Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa

Glasnik KIMDPŠ

V SREDIŠČU:

Izdelki iz azbesta lahko povzročajo različne kronične bolezni pljuč ter drugih organov. Značilno za vse bolezni, ki jih povzroča azbest, je, da imajo zelo dolgo latentno dobo, to pomeni, da lahko od prve izpostavljenosti do pojava bolezni mine od 15 do 40 let in več. Uporaba azbesta, ki je bil desetletja v različnih gradbenih izdelkih, zdaj pomeni poseben problem, ker ga je treba zaradi dotrajanosti odstraniti. Vse oblike »azbestnih bolezni«, predvsem pa mezoteliom, se pojavljajo pri delavcih v industriji, ki je azbestne izdelke proizvajala, pa tudi pri tistih delavcih, ki so te izdelke takrat uporabljali pri svojem delu in tudi prebivalcih, ki so živeli na onesnaženem področju. Pričakujemo, da bo število teh bolezni tako visoko najmanj še dve desetletji ali več; kako dolgo bo to obdobje, pa je odvisno od tega, kako bomo naše bivalno in naravno okolje očistili azbesta. Doslej smo se tega problema komaj dotaknili!

ISSN 1854-4010 Leto VI Številka 1 December 2015

KIMDPŠ

VSEBINA

december 2010

UVODNIK

1 - O azbestu – *Metoda Dodič Fikfak*

V SREDIŠČU

2 - Promocija zdravja za varno delo z azbestom - *Damjana Miklič Milek, Metoda Dodič Fikfak*
4 - Ozadje projekta promocija zdravja za varno delo z azbestom – *Damjana Miklič Milek, Metoda Dodič Fikfak*
8 - Mednarodni posvet azbest, nikoli dokončana zgodba – *Damjana Miklič Milek*

AKTUALNE TEME V MDPŠ

11 - Poročilo o delu Posebne zdravniške komisije za delo v desetletnem obdobju od 2002 do 2011 – *Rajko Črnivec*
17 - Zdravje delavcev v procesih prestrukturiranja podjetij – primer poslovne skupine Mura **–** *Katja Draksler*

STROKOVNA PRIPOROČILA

22 - Glavna inšpektorica RS za delo odgovarja na vprašanje KIMDPŠ
23 - Seulska izjava
26 - Okrogla miza o biološkem monitoringu – *Metoda Dodič Fikfak*

PREDSTAVITVE SPECIALISTIČNIH NALOG

28 - Vloga specialista medicine dela pri promociji zdravja pri delu – *Davor Denkovski*
29 - Zdravstvena ogroženost delavcev Cinkarne Celje zaradi nočnega dela – *Sašo Djurić*
30 - Primerjava štirih vhodnih kazalnih računalniških naprav med nalogo upravljanja s kurzorjem − primerjava položaja v zapestju v smeri fleksije/ekstenzije, hitrosti izvedbe naloge in neudobja pri delu – *Kristjan Lipičnik*
31 - Analiza obremenitev trapezastih mišic in dorzalnih erektorjev trupa pri komunalnih delavcih z uporabo površinske elektromiografije – *Maja Mikša*
32 - Izgorelost fizičnih delavcev, medicinskih sester, učiteljev in vodilnih delavcev v Sloveniji – presečna študija – *Nina Nikolić Lebič*

NE PREZRITE - PREDPISI

33 - Ali lahko za nesrečo odgovarja zdravnik, ki je izdal lažno zdravniško spričevalo?

SPREHOD PO STROKOVNI LITERATURI

34 - Z dokazi podprta medicina: korist splošnih zdravstvenih pregledov pri odraslih za znižanje obolevnosti in umrljivosti – *Janez Strupi*
36 - Droge in alkohol na delovnem mestu: problematika in sklepi skupine Pompidou in sekcije za medicino dela UEMS – *Davor Romih*
38 - Evropska direktiva o delovnem času in zdravje zdravnikov – *Janez Strupi*
42 - Varno delo z nanomateriali – *Matjaž Zimic*
45 - Povzetek iz praktičnega priročnika za revidirano enačbo dvigovanja bremen NIOS – *Oksana Levak*
48 - Prepoznavanje z delom povezanih duševnih motenj - *Dani Mirnik*

ČILI V UKC LJUBLJANA

51 - Skrb za zdravje delavcev – Čili v UKC Ljubljana – *Nataša Dernovšček Hafner*

NOVICE

55 - Mladi in migranti v času prestrukturiranja – *Nataša Dernovšček Hafner*
56 - Strokovne ekskurzije specializantov – *Polona Savič, Martin Kurent, Davor Romih*
57 - Mednarodna konferenca WORK 2015; NEW MEANINGS OF WORK–*Damjana Miklič Milek*
59 - Enajsto izobraževanje za svetovalce za promocijo zdravja pri delu – *Katja Draksler*
60 - Podpora za žrtve trpinčenja na delovnem mestu – *Tanja Urdih Lazar*

STROKOVNA SREČANJA

61 - Simpozij o zdravstvenem varstvu delavcev izpostavljenih nanodelcem – *Martin Kurent*
63 - 12. poletna šola EASOM-a: Komunikacija v medicini dela – *Alenka Škerjanc*
65 - Izkušnje svetovalcev za promocijo zdravja pri delu – *Katja Draksler*
68 - Drugi sredozemski simpozij o promociji zdravja pri delu – *Nataša Dernovšček Hafner*
69 - Srečanje raziskovalcev Evropske raziskave o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino – ESPAD – *Eva Stergar*
73 - Torkova srečanja
74 - Napovednik

STROKA SMO LJUDJE

78 - Novi sodelavci
79 - Upokojili so se
80 - Nove doktorice znanosti na KIMDPŠ
81 - Utrinki iz 15. poletne šole EASOM, ki je bila od 26. do 29. avgusta 2015 na Bledu

PRILOGA

- Priznavanje duševnih motenj v zvezi z delom: Raziskava v desetih evropskih državah – *Irena Žužman*

O AZBESTU

Med specializacijo sredi osemdesetih let smo le malo slišali o azbestu, a vendar je bilo že takrat v inštitutski knjižnici nekaj knjig o tem in prav tako je že bilo jasno, kaj povzroča azbest in kaka tragedija nas čaka. A vsi so molčali kot da se nam to ne more zgoditi. Moji obiski pri zdravnikih, ki so skrbeli za izpostavljene v Salonitu, na takratnem republiški inšpektoratu za zdravstvo in predvsem pregled arhivov ter nekaj malih člankov izpod peres slovenskih zdravnikov sredi devetdesetih je dal slutiti, da so bili ljudje v tovarni azbesta Salonit zares izpostavljeni, da so in da bodo zboleli za azbestnimi boleznimi. Dobila sem skriti seznam delavcev iz poznih 60 let, ki so bili že bolni za azbestozo, pa tega niso nikoli zvedeli, zapiske na republiškem zdravstvenem inšpektoratu, ki ni ukrepal…

Moje delo se je nadaljevalo v kleti arhiva Salonita v Anhovem. Bil je zgledno urejen arhiv z vsemi podatki, a kdorkoli se boji utesnjenih prostorov, teme in na žici visečih žarnic, ne bi zdržal. To je bil moj raziskovalni laboratorij celi dve leti. Iz njega sem zlezla prašna, umazana, in ko nisem mogla najti podatka o človeku, sem šla k gospe Miji. Poskrbela je, da so zazvonili telefoni in da smo dobili podatek, vse podatke. Ljudje so pomagali kot skrbno utečena ura. Samo za enega delavca, enega od 460-ih, nismo mogli najti datuma smrti, pa so zvedeli, kje počiva; peljali so me na njegov grob, na katerem je pisalo leto smrti: 1971.

Tam sem bila tudi takrat, ko se je od holendra zaslišala trobenta, Glas tišine, in ko smo iz stroja plošč pospremili zadnjo cement-azbestno ploščo. Klicali so me iz kleti, stali smo v vrsti, brez besed poslušali glas trobente, simbolično slovo vsem, ki jih je prav ta azbest pokopal. Od te izkušnje dalje se veliko sprašujem o poslanstvu zdravnika. Kako to, da so vsi o azbestu vedeli vse, bili naročeni na tuje časopise, ki so poročali o novostih in kako da na Slovenskem nismo poznali azbestih bolezni vse do leta 1998? Tovarna je začela uporabljati azbest leta 1922. Katera latentna doba je tako dolga?

In danes še vedno govorimo o njem; krivulja letne incidence mezotelioma se je ustalila, ne vemo pa, kdaj bo začela padati. To je odvisno tudi od nas, od tega, kako bomo odstranili preostali azbest.

Prof. dr. Metoda Dodič Fikfak, dr. med., spec. MDPŠ

PROMOCIJA ZDRAVJA ZA VARNO DELO Z AZBESTOM

Na podlagi Javnega razpisa za sofinanciranje projektov za promocijo zdravja na delovnem mestu v letu 2015 in 2016 je Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa pridobil finančno podporo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije pri izvajanju projekta z naslovom »Promocija zdravja za varno delo z azbestom«. V projektu kot partner sodeluje tudi Obrtno-podjetniška zbornica Slovenije oziroma njihova sekcija krovcev in kleparjev.

Za projekt, ki traja do 10. 11. 2016, je ZZZS odobrila sofinanciranje za 32.500 evrov.

Namen projekta je delavce, ki se na svojem delovnem mestu pogosto srečujejo z azbestnimi in cement-azbestnimi (C/A)-izdelki in/ali C/A-odpadki, ozavestiti o nevarnosti azbesta in jih z orodjem za promocijo zdravja na delovnem mestu usposobiti za varno delo. Projekt je usmerjen v izboljšanje znanja, vedenja in ozaveščenosti delavcev v smislu večje varnosti za zdravje ter zmanjševanje tveganih ravnanj oziroma vedenj zaposlenih pri ravnanju oziroma delu s C/A-izdelki in/ali C/A-odpadki.

V okviru projekta, ki je zasnovan kot informativen in vzgojno-izobraževalen program in je konkretno usmerjen v aktivnosti za ohranjanje in izboljševanje zdravja na delovnem mestu, bomo oblikovali prilagojena izobraževalna gradiva za podporo izobraževalnim aktivnostim, informativna gradiva in druga gradiva za podporo širši kampanji ozaveščanja ciljnih javnosti ter izvedli enodnevne izobraževalne delavnice za krovce in druge gradbene delavce, ki lahko pridejo v stik s cement-azbestnimi izdelki ali odpadki.

Vsi gradbeni delavci, vzdrževalci in čistilci so v skupini potencialno ogroženih delavcev zaradi izpostavljenosti azbestu na delovnem mestu oziroma v delovnem okolju. Še toliko bolj pa to velja za:

– krovce v Sloveniji, tako tiste, ki imajo dovoljenje za odstranjevanje cement-azbestne kritine nad 300 m^2, še veliko bolj pa za tiste, ki takšnega dovoljenja nimajo in odkrivajo cement-azbestne strehe manjših razsežnosti ali lažno prikazanih manjših površin;
– male delodajalce in samozaposlene na območju Slovenije, ki pretežno opravljajo krovska dela, in so člani Sekcije kleparjev in krovcev Obrtno-podjetniške zbornice Slovenije (OZS), ki vključuje okrog 800 poslovnih subjektov, med katerimi prevladujejo samostojni podjetniki;
– preostale gradbene delavce, pri katerih obstaja veliko tveganje za izpostavljenost azbestu na delovnem mestu (zidarji in zidarski pomočniki, vodovodni inštalaterji, strojniki, ki se ukvarjajo s toplotnimi sistemi, električarji, stavbni mizarji, polagalci talnih oblog, monterji opreme za trgovine, vzdrževalci, vključno s pogodbenimi delavci in hišniki, krovci, čistilci, drugi poklici, pri katerih delavci potrebujejo dostop do nadstreškov, prostorov pod opaži in drugih »skritih« mest).

V sodelovanju z OZS bomo tako dosegli predvsem mikro, mala in srednje velika podjetja ter samostojne podjetnike in obrtnike, ki se na svojem delovnem mestu srečujejo z velikim tveganjem za izpostavljenost azbestu. Sem sodijo predvsem krovci, inštalaterji in drugi gradbinci, ki se ukvarjajo z obnovitvenimi deli. Izmed vseh članov Obrtno-podjetniške zbornice Slovenije se jih približno 9000 (zaposlujejo pa še približno 20.000 delavcev) ukvarja z gradbeništvom. Gradbeno področje pokriva več sorodnih sekcij. V sekciji gradbincev je združenih približno 5000 izvajalcev gradbenih del in zaključnih del v gradbeništvu. Po podatkih iz obrtnega registra se v Sloveniji okrog 300 samostojnih podjetnikov in gospodarskih družb ukvarja s kleparskimi in krovskimi deli. Sekcija inštalaterjev-energetikov združuje več kot 960 izvajalcev strojnoinstalacijskih del.

Izobraževalne delavnice vsebujejo poudarke o tveganjih za zdravje zaradi azbesta ter za varno delo oziroma promocijo zdravja za varno delo z azbestom. V projektu načrtujemo oziroma že izvajamo dva tipa aktivnosti:

1. OBLIKOVANJE IZOBRAŽEVALNIH GRADIV:
Pripravljena bodo informativna gradiva, kot so na primer letaki, zloženke, brošure, video »tutorji« za podporo

izobraževalnemu programu »Promocija zdravja za varno delo z azbestom« in za podporo delavnicam z demonstracijo pravilnega odstranjevanja azbestnih izdelkov, ter promocijski material in predmeti za podporo širši kampanji ozaveščanja ciljnih javnosti.

2. IZVEDBA ENODNEVNIH IZOBRAŽEVALNIH DELAVNIC:

Delavnice bodo organizirane predvidoma na začetku leta 2016. V okviru izobraževanja bomo udeležencem predstavili splošne informacije o azbestu in njegovih posledicah za zdravje. Podali bomo informacije glede zakonskih ureditev pri opravljanju gradbenih in vzdrževalnih del, kjer delavci prihajajo v stik z azbestom, in pri odstranjevanju azbestnih odpadkov. Udeležence bomo seznanili tudi s smernicami za varno delo z azbestom ter ustreznim delovanjem z azbestnimi odpadki. Na delavnicah bomo prikazali tudi pravilno odstranjevanje cement-azbestne kritine.

Seminarje in delavnice izvajajo različni strokovnjaki z bogatim znanjem, izkušnjami in strokovnimi referencami pri proučevanju azbesta, posledic azbesta za zdravje in varnem delu s C/A-izdelki in odpadki.

O aktivnostih ter predvidenih lokacijah in terminih izobraževanja bomo v okviru projekta »Promocija zdravja za varno delo z azbestom« po ustaljenih komunikacijskih kanalih obveščali vse člane Obrtno-podjetniške zbornice Slovenije. OZS ima utečene kanale obveščanja in informiranja po posameznih sekcijah, s čimer je zagotovljen dostop do ključnih (malih) izvajalcev gradbenih del, na primer krovcev, kleparjev, gradbincev, inštalaterjev-energetikov in podobnih delavcev na celotnem območju Republike Slovenije, za katere obstaja veliko tveganje za izpostavljenost azbestu na delovnem mestu. Prav tako bomo za informiranje uporabili tudi obstoječe kontakte iz naših dosedanjih večletnih sodelovanj in prizadevanj pri ozaveščanju splošne javnosti o nevarnostih zaradi azbesta.

Izvajalci projekta pričakujemo naslednje koristi:

– končni pričakovani rezultat je umirjanje krivulje naraščanja mezotelioma, zmanjšanje tveganja za nastanek malignega mezotelioma, azbestoze in pljučnega raka med gradbenimi delavci, posebej krovci;
– ohranjanje zdravja in delazmožnosti delavcev;
– dvig varnostne kulture med gradbenimi delavci;
– varnejše ravnanje s cement-azbestnimi in azbestnimi izdelki v izbranih ciljnih skupinah;
– boljša informiranost in ozaveščenost gradbenih delavcev o škodljivih učinkih azbestnih in cement-azbestnih izdelkov v izbranih ciljnih skupinah;
– boljše razpoznavanje azbestnih in cement-azbestnih izdelkov v izbranih ciljnih skupinah;
– do zdravja prijazno, strokovno ustreznejše in varnejše delo pri delu s cement-azbestno kritino med delavci krovci;
– zaradi ozaveščanja in informiranja o dejavnostih in aktivnostih v okviru izvajanja projekta »Promocija zdravja za varno delo z azbestom« povečati zavedanje o pomenu preprečevanja izpostavljenosti azbestu med posrednimi in neposrednimi ciljnimi skupinami ter njihovimi svojci in prijatelji;
– manjši bolniški stalež, upokojevanje in stroški, povezani z boleznimi zaradi izpostavljenosti azbestu.

Posredni kazalniki oziroma dolgoročni kazalniki uspešnosti izvedenega projekta bodo skladno s strokovnimi smernicami za promocijo zdravja pri delu vplivali na socialne, ekonomske, okoljske in osebne dejavnike, ki prispevajo k zdravju.

Rezultate projekta, predvsem gradiva za ozaveščanje različne javnosti in izobraževalne programe, bomo tudi po koncu projekta dopolnjevali v skladu s potrebami in izkušnje prenašali na nekatere ciljne skupine, ki jih v tem projektu ne moremo zajeti.

Projekt »Promocija zdravja za varno delo z azbestom« je na podlagi Javnega razpisa za sofinanciranje projektov za promocijo zdravja na delovnem mestu v letu 2015 in 2016 finančno podprl Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Dr. Damjana Miklič Milek, univ. dipl. inž. živil. tehn.

Prof. dr. Metoda Dodič Fikfak, dr. med., spec. MDPŠ

OZADJE PROJEKTA PROMOCIJA ZDRAVJA ZA VARNO DELO Z AZBESTOM

Izdelki iz azbesta lahko povzročajo različne kronične bolezni pljuč (azbestoza, bolezni plevre, mezoteliom, pljučni rak) raka na grlu in jajčnikih. Najnevarnejši je rak pljučne in trebušne mrene, mezoteliom. Nekatere novejše raziskave pa azbest povezujejo tudi z rakom na želodcu in gastrointestinalnem traktu. Značilno za vse bolezni, ki jih povzroča azbest, je, da imajo zelo dolgo latentno dobo, to pomeni, da lahko od prve izpostavljenosti do pojava bolezni mine od 15 do 40 let in več. Uporaba azbesta, ki je bil desetletja v različnih gradbenih izdelkih (predvsem ga poznamo iz azbestnih valovitih kritin, ki so jih pri nas proizvajali v Salonitu Anhovo), zdaj pomeni poseben problem, ker ga je treba zaradi dotrajanosti odstraniti. Vse oblike »azbestnih bolezni«, predvsem pa mezoteliom, se pojavljajo pri delavcih v industriji, ki je azbestne izdelke proizvajala (npr. Salonit, Donit, Swaty …), pa tudi pri tistih delavcih, ki so te izdelke takrat uporabljali pri svojem delu (npr. krovci in drugi gradbeni delavci) in tudi prebivalcih, ki so živeli na onesnaženem področju (1). Pričakujemo, da bo število teh bolezni tako visoko najmanj še dve desetletji ali več; kako dolgo bo to obdobje, pa je odvisno od tega, kako bomo naše bivalno in naravno okolje očistili azbesta. Doslej smo se tega problema komaj dotaknili!

Podatki o pojavljanju mezotelioma v Sloveniji kažejo, da se je kljub prepovedi uporabe azbesta v letu 1996 incidenca mezotelioma sicer umirila, vendar še ne upada. Ugotovljena latentna doba je že več kot 40 let, med zbolelimi pa tretjina takih, kjer je bila izpostavljenost azbestu minimalna. Glede na to mora biti ravnanje z azbestnimi odpadki skrajno previdno.

Delo z azbestom oziroma cement-azbestnimi izdelki je v Sloveniji od leta 2006 natančno regulirano z Uredbo o pogojih, pod katerimi se lahko pri rekonstrukciji ali odstranitvi objektov in pri vzdrževalnih delih na objektih, instalacijah in napravah odstranjujejo materiali, ki vsebujejo azbest (Uradni list RS, št. 60/06). Po tej uredbi, ki natančno določa pogoje in usposobljenost teh izvajalcev ter način dela in zaščito gradbišča, lahko dela večjega obsega opravljajo le izvajalci s pridobljenim okoljevarstvenim dovoljenjem.

Menjava azbest-cementne kritine, ki je po desetletjih uporabe dotrajana in »cveti«, pri tem pa se v okolje sprošča veliko azbestnih vlaken, ki so izjemno nevarna za zdravje, je pogosto opravilo malih in srednje velikih podjetij in/ali samostojnih podjetnikov, ki se ukvarjajo z gradbenimi in krovskimi deli. Žal izkušnje (in statistika) kažejo, da se investitorji izogibajo določbam uredbe z drobitvijo del na manjše enote ter da iščejo cenejše izvajalce, ki običajno nimajo okoljevarstvenih dovoljenj in niti ne upoštevajo osnovnih priporočil zaščite delavcev in okoliškega prebivalstva.

Neprofesionalno odstranjevanje dotrajane kritine tako ne ogroža le delavcev, ki s tem materialom delajo, ampak tudi okoliške prebivalce, saj se nevarna azbestna vlakna širijo po zraku in lahko onesnažijo veliko območje (2). Varno odlaganje azbestnih izdelkov je pomemben del vsakega načrta za odstranjevanje nevarne kritine (3).

Z zakonom je predpisano profesionalno odstranjevanje cement-azbestne kritine le za površine nad 300 m^2, za manjše gradbene enote pa obstaja zakonodajna vrzel, ki dopušča, da je večina krovskih del nad to mejo izvedena neprofesionalno in nezaščiteno, saj investitorji oziroma izvajalci del v izogib večjim stroškom tudi večja gradbena dela izvajajo v več fazah, manjših od 300 m^2. Posledično je tudi odlaganje kritine nenadzorovano in nesankcionirano.

V Sloveniji je bilo v letih od 1965 do 1991 za domači trg narejenih zelo veliko izdelkov, ki so vsebovali azbest:
- 994.038 ton cement-azbestnih plošč,
- 147.700 ton cevi,
- 11.000 m^2 kombi-S-plošč,
- 29.000 m^2 kaširnih plošč,
- 250 ton azboteksta, azbestnih blazin, lepila in lepenke,

– 3.600.000 kosov tesnil,
– okrog 1000 ton čistega azbesta, ki so ga odstranili iz vagonov (4).

Čeprav so vse oblike azbesta nevarne, so bile njegove nevarne posledice popisane, da v zvezi s tem obstaja precej zakonov in da je uporaba azbesta prepovedana, ga je še vedno mogoče najti v številnih ladjah, vlakih, strojih, bunkerjih, predorih, galerijah, ceveh v javnih in zasebnih vodovodnih omrežjih, zlasti pa v stavbah, vključno s številnimi javnimi in zasebnimi stavbami. Vseevropska prepoved azbesta in sedanji nadzor trga pa ne moreta preprečiti, da se proizvodi iz azbesta ne bi uvažali na evropski trg. Gre za zelo raznovrstne proizvode od gradbenih materialov, gospodinjskih aparatov, zavornih oblog za avtomobile do termovk. Zavedati se moramo, da se letna proizvodnja azbesta na svetu ni zmanjšala – čeprav so številne države prepovedale njegovo uporabo (5).

V tovarnah, kjer so delali z azbestom, in v njihovi okolici je bilo temu nevarnemu mineralu izpostavljenih več milijonov ljudi po vsem svetu. Po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije imamo samo v Evropski uniji vsako leto od 20.000 do 30.000 primerov bolezni zaradi izpostavljenosti azbestu, do leta 2030 pa naj bi v EU zaradi mezotelioma umrlo več kot 300.000 ljudi. Po ocenah vsako leto zaradi bolezni, povezanih z azbestom, na svetu umre 112.000 ljudi (5).

Ocenjujemo, da je bilo v Sloveniji azbestu neposredno izpostavljenih okrog 3.000 delavcev, posredno pa 23.000 delavcev (4). Če k temu prištejemo še družine teh delavcev, ki so bile azbestu izpostavljene zaradi prenosa azbestnih vlaken v družinsko okolje po obleki in laseh zaposlenega, potem je ta številka še veliko višja. Čeprav se je število izpostavljenih v delovnem okolju po prepovedi uporabe azbesta v industriji (proizvodnji azbestnih izdelkov) precej znižalo, pa so še vedno izpostavljeni azbestu predvsem delavci, ki gradbene objekte iz preteklosti obnavljajo, med katerimi so najbolj ranljivi krovci in preostali gradbeni delavci, ki sodelujejo pri prenovah starejših gradbenih objektov.

Uporaba azbesta je od leta 1996 v glavnem prepovedana, vendar je veliko azbestnih izdelkov v Sloveniji še vgrajenih v strehe, vodovodno napeljavo, izolacijo, talne obloge in podobno. Po podatkih Mestne občine Ljubljana (MOL) in drugih slovenskih občin pa žal nenadzorovano raste število divjih odlagališčih po vsej državi, kjer so cement-azbestni odpadki odloženi neustrezno in nezaščiteno. V zadnjih letih in še posebej v spomladanskem času je bilo izvedenih veliko vseslovenskih čistilnih akcij okolja, ki so te podatke tudi potrdile.

KIMDPŠ se že več let aktivno ukvarja s problematiko poklicnih bolezni zaradi izpostavljenosti azbestu (6) in je v preteklosti v sodelovanju z Nacionalnim inštitutom za javno zdravje izvedel več aktivnosti ozaveščanja prebivalstva Slovenije o nevarnosti azbesta. K sodelovanju smo pridobili občinske odločevalce, nevladne organizacije in inšpektorje za okolje ter izvedli prva izobraževanja na lokalnih ravneh. Prav tako smo pridobili obrtnike in vodje Sekcije kleparjev in krovcev v okviru OZS in tudi zanje izvedli osnovno izobraževanje.

Odkrivanje in verifikacijo poklicnih bolezni zaradi azbesta v Sloveniji ureja posebna zakonodaja, zato imamo tudi dobre podatke o posledicah teh bolezni za zdravje delavcev in prebivalcev, ki so živeli v okolici tovarn, ki so pri delu uporabljale azbest.

Interdisciplinarna skupina strokovnjakov za verifikacijo poklicnih bolezni zaradi izpostavljenosti azbestu, ki deluje v skladu s to zakonodajo, je v letih 1998–2011 obravnavala 2533 oseb, od tega je pri 1833 osebah potrdila poklicno bolezen za vsaj eno od diagnoz zaradi izpostavljenosti azbestu. Večina teh oseb je bila nekdaj zaposlenih v tovarnah, kjer so izdelovali cement-azbestne izdelke, precej je bilo tudi delavcev vzdrževalcev opreme in vozil, v katerih (je) bi(l) azbest, ali delavcev izolaterjev. V več kot 170 primerih potrjenih poklicnih bolezni je šlo za maligne bolezni pljuč in drugih organov, kjer so obeti za preživetje zelo slabi. Glede na že omenjeno dolgo latentno dobo upamo, da smo vrh obolevnosti z mezoteliomom dosegli, vendar to ni gotovo predvsem zaradi še onesnaženega življenjskega in delovnega okolja v Sloveniji.

Na KIMDPŠ v sodelovanju z Onkološkim inštitutom in Medicinsko fakulteto longitudinalno raziskujemo vpliv azbesta na nastanek mezotelioma, pljučnega raka, azbestoze in plevralnih plakov. Rezultati študij kažejo, da bomo lahko dosegli zmanjšanje števila teh bolezni le, če bomo poskrbeli za to:

– da bodo ljudje zares ozaveščeni o nevarnosti te snovi;
– da se snov res ne bo več uporabljala nikjer v proizvodnji;
– da bodo proizvodni prostori profesionalno očiščeni;
– da ne bo širitve onesnaženja v okolju;
– da bodo azbestni in cement-azbestni odpadki odloženi na posebej označena odlagališča na način, ki ne bo povzročil sproščanja vlaken;
– da bodo divja odlagališča očiščena tako, da ne bodo predstavljala tveganja za sedanjo in niti za bodoče generacije, ter
– da bodo pred izpostavljenostjo azbestu zaščiteni tudi delavci, ki pri različnih gradbenih in drugih vzdrževalnih delih prihajajo v stik s to snovjo.

V Sloveniji je trenutna situacija na nepremičninskem trgu neugodna za gradnjo novih objektov, zato je zaznati povečano obnovo starejših stavb. Večinoma gre za zasebne vlagatelje – fizične osebe, ki prenavljajo starejše nepremičnine zase in ki večinoma najemajo manjše, cenejše izvajalce del za izvedbo sanacijskih del. Po letu 2009, ko je ekonomska in finančna kriza najbolj ohromila prav gradbeni sektor, so manjša (družinska) podjetja oziroma samostojni podjetniki v gradbeništvu nadomestili velike izvajalce gradbenih del. Dodatno je treba poudariti pregovorno varčnost Slovencev, ki četudi so strehe svojih hiš obnovili in cement-azbestne izdelke odstranili iz bivalnih prostorov pa so mnogi iste – rabljene cement-azbestne izdelke nato uporabili za strehe drvarnic, vrtnih lop, pasjih ut in drugih pomožnih objektov. Vse to delo so običajno naredili sami, nezaščiteno in amatersko.

Poklici, pri katerih obstaja veliko tveganje za izpostavljenost azbestu na delovnem mestu tako, so:

– krovci,
– vodovodni inštalaterji,
– strojniki, ki se ukvarjajo s toplotnimi sistemi,
– električarji,
– stavbni mizarji,
– polagalci talnih oblog,
– monterji opreme za trgovine,
– vzdrževalci, vključno s pogodbenimi delavci in hišniki,
– čistilci,
– drugi poklici, pri katerih delavci potrebujejo dostop do nadstreškov, prostorov pod opaži in drugih »skritih« mest.

Čeprav se je v preteklosti že izvajalo nekaj izobraževalnih programov in vsebin, prilagojenih delavcem (predvsem delavcem v industriji azbestnih izdelkov), ki so prihajali v stik z azbestom na delovnem mestu, na KIMDPŠ ocenjujemo, da zavedanje o tveganjih za zdravje še zdaleč ni na zadovoljivi ravni.

Evropski ekonomsko-socialni odbor (EESO) v svojem zadnjem mnenju (5) poziva Evropsko komisijo, naj v sodelovanju z nacionalnimi organi zagotovi potrebno podporo za ukrepe in pobude za zagotovitev zaščite vseh delavcev v EU, saj so mala in srednja podjetja, ki zaposlujejo večino evropskih delavcev, z vidika izvajanja zakonodaje na področju zdravja in varnosti pri delu še posebej izpostavljena. Primerno usposabljanje je pri tem ključnega pomena. Prav tako EESO poziva Evropsko komisijo, naj skupaj s socialnimi partnerji in drugimi relevantnimi deležniki vzpostavi programe in dejavnosti ozaveščanja o tveganjih, povezanih z azbestom, ter o ustreznem usposabljanju za vse osebje, ki bi lahko bilo potencialno izpostavljeno materialom, ki vsebujejo azbest.

Program temelji na pobudah, ki so bile že preizkušene v številnih državah, seveda bo prilagojen našim razmeram. Temelji na Nacionalnih smernicah za azbest, ki so bile pripravljene leta 1999/2000 in ki bodo glede na obljube parlamentarnega Odbora za infrastrukturo, okolje in prostor ter Odbora za zdravstvo dopolnjene v prihodnjih letih. Okviri širšega programa, katerega del je tudi prijavljeni projekt, so bili leta 2012 prikazani na

konferenci Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) v Bonnu in zaradi njihove konkretnosti in praktičnosti predlagani, da se umestijo v akcijski program SZO, KIMDPŠ pa je bil predlagan za mentorja v izvedbi podobnih programov za Srbijo in Črno goro. Najboljši pokazatelj učinkovitosti bo krivulja pojavljanja novih primerov mezotelioma, ki bo, če ne naredimo ničesar, naraščala ali vsaj počasneje upadala.

Velik problem je neznanje oziroma pomanjkljivo poznavanje azbesta. Številni delavci so pri svojem delu izpostavljeni azbestu. To zlasti velja za sektor vzdrževanja in dekontaminacije, potencialno pa tudi za številne druge poklice (krovce, električarje, inštalaterje centralne kurjave, delavce v reciklaži, koordinatorje za varnost in zdravje pri delu, inšpektorje dela itd.) (5). Zato se je pri ozaveščanju za varno delo z azbestom pokazala velika potreba po dodatnem organiziranem, ciljno usmerjenim delu na področju promocije zdravja, kar je predmet prijavljenega projekta.

Ker menimo, da je bilo v Sloveniji doslej preveč nepotrebnih smrti zaradi izpostavljenosti azbestu (ocenjujemo, da jih je bilo od leta 1960 do danes približno 2000) in premalo učinkovitih ukrepov, hkrati pa smo prepričani, da lahko ta položaj precej izboljšamo z aktivnostmi promocije zdravja pri delu, smo prijavili projekt z naslovom »Promocija zdravja za varno delo z azbestom«. Ocenjujemo, da je treba v Sloveniji varno odstraniti okrog 30 odstotkov vseh kritin, ki vsebujejo azbest, da je tveganje pri takih delih za zdravje ljudi še vedno zelo visoko, da so poleg tega stroški zdravljenja bolezni zaradi azbesta še vedno na izjemno visoki ravni. Ker iz delovnega in življenjskega okolja še nismo odstranili vseh izdelkov iz azbesta, tveganje ne obstaja samo za delavce, ki delujejo z izdelki/odpadki iz azbesta, temveč tudi za prihodnje generacije otrok in posledično delavcev, saj je veliko cement-azbestnih odpadkov v okolju odloženih neustrezno in nezaščiteno, s čimer je omogočen prehod azbestnih vlaken tudi v tla in vodo.

VIRI:

1. Dodič Fikfak M. Nacionalne smernice za azbest. Sanitas et labor, 2001.
2. Posel F. Onesnaženost zraka z azbestom v delovnem in bivalnem okolju. Sanitas et labor, 2001.
3. Rutar, M. Varno odstranjevanje gradbenih proizvodov z vsebnostjo azbesta. Sanitas et labor, 2001.
4. Dodič Fikfak M., Šešok Janja. Nacionalne smernice za azbest. Zaključno poročilo. IVZ RS, Ljubljana, 1999.
5. Mnenje Evropskega ekonomsko-socialnega odbora o odpravi azbesta v EU, 2015.
6. Mandelc-Grom M. Poklicne bolezni zaradi izpostavljenosti azbestu v Sloveniiji. Sanitas et labor, 2001.

