

Glasnik KIMDPŠ



UVODNIK:

Pred štiridesetimi leti je bila uresničena zamisel o ustanovitvi inštituta za medicino dela, prometa in športa, ki se je razvil v vodilno doktrinarno institucijo na svojem področju ter širil **znanje** med generacije specialistov medicine dela, prometa in športa ter druge strokovnjake, si nabiral **izkušnje** na znanstveno-strokovnem, raziskovalnem in izobraževalnem področju ter nenehno skrbel za **sodelovanje** z različnimi domačimi in tujimi organizacijami s področja varovanja zdravja delavcev, voznikov in športnikov.

V SREDIŠČU:

Kronične bolezni so svetovni vodilni vzrok obolevnosti in umrljivosti. Imajo velik vpliv na pričakovano življenjsko dobo in splošno zdravstveno stanje pri posamezniku ter pomembno vplivajo na posameznikovo kakovost življenja in funkcioniranje. Zaradi kroničnih bolezni so ljudje pogosto v bolniškem staležu ali se celo predčasno upokojijo, čeprav bi lahko z ustreznimi prilagoditvami še delali. Partnerji v mednarodnem projektu si zato prizadevajo poiskati rešitve za učinkovito vračanje delavcev s kroničnimi boleznimi na delo po dolgih bolniških odsotnostih in za oblikovanje takšnih delovnih mest, s katerimi bi to skupino delavcev čim dlje obdržali v svetu dela.

UVODNIK

- 1 - Ob naši 40. obletnici – *Metoda Dodič Fikfak*

V SREDIŠČU

- 2 - Promocija zdravega dela za delavce s kroničnimi boleznimi in zdravje v času prestrukturiranja – *Nataša Dernovšček Hafner*

AKTUALNE TEME V MDPŠ

- 5 - Sistem varnosti in zdravja pri delu v Zvezni republiki Nemčiji – *Rajko Črnivec*
11 - Zdravje migrantskih delavcev v Sloveniji: rezultati pilotne študije – *Katja Draksler*
15 - Rehabilitacijski programi za voznike – inovativne rešitve na tujih izkušnjah – *Tanja Urdih Lazar*
20 - Psihološki vidiki odziva na stres pri srednjem menedžmentu – *Nataša Dernovšček Hafner*

STROKOVNA PRIPOROČILA

- 23 - Izvajanje psiholoških pregledov v dejavnosti varovanja zdravja delavcev – *Marija Molan*
24 - Informacijski pooblaščenec odgovarja na vprašanje KIMDPŠ

NE PREZRITE - PREDPISI

- 25 - Strokovne novice in dileme novega Zakona varnosti zdravju pri delu – *Rajko Črnivec*

SPREHOD PO STROKOVNI LITERaturi

- 29 - Poudarki poročila OECD o zaposlovanju delavcev invalidov – *Ana Vidovič*
33 - Stroški in posledice nezgod pri delu – *Victor Hrymak*

NOVICE

- 37 - Nižje izobraženi delavci na poti k zdravju – izzivi za zdravstveno vzgojo – *Klavdija Besednjak*
38 - Bodi ergo! – *Tanja Urdih Lazar*
39 - Zdravje v času prestrukturiranja – projekt HIREs Dissem – *Klavdija Besednjak*
40 - KIMDPŠ nadaljuje delo na področju zdravja migrantskih delavcev – *Katja Draksler*
41 - Prezentizem v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana – *Alenka Škerjanc*
41 - Sedmo izobraževanje za svetovalce za promocijo zdravja pri delu – *Klavdija Besednjak*
42 - Skupina Pompidou - preprečevanje rabe drog na delovnem mestu – *Nataša Dernovšček Hafner*
43 - Promocija zdravja pri delu kot okrepitev profesionalnega znanja specialistov MDPŠ - *Tanja Urdih Lazar*
44 - Zdravje zaposlenih ob prestrukturiranju podjetij: priprave za raziskavo na primeru podjetja Mura – *Katja Draksler*
45 - Kampanja Čili za delo namenjena bodočim menedžerjem – *Tanja Urdih Lazar*
46 - KIMDPŠ med evropskimi šolami medicine dela – *Alenka Škerjanc*
47 - Sodelovanje KIMDPŠ pri načrtovanju edukacijskih in psihosocialnih delavnic - *Tanja Urdih Lazar*

STROKOVNA SREČANJA

- 47 - O novem pravilniku o zdravstvenih pogojih voznikov motornih vozil – *Rajko Črnivec*
50 - Promocija zdravega dela – vodilo delovnega tedna v Berlinu – *Nataša Dernovšček Hafner, Tanja Urdih Lazar*
51 - Mednarodni simpozij o zdravju in dobrem počutju migrantov v Evropi – *Katja Draksler*
52 - Poučevanje etike v medicini dela – *Alenka Škerjanc*
55 - Zdravstveno varstvo udeležencev v cestnem prometu – *Tanja Ritonja*
56 - Dvajset let dela na področju vzpostavljanja institucij in usposabljanja kadrov v promociji zdravja – *Katja Draksler*
57 - 34. strokovno srečanje upravnega odbora FOHNEU na Nizozemskem – *Nevenka Šestan*
58 - Torkova srečanja
59 - Napovednik

STROKA SMO LJUDJE

- 63 - Zdravih 40 let KIMDPŠ: Znanje, izkušnje, sodelovanje – *Klavdija Besednjak*

PRILOGA

- Evropska načela ukrepanja: Trajnostne rešitve za prihodnost – oblikovanje procesa prestrukturiranja in njegovo upravljanje

Glasnik KIMDPŠ

letnik V, številka 1, december 2011

Izdajatelj in založnik:

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

Urednica:

Tanja Urdih Lazar

Uredniški odbor:

Niko Američ
Rajko Črnivec
Metoda Dodič Fikfak
Alenka Franko
Marija Molan
Nevenka Šestan
Petra Zupet

Grafična podoba:

Laura Tratnik Belopavlovič

Fotografija na ovitku:

Buenos Dias

Tisk:

Tiskarna Pleško d.o.o.

Uredništvo:

Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa
Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
Tel.: 01 522 26 92
Faks: 01 522 24 78
E-pošta: tanja.urdih-lazar@guest.arnes.si

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

OB NAŠI 40. OBLETNICI



Štirideset let! S stališča mladega človeka, ki išče redno delo ali se zaposli za določen čas, je to nepredstavljivo dolga doba, s stališča upokojenca pa je to lahko ves aktivni čas, ki ga je posvetil delu. V teh 40 letih, ko je inštitut oblikoval podobo osrednje raziskovalne in doktrinarne ustanove, so se zamenjale najmanj tri generacije sodelavcev in sodelavk. Odšli so njegovi ustanovitelji, nekateri sodelavci iz druge generacije so še med nami, njihovi nasledniki pa že pripravljamo pot mlajšim...

Hvaležni smo ustanoviteljem za pogum in zamisel o inštitutu, predvsem prof. Samu Modicu, ki si je inštitut zamislil in ga vodil kot doktrinarno institucijo, ki je vzgojila na desetine specialistov medicine dela. Tega ne bi mogel doseči brez svojih naslednikov mag. Jožeta Šamuja, Tatjane Šilc in Majde Mandelc Grom, medicinskih sester in odličnih zunanjih sodelavcev, kot je bil prof. Janko Sušnik. A naša pot je odvisna od novega poguma, modrosti in predvsem vizije. In v tem je treba biti vsak dan, vsako leto, vsako generacijo boljši. Vemo, da imamo zamisli, kako naprej v prihodnost. Ob letošnji obletnici pa se posebej veselimo opravljene, prehojene poti, ki pa ni bila vselej lahka.

V času specializacije so nas naučili, da moramo skrbeti za delavca, in da imamo pravico odločati o njegovi delazmožnosti, odločati o tem, ali je primeren za delo, ki ga bo opravljal, ali je delo zanj nevarno. Zakon o varnosti in zdravju pri delu leta 1999 pa je specialistom medicine dela omogočil, da tržimo svoje storitve. To pomeni, da nas plačuje isti delodajalec, ki zaposluje tudi delavca, za čigar zdravje moramo skrbeti. O zakonu nismo odločali sami, odločila je politika, ki ni razumela, da je zdravnika s tem potisnila v stisko, saj mu je odvzela neodvisnost. Zato se marsikdaj zgodi, da v trikotniku lojalnosti med delavcem in delodajalcem zdravnik nehote izbere in upošteva želje plačnika storitve. Zadnjih deset let je bil zato čas, o katerem je težko reči, da je bilo zdravje delavcev vselej najdragocenejša vrednota. Dokaz za to je množica neodkritih poklicnih bolezni.

Prihajamo pa v čas, ko delavec sprejema aktivnejšo vlogo, a po drugi strani še vedno pričakuje, da se bo njegov zdravnik odločil zanj, da bo poskrbel za njegovo hibo, invalidnost, bolezen. Zdaj je čas, ko bomo morali specialisti medicine dela zamenjati svojo vlogo odločevalca z vlogo svetovalca, ki dela v timu, skrbi za skupino delavcev, jim svetuje in odkriva njihove potrebe. Zdaj je čas, ko bomo morali ozaveščati delavca in delodajalca, da bosta vedela in znala, kako živeti zdravo, kako zdravo ter hkrati dobro delati. Da pa bi lahko to zmogla, je treba na ravni podjetij in državnih politik ustvarjati zdrava okolja, ki spodbujajo, motivirajo in krepijo državljana in delavca pri odločitvah v korist zdravju.

Vsa ta leta sta delovni področji našega inštituta ob medicini dela tudi promet in šport, ki se čedalje bolj specializirata in ki jima velja v naslednjem desetletju posvetiti še posebno pozornost. In kakor se brišejo meje med prostim časom in delom, se vse bolj odpirajo vrata sodelovanja med različnimi dejavnostmi, strokovnimi področji, ustanovami in posamezniki, katerih skupen cilj je zdrav človek, ki skrbi za svojo blaginjo, je športno dejaven in varen v prometu, predvsem pa dobro dela v varnem in zdravju prijaznem delovnem okolju.

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

PROMOCIJA ZDRAVEGA DELA ZA DELAVCE S KRONIČNIMI BOLEZNIMI IN ZDRAVJE V ČASU PRESTRUKTURIRANJA

Strokovno srečanje Slovenske mreže za promocijo zdravja, ki je v organizaciji Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in šport (KIMDPŠ) potekalo 11. oktobra 2011, je bilo posvečeno dvema aktualnima temama današnjega časa: kroničnim boleznim in prestrukturiranju podjetij.

Promocija zdravega dela za delavce s kroničnimi boleznimi

Prvi del srečanja, ki ga je povezovala Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov., je bil namenjen prikazu stanja na področju kroničnih bolezni v Sloveniji ter iskanju primerov dobrih praks na področju obvladovanja te problematike v delovnih organizacijah.

Mag. Nataša Dernovšček Hafner, univ. dipl. psih., je predstavila vsebino in potek projekta PHWork – Promocija zdravega dela za delavce s kroničnimi boleznimi, v katerem sodeluje tudi KIMDPŠ in je 9. skupna iniciativa Evropske mreže za promocijo zdravja pri delu (ENWHP). V projekt je vključenih 18 evropskih držav, sofinancira pa ga Evropska komisija v okviru programa na področju zdravja (Health Programme 2008–2013). Cilji projekta so: v delovnih okoljih identificirati in zbrati primere dobre prakse, ki delavcem

Slika 1. Mag. Nataša Nataša Dernovšček Hafner je predstavila projekt PHWork (Foto: Ana Vidovič)



s kroničnimi boleznimi omogočajo boljše pogoje za delo, olajšajo vrnitev na delo po dolgotrajni bolniški odsotnosti in jih skušajo čim dlje obdržati v svetu dela; na podlagi izsledkov primerov dobre prakse pripraviti smernice za delodajalce in podjetja; prepričati deležnike v podjetjih in na višjih ravneh, da bi vlagali v programe, ki prispevajo k zdravju in blaginji delavcev s kroničnimi boleznimi in njihovih družin.

Tatjana Kofol Bric, dr. med., z Inštituta za varovanje zdravja RS je govorila o razširjenosti kroničnih bolezni med aktivno populacijo. Kronične nenalezljive bolezni predstavljajo v Sloveniji kar 85 odstotkov bremena vseh bolezni. Najpogostejši dejavniki tveganja za pojav kroničnih nenalezljivih bolezni so: zvišan krvni tlak, zvišan holesterol, zvišan krvni sladkor ter debelost. Najpogostejši vzrok umiranja delovne populacije je rak. Zaskrbljujoč podatek je, da se vsako leto na Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje prijavi več kot 6000 novih delovnih invalidov, prav tako se vsako leto okoli 4500 delavcev na novo sooča z omejitvami pri delu. Slovenski delavci pogosto poročajo o občutih stresa na delovnem mestu. Od 45 do 54 odstotkov delovne populacije tudi meni, da delo vpliva na poslabšanje njihovega zdravja.

Poklicno in zaposlitveno rehabilitacijo, ki se izvaja v okviru osrednje slovenske rehabilitacijske ustanove - Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta RS Soča, je predstavil dr. Bogdan Polajner, univ. dipl. psih.

O izzivih vrnitve v svet dela po dolgotrajni bolniški odsotnosti zaradi bolezni, poškodb, porodniškega dopusta ali nege je spregovorila doc. dr. Marija Molan, univ. dipl. psih., s KIMDPŠ in kot problematične izpostavila zlasti tiste odsotnosti, pri katerih delavec nima nikakršnega stika z delodajalcem, delodajalec pa tudi ne računa več na delavca. Dinamika vračanja na delo je namreč interaktiven proces, v interesu tako delavca kot tudi delodajalca pa je (oz. bi moralo biti), da ga uspešno izpeljeta.

Sledila je okrogla miza na temo Skrb za delavce s kroničnimi boleznimi in možnosti za promocijo zdravja pri delu. V okviru okrogle mize so bila izpostavljena naslednja vprašanja: Kako delavce s kronično boleznijo ali invalidnostjo zadržati v svetu dela? Kako delavcem s kronično boleznijo ali invalidnostjo prilagoditi delovno mesto? Kako lahko skupina za zdravje v delovnih okoljih, kjer delujejo svetovalci za promocijo zdravja pri delu, prispeva k ohranjanju zaposlitve oz. reintegraciji delavcev s kroničnimi boleznimi?

V razpravi, ki je odprla številne dileme na tem področju, so udeleženci poudarili večplastnost področja, ki na sistemski ravni ni urejeno, ampak je prepuščeno individualni pobudi. Posebej je bila izpostavljena pomembna vloga pooblaščenih zdravnikov. Omenjena je bila dobra praksa iz tujine, kjer imajo v podjetjih organizirane time za uspešno vračanje delavcev na delo po dolgotrajni bolniški odsotnosti, zdravnik, ki skrbi za zdravje pri delu, pa je odgovoren za zdravje v podjetju v celoti.

Slika 2. Udeleženci srečanja med razpravo
(Foto: Ana Vidovič)



V zvezi z izvajanjem programov promocije zdravja pri delu se veliko pričakuje od smernic, ki jih po pooblastilu Ministrstva za zdravje pripravlja KIMDPŠ. Smiselno bi bilo, da bi bile čim bolj po meri tistih, ki so jim namenjene, zato si KIMDPŠ prizadeva za njihovo uskladitev s socialnimi partnerji.

Da bi delavcem s kroničnimi boleznimi v delovnem okolju lahko ustrezno pomagali, je potrebno usklajeno

sodelovanje različnih strokovnjakov, npr. na področju varnosti in zdravja pri delu, promocije zdravja pri delu, pooblaščenega zdravnika..., ob sočasni podpori vodstva. Okrogla miza se je zaključila prav v duhu poziva na medsektorsko in interdisciplinarno sodelovanje.

Prestrukturiranje podjetij in njegov vpliv na zdravje

V drugem delu srečanja je bilo prikazano dosedanje delo inštituta na področju prestrukturiranja in zdravja delavcev.

Proces prestrukturiranja zajema široko paleto sprememb, ki negativno vplivajo na zdravje zaposlenih. Znanstveni in empirični dokazi o negativnem vplivu prestrukturiranja na zdravje delavcev kažejo na večjo obolevnost, večjo umrljivost in manjšo zaposljivost.

Doc. dr. Metoda Dodič Fikfak, dr. med., je v svojem predavanju s prikazom kazalnikov bolniškega staleža opozorila na negativne vplive prestrukturiranja na zdravje delavcev, ki se kažejo v obliki povečanega bolniškega staleža, povečanja resnosti bolezni, porasta invalidnosti, slabšega zdravja na splošno, pogostejšega trpinčenja na delovnem mestu ter porasta števila samomorov.

Slika 3. Doc. dr. Metoda Dodič Fikfak je govorila o negativnih posledicah prestrukturiranja za zdravje (Foto: Ana Vidovič)



Slika 4. Podelitev potrdila bodoči svetovalki za promocijo zdravja pri delu (Foto: Ana Vidovič)



Katja Draksler, univ. dipl. soc., je predstavila projekte na področju prestrukturiranja in zdravja, v katerih

aktivno sodeluje oz. je sodeloval KIMDPŠ, ter evropska priporočila za družbeno odgovorno upravljanje s procesi prestrukturiranja. Priporočila so nastala na podlagi študije evropskih primerov prestrukturiranja ter izmenjave znanja in izkušenj med sodelujočimi v projektu IRENE + FT.

Prispevki vseh posameznikov so oblikovali zaokroženo celoto in osvetlili problematiko kroničnih bolezni in zdravja v času prestrukturiranja.

Srečanje je bilo zelo dobro obiskano, udeležilo se ga je več kot osemdeset slušateljev. Predstavitve so objavljene tudi na spletni strani Čili za delo: <http://www2.izd.si/default-40110,114.htm>.

Srečanje se je zaključilo s podelitvijo potrdil svetovalcem za promocijo zdravja pri delu, ki so v zadnjem letu zaključili izobraževanje v okviru programa Čili za delo.

Mag. Nataša Dernovšček Hafner, univ. dipl. psih.

SISTEM VARNOSTI IN ZDRAVJA PRI DELU V ZVEZNI REPUBLIKI NEMČIJI

Izveček: V članku je prikazan sistem varnosti in zdravja pri delu v Zvezni republiki Nemčiji (ZRN) s posebnim poudarkom na organizacijo dejavnosti ter kakovost in učinkovitost dela služb za varovanje zdravja pri delu od lokalne preko deželne do državne ravni.

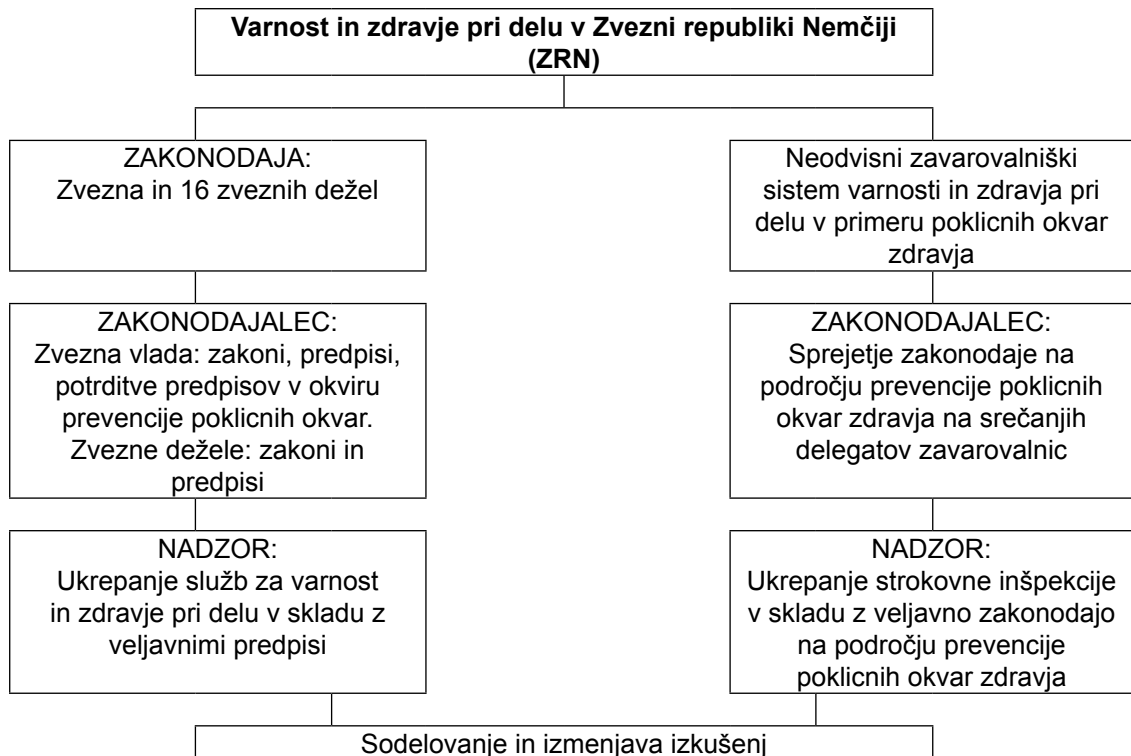
Ključne besede: sistem varnosti in zdravja pri delu, službe za varovanje zdravja pri delu, zakonodaja

Uvod

Države Evropske unije imajo različno urejeno področje varnosti in zdravja pri delu. Tudi enote za varnost in zdravje pri delu, ki so opisane v konvenciji 161 Mednarodne organizacije dela so sestavljene izrazito multidisciplinarno, njihova funkcija pa je prilagajanje delovnega mesta, obvladovanje stresa, zdravstveni nadzor nad dejavniki tveganja na delovnem mestu...

Razumevanje 6. alineje 5. člena konvencije C161 pa je različno. Tako npr. preventivnih zdravstvenih pregledov, tako predhodnih kot tudi obdobjnih, kakor jih poznamo mi, v skandinavskih državah praktično ni, vendar lahko delavec kadarkoli obišče specialista medicine dela, ko želi nasvet ali ko ima simptome in znake, ki se mu zdijo, da bi bili lahko povezani z delom. Preventivni zdravstveni pregledi so ciljani in vezani na delovna mesta z večjim tveganjem za okvaro

Slika 1. Sistem varnosti in zdravja pri delu v Zvezni republiki Nemčiji (1, 2, 3, 6, 7, 10, 12, 18)



zdravja. Druga skupina držav, npr. Nemčija, Avstrija in Švica, urejajo stroške poškodb pri delu in poklicnih boleznih preko obveznega zavarovanja. Predhodni in obdobjni pregledi se opravljajo predvsem pri delavcih, ki delajo na zdravju škodljivih delovnih mestih. Predvsem v novih članicah EU pa se zdravstveni nadzor razume v širšem pomenu, ne gre le za povezovanje zdravja z eventualnimi posledicami dela na delovnem mestu pač pa za ocenjevanje celotne delazmožnosti v primerjavi z zahtevami na delovnem mestu. Ta sistem je bližje tudi naši tradiciji in zakonodaji.

Na podlagi dostopne literature je v članku podrobneje opredeljeno zdravstveno varstvo prebivalcev in sistem varnosti in zdravja pri delu v Zvezni republiki Nemčiji (ZRN) s poudarkom na zdravstvenem varstvu delavcev, pridobivanju znanja in veščin za kvalitetno izvajanje dejavnosti, sistemu odkrivanja in dokazovanja poklicne patologije ter organizaciji na področju varnosti in zdravja pri delu.

Zakonodaja na področju varnosti in zdravja pri delu (2, 3, 6, 7, 9)

Nemška zakonodaja na področju varnosti in zdravja pri delu temelji na nemški ustavi, ki vsakemu državljanu jamči pravico do življenja in telesne nedotakljivosti. Varnost in zdravje pri delu obsega ukrepe varovanja življenja, zdravja, delazmožnosti in delovnega okolja delavca, in sicer:

- preprečevanje poškodb pri delu in poklicnih boleznih;
- preprečevanje boleznih, povezanih z delom, z izvajanjem ukrepov tehničnega in zdravstvenega varstva;
- preprečevanje preobremenjenosti zaradi uporabe osebne varovalne opreme s krajšanjem delovnega časa;
- zagotavljanje sanitarno-higienskih prilik pri delu: kopalnice, tuši, umivalnice, stranišča;
- humanizacija dela;
- zagotavljanje minimalnih pogojev bivanja za zaposlene;
- promocija zdravja pri delu.

Iz zveznega zakona o varnosti in zdravju pri delu izhajajo podzakonski akti, ki opredeljujejo:

- splošne administrativne ukrepe;
- standarde, normative, navodila;
- optimalne tehnično-organizacijske ukrepe v skladu z dognanji stroke in znanosti;
- ergonomске ukrepe;
- socioorganizacijske ukrepe: skrajšanje delovnega časa, zaščita posebej ogroženih skupin delavcev, kot so mladi delavci, matere, invalidi, delavci, zaposleni na domu.

Izvajanje in nadzor nad zvezno zakonodajo na področju varnosti in zdravja pri delu sta v pristojnosti zveznih dežel. To je dolžnost inšpektoratov dela. Izvajanje zakonodaje na področju preprečevanja poklicnih zdravstvenih okvar (poškodbe pri delu, poklicne bolezni, bolezni, povezane z delom) je v pristojnosti strokovnih inšpekcij neodvisnih zavarovalnic na področju varnosti in zdravja pri delu za primere poklicnih zdravstvenih okvar. Inšpektorati za delo sodelujejo s strokovnimi inšpekcijami zavarovalnic. Gre za sodelovanje med 16 deželnimi inšpektorati za delo, ki imajo regionalne urade, s strokovnimi inšpekcijami 75 neodvisnih zavarovalnic: 35 za industrijo in trgovino, 20 za poljedelstvo in 20 za javni sektor. Organizirane so glede na gospodarsko dejavnost in obsegajo varnost in zdravje pri delu za specifično gospodarsko dejavnost.

Zavarovalnice opravljajo dejavnost neodvisno v skladu z zveznim socialnim zakonom in zveznim zavarovalniškim zakonom. Dejavnost obsega preprečevanje poškodb pri delu, poklicnih boleznih in zdravstvenih tveganj v delovnih okoljih ter skrb za rehabilitacijo in izplačilo odškodnine v primeru poklicnih zdravstvenih okvar. Predpisani so preventivni ukrepi, ki jih mora delodajalec izvajati.

Zvezni zakon o varnosti in zdravju pri delu, ki opredeljuje obratne zdravnike, varnostne inženirje in drugo osebje za varnost pri delu, nalaga delodajalcu, da pooblasti obratne zdravnike, strokovnjake za varnost pri delu, svet za varnost in zdravje pri delu v sestavi: predstavniki delodajalca, predstavniki delojemalcev,

obratni zdravnik, svetovalci za varnost pri delu in odposlanec za varnost pri delu.

Zdravstveno varstvo v ZRN (2, 3, 7, 12)

Zvezna republika Nemčija nima centraliziranega zdravstvenega varstva na državni ravni. Nemci so zdravstveno zavarovani pri državnih in zasebnih zdravstvenih zavarovalnicah v skladu z veljavno zakonodajo. V letu 1996 je bilo 88,5 odstotka Nemcev zavarovanih pri državnih zavarovalnicah, 9 odstotkov pri zasebnih, 2,4 odstotka je bilo zavarovanih pod posebnimi pogoji, le 0,1 odstotka Nemcev pa je bilo nezavarovanih. Zdravstveno varstvo na primarni ravni pretežno izvajajo splošni zdravniki, lahko pa tudi drugi zdravniki, večinoma zasebniki. Bolnišnično zdravstveno varstvo v tretjini primerov izvajajo zasebne bolnišnice, v tretjini bolnišnice v lasti dobrodelnih organizacij in v tretjini državne bolnišnice, pretežno na lokalni ravni okrajev ali mest. Univerzitetne bolnišnice so državne. Zdravniki v bolnišnicah so plačani uslužbenci, posebej nagrajeni v primeru, da zdravstveno storitev plačajo bolniki.

V primeru nosečnosti in nujne medicinske pomoči je mogoč dostop do bolnišnične oskrbe brez napotnice, sicer pa z napotnico lokalnega splošnega zdravnika ali specialista. Lokalni splošni zdravniki izvajajo ambulantno dejavnost. Zdravstvene zavarovalnice pogodbeno opredeljujejo cene storitev in vplačila z zavarovanci.

Centralna oblast ima malo neposrednega vpliva na zdravstveno varstvo, pretežni del odgovornosti sloni na zveznih deželah.

Zdravstveno varstvo delavcev (Službe za varovanje zdravja pri delu)

V ZRN zdravstveno varstvo delavcev ni organizirano na državni ravni. Zvezni inštitut za varnost in zdravje pri delu ima informacijske in svetovalne službe. Inšti-

tuti za varnost in zdravje pri delu (ali agencije) so povezani z deželni ministri, odgovornimi za varnost in zdravje pri delu, ali z inšpektorati za delo in imajo v skladu z veljavno zakonodajo posvetovalno in inšpekcijsko vlogo.

Služba za varovanje zdravja pri delu je lahko v sestavi podjetja ali zunaj podjetja pogodbeno opravlja svojo dejavnost. Organizirana je in opravlja svojo dejavnost v skladu z zakonom o varnosti in zdravju pri delu. Služba ima vsaj zdravstvenega strokovnjaka in strokovnjaka za varnost pri delu. Zdravstveni strokovnjak je vedno pooblaščen specialist medicine dela ali zdravnik z dodatno izobrazbo iz medicine dela. Strokovnjak iz varstva pri delu ima bodisi visokošolsko izobrazbo, običajno je inženir, v večini primerov pa strokovnjak s posebnim štiritedenskim izobraževanjem na področju varnosti pri delu. Služba lahko zaposli tudi pomožno osebje. V večjih enotah so v službo vključeni tudi drugi ustrezni strokovnjaki. Pooblaščen zdravnik ne izvaja kurativne medicine. Službo za varovanje zdravja pri delu plačuje delodajalec. Stroške za rehabilitacijo ter odškodnine za poškodbe pri delu in poklicne bolezni krijejo neodvisne zavarovalnice za varnost in zdravje pri delu.

Zavarovalnicam denar prispevajo delodajalci, višina pa je odvisna od kategorije tveganja za nastanek poklicnih zdravstvenih okvar.

Pridobivanje znanja in veščin

Specializacija iz medicine dela traja štiri leta. Obseg in vsebino v skladu z deželno zakonodajo o specializacijah odobri Zvezna zdravniška zbornica. Za pridobitev uradnega pooblastila za izvajanje dejavnosti specialista medicine dela je treba opraviti:

- 2 leti izobraževanja iz interne medicine (1 leto je možno izobraževanje iz ostalih strok),
- 21 mesecev izobraževanja iz medicine dela,
- 3 mesece teoretičnega izobraževanja iz medicine dela. Gre za tečaj, ki ga odobri Zvezna zdravniška zbornica.

