

Glasnik KIMDPŠ



V SREDIŠČU:

Delodajalci v veliki meri poskrbijo za izdelavo izjave o varnosti z oceno tveganja, vendar pogosto ne poznajo njene vsebine in ne razumejo v celoti, kaj naj bi ocena tveganja predstavljala, čemu je namenjena, zakaj jo sploh imajo in kako jo lahko uporabijo. Zato je treba v delovnih okoljih graditi takšno varnostno kulturo, v kateri se bodo tako vodstva podjetij kot drugi zaposleni zavedali pomena ocene tveganja za varnost in zdravje pri delu, pripadnost organizaciji ter njeno uspešnost na trgu.

Podatki kažejo, da duševne motnje vse bolj onemogočajo našo zmožnost za delo in ustvarjalno življenje. Strokovnjaki na področju javnega zdravja si zato prizadevajo za oblikovanje programov, s katerimi bi izboljšali duševno zdravje ljudi, preprečevali duševne motnje in pomagali obolelim k čim hitrejšemu okrevanju in ponovnemu vključevanju v družbo.

UVODNIK

- 1 - Promocija duševnega zdravja pri delu – realnost ali utopija? - *Tanja Urdih Lazar*

V SREDIŠČU

- 3 - Ocena tveganja – kritični pogled - *Primož Gspan, Metoda Dodič Fikfak*

AKTUALNE TEME V MDPŠ

- 6 - Ocena zdravstvene ogroženosti glasbenikov Slovenske filharmonije Ljubljana - *Rajko Črnivec*
11 - Razširjenost trpinčenja na delovnem mestu v Sloveniji - *Tanja Urdih Lazar, Eva Stergar*

STROKOVNA PRIPOROČILA

- 16 - Vranični prisad ali antraks - *Alenka Kraigher*

NE PREZRITE – PREDPISI

- 19 - Pravilnik o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o pogojih za določitev bolezni zaradi izpostavljenost azbestu in merilih za določitev višine odškodnine - *Rajko Črnivec*

PREDSTAVITEV MAGISTRSKE NALOGE

- 20 - Model ugotavljanja povezav med bolniškim stalažem in boleznimi mišično-kostnega sistema - *Nevenka Šestan*

PREDSTAVITEV SPECIALISTIČNE NALOGE

- 21 - Register poklicnih bolezni v Republiki Sloveniji: Predlog oblikovanja vsebine registra poklicnih bolezni na konkretnem primeru predloga registra poklicnih bolezni zaradi izpostavljenosti azbestu - *Neda Dovjak*

SPREHOD PO STROKOVNI LITERATURI

- 22 - Program monografij Mednarodne agencije za raziskave raka: Tveganja za nastanek raka, povezana z izmenskim (nočnim) delom, pleskarstvom in gašenjem požarov - *Katja Draksler*
25 - Poklicna izpostavljenost kristalinskemu silicijevemu dioksidu v Evropski uniji - *Katja Draksler*
27 - Družbeno odgovorno prestrukturiranje v sedanjih kriznih razmerah - *Katja Draksler*

NOVICE

- 30 - Izobraževanje svetovalcev za PZD uspešno poteka - *Tanja Urdih Lazar*
31 - Gostili smo delovno srečanje Evropske mreže za promocijo zdravja pri delu - *Katja Draksler*
32 - Začenja se projekt LEECH - *Tanja Urdih Lazar*
33 - 11. srečanje raziskovalcev Evropske raziskave o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino (ESPAD) - *Eva Stergar*
36 - Projekt HIRE Plus – za zdravju prijaznejše prestrukturiranje podjetij - *Katja Draksler*
37 - Delavnica Učenje učiteljev - *Rajko Črnivec*
38 - Ekскурzija na Goriško - *Katja Draksler*

STROKOVNA SREČANJA

- 40 - Tranzicija in zdravje delavcev – srečanje Slovenske mreže za promocijo zdravja pri delu - *Katja Draksler*
40 - 26. delovno srečanje Evropske mreže za promocijo zdravja pri delu - *Eva Stergar*
42 - Svetovni kongres medicine športa - *Petra Zupet*
43 - Prvi hrvaški kongres o trpinčenju na delovnem mestu in stresu - *Tanja Urdih Lazar*
43 - Evropska delavnica o stališčih zainteresiranih strani o vplivih Direktive o elektromagnetnih sevanjih - *Blaž Valič, Peter Gajšek*
44 - Mednarodna konferenca o nenadnih srčnih smrtih pri mladih - *Petra Zupet*
45 - Kontinuirano izobraževanje iz medicine dela, prometa in športa, 2009
46 - Napovednik

STROKA SMO LJUDJE

- 53 - Dejavna kljub upokojitvi - *Tanja Urdih Lazar*
54 - Nova magistra znanosti na KIMDPŠ - *Tanja Urdih Lazar*
55 - Med materinstvom in službo - *Katja Draksler*
56 - Še nekaj utrinkov iz našega življenja in dela

PRILOGA

- Varnost in zdravje gasilcev – pravna ureditev v svetu in v Republiki Sloveniji
- *Tatjana Črv*

Glasnik KIMDPŠ

letnik III, številka 1, maj 2009

Izdajatelj in založnik:

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

Urednica:

Tanja Urdih Lazar

Uredniški odbor:

Rajko Črnivec
Metoda Dodič Fikfak
Alenka Franko
Marija Molan
Eva Stergar
Nevenka Šestan

Grafična podoba:

Laura Tratnik Belopavlovič

Fotografija na ovitku:

FOTO SPRING

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

PROMOCIJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA PRI DELU – REALNOST ALI UTOPIJA?

Svetovna zdravstvena organizacija duševno zdravje opredeljuje kot blaginjo, ki posamezniku omogoča uresničevati njegove sposobnosti, soočati se z običajnimi stresnimi situacijami, produktivno in plodno opravljati delo ter prispevati svoj delež k skupnosti. Čeprav znamo bolje kot zdravje meriti bolezen, je bilo v Evropski uniji (EU) opravljenih tudi nekaj raziskav o duševni blaginji. Po Eurobarometrični raziskavi iz leta 2006 je štiri tedne pred anketiranjem večina evropskih državljanov imela pozitivne občutke, več kot 60 odstotkov vprašanih se je počutilo polne življenja, vesele in umirjene, več kot polovica pa jih je imela veliko energije.



Žal po drugi strani podatki o negativnem zdravju kažejo, da se velik delež ljudi v sodobnem svetu ne počuti tako dobro in da duševne motnje vse bolj onesposabljajo našo zmožnost za delo in ustvarjalno življenje. Kar 27 odstotkov odraslih prebivalcev EU namreč letno trpi za duševnimi motnjami, med katerimi sta najpogostejši anksioznost in depresija. Depresija letno prizadene 4,5 odstotka evropskega prebivalstva. Vsaj enkrat v življenju pa zbolijo za katero od duševnih motenj vsak drugi prebivalec EU.

Duševne motnje so med najpogostejšimi razlogi za bolniški stalež in prezgodnjo upokojitve, v Sloveniji si med vzroke za bolniški stalež izmenjujejo tretje in četrto mesto z boleznimi dihal, sledijo pa glavni vzrokoma za bolniški stalež, tj. poškodbam (zunaj dela in pri delu) in mišično-kostnim boleznim. Tudi podatki za EU so podobni. Evropska statistika poleg tega tudi kaže, da lahko okoli 10 odstotkov dolgotrajnih zdravstvenih problemov in invalidnosti pripišemo duševnim in čustvenim težavam. Ljudje z duševno motnjo bolj tvegajo, da zbolijo za somatskimi boleznimi, kot so na primer srčne bolezni, kap, sladkorna bolezen, dihalne motnje, rak.

Zgovoren kazalec slabega duševnega zdravja je tudi število samomorov, saj so kar v 90 odstotkih posledica duševne motnje. V EU letno izgubimo skoraj 60.000 življenj zaradi samomora, v Sloveniji več kot 500. Po podatkih za leto 2006 je bila pogostost samomora v Sloveniji kar dvakrat višja, kot je bilo povprečje EU. Tako je bila Slovenija s skoraj 23 samomori na 100.000 prebivalcev na drugem mestu za Litvo (28,9), sledile pa so nam: Madžarska (21,8), Latvija (19,3), Finska (19) in Estonija (16,2).

Zaradi problemov, povezanih z duševnimi motnjami, trpijo tako posamezniki in njihove družine kot tudi družba v celoti, saj izgublja ustvarjalne potenciale ljudi. Ocenjuje se, da v EU ekonomski stroški zaradi duševnih motenj, ki gredo predvsem na račun zmanjšane učinkovitosti, znašajo od 3 do 4 odstotke bruto družbenega proizvoda (BDP) letno, kar je dvakrat toliko kot celoten BDP države velikosti Avstrije. K neučinkovitosti pri delu lahko precej prispeva tudi trpinčenje na delovnem mestu, ki ima pogosto hude negativne posledice za zdravje, predvsem za duševno zdravje. Po prvi nacionalni raziskavi, ki jo je KIMDPŠ opravil lani spomladi, je trpinčenje v zadnjih šestih mesecih pred anketiranjem vsaj občasno doživljalo 10,4 odstotka vprašanih, 1,5 odstotka pa pogosto. Gre za zaskrbljujoče podatke, še posebej, če pomislimo, da lahko gre za več kot 80.000 oz. več kot 10.000 ljudi med delovno aktivno populacijo, ki zaradi tega negativnega, a preprečljivega pojava, tvegajo svoje telesno in duševno zdravje ter socialno in ekonomsko stabilnost.

Kje iskati vzroke za tako slabo duševno zdravje in koliko k tej žalostni sliki prispeva delovno okolje? Z duševnimi motnjami so se sicer soočali v različnih družbenih sistemih skozi vso zgodovino, k njihovem porastu pa danes zagotovo prispevajo skrajno tekmovalno delovno in življenjsko okolje, slabe socialno-ekonomske razmere, težko usklajevanje družinskega življenja in službenih obveznosti, slabi (površni, hladni) medsebojni odnosi, slaba vpetost posameznika v skupnost, kjer živi in dela, pomanjkanje ustrezne komunikacije na vseh ravneh, naraščanje vseh oblik nasilja, predvsem psihičnega, slaba dostopnost do različnih oblik pomoči.

Številni primeri dobre prakse pa na srečo kažejo, da je mogoče probleme duševnega zdravja in zdravja na sploh preprečevati z ukrepi promocije zdravja. S promocijo zdravja posredujemo med ljudmi in njihovim okoljem za zdravje ter jim tako pomagamo povečati nadzor na determinantami zdravja. Pri promociji duševnega zdravja si moramo še posebej prizadevati za varovanje čustvene in socialne blaginje ter za ustvarjanje razmer in okolij (delovnih, življenjskih, izobraževalnih itd.), v katerih bodo lahko posamezniki, družine, skupnosti in družbe optimalno funkcionirali. Delovno okolje je zagotovo eno od tistih okolij, v katerih se lahko zdravje krepi ali - izgublja. Tisti, ki delamo na področju promocije zdravja, menimo, da je delovno okolje idealno mesto za uvajanje preventivnih ukrepov, torej za krepitev in ohranjanje zdravja, saj lahko tam dosežemo relativno veliko število ljudi in jim posredujemo znanje in veščine za oblikovanje zdravju prijaznega življenjskega in delovnega sloga, hkrati pa v sodelovanju z ozaveščenimi delodajalci to okolje spreminjamo tako, da zdravju ne bo škodovalo in bo nudilo možnost zdravju naklonjenih izbir.

S programom Čili za delo želimo doseči prav to: da bi zdravi delavci delali v zdravih organizacijah. Žal na zdravje pogosto gledamo le kot na odsotnost bolezni, in še to somatske (telesne) bolezni, medtem ko bi morali v skladu z biopsihosocialnim modelom upoštevati biološke, psihološke in socialne dejavnike kot enakovredne determinante zdravja in bolezni. Telesa in duševnosti ne moremo obravnavati ločeno, dobrega telesnega in duševnega zdravja pa ne moremo pričakovati v nezdravih socialnih razmerah. Duševno zdravje je ena od komponent zdravja, a bi ji morali v sodobnem svetu posvečati precej več pozornosti. Strokovnjaki na področju javnega zdravja si v zadnjem času prizadevajo za oblikovanje programov, s katerimi bi izboljšali duševno zdravje ljudi, preprečevali duševne motnje in pomagali obolelim k čim hitrejšemu okrevanju in povrnemu vključevanju v družbo.

Na evropski ravni tako poteka več mednarodnih projektov za varovanje duševnega zdravja. KIMDPŠ sodeluje v projektu Evropske mreže za promocijo zdravja pri delu MentHealthWork, katerega cilji so: povečati osveščenost podjetij, deležnikov in splošne javnosti o potrebah in koristih promocije duševnega zdravja pri delu; pritegniti deležnike k sodelovanju v kampanji in jih prepričati v vlaganje v promocijo duševnega zdravja na delovnem mestu; oblikovati uporabna in praktična merila in modele za promocijo duševnega zdravja pri delu ter okrepiti izmenjavo izkušenj na tem področju.

Sicer pa tudi s programom promocije zdravja Čili za delo prispevamo k boljšemu duševnemu zdravju. Z organizacijskimi ukrepi lahko na primer delovni čas prilagodimo delavcu tako, da mu olajšamo usklajevanje delovnega in družinskega življenja. Usklajevanje teh dveh vlog namreč terja veliko napora in je pogosto vir stresa in zbolevanja. S preprečevanjem in obvladovanjem doživetij preobremenjenosti (stresa) ter preprečevanjem rabe drog prav tako lahko preprečujemo duševne stiske, ki pogosto vodijo v razvoj duševnih in čustvenih motenj. Posredno lahko vplivamo na boljše duševno zdravje tudi z drugimi moduli. Poškodba s težkimi posledicami namreč lahko negativno vpliva na duševno zdravje, prav tako kronična bolečina hrbta, do katere je prišlo zaradi neergonomsko urejenega delovnega mesta. Nekatere kemijske snovi neposredno povzročajo razvoj duševnih motenj, negativno pa vplivata na duševno zdravje tudi nenehen strah zaradi dela z nevarnimi snovmi in delo z neprimernimi varovalnimi sredstvi. Izvajanje modulov Preprečevanje poškodb pri delu, Ergonomski ukrepi na delovnem mestu in Preprečevanje obremenitev za izpostavljenosti kemijskim dejavnikom tveganja bi zato lahko tudi šteli za prispevek k boljšemu duševnemu zdravju.

Cilj vseh prizadevanj promocije zdravja pri delu je oblikovati takšno delovno okolje, ki bo posamezniku zagotavljalo socialno varnost, ki bo naklonjeno zdravju in bo nudilo možnost zdravih izbir (npr. možnost zdrave prehrane, telesne aktivnosti, opuščanja kajenja...), okolje, v katerem bo organizacijska kultura omogočala in podpirala uresničevanje posameznikovih potencialov in bo posameznik pri osebni razvoju deležen podpore vodstva in sodelavcev, ter okolje, v katerem bodo delovne zahteve in nadzor posameznika nad lastnim delom v ravnovesju z njegovimi kompetencami, tako socialnimi kot strokovnimi in tudi vedenjem o zdravju. Čeprav se zdi utopično, smo prepričani, da je mogoče ta cilj ob usklajenih naporih na različnih ravneh in različnih področjih doseči. Mogoče bo kamenček k temu mozaiku prispeval tudi nacionalni program varovanja duševnega zdravja, pri pripravi katerega sodeluje tudi KIMDPŠ.

Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov.

OCENA TVEGANJA – KRITIČNI POGLED

Seminar s tem naslovom, ki ga je lani ob Evropskem tednu varnosti in zdravja pri delu organiziral Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa (KIMDPŠ), je bil brez dvoma eden uspešnejših, zlasti z vidika dopolnjevanja razumevanja, izmenjave mnenj in izkušenj ter zgledov dobre prakse pri uveljavljanju učinkovite in uporabne ocene tveganja. Iz vsebine in zaključkov lahko poudarimo zlasti naslednje.

Evalvacija sedanjih ocen tveganja v luči inšpekcije dela ugotavlja, da delodajalci »izjavo o varnosti z oceno tveganja« največkrat sicer imajo, vendar pogosto še vedno ne poznajo njene vsebine. Ne razumejo v celoti, kaj naj bi ocena tveganja predstavljala, čemu je namenjena, zakaj jo sploh imajo in kako jo lahko uporabijo. Inšpektorat za delo RS (IRSD) tudi ugotavlja, da so praviloma ocene tveganja preobsežne, nepregledne ter da zdravstvene ogroženosti zaradi delovnih okolij in konkretnih izvedb učinkovitih ukrepov, nevarnosti in zdravja pri delu ne obravnavajo v zadostni meri. Pač pa morajo biti izjave o varnosti z oceno tveganja bolj konkretne, nanašati se morajo na realne razmere v danem podjetju, ukrepi morajo biti jasni in izvedljivi, ne pa spisek želja.

Za boljše razumevanje vsebine in namena je bila izjava o varnosti z oceno tveganja primerjana s pojmom »risk management«, torej kot sistem celovitega vodenja in zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu v podjetju oz. dejavnosti.

Poudarjeno je bilo, da pojem »izjava o varnosti z oceno tveganja« sestavljata dva dela: »izjava o varnosti«



Mag. Nevenka Šestan, vms, univ. dipl. org., je govorila o povezavi med bolniškim staležem in oceno tveganja (Foto: Niko Arnerić)

in »ocena tveganja«. Izjava o varnosti mora biti najprej načelna zaveza delodajalca k upoštevanju in zagotavljanju varnosti in zdravja pri delu. Pomanjkljivost izjave o varnosti po črki predpisa pa je, da od delodajalca izrecno ne zahteva trdne konkretne zaveze, da bo tudi v resnici in v okviru določenih rokov izvedel vse tiste ukrepe, ki so navedeni v drugem delu: v »oceni tveganja«. S tem pa je izjava o varnosti največkrat z operativnega vidika omejena na dobre namene in želje in je zato brez večje praktične vrednosti.

Ocena tveganja je neločljiva strokovna sestavina »izjave o varnosti z oceno tveganja«. Vsebuje ugotovitve strokovnjakov (strokovnih delavcev, pooblaščenega zdravnika idr.) in naj bi navajala zlasti konkretne ukrepe na določenih delovnih mestih, roke, odgovornosti in pooblastila za njihovo realizacijo ter naj bi se končala s preizkusom učinkovitosti izvedenih ukrepov. Poudarjen je bil pomen sodelovanja udeležencev znotraj podjetja (menedžmenta – plačnika ukrepov; strokovnih in drugih delavcev; zaposlenih), posebej pa še sodelovanje stroke medicine dela, ki najbolj podrobno pozna zdravstveno stanje in zahteve posameznih delavcev. Domnevno je najbolj zahtevno in v praksi povzroča največ težav prav učinkovito združevanje in ocenjevanje odzivnosti konkretnega delavca na zahteve konkretnega dela. Težavo pri ugotavljanju zdravstvenega stanja predstavlja ponekod tudi ne-



Udeležba na seminarju je bila zelo dobra (Foto: Niko Arnerić)



Igor Ivanetič, dr. med., je predstavil konkreten primer ocene tveganja (Foto: Niko Arnerić)

zadostna komunikacija med pooblaščenim in izbranim zdravnikom.

Posebej burno razpravo je vzbudila sicer nedvoumno navedena zahteva, ki izhaja iz Zakona o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD) in Direktive 89/391/EEC, ki pravi, da mora delodajalec delo individualno prilagoditi delavcu. Posledično to zahteva tudi individualno obravnavo posameznika v postopku ocene tveganja, kar pa se številnim še vedno zdi pri velikih podjetjih v praksi neuresničljivo. Omenjeno je bilo v tej zvezi npr. tudi vprašanje ocene pri obremenitvah na delovnih mestih z rotacijo. Nedvomno je treba ocenjevati v takem primeru vpliv celotnega delovnega ciklusa delavca na njegovo varnost in zdravje, torej vse faze delovnega postopka.

Ena od realnih možnosti za izpolnjevanje zahteve po »individualni prilagoditvi« delovnega mesta (ustrezno zdravstvenim lastnostim, sposobnostim, izobrazbi, usposobljenosti ipd.), tudi pri velikem številu zaposlenih, bi lahko bilo primerno klasificiranje del po značilnih zahtevah in obremenitvah (delovnih mest, okolja, načina dela) v konkretnem podjetju (nikakor pa ne posplošeno »delovno mesto«) tako, da zdravnik, ki podrobno pozna posameznika, oceni, ali zanj v oceni tveganja obravnavano delo ni škodljivo ali tvegano. Povezavo med oceno tveganja določenega delovnega mesta in individualno oceno delazmožnosti za točno določenega delavca namreč opravi pooblaščen zdravnik. Zato je naše mnenje, da mora pooblaščen zdravnik sodelovati pri izdelavi in reviziji ocen tveganja ter da jih mora imeti na voljo. Prav tako mora razpolagati z vse-

mi podatki o delavčevem zdravju ali bolezni, šele potem lahko presodi njegovo individualno delazmožnost. Prepogost odmik specialista medicine dela iz procesa ocene tveganja, redko sodelovanje s strokovnim delavcem med izdelavo ocene tveganja in delo pretežno v ambulantni, ne pa na delovnem mestu delavca, je navedeno v prizadevanjih za zdravo delovno okolje. Zato ne čudi odločitev nekaterih držav EU, ki priznajo enoto za zdravje in varnost pri delu (occupational health and safety service) le, če ima poleg zdravnika in medicinske sestre (occupational health nurse) zaposlenega še strokovnega delavca in psihologa, ki seveda delujejo kot tim. Cena njihovih storitev pa ni vezana le na meritve, preizkuse naprav in klinične preglede, pač pa na varovanje zdravja delavcev na delovnem mestu v celoti. Prav timsko delo pa zahteva posebno pozornost in izdelavo primernih postopkov za sodelovanje strok. Enostavno obiti predpisane zahteve po *individualni* prilagoditvi pa nikakor ni mogoče.

Ocena tveganja, ki se nanaša pri velikem podjetju samo na »skupine poklicev« in ne na konkretna dela in delavce, ne izpolnjuje zahteve ZVZD po individualni presoji. Spomnimo se, da sta tudi »ocenjevalna analiza delovnega mesta« (OADM) in »merska analiza delovnega mesta« (MADM) v začetku izgledali utopično, pa sta se kljub temu ponekod dobro prijeli, ne nazadnje kot odlični predhodniki ocenam tveganja.

V skladu z ugotovitvijo inšpekcije za delo, da so ocene tveganja preobsežne, nepregledne in zato neučinkovite, je bila zaradi poenostavitve in večje preglednosti pred-



Eva Pintarič, univ. dipl. ing. kem., je predstavila primer ocene tveganja s posluhom za starejše delavce v Termah Radenci (Foto: Niko Arnerić)

lagana možnost, da se iz dokumenta »izjave o varnosti z oceno tveganja« kot temeljnega dokumenta izloči ne bistvene stranske *pripomočke*, kot so opis metod, katalog nevarnosti in škodljivosti, način rangiranja stopnje tveganja, statistični, pomožni in podobni podatki. Vendar seveda z dobro izdelanim sistemom zagotavljanja sledljivosti vseh relevantnih dokumentov in virov.

Za preglednost in poenostavitev je smiselno, da se postopek ocenjevanja tveganja razdeli na več stopenj: od ocenjevanja splošnih zadev h končnemu podrobnemu ocenjevanju prilagojenosti delovnega mesta konkretnemu delavcu; torej, od odnosa menedžmenta in organizacije, posameznih organizacijskih enot in posameznih delovnih prostorov do delavca in njegovega delovnega mesta, kjer je ključna prav vloga pooblaščenega zdravnika.

Metode, modeli in predstavljeni primeri dobre prakse so kljub različnim obravnavanim dejavnostim in pristopom pokazali, da so znanje, razumevanje in kakovost nekaterih ocen tveganja bistveno napredovali. Prav tako je očitno vse večje razumevanje in sodelovanje strok, ki se s sodelovanjem medsebojno učijo in izpopolnjujejo. Predstavljeni primeri so dragoceni, ker bodo brez dvoma pomagali v praksi pri oblikovanju, usklajevanju in medsebojnem prilagajanju novih ocen tveganj in pri doktrinarnem poenotenju sicer različnih pogledov in praks. Primeri dobre prakse so tudi poudarili pomen timskega dela.

Primeri dobre prakse kažejo tudi, da so uspešni, če vsebujejo jasne cilje, kot so zavest o pomenu ocene tveganja, poštenost pri ocenjevanju, sodelovanje, enostavnost, preglednost in uporabnost, in da ne gre le za formalno izpolnjevanje predpisanih zahtev. Cilj ocene tveganja mora biti istočasno tudi »humanizacija dela«.

Kritični korak, ki mu je zato treba nameniti največjo pozornost, je še vedno ugotavljanje skladnosti zahtev in obremenitev posameznega delovnega mesta z odzivnostjo posameznega delavca, ki na določenem delovnem mestu opravlja svoje delo. Ne smemo pozabiti, da lahko isto delovno mesto ali isto delo za nekoga ni nevarno ali škodljivo, za nekoga z drugačnimi osebnimi lastnostmi ali zdravstveno kondicijo pa lahko je. Podobno velja, da so lahko »tipična delovna mesta« glede varnosti in zdravja pri delu v različnih



Priložnost za neformalno izmenjavo mnenj (Foto: Niko Arnerić)

okoljih ali podjetjih popolnoma različna in za posameznika neprimerljiva.

Temeljna ugotovitev je, da ocene tveganja dosegajo svoj namen tam, kjer imajo podporo odgovornih delodajalcev in kjer se vodstvo zaveda namena in pomena ocen tveganja kot odločilnega operativnega orodja za polno razpoložljivost in storilnost delovnega zaklada podjetja: zaposlenega. Kaže, da so dobre ocene tveganja narejene ob kreativni pomoči in sodelovanju vodstva ter v razmerah visoke varnostne kulture na ravni vodstva podjetja. Primeri dobre prakse kažejo tudi, da imajo ustrezno varnostno kulturo zlasti vodstva podjetij, ki so povezana v globalne korporacije, kjer so že davno spoznali pomen zdravega, sposobnega in motiviranega delavca. Udeleženci seminarja so tudi poudarili potrebo po prizadevanjih in graditvi *varnostne kulture*, zlasti na ravni uprav oz. vodstev podjetij, pa tudi pri vseh preostalih deležnikih organiziranega dela, ki so pomembni v procesu dojemanja pomena ocene tveganja.

Ne nazadnje je smiselno omeniti sodobni cilj, ki se vse bolj uveljavlja: »sustainable work and health politics« in ki naj trajno povezuje vodstvo in zaposlene, zavest, organizacijsko prepletenost, komunikacijo ter vzpodbuja k uspešnosti vodenja in konkurenčnosti, promociji zdravja zaposlenih, tekmovalnosti (vendar ne na račun preobremenjevanja!), pripadnosti podjetju in delu. Gre torej za višjo stopnjo: za povezavo trajnih prizadevanj za izpopolnjevanje kulture dela in uspešnega poslovanja.

Dr. Primož Gspan, univ. dipl. inž. fiz.
Doc. dr. Metoda Dodič Fikfak, dr. med., spec. MDPŠ

OCENA ZDRAVSTVENE OGROŽENOSTI GLASBENIKOV SLOVENSKE FILHARMONIJE LJUBLJANA

Mag. Rajko Črnivec, dr. med., spec. MDPŠ¹

Izveček: Študija preseka je zajela 70 glasbenikov resne glasbe Slovenske filharmonije Ljubljana. Obseg in vsebina obravnave sta bila v skladu z zahtevami, obremenitvami in škodljivostmi pri delu, odzivnostjo glasbenikov ter veljavno zakonodajo na področju varnosti in zdravja pri delu ter varstva osebnih podatkov.

