

# Glasnik KIMDPŠ



## V SREDIŠČU:

Po podatkih iz 4. evropske raziskave o delovnih razmerah več kot 24 odstotkov delavcev v Evropski uniji, ki so odgovorili, da delo vpliva na njihovo zdravje, poroča o težavah zaradi bolečin v hrbtnu, skoraj 23 odstotkov pa jih trpi zaradi bolečin v mišicah. S primernimi ukrepi je mogoče pri preprečevanju in obvladovanju bolezni mišičnoskeletnega sistema marsikaj storiti. Programi promocije zdravja pri delu ponujajo številne rešitve.

Etična vprašanja v medicini so v laični in strokovni javnosti pogosta tema. V medicini dela se med etičnimi dilemami izpostavlja predvsem dvojna lojalnost zdravnikov, ki so razpeti med delodajalcem, s katerim imajo podpisano pogodbo, in delavci, katerim nudijo zdravstveno varstvo.

**UVODNIK**

- 1 - Naredimo si breme lažje... - *Tanja Urdih Lazar*

**V SREDIŠČU**

- 3 - Etika v belem in konflikt interesov v medicini (dela) - *Rajko Črnivec*

**AKTUALNE TEME V MDPŠ**

- 7 - Vpliv prahu bombaža, lanu, konopljie in sisala na respiratorni trakt - *Silveli Bogataj Premr*  
 12 - Ocena prometne varnosti pri voznikih invalidih amaterjih - *Rajko Črnivec, Anton Zupančič, Niko Arnerić*  
 20 - Socialni in psihosocialni dejavniki ter ishemična bolezen srca delavcev – vprašalniki in modeli za oceno teh dejavnikov - *Tihomir Ratkajec*  
 25 - V veljavo je stopil Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov - *Eva Stergar*  
 29 - Zmanjševanje neenakosti v zdravju in promocija zdravja – kritični pogled - *Tanja Urdih Lazar*

**NE PREZRITE – PREDPISI**

- 36 - Pravilnik o pogojih za določitev bolezni zaradi izpostavljenosti azbestu in merilih za določitev višine odškodnine - *Rajko Črnivec*  
 37 - Pravilnik o ugotavljanju zdravstvene sposobnosti operativnih gasilcev - *Rajko Črnivec*

**PREDSTAVITEV SPECIALISTIČNE NALOGE**

- 38 - Delovno mesto in akutna limfoblastna levkemija ter akutna mieloična levkemija  
 - *Peter Otorepec*

**SPREHOD PO STROKOVNI LITERATURI**

- 39 - Varovanje zdravja delavcev za 21. stoletje: od »zdravja pri delu« do »zdravja delavcev«  
 - *Metoda Dodič Fikfak*  
 41 - Gasilec s transtibialno amputacijo goleni – prikaz primera - *Metoda Dodič Fikfak*  
 42 - Zloraba moči na delovnem mestu - *Tanja Urdih Lazar*

**TAKO RAZMIŠLJAMO O STROKOVNIH VPRAŠANJIH**

- 44 - Spremembe v preventivni zdravstveni oskrbi športnikov - *Petra Zupet*  
 47 - Vloga specialista MDPŠ v invalidski komisiji sedanjega časa - *Aleksander Doplihar*

**PISMO UREDNIŠTVU**

- 50 - »Ali specialiste MDPŠ sploh potrebujemo?« - *Sabina Dietner, Vladimira Janežič*

**NOVICE**

- 52 - Projekt Kriteriji za ocenjevanje zdravstvene zmožnosti za vojaško službo - *Rajko Črnivec*  
 53 - Polnopravno članstvo v Mednarodni akademiji za letalsko medicino - *Tanja Urdih Lazar*  
 53 - Študiji s področja molekularne epidemiologije - *Alenka Franko*  
 54 - Izobraževanje svetovalcev za promocijo zdravja pri delu - *Tanja Urdih Lazar*  
 54 - ESPAD 2007 – Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino  
 - *Eva Stergar*  
 57 - Raziskava o organiziranosti in kakovosti skrbi za zdravje in varnost delavcev  
 - *Tanja Urdih Lazar*  
 57 - Dobra praksa na področju varnosti in zdravja pri delu 2007 - *Tanja Urdih Lazar*  
 58 - Premaknimo Evropo z vlaganjem v zdravje delavcev - *Tanja Urdih Lazar*

**STROKOVNA SREČANJA**

- 60 - Konferenca Prehrana, telesna dejavnost in zdravje na delovnem mestu - *Eva Stergar*  
 62 - Izzivi javnega zdravja v tretjem tisočletju - *Tanja Urdih Lazar*  
 63 - 23. delovno srečanje Evropske mreže za promocijo zdravja pri delu - *Eva Stergar*  
 64 - Posvet Varstvo pri delu, varstvo pred požari in medicina dela - *Primož Gspan*  
 67 - Seminar o trpinčenju na delovnem mestu - *Tanja Urdih Lazar*  
 67 - Konferenca mednarodnega združenja za analizo izpostavljenosti - *Alenka Franko*  
 68 - Srca in duše na delu v Evropi - *Eva Stergar*  
 70 - Poletna šola o zmanjševanju neenakosti v zdravju - *Tanja Urdih Lazar*  
 71 - Preizkus izobraževanja za promocijo zdravja žensk pri delu - *Eva Stergar*  
 73 - Kontinuirano izobraževanje iz medicine dela, prometa in športa, januar - april 2008  
 74 - Napovednik

**STROKA SMO LJUDJE**

- 79 - Moje poti na delo in z dela - *Eva Stergar*

## NAREDIMO SI BREME LAŽJE...

Tema letošnjega Evropskega tedna varnosti in zdravja pri delu ni izbrana naključno, saj bolezni mišičnoskeletnega sistema predstavljajo veliko breme za sodobno aktivno populacijo. Po podatkih iz 4. evropske raziskave o delovnih razmerah, ki jo je leta 2005 izvedla Evropska fundacija za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer, več kot 24 odstotkov delavcev v Evropski uniji, ki so odgovorili, da delo vpliva na njihovo zdravje, poroča o težavah zaradi bolečin v hrbtni skupini, skoraj 23 odstotkov pa jih trpi zaradi bolečin v mišicah. Bolezni mišičnoskeletnega sistema so najpogosteje med zaposlenimi v gradbeništvu, storitvenem in maloprodajnem sektorju, izobraževanju, zdravstvu ter v hotelirstvu in gostinstvu. Slovenske delavce po podatkih iz iste raziskave te bolezni v primerjavi z evropskim povprečjem še precej bolj obremenjujejo. Skoraj 46 odstotkov se jih namreč sooča z bolečinami v hrbtni skupini in 38 odstotkov z bolečinami v mišicah. Delavci v Sloveniji so zaradi bolezni mišičnoskeletnega sistema zelo pogosto odsotni z dela. Med razlogi za bolniški stalež so te bolezni na drugem mestu, takoj za vsemi poškodbami in zastrupitvami. Veliko breme predstavljajo bolezni mišičnoskeletnega sistema tudi v splošni populaciji, saj so po pogostosti na tretjem mestu, za boleznimi dihal in duševnimi motnjami.



Številne bolezni, ki pestijo današnjo aktivno populacijo, bi lahko s primernimi ukrepi preprečili ali vsaj omilili njihove posledice. Tudi na področju preprečevanja in obvladovanja bolezni mišičnoskeletnega sistema je mogoče marsikaj storiti. Programi promocije zdravja pri delu ponujajo številne rešitve, podkrepljene s primeri dobre prakse. Osrednji cilj promocije zdravja je boljše zdravje ljudi in s tem večja kakovost življenja in dela, zanemarljivo pa tudi ni dejstvo, da se zaradi dobrih programov promocije zdravja znižujejo stroški za zdravstveno in socialno varstvo. Obvladovanje stroškov, povezanih z boleznjijo, zdravljenjem, bolniškimi odsotnostmi, invalidnostjo, poklicnimi boleznimi in prezgodnjo umrljivostjo predstavlja pomemben argument za uvajanje programov promocije zdravja. Za uspeh promocije zdravja je najpomembnejše, da dejavno sodelujeta obe najpomembnejši strani, ki imata od nje koristi in morata zato vanjo ob podpori širše družbe vlagati – delodajalci in delavci.