Zaradi pomanjkanja zdravnikov specialistov medicine dela v preteklosti večina obratnih zdravnikov ni imela opravljene specializacije iz medicine dela, zato so izvajali dejavno splošni ali drugi zdravniki s končanim devetmesečnim praktičnim izobraževanjem iz medicine dela in trimesečnim teoretičnim tečajem. Priznana jim je bila dodatna kvalifikacija »obratna medicina« in so opravljali delo obratnega zdravnika pri varovanju zdravja pri delu.

Za zagotavljanje visoke kakovosti varovanja zdravja pri delu v bodočnosti bodo le-to zagotavljali le pooblašeni specialisti medicine dela.

Zagotavljanje kakovosti dela služb za varovanje zdravja pri delu

Delovne skupine, zadolžene za ugotavljanje kakovosti dela služb za varovanje zdravja pri delu, se od leta 1995 trudijo za opredelitev standardov dobre prakse za izvajanje. Kakovost dela je delno zagotovljena z zakonsko opredeljenim izobraževanjem specialistov medicine dela, kar nadzira skupen zdravstveni svet. Zavarovalniško združenje delodajalcev in vladna industrijska inšpekcija so tudi opredelili kriterije za pooblašanje preventivnega dela zdravnikov.

Uvedba ISO 9000 je pripomogla k usklajevanju kakovosti dela služb za varovanje zdravja pri delu. Nekaj zdravstvenih služb je dobilo pooblastilo ISO 9000.

Leta 1995 je Zvezno ministrstvo za delo zahtevalo od Nemškega združenja specialistov medicine dela, da vzpostavi sistem kakovosti izvajanja dejavnosti medicine dela. Nelojalno nižanje cen storitev na področju varovanja zdravja pri delu je postavilo pod vprašaj kakovost storitev. Vladni svet, sestavljen iz predstavnikov federacije delodajalcev, sindikatov, zavarovalniškega združenja delodajalcev in skupnega zdravstvenega sveta, vsake tri leta preveri kakovost dela specialistov medicine dela.

Sistem odkrivanja in dokazovanja poklicnih bolezni v ZRN (20, 21, 22, 23, 24)

Glavna zveza poklicnih združenj (HVBG – Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften – Glavna zveza neodvisnih zavarovalnic za primere poklicnih okvar zdravja) vodi centralni informacijski sistem poškodb pri delu ter sumov na poklicne bolezni in poklicnih bolezni v ZRN. V skladu z navodili Zveznega ministrstva za delo in socialne zadeve morajo omenjenim zavarovalnicam na posebnih formulirjih obvezno prijavljati poškodbe pri delu in sume na poklicno bolezen delodajalci, delojemalci, zdravniki, zobozdravniki, zdravstvene zavarovalnice in Zvezni urad za delo. Zdravstveni in nezdravstveni strokovnjaki omenjenih zavarovalnic v upravnem postopku dokazujejo poklicno bolezen. Potrdijo ali izključijo sum na poklicno bolezen na posebnem obrazcu. Potrjene primere vnesejo v centralni informacijski sistem. Postopki dokazovanja trajajo lahko tudi več kot 2 leti, zlasti v primerih poklicnih bolezni gibal. Pri dokazovanju poklicne bolezni se upošteva predpisane splošne in specifične kriterije dokazovanja.

Splošni kriteriji so:

- oseba mora biti zavarovana;
- oseba mora izvajati dejavnost v okviru zavarovanja;
- dokazati je treba izpostavljenost poklicnemu dejavniku tveganja v okviru delovnega procesa;
- potrjena mora biti klinična slika poklicne bolezni;
- dokazana mora biti vzročna povezava med poklicnim dejavnikom tveganja in poklicno boleznijo;
- določena poklicna bolezen ima za posledico prekinitev dela v zdravju škodljivemu delovnemu okolju.

Sumov na poklicno bolezen je približno štirikrat več od dokazanih poklicnih bolezni. Po statističnih podatkih je v letu 2004 bilo v ZRN 82,5 milijona prebivalcev, od tega delovno aktivnega dobrih 42 milijonov (52 odstotkov).

Leta 2004 je bilo priznanih 15.832 poklicnih bolezni (pogostost: 37/100.000 aktivnih zavarovancev (AZ)).

Najpogostejše poklicne bolezni so bile: poklicna naglušnost (v 40 odstotkih), poklicne bolezni dihal zaradi azbesta, prostega silicijevega dioksida ter alergijske bolezni in kožne bolezni. Poklicne bolezni so najpogostejše odkrite v kovinski industriji, gradbeništvu, rudarstvu, zdravstvu.

Smrtnih primerov zaradi poklicnih bolezni je bilo 1975 (4,6/100.000 AZ). Najpogostejši vzrok smrti so bile poklicne bolezni dihal (azbest) v 83 odstotkih.

Leta 2004 je bilo v ZRN prijavljenih 841.447 poškodb pri delu (20/1000 AZ). Najpogostejše so se poškodbe zgodile v trgovini in upravi, kovinski industriji, gradbeništvu, prehrabeni industriji in prometu. Smrtnih poškodb je bilo 645 (0,015/1000 AZ). Najpogostejše so se zgodile v prometu, trgovini in upravi, gradbeništvu in kovinski industriji.

Odškodnine za priznane poklicne bolezni letno stanejo zavarovalnice čez milijardo evrov.

Od leta 1978 v triletnih obdobjih izdajajo integralna poročila o sumih in poklicnih boleznih v ZRN. Integralna poročila obsegajo pogostost sumov in poklicnih bolezni glede na listo poklicnih bolezni, kodo, diagnozo, spol, gospodarsko dejavnost, delovno mesto, poklic, zvezno deželo, trajanje delovanja škodljivega dejavnika tveganja, odškodnine, delazmožnost, medicinsko rehabilitacijo in smrtne primere (vzrok).

Vloga sindikatov pri zagotavljanju varnosti in zdravja pri delu (2)

Nemški zvezni sindikat (Der Deutsche Gewerkschaftsbund – DGB) predstavlja nemško sindikalno gibanje v dogovorih z vlado na državni in deželni ravni, s političnimi strankami, organizacijami delodajalcev in drugimi organi družbe. Gre torej za dogovarjanje (pogajanje) z delodajalci in politiki. Zvezni sindikat ni

neposredno vključen v sklepanje kolektivnih pogodb in sporazume glede plačilne politike.

Zvezni in deželni organi na področju varnosti in zdravja pri delu v ZRN

V ZRN si pristojnosti na področju varnosti in zdravja pri delu delijo zvezni in deželni organi.

Na ravni zvezne vlade delujejo:

- Zvezno ministrstvo za delo in socialne zadeve s posvetovalnimi odbori,
- Zvezni inštitut za varnost in zdravje pri delu,
- neodvisne zavarovalnice za primere poklicnih okvar zdravja - glede na gospodarsko dejavnost,
- socialni partnerji,
- nemški zvezni sindikat in sindikati glede na gospodarsko dejavnost,
- zveze in združenja glede na gospodarsko dejavnost,
- Zvezna zdravniška zbornica.

Na deželni ravni so v mreži naslednji organi:

- Ministrstvo za varnost in zdravje pri delu,
- inštituti za varnost in zdravje pri delu,
- deželne zdravniške zbornice.

Razvojne in raziskovalne institucije na področju varnosti in zdravja pri delu pa so:

- univerze z inštituti za varnost in zdravje pri delu na deželni ravni,
- družbe in združenja na področju varnosti in zdravja pri delu.

Literatura

1. Hämäläinen RM, Husman K, Räsänen K, Westerholm P, Rantanen J. Survey of the quality and effectiveness of occupational health services in the European Union and Norway and Switzerland. Finnish Institute of occupational Health Helsinki. People and work. Research Reports 45; 2001: 1 – 273.

2. Froneberg B. Germany. In: Hämäläinen, RM, Husman K, Räsänen K, Westerholm, P Rantanen J. Survey of the quality and effectiveness of occupational health service in the European Union and Norway and Switzerland, Finnish Institute of Occupational Health Helsinki. People and Work. Research Reports 45; 2001 p.p 170 – 82
3. Arbeitssicherheitsgesetz. Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit. Carl Heymanns Verlag KG. Auflage, 1998.
4. Bieneck HJ. Recent trends and developments in occupational health policies and professional practices of company doctors. Current developments in the Federal Republic of Germany. Int J Occup Med Environ Health 1995; 8 (2): 81 – 7)
5. Draaisma D, van Putten DJ, Smulders PGW, et. Al. Comparison of data on occupational health services in Austria, Finland, Germany, the Netherlands, Norway and Sweden. Occup Med (Oxf) 1993; 43 suppl 1: S 15 – 7.
6. Engel H. Occupational medicine in Germany. J Soc Occup Med 1985; 35 (1): 14 – 6.
7. Federal Institute for Occupational Safety and Health. The Federal Institute for Occupational Safety and Health: Tasks, Organization, Locations. BAUA. 1998.
8. Federal Statistical Office. Health Report for Germany. Abridged Version. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 1998.
9. Graf von der Schulenburg JM. Economic evaluation of medical technologies: from theory to practice – the German perspective. Pergamon. Soc Sci Med 1997; 45 (4): 621 – 33.
10. Identification and assessment of occupational health and safety strategies in Europe. Germany. Working Paper No: WP/95/57/EN. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin, 1995.
11. Luschen G, et al. The integration of two health systems: social stratification, work and health in East and West Germany. Soc Sci Med 1997; 44 (6): 883 – 99.
12. Occupational Health and Safety Management, Systems. The Federal Ministry of Labour and Social Affairs, Bonn, 1998.
13. Policies on Health and Safety in Thirteen Countries of the European Union. The European Situation, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Dublin, 1996; 2: 1 – 86.
14. Thiele W. Amt für Arbeitsschutz Hamburg. Arbeitsschutz. Qualifizierter Service aus einer Hand. 1999.
15. Vogel L. Prevention at the Workplace. An initial review of how the 1989 Community framework Directive is being implemented. Trade Union Technical Bureau, Brussels, 1994.
16. Weber A, et. Al. Development and status of social medicine in Germany. Scand J Soc Med 1996; 24 (3): 145 – 9.
17. Wrbitzky R, Schaller KH, Lehnert G. The present state of occupational and environmental medicine in Germany. Int Arch Occup Environ Health 1994; 66 (5): 289 – 94
18. Zinke E. Betriebsärztliche Betreuung. Teil 1: Qualitätssicherung in der arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Betreuung. Anforderungen and die Qualität der betriebsärztlichen Betreuung. Referat Arbeits – und Gesundheitsschutz. A + A 99, Düsseldorf 1999.
19. ILO. C 161 Occupational Health Services Convention, 1985 <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?c161>
20. Butz M, Plinske W, Drexel G, Drechsel – Schlund C. BK – Dok. 1999. Dokumentation des Berufskrankheitengeschehens in Deutschland. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften Sankt – Augustin 1999: 1 – 163.
21. Berufskrankheiten – Verordnung (BKV): Liste der Berufskrankheiten, 1997
22. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften: Auswertung der Statistiken zum Arbeitschutzunfall – und Berufskrankheitengeschehens für die Jahre 2000 bis 2004 nach Altersuntergliederung Sankt Augustin, 2006 <http://www.hvbg.de/statistik> und darin erklärten Begriffe.
23. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften: BG – Statistiken für die Praxis 2004: Aktuelle Zahlen und Zeitreihen aus der Unfallversicherung der gewerblichen Wirtschaft. Sankt Augustin. 2004: 38 – 41.
24. Verordnung für Änderung der Berufskrankheiten – Verordnung (BKV – Ändv / 2002 in BK – Report: Die Verordnung über Anzeige von Versicherungsfällen in der gesetzlichen Unfallversicherung. Bundesverband der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Sankt Augustin. 2003; 1: 42 – 6.

ZDRAVJE MIGRANTSKIH DELAVCEV V SLOVENIJI: REZULTATI PILOTNE ŠTUDIJE

Katja Draksler, univ. dipl. soc.¹

Izveček: Delovne migracije so se v zadnjih desetletjih močno povečale in po demografskih napovedih naj bi se ta trend nadaljeval tudi v prihodnje. Migrantski delavci pogosto opravljajo dela, ki so umazana, nevarna in naporna, kar velja tudi za Slovenijo. Gre za dela, ki lahko negativno vplivajo na zdravje, o tem pa je zelo malo podatkov, saj so raziskave na tem področju redke. V prispevku je predstavljena pilotna raziskava o življenjskih in delovnih razmerah migrantskih delavcev s posebnim poudarkom na zdravju in varnosti pri delu, ki je pokazala, da migrantski delavci v preučevani populaciji živijo in delajo v razmerah, ki so škodljive za njihovo zdravje in da imajo še zelo nezdrav življenjski slog. Raziskava postavlja izhodišče za nadaljnje raziskovalno delo pri proučevanju zdravja te ranljive skupine delavcev.

Ključne besede: migracije, delavci, delovne razmere, zdravje

Uvod

Mednarodne migracije so se v zadnjih petdesetih letih kar podvojile. Po ocenah Združenih narodov naj bi danes zunaj svoje izvorne države živelo približno 200 milijonov ljudi (1). Demografski trendi kažejo, da se bodo migracije v prihodnosti še povečevale, predvsem na račun vse večje potrebe po migrantski delovni sili v starajočih se državah razvitega sveta (1). Delo in ekonomske priložnosti, ki jih le-to nudi, so namreč glavni »motor«, ki poganja migracijske tokove po vsem svetu. To velja tudi za primer imigracij v Slovenijo, ki jo sosednje države še vedno vidijo kot državo z dobrimi ekonomskimi priložnostmi. Statistični podatki kažejo, da so tujci leta 2009 predstavljali približno 13 odstotkov delovne sile v Sloveniji (2).

Migrantsko delo pomembno prispeva tako k gospodarstvu držav prejemnic, kot tudi k gospodarstvu izvornih držav. Po ocenah Svetovne banke naj bi migranti letno domov poslali za okoli 300 bilijonov nakažil (1). Na drugi strani pa stroški migrantskega dela pogosto ostajajo skriti, saj ponavadi prizadenejo migrante same. Tako je tudi v primeru (slabega) zdravja pri delu migrantskih delavcev.

Migrantski delavci so večinoma zaposleni v določenih sektorjih. Zelo majhen delež migrantov je zaposlen kot visokokvalificiran, strokoven kader, medtem ko jih

večina opravlja dela, ki jih domači delavci ne želijo opravljati, to so t. i. dela tri D (dirty, dangerous and demanding), dela, ki so umazana, nevarna in naporna. Za ta dela so značilne visoke delovne obremenitve, ki so povezane z urnikom dela, slabe delovne razmere in nizke plače, hkrati pa ta dela pomenijo večje tveganje za zdravje delavcev (3, 4).

Bremena migrantskega dela so prepogosto spregledana. Novejši dokument Evropske agencije za varnost in zdravje pri delu (European Agency for Safety and Health at Work, EU-OSHA), ki povzema dosežane vedenje in podatke s področja zdravja pri delu migrantskih delavcev v Evropski uniji, zaključuje, da določeno vedenje o migracijah, zdravju in delovnih razmerah obstaja, vendar pa so prizadevanja, da bi ta tri področja združili v en korpus znanja, zelo omejena. Kljub temu, da je podatkov o zdravju migrantskih delavcev zelo malo, pa obstoječi podatki kažejo višjo obolevnost in umrljivost med temi delavci (3, 1). Vse to so nedvomno področja, o katerih vemo le malo in zato zahtevajo nadaljnje raziskovanje.

Cilji raziskave

Na Kliničnem inštitutu za medicino dela, prometa in športa (KIMDPŠ) smo v maju 2010 izpeljal pilotno raziskavo med migrantskimi delavci, ki so živeli v enem

¹ Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa

od večjih slovenskih samskih domov. Naš glavni cilj je bil preučiti življenjske in delovne razmere migrantskih delavcev v Sloveniji s posebnim poudarkom na zdravju in varnosti pri delu. Zbrani podatki naj bi nam nudili vpogled v okoliščine, v kateri živijo in delajo priseljeni delavci, in nam hkrati omogočili načrtovanje novih aktivnosti na tem področju.

Metodologija

Za namen raziskave smo na inštitutu oblikovali vprašalnik, ki je poleg demografskih podatkov o delavcih vključeval še vprašanja o njihovih bivanjskih in delovnih razmerah, življenjskih navadah in razvadah, njihovem zdravstvenem stanju oz. njihovi samooceni zdravlja, sedanjih in preteklih zaposlitvi ter varnosti in zdravju pri delu. Skupno je vprašalnik zajemal 67 vprašanj.

Anketiranje smo izvedle sodelavke inštituta skupaj z dvema prostovoljkama in sodelavcem iz Zveze svobodnih sindikatov Slovenije, ki nam je omogočil lažji dostop do delavcev. Vprašalnike smo osebno razdelili med delavce v samskem domu in jih po preteku ene ure tudi ponovno zbrali. Vsem sodelujočim smo pojasnili namen raziskave, prav tako pa smo jim bili na razpolago za morebitna dodatna vprašanja.

V skladu s pričakovanji, da se delavci precej pozno vračajo z dela, smo samski dom obiskali v večernih urah. Kljub temu se mnogo delavcev še ni vrnilo z dela, tako da smo skupaj prejeli 95 izpolnjenih vprašalnikov, od katerih sta bila dva naknadno izključena.

Ker večina migrantskih delavcev v Sloveniji prihaja z območij bivše Jugoslavije, predvsem iz Bosne in Hercegovine, smo vprašalnik prevedli v bosanski jezik, kar se je naknadno izkazalo za pomanjkljivo, saj nismo uspeli pridobiti vprašalnikov s strani migrantov, ki niso razumeli bosanskega jezika (npr. delavci s Kosova, iz Albanije, Bolgarije).

Rezultati raziskave

Vsi anketiranci so moškega spola in prihajajo iz držav bivše Jugoslavije, večinoma iz Bosne in Hercegovine, kar sovпада tudi s statistiko izdanih delovnih dovoljenj v Sloveniji, saj je glede na državljanstvo večina dovoljenj izdana prav državljanom Bosne in Hercegovine.

Štiriinpetdeset anketirancev ima zaključeno poklicno šolo, četrtnina (24) je končala srednjo šolo, nižjo kot poklicno izobrazbo ima 8 delavcev, medtem ko so 4 anketiranci zaključili višjo šolo ali fakulteto. Dva anketiranca nista odgovorila na to vprašanje.

Mesečni dohodki 57 anketirancev znašajo med 500 in 1.000 evri, medtem ko jih 33 mesečno prejme le 500 evrov ali manj. Dva anketiranca na to vprašanje nista odgovorila. Povprečna neto plača v Sloveniji za maj 2010 je znašala 956,55 evra (5). Večina anketirancev z denarjem, ki ga zasluži na delu v Sloveniji, preživlja svoje družine, ki so ostale v njihovi izvorni državi.

Približno ena tretjina anketirancev je poročala, da pogosto dobijo del plače izplačan »na roko«, kar je, glede na letna poročila Inšpektorata RS za delo, v Sloveniji precej pogost pojav, sploh med zaposlenimi v gradbenem sektorju, kjer prevladujejo prav migrantski delavci (6). Predvidevamo, da bi ta delež lahko bil še večji, saj je mogoče, da se nekateri delavci bojijo poročati oz. govoriti o tem.

Pomemben dejavnik, ki pozitivno vpliva tako na varnost in zdravje pri delu kot tudi na integracijo migrantskih delavcev, je znanje jezika države prejemnice. Neznanje jezika lahko namreč predstavlja pomembno oviro pri doseganju ustrezne stopnje varnosti in zdravlja pri delu ter oteži integracijo priseljencev, zato smo anketirance povprašali tudi o znanju slovenskega jezika. Triinšestdeset anketirancev je odgovorilo, da razumejo slovensko, vendar ne znajo govoriti, 8 jih tudi govori slovensko, medtem ko jih 20 brez težav govori in piše v slovenskem jeziku. En anketiranec na to vprašanje ni odgovoril.

Anketirance smo vprašali tudi po bivalnih pogojih, v katerih živijo v samskem domu. Nihče od delavcev v domu ni pričakoval razkošja, vendar pa kljub temu petina vprašanih meni, da so razmere v domu zelo slabe, skoraj polovica pa je mnenja, da so razmere povsem povprečne, razen možnosti pranja perila, kar je polovica vseh ocenila kot zelo slabo, in to povsem upravičeno, saj v domu nimajo pralnega stroja.

Na zdravje anketirancev poleg bivalnih razmer vplivajo tudi njihove življenjske navade in razvade. Glede na odgovore, ki smo jih prejeli, 32 delavcev kadi, 20 delavcev pije alkohol, uporabe nedovoljenih drog pa med anketiranimi nismo zabeležili. Velika večina anketiranih delavcev spi med 6 in 9 ur dnevno in se prehranjuje le dvakrat na dan, kar je izredno nezdravo, vendar pa ni presenetljivo, če upoštevamo, da možnosti prehrane na delovnem mestu nima skoraj nihče.

Vsi legalni migrantski delavci v Sloveniji bivajo in delajo na podlagi izdanega delovnega dovoljenja. Zbrani podatki kažejo, da imajo 3 anketiranci dovoljenje za delo, 22 dovoljenje za zaposlitev z veljavnostjo enega leta in možnostjo podaljšanja, 29 jih ima osebno delovno dovoljenje z veljavnostjo treh let in 37 vprašanih ima osebno delovno dovoljenje za nedoločen čas. Vrsta delovnega dovoljenja, ki ga delavec ima, je pogojena z njegovo prejšnjo zaposlitvijo. Tako lahko npr. delavec zaprosi za osebno delovno dovoljenje z veljavnostjo treh let le v primeru, da je bil zadnji dve leti zaposlen pri istem delodajalcu. Podatek, da je kar 73 vprašanih v zadnjih dveh letih delalo le za enega delodajalca, zato ne preseneča.

Delavce smo povprašali tudi o velikosti podjetja, za katerega delajo. Dvanajst vprašanih dela za podjetje z manj kot 10 zaposlenimi, 29 za podjetje z 10 do 50 delavci, 22 za podjetje z 50 do 250 zaposlenimi in 27 za podjetje z več kot 250 delavci. Dva anketiranca nista odgovorila na to vprašanje.

V preteklosti so anketirani delavci opravljali različna dela. Štiriinštirideset delavcev je opravljalo delo na

gradbenih odrih, 37 vzdrževalna in obnovitvena dela, 28 jih je čistilo in saniralo razne lokacije, 27 je rušilo razne objekte, 20 jih je opravljalo krovna dela, 13 jih je asfaltiralo, 11 pa jih je v preteklosti odstranjevalo azbest.

Poškodbe pri delu so v Sloveniji velik problem, saj po podatkih Inšpektorata republike Slovenije za delo (IRSD) presegamo povprečje Evropske unije, medtem ko je število smrtnih primerov še enkrat večje kot v skandinavskih državah (4). Vzroki za tako visoko število poškodb so različni, od nepoznavanja oziroma neupoštevanja varnostnih standardov, slabe organizacije dela, visokih obremenitev pri delu do (pre) majhnega števila inšpektorjev za delo na terenu.

Anketirance smo zato povprašali tudi o tem, ali poznajo tveganja za zdravje, s katerimi se vsakodnevno srečujejo pri svojem delu, ali so se udeležili usposabljanj s področja varnosti in zdravja pri delu in ali jim delodajalec zagotavlja potrebno osebno varovalno opremo. S tveganji za zdravje so anketiranci na splošno precej slabo seznanjeni, saj kar 35 vprašanih tveganj za zdravje ne pozna. To kaže na veliko neodgovornost delodajalca, ki svojih zaposlenih (kljub temu, da je k temu zakonsko obvezan) o tveganjih ni poučil. Več kot polovica anketirancev se tudi ni udeležila nikakršnih usposabljanj iz varnosti in zdravja pri delu, medtem ko jih več kot tretjina od delodajalca ni prejela ustrezne varovalne opreme. Mogoče je tu skrit vzrok za pogoste poškodbe pri delu, o katerih so poročali anketirani delavci, saj se jih je pri delu poškodovalo kar 39, kar predstavlja 42 odstotkov vseh vprašanih, od tega dobra petina tako hudo, da so morali pomoč poiskati v bolnišnici.

Zanimalo nas je tudi zdravstveno stanje anketiranih delavcev, zato smo jih prosili, da ocenijo svoje zdravje. Dvaintrideset vprašanih meni, da so dobrega zdravja, 53 jih ima manjše zdravstvene težave, medtem ko sta dva anketiranca mnenja, da sta resno bolna. Pet delavcev ni odgovorilo na to vprašanje. Skoraj polovica vprašanih tudi meni, da so njihove zdravstvene težave povezane z delom, ki ga opravljajo, oziroma da je

njihovo zdravstveno stanje zaradi njihovega dela še slabše. Glavne zdravstvene težave, ki jih navajajo, so težave s hrbtenico, poškodbe pri delu, utrujenost oziroma izčrpanost, povišan krvni tlak in bolezni srca in ožilja. Vendar pa anketiranci kljub zdravstvenim težavam le redko gredo v bolniški stalež. Kar 56 delavcev v zadnjih dveh letih ni bilo v bolniški. Najverjetnejši razlog za to je, da se bojijo za svojo zaposlitev in izgubo zaslužka ter posledično gredo v bolniški stalež le, ko so res bolni.

Slednje predvidevanje temelji na podatku, da skoraj polovica anketirancev kot eno največjih skrbi navaja prav negotovost zaposlitve. Poleg tega delavci omenjajo še stres pri delu, negativen odnos nadrejenih, slabe odnose s sodelavci, prekomerne obremenitve pri delu, nizek zaslužek, neredna plačila, neplačane nadure, dejstvo, da je zanje v Sloveniji vedno manj dela itd. Prav to zadnje se je kasneje izkazalo za zelo utemeljeno, saj je po kolapsu gradbenega sektorja pri nas zaposlitev izgubilo in posledično tudi zapustilo Slovenijo okoli 15.000 migrantskih delavcev, ki so se večinoma vrnil v svojo izvorno državo Bosno in Hercegovino.

Zaključki

Rezultati pilotne študije kažejo, da večina migrantskih delavcev v Sloveniji živi in dela v razmerah, ki so škodljive za njihovo zdravje. Povrhu vsega imajo ti delavci še zelo nezdrav življenjski slog, ki predstavlja dodatno tveganje za njihovo zdravje.

Dobljeni rezultati niso reprezentativni za celotno populacijo migrantskih delavcev v Sloveniji, vendar pa kljub temu nudijo pomemben vpogled v okoliščine pred gospodarsko krizo in kolapsom slovenskega gradbenega sektorja. Predvidevamo, da je resnično stanje še slabše, saj je bila pilotna študija izvedena na majhnem vzorcu delavcev v samskem domu, ki po mnenju delavcev sodi med enega boljših v Sloveniji. To je še dodatno potrdilo naša predvidevanja, da so potrebne dodatne podrobnejše raziskave. Seveda pa ne smemo pozabiti, da vsi zbrani podatki dejansko

temeljijo na subjektivnih ocenah in mnenjih samih migrantskih delavcev. Ker prihajajo iz različnih družbenih ozadij v novo okolje, je povsem mogoče, da imajo drugačna (nižja) pričakovanja, kar pomeni, da so lahko njihove dejanske bivalne in delovne razmere še precej slabše. Vsekakor pa ponavadi nimajo veliko možnosti za zdrave izbire, saj so njihovi viri zelo omejeni, kar je razvidno tudi iz rezultatov pilotne študije.

Čeprav je bil vzorec pilotne raziskave majhen, so rezultati velikega pomena, saj v doslej Sloveniji nismo imeli nobenih podatkov na tem področju. Raziskava je pomembna tudi kot izhodišče za nadaljnje delo KIMDPŠ, saj v prihodnosti načrtujemo raziskavo, s katero bi zbrali še več podatkov o zdravju migrantskih delavcev in pripravili tudi (pre)potrebne smernice za boljše varovanje zdravja te ranljive skupine.

Literatura in viri

1. Schenker Marc B. A global perspective of migration and occupational health. *American Journal of Industrial Medicine* 2010; 53: 329-337.
2. Statistični urad Republike Slovenije. Mednarodni dan migrantov 2010. [na spletu]. Dostopno na: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?ID=3632.
3. EU-OSHA, European Risk Observatory. Literature study on migrant workers. [na spletu]. Dostopno na: http://osha.europa.eu/en/publications/literature_reviews/migrant_workers
4. Medica K, Lukič G, Bufon M eds. Migranti v Sloveniji – med integracijo in alienacijo. Koper: Univerzitetna založba Annales; 2010.
5. Statistični urad Republike Slovenije. Povprečne mesečne plače, podrobni podatki, Slovenija, maj 2010 – končni podatki. [na spletu]. Dostopno na: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=3299.
6. Zveza svobodnih sindikatov Slovenije. Delavci migranti v primežu politike. [na spletu]. Dostopno na: http://www.zsss.si/index.php?option=com_content&view=article&id=371:tekoe-aktivnosti-zsss-na-podroju-migrantske-politike&catid=98:migracije-tekoadogajanja&Itemid=182.

REHABILITACIJSKI PROGRAMI ZA VOZNIKE – INOVATIVNE REŠITVE NA TUJIH IZKUŠNJAH

Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov.¹

Izvleček: S ciljem povečati prometno varnost in zmanjšati število prometnih nezgod z najhujšimi posledicami na slovenskih cestah novi Zakon o voznikih poleg drugih ukrepov predvideva tudi uvedbo rehabilitacijskih programov za voznike, ki vozijo pod vplivom alkohola in drugih psihoaktivnih snovi. Nove programe, ki jih imenujemo edukacijske in psihosocialne delavnice, formalno ureja tudi poseben pravilnik, interdisciplinarna skupina strokovnjakov, ki jo koordinira Javna agencija RS za varnost prometa, pa je pripravila njihovo vsebino. V tujini, predvsem v Združenih državah Amerike in evropskih nemško govorečih državah, imajo z rehabilitacijskimi programi bogate izkušnje, ki smo jih želeli v tem prispevku povzeti in primerjati s slovensko obliko edukacijskih in psihosocialnih delavnic.

