

Glasnik KIMDPŠ



V SREDIŠČU:

Program Čili za delo se vsebinsko in izvedbeno vseskozi dopolnjuje, v letih od 2014 do 2016 pa je na podlagi desetletnih izkušenj, zbira ocen udeležencev, recenzij seminarских nalog in celostnih evalvacij program doživel temeljito prenovo, ki je potekala v dveh fazah: v prvi fazi je bilo prenovljeno temeljno izobraževalno gradivo, tj. oblikovan je bil učbenik kot enotna publikacija, v drugi fazi pa poteka prenova izvedbene plasti izobraževanja.



**DIDAKTIČNO GRADIVO
ZA SVETOVALCE ZA
PROMOCIJO ZDRAVJA
PRI DELU**

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

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

www.cilizadelo.si

© Republiški zavod za varstvo zdravstva Ljubljana. Vse pravice pridržane. Za vsebnost tega dokumenta in vsebino odgovarja Republiški center za varstvo zdravstva. Republiški center za varstvo zdravstva Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa. Vse pravice pridržane. Za vsebnost tega dokumenta in vsebino odgovarja Republiški center za varstvo zdravstva.

UVODNIK

- 1 - Namesto uvoda – *Nataša Dernovšček Hafner*

V SREDIŠČU

- 2 - Evalvacija in prenova programa Čili za delo – *Katja Draksler, Tanja Urdih Lazar*

AKTUALNE TEME V MDPŠ

- 6 - Izvedensko delo v centru za poklicne bolezni in ocenjevanje delazmožnosti v petletnem obdobju 2007–2011 – *Rajko Črnivec*
 18 - Alkohol in šport – *Gregor Kavaš*
 21 - Raziskovalno delo na področju promocije zdravja pri delu in izzivi za prihodnost – *Damjana Miklič Milek*

STROKOVNA PRIPOROČILA

- 29 - Ravnanje delodajalca ob sumu zlorabe alkohola pri delavcu
 31 - Upravičenost delodajalca do pridobitve izvidov o rezultatih testiranja delavca na PAS od izvajalca medicine dela
 33 - Upravičenost delodajalca in/ali inšpektorja za delo do pridobitve izvida preiskave od izvajalca medicine dela
 34 - Neskladje med zahtevo delodajalca po določeni preiskavi in stroko (MDPŠ), ki preiskavo zavrača kot strokovno neutemeljeno
 36 - Upravičenost spirometrije kot obveznega sestavnega dela preventivnih pregledov delavcev

PREDSTAVITVE DOKTORSKIH NALOG

- 39 - Dejavniki, povezani z družino, in raba drog pri mladostnikih – *Nataša Dernovšek Hafner*
 40 - Psihosocialni varovalni dejavniki uporabe marihuane med mladostniki – *Eva Stergar*
 41 - Razvoj modela ocene tveganja voznikov s psihofizičnimi omejitvami pri nastanku prometnih incidentov – *Nevenka Šestan*
 42 - Prezentizem med zdravstvenimi delavci – *Alenka Škerjanc*

PREDSTAVITVE SPECIALISTIČNIH NALOG

- 43 - Indeks delovne zmožnosti zaposlenih v domovih za starejše občane – *Jernej Hren*
 44 - Mnenje strokovnjakov na področju varnosti in zdravja pri delu o diskriminaciji, povezani z nosečnostjo na delovnem mestu – *Oksana Levak*
 45 - Analiza položajev pri delu ter občutka neudobja bolničarjev negovalcev v domovih starejših občanov ter analiza vpliva višine postelje in uporabe ograje na aktivnost dorzalnih erektorjev trupa in deltoidnih mišic pri negi oskrbovancev – *Davor Romih*
 47 - Etika v medicini dela – *Irena Žužman*

SPREHOD PO STROKOVNI LITERATURI

- 48 - Ali so preventivni zdravstveni pregledi delavcev učinkoviti? – *Gregor Kavaš*
 50 - Vplivi delovnega okolja na obremenitev in težavnost dela sekača pri različnih organizacijskih oblikah dela: povzetek raziskave – *Vesna Veljović*

ČILI V UKC LJUBLJANA

- 53 - Drugi Dan za zdravje v UKC Ljubljana – *Nataša Dernovšček Hafner*
 55 - Ergonomija za delavce v zdravstveni negi – *Nataša Dernovšček Hafner*

NOVICE

- 56 - Kako se izgublja zdravje? Tiskovna konferenca o zdravju Murinih delavcev – *Katja Draksler, Nataša Dernovšček Hafner*
 57 - Po prvem letu organizirane podpore za žrtve trpinčenja na delovnem mestu – *Tanja Urdih Lazar*
 58 - Promocija zdravja za varno delo z azbestom: izobraževalne delavnice za krovce – *Damjana Miklič Milek*
 62 - Študijski obisk srbskih specializantov – *Tanja Urdih Lazar*
 63 - Snemanje vaj za aktivni odmor – *Damjana Miklič Milek*
 64 - Tečaj temeljnih postopkov oživljanja – *Nataša Dernovšček Hafner*
 65 - Povezovanje ljudi, okolja in zdravja – *Nataša Dernovšček Hafner*

STROKOVNA SREČANJA

- 66 - Odvzem krvi: zakaj, kdaj, kako? – *Tanja Ritonja*
 67 - Staranje, počitek, promocija zdravja – kje je prostor za zdravnika? – *Andreja Margan*
 69 - Poklicne preobčutljivostne bolezni – *Martin Kurent*
 70 - Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družina – *Tanja Ritonja*
 71 - Strokovni posvet o poklicni, procesni in požarni varnosti – *Katja Draksler*
 73 - Napovednik

STROKA SMO LJUDJE

- 76 - Nova doktorica znanosti na KIMDPŠ
 76 - Izvolitev v naziv izredne profesorice
 77 - Zdravi delavci v zdravi organizaciji

PRILOGA

- Promocija zdravja v gradbenem sektorju – *Eva Polajnar*

NAMESTO UVODA



Veseli smo, da vam lahko v branje ponudimo novo številko Glasnika. Vsebuje različne prispevke, od novosti v stroki, strokovnih priporočil, predstavitev doktorskih in specialističnih nalog, poročil s strokovnih srečanj ... Vsakdo bo tako lahko našel nekaj zanimivega.

Po desetih letih izvajanja programa Čili za delo je zagotovo čas za celovito ocenitev njegove uspešnosti in pogled v prihodnost, kar je osrednja tema tokratne številke. Za evalvacijo programov (promocije zdravja pri delu) pravimo, da je proces, ki se začne z načrtovanjem in konča s spremljanjem in raziskovanjem učinkov programa po njegovem zaključku. Razlogov, zakaj evalvirati programe (promocije zdravja pri delu), je več, od tega, da je evalvacija lahko podpora poslovnih odločitvi za uvedbo programa v organizacijo, da zagotavlja stalno spremljanje in merjenje uspešnosti programa, ki sta potrebni za prilagajanje ali posodabljanje elementov programa, do tega, da nam pomaga pri ugotavljanju, ali so bile v zvezi z implementacijo programa sprejete prave odločitve. Ne nazadnje je evalvacija potrebna za vrednotenje, kakšen je prispevek določenega programa k organizacijskim in individualnim spremembam.

Pogled nazaj pogosto preseneča,

*a ne, ker kar prihaja, je vse boljše
in kar bilo je, nam ne dviga volje,
bolj, ker je vmes sedaj, vsakdanja gneča!*

*Ta se iz minulega le res ne veča,
in se ne zdi vsem radodarno polje,
pa vendar kaže, kaj na rani sol je,
kaj senca le, privid, kaj prava sreča!*

...

(Jože Jensterle¹: Odsevi stopinj, 2002)

Za konec še povabilo, k sodelovanju pri soustvarjanju revije vabimo vse sodelavce in tudi druge strokovnjake, saj le tako lahko prispevamo k razvoju stroke.

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

¹ Slovenski zdravnik in pesnik. Po končanem šolanju se je zaposlil v Obratni ambulanti Železarne Jesenice, kasneje pa je na Nemški akademiji za medicino dela in Univerzi v Zagrebu opravil še podiplomska študija. Od leta 2001 je upokojen in živi na Bledu. (Vir: Wikipedija)

EVALVACIJA IN PRENOVA PROGRAMA ČILI ZA DELO

O programu Čili za delo

Program promocije zdravja pri delu Čili za delo je krovni program promocije zdravja na Kliničnem inštitutu za medicino dela, prometa in športa (KIMDPŠ). S programom Čili za delo ozaveščamo, izobražujemo in usposabljammo delavce in delodajalce o zdravem delovnem in življenjskem slogu z namenom, da bi takšen način življenja postopoma prevzeli tudi sami. Celostni program skrbi za zdravje je usmerjen tudi v spreminjanje okolja v korist zdravju tako v omogočanje in spodbujanje ponudbe izbir, ki koristijo zdravju, kot tudi v oblikovanje in sprejemanje zdravju naklonjene politike na ravni države in ravni podjetja (1, 2).

V okviru programa potekajo številne aktivnosti, npr. vsakoletne kampanje za delodajalce in delavce, nastajajo različna strokovna gradiva in publikacije, v podporo programu deluje spletna stran www.cilizadelo.si. Najpomembnejši del programa pa je zagotovo izobraževanje za svetovalce za promocijo zdravja pri delu kot celovit seminar, ki nudi interdisciplinarno znanje, potrebno za načrtovanje in izvajanje učinkovitih programov promocije zdravja pri delu, saj vključuje tako splošne vsebine o procesu (metodologiji) načrtovanja in izvajanja projektov/programov promocije zdravja pri delu kot tudi specifične vsebine, kako to metodologijo aplicirati na pomembnih problemskih področjih v zvezi z zdravjem zaposlenih (preprečevanje poškodb, ergonomski ukrepi, preprečevanje obremenitev zaradi kemijskih onesnaževalcev, organizacijski ukrepi, obvladovanje doživetij preobremenjenosti oziroma stresa, preprečevanje uporabe psihoaktivnih snovi, preprečevanje in obvladovanje trpinčenja na delovnem mestu ter prehrana in gibanje na delovnem mestu).

Izobraževanje traja 120 ur, od tega je 80 ur predavanj in vaj, razdeljenih na 11 dni, preostali čas pa je namenjen samostojnemu učenju, preverjanju znanja in pripravi seminarske naloge. Seminarska naloga mora zajemati analizo zdravja v konkretnem podjetju in predlog ukrepov v okviru področja, izbranega na

podlagi rezultatov analize. Večina udeležencev po koncu izobraževanja začne uvajati program v svojem podjetju, KIMDPŠ pa ponuja pri tem pomoč, če svetovalci zanjo zaprosijo.

Do konca leta 2015 je bilo poleg pilotnega izvedenih še 10 izobraževanj za svetovalce za promocijo zdravja pri delu, ki se jih je udeležilo skoraj 230 predstavnikov podjetij in drugih organizacij. Med njimi je največ strokovnih delavcev za varnost in zdravje pri delu ter kadrovikov.

Ocenjevanje uspešnosti programa kot izhodišče za prenovo

Program Čili za delo se vsebinsko in izvedbeno vseokozi dopolnjuje, za ta namen se izvajajo tudi evalvacije izobraževanj in celotnega programa. Evalvacija izobraževanj poteka med samimi izobraževanji na dva načina, in sicer z ocenjevalnimi vprašalniki na koncu vsakega modula in s pisnim preverjanjem znanja ter priprave in zagovora seminarske naloge. Z ocenjevalnimi vprašalniki udeleženci izobraževanja ocenjujejo kakovost podajanja in pojasnjevanja posameznih tematskih sklopov, razmerje med teoretičnim in praktičnim delom ter podajo tudi svoje predloge in mnenja o tem, kaj so na predavanjih pogrešali. Poleg tega recenzije seminarskih nalog, ki sicer dajejo udeležencem izobraževanja usmeritve za dopolnitev konkretnih načrtov promocije zdravja, tudi izvajalcem seminarja povedo veliko o tem, kje nastajajo težave oziroma katera področja so udeležencem težje razumljiva in kako naj se izvedba izobraževanja temu prilagaja.

Da bi izobraževanje in tudi svetovanje svetovalcem pri konkretnem delu čim bolj prilagodili potrebam, se v okviru programa spremlja tudi uspešnost implementacije v podjetja. Celostna evalvacija programa je tako osredotočena na delo, ki ga po končanem izobraževanju opravljajo svetovalci, na kakšne ovire pri tem naletijo ter kakšno pomoč bi pri izvajanju promocije zdravja pri delu pri delu še potrebovali. Ti podatki so pomembno



Delo v skupinah na izobraževanju za svetovalce za promocijo zdravja (Vir: arhiv KIMDPŠ)

izhodišče za nadaljnji razvoj programa Čili za delo. Evalvacija celotnega programa je bila prvič izpeljana v letih 2011/12, lani ji je sledila krajša poskusna evalvacija, ki je bila izvedena s spremenjenim spletnim vprašalnikom in je bila bolj informativne narave. Marca letos pa je sledila druga celostna evalvacija.

Rezultati celostne evalvacije, izvedene letos, so pokazali, da so anketirani udeleženci, ki so izobraževanje za svetovalce za promocijo zdravja pri delu obiskovali od leta 2006 do 2015, v večini zadovoljni z vsebinami in izvedbo izobraževanj, bi si pa želeli še več praktičnih vsebin. Znanje, ki so ga pridobili na izobraževanju, s pridom uporabljajo v praksi. Slabi dve tretjini udeležencev sta svojo seminarsko nalogo s programom promocije zdravja predstavili vodstvu, večina teh je bila pri tem uspešna, saj je vodstvo podprlo izvajanje ukrepov promocije zdravja v organizaciji. Skupino za zdravje je ustanovila le dobra polovica vprašanih. Najpogosteje jim skupine za zdravje ni uspelo ustanoviti

zaradi pomanjkanja podpore vodstva in kadrovskih omejitev. Slabi dve tretjini anketirancev pri svojem delu v promociji zdravja sodeluje z izvajalcem medicine dela. Večina anketirancev izvaja ukrepe promocije zdravja v svojih organizacijah, običajno kar na več področjih hkrati. Najpopularnejša področja izvajanja ukrepov so ergonomija, prehrana in gibanje ter preprečevanje poškodb pri delu. Dve tretjini tistih, ki izvajajo ukrepe promocije zdravja, te ukrepe tudi evalvirajo, rezultati so večinoma relativno dobri.

Anketiranci so izrazili tudi željo, da bi jim KIMDPŠ ponudil dodatno pomoč. Predvsem si želijo rednih srečanj s predstavitvami konkretnih programov promocije zdravja pri delu in trdnjšo mrežo za promocijo zdravja pri delu ter več aktualnih informacij s področja dela. Prav tako si želijo dodatnega znanja, predvsem s področja motivacijskih dejavnikov, komuniciranja in socialnega marketinga ter celostne skrbi za starejše delavce in delavce s kroničnimi boleznimi, pa tudi po-



Učno gradivo promocije zdravja pri delu
(Foto: Tanja Urdih Lazar)

glabljanje že pridobljenega znanja. Anketiranci bi bili pripravljeni svoje izkušnje deliti z drugimi, najraje na izobraževanjih za svetovalce za promocijo zdravja pri delu, vsakoletnih srečanjih mreže za promocijo zdravja pri delu in v internem glasilu KIMDPŠ.

Glede na rezultate rednih evalvacij se je izvedbeni del izobraževanja dopolnjeval od vsega začetka. Uvedene so bile nove vsebine (varovanje dostojanstva pri delu, prehrana, gibanje, načrtovanje programov in projektov promocije zdravja pri delu itd.) in predstavitev dobre prakse iz konkretnih podjetij. Za lažjo pripravo seminarske naloge so bila oblikovana podrobnejša navodila in možnost individualnih konzultacij. V letih od 2014 do 2016 pa je na podlagi desetletnih izkušenj, zbira ocen udeležencev, recenzij seminarskih nalog in celostnih evalvacij program doživel temeljito prenovu, ki je potekala v dveh fazah: v prvi fazi je bilo prenovljeno temeljno izobraževalno gradivo, tj. oblikovan je bil učbenik kot enotna publikacija, v drugi fazi pa poteka prenova izvedbene plasti izobraževanja.

Učbenik za promocijo zdravja pri delu

Priročnik za svetovalce za promocijo zdravja pri delu (1), ki je pomenil temeljno izobraževalno gradivo enajstim generacijam udeležencev izobraževanja za svetovalce za promocijo zdravja pri delu, je izšel kot zbirka devetih zvezkov s splošnimi poglavji in posameznimi

moduli o implementaciji ukrepov promocije zdravja na pomembnejših področjih ukrepanja, učbenik, ki ga je nadomestil, pa je enotna publikacija, s čimer so uredniki in avtorji želeli poudariti celovitost vsebine, ki mora voditi k celovitosti projektov/programov promocije zdravja.

Glavno vodilo pri prenovi izobraževalnega gradiva je bila predvsem večja uporabnost za svetovalce za promocijo zdravja pri delu, čeprav je lahko publikacija ustrezen pripomoček tudi vsem drugim, ki v organizacijah načrtujejo, organizirajo in koordinirajo aktivnosti promocije zdravja, prav tako pa tudi študentom različnih študijskih programov, ki vključujejo tudi promocijo zdravja in/ali zdravstveno vzgojo, javno zdravje, upravljanje kadrov, varnost in zdravje pri delu itd. Glavna ciljna skupina novega učbenika so torej svetovalci za promocijo zdravja v delovnih organizacijah, zato njegova struktura poenoteno skozi vse tematske sklope (ali module) sledi priporočeni strukturi načrta promocije zdravja, ki ga udeleženci izobraževanja pripravijo v okviru zaključne seminarske naloge in ga nato dopolnjujejo v sodelovanju z delodajalcem in skupino za zdravje, ki jo oblikujejo v organizaciji.

Učbenik želi biti prijazen do uporabnika, zato je besedilo razdeljeno v kratke sestavke z mednaslovi, opremljeno pa z veliko slikami in preglednicami ter poudarki in okvirčki, ki opozarjajo na pomembna dejstva in zanimivosti. Kjer je le mogoče, so dodani praktični primeri.

Učbenik se začne s premislekom o etičnih vprašanjih v zvezi z zagotavljanjem zdravega delovnega okolja, nadaljuje pa z obsežnim poglavjem o zdravju in promociji zdravja pri delu, ki vključuje tudi novi podpoglavji o vseživljenjskem učenju ter o komuniciranju v promociji zdravja pri delu. Z učbenikom v študijsko gradivo vstopata temi o timskem delu in načrtovanju programov in projektov promocije zdravja pri delu, ki sta bili vključeni v seminarski del izobraževanja že več let. Našteta uvodna poglavja omogočajo udeležencem razumevanje glavnih pojmov in konceptov na področju zdravja pri delu in promocije zdravja ter znanje in kompetence, ki pomenijo izhodišče za učinkovito načrtovanje in

izvajanje projektov/programov promocije zdravja v organizacijah. Poglavlja, ki sledijo, bralce konkretno usmerjajo v pripravo teh projektov/programov. Cilj poglavja o analizi zdravja delavcev je svetovalce za promocijo zdravja naučiti, kako in z analizo katerih kazalnikov (bolezni, izpostavljenosti, varnosti) in metod (kvantitativnih in kvalitativnih) je mogoče oceniti, kakšno je zdravstveno stanje delavcev, kako določiti prioritete za aktivnosti v konkretnem delovnem okolju ter kako ovrednotiti rezultate ukrepov. Velik del poglavja zajema primer takšne analize za večje podjetje. Analiza zdravja namreč omogoča izbor področja ukrepanja oziroma določitev problema v zvezi z zdravjem, ki ga je treba začeti najprej reševati, in sicer z ukrepi, opisanimi v poglavjih, ki sledijo. Gre za področja, ki glede na nacionalne in mednarodne podatke pomenijo velik pomen za zdravje na delovnem mestu: ergonomski dejavniki tveganja, kemijski dejavniki tveganja, dejavniki tveganja za poškodbe, organizacija dela, doživetja preobremenjenosti pri delu, varovanje dostojanstva pri delu, preprečevanje uporabe psihoaktivnih snovi, prehrana in gibanje. Zadnji dve področji, tj. prehrana in gibanje, sta bili vključeni v izobraževanje v zadnjih dveh letih, zdaj sta dobili svoje mesto tudi v tem temeljnem študijskem gradivu.

Poglavja so tako zgrajena v skladu z enotno predlogo in vsebujejo naslednje razdelke: izbor področja, rezultati učenja, izhodišča z opredelitvami in okvirjem ter utemeljitvijo (razsežnost problema, posledice za zdravje in zakonodaja, ki ureja področja), načrt program, ki vključuje operativne cilje, ukrepe za spremembe okolja (oblikovanje podpornega okolja) in ukrepe na področju izobraževanja, metode dela (specifične za področje ukrepanja), način sodelovanja s timom izvajalca medicine dela in strokovnega delavca za varnost pri delu, časovnico ter načine in metode spremljanja in evalvacije projekta/programa. Poglavlja se končujejo s povzetkom, vprašanji za premislek in razpravo ter z viri in literaturo.

Prenova seminarskega dela izobraževanja

Končuje se tudi prenova seminarskega dela izobraževanja. Največ pozornosti je namenjene uvajanju novih interaktivnih metod učenja in praktičnemu delu s primeri. Poleg popestritve klasičnega načina učenja je cilj teh pristopov udeležencem omogočiti utrjevanje in povezovanje znanja ter spodbuditi razmišljanje o aplikativnosti tega znanja v praksi. V podporo tem pristopom se pripravljata tudi raznoliko učno gradivo, predvsem delovni listi, zbirke nalog, slikovno gradivo, videoposnetki, zloženke itd. Uvedena bo tudi obsežnejša priprava na seminarsko nalogo, saj je eden od pomembnih ciljev izobraževanja uporaben načrt promocije zdravja za organizacijo, iz katere kandidat prihaja.

Pogled v prihodnost

Glede na dosedanje izkušnje pri izvajanju izobraževanja in na podlagi evalvacij se bo nadaljnji razvoj programa Čili za delo usmeril v ponudbo krajših obnovitvenih seminarjev za posamezna tematska področja, vključevanje dodatnih vsebin kot vodilnih tem vsakoletnih srečanj mreže za promocijo zdravja pri delu ter v krepitev obstoječe mreže za promocijo zdravja pri delu, ki ne pomenijo pomemben dejavnik širjenja programa v podjetja.

Literatura

1. Stergar E, Urdih Lazar, ur. Priročnik za svetovalce za promocijo zdravja pri delu: Čili za delo. Ljubljana: Klinični center, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, 2006.
2. Urdih Lazar T. Čili za delo – pot do celostne skrbi za zdravje zaposlenih. NOVIS: novice, obvestila, vesti, informacije združenja: glasilo Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije 2010, 37(5): 3–5.

Katja Draksler, univ. dipl. soc.
Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov.

IZVEDENSKO DELO V CENTRU ZA POKLICNE BOLEZNI IN OCENJEVANJE DELAZMOŽNOSTI V PETLETNEM OBDOBJU 2007–2011

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

Izvleček: Od 1. 1. 2007 do 31. 12. 2011 je bilo v Centru za poklicne bolezni in ocenjevanje delazmožnosti KIMDPŠ izvedensko obravnavanih 156 delavcev, od tega 82 (53 odstotkov) moških in 74 (47 odstotkov) žensk. V 72 odstotkih so bili naročniki izvedenskih mnenj sodišča, zlasti delovna in socialna.

V dobrih dveh tretjinah primerov so bila podana sodna izvedenska mnenja inštitutskega konzilija strokovnjakov. Najpogosteje odkrite bolezni in stanja so bila: bolezni mišično-skeletnega sistema, oči in obtočil, endokrine in prehranske motnje, duševne motnje, stanja po poškodbah, bolezni živčevja in prebavil.

Poklicna patologija je bila odkrita v 42 primerih, IF (pogostost) je bila 27, od tega: poklicne bolezni v skladu z veljavno zakonodajo v 12 primerih (IF = 8), sumi na poklicno bolezen v 15 primerih (IF = 10) ter bolezni, povezane z delom, v 15 primerih, (IF = 10).

V primerjavi z nepoklicno patologijo je poklicna patologija redko odkrita, je pa pomembna pri načrtovanju ukrepov varnosti in zdravja pri delu oziroma izboljševanju delovnega okolja. Pri izvedensko obravnavanih prevladujejo srednje in težje zdravstvene okvare.

Tako v predizvedenski obravnavi kot tudi v izvedenski obravnavi na inštitutu je bilo pri oceni izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev za določeno delo najpogosteje predlagano drugo delo, torej nezmožnost za svoje delo. V celoti gledano se oceni izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev za določeno delo med predizvedensko in izvedensko obravnavo razlikujeta kar v 55 odstotkih.

Ključne besede: izvedensko delo, poklicna bolezen, bolezen, povezana z delom, zdravstveno stanje, ocena izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev

Uvod

V Centru za poklicne bolezni in ocenjevanje delazmožnosti KIMDPŠ so v opazovanem obdobju petih let od 1. 1. 2007 do 31. 12. 2011 izvedensko delo opravljali redno zaposleni specialisti MDPŠ (skupaj 5) v nepolnem delovnem času. Pri pripravi izvedenskih mnenj so sodelovali tudi: dva inštitutska psihologa in konziliarni specialisti, strokovnjaki drugih specialnosti iz UKC Ljubljana in zunaj njega, specializanti MDPŠ, medicinske sestre in zdravstvena administracija. Izvedensko delo je potekalo na sedežu inštituta določene dneve v tednu. Delo se je opravljalo v skladu z enotno strokovno doktrino, veljavno zakonodajo in etičnimi načeli, po najboljši vesti in znanju. Uporabljeni sta bili medicinska in delovna dokumentacija v pisni in elektronski obliki v skladu z zakonodajo na področju varstva osebnih podatkov. Izvedenska mnenja so se pripravljala na

zahtevo sodišč, delodajalcev, delojemalcev, Zdravniške zbornice Slovenije in sindikatov. Naročnik je bil plačnik izvedenske obravnave. Medicinska dokumentacija v zvezi z izvedensko obravnavo se hrani v arhivu inštituta.

Material in metode

Opazovana enota je bila stranka v izvedenskem postopku glede na leto obravnave, opazovane spremenljivke pa so bile: vrsta izvedenskega mnenja (nesodna, sodna), spol, starost na dan izvedenske obravnave, skupna delovna doba na dan izvedenske obravnave, delovna doba na delovnem mestu, za katerega se je zahtevala ocena delazmožnosti oziroma ocena poklicne patologije, delovno mesto na dan izvedenske obravnave, izučen (pridobljen) poklic, sedež delodajalca glede na slovensko pokrajino (poštne številke), gospodarska

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

dejavnost, predlagana ocena na invalidski komisiji (IK) že pred izvedensko obravnavo na inštitutu, že ocenjena kategorija invalidnosti pred izvedensko obravnavo na inštitutu, predlagana ocena na IK po izvedenski obravnavi na inštitutu, diagnoze po Mednarodni klasifikaciji bolezni, 10. revizija (MKB–10) (1), poklicne bolezni, že priznane pred izvedensko obravnavo na inštitutu, ocena zdravstvenega stanja v izvedenskem postopku na inštitutu, ocena izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev za določeno delo pred izvedensko obravnavo na inštitutu, ocena izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev za določeno delo po izvedenski obravnavi na inštitutu, primerjava ocene izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev za določeno delo v predizvedenski obravnavi in izvedenski obravnavi na inštitutu, ugotovljene poklicne bolezni v izvedenski obravnavi na inštitutu, naročniki izvedenske obravnave na inštitutu.

Deleži (%) so zaokroženi v cela števila, zato skupni delež (%) ni vedno 100 odstotkov. Pri odkritih bolezenskih stanjih je navedena pogostost (IF = število odkritih primerov bolezni in stanj na 100 pregledanih).

Upoštevani so kriteriji ocene zdravstvenega stanja:

- **zdravstveno stanje v mejah normale:** je takšno stanje, pri katerem ne gre za bolezenski proces (stanje, ki bi zmanjšalo pričakovano življenjsko dobo oziroma vplivalo na delovno zmožnost oziroma povzročilo invalidnost);
- **lažje zdravstvene okvare:** je takšno stanje, ki bi lahko, vendar obstaja malo verjetnosti, ogrozilo zdravje, skrajšalo pričakovano življenjsko dobo oziroma zmanjšalo delovno zmožnost za svoje delo, povzročilo invalidnost;
- **srednje zdravstvene okvare:** je takšno stanje, ki ogroža zdravje, verjetno zmanjša zmožnost za svoje delo in lahko skrajšuje pričakovano življenjsko dobo oziroma povzroča invalidnost;
- **težje zdravstvene okvare:** je takšno stanje, ki precej ogroža zdravje, kjer je zmanjšana zmožnost za svoje delo oziroma bo verjetno skrajšana pričakovana življenjska doba oziroma povzročena invalidnost.

Zaradi majhnega števila obravnavanih primerov statistična obdelava in primerjava izsledkov obravnav ni bila smotrna.

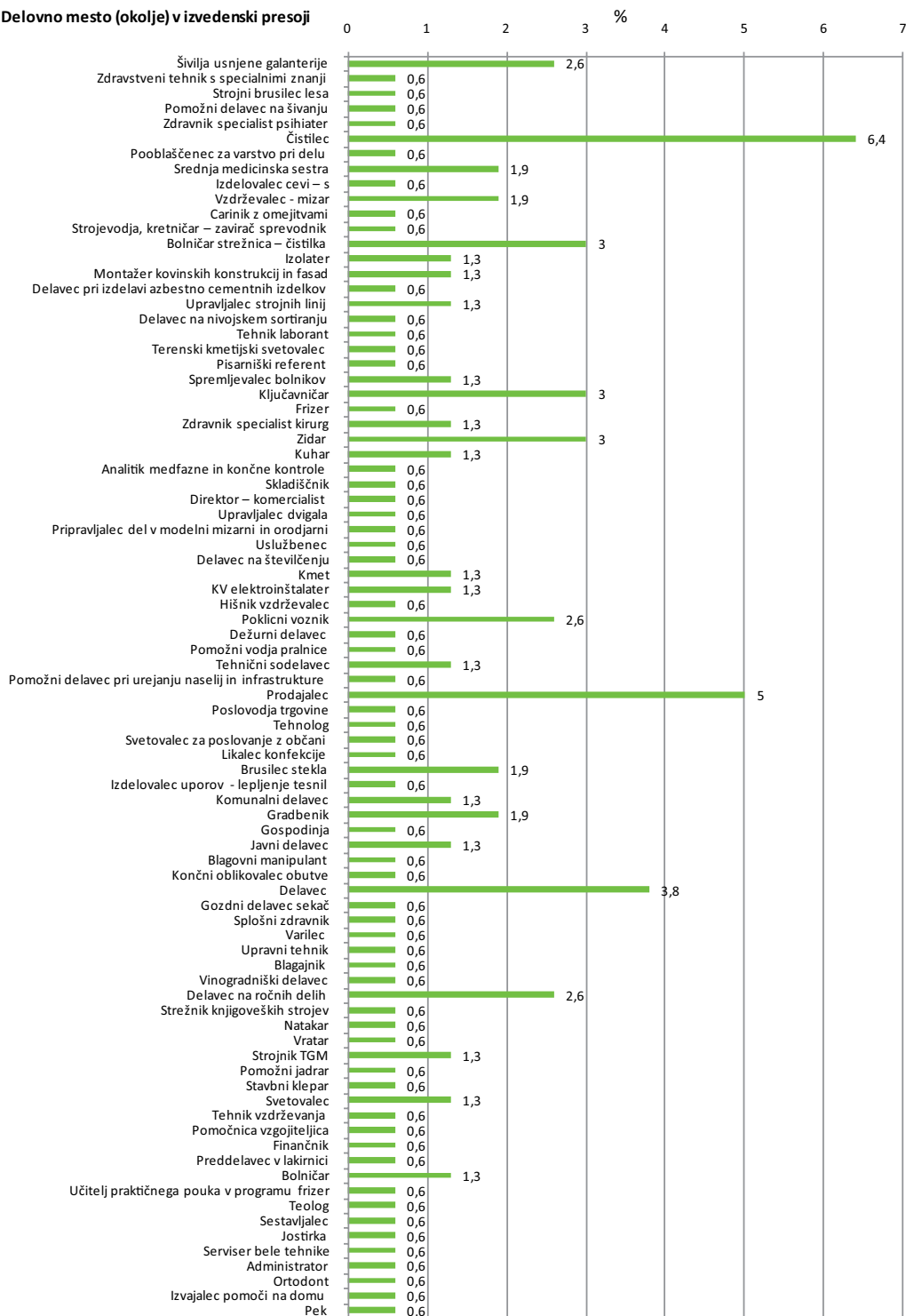
Rezultati

V obravnavanem obdobju so bile opravljene različne vrste izvedenskih mnenj: nesodna izvedenska mnenja izvedenca posameznika: 36 (23 odstotkov), nesodna izvedenska mnenja inštitutskega konzilija strokovnjakov: 8 (5 odstotkov), sodna izvedenska mnenja izvedenca posameznika: 7 (4 odstotki) ter sodna izvedenska mnenja inštitutskega konzilija strokovnjakov: 105 (68 odstotkov).

Dobri dve tretjini primerov je bilo sodnih izvedenskih mnenj inštitutskega konzilija strokovnjakov. Skupaj je bilo obravnavanih 156 primerov, od tega 82 moških (53 odstotkov) in 74 žensk (47 odstotkov). Povprečna starost obravnavanih je bila 49 let, povprečna skupna delovna doba 23 let in povprečna delovna doba na delovnem mestu v izvedenski obravnavi 10 let.

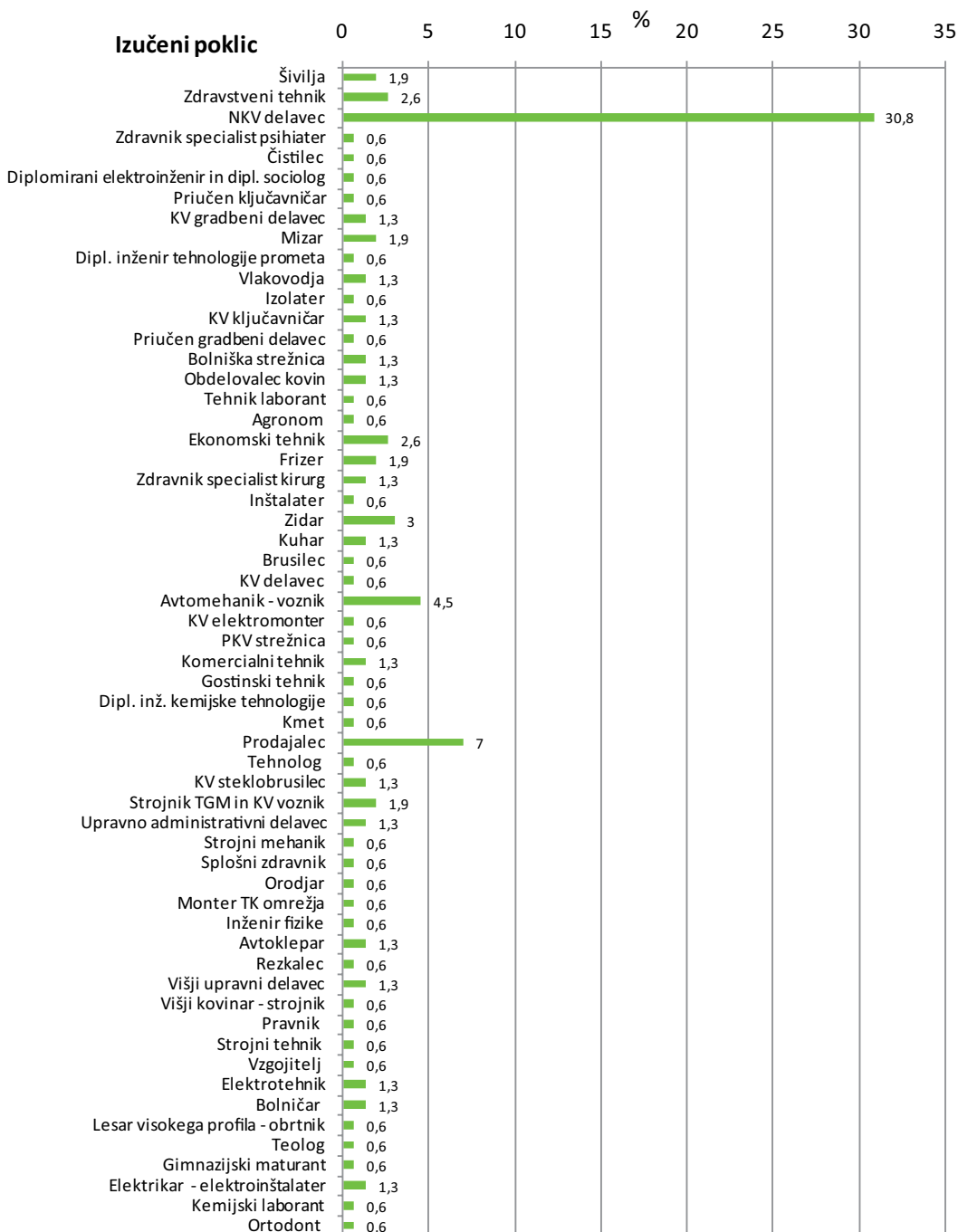
V izvedenski obravnavi izstopata delovni mesti čistilca in prodajalca. Sicer so delovna mesta zelo razpršena.