Delodajalci morajo biti pripravljeni vlagati v spremembe delovnega okolja v korist zdravju. Eno od načel, ki bi se ga morali držati pri preprečevanju bolezni mišičnoskeletnega sistema, je prilagajanje delovnega mesta človeku in njegovim psihofizičnim sposobnostim. Človeku prilagojeno ali ergonomsko oblikovano delovno mesto mora delo olajšati tako, da delavec ohrani naravno držo, delovne naprave pa so razporejene kot naravni podaljšek delavčevega mišičnoskeletnega sistema. Tudi velikost prostora mora biti prilagojena delavcu, delo mora potekati v nevtralnem položaju, brez pretiranega utrujanja in na primerni višini, predmeti dela morajo biti v primernem dosegu, število ponavljajočih se gibov mora biti čim manjše, zmanjšati je treba tudi statično delo mišic in uporabo sile med delom. Predmeti dela ali orodja ne smejo pritiskati na posamezne dele telesa. Če delo omogoča, naj se uporablja ergonomski stol za sedenje, pa tudi sicer mora biti delovno okolje udobno (primerno razsvetljeno, mikroklima, hrup in vibracije v dovoljenih mejah), stroji in naprave pa morajo biti prav tako prilagojeni delavcu in varni. Poskrbeti je treba za ustrezno telesno dejavnost oz. aktivne odmore. Delavci si krajše odmore tako ali tako jemljejo sami, če pa ti potekajo načrtovano s primernimi vajami za obremenjene dele telesa, bo delo učinkovitejše, delavci pa bodo imeli manj težav s mišičnoskeletnim sistemom. Neprimerno

oblikovano delovno mesto ne vpliva le na nastanek bolezni mišičnoskeletnega sistema, ampak lahko povzroči tudi druge okvare in bolezni, hkrati pa negativno vpliva na splošno počutje delavcev in zmanjšuje njihovo učinkovitost pri delu. Večina ergonomskih ukrepov ne zahteva posebnih vlaganj ali povzroči le minimalne stroške, lahko pa reši številne težave posamezniku in podjetju.

Po drugi strani se morajo tudi delavci zavedati pomena vlaganja v lastno zdravje in prevzeti odgovornost zanj. Če govorimo o preprečevanju in obvladovanju bolezni mišičnoskeletnega sistema, potem to pomeni na primer učenje za zdravo delo in življenje, upoštevanje priporočil in navodil v zvezi z varnostjo in zdravjem pri delu, npr. kako pravilno dvigati bremena ali opravljati določene delovne operacije brez pretirane uporabe sile in ob dosledni uporabi ustreznih pripomočkov, ter oblikovanje zdravega življenjskega sloga z veliko gibanja. Gibalno-športne aktivnosti ali aktivni odmori so lahko že del programa promocije zdravja pri delu, sicer pa je pomembno telesno neaktivnost na delovnem mestu nadoknaditi s telovadbo v prostem času ali gibanjem na poti na delo in z dela (hoja, kolesarjenje). Če pa je možnost gibalno-športnih aktivnosti med delovnim časom ali po njem, jo je vredno izkoristiti, prosti čas pa nameniti drugim dejavnostim, ki so lahko prav tako pomembne za dobro počutje.

Pri utrjevanju pomena preprečevanja in obvladovanja tveganj za bolezni in poškodbe pri delu, prav tako tudi bolezni mišičnoskeletnega sistema, imajo lahko veliko vlogo pooblaščeni zdravniki, ki ob obdobnih preventivnih pregledih najprej zaznajo zdravstvene probleme v nekem podjetju in lahko predlagajo tudi ustrezne ukrepe in programe za izboljšanje stanja. Najboljše rezultate lahko pričakujemo ob izvajaju celostnih programov promocije zdravja, kakršen je na primer program Čili za delo, ki smo ga razvili na našem inštitutu v sodelovanju s številnimi strokovnjaki s področja medicine dela, varnosti in zdravja pri delu, promocije zdravja, psihologije dela, pravic delavcev, organizacije dela in poučevanja odraslih.

Cilj programa je vplivati na povečanje družbene in posameznikove odgovornosti za zdravje ter na postopno uveljavljanje bolj zdravega načina življenja in sprememb v korist zdravja v delovnem okolju. Program ponuja različne izobraževalne module z ukrepi za obvladovanje nekaterih najpogostejsih problemov zdravja delavcev, med katere sodijo tudi bolezni mišičnoskeletnega sistema. V organizacije ga uvajajo usposobljeni svetovalci za promocijo zdravja pri delu, katerih naloga je predvsem priprava interne skupine za zdravje za samostojno izvajanje ukrepov, ki slonijo na rezultatih analize zdravja. Pooblaščeni zdravniki in strokovni delavci za varnost in zdravje pri delu imajo lahko v tej skupini pomembno, tudi odločilno vlogo. Program podpira mreža odločevalcev in strokovnjakov, ki bodo skrbeli za njegovo organizacijsko in strokovno rast – seveda če bodo delodajalci tej pobudi odpirali vrata podjetij, ki jih vodijo. In tu so lahko v ponovno v pomoč tisti, ki v podjetjih že skrbijo za zdravje zaposlenih. Naredimo si breme lažje tudi tako, da drug drugemu pomagamo pri delu za boljše zdravje naše aktivne populacije.

## Literatura

1. Parent-Thirion A, Fernández Macías E, Hurley J, Vermeylen G. Fourth European Working Conditions Survey. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2007.
2. Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu. O evropskem tednu varnosti in zdravja pri delu 2007: Kampanja 'Naredite si breme lažje'. [na spletu]. [pridobljeno 17. 10. 2007]. Dostopno na: <http://si.osha.europa.eu/et2007/>.
3. Stergar E, Urdih Lazar T, ur. Zdravi delavci v zdravih organizacijah. Ljubljana: Klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa; 2006.

**Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov.**

## ETIKA V BELEM IN KONFLIKT INTERESOV V MEDICINI (DELA)

**Etična vprašanja v medicini so v laični in strokovni javnosti pogosta tema, zato jih poskušajo z različnih zornih kotov osvetliti tudi na vsakoletnem strokovnem srečanju Etika v belem. Letošnje srečanje junija na Bledu je bilo posvečeno problemu konflikta interesov v medicini nasploh, drugi dan dvodnevnega srečanja pa je bilo govora o konfliktu interesov v medicini dela.**

Za tehnični del organizacije je poskrbela Agencija za management, za strokovni del pa Ministrstvo za zdravje, Zdravniška zbornica Slovenije, Slovensko zdravniško društvo, Inštitut za sodno medicino, Združenje za medicino dela, prometa in športa (ZMDPŠ), Komisija za preprečevanje korupcije in Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa. Na srečanju, ki so ga sooblikovali priznani domači in tuji strokovnjaki s področja zdravstva in drugih strok, je bilo okoli 70 udeležencev, pretežno zdravnikov. S prispevkom "Konflikt interesov v slovenski medicini dela in predlogi rešitev" je sodelovala tudi predstojnica KIMDPŠ dr. Metoda Dodič Fikfak, dr. med., spec. MDPŠ, ki je povezovala tudi tematski sklop "Dobra praksa na področju medicine dela in raziskovanja". Vsebina posveta je bila razdeljena na dve glavni področji:

- etika v biomedicinskih raziskavah,
- dobra praksa na področju medicine dela in raziskovanja ter medicinska dokumentacija v enotah MDPŠ.

### Etika v biomedicinskih raziskavah

Zdravniki, ki se vključujejo v biomedicinske raziskave zdravil oziroma v njihovo klinično preizkušanje, prevzamejo tudi odgovornost, da se klinične preiskave izvajajo v skladu z zakonskimi predpisi in pravilniki, ki so namenjeni tej dejavnosti. Etičnost raziskav mora biti brezpogojno zagotovljena predvsem z vidika spoštovanja pravic bolnikov pa tudi v razmerju do

ustanove, kjer se raziskave izvajajo. Nenazadnje je treba v skladu z uradnimi protokoli natančno urediti tudi odnos raziskovalca in zdravstvene ustanove do sponzorja raziskave – farmacevtskega podjetja.

