



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Η Υγιεινή και Ασφάλεια ως μετρήσιμος στόχος βελτίωσης της αποδοτικότητας των επαγγελματιών υγείας στο νοσοκομείο.

Καλουδοπούλου Παναγιώτα

ΔΜΥ 11301257

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Δρ. Αικατερίνη Φαμέλη

Ιούνιος 2016

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Η Υγιεινή και Ασφάλεια ως μετρήσιμος στόχος βελτίωσης της
αποδοτικότητας των επαγγελματιών υγείας στο νοσοκομείο.

Καλουδοπούλου Παναγιώτα

ΔΜΥ 11301257

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Δρ. Αικατερίνη Φαμέλη

Ιούνιος 2016

*Αφιερωμένο στα παιδιά μου, Μαριτίνα και Νικόλα
και στην Άννα.*

Καλονδοπούλου Παναγιώτα ΔΜΥ 11301257

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες, στην επιβλέπουσα μου, Δρ. Αικατερίνη Φαμέλη, για την καρτερία της και για την καθοδήγηση της στην εκπόνηση της μεταπτυχιακής μου διατριβής.

Θα ήταν παράλειψη να μην ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, για όλα όσα πολύτιμα μου δίδαξαν κατά την διάρκεια των σπουδών μου.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τέλος, όλη την οικογένεια μου για την έμπρακτη συμπαράσταση τους σε κάθε μου βήμα.

Περίληψη Μεταπτυχιακής Διατριβής

Τίτλος Εργασίας: Η Υγιεινή και Ασφάλεια ως μετρήσιμος στόχος βελτίωσης της αποδοτικότητας των επαγγελματιών υγείας στο νοσοκομείο.

Εισαγωγή: Η υγιεινή και ασφάλεια στον χώρο εργασίας (ΥΑΕ) στον υγειονομικό τομέα αποτελεί ένα ιδιαίτερα ευρύ θέμα, η ανάλυση του οποίου πρωτίστως περιλαμβάνει την αναφορά σε μια σειρά παραγόντων κινδύνου για την υγεία των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι ευθύνονται για τα μειωμένα επίπεδα ασφάλειας και υγιεινής στο χώρο εργασίας και επιβαρύνουν σε μεγάλο βαθμό την υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων. Οι συνθήκες υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας επιδρούν άμεσα σε ατομικό επίπεδο (υγείας, κοινωνικό-οικονομικό) και συλλογικό επίπεδο (επίπεδο οργανισμού και κεντρικών πολιτικών και οικονομικών υγείας). Κυρίως φέρονται να έχουν επιπτώσεις εν γένει στην αποδοτικότητα των επαγγελματιών υγείας, με ότι αυτό συνεπάγεται.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να καταγράψει τους σύγχρονους κινδύνους αλλά και το νομικό πλαίσιο της ΥΑΕ και να αναδείξει την συσχέτιση των ζητημάτων ΥΑΕ με την αποδοτικότητα των εργαζομένων.

Μεθοδολογία: Η μεθοδολογία της έρευνας πραγματοποιήθηκε με την μέθοδο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης στην ελληνική και αγγλική γλώσσα, σε έγκυρες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων όπως Pubmed, Scopus, Medline, Google Scholar, Researchgate, κ.ά. καθώς και με χειροδιαλογή σε έντυπο επιστημονικό υλικό.

Αποτελέσματα: Με βάση το ισχύον νομικό πλαίσιο της ελληνικής νομοθεσίας, το ελληνικό κράτος επιβάλλεται να φροντίζει για την προστασία της ασφάλειας και της υγείας των εργαζομένων και να επιβλέπει για την ορθή εφαρμογή. Επιπροσθέτως, κρίνεται απαραίτητη η επιβολή μέτρων πρόληψης για την

βελτίωση των συνθηκών εργασίας με στόχο την επίτευξη βέλτιστης αποδοτικότητας, σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο.

Συμπέρασμα: Στις σύγχρονες κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες, η πολιτική για την υγιεινή και ασφάλεια κατά την εργασία είναι απαραίτητη όχι μόνο για λόγους εναρμονισμού με το εργατικό δίκαιο αλλά και από άποψη του ανταγωνισμού, εργασιακής αποδοτικότητας και αποδοτικής λειτουργίας των δημοσίων οργανισμών, με την προοπτική να καταστεί αναπόσπαστο στοιχείο της δημόσιας διοικητικής διαχείρισης.

Λέξεις-κλειδιά : υγιεινή και ασφάλεια εργασίας, εργασιακοί κίνδυνοι, αποδοτικότητα, οικονομική αξιολόγηση, ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, νομοθεσία.

ABSTRACT

Title: The Health and Safety as a measurable objective to improve the efficiency of health professionals in the hospital.

Introduction: The health and safety at work (OHS) in the health sector is a very broad topic, the analysis of which primarily includes reference to a number of risk factors for health professional's health, which are responsible for the reduced levels of security and hygiene in the workplace and weigh heavily on the health and safety of healthcare professionals. The occupational health and safety conditions directly affect on individual level (health, socio-economic status) and at collective level (on organizational level and central policies and health economics). Mostly allegedly affect overall efficiency of health professionals, with all that this entails.

Aim: The purpose of this study is to document the contemporary risks and the legal framework for OHSs and to highlight the relevance of issues OHS with the efficiency of healthcare professionals.

Methodology: The methodology of the survey conducted by the method of literature review in Greek and English language. The collection of data was accomplished through sound electronic databases such as Pubmed, Scopus, Medline, Google Scholar, Researchgate, etc. and through the review of scientific manuscripts.

Results: Based on the current legal framework of Greek law, the Greek state must take care to protect the safety and health of workers and to oversee proper implementation. In addition, the imposition of preventive measures are necessary to improve working conditions in order to achieve optimum efficiency at an individual and collective level.

Conclusion: In the current socio-economic conditions, the policy on health and safety at work is essential not only for harmonization purposes with the labor law, but also in terms of competition, labor efficiency and efficient functioning of public institutions, with a view to become an integral element of public administrative management.

Key-Words: occupational health and safety, workplace health and safety, occupational hazards, efficiency, economic evaluation, healthcare quality, legislation.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες	Σελ.5
Ελληνική περίληψη	Σελ.6
Αγγλική περίληψη	Σελ.8
Κεφάλαιο 1 ^ο . Εισαγωγή	Σελ.12
1.1. Σκοπός, αναγκαιότητα και παρουσίαση της εν λόγω εργασίας	Σελ.14
Κεφάλαιο 2 ^ο . Θεωρητική Προσέγγιση της Υγιεινής και Ασφάλειας Εργασίας (ΥΑΕ)	
2.1. Τα σύγχρονα δεδομένα στον υγειονομικό χώρο	Σελ. 17
2.2. Ζητήματα της ΥΑΕ: η σύγχρονη πραγματικότητα	Σελ. 22
2.3. Οι βασικές έννοιες της ΥΑΕ	Σελ. 29
2.4. Ταξινόμηση επαγγελματικών κινδύνων στους εργαζόμενους σε νοσοκομεία	Σελ.35
Κεφάλαιο 3 ^ο . Η ασφάλεια, η ποιότητα και η αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας: έννοιες αλληλένδετες	
3.1. Η ποιότητα και η ασφάλεια των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας	Σελ.44
3.2. Διαχείριση ποιότητας και ασφάλειας και τα πρότυπα για τις υπηρεσίες υγείας	Σελ.48
3.3. Η μέτρηση της αποδοτικότητας και των αποτελεσμάτων της ΥΑΕ	Σελ.55
Κεφάλαιο 4 ^ο . Νομοθετικές ρυθμίσεις για την ΥΑΕ	
4.1. Γενικοί Κανόνες Υγιεινής και Ασφάλειας στους χώρους εργασίας	Σελ.67
Κεφάλαιο 5 ^ο . Ερευνητικό πλαίσιο	
5.1. Βιβλιογραφική ανασκόπηση των σύγχρονων ερευνητικών διεργασιών για την ΥΑΕ και την αποδοτικότητα	Σελ. 72
5.2. Συζήτηση-προτάσεις	Σελ.102
Βιβλιογραφία	Σελ.109
Παράρτημα	Σελ.134

Κεφάλαιο 1

Εισαγωγή

Είναι γεγονός ότι η διαχείριση των υπηρεσιών υγείας παρουσιάζει σημαντικές ιδιαιτερότητες καθώς το αγαθό της υγείας, ατομικό και κοινωνικό δικαίωμα, αποτελεί πρωταρχικό στόχο και ζωτικής σημασίας έννοια και πραγματικότητα για κάθε κοινωνία.

Ο νόμος της ανεπάρκειας, η ασύμμετρη πληροφόρηση, η προκλητή ζήτηση, ο ηθικός κίνδυνος και η υπερκατανάλωση υπηρεσιών υγείας η οποία συνοδεύεται από δημογραφική γήρανση, ο υψηλός καταμερισμός εργασίας, η ιατρική κυριαρχία και η μονοπωλιακή τάση του υγειονομικού τομέα, συνθέτουν μια ζοφερή πραγματικότητα για τον υγειονομικό τομέα, εν μέσω οικονομικής κρίσης (Τούντας, 2008).

Επιπλέον, όπως καταγράφεται τα τελευταία χρόνια ιδιαίτερα στις χώρες της Ευρωζώνης, προβλέπεται η παράταση του ενεργού εργασιακού βίου εξαιτίας δύο σημαντικών γεγονότων: Η έντονη δημογραφική γήρανση, οδηγεί αναπόφευκτα σε έλλειψη εργατικού δυναμικού, ως απότοκος της απόσυρσης της γενιάς της δημογραφικής μεταπολεμικής έκρηξης των γεννήσεων (*demographic post World War II baby boom*), η οποία παρατηρήθηκε κυρίως στην Ευρώπη (όχι όμως και στην Ελλάδα) και στην Αμερική. Από την άλλη, η διαρκώς αυξανόμενη μείωση των γεννήσεων οδηγεί αναπόφευκτα στην ανάπτυξη του φαινομένου της *δημογραφικής και επιδημιολογικής μετάβασης* (*demographic and epidemiological transition*), γεγονός που αντισταθμίζεται από την αθρόα συμμετοχή των γυναικών στην εργασία και από τις εισροές των οικονομικών μεταναστών, μέχρι πρότινος (Κωνσταντινίδης, 2012).

Ως εκ τούτου, όσον αφορά την προβολή των φαινομένων αυτών στα ζητήματα Υγείας και Ασφάλειας στην Εργασία (ΥΑΕ), αναμένεται η

Καλουδοπούλου Παναγιώτα AMY 11301257

παρατεταμένη έκθεση σε εργασιακούς παράγοντες κινδύνου με συνακόλουθες οικονομικό-κοινωνικές επιπτώσεις στο γενικό επίπεδο δημόσιας υγείας.

Απόρροια, της διαπίστωσης τούτης αποτελεί η αναγκαιότητα προβολής των ζητημάτων της Προληπτικής ιατρικής, της Ιατρικής της Εργασίας και η εφαρμογή και προώθηση των θεμάτων που άπτονται της ΥΑΕ.

Ειδικότερα, η υπέρμετρη διόγκωση του δευτερογενούς τομέα των υπηρεσιών, όπως είναι και ο υγειονομικός τομέας, ακολουθείται από επιδημιολογικές καταγραφές αύξησης του εργασιακού άγχους, mobbing, ψυχοσωματικές διαταραχές, εμφάνισης σοβαρών νοσημάτων όπως ο καρκίνος, κ.ά.

Η παρούσα μελέτη προσδοκά την καταγραφή και μελέτη της υφιστάμενης κατάστασης της υγιεινής και της ασφάλειας της εργασίας στον τομέα της υγείας εν μέσω οικονομικής κρίσης στον ελλαδικό χώρο και την συσχέτισή της με την αποδοτικότητα των επαγγελματιών υγείας.

1.2. Σκοπός, αναγκαιότητα και παρουσίαση της εν λόγω εργασίας

Στην παρούσα μελέτη επιχειρείται μια συνοπτική προσέγγιση των ζητημάτων που άπτονται της υγιεινής και της ασφάλειας της εργασίας και των επαγγελματικών κινδύνων στον υγειονομικό τομέα σε σχέση με την αποδοτικότητα, στην σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα. Τοιουτοτρόπως, διερευνώνται:

- ✚ Η διάδραση των χαρακτηριστικών των (δημοσίων) οργανισμών στην υιοθέτηση ασφαλών κανόνων εργασίας.
- ✚ Η επίδραση της υφιστάμενης κατάστασης συνθηκών εργασίας και των εργασιακών σχέσεων σε ένα νοσοκομείο, στην ποιότητα υπηρεσιών υγείας και στην ασφάλεια των ασθενών.
- ✚ Καίριο ερευνητικό ζήτημα αποτελεί η διάσταση της αποδοτικότητας των επαγγελματιών υγείας για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας και κατά πόσο η τήρηση κανόνων ασφαλούς εργασίας δύναται να συνιστά μετρήσιμο στόχο βελτίωσης της.

Η υγιεινή και η ασφάλεια στον υγειονομικό εργασιακό χώρο ειδικά στον ελλαδικό χώρο, εννοιολογικά παρουσιάζει σημαντικούς προβληματισμούς. Με την παρούσα εργασία επιχειρείται μια προσέγγιση του τριπτύχου: συνθήκες εργασίας-εργαζόμενοι-εργοδοσία, μέσα από την οπτική του σύγχρονου δημοσίου management και της διαχείρισης κινδύνων στο εργασιακό περιβάλλον, εν μέσω οικονομικής κρίσης. Στην ουσία θεματικά προσεγγίζεται βασιζόμενοι σε τρεις άξονες :

- (i) το θεωρητικό υπόβαθρο για την ΥΑΕ,
- (ii) την υφιστάμενη νομοθεσία επί των επίκαιρων θεμάτων υγιεινής και ασφάλειας,

- (iii) και στις σύγχρονες ερευνητικές προσεγγίσεις για την σύνδεση της επάρκειας συνθηκών ΥΑΕ και αποδοτικότητας.

Ελάχιστα έχει διερευνηθεί και μελετηθεί στα σύγχρονα ελληνικά δεδομένα και ως εκ τούτου, αποτελεί πρόσφορο, καινοτόμο και εξελισσόμενο τομέα έρευνας, καθώς πέρα από την θεωρητική προσέγγιση αποτελεί και άμεσα εφαρμόσιμο δομικό στοιχείο στο σύγχρονο εργασιακό περιβάλλον.

Η μεθοδολογία της έρευνας πραγματοποιήθηκε με την μέθοδο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης στην ελληνική και αγγλική γλώσσα, σε έγκυρες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων όπως Pubmed, Scopus, Medline, Google Scholar, Researchgate, κ.ά. καθώς και με χειροδιαλογή σε έντυπο επιστημονικό υλικό, με λέξεις κλειδιά : υγιεινή και ασφάλεια εργασίας, εργασιακοί κίνδυνοι, αποδοτικότητα, οικονομική αξιολόγηση, ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, νομοθεσία (occupational health and safety, workplace health and safety, occupational hazards, efficiency, economic evaluation, healthcare quality, legislation).

Στο πρώτο κεφάλαιο πραγματοποιείται η εισαγωγή στο ζήτημα που διαπραγματεύεται η εργασία και ο σκοπός και η αναγκαιότητα έρευνας ζητημάτων που αφορούν την Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας (ΥΑΕ), σε σχέση με το φλέγον ζήτημα της αποδοτικότητας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μια συνοπτική παρουσίαση των σύγχρονων στατιστικών δεδομένων που αφορούν το υγειονομικό προσωπικό καθώς και η παρουσίαση βασικών εννοιών της ΥΑΕ.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην διάσταση της ασφάλειας, της αποδοτικότητας και της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, με έμφαση στην έννοια της αποδοτικότητας και της αποτίμησης εφαρμογής συστημάτων ΥΑΕ.

Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στην ισχύουσα νομοθεσία για την ΥΑΕ σε εθνικό επίπεδο, και τι προβλέπεται για την εφαρμογή συστημάτων ΥΑΕ.

Στο πέμπτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης για τα ζητήματα της ΥΑΕ και η συζήτηση των αποτελεσμάτων. Τέλος, παρουσιάζονται, οι προτάσεις και οι σύγχρονες προοπτικές για την συσχέτιση και ανάπτυξη συστημάτων ΥΑΕ, στους δημόσιους οργανισμούς υγειονομικού ενδιαφέροντος.

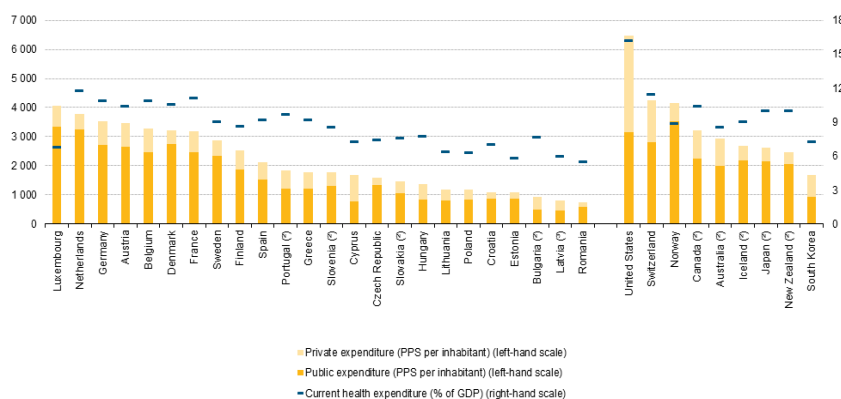
Κεφάλαιο 2^ο

Θεωρητική Προσέγγιση της Υγιεινής και Ασφάλειας Εργασίας (ΥΑΕ)

2.1. Τα σύγχρονα δεδομένα στον υγειονομικό χώρο

Η δημοσιονομική πολιτική λιτότητας τα τελευταία έτη, προκάλεσε δραστική μείωση των κρατικών δαπανών για την Υγεία, ως ποσοστού του ΑΕΠ: από το 9,6% το 2009, σε 9,5% το 2010, σταδιακά στο 9,3% το 2011, ενώ το 2012 καταγράφεται ραγδαία πτώση περίπου στο 6% του ΑΕΠ (WHO, 2012). Η κρίση έχει πλήξει καίρια την Ελλάδα. Οι δημόσιες δαπάνες έχουν σημειώσει ετήσια μείωση 11% τα τελευταία χρόνια λόγω της κατάρρευσης της κρατικής χρηματοδότησης του τομέα της υγείας, της ανεπάρκειας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγεία και της μείωσης διαθέσιμου εισοδήματος, με ότι αυτό συνεπάγεται και για την κατάσταση του υγειονομικού προσωπικού (Εconoμου, 2010) (Γράφημα 1).

Γράφημα 1. Συνολικές δαπάνες για την υγεία για το έτος 2012



(*) Countries are ranked on total (public + private) healthcare expenditure in PPS per inhabitant. Denmark, Cyprus, Portugal, Iceland, Norway and Switzerland: provisional. Ireland, Italy, Malta and the United Kingdom: not available.
(*) 2011.
(*) 2010.
Source: Eurostat (online data code: hlth_sha_hf)

Πηγή : Eurostat (2012) *Current healthcare expenditure*. Διαθέσιμο στην

ιστοσελίδα: <http://ec.europa.eu/eurostat/statistics->

Καλουδοπούλου Παναγιώτα AMY 11301257

Συνολικά στην Ευρώπη το ποσοστό των εργαζομένων στους τομείς υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, φτάνει το 10%, με την πλειοψηφία να καλύπτει ανάγκες του νοσοκομειακού τομέα (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2013) (Γράφημα 1), ενώ σε παγκόσμια κλίμακα η αναλογία του συνολικού προσωπικού το οποίο απασχολείται στον υγειονομικό τομέα, ανέρχεται σε 9.3 ανά 1.000 κατοίκους για το έτος 2006 (WHO, 2006) (Γράφημα 2, Πίνακας 1).

Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ το απασχολούμενο υγειονομικό προσωπικό στους τομείς υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, για το έτος 2007 αντιστοιχούσε στο 9,8% της συνολικής απασχόλησης στις χώρες του ΟΟΣΑ, ενώ στην Ελλάδα άγγιζε μόλις το 5,3% του εργατικού δυναμικού, και συγκεκριμένα τους 240.854 εργαζόμενους (Πίνακας 2) (Εconoμou, 2010).

Πίνακας 1. Απασχολούμενο προσωπικό υγειονομικού τομέα σε παγκόσμια κατανομή.

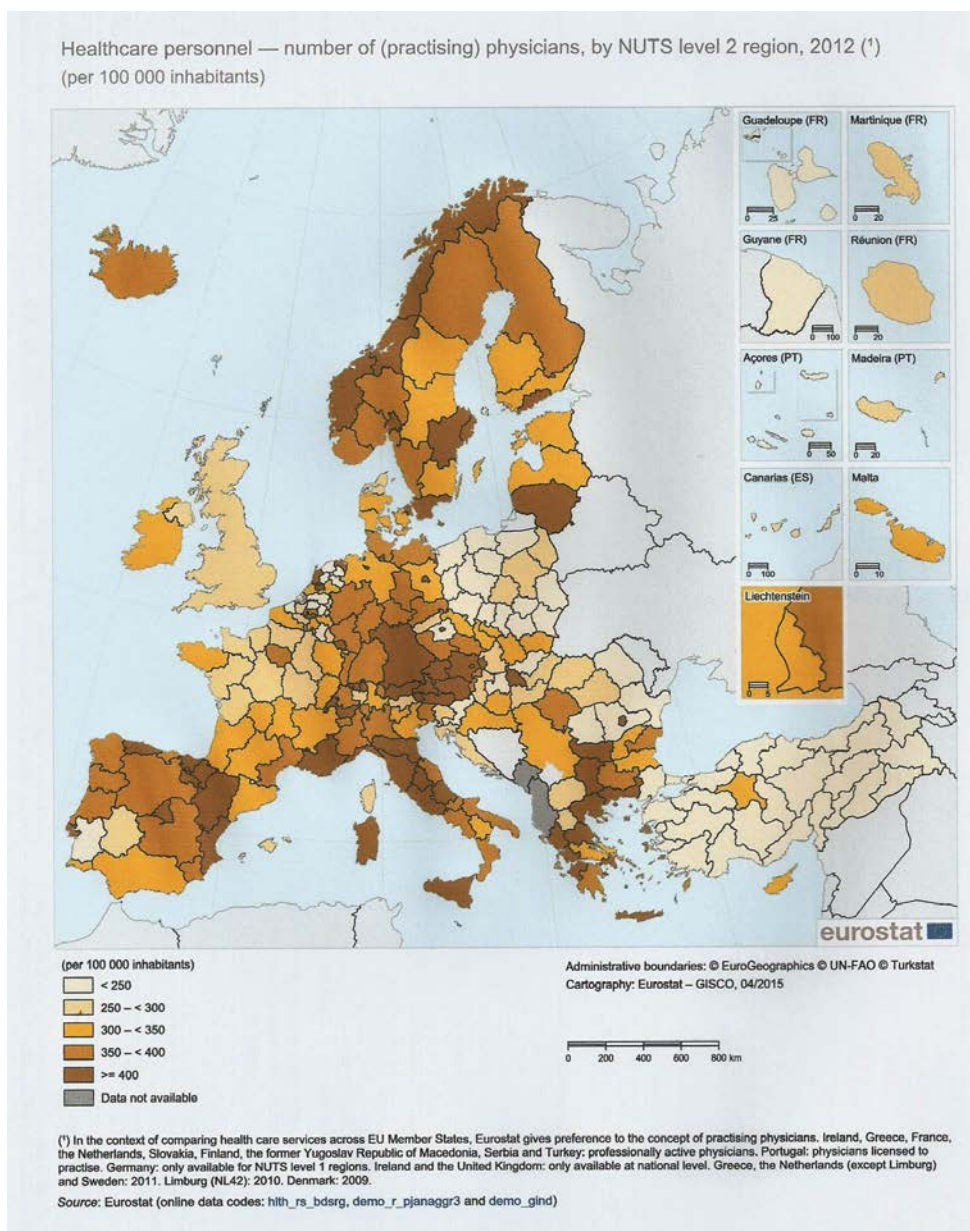
WHO region	Total health workforce		Health service providers		Health management and support workers	
	Number	Density (per 1000 population)	Number	Percentage of total health workforce	Number	Percentage of total health workforce
Africa	1 640 000	2.3	1 360 000	83	280 000	17
Eastern Mediterranean	2 100 000	4.0	1 580 000	75	520 000	25
South-East Asia	7 040 000	4.3	4 730 000	67	2 300 000	33
Western Pacific	10 070 000	5.8	7 810 000	78	2 260 000	23
Europe	16 630 000	18.9	11 540 000	69	5 090 000	31
Americas	21 740 000	24.8	12 460 000	57	9 280 000	43
World	59 220 000	9.3	39 470 000	67	19 750 000	33

Note: All data for latest available year. For countries where data on the number of health management and support workers were not available, estimates have been made based on regional averages for countries with complete data.
Data source: (3).

Πηγή: WHO (2006) *Health workforce statistics*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://www.who.int/whr/2006/media_centre/06_chap1_fig03_en.pdf?ua=1.

Γράφημα 2. Απασχολούμενο ιατρικό προσωπικό υγειονομικού τομέα, ανά 100.000 κατοίκους.



Πηγή: Eurostat (2014) *Eurostat regional yearbook 2014- Health 2*.

Eurostat, pp 69. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/5785629/KS-HA-14-001-EN.PDF>.

Ο υγειονομικός τομέας, εντάσεως εργασίας όσο και εξάρτησης εργασίας, απασχολεί μεγάλο μέρος του εργατικού δυναμικού της χώρας και αποτελεί σημαντικό τομέα της οικονομικής δραστηριότητας, πέρα από την κοινωνική διάσταση της παροχής υγειονομικής μέριμνας για τους πληθυσμούς ευθύνης.

Επιπροσθέτως, σύμφωνα με στοιχεία του ΠΟΥ για την Ελλάδα για το έτος 2009, το καταγεγραμμένο εργαζόμενο νοσηλευτικό προσωπικό (περιλαμβάνει μόνο τις μαίες) ανέρχεται σε 2.626 άτομα, ήτοι σε 2.35 ανά 10.000 κατοίκους, ο αριθμός των ιατρών σε 69.030, ήτοι σε 61.67 ανά 10.000 κατοίκους και ο αριθμός των οδοντιάτρων σε 14.774 (WHO, Greece statistics summary 2002-present).

Ειδικότερα, τα στατιστικά δεδομένα των τελευταίων ετών από την Eurostat για το 2015, παρά το γεγονός ότι για την Ελλάδα εμφανίζουν σημαντικές ελλείψεις καταγραφών για τα τελευταία έτη κυρίως λόγω της οικονομικής κρίσης και της στασιμότητας προσλήψεων αλλά και των αποχωρήσεων, παρουσιάζουν στην πλειοψηφία των ευρωπαϊκών χώρων σταθερά ανοδική πορεία (Eurostat, 2015).

Πίνακας 2. Απασχολούμενο προσωπικό υγειονομικού τομέα ανά

1.000 κατοίκους στην Ελλάδα για τα έτη 1990-2006

Επαγγελματίες υγείας	1990	1995	2000	2004	2006
Ιατροί	3.4	3.86	4.33	4.88	5.35
Γενικοί Ιατροί	n/a	n/a	0.25	0.29	0.31
Ειδικευμένοι	2.19	2.58	3.09	3.29	3.39
Οδοντίατροι	0.99	1	1.13	1.2	1.27
Φαρμακοποιοί	0.74	0.79	0.82	0.86	0.88
Νοσηλευτικό προσωπικό	3.43	3.59	2.72	3.27	3.21

Πηγή: Economou, C. (2010) Greece: Health System Review *Health*

Systems in Transition, 2010, 12(7):1–180, p.91.

2.2. Ζητήματα της ΥΑΕ: η σύγχρονη πραγματικότητα

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Διεθνούς Γραφείου Εργασίας (ILO) παγκοσμίως καταγράφηκαν 321.000 θανατηφόρα εργατικά ατυχήματα, τα οποία αντιστοιχούν σε δείκτη εμφάνισης 10,7 θανάτων ανά 100.000 εργαζόμενους καθώς και πάνω από 2,34 εκατομμύρια επαγγελματικές ασθένειες για το έτος 2008 (Πίνακας 3). Επίσης, καταγράφηκαν 317 εκατομμύρια μη-θανατηφόρα ατυχήματα σε παγκόσμια κλίμακα που οδήγησαν τους εργαζόμενους σε τέσσερις ή περισσότερες ημέρες απουσίας από τη εργασία. Στην ουσία πρόκειται για 10.600 ατυχήματα ανά 100.000 εργαζόμενους (Πίνακας 4) (ILO, 2012).

Πίνακας 3. Δείκτες εμφάνισης θανατηφόρων εργατικών ατυχημάτων σε παγκόσμια κλίμακα

Έτος	Αριθμός θανατηφόρων εργατικών ατυχημάτων	Δείκτης εμφάνισης θανατηφόρων εργατικών ατυχημάτων*	Αριθμός θανατηφόρων επαγγελματικών ασθενειών	Συνολικός αριθμός θανατηφόρων ατυχημάτων και ασθενειών
1998	345.000	16,4	-	-
2001	351.000	15,2	2,03 εκατ.	2,38 εκατ.
2003	358.000	13,8	1,95 εκατ.	2,31 εκατ.
2008	321.000	10,7	2,02 εκατ.	2,34 εκατ.

* Αριθμός ατυχημάτων ανά 100.000 εργαζόμενους

Πίνακας 4. Δείκτες απουσίας σε παγκόσμια κλίμακα λόγω εργατικών ατυχημάτων

Έτος	Αριθμός εργατικών ατυχημάτων που οδήγησαν σε 4 ή περισσότερες μέρες απουσίας	Δείκτης εμφάνισης μη θανατηφόρων εργατικών ατυχημάτων*
1998	264 εκατ.	12.500
2001	268 εκατ.	12.200
2003	337 εκατ.	13.000
2008	317 εκατ.	10.600

* Αριθμός ατυχημάτων ανά 100.000 εργαζόμενους

Πηγή: ILO(2012) *Health and safety executive Annual Statistics Report 2011/12*.

Διαθέσιμο την ιστοσελίδα : http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_212131.pdf.

Από τα στοιχεία αυτά προκύπτει ότι *κάθε 15 δευτερόλεπτα ένας εργαζόμενος πεθαίνει από εργατικό ατύχημα ή ασθένεια και 153 εργαζόμενοι παθαίνουν εργατικό ατύχημα (ILO).*

Κάθε μέρα, περισσότεροι από 6.300 άνθρωποι πεθαίνουν ως αποτέλεσμα εργατικών ατυχημάτων ή επαγγελματικών ασθενειών. Το ανθρώπινο κόστος της ελλιπούς προστασίας της εργασιακής ασφάλειας και υγείας είναι τεράστιο – πολλαπλάσιο από αυτό που προκύπτει από συρράξεις και άλλες αιτίες θανάτου (Πίνακας 5).

Στην ΕΕ των 28 κρατών-μελών για το έτος 2012, καταγράφηκαν 2.5 εκατομμύρια μη-θανατηφόρα εργατικά ατυχήματα που είχαν ως αποτέλεσμα την απουσία από την εργασία τουλάχιστον 4 ημερών και 3.515 θανατηφόρα ατυχήματα. Συγκριτικά με τις στατιστικές μελέτες του 2009 όπου καταγράφηκε η διαπίστωση ότι 8.6% των εργαζομένων μέσα στην ευρωπαϊκή ζώνη παρουσίασαν κάποιο πρόβλημα υγείας λόγω της εργασίας τους, παρουσίασαν σημαντική μείωση κυρίως όμως λόγω της μείωσης της οικονομικής δραστηριότητας (Γράφημα 3).

Επίσης, αξιοσημείωτη είναι η χαμηλή στατιστική καταγραφή των θανατηφόρων ατυχημάτων – ένα στα 710 ατυχήματα για το 2012. Μεταξύ των χωρών με χαμηλή θνησιμότητα λόγω εργατικού ατυχήματος συγκαταλέγεται και η Ελλάδα με κάτω από 2 μοιραία ατυχήματα ανά 100.000 εργαζομένους.

Τα ατυχήματα εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα μεταξύ των ανδρών και λόγω του ότι αποτελούν την πλειοψηφία. Τα θανατηφόρα ατυχήματα στους άνδρες εμφανίζουν συχνότητα που αγγίζει το 66.6% στους τομείς των κατασκευών (όπου σημειώθηκε το υψηλότερο ποσοστό 22.2%) , στην βιομηχανία, στις μεταφορές, στην δασοκομία, στην αλιεία και στον αγροτικό τομέα, ενώ βρίσκεται κάτω από το ποσοστό του 47.8% για τα μη-θανατηφόρα ατυχήματα στην εργασία (Γράφημα 4).

Παρ' όλα αυτά τα μη- θανατηφόρα ατυχήματα ήταν σχετικά πιο συχνά στο τομέα του εμπορίου (χονδρική- λιανική πώληση), στο τομέα της υγείας και της κοινωνικής εργασίας, στο τομέα παροχής υπηρεσιών, όπως και στην εστίαση και ξενοδοχειακή υποστήριξη. Τα ατυχήματα που εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα αφορούν τραυματισμούς και επιφανειακά τραύματα (29.7%), διαστρέμματα και εξάρθρωσεις (25.5%) και τέλος κακώσεις και τραυματισμοί εσωτερικών οργάνων (15.9%) και κατάγματα (11.3%) (Γράφημα 5) (Eurostat, 2012).

Πίνακας 5. Δείκτες και αίτια θνησιμότητας ανά γεωγραφική κατανομή για το έτος 2008

Αίτια	Παγκοσμίως		Αφρική	Β. & Ν. Αμερική	Ανατολική Μεσόγειος	Ευρώπη	ΝΑ. Ασία	Δυτ. Ειρηνικός
Πληθυσμός (000)	6 737 480		804 865	915 430	580 208	889 170	1 760 486	1 787 321
	(000)	%	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
I. Μεταδοτικές ασθένειες, συνθήκες περιγεννητικής και διατροφικές ελλείψεις	15 637	27,5	6 577	723	1 524	532	5 035	1 248
II. Μη μεταδοτικές ασθένειες	36 122	63,5	2 861	4 853	2 229	8 027	7 914	10 238
III. Τραυματισμοί	5 129	9,0	687	594	445	664	1 552	1 187
Ακούσιοι	3 619	6,4	445	355	293	487	1 132	908
Τροχαία	1 209	2,1	168	148	124	108	309	351
Δηλητηριάσεις	252	0,4	39	35	15	84	31	48
Πτώσεις	510	0,9	19	48	24	66	211	142
Πυρκαγιές	195	0,3	39	8	28	20	84	16
Πνιγμοί	306	0,5	42	20	22	27	96	98
Άλλοι ακούσιοι τραυματισμοί	1 146	2,0	136	96	79	181	401	252
Εκ προθέσεως	1 510	2,7	242	239	152	177	420	280
Αυτοτραυματισμοί	782	1,4	51	72	32	126	274	226
Βία	535	0,9	162	157	22	46	102	47
Πόλεμοι και εμφύλιες διαμάχες	182	0,3	29	8	96	5	40	3
Σύνολο θανάτων	56 888	100,0	10 125	6 170	4 198	9 223	14 498	12 674

Πηγή: WHO (2011) *Health statistics 2011*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

[http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2011_Full.p](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2011_Full.pdf)

df

Γράφημα 3. Αριθμός Θανατηφόρων και μη-θανατηφόρων ατυχημάτων στην εργασία

	Accidents at work involving at least four calendar days of absence from work			Fatal accidents at work		
	Total	Male	Female	Total	Male	Female
EU-28	2 487 794	1 953 554	533 984	3 516	3 362	153
Belgium	49 546	40 451	9 093	46	46	0
Bulgaria	1 768	1 353	415	90	82	8
Czech Republic	36 013	26 820	9 193	104	102	2
Denmark	34 245	26 825	7 292	43	42	1
Germany	709 940	578 076	131 794	473	462	21
Estonia	4 993	3 065	1 928	11	10	1
Ireland	9 794	6 828	2 921	42	42	0
Greece	11 926	9 446	2 480	37	34	3
Spain	281 045	212 968	68 077	273	266	7
France	461 376	353 980	107 396	524	494	30
Croatia	9 844	6 765	2 079	50	50	0
Italy	274 040	219 282	54 758	469	450	19
Cyprus	1 511	1 127	384	7	7	0
Latvia	1 213	875	338	33	30	3
Lithuania	2 303	1 698	605	55	54	1
Luxembourg	6 299	5 378	921	13	13	0
Hungary	16 717	11 879	4 838	60	58	2
Malta	2 190	1 978	212	7	7	0
Netherlands	116 029	89 307	26 722	31	31	0
Austria	56 299	46 731	9 568	137	128	9
Poland	67 472	50 290	17 182	303	284	19
Portugal	109 511	82 685	26 826	162	157	5
Romania	2 089	2 009	591	257	245	12
Slovenia	11 505	9 318	2 187	21	21	0
Slovakia	7 469	5 405	2 064	49	49	0
Finland	34 821	28 042	6 779	32	30	2
Sweden	24 864	18 674	6 189	37	34	3
United Kingdom	143 171	111 898	31 162	149	144	5
Norway (*)	14 955	12 335	2 520	34	32	2
Switzerland	72 106	60 352	11 754	60	57	3

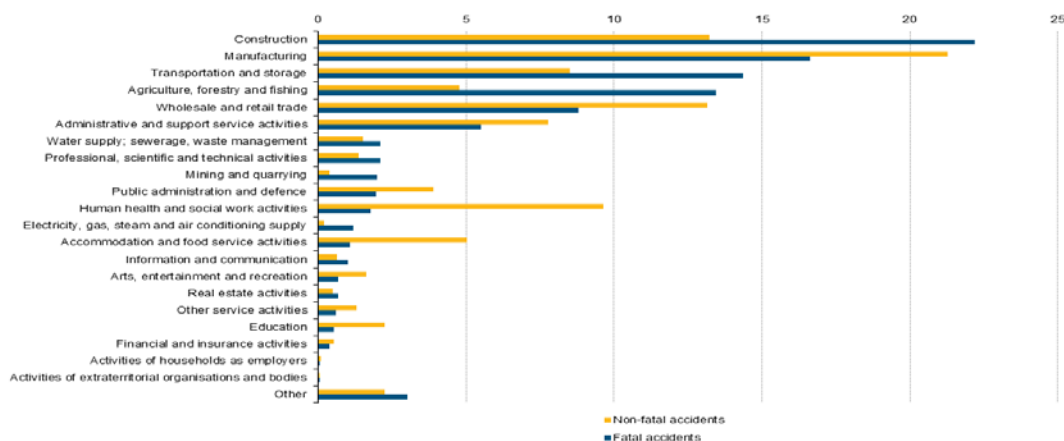
(*) NACE Rev. 2 Section A and Sections C to N. Non-fatal accidents reported in the framework of ESAW are accidents that imply at least four full calendar days of absence from work (serious accidents).
 (*) 2011.
 Source: Eurostat (online data code: hsw_mi01)

Πηγή: Eurostat (2012) *Number of non-fatal and fatal accidents at work, 2012*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Number_of_non-fatal_and_fatal_accidents_at_work,_2012_%28%29_YB15.pn

09

Γράφημα 4. Θανατηφόρα και μη-θανατηφόρα ατυχήματα στην εργασία κατά οικονομική δραστηριότητα

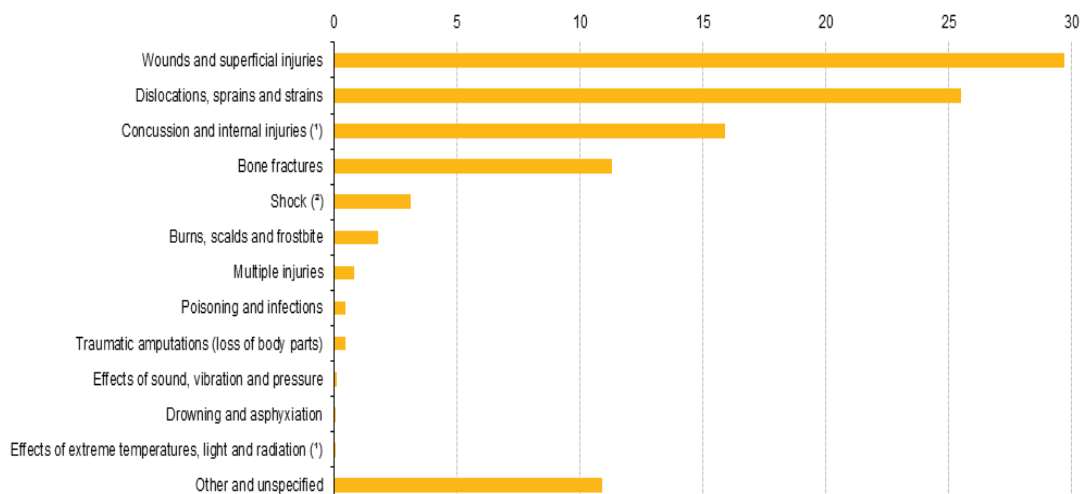


Source: Eurostat (online data codes: hsw_n2_01 and hsw_n2_02)

Πηγή: Eurostat (2012) *Fatal and non-fatal accidents at work by type of injury, EU-28*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/a/a6/Fatal_and_non-fatal_accidents_at_work_by_economic_activity%2C_EU-28%2C_2012_%28%25_of_fatal_and_non-fatal_accidents%29_YB15.png

Γράφημα 5: Θανατηφόρα και μη-θανατηφόρα ατυχήματα στην εργασία ανάλογα με το είδος τραυματισμού



(*) Estimates.

(*) Unreliable.

Source: Eurostat (online data code: hsw_n2_07)

Πηγή: Eurostat (2012) *Fatal and non-fatal accidents at work by type of injury*,

EU-28. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

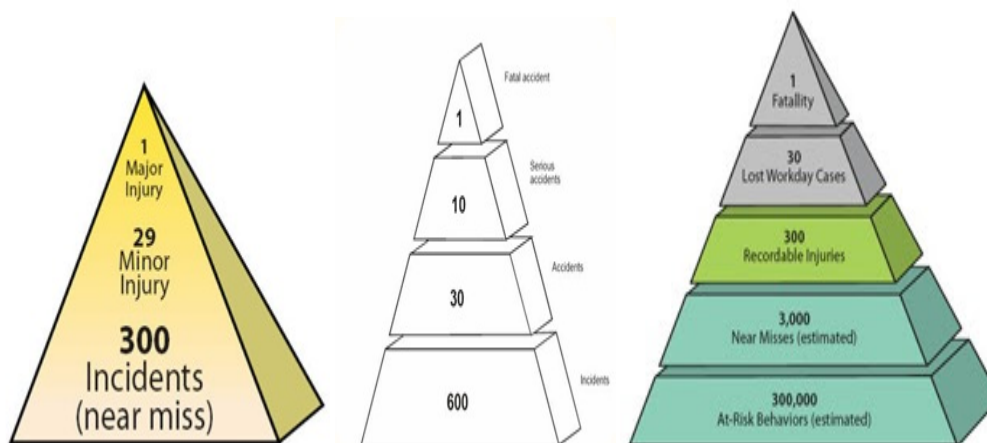
http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/7/7f/Fatal_and_non-fatal_accidents_at_work_by_type_of_injury%2C_EU-28%2C_2012_%28%25_of_fatal_and_non-fatal_accidents%29_YB15.png

Ο Heinrich (1931) στην μελέτη του καθιέρωσε την αναλογία για την ακολουθία στην σοβαρότητα των εργατικών ατυχημάτων: 1 σημαντική ζημία/ 29 μικροτραυματισμούς /έως 300 χωρίς κανένα τραυματισμό ατυχήματα. Το 1969 ο Bird δημοσίευσε μια μελέτη βασισμένη στην έρευνα του, η οποία αποκάλυψε τα ακόλουθα ποσοστά των ατυχημάτων: για κάθε αναφερθείσα σημαντική ζημία (ως αποτέλεσμα το θάνατο, την αναπηρία, απώλεια χρόνου ή ιατρική περίθαλψη)

Καλουδοπούλου Παναγιώτα AMY 11301257

υπήρχαν 9,8 μικροτραυματισμοί (χρήση πρώτων βοηθειών), 30,2 ατυχήματα καταστροφής περιουσιακών στοιχείων και 600 απλά περιστατικά. Το 2003, η Conoco Philips Marine πραγματοποίησε μια παρόμοια μελέτη που αποκάλυψε μια σημαντική διαφορά στην αναλογία των σοβαρών ατυχημάτων και παραλίγο ατυχημάτων: για κάθε θάνατο υπάρχουν τουλάχιστον 300.000 επικίνδυνες συμπεριφορές (δραστηριότητες που δεν συνάδουν με το πρωτόκολλο ασφαλείας) (Γράφημα 6).

Γράφημα 6. Πυραμίδες Ασφάλειας



Πηγή: OSHA *Hazard Identification and Risk Assessment*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

https://www.osha.gov/dte/grant_materials/fy11/sh-22318-11/Mod_3_ParticipantManual.pdf

Η οικονομική επιβάρυνση η οποία προκύπτει από τα εργατικά ατυχήματα και τις προκληθείσες επαγγελματικές ασθένειες αντιστοιχεί στο 4% του παγκόσμιου Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος ανά έτος (International Labour Office, 2003). Πιο πρόσφατα στο World Economic Forum (2012) ανακοινώθηκε ότι οι απώλειες στην παραγωγικότητα από τις καρδιοπάθειες

Καλουδοπούλου Παναγιώτα AMY 11301257

και μόνο υπολογίζονται στα 389 δισεκατομμύρια \$ παγκοσμίως, ενώ οι διάφορες μορφές των ψυχικών ασθενειών υπολογίζονται να μειώσουν τα οικονομικά αποτελέσματα κατά 1.6 τρισεκατομμύρια δολάρια (Gahan, Sievewright & Evans, 2014).

Σύμφωνα με την στρατηγική δέσμευση της ΕΕ που υπεγράφη με την συνθήκη της Λισσαβόνας, ώστε να υπάρχει ισότητα ανάπτυξης και παραγωγικότητας μέσα από την ανταγωνιστικότητα, διεπιστώθη ότι το κόστος για τα εργατικά ατυχήματα και τις επαγγελματικές ασθένειες στην ΕΕ-15, κυμαίνεται από 2,6% έως 3,8% του ΑΕΠ (European Agency for Safety and Health at Work, 2007 Eurostat, 2015). Ως εκ τούτου, η προαγωγή και η διαφύλαξη των κανόνων ασφαλείας της ΥΑΕ, αποτελεί προτεραιότητα σε εθνικό και υπερεθνικό επίπεδο.

Η έρευνα στο συγκεκριμένο αντικείμενο είναι σχετικά καινοτόμα και υπό εξερεύνηση. Στις περισσότερες χώρες, όπως και στην Ελλάδα είναι σε μεγάλο βαθμό ανεξιχνίαστη ακόμη, ενώ οι χώρες της ΕΕ σχετικά πρόσφατα κυρίως λόγω της εναρμόνισης της νομοθεσίας και της ενοποίησης των στατιστικών στοιχείων έχει αρχίσει να εμβαθύνει. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, μόλις μέσω του 7ου Προγράμματος Πλαισίου για την Έρευνα, προσπαθεί να συντονίσει την έρευνα στον τομέα αυτό (Ταργουτζίδης, 2007).

2.3. Οι βασικές έννοιες της ΥΑΕ

Οι κανόνες Υγιεινής και Ασφάλειας των Εργαζομένων στους χώρους εργασίας είναι απαίτηση της σύγχρονης πραγματικότητας και στόχος κάθε κοινωνίας με βασικές αρχές την προστασία της ανθρώπινης ζωής και του φυσικού περιβάλλοντος.

Σύμφωνα με το άρθρο 3 της Οικουμενικής Διακήρυξης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα: «Κάθε άτομο έχει δικαίωμα στη ζωή, την ελευθερία και την προσωπική του ασφάλεια» (United Nations General Assembly, 1948). Αυτή η θεμελιώδης αρχή αποτελεί τη βάση όλων των διεθνών συμβάσεων, εθνικών νομοθεσιών, κανονισμών και προτύπων που έχουν σαν στόχο την προστασία της εργασιακής ασφάλειας και της υγείας.

Το 1950, η κοινή επιτροπή της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την υγεία κατά την εργασία, δήλωσε ότι:

«Η υγεία κατά την εργασία θα πρέπει να στοχεύει στην προώθηση και τη διατήρηση του υψηλότερου βαθμού σωματικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας των εργαζομένων σε όλα τα επαγγέλματα, την πρόληψη μεταξύ των εργαζομένων παρεκκλίσεων στην υγεία λόγω των όρων εργασίας τους, την προστασία των εργαζομένων κατά την απασχόλησή τους από κινδύνους που προκύπτουν από παράγοντες δυσμενείς για την υγεία, τη θέση και τη διατήρηση των εργαζομένων σε ένα εργασιακό περιβάλλον προσαρμοσμένο στις φυσιολογικές και ψυχολογικές τους ικανότητες». Συνοπτικά ο στόχος είναι : «η προσαρμογή της εργασίας στον άνθρωπο και κάθε άνθρωπο στην εργασία του» (ILO, 1998).

Σύμφωνα με τον WHO (1975) η *Υγιεινή της Εργασίας*, περιλαμβάνει:

➤ την αναγνώριση και τον έλεγχο όλων των χημικών, φυσικών, μηχανικών, βιολογικών και ψυχολογικών παραγόντων στο χώρο της εργασίας, οι

οποίοι είναι γνωστό ή υπάρχει υποψία ότι είναι επικίνδυνοι για την υγεία των εργαζομένων.

➤ Την εξασφάλιση ότι οι φυσικές και πνευματικές απαιτήσεις που επιβάλλονται στους εργαζομένους στο χώρο της εργασίας τους είναι κατάλληλα προσαρμοσμένες στις ατομικές, ανατομικές, φυσιολογικές και ψυχολογικές ικανότητες, ανάγκες και περιορισμούς.

➤ Την παροχή αποτελεσματικών μέτρων για την προστασία αυτών που είναι ιδιαίτερα τρωτοί σε ενάντιες συνθήκες εργασίας.