Ključne besede: *rehabilitacijski programi za voznike, prometna varnost, vožnja pod vplivom alkohola in drog, evaluacijske metode*

Uvod

Konec lanskega leta sprejeti Zakon o voznikih v slovenski prostor uvaja rehabilitacijske programe za voznike, ki so jih začeli v Združenih državah Amerike in v nekaterih evropskih državah uvajati že v 70. letih prejšnjega stoletja. Izkušnje iz teh držav kažejo, da je mogoče z rehabilitacijskimi programi doseči dobre rezultate pri zmanjševanju števila tistih, ki ponavljajo prekrške vožnje pod vplivom alkohola in drog, ter pri spreminjanju stališč in posledično tudi vedenja v zvezi z vožnjo ter uživanjem alkohola in psihoaktivnih snovi. Ponekod so razvili različne rehabilitacijske programe tudi glede na ciljno skupino, npr. posebej programe za vinjene voznike, posebej za voznike, ki so vozili pod vplivom psihoaktivnih snovi, nato programe za voznike, ki vozijo prehitro, programe za mlade voznike, ki delajo prekrške, voznike, ki prekrške pogosto ponavljajo, in programe za agresivne voznike. Slovenska ureditev zaenkrat ponuja enotne rehabilitacijske programe za voznike, ki vozijo pod vplivom alkohola in drog, ter program dodatnega usposabljanja za varno vožnjo za voznike, ki so storili druge prekrške. V tem prispevku se bomo omejili le na programe, namenjene voznikom, ki vozijo pod vplivom alkohola in psihoaktivnih snovi.

Kot določa novi zakon, se bodo morali v rehabilitacijske programe vključiti vozniki, ki so jim bile izrečene kazenske točke zaradi vožnje pod vplivom alkohola, prepovedanih drog, psihoaktivnih zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi in jih bo v program napotilo sodišče po opravljenem kontrolnem zdravstvenem pregledu v primeru odložitve izvršitve stranske sankcije prenehanja veljavnosti vozniškega dovoljenja. Ustrezen program glede na ugotovitve kontrolnega zdravstvenega pregleda bo morala pred ponovnim opravljanjem vozniškega izpita obiskovati tudi oseba, ki ji je prenehala veljavnost vozniškega dovoljenja (1).

Poleg tega se lahko po opravljenem kontrolnem zdravstvenem pregledu ustreznega programa udeleži tudi imetnik veljavnega vozniškega dovoljenja enkrat v treh letih od tedaj, ko je bil prvič pravomočno kaznovan zaradi prekrška vožnje pod vplivom alkohola, če je bilo ugotovljeno, da je imel v organizmu več kot 0,80 do vključno 1,10 grama alkohola na kilogram krvi ali več kot 0,38 do vključno 0,52 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka. S potrdilom o opravljenem rehabilitacijskem programu se takšnemu udeležencu iz evidence kazenskih točk briše 4 pravomočno izrečene kazenske točke za prekršek vožnje pod vplivom alkohola (1).

¹ Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa

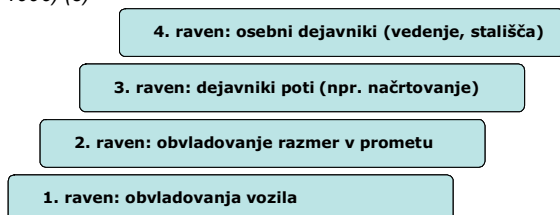
Na splošno o rehabilitacijskih programih za voznike

Cilj rehabilitacijskih programov za voznike je udeležencem preko samorefleksije pomagati do boljše osveščenosti v zvezi z varno vožnjo in posledično do spreminjanja stališč, predvsem tistih v zvezi z alkoholom. Voznikom, ki v prometu delajo prekrške, namreč ne manjka voznških veščin, ampak občutka družbene odgovornosti (2).

Avtorji poročila o evropskem projektu Andrea so rehabilitacijske programe opredelili kot sistematične ukrepe, namenjene kršiteljem prometnih predpisov, predvsem voznikom, ki so vozili pod vplivom alkohola ali so prekoračili omejitve hitrosti. Cilj teh programov je sprememba vedenja, da bi se tako preprečilo nadaljnje kršitve ali doseglo ponovno pridobitev voznškega dovoljenja (3).

V skladu s hierarhičnim modelom, ki ga je oblikoval Keskinen, na voznikovo vedenje v prometu vplivajo: na prvi ravni sposobnost obvladovanja vozila, na drugi ravni sposobnost obvladovanja razmer v prometu, na tretji ravni dejavniki, povezani z načrtovanjem poti, in na četrti ravni odnos posameznika do vožnje in prometne varnosti. Cilj rehabilitacijskih delavnic je vplivati na tretjo in četrto raven, in sicer na četrti ravni doseči spremembo neustreznega osebnega odnosa in stališč do vožnje pod vplivom alkohola in drugih psihoaktivnih snovi oz. do tvegane vožnje nasploh, na tretji ravni pa doseči spremembe pri načrtovanju poti tako, da bi ločili uživanje alkoholnih pijač od vožnje (3).

Slika 1: Hierarhični model voznikovega vedenja (Keskinen, 1996) (3)



Večina rehabilitacijskih programov se usmerja v problem vožnje pod vplivom alkohola. Vozniki, ki vozijo pod vplivom alkohola, so v manjšini, prav tako tudi tisti, ki vozijo prehitro, vendar pa glede na statistične podatke ti dve kategoriji voznikov povzročata znatno število prometnih nezgod.

Na splošno bi lahko rekli, da je cilj rehabilitacijskih programov »narediti neprimerne voznike primerne«. Učinki, ki jih lahko pričakujemo od uvajanja rehabilitacijskih programov, pa so: zmanjšanje verjetnosti ponavljanja kršitev, povečanje ravni znanja o posledicah vožnje pod vplivom alkohola ter povečanje občutljivosti za posledice vožnje pod vplivom alkohola. Ponekod so raziskovalci ugotavljali tudi, da udeleženci po opravljenem seminarju tudi na splošno manj pijejo in postanejo odgovornejši glede vožnje pod vplivom alkohola.

Izkušnje iz tujine

Slovenski model rehabilitacijskih programov se opira predvsem na avstrijske izkušnje, kjer so začeli te programe uvajati že v 70. letih prejšnjega stoletja. Približno v istem času se je razvoj programov za voznike začel tudi v Nemčiji, šele v 90. letih pa so sledile še druge evropske države, npr. Belgija, Anglija, Finska, Francija, severna Italija, Nizozemska, Portugalska in Švica. Večina teh programov se izvaja v obliki skupinskih delavnic, v katere se vključuje okoli 10 udeležencev, le v Franciji v skupine sprejmejo tudi do 20 ljudi, vendar v tem primeru skupino vodita dva izvajalca. V podporo izvedbi večine programov so razvili priročnike.

Evaluacija rehabilitacijskih programov se ne osredotoča na zmanjšanje števila nezgod, ki so jih povzročili vinjeni vozniki, ampak bolj na zmanjšanje deleža ponavljanja prekrškov vožnje pod vplivom alkohola med udeleženci programov v primerjavi s tistimi vozniki, ki so prav tako vozili pod vplivom alkohola, vendar se teh seminarjev niso udeležili. Tako večina evalvacij kaže, da se možnost ponovitve vožnje pod vplivom alkohola med skupino vinjenih voznikov, ki so obisko-

vali takšne seminarje, zmanjša za okoli 50 odstotkov v primerjavi s skupino vinjenih voznikov, ki se teh oblik rehabilitacije niso udeležili (2). Te rezultate lahko povežemo s spremembo stališč in vedenja v zvezi z vožnjo pod vplivom alkohola, nekateri raziskovalci so na primer ugotovili tudi, da so udeleženci seminarjev na splošno zmanjšali rabo alkohola.

Značilnosti programov, ki so imeli relativno dobre učinke, so: velikost skupine do 10 udeležencev; razporeditev posameznih srečanj na več tednov ali celo več mesecev; razdelitev v 3 do 6 srečanj s trajanjem posameznega srečanja od dveh do treh ur; usposobljenost izvajalcev za pogovor s težavnimi udeleženci o problematičnih osebnostnih vidikih ob ohranjanju profesionalnega odnosa; uporaba metod, ki omogočajo samorefleksijo (2).

Slabše ocenjeni program, s katerim niso uspeli zmanjšati ponavljanja prekrškov, je potekal v večji skupini (do 20 ljudi), osredotočil se je na klasične metode poučevanja, izvajali pa so ga strokovnjaki, ki niso bili usposobljeni za delo s problematičnimi skupinami slušateljev (pravni strokovnjaki, zdravniki) (3).

Za najuspešnejše so se izkazali rehabilitacijski programi, v katerih mora posameznik razpravljati o sebi s pomočjo strokovnjaka, in programi, ki jih izvaja omejeno število strokovnjakov ali celo samo eden, saj je tako večja možnost, da zgradi dober odnos s stranko in da se oblikuje skupinska dinamika. Večino rehabilitacijskih programov izvajajo posebej usposobljeni psihologi.

Tudi evaluacije samih programov kažejo spodbudne rezultate. Raziskava, ki so jo izvedli v okviru evropskega projekta Andrea in je zajela več kot 1300 udeležencev in 60 izvajalcev seminarjev v Avstriji, Belgiji, Franciji, severni Italiji in na Nizozemskem, je pokazala, da je udeležba na seminarjih velikemu deležu ljudi pomagala pri izogibanju novim kršitvam. Kar 75 odstotkov udeležencev je menilo, da je k temu prispevala predvsem vsebina seminarjev, zelo malo pa je k temu pripomogla visoka cena (le v 8,5 odstotkih). Med

posameznimi temami so udeleženci med najbolj uporabne uvrstili informacije o psiho-fizioloških posledicah alkohola, v precej nižjem deležu pa so videli uporabnost vsebin o sprejemljivosti družbenih norm (2).

Tako udeleženci programov kot tudi njihovi izvajalci so med metodami dali prednost pogovoru v skupini pred klasičnim načinom poučevanja. Čeprav je razkivanje osebnih težav pred skupino večini neprijetno, so udeleženci ocenili, da je pogovor o neprijetnih stvareh pomembnejši od klasičnih predavanj o dejstvih v zvezi z alkoholom (3).

Rehabilitacijski programi v Sloveniji

Kot določa novi Zakon o voznikih, med rehabilitacijske programe sodijo:

1. edukacijske delavnice, ki so namenjene osebam, pri katerih je bilo v kontrolnem pregledu ugotovljeno, da ne sodijo med tiste, ki tvegano in škodljivo pijejo, in je šlo v primeru vožnje in alkohola za enkratni dogodek, povezan z izjemnimi okoliščinami;
2. psihosocialne delavnice, ki namenjene osebam, za katere se v kontrolnem pregledu ugotovi, da sodijo med tiste, ki tvegano in škodljivo pijejo;
3. programi zdravljenja odvisnosti, ki so namenjeni osebam, za katere se v kontrolnem pregledu ugotovi, da so odvisne od alkohola (1, 4).

Medtem ko programi zdravljenja potekajo po standardiziranih programih zdravljenja odvisnosti, pa je Javna agencija RS za varnost prometa (AVP) oblikovala interdisciplinarno skupino strokovnjakov, ki je pripravila podrobnejšo vsebino edukacijskih in psihosocialnih delavnic. Vzporedno s tem je v prvi polovici leta potekalo tudi oblikovanje programa usposabljanja za izvajalce delavnic, ki so v skladu v Pravilnikom o edukacijskih in psihosocialnih delavnicah predvsem psihologi z več let delovnih izkušenj nad področju poučevanja ter psihološkega individualnega in skupinskega dela (5). Prvo usposabljanje izvajalcev je bilo septembra, drugo pa konec novembra 2011.

Edukacijske delavnice bodo potekale v skupini do 12 udeležencev v obsegu najmanj 6 pedagoških ur z vsebinami o varnosti cestnega prometa, tveganjih zaradi vožnje pod vplivom alkohola, prepovedanih drog, psihoaktivnih zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi, odgovornosti voznikov in psihosocialnih odnosih med udeleženci v cestnem prometu, vključujejo pa tudi načrtovanje spremembe ravnanja glede alkohola in vožnje. Njihov cilj je udeležence osvestiti glede vpliva alkohola na sposobnost za vožnjo (4). Delavnice so razdeljene na dve srečanja po tri šolske ure, ki ne smeta potekati v istem dnevu ali v dveh zaporednih dneh. Tako imajo lahko udeleženci več časa za razmislek o svojem dejanju in za načrtovanje prihodnjega ravnanja v zvezi z vožnjo in uživanjem alkohola. Delavnice namreč vključujejo tudi samostojno delo doma.

Psihosocialne delavnice prav tako potekajo v obliki skupinskih srečanj, le da je predvidena manjša skupina, od 8 do 10 ljudi. Obsegajo najmanj 17 pedagoških ur, ki so razdeljene v dve individualni srečanja, ki potekata na začetku in na koncu delavnic, ter 5 skupinskih srečanj po 3 šolske ure. Skupinska srečanja prav tako kot pri edukacijskih delavnicah ne smejo biti izvedena v istem dnevu ali v zaporednih dnevih, vendar se morajo zvrstiti v obdobju od 4 do 6 tednov.

Psihosocialne delavnice vključujejo emocionalni pristop ter soočanje z možnimi posledicami in načini spreminjanja ravnanja v prometu glede vožnje pod vplivom alkohola. Poudarek je na vsebinah o varnosti cestnega prometa, tveganjih zaradi vožnje pod vplivom alkohola, o odgovornosti voznikov ter o psihosocialnih odnosih med udeleženci cestnega prometa. Cilj programa je sprememba ravnanja na podlagi izmenjave izkušenj, prepričanj in spreminjanja stališč, motivov, refleksije na preteklo ravnanje in načrtovanje sprememb vedenja v prihodnosti (4).

Delavnice vključujejo veliko samostojnega dela doma s ciljem utrjevanja refleksije na lastno ravnanje in spreminjanje stališč v zvezi z vožnjo pod vplivom alkohola in drog ter načrtovanja prihodnjega ravnanja.

V psihosocialnih delavnicah se predvideva uporaba naslednjih metod: kratka interaktivna predavanja, strukturiran pogovor, študije primerov, videopredstavitve, praktične vaje s pomočjo delovnih listov, delo v manjših skupinah in v parih ter druge metode izkustvenega učenja.

Poleg izpolnjevanja splošnih pogojev (npr. napotitev po kontrolnem zdravstvenem pregledu) se od udeležencev za obe vrsti delavnic zahteva, da se jih udeležujejo redno (z izjemo enega dovoljenega izostanka pri psihosocialnih delavnicah), da na srečanja ne prihajajo pod vplivom alkohola ali drugih psihoaktivnih snovi ter da so pripravljeni v skupini delovati v skladu z določenimi pravili (npr. varovanje informacij zunaj skupine, aktivno sodelovanje, neuporaba mobilnih telefonov, neuporaba snemalnih naprav itd.).

Zaključek

Edukacijske in psihosocialne delavnice pomembno zaokrožajo splet ukrepov, ki jih prinaša novi Zakon o voznikih, katerega temeljni cilj je povečanje varnosti cestnega prometa in zmanjšanje števila prometnih n zgod z najhujšimi posledicami. Da pa bi zagotovili kakovostno izvedbo načrtovanih rehabilitacijskih programov, je treba vzpostaviti sistem nadzora kakovosti izvajanja delavnic in poskrbeti za stalno izpopolnjevanje izvajalcev. Ponekod v Evropi so se tega problema lotili z akreditacijo izvajalcev in organizatorjev rehabilitacijskih seminarjev, v Sloveniji pa sistema še nismo povsem določili.

Hkrati bi bilo treba že takoj ob začetku izvajanja rehabilitacijskih programov oblikovati tudi metode evaluacije njihovih učinkov, ki bi morali postati standardni procesi pri implementaciji programov in tudi pri razvoju novih metod dela. Smernice za evaluacijo programov potrebujejo tako upravni organi kot tudi organizatorji seminarjev. Na državni ravni bi morali formalno oblikovati nekakšen svet za evaluacijo, v nasprotnem primeru pa bi bilo treba pripraviti vsaj jasen opis zahtev za kakovostno izvedbo programov, ki bi moral

zajemati tako zahteve glede doseganja ciljev kot tudi uporabe metod in gradiv. Pri tem tuji strokovnjaki opozarjajo na nujnost tesnega sodelovanja med pristojnimi državnimi organi in organizatorji rehabilitacijskih programov (3).

Izvajanje rehabilitacijskih programov morajo ustrezno podpirati tudi drugi sistemi, na primer sistem napotitve v ustrezen program, v katerega bodo vključeni po eni strani sodišča, po drugi pa centri medicine dela, prometa in športa, ki bodo opravljali napotitvene kontrolne zdravstvene preglede in ki jih je določilo Ministrstvo za zdravje v skladu s Pravilnikom o zdravstveni pogojih voznikov motornih vozil in jih objavilo v Seznamu pooblaščenih izvajalcev zdravstvene dejavnosti (6, 7).

Literatura

1. Zakon o voznikih (ZVoz). Uradni list RS 2010; 109: 16905-29.
2. Bartl G. Analysis of driver rehabilitation programmes. 2003. Na spletu: <http://www.alles-fuehrerschein.at/dokumente/Pres%20GOCA%2010%202003%20Bartl.pdf>.
3. Bartl G, Assaily JP, Chatenet F, Hatakka M, Keskinen E, Willmes-Lenz G. EU-Project »ANDREA«: Analysis of driver rehabilitation programmes. Wien: Kuratorium für Verkehrssicherheit KfV, Institut für Verkehrspsychologie, 2002.
4. Javna agencija Republike Slovenije za varnost prometa. Rehabilitacijski programi. 2011. Na spletu: <http://www.avp-rs.si/avp/avp-si.nsf/avp/rehabilitacijski-programi>.
5. Pravilnik o edukacijskih in psihosocialnih delavnicah. 2011. Na spletu: http://www.mzp.gov.si/fileadmin/mzp.gov.si/pageuploads/DPR/Predlogi_predpisov_DPR/11_03_03_P_o_educacijskih_in_psihosocialnih_delavnicah.pdf.
6. Pravilnik o zdravstvenih pogojih voznikov motornih vozil. Uradni list RS 2011; 47: 6324-7.
7. Ministrstvo za zdravje RS. Seznamu pooblaščenih izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Na spletu: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/javno_zdravje/Pravilnik_vozniki_2011/seznam_pooblascenih_izvajalcev_241011.pdf.

PSIHOLOŠKI VIDIKI ODZIVA NA STRES PRI SREDNJEM MENEDŽMENTU

Mag. Nataša Dernovšček Hafner, univ. dipl. psih.

Izvleček: V prispevku je predstavljen Karaskov Model zahtev in nadzora na primeru srednjega menedžmenta, ki je za pojav stresa še posebej ranljiva skupina. Prikazan je pomen socialne podpore kot pomembnega inštrumenta za dvig delovne motivacije.

Ključne besede: *stres na delovnem mestu, srednji menedžment, zahteve dela, nadzor nad delom, socialna podpora*

Stres na delovnem mestu

Stres na delovnem mestu lahko prizadene kogarkoli in kjerkoli. Pojavi se lahko v vsakem sektorju in v organizacijah vseh velikosti. Vpliva na zdravje in varnost posameznikov, pa tudi na zdravje organizacij in nacionalnih gospodarstev.

Po podatkih Evropske agencije za zdravje in varnost pri delu v EU zaradi stresa na delovnem mestu trpi vsak 4. delavec, s stresom je povezanih od 50 do 60 odstotkov vseh izgubljenih delovnih dni (1). To predstavlja veliko škodo tako z vidika človeške stiske kot tudi slabše gospodarske uspešnosti.

Psihološki znaki stresa na delovnem mestu se kažejo kot: razdražljivost, nezadovoljstvo z delom, zaskrbljenost, pomanjkanje energije in navdušenja, občutek ujetosti, spremembe v vedenju in drugo (2, 3).

Negativne posledice delovanja stresa na delovnem mestu so: slabo zdravje in počutje zaposlenih, pojav duševnih in telesnih bolezni, zmanjšana produktivnost zaradi povečanega absentizma, prezentizma in fluktuacije, konflikti med menedžmentom in zaposlenimi ter težavno usklajevanje zasebnega in poklicnega življenja (2, 3).

V spreminjajočem se svetu dela se od delavcev vse več zahteva. Zadnji podatki Evropske raziskave o delovnih razmerah (EWSC) kažejo naraščanje delovnih zahtev od leta 1991, ko je bila narejena prva tovrstna raziskava (4). Predvidevamo, da se bo zaradi zmanj-

ševanja števila zaposlenih, večje potrebe po prilagodljivosti glede nalog, znanja in spretnosti, vse pogostejše negotovosti zaposlitve in večje intenzivnosti dela še povečevalo število ljudi, ki trpijo zaradi stresa.

Model zahtev in nadzora (model JD-C)

S stresom na delovnem mestu so se ukvarjali mnogi avtorji. Eden najbolj znanih ter pogosto citiranih psiholoških modelov je Model zahtev in nadzora avtorja R. Karaseka (JD-C Model, Job Demand-Control Model, 1979) (3).

Model temelji na predpostavki, da interakcija med delovnimi zahtevami in stopnjo nadzora v smislu svobode pri odločitvah v zvezi z delom pomembno določa psihološke pritiske, povezane z delom.

Delovne zahteve so psihološki stresorji, ki so prisotni v vsakem delovnem okolju, npr: 1. kako hitro in kako »trdo« je treba delati za realizacijo določene naloge; 2. ali je za izpolnitev nalog dovolj časa; 3. količina dela, ki ga je potrebno opraviti; 4. koliko dela je treba opraviti pod velikim časovnim pritiskom; 4. stopnja koncentracije, ki se zahteva za izpolnitev določene naloge; 5. prisotnost konfliktnih zahtev; 6. kolikokrat pride do prekinitve ali upočasnitve dela, ker smo soodvisni od dela drugih (3, 4).

Možnost odločanja v zvezi z delom se nanaša na posameznikov nadzor nad nalogami, ki jih opravlja. Ta dimenzija je sestavljena iz dveh, med seboj dopol-

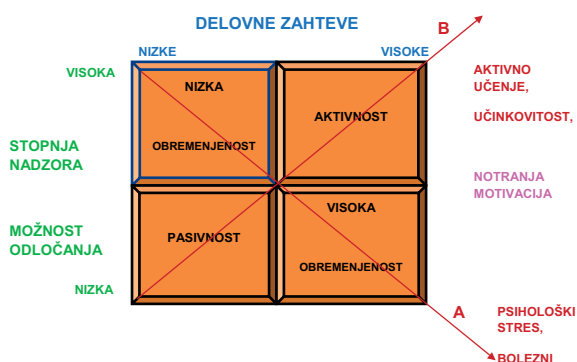
¹ Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa

njujočih se komponent: sposobnosti prave presoje, ki se krepi z učenjem novih veščin, kreativnostjo, raznovrstnostjo nalog in zmožnostjo sprejemanja odločitev glede svojega dela, ter vpliva na organizacijsko politiko (3).

Pomembne odločitve v zvezi z delom so lahko: možnost načrtovanja dela, razporeditev delovnega časa in nadzor nad njim (fleksibilen delovni čas, načrtovanje odmorov), ureditev delovnega okolja, izbira sodelavcev.

Model zahtev in nadzora je v tem besedilu predstavljen s poudarkom na srednjem menedžmentu, ki predstavlja zelo ranljivo skupino glede doživljanja stresa na delovnem mestu. Srednji menedžment se nahaja v sredini organizacijske hierarhije (npr.: odgovoren za poslovno enoto, vodja oddelka oz. projektni vodja). Običajno odloča o aktivnostih, ki zadevajo bližnjo prihodnost in uresničujejo strategije, ki jih določa višji menedžment. Pomembna naloga srednjega menedžmenta je tudi, da skrbi za dobre odnose med sodelavci, razrešuje konflikte in vzpodbuja timsko delo. Tako se pogosto znajde v t. i. »položaju sendviča«, saj je razpet med odgovornostjo za izvajanje odločitev nadrejenih na eni strani in skrbjo za dobro počutje in zastopanje interesov svojih zaposlenih na drugi strani (5).

Slika 1: Karasekov model zahtev in nadzora (prirejeno po Peter L. Schnall in Paul A. Landsbergis)



1. Psihološki pritiski, stres na delovnem mestu in možnosti za pojav s stresom povezanih bolezni se povečujejo, ko imamo pri delu opraviti z visokimi delovnimi zahtevami in nizko možnostjo odločanja (slika 1: smer puščice A). Primer: srednji menedžment.
2. Po drugi strani pa lahko večjo aktivnost pri delu in pozitivni psihološki učinek na zaposlenega pričakujemo, ko je ob visokih delovnih zahtevah dovoljena visoka stopnja svobode pri delovnih odločitvah (slika 1: smer puščice B). Primer: strokovnjak v demokratično organiziranem delovnem okolju.
3. Nizke delovne zahteve in visoka možnost odločanja so povezane z nizko ravno doživljanja napetosti, kar privede do zmanjšanja interesa za delo. Primer: redke, skoraj utopične službe.
4. Nizke zahteve delovnega mesta in majhne možnosti odločanja so povezane z nizko motivacijo, kar vodi do pasivnosti in dolgočasia. Takšno delovno mesto zaposlenemu ne nudi priložnosti za razvoj svojih potencialov. Primer: proizvodni delavec.

Glavni poudarek Karasekovega modela je, da visoki obremenitev pri delu ne povzročajo visoke zahteve delovnega mesta same po sebi, temveč visoke zahteve v kombinaciji z nizko možnostjo odločanja (6, 7). Visoke zahteve povzročajo napetost, ki se ne more pretvoriti v akcijo, saj posameznik nima možnosti odločanja ali pa je ta nizka. Ta napetost se ponotranji in obrne proti posamezniku v obliki utrujenosti, izčrpanosti ter psihičnih težav, kot so: anksioznost, depresivna motnja ter zloraba alkohola in drog (kot mehanizma za sprostitev).

Ključna točka, ki predstavlja generator aktivnosti, je avtonomija oz. možnost, da posameznik sam odloča in izbira, kako bo načrtoval svoje delo in katere metode bo pri delu uporabil.

Pomemben vidik za uspešno delo je tudi notranja motivacija, to je motivacija za delo zaradi dela samega, veselja in zadovoljstva, ki ga pri delu doživljamo (ne pa zaradi neke zunanje nagrade, pohvale, zaslужka).

Odgovor, kako povečati notranjo motivacijo, se skriva v dimenziji socialne podpore, ki ga je modelu Karaseka dodal Johnson s sodelavci (2, 8). V primeru, da se zahteve dela, možnost nadzora in socialna podpora povečajo, nudi delo več izzivov in daje več možnosti za učenje in razvoj sposobnosti. Socialna podpora je neformalna mreža odnosov in interakcij, ki posameznika zadovoljujejo in mu nudijo emocionalno, praktično in informacijsko podporo (8). Poznamo 2 vrste socialne podpore:

- praktična: instrumentalna (npr. pomoč pri določeni nalogi, projektu), informacijska (izmenjava informacij),
- čustvena (skrb in pozornost do sodelavca).

Vir socialne podpore v delovnem okolju je lahko nadrejeni ali sodelavec, v širšem okolju pa družina in prijatelji. V skladu z ugotovitvami raziskav med zdravstvenimi delavci že dejstvo, da zaposleni zaznava, da je v delovnem okolju na voljo instrumentalna socialna podpora, pripomore k večji notranji motivaciji za delo (6). Raziskava o vplivu vrste socialne podpore na zadovoljstvo pri delu pa kaže, da ima zaznana podpora nadrejenega večji vpliv na zadovoljstvo pri delu kot podpora sodelavcev (8).

Johnson govori tudi o bremenu izolacije (6), ki so mu izpostavljeni prav srednji menedžerji v t. i. položaju sendviča, za katerega so značilne visoke zahteve na delovnem mestu, nizka stopnja možnosti odločanja in šibka socialna podpora na delovnem mestu. Ta skupina zaposlenih pogosteje poroča o izčrpanosti in drugih psihičnih motnjah.

Zaključek

Pri visokih psihičnih zahtevah na delovnem mestu je torej mogoče zmanjšati utrujenost ter preprečiti izčrpanost z visoko stopnjo avtonomije oz. večjo možnostjo odločanja.

Za večanje notranje motivacije za delo pa je pomembno, da je v delovnem okolju prisotna velika stopnja socialne podpore. Pozornost menedžmenta bi morala biti usmerjena predvsem v aktivnosti, s katerimi bi znotraj organizacijske enote vzpodbujali potencial podpornega sistema med sodelavci ter skrbeli za podporni sistem v razmerju menedžment – delavec.

Literatura

1. Evropska agencija za zdravje in varnost pri delu [spletna stran]. [pridobljeno 03.11.2011]. Dostopno na naslovu: http://osha.europa.eu/sl/topics/stress/index_html.
2. Černigoj Sadar N. Stres na delovnem mestu. Teorija in praksa; 2002; 39 (1): 81-102.
3. Spence Laschinger HK, Finegan J, Shamian J, Almost J. Testing Karasek's Demands-Control Model in Reconstructed Healthcare Settings. Effects of Job Strain on Staff Nurses' Quality of Work Life. JONA; 2001; 31: 233-43.
4. Evropska fundacija za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer [spletna stran]. Foundationa Focus – Health and work: a difficult relationship? [pridobljeno 07.11.2011]. Dostopno na naslovu: <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef1117.htm>
5. Dernovšček Hafner N. zdravje menedžerjev v procesu prestrukturiranja podjetij. Čili za delo, revija za zdravje na delovnem mestu, 2010;12.
6. Van Yepren NW, Hagedoorn M. Do high job demands increase intrinsic motivation or fatigue or both? The role of job control and job social support. Academy of Management Journal; 2003; 46 (3): 339-48.
7. Hammar N, Alfredsson L, Johnson JV. Job strain, social support at work, and incidence of myocardial infarction. Occup Environ Med; 1998; 55: 548-53.
8. Brought P, Pears J. Evaluating the influence of the type of social support on job satisfaction and work related psychological well-being. International Journal of Organisational Behaviour; 2004; 8 (2): 472-85.

IZVAJANJE PSIHOLOŠKIH PREGLEDOV V DEJAVNOSTI VAROVANJA ZDRAVJA DELAVCEV

Uvod

Psihološke preglede v dejavnosti varovanja zdravja delavcev lahko v skladu s Pravilnikom o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev opravljajo le psihologi s končanim diplomskim študijem. To so univerzitetni diplomirani psihologi oziroma psihologi s končano drugo stopnjo psihologije po bolonjskem programu in z dodatnimi znanji S področja ocenjevanja delazmožnosti in področja psihologije prometa.

Program usposabljanja je bil sprejet na Razširjenem strokovnem kolegiju za medicino dela in posredovan Ministrstvu za zdravje. Postopek psihološkega pregleda mora zajemati tako aplikacijo ustreznih psiho-diagnostični postopkov kot tudi usmerjen psihološki razgovor. Uporaba generiranih interpretacij, ki jih izdelajo nekateri računalniško vodeni psihološki preizkusi, niso ustrezni in ne morejo nadomestiti celovitega psihološkega pregleda.