Delovno mesto (okolje) v izvedenski presoji



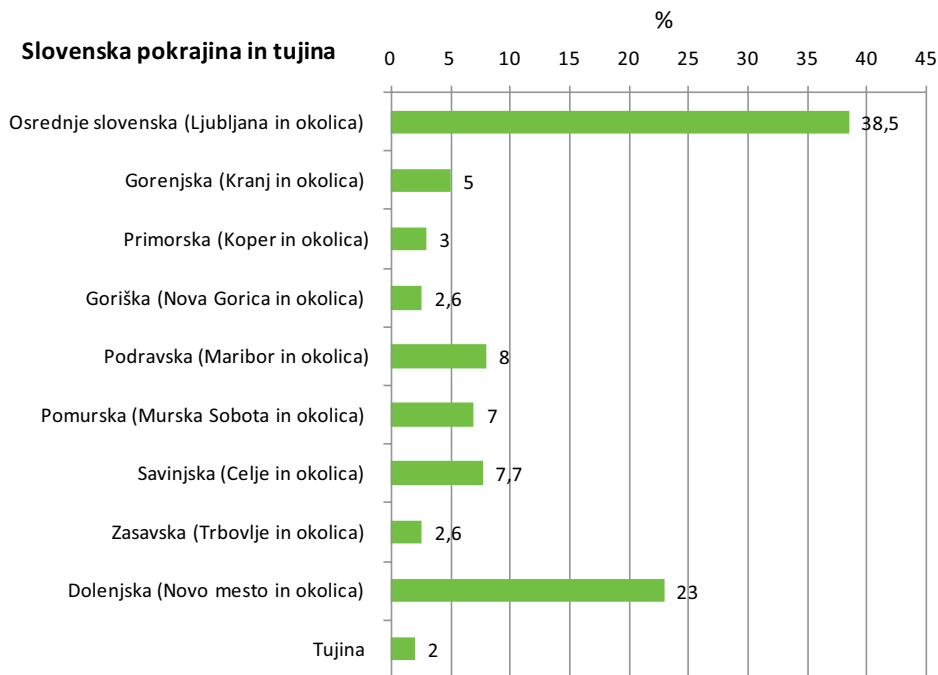
Slika 1: Delež izvedensko obravnavanih delavcev glede na delovno mesto v času obravnave v 5-letnem obdobju (2007–2011)

V izvedenski presoji izstopajo naslednji izučeni poklici: nekvalificirani delavec, prodajalec in avtomehanik voznik. Sicer so izučeni poklici zelo razpršeni. Izučeni poklic pogosto ni bil v skladu z delovnim mestom v izvedenski presoji.



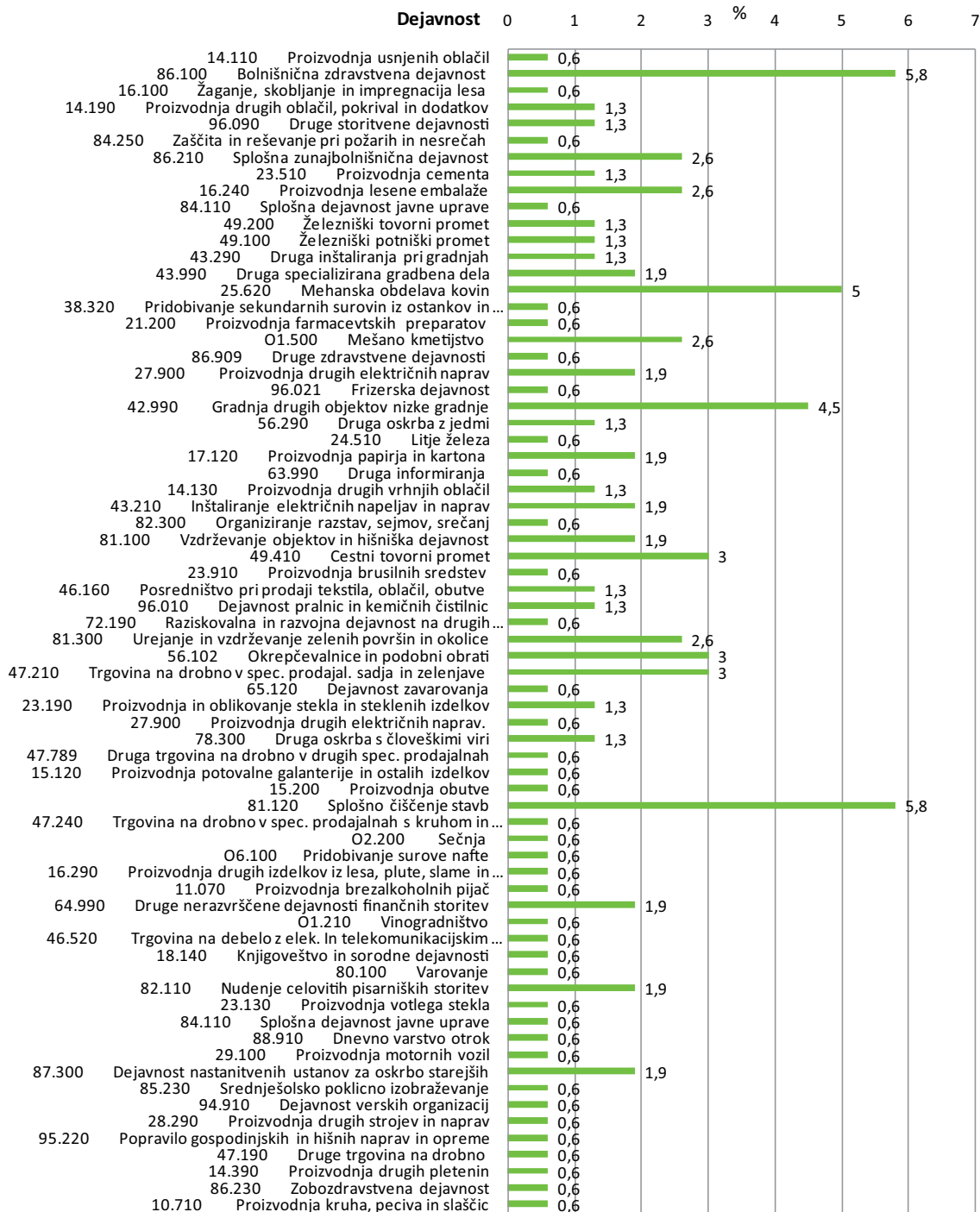
Slika 2: Delež izvedensko obravnavanih delavcev glede na delovno mesto v času obravnave v 5-letnem obdobju (2007–2011)

Največ izvedenskih obravnav je bilo glede na sedež delodajalca iz Osrednjeslovenske in Dolenjske pokrajine.



Slika 3: Delež izvedensko obravnavanih delavcev glede na pokrajino sedeža delodajalca v 5-letnem obdobju (2007–2011)

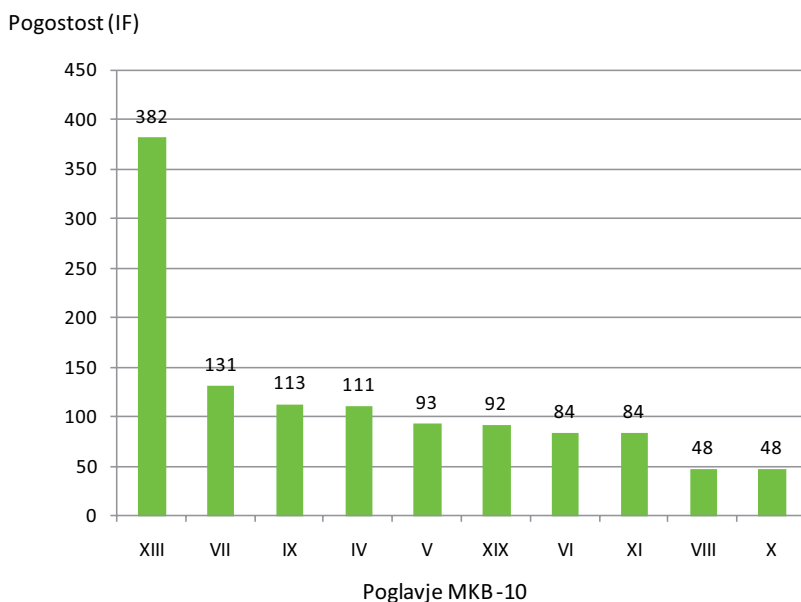
Največji deleži izvedensko obravnavanih primerov so bili v bolnišnični zdravstveni dejavnosti, splošnem čiščenju stavb in mehanski obdelavi kovin. Sicer pa gre za veliko razpršenost gospodarskih dejavnosti.



Legenda: Dejavnost glede na Standardno klasifikacijo dejavnosti

Slika 4: Delež izvedensko obravnavanih delavcev glede na gospodarsko dejavnost delodajalca v 5-letnem obdobju (2007–2011)

Med obravnavanimi primeri po diagnozah glede na MKB-10 (1) izstopajo bolezni mišično-skeletnega sistema, oči in adneksov, obtočil in endokrine motnje.

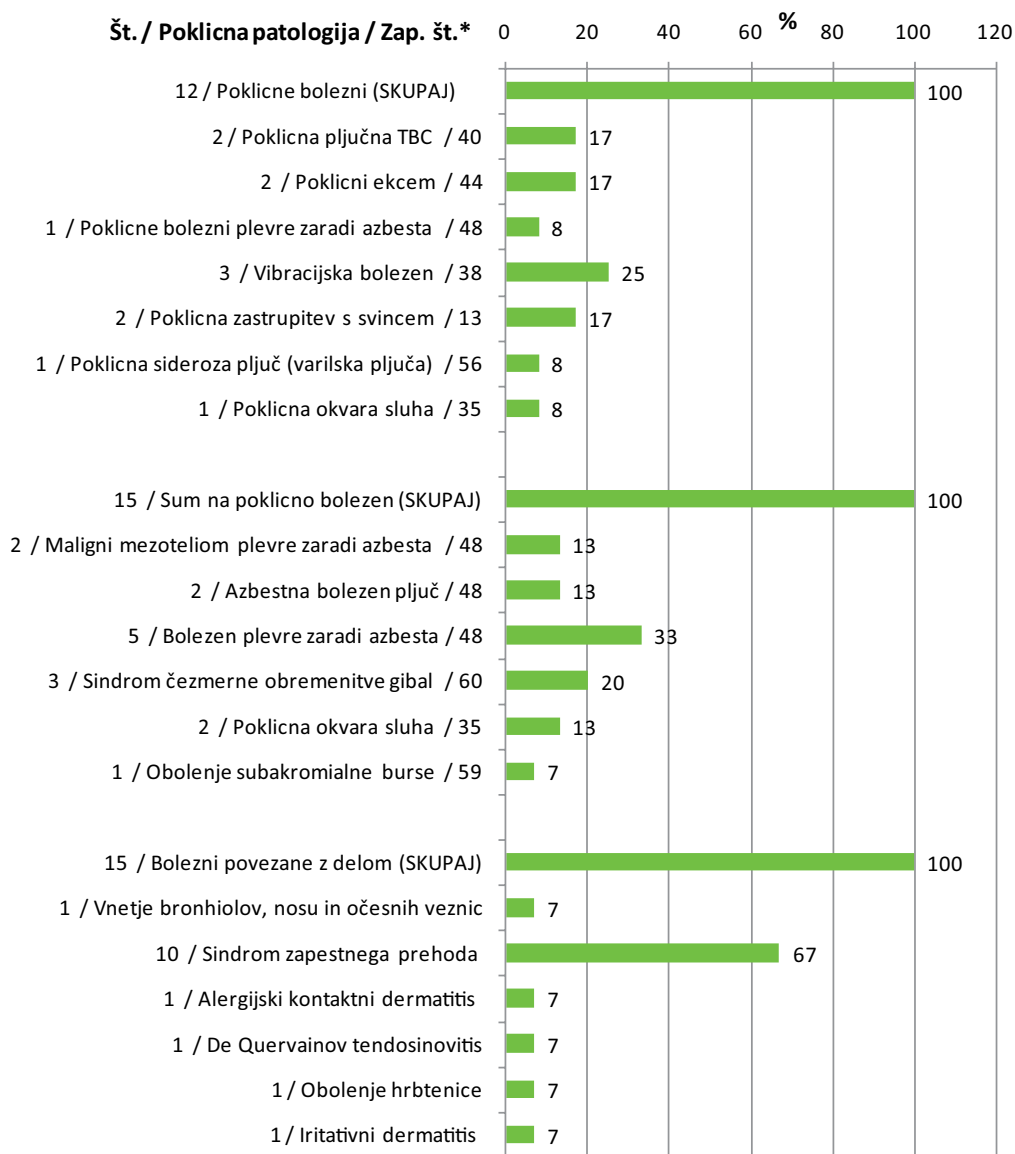


Legenda:

- XIII Bolezni mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva
- VII Bolezni očesa in adneksov
- IX Bolezni obtočil
- IV Endokrine, prehranske in presnovne bolezni
- V Duševne in vedenjske motnje
- XIX Poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posledice zunanjih vzrokov
- VI Bolezni živčevja
- XI Bolezni prebavil
- VIII Bolezni ušesa in mastoida
- X Bolezni dihal

Slika 5: Najpogostejše bolezni in stanja glede na poglavje MKB-10, odkrita v izvedenski obravnavi v 5-letnem obdobju (2007–2011)

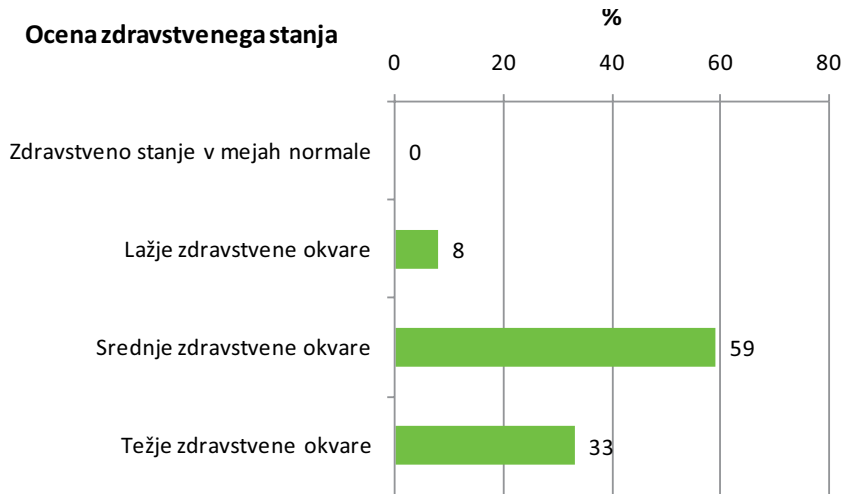
Poklicna patologija je bila v obravnavanem obdobju odkrita v 42 primerih (IF = 27), od tega je bilo odkritih 12 poklicnih bolezni (IF = 8), 15 sumov na poklicno bolezen (IF = 10) in 15 bolezni, povezanih z delom (IF = 10).



Legenda: * Zaporedna številka, pod katero je bolezen vpisana v Seznam poklicnih bolezni v Republiki Sloveniji (2)

Slika 6: Poklicna patologija v okviru 5-letne izvedenske obravnave (2007–2011)

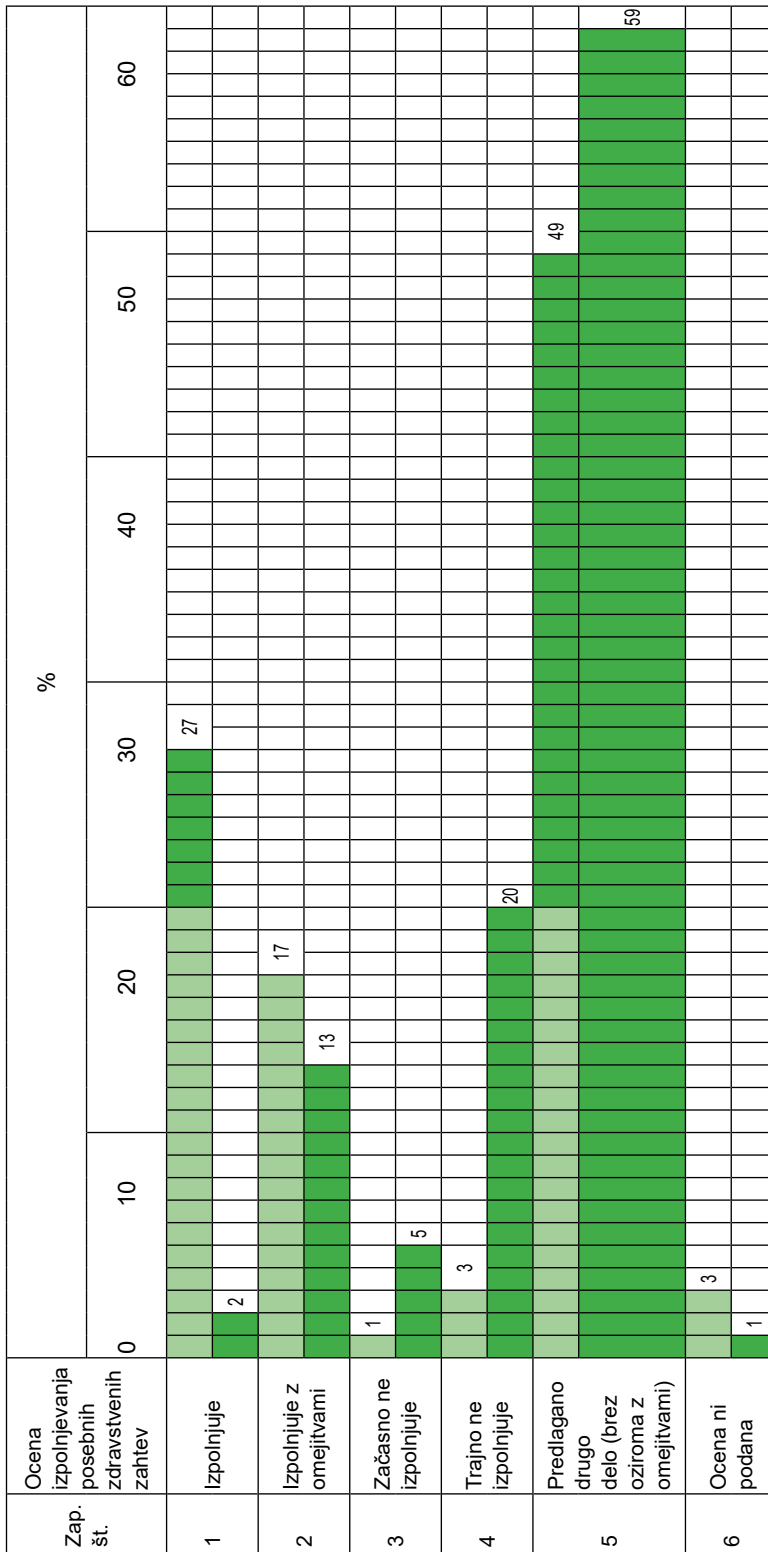
Pri izvedenskih obravnavah delavcev so prevladovale srednje in težje zdravstvene okvare.



Slika 7: Ocena zdravstvenega stanja izvedensko obravnavanih delavcev v 5-letnem obdobju (2007–2011)

Pri ocenjevanju izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev za določeno delo prevladuje ocena predlagano drugo delo tako v predizvedenski kot izvedenski obravnavi, vendar je delež takšnih ocen višji v izvedenski obravnavi na inštitutu.

Tabela 1: Primerjava deleža ocen izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev za določeno delo v delovnem okolju med predizvedensko in izvedensko obravnavo na inštitutu v 5-letnem obdobju (2007–2011)



Legenda:

- Predizvedenska obravnavava
- Izvedenska obravnavava

V celoti gledano se oceni izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev za določeno delo med predizvedensko in izvedensko obravnavo na inštitutu razlikujeta v 55 odstotkih. Ocena na IK je bila že pred inštitutsko izvedensko obravnavo predlagana v 117 (75 odstotkih) primerih, invalidnost je bila priznana v 83 primerih: 74 (47 odstotkih) tretja kategorija, 6 (4 odstotki) druga kategorija in 3 (2 odstotka) prva kategorija. Po izvedenski obravnavi na inštitutu je bila ocena na IK predlagana v 114 (73 odstotkih) primerih.

Naročniki izvedenskih obravnav v petletnem obdobju so bili: sodišča (113 primerov – 72 odstotkov), delodajalci (23 primerov – 15 odstotkov), delavci (14 primerov – 9 odstotkov), sindikati (2 primera – 1 odstotek), pooblaščen zdravnik (1 primer – 1 odstotek) in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (3 primeri – 2 odstotka). Najpogostejši naročniki izvedenskih mnenj so bila torej sodišča, zlasti delovna in socialna sodišča.

Nadaljnji razvoj izvedenske dejavnosti

Izvedenska dejavnost, tako sodna kot nesodna, je prioritarna terciarna dejavnost, ki se opravlja po najboljši vesti in znanju, v skladu z enotno strokovno doktrino, veljavno zakonodajo in etičnimi načeli. Zato si je treba prizadevati za nadaljnji razvoj tega področja, ki mora sloneti na znanju in izkušnjah inštitutskih strokovnjakov, tako medicinskih (zdravniki specialisti MDPŠ) kot nemedicinskih (psihologi), za nemoteno in kakovostno pripravo interdisciplinarnih izvedenskih mnenj pa je treba sklepati tudi pogodbe z zunanjimi konziliarnimi strokovnjaki glede na prioritete specialistične obravnave: psihiater, klinični psiholog, nevrolog, ortoped, kardiolog, pulmolog, dermatolog itd.

Poklicne bolezni so pomemben kazalnik negativnega zdravja in kažejo na zdravstveno ogroženost delavcev v delovnem okolju. Prave razsežnosti problematike poklicnih bolezni v Sloveniji ne poznamo, ker kljub zakonski obvezi nimamo registra poklicnih bolezni, sumov na poklicno bolezen in z delom povezanih bolezni. Obstajajo le izjemno pomanjkljivi podatki o incidenci poklicnih bolezni. Glede na podatke evropske statistike o

pogostosti poklicnih bolezni je v Sloveniji pričakovati na leto okrog 1150 primerov sumov na poklicno bolezen, od tega okoli 290 priznanih primerov poklicnih bolezni (3). Po nepopolnih podatkih je v Sloveniji na leto priznanih manj kot tretjina vseh pričakovanih poklicnih bolezni, med temi so pretežno poklicne azbestne bolezni, katerih dokazovanje je posebej zakonsko opredeljeno.

V dogovoru z Ministrstvom za zdravje je KIMDPŠ pripravil smernice, torej splošne in specifične kriterije verifikacije poklicnih bolezni, ki jih opredeljuje veljavna zakonodaja. Tako je inštitut leta 2009 prvi sklop teh kriterijev izdal v publikaciji Verifikacija poklicnih bolezni v RS I., ki zajema: poklicno astmo, poklicne kožne bolezni, poklicne bolezni zaradi izpostavljenosti azbestu, poklicni alergijski rinitis, poklicni alergijski konjunktivitis, poklicne okvare sluha zaradi hrupa in poklicno vibracijsko bolezen (4). Leta 2014 pa je izšla druga knjiga, ki vključuje: poklicne bolezni obsejalnih burz zaradi pritiska, poklicne bolezni zaradi prevelikega obremenjevanja kit, kitnih ovojnica in mišičnih oziroma kitnih narastišč, poklicne okvare meniskusa kolena, poklicno bolezen hrbtnice ter poklicno bolezen ohromitev živcev zaradi mehničnega pritiska (5). V pripravi je tudi že tretja knjiga smernic, ki bo zajemala najpogostejše poklicne bolezni zaradi kemičnih dejavnikov tveganja.

Smernice naj bi postale strokovna podlaga za vzpostavitev enotnega nacionalnega registra poklicnih bolezni in sumov na poklicno bolezen, ki bi omogočil epidemiološko spremljanje in ukrepanje za boljše varovanje zdravja pri delu. V smernicah je predstavljen tudi priporočen sistem in potek odkrivanja, verifikacije in registracije poklicnih bolezni. Da bi takšen sistem zaživel v praksi, je treba vzpostaviti sistem delavskih zavarovalnic, ki bi jih financirali delodajalci v okviru zavarovanja delavcev za primer poškodb pri delu in poklicnih bolezni. V takšnem sistemu bi lahko vsak specialist MDPŠ v okviru zdravstvenega varstva svoje delavske populacije odkrival poklicne bolezni brez bojazni za morebitno prekinitve pogodbenih obveznosti z delodajalcem. Pri tem bi potrebovali tudi nov pravilnik o poklicnih boleznih, ki bi omogočil poenotenje evidenc o incidenci poklicnih bolezni.

Literatura

1. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, deseta revizija. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 1995.
2. Pravilnik o seznamu poklicnih bolezni. Ur. list RS 2003; 85.
3. Eurostat: Occupational Diseases in Europe in 2001. Statistics in Focus: Population and Social Conditions 2004; 15.
4. Dodič Fikfak M, Črnivec R. Verifikacija poklicnih bolezni v Republiki Sloveniji I. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, 2009.
5. Dodič Fikfak M, Črnivec R. Verifikacija poklicnih bolezni v Republiki Sloveniji I. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, 2014.

ALKOHOL IN ŠPORT

Gregor Kavaš, dr. med., specializant MDPŠ¹

Izvelek: Raziskave kažejo, da je pitje alkohola povezano s stopnjo fizične aktivnosti. Alkohol je razvrščen tudi na Listo prepovedanih snovi in postopkov Svetovne protidopinške agencije. Študije kažejo, da športniki v študentskih letih v primerjavi z vrstniki pogosteje pijejo alkohol v večjih količinah, športniki iz kolektivnih športov pa popijejo več alkohola kot športniki iz individualnih športov. Proučevanje vpliva alkohola na mišični sistem in zmogljivost je dalo različne zaključke. Kljub temu raziskovalci uživanje alkohola v glavnem odsvetujejo, posebej pred in po intenzivni obremenitvi.

Ključne besede: uživanje alkohola, športnik, zmogljivost

Uživanje alkohola in fizična aktivnost

Več raziskovalcev je ugotovilo, da je uživanje alkohola močno povezano s fizično aktivnostjo (1–5). Dokazali so tudi, da odrasel človek popije več alkohola tiste dni v tednu, kadar je fizično aktivnejši (1). V raziskavah tudi navajajo, da bi bilo morda v presejalne teste za odkrivanje prekomernega uživanja alkohola smiselno uvrstiti raven fizične aktivnosti kot dejavnik tveganja (2, 4, 5). Nasprotno pa avstrijski raziskovalci ugotavljajo, da fizična aktivnost in večje uživanje alkohola nista povezana (6). Narejena je bila tudi raziskava na španskih adolescentih, kjer so ugotovili povezavo med fizično aktivnostjo in manjšim uživanjem alkohola (7). Avtorji preglednega članka so ugotovili, da je pogostost uživanja alkohola za časa študija med športniki in njihovimi vrstniki, ki se ne ukvarjajo s športom, podobna, vendar športniki bolj pogosto popijejo večje količine alkoholnih pijač ob posamezni priložnosti, popijejo več alkoholnih pijač v enem tednu in občutijo več negativnih posledic prekomernega uživanja alkohola kot njihovi vrstniki (8). Tudi več drugih raziskovalcev je potrdilo, da športniki v študentskih letih v primerjavi z vrstniki pogosteje pijejo alkohol v večjih količinah (9–12).

Načini pitja alkohola

Raziskovali so tudi načine pitja alkohola pri športnikih med različnimi vrstami športne aktivnosti. Nekateri

raziskovalci so odkrili, da so verižno popivali (»binge drinking«) najpogosteje športniki, ki so se ukvarjali z rekreativnim športom. Manj pogosto so na takšen način popivali športniki, ki so trenirali v klubih, in tisti športniki, ki so nastopali za fakulteto (9). V drugi raziskavi trdijo, da športniki, ki nastopajo za fakulteto, pijejo alkohol manj pogosteje v primerjavi s športniki, ki trenirajo rekreativno, vendar popijejo večje količine alkoholnih pijač ob posamezni priložnosti (13). Športniki iz kolektivnih športov popijejo več alkohola kot športniki iz individualnih športov. Pri njih je tudi več tveganega pitja alkohola (12, 14, 15). Raziskava, ki je bila narejena na slovenskih prvoligaških rokometarjih, je pokazala, da igralci v večini pijejo le priložnostno in v manjših količinah oziroma do občutka dobre volje (16).

Alkohol je tudi na Listi prepovedanih snovi in postopkov Svetovne protidopinške agencije (WADA) za leto 2016. Če je določena snov ali postopek prepovedan v športu, morata biti zagotovljeni najmanj dve merili od treh:

1. dokaz, da ima snov ali postopek potencialni vpliv na izboljšanje ali izboljšuje zmogljivost;
2. dokaz, da snov ali postopek pomeni dejansko ali potencialno tveganje za športnika;
3. določbo od WADA, da uporaba snovi ali postopka krši športni duh.

Presenetljivo glede na zgornje pogoje je alkohol (etanol) prepovedan samo na tekmovanjih v naslednjih športnih panogah: letalski športi (Air sports – FAI), avtomobi-

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

lizem (FIA), lokostrelstvo (WA) in powerboating (UIM). Detekcija se opravi z analizo v izdihanem zraku in/ali v krvi. Mejna koncentracija alkohola v krvi je 0,1 g/L (17).

Učinki alkohola na mišični sistem športnikov

Učinke alkohola na športnikov mišični sistem so raziskovali predvsem v povezavi z ekscentrično vadbo. Naporna ekscentrična vadba, ki je pri športih, kjer je veliko poskokov, šprintov, teka s spreminjanjem smeri, hitrim ustavljanjem in kontaktov s soigralci, povzroči poškodbe mišic na celični ravni (18–20). Za doseganje željenega učinka treninga ali tekme je pomembna optimalna regeneracija. Raziskovalci uživanje alkohola po intenzivni ekscentrični vadbi odsvetujejo, saj lahko poslabša regeneracijo (21–23). Ugotovljeno je bilo, da uživanje alkohola po intenzivni vadbi kljub optimalni prehrani po naporu negativno vpliva na proteinsko sintezo, ki je pomembna pri regeneraciji in adaptaciji skeletnih mišic (24). Barnes in sodelavci so poskusili ugotoviti, kakšne posledice bi imelo uživanje alkohola po naporu na fizično zmogljivost športnikov v simuliranih razmerah, ki nastanejo na tekmovanju. Ugotovili so, da uživanje alkohola po naporu verjetno nima vpliva na regeneracijo skeletnih mišic, vendar so se pri tem spraševali, kakšne rezultate bi dobili v bolj realnih razmerah in pri višjih količinah zaužitega alkohola (25). V drugi raziskavi niso odkrili pomembnih učinkov uživanja večjih količin alkohola po tekmi na moč, hidracijo, markerje mišične poškodbe igralcev ragbija (26). Pri uživanju večjih količin alkohola v noči pred testiranjem niso ugotovili veliko negativnih učinkov na anaerobno zmogljivost športnikov. Polega učinkov alkohola je bilo treba upoštevati še manjšo količino spanca (27). Raziskovalci so ugotavljali tudi akutne učinke nizkih vrednosti alkohola pri kolesarjih. Ugotovili so, da ima uživanje alkohola pred naporom negativen učinek na moč in vzdržljivost (28). Nasprotno so tudi ugotovili, da enkratno uživanje alkohola v zmernih količinah ne vpliva na maksimalno moč in vzdržljivost zdravih posameznikov (29).

Zaključek

Zdravniki in trenerji športnikom večinoma uživanje alkohola odsvetujejo, posebno po intenzivni obremenitvi in pred obremenitvijo (21, 23, 25, 26, 27, 29). Kljub določilom WADA, da je uživanje alkohola prepovedano na tekmovanjih v nekaterih športnih panogah, lahko posamezne ekipe določijo stopnjo tolerance alkohola in sankcije v primeru nespoštovanja pravil. Na poletnih olimpijskih igrah v Riu je npr. nizozemski nacionalni olimpijski komite zaradi popivanja sankcioniral športnika z izključitvijo iz iger (30).

