργανισμοί, για να επιστρέψουν στις συνθήκες, όπου ακριβώς δημιουργήθηκε η ασθένεια...

Η αντιμετώπιση του νοσήματος σε πληθυσμιακή βάση, αποτελεί ολιστική αντιμετώπιση των αναιρέσεων της υγείας. Για την Ιατρική της Εργασίας ειδικότερα, είναι αναγκαιότητα η επιδημιολογική διερεύνηση των νοσημάτων στο χώρο εργασίας, όχι για την ακαδημαϊκή ερευνητική περιγραφή, αλλά για την οριοθέτηση των προτεραιοτήτων της πρόληψης και θα συμπληρωθεί με τη διατήρηση και την παραγωγή της υγείας.

Όμως η πρόληψη έχει συγκεκριμένο τεχνικό χαρακτήρα και δεν αφορά ασθενείς, αλλά πρωτίστως υγιείς πολίτες. Μπορεί να είναι είτε **πρωτογενής πρόληψη** (πριν την εμφάνιση νόσου) και αφορά την προφύλαξη είτε αποφυγή έκθεσης σε παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε νόσημα. Η **δευτερογενής πρόληψη** μπορεί να εφαρμοσθεί ως προσυμπτωματικός έλεγχος, πριν την κλινική εκδήλωση νόσου (ενώ έχουν ήδη ξεκινήσει οι λεγόμενες παθολογοανατομικές αλλοιώσεις). Η πρόθεση είναι να προκύψει πρώιμα διάγνωση, ώστε να εφαρμοσθεί έγκαιρα θεραπεία με τα βέλτιστα αποτελέσματα για την καλύτερη πρόγνωση της έκβασης του νοσήματος. Τέλος η **τριτογενής πρόληψη** αναφέρεται κυρίως σε κλινικές δράσεις (αποφυγή νέας νόσου, επανένταξη) και εφαρμόζεται μετά την εμφάνιση νόσου.

Οι διαδικασίες της πρόληψης δεν αποτελούν επικουρικό και συμπληρωματικό στοιχείο των θεραπευτικών δράσεων, αλλά έχουν τον αυτόνομο χαρακτήρα τους. Οι απαιτήσεις για την εφαρμογή της παρουσιάζουν μάλιστα ορισμένες ιδιαιτερότητες, αφού σε αντιπαράθεση προς το κλασικό

σχήμα, δεν προσέρχεται ο ασθενής στον ιατρό ζητώντας την άμεση και δραστική του παρέμβαση, αλλά αντίθετα η ιατρική υπηρεσία αναζητά τους πολίτες για να ασκήσει δράσεις που δεν φαίνεται να είναι άμεσα απαραίτητες, αλλά έχουν χαρακτήρα απώτερων αποτελεσμάτων.

Το παράδειγμα της Ιατρικής της Εργασίας στο πεδίο αυτό είναι το ενδεικτικότερο: στα πλαίσια του **φαινομένου του υγιούς εργαζομένου** (healthy worker effect), η ειδικότητα αυτή, στο κύριο πεδίο άσκησης της (τους χώρους εργασίας), δεν συναντά ασθενείς, αλλά κατά τεκμήριο υγιείς εργαζόμενους. Προ πολλού έπαψε να έχει ασθενείς η Ιατρική της Εργασίας, καθώς με την εφαρμογή τεχνικής πρόληψης, όπως προέκυπτε από την εξέλιξη της επιστήμης και της τεχνολογίας, δεν εμφανίζονταν περιστατικά νοσημάτων, ιδίως κατά τη διάρκεια του ενεργού εργασιακού βίου. Για παράδειγμα, η εφαρμογή τεχνικής πρόληψης, όπως αυτή απορρέει από τη νομοθεσία, οδήγησε μεταπολεμικά σε περιορισμό των πνευμονοκονιάσεων. Προ πολλού άρχισαν να περιορίζονται οι Κλινικές Ιατρικής της Εργασίας ή να μετασχηματίζονται σε Ινστιτούτα με μικρό κλινικό τμήμα, στις δυτικοευρωπαϊκές χώρες με παράδοση στην ιατρική αυτήν εξειδίκευση (Μεγάλη Βρετανία, Ιταλία). Σταδιακά περιοριζόταν οι ασθενείς της Ιατρικής της Εργασίας, όταν άρχισαν να φαίνονται τα αποτελέσματα της εκτεταμένης εφαρμογής μέτρων προστασίας στους χώρους εργασίας, με σχήματα πρόληψης που οι ίδιοι οι Ιατροί Εργασίας σχεδίασαν και εφάρμοσαν, αλλά όχι πάντα μόνοι τους. Το **πολυεπισιακό** (multidisciplinary) της αντιμετώπισης των προβλημάτων υγιεινής και ασφάλειας στο χώρο εργασίας, πρωίμως έδειξε την αναγκαιότητα συνεργασίας με μηχανικούς. Το ίδιο έχουμε να εφαρμόσουμε σήμερα με την **ανάλυση επικινδυνότητας** (risk assessment analysis) των θέσεων εργασίας.