Namen je bil ugotoviti poklicne zdravstvene okvare s posebnim ozirom na obolenje gibal, oceno zdravstvene ogroženosti in delazmožnosti glasbenikov ter predlagati ukrepe za boljše varovanje njihovega zdravja in delazmožnosti v prihodnje. Mišično-skeletna obolenja slovenskih glasbenikov so primerjana z 109 glasbeniki resne glasbe berlinskega opernega orkestra, ki jih je proučeval Inštitut za medicino dela iz Berlina. Slovenski glasbeniki so imeli najpogostejše težave z ramenskima obročema, ledveno križno hrbtenico, vratno hrbtenico in zgornjima udoma, zlasti tisti, ki so igrali na velika in mala godala. Glede starosti in celokupne dobe igranja na inštrument med skupinami glasbenikov ni bilo statistično pomembnih razlik. Kaže, da je zelo pomembna intenziteta igranja na inštrument, kar pa je odvisno od zahtevnosti delov partiture. Glede na sedaj veljavno zakonodajo smo odkrili 16 primerov (pri 23 odstotkih glasbenikov) poklicne okvare sluha lažje stopnje zaradi hrupa, ki se na seznamu poklicnih bolezni nahajajo pod zaporedno številko 35, 10 primerov (pri 14 odstotkih glasbenikov) bolezni zaradi prevelikega obremenjevanja kit, kitnih ovojnic in mišičnih oziroma kitnih narastišč pod zaporedno številko 60 (preobremenitveni sindrom: rama, komolec, zapestje) in kronična obolenja hrbtenice zaradi pogostih obremenitev v nefizioloških položajih pri delu pod zaporedno številko 63. Prizadeti so bili zlasti glasbeniki, ki so igrali na velika godala, godalisti skupaj pa pogostejše kot trobilci in pihalci. Med z delom povezanimi obolenji smo odkrili vnetja kože pod brado in poroženitve prstov na rokah pri godalistih kot odraz mehanskega draženja kože pri delu s posledičnim vnetjem. Skupaj v 24 primerih (pri 34 odstotkih glasbenikov). Fokalnih distonij (nehotnih, nebolečih krčev mišic glasbenikov) in utesnitvenih nevropatij nismo odkrili. Starejši glasbeniki z daljšo celokupno dobo igranja na inštrument so imeli slabše zdravstveno stanje zlasti na račun srednjih in težjih zdravstvenih okvar. Zaradi odkritih težkih zdravstvenih okvar 4 glasbeniki (2 violinista, 1 tolkalist, 1 kontrabasist) niso bili več zmožni za svoje delo in je bila predlagana ocena na invalidski komisiji (IK). Starejši glasbeniki, zlasti godalisti z daljšo celokupno dobo igranja na inštrument so imeli pogostejšo omejitev delazmožnosti. Torej je poklicno muziciranje psihosenzorni in fizični stres in je zdravju škodljiva poklicna dejavnost, ki zahteva kompleksno mersko analizo in zdravstveno oceno delovnih mest v odvisnosti od vrste glasbil ter prospektivni zdravstveni nadzor.

Ključne besede: *zdravstvena ogroženost glasbenika, poklicna bolezen, ocena delazmožnosti*

Uvod

V Evropi in ZDA obstaja več združenj in specializiranih institucij, ki se interdisciplinarno usmerjeno ukvarjajo z aktivnim in pasivnim zdravstvenim varstvom umetnikov, še posebej glasbenikov resne glasbe (1).

Pri preprečevanju zdravstvenih okvar glasbenikov gre za tesno sodelovanje medicinskih strok zlasti na področju fiziologije glasbe, glasbenih pedagogov in drugih strok (1).

V Sloveniji ni specializiranega centra za interdisciplinarno celovito izvajanje varnosti in zdravja pri

delu umetnikov, še zlasti glasbenikov. V skladu z veljavno zakonodajo zdravstveno varstvo umetnikov (delavcev) izvaja pooblaščen stroka medicine dela, kurativno zdravstveno varstvo je v domeni splošne medicine in različnih specialističnih strok: ORL, ortopedija, nevrologija, fizioterapija in druge (2).

Tako za naše umetnike ni integralne ocene zdravstvene ogroženosti, zdravstvenega stanja, poklicne patologije, delazmožnosti, invalidnosti in odsotnosti z dela, v primerjavi z ostalimi dejavnostmi.

Poklicna mišično-skeletna obolenja poklicnih glasbenikov, zlasti sindrom čezmerne obremenitve in distoni-

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

ja, se pojavljajo v 50-76 odstotkih (3, 4-6). Posebej so prizadeti godalisti v 48-66 odstotkih (4, 5). Sindrom čezmerne obremenitve je multikavzalno pogojen zlasti zaradi intenzivnih, ponavljajočih se gibov v udih s posledično kumulativno travmo, zaradi genetskih dejavnikov, nekoordiniranih neracionalnih motoričnih modelov igranja na inštrument, prevelike intenzitete in prekomernega časa igranja na inštrument (7-9).

Fokalna distonija (nehotne, neboleče kontrakcije mišic prstov rok oziroma miškulature obraza in vratu, ki omejuje izvajanje) prizadene pogosteje moške in pogosto vodi do prekinitve glasbene dejavnosti (10, 11). Poklicne okvare sluha in utesnitvene nevropatije v zapestju, komolcu, ramenu so tudi odkrita patologija pri glasbenikih (8, 12, 13).

Namen študije

V študiji preseka je bil namen ugotoviti poklicno patologijo s posebnim poudarkom na boleznih gibal, oceniti zdravstveno ogroženost in delazmožnost glasbenikov ter predlagati ukrepe za boljše varovanje njihovega zdravja in delazmožnosti.

Zanimalo nas je tudi, ali se mesta in pogostost mišično-skeletnih težav naših glasbenikov razlikujejo od tistih, odkritih pri nemških glasbenikih.

Material in metode

Glasbeniki Slovenske filharmonije Ljubljana

V času raziskave je Slovenska filharmonija zaposlovala skupaj 115 ljudi, od tega: 97 glasbenikov (84 odstotkov), 74 moških (76 odstotkov) in 23 žensk (24 odstotkov). V študijo je bilo zajetih 70 glasbenikov (72 odstotkov od vseh zaposlenih), pretežno z visoko strokovno izobrazbo, in sicer: 56 moških (80 odstotkov) in 14 žensk (20 odstotkov).

Glede na podobne zahteve, obremenitve in škodljivosti pri delu (muziciranju) smo posamezne inštrumente smiselno združili:

- mala godala (violina, viola): 26 glasbenikov (37 odstotkov),

- velika godala (čelo, kontrabas, harfa in ostala): 15 glasbenikov (22 odstotkov),
- pihala in trobila (flavta, klarinet, oboa, rog, tuba in ostala): 25 glasbenikov (36 odstotkov),
- tolkala: 3 glasbeniki (4 odstotki),
- klavir: 1 glasbenik (1 odstotek).

Opazovana in primerjana enota je bil **glasbenik(-ica)**. Zdravstveno obravnavo je opravila standardna ekipa Centra za poklicne bolezni in ocenjevanje delazmožnosti KIMDPŠ ob sodelovanju ostalih medicinskih strok.

Ocena zahtev, obremenitev in škodljivosti med igranjem je temeljila na analitičnem ogledu del in nalog glede na inštrument ter na izsledkih merskih raziskav iz literature (14, 15, 7, 16, 12, 17, 18, 19, 20, 10). Izjav o varnosti z oceno tveganja tedaj še ni bilo.

Obseg in vsebina obravnave sta bila v skladu z zahtevami, obremenitvami in škodljivostmi pri delu, odzivnostjo glasbenikov ter veljavno zakonodajo na področju varnosti in zdravja pri delu ter varstva osebnih podatkov (2).

Uporabili smo posebno anketo za glasbenike: zadovoljstvo s stolom med igranjem glede na vrsto glasbila, bolečine in neugoden občutek v gibalih glede na vrsto glasbila, enako kot pri nemški raziskavi (G. Schacke – 109 glasbenikov berlinskega opernega orkestra) (21).

Starostno korekcijo sluha smo povzeli po nemškem avtorju H. Schmidt.

Statistična analiza in primerjava podatkov je bila opravljena v skladu s standardno statistično metodologijo (t-test, hi-kvadrat).

Glasbeniki berlinskega opernega orkestra, Nemčija

Inštitut za medicino dela Berlin je v raziskavo vključil 109 glasbenikov, od tega 101 (93 odstotkov) moškega in 8 (7 odstotkov) žensk. Poleg klinične obravnave so glasbeniki izpolnili tudi vprašalnik o zadovoljstvu s stolom med muziciranjem in vprašalnik o mišično-skeletnih težavah in neugodju med igranjem na inštrument.

Rezultati

Povprečna starost glasbenikov je bila 46 let (SD 9,4). Povprečna delovna doba v Slovenski filharmoniji (SF) je bila 19 let (SD 9). Povprečna starost ob začetku igranja na inštrument je bila 10 let (SD 3,3). Povprečna celokupna doba igranja na inštrument je bila 35,5 leta (SD 8,4). Povprečni tedenski čas igranja za SF je dobi 31 ur (SD 9,5). Povprečni celotni tedenski čas igranja za SF in izven (Opera, poučevanje v šolah itd.) je 33 ur (SD 6,6) kar pomeni, da so glasbeniki pretežno angažirani v SF. Povprečna starost nemških glasbenikov: moški 42 let (SD 10) in ženske 37 let (SD 12) (21).

Zadovoljstvo s stolom med igranjem

42 odstotkov glasbenikov ni bilo zadovoljnih s stolom, 14,5 odstotka je bilo nezadovoljnih z višino stola, 32 odstotkov je bilo nezadovoljnih z naslonom. Najpogostejše so nezadovoljstvo s stolom navajali glasbeniki velikih godal, tolkal in malih godal. Zanimivo je bila pianistka z najbolj nefiziološkim stolom z njim zadovoljna. Primerjalno kar 51 odstotkov nemških glasbenikov ni bilo zadovoljnih s stolom med muziciranjem (21).

Težave v gibalih med igranjem

Povprečna starost ob začetku težav z gibalni je bila 37 let (SD 10). Povprečna delovna doba ob pričetku težav z gibalni je bila 27 let (SD 10). Povprečni čas javljanja težav v gibalih po pričetku igranja na inštrument je bil od 60 minut pri tolkalih do največ 93 minut pri velikih godalih.

Vsi pregledani glasbeniki so v anketi navajali naslednje najpogostejše težave (bolečine, neugoden občutek) v gibalih:

- ramenski obroč v 33,3 odstotka dominantno obojestransko, najpogostejše velika godala,
- ledveno-križna hrbtenica v 30,4 odstotka, najpogostejše velika godala,
- vratna hrbtenica v 27,5 odstotka, najpogostejše mala godala,

- zapestje v 13 odstotkih dominantno desno, najpogostejše velika godala,
- komolec v 10 odstotkih dominantno desni, najpogostejše tolkala in klavir,
- prsna hrbtenica v 9 odstotkih, najpogostejše mala godala,
- prsti na rokah v 9 odstotkih, najpogostejše tolkala,
- spodnji udje v 6 odstotkih dominantno obojestransko, najpogostejše tolkala,
- podlaket v 3 odstotkih, najpogostejše velika godala.

Torej najpogostejše težave z ramenskima obročema, ledveno križno hrbtenico, vratno hrbtenico in zgornjimi udi so imeli glasbeniki, ki so igrali na velika in mala godala.

Glede starosti in celokupne dobe igranja na inštrument med skupinami glasbenikov ni bilo statistično pomembnih razlik, čeprav smo pričakovali, da bodo starejši glasbeniki z daljšo celokupno dobo igranja na inštrument v anketi navajali pogostejše težave v gibalih. Kaže, da je zelo pomembna intenziteta igranja na inštrument, kar pa je odvisno od zahtevnosti delov partiture.

Nemški glasbeniki so pogostejše imeli težave z gibalni:

- v 65 odstotkih težave z vratno hrbtenico,
- v 44 odstotkih težave z ledveno hrbtenico,
- v 28,5 odstotka primerov težave z ramenskim obročem in zgornjimi udi,
- v 22 odstotkih težave s prsno hrbtenico.

Razen v ramenskih obročih, komolcih, podlahteh, zapestjih in prstih rok so naši glasbeniki navajali manj pogoste težave v gibalih kot nemški.

Odkrite poklicne zdravstvene okvare pri glasbenikih Slovenske filharmonije

Poklicnih bolezni in stanj v smislu tedaj veljavnega Samoupravnega sporazuma o seznamu poklicnih bolezni (Ur. list SFRJ, št. 38/83) nismo zasledili. Zasledili smo le z delom povezane bolezni.

Glede na sedaj veljavni Pravilnik o seznamu poklicnih bolezni (Ur. list RS 85/03) smo odkrili naslednjo poklicno patologijo:

A. poklicne okvare sluha lažje stopnje zaradi hrupa pod zaporedno številko 35, pri skupaj 16 primerih (pri 23 odstotkih glasbenikov);

B. bolezni zaradi prevelikega obremenjevanja kit, kitnih ovojnica in mišičnih oziroma kitnih narastišč pod zaporedno številko 60 (preobremenitveni sindrom: rama, komolec, zapestje) in kronična obolenja hrbtenice zaradi pogostih obremenitev v nefizioloških položajih pri delu pod zaporedno številko 63.

Skupaj je bilo 10 primerov (pri 14 odstotkih glasbenikov).

Prizadeti so bili zlasti tisti, ki so igrali na velika godala, godalisti skupaj pa so bili pogosteje prizadeti kot trobilci in pihalci.

Z delom povezane bolezni

Pri 24 (34 odstotkov glasbenikov) godalistih smo odkrili vnetja kože pod brado in poroženitve prstov na rokah kot odraz mehanskega draženja kože pri delu s posledičnim vnetjem.

Fokalnih distonij (nehotnih, nebolečih krčev glasbenikov) nismo odkrili. Tudi utesnitvenih nevropatij nismo odkrili.

Zdravstvene okvare pri glasbenikih

V 47 odstotkih primerov smo odkrili lažje, v 40 odstotkih srednje in v 13 odstotkih težje zdravstvene okvare. Starejši glasbeniki z daljšo celokupno dobo igranja na inštrument so imeli slabše zdravstveno stanje zlasti na račun srednjih in težjih zdravstvenih okvar (Hi-kvadrat 9,3; $p < 0,01$ in Hi-kvadrat 8,56; $p < 0,05$).

Zaradi odkritih težkih zdravstvenih okvar štirje (IF=5,7) glasbeniki (2 vilionista, 1 tolkalist, 1 kontrabasist) niso izpolnjevali več posebnih zdravstvenih zahtev za svoje delo in je bila potrebna ocena na IK z verjetno invalidsko upokojitvijo. Glede na starost in specifičnost glasbene dejavnosti sprememba delovnega mesta ali prekvalifikacija nista prišla v poštev.

Ocena izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev za svoje delo

63 odstotkov glasbenikov je izpolnjevalo zdravstvene zahteve, 30 odstotkov jih je izpolnjevalo z omejitvami,

7 odstotkov jih ni izpolnjevalo zdravstvenih zahtev za svoje delo.

Starejši glasbeniki z daljšo celokupno dobo igranja na inštrument so zahteve pogosteje izpolnjevali z omejitvijo oziroma zdravstvenih zahtev niso izpolnjevali (Hi-kvadrat 4,45; $p < 0,05$, Hi-kvadrat 6,43; $p < 0,05$). Gre zlasti za godaliste.

Zaključek in predlogi

Podobno kot v svetu je tudi naša študija pokazala, da bi poklicno muziciranje lahko opredelili zlasti kot psihosenzorni in fizični stres, torej zdravju škodljivo poklicno dejavnost, ki zahteva kompleksno mersko analizo in zdravstveno oceno kritičnih delovnih mest v odvisnosti od vrste glasbil (3-6, 8, 9, 12-25).

Slovenski filharmoniji smo predlagali raziskavo, ki pa do danes ni stekla zaradi pomanjkanja denarja.

Do opravljene raziskave je predlagano:

- nabava fizioloških stolov z ustrezno oblazinjeno sedežno površino, katere sedežna višina in nagib kot tudi višina in nagib naslona za hrbet morajo biti individualno nastavljivi glede na antropološke mere glasbenikov. Takšni individualno fiziološko nastavljivi stoli bi bili označeni s priimkom in imenom glasbenika. Danes sedijo simfoniki na oblazinjenih neergonomskih sedežih;
- po uri in pol individualnih ali skupinskih vaj oziroma po prvem delu koncerta je potrebno zagotoviti vsaj 15-minutni aktivni odmor za razbremenitev dominantno izometrično obremenjenih mišic ramen-skih obročev ter obvretenčnega mišičja hrbtenice. Razgibavanje bi vodili mojstri posameznih skupin glasbil, s tem da bi se predhodno usposobili pri specialistih fizikalne medicine v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana.

Literatura

- Blum J. The development of prevention in European performing arts medicine (abstract). 9th European Congress on Music Physiology and Performing Arts Medicine, Freiburg, Germany, 2003.

2. Pravilnik o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev. Ur list RS 2002; 87: 9586-620.
3. Fry HJH, Ross P, Rutherford M. Music-related overuse in secondary schools. *Med Probl Perform Art* 1988; 3: 133-4.
4. Fry HJH. Overuse syndromes of the upper limb in musicians. *Med J Aust* 1986; 144: 182-5.
5. Middlestadt SE, Fishbein M. The prevalence of severe musculoskeletal problems among male and female symphony orchestra string players. *Med Probl Perform Art* 1989; 4: 41-8.
6. Zaza C. Playing-related musculoskeletal disorders in musicians: a systematic review of incidence and prevalence. *Can Med Assoc J* 1998; 158: 1019-25.
7. Gongbing Shan, Visentin P. A quantitative three-dimensional analysis of arm kinematics in violin performance. *Med Probl Perform Art*. 2003; 18: 3-10.
8. Dawson DM, Hallett M, Millender LH. Entrapment Neuropathies. Boston, Little, Brown, 1990.
9. Fry HJH. Prevalence of overuse (injury) syndrome in Australian music schools. *Br J Ind Med* 1987; 44: 35-40.
10. Lim VK, Altenmüller E. Musicians' cramp: instrumental and gender differences. *Med Probl. Perform Art* 2003; 18: 21-6.
11. Schuele S, Lederman RJ. Focal dystonia in woodwind instrumentalists: long-term outcome. *Med Probl Perform Art* 2003; 18: 15-20.
12. Khosrow B, Behrooz MPH, Jair Luz. Noise-related ailments of performing musicians. *Med Probl Perform Art* 1997; 12: 19-22.
13. Schäcke G, Kwiatkowski A, Fuchs A. Audiometric tests in musicians. *Zentralbl Arbeitsmed* 1987; 37: 221-6.
14. Fry HJH. Overuse syndrome in musicians: Prevention and management. *Lancet* 1986; 2: 728-31.
15. Fry HJH. Incidence of overuse syndrome in the symphony orchestra. *Med Probl. Perform Art* 1986; 1: 51-5.
16. Mulcahy D, Keegan J, Fingret A, et al. Circadian variation of heart rate is affected by environment: a study of continuous electrocardiographic monitoring in members of a symphony orchestra. *Br Heart J* 1990; 64: 388-92.
17. Fredrikson M, Gunnarsoon R. Psychobiology of stage fright: the effect of public performance on neuroendocrine, cardiovascular and subjective reactions. *Biol Psychol* 1992; 33: 51-61.
18. Brandfornbrener AG. Epidemiology of the medical problems of performing artists. In Sataloff RT, Brandfornbrener A, Lederman R (eds): *Textbook of Performing Arts Medicine*. New York, Raven Press, 1991, pp 25-69.
19. Tulchinsky E, Riolo L. A biomechanical motion analysis of the violinist's bow arm. *Med Probl Perform Art* 1994; 9: 119-24.
20. Levy CE, Lee WA, Brandfornbrener AG, et al. Electromyographic analysis of muscular activity in the upper extremity generated by supporting a violin with and without a shoulder rest. *Med Probl Perform Art* 1992; 7: 103-9.
21. Schäcke G, et al. Muskel-Skelet-Beschwerden bei Orchester-musikern. *Fortschritte Med* 198; 6: 126-8.
22. Caldron PH, Calabrese LH, et al. A survey of musculoskeletal problems encountered in high-level musicians. *Med Probl Perform Art* 1986; 1: 136-9.
23. Fry HJH. Patterns of overuse seen in 658 affected instrumental musicians. *Int Music Educ* 1988; 11: 3-16.
24. Belli S, Sani L, et al. Arterial hypertension and noise: a cross-sectional study. *Am J Ind Med* 1984; 6: 59 -65.
25. Berque, P, Gray H. The influence of neck-shoulder pain on trapezius muscle activity among professional violin and viola players: an electromyographic study. *Med Probl Perform Art* 2002; 17: 68,75.
26. Altenmüller E. Causes and cures of focal limb-dystonia in musicians. *Int Soc Study Tens Perform* 1998; 9: 13-7.
27. Grandjean E, Burandt V. Industrielle Organisation 1967; 31: 243-50.
28. Črnivec R. Assessment of health risks in musicians of the Slovene Philharmonic Orchestra, Ljubljana, Slovenia. *Med Probl Perform Art* 2004; 19: 140-5.
29. Sušnik J. Položaj in gibanje telesa pri delu: Analiza efektornega sistema. Ljubljana, Univerzitetni zavod za zdravstveno in socialno varstvo v okviru zbirke Knjižnice UZZSV 1987; 1: 62 – 68, 217-25.

RAZŠIRJENOST TRPINČENJA NA DELOVNEM MESTU V SLOVENIJI

Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov.¹, mag. Eva Stergar, univ. dipl. psih.¹

Izvleček: Prva nacionalna raziskava o trpinčenju na delovnem mestu je potekala spomladi 2008. Rezultati kažejo, da je 10,4 odstotka vprašanih doživelo trpinčenje v zadnjih šestih mesecih pred raziskavo, od tega 1,5 odstotka pogosto. V raziskavi je bil uporabljen Vprašalnik o negativnih dejanjih (Negative Acts Questionnaire – NAQ-R) (1), ki meri zaznano izpostavljenost TDM in viktimizacijo na delovnem mestu.

Podatki o najbolj ranljivih skupinah za TDM pa dajejo smernice za ukrepanje na področju preprečevanja in obvladovanja tega negativnega pojava.

Ključne besede: *trpinčenje na delovnem mestu, nacionalna raziskava*

Uvod

Raziskava o trpinčenju na delovnem mestu (TDM) je del programa preprečevanja in obvladovanja TDM, ki ga izvaja Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa (KIMDPŠ). Preostale naloge so še: oblikovanje predloga slovenskega poimenovanja in definicije pojava, priprava preventivnega programa za podjetja, vključitev prepovedi TDM v zakonodajo, osveščanje javnosti o tem pojavu ter podpora ustanovitvi društva za pomoč žrtvam TDM. Večina nalog je že zaključenih, na podlagi rezultatov raziskave pa KIMDPŠ načrtuje pripravo preventivnega programa za podjetja in kampanjo za osveščanje delavcev in delodajalcev.

Metode

Raziskavo o razširjenosti trpinčenja na delovnem mestu je KIMDPŠ izvedel spomladi 2008 na reprezentativnem vzorcu 1366 polnoletnih prebivalcev Slovenije (18 let in več), od tega je bilo 823 (60,19 odstotka) anketirancev v zadnjih šestih mesecih pred raziskavo zaposlenih in so lahko odgovarjali na anketna vprašanja, ki se večinoma nanašajo na to obdobje. V raziskavi je bil uporabljen Vprašalnik o negativnih dejanjih (Negative Acts Questionnaire – NAQ-R) (1), ki meri zaznano izpostavljenost TDM in viktimizacijo na delovnem mestu.

Prvi del vprašalnika vsebuje 29 vprašanj o izpostavljenosti posameznim negativnim dejanjem, ki jih lahko štejemo za TDM, če se pojavljajo redno. Anketiranci so se morali odločiti, kako pogosto so bili v zadnjih šestih mesecih izpostavljeni posameznim negativnim dejanjem. Uporabljena je bila petstopenjska Likertova lestvica s stopnjami od 1 – nikoli do 5 – vsakodnevno (2). V vprašanjih v tem prvem delu vprašalnika se izraz TDM ne pojavlja, kar anketirancem omogoča, da se jim v odgovorih ni treba opredeliti, ali so žrtve TDM ali ne. Šele v drugem delu vprašalnika se pojavi definicija TDM in neposredno vprašanje, ali se je vprašani v zadnjih šestih mesecih počutil izpostavljen TDM, kot ga opredeljuje definicija. Ta pravi, da TDM opisuje razmere, v katerih eden ali več posameznikov pogosto in v daljšem časovnem obdobju doživljajo sebe kot tarčo negativnih dejanj s strani ene ali več oseb, in razmere, v katerih se žrtev pred temi dejanji težko brani. Enkratnega pojava negativnega dejanja ne moremo šteti za TDM. Vprašalnik je bil preveden v slovenščino in nato posredovan v oceno dvema strokovnjakoma, ki sta predlagala nekaj sprememb za boljše razumevanje nekaterih vprašanj. Vprašalnik je bil nato ponovno preveden v angleščino, s čimer je bila lahko potrjena njegova ustreznost. Zbiranje podatkov je potekalo v obliki osebnih intervjujev na domovih anketirancev.

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

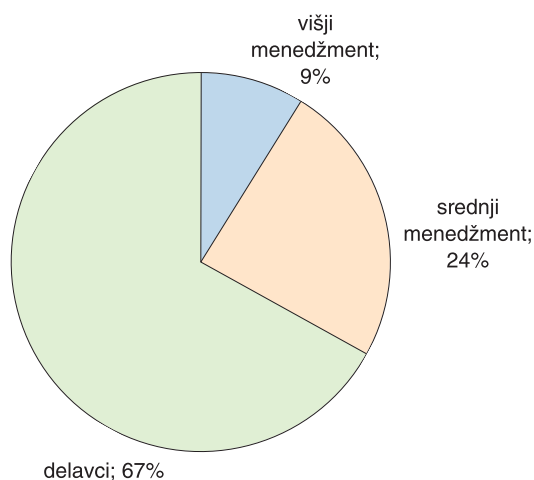
Rezultati

Razširjenost TDM

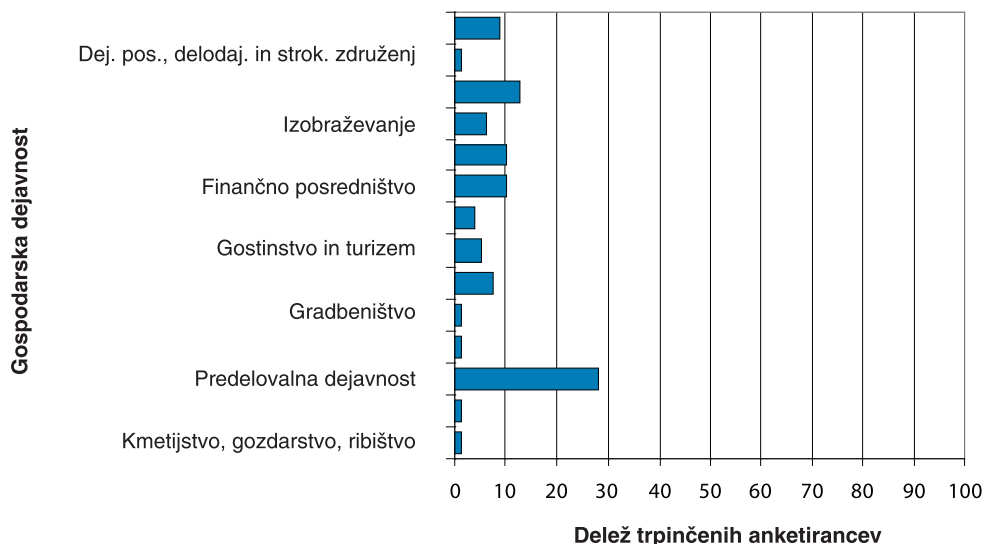
Raziskava je pokazala, da je bilo v zadnjih šestih mesecih pred raziskavo izpostavljenih TDM 10,4 odstotka vprašanih, vključno s tistimi, ki so TDM doživljali le občasno in so izbrali odgovore: "da, zelo redko", "da, občasno", "da, večkrat na mesec". Glede na večino definicij pa bi lahko negativna dejanja na delovnem mestu imenovali TDM le v primeru, da se pojavljajo pogosto, najmanj enkrat tedensko (9, 10). Če upoštevamo takšno opredelitev, je bilo 1,5 odstotka vprašanih pogosto izpostavljenih TDM v zadnjih šestih mesecih ("večkrat na teden; da, skoraj vsak dan"). Če bi k tej skupini dodali še tiste, ki so odgovorili, da so bili izpostavljeni TDM "večkrat na mesec", bi se delež redno izpostavljenih povečal na 2,6 odstotka. V tem primeru bi lahko rekli, da je bilo občasno izpostavljenih 7,8 odstotka vprašanih. Delež žrtev v celoti pa se je bistveno povečal pri vprašanju o izpostavljenosti TDM v zadnjih petih letih, in sicer je na to vprašanje pritrdilno odgovorilo 19,4 odstotka anketirancev. Skoraj dvakrat večji delež kot pri žrtvah je bil zabeležen pri pričah: 18,8 odstotka, od tega je bilo 3 odstotke vprašanih priča TDM zelo pogosto.