Literatura

1. Conroy DE, Ram N, Pincus AL, et al. Daily physical activity and alcohol use across the adult lifespan. *Health Psychol* 2015; 34(6): 653–60.
2. Lisha NE, Sussman S, Fapa F, et al. Physical activity and alcohol use disorders. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2013; 39(2): 115–20.
3. Piazza-Gardner AK, Barry AE. Examining physical activity levels and alcohol consumption: are people who drink more active? *Am J Health Promot* 2012; 26(3): e95–104.
4. Lisha NE, Martens M, Leventhal AM. Age and gender as moderators of the relationship between physical activity and alcohol use. *Addict Behav* 2011; 36(9): 933–6.
5. French MT, Popovici I, Maclean JC. Do alcohol consumers exercise more? Findings from a national survey. *Am J Health Promot* 2009; 24(1): 2–10.
6. Kopp M, Burtscher M, Kopp-Wilfling P, et al. Is there a link between physical activity and alcohol use? *Subst Use Misuse* 2015; 50(5): 546–51.
7. López Villalba FJ, Rodríguez García PL, García Cantó E, et al. Relationship between sport and physical activity and alcohol consumption among adolescents students in Murcia (Spain). *Arch Argent Pediatr* 2016; 114(2): 101–106.
8. Martens MP, Dams-O'Connor K, Beck NC. A systematic review of college student-athlete drinking: Prevalence rates, sport-related factors, and interventions. *J Subst Abuse Treat* 2006; 31(3): 305–16.
9. Barry AE, Howell SM, Riplinger A, et al. Alcohol use among college athletes: do intercollegiate, club, or in-

- tramural student athletes drink differently? *Subst Use Misus* 2015; 50(3): 302–7.
10. Yusko DA, Buckman JF, White HR, et al. Risk for excessive alcohol use and drinking-related problems in college student athletes. *Addict Behav* 2008; 33(12): 1546–1556.
 11. Cadigan JM, Littlefield AK, Martens MP, et al. Transitions into and out of intercollegiate athletic involvement and risky drinking. *J Stud Alcohol Drugs* 2013; 74(1): 21–9.
 12. Partington S, Partington E, Heather N, et al. The relationship between membership of a university sports group and drinking behaviour among students at English Universities. *Addiction Research and Theory* 2013; 21(4): 339–347.
 13. Marzell M, Morrison C, Mair C, et al. Examining drinking patterns and high-risk drinking environments among college athletes at different competition levels. *J Drug Educ* 2015; 45(1): 5–16.
 14. Zhou J, Heim D, O'Brien K. Alcohol Consumption, athlete identity, and happiness among student sports people as a function of sport-type. *Alcohol Alcohol* 2015; 50(5): 617–23.
 15. Lorente FO, Souville M, Griffet J, et al. Participation in sports and alcohol consumption among French adolescents. *Addict Behav* 2004; 29(5): 941–6.
 16. Markovič F. Navade uživanja alkohola med igralci 1. slovenske rokometne lige: diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za šport, 2009.
 17. Lista prepovedanih snovi in postopkov. Slovenska antidoping organizacija; januar 2016. [na spletu]. [pridobljeno 28. 8. 2016]. Dostopno na <http://www.sloado.si/kategorija/lista-2016-lista>
 18. Clarkson PM, Hubal MJ. Exercise-induced muscle damage in humans. *Am J Phys Med Rehabil* 2002; 81(11 Suppl): S52–69.
 19. Proske U, Morgan DL. Muscle damage from eccentric exercise: mechanism, mechanical signs, adaptation and clinical applications. *J Physiol* 2001; 537(2): 333–345.
 20. Lima LC, Denadai BS. Attenuation of eccentric exercise-induced muscle damage conferred by maximal isometric contractions: a mini review. *Front Physiol* 2015; 6: 300.
 21. Barnes MJ, Mündel T, Stannard SR. Acute alcohol consumption aggravates the decline in muscle performance following strenuous eccentric exercise. *J Sci Med Sport* 2010; 13(1): 189–93.
 22. Barnes MJ, Mündel T, Stannard SR. Post-exercise alcohol ingestion exacerbates eccentric-exercise induced losses in performance. *Eur J Appl Physiol* 2010; 108(5): 1009–14.
 23. Murphy AP, Snape AE, Minett GM, et al. The effect of post-match alcohol ingestion on recovery from competitive rugby league matches. *J Strength Cond Res* 2013; 27(5): 1304–12.
 24. Parr EB, Camera DM, Areta JL, et al. Alcohol ingestion impairs maximal post-exercise rates of myofibrillar protein synthesis following a single bout of concurrent training. *PLoS One* 2014; 9(2): e88384.
 25. Barnes MJ, Mündel T, Stannard SR. The effects of acute alcohol consumption on recovery from a simulated rugby match. *J Sports Sci* 2012; 30(3): 295–304.
 26. Prentice C, Stannard SR, Barnes MJ. The effects of binge drinking behaviour on recovery and performance after a rugby match. *J Sci Med Sport* 2014; 17(2): 244–8.
 27. Prentice C, Stannard SR, Barnes MJ. Effects of heavy episodic drinking on physical performance in club level rugby union players. *J Sci Med Sport* 2015; 18(3): 268–71.
 28. Lecoultre V, Schutz Y. Effect of a small dose of alcohol on the endurance performance of trained cyclists. *Alcohol Alcohol* 2009; 44(3): 278–83.
 29. Poulsen MB, Jakobsen J, Aagaard NK, et al. Motor performance during and following acute alcohol intoxication in healthy non-alcoholic subjects. *Eur J Appl Physiol* 2007; 101(4): 513–23.
 30. Burrows T. Dutch gymnast who was thrown out of the Olympics for drinking in Rio takes officials to court arguing he should be flown back to the Games immediately. [na spletu]. [pridobljeno 28. 8. 2016]. Dostopno na: <http://www.dailymail.co.uk/news/article-3736079/Dutch-gymnast-thrown-Olympics-drinking-Rio-takes-officials-court-arguing-flown-Games-immediately.html#ixzz4leGNo2oJ>

RAZISKOVALNO DELO NA PODROČJU PROMOCIJE ZDRAVJA PRI DELU IN IZZIVI ZA PRIHODNOST

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

Povzetek

Raziskovalno delo na področju promocije zdravja pri delu (PZD) zahteva od raziskovalca inter- in intradisciplinaren, medsektorski, medinstitucionalen in medosebni pristop pri izvajanju, implementaciji in posledično uspešnosti projektov. Za ta namen na KIMDPŠ intenzivno sodelujemo s strokovnjaki različnih doktrin ter tako vključujemo ključno znanje in kompetence posameznikov. V okviru Evropske mreže za promocijo zdravja pri delu se povezujemo tudi z vodilnimi strokovnjaki iz tujine in tako skrbimo za prenos znanja in dobrih praks iz tujine.

V zadnjih desetih letih se pretežno v tujini veliko pozornosti posveča raziskovanju zdravja na delovnem mestu in PZD. V Sloveniji šele od leta 2011, ko je ZVZD-1 promocijo zdravja pri delu postavil kot obvezo delodajalca, lahko opazimo povečan interes tako delavcev, delodajalcev kot strokovnjakov za varnost in zdravje pri delu po (dodatnih) informacijah glede programov in projektov promocije zdravja ter uvajanju dobrih praks v delovne organizacije. Pri tem se je pokazalo, da imamo v Sloveniji majhno število strokovnjakov z ustreznimi strokovnimi kompetencami na tem področju ter pomanjkljiv nabor strokovne literature. Prav tako se za projekte promocije zdravja nacionalno namenja (pre)malo sredstev. Medtem ko so temeljne raziskave na področju javnega zdravja in promocije zdravja v slovenskem prostoru redke, so še redkejše tiste, ki se nanašajo na delovno aktivno populacijo. Raziskovalni projekti in raziskave imajo izjemno uporabno vrednost pri načrtovanju in implementaciji programov PZD zaradi vsestranskosti in raznovrstnosti področij, s katerimi lahko v okviru PZD vplivamo na posameznika, na delovno organizacijo ali širše na družbo. V prispevku zgoščeno predstavljamo raziskovalne projekte in raziskave, ki smo jih v zadnjih letih izvajali v okviru Centra za promocijo zdravja na KIMDPŠ, ključne ugotovitve in njihove načine uporabe.

Ključne besede: raziskovanje, načrtovanje, programi in projekti promocije zdravja pri delu

Raziskovanje in raziskovalno delo na področju promocije zdravja pri delu

Pri raziskovanju gre za delo, ki ga raziskovalci opravljamo sistematično, da bi povečali znanje vključno z razvojem novih načinov uporabe tega znanja. Primarni cilj raziskovanja je širiti znanje in razumevanje določenega področja. Znanost je povezana s splošnim razvojem družbe, bodisi z inovacijami in novimi dognanji neposredno izboljšuje bivanje bodisi posredno ustvarja družbeno klimo, ki izboljšuje kvaliteto bivanja (1).

Včasih je veljalo, da sta za razvojno-raziskovalno delo potrebna predvsem radovednost in vedoželjnost največkrat enega partnerja, čigar napor in delo so večinoma financirani iz enega vira, delo je osredotočeno na nov proizvod ali storitev, brez strateškega razmisleka. Danes vemo, da je razvojno-raziskovalno delo osredotočeno

predvsem na rezultat oziroma koristi za končnega uporabnika, s poudarkom na ustvarjanju dobička, kjer na podlagi jasne strategije sodeluje več partnerjev (2). Uspešnost raziskovalcev pa ni kar sama po sebi umevna. Razvije se v ustvarjalnem okolju, kjer posameznik lahko razvija svoje potenciale, znanje, strokovnost in kompetence. Priznani nemški bakterilog in prejemnik Nobelove nagrade Paul Ehrlich (1854–1915) je dejal, da so za uspeh raziskovalca potrebni 4G-ji: »Geschick, Geduld, Geld und Glück.« Oziroma znanje/veščine, potrpežljivost, denar in sreča.

Z globalizacijo se svet dela spreminja in posledično nastajajo regije, okolja, ki raziskovalno delo in raziskovanje podpirajo bolj kot drugje. Florida (2005) navaja, da 50 odstotkov prebivalcev živi v urbanih okoljih in da obstaja 40 mega regij (v globalnem smislu), v katerih živi 20 odstotkov svetovnega prebivalstva, ki proizva-

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

jajo dve tretjini bogastva. Gre za mesta, kjer nastane 85 odstotkov inovacij in v katerih živi in dela 95 odstotkov najbolj citiranih znanstvenikov. Gre za okolja, ki imajo vse razmere, ki jih zahteva ustvarjalni razred (3T-ji: ang. Technology, Talent, Tolerance); poleg vrhunske tehnologije, ki talentiranim posameznikom omogoča raziskovalno delo, je potrebna tudi toleranca (strpnost) do drugače, »out-of-box« mislečih posameznikov (3). Spreminja se tudi narava znanosti oziroma raziskovalno-razvojnega dela. Spreminjajo se znanstvena področja, raziskovalci se vse bolj interdisciplinarno povezujejo in ustvarjajo veliko križišč in stičnih točk. Nove tehnologije spodbujajo razvoj novih znanstvenih disciplin, ki jih pred nekaj leti sploh ni bilo.

V zadnjih desetih letih se pretežno v tujini veliko pozornosti posveča raziskovanju zdravja na delovnem mestu in promociji zdravja pri delu (PZD). Pojem PZD mnogi intuitivno razumejo kot nekaj, kar je povezano z boljšim zdravjem delavcev. V Sloveniji šele od leta 2011, ko je Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1, Ur. l. RS, št. 43/2011) promocijo zdravja pri delu postavil kot obvezo delodajalca, lahko opazimo povečan interes tako delavcev, delodajalcev kot strokovnjakov za varnost in zdravje pri delu po (dodatnih) informacijah glede programov in projektov promocije zdravja ter uvajanju dobrih praks v delovne organizacije.

Raziskovalni projekti in raziskave s področja PZD imajo izjemno uporabno vrednost pri načrtovanju in implementaciji programov PZD v delovnih organizacijah zaradi vsestranskosti in raznolikosti področij, s katerimi lahko v okviru PZD vplivamo na posameznika, na delovno organizacijo ali širše na družbo (4).

Raziskovalni projekti in raziskave na KIMDPŠ

Raziskovalno delo na področju PZD od raziskovalcev zahteva inter- in intradisciplinaren, medsektorski, medinstitucionalen in medosebni pristop pri izvajanju, implementaciji in posledično uspešnosti projektov. V današnjem času, ko je znanje in informacije možno najti

na svetovnem spletu in je razdalje možno v kratkem času premagati, sta mobilnost in povezovalnost raziskovalcev ne le potrebna, temveč izjemno pomembna. Iskanje strateških partnerjev in povezav zunaj okvirov »matičnih« raziskovalnih inštitucij in skupin je ključno pri iskanju načinov za prenos znanja, kompetenc in izkušenj na nove ljudi, v nova okolja (2).

Sodelavci KIMDPŠ že leta intenzivno sodelujemo s strokovnjaki različnih doktrin ter tako vključujemo ključno znanje in kompetence posameznikov. Povezujemo se z vodilnimi strokovnjaki iz tujine in tako skrbimo tudi za prenos znanja in dobrih praks iz tujine.

Raziskovalne projekte in raziskave, ki smo jih ali jih še izvajamo v okviru Centra za promocijo zdravja na KIMDPŠ, lahko povežemo v vsebinske sklope. Podrobni opisi projektov, namen, cilji in rezultati so navedeni na naši spletni strani: www.cilizadelo.si.

Projekti Evropske mreže za promocijo zdravja pri delu (ENWHP)

Evropska mreža za promocijo zdravja pri delu (European Network for Workplace Health Promotion – ENWHP) je neformalna mreža nacionalnih inštitutov za medicino dela, zdravja in varnosti pri delu, javnih zavodov in inštitucij javnega zdravja, promocije zdravja ter institucij socialnega zavarovanja. Cilj, ki ga v skupnem prizadevanju želijo doseči vsi člani in partnerji mreže, je izboljšanje zdravja in počutja na delovnem mestu in zmanjšanje vplivov bolezni, povezanih z delom na evropsko delovno silo. Številne skupne pobude omogočajo lažje čezmejno sodelovanje in izmenjavo informacij ter širjenje dobrih praks na delovnem mestu (4). V okviru ENWHP smo sodelovali pri izvajanju več skupnih projektov (tabela 2).

Tabela 1: Sodelovanje pri projektih Evropske mreže za promocijo zdravja pri delu

Naslov projekta	Leta – trajanje	Opis, vsebina, področje kampanje
Premikamo Evropo Zdrav življenjski slog	2007–09	Življenjski slog: prehrana, gibanje, obvladovanje stresa in nekadjenje.
MentHealthWork Delo. Uglašeno z življenjem.	2009–10	Promocija duševnega zdravja pri delu, preprečevanje težav v duševnem zdravju, zgodnje odkrivanje duševnih in čustvenih motenj zaradi čimprejšnje pomoči zbolelim ter podpora posameznikom po vrnitvi na delovno mesto po bolniški odsotnosti.
PHWork Promocija zdravega dela za delavce s kroničnimi boleznimi	2011–13	Ohranjanje zaposlitve delavcev s kroničnimi boleznimi, olajšanje vrnitve na delo po dolgotrajni bolniški odsotnosti ter izmenjava izkušenj glede reintegracije na delo pri kronično bolnih delavcih.

Projekt LEECH – Promocija zdravja za nižje izobražene delavce

Projekt LEECH (Krepitev transversalnih kompetenc nižje izobraženih delavcev, povezanih z njihovimi izbirami v zvezi z zdravjem, v okviru sprememb na trgu dela) je bil mednarodni raziskovalni in izvedbeni projekt, ki je potekal v letih od 2008 do 2011. Cilj projekta je bil poiskati ustrezen način za oblikovanje strategije za zdravstveno vzgojo in promocijo zdravja, ki bi bila prilagojena potrebam ljudi z nižjo izobrazbo. Rezultati raziskave, ki je bila v Sloveniji opravljena na 402 preiskovancih, so potrdili, da imajo programi zdravstvene vzgoje in preventive bolezni večji učinek na že ozaveščene in višje izobražene slušatelje (5).

Projekti promocije zdravja pri delu in razvoj slovenske mreže za promocijo zdravja

Na KIMDPŠ smo začeli razvijati projekte PZD že leta 2006 na podlagi projekta »Za zdravo delo in življenje«. V okviru projekta smo razvili vsebine za sedem izobraževalnih in intervencijskih modulov za vseživljenjsko izobraževanje. Vsebine modulov smo natisnili v priročniku (6).

Promocijo zdravja pri delu kot področje delovanja smo razvijali še naprej ter začeli izobraževanje svetovalcev za promocijo zdravja. Vsebine, ki so bile v okviru projekta pripravljene, so ponudile dobro osnovo za izvedbo izobraževalnega programa, s katerim smo v

letu 2008 začeli izobraževati svetovalce za promocijo zdravja pri delu.

Sočasno smo zasnovali predlog slovenske mreže za promocijo zdravja pri delu (SIWHP), ki deluje še danes in šteje okoli 220 članov, ki se na leto sestajajo ter si medsebojno prenašajo izkušnje in dobre prakse.

Projekt SIWHP, Leonardo da Vinci (Promocija zdravja pri delu kot okrepitev strokovnega znanja specialistov medicine dela, prometa in športa)

Namen projekta, ki ga je leta 2013 vodil KIMDPŠ, je bil omogočiti zdravnikom specialistom medicine dela, prometa in športa v Sloveniji obogatitev znanja o PZD in tako okrepiti njihovo vlogo na tem področju. Poleg pridobivanja novega znanja s področja PZD so udeleženci lahko osvežili tudi nekatero drugo znanje (npr. iz ergonomije, ocene tveganja). V okviru projekta smo izvedli predavanja in delavnice za dve skupini udeležencev v trajanju šest dni ter prevedli, priredili in natisnili priročnik v slovenskem in angleškem jeziku (7).

Prenova programa Čili za delo

Na podlagi osemletnih izkušenj pri izvajanju izobraževanja za svetovalce za promocijo zdravja pri delu smo si na v letu 2015 za cilj postavili prenovo predvsem učbenika. Bistveno vodilo pri prenovi je bil premik od priročnika za predavatelje k učbeniku za svetovalce. Želeli smo doseči večjo koherentnost vsebin in pestrejši, privlačnejši način izvedbe izobraževanja. Učbenik Čili za delo: Učbenik za promocijo zdravja pri delu so

v celoti pripravili slovenski avtorji, ki v posameznih poglavjih opisujejo strategije in ukrepe PZD na podlagi teorij za razumevanje, predvidevanje in spreminjanje vedenjskih, socialnih in okoljskih dejavnikov zdravja. Učbenik horizontalno zajema in predstavlja različne vsebine PZD enako, vertikalno pa v vsakem poglavju strokovno predstavlja osnovna izhodišča, definicije in utemeljitve ter predviden načrt ukrepov, ki vključuje predloge operativnih ciljev, predloge sprememb podpornega okolja, izobraževanj, metode dela, načine sodelovanja z drugimi strokovnjaki in načine evalvacije. Namenjen je vsem tistim, ki se želijo učiti o PZD.

Promocija zdravja v UKC Ljubljana

Vzporedno s projektom »Prenova programa Čili za delo« smo izvajali tudi projekt »Promocija zdravja v UKC Ljubljana«, kjer smo želeli začeti postopno implementacijo ustreznih ukrepov programa PZD na dveh ravneh: na ravni celotne organizacije UKC Ljubljana in na ravni pilotno izbrane organizacijske enote. Izvedli smo interno kampanjo, kjer smo pripravili interaktivne plakate z vzgojno-izobraževalno vsebino na temo ergonomije ter zloženke s prikazom vaj za pokončno držo. Organizirali in izvedli smo »Dan za zdravje«, ki je vključeval različne aktivnosti (8). Pripravljena so bila različna promocijska gradiva in film s prikazom vaj za raztezanje oziroma razbremenitev določenih mišičnih skupin. Za zaposlene v zdravstveni negi so bile pripravljene izobraževalne in učne delavnice na temo varnega dvigovanje in prelaganja pacientov ter uporabe razpoložljivih delovnih pripomočkov. Z implementacijo programov PZD v UKC Ljubljana nadaljujemo tudi v letu 2016.

Analiza morbiditete in invalidiziranja zaposlenih v UKC Ljubljana

Glavni namen oziroma cilj projekta, ki ga na KIMDPŠ izvajamo v letih 2015–2016 je pridobiti resničen vpogled v morbiditeto in invalidiziranje zaposlenih v UKC Ljubljana oziroma analizirati, spremljati in vrednotiti t. i. negativne kazalnike zdravja (odstotek BS, IO, IF, R ...) za zaposlene v UKC Ljubljana (po spolu, diagnozah, vrsti oz. tipu zaposlitve itd.) ter primerjati podatke o morbiditeti in invalidiziranju zaposlenih v UKC Ljubljana z

nacionalnimi podatki in podatki za zdravstveno panogo. Izsledki naše raziskave bodo pomembni predvsem z vidika prispevka k razumevanju pojavnosti morbiditete in invalidiziranja zaposlenih v UKC Ljubljana in bodo odlično izhodišče pri načrtovanju intervencijskih programov ukrepov za izboljšanje zdravja in počutja pri delu zaposlenih ter tako dopolniti doktrino obravnave pacientov v ambulantah medicine dela.

Promocija zdravja in projekti prestrukturiranja

Razprave o prestrukturiranju v Evropski uniji so bile dolgo časa osredotočene predvsem na načine, kako se spopadati s spremembami na globalnih trgih, v zadnjih letih številni evropski programi in projekti opozarjajo na vprašanje zdravja delavcev v procesih prestrukturiranja. Pokazala se je potreba po tem, da se prouči vplive prestrukturiranja na zdravje zaposlenih ter poišče takšne načine za načrtovanje in izvajanje sprememb, s katerimi bi lahko omilili ali celo preprečili negativne posledice za zdravje zaposlenih. Globalna kriza od podjetij zahteva hitro reagiranje in prilagajanje nastalim razmeram. Ne glede na to, ali je podjetje na krizo in prestrukturiranje pripravljeno ali ne, se je pokazalo, da je zelo pomemben (vodstveni) kader, ki spremembe načrtuje in izpelje ter lahko vključuje tudi bolj »humane« prijeme. Zaradi pomanjkanja znanja in veščin za izvajanje sprememb v delovni organizaciji in nehvaležnega položaja med nadrejenimi in podrejenimi so srednji menedžerji najpogosteje izpostavljeni velikemu stresu na delovnem mestu. V mednarodne projekte, katerih cilj je predvsem uveljaviti načine družbeno odgovornejšega prestrukturiranja, se je vključil tudi KIMDPŠ. O projektih »Irene – Soočenje s tranzicijo«, »Hires Plus«, »Hires Dissem«, ki smo jih izvajali v preteklosti, si lahko več preberete na spletni strani: www.cilizadelo.si.

Irene Renewals – Prenova pri prestrukturiranju

V letih 2012 in 2013 je KIMDPŠ sodeloval v evropskem projektu »Kriza, socialni dialog in prenova pri prestrukturiranju«, ki je bil usmerjen v raziskovanje vloge socialnega dialoga in kolektivnih pogajanj ob

prestrukturiranju javnega sektorja, v izmenjavo znanj in izkušenj med različnimi deležniki ter v oblikovanje priporočil za socialne partnerje in odločevalce (9). Med proučevanjem položaja na tem področju v Sloveniji smo izvedli podrobnejšo analizo primerov prestrukturiranja dveh agencij v javnem sektorju. Ugotovili smo, da je pri uvajanju sprememb ključen čas. Dovolj dolgo obdobje, da se lahko vsi pripravijo na predvidene spremembe, je bistveno za uspešen proces ob pogoju, da je tudi komunikacija odprta in transparentna ter je obveščanje vseh vpletenih ustrezno, pravočasno in točno. V Sloveniji se prestrukturiranje javnega sektorja še ni sistematično dotaknilo ključnih (večjih) sektorjev, kot so šolstvo in zdravstvo, javna uprava, policija, obramba in nekatere storitvene dejavnosti (transport, pošta, telekomunikacije ...) (10).

VIRES – Ranljive skupine pri prestrukturiranju, (ang. Vulnerable groups in restructuring)

Pri evropskem projektu VIRES, ki se je večinoma izvajal v letih 2013 in 2014 in zaključil v začetku leta 2015 je sodelovalo deset partnerjev iz naslednjih držav članic: Bolgarije, Belgije, Češke republike, Francije, Nemčije, Francije, Italije, Slovenije, Španije, Švedske in Združenega kraljestva (11). Usmerjen je bil v raziskovanje ranljivih skupin delavcev in njihovega statusa pri postopkih prestrukturiranja, z izmenjavo znanja in izkušenj med različnimi deležniki ter v oblikovanje priporočil. Posebna pozornost je bila namenjena ranljivim skupinam, predvsem migrantom in mladim, ki jih postopki prestrukturiranja najbolj prizadenejo. Izraz »migranti« zajema tako »tuje delavce« kot delavce, ki imajo migrantsko poreklo, korenine, izvor in podobno. V Sloveniji smo položaj teh dveh ranljivih skupin proučevali in opravili podrobnejšo analizo. Projektni partnerji smo pripravili Nacionalno poročilo, ki za Slovenijo poleg rezultatov raziskave na podlagi opravljenih intervjujev s sindikati, delodajalci ali drugimi predstavniki organizacij ter poudarkov razprave ključnih akterjev vsebuje tudi dve študiji primerov (12). Na podlagi nacionalnih poročil je bilo pripravljeno skupno poročilo, ki povzema bistvene razlike glede sistemov »prestrukturiranja«, značilnosti trga dela ter stopnje ranljivosti migrantov in mladostnikov v sodelujočih državah (11).

Projekt MOLIERE – Spremljanje, preučevanje in inovacije na področju prestrukturiranja (ang. Monitoring Learning Innovation in European Restructuring)

Namen projekta, ki smo ga na KIMDPŠ izvajali v letih 2013–2014 je bil proučiti spremembe na področju zakonodaje, sistemske ureditve in dejanskega poteka prestrukturiranja podjetij v enajstih sodelujočih državah ter na podlagi teh ugotovitev pripraviti izhodišča za spremembe politik na ravni Evropske unije. Partnerji smo v okviru projekta želeli analizirati, ali in kako so se prakse, načini prestrukturiranja spremenili v izbranih državah članicah v daljšem obdobju. Skušali smo oceniti vpliv gospodarske krize na odziv posameznih držav v postopkih prestrukturiranja v povezavi z zakonskimi in drugimi ukrepi na področju napovedovanja in upravljanja prestrukturiranja podjetij. Namen nacionalnega poročila je bil podati pregled ukrepov za predvidevanje in upravljanje prestrukturiranja v Sloveniji od začetka krize v zadnjem četrtletju leta 2008 in še posebej v času od leta 2010. Poročilo temelji na pregledu ustrezne zakonodaje, vladnih dokumentov in drugih dokumentov v povezavi z makrogospodarskimi kazalniki, prestrukturiranjem in socialnim dialogom (13).

Raziskava Zdravje delavcev v procesih prestrukturiranja podjetij – primer poslovne skupine Mura

Čeprav obstaja množica tujih podatkov o odnosu prestrukturiranja – zdravje delavcev, v Sloveniji do leta 2012 nismo imeli nobene raziskave na tem področju. Zato smo se na KIMDPŠ odločili, da izvedemo raziskavo na Muri, enem od dveh podjetij, ki smo jih kot študijska primera obravnavali v enem od naših preteklih mednarodnih projektov na temo prestrukturiranja in zdravja delavcev. Namen raziskave je bil proučiti, kakšne so posledice prestrukturiranja na zdravje ter na to opozoriti odgovorne v podjetjih in državni ravni. Raziskava, v kateri je bilo anketiranih 1046 anketirancev, 149 moških (14,2 odstotka) in 897 žensk (85,8 odstotka), je potekala v letih 2012 in 2013. Rezultati raziskave so pokazali, da je proces prestrukturiranja podjetja potekal na način, ki bi lahko bil škodljiv za zdravje delavcev. Odnosi med vodstvom in delavci so se v času tik pred stečajem glede na čas pred letom 2008 močno poslabšali, slabo

je bilo tudi sodelovanje delavcev v procesih odločanja ter obveščanje delavcev o dogajanju v podjetju. Dodatno je raziskava pokazala precej slabo zdravstveno stanje ljudi, ki so bili izpostavljeni prestrukturiranju podjetja Mura leta 2009. Lani se je zgodil ponovni stečaj tega podjetja – AHA Mure, kar pomeni, da so bili nekateri delavci dvakrat odpuščeni in dvakrat izpostavljeni prestrukturiranju, ki tudi tokrat ni sledilo smernicam družbeno odgovornega prestrukturiranja (14).

Varno delo z azbestom in promocija zdravja

Preprečevanje izpostavljenosti azbestu

V letu 2012 smo na KIMDPŠ začeli izvajati projekt Preprečevanje izpostavljenosti azbestu, s katerim smo želeli ozavestiti tako splošno prebivalstvo Slovenije kot tudi vse tiste, ki so neposredno povezani z odstranjevanjem azbesta in azbestcementnih izdelkov o nevarnosti za zdravje, ki jih pomeni azbest. V projektu so sodelovali javnozdravstveni zavodi in nekatera delodajalska združenja. Cilj projekta je bil oblikovati dolgotrajno kampanjo ozaveščanja prebivalstva. V okviru projekta smo dolgoročno kampanjo začeli z organizacijo nacionalnega srečanja različnih deležnikov, nadaljevali pa z regijskimi srečanji, katerih cilj je bil ozaveščanje občinskih funkcionarjev, okoljskih inšpektorjev, uslužbencev komunalnih podjetij, nevladnih organizacij in medijev o pomenu pravilnega rokovanja z azbestnimi izdelki in odpadki. Tako smo z izobraževanjem vodij čistilnih akcij in njihovih pomočnikov ter s promocijskimi aktivnostmi med ljudmi dosegli (bolj) varno odstranjevanje azbestnih in azbestcementnih odpadkov v Sloveniji.

Ozaveščanje javnosti o nevarnosti azbesta

Naše aktivnosti na tem področju smo nadaljevali s projektom Ozaveščanje javnosti o nevarnosti azbesta, s katerim smo prav tako želeli ozavestiti splošno prebivalstvo Slovenije, da se z azbestcementnimi odpadki in drugimi azbestnimi predmeti, ki so še v uporabi, ravna skrajno previdno in profesionalno. V letu 2015 smo v sodelovanju z NIJZ in drugimi partnerji pripravili knjigo o azbestu; Azbest, nikoli dokončana zgodba (15), posneli izjave obolelih zaradi izpostavljenosti azbestu

ter organizirali, pripravili in izvedli strokovni posvet z mednarodno udeležbo v Brdih (16).

Promocija zdravja za varno delo z azbestom

Naslednji naš projekt s tega področja je bil usmerjen v izboljšanje znanja, vedenja in ozaveščenosti delavcev v smislu večje varnosti za zdravje ter zmanjševanje tveganih ravnanj oz. vedenj zaposlenih pri ravnanju oziroma delu z azbestcementnimi izdelki in/ali odpadki. Projekt Promocija zdravja za varno delo z azbestom je na podlagi Javnega razpisa za sofinanciranje projektov za promocijo zdravja na delovnem mestu v letu 2015 in 2016 pridobil finančno podporo ZZSZ. V projektu kot partner sodeluje tudi Obrtno-podjetniška zbornica Slovenije oziroma njihova sekcija krovcev in kleparjev. Namen projekta je delavce, ki se na svojem delovnem mestu pogosto srečujejo z azbestcementni izdelki in/ali odpadki, ozavestiti o nevarnosti azbesta in jih s pomočjo orodij promocije zdravja na delovnem mestu usposobiti za varno delo. Projekt je zasnovan kot informativen in vzgojno-izobraževalen program in je konkretno usmerjen v aktivnosti za ohranjanje in izboljševanje zdravja na delovnem mestu (17, 18).

Promocija zdravja in preprečevanje trpinčenja na delovnem mestu

Po podatkih različnih raziskav je v Evropi v povprečju okrog 10 odstotkov zaposlenih žrtev različnih oblik trpinčenja na delovnem mestu, zato je KIMDPŠ spomladi 2008 na reprezentativnem vzorcu 1366 polnoletnih prebivalcev Slovenije opravil prvo nacionalno raziskavo o trpinčenju na delovnem mestu (TDM). Raziskava je pokazala, da so žrtve pogosteje ženske kot moški, delavci brez vodstvenih položajev pogosteje kot srednji ali višji menedžment. Med povzročitelji TDM prevladujejo nadrejeni (več kot 80 odstotkov).

Podpora za žrtve trpinčenja na delovnem mestu

V letu 2015 smo nadaljevali delo na področju preprečevanja in obvladovanja trpinčenja na delovnem mestu, saj veliko žrtev pri nas išče nasvet. Na inštitutu smo uresničili dolgoletno zamisel o brezplačni podpori za ljudi, ki so izpostavljeni trpinčenju in želijo v pogovoru

s strokovnjakom iskati rešitve za izhod iz težavnega položaja, v katerem so se znašli. S projektom, ki smo ga na inštitutu začeli izvajati junija 2015, želimo žrtvam tovrstno pomoč, podporo in nasvet strokovnjakov približati, saj je brezplačna in zanjo ni potrebna napotnica osebnega zdravnika. Individualna podpora se bo nadaljevala tudi v prihodnjem letu, program nameravamo obogatiti tudi z organiziranjem skupinske pomoči. Pri tem se nadaljuje tudi proučevanje povezave med razširjenostjo in značilnostmi trpinčenja med velikimi spremembami, ki jih prinaša gospodarska kriza (19).

Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino – ESPAD

Raziskava ESPAD poteka v štiriletnih intervalih že vse od leta 1995 v več kot 40 državah in pokriva skoraj celotno evropsko celino. Doslej je potekala šestkrat – leta 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 in leta 2015. Podatke se zbira v stratificiranih slučajnih vzorcih, reprezentativnih za dijake, ki v letu zbiranja dopolnijo 16 let – torej je raziskava leta 2011 zajela šolsko mladino, rojeno leta 1995. Enota vzorčenja je razred. Zbiranje podatkov opravijo v razredih šolski svetovalni delavci na podlagi strokovnih navodil. Vsem v raziskavo vključenim osebam je zagotovljena popolna anonimnost. Leta 2011 je bilo v vzorec izbranih 4.386 oseb iz 180 oddelkov prvega letnika. V končno obdelavo je bilo vključenih 3.186 oseb, in sicer 1.561 (49 odstotkov) fantov in 1.625 (51 odstotkov) deklet, rojenih leta 1995. Povprečna starost je bila 15,8 leta. Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA) v Lizboni podpira zbiranje podatkov, analitiko in poročanje. Rezultati kažejo razširjenost uporabe psihoaktivnih snovi med 15- do 16-letnimi slovenskimi dijaki in dijaki iz preostalih sodelujočih držav, kar omogoča primerjave in ugotavljanje trendov v času in prostoru. Na tej podlagi se pripravljajo različni preventivni ukrepi (20). Več na spletni strani projekta: www.espad.org.

Izzivi v prihodnosti

Raziskovalni projekti in raziskave imajo izjemno uporabno vrednost pri načrtovanju in implementaciji programov promocije zdravja v delovnih organizacijah zaradi vsestranskosti in raznolikosti področij, s katerimi lahko v okviru PZD vplivamo na posameznika, na delovno organizacijo ali širše na družbo.

Žal so temeljne raziskave na področju javnega zdravja in promocije zdravja v slovenskem prostoru redke, a so še redkeje tiste, ki se nanašajo na delovno aktivno populacijo. Pomanjkanje konkretnih študij, raziskav in znanstvenih dognanj pomeni pomembno vrzel za razumevanje vplivov enega ali več dejavnikov na zdravje delovno aktivne populacije.

Poleg tega, na osnovi našega večletnega delovanja na področju zdravja delavcev in PZD, opažamo, da imamo v Sloveniji majhno število strokovnjakov z ustreznimi strokovnimi kompetencami na tem področju in pomanjkljiv nabor strokovne literature. To pomeni, da si raziskovalci in predvsem svetovalci za PZD pomagamo s tujimi raziskavami in ugotovitvami, ki pa velikokrat niso dovolj primerljive. To zlasti velja, kadar želimo načrtovati in implementirati programe promocije zdravja pri delu v delovne organizacije. Populacijsko gledano naša kultura, način življenja in dela, zakonodaja ter preostale ureditve na področju promocije zdravja pri delu niso iste kot drugod po svetu. Ugotavljamo tudi, da se nacionalno namenja (pre)malo sredstev za projekte PZD.

Ocenjujemo, da so nujni projekti in raziskave, ki bi temeljito in usmerjeno proučili vpliv posameznih dejavnikov (ergonomski, kemijski, organizacijski, preobremenjenost, prehrana, gibanje, nesreče pri delu ...) ter njihovih medsebojnih povezav na zdravje in delovno storilnost delavca ter posledično na delovno okolje in družbo.

Naša prizadevanja bodo zato v prihodnje (še) bolj usmerjena v razvoj področja, širitev znanja in prenos dobrih praks iz tujine ter v izobraževanje novih generacij svetovalcev za PZD.

