АНАЛИЗА ПЕТОГОДИШЊЕГ МОРБИДИТЕТНОГ АПСЕНТИЗМА ЗАПОСЛЕНИХ У ЈЕДНОМ ДОМУ ЗДРАВЉА – Показатељи привремене спречености за рад –

Олесја Недић¹

ANALYSIS OF FIVE YEAR MORBIDITY ABSENTEEISM EMPLOYEES IN ONE HEALTH CENTER – INDICATORS OF TEMPORARY INABILITY TO WORK –

Olesja Nedić

Сажетак

Анализа апсентизма (боловања), као једног од општих показатеља здравственог стања радне популације, ради се у циљу планирања и предузимања превентивних активности ка очувању и унапређењу здравља, живота и радне способности радноактивног становништва.

Циљ рада је анализа одсутности са посла због боловања у петогодишњем периоду 2003–2007. године код запослених у Дому здравља „Нови Сад“.

Извор података су извештаји о привременој спречености за рад у периоду од 01.01.2003. до 31.01.2007. године (4.751 случај). Урађени су статистичко-аналитички показатељи. Укупан број случајева боловања и укупан број изгубљених радних дана бележили су пад у посматраном периоду код запослених.

Процент дневне одсутности са посла кретао се око 3% и био је релативно стабилан. Просечна стопа случајева одсутности са посла на 100 радника била је ниска и бележила је пад. Међутим, број изгубљених радних дана по једном запосленом и по једном случају боловања је растао. У структури дана боловања уочио се пораст групе болести мишићно-коштаног система и везивног ткива. Сви показатељи су анализирани и упоређени са постојећим критеријумима и са апсентизмом других средина (у земљи и у окружењу).

Анализа је указала на аспекте где треба интервенисати и дат је програм мера за обезбеђивање услова за безбедан и здрав рад.

Кључне речи: апсентизам, статистичко-аналитички показатељи, радноактивно становништво, програм мера.

Summary

In order to planning and taking preventive actions to the protection and promotion of health, life and work skills active working population there is analyzed absenteeism (sick leave) as an indicator of general health status of the working population.

The aim of the study is analysis of absence from work due to sickness the employees at the Health Centre „Novi Sad“ during the five year period 2003. – 2007.

Data source were reports on temporary inability to work for a period of 01.01.2003. – 31.01.2007. years (4751 cases). Statistical and analytical parameters have been done. The total number of cases of illness and the total number of lost workdays of employees recorded a decline in the period.

Percentage of daily absence from work was around 3% and was relatively stable. The average rate of absence from work cases per 100 workers was low and recorded a fall. However, the number of lost working days per employee and per case of illness were growing. There was a rise in the group of diseases of the musculoskeletal system and connective tissue structure in sickness absence days. All indicators were analyzed and compared with the existing criteria and the absenteeism of other areas (in the country and the region).

The analysis pointed the aspects where we need to intervene and the program of measures for ensuring the conditions for safe and healthy work is given.

Key words: absenteeism, statistical and analytical indicators, working age population, the program of measures.

1 Прим. др сц. мед. Олесја Недић, специјалиста медицине рада, научни сарадник, Дом здравља „Нови Сад“, Служба здравствене заштите радника, Нови Сад.

УВОД

Апсентизам (боловање) је један од општих показатеља здравственог стања радне популације када се здравље посматра као физичко и социјално функционисање (1). Боловања одређују лекари, евиденција се води за сваког запосленог појединачно, што минимизира постојање пристрасности и иде у прилог тврдњи да је индикатор здравственог стања (2). Дилеме постоје код утврђивања постојања повезаности између дана боловања и обољевања. Запослени могу узети боловање и кад нису болесни, односно бити болесни, а не узети боловање. Начин плаћања накнаде за боловање, такође, може да утиче на његово коришћење у циљу смањења стреса и превенције обољевања или за негу чланова породице (3–5). Несигурност радног места може да утиче на смањење коришћења боловања (6–7). Узимајући у обзир све факторе, различити критеријуми за одсуствовање у различитим професијама могу утицати на узрочно-последичну повезаност између боловања и здравственог стања (2).

Значај анализе боловања као показатеља здравственог стања, односно предиктора морталитета, потврдила је велика студија запослених у Финској (8), а Whitehall II, студија енглеских државних службеника, на значајну повезаност индикатора обољевања и боловања (1). Са повећаним боловањем такође су повезани низак социјално-економски статус, претерано узимање алкохола, самачки живот, мала контрола на раду (1, 9–13). Морбидитетни апсентизам је и последица стања и услова рада и радне средине, односно здравственог стања запослених.