Dr. Damjana Miklič Milek, univ. dipl. inž. živil. tehn.

Prof. dr. Metoda Dodič Fikfak, dr.med., spec. MDPŠ

MEDNARODNI POSVET AZBEST, NIKOLI DOKONČANA ZGODBA

Oktobra 2015 je bil v Vili Vipolže v Goriških brdih mednarodni posvet o azbestu. Na posvetu so domači in mednarodni strokovnjaki razgrnili vso problematiko in najnovejša strokovna dognanja o azbestu, ki je zaznamoval zdravje ljudi tudi v Sloveniji.

Mednarodni posvet je z glasbenim vložkom slovesno začela harfistka Erika Bersenda. Po uvodnih pozdravih smo udeleženci poslušali videoposlanico evropske poslanke Tanje Fajon. Poudarila je, da je bilo letos sprejeto mnenje Evropskega ekonomsko-socialnega odbora o odpravi azbesta v EU, kjer je poudarjeno, da je popolna odstranitev vsega azbesta prednostna naloga Evropske unije. Cilj je odstraniti ves azbest do konca leta 2032. Za varno odstranjevanje je nujno ustrezno usposobiti delavce, in sicer tiste, ki delajo v specializiranih podjetjih, kot tiste, ki pridejo v stik z azbestom po naključju. Žal podatki kažejo, da se letna proizvodnja azbesta in izdelkov, ki vsebujejo azbest, ni zmanjšala, le preselila se je zunaj Evropske unije.

V nadaljevanju smo si udeleženci ogledali pretresljive posnetke izpovedi dveh bolnikov, gospoda Veluščka in gospe Klinec, in poslušali intervju z gospodom Bizjakom o doživljanju izpostavljenosti azbestu in posledic za zdravje.

Mednarodni posvet se je nadaljeval s strokovnimi prispevki. Prispevek o azbestu kot okoljskemu in zdravstvenemu problemu je predstavil doc. dr. Marko Vudrag. Izpostavil je, da je v Sloveniji še vedno velika okoljska onesnaženost z azbestom. Vsako naselje, 6035 jih je v Sloveniji, ima približno deset črnih odlagališč.

Prof. dr. Metoda Dodič Fikfak je v okviru prispevka o epidemiološki situaciji v Sloveniji poudarila, da imamo na enega pacienta z diagnozo mezoteliom, tri take, ki zbolijo za pljučnim rakom. Zato je pomembno, da znamo oceniti ali izračunati, kako in koliko časa je bil posamezen delavec izpostavljen in kakšnim koncentracijam azbesta. Podatki meritev namreč kažejo, da je bilo na primer v skladišču surovin v trenutku vsipa v

Vila Vipolže v Goriških brdih (Foto: Damjana Miklič Milek)

zraku tudi do 5000 vlaken na kubični centimeter, najvišja »dovoljena« koncentracija pa je zdaj 0,1 vlakno na kubični centimeter.

Doc. dr. Kovač, onkolog, je predstavil najnovejše raziskave iz presejalnih testov in njihove uspešnosti v postopkih zdravljenja. Poudaril je, da so bolniki tisti srčni ljudje – ambasadorji, ki nosijo v sebi velik intelektualni potencial, da so lahko danes svoje zgodbe delili z nami. Žal so mnogokrat preveč potrpežljivi, kadar gre za njihovo zdravje.

Gospa Benchibani z MDDSZ je predstavila pravice in način pridobitve odškodnine ter podatke o podeljenih odškodninah. V letu 2012 je država za izplačilo odškodnin namenila 340.680,77 evra, v letu 2013 je izplačala odškodnine za 368.793,02 evra, v letu 2014 v skupni vrednosti 599.793,00 evra, v letu 2015 (podatki za prvo polletje) pa je že bilo izplačanih za 668.632,26 evra odškodnin. Pri tem je poudarila, da je vsako leto več primerov mezoteliomov (najvišje odškodnine) ter da je vsako leto več delodajalcev, ki ne obstajajo več (stečaji), zaradi česar je odškodnino potem dolžna plačati država.

O izpostavljenosti azbestu v preteklosti in izzivih znanosti za sedanjost je predaval gospod S. Silvesti, ki je

Mednarodnega posveta Azbest, nikoli dokončana zgodba se je udeležilo okrog 170 udeležencev (Foto: Damjana Miklič Milek)

Prof. dr. Metoda Dodič Fikfak je izpostavila, da so bili delavci v Salonitu azbestu izpostavljeni na različnih delovnih mestih (Foto: Damjana Miklič Milek)

poudaril, da kohorto pomenijo starejši ljudje, ki so bili v mladih letih izpostavljeni azbestu. Ker je latentna doba dolga (40–45 let), je sedanjost tista, kjer se kažejo zdravstvene posledice. Osebna izpostavljenost je odvisna od več dejavnikov: ali je bila oseba aktivno ali pasivno izpostavljena azbestu, od frekvence in trajanja izpostavljenosti ter uporabe osebne varovalne opreme. Tudi g. Tomatis je poudaril, da je okoljski položaj v Italiji, v Trstu in Tržiču, slab ter da obstaja veliko neurejenih črnih odlagališč azbesta v okolju.

V nadaljevanju je g. Rutar predstavil varno odstranjevanje proizvodov z vsebnostjo azbesta in poudaril, da ima v EU le Poljska načrt za celovito odstranjevanje azbesta. Na njegovo predavanje se je navezal g. Kropiunik iz Avstrije, ki je predstavil projekt sanacije strehe palače združenih narodov na Dunaju. Stavba ima 340.000 kvadratnih metrov. Projekt, v katerem so želeli zagotoviti delovno okolje brez azbesta »A-free environment«, so začeli v letih 1997–1998, ko so pregledali status stavbe. V letih 1999–2000 so pripravili načrt poteka odstranjevanja azbesta ter povezano s tem načrt začasne preselitve delavcev, dela in logistike med njimi. V letih 2001–2013 so postopoma (po nadstropjih oziroma odsekih) odstranjevali azbest.

V popoldanskem delu je onkologinja prof. dr. Tanja Čufer predstavila načine zdravljenja pljučnega raka, ki je v Sloveniji na četrtem mestu po obolevnosti, po umrljivosti je na prvem mestu med vsemi raki. Razlogi zanj so kajenje (90 %), azbest (4 %) in drugo (6 %). Kombinacija izpostavljenosti azbestu in kajenje 50-krat zveča obolevanje za rakom pljuč glede na nekadilce. Pljučnega raka se ne preseja (kot poznamo presejalne programe na primer Zora, Dora, Svit), so pa tendence, da bi presejali tiste, ki so bili izpostavljeni azbestu, težke kadilce ...

O multidisciplinarnem pristopu pri proučevanju zdravstvenih posledic zaradi azbesta je govoril g. Patussi. Poudaril je, da obstajajo številni podatki, ki pa niso združeni. Obstajajo baze podatkov o bolnikih/diagnozah, povezanih z azbestom v bolnišnicah, baze podatkov o delu z azbestom (kdo je delal, kaj in kje in koliko časa), baze podatkov o prevozu azbesta (v katero pristanišče je prišel azbest, katera ladja ga je prevažala, iz naročilnice za tovor so razvidne količine naročenega azbesta, kdaj je bil dostavljen …). S povezovanjem baz bi lažje ocenili razsežnost prihajajočih zdravstvenih posledic zaradi azbesta, kar v njegovi instituciji dejansko delajo.

Prof. dr. Vita Dolžan je spregovorila o novih načinih zdravljenja raka. S farmakogenetiko iščejo genetske dejavnike, ki omogočajo bolniku individualno prilagoditi zdravljenje.

Zahvala pobudniku srečanja Ernestu Žnidarčiču za neutrudno delo pri ozaveščanju in pomoči žrtvam izpostavljenosti azbestu (Foto: Damjana Miklič Milek)

Gospa Podlipnik z Ministrstva za okolje je predstavila politiko ravnanja z azbestnimi odpadki v Sloveniji. V Sloveniji na leto namenimo približno 300.000 evrov za azbestne odpadke, ki jih je bilo leta 2010 kar 6300 ton, leta 2011 pa 2618 ton, leta 2012 2907 ton, leta 2013 pa 1526 ton. Recikliranje gradbenih odpadkov je eden večjih izzivov v Evropski uniji.

Da je problem z azbestom v Brdih zelo velik, je poudaril Ernest Žnidarčič (SO BRDA). Občina Brda je na pobudo SO Brda naredila popis stavb z azbestom. V občini, v kateri živi okrog 6000 prebivalcev, je 45 naselij. Iz popisa je razvidno, da je azbestna kritina vgrajena v približno 103650 kvadratnih metrov, da je v naravo odloženih 107 kubičnih metrov azbestnih plošč za odvoz ter da je v stavbe položenih približno 860 metrov cevi, kar v celoti pomeni 1250 ton azbesta. Do konca leta 2014 jim je uspelo odstraniti 605 ton.

O pravnih posledicah in pravicah za žrtve v Italiji je spregovoril P. Vižintin. Osnovno pravno pravilo tudi ob azbestu je, da povzročitelj plača odškodnino. Pomemben pa je rok, ki ga ima oškodovanec, da vloži odškodninsko zahtevo, ta se šteje od takrat, ko je škoda prepoznana ali prepoznavna (znaki morajo biti tipični za azbest).

Na koncu srečanja je udeležence nagovoril ustavni sodnik prof. dr. Igor Kaučič in predstavil svoje razmišljanje o pravici do zdravega življenjskega okolja, ki jo imamo zapisano v ustavi. Država je odgovorna za zagotavljanje te pravice in mora z zakonom določiti vsebino in obseg te pravice, razmere in načine zagotavljanja te pravice ter pogoje in obseg poravnave škode. Država je dolžna sprejeti ustrezne pravne podlage, s katerimi bi to uredila. Ker tega ni storila, gre za opustitev, torej je odgovorna.

V diskusiji je med drugim dr. Damjana Miklič Milek predstavila aktivnosti v povezavi z projektom »Promocija zdravja za varno delo z azbestom«, ki ga je na podlagi Javnega razpisa za sofinanciranje projektov za promocijo zdravja na delovnem mestu v letu 2015 in 2016 finančno podprl Zavod za zavarovanje Slovenije. Udeleženci so se strinjali, da je današnji mednarodni simpozij prispeval pomemben delček v mozaiku širjenja vedenja o nevarnostih, ki jih pomeni azbest tako za zdravje ljudi kot za okolje.

Vzporedno z mednarodnim strokovnim simpozijem je nastala tudi brošura o azbestu. Kot sta v imenu izdajateljev vanjo zapisala doc. dr. M. Vudrag in E. Žnidarčič, je namenjena kar se da široki paleti bralcev, od laikov do strokovnjakov, mnenjskih voditeljev in odločevalcev, saj smo lahko zaradi azbesta vsi enako prizadeti na lokalni in državni ravni.

Več o dogodku si lahko ogledate tudi v videu na spletnem naslovu KIMDPŠ: http://www.kimdps.si/novice/azbest-nedokoncana-zgodba-film-o-dogajanju-na-posvetu
ali ČILI ZA DELO: http://www.cilizadelo.si/azbest-nikoli-dokoncana-zgodba-19-11-2015.html.

Dr. Damjana Miklič Milek, univ. dipl. inž. živil. tehn.

POROČILO O DELU POSEBNE ZDRAVNIŠKE KOMISIJE ZA DELO V DESETLETNEM OBDOBJU OD 2002 DO 2011

Mag. Rajko Črnivec, dr. med., spec. MDPŠ*

Izvleček: V desetletnem obdobju (2002–2011) je Posebna zdravniška komisija za delo (PZKD), ki jo je imenoval republiški upravni organ in ima sedež na KIMDPŠ, obravnavala 42 delavcev, od tega 24 (57 %) moških in 18 (43 %) žensk, ali v povprečju dobre 4 primere na leto, kar je malo.

Obravnavo je v 33 odstotkih primerov zahteval delodajalec in v 67 odstotkih delavci oziroma delavke. Skrb zbujajoče pa je, da se je mnenje PZKD, ki je v strokovnem in pravnem smislu nadrejeno mnenju medicine dela na prvi stopnji, kar v 83 odstotkih primerov razlikovalo od mnenja na prvi stopnji. Kar 43 odstotkov presoj ocene izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev je bilo za delovna mesta v zdravstvu. Največ obravnavanih primerov na PZKD, in sicer 43 odstotkov je bilo iz osrednje slovenske pokrajine (Ljubljana in okolica). Najpogosteje odkrite bolezni in stanja pri obravnavanih delavcih glede na poglavja Mednarodne klasifikacije bolezni, deseta revizija (MKB-10) so bila: bolezni očesa in adneksov, endokrine in prehranske motnje, bolezni mišično-skeletnega sistema, poškodbe, duševne in vedenjske motnje ter bolezni obtočil. Pri obravnavanih delavcih na PZKD prevladujejo srednje zdravstvene okvare. Poklicnih bolezni v skladu s Pravilnikom o seznamu poklicnih bolezni nismo zasledili, prav tako niti ne posledic poškodb pri delu.

Primerjalno na prvi stopnji in v PZKD prevladujeta oceni izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev z omejitvami in trajno neizpolnjevanje posebnih zdravstvenih zahtev za delo.

Ključne besede: presoja ocene izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev za določeno delo, ocena zdravstvenega stanja, gospodarska dejavnost

Uvod

Ministrstvo za zdravje RS je v skladu s sklepom, št. 510-10/01-6, z dne 10. 12. 2002 na podlagi drugega odstavka 17. in 20. člena Pravilnika o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev (Ur. list RS, št. 87/02) imenovalo Posebno zdravniško komisijo za presojo ocene izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev za določeno delo v delovnem okolju po opravljenem preventivnem zdravstvenem pregledu.

V komisijo je imenovanih 7 strokovnjakov, od tega 6 specialistov MDPŠ in en psiholog ter 3 ženske in 4 moški. Komisija ima predsednika.

Sedež komisije je na Kliničnem inštitutu za medicino dela, prometa in športa Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana.

Posebna zdravniška komisija je v desetletnem obdobju opravljala delo v skladu s Poslovnikom dela Posebne zdravniške komisije, ki je bil sprejet 29. 1. 2003.

V poročilu je zajeto desetletno obdobje dela PZKD (od 1. 1. 2002 do 31. 12. 2011).

Desetletno obdobje obravnav na PZKD (od 1. 1. 2002 do 31. 12. 2011)

Skupaj je bilo obravnavanih 42 delavcev, od tega 24 (57 odstotkov) moških in 18 (43 odstotkov) žensk. Povprečna starost obravnavanih je bilo 41 let, povprečna skupna delovna doba 17 let in povprečna delovna doba 7 let na delovnih mestih v času presoje na PZKD.

* Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, Ljubljana

Delovna mesta v času presoje na PZKD

Tabela 1: Delež delavcev, obravnavanih na PZKD, glede na delovno mesto v času obravnave za desetletno obdobje (2002- 2011)

Zap. št.	Delovno mesto (okolje) v presoji	Delež (%)							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1	Bolničar								
2	Zdravnik specializant javnega zdravja								
3	Dipl. inž. laborant biomedicine								
4	Bolničar - negovalec spremljevalec								
5	Strežnica								
6	Inženir asistent proizvodnje								
7	Voznik								
8	Strokovni sodelavec								
9	Prodajalec na bencinskem servisu								
10	Gasilec								
11	Prodajni predstavnik								
12	Učitelj slovenskega in angleškega jezika								
13	Kurirska dela, prevoz blaga in delavcev								
14	Diplomat								
15	Zdravnik specializant II.								
16	Vodja ekspoziture v banki								
17	Zdravstveni tehnik v bolnišnici								
18	Serviser plovil								
19	Delavec na lepljenju								
20	Zdravnik specialist ginekologije in porodništva								
21	Socialna oskrbovalka								
22	Zdravnik po končanem sekundariatu								
23	Učitelj razrednega in predmetnega pouka								
24	Učitelj športne vzgoje								
25	Varnostnik I receptor								
26	Konjar								
27	Specializant fizikalne in rehabilitacijske medicine								
28	Gasilec, reševalec, voznik C-kategorije								
29	Zobni asistent								
30	Višji referent plačil v banki								
31	Srednja medicinska sestra v negovalni enoti								
32	Kurir								
33	Strojnik								
34	Operater v centru za obveščanje								
35	Specializant interne medicine								
36	Specializant patologije								

Kar 43 odstotkov presoj ocene izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev je bilo za delovna mesta v zdravstvu.

Izučen (pridobljen) poklic

Tabela 2: Delež obravnavanih delavcev na PZKD glede na izučen poklic v času obravnave v desetletnem obdobju (2002–2011)

Zap. št.	Izučen poklic	Delež (%)														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Zdravnik															
2	Bolničar															
3	Trgovec															
4	Srednja medicinska sestra															
5	Predmetni učitelj															
6	Poklicni voznik															
7	Univ. dipl. inž. MPA															
8	Gasilec voznik															
9	Prodajni predstavnik															
10	Predmetni učitelj slo. in ang. jezika															
11	Avtomehanik															
12	Dipl. univ. pravnik															
13	Bančni uslužbenec															
14	Lesar širokega profila															
15	Tekstilni konfekcionar															
16	Zdr. spec. ginek. in porod.															
17	Tekstilni tehnik															
18	Zdr. po končanem sekund.															
19	Avtoklepar															
20	Avtomehanik															
21	Zobotehnik															
22	Ekonomist															
23	Gimnazijski maturant															
24	Nekvalificiran delavec															
25	Višji medicinski tehnik															
26	Kemijski tehnik															
27	Ekonomski tehnik															
28	Dipl. inž. graf. tehnologije															
29	Dipl. inž. elekt. in računal.															
30	Profesor glasbe															

Največji delež, kar 34 odstotkov delavcev, obravnavanih na PZKD, je imelo izučen poklic v zdravstvu.

Pokrajina sedeža delodajalca

Tabela 3: Delež delavcev, obravnavanih na PZKD, v desetletnem obdobju (2002–2011) glede na pokrajino sedeža delodajalca

Zap. št.	Slovenska pokrajina	Delež (%)
1	Osrednjeslovenska (Ljubljana in okolica)	43
2	Gorenjska (Kranj in okolica)	12
3	Goriška (Nova Gorica in okolica)	9
4	Podravska (Maribor in okolica)	9
5	Primorska (Koper in okolica)	9
6	Dolenjska (Novo mesto in okolica)	9
7	Pomurska (Murska Sobota in okolica)	5
8	Savinjska (Celje in okolica)	2

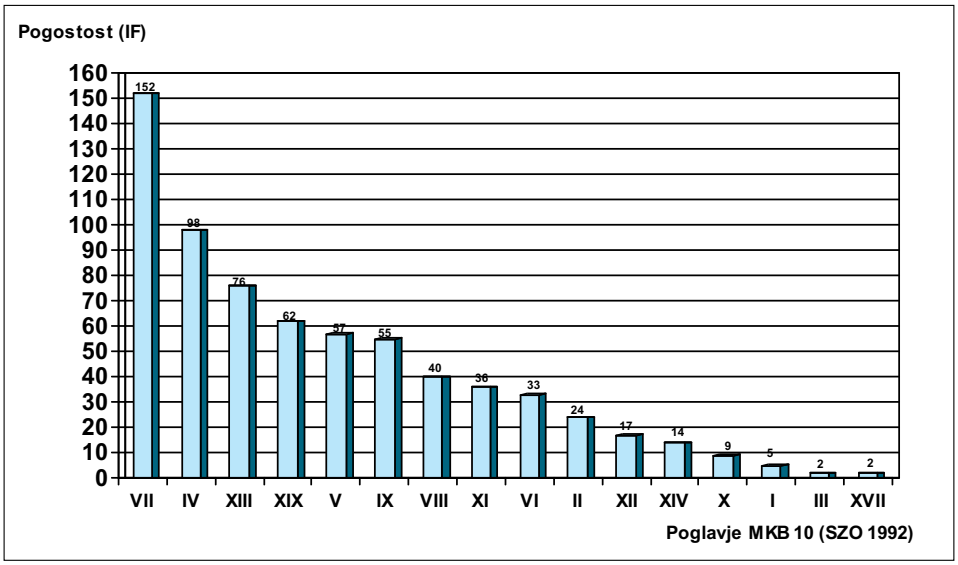
Največji delež obravnav na PZKD (43 odstotkov) je bilo iz Osrednjeslovenske pokrajine.

Gospodarska dejavnost

Tabela 4: Delež obravnavanih delavcev na PZKD glede na gospodarsko dejavnost delodajalca v času obravnave v desetletnem obdobju (2002–2011)

Zap. št.	Standardna klasifikacijska dejavnosti (koda)	Naziv dejavnosti	Delež (%)
1	86.100	Bolnišnična zdrav. dejavnost	
2	85.200	Osnovnošolsko izobraževanje	
3	87.300	Dejavnost nastanitvenih ustanov za oskrbo starejših in invalidnih oseb	
4	46.120	Posredništvo pri prodaji goriv, rud, kovin, tehničnih kemikalij	
5	84.110	Splošna dejavnost javne uprave	
6	86.210	Splošna zunajbolnišnična zdr. dejavnost	
7	35.112	Proizvodnja električne energije v termoelektrarnah in jedrskih elektrarnah	
8	49.410	Cestni tovorni promet	
9	86.909	Druga zdrav. dejavnost	
10	21.200	Proizvodnja farmacevtskih surovin in preparatov	
11	52.23	Spremljajoča stor. dejav. v zračnem prometu	
12	64.110	Centralno bančništvo	
13	30.120	Proizvodnja čolnov za razvedrilo in šport	
14	14.190	Proizvodnja drugih oblačil, pokrival ter dodatkov	
15	80.100	Varovanje	
16	01.430	Konjereja	
17	84.250	Zaščita in reševanje pri požarih in nesrečah	
18	86.230	Zobozdravstvena dejavnost	
19	64.190	Drugo denarno posredništvo	
20	53.200	Druga poštna in kurirska dejavnost	
21	49.392	Obratovanje žičnic	
22	84.220	Obramba	

Največji delež delavcev, obravnavanih na PZKD, tj. 36 odstotkov, je bil v bolnišnični in zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti.



Slika 1: Pogostost bolezni in stanj glede na poglavja MKB-10, odkritih na PZKD, v desetletnem obdobju (2002–2011)

Po pogostosti so v tem obdobju izstopale: bolezni očesa in adneksov, endokrine in prehranske motnje, bolezni mišično-skeletnega sistema, poškodbe in zastrupitve, duševne in vedenjske motnje ter bolezni obtočil.

Primerjalno na prvi stopnji in PZKD prevladujeta oceni izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev z omejitvami in trajno neizpolnjevanje posebnih zdravstvenih zahtev za delo.
Na prvi stopnji je bila pri 7 (17 odstotkov) primerih predlagana ocena na invalidski komisiji, na PZKD pa pri 11 (26 odstotkov) primerih.

Pri 14 (33 odstotkov) delavcih je zahteval obravnavano na PZKD delodajalec, 28 (67 odstotkov) presoj pa so predlagali delavci sami.

Primerjalno se je kar pri 35 (83 odstotkov) delavcih mnenje PZKD razlikovalo od mnenja na prvi stopnji.

Predlog dejavnosti PZKD v srednjeročnem obdobju od 2013 do 2016

Ministrstvo za zdravje naj s sklepom o imenovanju v srednjeročnem obdobju imenuje novo (spremenjeno) Posebno zdravniško komisijo za delo s sedežem na KIMDPŠ izmed še aktivnih medicinskih in nemedicinskih strokovnjakov z dolgoletnimi izkušnjami na področju varnosti in zdravja pri delu, ki bodo pripravljali strokovno in pravno neodvisna mnenja po najboljši vesti, znanju in v skladu z enotno strokovno doktrino. Od imenovanja PZKD v letu 2002 pa do leta 2012 so se nekateri člani upokojili, nekateri zamenjali dejavnost, tako da niso več strokovno suvereni na področju varnosti in zdravja pri delu ter predvsem pri presoji ocenjevanja posebnih zdravstvenih zahtev za določeno delo v delovnem okolju na zahtevo delodajalca oziroma delavca.

Za še učinkovitejše delo PZKD bo potreba posodobiti Poslovnik dela PZKD glede na nov Zakon o varnosti in zdravju pri delu. Sestavi naj ga novi predsednik PZKD v soglasju s preostalimi člani komisije.

Ocena zdravstvenega stanja na PZKD

Tabela 5: Ocena zdravstvenega stanja delavcev, obravnavanih na PZKD, v desetletnem obdobju (2002–2011)

Zap. št.	Ocena zdravstvenega stanja na PZK	Delež (%)
1	Zdravstveno stanje v mejah normale	
2	Lažje zdravstvene okvare	29
3	Srednje zdravstvene okvare	
4	Težje zdravstvene okvare	21

Pri delavcih, obravnavanih na PZKD, prevladujejo srednje zdravstvene okvare.

Tabela 6: Primerjava deleža ocen izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev za določeno delo v delovnem okolju med prvo stopnjo in PZKD v desetletnem obdobju (2002–2011)

Zap. št.	Ocena izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev	Delež (%)
1	Izpolnjuje	9
		12
2	Izpolnjuje z omejitvami	36
		38
3	Začasno ne izpolnjuje	12
		19
4	Trajno ne izpolnjuje	31
		24
5	Predlagano drugo delo (brez oziroma z omejitvami)	12
		7
6	Ocena izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev za določeno delo ni podana	

Legenda:

Prva stopnja

PZK za delo

ZDRAVJE DELAVCEV V PROCESIH PRESTRUKTURIRANJA PODJETIJ – PRIMER POSLOVNE SKUPINE MURA

Katja Draksler, univ. dipl. soc.*

Izvleček: Prestrukturiranje negativno vpliva na zdravje zaposlenih, kar se kaže v večji umrljivosti in tudi obolevnosti izpostavljenih delavcev. Podatki raziskave, ki jo je Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa izvedel na primeru poslovne skupine Mura, so pokazali slabo zdravstveno stanje delavcev, ki so leta 2009 doživeli prestrukturiranje podjetja. Primerjava s podatki raziskave, narejene na splošni populaciji, ki so bili prilagojeni za aktivno populacijo, je pokazala, da so naši anketiranci slabše ocenjevali svoje zdravje in pogosteje poročali o povišanem krvnem tlaku in holesterolu v krvi, rani na želodcu ali dvanajsterniku, sladkorni bolezni in depresiji, pogosto so tudi navajali, da se jim je bolezensko stanje med prestrukturiranjem leta 2009 poslabšalo.

Ključne besede: prestrukturiranje, delavci, Mura, zdravje

Uvod

Številne raziskave kažejo na to, da ljudje, ki so bili izpostavljeni prestrukturiranju, pogosteje umirajo, povečana je namreč umrljivosti, tako splošna (1, 2) kot tudi zaradi specifičnih vzrokov, kot so na primer kardiovaskularne bolezni (1, 3). Bolj pa tudi obolevajo: več je bolezni srca in ožilja (1, 4, 5, 6), duševnih motenj (1, 7, 8, 9, 10), sladkorne bolezni tipa 2 (11). Tudi etiologija rane na želodcu ali dvanajsterniku naj bi bila (vsaj delno) povezana s psihosocialnimi dejavniki tveganja (12, 13), poslabšajo pa se tudi že obstoječe bolezni (1).

Metodologija

Na podlagi izsledkov študije primerov iz leta 2010 smo na Kliničnem inštitutu za medicino dela, prometa in športa v decembru 2012 in januarju 2013 izvedli raziskavo o zdravju delavcev našega nekdaj največjega tekstilnega podjetja Mura, ki so bili v letu 2009 izpostavljeni obširnemu prestrukturiranju podjetja s preoblikovanjem podjetja in ustanovitvijo hčerinskih družb, ki se je končalo s stečajem matičnega podjetja in hčerinskih družb, ohranilo pa se je zdravo jedro podjetja, ki je nadaljevalo delo.

Telefonsko anketiranje so izvedli anketarji Centra za javno mnenje in množično komuniciranje pri Fakulteti za družbene vede Univerze v Ljubljani. Vprašalnik je vseboval 78 vprašanj o demografskih podatkih, ekonomskem položaju, zaposlenosti oziroma brezposelnosti anketiranca. Spraševali smo jih tudi o spremembah v organizacijski klimi, doživljanju prestrukturiranja, družini in socialni opori, ki so jim jo bili ponudili, poudarek pa je bil na sklopu zdravje in dobro počutje. V tem sklopu smo anketirance spraševali o samooceni splošnega zdravja in posameznih zdravstvenih simptomov, razmišljanju o samomoru in boleznih, ki jih imajo.

Rezultati raziskave

V raziskavi je sodelovalo 1046 anketirancev, od tega 86 odstotkov oseb ženskega spola. Polovica anketirancev je bila starih od 41 do 50 let, tretjina pa od 51 do 60 let, delež mlajših od 30 let je bil manj kot odstotek. Večina, skoraj 80 odstotkov vseh anketiranih, je imelo končano osnovno ali poklicno šolo.

Samoocena zdravja, ki smo jo kot pokazatelj splošnega zdravja proučevane populacije vključili v vprašalnik, je pokazala, da sta dve tretjini anketirancev (67,4 %) svoje zdravje ocenili kot zadovoljivo ali slabo, slaba tretjina (28,6 %) kot dobro, kot zelo dobro ali odlično pa štiri

* Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, Ljubljana

odstotke anketirancev.
Zanimalo nas je tudi počutje anketirancev v letu po stečaju. Zaskrbljeno se je v letu po stečaju pogosto ali stalno počutilo 63,8 odstotka anketirancev, potrto in žalostno se je pogosto ali stalno počutilo 61,4 odstotka vprašanih, osamljeno 19,7 odstotka, polno energije 15,4 odstotka in zadovoljno 16,3 odstotka anketirancev. Najpogosteje so se torej počutili zaskrbljeno ter potrto in žalostno, zelo redki pa vitalno in zadovoljno.

Stres in negotovost, s katero se zaposleni srečujejo med prestrukturiranjem in po njem (1, 7, 9, 10), izguba zaposlitve in posledična brezposelnost (1, 8) negativno vplivajo na posameznikovo duševno zdravje. Ker nas je zanimalo, kakšno je duševno zdravje delavcev, smo v vprašalnik vključili sklop vprašanj o različnih zdravstvenih simptomih, značilnih za depresijo in anksioznost. Tako se na primer nemirnost in zaskrbljenost pojavljata pogosto ali stalno pri 39,9 odstotka anketirancev, močno razbijanje srca pri 17,2 odstotka anketirancev, težave s spanjem se pogosto ali stalno pojavljata pri 28,9 odstotka, težko dihanje pri 10,5 odstotka anketirancev, vrtoglavica pri 10,4 odstotka, pogoste ali stalne bolečine oziroma zbadanje v prsih navaja 10,1 odstotka anketirancev, težave s spominom in koncentracijo 12,8 odstotka anketirancev, glavobol se pogosto ali stalno pojavlja pri 18,5 odstotka vprašanih, bolečine, katerim ne anketiranec sam, ne zdravnik ne najdeta vzroka, pri 7,3 odstotka, izguba apetita pri 3,2 odstotka vprašanih, prevelik apetit pri 5,4 odstotka in tresenje rok, kadar poskušajo kaj narediti, pri 5,5 odstotka anketirancev. Najpogostejše težave ali motnje, ki jih navajajo anketiranci, so torej nemirnost in zaskrbljenost, težave s spanjem in močno razbijanje srca, ki lahko vse nakazujejo na prisotnost duševnih motenj pri anketirancih s to simptomatiko.

Kar 13,9 odstotka anketirancev, kar pomeni 143 posameznikov, je že (kdaj) pomislilo, da bi naredili samomor. Večina se je o tem pogovorila z nekom, osebnim zdravnikom ali kom drugim v zdravstvenem domu, s partnerjem ali sorodnikom, skrb zbujajoče pa je, da 47 posameznikov tega ni zaupalo nikomur.

Rezultati po posameznih boleznih kažejo, da ima povišan krvni tlak, ki je eden od dejavnikov tveganja za kardiovaskularne bolezni, več kot tretjina (38,3 %) naših anketirancev. Dve tretjini (66,1 %) obolelih anketirancev sta se med anketiranjem zdravili zaradi hipertenzije, 42,2 odstotka tistih anketirancev, ki so jim diagnozo prvič postavili pred letom 2009, torej pred prestrukturiranjem, pa se je bolezen med prestrukturiranjem poslabšala.
Povišan holesterol, ki je prav tako eden od dejavnikov tveganja za kardiovaskularne bolezni, ima dobra petina (22,7 %) vseh anketirancev, polovica (50 %) obolelih se je med anketiranjem zdravila zaradi povišanega holesterola. Med prestrukturiranjem se je bolezen poslabšala tretjini (33 %) obolelih anketirance, ki so jim diagnozo prvič postavili pred letom 2009.

Da imajo sladkorno bolezen, je poročalo 4,6 odstotka anketirancev. Med anketiranjem se je 34,8 odstotka obolelih zdravilo z dieto, 39,1 odstotka s tabletami in 19,6 odstotka z injekcijami inzulina, bolezensko stanje se je med prestrukturiranjem poslabšalo dobri polovici (54,2 %) obolelih anketirancev, ki so jim bolezen odkrili pred letom 2009.

Podatki za rano na želodcu ali dvanajsterniku kažejo, da je delež obolelih v naši raziskavi 10,4 odstotka. Med anketiranjem sta se slabi dve tretjini (58,5 %) obolelih udeležencev zdravili, bolezen se je med prestrukturiranjem poslabšala skoraj polovici (45,8 %) obolelih pred letom 2009.

Rezultati za depresijo kažejo, da se je v proučevani populaciji za depresijo zdravilo 25,8 odstotka udeležencev raziskave. Več kot polovica (54 %) teh anketirancev se je med anketiranjem zdravila zaradi depresije, skoraj polovici (48 %) obolelih pred letom 2009 pa se je bolezen med prestrukturiranjem poslabšala.