Helsiška deklaracija iz leta 1964 z dopolnitvami je temeljni dokument smernic zdravnikov pri opravljanju kliničnih raziskav. Sprejeta je bila na 18. generalni skupščini Svetovnega zdravniškega združenja v Helsinkih. Deklaracija poudarja zdravnikovo poslanstvo bdati nad zdravjem človeka, ki ga uresničuje z vsem svojim znanjem in sposobnostmi. Sklicuje se na Ženevsko listino in na Mednarodni kodeks zdravniške etike. Posebej poudarja, da morajo imeti biomedicinske raziskave na človeku za cilj izboljšanje diagnostičnih, terapevtskih in profilaktičnih metod ter boljše razumevanje etiologije in patogeneze. V deklaraciji je posebej poudarjena korist osebe v raziskavi pred interesi znanosti in družbe. Deklaracija poudarja, da njena vodila ne odvezujejo zdravnikov od kazenskih, civilnih in deontoloških odgovornosti na podlagi zakonov in notranjih predpisov njihovih dežel.

### Dobra praksa na področju medicine dela in raziskovanja

Po zakonu o varnosti in zdravju pri delu je za varnost in zdravje delavcev pri delu odgovoren delodajalec. Na področju varnosti pri delu delodajalcu v strokovnem smislu svetuje pooblaščeni strokovni delavec, na področju varovanja zdravja pri delu pa pooblaščeni zdravnik specialist medicine dela. Delo zdravnika v MDPŠ je pri oceni zdravstvenega stanja, delazmožnosti in poklicne geneze bolezni izvedenstvo, zato so načini dela, vodila in pristop enaki, kot veljajo za izvedenstvo nasploh.

V medicini dela gre pri delu zdravnikov za dvojno lojalnost, in sicer do delodajalca, s katerim ima zdravnik podpisano pogodbo, in do delojemalca (delavca), kateremu nudi zdravstveno varstvo po najboljši vesti, znanju, v skladu z etičnimi načeli. Ta dvojna lojalnost je izhodišče resnih etičnih dilem.



Prof. dr. Charles Levenstein iz ZDA (University of Massachusetts Lowell) je govoril o medicini dela na trgu (Foto: Jurij Fikfak)

Izolacija zdravnika v primerih konflikta dvojne lojalnosti, ki je seveda nemalokrat izražena tudi v praksi pri nas, vodi do viktimalizacije zdravnika v primeru njegovega etičnega vedenja. Zato bi zdravniki morali imeti znotraj ZMDPŠ ali Zdravniške zbornice Slovenije skupino, ki bi posamezen primer proučila, analizirala in nastopala kot svetovalka v primeru viktimalizacije posameznega zdravnika, ki se je zavezal etičnim načelom. Skupina bi delovala kot moralna moč, ki bi kolege združevala. Nujno je tudi ozaveščanje delodajalca o pomenu neodvisnosti zdravnika medicine dela. Vsebina pogodbe, ki jo ima specialist MDPŠ z delodajalcem, bi morala vključevati etične dolžnosti zdravnika. V njej bi morala biti posebej poudarjena neodvisnost in nepritranskost zdravnika pri odločanju, njegove odločitve bi morale biti varovane pred prekinitevijo pogodbe z delodajalcem.

Medicinska dokumentacija je zaščitenega v skladu z zakonom o varovanju osebnih podatkov. Lastnik je upravljač podatkov. S privolitvijo zavarovanca/-ke lahko le kopija te dokumentacije kroži bodisi po klasični pošti ali z elektronsko pošto z elektronskim podpisom in kriptografsko zaščito. Zavarovanci osebno naj ne prenašajo svoje medicinske dokumentacije od zdravnika do zdravnika. Posebna interdisciplinarna delovna skupina v okviru ZMDPŠ in Združenja zdravnikov družinske medicine Slovenskega zdravniškega društva bo opredelila obseg in vsebino do-

kumentacije, ki jo izbrani zdravnik posreduje specjalistu medicine dela v zvezi z oceno delazmožnosti in poklicno genezo bolezni.

V skladu s konvencijo C 161 Mednarodne organizacije dela (ILO) iz leta 1985 o dejavnosti služb za varovanje zdravja delavcev je medicina dela preventivna zdravstvena stroka z multidisciplinarnim pristopom pri skrbi za varnost in zdravje delavcev, še posebej pri humanizaciji dela. Pri reševanju te problematike sodeluje s službami delodajalca, delavci in njihovimi zastopniki. Medicina dela izvaja dejavnost strokovno, samostojno in brez vpliva delodajalca, delavca ali njegovega zastopnika. Njene naloge so podrobno opredeljene v konvenciji, njihov končni cilj je boljše varovanje zdravja in delazmožnosti delavcev oziroma humanizacija dela v smislu preprečevanja poškodb pri delu in poklicnih bolezni.

## Tuje izkušnje

Na Švedskem danes medicina dela (MD) izgublja svoj status in poslanstvo zlasti na področju ergonomije, raziskav in humanizacije dela. Zaupanje v zdravnika specialista medicine dela upada. Veliki švedski in tuji delodajalci so pokupili zmogljivost teh specialistov. Na področju varnosti in zdravja pri delu praktično ni več raziskav. Tako se Nacionalni inštitut za živiljenjsko in delovno okolje zapira, ker državni denar za raziskave usiha, tako da bosta v bodočnosti varnost



Prof. dr. Christer Hogstedt (Swedish National Institute of Public Health, Stockholm) je predstavil švedski model neodvisnih enot zdravja pri delu (Foto: Jurij Fikfak)

in zdravje švedskih delavcev prej ali slej ogrožena. Obstaja še državna obveza zbiranja podatkov o poklicnih boleznih in poškodbah pri delu (register). Letno dokažejo okoli 16.000 primerov poklicnih bolezni, med katerimi so najpogosteje poklicna okvara sluha, poklicne kožne bolezni in bolezni dihal.

### **Problematika dokazovanja poklicnih bolezni v Sloveniji**

EUROSTAT je v okviru projekta EODS (Evropske statistike poklicnih bolezni) leta 2001 zbral podatke v 12 državah Evropske skupnosti (ES). Stopnja pojavnosti poklicnih bolezni (PB) na 100.000 zaposlenih je bila pri moških 48 in pri ženskah 22. Tri najpogosteje skupine poklicnih bolezni so bolezni mišičnoskeletnega sistema (35 odstotkov) in kožne bolezni (14 odstotkov) ter bolezni dihal (14 odstotkov). Sledijo poklicne okvare sluha (13 odstotkov) in ostale poklicne bolezni.

V skladu s slovensko zakonodajo poklicne bolezni ugotavljamo in dokazujemo v okviru zdravstvenega nadzora delavcev (preventivni zdravstveni pregledi). Torej poklicno bolezen dokazuje zdravnik specialist medicine dela, ki o dokazani poklicni bolezni brez diagnoze obvesti delodajalca, ta pa mora v skladu s 27. členom Zakona o varnosti in zdravju pri delu poklicno bolezni takoj prijaviti inšpekciiji dela. V letu 2006 je bilo prijavljenih okoli 50 poklicnih bolezni, v letu 2007 pa le 4.

V skladu z Zakonom o zbirkah podatkov na področju zdravstvenega varstva (sedaj se pripravlja nov) so opredeljeni obseg, vsebina in upravitelj podatkov o poklicnih boleznih, sumih na poklicno bolezen in boleznih, povezanih z delom, vendar sistem ugotavljanja, verifikacije in registracije v okviru načrtovanega registra še ni vzpostavljen. Tako imamo le okvirne podatke o pogostosti poklicnih bolezni, in sicer so najpogosteje poklicne bolezni zaradi azbesta, katerih dokazovanje je v strokovnem in ekonomskem smislu posebej zakonsko opredeljeno, sledijo poklicne okvare sluha, poklicne bolezni kože in poklicne bolezni dihal.

### **Predvidena pogostost poklicnih bolezni v Sloveniji**

Predvidena pogostost je izračunana na podlagi pogostosti poklicnih bolezni v ES v letu 2001:

- moški: 48/100.000 aktivnih zavarovancev (AZ),
- ženske: 22/100.000 AZ.

Razmerje med sumi na poklicno bolezen in poklicnimi boleznimi je 4 proti 1 (npr. Nemčija).

Na dan 31. 12. 2005 je bilo v Sloveniji skupaj 796.391 primerov AZ, od tega 441.914 pri moških in 354.477 pri ženskah.

Predvideno število sumov na poklicno bolezen letno je skupaj 1160, od tega 848 pri moških in 312 pri ženskah.

Predvideno število dokazanih poklicnih bolezni letno je 290, od tega 212 pri moških in 78 pri ženskah.