Проучавање апсентизма је један од основних задатака Служби медицине рада у циљу планирања и предузимања превентивних активности усмерених ка очувању и унапређењу здравља, живота и радне способности радноактивног становништва. Има велики значај и за ширу друштвену заједницу, јер апсентизам утиче на укупан национални доходак смањивањем привређивања, а повећањем исплаћивања накнаде за време привремене спречености за рад. Законом о здравственој заштити (14) и о здравственом осигурању (15), запослени – осигураници имају право на привремену спреченост за рад и на накнаду зараде за време привремене спречености за рад у случајевима болести или повреде, медицинског испитивања, изолације због клицоноштва или појаве заразне болести у околини, добровољног

давања ткива или органа, неге оболелог члана уже породице и пратиоца оболелог лица упућеног на лечење или лекарски преглед у друго место, односно док борави као пратилац у болници. Изабрани лекар утврђује први и последњи дан спречености за рад у трајању до 30 дана, а за дужа одсуствовања надлежна је Лекарска комисија Републичког фонда за здравствено осигурање.

ЦИЉ РАДА

Циљ рада је анализа одсутности са посла због боловања у петогодишњем периоду 2003–2007. године код запослених у Дому здравља „Нови Сад“, ради предузимања превентивних активности.

МЕТОД РАДА

Извор података су извештаји о привременој спречености за рад (Образац број 03-8), популарно названи „хранаринске листе“ за период 01.01.2003–31.01.2007. године у Дому здравља „Нови Сад“. Анализа је рађена за потребе израде Акта о процени ризика на радном месту и у радној околини Дома здравља „Нови Сад“ (16). Укупно је анализиран 4.751 случај боловања за пет посматраних година. Такође су прибављени подаци о просечном броју запослених у посматраним годинама, броју радних дана и броју радних часова за посматрани период. За одсутност започету пре посматраног периода уношени су само дани боловања из посматраног периода, док се изостанак није евидентирао као случај боловања (обрађен је у претходном периоду). За одсутност која је започела али се није завршила у посматраном периоду, унети су изостанци као случај и само они дани који су изгубљени у посматраном периоду.

Од изведених релативних показатеља за анализирање морбидитетног апсентизма, рађена је статистичко-аналитичка и статистичко-епидемиолошка обрада података према јединственој методологији (17). У анализи су коришћени следећи параметри: проценат дневне одсутности, просечна стопа случајева одсутности са посла на 100 радника, број изгубљених радних дана по једном случају боловања, број изгубљених радних дана по једном запосленом раднику. Стопа учесталости боловања и структура дана боловања по групама болести и обољењима анализирана је према десетој ревизији Међународне класификације болести, повреда и узрока смрти (18).

А) Статистичко-аналитичка обрада података

$$\text{а) Проценат дневне одсутности са посла} = \frac{\text{Укупан број изгубљених радних дана}}{\text{Просечан број запослених радника} \times \text{број радних дана у години}} \times 100$$

Критеријуми:

до 3,0 % = ниска одсутност;

3,1–4,5 = умерена (повишена) одсутност;

4,6–6,0 = висока одсутност;

6,1% и више = изразито висока одсутност.

$$\text{б) Просечна стопа случајева одсутности са посла на 100 радника} = \frac{\text{Број случајева одсутности са посла}}{\text{Просечан број запослених радника}} \times 100$$

Критеријуми:

до 50,0 на 100 запослених радника – ниска стопа учесталости;

50,1–100,0 на 100 запослених радника – повишена стопа учесталости;

100,1–200,0 на 100 запослених радника – висока стопа учесталости;

200,1 и више на 100 запослених радника – изузетно висока стопа учесталости.

$$\text{в) Број изгубљених радних дана по једном случају боловања} = \frac{\text{Број изгубљених радних дана}}{\text{Број случајева изостанака}}$$

$$\text{г) Број изгубљених радних дана по једном запосленом раднику} = \frac{\text{Број изгубљених радних дана}}{\text{Просечан број запослених радника}}$$

Б) Статистичко-епидемиолошки показатељи узрока одсутности са посла

$$\text{а) Фреквенција случајева боловања (Стопа учесталости боловања)} = \frac{\text{Број случајева одсутности због одређене групе, подгрупе или појединачног обољења}}{\text{Просечан број запослених радника}} \times 100$$

$$\text{б) Структура дана боловања} = \frac{\text{Број дана боловања због одређене групе, подгрупе или појединачног обољења}}{\text{Укупан број дана боловања због свих обољења}} \times 100$$