Ιδιαίτερα στην περίοδο της Υγειονομικής Μηχανικής τέτοιες συνεργασίες, οδήγησαν στον δραστικό περιορισμό των λοιμωδών και παρασιτικών νοσημάτων με την εξυγίανση του περιβάλλοντος, πάλι σε συνεργασία με μηχανικούς. Περιορίζεται έτσι το αντικείμενο της Ιατρικής, αφού περιορίζονται τα νοσήματα. Αντίστοιχα, η πρόληψη που συντελείται με τους μαζικούς εμβολιασμούς στα πλαίσια της Δημόσιας Υγείας, περιορίζει το αντικείμενο της ίδιας της Ιατρικής, με πρώτη ματιά. Είναι επομένως σαφείς οι συγγένειες των ειδικοτήτων που προαναφέρθηκαν με την Προληπτική Ιατρική και τη Δημόσια Υγεία - Δημόσια Υγιεινή. Γενικότερα, έπαιψαν να υπάρχουν ειδικές κλινικές επαγγελματικών νοσημάτων σε ολόκληρη την Ευρώπη και μετασχηματίστηκαν σε ινστι-

τούτα επαγγελματικής ιατρικής με ισχνό κλινικό τμήμα και σαφή στροφή στην πρόληψη. Έπαψε άραγε να έχει αντικείμενο η Ιατρική της Εργασίας; Ο περιορισμός των κλινικών δράσεων της Ιατρικής της Εργασίας, που νομοτελειακά αναμενόταν, λόγω των προληπτικών δράσεων, συντελέσθηκε με την ταυτόχρονη διεύρυνσή της στην επιτήρηση της υγείας των εργαζομένων και του περιβάλλοντος εργασίας.

Επιπλέον η υπερεξειδίκευση στην Ιατρική, οδήγησε σε μεθοδολογικά προβλήματα, που σχετίζονται με τον κατακερματισμό της επιστήμης αυτής και την ανυπαρξία ολιστικής αντιμετώπισης του αντικείμενου της, που είναι η υγεία των πολιτών. Την εξειδίκευση της ιατρικής ακολούθησαν και οι επιλογές των καταναλωτών υπηρεσιών παροχής φροντίδας υγείας. Λογικό είναι, λοιπόν, ο πολίτης να αναζητά υπερεξειδικευμένους ιατρούς, θεωρώντας ότι αυτοί είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικότερα το ειδικό πρόβλημά του. Έτσι ωστόσο αφανίζεται ο ρόλος του λεγόμενου οικογενειακού ιατρού, που ουσιαστικά έχει γενική θεώρηση των προβλημάτων υγείας του πληθυσμού αναφοράς του. Πολύ περισσότερο τέτοιου τύπου ζητήματα έχουν απασχολήσει εξαρχής την σχετικά νέα ειδικότητα της Ιατρικής της Εργασίας. Για τη συγκεκριμένη υπέρταση ενός εργαζόμενου αρμόδιος να τη θεραπεύσει δεν είναι ο ειδικός υπερτασιολόγος; Ο οποίος όμως πιθανόν να παραβλέψει παράγοντες γενεσιουργούς του νοσήματος που δεν αναιρούνται με θεραπευτικές - φαρμακευτικές δράσεις, τις οποίες όμως θα μπορούσε να αντιληφθεί ο Ιατρός Εργασίας, ως εκ της θέσεώς του στο περιβάλλον της εργασίας... Είναι άραγε ο Ιατρός Εργασίας με την έννοια αυτήν ο Γενικός Ιατρός στο χώρο εργασίας και επομένως αρμοδιότητά του είναι να μετράει πιέσεις; Δεν θα λειτουργούσε με τον τρόπο αυτόν, ως μικρός κλινικός, άπειρος και ερασιτέχνης σε έναν βαθμό (μέσα στο συγκεκριμένο σημερινό πλαίσιο της κρίσης της εξειδίκευσης της Ιατρικής). Ασφαλώς και έχει να προσφέρει μια πρώτη προσέγγιση του νοσήματος, αλλά αν αυτό είναι το βασικό του αντικείμενο τότε θα λειτουργεί ως τροχονόμος ασθενών και νοσημάτων. Άλλωστε δεν θα είναι ειδικός σε κανένα νόσημα και πάντα θα εμπλέκεται σε πεδία όπου άλλοι είναι υπερεξειδικευμένοι. Έχει άραγε ο Ιατρός Εργασίας το δικό του αυτόνομο πεδίο δράσης για να εφαρμόσει αμιγώς δικές του διαδικασίες στην αναγνώριση και αντιμετώπιση των νοσημάτων στο χώρο εργασίας; Κάτι τέτοιο δεν παραβλέπει ασφαλώς το ρόλο που έχουν να διαδραματίσουν οι κλινικοί ιατροί στα επαγγελματικά νοσήματα. Άλλωστε πολλά οφείλει η Ιατρική