Okvirna cena dokazovanja enega samega primera suma na poklicno bolezen (dokazan utemeljen sum na poklicno bolezen, dokazana poklicna bolezen, izključen sum ali poklicna bolezen) je 800 evrov, za 1160 primerov pa bi to znašalo kar 928.000 evrov.

Ker delodajalec ni zainteresiran za dokazovanje poklicnih bolezni (odškodnine), je vprašanje plačila postopka dokazovanja nerešeno, urejeno je le za azbestne bolezni (zakon).

### **Predlogi za zmanjšanje konflikta interesov v slovenski medicini dela**

Dvojno lojalnost v slovenski medicini dela bi lahko odpravili z uvedbo sistema pogodb z zdravstveno zavarovalnico o izvajanju zdravstvenega varstva delavcev. Pooblaščeni zdravnik tako ne bi imel več neposredne pogodbe z delodajalcem, pač pa bi zavarovalnica sklenila pogodbo z delodajalcem glede na njihove potrebe po varovanju zdravja pri delu in v skladu z veljavno zakonodajo na področju varnosti in zdravja pri delu. Podobno je to urejeno v nekaterih državah ES, kjer se je takšen sistem izkazal za učinkovitega.

V zakonu o zbirkah podatkov na področju zdravstvenega varstva, ki je v pripravi, je treba podrobno opredeliti obseg in vsebino podatkov ter upravitelja



Predavanja o konfliktu interesov v medicini dela, prometa in športa so bila dobro obiskana (Foto: Jurij Fikfak)

državnega registra primerov suma na poklicno bolezen, poklicnih bolezni in bolezni, povezanih z delom, zaradi vzpostavitve učinkovitega sistema verifikacije in registracije poklicnih bolezni s prospektivnim epidemiološkim spremeljanjem in preprečevanjem.

Predlagano je, da bi se v okviru zdravstvene zavarovalnice vzpostavila posebna "delavska zavarovalnica", v katero bi prispevali vsi delodajalci glede na pogostost poškodb pri delu in poklicnih bolezni, kar pomeni, da bi delodajalci z višjo stopnjo humanizacije dela in nižjo pogostostjo poklicne patologije prispevali nižji znesek. To velja za dokazovanje, registracijo in spremeljanje poškodb pri delu, suma na poklicno bo-

lezen in poklicnih bolezni ter za bolezni, povezane z delom. Na ta način bi bili delodajalci prisiljeni k večji skrbi za zdravje svojih delavcev, humanizacijo dela in znižanje poklicne patologije, kar bi vodilo tudi k večji produktivnosti.

### Skupščina ZMDPŠ

Na skupščini je bila poudarjena potreba po tesnem strokovnem sodelovanju med ZMDPŠ, KIMDPŠ, Katedro za javno zdravje Medicinske fakultete in ostalimi organizacijami na področju zdravstvenega in tehničnega varstva za dobrobit slovenskih specialistov medicine dela ter za boljše in učinkovitejše delo pri zagotavljanju zdravja pri delu.

Da bi se specialisti medicine dela zavarovali pred prekinitevijo pogodbe z delodajalcem, naj se v aneksu k Pravilniku o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev določi enoten obrazec pogodbe za delo pooblaščenega zdravnika. V tem obrazcu naj bodo navedene tudi etične dolžnosti zdravnika (neodvisnost in nepristranskost pri odločanju) in možnost oziroma pravica do drugega mnenja.

Predlagana je bila organizacija slovenskega konгрresa MDPŠ.

Brez posveta z upravnim odborom ZMDPŠ je bilo ustanovljeno Združenje za športno medicino.

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

## VPLIV PRAHU BOMBAŽA, LANU, KONOPLJE IN SISALA NA RESPIRATORNI TRAKT

Silveli Bogataj Premrn, dr. med., spec. MDPŠ<sup>1</sup>

**Izvleček:** Prahu bombaža, lanu, konoplje, sisala in jute smo izpostavljeni pri mehanski obdelavi naštetih surovin. Največja izpostavljenost je v začetnih fazah predelave. Prah povzroča številne bolezni respiratornega trakta. Navedeni so ukrepi za zmanjšanje koncentracije prahu pri delavcih v tekstilni industriji in predlagane smernice za zdravstveno varstvo delavcev.

**Ključne besede:** prah, respiratorni trakt, zdravje delavcev, tekstilna industrija

### Uvod

Bombaž je sad bombaževca. Plodove se pobira strojno ali ročno, sledi sušenje in čiščenje. Loči se kodeljo (vlakna) od semena. Postopek imenujemo odzrnjevanje ali egreniranje. Opravlja se strojno z egrenirnimi stroji. Pri tem dobimo regularno vlakno in odpadna vlakna, ki jih imenujemo linters. Regularna vlakna hidravlično stiskajo v velike bale. Postopek imenujemo baliranje. Bale ovijejo z jutovino ali kokosovimi mrežami. Bale bombaža potujejo v predilnice, kjer izdelujejo bombažno prejo. Odpadni bombaž se uporablja v tovarnah celuloze za proizvodnjo papirja in vate (1).

Vlakna lanu in konoplje se nahajajo v steblu. Ločijo jih s kombinacijo bioloških in mehanskih postopkov, v zadnjih letih pa tudi s kemičnimi postopki. Pri biološkem postopku je treba lan goditi v mirni, tekoči vodi ali v industrijskih bazenih z dodatki kultur pektinskih bakterij, ki pospešujejo proces godenja. Godenje odstrani pektin in zrahlja vez med vlaknami in lesom ter med posameznimi svežnji vlakencem. Po godenju stebla osušijo. Sledi mehanska obdelava z lomljencem na terilnih strojih. Pri tem se zlomijo leseni deli stebla (pazder), te pa na stepalnih strojih ločijo od prediva. Predivo je potrebno mikati oziroma česati na železnem glavniku ali strojno. Pri tem se dolga vlakna poravnajo, izločijo pa se ostanki pazderja in kratka vlakna. Česana vlakna zvezijo v povezke po 10 kg (2).

Vlakna sisala pridobivajo iz listov. Mehanično odstranijo skorjo, nato pa liste brusijo. Dobljena vlakna izpirajo z milnico, belijo in sušijo. Vlakna balirajo (3).

Do najvišje izpostavljenosti prahu prihaja pri začetnih fazah predelave: odstranjevanju semen, odpiranju bal in pri mehanski obdelavi v predilnici in tkalnici (4, 5).

### Mejne vrednosti za koncentracijo prahu

1. Ameriški nacionalni inštitut za varnost in zdravje pri delu (NIOSH):
  - dopustna meja izpostavljenosti (PEL): časovno tehtana 8-urna povprečna koncentracija bombažnega prahu (respirabilna frakcija) v predilnici, česalnici in pripravljalnici: pod 0,2 mg/m<sup>3</sup>, če se uporablja oprani bombaž: 0,5 mg/m<sup>3</sup>, v tkalnici: 0,75 mg/m<sup>3</sup>;
  - mejna vrednost za predilnico, česalnico, pripravljalnico: časovno tehtana 8-urna povprečna koncentracija: 0,1 mg/m<sup>3</sup>, pri najpravnejših procesih priprave: 0,25 mg/m<sup>3</sup>, v tkalnici: 0,375 mg/m<sup>3</sup>.
2. Ameriška agencija za varnost in zdravje pri delu (OSHA): časovno tehtana povprečna koncentracija bombažnega prahu (respirabilna frakcija): od 0,1 do 1 mg/m<sup>3</sup> glede na delovno operacijo, PEL: 1 mg/m<sup>3</sup>.
3. Nemčija: 1,5 mg/m<sup>3</sup> za bombaž.
4. Švedska: 0,5 mg/m<sup>3</sup> za bombaž.
5. Velika Britanija (HSE): 0,5 mg/m<sup>3</sup> za bombaž, 2 mg/m<sup>3</sup> za lan in konopljo.
6. Švica: 0,3 mg/m<sup>3</sup>.
7. Poljska: 2 mg/m<sup>3</sup> za bombaž, 4 mg/m<sup>3</sup> za juto in sisal.
8. Slovenija: 1,5 mg/m<sup>3</sup> (inhalabilna frakcija) za bombaž.