Razprava

Podatke o samoocenjenem zdravju in boleznih anketiranih delavcev Mure smo primerjali s podatki raziskave, narejene v splošni populaciji (14). Podatki so bili prilagojeni za aktivno populacijo. Čeprav ocenjevalni lestvici v obeh raziskavah nista bili povsem kompatibilni, je groba primerjava podatkov pokazala, da so naši anketiranci slabše ocenjevali svoje zdravje, kar dve tretjini vprašanih sta namreč svoje zdravje ocenili kot slabo ali zadovoljivo. Pogosteje so poročali o boleznih, ki jih lahko povežemo s posledicami stresa; pogosteje so torej navajali, da imajo povišan krvni tlak in holesterol v krvi, rano na želodcu ali dvanajsterniku, sladkorno bolezen in depresijo. Rezultati naše raziskave prav tako kažejo, da se je bolezensko stanje anketirancev med prestrukturiranjem leta 2009 pogosto poslabšalo, ker je v skladu z ugotovitvami tuje literature (1).

Razlike v zdravju med sodelujočimi v obeh primerjanih raziskavah bi lahko bile vsaj deloma posledica dogajanja pred prestrukturiranjem, med njim in po njem, deloma so verjetno pogojene tudi z demografskimi značilnostmi anketirancev, saj so v našem vzorcu bile predvsem nižjeizobražene ženske, starejše od 41 let. Podatki raziskave, s katero smo primerjali naše podatke, namreč kažejo, da se samoocena zdravja slabša s starostjo anketiranca, prav tako nižjeizobraženi slabše ocenjujejo svoje zdravje kot višje- ali visokoizobraženi posamezniki (14), medtem ko podatki druge slovenske raziskave kažejo, da ženske slabše ocenjujejo svoje zdravje in so bolj pripravljene priznati bolezenska stanja kot moški (15).

Povsem mogoče je, da so razlike med rezultati obeh raziskav še večje zaradi tako imenovanega učinka zdravega delavca. Gre za motečo spremenljivko, ki povzroča, da je umrljivost in obolevnost med delovno populacijo manjša, kot je v splošni populaciji (16, 17) in se ji najlažje izognemo tako, da podatke primerjamo s podatki o zdravju in boleznih delavcev v primerljivem podjetju ali panogi, ki pa nam med raziskavo niso bili na voljo.

Glede na primerjavo obolevnosti naših anketirancev z rezultati raziskave v splošni populaciji še posebej izstopa depresija. Za depresijo se je kadarkoli v življenju že zdravila četrtina naših anketirancev, 13 odstotkov se jih je zdravilo med raziskavo, zdravstveno stanje se je med stečajem poslabšalo slabi polovici obolelih za depresijo.

O slabem duševnem stanju anketirancev govorijo podatki o njihovem počutju v enem letu po stečaju. Več kot 60 odstotkov anketiranih je namreč poročalo, da so se takrat pogosto ali stalno počutili zaskrbljene, potrte in žalostne.

Prav tako so naši anketiranci med anketiranjem pogosto navajali občutke nemirnosti in zaskrbljenosti, težave s spanjem in močno razbijanje srca. Vsa omenjena simptomatika lahko nakazuje na duševne motnje.
Pomemben podatek, ki kaže na slabo duševno zdravje anketirancev, je tudi, da je dobrih 13 odstotkov anketiranih že pomislilo na samomor, dve tretjini teh se je o tem tudi pogovorila z nekom, z osebnim zdravnikom ali kom drugim v zdravstvenem domu, partnerjem ali sorodnikom, tretjina pa tega ni zaupala nikomur, kar je nadvse skrb zbujajoče.

Postavlja se nam vprašanje, kaj bo s temi posamezniki, če bodo še naprej prepuščeni samemu sebi. Nujno bi namreč potrebovali psihološko pomoč oziroma svetovanje, da se izvijejo iz začaranega kroga, v katerem so se znašli. Vendar mora biti to svetovanje prilagojeno okoliščinam (18). Delavci, ki so prestali prestrukturiranje/odpuščanje, se pogosto spopadajo z občutki izgube in žalovanja, zato bi svetovalno delo moralo slediti krivulji žalovanja, ki jo je oblikovala ameriška psihiatrinja Kubler-Ross, in upošteva pet stopenj žalovanja, skozi katere gre posameznik, ki se sreča z izgubo (18). O tem bi morali poučiti tudi delavce in jim dati možnost žalovanja.

Organizirati bi bilo treba tudi programe pomoči za vse Murine delavce, ki so bili izpostavljeni prestrukturiranju. Programi bi morali biti narejeni po meri uporabnika in ljudem omogočiti, da se lažje ponovno vključijo v svet dela in družbo ter hkrati zmanjšati njihovo negotovost

in socialno izolacijo. Po opravljeni raziskavi se je namreč leta 2014 zgodil že drugi stečaj podjetja Mura - AHA Mure. Podatkov o tem, kakšne so posledice za zdravje delavcev po drugem stečaju, žal nimamo, predvidevamo pa, da je situacija še slabša, saj so nekateri posamezniki že drugič izgubili zaposlitev. Tuji podatki namreč kažejo, da se učinki prestrukturiranja dolgoročno seštevajo (19, 20).

Zaključek

Podatki naše raziskave kažejo na slabo zdravstveno stanje delavcev, ki so bili izpostavljeni prestrukturiranju podjetja Mura leta 2009. V primerjavi s podatki raziskave, narejene na splošni populaciji, naši anketiranci slabše ocenjujejo svoje zdravje in pogosteje poročajo o povišanem krvnem tlaku in holesterolu v krvi, rani na želodcu ali dvanajsterniku, sladkorni bolezni in depresiji. Razlika je bila pričakovana, mogoče je, da je zaradi učinka zdravega delavca še večja od prikazane. Delno jo lahko pripišemo demografskim značilnostim našega vzorca, deloma pa bi lahko nastala kot posledica dogajanja pred, med prestrukturiranjem in po njem, vendar bi bilo to treba še podrobneje raziskati v analitični študiji. Med podatki raziskave še posebej izstopa slabo duševno zdravje anketirancev, zato bi bilo smiselno pripraviti psihološko pomoč, ki bi morala biti prilagojena okoliščinam in ne bi smela še dodatno stigmatizirati posameznika, nedvomno pa bi bilo treba organizirati tudi programe pomoči za vse, ki so bili izpostavljeni prestrukturiranju podjetja Mure leta 2009 ali 2014.

Literatura

1. Kieselbach T, Triomphe CE, Armgarth E, Bagnara S, Elo AL, Jefferys S. et al. Zdravje v času prestrukturiranja (HIRES): Priporočila in odzivi posameznih držav ter politike v EU. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, 2011.
2. Jin RL, Shah CP, Svoboda TJ. The impact of unemployment on health: a review of the evidence. Can Med Assocn J 1995; 153(5): 529–40.
3. Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, Linna A, Virtanen M, Virtanen P. et al. Organisational downsizing, sickness absence, and mortality: 10-town prospective cohort study. BJM 2004; 328(7439): 555. doi:10.1136/bmj.37972.496262.0D.
4. Gallo WT, Teng HM, Falba ta, Kasl SV, Krumholz HM, Bradley EH. The impact of late career job loss on myocardial infarction and stroke: a 10 year follow up using the health and retirement survey. Occup Environ Med 2006; 63: 683–7.
5. Őhlin B, Nilsson PM, Nilsson JA, Berglund G. Cronic psychosocial stress predicts long-term cardiovascular morbidity and mortality in middle-aged men. European Hearth Journal 2004; 25:867-73.
6. Kang MG, Koh SB, Cha BS, Park JK, Baik SK, Chang SJ. Job stress and cardiovascular risk factors in male workers. Prev Med 2005; 40(5): 583-8.
7. Brenner MH, Andreeva E, Theorell T, Goldberg M, Westerlund H, Leinweber C. et al. Organizational downsizing and depressive symptoms in the European recession: the experience of workers in france, Hungary, Sweden and the United Kingdom. PLoS ONE 9(5): e97063.doi: 10.1371/journal.pone.0097063.
8. Nuttman-Shwartz O, Gadot L, Kacen L. Recurrent job loss and mental health among women. Women Health 2009; 49(4): 294-309. doi: 10.1080/03630240903158818.
9. Burgard SA, Brand JE, House JS. Perceived job insecurity and worker health in the United States. Social Science & Medicine 2009; 69: 777–85.
10. Burgard SA, Kalousova L, Seefeldt KS. Perceived job insecurity and health. The Michigan Recession and Recovery Study. JOEM 2012; 54(9): 1101–1106.
11. Bergemann A, Grönqvist, Gudbjörnsdottir S. The effects of job displacement on the onset and the progression of diabetes. [na spletu]. [pridobljeno 10. 11. 2011]. Dostopno na http://lvb.wiwi.hu-berlin.de/vwl/wtm2/seminar-schumpeter/bergemann_2010.
12. Jones MP. The role of psychosocial factors in peptic ulceral diosease: beyond Helicobacter pylori and NSAIDs. J Psychosom Res 2006; 60(4): 407–12.
13. Levenstein S. The very model of a modern etiology: a biopsychosocial view of peptic ulcer. Psychosom med 2000; 62(2): 176–85.
14. Tomšič S, Kofol Bric T, Korošec A, Maučec Zakotnik J, editors. Izzivi v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja – desetletje CINDI raziskav v Sloveniji. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014.

15. Toš N, Malnar B. Družbeni vidiki zdravja: Sociološka raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva. Ljubljana: FDV, IDV, Center za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij, 2002.
16. Premik M. Uvod v epidemiologijo. Ljubljana: Medicinska fakuleta, 1998.
17. Li C-Y, Sung F-C. A review of the heathy worker effect in occupational epidemiology. Occup Med 1999; 49(4): 225–9.
18. Canaff AL. High anxiety: counseling the job-insecure client. [na spletu]. [pridobljeno 17. 11. 2011]. Dostopno na: http://www.allbusiness.com/human-resources/careers/765805-1.html.
19. McKee-Ryan FM, Song Z, Wanberg CR, Kinicki AJ. Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analitic study. Journal of Applied Psychology 2005; 90(1): 53–76.
20. Dupre ME, George LK, Liu G, Peterson ED. The cumulative effect of unemployment on risks for acute myocardial infarction. Arch Interm Med 2012; 172(22): 1731–7.

GLAVNA INŠPEKTORICA RS ZA DELO ODGOVARJA NA VPRAŠANJE KIMDPŠ

Vprašanje KIMDPŠ z dne 10. 7. 2013
Kdo je odgovoren za zagotavljanje varnosti in zdravje pri delu samozaposlenih oseb v Republiki Sloveniji po ZVZD-1?

Odgovor glavne inšpektorice RS za delo

Če določena oseba opravlja dejavnosti in ne zaposluje drugih delavcev oziroma v delovni proces na vključuje drugih oseb, ima ta oseba status samozaposlene osebe po 55. členu ZVZD-1 in je odgovorna tako za svojo varnost in zdravje kakor tudi za varnost in zdravje drugih oseb, na katere lahko vpliva s svojimi dejanji ali opustitvami pri izvajanju delovnega procesa. V tem primeru so zahteve s področja varnosti in zdravja pri delu, katere mora samozaposlena oseba izvajati, opredeljene v členih od 56. do 60. ZVZD-1 in se izražajo tudi v dolžnosti, da samozaposlena oseba lahko sama ugotavlja morebitna tveganja za nezgode, poklicne bolezni in bolezni, povezane z delom, jih oceni ter posledično ob potrebi po izvajanju konkretnih ukrepov za preprečevanje takšnih tveganj te ukrepe opredeli v pisni izjavi o varnosti z oceno tveganja. Torej morebitno Izjavo o varnosti z oceno tveganja lahko samozaposlena oseba izdela sama. Možne nevarnosti in tveganja pa se morajo ugotavljati strokovno ter da se potem tudi strokovno opredelijo ukrepi. Če tega samozaposlena oseba ni zmožna zagotoviti, je smiselno, da to uredi z zunanjo strokovno osebo. Tako tudi pristojni inšpektorji obravnavajo samozaposlene osebe tako v postopkih inšpekcijskih nadzorov kakor tudi pri dajanju strokovne pomoči. V predhodno navedenih členih se nikjer ne omenja zahteva po zagotavljanju preventivnih zdravstvenih pregledov samozaposlenih oseb, zato menimo, da zagotavljanje preventivnih zdravstvenih pregledov samozaposlenih oseb nima pravne podlage v ZVZD-1 in jih samozaposlenim osebam ni treba izvajati. Takšno tolmačenje je mogoče razbrati tudi iz mnenj, objavljenih na Ministrstvu za družino in socialne zadeve in enake možnosti: (www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/vzd/ZVZD-odgovori.pdg).

Kljub vsemu pa menimo, da je glede prisotne nevarnosti, ki lahko obstajajo pri izvajanju dela samozaposlene osebe, in čeprav to ni nikjer neposredno zapisano in zahtevano, ravno tako smiselno, da delavec, ki takšna dela opravlja, izvaja tudi posamezne druge ukrepe po ZVZD-1, kot npr. da se samoiniciativno ustrezno seznani z nevarnostmi in zagotavljanjem ukrepov za zmanjševanje nevarnosti in vplivov na zdravje ter da se pri tem preveri tudi izpolnjevanje zdravstvenih zahtev za opravljanje takšnega dela. Ni namreč odveč opozoriti na odgovornost za lastno varnost in zdravje ter varnost in zdravje drugih oseb, kar je zapisno v 55. členu ZVZD-1.

Na vprašanje glede zdravstvenih, pravnih in ekonomskih posledic zaradi neopravljanja preventivnih zdravstvenih pregledov samozaposlenih oseb ob omejeni zmožnosti ali nezmožnosti dela v smislu zdravstvene, pokojninske in invalidske zakonodaje, ne moremo merodajno podati odgovora, saj se ne vključujemo v postopke na teh področjih, zato vas vljudno prosimo, da to vprašanje naslovite na organe, pristojne za ta področja.

Uredništvo

Na 31. kongresu medicine dela, ICOH 2015, ki je potekal od 31. maja do 5. junija 2015 v Južni Koreji, je bila sprejeta ***»Seulska izjava o razvoju služb medicine dela za vse«,*** *ki jo objavljamo v izvorni obliki.*

Uredništvo

31st International Congress on Occupational Health

Seoul Statement on the Development of Occupational Health Services for All

The 31st International Congress on Occupational Health, ICOH 2015, was organized by the International Commission on Occupational Health, ICOH, the Korea Occupational Safety and Health Agency, KOSHA, and the Korean Society of Occupational and Environmental Medicine, KSOEM, from 31 May to 5 June 2015 in Seoul, Republic of Korea. The Congress approved a "Seoul Statement on the Development of Occupational Health Services for All".

Recalling
that decent conditions of work, occupational health and occupational safety constitute a basic human right of workers as declared by the UN International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights of working people (1966), the ILO Declaration on Fundamental Principles and Rights at Work (1998), the Centennial Declaration of the International Commission on Occupational Health, ICOH (2006) and the Seoul Declaration on Safety and Health at Work adopted by the ILO, ISSA, KOSHA and ICOH together with a high number of other Non-Governmental and Professional Associations (2008),

Emphasizing
that in spite of positive developments of occupational safety and health particularly in industrialized countries, over three quarters of workers of the world live and work in developing and transitory countries, often working in high risk occupations in both formal and informal sectors, without adequate protection by occupational health and safety law and lacking social protection and access to occupational health services. Such gaps in prevention and protection lead to 2.3 million deaths among the workers of the world every year,

Keeping in mind
that the ILO Convention No. 161 on Occupational Health Services and the WHO Global Strategy on Occupational Health for All, as well as the Cancun Charter by the ICOH (2012), call for organization of occupational health services for all working individuals and all occupations, without exclusion of any group of workers, economic sectors, including the informal sector, or workers in contracted or self-employment,

Taking into consideration
that new challenges, risks and hazards continuously emerge, due to changes in economic structures, transfer of technologies, demographic changes, migration and social dynamics. The management of and adjustment to the continuous change need active sharing of information, the effective use of existing knowledge, and the generation of new research on occupational health.

Recognizing
that a growing body of research evidence speaks for positive economic and productivity impact of occupational health services, due to prevention of loss by accidents and diseases, sickness absenteeism and disabilities, and through facilitation of production processes,

Reminding
that according to the principles of the ICOH International Code of Ethics for Occupational Health Professionals, protection and promotion of workers´ health is a professional, ethical and social imperative for all occupational health professionals and for the international occupational health community,

the 31st ICOH Congress states the following:

1. Policies
Every government in collaboration with social partners should, as a part of their stewardship, draw up necessary regulations, strategies and programmes for national policies on occupational health and occupational health services by using the international guidance provided by the ILO Convention No. 161, Recommendation No. 171 on Occupational Health Services and the WHO Global Strategy on Occupational Health for All. Such policy should aim at the provision of services for all, with full coverage without exclusion of any group or sector of work life.

2. Implementation
Implementation of occupational health policies should be based on legislation, with appropriate governance structures, well-defined rights and responsibilities, establishment and strengthening of the occupational health system and respective infrastructures, and sufficient resources and financing for services. Special measures, multiple service provision models, including primary health care, and support should be developed for organization of occupational health services for small-scale enterprises, the self-employed and the informal sectors. Public occupational health services should be provided for the underserved sectors. Where front-line services are of limited scope, usually occupational medicine and nursing, they should be reinforced by secondary level support services.

3. Content and activities
The content and activities of occupational health services at the workplace level include prevention and management of physical, chemical, biological and ergonomic factors, prevention of occupational diseases and injuries, prevention of excessive work load, and work life constrains, promotion of health and work ability, rehabilitation and return to work, as well as first aid and curative services. Such services should be adjusted to the health needs of working people, by taking into consideration the existing hazards and responding to the needs of various groups of workers, including young, female, ageing and migrant workers and various types of vulnerable groups.

4. Human resources, competence and expertise
Governments should ensure the availability of sufficient human resources for the effective delivery of occupational health services. Where possible, the occupational health service team should be multidisciplinary, covering several types of expertise, such as occupational medicine, occupational health nursing, ergonomics, occupational hygiene, psychology and accident prevention, rehabilitation and return to work. In cases, where multidisciplinary services may be difficult to organize and sustain, the basic occupational health service (BOHS) approach and proactive risk prevention and locally adjusted methods may be used.

5. Training and education
In line with the ILO Convention No. 161, special competence and training are needed for provision of competent occupational health services. Governments should ensure appropriate and updated training and education curricula for occupational health personnel. International standards and model curricula should be developed for occupational health personnel. Depending on national conditions the training could be organized at universities or other relevant institutions.

6. Sharing information and good practices
Effective exchange and dissemination of information on all aspects of occupational health should be promoted and encouraged, and good practices and guidelines should be shared via international collaboration between occupational health professional bodies, International and Non-Governmental Organizations, WHO, ILO and ICOH and other relevant institutions and associations. Dissemination of this knowledge should be supported by international and national expert communities, employers, workers and governmental organizations.

7. Research
Appropriate and adequate research support should be structured for the production of evidence based information for the development of occupational health systems, methods and good practices, training and education. Longstanding international experience has shown that research is best supported and sustained when it is nested in the National Institute of Occupational Health, or respective centre of excellence in the country.

8. Collaboration and networking
National collaboration
To ensure sufficient coordination and exchange of information within countries, continuous dialogue should be maintained and close and regular collaboration between occupational health and general health services, with occupational safety and health, social security institutions, social partners (employers and workers) and academia should be encouraged. Networking between all involved in the development of occupational health, including occupational health service providers, is also recommended.

International collaboration
International collaboration, including bilateral and multilateral networking, should be enhanced among all the key international professional associations in the field of occupational health and safety. Such networks should collaborate and provide scientific and professional support to the International Organizations, ILO and WHO.

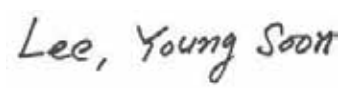
9. Commitment
The organizers and participants of the ICOH 2015 Congress declare commitment for collaboration and support for all parties, national and international, professional and governmental in their efforts for the organization of competent occupational health services for all workers across the world.

10. Follow-up
It was agreed to follow up and evaluate the implementation of this Statement and results be presented to the forthcoming 32nd International Congress on Occupational Health, ICOH 2018, which will be organized in Dublin, Ireland.

On behalf of the 31st International Congress on Occupational Health

In Seoul, Republic of Korea, 5 June 2015,

Dr. Kazutaka Kogi, MD,
President of the International Commission on Occupational Health, ICOH



Dr. Lee, Young Soon, Ph.D.
President of the ICOH 2015 Congress,
President of the Korea Occupational Safety and Health Agency, KOSHA

OKROGLA MIZA O BIOLOŠKEM MONITORINGU

Prof. dr. Metoda Dodič Fikfak, dr. med., spec. MDPŠ*

Na Kliničnem inštitutu za medicino dela, prometa in športa je dne 23. 11. 2015 potekala okrogla miza o biološkem monitoringu. Udeležili so se je: mag. Lidija Korat, ga. Maja Petrovič Šteblaj, ga. Andrea Margan, dr. Tihomir Ratkajec, ga. Urška Močnik, prim. prof. dr. Marjan Bilban, doc. dr. Alenka Franko, asist. dr. Alenka Škerjanc, g. Martin Kurent, prof. dr. Metoda Dodič Fikfak.

Cilj okrogle mize je bil poenotenje dela na področju biološkega monitoringa (BM)[1] v Sloveniji. Sledila je diskusija z zaključki.

Cilj skupnega pogovora je bil, da bi poskusili uskladiti mnenja o BM[1] pri delavcih med medicino dela in inšpektoratom za delo.

Prof. dr. Dodič Fikfak je izpostavila izhodišča:

– BM v zakonodaji:
  - da zakonodaja ni usklajena;
  - v aktih so nekatere enote napačno napisane;
  - nekatere BAT-vrednosti niso usklajene s tujimi vrednostmi in očitno je razlaga Pravilnika o varovanju delavcev pred tveganji zaradi izpostavljenosti kemičnim snovem pri delu (v nadaljevanju: pravilniku) različna. 7. člen 3 točka – »Kadar *rezultati ocene tveganja iz prve točke prejšnjega člena pokažejo, da zaradi količine nevarne kemične snovi, ki je prisotna na delovnem mestu, obstaja le minimalno tveganje za varnost in zdravje delavcev in za zmanjšanje tveganja zadoščajo ukrepi, sprejeti v skladu s prvim in drugim odstavkom tega člena, se določbe 8., 9. in 12. člena tega pravilnika ne uporabljajo.*« 12. člen pa je tisti, ki govori o biološkem monitoringu.
– vsebinski del BM. Od stroke MDPŠ biološki monitoring ni natančno opredeljen, imamo samo nekaj snovi, za katere lahko pri delavcih delamo BM in zdravniki se na osnovi rezultatov znamo odločiti, kako ukrepati. Problem nastane, če dobimo rezultate, vendar so rezultati nepovedni (ali ni mednarodno primerljivih vrednosti ali ne vemo, ali, kako in koliko določene vrednosti vplivajo na zdravje). V okviru tega je tudi evropski projekt Horizon 20/20, na katerega se prijavlja poleg nekaterih slovenskih institucij tudi KIMDPŠ.
– Najpomembnejša vprašanja so: kdaj delati BM, za katere snovi, kdo naj ga dela, kako in kateri so referenčni laboratoriji.

Mag. Lidija Korat je predstavila svoj pogled na BM. Povedala, da se je inšpektorat v letu 2007 odločil izvajati poostren inšpekcijski nadzor (akcija) nad izvajanjem BM. V letu 2013 pa so to še nadgradili. Inšpektorat je v akciji izvajal nadzor glede izvajanja BM za stiren in svinec. Ker je nadzorni organ, dela po predpisih. Zato lahko upošteva samo BAT-vrednosti, ki so navedene v Pravilniku, kakor tudi enote, ki so v tem Pravilniku navedene. Na Inšpektoratu za delo niso nikoli delali represivno.

Mag. Lidija Korat tudi meni, da lahko pošljemo pobudo na ministrstvo, če se s pravilnikom kakorkoli ne strinjamo, da se ta spremeni.

Nujne naloge spec. medicine dela so:

1. Sodelovanje pri oceni tveganja: v pravilniku je sodelovanje spec. med. dela izrecno zapisano.
2. **Če je BM potreben, se to zapiše v oceno tveganja in se napiše: katere snovi se bo delalo, na koliko časa ter kako (odvzem)**.
3. Če BM ni potreben, je treba pisno obrazložiti, zakaj ne.

1 V zakonodajo V&Z pri delu se uporablja izraz biološki monitoring in ne humani biološki monitoring kot je izraz v strokovni literaturi.

* Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, Ljubljana

Naloga specialistov medicine dela je, da to vedo in da vejo, kaj od neke snovi bodo delali: snov samo v krvi in/ali urinu, blatu, znoju, izdihanem zraku[2] … katere metabolite ter v katerem materialu in kako bodo material odvzeli … Teh navodil ne morejo pričakovati od inšpektorja ali kogarkoli drugega.

Če pravilnik vsebuje kakršnekoli nejasnosti ali celo nepravilnosti za 50 navedenih substanc, je pripombe treba čim prej poslati na MDDSZ.

– Kaj s snovmi, za katere nam vrednosti snovi same ali njenih metabolitov nič ne povedo, to pomeni, da ni na razpolago študij in raziskav, ki bi kazale kakršnokoli povezavo med nekim metabolitom ali snovjo v krvi in zdravstvenimi spremembami, simptomi ali boleznimi?

Inšpektorica meni, da je zanje (velja za 50 snovi v tabeli pravilnika) treba najmanj enkrat narediti BM, če menimo, da gre za pomembno izpostavljenost. To naredimo zaradi upoštevanja previdnostnega principa, vendar je treba tabelo res strokovno pregledati in ugotoviti, od kod so bile vzete mejne vrednosti, ki so napisane, na podlagi česa so se zanje odločili, in na osnovi tega predlagati spremembo vrednosti ali črtanje iz seznama oziroma dodati snov na seznam.

2 V zakonodaji so napisane vrednosti BM le za kri in urin.

Predlagamo tudi, da se objavi literatura, po kateri naj se ravnamo v praksi. Strokovna spoznanja se običajno spreminjajo hitreje kot pravilniki.

Za biološki monitoring ni nujno, da imamo akreditirani laboratorij, dobro pa je, da uporabljamo vseskozi istega zaradi možnih medlaboratorijskih razlik v vrednostih preiskovane snovi.

O vsem tem bi se bilo treba dogovoriti tudi na RSK za MDPŠ.

– Vprašanje, ali lahko delodajalcu povemo vrednosti BM za posameznega delavca, je lahko sporno. Kot smo se že dogovorili, je nesporno, da delodajalcu vrednosti BM povemo, če se s tem strinja prizadeti delavec, če pa se ne, pa predlagamo, da na to vprašanje odgovori informacijska pooblaščenka, ki jo tudi prosimo, da pove, ali smemo povedati delodajalcu vrednosti BM za posameznega delavca, če delavec tega noče.

VLOGA SPECIALISTA MEDICINE DELA PRI PROMOCIJI ZDRAVJA PRI DELU

Davor Denkovski, dr. med., spec. MDPŠ*

Izhodišče: Promocija zdravja pri delu (PZD) je prizadevanje delodajalcev, delavcev in družbe izboljšati zdravje in blaginjo ljudi pri delu. V Sloveniji je zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1) promocijo zdravja pri delu uvedel kot zakonsko obvezo delodajalcev, ki morajo promocijo načrtovati in izvajati. Skrb za zdravje zaposlenih je tudi primarna skrb in naloga specialista medicine dela, zato se postavlja vprašanje, kakšno vlogo naj ima zadnji pri promociji zdravja pri delu.

Cilj: Namen specialistične naloge je predstaviti rezultate raziskave o stališčih slovenskih specialistov medicine dela, prometa in športa (SMDPŠ) do promocije zdravja pri delu, ugotoviti, kako so v promocijo zdravja vključeni, in oblikovati predloge o njihovi vlogi pri promociji zdravja pri delu.

Metode: Raziskava je bila sestavljena iz dveh delov, in sicer iz kvantitativnega dela z vprašalnikom za specialiste MDPŠ in kvalitativnega dela z intervjujem z izbranimi specialisti MDPŠ.

Rezultati: Udeleženci raziskave aktivnosti promocije zdravja pri delu v primerjavi z nalogami specialista MDPŠ, ki so opredeljene v zakonu, ocenjujejo kot manj pomembne.

Večina (58,6 %) jih zdaj ni udeležena v katerem od projektov PZD. Tisti, ki so udeleženi, so najpogosteje v vlogi članov projektnega tima, svetovalcev ali predavateljev. Večina specialistov želi opravljati posamezne naloge PZD. Kot glavni razlog za to, da jih ne opravljajo, navajajo nezainteresiranost delovnih organizacij za aktivnosti PZD (72,8 %), nejasno financiranje PZD (30,5 %) in pomanjkanje časa SMDPŠ (18,6 %). Udeleženci raziskave si želijo dodatnega znanja in veščin iz PZD, predvsem iz načrtovanja in vodenja projektov PZD, ergonomije, analize zdravja zaposlenih ter zdravega in varnega delovnega okolja. Kar 68,8 odstotka anketirancev meni, da mora biti vloga specialista MDPŠ sodelovanje v timu za PZD, kjer bi bil slednji koordinator aktivnosti PZD. Kot ključna člana tima za PZD v podjetju udeleženci raziskave izpostavljajo specialista MDPŠ in strokovnega sodelavca VZD. Poleg njiju bi v tim vključili tudi predstavnika vodstva podjetja in po potrebi druge člane (medicinska sestra, kadrovik, psiholog ...), odvisno od konkretnega projekta PZD. Udeleženci raziskave so menili, da bi medicinska sestra lahko opravljala različne aktivnosti PZD, na primer sodelovanje pri analizi zdravja v podjetju in pripravi poročil, pri izobraževanju zaposlenih in drugo. Večina udeležencev izpostavlja dejstvo, da medicinske sestre zdaj nimajo specifičnega znanja iz PZD in bi jih bilo treba v tej smeri izobraziti. Večina udeležencev raziskave je v stiku z vodstvi podjetij večkrat na leto, vendar so pri teh srečanjih redko pogovarjajo o konkretnih projektih PZD. Kot najpomembnejše ovire za implementacijo PZD v podjetjih so anketiranci izpostavili nezainteresiranost delovnih organizacij za PZD, problem financiranja teh aktivnosti ter nedodelano zakonodajo iz področja. Kot najpomembnejše podatke za prepričevanje vodstva o koristnosti PZD so ocenili podatke o strošku bolniškega staleža, podatke o primerih dobre prakse primerljivih podjetij, podatke iz analiz obdobnih pregledov in podatke o učinkovitosti programov PZD.

Zaključki: Specialisti medicine dela, prometa in športa kot glavne razloge za neaktivnost na področju promocije zdravja pri delu navajajo nezainteresiranost delovnih organizacij za PZD, nedodelano financiranje aktivnosti PZD ter pomanjkanje časa specialistov MDPŠ. Večina si jih omenjene aktivnosti želi izvajati, in so se na tem področju pripravljeni usposabljati. Udeleženci raziskave menijo, da mora biti specialist medicine dela, prometa in športa vključen v aktivnosti promocije zdravja v podjetju ter sodelovati v timu za promocijo zdravja, kjer bi imel vlogo strokovnega koordinatorja. Kot pomembnega sodelavca v timu predlagajo strokovnega sodelavca VZD, poleg njega bi lahko sodelovali še predstavnik vodstva podjetja, različni drugi zaposleni, medicinska sestra iz DMD in drugi.

Mentorice: prof. dr. Metoda Dodič Fikfak, dr. med., spec. MDPŠ
dr. Eva Stergar, univ. dipl. psih.
Tanja Udrih Lazar, univ. dipl. nov.

* Medicinski center Krka, d.o.o., Novo mesto

ZDRAVSTVENA OGROŽENOST DELAVCEV CINKARNE CELJE ZARADI NOČNEGA DELA

Sašo Djurić, dr. med., spec. MDPŠ*

Izvleček: Namen specialistične naloge je bil podati oceno zdravstvene ogroženosti zaradi nočnega dela in narediti primerjavo te med opazovano skupino naključnega stratificiranega vzorca 105 moških delavcev, zaposlenih v nočni izmeni, in kontrolno skupino naključnega stratificiranega vzorca 105 moških delavcev, zaposlenih v dnevnih izmenah proizvodnje barvil in pigmentov Cinkarne Celje, in sicer na osnovi dopolnjenega mednarodnega vprašalnika. Znano je, da je nočno delo škodljivo zdravju zlasti zaradi motenega cirkadianega ritma. Tehnološki in gospodarski vidik ter preskrba prebivalcev so tisti, ki pogojujejo nočno delo. Delavci v nočni izmeni so zdravstveno bolj ogroženi, saj imajo motnje spanja in zato duševne motnje v smislu večje izčrpanosti, motenj koncentracije, zapomljivosti in večje razdražljivosti, kar vse pogojuje večje tveganje delovnih nezgod, medsebojnih konfliktov v delovnem okolju, konfliktov v družini in moteno socialno življenje. Nočno delo negativno vpliva na rednost prehranjevanja, to povečuje tveganje za nastanek rane na želodcu in dvanajstniku. Nočno delo pomeni večje tveganje za razvoj bolezni srčno-žilnega sistema, zlasti povišanega krvnega tlaka. Primerjava rezultatov testiranj med opazovano in kontrolno skupino delavcev Cinkarne Celje ob upoštevanju samo določenih opazovanih znakov ne kaže statistično pomembne razlike, vendar je treba poudariti, da ni upoštevana spremenljivka dolžina ekspozicije nočnemu in nenočnemu delu, kar je zelo pomembno za oceno doza-učinek v smislu zdravstvene ogroženosti zaradi nočnega dela. Vsekakor bi bolj veljavne rezultate dala klinično-epidemiološka raziskava obeh skupin delavcev, ki bi subjektivne navedbe iz vprašalnika lahko objektivizirala z objektivnimi podatki iz klinične obravnave testirancev in iz medicinske dokumentacije. Primerjava naših rezultatov s tistimi iz literature potrjuje, da je delo v nočni izmeni resnično škodljivo zdravju. Opredeljene so zdravstvene kontraindikacije za nočno delo, zdravstveno varstvo delavcev in ukrepi humanizacije dela.

Ključne besede: nočno delo, zdravstvena ogroženost, zdravstveno varstvo, humanizacija dela.