Ranljive skupine

Raziskava je tudi pokazala, da so ženske precej pogostejše žrtve kot moški, in sicer je TDM v zadnjih šestih mesecih pred raziskavo doživelo kar 62,8 odstotka vprašanih žensk in 37,2 odstotka moških. Če pogledamo status žrtev v organizaciji, je med njimi kar dve tretjini delavcev, 24 odstotkov srednjega



Slika 1. Izpostavljeni TDM po statusu v organizaciji



Slika 2: Razširjenost TDM po gospodarskih dejavnostih

menedžmenta in 9 odstotkov višjega menedžmenta (slika 1).

Le 9,4 odstotka vprašanih je odgovorilo, da so TDM v svojem delovnem okolju doživljali sami, kar 63,5 odstotka jih je to izkušnjo delilo z več drugimi sodelavci, v 27,1 odstotka primerov pa so bile trpinčene cele delovne skupine.

Žrtve so enakomerno porazdeljene med zasebni in javni sektor, in sicer je bilo 48,1 odstotka žrtev zaposlenih v zasebnem sektorju, 49,9 odstotka pa v javnem.

Največ tistih, ki so se počutili žrtve TDM, je bilo zaposlenih v velikih podjetjih – več kot 45 odstotkov, skoraj tretjina je bila zaposlena v malih podjetjih in skoraj četrtina v srednje velikih podjetjih.

Najbolj ranljivi za TDM so bili zaposleni v predelovalni dejavnosti (28,2 odstotka), sledijo dejavnost zdravstva in socialnega varstva (12,8 odstotka) ter finančno posredništvo in javna uprava (obe dejavnosti 10,3 odstotka) (slika 2). TDM se najpogosteje pojavlja v velikih podjetjih (45,3 odstotka), skoraj tretjina (30,2 odstotka) v malih podjetjih in skoraj četrtina (24,4 odstotka) v srednje velikih podjetjih.

Status povzročiteljev

Rezultati raziskave kažejo, da so med povzročitelji TDM najpogosteje nadrejeni (81 odstotkov), sledijo sodelavci (33 odstotkov), podrejeni (14,9 odstotka) ter stranke oz. bolniki oz. študentje (17,2 odstotka). Seštevke deležev je tu višji od 100 odstotkov, saj je lahko v posameznih primerih več povzročiteljev, ki so zaposleni na različnih organizacijskih ravneh.

Najbolj razširjena negativna dejanja

Med negativnimi dejanji so prevladovala dejanja, povezana z delom in delovnim mestom. Najpogostejša dejanja (izmed 29), ki so jih vprašani doživljali, so bila:

1. pretirana delovna obremenitev,
2. širjenje govoric,
3. opravljanje nalog pod ravnijo zmožnosti,
4. zadrževanje informacij v zvezi z delom,
5. odvzem odgovornosti na ključnih področjih,

6. žaljenje in neprijetno komentiranje osebnosti,
7. poniževanje ali posmehovanje v zvezi z delom ter
8. ignoriranje posameznikovih mnenj in pogledov.

Razprava

Slovenski program preprečevanja in obvladovanja TDM se lahko pohvali z nekaj dobrimi rezultati, ugotovitve raziskave pa dajejo podlago za razvoj načrtovanih preventivnih ukrepov. Podatki namreč kažejo, da je delež žrtev TDM v Sloveniji tako visok ali celo še višji, ko smo predvidevali in kot je na primer ob uporabi drugačne metodologije pokazala raziskava Evropske fundacije za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer iz leta 2005 (7,5 odstotka). V raziskavi KIMDPŠ je kar 10,4 odstotka vprašanih odgovorilo, da so bili vsaj občasno izpostavljeni TDM v zadnjih šestih mesecih. To je vse prej kot zanemarljiv delež, če vemo, da lahko predstavlja več kot 80.000 slovenske aktivne populacije, ki v svojem delovnem okolju tvega fizično in duševno zdravje ter socialno-ekonomsko stabilnost.

Med tistimi, ki so odgovorili, da so bili v zadnjih šestih mesecih izpostavljeni TDM, je kar dve tretjini žensk. Podobne rezultate kažejo raziskave tudi v nekaterih drugih evropskih državah, čeprav na splošno velja, da večjih razlik med spoloma tu ni. Razlog za večji delež Slovenk med trpinčenimi na delovnem mestu bi lahko iskali v načinu vzgoje, ki ženske uči biti manj oblastne, manj agresivne in zato tudi manj sposobne braniti se pred različnimi oblikami nasilja, tudi pred TDM. Hkrati ženske v Sloveniji redkeje kot v zahodnem svetu zasedajo pomembnejše ali vodilne položaje v organizacijah in imajo tako manj formalne moči (13).

Raziskava poleg tega tudi kaže, da v Sloveniji poteka TDM predvsem od zgoraj navzdol. Dve tretjini trpinčenih je bilo namreč delavcev, tretjina pa zaposlenih na vodstvenih mestih. Do podobnih ugotovitev so prišli tudi v drugih evropskih državah. Po drugi strani je kar 81 odstotkov vprašanih v raziskavi KIMDPŠ odgovorilo, da so jih trpinčili nadrejeni. Podobno ugotavljajo tudi raziskave v Veliki Britaniji, kjer je med povzročitelji TDM prav tako okoli 80 odstotkov

menedžerjev, medtem kot je ta delež drugod, predvsem v skandinavskih državah, okoli 50 odstotkov (14).

Žrtve TDM v Sloveniji svojo težko izkušnjo večinoma delijo s sodelavci, saj je kar 60 odstotkov tistih, ki so doživeli TDM v zadnjih šestih mesecih, odgovorilo, da so TDM doživljali skupaj z več sodelavci, v več kot četrtini primerov pa so bile trpinčene cele delovne skupine oz. organizacijske enote. Osamitev oz. izločitev posameznika iz skupine kot dejanje TDM je torej v Sloveniji redka. Dejstvo, da so tarče TDM cele delovne skupine, pa verjetno kaže na to, da so pri nas pogostejši primeri delovnih okolij, v katerih se TDM dopušča ali je celo že del organizacijske kulture.

Čeprav je bilo glede na tuje podatke pričakovati, da bo večji delež trpinčenih v javnem sektorju, nacionalna raziskava kaže drugačno sliko, in sicer so žrtve enakomerno porazdeljene med javni in zasebni sektor. Pokazalo pa se je, da je TDM pogostejše v večjih organizacijah kot v srednje velikih in malih ter da so najbolj ranljive gospodarske dejavnosti predelovalna dejavnost, zdravstvo in socialno varstvo, finančno posredništvo in javna uprava.

Delež tistih, ki so odgovorili, da so bili v zadnjih šestih mesecih priča TDM, je skoraj dvakrat višji od deleža žrtev v enakem obdobju, kar daje slutiti, da je TDM v Sloveniji še pogostejše. Tisti, ki so izpostavljeni trpinčenju, se težko opredelijo za žrtve oz. je prag tolerance do tovrstnih negativnih dejanj višji pri žrtvah kot pri pričah. Ta podatek bi lahko kazal tudi na to, da na splošno manj kritično sprejemamo negativna dejanja v delovnem okolju in v družbi nasploh.

Zaključek

Prva nacionalna raziskava o TDM daje smernice za ukrepanje na področju preprečevanja in obvladovanja tega negativnega pojava. Program promocije zdravja se bo moral tako usmeriti predvsem na delavce, ki niso na vodstvenih mestih, ženske ter na zaposlene v predelovalni dejavnosti, zdravstvu in socialnem varstvu, finančnem posredništvu in javni upravi, da bi se znali bolje braniti pred TDM in se ustrezno odzvati, ko bi do takšnih negativnih dejanj že prišlo.

Glavna ciljna skupina programa pa bodo morali biti delodajalci, ki so, kot je pokazala raziskava, lahko tudi povzročitelji TDM in ki so po zakonu odgovorni za zdravje in varnost svojih zaposlenih. Delodajalce je namreč treba prepričati v nujnost ukrepanja na področju preprečevanja in obvladovanja TDM ter da vlaganja v tovrstne aktivnosti kot tudi aktivnosti za boljše zdravje delavcev nasploh niso zaman in se celo izplačajo. Tako kot vse druge težave v delovnem okolju se mora tudi TDM najprej začeti reševati tam, kjer nastaja, znotraj organizacij. Najbolje bi bilo, če bi organizacija sprejela posebno politiko, s katero bi se zavezala k ukrepanju na tem področju in v kateri bi določila, kakšne odnose med zaposlenimi bo spodbujala in kakšnih ne, kako bo reševala primere TDM, če do njih pride, kakšne bodo odgovornosti vodij v zvezi s tem itd. K preprečevanju TDM pa lahko organizacija posredno prispeva tudi z drugimi ukrepi, kot so na primer: sprotno reševanje konfliktov, jasni opisi nalog in odgovornosti na posameznih delovnih mestih, dobro interno komuniciranje ter razvijanje kulture sodelovanja, timskega dela in medsebojnega zaupanja. Program promocije zdravja, ki ga pripravlja KIMDPŠ, bo vseboval konkretna priporočila o tem, kako naj se organizacije lotijo teh aktivnosti.

Literatura

1. Einarsen S, Raknes BI. Harassment in the workplace and the victimization of men. *Violence Vict* 1997;12:247-263.
2. Moreno Jiménez B, Rodríguez Muños A, Martínez Gamarra M, Gálvez Herrer M. Assessing Workplace Bullying: Spanish Validation of a Reduced Version of the Negative Acts Questionnaire. *Span J Psychol* 2007;10(2):449-457.
3. Health and Safety Authority. Dignity at Work – The Challenge of Workplace Bullying: Report of the Task Force on the Prevention of Workplace Bullying. Dublin: Stationery Office; 2001.
4. Report of the Expert Advisory Group on Workplace Bullying. Dublin: Stationery Office; 2005.
5. Zapf D, Einarsen S. Individual antecedents of bullying: Victims and perpetrators. In: Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL, editors. *Bullying in Emotional Abuse in the*

Workplace: International perspectives in research and practice. London, New York: Taylor&Francis;2003:165-84.

6. Slovar slovenskega knjižnega jezika. Ljubljana: DZS;2002.

7. Olweus D. Trpinčenje med učenci. Kaj vemo in kaj lahko naredimo. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo in šport;1995.

8. European Social Charter. Council of Europe;1991. <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Word/035.doc>.

9. Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL. The concept of bullying at work: The European tradition. In: Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL, editors. Bullying in Emotional Abuse in the Workplace: International perspectives in research and practice. London, New York: Taylor&Francis;2003:3-30.

10. Leymann H. The Mobbing Encyclopaedia: Mobbing; Whistleblowing. <http://www.leymann.se/English/frame.html>.

11. Leighton P. Dignity at work: The legal framework. In: Tehrani N, editor. Building a Culture of Respect: Managing Bullying at Work. London, New York: Taylor&Francis;2001:97-114.

12. Parent-Thirion A, Fernández Macías E, Hurley J, Vermeulen G. Fourth European Working Conditions Survey. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions;2007.

13. Zapf D, Einarsen S, Hoel H, Vartia M. Empirical findings in bullying in the workplace. In: Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL, editors. Bullying in Emotional Abuse in the Workplace: International perspectives in research and practice. London, New York: Taylor&Francis;2003:103-126.

14. Rayner C, Hoel H, Cooper CL. Workplace bullying: What we know, who is to blame, and what can we do? London and New York: Taylor&Francis;2002.

VRANIČNI PRISAD ALI ANTRAKS

Doc. dr. Alenka Kraigher, dr. med., spec. epidemiol.

Vranični prisad ali antraks je zoonoza, ki se pojavlja predvsem pri **rastlinojedih živalih po vsem svetu**, zlasti na kmetijskih območjih Amerike, Azije, Afrike ter jugozahodne, južne in vzhodne Evrope. Redkeje se okužijo mesojede živali z uživanjem okuženega mesa ali krme. **Okužba pri človeku je izredno redka**. Bolezen najpogostejše nastane kot posledica neposrednega stika z živaljo, okuženo z antrakso, ali z antrakso kontaminiranimi živalskimi izdelki (npr. kožami, mesom).

Epidemiološka slika v Sloveniji

Na Inštitutu za varovanje zdravja so dostopni podatki o razširjenosti vraničnega prisada od leta 1920 naprej. V tem času je bila bolezen prvič zabeležena leta 1926. Zadnji primer kožne oblike antraksa smo zabeležili leta 1983, ko sta v Komendi zbolela lastnik bolne živali in mesar, ki je žival zaklal. Pljučnih oblik bolezni nismo zaznali.

Povzročitelj bolezni

Povzročitelj vraničnega prisada je Gram-pozitivna bakterija ***Bacillus anthracis***. Kužne so predvsem njene **spore**, ki lahko v naravi preživijo tudi več deset let oziroma neznano dolgo. Vegetativna oblika bakterije redko povzroči bolezen. Povzročitelj antraksa je bioteroristični agens skupine A.

Pot prenosa bolezni

Vranični prisad je bolezen rastlinojedih živali, ki se okužijo med pašo. Bacili, ki izvirajo iz bolnih ali poginulih živali (iztrebki, trupla), lahko preživijo v zemlji v obliki spor še desetletja, kar omogoča vzdrževanje vira okužbe.

Človek je le naključni gostitelj bakterije. Okuži se lahko ob **neposrednem stiku** s tkivom okužene živali

oziroma različnimi kontaminiranimi živalskimi izdelki (npr. volno, mesom, kožo), razvije se kožni antraks. Ob **zaužitju** toplotno slabo obdelanega mesa okužene živali se pojavi gastrointestinalna oblika bolezni. Po **vdihavanju spor** (npr. med procesom v proizvodnji volne, kož, ob bioterorističnem napadu) se razvije pljučni antraks.

Antraks se med ljudmi ne prenaša, vir okužbe je bolna žival. Pri pljučnem antrakso pride do vdihavanja spor, kar se po naravni poti zelo redko zgodi. Pri odkritju pljučnega antraksa zato velja, da se vsak primer bolezni obravnava kot možno kaznivo dejanje, kar pomeni, da se raziskuje, kako je prišlo do okužbe pri človeku.

Klinični znaki bolezni

Dovzetnost ljudi za okužbo je splošna. Po **inkubacijski dobi** (čas od vnosa povzročitelja v telo do nastanka bolezni) **od 1 do 7 dni** (lahko pa tudi do 60 dni) se lahko razvijejo različne oblike bolezni (kožna, črevesna in pljučna oblika). Kakšna oblika bolezni bo nastala, je odvisno od poti prenosa povzročitelja bolezni.

1. Najpogostejša je **kožna oblika** (kožni antraks), ki nastane po neposrednem stiku s tkivom okužene živali, s stikom z okuženo volno in drugimi živalskimi izdelki. Predstavlja 95 odstotkov vseh okužb. Bolezen se začne s pojavom rdeče pege na koži, ki se kmalu razvije v mehurček s hemoragično vsebino. Ko se mehurček posuši, na njegovem mestu nastane temno rdeča, skoraj črna krasta (t. i. pustula maligna). Tipično mesto je na nepokritih delih telesa, npr. koži dlani in rok pri mesarjih in kmetovalcih.
2. **Črevesna oblika** (gastrointestinalni antraks) nastane po zaužitju toplotno slabo obdelanega mesa okuženih živali. Zaenkrat ni dokazano, da bi se povzročitelj prenašal z mlekom okuženih živali. Začne se s hudimi splošnimi znaki, vročino,

bolečinami v trebuhu, lahko z bruhanjem krvave tekočine. Kmalu se pojavijo driske, melena (črno blato, ki nastane kot posledica večje krvavitve v zgornjem delu prebavnega trakta) ter ascites (nabiranje tekočine v trebušni votlini). Trebuh je napihnjen in zelo boleč. Bolezen se lahko razvije v zelo hudo obolenje in konča s smrtjo.

3. **Pljučna oblika** (inhalacijski antraks) je najnevarnejša in pogosto smrtna oblika bolezni, ki je posledica vdihavanja spor bakterije, npr. pri predelavi kož okuženih živali. Bolezen poteka dvofazno. Za prvo obdobje, ki traja nekaj dni, je značilna utrujenost, visoka vročina in kašelj. Drugo obdobje poteka s pospešenim in oteženim dihanjem in se lahko konča s smrtjo v 24 urah.

Trajanje kužnosti

Prenos s človeka na človeka ni poznan. Predmeti in prst (zemlja) ostanejo kontaminirani s sporami več desetletij.

Preprečevanje in zdravljenje

Za preprečevanje vraničnega prisada je najpomembnejša osveščenost ljudi in drugi preventivni ukrepi na področju kmetijstva in živinoreje, pri predelavi mesa in živalskih izdelkov ter v laboratorijih. Cepljenje se zaenkrat pri nas ne izvaja. V nekaterih državah ga izvajajo v omejenem obsegu le pri osebah z visokim tveganjem za okužbo (npr. laboratorijski delavci, vojaške enote, napotene na ogroženo območje).

Antraks zdravimo z antibiotiki. Ker je neposreden prenos antraksa s človeka na človeka malo verjeten, zaščita z antibiotikom za osebe, ki so bile v stiku z bolnikom, ni potrebna.

Kakšno je dejansko tveganje, da posamezni delavci pridejo v stik s povzročiteljem?

Na splošno je tveganje za okužbo večje pri osebah, ki so poklicno v stiku z govedom, konji, drobnico, prašiči ipd. (kmetije, delavci v klavnicah, mesarji, delavci v

sežigalnicah živalskih trupel, delavci v usnjarski industriji oz. delavci v panogah industrije, ki predeluje kože in volno, veterinarji, laboratorijski delavci, veterinarski tehniki ipd.).

Ob uporabi zaščitnih sredstev pri delu je verjetnost okužbe v normalnih razmerah zanemarljiva.

Kako in s katerimi sredstvi se morajo delavci zaščititi?

1. Zaščitna sredstva:

- pri nizki stopnji ogroženosti (antraksa v Evropi skoraj ni, večinoma le sum na posamezne primere): zaščitna maska Kimberly-Clark, gumijaste rokavice Safe skin Nitrile-EXTRA, gumijasti škornji, zaščitna obleka Tyvek;
- pri zelo visoki stopnji ogroženosti (posebno ob možnosti antraksa v prahu – inhalacijska oblika) na širšem prostoru Slovenije: zaščitna maska Kimberly-Clark, gumijaste rokavice Safe skin Nitrile-EXTRA, gumijasti škornji, zaščitna obleka + dihalna maska + kombinezon z avtonomnim dihalnim sistemom.

2. Zaščitni ukrepi, dezinfekcija, dekontaminacija in rokovanje z okuženim materialom, obleko (več informacij v podrobnih priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije na spletni strani: <http://www.who.int/csr/resources/publications/anthrax/whoemczdi986text.pdf>, stran 30):

- izobraževanje zaposlenih o rokovanju s potencialno okuženimi predmeti, skrb za osebno higieno in eventualne poškodbe na koži;
- nadzor in pravilno prezračevanje delovnih prostorov, posebno tistih, kje se nahajajo nepredelani materiali živalskega izvora (kože, meso itd.);
- predvidena posebna zaščitna obleka in določeni prostori za umivanje in preoblačenje;
- prostori za prehranjevanje zaposlenih morajo biti ločeni od delovnih prostorov;
- dezinfekcija: hipoklorid, vodikov peroksid, formaldehid, etilen oksid itd. Popolno uničenje spor je zagotovljeno z avtoklaviranjem, sterilizacijo ali sežiganjem. Za vrednejše naprave se lahko uporablja kemična dezinfekcija;

- potrebno je aseptično zbiranje vzorcev krvi za kulturo. Poginulih živali se ne obducira (če se že obducira, je potrebno vse instrumente avtoklavirati oz. kemično dezinficirati);
 - redno cepljenje in revakcinacija prežvekovalcev (domačih živali), kjer obstaja tveganje.
3. Priporočila ameriškega Centra za nadzor bolezni (Center for disease control and prevention – CDC) za inhalacijski antraks – zaščita ljudi in delavcev (več informacij v priporočilih CDC na spletni strani: <http://www.bt.cdc.gov/agent/anthrax/faq/worker.asp>).

Kako naj se delavci obnašajo, če so bili izpostavljeni?

Osebe, ki so bile izpostavljene oziroma obstaja sum na izpostavljenost okužbi z bacilom antraksa, niso

kužne. Karantena (omejitev gibanja zdravih oseb, izpostavljenih okužbi) ni potrebna. Potreben je obisk zdravnika oziroma nasvet epidemiologa, ki določi pogostnost spremljanja zdravstvenega stanja.

Kako pogosti naj bodo ciljni pregledi? Glede na posamezen primer o pogostnosti pregledov odloča zdravnik, specialist medicine dela v sodelovanju z epidemiologom.

Kakšna naj bo vsebina pregledov?

Naredi se serološki test, da se dokaže morebitno okužbo, nato zdravnik, specialist medicine dela presodi o potrebnem zdravljenju oziroma zaščiti z zdravili.

PRAVILNIK O SPREMEMBAH IN DOPOLNITVAH PRAVILNIKA O POGOJIH ZA DOLOČITEV BOLEZNI ZARADI IZPOSTAVLJENOSTI AZBESTU IN MERILIH ZA DOLOČITEV VIŠINE ODŠKODNINE

Nov pravilnik je bil objavljen septembra lani (Ur. list RS 92/98) in med drugim opredeljuje:

1. Izbrani osebni zdravnik osebo, pri kateri je postavljen sum na bolezen zaradi izpostavljenosti azbestu, ali pooblaščen zdravnik specialist medicine dela zaposleno osebo, pri kateri je postavljen sum na bolezen zaradi izpostavljenosti azbestu, napotita na obravnavo k pooblaščenemu zdravniku specialistu medicine dela iz seznama pooblaščenih zdravnikov, ki ga izda minister, pristojen za zdravje, v treh mesecih od dneva uveljavitve tega pravilnika.
2. Pooblaščen zdravnik vodi diagnostični postopek pri postavitvi suma bolezni, zbere vso potrebno zdravstveno dokumentacijo, ki sestoji iz izvidov, potrebnih za ugotavljanje pogojev za določitev posameznih bolezni zaradi izpostavljenosti azbestu, in jo za verifikacijo bolezni zaradi izpostavljenosti azbestu pošlje interdisciplinarni skupini strokovnjakov.
3. Oseba, ki uveljavlja pravice po zakonu, pošlje interdisciplinarni skupini listinska dokazila ali **izjave**

dveh prič, ki dokazujejo delo z azbestom oz. izpostavljenost azbestu.

4. Interdisciplinarna skupina deluje v dveh ali več senatih, njene naloge pa so, da:
 - pregleda listinska dokazila in **izjave prič**, iz katerih je razvidna vzročna povezava med izpostavljenostjo azbestu na delovnem mestu in boleznijo oziroma vzročna zveza med izpostavljenostjo azbestu na ozemlju Republike Slovenije in nastankom mezotelioma,
 - obravnava zbrano dokumentacijo,
 - izda mnenje, za katero boleznijo zaradi izpostavljenosti azbestu je oseba zbolela,
 - oceni zmanjšanje življenjskih funkcij zaradi bolezni.
5. Sredstva za delo in stroške, povezane z delom pooblaščenega zdravnika in interdisciplinarne skupine, zagotavlja Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve na podlagi sklenjene pogodbe.

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

MODEL UGOTAVLJANJA POVEZAV MED BOLNIŠKIM STALEŽEM IN BOLEZNIMI MIŠIČNO-KOSTNEGA SISTEMA

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

Uvod

Bolezni mišično-kostnega sistema so eden najpogostejših vzrokov za bolniški stalež pri delavcih v Republiki Sloveniji. Pri teh boleznih izstopajo bolezni hrbtenice, ki številnim ljudem povzročajo stalne ali občasne zdravstvene težave.

Metode

Za izvedbo analize bolniškega staleža so uporabljeni podatki o razlogih za bolniški stalež, podatki bolniškega staleža za posamezne skupine bolezni po Mednarodni klasifikaciji MKB-10 ter najpogostejše bolezni v skupini bolezni mišično-kostnega sistema glede na starostne skupine in gospodarske panoge ter gibanje trendov in korelacij med boleznimi mišično-kostnega sistema in gospodarskimi panogami.

Rezultati

Glede na število primerov in število izgubljenih dni po gospodarskih dejavnostih izstopa pri moških gradbeništvo, pri ženskah pa zdravstvo in socialno varstvo ter izobraževanje.

V najmlajši populaciji zaposlenih do 19 let se zdravstveni absentizem zaradi bolezni mišično-kostnega sistema skoraj ne pojavlja, kar je tudi razumljivo glede na vzroke, ki do bolezni privedejo. V starostni skupini od 20 do 44 let začne naraščati in je na drugem mestu takoj za poškodbami in zastrupitvami izven dela, ki so najpogostejše zastopane pri dveh najmlajših skupinah. Pri ženskah se tu pojavi še najdaljši bolniški stalež zaradi nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja. V populaciji, stari od 45 do 64 let, ki je najštevilnejša aktivna populacija, in pri starejših od 64 let so na prvem mestu bolezni mišično-kostnega sistema. Podobna slika se pokaže tudi pri bolniškem staležu delavcev, ki delajo skrajšani delovni čas.

Zaključki

Raziskava o bolniškem staležu kaže, da bi bilo treba na podlagi pridobljenih, analiziranih in ustrezno obdelanih podatkov izdelati model ugotavljanja povezav med bolniškim staležem in boleznimi mišično-kostnega sistema, oblikovati priporočila za zmanjševanje bolniškega staleža skozi promocijo zdravja na delovnem mestu, vključujoč delovno ter širše življenjsko okolje, in vplivati na izboljšanje kazalcev negativnega zdravja delavcev.

REGISTER POKLICNIH BOLEZNI V REPUBLIKI SLOVENIJI: PREDLOG OBLIKOVANJA VSEBINE REGISTRA POKLICNIH BOLEZNI NA KONKRETNEM PRIMERU PREDLOGA REGISTRA POKLICNIH BOLEZNI ZARADI IZPOSTAVLJENOSTI AZBESTU

Mag. Neda Dovjak, dr. med., spec. MDPŠ

Uvod

Namen registra poklicnih bolezni je vodenje statističnih podatkov o poklicnih boleznih in s tem posredno ugotavljanje njihovega vpliva na javno zdravje, spremljanje zdravja in varstva pri delu, načrtovanje preventivnih dejavnosti ter spodbujanje raziskovalne dejavnosti. Zakonsko podlago za vzpostavitev registra poklicnih bolezni v Sloveniji predstavlja Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva. Bazo podatkov o poklicnih boleznih na evropski ravni predstavlja Evropska statistika poklicnih bolezni (EODS), v kateri se od leta 2001 po enotni metodologiji zbira podatke o verificiranih poklicnih boleznih iz držav članic.

Namen naloge

V Sloveniji zakonska zahteva po sistematičnem zbiranju podatkov o poklicnih boleznih (registru) za zdaj ni izpolnjena, niti ni Slovenija redno vključena v poročanje za EODS. Namen naloge je bil oblikovati predlog vsebine registra poklicnih bolezni na podlagi konkretnega poskusa vzpostavitve registra poklicnih bolezni zaradi izpostavljenosti azbestu. Z oblikovanjem vsebine registra smo poskušali čim bolj zadostiti splošnim zahtevam Zakona o zbirkah podatkov ter potrebam stroke medicine dela in hkrati zajeti podatke, ki jih v obliki rednih poročil iz držav članic zbira EODS. Ugotavljali smo tudi, kakšne informacije dobimo s statistično analizo podatkov, ki se zbirajo za potrebe EODS, in kakšne informacije še dobimo z analizo vseh podatkov iz registra.

Metode dela

Od leta 1998 se na Kliničnem inštitutu za medicino dela, prometa in športa sistematično zbira podatke o

vseh, ki zaprosijo za verifikacijo poklicnih bolezni pri interdisciplinarni skupini strokovnjakov. Te podatke smo uporabili pri predlogu vsebine registra, v katerega smo podatke vnesli in jih šifrirali v skladu s slovenskimi in mednarodnimi standardnimi klasifikacijami za izbrano skupino bolnikov, to je vseh tistih, pri katerih je bila poklicna bolezen verificirana v letu 2000 (246 primerov). Analizirali smo posebej podatke, ki se zbirajo za potrebe EODS, in posebej še ostale podatke iz predloga registra. Uporabili smo metode opisne statistike, pri analizi vseh podatkov iz registra pa smo ugotavljali tudi morebitno povezanost med posameznimi spremenljivkami.