Ο ορισμός της *Ασφάλειας* παρουσιάζει δυσκολίες στον προσδιορισμό, καθώς θεωρητικά η ασφάλεια προσεγγίζεται ως η κατάσταση χωρίς κινδύνους ή ρίσκο, αλλά στην πράξη αυτό είναι ακατόρθωτο. Ως εκ τούτου η ασφάλεια πρέπει να θεωρηθεί ως μια αξιολογική κρίση σχετικά με το επίπεδο του κινδύνου τραυματισμού που θεωρείται ότι είναι αποδεκτό (Harms-Ringdahl, 2004).

Εργατικό ατύχημα είναι εκείνο που συμβαίνει στον εργαζόμενο κατά την διάρκεια της εργασίας ή με αφορμή την εργασία και το οποίο οφείλεται σε απότομο γεγονός (βίαιο συμβάν), εφόσον αυτό προκάλεσε στον εργαζόμενο ανικανότητα να εργασθεί πάνω από 4 ημέρες. Στους εννοιολογικούς προσδιορισμούς του άρθρου 8 του Α.Ν.1846/51 και στην παρ.4 αυτού η έννοια του όρου «ατύχημα» αποδίδεται με τη φράση «*το εν τη εργασία ή εξ αφορμής ταύτης βίαιον συμβάν και την επαγγελματική ασθένεια*» (ΙΚΑ Εγκ.Αρ.45/24.6.2010).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, για να χαρακτηριστεί ένα γεγονός σαν εργατικό ατύχημα πρέπει να υπάρχουν οι εξής προϋποθέσεις:

➤ *Βίαιο γεγονός.* Όταν πρόκειται για βίαιο γεγονός, να υπάρχει δηλαδή έκτακτη και αιφνίδια επίδραση εξωτερικού παράγοντα, που δεν έχει σχέση με την οργανική κατάσταση του εργαζόμενου. Η επίδραση αυτή μπορεί να έχει σαν αιτία την επιβάρυνση των όρων εργασίας κάτω από απρόβλεπτες και έκτακτες συνθήκες. Συνεπώς προϋπάρχουσα ασθένεια, η οποία εκδηλώνεται ή επιδεινώνεται

κατά την εκτέλεση της εργασίας κάτω από κανονικές συνθήκες δεν αποτελεί εργατικό ατύχημα.

➤ *Υπέρμετρη προσπάθεια.* Από τη νομολογία έχει κριθεί ότι υπέρμετρη προσπάθεια του εργαζόμενου που προκάλεσε θάνατο ή ανικανότητα για εργασία είναι εργατικό ατύχημα. Εργατικό ατύχημα έχει κριθεί επίσης, οτιδήποτε αποτελεί επιδείνωση προϋπάρχουσας ασθένειας, που προκλήθηκε από υπέρμετρη προσπάθεια που κατέβαλε ο εργαζόμενος κατά την εκτέλεση της εργασίας του κάτω από εξαιρετικά δυσμενείς συνθήκες. Ακόμα σαν εργατικό ατύχημα έχει χαρακτηριστεί εκείνο που συνέβη εξαιτίας ανάθεσης βαρείας εργασίας σε μη αποθεραπευθέντα εργαζόμενο.

➤ *Γεγονός που συνέβη κατά την εκτέλεση ή με αφορμή την εργασία.*

Οι σχετικές με τα εργατικά ατυχήματα διατάξεις καλύπτουν τρεις περιπτώσεις ατυχημάτων:

- Κατά την εκτέλεση της εργασίας. Θεωρούνται εκείνα που συμβαίνουν κατά την εκτέλεση της εργασίας σαν άμεση συνέπεια αυτής (τραυματισμός του εργαζομένου από μηχάνημα, πτώση κατά την εκτέλεση της εργασίας, κλπ).

- Με αφορμή την εργασία. Εκείνα που συμβαίνουν με αφορμή την εργασία, δηλαδή εκτός του τόπου και του χρόνου εργασίας με την προϋπόθεση να έχουν έστω και έμμεση σχέση με την εργασία. Έχει κριθεί από τα Δικαστήρια ότι αποτελούν εργατικά ατυχήματα και εκείνα που συμβαίνουν κατά την μετάβαση στην εργασία, ή κατά την ενέργεια μιας πράξης προς το συμφέρον του εργοδότη, ακόμα και χωρίς την εντολή του, ή κατά την διάρκεια της μεσημβρινής διακοπής στον τόπο της εργασίας κατά την προσέλευση ή αναχώρηση σε χρονικό διάστημα μιας ώρας αντίστοιχα.

- Από επαγγελματική ασθένεια. Εκείνα που οφείλονται σε επαγγελματική ασθένεια. Επαγγελματικές ασθένειες είναι αυτές που οφείλονται στην επίδραση των συνθηκών εργασίας σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία. Ευρύτερα,

συμπεριλαμβάνεται και κάθε επιδείνωση προϋπάρχουσας ασθένειας που συνέβη λόγω εξακολούθησης της αυτής εργασία (ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.).

Οι αιτίες των εργατικών ατυχημάτων επικεντρώνονται στις συνθήκες εργασίας οι οποίες αφορούν κυρίως την οργάνωση, τον εξοπλισμό και την υλικοτεχνική υποδομή του χώρου εργασίας, στον ανθρώπινο παράγοντα όπου η αστοχία, η ανωριμότητα και η αδεξιότητα ή η υπέρμετρη σιγουριά παρουσιάζουν επιβλαβείς συνέπειες και στον εξοπλισμό εργασίας, ο οποίος είθισται να πληροί ορισμένες προδιαγραφές καταλληλότητας, σχεδιασμού και συντήρησης (Δημητρακόπουλος, 2008).

Ο όρος *επαγγελματικός κίνδυνος*, αναφέρεται στον κίνδυνο για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων, ο οποίος προέρχεται από την έκθεση του εργαζόμενου στους επιβλαβείς παράγοντες από τον χώρο εργασίας του. Ο επαγγελματικός κίνδυνος αφορά τόσο στην επαγγελματική έκθεση (πιθανότητα και συχνότητα) όσο και στην επαγγελματική βλάβη που προκλήθηκε από την έκθεση αυτή (EU-OSHA, 2013).

Η *Γραπτή Εκτίμηση του Επαγγελματικού Κινδύνου*, αναφέρεται στις διατάξεις του ΠΔ 17/1996 (το οποίο συμπληρώνεται με το ΠΔ 159/1999) και αποτελεί εργοδοτική υποχρέωση καθώς επίσης και ένα βασικό μέσο αυτοέλεγχου της κάθε επιχείρησης, εφόσον εξασφαλίζεται η ενεργός συμμετοχή των εργαζομένων τόσο στις φάσεις του ποιοτικού και ποσοτικού προσδιορισμού των κινδύνων του εργασιακού περιβάλλοντος, όσο και σε αυτές της πρόληψης και προαγωγής της εργασιακής υγείας και ασφάλειας. Η έλλειψη θεσμοθετημένου επιπέδου ποιότητας για τη γραπτή εκτίμηση των Επαγγελματικών Κινδύνων μπορεί να οδηγήει στην κατ' όνομα εφαρμογή των διατάξεων του Π.Δ. 17/1996, αλλοιώνοντας έτσι τους βασικούς στόχους των διαδικασιών πρόληψης της επαγγελματικής υγείας και ασφάλειας (ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.).

Σύμφωνα με τα ΠΔ. 17/96, ΠΔ. 159/99 «Μέτρα για τη βελτίωση της ασφάλειας και υγείας των εργαζομένων κατά την εργασία σε συμμόρφωση με τις οδηγίες 89/391/ΕΟΚ», η Εκτίμηση Επαγγελματικού Κινδύνου περιλαμβάνει ένα σύνολο ενεργειών που αφορούν σε τρεις φάσεις: α) τον εντοπισμό των πηγών κινδύνου (πρώτη φάση), β) την εξακρίβωση των κινδύνων έκθεσης (δεύτερη φάση) και γ) την εκτίμηση του μεγέθους των κινδύνων έκθεσης και των επιδράσεών του στην υγεία των εργαζομένων (τρίτη φάση) (Πανταζή, 2011).

Ο υπολογισμός του κινδύνου δύναται να πραγματοποιηθεί με την χρήση ποιοτικών τεχνικών οι οποίες αφορούν σε επιθεωρήσεις, κατάλογους ελέγχου, στατιστικές ατυχημάτων και κρίνονται εμπειρικά, νομοθετικά ή με βάση προτύπων και κατευθυντήριων οδηγιών. Αξιόπιστες τεχνικές είναι: η ανάλυση τρόπων αποτυχίας και συνεπειών (Failure Mode and Effect Analysis), η μελέτη της εξέλιξης της επικίνδυνης κατάστασης (Hazard Operability Study) και η ιεραρχική ανάλυση λειτουργιών (Hierarchical Task Analysis). Οι ποσοτικές μέθοδοι αφορούν στην στατιστική ανάλυση. Ως παράδειγμα θα μπορούσε να αναφερθεί η ανάλυση του δέντρου λαθών (Fault Tree Analysis), η ανάλυση του δέντρου γεγονότων (Event Tree Analysis) κ.ά. (Πανταζή, 2011).

Η εκτίμηση του επαγγελματικού κινδύνου (ή επικινδυνότητας) ακολουθείται από την οριοθέτηση των δράσεων που αποβλέπουν στην:

- i. Εξάλειψη ή μείωση των κινδύνων.
- ii. Αντικατάσταση επικίνδυνων υλικών με άλλα λιγότερο επικίνδυνα.
- iii. Χρήση κατάλληλων φραγμών π.χ. απομάκρυνση του κινδύνου από τον εργαζόμενο ή του εργαζόμενου από τον κίνδυνο.
- iv. Χρήση πιο ασφαλών διαδικασιών.
- v. Επαρκής σήμανση.
- vi. Χρήση ατομικών μέτρων προστασίας.

Συνοπτικά, η ορθή διαχείριση των επαγγελματικών κινδύνων στο εργασιακό περιβάλλον, αφορά στον προσδιορισμό των πηγών κινδύνου (υπαρκτών κινδύνων) καθώς και των ατόμων που απειλούνται από αυτές, στην εκτίμηση των κινδύνων και στον καθορισμό προτεραιοτήτων, στην λήψη αποφάσεων σχετικά με προληπτική δράση, στην ανάληψη δράσης και στην παρακολούθηση και επανεξέταση (Μήττα, 2004). Επιπρόσθετα, και σύμφωνα με τις ευρωπαϊκές οδηγίες επιβάλλεται η *αποτίμηση του ρίσκου* η οποία αφορά στον συνδυασμό της πιθανότητας έκθεσης σε κίνδυνο και της επακόλουθης συνέπειας ενός συγκεκριμένου περιστατικού (BSI, 2007) (Πίνακας 6).

Πίνακας 6. Διαβάθμιση ρίσκου-αντιστοιχία δράσεων

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ				ΔΡΑΣΗ		
	Εξαιρετικά βλαβερό	Βλαβερό	Λίγο Βλαβερό	Εξαιρετικά βλαβερό	Βλαβερό	Λίγο Βλαβερό
Πιθανό	Απαράδεκτο Ρίσκο	Σημαντικό Ρίσκο	Μέτριο Ρίσκο	9	6	3
Απίθανο	Σημαντικό Ρίσκο	Μέτριο Ρίσκο	Ανεκτό Ρίσκο	6	4	2
Εξαιρετικά Απίθανο	Μέτριο Ρίσκο	Ανεκτό Ρίσκο	Ασήμαντο Ρίσκο	3	2	1

Επίπεδο ρίσκου	Δράση
Ασήμαντο /1	Καμία
Ανεκτό/2	Ανεκτή
Μέτριο/3-4	Κατά περίπτωση
Σημαντικό/6	Επείγουσα
Μη ανεκτό/9	Άμεση

Πηγή : Χαραλάμπους Μ.(2015) Σημειώσεις Μαθήματος ΜΠΣ «Ποιότητα Υ.Υ.»

Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://eclass.ouc.ac.cy/course/view.php?id=159>

2.4. Ταξινόμηση επαγγελματικών κινδύνων στους εργαζόμενους σε νοσοκομεία

Τα νοσοκομεία ως χώρος εργασίας παρουσιάζουν ιδιαιτερότητες, καθώς ενυπάρχει πληθώρα κινδύνων για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων. Οι εργαζόμενοι, διαφορετικών εκπαιδευτικών βαθμίδων και καθηκόντων, πέρα από την κύρια ενασχόλησή τους για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας (υποδοχή/διάγνωση, νοσηλεία, θεραπεία) αναπτύσσουν ποικιλία υποστηρικτικών δραστηριοτήτων που περιλαμβάνουν: διαχείριση φαρμάκων (αποθήκευση, προετοιμασία, διακίνηση) καθαρισμό κλινών/ασθενών, καθαρισμό και αποστείρωση εργαλείων και εξοπλισμών, πολύωρες και πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες με χρήση Η/Υ, διακίνηση και μεταφορά ασθενών, συντήρηση μηχανημάτων, καθαριότητα, κ.ά.

Οι κίνδυνοι για την υγεία των εργαζομένων στα νοσοκομεία προέρχονται κυρίως από την έκθεσή τους: σε λοιμογόνους παράγοντες, στις διάφορες χημικές ουσίες και στα φάρμακα, στα αλλεργιογόνα, στους στατικούς δομικούς παράγοντες (σύνδρομο άρρωστου κτιρίου), στην ακτινοβολία, στο χειρισμό φορτίων, στην εργασία με κυλιόμενο ωράριο, στην βία και στην ψυχολογική πίεση, και εν γένει στις αυξημένες απαιτήσεις για συνεχή εγρήγορση και επαγρύπνηση και λόγω της ιδιαιτερότητας του αντικειμένου εργασίας που αφορά κυρίως αντιμετώπιση επειγουσών καταστάσεων (Πίνακας 7) (Αλεξόπουλος, 2007).

Πίνακας 7. Παράγοντες κινδύνου και προβλήματα υγείας στους εργαζομένους στα νοσοκομεία

Κύριοι παράγοντες κινδύνου	Σχετιζόμενα προβλήματα υγείας
<p>Εργονομικοί</p> <p>Χειρισμοί ασθενών</p> <p>Χειρωνακτική διακίνηση φορτίων</p> <p>Στάσεις σώματος και ορθοστασία</p> <p>Επαναλαμβανόμενες κινήσεις</p> <p>Βιολογικοί</p> <p>Μικρόβια, ιοί, μύκητες</p> <p>Χημικοί</p> <p>Επιβλαβείς, διαβρωτικές, εύφλεκτες, καρκινογόνες χημικές ουσίες</p> <p>Οργανωτικοί</p> <p>Κυλιόμενο ωράριο</p> <p>Διάρκεια εργασίας/εφημερίες</p> <p>Καταμερισμός και ικανοποίηση εργασίας</p> <p>Ποικιλία, αυτονομία, έλεγχος</p> <p>Ψυχοκοινωνικοί</p> <p>Σχέσεις με ασθενείς και κοινό</p> <p>Συνεργασία και υποστήριξη</p> <p>Συναισθηματικό περιεχόμενο εργασίας</p> <p>Βία στην εργασία</p>	<p>Μυοσκελετικές παθήσεις</p> <p>Λοιμώδεις ασθένειες</p> <p>Αναπνευστικές παθήσεις</p> <p>Δερματικές παθήσεις</p> <p>Άγχος και εξουθένωση</p> <p>Κακοήθειες</p> <p>Εργατικά ατυχήματα και οξείες δηλητηριάσεις</p> <p>Προβλήματα ύπνου</p> <p>Γαστρεντερικές παθήσεις</p> <p>Καρδιαγγειακές παθήσεις</p> <p>Κόπωση</p> <p>Μη ικανοποίηση από την εργασία</p>

Πηγή : Αλεξόπουλος, Ε. (2007) *Ελληνική και διεθνής εμπειρία εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών των εργαζομένων στα νοσοκομεία. Οδηγός για την εκτίμηση και πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου*. Αθήνα:

ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. σελ. 22. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://www.elinyae.gr/el/item_details.jsp?cat_id=1942&item_id=7212

A. Κίνδυνοι για την υγεία

Οι κίνδυνοι αυτοί μπορούν να προκαλέσουν μόνιμη ή παροδική αλλοίωση στη βιολογική ισορροπία των εργαζομένων ή ασθένεια, ως συνέπεια της έκθεσής τους στο εργασιακό τους περιβάλλον.

Πρόκειται για κινδύνους που είναι:

I. Φυσικοί: Είναι οι κίνδυνοι που αφορούν στους φυσικούς παράγοντες ενός εργασιακού περιβάλλοντος όπως το μικροκλίμα, η θερμοκρασία, ο θόρυβος, ο φωτισμός, οι ιονίζουσες, μη-ιονίζουσες και οι υπεριώδεις ακτινοβολίες, οι δονήσεις, οι κραδασμοί, οι υπέρηχοι, κ.λπ.

Η σχέση με την οποία οι φυσικοί παράγοντες δύναται να επιφέρουν βλάβη στον οργανισμό των εργαζομένων είναι:

$$\text{Δόση Έκθεσης βλαπτικού παράγοντα} = \text{Συγκέντρωση βλαπτικού παράγοντα} \times \text{Χρόνο Έκθεσης.}$$

Η αξιολόγηση του επαγγελματικού κινδύνου που προκύπτει από την αθροιστική δράση των εκάστοτε βλαπτικών παραγόντων, είναι διαφορετικής βαρύτητας (Πανταζή, 2011).

II. Χημικοί: Οι βλαβεροί παράγοντες αυτής της κατηγορίας, συχνά είναι δύσκολο να εντοπιστούν και φέρεται να έχουν την μεγαλύτερη επιβάρυνση. Διακρίνονται σε:

α) Σωματιδιακούς ρύπους ή αερολύματα : σκόνες/ίνες, καπνοί, νέφη.

β) Αερομεταφερόμενους ρύπους : αέρια, ατμοί, παράγωγα καύσης.

Επιγραμμικά, οι χημικοί παράγοντες που φέρονται να επιφέρουν βλάβη είναι: τα αναισθητικά, τα ραδιοϊσότοπα, η φορμαλδεΰδη, η γλουταραλδεΰδη, οι σκιαγραφικές ουσίες, τα αντισηπτικά, το οξείδιο του αιθυλενίου, τα χημειοθεραπευτικά - κυτταροτοξικά φάρμακα, τα οργανικά οξέα, οι αλδεΰδες, οι κετόνες, οι σκιαγραφικές ουσίες, τα αέρια αναισθησίας, αέρια καύσης ιστών, χλωρίνη, αντιδραστήρια, κ.λπ.

Η είσοδος των χημικών ενώσεων συνηθέστερα πραγματοποιείται δια της στοματικής οδού-κατάποση, δια της δερματικής έκθεσης και της δερματικής επαφής, και δια της αναπνευστικής οδού με την εισπνοή. Από αυτού του είδους τους παράγοντες μπορούν να προκληθούν: προβλήματα στο αναπνευστικό, αιμοποιητικό, νευρικό σύστημα, κακοήθη νοσήματα και διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος, κ.ά. (Τζιαφέρη, 2006).

III.Βιολογικοί: Πρόκειται για τους κινδύνους που προέρχονται από την έκθεση σε παθογόνους μικροοργανισμούς όπως οι μύκητες, τα πρωτόζωα, οι ιοί, οι ρικέτσιες, τα βακτηρίδια κ.ά. Η έκθεση σε βιολογικούς παράγοντες ενδέχεται να επιφέρει προβλήματα ανάλογα με την επικινδυνότητα, την μολυσματικότητα, την λοιμογόνο δράση του, κ.ά. του κάθε παράγοντα. Οι δυνητικά επιβλαβείς βιολογικοί παράγοντες αφορούν και το εργαζόμενο προσωπικό, αλλά και τους επισκέπτες ή και τους ασθενείς.

Η εκτίμηση του επαγγελματικού κινδύνου στην περίπτωση αυτή, αφορά:

α) Στην εκτίμηση ύπαρξης της έκθεσης.

β) Στην εκτίμηση του μεγέθους της έκθεσης.

Η προστασία από τους βλαπτικούς βιολογικούς παράγοντες επικεντρώνεται στα εξής:

- Η λήψη μέτρων σε οργανωτικό επίπεδο, δηλαδή μείωση των ατόμων που ενδέχεται να εκτεθούν.

- Μέτρα ατομικής και συλλογικής υγιεινής και προστασίας.
- Ενημέρωση και εκπαίδευση των εργαζομένων.
- Επαρκής σήμανση για την ύπαρξη βιολογικών κινδύνων.
- Τήρηση γραπτών στοιχείων για την έκθεση των εργαζομένων.
- Ιατρική παρακολούθηση των εργαζομένων, εμβολιασμός.

Σοβαρές ασθένειες που μπορεί να προκύψουν από την έκθεση των εργαζομένων των νοσοκομείων, σε βιολογικούς παράγοντες είναι: ηπατίτιδα Α, Β και C, AIDS, φυματίωση, μηνιγγιτιδοκοκκική μηνιγγίτιδα, ερυθρά, σαλμονέλωση, ψώρα, φθειρίαση, H1N1, κ.ά. (Τζιαφέρη, 2006).

B. Κίνδυνοι για την ασφάλεια

Οι κίνδυνοι αυτοί είναι δυνατόν να οδηγήσουν στην πρόκληση τραυματισμού ή βλάβης στους εργαζόμενους, ως αποτέλεσμα της έκθεσής τους.

Οι κίνδυνοι αυτής της κατηγορίας διακρίνονται σε:

- I. Κινδύνους από ελλείψεις σε κτιριακές υποδομές.
- II. Κινδύνους από ελλείψεις στην ασφάλεια χειρισμού των μηχανημάτων, μηχανών και των εγκαταστάσεων.
- III. Κινδύνους από έλλειψη μέτρων ασφαλείας, κατά τη χρήση και μετακίνηση επικίνδυνων ουσιών.
- IV. Κινδύνους από ελλείψεις στις ηλεκτρικές εγκαταστάσεις.
- V. Κινδύνους από πυρκαγιές ή εκρήξεις.
- VI. Κινδύνους που προέρχονται από ελλείψεις στην ενημέρωση, πληροφόρηση και εκπαίδευση των εργαζομένων.

Γ. Κίνδυνοι εργονομικοί ή εγκάρσιοι

Οι κίνδυνοι αυτοί αφορούν στην ίδια την οργάνωση της παραγωγικής διαδικασίας και την προσπάθεια προσαρμογής του εργαζόμενου στην εργασία. Οι κίνδυνοι αυτοί μπορεί να οφείλονται :

- Στην οργάνωση εργασίας όπως κυκλικό ωράριο εργασίας, νυχτερινή εργασία, ευκρινές καθηκοντολόγιο, κ.ά.
- Σε εργονομικούς παράγοντες, όπως ο χειρισμός φορτίων, η διακίνηση/ μετακίνηση ασθενών, μεγάλες αποστάσεις, διαχείριση νοσοκομειακών αποβλήτων, κ.ά.
- Σε αντίξοες κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες εργασίας.

Δ. Ψυχο-κοινωνικοί παράγοντες κινδύνου

Οι ψυχο- κοινωνικοί παράγοντες μπορούν να παίξουν καθοριστικό ρόλο στην απόδοση των εργαζομένων και να επηρεάσουν σημαντικά την υγεία τους. Οι κυριότεροι κίνδυνοι είναι: το κυκλικό ωράριο εργασίας, το επαγγελματικό στρες, η οργάνωση της εργασίας και η συναισθηματική επιφόρτιση του επαγγελματία υγείας.

Το κυκλικό ωράριο, έχει σημαντικές επιδράσεις στο άτομο καθώς μεταβάλλει τον «κιρκάδιο ρυθμό» δηλαδή τον 24ωρο κύκλο στον οποίο είναι οργανωμένες οι διάφορες βιολογικές λειτουργίες κάθε οργανισμού. Ο βιολογικός αυτός ρυθμός επηρεάζεται από εξωτερικούς παράγοντες (όπως π.χ. ρυθμός εργασίας, ωράριο ύπνου κλπ) και επηρεάζει λειτουργίες όπως ο ύπνος, ο καρδιακός ρυθμός, ο μεταβολισμός, η ψυχική διάθεση.

Το επαγγελματικό stress, και η επαγγελματική εξουθένωση εξαρτάται από τις συνθήκες εργασίας και το προφίλ του εργαζόμενου, (ηλικία, προσωπικότητα του εργαζόμενου, φύλο, κοινωνικο-οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο). Οι κυριότερες πηγές είναι:

- φυσικοί παράγοντες (έντονος θόρυβος ή υπερβολική ησυχία),
- η επαγγελματική ανασφάλεια,
- το αίσθημα κινδύνου,
- η κακή κοινωνική και ατομική αποδοχή του επαγγέλματος,

- ο μεγάλος φόρτος εργασίας,
- η μονοτονία του έργου,
- οι αντιθέσεις με τους συνεργάτες ή την ιεραρχία, mobbing,
- η έλλειψη αυτονομίας,
- η έλλειψη πόρων που μπορεί και αφορά τον χρόνο, το υλικό, και τα εργαλεία ή και διάφορες πληροφορίες σχετικές με τον ασθενή, το πρόγραμμα εργασίας κλπ.

- η απρόσωπη αντιμετώπιση του εργαζόμενου,
- οι ελλειμματικές οικονομικές απολαβές,
- η άκαμπτη και χωρίς ευαισθησία διοίκηση,
- η έλλειψη αναγνώρισης των ικανοτήτων του εργαζόμενου,
- η έλλειψη αυτονομίας,
- η έλλειψη συμμετοχής στις αποφάσεις (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995 Βελονάκης, 1990 Sinclair, 1988).

Μια σύγχρονη κατάσταση πηγής κινδύνου που αντιμετωπίζουν συχνά οι εργαζόμενοι, είναι η ηθική/ ψυχολογική παρενόχληση στο χώρο εργασίας (mobbing/ bullying). Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (2002) στον ορισμό που δίνει προσθέτει ότι για να χαρακτηριστεί μία συμπεριφορά ως ηθική παρενόχληση πρέπει με βάση λογικά κριτήρια και λαμβανομένων υπόψη των συνθηκών, να θεωρηθεί αδικαιολόγητη. Αναδεικνύει το στοιχείο της δυσμενούς μεταχείρισης του εργαζομένου και την πιθανότητα η παρενόχληση να συνιστά αθέμιτη χρήση ή κατάχρηση εξουσίας εκ μέρους ενός ατόμου ή ομάδας ατόμων. Επισημαίνει ότι ακόμα και ένα σύστημα εργασίας μπορεί να λειτουργήσει ως μέσο παρενόχλησης.

«Ως παρενόχληση στον χώρο εργασίας ορίζεται η επαναλαμβανόμενη, αδικαιολόγητη συμπεριφορά προς ένα εργαζόμενο, ή μία ομάδα εργαζομένων, που προκαλεί κινδύνους για την υγεία και την ασφάλειά του » (EU-OSHA, 2002).

Οι επιπτώσεις είναι κυρίως ψυχολογικές: κατάθλιψη, κόπωση, ευερεθιστότητα, σωματικές: μυοσκελετικά άλγη, δυσπεπτικά ενοχλήματα, νευρολογικές και καρδιολογικές διαταραχές κά., απόκλιση συμπεριφοράς: κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, λήψη ψυχοφαρμάκων, ανορεξία ή βουλιμία, σεξουαλικές διαταραχές, απουσία από την εργασία (Πίνακας 8).

Πρακτικά, για να επιτευχθούν οι στόχοι της ΥΑΕ πρέπει υποχρεωτικά οι εργοδότες και οι εργαζόμενοι να τηρούν σχολαστικά τους κανόνες που έχουν συμφωνηθεί και για τους οποίους υποχρεούνται να έχουν ενημερωθεί πλήρως. Οι κανόνες αυτοί καθορίζουν το πλαίσιο μέσα στο οποίο χρησιμοποιούνται οι εξωτερικοί και εσωτερικοί χώροι των κτιρίων των εργασιακών χώρων και τους τρόπους με τους οποίους εκτελούνται οι διάφορες εργασίες. Για οποιαδήποτε αλλαγή χρήσεων κτιριακών χώρων, εργασιακών διεργασιών και κανονισμών πρέπει απαραίτητα να ενημερώνονται όλοι οι εργαζόμενοι.

i. Η καταλληλότητα των κτιριακών εγκαταστάσεων και της τεχνολογικής υποδομής σύμφωνα με τους κανόνες ΥΑΕ είναι απαραίτητη.

ii. Σε περίπτωση εκτάκτων αναγκών (πυρκαγιά/φυσικές καταστροφές) απαιτείται εύκολη πρόσβαση πυροσβεστικών οχημάτων και ασθενοφόρων. Απαραίτητη κρίνεται η πληροφόρηση των εργαζομένων για τον τρόπο αντιμετώπισης τέτοιων περιστατικών και του σχεδίου εκκένωσης.

iii. Ετοιμότητα παροχής πρώτων βοηθειών σε περίπτωση ατυχήματος και σωστής νοσοκομειακής περίθαλψης.

iv. Σωστή αποθήκευση και χρήση εύφλεκτων και επικίνδυνων ουσιών, αερίων, κ.α., για την αποφυγή ατυχημάτων.

v. Κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού για τους κανόνες ασφάλειας για την ορθή χρήση μηχανημάτων, εκτέλεση εργασιών με βιολογικούς παράγοντες ή μολυσματικά και ραδιενεργά υλικά.

- vi. Σωστή διαχείριση ή καταστροφή των τοξικών και επικίνδυνων αποβλήτων, καθώς και μολυσματικών και ραδιενεργών υλικών.
- vii. Ατομικά μέτρα προστασίας, όπου κρίνεται απαραίτητο.
- viii. Ορθή και κατάλληλη σήμανση όλων των εργασιακών χώρων και κανόνες απαγορεύσεων για επικίνδυνες εργασίες ή συνθήκες εργασίας.
- ix. Τήρηση των κανόνων ΥΑΕ κατά την διάρκεια της εργασίας και ανάληψη υποχρεώσεων για συχνή επιθεώρηση των εργασιακών χώρων
- x. Εκπαίδευση και ενημέρωση του προσωπικού στα μέτρα ΥΑΕ.
- xi. Καθοδήγηση σε περίπτωση τραυματισμού ή σωματικής βλάβης για παραπομπή για άμεση ιατρική εξέταση.

Πίνακας 8. Παράγοντες κινδύνου στο χώρο του Νοσοκομείου

ΤΜΗΜΑ	ΦΥΣΙΚΟΙ	ΧΗΜΙΚΟΙ	ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ	ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ	ΕΡΓΟΝΟΜΙΚΟΙ	ΨΥΧΟ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ
Όλα τα τμήματα (επιπλέον των παρακάτω)		σαπούνια, απολυμαντικά		ατυχήματα, φωτιά, ηλεκτρισμός	στάση, οργάνωση εργασίας, χώρος, αερισμός, χρώματα	βάρδιες, στρες, φυσική ασφάλεια, φόρτος εργασίας, οργάνωση εργασίας
Επίγοντα / ΜΕΘ	ιονίζουσα ακτινοβολία, θόρυβος	φάρμακα	μολύνσεις από τρωπήματα		στάση, χειρισμός ασθενών	συναίσθηματική ικανοποίηση, βία
Λοίκηση	θόρυβος	φωτοτύπηση, διαλύτες, τσιγάρο			επαναλαμβανόμενη εργασία	
Οδοντιατρικό	ιονίζουσα ακτινοβολία, θόρυβος, σκόνης	υδράργυρος, μεθιλικό μεθακρύλιο, κλπ.	μολύνσεις από τρωπήματα			
Καθαριότητα	χειρισμός βαρών, δονήσεις	καθαρτικά, διαλύτες, λευκαντικά	μολύνσεις από τρωπήματα, μολυσμένα άχρηστα		επαναλαμβανόμενη βαριά εργασία	
Εξωτερικοί χώροι	υπεριώδης ακτινοβολία, θόρυβος, ζέστη	φυτοφάρμακα, κρεόζοτο			βαριά εργασία	
Κονίζια / υπερπίεση διατροφοής	μικροκυματική ακτινοβολία, θόρυβος, ζέστη	λευκαντικά	αλλεργίες σε τρόφιμα, μολύνσεις	γλιστρήματα, κοψίματα, εγκαύματα, φωτιά	χειρισμός βαρών	
Εργαστήρια / Πειραματόζωα	ιονίζουσα και μη ακτινοβολία, θόρυβος	φορμυλδεϋδη, διαλύτες, καρκινογόνα, μολυσματικά άχρηστα	μολύνσεις, τρωπήματα, αλλεργίες, δαγκώματα & γρατσουνιές	σπασμένα γυαλιά, φωτιά, εκρήξεις	απομονωμένη εργασία	επίγουσα και επικίνδυνη εργασία
Πλυντήριο	θόρυβος, ζέστη	λευκαντικά	μολύνσεις, τρωπήματα	εγκαύματα	χειρισμός βαρών	
Συντήρηση	θόρυβος, ζέστη, σπινθηροί, σκόνης (αμιαντός), δονήσεις	διαλύτες, μολυσμένα εργαλεία	μολυσμένα εργαλεία	ηλεκτρισμός, πτώσεις	χειρισμός βαρών	
Νεκροταμείο	κρύο, ιονίζουσα ακτινοβολία	φορμυλδεϋδη, υδράργυρος, κυτταροτοξικά και μολυσμένα άχρηστα	μολύνσεις, τρωπήματα, κοψίματα		χειρισμός ασθενών	χειρισμός αποθανόντων
Χειρουργεία	ιονίζουσα και μη ακτινοβολία, θόρυβος, ζέστη	αναισθητικά αέρια, χειρουργικά διαλύματα, μεθιλικό μεθακρύλιο	μολύνσεις, τρωπήματα, κοψίματα	φωτιά, εκρήξεις	ορθοστασία, χειρισμός ασθενών	
Εξωτερικά ιατρεία	ακτινοβολίες		μολύνσεις, τρωπήματα, κοψίματα		χειρισμός ασθενών	φυσική ασφάλεια
Φαρμακείο		διαλύματα, φάρμακα, κυτταροτοξικά		σπασμένα γυαλιά	ορθοστασία, χειρισμός βαρών	
Φορείς / Φύλακες	ιονίζουσα ακτινοβολία		μολύνσεις		χειρισμός ασθενών και βαρών	
Αποθήκες		χημικά υλικά		φωτιά, εκρήξεις	χειρισμός βαρών	
Κοσμητολογικά τμήματα	ιονίζουσα ακτινοβολία	φάρμακα, κυτταροτοξικά	μολύνσεις, τρωπήματα	φωτιά, γλιστρήματα, πτώσεις	χειρισμός ασθενών	θάνατος, ετοιμοθάνατοι, συμβουλευτική ασθενών και συγγενών
Ακτινολογικό / Πυρηνική Ιατρική	ιονίζουσα ακτινοβολία	φάρμακα, εμφανιστές	μολύνσεις, τρωπήματα		χειρισμός ασθενών και βαρών, μολυβδοκοπιδιές	θάνατος, ετοιμοθάνατοι, συμβουλευτική ασθενών και συγγενών, επικίνδυνη εργασία

Πηγή : Sinclair, W. (1988) *The hazards of hospital work*. Australia: Allen &

Unwin.

Καλυδοπούλου Παναγιώτα ΑΜΥ 11301257

Κεφάλαιο 3^ο

Η ασφάλεια, η ποιότητα και η αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας:
έννοιες αλληλένδετες

3.1. Η ποιότητα και η ασφάλεια των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια με απόλυτη προτεραιότητα στις σύγχρονες προσλαμβάνουσες κάθε υγειονομικής πολιτικής. Το ενδιαφέρον των πολιτών και της πολιτείας σε εθνικό και υπερεθνικό επίπεδο για την ποιότητα στις υπηρεσιών υγείας, οφείλεται κυρίως στο υψηλό και αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας, την προσλαμβανόμενη αδυναμία καθολικής κάλυψης υγειονομικής φροντίδας του πληθυσμού ευθύνης των περισσότερων συστημάτων υγείας και λόγω της οικονομικής κρίσης, τις αυξανόμενες απαιτήσεις των ενημερωμένων πλέον πολιτών, την μεταβολή του φάσματος ασθενειών και λόγω της δημογραφικής γήρανσης, την ανάπτυξη της τεχνολογίας και της διάδοσης της πληροφορίας αλλά και στην εκτεταμένη αβεβαιότητα και κοινωνικο-οικονομική ρευστότητα, σε παγκόσμια κλίμακα.

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας δύνατο να ορισθεί, ως ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας κατορθώνουν να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης των επιδιωκόμενων αποτελεσμάτων υγείας, σύμφωνα με την τρέχουσα επιστημονική γνώση (Mitchell, 2008 Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου & Χατζοπούλου, 2008). Ταυτόχρονα, η ασφάλεια των ασθενών, ως έννοια και πραγματικότητα, φέρεται να μην διαχωρίζεται εννοιολογικά από την ποιότητα στην υγεία. Η ασφάλεια των ασθενών σύμφωνα με το ΙΟΜ, αφορά στην πρόληψη της πρόκλησης βλάβης στους ασθενείς (Aspen et al., 2004).

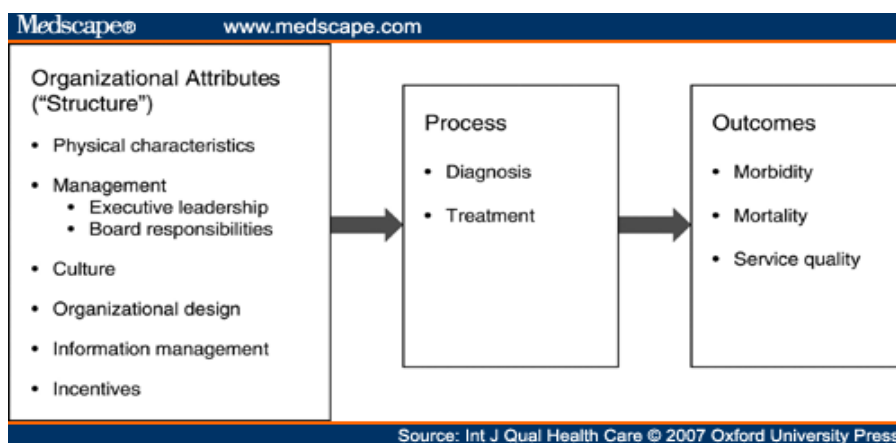
Έμφαση, από αυτή την οπτική δίδεται στα συστήματα παροχής φροντίδας υγείας, τα οποία επικεντρώνονται στην αποφυγή λαθών, στην διαδικασία μάθησης μέσα από τα λάθη που συμβαίνουν, και στο γεγονός ότι βασίζονται σε μια κουλτούρα ασφάλειας, στην οποία εμπλέκονται οι επαγγελματίες υγείας, οι οργανισμοί και οι ασθενείς (Aspen et al., 2004).

Ο Avedis Donabedian, ασχολήθηκε διεξοδικά με την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, και ορίζει ως ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης (Τούντας, 2008). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας φέρει πολλές θεωρητικές προσεγγίσεις, ωστόσο ο Donabedian (1988), έθεσε τις δύο διαστάσεις που την χαρακτηρίζουν:

(i) την τεχνική ποιότητα, που αφορά στην τεχνογνωσία και στις διαθέσιμες τεχνολογικές δομές, και

(ii) την διαπροσωπική ποιότητα, ουσιαστικής σημασίας παράγοντα στην ανάπτυξη των σχέσεων συνεργασίας ασθενούς και επαγγελματία υγείας (Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου & Χατζοπούλου, 2008) (Γράφημα 7).

Γράφημα 7 : Μοντέλο Donabedian



Πηγή: <http://img.medscape.com/fullsize/migrated/568/115/ijqhc568115.fig1>.

[gif](#)

Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών ποικίλουν και βρίσκονται σε αντιστοιχία με τα επίπεδα αξιολόγησης

Καλουδοπούλου Παναγιώτα AMY 11301257

που αφορούν τόσο στις δομές και τις διαδικασίες, όσο και στα αποτελέσματα της παρεχόμενης φροντίδας. Ως εκ τούτου οι προσδιοριστικοί παράγοντες που σχετίζονται με την παροχή ποιοτικών και ασφαλών υπηρεσιών υγείας επιμερίζονται στα εξής:

■ Αποτελεσματικότητα (effectiveness), αποδοτικότητα (efficiency) και τεχνική ικανότητα (technical competence). Η ποιότητα μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από κατάλληλες, ορθές διαδικασίες και πρακτικές, στα πλαίσια εξοικονόμησης πόρων. Για να γίνει εφικτή αυτή η προσέγγιση, απαιτούνται τεκμηριωμένοι στόχοι και κατάλληλη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, αφενός στην αντιμετώπιση και ικανοποίηση των προσδοκιών των ασθενών και αφετέρου στην βέλτιστη διαχείριση υλικοτεχνικών πόρων, εν μέσω οικονομικής δυσπραγίας.

■ Ισότητα και Προσβασιμότητα των υπηρεσιών (accessibility) και ανάπτυξή τους με επίκεντρο τον ασθενή (patient-centered healthcare). Η έννοια της ισότητας (οριζόντια και κατακόρυφη) και της προσβασιμότητας των υπηρεσιών περιλαμβάνει την οικονομική και την κοινωνικο-πολιτισμική διάσταση (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς 2012).

■ Συνέχεια της φροντίδας (continuity). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας προϋποθέτει μια συνεχή διαδικασία αξιολόγησης, βελτίωσης και διαρκούς ελέγχου ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας ενός ασθενούς. Η ελεύθερη μετακίνηση του ασθενούς εντός συστήματος, είναι προαπαιτούμενο.

■ Διαπροσωπικές σχέσεις (interpersonal relations). Οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και η εμπιστοσύνη και η συνεργασία του προσωπικού και των ασθενών, είναι σημαντικές για το συντονισμό των δράσεων και την επίτευξη των βέλτιστων αποτελεσμάτων (Al Assaf, 2004 Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

■ Ασφάλεια (safety). Η ασφάλεια πέρα από την επιδιωκόμενη αποτροπή βλάβης, αποτελεί ουσιαστικό στόχο καθώς οποιαδήποτε παράβλεψη της δύναται να οδηγήσει σε σημαντικές απώλειες. Μπορεί το λάθος να είναι ανθρώπινο (*The err is human*) αλλά κοστίζει.

Άλλοι παράγοντες, οι οποίοι σχετίζονται και με την ποιότητα από την οπτική της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών, είναι : η ετοιμότητα άμεσης ιατρικής φροντίδας, η ταχύτητα επίλυσης προβλημάτων υγείας, η ορθότητα επιλογής θεραπευτικής αντιμετώπισης, τα χαρακτηριστικά του ανθρώπινου δυναμικού (ικανότητες, γνώσεις, εμπειρία, εκπαίδευση), τα στοιχεία του φυσικού περιβάλλοντος και η χωροταξική διάρθρωση έτσι ώστε να διευκολύνεται η μετακίνηση ανθρώπων και υλικών, η αισθητική του χώρου, η τήρηση κανόνων υγιεινής και ο περιορισμός των νοσοκομειακών λοιμώξεων, η διαθεσιμότητα τεχνολογικού εξοπλισμού, η ενημέρωση, ο χρόνος αναμονής, η διασφάλιση του ιατρικού απορρήτου και η παροχή κατάλληλων θεραπευτικών σχημάτων και η χρήση προηγμένης ιατρικής τεχνολογίας που συνοδεύεται από άρτια οργανωμένο πληροφοριακό σύστημα. Η ηγεσία με στόχο την συνεχή βελτίωση της ποιότητας, την καλύτερη οργάνωση και αξιοποίηση των υλικών και ανθρώπινων πόρων με το μικρότερο κόστος, είναι πρωταρχικής σημασίας (Σταυρόπουλος, 2009 Τζανετάκη, 2006).

Αποτελεί δεδομένο ότι η ποιότητα και η ασφάλεια στην υγεία συνδυάζει την ικανοποίηση των ασθενών με την παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών και τον έλεγχο του κόστους τους (Κωστοπούλου, 2014). Τοιουτοτρόπως, τα κύρια χαρακτηριστικά υψηλής ποιότητας στην υγεία είναι το υψηλό επίπεδο επαγγελματισμού, η αποτελεσματική χρήση των διαθέσιμων πόρων, η μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς, η ικανοποίηση των ασθενών και η τελική θετική επίδραση στο επίπεδο υγείας του ασθενούς και συνολικά του πληθυσμού ευθύνης.

3.2. Διαχείριση ποιότητας και ασφάλειας και τα πρότυπα για τις υπηρεσίες υγείας

Η έννοια της ποιότητας, αντανακλά ή αποδίδει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ενός συστήματος, μιας διαδικασίας ή ενός προϊόντος, με θετική νοηματοδότηση. Προσμετράται και αποδίδεται, με τον ορισμό των «Δεικτών Ποιότητας» (quality indicators) και των «επιθυμητών επιπέδων ποιότητας» ή «προδιαγραφών ποιότητας» (quality standards), όροι καθοριστικής σημασίας για ένα σύστημα διασφάλισης ποιότητας.

Τα βασικά χαρακτηριστικά στη διαχείριση ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, επιγραμματικά αφορούν στην πολιτική που εστιάζει στον χρήστη (των υπηρεσιών), στην δέσμευση της Διοίκησης, στην συμμετοχή-εμπλοκή και ενεργή ανάμειξη του προσωπικού, στην συστημική προσέγγιση, στην προοπτική της συνεχούς βελτίωσης, στην λήψη αποφάσεων κατόπιν τεκμηρίωσης, στην ανάπτυξη σχέσεων με προμηθευτές και με όλα τα εμπλεκόμενα μέρη. Για την επίτευξη των παραπάνω απαιτείται προγραμματισμός και προετοιμασία για αλλαγή οργανωσιακής κουλτούρας.

Η εφαρμογή ενός προγράμματος ποιότητας σε υπηρεσίες υγείας, αποβλέπει στο συντονισμένο σχεδιασμό διαδικασιών έτσι ώστε να διατυπώνονται δομημένες, ξεκάθαρες και ενιαίες οδηγίες για την διεκπεραίωση μιας εργασίας με ασφάλεια, την οποία μπορεί κάποιος να παρακολουθεί σε όλα τα στάδια εξέλιξής της, μέσα από την καταγραφή δράσεων και να την αξιολογεί. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η δημιουργία δεικτών, κωδικών, μητρώων και συγκρίσιμων στατιστικών δεδομένων. Ο σχεδιασμός ενός ποιοτικού προγράμματος περιλαμβάνει την εγκαθίδρυση ενός προγράμματος κατόπιν αιτήματος του ενδιαφερόμενου οργανισμού, προσδιορισμό των αναγκών του πελάτη, εν

προκειμένων των ασθενών, σχεδιασμό κλινικής φροντίδας και σχεδιασμό διοικητικών διεργασιών.

Η αξιολόγηση, και κατά συνέπεια η βελτίωση της ποιότητας, των νοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας, περιλαμβάνει τρία επίπεδα:

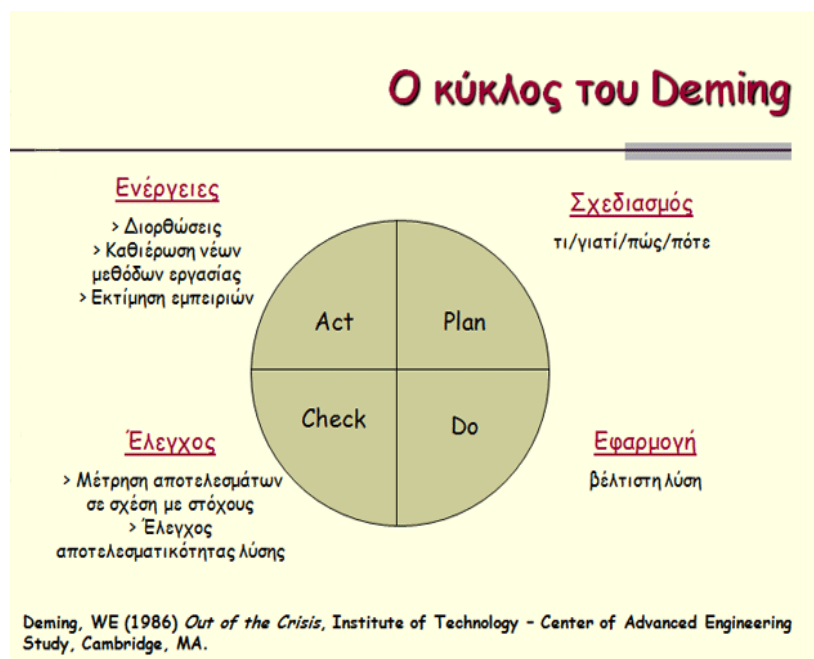
- τις δομές, οι οποίες αφορούν το προσωπικό, το διαθέσιμο εξοπλισμό, τις εγκαταστάσεις, τους οικονομικούς πόρους, τα πληροφοριακά συστήματα και την οργανωτική δομή του Νοσοκομείου,
- τις διαδικασίες, οι οποίες είναι οι ενέργειες πρόληψης, περίθαλψης, θεραπείας και αποκατάστασης,
- και τα αποτελέσματα, τα οποία αναφέρονται στην έκβαση της ασθένειας, την ικανοποίηση του ασθενή και των επαγγελματιών υγείας. Συνήθως, αξιολογούνται με δείκτες οικονομικής αποδοτικότητας, νοσηρότητας, θνησιμότητας και ικανοποίησης των ασθενών (Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου & Χατζοπούλου, 2008).

Στην μεθοδολογική προσέγγιση του σχεδιασμού της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, επιγραμματικά περιλαμβάνονται:

- Καταγραφή υφιστάμενης κατάστασης, δυνατοτήτων και πόρων.
- Καθορισμός στόχων: ποια διεργασία πρόκειται να αναλυθεί και να σχεδιαστεί, ποιους αφορά/ ποια ομάδα ασθενών, τι δεδομένα υπάρχουν για να στηρίξουν την διεργασία, ποιοι είναι οι στόχοι ικανοποίησης ασθενών, κλινικών αποτελεσμάτων, σε επίπεδο υγείας γενικά /οικονομικά αποτελέσματα/ επίλυσης προβλημάτων, ποια είναι τα όρια του προγράμματος (χρονικά, οικονομικά) και ποιο είναι το τελικό αναμενόμενο αποτέλεσμα.
- Η ανάλυση των αναγκών του ασθενή και των άλλων πελατών: ανάλυση ιστορικών επιδημιολογικών, δημογραφικών δεδομένων, σχηματισμός ομάδων επίλυσης ζητημάτων, συλλογή και ανατροφοδότηση δεδομένων για το τελικό αποτέλεσμα της ικανοποίησης των ασθενών.