V dejavnosti varovanja zdravja delavcev je ključna kompetenca za delo psihologa ocenjevanje usklajenosti zahtev delovnega okolja, obremenitev v delovnem okolju in posameznikovih zmožnosti, lastnosti in sposobnosti. Prav tako je pomembno tudi izvajanje ukrepov za obvladovanje pojavljanja psihosocialnih stresorjev v delovnem okolju, ki predstavljajo temeljna tveganja za pojavljanje nezmožnosti, doživetij preobremenjenosti in motenj psihičnega funkcioniranja.

V dejavnosti varovanja zdravja delavcev mora torej opravljati psihološke preglede ter ostale dejavnosti varovanja zdravja delavcev, predvsem ohranjanje psihosocialnega zdravja, ustrezno usposobljen psiholog, ki opravi usposabljanje po programu, sprejetem na Razširjenem strokovnem kolegiju za medicino dela.

Temeljno usposabljanje iz spoznavanja dela, delovnega mesta, delavca in humanizacijskih ukrepov ter postopkov ocenjevanj delazmožnosti

Poseben poudarek je na delih, kjer so večje nevarnosti poškodb in večja tveganja za zdravje delavcev, udeležencev v prometu in športnikov. To usposabljanje skupaj traja 6 mesecev. Dodatna 2 meseca sta namenjena spoznavanju delovnih mest in učenju sodelovanja s specialistom medicine dela, prometa in športa ter varnostnim inženirjem v postopku izdelave ocen tveganj. V tem času mora kandidat sodelovati vsaj pri 5 ocenah tveganja.

Od tega mora opraviti:

- 3 mesece usposabljanja v enoti medicine dela, kjer je zaposlen psiholog za področje varovanja zdravja delavcev
- 3 mesece usposabljanja na KIMDPŠ s posebnim poudarkom na zakonodaji in predstavitvi razvojno-raziskovalnega dela. Če ni mogoče organizirati usposabljanja v enoti, je kandidat 6 mesecev na KIMDPŠ.

**Doc. dr. Marija Molan, univ. dipl. psih.,
višja zdravstvena svetnica**

INFORMACIJSKI POOBLAŠČENEC ODGOVARJA NA VPRAŠANJE KIMDPŠ

Vprašanje KIMDPŠ

Ali smemo javnosti posredovati podatek o podjetju, iz katerega prihajajo delavci, oboleli zaradi škodljivih učinkov delovnega okolja (in se domneva, da obstaja vzročna zveza med škodljivimi snovmi v delovnem okolju in v procesu dela ter boleznijo delavcev).

Odgovor informacijskega pooblaščenca

Če ste dokument, ki vsebuje ta podatek pridobili v okviru vašega delovnega področja, predstavlja informacijo javnega značaja po Zakonu o dostopu do informacij javnega značaja (ZDIJZ), ki je praviloma prosto dostopna. Izjeme od prostega dostopa so določene v prvem odstavku 6. člena ZDIJZ, po tretjem odstavku iste zakonske določbe pa **se ne glede na obstoj morebitnih izjem** (med drugim tudi poslovne skrivnosti, kot jo določa zakon, ki ureja gospodarske

družbe) **dostop do podatkov dovoli**, če gre za **podatke glede emisij v okolje, odpadkov, nevarnih snovi v obratu** ali podatke iz varnostnega poročila in druge podatke, za katere tako določa zakon, ki ureja varstvo okolja.

Glede na umestitev citirane določbe v ZDIJZ (druga alineja tretjega odstavka 6. člena ZDIJZ) gre za t. i. **absolutno pravilo dostopnosti informacije za javnost**. Zato po našem mnenju ne le da ni ovir za posredovanje informacije o okolju, iz katerega izvirajo škodljivi vplivi za zdravje ljudi, ampak obstaja izrecna zaveza zavezanca za posredovanje informacij javnega značaja, da tako ravna, če oz. ko prejme zahtevo.

Informacijski pooblaščenec je pritožbeni organ tako v primeru, če je prosilec na zavezanca naslovil zahtevo po ZDIJZ, kot tudi če je naslovil zahtevo po Zakonu o medijih.

STROKOVNE NOVOSTI IN DILEME NOVEGA ZAKONA VARNOSTI ZDRAVJU PRI DELU

V primerjavi s starim Zakon o varnosti in zdravju pri delu (Uradni list RS, št. 56/1999 in 64/2001) novi Zakon o varnosti in zdravju pri delu (Uradnem listu RS, št. 43/11), ki stopi v veljavo 24. novembra 2011, pri naša strokovne novosti pa tudi dileme pri izvajanju.

Ugotovitve in razprava

V 1. členu zakon določa pravice in dolžnosti delodajalcev in delavcev v zvezi z varnim in zdravim delom ter ukrepe za zagotavljanje varnosti in zdravja pri delu.

V 3. členu pod točko 3 opredeljuje nezgodo pri delu kot nepredviden oz. nepričakovan dogodek na delovnem mestu ali v delovnem okolju, ki se zgodi v času opravljanja dela ali zunaj dela in ki povzroči poškodbo delavca.

Nevaren pojav je opredeljen kot dogodek, ob katerem je ali bi lahko nastala premoženjska škoda, je ali bi lahko bilo ogroženo zdravje ali življenje delavca oz. bi lahko prišlo do nezgode delavca, zaradi katere bi bil delavec nezmožen za delo.

Sredstvo z delo je objekt, namenjen za delovne in pomožne prostore, delovna oprema, sredstva in oprema za osebno varnost pri delu snovi in pripravki.

Promocija zdravja na delovnem mestu so sistematične ciljne aktivnosti in ukrepi, ki jih delodajalec izvaja zaradi ohranjanja in krepitev telesnega in duševnega zdravja delavcev.

Izvajalec medicine dela je izvajalec zdravstven dejavnosti, ki opravlja dejavnost medicine dela, prometa in športa in mu delodajalec poveri izvajanje zdravstvenih ukrepov v zvezi z zdravjem pri delu.

V 4. členu je opredeljeno, da Državni zbor Republike Slovenije sprejme nacionalni program varnosti in zdravja pri delu. V nacionalnem programu se določi strategijo razvoja področja varnosti in zdravja pri delu, katere namen je varovanje življenja, zdravja in delovne zmoglosti delavca, preprečevanje nezgod pri delu, poklicnih bolezni in bolezni, povezanih z delom.

Prelog nacionalnega programa pripravi Vlada Republike Slovenije po posvetovanju s strokovno javnostjo in socialnimi partnerji.

V skladu s 5. členom mora delodajalec posebno skrb nameniti zagotovitvi varnosti in zdravja pri delu nosečnic, mladih in starejših delavcev ter delavcev z zmanjšano delovno zmoglostjo ter pri izbiri ukrepov v skladu s posebnimi predpisi upoštevati posebna tveganja pri delu, ki so jim ti delavci izpostavljeni.

6. členu določen, da mora delodajalec načrtovati in izvajati promocijo zdravja na delovnem mestu.

Glede na 15. člen zakona socialni partnerji v Ekonomsko-socialnem svetu, zavarovalnice in zavodi s področja zdravstvenega zavarovanja ter pokojninskega in invalidskega zavarovanja sodelujejo pri načrtovanju skupnih dejavnosti za doseg višje ravni varnosti in zdravja pri delu za splošen razvoj varnostne kulture. Navedene zavarovalnice in zavodi zagotavljajo sredstva, ki so za ta namen potrebna. Obveznost delodajalca iz zavarovanja za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni je odvisna od ravni varnosti in zdravja pri delu.

V 17. členu je opredeljeno, da v izjavi o varnosti z oceno tveganja delodajalec na podlagi strokovne ocene izvajalce medicine dela določi posebne zdravstvene zahteve, ki jih morajo izpolnjevati delavci za določeno delo, v delovnem procesu ali za uporabo posameznih sredstev za delo.

V skladu s 24. členom mora delodajalec sprejeti ukrepe za preprečevanje, odpravljanje in obvladovanje primerov nasilja, trpinčenja in nadlegovanja ter drugih oblik psihosocialnega tveganja na delovnih mestih, ki lahko ogrozijo zdravje delavcev.

V 33. členu so opredeljeni zdravstveni ukrepi v zvezi z varnostjo in zdravjem pri delu, ki jih izvaja izvajalec medicine dela. Med drugim je opredeljeno, da pri

opravljanju svojih nalog izvajalec medicine dela sodeluje z osebnim zdravnikom delavca in z izvedenskimi organi invalidskega in zdravstvenega zavarovanja zaradi izmenjave podatkov o zdravstvenem stanju delavca ter pomoči pri ugotavljanju upravičenosti do začasne oz. trajne zadržanosti z dela in ocenjevanje delovne zmožnosti.

Izvajalec medicine dela lahko po predhodni pisni privolitvi delavca od osebnega zdravnika delavca pridobi oz. vpogleda podatke o zdravstvenem stanju delavca, o njegovem zdravljenju in rehabilitaciji. Izvajalec medicine dela mora osebnemu zdravniku na njegovo zahtevo posredovati informacijo o obremenitvah delavca na delovnem mestu in o zahtevah njegovega delovnega mesta.

V 35. členu je poudarjeno, da morata strokovni delavec, ki mu je delodajalec poveril opravljanje strokovnih nalog varnosti in zdravja pri delu, ter izvajalec medicine dela pri izvajanju nalog varnosti in zdravja pri delu sodelovati.

Kot opredeljuje 41. člen, mora delodajalec inšpekciji dela takoj prijaviti vsako nezgodo pri delu s smrtnim izidom oz. nezgodo pri delu, zaradi katere je delavec nezmožen za delo več kot tri delovne dni, kolektivno nezgodo, nevaren pojav in ugotovljeno poklicno bolezen. Opredeljeni so tudi podatki, ki jih mora zbrati delodajalec v ta namen, med drugim tudi »odločba«, s katero je delavcu priznana poklicna bolezen. Kdo izda to »odločbo«, ni opredeljeno. Ali je to pooblaščen specialist medicine dela, prometa in športa ali izvedenski organ Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, ki priznava poklicno bolezen?

V skladu z 42. členom evidenco prijav nezgod, kolektivnih nezgod, nevarnih pojavov in ugotovljenih poklicnih bolezni (pravilno bi bilo verificiranih) vodi Inšpektorat Republike Slovenije za delo kot upravljavec podatkov. Inšpektorat obdeluje podatke in evidence prijav brez osebnih podatkov, ki bi omogočali identifikacijo posameznega delavca, zaradi spremljanja in analiziranja vzroka nezgod s smrtnim izidom in ne-

zgod, zaradi katerih je delavec nezmožen za delo več kot tri delovne dni, kolektivnih nezgod, nevarnih pojavov in ugotovljenih poklicnih bolezni ter zaradi načrtovanje politike preprečevanja nezgod in bolezni ter zaradi statističnih namenov. Upravljavec ima pravico zahtevati podatki o vrsti poškodbe, vrsti bolezni ter vrsti in trajanju odsotnosti z dela tudi od upravljavcev zbirk podatkov s področja zdravstvenega varstva.

Ne glede na 44. člen, ki govori, da se za zbiranje, obdelavo in posredovanje osebnih podatkov uporabljajo določbe zakona, ki ureja varstvo osebnih podatkov, ocenjujem, da bodo pri zbiranju, obdelavi, analizi in sintezi zdravstvenih podatkov Inšpektorata RS za delo kršena določila zakona o varstvu osebnih podatkov. Veljavnosti in zanesljivosti podatkov o sumih na poklicno bolezen, poklicnih boleznih in boleznih, povezanih z delom, je možno pridobiti le preko zakonsko opredeljenega sistema odkrivanja, verifikacije, priznavanja in registracije, ki je v domeni medicinske stroke. Evaluacija in primerjava podatkov ter epidemiološko spremljanje je mogoča le z zakonsko opredeljitvijo in ustanovitvijo registra sumov na poklicno bolezen, poklicnih boleznih in bolezni v zvezi z delom, kar je domena medicinske stroke in Ministrstva za zdravje RS in ne republiškega upravnega organa, tj. Inšpektorata RS za delo, ki pa bo letno v pisni obliki prejemal integralno poročilo o problematiki s predlogom ukrepanja.

Ocenjujem, da bi bilo v Sloveniji treba registrirati vse nezgode pri delu, tudi tiste z enodnevno nezmožnostjo za delo zaradi kompleksnega spremljanja in obvladovanja problematike. V skladu z 52. členom ima delavec med drugim pravico odkloniti delo, če mu grozi neposredna nevarnost za življenje ali zdravje, ker niso bili izvedeni predpisani varnostni ukrepi, ter zahtevati, da se nevarnost odpravi.

V skladu s 54. členom ima delavec pravico do zdravstvenih pregledov, obenem pa se mora odzvati in opraviti zdravstveni pregled, ki ustreza tveganju za varnost in zdravje pri delu na določenem delovnem mestu.

V 61. členu je bolezen, povezana z delom, opredeljena kot bolezen, pri kateri imata delovni proces oz. delovno okolje vlogo predisponirajočega, ne pa tudi vzročnega dejavnika za njen nastanek in ki je pomembna za zbiranje podatkov zaradi izboljšanja delovnih razmer. Ta opredelitev ni v skladu v definicijo Svetovne zdravstvene organizacije iz leta 1985, ki opredeljuje z delom povezano bolezen kot mnogovzročno zdravstveno okvaro, na nastanek katere so vplivali fizikalni, psihosocialni, individualni, sociokulturni dejavniki in dejavniki delovnega okolja.

V skladu z 62. členom minister, pristojen za delo, imenuje strokovno posvetovalno telo Svet za varnosti zdravje pri delu, ki ga sestavljajo zlasti strokovnjaki za varnost pri delu, medicino dela in socialno varstvo ter strokovnjaki iz delodajalskih organizacij in sindikatov. Člani sveta iz delodajalskih organizacij in sindikatov imenuje minister na predlog Ekonomsko-socialnega sveta.

Sklep

Za učinkovito implementacijo novega zakona o varnosti in zdravju pri delu je treba v podzakonskih aktih zagotoviti ustrezno podporo:

1. V okviru nacionalnega programa varnosti in zdravje pri delu je treba med drugim sprejeti organizacijo varnosti in zdravja pri delu v RS od republiške do lokalne ravni (priloga).
2. Dopolniti je treba seznam poklicnih bolezni v RS v skladu z novimi spoznanji stroke (sprejeti nov pravilnik).

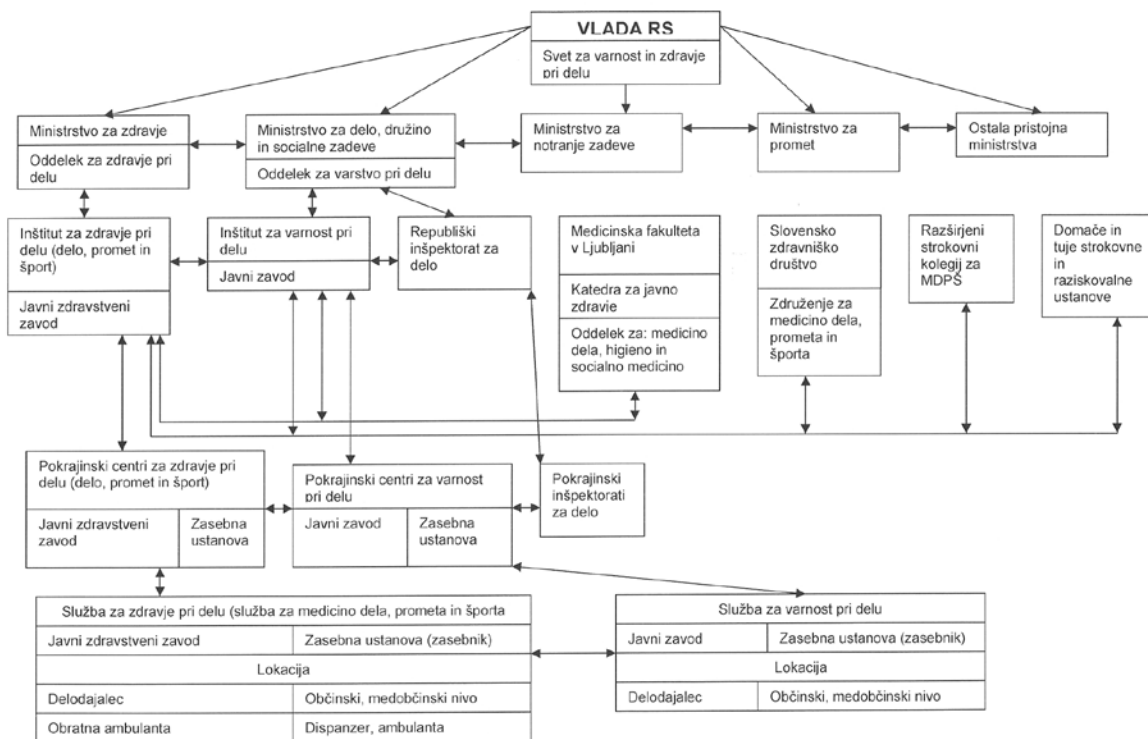
3. Z zakonom je treba opredeliti sistem odkrivanja, verifikacije, priznavanja in registracije poklicnih bolezni v RS (vzpostaviti nacionalni register poklicnih bolezni, ki bi se financiral iz državnega proračuna).
4. Zakonsko je treba določiti smernice, ki opredeljujejo enotno strokovno medicinsko doktrino na področju verifikacije poklicnih bolezni v RS.
5. Vzpostaviti je treba sistem delavskih zavarovalnic ali v okviru že obstoječe zdravstvene zavarovalnice opredeliti poseben ločen sklad, da bi omogočili zavarovanje delavca za primer poškodb pri delu in poklicnih bolezni.

Vse članice Evropske unije morajo poenotiti svoje evidence o incidenci in prevalenci poklicnih bolezni, da se vzpostavi enoten evropski register poklicnih bolezni, ki bi omogočal redno epidemiološko spremljanje in ustrezno ukrepanje s ciljem zagotavljanja večje varnosti in boljšega zdravja pri delu.

Pri Ministrstvu za zdravje, ki je v Predlogu zakona o zdravstveni dejavnosti neustrezno opredelilo dejavnost medicine dela, prometa in športa kot osnovno zdravstveno dejavnost na primarni ravni, je treba s strokovnimi in pravnimi argumenti sprožiti postopek za spremembo predloga zakona, ki bo opredelil dejavnost MDPŠ opredelil kot specialistično dejavnost na sekundarni in terciarni ravni, kar pomeni tudi uskladitev z evropsko zakonodajo na področju varnosti in zdravja pri delu (Konvencija ILO C161 o službah za zdravje pri delu iz leta 1985).

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

Slika 1. Predlog organizacije varnosti in zdravja pri delu v RS



POUDARKI POROČILA OECD O ZAPOSLOVANJU DELAVCEV INVALIDOV

(OECD. *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. A Synthesis of Findings across OECD Countries*. Paris: OECD Publishing; 2010.)

Invalidnost definiramo kot večrazsežnosten in dinamičen pojav, ki zajema fizične in/ali psihične ovire, ki vodijo v funkcionalne omejitve (omejitve delovanja v vsakodnevnih aktivnostih)¹. Lahko je samoocenjena ali pa predstavlja pravni status.

Vsebina knjige zaobjema podatke držav OECD o invalidnosti pri delavcih in priporočila, ki temeljijo predvsem na zakonodajah, ki so se po raziskavah izkazale za uspešne. Predstavlja ekonomski kontekst, trende bolniškega staleža in invalidnosti, smernice zakonodajnih reform ter spodbude za zdravnike in delodajalce. V nadaljevanju opisujem temeljne in uporabne poudarke.

Glavni razlogi za posvečanje tematiki invalidnosti pri delavcih

1. Odstotek samoocene invalidnosti pri populaciji, ki je stara med 20 in 64, znaša v državah OECD okoli 15 odstotkov, vključno s Slovenijo.
2. Glede na staranje prebivalstva v večini držav OECD in s tem povezano potrebo po dodatni delovni sili, ki bi vzdrževala ekonomsko rast in dobrobit družbe, se zdi, da se je nemogoče izogniti potrebnim kompleksnim spremembam v zakonodaji na področju invalidnosti. Med ljudmi, ki so stari med 50 in 64 let, jih namreč več kot dvakrat toliko kot celotno prebivalstvo med 20 in 64 letom poroča o kroničnih zdravstvenih težavah ali invalidnosti. Vključevanje oseb z invalidnostjo na trg dela bi lahko preprečilo negativen vpliv staranja na številčnost delovne sile.
3. Pri polovici držav OECD lahko le del povečanja upravičencev do invalidskih prejemkov v zadnjih desetletjih pripišemo spremembam v starostni

strukturi prebivalstva. Povprečni letni prirast upravičencev do prejemkov zaradi invalidnosti je namreč znašal trikrat več kot prirast v povečanju populacije, ki ima potencialno tveganje za invalidnost. Pri drugi polovici držav pa je invalidnost upadala kljub staranju prebivalstva.

4. Od 50 do 90 odstotkov prošenj za pravice iz invalidskega zavarovanja v večini držav prihaja po določenem obdobju bolniškega staleža. Ker glede na podatke pretekli bolniški stalež močno poveča možnost za prehod med prejemnike invalidnine, so potrebni preventivni ukrepi na delovnem mestu in identifikacija ter spremljanje potencialno dolgotrajnih zdravstvenih težav v zgodnjih fazah.
5. V številnih državah se še vedno opaža osredotočenost preventivne dejavnosti na preprečevanje delovnih nezgod in poklicnih bolezni, naslednji korak, ki se večinoma še ni zgodil, pa je preprečevanje izstopa iz trga dela zaradi slabih delovnih razmer.

Stopnja zaposlenosti delavcev z invalidnostjo

Okoli 6 odstotkov prebivalstva med 20. in 64. letom starosti dobiva prejemke iz naslova invalidnosti. Stopnja zaposlenosti oseb z invalidnostjo je bila v državah OECD v prejšnjih letih v povprečju 40-odstotna, stopnja zaposlenosti oseb brez invalidnosti pa v povprečju 75-odstotna. Prav tako je stopnja zaposlenosti pri osebah z duševnimi motnjami nizka – le ena oseba z duševno motnjo izmed štirih je zaposlena. V večini držav to ustreza od 40- do 70-odstotni stopnji zaposlenosti pri osebah z drugimi zdravstvenimi težavami. Nizka stopnja zaposlenosti teh oseb pomeni

¹ Po Mednarodni klasifikaciji funkcioniranja, invalidnosti in zdravja (ICF; International Classification of Functioning, Disability and Health)

visoke socialne stroške. Čeprav dobivajo prejemke, imajo v povprečju nižje prihodke in veliko večjo verjetnost za revščino - v nekaterih državah tudi dvakrat večjo možnost za revščino kot splošna populacija.

Številni ljudje s težavami z zdravjem si želijo delati in so sposobni delati na načine, ki ustrezajo njihovemu zdravstvenemu stanju. Ponovno vključevanje v delovni proces je v takem primeru najboljši način spoprijemanja z odvisnostjo od prejemkov in s socialno izključenostjo teh ljudi. Nove možnosti za zaposlitev namreč spodbujajo socialno vključevanje in zmanjšujejo tveganje za revščino, lahko pripomorejo k duševnemu zdravju in hitrejšemu okrevanju ter zmanjšujejo javno porabo zaradi prejemkov iz naslova invalidnosti.

Vidik ekonomske krize

V številnih državah OECD je bila stopnja zaposlitve pri ljudeh z invalidnostjo nizka že pred recesijo v letu 2008. Ekonomska kriza pa je še dodatno povečala možnosti, da tisti, ki so dolgotrajno brezposelni, preidejo v bolniški stalež ali pa invalidnost. Podatki iz prejšnjih obdobij recesij na območju OECD nas namreč opozarjajo na to, da ekonomska kriza bolj prizadene ranljive skupine zaposlenih kot splošno populacijo. Ob pojavu recesije najprej naraste nezaposlenost, s časovno zakasnitvijo od nekaj mesecev do nekaj let pa ji sledi povečanje stopnje invalidnosti. Ob ekonomskem vzponu in razvoju se nezaposlenost izboljša, invalidnost pa ostaja na podobni stopnji.

Vpliv tehnološkega razvoja

Med nizkokvalificiranimi delavci so pogosto delavci s težavami z zdravjem ali invalidnostjo, za katere je bolj verjetno kot za ostale, da so predčasno opustili šolanje. Tehnološke spremembe so skupaj z globalizacijskimi pritiski povzročile negativne vplive na zaposlitvene možnosti nizkokvalificiranih delavcev, saj so se aktivnosti, za katere je potrebna takšna kvalifikacija, pomaknile iz držav OECD na druga območja. To zmanjšuje zaposlitvene priložnosti teh delavcev.

Povečana tekmovalnost in hitrejša tehnološka spremembe so sprožile spremembo delovnih razmer v državah OECD, ki gredo v smeri manjše varnosti zaposlitve, zahtevnejših delovnih obremenitev in povečanega delovnega pritiska. Vse to pomeni slabši dostop do dela za ljudi z invalidnostjo oz. zmanjšano zmožnostjo za delo. Vendar pa povečanje možnosti za nestandardno zaposlitev, kot je na primer zaposlitev za skrajšani delovni čas, omogoča več delovnih priložnosti za te delavce. V večini držav ljudje z zdravstvenimi težavami tudi dejansko pogosteje kot ostali zaposleni delajo skrajšani delovni čas.

Duševno zdravje in delo

V državah OECD hitro narašča število prosilcev za prejemke iz naslova invalidnosti zaradi duševnih motenj (v povprečju je teh zahtevkov tretjina), pogosto pri relativno mladih ljudeh – okoli 70 odstotkov vseh prosilcev je starih med 20 in 34 let. Za mlade je še posebej pomembno, da se izvaja močne reintegracijske ukrepe, da imajo podporo pri iskanju službe in svetovanje, da se ta podpora začne takoj po nedokončanem šolanju in da se čim kasneje oblikuje končne ocene stopnje invalidnosti (npr. na Nizozemskem oblikujejo končno oceno pri 27. letih).

Trend povečane intenzitete dela med letoma 1995 in 2008, ki ga lahko opazimo v večini držav, pomeni po raziskavah glavni dejavnik zaznanega stresa pri delu. Zahtevne delovne dolžnosti pa lahko sprožijo več bolezni, povezanih s stresom pri delu, ki vodijo v povečanje števila prosilcev za prejemke iz naslova invalidnosti. Longitudinalna raziskava nekaterih držav OECD kaže, da so zaposleni, ki so spremenili standardno zaposlitev v manj standardno (merjeno glede na tip pogodbe in število delovnih ur), v splošnem poročali o znižanju duševne blaginje. Regresijska analiza te iste raziskave kaže, da dolgotrajna nezaposlenost in neaktivnost morda vplivata na slabše zdravje posameznika, še posebej na duševno zdravje, vračanje na delo pa morda vpliva na izboljšanje zdravja.

Delni bolniški stalež

V severnih državah OECD obstaja možnost delnega bolniškega staleža (delna plača in delni prejemek ob delu za krajši delovni čas ali ob prilagojenih delovnih nalogah), ki se je najbolje izkazal pri duševnih motnjah in o katerem se zdravnik odloča vsakokrat, preden potrdi polni bolniški stalež. Podatki spremljanja pacientov v obdobju treh let kažejo, da pogosto predpisovanje delnega bolniškega staleža zmanjšuje prehode v invalidnost.

Ocenjevanje teže invalidnosti

Treba je ocenjevati delovno zmožnost, ne pa nezmožnost. Ocenjevanje mora biti izvedeno čim prej, da se prepreči dolgotrajno neaktivnost prosilca in posledično izgubo stika s trgom dela. Pri ocenjevanju se je treba usmeriti na iskanje možnosti za zaposlitev za krajši delovni čas, šele po izključitvi te možnosti pa naj bi se razmišljalo o drugih možnih rešitvah.

Čeprav ima lahko nekdo nespremenjeno zdravstveno stanje, pa ima lahko zaradi boljše zmožnosti za shajanje z boleznijo in tudi boljšega znanja o tem, kako bolezen oz. motnjo nadzorovati na delovnem mestu, dejansko izboljšano delovno zmožnost.

Vloga delodajalcev

Bolniški stalež je priložnost za spremljanje zdravstvenega stanja delavcev in za organiziranje njihove vrnitve na delo. Pri tem je treba dati delodajalcem čim pomembnejšo vlogo. Delodajalci imajo namreč dobro izhodišče za ocenjevanje delavčevih zmožnosti in potrebnih prilagoditev. Delodajalec pa je tudi v dobrem položaju za opazovanje prvih znakov bolezni ali motenj in za poznavanje delavčevih prednosti ter sposobnosti. Pomembno je, da sodeluje s predstavniki delavcev, ki so mu lahko pri vseh teh nalogah v veliko pomoč. Danes pa se pogosto dogaja, da se invalidnosti in bolniški staleži uporabljajo kot neke vrste

delodajalčevo prikrivanje zniževanja delovne sile. Na Nizozemskem so delodajalci v sodelovanju z delavci dolžni razviti, slediti in nadgraditi načrt reintegracije s številnimi vmesnimi ocenjevalci tega procesa. Delodajalčeve dolžnosti je treba dopolniti s finančnimi spodbudami v obliki subvencij za bolniški stalež in s podporo ter svetovanjem na področju izpolnjevanja obveznosti (nasvet o primerni prilagoditvi delovnega prostora ipd.). Na Nizozemskem mora delodajalec že v prvem tednu bolniškega staleža obvestiti zdravnika v svojem podjetju o staležu in po osmih tednih skupaj z delavcem pripraviti načrt reintegracije, ki ga mora vsakih 6 tednov obnavljati. Ti ukrepi so se izkazali za učinkovite pri zmanjšanju bolniškega staleža.

Predlogi za zakonodajne reforme

Sistem na področju invalidnosti mora podpirati ljudi, ki ne zmorejo dela, in hkrati tudi tiste, ki imajo delovno zmožnost. Zato zmanjševati prejemke ljudem, ki že trpijo za boleznimi, in jih siliti v rehabilitacijo ali v iskanje službe, ni pravično do nekaterih skupin, vendar pa tudi počasna zakonodajna reforma ni zadovoljiva za ljudi, ki lahko in si želijo delati ter so pogosto izključeni in živijo v revščini.

V zadnjih dveh desetletjih so številne države spremenjale zakonodajo, a ugotovitve kažejo, da je bil vložek v zaposlitveno in rehabilitacijsko podporo prenizek, da bi se lahko odrazil v zvišanju stopnje zaposlenosti pri ljudeh z zdravstvenimi težavami. Vseeno pa spreminjeni kazalci invalidnosti v nekaterih državah, ki so izvedle korenite reforme, kažejo na to, da je zakonodaja pomembna. Te reforme so zajele ne le izboljšanje zaposlitvene podpore, temveč tudi težji dostop do prejemkov iz naslova invalidnosti s pomočjo močnejših zahtev do delavca in delodajalca. Pristop se je torej premaknil iz pasivnosti v večjo usmerjenost v zaposlitev.