Literatura

1. Frascati Manual. Proposed Standard Practice for Surveys of Research and Experimental Development: The measurement of scientific and technological activities. Paris: OECD, 1994. [na spletu] [pridobljeno 31. 8. 2016] Dostopno na: <http://www.arhiv.mvzt.gov.si/fileadmin/mvzt.gov.si/pageuploads/MSZS/slo/znanost/sifranti/pdf/def-razisk-frascati.pdf>
2. Miklič Milek D. Družbeno odgovorno ravnanje in raziskovalna odličnost. In: Bukovec B, editor. Družbeno odgovorno ravnanje pri uveljavljanju univerzalne odličnosti in mojstrstva. Novo mesto: Fakulteta za organizacijske študije, 2012.
3. Florida R. Vzpon ustvarjalnega razreda. Velenje: IPAK, 2005.
4. Čili za delo. [na spletu] [pridobljeno 31. 8. 2016] Dostopno na: <http://www.cilizadelo.si/>
5. Korzeniowska E, Puchalski K, editors. Nižje izobraženi delavci na poti k zdravju – izzivi za zdravstveno vzgojo. Lodz: The Nofer Institute of Occupational Medicine, 2010.
6. Stergar E, Urdih Lazar T, editors. Priročnik za svetovalce za promocijo zdravja pri delu. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicine dela, prometa in športa, 2006.
7. Urdih Lazar T, editor. Promocija zdravja pri delu: definicije, metode in tehnike. (SIWHP – Training). Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicine dela, prometa in športa, 2006.
8. Dernovšček Hafner N. Skrb za zdravje delavcev – Čili v UKC Ljubljana. Glasnik KIMDPŠ 2015; VI(1): 51–4.
9. Restructuring in Public Services General considerations, job transitions and social dialogue. [na spletu] [pridobljeno 31. 8. 2016] Dostopno na: <http://responsible-restructuring.eu/wp-content/uploads/2013/12/RespRest-WC1-Anglais-PRINT.pdf>
10. Restructuring in Public Services General considerations, job transitions and social dialogue. Nacionalno poročilo (SI). [na spletu] [pridobljeno 31. 8. 2016] Dostopno na: <http://responsible-restructuring.eu/national-publications/introduction-si/>
11. Sprenger W. Ranljivost in prestrukturiranje. Rezultati projekta VIREs 2014-2015. Dokument IRENE; 15/2015. [na spletu] [pridobljeno 31. 8. 2016] Dostopno na: <http://responsible-restructuring.eu/publications-and-resources/vires-vulnerable-groups-restructuring/>
12. Miklič Milek D, Dernovšček Hafner N, Dodič Fikfak M. Vulnerable groups in restructuring (Ranljive skupine v procesu prestrukturiranja): nacionalno poročilo Slovenije. Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicine dela, prometa in športa, 2015.
13. Urdih Lazar T, Dodič Fikfak M. Managing restructuring in Slovenia. Innovation and learning after the financial crisis. IRENE policy paper n°10 SLOVENIA. [na spletu] [pridobljeno 31. 8. 2016] Dostopno na: <http://responsible-restructuring.eu/wp-content/uploads/2014/10/Irene-Policy-paper-No-10-Slovenia.pdf>
14. Draksler K. Zdravje delavcev v procesih prestrukturiranja podjetij – primer poslovne skupine Mura. Glasnik KIMDPŠ 2015; VI(1): 17–21.
15. Južnič Sotlar M, editor. Azbest, nikoli dokončana zgodba. Nova Gorica: Društvo ko-RAK.si, 2015.
16. Miklič Milek D. Mednarodni posvet azbest, nikoli dokončana zgodba. Glasnik KIMDPŠ 2015; VI(1): 8–10.
17. Miklič Milek D, Dodič Fikfak M. Promocija zdravja za varno delo z azbestom. Glasnik KIMDPŠ; VI(1): 2–3.
18. Miklič Milek D, Dodič Fikfak M. Ozadje projekta Promocija zdravja za varno delo z azbestom. Glasnik KIMDPŠ; VI(1): 4–7.
19. Urdih Lazar, T. Podpora za žrtve trpinčenja na delovnem mestu. Glasnik KIMDPŠ; VI(1): 60.
20. Stergar E, Urdih Lazar T. Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino, Slovenija 2011: ESPAD 2011: znanstvena monografija. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicine dela, prometa in športa, 2014.

RAVNANJE DELODAJALCA OB SUMU ZLORABE ALKOHOLA PRI DELAVCU

ODGOVOR GLAVNE INŠPEKTORICE RS ZA DELO NA VPRAŠANJE KIMDPŠ

Vprašanje KIMDPŠ z dne 16. 9. 2015 in 1. 10. 2015, posredovano po elektronski pošti

Kako naj delodajalec ravna v spodaj opisanih primerih suma zlorabe alkohola pri delavcu?

1. Delavec odkloni pregled specialista adiktologa, na katerega ga je napotil izvajalec medicine dela (pooblaščen zdravnik) zaradi suma zlorabe alkohola, saj je delo, ki ga opravlja, visoko zahtevno in ni združljivo z zlorabo psihoaktivnih snovi. Ali gre ob odklonitvi takšnega pregleda za hujšo kršitev delovnih obveznosti?
2. Ali lahko delodajalec delavcu, za katerega sumi, da zlorablja alkohol, odpove pogodbo o zaposlitvi, če specialist medicine dela poda mnenje, da dela na svojem delovnem mestu ni več sposoben opravljati brez ustreznega zdravljenja, delavec pa zdravljenje odkloni in še naprej prihaja na delo?

Odgovor glavne inšpektorice RS za delo

Delodajalec mora v skladu z delovnopravno zakonodajo in predpisi o varnosti ter zdravju pri delu zagotavljati vsem delavcem varne delovne razmere, hkrati pa je v skladu s splošnimi pravili obligacijskega prava odgovoren za škodo, ki jo povzroči pri njem zaposleni delavec pri delu ali v zvezi z delom tretji osebi (glej 147. člen Obligacijskega zakonika (Ur. l. RS, št. 97/07)). Ta škoda je lahko – glede na delo, ki ga zaposleni opravlja – tudi zelo velika.

Tudi za delavca Zakon o varnosti in zdravju pri delu (Ur. l. RS, št. 43/11), v nadaljnjem besedilu: ZVZD-1) eksplicitno določa v 51. členu obveznosti, da ne sme delati ali biti na delovnem mestu pod vplivom alkohola, drog ali drugih prepovedanih substanc. Če delavec ne upošteva te prepovedi, ga lahko inšpektor za delo v skladu s kazanskimi določbami ZVZD-1 in pod pogoji Zakona o prekrških (Ur. l. RS, št. 29/11 – uradno prečiščeno besedilo, s sprem.) sankcionira z globo.

ZVZD-1 še določa v 51. členu, da delodajalec ugotavlja, ali je delavec pod vplivom alkohola po postopku in na način, kot je določil s svojim internim aktom. Prav tako pa mora delodajalec delavca, ki je delal ali bil na delovnem mestu pod vplivom alkohola, odstraniti z dela, delovnega mesta in iz delovnega procesa. Če zadnjega ne stori, lahko inšpektor za delo tudi njega sankcionira za prekršek, določen v 76. členu ZVZD-1. Kot smo navedli že zgoraj, pa delodajalec odgovarja tudi za morebitno škodo, ki jo delavec pod vplivom alkohola povzroči tretjim osebam.

Glede na navedeno ni sporno, da mora delodajalec zagotavljati varno in zdravo delovno okolje za vse delavce tako, da z dela odstrani delavca, ki dela pod vplivom alkohola. Tako zavaruje tako pri sebi zaposlene delavce kot tudi tretje osebe in premoženje. Delavec pa mora na delovnem mestu upoštevati prepoved dela pod vplivom alkohola, nasprotno krši svoje obveznosti, določene v zakonu.

Glede na svoje opredelitve v internih splošnih aktih lahko delodajalec tovrstne kršitve delavca obravnava kot kršitve obveznosti iz delovnega razmerja, ki imajo za posledico bodisi obravnavo v disciplinskem oz. odškodninskem postopku bodisi pomeni podlago za uvedbo postopka odpovedi pogodbe o zaposlitvi. Glede na težo in pogostost kršitev pa je lahko uveden postopek redne odpovedi (z odpovednim rokom) ali izredne odpovedi (brez odpovednega roka). Odvisno od narave kršitev je v opisanih primerih mogoče podati odpoved iz krivdnega razloga (kršenje pogodbene obveznosti ali druge obveznosti iz delovnega razmerja) ali razloga nesposobnosti (gre za nedoseganje pričakovanih rezultatov, ker delavec dela ne opravlja pravočasno, strokovno in kakovostno oziroma ne izpolnjuje pogojev za opravljanje

dela – eden od pogojev je tudi, da je delavčevo zdravstveno stanje ustrezno za opravljanje dela). Izredno odpoved je delavcu mogoče podati le iz razlogov, ki so natančneje določeni v 11. členu Zakona o delovnih razmerjih (Ur. l. RS, št. 21/13 s popr. – v nadaljnjem besedilu: ZDR-1) – med drugim v naslednjih primerih:

- če delavec krši pogodbeno ali drugo obveznost iz delovnega razmerja in ima kršitev vse znake kaznivega dejanja;
- če delavec naklepoma ali iz hude malomarnosti huje krši pogodbene ali druge obveznosti iz delovnega razmerja ali
- če je delavcu po pravnomočni odločbi prepovedano opravljati določena dela v delovnem razmerju ali če mu je izrečen vzgojni, varnostni ali varstveni ukrep oziroma sankcija za prekršek, zaradi katerega ne more opravljati dela dalj kot šest mesecev (npr. prepoved vožnje motornega vozila poklicnemu vozniku).

V zgoraj naštetih primerih lahko delodajalec ob uvedbi postopka izredne odpovedi pogodbe o zaposlitvi delavcu prepove delo za čas trajanja postopka. Med prepovedjo opravljanja dela ima delavec pravico do nadomestila plače v višini polovice njegove povprečne plače v zadnjih treh mesecih pred uvedbo postopka odpovedi.

Podobno kot velja za prepoved dela pod vplivom alkohola, je v ZVZD-1 določena tudi pravica in obveznost delavca, da se odzove in opravi zdravstveni pregled, ki ustreza tveganjem za varnost in zdravje pri delu na delovnem mestu (54. člen ZVZD-1). Delodajalec pa je glede na določbe Pravilnika o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev (Ur. l. RS, št. 124/06) upravičen, da delavca pošlje (tudi) na druge usmerjene preventivne zdravstvene preglede, če obstaja sum na bolezni odvisnosti, ki lahko vplivajo na zmožnost delavca.

Če se delavec ne odzove ali ne opravi zdravstvenega

pregleda, ki ustreza tveganjem za varnost in zdravje pri delu na delovnem mestu, pomeni takšno ravnanje s skladu s 77. členom ZVZD-1 prekršek. Hkrati pa tudi pomeni kršitev delovnih obveznosti, ki ima lahko (glede na ureditev v delodajalčevih splošnih aktih) za posledico uvedbo zgoraj navedenih postopkov zoper delavca (disciplinski in odškodninski postopek ter postopek odpovedi pogodbe o zaposlitvi).

Po opravljenem zdravstvenem pregledu pooblaščen zdravnik izda zdravniško spričevalo z oceno izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev za določeno delo v delovnem okolju in z obrazložitvijo potrebnih predlaganih ustreznih ukrepov za boljše varovanje zdravja, ki ga posreduje delodajalcu. O ugotovitvah mora pooblaščen zdravnik obvestiti tudi delavca in njegovega izbranega osebnega zdravnika. Pooblaščen zdravnik o rezultatu pregleda takoj obvesti delavca, njegovega izbranega osebnega zdravnika in delodajalca, če je pri pregledu ugotovljena takšna okvara zdravja delavca, ki ogroža njegovo življenje oziroma njegovo delovno zmožnost.

Delodajalec mora mnenje pooblaščenega zdravnika upoštevati in – kot smo navedli že zgoraj – zagotoviti vsem delavcem zdravo delovno okolje, hkrati pa mora zavarovati tudi svoje premoženje in pravice tretjih oseb, s katerimi prihajajo pri njem zaposleni delavci v stik. Če tega zaradi delavčeve zlorabe alkohola ni mogoče zagotoviti, delavec pa zdravljenje odvisnosti od alkohola odklanja, lahko delodajalec delavcu odpove pogodbo o zaposlitvi, vendar mora biti tovrstna kršitev delovnih obveznosti predhodno opredeljena v delodajalčevih splošnih aktih. Od teže, narave in pogostosti kršitev ter od opredelitve določenih kršitev v splošnem aktu delodajalca je odvisno, ali bo delavcu (seveda upošteva osebni postopek, predviden v ZDR-1) pogodbo odpovedal redno ali izredno.

Uredništvo

UPRAVIČENOST DELODAJALCA DO PRIDOBITVE IZVIDOV O REZULATIH TESTIRANJA DELAVCA NA PAS OD IZVAJALCA MEDICINE DELA

ODGOVOR, PRIDOBLEN S SPLETNEGA PORTALA INFORMACIJSKE POOBLAŠČENKE RS

Dne 16. 12. 2015 je bilo na spletnem portalu informacijske pooblaščenke v rubriki Varstvo osebnih podatkov objavljeno mnenje v zvezi z naslednjim vprašanjem: **Ali je dopustno, da izvajalec medicine dela delodajalcu posreduje rezultate testiranj na alkohol, psihoaktivne snovi in prepovedane droge, ki jih pridobi v okviru preventivnih zdravstvenih pregledov delavcev?**

Informacijska pooblaščenka je na podlagi 7. točke prvega odstavka 49. člena Zakona o varstvu osebnih podatkov (Ur. l. RS, št. 94/07 – UPB; ZVOP-1) ter 2. člena Zakona o Informacijskem pooblaščenju (Ur. l. RS, št. 113/05 in 51/07-ZUstS-A; ZInfP) podala naslednje neobvezujoče mnenje:

Osebnih podatki se lahko obdelujejo (npr. pridobivajo, pošiljajo in razkrivajo) le na podlagi zakona ali pogodno privolitve. Za razkritje zdravstvenih podatkov delodajalcu zakonske podlage ni, zaradi česar izvajalec medicine dela ne sme na zdravniško spričevalo zapisati podatkov o zdravstvenem stanju (npr. rezultatov analiz in preiskav). Poleg tega tudi iz Pravidnika o preventivnih zdravstvenih pregledih izhaja, da se na obrazec zdravniškega spričevala ne zapisuje konkretnih podatkov o zdravstvenem stanju.

Izvajalec medicine dela torej delodajalcu, če gre za splošni preventivni zdravstveni pregled, ne sme z zapisi na zdravniškem spričevalu ali kakor koli drugače sporočati konkretnih rezultatov testiranj na alkohol in druge psihoaktivne snovi in prepovedane droge.

Če je delavec ob sumu na vinjenost ali uživanje psihoaktivnih snovi in prepovedanih drog napoten na t. i. **drug usmerjen preventivni zdravstveni pregled,**

lahko delodajalec pridobi konkretne rezultate alkoholometrije. Tu je dovoljena izjema, saj je podatek o dejstvu in ravni alkoholiziranosti:

- podatek, ki ga lahko (ob pogoju, da delavec v to privoli) ugotavlja tudi delodajalec sam;
- podatek je potreben zaradi ugotavljanja odstopanja od predpisanega tolerančnega praga;
- podatek je potreben za izbiro in višino morebitne sankcije in
- je, zaradi navedenega, podana podlaga v prvem odstavku 48. člena Zakona o delovnih razmerjih (ZDR-1).
- Toda to velja le pod pogojem:
- da je pacient privolil v izvedbo testiranja (prisilna zdravstvena oskrba namreč ni možna),
- da ima delodajalec prepoved alkoholiziranosti in postopke v zvezi s tem urejene v internih aktih (17. in 51. člen Zakona o varnosti in zdravju pri delu – ZVZD-1) in
- da je bil delavec neposredno ob zaznanem sumu na alkoholiziranost napoten na usmerjen preventivni zdravstveni pregled k izvajalcu medicine dela v skladu s postopki predpisanimi v internih aktih, v skladu z 51. členom ZVZD-1).

V opisanem primeru lahko torej izvajalec medicine dela, brez privolitve pacienta, posreduje pacientovemu delodajalcu tudi konkretni podatek o ravni alkoholiziranosti.

Drugače je pri testiranju na **prepovedane droge in druge psihoaktivne snovi**, in sicer tudi, če je delodajalec delavca zaradi suma napotil na usmerjen preventivni zdravstveni pregled. Tu podlaga v prvem odstavku 48. člena ZDR-1 ne pride v poštev. Delodajalec namreč ne potrebuje točnega podatka o tem, za katero konkretno snov gre in kakšna je raven oziroma, kaj konkretno je vzrok delavčevega stanja. Delodajalec sicer

lahko sam izvaja določene preproste psihomotorične teste za ugotavljanje delavčevega stanja, ne more pa sam izvajati zahtevnejših in zanesljivih preiskav, npr. krvnih in urinskih analiz. Zato izvajalec medicine dela delavčevemu delodajalcu ne sme posredovati konkretnih podatkov o psihoaktivnih snoveh in posledicah njihovega uživanja, temveč le informacijo o delazmožnosti in s tem podatek o tem, ali je (bil) delavec pod vplivom teh snovi ali ne. Pogoji za razkritje teh podatkov so sicer enaki kot pri ugotavljanju alkoholiziranosti – privolitev delavca v pregled, urejenost internih aktov v skladu s 17. in 51. členom ZVZD-1 in napotitev na usmerjen zdravstveni pregled zaradi suma, da je delavec pod vplivom teh snovi. Če je bil delavec v slabem stanju zaradi upravičenih razlogov (npr. zastrupitev, neželeni učinki zdravil, pomotno predoziranje zdravil ipd.), lahko te razloge delavec delodajalcu sporoči tako, da mu sam pokaže izvid.

Pri tistih primerih, za katere velja, da izvajalec medicine dela ne sme delodajalcu posredovati konkretnih zdravstvenih podatkov, se postavlja še vprašanje, ali bi bilo to izjemoma dopustno na podlagi privolitve pacienta. Glede privolitve Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) v 44. členu omogoča, da pacient (delavec) pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti privoli v razkritje zdravstvenih osebnih podatkov tretjim osebam (na primer pacientovemu delodajalcu) za nezdravstveni namen. V izhodišču je torej dopustno tudi delodajalcu posredovati osebne podatke, če je delavec v to pisno

privolil pri izvajalcu medicine dela in pod dodatnim pogojem, da je privolitev veljavna (kar vključuje pogoj svobodne volje!), na primer, da delavca ni delodajalec prisilil v privolitev. Toda treba je upoštevati, da se ta privolitev ne nanaša na obdelavo osebnih podatkov pri delodajalcu po tem, ko ta osebne podatke pridobi oziroma se z njimi seznaní. Za nadaljnjo obdelavo podatkov pri delodajalcu (torej po seznanitvi) mora ta razpolagati z ustrezno zakonsko podlago (splošne podlage za nadaljnjo obdelavo ni, obstoj posebne podlage pa je odvisen od namena, vrste, obsega in drugih okoliščin obdelave), dodatna delavčeva privolitev pa verjetno ne bi bila veljavna zaradi možne odsotnosti svobodne volje, ki izvira iz neenakega položaja med delavcem in delodajalcem. Podobno bi veljalo, če bi delavec izvide sam predložil delodajalcu. **Zato vam prakse posredovanja konkretnih rezultatov delavčevemu delodajalcu ne priporočamo niti v primeru, če pacient v to privoli na podlagi ZPacP.**

Vir:

1. Informacijski pooblaščenec Republika Slovenija. Varstvo osebnih podatkov. Iskalnik po odločbah in mnenjih VOP: Posredovanje izvidov s strani izvajalca medicine dela delodajalcu [na spletu]. [pridobljeno 12. 7. 2016]. Dostopno na: <https://www.ip-rs.si/vop/posredovanje-izvidov-s-strani-izvajalca-medicine-dela-delodajalcu-2679/>

Povzel: Janez Strupi, dr. med., specialist MDPŠ

UPRAVIČENOST DELODAJALCA IN/ALI INŠPEKTORJA ZA DELO DO PRIDOBITVE IZVIDA PREISKAVE OD IZVAJALCA MEDICINE DELA

ODGOVOR SVETOVALCA INFORMACIJSKE POOBLAŠČENKE RS NA VPRAŠANJE KIMDPŠ

Vprašanje KIMDPŠ z dne 27. 1. 2016

Ali lahko izvajalec medicine dela preda izvide avdiometrije delodajalcu in/ali inšpektorju za delo?

Odgovor svetovalca informacijske pooblaščenke RS

V zvezi z vašim vprašanjem vam pojasnjujemo:

1. da po našem mnenju delodajalec ni upravičen do pridobitve avdiograma (kot diagnostičnega gradiva) ali konkretnega izvida, ki je pripravljen na njegovi podlagi. Zato niti ne more sam zakonito izpolniti obveznosti, ki mu je bila naložena z odločbo Inšpektorata RS za delo. Lahko pa zaprosi izvajalca medicine dela, da ta inšpektorju neposredno posreduje dokument (gl. naslednja točka). Delodajalec je lahko obveščen le o dejstvu delavčeve okvare sluha, ki izvira iz delodajalčeve sfere;
2. da je inšpektor upravičen do pridobitve avdiograma oziroma izvida, pripravljenega na njegovi podlagi, in sicer neposredno od izvajalca medicine dela. Če pa po naključju tudi delodajalec (zakonito ali nezakonito) razpolaga s tem dokumentom, ga lahko inšpektor pridobi od njega. Podlaga za seznanitev ni le Pravilnik o varovanju delavcev pred tveganji zaradi izpostavljenosti hrupu pri delu (15. člen), temveč tudi Zakon o inšpekcijskem nadzoru (ZIN), Zakon o splošnem upravnem postopku (ZUP), lahko pa tudi Zakon o prekrških (ZP-1). Seveda je inšpektor upravičen do dokumenta pod pogojem, da je ta potreben za izvedbo oziroma odločanje o inšpekcijskem postopku, v kar pa se brez poznavanja konkretnih okoliščin ne moremo spuščati.

Uredništvo

NESKLADJE MED ZAHTEVO DELODAJALCA PO DOLOČENI PREISKAVI IN STROKO (MDPŠ), KI PREISKAVO ZAVRAČA KOT STROKOVNO NEUTEMELJENO

ODGOVOR INŠPEKTORATA RS ZA DELO NA VPRAŠANJE KIMDPŠ

Vprašanje KIMDPŠ z dne 21. 6. 2016

Kako naj ravna zdravnik, specialist MDPŠ, če naročnik (podjetje) pred zaposlitvijo kandidata zahteva določene preiskave (npr. metaholinski in kožni test), zdravnik pa meni, da niso upravičene? Jih mora narediti ali jih lahko zavrne?

Odgovor mag. Mladena Markota, inšpektorja – višjega svetnika, z Inšpektorata RS za delo

V zvezi z vašim dopisom pojasnjujemo sledeče: Avtentično razlago posameznih odločb zakona daje le Državni zbor RS, neobvezno pa predlagatelj zakona. Zato vam na podlagi informacij, ki ste nam jih posredovali, v nadaljevanju na podlagi 4. člena Zakona o inšpekciji dela (Ur. list RS, št. 18/14) posredujemo odgovor v smislu strokovne pomoči.

Iz vašega dopisa je razvidno, da obstaja kolizija med interesom delodajalca, da kandidatom za zaposlitev opravlja metaholinski in kožni test, in stroko, ki ta test zavrača kot strokovno neutemeljenega.

Zakon o delovnih razmerjih (Ur. list RS, št. 21/2013) – ZDR v 28. členu zavezuje delodajalca, da zaradi ugotovitve kandidatove zdravstvene zmožnosti za opravljanje dela na svoje stroške napoti kandidata na predhodni zdravstveni pregled v skladu s predpisi o varnosti in zdravju pri delu. S predhodnim zdravstvenim pregledom podaja izvajalec medicine dela svoje mnenje glede delazmožnosti delavca ob njegovem vstopu v sistem zaposlitve.

Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju – ZPIZ (Ur. list RS, št. 96/2012) v 191. členu poglavja »Povrnitev povzročene škode in neupravičeno pridobljenih sredstev« opredeljuje, da ima ZPIZ pravico zahtevati povrnitev povzročene škode od delodajalca, če nastane škoda zato, ker je bilo delovno razmerje sklenjeno brez predpisanega zdravstvenega pregleda

z osebo, ki zdravstveno ni bila zmožna za opravljanje določenih del oziroma nalog, kar se je pozneje ugotovilo. Problematika se lahko dodatno zaplete ob predstavitvi delavca pred IK ZPIZ oziroma v primeru, kadar IK ZPIZ zahteva zdravniško spričevalo predhodnega zdravstvenega pregleda zaradi dvoma glede na časovni nastanek zdravstvene okvare.

Zakon o varnosti in zdravju pri delu (Ur. list RS, št. 43/11) – ZVZD-1 v 36. členu opredeljuje, da mora delodajalec zagotoviti obseg zdravstvenih pregledov delavcev na ta način, da ustrezajo konkretnim tveganjem za varnost in zdravje pri delu. V primeru 36. člena ZVZD-1 gre za prisilno normo (IUS COGENS), od katere niso dopustna odstopanja na podlagi volje stranke.

Zato Inšpektorat RS za delo pričakuje, da so delodajalci (v vašem primeru farmacevtska podjetja) v svoji izjavi o varnosti z oceno tveganja določili posebne zdravstvene zahteve (npr. negativen metaholinski in kožni test preobčutljivosti), ki jih morajo izpolnjevati delavci za določeno delo v delovnem proces ali za uporabo posameznih sredstev za delo na podlagi strokovne ocene izvajalca medicine dela.

V zvezi z vašim dopisom pa bi želeli posebej opozoriti, da Konvencija MOD št. 161 v 14. členu določa, da so delodajalci dolžni obveščati službe medicine dela o vseh dejavnikih, za katere velja, da slabo vplivajo na

zdravje delavcev, ali sumijo, da utegnejo slabo vplivati na njihovo zdravje.

Zakon o varnosti in zdravju pri delu je kot prvo načelo uzakonil načelo, da je delodajalec tisti, ki mora zagotoviti varnost in zdravje pri delu. Tudi kadar delodajalec prenese strokovne naloge na področju izvajanja zdravstvenih ukrepov na izvajalca medicine dela, ga to ne odvezuje odgovornosti na tem področju.

Lahko rečemo, da sistemska opredelitev vaše predmetne zadeve delodajalcu dovoljuje, da potencialne

kandidate za delo preveri v skladu s konkretnimi tveganji na delovnem mestu oziroma v skladu s posebnimi zdravstvenimi zahtevami, ki jih opredeli v izjavi o varnosti z oceno tveganja.

Ne glede na prej omenjeno (opredelitev predmetne zadeve v ZDR, ZPIZ in ZVZD-1) je stvar strokovne presoje izvajalca medicine dela, ali bo za naročnika opravil naročene storitve i. e. metaholinski in kožni test, in je to stvar njegove strokovne integritete in načina komunikacije z delodajalcem.

UPRAVIČENOST SPIROMetriJE KOT OBVEZNEGA SESTAVNEGA DELA PREVENTIVNIH PREGLEDov DELAVCEv

ODGOVOR POKLICNEGA KONZILIJA PULMOLOGOV IN SPECIALISTov MDPŠ NA VPRAŠANJE INŠPEKTORATA RS ZA DELO

Vprašanje in odgovor objavljamo v izvorni obliki.

Uredništvo

 REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA DELO, DRUŽINO,
SOCIALNE ZADEVE IN ENAKE MOŽNOSTI
INŠPEKTORAT REPUBLIKE SLOVENIJE ZA DELO

Verovškova ulica 64a, 1000 Ljubljana
T: 01 280 36 60
F: 01 280 36 77
E: go.inu@gov.si
www.id.gov.si

POKLICNI KONZILIJ
Univerzitetna Klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik
Golnik 36
4204 Golnik

Datum: 17. 6. 2016
Zadeva: Strokovno vprašanje

Spoštovani,

Kot uradna oseba Inšpektorata RS za delo se ukvarjam s področjem nadzora zdravja pri delu. Zakon o varnosti in zdravju pri delu v 36. členu opredeljuje, da mora delodajalec zagotoviti preventivne zdravstvene preglede, ki morajo biti v skladu s tveganji na delovnem mestu.

Ne glede na dejstvo, da zakon opredeljuje, da delodajalec določi obseg in roke preventivnega pregleda (na predlog izvajalca medicine dela, prometa in športa, v nadaljevanju - izvajalec medicine dela), na Inšpektoratu upotavljamo, da je ta odločitev v večini primerov prepuščena izvajalcem medicine dela.

Med storitvami, ki jih opravljajo izvajalci medicine dela se redno (ne glede na poklic) pojavlja tudi storitev – spirometrija kot obvezni sestavni del preventivnega pregleda skoraj vseh delavcev. Kot uradna oseba sem nedavno od odgovorne osebe pravne osebe osnovne šole zahteval pojasnilo, s katerim tveganjem na delovnem mestu ravnatelja šole, njegovega namestnika, učitelja matematike, angleščine, fizike, slovenščine itd. je povezana omenjena storitev – spirometrija kot preiskava, ki bo pokazala tveganje za zdravje, ki se pojavlja na delovnem mestu.

Delodajalec mi je v odgovor posredoval obrazložitev svojega izvajalca medicine dela, citiram: »Pljučna funkcija (spirometrija) se ocenjuje v poklicih, kjer je večja potreba po fizični aktivnosti, pri ljudeh, ki se gibljejo ob svojem delu v večjih skupinah ljudi zaradi nevarnosti recidivantnih okužb dihal, pri delu v prahu, z lepili in pri kadilcih.«

Z obrazložitvijo izvajalca medicine dela se nisem strinjal in sem pri delodajalcu vztrajal na odpravi pomanjkljivosti – i.e. obseg preventivnega pregleda mora biti v skladu s konkretnim tveganjem. Menim, da obrazložitev izvajalca medicine dela ne zdrži strokovne presoje.

Zato prosim za vaše strokovno mnenje glede potrebe po izvajanju spirometrije ob preventivnem zdravstvenem pregledu delavcev zaposlenih v šolstvu.

Vaš odgovor je zame pravno nezavezujoč, vendar bo predstavljal pomembno referenčno mnenje, na katerega se bom lahko opiral pri nadzoru zagotavljanja zdravja pri delu preko preventivnih zdravstvenih pregledov, ki jih zagotavljajo izvajalci medicine dela.

Za vaš odgovor se vam vnaprej zahvaljujem.
Prosím vas, da mi odgovor pošljete na moj elektronski naslov: miladen.markota@gov.si

Lep pozdrav,

mag. Mladen Markota, dr. med.
Inšpektor-višji svetnik



UNIVERZITETNA KLINIKA
ZA PLIČNE BOLEZNI
IN ALERGIJO
GOLNIK
Vojkova ulica 64a
1000 Ljubljana, Slovenija
T: +386 (0)1 4783 1111
F: +386 (0)1 4783 1112
E: info@klinika-golnik.si

Inšpektorat Republike Slovenije za delo
mag. Mladen Markota, dr.med.
Verovškova ulica 64a

1000 LJUBLJANA

Golnik, 15.7.2016 Naš znak: MF 43/2016

Spoštovani,

Glede na vaše strokovno vprašanje o izvajanju spirometrije, v kolikor bi pri obdobjih pregledih presojali le vplive okolja na zdravje delavca (medical surveillance), odgovarjamo:

Spirometrija je preiskava, ki ocenjuje delovanje pljuč in odkriva prisotno okvaro v dihalnih poteh s t.i. obstrukcijo in zmanjšanjem pretokov v izdihu. Spirometrija se uporablja za odkrivanje okvare pljuč pri kadilcih, v sklopu z delom povezanih bolezni pa okvare, ki so vezane na z delom povezano astmo in okvare zaradi vdihovanja škodljivih substanc. Obrazložitev izvajalca medicine dela v tem kontekstu ni popolna in je preveč splošna. Če govorimo o delavcih, ki so povsem asimptomatski (telesni pregled in anamneza sta vedno pred kakršnokoli preiskavo), potem je ocena tveganja tista, ki narekuje potrebo po spirometriji (npr. delo v metalurški industriji, industriji predelave kamna, prašnih materialov, kemijski industriji ipd.). Poklic šolinika načeloma ne sodi v kategorijo teh poklicev in po našem mnenju ocena tveganja velike večine zaposlenih v šolstvu ne izpolnjuje kriterijev za redno izvajanje spirometrije. Za delavce v šolstvu bi torej svetovali redno preverjanje spirometrije na sistematskih pregledih le pri tistih, ki imajo že diagnozo pljučne bolezni (npr. astmo, ki se lahko postabša v stiku s prahom krede) in kjer je v oceni tveganja to izrecno opredeljeno.

Vendar pa je potrebno upoštevati dejstvo, da specialist medicine dela presoja tudi splošno delazmožnost, zato je po našem mnenju poleg skrbnega pregleda medicinske dokumentacije pred zaposlitvijo ob predhodnem zdr. pregledu potrebna tudi spirometrija v kolikor ni že bila izvedena pri drugem zdravniku (začetna vrednost), poznejše spirometrije pa niso potrebne v kolikor med obdobjimi pregledi ni nastopilo eno od prej omenjenih stanj in v kolikor ni v oceni tveganja to izrecno zahtevano. Poudariti je potrebno tudi, da se ne strinjamo z vami, da vsebino pregleda določa delodajalec. Gre za vprašanje, ki smo ga na vas naslovili in odgovora še nimamo, glasi pa se: kaj naj specialist medicine dela naredi, če delodajalec zahteva pregled, ki je po presoji zdravnika strokovno sporen (npr. metaholinski test pred zaposlitvijo). Naše mnenje namreč je, da mora biti tisti, ki odloča o vsebini pregleda zdravnik, specialist medicine dela, prometa in športa in ne delodajalec. Zdravnik namreč poleg pravne nosi tudi strokovno, moralno in etično odgovornost.

Izr. prof. dr. Matjaž Fležar dr. med.
direktor
Univerzitetna Klinika za pljučne bolezni in alergije Golnik
Email: matjaz.flezar@klinika-golnik.si

Izr. prof. dr. Metoda Dodič Fikfak, dr. med.
Predstojnica
UKC Ljubljana, KIMDPŠ



PROMOCIJA ZDRAVJA V GRADBENEM SEKTORJU

Uvod

Promocija zdravja v gradbenem sektorju zajema široko področje možnih prijemališč za promocijo zdravja pri delu in ukrepov, s katerimi bi lahko izboljšali zdravje delavcev. Izvedba programov promocije zdravja v navedenem sektorju se spopada s številnimi in za to panogo značilnimi težavami. Različne študije se osredotočajo na različna področja promocije zdravja pri gradbenih delavcih.

Pod izrazom »gradbeni delavec« razumemo zidarje, tesarje, krovce, delavce, ki opravljajo težka fizična dela. Določen del študij pa deli delavce glede na to, ali so fizični delavci ali pisarniški delavci. V tem primeru gradbeni delavci sodijo pod fizične delavce.

Prednosti promocije zdravja pri delu (PZD) so številne, med drugim:

- zmožnost dosega velike skupine ljudi;
- delovna populacija preživi velik del budnega časa na delovnem mestu (kar je še posebno značilno za gradbene delavce, ki veliko časa preživijo tudi na poti na delo in z njega);
- delovno mesto zagotavlja socialno mrežo;
- spodbuda glede izboljšanja zdravja za zaposlene, ki sicer glede zdravja niso obravnavani drugje (nimajo izbranega osebnega zdravnika ipd.);
- povečanje produktivnost delavcev.

Več študij se ukvarja z vprašanjem učinkovitosti PZD, tako stroškovne kot v povezavi z zdravjem. V prispevku povzemam nekatere izmed pregledanih študij in strokovnih člankov iz različnih držav (Kitajska, Japonska, Nizozemska, Velika Britanija, Avstralija, ZDA) s področja promocije zdravja pri delu v gradbenem sektorju.