- Σχεδιασμός κλινικής φροντίδας: ανάλυση υφιστάμενης κατάστασης, βιβλιογραφική/ ηλεκτρονική αναζήτηση και ανασκόπηση σύγχρονων δεδομένων, ανταλλαγή απόψεων, εντοπισμός καλύτερων πρακτικών, συμφωνία για εφαρμογή καλύτερων πρακτικών και υιοθέτηση, τελικός σχεδιασμός αναγκών και φροντίδας ασθενών (Παπαγεωργίου και συν., 2014)(Γράφημα 8) :

Γράφημα 8. Το μοντέλο PDCA του Deming



Πηγή :http://www.papageorgiou-hospital.gr/c1/images/site/poiotikos_eleggos3.gif

Οι αναγκαίες υποδομές για την ποιότητα περιλαμβάνουν:

- Τυποποίηση –Πρότυπα, κατευθυντήριες γραμμές.
- Πιστοποίηση –Δημιουργία εμπιστοσύνης.
- Διαπίστευση.
- Μετρολογία –Δείκτες και θέσπιση ορίων.
- Πληροφορία -Παραγωγή πληροφορίας και χρήση της.
- Εκπαίδευση- Διαρκής, τεχνικά ζητήματα & κουλτούρα ποιότητας.

Τα συστήματα ποιότητας που εφαρμόζονται με βάση τα πρότυπα, διαχωρίζονται με γνώμονα το είδος της επιθεώρησης και το πλαίσιο ανάπτυξης και συμπεριλαμβάνουν:

- Τα Πρότυπα Διαπίστευσης (Accreditation Standards), για την εφαρμογή συστημάτων ποιότητας σε Υ.Υ. με εξωτερική επιθεώρηση και με βάση εθνικά πρότυπα για την Υγεία.
- Τα Διεθνή Πρότυπα που οδηγούν στην Πιστοποίηση (Certification), για την εφαρμογή συστημάτων ποιότητας σε Υ.Υ. από εξωτερικούς διαπιστευμένους φορείς, με βάση διεθνή πρότυπα.
- Τα Βραβεία Ποιότητας (Quality Awards). Αφορούν σε μοντέλα αξιολόγησης των χαρακτηριστικών και των διαδικασιών στις Υ.Υ. στο πλαίσιο Συστημάτων Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΣΔΟΠ) (Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου & Χατζοπούλου, 2008).

Σήμερα έχουν εκδοθεί και εφαρμόζονται μια πληθώρα προτύπων που αφορούν τα Συστήματα Διαχείρισης, τα οποία ειδικά στον τομέα της υγείας συνοπτικά είναι:

- ISO 9000:2000/ISO 9001:2000 και αντίστοιχα στην Ελλάδα ΕΛΟΤ EN ISO-9001:2000.
- HACCP & ISO 22000:2004 Ανάλυση επικινδυνότητας και κρίσιμα σημεία ελέγχου.
- ISO I 4000/ ISO I 4001 Σύστημα Περιβαλλοντικής Διαχείρισης, (περιλαμβάνει και την διαχείριση νοσοκομειακών αποβλήτων).
- OSHAS 18001 Σύστημα Υγείας και Ασφάλειας στο Εργασιακό Περιβάλλον.
- ISO/IEC 17025:2005 Γενικές απαιτήσεις για την ικανότητα των εργαστηρίων δοκιμών και διακριβώσεων.

- ISO 13485:2003 Γενικές απαιτήσεις του συστήματος διαχείρισης ποιότητας με τις οποίες θα πρέπει να συμμορφώνονται οι επιχειρήσεις που επιδιώκουν να αποδεικνύουν την ικανότητα τους να παρέχουν ιατροτεχνολογικά προϊόντα και σχετικές υπηρεσίες.

- ISMS, ISO/IEC 27001: 2005 Σύστημα Διαχείρισης της Ασφάλειας της Πληροφορίας.

Ειδικά, το OHSAS (Occupational Health Safety Assessment System), είναι ένα σύστημα διαχείρισης και ένα κανονιστικό πλαίσιο με απώτερο σκοπό την εξασφάλιση της ασφάλειας και της υγείας των εργαζομένων που απασχολεί μια επιχείρηση ή ένας οργανισμός (Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου & Χατζοπούλου, 2008). Στην ουσία πρόκειται για μια ουσιαστική μορφοποίηση της οργανωσιακής κουλτούρας του οργανισμού, με επίκεντρο την προαγωγή της διαχείρισης των θεμάτων της Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (ΥΑΕ), την αντιμετώπιση της επικινδυνότητας η οποία απορρέει από τις δραστηριότητες του και την βελτίωση των οργανισμών για την διασφάλιση της ποιότητας.

Οι βασικοί λόγοι οι οποίοι ωθούν έναν οργανισμό ή μια επιχείρηση στην υιοθέτηση του OHSAS, διακρίνονται σε εσωτερικούς ή ενδοεπιχειρησιακούς λόγους: αφορά στη μείωση του κόστους που προκύπτει από κακή ή ελλιπή διαχείριση των θεμάτων ΥΑΕ, με στόχο την βελτίωση της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητας, και σε εξωτερικούς λόγους: αφορά στην προσαρμογή της λειτουργίας του οργανισμού προς την υφιστάμενη νομοθετική επιταγή, στην αποφυγή προστίμων σε περίπτωση ατυχήματος και στη βελτίωση της εικόνας της επιχείρησης ή του οργανισμού, προς τα έξω.

Το ουσιαστικό πλεονέκτημα που παρέχεται με την εφαρμογή του συστήματος αυτού, είναι ότι μέσω της βελτίωσης των συνθηκών εργασίας του προσωπικού και της συνεχούς ενημέρωσης και εκπαίδευσης του, αυξάνεται η αποδοτικότητα και η παραγωγικότητα των εργαζομένων.

Συνοπτικά τα οφέλη εφαρμογής ενός συστήματος ΥΑΕ, είναι:

- ✚ Δέσμευση για συνεχή βελτίωση.
- ✚ Εναρμόνιση με το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο και τις κανονιστικές διατάξεις.
- ✚ Παροχή υπηρεσιών προστασίας και πρόληψης για τη μείωση και εξάλειψη των εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών.
- ✚ Εντοπισμός των επαγγελματικών κινδύνων, που απορρέουν από τον τρόπο λειτουργίας της επιχείρησης ή του οργανισμού και ελαχιστοποίησή τους.
- ✚ Η βελτίωση των συνθηκών εργασίας εμφανίζει διπλά θετικά αποτελέσματα: αύξηση της αποδοτικότητας και της παραγωγικότητας των εργαζομένων από την μία, και βελτίωση της ανταγωνιστικότητας και της βιωσιμότητας του οργανισμού ή της επιχείρησης από την άλλη.
- ✚ Διαμόρφωση ασφαλούς περιβάλλοντος εργασίας για τους εργαζόμενους, τους συνεργάτες και τους χρήστες των υπηρεσιών του οργανισμού.
- ✚ Μείωση του κόστους.
- ✚ Βελτίωση της εικόνας.
- ✚ Ικανότητα αντιμετώπισης έκτακτων καταστάσεων.
- ✚ Χρήση του πιστοποιητικού ως εργαλείου marketing.
- ✚ Χρήση του πιστοποιητικού ως εργαλείο για συμμόρφωση προς τις νομοθετικές, κανονιστικές, ρυθμιστικές διατάξεις, αλλά και καθιέρωση πρότυπων και προδιαγραφών σε θέματα που άπτονται της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων (Πανταζή, 2011).

Η μεθοδολογία που ακολουθείται από τον Σύμβουλο Εργασίας για την εγκατάσταση ενός Συστήματος Υγείας & Ασφάλειας της Εργασίας (ΣΥΑΕ) έχει ως ακολούθως:

- Διαγνωστική μελέτη- Ανάλυση νομοθεσίας- Αξιολόγηση υφιστάμενης κατάστασης.

- Συγγραφή τεκμηρίωσης συστήματος.
- Εκπαίδευση προσωπικού.
- Εφαρμογή του συστήματος.
- Εσωτερικές επιθεωρήσεις/Εξωτερικές επιθεωρήσεις.
- Πιστοποίηση συστήματος.

Η σκοπιμότητα επομένως της εισαγωγής συστημάτων της διασφάλισης ποιότητας και της διοίκησης ολικής ποιότητας στις μονάδες υγείας δεν αφορά μόνο τη βελτίωση της λειτουργίας και των αποτελεσμάτων τους, αλλά και την κοινωνία ολόκληρη.

Η εισαγωγή ενός Συστήματος Ποιότητας και αντίστοιχα ενός Συστήματος Διαχείρισης Υγείας και Ασφάλειας, δεν αποτελεί πανάκεια ούτε το σύστημα ελέγχου γενικευμένη επιστασία. Είναι ένα εργαλείο στα σύγχρονα περιβάλλοντα εργασίας, που είναι σε θέση να βελτιώσει τη λειτουργία των δομών ενός νοσοκομείου ή μιας υπηρεσίας μέσω αυτοελέγχου και αυτοαξιολόγησης και να θέσει ένα συστηματοποιημένο οργανωτικό πλαίσιο που θα αναβαθμίσει την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών σε υγιές εργασιακό περιβάλλον.

Η επιτυχία ή η αποτυχία του εξαρτάται από την υποστήριξη της ανώτατης διοίκησης, του συνόλου του προσωπικού και από τις ικανότητες των επαγγελματιών της ποιότητας και της ΥΑΕ. Κομβικό σημείο είναι η ικανότητα για την επίτευξη οργανωσιακής αλλαγής. Είναι ευρέως αποδεκτό ότι οι οργανισμοί που δεν προσαρμόζονται στις απαιτήσεις των καιρών, δεν είναι σε θέση να ακολουθήσουν και να ανταποκριθούν στις οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις και στις μεταβαλλόμενες ανάγκες των αποδεκτών των υπηρεσιών τους.

3.3. Η μέτρηση της αποδοτικότητας και των αποτελεσμάτων της ΥΑΕ

Οι στόχοι ενός οργανισμού επικεντρώνονται κυρίως στους λόγους ύπαρξής του. Η επίτευξη των στόχων αυτών αποτελεί ζωτικής σημασίας και λόγο επιβίωσης του, ιδιαίτερα εάν λάβει κανείς υπ' όψιν του τις παρούσες συνθήκες δημοσιονομικής στενότητας, τον μονοπωλιακό χαρακτήρα των υπηρεσιών υγείας και την εν γένει παθογένεια του συστήματος λειτουργίας των περισσότερων συστημάτων υγείας. Για τον λόγο αυτό ασφαλιστική δικλείδα αποτελούν οι έννοιες της παραγωγικότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας, μέσα σε υγιές εργασιακό περιβάλλον (Γράφημα 9).

Γράφημα 9. Η Παραγωγικότητα και η συσχέτισή της με την ΥΑΕ



Πηγή : Hesapro (2013). *The Link between productivity and health and safety at work*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://www.hesapro.org/files/Background_Research.pdf

Η έννοια της αποτελεσματικότητας εστιάζει στον βαθμό τον οποίον ο οργανισμός επιτυγχάνει τους στόχους του, ενώ η αποδοτικότητα αφορά κυρίως την εσωτερική λειτουργία της οργάνωσης και εκφράζει τις καταναλώσεις ή θυσίες

(κόστη) προς την επίτευξη ενός επιθυμητού αποτελέσματος (Μπουραντάς, 2002). Η αποδοτικότητα συχνά οδηγεί στην αποτελεσματικότητα. Δεν αποτελεί ωστόσο απαραίτητη επαγωγική διαδικασία καθώς συντρέχουν και άλλοι παράγοντες όπως οι συνθήκες αγοράς, ανταγωνισμού, κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης, συνθήκες προσφοράς-ζήτησης, καταναλωτικά πρότυπα, κ.ά.

Η αποτίμηση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας πραγματοποιείται σε δύο επίπεδα : στο επίπεδο της ιατρικής πρακτικής και των προγραμμάτων υγείας, κυρίως με την χρήση της οικονομικής αξιολόγησης (economic evaluation methods) και στο επίπεδο των υπηρεσιών υγείας με την χρήση μεθόδων συγκριτικής ανάλυσης (benchmark analysis techniques) (Τούντας, 2008). Οι δείκτες μέτρησης της αποδοτικότητας εν προκειμένω, εκφράζονται ως κλάσμα με αριθμητή το πραγματοποιηθέν αποτέλεσμα (εκροή) σε χρηματικά ή φυσικά μεγέθη (όπως τα DALYs, QUALYs), και παρανομαστή τα κόστη ή τις θυσίες που γίνονται για την πραγματοποίηση του επιθυμητού αποτελέσματος (εισροή) (συνήθως εκφράζονται με χρηματικά μεγέθη) (Μπουραντάς, 2002 Τούντας, 2008).

Οι εισροές αναφέρονται στους ανθρώπινους και υλικούς πόρους που χρησιμοποιήθηκαν, ενώ οι εκροές μπορεί να αφορούν τα άμεσα παραγόμενα αποτελέσματα, ως επί τω πλείστον τις ενδιάμεσες εκροές (outputs) (π.χ. αριθμός επεμβάσεων ή εργαστηριακών εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν) και τα τελικά αποτελέσματα όπως η μείωση της θνησιμότητας ή νοσηρότητας σε ένα πληθυσμό ευθύνης (Τούντας, 2008). Τέτοιοι δείκτες προσβλέπουν στην μακρο-οικονομική προσέγγιση της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας με χρηματοοικονομικούς δείκτες κλίμακας των συστημάτων υγείας και στην μικρο-οικονομική προσέγγιση με δείκτες οι οποίοι αφορούν την παραγωγικότητα της εργασίας, των μηχανημάτων κ.ά. (Μπουραντάς, 2002, Wessels, 2004).

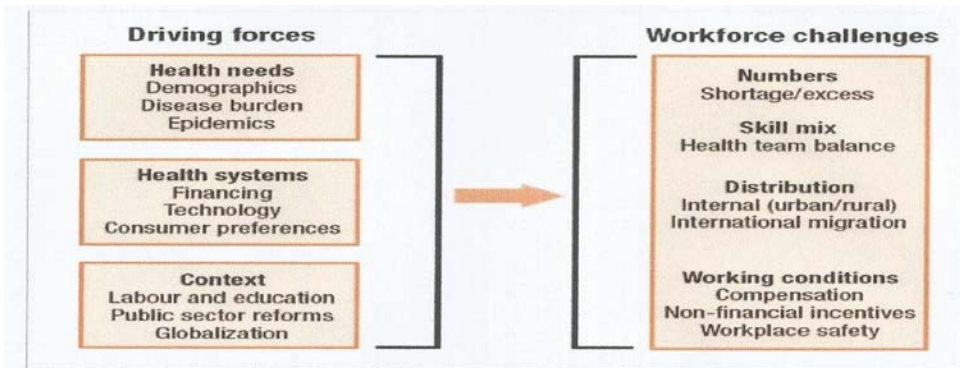
Οι δείκτες μέτρησης αποδοτικότητας για την αξιολόγηση των εσωτερικών διαδικασιών εστιάζουν στην εκτίμηση της αξιοποίησης και ικανοποίησης των

μελών του οργανισμού. Με τον τρόπο αυτό πραγματοποιείται η εκτίμηση της οικονομικής αποδοτικότητας, με δείκτες που αφορούν τους λόγους εκροών/εισροών κάθε εσωτερικής δραστηριότητας και κάθε παραγωγικού συντελεστή (άνθρωποι, μηχανήματα, κεφάλαιο, υποδομή) και της κοινωνικής αποδοτικότητας με δείκτες όπως η ικανοποίηση των εργαζομένων, η συμμετοχή, η επικοινωνία, η ποιότητα εργασιακών σχέσεων και περιβάλλοντος, κ.τ.λ. (Μπουραντάς, 2002) (βλ. Παράρτημα Πίνακας 11,12). Τα δημογραφικά στοιχεία των εργαζομένων και τα ποιοτικά χαρακτηριστικά τους όπως το επίπεδο εκπαίδευσης και εξειδίκευσης, οι συνθήκες εργασίας, η αποζημίωση, τα κίνητρα και η ασφάλεια στο εργασιακό περιβάλλον εδώ δρουν πολυπαραγοντικά (WHO 2006, Σκρουμπέλος και συν., 2012)(Γράφημα 9,10).

Η αξιολόγηση της ατομικής εργασιακής απόδοσης είναι ένα σημαντικό ζήτημα. Η οικονομική αποτίμηση βασίζεται στην λογική των αποτελεσμάτων και των ωρών εργασίας (Πίνακας 9). Από την οπτική ψυχο-κοινωνικής προσέγγισης πραγματοποιείται με συστήματα εκτίμησης απόδοσης 360 μοιρών (360-degree performance appraisals systems) (Graig and Hannum, 2006). Σε αυτά τα συστήματα, η μέτρηση των επιδόσεων του υπαλλήλου-στόχου παρέχεται από όλα τα πρόσωπα που περιβάλλουν το άτομο, όπως τους προϊστάμενους, τους συναδέλφους, υφισταμένους, εσωτερικούς και / ή εξωτερικούς πελάτες, και / ή την ατομική αξιολόγηση. Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό του συστήματος αξιολόγησης απόδοσης 360 μοιρών σε οργανισμούς, είναι η συμφωνία με τους χρήστες του ότι είναι ένα δίκαιο σύστημα γενικά αποδεκτό. Οι Martell & Leavitt (2002) αναφέρονται σε αυτή την περίπτωση στο «Zeitgeist», με το ιδεώδες για την οργάνωση ενός οργανισμού με ομαδικό προσανατολισμό, ισότιμη και συνεργατική κουλτούρα. Το σύστημα αξιολόγησης της απόδοσης 360 μοιρών ταιριάζει καλά σε αυτά τα είδη των χώρων εργασίας όπου συζητήσεις και σχόλια σχετικά με τη συμβολή των εργαζομένων είναι μέρος της κουλτούρας. Ωστόσο, η εκτίμηση 360

μοιρών είναι χρονοβόρα και δαπανηρή και τα οφέλη σε γενικές γραμμές μπορεί να είναι υπερτιμημένα σε σχέση με την προσπάθεια (EU-OSHA, 2002).

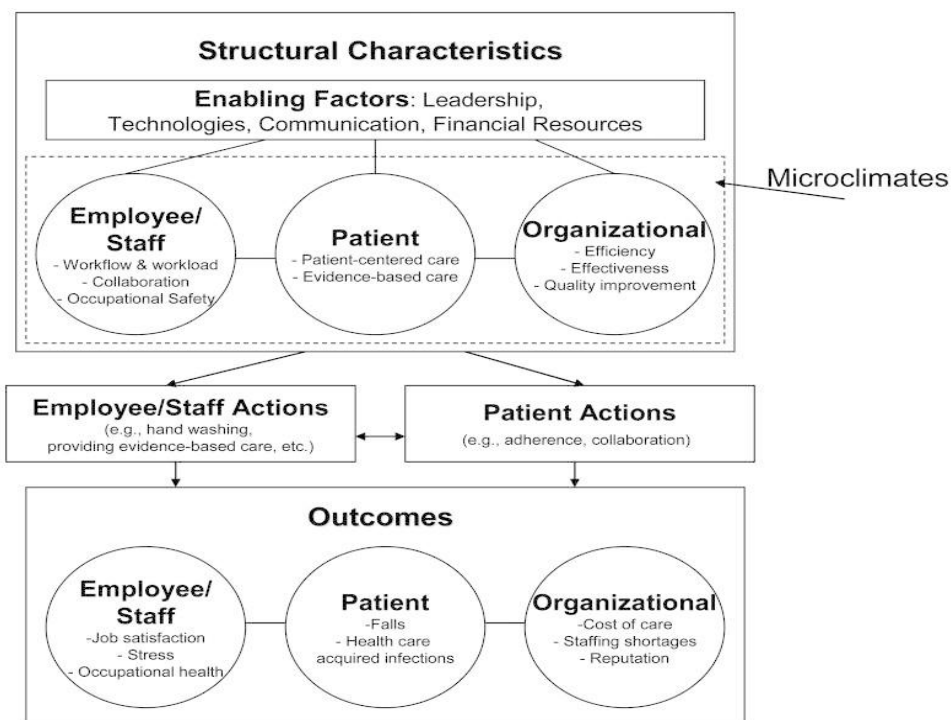
Γράφημα 9: Κινητήριες δυνάμεις του εργατικού δυναμικού



Πηγή: WHO (2006) *Working together for health*. WHO: Geneva.

Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf?ua=1

Γράφημα 10: Εννοιολογικό μοντέλο οργανωσιακών χαρακτηριστικών και αποτελεσμάτων



Πηγή : Stone, P., Hughes, R., and Dailey, M (2008) Chapter 21 Creating a Safe and

High-Quality Health Care Environment in Hughes, R.G. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. US: Agency for Healthcare

Η οικονομική ανάλυση της αποδοτικότητας, όπως έχει καταγραφεί από τους Drummond (1987), Donaldson (1990) και Robinson (1993) γίνεται με την χρήση των τεχνικών :

- Ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας (Cost-effectiveness Analysis CEA).
- Ανάλυση ελαχιστοποίησης του κόστους (Cost-Minimization Analysis).
- Ανάλυση κόστους-ωφέλειας (Cost-Benefit Analysis).
- Ανάλυση κόστους-χρησιμότητας (Cost-Utility Analysis).

Στις μη παραμετρικές ή μη οικονομετρικές προσεγγίσεις μεθόδους συγκριτικής αξιολόγησης οργανισμών του ιδίου παραγωγικού κλάδου, είναι η περιβάλλουσα ανάλυση δεδομένων (DEA) (Charnes et al., 1978) και η Free-Disposal Hull (FDH) (Τούντας, 2008).

Η προσέγγιση της οικονομικής αποτίμησης της ΥΑΕ, συχνά εκλαμβάνεται ως οικονομική αξιολόγηση του συστήματος από την οπτική αποτίμησης των αποτελεσμάτων παραγωγικότητας και αποδοτικότητας με το μικρότερο δυνατό κόστος (ανάλυση κόστους-οφέλους). Ωστόσο, όπως περιγράφει σημαντικός αριθμός ερευνών η εφαρμογή τέτοιων αξιολογήσεων είναι δύσκολο να πραγματοποιηθεί στους δημοσίους οργανισμούς, καθώς δεν υπόκεινται στους νόμους της ελεύθερης αγοράς (διάθεση καταναλωτών να πληρώσουν). Η εκτίμηση πραγματοποιείται έμμεσα με δείκτες όπως η εκτίμηση της ικανοποίησης των πελατών/ασθενών, ποιότητα φροντίδας υγείας, ασφάλεια ασθενών, εργασιακή ικανοποίηση κ.ά.

Το μεθοδολογικό πλαίσιο της αποτίμησης της επίδοσης της ΥΑΕ, περιλαμβάνει :

- Την έρευνα για την μείωση του κόστους, ως τελικό αποτέλεσμα.
- Την μακρο-οικονομική προσέγγιση, η οποία εξετάζει το σύστημα από την κοινωνική οπτική. Χρησιμοποιεί μεθοδολογίες όπως η Ανάλυση Κόστους Ασθένειας (Cost of illness (COI)), κατά την οποία συνυπολογίζονται οι συνολικές δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη και οι απώλειες παραγωγικότητας, οι οποίες προκύπτουν ως αποτέλεσμα επαγγελματικών ασθενειών ή τραυματισμών, και την Ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας (Cost--effectiveness Analysis CEA) για την επιλογή αποτελεσματικών και οικονομικών λύσεων θεραπείας.
- Η μικρο-οικονομική ανάλυση, η οποία μπορεί να εφαρμοστεί και στους δημόσιους οργανισμούς αφορά στην Ανάλυση Μεθόδων Ελέγχου Διαχείρισης (Management control methods). Τυπικά εξετάζονται το λογιστικό σύστημα, ο προϋπολογισμός και τα συστήματα ανταμοιβής. Επειδή συχνά παρατηρούνται αστοχίες στην ανάλυση των οικονομικών στοιχείων ενός οργανισμού, υπάρχει ανάγκη να αναπτυχθούν συστήματα ελέγχου διαχείρισης και εργαλεία τα οποία να περιλαμβάνουν ζητήματα υγείας που σχετίζονται με την εργασία, όπως για παράδειγμα οι Balanced Scorecards (BSC), οι λογαριασμοί των ανθρώπινων πόρων (HRA) και οι λογαριασμοί υγείας.
- Η Οικονομική Αξιολόγηση αναφέρεται στην ανάλυση που διενεργείται στο μικροοικονομικό επίπεδο σε μια επιχείρηση ή σε κάποια άλλη οργάνωση. Στην οικονομική αξιολόγηση εξετάζονται όλες οι επιπτώσεις των ταμειακών ροών μιας δραστηριότητας που σχετίζεται με την ΥΑΕ. Με αυτό τον τρόπο γίνεται μια εκτίμηση των οικονομικών επιπτώσεων μιας συγκεκριμένης κατάστασης, π.χ. το τρέχον επίπεδο των απουσιών λόγω ασθένειας ή την οικονομική σκοπιμότητα μιας συγκεκριμένης επαγγελματικής παρέμβασης της ΥΑΕ, για παράδειγμα μείωση του επιπέδου θορύβου. Σε μια τέτοια ανάλυση, εξετάζονται οι ετήσιες δαπάνες

των εισροών και οι ετήσιες μειώσεις του κόστους και άλλα οικονομικά οφέλη, σε σύγκριση με άλλα οικονομικά έτη. Προεξοφλώντας την παρούσα αξία των ετήσιων αποτελεσμάτων η οικονομική σκοπιμότητα μπορεί να εκφραστεί με οικονομικούς όρους, όπως η απόδοση της επένδυσης (ROI).

- Οι μέθοδοι προαγωγής της υγείας βασισμένες σε αξίες (Value-based Health promotion methods), αφορούν στην συνολική οικονομική αποτίμηση της υγειονομικής περίθαλψης για την λήψη ορθών αποφάσεων διαχείρισης παρεμβάσεων για την ΥΑΕ.

- Τα Υπολογιστικά μοντέλα (calculation models) έχουν αναπτυχθεί για να βοηθήσουν στην εκτίμηση του κόστους των εισροών και των σχετικών οικονομικών ωφελειών. Δύο τέτοια μοντέλα είναι το Μοντέλο της Παραγωγικότητας και το Δυναμικό Μοντέλο (the Productivity Model and the Potential Model). Το δυναμικό μοντέλο είναι ένα μοντέλο εκτίμησης εισροών εκροών ή ένα μοντέλο πριν-μετά: συγκρίνει δύο καταστάσεις αποτελεσμάτων πριν και μετά από κάποιο μέτρο ΥΑΕ που εφαρμόστηκε. Το κόστος της επένδυσης συνυπολογίζεται. Τόσο το κόστος όσο και το όφελος υπολογίζονται σε ετήσια βάση. Για τους υπολογισμούς πολλαπλών περιόδων τα ετήσια αποτελέσματα μετασχηματίζονται στην παρούσα αξία, λαμβάνοντας υπόψη το επιτόκιο για τον υπολογισμό. Η συνολική υπόθεση κατά τον υπολογισμό των ωφελειών είναι ότι η πραγματική αξία της εργασίας ισούται με το συνολικό κόστος εργασίας διαιρούμενο με (αποτελεσματικές) ώρες εργασίας. Το κόστος παραγωγής από τον κύκλο εργασιών του προσωπικού, την επιστροφή, τις απουσίες κ.ά. ισούται με το γινόμενο των χαμένων ωρών εργασίας και της αξίας του χρόνου παραγωγής για την επιχείρηση. Σε αυτά τα μοντέλα η απόσβεση των αρχικών επενδύσεων και το ετήσιο κόστος εργασιών συνθέτουν το ετήσιο κόστος των εισροών. Τα οφέλη περιλαμβάνουν αλλαγές στο παραγωγικό χρόνο (απουσιασμός λόγω ασθένειας), στο κόστος των υπερωριών, στις δαπάνες του

κύκλου εργασιών του προσωπικού, του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης και της παραγωγικότητας.

- Τέλος, η ανάλυση των παραδειγμάτων ορθής πρακτικής είναι ουσιαστικής σημασίας. Οι επιχειρηματικές υποθέσεις εξηγούν λεπτομερώς πως ορισμένα μέτρα ΥΑΕ επηρεάζουν τους εργαζόμενους και τη συμπεριφορά τους και πως σχετίζονται με το κόστος και την παραγωγικότητα μιας εταιρείας. Η σημασία της ανάλυσης των στρατηγικών επιχειρηματικών περιπτώσεων βασίζεται στο γεγονός ότι η απόδοση των επενδύσεων εμφανίζεται μέσα από πολλά κανάλια (OSH-wiki).

Σε ένα ευρύτερο πλαίσιο η αποτίμηση της εφαρμογής συστημάτων υγιεινής και ασφάλειας και το κόστος των επαγγελματικών ατυχημάτων και ασθενειών, πραγματοποιείται με την ανάλυση των εξής δεικτών-παραμέτρων:

A. Κόστος παραγωγικότητας : κόστος μείωσης παραγωγής ή αποτελεσμάτων.

B. Κόστος υγειονομικής περίθαλψης : κόστος ιατρικής φροντίδας- άμεσο (φάρμακα), έμμεσο (χρόνος νοσηλείας).

Γ. Κόστος Απώλειας Ποιότητας ζωής : οικονομική αποτίμηση ποιότητας ζωής (ημέρες με/χωρίς πόνο).

Δ. Διοικητικό κόστος: αναφορές/ αιτήσεις, γραφειοκρατία.

Ε. Ασφαλιστικό κόστος: επιδόματα, συντάξεις αναπηρίας (Πίνακας 10).

Πίνακας 9. Συνοπτικός Πίνακας Δεικτών Αξιολόγησης Νοσηλευτικής Μονάδας

ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ – ΕΙΣΡΟΩΝ		
Δείκτες Επάρκειας – Εισροών	Δείκτες Επάρκειας – Εισροών	Δείκτες Επάρκειας – Εισροών
Ανθρώπινοι Πόροι	Υλικοί Πόροι	Οικονομικοί Πόροι
	Υποδομές – Κλίνες	
<ul style="list-style-type: none"> - Σύνολο Κλινών - Σύνολο Απασχολούμενων / Κλίνη - Σύνολο Ιατρικού Προσωπικού / Κλίνη - Σύνολο Νοσηλευτικού Προσωπικού / Κλίνη - Σύνολο Επιστημονικού Μη Ιατρικού Προσωπικού / Κλίνη - Σύνολο Διοικητικού Προσωπικού / Κλίνη - Σύνολο Τεχνικού – Ξενοδοχειακού Προσωπικού / Κλίνη - Σύνολο Λοιπού Προσωπικού / Κλίνη - Γιατροί / Σύνολο Απασχολούμενων - Νοσηλευτές / Σύνολο Απασχολούμενων - Νοσηλευτές / Γιατρό 	<ul style="list-style-type: none"> - Αριθμός Κλινών ανά Τμήμα / Συνολικές Κλίνες - Κλινών Μ.Ε.Θ. στο Σύνολο των Κλινών - Αναλογία Κλινών Μ.Α.Φ. στο Σύνολο των Κλινών 	<ul style="list-style-type: none"> - Συνολικά Έσοδα / Κλίνη - Συνολικά Έσοδα / Ασθενομέρα - Έσοδα από Περιουσιακά Στοιχεία / Συνολικά Έσοδα - Έσοδα από Επιχορηγήσεις / Ασθενομέρα - Μέσο Κόστος ανά Ασθενή - Ημερήσιο Κόστος ανά Ασθενή - Κόστος Προσωπικού – Μισθοδοσίας / Συνολικό Κόστος Νοσοκομείου - Κόστος Αναλώσιμων / Συνολικό Κόστος Νοσοκομείου - Κόστος Υγειονομικού Υλικού / Συνολικό Κόστος Νοσοκομείου - Κόστος Τροφίμων / Συνολικό Κόστος Νοσοκομείου - Κόστος Φαρμάκων / Συνολικό Κόστος Νοσοκομείου
ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ		
Δείκτες Αποτελεσματικότητας Εκροών	Δείκτες Αποτελεσματικότητας Λειτουργικότητας	Θνητότητα ανά Τομέα

<ul style="list-style-type: none"> - Συνολικές Ημέρες Νοσηλείας - Σύνολο Εισαγωγών – Νοσηλευθέντων - Αριθμός Εισαγωγών Τ.Ε.Π. - Αριθμός Χειρουργικών Επεμβάσεων 	<ul style="list-style-type: none"> - Μέση Διάρκεια Νοσηλείας - Μέση Διάρκεια Νοσηλείας ανά Τομέα - Μέση Κάλυψη Κλινών (%) Πληρότητα - Μέση Κάλυψη Κλινών (%) Πληρότητα ανά Τομέα - Ρυθμός Εισροής Ασθενών - Διάστημα Εναλλαγής Ασθενών 	<ul style="list-style-type: none"> - Θνητότητα ανά Τομέα
ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ		
Δείκτες Αποδοτικότητας Παραγωγικότητας		
<ul style="list-style-type: none"> - Συνολικές Ημέρες Νοσηλείας ανά Απασχολούμενο - Συνολικές Ημέρες Νοσηλείας ανά Γιατρό - Συνολικές Ημέρες Νοσηλείας ανά Νοσηλευτή - Εισαγωγές ανά Απασχολούμενο - Εισαγωγές ανά Κλίνη - Εισαγωγές Τομέα X / Κλίνες Τομέα X 		

Πίνακας 10: Μέθοδοι Οικονομικής αποτίμησης του κόστους των επαγγελματικών ατυχημάτων και ασθενειών

Εταίροι	Τύπος Κόστους				
	Κόστος παραγωγικότητας	Κόστος Υγειονομικής Περίθαλψης	Κόστος Απώλειας Ποιότητας Ζωής	Διοικητικό κόστος	Ασφαλιστικό κόστος
Εργαζόμενοι και οι οικογένειές τους	Απώλειες παρόντος και μελλοντικού εισοδήματος	Άμεσο και έμμεσο κόστος υγειονομικής περίθαλψης και αποκατάστασης	Σωματικός πόνος Ηθική κατάπτωση	Κόστος χρόνου αναμονής θεραπειών, αποζημίωσης κ.ά.	Αποζημιώσεις
Εργοδότες	Αποζημιώσεις Ασθένειας Διατάραξη ροής παραγωγικότητας Καταστροφή υλικοτεχνικού εξοπλισμού Αρνητική επίδραση στην εικόνα του οργανισμού			Διοικητικό κόστος Ποινικές ευθύνες και κόστος Κόστος αποκατάστασης και επανένταξης εργαζομένων	Επιπτώσεις μεταβίβασης ασφάλιστρων
Κράτος	Αποζημιώσεις Ασθένειας Επιδόματα	Άμεσο και έμμεσο κόστος υγειονομικής		Διοικητικό κόστος Ποινικές	

	ασθένειας, ανικανότητας, πρόωρης συνταξιοδότησης	περίθαλψης και αποκατάστασης		ευθύνες και κόστος	
Κοινωνία	Απώλειες λόγω εργασιακής ανικανότητας, θανάτου και συνταξιοδότησης				

Πηγή: de Weerd, M., Tiemey, R., van Duuren-Stuurman, B., Bertanou, E. (2014)
Estimating the costs of accidents and ill-health at work- A review of methodologies.

EU-OSHA. Luxembourg: Publications of the European Union.

Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

<https://osha.europa.eu/en/publications/reports/estimating-the-costs-of-accidents-and-ill-health-at-work/view>

Κεφάλαιο 4^ο

Νομοθετικές ρυθμίσεις για την ΥΑΕ

4.1. Γενικοί Κανόνες Υγιεινής και Ασφάλειας στους χώρους εργασίας

Οι διεθνείς συμβάσεις της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας (ILO), οι Οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EE) και οι κανονιστικές/νομοθετικές διατάξεις στην Ελλάδα υποχρεώνουν τους εργοδότες και τους εργαζομένους να λάβουν τα κατάλληλα μέτρα ασφάλειας και υγιεινής ώστε να προληφθούν τα εργατικά ατυχήματα, οι επαγγελματικές ασθένειες, να προστατευθεί η υγεία του ανθρώπινου δυναμικού και των επισκεπτών, αλλά και να αποφευχθεί τόσο η δημιουργία επικίνδυνων καταστάσεων όσο και η ρύπανση του φυσικού περιβάλλοντος.

Τα θέματα υγιεινής και ασφάλειας των εργαζομένων στις επιχειρήσεις ρυθμίζονται αναλυτικότερα από τον Ν.1568/1985, όπως τροποποιήθηκε με τους νόμους Ν.1767/1988, Ν.2084/1992, Ν.2224/1994 και Ν.3144/2003 (και συμπληρωματικές υπουργικές αποφάσεις και νομοθετήματα) και από Ν. 3850/2010 «Κώδικας Νόμων για την Υγεία και Ασφάλεια των εργαζομένων». Αποτελεί την κύρωση των Νόμων σχετικά με την υγεία και ασφάλεια στους χώρους εργασίας, καθορίζοντας τις ευθύνες των εργοδοτών και τις αρμοδιότητες των Τεχνικών Ασφαλείας, Ιατρών Εργασίας και της Επιτροπής Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (Ε.Υ.Α.Ε.).

Η εργατική νομοθεσία και συγκεκριμένα ο Ν.551/1915, καθιερώνει την αντικειμενική ευθύνη του εργοδότη, ανεξάρτητη από πταίσμα του ή από την τήρηση ή μη των όρων ασφαλείας, η οποία ωστόσο περιορίζεται σε ορισμένα πλαίσια. Ειδικότερα, στην περίπτωση κατά την οποία ο εργοδότης είναι νομικό πρόσωπο ευθύνεται σε αποζημίωση εις ολόκληρο για όλα τα καταστατικά του όργανα. Στο νόμο διατυπώνεται ρητά η γενική αρχή της ευθύνης του εργοδότη,

Καλουδοπούλου Παναγιώτα ΑΜΥ 11301257

σύμφωνα με την οποία «ο εργοδότης είναι υπεύθυνος για την ασφάλεια και την υγεία των εργαζομένων στην επιχείρησή του και δεν απαλλάσσεται από αυτή την ευθύνη του ούτε όταν οι εργαζόμενοι δεν τηρούν τις υποχρεώσεις τους ούτε όταν αναθέτει καθήκοντα προστασίας και πρόληψης του επαγγελματικού κινδύνου στον τεχνικό ασφάλειας ή και στο γιατρό εργασίας ή και σε αρμόδιες ΥΠΠ». Τοιουτοτρόπως, ορίζονται τα αρμόδια όργανα ελέγχου του υπουργείου απασχόλησης και οι διοικητικές και ποινικές κυρώσεις (άρθρα 24 και 25 του Ν. 2294/94 και άρθρα 16 και 17 του Ν. 2639/98) που δύναται να επιβληθούν σε περίπτωση παράβασης των διατάξεων. Για τα δημόσια νοσοκομεία δε, μπορούν να επιβληθούν διοικητικές κυρώσεις προστίμου (άρθρο 6 της ΚΥΑ 88555/3293/88) αλλά τις κυρώσεις συναποφασίζουν οι υπουργοί προεδρίας της κυβέρνησης και υγείας, αφού λάβουν αιτιολογημένη έκθεση από τον επιθεωρητή εργασίας.

Στο θεσμικό πλαίσιο ορίστηκαν και καθιερώθηκαν τα όργανα βελτίωσης των συνθηκών εργασίας σε μια επιχείρηση και οι αρμοδιότητές τους. Σύμφωνα με το Π.Δ. 95/1999, καθορίζονται οι όροι ίδρυσης και λειτουργίας των υπηρεσιών προστασίας και πρόληψης Π.Δ. 95/99 (ΦΕΚ 102/Α/99) «Όροι ίδρυσης και λειτουργίας Υπηρεσιών Προστασίας και Πρόληψης». Τα όργανα αυτά είναι η Επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (ΕΥΑΕ) αποτελούμενη από εκλεγμένους αντιπροσώπους των εργαζομένων, τον Τεχνικό Ασφάλειας (Τ.Α.) και τον Ιατρό Εργασίας (Ι.Ε. Ή Γ.Ε.) ή τις Υπηρεσίες Προστασίας και Πρόληψης (ΥΠΠ).

Οι θεσμικές υποχρεώσεις για την υγεία και ασφάλεια στην εργασία για τους επαγγελματίες υγείας στα νοσοκομεία, βρήκαν εφαρμογή από το 1992. Με βάση αυτές τις υποχρεώσεις ορίζεται η αναγκαιότητα να υπάρχει μέριμνα από τις διοικήσεις των νοσηλευτικών μονάδων και των αρμόδιων αρχών, για εξασφάλιση μέτρων για την προστασία της ασφάλειας και της υγείας των εργαζομένων. Στα μέτρα περιλαμβάνονται δραστηριότητες πρόληψης των επαγγελματικών κινδύνων,

ενημέρωσης και κατάρτισης, δημιουργίας της απαραίτητης οργάνωσης και παροχής των αναγκαίων μέσων. Οι βασικότερες υποχρεώσεις των διοικήσεων και των αρμοδίων αρχών του ελληνικού δημοσίου για την ΥΑΕ στις νοσηλευτικές, επιγραμματικά είναι:

1. Η υποχρέωση παροχής υπηρεσιών προστασίας και πρόληψης. Σε όλες τις νοσηλευτικές μονάδες ανεξαρτήτως αριθμού εργαζομένων αποτελεί υποχρέωση η εφαρμογή του θεσμού του τεχνικού ασφάλειας και γιατρού εργασίας (Ν.1568/85). Ο γιατρός εργασίας είναι απαραίτητος και σε νοσοκομεία που απασχολούν λιγότερους από 50 εργαζόμενους, εκτός εάν από την επιθεώρηση εργασίας και την εκτίμηση των κινδύνων δεν συντρέχει λόγος ρίσκου ή κινδύνου για επιβλαβείς παράγοντες όπως καρκινογόνες ουσίες, βιολογικούς παράγοντες κ.ά. Η διοίκηση προκειμένου να ανταποκριθεί στις νομικές υποχρεώσεις της για παροχή υπηρεσιών προστασίας και πρόληψης, δύναται να επιλέξει μεταξύ των περιπτώσεων ανάθεσης των καθηκόντων τεχνικού ασφάλειας και γιατρού εργασίας, σε εργαζόμενους στην επιχείρηση, σε άτομα εκτός της επιχείρησης, σε εξωτερικές υπηρεσίες προστασίας και πρόληψης (ΕΞΥΠΠ) ή σε συνδυασμό μεταξύ αυτών των δυνατοτήτων.

2. Ορίζεται ότι σε κάθε νοσοκομείο πρέπει να υπάρχει μία γραπτή εκτίμηση των υφισταμένων κατά την εργασία κινδύνων, για την ασφάλεια και την υγεία των εργαζομένων και να καθορίζονται τα μέτρα προστασίας που πρέπει να ληφθούν. Σκοπός της εκτίμησης των κινδύνων είναι να ενσωματωθεί η πρόληψη στην λειτουργία του οργανισμού, να ιεραρχηθούν οι κίνδυνοι και να τεθούν προτεραιότητες ώστε να εξασφαλίζονται τα απαραίτητα μέτρα για την υγεία και η ασφάλεια των εργαζομένων και των επισκεπτών.

3. Η ανάθεση καθηκόντων σε εργαζόμενο, προϋποθέτει την υποχρέωση του εργοδότη να κρίνει πρωτίστως την καταλληλότητα και την συμβατότητα εργαζομένου προς την υπό ανάθεση εργασία. Για το λόγο αυτό, ο

Γ.Ε. οφείλει να γνωματεύει γραπτώς για την καταλληλότητα του εργαζομένου για τη συγκεκριμένη εργασία.

4. Η υποχρέωση του εργοδότη για ενημέρωση και εκπαίδευση των εργαζομένων. Η ενημέρωση περιλαμβάνει θέματα της σχετικής νομοθεσίας για την ΥΑΕ, τα μέτρα και τους υφιστάμενους κινδύνους αλλά και τα σχέδια αντιμετώπισης καταστάσεων κρίσεως και τους αρμόδιους διαχειριστές για την χορήγηση πρώτων βοηθειών, την πυρασφάλεια και την εκκένωση των χώρων. Η διοίκηση υποχρεούται να παρέχει σε κάθε εργαζόμενο κατάλληλη και επαρκή εκπαίδευση στον τομέα της ασφάλειας και της υγείας μετά την πρόσληψη του, σε τυχόν μετάθεση ή αλλαγή καθηκόντων του ή σε περίπτωση εισαγωγής ή αλλαγής εξοπλισμού εργασίας ή εισαγωγής μιας νέας τεχνολογίας. Η εκπαίδευση αυτή πρέπει να προσαρμόζεται στην εκτίμηση των κινδύνων και να επαναλαμβάνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα. Κατάλληλη εκπαίδευση για θέματα της αρμοδιότητας τους δικαιούνται να λαμβάνουν επίσης και οι εκπρόσωποι των εργαζομένων, εντός ωραρίου εργασίας αλλά και όλοι οι εργαζόμενοι με οιοδήποτε σχέση εργασίας που βρίσκονται στο χώρο του οργανισμού (π.χ. ιδιωτικά συνεργεία).

5. Η διοίκηση υποχρεούται να διαβουλεύεται με τους εργαζόμενους και τους εκπροσώπους τους και να επιτρέπει τη συμμετοχή τους για όλα τα θέματα που άπτονται της ΥΑΕ.

6. Σύμφωνα με την νομοθεσία, η διοίκηση ο Τ.Α. και ο Γ.Ε., οφείλουν να αναγγέλλουν στις αρμόδιες επιθεωρήσεις εργασίας και στις αρμόδιες υπηρεσίες των ασφαλιστικών οργανισμών εντός 24 ωρών όλα τα εργατικά ατυχήματα, να γίνεται καταγραφή και να τηρούνται αρχεία ατυχημάτων.

7. Κάθε εργαζόμενος υποχρεούται να εφαρμόζει τους κανόνες υγιεινής και ασφάλειας και να φροντίζει για την ασφάλεια και την υγεία του καθώς και για την ασφάλεια και την υγεία των άλλων ατόμων που επηρεάζονται από τις πράξεις ή παραλείψεις του κατά την εργασία. Σε αυτά περιλαμβάνονται η σωστή χρήση

μηχανημάτων, εξοπλισμού, ατομικών μέσων προστασίας, η άμεση αναφορά στον εργοδότη και στους υπεύθυνους ασφάλειας κάθε επικίνδυνης κατάστασης και παράλειψης. Οι εργαζόμενοι οφείλουν να συντρέχουν στην διοίκηση και όσους ασκούν αρμοδιότητες Τ.Α. και Γ.Ε. για τη βελτίωση των συνθηκών υγείας και ασφάλειας και να παρακολουθούν τα σχετικά εκπαιδευτικά σεμινάρια ή άλλα επιμορφωτικά προγράμματα.

8. Οι εργαζόμενοι έχουν δικαίωμα να συστήνουν Επιτροπές Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (ΕΥΑΕ). Οι εργαζόμενοι ή οι εκπρόσωποι τους έχουν δικαίωμα να απευθύνονται στη αρμόδια επιθεώρηση εργασίας για θέματα ΥΑΕ.

9. Κάθε εργαζόμενος ακόμα και για προληπτικούς λόγους, μπορεί να προσφεύγει στο Γ.Ε. Οι τεχνικοί και υγειονομικοί επιθεωρητές της επιθεώρησης εργασίας υποχρεώνονται σε τακτικούς και έκτακτους ελέγχους των χώρων εργασίας, που θα πρέπει να περιλαμβάνουν και υποδείξεις για την εφαρμογή της νομοθεσίας.

Παράλληλα, προβλέπεται η πολιτειακή δέσμευση (μέσω της Γενικής Δ/σης Συνθηκών και Υγιεινής της Εργασίας) υποβολής εκθέσεως ανά πενταετία στην Επιτροπή της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σχετικά με την εφαρμογή των νομοθετικών διατάξεων (ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.) (Βλ. Παράρτημα Νομοθετήματα).

Κεφάλαιο 5^ο

Ερευνητικό πλαίσιο

5.1. Βιβλιογραφική ανασκόπηση των σύγχρονων ερευνητικών διεργασιών για την ΥΑΕ και την αποδοτικότητα

Η μεθοδολογία της έρευνας πραγματοποιήθηκε με την μέθοδο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης στην ελληνική και αγγλική γλώσσα, σε έγκυρες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων : Pubmed, Scopus, Medline, Google scholar, Researchgate, κ.ά. καθώς και με χειροδιαλογή σε έντυπο επιστημονικό υλικό, με λέξεις κλειδιά : υγιεινή και ασφάλεια εργασίας, εργασιακοί κίνδυνοι, αποδοτικότητα, οικονομική αξιολόγηση, ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, νομοθεσία (occupational health and safety, workplace health and safety, occupational hazards, efficiency, economic evaluation, healthcare quality, legislation) και διήρκησε ένα εξάμηνο.

Ανευρέθη σχετικό πλήθος ερευνών στις βάσεις δεδομένων, από τις οποίες έγινε διαλογή με κεντρικό άξονα την επίδραση του υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος (safe workplace environment) στην απόδοση των εργαζομένων και στην εν γένει επίδραση του στην ποιοτική και αποτελεσματική λειτουργία των οργανισμών, ως μεταβαλλόμενη οργανωσιακή κουλτούρα οικονομικά αποδοτική. Η επιλογή των εργασιών πραγματοποιήθηκε με βασικό κριτήριο το ερευνητικό αντικείμενο να αφορά ή με την προϋπόθεση να βρίσκουν εφαρμογή στον τομέα της υγείας. Ο αριθμός των εργασιών με παρόμοιο ερευνητικό πλαίσιο με την παρούσα εργασία ήταν περιορισμένος, καθώς οι περισσότερες έρευνες προσέγγιζαν το ζήτημα από την άποψη της περιγραφής των αποτελεσμάτων της υγιεινής και ασφάλειας και όχι από την οπτική της αυτούσιας εξέτασης της εφαρμογής της ΥΑΕ ως παράγοντα στην βελτίωση της αποδοτικότητας.