της Εργασίας, ιδιαίτερα στα πρώτα βήματά της στους **ευαισθητοποιημένους κλινικούς** (alerted clinicians) για το ρόλο που διαδραμάτισαν στην αναγνώριση της σχέσης του επιπέδου υγείας και της εργασίας.

Στο πλαίσιο αυτό, ποιές μπορεί να είναι άραγε οι αρμοδιότητες του **Ιατρού Εργασίας** (Occupational Physician), αλλά και γενικότερα του **Ιατρού Επιχείρησης** (Company Physician); Η νομοθεσία τις περιγράφει επαρκώς, αλλά χρήσιμο είναι να συμβουλευθεί κανείς και τη διεθνή βιβλιογραφία.

Παρακάτω περιλαμβάνεται ένα μνημόνιο για τις επιστημονικές αρμοδιότητες και δραστηριότητες του Ιατρού Εργασίας, όπως συντάχθηκε από επιτροπή ειδικών μιας από τις μεγαλύτερες Επιστημονικές Εταιρείες της Εργασίας, της **Αμερικανικής Ένωσης Ιατρικής της Εργασίας** (American Occupational Medical Association - AOMA) Κολεγίου Επαγγελματικής και Περιβαλλοντικής Ιατρικής (American College of Occupational and Environmental Medicine - ACOEM):

1. Αρχική εξέταση εργαζομένων, μετά την πρόσληψη και πριν την τοποθέτηση σε θέση εργασίας.
2. Περιοδικές εξετάσεις και εφαρμογή **μεθόδων διαλογής** (screening tests) για προσυμπτωματικό έλεγχο νοσημάτων.
3. Εμβολιασμοί εργαζομένων.
4. Συμβουλευτικές υπηρεσίες σε άλλες μονάδες της εταιρείας.
5. Έρευνα των περιβαλλοντικών παραμέτρων του χώρου εργασίας.
6. Στενή συνεργασία με τους οικογενειακούς ιατρούς της κοινότητας.
7. Συνεργασία με τις τοπικές υπηρεσίες δημόσιας υγιεινής.
8. Εκπαίδευση εργαζομένων σε θέματα υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας.
9. Συμβολή στην **επιδημιολογική επιτήρηση** (epidemiological surveillance) των ομάδων κινδύνου.
10. Ιατρική επιτήρηση και επαγρύπνηση για τη χρήση των ατομικών μέσων προστασίας.
11. Διασφάλιση της εμπιστευτικότητας και του απόρρητου των εγγραφών που τηρούνται από τον Ιατρό Εργασίας.
12. Επιστημονική συμβολή στην ερμηνεία και εφαρμογή της νομοθεσίας.
13. Ιατρική συμβολή στα προβλήματα των εργαζομένων σε σχέση με απουσιασμό από την εργασία για λόγους υγείας.
14. Προσδιορισμός των κινδύνων για την υγεία από τα παραγόμενα από την εταιρεία προϊό-

- ντα.
15. Εκπαίδευση εργαζομένων σε θέματα πρώτων βοηθειών στο χώρο εργασίας.
 16. Συμβουλευτική και εκπαίδευση των εργαζομένων σε ζητήματα ιατρικού ενδιαφέροντος.
 17. Επιθεώρηση των χειρισμών σε τρόφιμα και των πρακτικών υγιεινής σε εγκαταστάσεις εστίασης.
 18. Γνωματεύσεις προς την εργοδοσία για συμπτώματολογία εργαζομένων και για τις βιολογικές αντοχές τους.
 19. Έρευνα σε σχετιζόμενα πεδία.