Izluščimo lahko tri glavne pristope sodobnih zakonodajnih reform in priporočil za spodbujanje zaposlovanja oseb z invalidnostjo.

1. Postopno uveljavljanje pristopov in ukrepov, ki so usmerjeni v ohranjanje zaposlitvenega statusa in ponovno vključevanje na trg dela:
 - b) zakonodaja, ki določa enakopravne možnosti pri zaposlovanju, napredovanju, odpuščanju ipd.;
 - c) zaposlitvene kvote (slabost teh je, da ne izboljšajo položaja ljudi z blagimi kroničnimi zdravstvenimi težavami);
 - d) dolžnost delodajalca, da prilagodi delovno mesto ali da poišče drugo primerno zaposlitev za delavca;
 - e) podporna zaposlitev, ki predstavlja prehod med bolniškim staležem in zaposlitvijo na običajnem delovnem mestu;
 - f) zaščitena zaposlitev, ki so jo nekatere države posodobile, saj se je izkazala za neuspešno zaradi preprečevanja poklicnega napredovanja in povzročanja segregacije (te države so spodbudile prehod iz zaščitene zaposlitve v običajno zaposlitev; uveljavile so akreditacijski sistem za delodajalce iz zaščitene zaposlitve);
 - g) zgodnejša poklicna/zaposlitvena rehabilitacija (nekatere države uveljavljajo princip »rehabilitacija pred prejemki«, da bi s tem aktivirale prosilce, Švica pa se celo pomika k principu »rehabilitacija namesto prejemkov«);
 - h) subvencije delodajalcem za plače teh delavcev (primer: na Danskem nudijo subvencije samo v primeru, ko se izčrpajo vse možnosti za rehabilitacijo).

2. Izboljšanje institucionalne ureditve:
 - a) finančne spodbude izvajalcem storitev na podlagi dejanskih zaposlitvenih izidov (merjenje tega, koliko ljudem so uspešno pomagali pri zaposlitvi in ne tega, koliko ljudi se je posluževalo njihovih storitev);
 - b) večja podpora delodajalcem pri svetovanju in informacijah ter ozaveščanju o tem, da prilagoditev delovnega mesta po raziskavah v eni tretjini primerov ne stane nič in le v redkih primerih stane izdatno;
 - c) spodbujanje nastajanja mrež delodajalcev, v katerih si delodajalci izmenjujejo izkušnje glede zaposlovanja teh delavcev, oblikujejo smernice, poiščejo zaposlitev za nekega delavca pri drugemu delodajalcu ipd.
 - d) Ostrejša politika do prejemkov iz naslova bolniškega staleža in invalidnosti:
 - e) objektivnejši medicinski kriteriji za določanje upravičenosti do bolniškega staleža in prejemkov;
 - f) manj ocenjevanja zmožnosti za lasten poklic in več ocenjevanja zmožnosti v okviru splošnih zahtev trga dela in zmožnosti za različne poklice;
 - g) spremembe v plačevanju prejemkov (poenotenje višine prejemkov iz naslova bolniškega staleža ali invalidnosti z višino prejemkov iz naslova nezaposlenosti, začasnost prejemkov iz naslova invalidnosti, enoten prejemek za celotno delovno prebivalstvo – iz naslova nezaposlenosti, bolniškega staleža in invalidnosti);
 - h) promoviranje dela (primeri: ko se prejemnik preizkuša v nekem delu ali dela nekje za krajši čas, se mu za ta čas prekinejo prejemki iz naslova invalidnosti; višji prejemki za rehabilitacijo kot za invalidnost; polni prejemki iz naslova invalidnosti le v primeru, če oseba ni zaposljiva na nobenem izmed vseh možnih delovnih mest in poklicev);
 - i) poostreno spremljanje bolniškega staleža za namene zgodnje intervencije (npr. oblikovanje smernic za osebne zdravnike za določanje bolniškega staleža, ki bi zagotavljal hitro in polno okrevanje ter vrnitev na delovno mesto in upošteval morebitne slabe vplive dolgotrajne neaktivnosti delavca).

Ana Vidovič, univ. dipl. psih.

STROŠKI IN POSLEDICE NEZGOD PRI DELU

(Hrymak V, Damian Pérezgonzález J. *The costs and effects of workplace accidents: Twenty case studies from Ireland*. Health and Safety Authority Series 02/2007. Pridobljeno s spletne strani: <http://arrow.dit.ie/schfsehrep/1/>.)

Uvod

Članek povzema študijo primerov dvajsetih nezgod pri delu, ki so se zgodile na Irskem. V njem so obravnavane negativne psihične, telesne in finančne posledice nezgod pri delu, ki so prizadele delavce in delodajalce.

Metodologija

Dvajset naključno izbranih delodajalcev (eden od teh je bil samozaposlen) in devetnajst poškodovanih delavcev je bilo pripravljenih sodelovati v študiji. Vse

nezgode pri delu so se zgodile v obdobju med letoma 1995 in 2006. Z anketiranjem so bili pridobljeni trije različni sklopi podatkov:

- podatki o stroških in posledicah nezgode pri delu, ki jih je nosil delodajalec,
- podatki o stroških in posledicah nezgode pri delu, ki jih je nosil delavec,
- podatki o vrsti nezgode.

Pred objavo študije primerov so vsi zaposleni in delodajalci, ki so v njej sodelovali, izrazili zadovoljstvo s točnostjo predstavljenih podatkov o nezgodi pri delu, v katero so bili vpleteni. Naslednja preglednica povzema nezgode pri delu, zajete v študiji primerov.

Tabela 1. Nezgode pri delu, zajetih v študiji primerov

Delavec	Vrsta nezgode pri delu	Poškodba in druge posledice
Električar	Padec z lestve	Počena rebra
Negovalka	Spotik ob strgani preprogi na stopnicah	Upokojena zaradi poškodbe roke
Tovarniški delavec	Stik s strojem za pakiranje	Trajna invalidnost zaradi poškodbe prstov
Tovarniški delavec	Padec s skladiščnega ogrodja	Trajna poškodba, ki preprečuje ukvarjanje s športom
Električar	Električni šok	Stalna bolečina v roki na neposredni sončni svetlobi
Koordinator vozil nujne medicinske pomoči	Stres v zvezi z delom	Stres
Medicinska sestra na psihiatričnem oddelku	Napad bolnika	Manjše poškodbe in okrevanje
Negovalka	Praske z možnostjo okužbe	Manjše poškodbe in okrevanje
Reševalec	Reševanje osebe iz avtomobila	Poškodba hrbta
Mizar	Stik s krožno žago	Trajna invalidnost zaradi poškodbe prstov
Zdravstvena delavka	Trčenje avtomobila s kamionom	Poškodba vratu
Učitelj lesarstva	Stik s skobeljnim strojem	Trajna invalidnost zaradi poškodbe prstov
Tovarniški delavec	Potiskanje okvarjenega vozička	Poškodba kolena
Pomočnica v gostinstvu	Porezano zapestje pri odpiranju pločevinke	Raztrganina
Električar	Zastrupitev z ogljikovim monoksidom	Stalni glavoboli
Delovodja	Nanj je padel nadstrešek	Poškodba glave
Delavka v občinski upravi	Verbalni napad	Stres
Delavka v občinski upravi	Potencialna okužba z rabljenimi injekcijskimi iglami	Posttravmatski stresni sindrom
Zdravstvena delavka	Spotik ob kolescu toaletnega bolniškega stola	Stalna bolečina
Mizar	Stik s kombiniranim poravnalnim in debelinskim skobeljnim strojem	Trajna invalidnost zaradi poškodbe prstov

Stroški in posledice nezgode pri delu, ki so jih nosili delavci

Finančne posledice

Finančna izguba, ki so jo utrpeli delavci, se je zelo razlikovala od primera do primera. Sedem zaposlenih ni utrpelo nikakršne finančne izgube. Dvanajst zaposlenih je utrpelo finančno izgubo v razponu od manj kot 1.000 do 112.000 evrov. Povprečen znesek, ki ga je teh dvanajst oseb izgubilo, je znašal približno 21.000 evrov. V navedenih številkah so upoštevana tudi vsa prejeta nadomestila. Največji delež denarne izgube zaposlenih, tj. približno 85 odstotkov, predstavlja izgubljeni dohodek v obliki plač in plačila za nadurno delo.

Pet zaposlenih se srečuje s stalnimi finančnimi izgubami zaradi spremenjenega zaposlitvenega statusa, ki je posledica nezgode pri delu. Če se razmere teh zaposlenih ne bodo spremenile, bodo ti verjetno med preostalo delovno dobo izgubili med 38.000 in 268.000 evrov.

Telesne posledice

Vsi zaposleni so se utrpeli telesne posledice nezgode pri delu in soočiti so se morali z različno intenzivno bolečino in trpljenjem. Čeprav stopnja bolečin ni objektivno merljiva, je šestnajst od dvajset zaposlenih prizadela stopnja bolečin, ki jo lahko opišemo kot zelo bolečo poškodbo. Deset zaposlenih ima trajne telesne okvare, ki so posledica nezgode pri delu.

Trajanje odsotnosti z dela nam lahko nakaže stopnjo resnosti poškodb. Dva zaposlena nista bila odsotna z dela, deset jih je bilo odsotnih z dela od enega meseca do enega leta. Dva zaposlena pa sta bila odsotna z dela več kot leto.

Psihične posledice

Več kot polovica zaposlenih je poročala o zaskrbljenosti in več kot polovica je menila, da so prizadeti tudi njihova bližnja družina in prijatelji. Četrtnina je navajala depresivnost. Več kot polovica tistih zaposlenih, ki so poročali o dveh ali več negativnih psihičnih posledicah, je navajala raznovrstne psihične učinke nezgode pri delu. Pet zaposlenih je potrebovalo svetovalno pomoč.

Celoten vpliv nezgod na zaposlene je bil velik. Sedemnajst zaposlenih je ta vpliv nezgode ocenilo s stopnjo precejšen ali velik. Poleg tega so vpliv nezgode bolj »občutili« zaposleni kot delodajalci. Raziskava je pokazala, da so zaposleni morali prenašati negativne finančne, telesne in psihične posledice nezgode precej dlje kot njihovi delodajalci.

Naslednje izbrane izjave iz študij primerov dajejo jasno sliko vplivov in učinkov na zaposlene:

»Ostala sem sama s svojo nezmožnostjo.«

»Nevrolog mi je rekel, da obstaja možnost, da se stanje ne bo več izboljšalo, če nisem okravala do zdaj. Tako se moram sama znajti v življenju.«

»Zdravnik in žena sta me prepričevala, naj grem k psihiatru. Najprej sem se upiral, potem pa sem le šel. Na koncu sem ga obiskoval več kot dve leti. Postavil mi je diagnozo depresija in mi predpisal zdravljenje z antidepresivi.«

»Zdravnik mi je povedal, da trpim za posttravmatsko stresno motnjo zaradi nezgode.«

»Zdravnik mi je povedal, da je nezmožnost za delo glavni vzrok moje depresije.«

»Ne vem, ali se bom še kdaj ukvarjal s katerim koli športom ne glede na moj nekdanji status (član irske državne reprezentance).«

»Zbolel sem zaradi slabih delovnih razmer, zato ne nameravam več staviti na kocko svojega zdravja. Preprosto ni vredno. Spominjam se najhujšega obdobja bolezni in ne želim kaj takega prestajati še enkrat.«

»Vsakozi me spremlja občutek, da nisem varna na svojem delovnem mestu.«

Stroški in posledice za delodajalce

Finančni stroški

Finančni stroški delodajalcev so bili precej različni, zneski so segali od nič do več kot 3,8 milijona evrov. Če izločimo najvišje in najnižje stroške ter izpostavimo dvanajst najbolj nazornih študij primerov, ugotovimo, da znašajo stroški nezgode pri delu v povprečju okoli 52.000 evrov. Eden izmed delodajalcev je navedel, da je po nezgodi ogrožena njegova finančna sposobnost preživetja.

Posledice nezgod pri delu so bile proizvodne izgube. Nadaljnje izgube so zajemale stroške za plače nadomestne delovne sile ali plačilo nadur, stroške ponovnega uvajanja, odškodninske zahtevke zaradi osebnih poškodb, račune za popravila, povračilo zdravstvenih in potnih stroškov in povečan nadzor. Največji stroški, ki so jih delodajalci imeli zaradi nezgod pri delu, so bili stroški za plače odsotnih ali nadomestnih delavcev. Ti so znašali skoraj polovico (45 odstotkov) skupnih izgub.

Za nekatere od teh delodajalcev bodo stroški rasli še naprej zaradi odškodninskih zahtevkov v zvezi z poškodbami. Izmed dvajsetih študij primerov so bili doslej v osmih primerih vloženi odškodninski zahtevki zaradi poškodb, štirje so bili poravnani. Odškodninski zahtevki so bili vloženi za skoraj polovico resnejših nezgod iz teh študij primerov. Od poravnanih zahtevkov so tri odškodnine znašale vsaka okoli 30.000 evrov, četrta odškodnina je znašala 152.000 evrov. Eden izmed štirih neporavnanih zahtevkov je bil ocenjen na okoli 200.000 evrov.

Še ena posledica nezgod pri delu, ki so jo študije primerov potrdile, je pojav zamere zaposlenega do delodajalca. Več kot tretjina (7 od 19) poškodovanih zaposlenih je poročala o »precejšnji« ali »veliki« zameri do delodajalca po nezgodi pri delu. Zamera zaposlenega je nastala večinoma zaradi odnosa delodajalca do zaposlenega po nezgodi pri delu in manj zaradi nezgode same.

Nižja produktivnost

Zaradi posebnih težav pri ugotavljanju, za koliko se je zmanjšala produktivnost kot posledica nezgode pri delu, so celotne finančne izgube delodajalcev, ki jih tu predstavljamo, seveda prenizko ocenjene. Delodajalci so ob vprašanju stroškov zaradi nižje produktivnosti težko navajali zneske. Namesto konkretnih zneskov so navajali posledice nižje produktivnosti in nastalih stroškov. Stroške in posledice so opisali z besedami:

»Organizirali bi nadurno delo, da bi nadomestili odsotnost.«

»Delo bi počakalo, dokler se poškodovani ne bi vrnil na delo ali dokler ne bi našli koga drugega.«

»Dovolj nas je, da nadomestimo manjkajočega delavca.«

»Delo bo trajalo dalj časa, preden bo končano.«

»Poklicali smo stranko in ji sporočili, da bo delo končano pozneje.«

»Morali smo prositi preostalo osebje, da je prevzelo dodatne delovne obveznosti.«

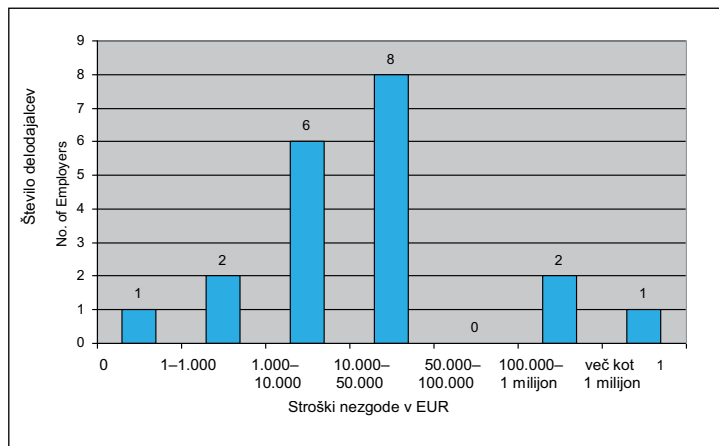
»Oseba, ki je nadomestila manjkajočega, ni bila enako izkušena.«

»Stranke so opazile, da ni osebe, s katero so običajno sodelovale.«

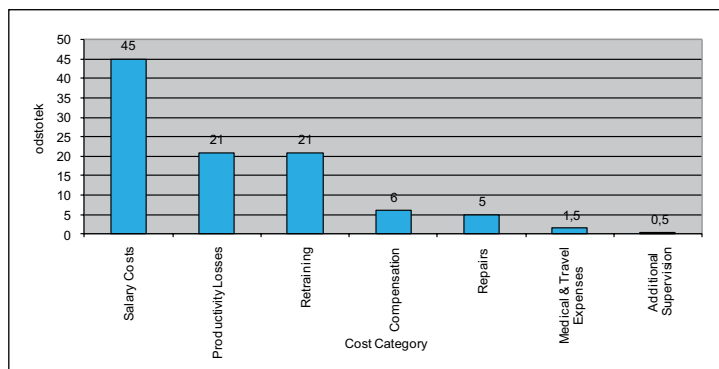
»Med njihovo odsotnostjo delo ni potekalo neprekinjeno.«

»Njihova odsotnost nas je spravila v neprijeten položaj.«

Slika 1: Višina stroškov delodajalcev zaradi nezgod pri delu



Slika 2: Razdelitev po vrstah skupnih stroškov delodajalca



Sklep

Študije primerov prikazujejo bolečine, trpljenje in finančno izgubo, ki so jih utrpeli zaposleni in njihovi delodajalci zaradi nezgod pri delu. Zato je jasno in posebej poudarjeno sporočilo raziskave, da je treba število nezgod pri delu zmanjšati, kolikor je mogoče.

Raziskava sporoča delodajalcem in zaposlenim: delodajalci bi morali razumeti, da nezgoda lahko prizadene zaposlenega in njegovo družino v bistveno večjem obsegu, kot je na splošno priznано. Moralna, zakonska in poslovna dolžnost delodajalcev je, da predvsem preprečujejo nezgode pri delu.

Zaposleni bi morali dojeti težo stroškov in posledic nezgod pri delu, ki lahko obremeni njih in njihove družine. Zaposleni potrebujejo čim varnejše delovno okolje, kar jasno potrjujejo grafični prikazi in številke.

**Mag. Victor Hrymak, Tehnološki inštitut v Dublinu
(Dublin Institute of Technology)**

NIŽJE IZOBRAŽENI DELAVCI NA POTI K ZDRAVJU – IZZIVI ZA ZDRAVSTVENO VZGOJO

V okviru projekta LEECH (Izboljšanje kompetenc nižje izobraženih delavcev v zvezi z zdravjem) je KIMDPŠ v januarju izvedel dvodnevni seminar *Nižje izobraženi delavci na poti k zdravju – izzivi za zdravstveno vzgojo*.

V projektu smo štirje partnerji izvedli raziskavo med zaposlenimi o njihovem odnosu do zdravja, na podlagi katere smo pripravili priročnik, ki je namenjen v podporo svetovalcem, kadrovikom in ostalim, ki se pri svojem delu srečujejo z nižje izobraženimi delavci (NID). Na seminarju smo predstavili odnos nižje izobraženih delavcev do zdravja v širšem kontekstu ter pristope in metode zdravstvene vzgoje ter promocije zdravja za NID. Seminarja se je udeležilo več kot 50 udeležencev iz različnih podjetij, organizacij in zavodov. Namen seminarja je bil približati področje zdravstvene vzgoje in promocije zdravja za NID zaposlenim, ki se dnevno srečujejo s to skupino.



Utrinek s seminarja (Foto: Tanja Urdih Lazar)

Klavdija Besednjak, univ. dipl. pol.

BODI ERGO!

Letos spomladi smo sodelavci inštituta sodelovali pri zanimivem projektu o ergonomski ureditvi pisarniškega delovnega mesta, ki ga je pripravila skupina dijakov in učiteljic Srednje upravno administrativne šole v Ljubljani. Učiteljici strokovnih predmetov in telesne vzgoje sta nas namreč povabili k pilotnemu projektu Bodi ergo, katerega cilj je dijake – bodoče pisarniške delavce naučiti ergonomsko ustrezne ureditve delovnega mesta pri delu z računalnikom ter razteznih vaj, ki jih je mogoče narediti na delovnem mestu in s katerimi lahko razbremenimo najbolj obremenjene dele telesa pri tovrstnem delu, npr. vrat, zgornji del hrbta, roke, dlani in prste.

Dijaki so s pomočjo učiteljev oblikovali znak in slogan projekta (Bodi ergo!) ter oblikovali plakat s slikami priporočljivih razteznih vaj, ki so jih predstavili v sliki in besedi. Sodelavci KIMDPŠ, predstojnica doc. dr. Metoda Dodič Fikfak, dr. med., spec. MDPŠ, Kristjan Lipičnik, dr. med., in Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov., smo izvedli uvodno predavanje o osnovnih ergonomskih načelih ureditve delovnega mesta pri delu z računalnikom ter praktično delavnico. Na prvo srečanje so dijaki prinesli fotografije svojih delovnih kotičkov doma ali v dijaškem domu. Fotografije smo skupaj analizirali z ergonomskimi očali, do drugega srečanja pa so morali dijaki svoja delovna oz. študijska mesta reorganizirati čim bolj v skladu s pravili, ki so jih slišali na uvodnem predavanju, in to »preobrazbo« tudi fotografirati. Na delavnici ob drugem srečanju so tako dijaki ob fotografijah predstavili, kako so poskušali izboljšati svoj študijski

kotiček, njihovo delo pa smo točkovali glede na upoštevanje strokovnih načel, inovativnost in vloženo delo. Dijakinja, ki se je pri tem najbolje izkazala, je prejela praktično nagrado. Delavnica se je zaključila še s kratkim kvizom, v katerem so dijaki v skupinah tekmovali v poznavanju ergonomije. Najboljša skupina je bila prav tako nagrajena.

Sodelovanje s Srednjo upravno administrativno šolo se bo verjetno nadaljevalo tudi v prihodnjem letu, začenjamo pa pogovore s Srednjo frizersko šolo v Ljubljani za sodelovanje pri podobnih dejavnostih.



*Delavnica o ergonomski ureditvi delovnega mesta oz. študijskega kotička
(Foto: Slavka Podobnik)*

Menimo namreč, da je treba z vsemi močmi podpreti takšna redka prizadevanja nekaterih učiteljev, ki o svojih dijakih razmišljajo kot o bodočih delavcih, za katerih zdravje je treba začeti skrbeti, še preden stopijo v svet dela.

Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov.

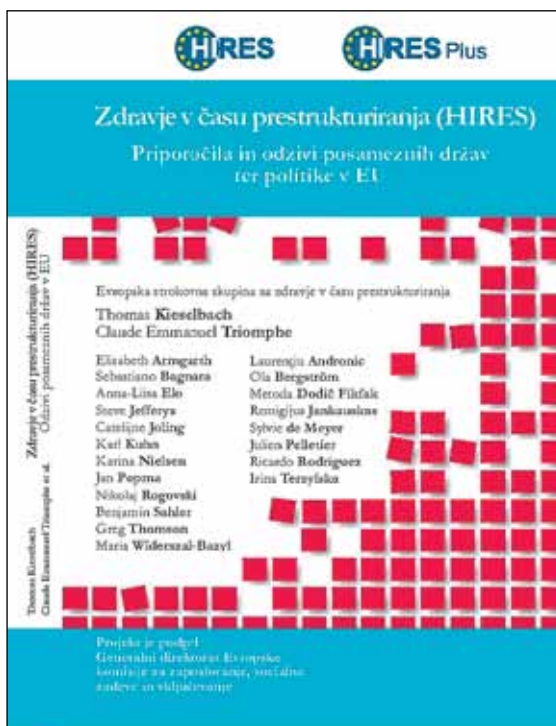
ZDRAVJE V ČASU PRESTRUKTURIRANJA – PROJEKT HIRES DISSEM

Na KIMDPŠ vodimo evropski projekt Zdravje v času prestrukturiranja: Širjenje ekspertnega znanja (Health in restructuring: Dissemination of expert knowledge), v katerem sodelujejo še partnerji iz Italije, Poljske, Romunije in Španije. Projekt predstavlja nadaljevanje projektov na področju prestrukturiranja in zdravja zaposlenih.

Glavni cilj projekta je prevod publikacije Zdravje v času prestrukturiranja (HIRES): Priporočila in odzivi posameznih držav ter politike EU (Health in restructuring (HIRES): Recommendations, National Responses and Policy Issues in the EU) v jezike vseh petih sodelujočih držav. S prevodom knjige želimo tematiko prestrukturiranja in zdravja delavcev približati srednjemu menedžmentu. Srednji menedžerji so tisti, ki nosijo veliko breme prestrukturiranja v delovnih organizacijah, saj izvajajo ukrepe, ki jih določijo nadrejeni, hkrati pa morajo poskrbeti za podrejene. Zaradi pomanjkanja znanj in veščin za izvajanje sprememb v delovni organizaciji in nevhvaležnega položaja med nadrejenimi in podrejenimi so tudi sami izpostavljeni stresu na delovnem mestu.

Projekt bomo zaključili s srečanjem, kjer bomo predstavili rezultate preteklih projektov in končni izdelek projekta HIRES Dissem – prevod knjige.

Naslovnica knjige Zdravje v času prestrukturiranja (HIRES): Priporočila in odzivi posameznih držav ter politike v EU



Klavdija Besednjak, univ. dipl. pol.

KIMDPŠ NADALJUJE DELO NA PODROČJU ZDRAVJA MIGRANTSKIH DELAVCEV

Delo Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa (KIMDPŠ) se je v zadnjem letu in pol razširilo tudi na področje preučevanja zdravja migrantskih delavcev. Migrantski delavci bodo v prihodnosti zaradi demografskih trendov v razvitih državah predstavljali vse številčnejšo delovno silo. V večini opravljajo dela, ki jih domači delavci ne želijo opravljati, to so t. i. dela 3-D (dirty, dangerous and demanding) oz. dela, ki so umazana, nevarna in naporna, hkrati pa pomenijo tudi večje tveganje za zdravje.

Le malo raziskav je preučevalo zdravje migrantskih delavcev oz. odnos med delom, ki ga opravljajo, delovnimi razmerami in njihovim zdravjem. Glede na redke obstoječe podatke pa so ti delavci bolj izpostavljeni poškodbam pri delu ter poklicnim in z delom povezanim boleznim, hkrati pa so na slabšem tudi glede drugih dejavnikov, ki pomembno vplivajo na zdravje, kot so na primer bivanjski pogoji, prehrana, dostop do zdravstvenih storitev, z zdravjem povezano vedenje... Vse to so področja, o katerih vemo le malo, zato zahtevamo nadaljnje raziskovanje.

V preteklem letu smo tako sodelavke KIMDPŠ v sodelovanju s predstavnikom Zveze svobodnih sindikatov Slovenije izvedle pilotno raziskavo med migrantskimi delavci v dveh samskih domovih v Ljubljani. Rezultati so pokazali nadvse zaskrbljujoč položaj tujih delavcev na delu v Sloveniji, tako glede življenjskih kot tudi delovnih pogojev.

Na KIMDPŠ smo se zato odločili, da poiščemo potencialne evropske vire financiranja in se skupaj s še štirimi partnerji (dvema slovenskima, italijanskim



Migranti v Sloveniji pogosto opravljajo dela z visokim tveganjem za zdravje

in romunskim) prijavimo na razpis Evropske komisije z naslovom Industrijski odnosi in socialni dialog (Industrial relations and social dialogue). Cilj prijavljenega enoletnega projekta je izvedba raziskave o zdravju migrantskih delavcev v treh sodelujočih državah: Sloveniji, Italiji in Romuniji ter priprava temeljnih smernic za izboljšave na področju varnosti in zdravja migrantskega dela. V raziskavi se bomo osredotočili na migrantske delavce, zaposlene v gradbeništvu. V Sloveniji bomo tako preučevali bosanske gradbene delavce, v Italiji romunske in albanske gradbene delavce, v Romuniji pa delavce, ki so bili kot zaposleni na gradbiščih v Italiji, vendar so se zaradi trenutne krize vrnili domov. Rezultati raziskave nam bodo služili za oblikovanje poročila in temeljnih priporočil, ki jih bomo predstavili na zaključnem dogodku projekta, na katerega bodo vabljeni pomembni deležniki iz vseh treh sodelujočih držav.

Katja Draksler, univ. dipl. soc.

PREZENTIZEM V UNIVERZITETNEM KLINIČNEM CENTRU LJUBLJANA

V zadnjem desetletju prejšnjega stoletja so skandinavski raziskovalci začeli proučevati prezentizem, ki pomeni prisotnost zaposlenih na delu tudi tedaj, ko se počutijo bolne. Avtorica prispevka sem se lotila raziskovanja prezentizma v Univerzitetnem kliničnem centru (UKC) Ljubljana.

Januarja 2011 je bil vsem 7168 zaposlenim v UKC Ljubljana razdeljen vprašalnik, ki se nanaša na zdravstveno stanje, na demografske dejavnike, dejavnike, povezane z delom, in psihosocialne dejavnike. Ugotoviti želimo vpliv teh dejavnikov na prisotnost na delu v primeru bolezni.

Na vprašalnik je odgovorilo je 3816 (53,2 odstotka) zaposlenih. Med tistimi zaposlenimi, ki so na vprašalnik odgovorili, jih je 1470 (38,5 odstotka) ocenilo, da so bili v letu 2010 zdravi ali pa so bili največ enkrat na delu in/ali največ enkrat v bolniškem staležu, ko so se počutili bolne. Kar 1519 (39,8 odstotka) se jih je opredelilo za prezentiste - torej, da so tedaj, ko so se počutili bolne, vsaj dvakrat ali večkrat delali, 237

(6,2 odstotka) se jih je opredelilo za absentiste - torej, da so bili v primeru bolezni vsaj dvakrat ali večkrat v bolniškem staležu, 590 (15,5 odstotka) zaposlenih pa je navedlo, da so v primeru bolezni vsaj dvakrat ali večkrat odšli na delo in vsaj dvakrat ali večkrat tudi v bolniški stalež. Absentizem je pogostejši med prezentisti kot med tistimi, ki niso prezentisti. Prezentizem prevladuje med tistimi, ki svoje zdravstveno stanje ocenjujejo kot slabo.

Predvidevamo, da je opazovana populacija dovolj velika, da bomo v nadaljevanju študije prikazali dejavnike, ki vplivajo na prezentizem, in vpliv prezentizma na spremembo zdravstvenega stanja ter posledično porast bolniškega staleža. Če se bo pokazalo, da je prezentizem zanesljiv napovedni dejavnik za poslabšanje zdravstvenega stanja in porast bolniškega staleža, ga bomo uvrstili med redne kazalnike negativnega zdravja delavcev.

**Asist. mag. Alenka Škerjanc, dr. med., spec.
MDPŠNOVICE**

SEDMO IZOBRAŽEVANJE ZA SVETOVALCE ZA PROMOCIJO ZDRAVJA PRI DELU

Na KIMDPŠ smo organizirali sedmo Izobraževanje za svetovalce za promocijo zdravja v okviru programa Čili za delo, ki se ga je med 31. marcem in 22. aprilom udeležilo 20 udeležencev iz 17 delovnih organizacij. V letošnji skupini udeležencev je bilo največ varnostnih inženirjev (trije) in zdravnikov (dva); vsega skupaj smo našli 14 različnih poklicev.