Mentor: prim. prof. dr. Marjan Bilban, dr. med., spec. MDPŠ

* Zdravstveni dom Celje, Celje

PRIMERJAVA ŠTIRIH VHODNIH KAZALNIH RAČUNALNIŠKIH NAPRAV MED NALOGO UPRAVLJANJA KURZORJA – PRIMERJAVA POLOŽAJA V ZAPESTJU V SMERI FLEKSIJE/EKSTENZIJE, HITROSTI IZVEDBE NALOGE IN NEUDOBJA PRI DELU

Kristjan Lipičnik, dr. med., spec. MDPŠ*

Namen: Ugotoviti vpliv uporabe tradicionalne računalniške miške in alternativnih računalniških kazalnih naprav na položaj zapestja dominantne roke v smeri fleksije/ekstenzije, hitrost izvedbe naloge in občutek neugodja med izvedbo naloge upravljanja kurzorja.

Metode: Devet zdravih prostovoljcev povprečno starih 33,2 leta (SD = 9,0 let) je opravljalo standardno nalogo upravljanja kurzorja približno 10 minut s štirimi kazalnimi napravami: tradicionalno miško na desni strani tradicionalne tipkovnice, valjno miško, postavljeno pred tradicionalno tipkovnico, drsno ploščico, integrirano na desni strani tipkovnice, in sledilno kroglico, integrirano na desni strani tipkovnice. Meritve položaja zapestja v smeri dorzalne/palmarne fleksije so bile opravljene z elektrogoniometrom. Ugotavljali smo delež časa v dorzalni fleksiji zapestja, čas trajanja izvedbe naloge, občutek neugodja po vizualno analogni lestvici med izvedbo naloge.

Rezultati: Zapestje je bilo pri uporabi tradicionalne miške, valjne miške, drsne ploščice in sledilne kroglice več kot polovico časa v neugodnem položaju dorzalne fleksije nad 25°. Razlike med kazalnimi napravami v deležih časa v položaju nad 25° in v deležih časa v položaju nad 20° dorzalne fleksije desnega zapestja statistično niso bile značilne. Pri uporabi tradicionalne miške je bil čas izvedbe naloge statistično značilno najkrajši, občutenje neugodja pa najmanjše. Uporaba sledilne kroglice je bila statistično značilno najmanj udobna in najmanj učinkovita.

Sklep: Alternativne kazalne naprave se v primerjavi s tradicionalno miško pri reševanju naloge urejanja besedila niso izkazale kot primernejše. Dvodnevni trening z alternativnim kazalnimi napravami verjetno ni dovolj za mojstrsko obvladanje naprav.

Mentorica: prof. dr. Metoda Dodič Fikfak, dr. med., spec. MDPŠ

* Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicine dela, prometa in športa, Ljubljana

ANALIZA OBREMENITEV TRAPEZASTIH MIŠIC IN DORZALNIH EREKTORJEV TRUPA PRI KOMUNALNIH DELAVCIH Z UPORABO POVRŠINSKE ELEKTROMIOGRAFIJE

Maja Mikša, dr. med., spec. MDPŠ*

Kostno-mišična obolenja so pomemben vzrok odsotnosti z dela, poklicnih bolezni, invalidnosti in bolezni v zvezi z delom zaradi preobremenitve. Več metod proučevanja kostno-mišičnega sistema se je pokazalo zelo uporabnih pri oceni obremenitve in obremenjenosti na delovnem mestu in kot izhodišča za ergonomske ukrepe. Cilji raziskave so bili: oceniti subjektivno neudobje, oceniti dominantne delovne položaje pri komunalnih delavcih in s površinsko elektromiografijo objektivizirati obremenitev trapezastih mišic in dorzalnih erektorjev. Hipoteza, ki smo jo postavili na podlagi ocene tveganja, je bila, da obstaja razlika v obremenitvi mišic pri dveh delovnih operacijah.

V nalogo je bilo vključenih deset delavcev, nakladalcev komunalnih odpadkov. Proučevani sta bili delovni operaciji, nakladanje odpadkov v vrečah in zabojnikih. Za snemanje in analizo so bile določene trapezaste mišice in dorzalni erektorji trupa, ki so se pokazali optimalni z ozirom na delovne naloge. Za oceno neudobja je bila uporabljena metoda po Corlettu. Za razširjenost mišično-kostnih težav smo izvedli Hitri test izpostavljenosti (ang. Quick Exposure Check, QEC) in Nordijski vprašalnik o težavah kostno-mišičnega sistema. Opazovalna metoda OWAS se uporablja za določitev dominantnih delovnih položajev. Objektivna določitev obremenitve mišic je bila narejena s površinsko elektromiografijo. S površinsko elektromiografijo smo izmerili delež aktivnosti trapezastih mišic in dorzalnih erektorjev pri dveh delovnih operacijah.

Subjektivne metode so pokazale večjo prisotnost težav v desnem ramenu in spodnjem delu hrbtenice pri delu z vrečami kot pri delu z zabojniki. OWAS je pokazal, da sta dominantna položaja pri delu z vrečami sklonjena drža in dvig rok nad rameni, medtem ko sta pri delu z zabojniki prevladovali pokončna drža in odročitev rok pod rameni. Podatki meritev površinske elektromiografije proučevanih mišic so podani kot povprečna aktivacija mišic (v µV) in mišična moč, izražene kot delež maksimalne mišične moči (v %). Analiza je pokazala večjo obremenitev oziroma aktivacijo leve trapezaste mišice (7,25–7,36 % oz. 50,5–51,5 µV) pri delu z vrečami. Pri delu z vrečami je ugotovljena tudi večja aktivacija desnega dorzalnega erektorja (6,07–6,65 % oz. 38,5–41,5 µV) in levega dorzalnega erektorja (4,98–5,83 % oz. 27,5– 31,5 µV). Razlike med aktivacijo mišic niso bile statistično značilne z ozirom na delo z zabojniki, pri petodstotni stopnji tveganja so vrednosti t bile manjše od kritične vrednosti t = 2,26).

Mentor: dr. Tihomir Ratkajec, dr. med., spec. MDPŠ

* ZVD Zavod za varstvo pri delu, d.o.o., Ljubljana

IZGORELOST FIZIČNIH DELAVCEV, MEDICINSKIH SESTER, UČITELJEV IN VODILNIH DELAVCEV V SLOVENIJI – PRESEČNA ŠTUDIJA

Nina Nikolić Lebič, dr. med., spec. MDPŠ*

Cilj: Namen raziskave je bil raziskati izgorelost med fizičnimi delavci, medicinskimi sestrami, učitelji in vodilnimi delavci ter ugotoviti, ali je pridobljena spoznanja mogoče uporabiti tudi pri delu specialista medicine dela, prometa in športa ter pri promociji zdravja.

Metode in materiali: V kvantitativno raziskavo, ki je potekala od novembra 2007 do decembra 2008, je bilo vključenih 400 ljudi (v vsaki opazovani poklicni skupini jih je bilo 100). Vsi so izpolnili anonimni anketni vprašalnik Copenhagen Burnout Inventory.

Rezultati: Raziskava je pokazala, da je sindrom izgorelosti v opazovanih skupinah prisoten. Pri skupni izgorelosti, osebni izgorelosti in izgorelosti v zvezi z delom so najvišje povprečne rezultate dosegale medicinske sestre, sledijo učitelji, fizični delavci in vodilni delavci. Analiza vzorcev fizičnih in vodilnih delavcev je nakazala povečano izgorevanje žensk. Analiza izgorevanja glede na starost v poklicni skupini je pri fizičnih delavcih in učiteljih ugotovila naraščanje izgorevanja s starostjo, pri medicinskih sestrah in vodilnih delavcih pa je naraščala do 50. leta, nato pa se je znižala.

Zaključek: Raziskava potrjuje pomembnost ugotavljanja sindroma izgorelosti. Vprašalnik Copenhagen Burnout Inventory je koristen instrument pri delu specialista medicine dela, prometa in športa ter promotorja zdravja. Analiza izgorelosti v delovni organizaciji ali pri posamezniku pomaga pri načrtovanju ukrepov za njeno preprečevanje in zdravljenje.

Mentor: prim. prof. dr. Marjan Bilban, dr. med., spec. MDPŠ

* Zdravstveni dom Celje, Celje

ALI LAHKO ZA NESREČO ODGOVARJA ZDRAVNIK, KI JE IZDAL LAŽNO ZDRAVNIŠKO SPRIČEVALO?

Objavljamo povzetek članka Lahko za nesrečo odgovarja zdravnik, ki je izdal lažno zdravniško spričevalo? novinarke Jana Tomše, ki je bil 6. 8. 2013 objavljen na spletnem portalu Planet siol.net. Članek si v celoti lahko preberete na naslednji povezavi: http://www.siol.net/novice/slovenija/2013/08/zdravniki_odgovornost_nesreca_.aspx

Uredništvo

Zaradi prometne nesreče, v kateri nastane škoda ali je kdo poškodovan ali celo umre, zdravnik, ki je izdal lažno potrdilo o sposobnosti za vožnjo, kazensko ne more odgovarjati. Lahko pa odškodninsko.

Avtor opisuje primer, ko je 78-letna voznica pa avtocesti od Vranskega proti Celju vozila v napačno smer. Vožnja se k sreči ni končala tragično. A zgovorno je že to, da voznica niti sama ni vedela, da vozi po avtocesti, še manj se je zavedala, da vozi v napačno smer.

Avtor v nadaljevanju navaja opozorila Javne agencije za varnost v cestnem prometu, ki opozarja na prešibak nadzor nad psihofizičnimi sposobnostmi starejših udeležencev v prometu in načrt agencije o pripravi obsežnega projekta ureditve položaja starostnikov v vsakdanjem prometu, ki bi vključeval vse udeležene, od starejših, policije, državnih institucij do zdravstvenih organizacij.

Avtor navaja, da se pri vprašanju o varnosti v prometu večkrat omenja tudi soodgovornost zdravnikov, ki v postopkih odobritve ali podaljšanja vozniških dovoljenj v okviru zdravniških pregledov nadzirajo psihofizične sposobnosti voznikov. Prav oni namreč vozniku izdajo zdravniško spričevalo, ki je nujen pogoj za izdajo podaljšanega vozniškega dovoljenja.

Če nekdo z vozilom povzroči premoženjsko škodo, drugega poškoduje ali celo ubije, kazenska zakonodaja ne predvideva ugotavljanja odgovornosti zdravnika, ki bi na primer iz malomarnosti ali namerno, po vzgibih, ki niso strokovni, takšnemu vozniku izdal zdravniško spričevalo, da je sposoben za vožnjo, četudi ne bi bil. Neposredne vzročne zveze med ravnanjem voznika in predhodnim ravnanjem zdravnika v takšnem primeru ni.

V primerih, kadar oseba, povzročitelj, ki ni sposoben za vožnjo, a ima zaradi »pomoči« zdravnika veljavno vozniško dovoljenje, povzroči nesrečo, v kateri nastane škoda, pride v poštev civilna, torej odškodninska odgovornost. Oseba, ki je utrpela škodo, ima možnost tožiti povzročitelja nesreče, pa tudi zavod, v katerem je zaposlen zdravnik, ki je izdal mnenje, na podlagi katerega je bilo potem izdano vozniško dovoljenje. Zavod namreč odgovarja za ravnanje zaposlenih in ti so za delo, ki ga opravljajo v okviru zavoda, tudi zavarovani.

Zavarovalnica, ki bi povrnila nastalo škodo, bi, če bi bilo podano kaznivo dejanje zdravnika, lahko potem zoper tega uveljavljala regresni zahtevek, pravi Pitako. A to se, kot dodaja, v Sloveniji redko ali sploh ne dogaja.

Zdravnik, ki nekomu izda spričevalo o sposobnosti za vožnjo, čeprav tega njegove zdravstvene sposobnosti ne upravičujejo, sicer zaide v polje kaznivosti, ki je pri nas opredeljeno s kaznivim dejanjem zlorabe uradnega položaja ali uradnih pravic. Zanj je zagrožena kazen do osmih let zapora, odvisno od tega, kakšen je obseg škode oziroma kako hudo zdravnik prekrši pravice drugega.

Za primerjavo, nemški pravni red za primere, ko zdravnik namenoma izda protipravno listino, predvideva pregon zaradi kaznivega dejanja izdaje lažnih spričeval. Povsem jasno pa tudi po nemškem pravnem redu velja, da zdravnik tedaj, ko imetnik tako pridobljenega spričevala povzroči škodni dogodek, za ta dogodek kazensko ne more odgovarjati.

Z DOKAZI PODPRTA MEDICINA: KORIST SPLOŠNIH ZDRAVSTVENIH PREGLEDOV PRI ODRASLIH ZA ZNIŽANJE OBOLEVNOSTI IN UMRLJIVOSTI

Z dokazi podprta medicina (Evidence-based medicine) je proces sistematičnega iskanja, ocenjevanja in uporabe aktualnih izsledkov raziskav za klinične odločitve. Postala je splošno sprejeta metoda prenosa rezultatov raziskav v klinično prakso.

Splošni zdravstveni pregledi so definirani kot presejalni pregledi za več kot eno bolezen ali dejavnik tveganja za več kot en organski sistem ne glede na to, ali so bili izvedeni enkrat ali večkrat. Namenjeni so prepoznavanju dotlej neprepoznanih znakov, simptomov in dejavnikov tveganja ter s tem zmanjševanju obolevnosti in podaljševanju življenja. So kombinacija presejalnih testov, od katerih so bili redki raziskani v randomiziranih raziskavah. Možne koristi splošnih zdravstvenih pregledov so zgodnje odkrivanje dejavnikov tveganja, predstopenj bolezni in bolezni, ki jih lahko zgodaj zdravimo. Nekateri ljudje lahko zaradi izvidov pregleda in svetovanja izboljšajo svoj življenjski slog, zdravi pa so pomirjeni. Hkrati, ko ne moremo biti prepričani o koristnosti splošnih zdravstvenih pregledov, tudi vemo, da imajo lahko vsi medicinski posegi določene neželene učinke: pretirano zdravljenje in diagnosticiranje, poškodbe ob invazivnih posegih, zaskrbljenost zaradi lažno pozitivnih in lažna pomiritev zaradi lažno negativnih rezultatov, nadaljevanje škodljivih razvad ob negativnih rezultatih preiskav, škodljivi psihosocialni učinki in težave pri sklepanju zavarovanj. Poleg tega so ti pregledi dragi. Če niso učinkoviti, pomenijo izgubljeno priložnost za storitve druge zdravstvene oskrbe. Zdijo pa se razumni, saj je preventiva boljša kot kurativa, torej so družbeno odgovoren pristop za zdravstveno oskrbo bolnikov.

Če želimo dobiti na znanstvenih spoznanjih temelječ odgovor o učinkovitosti splošnih zdravstvenih pregledov pri odraslih za zmanjševanje obolevnosti in umrljivosti, uporabimo metodo z dokazi podprte medicine. Ta poteka v 4 korakih:

1. oblikovanje jasnega kliničnega vprašanja,
2. iskanje ustrezne literature,
3. kritična presoja glede veljavnosti in uporabnosti,
4. izvedba v klinični praksi.

Poročila o koristnosti splošnih zdravstvenih pregledov so vključevala malo raziskav s kliničnimi izidi in niso dokumentirala vplivov na obolevnost in umrljivost.

Krogsbøll in sodelavci so se zato odločili za sistematičen pregled literature in metaanalizo, da kvantitavitno prikažejo koristi in škodljivosti splošnih zdravstvenih pregledov pri odrasli populaciji pri ponudnikih zdravstvenih storitev. Vključili so randomizirane kontrolirane raziskave, ki so proučevale učinkovitost splošnih zdravstvenih pregledov pri odraslih glede zmanjšanja umrljivosti in obolevnosti. Za identificiranje raziskav je bilo uporabljenih več podatkovnih baz (Medline, EMBASE, Healthstar, Cochrane Library, Cochrane Central Register of Controlled Trials, CINAHL, EPOC register, ClinicalTrials.gov in WHO ICTRP, vključno z ročnim iskanjem po virih vključenih raziskav). Preiskovanci so bili stari 18 let in več. Okolje raziskav je bila primarna zdravstvena raven. Za primarna izida so izbrali skupno umrljivost in za bolezni specifično umrljivost. Kot sekundarne izide pa so izbrali: obolevnost, število novih diagnoz, število sprejemov v bolnišnico, število nepredvidenih obiskov pri osebnem zdravniku in specialistih, število dodatnih diagnostičnih posegov in na novo predpisanih zdravil, pogostost in tip operacij, nezmožnost za delo in odsotnost z dela. V analizi 14 raziskav je bilo vključeno skupaj 182 880 preiskovancev. Čas spremljanja je variiral od 1 leta do 22 let. Devet raziskav je poročalo o skupni umrljivosti in v metaanalizo je bilo vključenih skupno 155 899 preiskovancev in 11 940 smrti, s povprečnim trajanjem spremljanja 9 let (od 4 do 22 let). Ugotovili so, da splošni zdravstveni pregledi ne vplivajo na skupno umrljivost (RT = 0,99, 95-odstotni IZ 0,95–1,03), prav tako ne

na umrljivost zaradi srčno-žilnih bolezni (RT = 1,03, 95-odstotni IZ 0,91–1,17) in umrljivosti zaradi rakavih bolezni (RT = 1,01, 95-odstotni IZ 0,92–1,12). Ugotovili so, da splošni zdravstveni pregledi povečajo število diagnoz in zdravljenje hipertenzije, a ker ne zmanjšajo umrljivosti in obolevnosti, so to označili kot škodljiv in ne kot koristen učinek. Kot slabosti raziskave navajajo tveganje za pristranskost nekaterih vključenih raziskav, njihovo starost, redko poročanje o škodljivih učinkih in metodološko heterogenost.

Za pomanjkanje koristnih učinkov splošnih zdravstvenih pregledov je možnih več razlag. Večina opisanih raziskav je bila starih in posledično je bilo zdravljenje drugačno, kot bi bilo zdaj. Prag za zdravljenje srčno-žilnih dejavnikov tveganja je bil višji. Ni pa nujno, da bi bili rezultati zdaj boljši. Nižanje praga za dejavnike tveganja pomeni zdravljenje ljudi z manjšim tveganjem, ki imajo manjše koristi, a enako tveganje za stranske učinke. Druga možna razlaga je, da bi lahko imela preventivna zdravila manj ugodno razmerje med koristnimi in škodljivimi učinki v splošni populaciji v primerjavi s farmakološkimi testiranji, ki imajo mnogo izključitvenih kriterijev. Prav tako ni nujno, da je večja korist od večkratnih zdravstvenih pregledov v primerjavi z enim samim, saj se nekateri škodljivi učinki povečajo. Treba je upoštevati še, da imajo ljudje, ki se odzovejo vabilu na splošni zdravstveni pregled, višji socialno-ekonomski status, manjše tveganje za srčno-žilne bolezni, manjšo obolevnost in umrljivost. Splošni zdravstveni pregledi tako ne dosežejo tistih skupin, ki bi jih dejansko najbolj potrebovali. Mnogi zdravniki iščejo srčno-žilne dejavnike tveganja tudi pri bolnikih, ki pridejo zaradi drugih vzrokov, kot del primarne zdravstvene oskrbe. S tem odkrijejo mnogo ljudi z boleznimi in povečanim tveganjem.
Omenjene raziskave so pokazale, da redni zdravstveni pregledi ne dosegajo pričakovanih učinkov. Zgodba o promociji zdravja z rutinskimi zdravstvenimi pregledi se je izkazala kot ena od veličastnih polomij, vendar so se ji generacije dobronamernih zdravnikov trudile verjeti. Če se želimo držati načel z dokazi podprte medicine, ki je izvedljiva in uporabna metoda tudi v medicini dela, je potreben še četrti korak – izvedba v klinični praksi. To pa v našem primeru pomeni opuščanje nekoristnih praks. Možno je sicer, da so usmerjeni zdravstveni pregledi v nekaterih delih koristni, vendar dokaza o tem nimamo. Potrebne so velike randomizirane raziskave z dolgim sledenjem, ki pa so drage, vendar niti približno ne tako, kot uvajanje neučinkovitih ali celo škodljivih programov splošnih zdravstvenih pregledov.

Literatura

1. MacAuley D. The value of conducting periodic health checks. BMJ 2012; 345: e7775.
2. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhøj Larsen C, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ 2012; 345: e7191.
3. Verbeek JH, van Dijk FJ, Malmivaara A, Hulshof CT, Räsänen K, Kankaanpää EE, Mukala K. Evidence-based medicine for occupational health. Scand J Work Environ Health. 2002 Jun; 28(3): 197–204.

Janez Strupi, dr. med., specializant MDPŠ

Mentorica: asist. dr. Alenka Škerjanc, dr. med., spec. MDPŠ

DROGE IN ALKOHOL NA DELOVNEM MESTU: PROBLEMATIKA IN SKLEPI SKUPINE POMPIDOU IN SEKCIJE ZA MEDICINO DELA UEMS

Raziskave v Švici so pokazale, da delodajalci na letni ravni izgubijo zaradi zlorabe alkohola na delovnem mestu približno 1 milijardo frankov (830 milijonov evrov), od tega pade le manjši delež na račun bolniške odsotnosti in poškodb na delovnem mestu (13 % in 4 %), in kar 83 % zaradi zmanjšane produktivnosti. Letno stane delodajalca v povprečju en delavec, ki zlorablja alkohol na delovnem mestu, več kot 10 000 evrov. V posameznih panogah, kot sta na primer hotelirstvo in proizvodnja, ima kar 49 % oziroma 42 % podjetij zaposlene delavce, ki tvegano uživajo alkohol.

Ob odkritju zlorabe drog ali alkohola na delovnem mestu nudi na Švedskem rehabilitacijsko pomoč ob jasnih zakonodajnih navodilih (uzakonjenih leta 1994) le 45 % podjetij. Prav tako ima samo polovica podjetij uveljavljene notranje strategije boja proti drogam in alkoholu na delovnem mestu (problematična podjetja pri implementaciji zakonodaje so predvsem mikro, mala in srednje velika podjetja, ki ne upoštevajo zakonodaje).

Po raziskavah naj bi 13 % delovne populacije v Belgiji tvegano uživalo alkohol, medtem ko naj bi vsaj 1 % delavcev vsaj 1-krat na mesec delal z zmanjšano sposobnostjo zaradi vpliva alkohola.

V Direktivi 89/391/EEC (Direktiva sveta o uvajanju ukrepov za spodbujanje izboljšav varnosti in zdravja delavcev pri delu) jasno piše, naj bi vsak delodajalec implementiral ukrepe, ki zagotavljajo izboljšanje varnosti delavcev na delovnem mestu. Ti ukrepi naj bi se izvajali na vseh hierarhičnih nivojih delovnih organizacij.

Delodajalec mora jasno definirati politiko ter ukrepe proti zlorabi drog in alkohola na delovnem mestu. Pri tem naj bi delodajalcem bili v pomoč specialisti medicine dela, saj imajo le oni kompetence in znanja za organizacijo in izvedbo preventivnih programov in ukrepanje v rehabilitacijskem in reintegracijskem procesu. Specialist medicine dela ima tudi pomembno vlogo pri razlikovanju med uporabo PAS in nedovoljeno uporabo (zlorabo) PAS. Pri terapevtskem predpisovanju se uporaba PAS ne obravnava kot zloraba, vendar mora specialist medicine dela v teh primerih oceniti, ali je delavec pod vplivom PAS zmožen opravljati pridobitno delo ali ne (upoštevajoč dozo, način aplikacije, vrsto PAS na eni strani in zahteve in obremenitve dela in delovnega okolja na drugi strani).

Večina držav je oblikovala zakonodajno politiko s področja zlorab drog in alkohola na delovnem mestu med leti 2002 in 2012. Izjemi sta Norveška, ki je že leta 1963 uvedla model obravnavanja problematike zlorab PAS na delovnem mestu, in Švedska, ki je sprva leta 1977 in nato še natančneje leta 1994 uzakonila politiko proti zlorabi drog in alkohola na delovnem mestu. Kljub dolgoletnim prizadevanjem pa sta obe državi spoznali, da vsi ukrepi niso bili dobro izpeljani, zato sta obe državi v zadnjih letih dopolnili zakonodajo s poudarkom zgodnjega odkrivanja zlorab in hkratnim zavedanjem, da je na tem področju treba še veliko postoriti. Na drugi strani obstajajo države, kot je na primer Grčija, ki je pri obvladovanju težav na tem področju zelo pasivna. Tako rekoč nima razvite niti nacionalne strategije boja proti zlorabam drog in alkohola na delovnem mestu. V preteklosti so obstajali posamezni poskusi preventivnih programov v javnih podjetjih, ki pa po začetnih dobrih ocenah kasneje v praksi niso zaživeli. Vzrok za pasivni odnos države do te tematike pripisujejo dejstvu, da je zloraba alkohola in drog še vedno tabu tema, hkrati pa glede na trenutne socialno-finančne razmere na tem področju ni pričakovati novih zakonodajnih postopkov.

Z vidika razvoja zakonodaje v posameznih državah je zanimiv tudi družbeno-socialni vidik. V Belgiji se je v boju proti zlorabi drog in alkohola na delovnem mestu najprej izoblikoval dogovor med posameznimi velikimi podjetji. Ta dogovor je vodil do podpisa kolektivne pogodbe za privatni sektor, čemur je sledil sprejem zakonodaje (za javni sektor takšna zakonodaja ni sprejeta). Drugačen pristop je izbrala večina ostalih držav, kjer je bila najprej sprejeta zakonodajna

politika, čemur je sledila implementacija ukrepov v podjetjih.

Državam skupna lastnost reševanja problematike zlorabe drog in alkohola na delovnem mestu je predvsem ta, da je primarni cilj delodajalcev ob zakonodajnih navodilih usmeritev v preventivne dejavnosti in aktivnosti. V Rusiji je kljub ohlapni politiki in pomanjkanju zakonodaje kar 66 % podjetij razvilo notranje strategije vodenja politike proti zlorabi alkohola (proti drogam 41 %) ter hkrati uvedlo preventivne programe v 35 % podjetij (proti drogam 22 %).

Reševanje problematike se v različnih državah razlikuje po ostrini kriterijev in ukrepov ob ugotovljeni zlorabi. Te so odvisne od splošne socialne klime in sprejemljivosti posameznih kultur do problematike zlorabe drog in alkohola. V večini držav delavca odstranijo iz delovnega okolja, prav tako je delavec pogosto finančno sankcioniran (v nekaterih državah lahko tudi izgubi delovno razmerje). Nekatere države (Švica, Švedska, Norveška in Italija) so dodatno razvile še protokole rehabilitacijske in reintegracijske podpore delavcem v delovnem okolju.

V boju proti zlorabi drog in alkohola na delovnem mestu je torej smiselno in nujno, da:

- je temeljni pristop v preventivnih dejavnostih delodajalcev, ki so tudi ustrezno evalvirani;
- delodajalci jasno definirajo raven tolerance oz. ničelno toleranco do zlorabe drog in alkohola na delovnem mestu;
- delodajalci točno določijo protokole ugotavljanja in ukrepanja ob sumih zlorab;
- so delodajalci in delavci (sodelavci) pomembni pri detekciji zlorabe drog na delovnem mestu, s poudarkom na ugotavljanju indirektnih oziroma zgodnjih znakov zlorab (zmanjšana delovna učinkovitost, nesreče pri delu, zamujanje na delo, nihanje razpoloženja, pogoste in kratke bolniške odsotnosti, slabši odnosi s sodelavci);
- se zavedamo, da je vedno več zlorab drog in alkohola na poslovnih sestankih in neformalnih delovnih aktivnostih, ki potekajo zunaj delovnega okolja;
- se pri testiranju na zlorabo drog in alkohola na delovnem mestu upoštevajo mednarodna zakonodaja in smernice ob varovanju osebnih podatkov);
- pomoč delavcem poteka na več ravneh (zakonodajna, kadrovska, predvsem pa svetovalna, rehabilitacijska in reintegracijska – ob pomoči specialista medicine dela).

Literatura

1. Uems statement on preventing alcohol and illicit drug use in the workplace. [na spletu]. [pridobljeno 31. 7. 2015]. Dostopno na: http://www.uemsoccupationalmedicine.org/sites/default/files/Documents/Reports-Council/uems_section_alcohol_and_drug_use_in_the_workplace_0.pdf.
2. Drugs and alcohol at the workplace, Inventory of national legislation, Resolutions adopted by the Pompidou group. Direktiva sveta Evrope o uvajanju ukrepov za spodbujanje izboljšav varnosti in zdravja delavcev pri delu (89/391/EEC). [na spletu]. [pridobljeno 31. 7. 2015]. Dostopno na: http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/PDF/?uri=CELEX:01989L0391-20081211&from=EN.
3. Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1 Ur. list 43/2011).

Davor Romih, dr. med., specializant MDPŠ

Mentorica: asist. dr. Alenka Škerjanc, dr. med., spec. MDPŠ

EVROPSKA DIREKTIVA O DELOVNEM ČASU IN ZDRAVJE ZDRAVNIKOV

Evropska direktiva o delovnem času (z uradnim imenom Direktiva 2003/88/ES Evropskega parlamenta in Sveta z dne 4. novembra 2003 o določenih vidikih organizacije delovnega časa) določa minimalne varnostne in zdravstvene zahteve pri organizaciji delovnega časa. Nanaša se na najkrajši čas dnevnega počitka, tedenskega počitka in letnega dopusta, pa tudi na odmore in najdaljši tedenski delovni čas, določene vidike nočnega in izmenskega dela ter vzorcev dela. Ta direktiva velja za vse dejavnosti, javne in zasebne, ne velja pa tam, kjer se zaradi posebnih značilnosti dejavnosti nekaterih javnih služb, kot so npr. oborožene sile, policija in civilna zaščita, ne more uporabljati, prav tako se ne uporablja za pomorščake. Direktiva vsakemu delavcu zagotavlja:

– pravico do minimalnega dnevnega počitka 11 zaporednih ur v 24-urnem obdobju,
– pravico do odmora, če je delovni dan daljši od šestih ur,
– pravico do najmanj 24-urnega neprekinjenega počitka v sedmih dneh (referenčno obdobje, ki ni daljše od 14 dni),
– povprečni delovni čas za vsako sedemdnevno obdobje, vključno z nadurami, ne sme presegati 48 ur (referenčno obdobje, ki ni daljše od štirih mesecev),
– pravico do plačanega letnega dopusta najmanj štirih tednov.

Vendar so dovoljena odstopanja, kadar gre za vodstvene delavce, delavce, ki so družinski člani, in delavce, ki službujejo pri verskih obredih. Odstopanja od določenega dnevnega počitka, odmorov in tedenskega počitka so dovoljena tudi v dejavnostih, ki zahtevajo neprekinjene storitve ali proizvodnjo, kamor sodi tudi zdravstvena dejavnost in delo zdravnikov specializantov. Odstopanja od najdaljšega tedenskega delovnega časa so mogoča pri zdravnikih specializantih v prehodnem obdobju, ki se po potrebi lahko tudi podaljša. V 22. členu Direktiva določa, da ima država članica možnost, da 6. člena (o najdaljšem tedenskem delovnem času) ne uveljavi. Pogoj je, da sprejme potrebne ukrepe, s katerimi zagotovi, da poleg drugih pogojev noben delodajalec od delavca ne zahteva, da dela povprečno več kot 48 ur v sedemdnevnem obdobju, če prej ni pridobil delavčevega soglasja za opravljanje takega dela.

Predvsem na področju zdravstva je Evropska direktiva o delovnem času povezana s težavami glede zagotavljanja neprekinjenih zdravstvenih storitev, premajhnega števila razpoložljivega osebja, uvajanja delovnih izmen, skrajšanja časa usposabljanja in ustreznega nadzora mladih zdravnikov. Kakovost zdravstvene oskrbe je namreč odvisna od števila razpoložljivih zdravnikov, ki jo izvajajo.

Znano je, da je dolg delovni čas povezan s škodljivimi učinki na zdravje delavcev, kot so npr. arterijska hipertenzija, srčno-žilne bolezni, stres, depresija, kostno-mišične bolezni, kronične okužbe, sladkorna bolezen, povečana umrljivost. Pri zdravnikih lahko ta stres povzroči depresijo, izgorelost, poškodbe, utrujenost in pomanjkanje spanja. Zmanjšanje števila delovnih ur ugodno učinkuje na kakovost življenja zdravnikov in preprečuje izgorelost. Povezava med delom in zdravjem je kompleksna, saj je brezposelnost povezana s slabšim zdravjem, delo pa z dobrim počutjem in zdravjem, če je delovno okolje podporno in vzpodbudno. Pri tem imajo pomembno vlogo razporeditev delovnega časa, odmorov in počitkov, psihosocialni in organizacijski dejavniki. Poudariti velja, da so zdravniki visoko izobražena, pripadna in motivirana delovna skupina.

Ker ni veliko poročil o vplivu dolgega delovnega časa na zdravje zdravnikov, so se avtorji raziskave, objavljene v BMJ, odločili preveriti, ali je dolg delovni čas, definiran tako kot v Evropski direktivi, več kot 48 ur tedensko, povezan z učinki na zdravje po Mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB-10) in s poškodbami na delu, in kakšne so te povezave. Vključeni so bili zdravniki vseh specialnosti, vključno s pripravniki, specializanti in mladimi zdravniki. Izvedli so sistematičen pregled literature z iskalniki PubMed in EMBASE. Pari neod-

visnih raziskovalcev so z uporabo vnaprej določenih kriterijev poiskali raziskave, ocenili njihovo kakovost in pridobili iskane podatke. Pregledali so več kot 3000 citatov in 110 člankov. Od teh je 11 visoko ali zmerno kakovostih raziskav izpolnjevalo vključitvena merila. Članki so vključevali 14 338 preiskovancev.

Raziskovalci so opazovali poškodbe z ostrimi predmeti, prometne nesreče, razpoloženjske motnje in splošno zdravstveno stanje. Informacije so bile v vseh raziskavah pridobljene z validiranimi vprašalniki, razen v treh raziskavah, kjer so uporabili dokumentirane podatke o prometnih nesrečah, poročila o poškodbah z ostrimi predmeti in podatke o predpisanih antidepresivih na recept kot kazalnik depresije. Avtorji so po proučitvi dokazov iz raziskav ugotovili, da obstajata zmerna dokaza o pozitivni povezavi med izpostavljenostjo dolgemu delovnemu času in poškodbami z ostrimi predmeti in med izpostavljenostjo dolgemu delovnemu času in prometnimi nesrečami zdravnikov. Moč povezanosti je zmerna. Za motnje razpoloženja in splošno zdravstveno stanje je raven dokazov o povezanosti z dolgim delovnim časom pri zdravnikih nizka ali nezadostna, saj so rezultati med raziskavami nekonsistentni.