<sup>1</sup> Zdravstveni dom Ajdovščina, Ajdovščina

### Mejna vrednost za koncentracijo endotoksina

Nizozemski odbor za delovne standarde (The Dutch Expert Committee on Occupational Standards – DECOS pri National Health Council) je predlagal 50 EU/m<sup>3</sup> (=4,5 ng/m<sup>3</sup>). Zaradi interindividualnih razlik v odgovoru na inhalacijo endotoksina in pomanjkanja standardnih ekstrakcij endotoksina in protokolov analize pa ni prišlo do dogovora (6).

### Učinki prahu

Pri izpostavljenosti prahu bombaža, lanu, konoplje, sisala in jute prihaja do absorpcije substanc prahu. Absorpcija substanc prahu na površini dihalnih poti ali v alveolih lahko vodi do štirih glavnih tipov odgovora:

- alergični, atopični odgovor, ki se pojavi v gornjih dihalnih poteh ali v bronhijih ali v obojem;
- bisinoza je bolezen, ki se kaže s tiščanjem v prsih in/ali dispnejo po vrnitvi na delo na prvi dan po odsotnosti z dela, to je po vikendu ali dopustu. Vodi lahko v permanentno respiratorno okvaro;
- imunološke spremembe v pljučnem parenhimu, ki po daljši izpostavljenosti lahko postanejo irreverzibilne. Taka bolezen je ekstrinzični alergični alveolitis ali hipersenzitivni pneumonitis, kamor sodijo tudi farmarska pljuča;
- nespecifična iritacija respiratornega trakta, ki lahko ob daljši izpostavljenosti vodi v nespecifično kronično obstruktivno pljučno bolezen. Pri iritaciji sodelujejo receptorji bronhialnega epitelija, ki povzročajo refleks kašla ali akutno bronhokonstrikcijo, po daljši izpostavljenosti pa povzročijo množenje in povečano število mukoznih celic, kar je prva faza kroničnega brohitisa (7, 8).

Prah vsebuje širok spekter različnih komponent, zato lahko povzroči več kot en tip odgovorov (9).

### Klinične pojavne oblike

#### Tovarniška vročica

Pojavi se pri delavcu, ki je prvič v stiku s prahom bombaža, lanu, konoplje, sisala ali jute. Za pojav bo-

lezni je potrebna izpostavljenost visoki koncentraciji prahu. Bolezen je akutna. Simptomi se pojavijo od 8 do 12 ur po izpostavljenosti organskemu prahu. Kaže se kot mrzlica, glavobol, žeja, vročina, potenje, neproduktiven kašelj, kihanje, splošno slabo počutje, utrujenost, nauzea, bruhanje, rigor, rinitis. Simptomi, ki so blagi, trajajo nekaj ur do največ dva dni, utrujenost pa se lahko nadaljuje še nekaj dni. Simptomi vedno izzvenijo v nekaj dneh, čeprav se izpostavljenost prahu nadaljuje. Pojavi se aklimatizacija ali toleranca. Ni specifičnih spirometričnih, radioloških ali seroloških znakov. Prevalenca ni točno znana, predvideva pa se med 10 in 80 odstotki.

Vzrok ni znan, predvideva pa se vloga endotoksina gramnegativnih bakterij, ki se nahajajo v prahu bombaža, lanu, konoplje (10).

#### Tkalski kašelj

Bolezen štejemo k toksičnemu sindromu organskih prahov. Pojavi se pri visokih koncentracijah organskega prahu od 2 do 8 ur po izpostavljenosti. Lahko se pojavi pri večjem številu zaposlenih. Je akutna respiratorna bolezen, podobna astmi (suh kašelj, dispnea, tiščanje v prsih), pridruženi pa so draženje oči, vročina, bolečine v mišicah, splošno slabo počutje in utrujenost. Običajno je prisotna levkocitoza. RTG pc je normalen. Spirometrija lahko kaže blago obstrukcijo. Predvidevajo, da bolezen povzročajo glive oziroma toksini mikroorganizmov. Pri tej bolezni ni aklimatizacije in prizadene tako novozaposlene kot daje časa zaposlene delavce (11).

#### Bisinoza

Akutna bisinoza nastane kot akutni odgovor izpostavljenosti prahu med delom na prvi dan dela po odsotnosti (na pondeljek). Gre za padec FEV1 med delom tudi nad 30 odstotkov (12). Izgubo ventilatorne kapacitete ugotovimo z meritvijo pljučne funkcije pred začetkom dela in po delu na prvi dan po vikendu ali dopustu. Upad FEV1 je možen tako pri simptomatskih kot pri asimptomatskih delavcih. Možno je, da pri delavcih s tipičnimi simptomati bisinoze, ni upada FEV1. Spremembe so reverzibilne.

Akutna bisinoza lahko preide v kronično obliko. Prehod se opaža pri 25 odstotkih delavcev z bisinozo. Kronična oblika bolezni nastopi, ko se simptomi s časom razširijo na vse ostale dneve v tednu. Razvije se po nekaj letih izpostavljenosti (ne prej kot v 5 letih).

Poglavitni simptom bisinoze je tiščanje v prsnem košu, prisotni so lahko še težko dihanje, kašelj, sopenje in piskanje v prsih. Težave se pojavijo na prvi dan delovnega tedna po odsotnosti z dela (vikend, dopust). Simptomi se lahko pojavijo šele na koncu delovnega turnusa, lahko vztrajajo tudi po tem, ko delavec zapusti delovno mesto, in včasih pride zvečer celo do poslabšanja simptomov. Naslednji dan in v naslednjih delovnih dneh so simptomi blažji ali celo izzvenijo. Pri napredovanju bolezni simptomi vztrajajo ves delovni teden, kasneje pa ne izzvenijo niti v prostih delovnih dneh. V tem času bisinoze že ne moremo ločiti od kronične obstruktivne pljučne bo-

lezni, razen če delavec navaja simptome bisinoze v preteklosti. Sčasoma lahko bolezen povzroči respiratorno insuficienco in razvoj pljučnega srca.

Temeljna preiskava je spirometrija. Diagnostika bisinoze temelji na:

1. podatku o industrijski izpostavljenosti prahu,
2. tipični anamnezi in klasifikaciji bolezni,
3. padcu FEV1 pri spirometriji na prvi delovni dan v tednu po vikendu ali dopustu.

#### *Klasifikacija Svetovne zdravstvene organizacije*

Akutne spremembe pljučne funkcije se meri s spirometrijo pred in po delu na prvi dan dela po vikendu ali dopustu pri delavcih, izpostavljenih prahu. Priporoča se tri zaporedne meritve na prvi dan dela po odsotnosti (ponedeljek) pred postavitvijo diagnoze respiratorne bolezni.

Tabela 1. *Klasifikacija Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) za delavce, izpostavljeni prahu bombaža, lanu, konoplje in sisala*

Klasifikacija	Simptomi
Stopnja 0	Ni simptomov
<b>Bisinoza:</b>	
Stopnja 1-B1	Tiščanje v prsih in/ali dispnea večini prvih dni po vrnitvi na delo
Stopnja 2-B2	Tiščanje v prsih in/ali dispnea na prvi in ostale dneve delovnega tedna
<b>Iritacija respiratornega trakta:</b>	
Stopnja RTI 1	Kašelj, povezan z izpostavljenostjo prahu
Stopnja RTI 2	Stalen sputum (večino dni 3 mesece v letu), ki ga povzroči ali poslabša izpostavljenost prahu
Stopnja RTI 3	Stalen sputum, ki se pojavi ali poslabša ob izpostavljenosti prahu z eksacerbacijo bolezni dihal ali trajanjem 2 leti ali več
<b>Pljučna funkcija:</b>	
<i>Akutne spremembe</i>	
Ni učinka	Padec FEV1 za manj kot 5% ali zvišanje FEV1 med in po delu
Blag učinek	Upad FEV1 med 5-10% med delom
Zmeren učinek	Upad FEV1 med 10-20% med delom
Resen učinek	Upad FEV1 za 20% in več med delom
<i>Kronične spremembe:</i>	
Ni učinka	FEV1 80% predvidene vrednosti ali več
Blag in zmeren učinek	FEV1 60-79% predvidene vrednosti
Resen učinek	FEV1 pod 60% predvidene vrednosti

Kronične spremembe pljučne funkcije merimo v času pred začetkom dela po odsotnosti. Za nastanek bisinoze obstaja 5 hipotez mehanizma delovanja:

1. neimunsko lokalno sproščanje histamina v pljučih,
  2. reakcija antigen – protitelo,
  3. bakterijski endotoksin,
  4. encimi gliv in
  5. sproščanje nespecifičnih farmakoloških mediatorjev.
- Pri kadilcih so ugotavljali večjo frekvenco bisinoze kot pri nekadilcih. Kajenje povečuje učinek izpostavljenosti bombažnemu prahu na respiratorne simptome in bisinozo. Kadilcem se odsvetuje delo na delovnih mestih z visoko koncentracijo prahu.