Po lanskem izobraževanju, ki je bilo namenjeno le zaposlenim v UKC Ljubljana, je bilo letošnje izobraževanje ponovno namenjeno bodočim svetovalcem za promocijo zdravja pri delu iz različnih delovnih organizacij. Že lani smo v program vključili nov izobraževalni modul preprečevanje in obvladovanje trpinčenja na



Sproščeni trenutki na izobraževanju Čili za delo (Foto: Klavdija Besednjak)

delovnem mestu ter predavanja na temo projektnega načrtovanja, s katerima smo nadaljevali tudi letos, saj sta obe področji pomembni pri nadaljnjem delu svetovalcev. Na pobudo lanske generacije svetovalcev smo spremenili vrstni red preverjanja znanja: udeleženci so tako najprej opravili pisno preverjanje znanja in šele nato so oddali seminarsko nalogo s pripravljenim programom promocije zdravja pri delu za izbrano podjetje.

Večino aktivnosti v okviru izobraževanja smo zaključili, nekateri udeleženci so si že pridobili naziv svetovalec za promocijo zdravja pri delu, medtem ko nekatere še čakajo manjši popravki seminarских nalog.

Klavdija Besednjak, univ. dipl. pol.

SKUPINA POMPIDOU - PREPREČEVANJE RABE DROG NA DELOVNEM MESTU

V okviru skupine Pompidou, ki deluje pri Svetu Evrope, je bila v letošnjem letu ustanovljena nova delovna skupina: Ad Hoc skupina strokovnjakov na področju preprečevanja rabe drog na delovnem mestu.

Kot predstavnica Slovenije sem bila v delovno skupino na pobudo stalnega korespondenta pri Pompidou-jevi skupini imenovana avtorica tega besedila.

Skupina Pompidou ponuja forum za odprt dialog v širšem evropskem prostoru, vključno z mrežo partnerskih držav v Sredozemlju. Snovalcem politik, strokovnjakom in raziskovalcem ponuja možnosti sodelovanja pri razpravah in izmenjavi informacij ter idej o celotnem spektru problematike zlorabe drog in prometa z drogami ter tako prispeva k razvoju integralnega in celovitega pristopa do politike na področju drog v Evropi in Sloveniji.

Podatki o rabi drog na delovnem mestu kažejo, da:

- lahko od 15 do 20 odstotkov nesreč pri delu, izostankov z dela ter medosebnih konfliktov na delovnem mestu pripišemo rabi alkohola in nedovoljenih drog ter drugih psihotropnih snovi;
- je marihuana najpogosteje uporabljena nedovoljena droga;
- problematika v zadnjih letih narašča;
- noben poklicni sektor ni izvzet;
- je v starostni skupini med 26 in 54 let raba različnih drog med brezposelnimi veliko večja

kot pri posameznikih, ki imajo redno zaposlitev.

Prvi sestanek strokovne skupine za preprečevanje uporabe drog na delovnem mestu je potekal 30. junija 2011 v prostorih Sveta Evrope v Parizu.

Skupina ima naslednje cilje:

- osveščanje držav članic skupine Pompidou o škodljivih posledicah rabe drog na delovnem mestu (nedovoljenih drog, hkratne rabe več vrst drog);
- razumevanje vpliva individualnih dejavnikov in dejavnikov okolja na rabo drog na delovnem mestu;
- priprava meril za izvajanje in spremljanje (zdravstvenih) pregledov, povezanih z rabo drog;
- izboljšanje izmenjave informacij med državami članicami ter sodelovanje z drugimi mednarodnimi organi, ki delujejo na tem področju, še posebej z Mednarodno organizacijo dela in Svetovno zdravstveno organizacijo, za pripravo dostopa do celotnega sklopa dokumentov (besedil in konvencij), ki na mednarodni ravni pojasnjujejo ali urejajo to področje;
- odprava morebitnih pomanjkljivosti v preventivnih in varnostnih ukrepih, ki se nanašajo na rabo drog na delovnem mestu.

Rezultati dela bodo predstavljeni na visoki ravni, v okviru mednarodne konference leta 2012, in se bodo

uporabljali kot podlaga za oblikovanje politik za preprečevanje rabe drog in zasvojenosti na delovnem mestu ob sočasnem spoštovanju osebne svobode in uporabi mehanizmov za izboljšanje delovnih razmer. Rezultati bodo posredovani tudi Mednarodni organi-

zaciji dela, ki bo preučila možnost posodobitve veljavne konvencije o zdravju in varnosti pri delu.

Mag. Nataša Dernovšček Hafner, univ. dipl. psih.

PROMOCIJA ZDRAVJA PRI DELU KOT OKREPITEV PROFESIONALNEGA ZNANJA SPECIALISTOV MDPŠ

Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa (KIMDPŠ) je v začetku leta 2011 začel dveletni projekt »Promocija zdravja pri delu kot okrepitev profesionalnega znanja specialistov medicine dela, prometa in športa«, v okviru katerega bo v slovensko okolje prenesen izobraževalni program o promociji zdravja pri delu (PZD). Program so oblikovali strokovnjaki najvidnejših evropskih strokovnih ustanov s področja zdravja pri delu, prvič pa je bil izveden v Romuniji.

Projekt se sofinancira iz sredstev za vseživljenjsko učenje Leonardo da Vinci – prenos inovacij, manjši delež pa prispeva Ministrstvo za zdravje RS.

Projekt bo obogatil ponudbo strokovnega usposabljanja za zdravnike specialiste MDPŠ na področju promocije zdravja pri delu, saj je njegov namen prenesti obstoječi izobraževalni program v slovenski prostor, ga dopolniti s sodobnim relevantnim znanjem na mednarodni ravni ter ga prilagoditi domačim razmeram.

Izobraževalnega programa, ki bi vsebine promocije zdravja pri delu prilagodil ciljni skupini specialistov MDPŠ, v Sloveniji doslej še ni bilo, hkrati pa bi težko našli usposabljanje, ki bi v tako strnjeni obliki zajelo sodobna dognanja na tem področju v mednarodnem merilu. Pilotni izvedbi izobraževanja, ki naj bi zajeli okoli 30 specialistov in specializantov medicine dela, prometa in športa, bosta predvidoma potekali maja in junija prihodnje leto.

KIMDPŠ je v letošnjem letu v okviru projekta organiziral dve srečanji partnerjev ter pripravil zajetno poročilo o oceni potreb, ki je nastalo na podlagi pogovora v fokusni skupini vidnih strokovnjakov s področja MDPŠ, javnomnenjske raziskave med ciljno skupino zdravnikov specialistov medicine dela, prometa in športa ter strokovnega pregleda izvornega priročnika, ki so ga opravili sodelavci KIMDPŠ.

Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov.

ZDRAVJE ZAPOSLENIH OB PRESTRUKTURIRANJU PODJETIJ: PRIPRAVE ZA RAZISKAVO NA PRIMERU PODJETJA MURA

Mura, nekdanje največje slovensko tekstilno podjetje s 85-letno tradicijo, je dolgo časa veljalo za nacionalni ponos in simbol uspeha. V preteklih letih se je podjetje bolj ali manj uspešno soočalo z mnogimi težavami, ki spremljajo tekstilno industrijo tudi drugod po svetu, težave, ki jih je prinesla zadnja, še vedno trajajoča kriza, pa so bile za Muro usodne, saj je bil v letih 2009 in 2010 uveden stečajni postopek za večji del skupine Mura.

Dogajanje okoli Mure oziroma njeno neuspelo prestrukturiranje smo spremljali tudi na KIMDPŠ, kjer se že od leta 2008 ukvarjamo s prepogosto spregledano dimenzijo zdravja v procesih prestrukturiranja podjetij. Znanstveni in empirični dokazi namreč govorijo o tem, da prihaja pri ljudeh, ki si bili izpostavljeni prestrukturiranju, do večje obolevnosti in umrljivosti ter zmanjšane zaposljivosti. Ti negativni vplivi pa ne prizadejejo le tistih, ki po spremembah v podjetjih ostanejo brez zaposlitve, temveč tudi tiste, ki »preživijo«, torej ostanejo v podjetju, ter menedžerje. Pozabiti pa se ne sme tudi na družine delavcev in nenazadnje tudi ne na skupnosti, ki jih ti procesi posredno prizadenejo.

Na KIMDPŠ smo se zato odločili spremljati zdravje Murinih delavcev, tako tistih, ki so zaradi stečaja izgubili službo, kot tudi tistih, ki so zaposlitev v »preživelih« Murinih hčerinskih podjetjih obdržali oz. se v njih ponovno zaposlili. Trenutno smo na inštitutu v zaključni fazi oblikovanja kohorte za raziskavo. S pomočjo Zveze svobodnih sindikatov Slovenije, Območne organizacije Pomurje (oz. Sindikata tekstilne in usnjarske industrije Slovenije) smo v preteklih mesecih pridobivali soglasja Murinih delavcev za sodelova-

nje v raziskavi. Trenutno smo jih zbrali nekaj več kot 2000, kar predstavlja okoli 60 odstotkov zaposlenih v Muri pred spremembami v letu 2009 ter stečajem matične družbe in večine hčerinskih podjetij.

S terenskim delom bomo predvidoma začeli v začetku prihodnjega leta, vsem sodelujočim v raziskavi pa bomo sledili tudi v prihodnjih letih. Negativen vpliv sprememb, ki so jim izpostavljena podjetja v času prestrukturiranja, se na zdravju zaposlenih namreč pogosto pokaže šele po preteku določenega časa. Tako na primer študije iz tujine kažejo, da se v prvih treh letih po prestrukturiranju tveganje za miokardni infarkt poveča kar za 5-krat. Slabša se tudi duševno zdravje teh ljudi. V Sloveniji je v zadnjih letih zaznati povečanje hudih reakcij na stres in poglobljanje depresij.

Cilj omenjene raziskave ni le zbrati podatke o zdravju Murinih delavcev, temveč na podlagi rezultatov poglobljenih analiz zdravja opozoriti odgovorne tako na ravni podjetij kot tudi na državni ravni, da je treba vzpostaviti programe pomoči tem delavcem ter hkrati pripraviti ukrepe, s katerimi bi v prihodnje v podobnih primerih vsaj omilili, če že ne preprečili takšne negativne posledice za zdravje zaposlenih. Trendi po svetu namreč kažejo, da prestrukturiranje podjetij (kot tudi celotnih gospodarstev) že dolgo ni več enkraten ali redek pojav, temveč gre za kompleksen, ponavljajoč, kontinuiran proces, ki zahteva stalno prilagajanje, zato se je treba sprememb na tem področju lotiti načrtno.

Katja Draksler, univ. dipl. soc.

KAMPANJA ČILI ZA DELO NAMENJENA BODOČIM MENEDŽERJEM

KIMDPŠ v letošnjem letu nadaljuje kampanjo v okviru programa Čili za delo, s katero si prizadeva intenzivno osveščati delodajalce o pomenu vlaganja v zdravje zaposlenih. V lanskem smo se v kampanji osredotočili predvsem na menedžerje večjih podjetij. S to usmeritvijo v manjšem obsegu nadaljujemo tudi letos, tako smo se s promocijsko stojnico in organizacijo menedžerskega jutranjega teka udeležili rednega letnega kongresa Združenja Manager, posebno pozornost pa poleg že uveljavljenim menedžerjem tokrat namenjamo študentom ekonomsko-poslovnih šol kot bodočim nosilcem vodstvenih funkcij. Da bi jih še pred vstopom v svet dela spodbudili k razmišljanju o človeku kot najpomembnejšem kapitalu podjetij, smo na Ekonomski fakulteti v Ljubljani in Ekonomsko-poslovni fakulteti Maribor organizirali odmevna dogodka, v katerih smo predstavili program Čili za delo, predvsem pa pomen skrbi za zdravje delavcev. Z obema fakultetama smo se tudi dogovorili za nekaj predavanj o zdravju na delovnem mestu s ciljem, da bi se s tem približali k tesnejšemu sodelovanju v prihodnje in tako uresničili dolgoletno željo inštituta, da bi področje zdravja pri delu postalo sestavni del izobraževalnih programov šol, ki izobražujejo bodoče menedžerje.



Naslovnica letošnje priložnostne izdaje časopisa Čili za delo

V sklopu letošnje kampanje smo pripravili številna gradiva, med drugim tudi priložnostno izdajo časopisa, ki nosi naslov našega najpomembnejšega programa promocije zdravja – Čili za delo.

Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov.



Stojnica Čili za delo v avli Ekonomsko-poslovne fakultete v Mariboru

KIMDPŠ MED EVROPSKIMI ŠOLAMI MEDICINE DELA

V letošnjem letu je KIMDPŠ postal član Evropskega združenja šol medicine dela (European Association of Schools of Occupational Medicine - EASOM), ki si prizadeva za doseganje najvišjih standardov v izobraževanju in usposabljanju na področju medicine dela v Evropi. Z vstopom v to združenje smo kot prva in edina institucija te vrste v Sloveniji postali del evropske akademske mreže medicine dela. Šole si med sabo izmenjujejo izkušnje v poučevanju medicine dela, skrbijo za razvoj veščin poučevanja in za zagotavljanje kakovosti podiplomskega specialističnega izobraževanja na področju medicine dela. Skrbijo tudi za zagotavljanje kontinuiranega podiplomskega izobraževanja, ki je v številnih državah Evropske unije, tudi v Sloveniji, obvezen pogoj za pridobitev oziroma ohranjanje licence za specialistično področje medicine dela.

Vstop v Evropsko združenje šol medicine dela zahteva izpolnitev predpisanih standardov. KIMDPŠ je zaradi številnih razvojno usmerjenih aktivnosti predstojnice doc. dr. Metode Dodič Fikfak in njenih sodelavcev z visoko stopnjo akademske izobrazbe (štirje doktorji znanosti, pet magistrstov znanosti in pet kandidatov za doktorat znanosti), in zaradi proaktivnosti na področju promocije zdravja pri delu z vstopom v to mrežo dokazal, da te kriterije izpolnjuje v celoti. KIMDPŠ s svojimi sodelavci stalno izobražuje dodi-



Specializanti iz Romunije z asist. mag. Alenko Škerjanc

plomske študente in specializante medicine dela po že uveljavljenem urniku, pa tudi študente in podiplomske študente Zdravstvene fakultete, študente psihologije na Filozofski fakulteti in študente Oddelka za tehniško varstvo na Fakulteti za kemijsko in kemijsko tehnologijo. Strokovnim seminarjem, ki jih organizira KIMDPŠ, pa Zdravniška zbornica Slovenije, Zbornica zdravstvene in babiške nege ter Zbornica varnosti in zdravja pri delu priznavajo kreditne točke za licenco s svojih delovnih področij.

Biti enakopraven člen mreže, v katero so vključene uveljavljene in svetovno priznane šole, kot so na primer Finski inštitut za zdravje pri delu iz Helsinkov, Cornellov inštitut iz Amsterdama, univerze v Leuvnu, Gentu, Berlinu, Milanu, Zurichu, Bergnu, Londonu, Glasgou in Barceloni ter tudi Šola Andrije Štamparja na Medicinski fakulteti v Zagrebu, je za naš inštitut posebno priznanje in čast.

Posebno priznanje pa je bil tudi prihod prvih specializantov medicine dela na del rednega in v okviru evropskih institucij priznanega usposabljanja medicine dela na našem inštitutu. Od konca maja do konca junija so namreč trije romunski specializanti spoznali delo inštituta in posebej delo specialistov medicine dela, prometa in športa. Program usposabljanja je zajemal vsa področja dela inštituta, tako praktično delo kot tudi študij strokovne literature in pripravo pisnih izdelkov. Specializanti so obiskali tudi nekaj drugih dispanzerjev medicine dela, prometa in športa ter se s prispevkom o medicini dela v Romuniji udeležili strokovnega srečanja Združenja za medicino dela, prometa in športa SZD, ki je bilo v začetku junija v Rogaški Slatini.

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

SODELOVANJE KIMDPŠ PRI NAČRTOVANJU EDUKACIJSKIH IN PSIHOSOCIALNIH DELAVNIC

KIMDPŠ je v letošnjem letu na pobudo Javne agencije RS za varnost prometa sodeloval pri vsebinskem in organizacijskem načrtovanju edukacijskih in psihosocialnih delavnic, ki jih uvaja novi Zakon o voznikih kot obliko rehabilitacijskih programov za tiste, ki vozijo pod vplivom alkohola in drugih psihoaktivnih snovi.

Ožja operativna skupina za pripravo rehabilitacijskih programov je določila pogoje, ki jih morajo izpolnjevati izvajalci delavnic, in okvirni nabor vsebin za delavnice, predvsem pa je podrobno razpravljala o izobraževalnem programu za izvajalce delavnic, ki ga je dokončno oblikovala programska skupina za pripravo in izvajanje edukacijskih in psihosocialnih delavnic. Člani skupine smo bili nato tudi med izvajalci izobraževanja, ki je potekalo že dvakrat - septembra in novembra letos. Poleg avtorice prispevka je pri pripravi in izvedbi vsebinskega sklopa o »Stališčih in odnosu do alkohola/drog z vidika družbe« v imenu KIMDPŠ sodelovala tudi mag. Eva Stergar, univ. dipl. psih.



Programska skupina za pripravo in izvajanje edukacijskih in psihosocialnih delavnic; od leve proti desni: Mateja Markl z Agencije za varnost prometa, prof. dr. Vlasta Zabukovec iz Društva psihologov Slovenije, Tanja Urdih Lazar s KIMDPŠ in Rok Podkrajšek iz Zbornice kliničnih psihologov Slovenije

Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov.

STROKOVNA SREČANJA

O NOVEM PRAVILNIKU O ZDRAVSTVENIH POGOJIH VOZNIKOV MOTORNIH VOZIL

Uvod

Združenje za medicino dela, prometa in športa Slovenije je 29. septembra 2011 na Zavodu za varstvo pri delu organiziralo strokovno srečanje na temo »Novi pravilnik o zdravstvenih pogojih voznikov motornih vozil«. Pravilnik je bil objavljen v Uradnem listu RS, št. 47/11.

Dnevni red strokovnega srečanja je zajemal naslednje teme:

- Blanka Mežnar, Ministrstvo za zdravje: Nastanjanje Pravilnika in pravni vidik
- prof. dr. Vlasta Zabukovec, Filozofska fakulteta: Edukacijske in psihosocialne delavnice
- prim. prof. dr. Marko Kolšek, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino: Zdravstveni pregledi s svetovanjem
- prim. dr. Irena Brovet Zupančič: Vidne zahteve in vozniška zmožnost
- doc. dr. Jelka Zaletel: Sladkorna bolezen in vozniška zmožnost

- doc. dr. Dušan Butinar: Epilepsija in vozniška zmožnost
- okrogla s predstavitvijo dilem in možnih rešitev ter predvidene spremembe zakonodaje o edukacijskih in psihosocialnih delavnicah.

Uvodno misel o vlogi medicine dela v prometu je predstavil in okroglo mizo koordiniral prim. prof. dr. Marjan Bilban.

Srečanja se je udeležilo okoli 100 strokovnjakov medicinske stroke (specialisti medicine dela, prometa in športa - izvajalci zdravstvenega varstva voznikov motornih vozil), splošni zdravniki, medicinske sestre, strokovnjaki nemedicinskih strok: psihologi in drugi. Precej udeležencev je bilo tudi s KIMDPŠ: mag. Rajko Črnivec, dr. med., spec. MDPŠ, Majda Mandelc Grom, dr. med., spec. MDPŠ, mag. Niko Arnerić, univ. dipl. psih., Vinka Turk, višja med. sestra, Rebeka Kokalj Vrtarič, dipl. med. sestra, Tanja Ritonja, dipl. med. sestra in Kristijan Lipičnik, dr. med., specializant MDPŠ.

Vsi predavatelji so zaproseni, da v pisni obliki na kratko odgovorijo na strokovna vprašanja udeležencev srečanja v zvezi z dilemami in predlaganimi rešitvami problematike izvajanja zdravstvenega varstva voznikov motornih vozil.

Pomembnejše ugotovitve srečanja

Udeležba voznika v rehabilitacijskih programih opredeli sodišče na podlagi mnenja pooblaščenega iz-

Dokler minister za zdravje v skladu s 15. členom Pravilnika o zdravstvenih pogojih voznikov motornih vozil, Ur. list RS, šte. 47/11, na spletni strani ne objavi seznama izvajalcev in organizacijo zdravstvene dejavnosti in pooblaščenih izvajalcev zdravstvene dejavnosti, vsi do sedaj že pooblaščen izvajalci zdravstvenega varstva voznikov motornih vozil (specialisti MDPŠ) v RS opravljajo dosedanjo dejavnost na prvi stopnji v skladu z veljavno zakonodajo. V skladu s 13. členom citiranega pravilnika bo Minister za zdravje za vsako geografsko območje (Ljubljana

dva pooblaščen izvajalca) v državi, ki ga pokriva posamezna območna enota Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za opravljanje kontrolnih zdravstvenih pregledov voznikov na podlagi javnega poziva, določil enega pooblaščenega izvajalca. 12. in 13. člen pravilnika opredelujeta pogoje, ki jih morajo izpolnjevati izvajalci in pooblaščen izvajalci zdravstvene dejavnosti.

vajalca zdravstvene dejavnosti po opravljenem kontrolnem zdravstvenem pregledu voznika. Obseg in vsebina rehabilitacijskega programa (edukacijske, psihosocialne delavnice, programi zdravljenja odvisnosti) so opredeljeni v 45. členu Zakona o voznikih, Ur. list RS, šte. 109/10. Javna agencija za varnost prometa za izvajanje programa pooblasti pravno osebo, ki izpolnjuje zakonske pogoje za izvedbo.

V skladu s 4. in 18. členom pravilnika (obseg in cena zdravstvenega pregleda kandidata za voznika in voznika prve skupine) je v ceno 43 evrov vključeno:

- pregled osnovne zdravstvene dokumentacije (kurativne, če obstaja, tudi preventivne);
- identifikacija kandidata za voznika oziroma voznika na podlagi identifikacijskega osebne dokumenta (osebni dokument, vozniško dovoljenje);
- celotelesni klinični pregled z anamnezo (s posebnim poudarkom na vozniško anamnezo);
- testiranje vidnih funkcij na ustreznih aparaturnah in sicer: centralni, periferni in nočni vid. Glede na zakonske zahteve je npr. ustrezno testiranje na aparaturi: Rodatest 302;
- testiranje sluha: šepet na 6 metrov oziroma glasni govor;
- podpis Izjave o zdravstvenem stanju kandidata za voznika in voznika na obrazcu iz Priloge II. ob prisotnosti zdravnika;
- zdravniško spričevalo o telesni in duševni zmožnosti za voznika motornih vozil.

Vse druge dodatne indicirane preiskave in pregledi v zvezi z oceno vozniške zmožnosti (4. in 6. člen) se točkujejo in obračunajo posebej v skladu z enotnim seznamom storitev, ki ga uporablja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije pri določitvi cen za posamezne zdravstvene storitve.

V skladu z 19. členom pravilnika morajo vozniki prve skupine, ki opravljajo vožnjo kot glavni poklic, poleg pogojev iz Pravilnika o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev (Ur. list RS, št. 87/02, 29/03 - pop. in 124/06), izpolnjevati tudi zdravstvene pogoje, ki so določeni za voznike druge skupine po tem pravilniku. Poudarjeno je, da enako velja za voznike na službeni vožnji, ki je opredeljena v izjavi o varnosti z oceno tveganja.

Ugovor in Posebna zdravstvena komisija sta podrobno opredeljena v 16. in 17. členu pravilnika.

Pogoji za izvajanje zdravstvenih pregledov oseb, ki potrebujejo prilagojeno vozilo, so podrobno opredeljeni v 14. členu pravilnika. Takšna interdisciplinarna komisija za prilagajanje vozil že več let deluje na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu RS – Soča. Vodi jo prof. dr. Zupan.

Priloga I. pravilnika določa merila za ugotavljanje telesne in duševne zmožnosti za kandidata za voznika in voznika. Medicinski strokovnjaki različnih specialnosti in pravniki, ki so sodelovali pri pripravi pravilnika, so ponekod sledili kriterijem evropske direktive, drugje pa so se odločili za strožje kriterije, nikoli pa za blažje glede na evropsko direktivo.

V poglavju 6. *Nevrološke bolezni A) epilepsija* je pri voznikih druge skupine praktično nemogoče veljavno in zanesljivo ugotoviti tveganje za pojav epileptičnih napadov 2 % ali manj na leto. Kriterij je strokovno neizvedljiv.

Poglavje 5. Sladkorna bolezen: opredeljena je le hipoglikemija kot resna nevarnost za vse udeležence v prometu. Ni pa opredeljena tudi hiperglikemija kot nevarnost za vse udeležence v prometu.

Poglavje 1. Vid: V primeru oftalmološkega pregleda mora oftalmolog izpolniti obrazec v prilogi VI. »Usmerjen izvid oftalmologa glede sposobnosti za vožnjo«.

V skladu z 81. členom zakona v primeru dvoma o telesni in duševni nezmožnosti za vožnjo motornih vozil izbrani zdravnik napoti voznika na kontrolni zdravstveni pregled k pooblaščenemu izvajalcu zdravstvene dejavnosti, ki ga izbere imetnik vozniškega dovoljenja s seznama pooblaščenih izvajalcev zdravstvene dejavnosti. **Poseben obrazec (napotnica) za napotitev še ni izdelan.**

Treba je pripraviti nov zdravstveni karton voznika motornih vozil za obravnavo na prvi in drugi stopnji za individualno in epidemiološko spremljanje zdravstvenega stanja vozniške zmožnosti, skratka, zdravstvene ogroženosti pri vožnji.

Treba je pripraviti register voznikov motornih vozil obeh skupin za prospektivno spremljanje zdravstvenega stanja, cestnoprometnih prekrškov, nesreč, vozniške zmožnosti, skratka, zdravstvene ogroženosti v prometu v smislu ukrepanja za večjo varnost v cestnem prometu.

Zaključek

Strokovno srečanje je odprlo veliko dilem, strokovnih in pravnih nejasnosti v zvezi z novo zakonodajo, ki jih je treba v letu 2012 rešiti s konstruktivnim dialogom in dogovorom na interdisciplinarni ravni (učne delavnice?) v smislu večje varnosti v cestnem prometu, kajti Slovenija sodi v kategorijo držav z nizko vozniško kulturo in nizko varnostjo v cestnem prometu.

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

PROMOCIJA ZDRAVEGA DELA – VODILO DELOVNEGA TEDNA V BERLINU

V začetku marca 2011 je v Berlinu potekalo več srečanj o projektih promocije zdravja pri delu, ki jih sofinancira Evropska komisija. Najprej je bil prvi sestanek projektne skupine projekta SIWHP - Promocija zdravja pri delu kot okrepitev strokovnega znanja specialistov medicine dela, prometa in športa, nato je sledilo uvodno srečanje projekta PHWork – Promocija zdravega dela za delavce s kroničnimi boleznimi, teden pa se je zaključil z veliko tematsko konferenco o promociji duševnega zdravja in dobrega počutja na delovnem mestu.

Prvo srečanje partnerjev v projektu **SIWHP - Promocija zdravja pri delu kot okrepitev strokovnega znanja specialistov medicine dela, prometa in športa** je organizacijsko in vsebinsko vodil KIMDPŠ kot koordinator projekta. Cilj projekta je v slovensko okolje prenesti izobraževalni program o promociji zdravja pri delu, ki ga je razvila skupina mednarodnih strokovnjakov, prvič pa je bil izveden v Romuniji. Tako je bila razprava na sestanku namenjena poteku projekta in potrebnih spremembah in dopolnitvah izobraževalnega programa ter sprejemu načrta dela.

Projekt PHWork – **Promocija zdravega dela za delavce s kroničnimi boleznimi** je 9. skupna pobuda Evropske mreže za promocijo zdravja (ENWHP), v kateri sodeluje 18 aktivnih članic mreže ENWHP iz različnih evropskih držav. Na uvodnem srečanju so bili podrobno predstavljeni glavni cilji projekta in delovni sklopi, s pomočjo katerih bodo lahko uresničeni zastavljeni cilji. Projekt financira Evropska komisija v okviru programa Public Health Programme 2008-2013, katerega izvajanje je v pristojnosti Generalnega direktorata za zdravje in varstvo potrošnikov (DG Sanco).

Projekt PHWork je načrtovan tako, da:

- identificira, zbira in širi ukrepe in modele dobrih praks na področju krepitev zdravja na delovnem mestu ter ohranjanja delovnih mest in vrnitve na

delo delavcev s kroničnimi boleznimi in invalidnostmi;

- prepriča deležnike v podjetjih in na višjih ravneh, da bodo vlagali v programe, ki prispevajo k pozitivnemu zdravju in blaginji zaposlenih s kroničnimi boleznimi in invalidnostjo ter njihovih družin.

Cilj projekta je na podlagi primerov dobre prakse v delovnih okoljih oblikovati priporočila za ukrepe, s katerimi delavcem s kroničnimi boleznimi in invalidnostjo omogočamo boljše pogoje za delo, olajšamo vrnitev na delovno mesto po daljšem bolniškem staležu in jih dlje zadržimo v svetu dela. Ukrepi bodo pripomogli tudi k izboljšanje socialno-ekonomskih razmer posameznikov s kroničnimi boleznimi ter večji kakovosti njihovega življenja in dela. V okviru projekta bo organizirana evropska kampanja, ki bo potekala v več kot 20 evropskih državah. Kampanja bo vključevala pripravo nacionalne baze pomembnih deležnikov, pripravo in širjenje smernic ter primerov dobre prakse.

V organizacijski strukturi ENWHP je prišlo do spremembe; po več kot 15. letih mreženja in skrbi za zdravje pri delu, je nemški parter BKK vodenje sekretariata svečano predal kolegom v belgijskem Preventu. Bil je večer s pogledom na prehojeno pot in številne dosežke na področju promocije zdravja pri delu ter dobrimi željami za delo v prihodnje.

Sledila je tematska konferenca z naslovom: **Promocija duševnega zdravja in dobrega počutja na delovnem mestu (»Promoting Mental Health and Well-being in Workplaces«)**, ki sta jo organizirala Evropska komisija in nemško Zvezno ministrstvo za zdravje v sodelovanju z nemškim Zveznim ministrstvom za delo in socialne zadeve.