Κατά την πορεία της έρευνας διεπιστώθη το γεγονός ότι πλήθος ερευνών είχαν ως ερευνητικό σκοπό την οικονομική αποτίμηση της ΥΑΕ μέσα από την περιγραφή των αρνητικών επιπτώσεων της απουσίας ή της άστοχης εφαρμογής της ΥΑΕ κυρίως δια μέσω της περιγραφής του κόστους, και σε αυτές που προσέγγιζαν το ζήτημα ωφελιμιστικά και οι οποίες προέβλεπαν τις θετικές επιδράσεις της ΥΑΕ στην αποδοτικότητα και στην ευεξία των επαγγελματιών υγείας και στην ανάπτυξη των οργανισμών.

Η μεγαλύτερη πληθώρα των ερευνών αναφέρεται σε δείκτες αξιολόγησης που σχετίζονται με τον υπολογισμό των δαπανών οι οποίες αφορούν τον παρουσιασμό/απουσιασμό λόγω ασθένειας, τις προκύπτουσες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, την απώλεια παραγωγικότητας ατομική και συνολική, τις δαπάνες επιστροφής στην εργασία, τις ασφαλιστικές δαπάνες επιδομάτων και συντάξεων. Τα έμμεσα κόστη περιλαμβάνουν τον υπολογισμό του κόστους αντικατάστασης, τις δαπάνες για υπερωρίες, κ.ά.

Οι έρευνες που προσεγγίζουν θετικιστικά την αποτίμηση της ΥΑΕ χρησιμοποιούν δείκτες που αποτιμούν τα οφέλη τα οποία σχετίζονται με την μείωση κόστους, τη βελτίωση της παραγωγικότητας-αποδοτικότητας και την δημιουργία νέων περιουσιακών στοιχείων και αξιών.

Τοιουτοτρόπως, υφίστανται και οι μελέτες που επιχειρούν να συνυπολογίσουν έμμεσους δείκτες όπως η οργανωσιακή κουλτούρα, η δέσμευση του οργανισμού στους στόχους, η εργασιακή συμπεριφορά, οι εργασιακές συνθήκες, η εταιρική δέσμευση, κ.ά.

Συνολικά, ωστόσο ο αριθμός των μελετών που έχουν εκπονηθεί βρίσκεται σε αναντιστοιχία με την σημαντικότητα του προς μελέτη αντικειμένου. Για την καλύτερη παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας πραγματοποιήθηκε μια ομαδοποίηση των ερευνών με κριτήριο τον παράγοντα επίδρασης στην ΥΑΕ στην αποδοτικότητα των εργαζομένων.

i. Εργασιακό περιβάλλον, Ψυχο-κοινωνικές συνθήκες και οργανωσιακή κουλτούρα

Η διάρθρωση της εργασίας και το εργασιακό περιβάλλον, δύναται να παρουσιάσει σημαντικού βαθμού επιπτώσεις στην υγεία, στην ασφάλεια και στην ευεξία των εργαζομένων. Υπάρχει σοβαρός αριθμός δεδομένων τα οποία αναδεικνύουν την άμεση συσχέτιση της κατάστασης των εργαζομένων και της ασφάλειας του πελάτη/ασθενή, τα οποία τονίζουν το γεγονός ότι η ποιοτική φροντίδα βασίζεται επάνω σε υγιές εργατικό δυναμικό και σε ασφαλές περιβάλλον λειτουργίας.

Στην έρευνα που δημοσίευσαν οι Stone, Hughes και Dailey (2008), καταγράφουν την θετική συσχέτιση του υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος με την συμπεριφορά, τις στάσεις και τα κίνητρα στους ιατρούς. Με την σειρά τους αυτές οι συμπεριφορές φέρονται να επιδρούν στην ποιοτική διαδικασία φροντίδας και στα τελικά αποτελέσματα. Η οργανωσιακή κουλτούρα ενός οργανισμού και το θετικό εργασιακό κλίμα, και μικρο-κλίμα¹, η ύπαρξη ομάδων υποστήριξης, η ενδυνάμωση από την διοίκηση, φέρονται να έχουν θετική επίδραση στον κύκλο εργασιών των εργαζομένων, στην εργασιακή τους ικανοποίηση και κυρίως στην ασφάλεια των ασθενών (Stone, Hughes & Dailey, 2008).

Όπως αναφέρει ο Lowe (2006) η ποιότητα της εργασιακής ζωής ως κατηγορία-δείκτης, είναι αναπόσπαστο τμήμα σε εργασιακά περιβάλλοντα όπου υποστηρίζεται η προώθηση και η εξέλιξη για την προσέλκυση και διατήρηση ειδικευμένων επαγγελματιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Ο Lowe (2006) αναφέρει ότι η ποιότητα των δεικτών της εργασιακής ζωής, περιλαμβάνει μια ευρεία σειρά καθοριστικών παραγόντων - κοινωνικών, ψυχολογικών, οργανωτικών και φυσικών (αιτίες), διεργασίες (οι δραστηριότητες που επηρεάζουν τους καθοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν τα αποτελέσματα) και τα

αποτελέσματα (συνέπειες). Δεν υπάρχει σαφής μεθοδολογική συναίνεση για το ποια είναι τα ποιοτικά στοιχεία των δεικτών εργασιακής ζωής τα οποία θα πρέπει να ερευνώνται σύμφωνα με τις μελέτες του.

Ο Lowe (2006) περιγράφει τέσσερις κατηγορίες δεικτών ποιότητας εργασιακής ζωής: 1) ασφάλεια στο χώρο εργασίας, εστίαση στην υγεία των εργαζομένων και ουσιαστικά αποτελέσματα ευημερίας και ευεξίας, 2) αποτελέσματα απόδοσης του οργανισμού, 3) τους καθοριστικούς παράγοντες του περιβάλλοντος εργασίας, και 4) τους καθοριστικούς παράγοντες της οργανωσιακής κουλτούρας. Ο οργανισμός θα πρέπει να καθορίσει την ικανότητά του να συλλέγει, να αναλύει και να επικοινωνεί τους ποιοτικούς δείκτες της εργασιακής ζωής. Επιπλέον, τέσσερις δείκτες που σχετίζονται με το τρίπτυχο εργαζόμενος-διαχείριση ανθρωπίνου δυναμικού -οργανισμού, έχουν εντοπιστεί σε προηγούμενες εργασίες του και περιλαμβάνουν: 1) απουσιασμός, 2) ποσοστό κενών θέσεων, 3) υπερωρίες και 4) παραιτήσεις ή κύκλοι εργασίας.

Ο Lowe (2014), στην έρευνά του «*The wellness dividend*», αναφέρεται διεξοδικά στην συσχέτιση της οργανωσιακής κουλτούρας με την ευεξία των

1. Η οργανωσιακή κουλτούρα συσχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τους κανόνες, τις αξίες, τις πεποιθήσεις και τις υποθέσεις που μοιράζονται τα μέλη μιας οργάνωσης ή ένα διακριτικό, ή υποκουλτούρα μέσα σε ένα οργανισμό και είναι δύσκολο να αλλάξει. Το οργανωσιακό κλίμα παραπέμπει σε κοινές αντιλήψεις, οργανωτικά χαρακτηριστικά, όπως η λήψη αποφάσεων, η ηγεσία των μελών και τους κανόνες σχετικά με την εργασία, συμπεριλαμβανομένων των ευκαιριών για πρόοδο και συνεργασία. Ο Clarke (2006) επεσήμανε ότι το οργανωσιακό κλίμα παραπέμπει σε μία ατμόσφαιρα, η οποία είναι μια μεταβαλλόμενη σφαίρα από αντιλήψεις, οι οποίες σχετίζονται με τις εργασιακές συνθήκες και πρακτικές, πολλές από τις οποίες επηρεάζονται άμεσα από τα διευθυντικά στελέχη και τους ηγέτες. Το μικροκλίμα, αφορά επιμέρους διαστάσεις όπως για παράδειγμα το κλίμα της ασφάλειας που αποτελεί το σύγχρονο πεδίο αντιλήψεων και στάσεων σχετικά με την ασφάλεια των εργαζομένων σύμφωνα με την τρέχουσα κατάσταση και τις πρωτοβουλίες για την ασφάλεια και τις υγιεινές πρακτικές.

εργαζομένων (wellness, wellbeing) δια μέσω προγραμμάτων προαγωγής υγείας του εργατικού δυναμικού. Όπως αναφέρει, οι υγιείς οργανισμοί είναι επιτυχημένοι διότι καλλιεργούν ένα υγιές εργατικό δυναμικό, ως μέσο για υψηλότερα επίπεδα απόδοσης, την ικανοποίηση των πελατών, την ποιότητα του παραγόμενου έργου ή υπηρεσίας, και την αξία της μετοχής της επιχείρησης. Για να κινηθούν οι οργανισμοί προς αυτή την κατεύθυνση απαιτείται ολιστική και μακροπρόθεσμη ηγεσία με βάση την ευημερία των εργαζομένων, την ανάπτυξη του ανθρωπίνου δυναμικού, τα οφέλη και την συμμετοχή των εργαζομένων και την μέριμνα για επαγγελματική υγεία και ασφάλεια. Οι εργοδότες οι οποίοι επενδύουν στην υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων επιτυγχάνουν εξοικονόμηση κόστους και παραγωγικό πλεονέκτημα καθώς και υγιέστερο εργατικό δυναμικό. Η απορρέουσα θετική εργασιακή εμπειρία των εργαζομένων θα ενισχύσει την συμβολή τους στην επιχειρηματική επιδίωξη και στους στόχους μέσω της αυξημένης χρήσης δεξιοτήτων, την μάθηση, την πρωτοβουλία και την συνεργασία. Αυτά τα χαρακτηριστικά περιγράφουν το μελλοντικό εργατικό δυναμικό που θα χρειαστούν οι εργοδότες, όπως αναφέρει χαρακτηριστικά.

Ο Rechenthin (2004) προτείνει την καταγραφή των οργανισμών που χρησιμοποιούν τεχνικές ΥΑΕ, ως χαρακτηριστικό ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος.

Οι Kaplan & Norton (2001) μεταξύ άλλων υποστηρίζουν την χρήση της τεχνικής της «balanced scorecard», λαμβάνοντας υπ' όψιν τα υλικά και άυλα στοιχεία του οργανισμού ή της επιχείρησης και της οργανωσιακής κουλτούρας, με την προοπτική της βελτίωσης των δεικτών αξιολόγησης σε πραγματικό χρόνο και σε πραγματικές αξίες ανάλογα με το είδος της επιχειρηματικής δραστηριότητας. Ένας αριθμός μελετών προωθεί την ιδέα της ολιστικής balanced scorecard σε μια

προσπάθεια ευθυγράμμισης της διαχείρισης του ανθρωπίνου δυναμικού και της οργανωτικής απόδοσης (Mohamed, 2003). Η χρήση της φέρεται να βοηθά στην μετάδοση του οράματος του οργανισμού σε στοχευόμενες προοπτικές της ΥΑΕ με σκοπό την αποδοτικότητα από την οπτική της οικονομικής διαχείρισης, των πελατών, του εσωτερικού περιβάλλοντος του οργανισμού και της καινοτομίας (Gunduz and Simsek 2007).

Μερικές μελέτες εστιάζουν στην αναζήτηση της έμμεσης συσχέτισης της εφαρμογής της ΥΑΕ, της οργανωσιακής κουλτούρας και της αποδοτικότητας. Όπως αναφέρουν οι Huang et al. (2007) όπου υφίσταται ισχυρή δέσμευση της διοίκησης στην εφαρμογή συστημάτων ΥΑΕ, υπάρχει καλύτερη απόδοση των συστημάτων ΥΑΕ και των υπαλλήλων. Αν και υπάρχουν μελέτες οι οποίες περιγράφουν τις αρνητικές αντιλήψεις διοίκησης και υπαλλήλων για την ΥΑΕ, οι οποίοι την εκλαμβάνουν ως επιπλέον έξοδο παρά σαν επένδυση (Fernandez-Muniz, Montes-Peon and Vazquez-Ordas 2009). Ο Roberts-Yates (2006) αναφέρει ότι πολλοί είναι πρόθυμοι να μεταβιβάσουν την ευθύνη ενός επαγγελματικού ατυχήματος στον ίδιο τον υπάλληλο. Ουσιαστικοί παράγοντες φέρονται η ενημέρωση και η εκπαίδευση των εργαζομένων, γύρω από τα εν λόγω ζητήματα.

Από την άλλη, οι αντιλήψεις των εργαζομένων για την ΥΑΕ, είναι εξίσου σημαντικές ιδιαίτερα κάτω από τις τρέχουσες οικονομικές συνθήκες αβεβαιότητας και ρευστότητας της εργασιακής πολιτικής. Συχνά όπως καταγράφεται σε έρευνες, οι εργαζόμενοι είναι πρόθυμοι να προχωρήσουν σε παραχωρήσεις όσον αφορά την ασφάλεια, προς όφελος της παραγωγικότητας ή της διατήρησης της θέσης εργασίας. Επίσης, εμφανίζονται να έχουν την αντίληψη ότι έχουν τον έλεγχο της διαχείρισης των κινδύνων. Οι MacEachen et al. (2010) αναφέρουν, ότι αυτό συμβαίνει για κάποιους λόγους: στους εργαζόμενους δημιουργήθηκε η αίσθηση ότι κάνουν το σωστό από τους εργοδότες τους, η αντίληψη ότι μπορούν να

βασιστούν στον εαυτό τους και η ανάληψη της ευθύνης της εργασίας τους, ως ειδικευμένοι εργαζόμενοι. Οι εργαζόμενοι που έχουν ισχυρή αντίληψη των εργασιακών κινδύνων εμφανίζουν καλύτερη συμπεριφορά σε σχέση με τους κινδύνους και χαμηλότερα ποσοστά τραυματισμών. Ωστόσο, υπάρχουν καταγραφές οι οποίες αναδεικνύουν το γεγονός ότι παρόλο ότι υπάρχουν συνετοί εργαζόμενοι, η εργασιακή πίεση τους οδηγεί σε έκθεση (Gyekye 2005). Οι αντιλήψεις των εργαζομένων για την υγιεινή και την ασφάλεια ενισχύονται ή υπονομεύονται από την διοίκηση και την κουλτούρα του οργανισμού.

Έρευνες έχουν αναδείξει την συσχέτιση μεταξύ του κλίματος ασφάλειας-τις αντιλήψεις των εργαζομένων για τους εργασιακούς κινδύνους- απόδοση των συστημάτων ΥΑΕ και των τελικών εκβάσεων για την εργασιακή ικανοποίηση (Nielsen et al 2011), την δέσμευση των εργαζομένων (DeJoy et al. 2010), τα κίνητρα (Wachter & Yorio 2014) και την οργανωτική συμπεριφορά της διαχείρισης της ταυτότητας του εργαζομένου (Clark & Ward 2006).

Η σχέση μεταξύ των ψυχοκοινωνικών κινδύνων και της απόδοσης στην εργασία είναι πολύπλοκη, λόγω των πολλών διαφορετικών τύπων των ψυχοκοινωνικών κινδύνων που μπορεί να σχετίζονται με διαφορετικούς τρόπους με την απόδοση στην εργασία. Η αιτιώδης συσχέτιση είναι συχνά κυκλική ή αμοιβαία. Ο λόγος είναι ότι οι ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι συμβάλλουν όχι μόνο στην απόδοση στην εργασία, αλλά και ότι η απόδοση στην εργασία συμβάλλει στους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους, για παράδειγμα η μειωμένη απόδοση προσθέτει σε φόρτο εργασίας ο οποίος συσσωρεύεται. Από αυτή την άποψη, η χαμηλή απόδοση στην εργασία μπορεί να θεωρηθεί η ίδια ψυχοκοινωνικός κίνδυνος. Οι Rosen et al. (2010) αναφέρουν ότι οι ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι σε σχέση με την απόδοση στην εργασία περιλαμβάνουν: ασάφεια ρόλου, υπερβολικός φόρτος εργασίας, περιορισμοί, έλλειψη ελέγχου, κοινωνικά χαρακτηριστικά, κακή έκβαση της

σταδιοδρομίας, κακές συνθήκες εργασίας. Ένα άλλο ψυχοκοινωνικό πρόβλημα είναι μια κακή ισορροπία μεταξύ εργασίας και ιδιωτικής ζωής.

Σύμφωνα με τους Baker & Demerouti (2007), στο μοντέλο εργασίας απαιτήσεων- πόρων (The job-demands-resources model) αναφέρεται ότι η υγεία των εργαζομένων, η ευημερία και η απόδοση προωθούνται από το σχεδιασμό εργασίας με ανάλογη προς τον υπάλληλο ποσότητα εργασιακών απαιτήσεων και έλεγχο πάνω στην εργασία.

Το μοντέλο ανισορροπίας ανταμοιβής-προσπάθειας (The effort reward imbalance model) τονίζει ότι η υγεία, η ευημερία και η απόδοση θα τονωθεί από μια ισορροπία μεταξύ προσπάθειας (εξωγενής ζήτηση θέσεων εργασίας και εσωτερικά κίνητρα για να ανταποκριθεί σε αυτές τις απαιτήσεις) και ανταμοιβής (μισθοί, ανταμοιβή, αυτοεκτίμηση, ασφάλεια, καριέρα) (Siegrist, 1996 Vegchel et al., 2002).

Η θεωρία του προσδόκιμου (Expectancy theory) προβλέπει ότι το κίνητρο του εργαζομένου καθορίζεται από το πόσο τα άτομα θέλουν μια ανταμοιβή (Valence), την εκτίμηση της πιθανότητας ότι η προσπάθεια θα οδηγήσει στην αναμενόμενη απόδοση (Expectancy) και την πεποίθηση ότι η απόδοση θα οδηγήσει σε ανταμοιβή (Instrumentality). Το κίνητρο είναι το προϊόν του προσδόκιμου του ατόμου, δηλ. ότι μια συγκεκριμένη προσπάθεια θα οδηγήσει στην επιδιωκόμενη απόδοση, η επίδοση αυτή θα οδηγήσει στην επίτευξη ενός ορισμένου αποτελέσματος και θα υπάρχει σκοπιμότητα και χρησιμότητα αυτού του αποτελέσματος για το άτομο (Vroom, 1964 Hwang et al., 2010).

Σύμφωνα με τη θεωρία της κοινωνικής ανταλλαγής (social exchange theory), τα άτομα συμμετέχουν σε μια σειρά αλληλεξαρτώμενων αλληλεπιδράσεων που δημιουργούν υποχρεώσεις μεταξύ των μερών της ανταλλαγής. Αμοιβαίες ανταλλαγές που βελτιώνουν για παράδειγμα, τη κοινωνική στήριξη και τις

θετικές διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις, ενισχύουν την ποιότητα των σχέσεων, η οποία παράγει αυτόν τον τρόπο ωφέλιμες και παραγωγικές συμπεριφορές, όπως η απόδοση στην εργασία (Mitchell et al., 2012).

Η θεωρία ψυχοκοινωνικού κλίματος ασφάλειας (psychosocial safety climate theory) υποθέτει ότι οι αντιλήψεις των οργανωσιακών πολιτικών, πρακτικών και διαδικασιών για την προστασία της ψυχικής υγείας των εργαζομένων και της ασφάλειας, που απορρέουν σε μεγάλο βαθμό από τις πρακτικές διαχείρισης (management) καθορίζουν τις συνθήκες εργασίας και την δέσμευση στην εργασία (Law et al., 2011).

Όπως αναφέρουν οι Baker & Bal (2013) η θεωρία εργασιακής δέσμευσης (work engagement theory) υποκινεί τους οργανισμούς να επενδύσουν σε ενεργητικούς και αφοσιωμένους υπαλλήλους: τους ανθρώπους που αισθάνονται δέσμευση με την εργασία τους. Οι οργανισμοί αναμένουν από τους υπαλλήλους τους πρωτοβουλία και ευθύνη για την προσωπική ανάπτυξη τους. Οι εργαζόμενοι με πλήρη δέσμευση παρουσιάζουν έντονη συμμετοχή και ενθουσιασμό για τη δουλειά τους.

Μεγάλος αριθμός ερευνών καταγράφει την διαπίστωση ότι όταν οι εργαζόμενοι έχουν το πλεονέκτημα να είναι πιο δημιουργικοί, είναι ικανοί να καταφέρουν υψηλότερα ποσοστά απόδοσης στην εργασία όταν μάλιστα εργάζονται σε υγιές ψυχο-κοινωνικά εργασιακό περιβάλλον. Ενδεικτικά, οι Lee & Tan (2012) σε μια μετά-ανάλυση 57 ερευνών επιβεβαίωσαν το γεγονός ότι η ποιότητα των σχέσεων με τον προϊστάμενο, η αίσθηση της εμπύχωσης και η ύπαρξη υποστηρικτικής κουλτούρας και ηγεσίας, συνεισφέρει στην εργασιακή απόδοση.

Όπως αναφέρει ο Shawn (2012) στο Harvard Business Review, η θετική νοημοσύνη (positive intelligence) του οργανισμού προωθεί την ευτυχία των

εργαζομένων μέσω τριών στρατηγικών σημείων: με την ανάπτυξη νέων συνηθειών με την θετική σκέψη, με την συνεργατικότητα και την αλλαγή και αποβολή του εργασιακού στρες. Στην έρευνά του καταδεικνύει ότι οι εργαζόμενοι που εμφανίζουν αυξημένη κοινωνική ενσυναίσθηση, παρουσιάζουν 40% περισσότερες πιθανότητες να προαχθούν, αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από την εργασία και αισθάνονται 10 φορές περισσότερη εταιρική δέσμευση και πίστη.

Επιπλέον, όπως αναφέρουν οι Lyubomirsky, King & Diener (2005) σε μια μετά-ανάλυση 225 επιστημονικών ερευνών, οι ευτυχισμένοι υπάλληλοι κατά μέσο όρο παρουσιάζουν 31% υψηλότερη παραγωγικότητα, οι πωλήσεις τους είναι 37% περισσότερες και η δημιουργικότητάς τους τρεις φορές υψηλότερη. Ορίζουν ως ευτυχισμένα άτομα αυτά που βιώνουν θετικές επιδράσεις (positive affect), οφειλόμενες κυρίως στις θετικές σκέψεις και την θετική νοοτροπία σύμφωνα με τις τρέχουσες συνθήκες στην ζωή του ατόμου (προσωπικές, εργασιακές) ή τις προσωπικές επιδιώξεις και ενέργειες. Η πολυπαραγοντική ανάλυση ανέδειξε το γεγονός ότι οι ευτυχισμένοι εργαζόμενοι παρουσιάζουν υψηλότερη απόδοση, έχουν καλύτερη αποδοχή από το εργασιακό περιβάλλον και τους προϊσταμένους τους και εμφανίζουν καλύτερες διοικητικές δεξιότητες. Ο ευτυχισμένος εργαζόμενος λοιπόν είναι πιο πιθανόν να επιτύχει καθώς είναι περισσότερο απίθανο να εμφανίσει αρνητικά συναισθήματα ψυχικής αποδέσμευσης από την εργασία (job withdrawal) και κατά συνέπεια χαμηλότερα ποσοστά απουσιασμού, επαγγελματικής εξουθένωσης, συμπεριφορές αντιποίνων και σαμποταρίσματος και εργασιακής απόσυρσης. Επίσης, παρουσιάζει χαμηλότερα ποσοστά παραίτησης και διάθεσης συμπλοκής με συναδέλφους.

Την επίδραση της ψυχολογικής κατάστασης των εργαζομένων, της θετικής και αρνητικής ενσυναίσθησης (γίνεται διάκριση ως κατάσταση συναισθημάτων όπως ευτυχία, δυστυχία κ.α. και ως προσωπικό γνώρισμα ή

χαρακτηριστικό όπως αισιοδοξία, απαισιοδοξία κ.ά, και τα οποία οδηγούν σε θετική κινητοποίηση ή αρνητική κινητοποίηση) στην εργασιακή απόδοση μελέτησαν οι Kaplan et al. (2009) σε μια διεξοδική μετά-ανάλυση 57 ερευνών, και κατέδειξαν ότι η θετική ενσυναίσθηση σχετίζεται αρνητικά με συναισθηματική απόσυρση. Οι εργαζόμενοι που χαρακτηρίζονται από την θετική ενσυναίσθηση διακρίνονται από ενθουσιασμό, εγρήγορση και ευθυμία. Η αρνητική ενσυναίσθηση σχετίζεται θετικά με την απόσυρση, με αντιπαραγωγικές συμπεριφορές και προβλήματα, και με επαγγελματικούς τραυματισμούς. Οι εργαζόμενοι που χαρακτηρίζονται από την αρνητική ενσυναίσθηση διακρίνονται από νωθρότητα και διάθεση λήθαργου, ενοχές, φόβους και άγχος. Όλα αυτά φέρονται να έχουν άμεση συσχέτιση με την επικρατούσα αντίληψη για την οργανωτική και διοικητική λειτουργία δηλαδή τις δυνητικές παρεμβάσεις τις διαδικασίες και χειρισμούς υποκίνησης, του βαθμού δυσκολίας της εργασίας, την επαγγελματική ικανοποίηση και την αμεροληψία και δικαιοσύνη της διοίκησης.

ii. Συνθήκες εργασίας και Επαγγελματικοί κίνδυνοι

Δεν υπάρχει αμφισβήτηση ότι η εργασιακή ένταση, ο συνδυασμός των υψηλών απαιτήσεων στην εργασία και ο χαμηλός βαθμός ικανότητας λήψης αποφάσεων, είναι επιζήμιος για την υγεία των εργαζομένων και μεταβιβάζουν αυξημένο κόστος λειτουργίας στους εργοδότες (Vahtera et al., 2000). Οι καταπονημένοι από το εργασιακό στρες υπάλληλοι αναφέρουν περισσότερη κούραση, κατάθλιψη, χαμηλή κινητοποίηση και προβλήματα υγείας όπως συχνόι πονοκέφαλοι και πόνοι στομάχου. Επίσης φέρονται να υιοθετούν επιβλαβείς συνήθειες όπως κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, χαμηλής ποιότητας διατροφή.

Σύμφωνα με τον Charney (2009) η εργασία στον υγειονομικό τομέα είναι περισσότερο επικίνδυνη από το να εργάζεσαι σε ορυχείο.

Ο Hawley (1992) αναφέρει ως αιτία του stress στην νοσηλευτική πρακτική: διαμάχες μεταξύ των ομάδων, σύγχυση στο ρόλο του καθενός, έλλειψη υποστήριξης από τους προϊσταμένους. Η κακής ποιότητας συνθήκες εργασίας και η δομή της οργάνωσης, θεωρούνται σαν τους πιο συχνούς στρεσογόνους παράγοντες. Ο Fontana (1989) υποστηρίζει ότι ο ρόλος του επαγγέλματος πολλές φορές μπορεί να οδηγήσει τον νοσηλευτή στην απαξίωση, δηλ. έχει το αίσθημα ότι και να κάνει μπορεί να κριθεί και η πράξη του να είναι λανθασμένη. Αυτό οφείλεται σε αίσθημα εσωτερικής διαμάχης, άγχους σε σχέση με την τεχνολογία και ανασφάλεια προς τους προϊσταμένους και κυρίως σε αισθήματα ανικανότητας και χαμηλής αυτοεκτίμησης.

Η θέση ευθύνης όπως αναφέρουν οι Ivancevich και Matteson (1997) δρα ως στρεσογόνος παράγοντας εξαιτίας του ιδιαίτερου χαρακτήρα της ευθύνης κυρίως δε καθώς αυτή σχετίζεται με την ανάγκη να λαμβάνονται δυσάρεστες αποφάσεις για άλλους. Μια δεύτερη αιτία, είναι ότι τα άτομα που βρίσκονται σε υπεύθυνες θέσεις συνήθως ταλαιπωρούνται από υπερβολικό φόρτο εργασίας και ίσως από συγκρούσεις ρόλων καθώς και αμφισβήτησης ρόλων.

Ο όρος επαγγελματική εξουθένωση (burn-out) χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1974 από τον Freudenberger για την σωματική και ψυχική εξουθένωση σε επαγγελματίες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και γενικότερα, σε χώρους που δημιουργούνται στενές σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών και ατόμων που έχουν την ανάγκη τους. Από τις έρευνες που έχουν διενεργηθεί από πλήθος επιστημόνων, έχει γίνει γνωστό ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι περισσότερο συχνό σε κάποια επαγγέλματα, όπως οι γιατροί και οι νοσοκόμες (Jimmieson, 2000). Η Firth-Cozens (1997) αναφέρει ότι το 1/3 των νοσηλευτριών σε ολόκληρο τον κόσμο παρουσιάζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης από τα

αρχικά ακόμα στάδια της καριέρας τους, ενώ ο κίνδυνος για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών στη συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα είναι πολύ υψηλός. Μεγαλύτερη επιβάρυνση παρατηρείται σε προσωπικό που εργάζεται σε τμήματα που παρουσιάζουν ηυξημένες ανάγκες όπως οι ΜΕΘ (Καλουδοπούλου & Κωστοπούλου, 2010) ογκολογικά τμήματα, (Ραφτόπουλος, 2009) κ.ά.

Το 15% των ιατρών ΠΦΥ υποφέρουν από κατάθλιψη και 25% από άγχος (Firth-Cozens, 1997), ενώ το 22% των νοσηλευτών που φροντίζουν ηλικιωμένα άτομα στον ιδιωτικό τομέα της Βρετανίας και το 18% στο δημόσιο, υποφέρουν από κατάθλιψη (Margallo-Lana et al., 2001).

Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας καθώς και οι ιατροί δείχνουν να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών. Στις Ηνωμένες Πολιτείες το ετήσιο ρίσκο των αυτοκτονιών των γιατρών είναι διπλάσιο από εκείνο του γενικού πληθυσμού, γεγονός που πολύ συχνά οφείλεται στην ύπαρξη επαγγελματικής εξουθένωσης. Σε μια μετα-ανάλυση 25 ερευνών διαπιστώθηκε ότι οι άνδρες ιατροί αυτοκτονούν με μεγαλύτερη συχνότητα κατά 1,41 φορές σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό και οι γυναίκες 2,27 φορές περισσότερο (Ραφτόπουλος, 2009).

Η χρόνια έκθεση σε συνθήκες εργασιακού στρες συσχετίζεται με την εμφάνιση εκφυλιστικών ασθενειών, καρδιοπαθειών, διαβήτη, κατάθλιψης, ημικρανιών και έλκων. Το εργασιακό στρες μπορεί να οδηγήσει σε μακροχρόνια ανικανότητα (La Montagne et al., 2006) και σε μυοσκελετικά προβλήματα επιπρόσθετα με την σωματική καταπόνηση ή άλλες αιτίες που σχετίζονται με εργονομικές αστοχίες (Kraatz et al., 2013). Οι Trinkoff et al. (2006) αναφέρουν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είναι στην υψηλή ομάδα κινδύνου για τους εργασιακά συσχετιζόμενους μυοσκελετικούς τραυματισμούς ή διαταραχές (MSD), με τον πόνο στην μέση και στην πλάτη, ως τις πιο συχνά αναφερόμενες διαταραχές κυρίως λόγω του κυκλικού ωραρίου και των ηυξημένων ωρών

εργασίας. Χαρακτηριστικό είναι ότι κάθε μέρα στις ΗΠΑ 9.000 επαγγελματίες υφίστανται μυοσκελετική κάκωση, ενώ το 38% του νοσηλευτικού προσωπικού υποφέρει από πόνο στην οσφυϊκή χώρα (Ραφτόπουλος, 2009).

Η συντριπτική πλειοψηφία των νοσηλευτών βιώνουν επίμονο πόνο που σχετίζεται με την εργασία. Σε μια μελέτη στο Ιράν, οι νοσηλευτές ανέφεραν μυοσκελετικό πόνο σε πάνω από 3,33 σωματικές περιοχές ενώ το 89% είχαν μυοσκελετικούς πόνους, κυρίως στο κάτω μέρος της πλάτης (74%) και τα γόνατα (48,5%) (Madani et al., 2014). Σε μια άλλη έρευνα στην Ολλανδία το 57% των νοσοκόμων είχε μυοσκελετικούς πόνους σε τουλάχιστον μία περιοχή (Engels, 1996). Στην Βραζιλία, μια έρευνα αναφέρει ότι το 80,7% των νοσηλευτών παραπονέθηκε για μυοσκελετικούς πόνους. Τα άνω άκρα, οι ώμοι και ο λαιμός εμφανίζουν συχνά τραυματισμούς στους νοσοκόμους (Ando et al., 2000).

Μελέτες στην Αυστραλία αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο μυοσκελετικών διαταραχών με ποσοστά που φτάνουν 40-50%. Οι διαταραχές εντοπίζονται στο λαιμό, στους ώμους ή στην πλάτη (Daraiseh et al., 2003). Μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαπίστωσε ότι 4,0-4,6% του συνόλου των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών, ήταν αλλεργικοί στο λατέξ, με αποτέλεσμα ασθένειες όπως η δερματίτιδα, το άσθμα και η ρινίτιδα, η επιπεφυκίτιδα (Bousquet et al., 2006).

Το 1979 ο Karasek ανέπτυξε ένα μοντέλο εκτίμησης των αποτελεσμάτων των εργασιακών απαιτήσεων και του βαθμού ελέγχου στον εργασιακό βίο. Προσπάθησε να αναδείξει την συσχέτιση του στρες στην εργασία (και αν συνδέεται με ψυχολογικές απαιτήσεις και επιπτώσεις από την εργασία), με τον βαθμό ικανότητας λήψης αποφάσεων από τον εργαζομένου. Πρόσφατες, ανασκοπήσεις ερευνών (Niedhammer et al., 2004) ανέδειξαν την εγκυρότητα του μοντέλου. Σύμφωνα με αυτό οι εργαζόμενοι στο τομέα της υγείας βρίσκονται στην πιο προβληματική κατηγορία εργασιακής καταπόνησης, καθώς βρίσκονται

σε κατάσταση υψηλής εργασιακής έντασης και χαμηλής αυτονομίας. Αυτοί οι εργαζόμενοι διατρέχουν τον κίνδυνο να αναπτύξουν υψηλού βαθμού στρες, το οποίο συσχετίζεται με την εμφάνιση καρδιοπαθειών και ψυχικών νόσων. Επίσης, φέρονται να παρουσιάζουν υψηλότερα αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία τους και χαμηλά ποσοστά παρουσιασμού στην εργασία.

Οι Fransis et al. (2007) αναφέρουν ότι το εργασιακό περιβάλλον που απέχει από τα υγιή πρότυπα λειτουργίας, έχει πολυεπίπεδη επίδραση. Όπως περιγράφουν, εάν οι εργαζόμενοι δεν δύνανται να λειτουργήσουν σωστά λόγω συνεχών πονοκεφάλων, δακρυσμένων ματιών, αναπνευστικών δυσκολιών ή φόβο επικείμενης καταστροφής θα οδηγηθούν αναπόφευκτα σε χρόνια προβλήματα υγείας και η παραγωγικότητα θα μειωθεί.

Ένας από τους παράγοντες που επιβαρύνουν μεταξύ των άλλων, την ποιότητα των συνθηκών εργασίας και ο οποίος είναι ελάχιστα γνωστός και εκτιμημένος στον ελληνικό χώρο, είναι η ύπαρξη της ηθικής/ψυχολογικής παρενόχλησης (mobbing/bullying). Θεωρείται μία από τις πιο σοβαρές μορφές παρενόχλησης στον χώρο εργασίας (Zapf 1999) με έντονα διαβρωτική και τοξική επίδραση στο εργασιακό περιβάλλον (Sandvik-Lutgen, 2008). Πρόκειται για ένα φαινόμενο που έχει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις τόσο στην υγεία, την ασφάλεια των εργαζομένων και την ποιότητα του εργασιακής τους ζωής, όσο και στα παραγωγικά αποτελέσματα και την ανταγωνιστικότητα των επιχειρήσεων (Παπαλεξανδρή & Γαλανάκη, 2011). Αποτελεί μία ακραία μορφή πρόκλησης στρες στον εργασιακό χώρο (Zapf, Knorz and Kulla, 1996). Αυτό που την διαφοροποιεί από τους συνηθισμένους στρεσογόνους παράγοντες είναι ότι αποτελεί μία συστηματική, μακρόχρονη και ύπουλη τακτική, η οποία μέσα από συχνές και επαναλαμβανόμενες αρνητικές συμπεριφορές, στοχεύει στην ψυχολογική και εργασιακή εξόντωση του θύματος ή όπως χαρακτηριστικά λέγεται στον ψυχικό φόνο (Leymann 1996, Einarsen & Skogstad 1996, Zapf 1999). Όπως

αναφέρει ο Wilson (1991) θεωρείται ότι επιφέρει τις πιο καταστροφικές και παραλυτικές συνέπειες για τον εργαζόμενο από ότι όλοι μαζί οι υπόλοιποι παράγοντες στρες στην εργασία.

Η βία αποτελεί έναν αναγνωρισμένο εργασιακό κίνδυνο για τους επαγγελματίες υγείας και για την ελληνική πραγματικότητα. Όπως αναφέρει ο Ραφτόπουλος (2009) σε μια έρευνα που διεξήγαγε στην περιοχή της Αττικής το 94,8% των νοσηλευτών υπήρξε θύμα επίθεσης κατά την διάρκεια του εργασιακού τους βίου, το 68,5% από τον ίδιο τον ασθενή και το 30,3% από συνοδό του. Σε πολλές πολιτείες των ΗΠΑ οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα απουσίας από την εργασία λόγω βίαιων πράξεων εναντίον τους, από ότι αναφέρουν οι σωφρονιστικοί υπάλληλοι (Charney, 2009).

Οι Drake et al. (2005) αναφέρουν ότι 32% των εργαζομένων με νυχτερινό ωράριο (μεταξύ 9μ.μ. και 8 π.μ.) και 26% των εργαζομένων με κυκλικό ωράριο, παρουσιάζουν προβλήματα ύπνου όπως αϋπνία και παρατεταμένη υπνηλία όταν είναι ξύπνιοι, γεγονός που επιδρά αρνητικά στις καθημερινές δραστηριότητες και στην ικανότητά τους να εργασθούν αποδοτικά και με ασφάλεια. Οι Folkard et al. (2005) στην μετά-ανάλυση πλήθους ερευνών σε σχέση με τους επαγγελματικούς τραυματισμούς που δημοσίευσαν, διαπίστωσαν ότι ο κίνδυνος για τραυματισμό αυξάνει κατά 18% κατά την διάρκεια της απογευματινής βάρδιας και κατά 34% κατά την διάρκεια της νυχτερινής βάρδιας, σε σχέση με την πρωινή. Η διαπίστωση αυτή οφείλεται κυρίως στις διαταραχές ύπνου και στην μείωση του χρόνου αντίδρασης κατά την διάρκεια της ημέρας και στο τέλος της εβδομάδας.

Παρά το γεγονός ότι η άμεση συσχέτιση του κυκλικού ωραρίου και της εμφάνισης ασθενειών δεν είναι απόλυτα σαφής, ωστόσο μεγάλος αριθμός μελετών κατέδειξαν αυξημένη συχνότητα εμφάνισης ορισμένων ομάδων ασθενειών σε σχέση με τους εργαζόμενους σε τακτικό πρωινό ωράριο. Διαταραχές του πεπτικού είναι πολύ κοινές σε εργαζόμενους με κυκλικό ωράριο, κυρίως λόγω της αλλαγής

του κερκάδιου ρυθμού. Η μείωση των ωρών ύπνου οδηγεί σε καταστάσεις στρες και μεταβολές του ανοσοποιητικού.

Οι Schernhammer et al. (2003) αναφέρουν ότι αυξάνει ο κίνδυνος για τον καρκίνο του εντέρου στις νοσηλεύτριες που εργάζονται 3 ή περισσότερες νύχτες τον μήνα για παραπάνω από 15 χρόνια. Οι Bøggild & Knutsson (1999) υποδεικνύουν ότι ο κίνδυνος για καρδιαγγειακά νοσήματα αυξάνει κατά 40% στους εργαζόμενους με νυχτερινό ωράριο. Παράλληλα άλλες έρευνες καταγράφουν την συσχέτιση της αυξημένης συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου του μαστού κυρίως λόγω της μείωσης των επιπέδων μελατονίνης (Megdal et al., 2005). Επίσης, παρατηρείται επιδείνωση χρόνιων νοσημάτων όπως η υπέρταση, διαβήτης, άσθμα, ψυχικές νόσοι, επιληψία ενώ ο Costa (2003) προσθέτει σε αυτή την λίστα τις θυρεοειδοπάθειες, εγκυμοσύνη (ή αποτυχία αυτής, υπογονιμότητα και αποβολές είναι πιο συχνές), καλοήθεις όγκους. Η γήρανση επιβαρύνει και επιδεινώνει την εμφάνιση των συμπτωμάτων. Επιπλέον, εντοπίζονται προβλήματα στην κοινωνική ζωή των ατόμων (κοινωνική απόσυρση).

Η μείωση του νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο και σημαντικό επιχειρηματικό κίνδυνο. Η ανεπάρκεια αυτή προσδιορίζεται ως πολυπαραγοντική (έλλειψη σχεδιασμού εκπαίδευσης, δημοσιοοικονομική ένδεια, ανεπαρκείς προσλήψεις, χαμηλοί μισθοί, κ.ά.) Το προσωπικό που εργάζεται δεν επαρκεί και είναι ήδη καταπονημένο από εξάντληση και στρες. Για τον λόγο αυτό παρατηρείται διάθεση των νοσηλευτών να εγκαταλείψουν το επάγγελμα, προς αναζήτηση άλλης εργασίας ικανή να τους προσφέρει ποιότητα ζωής (Ραφτόπουλος, 2009). Οι Stone et al. (2007) σε έρευνά τους σε νοσηλεύτριες που εργάζονται σε ΜΕΘ, διαπίστωσαν ότι 15% θα ήθελαν να αποχωρίσουν από την εργασία τους μέσα στο επόμενο έτος, λόγω της καταπόνησης. Επιπροσθέτως, στην απόφαση τους σημαντικό ρόλο φέρεται να έχει το οργανωσιακό κλίμα, η ανεργία, οι

χαμηλοί μισθοί, η ελλιπής εκπαίδευση και η χαμηλή αναλογία νοσηλευτών-ασθενών.

Ένα μείζον ζήτημα που προκύπτει από την ανεπάρκεια του προσωπικού είναι και ο επιπολασμός των κινδύνων και των λαθών για την ασφάλεια των ασθενών και των ιδίων. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται από την Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2002) η έλλειψη ικανοποιητικού αριθμού νοσηλευτικού προσωπικού ευθύνεται για το 1/4 των αναπόφευκτων θανάτων ή κακώσεων σε νοσοκομειακούς ασθενείς. Σε μια ανασκόπηση 15 ερευνών οι Stone et al. (2004) διαπίστωσαν ότι η ανεπαρκής στελέχωση και οι προβληματικές συνθήκες εργασίας, σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με λάθη στην χορήγηση φαρμάκων, αυξημένο ποσοστό πτώσεων των ασθενών, αυξημένους θανάτους, αυξημένη διασπορά μεταδοτικών νοσημάτων και νοσοκομειακών λοιμώξεων. Σύμφωνα με τους Rogers et al. (2004) οι διπλές βάρδιες, αυξάνουν τον κίνδυνο για πάνω από ένα λάθη στην βάρδια, ενώ μειώνουν σημαντικά την ικανότητα αντίδρασης του επαγγελματία υγείας καθώς η εργασία 12,5 ωρών ισοδυναμεί με επίπεδα αλκοόλης στο αίμα διπλάσια από το επιτρεπτό όριο γεγονός που δυσκολεύει την αναγνώριση και αποκατάσταση του λάθους.

Στις ΗΠΑ, κάθε μέρα 9000 επαγγελματίες υγείας αναφέρουν τραυματισμούς κατά την εργασία τους, οι οποίοι τους καθιστούν ανίκανους για εργασία. Κάθε 30 δευτερόλεπτα, ένας επαγγελματίας υγείας τραυματίζεται με βελόνα και ένας στους 10 έχει αναπτύξει κάποιου είδους αλλεργία, η οποία σχετίζεται με την χρήση γαντιών latex (Charney, 2009).

Τοιουτοτρόπως, αυξάνει και ο επαγγελματικός κίνδυνος έκθεσης σε λοιμογόνους και μολυσματικούς παράγοντες. Ο ΠΟΥ στην Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία (2002), αναφέρει ότι από τα 35 εκατομμύρια εργαζομένους στην υγειονομική περίθαλψη, περίπου 2.000.000 έχουν την εμπειρία του τραυματισμού και της διαδερμικής έκθεσης σε μολυσματικές ασθένειες, κάθε χρόνο. Επιπλέον,

Καλουδοπούλου Παναγιώτα AMY 11301257

σημειώνεται ότι το 37,6% των κρουσμάτων ηπατίτιδας Β, το 39% των κρουσμάτων ηπατίτιδας C και 4,4% του HIV / AIDS στους επαγγελματίες υγείας σε όλο τον κόσμο, οφείλονται σε τραυματισμούς από βελόνες. Στην Ευρώπη οι τραυματισμοί από αιχμηρά αντικείμενα ανέρχονται στο 1.000.000. Η έκθεση σε αυτού του τύπου επαγγελματικό κίνδυνο αιματογενούς μετάδοσης εμφανίζει μεγαλύτερη συχνότητα στις νοσηλεύτριες, στους χειρουργούς και στο βοηθητικό προσωπικό καθαρισμού. Παρά το γεγονός ότι αιματογενώς μεταδίδονται πάνω από 20 ασθένειες από ιούς, βακτήρια και παράσιτα, λόγω της νοσηρότητας των ασθενειών της ηπατίτιδας και του AIDS, οι περισσότερες παρεμβάσεις πρόληψης, προφύλαξης και αντιμετώπισης εστιάζουν σε αυτές. Τα περισσότερα ατυχήματα συμβαίνουν κατά την απόρριψη βελόνων ή αιχμηρών αντικειμένων (νυστέρια) στα δοχεία απορριμμάτων και κατά την επανατοποθέτηση των προστατευτικών καλυμμάτων στις χρησιμοποιημένες σύριγγες.

Το άμεσο κόστος τέτοιων ατυχημάτων (πέρα από το ατομικό επίπεδο, σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό) αφορά στην αντιμετώπιση τους, στις εργαστηριακές εξετάσεις, στους τακτικούς ιατρικούς ελέγχους και στις θεραπείες, στην χημειοπροφυλακτική αγωγή αναγκαία ειδικά στις περιπτώσεις δυνητικής μετάδοσης AIDS αλλά και στην νομική ευθύνη του οργανισμού. Τα έμμεσα κόστη περιλαμβάνουν τον χρόνο και το χρήμα για την αντιμετώπιση ανάλογων συμβάντων και τις απώλειες παραγωγικότητας (Mannocci et al., 2016). Εκτιμήσεις της οικονομικής επιβάρυνσης των ατυχημάτων αυτών είναι σημαντικές, αλλά ποικίλλουν από χώρα σε χώρα. Οι διάφορες μελέτες παρουσιάζουν ποικιλία αποτελεσμάτων λόγω των διαφορετικών μεθοδολογιών που χρησιμοποιούνται. Για παράδειγμα, οι Saia et al. (2010) αναφέρουν ετήσιο κόστος, μεταξύ 4.6 εκατ. € και 30 εκατ. € στη Γερμανία, 6.1 εκατ. \$ στη Γαλλία (λαμβάνοντας υπόψη νοσηλευτές και μόνο), 7 εκατ. € στην Ιταλία (δεν λαμβάνονται υπόψη οι μακροχρόνιες θεραπείες, αποζημιώσεις ή έμμεσες δαπάνες), μεταξύ των 6 εκατ. €

και 7 εκατ. € στην Ισπανία καθώς και μεταξύ 4 εκατ. £ και 300 εκατ. £ στην Αγγλία και την Ουαλία.

iii. Νομοθετικές ρυθμίσεις

Όσον αφορά την συσχέτιση της θέσπισης νομοθετικής ρύθμισης και της εφαρμογής και επίδοσης των συστημάτων ΥΑΕ είναι λίγες οι μελέτες που έχουν εξετάσει τους πιθανούς μηχανισμούς με τους οποίους οι νομοθετικές ρυθμιστικές παρεμβάσεις μπορούν να οδηγήσουν σε βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα για την υγεία και την ασφάλεια (Hillage et al 2001, Kristensen 2005).

Η ύπαρξη νομοθετικού πλαισίου σχετικά με την τήρηση κανόνων ΥΑΕ και ο κρατικός έλεγχος μέσω των επιθεωρήσεων, όπως καταγράφουν οι Gray & Mendellof (2002) στις ΗΠΑ (αν και σημαντικές αποκλίσεις κατεγράφησαν για την αυστηρή τήρηση της νομοθεσίας) βελτίωσαν αισθητά τον ρυθμό των επαγγελματικών τραυματισμών.

Οι Wright et al. (2005) διερεύνησαν τα κίνητρα για τις επιχειρήσεις να συμμορφωθούν με τους κανονισμούς για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι βασικές κινητήριες δυνάμεις της συμμόρφωσης με την νομοθεσία περιλαμβάνουν: την εφαρμογή του κανονισμού υπό τον φόβο των επιχειρήσεων για απορύθμιση της παραγωγικής διαδικασίας και της επακόλουθης δυσφήμισης, τις οικονομικές επιπτώσεις που προέρχονται από την επιβολή προστίμων και των ασφάλιστρων και τις ηθικές επιπτώσεις της μη συμμόρφωσης.