Rezultati

V našem vzorcu so prevladovala blage oblike poklicnih bolezni, predvsem plevralni plaki (77,6 odstotka). Nismo ugotovili značilne povezave med časom izpostavljenosti in kumulativno dozo ($r = 0,115$, $p = 0,074$), niti statistično značilnih razlik v kumulativni dozi med posameznimi skupinami poklicev ($F = 0,262$, $p = 0,998$) ali stopnjami izobrazbe ($F = 0,634$, $p = 0,703$).

Zaključki

Analiza podatkov, ki se zbirajo za EODS, omogoča primerjavo nacionalnih podatkov z drugimi državami oziroma z Evropsko skupnostjo kot celoto. Analiza vseh podatkov iz registra v primerjavi z analizo samo podatkov za Eurostat pa omogoča: boljše poznavanje socioloških značilnosti bolnikov s poklicnimi boleznimi, bistveno bolj točno in natančno opredelitev izpostavljenosti – s kumulativno dozo ter spremljanje morebitnega napredovanja poklicne bolezni oziroma pojavljanja novih poklicnih bolezni pri eni osebi.

PROGRAM MONOGRAFIJ MEDNARODNE AGENCIJE ZA RAZISKAVE RAKA: TVEGANJA ZA NASTANEK RAKA, POVEZANA Z IZMENSKIM (NOČNIM) DELOM, PLESKARSTVOM IN GAŠENJEM POŽAROV

(International Agency for Research on Cancer. IARC Monographs Programme finds cancer hazards associated with shiftwork, painting and firefighting. [na spletu]. [pridobljeno 2. 2. 2009]. Dostopno na: <http://www.iarc.fr/en/Media-Centre/IARC-Press-Releases/Communiqués-recentes/IARC-Monographs-Programme-finds-cancer-hazards-associated-with-shiftwork-painting-and-firefighting.>)

Mednarodna agencija za raziskave raka – IARC (International Agency for Research on Cancer) je objavila ugotovitve raziskovanja raka v povezavi z izmenskim delom, pleskarstvom in gašenjem požarov kot dejavniki tveganja za nastanek raka. Strokovna delovna skupina IARC, sestavljena iz 24 znanstvenikov iz desetih držav, je na podlagi temeljitega pregleda in razprave o objavljenih znanstvenih dokazih na to temo zaključila:

- da je izmensko delo, ki ruši cirkadiani ritem (biološki ritem v okviru 24 ur) človeka, verjetno rakotvorno za ljudi (skupina 2A),
- da je poklicna izpostavljenost pleskarjev rakotvorna (skupina 1) ter
- da je poklicna izpostavljenost gasilcev morda rakotvorna (skupina 2B).

Kaj sploh so monografije IARC?

IARC je agencija pod okriljem Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), ki se ukvarja s preučevanjem raka. IARC v svojih monografijah identificira okoljske dejavnike, ki lahko povečajo tveganje za nastanek raka pri ljudeh. Med te dejavnike so vključene tako kemične snovi, kompleksne mešanice, poklicne izpostavljenosti ter fizični in biološki agensi kot tudi dejavniki življenjskega sloga. Interdisciplinarne delovne skupine izkušenih znanstvenikov pregledajo izdane študije o neki temi in ocenijo njihovo težo – ali dokazi govorijo za ali proti temu, da neka snov lahko poveča tveganje za nastanek raka. Načela, procedure in znanstvena merila, ki usmerjajo evalvacije, so opisani v Preambuli monografij IARC. Od leta 1971 je bilo v postopku ocenjevanja več kot 900 agensov, od tega pa jih je bilo približno 400 opredeljenih za rakotvorne ali potencialno rakotvorne za ljudi.

Podatki IARC služijo nacionalnim zdravstvenim agencijam kot znanstvena podlaga za delovanje v smeri preprečevanja izpostavljenosti potencialnim rakotvornim snovem.

Izmensko delo je verjetno rakotvorno (skupina 2A)

Epidemiološke študije, izvedene večinoma na primerih medicinskih sester in stevardes, kažejo, da je tveganje za razvoj raka dojk pri ženskah, ki dolgoročno opravljajo izmensko nočno delo, večje kot pri ženskah, ki ne opravljajo nočnega dela.

Te raziskave so v skladu z rezultati raziskav na živalih, ki prav tako kažejo, da konstantna izpostavljenost svetlobi (tudi ponoči), lahko posledično poveča razvoj tumorjev. Poleg tega tudi druge študije kažejo, da zmanjšanje ravni melatonina ponoči poveča pojavnost oziroma razvoj tumorjev. Dobljene rezultate lahko razložimo s prekinitvijo cirkadianega ritma, ki ga povzroči izpostavljenost svetlobi ponoči. To lahko namreč spremeni spalne vzorce, zavre izločanje melatonina in spremeni delovanje genov, ki vplivajo na razvoj tumorjev. Med različnimi vzorci izmenskega dela tisti, ki vključujejo nočno delo, najbolj negativno vplivajo na cirkadiani ritem.

Do sedaj so se raziskave osredotočale predvsem na pojavnost raka dojk pri medicinskih sestrah in stevardesah. Veliko ljudi pa dela v izmenah tudi v drugih poklicih. Ocenjuje se namreč, da kar 20 odstotkov delovne populacije v Evropi in Severni Ameriki dela izmensko, najpogosteje na področju zdravstva, transporta in komunikacij. Zato je potrebnih več študij, da bi raziskali potencialno tveganje za razvoj raka, tako v drugih poklicih kot tudi za druge oblike raka.

Poklicna izpostavljenost pleskarjev je rakotvorna (skupina 1)

Tudi pleskarji predstavljajo poklicno skupino s tveganji za nastanek raka. Epidemiološke študije, ki se ukvarjajo s pleskarji, so odkrile majhno, vendar statistično značilno povečanje tveganja za rak pljuč in rak mehurja, dodatno pa so številne raziskave pokazale tudi pomembno povečanje stopnje genetskih poškodb pri tej poklicni skupini. Štiri študije od petih so odkrile povečano stopnjo zbolevanja za otroško levkemijo zaradi izpostavljenosti mater pred ali med nosečnostjo, medtem ko so bila odkritja v zvezi z razvojem neoplazem limfatičnega, krvotornega in sorodnega tkiva pri pleskarjih nekonsistentna. Pleskarji so namreč med svojim delom izpostavljeni številnim topilom, pigmentom in aditivom, hkrati pa so lahko izpostavljeni tudi drugim tveganjem na delovnem mestu, npr. azbestu ali kristalinskemu delu kremenčevega peska.

Informacije, ki so trenutno na voljo, niso dovolj specifične, da bi lahko identificirali posamezne agense kot vzrok povečanega števila raka pljuč in mehurja. Prav tako ni mogoče določiti, ali se je tveganje za raka s spremembami v topilih, pigmentih in aditivih, ki se uporabljajo v pleskarstvu, povečalo ali zmanjšalo, kar nakazuje potrebo po nadaljnjih raziskavah.

Poklicna izpostavljenost gasilcev je morda rakotvorna (skupina 2B)

Epidemiološke raziskave, ki so se ukvarjale z gasilci, so prav tako zaznale povečano tveganje za nastanek raka v primerjavi s splošno populacijo, vendar pa je dosledne vzorce v tej poklicni skupini težko določiti zaradi številnih variacij v zvezi z izpostavljenostjo pri različnih vrstah požarov in v različnih skupinah gasilcev. Relativno tveganje je bilo dosledno povečano za tri vrste raka, in sicer za raka na modah, raka prostate in ne-Hodgkinov limfom.

Pri gasilcih so bili namreč zaznani akutni in kronični vnetni učinki na dihal, kar bi lahko sprožilo mehanizem za razvoj raka dihal, poleg tega pa so gasilci med gašenjem izpostavljeni številnim toksičnim

snovem, od katerih so mnoge znane kot rakotvorne ali pa se to sumi. Tako so lahko te sporadične izpostavljenosti intenzivne, stopnje kratkoročne izpostavljenosti so lahko visoke v posameznih primerih in za posamezne kancerogene snovi, kot so benzen, benzo(a)piren, 1,3-butadien in formaldehid.

Kaj je novega, kaj pomenijo ti rezultati?

Poklicna izpostavljenost pleskarjev je že od leta 1989 klasificirana kot rakotvorna za ljudi, evalvacije pa jo zdaj še posebej povezujejo z nastankom raka pljuč in raka mehurja. Te nove ugotovitve prav tako nakazujejo možno povezavo med poklicno izpostavljenostjo mater in večjo pojavnostjo (otroške) levkemije med njihovimi otroki. Potrebne so seveda še nadaljnje raziskave na tem področju, ki bi potrdile to tveganje in s pomočjo katerih bi lahko določili potrebne varnostne ukrepe.

Dr. Peter Boyle, direktor IARC, pojasnjuje, da gre za prve evalvacije IARC na področju izmenskega dela in gašenja požarov. Ker obstajajo verjetni dokazi, ki povezujejo te poklicne skupine z večjimi tveganji za nastanek raka, je treba izvesti nadaljnje študije, da bi lahko natančneje ugotovili, kaj pri izmenskem delu in gašenju požarov povečuje tveganje za nastanek raka. Na podlagi teh ugotovitev bi lahko pripravili ustrezne preventivne ukrepe.

Zaključek

IARC-ove evalvacije rakotvornosti posameznih agensov predstavljajo pomembno izhodišče za nadaljnje preventivno delovanje na tem področju, saj nudijo temeljne informacije o (ne)škodljivosti izpostavljenosti posameznim okoljskim dejavnikom. Pogosto je zaradi kompleksnih vzorcev izpostavljenosti zelo težko izolirati en sam specifičen dejavnik, ki povečuje tveganje za nastanek raka. Tako je tudi v primeru opisanih poklicnih izpostavljenosti izmenskih delavcev, pleskarjev in gasilcev. Potrebne so še nadaljnje raziskave na teh področjih, da bi lahko natančno določili dejavnike tveganja in nujne preventivne ukrepe, vendar pa je

že samo uvrstitev agensa v skupino potencialnih rakotvornih stvari treba jemati resno.

Dodatek: Definicije skupin

Skupina 1: Snov je rakotvorna za ljudi

Ta kategorija se uporabi, kadar obstajajo zadostni dokazi o rakotvornosti snovi za ljudi. Izjemoma se v to skupino snov uvrsti, kadar dokazi o rakotvornosti za človeka niso zadostni, obstajajo pa zadostni dokazi o rakotvornemu vplivu snovi na poskusne živali in trdni dokazi, da pri izpostavljenih ljudeh snov deluje preko pomembnih mehanizmov kancerogeneze.

Skupina 2

Ta skupina vključuje tako snovi, za katere je stopnja dokazov o rakotvornosti skoraj zadostna, kot tudi tiste, za katere ni podatkov o rakotvornosti za ljudi, obstajajo pa dokazi o rakotvornosti za poskusne živali. Snovi so na podlagi epidemioloških in eksperimentalnih dokazov ter podatkov o mehanizmi in drugih pomembnih podatkih razvrščene v dve skupini: skupino 2A (verjetno rakotvoren za ljudi) in skupino 2B (morda rakotvoren za ljudi). Termina "verjetno rakotvoren" in "morda rakotvoren" nimata nobenega kvantitativnega pomena in se ju uporablja opisno za različne ravni dokazov o rakotvornosti za ljudi, in sicer tako da "verjetno rakotvoren" pomeni višjo stopnjo dokazov kot "morda rakotvoren".

Skupina 2A: Snov je verjetno rakotvorna za ljudi

Ta kategorija se uporablja, če obstajajo omejeni dokazi o rakotvornosti za ljudi in zadostni dokazi o rakotvornosti za poskusne živali. V nekaterih primerih je snov lahko uvrščena v to kategorijo tudi, ko ni zadostnih dokazov o rakotvornosti za ljudi, so pa zadostni dokazi o rakotvornosti za poskusne živali in trdni dokazi o mehanizmi kancerogeneze, ki delujejo tudi pri ljudeh. Izjemoma je lahko snov uvrščena v to skupino samo na podlagi omejenih dokazov o rakotvornosti za ljudi. Agens je lahko klasificiran v to skupino tudi, če nedvomno pripada skupini snovi, od katerih ena ali več pripada skupini 1 ali skupini 2A.

Skupina 2B: Snov je morda rakotvorna za ljudi

Ta kategorija se uporablja za snovi, za katere so na razpolago samo omejeni dokazi o rakotvornosti za ljudi in manj kot zadostni dokazi o rakotvornosti za poskusne živali. Lahko se uporabi tudi, kadar so nezadostni dokazi o rakotvornosti za ljudi, so pa na razpolago zadostni dokazi o rakotvornosti za poskusne živali. V nekaterih primerih je v to skupino lahko uvrščena tudi snov, za katero ni zadostnih dokazov o rakotvornosti za ljudi in so tudi dokazi o rakotvornosti za poskusne živali manj kot zadostni, vendar pa obstajajo dokazi o delujočih mehanizmi kancerogeneze. Snov je lahko uvrščena v to skupino tudi samo na podlagi trdnih dokazov o mehanizmi kancerogeneze in drugih pomembnih podatkih.

Skupina 3: Snov ni razvrstljiva kot rakotvorna za ljudi

Ta kategorija se najpogosteje uporablja za snovi, za katere dokazi o rakotvornosti za ljudi niso zadostni, prav tako pa so nezadostni ali omejeni dokazi o rakotvornosti za poskusne živali. Izjemoma je v to skupino lahko uvrščena snov, pri kateri so dokazi o rakotvornosti za ljudi nezadostni, zadostni pa za poskusne živali, če obstajajo močni dokazi, da mehanizmi rakotvornosti ne delujejo tudi na ljudi. V tej skupini so tudi snovi, ki niso uvrščene v nobeno drugo skupino. Ocena, da neka snov sodi v skupino 3, pa ne pomeni nujno ne-rakotvornosti ali vsesplošne varnosti. Pogosto to pomeni, da so potrebne nadaljnje raziskave, še posebej v primerih izpostavljenosti različnim dejavnikom in ko se podatki različno interpretirajo.

Skupina 4: Snov verjetno ni rakotvorna za ljudi

Ta kategorija se uporablja za snovi, za katere dokazi govorijo o ne-rakotvornosti tako za ljudi kot za eksperimentalne živali. V nekaterih primerih so snovi lahko razvrščene v to skupino tudi, če so dokazi o rakotvornosti pri ljudeh pomanjkljivi, dokazov za kancerogenost pri poskusnih živalih pa ni, kar pa mora biti dosledno in trdno podprto s širokim spektrom relevantnih podatkov.

Katja Draksler, univ. dipl. soc.

POKLICNA IZPOSTAVLJENOST KRISTALINSKEMU SILICIJEVEMU DIOKSIDU V EVROPSKI UNIJI

(Anon. Occupational exposure to crystalline silica in the European Union. Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work;2008.)

Kristalinski silicijev dioksid oz. kremen je v naravi zelo razširjen element, saj predstavlja okoli 12 odstotkov zemeljske skorje, vsebujejo pa ga tudi številni drugi minerali in mineralni izdelki. V industriji se uporablja predvsem v dveh oblikah – kot kremenčev pesek in kot kristobalit. Kristalinski silicijev dioksid in materiali oz. izdelki, ki ga vsebujejo, imajo zelo širok spekter uporabe v mnogih industrijah. Tako se npr. uporablja v dejavnosti pridobivanja rud, cementni in keramični industriji, industriji stekla, v livarnah in talilnicah, industriji mineralne volne, naravnega kamna in nosilnega betona, v kovinarski industriji, proizvodnji premazov in barv, v kemični in farmacevtski industriji, uporablja pa se tudi kot filtracijsko sredstvo v različne namene.

Mednarodna agencija za raziskave raka – IARC (International Agency for Research on Cancer) je leta 1979 poklicno izpostavljenost kristalinskemu silicijevemu dioksidu klasificirala kot rakotvorno za ljudi (tveganje za nastanek pljučnega raka) in jo uvrstila v skupino 1. Vendar pa IARC v tem primeru priznava pomanjkanje konsistentnosti, saj lahko rakotvornost pripišemo značilnostim kremena ali pa zunanjim dejavnikom, ki vplivajo na njegovo biološko delovanje. Leta 2003 je Znanstveni odbor Evropske komisije za mejne vrednosti za poklicno izpostavljenost (European Commission's Scientific Committee for Occupational Exposure Limits – SCOEL) zaključil, da je silikoza glavna posledica, ki nastane pri človeku zaradi vdihovanja kristalinskega silicijevega dioksida oziroma kremenčevega prahu. Gre za bolezen, ki povzroča brazgotinasto tkivo v pljučih in tako zmanjšuje sposobnost izločanja kisika iz zraka, je nereverzibilna, vendar pa se jo da preprečiti. Obstajajo tudi zadostni podatki o tem, da je pri osebah, ki imajo silikozo, relativno tveganje za nastanek pljučnega raka

povečano. Preprečevanje silikoze torej pripomore tudi k zmanjšanju tveganja za nastanek raka. Ker jasna mejna vrednost za razvoj silikoze ni znana, vsako zmanjšanje izpostavljenosti zmanjša tudi tveganje za silikozo ter hkrati za razvoj pljučnega raka.

Pregled epidemioloških raziskovanj o izpostavljenosti kristalinskemu silicijevemu dioksidu v letu 2005 kaže, da je rakotvorna vloga kristalinskega silicijevega dioksida samega po sebi, v odsotnosti silikoze, še vedno nejasna. Čeprav sta tako vzročna povezava kot tudi odnos med količino in učinkom še vedno nejasni, pa mnoge študije v zadnjem času kažejo močne dokaze za vzročno povezavo med izpostavljenostjo kristalinskemu silicijevemu dioksidu in povečanim tveganjem za razvoj (pojav) pljučnega raka.

V Evropski uniji (EU 15) po podatkih CAREX¹ sodi pljučni rak med tri najpogostejše oblike raka, povezane z opravljanjem določenega poklica. Ocenjuje se, da lahko 2,7 odstotka smrti na račun pljučnega raka in raka bronhijev pripišemo poklicni izpostavljenosti kristalinskemu silicijevemu dioksidu, gledano v celoti pa lahko kar 24 odstotkov vseh smrti zaradi pljučnega raka pripišemo poklicnim izpostavljenostim. Kar vse primere pnevmokonioze (le-ta se, če nastane zaradi izpostavljenosti silicijevemu dioksidu, imenuje silikoza) lahko pripišemo poklicni izpostavljenosti in silicijev dioksid je eden od njenih povzročiteljev. Tveganje za pojav pljučnega raka pri izpostavljenih osebah je približno tako veliko kot pri izpostavljenosti dizelskim izpušnim plinom oziroma povedano drugače – tveganje izpostavljenih delavcev za razvoj pljučnega raka je v primerjavi z neizpostavljeno populacijo povečano za 33 odstotkov.

Po podatkih iz CAREX-a je bil kristalinski silicijev dioksid v letih od 1990 do 1993 tretji najpogostejši rakotvoren element na delovnem mestu (takoj za sončnim

¹ CAREX je mednarodna baza podatkov, oblikovana s pomočjo programa Evropske unije Evropa proti raku (Europe Against Cancer), ki vsebuje ocene števila delavcev, poklicno izpostavljenih kancerogenim snovem v industriji v EU 15 ter v štirih od desetih držav, ki so bile sprejete v EU leta 2004.

obsevanjem in tobačnim dimom) s kar 3,2 milijona delavcev, ki so mu bili izpostavljeni najmanj 75 odstotkov delovnega časa.

Novejša raziskava, izvedena v Franciji (SUMER² survey), kaže, da je bilo leta 2003 kristalinskemu silicijevemu dioksidu izpostavljenih 1,5 odstotka zaposlenih, od tega večinoma moških (95 odstotkov), in da je kristalinski silicijev dioksid med osmimi glavnimi rakotvornimi snovmi na delovnem mestu, kamor sodijo še mineralna olja, benzen, tetrakloroeten, trikloroeten, azbest, lesni prah in dizelski izpušni plini.

Španski podatki iz leta 2004 kažejo, da je bilo izpostavljenih več kot milijon španskih delavcev in da predstavlja kristalinski silicijev dioksid drugi najpogostejši rakotvoren element (takoj za sončnim obsevanjem).

V EU sta – kar se tiče izpostavljenosti kristalinskemu silicijevemu dioksidu – najbolj problematična sektorja rudarstvo in gradbeništvo. Kristalinski silicijev dioksid je v teh dveh sektorjih najpogostejša rakotvorna snov, izpostavljenih pa je približno 23 odstotkov delavcev v rudarstvu in 18 odstotkov delavcev v gradbeništvo.

Glede na podatke iz raziskave SUMER, izpeljane leta 2003 v Franciji, pa so delavci izpostavljeni kristalinskemu silicijevemu dioksidu v treh glavnih dejavnostih, in sicer v gradbeništvo (okoli 9 odstotkov vseh delavcev), nekovinski industriji (20 odstotkov zaposlenih) in metalurški industriji (6 odstotkov delovne sile znotraj sektorja), pri čemer niso vključeni začasni delavci. 38 odstotkov vseh izpostavljenosti delavcev kristalinskemu silicijevemu dioksidu je krajših od dveh ur, 24 odstotkov pa jih preseže kvoto dvajsetih ur tedensko. Stopnja izpostavljenosti je ocenjena za visoko v 55 odstotkih vseh primerov in le v 14 odstotkih primerov je poskrbljeno za prezračevanje pri viru tveganja, prav tako je osebna varovalna oprema zagotovljena le pri 39 odstotkih izpostavljenih delavcev.

Glede na dokument Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) o silikozii iz leta 2000 je v ZDA več kot milijon delavcev poklicno izpostavljenih prostim prašnim delcem kremenčevega peska (več kot 100.000 teh se ukvarja s peskanjem), od teh pa jih bo okoli 59.000 sčasoma

zbolelo za silikozo. Podatki kažejo, da v ZDA vsako leto zaradi silikoze umre okoli 300 ljudi, vendar pa je premalo postavljenih diagnoz in premalo poročanja o tej bolezni. Statistični in epidemiološki podatki so zelo skromni, še posebej v majhnih podjetjih in gradbeništvo, kjer mnogo delavcev sploh ni registriranih.

IARC v svoji monografiji omenja, da o ravneh kristalinskega silicijevega dioksida v zraku, ki presegajo 1 mg/m³, poročajo v mnogih industrijah po svetu. Mejo 1 mg/m³ najpogosteje presegajo v kovinski in nekovinski industriji, rudnikih premoga, mlinih, kamnolomih, predelavi granita, v drobilnicah kamna in podobni industriji, v livarnah, keramični industriji, gradbeništvo in pri postopkih peskanja. Dokument SZO o silikozii kot enega od ukrepov za zmanjšanje izpostavljenosti kristalinskemu silicijevemu dioksidu priporoča prav peskanje brez kristalinskega silicijevega dioksida (kremenčevega peska), saj je ravno pri peskanju stopnja izpostavljenosti zelo visoka.

Poklicna izpostavljenost kristalinskemu silicijevemu dioksidu je bila v raziskavi, izvedeni pod okriljem Evropske agencije za varnost in zdravje pri delu (European Agency for Safety and Health at Work), prepoznana za dejavnik, ki predstavlja vedno naraščajoče tveganje za zdravje delavcev in zahteva vso našo pozornost. Kaj pa se dejansko dogaja na tem področju? Nekatere države so že določile omejitve za poklicno izpostavljenost kristalinskemu silicijevemu dioksidu tako za prašne delce v zraku kot za pesek, na mednarodni ravni pa je bil sprejet Evropski multisektorski dogovor, ki si kot prvi na tem področju prizadeva za zmanjšanje stopnje poklicne izpostavljenosti silicijevemu dioksidu z uvajanjem primerov dobre prakse na delovna mesta. Socialni partnerji (sindikati in predstavniki delodajalcev) so ga podpisali leta 2006 v prisotnosti komisarja Evropske unije za zaposlovanje, socialne zadeve in enake možnosti. Sporazum pokriva več kot dva milijona zaposlenih v različnih sektorjih po vsej Evropi. Velja štiri leta, po izteku te dobe pa ga bo potrebno obnavljati vsaki dve leti.

Katja Draksler, univ. dipl. soc.

² Raziskava SUMER (Surveillance Medicale des Risques) se je ukvarjala s preučevanjem različnih poklicnih tveganj in ovir, ki so jim izpostavljeni delavci, vključno z organizacijskimi ovirami, fizičnim okoljem ter izpostavljenostjo biološkim in kemičnim snovem. V letih 2002-2003 je bila raziskava izvedena že tretjič.

DRUŽBENO ODGOVORNO PRESTRUKTURIRANJE V SEDANJIH KRIZNIH RAZMERAH

(IRENE, Innovative Restructuring – European Networks of Experts: Socially responsible restructuring social in the context of the present crisis. Executive summary and recommendations.)

Povzetek in priporočila

Prestrukturiranje je v evropskih državah že desetletja pomembna tema in obsega različne vidike. V preteklosti, pa tudi še dandanes, je bilo govora o prestrukturiranju predvsem kot o prehodni krizi, ki je omejena le na raven podjetij in ima večji vpliv predvsem na zaposlovanje in delovna mesta, vendar pa je prestrukturiranje mnogo kompleksnejši pojav. Za menedžerje, delodajalce in sindikate predstavlja prestrukturiranje široko paleto sprememb, ki se nanašajo na celotno organizacijo in se pojavljajo v raznih oblikah, kot so npr. zapiranje podjetij oz. obratov, racionalizacija poslovanja, zmanjševanje števila delovnih mest, izločanje nekaterih poslov, oddajanje del podizvajalcem, združevanje (organizacij), preselitve proizvodnje oz. obratov, poklicna mobilnost znotraj samih podjetij in razni drugi kompleksni notranji reorganizacijski procesi. Prestrukturiranje pa predvsem pomeni racionalizacijo poslovanja, zapiranje tovarn in odpuščanje delavcev.

Prestrukturiranje že dolgo ni več enkratni ali redek pojav, gre namreč za ponavljajoč, kontinuiran proces, ki zahteva stalno prilagajanje. Evropske razprave o prestrukturiranju podjetij so postale stalnica, v zadnjem času pa se osredotočajo predvsem na načine, kako se spopadati z izzivi globalnega trga in povečano tekmovalnostjo držav zunaj EU, ki imajo povsem druge predpise kot države znotraj unije.

Trenutna finančna in gospodarska kriza je več kot le cunami, saj gre za številne različne vidike sprememb, ki postavljajo prestrukturiranje na vrh dnevnih redov v Evropi, še posebej v osrednji Evropi, kjer so doslej mislili, da je kriza že skoraj pri koncu.

Kriza tako vodi v spremenjene okoliščine brez jasno začrtanih okvirov, ki zahtevajo nove odgovore, odgo-

vornosti, metode in vire za spopadanje z nastalimi spremembami. Kako reagirati na predvidoma dolgo recesijo? Kako trdni so naši socialni blažilniki, ko nezaposlenost, neenakosti in revščina postanejo realnost? Ali moramo ponovno oceniti naše okvire in delovanje? Do kakšne mere morajo posledice svetovne finančne krize nositi organizacije in posamezniki, ki zanjo niso odgovorni?

V mnogih primerih delovanje na ravni podjetja ne zadošča in je potreben mnogo širši pristop. Legitimitnost sprememb in družbena pravičnost sta ponovno predmet javnih razpravljanih. Potrebno je oblikovati nove kodekse, nova pravila, nove modele upravljanja, da bi se lahko spopadali s trenutnimi prestrukturiranjem na drugačen, manj škodljiv in bolj uspešen način.

Prestrukturiranje predstavlja velik strošek tako za organizacije kot tudi za posameznika in družbo ter postavlja pod vprašaj okvire in metode socialnega dialoga, odzive služb za zaposlovanje, lokalne strategije, družbene politike in vlogo vlad, ki morajo biti tako ekonomsko učinkovite kot družbeno odgovorne. Zato strokovnjaki, vključeni v projekt IRENE, menijo, da je prestrukturiranje – bolj kot kdajkoli prej – pomembno vprašanje, ki zadeva tako javne kot zasebne politike na vseh možnih ravneh.