Na konferenci so sodelovali številni deležniki z različnih področij: zdravstva, zaposlovanja, gospodarstva, predstavniki sindikatov. Posebej dragoceni so



Sopredsednik ENWHP dr. Karl Kuhn se dr. Gregorju Breuckerja iz nemške zavarovalnice BKK zahvaljuje za dolgoletno uspešno vodenje sekretariata mreže
(Foto: Tanja Urdih Lazar)

bili predstavljeni primeri dobre prakse skrbi za dobro duševno zdravje delavcev, ki je v času recesije in prestrukturiranja še posebej ranljivo.

Na okrogli mizi o politikah na področju promocije duševnega zdravja sta poleg predstavnikov Francije in Nemčije sodelovala tudi generalni direktor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije Samo Fakin, dr. med., in mag. Nadja Čobal, univ. dipl. soc., z Ministr-



Na okrogli mizi o politikah na področju duševnega zdravja sta sodelovala tudi slovenska predstavnika, generalni direktor ZZSZ Samo Fakin in mag. Nadja Čobal z MZ
(Foto: Tanja Urdih Lazar)

stva za zdravje. Povabilo Slovenije k sodelovanju na okrogli mizi bilo v veliki meri posledica zavzetosti in dobrega dela KIMDPŠ v okviru Evropske mreže za promocijo zdravja pri delu.

Slovenski primer dobre prakse je v sekciji »Primeri delovanja: izkušnje na delovnem mestu« s programom skrbi za duševno zdravje zaposlenih predstavila Eva Pintarič iz Zdravilišča Radenci.

**Mag. Nataša Dernovšček Hafner, univ. dipl. psih.,
Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov.**

MEDNARODNI SIMPOZIJ O ZDRAVJU IN DOBREM POČUTJU MIGRANTOV V EVROPI

Septembra letos je v Bruslju potekal mednarodni simpozij o zdravju in dobrem počutju migrantov v Evropi. Dogodek je bil eden od mnogih interaktivnih seminarjev, ki potekajo na evropski ravni z namenom razširiti politične razprave in pospešiti oblikovanje socialnih omrežij, ki združujejo različne pomembne deležnike na področju oblikovanja javnih politik.

Tokratni simpozij je bil namenjen migrantom, ki so (bili) pri načrtovanju politik, pa tudi njihovem izvajanju

pogosto spregledani, in to kljub temu da pomembno prispevajo h gospodarski rasti držav prejemnic in izvoznic. Evropska komisija v zadnjem času zaradi vse večjega priseljevanja v države Evropske unije migrantom posveča več pozornosti, migracijske tokove pa opisuje kot kompleksen fenomen, ki ga je treba obravnavati znotraj koherentnih migracijskih in integracijskih politik na evropski ravni. Diskusije in izmenjave znanja, mnenj in izkušenj med različnimi deležniki na področju migracij, zaposlovanja

migrantov ter integracijskih politik so zato več kot potrebne.

Uvodni del simpozija je bil namenjen predstavitvi splošnih trendov in značilnosti globalnih migracij, še posebej ekonomskih migracij, saj je delo največkrat primarni razlog za selitev. V nadaljevanju je sledila kratka predstavitev Evropske fundacije za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer (Eurofound) in njene lanskoletne evropske raziskave o delovnih razmerah (European Working Conditions Survey 2010, EWCS 2010). Rezultati raziskave, ki so bili tokrat predstavljeni v kontekstu migrantskega dela, kažejo, da so delavci z migrantskim ozadjem oziroma delavci, katerih eden ali oba starša nista bila rojena v državi prebivališča in/ali zaposlitve (definicija Eurofounda), glede zadovoljstva z delovnimi razmerami, informiranosti o varnosti in zdravju pri delu in izpostavljenosti raznim tveganjem za zdravje nedvomno na slabšem kot preostali anketirani delavci. Sledili sta še predstavitvi Mednarodne organizacije za migracije (International Organization for Migration - IOM) o socialnih determinantah zdravja, ki pogojujejo (slabo) zdravje migrantov, in Mednarodne organizacija dela (International Labour Organisation - ILO) o legalnih ureditvah in (ne)možnosti dostopanja migrantskih delavcev do dostojnega dela in pravic v področja socialnega varstva.

Ženske migrantke, ki opravljajo delo gospodinjskih pomočnic in/ali negovalk, so bile rdeča nit drugega sklopa simpozija. Kratak oris feminizacije migracij in zdravstvenih izzivov, s katerimi se srečujejo migrantke pri svojem delu, je predstavila predstavnica Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organization - WHO), nato je sledila predstavitev raziskovalnega projekta FeMiPol na temo integracije žensk migrantk v družbo in trg dela. Sklop je zaključil predstavnik Agencije Evropske unije za temeljne pravice (European Union Agency for Fundamental Rights, FRA), ki je govoril o upravičenosti in udejanjanju pravic ilegalnih migrantskih delavcev v Evropski uniji, med katerimi se prav pogosto znajdejo migrantke, ki so zaposlene kot gospodinjske pomočnice in/ali negovalke.

Zadnji del simpozija je potekal v znamenju mlade generacije migrantov v Evropi ter predstavitve preprek, izzivov in priložnosti, s katerimi se le-ti srečujejo. Izpostavljeni so bili predvsem problem diskriminacije, pomanjkanje socialnega kapitala, neznanje jezika, izobraževanje, generacijske in etnične razlike, pa tudi »pozitivna selekcija« in migrantski optimizem, ki sta značilna predvsem za prišleke iz daljnih, revnejših držav. Simpozij se je zaključil s kratkim povzetkom izzivov, ki jih migranti predstavljajo za oblikovalce javnih politik, in priporočili za prihodnost, ki so usmerjena predvsem v večjo prilagodljivost že obstoječih ureditev potrebam migrantov.

Katja Draksler, univ. dipl. soc.

POUČEVANJE ETIKE V MEDICINI DELA

Članki o etičnih vprašanjih v medicini dela so v primerjavi s članki z drugih bioloških in medicinskih področij redki, so pa naše delo in okoliščine, v katerih delamo, prepleteni s številnimi in zapletenimi etični problemi. Osnovni konflikt med pravico do dela in pravico do zdravja povzroča pri specialistih medicine dela napetosti, ki so postale že reden del vsakdanje prakse. Letošnja 11. poletna šola Evropskega združenja šol medicine dela (European Association of Schools of

Occupational Medicine - EASOM), ki je bila v francoskem Rouenu, je med specialisti medicine dela različnih evropskih držav sprožila živahno izmenjavo mnenj ter razpravo o različnih zgodovinskih izkušnjah in delu v različnih zdravstvenih sistemih. Ne glede na omenjene medsebojne razlike pa je treba vselej spoštovati in uveljavljati temeljna moralna načela. Prvi dan sta teoretična izhodišča etike v medicini dela prikazala prof. dr. D. Sicard, donedavni predsednik

francoskega nacionalnega etičnega komiteja, in dr. G. H. Coppee, bivši predsednik medicinskega oddelka pri Mednarodni organizaciji dela (International Labour Organization – ILO) v Ženevi. Prvi predavatelj je prikazal temeljne razlike v etičnih izhodiščih med Združenimi državami Amerike in Evropo. V ZDA so v ospredju načela dobrotelčnosti, načelo ne škodovati ter načelo pravičnosti, v Evropi pa drugi so načelna izhodišča bolj deontološka (načelo integritete človeškega telesa, načelo enakosti in načelo spoštovanja). Prva bolj temelji na samozadostnosti, druga na spoštovanju drugih. Med vsemi medicinskimi strokami je konflikt interesov najizrazitejši v medicini dela (zdravnik specialist medicine dela proti delodajalcem, proti politikom, tudi proti specialistom drugih kliničnih ali nemedicinskih strok), meje etično sprejemljivega pa so na svetu precej različne (dostop do medicinskih podatkov, genetično testiranje, odkrivanje odvisnosti...). Dr. Sicard je poudaril, da so kodeksi in deklaracije sicer pomembni, ne pa zadostni za resnično etično ravnanje. Etika je tista, ki nam nalaga dolžnost upora proti močnejši stranki, če ta ne ravna v skladu z moralnimi načeli.

Drugi predavatelj je prikazal zgodovino nastanka kodeksa etike v medicini dela, potrebo po drugi reviziji in njen končni sprejem na konferenci Mednarodne komisije za zdravje pri delu (International Commission on Occupational Health – ICOH), ki bo marca 2012 v Cancunu.

Etične dileme pri delu so prikazali predstavniki Francije (specialistov medicine dela ni dovolj, saj zakon določa enega specialista medicine dela na največ 3300 zaposlenih oz. največ 450 malih delodajalcev; pogrešajo možnost zdravljenja, preveč dela imajo s preventivnimi zdravstvenimi pregledi, so svetovalci delodajalca in ne odločajo o ničemer), Nizozemske (največ dela imajo z reševanjem absentizma, na zdravnike močno vplivajo delodajalci s svojimi zahtevami, za poklicne bolezni ni posebnega zdravstvenega zavarovanja, je le splošno zdravstveno zavarovanje, zaradi liberalizacije in deregulacije medicine dela je med specialisti medicine dela veliko nelojalne konkurence), Romunije (preobremenjenost s količino

pregledov, nizka cena je delodajalcu merilo za sklenitev pogodbe, poklicne bolezni niso evidentirane zaradi strahu delavcev pred izgubo zaposlitve), Finske (delovno mesto je glavno področje za ohranjanje zdravja pri delu, specialist medicine dela je svetovalec delodajalcu in od tod tudi nelojalna konkurenca, zaradi redkejšje poseljenosti na severu in slabše dostopnosti vlada neenakomerna pokritost države s službami medicine dela, opravljajo tudi kurativne storitve).

Etične izzive v medicini dela so prikazali tudi drugi sodelavci iz različnih služb, ki se ukvarjajo z zdravjem pri delu: socialni partnerji (ravnotežje med pravico in dolžnostjo); medicinske sestre (nujno dodatno usposabljanje za področje medicine dela); ergonomi (razlika med dogovarjanjem in popuščanjem); varnostni inženirji (napetost med nadzorom in nasvetom); psihologi (individualni problem delavca in reševanje problema za vse) ter sociologi (kaj je socialni dialog).

Drugi dan je prenovno etičnega kodeksa prikazal prof. dr. P. Westerholm, glavi urednik pri reviziji kodeksa etike v medicini dela. Poudaril je, da je prva naloga v medicini dela prilagoditev delovnega mesta lastnostim in zmožnostim delavca. Specialisti medicine dela moramo biti poklicno neodvisni, za svoje delo tudi primerno plačani. Klavzula o etičnem ravnanju specialista medicine dela mora biti prisotna v pogodbi med izvajalcem medicine dela in delodajalcem. Pri svojem delu smo samostojni in odgovorni, ne smemo se prepustiti javnem mnenju. Delavec mora dati ustni in pisni pristanek na vse, kar lahko vpliva na zanj pomembne odločitve. Predavatelj je nato polemiziral z danes modernim izrazom, »na dokazih temelječo medicino«: v medicini dela so izjemno pomembne izkušnje, ki jih ne moremo izmeriti s statističnimi metodami, kakovost dela pa z njimi raste.

Osnovna metodološka načela tako pri poučevanju etike kot pri ocenjevanju naših odločitev je predstavil dr. A. Weel in jo prikazujem v neposrednem prevodu (slika 1).

Slika 1. Osnovna metodološka načela v etiki

ETIČNO RAZMIŠLJANJE V 10 KORAKIH			
Orientacija			
1. problem			
2. dejstva			
3. etična dilema in možne rešitve			
4. posledice vsake od rešitev			
Analiza			
1. udeleženci			
2. moralne vrednote			
3. ocena moralnih vrednot v možnih rešitvah dileme			
4. etično primerjanje in tehtanje možnih rešitev			
Akcija			
1. odločitev			
2. ovrednotenje odločitve			
Moralne vrednote	Udeleženec 1 Delavec	Udeleženec 2 Delodajalec	Udeleženec 3 Specialist medicine dela
Korist	+ / -	+ / -	+ / -
Ne škodovati	+ / -	+ / -	+ / -
Avtonomija	+ / -	+ / -	+ / -
Pravičnost, enakost	+ / -	+ / -	+ / -
....	+ / -	+ / -	+ / -

Tretji dan smo udeleženci predstavili praktične naloge s treh področij:

1. Etična izhodišča pri odločanju o vrnitvi na delo,
2. Etična izhodišča v primežu konflikta interesov in
3. Etična izhodišča pri podajanju informacij delavcu.

Prof. dr. P. Westerholm je predstavil etična načela pri znanstveno-raziskovalnem delu, prof. J. F. Caillard pa etična načela pri pripravi ekspertiz za sodišča, društva in državne ter vladne ustanove.

V naši specialistični stroki se etične dileme, pa če se jih zavedamo ali ne, neprestano skrivajo v naših razmišljanjih in odločitvah. In tudi v tržnih razmerah kažejo, kako močno je naša poklicna neodvisnost odvisna od naše odvisnosti od ostalih dejavnikov: delodajalcev, znanja, naših pogajalskih in komunikacijskih sposobnosti.

Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa bo kot polnopraven član Združenja evropskih šol medicine dela v letu 2015 organiziral poletno šolo v Sloveniji.



Mestna ura v Rouenu (Foto: Alenka Škerjanc)

Asist. mag. Alenka Škerjanc, spec. MDPŠ

ZDRAVSTVENO VARSTVO UDELEŽENCEV V CESTNEM PROMETU

Ni naključje, da je bila za izvedbo letošnjega strokovnega srečanja sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov medicine dela, prometa in športa, ki je bilo v začetku junija, izbrana Lipica. Zvok ali topot konjskih kopit po zaključku strokovnega dela v poznih popoldanskih urah in poučno ter doživeto vodenje naše vodičke skozi konjsko oazo naših Lipicancev. Zvok konjskih moči motornih vozil udeležencev v cestnem prometu, o katerih je tekla beseda na tokratnem strokovnem srečanju. Prisposoba, ki ima svojo težo, če človek le malo poveže vse povedano na govorniškem odru.

Potovanje nikoli ni bilo brez nevarnosti. Najprej je človek hodil peš, nato je zajahal žival ali si jo vpregel v voz in si tako olajšal potovanje. Ko pa je človek zamenjal prave konje s tistimi navideznimi, ki so se skrivali v motorjih vozil, se je močno povečalo tudi število prometnih nesreč. Analiza vzrokov teh nesreč je pokazala, da je za mnoge krivo neskladje med zahtevami, ki jih vožnja motornega vozila predstavlja pred voznika in zmožnostjo voznika, da te zahteve izpolni. Metode za obravnavo osebnostnih lastnosti in splošnih ter specifičnih sposobnosti človeka, ki so potrebne za varno vožnjo motornega vozila, so lastne stroki psihologov, ki po mnenju mag. Nika Arneriča, univ. dipl. psih., s KIMDPŠ lahko oceni kompleksnost odzivanja testirane osebe na testno situacijo, ki je podobna tistim med vožnjo.

Po raziskavah v slovenskem prostoru delež alkoholiziranih povzročiteljev prometnih nesreč narašča. Zato je po mnenju prim. prof. dr. Marjana Bilbana, dr. med., spec. MDPŠ, iz Zavoda za varstvo pri delu Ljubljana poleg ostalih aktivnosti za dvig varnosti v cestnem prometu potrebna takojšnja sprememba zakonodaje po nekaterih tujih preizkušanih vzorcih. Temu mnenju se je pridružila Ljubislava Škibin, dr. med., spec. MDPŠ, iz Zdravstvenega doma Sežana, ki je svoja dognanja iz leta 2002 strnila in povezala z izkušnjami iz svoje prakse.

Vprašanja in dileme »vožnje pod vplivom drog« nam je z nazornim prispevkom predstavila Metka Debevc-Švigelj, dipl. med. ses., iz Center za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od nedovoljenih drog Ljubljana. Predstavila je tudi največji evropski raziskovalni projekt DRUID, ki poteka za namene določitve preventivnih in represivnih ukrepov na področju preprečevanja vožnje pod vplivom drog in alkohola.

S ciljem povečati prometno varnost in zmanjšati število prometnih nesreč z najhujšimi posledicami na slovenskih cestah novi Zakon o voznikih poleg drugih ukrepov predvideva tudi uvedbo rehabilitacijskih programov za voznike, ki vozijo pod vplivom alkohola in drugih psihoaktivnih snovi. O novih programih, ki jih imenujemo edukacijske in psihosocialne delavnice, je spregovorila Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov., s KIMDPŠ.

Zanimivo analizo strukture pregledanih voznikov motornih vozil I. in II. skupine na prvi stopnji v Zdravstvenem domu Celje nam je predstavila Barbara Terbovc, dipl. med. ses. Po veljavni zakonodaji imajo vozniki in kandidati za voznike motornih vozil možnost, da se v primeru nestrinjanja z zdravstvenim spričevalom, pridobljenim na prvi stopnji, obrnejo na Posebno zdravniško komisijo za promet (PZK) in zahtevajo ponovno obravnavo pred tričlansko komisijo. Delo PZK v Ljubljani v letu 2010 in primerjalno študijo iz let od 1999 do 2000 nam je ponazorila mag. Nevenka Šestan, vms., univ. dipl. org., s KIMDPŠ, ki je prispevek pripravila v sodelovanju predstojnico inštituta doc. dr. Metodo Dodič Fikfak, dr. med., spec. MDPŠ.

V našem Centru za varstvo v prometu na KIMDPŠ se srečujemo z različnimi populacijami ljudmi. Z njimi smo ob upoštevanju pravil komuniciranja in z izrazito individualno usmerjenim pristopom dela in komunikacijo dosegli dobro in uspešno sodelovanje. O tem široko definiranim pojmu sem skušala na podlagi lastnih izkušenj poslušalcem predstaviti,

da je mogoče stvari vedno še izboljšati, k čemur pa vedno znova vsi stremimo. Le to se je vnovič potrdilo ob dejstvu, da je zmanjkovalo časa za odmore, saj so bili udeleženci strokovnega srečanja zelo dejavni

v razpravah in polni novih idej ter konstruktivnih kritik in pohval obstoječih načinov dela.

Tanja Ritonja, dipl. med. ses.

DVAJSET LET DELA NA PODROČJU VZPOSTAVLJANJA INSTITUCIJ IN USPOSABLJANJA KADROV V PROMOCIJI ZDRAVJA

Predstavnice Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa (KIMDPŠ) mag. Nataša Derno-všček Hafner, univ. dipl. psih., Klavdija Besednjak, univ. dipl. pol., in Katja Draksler, univ. dipl. soc., smo se konec julija v Zagrebu udeležile tridnevnega simpozija ob dvajseti obletnici dela Evropskega konzorcija za javno zdravje in promocijo zdravja (European Training Consortium in Public Health and Health Promotion – ETC-PHHP) z naslovom Dvajset let dela na področju vzpostavljanja institucij in usposabljanja kadrov v promociji zdravja: ETC-PHHP izkušnje in strategije za prihodnost.

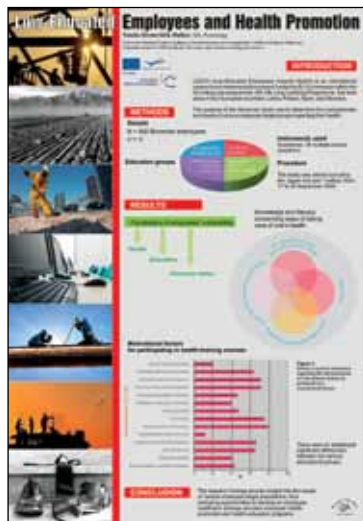
ETC-PHHP od leta 1991 kontinuirano oblikuje in razvija programe usposabljanj in poletnih šol s področja javnega zdravja in promocije zdravja, ki temeljijo na salutogenem razumevanju zdravja in inovativnih metodah učenja in poučevanja. Poletne šole so name-

njene širšemu, interdisciplinarnemu krogu strokovnjakov s področja javnega zdravja in promocije zdravja, do sedaj pa jih je obiskovalo več kot 500 udeležencev iz 45 držav z vsega sveta (večinoma iz Evrope).

V dvajsetih letih izvajanja poletnih šol ETC-PHHP se je pokazala potreba po refleksiji in evalvaciji dosedanjega dela in izkušenj ter oblikovanju vizije za prihodnje delo na področju javnega zdravja in promocije zdravja v Evropi. Glavni cilji simpozija so tako bili: oblikovati vizijo za razvoj podobnih programov v prihodnosti, ki bo temeljila na izkušnjah dvajsetletnega dela ETC-PHHP,

- prispevati k profesionalizaciji promocije zdravja in oblikovati predlog kompetenc strokovnega kadra na področju promocije zdravja,
- izmenjati mednarodne izkušnje na področju razvoja programov promocije zdravja (na naciona-

Na simpoziju predstavljeni plakati predstavnic KIMDPŠ



lni, regionalni in lokalni ravni) ter na podlagi le-teh oceniti potrebe in zahteve za prihodnji razvoj promocije zdravja.

Simpozija, ki je potekal na Šoli javnega zdravja Andrija Štampar v Zagrebu, se je udeležilo 77 predstavnikov iz 18 držav, med njimi so bili utemeljitelji programa poletnih šol, predavatelji, tutorji in drugi podporniki ETC-PHHP, udeleženci poletnih šol od leta 1991 ter mednarodni strokovnjaki s področja javnega zdravja in promocije zdravja. Intenziven interaktiven program dela je vključeval številna plenarna zasedanja, skupinske razprave, delavnice in predstavitve plakatov. Predstavitve plakatov smo se aktivno udeležile tudi

predstavnice KIMDPŠ, ki smo predstavile svoje delo s tremi posterji z naslovi Program Čili za delo, Nižje izobraženi delavci in promocija zdravja ter Zdravje migrantskih delavcev v Sloveniji – rezultati pilotne študije. Naši prispevki pa so bili objavljeni tudi v zborniku, ki so ga izdali ob dvajsetletnici ETC-PHHP.

Katja Draksler, univ. dipl. soc.

34. STROKOVNO SREČANJE UPRAVNEGA ODBORA FOHNEU NA NIZOZEMSKEM

Od 3. do 5. novembra 2011 sem se kot slovenska predstavница zdravstvene nege s področja medicine dela, prometa in športa udeležila 34. srečanja FOHNEU (Federation of Occupational Health Nurses within the European Union - Združenje medicinskih sester s področja medicine dela, prometa in športa v okviru Evropske unije), ki je potekalo v Noordwijku na Nizozemskem.

Na začetku srečanja smo obravnavali poročilo o 33. srečanju FOHNEU v Dublinu na Irskem in predloge, sprejete na seji predsedstva FOHNEU. Vsaka članica je poročala o stanju na področju varnosti in zdravju pri delu, vključno s splošnim stanjem v posamezni državi članici. Poseben poudarek je bil namenjen medsebojnemu informiranju o dejavnostih zdravstvene nege na področju medicine dela v obliki seminarjev, delavnic, izobraževanj in sodelovanja v različnih evropskih projektih. Izmenjali smo si tudi pozitivne izkušnje pri dvostranskem sodelovanju in poročali o napredku v posameznih državah članicah na področju zdravstvene nege v medicini dela.



Udeleženci srečanja na plaži ob Severnem morju

V delu po skupinah smo obravnavali različna področja našega delovanja (izobraževanje, sodelovanje v organih EU, urejanje spletne strani...) in o tem poročali na plenarnem zasedanju. Zadnji dan smo največ časa namenili poteku priprav na 5. kongres FOHNEU v španski Taragoni v septembru 2012 in se dogovorili za naslednje srečanje, ki bo od 2. do 5. maja v Franciji.

Mag. Nevenka Šestan, vms, univ. dipl. org.

TORKOVA SREČANJA: KONTINUIRANO IZOBRAŽEVANJE IZ MEDICINE DELA, PROMETA IN ŠPORTA, 2012

Datum	Predavatelj	Naslov predavanja
17. 1. 2012	Martin Zorko	Uporaba zdravil z učinkom preko kože pri športnih poškodbah in preobremenitvenih stanjih
	Ajda Silič	Bolečina v križu pri fizioterapevtskih in medicinskih sestrah
14. 2. 2012	Doc. dr. Alenka Franko	Zdravstveni pregledi kandidatov za specializacije
	Tanja Urdih Lazar	Izvajanje programov promocije zdravja pri delu v skladu z novim Zakonom o varnosti in zdravju pri delu
27. 3. 2012	Dr. Tihomir Ratkajec	Obremenitev zdravnikov
	Klavdija Besednjak	Evaluacija programa Čili za delo
17. 4. 2012	Mag. Nataša Dernovšček Hafner	Preventiva rabe drog na delovnem mestu z vidika promocije zdravja
	Tanja Ritonja	Barvni vid
22. 5. 2012	Mag. Alenka Škerjanc	Pomen okvirne analize in zdravstvene ocene delovnega mesta pri izdelavi sodnih izvedenskih mnenj
	Doc. dr. Alenka Franko	Incidenti pri delu, določanje virusnih markerjev in cepljenje proti hepatitisu B
19. 6. 2012	Andraž Nadler	Ohranjanje dobrega počutja prvih posredovalcev
	Kristjan Lipičnik	Predlog verifikacije poklicnih bolezni zaradi izpostavljenosti kromu in kromovim spojinam

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

Kotizacija za posamezno srečanje znaša 10,00 EUR (DDV je vključen) in se plača po prejemu računa. Udeležba na predavanjih prinaša kreditne točke Zdravniške zbornice Slovenije za podaljšanje licence zdravnikom specialistom MDPŠ.

NAPOVEDNIK

Datum:	20. – 21. januar 2012
Naslov:	Zdravniki in stres III
Organizator:	Združenje za medicino dela, prometa in športa SZD
Kraj:	Ribno
Kontaktni naslov:	Prijave: Korint, d. o. o., Pod kostanji 40, Ljubljana; informacije: Metka Jovanovič, mag. Irena Manfredo, dr. med., tel.: 041 714 848, 01 429 58 11, e-pošta: metka.korint@gmail.com

Datum:	15. marec 2012
Naslov:	Beruf und Atemwege / Profession et voies respiratoires*
Organizator:	Suva, Schweizerische Gesellschaft für Arbeitsmedizin / Société Suisse de Médecine du Travail
Kraj:	Luzern, Švica
Datum za registracijo:	31. januar 2012
Spletna stran:	http://www.pneumo.ch/fileadmin/user_upload/pneumo/Kalender/Suva_EinIDT.pdf

* Srečanje bo potekalo v nemškem, francoskem in angleškem jeziku.