Οι Martinez et al. (2009) εξέτασαν τις επιπτώσεις των παραγόντων σχετικά με την αποτελεσματικότητα των κανονισμών. Το βασικό αποτέλεσμα αυτής της μελέτης αφορούσε την επίδραση των παραγόντων σχετικά με την

Καλουδοπούλου Παναγιώτα AMY 11301257

αποτελεσματικότητα της εφαρμογής των νομοθετικών οδηγιών για την ασφάλεια σε διάφορες χώρες. Οι συγγραφείς προτείνουν το μορφωτικό επίπεδο του εργατικού δυναμικού ως μια πιθανή εξήγηση για τις διαφορές στα αποτελέσματα σε διαφορετικές χώρες. Έτσι, το μορφωτικό επίπεδο του εργατικού δυναμικού μπορεί να θεωρηθεί ως ένας ουσιαστικός παράγοντας που επηρεάζει την ικανότητα των επιχειρήσεων να εφαρμόσουν την ασφαλή πρακτική για την εργασία.

Οι Foley et al. (2009) εξέτασαν την επίδραση στα αποτελέσματα της ασφάλειας πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την περίοδο εφαρμογής μιας νομοθετικής ρύθμισης για τα εργονομικά θέματα, η οποία εισήχθη στην πολιτεία της Ουάσιγκτον και στη συνέχεια καταργήθηκε ως αποτέλεσμα μιας εκστρατείας από τη βιομηχανία. Η μελέτη έδειξε ότι η εισαγωγή των οδηγιών οδήγησαν σε μείωση των μυοσκελετικών παθήσεων (ΜΣΠ), η οποία αντιστράφηκε όταν ο κανονισμός αυτός καταργήθηκε. Ένα σημαντικό εύρημα ήταν ότι η συχνότητα εμφάνισης ΜΣΠ είχε αρχίσει να αυξάνει πριν από την κατάργηση του εν λόγω κανονισμού.

Στην αξιολόγησή τους για τον έλεγχο ουσιών επικίνδυνων για την υγεία (Πρόγραμμα COSHH 9 - για την αξιολόγηση των βιολογικών κινδύνων) οι Swan et al. (2002) βρήκαν ότι οι εκπρόσωποι από τις επιχειρήσεις, σε αντίθεση με τις διοικήσεις που προέρχονται από εργαστήρια, βρήκαν την εφαρμογή της νομοθεσίας πολύ δύσκολη λόγω της τεχνικής γλώσσας και της προσέγγισής του. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα εργαστήρια για τα οποία τα θέματα που καλύπτονται από τη νομοθεσία ήταν μέρος της καθημερινής πρακτικής, είχαν το γνωστικό υπόβαθρο για να κατανοήσουν και να εφαρμόσουν τις απαιτήσεις, ενώ άλλες βιομηχανίες που ασχολήθηκαν με τους κινδύνους αυτούς περιστασιακά βρήκαν δύσκολη την εφαρμογή.

Όσον αφορά τις επιθεωρήσεις και τα αποτελέσματα τους στην συχνότητα εμφάνισης των επαγγελματικών ασθενειών και τραυματισμών, οι Mendeloff και Gray (2005) στην μελέτη τους δοκίμασαν τρία εναλλακτικά μοντέλα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι επιθεωρήσεις που είχαν ως αποτέλεσμα κυρώσεις οδήγησαν σε μείωση σε όλες τις κακώσεις συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που δεν καλύπτονται από τα πρότυπα. Η έρευνα διαπίστωσε επίσης ότι οι έλεγχοι είχαν καλύτερα αποτελέσματα στους μικρότερους χώρους εργασίας και σε χώρους όπου δεν υπήρχαν συνδικαλιστικές οργανώσεις.

Οι Gray and Scholz (1991), διερεύνησαν την σταθερότητα και την αποτελεσματικότητα της επιβολής του OSHA. Στις αναλύσεις τους για τις πρακτικές ελέγχου του OSHA διαπίστωσαν ότι:

- οι ενέργειες επιβολής ελέγχων έναντι των επιχειρήσεων μεσαίου μεγέθους ήταν πιο αποτελεσματικές στη μείωση των τραυματισμών, από ότι σε μικρές ή μεγάλες επιχειρήσεις,
- οι πιο εντατικές επιθεωρήσεις, ανεξάρτητα από την εστίαση έτειναν να έχουν μεγαλύτερο αντίκτυπο στα αποτελέσματα από ό, τι λιγότερο εντατικές επιθεωρήσεις,
- οι μεγαλύτερες ποινές δεν μειώνουν την πιθανότητα μελλοντικής παραπομπής είτε για την ίδια παράβαση ή για κάθε παράβαση, και
- οι μικρές ποινές μείωσαν την πιθανότητα τραυματισμών όσο και οι μεγαλύτερες ποινές, ενώ παράλληλα απαιτείται λιγότερος χρόνος ελέγχου.

Ο Johnstone (2003) παρουσίασε μια κριτική μελέτη που βασίζεται στην ανάλυση εμπειρικών δεδομένων που τεκμηριώνουν τον τρόπο με τον οποίο οι διώξεις για αδικήματα για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία κατασκευάστηκαν στα δικαστήρια βικτοριανών Δικαστών. Ειδικότερα για τα αποτελέσματα των καταδικαστικών αποφάσεων για την υγεία και ασφάλεια στην εργασία, διαπίστωσε ότι το μέσο πρόστιμο που επιβλήθηκε ήταν 21,6 % πάνω από

το μέγιστο επιτρεπτό όριο για το αδίκημα. Ο Johnstone σημειώνει ότι οι σοβαρές διώξεις ενεργοποιούνται μόνον για τα πιο σοβαρά αδικήματα της υγείας και της ασφάλειας στην εργασία που οδηγούν σε θάνατο ή σοβαρό τραυματισμό. Ο ίδιος υποστηρίζει ότι τα χαμηλά επίπεδα των κυρώσεων αντανακλούν τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονται τα αδικήματα της υγείας και της ασφάλειας στην εργασία, με τρόπο τετριμμένο από το νομικό σύστημα. Η αιτιώδης αλληλουχία με την οποία Johnstone αποκαλύπτει ότι το νομικό σύστημα δεν ασχολείται αποτελεσματικά με τα αδικήματα της υγείας και της ασφάλειας στην εργασία, είναι η έμφαση στις ειδικές ακολουθίες των γεγονότων που οδήγησαν στο θάνατο ή τον επαγγελματικό τραυματισμό αντί να ασχολείται με την αποτυχία του οργανωσιακού συστήματος.

Οι Jamieson et al. (2010) αναφέρουν ότι οι μικρές επιχειρήσεις έχουν πολύ περιορισμένη συνειδητότητα των διώξεων. Η εγρήγορσή τους είναι συνήθως περιορισμένη με τις περισσότερες πληροφορίες να προέρχονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τις προσωπικές επαφές. Όταν εισέρχονταν σε διαδικασίες νομικής εμπλοκής ή συζητήσεων για παρόμοιες καταστάσεις, δεν είναι σε θέση να κατανοήσουν τις επιπτώσεις για τις επιχειρήσεις τους. Συγκριτικά, οι μεγάλες επιχειρήσεις με δυνατότητα πρόσβασης σε τεχνογνωσία, πόρους και ικανότητα ανάλυσης νομικών υποθέσεων για την ΥΑΕ, είναι σε θέση να εξαγάγουν τις σχετικές πληροφορίες που θα μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν για να βελτιώσουν τις δικές τους πρακτικές ασφαλείας.

Οι Thornton et al. (2005) τονίζουν ότι ουσιαστικό κίνητρο για μεγαλύτερες επιχειρήσεις για τη έννομη συμμόρφωση είναι να αποφευχθεί ο κίνδυνος δυσφήμισης. Τα ευρήματά τους υποδηλώνουν επίσης ότι η συμμόρφωση και η μη συμμόρφωση ερμηνεύονται διαφορετικά. Οι «καλές» επιχειρήσεις βλέπουν τις διώξεις ως ευκαιρία βελτίωσης και υποστηρίζουν την αξία της συμμόρφωσης σε αντίθεση με τις «κακές» επιχειρήσεις.

Οι Dufour, Lanoie & Patry (1998) και οι Dufour & Lanoie (1995) ερεύνησαν τις επιπτώσεις των κανονισμών της ΥΑΕ και της περιβαλλοντικής μέριμνας σε σχέση με την συνολική παραγωγικότητα στο Κεμπέκ και διαπίστωσαν ότι οι κανονισμοί για την ΥΑΕ και την προστασία του περιβάλλοντος οδήγησαν αναπόφευκτα σε πρώτη φάση σε μείωση του ρυθμού παραγωγικότητας, ενώ η θέσπιση υποχρεωτικών προληπτικών προγραμμάτων (σε αρμονία με τους κανονισμούς για την ΥΑΕ) οδήγησαν σε αύξηση της παραγωγικότητας και αποδοτικότητας.

iv. Οικονομικά αποτελέσματα της υγιεινής και ασφάλειας στην εργασία

Μία μεγάλη μερίδα ερευνών επικεντρώνεται στην οικονομική αποτίμηση του κόστους από την ανεπαρκή εφαρμογή των συστημάτων ΥΑΕ. Μερικές προχωρούν στην αξιολόγηση των καταστροφικών αποτελεσμάτων, μετά από μεγάλης κλίμακας ατυχήματα- ενδεικτικά αναφέρεται το ατύχημα της Texas BP (2005) που αναλύεται στην έρευνα του Hopkins (2011)- ενώ άλλες προσεγγίζουν την ανάλυση καταστάσεων με λιγότερο καταστροφικά αποτελέσματα. Οι τελευταίες εξετάζουν κυρίως τα άμεσα κόστη που σχετίζονται με τις αποζημιώσεις και την αύξηση των επιδομάτων ασθενείας και ανικανότητας (Rikhardsson & Impgaard 2004) ενώ άλλες αποτιμούν τα έμμεσα κόστη που προκύπτουν από την ανταπόκριση των εργαζομένων με δείκτες όπως ο παρουσιασμός, ο απουσιασμός και την επιστροφή στην εργασία.

Το Ινστιτούτο Υγείας και Παραγωγικότητας της Αυστραλίας υπολογίζει ότι το κόστος που προκύπτει για το ασφαλιστικό σύστημα από τις αποζημιώσεις και τις συντάξεις, ανέρχεται στο 1.1 εκατ. \$Α ετησίως ενώ για θάνατο το

οικονομικό κόστος υπολογίζεται σε 11-19 εκατ. \$A(HAPIA 2010). Ένας αριθμός μελετών επισημαίνουν το γεγονός ότι το συνολικό κόστος που προκύπτει από την ανεπαρκή εφαρμογή της ΥΑΕ, δύναται να είναι αρκετά υψηλότερο, διότι δεν συνυπολογίζονται τα ατυχήματα και οι τραυματισμοί που προκύπτουν κατά την διάρκεια ανασφάλιστης εργασίας, δεν αναφέρονται και δεν υπάρχει επίσημη καταγραφή όλων των επαγγελματικών ατυχημάτων και δεν υπολογίζονται τα έμμεσα και κρυφά κόστη (Rikhardsson & Impgaard 2004).

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η πρόωρη συνταξιοδότηση μειώνει σημαντικά το παραγωγικό δυναμικό των πολύ ανεπτυγμένων χωρών. Υπολογίζεται μείωση του παραγωγικού μέσου όρου του ΟΟΣΑ που αντιστοιχεί σε 6,3% του ΑΕΠ. Πρόσφατοι υπολογισμοί από τη Φινλανδία δείχνουν ότι η ετήσια απώλεια που οφείλεται στην πρόωρη συνταξιοδότηση είναι ακόμη μεγαλύτερη όσο το 13% του ΑΕΠ και με ορισμένες εκτιμήσεις ήταν ακόμη υψηλότερες (Herbertsson & Orszag , 2001).

Μια μελέτη στη Γερμανία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το κόστος των επαγγελματικών ασθενειών που προκαλούνται από την εργασία εκτιμάται κατ' ελάχιστον σε 28 δις ευρώ κατ' έτος. Το κόστος αυτό συμπεριλαμβάνει τα άμεσα έξοδα ύψους 15 δις ευρώ (θεραπεία ασθενειών) και τα έμμεσα έξοδα 13 δις ευρώ (απώλεια εργασιακών ετών λόγω ανικανότητας προς εργασία). Τα υψηλότερα έξοδα οφείλονται σε ασθένειες του μυοσκελετικού συστήματος και των πεπτικών οργάνων καθώς και σε ατυχήματα κατά την εργασία (Bodeker et al., 2002).

Οι μελέτες που υπήρξαν διαθέσιμες κυρίως από τις ΗΠΑ, εξετάζουν την εμπορική αποδοτικότητα της προαγωγής της υγείας και της πρόληψης στον χώρο εργασίας. Η σημαντικότερη εξοικονόμηση πόρων για τις εταιρείες καταγράφεται στην περίπτωση του κόστους των ασθενειών και της συστηματικής αποχής λόγω ασθένειας. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται απόδοση επενδύσεων για την ΥΑΕ ύψους 1:2,3 έως 1:5,9 για έξοδα ασθένειας (δηλ. για κάθε δολάριο που επενδύεται

στην προστασία της υγείας στην εταιρεία, 2,3 έως 5,9 δολάρια ΗΠΑ εισρέουν πίσω στην εταιρεία) (Kreis & Bödeker, 2004).

Επιπλέον, ο προσδιορισμός του συνολικού ποσού της επένδυσης στην ΥΑΕ μπορεί να βοηθήσει στη διαμόρφωση πολιτικής σε εθνικό επίπεδο. Στη Φινλανδία στη πρώτη εθνική έρευνα του συνόλου των άμεσων επενδύσεων σε προγράμματα προαγωγής υγείας στην εργασία, υπολογίστηκε ότι η ετήσια επένδυση στην εκπαίδευση και την ανάπτυξη, στις υπηρεσίες ΥΑΕ, στην προώθηση προγραμμάτων φυσικής κατάστασης του προσωπικού και πολιτιστικών δραστηριοτήτων δηλαδή οι συνολικές άμεσες επενδύσεις στον τομέα της επαγγελματικής ασφάλειας και υγείας ήταν λιγότερο από το ένα δέκατο του ετήσιου κόστους της ασθένειας. Η οικονομική απόδοση της επένδυσης στον τομέα της υγείας και ασφάλειας σε γενικές γραμμές έχει υπολογιστεί ότι κυμαίνεται μεταξύ 47% και 252% (Aura et al., 2010).

Οι μελέτες του Charman (2008) κατέδειξαν ότι τα μέτρα προαγωγής της υγείας στον χώρο εργασίας οδηγούν σε μέση μείωση των εξόδων ασθενείας της τάξης του 26,1%. Η συστηματική αποχή από την εργασία λόγω ασθενείας μειώνεται κατά μέσο όρο κατά 26,8%.

Δεν αποδεικνύονται εξίσου αποτελεσματικά όλα τα μέτρα προαγωγής της υγείας στον χώρο εργασίας. Τα μέτρα πρόληψης που στοχεύουν απλώς στην κοινοποίηση γνώσεων και πληροφοριών υπό μορφή οδηγιών συνέβαλαν ελάχιστα στη μείωση των παραπόνων για την υγεία και ως εκ τούτου της επανειλημμένης απουσίας από την εργασία. Υπάρχουν ισχυρά στοιχεία ότι τα προγράμματα πολλών συνιστωσών που αποδεικνύονται αποτελεσματικά, συνδυάζουν τόσο μέτρα πρόληψης που αφορούν τη συμπεριφορά (εκπαιδευτικά σεμινάρια, προγράμματα ασκήσεων) όσο και εργονομικές παρέμβασεις (περιστασιακή πρόληψη), π.χ. τεχνικά βοηθήματα για την ανύψωση και μεταφορά φορτίων ή αλλαγές στην οργάνωση της εργασίας (Kramer et al., 2008).

Είναι χαρακτηριστικό ότι η επαρκής ενημέρωση και εκπαίδευση του νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού για παράδειγμα στην μετακίνηση των ασθενών και την πρόληψη των μυοσκελετικών παθήσεων, αποσβένει σε δύο χρόνια (λόγω της μείωσης του κόστους αποζημίωσης των εργαζομένων) (Ραυτοπούλου, 2011).

Ειδικά προγράμματα για τη διακοπή του καπνίσματος, την πρόληψη της κατανάλωσης αλκοόλ και την πρόληψη ψυχοκοινωνικών κινδύνων αποδείχθηκαν επίσης ιδιαίτερος αποδοτικά ως προς το κόστος σχετικά με το πρόβλημα της επανειλημμένης απουσίας από την εργασία. Τα αποτελέσματα μιας μελέτης εταιρειών με πολύχρονη πείρα στην προαγωγή της υγείας στον χώρο εργασίας στη Γερμανία, κατέδειξαν με σαφήνεια ότι ένα σταθερό εταιρικό σύστημα διαχείρισης της υγείας όχι μόνο βελτιώνει την κατάσταση της υγείας των εργαζομένων αλλά επιπλέον έχει θετικό αντίκτυπο στην αποδοτικότητα ως προς το κόστος και την ανταγωνιστικότητα μιας εταιρείας. Εδώ, το κλειδί της επιτυχίας είναι η βελτίωση της εσωτερικής ενημέρωσης, της συμμετοχής και της συνεργασίας σε διάφορα επίπεδα (Lück et al., 2008).

Ο Kirsten (2010) στην έρευνά του αλλά και η ετήσια έκθεση “*Working Well: A Global Survey of Health Promotion and Workplace Wellness Strategies*” (Buck Consultants, 2009), στην οποία συμμετείχαν πάνω από 10 εκατ. άτομα από 45 διαφορετικές χώρες, τονίζουν ότι η πιο σημαντική στρατηγική για την προαγωγή υγείας (εντός οργανισμού) είναι η ανάπτυξη, η ενίσχυση της παραγωγικότητας και ο παρουσιασμός. Η μείωση του κόστους για την υγειονομική περίθαλψη αποτελεί τον στόχο των Αμερικανών εργοδοτών, ενώ για τους Ασιάτες η ενίσχυση του ηθικού του εργατικού δυναμικού και η ηθική δέσμευση αποτελεί προτεραιότητα.

Πλήθος ερευνών επικεντρώνεται στα μακρό-οικονομικά αποτελέσματα της ΥΑΕ. Σύμφωνα με δεδομένα από το World Economic Forum and the

Lausanne International Institute for Management Development (IMD)-ILO, οι χώρες με τα καλύτερα στατιστικά δεδομένα στα εργατικά ατυχήματα και τις επαγγελματικές ασθένειες παρουσιάζουν συγκριτικό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα σε σχέση με αυτές με ηυξημένα ποσοστά εργασιακών προβλημάτων (ILO, 2006).

Σύμφωνα με την έρευνα που διεξήχθη για την 5^η Ευρωπαϊκή έκθεση για τις εργασιακές συνθήκες, με την χρήση μεθόδων διαφόρων μοντέλων λογιστικής παλινδρόμησης επιβεβαιώθηκε η σημασία για την βιωσιμότητα και παραγωγική διαδικασία στην εργασία των εξής παραμέτρων : ισορροπία εργασίας-προσωπικής ζωής, μείωση εργασιακής καταπόνησης, ενεργός συμμετοχή στην εργασία, μείωση παρενόχλησης, μείωση έκθεσης σε εργονομικούς κινδύνους και εργασιακούς περιβαλλοντικούς κινδύνους, καινοτομία στον χώρο εργασίας η οποία συνδέεται με το δικαίωμα λήψης αποφάσεων από τον εργαζόμενο, ύπαρξη προοπτικών σταδιοδρομίας, καλή αμοιβή και δυνατότητα για ποιοτική εργασία (Eurofound, 2012).

Είναι σαφές ότι τα ζητήματα υγείας και ασφάλειας στο θέμα της βιωσιμότητας της εργασίας, είναι μια σημαντική προϋπόθεση. Οι πολιτικές διαχείρισης των ανθρωπίνων πόρων (HRM) και η εργασιακή πορεία που αναπτύσσουν οι εργαζόμενοι είναι το κλειδί σε αυτό το θέμα (Eurofound, 2012). Αν και εγείρονται ζητήματα κατά πόσο η διαχείριση ανθρωπίνων πόρων επιδρά στην απόδοση δια μέσω πρακτικών που συνδυάζονται με συστήματα υψηλής ανάλυσης εργασιακής απόδοσης (High Performance Work Systems- HPWS) (πως εργάζονται και κάτω από ποιες συνθήκες) εάν οδηγούν τελικά στα επιθυμητά αποτελέσματα. Έρευνες έχουν αναδείξει την ασυμμετρία μεταξύ τέτοιων συστημάτων και εργασιακής απόδοσης καθώς υπονομεύει την γενική ευεξία των εργαζομένων (υψηλότερος βαθμός στρες και εργασιακή ένταση) και συχνά έχει αντίθετα αποτελέσματα για την ΥΑΕ (Landsbergis, Cahill and Schnall 1999, Smith 1997) αλλά από την άλλη οι εργαζόμενοι παρουσιάζουν υψηλότερη

εταιρική δέσμευση. Ο Godard (2001) στην έρευνα που διεξήγαγε σε Καναδούς εργαζόμενους περιέγραψε την συσχέτιση αυτών των συστημάτων με θετικές στάσεις και συμπεριφορές των εργαζομένων όπως αίσθημα του ανήκειν, εμπύχωση, συμμετοχή και επαγγελματική ικανοποίηση, αυτοπεποίθηση, παρακίνηση και εταιρική δέσμευση.

Ο Dorman (2000) στην έρευνά του για τα οικονομικά της υγείας και ασφάλειας της εργασίας (ΥΑΕ), εντοπίζει τη συνεισφορά της οικονομικής ανάλυσης στην αντιμετώπιση των εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών, στις ακόλουθες τρεις παραμέτρους:

- Κοινωνική κινητοποίηση και κίνητρα: Η διαπίστωση από τα άτομα, τις επιχειρήσεις και τις κυβερνήσεις του σημαντικού οικονομικού μεγέθους των συνεπειών των ατυχημάτων και ασθενειών στην εργασία υποβοηθά την άμεση κινητοποίηση, μόλις γίνει κατανοητή.

- Κατανόηση των μηχανισμών: Η κατανόηση των μηχανισμών, η οποία μπορεί να προέλθει από την οικονομική ανάλυση (π.χ. περιοχές ή κλάδοι οικονομικής δραστηριότητας που παρουσιάζουν διαφοροποίηση, επίδραση του ασφαλιστικού συστήματος, επιπτώσεις στην ανταγωνιστικότητα και ανάπτυξη, κλπ.), δύναται να βοηθήσει στην καλύτερη αντίληψη και διαχείριση του προβλήματος.

- Ανάδειξη της πραγματικής εικόνας: Αν και ο σημαίνων αιτιώδης παράγοντας πρόκλησης ατυχημάτων θεωρείται ο ανθρώπινος παράγοντας, δεν είναι ο μόνος. Στην καθημερινότητα η ΥΑΕ βρίσκεται σε μία διαπραγμάτευση με τα υπόλοιπα θέματα που απασχολούν την επιχείρηση ή οργανισμό, τον εργαζόμενο και την Πολιτεία.

Επίσης, έθεσε το ζήτημα της διάκρισης της οικονομικής αποτίμησης σε επίπεδο οργανισμού καθώς είναι δυσδιάκριτη η αποτίμηση του έμμεσου κόστους, σε οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο, σε εθνικό και υπερεθνικό επίπεδο.

Μερικές έρευνες εστιάζουν στην διερεύνηση των αποτελεσμάτων εφαρμογής Συστημάτων Υγείας και Ασφάλειας και της απόδοσης, σε εταιρικό κυρίως επίπεδο. Μελέτες οι οποίες αναφέρονται στις συνέπειες των εφαρμογών του συστήματος OHSAS 18001 στις ΗΠΑ (Lo, Pagell, Fan, Wiengarten, and Yeung, 2014) και στην Ισπανία σε μεγάλης κλίμακα έρευνα οι Fernández-Muniz, Montes-Reón and Vázquez-Ordás (2009), κατέδειξαν την θετική συσχέτιση της ΥΑΕ και της απόδοσης σε τρεις τουλάχιστον δείκτες αξιολόγησης, την απόδοση της υγιεινής και ασφάλειας, την ανταγωνιστικότητα και την οικονομική απόδοση.

Ωστόσο, υπάρχει έντονη συζήτηση για το ζήτημα της θεσμοθέτησης ενιαίων και αξιόπιστων δεικτών μέτρησης της οικονομικής αποτίμησης της υγιεινής και ασφάλειας στην εργασία, καθώς παρουσιάζει πολύ –επιστημονική προσέγγιση.

Οι Uegaki, de Bruijine, et al. (2010), διεξήγαγαν βιβλιογραφική ανασκόπηση 34 ερευνών για την οικονομική αξιολόγηση των παρεμβάσεων για την ΥΑΕ σε διάφορους τομείς οικονομικής δραστηριότητας, με σκοπό την αξιολόγηση των κριτηρίων/δεικτών ερευνητικής ποιότητας. Όπως κατέγραψαν, οι περισσότερες έρευνες παρουσιάζουν φτωχά αποτελέσματα ή αστοχίες, για παράδειγμα στα κριτήρια επιλογής των πληθυσμών ελέγχου, στα κριτήρια αξιολόγησης της απόδοσης, στην μέτρηση των οικονομικών αποτελεσμάτων, στην μέτρηση και αξιολόγηση του κόστους. Επίσης, διεπιστώθησαν αστοχίες στην ερευνητική διαδικασία, όπως η παρουσίαση του ερευνητικού ζητήματος, στις διακηρύξεις των ερευνητών, στην ανεξαρτησία των ερευνητών και στην γενίκευση των αποτελεσμάτων.

Η έρευνά τους καταδεικνύει το γεγονός ότι αποτελεί μια πραγματική αναγκαιότητα, η θέσπιση αξιόπιστων κριτηρίων αξιολόγησης και αποτίμησης των παρεμβάσεων για την ΥΑΕ με οικονομικούς ή άλλους όρους.

5.2. Συμπεράσματα-Προτάσεις

Από την έρευνα προκύπτει ότι η τήρηση των κανονισμών για την ΥΑΕ είναι πρωταρχικής σημασίας. Το υγιές και ασφαλές εργασιακό περιβάλλον είναι επιθυμητό όχι μόνο από την οπτική των εργαζομένων, αλλά συμβάλει σημαντικά στην βελτίωση της εργασιακή αποδοτικότητας και παραγωγικότητας που έχει ως αποτέλεσμα την οικονομική ανάπτυξη, εν γένει. Η ΥΑΕ αυξάνει την ανταγωνιστικότητα και την παραγωγικότητα των οργανισμών, δια μέσω της μείωσης του απολεσθέντος κόστους λόγω των επαγγελματικών ασθενειών και ατυχημάτων και της ενίσχυσης της παρακίνησης των εργαζομένων. Ακόμη περισσότερο, η μείωση των επαγγελματικών ασθενειών και των ατυχημάτων οδηγεί στην ανακούφιση από την πίεση που ασκείται στα ιδιωτικά και στα δημόσια συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και περίθαλψης. Τα επαγγελματικά ατυχήματα και οι θάνατοι, δεν προκαλούν μόνο ανθρώπινο πόνο στους ίδιους και στις οικογένειες τους, αλλά έχουν σημαντικό οικονομικό κόστος στα άτομα, στις επιχειρήσεις και τους οργανισμούς, στο κράτος και στην κοινωνία.

Τα οικονομικά της υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας έχουν εξελιχθεί σε μια νέα περιοχή έρευνας, με τη δική τους ατζέντα. Υπάρχει μια έντονη συζήτηση για το πως θα περιληφθούν οι εκτιμήσεις της απώλειας παραγωγικότητας κατά τρόπο συνεπή στις οικονομικές αξιολογήσεις των υπηρεσιών και για την επαγγελματική υγεία (Burdorf, 2007).

Ένα μείζον ζήτημα που προκύπτει τόσο για τους ερευνητές αλλά και για τις διοικήσεις, είναι η μέτρηση της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητας. Ειδικότερα σημαντικά προβλήματα ανακύπτουν στην μέτρηση της αποδοτικότητας και παραγωγικότητας στους υπηρεσίες και στον δημόσιο τομέα. Έμμεσα σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες προσμετρούνται τα ποιοτικά αποτελέσματα στην

παραγωγική διαδικασία (πέρα από τις ώρες εργασίας), όπως η δημιουργικότητα των εργαζομένων και η έμπρακτη αξιοποίηση των δεξιοτήτων. Παρόμοια, αξιολογείται η ικανοποίηση των ασθενών και η εταιρική δέσμευση ή δέσμευση με τον οργανισμό, καθώς διαφαίνεται να παίζουν μεγαλύτερο ρόλο από την ποσότητα του παραγόμενου έργου ή των υπηρεσιών.

Τα οφέλη της εφαρμογής της ΥΑΕ που προκύπτουν για το ανθρώπινο δυναμικό και το νοσοκομείο, ως νευραλγικό σημείο κοινωνικής και παραγωγικής διαδικασίας, είναι ποικίλα. Η εξασφάλιση της εργασιακής υγιεινής και ασφάλειας προλαμβάνει την αύξηση και μεταβίβαση του κόστους εργασίας (άμεσο και έμμεσο) και των απωλειών αυτής, αλλά και των νομικών επιπτώσεων και κυρώσεων που δύνανται να προκύψουν με σημαντικά οφέλη για την εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού. Παράλληλα ενισχύουν την τεχνογνωσία με την υιοθέτηση βέλτιστων πρακτικών λειτουργίας και οργάνωσης της εργασίας, και αυξάνουν τον επαγγελματισμό και την αποδοτικότητα των εργαζομένων, βελτιώνοντας το εργασιακό περιβάλλον (Γράφημα 11).

Η τρέχουσα κοινωνικο-οικονομική κατάσταση επιτάσσει την εφαρμογή βέλτιστων συνθηκών εργασίας προς όφελος την κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης. Η επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο προβάλλει ακόμη πιο αναγκαία στην παρούσα συγκυρία, καθώς η λήψη προληπτικών μέτρων και η βελτίωση των συνθηκών εργασίας αποτελεί οικονομικά και ηθικά εύλογη επένδυση.

Καθώς η παγκόσμια τάση για την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης μεταλλάσσεται με μια συνεργατική προοπτική εξαιτίας των συγχωνεύσεων και το «μεγαλύτερο» προσλαμβάνεται ως το «καλύτερο» (αν και συχνά πιο δύσκολο), αναδεικνύεται η αναγκαιότητα του ρόλου της ΥΑΕ και των επαγγελματιών της υγιεινής και ασφάλειας στην εργασία. Πέρα από την σύγχρονη νομοθετική απαίτηση, αποτελεί αναγκαιότητα εύρυθμης λειτουργίας στα σύγχρονα

νοσηλευτικά περιβάλλοντα στα πλαίσια της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας με αποδοτικότερους και αποτελεσματικότερους όρους και λόγω των περιορισμένων πόρων. Ως επί το πλείστον όμως, αναδύεται μια νέα τάση των οικονομικών της υγείας καθώς διαφαίνεται η αναγκαιότητα ανάπτυξης μεθόδων διαφορετικών ρυθμίσεων στο σύγχρονο εργασιακό περιβάλλον.

Γράφημα 11: Συσχέτιση Υγιεινής και Ασφάλειας και Αποδοτικότητας



Υπό αυτή την έννοια η υγιεινή και ασφάλεια στο χώρο της εργασίας αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την αποδοτικότητα των επαγγελματιών υγείας.

Ωστόσο, το μεγάλο διακύβευμα για την ελληνική πραγματικότητα παραμένει η εφαρμογή και τήρηση της ισχύουσας νομοθεσίας για την σύσταση επιτροπών ΥΑΕ και την έμπρακτη εφαρμογή του θεσμού του Ιατρού Εργασίας στα νοσοκομεία καθώς και στο παρελθόν έχουν τεθεί σε ισχύ νομοθετικές ρυθμίσεις οι οποίες όμως δεν έτυχαν εφαρμογής.

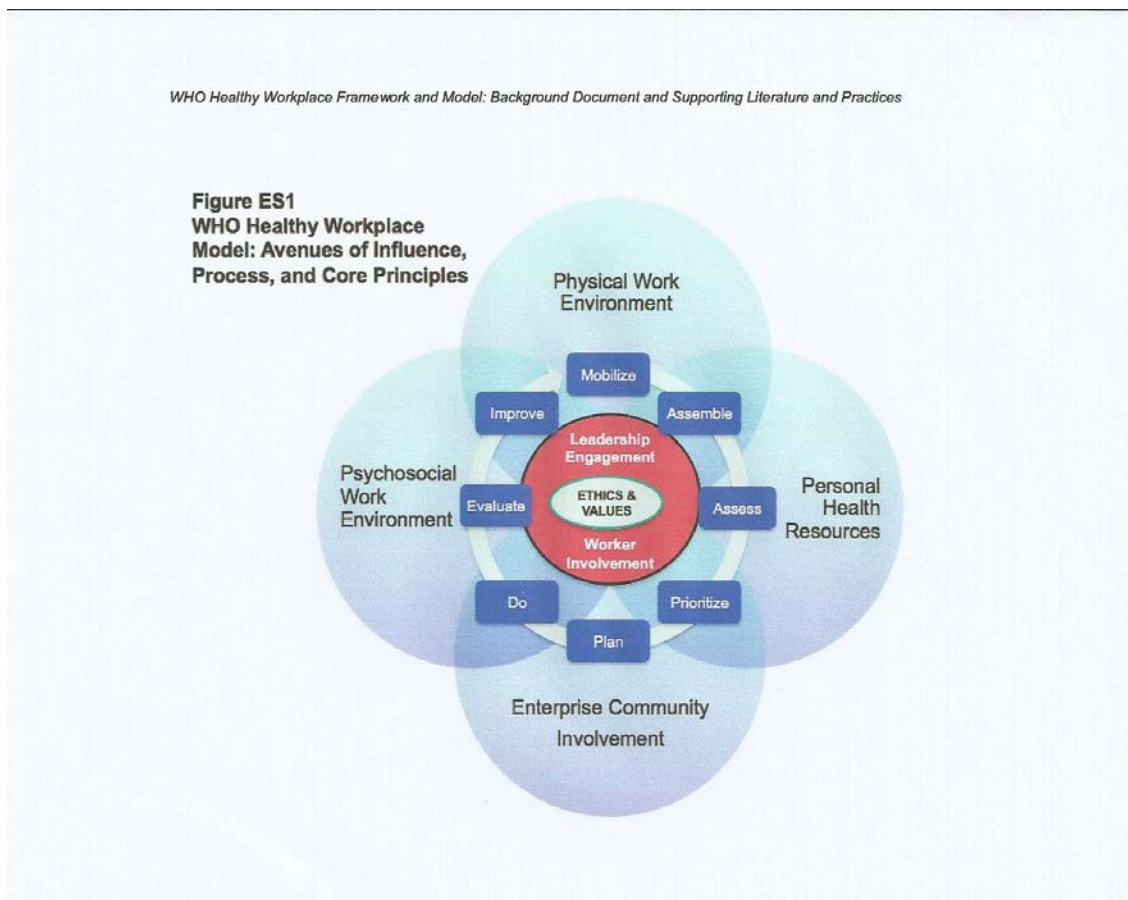
Ενώ στην ελληνική πραγματικότητα διαπραγματευόμαστε ακόμη την εφαρμογή και την έμπρακτη εναρμόνιση με την ισχύουσα ευρωπαϊκή νομοθεσία για τα ζητήματα ΥΑΕ, η ανάπτυξη υγιών οργανισμών είναι η παγκόσμια τάση. Η μετατόπιση του ενδιαφέροντος από τα στενά όρια της τεχνοοικονομικής αποτίμησης των ωφελειών από την εφαρμογή μέτρων προστασίας από τους εργασιακού κίνδυνους,, στην πρόληψη των κινδύνων είναι γεγονός.

Τελικά το μεγάλο ζήτημα είναι η εστίαση στον (υγιή) οργανισμό, μέσα από πρακτικές που προωθούν την καλή υγεία των εργαζομένων. Οι υγιείς οργανισμοί είναι επιτυχείς επειδή ακριβώς επενδύουν σε ένα υγιές εργατικό δυναμικό, ως μέσο για υψηλότερη και ποιοτικότερη απόδοση. Η ενσωμάτωση των εργαζομένων σε όλα τα επίπεδα λειτουργίας ενός οργανισμού- από την διαχείριση του ανθρωπίνου δυναμικού, το σύστημα αποζημιώσεων, τα προγράμματα βοήθειας για τους εργαζόμενους, την επιχειρησιακή ανάπτυξη και την υγιεινή και ασφάλεια- είναι ο πραγματικός στόχος. Οι προκύπτουσες θετικές εμπειρίες εργασίας για τους υπαλλήλους ενισχύουν τη συμβολή τους στους επιχειρηματικούς στόχους μέσω της αυξημένης χρήσης δεξιοτήτων, τη μάθηση, την πρωτοβουλία και τη συνεργασία.

Η ηγεσία που στηρίζεται σε αυτή την νοοτροπία, προωθεί αυτή την οργανωσιακή κουλτούρα όχι μόνο για λόγους παραγωγικότητας και βιωσιμότητας αλλά κυρίως ως παράγοντα κλειδί για την ικανοποίηση των πελατών/ασθενών, για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών και προϊόντων και την αύξηση του δύναμης του κεφαλαίου. Η διοίκηση ενός υγιούς οργανισμού προωθεί την ολιστική και

μακροπρόθεσμη επένδυση στον ανθρώπινο παράγοντα, καθώς αποτελεί την έννοια κλειδί. Μια οποιαδήποτε οικονομική δραστηριότητα δεν δύνατο να στηριχθεί σε άρρωστο ανθρώπινο δυναμικό (πόσο μάλλον να μιλήσουμε για παραγωγικότητα και αποδοτικότητα). Η σύγχρονη τάση λοιπόν επιβάλει μια διαφορετική ολιστική προσέγγιση στα εν λόγω ζητήματα, όπως αναφέρεται και στην έκθεση του WHO (2010) για το Πλαίσιο για Υγιή Εργασιακό Χώρο (Γράφημα 12).

Γράφημα 12: Μοντέλο για την Υγεία και ασφάλεια στην εργασία.



Πηγή: Burton, J. (2010) *WHO Healthy Workplace framework and model: Background and Supporting Literature and Practice*. Geneva : WHO.pp11.

Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplace_framework.pdf

Εν κατακλείδι, αρχή των πάντων είναι ο άνθρωπος και εν προκειμένω ο ευτυχισμένος άνθρωπος είναι ο παραγωγικός άνθρωπος. Δεν απομένει παρά να περιμένουμε να διαπιστώσουμε εάν είναι εφικτό να κερδίσουν οι κυβερνήσεις το μεγάλο στοίχημα της παραγωγικότητας, της αποδοτικότητας, της βιωσιμότητας και της αειφόρου ανάπτυξης μέσα από αυτή την προοπτική.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

1. Αλεξόπουλος, Ε. (2007), «Ελληνική και διεθνής εμπειρία εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών των εργαζομένων στα νοσοκομεία. Οδηγός για την εκτίμηση και πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου». Αθήνα: ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε
Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://www.elinyae.gr/el/item_details.jsp?cat_id=1942&item_id=7212

[2/2/2016].

2. Κωνσταντινίδης, Θ.Κ. (2012) Υγιεινή και ασφάλεια στην Εργασία μαζί με υγιεινή και ασφάλεια στην Ανεργία. *Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας. Τεύχος 52, σελ. 3*. Αθήνα: ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://www.elinyae.gr/el/lib_file_upload/teuxos_52_m.1365580011468.pdf

[2/1/2016].

3. Ευρωπαϊκή Επιτροπή-Γενική Διεύθυνση Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ένταξης (2013) *Κίνδυνοι για την επαγγελματική ασφάλεια και υγεία στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης Οδηγός πρόληψης και ορθής πρακτικής*.

Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=7167&langId=el>

[20/3/2016].

4. Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2004) *Στατιστική ανάλυση του κοινωνικοοικονομικού κόστους των εργασιακών ατυχημάτων στην Ευρωπαϊκή Ένωση*. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (ISBN: 92-894-8168-4).

- 5.Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2004) *Εργασία και Υγεία στην ΕΕ – Στατιστικό Πορτρέτο*. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (ISBN: 92-894-7006-2).
- 6.Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2007) *Η κοινωνική κατάσταση στην Ευρωπαϊκή Ένωση 2005-06*. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.
- 7.Βελονάκης, Μ. Γ. (1990) *Υγεία και εργασία*. Ιατρική της εργασίας. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου.
- 8.Βελονάκης, Μ. Γ. & Τσαλίκoglου, Φ. (2005) *Σύστημα διαχείρισης υγείας και ασφάλειας κατά την εργασία σε νοσοκομείο*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου.
- 9.Δημητρακόπουλος, Σ. (2008) *Υγιεινή και Ασφάλεια στους χώρους εργασίας*. Πάτρα: Computer Practica.
- 10.Καλουδοπούλου, Π., και Κωστοπούλου, Β. (2010) *Σύνδρομο Επαγγελματικής εξουθένωσης (Burn out) στη Μ.Ε.Θ. του Γενικού Νοσοκομείου Πύργου*. 12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας. Ελληνική Εταιρεία Management Υπηρεσιών Υγείας.
- 11.Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ., Χατζοπούλου, Μ. (2008) *Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα : Παπασωτηρίου.
- 12.Κωστοπούλου, Β. (2014) *Μελέτη Ικανοποίησης Νοσηλευομένων Ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Γ.Ν. Μεσσηνίας-Νοσηλευτική Μονάδα Καλαμάτας*. ΜΠΣ Διπλωματική Εργασία. Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.
- 13.Μήττα, Χ. (2004) *Διαχείριση κινδύνου στο Νοσοκομείο*. Αθήνα : ΕΚΚΔ. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/15/12/764.pdf [13/2/2016].

14.Μπουραντάς, Δ. (2002) *Μάνατζμεντ- Θεωρητικό Υπόβαθρο Σύγχρονες Πρακτικές*. Αθήνα: Εκδόσεις Γ. Μπένου.

15.Νόμος 1568/85 «Υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων» (Φ.Ε.Κ. 177 Α' 18.10.85).

16.Νόμος 2639/98 «Ρύθμιση εργασιακών σχέσεων, σύσταση Σώματος Επιθεώρησης Εργασίας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 205/Α`/2.9.1998).

17.Παπαδάτου, Δ. & Αναγνωστόπουλος, Φ. (1995) *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: Παπαζήσης.

18.Πανταζή, Ζ. (2011) *Υγιεινή και Ασφάλεια εργασίας σε μονάδες παροχής υγείας*. ΜΠΣ Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

19.Παπακωστίδη, Α. & Τσουκαλάς, Ν. (2012) Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2012, 29(4):480-488*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.mednet.gr/archives/2012-4/pdf/480.pdf> [2/2/2016].

20.Παπαγεωργίου,Ε., Τσουνής, Α., Σαράφης, Π., Μπαμίδης, Π. (2014) Η αξιοποίηση σύγχρονων οικονομικών και πληροφορικών εφαρμογών στα πλαίσια της ποιοτικής αναβάθμισης της λειτουργίας του νοσοκομειακού τομέα. *Διεπιστημονική φροντίδα υγείας. Τόμος 6, Τεύχος 1*, σελ. 24-34. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

www.inhealthcare.gr/.../i-aksiopoiisi-sugxronon-oikonomikon-kai-pliروف..

[14/2/2016].

21.Παπαλεξανδρή, Ν., Γαλανάκη Ε. (2011) Workplace bullying : Εκφοβίζει τους εργαζόμενους και μπλοκάρει το καλό κλίμα ακόμη και στις ελληνικές επιχειρήσεις. *HR FOCUS 42*, 24-27.

22.Π.Δ Αριθμ. 17/96 «Μέτρα για τη βελτίωση της ασφάλειας και της υγείας των εργαζομένων κατά την εργασία σε συμμόρφωση με τις οδηγίες 89/391/ΕΟΚ και 91/383/ΕΟΚ» (Φ.Ε.Κ. 11/Α/1996).

23.Π.Δ Αριθμ. 95/99 «Όροι ίδρυσης και λειτουργίας Υπηρεσιών Προστασίας και Πρόληψης» (Φ.Ε.Κ. 102/Α/26.5.1999).

24.Ραυτοπούλου, Ε. (2011) Η υγιεινή και ασφάλεια, μετρήσιμος στόχος βελτίωσης της απόδοσης και μέτρο επιτυχίας στο νοσοκομείο. *Το Βήμα του Ασκληπιού Τόμος 10^{ος}, Τεύχος Ιαν.-Μαρτίου 2011*, σελ.3-9. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: [http://www.vima-](http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/2011/VOLUME%2001_11/VA_ED_10_01_11.pdf)

[asklipiou.gr/volumes/2011/VOLUME%2001_11/VA_ED_10_01_11.pdf](http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/2011/VOLUME%2001_11/VA_ED_10_01_11.pdf)

[4/4/2016].

25.Ραφτόπουλος, Β. (2009) *Τα Θέλω και τα Μπορώ της Ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας Υγείας*. Λευκωσία: Έκδοση ιδίου.

26.Σκλάβος, Γ. (2001) Μεταβλητές εκτίμησης της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας. *Επιθεώρηση Υγείας, 2001 τόμος 12, τεύχος 69*, σελ. 48-50.

27.Σταυρόπουλος, Ν. (2009) *Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας Μελέτη Ικανοποίησης Ασθενών Δημοσίου Νοσοκομείου*. ΜΠΣ Διπλωματική Εργασία. Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων. Πανεπιστήμιο Πειραιά. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

<http://digilib.lib.unipi.gr/dspace/bitstream/unipi/3461/1/Stauroopoulos.pdf>

[13/2/2016].

28.Σουλιώτης, Κ. (2007) *Οικονομικές Ανισότητες και Πολιτική Υγείας*. Αθήνα : Παπαζήση.

29.Σουλιώτης, Κ., Χρυσάκης, Μ. (2006) Οικονομικές και κοινωνικές ανισότητες στην υγεία, στο Σουλιώτης, Κ. *Πολιτική και Οικονομία της υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.

30.Ταργουτζίδης, Α. (2007) *Υγεία και ασφάλεια στην εργασία: οικονομική διάσταση και μηχανισμοί πρόκλησης εργατικών ατυχημάτων*. Διδακτορική Διατριβή. Τμήμα Καλουδοπούλου Παναγιώτα ΑΜΥ 11301257

Οικονομικών Επιστημών. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

<http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/14699#page/1/mode/2up>

[10/1/2016].

31.Τζανετάκη, Θ. (2006) *Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας*. ΜΠΣ Διπλωματική Εργασία. Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων. Πανεπιστήμιο Πειραιά. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

<http://digilib.lib.unipi.gr/dspace/bitstream/unipi/1233/1/Tzanetaki.pdf>

[19/1/2016].

32.Τζιαφέρη, Σ. (2006) *Εκτίμηση της επικινδυνότητας των επαγγελματικών κινδύνων στο χώρο του νοσοκομείου*. Διδακτορική Διατριβή. Αθήνα: ΕΚΠΑ. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

<http://www.didaktorika.gr/eadd/bitstream/10442/22319/1/22319.pdf>[19/1/2016].

33.Τούντας, Γ. (2008) *Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Οδυσσέας/Νέα Γενιά.

34.Υφαντόπουλος, Γ. (2006)*Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και Πολιτική*. Αθήνα : Τυπωθήτω.

35.Χαραλάμπους Μ.(2015) Σημειώσεις Μαθήματος ΜΠΣ «Ποιότητα Υ.Υ.» Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://eclass.ouc.ac.cy/course/view.php?id=159>

[19/1/2016].

36.Wessels, W. (2004) *Οικονομική*. Αθήνα: Κλειδάριθμος.

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

37.Al Assaf, A.F. (1996) International health care and the management of quality. In: Schmele, JA (ed) *Quality management in nursing and healthcare*. New York : Delmar Publishers, Albany.

38. Al Assaf, A. F., Sheikh, M. (2004) *Quality improvement in primary health care. A practical guide*. Series 26. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean.

39. Ando, S., Ono, Y., Shimaoka, M., Hiruta, S., Hattori, Y., Hori, F., et al. (2000) Associations of self estimated workloads with musculoskeletal symptoms among hospital nurses. *Occup Environ Med*. 2000;57(3):211–6.

40. Aspen, P., Corrigan, J., Wolcott, J., et al. (2004) *Patient safety: achieving a new standard for care*. Washington, DC: National Academies Press.

41. Aura, O., Ahonen, G., Ilmarinen, J. (2010) Strategic Wellness Management in Finland: The first national survey of the management of employee well-being. *Jour of Occ and Env Med*,. 52(12), December 2010, pp. 1249-54. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://journals.lww.com/joem/Abstract/2010/12000/Strategic_Wellness_Management_in_Finland_The.20.aspx [25/4/2016].

42. Badura, B., Schroder, H. & Vetter, C. (2008) *Fehlzeiten-Report 2008 – Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen*, pp. 65-76 Χαϊδελβέργη : Springer Medizin Verlag, (ISBN 978-3-540-69212-6).

43. Bakker, A.B., Demerouti, E., (2007) The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, Vol. 22, No 3, 2007, pp. 309-328.

44. Bakker, A.B., Bal, P.M. (2010) Weekly work engagement and performance: A study among starting teachers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol. 83, 2010, pp. 189–206.

45. Bodeker, W., Friedel, H., Röttger, C. & Schröer, A., (2002) *Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen in Deutschland*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft. Σειρά δημοσιεύσεων του Ομοσπονδιακού

Ινστιτούτου Ασφάλειας και Υγείας κατά την Εργασία: Ερευνητική Έκθεση, Fb 946), ISBN: 3-89701-806-3.

46. Bøggild, H. & Knutsson A. (1999) Shift work, risk factors and cardiovascular disease. *Scand J Work Environ Health* 25(2):85-99. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10360463> [6/3/2016].

47. Bousquet, J., Flahault, A., Vandenplas, O., Ameille, J., Duron, J., Pecquet, C., Chevrier, K., & Annesi-Maesano, I. (2006) Natural rubber latex allergy among health care workers: A systematic review of the evidence. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 118(2): 447-54.

48. British Safety Council (2010) *Ensuring the safety and health of young workers*. London: British Safety Council 2010. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

https://www.britsafe.org/sites/default/files//editor/Young_Workers_Report.pdf [3/3/2016].

49. Buck Consultants (2009) *Working Well: A Global Survey of Health Promotion and Workplace Wellness Strategies*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

https://www.bucksurveys.com/BuckSurveys/Portals/0/aspdnsf/BuckSurveys_Order_sDownload/Health%20and%20Productivity/GW_Exec_Summary_Global.pdf [3/3/2016].