Napovedni dejavniki za razvoj bisinoze:

- višja raven endotoksina v vdihanem zraku,
- starost,
- kajenje,
- moški spol,
- višja koncentracija prahu, čas izpostavljenosti,
- višja koncentracija endotoksina,
- preodzivnost na metaholin,
- respiratorni simptomi, ki se pojavijo zgodaj po izpostavljenosti,
- prisotnost počasnega genotipa mikrosomske epoksidne hidrolaze,
- višja koncentracija histamina v krvi,
- akutni upad FEV1 v prvem delovnem dnevu,
- eden ali več respiratornih simptomov v prvih treh mesecih zaposlitve.

Izpostavljenost prahu povzroča tudi **astmo, ekstrinzični alergični alveolitis, nespecifično iritacijo dihal, kronični bronhitis in KOPB**.

## Zdravstveno in tehnično varstvo delavcev – standardi

S preventivnimi ukrepi se poskuša zmanjšati koncentracije prahu bombaža, lanu, konoplje in sisala. Najbolj učinkovita bi bila zamenjava vlaken bombaža, konoplje, sisala in lanu s sintetičnimi vlakni, vendar so omenjena naravna vlakna še vedno tržno zelo zanimiva (13).

Delodajalec mora zagotoviti take tehnološke pogoje, da je izpostavljenost zaposlenih čim manjša (avto-

matizacija, lokalno odsesavanje, splošno odsesavanje...). Pranje bombaža in obdelava bombaža s paro, uporaba baktericidov, fungicidov, hidrogenklorida in acetne kisline prav tako zmanjšajo aktivnost ali inaktivirajo aktivne komponente v prahu bombaža, lanu, konoplje, sisala in jute (13).

Potreben je izvajati monitoring koncentracije prahu v delovnem okolju. Če so rezultati pod mejno vrednostjo ali v območju mejne vrednosti, se monitoring ponavlja najmanj enkrat na leto. Če so rezultati meritve nad mejno vrednostjo, mora delodajalec na teh delovnih mestih zagotovljati meritve najmanj na 6 mesecev (13).

Zdravstveni nadzor opravlja zdravnik specialist medicine dela. Stroške pregleda mora kriti delodajalec. Prvi pregled mora biti opravljen pred zaposlitvijo. Poznati je treba bolezni in zdravljenje delavca kandidata, uporabiti vprašalnik, opraviti pregled in spirometrijo s poudarkom na FVC in FEV1. Spirometrija mora biti opravljena pred začetkom dela na prvi dan dela, pred tem vsaj 35 ur delavec ne sme biti izpostavljen prahu. Test se ponovi po delu (ne manj kot po 4 urah izpostavljenosti prahu, ne več kot po 10 urah po začetku dela in ne več kot 1 uro po koncu dela). Dobljene vrednosti vrednotimo po tabeli SZO (13).

**Periodični pregledi** izpostavljenih delavcev naj bi se opravljali na dve leti, če so delavci izpostavljeni prahu na ravni mejne vrednosti ali pod njo. Pri delavcih, ki so izpostavljeni prahu nad ravnjo mejne vrednosti, pa je potreben zdravstveni pregled enkrat letno. Pri periodičnem pregledu so potrebni anamneza, pregled, spirometrija in uvrstitev delavca v tabelo SZO (13).

Periodični pregled na 6 mesecev je potreben:

- pri delavcih s FEV1 nad 80 odstotkov predvidene vrednosti, vendar z upadom FEV1 za 5 odstotkov ali 200 ml ali več na prvi delovni dan;
- pri FEV1 pod 80 odstotki predvidene vrednosti;
- kjer so ugotovljene znatne spremembe v vprašalniku, simptomih ali pljučni funkciji v primerjavi s prejšnjim pregledom;
- pri delavcu s FEV 1 pod 60 odstotki od predvidene vrednosti je potrebna takojšnja pulmološka obdelava.

Premestitev je potrebna, če so simptomi bisinoze prisotni v večini ponedeljkov, pri akutnih padcih

FEV1 nad 10 odstotkov in pri delavcih s FEV1 pred začetkom dela pod 60 odstotki (13).

**Postopki za zmanjšanje koncentracije prahu v zraku:**

- čiščenje s stisnjениm zrakom (prepihavanje) je prepovedano povsod, kjer je mogoče čiščenje z alternativno tehniko čiščenja (na primer vakuumsko čiščenje);
- rokovanje s prahom naj bo tako, da se prah ne širi na okolico;
- pri nalaganju, odlaganju in drugem rokovanju z bombažem naj se uporablja mehanske metode, ki onemogočajo izpostavljenost delavca prahu;
- redno je treba nadzorovati odsesovalne sisteme, jih čistiti, vzdrževati in ugotavljati njihovo učinkovitost;
- vse naprave za nadzor koncentracije prahu v zraku je potrebno redno čistiti, vzdrževati in popravljati;
- izboljšanje sistema odsesovanja: ugotoviti je treba, kateri stroji na določenih delovnih mestih povzročajo visoke koncentracije prahu, zarne se lahko uredi ločeno odsesovanje;
- mehanizacija, avtomatizacija (14).

**Izjeme:**

Pri uporabi opranega bombaža je treba izvajati le zdravstveni nadzor in dokumentirati zdravniška spričevala in ocene tveganj. Pri uporabi medicinskega bombaža (USP bombaža) pa se od standardov lahko v celoti odstopi.

**Zaključek**

Izpostavljenost prahu bombaža, lanu, konoplje in sisala je največja v začetnih fazah predelave naštetih surovin. Izpostavljenost prahu vpliva na razvoj številnih bolezni respiratornega trakta. Bisinoza nastopi izključno kot posledica izpostavljenosti prahu navedenih surovin. Največja prevalenca je v državah v razvoju, v Ameriki pa se bolezen zaradi znižanja koncentracije prahu ne beleži več. Temelj zdravstvenega varstva so tehnični ukrepi in zdravstveni nadzor s svetovanjem in seznanjanjem delavcev.

**Literatura**

1. Malej S. Tekstilne surovine-vlakna I, Zavod RS za šolstvo in šport, Ljubljana 1992.
2. Nakladalova M. Byssinosis, Acta universitatis palackianae olomoucensis 2000;143:43-46.
3. Lesjak F. Slovenska tekstilna tehnološka platforma, Ljubljana: Slovensko znanje za Evropo, 2005.
4. ILO. European Schedule of Occupational Diseases Annex I. Ofcial Journal of the European Union 2003;L 238:28-32.
5. Wang XR, Pan LD, Zhang HX, Sun BX, Dai HL, Christiani DC. A longitudinal observation of early pulmonary responses to cotton dust, Occup Environ Med 2003;60:115-21.
6. Cooper JF. The bacterial endotoxins test: Past, present and future, European J. Parenteral Sci 2001;6:89-93.
7. Wang XR, Pan LD, Zhang HX, Sun BX, Dai HL, Christiani DC. A longitudinal observaton of early pulmonary responses to cotton dust, Occup Environ Med 2003;60:115-121.
8. Christiani DC, Wang XR. Respiratory effects of long term exposure to cotton dust, Current Oppinion in Pulmonary Medecine 2003;9:151-155.
9. Wang XR, Pan LD, Zhang HX. A longitudinal observation of early pulmonary responses to cotton dust, Occup Environ Med 2002; 3:111-122.
10. Wang XR, Pan LD, Zhang HX. Follow up study of respiratory health of newly hired female cotton textile workers, Am J Ind Med 2002;31:111-118.
11. Glindmeyer HW, Lefante JJ, Jones RN, Rando RN, Rando RJ, Abdel Kader HM, Weill H. Exposure-related declines in the lung function of cotton textile workers. Am Rev Respir Dis 1991;144:675-83.
12. Wang XR, Zhang HX, Sun BX, Dai HL, Hang JQ, Eisen EA, Wegman DH, Olenchock SA, Christiani DC. A 20 year follow up study on chronic respiratory effects of exposure to cotton dust, Eur Respir J 2005;26:881-6.
13. <http://www.osha.gov/pls/oshaweb/owadisp.show-document?p-table-STANDARDS@p-id...>
14. ILO. European Schedule of Occupational Diseases Annex I. Ofcial Journal of the European Union 2003;L 238:28-32.