Težave in izzivi, s katerimi se spopada PZD v gradbenem sektorju

Gradbeni sektor v večini držav po svetu zaposluje velik del delovne sile, kar pomeni, da bi izboljšanje zdravja v tem sektorju pomembno vplivalo na zdravstveno stanje celotnega prebivalstva. Obstajajo pa določene težave, s katerimi se srečuje PZD v gradbenem sektorju (1–7):

- gradbenim delavcem so programi PZD težje dostopni (pogosto menjavanje delovnega okolja/gradbišča) – vpliv delovnega okolja;
- gradbeni delavci so večinoma predstavniki nižje izobražene delovne sile (težje razumejo pomen programov PZD, slabše sodelujejo v programih) – vpliv strukture zaposlenih;
- med gradbenimi delavci je visok delež nesreč/poškodb pri delu in bolezni, gradbena industrija je nevarna panoga;
- bolezni kostno-mišičnega sistema so najpogostejša z delom povezana zdravstvena težava gradbenih delavcev;
- težnja k večjemu poudarjanju varnosti kot k poudarjanju zdravja;
- omejeno število raziskav glede odnosa do zdravja ter obsega aktivnosti PZD v industriji;
- delavci, ki so plačani po urah, manj sodelujejo v PZD, omejeno je podajanje informacij;
- gradbeni delavci, ki delajo po pogodbi, morajo sami biti odgovorni in si zagotoviti zaščitna sredstva (npr. za sluh), sami se morajo zavedati pomena uporabe teh;
- negativen odnos vodstev podjetij do programov PZD, ki na kratki rok niso stroškovno učinkoviti;
- starajoča se delovna sila v gradbeništvu (pričakovano je pomanjkanje gradbenih delavcev v prihodnosti);
- migracije delavcev v druge države ali v druge predele iste države zaradi boljših razmer, boljšega plačila;
- potreba po razvoju strategij, ki bi vključile vse delavce (študije kažejo, da bolj zdravi delavci

pogosteje sodelujejo v programih PZD v primerjavi z manj zdravimi delavci);

- potreba po povezavi programov PZD s programi varnosti in zdravja pri delu (povezava ukrepov z obdobjimi pregledi delavcev za lažjo dostopnost do delavcev, ki niso dovolj motivirani).

Področja PZD v gradbenem sektorju

Velika večina pregledanih člankov se osredotoča na *spremembe življenjskega sloga* (2–14):

- fizična aktivnost,
- uravnavanje telesne teže,
- ustrezne prehranske navade (posebne študije glede uživanja sadja in zelenjave),
- opustitev kajenja,
- abstinenca od alkohola.

Druga področja PZD so:

- ergonomske izboljšave delovnih mest z namenom zmanjšanja zahtevnosti dela: zmanjšanje dvigovanja težjih bremen, zmanjšanje dela v prisilnih držah, zmanjšanje ravni hrupa;
- izboljšanje fizičnega in psihosocialnega delovnega okolja;
- zmanjšanje števila poškodb pri delu;
- zmanjšanje bolniške odsotnosti;
- zmanjšanje prezentizma;
- zmanjšanje pogostosti bolezni mišično-kostnega sistema;
- izboljšanje kardiovaskularnega zdravja;
- izboljšanje kardiopulmonalnega zdravja;
- zmanjšanje izpostavljenosti onesnaženosti in prahu (ki povzročata tveganje za pljučne bolezni) ter preostalim škodljivim snovem in razmeram;
- izboljšanje zmoglosti/sposobnosti za delo;
- zvečanje uporabe osebne varovalne opreme (npr. sredstev za zaščito sluha).

Študija glede uporabe programov PZD v malih gradbenih podjetjih

Na Japonskem je bila leta 1996 izvedena študija (9) glede uporabe programov PZD v malih gradbenih podjetjih (tj. z manj kot 50 zaposlenimi). Skupna značilnost zaposlenih v malih podjetjih je bila, da imajo tam zaposleni slabše zdravstveno stanje ter da imajo slabše organizirane službe za zdravje pri delu v primerjavi z zaposlenimi v velikih podjetjih.

Ugotovljeno je bilo, da je v primerjavi s sekundarno preventivo bolezni (kot so npr. zdravstveni pregledi) primarne preventive (tj. programov promocije zdravja) v malih gradbenih podjetjih zelo malo – uvedba celovitega programa promocije zdravja, izoblikovanega od vlade, v manj kot dva odstotka malih gradbenih podjetij. Večina programov promocije zdravja, ki so bili del celovitega programa promocije zdravja, je vključevala ukrepe za izboljšanje življenjskega sloga delavcev.

Programi PZD so v 90 odstotkih malih gradbenih podjetij vključevali izvajanje zdravstvenih pregledov, v 17 odstotkih vadbene programe, v 12 odstotkih programe za opustitev kajenja, v 11 odstotkih nasvete za zdravje ter v 6 odstotkih izobraževanje glede prehrane.

V študijo je bila zajeta tudi primerjava uvedbe programov promocije zdravja med malimi in velikimi podjetji. Ugotovljeno je bilo, da so v velikih podjetjih pogosteje uvajali te programe, z izjemo celovitega programa promocije zdravja in programa glede kajenja. V velikih podjetjih so imeli v večjem deležu zaposlenega specialista medicine dela (zakonska obveza podjetij z več kot 50 zaposlenimi), ki je bil odgovoren za vodenje programov promocije zdravja pri delu (zato večji delež uvedbe programov promocije zdravja v velikih podjetjih).

Naloge izvajalca medicine dela so bile opredeljene v pravilniku (7 nalog, med drugim: zdravstveni pregledi, skrb za zdravje zaposlenih, skrb za urejeno delovno okolje, izobraževanje glede zdravja in higiene pri delu, odkrivanje bolezni v zvezi z delom ...).

Rezultati iz navedene študije ne veljajo za druga mala podjetja, saj je gradbeni sektor specifičen.

Načini sledenja učinkov na področju izvajanja programov PZD v gradbenem sektorju

Obstaja več načinov sledenja uspešnosti izvajanja programov PZD (vprašalniki, telefonski intervjuji, osebni intervjuji, meritve različnih spremenljivk ...).

Raziskovalci v študijah se velikokrat poslužujejo pridobivanja podatkov s pisnimi vprašalniki. Navadno sodelujoči izpolnijo vprašalnik pred uvedbo ukrepov oziroma pred začetkom izvajanja študije. Nato sledi več vprašalnikov, namenjenih sledenju sprememb med študijo (npr. po 3, 6, 12 mesecih od začetka izvajanja študije). Podatki, pridobljeni iz vprašalnikov, so analizirani in povzeti v rezultatih posameznih študij (4, 6, 7, 10–12, 15).

Telefonski pogovor je prav tako eden izmed načinov sledenja uspešnosti izvajanja programov PZD (15, 2, 14). Povratno informacijo v tem primeru raziskovalci dobijo hitreje, zaznana je večja odzivnost v primerjavi z izpolnjevanjem vprašalnikov. Način pridobivanja podatkov s telefonskim pogovorom ima tudi negativne lastnosti: od izvajalcev študije zahteva več vključenosti v pridobivanje podatkov, je zamudnejši, zahteva določena znanja iz področja telefonskega intervjuja.

Nekatere izmed študij se poslužujejo osebnega razgovora (13, 15).

V nekaterih študijah so za potrebe pridobivanja rezultatov potrebne meritve različnih bioloških spremenljivk (npr. telesne teže, obsega pasu, krvnega tlaka, holesterola, glikiranega hemoglobina ...) in spremenljivk iz področja dela (npr. bolniške odsotnosti) (5, 13, 14, 16, 17).

Učinek ukrepov PZD za gradbene delavce na z delom povezane rezultate in simptome bolezni mišično-kostnega sistema so raziskovali na Nizozemskem (5).

Cilja programa PZD sta bila preprečevanje in zniževanje zvišane telesne teže (prevalenca zvišane telesne teže ter debelosti je bila za časa študije med gradbenimi delavci na Nizozemskem višja v primerjavi z njihovo splošno populacijo) in simptomov bolezni mišično-kostnega sistema. Cilj študije je bil raziskati učinke programa PZD na sposobnost za delo, z delom povezano vitalnost, opravljanje dela, odsotnost bolezni ter fizično sposobnost in mišično-kostne simptome, ter oceniti, ali je bil program PZD uspešen pri zniževanju pogostnosti bolezni mišično-kostnega sistema, pri zniževanju omejitev na področju fizičnega delovanja in pri zniževanju bolniške odsotnosti. Ugotavljali so tudi, ali program PZD zveča sposobnost za delo.

Strategije programov PZD v gradbenem sektorju

Različni programi PZD se osredotočajo na različna področja, pri tem pa uporabljajo različne strategije za doseganje ciljev.

Strategijo programa PZD je mogoče narediti z uporabo protokola »Intervention mapping« (4, 5, 10, 18). To je protokol za razvoj programa promocije zdravja, ki temelji na teoriji in na dokazih. Proces načrtovanja programa PZD vključuje 6 korakov:

- ocena potreb;
- opredelitev spremenljivk glede na analizo zdravstvenih težav in dejavnikov, ki povzročajo te težave;
- izbira metod (temelječih na teoriji) za izvajanje ukrepov in praktična uporaba teh z namenom spremembe z zdravjem povezanega vedenja;
- oblikovanje komponent in oblike programa;
- pričakovanje pridobitve programa, vključitve tega v uporabo in vzdrževanje programa;
- pričakovanje ocene samega procesa in učinka.

Možne strategije so:

- a) program izobraževanja z namenom spremembe življenjskega sloga z usposobljenim in izobraženim osebnim voditeljem, ki poteka v

- živo (ali po telefonu) na delovnem mestu in v delovnem času in je prilagojen posamezniku; tak program sestoji iz posamezniku prilagojenih informacij glede življenjskega sloga, iz serij treningov glede življenjskega sloga, iz navodil za izvajanje vaj, iz pregleda pripomočkov v podjetju, ki so na voljo za promocijo zdravja, sestoji iz meritve obsega pasu, uporabe pedometra, vodiča glede vsebnosti kalorij v hrani, zdravih receptov ... (4, 5, 9);
- b) izvedba več eno uro trajajočih sklopov iz področja ugotavljanja zdravstvenega stanja delavcev ter s področja promocije zdravja; pri vsakem sklopu udeležena skupina delavcev; posamezni delavec naključno kroži od enega do drugega sklopa; delavci med drugim izpolnijo standardiziran vprašalnik, v katerem ocenijo svoje zdravstveno stanje ter navedejo socioekonomske, demografske, vedenjske podatke ter podatke iz življenjskega sloga (tobak, alkohol, fizična aktivnost med delom in v prostem času, prehranske navade); eden izmed sklopov vključuje meritve z zdravjem povezanih spremenljivk (krvni tlak, raven glukoze v krvi, raven skupnega holesterola v krvi, BMI, razmerje obsega v pasu ter obsega prek kolkov, PEF, raven izdihanega CO); ko delavec zaključi z vsemi sklopi, ima sestanek z učiteljem zdravstvene vzgoje ter od njega dobi povratne informacije glede rezultatov preiskav in njihovo interpretacijo (interpretacija temelji na standardiziranih protokolih za oceno tveganja za srčno-žilne in pljučne bolezni); delavcem, ki imajo visoko tveganje za katero od navedenih bolezni, se svetuje obisk pri medicinski sestri, odgovorni za posameznikovo delovno mesto in dodatno testiranje odstopajočega parametra; če je potrebno, medicinska sestra svetuje delavcu, da si poišče strokovno pomoč (2);
- c) izvedba individualnih serij treningov s fizioterapevtom (z namenom zmanjšanja fizičnih obremenitev pri delu), uvedba odmora za počitek med delovnim procesom (z namenom izboljšanja ravnovesja med delovnimi obremenitvami in časom, potrebnim za okrevanje), izvedba treningov opolnomočenja delavcev (z namenom povečanja vpliva delavcev na delovno mesto) – delavci prevzamejo odgovornost za lastno zdravje (10);
- d) razgovori z medicinskimi sestrami z medicinske dela ali varnostnimi inženirji glede uporabe zaščitnih sredstev za sluh in pojasnitve pomena njihove uporabe (12);
- e) individualno svetovanje: motivacijski intervjuji specialistov MDPŠ ali medicinskih sester z MDPŠ, z delavci, ki potekajo v živo in po telefonu; ocena profila tveganja, osebnostnih lastnosti, ovir za spremembe vedenja; postavitve osebnih ciljev; sodelujoči delavec sam izbere cilj, ki ga želi doseči (izbira med spremembami v prehrani in fizični aktivnosti ali med opustitvijo kajenja) (13);
- f) motivacijski intervju, izveden po telefonu; poslano povratno sporočilo, prilagojeno posamezniku; poslani izobraževalni materiali v pisni obliki, usmerjeni v specifične potrebe in težave gradbenih delavcev (7).

Stroškovna učinkovitost programov PZD v gradbenem sektorju

V eni izmed nizozemskih študij (5) ugotavljajo, da v prvem letu po vzpostavitvi programa PZD na področju zvišane telesne teže in bolezni mišično-kostnega sistema (s pomočjo osebnega trenerja, ponujenih informacij in izobraževalnih materialov v pisni obliki) ta ni stroškovno učinkovita.

Druga študija (16) je s področja sprememb življenjskega sloga (fizična aktivnost, prehrana, kajenje), ki so izvedene z individualnim svetovanjem z namenom zmanjšanja tveganje za srčno-žilne bolezni. V tej študiji ugotavljajo, da na kilogram izgubljene telesne teže gradbenega delavca, ki ima povišano tveganje za srčno-žilne bolezni, podjetje prihrani 145 evrov. Razlika med skupino, pri kateri izvajajo ukrepe in kontrolno skupino, glede stroškov delodajalca na posameznega delavca v tem primeru znaša 254 evrov. Od delodajalca je nato odvisno, ali bo vložil sredstva v program PZD ali ne.

Primeri programov PZD v gradbenem sektorju

Učinek ukrepov promocije zdravja pri delu na z delom povezane izide pri gradbenih delavcih (The effect of a health promotion intervention for construction workers on work related outcomes) (4); Nizozemska

Na Nizozemskem opažajo staranje delovne sile na fizično zahtevnih delovnih mestih, tveganje za bolezni mišično-kostnega sistema (MKB) pa z leti narašča. MKB so glavni vzrok bolniške odsotnosti, nezmožnosti za delo in zgodnje prekinitve dela, povezane so z nižjo sposobnostjo za delo (socialni, zdravstveni in ekonomski problem) ter so najpogostejši z delom povezani zdravstveni problem gradbenih delavcev. Fizično in psihosocialno delovno okolje sta dejavnika tveganja za MKB pri gradbenih delavcih.

Prevalenca zvišane telesne teže je pri gradbenih delavcih višja (v primerjavi s splošno populacijo), zvišana telesna teža pa je negativno povezana z izidi, povezanimi z delom – pomembno bi bilo znižati telesno težo v tej skupini delavcev (pomembni sta dieta in fizična aktivnost).

Programi PZD so zato usmerjeni v *fizično aktivnost ter dieto* (= zdrav življenjski slog), s čimer učinkujejo na zniževanje telesne teže. Večja fizična aktivnost zniža tudi tveganje za MKB. Sprememba življenjskega sloga v skupnem zmanjša prevalenco bolečine v križu (pri poklicih, ki vključujejo težko fizično delo – tudi pri gradbenih delavcih). Programi PZD pozitivno vplivajo na bolniško odsotnost, produktivnost ter zmožnost za delo in izboljšajo zdravje delavcev v celoti.

Cilj programa PZD je preprečevanje in zniževanje zvišane telesne teže in simptomov MKB s povečanjem fizične aktivnosti in izboljšanjem prehranskih navad.

Načrt programa PZD: posamezniku prilagojen trening za njegov življenjski slog, ki poteka na delovnem mestu. Sodelujoči dobijo posamezniku prilagojene

informacije glede življenjskega sloga, na voljo so jim učne ure treninga zdravega življenjskega sloga in navodila glede izvajanja vaj. Del programa PZD je tudi t. i. zbirka pripomočkov (toolbox) v gradbenem sektorju. Ta vsebuje pregled zmožnosti podjetja za promocijo zdravja, meter za merjenje obsega pasu, pedometer, tabelo indeksa telesne teže, vodnik po kalorijah, zdrave recepte in preizkus znanja o poznavanju življenjskega sloga.

Ukrepi programa PZD so izvedeni osebno in po telefonu, izvajajo jih osebni trenerji za promocijo zdravja. Sodelujoči prejmejo osebni energijski načrt ter vanj zapisujejo načrte in cilje. Ti osebni načrti so nato uporabljeni za sledenje uspešnosti ukrepov programa PZD.

Namen študije je raziskati učinke programa PZD na mišično-kostne simptome, fizično sposobnost, sposobnost za delo, z delom povezano vitalnost, zniževanje bolniške odsotnosti, opravljanje dela ter na odsotnost bolezn. Gre za randomizirano kontrolirano študijo. Sodelujoči prejmejo vprašalnike pred obdobjem ukrepov, takoj po 6-mesečnem obdobju ukrepov ter 12 mesecev po začetku študije.

Rezultati ne pokažejo znatnih sprememb po 6 ali 12 mesecih, in sicer na nobenem od področij (ukrepi nimajo statistično pomembnega učinka na izid). Opazen je prispevek k povečanju fizične aktivnosti, izboljšanju prehranskih navad ter uravnavanju telesne teže. Navajajo predvidevanja, da bi bilo potrebnih več ukrepov (oz. večkomponentni ukrepi) za znatnejše spremembe. Rezultati ukrepov so slabi, ker le manjši delež delavcev redno dela vaje po programu.

Prevalenca delavcev, ki imajo simptome bolezn mišično-kostnega sistema, v skupnem upade, a ne statistično pomembno. Ideja za ukrepe na področju zniževanja pogostosti simptomov MKB je vpliv na fizično in psihosocialno delovno okolje, ki sta dejavnika tveganja za MKB pri gradbenih delavcih.

Promocija zdravja pri delu: ocenjevanje dejavnikov tveganja za srčno-žilne bolezn pri gradbenih delavcih (Workplace health promotion:

assessing the cardiopulmonary risks of the construction workforce) (2); Kitajska

Številne študije nenehno poudarjajo pomen identificiranja populacij z visokim tveganjem za srčno-žilne bolezni in pomen uporabe programov za njihovo preprečevanje. Na Irskem, v Indiji in Nemčiji poročajo o visokem tveganju za srčno-žilne (KVS) bolezni pri gradbenih delavcih.

Namen pričujoče študije je ugotoviti raven tveganja za navedene bolezni med gradbenimi delavci v Hongkongu, saj opažajo odhajanje delavcev v druge predele Kitajske in posledično starajočo se delovno silo, pri kateri je ohranitev zdravja postala prioriteta.

Na tveganje za KVS-bolezni vplivajo metabolni dejavniki in življenjski slog. Pod metabolne dejavnike štejemo raven trigliceridov v krvi, raven HDL holesterola/glukoze v krvi na tešče, centralno debelost in zvišan krvni tlak. Pomembni dejavniki iz življenjskega sloga pa so kajenje, prehrana in fizična aktivnost.

Med gradbenimi delavci so pogosto poškodbe pri delu, prav tako so pogoste bolezni mišično-kostnega sistema in slabo KVS-zdravje. Onesnaženost in prah na delovnem mestu sta pri gradbenih delavcih pogosto prisotna, kar zviša tveganje za pljučne bolezni, fizično zahtevno delo pa zahteva dobro kardiopulmonalno zdravje.

Pričujoča študija vključuje dve podskupini v gradbenem sektorju: gradbene delavce ter podporno osebje (nadzorniki, pisarniški delavci ...).

Meritve ter pridobivanje podatkov:

- 7 postaj (meritve tlaka, ravni holesterola, sladkorja v krvi, meritve BMI in razmerja obsega pas-kolki, meritve PEF in meritve izdihanega CO);
- vprašalnik o demografskih, socioekonomskih podatkih, življenjskem slogu in vedenju;
- posvet s promotorjem zdravja – pridobitev povratne informacije na osebni ravni (glede rezultatov in interpretacije podatkov); interpretacija

temelji na standardiziranih protokolih za oceno tveganja na področju KVS in pljuč;

- delavci z visokim tveganjem za KVS-bolezni so napoteni k medicinski sestri MDPŠ v njihovem delovnem okolju (za dodatno testiranje parametra, ki je bil zunaj dovoljenih meja) – medicinska sestra nato delavcu lahko svetuje obisk pri zdravniku.

Rezultati:

- gradbeni delavci so starejši in manj izobraženi od uradnikov;
- med gradbenimi delavci je pogostejši zvišan krvni tlak, zvišana telesna teža/debelost, centralna debelost, znižana je raven HDL, zvišane so vrednosti glukoze v krvi (ki zadoščajo za diagnozo sladkorne bolezni), slabša je pljučna funkcija (višja stopnja izdihanega CO, podpovprečni PEF);
- med gradbenimi delavci je več kadilcev;
- več gradbenih delavcev ima tri ali več dejavnikov tveganja za metabolni sindrom (v primerjavi z uradniki), a imajo kljub temu nižje tveganje za metabolni sindrom v primerjavi s splošno populacijo na Kitajskem;
- gradbeni delavci poročajo o boljši fizični aktivnosti, povezani z delom, ter o boljši prehrani v primerjavi z uradniki (sadje in zelenjavo jejo najmanj 6-krat na teden),
- glede uživanja rdečega in predelanega mesa ter alkohola med skupinama ni razlik.

Telefonski pogovor mesec dni po koncu študije je pokazal, da je 52,8 odstotka delavcev spremenilo navade, povezane z zdravjem, delavci so bili večinoma zadovoljni s programom.

Zaključki: kajenje je glavni dejavnik tveganja za KVS-bolezni, vpliva tudi na prezgodnje upokojevanje. Področja, kjer je kajenje v podjetjih dovoljeno, ne promovirajo opustitve kajenja. Kajenje vpliva tudi na nekadilce (pasivno kajenje). Glede prehranskih navad je ugotovljeno, da se poročeni/v partnerski zvezi bolj zdravo prehranjujejo. Treba je zagotavljati zdravo

hrano v menzah (kjer imajo menze). Glede telesne aktivnosti trenutna priporočila redko razlikujejo aktivnosti med delom in aktivnosti v prostem času. Večja fizična aktivnost pri delu lahko celo zviša tveganje za KVS-bolezni. Prispevek aktivnosti med delom in aktivnosti med prostim časom zato različno vplivata na zdravje srčno-žilnega sistema. Glede uživanja alkohola je ugotovljeno, da eden od treh zaposlenih uživa alkohol tvegano. Posledica tega je večje število nesreč pri delu. Potreba je po uporabi ostrejših politik, kot so alkotesti na delovnih mestih.

Ukrepi promocije zdravja morajo biti usmerjeni na različne skupine zaposlenih. Potrebne in upravičene so ločene strategije promocije zdravja, ki vplivajo na spremembe življenjskega sloga in na kardiopulmonalno zdravje.

Program preventive na delovnem mestu za gradbene delavce: načrt randomizirane kontrolirane študije (A worksite prevention program for construction workers: design of a randomized controlled trial) (10); Nizozemska

Pred začetkom pričujoče študije se je promocija zdravja osredotočala na izboljšanje zdravja posameznika s spremembami življenjskega sloga in na zmanjšanje zahtevnosti dela z ergonomskimi pristopi. Le ena študija (do leta 2008) je bila usmerjena v izboljšanje sposobnosti za delo (s svetovanjem in izobraževanjem za delavce, pri katerih je obstajalo tveganje za invalidsko upokojitev). Rezultati omenjene študije so kazali blago, a ne pomembno, izboljšanje zmožnosti za delo.

Ugotovljeno je, da je zmožnost za delo večdimenzionalni koncept, zato je bolj učinkovit večdimenzionalni pristop, ki ga v gradbeni industriji (z izjemo pričujoče študije) še ni bilo. Pričujoč program preventive na delovnem mestu je razvit za potrebe izboljšanja sposobnosti za delo pri gradbenih delavcih z namenom podaljšanja zdrave delovne dobe. Začetek projekta sega v januar 2008. Članek med drugim predstavlja načrt programa PZD.

Namen študije je ocena učinkovitost ukrepov, izvedenih v sklopu programa – morebitno izboljšanje zmožnosti

za delo in izboljšanje z zdravjem povezane kvalitete življenja delavcev v primerjavi z delavci, ki niso deležni ukrepov (program vključuje osebne dejavnike ter delovno okolje).

Metode: randomizirana kontrolirana študija s skupinsko randomizacijo, sledenje 12 mesecev. V študijo so vključeni gradbeni delavci, ki med študijo delajo v gradbeništvu (6 podjetij) – 2 skupini po 100 delavcev. Ukrepi so razviti s pristopom »Intervention Mapping«, gre za 6-mesečni program, ki sestoji iz:

- 2 individualnih serij treningov s fizioterapevtom (z namenom zmanjšanja fizičnih obremenitev – vprašalnik, opazovanje delavca, svetovanje za zmanjšanje obremenitev med delom; delavec dobi 3 priporočila; razmik med serijama je 4 mesece; druga serija oceni vpliv nasvetov iz prve serije ter jih prilagodi, če je to treba);
- odmora za počitek (za izboljšanje ravnovesja med delom in okrevanjem) – pomembno za zavedanje o pomenu zmanjševanja utrujenosti; delavci dobijo spodbudo za večkratne odmore; izpolnijo tabelo (pričakovanja delavcev o utrujenosti ob koncu delavnika, majhni odmori, vzroki utrujenosti, nasveti za zmanjšanje utrujenosti na dolgi rok);
- 2 serij treningov opolnomočenja (z namenom povečanja obsega vpliva delavcev na delovno mesto) – delavci prevzamejo odgovornost za lastno zdravje, s sodelavci razpravljajo o odgovornosti za njihovo lastno vedenje (jemanje odmorov, prošnje za pomoč pri dvigovanju ipd.), izboljšajo komunikacijo z nadzornikom; delavci navedejo seznam področij, ki bi jih radi spremenili; akcijski načrt na plakatu; čez 4 mesece sledi druga serija treningov.

Rezultati: ocena učinkovitosti ukrepov je izvedena pred začetkom izvajanja ukrepov, čez 3, 6 in čez 12 mesecev. Pri tej oceni se spremlja zmožnost za delo in z zdravjem povezana kvaliteta življenja. Opazuje se tudi potreba po okrevanju, simptomi mišično-kostnega sistema, delovna obveznost in samoučinkovitost. Na koncu je izvedena še ocena stroškovne učinkovitosti.

Zaključek: študija ima določene omejitve – gre za več komponent intervencije, zato je učinkovitost programa lahko pripisana le celotnemu programu. Učinkovitost programa preventive na delovnem mestu je ocenjena kot ocena procesa in učinka, a pričujoč članek teh rezultatov ne podaja, saj pomeni izključno načrt študije. Rezultati so zajeti v drugem članku (15), ki pa ni dostopen v celoti. V njem navajajo težave s pridobivanjem sodelujočih podjetij. Delavci v navedeni študiji sodelujejo v velikem deležu (večina se udeleži 3 od 4 serij treningov), program v 64 odstotkih priporočijo kolegom. Študija je uspešna, natančna, delavci so zmerno zadovoljni s študijo in njenimi rezultati.

Če se bo program preventive na delovnem mestu v prihodnjih študijah, izvedenih po tem načrtu, izkazal kot učinkovit, ga bodo izvajali na večji populaciji delavcev iz gradbene industrije in preostalih fizično zahtevnih poklicev.

Zaključki

Največ pregledanih člankov se v okviru promocije zdravja pri delu osredotoča na spremembe življenjskega sloga (kot npr. zviševanje telesne aktivnosti, zniževanje telesne teže, opustitev kajenja, uživanje več sadja in zelenjave, abstinenca od alkohola). Ukrepi na področju življenjskega sloga vplivajo tudi na zniževanje absenzitizma in zviševanje zmognosti za delo (13). Promocija zdravja pri delu niso le spremembe življenjskega sloga. Na zdravje vplivata tudi fizično in psihosocialno delovno okolje, zato je promocija zdravja večdimenzionalni koncept, česar se zavedajo avtorji dveh člankov iz Nizozemske (4, 10).

Namen ene izmed nizozemskih študij (4) je raziskati učinke PZD na mišično-kostne simptome, na fizično sposobnost, sposobnost za delo, na opravljanje dela in na odsotnost bolezni. Članek opiše izključno načrt programa PZD in njegovo izvajanje, ne opiše pa predhodne priprave na izvajanje programa in analize zdravja ter določitve problema. Sam program PZD je zasnovan na osnovi vprašalnikov, rezultati pa niso spodbudni – ni

znatnih sprememb na nobenem od zgoraj omenjenih področij, prispeva pa k izboljšanju telesne aktivnosti, prehrane in uravnavanju telesne teže. Avtorji predvidevajo, da je potrebnih več ukrepov za znatnejše spremembe. Ta program promocije zdravja pri delu zaradi zgoraj omenjenih pomanjkljivosti ni v skladu s priporočili, ne upošteva vseh ključnih načel PZD, prav tako ne dosega koristi, ki naj bi jih programi PZD prinašali, zato te oblike programa PZD v gradbenem sektorju ne priporočajo za vključitev v prakso.

Drugi nizozemski članek (10) opiše le načrt za študijo (podrobno opiše načrt programa PZD v ožjem pomenu besede). Tako kot prva že omenjena študija iz iste države pa ne opiše predhodne priprave na izvajanje programa PZD ter analize zdravja in določitve problema. Program niti ne vključuje vseh ključnih načel PZD, kljub temu da je namenjen vsem delavcem v podjetju.

Nekatere študije se osredotočajo le na posamezne dele področja promocije zdravja pri delu (npr. le na dele iz področja načrtovanja programov ali le na izvajanje programov). Več pregledanih člankov temelji na eni izvedeni študiji, a obravnavajo različna področja programov PZD (med drugim tudi stroškovno učinkovitost). Članek avstralskih avtorjev se dotika odnosa vodstev podjetij do promocije zdravja pri delu (19), kar je prvi korak v načrtovanju programov promocije zdravja. V Britaniji narejena študija je namenjena raziskavi obsega varnostnih ukrepov in zdravja pri delu v gradbeni industriji (3), kar sodi pod analizo zdravja in določitve problema v procesu načrtovanja promocije zdravja. Pod analizo zdravja in določitve problema sodi tudi članek kitajskih avtorjev (2), ki raziskuje in ocenjuje tveganje za bolezni srčno-žilnega sistema pri gradbenih delavcih v primerjavi s pisarniški delavci, zaposlenimi v gradbenem sektorju. Rezultati omenjenih študij prispevajo k načrtovanju programov PZD v prihodnje.

Japonska študija (9) ne obravnava programov promocije zdravja pri delu neposredno, temveč povzema uporabo programov promocije zdravja pri delu (PZD) v malih podjetjih in področja, ki jih ti programi obsegajo. Ugotavljajo, da programi PZD najpogosteje obsegajo

zdravstvene preglede, manj pa vadbene programe, programe za opustitev kajenja ter izobraževanja glede prehrane. Na tem področju bi bile potrebne spremembe v smislu preusmeritve služb za medicino dela iz pretežnega izvajanja zdravstvenih pregledov delavcev v vključevanje izvajanja PZD za zaposlene.

V nobenem od pregledanih člankov ni obravnavan program promocije zdravja pri delu, ki bi vključeval vse elemente pravilnega načrtovanja teh programov ter vsa ključna načela, ki jih moramo upoštevati pri oblikovanju programa PZD. Posledično tudi rezultati teh programov niso spodbudni in zato jim vodstva podjetij večinoma niso naklonjena.

Viri in literatura

1. Pritchard C. Building for health? The construction managers of tomorrow. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* 2004; 124(4): 171–6.
2. Sze Pui PT, Wendy WTL, Sungwon Y, Na Z, Nan X, Weiwei Z, Ke M, Richard F. Workplace Health Promotion: Assessing the Cardiopulmonary Risks of the Construction Workforce in Hong Kong. *PLoS One* 2016; 11(1).
3. Pritchard CBA, McCarthy A. Promoting Health in the Construction Industry? *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2002; 44(6): 540–45.
4. Viester L, Verhagen EALM, Bongers PM, van der Beek AJ. The effect of a health promotion intervention for construction workers on work-related outcomes: results from a randomized controlled trial. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 2015; 88(6): 789–98.
5. Viester L. *Worksite health promotion in the construction industry*. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2015.
6. Lusk SL, Ronis DL, Hogan MM. Test of the Health Promotion Model as a Causal Model of Construction Workers' Use of Hearing Protection. *Research in Nursing & Health*. 1997; 20: 183–94.
7. Sorensen G, Barbeau EM, Stoddard AM, Hunt MK, Goldman R, Smith A, Brennan AA, Wallace L. Tools for health: the efficacy of a tailored intervention targeted for construction laborers. *Cancer Causes & Control* 2007; 18(1), 51–9.
8. Viester L, Verhagen EA, Proper KI, van Dongen JM, Bongers PM, van der Beek AJ. VIP in construction: systematic development and evaluation of a multifaceted health programme aiming to improve physical activity levels and dietary patterns among construction workers. *BMC Public Health* 2012; 12: 89.
9. Muto T, Hsieh SD, Sakurai Y. Status of health promotion programme implementation in small-scale enterprises in Japan. *Occupational Medicine* 1999; 49: 65–70.
10. Oude Hengel KM, Jolling CI, Proper KI, Blatter BM, Bongers PM. A worksite prevention program for construction workers: design of a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2010; 10: 336.
11. Boschman JS, van der Molen HF, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW. Improving occupational health care for construction workers: a process evaluation. *BMC Public Health* 2013; 13: 218.
12. Kerr MJ, Lusk SL, Ronis DL. Explaining Mexican American Workers' Hearing Protection Use With the Health Promotion Model. *Nursing Research*. 2002; 51(2): 100–9.
13. Groeneveld IF, Proper KI, van der Beek AJ, Hildebrandt VH, van Mechelen W. Short and long term effects of a lifestyle intervention for construction workers at risk for cardiovascular disease: a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2011; 11: 836.
14. Groeneveld IF, Proper KI, van der Beek AJ, van Mechelen W. Sustained body weight reduction by an individual-based lifestyle intervention for workers in the construction industry at risk for cardiovascular disease: results of a randomized controlled trial. *Preventive Medicine* 2010; 51(3–4): 240–6.
15. Oude Hengel KM, Blatter BM, van der Molen HF, Jolling CI, Proper KI, Bongers PM, van der Beek AJ. Meeting the challenges of implementing an intervention to promote work ability and health-related quality of life at construction worksites: a process evaluation (abstract). *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2011; 53(12): 1483–91.
16. Groeneveld IF, van Wier MF, Proper KI, Bosmans JE, van Mechelen W, van der Beek AJ. Cost-effectiveness and cost-benefit of a lifestyle intervention for workers in the construction industry at risk for cardiovascular disease. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2011; 53(6): 610–7.

17. Groeneveld IF, Proper KI, van der Beek AJ, van Duivenbooden C, van Mechelen W. Design of a RCT evaluating the (cost-) effectiveness of a lifestyle intervention for male construction workers at risk for cardiovascular disease: the health under construction study. *BMC Public Health* 2008; 8: 1.
18. Intervention Mapping. [na spletu]. [pridobljeno 31.3.2016]. Dostopno na: https://en.wikipedia.org/wiki/Intervention_mapping.
19. Uher TE, Ritchie J. Promoting the health of construction workers. *Engineering, Construction and Architectural Management* 1998; 5(3): 304–11.

Eva Polajnar, dr. med., specializantka MDPŠ

DEJAVNIKI, POVEZANI Z DRUŽINO, IN RABA DROG PRI MLADOSTNIKI

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

Družina je pomemben zaščitni dejavnik pred rabo alkohola in drugih drog pri mladostnikih, pri neugodnem izidu pa pomemben dejavnik tveganja. V literaturi se posebej poudarja vpliv družinskih socializacijskih dejavnikov, kot sta nadzor in podpora staršev, ter stališča staršev do rabe drog.