50. Burdorf, A. (2007) Economic evaluation in occupational health—its goals, challenges, and opportunities. *Scand J Work Environ Health* 2007;33(3):161-164. http://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=1127 [4/3/2016].

51. Burton, J. (2010) *WHO Healthy Workplace framework and model: Background and Supporting Literature and Practice*. Geneva : WHO. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplace_framework.pdf [16/1/2016].

52.Chamey, W. (2009) *Handbook of Modern Hospital Safety, Second Edition*. CPR Press Taylor & Francis Group.

53.Chapman, L. S. (2008) Metaevaluation of worksite health promotion economic return studies: 2005 update. *The Art of Health Promotion* 6 (6): 1–10.

54.Charnes, A. Cooper, W., Rhodes, E. (1978) Measuring the efficiency of decision making units. *Eur J Oper Res* 2(6):429-444.

55.Clarke, S.P. (2006) Organizational climate and culture factors. *Annu Rev Nurs Res.* 2006;24:255-72. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17078417> [2/3/2016].

56.Clarke, S. and Ward, K. (2006) The role of leader influence tactics and safety climate in engaging employees safety participation. *Risk Analysis*, 26(5), 1175-1185.

57.Costa, G. (2003) Shift work and occupational medicine: an overview. *Occup Med (Lond)* 2003 Mar;83-8. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12637591>[2/3/2016].

58.Cochrane, Al. (1972) *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.

59.Daraiseh, N., Genaidy, A., W. Karwowski, Davis L., Stambough, J. & Huston, R. (2003) Musculoskeletal outcomes in multiple body regions and work effects among nurses: the effects of stressful and stimulating working conditions. *Ergonomics*, 46(12): 1178–1199.

60. DeJoy, D., Della, M., Vandenberg, L., and Wilson, G. (2010) Assessing the impact of healthy work organization intervention. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83, 139-165.
61. Donabedian, A. (1988) The quality of care. How can it be Assessed. *JAMA vol. 260 No 12: 1743-1748*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
<http://www.nursingworld.org/DocumentVault/Care-Coordination-Panel-Docs/background-docs/Jun-4-Mtg-docs/The-Quality-of-CareHowCanItBeAssessed-Donabedian1988.pdf> [16/1/2016].
62. Donaldson (1990) The state of art of costing Health care for economic evaluation. *Community Health Stud*, 14(4):341-356.
63. Dorman, P. (2000) *The Economics of Safety, Health, and Well-Being at Work: An Overview*. In Focus Program on SafeWork, International Labour Organisation The Evergreen State College. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_110382.pdf [16/3/2016].
64. Drake, C.L., Roehrs, T., Richardson, G., et al. (2005) Shift work sleep disorder: prevalence and consequences beyond that of symptomatic day workers. *Sleep*. 2005;27:1453–62.
65. Drummond, M. (1987) *Methods for the economic evaluation of Health Care Programmes*. Oxford: Oxford University Press.
66. Dufour, C. and Lanoie, P., (1995) *Regulation And Productivity In The Quebec Manufacturing Sector N° 95s 12*. Montreal: CIRANO research series.
67. Dufour, C., Lanoie, P., Patty, M. (1998) Regulation and Productivity. *J of Prod Anal* 9, 233-247. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
<http://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1018387021327#page-2> [4/3/2016].

68. Economou, C. (2010) Greece: Health system review. Health Systems in Transition, *European Observatory on Health Systems and Policies*, 12(7):1–180. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/130729/e94660.pdf. [23/12/2015].
69. Engels, J. A., van der Gulden, J.W., Senden, T.F., van't Hof, B. (1996) Work related risk factors for musculoskeletal complaints in the nursing profession: results of a questionnaire survey. *Occup Environ Med.* 1996;53(9):636–41.
70. Einarsen, S. and Skogstad A. (1996) Bullying at work: Epidemiological findings in public and private organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, 185-201.
71. Eurofound (2012) *5th European Working Conditions Survey*. Luxembourg: Publication Office of the European Union. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1182en.pdf [2/3/2016].
72. European Agency for Safety and Health at Work (2007) *Accidents at work-until 2007*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <https://osha.europa.eu/en> [3/2/2016].
73. European Agency for Safety and Health at Work (2013) *Priorities for occupational safety and health research in Europe: 2013-2020*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/priorities-for-occupational-safety-and-health-research-in-europe-2013-2020> [22/2/2016].
74. European Agency for Safety and Health at Work (2002) *Factsheet 23-Mobbing*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <https://osha.europa.eu/de/publications/factsheets/23/view> [12/2/2016].

75. European Commission (2011) *Socio-economic costs of accidents at work and work-related ill health*. Luxembourg: European Union.

Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=7416&langId=en>

[22/2/2016].

76. Eurostat (2012) *Current healthcare expenditure*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/e/ef/Current_healthcare_expenditure%2C_2012_%28%2C%2B%29%29_YB15.png. [23/12/2015].

77. Eurostat (2012) *Fatal and non-fatal accidents at work by type of injury, EU-28*.

Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

[http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/a/a6/Fatal_and_non-fatal_accidents_at_work_by_economic_activity%2C_EU-](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/a/a6/Fatal_and_non-fatal_accidents_at_work_by_economic_activity%2C_EU-28%2C_2012_%28%25_of_fatal_and_non-fatal_accidents%29_YB15.png)

[28%2C_2012_%28%25_of_fatal_and_non-fatal_accidents%29_YB15.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/a/a6/Fatal_and_non-fatal_accidents_at_work_by_economic_activity%2C_EU-28%2C_2012_%28%25_of_fatal_and_non-fatal_accidents%29_YB15.png) [18/1/2016].

78. Eurostat (2014) *Eurostat regional yearbook 2014- Health 2*. Eurostat,

pp 69. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/5785629/KS-HA-14-001-EN.PDF>.

[23/12/2015].

79. Eurostat (2015) *Government finance statistics - quarterly data*.

Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Government_finance_statistics_-_quarterly_data)

[explained/index.php/Government_finance_statistics - quarterly data](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Government_finance_statistics_-_quarterly_data)

[22/2/2016].

80. Eurostat (2015) *Accidents at work statistics*. Διαθέσιμο στην

ιστοσελίδα:

http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Accidents_at_work_statistics [2/2/2016].

81. Fernandez-Muniz, B., Montes-Peon, J. M., Vazquez-Ordas, C. J. (2009) Relation between occupational safety management and firm performance. *Safety Science*, 47, 980-991.
82. Firth-Cozens (1997) Predicting stress in general practitioners 10-year follow-up postal survey. *BMJ* 1997;315-345.
83. Folkard, S., Lombardi, D.A., Tucker, P.T. (2005) Shiftwork: safety, sleepiness and sleep. *Ind Health*. 2005;43:20–3.
84. Fontana, D. (1989) *Managing Stress*. Wiley.
85. Foley, M., B. Silverstein, N. Polissar & B. Neradilek (2009) Impact of implementing the Washington state ergonomics rule on employer reported risk factors and hazard reduction activity. *American Journal of Industrial Medicine* 52(1): 1-16.
86. Francis, H., Prys-Picard, C., Fishwick, D., Stenton, C., Burge, P., Bradshaw, L., Ayres, J., Campbell, S., Niven, R. (2007) Defining and investigating occupational asthma: a consensus approach. *Occup Environ Med* 2007;64:361-365. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://oem.bmj.com/content/64/6/361> [2/2/2016].
87. Freudenberg, H. J. (1974) Staff burn-out. *Journal of Social Issues* 30 (1): 159-165.
88. Gahan, P., Sievwright, B. & Evans, P. (2014) *Workplace Health and Safety, Business Productivity and Sustainability. A report prepared for safe work Australia*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.safeworkaustralia.gov.au/sites/SWA/about/Publications/Documents/885/workplace-health-safety-business-productivity-sustainability.pdf> [10/2/2016].
89. Gray, W. B. (1986) *Productivity versus OSHA and EPA Regulations*. UMI Research Press.

- 90.Gray, W.B. (1987) □The Cost of Regulation: OSHA, EPA and the Productivity Slowdown. *American Economic Review*, vol.77,no.5,December 1987,pp.998-1006.
- 91.Gray, W. B. & J. T. Scholz (1991) Analyzing the equity and efficiency of OSHA enforcement. *Law & Policy* 13: 185.
- 92.Gray, W. & Mendeloff, J. (2002) The Declining Effects of Occupational Safety and Health Administration Inspections on Manufacturing Injuries: 1979 to 1998. *NBER Working Paper 9119*, August 2002.
- 93.Gray, W. B. & J. M. Mendeloff (2005) The Declining Effects of OSHA Inspections on Manufacturing Injuries, 1979-1998. *Industrial and Labor Relations Review*: 571-587.
- 94.Craig, S.B., & Hannum, K., (2006) Research update: 360-degree performance assessment. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, Vol. 58, No 2, 2006, pp. 117-124.
- 95.Gunduz, M & Simsek, B. (2007) A strategic safety management framework through balanced scorecard and quality function deployment. *Canadian Journal of Civil Engineering*, 34, 5:622 – 630.
- 96.Gyekye, S. A. (2005) Workers' perceptions of workplace safety and job satisfaction. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics* 11(3), 291-302.
- 97.Harms-Ringdahl, L. (2004) Relationships between accident investigations, risk analysis, and safety management. *Journal of Hazardous Materials, Volume 111*, pp.13-19. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.304.7977&rep=rep1&type=pdf> [10/2/2016].

- 98.Hawley, P. (1992) Sources of stress for emergency nurses in four urban Canadian emergency departments. *Journal of Emergency Nursing*. 1992;18:65–67.
- 99.Hesapro (2013). *The Link between productivity and health and safety at work*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.hesapro.org/files/Background_Research.pdf [2/2/2016].
- 100.Herbertsson, T., & Orszag,J., (2001) *The Costs of Early Retirement in the OECD*. Institute of Economic Studies. Working Papers Series 2001.
- 101.Hillage, J., C. Tyers & S. Davis (2001) *The impact of the HSC/EA review*. London: HSE.
- 102.Hwang, Y., Kettinger, W.J., Mun Y.Yi. (2010) Understanding Information Behavior and the Relationship to Job Performance. *Communications of the Association for Information Systems, Vol. 27, 2010, No 8*, pp. 113-128.
- 103.ILO (2012) Improvement of national reporting, data collection and analysis of occupational accidents and diseases. ILO: Geneva. Διαθέσιμο την ιστοσελίδα : http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_207414.pdf [11/1/2016].
- 104.ILO (2012) Health and safety executive Annual Statistics Report 2011/12. Διαθέσιμο την ιστοσελίδα : http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_212131.pdf [11/1/2016].
- 105.Ivancevich, J. & Matteson, M. (2002) *Organizational Behavior and Management* (6th edition). New York: McGraw-Hill.
- 106.Jamieson, S., B. Reeve, T. Schofield & R. McCallum (2010) *OHS Prosecutions: Do They Deter Other Companies from Offending?* Sydney Law School.

107.JCAHO (2008) Στο: Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ., & Χατζοπούλου, Μ.
Η αξιολόγηση της λειτουργίας του συστήματος υγείας και ο ρόλος των βραβείων ποιότητας. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
<http://eclass.ouc.ac.cy/course/view.php?id=123> [11/2/2016].

108. Johnstone, R. (2003) Safety, courts and crime: occupational safety and health prosecutions in the Magistrates' courts. *Policy and practice in health and safety* 1(1): 105-127.

109. Johnstone, R. & M. King (2008) A Responsive Sanction to Promote Systematic Compliance? Enforceable Undertakings in Occupational Health and Safety Regulation. *Australian Journal of Labour Law* 21(3).

110. Karasek, R. (1979) Job demands, job decision latitude and mental strain. Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 24: 285-308.

111. Kaplan, S., Bradley, J. C., Luchman, J. N., & Haynes, D. (2009). On the role of positive and negative affectivity in job performance: A meta-analytic investigation. *Journal of Applied Psychology* 94 (1), 162 – 176. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
https://www.academia.edu/3765615/On_the_role_of_positive_and_negative_affectivity_in_job_performance_A_meta-analytic_investigation [10/2/2016].

112. Kaplan, R. S. and Norton, D. P. (2001) *The Strategy Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment.* Harvard Business School Press: Boston.

113. Kirtsen, W. (2010) Making the Link between Health and Productivity at the Workplace —A Global Perspective. *Industrial Health* 2010, 48, 251–255. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
https://www.jniosh.go.jp/en/indu_hel/doc/IH_48_3_251.pdf [10/2/2016].

114. Kraatz, S., Lang, J., Kraus, T., Münster, E., Ochsmann, E. (2013) The incremental effect of psychosocial workplace factors on the development of neck
Καλονδοπούλου Παναγιώτα AMY 11301257

and shoulder disorders: a systematic review of longitudinal studies. *Int Arch Occup Environ Health* (2013) 86:375–395. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

<http://link.springer.com/article/10.1007/s00420-013-0848-y> [10/2/2016].

115. Kramer, I., Sockell, I. & Boedeker, W. (2008) Die Evidenzbasis für betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention — Eine Synopse des wissenschaftlichen Kenntnisstandes in *Fehlzeiten-Report 2008 – Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen*, Badura, B., Schroder, H. & Vetter, C. (2008) pp 65-76.

116. Kreis, J. & Bödeker, W. (2004) *Health-related and economic benefits of workplace health promotion and prevention*. BKK Bundesverband, HVBG & BGAG, Germany.

117. Kristensen, T. S. (2005) Intervention studies in occupational epidemiology. *Occupational and environmental medicine* 62(3): 205.

118. LaMontagne, A., Louie, A., Ostry, A. (2006) *Workplace Stress in Victoria: Developing a Systems Approach*. Victorian Health Promotion Foundation.

Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

https://www.vichealth.vic.gov.au/~/.../workplacestress/workplace_stress_fullreport.pdf?la... [10/2/2016].

119. Landsbergis, P., Cahill, J. and Schnall, P. (1999) The impact of lean production and related new systems of work organization on worker health. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4, 108–30.

120. Law, R., Dollard, M.F., Tuckey, M.R., Dormann, C. (2011) Psychosocial safety climate as a lead indicator of workplace bullying and harassment, job resources, psychological health and employee engagement. *Accident Analysis & Prevention*, Vol. 43, No 5, 2011, pp. 1782–1793.

- 121.Lee, L. & Tan, E.(2012) The influences of antecedents on employee creativity and employee performance: A meta-analytic review. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business* 4, 984-996.
- 122.Leymann, H. (1996) The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5,165-184.
- 123.Lo, C. K., Pagell, M., Fan, D., Wiengarten, F. & Yeung, A. C. (2014) OHSAS 18001 certification and operating performance: The role of complexity and coupling. *J of Oper Man* 32 (5), pp 268-280.
- 124.Lohr, K. (1990) Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare. *Medicare: a strategy for quality assurance, Vol. 1*. Washington, DC: National Academy Press.
- 125.Lowe, G.(2006) *Making a measurable difference: Evaluating quality of work life interventions*. Ottawa: Canadian Nurses Association.
- 126.Lowe, G. (2010) *Creating healthy organizations: How vibrant workplaces inspire employees to achieve sustainable success*. Toronto:Rotman/UTP Publishing.
- 127.Lowe, G. (2014) Ingredients of successful workplace wellness programs. *Ontario Occupational Health Nurses Association Journal*, 33,3-7.
- 128.Lowe, G. (2014) *The Wellness Dividend: How Employers can Improve Employee Health and Productivity*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://workplacewellnessonline.ca/pdfs/wellness-dividend-report.pdf> [2/1/2016].
- 129.Lück, P., Eberle, G. & Bonitz, D. (2008) Der Nutzen des betrieblichen Gesundheits- managements aus der Sicht von Unternehmen, in *Fehlzeiten-Report 2008 – Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen*, Badura, B., Schroder, H. & Vetter, C. (2008) pp 77-84.

- 130.Lyubomirsky, S. King, L., & Diener, E. (2005) The benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness lead to success? *Psychological Bulletin* Vol.131.No6:803-855. Διαθέσιμο την ιστοσελίδα : <http://www.apa.org/pubs/journals/releases/bul-1316803.pdf> [6/3/2016].
- 131.MacEachen, E., Kosny, A., Scott-Dixon, K., Facey, M., Chambers, L., Breslin, C., Kyle, N. Irvin, E. and Mahood, Q. (2010) Workplace health understandings and processes in small businesses: A systematic review of the Qualitative Literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20, 180-198.
132. Mannocci, A., De Carli, G., Di Bari, V., Saulle, R., Unim, U., Nicolotti, N., Carbonari, L., Puro, V. and La Torre, G. (2016) How Much do Needlestick Injuries Cost? A Systematic Review of the Economic Evaluations of Needlestick and Sharps Injuries Among Healthcare Personnel. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 37, pp 635-646.
- 133.Madani, M., Masoudi Alavi, N., Taghizadeh, M. (2014) Non-Specific Musculoskeletal Pain and Vitamin D Deficiency in Female Nurses in Kashan, Iran. *J Musculoskeletal Pain*. 2014:1–7.
- 134.Margallo-Lana, M., Swann, A., O'Brien, J., et al (2001) Prevalence and pharmacological management of behavioural and psychological symptoms amongst dementia sufferers living in care environments. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 39 -44.
- 135.Martell, R.F., Leavitt, K.N. (2002) Reducing the Performance –Cue Bias in Work behaviour Ratings: Can Groups Help? *Journal of Applied Psychology*, Vol. 87, No 6, 2002, pp. 1032-1041.
- 136.Martinez A., Rubio Gamez M.C. & A. Gibb (2009) Prevention through design: The effect of European Directives on construction workplace accidents. *Safety Science* 48(2): 248-258.

- 137.Megdal, S.P., Kroenke, C.H., Laden, F., Pukkala, E., Schernhammer, E.S. (2005) Night work and breast cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer*. 2005 Sep;41(13):2023-32. Διαθέσιμο την ιστοσελίδα : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16084719> [10/3/2016].
- 138.Mendeloff, J. & W. B. Gray (2005a) Inside the Black Box: How do OSHA Inspections Lead to Reductions in Workplace Injuries? *Law & Policy* 27(2): 219-237.
- 139.Mendeloff, J. & W. Gray (2005b) Inside OSHA's Black Box: What Is the Link Between Inspections, Citations, and Reductions in Different Injury Type? *Law and Policy* 27: 219-37.
- 140.Mitchell, P. (2008) Defining Patient Safety and Quality Care. In Hughes R.G. (2008) *Patient Safety and Quality: An evidence-Based Handbook for Nurses*. US: Agency for Healthcare Research and Quality. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2651/> [10/1/2016].
- 141.Mitchell, M.S., Cropanzano, R.S., Quisenberry, D.M. (2012) *Social Exchange Theory, Exchange Resources, and Interpersonal Relationships: A Modest Resolution of Theoretical Difficulties*. Handbook of Social Resource Theory; Critical Issues in Social Justice, 2012, pp. 99-118.
- 142.Mohamed, S. (2003) Scorecard approach to benchmarking organizational safety culture in construction. *Journal of Construction Engineering and Management*, 129, 80-88.
- 143.Niedhammer, I., Teck, M., Starke, D. and Siegrist, J. (2004). Effort-Reward balance Model and self reported health: Cross-sectional and prospective results from the GAZEL Cohort. *Social Science & Medicine*, 58 (8), 1531–1541.

144.Nielsen, M. B., Mearns, K. Matthiesen, S.B. and; Eid, J. (2011) Using the Job Demands- Resources Model to Investigate Risk Perception, Safety Climate and Job Satisfaction In Safety Critical Organizations. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(5): 465-475.

145.OECD (2008) Στο: Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ.,& Χατζοπούλου,Μ. *Η αξιολόγηση της λειτουργίας του συστήματος υγείας και ο ρόλος των βραβείων ποιότητας*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα :

<http://eclass.ouc.ac.cy/course/view.php?id=123> [11/2/2016].

146.Rechenthin, D. (2004) Project Safety as a Sustainable Competitive Advantage. *Journal of Safety Research*, 35, 3: 297 – 308.

147.Rikhardsson, P. M. and Impgaard, M. (2004) Corporate cost of occupational accidents: an activity-based analysis. *Accident Analysis and Prevention*, 36, 173-182.

148.Robinson, R.(1993) Cost-Benefit Analysis. *BMJ* 307(6905):924-926.

149.Rogers, A., Hwang, W., Scott, L. (2004) Hospital Nurse staff work hours and patient safety. *Health Aff Jul-Aug 2004;23(4): 202-212*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα :

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15318582> [2/2/2016].

150.Rosen, C.C., Chang, C-H., Djurdjevic, E., Eatough, E.M. (2010) Occupational stressors and job performance: An updated review and recommendations. In: Perrewe, P.L., Ganster, D.C. (eds.) *Research in occupational stress and well-being: New developments in theoretical and conceptual approaches to job stress*. UK Bingley Emerald Vol. 8, 2010, pp. 1–60.

151.Safe Work Australia (2012) *The cost of work-related injury and illness for Australian employers, workers and the community: 2008-09*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα :

<http://www.safeworkaustralia.gov.au/sites/swa/about/publications/pages/cost-injury-illness-2008-09> [12/2/2016].

152.Safe Work Australia (2014) *Key health and safety statistics*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα :

<http://www.safeworkaustralia.gov.au/sites/SWA/about/Publications/Documents/841/Key-WHS-Statistics-2014.pdf> [2/2/2016].

153.Saia, M., Hofmann, F., Sharman, J., Abiteboul, D., Campins, M., Burkowitz, J., Choe, Y.H., Kavanagh, S. (2010) Needlestick injuries: incidence and cost in the United States, United Kingdom, Germany, France, Italy, and Spain. *Biomed Int. 2010, 1*: 41-49.

154.Sandvik-Lutgen, P. (2008) Intensive Remedial Identity Work: Responses to Workplace Bullying Trauma and Stigmatization. *Organization articles Volume 15(1)*: 97–119. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : <http://www.unm.edu/~plutgen/Lutgen-Sandvik%202008%20identity%20work%20and%20bullying.pdf> [2/2/2016].

155.Schernhammer, E.S., Laden, F., Speizer, F.E., Willett, W.C., Hunter, D.J., Kawachi, I., Fuchs, C.S., Colditz, G.A. (2003) Night-shift work and risk of colorectal cancer in the nurses' health study. *J Natl Cancer Inst Jun 4;95(11)*:825-8. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12783938> [4/2/2016].

- 156.Shawn, A. (2012) Positive Intelligence. *Harvard Business Review Jan-Feb 2012*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : <https://hbr.org/2012/01/positive-intelligence> [2/2/2016].
- 157.Sheikh, S. , Gardiner B. & Brettell S. (2006) *Health and safety management and business economic performance. An econometric study Cambridge Econometrics for the Health and Safety Executive*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : <http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr510.pdf> [3/2/2016].
- 158.Sinclair, W. (1988) *The hazards of hospital work*. St. Leonards, NSW Australia: Allen & Unwin. p. 1-7, 15-16, 34-37, 41-44.
- 159.Smith, V. (1997) New forms of work organization. *Annual Review of Sociology*, 23, 315–39.
- 160.Squires, M., Tourangeau, A., and Doran, D. (2010) The link between leadership and safety outcomes in hospitals. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 914–925.
- 161.Stone, P., Clarke, S., Cimmioti, J., Correa-de-Araujo, R. (2004) Nurses' working Conditions: Implications for infectious diseases. *Emerg Infect Dis*. 2004 Nov;10(11): 1984-1989. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3328993/> [14/3/2016].
- 162.Stone, P. Mooney-Kane, C., Larson, E., Pastro, D., Zwanzinger, J., Dick, A. (2007) Nurse Working Conditions, Organizational Climate, and Intent to Leave in ICUs: An Instrumental Variable Approach. *Health Serv Res*. 2007 Jun; 42(3 Pt 1): 1085–1104. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1955249/> [3/2/2016].
- 163.Stone, P., Hughes, R., and Dailey, M (2008) Chapter 21: Creating a Safe and High-Quality Health Care Environment in Hughes, R.G. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Hughes RG, editor Rockville

- (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US) (2008). Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2634/> [14/3/2016].
- 164.Swan, J., A. Weyman, K. Oakley & B. Crook (2002) Legislative aspects: an evaluation of the impact of COSHH schedule 9 for assessing biological risks. *International Biodeterioration & Biodegradation* 50(3/4): 147.
- 165.Tarantola, A., Abiteboul, D., Rachline, A. (2006) 'Infection risks following accidental exposure to blood or body fluids in health care workers: A review of pathogens transmitted in published cases. *American journal of infection control* 2006; 34:367-375.
- 166.Thornton, D., N. A. Gunningham & R. A. Kagan (2005) General Deterrence and Corporate Environmental Behavior. *Law & Policy* 27(2): 262-288.
- 167.Trinkoff, A.M., Le, R., Geiger-Brown, J., Lipscomb, J., Lang, G. (2006) Longitudinal relationship of work hours, mandatory overtime, and on-call to musculoskeletal problems in nurses. *Am J Ind Med* 49:964–971. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ajim.20330/pdf> [14/3/2016].
- 168.Uegaki, K., de Bruijne, M. C., Lambeek, L., Anema, J. R., van der Beek, A. J., van Mechelen, W. and van Tulder, M. W. (2010). Economic evaluations of occupational health interventions from a corporate perspective – a systematic review of methodological quality. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 36(4), 273-288. Διαθέσιμο την ιστοσελίδα : www.sjweh.fi/download.php?abstract... [3/3/2016].
- 169.Uegaki, K., de Bruijne, C., van der Beek, A. J., van Mechelen, W. and van Tulder, M. W. (2011). Economic evaluations of occupational health interventions from a company's perspective: A systematic review of methods to estimate the

cost of health-related productivity loss. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21, 90-99. Διαθέσιμο την ιστοσελίδα : www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/.../PMC30418... [3/3/2016].

170. Vahtera, J., Kivimaki, M., Pentti, J. and Theorell T (2000) Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence: a seven year follow up of initially healthy employees. *J Epidemiol Community Health*. 2000 Jul; 54(7): 484-493. Διαθέσιμο την ιστοσελίδα : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1731704> [6/3/2016].

171. Vegchel, N. van, Jonge, J. de, Bakker, A.B., & Schaufeli, W.B. (2002). Testing global and specific indicators of rewards in the Effort-Reward Imbalance Model: Does it make any difference? *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 11(4), 403-421.

172. Vroom, V.H. (1964) *Work and Motivation*. New York: Wiley.

173. Wachter, J. K., Yorio, P. L. (2014) A system of safety management practices and workers engagement for reducing and preventing accidents: An empirical and theoretical investigation. *Accident Analysis and Prevention*, 68, 117-130.

174. WHO (1998) *Health care waste management within Hospitals*. Training notes for health care personnel in central and eastern in central and eastern European countries. Διαθέσιμο την ιστοσελίδα : <https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/108085> [10/1/2016].

175. WHO (2006) *Health workforce statistics*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.who.int/whr/2006/media_centre/06_chap1_fig03_en.pdf?ua=1. [10/1/2016].

- 176.WHO (2006) *Working together for health*. WHO: Geneva. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf?ua=1. [12/1/2016].
- 177.WHO (2014) *WHO: Global Health Expenditure Atlas*. Switzerland : WHO publications. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: [http://www.who.int/publications/en/\[29/1/2016\]](http://www.who.int/publications/en/[29/1/2016]).
- 178.WHO(2012) *Health accounts*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: [http://www.who.int/health-accounts/en/\[29/1/2016\]](http://www.who.int/health-accounts/en/[29/1/2016]).
- 179.Wilson, C.B. (1991) U.S. Businesses suffer from workplace trauma. *Personnel Journal*, 70, 47-50.
- 180.World Economic Forum (2012). *The workplace wellness alliance: Investing in a sustainable workforce*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://alliance.weforum.org> [24/2/2016].
- 181.Wright, M., S. Marsden & A. Antonelli (2004) Building an evidence base for the Health and Safety Commission Strategy to 2010 and beyond: a literature review of interventions to improve health and safety compliance. UK: HSE Books.
- 182.Wright, M., A. Antonelli, J. Norton-Doyle, R. Genna & M. Bendiq (2005) An evidence based evaluation of how best to secure compliance with health and safety law. 3. London: HSE Books.
- 183.Zapf, D. (1999) Organizational, work group related and personal causes of mobbing/bullying at work. *International Journal of Manpower* 20, 70-85.
- 184.Zapf, D., Knorz, C. and Kulla, M. (1996) On the relationship between mobbing factors and job content, the social work environment and health outcomes. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, 215-37.

Παράρτημα

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

E.ΣΥ.Δ.	Εθνικό Σύστημα Διαπίστευσης / Εθνικό Συμβούλιο Διαπίστευσης
E.Λ.Ο.Τ.	Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης
I.S.O.	International Organization for Standardization
I.E.C.	International Electrotechnical Commission
C.E.N.	European Committee for Standardization
C.E.N.ELEC.	European Committee for Electrotechnical Standardization
E.A.	European Accreditation
E.T.S.I.	European Telecommunications Standards Institute
H.A.C.C.P.	Hazard Analysis of Critical Control Points
OHS	Occupational Health and Safety
ΥΑΕ	Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας

Πίνακας 11. Ενδεικτικοί Δείκτες αξιολόγησης λειτουργίας Νοσηλευτικής μονάδας (τεχνική ποιότητα, αποδοτικότητα, προσπελασιμότητα)

Δείκτης	Σκεπτικό	Υπολογισμός	Στόχος απόδοσης
Μέσος ρυθμός εισροής %	Μετρά το κατά πόσο αξιοποιείται η υποδομή, δηλαδή, ποιος ο ρυθμός χρήσης των κλινών (σε ετήσια βάση). Μπορεί να μετρηθεί σε μηνιαία βάση, προκειμένου η διοίκηση του νοσοκομείου να εντοπίσει έγκαιρα τις ανερχόμενες τάσεις και να παρέμβει (OECD, 2008).	Αριθμός των εξερχόμενων ασθενών (και θανάτων)/ προς τον αριθμό των διαθέσιμων κρεβατιών.	Η βέλτιστη αξιοποίηση της υποδομής.
Επείγουσες επανεισαγωγές	Εκτιμάται η ορθότητα επιλογής μεταξύ διάφορων θεραπευτικών σχημάτων και αξιολογείται η έκβαση της θεραπείας ή παρέμβασης (National Health Ministers “Benchmarking Working Group”, 2008).	Ο αριθμός των επανεισαγωγών εντός 28-30 ημερών από την έξοδό τους/προς τον συνολικό αριθμό εισαγωγών Στη διάρκεια του έτους (OECD, 2008).	Η ποιοτικότερη παροχή φροντίδας που συνδέεται με την ελαχιστοποίηση της εμφάνισης ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων.
Ιατρικό προσωπικό ανά κλίνη %	Εξετάζεται η επάρκεια σε ιατρικό προσωπικό (OECD, 2008).	Ο πραγματικός αριθμός των υπηρετούντων γιατρών /προς τις συνολικές κλίνες επί το ποσοστό κάλυψης.	Ο εντοπισμός υψηλής ή χαμηλής αναλογίας γιατρών ανά κλίνη, αναδεικνύει επαρκή ποιοτικά και ποσοτικά παροχή φροντίδας, καθώς και ορθολογική κατανομή πόρων. Για την Ελλάδα, είναι σημαντική αυτή η εκτίμηση σε κάθε γεωγραφική περιοχή.
Νοσηλευτικό προσωπικό ανά κλίνη %	Αναφέρεται στον αριθμό των ειδικά εκπαιδευμένων νοσηλευτών, απαραίτητων για τη φροντίδα του ασθενή. Εκφράζεται η επάρκεια και η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.	Οι νοσηλευτές/ προς το σύνολο κλινών επί το ποσοστό κάλυψης (υπολογισμός επάρκειας προσωπικού).	Η επαρκής και βέλτιστη ποιοτική φροντίδα.

Ποσοστό κάλυψης κλινών %	Αξιολογείται η οικονομική λειτουργία του νοσοκομείου (Hospital Data Project, 2008).	Το σύνολο των κατειλημμένων κρεβατιών/προς το σύνολο των διαθέσιμων κρεβατιών του νοσοκομείου σε δεδομένη στιγμή επί 100.	Υψηλή αποδοτικότητα. Αν ένα νοσοκομείο έχει ποσοστό πληρότητας άνω του 90% σημαίνει υπερεντατική λειτουργία του και αύξηση του κόστους (φθίνουσα καμπύλη παραγωγής).
Μέση διάρκεια νοσηλείας ανά διαφορετικό τμήμα	Σημαντική για προγραμματισμό/αξιολόγηση της λειτουργίας του νοσοκομείου. Μπορεί να αναδείξει τον αναγκαίο προγραμματισμό δράσεων με την δημιουργία άλλων δομών φροντίδας ή αποκατάστασης. Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η βαρύτητα των περιστατικών που νοσηλεύονται (OECD, 2008).	Το άθροισμα των ημερών νοσηλείας για συγκεκριμένο χρόνο/προς τον αριθμό των νοσηλευόμενων ατόμων.	Η μείωση της ΜΔΝ αποτελεί μια διεθνή τάση.
Χρόνος εκκαθάρισης της λίστας αναμονής για ενδονοσοκομειακή νοσηλεία	Ο βαθμός προσβασιμότητας των ασθενών, στο σύστημα υγείας, για παροχή φροντίδας/νοσηλείας (National Health Ministers “Benchmarking Working Group”, 2008).	Ο αριθμός των ατόμων που βρίσκονται σε αναμονή/προς τον μέσο αριθμό ατόμων που απομακρύνθηκαν από τη λίστα ανά μήνα (εξυπηρετήθηκαν ή αποχώρησαν).	Η μείωση του χρόνου αναμονής, για την πρόσληψη θεραπείας, αποτελεί την ορθή ανταπόκριση του συστήματος υγείας, στις ανάγκες του κάθε ασθενή.
Χρόνος αναμονής στα εξωτερικά ιατρεία	Πόσο ανταποκρίνονται οι επαγγελματίες υγείας στα εξωτερικά ιατρεία, ως προς τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας (First Report & recommendation of the Common wealth, 2008).	Ο αριθμός ημερών που μεσολαβεί από τη ζήτηση-κλείσιμο του ραντεβού ως την ημέρα της επίσκεψης.	Μείωση του χρόνου αναμονής, με ενίσχυση εξειδικευμένων γιατρών και εκσυγχρονισμό της υποδομής.

Πίνακας 12. Δείκτες μέτρησης Ασφάλειας ασθενών

Δείκτης	Σκεπτικό	Υπολογισμός	Στόχος απόδοσης
Ενδονοσοκομειακές πτώσεις	Οι πτώσεις είναι εύκολο να συμβούν σε ηλικιωμένους ασθενείς, σε ψυχωσικούς ή διεγερτικούς ασθενείς, σε κλινικές οξείας νοσηλείας, με παράταση της νοσηλείας ή την αποκατάσταση σε ειδικά κέντρα. Αποτελούν δείκτη αξιοπιστίας των ποιοτικά παρεχόμενων υπηρεσιών αφού μπορεί να υπάρχει πρόληψη των παραγόντων που τις προκαλούν (αποτέλεσμα σωματικού πόνου, αντίδραση αγωγής, λειτουργική ανικανότητα, υγρό δάπεδο, κ.ά) (Complication Screening Programme).	Αριθμός των ασθενών που υπέστησαν πτώση/προς τον αριθμό των ασθενών που βρίσκονται σε ειδική θεραπεία.	Η πρόβλεψη των παραγόντων που μπορεί να προκαλέσει πτώσεις και ο περιορισμός πτώσεων.
Λάθη στη χορηγούμενη νοσηλεία ή στην ιατρική πράξη	Τέτοια λάθη μπορεί να επιφέρουν δυνητικά τραγικές συνέπειες. Αναδεικνύουν αστοχίες της οργάνωσης του νοσοκομείου (JCAHO), ελλείψεις προσωπικού, επάρκειας εκπαίδευσης και αποτελεσματικής ιατρικής/νοσηλευτικής πρακτικής.	Αριθμός λαθών στη νοσηλεία/προς το σύνολο των φαρμακευτικών αγωγών. Αριθμός των καταγεγραμμένων ιατρικών λαθών.	Έστω και ένα λάθος, παραπέμπει σε ελλείψεις διαδικασίες, όπως, ταυτοποίηση του ασθενή, μη αποδοτική επικοινωνία ανάμεσα στο προσωπικό, λάθη στον φάκελο του ασθενή ακόμα και έλλειψη προτύπων. Υψηλό κόστος προσωπικό για τον ασθενή, το προσωπικό και τον οργανισμό. Δύναται να επιφέρει νομικές και οικονομικές επιβαρύνσεις.
Αποτελεσματικότητα θεραπευτικής προσέγγισης και υποστήριξης	Μείωση των συμπτωμάτων, αποθεραπεία και βελτίωση της προσλαμβανόμενης ποιότητας ζωής από τους ασθενείς σε καθημερινή βάση. Συνέχεια παρακολούθησης και διαθεσιμότητα πόρων (GGZ Nederland)	Μέτρηση θεραπευτικού αποτελέσματος και ικανοποίησης ασθενών.	Βελτιώσεις αστοχιών και θεραπευτικού αποτελέσματος σύμφωνα με τα σύγχρονα ιατρικά δεδομένα. Βελτίωση συστημικών παραλείψεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΣΧΥΟΥΣΑΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ

A/A	ΤΙΤΛΟΣ ΝΟΜΟΘΕΤΗΜΑΤΟΣ	ΑΡΙΘ. ΝΟΜΟΘ/ΤΟΣ	ΦΕΚ
1	Περί υγιεινής και ασφάλειας των εργατών και περιωρών εργασίας	<u>N ΓπΛΔ (3934)/11</u> <u>[TP: N 2193/20]</u>	319/A/21-11-1911
2	Περί απαγορεύσεως χρήσεως του λευκού (κίτρινου)φωσφόρου εις την βιομηχανία των πυρείων	<u>N 2273 /1920</u>	145/A/1-7-1920
3	Περί κωδικοποιήσεως των νόμων περί ευθύνης προς αποζημίωσιν των εξ ατυχήματος εν τη εργασία παθόντων εργατων ή υπαλλήλων	<u>ΒΔ της 24-7-20</u>	191/A/24-7-1920
4	Περί κωδικοποιήσεως των περί υγιεινής και ασφάλειας των εργατικών διατάξεων	<u>ΒΔ της 25-8-20</u>	200/A/25-8-1920
5	Περί κυρώσεως της διεθνούς συμβάσεως της Γ'Διεθνούς Συνδιασκέψεως Εργασίας της Γενεύης, της κανονιζούσης την χρήση του ανθρακικού μόλυβδου (στυπετσιού) εν τοις χρωματισμοίς	<u>N 2994/22</u>	162/A/31-8-1922
6	Περί κανονισμού των μέτρων υγιεινής και καθαριότητας των σταφιδαποθηκών	<u>ΒΔ της 16/3/23</u> <u>[TP: N 1414/84]</u>	91/A/5-4-1923
7	Περί κανονισμού των μέτρων υγιεινής και καθαριότητας των αποθηκών συσκευασίας σύκων	<u>ΒΔ της 13/10/23</u>	321/A/6-11-1923
8	Περί κανονισμού όρων εργασίας εν τοις εργαστηρίοις και αποθήκας σύκων	<u>ΠΔ της 30-10-24</u>	275/A/3-11-1924
9	Περί ασκήσεως του επαγγέλματος χημικού και υποχρεωτικής προλήψεως χημικών εν τοις χημικοίς βιομηχανίοις	<u>ΝΔ 20/26-11-1925</u> <u>[TP: ΝΔ 13-11-1927</u> <u>N 3518/1928</u> <u>ΒΔ 13-10-1956]</u>	20/A/26-11-1925
10	Περί ασφαλείας εργατών και υπαλλήλων εργαζομένων επί φορητών κλιμάκων	<u>ΠΔ της 22-12-33</u> <u>[TP: ΠΔ 17/78]</u>	406/A/29-12-1933
11	Περί υγιεινής και ασφάλειας των εργατών και υπαλλήλων των πάσης φύσεως βιομηχανικών και βιοτεχνικών εργοστασίων , εργαστηρίων κλπ	<u>ΠΔ της 14-3-34</u> <u>[TP: N 1414/84</u> <u>ΠΔ 16/96]</u>	112/A/22-3-1934
12	Περί κανονισμού εργασίας υφαλοχρωματιστών, σφυροκόπων και λεβητοκαθαριστών	<u>ΥΑ 67288/34</u>	119/B/7-9-1934
13	Περί λειτουργίας βιομηχανικών και βιοτεχνικών εργοστασίων εν υπογείοις	<u>ΠΔ της 17-9-34</u>	334/A/4-10-1934

14	Περί ασκήσεως του επαγγέλματος του μηχανολόγου του ηλεκτρολόγου και μηχανολόγου ηλεκτρολόγου μηχανικού ως και ναυπηγού	<u>N 6422/34</u> [TP: AN 501/37]	412/A/28-11-1934
15	Περί επιβλέψεως της λειτουργίας και συντηρήσεως κινητηρίων μηχανών και ατμολεβήτων	<u>ΒΔ της 30/01/1937</u> [TP: ΒΔ 12/8/48]	37/A/5-2-1937
16	Περί ασφάλειας των εν τοις ξυλουργικούς εργοστασίους ασχολουμένων εργατών και τεχνιτών	<u>ΒΔ της 10-9-37</u> [TP: N 1414/84]	405/A/10-10-1937
17	Περί απαγορεύσεως της χρήσεως των μολυβδόχων χρωμάτων	<u>N 1204/38</u> [TP: N 1414/84] <u>ΠΔ 94/87</u>	177/A/29-4-1938
18	Περί κανονισμού Υγιεινής σφαγείων	<u>ΒΔ της 15-4-38</u>	180/A/2-5-1938
19	Περί κανονισμού Υγιεινής εργαστηρίων Αλλαντοποιίας	<u>ΒΔ της 3-12-38</u>	473/A/17-12-1938
20	Επίβλεψη μηχανολογικών εγκαταστάσεων	<u>ΒΔ 16/17-3-50</u>	82/A/17-3-1950
21	Περί μέτρων Ασφάλειας λειτουργίας λεβήτων και λεβητοστασίων σταθερών εγκαταστάσεων	<u>ΥΑ 51949/51</u>	174/B/13-9-1951
22	Περί επιβλέψεως της λειτουργίας και χειρισμού ατμολεβήτων	<u>ΒΔ 11/3/55</u>	82/A/4-4-1955
23	Περί μέτρων ασφαλείας εις εργοστάσια χαλυβουργίας	<u>ΥΑ 32141/57</u>	
24	Περί μέτρων ασφαλείας και υγιεινής εις εργοστάσια Ελαιουργίας, Σπορελαιουργίας, Υδρογονώσεως Ελαίων, Πυρηνελαιουργίας και Σαπωνοποιίας	<u>ΥΑ 50603/59</u>	
25	Περί ατμολεβήτων, εγκαταστάσεως και λειτουργίας αυτών	<u>ΒΔ 277/1963</u> [TP: N 1682/87]	65/A/22-5-1963
26	Περί κανονισμού υγιεινής και ασφάλειας αυτοκινητοστασίων	<u>ΒΔ 380/63</u>	111/A/13-7-1963
27	Περί κατασκευής και λειτουργίας ηλεκτροκίνητων ανελκυστήρων	<u>ΒΔ 37/65</u>	10/A/17-1-1966
28	Περί κανονισμού Υγιεινής και Ασφάλειας εργαζομένων εν τοις βυρσοδειψείοις απάσης της χώρας	<u>ΒΔ 362/68</u>	117/A/27-5-1968

29	Περί κανονισμού υγιεινής και ασφάλειας των εργαζομένων εις τα τυπογραφεία και γενικώς εργοστάσια γραφικών τεχνών και επεξεργασίας χάρτου απάσης της χώρας , είτε λειτουργούντων ως αυτοτελών επιχειρήσεων , είτε ως συγκροτημάτων εργοστασιακών ή μεμονωμένων	<u>ΒΔ 464/68</u> [TP: N 1414/84] <u>ΠΔ 94/87]</u>	153/A/12-7-1968
30	Περί κανονισμού υγιεινής και ασφάλειας των εις τα εργοστάσια και εργαστήρια κατασκευής συσσωρευτών μολύβδου εργαζομένων	<u>ΒΔ 590/68</u> [TP: N 1414/84]	199/A/11-9-1968
31	Περί κανονισμού υγιεινής και ασφάλειας των εις τας αποθήκας ακατέργαστων δερμάτων εργαζομένων	<u>ΒΔ 796/68</u>	277/A/27-11-1968
32	Περί των όρων ιδρύσεως και λειτουργίας εργαστηρίων εργοστασίων και αποθηκών εκρηκτικών υλών	<u>ΝΔ 35/68</u>	284/A/3-12-1968
33	Περί ορών ασφαλείας κατά την μεταφορά προσώπων δια φορητών αυτοκινήτων ιδιωτικής χρήσεως	<u>ΥΑ στ/116464/69</u>	325/B/13-5-1969
34	Περί επιβλέψεως της λειτουργίας και συντηρήσεως αντλιοστασίων	<u>ΠΔ 435/73</u>	327/A/18-12-1973
35	Περί υποχρεωτικής κατασκευής αποχωρητηρίων	<u>ΥΑ Γ1Γ/9900/74</u>	1266/B/3-12-1974
36	Περί προστασίας των εργαζομένων εκ των κινδύνων των προερχόμενων εκ της χρήσεως βενζολίου ή προϊόντων περιεχόντων βενζόλιο	<u>Ν 61/1975</u>	132/A/7-7-1975
37	Περί εργασίας επί ηλεκτρικών εγκαταστάσεων ευρισκομένων υπό τάση	<u>Ν 158/75</u>	189/A/8-9-1975
38	Περί μέτρων υγιεινής και ασφάλειας των εργαζομένων εις μεταφορικές ταινίας και προωθητάς εν γένει	<u>ΠΔ 212/76</u>	78/A/6-4-1976
39	Περί κυρώσεως της ψηφισθείσης εν Γενεύη κτά το 1971 υπ' αριθμόν 136 Διεθνούς Συμβάσεως Εργασίας, "Περί προστασίας εκ των κινδύνων δηλητηριάσεως των οφειλόμενων εις το βενζόλιο"	<u>Ν 492/76</u>	332/A/11-12-1976
40	Περί συμπληρώσεως του από 22-10-1933 προεδρικού διατάγματος " Περί ασφαλείας εργατών και υπαλλήλων εργαζομένων επί φορητών κλιμάκων	<u>ΠΔ 17/78</u>	3/A/12-1-1978
41	Περί μέτρων υγιεινής και ασφάλειας των απασχολούμενων εις εργασίας συγκολλήσεων	<u>ΠΔ 95/78</u>	20/A/17-2-1978
42	Περί μέτρων υγιεινής και ασφάλειας των απασχολούμενων εις θερμοπλαστικούς και παρομοίους τούτων πιεστήρας	<u>ΠΔ 151/78</u> [Δ.ΣΦ ΦΕΚ 40/A/78]	31/A/25-2-1978

43	Περί μέτρων υγιεινής και ασφάλειας των απασχολούμενων εις πιεστήρας δι' εκκέντρου και παρομοίους τουούτους	<u>ΠΔ 152/78</u> [Δ.ΣΦ ΦΕΚ 40/Α/78]	31/Α/25-2-1978
44	Περί μέτρων υγιεινής και ασφάλειας των εργαζομένων εις την μεταφορά ρευστών - πυρακτωμένων υλών , δια περονοφόρων οχημάτων	<u>ΠΔ 216/78</u>	47/Α/31-3-1978
45	Περί αντικαταστάσεως του άρθρου 40 του Κανονισμού Ασθενείας του ΙΚΑ	<u>ΥΑ 416/1759/79</u>	132/Α/12-2-1979
46	Περί συστήματος σηματοδότησεως ασφαλείας εις τους χώρους εργασίας	<u>ΠΔ 422/79</u> [ΤΡ: ΠΔ 105/95]	128/Α/15-6-1979
47	Περί των μέτρων ασφαλείας κατά την εκτέλεση οικοδομικών εργασιών	<u>ΠΔ 778/80</u>	193/Α/28-8-1980
48	Περί προστασίας της υγείας των εργαζομένων των εκτιθεμένων εις το μονομερές βινυλοχλωρίδιον κατ' εφαρμογήν της οδηγίας υπ' αριθ. 78/610	<u>ΠΔ 1179/80</u>	302/Α/30-12-1980
49	Περί κυρώσεως της ψηφισθείσης εν Γενεύη το έτος 1960 υπ' αρ. 115 συμβάσεως "Περί προστασίας των εργαζομένων από τας ιοντίζουσας ακτινοβολίας"	<u>Ν 1181/81</u>	195/Α/24-7-1981
50	Περί μέτρων ασφαλείας κατά την εκτέλεσιν εργασιών εις εργοτάξια οικοδομών και πάσης φύσεως έργων αρμοδιότητος Πολιτικού μηχανικού	<u>ΠΔ 1073/81</u> [Δ.ΣΦ ΦΕΚ 64/Α/82]	260/Α/16-9-1981
51	Για τον εκδημοκρατισμό του Συνδικαλιστικού Κινήματος και την κατοχύρωση των συνδικαλιστικών ελευθεριών των εργαζομένων.	<u>Ν 1264/1982</u>	79/Α/1-7-1982
52	Έγκριση πρότυπης προδιαγραφής σημάσεως εκτελούμενων έργων σε οδούς εντός κατοικημένων περιοχών	<u>ΥΑ ΒΜ5/ 30058/83</u>	121/Β/23-3-1983
53	Περί υγειονομικού ελέγχου και αδειών ιδρύσεως και λειτουργίας των εγκαταστάσεων επιχειρήσεων υγειονομικού ενδιαφέροντος	<u>ΥΑ Α1β / 8577/83</u>	526/Β/8-9-1983
54	Υποχρεώσεις λήψης και τήρησης των μέτρων ασφαλείας στις οικοδομές και τα λοιπά ιδιωτικά τεχνικά έργα	<u>Ν 1396/83</u>	126/Α/15-9-1983
55	Ταξινόμηση, συσκευασία και επισήμανση των επικίνδυνων ουσιών σε συμμόρφωση με τις Οδηγίες του Συμβουλίου των Ε.Κ. 67/548/ΕΟΚ, 69/81/ΕΟΚ, 70/189/ΕΟΚ, 71/141/ΕΟΚ, 23/146/ΕΟΚ, 75/409/ΕΟΚ, 79/831/ΕΟΚ και της Επιτροπής των Ε.Κ. 76/907/ΕΟΚ, 79/370/ΕΟΚ	<u>ΠΔ 329/83</u>	118Α & 140/Α/83
		<u>ΠΔ 445/83</u> [ΤΡ: ΥΑ 389/03]	166/Α