Ιδιαίτερα πρέπει να επισημανθεί ο ρόλος του Ιατρού Εργασίας στο θέμα των εμβολιασμών, που από ό,τι φαίνεται είναι από τα πρωτεύοντα ζητήματα, αφού ιεραρχείται αμέσως μετά την **αρχική εξέταση** (initial examination) και τον **περιοδικό έλεγχο** (periodic examinations) της υγείας των εργαζομένων. Από τη σκοπιά της Δημόσιας Υγιεινής, για όποιο νόσημα υφίσταται εμβόλιο για άσκηση πρόληψης είναι απαραίτητο να εφαρμόζεται, λαμβάνοντας υπόψη βέβαια μια σχετική **ανάλυση κόστους - αποτελεσματικότητας** (cost - effectiveness analysis).

Ιδιαίτερα για τους εμβολιασμούς ενηλίκων στο χώρο εργασίας, ο ρόλος τους είναι διπλός. Είτε ως πρωτογενής πρόληψη για τους εργαζόμενους, ανάλογα με την επαγγελματική τους έκθεση (λόγου χάρη τέτανος σε θέσεις εργασίας όπου χρησιμοποιείται κοπίδι, είτε υφίσταται επαφή με χώμα), είτε ως διασφάλιση ποιότητας στα παραγόμενα προϊόντα, ώστε να μη διασπείρονται λοιμώδη νοσήματα στο γενικό πληθυσμό (λόγου χάρη ηπατίτιδα Α από χειριστές τροφίμων).

Στο πεδίο των εμβολιασμών είναι ολοφάνερη η συναρμογή της Ιατρικής της Εργασίας με ζητήματα ποιότητας και ασφάλειας κατά την εργασία.

Ενδεικτικά παρατίθενται παρακάτω στοιχεία νοσηλειών για τέτανο στην Ελλάδα (Πίν. 1 και Σχ. 1), με βάση τις εγγραφές της ΕΣΥΕ, που προέρχονται από τα πρωτογενή δεδομένα της νοσηλευτικής κίνησης των δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων της χώρας μας.

Η χώρα μας παρουσιάζει την εικόνα του να εμφανίζει περιστατικά τετάνου, αλλά και θανάτους από τέτανο.

Παρά το γεγονός ότι ο κοινωνικός καταμερισμός της εργασίας μεταξύ των δύο φύλων οδηγεί τις θήλεις σε ισχνότερης επικινδυνότητας θέσεις εργασίας, φαίνεται να υπερτερούν στις παραγωγικές ηλικίες για νοσηλείες τετάνου συγκριτικά με τους άρρενες. Και το επιδημιολογικό μυστικό είναι προφανώς ο εμβολιασμός στη στρατεύσιμη ηλικία.

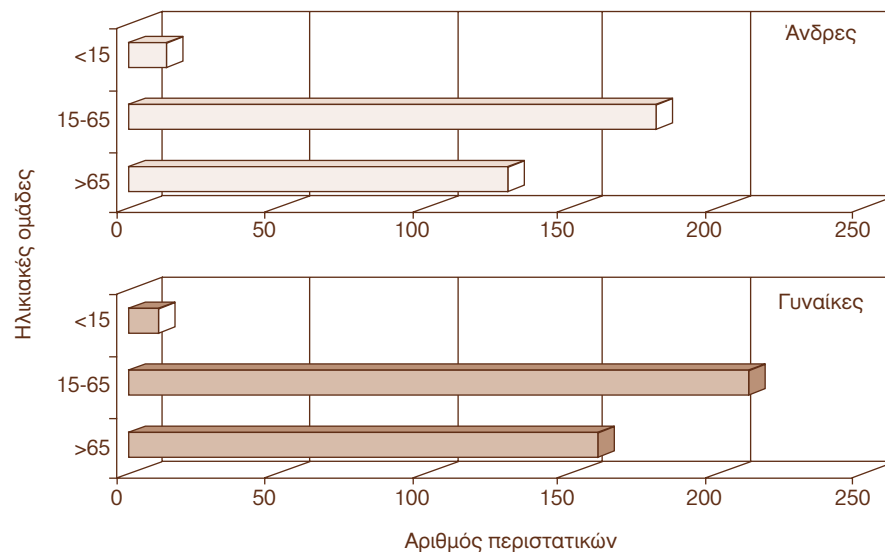
Κανενός είδους νομοθεσία δεν είναι απαραίτητη (υφίσταται πάντως...) για την εφαρμογή της επιστημονικής γνώσης που ανανεώνεται από τη βιβλιογραφία και δεν οριοθετείται από κρατικές εντολές, ούτε από κατευθυντήριες οδηγίες ασφαλιστικών φορέων, παρά μόνο ίσως (γιατί συζητιέται ακόμα και αυτό) από **κατευθυντήριες γραμμές** (guidelines) επιστημονικών ενώσεων.