Postopek in obravnavana vprašanja

Projektu IRENE, ki ga podpira Evropska unija in združuje dosežke, partnerje in akterje iz različnih predhodnih evropskih projektov, je uspelo:

- privabiti k strokovni razpravi in soočenju mnenj 125 praktikov iz 15 držav¹ in 5 temeljnih področij: strokovnjaki s področja zaposlovanja, lokalni ak-

¹ Belgija, Bolgarija, Finska, Francija, Nemčija, Italija, Makedonija, Nizozemska, Poljska, Portugalska, Španija, Slovenija, Romunija, Švedska, Velika Britanija

- terji, menedžerji, sindikalisti, predstavniki delodajalcev, zdravstveni strokovnjaki in akademiki;
- razpravljati o načinih (metodah) odgovornega prestrukturiranja: strokovnjaki, vključeni v projekt IRENE, ki delujejo volontersko, na neprofitni bazi, so preučili svoje delo in izpostavili tako uspešne inovacije kot tudi ovire, ki pogosto izhajajo iz njihove lastne dejavnosti in struktur, ter
- začrtati smernice, nujne za inovacije in boljše vodenje, ki vključujejo mednarodna priporočila: strokovnjaki, vključeni v projekt IRENE, so potrdili svojo pripravljenost za nadaljnje sodelovanje v dejavnostih, vključno z izmenjavami, podporo in svetovanjem.

Projekt IRENE se lahko v letu 2008 pohvali z izvedbo desetih delavnic, s po dvema za vsako skupino akterjev. Osnutek poročila o aktivnostih je bil predložen sosvetu zunanjih strokovnjakov in udeležencev na zasedanju v Bruslju septembra 2008 in v španskem Cadizu novembra 2008.

Na delavnicah za menedžerje je bila opravljena temeljita razprava o družbenih novostih, prestrukturiranju in prilagajanju spremembam kot tudi o vseevropskem prestrukturiranju. Delavnice sindikalistov so se osredotočile na vlogo, ki jo ima Evropski svet delavcev, pa tudi na strategije in strukture sindikatov. Lokalni akterji (v regijah in skupnostih) so v delavnicah izpostavili vprašanja, povezana z območji, ki predstavljajo pomemben okvir za prilagoditvene in socioekonomske dolgoročne strategije. Delavnice služb za zaposlovanje so obravnavale učinkovitost internega trga dela na ravni podjetja in prestrukturiranje kot izziv za javne službe, ki se znotraj novega konteksta tekmovalnosti in decentralizacije tudi same prestrukturirajo. In nenazadnje, udeleženci delavnic, osredotočenih na zdravje, so se strinjali, da zdravje v kontekstu prestrukturiranja – kljub prepričljivim znanstvenim dokazom – še vedno predstavlja zapostavljeno področje, razpravljali pa so tudi o ovirah, ki jih je treba premagati, in novostih, ki jih je treba uvesti. Udeleženci projekta IRENE so tako opredelili pet ovir, ki jim je treba nameniti posebno pozornost. Te so:

- vprašanje legitimnosti sprememb in težko predvidevanje prihodnosti, še posebej v primeru prestrukturiranja, usmerjenih v kratkoročni dobiček;

- socialni dialog, ki komaj (le malo) upošteva nove oblike dela;
- pomanjkanje vseevropske politike prestrukturiranja tako na ravni podjetij kot tudi na evropski ravni;
- socialni ukrepi, ki so še vedno pasivni, diskriminatorni in zanemarjajo vidike zdravja;
- javne službe za zaposlovanje in območja, ki še vedno niso pripravljena na soočenje s prestrukturiranjem.

Na podlagi teh odprtih in dinamičnih razgovorov so udeleženci projekta IRENE pretehtali možnosti različnih predlogov, ki so jih oblikovali sodelavci pri projektu in ne izražajo uradnega stališča, vendar pa poskušajo prenesti nekaj »praktičnih« vidikov v trenutne (tekoče) nacionalne in evropske razprave.

Predlogi se osredotočajo na bistvena področja izboljšav in inovacij, ki jih je potrebno doseči, ter na pet ključnih ciljnih skupin akterjev: podjetja in menedžerje, sindikate in družbene akterje, javne službe in vlade, institucije Evropske unije in nenazadnje tudi na civilno družbo.

Inovacije

Udeleženci projekta IRENE so opredelili več novosti na treh glavnih področjih.

Novosti na področju socialnega dialoga predstavljajo:

- pogajanja o prestrukturiranju, ki presegajo tradicionalne okvire pogajanj preko medsebojnega obveščanja in posvetovanja;
- razvijanje razširjenega socialnega dialoga preko različnih območij v okviru nekaterih multinacionalk;
- začetek implementacije strategij vseživljenjskega učenja.

Na področju socialnih ukrepov sta novost:

- pojav multidisciplinarnih služb oziroma storitev in
- vključevanje zdravja v pristope za boljše obvladovanje prestrukturiranja.

Na področju služb za zaposlovanje in ozemeljskih pristopov pa je novo, da:

- si službe za zaposlovanje prizadevajo oblikovati širše koncepte zaposljivosti in preučujejo možnosti sprememb storitev za večjo socialno varnost;
- se implementirajo pristopi prožne varnosti ter

- se spodbuja upravljanje trga dela in sredstev na lokalni ravni.

Predlogi in hipoteze za prihodnost

Današnji položaj zahteva oziroma bo zahteval uvažanje novosti v zelo velikem obsegu, poleg tega pa tudi alternativne oblike zaposlovanja in nove socialne politike. Da bi se bolje odzvali na izzive, ki jih prinaša prestrukturiranje, udeleženci projekta IRENE predlagajo hipoteze in predloge ukrepov na sedmih področjih.

1. Legitimnost sprememb in komunikacija

Trenutno je treba delati predvsem na področju legitimnosti sprememb, zato je komunikacija ključnega pomena tako v podjetjih kot zunaj njih. Biti mora ustrezna, obširna in pravočasno mora doseči vse, ki jih zadeva.

2. Neenakosti in socialna pravičnost

V procesih prestrukturiranja nedvomno manjka pravičnosti, zato je treba ponovno preučiti tako selekcijska merila kot tudi postopke odločanja. Pri tem pa je treba upoštevati temeljne socialne pravice in socialne ukrepe za vse, ne glede na to v kateri obliki zaposlitve so.

3. Tranzicija in opolnomočenje

Prestrukturiranje potrebuje možnosti prehajanja za ljudi in območja. Zato je treba zaposlene opolnomočiti in jih ne obravnavati le kot pasivne žrtve socialnega dialoga in služb za zaposlovanje. Postaviti je potrebno stabilno ogrodje prehajanja kot nosilca širšega koncepta zaposljivosti, ki bo presegal zgolj varnost zaposlitve. Pretehtati pa je treba tudi lokalne razvojne načrte in krajevne pristojnosti podjetij v prestrukturiranju.

4. Razširjen socialni dialog in strokovnost

Socialni dialog se še vedno ne loteva v zadostni meri ne trenutnih procesov prestrukturiranja, ne raznolikosti odnosov med delavci in delodajalci, prav tako pa tudi ne meddržavnih in panožnih vplivov ter vplivov verige dobaviteljev. Potrebni so novi forumi, novi ak-

terji in več virov, da bi lahko bolje opremili predstavnike deležnikov. Preseči je treba zgolj informativno in svetovalno vlogo ter biti odprt za aktivno udeležbo vseh, ki jih to zadeva.

5. Zdravje in socialni ukrepi

Prestrukturiranje ni vedno zdravo, ne za organizacije ne za posameznike. Zdravje mora tako postati novo področje odgovornosti, v primeru prestrukturiranja pa mora vključevati več socialne pravičnosti, vrednotenja in nadzorovanja. Koncepti zaposljivosti se morajo razširiti, novi udeleženci v procesu pa morajo prevzeti aktivno vlogo pri preprečevanju in lajšanju negativnih vplivov na zdravje.

6. Skupni evropski normativi in sredstva

Kljub številnim evropskim standardom je vseevropsko prestrukturiranje vseeno pogosto zapostavljeno, zato je potrebna primerna sistemska ureditev, vključno z zavezujočim okvirnim kodeksom ravnanja kot tudi revizijo načrtovanja porabe evropskih sredstev, da bi se lahko primerno odzvali na trenutno krizo in dosegli ustrezne organizacijske spremembe.

7. Sodelovanje številnih deležnikov in večdimenzionalni pristopi

Dosedanji pristopi k prestrukturiranju so (bili) preozki in prepogosto tudi slabo učinkoviti. Razviti je treba strokovne pristope ter pristope, prilagojene potrebam različnih deležnikov. Prav tako je treba spodbujati multidisciplinarne službe, da bi dosegli uspešne prehode za posameznike, organizacije in lokalne skupnosti.

Trenutna kriza je postavila prestrukturiranje med glavne teme razprav na nacionalni in evropski ravni, hkrati pa zahteva tudi spremembe, nov način razmišljanja in nove prakse v zelo širokem obsegu. Znotraj tega konteksta je prispevek projekta IRENE v tem, da poudari potrebo po realističnem vendar ambicioznem razvoju in da pozove vse deležnike k širši izmenjavi, odprti razpravi, novim rešitvam, pogajanjem in oblikovanju ustreznih predpisov.

Katja Draksler, univ. dipl. soc.

IZOBRAŽEVANJE SVETOVALCEV ZA PZD USPEŠNO POTEKA

Izobraževanje svetovalcev za promocijo zdravja pri delu (PZD) je doslej potekalo še štirikrat. Pilotna izvedba izobraževanja je bila v okviru projekta Phare – Vseživljenjsko učenje leta 2006 v sodelovanju Zavodom za zdravstveno varstvo Murska Sobota, naslednja izobraževanja pa so potekala: jeseni 2007, jeseni 2008 v sodelovanju z Zavodom za zdravstveno varstvo Nova Gorica in v začetku letošnjega leta v sodelovanju z Zavodom za zdravstveno varstvo Koper. Skupaj se je tako izobrazilo več kot 60 svetovalcev za promocijo zdravja pri delu.

Izobraževanje za zdravo delo in življenje je izobraževanje, v okviru katerega se izobražujejo svetovalci za promocijo zdravja pri delu za uvajanje programa promocije zdravja Čili za delo v podjetju in organizacije. Tako izobraževanje kot tudi celoten program Čili za delo sta rezultat projekta Phare – Vseživljenjsko učenje, ki je potekal v koordinaciji KIMDPŠ v letih 2005 in 2006.

Program Čili za delo zajema sedem izobraževalnih modulov, ki jih kandidati za svetovalce tudi dodobra spoznajo med izobraževanjem: analiza zdravja v podjetju, preprečevanje poškodb, ergonomski ukrepi, preprečevanje obremenitev zaradi kemijskih

onesnaževalcev, organizacijski ukrepi, obvladovanje doživetij preobremenjenosti in preprečevanje uporabe psihoaktivnih snovi. V letošnjem letu načrtujemo pripravo novega modula, in sicer Preprečevanje in obvladovanje trpinčenja na delovnem mestu.

Izobraževanje traja 100 ur, od tega je več kot 60 ur predavanj in vaj, preostale ure pa so namenjene samostojnemu učenju za preverjanje znanja in predvsem pripravi seminarske naloge s konkretnim predlogom implementacije programa v podjetju ali organizaciji. V podjetju naj bi namreč v skladu s programom najprej izvedli analizo zdravja delavcev ter na podlagi rezultatov tega modula izluščili problem ali več problemov, ki bi jih bilo mogoče reševati z uporabo enega ali največ dveh izmed preostalih modulov. Seminarska naloga, ki jo morajo udeleženci pripraviti, naj bi omogočala takojšen začetek dela v konkretnem podjetju.

Nekateri svetovalci, ki so opravili izobraževanje, so se tega dela dejansko tudi lotili in začeli uvajati ukrepe za izboljšanje zdravja delavcev v svojih podjetjih.

Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov.



Udeleženci izobraževanja 2008 (Foto: Niko Američ)

GOSTILI SMO DELOVNO SREČANJE EVROPSKE MREŽE ZA PROMOCIJO ZDRAVJA PRI DELU

V Ljubljani smo 6. in 7. junija 2008 gostili predstavnike in predstavnice nacionalnih uradov za sodelovanje z Evropsko mrežo za promocijo zdravja pri delu (ENWHP – European Network for Workplace Health Promotion). Dvodnevno srečanje je potekalo v znamenju dveh skupnih projektov mreže, v katerih kot nacionalni urad za sodelovanje z ENWHP, sodeluje tudi KIMDPŠ.

Prvi dan srečanja je bil tako skoraj v celoti posvečen skupnemu projektu mreže Premikamo Evropo (Move Europe), katerega glavni cilj je izboljšati z zdravjem povezan življenjski slog evropskih delavcev. Na zdravje zaposlenih namreč ne vpliva le izboljšanje delovnih razmer, pomemben vpliv nanj ima tudi življenjski slog posameznika. In ker odrasel človek velik del časa preživi prav na delu, je delovno mesto idealen kraj za spodbujanje zdravega načina življenja. Pristopi k promoviranju zdravega načina življenja pa se lahko močno razlikujejo, zato je pomembno, da nam je pri uvajanju sprememb na voljo čim več informacij in preizkušenih znanj. Prav to pa je namen projekta Premikamo Evropo, ki želi z odkrivanjem in širjenjem modelov dobre prakse podjetjem in organizacijam ponuditi kakovostne, na podatkih temelječe programe promocije zdravja pri delu.

Po uvodnem nagovoru predstojnice KIMDPŠ doc. dr. Metode Dodič Fikfak je dr. Theodor Haratau, izvršni direktor Fundacije Romtens iz Romunije, predstavil potek kampanje v posameznih državah. Slovenija je med sodelujočimi državami dosegla zelo dobre rezultate, saj so slovenska podjetja pokazala precejšnje zanimanje za sodelovanje v projektu, končni rezultat kampanje pa je bil več kot 170 izpolnjenih vprašalnikov za samoocenjevanje.

Udeleženci in udeleženke srečanja so spregovorili o problemih, s katerimi so se srečevali pri svojem delu, ter o načinu izbiranja modelov dobre prakse v svoji državi. Pokazalo se je, da imajo države (oz. nacionalni uradi), ki že imajo izoblikovane mreže za promocijo zdravja, svoje pokrovitelje, utečene poti komuniciranja z mediji in dostop do baz podatkov podjetij, veliko

prednost pred ostalimi. Problemi, s katerimi so se pri delu srečevali, pa so bili precej podobni. Predvsem jim je delo oteževal omejen dostop do menedžerjev oz. vodilnih delavcev v podjetjih, pomanjkanje dodatnih gradiv, ki bi jih podjetjem posredovali skupaj z vprašalniki za samoocenjevanje, ter pojavljanje kampanj, ki se ukvarjajo s podobno tematiko.



Predstavniki nacionalnih uradov ENWHP med ogledom Ljubljane (Foto: Eva Stergar)

Beseda je tekla tudi o nalogah, ki jih je treba izpolniti pred koncem projekta, ter o organizaciji zaključnega dogodka – evropske konference, ki je bila 27. in 28. aprila 2009 v Perugii v Italiji in kjer je tudi Slovenija predstavila dva modela dobre prakse. Uspešen prvi dan srečanja je s svojim predavanjem zaključil dr. Richard Wynne, direktor Centra za raziskovanje dela iz Dublina, ki je opozoril na pomembnost duševnega zdravja aktivne populacije in tako napravil uvod v drugi dan srečanja, ki je potekal v znamenju novega skupnega projekta mreže, ki predstavlja nekakšno nadaljevanje projekta Premikamo Evropo in je usmerjen v promocijo dobrega duševnega zdravja delavcev.

Duševne stiske in bolezni predstavljajo veliko breme sodobnih družb in so v stalnem porastu. Slabo duševno zdravje in z njim povezan absenzizem, zmanjšana produktivnost pri delu, prezgodnje upokojevanje – vse to pomembno vpliva na produktiv-

nost in konkurenčnost podjetij na globalnem trgu. Menedžerji v podjetjih kot tudi odločevalci na višjih ravneh že spoznavajo pomembnost vlaganj v dobro psihično počutje zaposlenih, vendar pa je raven širjenja dobrih praks na področju promocije duševnega zdravja pri delu v državah – članicah EU zelo omejena in nujno zahteva še precej dela. In prav tu se začneja nov skupni projekt mreže Promocija dobre prakse za duševno zdravje na delovnem mestu (Promoting Good Practice for Mental Health at the Workplace) ali krajše MentHealthWork. Projekt bo trajal dve leti, vanj pa je vključenih 18 držav, med drugim tudi KIMDPŠ kot predstavnik Slovenije. Projekt je zasnovan tako, da bo identificiral, zbral in posredoval

koristne, preizkušeno uspešne ukrepe in modele promocije in varovanja duševnega zdravja ter poskušal prepričati menedžerje v podjetjih in odločevalce na višjih ravneh, da bi vlagali v programe, ki prispevajo k dobremu duševnemu zdravju delavcev in njihovih družin ter tako tudi k splošnemu blagostanju družbe. Predstavitvi novega projekta je sledila še ena pomembna tema – oblikovanje priporočil za evropske politične odločevalce, ki izhajajo iz podatkov, zbranih v projektu Premikamo Evropo, za konec pa so se udeleženci in udeleženke srečanja dotaknili še tekočih zadev v zvezi z mrežo ENWHP in prihajajočimi dogodki.

Katja Draksler, univ. dipl. soc.

ZAČENJA SE PROJEKT LEECH

Projekt LEECH – Izboljšanje kompetenc slabše izobraževanih delavcev v zvezi z zdravjem (Strengthening Transversal Competences of Low Educated Employees Concerning Their Health Choices in the Context of Changing Labour Market) se je začel letos in bo trajal dve leti. Njegov glavni cilj je priprava inovativne izobraževalne metodologije za izobraževanje slabše izobraženih delavcev z upoštevanjem različnih strokovnih pristopov k področju zdravja. Metodologija bo postavljena na podlagi empiričnih podatkov, pridobljenih v projektu. Na podlagi teh podatkov in novih spoznanj pa bo tudi oblikovan priročnik, ki ga bodo uporabljali v projektu izobraženi učitelji in tako nadaljevali z njegovim izvajanjem.

Skupina slabše izobraženih delavcev je še posebej ranljiva, saj so zanjo značilni nizek socialno-ekonomski status, deprivilegiran položaj na trgu dela, slabša možnost dostopanja do dodatnega izobraževanja in kulture, kar posledično pripelje do težav pri razvijanju družbe, temelječe na znanju. Za to skupino je značilno tudi slabše zdravje, nezdrav življenjski slog in nizka motivacija za spremembe, predvsem spremembe na področju zdravja. Skrb za zdravje ta skupina ljudi prenaša na zdravstvene službe. Slabše zdravje in nezdrav življenjski slog slabše izobraženih

delavcev pa vplivata na višje stroške na različnih področjih.

Učinkoviti načini za izboljšanje zdravstvenega stanja, z zdravjem povezanega vedenja in boljše socialne vključenosti manj izobraženih delavcev so razvoj in izvajanje zdravstvene vzgoje ter promocija zdravja pri delu. Izobraževalne aktivnosti so običajno namenjene splošni populaciji in ne posamezni skupini s specifičnimi potrebami. Akcije, ki se nanašajo na zdravje in zdrav življenjski slog, običajno uporabljajo jezik »srednjega razreda in višje izobraženih«, prav tako v teh akcijah ponavadi ne uporabljajo komunikacijskih kanalov, ki so dostopni slabše izobraženim delavcem. Prav zato takšne akcije ne dosežejo te skupine delavcev in ne vplivajo na izboljšanje njihovega zdravstvenega stanja in na povečanje njihove odgovornosti za lastno zdravje. Zdravstvena vzgoja in promocija zdravja, usmerjena k splošni populaciji, koristi samo »bolje izobraženim«, hkrati pa prispeva k poglobljanju razlik med družbenimi skupinami in povečevanju razlik med prebivalstvom na področju zdravja.

Projekt je namenjen dvema skupinama. Prva skupina so učitelji iz držav partneric v projektu, ki bodo pridobili nova znanja za poučevanje slabše izobraženih delavcev na področju zdravstvene vzgoje. Skupi-

na, ki ji je ta projekt dolgoročno namenjen, pa so slabše izobraženi delavci. Učitelji, ki bodo posebej izobraženi za poučevanje slabše izobraženih delavcev, bodo prispevali h kakovosti, učinkovitosti in uspešnosti poučevanja in približevanja zdravstvenih tematik slabše izobraženim delavcem. Učitelji bodo v pilotnem izobraževanju pridobili pripomočke, veščine in znanje, kako pristopiti do slabše izobraženih delavcev, kako jim približati teme v zvezi z zdravjem. Svoje znanje bodo prenašali na nove generacije učiteljev. Gradivo, ki bo nastalo v projektu, bo na voljo tudi splošni populaciji in vsem zainteresiranim deležnikom. K osveščanju slabše izobraženih delavcev bodo pripomogla načrtovana gradiva.

Naloge KIMDPŠ v okviru projekta bodo:

- priprava nacionalnega poročila o pomembnosti zdravja in o načinu promoviranja zdravega življenjskega sloga med slovenskimi delavci;
- sodelovanje pri pripravi priročnika in njegovi prilagoditvi slovenskim razmeram;
- oblikovanje in pilotna izvedba izobraževalnega modula (določitev vsebin in specifičnih ciljev izobraževanja skupaj z ostalimi partnerskimi organizacijami). Pri tem nam bodo v pomoč izkušnje, ki smo jih pridobili pri izvajanju projekta Phare, Izobraževanje za zdravo delo in življenje.

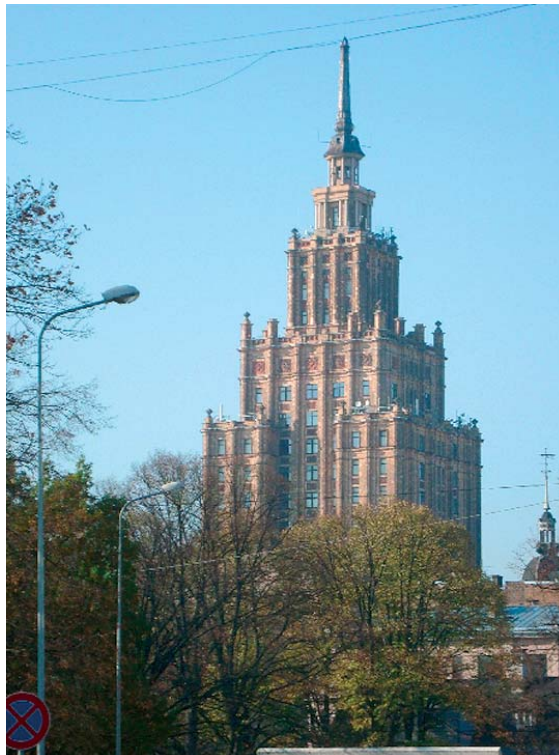
Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov.

11. SREČANJE RAZISKOVALCEV EVROPSKE RAZISKAVE O ALKOHOLU IN PREOSTALIH DROGAH MED ŠOLSKO MLADINO (ESPAD)

ESPAD je mednarodna raziskava, katere namen je zbiranje podatkov o razširjenosti uporabe drog in ugotavljanje trendov v uporabi drog med šolsko mladino (15- do 16- letniki) na podlagi enotne mednarodne metodologije (vprašalnik, vzorec, čas zbiranja podatkov, terensko delo, obdelava podatkov, poročilo in predstavitev rezultatov). Zbiranje podatkov poteka vsake štiri leta od leta 1995. Raziskavo koordinirata sodelavca Švedskega sveta za informacije o alkoholu in drugih drogah dr. Bjorn Hibell in Ulf Guttormsson.

Slovenija sodeluje v raziskavi od leta 1993, ko se je začela pripravljalna faza za raziskavo leta 1995. Raziskovalci se srečujemo enkrat letno. Več o raziskavi si lahko preberete v Glasniku KIMDPŠ 2/2007 oziroma na spletni strani www.espad.org.

11. srečanje raziskovalcev ESPAD je potekalo konec oktobra 2008 v Rigi (takrat še mirni, a zelo hladni prestolnici ene od treh baltskih držav – članic EU) v veličastnem poslopju latvijske Akademije znanosti. Srečanja, ki ga je organiziral kolega Marcis Trapencieris (Agencija za javno zdravje), se je udeležilo 43 udeležencev iz 32 držav, pa tudi predstavnica EM-



Latvijska Akademija znanosti

CDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lizbona).

V treh dneh smo izčrpno razpravljali o zadnjem valu raziskave leta 2007 in sprejeli nekaj pomembnih sklepov. Prvi dan so se zvrstila srečanja novih tematskih skupin (uporaba več drog, tvegane pивske navade, uporaba drog v perifernih delih Evrope, socialno vedenje, droge in alkohol), pa tudi predstavnikov držav, ki so se na novo vključile v raziskavo in so jo izvedle leta 2008.

Večji del časa je bil namenjen temeljiti in vsestranski predstavitvi izkušenj in rezultatov zbiranja in obdelave podatkov leta 2007. Imeli pa smo tudi čas za predstavitev člankov, ki so nastali na podlagi podatkov ESPAD (metodološki in drugi članki).

V nadaljevanju bom nanizala glavne poudarke srečanja.

Izkušnje z zbiranjem podatkov leta 2007

Leta 2007 je ESPAD potekala v 35 državah (med njimi so tri nove: Armenija, Monako in Rusija, preostalih 32 držav je raziskavo izvedlo pred letom 2007 vsaj enkrat, mnoge – med njimi tudi Slovenija – pa so sodelovale v vseh štirih valovih). Mednarodno poročilo je bilo javnosti predstavljeno marca 2009. S podporo EMCDDA so leta 2008 raziskavo izvedle še štiri bivše jugoslovanske republike – Bosna in Hercegovina, Makedonija, Črna gora in Srbija, zelo verjetno pa jo je po srečanju izvedla tudi Albanija. Njihove ugotovitve bodo objavljene v posebnem poročilu.

Ne glede na to da so bili roki jasni in določeni vsaj leto pred zbiranjem podatkov, so raziskovalci nekaterih držav močno prekoračili rok za oddajo podatkov (eden kar 9 mesecev po roku, drugi pa ni oddal podatkov vse do oktobra 2008!), kar je predvsem nepravilno do tistih, ki so se rokov držali. Posledica je za vse otipljiva – ker imajo tako koordinatorski kot upravljalec baze podatkov tudi druge zadolžitve, se je oblikovanje mednarodne baze podatkov zavleklo, analize so bile pripravljene pozno – skratka, mednarodno poročilo je bilo pripravljeno mnogo kasneje, kot je bilo načrtovano, kar vse je povzročilo prestavljanje

datuma za predstavitev ugotovitev z decembra 2008 na marec 2009. V bodoče bodo roki zelo točni in podatki tistih držav, ki se rokov ne bodo držale, ne bodo vključeni v mednarodno poročilo.

Vprašalnik

Ob pripravi mednarodne baze podatkov je nastala kodirna knjiga vseh vprašanj, ki so jih uporabile sodelujoče države in odkritih je bilo kar nekaj napak pri prevajanju vprašanj v nacionalne jezike. Podatki, zbrani s takšnimi vprašanji, seveda niso vključeni v mednarodno bazo in poročilo. Pred naslednjim zbiranjem podatkov bo treba koordinatorskem dovolj zgodaj poslati prevode vprašalnika skupaj z raziskovalnim načrtom, zato da bi pravočasno odkrili in popravili morebitna pomenska odstopanja.

Prav tako so nekatere države uporabile zelo veliko vprašanj (več kot dva izbirna modula), kar seveda vpliva na kakovost zbranih podatkov, saj anketiranci na določeni stopnji prenehajo odgovarjati. Ugotoviti je treba kritične meje števila vključenih postavk in zagotoviti optimalno število vprašanj.

Mednarodno poročilo ESPAD 2007

Mednarodno poročilo ESPAD 2007 je bilo natisnjeno pred predstavitvijo mednarodnih rezultatov, ki je bilo v vseh sodelujočih državah 26. marca 2009. Dr. Hibell je predstavil vrsto metodoloških rezultatov, iz katerih lahko zaključimo, da:

- so zbrani podatki kakovostni, saj niso ugotovili nobenih večjih metodoloških odstopanj;
- problemi, ki so se pojavili, niso skoncentrirani v posamezni državi, ampak so razpršeni po več državah;
- danski rezultati bodo predstavljeni »pod črto«;
- mnoge države bodo deležne posebnih komentarjev v povezavi s posameznimi spremenljivkami (vendar pa je zaključek, da je primerljivost podatkov zagotovljena).

Mednarodna baza podatkov

Za mednarodno bazo podatkov je zadolžen dr. Thoroddur Bjarnason z Islandije. Leta 1995 je bilo mednarodno poročilo izdelano na podlagi standardiziranih tabel, prav tako leta 1999, leta 2003 pa je bila po izdaji poročila izdelana mednarodna baza podatkov, ki pa ni imela uteži in sistematskega označevanja posameznih primerov. Baza 2007 je nastala na izkušnjah s predhodnimi bazami in ustrezno odgovarja na znane probleme. Nastala je s pomočjo kodirne knjige, vsak primer ima svojo identifikacijsko kodo, nepriemerljiva vprašanja so označena.