РЕЗУЛТАТИ РАДА

Просечан број запослених радника у Дому здравља „Нови Сад“ током посматраног периода од пет година (2003–2007. године) смањивао се са 2.117 на 1.739 запослених (табела 1). Број радних дана у години био је највећи 2003. године и износио 552.537 дана, а најмањи 2007. године – 453.879 дана. Сход-

но томе кретао се и број радних сати од 4.420.296 сати у 2003. години до 3.631.032 сата у 2007. години. Број изгубљених радних дана због боловања такође се смањивао током посматраног периода са 16.504 дана у 2003. години на 14.852 дана у 2007. години (табела 1). Исто се дешавало и са бројем случајева боловања. Смањивао се са 1.238 у 2003. години на 868 случаја у 2007. години (табела 1).

Табела 1. Релевантни показатељи за статистичку анализу апсентизма запослених у Дому здравља „Нови Сад“ за период 2003–2007. године.

ПАРАМЕТРИ	2003	2004	2005	2006	2007
Број запослених радника	2117	2087	2062	2069	1739
Број изгубљених радних дана	16504	13785	14557	14631	14852
Број случајева боловања	1238	906	907	832	868
Број радних дана у години*	552537	546794	538182	540009	453879
Број радних сати у години #	4420296	4374352	4305456	4320072	3631032
СТАТИСТИЧКИ ПОКАЗАТЕЉИ					
% дневне одсутности са посла	3	2.5	2.7	2.7	3.3
Просечна стопа случајева одсутности на 100 радника	58.5	43.4	44	40.2	49.9
Број изгубљених радних дана по једном запосленом раднику	7.8	6.6	7.1	7.1	8.5
Број изгубљених радних дана по једном случају боловања	13.3	15.2	16	17.6	17.1

* број радних дана: 261 по запосленом годишње

број радних сати: 2088 по запосленом годишње

а) Статистичко-аналитичка обрада података

На табели 1. приказани су израчунати параметри: проценат дневне одсутности са посла, просечна стопа случајева одсутности на 100 радника, број изгубљених радних дана по једном случају боловања и број изгубљених радних дана по једном запосленом раднику. Проценат дневне одсутности са посла кретао се око 3% и био је релативно стабилан (од 3% у 2003. години до 3,3% у 2007. години). Просечна стопа случајева одсутности са посла на 100 радника бележила је пад са 58,5 % у 2003. години на 49,9% у 2007. години. Према критеријумима, у 2003. години била је повишена, али од 2004. године одражава ниску стопу одсуствовања са посла. Број изгубљених радних дана по једном запосленом бележио је пораст и кретао се од најнижих 6,6 радних дана у 2004. години до 8,5 радна дана у 2007. години. Број изгубљених радних дана по једном случају боловања такође је бележио раст од 13,3 дана у 2003. години до 17,1 дан у 2007. години.

б) Статистичко-епидемиолошки показатељи узрока одсутности са посла

Према броју случајева боловања, група X – болести система за дисање (J00–J99) доминирала је у 2003. и 2005. години, док је у осталим годинама била подједнака са групом XIII – болести мишићно-коштаног система и везивног ткива (M00–M99), (графикон 1). У односу на дужину дана боловања, нарочито током последњих година, као узрок одсуствовања са посла доминира група XIII – болести мишићно-коштаног система и везивног ткива (M00–M99). Група X – болести система за дисање (J00–J99) заузима тек треће и четврто (графикон 2).

И у структури дана боловања уочава се пораст групе XIII – болести мишићно-коштаног система и везивног ткива (M00–M99) као узрока одсуствовања са посла од 13,3% до 19,5% у 2006. години. Учешће групе X – болести система за дисање (J00–J99) бележи пад, а група IX – болести система крвотока (I00–I99) налази се у стабилном проценту свих пет година, и то око 7%.