## OCENA PROMETNE VARNOSTI PRI VOZNIKIH INVALIDIH AMATERJIH

**Mag. Rajko Črnivec, dr. med., spec. MDPŠ<sup>1</sup>, Anton Zupančič, dr. med., spec. MDPŠ<sup>2</sup>,**  
**mag. Niko Arnerić, univ. dipl. psih.<sup>3</sup>**

**Izvleček:** V pilotski raziskavi, ki je zajela slučajni vzorec 30 moških voznikov B-kategorije amaterjev in slučajni vzorec 30 moških voznikov invalidov B-kategorije amaterjev, nazadnje zdravstveno pregledanih v letu 1998, smo ugotovili, da so bili moški vozniki neinvalidi, zlasti tisti s težjimi zdravstvenimi okvarami in omejitvijo vozniške zmožnosti, pogosteješi povzročitelji cestnoprometnih prekrškov, torej kršitelji cestnoprometnih predpisov, kot vozniki invalidi, ob upoštevanju dejstva, da so bili vozniki invalidi starejši in s pogostejšimi in težjimi zdravstvenimi okvarami kot neinvalidi. Te so pretežno pogojevale ustrezno prilagoditev osebnega vozila ob časovnih kontrolah zdravstvenega stanja in vozniške zmožnosti. Torej vozniki amaterji invalidi veliko manj ogrožajo varnost v cestnem prometu kot neinvalidi, zato bi jim veljalo priznati določene olajšave zlasti pri plačilu zavarovanja avtomobilske odgovornosti in še druge olajšave, vendar bo za opredelitev obsega, vsebine in stopnje le-teh potrebna še podrobnejša in obsežnejša raziskava za daljše obdobje. Veljavna zakonodaja na področju varnosti v cestnem prometu zaenkrat ne predpisuje posebnih olajšav za voznike invalide.

**Ključne besede:** avtomobilska vožnja, invalidi, prometne nesreče

### Uvod

Prometno varnost zagotavljajo različni dejavniki, med katerimi prevladujejo: človek kot udeleženec v prometu, cesta, vozilo in družbeno okolje s sistemom moralnih in pravnih norm (1).

Poškodbe in smrti so na svetovnih cestah dosegle obseg pravih epidemij. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) vsak dan na cestah umre v povprečju 820 ljudi in je nad 50.000 poškodovanih (1). Medtem ko se razmere v razvitih državah izboljšujejo, se v državah v razvoju stopnje smrtnosti in poškodb še povečujejo. Kljub temu da se stanje prometne varnosti izboljšuje, velja poudariti, da je v Sloveniji še vedno dvakrat do trikrat več žrtev prometnih nesreč kot v razvitejših državah (1). Od leta 1954 je na naših cestah umrlo skoraj 20.000 ljudi in je bilo več kot 324.000 telesno poškodovanih (1). To je več mrtvih na cestah, kot se v zadnjih letih rodi otrok, in več poškodovanih, kot ima Ljubljana prebivalcev.

Med mrtvimi v prometnih nesrečah izstopajo: vozniki osebnih vozil, potniki in pešci. Glavni vzroki nesreč so bili: prevelika hitrost, neupoštevanje prednosti, strani in smeri vožnje, varnostne razdalje, alkohol (1).

Skratka, glede prometne varnosti sodi Slovenija med najnevarnejše evropske države. V Sloveniji so najnevarnejša območja uprav za notranje zadeve Novo mesto in Krško. Med žrtvami in povzročitelji prometnih nesreč izstopa zlasti starostna struktura od 18 do 24 let, to so predvsem vozniki začetniki. Druga starostna skupina, ki je posebej ogrožena, so starejši prebivalci nad 65 let: pešci in vozniki (bistveno upadanje psihofizičnih sposobnosti) (1, 2).

Poleg velikega števila ljudi izgubi Slovenija letno zaradi posledic prometnih nesreč od 2 do 3 odstotke družbenega bruto proizvoda. Po podatkih za leto 1996 je bilo to okoli 45 milijard tolarjev ali slaba osmina slovenskega proračuna v letu 1996 (1).

Glede na katastrofalno prometno varnost v Sloveniji smo bili k sreči leta 1996 vključeni v raziskovalni projekt držav Evropske skupnosti, skupaj z Madžarsko, Češko, Slovaško, Poljsko in Izraelom z naslovom SAR-TRE 2 (Social Attitude to Road Traffic Risk in Europe – Stališča voznikov o tveganju v cestnem prometu) (1-3). Slovenski del raziskave je vodil Svet za preventivo in vzgojo v cestnem prometu, sodeloval pa je tudi mag. Niko Arnerić, univ. dipl. psih., s Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa (KIMDPŠ) (1-3). An-

<sup>1, 3</sup> Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, Ljubljana

<sup>2</sup> Upokojenec

ketirali so slučajni vzorec 1063 voznikov B-kategorije (391 = 37 odstotkov žensk in 672 = 63 odstotkov moških). Vprašalnik je obsegal 134 vprašanj s posebnim poudarkom na najpomembnejših vzrokih prometnih nesreč, kot so: hitrost, vožnja pod vplivom alkohola in pripenjanje z varnostnim pasom.

Rezultati raziskave so objavljeni v publikaciji Sveta za preventivo in vzgojo v cestnem prometu za obdobje 1972-1997 (1). Zaskrbljujoč izsledek raziskave je, da je slovenski voznik sam pripravljen malo narediti za večjo prometno varnost, čeprav je človeški dejavnik dominanten vzročni dejavnik prometnih nesreč. To pomeni, da je to predvsem "stvar drugih" (npr. država). Vozniška kultura slovenskega voznika je zelo nizka. Tako nova strožja prometna zakonodaja kot represivni ukrepi s strani upravnega organa zaenkrat niso obrodili želenih sadov v smislu večje prometne varnosti (4). Slovenija ostaja v zgornji tretjini črne lestvice evropskih držav, v katerih je prometna varnost skrb vzbujajoča. Prometno najbolj varne so Švedska, Anglija, Nizozemska in Finska.

## Namen naloge

Osnovni namen pilotske raziskave je bil potrditi oziroma ovreči hipotezo, da moški vozniki invalidi B-kategorije amaterji kljub praviloma težjim zdravstvenim okvaram in hibam prilagojenemu osebnemu vozilu vozijo varneje kot moški vozniki B-kategorije amaterji (neinvalidi), kar bi bilo treba upoštevati tudi pri eventualnih olajšavah pri plačilu zavarovanja avtomobilske odgovornosti kot tudi pri plačilu kontrolnih zdravstvenih pregledov za podaljšanje vozniškega dovoljenja. Vozniki invalidi morajo praviloma zaradi ugotavljanja eventualnega poslabšanja zdravstvenega stanja in vozniške zmožnosti v različnih časovnih obdobjih opravljati kontrolne zdravstvene preglede pri pooblaščenih zdravnikih, ki izvajajo varstvo v cestnem prometu, kar je seveda finančno obremenjujoče (4, 6). Finančno zelo obremenjujoča za invalida je tudi ustrezna prilagoditev osebnega vozila. Pilotska raziskava naj bi dala podlago za nadaljnje poglobljene raziskave na tem področju, vse v smislu večje prometne varnosti v Sloveniji.

## Preiskovanci in metode

V obdobju od 1. 1. do 31. 12. 1998 smo v Centru za varstvo v prometu na I. in II. stopnji (protožbeni raven na Posebni zdravstveni komisiji za promet) skupaj zdravstveno pregledali 501 voznika, od tega na I. stopnji 278 (55 odstotkov, od tega 77 odstotkov moških in 23 odstotkov žensk) in 223 (45 odstotkov, od tega 89 odstotkov moških in 11 odstotkov žensk) na II. stopnji. Šlo je za voznike motornih vozil obeh skupin (6). Od 501 voznika, pregledanega v letu 1998, je bilo skupno pregledanih 48 (9,6 odstotkov) voznikov invalidov B-kategorije amaterjev pretežno z ustrezno prilagoditvijo osebnega vozila. Po dogovoru v Sloveniji večino voznikov invalidov zdravstveno pregleduje Center za varstvo v prometu na KIMDPŠ.