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι βαρύνουσα σημασία έχει η συμβουλευτική στάση του Ιατρού Εργασίας στη μεταβολή της παραγωγικής διαδικασίας, καθώς και ο κυριαρχικός ρόλος του στην αλλαγή θέσης εργασίας των εργαζομένων. Οι δράσεις αυτές δίνουν μια σφαιρική διάσταση στην αντιμετώπιση του νοσήματος μέσα στις πε-

Πίνακας 1. Κατανομή κατά φύλο και ηλικία των νοσηλευθέντων περιστατικών για τέτανο στην Ελλάδα (1980-1997), με βάση τις καταγραφές εξελθόντων ασθενών από τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας, κατά διάγνωση. Ασφαλώς υπερτερούν τα περιστατικά που αφορούν τις θήλεις στις ηλικίες που αφορούν τον ενεργό εργασιακό βίο, παρά το γεγονός ότι λόγω κοινωνικού καταμερισμού της εργασίας η παρουσία των γυναικών σε επαγγελματικές ενασχολήσεις υψηλής επικινδυνότητας είναι υποδεέστερη αυτής των ανδρών. [Πηγή: ΕΣΥΕ]

Ανδρες	1997	1996	1995	1994	1993	1992	1991	1990	1989	1988	1987	1986	1985	1984	1983	1982	1981	1980	80-97
<15	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	5	2	1	1	12
15-65	8	8	6	2	4	17	11	6	17	12	4	5	3	19	20	13	14	10	179
>65	14	9	3	8	0	5	8	11	1	3	8	8	6	11	5	10	12	7	129
σύνολο	22	17	9	11	4	23	19	17	19	15	12	13	9	30	30	25	27	18	320

Γυναίκες	1997	1996	1995	1994	1993	1992	1991	1990	1989	1988	1987	1986	1985	1984	1983	1982	1981	1980	80-97
<15	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	3	10
15-65	12	11	16	11	18	12	16	9	10	7	10	6	10	9	15	11	11	17	211
>65	19	9	9	18	6	1	9	2	12	8	12	6	13	11	5	10	7	9	159
σύνολο	24	20	26	29	25	13	27	11	22	15	22	12	24	20	20	23	18	29	380



Σχήμα 1. Διαγραμματική παρουσίαση της κατανομής κατά φύλο και ηλικία των νοσηλευθέντων περιστατικών για τέτανο στην Ελλάδα (1980-1997) με βάση τις καταγραφές εξελθόντων ασθενών από τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας, κατά διάγνωση, όπως φαίνονται στον Πίνακα 1. [Πηγή: ΕΣΥΕ].

ριβαλλοντικές και κοινωνικές συνθήκες, όπου αυτό δημιουργείται. Η λεγόμενη αρχική εξέταση αποτελεί κυρίως εξέταση αναφοράς της κατάστασης υγείας των εργαζομένων και επομένως πρέπει να γίνεται αμέσως μετά την πρόσληψη και σε καμιά περίπτωση πριν από αυτήν. Ενώ ο ρόλος της περιοδικής εξέτασης των εργαζομένων στοχεύει ακριβώς στη συνεχή επιτήρηση της υγείας των εκτιθέμενων σε παράγοντες επικινδυνότητας σχετιζόμενους με την εργασία.

Το σύγχρονο κοινωνικό και οικονομικό πλαίσιο οριοθετεί τις δράσεις της Ιατρικής Εργασίας στο χώρο εργασίας ως αποτέλεσμα συνεργασίας πολυεπιστημικής, με εργασία σε ομάδα, για την ολιστική αντιμετώπιση των προβλημάτων της υγείας κατά την εργασία. Δείχνει μάλιστα ότι τα προβλήματα υγείας που πρωτίστως θα εμφανισθούν σε εργαζόμενους (κατά την παραγωγή και κάτω από υψηλά επίπεδα έκθεσης), με αντίστοιχη μορφή πιθανόν να παρουσιαστούν και στον τελικό καταναλωτή των προϊόντων (καθώς εκτίθεται σε μικρότερες συγκεντρώσεις αλλά για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα και χωρίς προφυλάξεις). Τέτοια πολυεπίπεδα παραδείγματα εφαρμογών των δράσεων της Ιατρικής της Εργασίας είναι από παλιά γνωστά με κυριότερα την εξόρυξη και τις χρήσεις αμιάντου, αλλά και πλέον πρόσφατα όπως τα προβλήματα υγείας τα σχετιζόμενα με προϊόντα κατασκευασμένα από latex (καουτσούκ). Τα προβλήματα αυτά αναδεικνύουν άλλωστε και τις συγγένειες της Ιατρικής της Εργα-