Grafikon 1. Apsemtizam prema broju sučajeja bolovanja vodećih grupa bolesti u Domu zdravlja "Novi Sad" za periodu 2003-2007 godine

	2003	2004	2005	2006	2007
J00-99	202	127	196	138	127
Z00-Z99	173	135	137	101	110
M00-99	140	135	118	138	122
B00-99	103	64	59	48	123
O00-O20	95	75	93	85	76
I00-I99	65	66	56	66	50

Grafikon 2. Apsemtizam prema dužini dana bolovanja vodećih grupa bolesti u Domu zdravlja "Novi Sad" za periodu 2003-2007 godine

	2003	2004	2005	2006	2007
M00-99	2196	2212	2124	2846	2260
J00-J99	2249	1311	1983	1402	1499
O20	1948	1598	2224	1987	1697
Z63.7	1571	1377	1317	1034	941
I00-I99	1146	1090	1034	1167	1035
B00-99	913	0	0	0	1243

Стопа учесталости боловања групе XIII – болести мишићно-коштаног система и везивног ткива (M00–M99) била је релативно стабилна током посматраног периода и кретала се око 7% (5,7% у 2005. до 7% у 2007. години). Стопа учесталости боловања групе X – болести система за дисање (J00–J99) бележила је пад са 9,5% у 2003. и 2005. на 7% у 2007. години, а стопа учесталости боловања групе IX – болести система крвотока (I00–I99) кретала се око 3% (од 2,7% 2005. до 3,1% у 2003, 2004, и 2006. години).

Према броју случајева, водеће место у апсентизму заузима боловање због неге детета (Z63.7), иако бележи пад од 173 случаја боловања у 2003. години на 110 случаја у 2007. години. Одмах затим следи боловање због одржавања трудноће (O20), са 95 случајева 2003. године до 76 случаја 2007. године. Треће по реду је боловање због бола у леђима (M54), које се кретало у распону од 60 до 70 случајева годишње и следеће је боловање због повреда на раду, близу 60 случајева годишње. Код групе X – болести система за дисање (J00–J99), најучесталија су била акутна запаљења ждрела

(J02) и крајника (J03). Група IX – болести система крвотока (I00–I99) бележила је стабилно, једнакомерно учешће у апсентизму. Најучесталији и са највише дана боловања био је повишен крвни притисак (I10), затим поремећаји ритма срца (I47–I49) и стезање у грудима (I20) (графикони 3).

Према дужини дана боловања, водеће место заузима одржавање трудноће (претећи побачај) (O20) у свим посматраним годинама, изузев 2006. године, када је на водећем месту замењује боловање због повреда на раду (S/A). Одржавање трудноће са 1948 дана у 2003. години пада на 1697 дана у 2007. години. Одмах за њима следи боловање због неге детета (Z63.7), које такође бележи пад од 1.571 дан 2003. године на 941 дан 2007. године. Следе бол у леђима (M54), односно друга обољења кичме (M53) из групе XIII – болести мишићно-коштаног система и везивног ткива (M00–M99), те повишен крвни притисак (I10) групе IX – болести система крвотока (I00–I99), па акутна запаљења ждрела (J02) и крајника (J03) групе X – болести система за дисање (J00–J99). У 2006. години запажен је и пораст броја дана боловања због повреда ван рада (графикон 4).

Grafikon 3. Morbiditetni apsentizam prema broju slučajeva bolovanja u Domu zdravlja "Novi Sad" za period 2003-2007. godine

ДИСКУСИЈА

Анализирајући морбидитетни апсентизам по годинама може се сагледати ова проблематика, упоредити са постојећим критеријумима, са апсентизмом других средина, одредити његов интензитет и карактер и планирати одређене превентивне активности. Током прикупљања података уочено је да су подаци о броју запослених у једној години доста променљива категорија, те је узет просечан број запослених током године. Укупан број радних дана и радних сати је варирао само у преступној години (2004), када је број радних сати износио 2094 и 262 радна дана, а осталих година 2.088 сати и 261 радни дан.

Укупан број случајева боловања и укупан број изгубљених радних дана бележили су пад у посматраном петогодишњем периоду у Дому здравља „Нови Сад“. Проценат дневне одсутности са посла, који је најреалнији показатељ одсутности са посла због боловања, кретао се око 3% и био је релативно стабилан. Овај проценат дневне одсутности са посла налази се на граници између ниске и умерене (повишене) одсутности (17). Код запослених у Клиничком центру Војводине, институти-ма и заводима, који су се лечили у здравственој

станици „Болница“ Дома здравља „Нови Сад“ у периоду од 1993. до 2001. године износио је око 4% (19), а у Здравственом центру Ваљево 5,58% (20). У Јужнобачком округу за период 2003–2006. године био је 4,28% (21), а код запослених у Рашком округу 2,86%, од 1,32 у Новом Пазару до 3,8 у Рашкој (22). У Црној Гори, према извештају Републичког фонда за здравствено осигурање за 2007. годину, био је 2,19% за целу државу, а кретао се од 1,1% у Цетињу до 3,57% у Никшићу (23). У Хрватској 75% предузећа има стопу апсентизма испод 10%, што се сматра прихватљивим, а највиши је у производним предузећима, средње великим и оним са већинским државним власништвом (24).