Ugotovitve o povezanosti med dolgim delovnim časom in poškodbami in nesrečami pri zdravnikih so primerljive z raziskavami pri drugih poklicnih skupinah, kjer je bil dokazan močen, od »doze odvisen odgovor«, zlasti nad 40 urami/tedensko ali 8 urami/dnevno. Ugotovili so, da dolg delovni čas preko stresa in utrujenosti delavcev lahko posredno prispeva k poškodbam na delovnem mestu. Mehanizem nastanka poškodb in prometnih nesreč je enak tudi pri kliničnih napakah, ki lahko ogrožajo varnost bolnikov. Avtorji pa niso mogli določiti števila ur, nad katerimi se resno poveča tveganje za neugodne učinke na zdravje zdravnikov. Pojavlja se tudi vprašanje o znanstveno utemeljeni podlagi trenutne 48-urne omejitve. Seveda veljavna Evropska direktiva o delovnem času, kot vse direktive EU, ne temelji zgolj na znanstvenih spoznanjih, pač pa tudi na dogovoru med socialnimi partnerji.

Avtorji so predlagali nekaj konkretnih ukrepov: svetujejo izogibanje dolgim izmenam, da se zaščiti zdravje zdravnikov in varnost bolnikov, nobena izmena naj ne bi bila daljša od 16 ur; svetujejo izogibanje vožnji po dolgih izmenah, da se zmanjša možnost prometnih nesreč; potrebna je previdnost pri uporabi ostrih predmetov, da se zmanjša število poškodb; upoštevati je treba organizacijske vidike (obremenitve, razporeditev delovnega časa in odmorov), da se prepreči utrujenost, ki lahko vodi do napak; in zagotoviti je treba podporno psihosocialno delovno okolje, ki izboljšuje počutje zdravnikov in zdravje njihovih bolnikov.

Potrebne so še dodatne raziskave za oceno dolgotrajnih učinkov dolgega delovnega časa na specifično umrljivost in duševno zdravje ter za določitev števila ur, ki omogočajo varno delo. Zakonodajalci pa morajo pretehtati varnostna vprašanja, preden bi se odločili za spremembo Direktive glede delovnega časa zdravnikov.

Literatura

1. Direktiva 2003/88/ES Evropskega parlamenta in Sveta z dne 4. novembra 2003 o določenih vidikih organizacije delovnega časa. OJ L 299, 18.11.2003. Special edition in Slovene: Chapter 05 Volume 004 P. 381 – 391. [na spletu]. [pridobljeno 24. 11. 2014]. Dostopno na: http://eurlex.europa.eu/legalcontent/SL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32003L0088&from=L
2. Rodriguez-Jareño MC, Demou E, Vargas-Prada S, Sanati KA, Škerjanc A, Reis PG, Helimäki-Aro R, Macdonald EB, Serra C. European Working Time Directive and doctors' health: a systematic review of the available epidemiological evidence. BMJ Open 2014; 4:e004916.

Janez Strupi, dr. med., specializant MDPŠ

Mentorica: asist. dr. Alenka Škerjanc, dr. med., spec. MDPŠ

PRIZNAVANJE DUŠEVNIH MOTENJ V ZVEZI Z DELOM: RAZISKAVA V DESETIH EVROPSKIH DRŽAVAH

(Report Eurogip-81/E, Paris: EUROGIP, www.eurogip.fr.)

Povzetek: Septembra 1998 je Evropski forum za zavarovanje proti nezgodam pri delu in poklicnim boleznim ustvaril delovno skupino, koordinira jo organizacija francoskega socialnega zavarovanja (EUROGIP), sestavljena je iz pravnih strokovnjakov in zdravnikov iz Nemčije, Belgije, Švedske, Danske, Španije, Finske, Francije, Italije, Nizozemske in Švice. Osnovna naloga te skupine je bila zbiranje in primerjava nacionalnih statističnih podatkov, ki se nanašajo na poklicne bolezni. Aktivnosti EUROGIP so usmerjene v preprečevanje nezgod pri delu in poklicnih bolezni. S to publikacijo je delovna skupina posodobila predhodno z istim naslovom iz leta 2004.

Namen raziskave je bil predstavitev pregleda možnosti za priznavanje duševnih motenj kot poklicnih bolezni in nezgod pri delu v zgoraj omenjenih državah, preden se osredotoča na priznavanje bolezni in odškodninske postopke. Z raziskavo so želeli ugotoviti obsežnost problematike fenomena in natančno predstaviti razpoložljive statistične podatke.

Poudariti je treba, da je bila raziskava namenjena morebitnemu zavarovanju duševnih motenj v zvezi z delom, in sicer za priznavanje bolezni kot poklicne bolezni in izplačevanje odškodnin žrtvam od delavskih zavarovalnic. Raziskava je bila omejena na duševne motnje, ki so posledica psihosocialnih tveganj.

Ključne besede: duševne motnje, nezgode pri delu, priznavanje poklicne bolezni, odškodninski postopki

1. Uvod

Duševne motnje v zvezi z delom so predmet rednega raziskovanja v preventivni medicini. Evropski komisiji pri nadzoru nad izvajanjem evropske zakonodaje na nacionalni ravni ponuja pomoč Odbor višjih inšpektorjev za delo (SLIC), ki je v letu 2012 usmeril svojo aktivnost na informacije o psihosocialnih tveganjih. Evropska komisija je tudi izpostavila psihosocialna tveganja pri delu kot eno izmed svojih prioritet v prihodnji Javni strategiji za varnost in zdravje pri delu.

Čeprav je splošno sprejeto dejstvo, da lahko delovno okolje vpliva ne samo na fizično zdravje posameznika, ampak tudi na njegovo psihično zdravje, v Evropi še vedno ni splošnega dogovora o priznavanju duševnih motenj v zvezi z delom kot poklicnih bolezni ali kot posledice nezgode pri delu.

Pod določenimi pogoji se duševna motnja lahko prizna kot nezgoda pri delu ali posledica nezgode pri delu. V Evropi nekatere delavske zavarovalnice in podobne organizacije za zavarovanje nezgod pri delu in poklicnih bolezni krijejo tudi stroške za psihološke posledice nezgod. Po drugi strani pa narašča število delavcev, ki tožijo za različnimi duševnimi motnjami, za katere se domneva, da niso samo posledica travmatičnih dogodkov, ampak tudi organizacije in delovnih razmer, metod vodenja, nasilja, prestrukturiranja in drugih sprememb v podjetjih. Vlade, parlamenti, politične in socialne interesne skupine se srečujejo z omenjenim naraščajočim fenomenom in opozarjajo na smiselnost priznavanja in izplačila odškodnin za takšna patološka stanja kot za poklicne bolezni.

Obstaja več vprašanj, ki se nanašajo na to postavko:

– multifaktorialna narava duševnih motenj postavlja vprašanje vzročne povezanosti bolezni in dela;
– opredelitev koncepta psihosocialnih tveganj in karakterizacijo vzročne zveze za oblikovanje kriterija za priznavanje in odškodninske postopke.

2. Možnosti za priznavanje duševnih motenj v zvezi z delom

V večini evropskih držav obstaja poseben nacionalni sistem zavarovanja za nezgode pri delu in poklicne bolezni. Financiran je izključno s prispevki delodajalcev in vodijo ga organizacije, ki so ločene od organizacij zdravstvenega zavarovanja, izplačane odškodnine so tudivišje. Postopki priznavanja in kompenzacije so urejeni s številnimi pravilniki, ki se med posameznimi državami razlikujejo. Na splošno velja, da v Evropi glede na posebno naravo duševnih motenj obstajajo zelo različna stališča. Na Nizozemskem nimajo posebnega zavarovanja za poklicna tveganja, kot nimajo niti postopkov za priznavanje kompenzacije (z izjemo mezotelioma). Zdravnik medicine dela je poklicne bolezni dolžan anonimno prijaviti centru za poklicne bolezni, ki vodi nacionalni sistem za obveščanje o poklicnih bolezni.

2. 1. Priznavanje poklicne bolezni

Z izjemo Španije in Švedske so v vseh državah, vključenih v raziskavo in ki imajo posebno zavarovanje za poklicne bolezni, prisotni mešani sistemi za priznavanje poklicnih bolezni. To pomeni, da imajo nacionalni seznam poklicnih bolezni in dodatni sistem za priznavanje bolezni, ki niso na seznamu (dodatni seznam sumov poklicne bolezni).

2. 1. 1. Priznavanje na podlagi seznama o poklicnih bolezni

Registrirano duševno motnjo (posttravmatska stresna motnja) imajo na seznamu poklicnih bolezni samo na Danskem. Motnja nastaja kot posledica izpostavljenosti »za krajše ali daljše obdobje travmatskim situacijam ali dogodkom, ki so izrazito ogrožajoči ali izrazito katastrofične narave«. Za priznavanje bolezni se mora upoštevati ocena specialista psihiatrije. V izrednih primerih se lahko postavi diagnoza bolezni, čeprav niso izpolnjena vsa diagnostična merila. Nacionalni svet za industrijske poškodbe ocenjuje, ali so diagnostične zahteve izpolnjene, vključujoč tudi zahteve za izredne primere.

Druge diagnoze, kot sta na primer depresija in motnje prilagajanja, niso zajete, le izjemoma če omenjeni nacionalni svet ne oceni, da klinična slika ustreza zahtevam in izpolnjuje merila za posttravmatsko stresno motnjo. Številna druga stanja oziroma bolezni se ob obstoju izrednega psihičnega stresa, niti če niso na seznamu poklicnih bolezni, po predložitvi Odboru za poklicne bolezni lahko priznajo kot poklicne bolezni, in sicer so to stresna motnja, depresija, generalizirana anksiozna motnja, fobije, obsesivno-kompulzivna motnja, somatoformna stanja, določene psihoze, trajna osebnostna sprememba po katastrofičnem doživetju. Odločitev o tem, ali se bo določena bolezen priznala za poklicno, bo temeljila na konkretni oceni, vključujoč oceno začetka bolezni, njenega poteka ter narave in razsežnosti izpostavljenosti.

Reakcija prilagajanja običajno ne bo zadoščala za priznanje poklicne bolezni.

Zahteve glede izpostavljenosti:
- vzrok je v večini zunanji stres, ki lahko pušča trajne psihične posledice;
- postavljanje diagnoze obsega tudi oceno izpostavljenosti;
- v osnovi ni možno postaviti diagnoze, če ni bilo izpostavljenosti izredno težkemu stresu, izrazito ogrožajoče ali katastrofične narave.

2. 1. 2. Priznavanje bolezni v okviru dodatnega sistema

V Belgiji, Italiji, Franciji in na Danskem (za vse duševne motnje, razen posttravmatskega stresnega sindroma) se duševne motnje, ki niso na seznamu poklicnih bolezni, v okviru dodatnega sistema za priznavanje bolezni lahko priznavajo kot poklicne bolezni. Na Danskem je takšna praksa od leta 1980, medtem ko so v Belgiji v 15 letih priznali samo dva primera. Treba je namreč dokazati

obstoj neposredne ali bistvene oziroma objektivizirane vzročne zveze med boleznijo in poklicem.

Na Švedskem je že nekaj desetletij razvita praksa priznavanja duševnih motenj kot poklicnih bolezni. Nimajo seznama poklicnih bolezni, temveč imajo tako imenovani dokazni sistem, skozenj pa obravnavajo vsak primer posebej.

V Španiji je od leta 2000 uvedena praksa priznavanja duševnih motenj kot nezgod pri delu. Poklicne bolezni, ki niso na seznamu poklicnih bolezni, se lahko priznajo kot nezgode pri delu, pod konceptom »netravmatske bolezni, ki jih lahko delo povzroči ali poslabša«.

Finska, Švica in Nemčija ne dovoljujejo priznavanje duševnih motenj kot poklicnih bolezni. Na Finskem zakonodaja za poklicne bolezni določa, da so to bolezni povzročene s fizikalnim, kemijskim ali biološkim dejavnikom. Seznam poklicnih bolezni ne vključuje psiholoških ali psihosocialnih dejavnikov. Z namenom prizadevanja za vključitev psiholoških dejavnikov v definicijo poklicne bolezni in posledično možno verifikacijo in odškodninske postopke te je bila ustanovljena delovna skupina, ki je bila zaradi nezadostnega znanja in dokazov o vzročni zvezi med psihološkimi stres dejavniki in duševnimi bolezni opuščena.

V Švici in Nemčiji tudi zaradi nezadostnega znanja in medicinskih dokazov, ki bi to potrdili, ni bila priznana niti ena duševna motnja kot poklicna bolezen.

2. 2. Priznavanje nezgode pri delu (ali kot posledico nezgode pri delu)

V vseh državah, zajetih v študijo, se duševne motnje lahko priznajo kot nezgoda pri delu. Skupno vsem državam je, da mora biti nastala duševna motnja posledica nepričakovanega dogodka, kratkega trajanja. V raziskovanih državah različno opredeljujejo kratek čas trajanja izpostavljenosti nepričakovanemu dogodku. V Italiji in Nemčiji je ta čas omejen na eno izmeno (8 ur), v Belgiji na 24 ur. Na Danskem se mora duševna motnja pojaviti v petih dneh od izpostavljenosti.
V Španiji je mogoče poleg primerov poškodb povzročenih z nepričakovanim dogodkom za nezgodo pri delu priznati tudi določiti primere netravmatskih bolezni, ki so povezane z delom, kot so na primer čustvene motnje, fobične in nevrotske motnje, vedenjske in osebnostne motnje.

V Belgiji, Franciji, Italiji, na Danskem in Švedskem se lahko duševne motnje enako kot poklicne bolezni priznajo kot nezgoda pri delu.

2. 2. 1. Poseben primer: samomor in poskus samomora

Finska je edina med omenjenimi državami, ki nikakor ne dovoljuje priznavanje samomora kot nezgode pri delu, ker gre za namerno dejanje, ki kot takšno ne sodi v opredelitev nezgode. Priznavanje poklicne bolezni je tako izključeno.

V preostalih državah, vključenih v raziskavo, obstaja možnost priznavanja samomora kot nezgode pri delu in posledičnih postopkov kompenzacije s strani zavarovalnic. Med seboj se razlikujejo glede zakonskih pristopov in načinov dokazovanja za potrebe priznavanja. Pogosto se dogaja, da je priznavanje posledica sodbe sodišča, ko je zavarovalnica pred tem zahtevo za priznavanje že zavrnila.

3. Postopki za priznavanje poklicne bolezni in postopki kompenzacije

V državah, v katerih se duševne motnje priznavajo kot poklicne bolezni, postopek priznavanja uravnavata dva sistema za priznavanje. V Belgiji, Franciji, Italiji, Španiji in na Danskem je priznavanje poklicne bolezni urejeno z dodatnim sistemom, medtem ko na Švedskem to urejajo z dokaznim sistemom. Skupni imenovalec vseh sistemov za priznavanje je dokazovanje neposredne, esencialne oziroma objektivizirane vzročne zveze in zelo velike verjetnosti za vzročno zvezo med pojavom bolezni, ki

ni na seznamu poklicnih bolezni in opravljanjem dela oziroma izpostavljenostjo poklicnem dejavniku tveganja.

V Italiji so natančno opredeljena poklicna tveganja, ki se nanašajo na nedoslednosti organizacijskega procesa. Zavarovalnice izplačujejo odškodnine za dva s stresom povezana sindroma, in sicer za motnje prilagajanja in posttravmatski stresni sindrom.

3. 1. Preiskava zahteve za priznavanje, ocena ter kompenzacija za trajne spremembe v duševnem zdravju

V nobenem od dodatnih sistemov za priznavanje poklicnih bolezni ni določenih posebnih zahtev za ugotavljanje primerov duševnih motenj. V vseh državah je ugotavljanje bolezni, ki so na dodatnem seznamu, zaupano strokovnjaku iz organizacij socialnega zavarovanja ali delavskih zavarovalnic. Na Danskem in v Belgiji je to organizirano na nacionalni ravni, medtem ko je v preostalih državah na lokalni ravni. Samo v Franciji, Italiji in na Danskem obstajajo ali so obstajala navodila strokovnjakom za priznavanje duševnih motenj kot poklicnih bolezni in določila, namenjena izpeljavi ravni izplačila odškodnin za duševne motnje.

Na Danskem se posebej izplačuje odškodnina za premoženjsko škodo in posebej za fiziološko/psihološko škodo. V Franciji se odškodnina določa na podlagi okvirne lestvice invalidnosti. V Italiji pomeni osnovo za oceno odškodnine zaradi trajne nezmožnosti stopnja biološke okvare. Bolezen se lahko prizna za poklicno tudi, kadar obstajajo samo začasne posledice na delazmožnost.

4. Statistični podatki o priznanih poklicnih bolezni

V Franciji, Italiji, na Danskem in na Švedskem obstajajo statistični podatki o številu primerov prijavljenih duševnih motenj in številu posledično priznanih poklicnih bolezni v zadnjih 15 letih. V Belgiji sta doslej priznana samo dva primera. Pri primerjanju podatkov med državami je zaradi heterogenosti postopkov priznavanja in kompenzacije potrebna velika pazljivost. Primerjanje je mogoče samo med podatki Italije, Danske in Švedske, kjer imajo vse kategorije delavcev enako zavarovanje.

Na Danskem in Švedskem je največ primerov zahtev za priznavanje in priznanih duševnih motenj kot poklicnih bolezni. Razloge je treba iskati v daljši tradiciji in praksi priznavanj duševnih motenj v teh državah. Glede na populacijo zavarovancev je na Danskem priznanih največ primerov duševnih motenj kot poklicnih bolezni, in sicer 6,4 primera na 100.000 zavarovancev. Diagnoza je v dobri polovici primerov posttravmatska stresna motnja, ki je v vseh preostalih državah tudi lahko priznana kot nezgoda pri delu, zaradi česar je tudi število primerov priznanih poklicnih bolezni na Danskem večje.

V letu 2010 je bilo na Danskem 7,8 odstotka priznanih zahtev za priznanje duševne motenje kot poklicnih bolezni, na Švedskem 14,5 odstotka in v Franciji okoli 12 odstotkov zahtev. V Franciji in na Danskem število zahtev za priznanje in število priznanih duševnih motenj kot poklicnih bolezni narašča. V Italiji številke stagnirajo, medtem ko imajo na Švedskem upad zahtev za priznanje kot tudi tudi priznanih duševnih motenj kot poklicnih bolezni.

Čeprav v Nemčiji ni bila priznana še nobena duševna motnja kot poklicna bolezen, vodijo evidenco o številu zahtev za priznavanje duševnih motenj. V Švici so bile v zadnjih 15 letih podane tri zahteve za priznavanje duševnih motenj kot poklicnih bolezni, vendar vse z negativnim epilogom na sodišču.

4. 1. Duševne motnje kot nezgode pri delu

V Španiji se netravmatske motnje, povzročene ali agravirane z opravljanjem dela, priznavajo ne kot poklicna bolezen, ampak kot nezgoda pri delu.

Zaradi specifičnih sistemov kodiranja duševnih motenj kot nezgod pri delu je pogosto oteženo zagotoviti kvantitativne statistične podatke, ki se na te nanašajo.

Enako oteženo je tudi pridobivanje podatkov, ki se nanašajo na število zahtev za priznavanje in število priznanih primerov samomora kot nezgode pri delu ali poklicne bolezni. Izstopa le Francija, kjer je bilo v letu 2010 od 71 zahtev priznanih 21 ter v letu 2011 od skupaj 78 priznanih 22 zahtev za priznanje samomora kot nezgode pri delu ali poklicne bolezni.

5. Klasifikacija duševnih motenj priznanih kot poklicne bolezni

Primerjava statističnih podatkov med državami je zaradi heterogenosti statističnih klasifikacij v teh državah otežena.

Na Danskem je v letu 2011 pomenila posttravmatska stresna motnja, ki je že registrirana na njihovem nacionalnem seznamu, več kot polovico primerov priznanih poklicnih bolezni zaradi duševnih motenj. Poleg tega so na Danskem pogosteje kot v preostalih državah, kjer je priznanje duševnih motenj kot poklicnih motenj mogoče, priznane depresija in nespecifične stresne motnje.

V Franciji je največ priznanih primerov poklicnih bolezni z dodatnega seznama z diagnozo: preboji depresivnosti, kombinirana anksiozna, depresivna motnja ter motnja prilagajanja. Na Švedskem so motnje prilagajanja in reakcije na hud stres najpogosteje priznana poklicna bolezen, sledijo jim depresivne motnje. Fobične in nevrotske motnje so bile v letu 2011 med duševnimi motnjami največkrat priznane poklicne bolezni v Španiji.

5. 1. Najpogostejši dejavniki tveganja

Glede dejavnikov tveganja je za priznavanje poklicne posttravmatske stresne motnje na Danskem izpostavljeno, da ni mogoče postaviti diagnoze, če ni bilo izpostavljenosti izredno težkemu stresu, izrazito ogrožajoče ali katastrofične narave. Dejavniki tveganja za nastanek preostalih poklicnih duševnih motenj so nasilje, stresni dogodki in nadlegovanje. V Franciji med dejavniki tveganja za poklicne duševne motnje izstopajo psihosocialni dejavniki in psihične obremenitve. V Italiji so dejavniki tveganja natančno opredeljeni in se nanašajo na nedoslednosti organizacijskega procesa. To so najpogosteje marginalizacija delovne aktivnosti, neupravičljiva in ponavljajoča premeščenja delavcev, podaljšanje opravljanja nalog, ki so pod nivojem kvalifikacij posameznika, podaljšanje pretežke naloge v povezavi z možno duševno ali fizično onesposobljenostjo, preprečevanje dostopa do podatkov, neustreznost podatkov, ki se nanašajo na opravljanje normalne aktivnosti, ponavljajoče izključevanje delavca iz postopkov dodatnih izobraževanj in izpopolnjevanj, pretirano izvajanje različnih oblik kontrole. Med poklicnimi tveganji je navedeno tudi nadlegovanje na delu, in sicer vse aktivnosti, ki imajo cilj marginalizacije delavca.

Med dejavniki tveganja na Nizozemskem izstopajo zahtevani obseg dela, medsebojni odnosi med zaposlenimi, ritem in kakovost dela, razporeditev delovnega časa, majhen vpliv na potek dela in za nastanek posttravmatske stresne motnje tudi travmatične izkušnje.

5. 2. Sektorji dejavnosti/poklici

Na Danskem ni statističnih podatkov o priznanih poklicnih bolezni po poklicih. V letu 2010 je bilo priznanih 70 odstotkov primerov poklicne bolezni delavcev, zaposlenih v javnem sektorju. V Franciji je bilo v letu 2011 največ priznanih poklicnih bolezni delavcev v drugih vmesnih poklicih, sledijo menedžerji, pisarniški delavci, znanstveniki in blagajničarji ter delavci na okencih. V Italiji je od leta 1996 največ priznanih poklicnih bolezni v industriji in storitveni dejavnosti in tudi podatki iz leta 2010 so enaki. Največ priznanih poklicnih bolezni je bilo v industriji (predelovalni dejavnosti) in v storitveni dejavnosti (trgovina, promet in komunikacije). Na Nizozemskem je bilo v letu 2010 največ prijavljenih duševnih motenj v zdravstveni in socialni dejavnosti, sledita gradbeništvo in izobraževalna dejavnost.

5. 3. Spol in starost

Na Danskem in Švedskem največ vlog za priznavanje duševnih motenj kot poklicnih bolezni podajajo ženske. V Španiji imajo ženske tudi največ priznanih netravmatskih bolezni kot nezgod pri delu. Glede na starost so na Danskem v dveh tretjinah primerov osebe od 37. do 56. leta starosti. Tudi v Italiji so v letu 2010 največ zahtev podale osebe, stare od 35. do 49. leta. Na Nizozemskem je bil v istem obdobju delež oseb glede na spol enak za ženske in moške. Glede starosti so se pogosteje za zahtevke odločale osebe starejše od 42 let.

6. razprava v teku

Na Danskem je bila ustanovljena delovna skupina, ki naj bi podala poročilo, ki se nanaša na duševne motnje, povzročene z nadlegovanjem, oziroma podala odgovore na vprašanja, ali lahko nadlegovanje povzroči motnje stresnih hormonov in na kakšen način vpliva na delazmožnost delavcev. Zaključki poročila bodo služili kot podlaga za eventuelno uvrščanje duševnih motenj, povzročenih z nadlegovanjem na danski seznam poklicnih bolezni.

V Franciji je bila leta 2012 iz članov Komisije za poklicne bolezni ustanovljena delovna skupina, ki naj bi olajšala priznavanje poklicnih duševnih motenj in izboljšala sistem obravnave in kritja teh.

Irena Žužman, dr. med., specializantka MDPŠ

VARNO DELO Z NANOMATERIALI

Kaj so nanomateriali

Nanomateriali so delci reda velikosti, vsaj ene dimenzije, do 100 nm, kar je tisočkrat manj kot debelina človeškega lasu. Najdemo jih v naravi, naključno, ali jih proizvedemo. V industrijskih procesih lahko nastajajo nenamerno med izgorevanjem ali pa so načrtno proizvedeni zaradi njihovih lastnosti ter tako izpodrivajo materiale, uporabljene do sedaj.

Poznamo nanodelce, nanoploščice, nanopudre, ultrafine delce, nanovlakna in nanodelce z velikim razmerjem dimenzij (prevod po dr. Remškar, IJS), ki se razvrščajo znotraj nanoskale.

Da opredelimo razmere za varno delo z nanomateriali, potrebujemo podatke o nanodelcih in sicer: kemično ime nanomateriala, ime produkta, izdelovalec, dobavitelj, številka CAS, kemična formula, kemična struktura, uporaba, fizične škodljivosti, škodljivosti za zdravje, škodljivosti za okolje, videz, zgradba površine, oblika, trdnost, porazdelitev delcev, topnost v vodi, prašnost, vnetljivost.

Kje jih uporabljamo

Uporabljajo se v: živilski, avtomobilski, tekstilni, gradbeni, kozmetični, gumarski, letalski industriji, elektrotehniki, medicini, farmaciji, proizvodnji hrane, industriji barv in premazov. Nahajajo se tudi v: prehrani, kozmetiki, lakih, premazih, barvah, smolah, embalažah, keramiki, polimerih, čistilnih napravah za vodo, kremah, absorbentih, dizelskem gorivu, vitaminih, antioksidantih, detergentih, konzervansih, okusih. **Velika izpostavljenost** nanomaterialom se pojavlja pri: sintezi nanomaterialov, razprševanju, čiščenju in vzdrževanju opreme, vzorčenju, tehtanju, strganju. **Srednje velika izpostavljenost se pojavlja ob**: mešanju nanomaterialov, rezanju, drobljenju, strganju, zavijanju, pletenju, vezanju, **srednje majhna izpostavljenost pa ob**: procesiranju, oblikovanju, drobljenju, rezanju. **Majhna izpostavljenost nanomaterialom je opisana ob**: barvanju, premazovanju (ne razprševanju) in pakiranju. Tem materialom so izpostavljeni tudi delavci v proizvodnji, ob shranjevanju, ob transportu, pri ločevanju in filtriranju materiala, pri kontroliranju kakovosti izdelkov, ob polnjenju ali pakiranju, pri transportu po zunanjih površinah, ob ločevanju in zbiranju odpadkov.

Značilnosti

Vsi nanomateriali niso škodljivi. Treba je upoštevati in vedeti, kaj so nanomateriali po kemični strukturi in katere potencialne kemične lastnosti imajo, ker velikost delca (nano) ne pomeni, da je nanodelec škodljiv. Večina nanomaterialov je v trdni obliki in so slabo topni v vodi. Škodljivi so zaradi hitre absorpcije in dobrega prehajanja čez bariere v telesu, prehajanja v celice, velike površine delcev, slabe topnosti v bioloških tekočinah, velike reaktivnosti. Delci se v telesu razporedijo: 70 nm – v pljučne mešičke, 50 nm – v celice, 30 nm – v celično jedro in 20 nm ali manj – ni podatkov. Še vedno pa ni znano, kateri parameter (masa, število) je v najboljši korelaciji s toksičnostjo. Pomembno škodljiva so nanovlakna, ki so slabo topna v bioloških tekočinah, posebna pozornost pa je potrebna pri nanodelcih z velikim razmerjem dimenzij, ker so po fizičnih lastnostih podobni materialom, ki so nevarni in škodljivi (azbest, mineralna vlakna).

Škodljivost je v industriji predvsem posledica inhalacije nanomateriala (razprševanje, rezanje, drobljenje, brušenje), zelo redko prehoda preko kože (pudri, raztopine, tekočine, prah) in praviloma nikoli absorpcije iz prebavnega trakta (ob pravilnem izvajanju ukrepov – osebna higiena, primerna delovna obleka).

Ob **inhalaciji** se dalj časa v plevri zadržijo bioobstojni, slabo topni in slabo razpadajoči delci, tanjši od 3 µm, daljši od 10–20 µm. Samo glede na **topnost** so malo toksični lipidni nanodelci, nanodelci NaCl, moke, saharoze, določenih oblik SiO_2. Tudi saje in TiO_2 sta glede

na topnost še srednje malo toksična. Škodljivost je odvisna še od **prašnosti** (pudri, cement, droben prah), **vnetljivosti** (kovinski pudri), **vodotopnosti** (< 100 mg/l) in **obstojnosti** (neuspešnost fagocitoze makrofagov). Saje so po IARC karcinogen skupine 2B (z dokazi na živalih). Ni še dokazano, da bi ultrafini nanodelci povzročali poslabšanje zdravja in povečali umrljivost zaradi pljučnih ter kardiovaskularnih bolezni. Študije opisujejo povečano tveganje za nevrodegenerativne bolezni v okoljih, obremenjenih z visokimi koncentracijami ultra finih prašnih delcev (Parkinsonova in Alzheimerjeva bolezen). V študijah in vivo na živalih so se ob izpostavljenosti nanomaterialom pojavili vnetje, celična toksičnost in razgradnja pljučnega tkiva (saje, TiO_2, ogljikove nanocevke, fuleren, SiO_2), vnetje možganov (nano-Mn) ter pri podganah pljučni tumorji (saje, TiO_2). NIOSH tretira TiO_2 kot potencialni poklicni karcinogen. TiO_2 zmanjša dilatacijo arteriol, prizadene koronarne žile, povzroča sistemsko vnetje in nevrogene znake.

Mejne vrednosti in zaščita

Mejne vrednosti izpostavljenosti prahu:

Francija:	10 mg/m³ inhalabilna frakcija;	5 mg/m³ respiratorna frakcija.
Velika Britanija:	10 mg/m³ (8h) inhalabilna frakcija;	4 mg/m³ (8h) respiratorna frakcija.
Nemčija:	10 mg/m³ inhalabilna frakcija;	3 mg/m³ respiratorna frakcija.
Bayer:	0,05 mg/m³ (ogljikove večplastne nanocevke)	
ZDA – NIOSH:	0,3 mg/m³ (UFD TiO_2), 1 µg/m³ (ogljikove nanocevke)	

Raziskovalca Pauluhn in Stone sta leta 2009 postavila mejo za izpostavljenost nanomaterialom, ki je za človeka brez učinka: večplastnim ogljikovim nanocevkam do 50 µg/m³ (Bayer do 2,5 µg/m³), fulerenu do 270 µg/m³, srebru (18–19 nm) do 98 µg/m³. Piktogramske označbe o škodljivosti in prisotnosti nanomaterialov v EU še ni.

S statičnimi merilci delcev, TOEM, SMPS, ELPI, CPC in optičnimi števci zdaj merimo maso za večje delce, število vlaken in površino pa za manjše. Merske metode v EU še niso predpisane. Urbano okolje vsebuje 10 000 do 40 000 nanodelcev/cm³, kar je treba upoštevati kot ozadje.

Kako se zaščititi:

1. ***Odstrani ali zamenjaj*:** nadomesti škodljivi material z neškodljivim ali manj škodljivim.
2. ***Izoliraj ali zapri***: loči od ostalega delovnega okolja (digestoriji, izolirani prostori, komore).
3. ***Izvajaj tehnične ukrepe***: zrači, odsesavaj (dimne nape, digestorij), mokro reži, mokro briši, uporabljaj filter HEPA (High Efficiency Particulate Air) razreda H14 za izpuste, uporabljaj industrijske sesalce razreda H za sesanje praha ter redno servisiraj in vzdržuj stroje. Ne čisti z metlo, zrakom ali vodo pod tlakom, ker je prepovedano. Nanomateriali so kemični odpadki, zato jih ob uničevanju sežigaj. Ob izrednem dogodku evakuiraj delavce.
4. ***Usposabljaj*:** pravilno izvajaj prvo pomoč in pridobi ustrezno znanje o škodljivostih nanomaterialov (izpostavljen bodi, samo če si usposobljen). Podaj ali pridobi jasna navodila za varno delo.
5. ***Uporabljaj osebno varovalno opremo*** samo, če so ostali ukrepi neučinkoviti. Uporabljaj rokavice (nitrilne, lateks, neoprenske – debelina!), zaščitna očala (prileganje!), zaščitno obleko (iz materiala Tyvek – nepropustnost!), respirator s filtrom FFP3 (prileganje!). Zahtevaj in upoštevaj dosledno higieno rok in pravilno zamenjavo delovne obleke.

Zaključek

Ob izvajanju omenjenih ukrepov se izpostavljenost škodljivim učinkom nanomaterialov zmanjša. V pravilnikih je treba opredeliti meritve, postaviti mejne vrednosti izpostavljenosti tudi na ravni EU (čim nižje vrednosti),

takoj začeti z izvajanjem ukrepov in redno spremljati študije o toksičnosti nanomaterialov. Ti materiali so namreč industrija prihodnosti, zato bo nemogoče omejiti njihovo uporabo, treba pa je izboljšati varnost pri delu z njimi.

Literatura

1. European Union for Employment and Social Solidarity PROGRESS (2007–2013). Guidance on the protection of the health and safety of workers from the potential risks related to nanomaterials at work. Guidance for employers and health and safety practitioners. June 2013.
2. European Union for Employment and Social Solidarity PROGRESS (2007–2013). Working Safety with Manufactured Nanomaterials. Guidance for workers. November 2014.
3. NIOSH. Current strategies for engineering controls in nanomaterial production and downstream handling processes. Cincinnati, OH: U.S.; Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health, DHHS (NIOSH), Publication No. 2014–102.
4. Dodič Fikfak M, Franko A. Inhalacijska toksičnost nanodelcev na delovnem mestu. 3. srečanje o kemijski varnosti: onesnažen zrak na delovnem mestu in v okolju, zbornik prispevkov. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za klinično toksikologijo, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Center za zastrupitve, Interna klinika, 2014; 28–36.