56	Ταξινόμηση, συσκευασία και επισήμανση των χρωμάτων, βερνικιών, τυπογραφικών μελάνων, κολλών και συναφών προϊόντων, σε συμμόρφωση με την οδηγία 77/728/ΕΟΚ του συμβουλίου των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων	<u>ΠΔ 522/83</u>	200/A/31-12-1983
57	Εφαρμογή της αρχής της ισότητας των φύλων στις εργασιακές σχέσεις και άλλες διατάξεις	<u>Ν 1414/84</u>	10/A/2-2-1984
58	Ημερολόγιο μέτρων ασφαλείας	<u>ΥΑ 130646/84</u>	154/B/19-3-1984
59	Κύρωση της 62 Διεθνούς Σύμβασης Εργασίας "που αφορά τις διατάξεις ασφάλειας στην οικοδομική βιομηχανία" και ρύθμιση θεμάτων που έχουν άμεση σχέση μ' αυτή	<u>Ν 1430/84</u>	49/A/18-4-1984
60	Υγιεινή και Ασφάλεια των εργαζομένων σε ναυπηγικές εργασίες	<u>ΠΔ 190/84</u>	64/A/15-5-1984
61	Κανονισμός μεταλλευτικών και λατομικών εργασιών	<u>ΥΑ ΙΙ-5η/Φ17/17402/84</u>	931/B/31-12-1984
62	Υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων	<u>Ν 1568/85</u> <u>[ΤΡ : Ν 1767/88</u> <u>ΠΔ 294/88</u> <u>ΥΑ 88555/3293/88</u> <u>Ν 2224/94</u> <u>ΠΔ 17/96</u> <u>Ν 2639/98]</u>	177/A/18-10-1985
63	Βασικοί κανόνες προστασίας της υγείας του πληθυσμού και των εργαζομένων από τους κινδύνους που προκύπτουν από ιοντίζουσες ακτινοβολίες (συμμόρφωση προς τις οδηγίες 80/836/ΕΥΡΑΤΟΜ/15.7.80 & 84/467/ΕΥΡΑΤΟΜ/3.9.84	<u>ΥΑ 2στ/ 1539/85</u>	280/B/13-5-1985
64	Τοξικά και επικίνδυνα απόβλητα και εξάλειψη πολυχλωροδιφαινυλίων και πολυχλωροτριφαινυλίων σε συμπλήρωση προς τις Οδηγίες 78/319/ΕΟΚ και 76/403/ΕΟΚ των Συμβουλίων της 20.3.1978 και 6.4.1976	<u>ΚΥΑ 72751 / 3054/85</u>	665/B/1-11-1985
65	Εμποτιστικά ξύλου CCA και CCB	<u>ΥΑ 193066/85</u>	831/B/31-12-1985
66	Υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων σε χώρους εργασίας που εποπτεύονται από το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας	<u>ΠΔ 289/86</u>	129/A/22-8-1986
67	Προστασία της υγείας των εργαζομένων που εκτίθενται σε ορισμένους χημικούς παράγοντες κατά τη διάρκεια της εργασίας τους (80/1107/ΕΟΚ)	<u>ΠΔ 307/86</u> <u>[ΤΡ : ΠΔ 77/93</u> <u>ΠΔ 90/99</u> <u>ΠΔ 339/01]</u>	135/A/29-8-1986

68	Προστασία των εργαζομένων που εκτίθενται στον μεταλλικό μόλυβδο και τις ενώσεις ιόντων του κατά την εργασία (82/605/ΕΟΚ)	<u>ΠΔ 94/87</u> [ΤΡ : ΠΔ 338/01]	54/A/22-4-1987
69	Σύσταση επιτροπής υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας (Ε.Υ.Α.Ε) σε εργοτάξια οικοδομών και εν γένει τεχνικών έργων	<u>ΠΔ 315/87</u>	149/A/25-8-1987
70	Συσκευές πίεσης και μέθοδοι ελέγχου αυτών	<u>ΥΑ 291/Β/87</u>	291/Β/1987
71	Τρόπος διενέργειας περιοδικού ελέγχου για τον υπολογισμό της συγκέντρωσης βενζολίου στην ατμόσφαιρα των χώρων εργασίας	<u>ΥΑ 130879/87</u>	341/Β/25-6-1987
72	Σύσταση μικτών επιτροπών ελέγχου σε οικοδομές και εργοταξιακά έργα	<u>ΑΠ 131325/87</u> [ΚΥΡ : Ν 1767/88 ΑΡΘ.19]	467/Β/28-8-1987
73	Σύσταση μικτών επιτροπών ελέγχου στην ναυτιγοεπισκευαστική ζώνη Πειραιά - Δραπετσώνας - Κερατσινίου - Περάματος- Σαλαμίνας	<u>ΑΠ 131782/87</u> [ΚΥΡ : Ν 1767/88 ΑΡΘ.19]	601/Β/10-11-1987
74	Χαλύβδινες φιάλες αερίου χωρίς συγκόλληση	<u>ΥΑ Β/19338/1944/87</u>	624/Β/24-11-1987
75	Χαλύβδινες φιάλες αερίου χωρίς συγκόλληση κατασκευασμένες από κεκραμένο ή μη αλουμίνιο	<u>ΥΑ Β/19339/1945/87</u>	624/Β/24-11-1987
76	Συγκολλητές φιάλες αερίου από μη κεκραμένο χάλυβα	<u>ΥΑ Β/ 19340/1946/87</u>	639/Β/24-11-1987
77	Όροι ίδρυσης και λειτουργίας καταστημάτων κλπ. Πλυντηρίων, στεγνοκαθαριστηρίων, βαφείων, ταπητοκαθαριστηρίων και αμιγών σιδηρωτηρίων ρουχισμού Δημόσιας χρήσης	<u>ΥΑ Α/5α/5333/87</u>	721/Β/18-12-1987
78	Προστασία των εργαζομένων που εκτίθενται σε αμίαντο κατά την εργασία	<u>ΠΔ 70α/88</u> [Δ.ΣΦ ΦΕΚ 150/Α/88] [ΤΡ: ΠΔ 175/97 ΠΔ 159/99]	31/A/17-2-1988
79	Κανονισμός πυροπροστασίας κτιρίων	<u>Π.Δ. 71/88</u>	32/A/17-2-1988
80	Καθορισμός μέτρων και περιορισμών για την αντιμετώπιση κινδύνων από ατυχήματα μεγάλης έκτασης που περιλαμβάνουν ορισμένες βιομηχανικές δραστηριότητες (82/501/ΕΟΚ, 87/216/ΕΟΚ)	<u>ΚΥΑ 18187/272/88</u> [ΤΡ:ΚΥΑ 77119/4607/93]	126/Β/3-3-1988
81	Συμβούλια εργαζομένων και άλλες εργατικές διατάξεις - Κύρωση της 135 Διεθνούς σύμβασης εργασίας	<u>Ν 1767/88</u>	63/A/6-4-1988

		<u>[ΤΡ :N 2084/92]</u>	
82	Ελάχιστος χρόνος απασχόλησης τεχνικού ασφαλείας και γιατρού εργασίας , επίπεδο γνώσεων και ειδικότητα τεχνικού ασφαλείας για τις επιχειρήσεις , εκμεταλεύσεις και εργασίες άρθρου 1 παράγραφος 1 του Ν.1568/85 "Υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων"	<u>ΠΔ 294/88</u>	138/A/21-6-1988
83	Λήψη μέτρων πυροπροστασίας στις βιομηχανικές-βιοτεχνικές εγκαταστάσεις και αποθήκες αυτών καθώς και αποθήκες εύφλεκτων και εκρηκτικών υλών	<u>ΥΑ 7755/160/88</u>	241/B/22-4-1988
84	Περί των όρων ίδρυσης και λειτουργίας εμφιαλωτηρίων πεπιεσμένων αερίων, μονάδων παραγωγής ασετυλίνης ως και των όρων διακίνησης, αποθήκευσης και ελέγχου των φιαλών συσκευασίας των	<u>ΥΑ Β.10451 / 929/88</u> <u>[ΤΡ: ΥΑ 12502/206/89 ΦΕΚ 466B]</u>	370/B/9-6-1988
85	Τήρηση βιβλίου ημερήσιας παρουσίας απασχολούμενου προσωπικού στη ναυτιγοεπισκευαστική ζώνη Πειραιά - Δραπετσώνας - Κερατσινίου - Περάματος - Σαλαμίνας	<u>ΑΠ 131517/88</u> <u>[ΚΥΡ:Ν 1836/89 ΑΡΘ.36]</u>	711/B/28-9-1988
86	Υγιεινή και ασφάλεια του προσωπικού του Δημοσίου των Ν.Π.Δ.Δ και των Ο.Τ.Α	<u>ΥΑ 88555/3293/88</u> <u>[ΚΥΡ:Ν 1836/89 ΑΡΘ.36]</u>	721/B/4-10-1988
87	Καθορισμός της θητείας των μελών των μικτών επιτροπών ελέγχου σε οικοδομές και εργοταξιακά έργα	<u>ΥΑ 130048/89</u>	59/B/31-1-1989
88	Κανονισμός για την παραγωγή, αποθήκευση και διάθεση σε κατανάλωση εκρηκτικών υλών	<u>ΥΑ 3329/89</u>	132/B/21-2-1989
89	Προώθηση της απασχόλησης και της επαγγελματικής κατάρτισης και άλλες διατάξεις	<u>Ν 1836/89</u> [ΑΡΘ.33, 36, 39]	79/A/14-3-1989
90	Για την προστασία των ανηλίκων κατά την απασχόληση και άλλες διατάξεις	<u>Ν 1837/89</u>	85/A/23-3-1989
91	Μετατροπή του ιδρύματος "Ινστιτούτο έρευνας Νοσημάτων Θώρακος" σε ΝΠΔΔ και Υπαγωγή του στις διατάξεις του Ν. 1397/83	<u>ΠΔ 175/89</u>	85/A/23-3-1989
92	Υγιεινή και ασφάλεια στα υπόγεια τεχνικά έργα	<u>ΠΔ 225/89</u>	106/A/2-5-1989
93	Συγκρότηση εννεαμελούς επιτροπής στην ναυτιγοεπισκευαστική ζώνη Πειραιά - Δραπετσώνας-Κερατσινίου - Περάματος - Σαλαμίνας και διαδικασία ελέγχου επικίνδυνων αερίων στα πλοία και πλωτά ναυπηγήματα	<u>ΑΠ 3232/41/89</u> [ΚΥΡ: Ν 1892/90]	400/B/26-5-1989
94	Υγιεινή και Ασφάλεια των εργαζομένων στα μηχανογραφικά Κέντρα του Δημοσίου, ΝΠΔΔ και ΟΤΑ	<u>ΑΠ 130558/89</u>	471/B/12-6-1989

		<u>[ΚΥΠ: Ν 1876/90 ΑΡΘ.27]</u>	
95	Χορήγηση ατομικών μέσων προστασίας στους υπαλλήλους των ΟΤΑ (Μονίμους)	<u>ΚΥΑ 2078920/9085/0022/89</u>	800/Β/11-10-1989
96	Προστασία των εργαζομένων από τους κινδύνους που διατρέχει η υγεία τους με την απαγόρευση ορισμένων ειδικών παραγόντων και/ή ορισμένων δραστηριοτήτων	<u>ΥΑ 131099/89</u>	930/Β/29-12-1989
97	Ταξινόμηση, συσκευασία και επισήμανση των επικίνδυνων παρασκευασμάτων σε εναρμόνιση με τις Οδηγίες 88/379/ΕΟΚ και 89/178/ΕΟΚ	<u>ΥΑ 1197/89</u>	567/Β/6-9-1990
98	Επίβλεψη της λειτουργίας, χειρισμός και συντήρηση μηχανημάτων εκτέλεσης τεχνικών έργων (Τρ. Π.Δ. 49/991/(180/Α)	<u>ΠΔ 31/90</u>	11/Α/5-2-1990
99	Ελεύθερες Συλλογικές διαπραγματεύσεις και άλλες διατάξεις	<u>Ν 1876/90</u>	27/Α/8-3-1990
100	Υγιεινή και Ασφάλεια των εργαζομένων σε ναυπηγικές εργασίες	<u>ΠΔ 70/90</u>	31/Α/14-3-1990
101	Χορήγηση ειδών ατομικής προστασίας των εργαζομένων στα εργαστήρια των υπηρεσιών περιβάλλοντος του ΥΠΕΧΩΔΕ	<u>ΚΥΑ 2024216/2802/0022/90</u>	265/Β/10-4-1990
102	Χορήγηση ειδών ατομικής προστασίας σε υπαλλήλους του Υπουργείου Προεδρίας	<u>ΥΑ Δ1Δ4/Φ7.1/30330/90</u>	609/Β/21-9-1990
103	Καθορισμός επικίνδυνων βαριών ή ανθυγιεινών εργασιών για την απασχόληση ανηλίκων	<u>ΑΠ 130627/90</u>	620/Β/27-9-1990
104	Προστασία των εργαζομένων από τους κινδύνους που διατρέχουν λόγω της έκθεσής τους στο θόρυβο κατά την εργασία , σε συμμόρφωση προς την οδηγία 86/188/ΕΟΚ	<u>ΠΔ 85/91</u>	38/Α/18-3-1991
105	Αντικατάσταση και συμπλήρωση διατάξεων της συνταξιοδοτικής νομοθεσίας, μεταρρύθμιση του συνταξιοδοτικού καθεστώτος των αγωνιστών Εθνικής Αντίστασης και άλλες διατάξεις (άρθρο 20) βιβλίο ημερησίων δελτίων σε οικοδομικά και τεχνικά έργα	<u>Ν 1976/91</u>	184/Α/4-12-1991
106	Απλά δοχεία πίεσης	<u>ΥΑ 12479/ Φ17/ 414/91</u>	431/Β/24-6-1991
107	Σχετικά με συσκευές αερίου	<u>ΥΑ Β15233 / 3.7.91</u>	487/Β/4-7-1991
108	Χορήγηση ειδών ατομικής προστασίας σε υπαλλήλους του ΟΔΔΥ	<u>ΥΑ 2039708/3491/0022/ 91</u>	491/Β/1991
109	Έγκριση κανονισμών ακτινοπροστασίας	<u>ΥΑ 14632/ 1416/91</u>	539/Β/19-7-1991
110	Χορήγηση ειδών ατομικής προστασίας (ειδικών γυαλιών) σε όλους τους εργαζομένους στα μηχανογραφικά κέντρα του Δημοσίου, ΝΠΔΔ, και ΟΤΑ	<u>ΥΑ 130709/91</u>	879/Β/29-10-1991

111	Επέκταση των διατάξεων των προεδρικών διαταγμάτων και υπουργικών αποφάσεων που εκδόθηκαν με τις εξουσιοδοτήσεις του Ν 1568/85 "Υγιεινή και Ασφάλεια των εργαζομένων"(177/α) στο Δημόσιο , ΝΠΔΔ και ΟΤΑ	<u>ΠΔ 157/92</u>	74/A/12-5-1992
112	Ρύθμιση θεμάτων σχετικά με την τήρηση βιβλίου απασχολούμενου προσωπικού στα οικοδομικά και τεχνικά έργα	<u>ΥΑ 1872/92</u>	370/B/9-6-1992
113	Αναμόρφωση της Κοινωνικής Ασφάλισης και άλλες διατάξεις	<u>Ν 2084/92</u> [ΑΡΘ.20]	165/A/7-10-1992
114	Για την προστασία των εργαζομένων από φυσικούς , χημικούς και βιολογικούς παράγοντες και τροποποίηση και συμπλήρωση του Π.Δ 307/86 (135Α) σε συμμόρφωση προς την οδηγία του Συμβουλίου 88/642 /ΕΟΚ	<u>ΠΔ 77/93</u>	34/A/18-3-1993
115	Για την προσέγγιση των νομοθεσιών των κρατών-μελών, σχετικά με τα Μέσα Ατομικής Προστασίας σε συμμόρφωση με την Οδηγία 89/686/ΕΟΚ	<u>ΥΑ Β4373/1205/93</u>	187/B/23-3-1993
116	Χορήγηση ειδών ατομικής προστασίας σε υπαλλήλους του μηχανικού εξοπλισμού των Νομαρχιακών ταμείων	<u>ΥΑ 2040831/93</u>	497/B/7-7-1993
117	Τροποποίηση και συμπλήρωση της ΚΥΑ 18187.272/88 για τα ατυχήματα μεγάλης έκτασης (88/610/ΕΟΚ)	<u>ΚΥΑ 77119/4607/93</u>	532/B/19-7-1993
118	Απαιτούμενος ελάχιστος εξοπλισμός συνεργείων για ναυπηγοεπισκευαστικές εργασίες σε πλοία επισκευαζόμενα στη Ναυπηγοεπισκευαστική ζώνη Πειραιά-Δραπετσόνας-Κερατσινίου-Περάματος-Σαλαμίνας	<u>ΥΑ 3116/93</u>	563/B/28-7-1993
119	Αναγνώριση δυνατότητας ανάληψης εργασιών ελέγχου δοχείων πίεσης και συσκευών αερίου	<u>ΥΑ 15177/Φ17.4/404/93</u>	665/B/1-9-1993
120	Κανονισμός για την ασφαλή κατασκευή και κυκλοφορία των δοχείων πίεσης και των συσκευών αερίου.	<u>ΥΑ 14165/Φ17.4/373/93</u>	673/B/2-9-1993
121	Προσαρμογή της Ελληνικής νομοθεσίας στις Οδηγίες 89/392 ΕΟΚ και 91/368 ΕΟΚ σχετικά με τις μηχανές	<u>ΠΔ 377/93</u>	160/A/15-9-1993
122	Χορήγηση ειδών ατομικής προστασίας σε Υπαλλήλους του οργανισμού κεντρικής αγοράς Αθηνών	<u>ΚΥΑ 2054482/6210/0022/93</u>	718/B/16-9-1993
123	Κανονισμός παραγωγής και διάθεσης στην αγορά συναρμολογούμενων μεταλλικών στοιχείων για την ασφαλή κατασκευή και χρήση μεταλλικών σκαλωσιών	<u>ΥΑ 16440/Φ10.4/445/ 93</u>	756/B/28-9-1993
124	Είδη ατομικών προστασίας των Τεχνικών και Υγειονομικών Επιθεωρητών των υπηρεσιών του Υπουργείου Εργασίας	<u>ΥΑ 194/93</u>	963/B/31-12-1993
125	Τροποποίηση της 4373/1205/11.3.1993 (187/B) κοινής απόφασης των Υπουργών Εθνικής Οικονομίας, Εργασίας και Βιομηχανίας, Ενέργειας και Τεχνολογίας για τα Μέσα Ατομικής Προστασίας σε συμμόρφωση με τις Οδηγίες του Συμβουλίου 93/95/ΕΟΚ και 93/68/ΕΟΚ	<u>ΥΑ 8881/94</u>	450/B/16-6-1994

126	Ρύθμιση θεμάτων εργασίας ,συνδικαλιστικών δικαιωμάτων , υγιεινής και ασφάλειας των εργαζομένων και οργάνωσης Υπουργείου Εργασίας των εποπτευομένων από αυτό νομικών προσώπων και άλλες διατάξεις	<u>N 2224/94</u> [ΑΡΘ. 24,25,26,27]	112/A/6-7-1994
127	Επικίνδυνες ουσίες, ταξινόμηση, συσκευασία και επισήμανση αυτών σε συμμόρφωση προς την Οδηγία του Συμβουλίου των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων 67/548/ΕΟΚ όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει	<u>ΥΑ 378/94</u>	705/B/20-9-1994
128	Ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας για την χρησιμοποίηση εξοπλισμού εργασίας από τους εργαζομένους κατά την εργασία τους σε συμμόρφωση με τη οδηγία 89/655/ΕΟΚ	<u>ΠΔ 395/94</u> <u>[ΤΡ: ΠΔ 89/99</u> <u>ΠΔ 304/00</u> <u>ΠΔ 155/04]</u>	220/A/19-12-1994 (*)
	<i>Το ανωτέρω διάταγμα με ενσωματωμένες τις τροποποιήσεις</i>	<u>ΠΔ 395/94</u>	
129	Ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας για τη χρήση από τους εργαζόμενους εξοπλισμών ατομικής προστασίας κατά την εργασία σε συμμόρφωση προς την οδηγία του Συμβουλίου 89/656/ ΕΟΚ	<u>ΠΔ 396/94</u>	220/A/19-12-1994 (*)
130	Ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας κατά την χειρωνακτική διακίνηση φορτίων που συνεπάγεται κίνδυνο ιδίως για τη ράχη και την οσφυϊκή χώρα των εργαζομένων σε συμμόρφωση προς την οδηγία του Συμβουλίου 90/269/ΕΟΚ	<u>ΠΔ 397/94</u>	221/A/19-12-1994 (*)
131	Ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας κατά την εργασία με οθόνες οπτικής απεικόνισης σε συμμόρφωση με την οδηγία του Συμβουλίου 90/270/ΕΟΚ	<u>ΠΔ 398/94</u>	221/A/19-12-1994 (*)
132	Περί του χρόνου ειδικευσης Ιατρών για απόκτηση ειδικότητας	<u>ΠΔ 415/94</u>	236/A/29-12-1994
133	Προστασία των εργαζομένων από τους κινδύνους που συνδέονται με την έκθεση σε καρκινογόνους παράγοντες κατά την εργασία σε συμμόρφωση με την οδηγία του Συμβουλίου 90/394/ΕΟΚ	<u>ΠΔ 399/94</u> <u>[ΤΡ : ΠΔ 127/00]</u>	221/A/31-12-1994 (*)
134	<i>(*) Διορθώσεις σφαλμάτων στα Π.Δ. 395/94 9220/A), 396/94 (220/A), 397/94 (221/A), 398/94 (221/A), 399/94 (221/A)</i>	<u>Δ.Σφ. (6/A/95)</u>	6/A/25-1-1995
135	Τροποποίηση Απόφασης για χορήγηση ειδών ατομικής προστασίας σε υπαλλήλους του μηχανικού εξοπλισμού των νομαρχιακών ταμείων	<u>ΚΥΑ 2041405/4678/0022/94</u>	535/B/7-7-1994
136	Ελάχιστες προδιαγραφές για την σήμανση ασφάλειας ή/και υγείας στην εργασία σε συμμόρφωση με την οδηγία 92/58/ΕΟΚ	<u>ΠΔ 105/95</u>	67/A/10-4-1995

137	Προστασία των εργαζομένων από κινδύνους που διατρέχουν λόγω της έκθεσής τους σε βιολογικούς παράγοντες κατά την εργασία σε συμμόρφωση με τις οδηγίες του Συμβουλίου 90/679/ΕΟΚ και 93/88/ΕΟΚ	<u>ΠΔ 186/95</u> <u>[ΤΡ: ΠΔ 174/97</u> <u>ΠΔ 15/99]</u>	97/A/30-5-1995
138	Χορήγηση ειδών ατομικής προστασίας σε υπαλλήλους του Ειδικού Ταμείου μονίμων Οδοστρωμάτων Αθηνών (ΕΤΜΟΑ)	<u>ΚΥΑ 2015043/1485/0022/95</u>	185/B/17-3-1995
139	Ρύθμιση θεμάτων εποπτευομένων οργανισμών Υπουργείου Εργασίας και άλλες διατάξεις	<u>Ν 2336/95</u> [ΑΡΘ.8,15]	189/A/12-9-1995
140	Τροποποίηση - Συμπλήρωση της αριθ. 2026696/2869/0022/95 ΚΥΑ για χορήγηση ειδών ατομικής προστασίας σε υπαλλήλους του Οργανισμού Ύδρευσης Θεσσαλονίκης (ΟΥΘ)	<u>ΚΥΑ 2074505/8801/0022/95</u>	1003/B/6-12-1995
141	Ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας στους χώρους εργασίας σε συμμόρφωση με την οδηγία 89/654/ΕΟΚ	<u>ΠΔ 16/96</u>	10/A/18-1-1996
142	Μέτρα για την βελτίωση της ασφάλειας και της υγείας των εργαζομένων κατά την εργασία σε συμμόρφωση με τις οδηγίες 89/391/ΕΟΚ και 91/383/ΕΟΚ	<u>ΠΔ 17/96</u> <u>[ΤΡ: ΠΔ 159/99]</u>	11/A/18-1-1996
143	Συσκευές και συστήματα προστασίας που προορίζονται για χρήση σε εκρήξιμες ατμόσφαιρες	<u>ΚΥΑ Β17081/2964/96</u>	157/B/13-3-1996
144	Ενσωμάτωση των διατάξεων της Οδηγίας 92/102 "Περί των ελάχιστων προδιαγραφών για τη βελτίωση της προστασίας της Ασφάλειας και της Υγείας των εργαζομένων στις υπαίθριες ή υπόγειες βιομηχανίες" στον Κανονισμό Μεταλλευτικών και Λατομικών εργασιών	<u>ΥΑ Δ7/A/Φ1/14080/732/96</u>	771/B/22-8-1996
145	Τροποποίηση του ΠΔ 377/1993 σχετικά με τις μηχανές, σε συμμόρφωση προς τις οδηγίες του Συμβουλίου 93/44/ΕΟΚ και 93/68/ΕΟΚ	<u>ΠΔ 18/96</u>	12/A/18-1-1996
146	Ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας που πρέπει να εφαρμόζονται στα προσωρινά ή κινητά εργοτάξια σε συμμόρφωση προς την οδηγία 92/57/ΕΟΚ	<u>ΠΔ 305/96</u>	212/A/29-8-1996
147	Τροποποίηση π.δ 186/95 "Προστασία των εργαζομένων από κινδύνους που διατρέχουν λόγω της έκθεσής τους σε βιολογικούς παράγοντες κατά την εργασία σε συμμόρφωση με τις οδηγίες 90/679/ΕΟΚ και 93/88/ΕΟΚ (97/A) σε συμμόρφωση με την οδηγία 95/30/ΕΚ	<u>ΠΔ 174/97</u>	150/A/15-7-1997
148	Τροποποίηση π.δ 70α/88 "Προστασία των εργαζομένων που εκτίθενται στον αμίαντο κατά την εργασία "(31/A) σε συμμόρφωση με την οδηγία 91/382/ΕΟΚ	<u>ΠΔ 175/97</u>	150/A/15-7-1997

149	Μέτρα για την βελτίωση της ασφάλειας και της υγείας κατά την εργασία των εγκύων, λεχώνων και γαλουχουσών εργαζομένων σε συμμόρφωση με την οδηγία 92/85/ΕΟΚ	<u>ΠΔ 176/97</u>	150/A/15-7-1997
150	Ελάχιστες προδιαγραφές για τη βελτίωση της προστασίας, της ασφάλειας και της υγείας των εργαζομένων στις εξορυκτικές δια γεωτρήσεων βιομηχανίες σε συμμόρφωση με την οδηγία 92/91/ΕΟΚ	<u>ΠΔ 177/97</u>	150/A/15-7-1997
151	Μέτρα για την προστασία των νέων κατά την εργασία, σε συμμόρφωση με την οδηγία 94/33/ΕΚ	<u>ΠΔ 62/98</u> [TP: N 2956/01]	67/A/26-3-1998
152	Ρύθμιση εργασιακών σχέσεων, σύσταση Σώματος Επιθεώρησης Εργασίας και άλλες διατάξεις	<u>N 2639/98</u>	205/A/2-9-1998
153	Τροποποίηση του Π.Δ 186/95 "Προστασία των εργαζομένων από κινδύνους που διατρέχουν λόγω της έκθεσής τους σε βιολογικούς παράγοντες κατά την εργασία σε συμμόρφωση με τις οδηγίες 90/679/ΕΟΚ και 93/88/ΕΟΚ"(150/A), σε συμμόρφωση με τις οδηγίες 97/59/ΕΚ και 97/65/ΕΚ της Επιτροπής	<u>ΠΔ 15/99</u>	9/A/2-2-1999
154	Ελάχιστες προδιαγραφές για την οργάνωση του χρόνου εργασίας σε συμμόρφωση με την οδηγία 93/104/ΕΚ	<u>ΠΔ 88/99</u> [TP: ΠΔ 76/05]	94/A/13-5-1999
155	Τροποποίηση του Π.Δ 395/94 "Ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας για τη χρησιμοποίηση εξοπλισμού εργασίας από τους εργαζόμενους κατά την εργασία τους σε συμμόρφωση με την οδηγία 89/655/ΕΟΚ" (220/A) σε συμμόρφωση με την οδηγία 95/63/ΕΚ του Συμβουλίου.	<u>ΠΔ 89/99</u>	94/A/13-5-1999
156	Καθορισμός οριακών τιμών έκθεσης και ανωτάτων οριακών τιμών έκθεσης των εργαζομένων σε ορισμένους χημικούς παράγοντες κατά την διάρκεια της εργασίας τους σε συμμόρφωση με τις οδηγίες 91/322/ΕΟΚ και 96/94/ΕΚ της Επιτροπής και τροποποίηση και συμπλήρωση του π.δ 307/86 "Προστασία της υγείας των εργαζομένων που εκτίθενται σε ορισμένους χημικούς παράγοντες κατά την διάρκεια της εργασίας τους" (135/A) όπως τροποποιήθηκε με το π.δ 77/93 (34/A)	<u>ΠΔ 90/99</u>	94/A/13-5-1999
157	Όροι ίδρυσης και λειτουργίας Υπηρεσιών Προστασίας και Πρόληψης	<u>ΠΔ 95/99</u> [Δ.ΣΦ ΦΕΚ 146/A/99]	102/A/26-5-1999
		<u>ΠΔ 104/99</u> [TP: YA 47368/2522/04]	113/A
158	Οργάνωση Υπηρεσιών Σώματος Επιθεώρησης Εργασίας	<u>ΠΔ 136/99</u>	134/A/30-6-1999

159	Τροποποίηση του π.δ 17/96 "Μέτρα για την βελτίωση της ασφάλειας και της υγείας των εργαζομένων κατά την εργασία σε συμμόρφωση με τις οδηγίες 89/391/ΕΟΚ και 91/383/ΕΟΚ"(11/Α) και του π.δ 70α/88"Προστασία των εργαζομένων που εκτίθενται σε αμίαντο κατά την εργασία"(31/Α) όπως αυτό τροποποιήθηκε με το π.δ 175/97 (150/Α)	<u>ΠΔ 159/99</u>	157/Α/3-8-1999
160	Καθορισμός μέτρων και όρων για την αντιμετώπιση των κινδύνων από ατυχήματα μεγάλης έκτασης σε εγκαταστάσεις ή μονάδες λόγω της ύπαρξης επικίνδυνων ουσιών.	<u>ΥΑ 5697/590/00</u>	405/Β/29-3-2000
161	Τροποποίηση και συμπλήρωση του π.δ 399/94"Προστασία των εργαζομένων από τους κινδύνους που συνδέονται με την έκθεση σε καρκινογόνους παράγοντες κατά την εργασία σε συμμόρφωση με την οδηγία του Συμβουλίου 90/394/ΕΟΚ" (221/Α) σε συμμόρφωση με την οδηγία 97/42ΕΚ του Συμβουλίου	<u>ΠΔ 127/2000</u>	111/Α/6-4-2000
162	Καθορισμός μέτρων και όρων για την διαχείριση των πολυχλωροδιφαινυλίων και των πολυχλωροτριφαινυλίων	<u>ΥΑ 7589/731</u>	514/Β/11-4-2000
163	Μέτρα προφύλαξης του κοινού από τη λειτουργία κεραιών εγκατεστημένων στην ξηρά.	<u>ΥΑ 53571/3839/00</u>	1105/Β/6-9-2000
164	Καθιέρωση του Φακέλου Ασφάλειας και Υγείας (Φ.Α.Υ) ως απαραίτητου στοιχείου για την προσωρινή και οριστική παραλαβή κάθε Δημόσιου Έργου.	<u>ΥΑ 433/19-9-00</u>	1176/Β/22-9-2000
165	Τροποποίηση του π.δ 395/94" Ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας για τη χρησιμοποίηση εξοπλισμού εργασίας από τους εργαζόμενους κατά την εργασία τους σε συμμόρφωση με την οδηγία 89/655/ΕΟΚ"(ΦΕΚ 220/Α/19-12-94) όπως αυτό τροποποιήθηκε με το π.δ 89/99 "Τροποποίηση του π.δ 395/94 σε συμμόρφωση με την οδηγία 95/63/ΕΚ του Συμβουλίου"(ΦΕΚ 94/Α/13-5-1999)	<u>ΠΔ 304/2000</u>	241/Α/3-11-2000
166	Προώθηση της απασχόλησης και άλλες διατάξεις	<u>Ν 2874/2000</u>	286/Α/29-12-2000
167	Συγκρότηση Γνωμοδοτικής Επιτροπής για τη χορήγηση άδειας λειτουργίας των εξωτερικών Υπηρεσιών Προστασίας και Πρόληψης ΕΞ.Υ.Π.Π.	<u>ΑΠ 90826/01</u>	167/Β/19-2-2001
168	Πρόληψη εργασιακού κινδύνου κατά την μελέτη του έργου	<u>ΔΙΠΑΔ/οικ/177/01</u>	266/Β/14-3-2001
169	Καθιέρωση του Σχεδίου Ασφάλειας και Υγείας (ΣΑΥ) και του Φακέλου Ασφάλειας και Υγείας (Φ.Α.Υ) ως απαραίτητων στοιχείων για την έγκριση μελέτης στο στάδιο της οριστικής μελέτης ή/και της μελέτης εφαρμογής σε κάθε Δημόσιο Έργο	<u>ΔΙΠΑΔ/οικ/85/01</u>	686/Β/1-6-2001
170	Έγκριση κανονισμού ακτινοπροστασίας	<u>ΥΑ 1014/94/2001</u>	216/Β/2001

171	Κύρωση της Διεθνούς Σύμβασης Εργασίας 182 για την απαγόρευση των χειρότερων μορφών εργασίας των παιδιών και την άμεση δράση με σκοπό την εξάλειψή τους	<u>N 2918/2001</u>	119/A/15-6-2001
172	Προστασία της υγείας και ασφαλείας των εργαζομένων κατά την εργασία από κινδύνους οφειλόμενους σε χημικούς παράγοντες.	<u>ΠΔ 338/2001</u>	227/A/9-10-2001
173	Τροποποίηση του π.δ. 307/86 "Προστασία της υγείας των εργαζομένων που εκτίθενται σε ορισμένους χημικούς παράγοντες κατά την διάρκεια της εργασίας τους.	<u>ΠΔ 339/2001</u>	227/A/9-10-2001
174	Απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, μεταφορικά μέσα και μονάδες παροχής Υπηρεσιών Υγείας	<u>ΥΙ/Γ.Π./οικ. 76017/02</u>	1001/B/1-8-2002
175	Συλλογικές Συμβάσεις εργασίας	<u>(ΣΣΕ)</u>	1633/B/31-12-2002
176	Πρόληψη και αντιμετώπιση του εργασιακού κινδύνου κατά την κατασκευή Δημοσίων Έργων (ΣΑΥ και ΦΑΥ)	<u>ΔΙΠΑΔ/οικ/889/03</u>	16/B/14-1-2003
177	Τροποποίηση του π.δ. 176/97 "Μέτρα για την βελτίωση της ασφάλειας και της υγείας κατά την εργασία των εγκύων, λεχώνων και γαλουχουσών εργαζομένων σε συμμόρφωση με την οδηγία 92/85/ΕΟΚ" (150/A)	<u>ΠΔ 41/2003</u>	44/A/21-2-2003
178	Σχετικά με τις ελάχιστες απαιτήσεις για τη βελτίωση της προστασίας της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων οι οποίοι είναι δυνατόν να εκτεθούν σε κίνδυνο από εκρηκτικές ατμόσφαιρες σε συμμόρφωση με την οδηγία 1999/92/ΕΚ της 16ης Δεκεμβρίου 1999 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου (Ε.Ε. L 23/57/28-01-2000).	<u>ΠΔ 42/2003</u>	44/A/21-2-2003
179	Τροποποίηση και συμπλήρωση του π.δ. 399/94 "Προστασία των εργαζομένων από τους κινδύνους που συνδέονται με την έκθεση σε καρκινογόνους παράγοντες κατά την εργασία σε συμμόρφωση με την οδηγία του Συμβουλίου 90/394/ΕΟΚ" (221/A) σε συμμόρφωση με την οδηγία 1999/38/ΕΚ του Συμβουλίου της 29ης Απριλίου 1999 (Ε.Ε. L 138/01-06-1999)	<u>ΠΔ 43/2003</u> <u>[Δ.ΣΦ. ΦΕΚ 199/A/11-8-2005]</u>	44/A/21-2-2003
180	Κοινωνικός διάλογος για την προώθηση της απασχόλησης και την κοινωνική προστασία και άλλες διατάξεις	<u>N 3144/2003</u>	111/A/8-5-2003
181	Κανονισμός εσωτερικών εγκαταστάσεων φυσικού αερίου με πίεση λειτουργίας έως και 1 bar	<u>ΥΑ Δ3/11346/03</u>	963/15-7-2003
182	Κανονισμός Ελέγχων Ανυψωτικών Μηχανημάτων	<u>ΥΑ 15085/593/03</u>	1186/B/25-8-2003
183	Τεχνικός κανονισμός εγκαταστάσεων υγραερίου στα κτίρια (πλην βιομηχανιών - βιοτεχνιών)	<u>ΥΑ 31856/03</u>	1257/3-9-2003

184	Καθορισμός κατηγοριών κατάταξης των ναυπηγοεπισκευαστικών επιχειρήσεων και των ειδικών επιχειρήσεων ναυπήγησης, συντήρησης, επισκευής και μετατροπής πλοίων	<u>ΠΔ 4/04</u>	2/A/12-1-2004
185	Εγκαταστάσεις με συρματόσχοινα για τη μεταφορά προσώπων. Εναρμόνιση της οδηγίας 2000/9/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 2 ^{ης} Μαρτίου 2000	<u>ΠΔ 12/04</u>	7/A/16-1-04
186	Καθορισμός προϋποθέσεων έκδοσης των αδειών άσκησης επαγγέλματος των τεχνιτών αυτοκινήτων, μοτοσυκλετών και μοτοποδηλάτων του άρθρου 10 του ν. 1575/85 (207/A).	<u>ΥΑ ΟΙΚ.902/24/04</u>	66/B/20-1-2004
187	Εναρμόνιση εθνικής νομοθεσίας στην οδηγία 2003/101/ΕΚ της Επιτροπής	<u>ΥΑ Ε 123/45/Β0034/04</u>	97/B/23-1-2004
188	Καθορισμός του τύπου και του περιεχομένου της πράξης βεβαίωσης των παραβάσεων που προβλέπονται από το Ν. 2696/96 "Κύρωση του Κ.Ο.Κ." (Α/57) και από την περί αυτοκινήτου νομοθεσία	<u>ΥΑ 7016/6/6127/04</u>	199/B/4-2-2004
189	Τροποποίηση του π.δ 445/83 (166/A) σε εναρμόνιση προς την Οδηγία 2003/34/Ε.Κ. του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου «σχετικά με την εικοστή τρίτη τροποποίηση της Οδηγίας 76/769/ΕΟΚ του Συμβουλίου, που αφορά περιορισμούς κυκλοφορίας στην αγορά και χρήσης μερικών επικίνδυνων ουσιών και παρασκευασμάτων (ουσιών που έχουν ταξινομηθεί ως καρκινογόνες, μεταλλαξιγόνες ή τοξικές στην παραγωγή - ΚΜΤ)».	<u>ΥΑ 389/2003/04</u>	216/B/6-2-2004
190	Μέτρα για την αντιμετώπιση της ανεργίας και άλλες διατάξεις	<u>Ν 3227/04</u>	31/A/9-2-2004
191	Προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας προς τις διατάξεις των οδηγιών 2001/19/ΕΚ, 1999/48/ΕΚ, 98/63/ΕΚ, 96/21/ΕΚ, 93/16/ΕΟΚ, που αφορούν το επάγγελμα του ιατρού	<u>ΠΔ 38/04</u>	35/A/9-2-2004
192	Διαδικασίες εγγραφής των ναυπηγοεπισκευαστικών επιχειρήσεων και των ειδικών επιχειρήσεων ναυπήγησης, συντήρησης, επισκευής και μετατροπής πλοίων στο μητρώο των επιχειρήσεων ναυπήγησης, μετατροπής, επισκευής και συντήρησης πλοίων, σύμφωνα με το άρθρο 6 παρ 2 του ν. 2642/98.	<u>ΠΔ 50/04</u>	41/A/11-2-2004
193	Κύρωση των τροποποιήσεων της Διεθνούς Σύμβασης «περί ασφαλείας της ανθρώπινης ζωής στη θάλασσα, (ΠΑΑΖΕΘ- SOLAS)», που υιοθετήθηκαν στην διάσκεψη των συμβαλλομένων κυβερνήσεων της διεθνούς σύμβασης την 21 ^η Δεκεμβρίου 2002.	<u>ΠΔ 56/04</u>	47/A/11-2-2004
194	Τροποποίηση της Φ2/55009/4626/00/02 (Β' 1028) κοινή υπουργική απόφαση "Προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας προς τις διατάξεις της οδηγίας 2000/30/ΕΚ της 6ης Ιουνίου 2000 σχετικά με τον οδικό τεχνικό έλεγχο των οχημάτων επαγγελματικής χρήσεως που κυκλοφορούν στην Κοινότητα", σε συμμόρφωση με τις διατάξεις της οδηγίας 2003/26/ΕΚ.	<u>ΥΑ Φ2/32397/3517/04</u>	303/B/11-2-04
195	Θέματα Κοινωνικής Αφάλισης και άλλες διατάξεις	<u>Ν 3232/04</u>	48/A/12-2-2004

196	Έγκριση του κανονισμού εσωτερικής λειτουργίας της επιτροπής διερεύνησης ατυχημάτων και ασφάλειας πτήσεων και οργανισμός της μονάδας μελετών και διερεύνησης αεροπορικών ατυχημάτων και συμβάντων.	<u>ΠΔ 59/04</u>	50/A/17-2-2004
197	Καθορισμός, εναρμονισμένων απαιτήσεων και διαδικασιών για την ασφαλή φόρτωση και εκφόρτωση των Φ/Γ πλοίων μεταφοράς χύδην φορτίων, σε συμμόρφωση προς την Οδηγία 2001/96/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 4ης Δεκεμβρίου 2001, όπως τροποποιήθηκε από την Οδηγία 2002/84/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 5ης Νοεμβρίου 2002.	<u>ΠΔ 66/04</u>	56/A/25-2-04
198	Τροποποίηση της υ.α 132458/03 «επιμόρφωση εργοδοτών επιχειρήσεων Β κατηγορίας σύμφωνα με το π.δ 294/88 και εργαζομένων για θέματα άσκησης καθηκόντων τεχνικού ασφάλειας. – Προγράμματα 2004 (1901/Β).	<u>ΥΑ 130286/04</u>	385/Β/25-2-2004
199	Διαδικασία έγκρισης μιγμάτων φυτοπροστατευτικών προϊόντων που περιέχουν μια νέα για την ΕΕ δραστική ουσία που έχει καταχωρηθεί στο Παράρτημα Ι της οδηγίας 91/414/ΕΟΚ και τουλάχιστον μια παλαιά για την οποία δεν έχει ληφθεί ακόμα απόφαση καταχώρησης ή μη στο Παρ/μα Ι της οδηγίας αυτής από την Επιτροπή της ΕΕ.	<u>ΥΑ 90366/04</u>	196/Β/4-2-04
200	Καθορισμός των όρων και προϋποθέσεων ιδρύσεως και λειτουργίας Σταθμών υπεραστικών λεωφορείων και Σταθμών φορτηγών αυτοκινήτων για φορτοεκφόρτωση εμπορευμάτων (εμπορευματικών σταθμών αυτοκινήτων).	<u>ΠΔ 79/04</u>	62/A/1-3-2004
201	Προσαρμογή της Ελληνικής Νομοθεσίας προς τις διατάξεις της Οδηγίας 2002/30/ΕΚ, του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 26ης Μαρτίου 2002 Περί καθιέρωσης κανόνων και διαδικασιών για τη θέσπιση περιορισμών λειτουργίας σε συνάρτηση με τον προκαλούμενο θόρυβο στους κοινωτικούς Αερολιμένες.	<u>ΠΔ 80/04</u>	63/A/2-3-2004
202	Αντικατάσταση της κ.υ.α 98012/2001/96 «καθορισμός μέτρων και όρων για τη διαχείριση των χρησιμοποιημένων ορυκτελαίων» (40/Β) «μέτρα, όροι και πρόγραμμα για την εναλλακτική διαχείριση των Αποβλήτων Λιπαντικών Ελαίων».	<u>ΠΔ 82/04</u>	64/A/2-3-2004
203	Οργάνωση και προδιαγραφές λειτουργίας φαρμακαποθήκης.	<u>Π.Δ. 88/04</u>	68/A/3-3-2004
204	Μέτρα και όροι για την εναλλακτική διαχείριση των μεταχειρισμένων ελαστικών των οχημάτων. Πρόγραμμα για την εναλλακτική διαχείριση τους.	<u>ΠΔ 109/04</u>	75/A/5-3-2004
205	Αντικατάσταση της 73537/1438/95 κ.υ.α «διαχείριση των ηλεκτρικών στηλών και συσσωρευτών που περιέχουν ορισμένες επικίνδυνες ουσίες» (781/Β) και 19817/00 κ.υ.α «τροποποίηση της 73537/95 κ.υ.α κ.λ.π.» (963/Β) «μέτρα, όροι και πρόγραμμα για την εναλλακτική διαχείριση των χρησιμοποιημένων Ηλεκτρικών Στηλών και Συσσωρευτών».	<u>ΠΔ 115/04</u>	80/A/5-3-2004

206	Μέτρα, όροι και πρόγραμμα για την εναλλακτική διαχείριση των οχημάτων στο τέλος του κύκλου ζωής τους, των χρησιμοποιημένων ανταλλακτικών τους και των απενεργοποιημένων καταλυτικών μετατροπών σε συμμόρφωση με τις διατάξεις της Οδηγίας 2000/53/ΕΚ «για τα οχήματα στο τέλος του κύκλου ζωής τους» του Συμβουλίου της 18ης Σεπτεμβρίου 2000.	<u>ΠΔ 116/04</u>	81/A/5-3-2004
207	Μέτρα, όροι και πρόγραμμα για την εναλλακτική διαχείριση των αποβλήτων ειδών ηλεκτρικού και ηλεκτρονικού εξοπλισμού, σε συμμόρφωση με τις διατάξεις των Οδηγιών 2002/95 «σχετικά με τον περιορισμό της χρήσης ορισμένων επικίνδυνων ουσιών σε είδη ηλεκτρικού και ηλεκτρονικού εξοπλισμού» και 2002/96 «σχετικά με τα απόβλητα ειδών ηλεκτρικού και ηλεκτρονικού εξοπλισμού» του Συμβουλίου της 27ης Ιανουαρίου 2003»	<u>ΠΔ 117/04</u>	82/A/5-3-2004
208	Αντικατάσταση του ισχύοντος Κανονισμού Εσωτερικών Ηλεκτρικών Εγκαταστάσεων (Κ.Ε.Η.Ε) με το Πρότυπο ΕΛΟΤ HD 384 και άλλες σχετικές διατάξεις.	<u>ΥΑ Αριθ.Φ.7.5/ 1816/88/04</u>	470/B/5-3-2004
209	Τροποποίηση του π.δ 395/94 «ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας για τη χρησιμοποίηση εξοπλισμού εργασίας από τους εργαζόμενους κατά την εργασία τους σε συμμόρφωση με την οδηγία 89/655/ΕΟΚ» (Α/220) όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει, σε συμμόρφωση με την οδηγία 2001/45/ΕΚ.	<u>ΠΔ 155/04</u>	121/A/5-7-2004
210	Πιστοποίηση πραγματογνώμονα ADR για την διενέργεια ελέγχων σε οχήματα μεταφοράς επικινδύνων εμπορευμάτων σύμφωνα με τις διατάξεις του π.δ 104/99 όπως αυτό ισχύει.	<u>ΥΑ ΦΓ1/2257/134/04</u>	614/B/27-4-2004
211	Τροποποίηση Κανονισμού Πυρασφάλειας - Διάσωσης αεροσκαφών σε αεροδρόμια.	<u>ΥΑ Δ3/Γ/20758/ 4325/04</u>	874/B/14-6-2004
212	Τροποποίηση του π.δ 104/99 (113/A) σε συμμόρφωση προς τις διατάξεις της οδηγίας 2001/7/ΕΚ της Επιτροπής για την τρίτη προσαρμογή στην τεχνική πρόοδο της οδηγίας 94/55/ΕΚ του Συμβουλίου σχετικά με την προσέγγιση των νομοθεσιών των κρατών μελών όσον αφορά την οδική μεταφορά επικινδύνων εμπορευμάτων.	<u>ΥΑ οικ. 47368/2522/04</u>	1303/B/25-8-2004
213	Τροποποίηση διατάξεων με τις οποίες είχε προσαρμοστεί η ελληνική νομοθεσία με αντίστοιχες Οδηγίες της Ε.Ε. που αφορούσαν στην ασφάλεια στη ναυτιλία και την πρόληψη της ρύπανσης από τα πλοία, σε συμμόρφωση με την οδηγία 2002/84/ΕΚ του Συμβουλίου της 5ης Νοεμβρίου 2002.	<u>ΠΔ 3/2005</u>	2/A/5-1-2005
214	Ίδρυση και λειτουργία βιομηχανικών - βιοτεχνικών εγκαταστάσεων στο πλαίσιο της αειφόρου ανάπτυξης και άλλες διατάξεις	<u>Ν. 3325/2005</u>	68/A/11-3-2005