Просечна стопа случајева одсутности са посла на 100 радника била је ниска код запослених у Дому здравља „Нови Сад“ и кретала се испод 50%, изузев у 2003. години, када је износила 58,5%. У Јужнобачком округу за период 2003–2006. године, износила је 35,41% (21). У општини Велика Кладуша у Босни и Херцеговини кретала се од 40,15% у 1996. години до 66,42% у 1997. години, а просек је износио 58,07% (25).

Према досадашњим приказаним показатељима привремене спречености за рад, апсенти-

зам запослених у Дому здравља „Нови Сад“ не треба да изазива посебну бригу са аспекта потребе предузимања неопходних мера на његовом снижавању. Али, свакако треба сагледати његове узроке ради унапређења укупног здравственог стања запослених, њихове ефикасности и услова рада.

Број изгубљених радних дана по једном случају боловања није прецизан показатељ, јер укључује и раније започета боловања, али га треба узети у обзир. Број изгубљених радних дана по једном случају боловања у Дому здравља „Нови Сад“ растао је од 13,3 дана у 2003. години до 17,1 дан у 2007. години. У Рашком округу је 21,37 дана просечно трајање боловања по једном случају, од 16,92 дана у Новом Пазару до 23,50 у Краљеву (22). У Црној Гори за 2007. годину износио је 82 дана, од 71 дан у Шавнику до 111 дана у Рожају (23).

Број изгубљених радних дана по једном запосленим раднику такође је бележио пораст од 6,6 дана у 2004. години до 8,5 дана у 2007. години у Дому здравља „Нови Сад“. Број изгубљених радних дана по једном осигуранику у Јужнобачком округу за период 2003–2006. године износио је 14 дана (21), а у Рашкој 8,96 дана по једном запосленим, од 4,13 дана у Новом Пазару до 11,88 у Рашкој (22). У Црној Гори за 2007. годину износио је 6 дана, од 3 дана у Будви, Цетињу и Плаву до 9 дана у Никшићу (23).

Што се тиче статистичко-епидемиолошких показатеља узрока одсузности са посла, израчунате су стопе учесталости боловања (фреквенција) за водеће групе болести у Дому здравља „Нови Сад“. Водећа група Х – болести система за дисање (Ј00–Ј99) имала је осцилација, али је са 9,5% у 2003. пала на 7% у 2007. Стопа учесталости боловања групе ХИИ – болести мишићно-коштаног система и везивног ткива (М00–М99) са 6,6% порасла је на 7%, а стопа групе IX – болести система крвотока (I00–I99) кретала се око 3% у посматраном периоду.

У структури дана боловања уочава се пораст учешћа у укупним данима боловања групе ХИИ – болести мишићно-коштаног система и везивног ткива (М00–М99) као узрока одсузности са посла од 13,3% до 19,5% у 2006. години. Учешће групе Х – болести система за дисање (Ј00–Ј99) бележи пад са 13,6% на 10,1%, а група IX – болести система крвотока (I00–I99) налази се у стабилном проценту свих пет година, и то око 7%, са изузетком од 7,9% у 2006. години.

Група Х – болести система за дисање (Ј00–Ј99) је по учесталости отварања боловања водећа, али

по дужини трајања боловања заузима тек треће и четврто место у посматраном периоду. Водеће место преузима група ХИИ – болести мишићно-коштаног система и везивног ткива (М00–М99) по дужини дана боловања. У овој групи доминирају бол у леђима (М54) и друга обољења кичме (М53). Укупно је утрошено по години од 1.019 до 1.256 дана на бол у леђима, а од 507 до 645 дана на друга обољења кичме (бол у врату).

У Црној Гори је 1.274 случаја боловања због шифри М50–М54 носило 78.658 изгубљених радних дана. Због шифре М54 било је 664 случаја са 37.588 дана и шифре М53 са 63 случаја и 3.317 изгубљених радних дана. Просечно по случају боловања на ову групу утрошено је 63 дана боловања (23). И у апсентизму општине Велика Кладуша најучесталије су болести респираторног система (20,54%) па болести мишићно-коштаног система (14,03%), душевне болести (8,24%) и повреде (6,72%). Највећи број изгубљених дана остварен је због болести мишићно-коштаног система (25). Највећа општа стопа апсентизма била је због болести респираторног система (11,8%), а затим болести мишићно-коштаног система (8,15%). У структури изгубљених дана апсентизма највеће је учешће болести мишићно-коштаног система (14,29%) (26).