Pravila za uporabo mednarodne baze 2003

Raziskovalci so dolžni posredovati nacionalne podatke za pripravo mednarodnega poročila. Kasneje pa se odločijo, na kakšni ravni bo dovoljena uporaba njihovih podatkov. Baza podatkov 2003 bo dostopna zunanjim raziskovalcem od 1. aprila 2010. Zainteresirani zunanji raziskovalci zaprosijo za dostop do podatkov nosilca raziskave v svoji državi, ki prošnjo posreduje naprej. Če je zunanji raziskovalec iz države, ki ne sodeluje v ESPAD-u, mora poiskati nosilca raziskave v katerikoli sodelujoči državi.

Baza podatkov 2007 je odprta za prijave raziskovalcev ESPAD od 1. aprila 2009.

Predstavitve člankov

Kolegi so predstavili nekaj metodoloških člankov, s katerimi so želeli osvetliti določene dileme in probleme, ki so se pokazali v predhodnih raziskavah. Tako so primerjali rezultate »klasičnega ESPAD-a« z rezultati, ki so jih pridobili s pomočjo spletnega vprašalnika, primerjali so različne mere pitja alkoholnih pijač, podatke ESPAD s podatki druge nacionalne raziskave, poglobljeno obravnavali t.i. »binge« pitje in sodelovanje šol oziroma dijakov v posameznih državah. Seznanili so nas s problematiko sočasne uporabe več drog (polydrug use), podobnostmi in razlikami v uporabi drog na evropskih otokih (Islandija, Malta, Ciper, Otok Man, Ferski otoki), z z alkoholom povezanim pretepanjem mladostnikov v Italiji in Franciji ter s trendi v uporabi drog od leta 1995 do 2007.

Naslednje srečanje raziskovalcev ESPAD bo v Varšavi septembra 2009.

Mag. Eva Stergar, univ. dipl. psih.



Mag. Eva Stergar v Rigi

PROJEKT HIRES PLUS – ZA ZDRAVJU PRIJAZNEJŠE PRESTRUKTURIRANJE PODJETIJ

KIMDPŠ je konec prejšnjega leta pristopil k sodelovanju v novem projektu, imenovanem HIRES Plus. Gre za mednarodni projekt, v katerem poleg Slovenije sodeluje še 11 evropskih držav in je nadgradnja projekta HIRES. Sodelujoči v obeh projektih poskušajo odgovoriti na vprašanja, povezana z zdravjem zaposlenih, ki so v času recesije dobila povsem nove dimenzije.

V okviru projekta je KIMDPŠ konec aprila organiziral okroglo mizo z mednarodno udeležbo, na kateri so strokovnjaki z različnih področij spregovorili o tem, zakaj je dimenzija zdravja v procesih prestrukturiranja tako pogosto spregledana, izmenjali so svoje izkušnje, predstavili primere dobre prakse in probleme, s katerimi se srečujejo, ter oblikovali izhodišča za prihodnje aktivnosti, ki bodo pripeljale do pozitivnih sprememb za ohranjanje in izboljšanje zdravja vseh, ki se soočajo s procesi prestrukturiranja. Predlogi za nadaljevanje razprave, ki se je začela na okrogli mizi, so bili predstavljeni tudi širšemu krogu zainteresiranih deležnikov na konferenci, ki je bila dan kasneje.

Današnja družba se sooča z najhujšo svetovno krizo od tridesetih let prejšnjega stoletja. Dosegla je razsežnosti, ki jih niso napovedovali niti najbolj črni scenariji. Svetovna pozornost je zadnjih nekaj mesecev usmerjena v reševanje problemov, ki so zajeli tako finančni kot realni sektor in pustili svoj pečat na celotni družbi.



*Okrogla miza o prestrukturiranju podjetij in zdravju delavcev
(Foto: Katja Draksler)*

Prestrukturiranje je tako v kontekstu današnje globalne krize postalo stalna tema na dnevnih redih v državah po svetu. Ukrepi na ravni podjetij namreč že dolgo ne zadoščajo več, nujno potreben je mnogo širši pristop in vključevanje družbenih akterjev na različnih ravneh. Razprave o prestrukturiranju v Evropski uniji so bile dolgo časa osredotočene predvsem na načine, kako se spopadati s spremembami na globalnih trgih, o zdravju v povezavi s prestrukturiranjem se je govorilo le v ožjem smislu, v smislu kompetitivnih »zdravih organizacij«, pozabljalo pa se je na posameznika – delavca in njegovo zdravje.

V zadnjem času so mnogi evropski programi (npr. MIRE) opozorili na (prepogosto) spregledano dimenzijo zdravja znotraj procesov prestrukturiranja. Pokazala se je potreba po tem, da se preuči vplive prestrukturiranja na zdravje zaposlenih, tako tistih, ki po spremembah v podjetjih ostanejo brez zaposlitve, kot tudi tistih, ki »preživijo«, in se morajo neprestano soočati z negotovostjo zaposlitve in novimi delovnimi zahtevami, kar vse povzroča visoko stopnjo stresa in posledično vodi v vse večji bolniški stalež na račun psihosomatskih bolezni in raznih duševnih motenj. Pozabiti se ne sme tudi na družine delavcev, na menedžerje, odgovorne za prestrukturiranje v podjetjih, in nenazadnje tudi ne na skupnosti, ki jih ti procesi posredno prizadenejo.

Skratka: v procese prestrukturiranja je treba vključiti tudi dimenzijo zdravja, za kar pa so potrebne smernice za delovanje, inovativni pristopi, orodja in metode ter izmenjava znanj in izkušenj med relevantnimi deležniki. To pa je tudi cilj projekta HIRES, ki želi predvsem povečati zavest deležnikov o tej problematiki, vzpostaviti socialni dialog med njimi, zaključke, do katerih bodo sodelujoči v projektu prišli s skupnimi močmi, pa širiti in uporabiti za oblikovanje priporočil za politične odločevalce na nacionalni in evropski ravni.

Katja Draksler, univ. dipl. soc.

DELAVNICA UČENJE UČITELJEV

Sredi februarja je bila v okviru Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (UKC) delavnica Učenje učiteljev, ki so jo vodili prof. dr. Živa Novak, prim. dr. Vasilij Cerar in doc. dr. Zvonka Renner Primec. Delavnice se je udeležilo sedem zdravnikov, in sicer: dve oftalmologinji, ena anesteziologinja, trije kirurgi in en specialist MDPŠ.

Namen izobraževanja učiteljev (glavni in neposredni mentorji specializantom) je bil obnoviti in pridobiti nova sodobna spoznanja na področju optimalne pozitivne interakcije učitelj – specializant pri ocenjevanju, pridobivanju povratnih informacij, presoji, poučevanju veščin, komunikaciji in evalvaciji uspešnosti poučevanja.

Bistvo dobrega in uspešnega poučevanja je pravilna in učinkovita povratna informacija mentorja o napredovanju specializanta na vseh področjih učenja: znanje, veščine in odnosi. Učinkovita povratna informacija je: hvali javno, kritiziraj zasebno, pozitivni komentarji nasproti negativnim pa naj bodo v razmerju 5 proti 1.

Komunikacija mora potekati preko različnih kanalov: vizualni, avditivni in kinestetični, da bi lahko izvalili predstave poslušalcev. Učinkovito treniranje veščin poteka po zaporedju: mentor pokaže veščino, mentor kaže veščino in obenem razlaga, specializant govori in kaže.

Ocenjevanje je zelo zahteven, sistematičen postopek, ki meri raven znanja, veščin in odnosa posameznika. To raven je treba primerjati s standardnimi zahtevami. Ocenjevanje je smiselno, če ima pozitiven vpliv na izobraževanje. Vedno je treba sproti povedati, kaj bi bilo treba izboljšati ter na kakšen način. Zagotoviti moramo, da specializant doseže vsaj minimalni standard za kasnejše samostojno delo specialista.

Zdravnik, ki želi začeti specializacijo, mora v skladu s pravilnikom o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov pred začetkom opravljanja programa specializacije skleniti posebno pogodbo z Zdravniško zbornico Slovenije o medsebojnih obveznostih v zvezi s specializacijo. Zbornica opredeli tudi datum začetka opravljanja specializacije in glavnega mentorja.

Na izobraževanju učiteljev je bila izpostavljena potreba, da bi zdravnik že pred sklenitvijo pogodbe z zbornico pri pooblaščenem zdravniku medicine dela

opravil predhodni preventivni zdravstveni pregled z oceno zdravstvenega stanja in delazmožnosti za določeno specialistično področje glede na zdravstveno ogroženost in odzivnost zdravnika. Pregled se namreč opravlja šele takrat, ko je že sklenjena posebna pogodba z zbornico, lahko pa se izkaže, da kandidat iz zdravstvenih razlogov ni zmožen za pričetek določene specializacije. V okviru zdravstvenega varstva specializantov je potrebno z usmerjenimi obdobjnimi preventivnimi zdravstvenimi pregledi redno spremljati njihovo zdravje in delazmožnost tudi med specialističnim stažem, še posebej pa pri poslabšanjih, da bi preprečili nastanek poškodb pri delu, poklicnih bolezni oziroma invalidnost. Najpogostejši vzrok omejene delazmožnosti oziroma delanezmožnosti specializantov so duševne motnje, ki lahko vodijo tudi do prekinitve specializacije.

Če glavni mentor ugotovi, da specializant brez opravičljivih razlogov ne opravlja svojih obveznosti po programu specializacije, mora najkasneje po treh mesecih in po predhodnem pisnem opozorilu specializantu zbornici predlagati prenehanje specializacije. Zbornica lahko v primeru nespoštovanja mentorskih dolžnosti glavnega ali neposrednega mentorja mentorstva razreši.

Učna delavnica je bila koristna, saj je dala dovolj sodobnih smernic učiteljem (mentorjem) za uspešno poučevanje specializantov v smislu pridobivanja znanja, veščin in izkušenj ter razvijanja ustreznih odnosov.

V naslednjih delavnicah naj bi se izobrazili tudi preostali učitelji v okviru UKC in zunaj njega. Zelo koristno bi bilo, če bi se delavnice udeležili tudi učitelji mentorji s področja MDPŠ.

Delavnice bodo organizirane v dvomesečnih presledkih in so za zaposlene v UKC brezplačne, preostali kandidati pa morajo plačati kotizacijo v višini okoli 100 evrov. Datum in ceno izobraževanja opredeli Svet za izobraževanje UKC, na katerega se lahko obrnejo zainteresirani udeleženci.

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

EKSKURZIJA NA GORIŠKO

Decembra lani smo se sodelavci KIMDPŠ podali na zanimivo ekskurzijo na Goriško. Pozno dopoldne smo se iz Ljubljane odpeljali proti Primorski, naš prvi postanek pa je bil v Ajdovščini, kjer so nam prijazne delavke na turistično-informacijskem centru povedale nekaj o zgodovini mesta, nato pa smo si ogledali stalno zbirko del enega najpomembnejših slovenskih likovnih ustvarjalcev Vena Piona, ki je urejena v njegovi rojstni hiši. Še polni vtisov smo se odpravili proti izviru Hublja, ki je ob lepem vremenu nedolžen potok, ob večjem deževju pa se spremeni v deroči hudournik. In res, ker je bilo vreme v tistem času bolj kislo (deževno), so bili slapovi, ki izvirajo tudi 30 do 40 metrov visoko v skalnati steni, mogočni in deroči, pogled na razpenjeno vodo in pršče kapljice pa naravnost veličasten. Seveda smo morali za spomin v objektiv ujeti »eno gasilsko«.



Ob izviru Hublja (Foto: Kristina Miklič)

In že smo bili spet na poti... Na trenutke nas je obsijalo prijetno decembrsko sonce, ki ga v Ljubljani tiste dni ni bilo prav veliko. Pot nas je tokrat vodila proti Kostanjevici, 143 metrov visokem griču v neposredni bližini Nove Gorice, kjer stoji cerkev Gospodovega oznanjenja Mariji in k njej prizidan frančiškanski samostan. Ogledali smo si cerkev in samostansko knjižnico, ki nosi ime po patru Stanislavu Škrabcu, enem največjih slovenskih jezikoslovcev, ki je na Kostanjevici živel več kot štirideset let. V knjižnici hranijo več kot 10.000

knjig, predvsem bogata je zbirka knjig iz obdobja od 16. do 19. stoletja, še posebej pa se lahko pohvalijo z zbirko okoli trideset prvotiskov (inkunabul).

Obisk Kostanjevice smo zaključili z ogledom grobnice, kjer so pokopani zadnji potomci francoske kraljeve rodbine Bourbonov. Kralja Karla X. Bourbonskega so ob julijski revoluciji leta 1830 odstavili in ga skupaj z družino izgnali iz Francije. Kraljeva družina je zatočišče našla pri goriškem grofu Coroniniju, vendar pa je kralj kmalu po prihodu na Goriško umrl. Njegovi posmrtni ostanki so skupaj z ostanki preostalih članov družine (na njihovo željo) pokopani v grobnici na Kostanjevici. Francozi si sicer že dolgo časa prizadevajo, da bi dobili ostanke zadnjih potomcev kraljeve družine nazaj v last, vendar vsaj zaenkrat neuspešno. Bourboni ostajajo na Kostanjevici.



Škrabčeva knjižnica v Frančiškanskem samostanu Kostanjevica (Foto: Anamarija Hrovat)



Vhod v grobnico Bourbonov (Foto: Anamarija Hrovat)



Sproščeno ob odlični hrani in pijači (Foto: Kristina Miklič)

Kostanjevico smo zapustili ob prekrasnem sončnem zahodu in se prijetno utrujeni in nadvse lačni podali proti znani turistični kmetiji v Goriških Brdih. Prijeten dan smo tako zaključili ob dobri hrani in kapljici ter želji, da podoben izlet še kdaj ponovimo.

Katja Draksler, univ. dipl. soc.

TRANZICIJA IN ZDRAVJE DELAVCEV – SREČANJE SLOVENSKE MREŽE ZA PROMOCIJO ZDRAVJA PRI DELU

V začetku junija 2008 je KIMDPŠ organiziral strokovno srečanje Slovenske mreže za promocijo zdravja pri delu z naslovom Tranzicija in zdravje delavcev. Srečanja se je udeležilo več kot 60 ljudi, med njimi so bili predvsem zdravniki specialisti medicine dela, prometa in športa, strokovnjaki s področja javnega zdravja in predstavniki slovenskih podjetij.

Osrednja tema srečanja je bilo zdravje delavcev v času tranzicije. Tranzicija je namreč v družbi sprožila plaz sprememb, tako na mikro- kot na makroravni. Pojma delo in zaposlitev sta pod vplivom tranzicijskih procesov dobila novo obliko, kar je s seboj prineslo izgubo stabilnosti in varnosti dela oz. zaposlitve, spremenjene delovne odnose ter nove zahteve (večja fleksibilnost, vseživljenjsko učenje, uporaba novih tehnologij itd.), ki jim zaposleni mnogokrat niso kos. Vse te spremembe so pustile pečat tudi na zdravju zaposlenih, česar so se v svojih prispevkih dotaknili predavatelji na srečanju.

Predstojnica inštituta doc. dr. Metoda Dodič Fikfak je v uvodnem delu srečanja predstavila trenutno stanje na področju zdravja delavcev v Sloveniji, mag. Eva Stergar je poudarila pomen promocije zdravja pri delu, doc. dr. Marija Molan pa je spregovorila o svojih izkušnjah pri obvladovanju preobremenjenosti v storitvenem sektorju.

Poleg priznanih slovenskih strokovnjakov sta svoje znanje in izkušnje z udeleženci srečanja delila tudi strokovnjaka iz tujine, in sicer dr. Richard Wynne,



Svetovalci za promocijo zdravja pri delu so prejeli potrdila o opravljenem izobraževanju (Foto: Niko Arnerič)

direktor Centra za raziskovanje dela iz Dublina, ki je predstavil preprečevanje stresa v organizacijah z evropske perspektive, ter dr. Giuseppe Massanotti z Univerze v Perugii s predavanjem Promocija zdravega življenjskega sloga delavcev v Evropi, slovenske izkušnje na tem področju pa je predstavila mag. Eva Stergar.

Srečanje se je zaključilo s podelitvijo potrdil o uspešno zaključenem izobraževanju v okviru programa Čili za delo drugi generaciji svetovalcev za promocijo zdravja pri delu, ki svoje znanje že uspešno širijo po slovenskih podjetjih.

Katja Draksler, univ. dipl. soc.

26. DELOVNO SREČANJE EVROPSKE MREŽE ZA PROMOCIJO ZDRAVJA PRI DELU

KIMDPŠ opravlja naloge nacionalne točke za stike z Evropsko mrežo za promocijo zdravja pri delu (ENWHP). Naša dolžnost je, da dejavno sodelujemo na delovnih srečanjih, ki so dvakrat letno. Delovno srečanje, ki je tokrat potekalo 5. in 6. novembra 2008

v Parizu, je namreč organ mreže, ki sprejema in odgovarja za vse odločitve in opravila razen za pogodbe o financiranju. V pristojnosti delovnega srečanja so:

- sprejem in izboljšave poslovnika,
- potrditev dnevnega reda,

- potrditev poročila o delu, ki ga pripravi tajništvo,
- izbira predstavnikov za nadzorni odbor,
- delegiranje specifičnih opravil in
- ukinitve ENWHP.

Seveda pa so zelo pomembni razgovori in dogovori o delu pri skupnih projektih. Leta 2008 smo se ukvarjali z dvema: Premikamo Evropo, ki se bo iztekel poleti 2009, in MentHealthWork, ki se je začel decembra 2008.

Država, v kateri poteka srečanje, je praviloma država, ki trenutno predseduje Evropski uniji (EU). Tako je srečanje lani jeseni organiziral kolega Benjamin Sahler, ANACT (Nacionalna agencija za izboljševanje delovnih razmer s sedežem v Lyonu), sicer v Parizu, saj je Francija prevzela predsedovanje EU od Slovenije.

Dogajanje v Parizu je bilo pestro, dotikalo pa se je naslednjih področij oziroma projektov.

Premikamo Evropo – zaključna konferenca v Perugii: Zdravo delo – zdrav življenjski slog – zdrav posel

Na delovnem srečanju smo dorekli podrobnosti v zvezi s konferenco in v grobem oblikovali program. 6. evropska konferenca o promociji zdravja pri delu, ki predstavlja zaključek 7. iniciative ENWHP – projekta Premikamo Evropo, je potekala 27. in 28. aprila 2009 v Kongresnem centru v Perugii. Osredotočena je bila na vsestranske strategije za zdravje pri delu, ki integrirajo življenjski slog v širši pristop za izboljševanje kakovosti delovnega življenja. Na konferenci so obravnavali tri specifična področja:

- prehrana, čilost in blaginja,
- delo in stres,
- očistimo zrak v delovnih prostorih.

Oblikovali smo seznam vabljenih govorcev in seznam 12 moderatorjev vzporednih predstavitev primerov dobre prakse.

Predstavitev islandskega projekta Healthy Together

Asa Asgeirsdóttir (NCO Islandija) je predstavila zanimiv projekt e-učenja o promociji zdravja pri delu,

financiran iz sredstev Leonardo da Vinci, v katerem so sodelovale Islandija, Irska in Italija. Program je namenjen ljudem z visokošolsko izobrazbo (menedžerji, strokovnjaki s področja zdravja in varnosti pri delu), ki prihajajo iz majhnih in srednjih podjetij. V majhnih in srednje velikih podjetjih namenjajo manj sredstev za promocijo zdravja pri delu (PZD), težje so dosegljiva, zaposleni imajo več vlog, so manj razvita, zaposleni pa nagnjeni k poškodbam... Na začetku projekta so opravili temeljito analizo, s katero so ugotovili, da ljudje menijo, da znajo izvajati PZD, a globlji pogled kaže, da temu ni tako.

Pripravili so spletni tečaj, ki ga je začelo 40, končalo pa 26 udeležencev. Tečaj vsebuje 6 modulov: zdravje in promocija zdravja, ocena tveganja, načrtovanje, izvajanje in evalvacija/etična vprašanja. Izvedli so temeljito evalvacijo programa, ki je pokazala spodbudne rezultate. Zato menijo, da bi ga bilo vredno po morebitni poenostavitvi razširiti.

Volitve

Po pravilniku je treba vsake tri leta izvoliti predsednika, sekretariat in nadzorni odbor ENWHP. Zadnje volitve so bile v Pragi leta 2005. Torej je bilo v Parizu treba opraviti tudi to. Rezultati so naslednji:

- predsednika: Maria Dolores Sole, Španija, in Karl Kuhn, Nemčija;
- sekretariat: BKK (Vivien Peters, Reinhold Sochert, Gregor Breucker, Anke Siebeneich);
- nadzorni odbor: sestavljajo ga predsednika, sekretariat, koordinatorji in vodje delovnih paketov tekočih iniciativ.

Projekt MentHealthWork: Promoting Good Practice for Mental Health at the Workplace – Promocija dobre prakse za duševno zdravje zaposlenih

To je nov skupni projekt ENWHP, ki bo skušal prispevati k boljšemu duševnemu zdravju zaposlenih v EU. Projekt sofinancira EU, DG SANCO, stekel pa je 1. decembra 2008. Zasnovan je bil podobno kot projekt

Premikamo Evropo II, saj se spreminja le vsebina – duševno zdravje. Metode dela in potek pa bodo zelo podobni: identifikacija primerov dobre prakse s pomočjo spletnega vprašalnika, predstavitev in širitev primerov dobre prakse ter spodbude in pomoč za podjetja.

Na delovnem srečanju smo se sporazumeli o skupnem delovnem načrtu in poteku projekta. Podrobno smo spregovorili o filozofiji projekta, ki izhaja iz temeljnih ciljev ENWHP:

1. dostop do podpornih infrastruktur v podjetjih,
2. povečati število zdravih organizacij, da bo več ljudi zaposlenih v tovrstnih podjetjih.

Cilji projekta MentHealthWork so:

1. osveščati o pomenu duševnega zdravja,
2. pritegniti podjetja in deležnike,
3. identificirati primere dobre prakse na področju promocije duševnega zdravja pri delu in z njimi seznaniti čim več podjetij.

V nadaljevanju smo v majhnih skupinah izmenjali izkušnje z dosedanjim delom na področju promocije duševnega zdravja pri delu in se poglobili v opredelitev duševnega zdravja (pri delu) ter izoblikovali glavne usmeritve projekta.

Duševno zdravje pomeni stanje osebnosti, ki omogoča izvajanje nalog/opravlil in zahtev na ustrezen način brez nepotrebnega naprezanja in s pozitivnimi izkušnjami. Dejavnost na področju promocije duševnega zdravja pri delu je usmerjena v promocijo blaginje, obvladovanje stresa in omogočanje in spodbujanje vrnitve na delo. Ko govorimo o duševnem zdravju, govorimo o zdravju: ni zdravja brez duševnega zdravja.

Slovenska točka za stike z ENWHP v projektu skrbi za delovni paket z naslovom: oblikovalska zasnova koncepta odnosov z javnostmi in izbranih sredstev za odnose z javnostmi.

Mag. Eva Stergar, univ. dipl. psih.

SVETOVNI KONGRES MEDICINE ŠPORTA

Trideseti svetovni kongres medicine športa (XXX FIMS World Congress of Sports Medicine), ki ga je tokrat pod okriljem Mednarodnega združenja za medicino športa (FIMS) organiziralo Špansko združenje za medicino športa, je potekalo v Barceloni od 18. do 23. novembra 2008. Udeležba na kongresu je bila številčna, izbor predavateljev dober, teme aktualne. Pokrita so bila področja, kot so počitek in regeneracija po tekmovalnem obdobju, kasni negativni učinki vadbe, trening in bivanje v hipoksiji, nenadna srčna smrt, doping, prehrana športnika, predpisovanje vadbe pri kroničnih bolnikih in kot orodje za preprečevanje srčno-žilnih obolenj, novosti v principu treninga (v tem sklopu smo s prispevkom "Aerobic capacity and heart rate variability in athletes" aktivno sodelovali tudi mi), kazalci utrujenosti, novosti v zdravljenju akutnih športnih poškodb in tendinopatij ter rehabilitacija.

V sklopu kongresa je bilo organizirano tudi srečanje delegatov članic mednarodnega združenja medicine športa. Srečanja se je udeležilo 57 držav iz vsega sveta, med njimi tudi Slovenija, ki jo je zastopala avtorica prispevka. Na srečanju je predsednik W. Frontera predstavil delo zadnjih dveh let, poročal o izdaji publikacij (FIMS Team Physician Manual, Event Physician Book in Sport Rehabilitation Book) in povzel novosti glede aktivnosti, ki se nadaljujejo za priznanje medicine športa kot samostojne specializacije s poenotenim programom v državah članicah Evropske unije. Naslednji kongres FIMS bo leta 2010 v Puerto Ricu, leta 2012 pa v Rimu.

Asist. Petra Zupet, dr. med., spec. MDPŠ

PRVI HRVAŠKI KONGRES O TRPINČENJU NA DELOVNEM MESTU IN STRESU

V začetku novembra je bil v Splitu prvi hrvaški kongres z mednarodno udeležbo o trpinčenju na delovnem mestu in stresu v dobi nove ekonomije in novih poklicev. Udeležili so se ga predvsem hrvaški strokovnjaki, med povabljenimi pa so bili predavatelji iz Avstrije, Nemčije, Italije, Bosne in Hercegovine, Japonske, Združenih držav Amerike in Slovenije. Med slovenskimi predavatelji sta bila poleg avtorice prispevka še mag. Dušan Nolimal z Inštituta za varovanje zdravja RS in prof. dr. Maca Jogan iz Fakultete za družbene vede.

Na kongresu so bila obravnavana tri tematska področja: novi zdravstveni izzivi v času informacijske tehnologije, stres in trpinčenje na delovnem mestu (mobbing) v novem globaliziranem gospodarstvu ter stres in trpinčenje na delovnem mestu v zdravniški in delovni praksi. Sama sem predstavila program preprečevanja in obvladovanja trpinčenja, ki ga izvajamo na inštitutu, ter predvsem izsledke prve nacionalne raziskave o tem pojavu.

Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov.

EVROPSKA DELAVNICA O STALIŠČIH ZAINTERESIRANIH STRANI O VPLIVIH DIREKTIVE O ELEKTROMAGNETNIH SEVANJIH

Z namenom varovanja zdravja delavcev in zagotavljanja varnega in zdravega delovnega okolja sta Evropski parlament in Svet leta 2004 sprejela Direktivo 2004/40/ES Evropskega parlamenta in Sveta z dne 29. aprila 2004 o minimalnih zdravstvenih in varnostnih zahtevah v zvezi z izpostavljenostjo delavcev tveganjem, ki nastajajo zaradi fizikalnih dejavnikov (elektromagnetnih sevanj). V slovenskem jeziku je dostopna na domači strani Uradnega lista Evropske unije (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=DD:05:05:32004L0040:SL:PDF>).

Za večino delovnih mest direktiva ne določa nepremostljivih ovir, v nekaterih primerih (npr. pri napravah za slikanje z magnetno resonanco – MRI, varjenju, dielektričnem segrevanju) so težave obsežnejše, saj so v bližini nekaterih naprav mejne vrednosti lahko presežene. Na pobudo proizvajalcev in uporabnikov naprav MRI je bil v letu 2008 skrajni rok za vključitev zahtev te direktive v zakonodajo članic Evropske unije podaljšana iz leta 2008 na 2012. V vmesnem času je bil objavljen obsežen raziskovalni poziv za izvedbo študij o vplivih slikanja MRI na zdravje zaposlenih, obenem pa želi Evropska komisija pridobiti mnenja vseh zainteresiranih strank, kot so delodajalci, interesna združenja,

sindikati in druga združenja, o direktivi in njeni prihodnosti. Na podlagi zadnjih znanstvenih spoznanj o tveganjih za zdravje delavcev, ki delajo z viri elektromagnetnih sevanj (EMS), se bo Evropska komisija ob upoštevanju mnenj zainteresiranih strank odločila o nadaljnjih korakih v zvezi z izvajanjem direktive.

Možnosti je več, in sicer da: A) ostane direktiva nespremenjena, B) se glede na najnovejša znanstvena spoznanja spremenijo mejne vrednosti, C) se za nekatere sektorje ali aktivnosti določi izjeme, kjer lahko prihaja do preseganj mejnih vrednosti, D) se sprejme neobvezujoče smernice za poklicno izpostavljenost EMS in E) se direktiva popolnoma umakne in je urejanje tega področja popolnoma prepuščeno posamezni državi članici.