Matjaž Zimic, dr. med., specializant MDPŠ

Mentorica: asist. dr. Alenka Škerjanc, dr. med., spec. MDPŠ

POVZETEK IZ PRAKTIČNEGA PRIROČNIKA ZA REVIDIRANO ENAČBO DVIGOVANJA BREMEN NIOSH

Bolečine v spodnjem delu hrbta ter poškodbe hrbtenice zaradi dvigovanja bremen na delovnem mestu so najpogostejše težave, s katerimi se srečujejo zdravniki tako v kurativni kakor tudi v preventivni medicini in ki povzročajo visok strošek zaradi bolniške odsotnosti ter nastale invalidnosti na delovnem mestu.

Leta 1991 je NIOSH (National Institute of Occupational Safety and Health) javnosti predstavil revidirano enačbo za tako imenovani indeks dvigovanja **LI** (angl. Lifting index), pri tem so bili upoštevali trije kriteriji: biomehanski, fiziološki in psihofizični. Določili so dogovorne meje teže dvigovanja bremen pri določenih nalogah.

Biomehanski kriteriji pripomorejo omiliti učinke t. i. »lumbosakralnega stresa«, ki je najpomembnejši pri dvigovanju bremen. Fiziološki kriteriji omejijo t. i. »metabolični stres« in izčrpanost, povezana s ponavljajočimi se nalogami. Psihofizični kriteriji omejijo količino dela na podlagi delavčeve presoje, koliko je zmožen dvigniti, ta kriterij se lahko nanaša skoraj na vsa dvigovanja, razen na tista, ki so pogostejša kot 6 dvigov na minuto.

Enačba NIOSH ne zajema: dvigovanja/spuščanja z eno roko, dvigovanja/spuščanja, ki traja dalj kot 8 ur, dvigovanja/spuščanja v sedečem položaju ali čepe, dvigovanja/spuščanja v omejenem delovnem prostoru, dvigovanja/spuščanja nestabilnih predmetov, dvigovanja/spuščanja med prenašanjem, potiskanjem ali vlečenjem, dvigovanja/spuščanja s samokolnico ali lopato, dvigovanja/spuščanja pri hitrem gibanju, dvigovanja/spuščanja, kadar je koeficient trenja med podplatom in tlemi manjši od 0,4.

Enačba: LI = L/RWL, pri čemer pomeni:
LI = indeks dvigovanja, ki pove, ali obstaja tveganje za poškodbo ledvene hrbtenice, ki nastane kot posledica dviganja in spuščanja bremen;
L= masa dejanskega bremena;
RWL = priporočen limit mase bremena, ki določi maksimalno sprejemljivo maso tovora, ki naj bi ga zdravi delavci dvignili v 8 urah, ne da bi pri tem povečali tveganje za nastanek poškodb in okvaro zdravja.
Pri tem **RWL** pove, ali je masa prevelika za določeno opravilo, **LI** pa pove, kakšno je tveganje za nastanek poškodbe.

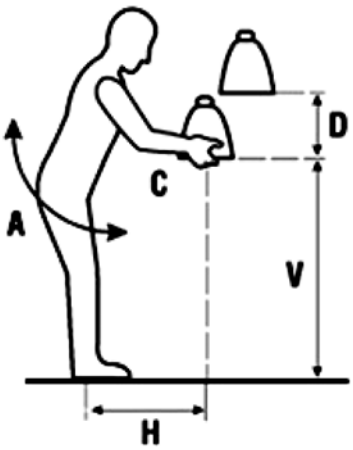
RWL = 23 kg x H x V x D x F x A x C

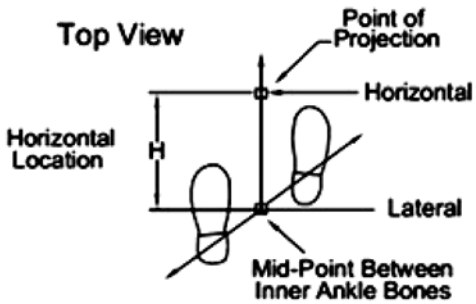
23 kg = konstanta tovora, ta masa predstavlja maksimalno priporočeno maso tovora, ki ga delavec sme dvigniti v idealnih razmerah.

H = horizontalni faktor
V = vertikalni faktor
D = distančni faktor
F = frekvenčni faktor
A = kotni faktor
C = stični faktor

Opredelimo tudi trajanje naloge: manj kot eno uro, ena ura do dve uri, dve uri do osem ur**.**

H = horizontalni faktor, to je vodoravna razdalja od središčne točke med gležnjema do rok, ko ima delavec določen predmet v rokah. Izmerimo in zapišemo vodoravni položaj rok tako na začetku kot na koncu dvigovanja – začetna in končna točka dviga.
V = vertikalni faktor, to je navpična razdalja rok od tal na začetku dviga. Izmerimo in zapišemo navpični položaj rok tako na začetku kot na koncu dvigovanja – začetna in končna točka dviga.
D = distančni faktor, to je navpična razdalja, ki jo tovor naredi (torej, kako visoko nekdo dvigne nek predmet). Določimo jo z odštevanjem, in sicer odštejemo vrednost začetnega položaja od končnega položaja predmeta v navpični smeri.
F = frekvenčni faktor, to je frekvenca dvigovanja in trajanje dvigovanja v določeni izmeni. Določimo ga s povprečnim številom dvigov na minuto.
A = kotni faktor, to je kot obračanja telesa, medtem ko delavec dela (izmerjeno v stopinjah). Tu upoštevamo



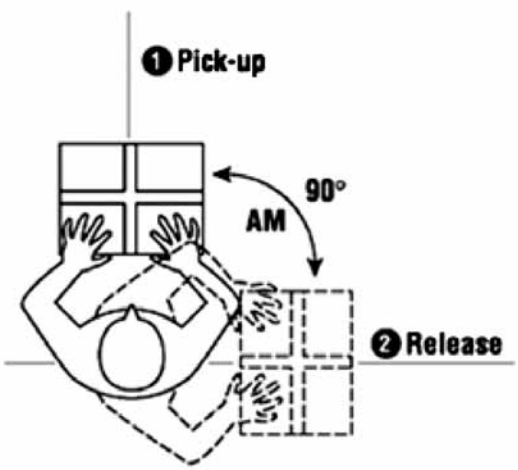


Slika 1. Faktorji RWL enačbe: H, V, D, A, C

Vir: Povzeto: http://ergo-plus.com/niosh-lifting-equation-single-task/ A Step-by-Step Guide to Using the NIOSH Lifting Equation for Single Tasks.

kot obračanja trupa in ramen, ki je potreben za izvajanje naloge. (POZOR: tu moramo biti previdni, saj lahko delavec izvaja neko nalogo v nepravilni drži, četudi mu delovni položaj omogoča izvajanje naloge pod priporočenim kotom).

C = stični faktor, to je kakovost prijema, ki jo klasificiramo kot **dober oprijem** (optimalna oblika predmeta z ročaji oz. predmeti nepravilne oblike, na katere lahko namestimo ročaje), **zmerno dober oprijem** (oblika predmeta z ročaji ni optimalna in optimalna oblika predmeta, ki nima ročajev), **slab** oprijem (nepravilna oblika predmeta brez ročajev, ki ga težko primemo).



Slika 2. Obračanje trupa in ramen med delovno nalogo

Vir: http://ergo-plus.com/niosh-lifting-equation-single-task/, A Step-by-Step Guide to Using the NIOSH Lifting Equation for Single Tasks.

V vsakem primeru moramo upoštevati priložene tabele. Ko izračunamo vrednosti, jih primerjamo z vrednostmi v tabelah in dobimo faktorje, ki jih moramo nato vnesti v enačbo (čim večja je vrednost številke, tem nižji je faktor in pri tem obremenitev za delavca večja).

Izračunane vrednosti LIki:

– so manjše od 1,0, kažejo na normalna (majhna) tveganja za zdravje zaposlenih,
– imajo vrednosti 1,0 ali več, kažejo, da je določena naloga povezana z velikim tveganjem za poškodbe.

Višji indeks predstavlja večje tveganje za poškodbe, zato je cilj, da naloge dvigovanja oblikujemo tako, da bo LI manj kot 1,0.

Praktična uporaba:

1. **RWL in LI lahko uporabljata za** opredelitev težav, povezanih z določenim delom (kot na primer: utrujenost, bolečine v ledvenem delu hrbtenice).
2. **RWL** lahko uporabimo za preoblikovanje obstoječih nalog dvigovanja (na primer: če poteka določene naloge ni mogoče spreminjati, morda lahko spremenimo maksimalno maso tovora in obratno; ali če ne moremo spreminjati mase tovora, lahko spremenimo potek naloge).
3. **LI** lahko uporabimo za oceno fizičnega stresa, ki ga povzroča določeno delo. Čim večji je LI, tem manj je delavcev, ki lahko delo opravljajo varno.
4. **LI** lahko uporabimo za ergonomske ukrepe: glede na LI lahko razvijemo strategijo za izboljšanje izvedbe naloge (naloge, ki imajo LI več kot 1,0, so najbolj potrebne preoblikovanja).

Kako uporabljamo formulo NIOSH?

1. korak: zberemo informacije, ki jih potrebujemo za faktorje RWL in LI.
2. korak: dobljene vrednosti vnesemo v enačbo in dobimo rezultat.
3. korak: rezultat ovrednotimo in po potrebi ukrepamo.

Kako lahko glede na faktorje predlagamo izboljšave?

– Če je H < 1,0 – tovor približamo delavcu tako, da odstranimo ovire. Delavci naj se izogibajo dvigom od tal.
– Če je V < 1,0 – dvignimo/spustimo začetno/končno točko dviga. Izogibati se moramo dvigovanju od tal ali nad rameni.
– Če je D < 1,0 – zmanjšamo navpično razdaljo med začetno in končno točko dviga.
– Če je A < 1,0 – premaknemo začetno in končno točko dviga drugo k drugi, tako zmanjšamo kot obračanja ali pa začetno in končno točko dviga še bolj oddaljimo, da se bo delavec moral premikati in ne obračati.
– Če je F < 1,0 – zmanjšajmo frekvenco dvigov, skrajšamo trajanje dvigov ali pa omogočimo daljša obdobja počitka.
– Če je C < 1,0 – izboljšamo oprijem na bremenu tako, da zagotovimo optimalnejšo obliko z ročaji ali pa izboljšamo oprijemališča na predmetih.

Zaključek

Prenovljena enačba je bila izoblikovana kot metodološko orodje za ocenjevanje težavnosti dvigovanja pri najrazličnejših fizičnih opravilih. Z njo so želeli ustvariti pripomoček, s katerim bi lahko ugotovili, katera dela predstavljajo največjo nevarnost za poškodbe hrbta, in jih z izboljšavami delovnih razmer tudi preprečili in/ali odpravili.

Zakaj je formula iz leta 1991 boljša od predhodnih? Formula iz leta 1991 se nanaša na širši spekter nalog dvigovanja, ker upošteva tudi kotni ter stični faktor. Priporočene mase bremena, ki so izračunane po novi formuli, so v splošnem manjše od maksimalnih sprejemljivih omejitev mase bremena.

Literatura

1. Waters TR, Putz-Anderson V, Garg A. Applications manual for the revised NIOSH lifting equation. U.S department of health and human services. DHHS (NIOSH) Publication No. 94–110.
2. Calculating Recommended Weight Limit (RWL). [na spletu] Dostopno na: http://www.ccohs.ca/oshanswers/ergonomics/niosh/calculating_rwl.html.
3. Waters TR, Pulz-Anderson V, Garg A. Applications manual for the revised NIOSH lifting equation. DHHS (NIOSH) Publication No.94 – 110. U.S. Department of health and Human Services, 1994. [na spletu]. Dostopno na: http://www.cdc.gov/niosh/docs/94-110/pdfs/94-110.pdf.
4. Middlesworth M. A Step-by-Step Guide to Using the NIOSH Lifting Equation for Single Tasks
5. [na spletu]. Dostopno na: http://ergo-plus.com/niosh-lifting-equation-single-task/.

Oksana Levak, dr. med., specializantka MDPŠ

Mentorica: asist. dr. Alenka Škerjanc, dr. med., spec. MDPŠ

PREPOZNAVANJE Z DELOM POVEZANIH DUŠEVNIH MOTENJ POVZETEK ŠTUDIJE DESETIH EVROPSKIH DRŽAV

Uvod

Študija zajema izsledke desetih držav in je posodobitev poročila iz leta 2004 o duševnih motnjah, povezanih z delom. Medtem ko je splošno poznano dejstvo, da delovno okolje vpliva tudi na duševno zdravje delavcev, v Evropi še zmeraj ni soglasja glede priznanja z delom povezanih duševnih motenj kot poklicnih bolezni ali nezgod pri delu.

Možnosti prepoznavanja duševnih bolezni, povezanih z delom

Priznanje poklicnih bolezni in posledičnih odškodnin je odvisno od številnih meril, ki se lahko zelo razlikujejo glede na državo. Z izjemo Španije in Švedske imajo vse v študijo zajete države kombiniran sistem za priznavanje poklicnih bolezni. To pomeni, da imajo nacionalni seznam poklicnih bolezni in dopolnilni sistem za bolezni, ki niso registrirane na seznamu. Enako obravnavajo tudi duševne motnje.

Prepoznavanje duševnih motenj kot poklicnih bolezni

Danska je doslej edina država, ki je duševno motnjo uvrstila na seznam poklicnih bolezni. Leta 2005 je kot tako registrirala posttravmatsko stresno motnjo. V preostalih državah poteka priznavanje z delom povezanih duševnih motenj v okviru dopolnilnih sistemov. V nekaterih državah pa priznavanje duševnih motenj kot poklicnih bolezni ni mogoče (Tabela 1).

Prepoznavanje duševnih motenj kot nezgod pri delu

V vseh v študijo zajetih državah je mogoče duševne motnje obravnavati kot nezgode pri delu. Povezavo med delovnim okoljem in »nezgodo« je lažje dokazati kot pri poklicnih boleznih. Za obravnavo je ključen nepričakovan, kratkotrajen in travmatičen dogodek na delovnem mestu, ki je vzrok za duševno motnjo. To so ponavadi nasilna dejanja (oborožen rop, napad na delovnem mestu in podobno) ali travme, povzročene v prometnih nesrečah ali ob nesrečah bližnjih. Duševna bolezen, ki se najpogosteje pojavlja v teh okoliščinah, je posttravmatska stresna motnja.

Samomori na delovnem mestu in samomori, povezani z delovnim okoljem

V nekaterih državah lahko samomore na delovnem mestu oziroma samomore, za katere obstaja domneva, da so posledica delovnih razmer, priznajo kot nezgode pri delu. Pravni pristopi v podporo morebitnega priznanja se v državah močno razlikujejo. V Belgiji in Franciji se

Tabela 1: Možnosti priznavanja duševnih motenj kot poklicnih bolezni

LISTA POKLICNIH BOLEZNI	KOMBINIRAN SISTEM		NI MOGOČE
Danska – posttravmatska stresna motnja F1 ; ustrezati mora diagnostičnim merilom ICD10: F43.1	**Belgija** **Danska** **Italija** **Francija**	dopolnilni sistem – potreben je dokaz neposredne povezanosti med boleznijo in delovnim okoljem	**Finska** **Švica** **Nemčija**
	Švedska	dokazni (proof) sistem – vsak primer se obravnava individualno	

za vsak samomor na delovnem mestu postavi sum na vzročno povezanost z delom. Naloga zavarovalnice je, da dokaže nasprotno. V Španiji, Nemčiji in Italiji mora obstajati močna vzročna povezava med sprožilnim dejavnikom oziroma motivom za samomor in delovnim okoljem. Na Švedskem, Danskem in v Švici pravna možnost priznavanja z delom povezanih samomorov sicer obstaja, a so dokazani primeri zelo redki. Finska je edina država, zajeta v študiji, kjer samomor niti teoretično ne more biti priznan kot poklicna nezgoda. Samomor je namreč opredeljen kot namerno dejanje in se ne sklada z definicijo nezgode, to je nepričakovan zunanji dogodek, ki povzroči škodo.

Dokazovanje duševnih motenj kot poklicnih bolezni

V državah, kjer so duševne motnje lahko priznane kot poklicne bolezni (Tabela 1), se večinoma dokazujejo v okviru dopolnilnih sistemov. Nimajo napisanih natančnih smernic za obravnavo primerov, da bi lahko dokazali tudi bolezni, ki sicer niso uvrščene na seznam poklicnih bolezni. Glede na specifično naravo duševnih bolezni je posebna pozornost namenjena proučitvi zunaj poklicnih vzrokov za razvoj motnje (npr. osebne predispozicije žrtve ali dogodki v zasebnem življenju).

Italija je najbolj natančno opredelila proces dokazovanja duševnih motenj. Zavarovalnica je za poklicne bolezni in nezgode (INAIL) določila osnoven nabor dejavnikov tveganja za razvoj duševnih motenj (dolgotrajne preobremenitve, izključevanje iz kolektiva, neupravičene premestitve itd.). Med dejavnike tveganja niso uvrščeni dogodki, povezani z običajnimi postopki delovnega razmerja (odpoved, prekvalifikacija itd.). Tudi na Danskem in v Franciji smernice služijo kot orodje za pomoč pri odločanju in vključujejo patologije psihološkega izvora z napotki za preiskavo, kar omogoča hitrejše in lažje odločanje.

Ocenjevanje in odmerjanje nadomestil za trajno duševno škodo

Višina nadomestila za trajno duševno škodo je odvisna od kompenzacijskega sistema države. Od petih držav, ki lahko prepoznajo duševne motnje kot poklicne bolezni, imajo Danska, Francija in Italija nacionalno lestvico za odmero invalidske postavke tudi za duševne motnje. Glavno merilo za določitev višine nadomestila je izpad dohodka kot posledica poklicne bolezni.

Statistika

Glede na zavarovano prebivalstvo je število primerov priznanih duševnih motenj kot poklicnih bolezni najvišje na Danskem (6,4 primera na 100.000 zavarovancev), nekoliko nižje je na Švedskem (1,6 primera na 100.000 zavarovancev). Italija in Francija zaostajata za temi številkami – v zavarovani populacijii (okrog 18 milijonov) je prepoznanih le okrog 100 primerov na leto. Razliko je mogoče delno pojasniti z dejstvom, da več kot polovica primerov na Danskem ustreza diagnozi posttravmatske stresne motnje, ki je registrirana na seznamu poklicnih bolezni, kar poenostavlja postopek in kaže na pripravljenost danske zavarovalnice za kritje nastalih stroškov. Druga razlaga je verjetno ta, da imajo nordijske države (Danska, Švedska) dalj časa uveljavljeno prakso priznavanja teh bolezni. Prvi prepoznani primeri v teh dveh državah segajo v leto 1980, medtem ko so bili prvi primeri v Franciji in Italiji priznani šele leta 1990.

Težje je pojasniti razlike v številu duševnih bolezni, priznanih kot nezgode pri delu. V letu 2010 so na Švedskem priznali 2100 vlog, na Danskem 730, v Belgiji 606, v Španiji 203 in v Švici 24. V Nemčiji, Franciji in na Finskem natančno število primerov ni znano. Glavni problem je pomanjkanje klasifikacijskega sistema, ki bi omogočal razlikovanje duševnih motenj od preostalih nezgod pri delu.

Med vsemi državami, v katerih je mogoče samomor priznati kot nezgodo pri delu, Francija izstopa po kakovosti razpoložljivih statističnih podatkov kot tudi po

številu prepoznanih primerov in priznanih odškodnin. Leta 2011 so obravnavali 78 primerov, od tega so jih 22 povezali z delovnim okoljem. Vse preostale države skupaj na leto priznajo le nekaj primerov.

Sklep

Glavna težava, s katero se srečamo pri obravnavi psiholoških motenj, je njihova mnogovzročnost. Najtežje je dokazati, da je delovno okolje glavni oziroma odločilni dejavnik za razvoj motnje. Težko je vzpostaviti sistem za odločanje o vzročni povezavi psihosocialnih tveganj na delovnem mestu z razvojem psiholoških motenj. Študija kaže, da le polovica obravnavanih držav omogoča priznanje duševnih motenj kot poklicnih bolezni. Vendar je tudi v teh državah kljub teoretično urejeni pravni podlagi število priznanih primerov od zavarovalnic majhno. Kljub temu so nekatere države pokazale dobro prakso in se število dokazanih primerov povečuje iz leta v leto (Danska, Francija, Švedska).

Vir

1. Kieffer C. What recognition of work-related mental disorders? A study on 10 countries. 2013. [na spletu]. [pridobljeno 1.9.2015]. Dostopno na: http://www.eurogip.fr/en/publications-d-eurogip/3483-what-recognition-of-work-related-mental-disorders-a-study-on-10-countries.

Dani Mirnik, dr. med., specializant MDPŠ

Mentorica: asist. dr. Alenka Škerjanc, dr. med, spec. MDPŠ

Uvajamo novo rubriko, v kateri bomo poročali o poteku programa promocije zdravja pri delu v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana.

Uredništvo

SKRB ZA ZDRAVJE DELAVCEV – ČILI V UKC LJUBLJANA

Pod vodstvom Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa (KIMDPŠ) od lani v UKC Ljubljana uvajamo program promocije zdravja Čili za delo. Njegov cilj je postopno izboljšati zdravje zaposlenih, uveljaviti bolj zdrav način življenja in ustvariti boljše delovne razmere za zdravje ter s tem zmanjšati bolniško odsotnost in invalidnost.

Aktivnosti v projektu se izvajajo na dveh ravneh: na ravni celotne organizacije Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana in na ravni pilotno izbrane organizacijske enote: Kliničnega oddelka za nefrologijo (KON) Interne klinike.

Raven UKC Ljubljana

Na osnovi analize zdravja v organizaciji UKC Ljubljana smo pripravili krovni dokument »Program promocije zdravja pri delu v UKC Ljubljana«, ki vključuje izvedbeni načrt ukrepanja na področjih, ki so za zdravje delavcev v organizaciji najbolj pereča in zajamejo največji delež zaposlenih. Štiri ključna področja so: preprečevanje razvoja kostno-mišičnih bolezni z ergonomskimi ukrepi, obvladovanje doživetij preobremenjenosti in preprečevanje izgorelosti, preprečevanje nalezljivih bolezni z izboljšanjem precepljenosti med zaposlenimi in preprečevanje uporabe psihoaktivnih snovi (PAS).

Za področje ergonomije, tu smo najprej začeli implementacijo ukrepov, smo se odločili na podlagi analize zdravja zaposlenih v UKC Ljubljana, ki je pokazala, da:

– je v desetletnem obdobju, v letih 2004–2013, bolniški stalež v ustanovi najvišji v kategoriji bolezni kostno-mišičnega sistema in vezivnega tkiva;
– ta kategorija bolezni je vodilni razlog za bolniški stalež pri ženskah, zaposlenih v UKCL, ki so sicer prevladujoča zaposlitvena skupina glede na spol.

V ergonomiji zasledujemo naslednji cilj: zmanjšati delež bolniškega staleža (BS) zaradi kostno-mišičnih bolezni za dva odstotka v petletnem obdobju 2015–2019 in se tako približati »želenemu« BS v ustanovi.

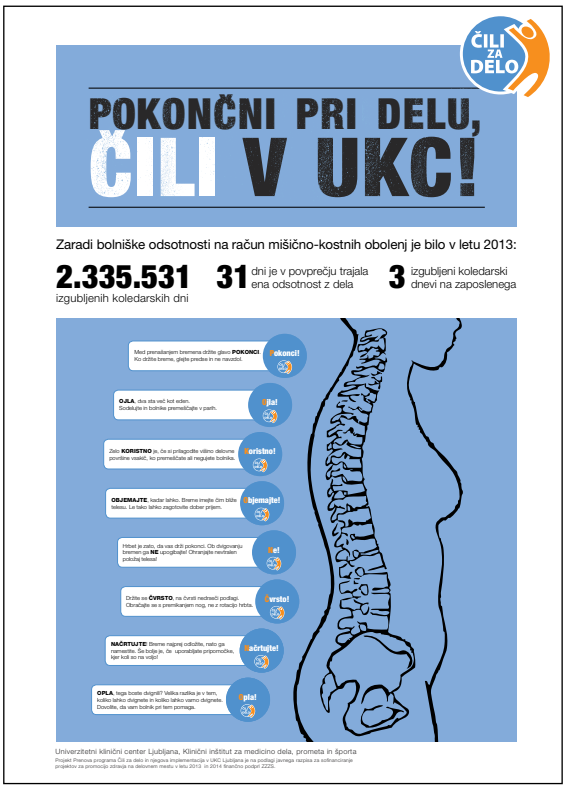
Upoštevali smo dejstvo, da je veliko kostno-mišičnih bolezni mogoče preprečiti z uvajanjem ergonomskih sprememb v delovnih postopkih in delovnih prostorih, ki temeljijo na ovrednotenju dejavnikov tveganja ter izobraževanjem in usposabljanjem zaposlenih.

Preprečevanje razvoja kostno-mišičnih bolezni

V januarju je potekala Interna kampanja ČILI V UKC Ljubljana, izdelani so bili interaktivni plakati z vzgojno izobraževalno vsebino na temo ergonomije za zaposlene v UKCL, ki so bili nameščeni na vseh klinikah/inštitutih ter zloženke s prikazom vaj za pokončno držo.

Z namenom organizacije in izvedbe izobraževalnih in izkustvenih učnih delavnic za zaposlene v zdravstveni negi na temo varnega dvigovanje in prelaganje pacientov ter ustrezni uporabi razpoložljivih delovnih pripomočkov je bila v UKC Ljubljana v začetku decembra 2014 na podlagi sklepa Strokovnega kolegija zdravstvene in babiške nege ustanovljena interdisciplinarna Delovna skupina za krepitev zdravja v UKCL. Letos je skupina izvedla tri izobraževanja, eno v spomladanskem in dve v jesenskem terminu, ki so obsegala teoretični in praktični del in potekala v predavalnici 2 in pritličju glavne stavbe UKC Ljubljana.

Izobraževanje se nadaljuje tudi v letu 2016, dogovorjenih je šest terminov, trije v spomladanskem in trije v jesenskem roku, z začetkom 17. februarja 2016. Želja delovne skupine je, da bi se izobraževanje razvilo v



Plakat (Vir: arhiv KIMDPŠ)

kontinuirano usposabljanje za vse izvajalce zdravstvene in babiške nege, ki delajo s pacienti, saj bo le tako mogoče doseči želene rezultate.

Prvi dan za zdravje v UKC Ljubljana

V sredo, 20. maja, je v UKC Ljubljana, pod okriljem Kliničnega inštituta za medicino dela prometa in športa, potekal prvi Dan za zdravje, s sloganom Pokončni pri delu, ČILI V UKC Ljubljana. Namenjen je bil vsem zaposlenim v ustanovi. Dan za zdravje je eden izmed ukrepov v programu promocije zdravja Čili za delo.

Vodilna tema letošnjega dneva za zdravje so bili ergonomski ukrepi pri delu, saj so kostno-mišične bolezni najpogostejša z delom povezana zdravstvena težava bolnišničnega osebja.

Vabilo na 1. dan za zdravje (Vir: arhiv KIMDPŠ)

V glavni avli UKC Ljubljana so ves dan potekale številne aktivnosti: vodena jutranja telovadba za zaposlene, merjenje telesnih zmogljivosti z uporabo različnih pripomočkov, svetovanje zdravnika v zvezi z obremenitvami na delovnem mestu in priporočljivimi športnimi aktivnostmi za vzdrževanje dobre telesne kondicije. Na stojnicah je bilo na voljo različno izobraževalno gradivo, npr. zloženka z napotki in vajami, kako zmanjšati obremenitve pri dvigovanju in premeščanju bolnikov, in uporabni predmeti, ki bodo zaposlene opominjali na pomen skrbi za lastno zdravje.

V popoldanskem času je bil organiziran vodeni tematski pohod po Ljubljani, v okviru katerega so se udeleženci razgibali in poleg tega v dobri uri izvedeli zanimive, tudi z zdravstvom povezane zgodbe iz preteklosti, ki jih skrivajo pročelja starega mestnega jedra.

Na prikazovalniku v glavni avli je bil na ogled kratek film s prikazom ustreznih vaj, ki jih lahko zaposleni izvajajo tudi med službenim odmorom in so v pomoč, predvsem zaposlenim s pretežno sedečim delom. Film smo prav ob priložnosti 1. dneva za zdravje posneli v sodelovanju z Inštitutom za medicinsko rehabilitacijo (IMR). Odziv zaposlenih na prvi Dan za zdravje v UKC

Nekaj utrinkov z dneva za zdravje (Foto: Jolanda Kofol)

Ljubljana je bil zelo pozitiven, želijo si ponovitve dogodka ter vključitev aktivnega odmora v vsakdanji delovnik.

Raven izbrane osnovne enote

Zaradi same velikosti in razvejenosti UKC Ljubljana je treba poleg aktivnosti na ravni celotne organizacije izvajati usmerjene programe tudi v posameznih organizacijskih enotah. Ker se v nekaterih organizacijskih enotah še posebej zavedajo problema slabega zdravja zaposlenih in nujnosti ukrepanja, smo v maju 2014 že začeli izvajati program Čili za delo na Kliničnem oddelku za nefrologijo (KON) Interne klinike. Aktivnosti so sledile naslednjim korakom: ustanovitev skupine za zdravje pri delu na KON, priprava programa promocije zdravja pri delu na oddelku, izbor področja ukrepanja in implementacije ukrepov v skladu s programom.

Na ravni KON je bil pripravljen in sprejet »Protokol o načinu izvajanja promocije zdravja pri delu na KON«, ustanovljena je bil interdisciplinarna Skupina za zdravje, na podlagi »Programa promocije zdravja pri delu na Kliničnem oddelku za nefrologijo Interne klinike Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana« smo začeli aktivnosti za implementacijo ukrepov na področju ergonomije in organizacije dela.

Ukrepi na področju ergonomije:
V okviru Skupine za zdravje je bil na Centru za transplantacijo ledvic in v administrativnih službah organiziran ogled delovišč, da se prepoznajo dejavniki tveganja (delovni pripomočki, delovno okolje, premeščanje bremen …) za izdelavo ocene tveganja.

Oddelek je nabavil nove delovne pripomočke: transporter za dializne aparate in dvigalo za premeščanje bolnikov, nameščeno je bilo elektronsko odpiranje dvokrilnih vrat, ki bodo olajšale delo zaposlenim.

Od marca poteka izvajanje kontinuiranega izobraževanja in izkustvene delavnice za zaposlene na KON Ljubljana na temo ergonomskih ukrepov na delovnem mestu, nadaljevanje sledi v jeseni. Na Hospitalnem oddelku se izvajajo ergonomske delavnice s praktičnimi prikazi pravilnega dvigovanja in premeščanja bolnikov ter pravilne uporabe razpoložljivih pripomočkov za delo, neposredno z opazovanjem dela ob bolniških posteljah. Med delovnim časom se uvajajo aktivni odmori (raztegovanje, vaje za vrat in hrbet).

V načrtu je zakup športne dvorane za redno vadbo zaposlenih.

Za zaposlene v zdravstveni administraciji na KON in tiste medicinske sestre, ki delajo pretežno za računalnikom, so bile izdelane skodelice s sporočilom o pravilni ergonomski drži pri delu z računalnikom (na ime vsake zaposlene) in ergonomski pripomoček: gelirane podloge za miško.

Podloga za miško (Vir: arhiv KIMDPŠ)

Ukrepi na področju organizacije:
Z vsemi delavci, ki imajo status invalida, so bili izvedeni motivacijski intervjuji o njihovem počutju na delovnem mestu in o zadovoljstvu z delom. Predlogi zaposlenih za izboljšave so namenjeni ukrepom za promocijo zdravja pri delu ter za preprečevanje bolezni in poškodb, ki lahko vodijo v invalidnost.

Z januarjem 2016 se poskusno v okviru 40-urnega delavnika uvaja ustreznejša organizacija delovnega časa tistih zdravstvenih delavcev, ki delajo v treh izmenah (menjava na 6 ur).

Supervizija za zaposlene:
Na Kliničnem oddelku za nefrologijo se supervizija izvaja od aprila, enkrat na mesec, traja 60 minut, prekine se med poletnimi dopusti. Delo poteka v majhni skupini, z osmimi do enajstimi udeleženci, zaželena je stalna sestava. Med supervizijo se posvečamo zlasti motnjam in problemom, ki so vezani na poklicno polje. Zaposleni imajo prostor in čas, da reflektirajo o svojem delu, samem sebi, svoji vlogi v procesih, ki se odvijajo med njimi in uporabniki, ter iščejo lastne odgovore na težave, s katerimi se srečujejo pri svojem delu. Cilj supervizije je razbremenitev zaposlenih in konstruktivna predelava stresnih situacij. Zaposleni sami izpostavijo temo, o kateri si želijo spregovoriti. Doslej smo odprli naslednja področja: odnosi med sodelavci (zaupanje, spoštovanje), razlike med različnimi profili zaposlenih v zdravstveni negi v znanju, kompetencah, plačilu …, preobremenjenost zaposlenih v zdravstveni administraciji, iskanje uspešnejših načinov obvladovanja stresa …

V načrtu je ureditev ponudbe zdrave prehrane med delovnim časom, ki bo za zaposlene na KON cenovno in fizično dostopna ter na voljo tudi v nočnem času, to je v 12-urnem turnusu.

Želimo si, da bi program promocije zdravja pri delu na KON postal model za načrtovanje in nadaljnje izvajanje projektov promocije zdravja na delovnem mestu in drugih aktivnosti na ravni celotnega zdravstvenega zavoda. Dobro delo je namreč mogoče le v organizacijah, kjer je zaveza zdravju in varnosti pri delu prioriteta.

Asist. dr. Nataša Dernovšček Hafner, univ. dipl. psih.

MLADI IN MIGRANTI V ČASU PRESTRUKTURIRANJA

»Ranljive skupine delavcev: mladi in migranti v času prestrukturiranja« je bila vodilna tema posveta, ki ga je KIMDPŠ pripravil 23. septembra 2014 v Ljubljani. Nacionalnega dogodka, ki pomeni izvedbeni del mednarodnega projekta VIRES (*Vulnerable Groups In REStructuring*), so se udeležili deležniki s področja problematike mladih delavcev in delavcev migrantov: predstavniki reprezentativnih sindikatov, raziskovalci Univerze v Ljubljani in Univerze na Primorskem, predstavniki gospodarstva in nevladnih organizacij.