По учесталости и по дужини дана боловања, већи од свих болести су били нега детета (Z63.7) и одржавање трудноће (O20) у Дому здравља „Нови Сад“, али бележили су пад у посматраном периоду. И у Црној Гори је највише дана (306.407) изгубљено због групе болести Z00–Z99 фактора који утичу на здравствено стање, са 704 случаја (23). Друга по реду по броју дана боловања у Дому здравља „Нови Сад“ била је група у вези са повредама на раду са 169.856 дана са 1.722 случаја, која заслужује посебну анализу. На трећем месту налазила се група мишићно-коштаног обољења са 116.246 дана и 1.856 случаја. Следила је група болести система крвотока са 108.499 дана и 1.409 случаја. Повишен крвни притисак (I10) је по учесталости случаја боловања са 31 смањен на 23 случаја, а што се тиче дана боловања, задржао је приближно исти број дана (од 490 и 568 на 479 дана), односно по броју дана боловања по случају растао је са 15,8% у 2003. години на 20,8% у 2007. години. Из разлога пораста просечних дана боловања због кардиоваскуларних обољења, ова група такође заслужује посебну анализу. Ангина пекторис је порасла са 24,6 дана на 32,5 дана, а поремећаји ритма су били релативно стабилни од 16 до 17 дана.

ЗАКЉУЧАК

Број изгубљених дана боловања и број случајева боловања у Дому здравља „Нови Сад“ смањивали су се током посматраног периода од пет година (2003–2007. године). Проценат дневне одсутности са посла био је низак и релативно стабилан, као и просечна стопа случајева одсутности са посла на 100 радника, која је била ниска и бележила пад. Међутим, број изгубљених радних дана по једном запосленом и по једном случају боловања бележили су пораст. Одржавање трудноће (претећи побачај) (O20) и нега детета (Z63.7) заузимају водећа места у апсентизму и по броју случајева боловања и по дужини дана боловања, изузев 2006. године, када је више дана боловања изгубљено због повреда на раду. Према броју случајева, група X – болести система за дисање доминирала је у 2003. и 2005. години као узрок одсуствовања са посла, док је у осталим годинама била подједнака са групом XIII – болести мишићно-коштаног система и везивног ткива, која је доминирала нарочито током последњих година у односу на дужину дана боловања. И у структури дана боловања уочио се пораст групе XIII – болести мишићно-коштаног система и везивног ткива као узрока одсуствовања са посла. Претежно су то била друга обољења кичме (M53) и бол у леђима (M54), као и најучесталија обољења и са највише дана боловања. Код групе X – болести система за дисање, најучесталија су била акутна запаљења ждрела (J02) и крајника (J03), а у групи IX – болести циркулаторног система повишен крвни притисак (I10), поремећаји ритма срца (I47–I49) и стезање у грудима (I20). Посебна анализа неопходна је за боловања због повреда на раду и кардиоваскуларних обољења.

ПРЕДЛОГ МЕРА ЗА СМАЊЕЊЕ АПСЕНТИЗМА

Пошто је утврђено да су мишићно-коштана обољења, бол у леђима (M54) и друга обољења кичме (M53) доминирала у апсентизму Дома здравља „Нови Сад“ у посматраном петогодишњем периоду, и то као најучесталија обољења и са највише дана боловања (изузимајући одржавање трудноће и негу детета O20 и Z63.7), неопходно је предузети активности ради њиховог свођења на најмању могућу меру.

У оквиру унапређења услова рада и материјалних ресурса, неопходно је обезбедити прописане услове за безбедан и здрав рад у радној околини

према Акту о процени ризика на радном месту и у радној околини (16); адекватан радни простор и намештај у ординацијама (избегавање сагињања подизањем висине отомана за прегледе пацијената где је неодговарајуће); ергономске услове за рад на компјутеру; решавање скученог радног простора прерасподелом просторија или запослених, односно доградњом објеката где је то могуће; обезбеђивање материјалних средстава за рад, набавка савремене опреме ради квалитетнијег и сигурнијег рада, добре дијагностике и смањења могућности грешке на најмању могућу меру; одржавање у исправном стању средстава и опреме за рад и вршење њиховог прегледа и испитивања; обезбеђивање средстава и опреме за личну заштиту на раду, њихово одржавање и испитивање.