Datum:	18. – 23. marec 2012
Naslov:	30th International Congress on Occupational Health
Organizator:	International Commission on Occupational Health
Kraj:	Cancun, Mehika
Spletna stran:	http://www.icohcongress2012cancun.org/

Datum:	2. – 4. april 2012
Naslov:	INRS Occupational Health Research Conference 2012: Health risks associated with mixed exposures
Organizator:	French National Research and Safety Institute for the Prevention of Occupational Accidents and Diseases (INRS); Partnership for European Research in Occupational Safety and Health (PEROSH)
Kraj:	Nancy, Francija
Datum za registracijo:	Do 15. januarja 2012 kotizacija znaša 350 EUR, od 16. januarja 2012 pa 420 EUR
Kontaktni naslov:	Valérie Vivona; e-pošta: vv@nancy-congres.com ; tel.: +33 3 83 36 81 91
Spletna stran:	http://www.inrs-mixed-expo2012.fr/

Datum:	11. – 13. april 2012
Naslov:	10th Conference European Academy of Occupational Health Psychology: The contribution of occupational health psychology to individual, organizational and public health
Organizator:	European Academy of Occupational Health Psychology; Division of Public and Organizational Health (POH) of the University of Zurich
Kraj:	Zurich, Švica
Datum za registracijo:	8. april 2012
Kontaktni naslov:	E-pošta: aditya.jain@nottingham.ac.uk
Spletna stran:	http://eachp.org/conference.aspx

Datum:	24. – 27. april 2012
Naslov:	The Nordic model: work-life balance - a trap or an opportunity?
Organizator:	Nordic Institute for Advanced Training in Occupational Health (NIVA)
Kraj:	Oslo, Norveška
Datum za registracijo:	10. april 2012
Kontaktni naslov:	Zsuzsanna Réenko-Michelsén; e-pošta: zsuzsanna.renko@ttl.fi
Spletna stran:	http://www.niva.org/home/#article-22841-6213-the-nordic-model-worklife-balance-a-trap-or-an-opportunity-6202

Datum:	21. – 23. maj 2012
Naslov:	2nd International conference on Wellbeing and Work
Kraj:	Manchester, Združeno kraljestvo
Datum za registracijo:	Ni omejitev, do 31. januarja 2012 popust pri kotizaciji
Kontaktni naslov:	Samantha Burns , HSL Training and Conferences, Health and Safety Laboratory, Harpur Hill, Buxton, Derbyshire, SK17 9JN, UK; e-pošta: wellbeing2012@hsl.gov.uk; tel.: + 44 1298 21 8817
Spletna stran:	http://www.hsl.gov.uk/health-and-safety-conferences/wellbeing-2nd-international-conference-2012/home.aspx/

Datum:	junij 2012
Naslov:	Occupational Health Services in Transition
Organizator:	Nordic Institute for Advanced Training in Occupational Health (NIVA)
Kraj:	Helsinki, Finska
Kontaktni naslov:	E-pošta: zsuzsanna.renko@ttl.fi
Spletna stran:	http://www.niva.org/home/#article-22841-7911-occupational-health-services-in-transition-6201

Datum:	12. – 15. junij 2012
Naslov:	8th International Conference on Workplace Bullying and Harassment: Workplace Bullying and Harassment: Towards future Challenges
Organizator:	Departments of Psychology and Sociology at the University of Copenhagen; National Research Centre for the Working Environment
Kraj:	København, Danska
Datum za registracijo:	Ni omejitve
Datum za oddajo izvlečka:	12. januar 2012
Kontaktni naslov:	Annie Høgh , Department of Psychology, Øster Farimagsgade 2A, 1353 Copenhagen, Denmark; tel.: +45 353-24825; e-pošta: annie.hogh@psy.ku.dk
Spletna stran:	http://bullying2012.com/

Datum:	29. julij – 11. avgust 2012
Naslov:	21st ETC – PPHP Summer Course 2012
Organizator:	The European Training Consortium in Glyndwr University
Kraj:	Wrexham, Wales, Združeno kraljestvo
Datum za registracijo:	16. april 2012
Kontaktni naslov:	E-pošta: I.kennedy@glyndwr.ac.ul
Spletna stran:	www.etc-summerschool.eu

Datum:	4. – 7. september 2012
Naslov:	International conference on communication in healthcare 2012
Organizator:	Elsevier, European Association for Communication in Healthcare, University of St Andrews
Kraj:	St. Andrews, Škotska, Združeno kraljestvo
Datum za registracijo:	Ni omejitve, po 6. juniju 2012 dražja kotizacija
Datum za oddajo izvlečka:	27. januar 2012
Kontaktni naslov:	Kay Russell, EACH 2012 Conference Secretariat; tel.: +44 1865 408086, faks: +44 118 329 0495; e-mail: K.Russell@elsevier.com
Spletna stran:	http://www.each-conference.com/index.asp

Datum:	17. – 19. september 2012
Naslov:	Workplace interventions facilitating return from sickness absence
Organizator:	Nordic Institute for Advanced Training in Occupational Health (NIVA)
Kraj:	Reykjavik, Islandija
Kontaktni naslov:	Annika Bärlund; e-pošta: annika.barlund@ttl.fi
Spletna stran:	http://www.niva.org/home/#article-22841-7902-workplace-interventions-facilitating-return-from-sickness-absence-6205

Datum:	19. – 21. september 2012
Naslov:	5th FOHNEU International congress
Organizator:	Federation of Occupational Health Nurses within the European Union
Kraj:	Tarragona, Španija
Datum za registracijo:	Do 31. marca 2012 znaša kotizacija 290 EUR, od 1. aprila 2012 pa 320 EUR
Datum za oddajo izvlečka:	31. januar 2012
Kontaktni naslov:	Viajes Iberia Congressos, Edificio Orizonia, c/Pallars 193, 2ª Planta, 08005 Barcelona, Spain; tel.: + 34 93 510 10 05; faks: + 34 93 510 10 09; e-pošta: congresos.barcelona@viajesiberia.com
Spletna stran:	http://www.fohneutarragona2012.com/

Datum:	27. – 29. september 2012
Naslov:	9th IUHPE European Health Promotion Conference: Health and Quality of Life - Health and solidarity. Partnership in the current economic situation
Organizator:	International Union for Health Promotion and Education
Kraj:	Tallin, Estonija
Datum za registracijo:	Zgodnja prijava do 1. julija 2012
Datum za oddajo izvlečka:	1. april 2012
Kontaktni naslov:	Conference Secretariat, Frens conference Services, Toompuiestee 30, Tallinn 10149, Estonia; tel.: + 372 697 9290, faks: + 372 697 9201; e-pošta: conference@frens.ee
Spletna stran:	http://www.conferences.ee/iuheli2012/

Datum:	27. – 30. september 2012
Naslov:	The XXXII FIMS World Congress of Sports Medicine
Organizator:	Italian Federation of Sports Medicine
Kraj:	Rim, Italija
Datum za registracijo:	Ni omejitve, do 31. januarja in 30. aprila 2012 popust pri kotizaciji
Datum za oddajo izvlečka:	31. marec 2012
Kontaktni naslov:	Organizacijski odbor: AIM Group International, e-pošta: fims2012.info@aimgroup.eu; strokovni odbor: e-pošta: fims2012.scientificsecretariat@fmsi.it; registracija: e-pošta: fims2012.registration@aimgroup.eu
Spletna stran:	http://www.fimsroma2012.org/

Datum:	30. september – 4. oktober 2012
Naslov:	Occupational Lung Diseases – Prevention and Risk Factors
Organizator:	Nordic Institute for Advanced Training in Occupational Health (NIVA)
Kraj:	Särö, Švedska
Kontaktni naslov:	Siv Jansson; e-pošta: siv.jansson@ttl.fi
Spletna stran:	http://www.niva.org/home/#article-22841-7906-occupational-lung-diseases-prevention-and-risk-factors-6207

Datum:	1. – 5. oktober 2012
Naslov:	Introduction to occupational epidemiology
Organizator:	Nordic Institute for Advanced Training in Occupational Health (NIVA)
Kraj:	Gentofte, Danska
Kontaktni naslov:	Zsuzsanna Réenko-Michelsén; e-pošta: zsuzsanna.renko@ttl.fi
Spletna stran:	http://www.niva.org/home/#article-22841-7905-introduction-to-occupational-epidemiology-6209?offset_22841=12

Datum:	7. – 11. november 2012
Naslov:	5th Public Health Conference
Organizator:	European Public Health Association; Association of Schools of Public Health in the European Region
Kraj:	St. Julian's, Malta
Kontaktni naslov:	EUPHA Office, Otterstraat 118-124, Postbox 1568,3500 BN Utrecht, The Netherlands; e-pošta: office@eupha.org; tel. :- +3130 2729 709, faks: +3130 2729 729
Spletna stran:	http://www.eupha.org/site/future_conferences.php

Datum:	9. – 10. november 2012
Naslov:	5. kongres preventivne medicine Slovenije z mednarodno udeležbo
Organizator:	Sekcija z preventivno medicino
Kraj:	Portorož
Kontaktni naslov:	/
Spletna stran:	http://www.spm.si/dogodki/5.-kongres-preventivne-medicine-slovenije-z-mednarodno-udelezbo-portoroz-9.-do-10.-november-2012

ZDRAVIH 40 LET KIMDPŠ: ZNANJE, IZKUŠNJE, SODELOVANJE

Ob 40. obletnici delovanja Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa smo na Ljubljanskem gradu 24. in 25. novembra 2011 organizirali strokovno srečanje. Na srečanju smo povzeli preteklo delo in predstavili, kaj načrtujemo v prihodnje. Na dvodnevem srečanju so vabljeni predavatelji predstavili prispevke s naslednjih področij: zdravstvena nega in varovanja zdravja delavcev, psihologija dela, pro-

mocija zdravja pri delu ter medicina dela, prometa in športa. Ob tej priložnosti so mag. Rajko Črnivec, dr. med., spec. MDPŠ, Majda Mandelc Grom, dr. med., spec. MDPŠ, doc. dr. Marija Molan univ. dipl. psih, višja zdravstvena svetnica, in Vinka Turk, višja med. sestra, prejeli zahvalo za dolgoletno predano delo na inštitutu.

Pa še nekaj utrinkov s srečanja:



Gradiva, ki čakajo na udeležence srečanja



Registracija



Sodelavci s Centra za medicino športa



Nasmejani pozdrav na vhodu



Udeležence sta pozdravili glavna medicinska sestra in predstojnica KIMDPŠ



Strokovnega srečanja sta se udeležila tudi mag. Simon Vrhunec, generalni direktor UKC Ljubljana, in glavna medicinska sestra UKC Ljubljana Erna Kos Grabnar



Avditorij



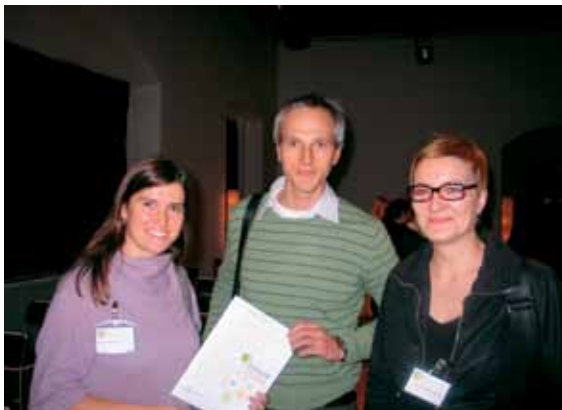
Sodelavki KIMDPŠ in državni sekretar na Ministrstvu za zdravje prim. dr. Ivan Eržen



Sproščen pogovor med odmorom



Priložnost za klepet z upokojenima sodelavkama



Nasmejani kolegi med odmorom



Pohvale za glasbeno točko



Posvet s svetovalcema za promocijo zdravja pri delu



Pogovor med hrano – prvič



Pogovor med hrano – drugič



Dr. Kálmán Kardos z Madžarske in mag. Alenka Škerjanc



Nasmejani ob »stand up« nastopu



Zahvala zaposlenih predstojnici dr. Metodi Dodič Fikfak



Glavni snemalec mag. Niko Američ



Glavna fotografinja Ana Vidovič

**Slike: Katja Draksler, univ. dipl. soc.,
in Ana Vidovič, univ. dipl. psih.
Izbor: Klavdija Besednjak, univ. dipl. pol.**

ZAHVALA PREDSTOJNICI TER SODELAVKAM IN SODELAVCEM KIMDPŠ

Spoštovana predstojnica doc. dr. Metoda Dodič Fikfak, dr. med.,

ob 40. letnici našega inštituta je bil slovenski strokovni javnosti v dneh od 24. do 25. novembra 2011 uspešno predstavljen kratek presek naše dejavnosti na sekundarni in terciarni ravni od začetka do danes in nakanjan razvoj v bodoče zlasti na terciarni ravni.

Ob priliki tega jubileja smo nekateri delavci inštituta za dolgotrajno predano delo in zavezanost stroki ter razvoju prejeli zahvalno plaketo za naše delo s Kogojevu umetniško skulpturo. Ko nagrajeni razmisli in se poglobi v prehojeno pot, vložen trud, znanje v razvoj stroke, se vedno nehote vpraša, ali je šla zahvala v prave roke.

Vsekakor zahvala pomeni za nagrajenca vzpodbudo in obenem obveznost, da kreativno in konstruktivno nadaljuje svoje strokovno poslanstvo tako na inštitutu kot v slovenski medicini dela, prometa in športa.

Spoštovani, prosim, če mojo zahvalo prenesete vsem sodelavkam in sodelavcem inštituta.

**S spoštovanjem,
Rajko Črnivec**

BELEŽKE

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

BELEŽKE

A series of horizontal dotted lines for taking notes.

EVROPSKA NAČELA UKREPANJA: TRAJNOSTNE REŠITVE ZA PRIHODNOST - OBLIKOVANJE PROCESA PRESTRUKTURIRANJA IN NJEGOVO UPRAVLJANJE

Dokument je nastal kot končni izdelek projekta IRENE in povzema tudi spoznanja nekaterih prejšnjih projektov, ki so se ukvarjali s preučevanjem vplivov prestrukturiranja podjetij na zdravje in jih je prav tako sofinancirala Evropska komisija.

Predlog mreže IRENE

Mreža IRENE v Evropi združuje strokovnjake, svetovalce in socialne partnerje, ki se ukvarjajo s procesi prestrukturiranja gospodarstva. V preteklih letih so znotraj mreže preučili več kot 200 primerov prestrukturiranja na državnih, panožnih in področnih ravneh ter na ravni podjetij; organizirali so različne delavnice in srečanja s socialnimi partnerji, oblikovalci politike in strokovnjaki z različnih področij v večini od 27 držav članic Evropske unije. IRENE je izobraževalna mreža, ki z zbranimi izkušnjami prispeva k oblikovanju skupnih priporočil o tem, kako izvesti prestrukturiranje na družbeno odgovoren način.

Zadnja finančna in gospodarska kriza je pospešila procese prestrukturiranja v Evropi. Prestrukturiranje je zaradi globalizacije, demografskih trendov, tehnoloških inovacij in novih izzivov, povezanih s podnebnimi spremembami, postalo stalen pojav in del vsakdanjika podjetij, delavcev in posameznih teritorialnih območij. Deluje na treh ravneh:

- prispeva k oblikovanju novih razvojnih priložnosti in odpiranju delovnih mest;
- številni Evropejci prestrukturiranje povezujejo z negativnimi socialnimi posledicami in visoko ceno za ljudi;

- vpliva na gospodarske strukture in konkurenčnost, pa tudi na zaposlovanje, zdravje in življenjski slog.

Naše izkušnje in številne opravljene analize kažejo, da je prestrukturiranje v Evropi še vedno predvsem proces, ki nastane kot odgovor na spremenjene razmere in večinoma ne vodi do trajnostnih rešitev za prihodnost. Ključne slabosti modelov prestrukturiranja v Evropi so predvsem:

- pomanjkljiva priprava na spremembe in predvidevanje le-teh ter nezadostno upoštevanje že pridobljenih izkušenj;
- neenak dostop zaposlenih in podjetij do novih zaposlitev, poslovnih priložnosti in podpornih mehanizmov ter (še vedno) neučinkoviti ukrepi na trgu dela;
- omejitve, s katerimi se soočajo pri oblikovanju ukrepov v podjetjih. Odločanje o prestrukturiranju namreč pogosto poteka v soodvisnosti od zunanjih dejavnikov, prav tako pa podjetjem primanjkuje virov, da bi se načrtovanja sprememb lotili na način, ki bi vodil do trajnih pozitivnih učinkov;
- ozko dojemanje zaposlovanja in zaposljivosti, ki ne upošteva potreb ljudi in razpoložljivih virov.

Mreža IRENE je zato pripravila Sedem evropskih načel ukrepanja – trajnostnih rešitev za prihodnost pri oblikovanju procesa prestrukturiranja in njegovem upravljanju. Načela lahko razumemo kot evropska pravila ravnanja, vključujejo pa ključne univerzalne zaveze, ki jih je treba upoštevati v procesih prestrukturiranja. Te so:

- načrtovanje trajnostnih rešitev za prihodnost;
- spodbujanje učinkovitega, razširjenega in inovativnega socialnega dialoga o prestrukturiranju;
- upoštevanje lokalnih skupnosti in spodbujanje dialoga med več različnimi deležniki;
- zagotavljanje pravične in dosledne poklicne mobilnosti (prehajanje med poklici oz. delovnimi mesti) za vse;
- upoštevanje dejavnika zdravja pri načrtovanju in izvajanju sprememb ter zaposlovanju;
- spodbujanje finančno odgovornega upravljanja procesa prestrukturiranja;
- učenje iz izkušenj, pridobljenih na področju prestrukturiranja.

Ključne besede, ki se pojavljajo v povezavi s temi načeli, so legitimnost, učinkovitost, dialog, pravičnost in odgovornost. Evropska družba, podjetja in evropski državljani potrebujejo inovativnejše pristope k prestrukturiranju, predvsem na področju socialnega dialoga, vključevanja različnih deležnikov, mnenja ljudi, tranzicijskih orodij, podpore in trajnostnega razvoja.

Sedem načel dopolnjuje z dvajset priporočil, ki izhajajo iz ključnih ugotovitev in dokumentov evropskih javnih ustanov, socialnih partnerjev in strokovnjakov. Njihov namen je preoblikovati obstoječe evropske okvire – tako zakonodajo, socialni dialog kot tudi prostovoljne zaveze in prakse – da bodo vsem vpletenim omogočali učinkovitejše soočanje s strukturnimi spremembami. Zato pozivamo podjetja, menedžerje, delavce in njihove predstavnike, javne oblasti, svetovalce in državljane, da jih preizkusijo in izvajajo v čim večjem obsegu. Oblikovanje konsistentnega dialoga in sodelovanja ter premik k inovativnejšemu in trajnostnemu prestrukturiranju sta namreč odvisna od prav vsakega od njih.

Glavne zaveze in priporočila

1. Načrtovanje trajnostnih rešitev za prihodnost

Po vsej Evropi poudarjajo, da je strateško in operativno predvidevanje poteka prestrukturiranja osnovni pogoj za učinkovito soočanje s strukturnimi spremembami ter ohranitev in razvoj globalne konkurenčnosti. Žal pa ta cilj še zdaleč ni dosežen, saj od vseh deležnikov zahteva nov pogled na proces prestrukturiranja, ki mora vključevati tudi pobude za odpiranje novih delovnih mest, pridobivanje novih spretnosti, spodbujanje trajnostnega razvoja ter pozitivne vplive na vrednostno verigo.

1., 2. in 3. priporočilo:

- Pri načrtovanju rešitev za prihodnost je treba upoštevati tako odpiranje novih delovnih mest kot njihovo izgubo. Priprava delavcev na novo delovno mesto in pridobivanje novih spretnosti, ustrezno poklicno usposabljanje ter podpora poklicni in geografski mobilnosti morajo postati nove pravice in dolžnosti.
- Malim in srednje velikim podjetjem ter podizvajalcem morajo večja podjetja, pa tudi javne oblasti in socialni partnerji nameniti posebno pozornost. Ponuditi jim morajo potrebno podporo ter omogočiti dostop do izobraževanj in družbenih ukrepov, kar mora postati ena od prednostnih nalog.
- Vedno, kadar obstaja možnost prestrukturiranja ali pa je to že načrtovano, je treba zagotoviti sistematično predvidevanje, zgodnje opozarjanje ter dosledno in pravočasno obveščanje in svetovanje. Za doseganje teh ciljev je treba oblikovati stabilne mehanizme.¹

1 Kot je omenjeno v sporočilu o prestrukturiranju, usmeritvah o socialnih partnerjih, zakonodaji Evropske unije in več evropskih poročilih (med drugim MIRE, AGIRE, IRENE).

2. Spodbujanje učinkovitega, razširjenega in inovativnega socialnega dialoga o prestrukturiranju

Socialni dialog, ki temelji na zaupanju in preglednosti, mora biti učinkovit. Žal pa se socialni dialog vse prevečkrat odvija predvsem v velikih podjetjih, pri tem pa se pogosto pozablja na položaj in težave številnih delavcev, ki jih prizadene prestrukturiranje v malih, srednje velikih in podizvajalskih podjetjih. Socialni dialog bi zato morali razširiti, poglobiti in prenoviti ter na ta način učinkoviteje obravnavati strukturne spremembe in različne oblike prestrukturiranja.

4. in 5. priporočilo:

- Da bi presegli raven velikih podjetij in celotno vrednostno verigo obravnavali na koherenten način, je treba vzpostaviti ali prenoviti okvire in kanale socialnega dialoga.² Poleg tega je treba spodbujati medpanožne, panožne in območne sporazume, saj so ključnega pomena za mala in srednje velika podjetja, ki jih je prizadelo prestrukturiranje.
- Obstoječi sporazumi, zlasti na panožni ravni, bi morali vsebovati inovativne določbe, ki bi omogočale uspešnejše soočanje s strukturnimi spremembami in spremljanje procesov prestrukturiranja.³

² Kot je omenjeno v smernicah OECD za multinacionalne družbe iz leta 2000 z naslovom Vloga socialnega dialoga pri blaženju učinkov prestrukturiranja.

³ Kot je omenjeno na seminarjih ARENAS 27 o načrtovanju prestrukturiranja in upravljanju z njim, in sicer v delu Panoge in prestrukturiranje: na poti k novim pristopom?

3. Upoštevanje lokalnih skupnosti in spodbujanje dialoga med deležniki

Vplive prestrukturiranja je čutiti tudi zunaj podjetja, saj pogosto neposredno prizadenejo celotne panoge in lokalno skupnost. Da pa bi lahko upoštevali tudi te vplive, je treba v proces prestrukturiranja vključiti vse pomembne deležnike. Vključevanje deležnikov, tako zasebnih kot javnih, in oblikovanje močnih partnerstev in mehanizmov sodelovanja tudi zunaj podjetja je pogoj za skupno iskanje rešitev, ki bi lahko omilile učinke prestrukturiranja na skupnost.

6., 7. in 8. priporočilo:

- Dialog med različnimi deležniki lahko dosežemo s spodbujanjem skupne ocene stanja lokalnih in regionalnih akterjev.
- Dopolnitve, sinergijo in splošne napotke za upravljanje procesa prestrukturiranja bi lahko oblikovali lokalni in regionalni akterji.⁴
- Oblikovanje delovne skupine za prestrukturiranje na panožni in/ali območni ravni bi lahko povečalo sinergijo ter tem akterjem omogočilo učinkovitejše spopadanje s strukturnimi spremembami.⁵

⁴ Kot je omenjeno v sporočilu Komisije z naslovom Prestrukturiranje in zaposlovanje: Predvidevanje in spremljanje prestrukturiranja za razvoj delovnih mest: vloga Evropske unije, 2005. Poudarjeno v osnovnem dokumentu foruma EU o prestrukturiranju: Naložba v dobro počutje na delovnem mestu: Obravnavanje psiho-socialnih tveganj v času sprememb, 2010.

⁵ Kot je omenjeno v dokumentu Socialni partnerji Evropske unije: Usmeritve pri upravljanju s spremembami in njihove družbene posledice, in sicer v 4. poglavju z naslovom Območna razsežnost, 2003.

4. Zagotavljanje pravičnega in doslednega sistema poklicne mobilnosti za vse

Kljub standardom Evropske unije in posameznih držav je posvetovanje in obveščanje o procesih prestrukturiranja pogosto prepozno in poteka na preveč formalen način. Pravočasni in dosledni procesi bi vodstvu omogočili, da se pravočasno pripravi na spremembe, v proces prestrukturiranja vključi vse pomembne deležnike in lokalne akterje ter tako predvidi in omogoči trajnostne spremembe. Poleg tega bi morali biti ti procesi oblikovani tako, da bi upoštevali tudi mnenja delavcev in njihovih predstavnikov. Zagotoviti je treba pravično komunikacijo, postopke in enako obravnavo ne glede na to, ali posameznik v organizaciji ostaja ali jo zapušča. Podjetja in drugi subjekti s področja trga dela pogosto vzporedno s procesom prestrukturiranja razvijejo tudi ukrepe za zaposlovanje z namenom povečati zaposljivost in prilagodljivost delavcev novim razmeram. Vendar pa je treba te ukrepe prilagoditi potrebam vseh delavcev brez razlikovanja; preprečevati morajo odpuščanje, v primeru, ko do izgube službe kljub temu pride, pa morajo zagotoviti dostop do novih delovnih mest vsem, ne glede na njihov položaj, vrsto podjetja ali posameznikove lastnosti.

9., 10., 11. in 12. priporočilo:

- Vsakemu delavcu moramo zagotoviti individualno in pravočasno obveščanje ter mu hkrati dati možnost, da izrazi svoje mnenje.⁶
- V postopku prestrukturiranja mora biti prisilno odpuščanje zgolj izhod v sili.⁷

6 Kot je omenjeno v dokumentu Socialni partnerji Evropske unije: Usmeritve pri upravljanju s spremembami in družbene posledice, in sicer v 2. poglavju z naslovom Razlaga sprememb in razlogi zanjo, 2003.

7 Kot izhaja iz večine nacionalnih zakonodaj, sodne prakse in kot je poudarjeno v poročilu IRENE, 2008.

- S pomočjo javnih in zasebnih služb je treba omogočiti prehajanje med poklici in delovnimi mesti vsem delavcem. Pri tem pa je treba upoštevati tudi posebne okoliščine začasno zaposlenih delavcev, ki jih posredujejo agencije, saj jim le tako lahko zagotovimo enako podporo pri prehajanju na nova delovna mesta.⁸
- Evropske direktive (o kolektivnem odpuščanju, itn.) bi morali preoblikovati ter vanje vključiti tudi različne oblike prenehanja veljavnosti pogodbe (npr. za nedoločen čas in določen čas)⁹.

5. Upoštevanje zdravja pri načrtovanju in izvajanju sprememb in zaposlovanju

Številni dokazi pričajo ne le o tem, da prestrukturiranje že pred dejanskim začetkom, še bolj pa med njegovim potekom in po njem škoduje zdravju zaposlenih, temveč pričajo tudi o tem, da lahko zanemarjanje vidika zdravja škoduje tudi okrevanju podjetja. Zato je treba upoštevati različne vidike posameznikovega zdravja kot tudi obče blaginje delavcev (tako vodilnega kadra kot podrejenih) in jim nuditi podporo v vseh fazah prestrukturiranja.

13., 14. in 15. priporočilo:

- Ohranjanje zdravja evropskih delavcev bi mo-

8 Kot je omenjeno na seminarjih ARENAS 27 o pričakovanju prestrukturiranja in upravljanju z njim, in sicer v delu Ogrožene skupine, Novo delovno mesto in orodja za prehod, 2010. Glej tudi prakse posameznih držav, npr. delovne sklade v Avstriji, pogodbo o prehodu na novo delovno mesto v Franciji, prehodna podjetja v Nemčiji, regionalna središča mobilnosti na Nizozemskem ali svet za varnost zaposlitve na Švedskem.

9 Kot je omenjeno na seminarjih ARENAS 27 o pričakovanju prestrukturiranja in upravljanju z njim, in sicer v delu Ureditveni okvir.

ralo postati cilj vseh javnih politik, ki so povezane s prestrukturiranjem, kot tudi politik podjetij v zvezi s prestrukturiranjem.

Ob prestrukturiranju in reorganizaciji podjetij bi morali izdelati oceno vplivov na zdravje.¹⁰

- Bolezni, povezane s procesi prestrukturiranja in reorganizacije, bi lahko uvrstili med poklicne bolezni.¹¹

6. Spodbujanje finančno odgovornega upravljanja procesov prestrukturiranja

Denarna nadomestila, ki so pri prestrukturiranju trenutno v ospredju, bi morali preoblikovati in jih nameniti spodbujanju poklicne mobilnosti. V naprej bi morali opredeliti okvirne stroške, ki jih bo prestrukturiranje imelo za podjetja, delavce, lokalne skupnosti in javne subjekte, saj bi le tako lahko zagotovili pošteno in dosledno finančno sodelovanje različnih deležnikov. Za spodbujanje družbeno odgovornega upravljanja prestrukturiranja pa bi morali razviti in uvesti sistem spodbud in sankcij.

16. in 17. priporočilo:

- V procesu prestrukturiranja bi namesto denarnim nadomestilom morali dati prednost poklicni mobilnosti. Zakonodaja, socialni dialog in prakse podjetij se morajo spoprijeti s

10 Kot je omenjeno v osnovnem dokumentu foruma EU o prestrukturiranju: Naložba v dobro počutje na delovnem mestu: Soočanje s psiho-socialnimi tveganji v časih sprememb, in sicer v poglavju Glavna področja delovanja, 2010.

11 Kot je omenjeno v osnovnem dokumentu foruma EU o prestrukturiranju: Naložba v dobro počutje na delovnem mestu: Soočanje s psiho-socialnimi tveganji v časih sprememb, in sicer v poglavju Glavna področja delovanja, 2010.

tem vprašanjem, da bi dosegle usklajenost in doslednost pri vlaganju v človeški kapital.¹²

- Sistem spodbud in sankcij,¹³ ki je že bil preizkušen (na primer na okoljskem področju), bi lahko uporabili pri upravljanju prestrukturiranja na podlagi že sprejetih zavez v okviru družbene odgovornosti podjetij.

7. Učenje iz izkušenj, pridobljenih na področju prestrukturiranja

Prestrukturiranje je ponavljajoč se in dolgotrajen proces, vendar se kljub temu zdi, da se le redko učimo iz preteklih izkušenj, pridobljenih na tem področju. Vzpostavitev kontinuiranega spremljanja procesov prestrukturiranja in njegovih učinkov je tako nujno, če želimo med vsemi subjekti, vključenimi v te procese, oblikovati učinkovit način medsebojnega učenja, ki bi olajšal predvidevanje sprememb in načrtovanje trajnostnih družbeno-ekonomskih razvojnih strategij.

18., 19. in 20. priporočilo:

- Razviti je treba izobraževanja o prestrukturiranju, ki bodo temeljila tudi na preteklih izkušnjah in primerih dobre prakse, ter vanje vključiti tako vodstveni kader kot predstavnike zaposlenih.¹⁴

12 Kot je omenjeno na seminarjih ARENAS 27 o pričakovanju prestrukturiranja in upravljanju z njim, in sicer v delu Zgodnja upokojitev in odpravnine.

13 Sheme spodbud in sankcij (na podlagi višje obdavčitve ali socialnih prispevkov), ki jih pogosto uporabljajo zavarovalnice in davčni ukrepi s področja okolja.

14 Kot je omenjeno v osnovnem dokumentu foruma EU o prestrukturiranju: Naložba v dobro počutje na delovnem mestu: Soočanje s psiho-socialnimi tveganji v časih sprememb, in sicer v poglavju Glavna področja delovanja, 2010. Omenjeno tudi v številnih poročilih Evropske unije (med drugim Obvladovanje sprememb, IRENE, HIRES).

- Podjetja v procesu prestrukturiranja bi morala pripraviti poročilo o obvladovanju sprememb, v katerem bi ocenila svoj pristop k prestrukturiranju in zaveze¹⁵ na tem področju. Prav tako pa bi bilo treba sestaviti tripartitno poročilo o obvladovanju sprememb na državni ravni.

Spremljanje procesa prestrukturiranja in njegovih učinkov v podjetjih in skupnostih bi morali sistematično razviti po vsej Evropi.¹⁶

Literatura

Smernice

1. European Commission, [2009, February]. *Checklist on restructuring processes*. Pridobljeno s spletne strani: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=103&langId=en>.
2. OECD [2000]. *Guidelines for multinational enterprises*. Pridobljeno s spletne strani: <http://www.oecd.org/dataoecd/56/36/1922428.pdf>
3. EMF Handbook [2006]. *How to deal with transnational company restructuring*. EMF, Brussels. Pridobljeno s spletne strani: <http://www.emf-fem.org/Areas-of-work/Company-Policy/Company-cases/Restructuring/EMF-Handbook-on-how-to-deal-with-transnational-company-restructuring>
4. ETUC [2007, November]. *Toolkit restructuring*. Pridobljeno s spletne strani: http://www.etuc.org/IMG/pdf_pdf_CES-Toolkit-Uk-2.pdf
5. UNICE/UEAPME, CEEP and ETUC [2003, October]. *Orientations for reference in managing change and its social consequences*. Brussels. Pridobljeno s spletne strani: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=103&langId=en>

15 Eno glavnih priporočil skupine Gyllenhammar glede obvladovanja sprememb, 1998.

16 To je vloga Evropskega centra za spremljanje sprememb, ki bi jo morali razširiti z vključitvijo novih instrumentov in dodatnih strokovnih omrežij v proces prestrukturiranja.

Dobre prakse

1. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions [2008]. *ERM case studies: Good practice in company restructuring*. Dublin. Pridobljeno s spletne strani: <http://www.eurofound.europa.eu/docs/erm/tn0903016s/tn0903016s.pdf>
2. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions [2009]. *EMCC case studies: Joint social partner structures and restructuring: comparing national approaches*. Dublin. Pridobljeno s spletne strani: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/18/en/1/EF0918EN.pdf>
3. *European Restructuring Toolbox*, January 2010. Pridobljeno s spletne strani: http://www.evta.net/restructuringtoolbox/docs/european_restructuring_toolbox.pdf

Dokumenti

1. ITCILO [2009]. *Restructuring in Europe : 27 national seminars*. A.R.E.N.A.S project. Available: <http://arenas.itcilo.org/en/description-action>
2. HIRES Project funded by the European Commission [2007]. *Health in restructuring: innovative approaches and policy recommendations*. Pridobljeno s spletne strani: http://www.ipg.uni-bremen.de/research/hires/HIRES_FR_090518_english.pdf
3. *Background paper: Investing in well being at work - Addressing psychosocial risks in times of change*. Pridobljeno s spletne strani: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=88&langId=en&eventId=290&furtherEvents=yes>
4. AGIRE Project funded by the European Commission [2005 – 2007]. *Anticipating for an innovative management of restructuring in Europe*. Pridobljeno s spletne strani: <http://www.fse-agire.com/>
5. MIRE Project funded by the European Commission [2005 – 2007], *Monitoring Innovative Restructuring in Europe: the role of EWCs in restructuring*. Pridobljeno s spletne strani: <http://www.mire-restructuring.eu/>