Kriza je položaj mladih in migrantskih delavcev v večini držav članic EU in tudi v Sloveniji precej poslabšala. Mladi in migrantski delavci so prvi na udaru sprememb, ki se dogajajo med prestrukturiranjem, bodisi zaradi večinoma kratkotrajnih pogodb o delu bodisi zaradi pomanjkanja pravne zaščite.

Podrobnejši pregled obravnavanih skupin nam pokaže še nekatere podskupine, na katere bi morali biti še posebej pozorni, ko načrtujemo ukrepe v zakonodaji, v izobraževanju in na trgu dela. Ena od teh podskupin so nižje izobraženi in nižje kvalificirani mladi, ki delajo na slabo plačanih delovnih mestih in zanje obstaja velika verjetnost prehoda v t. i. skupino NEET *(Not in Education, Employment or Training),* ki označuje mlade brez zaposlitve ob hkratni izključenosti iz sistema izobraževanja ali usposabljanja. V drugo skupino sodijo visoko usposobljeni mladi, ki prehajajo iz ene začasne pogodbe o delu v drugo in so v delovnem okolju izpostavljeni principu »Last In First Out«., to pomeni, da kot zadnji vstopajo v svet dela, so pa prvi v vrsti pri odpuščanju. Med posebej ranljive vsekakor sodijo tudi delavci migranti, saj so praviloma zaposleni v sektorjih, ki so v recesiji najbolj izpostavljeni tveganjem za izgubo delovnih mest (npr. gradbeništvo). Pri mladih migrantih pa gre predvsem za visoko izobražene mlade delavce, ki se odločijo za selitev v tujino v želji za boljšim kruhom in kariernimi priložnostmi. V tem primeru govorimo o odlivu »smetane« delovne sile, t. i. učinku »*Cream Off*«. Udeleženci posveta so bili enotnega mnenja, da je poleg strokovnega konsenza nujno treba to perečo tematiko predstaviti odločevalcem iz vrst politikov, ki imajo škarje in platno za izvedbo potrebnih ukrepov, s katerimi bi preprečili ali vsaj omilili negativne učinke prestrukturiranja na ranljivi skupini mladih delavcev in migrantov.

Asist. dr. Nataša Dernovšček Hafner, univ. dipl. psih.

STROKOVNE EKSKURZIJE SPECIALIZANTOV

Obisk v Steklarni Hrastnik (Foto: Semi Assayed)

Letos smo specializanti medicine dela, prometa in športa s posredovanjem Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa pripravili strokovne ekskurzije v različna podjetja. Namen strokovnih ekskurzij je bilo spoznavanje delovnega okolja, dejavnikov tveganja in njihovo obvladovanje. V podjetjih smo se seznanili z delovnimi procesi in glavnimi obremenitvami delavcev, ki iz njih izhajajo, organiziranostjo službe za varnost in zdravje pri delu, s promocijo zdravja pri delu ter sodelovanjem s specialistom medicine dela. Teoretičnemu delu je sledil ogled delovnih mest.

V želji po čim bolj heterogenih delovnih mestih in dejavnikov tveganja na delovnih mestih smo obiskali naslednja podjetja: Zavod za prestajanje kazni zapora Dob, Gorenje, d. d., Premogovnik Velenje, d. d., Acroni, d. o. o., Salonit Anhovo, d. d., Talum, d. d., Luko Koper, d. d., Steklarno Hrastnik, d. o. o., Nuklearno elektrarno Krško in Krko, d. d. Glede na pozitivne izkušnje delodajalcev in specializantov strokovne ekskurzije načrtujemo tudi v prihodnjem letu.

Pri izvedbi ogledov delovnih mest bi se radi zahvalili podjetjem, ki so nas sprejela, vsem njihovim delavcem, Kliničnemu inštitutu za medicino dela, prometa in športa za pomoč pri organizaciji in spremstvih na ogledih in izvajalcem medicine dela za predstavitev njihovega dela in aktivnosti pri oblikovanju zdravega delovnega okolja.

Polona Savič, dr. med., specializant MDPŠ
Martin Kurent, dr. med., spec. MDPŠ
Davor Romih, dr. med., specializant MDPŠ

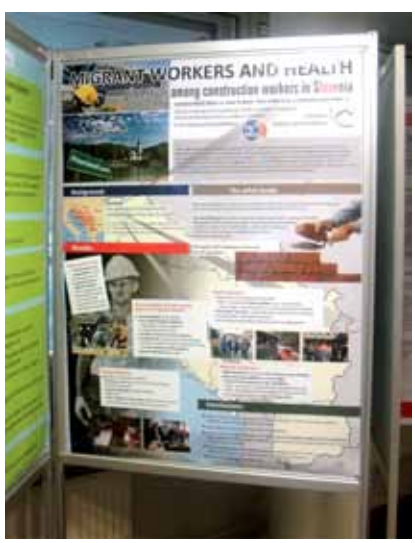
MEDNARODNA KONFERENCA WORK 2015; NEW MEANINGS OF WORK

Avgusta 2015 je na Finskem bila mednarodna konferenca z naslovom Work2015; New Meanings of Work.

Na konferenci WORK 2015; Novi pomeni dela je bilo predstavljeno več kot pet vrhunskih plenarnih predavanj in skoraj 300 prispevkov. Prispevki, združeni v 26 sklopov, so obravnavali vsebine, povezane s staranjem delovne sile, pravnimi vidiki, digitalizacijo dela, zdravja in počutja pri delu, migracij zaradi dela, usklajevanja družine in delovnih obveznosti, preobremenjenosti zaradi dela in podobno.

Mednarodna konferenca WORK2015; New Meaning of Work, 19.–21.8.2015, Turku, Finska (Foto: Damjana Miklič Milek)

Katedrala v mestu Turku je glavna luteranska cerkev na Finskem (Foto: Damjana Miklič Milek)



Migrant workers and health; pilot study among construction workers in Slovenia (Foto: Damjana Miklič Milek)

Konferenca je poleg vsebin, povezanih s spremembami dela, vključevala tudi vsebine, ki se nanašajo na širše in globlje preobrazbe ter spremembe dela. Predstavljeni prispevki so odražali rezultate številnih raziskav, ki so vključevale tako razumevanje sprememb v načinih dela kot tudi sprememb dela, povezanih z organizacijo dela v širši družbi. Podrobnejše analize organizacijskih, družbenih, gospodarskih in tehnoloških sprememb, povezanih z novimi načini dela, prispevajo k večjemu razumevanju spreminjajočega se trga dela. Konferenca je s pestrostjo prispevkov poskušala poiskati utemeljitev ne samo izhajajoč iz sprememb v delu, temveč tudi iz globalnih sprememb tako v strukturah kot vsebini dela. Porecesijske spremembe v gospodarstvih na svetovni ravni in vzporedne družbene spremembe se kažejo kot posledice na globalni, regionalni in nacionalni ravni ter pretresejo tako trg dela kot tudi oblike, meje, načine in pomene dela, ki posledično vplivajo na življenjski slog posameznikov.

Avtorice dr. Damjana Miklič Milek, Katja Draksler, Tanja Urdih Lazar in dr. Metoda Dodič Fikfak smo se na konferenci predstavile v sekciji Migracije, delo in trg dela s posterjem z naslovom Migrant workers and health; pilot study among construction workers in Slovenia. Zanimanje udeležencev je bilo veliko, saj je problematika delovnih migracij v Evropi zelo zanimiva, vendar je geografska in časovna posebnost naše pilotne študije takšna, da težko izluščimo vzporednice z globalnim ali evropskim trgom dela.

Dr. Damjana Miklič Milek, univ. dipl. inž. živil. tehn.

ENAJSTO IZOBRAŽEVANJE ZA SVETOVALCE ZA PROMOCIJO ZDRAVJA PRI DELU

Na Kliničnem inštitutu za medicino dela, prometa in športa je bilo od 24. septembra do 23. novembra enajsto izobraževanje za svetovalce za promocijo zdravja pri delu. Tokratnega izobraževanja se je udeležilo 18 udeležencev iz 16 delovnih organizacij. Skupina je bila interdisciplinarna, skupaj smo našteli devet različnih poklicev. Če so prejšnja leta na izobraževanju pogosto prevladovali varnostni inženirji, tokrat ni bilo tako. letos je bilo največ diplomiranih medicinskih sester (štiri), trije doktorji medicine (specializanti medicine dela, prometa in športa), tri organizatorke dela ter po dve univerzitetni diplomirani sociologinji in diplomirani ekonomistki. Udeleženci so že končali predavanja in pisno preverjanje znanja, zdaj pa pripravljajo seminarske naloge.

Udeleženci izobraževanja pri skupinskem delu (Foto: Damjana Miklič Milek)

Izobraževalnemu programu smo že lani dodali dve vsebini s področij prehrane in gibanja, na prihodnjih izobraževanjih pa bodo udeleženci namesto dosedanjega priročnika lahko uporabljali nov učbenik. Učbenik vsebuje 13 prenovljenih kot tudi na novo dodanih poglavij. Uvodno poglavje o zdravju in promociji zdravja pri delu je dopolnjeno s podpoglavjema o vseživljenjskem učenju in komuniciranju v delovnem okolju, sledijo mu poglavja o timskem delu, načrtovanju in izvajanju programov in projektov promocije zdravja pri delu, analizi zdravja delavcev, ergonomskih dejavnikih tveganja, kemijskih dejavnikih tveganja, dejavnikih tveganja za poškodbe pri delu, organizaciji dela, doživetjih preobremenjenosti pri delu, poglavje o varovanju dostojanstva pri delu, ki je dodano na novo, in poglavje psihoaktivne snovi. Na novo so kot samostojni poglavji dodani tudi prehrana in gibanje, v predgovoru pa je dodano razmišljanje o etičnih vprašanjih glede zdravja pri delu. Novemu učbeniku bo prihodnjem letu sledila še nadaljnja obsežna prenova izobraževalnega programa.

Katja Draksler, univ. dipl. soc.

PODPORA ZA ŽRTVE TRPINČENJA NA DELOVNEM MESTU

Na inštitutu smo letos uresničili zamisel o brezplačni podpori za ljudi, ki doživljajo trpinčenje na delovnem mestu in želijo v pogovoru s strokovnjakom iskati rešitve za izhod iz težavnega položaja, v katerem so se znašli.

Trpinčenje na delovnem mestu namreč pušča težke posledice na zdravju ljudi, številni bi potrebovali podporo in nasvet strokovnjakov, da bi se lahko izvili iz primeža nakopičenih težav in si začeli urejati življenje, vendar je pogosto ta pomoč iz finančnih ali drugih razlogov težko dosegljiva ali neprilagojena posameznikom. S projektom, ki smo ga na inštitutu začeli izvajati junija, jim želimo to pomoč vsaj nekoliko približati, saj je brezplačna in zanjo ni potrebna napotnica osebnega zdravnika. Pogovore, ki so za zdaj enkrat na mesec, vodi zunanja sodelavka psihiatrinja Mirjana Damej, dr. med., ki se je v dolgoletni praksi v okviru zasebne psihiatrične ambulante pogosto srečevala s stiskami žrtev trpinčenja na delovnem mestu in se je zato tej problematiki posebej posvetila.

Doslej se je programa podpore, to so individualni pogovori, udeležilo več kot 15 ljudi. Individualna podpora se bo nadaljevala tudi v prihodnjem letu, program pa nameravamo obogatiti tudi z organiziranjem skupinske pomoči.

Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov.

SIMPOZIJ O ZDRAVSTVENEM VARSTVU DELAVCEV IZPOSTAVLJENIH NANODELCEM

Februarja 2015 je bil na Katoliški univerzi Svetega Križa (UCSC) v Rimu dvodnevni Simpozij o zdravstvenem varstvu delavcev, ki so izpostavljeni nanodelcem, v organizacije Mednarodnega komiteja o zdravju pri delu. Na simpoziju so rezultate zadnjih raziskav o nevarnostih in zdravstvenem varstvu delavcev pred tveganji zaradi izpostavljenosti pred nanodelci predstavili strokovnjaki vodilnih svetovnih organizacij na tem področju, kot so NIOSH (ZDA), UCSC, INAIL (Italija), BauA (Nemčija), SHONano (Argentina), FIOH (Finska), Mednarodni komite za zdravje pri delu (ICOH) in Mednarodna zdravstvena organizacija (WHO).

V prvem delu so predavatelji predstavili trenutno vedenje o nevarnostih nanomateriala in sodobne pristope pri varstvu delavcev. Raziskovalci so se strinjali, da kljub številnim dosedanjim raziskavam vemo o potencialnih nevarnostih še vedno malo. V skladu z dosedanjim razvojem nanotehnologije je bilo v prvi fazi zaradi strahu pred škodljivimi učinki na zdravje in na podlagi negativnih izkušenj iz preteklosti ustrezno, da se je strokovna skupnost odzvala previdno in da je glede na pretekle izkušnje svetovala najbolj primerno zaščito delavcev. Nekateri predavatelji so pri tem menili, da so bile verjetno nekatere nevarnosti, vsaj o nekaterem nanomaterialu, precenjene, zato je treba zaradi na novo pridobljenega znanja ustrezno prilagoditi priporočila. Vsi sodelujoči na simpoziju so poudarili, da je treba storiti vse, da se ne ponovi tragična zgodba azbesta. Prof. Schulte (NIOSH) je pri tem povedal, da nanotehnologija ponuja človeštvu veliko priložnosti za napredek, od nas pa je odvisno, da novo tehnologijo uporabljamo odgovorno in varno. Predavatelji iz Nemčije in Italije so predstavili možnosti za mersko oceno izpostavljenosti nanodelcem na delovnem mestu. Skupno predstavljenim metodam je, da zahtevajo več instrumentov, meritve so kompleksne in zdaj uporabne predvsem v raziskovalne namene. Večina govornikov, ki so predstavljali priporočila o varstvu delavcev, je svoje pristope utemeljilo na t. i. »control bandingu«, oceni tveganja na podlagi ocenjene intenzitete izpostavljenosti in ocenjene potencialne nevarnosti. Na podlagi tovrstne ocene tveganja so bili nato predlagani ukrepi, ki so se pokazali učinkoviti v podobnih situacijah v preteklosti (predvsem pri izpostavljenosti delavcev drugim prašnim delcem). Poudarjene so bile razlike med raziskovalnimi pogoji izpostavljenosti in izpostavljenostjo v resničnem življenju, saj raziskovalci v raziskavah običajno aktivno delujejo tako, da preprečijo agregacijo in aglomeracijo delcev. Oba pojava sta v resničnih razmerah dela pogosta in lahko precej vplivata na strupenost nanomateriala. Konkretni negativni učinki na zdravje delavcev na Simpoziju niso bili predstavljeni.

Dr. Kortum (WHO) je predstavila razvoj WHO smernic za varstvo pred nanodelci. Pojavile so se namreč pomisleki, kakšne podatke naj WHO pri izdelavi smernic uporabi, in ali so takšne smernice glede na nekatere že objavljene (EU, OECD) sploh potrebne. WHO si želi, da njihove smernice temeljijo na dokazih, od obstoječih smernic se bodo razlikovale po tem, da bodo namenjene tudi državam v razvoju. Prof. Rantanen (FIOH) in prof. Schulte (NIOSH) sta menila, da so na dokazih podprte smernice sicer dobrodošle, vendar je treba tam, kjer takšnih raziskav ni, vsekakor vključiti ekspertno mnenje. WHO za izdelavo smernic sodeluje s sodelujočimi centri WHO, smernice zdaj pregledujejo glede obstoječih dokazov, skupino vodi raziskovalec iz FIOH.

Dr. Canu (Francija) je predstavila projekt EpiNano, v katerem bodo poskušali na podlagi deklaracij o vsebnosti nanodelcev (v Franciji so obvezne) sestaviti bazo podjetji, v katerih so delavci izpostavljeni nanomaterialu. Takšna baza naj bi v prihodnosti omogočila izvajanje epidemioloških študij. Poudarjeno je bilo pomanjkljivo vedenje o dejanski izpostavljenosti in tem, kateri delavci so sploh izpostavljeni. V projektu EpiNano poskušajo čim bolj relevantne informacije pridobiti tudi z ogledom delovnih mest.

Člani odbora za nanodelce pri ICOH so predstavili načrt za globalno anketo o izpostavljenosti delavcev nanomaterialu in njihovem zdravstvenem varstvu. Namen ankete je pridobiti podatke o tem, koliko je sploh izpostavljenih delavcev, kje so ti delavci zaposleni, kakšne informacije imajo podjetja o tveganjih, o priporočenih ukrepih in kakšne ukrepe izvajajo. Dosedanje raziskave kažejo, da so področja, kjer se nanomaterial uporablja široka: kemična industrija, farmacija, avtomobilska industrija, industrija solarnih panelov, kmetijstvo, raziskovalne ustanove. Večina podjetji, ki nanomaterial uporabljajo, naj bi bilo majhnih (do 10 delavcev). Strokovnjaki so del diskusije namenili tudi pogostim oviram pri pridobivanju podatkov: (ne)motiviranost podjetij, pristranskost pri izbiri, različne definicije in pojmi o nanomaterialu, različne vrste nanomateriala (načrtno ustvarjen, naključno ustvarjen), dolga življenjski pot nanodelcev od proizvodnje, uporabe in razgradnje.

V zadnjem delu simpozija so bili predstavljeni raziskovalni projekti mladih raziskovalcev iz Italije, ki se udejstvujejo na področju nanomaterialov. Največkrat je šlo za eksperimentalne študije akutne in subakutne toksičnosti nanodelcev na celične linije in živalske modele. V ospredju so bile raziskave o nanodelcih TiO_2, paladija in ogljikovih nanocevk. Predstavljeni so bili nekateri eksperimentalni pristopi pri meritvah poklicne izpostavljenosti in trenutno vedenje o dermalni absorpciji nanodelcev.

Martin Kurent, dr. med., spec. MDPŠ

12. POLETNA ŠOLA EASOM-A: KOMUNIKACIJA V MEDICINI DELA

Poletna šola Evropskega združenja šol medicine dela (European Association of Schools of Occupational Medicine – EASOM), ki je bila od 30. avgusta do 1. septembra 2012 v Berlinu, je omogočila izmenjavo mnenj in izkušenj med specialisti medicine dela različnih evropskih držav in šol o pomenu, poučevanju in usposobljenosti za komunikacijo s pacienti (delavci, delodajalci), študenti in specializanti.

Prvi dan so gostitelji z Medicinske fakultete v Berlinu in tamkajšnje največje bolnišnice Charité predstavili zgodovino odkrivanja poklicnih bolezni v Nemčiji ter 50 let dela Akademije za medicino dela, kjer vsak specializant preživi 260 ur in si pridobi temeljno znanje za znanstveno-raziskovalno delo v stroki. Vlogo komunikacije pri praktičnem delu so s pantomimo prikazali naši gostitelji – specialisti medicine dela iz Berlina in v skeču ponazorili tudi težo in posledice pritiskov, ki jih zdravniki v naši stroki doživljamo od delavcev, delodajalcev, sindikatov in finančnikov. Vodja oddelka za medicino dela v podjetju Bayer nam je predstavila teoretične osnove za razumevanje pretoka sporočil med oddajnikom in sprejemnikom ter posledice sporazumevanja, če to poteka na medsebojno različnih ravneh.

Po skupinah smo obravnavali štiri tematska področja: svetovanje delavcem in delodajalcem, komunikacija, povezana s preventivnimi zdravstvenimi pregledi, upravljanje zdravja v podjetju in ocena tveganja.

Dopoldanski program drugega dne je bil izredno zanimiv: vsaka od skupin je obiskala po eno podjetje, kjer se je seznanila z organizacijo zdravstvene službe. Tako smo bili v Siemensu, Živalskem vrtu, Nacionalnem muzeju in oddelku BMW v Berlinu. Sama sem si ogledala Siemens in bila priča izredni organizacijski sposobnosti, ko podjetje ob enakem številu delavcev povečuje proizvodnjo in hkrati seli dejavnost in delavce na novo, sicer v bližini postavljeno halo, katere vrednost znaša 100 milijonov evrov. Delo kljub jasni normi poteka mirno in navidezno počasi. Velik poudarek je namenjen kakovosti dela oziroma končnemu izdelku brez

Odprtje poletne šole (Foto: Alenka Škerjanc)

napak (vsak del izdelka spremlja računalniški zapis, kdo je bil odgovorna oseba za izdelavo). Pred vsako spremembo tehnologije so delavci seznanjeni z njo že med načrtovanjem in imajo možnost podati predloge. Ob pojavljanju napak se prouči, ali je napaka sistemska, enakomerno porazdeljena med vsemi delavci, ali je morda težava pri posamezniku. V prvem primeru sledi dodatno izobraževanje delavcev, v drugem primeru se preveri, kaj je vzrok napak pri določenem delavcu, hkrati pa se poskuša najti tudi možnost, da se napake odpravijo.

Popoldne smo praktične izkušnje pri delu in tudi poučevanje komunikacije prikazali predstavniki Univerze v Leuvnu, Finskega inštituta za medicino dela, Univerze v Zaragozi in našega KIMDPŠ. Popolnoma soglasni smo bili v ugotovitvi, da imamo premalo osnovnega znanja in da smo pri delu bolj ali manj prepuščeni lastni iznajdljivosti. Predlagali smo, naj se v evropski urnik za specializacijo medicine dela vnese najmanj enomesečno izobraževanje s tega področja. V dveh predavanjih gostiteljev so bile nazorno prikazane razlike med »moderiranjem« (vodenje skozi proces) in »mediacijo« (reševanje sporov).

Tretji dan smo prisluhnili izjemnemu predavanju z naslovom »Zaznavanje tveganja in komunikacija«. Do prikazanih podatkov v medijih moramo biti kritični, saj

»ljudje, ki razumejo statistiko, dobro služijo na račun tistih, ki je ne«. Verjeti smemo le tistim statističnim podatkom, ki jih razumemo. Za vse, česar ne razumemo, se moramo dodatno izobraziti, sicer so naše ocene in presoje tveganja na trhlih nogah. Hkrati si moramo prizadevati, da bi čim bolj zmanjšali resničnost izjave enega od nemških kolegov: »Če bi svojim pacientom povedal, česa vse ne vem, bi ti postali zelo živčni ...«

Zadnje predavanje je prikazalo načine posredovanja korektne informacije, ki ima lahko različen namen. Način komunikacije, ko je potrebno odločanje, se popolnoma razlikuje od načina komunikacije, ki jo posredujemo kot splošno informacijo. Zelo težka je komunikacija pri posredovanju ocene tveganja, saj ne zajema samo korektnosti pri sporočanju numeričnih vrednosti in strokovnosti razlage, pač pa vključuje tudi zaupanje in moralne vrednote. In smo spet pri etiki v medicini dela.

Če povzamem še poletno šolo v celoti, ugotavljam, da je bila vsebina izredno zanimiva in uporabna, organizatorji so skrbeli, da je bil izkoristek časa točno takšen, kot je bilo predvideno. Družabni del je bil preprost in skromen, sponzorjev ni bilo. Prav zadnji dan srečanja je bilo objavljeno, da se bodo vsem nemškim zdravnikom, ki delajo po pogodbi z zdravstvenimi zavarovalnicami, znižale plače.

Asist. dr. Alenka Škerjanc, dr. med., spec. MDPŠ

IZKUŠNJE SVETOVALCEV ZA PROMOCIJO ZDRAVJA PRI DELU

Strokovno srečanje Slovenske mreže za promocijo zdravja pri delu, ki ga je Klinični inštitut za medicino dela, prometa in šport (KIMDPŠ) pripravilo 24. novembra 2015, je tokrat potekalo pod naslovom Izkušnje svetovalcev za promocijo zdravja pri delu, vodilna tema srečanja pa so bile predstavitve dobre prakse iz promocije zdravja pri delu v devetih slovenskih podjetjih.
V uvodnem predavanju je izr. prof. dr. Metoda Dodič Fikfak, dr. med. spec. MDPŠ, predstavila izkušnje KIMDPŠ z izvajanjem izobraževanja za svetovalce za PZD. Izobraževanje na KIMDPŠ poteka od leta 2006. V tem času ga je obiskovalo več kot 220 udeležencev, 150 kandidatov je izobraževanje tudi uspešno končalo in pridobilo naziv svetovalec/-ka za promocijo zdravja pri delu. Program izobraževanja, ki traja enajst dni in od kandidatov zahteva prisotnost pri vseh predavanjih, pisno in ustno preverjanje znanja ter pripravo seminarske naloge na konkretnem primeru podjetja ali organizacije, kandidate usposobi za samostojno načrtovanje in izvajanje programov promocije zdravja v organizacijah, v zadnjem času pa se na trgu spopada s ponudbo manj zahtevnih programov, ki so za uporabnike mogoče vabljivejši, porajajo pa se vprašanja o njihovi strokovni veljavnosti.

Katja Draksler, univ. dipl. soc., je predstavila rezultate kratke spletne ankete o delu svetovalcev za promocijo zdravja pri delu, ki je bila sestavljena z namenom ocene, koliko svetovalcev, ki so se na KIMDPŠ izobrazili v zadnjih desetih letih, res dela v promociji zdravja, katera so področja, na katerih izvajajo ukrepe v podjetjih in ali ukrepe tudi evalvirajo.

Dr. Damjana Miklič Milek, univ. dipl. inž. živ. tehn., je v nadaljevanju predstavila novosti programa Čili za delo, poudarek je bil predvsem na predstavitvi novega učbenika za bodoče generacije svetovalcev za PZD in prenovi izobraževalnega programa, predstavila je tudi sodelovanje KIMDPŠ s podjetji in tekoče projektno delo sodelavk Centra za promocijo zdravja pri delu.
V nadaljevanju srečanja so sledile predstavitve izkušenj svetovalcev v promociji zdravja pri delu v devetih slovenskih podjetjih. Alenka Čule, dipl. fiziot., iz Doma starejših občanov Izlake je predstavila aktivnosti promocije zdravja pri delu, ki v domu potekajo od leta 2011. Posebej je omenila, kako so se v domu lotili problematike mišično-kostnih obolenj med zaposlenimi v podjetju, komuniciranja in obvladovanja stresa s pomočjo teoretičnih in praktičnih delavnic na delovnem mestu ter gradiv, kot so plakati in zgibanke, predstavila je tudi način ocenjevanja uspešnosti ukrepov in uspehe, ki so jih v teh letih dosegli pri skrbi za zdravje delavcev.
Anica Radovac, dipl. ekon., dipl. soc. del., iz Splošne bolnišnice Izola je v prispevku prikazala razloge za izvajanje promocije zdravja pri delu, mejnike in dosežke, ki jih je Splošna bolnišnica Izola dosegla v letih 2010–2015. Bolnišnica v zadnjih dveh letih daje velik poudarek psihosocialnim tveganjem. Prepletene aktivnosti za prepoznavanje psihosocialnih dejavnikov, poimenovane »zelena delovna mesta«, so usmerjene v posameznika in delovno okolje, zaposleni pa s sodelovanjem v aktivnostih spoznavajo vrednote ter strateške cilje bolnišnice, kompetence, ki jih morajo razvijati, prepoznavajo dejavnike tveganj za zdravje in aktivno sodelujejo pri iskanju ustreznih ukrepov.

Kocjančič Justina, univ. dipl. org., dipl. del. terap., je na kratko predstavila podjetje Luko Koper INPO, d. o. o., in analizo zdravja zaposlenih od leta 2000 do 2012. Sledil je pregled projektov promocije zdravja, ki so jih v podjetju izvedli od leta 2010 do 2014, natančneje pa je predstavila projekt, ki s specifičnimi aktivnimi in pasivnimi ergonomskimi intervencijami v delovnem okolju ter ukrepi ozaveščanja zaposlenih o zdravem načinu dela in življenja, kot so razne delavnice in izobraževanja zaposlenih iz ergonomije, preventive bolezni srca in ožilja, psihosocialnih tveganj in stresa na delovnem mestu, krepi zdravje zaposlenih v podjetju.

V nadaljevanju je predstavnica podjetja Kostak, d. d., Renata Resnik, org. del., poudarila, da v podjetju dajejo velik poudarek varnosti in zdravju pri delu ter zaposlene spodbujajo k soodgovornemu ravnanje v delovnih procesih. Podrobneje je predstavila problema-

tiko nove sortirne linije, ki so jo v podjetju zgradili leta 2013 med uvajanjem progama ločevanja komunalnih odpadkov. Že v poskusnem obratovanju so bila namreč prepoznana tveganja za poškodbe in drugi negativni vplivi na zdravje zaposlenih, ki so vključeni v sortiranje odpadkov.

V podjetju so tako v začetni fazi obratovanja sortirne linije v sodelovanju z zaposlenimi ocenjevali vsebino odpadkov v zabojnikih za mešane komunalne odpadke in na podlagi teh ocen zaposlenim dodelili še dodatna zaščitna sredstva, uvedli so tudi dodatno usposabljanje na temo »higiene na delovnem mestu«, ki je bilo med delavci dobro sprejeto in je postalo sestavni del procesa. Predavatelj Denis Oblak, strokovni sodelavec s področja SQ, VPD in VO v podjetju Polycom Škofja Loka, d. o. o., je na kratko predstavil podjetje in aktivnosti, ki jih v podjetju izvajajo v okviru projekta Zdravi zaposleni = zdravo podjetje. Tako na primer v podjetju izvajajo različne aktivnosti za izboljšanje organizacije dela in različno spodbujajo zaposlene k zdravim aktivnostim (na oglasnih tablah, v internem glasilu, z letaki, različnimi izobraževanji). Poudarek predavanja je bil na vedenjsko bazirani varnosti (VBV), ki jo v podjetju uvajajo glede na rezultate predhodno opravljene analize zdravja. Vedenjsko bazirana varnost je eden od novejših pristopov za doseganje varnega in zdravega delovnega mesta, ki omogoča identifikacijo varnega in nevarnega vedenje ter možnosti za poškodbe, ter hkrati pripomore k boljšemu komuniciranju nevarnosti in varnejšim rešitvam.

Lucijan Trošt, prof. šp. vzg., iz podjetja Hit, d. d., je v svojem predavanju predstavil organizacijsko in geografska razdeljenost podjetja in težave, ki jih taka razdeljenost povzroča pri promociji zdravja med zaposlenimi. Izpostavil je problematiko mišično-kostnih bolezni in psihičnih težav zaposlenih, ki so jih ugotovili s podrobnejšo analizo zdravja zaposlenih ter predstavil nekatere predlagane rešitve, prav posebej pa je poudaril Pravilnik o zaščiti zaposlenih pred nasiljem tretjih oseb, ki je bil na upravi podjetja potrjen že leta 2013, v praksi pa je zaživel letos.

Predstavnica podjetja Kadring, d. o. o., iz skupine Impol je v svojem predavanju najprej predstavila nekatere od pogostejših napak na delovnem mestu, ki prispevajo k nastanku delovnih nezgod, kot so nerazumevanje zahtev delovnega mesta in nalog, slabo opredeljeni postopki in zadolžitve glede varnosti in zdravja pri delu, nepoznavanje obveznosti za izpolnjevanje pogojev zakonodaje na področju varnosti in zdravja pri delu, nepoučevanje delavcev o tveganjih za zdravje pri delu, pomanjkanje usposobljenosti za varne postopke dela in ravnanje v nujnih primerih ter pomanjkanje rednih pregledov delovnega okolja in opozarjanj zaposlenih o možnih tveganjih. Da bi odpravili naštete pomanjkljivosti, so v skupini Impol uvedli program mentorstva za izboljšanje varnosti in zdravja pri delu med mladimi delavci. Ključna prednost programa je ta, da mentor program usposabljanja pripravi v sodelovanju z varnostnim inženirjem in za vsakega zaposlenega določi vsebino in čas trajanja usposabljanja, po koncu usposabljanja se izvede preizkus znanja na delovnem mestu po programu. V okviru preizkusa mora zaposleni poleg teoretičnega znanja tudi praktično prikazati varen pristop k delu in izvajanje le tega. Takšen program mentorstva nedvomno zagotavlja kakovostnejšo usposobljenost zaposlenega in s tem zmanjša število delovnih nezgod.

V nadaljevanju je Magda Šinkovec Mali, dipl. soc. del., predstavila problematiko kostno-mišičnih bolezni in poškodb in zastrupitev zunaj dela, ki izhajajo iz opravljene analize zdravja zaposlenih v skupini Slovenske železnice, ter opisala nekatere aktivnosti za boljše zdravje zaposlenih, ki jih izvajajo v skupini. Posebej je izpostavila težave pri oblikovanju skupine za zdravje in pomanjkanje podpore vodstva, kar otežuje izvajanje ukrepov promocije zdravja pri delu v skupini SŽ.

Mag. Katarina Drev, univ. dipl. psih., je v okviru svoje predstavitve predstavila zdravstveno preventivne dejavnosti, ki so jih v korporaciji Hidria izvajali že veliko let, ki pa so bile izbrane precej na splošno in niso temeljile na opravljeni analizi zdravja zaposlenih. Kljub vložkom v podjetju so namreč ugotavljali, da se jim delež bolniške odsotnosti stalno povečuje, vedno več je bilo tudi zdravstvenih omejitev zaposlenih. Evalvacija izvajanih ukrepov je pokazala, da ti niso imeli

Mag. Katarina Drev, univ. dipl. psih. je predstavila ukrepe na področju promocije zdravja pri delu v korporaciji Hidria (Foto: Nataša Dernovšček Hafner)

Sodelujoči med zaključno razpravi (Foto: Nataša Dernovšček Hafner)

želenega učinka, zato so izvedli še poglobljeno analizo zdravstvenih kazalnikov, ki je izpostavila problematiko kostno-mišičnih bolezni v korporaciji. Zadnji dve leti so tako v podjetju izpeljali kar nekaj projektov, vezanih na ergonomske ukrepe na delovnem mestu, najprej so začeli izvajati ukrepov na linijah, ki so bile glede na ocene zaposlenih najbolj kritične, načrtujejo tudi že bodoče ukrepe. Predavateljica je spregovorila tudi o pritiskih, s katerimi se kot svetovalec za PZD srečuje v podjetju, izpostavila je predvsem tiste od vodstva, ki teži k takojšnjim vidnim rezultatom uvedenih ukrepov. Srečanje, ki se ga je letos udeležilo okoli šestdeset slušateljev, se je sklenilo s podelitvijo potrdil svetovalcem za promocijo zdravja pri delu, ki so v zadnjem letu končali izobraževanje v okviru programa Čili za delo.