V okviru korelacijske študije smo proučevali povezanost zaznanega nadzora in podpore staršev ter zaznane vrstniške podpore, pa tudi zaznanih stališč staršev z rabo drog pri slovenskih všolanih mladostnikih. Osrednja raziskovalna dilema je bila strukturirana v tri raziskovalna vprašanja: Ali je zaznani nadzor staršev povezan s pogostostjo rabe drog (alkohola in marihuane) pri mladostnikih? Ali je zaznana podpora staršev in zaznana vrstniška podpora povezana z rabo drog pri mladostnikih? Ali obstaja povezava v zaznanem stališču staršev do rabe drog in pogostostjo rabe drog pri mladostnikih?

Rezultati podpirajo hipotezo o povezanosti med nadzorom staršev, podporo staršev in vrstnikov ter stališči staršev do rabe drog in rabo drog pri mladostnikih. Rezultati raziskave kažejo, da je raba drog bolj kot pri njihovih vrstnikih pogosta pri tistih mladih, ki praviloma doživljajo pomanjkljiv nadzor staršev, imajo praviloma nizko stopnjo njihove podpore ali pa imajo njihovih starši praviloma pozitivna stališča do rabe drog. Rezultati so pokazali, da proučevani dejavniki družine pomembno napovedujejo rabo drog pri mladostnikih, pri čemer ima v vseh treh proučevanih letih najvišjo napovedno moč komponenta starševskega nadzora, ki se nanaša na

védenje staršev o večernih izhodih, to je kje in s kom se mladostnik druži in v katere aktivnosti je vpleten. Sledita ji druga dva pomembna napovedna dejavnika, ki vplivata na rabo alkohola in marihuane pri dijakih; zaznana stališča staršev do rabe alkohola in zaznana vrstniška podpora.

Razlike med skupinama mladostnikov komentiramo tudi glede na leto izvedbe presečne študije. Raziskava je osnovana na podatkovni bazi, ki je nastala na podlagi mednarodne epidemiološke raziskave ESPAD na reprezentativnem vzorcu slovenskih všolanih dijakov prvih letnikov srednjih šol, starih od 15 do 16 let. Uporabljena je baza podatkov za osemletno obdobje; šol. l. 1998/99, šol. l. 2002/03, šol. l. 2006/07. Za nabor podatkov je bil uporabljen samoocenjevalni vprašalnik. Velik vzorec omogoča ustrezno posplošitev ugotovitev. Glede na predmet proučevanja je to prva tovrstna raziskava v slovenskem prostoru. Raziskava je pomemben doprinos psihološki znanosti, zlasti k proučevanju vpliva dejavnikov družine, ki so povezani z rabo drog pri mladostnikih. Razpoložljiva praksa preventivne dejavnosti na področju drog, ki bi temeljila na znanstvenih dokazih, je pomanjkljiva, zato bodo rezultati raziskave lahko osnova za oblikovanje učinkovitejših programov preprečevanja negativnih posledic (zlo)rabe drog ter za širjenje teoretičnih in praktičnih spoznanj v slovenskem in mednarodnem okolju.

Ključne besede: alkohol, marihuana, mladostniki, družinski dejavniki, preventiva

PSIHOSOCIALNI VAROVALNI DEJAVNIKI UPORABE MARIHUANE MED MLADOSTNIKI

Dr. Eva Stergar, univ. dipl. psih., zdravstvena svetnica

Izhodišče: V doktorski disertaciji raziskujemo, kateri so tisti psihosocialni dejavniki, ki varujejo pred uporabo kanabisa in so med letoma 2003 in 2007 prispevali k zmanjšanju razširjenosti vseživljenjske uporabe kanabisa med všolanimi 15- do 16-letniki.

Metode: Analiza temelji na podatkih raziskav ESPAD, izvedenih leta 2003 in 2007 po standardizirani metodi na reprezentativnih vzorcih dijakov, ki so v letu ankete dopolnili 16 let ($n = 5870$; 50,9 % fantov in 49,1 % deklet).

Povezanost med psihosocialnimi spremenljivkami in vseživljenjsko uporabo kanabisa oziroma pogostostjo uporabe kanabisa smo preverili z univariatno in politomno logistično regresijo z vključenim slučajnim vplivom razreda in šole.

V vseh primerih je bila p-vrednost, ki je bila manjša od 0,05 ali enaka 0,05, upoštevana kot statistično značilna. Vse spremenljivke, ki so imele $V > 0,1$ in so bile glede na sedanje vedenje logične, smo sočasno vključili v multivariatni model, kjer smo upoštevali tudi leto anketiranja, spol in oceno premožnosti družine kot morebitne moteče spremenljivke. Upoštevali smo

tudi interakcijo med časom anketiranja in preučevano pojasnjevalno spremenljivko. Vse statistično neznačilne spremenljivke ($p > 0,05$) smo potem izključili in dobili končni multivariatni model, ki je bil najbolje usklajen.

Rezultati: Uporabo kanabisa najbolje opiše multivariatni model, ki vsebuje naslednje pojasnjevalne spremenljivke: depresivnost, prepričanja o tveganju za telesno ali kakšno drugo škodo zaradi različno pogoste uporabe kanabisa, kajenje cigaret v vsem življenju in v zadnjih 30 dneh pred anketo, pitje alkohola v vsem življenju, nadzor staršev glede preživljanja sobotnih večerov, kajenje marihuane med vrstniki in starejšimi sorojenci, oceno dostopnosti kanabisa in leto anketiranja, spol ter oceno premožnosti družine kot moteči spremenljivki.

Zaključki: Model kaže zelo dobro prileganje in je uporaben za načrtovanje programov promocije zdravja, ki bi morali potekati v različnih okoljih in za različne ciljne skupine.

Ključne besede: mladostniki, kanabis, uporaba drog, varovalni dejavniki, raziskava ESPAD

RAZVOJ MODELA OCENE TVEGANJA VOZNIKOV S PSIHO-FIZIČNIMI OMEJITVAMI PRI NASTANKU PROMETNIH INCIDENTOV

Dr. Nevenka Šestan, viš. m. s., univ. dipl. org.

Cilj študije je ugotoviti, ali vozniki, ki imajo eno od naslednjih diagnoz: epilepsijo, kronični alkoholizem in/ali tvegano pitje, uživalci psiho aktivnih substanc (PAS), bolniki z drugimi boleznimi živčevja, z duševnimi in vedenjskimi motnjami, s kardiovaskularnimi boleznimi, z diagnozo težjega diabetesa in težjimi okulističnimi boleznimi, obravnavani na posebni zdravstveni komisiji (PZK), pomenijo večje tveganje za povzročitev prometnih nesreč (PN)/cestnoprometnih prekrškov (CPP) od voznikov, povzročiteljev PN/CPP v Sloveniji, ki teh diagnoz nimajo.

Narejenih je bilo šestnajst študij primerov s kontrolami. Primeri so vozniki, ki so bili v opazovanem obdobju pregledani na PZK in so imeli vsaj eno od naslednjih diagnoz: epilepsija, kronični alkoholizem/tvegano pitje, uživanje PAS, duševne in vedenjske motnje, bolezni živčevja, kardiovaskularne bolezni, diabetes in bolezni oči. Za vsak primer smo kot kontrolo definirali po spolu in starosti usklajene osebe iz kohorte povzročiteljev PN/CPP v istem opazovanem obdobju. Deskriptivni statistiki je sledilo izračunavanje korelacij med spremenljivkami, izračun t-testa oziroma χ^2 med primeri in kontrolami za vsako spremenljivko in izračun razmerja obetov.

Vozniki z vodilno diagnozo predhodne poškodbe imajo več kot štirikrat večje obete, da povzročijo PN (RO = 4,44; 95-odstotni IZ = 1,69–11,63) in trikrat večje obete z diagnozo odvisnost (RO = 3,52; 95-odstotni IZ = 2,10–5,88), da povzročijo CPP, medtem ko imajo vozniki z boleznimi živčevja petkrat večje obete kot kontrole, da bodo povzročili PN (RO = 5,18; 95-odstotni IZ = 2,59–10,34). Visoko stopnjo tveganja imajo tudi vozniki z duševnimi in vedenjskimi motnjami (RO = 3,64; 95-odstotni IZ = 1,91–6,94) in vozniki, ki so odvisni od alkohola (RO = 1,71; 95-odstotni IZ = 1,01–2,89). Rezultati za voznike z vodilno diagnozo epilepsija ne kažejo večjega tveganja za CPP/PN.

Na novo smo odkrili visoko stopnjo tveganja za PN pri voznikih z diagnozo predhodne poškodbe. Ugotovili smo, da so odvisni vozniki in vozniki s kroničnimi boleznimi dejansko tvegani vozniki. Rezultati za voznike z vodilno diagnozo epilepsija potrjujejo dosedanje raziskave, ki voznikov z epilepsijo ne obravnavajo kot tvegane voznike.

Ključne besede: posebna zdravstvena komisija, tvegani vozniki, prometne nesreče, cestnoprometni prekrški, alkoholizem, epilepsija, ostale obravnavane bolezni

PREZENTIZEM MED ZDRAVSTVENIMI DELAVCI

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

Namen: Presentizem je relativno nov pojav, »da gredo delavci na delo kljub zdravstvenim težavam, čeprav bi zaradi bolezni lahko odšli v bolniški stalež«. Najpogostejši prezentisti so delavci v vzgoji in izobraževanju in zdravstveni delavci. Namen dela je proučiti dejavnike tveganja za pojav prezentizma med zdravstvenimi delavci, kar bi pripomoglo k oblikovanju ukrepov za varovanje njihovega zdravja na delovnem mestu.

Metode: V največji slovenski bolnišnici, Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana, je bila med 5865 zdravstvenimi delavci, ki so bili v njej zaposleni celo leto 2010, izvedena presečna raziskava. Vsak delavec je prejel vprašalnik, sestavljen iz treh mednarodnih standardiziranih vprašalnikov. Z metodo multivariatne logistične regresije smo računali povezanost med dejavniki tveganja in prezentizmom.

Rezultati: Največje obete za prezentizem je multivariatno modeliranje pričakovano pokazalo za kronično (RO = 722,5; 95% IZ = 178,5–2924,5) in akutno bo-

lezen (RO = 359,7; 95% IZ = 89,1–1452,8). Poleg teh je največje obete pokazala slaba samoocena zdravstvenega stanja (RO = 3,0; 95% IZ = 1,9–4,8), nezmožnost nadomeščanja v primeru bolniškega staleža (RO = 1,9; 95% IZ = 1,5–2,3), vsaj dvakratni bolniški stalež v preteklem koledarskem letu (RO = 1,6; 95% IZ = 1,2–2,1), invalidnost (RO = 1,6; 95% IZ = 1,0–2,5) in nižji osebni dohodek zaradi bolniškega staleža (RO = 1,5; 95% IZ = 1,2–1,9). Medsebojnih vplivov različnih dejavnikov tveganja na prezentizem zdravstvenih delavcev nismo mogli dokazati.

Zaključek: Rezultati kažejo, da je poleg slabega zdravstvenega stanja prezentizem najbolj povezan s psihosocialnimi dejavniki in njihovimi ekonomskimi posledicami. Na delo in zdravje zdravstvenih delavcev pa ima negativne učinke in zahteva hitre ukrepe v organizaciji dela v zdravstvu.

Ključne besede: prezentizem, dejavniki tveganja, zdravstveni delavci

INDEKS DELOVNE ZMOŽNOSTI ZAPOSLENIH V DOMOVIH ZA STAREJŠE OBČANE

Jernej Hren, dr. med., spec. MDPŠ¹

Izhodišče: Delovna doba v Sloveniji se podaljšuje, zato so delavci vedno starejši. Ker je Slovenija poleg Malte država z najnižjo stopnjo delovne aktivnosti v starosti od 50 do 64 let, nas je zanimalo, kakšna je trenutna delovna zmožnost zaposlenih v domovih za starejše občane in kakšna je ob upoštevanju različnih drugih dejavnikov.

Cilj: Cilj specialistične naloge je ugotoviti, kakšen je indeks delovne zmožnosti pri zaposlenih v petih domovih za starejše občane, kakšna je verjetnost za zmeren ali slab indeks delovne zmožnosti ob upoštevanju starosti, izgorelosti, psihosocialnih dejavnikov in bolečine v križu in kakšne so razlike v delovni zmožnosti negovalnega in nenegovalnega osebja teh domov.

Metode: Vzorec so predstavljali vsi zaposleni petih domov za starejše občane. Podatke smo pridobili z vprašalniki (vprašalnik o demografskih podatkih, vprašalnik o psihosocialnih tveganjih na delovnem mestu, vprašalnik o izgorelosti na delovnem mestu in vprašalnik o indeksu delovne zmožnosti). Homogenost podatkov smo preverili s Kruskal-Wallisovim testom, Fisherjevim eksaktnim testom in Pearsonovim testom Hi kvadrat. Podatke smo nato analizirali s pomočjo T-testa za neodvisna vzorca, Mann-Whitneyjevega testa in testa Hi kvadrat za primerjavo negovalnega in nenegovalnega osebja. Korelacijo med indeksom delovne zmožnosti in preostalimi spremenljivkami s Pearsonovo korelacijo, razmerje obetov (RO) za slab indeks delovne zmožnosti pa s pomočjo 2 x 2 tabel, 95-odstotni interval zaupanja (95-odstotni IZ) z metodo po Armitage-Berryju, dvosmerno vrednost p pa s Fisherjevim eksaktnim testom.

Rezultati: Negovalno in nenegovalno osebje v domovih za starejše občane se statistično razlikujeta v spolu, povprečni delovni dobi, izmenskem delu, nočnem delu, kajenju, pomanjkanju delavcev in pomanjkanju odmorov. Indeks delovne zmožnosti se s starostjo znižuje, korelacija med starostjo in indeksom delovne zmožnosti je šibka, $r = -0,39$, $p < 0,01$, a je razmerje obetov za zmeren ali slab indeks delovne zmožnosti pri starejših od 50 let $RO = 4,62$ (95-odstotni IZ = 2,42–8,79), $p < 0,01$. Razmerje obetov za zmeren ali slab indeks delovne zmožnosti pri izgorelosti na delovnem mestu je $RO = 3,75$ (95-odstotni IZ = 2,07–6,8), $p < 0,01$; pri visokih zahtevah na delovnem mestu $RO = 2,55$ (95-odstotni IZ = 1,44–4,52), $p < 0,01$; ob slabem nadzoru nad delom $RO = 1,92$ (95-odstotni IZ = 1,0–3,55), $p = 0,039$; ob slabi podpori sodelavcev $RO = 2,53$ (95-odstotni IZ = 1,42–4,5), $p < 0,01$; pri bolečini v križu v zadnjih 30-ih dneh pa $RO = 4,09$ (95-odstotni IZ = 2,2–7,6), $p < 0,01$. Kajenje ni predstavljalo tveganja za zmeren ali slab indeks delovne zmožnosti $RO = 0,69$ (95-odstotni IZ = 0,37–1,29), $p = 0,28$.

Zaključek: Indeks delovne zmožnosti zaposlenih v domovih za starejše občane se s starostjo zmanjšuje hitreje kot v nekaterih drugih evropskih državah. Za slab ali zmeren indeks delovne zmožnosti je večja verjetnost ob prisotnosti izgorelosti na delovnem mestu, bolečine v križu in večanju zahtev na delovnem mestu. Manjša verjetnost je z dobro podporo sodelavcev in nakazano manjša verjetnost pri dobrem nadzoru nad delom. Glede na nizko delovno aktivnost v starostni skupini od 50 do 64 let v Sloveniji lahko rezultate uporabimo kot pomoč pri načrtovanju izboljšav za izboljšanje delovne zmožnosti delavcev.

Ključne besede: indeks delovne zmožnosti, staranje, psihosocialni dejavniki, bolečina v križu.

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

¹ Zdravstveni dom Slovenska Bistrica, Slovenska Bistrica

MNENJE STROKOVNJAKOV NA PODROČJU VARNOSTI IN ZDRAVJA PRI DELU O DISKRIMINACIJI, POVEZANI Z NOSEČNOSTJO NA DELOVNEM MESTU

Oksana Levak, dr. med., spec. MDPŠ¹

Izhodišče: V preteklih desetletjih se je število zaposlenih žensk v evropskih državah precej povečalo, zato je tudi nosečnost na delovnem mestu postala vse pogostejši pojav. Raziskave v različnih državah EU so pokazale diskriminacijo nosečnic na delovnem mestu in diskriminacijo žensk, ki so se vrnile s porodniškega dopusta. Diskriminatorno ravnanje je lahko prikrito in le malo žensk se odloči za sprožitev pravnih postopkov.

Cilj: Namen specialistične naloge je ugotoviti, kakšno je mnenje strokovnjakov na področju varnosti in zdravja pri delu o diskriminaciji, povezani z nosečnostjo na delovnem mestu v Republiki Sloveniji, in utemeljiti potrebo po temeljitih raziskovanju področja.

Metode: Za pridobivanje podatkov je bil kot merski inštrument uporabljen strukturiran anonimni anketni vprašalnik z vprašanji zaprtega tipa. V vzorec raziskave smo vključili zaposlene iz varnosti in zdravja pri delu, in sicer zdravnike specialiste MDPŠ, varnostne inženirje in delovne inšpektorje.

Rezultati: Večina vprašanj, ki smo jih postavili sodelujočim, se je nanašala na raziskave v državah članicah EU. Z vprašanji smo želeli odkriti možno diskriminacijo nosečnic in žensk, ki so pred kratkim rodile, na delovnem mestu v Sloveniji, tako kot jo vidijo odgovorne osebe. V prvi hipotezi, ki je bila ključna, smo trdili, da v Slove-

niji strokovnjaki s področja varnosti in zdravja pri delu ugotavljajo različne oblike diskriminacije nosečnic na delovnem mestu. Hipotezo smo v raziskavi zavrnil. S ciljem, da bi dobili objektivnejši vpogled v dejansko problematiko, smo po opravljenem anketiranju strokovnjakov izpeljali pilotno raziskavo med ženskami, ki ni bila vključena v prvo raziskavo. Ugotovili smo, da je skoraj 22 % anketiranih žensk doživelo različne oblike diskriminacije, 42 % anketirank pa ne pozna Pravilnik o varovanju zdravja pri delu nosečih delavk, delavk, ki so pred kratkim rodile, in doječih delavk.

Zaključek: V večini držav članic EU in v Sloveniji je zaščita nosečih delavk načeloma dobro urejena z zakonodajo, kljub temu pa literatura navaja kršitve in diskriminacijo. Pregled te poudarja pomanjkanje raziskav v zvezi z diskriminacijo nosečnic na trgu dela v EU. V Sloveniji na nacionalni ravni ni bilo o tem doslej narejene nobene raziskave. Prepričani smo, da bi realnejši rezultat pokazala raziskava, izvedena med nosečnicami oziroma ženskami, ki so pred kratkim rodile ali imajo otroka, in sicer na celotni populaciji ali na statistično značilnem vzorcu preiskovank.

Ključne besede: nosečnost, diskriminacija, zaposlitev, delovno mesto, zakonodaja, strokovnjaki na področju varnosti in zdravja pri delu.

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

¹ Aristotel, zdravstveni center, d. o. o.

ANALIZA POLOŽAJEV PRI DELU IN OBČUTKA NEUDOBJA BOLNIČARJEV NEGOVALCEV V DOMOVIH STAREJŠIH OBČANOV TER ANALIZA VPLIVA VIŠINE POSTELJE IN UPORABE OGRAJE NA AKTIVNOST DORZALNIH EREKTORJEV TRUPA IN DELTOIDNIH MIŠIC PRI NEGI OSKRBOVANECV

Davor Romih, dr. med., spec. MDPŠ¹

Metode za proučevanje vzročne povezave med telesno obremenitvijo pri delu in mišično-skeletnimi boleznimi so različne. Na osnovi subjektivnih, objektivnih in merskih metod smo ugotavljali tveganje za pojav bolečine v predelu ramenskega sklepa in ledvenega dela hrbtenice pri bolničarjih negovalcih. Hkrati smo ugotavljali, ali opuščanje ergonomskih načel pri delu vpliva na aktivnost mišic (m. erector spinae in m. deltoideus).

Cilji raziskave so bili: oceniti neudobje v kostno-mišičnem sistemu pri bolničarjih negovalcih v štirih domovih starejših občanov (Pegazov dom Rogaška Slatina, Dom dr. Jožeta Potrča Poljčane, Dom starejših Šentjur, Dom upokoencev Šmarje pri Jelšah), opredeliti telesne položaje pri bolničarjih negovalcih (Pegazov dom Rogaška Slatina in Dom upokoencev Šmarje pri Jelšah), objektivizirati obremenitev deltoidnih mišic in dorzalnih upogibalk trupa s površinsko elektromiografijo pri dveh višinah postelje (standardna in spuščena za 10 cm) ter pri spuščeni ali dvignjeni ograji na postelji oskrbovanca ter na osnovi rezultatov predlagati in priporočati ergonomske ukrepe.

Uporabljene metode dela so bile: opazovalna metoda delovnih položajev OWAS je bila uporabljena za določitev dominantnih delovnih položajev. Skupaj smo ocenjevali 18 delavcev v dveh domovih za ostarele občane (Pegazov dom Rogaška Slatina in Dom upokoencev Šmarje pri Jelšah). Skupno smo ocenili posameznih 11711 položajev, ocenjevanje je trajalo v skupnem času 5855,5 minute oziroma 97,6 ure. Obremenjenost bolničarjev negovalcev v domovih starejših občanov smo proučevali z metodo Ocene neudobnega počutja v gibalih po Bishopu in Corlettu.

Bolničarji negovalci so vprašalnike o oceni neudobja v gibalih ocenjevali pred začetkom dela oziroma v prvi uri začetka dela, nato pred malico oziroma najdaljšemu organiziranemu odmoru ter neposredno po njem in na koncu oziroma v zadnji uri dela v enem delavniku. Vprašalnike so izpolnili bolničarji negovalci v 4 domovih za ostarele (Pegazov dom Rogaška Slatina, Dom dr. Jožeta Potrča Poljčane, Dom starejših Šentjur, Dom upokoencev Šmarje pri Jelšah) tako v dopoldanski kot v popoldanski izmeni. Pri tem so negovalci v dopoldanski in popoldanski izmeni v istem domu izpolnili vprašalnike v istem dnevu. Skupaj smo razdelili 160 vprašalnikov o oceni neudobja v gibalih. Vrnjenih in analiziranih je bilo 142 vprašalnikov. Aktivnost mišic levega in desnega erektorja spinae ter levega in desnega deltoida smo pri 7 preiskovancih primerjali s površinsko elektromiografijo v štirih različnih položajih postelje negovanih (standardna višina s spuščeno ograjo, standardna višina z dvignjeno ograjo in standardna višina postelje – 10 cm s spuščeno ograjo in standardna višina postelje – 10 cm z dvignjeno ograjo). Kot statistično metodo smo uporabili neparametrični parni Wilcoxonov test, kjer smo kot mejo statistične značilnosti upoštevali $p=0,05$.

Rezultati: pri sistematičnem opazovanju dominantnih delovnih položajev z modificirano metodo OWAS ugotavljamo, da 15,5 % vseh delovnih nalog bolničarji negovalci opravijo v fleksiji trupa nad 30°, laterofleksija in torzija ledvenega predela hrbtenice pa se pojavljata v 5,2 % vseh delovnih položajih. Abdukcija zgornjih udov med 30° in 90° je prisotna v 27,1 %, kar pomeni mejo po potrebi za ergonomske ukrepe na delovnem mestu po modificirani metodi po Sušniku. Največje neudobje navaja oziroma občutijo preiskovani delavci v predelu

¹ ZVD Zavod za varstvo pri delu, d. o. o., Ljubljana

ledvenega predela hrbtenice, sledi zgornji del hrbta in vratni predel hrbtenice. Analiza podatkov meritev površinske elektromiografije proučevanih mišic je pokazala, da se pri opustitvi osnovnih ergonomskih načel (višina postelje 10 cm spuščena glede na antropometrijski standard posameznega delavca) statistično značilno poveča aktivnost m. erector spinae ($p=0,016$), medtem ko uporaba ograje na postelji ne pomeni nižje mišične aktivnosti ($p=0,125$ do $0,97$). Na aktivacijo deltoidnih mišic ne vplivata ne višina postelje ($p=0,078$ do $p=1,00$) in niti ne spuščena ali dvignjena zaščitna ograja postelje ($p=0,047$ do $p=0,33$). Ne glede na to pa izmerjene vrednosti kažejo, da se bo najverjetneje pri opuščanju ergonomskih pravil dela pri negi oskrbovancev pojavila utrujenost v m. erector spinae. Hkrati smo ugotovili, da lahko v resničnih razmerah dela, ne glede na upoštevanje ergonomskih principov dela pri posameznikih, ki opravljajo nego, pričakujemo pojavljanje utrujenosti v deltoidnih mišicah (mišicah ramenskega sklepa).

Zaključek: pri sistematičnem opazovanju dominantnih delovnih položajev z modificirano metodo OWAS ugotavljamo, da 15,5 % vseh delovnih nalog bolničarji negovalci opravijo v fleksiji trupa nad 30° , laterofleksija in torzija ledvenega predela hrbtenice pa se pojavljata v 5,2 % vseh delovnih položajih. Glede na metodologijo te metode je treba izvesti ergonomske ukrepe v ugodnem času. Abdukcija zgornjih udov med 30° in

90° je prisotna v 27,1%, kar pomeni mejo po potrebi za ergonomske ukrepe na delovnem mestu po modificirani metodi po Sušniku. Največje neudobje navaja oziroma občutijo preiskovani delavci v predelu ledvenega predela hrbtenice, sledi zgornji del hrbta in vratni predel hrbtenice. Analiza podatkov meritev površinske elektromiografije proučevanih mišic je pokazala, da se pri opustitvi osnovnih ergonomskih načel (višina postelje 10 cm spuščena glede na antropometrijski standard posameznega delavca) statistično značilno poveča aktivnost m. erector spinae ($p=0,016$), medtem ko uporaba ograje na postelji ne pomeni nižje mišične aktivnosti ($p=0,125$ do $0,97$). Na aktivacijo deltoidnih mišic ne vplivata ne višina postelje ($p=0,078$ do $p=1,00$) in niti ne spuščena ali dvignjena zaščitna ograja postelje ($p=0,047$ do $p=0,33$). Ne glede na to pa izmerjene vrednosti kažejo, da se bo najverjetneje pri opuščanju ergonomskih pravil dela pri negi oskrbovancev pojavila utrujenost v m. erector spinae. Hkrati smo ugotovili, da lahko v resničnih razmerah dela, ne glede na upoštevanje ergonomskih principov dela, pri posameznikih, ki opravljajo nego, pričakujemo pojavljanje utrujenosti v deltoidnih mišicah (mišicah ramenskega sklepa).

Ključne besede: bolničar negovalec, bolečina v ledvenem delu hrbta, bolečina v ramenih, ocena neudobnega počutja v gibalih po Bishop in Corlettu, OWAS, elektromiografija, m. erector spinae, m. deltoideus

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

ETIKA V MEDICINI DELA

Irena Žužman, dr. med, spec. MDPŠ¹

V nalogi smo skozi zgodovino orisali razvoj etike, medicinske etike in etike v medicini dela ter predstavili zakone, deklaracije in kodekse, ki urejajo področje medicinske etike, ter kodeks in smernice, ki urejajo etično ravnanje v medicini dela. Čeprav je mnenj o etičnem ravnanju v medicini dela veliko, o dojetanju, praksi ali omejitvah etike v medicini dela vemo malo, saj je opravljenih na to temo malo raziskav. V nalogi smo predstavili izsledke raziskave, ki smo jo izvedli

med zdravniki, izvajalci MDPŠ, varnostnimi inženirji in delovnimi inšpektorji. V okviru raziskave smo zbrali stališča o etičnih situacijah, ki se oziroma se lahko v praksi pojavijo pri njihovem delu, ter predstavili rešitve, ki smo jih zasledili pri proučevanju literature.

Ključne besede: etika, medicinska etika, etični kodeksi, medicina dela prometa in športa

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

¹ Zdravstveni dom Ljubljana, Ljubljana

ALI SO PREVENTIVNI ZDRAVSTVENI PREGLEDI DELAVCEV UČINKOVITI?

Preventivne zdravstvene preglede delavcev (PZPD) opravljamo z namenom varovanja zdravja in delovne zmožnosti delavca. Cilj PZPD je preprečevanje in ugotavljanje poklicnih bolezni in bolezni v zvezi z delom, zmanjšanje možnosti nezgod in poškodb pri delu ter preprečevanje invalidnosti. Ali so PZPD dovolj učinkoviti, da lahko dosežemo zgoraj naštete cilje? Odgovor bomo poiskali s predstavitvijo pogledov specialistov medicine dela, prometa in športa, delodajalcev, delavcev in varnostnih inženirjev na PZPD.

Pogled specialistov medicine dela, prometa in športa (MDPŠ)

Raziskave o učinkovitosti PZPD so si med seboj različne. Nekateri menijo, da je učinkovitost preventivnih pregledov delovne in splošne populacije dvomljiva. Najnovejša raziskava Cochranove delovne skupine govori v prid učinkovitosti PZPD. Pri tem se je treba zavedati tudi negativnih posledic za tiste ljudi, ki zaradi PZPD niso dobili dela (1, 2).

Rodriguez-Jareño in sodelavci so se spraševali o ekonomski upravičenosti PZPD. Ocenili so, da so bili v pokrajini Katalonija leta 2010, kjer je bilo 2,7 milijona delavcev, posredni stroški preventivnih pregledov delavcev od 49 do 59 milijonov evrov. Pri tem se moramo zavedati tudi neposrednih stroškov, kot so na primer odsotnost delavca med pregledom, prilagajanje urnikov delodajalca, ponovno testiranje lažno pozitivnih rezultatov in medikalizacija (1).

Po vsej Evropi se soočamo s pomanjkanjem števila specialistov MDPŠ in visoko povprečno starostjo teh. Pri tem postane dvomljiva kakovost storitev, saj se število delavcev, za katere je določen specialist pooblaščen, veča. Ob povečanemu obsegu dela tako specialisti ostajajo dlje v svojih ambulantah, namesto da bi bili na delovnih mestih, kjer je veliko lažje prepoznavanje poklicnih bolezni. Problemi pri zagotavljanju kakovostnih storitev so tudi odprt trg z nižanjem cen storitev, konflikti interesov in redki strokovni nadzori, zato se veliko specialistov MDPŠ čuti previsoko usposobljene za svoje delo (1, 3, 4, 5).

Omeniti moramo tudi to, da specialisti MDPŠ težko ohranjajo avtonomnost, saj delodajalci, ki so plačniki storitev, nanje večkrat izvajajo različne vrste pritiskov (4).

Pogled delodajalcev

Za delodajalce je preventivno zdravstveno varstvo delavcev pogosto obrobna skrb, zato so tudi vlaganja v izboljšanje delovnih razmer manj zanimiva. Ukrepi na področju varnosti in zdravja pri delu so lahko tudi stvar pogajanj, pri čemer je na eni strani ohranitev delovnih mest in na drugi strani so ukrepi (4, 5).

Učinkovitost PZPD se pogosto meri s številom bolniških odsotnosti med delavci, koristnost pa delodajalci vidijo v selekciji delovne sile (6, 7).

Pogled delavcev

Delavci pogosto dvomijo o neodvisnosti specialista MDPŠ. Vidijo ga kot nekakšen »podaljšek« delodajalca. Med njimi obstaja strah, da bi specialist MDPŠ predal informacijo o njihovem zdravstvenem stanju delodajalcu, zato na PZPD velikokrat ne upajo priznati svojih težav in bolezni. Ob omejitvah v zdravniškem spričevalu na PZPD v nekaterih primerih ne dobijo dela, kar se jim zdi diskriminatorno (5, 6, 7).

Pogled varnostnih inženirjev

Zbornica varnosti in zdravja pri delu je z raziskavo ugotovila, da specialisti MDPŠ svojih strokovnih nalog pri delodajalcih ne izvajajo v celoti, kot to določa 33. člen

Zakona o varstvu in zdravju pri delu (ZVZD-1). Menijo, da bi bilo treba zagotoviti enak pristop do nadzora in sankcioniranja tako strokovnih nalog varnosti pri delu kot tudi izvajanja zdravstvenih ukrepov v zvezi z varnostjo in zdravjem pri delu pri specialistih MDPŠ (8, 9).

Literatura

1. Rodríguez-Jareño MC, Molinero E, de Montserrat J, et al. How much do workers' health examinations add to health and safety at the workplace? Occupational preventive usefulness of routine health examinations. *Gaceta Sanitaria*. 2015; 29: 266–73. [na spletu]. [pridobljeno 10. 3. 2016]. Dostopno na: <http://www.gacetasanitaria.org/en/linkresolver/how-much-do-workers-health/S0213-9111%2814%2900276-3/>
2. Schaafsma FG, Mahmud N, Reneman MF, et al. Pre-employment examinations for preventing injury, disease and sick leave in workers. Ed. group: Cochrane Work Group. Published Online: 12 jan. 2016.
3. Kempa V. Special report. Occupational health services in need of emergency care. 2014; 10: 12. [na spletu]. [pridobljeno 10. 3. 2016]. Dostopno na: <http://www.etui.org/Topics/Health-Safety/HesaMag/Occupational-health-services-in-need-of-emergency-care>
4. van Veelen W. Occupational health in the face of the commercialisation of preventive services. Occupational health services in need of emergency care. 2014; 10: 14–7. [na spletu]. [pridobljeno 10. 3. 2016]. Dostopno na: <http://www.etui.org/Topics/Health-Safety/HesaMag/Occupational-health-services-in-need-of-emergency-care>
5. Gregoire D. Occupational health doctors in France – an endangered species. Occupational health services in need of emergency care. 2014; 10: 18–23. [na spletu]. [pridobljeno 10. 3. 2016]. Dostopno na: <http://www.etui.org/Topics/Health-Safety/HesaMag/Occupational-health-services-in-need-of-emergency-care>
6. Heuts P. The independence of workplace health services is on the line. Occupational health services in need of emergency care. 2014; 10: 25–7. [na spletu]. [pridobljeno 10. 3. 2016]. Dostopno na: <http://www.etui.org/Topics/Health-Safety/HesaMag/Occupational-health-services-in-need-of-emergency-care>
7. Olser B. Support for occupational medicine in Czech Republic is six times lower than in Germany. Occupational health services in need of emergency care. 2014; 10: 32–5. [na spletu]. [pridobljeno 10. 3. 2016]. Dostopno na: <http://www.etui.org/Topics/Health-Safety/HesaMag/Occupational-health-services-in-need-of-emergency-care>
8. Raziskava o upravljanju varnosti in zdravja pri delu pri delodajalcih v RS. [na spletu]. [pridobljeno 10. 3. 2016]. Dostopno na: <http://www.sops.si/wp-content/uploads/2013/05/Zaključki-Raziskave-Upravljanje-VZD-Povzetek-21.10.2014.pdf>
9. Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1 Ur. List 43/2011)

Gregor Kavaš, dr. med., specializant MDPŠ

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

VPLIVI DELOVNEGA OKOLJA NA OBREMENITEV IN TEŽAVNOST DELA SEKAČA PRI RAZLIČNIH ORGANIZACIJSKIH OBLIKAH DELA: POVZETEK RAZISKAVE

Uvod

Slovensko gozdarstvo ima dolgo tradicijo. Skupinsko delo pri sečnji in spravilu lesa je prisotno več kot 40 let. Delo gozdnega delavca je od nekdaj veljalo za težko. Tudi v raziskavah je potrjeno, da je delo sekača glede na fiziološke parametre težko fizično delo. Na težavnost dela poleg delovnih operacij in postopkov vplivajo: psihofizične lastnosti sekača, terenske in vremenske razmere, vrsta sečnje, normativi plačila. V današnjem času prevladujeta dve organizacijski obliki: oblika z enim traktoristom in enim sekačem (1 + 1) ali oblika z dvema sekačema (1 + 2), redkejša je oblika s tremi sekači.