Evropska komisija je izbrala konzorcij FICETTI, da v posebnem raziskovalnem projektu zbere mnenja različnih zainteresiranih strani o direktivi EMS in njeni prihodnosti. Konzorcij FICETTI je sestavljen iz več inštitutov in organizacij: Finnish Institute of Occupational Health (Finska), Inštitut za neionizirna sevanja (Slovenija), Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy (Poljska), EMFields Ltd (Velika Britanija), TRaC-KTL Ltd (Velika Britanija), Istituto

Superiore Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro (Italija), Istituto Nazionale Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (Italija), University of Modena and Reggio Emilia (Italija) ter University of Umeå (Švedska).

V sklopu projekta je 18. in 19. februarja v Ljubljani potekala delavnica, namenjena pridobivanju informacij in mnenj zainteresiranih strani o možnih ukrepih v zvezi z direktivo o EMS. Svoje poglede na prihodnost direktive je predstavilo 25 različnih organizacij in združenj. Vse predstavitve so na voljo na spletni strani www.inis.si/EMF2009.

Večina sodelujočih se je strinjala, da je direktiva v obstoječi obliki neustrezna. V nekaterih frekvenčnih območjih, predvsem v območju statičnih magnetnih polj in nizkih frekvenc mejne vrednosti v direktivi vsebujejo zelo visoke varnostne faktorje, zato v obstoječi obliki direktiva postavlja za nekatere delovne procese nesorazmerne zahteve glede na tveganje. Večina udeležencev se zaradi tega zavzema za spremembo direktive, vendar pa ne želijo, da skupne zakonodaje na tem področju ne bi bilo. Prednosti skupne zakonodaje vidijo predvsem v enotnih določilih znotraj držav članic Evropske unije in zagotavljanju varnosti in zdravja pri delu, obenem pa delodajalci ne želijo mogočega nasprotovanja delavskih organizacij in združenj dereguliranju tega področja.

V zvezi s spremembo direktive se kažejo nekatera odprta vprašanja in nejasnosti. Predvsem skupine, povezane z MRI, se zavzemajo za izključitev MRI, kar bi pomenilo, da bi pri slikanju z MRI lahko prihajalo

do preseganja v direktivi določenih mejnih vrednosti, ostaja pa nejasno, ali in kako bi bil delodajalec tudi v primeru MRI dolžen izpolnjevati zahteve po zagotavljanju varnosti in zdravja pri delu.

Tudi možnost B, da se ob upoštevanju najnovejših znanstvenih spoznanj na tem področju in mednarodnih dokumentov spremenijo mejne vrednosti, odpira številna vprašanja. Obstaja več mednarodnih dokumentov, tako da je nejasno, katere mejne vrednosti vzeti za izhodišče, kar pa je bistveno za soglasje o uvajanju direktive. Obenem pri tej možnosti ostaja nevarnost, da se direktiva spremeni zgolj z nekaj kozmetičnimi popravki, sicer pa ostane enaka.

Dosedanja praksa Evropske unije pri varovanju tako prebivalcev kot tudi zaposlenih pred EMS je bila uporaba mejnih vrednosti, ki jih predlaga Mednarodna komisija za varstvo pred neionizirnimi sevanji (ICNIRP). Prav sedaj ICNIRP za območje statičnih in nizkofrekvenčnih polj, kjer se kaže največ težav z obstoječimi mejnimi vrednostmi direktive, pripravlja nove smernice. Dokument o statičnih poljih je že pripravljen in bo objavljen v kratkem, ni pa še jasno, kdaj bo pripravljen in objavljen dokument o nizko-frekvenčnih poljih. Šele po objavi obeh dokumentov bo mogoče natančneje preučiti, kakšne so nove mejne vrednosti in ali zagotavljajo ustrezno stopnjo varovanja zdravja za zaposlene, ki so pri svojem delu lahko čezmerno izpostavljeni EMS.

Dr. Blaž Valič, univ. dipl. inž.

Doc. dr. Peter Gajšek, univ. dipl. inž.

MEDNARODNA KONFERENCA O NENADNIH SRČNIH SMRTIH PRI MLADIH

10. in 11. oktobra lani je bila v Londonu mednarodna konferenca o nenadnih srčnih smrtih pri mladih. Nenadna srčna smrt navidezno zdravih mladih ljudi je sicer razmeroma redek, a toliko bolj odmeven dogodek. Večina umrlih ima neprepoznane bolezni srčne mišice, med katerimi so najpogostejše hipertrofična kardiomiopatija, aritmogena kardiomiopatija desnega prekata in hipertrofija levega prekata s fibrozo, skoraj

v četrtini primerov pa je srce strukturno normalno in so vzrok smrti motnje v delovanju ionskih kanalčkov ali prevodnega sistema srca.

Opozorilni znaki, ki napovedujejo možnost nenadne srčne smrti, so pri mladih redko prisotni. Največ podatkov o tem izhaja iz raziskav nenadnih srčnih smrti mladih športnikov, saj prihaja do nenadnih srčnih smrti najpogosteje med ali po telesnem naporu: v

Veliki Britaniji je imelo le 28 odstotkov športnikov pred smrtjo simptome, kot so sinkopa, dispnoe ali slabo počutje, 17 odstotkov jih je imelo pozitivno družinsko anamnezo, v 18 odstotkih pa so imeli bolezen, ki je lahko povezana z nenadno srčno smrtjo (sladkorna bolezen, astma ali epilepsija). Pri preprečevanju nenadnih srčnih smrti igrajo zato pomembno vlogo preventivni pregledi športnikov. Za vzgled ostalim služi italijanski sistem preventivnih pregledov, ki so ga uzakonili že leta 1971. Prav na podlagi italijanskih izkušenj so tudi ugotovili, da je preventivni pregled, ki vsebuje poleg kliničnega pregleda tudi elektrokardiogram, stroškovno najbolj učinkovit način preventivnega pregleda. Priporoča ga tudi Delovna skupina za športno kardiologijo pri Evropskem združenju za kardiologijo. Čeprav umre v Veliki Britaniji zaradi nenadne srčne smrti vsak teden vsaj 8 navidezno zdravih mladih ljudi, preventivnega pregledovanja mladih sistematično še ne izvajajo (niti športnikov niti šolarjev), zato je skupina navdušencev pred 15 leti ustanovila dobrodelno organizacijo z imenom Cardiac Risk in Young. Organizacija vključuje nekaj vodilnih britanskih strokovnjakov s področja športne kardiologije, fiziologije ter srčne patologije in se ukvarja s preventivnimi

pregledi športnikov in svojcev mladih ljudi, ki so umrli nenadne srčne smrti, slednjim omogoča tudi svetovanje in psihično podporo. Veliko poudarka dajejo ozaveščanju javnosti o pomenu preprečevanja nenadnih srčnih smrti pri mladih, zelo aktivni pa so tudi na raziskovalnem področju ter pri izobraževanju kadrov, ki se ukvarjajo z mladimi športniki. Vsako leto zato organizirajo mednarodno konferenco, ki je namenjena kardiologom, specialistom športne medicine, športnim zdravnikom, specialistom družinske medicine in športnim fiziologom. Oktobra lani je bila sestavljena iz dveh delov. V prvem smo se seznanili z boleznimi, ki so lahko vzrok nenadnih srčnih smrti pri mladih (hipertrofična kardiomiopatija, aritmogena kardiomiopatija desnega prekata, bolezni koronarnih arterij, bolezni ionskih kanalčkov, Wolff-Parkinson-Whitov sindrom, sindroma dolge in kratke dobe QT), v drugem pa je bil poudarek na praktičnih nasvetih pri njihovi diagnostiki, oceni tveganja in zdravljenju. Konferenca je bila zelo poučna in jo toplo priporoča vsem, ki se pri svojem delu srečujejo s pregledi mladih športnikov.

Asist. Petra Zupet, dr. med., spec. MDPŠ
Dr. Katja Ažman Juvan, dr. med., spec. kardiologije

KONTINUIRANO IZOBRAŽEVANJE IZ MEDICINE DELA, PROMETA IN ŠPORTA, 2009

Datum	Predavatelj	Naslov predavanja
16. 6. 2009	Prof. dr. Anton Ušaj	Športna vadba je tehnološki proces
	Asist. Petra Zupet	Adaptacija telesa na vadbo
15. 9. 2009	Bojan Lovše	Zdravstvena vzgoja in promocija zdravja kot nalogi pooblaščenega zdravnika po ZVZD
	Doc. dr. Metoda Dodič Fikfak	Pričakovani trend mezotelioma v Sloveniji
13. 10. 2009	Tatjana Črv	Predlog verifikacije poklicnih bolezni, ki jih povzroča kadmij in kadmijeve snovi
	Tanja Urdih Lazar	Predstavitev projektov promocije zdravja pri delu

Torkova srečanja bodo potekala v predavalnici Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa od 15. do 17. ure. Kotizacija za posamezno predavanje znaša 10,00 EUR (DDV je vključen) in se plača po prejemu računu. Udeležba na predavanjih prinaša kreditne točke Zdravniške zbornice Slovenije za podaljšanje lincence zdravnikom specialistom MDPŠ.

NAPOVEDNIK 2009

Datum:	2. – 4. junij 2009
Naslov:	4th International Conference on Whole-Body Vibration Injuries
Organizator:	Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) and the Concave Research Centre, Concordia University, Montreal, Québec, Canada
Kraj:	Montreal, Kanada
Datum za registracijo:	Ni omejitve
Kontakti naslov:	IRSST, 505, blvd. De Maisonneuve West, 15 th floor, Montreal, Québec, H3A 3C2, Canada; tel.: +514 288 15 51, fax: +514 288 76 36; e-pošta: vibrations2009@irsst.qc.ca
Spletna stran:	http://www.irsst.qc.ca/en/home-vibrations-2009.html

Datum:	13. – 16. maj 2009
Naslov:	14th European Congress of Work and Organizational Psychology
Organizator:	Spanish Psychological Association
Kraj:	Santiago de Compostela, Španija
Datum za registracijo:	Ni omejitve
Kontakti naslov:	Congress Secretariat: tel.: + 34 91 444 90 20; e-pošta: eawop2009@cop.es
Spletna stran:	http://www.eawop2009.com/index.php?page=Web

Datum:	2. – 5. junij 2009
Naslov:	The Safe and Healthy Professional Driver – The human factor in traffic safety
Organizator:	Nordic Institute for Advanced Training in Occupational Health (NIVA)
Kraj:	Kirkkonummi (25 km iz Helsinkov), Finska
Kontakti naslov:	Pirjo Turtiainen, NIVA, Topeliuksenkatu 41 a A, 00250 Helsinki, Finland; tel.: +348 30 474 2349; e-pošta: pirjo.turtiainen@ttl.fi
Spletna stran:	http://www.niva.org/courses/4904_the_safe_and_healthy_driver.htm

Datum:	14. – 17. junij 2009
Naslov:	OEESC 2009 – Occupational and Environmental Exposure of Skin to Chemicals
Organizator:	The British Occupational Hygiene Society
Kraj:	Edinburgh, Škotska
Kontakti naslov:	E-pošta: john.cherrie@iom-world.org
Spletna stran:	http://www.oeesc2009.pwp.blueyonder.co.uk/OEESC/Welcome.html

maj 2009

Datum:	16. – 18. julij 2009
Naslov:	4th International Ankle Symposium: New Dimensions on Old Problems
Organizator:	The University of Sydney
Kraj:	Sydney, Avstralija
Kontaktni naslov:	Claire Hillier; e-pošta: ias4.secretariat@usyd.edu.au
Spletna stran:	http://www.fhs.usyd.edu.au/clinicalrehabilitation/IAS4/

Datum:	2. – 6. avgust 2009
Naslov:	19th International Symposium on Shiftwork and Working Time: Health and Well-being in the 24-h Society
Organizator:	Department of Occupational and Environmental Health of the University of Milano, Working Time Society, the Scientific Committee on Shiftwork and Working Time of the International Commission on Occupational Health (ICOH)
Kraj:	San Servolo Island, Benetke, Italija
Datum za registracijo:	30. junij 2009
Kontaktni naslov:	Mrs. Daniela Fano Department of Occupational and Environmental Health, University of Milano, Via S. Barnaba 8, 20122 Milano, Italy; tel.: +39 02 50320146, faks: +39 02 50320150; e- pošta: ergonomia@unimi.it
Spletna stran:	http://www.shiftwork2009.it

Datum:	2. – 7. avgust 2009
Naslov:	42nd IUPAC Congress: Chemistry Solutions
Organizator:	Royal Society of Chemistry, International Union of Pure and Applied Chemistry (IUPAC)
Kraj:	Glasgow, Združeno kraljestvo
Datum za registracijo:	3. julij, do 5. junija 2009 popust pri kotizaciji
Datum za oddajo izvlečkov:	Za ustne predstavitve potekel, za plakate do 5. junija 2009
Kontaktni naslov:	Royal Society of Chemistry, Thomas Graham House Science Park, Milton Road, Cambridge, CB4 0WF United Kingdom; tel.: +44 0 1223 432254 / 432380, faks: +44 (0) 1223 423623; e-pošta: iupac2009@rsc.org
Spletna stran:	http://www.iupac2009.org

Datum:	9. – 14. avgust 2009
Naslov:	17th World Congress on Ergonomics – IEA 2009
Organizator:	International Ergonomics Association
Kraj:	Peking, Kitajska
Datum za registracijo:	Ni omejitve
Kontaktne naslov:	Congress Secretariat: Chinese Ergonomics Society, Peking University Health Science Center, Beijing 100083, China; tel.: +86 10 8280 1728, faks: +86 10 8280 5315; e-pošta: iea09secretariat@bjmu.edu.cn
Spletna stran:	http://www.iea2009.org

Datum:	20. – 22. avgust 2009
Naslov:	6th Nordic Health Promotion Research Conference: The Role of Health Promotion in the Transition of the Nordic Welfare States
Organizator:	Nordic School of Public Health
Kraj:	Gothenburg, Švedska
Datum za registracijo:	Ni omejitve, do 30. maja 2009 popust pri kotizaciji
Kontaktne naslov:	Professor Karin Ringsberg, tel.: + 46 31 69 39 71; e-pošta: karin.ringsberg@nhv.se
Spletna stran:	http://www.nhv.se/customer/templates/InfoPage____1422.Asp?epslanguage=EN

Datum:	26. – 29. avgust 2009
Naslov:	4th International Conference on Nanotechnology – Occupational and Environmental Health
Organizator:	Finnish Institute of Occupational Health
Kraj:	Paasitorni, Helsinki, Finska
Datum za registracijo:	Ni omejitve, do 2. junija 2009 popust pri kotizaciji
Kontaktne naslov:	Ms. Leila Ahlström, NanOEh2009 Secretariat, Finnish Institute of Occupational Health; tel.: +358 30 474 2851; e-pošta: nanoeh2009@ttl.fi
Spletna stran:	http://www.ttl.fi/nanoeh2009

Datum:	31. avgust – 2. september 2009
Naslov:	Occupational health and alcohol: Prevention of alcohol-related harm at work-places
Organizator:	Nordic Institute for Advanced Training in Occupational Health (NIVA)
Kraj:	Espoo (Helsinki area), Finska
Datum za registracijo:	Ni omejitve, do 30. junija 2009 popust pri kotizaciji
Kontaktne naslov:	Pirjo Turtiainen, Topeliuksenkatu 41 a A, 00250 Helsinki, Finland; e-pošta: pirjo.turtiainen@ttl.fi
Spletna stran:	http://www.niva.org/courses/4907_occupational_health_and_alcohol.htm

maj 2009

Datum:	7. – 11. september 2009
Naslov:	Bullying and Harassment at Work
Organizator:	Nordic Institute for Advanced Training in Occupational Health (NIVA)
Kraj:	Opatija, Hrvaška
Datum za registracijo:	5. junij 2009
Kontaktne naslov:	Gunilla Rasi, NIVA, Topeliuksenkatu 41 a A, FIN-00250 Helsinki, Finland; tel.: +358 30 474 2498, faks +358 30 474 2497; e-pošta: gunilla.rasi@ttl.fi
Spletna stran:	http://www.niva.org/courses/4908_bullying_and_harassment.htm

Datum:	13. -18. september 2009
Naslov:	Psychosocial epidemiology in the Workplace
Organizator:	Nordic Institute for Advanced Training in Occupational Health (NIVA)
Kraj:	Kopenhagen, Danska
Datum za registracijo:	10. julij 2009
Kontaktne naslov:	Annika Bärlund, NIVA, Topeliuksenkatu 41 a A, 00250 Helsinki, Finland; tel.: +358 30 474 2333; e-pošta: annika.barlund@ttl.fi
Spletna stran:	http://www.niva.org/courses/4909_psychosocial_epidemiology.htm

Datum:	21. – 23. september 2009
Naslov:	The 9th International Society of Exercise and Immunology Symposium 2009
Organizator:	International Society of Exercise and Immunology
Kraj:	Tübingen, Nemčija
Datum za registracijo:	Ni omejitve, do 15. junija 2009 popust pri kotizaciji
Datum za oddajo izvlečkov:	15. junij 2009
Kontaktne naslov:	Julia Maier; Institut für Klinische und Experimentelle Transfusionsmedizin (IKET), Otto-Fried-Müller-Str. 4/1, 72076 Tübingen, Germany; tel.: +49 7071 29 52 40, faks: +49 7071 29 51 62; e-pošta: zkt.sekretariat@med.uni-tuebingen.de
Spletna stran:	http://www.medizin.uni-tuebingen.de/sportmedizin/isei/

Datum:	25. – 27. september 2009
Naslov:	11th International Conference of Sport Kinetics: Current and future directions in human kinetics researches
Organizator:	International Association of Sport Kinetics (IASK) in Aristotle University of Thessaloniki
Kraj:	Kallithea Halkidiki, Grčija
Datum za registracijo:	Ni omejitve, do 31. maja 2009 popust pri kotizaciji
Kontaktne naslov:	Conference Secretariat: Egnatia 75, P. C.: 54635 Thessaloniki, Greece; tel.: +30 2310 256194,5 Fax.: +30 2310 256196; e-pošta: salonica@triaenatours.gr, katerinaa@triaenatours.gr
Spletna stran:	http://www.sportkinetics2009.gr/

Datum:	27. – 30. september 2009
Naslov:	5th International Conference on Work Environment and Cardiovascular Diseases
Organizator:	Organized by the ICOH Scientific Committee of Cardiology in Occupational Health and the Nofer Institute of Occupational Medicine (NIOM)
Kraj:	Krakov, Poljska
Kontaktne naslov:	Nofer Institute of Occupational Medicine, 8 Teresy St., 91-384 Lodz, Poland; tel.: +484 6314 903, faks: +48 42 6568 331; e-pošta: alad@sunlib.p.lodz.pl
Spletna stran:	http://old.imp.lodz.pl/english/niom.htm

Datum:	28. september – 2. oktober 2009
Naslov:	Obstructive Airway Diseases in the Workplace: Asthma and COPD
Organizator:	Nordic Institute for Advanced Training in Occupational Health (NIVA)
Kraj:	Saltsjöbaden, Švedska
Kontaktne naslov:	Annika Bärlund, NIVA, Topeliuksenkatu 41 a A, 00250 Helsinki, Finland; tel.: +358 30 474 2333; e-pošta: annika.barlund@ttl.fi
Spletna stran:	http://www.niva.org/courses/4913_airway_diseases.htm

Datum:	14. – 18. oktober 2009
Naslov:	6th EFSMA European Sports Medicine Congress in Antalya
Organizator:	Turkish Sports Medicine Association
Kraj:	Anatolija, Turčija
Datum za registracijo:	Ni omejitve, do 15. avgusta 2009 popust pri kotizaciji
Datum za oddajo izvlečkov:	30. junij 2009
Spletna stran:	http://www.efsma2009.org/

maj 2009

Datum:	7. – 11. november 2009
Naslov:	APHA 137th Annual Meeting & Exposition
Organizator:	American Public Health Association (APHA)
Kraj:	Philadelphia, Združene države Amerike
Datum za registracijo:	Od 1. junija 2009
Spletna stran:	http://www.apha.org/meetings/

Datum:	13. – 14. november 2009
Naslov:	Tretja mednarodna konferenca NOGOMED – nogomet in medicina
Kraj:	Maribor, Slovenija

Datum:	3. – 6. december 2009
Naslov:	12th Asian Federation Of Sports Medicine Congress
Organizator:	Asian Federation of Sports Medicine
Kraj:	Amritsar, Indija
Datum za oddajo izvlečkov:	Od 1. junija do 15. oktobra 2009
Kontaktni naslov:	Faculty Of Sports Medicine & Physiotherapy, Guru Nanak Dev University, Amritsar – 143 005, Punjab, India; tel. : +91 183 2258802 – 9 / 3338, 3340(int.), faks: +91 183 2258820 / 19; e-pošta: afsmc2009@gmail.com , jssandhudr@gmail.com
Spletna stran:	http://www.afsm2009.com/

Datum:	Pomlad 2010
Naslov:	WorkCongress9
Kraj:	Toronto, Ontario, Kanada
Spletna stran:	http://www.workcongress2009.com

Datum:	2. – 4. junij 2010
Naslov:	7th International Conference on Bullying and Harrasment
Organizator:	The Centre for Research on Workplace Behaviours at the Glamorgan Business School
Kraj:	Cardiff, Wales, Združeno kraljestvo
Datum za registracijo:	Ni omejitve, do 1. marca 2010 popust pri kotizaciji
Datum za oddajo izvlečkov:	31. avgust 2009
Kontaktni naslov:	Tel.: +44 (0) 1443 483 575; e-pošta: workplacebehaviours@glam.ac.uk
Spletna stran:	http://www.bullying2010.com/

Datum:	11. – 15. julij 2010
Naslov:	20th IUPHE World Conference on Health Promotion: Health, equity and sustainable development
Organizator:	Health Promotion Switzerland
Kraj:	Ženeva, Švica
Datum za oddajo izvlečkov:	Od septembra 2009
Kontaktni naslov:	Dr. PH Ursel Broesskamp-Stone Vice-Chair of the Steering Group «Geneva 2010», the Global and the Swiss Scientific Committee; tel.: +41 (0) 31 350 04 25, faks: +41 (0) 31 368 17 00; e-pošta: ursel.broesskamp@promotionsante.ch
Spletna stran:	www.iuhpeconference.net

DEJAVNA KLJUB UPOKOJITVI

Konec preteklega leta se je naša sodelavka mag. Eva Stergar upokojila in tako zaključila svojo poklicno pot v okviru formalne zaposlitve. Še naprej pa ostaja v rednih stikih z inštitutom in se tudi dejavno vključuje v projekte promocije zdravja pri delu kot zunanja sodelavka in tako s svojim bogatim znanjem in izkušnjami sooblikuje naše delo na tem področju ter svetuje mlajšim kolegicam v Centru za promocijo zdravja.

Mag. Stergarjeva je po izobrazbi psihologinja z magisterijem, večino svojega delovnega življenja pa je posvetila javnemu zdravju in predvsem promociji zdravja, stroki, ki jo je v našem prostoru v veliki meri razvijala in hkrati skrbela za vzgojo novih kadrov na tem področju. Svojo kariero je sicer začela na ljubljanski univerzi, v Centru za razvoj univerze, kjer je delovala predvsem kot raziskovalka, po 12 letih pa se je leta 1990 zaposlila na Inštitutu za varovanje zdravja RS (IVZ), kjer je ostala vse do leta 2004, ko je prišla na naš inštitut in se intenzivno lotila razvoja promocije zdravja pri delu.

Čeprav je v okviru promocije zdravja vselej skrbela za uravnoteženost različnih programov preprečevanja bolezni, tako kroničnih nenalezljivih kot nalezljivih, preprečevanja poškodb in spodbujanja zdravega življenjskega sloga v različnih okoljih in za različne cilje skupine, jo je osebno zelo zanimalo raziskovanje in preprečevanje rabe drog, predvsem tobaka. Tako je od vsega začetka (od leta 1993) sodelovala v mednarodni skupini, ki je najprej pripravljala raziskavo ESPAD (Evropsko raziskavo o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino) in nato tudi koordinirala njeno izvajanje v letih 1995, 1999, 2003 in 2007. Še posebej rada pa se mag. Stergarjeva spominja številnih dobro usmerjenih aktivnosti za sprejem ljudem prijaznega protitobačnega zakona, ki je bil nato tudi dejansko prejet leta 1996.

Tako kot je uspela že na IVZ kljub kadrovskim, materialnim in finančnim težavam opraviti veliko delo in postaviti na noge številne uspešne projekte, od katerih nekateri tečejo še danes (npr. projekt Zdrave šole), je tudi na KIMDPŠ v nekaj letih razvila promocijo zdravja pri delu do zavidljive ravni, pri tem pa si je nenehno prizadevala pridobivati prepotrebna sredstva iz različnih virov, predvsem evropskih skladov. Vodila je obsežen projekt oblikovanja programa promocije zdravja Čili za delo, ki ga je deloma financiral inštitut sam, in sicer predvsem njegov raziskovalni del, večji del sredstev priprave izobraževalnega programa za zdravo delo in življenje pa je sofinancirala Evropska unija iz sredstev Phare za vseživljenjsko učenje. Mag. Stergarjeva še vedno sodeluje pri izvajanju programa, predvsem pri organizaciji in izvedbi izobraževanj za svetovalce za promocijo zdravja pri delu.

Pri razvoju vsake stroke je pomembno mednarodno sodelovanje, ki omogoča izmenjavo znanj in izkušenj ter načrtovanje skupnih projektov. Na področju promocije zdravja pri delu, ki je bilo v Sloveniji še v začetku tega stoletja precej zanemarjeno, je takšno sodelovanje še bolj dragoceno. S pomočjo mag. Stergarjeve je KIMDPŠ postal nacionalna kontaktna točka za sodelovanje z Evropsko mrežo za promocijo zdravja pri delu, ki jo je leta 1996 ustanovila Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu z naslednjimi nalogami: upravljati znanje o zdravju pri delu; promovirati pozitivne spremembe v delovnih okoljih in delovnih kulturah; oblikovati



Mag. Eva Stergar s psičko Vanno (Foto: Peter Stergar)

zbirke dokazov in argumentov za promocijo zdravja pri delu ter pripraviti orodja za analizo, intervencijo, marketing, zagovorništvo in razvoj politike promocije zdravja pri delu. KIMDPŠ črpa veliko znanja in izkušenj iz sodelovanja v mreži, vanjo pa seveda tudi prispeva svoje strokovno delo, predvsem s sodelovanjem v skupnih projektih. Mag. Stergarjevo in njeno predano delo pogrešajo številni predstavniki nacionalnih kontaktnih točk evropskih držav, ki sodelujejo v mreži, saj je svojo vlogo predstavnice slovenske nacionalne kontaktne točke vzela zelo resno in odgovorno, hkrati pa se je znala med redkimi prostimi trenutki z njimi sproščeno pogovarjati o tem in onem.

Čeprav mag. Stergarjeva še ostaja dejavna tudi na profesionalnem področju, ji želimo, da bi imela poslej več časa za vse tiste dejavnosti, ki ji veliko pomenijo, a se jim ob službi ni mogla v večji meri posvečati: to so šport (smučanje, kolesarjenje, hoja v hribe), potovanja, skrb za psičko in uživanje v krogu družine. Vsekakor pa smo prepričani, da ji ne bo dolgčas, saj ima njen soprog izreden smisel za organiziranje aktivnega preživljanja prostega časa, morda pa se ji kmalu obeta tudi kakšen vnuk ali vnukinja...

Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov.

NOVA MAGISTRA ZNANOSTI NA KIMDPŠ



V preteklem letu je glavna sestra KIMDPŠ mag. Nevenka Šestan, vms, univ. dipl. org., uspešno zagovarjala magistrsko nalogo z naslovom Model ugotavljanja povezav med bolniškim staležem in boleznimi mišično-kostnega sistema (povzetek na strani 20) in tako zaključila podiplomski študij managementa delovnih procesov na Fakulteti za organizacijske vede v Kranju. Čestitamo!

Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov.

MED MATERINSTVOM IN SLUŽBO

Pred kratkim sta se kar dve naši sodelavki vrnili s porodniškega dopusta. Materinstvo je v njuno življenje nedvomno prineslo veliko lepega, a tudi mnogo novih obveznosti. Leto dni porodniškega dopusta, ko sta večino svojega časa lahko posvečali malčkoma, je (pre)hitro minilo, treba se je bilo vrniti v službo. O tem, kako sta doživljali porodniški dopust, kakšni so njuni občutki ob vrnitvi na delo in kako jima uspeva usklajevati službene in družinske obveznosti, smo povprašali asist. Petro Zupet in Tanjo Urdih Lazar.