Katja Draksler, univ. dipl. soc.

DRUGI SREDOZEMSKI SIMPOZIJ O PROMOCIJI ZDRAVJA

Skupinska fotografija udeležencev posveta (Foto: organizator posveta, Vir: https://www.udg.edu/jornades/PSAM/Presentaci%C3%B3/tabid/18506/language/caES/Default.aspx)

Katedra za promocijo zdravje Univerze v Gironi (Španija) je od 3. do 6. junija 2015 pripravila II. sredozemski simpozij o promociji zdravja s ciljem povezovanja med strokovnjaki, praktiki in institucijami, ki delujejo na tem področju.

Predstavljenih je bilo veliko uspešnih programov promocije zdravja iz več evropskih držav, ki se izvajajo v različnih delovnih okoljih: podjetjih, univerzah, šolah, bolnišnicah pa tudi lokalnih skupnostih.

Da bi lahko primere dobre prakse lahko prenesli tudi v naše delovno okolje, so me še posebej zanimali inovativni pristopi v programih promocije zdravja, ki se izvajajo v drugih evropskih bolnišnicah. Ugotavljam, da se tudi drugod spopadajo s podobnimi izzivi kot naša bolnišnica: preprečevanje razvoja kostno-mišičnih bolezni z ergonomskimi ukrepi in preprečevanje kajenja med delavci v zdravstveni negi.

Slišali smo več zanimivih predavanj, posebej je bilo odmevno uvodno predavanje prof. dr. Bengta Lindström iz Mednarodne zveze za promocijo zdravja in izobraževanje (IUHPE), ki je podrobneje predstavil koncept salutogeneze (avtor izraelski sociolog: prof. dr. Aaron Antonovsky) kot dopolnitev in preseganje koncepta patogeneze. Ključno vprašanje salutogenez je, kaj je vir zdravja in dobrega počutja in ne, kakšni so razlogi za pojav bolezni. Poudaril je, kako pomembno je na vseh področjih delovanje v smeri boljšega zdravja, ter obžaloval, da se salutogeneza ni razvila v teorijo kot podstat področju promocije zdravja. Prihodnost salutogeneze vidi v razvoju iterdisciplinarih timov, ki delujejo v promociji zdravja, kar pa zahteva ozaveščenost in zrelost vseh vključenih.

Na popoldanskih delavnicah smo si izmenjevali ideje o tem, kako v nekem okolju prepoznati ključno problemsko področje za implementacijo programa promocije zdravja ter predvsem kako napisani program res udejanjiti v praksi.

Simpozij je bil odlična priložnost za izmenjavo izkušenj in praks ter mreženje strokovnjakov, ki programe promocije zdravja uspešno izvajajo v različnih okoljih. Na simpoziju sem aktivno sodelovala s predstavitvijo plakata o aktivnosti, ki jih v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana in na pilotno izbrani organizacijski enoti: Kliničnemu oddelku za nefrologijo Interne klinike, izvajamo v okviru programa promocije zdravja pri delu, Čili za delo.

Asist. dr. Nataša Dernovšček Hafner, univ. dipl. psih.

SREČANJE RAZISKOVALCEV EVROPSKE RAZISKAVE O ALKOHOLU IN PREOSTALIH DROGAH MED ŠOLSKO MLADINO – ESPAD

V Larnaki na Cipru je bilo od 15. do 17. novembra 2015 letno srečanje raziskovalcev ESPAD, ki ga je pripravil Center za izobraževanje o drogah in za zdravljenje zasvojenih z drogami (KENTHEA), ki ga vodi dr. Kyriacos Veresies.

Srečanje je bilo slovesno, saj leta 2015 mineva 20 let, od kar smo prvič zbrali podatke ESPAD. Žal pa smo se poslovili od dolgoletnega mednarodnega koordinatorja dr. Bjorna Hibella, ki se je na koncu leta 2014 upokojil in se je srečanja udeležil na povabilo usmerjevalnega odbora. Ob tej priložnosti je prav, da osvežimo, *kdaj in kje se je porodila ideja o ESPAD.*

Dr. Bjorn Hibell in ga. Barbro Andersson s Švedskega centra za informacije o alkoholu in preostalih drogah (CAN) sta prvo tovrstno raziskavo na svetu – raziskavo o uporabi drog med šolsko mladino – izvedla leta 1971 in nato vsako leto. Torej so na Švedskem dodobra poznali uporabo drog med šolsko mladino, nič pa niso vedeli o tem, kakšne razmere so drugod po Evropi in svetu.
Druga izhodiščna točka je skupina Pompidou na sredini 80. let prejšnjega stoletja. Na njeno pobudo so v sedmih državah zbrali podatke o uporabi drog med šolsko mladino z vprašalnikom raziskave Monitoring the future, ki so jo izvajali v ZDA. Ker niso uporabili enake metode, rezultatov ni bilo mogoče primerjati, so pa vsaj preizkusili vprašalnik.
Tako sta na začetku 90. let dr. Hibell in ga. Andersson dala pobudo, da bi zasnovala evropski projekt, v katerem bi sodelovalo najmanj deset evropskih držav. Njuno idejo je podprlo švedsko Ministrstvo za zdravje in socialne zadeve, ki ESPAD podpira še danes. Tako je 7. in 8. marca 1994 ob podpori skupine Pompidou potekalo prvo srečanje, ki se ga je udeležilo 26 udeležencev (tudi avtorica tega članka) iz 20 držav. Na srečanju smo imenovali delovno skupino in zastavili delo na skupnem projektu, ki traja še danes. Izvedli smo šest presečnih raziskav (1995, 1999, 2003, 2007, 2011 in 2015), razpolagamo s skupno bazo podatkov za vsa leta – z bogastvom, ki mu ni para na svetu. Kar 22 držav (med njimi tudi Slovenija), ki so zbrale podatke leta 1995, je izvedlo vse raziskave do leta 2011. Doslej je najmanj eno zbiranje podatkov potekalo v 51 državah. Če bi se dijaki in dijakinje, ki so sodelovali v raziskavah v letih od 1995–2011 prijeli za roke, bi sklenili verigo od Pise do Münchna.
V vseh letih je bilo 18 srečanj raziskovalcev ESPAD, v letu pred vsako izvedbo zbiranja podatkov pa še veliko regijskih srečanj, kjer smo natančno prediskutirali načrte za izvedbo raziskave v posameznih državah.
Po upokojitvi dr. Hibella raziskavo ESPAD koordinira odbor v sestavi dr. Ludwig Kraus, dr. Håkan Leifman (CAN) in Julian Vincente (Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami – EMCDDA).

Srečanje ESPAD raziskovalcev 2015 je slavnostno odprl škof Isaias, predsednik Kenthee, ki je poudaril pomembnost ESPAD za Ciper, ki je član skupine od leta 1994. Udeležence sta nagovorila tudi župan Larnake g. Andreas Louroutziatis in minister za izobraževanje in kulturo g. Costas Kadis, ki je v svojem govoru poudaril, da preventivne programe na Cipru koordinira svet, v katerem so predstavniki šestih ministrstev in ga vodi dr. Athos Georgiou. Dr. Hibell je prejel priznanje Kenthee za delo na področju preventive drog.

Častno predsedstvo: minister za izobraževanje in kulturo g. Costas Kadis, škof Isaias, dr. Kyriakos Veresias, dr. Ludwig Kraus (Foto: Eva Stergar)

Vsebinski poudarki srečanja raziskovalcev ESPAD v Larnaki

Etične dileme pri izvedbi raziskave med šolsko mladino

Dr. Kraus je opozoril, da večina revij zahteva ob predložitvi članka tudi odobritev komisije za etiko, zato bodo morali vsi nosilci raziskave v posameznih državah zanjo tudi poskrbeti pred naslednjo izvedbo. Pri tem se je razvila razprava, saj so prakse v zvezi z etiko od države do države različne. V dveh tretjinah sodelujočih držav ni bilo treba zaprositi za aktivni pristanek staršev. V Latviji na primer za pristanek staršev poskrbi latvijska kontaktna točka EMCDDA, ki financira ESPAD in koordinira tudi preostale raziskave. Postopek je zelo dolgotrajen, rezultati pa pozitivni – skoraj nobenih zavrnitev. Na Hrvaškem zaprosijo za mnenje etično komisijo lastne ustanove (Hrvaški zavod za javno zdravje), ki ji morajo posredovati podatke predvsem o tem, kako je poskrbljeno za anonimnost anketirancev in kako je sestavljen vprašalnik. Poskrbeti morajo za aktivno strinjanje staršev. V Nemčiji morajo zbrati pred izvedbo anketiranja izjave o strinjanju otrok in staršev.

Dr. Kyriakos Veresias je poudaril, da so na Cipru precej diskutirali o tem, ali bi morali starše zaprositi za aktivni pristanek, da njihovi otroci sodelujejo v raziskavi, ali je dovolj pasivni pristanek (torej samo tisti, ki izrecno ne želijo, da njihov otrok sodeluje, to tudi napišejo in podpišejo). Prav tako se je vprašal, do kod sme komisija za etiko vplivati na metodo izvedbe – na primer na vsebino vprašanj v vprašalniku, saj s posegi v vsebino vpliva na primerljivost v širšem kontekstu.

Izvedba raziskave v letu 2015

Dr. Håkan Leifman, direktor Švedskega centra za informacije o alkoholu in preostalih drogah, je poročal o zadolžitvah CAN v zvezi z zbiranjem dveh vrst baz podatkov za posamezno državo: odgovori anketirancev in razredna poročila. Gre za pripravo na zbiranje podatkov posameznih držav, zbiranje podatkov, pregled baz posameznih držav, čiščenje in združevanje posameznih baz v skupno bazo podatkov ESPAD.

V nadaljevanju je Ulf Guttormsson (CAN), ki ocenjuje, da gre leta 2015 za še en val uspešnega zbiranja podatkov ESPAD, posredoval podatke o sodelovanju šol in dijakov/dijakinj v posameznih državah. Pomladi 2015 je podatke zbralo 32 držav, jeseni pet, pomladi 2016 pa bodo zelo verjetno podatke zbrali še v štirih državah. Podatki večine držav so kakovostni. V sedmih državah pa je bila pokritost države omejena.

Zajeti so bili dijaki/dijakinje, rojeni leta 1999. V 20 državah je sodelovalo 90–100 odstotkov šol, v petih državah od 80–89 odstotkov, v Belgiji in na Norveškem 53–56 odstotkov, Danska, Irska in Avstrija so imele 19–26-odstotni odziv šol, za tri države se ne ve. Povprečno sodelovanje dijakov/dijakinj je bilo tako kot v preteklih letih: okrog 90 odstotkov jih je bilo na dan anketiranja v šoli, sodelovalo jih je 87 odstotkov. Pol odstotka dijakov/dijakinj ni želelo sodelovati. Najvišji odstotki nestrinjanja staršev s sodelovanjem otrok v raziskavi so bili v Monaku (6–7 odstotkov), na Portugalskem in v Romuniji. O tem, kaj se bo zgodilo (npr. uporaba statističnih uteži) s podatki držav, kjer je bil odziv nizek, bo odločil usmerjevalni odbor.

Zbiranje podatkov je v 29 državah v razredih potekalo tradicionalno – dijaki/dijakinje so izpolnjevali tiskane vprašalnike. V treh državah pa je bilo po internetu. V

18 državah so podatke vnašali v bazo ročno, v 11 so uporabili optični skener.

V postopku čiščenja baz podatkov je bilo izločenih 1,8 odstotka vprašalnikov anketirancev, rojenih 1999.

V nadaljevanju smo razpravljali o razlogih za slab odziv v posameznih državah, v kateri je bilo poudarjeno, da ravnatelji, ki nočejo sodelovati, menijo, da je vse preveč raziskav, ki potekajo v šolah in da so dijaki/dijakinje preobremenjeni z izpolnjevanjem takih in drugačnih anket za različne namene – od seminarskih in diplomskih nalog do mednarodnih projektov, kot sta npr. ESPAD in PISA (ki je tudi bila pomladi 2015).

V razpravi o izboljšanju sodelovanja s šolami smo izpostavili posredovanje rezultatov na šole (primer: Slovenija, Hrvaška) in tudi siceršnjo pomoč šolam, ki želijo informacije, nasvete in podobno.

Načrti v zvezi s poročanjem o ugotovitvah raziskave ESPAD 2015 in smernicah 1995–2015

Glede poročanja so predvidene določene spremembe, o katerih bo na pobudo večine nosilcev raziskave ponovno razpravljal usmerjevalni odbor. Za zdaj je predvideno manj obsežno tiskano mednarodno poročilo (približno 50 strani z glavnimi rezultati), ki naj bi izšlo predvidoma septembra 2016, in nekaj znanstvenih člankov, ki bi izšli pred poročilom. Spletna različica mednarodnega poročila, ki bo prav tako objavljena septembra 2016 na domači strani ESPAD, bo bolj obsežna in bo vsebovala informacije o metodi, podatke na ravni držav, tabele in grafe, zelo verjetno v jezikih držav ESPAD. Za postavitev obeh različic poročila in delovanje spletne strani je odgovorna EMCDDA, za vsebino pa nosilci raziskave.

Dr. Sabrina Molinaro (Italija) je poročala o poteku dela v letu 2015 v zvezi z združevanjem »starih« baz podatkov v skupne baze za posamezna leta. V bazi za izvedbo 1995 so podatki 16 držav, v bazi za izvedbo 1999 so podatki 23 držav, v bazi za izvedbo 2003 so podatki 29 držav, v bazi za izvedbo leta 2007 so podatki 41 držav, v bazi za izvedbo leta 2011 so podatki za 39 držav in v bazi za izvedbo leta 2015 so za enkrat podatki za 33 držav, pričakujejo pa še najmanj podatke za osem ali devet držav. Slovenski podatki so v vseh združenih bazah od leta 1995 naprej. Usmerjevalni odbor bo pripravil pravila za uporabo združenih baz podatkov.

Večkrat je bilo poudarjeno, da bi bilo treba ESPAD popularizirati in spodbuditi uporabo baz v raziskovalne namene tudi zunaj skupin ESPAD, na primer za doktorske disertacije.

Izkušnje s spletnim anketiranjem 2015

Usmerjevalni odbor je trem državam dogovoru navkljub, da se podatkov leta 2015 ne zbira po spletu (ker je treba prej raziskati vpliv načina zbiranja na kakovost podatkov), dovolil, da izvedejo spletno raziskavo. O izkušnjah so poročali predstavniki Latvije, Italije in Avstrije. V Latviji so izvedli tri metodološke študije (leta 2006, 2008 in 2011) glede primernosti spletnega anketiranja in se leta 2015 odločili zgolj za spletno izvedbo. Ugotovili so, da je za dober odziv povzorčenih šol in razredov zelo pomemben osebni stik s šolami oziroma ravnatelji. Dijaki, ki so izpolnili tudi kratek vprašalnik o počutju med izpolnjevanjem vprašalnika, so dobro sodelovali in ni bilo zaznati posebnih težav.

V Italiji veliko šol ni želelo sodelovati v spletnem zbiranju podatkov, ker so menili, da bi za organizacijo porabili preveč časa. Pri tistih, ki pa so sodelovali v spletnem anketiranju, so ugotovili več manjkajočih odgovorov kot pri anketiranju papir-svinčnik. Zelo verjetno zato, ker je pri spletni anketi laže preskočiti stran. Seveda pa se v spletno različico ne sme umestiti blokade preskakovaja strani, saj morajo sodelujoči imeti možnost, če nočejo odgovoriti, pač ne odgovorijo. Prav tako morajo biti računalniške učilnice urejene tako, da je poskrbljeno za zasebnost anketiranih (postavitev računalnikov, velikost okenc za odgovarjanje!).

Dr. Bjorn Hibell med predstavitvijo 1 (Foto: Eva Stergar)

Dr. Bjorn Hibell med predstavitvijo 2 (Foto: Eva Stergar)

Predaja koordinacije: dr. Bjorn Hibell in dr. Ludwig Kraus (Foto: Eva Stergar)

Preteklost in prihodnost ESPAD

Dr. Hibell je orisal pot, ki smo jo prehodili od leta 1994, in poudaril, da je bilo sodelovanje nosilcev v posameznih državah odlično. Vendar je po mojem mnenju šlo prav gotovo za vzajemno delovanje – brez odlične koordinacije in izredne skrbnosti dr. Hibella in sodelavcev CAN ESPAD ne bi imel takšnega ugleda, kot ga ima.

Dr. Hibell ocenjuje, da bo treba v prihodnosti napore usmeriti predvsem v dolgoročno preživetje raziskave; ključno je financiranje koordinacije in zbiranja podatkov. Določene napore bo treba usmeriti tudi v spodbujanje oziroma vzdrževanje korektnih odnosov s šolami in starši. Proučiti bo treba online zbiranje podatkov, saj še ni dovolj podatkov o tem, kako drugačni načini izpolnjevanja anket vplivajo na kakovost zbranih podatkov. Prav tako bi bilo treba bolj spodbujati uporabo podatkov v raziskovalne namene v mreži in zunaj nje kot tudi podobne raziskave v preostalih regijah sveta.

O prihodnosti ESPAD je govoril André Noor (EMCDDA), ki je poudaril, da bo EMCDDA podprl koordinacijo do konca leta 2016 in intenzivno iskal sredstva za koordinacijo in zbiranje mednarodnih podatkov do 2020.

V razpravi je bilo poudarjeno, da je nujno obdržati neodvisnost raziskave ESPAD, ki je last nosilcev in ne ustanov, in podpirati njegov nadaljnji razvoj.

Srečanje je bilo tako kot vedno dobro organizirano, potekalo je živahno, konstruktivno in v pozitivnem razpoloženju na jesensko prijetnem mediteranskem otoku. Izpostavilo se je kar nekaj pomislekov, na katere bomo poskušali odgovoriti čim prej, da bodo leta 2016 rezultati dela v preteklih letih tudi objavljeni.

Dr. Eva Stergar, univ. dipl. psih.

KONTINUIRANO IZOBRAŽEVANJE IZ MEDICINE DELA, PROMETA IN ŠPORTA, 2016 – PRELIMINARNI PROGRAM

Datum	Predavatelj	Naslov predavanja
19.1.2016	Oksana Levak	Predstavitev verifikacije poklicnih bolezni – Verifikacija poklicnih bolezni zaradi izpostavljenosti benzenu na delovnem mestu
	Jernej Hren	Predstavitev verifikacije poklicnih bolezni – Predlog verifikacije poklicnih bolezni zaradi škodljivega delovanja stirena
16.2.2016	Martin Kurent	Predstavitev specialistične naloge - Zdravstvena ogroženost delavcev tovarne kondenzatorjev v Semiču in prebivalcev ob reki Krupi zaradi izpostavljenosti polikloriranim bifenilom
	Helena Petrovčič	Delo v timu in medsebojni odnosi
15.3.2016	Martin Zorko	Prestavitev doktorske naloge - Vpliv širine smuči na kinematiko kolenskega sklepa v smučarskem zavoju
	Davor Romih	Predstavitev verifikacije poklicnih bolezni - Predlog verifikacije poklicnih bolezni zaradi škodljivega delovanja izocianatov
19.4.2016	Eva Stergar	Predstavitev doktorske naloge - Psihosocialni varovalni dejavniki uporabe marihuane med mladostniki
	Andrea Margan	Predstavitev doktorske naloge - Vpliv zdravstvenega stanja delavcev na odločanje delodajalca med procesom kadrovskega prestrukturiranja tipične delniške družbe
17.5.2016	Kristjan Lipičnik	Preventivno in kurativno zdravljenje športnika – ortopedski zaplet
	Peter Hribar in Saša Kaučič	
21.6.2016	Matjaž Zimic	Predstavitev verifikacije poklicnih bolezni - Predlog verifikacije poklicnih bolezni zaradi izpostavljenosti epoksi smolam
	Polona Savič	Predstavitev verifikacije poklicnih bolezni - Predlog verifikacije poklicnih bolezni zaradi izpostavljenosti ionizirajočim sevanjem
20.9.2016	Alenka Škerjanc	Predstavitev ugotovitev, ki se jih ugotavlja pri delu Posebne zdravniške komisije
	Damjana Miklič Milek, Metoda Dodič Fikfak	Azbestni projekt ZZZS- Promocija zdravja za varno delo z azbestom; Smernice za odkrivanje cement azbestne kritine
18.10.2016	Nevenka Šestan	Prestavitev doktorske naloge
	Nataša Dernovšček Hafner	Prestavitev doktorske naloge - Dejavniki, povezani z družino, in raba drog pri mladostnikih
15.11.2016	Okrogla miza	Psihološki pregledi – indikacije za napotitev k psihologu (starostniki)
20.12.2016	Tanja Urdih Lazar	Predstavitev doktorske naloge

Torkova srečanja bodo potekala v predavalnici Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa od 15. do 17.ure.

Kotizacija za posamezno predavanje znaša 20,00 EUR (DDV je vključen) in se plača po prejetem računu.

Udeležba na predavanjih prinaša kreditne točke Zdravniške zbornice Slovenije za podaljšanje licence zdravnikom specialistom MDPŠ.

NAPOVEDNIK

Datum:	16.–18. marec 2016
Naslov:	6th International FOHNEU congress: New Occupational Health Horizons
Organizator:	Federation of Occupational Health Nurses within the European Union (FOHNEU)
Kraj:	Rotterdam, Nizozemska
Kontaktni podatki:	Susan Dijkstra Telefon: + 31 (0) 10 704 3880, e-pošta: s.dijkstra@erasmusmc.nl
Spletna stran:	http://fohneucongress2016.com/

Datum:	11.–13. april 2016
Naslov:	12th conference of the European Academy of Occupational Health Psychology (EAOHP): OHP in Times of Change: Society and the workplace
Organizator:	European Academy of Occupational Health Psychology (EAOHP)
Kraj:	Atene, Grčija
Datum za registracijo:	1. avgust 2015–11. april 2016* *zadnji datum za registracijo avtorjev: 1. marec 2016
Spletna stran:	http://www.eaohp.org/conference.html

Datum:	19.–21. april 2016
Naslov:	Pain and Work
Organizator:	Nordic Institute for Advanced Training in Occupational Health (NIVA)
Datum za registracijo:	12. februar 2016
Kraj:	Oslo, Norveška
Kontaktni naslov:	Nina Sténs NIVA Telefon: + 358 40 748 4109, e-pošta: nina.stens@niva.org
Spletna stran:	http://niva.org/course/pain-and-work/

Datum:	19.–22. april 2016
Naslov:	Bergamo Exchange
Organizator:	Dutch Centre Work Health v sodelovanju z University of Perugia
Kraj:	Bergamo, Italija
Kontaktni podatki:	E-pošta: info@centrumwerkgezondheid.nl; telefon: 0031 33 465 62 74
Spletna stran:	http://centrumwerkgezondheid.nl/en/exchanges-masterclasses/bergamo-exchange-en.html

Datum:	19.–22. april 2016
Naslov:	10th International Conference on Workplace Bullying and Harassment
Organizator:	International Association on Workplace Bullying & Harassment (IAWBH), New Zealand Work Research Institute, AUT University v sodelovanju s Health Work Group, Massey University
Kraj:	Auckland, Nova Zelandija
Datum za registracijo:	Zgodnja prijava je mogoča do 29. februarja 2016.
Spletna stran:	www.bullying2016.com/

Datum:	22.–26. maj 2016
Naslov:	22nd IUHPE World Conference on Health Promotion: Promoting Health and Equity
Organizator:	International Union for Health Promotion and Education (IUHPE)
Kraj:	Curitiba, Brazilija
Kontaktni podatki:	E-pošta: registration@iupheconference2016.com.br
Spletna stran:	http://www.iuhpeconference2016.com/ingles/index.php

Datum:	8.–10. junij 2016
Naslov:	24th International Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services: Innovation and Partnership in Health Promotion, Policy Development, Organizational Initiatives and Direct Service Provision (Working title)
Organizator:	International Network on Health Promoting Hospitals and Health Services, Yale University, Griffin Hospital
Kraj:	Connecticut, ZDA
Datum za registracijo:	april 2016
Kontaktni podatki:	Povezava na e-pošto je s spodaj navedene spletne strani dogodka.
Spletna stran:	https://www.regonline.com/builder/site/Default.aspx?EventID=1724283

Datum:	13.–17. junij 2016
Naslov:	Work Disability Prevention
Organizator:	Nordic Institute for Advanced Training in Occupational Health (NIVA)
Datum za registracijo:	24. marec 2016
Kraj:	Helsinki, Finska
Kontaktni naslov:	Katja Pekkarinen NIVA Telefon: + 358 43 824 1698, e-pošta: katja.pekkarinen@niva.org
Spletna stran:	http://niva.org/course/work-disability-prevention/

Datum:	6.–9. julij 2016
Naslov:	21st Annual Congress of the ECSS: Crossing Borders throught Sport science
Organizator:	European College of Sport Science
Kraj:	Dunaj, Avstrija
Datum za registracijo:	Zgodnja prijava je mogoča od 15. decembra 2015 do 15. aprila 2016.
Datum za oddajo izvlečka:	Od 15. decembra 2015 do 15. februar 2016
Kontaktni podatki:	Telefon: + 30 210 6825 796, + 30 6974 192 566, faks: + 49 3212 126 44 96, e-pošta: office@ecss-congress.eu
Spletna stran:	http://ecss-congress.eu/2016/16/

Datum:	28.–29. julij 2016
Naslov:	2nd Annual International Conference on Public Health (ICOPH 2016): Bridging the gap between research and policy and creating a global platform to discuss evidence based health policies and interventions in public health
Organizator:	International Medical University Malaysia, The International Institute of Knowledge Management
Kraj:	Kuala Lumpur, Malezija
Datum za registracijo:	Zgodnja prijava je mogoča do 15. februarja 2016.
Datum za oddajo izvlečka:	Do 30. januarja 2016

Kontaktni naslov:	ICOPH 2016, Conference Secretariat, #288/1/1, Old kottawa road, Embuldeniya, Nugegoda, Sri Lanka. Telefon: + 94 113 098 521, faks: + 94 112 848 654, e-pošta: isanka@tiikm.com
Spletna stran:	http://publichealthconference.co/2016/

Datum:	31. julij–13. avgust 2016
Naslov:	25th ETC – PHHP Summer Course 2016 Health & Place, Connecting People, Environment & Health
Organizator:	The European Training Consortium in Public Health and Health Promotion (ETC-PHHP), Wageningen University
Kraj:	Wageningen, Nizozemska
Spletna stran:	http://www.etc-summerschool.eu/

Datum:	25.–27. avgust 2016
Naslov:	16th EASOM Summer School 2016
Organizator:	European Association of Scools of Occupational Medicine (EASOM) in Helse Bergen Haukeland University Hopsital
Kraj:	Bergen, Norveška
Spletna stran:	http://www.easom.eu/

Datum:	26.–28. september 2016
Naslov:	Health Promoting Leadership
Organizator:	Nordic Institute for Advanced Training in Occupational Health (NIVA)
Datum za registracijo:	22. avgust 2016
Kraj:	Stockholm, Švedska,
Kontaktni naslov:	Nina Sténs NIVA Telefon: + 358 40 748 4109, e-pošta: nina.stens@niva.org
Spletna stran:	http://niva.org/course/health-promoting-leadership/

Datum:	29. september–2. oktober 2016
Naslov:	34th World Congress of Sports Medicine
Organizator:	Turkish Sports Medicine Association (TSMA)
Kraj:	Istanbul, Turčija
Kontaktni naslov:	Gayrettepe Mah. Yıldız Posta Cad. Akın Sitesi 1. Blok K:1 D:3 Gayrettepe - Istanbul / TURKEY Telefon: + 90 212 347 63 00, faks: + 90 212 347 63 63, e-pošta: secretariat@fims2016.com
Spletna stran:	http://www.fims2016.org/en/

Datum:	2.–5. oktober 2016
Naslov:	Occupational Respiratory Diseases
Organizator:	Nordic Institute for Advanced Training in Occupational Health (NIVA)
Datum za registracijo:	31. julij 2016
Kraj:	Särö, Švedska
Kontaktni naslov:	Siv Jansson NIVA Telefon: + 358 43 8241 696, e-pošta: siv.jansson@niva.org
Spletna stran:	http://niva.org/course/occupational-respiratory-diseases/

Datum:	18.–20. oktober 2016
Naslov:	Young Workers and Sustainable Work Life
Organizator:	Nordic Institute for Advanced Training in Occupational Health (NIVA)
Datum za registracijo:	7. avgust 2016
Kraj:	Oslo, Norveška
Kontaktni naslov:	Katja Pekkarinen NIVA Telefon: + 358 43 824 1698, e-pošta: katja.pekkarinen@niva.org
Spletna stran:	http://niva.org/course/young-workers/

Datum:	9.–11. november 2016
Naslov:	Psychosocial Epidemiology
Organizator:	Nordic Institute for Advanced Training in Occupational Health (NIVA)
Datum za registracijo:	5. oktober 2016
Kraj:	Helsingør, Danska
Kontaktni naslov:	Nina Sténs NIVA Telefon: + 358 40 748 4109, e-pošta: nina.stens@niva.org
Spletna stran:	http://niva.org/course/psychosocial-epidemiology/

Datum:	9.–12. november 2016
Naslov:	9th Public Health Conference: All for Health - Health for All
Organizator:	European Public Health Association (EUPHA); EPH Conference Foundation in Österreichische Gesellschaft für Public Health, (ÖGPH)
Kraj:	Dunaj, Avstrija
Datum za registracijo:	Od 1. marca do 1. novembra 2016
Datum za oddajo izvlečka:	Od 1. februarja do 1. maja 2016
Kontaktni podatki:	office@ephconference.eu
Spletna stran:	http://www.eupha.org/site/future_conferences.php

NOVI SODELAVCI

Kolektivu KIMDPŠ se je od leta 2012 pridružilo pet novih sodelavcev, ki nam prinašajo novo znanje, inovativnost in zagon za uspešno delo v prihodnosti. Želimo jim, da bi se v našem delovnem okolju dobro počutili.

Martin Kurent, dr. med., spec. MDPŠ, pooblaščeni zdravnik v Centru za poklicne bolezni in ocenjevanje delazmožnosti

Saša Kavčič, dipl. fizioterapevtka, fizioterapevtka v Centru za medicino športa

dr. Damjana Miklič Milek, univ. dipl. inž. živil. tehn., zaposlena v Centru za promocijo zdravja

Gregor Kavaš, dr. med., specializant MDPŠ

Uredništvo

Nataša Grižon Barakovič, dipl. medicinska sestra, zaposlena v zdravstveni negi v medicini dela, prometa in športa

UPOKOJILI SO SE

Svojo poklicno pot na KIMDPŠ sta z upokojitvijo sklenila:
Mag. Rajko Črnivec, dr. med., spec. MDPŠ, pooblaščeni zdravnik v Centru za poklicne bolezni in ocenjevanje delazmožnosti, in Vinka Turk, vms, zaposlena v zdravstveni negi v medicini dela, prometa in športa.

Mag. Rajko Črnivec v družbi s kolegico doc. dr. Alenko Franko (Vir: arhiv KIMDPŠ)

Vinka Turk, (Vir: arhiv KIMDPŠ)

Oba sodelavca sta pomembno prispevala k življenju in delu na inštitutu. Želimo jima, da bi ob novi življenjski prelomnici našla čas za izpolnitev vseh odloženih načrtov.

Uredništvo

NOVE DOKTORICE ZNANOSTI NA KIMDPŠ

Letos so tri sodelavke Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa pridobile znanstveni naziv.

Asist. dr. Alenka Škerjanc
(Vir: arhiv KIMDPŠ)

Asist. mag. Alenka Škerjanc, dr. med., spec. MDPŠ, je 3. 11. 2015 na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani uspešno zagovarjala doktorsko disertacijo z naslovom Prezentizem med zdravstvenimi delavci. Z uspešno opravljenim zagovorom si je pridobila znanstveni naziv doktorica znanosti s področja biomedicine.

Dr. Eva Stergar (Foto: Damjana Miklič Milek)

Mag. Eva Stergar, univ. dipl. psih., zdravstvena svetnica, je 25. 11. 2015 na Filozofski fakulteti Univerze v Ljubljani uspešno zagovarjala doktorsko disertacijo z naslovom Psihosocialni varovalni dejavniki uporabe marihuane med mladostniki. Z uspešno opravljenim zagovorom si je pridobila znanstveni naziv doktorica znanosti s področja psihologije.

Asist. dr. Nataša Dernovšček Hafner
(Vir: arhiv KIMDPŠ)

Asist. mag. Nataša Dernovšček Hafner, univ. dipl. psih., je 16. 12. 2015 na Filozofski fakulteti Univerze v Ljubljani uspešno zagovarjala doktorsko disertacijo z naslovom Dejavniki, povezani z družino, in raba drog pri mladostnikih. Z uspešno opravljenim zagovorom si je pridobila znanstveni naziv doktorica znanosti s področja psihologije.

Novim doktoricam znanosti iskreno čestitamo in jim želimo še veliko uspehov pri raziskovalnem delu v prihodnosti.

Uredništvo

UTRINKI IZ 15. POLETNE ŠOLE EASOM, KI JE BILA OD 26. DO 29. AVGUSTA 2015 NA BLEDU

VODILNA TEMA: TEACHING PSYCHOSOCIAL RISK FACTORS AT WORK

Glasnik KIMDPŠ
letnik VI, številka 1, december 2015

Izdajatelj in založnik:
Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa

Urednici:
Nataša Dernovšček Hafner
Tanja Urdih Lazar

Uredniški odbor:
Niko Arnerić
Rajko Črnivec
Metoda Dodič Fikfak
Alenka Franko
Marija Molan
Nevenka Šestan

Lektoriranje:
Darja Rogelj
Cvetana Tavzes

Grafična podoba:
Laura Tratnik Belopavlovič

Tisk:
Tiskarna Pleško d. o. o.

Uredništvo:
Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa
Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
Tel.: 01 522 26 95
Faks: 01 522 24 78
E-pošta: natasa.dernovscekhafner@kclj.si, tanja.urdihlazar@kclj.si

Gradivo navaja poglede avtorjev, za katere ni nujno, da se ujemajo z načelnimi stališči stroke oziroma uredniškega odbora.

KIMDPŠ