Namen raziskave

Ugotoviti, kakšen je vpliv skupinskega dela na težavnost in obremenitve delavcev z okoljskimi dejavniki tveganja ter kakšen bi bil vpliv menjave delavca na delovnem mestu sekača in traktorista v enem delovniku.

Metode

Raziskava je potekala na enem delovišču, in sicer na kočevsko-ribniškem gozdno gospodarskem območju.

15 dni so opazovali tri načine dela sekača: sečnjo pri skupinskem delu (1 + 2), klasično sečnjo ter način dela, pri katerem se je delavec v delovniku izmenjeval na delovnem mestu sekača in traktorista. Pri sečnji in izdelavi je poleg sekire in popolne osebne varovalne opreme delavec uporabljal motorno žago in je zamenjal delovno mesto sekača za traktorista. Vse meritve so bile opravljene na enem samem delavcu (starost: 32 let, telesna višina: 178 cm, telesna teža: 80 kg, izobrazba: kmetijski tehnik, dodatno usposobljen za tehnike dela z motorno žago in delo z adaptiranimi in zgibnimi gozdarskimi traktorji). Meritve so bile odvisne od instrumentov, metodologije merjenja ter ovrednotenja podatkov in so prikazane v Tabeli 1.

Rezultati

Natančno so prikazani v Tabeli 1. Toplotne razmere neposredno povečujejo napor in težavnost dela. Razlike v težavnosti dela so se izkazale za značilne med vsemi tremi proučevanimi načini dela. Tako je težavnost dela glede pulza največja med sečnjo v skupini, manjša pri klasični sečnji in najmanjša pri načinu z menjavo dela. Večina obremenitev z dejavniki delovnega okolja (hrup, vibracije in CO), razen obremenitev s tresenjem celega telesa, je bila pri načinu dela v skupini večja kot pri načinu z menjavo delovnih mest.

Tabela 1: Opazovalne in dopustne obremenitve

Opazovane spremenljivke	Dopustne vrednosti	Izmerjene vrednosti za različne načine dela		
		Sečnja pri skupinskem delu z enim traktoristom in enim sekačem (1 + 1) ali dvema sekačema (1 + 2)	Klasična sečnja s sekiro in motorno žago (brez traktorja)	Izmenjava na delovnem mestu sekača in traktorista
delovni pulz-HRwr	HRwr: 35 oz. 40u/min	115,3 u/min	103,9 u/min	100,3 u/min
relativni delovni pulz; HRR	HRw: 150 u/min	60,3 u/min	48,9 u/min	45,3 u/min
povprečni pulz med delom- HRw: u/min	HRR: 46 %	46 %	38 %	35 %
LA _{eq} (dB(A)) – ekvivalentna jakost ropota utežena z A-filtrom	mejni vrednosti LAeq.kor: 87 dB(A), zgornji opozorilni LAeq.kor: 85 dB(A), spodnji opozorilni LAeq.kor: 80 dB(A)	LAeq.kor: 94,4 dB(A)	LAeq.kor: 95,1 dB(A)	LAeq.kor: 92,5 dB(A)
LC _{peak} (dB(C)) - konična vrednost jakosti ropota utežena s C-filtrom	mejni vrednosti LCpeak: 140 dB(C) zgornji opozorilni LCpeak: 137 dB(C) spodnji opozorilni LCpeak: 135 dB(C)	LCpeak: 145,0 dB(C)	LCpeak: 139,4 dB(C)	LCpeak: 145,5 dB(C)
vibracije dlan-roka – RMS VTV (m/s ²) pri dnevni izpostavljenosti v osmih urah	mejna vrednost je -5 m/s ² opozorilna vrednost je -2,5 m/s ²	3,7 m/s ²	3,7 m/s ²	2,6 m/s ²
vibracije celotnega telesa RMS X, Y, Z (m/s ²) ^a – pri dnevni izpostavljenosti v osmih urah	mejna vrednost, je 1,15 m/s ² ; opozorilna vrednost je 0,5 m/s ²			0,45m/s ²
CO (ppm) koncentracija ogljikovega monoksida	-30ppm in 60 ppm kot kratkotrajno vrednost	21 ppm	20 ppm	9 ppm
WBGT (°C) – merilo za vrednotenje vročega okolja	≤ 26°C	≤ 23°C	≤ 23°C	≤ 23°C

Zaključek

Način z menjavo delovnih mest med sekačem in traktoristom v posameznem delovniku pomeni organizacijski ukrep za varovanje zdravja pri delu. Precej se zmanjša težavnost dela pri načinu dela z menjavo,

tudi večina obremenitev delovnega okolja se zmanjša ter ga je koristno uporabiti pri sečnji in pri spravilu lesa s traktorji. V nasprotju s splošnim prepričanjem delo v skupini za sekača ne pomeni manjše, ampak celo večjo težavnost dela v primerjavi s klasičnim načinom sečnje.

Literatura

1. Poje A. Vplivi delovnega okolja na obremenitev in težavnost dela sekača pri različnih organizacijskih oblikah dela: doktorska disertacija. Ljubljana: Biotehniška fakulteta, 2011.

Vesna Veljović, dr. med., spec. MDPŠ

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

DRUGI DAN ZA ZDRAVJE V UKC LJUBLJANA

»Kdor vsak dan ne posveti nekaj časa svojemu zdravju, mora vsak dan žrtvovati veliko časa za bolezen.«

Sebastian Kneipp

V četrtek, 19. maja, je v UKC Ljubljana, pod okriljem Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa, potekal drugi Dan za zdravje, ki ga, kot enega izmed ukrepov promocije zdravja pri delu, organiziramo za zaposlene z zavedanjem, da je le zdrav in zadovoljen delavec lahko kos vsem izzivom sodobnega delovnega okolja.

Tudi letošnji Dan za zdravje je bil v znamenju ergonomskih ukrepov pri delu, saj so kostno-mišične bolezni najpogostejša z delom povezana zdravstvena težava bolnišničnega osebja, zlasti zaposlenih v zdravstveni negi, kar nam kažejo tudi podatki o zdravju zaposlenih v naši ustanovi.

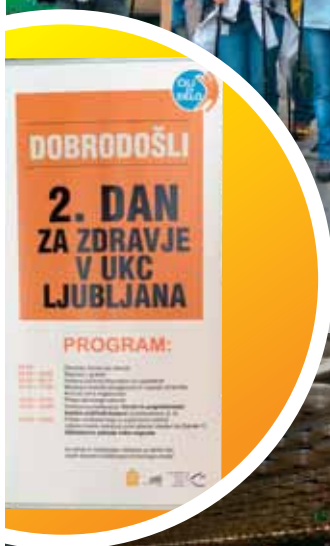
Za ta namen so v glavni avli UKC Ljubljana ves dan potekale številne aktivnosti: vodena jutranja telovadba in prikaz aktivnega odmora, merjenje telesnih zmogljivosti, svetovanje zdravnika v zvezi z obremenitvami na delovnem mestu in priporočljivimi športnimi aktivnostmi za vzdrževanje dobre telesne kondicije. Na stojnicah

so bila na voljo različna izobraževalna gradiva, ki bodo zaposlene opominjala na pomen skrbi za lastno zdravje. Zaposleni so se lahko preizkusili v kvizu na temo ergonomije ter se udeležili strokovnih predavanj pod skupnim naslovom Vzroki in preprečevanje kostno-mišičnih bolezni. Dan za zdravje se je sklenil s kratkim tečajem nordijske hoje in pohodom po Ljubljani.

Ves dan je bil v glavni avli in na prikazovalnikih, ki so nameščeni v prostorih Poliklinike, na ogled kratek film s prikazom ergonomskih ukrepov pri delu in razgibalnih vaj, ki jih lahko zaposleni s pretežno sedečim delom izvajajo med službenim odmorom. Film smo posneli lani v sodelovanju z Inštitutom za medicinsko rehabilitacijo (IMR). Do posnetka lahko dostopate na intranetni strani UKC Ljubljana, s klikom na ikono Čili za delo.

Veseli smo zelo dobrega in pozitivnega odziva zaposlenih ter aktivnega sodelovanja v aktivnostih Dneva za zdravje. Upamo, da se na 3. dnevu za zdravje, ki bo maja 2017, vidimo še v večjem številu.





Utrinki z 2. dneva za zdravje (Foto: Tina Roš)

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

ERGONOMIJA ZA DELAVCE V ZDRAVSTVENI NEGI

Mišično-kostne bolezni so ena glavnih zdravstvenih težav, ki pestijo delavce v zdravstvu, še posebno zaradi vsakodnevne izpostavljenosti različnim dejavnikom tveganja pri opravljanju dela, kot so: ročno premeščanje, dvigovanje in prestavljanje bremen oz. bolnikov, delo v prisilni drži, sklanjanje, ponavljajoči se gibi, dolgotrajno statično mišično delo brez možnosti menjave položaja. Pomembno je vedeti, da lahko velik del mišično-kostnih bolezni preprečimo z ergonomsko ureditvijo delovnega mesta in pravilno uporabo opreme in pripomočkov.

V želji po preprečitvi ali odložitvi pojava mišično-kostnih boleznih in z njimi povezanih zdravstvenih težav med delavci UKC Ljubljana na čim kasnejše obdobje je bila na podlagi sklepa Strokovnega kolegija zdravstvene in babiške nege konec leta 2014 ustanovljena interdisciplinarna Delovna skupina za krepitev zdravja v UKC Ljubljana. Glavna naloga delovne skupine je priprava vsebine in terminskega načrta za izvajanje kontinuiranega izobraževanja in učnih delavnic Ergonomija za zaposlene v zdravstveni in babiški negi ter organizacija in izvedba izobraževanja. Tako se pod okriljem delovne skupine izobraževanje uspešno izvaja od marca 2015. Namen izobraževanja je, da udeleženci pridobijo novo ergonomsko znanje, ki je potrebno za kakovostno delo v zdravstveni in babiški negi, in osvežijo že usvojeno ali morda pozabljeno znanje. Ciljna skupina so predvsem tisti zaposleni, ki lahko usvojeno znanje učinkovito posredujejo sodelavcem. Teoretični del obsega naslednje vsebine: Analiza zdravja v UKC Ljubljana, Študije učinka ergonomskih ukrepov v bolnišnicah v svetu, Dejavniki tveganja in ukrepi pri bolečinah v hrbtenici pri zaposlenih v zdravstveni negi, Razlika med naučenim in uporabljenim v praksi. V praktičnem delu pa slušatelji aktivno sodelujejo pri usvajanju naslednjih učnih vsebin: Stabilnost hrbtenice (nestabilnost hrbtenice kot eden najpomembnejših vzrokov za nastanek bolečin v križu), Biomehanika dvigovanja (načini dvigovanja, da dosežemo zahtevane rezultate z minimalnim naporom za zdravstvenega delavca in minimalnim neudobjem za bolnika) in Preventiva bolečine v križu. V letu 2015 je izobraževanje bilo v treh izvedbah, vsaka izvedba je



Udeleženci septembrske učne delavnice so predavatelju pozorno prisluhnili (Foto: Nataša Demovšček Hafner)



Prikaz dvigovanje bolnika (Foto: Nataša Demovšček Hafner)

trajala tri ure od tega je bilo 120 minut praktičnega dela neposredno ob bolniški postelji. Vsa izobraževanja so potekala v glavni stavbi UKC Ljubljana, v predavalnici št. 3. Izobraževanja se je skupno udeležilo 110 zaposlenih.

Na podlagi analize »Anketnega vprašalnika o zadovoljstvu udeležencev na internem izobraževanju« za leto 2015 (Vir: Služba za izobraževanje UKC Ljubljana) ugotovljamo, da so udeleženci tako predavatelje, pričakovanja in uporabnost posredovanega znanja ocenili s povprečno oceno večjo od 9 (povprečna ocena 9,38, na lestvici z razponom od 1 do 10), kar je izjemno dober rezultat. Udeleženci so med dodatne komentarje med drugim zapisali, da je to »eno izmed redkih dobrih izobraževanj, ker je prikazano na primerih in človek veliko več

odnese, če vidi na primeru«, »zelo dobro organizirano in predstavljeno izobraževanje, praktični prikazi bodo zelo prav prišli pri našem vsakdanjem delu«, da bi bilo treba glede te teme »izobraziti vse vodilne in tiste, ki imajo vpliv na spremembe«, in da naj »izobraževanje postane obvezno za vse v UKC Ljubljana«.

Glede na pozitivne izkušnje z izvedbo izobraževanja v letu 2015, dober odziv in pozitivno evalvacijo udeležencev se izobraževalne aktivnosti nadaljujejo tudi v letu 2016. Načrtovanih je šest izvedb, od tega so bila 3 izobraževanja že uspešno izpeljana v spomladanskem terminu. Izobraževanje se nadaljuje v jeseni, v septembru, oktobru in novembru.

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

KAKO SE IZGUBLJA ZDRAVJE? TISKOVNA KONFERENCA O ZDRAVJU MURINIH DELAVCEV

Rezultate raziskave Zdravje delavcev v procesih prestrukturiranja – primer poslovne skupine Mura, ki smo jo na Kliničnem inštitutu za medicino dela, prometa in športa izvedli v letih 2012/13, smo 12. februarja letos predstavili na tiskovni konferenci v Murski Soboti. Ob prestrukturiranju in stečaju nekdanjega največjega slovenskega tekstilnega podjetja so potekali številni kompleksni procesi, ki imajo škodljive posledice za zdravje ljudi. Rezultati raziskave govorijo o slabem zdravstvenem stanju delavk in delavcev, ki so bili izpostavljeni prestrukturiranju v Muri, še posebej izstopa slabo duševno zdravje: za depresijo se je zdravila kar četrtnina anketiranih, vsak sedmi pa je že pomislil na samomor. Primerjava med različnimi skupinami delavcev kaže, da je zdravstveno stanje najslabše pri skupini brezposelnih, torej tistih, ki so ob stečaju izgubili zaposlitev in so bili med trajanjem raziskave še vedno brezposelni.

Ugotovitve raziskave smo na tiskovni konferenci dodatno osvetlili z zgodbami štirih Murinih delavk. Izpovedi delavk smo posneli kot kratke filme. Prav vsaka



Tiskovna konferenca je potekala v hotelu Diana v Murski Soboti (Foto: Silvija Horvat)

zgodba je drugačna. Stečaj Mure je za eno od delavk pomenil novo poslovno pot, ki si jo je želela že prej, pa se zanjo ni upala odločiti. Druga se je po stečaju vpisala v srednjo šolo in jo več kot uspešno končala, vendar pozneje ni našla primerne zaposlitve. Tretjo so poklicali nazaj na delo v podjetje Mura in partnerji, ki je nasledilo Muro po stečaju, in je doslej doživela še številne nove spremembe v podjetju, zadnji od

delavk pa kljub prizadevanjem še ni uspelo najti redne zaposlitve in je bila med snemanjem filmov še vedno brezposelna. Filme si jih lahko ogledate na naslednji povezavi <https://vimeo.com/155300838>.

Tiskovna konferenca, ki so se je udeležili številni novinarji z lokalnih in tudi nacionalnih medijev, je bila zelo odmevna, sledile so ji številne objave po radiu in televiziji ter tudi v tiskanih medijih.

Zdravje Murinih delavk in delavcev na inštitutu spremljamo še naprej. Zdaj zbiramo podatke o enotni matični številki občana (EMŠO) za vse delavke in delavce, ki so nam predhodno dali soglasje k sodelovanju v raziskavi. Na podlagi EMŠO želimo dostopati do podatkov o datumih smrti, saj nas zanima, ali zaradi posledic prestrukturiranja Murine delavke in delavci umirajo pogosteje kot slovenska splošna populacija.

Katja Draksler, univ. dipl. soc.
Asist. dr. Nataša Dernovšček Hafner, univ. dipl. psih.

PO PRVEM LETU ORGANIZIRANE PODPORE ZA ŽRTVE TRPINČENJA NA DELOVNEM MESTU

Trpinčenje na delovnem mestu pušča težke posledice na zdravju ljudi, zato številni potrebujejo podporo strokovnjakov, da se lahko izvijejo iz primeža nakopičenih težav in si začnejo urejati življenje. Pogosto pa je takšno svetovanje iz finančnih ali drugih razlogov težko dosegljivo ali neprilagojeno specifičnim težavam posameznika, zato smo na KIMDPŠ v junija 2015 uresničili dolgoletne načrte in uvedli individualne pogovore s strokovnjakinjo, ki ima bogate izkušnje s svetovanjem na področju duševnega zdravja.

Pogovori za zdaj potekajo enkrat na mesec, so brezplačni in zanje ni potrebna napotnica osebnega zdravnika ali kakršna koli drugačna napotitev. Potrebna je le predhodna najava po telefonu ali elektronski pošti. Pogovori so neformalni in usmerjeni v izboljšanje psihofizičnega počutja posameznika ter v vzpostavljanje dobrega funkcioniranja tako v delovnem okolju kot zunaj njega.

Pogovorov se je doslej udeležilo 23 posameznikov, od tega 14 žensk in 9 moških. Osem posameznikov je zaposlenih v javnem sektorju, od tega pet v zdravstvu.

Najpogosteje doživljajo grožnje z odpuščanjem, zniževanjem plače ali drugih pravic, ignoriranje predlogov v zvezi z delom, izločanje in izoliranje od dogajanja v organizaciji, odtegotvanje informacij, odvzem delovnih nalog, oviranje pri napredovanju, poniževanje pred drugimi. Večina med njimi se zaradi tega negativnega dogajanja, ki velikokrat traja več let, spopada z različnimi zdravstvenimi težavami, nekateri tudi s finančnimi zaradi prekinitve delovnega razmerja.

Priporočila svetovalke so usmerjena v konkretne ukrepe na delovnem mestu, če so ti še mogoči, in v skrb za lastno zdravje skozi prijetne dejavnosti zunaj delovnega okolja (npr. telesna dejavnost, gibanje v naravi, različni tečaji in priložne dejavnosti), sprostitvene dihalne vaje, treninge asertivnosti, krepitev socialne mreže, včasih pa tudi s psihoterapevtsko pomočjo in zdravlili.

Po enoletnem individualnem svetovanju je letošnje poletje začela delovati tudi podporna skupina, v kateri bodo udeleženci s strokovnim vodenjem med seboj delili svoje izkušnje pri spoprijemanju s trpinčenjem na delovnem mestu in njegovimi posledicami.

Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov.

PROMOCIJA ZDRAVJA ZA VARNO DELO Z AZBESTOM: IZOBRAŽEVALNE DELAVNICE ZA KROVCE

V okviru projekta »Promocija zdravja za varno delo z azbestom«¹ so bile marca letos izvedene tri brezplačne enodnevne izobraževalne delavnice, ki so v treh terminih potekale na treh lokacijah, in sicer v Mariboru (1. 3. 2016), Ljubljani (10. 3. 2016) in Novem mestu (24. 3. 2016). Namenjene so bile vsem delavcem in delodajalcem, ki opravljajo krovsko dejavnost ali katero drugo gradbeno dejavnost, kjer so delavci lahko izpostavljeni azbestu. Delavnic se je udeležilo skupaj 51 krovcev.

Predstojnica Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa prof. dr. Metoda Dodič Fikfak, ki se že veliko let ukvarja s problematiko azbesta in njegovimi posledicami na zdravje ter s prepoznavanjem poklicnih bolezni zaradi izpostavljenosti azbestu, je udeležencem uvodoma predstavila splošne informacije o azbestu in posledicah azbesta za zdravje. Poudarila je, da izdelki iz azbesta lahko povzročajo različne kronične bolezni pljuč (azbestoza, bolezni pljučne mreže, mezoteliom, pljučni rak), raka na grlu in jajčnikih ter drugo. Najnevarnejši je rak pljučne in trebušne mreže, mezoteliom. Za vse bolezni, ki jih povzroča azbest, je značilna zelo dolga latentna doba, kar pomeni, da lahko od prve izpostavljenosti do pojava bolezni mine od 15 do 40 let ali celo več. Poleg tega se delavci premalo zavedajo

sinergističnega učinka azbesta in kajenja na zdravje. Azbestnih vlaken ne vidimo s prostim očesom, jih ne vohamo in med vdihavanjem ne čutimo. Zelo rada se lomijo vzdolžno in prečno, pri čemer nastajajo tanjša, iglicam podobna vlakna. V telo vstopajo predvsem z vdihavanjem in pri vdihu zaidejo globoko v pljuča. Za izjemno nevarna se štejejo predvsem vlakna, katerih dolžina je večja od 5 µm, s premerom manjšim od 3 µm, razmerjem med dolžino in premerom pa večjim od 3 proti 1. Vse oblike azbesta (beli, rjavi in modri) so rakotvorne, izpostavljeni pa so mu predvsem gradbeni delavci in njihovi družinski člani. Izpostavljeni so pri različnih delovnih procesih – proizvodnji, kopanju, uporabi, vzdrževanju, popravilu ali odstranjevanju izdelkov ali materialov, ki vsebujejo azbest. Škodljivi učinki so odvisni predvsem od vrste azbesta, moči in trajanja izpostavljenosti ter odzivnosti organizma posameznika. Prav zato je bil poseben poudarek namenjen tudi pomenu preventivnih zdravstvenih pregledov za male delodajalce oziroma obrtnike.

V nadaljevanju je varnostni inženir Milko Rutar predstavil vrste materialov in proizvodov, ki vsebujejo azbest in so jim krovci lahko izpostavljeni. Pojasnil je zakonsko ureditev pri opravljanju gradbenih in vzdrževalnih del,

PROGRAM IZOBRAŽEVANJA:

10.00–11.00	prof. dr. Metoda Dodič Fikfak	Azbest in posledice azbesta za zdravje
11.00–12.00	Milko Rutar	Zakonodaja in smernice za varno delo z azbestom
12.00–12.30	ODMOR	
12.30–14.00	dr. Damjana Miklič Milek, Milko Rutar, prof. dr. Metoda Dodič Fikfak	Delavnica: Praktičen prikaz pravilnega odstranjevanja azbestocementne kritine

¹ Projekt »Promocija zdravja za varno delo z azbestom« je na podlagi Javnega razpisa za sofinanciranje projektov za promocijo zdravja na delovnem mestu v letu 2015 in 2016 finančno podprl Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.



Pri demonstraciji pravilnega oblačenja in slačenja osebne varovalne obleke so sodelovali udeleženci – Maribor, 1. 3. 2016 (Foto: Damjana Miklič Milek)

kjer delavci prihajajo v stik z azbestom, in pri odstranjevanju azbestnih odpadkov. Na kratko je predstavil pristojnosti posameznih uradnih služb (okoljske in delovne inšpekcije) ter priporočila, ki opredeljujejo varno delo z azbestom. Udeležence je seznanil tudi s smernicami za varno delo z azbestom in ustreznim ravnanjem z azbestnimi odpadki. Podrobno je predstavil nadzor in vzdrževanje materialov ter pojasnil, kako prepoznati izdelke, ki vsebujejo azbest, kako se narediti oceno tveganja, vzorčenje in analizo materialov. Če ni jasno, ali neki izdelek vsebuje azbest ali ne, je treba upoštevati tako imenovano »previdnostno načelo«, po katerem ravnamo tako, kot da izdelki vsebujejo azbest. Podrobneje je predstavil osebno varovalno opremo, predvsem njen namen, možen izbor in omejitve varovalne opreme, dostopne na trgu, ter njeno pravilno uporabo. V nadaljevanju je predstavil varnostne ukrepe pri odstranjevanju azbestcementne kritine (označitev in ograditev delovišča oz. območja, obvezna uporaba osebne varovalne opreme, posebej še opreme za varovanje dihal ...) in druge varnostne ukrepe, ki jih je treba upoštevati pri delu z azbestcementno kritino. Poseben poudarek je bil namenjen postopkom varnega ravnanja z azbestnimi odpadki.

V okviru delavnice, ki jo je vodila dr. Damjana Miklič Milek, so si udeleženci najprej ogledali izobraževalni film, ki vsebuje splošne informacije o azbestcementnih izdelkih, prikaže pravilno ureditev delovišča, varnostne ukrepe in varovalno opremo za zagotavljanje varnosti in

zdravja pri delu ter njen namen, možen izbor oziroma omejitve osebne varovalne opreme za varovanje dihal, pravilno uporabo osebne varovalne opreme s poudarkom na pravilnem oblačenju čiste in slačenju kontaminirane oziroma z azbestom onesnažene opreme. Film prikazuje tudi postopke pravilnega odstranjevanja azbestcementne kritine in postopke ravnanja z azbestnimi odpadki. Z udeleženci smo nato izobraževalni film tudi podrobno analizirali in se natančneje pogovorili o posameznih odsekih. Pomembno je, da krovci azbestcementne izdelke prepoznajo kot nevarne za zdravje in se pred delom z njimi ustrezno zaščitijo z ustrezno osebno varovalno opremo. Prav tako je izjemno pomembno, da delavci upoštevajo priporočene postopke pri odstranjevanju azbestcementne kritine, saj s tem lahko precej prispevajo k nižji stopnji izpostavljenosti azbestnim vlaknom. Sledila je demonstracija oblačenja in slačenja osebne varovalne opreme (delovne obleke za enkratno uporabo, ki preprečuje oprijem vlaken, rokavic, maske za zaščito dihal, čelade ...), kjer je še posebej pri slačenju prahotesne obleke za enkratno uporabo pomembno, da se ne zgodi prenos vlaken na osebno – delovno obleko ter da masko za varovanje dihal odstranimo nazadnje in s tem zmanjšamo možnost vdihavanja posameznih vlaken med postopkom slačenja.

Izobraževalni film je za ogled dostopen tudi na spletni strani: <http://www.kimdps.si/novice/projekt-promocija-zdravja-za-varno-delo-z-azbestom>.



Test iz varnosti in zdravja pri delu za delavce, ki odstranjujejo azbest, so vsi udeleženci uspešno opravili – Ljubljana, 10. 3. 2016 (Foto: Damjana Miklič Milek)



Udeleženci v Novem mestu so z zanimanjem spremljali izobraževalni film – Novo mesto, 24. 3. 2016 (Foto: Damjana Miklič Milek)



Promocijsko gradivo, ki so ga prejeli udeleženci izobraževalne delavnice (Foto: Damjana Miklič Milek)

Celotna vsebina oziroma program usposabljanja je zasnovan tako, da delavci pridobijo veščine in znanje, kot jih določa 15. člen Pravilnika o varovanju delavcev pred tveganji zaradi izpostavljenosti azbestu pri delu in vključuje naslednje poudarke:

- lastnosti azbesta in njegove učinke na zdravje ter sinergični učinek azbesta in kajenja na zdravje;
- vrste proizvodov ali materialov, ki lahko vsebujejo azbest;
- postopke, pri katerih lahko pride do izpostavljenosti azbestnemu prahu ali prahu materialov, ki vsebujejo azbest, in pomen preventivnih ukrepov za zmanjšanje izpostavljenosti na najmanjšo možno raven;
- načine varnega dela, varnostne ukrepe in varovalno opremo za zagotavljanje varnosti in zdravja pri delu;
- namen, možen izbor in izbiro, omejitve in pravilno uporabo osebne varovalne opreme za varovanje dihal;
- postopke za ravnanje v nujnih primerih;
- postopke dekontaminacije, postopek varnega ravnanja z odpadki, ki vsebujejo azbest; in pomen zdravstvenih pregledov.

Na koncu delavnice oziroma usposabljanja udeleženci izpolnijo test iz varnosti in zdravja pri delu za delavce, ki odstranjujejo azbestocementno kritino, s katerim predavatelji preverimo, ali so bile informacije, znanje in veščine primerno posredovane udeležencem. Vsi udeleženci so test uspešno opravili in prejeli potrdila o opravljenem strokovnem usposabljanju.

V okviru projekta smo za udeležence izobraževalne delavnice pripravili tudi promocijsko gradivo, namenjeno varnemu delu z azbestom, ki ga je prejel vsak od udeležencev:

- cerado za označevanje gradbišča;
- čelado z napisom »Brez azbesta – varna delovna mesta« in znakom »Promocija zdravja za varno delo z azbestom« za varno delo na višini;
- ključek USB z izobraževalnim filmom;
- olfa nož z napisom »Azbestne odpadke zavij v folijo!«;
- hiško – blokec s samolepilnimi listki z napisom »Brez azbesta – varna delovna mesta«.

Udeleženci izobraževalne delavnice so bili nad delavnico navdušeni in so potrjevali potrebnost tovrstnih izobraževanj. Nekaterim je bilo žal, da na izobraževanje niso prijaviili vseh svojih sodelavcev.

Izobraževanja za krovce in druge gradbene delavce izvaja:

Univerzitetni klinični center Ljubljana
Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa
Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
<http://www.kimdps.si>

Dodatne informacije:

dr. Damjana Miklič Milek
Center za promocijo zdravja
E: damjana.miklicmilek@kclj.si

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

ŠTUDIJSKI OBISK SRBSKIH SPECIALIZANTOV

Sredi aprila letos je naš inštitut obiskala skupina specializantov medicine dela iz Beograda. Vodil jo je prof. dr. Petar Bulat z Inštituta za medicino dela Srbije dr. Dragomir Karajović, ki deluje v okviru tamkajšnje Medicinske fakultete, v skupini pa je bila tudi predstavnica srbskega ministrstva za delo. Obisk inštituta je bil del študijske ekscurzije, ki so jo bodoči specialisti medicine dela začeli na šoli za javno zdravje dr. Andrije Štamparja v Zagrebu, nadaljevali pa na Medicinski fakulteti na Dunaju. Goste je zanimala tako formalnopravna ureditev medicine dela pri nas kot tudi delo inštituta in specialistov medicine dela na splošno.



V pričakovanju ... (Vir: arhiv KIMDPŠ)

V uvodni predstavitvi je predstojnica prof. dr. Metoda Dodič Fikfak, dr. med., povzela značilnosti medicine dela, prometa in športa v Sloveniji ter glavne dejavnosti inštituta, ki so jih nato preostali sodelavci podrobneje predstavili, in sicer je organizacijo področja MDPŠ podrobno opisal Martin Kurent, dr. med., vlogo psihologije dela v medicine dela mag. Niko Amerić, univ. dipl. psih., promocijo zdravja pri delu Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov., raziskovalno dejavnost prof. dr. Alenka Franko, dr. med., in program specializacije iz MDPŠ Janez Strupi, dr. med., ki na inštitutu opravlja kroženje v okviru specializacije in se bo kot izvajalec medicine dela zaposlil v prekmurski regiji. Pred razpravo je svoj pogled na



Zahvala prof. dr. Petar Bulata predstojnici KIMDPŠ prof. dr. Metodi Dodič Fikfak za prijazen sprejem (Vir: arhiv KIMDPŠ)

slovensko medicino dela predstavila še mag. Vesna Veljović, dr. med., ki je kot specialistka medicine dela iz Srbije morala pred zaposlitvijo na mestu izvajalke medicine dela Zdravstvenem domu Novo mesto opraviti še nekajmesečno dopolnitev specializacije.


V živahni razpravi so goste zanimale številne podrobnosti v zvezi z delom inštituta in medicino dela, posebej pa še njena formalna ureditev, saj se Srbija pripravlja na spremembe zakonodaje na tem področju.



Skupinska fotografija gostov pred KIMDPŠ (Vir: arhiv KIMDPŠ)

Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov.

SNEMANJE VAJ ZA AKTIVNI ODMOR



AVDICIJA SNEMANJE VAJ ZA AKTIVNI ODMOR

V okviru Promocije zdravja pri delu – ČILI ZA DELO želimo na Kliničnem inštitutu za medicino dela, prometa in športa posneti krajši video z vajami za aktivni odmor

**IŠČEMO ČIMBOLJ RAZNOLIKO SKUPINO OSEB,
ki jo bodo sestavljali:**



moški in ženske,
starejši in mlajši,
visoki in nizki,
vitki in malo manj vitki,
spretni in malo manj spretni.



Telesna kondicija in izobrazba nista niti pogoj, niti prednost!

**AVDICIJA BO
v petek, 15. 4. 2016 od 12.00–14.30 ure**
na KIMDPŠ, Poljanski nasip 58 (1. nadstropje, predavalnica)
Udeleženci avdicije prejmejo praktično darilo.

VABLJENI!

Prijava na: damjana.miklicmilek@kclj.si ali na tel.: 522 2732

Vabilo (Foto: Damjana Miklič Milek)

Na KIMDPŠ smo aprila letos izvedli avdicijo za zaposlene v UKC Ljubljana, ki so želeli sodelovati pri snemanju videa z vajami za aktivni odmor. Vabilo na



Aktivni odmor (Foto: Tanja Urdih Lazar)

avdicijo smo objavili na intranetni strani UKC Ljubljana. Na snemanju, ki je bilo v prostorih KIMDPŠ, je skupina izbranih »igralcev« izvajala posamezne vaje pod vodstvom in nadzorom fizioterapevtov Petra Hribarja in Saše Kaučič (oba KIMDPŠ).

Vaje za aktivni odmor so pripravljene v 8 različnih paketih (štirje krajši v trajanju 5 minut in 4 daljši v trajanju 10 minut), ki smo jih premierno predvajali na 2. dnevu zdravja v UKC Ljubljana, 19. 5. 2016. Celotna ekipa se za sproščeno razpoloženje in ustvarjalno energijo zahvaljuje vsem, ki so sodelovali oziroma soustvarjali video z vajami za aktivni odmor.

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

TEČAJ TEMELJNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA

Vodstvo KIMDPŠ vsako leta organizira tečaj temeljnih postopkov oživljanja, namenjen vsem zaposlenim na inštitutu, tako zdravstvenim delavcem in sodelavcem kot nezdravstvenim delavcem. Na letošnjem tečaju, ki je potekal devetega maja 2016, pod vodstvom strokovnjakov Zdravstvenega doma Ljubljana, smo s predavanji in praktičnimi vajami ponovili ali na novo usvojili znanja temeljnih postopkov oživljanja odraslih in uporabe avtomatskega defibrilatorja (AED).

Ob nenadnem srčnem zastoju zunaj bolnišnice je za preživetje bolnika ključnega pomena čimprejšnje prepoznavanje stanja, klic na številko nujne medicinske pomoči (112) in izvajanje temeljnih postopkov oživljanja prisotnih očitvidcev. Poudarjeno je bilo, da je takojšnje ukrepanje izrednega pomena, saj skoraj podvoji možnosti preživetja bolnikov, še zlasti, če se z oživljanjem začne v prvi ali najmanj v prvih štirih minutah po srčnem zastoju. Ker je povprečni dostopni čas ekipe nujne medicinske pomoči v Ljubljani 10,8 minute, je usoda bolnika predvsem v rokah tistega, ki je priča nenadnemu srčnemu zastoju. Šteje vsaka minuta.



Oživljanje je bilo pravočasno (Vir: arhiv KIMDPŠ)



Vsaka minuta šteje (Vir: arhiv KIMDPŠ)

Izvedba tečaja je bila zelo zanimiva, dinamična in interaktivna. Za udeležence je bila še posebej koristna praktična vaja z igranjem vlog, v kateri smo se preizkusili v oživljanju z AED.

Za kakovostno izvajanje temeljnih postopkov oživljanja je ključno, da se usvojeno znanje in praktične veščine, ne glede na profil delavca, redno obnavlja. S čim večkrat slišanim, videnim in po možnosti praktično izvedenim postopkom bo tudi pomoč bolniku ali poškodovancu zagotovo veliko uspešnejša.