215	Τροποποίηση του π.δ 88/1999 "Ελάχιστες προδιαγραφές για την οργάνωση του χρόνου εργασίας σε συμμόρφωση με την οδηγία 93/104/ΕΚ" (ΦΕΚ 94 Α') σε συμμόρφωση με την οδηγία 2000/34/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου.	<u>ΠΔ 76/2005</u>	117/Α/19-5-2005
216	Σύστημα Εποπτείας της Αγοράς από τη Γενική Γραμματεία Βιομηχανίας του Υπουργείου Ανάπτυξης	<u>ΥΑ 10581/1015/2005</u>	706/Β/25-5-2005
217	Περιορισμός συναρμοδιοτήτων Υπουργών κατά την έκδοση διοικητικών πράξεων.	<u>ΠΔ 104/2005</u>	137/Α/15-6-2005
218	Ρυθμίσεις για την προώθηση της απασχόλησης, την ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και άλλες διατάξεις.	<u>Ν. 3385/2005</u>	210/Α/19-8-2005
219	Ελάχιστες προδιαγραφές υγείας και ασφάλειας όσον αφορά την έκθεση των εργαζομένων σε κινδύνους προερχόμενους από φυσικούς παράγοντες (κραδασμοί), σε συμμόρφωση με την Οδηγία 2002/44/ΕΚ.	<u>ΠΔ 176/2005</u>	227/Α/14-9-2005
220	Προστασία των εργαζομένων που εκτίθενται σε αμίαντο κατά την εργασία, σε συμμόρφωση με την οδηγία 83/477/ΕΟΚ του Συμβουλίου, όπως αυτή τροποποιήθηκε με την οδηγία 91/382/ΕΟΚ του Συμβουλίου και την οδηγία 2003/18/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου.	<u>ΠΔ 212/2006</u>	212/Α/9-10-2006
221	Προστασία της υγείας των εργαζομένων που εκτίθενται σε ορισμένους χημικούς παράγοντες κατά την διάρκεια της εργασίας τους, κατά τροποποίηση του π.δ. 307/1986 όπως ισχύει, σε συμμόρφωση προς την Οδηγία 2006/15/ΕΚ .	<u>ΠΔ 162/2007</u>	202/Α/23-8-2007
222	Νόμος Υπ' Αριθ. 3846: Εγγυήσεις για την Εργασιακή Ασφάλεια και άλλες διατάξεις	<u>Ν.3846/2010</u>	66/Α/11-5-2010
223	Νόμος Υπ' Αριθ. 3850: Κύρωση του Κώδικα νόμων για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων	<u>Ν.3850/2010</u>	84/Α/2-6-2010

224	<p>Αποφάση Αριθμ. 15616/398: Διαδικασία έγκρισης των προγραμμάτων εκπαίδευσης όλων όσων εμπλέκονται σε εργασίες με αμίαντο ή αμιαντούχα υλικά. Οργάνωση, εκτέλεση, λειτουργία, είδος, διάρκεια, δαπάνες εκτέλεσης, φορείς που διενεργούν τα προγράμματα εκπαίδευσης, διδακτέα ύλη, προσόντα των διδασκόντων και των εκπαιδευομένων, πιστοποιητικά που χορηγούνται και κάθε αναγκαία λεπτομέρεια.</p>	<u>ΥΑ15616/398-2010</u>	1340/Β/31-8-2010
225	<p>Προεδρικό Διάταγμα Υπ'Αριθμ. 82: Ελάχιστες προδιαγραφές υγείας και ασφάλειας όσον αφορά στην έκθεση των εργαζομένων σε κινδύνους προερχόμενους από φυσικούς παράγοντες (τεχνητή οπτική ακτινοβολία), σε συμμόρφωση με την οδηγία 2006/25/ΕΚ</p>	<u>ΠΔ 82/2010</u>	145/Α/1-9-2010

ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

Α/Α Έρευνας	Έρευνα	Πληθυσμός	Αποτελέσματα	Συμπεράσματα
Εργασιακό περιβάλλον, Ψυχο-κοινωνικές συνθήκες και οργανωσιακή κουλτούρα				
1.	Lowe ¹²⁵ (2006)		<p>Η ποιότητα των δεικτών της εργασιακής ζωής, περιλαμβάνει μια ευρεία σειρά καθοριστικών παραγόντων - κοινωνικών, ψυχολογικών, οργανωτικών και φυσικών (αιτίες), διεργασίες (οι δραστηριότητες που επηρεάζουν τους καθοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν τα αποτελέσματα) και τα αποτελέσματα (συνέπειες).</p> <p>Περιγράφει τέσσερις κατηγορίες δεικτών ποιότητας εργασιακής ζωής: 1) ασφάλεια στο χώρο εργασίας, εστίαση στην υγεία των εργαζομένων και ουσιαστικά αποτελέσματα ευημερίας και ευεξίας, 2) αποτελέσματα απόδοσης του οργανισμού, 3) τους καθοριστικούς παράγοντες του περιβάλλοντος εργασίας, και 4) τους καθοριστικούς παράγοντες της οργανωσιακής κουλτούρας. Ο οργανισμός θα πρέπει να καθορίσει την ικανότητά του να συλλέγει, να αναλύει και να επικοινωνεί τους ποιοτικούς δείκτες της εργασιακής ζωής.</p> <p>Επιπλέον, τέσσερις δείκτες που σχετίζονται με το τρίπτυχο εργαζόμενος-διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού -οργανισμού, έχουν εντοπιστεί σε προηγούμενες εργασίες του και περιλαμβάνουν: 1) απουσιασμός, 2) ποσοστό κενών θέσεων, 3) υπερωρίες και 4) παραιτήσεις ή κύκλοι εργασίας (επιστροφές-επανεπεντάξεις).</p>	<p>Τονίζει ότι δεν υπάρχει σαφής μεθοδολογική συναίνεση για το ποια είναι τα ποιοτικά στοιχεία των δεικτών εργασιακής ζωής τα οποία θα πρέπει να ερευνώνται από όλους τους μελετητές.</p>
2.	Stone, Hughes και Dailey ¹⁶³ (2008)		<p>Θετική συσχέτιση του υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος με την συμπεριφορά, τις στάσεις και τα κίνητρα στους ιατρούς.</p>	<p>Η οργανωσιακή κουλτούρα ενός οργανισμού και το θετικό εργασιακό κλίμα, και μικρο-κλίμα, η ύπαρξη ομάδων υποστήριξης, η ενδυνάμωση από την διοίκηση, φέρονται να έχουν θετική επίδραση στον κύκλο εργασιών των εργαζομένων, στην εργασιακή τους ικανοποίηση και κυρίως στην ασφάλεια των ασθενών.</p>
3.	Lee & Tan ¹²¹ (2012)	Μετά-ανάλυση 57 ερευνών	<p>Όταν οι εργαζόμενοι έχουν το πλεονέκτημα να είναι πιο δημιουργικοί, είναι ικανοί να καταφέρουν υψηλότερα ποσοστά απόδοσης στην εργασία όταν μάλιστα εργάζονται σε υγιές ψυχο-κοινωνικά εργασιακό περιβάλλον.</p>	<p>Διαπίστωσαν ότι η ποιότητα των σχέσεων με τον προϊστάμενο, η αίσθηση της εμπύχωσης και η ύπαρξη υποστηρικτικής κουλτούρας και ηγεσίας, συνεισφέρει στην εργασιακή απόδοση.</p>

4.	Lowe ¹²⁸ (2014)		Ερευνά την συσχέτιση της οργανωσιακής κουλτούρας με την ευεξία εργαζομένων (wellness, wellbeing) δια μέσω προγραμμάτων προαγωγής υγείας του εργατικού δυναμικού. Οι υγιείς οργανισμοί είναι επιτυχημένοι διότι καλλιεργούν ένα υγιές εργατικό δυναμικό, ως μέσο για υψηλότερα επίπεδα απόδοσης, την ικανοποίηση των πελατών, την ποιότητα του παραγόμενου έργου ή υπηρεσίας, και την αξία της μετοχής της επιχείρησης.	Για να κινηθούν οι οργανισμοί προς αυτή την κατεύθυνση απαιτείται ολιστική και μακροπρόθεσμη ηγεσία με βάση την ευημερία των εργαζομένων, την ανάπτυξη του ανθρωπίνου δυναμικού, τα οφέλη και την συμμετοχή των εργαζομένων και την μέριμνα για επαγγελματική υγεία και ασφάλεια. Οι εργοδότες οι οποίοι επενδύουν στην υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων επιτυγχάνουν εξοικονόμηση κόστους και παραγωγικό πλεονέκτημα καθώς και υγιέστερο εργατικό δυναμικό.
5.	Kaplan & Norton ¹¹² (2001)		Υποστηρίζει την τεχνική της «balanced scorecard», λαμβάνοντας υπ' όψιν τα υλικά και άυλα στοιχεία του οργανισμού ή της επιχείρησης και της οργανωσιακής κουλτούρας, με την προοπτική της βελτίωσης των δεικτών αξιολόγησης σε πραγματικό χρόνο και σε πραγματικές αξίες ανάλογα με το είδος της επιχειρηματικής δραστηριότητας.	
6.	Mohamed ¹⁴² (2003)		Η χρήση της ολιστικής balanced scorecard σε μια προσπάθεια ευθυγράμμισης της διαχείρισης του ανθρωπίνου δυναμικού και της οργανωτικής απόδοσης, είναι ουσιαστικής σημασίας.	
7.	Gunduz and Simsek ⁹⁵ (2007)		Η χρήση της balanced scorecard φέρεται να βοηθά στην μετάδοση του οράματος του οργανισμού σε στοχευόμενες προοπτικές της ΥΑΕ με σκοπό την αποδοτικότητα από την οπτική της ορθής οικονομικής διαχείρισης, της ικανοποίησης των πελατών, του εύρημου εσωτερικού περιβάλλοντος του οργανισμού και της καινοτομίας.	
8.	MacEachen et al. ¹³¹ (2010)		Οι εργαζόμενοι είναι πρόθυμοι να προχωρήσουν σε παραχωρήσεις όσον αφορά την ασφάλεια, προς όφελος της παραγωγικότητας ή της διατήρησης της θέσης εργασίας. Επίσης, εμφανίζονται να έχουν την αντίληψη ότι έχουν τον έλεγχο της διαχείρισης των κινδύνων.	Αυτό συμβαίνει για κάποιους λόγους: στους εργαζόμενους δημιουργήθηκε η αίσθηση ότι κάνουν το σωστό από τους εργοδότες τους, η αντίληψη ότι μπορούν να βασιστούν στον εαυτό τους και η ανάληψη της ευθύνης της εργασίας τους, ως ειδικευμένοι εργαζόμενοι. Οι εργαζόμενοι που έχουν ισχυρή αντίληψη των εργασιακών κινδύνων εμφανίζουν καλύτερη συμπεριφορά σε σχέση με τους κινδύνους και χαμηλότερα ποσοστά τραυματισμών.
9.	Rosen et al. ¹⁵⁰ (2010)		Οι ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι σε σχέση με την απόδοση στην εργασία περιλαμβάνουν: ασάφεια ρόλου, υπερβολικό φόρτο εργασίας, περιορισμοί, έλλειψη ελέγχου, κοινωνικά χαρακτηριστικά, κακή έκβαση της σταδιοδρομίας, κακές συνθήκες εργασίας. Ένα άλλο ψυχοκοινωνικό πρόβλημα	Η σχέση μεταξύ των ψυχοκοινωνικών κινδύνων και της απόδοσης στην εργασία είναι πολύπλοκη, λόγω των πολλών διαφορετικών τύπων των

			είναι μια κακή ισορροπία μεταξύ εργασίας και ιδιωτικής ζωής.	ψυχοκοινωνικών κινδύνων που μπορεί να σχετίζονται με διαφορετικούς τρόπους με την απόδοση στην εργασία.
10.	Baker & Demerouti ⁴³ (2007)		Στο μοντέλο εργασίας απαιτήσεων- πόρων (The job-demands-resources model) αναφέρεται ότι η υγεία των εργαζομένων, η ευημερία και η απόδοση προωθούνται από το σχεδιασμό εργασίας με ανάλογη προς τον υπάλληλο ποσότητα εργασιακών απαιτήσεων και έλεγχο πάνω στην εργασία.	
11.	Siegrist (1996) Vegchel et al. ¹⁷¹ (2002)		Το μοντέλο ανισορροπίας ανταμοιβής-προσπάθειας (The effort reward imbalance model) τονίζει ότι η υγεία, η ευημερία και η απόδοση θα τονωθεί από μια ισορροπία μεταξύ προσπάθειας (εξωγενής ζήτηση θέσεων εργασίας και εσωτερικά κίνητρα για να ανταποκριθεί σε αυτές τις απαιτήσεις) και ανταμοιβής (μισθοί, ανταμοιβή, αυτοεκτίμηση, ασφάλεια, καριέρα) .	
12.	Hwang et al. ¹⁰² (2010)		Η θεωρία του προσδόκιμου (Expectancy theory) προβλέπει ότι το κίνητρο του εργαζομένου καθορίζεται από το πόσο τα άτομα θέλουν μια ανταμοιβή (Valence), την εκτίμηση της πιθανότητας ότι η προσπάθεια θα οδηγήσει στην αναμενόμενη απόδοση (Expectancy) και την πεποίθηση ότι η απόδοση θα οδηγήσει σε ανταμοιβή (Instrumentality). Το κίνητρο είναι το προϊόν του προσδόκιμου του ατόμου, δηλ. ότι μια συγκεκριμένη προσπάθεια θα οδηγήσει στην επιδιωκόμενη απόδοση, η επίδοση αυτή θα οδηγήσει στην επίτευξη ενός ορισμένου αποτελέσματος και θα υπάρξει σκοπιμότητα και χρησιμότητα αυτού του αποτελέσματος για το άτομο	
13.	Mitchell et al. ¹⁴¹ (2012)		Η θεωρία της κοινωνικής ανταλλαγής (social exchange theory), τα άτομα συμμετέχουν σε μια σειρά αλληλεξαρτώμενων αλληλεπιδράσεων που δημιουργούν υποχρεώσεις μεταξύ των μερών της ανταλλαγής. Αμοιβαίες ανταλλαγές που βελτιώνουν για παράδειγμα, τη κοινωνική στήριξη και τις θετικές διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις, ενισχύουν την ποιότητα των σχέσεων, η οποία παράγει αυτόν τον τρόπο ωφέλιμες και παραγωγικές συμπεριφορές, όπως η απόδοση στην εργασία .	
14.	Baker & Bal ⁴⁴ (2013)		Η θεωρία εργασιακής δέσμευσης (work engagement theory) υποκινεί τους οργανισμούς να επενδύσουν σε ενεργητικούς και αφοσιωμένους υπαλλήλους: τους ανθρώπους που αισθάνονται δέσμευση με την εργασία τους. Οι οργανισμοί αναμένουν από τους υπαλλήλους τους πρωτοβουλία και ευθύνη για την προσωπική ανάπτυξη τους. Οι εργαζόμενοι με πλήρη δέσμευση παρουσιάζουν έντονη συμμετοχή και ενθουσιασμό για τη δουλειά τους.	
15.	Shawn ¹⁵⁶ (2012)		Η θετική νοημοσύνη (positive intelligence) του οργανισμού προωθεί την ευτυχία των εργαζομένων μέσω τριών στρατηγικών σημείων: με την ανάπτυξη νέων συνθηκών με την θετική σκέψη, με την συνεργατικότητα και την αλλαγή και αποβολή	Στην έρευνά του καταδεικνύει ότι οι εργαζόμενοι που εμφανίζουν αυξημένη κοινωνική ενσυναίσθηση, παρουσιάζουν

			του εργασιακού στρες.	40% περισσότερες πιθανότητες να προαχθούν, αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από την εργασία και αισθάνονται 10 φορές περισσότερη εταιρική δέσμευση και πίστη.
16.	Lyubomirsky, King & Diener ¹³⁰ (2005)	Μετά-ανάλυση 225 επιστημονικών ερευνών	Οι ευτυχισμένοι υπάλληλοι κατά μέσο όρο παρουσιάζουν 31% υψηλότερη παραγωγικότητα, οι πωλήσεις τους είναι 37% περισσότερες και η δημιουργικότητάς τους τρεις φορές υψηλότερη. Ορίζουν ως ευτυχισμένα άτομα αυτά που βιώνουν θετικές επιδράσεις (positive affect), οφειλόμενες κυρίως στις θετικές σκέψεις και την θετική νοοτροπία σύμφωνα με τις τρέχουσες συνθήκες στην ζωή του ατόμου (προσωπικές, εργασιακές) ή τις προσωπικές επιδιώξεις και ενέργειες.	Η πολυπαραγοντική ανάλυση ανέδειξε το γεγονός ότι οι ευτυχισμένοι εργαζόμενοι παρουσιάζουν υψηλότερη απόδοση, έχουν καλύτερη αποδοχή από το εργασιακό περιβάλλον και τους προϊσταμένους τους και εμφανίζουν καλύτερες διοικητικές δεξιότητες. Ο ευτυχισμένος εργαζόμενος λοιπόν είναι πιο πιθανόν να επιτύχει καθώς είναι περισσότερο απίθανο να εμφανίσει αρνητικά συναισθήματα ψυχικής αποδέσμευσης από την εργασία (job withdrawal) και κατά συνέπεια χαμηλότερα ποσοστά απουσιασμού, επαγγελματικής εξουθένωσης, συμπεριφορές αντιποίησης και σαμποταρίσματος και εργασιακής απόσυρσης. Επίσης, παρουσιάζει χαμηλότερα ποσοστά παραίτησης και διάθεσης συμπλοκής με συναδέλφους.
17.	Kaplan et al. ¹¹¹ (2009)	Μετά-ανάλυση 57 ερευνών	Εξέτασαν την επίδραση της ψυχολογικής κατάστασης των εργαζομένων, της θετικής και αρνητικής ενσυναίσθησης. Κατέδειξαν ότι η θετική ενσυναίσθηση σχετίζεται αρνητικά με συναισθηματική απόσυρση. Οι εργαζόμενοι που χαρακτηρίζονται από την θετική ενσυναίσθηση διακρίνονται από ενθουσιασμό, εγρήγορση και ευθυμία. Η αρνητική ενσυναίσθηση σχετίζεται θετικά με την απόσυρση, με αντιπαραγωγικές συμπεριφορές και προβλήματα, και με επαγγελματικούς τραυματισμούς. Οι εργαζόμενοι που χαρακτηρίζονται από την αρνητική ενσυναίσθηση διακρίνονται από νωθρότητα και διάθεση λήθαργου, ενοχές, φόβους και άγχος.	Όλα αυτά φέρονται να έχουν άμεση συσχέτιση με την επικρατούσα αντίληψη για την οργανωτική και διοικητική λειτουργία δηλαδή τις δυνητικές παρεμβάσεις τις διαδικασίες και χειρισμούς υποκίνησης, του βαθμού δυσκολίας της εργασίας, την επαγγελματική ικανοποίηση και την αμεροληψία και δικαιοσύνη της διοίκησης.
Συνθήκες εργασίας και Επαγγελματικοί κίνδυνοι				
18.	Vahtera et al. ¹⁷⁰ (2000)		Η εργασιακή ένταση, ο συνδυασμός των υψηλών απαιτήσεων στην εργασία και ο χαμηλός βαθμός ικανότητας λήψης αποφάσεων, είναι επιζήμιος για την υγεία των εργαζομένων και μεταβιβάζουν αυξημένο κόστος λειτουργίας στους εργοδότες.	Οι καταπονημένοι από το εργασιακό στρες υπάλληλοι αναφέρουν περισσότερη κόπωση, κατάθλιψη, χαμηλή κινητοποίηση και προβλήματα υγείας όπως συχνόι πονοκέφαλοι και πόνοι στομάχου. Επίσης φέρονται να υιοθετούν επιβλαβείς συνήθειες όπως κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ,

				χαμηλής ποιότητας διατροφή.
19.	Hawley ⁹⁸ (1992)		Διαβλέπει ως αιτία του stress στην νοσηλευτική πρακτική: διαμάχες μεταξύ των ομάδων, σύγχυση στο ρόλο του καθενός, έλλειψη υποστήριξης από τους προϊσταμένους. Η κακής ποιότητας συνθήκες εργασίας και η δομή της οργάνωσης, θεωρούνται σαν τους πιο συχνούς στρεσογόνους παράγοντες.	
20.	Fontana ⁸⁴ (1989)		Ο ρόλος του επαγγέλματος πολλές φορές μπορεί να οδηγήσει τον νοσηλευτή στην απαξίωση, δηλ. έχει το αίσθημα ότι και να κάνει μπορεί να κριθεί και η πράξη του να είναι λανθασμένη. Αυτό οφείλεται σε αίσθημα εσωτερικής διαμάχης, άγχους σε σχέση με την τεχνολογία και ανασφάλεια προς τους προϊσταμένους και κυρίως σε αισθήματα ανικανότητας και χαμηλής αυτοεκτίμησης.	
21.	Ivancevich και Matteson ¹⁰⁵ (1997)		Η θέση ευθύνης δρα ως στρεσογόνος παράγοντας εξαιτίας του ιδιαίτερου χαρακτήρα της ευθύνης κυρίως δε καθώς αυτή σχετίζεται με την ανάγκη να λαμβάνονται δυσάρεστες αποφάσεις για άλλους. Μια δεύτερη αιτία, είναι ότι τα άτομα που βρίσκονται σε υπεύθυνες θέσεις συνήθως ταλαιπωρούνται από υπερβολικό φόρτο εργασίας και ίσως από συγκρούσεις ρόλων καθώς και αμφισβήτησης ρόλων.	
22.	Firth-Cozens ⁸² (1997)		Το 1/3 των νοσηλευτριών σε ολόκληρο τον κόσμο παρουσιάζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης από τα αρχικά ακόμα στάδια της καριέρας τους, ενώ ο κίνδυνος για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών στη συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα είναι πολύ υψηλός.	Το 15% των ιατρών ΠΦΥ υποφέρουν από κατάθλιψη και 25% από άγχος.
23.	Ραφτόπουλος ²⁵ (2009)	Μετά-ανάλυση 25 ερευνών	Οι άνδρες ιατροί αυτοκτονούν με μεγαλύτερη συχνότητα κατά 1,41 φορές σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό και οι γυναίκες 2,27 φορές περισσότερο.	
24.	La Montagne et al. ¹¹⁸ (2006)		Η χρόνια έκθεση σε συνθήκες εργασιακού στρες συσχετίζεται με την εμφάνιση εκφυλιστικών ασθενειών, καρδιοπαθειών, διαβήτη, κατάθλιψη, ημικρανιών και έλκων. Το εργασιακό στρες μπορεί να οδηγήσει σε μακροχρόνια ανικανότητα.	
25.	Trinkoff et al. ¹⁶⁷ (2006)		Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι στην υψηλή ομάδα κινδύνου για τους εργασιακά συσχετιζόμενους μυοσκελετικούς τραυματισμούς ή διαταραχές (MSD), με τον πόνο στην μέση και στην πλάτη, ως τις πιο συχνά αναφερόμενες διαταραχές κυρίως λόγω του κυκλικού ωραρίου και των ηυξημένων ωρών εργασίας.	

26.	Madani et al. ¹³³ (2014)		Η συντριπτική πλειοψηφία των νοσηλευτών βιώνουν επίμονο πόνο που σχετίζεται με την εργασία. Η μελέτη στο Ιράν, ανέδειξε ότι οι νοσηλευτές ανέφεραν μυοσκελετικό πόνο σε πάνω από 3,33 σωματικές περιοχές ενώ το 89% είχαν μυοσκελετικούς πόνους, κυρίως στο κάτω μέρος της πλάτης (74%) και στα γόνατα (48,5%).	
27.	Ando et al. ³⁹ (2000)		Στην Βραζιλία, η έρευνα αναφέρει ότι το 80,7% των νοσηλευτών παραπονέθηκε για μυοσκελετικούς πόνους. Τα άνω άκρα, οι ώμοι και ο λαιμός εμφανίζουν συχνά τραυματισμούς στους νοσοκόμους.	
28.	Daraiseh et al. ⁵⁹ (2003)		Η μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία αναφέρει ότι οι νοσηλευτές βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο μυοσκελετικών διαταραχών με ποσοστά που φτάνουν 40-50%. Οι διαταραχές εντοπίζονται στο λαιμό, στους ώμους ή στην πλάτη.	
29.	Bousquet et al. ⁴⁷ (2006)	Ανασκόπηση	Η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαπίστωσε ότι 4.0 %-4.6% του συνόλου των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών, ήταν αλλεργικοί στο λατέξ, με αποτέλεσμα ασθένειες όπως η δερματίτιδα, το άσθμα και η ρινίτιδα, η επιπεφυκίτιδα.	
30.	Karasek ¹¹⁰ (1979) Niedhammer et al. ¹⁴³ (2004)		Ο Karasek ανέπτυξε ένα μοντέλο εκτίμησης των αποτελεσμάτων των εργασιακών απαιτήσεων και του βαθμού ελέγχου στον εργασιακό βίο. Προσπάθησε να αναδείξει την συσχέτιση του στρες στην εργασία (και αν συνδέεται με ψυχολογικές απαιτήσεις και επιπτώσεις από την εργασία), με τον βαθμό ικανότητας λήψης αποφάσεων από τον εργαζομένο. Πρόσφατες, ανασκοπήσεις ερευνών ανέδειξαν την εγκυρότητα του μοντέλου.	Σύμφωνα με αυτό οι εργαζόμενοι στο τομέα της υγείας βρίσκονται στην πιο προβληματική κατηγορία εργασιακής καταπόνησης, καθώς βρίσκονται σε κατάσταση υψηλής εργασιακής έντασης και χαμηλής αυτονομίας. Αυτοί οι εργαζόμενοι διατρέχουν τον κίνδυνο να αναπτύξουν υψηλού βαθμού στρες, το οποίο συσχετίζεται με την εμφάνιση καρδιοπαθειών και ψυχικών νόσων. Επίσης, φέρονται να παρουσιάζουν υψηλότερα αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία τους και χαμηλά ποσοστά παρουσιασμού στην εργασία.
31.	Fransis et al. ⁸⁶ (2007)		Αναφέρουν ότι το εργασιακό περιβάλλον που απέχει από τα υγιή πρότυπα λειτουργίας, έχει πολυεπίπεδη επίδραση. Όπως περιγράφουν, εάν οι εργαζόμενοι δεν δύνανται να λειτουργήσουν σωστά λόγω συνεχών πονοκεφάλων, δακρυσμένων ματιών, αναπνευστικών δυσκολιών ή φόβο επικείμενης καταστροφής θα οδηγηθούν αναπόφευκτα σε χρόνια προβλήματα υγείας και η παραγωγικότητα θα μειωθεί.	

32.	Zapf ¹⁸³ (1999) Zapf, Knorz and Kulla ¹⁸⁴ (1996).		Ένας από τους παράγοντες που επιβαρύνουν μεταξύ των άλλων, την ποιότητα των συνθηκών εργασίας και ο οποίος είναι ελάχιστα γνωστός και εκτιμημένος στον ελληνικό χώρο, είναι η ύπαρξη της ηθικής/ψυχολογικής παρενόχλησης (mobbing/bullying). Θεωρείται μία από τις πιο σοβαρές μορφές παρενόχλησης στον χώρο εργασίας, με έντονα διαβρωτική και τοξική επίδραση στο εργασιακό περιβάλλον. Αποτελεί μία ακραία μορφή πρόκλησης στρες στον εργασιακό χώρο.	Αυτό που την διαφοροποιεί από τους συνηθισμένους στρεσογόνους παράγοντες είναι ότι αποτελεί μία συστηματική, μακρόχρονη και ύπουλη τακτική, η οποία μέσα από συχνές και επαναλαμβανόμενες αρνητικές συμπεριφορές, στοχεύει στην ψυχολογική και εργασιακή εξόντωση του θύματος ή όπως χαρακτηριστικά λέγεται στον ψυχικό φόνο.
33.	Ραφτόπουλος ²⁵ (2009)		Η βία αποτελεί έναν αναγνωρισμένο εργασιακό κίνδυνο για τους επαγγελματίες υγείας και για την ελληνική πραγματικότητα. Σε μια έρευνα που διεξήγαγε στην περιοχή της Αττικής το 94, 8% των νοσηλευτών υπήρξε θύμα επίθεσης κατά την διάρκεια του εργασιακού τους βίου, το 68,5% από τον ίδιο τον ασθενή και το 30,3% από συνοδό του.	
34.	Charney ⁵² (2009)		Σε πολλές πολιτείες των ΗΠΑ οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα απουσίας από την εργασία λόγω βίαιων πράξεων εναντίων τους, από ότι αναφέρουν οι σωφρονιστικοί υπάλληλοι.	
35.	Drake et al. ⁶⁴ (2005)		Αναφέρουν ότι 32% των εργαζομένων με νυχτερινό ωράριο (μεταξύ 9μ.μ. και 8 π.μ.) και 26% των εργαζομένων με κυκλικό ωράριο, παρουσιάζουν προβλήματα ύπνου όπως απνία και παρατεταμένη υπνηλία όταν είναι ξύπνιοι, γεγονός που επιδρά αρνητικά στις καθημερινές δραστηριότητες και στην ικανότητά τους να εργασθούν αποδοτικά και με ασφάλεια.	
36.	Folkard et al. ⁸³ (2005)	Μετά-ανάλυση	Διαπίστωσαν ότι ο κίνδυνος για τραυματισμό (κυρίως με βελόνες και αιχμηρά αντικείμενα) αυξάνει κατά 18% κατά την διάρκεια της απογευματινής βάρδιας και κατά 34% κατά την διάρκεια της νυχτερινής βάρδιας, σε σχέση με την πρωινή. Η διαπίστωση αυτή οφείλεται κυρίως στις διαταραχές ύπνου και στην μείωση του χρόνου αντίδρασης κατά την διάρκεια της ημέρας και στο τέλος της εβδομάδας.	
37.	Schernhammer et al. ¹⁵⁵ (2003)		Αναφέρουν ότι αυξάνει ο κίνδυνος για τον καρκίνο του εντέρου στις νοσηλεύτριες που εργάζονται 3 ή περισσότερες νύχτες τον μήνα για παραπάνω από 15 χρόνια.	
38.	Bøggild & Knutsson ⁴⁶ (1999)		Υποδεικνύουν ότι ο κίνδυνος για καρδιαγγειακά νοσήματα αυξάνει κατά 40% στους εργαζόμενους με νυχτερινό ωράριο.	

39.	Costa ⁵⁷ (2003)		Παρατηρείται επιδείνωση χρόνιων νοσημάτων όπως η υπέρταση, διαβήτης, άσθμα, ψυχικές νόσοι, επιληψία, θυρεοειδοπάθειες, εγκυμοσύνη (ή αποτυχία αυτής, υπογονιμότητα και αποβολές είναι πιο συχνές), καλοήθεις όγκοι. Η γήρανση επιβαρύνει και επιδεινώνει την εμφάνιση των συμπτωμάτων. Επιπλέον, εντοπίζονται προβλήματα στην κοινωνική ζωή των ατόμων (κοινωνική απόσυρση).	
40.	Ραφτόπουλος ²⁵ (2009)		Η μείωση του νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο και σημαντικό επιχειρηματικό κίνδυνο. Η ανεπάρκεια αυτή προσδιορίζεται ως πολυπαραγοντική (έλλειψη σχεδιασμού εκπαίδευσης, δημοσιοοικονομική ένδεια, ανεπαρκείς προσλήψεις, χαμηλοί μισθοί, κ.ά.) Το προσωπικό που εργάζεται δεν επαρκεί και είναι ήδη καταπονημένο από εξάντληση και στρες. Για τον λόγο αυτό παρατηρείται διάθεση των νοσηλευτών να εγκαταλείψουν το επάγγελμα, προς αναζήτηση άλλης εργασίας ικανής να τους προσφέρει ποιότητα ζωής.	
41.	Stone et al. ¹⁶² (2007)		Σε έρευνά τους σε νοσηλεύτριες που εργάζονται σε ΜΕΘ, διαπίστωσαν ότι 15% θα ήθελαν να αποχωρίσουν από την εργασία τους μέσα στο επόμενο έτος, λόγω της καταπόνησης. Επιπροσθέτως, στην απόφασή τους σημαντικό ρόλο φέρεται να έχει το οργανωσιακό κλίμα, η ανεργία, οι χαμηλοί μισθοί, η ελλιπής εκπαίδευση και η χαμηλή αναλογία νοσηλευτών-ασθενών.	
42.	Stone et al. ¹⁶¹ (2004)		Διαπίστωσαν ότι η ανεπαρκής στελέχωση και οι προβληματικές συνθήκες εργασίας, σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με λάθη στην χορήγηση φαρμάκων, αυξημένο ποσοστό πτώσεων των ασθενών, αυξημένους θανάτους, αυξημένη διασπορά μεταδοτικών νοσημάτων και νοσοκομειακών λοιμώξεων. Η έλλειψη ικανοποιητικού αριθμού νοσηλευτικού προσωπικού ευθύνεται για το 1/4 των αναπόφευκτων θανάτων ή κακώσεων σε νοσοκομειακούς ασθενείς.	
43.	Rogers et al. ¹⁴⁹ (2004)		Οι διπλές βάρδιες, αυξάνουν τον κίνδυνο για πάνο από ένα λάθη στην βάρδια, ενώ μειώνουν σημαντικά την ικανότητα αντίδρασης του επαγγελματία υγείας καθώς η εργασία 12,5 ωρών ισοδυναμεί με επίπεδα αλκοόλης στο αίμα διπλάσια από το επιτρεπτό όριο γεγονός που δυσκολεύει την αναγνώριση και αποκατάσταση του λάθους.	
44.	WHO ¹⁷⁶ (2006)		Αναφέρει ότι από τα 35 εκατομμύρια εργαζομένους στην υγειονομική περίθαλψη, περίπου 2.000.000 έχουν την εμπειρία του τραυματισμού και της διαδερμικής έκθεσης σε μολυσματικές ασθένειες, κάθε χρόνο. Επιπλέον, σημειώνεται ότι το 37,6% των κρουσμάτων ηπατίτιδας Β, το 39% των κρουσμάτων ηπατίτιδας C και 4,4% του HIV / AIDS στους επαγγελματίες υγείας σε όλο τον κόσμο, οφείλονται σε τραυματισμούς από βελόνες. Στην Ευρώπη οι τραυματισμοί από αιχμηρά αντικείμενα ανέρχονται στο 1.000.000.	

45.	Saia et al. ¹⁵³ (2010)		Το άμεσο κόστος τέτοιων ατυχημάτων (πέρα από το ατομικό επίπεδο, σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό) αφορά στην αντιμετώπιση τους, στις εργαστηριακές εξετάσεις, στους τακτικούς ιατρικούς ελέγχους και στις θεραπείες, στην χημειοπροφυλακτική αγωγή αναγκαία ειδικά στις περιπτώσεις δυνητικής μετάδοσης AIDS αλλά και στην νομική ευθύνη του οργανισμού. Αναφέρουν ετήσιο κόστος, μεταξύ 4.6 εκατ. € και 30 εκατ. € στη Γερμανία, 6.1 εκατ. \$ στη Γαλλία (λαμβάνοντας υπόψη νοσηλευτές και μόνο), 7 εκατ. € στην Ιταλία (δεν λαμβάνονται υπόψη οι μακροχρόνιες θεραπείες, αποζημιώσεις ή έμμεσες δαπάνες), μεταξύ των 6 εκατ. € και 7 εκατ. € στην Ισπανία καθώς και μεταξύ 4 εκατ. £ και 300 εκατ. £ στην Αγγλία και την Ουαλία.	
Νομοθετικές ρυθμίσεις				
46.	Kristensen ¹¹⁴ (2005)		Όσον αφορά την συσχέτιση της θέσπισης νομοθετικής ρύθμισης και της εφαρμογής και επίδοσης των συστημάτων ΥΑΕ είναι λίγες οι μελέτες που έχουν εξετάσει τους πιθανούς μηχανισμούς με τους οποίους οι νομοθετικές ρυθμιστικές παρεμβάσεις μπορούν να οδηγήσουν σε βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα για την υγεία και την ασφάλεια.	
47.	Gray & Mendellof ⁹³ (2002)		Η ύπαρξη νομοθετικού πλαισίου σχετικά με την τήρηση κανόνων ΥΑΕ και ο κρατικός έλεγχος μέσω των επιθεωρήσεων, βελτίωσαν αισθητά τον ρυθμό των επαγγελματικών τραυματισμών.	
48.	Wright et al. ¹⁸¹ (2005)		Διερεύνησαν τα κίνητρα για τις επιχειρήσεις να συμμορφωθούν με τους κανονισμούς για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι βασικές κινητήριες δυνάμεις της συμμόρφωσης με την νομοθεσία περιλαμβάνουν: την εφαρμογή του κανονισμού υπό τον φόβο των επιχειρήσεων για απορύθμιση της παραγωγικής διαδικασίας και της επακόλουθης δυσφήμισης, τις οικονομικές επιπτώσεις που προέρχονται από την επιβολή προστίμων και των ασφάλιστρων και τις ηθικές επιπτώσεις της μη συμμόρφωσης.	
49.	Martinez et al. ¹³⁶ (2009)		Εξέτασαν τις επιπτώσεις των παραγόντων σχετικά με την αποτελεσματικότητα των κανονισμών. Το βασικό αποτέλεσμα αυτής της μελέτης αφορούσε την επίδραση των παραγόντων σχετικά με την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής των νομοθετικών οδηγιών για την ασφάλεια σε διάφορες χώρες. Οι συγγραφείς προτείνουν το μορφωτικό επίπεδο του εργατικού δυναμικού ως μια πιθανή εξήγηση για τις διαφορές στα αποτελέσματα σε διαφορετικές χώρες. Έτσι, το μορφωτικό επίπεδο του εργατικού δυναμικού μπορεί να θεωρηθεί ως ένας ουσιαστικός παράγοντας που επηρεάζει την ικανότητα των επιχειρήσεων να εφαρμόσουν την ασφαλή πρακτική για την εργασία.	
50.	Foley et al. ⁸⁵ (2009)		Εξέτασαν την επίδραση στα αποτελέσματα της ασφάλειας πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την περίοδο εφαρμογής μιας νομοθετικής ρύθμισης για τα εργονομικά θέματα, η οποία εισήχθη στην πολιτεία της Ουάσιγκτον και στη συνέχεια καταργήθηκε ως αποτέλεσμα μιας εκστρατείας από τη βιομηχανία. Η μελέτη έδειξε ότι η εισαγωγή των οδηγιών οδήγησαν σε μείωση των μυοσκελετικών παθήσεων (ΜΣΠ), η οποία αντιστράφηκε όταν ο κανονισμός αυτός καταργήθηκε. Ένα σημαντικό εύρημα ήταν ότι η συχνότητα εμφάνισης ΜΣΠ είχε αρχίσει να αυξάνει πριν από την κατάργησή του εν λόγω κανονισμού.	

51.	Mendeloff και Gray ^{138, 139} (2005)		Στις μελέτες τους δοκίμασαν τρία εναλλακτικά μοντέλα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι επιθεωρήσεις που είχαν ως αποτέλεσμα κυρώσεις οδήγησαν σε μείωση σε όλες τις κακώσεις συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που δεν καλύπτονται από τα πρότυπα. Η έρευνα διαπίστωσε επίσης ότι οι έλεγχοι είχαν καλύτερα αποτελέσματα στους μικρότερους χώρους εργασίας και σε χώρους όπου δεν υπήρχαν συνδικαλιστικές οργανώσεις.
52.	Swan et al. ¹⁵⁶ (2002)		Στην αξιολόγησή τους για τον έλεγχο ουσιών επικίνδυνων για την υγεία (Πρόγραμμα COSHH 9 - για την αξιολόγηση των βιολογικών κινδύνων) βρήκαν ότι οι εκπρόσωποι από τις επιχειρήσεις, σε αντίθεση με τις διοικήσεις που προέρχονται από εργαστήρια, βρήκαν την εφαρμογή της νομοθεσίας πολύ δύσκολη λόγω της τεχνικής γλώσσας και της προσέγγισής του. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα εργαστήρια για τα οποία τα θέματα που καλύπτονται από τη νομοθεσία ήταν μέρος της καθημερινής πρακτικής, είχαν το γνωστικό υπόβαθρο για να κατανοήσουν και να εφαρμόσουν τις απαιτήσεις, ενώ άλλες βιομηχανίες που ασχολήθηκαν με τους κινδύνους αυτούς περιστασιακά βρήκαν δύσκολη την εφαρμογή.
53.	Gray and Scholz ⁹¹ (1991)		Διερεύνησαν την σταθερότητα και την αποτελεσματικότητα της επιβολής του OSHA. Στις αναλύσεις τους για τις πρακτικές ελέγχου του OSHA διαπίστωσαν ότι: <ul style="list-style-type: none"> • οι ενέργειες επιβολής ελέγχων έναντι των επιχειρήσεων μεσαίου μεγέθους ήταν πιο αποτελεσματικές στη μείωση των τραυματισμών, από ότι σε μικρές ή μεγάλες επιχειρήσεις, • οι πιο εντατικές επιθεωρήσεις, ανεξάρτητα από την εστίαση έτειναν να έχουν μεγαλύτερο αντίκτυπο στα αποτελέσματα από ό, τι λιγότερο εντατικές επιθεωρήσεις, • οι μεγαλύτερες ποινές δεν μειώνουν την πιθανότητα μελλοντικής παραπομπής είτε για την ίδια παράβαση ή για κάθε παράβαση, και • οι μικρές ποινές μείωσαν την πιθανότητα τραυματισμών όσο και οι μεγαλύτερες ποινές, ενώ παράλληλα απαιτείται λιγότερος χρόνος ελέγχου.
54.	Johnstone ¹⁰⁸ (2003)		Παρουσίασε μια κριτική μελέτη που βασίζεται στην ανάλυση εμπειρικών δεδομένων που τεκμηριώνουν τον τρόπο με τον οποίο οι διώξεις για αδικήματα για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία κατασκευάστηκαν στα δικαστήρια βικτοριανών Δικαστών. Ειδικότερα για τα αποτελέσματα των καταδικαστικών αποφάσεων για την υγεία και ασφάλεια στην εργασία, διαπίστωσε ότι το μέσο πρόστιμο που επιβλήθηκε ήταν 21,6 % πάνω από το μέγιστο επιτρεπτό όριο για το αδίκημα. Σημειώνει ότι οι σοβαρές διώξεις ενεργοποιούνται μόνον για τα πιο σοβαρά αδικήματα της υγείας και της ασφάλειας στην εργασία που οδηγούν σε θάνατο ή σοβαρό τραυματισμό. Ο ίδιος υποστηρίζει ότι τα χαμηλά επίπεδα των κυρώσεων αντανακλούν τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονται τα αδικήματα της υγείας και της ασφάλειας στην εργασία, με τρόπο τετριμμένο από το νομικό σύστημα. Η αιτιώδης αλληλουχία με την οποία Johnstone αποκαλύπτει ότι το νομικό σύστημα δεν ασχολείται αποτελεσματικά με τα αδικήματα της υγείας και της ασφάλειας στην εργασία, είναι η έμφαση στις ειδικές ακολουθίες των γεγονότων που οδήγησαν στο θάνατο ή τον επαγγελματικό τραυματισμό αντί να ασχολείται με την αποτυχία του οργανωσιακού συστήματος.

Οικονομικά αποτελέσματα της υγιεινής και ασφάλειας στην εργασία

55.	HAPIA (2010) Safe Work Australia ¹⁵¹ (2012)		Οι περισσότερες έρευνες εξετάζουν κυρίως τα άμεσα κόστη που σχετίζονται με τις αποζημιώσεις και το κόστος των επιδομάτων ασθενείας και ανικανότητας, ενώ άλλες αποτιμούν τα έμμεσα κόστη που προκύπτουν από την ανταπόκριση των εργαζομένων με δείκτες όπως ο παρουσιασμός, ο απουσιασμός και την επιστροφή στην εργασία. Το Ινστιτούτο Υγείας και Παραγωγικότητας της Αυστραλίας υπολογίζει ότι το κόστος που προκύπτει για το ασφαλιστικό σύστημα από τις αποζημιώσεις και τις συντάξεις, ανέρχεται στο 1.1 εκατ. \$Α ετησίως ενώ για θάνατο το οικονομικό κόστος υπολογίζεται σε 11-19 εκατ. \$Α.	
56.	Rikhardsson & Impgaard ¹⁴⁷ (2004)		Το συνολικό κόστος που προκύπτει από την ανεπαρκή εφαρμογή της ΥΑΕ, δύναται να είναι αρκετά υψηλότερο, διότι δεν συνυπολογίζονται τα ατυχήματα και οι τραυματισμοί που προκύπτουν κατά την διάρκεια ανασφάλιστης εργασίας, δεν αναφέρονται και δεν υπάρχει επίσημη καταγραφή όλων των επαγγελματικών ατυχημάτων και δεν υπολογίζονται τα έμμεσα και κρυφά κόστη.	
57.	Bodeker et al. ⁴⁵ (2002)		Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στη Γερμανία και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το κόστος των επαγγελματικών ασθενειών που προκαλούνται από την εργασία εκτιμάται κατ' ελάχιστον σε 28 δις ευρώ κατ' έτος. Το κόστος αυτό συμπεριλαμβάνει τα άμεσα έξοδα ύψους 15 δις ευρώ (θεραπεία ασθενειών) και τα έμμεσα έξοδα 13 δις ευρώ (απώλεια εργασιακών ετών λόγω ανικανότητας προς εργασία). Τα υψηλότερα έξοδα οφείλονται σε ασθένειες του μυοσκελετικού και του πεπτικού συστήματος καθώς και σε ατυχήματα κατά την εργασία.	
58.	Kreis & Bödeker ¹¹⁶ (2004)		Οι μελέτες που υπήρξαν διαθέσιμες κυρίως από τις ΗΠΑ, εξετάζουν την εμπορική αποδοτικότητα της προαγωγής της υγείας και της πρόληψης στον χώρο εργασίας. Η σημαντικότερη εξοικονόμηση πόρων για τις εταιρείες καταγράφεται στην περίπτωση του κόστους των ασθενειών και της συστηματικής αποχής λόγω ασθένειας. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται απόδοση επενδύσεων για την ΥΑΕ ύψους 1:2,3 έως 1:5,9 για έξοδα ασθένειας (δηλ. για κάθε δολάριο που επενδύεται στην προστασία της υγείας στην εταιρεία, 2,3 έως 5,9 δολάρια ΗΠΑ εισρέουν πίσω στην εταιρεία).	
59.	Aura et al. ⁴¹ (2010)		Ο προσδιορισμός του συνολικού ποσού της επένδυσης στην ΥΑΕ μπορεί να βοηθήσει στη διαμόρφωση πολιτικής σε εθνικό επίπεδο. Στη Φινλανδία στη πρώτη εθνική έρευνα του συνόλου των άμεσων επενδύσεων σε προγράμματα προαγωγής υγείας στην εργασία, υπολογίστηκε ότι η ετήσια επένδυση στην εκπαίδευση και την ανάπτυξη, στις υπηρεσίες ΥΑΕ, στην προώθηση προγραμμάτων φυσικής κατάστασης του προσωπικού και πολιτιστικών δραστηριοτήτων δηλαδή οι συνολικές άμεσες επενδύσεις στον τομέα της επαγγελματικής ασφάλειας και υγείας ήταν λιγότερο από το ένα δέκατο του ετήσιου κόστους της ασθένειας. Η οικονομική απόδοση της επένδυσης στον τομέα της υγείας και ασφάλειας σε γενικές γραμμές έχει υπολογιστεί ότι κυμαίνεται μεταξύ 47% και 252%	
60.	Kirsten ¹¹³ (2010) Buck Consultants ⁴⁹ (2009)	10 εκατ. άτομα από 45 διαφορετικές χώρες	Η πιο σημαντική στρατηγική για την προαγωγή υγείας (εντός οργανισμού) είναι η ανάπτυξη, η ενίσχυση της παραγωγικότητας και ο παρουσιασμός. Η μείωση του κόστους για την υγειονομική περίθαλψη αποτελεί τον στόχο των Αμερικανών εργοδοτών, ενώ για τους Ασιάτες η ενίσχυση του ηθικού του εργατικού δυναμικού και η ηθική δέσμευση αποτελεί προτεραιότητα.	
61.	Eurofound ⁷¹ (2012)		Σύμφωνα με την έρευνα που διεξήχθη για την 5η Ευρωπαϊκή έκθεση για τις εργασιακές συνθήκες, με την χρήση μεθόδων διάφορων μοντέλων λογιστικής παλινδρόμησης επιβεβαιώθηκε η σημασία για την βιωσιμότητα και παραγωγική διαδικασία στην εργασία των εξής παραμέτρων : ισορροπία εργασίας-προσωπικής ζωής, μείωση εργασιακής καταπόνησης, ενεργός συμμετοχή στην εργασία, μείωση παρενόχλησης, μείωση έκθεσης σε εργονομικούς κινδύνους και εργασιακούς περιβαλλοντικούς κινδύνους, καινοτομία στον χώρο εργασίας η οποία συνδέεται με το δικαίωμα λήψης αποφάσεων από τον	

			εργαζόμενο, ύπαρξη προοπτικών σταδιοδρομίας, καλή αμοιβή και δυνατότητα για ποιοτική εργασία .	
62.	Dorman ⁶³ (2000)		Εντοπίζει τη συνεισφορά της οικονομικής ανάλυσης στην αντιμετώπιση των εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών, στις ακόλουθες τρεις παραμέτρους: Κοινωνική κινητοποίηση και κίνητρα, κατανόηση των μηχανισμών και ανάδειξη της πραγματικής εικόνας.	
63.	Fernández-Muniz, Montes-Peón and Vázquez-Ordás ⁸¹ (2009)		Εστιάζουν στην διερεύνηση των αποτελεσμάτων εφαρμογής Συστημάτων Υγείας και Ασφάλειας και της απόδοσης, σε εταιρικό κυρίως επίπεδο. Κατέδειξαν την θετική συσχέτιση της ΥΑΕ και της απόδοσης σε τρεις τουλάχιστον δείκτες αξιολόγησης, την απόδοση της υγιεινής και ασφάλειας, την ανταγωνιστικότητα και την οικονομική απόδοση.	