Унапређење организације рада подразумева увођење чешћих, краћих пауза у току рада, поред редовне паузе од пола часа, у адекватној просторији за одмор, где неће бити узнемиравања питањима за савет, помоћ или објашњење и где ће се потпуно опустити и релаксирати од претходног посла; обезбеђивање адекватног простора за спровођење личне хигијене запослених; омогућавање спровођења рекреативних физичких активности у току радног времена у гранама медицине где је то могуће; адекватну дужину годишњег одмора, који треба провести активно, ван места боравка, због потребе потпуног искључења од пословних догађања; запошљавање нових лекара ради растерећења постојећих и смањења временске стиске под којом се обавља посао; оспособљавање запослених за безбедан и здрав рад теоријски и практично, при заснивању радног односа, код промене радног места, промена у процесу рада и увођења нових технологија, опреме и инструмената за рад.

Унапређење међуљудских односа већом хуманизацијом рада и живота уопште, побољшањем социјалних односа на радном месту, развијањем максималне подршке од стране колега, сарадника и претпостављених, подела радног искуства, нарочито проблема, са колегама који показују разумевање и подршку.

Омогућавање стручног усавршавања здравственим радницима, едукацију, напредовање у каријери, овладавање техникама рада са новом и савременом опремом, обављање специјализација, субспецијализација и других едукација, имајући у виду да су знање и вештине најважнији ресурс једне здравствене установе, чије самопоуздање и осећај сигурности игра важну улогу у лечењу пацијената.

Обезбеђивање осећаја сигурности за своје радно место које представља једну од основних човечких потреба, јер им омогућује реализацију сопствених професионалних активности, али и извор материјалних средстава за себе и своју породицу.

Кориговање стила живота и лоших навика, као што су пушење, узимање алкохола и других супстанци, неадекватне исхране и физичке неактивности. Својим примером у бризи за сопствено здравље, одвикавањем од пушења у одговарајућим условима и околностима, смањењем и прекидом конзумирања алкохолних напитака, повећавањем физичких активности, одржавањем одговарајуће телесне тежине адекватном исхраном, здравствени радници треба да дају пример својим пацијентима.

Медицинске мере заштите подразумевају упућивање запослених на претходне и периодичне лекарске прегледе у складу са оценом Службе медицине рада: приликом заснивања радног односа и током рада на радним местима са повећаним ризиком, или на радним местима где се захтевају

посебни здравствени услови за употребу, односно руковање одређеном опремом за рад. Послодавац је дужан да им ове лекарске прегледе обезбеди према Закону о безбедности и здрављу на раду (27). Начин, поступак и рокови вршења ових лекарских прегледа регулисани су Правилником о претходним и периодичним лекарским прегледима запослених на радним местима са повећаним ризиком (28).

Законодавно-административне мере, поред до сада наведених законских одредби које регулишу права и обавезе заштите на раду, са аспекта превенције настанка обољења неопходно је повећање личног дохотка, достојног звању, одговорности и значају професије. Адекватном буџетском расподелом финансијских средстава омогућила би се и адекватна стручна усавршавања у земљи и иностранству.

Крајњи циљ медицине рада је здрав, активан и продуктиван радник, способан и мотивисан за обављање свог посла са осећањем задовољства.