σίας με την Περιβαλλοντική Ιατρική και τη Δημόσια Υγιεινή. Αντίστοιχης διάστασης ζήτημα προσέκυψε πρόσφατα με την ανθρώπινη μορφή της σπογγώδους εγκεφαλοπάθειας στη βιομηχανία παραγωγής κρέατος (ιδιαίτερα της Μεγάλης Βρετανίας).

Όπως είναι γνωστό άλλωστε, νέες μέθοδοι παραγωγής αλλά και νέες ουσίες, περνούν στην παραγωγή, χωρίς να έχουν ελεγχθεί για την ασφάλειά τους, ούτε στους εργαζόμενους, ούτε στους καταναλωτές. Από το σημείο αυτό ξεκινά η αναγκαιότητα να λειτουργήσει η έρευνα για την Ιατρική της Εργασίας ως ρουτίνα...

Ένα άλλο θέμα που απασχολεί στις μέρες μας την Ιατρική της Εργασίας είναι οι τρέχουσες εξελίξεις στο επιστημονικό πεδίο της Μοριακής Βιολογίας και τα σημαντικά ηθικά προβλήματα που έχει να αντιμετωπίσει στο χώρο της εργασίας. Το ερώτημα για τη Μοριακή Βιολογία είναι: **Να προεπιλέξει κανείς το γενετικό υλικό των απογόνων του, αποφεύγοντας ορισμένους συνδυασμούς γενετικού υλικού;** Το αντίστοιχο ερώτημα για την Ιατρική της Εργασίας θα μπορούσε να διατυπωθεί: **Να επιλέξει κανείς τους εργαζόμενους, με τον αποκλεισμό κάποιων από την εργασία, με βάση το γενετικό τους υλικό, ώστε να διαλέξει τους πλέον ανθεκτικούς για συγκεκριμένες συνθήκες εργασίας;**

Για την Ιατρική της Εργασίας (και υφίσταται και νομοθετική κατοχύρωση τουλάχιστο στη χώρα μας): ο ιατρικός έλεγχος της υγείας των ερ-

γαζομένων δεν μπορεί σε καμιά περίπτωση να αποτελεί διαδικασία επιλογής στην αναζήτηση του “υπεράνθρωπου” – εργαζόμενου από πληθώρα υποψηφίων. Βέβαια είναι διαφορετική η προσέγγιση που αφορά την εξέταση προς ικανότητα κατά θέση εργασίας.

Ταυτόχρονα συντελούνται διεθνώς αλλαγές στην εργασία, οι οποίες μεταβάλλουν και το ρόλο της Ιατρικής της Εργασίας: παγκοσμιοποίηση, νέες μορφές και μέθοδοι εργασίας, όπως η εργασία στο σπίτι, το ελαστικό ωράριο, η εργασία με το κομμάτι, η μερική απασχόληση, η τηλεργασία... Πρακτικά με τις εξελίξεις αυτές:

- περιορίζεται ο ρόλος του εργοστασίου ως κεντρικού πυρήνα της παραγωγής,
- κατακερματίζεται η έννοια της εργασίας, με τον τρόπο που ήταν μέχρι τώρα αντιληπτή.
- ανατρέπεται η κλασική εικόνα της έκθεσης σε παράγοντες επικινδυνότητας στην εργασία που αφορούσε οκτάωρη πενήνήμερη απασχόληση εντός της παραγωγικής μονάδας, σύμφωνα με το **Διεθνές Γραφείο Εργασίας** (International Labour Office - ILO).

Επίσης εμφανίζονται αλλαγές στον διεθνή καταμερισμό εργασίας που και αυτές μεταβάλλουν το ρόλο της Ιατρικής της Εργασίας:

- συρρικνώνεται ο παραγωγικός βιομηχανικός τομέας στις χώρες που θεωρούνται αναπτυγμένες (κατά το βιομηχανικό πρότυπο),
- με ταυτόχρονη υπερανάπτυξη των υπηρεσιών στις χώρες αυτές,
- ενώ η παραγωγή μετατίθεται στον αναπτυσσόμενο κόσμο.