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

POVEZOVANJE LJUDI, OKOLJA IN ZDRAVJA



Predstavitelj plakata (Foto: Gordana Pavleković)



Udeleženke simpozija: dr. Anna Bonmati Tomas, Zdravstvena fakulteta Univerze v Gironi (levo), prof. dr. Gordana Pavleković, Medicinska fakulteta Univerze v Zagrebu (desno), v sredini avtorica zapisa

Evropski konzorcij za usposabljanje na področju javnega zdravja in promocije zdravja (ETC-PHHP), ki ga sestavlja deset šol javnega zdravja, že 25. leto zapored organizira poletno šolo promocije zdravja. Letošnja je bila prva dva tedna v avgustu v nizozemskem univerzitetnem mestu Wageningen. Udeležencem je ponudila priložnost za mednarodno in interdisciplinarno izmenjavo znanja, izkušenj in možnosti za raziskovanje.

Uvod v poletno šolo je bil Simpozij, posvečen španski ustanoviteljici ETC-PHHP Conchi Colmer (1954–2011), profesorici na katedri za promocijo zdravja v Valencii, pionirki na področju javnega zdravja in zavzeti zagovornici enakosti v zdravju tako v Evropi kot v Latinski Ameriki. Rdeča nit simpozija in pozneje poletne šole je bila »Zdravje in prostor – Povezovanje ljudi, okolja in zdravja«.

Poudarki simpozija so bili na salutogenetskem pristopu v promociji zdravja, ki je osredotočen na zdravje in ne na bolezen, ter na opredelitev tistih virov pri posamezniku in v njegovem okolju, ki prispevajo k zdravju in dobremu počutju.

Pomemben cilj promocije zdravja je posameznikom olajšati poti do zdravih izbir. Številne ovire, ki so lahko v posameznikih ali v njihovih fizičnih in socialnih okoljih, preprečujejo zdrave izbire. Promocija zdravja si prizadeva za krepitev posameznikovih notranjih zmogljivosti in izboljšanje socialnih, ekonomskih in fizičnih razmer, v katerih posamezniki živijo in ustvarjajo.

Posebno zanimivo je bilo iskanje inovativnih rešitev glede vprašanja zdravja in posameznikovega okolja po metodi World Caffeeja, to je strukturirani in moderirani odprti diskusiji med večjim številom udeležencev. Udeleženci se gibljejo med različnimi mizami, vsaka je osredotočena na vnaprej določeno vprašanje. Vsak od udeležencev prispeva svoj delež k razpravi in hkrati spremlja mnenje predhodnikov. Udeleženci smo bili enotni, da je za uspešne projekte iz promocije zdravja pomembno stopiti z območja udobja, delovati tam, kjer ljudje potrebujejo pomoč, in spoštovati medsebojne razlike.

Na simpoziju sem z aktivno udeležbo, predstavitvijo plakata na temo Evalvacija implementacije programa promocije zdravja pri delu v UKC Ljubljana, sodelovala tudi avtorica tega članka.

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

ODVZEM KRVI: ZAKAJ, KDAJ, KAKO?

Pod okriljem Kliničnega inštituta za klinično kemijo in biokemijo je 9. 10. 2015 potekal strokovni seminar na temo Odvzem krvi: Zakaj, kdaj, kako, ki se je v tednu, ki je sledil, sklenil s preizkusom teoretičnega znanja in praktičnih veščin udeležencev.

Kot udeleženka sem si najprej odgovorila na naslednja vprašanja: ZAKAJ pri svojem delu potrebujem tovrsten strokovni seminar? KDAJ bom pridobljeno znanje lahko uporabila? KAKO pomembno je nove pridobljene izkušnje implementirati v že usvojena teoretična in praktična znanja?

Naslov strokovnega seminarja je bil po mojem mnenju preiščljeno izbran, saj je sama izvedba potekala v redosledu, ki je dajal odgovore na zakaj, kdaj in kako naj poteka odvzem krvi. Le ta je eden najpogosteje izvajanih posegov, ki zagotavlja pridobitev kakovostnih krvnih vzorcev in za pacienta ni boleč, če je opravljen strokovno, skrbno in natančno.

Postopek odvzema venske in kapilarne krvi je standardiziran postopek, ki zagotavlja pravo pot do biološko reprezentativnega vzorca, ki je kot tak edini primeren za laboratorijsko analizo. Jemanje krvi je eden od načinov, s katerim pridemo do biološkega materiala – vzorca, ki se v medicinskih laboratorijih preiskuje z namenom pridobiti podatke za postavitve diagnoze, zdravljenje, preprečevanje bolezni ali oceno zdravstvenega stanja preiskovanca. Zato je izrednega pomena poznavanje dejavnikov, ki vplivajo na rezultate analiz, saj je od tega odvisna priprava pacienta na odvzem.

Predstavitve načina izbire primerne mesta za odvzem venske ali kapilarne krvi, pravih postopkov odvzema, načinov zagotavljanja primerne opreme fizičnega okolja za odvzem, poznavanje pripomočkov in barvno kodiranih epruvet za posamezne analize z vsemi posebnostmi in uporaba primerne potrošnega materiala za sam odvzem so bile osrednje teme strokovnega seminarja. Kot strokovnjaki področja smo omenjeno dolžni zagotoviti in upoštevati, delodajalec pa mora glede na Direktivo Sveta 2010/13 EU z uredbami zagotoviti ukrepe za preprečevanje in odpravljanje tveganj za poškodbe in infekcije z ostrimi pripomočki ter izdati pisna navodila s preverjanji za varno odstranjevanje odpadnih, ostrih pripomočkov.

V zadnji del teoretičnega dela seminarja so predavatelji kot analitiki vzorcev strnili svoje znanje in izkušnje na temo napak pred odvzemom venske ali kapilarne krvi, med njim in po njem. Te lahko vodijo do pomembnih razlik v rezultatih glede na vzorce, pridobljene ob upoštevanju omenjenega standardiziranega odvzema.

Glede na moje vsakodnevne izkušnje pri delu sem znova dobila potrditev, da smo profesionalci svoje stroke in poklica tisti, ki moramo delovati kot tim. Ta bo zagotovil pot do kakovostnega reprezentativnega vzorca za laboratorijske analize in interpretacijo izvidov, za zagotavljanje kakovostne in varne obravnave ter prijaznega načina odvzema za pacienta in osebje.

Tanja Ritonja, dipl. m. s.

STARANJE, POČITEK, PROMOCIJA ZDRAVJA – KJE JE PROSTOR ZA ZDRAVNIKA?

Konec januarja smo se v Dolenjskih Toplicah kolegi ponovno družili na strokovnem srečanju Zdravniki in stres. Letošnji *Stres* je bil že sedmi po vrsti, tema pa Staranje, počitek, promocija zdravja – kje je prostor za zdravnika? Gre za prepoznavna in nekoliko drugačna strokovna srečanja, na katerih se drug drugemu razkrivamo ne samo po znanju in strokovnosti, ampak tudi po človeški preprostosti. Na srečanjih Zdravniki in stres si dovolimo in upamo biti ne samo zdravniki.

O staranju in zmožnosti za delo, stresu in staranju ter prednostih in pomanjkljivostih zaposlovanja starejših delavcev so predavali:

- prof. dr. Metoda Dodič Fikfak: »Prednost starejših in delazmožnost«,
- Ana Domenis Cankar: »Spremembe – vloga staranja in značilnosti dela«,
- Brigita Peternelj: »Zakaj delodajalci ne marajo starejših delavcev«,
- prim. prof. dr. Marjan Bilban: »Delovna aktivnost in upokojevanje« in
- Davor Denkovski: »Promocija zdravja pri delu starajoče delovne populacije«.

O tem, kako sami doživljamo staranje, »preživitvenih« strategijah zdravnika in vrednotah, so govorili:

- Tina Bergant: »Ali smo lahko preživelci v svoji lastni družini?«,
- Zora Vadnjal Gruden: »Regeneracija in čas – kaj nam (z)manjka?«,
- prof. dr. Jadranka Mustajbegović: »Zakaj v svojih očeh lahko ostanemo mlajši, kot smo?«,
- Željko Čurić: »Struktura sistema vrednot in stres« in
- mag. Irena Manfreda: »Promocija zdravja pri delu – kaj pa mi?«

V zadnjih letih se je kot najbolj sproščen način obnove slišanih tem uveljavil t. i. *Walking meeting* – »pohajkovanje« manjših skupin udeležencev (do 5) po zastekljenem hodniku hotela Balnea.

Presenečenje, ki so nam ga pripravili organizatorji, je bila delavnica: »Sestavljena slika: radost življenja«, sledila je po drugem petkovem premoru. Želja organizatorja je bila, da nagovorijo otroka v vsakem od nas, »naj prime čopič, gobico in barve in naj riše, slika, packa,



Zadovoljni obrazi po uspešno izvedeni delavnici (Foto: Andrea Margan)



Radost življenja udeležencev strokovnega srečanja (Foto: Andrea Margan)

odtiskuje ..., kot mu velemeta srce in duša«. Udeleženci smo se porazdelili v skupine po štiri. Naša naloga je bila, da vsak član skupine z osnovnimi akrilnimi barvami naslika lastno predstavo o radosti življenja, jo uskladi s člani skupine, nato pa sliko skupine poveže v celoto s sosednjimi skupinami, v novo nastalo sliko – Radost življenja. Po koncu slikanja smo »umetniki« pojasnili, kaj nas veseli, kaj smo ustvarili in kaj je za vsakega izmed nas *radost življenja*.

Uradni del srečanja je sklenila igra vlog. Vesna Zadnikar in Bojan Lovše sta nam odigrala »Kaj se zgodi zdravnici in zdravniku (na delu in v zakonu), če se ne zmenita za regeneracijo«. Srečanje smo sklenili z refleksijo o tem, kar smo doživeli v teh dveh dneh, kako se nas je slišano dotaknilo in s kakšnimi občutki odhajamo domov.

Če se za zaključek navežem na svoje pozdravne besede udeležencem srečanja, da »nobena preventiva ni dovolj učinkovita, da bi staranje preprečila. Vendar menim, da je staranje dar življenja, na katerega se v nasprotju z otroštvom in mladostjo lahko pripravimo. Pristni odnosi, iskren smeh in manj resen pogled na delo in življenje v celoti nas vodijo k žlahtnem staranju. Zanje si vzemimo čas že danes. Kajti žlahtno staranje je možno šele takrat, ko si že nekaj (do)živeli in si pripravljeni videti, slišati in čutiti vse tisto, kar si odlagal zaradi različnih in običajno ne zadosti tehtnih razlogov.«

Prepričana sem, da je bilo v dveh dnevih skupnega druženja vsaj nekaj trenutkov takih, da bodo šteli tudi takrat, ko ostanemo sami. Hvala Zori Vadnjal Gruden in njenim sodelavcem za dva navdihujoča dneva.

Dr. Andrea Margan, dr. med., spec. MDPŠ

POKLICNE PREOBUČTLJIVOSTNE BOLEZNI

Na Medicinski fakulteti v Ljubljani je 7. maja 2016 potekalo strokovno srečanje na temo poklicnih preobčutljivostnih bolezni. Srečanje so organizirali Alergološka in imunološka sekcija Slovenskega zdravniškega društva, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa (KIMDPŠ) in Združenje za medicino dela, prometa in športa. Na srečanju so sodelovali zdravniki različnih specialnosti, ki se pri delu srečujejo s poklicnimi preobčutljivostnimi boleznimi kože in dihal: specialisti medicine dela, pulmologi in dermatologi. Predstavljeni so bili epidemiološki podatki o poklicnih preobčutljivostnih boleznih, najpogostejše poklicne preobčutljivostne

bolezni dihal in kože, njihova diagnostika in klinični primeri. Na srečanju so bila tudi predstavljena merila za verifikacijo poklicnih preobčutljivostnih bolezni in delo interdisciplinarnega konzilija za poklicne bolezni dihal. Srečanje se je sklenilo z okroglo mizo na temo, kako učinkovito organizirati verifikacijo poklicnih preobčutljivostnih bolezni. S KIMDPŠ sta kot predavateljici na srečanju sodelovali izr. prof. dr. Metoda Dodič Fikfak, ki je bila ena izmed moderatorjev srečanja, in izr. prof. dr. Alenka Franko. V okviru srečanja je izšel tudi zbornik Poklicne preobčutljivostne bolezni.

SEZNAM POKLICNIH BOLEZNI

I. POKLICNE BOLEZNI POVZROČENE Z NEVARNIH KEMIKALNIH SNOVIL, FIZIKALNIH DELAVIL IN MEHANIČNIH DELAVIL	24. Orodništveni astma	40. poklicna kožna bolezen, ki jo povzročajo drugi zunanje okoljske alergen, primarno alergije in številni drugi, ki niso navedene drugje
1. alergen	25. kontaktna	41. poklicni vrtlog
2. belji in rjavega sojine (arso)	26. alergijski dermatitis ali rjavi rinitis	
3. belji in rjavega sojine	27. alergijski rinitis zaradi ogljikovodikov	
4.1. belji in rjavega sojine	28.1. dermatitis ali rjavi rinitis zaradi s polikloriranih bifenilov (PCB)	
4.2. belji in rjavega sojine	28.2. rinitis ali rjavi rinitis zaradi (polikloriranih bifenilov) PCB	
4.3. belji in rjavega sojine	28.3. astma in drugi bronhitis	
4.4. belji in rjavega sojine	28.4. alergijski dermatitis ali rjavi rinitis	
4.5. belji in rjavega sojine	28.5. kontaktna	
4.6. belji in rjavega sojine	28.6. kontaktna	
4.7. belji in rjavega sojine	28.7. kontaktna	
4.8. belji in rjavega sojine	28.8. kontaktna	
4.9. belji in rjavega sojine	28.9. kontaktna	
4.10. belji in rjavega sojine	28.10. kontaktna	
4.11. belji in rjavega sojine	28.11. kontaktna	
4.12. belji in rjavega sojine	28.12. kontaktna	
4.13. belji in rjavega sojine	28.13. kontaktna	
4.14. belji in rjavega sojine	28.14. kontaktna	
4.15. belji in rjavega sojine	28.15. kontaktna	
4.16. belji in rjavega sojine	28.16. kontaktna	
4.17. belji in rjavega sojine	28.17. kontaktna	
4.18. belji in rjavega sojine	28.18. kontaktna	
4.19. belji in rjavega sojine	28.19. kontaktna	
4.20. belji in rjavega sojine	28.20. kontaktna	
4.21. belji in rjavega sojine	28.21. kontaktna	
4.22. belji in rjavega sojine	28.22. kontaktna	
4.23. belji in rjavega sojine	28.23. kontaktna	
4.24. belji in rjavega sojine	28.24. kontaktna	
4.25. belji in rjavega sojine	28.25. kontaktna	
4.26. belji in rjavega sojine	28.26. kontaktna	
4.27. belji in rjavega sojine	28.27. kontaktna	
4.28. belji in rjavega sojine	28.28. kontaktna	
4.29. belji in rjavega sojine	28.29. kontaktna	
4.30. belji in rjavega sojine	28.30. kontaktna	
4.31. belji in rjavega sojine	28.31. kontaktna	
4.32. belji in rjavega sojine	28.32. kontaktna	
4.33. belji in rjavega sojine	28.33. kontaktna	
4.34. belji in rjavega sojine	28.34. kontaktna	
4.35. belji in rjavega sojine	28.35. kontaktna	
4.36. belji in rjavega sojine	28.36. kontaktna	
4.37. belji in rjavega sojine	28.37. kontaktna	
4.38. belji in rjavega sojine	28.38. kontaktna	
4.39. belji in rjavega sojine	28.39. kontaktna	
4.40. belji in rjavega sojine	28.40. kontaktna	
4.41. belji in rjavega sojine	28.41. kontaktna	
4.42. belji in rjavega sojine	28.42. kontaktna	
4.43. belji in rjavega sojine	28.43. kontaktna	
4.44. belji in rjavega sojine	28.44. kontaktna	
4.45. belji in rjavega sojine	28.45. kontaktna	
4.46. belji in rjavega sojine	28.46. kontaktna	
4.47. belji in rjavega sojine	28.47. kontaktna	
4.48. belji in rjavega sojine	28.48. kontaktna	
4.49. belji in rjavega sojine	28.49. kontaktna	
4.50. belji in rjavega sojine	28.50. kontaktna	
4.51. belji in rjavega sojine	28.51. kontaktna	
4.52. belji in rjavega sojine	28.52. kontaktna	
4.53. belji in rjavega sojine	28.53. kontaktna	
4.54. belji in rjavega sojine	28.54. kontaktna	
4.55. belji in rjavega sojine	28.55. kontaktna	
4.56. belji in rjavega sojine	28.56. kontaktna	
4.57. belji in rjavega sojine	28.57. kontaktna	
4.58. belji in rjavega sojine	28.58. kontaktna	
4.59. belji in rjavega sojine	28.59. kontaktna	
4.60. belji in rjavega sojine	28.60. kontaktna	
4.61. belji in rjavega sojine	28.61. kontaktna	
4.62. belji in rjavega sojine	28.62. kontaktna	
4.63. belji in rjavega sojine	28.63. kontaktna	
4.64. belji in rjavega sojine	28.64. kontaktna	
4.65. belji in rjavega sojine	28.65. kontaktna	
4.66. belji in rjavega sojine	28.66. kontaktna	
4.67. belji in rjavega sojine	28.67. kontaktna	
4.68. belji in rjavega sojine	28.68. kontaktna	
4.69. belji in rjavega sojine	28.69. kontaktna	
4.70. belji in rjavega sojine	28.70. kontaktna	
4.71. belji in rjavega sojine	28.71. kontaktna	
4.72. belji in rjavega sojine	28.72. kontaktna	
4.73. belji in rjavega sojine	28.73. kontaktna	
4.74. belji in rjavega sojine	28.74. kontaktna	
4.75. belji in rjavega sojine	28.75. kontaktna	
4.76. belji in rjavega sojine	28.76. kontaktna	
4.77. belji in rjavega sojine	28.77. kontaktna	
4.78. belji in rjavega sojine	28.78. kontaktna	
4.79. belji in rjavega sojine	28.79. kontaktna	
4.80. belji in rjavega sojine	28.80. kontaktna	
4.81. belji in rjavega sojine	28.81. kontaktna	
4.82. belji in rjavega sojine	28.82. kontaktna	
4.83. belji in rjavega sojine	28.83. kontaktna	
4.84. belji in rjavega sojine	28.84. kontaktna	
4.85. belji in rjavega sojine	28.85. kontaktna	
4.86. belji in rjavega sojine	28.86. kontaktna	
4.87. belji in rjavega sojine	28.87. kontaktna	
4.88. belji in rjavega sojine	28.88. kontaktna	
4.89. belji in rjavega sojine	28.89. kontaktna	
4.90. belji in rjavega sojine	28.90. kontaktna	
4.91. belji in rjavega sojine	28.91. kontaktna	
4.92. belji in rjavega sojine	28.92. kontaktna	
4.93. belji in rjavega sojine	28.93. kontaktna	
4.94. belji in rjavega sojine	28.94. kontaktna	
4.95. belji in rjavega sojine	28.95. kontaktna	
4.96. belji in rjavega sojine	28.96. kontaktna	
4.97. belji in rjavega sojine	28.97. kontaktna	
4.98. belji in rjavega sojine	28.98. kontaktna	
4.99. belji in rjavega sojine	28.99. kontaktna	
4.100. belji in rjavega sojine	28.100. kontaktna	

Verifikacija poklicnih bolezni v Republiki Sloveniji

- Poklicna astma 54,1
- Poklicne kožne bolezni 43,144,145
- Poklicne bolezni zaradi izpostavljenosti azbestu 48
- Poklicni alergijski rinitis 54,2
- Poklicni alergijski konjunktivitis 34,2
- Poklicne okvare sluha zaradi hrupa 35
- Poklicna vibracijska bolezen 38

Nekatero poklicne preobčutljivostne bolezni najdete v prvi knjigi smernic (Vir: arhiv KIMDPŠ)

Martin Kurent, dr. med., spec. MDPŠ

PREPOZNAVA IN OBRAVNAVA ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI

Špela, Iris, Božo, Irenina babica, Dinka in njena hči ... So bili oni žrtve nasilja v družini? Kje so zdaj? Kaj se je zgodilo z njimi? Jim je kdo pomagal? Morda pa oni sploh niso bili žrtve nasilja v družini?

Ta in tem podobna vprašanja so se nam udeležencem porajala že ob uvodu v strokovni seminar in delavnice o prepoznavi in obravnavi žrtev nasilja v družini, ki jih je 16. in 17. maja 2016 pripravila Zdravniška zbornica Slovenije. Predavanja in delavnice so bila tematsko razdeljena v štiri vsebinske sklope, ki tvorijo medsebojno povezano celoto. Vprašanja brez konkretnih odgovor. Vemo premalo? Si upamo priznati? Si upamo prijaviti in se izpostaviti? Smo to kot zdravstveni delavci dolžni storiti?

Počasi so se nam odstirale zavese. Sprva nemo, nato z občasnimi vzdihmi, končno z ubesedenim sodelovanjem s predavatelji smo z glasovalnimi napravami ustvarili resnično sliko naših dosedanjih vedenj iz prepoznavanja nasilja v družini. Z definicijo, ki pravi, »da je nasilje v družini vsaka uporaba psihičnega, fizičnega, spolnega, ekonomskega nasilja oziroma zanemarjanja ene osebe, ki je član družine, proti drugemu članu ne glede na spol, starost, družbenoekonomski položaj, versko in etnično pripadnost, kraj bivanja ali katero koli osebno okoliščino žrtve ali povzročitelja nasilja«, so predavatelji začeli neposredno, podprto s številnimi raziskavami in resničnimi anonimiziranimi primeri odpirati marsikatere dileme, zmotna prepričanja in zadržke.

Družina, po besedah Duške Knežević Hočevar, ni področje zasebnosti, v katerega država nima vstopa. Vanjo vstopa z zdravstvenim, socialnim, kazenskoopravnim varstvom, delovanjem izobraževalnih ustanov, davčnega sistema in stanovanjske politike. Nasilje je družbeni problem, saj ogroža temeljne človekove pravice. Potreben je sistemski pristop obravnave nasilja v družini, to pomeni, da so naloge in pristojnosti organov in organizacij, ki se ukvarjajo z nasiljem, v zakonodaji razločno opredeljene, razmejene, usklajene in dopolnjujoče.

S tega vidika je torej nujno, da vsi in vsak strokovnjak s svojega področja pridobimo ustrezno znanje in ustrezno strokovno izhodišče, ki mora biti usklajeno s strokovnimi smernicami za posamezna področja, saj bomo le tako lahko dosegli dobro medinstitucionalno sodelovanje.

S pridobivanjem širših komunikacijskih veščin, ki so osnova za ustrezno in pravočasno ukrepanje, smo na dobri poti za doseg cilja našega delovanja, ki mora biti ničelna toleranca do nasilja.

Predavanje, delavnice, priročen seznam hitrih korakov, priročnik in spletne izobraževalne vsebine so del celovite izobraževalne platforme z omenjenega področja, vzpostavljene v sklopu projekta Pond_SiZdrav. Projekt je sofinanciran v okviru programa Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014. Koordinator programa je Služba Vlade RS za razvoj in evropsko kohezijsko politiko.

Tanja Ritonja, dipl. m. s.

STROKOVNI POSVET O POKLICNI, PROCESNI IN POŽARNI VARNOSTI

V Portorožu je bil 17. in 18. maja 2016 tradicionalni strokovni posvet o poklicni, procesni in požarni varnosti. Na posvetu, ki je tokrat bil v znamenju 50-letnice institucionalnega strokovnega izobraževanja s področja varstva pri delu, smo bili sodelavci Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa (KIMDPŠ), ki je bil tudi soorganizator posveta, številno zastopani, aktivno smo sodelovali z desetimi referati.

Tako je doc. dr. Marija Molan spregovorila o razvoju varnostne kulture v zadnjih petdesetih letih ter poudarila, da postaja varnostna kultura v spreminjajočih se okoljih 21. stoletja, za katera so značilna tveganja, ki jih (še) slabo poznamo, vse pomembnejša, ker pomeni temelj, ki zagotavlja, da bo tudi v prihodnosti varovano zdravje in dobro počutje delavcev. Mag. Niko Arnerič je predstavil podatke analize obremenjenosti medicinskih sester in zdravstvenikov v različnih delovnih okoljih, ki pomenijo izhodišče oblikovanja ukrepov za zmanjšanje delovnih obremenitev, doživljanja stresa in izčrpanosti. V nadaljevanju je asist. dr. Alenka Škerjanc predstavila rezultate presečne raziskave o prezentizmu, ki je bila

izvedena med 5865 zdravstvenimi delavci Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, in sklenila, da se slabo zdravstveno stanje ne kaže le v deležu bolniške odsotnosti, temveč je pogosto skrito v prezentizmu. Izr. prof. dr. Metoda Dodič Fikfak je v svojem referatu spregovorila o pomenu ekološkega in biološkega monitoringa pri ugotavljanju bolezni, povezanih z delom.

Evalvacijo ukrepov, ki so bili v okviru programa promocije zdravja pri delu Čili v UKC Ljubljana implementirani v celotnem Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana in izbrani vzorčni enoti, in izzive za prihodnje izvajanje programa je v svojem prispevku predstavila asist. dr. Nataša Dernovšček Hafner. Sledilo je predavanje Tanje Urdih Lazar, ki je spregovorila o prenovi izobraževanja Čili za delo, v okviru katerega smo na KIMDPŠ v zadnjih desetih letih izobrazili več kot 220 svetovalcev za promocijo zdravja pri delu (PZD), predstavila je tudi pretekle raziskovalne projekte promocije zdravja pri delu. Katja Draksler je v svoji predstavitvi govorila o rezultatih celostne evalvacije programa Čili za delo, osredotočene na delo, ki ga svetovalci za PZD po kon-



Prejemniki priznanj ob petdesetletnici institucionalnega strokovnega izobraževanja s področja varstva pri delu (Foto: Iztok Košir)



Priznanje Kliničnemu inštitutu za medicino dela, prometa in športa (Vir: arhiv KIMDPŠ)

čanem izobraževanju opravljajo v svojih podjetjih, in je pomembno izhodišče za nadaljnji razvoj programa. O poklicni izpostavljenosti pesticidom je spregovorila izr. prof. dr. Alenka Franko in poudarila, da je treba z ukrepi na delovnem mestu zagotoviti, da je ta izpostavljenost čim manjša. Rezultate študije o umrljivosti delavcev in prebivalcev, izpostavljenih polikloriranim bifeniolom v Semiču in okolici, je predstavil Martin Kurent, ki je ugotavljal, da izpostavljeni delavci niso pomembno ogroženi zaradi povečane splošne umrljivosti ali umrljivosti zaradi raka, da pa so rezultati študije zaradi majhnega števila oseb, vključenih v študijo, negotovi. Sklop predavanj, ki smo jih izvedli sodelavci inštituta, je sklenila Karmen Korenic, ki je pod mentorstvom doc. dr. Marije Molan, pripravila predavanje o varnostni kulturi v različnih skupinskih športnih panogah in ugotovila, da je njena raven nizka, čeprav se športniki zavedajo, da je njihovo nadaljnje športno udejstvovanje pogojeno z njihovim zdravjem.

Prvi dan posveta se je sklenil s proslavo ob petdesetletnici institucionalnega strokovnega izobraževanja s področja varstva pri delu in slovesno podelitvijo priznanj za dolgoletno zavzeto delovanje in izjemen prispevek k institucionalnemu izobraževanju s področja varstva pri delu, ki ga je prejel tudi naš inštitut, naslednji dan so se predavanja s področja varnosti pri delu in požarne varnosti nadaljevala do zgodnjih popoldanskih ur.

Katja Draksler, univ. dipl. soc.

NAPOVEDNIK

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

Datum:	13. oktober–18. november 2016
Naslov:	Izobraževanje za svetovalce za promocijo zdravja pri delu (Čili za delo)
Organizator:	UKC Ljubljana, Klinični inštitut za medicine dela, prometa in športa (KIMDPŠ)
Kraj:	Ljubljana, Slovenija
Kontaktni naslov:	Katja Draksler KIMDPŠ Telefon: + 386 1 522 26 91, e-pošta: katja.draksler@kclj.si
Spletna stran:	http://www.cilizadelo.si/izobrazevanje-za-svetovalce-za-promocijo-zdravja-pri-delu-cili-za-delo-14-07-2016.html

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

Datum:	20.–22. oktober 2016
Naslov:	6. Kongres preventivne medicine: »Javno zdravje – povezovanje za zdravje«
Organizator:	Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za preventivno medicino
Kraj:	Portorož, Slovenija
Kontaktni naslov:	Sekcija za preventivno medicino SZD Dunajska 162, Ljubljana e-pošta: sekcija.spm@gmail.com
Spletna stran:	http://www.spm.si/6-kongres-sekcije-za-preventivno-medicino/

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

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

Datum:	29.–31. marec 2017
Naslov:	6th International Conference on the History of Occupational and Environmental Health
Organizator:	ICOH SC on History of Prevention of Occupational and Environmental Diseases
Kraj:	Göteborg, Švedska
Kontaktne podatki:	Telefon: +41 31 7866261, e-pošta: cecilia.andreasson@amm.gu.se
Spletna stran:	http://www.medicine.gu.se/icoh-history

Datum:	12.–14. april 2017
Naslov:	25th International Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services
Organizator:	International Network on Health Promoting Hospitals and Health Services, Austrian Network of Health Promoting Hospitals and Health Care Institutions, The Austrian Public Health Institute, WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care
Kraj:	Dunaj, Avstrija
Kontaktne podatki:	Povezava na e-pošto je s spodaj navedene spletne strani dogodka.
Spletna stran:	http://www.hphconferences.org/vienna2017/key-data.html

Datum:	19.–21. junij 2017
Naslov:	6th International Conference on Whole Body Vibration
Organizator:	ICOH Scientific Committee on Vibration, Noise and the Committee for the International Conferences on Whole Body Vibration Injuries
Kraj:	Göteborg, Švedska
Kontaktne podatki:	Telefon: +46 31 786 63 04, e-pošta: ann-sofie.liljenskog.hill@amm.gu.se
Spletna stran:	http://medicine.gu.se/WBV2017

Datum:	5.–8. julij 2017
Naslov:	22nd Annual Congress of the ECSS: Sport Science in a Metropolitan Area
Organizator:	European College of Sport Science
Kraj:	Essen, Nemčija
Datum za registracijo:	Zgodnja prijava je mogoča od 15. decembra 2016 do 15. aprila 2017
Datum za oddajo izvlečka:	Od 15. decembra 2016 do 15. februar 2017
Kontaktne podatki:	Telefon: + 30 210 6825 796, + 30 6974 192 566, faks: + 49 3212 126 44 96, e-pošta: office@ecss-congress.eu
Spletna stran:	http://ecss-congress.eu/2017/17/

Datum:	27.–29. julij 2017
Naslov:	3rd Annual International Conference on Public Health (ICOPH 2017)
Organizator:	International Medical University Malaysia, The International Institute of Knowledge Management
Kraj:	Kuala Lumpur, Malezija
Datum za registracijo:	Zgodnja prijava je mogoča do 13. junija 2017.
Datum za oddajo izvlečka:	Do 23. maja 2017
Kontaktni naslov:	The International Institute of Knowledge Management, #288/1/1, Old Kottawa Road, Embuldeniya, Nugegoda, Sri Lanka. Telefon: +94 113 132 828, fax: +94 112 835 571, e-pošta: info@tiikm.com
Spletna stran:	http://publichealthconference.co/

Datum:	16.–29. julij 2016
Naslov:	26th ETC – PHHP Summer Course 2016 Public Health Assests
Organizator:	The European Training Consortium in Public Health and Health Promotion (ETC-PHHP), University of Alicante
Kraj:	Alicante, Španija
Spletna stran:	http://www.etc-summer-school.eu/

Datum:	28.–30. avgust 2017
Naslov:	Positive Psychology at Work
Organizator:	Nordic Institute for Advanced Training in Occupational Health (NIVA)
Kraj:	Reykjavík, Islandija
Kontaktni podatki:	Siv Jansson NIVA Telefon: +358 43 8241 696, e-pošta: siv.Jansson@niva.org
Spletna stran:	http://niva.org/course/positive-psychology-at-work/

Datum:	5.–8. september 2017
Naslov:	Occupational Skin Diseases – diagnostics and prevention
Organizator:	Nordic Institute for Advanced Training in Occupational Health (NIVA)
Kraj:	Helsinki, Finska
Kontaktni podatki:	Linda Vänskä NIVA Telefon: +358 40 5463 277 e-pošta: linda.vanska@niva.org
Spletna stran:	http://niva.org/course/occupational-skin-diseases-diagnostics-and-prevention/

Datum:	18.–20. september 2017
Naslov:	Bullying and Harassment at Work
Organizator:	Nordic Institute for Advanced Training in Occupational Health (NIVA)
Kraj:	Kopenhagen, Danska
Kontaktni podatki:	Siv Jansson NIVA Telefon: +358 43 8241 696, e-pošta: siv.Jansson@niva.org
Spletna stran:	http://niva.org/course/bullying-and-harassment-at-work/

NOVA DOKTORICA ZNANOSTI NA KIMDPŠ

Mag. Nevenka Šestan, viš. m. s., univ. dipl. org., glavna medicinska sestra KIMDPŠ, je 20. 6. 2016 v Kranju, na Fakulteti za organizacijske vede Univerze v Mariboru, uspešno zagovarjala svojo doktorsko disertacijo z naslovom Razvoj modela ocene tveganja voznikov s psihofizičnimi omejitvami pri nastanku prometnih incidentov. Z uspešno opravljenim zagovorom si je pridobila znanstveni naziv doktorica znanosti s področja managementa delovnih procesov.

Novi doktorici znanosti iskreno čestitamo in ji želimo veliko uspehov na njeni nadaljnji raziskovalni in karierni poti.



Dr. Nevenka Šestan (Vir: arhiv KIMDPŠ)

Uredništvo

IZVOLITEV V NAZIV IZREDNE PROFESORICE

Doc. dr. Alenka Franko, dr. med., spec. MDPŠ, je bila 27. 6. 2016 na seji senata Medicinske fakulteti Univerze v Ljubljani izvoljena v naziv izredne profesorice za področje Medicine dela.

Izredni profesorici iskreno čestitamo k imenovanju in ji želimo veliko uspehov na nadaljnji raziskovalni in karierni poti ter prenosu njenega dragocenega znanja na mlajše kolege.



Izr. prof. dr. Alenka Franko (Vir: arhiv KIMDPŠ)

Uredništvo

ZDRAVI DELAVCI V ZDRAVI ORGANIZACIJI

Skrb za zdravje zaposlenih uresničujemo tudi v praksi. V sredo, 14. septembra 2016, smo se udeležili pohoda na Šmarno goro.



Izhodiščna točka pohoda je bilo parkirišče v Tacnu (Vir: arhiv KIMDPŠ)



Na vrhu Šmarne gore (Vir: arhiv KIMDPŠ)

Uredništvo

Glasnik KIMDPŠ

letnik VII, številka 1, september 2016

Izdajatelj in založnik:

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

Urednici:

Nataša Dernovšček Hafner
Tanja Urdih Lazar

Uredniški odbor:

Niko Američ
Metoda Dodič Fikfak
Alenka Franko
Marija Molan
Nevenka Šestan

Lektoriranje:

Darja Rogelj

Grafična podoba:

Laura Tratnik Belopavlovič

Tisk:

Nonparel d. o. o.

Uredništvo:

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

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

The logo for KIMDPŠ is displayed in a large, bold, blue font. The letters are slightly shadowed, giving it a three-dimensional appearance. It is positioned in the upper right corner of the page, partially overlapping the orange and green background blocks.