Petra Zupet: Priznati moram, da sem na porodniškem dopustu neznansko uživala. Ker sem bila ves čas odsotnosti tako rečeno »z eno nogo v službi«, mi ni bilo niti malo dolgčas in nisem niti enkrat pomislila, da pogrešam delo. Čeprav v svojem delu uživam in se s sodelavci odlično razumemo, se kakšnega dodatnega prostega meseca ne bi prav nič branila. Ko pa se enkrat vrneš, je tempo enak, kot je bil pred desetimi meseci, ko



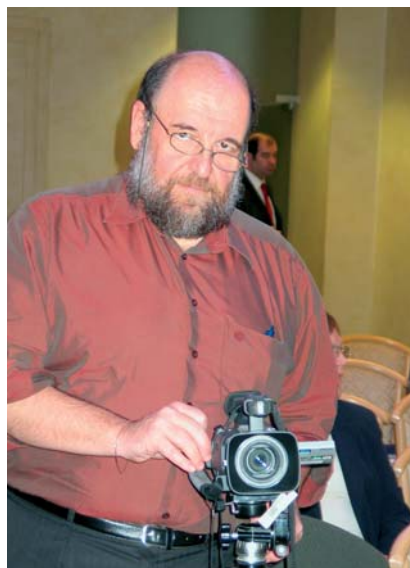
si odšel. S to izjemo, da se tisto, kar prineseš iz službe domov za popoldne, prestavi na nočne ure. In, ker si ne znam predstavljati, kaj pomeni beseda dolgčas, moram reči, da mi vse skupaj zelo ustreza in se imam lepo. Še posebej zato, ker se z otrokom naučiš, katere so prave vrednote v življenju... Mali Aljaž je pa itak (tako kot vsi otroci) ZAKON.

Tanja Urdih Lazar: Čeprav mi je bilo še neenoletnega Maja težko dati v vrtec, sem se po drugi strani z veseljem vrnila v službo, saj imam svoje delo rada in se zelo dobro počutim v družbi sodelavk in sodelavcev. Vse skupaj sem po enem letu že precej pogrešala. To je bil moj drugi porodniški dopust, ki sem si ga veliko bolje organizirala kot prvega in si našla pomoč pri skrbi za malčka. Tako sem lahko imela tudi nekaj časa zase in za prvega otroka, našega prvošolca Žana, ki je bil na začetku kar malo ljubosumen na bratca. Usklajevanje družinskih in službenih obveznosti sicer zdaj zahteva precej napora, a z malo organizacije kar gre. Na začetku sem bila zelo utrujena, ker Maj ponoči slabo spi, zjutraj pa se zelo zgodaj zbuja, a se je očitno moje telo sprijaznilo s petimi do šestimi urami bolj slabega spanja. Ob splošnem pomanjkanju časa se poskušam v službi kar se da temeljito posvetiti delu, doma pa družini.



Katja Draksler, univ. dipl. soc.

ŠE NEKAJ UTRINKOV IZ NAŠEGA ŽIVLJENJA IN DELA



VARNOST IN ZDRAVJE GASILCEV – PRAVNA UREDITEV V SVETU IN REPUBLIKI SLOVENIJI

1. Uvod

"Gasilec je izurjen človek, usposobljen za gašenje požarov", je navedeno v prosti enciklopediji. Vendar vloga gasilcev v kontekstu časa silovitega tehnološkega napredka in ogrožanja življenjskega okolja ni zgolj samo gašenje požarov, s svojim strokovnim znanjem in bogatimi izkušnjami se soočajo z mnogimi tveganimi situacijami v nevarnem okolju med incidenti. Znanje, do kod sega varna in hkrati še možna meja v danem položaju, je le plod njihovih izkušenj.

Po drugi strani pa smo priča hitrim spremembam. S soočanjem z teroristično nevarnostjo, novimi materiali, megakonstrukcijami v gradbeništvu, ko se gradijo nebotalniki in veliki podzemni kompleksi, novimi materiali gasilske zaščitne opreme se spreminja tudi vloga današnje gasilske službe. Hkrati se srečujemo s demografskimi spremembami, vse več je starejših še aktivnih gasilcev, vse večja je vključenost žensk in tudi pripadnikov drugih etničnih skupin.

Namen prispevka je prikazati tveganja in obremenitve med intervencijo izpostavljenih gasilcev in pravno regulacijo, ki ščiti varnost in zdravje gasilcev v Republiki Sloveniji, Evropski uniji in Združenih državah Amerike (ZDA).

2. Naloge gasilske službe, tveganja in obremenitve

V Veliki Britaniji so na pobudo vladnega resorja za okolje in prostor raziskovalci s sodelovanjem z nacionalnim gasilskim združenjem poskusili ponovno opredeliti, kakšne so naloge gasilske službe in kakšne obremenitve in tveganja prinašajo. Glavni namen je bil zmanjšanje tveganja, ki ga prinaša delo gasilcev, izdelati natančna navodila tako glede usposabljanja kot izvedbe operacij na terenu, izpopolniti oceno tveganja, revidirati obstoječo zakonodajo, ki se nanaša na požarno varnost stavb, in vgraditi v načrtovanje gradnje stavb ergonomski dejavnik v primeru intervencije gasilcev zaradi požara.

Glavne naloge gasilcev so:

- prenašanje, dviganje, spuščanje lestev,
- vzpenjanje po stopnicah in prenašanje opreme,
- vlečenje cevi tudi premera do 12 cm po stopnicah, po lestvah in ravnini,
- rokovanje z gasilskimi aparati,
- iskanje in reševanje ponesrečenih,
- prenašanje ponesrečenih (od novorojenčkov do 90 kg težkih ljudi),
- uporaba orodij za izrezovanje, odpiranje nedostopnih mest med iskanjem in reševanjem vkleščenih žrtev iz gorečih stavb in zmečkanih prevoznih sredstev,
- izvajanje operativnih nalog v vročini in okolju s strupenimi plini s specialno obleko in dihalnim aparatom ter
- analiza opravljenih nalog po končani intervenciji.

Pomemben korak v načrtovanju je bil poskus definirati naloge "najslabšega možnega scenarija" (ang. Worst Case Planning Scenarios) v primeru katastrof. V ZDA Nacionalno združenje za požarno varnost

(NFPA) tako definira 13 nalog, ki jih opravljajo operativni gasilci:

- izvajanje nalog gašenja požarov, reševanje v stresnih razmerah z osebno varovalno opremo in dihalnimi aparati v ekstremno vročem ali hladnem okolju nepredvidljivo dolgo;
- nošenje in upravljanje z dihalnim aparatom zaprtega kroga, ki zahteva večjo porabo energije;
- izpostavljenost toksičnim param, iritantom, vročim plinom, biološkim snovem ob uporabi dihalnega aparata in specialne obleke;
- vzpenjanje po stopnicah tudi 6 nadstropij in prenašanje opreme, težke 23 kg, in še dodatno orodje, težko od 9 do 18 kg;
- izpostavljenost vročini z specialno obleko pomeni večje tveganje dehidracije in nastanka toplotnega udara, kjer se temperatura jedra dvigne do 39 stopinj Celzija in več;
- iskanje, reševanje in prenašanje žrtev v slabi vidljivosti v tveganih razmerah;
- prenašanje in vlečenje cevi za gašenje po stopnicah, lestvah;
- vzpenjanje po lestvah, delo na višini, plazenje v temi in v ozkih prehodih, hoja po neravnem terenu v temi, gibanje v bližini izvora visoke napetosti;
- nepredvidljive izredne razmere z delovnimi obremenitvami brez počitka in spanja, rednih obrokov in zadostnega vnosa tekočine, ki lahko trajajo nepredvidljivo dolgo;
- upravljanje specialnih vozil in gasilnih aparatov;
- zahtevana visoka razpoložljivost zaradi hitrega in učinkovitega odločanja in reševanja problemov v težkih razmerah;
- sposobnost nemotene komunikacije ob hrupu iz ozadja, slabi vidljivosti, s specialno obleko in dihalnim aparatom na sebi;
- funkcionirati kot integralni del tima, kjer lahko nenadna odpoved enega od članov pomeni neuspeh operacije ali še huje, poškodbe ali celo smrt kolega ali ponesrečenega.

Z namenom opredeliti, kolikšnim obremenitvam in kakšnim tveganjem so izpostavljeni operativni gasilci, je bilo do sedaj opravljenih veliko študij v Veliki Britaniji in po vsem svetu. Pomanjkljivost, ki jo britanski raziskovalci navajajo v tem projektu, je predvsem slaba reprezentativnost rezultatov, ker so bile študije energetske porabe in toplotne obremenitve narejene med usposabljanjem operativnih gasilcev in v eksperimentalnih razmerah in ne med dejansko intervencijo. Prav tako so britanski raziskovalci kritični do rezultatov študij fizične kondicije gasilcev zaradi neenotne metodologije in nereprezentativne skupine prostovoljcev. Vendar kljub pomanjkljivostim lahko potegnemo nekaj pomembnih zaključkov glede fizioloških obremenitev in zdravstvenih zahtev operativnih gasilcev.

2. 1. Energetska poraba in mišična moč

Najintenzivnejšo aktivnost med intervencijo predstavlja vzpenjanje po stopnicah in lestvah ter hkratno prenašanje bremen gasilske opreme, orodja in ponesrečenih, pri čemer je poraba kisika 44 ml/kg min, poraba laktata pa od 6 do 13 mM, kar kaže, da operacije potekajo že deloma v anaerobnem območju. Pri večini preostalih dejavnosti je potrebna poraba kisika v 23 ml/kg min.

Uporaba specialne obleke zaradi teže in zmanjšanega odvajanja toplote poveča porabo energije za 10 do 15 odstotkov, uporaba dihalnega aparata pa za 20 do 30 odstotkov. Tako naj bi uporaba dihalnega aparata tudi posredno vplivala na večjo porabo kisika zaradi večjega dihalnega dela dihalnih mišic ob večjem pritisku cilindra na prsni koš, in sicer že ob zmerno težkem delu 40 ml/kg

min, po nekaterih avtorjih 45 ml/kg min. Zaradi redke uporabe dihalnega aparata (1-krat/teden) se toleranca ne more razviti.

Energetska poraba je v območju submaksimalne kapacitete. Na porast srčne frekvence vpliva tudi psihični stres in toplotna obremenitev.

Mišična moč mora zadostovati prenašanju bremen, težkih najmanj od 36 do 61 kg. Poleg dobre grobe mišične moči so potrebne tudi: dobra manualna spretnost, koordinacija in ravnotežje.

2. 2. Toplotna obremenitev med gašenjem

Toplotna obremenitev med gašenjem naj bi vplivala na porast temperature jedra do 39 stopinj Celzija, po nekaterih avtorjih tudi do 40 stopinj. Temperatura jedra najbolj realno odraža, kolikšna je toplotna obremenitev, ker je dejanska izpostavljenost med intervencijo slabo znana. Temperature goreče stavbe se gibljejo od 240 do 340 stopinj Celzija pa tudi do 800 stopinj, vendar v območju, kjer poteka operacija, naj bi bila temperatura nižja, gibala naj bi se v območju od 36 do 85 stopinj Celzija, za kratek čas tudi do 140 stopinj Celzija. V študijah so poskusili opisati TWA (časovno tehtano povprečje – time weighted average), ki naj bi bil 48 stopinj Celzija, po nekaterih avtorjih 79 stopinj Celzija. Kakšnim temperaturam so dejansko izpostavljeni gasilci, ni znano, podatki so pridobljeni v eksperimentalnih okoliščinah.

Intervencije, ki potekajo med ekstremno nizkimi temperaturami, v tem projektu niso bile podrobno raziskane.

Velika pozornost je bila v študijah namenjena toplotni toleranci oz. kako povečati toplotno toleranco gasilcev. Ker gasilci med usposabljanjem niso izpostavljeni toplotnim obremenitvam, s katerimi se soočijo med intervencijo, je možnost aklimatizacije (za katero je potrebno nekaj dni in ne ur) praktično nemogoča.

Kako je dejansko? Številne študije v svetu poročajo, da imajo gasilci povprečno aerobno kapaciteto v območju od 32 do 57 ml/kg min. V Veliki Britaniji je povprečje 43 ml/kg min. Večina gasilcev in kandidatov za gasilce je predebelih, ženske pa imajo slabo grobo mišično moč. Izmerjene vrednosti ne zadoščajo za uspešno izvedbo nalog operativnih gasilcev. Že sam redni trening 12 tednov z različnimi vrstami vaj pa bi izboljšal telesno pripravljenost za 20 odstotkov.

2. 3. Psihični stres, vplivi toplotne obremenitve na kognitivne zmožnosti ter izpostavljenost strupenim plinom, iritantom, biološkim snovem, hrup, slaba vidljivost

3. Pravna regulacija v ZDA

Standard NFPA, št. 1582, ki se nanaša na program medicine dela, namenjen oddelkom operativnih gasilcev v ZDA, vsebuje predpisane zdravstvene zahteve tako za kandidate kot tudi za člane, katerih delovne naloge so definirane z državnimi predpisi in drugimi standardi. Ta standard je namenjen pooblaščenim zdravnikom s področja medicine dela in drugim odgovornim osebam za izvajanje programa medicine dela.

Zdravstvene zahteve, opisane v tem standardu, veljajo za javne, državne, vojaške kot tudi za zasebne in industrijske organizacije operativnih gasilcev, katerih naloga je gašenje, reševanje,

sodelovanje z urgentnimi medicinskimi službami, upravljanje z nevarnimi snovmi in druge specialne operacije. Ta standard se ne nanaša na industrijske gasilske brigade, ki so specializirane za izredne razmere.

Cilj programa, določenega s tem standardom, je izboljšati splošno zdravstveno stanje operativnih gasilcev ter zmanjšati umrljivost in zbolewnost.

Vsebina standarda NPFA 1582 je:

1. minimalne zdravstvene zahteve za kandidate,
2. ocena zdravstvene zmožnosti za delo in ocena zmogljivosti za člane,
3. opis posebnih nalog in drugih aktivnosti, določenih v organizaciji operativnih gasilcev, oz. tveganj, ki so povezana z opravljanjem teh nalog, pomembnih za delo pooblaščenega zdravnika (13 nalog),
4. vodenje evidenc.

Standard vsebuje 9 poglavij. Prvo in drugo poglavje se nanašata na predpise in reference. V uvodnem tretjem in četrtem poglavju standard opredeljuje delnicije, ki v tem standardu nastopajo, vlogo in odgovornosti oddelkov operativnih gasilcev, način shranjevanja evidenc, odgovornosti pooblaščenega zdravnika, odgovornosti kandidatov in članov ter način pridobivanja občutljivih podatkov o zdravstvenem stanju. V petem poglavju opisuje posebne delovne naloge. V šestem poglavju opredeljuje minimalne zdravstvene zahteve za kandidate, v sedmem in osmem poglavju za člane. V devetem poglavju standard opredeljuje zdravstvene zahteve za opravljanje delovnih nalog oz. zdravstvene kontraindikacije za opravljanje nalog. Poleg 9 poglavij vsebuje standard še anekse A, B in C, v katerih podrobno razlaga navodila.

3. 1. Minimalne zdravstvene zahteve za kandidate

Minimalne zdravstvene zahteve za kandidate se ocenjujejo pred nastopom programiranega treninga ali pred nastopom dežurne službe za izredne razmere. V uvodnem delu so definirana tista zdravstvena stanja, ki niso združljiva z varnim in učinkovitim opravljanjem nalog, niti s programom treninga, kot zdravstveni pogoji kategorije A (absolutne kontraindikacije).

Kot zdravstveni pogoji kategorije B so definirana tista zdravstvena stanja, ki pod določenimi pogoji omogočajo varno in učinkovito opravljanje nalog oz. odvisno od teže zdravstvenih problemov ovirajo varno in učinkovito delo (relativne kontraindikacije).

V tem poglavju so po organskih sistemih zdravstvena stanja opisana kot kategorija A in kategorija B. V aneksu A so pojasnila razdelitve zdravstvenih stanj v kategorijo A in kategorijo B, opisana pa je tudi vsebina in obseg pregleda za kandidate.

Vsebina in obseg pregleda za kandidate:

- A – anamneza (osebna in družinska anamneza, razvade in navade, anamneza imunizacije, poklicna anamneza),
- B – fizikalni pregled in preiskava vida,
- C – laboratorijske preiskave (hemogram, ionogram, hepatogram, retenti, glukoza, lipidogram in analiza urina),
- D – avdiogram – kot bazalni,
- E – spirometrija,

F – rentgenogram prsnih organov v A-P in lateralni projekciji,

G – EKG – 12-kanalni v mirovanju,

H – imunizacija in presejanje za določene nalezljive bolezni (TBC-PPD, hepatitis C – presejanje, hepatitis B – cepljenje, tetanus/davica – cepljenje, ošpice/mumps/rdečke cepljenje, polio – cepljenje, hepatitis A – cepljenje za skupine z večjim tveganjem, varicela – cepljenje za imunsko oslABLjene, influenza – cepljenje ponujeno vsem zaposlenim).

3. 2. Minimalne zdravstvene zahteve za člane

Minimalne zdravstvene zahteve za člane so kot za kandidate po organskih sistemih zdravstvena stanja, razdeljena v kategorijo A in kategorijo B. Predpisani so tudi vsebina, roki in obseg pregleda za člane. Ocena zdravstvenih zahtev se izvaja ob osnovnem (bazalnem) pregledu, ki mu sledijo letni obdobjni pregledi.

Osnovni pregled se izvede:

- po nastopu službe pred izvajanjem dodeljenih nalog,
- po izpostavljenosti dejavnikom tveganja,
- po dolgotrajni odsotnosti, po bolezni ali poškodbi,
- izvaja se enkrat letno.

Po opravljenem osnovnem pregledu sledijo letni obdobjni pregledi, in sicer tiste komponente pregleda, ki v zadnjih 12 mesecih niso bile opravljene. Rezultate letnega obdobjnega pregleda se primerja z rezultati osnovnega pregleda. Letni obdobjni pregled se izvaja vsakih 12 mesecev, lahko pa tudi pogosteje ob novonastalih okoliščinah glede na zahtevo državnih predpisov, pooblaščenega zdravnika ali članov.

Vsebina osnovnega pregleda:

- anamneza v obliki vprašalnika, zlasti pomembna je anamneza izpostavljenosti,
- fizikalni pregled in pregled vida.

Vsebina letnega obdobjnega pregleda:

- vključen osnovni pregled,
- laboratorijski testi (enako kot za kandidate in dodatno še biološki monitoring v vzorcu urina pri izpostavljenih kemičnim snovem),
- avdiogram enkrat letno,
- spirometrija enkrat letno,
- radiogram prsnih organov enkrat na pet let,
- EKG v mirovanju enkrat letno,
- pri ženskah, starejših od 40 let, mamografija enkrat letno,
- imunizacija in presejalni testi za nalezljive bolezni glede na priporočilo Centra za nadzor nalezljivih bolezni,
- postekspozicijsko testiranje izpostavljenih patogenom, ki se prenašajo s krvjo glede na priporočilo in protokol Centra za nadzor nalezljivih bolezni, sem sodi tudi testiranje na HIV,
- ocena obremenitve z težkimi kovinami pri izpostavljenih,
- kolonoskopija pri starejših od 50 let, če obstajajo indikacije.

3. 3. Ocena zmogljivosti članov

Letna ocena zmogljivosti – telesne kondicije članov se izvede kot del programa usposabljanja, ki je prilagojen posamezniku.

Vsebina testiranja zmogljivosti:

- ocena aerobne kapacitete,
- ocena mišične moči (ocena moči prijema, ocena grobe mišične moči rok in nog)
- ocena mišične vztrajnosti,
- fleksibilnost.

V aneksu C je pojasnjen protokol za testiranje aerobne kapacitete in mišične moči.

4. Pravna regulacija v EU – zakonodaja v Veliki Britaniji, že obstoječi standardi in razvoj.

Tako kot za ostale članice Evropske unije, velja tudi za Veliko Britanijo vgraditev evropske direktive v svojo zakonodajo.

Dosedanja zakonodaja, ki se nanaša na varno delo gasilcev, vsebuje dva krovna zakona in druge standarde:

1. gradbeni predpisi (Building regulations), ki se nanašajo na varnost stavb iz leta 1991,
2. protipožarni predpisi (Design principles of fire safety) iz leta 1996, ki se nanašajo na protipožarno varnost in
3. drugi relevantni britanski in mednarodni standardi (Defence Standard), ki se nanašajo na vse ergonomske vidike zaščitne opreme, definirajo tudi potreben čas počitka za določeno intenziteto dela, omejitve glede dviganja bremen, potiskanja, vlečenja. Čeprav so bili standardi prvotno namenjeni vojski, jih uporabljajo sedaj tudi za gasilce, ter
4. standard, ki se nanaša na ročno premeščanje bremen (Manual Handling Operations Regulations) iz leta 1992.

Čeprav se prva dva krovna zakona nanašata na varnost materialov in načrtovanje gradnje stavb, se je pokazala potreba po reviziji predpisov zaradi pomanjkanja opredelitve ergonomskih vidikov dela gasilcev (dvigala, višina stavbe, število stopnic itd.).

Poleg tega je pomanjkljiva tudi standardizacija zdravstvenih zahtev oz. zmogljivosti kandidatov in članov gasilcev. Dosedanje študije so namreč pokazale komaj zadostno, če ne že slabo zmogljivost gasilcev, ki ne zadošča za varno in učinkovito opravljanje operativnih nalog. Namen standardizacije je tudi opredeliti starostno mejo za upokojevanje, saj je znano, da s starostjo aerobna zmogljivost strmo upade.

Poskus standardizacije zdravstvenih zahtev obsega:

- minimalna zahtevana aerobna kapaciteta kandidatov naj bi bila 45 ml/kg min upoštevajoč upad s starostjo, po nekaterih avtorjih 55 ml/kg min, švedski avtorji pa priporočajo 40 ml/kg min,
- ocena aerobne kapacitete, ki naj bi bila merilo za izbor kandidatov, naj bi se opravila kot del programa usposabljanja z nalogami, ki simulirajo obremenitve med intervencijo (koncept izbora ob vstopu – ang. Point of Entry Selection),
- mnenja glede načina selekcije so deljena: delavnopravna zakonodaja namreč ne opredeljuje predhodnih pregledov, zato se vpeljuje koncept izbora ob vstopu (ang. Point of Entry Selection), na drugi strani pa nekateri avtorji kljub temu priporočajo predhodno testiranje kandidata na cik-

loergometru 6 min 250 W,

- opredelitev program treninga kot obveznega dela usposabljanja za izboljšanje zmogljivosti gasilcev,
- definicija nalog "načrtovanja najslabšega možnega scenarija" (ang. Worst Case Planning Scenarios) pomeni začetek identifikacije ranga scenarijev v primeru izrednih razmer in s tem zdravstvenih zahtev za operativne gasilce.

Prioritete v nadaljnjih raziskavah:

- med primarne prioritete sodi omenjeni poskus standardizacije zdravstvenih zahtev kandidatov, opredelitev nalog ranga scenarijev v primeru izrednih razmer in kvantificirati fiziološke zahteve, posodobiti zaščitno opremo, dihalne aparate, izboljšati organizacijo dela, izpeljati že omenjeno revizijo zakonodaje;
- med sekundarne prioritete sodi vlaganje v razvoj zaščitne opreme, ki bi omogočila izvedbo nalog v čim krajšem možnem času, raziskati toplotne obremenitve med intervencijo, določiti še vpliv ostalih dejavnikov – psihološki vpliv na uspešno izvedbo intervencije;
- med terciarne prioritete sodi določitev učinkovitosti programa psihofizičnega treninga za povečanje učinkovitosti intervencije, razvoj termalnega intolerančnega testa, s katerimi bi izločili na toplotne obremenitve preobčutljive kandidate, raziskovanje stimulusa za učinkovitejšo aklimatizacijo na toplotne obremenitve in stimulusa za razvoj tolerance na dihalni aparat.

Primerjava tujih standardov s standardi v Republiki Sloveniji

V Republiki Sloveniji urejajo področje varnosti in zdravja gasilcev Pravilnik o ugotavljanju zdravstvene sposobnosti operativnih gasilcev iz leta 2007 in dopolnitve tega pravilnika.

Primerjava vsebine Pravilnika o ugotavljanju zdravstvene sposobnosti operativnih gasilcev s standardi ZDA in predpisi EU

1. Vsebinsko Pravilnik v 10 členih določa merila za ugotavljanje zdravstvene sposobnosti operativnih gasilcev in pogoje, ki jih morajo upoštevati izvajalci zdravstvenih pregledov; standard NFPA 1582 v 9 poglavjih opredeljuje vsebino, obseg, roke in zdravstvene kontraindikacije.

Nikjer v Pravilniku niso opisane specialne naloge, ki jih izvajajo operativni gasilci in tveganja, Standard opredeljuje 13 nalog v dveh poglavjih. Poročilo britanskih raziskovalcev zelo natančno opisuje tveganja in obremenitve operativnih gasilcev, standardi, ki jih pripravlja Velika Britanija, naj bi bili temu ustrezno prilagojeni.

2. Pravilnik o ugotavljanju zdravstvene zmožnosti operativnih gasilcev v svojem 3. in 4. členu določa obseg zdravstvenega pregleda za gasilce in rok pregleda na 5 let, ne glede na to, kako zahtevne naloge opravljajo.

Standard NFPA loči predhodni pregled kandidatov in obdobjni pregled članov, slednji se izvaja na 12 mesecev. Predhodni pregled kandidatov in obdobjni pregled članov v svojem obsegu vsebujeta t. i. osnovni pregled in razširjeni pregled s preiskavami.

Osnovni pregled obsega: anamnezo (obseg anamneze predpisuje Standard), fizikalni pregled (obseg predpisuje Standard) in preiskava vida.

Razširjeni pregled obsega osnovni pregled in poleg spirometrije in EKG še avdiogram, RTG P. C., laboratorijske preiskave krvi (z celotno biokemijo), presejalne teste na nalezljive bolezni in imunizacijo.

Pri članih obstajata dve vrsti obdobjnega pregleda:

- letni obdobjni pregled (poleg naštetih komponent razširjenega pregleda še analiza urina na metabolite nevarnih snovi in analiza krvi pri izpostavljenih na težke kovine in druge nevarne snovi, postekspozicijsko testiranje izpostavljenih krvnim patogenom, pri ženskah mamografija in pri povečanem tveganju tudi kolonoskopija);
- ocena zmogljivosti kot del predpisanega treninga, ki se izvaja enkrat letno, sem sodi obremenitveno testiranje in testiranje mišične moči.

Obdobjni pregled se lahko na pobudo pooblaščenega zdravnika, gasilcev ali na odločbo državnih organov izvaja tudi pogosteje kot enkrat letno.

Pravilnik o ugotavljanju zdravstvene sposobnosti operativnih gasilcev predpisuje EKG, spirometrijo in osnovne laboratorijske preiskave enkrat na 5 let. Cikloergometrijo kot obremenitveno testiranje (Standard NFPA priporoča obremenitveno testiranje na traku) predpisuje Pravilnik le ob predhodnem pregledu in nato šele enkrat na 5 let pri gasilcih, starejših od 40 let, ki opravljajo najzahtevnejše naloge.

Standard NFPA ne predpisuje psihološkega pregleda niti za kandidate niti za člane, niti Standard in niti naš Pravilnik ne predpisujeta testiranja ravnotežja, vendar Standard v svojem uvodnem delu omenja možnost opravljanja tudi drugih preiskav glede na oceno tveganja.

3. Standard NFPA natančno določa zdravstvene kontraindikacije, absolutne in relativne, pri kandidatih, pri članih pa glede na posebne naloge, ki jih opravljajo. Pravilnik o ugotavljanju zdravstvenih sposobnosti operativnih gasilcev ne navaja zdravstvenih kontraindikacij.

4. Standard NFPA predpisuje način pridobivanja podatkov, vodenje evidenc in način izdaje zdravniškega spričevala. Pravilnik v svojem 8. členu predpisuje le izdajo zdravstvenega potrdila o sposobnosti.

5. Literatura

1. Comprehensive Occupational Medical Program for Fire Departments. NFPA 1582. 2007 Edition.
2. Tehnical Implementation Guide 1582-03. U.S. Air Force. 2005.
3. Operational Physiological Capabilities of Firefighters: Literature Review and Research Recommendations. Office of the Deputy Prime Minister. London 2004.
4. Pravilnik o ugotavljanju zdravstvene sposobnosti operativnih gasilcev. In: UL RS št. 65/07.

Tatjana Črv, dr. med., specializantka MDPŠ