Αλλά παρουσιάζονται αλλαγές και στην οργάνωση της εργασίας που πρέπει να ληφθούν υπόψη για τη διαμόρφωση του νέου ρόλου της Ιατρικής της Εργασίας.

- αυτοματοποίηση της παραγωγής,
- εντατικοποίηση των ρυθμών εργασίας,
- ελαστικοποίηση της αγοράς εργασίας,

Τέλος στις αναπτυγμένες κατά το βιομηχανικό πρότυπο χώρες βρίσκονται σε εξέλιξη δημογραφικές πιέσεις στην αγορά εργασίας που επίσης μεταβάλλουν το ρόλο της Ιατρικής της Εργασίας:

- γήρανση του εργατικού δυναμικού,
- συμμετοχή γυναικών στην αγορά εργασίας,
- ισχυρή παρουσία μεταναστών.

Σε όλα τα παραπάνω, καθώς μεταβάλλονται οι παράγοντες οι γενεσιουργοί των νοσημάτων, η

Ιατρική της Εργασίας αναγκαστικά μεταβάλλει το ρόλο της. Καθώς φαίνεται ότι παρατείνεται ο ενεργός εργασιακός βίος, νοσήματα που στο παρελθόν δεν εκδηλώνονταν, αναμένεται ότι πλέον θα εμφανίζονται σε εργαζόμενους πριν τη συνταξιοδότησή τους. Αυτό ωθεί προς επίταση των διαδικασιών πρόληψης (τεχνικής και ιατρικής). Επιπλέον οι βιολογικές ιδιαιτερότητες των ηλικιωμένων, των γυναικών και των μεταναστών πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την άσκηση της Ιατρικής της Εργασίας. Οι απαιτήσεις για ανάπτυξη προληπτικών σχημάτων γίνονται επιτακτικότερες, καθώς όλο και περισσότερα ιατρικά προβλήματα εμφανίζονται προοίους της ηλικίας.

Η γενική εικόνα είναι ότι έπαψαν τα νοσήματα να απασχολούν την Ιατρική στο χώρο της εργασίας και ταυτόχρονα το δημονοσολογικό πρότυπο έχει μεταβληθεί στις σύγχρονες κοινωνίες τις αναπτυγμένες κατά το βιομηχανικό πρότυπο στα πλαίσια μιας ύστερης φάσης της **επιδημιολογικής μετάβασης** (epidemiological transition). Ωστόσο, τα νοσήματα είναι ακόμα εδώ... Η Ιατρική της Εργασίας έχει να αντιμετωπίσει πιο περίπλοκα ζητήματα μέσα από τους νέους δρόμους που προχωράει, αυτούς της πρόληψης, εξερευνώντας το αμιγώς δικό της πεδίο δράσης.

Βιβλιογραφία

- ACOEM (American College of Occupational and Environmental Medicine) - Occupational Medical Committee (Perry G., Clever L., Ducatman A., Anstadt G., Hammel R., Chase K., Whorton D., Schwerha J., Hodgson M. and Milroy W.) [1992], Scope of Occupational and Environmental Health, Programs and Practice. Consensus Opinion Statement. J Occup Med. 34(4): 22-27.
- AOMA (American Occupational Medicine Association) - Occupational Medical Practice Committee of [1979], Committee Report. Scope of occupational health programs and occupational medical practice. J Occup Med 21(10): 497-499.
- Barbini N., Squadroni R. [2000], ESTEV study on relationship between health, work and aging in Italy. [Article in italian, english abstract]. Med Lav. 91(4): 366-378.
- Constantinidis T.C. [2002], Occupational medicine and public health in a multiethnic Europe in transition. Balkan public health care series. Vol. 6. Public Health and migration. pp. 79-92. Ed. Ministry of Health and Welfare, Greece, National School of Public Health. Athens.
- Ducatman A.M. [1990], What is environmental medicine? J Occup Med. 32(12): 1130-1131.
- Gochfeld M., Becker C.E. [1990], What's in a na-