Литература

- Kivimäki M, Head J, Ferrie JE, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG. Sickness absence as a global measure of health: evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study. *BMJ*, 2003 August 16; 327(7411): 364.
- Folger R, Belew J. Nonreactive measurement: a focus for research on absenteeism and occupational stress. *Res Organiz Behav*, 1985; 7: 129-70.
- Prins R, de Graaf A. Comparison of sickness absence in Belgian, German, and Dutch firms. *Br J Ind Med*, 1986; 43: 529-36.
- Kristensen T. Sickness absence and work strain among Danish slaughterhouse workers: an analysis of absence from work regarded as coping behaviour. *Soc Sci Med*, 1991; 32: 15-27.
- Rael EGS, Stansfeld SA, Shipley M, Head J, Feeney A, Marmot M. Sickness absence in the Whitehall study, London: the role of social support and material problems. *J Epidemiol Community Health*, 1995; 49: 474-81.
- Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J. Effect of organisational downsizing on health of employees. *Lancet*, 1997; 350: 1124-8.
- Ferrie JE, Shipley MJ, Marmot MG, Martikainen P, Stansfeld S, Davey Smith G. Job insecurity in white-collar workers: towards an explanation of associations with health. *J Occup Health Psychol*, 2001; 6: 26-42.
- Vahtera J, Pentti J, Kivimäki M. Sickness absence as a predictor of mortality among male and female employees. *J Epidemiol Community Health*, 2004; 58: 321-326.
- Marmot MG, North F, Feeney A, Head J. Alcohol consumption and sickness absence: from the Whitehall II study. *Addiction*, 1993; 88: 369-82.
- North F, Syme SL, Feeney A, Head J, Shipley MJ, Marmot MG. Explaining socioeconomic differences in sickness absence: the Whitehall II study. *BMJ*, 1993; 306: 361-6.
- North FM, Syme L, Feeney A, Shipley M, Marmot M. Psychosocial work environment and sickness absence among British civil servants: the Whitehall II study. *Am J Public Health*, 1996; 86: 332-40.
- Stansfeld S, Head J, Ferrie J. Short-term disability, sickness absence, and social gradients in the Whitehall II study. *Int J Law Psychiatry*, 1999; 22: 425-39.
- Stansfeld SA, Rael EG, Head J, Shipley M, Marmot M. Social support and psychiatric sickness absence: a prospective study of British civil servants. *Psychol Med*, 1997; 27: 35-48.
- Закон о здравственој заштити. Службени гласник РС 107/2005.
- Закон о здравственом осигурању. Службени гласник РС 107/2005 и 109/2005).
- Акт о процени ризика на радном месту и у радној околини Дома здравља „Нови Сад“. Нови Сад, 2009; 1445.
- Ђорђевић В, Биостатистика у медицини. Видаковић А, Медицина рада, Београд, 1996; 508–530.
- Међународна класификација болести, повреда и узрока смрти – десета ревизија, 1992.
- Недић О, Јоцић Н, Филиповић Д, Шолак З, Продановић М, Апсентизам здравствених радника који се лече у здравственој станици „Болница“, Дома здравља „Нови Сад“, ХВИИ Сомборски медицински дани, Друштво лекара Војводине Српског лекарског друштва, Сомбор, 2002, 17 – 18 октобар; 96 – 97.
- Дер-Хазарјан Д, Вуковић Ђ. Т, Карактеристике привременог апсентизма код радника у здравству. *Свет рада*, 2009; 4(6): 513-514.
- Црепуља Ј, Миков И, Главашки М, Јевтић М, Арсић М, Апсентизам у Јужнобачком округу у периоду од 2003. – 2006. године. *Свет рада*, 2009; 4(6): 480-481.
- Завод за јавно здравље Краљево: Анализа здравственог стања становништва Рашког округа у 2007. години. <http://zjkv.org.rs/АнализаЗдравственогСтања/За2007годину/АнализаЗдравСтања2007Увод.хтм>
- Републички фонд за здравствено осигурање: Анализа

- остваривања права на привремену спријеченост за рад (Анализа морбидитетног апсентизма) за период 01.01.2007. – 31.12.2007. Подгорица, 2008.
24. Полошки Н, Фрајлић Д, Показатељи конкурентности хрватске радне снаге – резултати емпиријског истраживања. www.ијф.хр/конкурентност/полоски-фрајлић1.пдф
25. Бешлагић Р, Муџезиновић О, Морбидитетни апсентизам у Опћини Велика Кладуша од 1990. – 1998. године. Први Конгрес медицине рада Босне и Херцеговине, Тузла, 22–25. мај 2003.
26. Муџезиновић О, Бешлагић Р, Структурне карактеристике апсентизма у Опћини Велика Кладуша од 1996. – 1998. године. Први Конгрес медицине рада Босне и Херцеговине, Тузла, 22–25. мај 2003.
27. Закон о безбедности и здрављу на раду. Службени гласник Републике Србије 101/05.
28. Правилник о претходним и периодичним лекарским прегледима запослених на радним местима са повећаним ризиком. Службени гласник Републике Србије 120/07 и 93/2008.

Контакт: Прим. др сц. мед. Олесја Недић, специјалиста медицине рада, начелник Службе здравствене заштите радника Дома здравља „Нови Сад“, научни сарадник Медицинског факултета у Новом Саду; Булевар Цара Лазара 75, Нови Сад, тел. 021/4879-812; моб.0648088015; e-mail: nedic_o@yahoo.com.