- me: taking poetic license with occupational and environmental medicine. *J Occup Med.* 32(12): 1108-1109.
- Guidotti T.L., Cowell J.W.F. [1989], The occupational health care system: an overview. *Occup Med.* 4(2): 153-169.
 - Ζημάλης Ε. [2002], Ιατρική της Εργασίας και του Περιβάλλοντος. 2η έκδοση. σσ. 473. Εκδ. Α.Ε. Τιμμένων ΤΙΤΑΝ. Αθήνα.
 - Imbus H.R. [1988], Is occupational medicine a specialty? *Am J Ind Med.* 14(1): 109-116.
 - Κωνσταντινίδης Θ.Κ. [2002], Ιατρική της Εργασίας και Δημόσια Υγιεινή σε μια πολυεθνή Ευρώπη υπό μετάβαση. Με βάση την εισήγηση στην: 11η Συνάντηση του Forum ??? την Υγεία και τις Πολιτικές Υγείας, που διοργανώθηκε από το Υπουργείο Υγείας Κύπρου και την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, (Λευκωσία, 14-16 Ιουνίου 2001). Σειρά εκδόσεων για τη Δημόσια Υγεία και τη Φροντίδα Υγείας στα Βαλκάνια. Τόμ. 6. σσ. 87-102. Εκδ. Υπουργείο Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Αθήνα.
 - Λινού Α. [1996], Επιδημιολογία και Πρόληψη Επαγγελματικών Νοσημάτων. σσ. 240. Εκδ. Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών.
 - Μερίκας Γ.Ε. [1993], Κύρια προβλήματα της προληπτικής ιατρικής στην Ελλάδα. *Ιατρικό Βήμα.* 5(44): 27-35.
 - Μπάζας Θ. [1994], Πρόταση για την ειδικότητα και την ειδικευση στην ιατρική της εργασίας. *Επιθεώρηση Υγείας.* 4(37): 237-240.
 - Μπάζας Θ. [199], Θέματα Ιατρικής της Εργασίας στην πράξη. 2η έκδοση. σσ. 204, Εκδ. Ελληνική Εταιρεία Διοικήσεως Επιχειρήσεων. Αθήνα.
 - Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, Γραφείο Περιόχης Ευρώπης [2002], Υγεία 21. Υγεία για όλους τον 21ο αιώνα. Μετάφραση, Επιμέλεια: Γ. Δημολιάτης, σσ. 443. Εκδ. Τυπωθήτω. Αθήνα.
 - Rosenstock L. [1986], Occupational health: The intersection between Clinical Medicine and Public Health. *Annual Review of Public Health.* 7(1): 337-356.
 - Σιχλετίδης Λ. [2002], Ιατρική της Εργασίας. Αναθεωρημένη έκδοση. σσ. 395. Εκδ. University Studio Press. Θεσσαλονίκη.
 - Seaton A., Agius R. [1995], Occupational medicine: the way ahead. (Editorial), *Occup Environ Med.* 52(4): 497-499.
 - Skillen D.L. [1996], Toward a social structural understanding of occupational hazards in Public Health. *International Journal of Health Services* 26(1): 111-146.
 - Σπάρος Λ. [1995], Ιατρικές ειδικότητες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. *Ιατρική.* 68(6): 567-569.
 - Υφαντόπουλος Γ. (1986), Κοινωνικο-οικονομική ανάπτυξη και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. *Ιατρική.* 50(1): 33-46.
 - Χατζής Χ. [1984], Η ιατρική της εργασίας σαν καθοριστικό στοιχείο μιας εναλλακτικής μη θεραπευτικής ιατρικής. *Ιατρικό Βήμα.* 1(4): 85-89.
 - Walsh D.C. [1988], The vanguard and the rear-guard: Occupational medicine revisits its future. *J Occup Med.* 30(2): 124-134.
 - Waldron H.A. [1985], Which way ahead. (Editorial). *British Journal of Industrial Medicine.* 42(1): 1-3.
 - Waldron H.A. [1992], Occupational Health in the new NHS. (Editorial). *British Journal of Industrial Medicine.* 49(2): 297-298.
 - Walters D.R. [1997], Preventive services in occupational health and safety in Europe: Developments and trends in the 1990s. *International Journal of Health Services.* 27(2): 247-271.
 - Warshaw L.T. [1990], Toward the year 2000: Challenges to the occupational physician. *J Occup Med.* 32(4): 524-528.
 - Με βάση την εισήγηση στην Ημερίδα που διοργανώθηκε από τον Σύλλογο Μηχανολόγων - Ηλεκτρολόγων Βορείου Ελλάδος και τον Ιατρικό Σύλλογο Θεσσαλονίκης, με θέμα Ο θεσμός του Τεχνικού Ασφαλείας και του Ιατρού Εργασίας Συνεδριακό Κέντρο Δ.Ε.Θ. Νικόλαος Γερμανός (Περίπετρο 8).