### Proučena skupina voznikov

Proučena skupina voznikov je bil slučajni vzorec 30 moških voznikov invalidov B-kategorije amaterjev, izbranih iz skupine 48 v letu 1998 zdravstveno pregledanih voznikov invalidov. Voznik invalid B-kategorije amater (I. skupina) je voznik s trajno zdravstveno okvaro, kiomejuje njegovo vozniško zmožnost v tolikšni meri, da je praviloma potrebna ustrezna prilagoditev osebnega vozila, ne glede na to ali mu je izvedenski organ Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje priznal kategorijo invalidnosti ali telesno okvaro.

### Primerjana skupina voznikov

Od preostalih voznikov, zdravstveno pregledanih v letu 1998, je bil izbran slučajni vzorec 30 moških voznikov B-kategorije amaterjev.

### Zdravstvena obravnava voznikov

Na I. stopnji je voznike v skladu z enotno strokovno doktrino in veljavno zakonodajo na področju celovitega varstva v cestnem prometu zdravstveno obravnavala pooblaščena skupina KIMDPŠ v sestavi: specjalist medicine dela, prometa in športa, medicinska sestra in administratorka, po potrebi pa so bili vključeni

še drugi specialisti medicinskih in nemedicinskih strok: psiholog, psihiater, oftalmolog, nevrolog, tehnični strokovnjak za prilagoditev vozil in drugi.

Na II. stopnji (pritožbena raven) je voznika obravnavala Posebna zdravstvena komisija za promet (v Sloveniji sta dve, in sicer ljubljanska in mariborska). Gre tako za s strani upravnega organa pooblaščene strokovnjake kot tudi za predpisano zdravstveno dokumentacijo (4).

Obseg in vsebina zdravstvene obravnave voznikov na I. in II. stopnji sta bila v skladu z enotno strokovno doktrino in veljavno zakonodajo.

Opazovana in primerjana enota je bil voznik obeh skupin ter cestoprometni prekršek in prometna nesreča. Statistična obdelava in primerjava izsledkov raziskave je bila opravljena na KIMDPŠ.

### Ocena zdravstvene ogroženosti pri vožnji motornega vozila

Optimalno varnost v cestnem prometu zagotavlja optimalna interakcija voznik – vozilo – cestišče – okolica.

Visoka vozniška kultura je optimalna interakcija voznikevega teoretičnega in praktičnega vozniškega znanja ob upoštevanju cestoprometnih predpisov in razmer na cestišču, kar vse omogoča varno in razumno vožnjo. Voznik motornega vozila je med vožnjo izpostavljen ekološkim obremenitvam in škodljivostim: neudobni makro- in mikroklimi (odvisno tudi od klimatizacije vozila), hrupu, lokalnim in splošnim vibracijam, nezadostni osvetljenosti, zlasti pri nočni vožnji,

bleščanju, izpušnim plinom, hlapom in aerosolom, psihozornim zahtevam in obremenitvam: ostrina vida na blizu (55 cm), na daleč (6 m in več), vidno polje, barvni vid, nočni vid, vizuelnomotorična koordinacija, orientacija v prostoru, stres, izometričnim mišičnim obremenitvam zlasti pri daljših vožnjah (izometrična mišična obremenjenost obvretenčne muskulature hrbtenice in mišic ramenskih obročev) ter večemu tveganju poškodb v prometu. Skratka, med vožnjo so lahko ogroženi življenje, zdravje in vozniška zmožnost voznika, seveda bolj poklicnega kot amaterja.

### Rezultati

V povprečju so bili vozniki invalidi starejši (58 let) kot vozniki neinvalidi (35 let), z daljšim skupnim vozniškim stažem B-kategorije (25 let) in vozniškim stažem B-ka-tegorije s prilagojenim vozilom slabih 18 let (tabela 1). Vsekakor je bila povprečna starost obeh skupin voznikov zunaj starostne skupine prometno najbolj ogroženih, in sicer starostne skupine od 18 do 24 let, to so predvsem vozniki začetniki, in starostne skupine voznikov nad 65 let (bistveno upadanje psihofizičnih sposobnosti).

Pri primerjavi odkritih bolezni, stanj in poškodb med slučajnim vzorcem 30 moških voznikov B-kategorije amaterjev in slučajnim vzorcem 30 moških voznikov invalidov B-kategorije amaterjev za leto 1998 je upoštevana Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, deseta revizija (MKB-10) iz leta 1992.

Pri voznikih neinvalidih smo pri posamezniku v povprečju odkrili dobre 3 primere bolezni in stanj. Po

Tabela 1. Primerjava starosti in vozniškega staža (z B-kategorijo) na dan 31. 12. 1998 (v mesecih) med moškimi vozniki B-kategorije amaterjev in moškimi vozniki invalidi B-kategorije amaterji

	Vozniki B-kategorije				Vozniki invalidi B-kategorije			
	Število	Povprečje	SO	KV	Število	Povprečje	SO	KV
Starost voznikov	30	420	51	12	30	696	223	32
Vozniški staž	30	121	65	54	30	306	155	51
Vozniški staž s prilagojenim vozilom	0	0	0	0	24	212	170	80

Legenda: povprečje = aritmetična sredina, SO = standardni odklon, KV = koeficient variabilnosti

pogostosti izstopajo naslednje bolezni in stanja:

- bolezni očesa in adneksov s skupnim IF (indeks frekvence oz. pogostost) 90, izstopajo refrakcijske anomalije in slabovidnost;
- duševne in vedenjske motnje s skupnim IF 63,3, izstopajo nevrotične motnje in intelektualna pod-povprečnost;
- endokrine, prehranske (nutričijske) in presnovne (metabolične) bolezni s skupnim IF 46,7, izstopa debelost;
- bolezni živčevja s skupnim IF 30, izstopa božast;
- bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva s skupnim IF = 26,7, izstopajo krive hrbtenice;
- bolezni obtočil s skupnim IF 20, izstopajo bolezni srca in ožilja, zvišan krvni tlak in krtice;
- preostala obolenja in stanja imajo nizek IF.

Pri voznikih invalidih smo pri posamezniku v povprečju odkrili dobrih 5 primerov bolezni in stanj, torej skoraj še enkrat več kot pri neinvalidih. Po pogostosti izstopajo naslednje bolezni in stanja:

- bolezni očesa in adneksov s skupnim IF 100, izstopajo refrakcijske anomalije in starostna kata-rakta;
- poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posledice zunanjih vzrokov s skupnim IF 90, izstopajo stanja po amputaciji udov, zlomih vretenc in drugih kosti, prestrelninah itd.;
- bolezni obtočil s skupnim IF 73,3, izstopajo zvišan krvni tlak in bolezni srca;
- endokrine, prehranske (nutričijske) in presnovne (metabolične) bolezni s skupnim IF 60, izstopata debelost in motena presnova sladkorja;
- bolezni živčevja s skupnim IF 56,7, izstopa po-poškodbena ohromelost;
- bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva s skupnim IF 53,3, izstopajo krive hrbtenice;
- bolezni prebavil s skupnim IF 26,7, izstopajo bolezni želodca, dvanajstnika in jeter;
- preostala obolenja in stanja imajo nizek IF.

Skratka, pri voznikih invalidih so pogosteje odkrite različne bolezni in stanja kot pri neinvalidih.

Tabela 2. Primerjava zdravstvenega stanja med moškimi vozniki B-kategorije amaterji in moškimi vozniki invalidi B-kategorije amaterji

Vozniki	Zdravstveno stanje									
	V mejah normale		Lažje zdravstvene okvare		Srednje zdravstvene okvare		Težje zdravstvene okvare		Skupaj	
B-kategorije	Št.	%	Št.	%	Št.	%	Št.	%	Št.	%
B-kategorije	0	0	10	33	15	50	5	17	30	100
Invalidi B-kategorije	0	0	0	0	10	33	20	67	30	100
Skupaj	0	0	10	17	25	41,5	25	41,5	60	100

Legenda: Hi-kvadrat = 20,00; P=0,0556

Primerjalno je bilo zdravstveno stanje voznikov invalidov slabše na račun težjih zdravstvenih okvar (kar 67 odstotkov voznikov je imelo teže zdravstvene okvare) (tabela 2).

Tabela 3. Primerjava vozniških zmožnosti med moškimi vozniki B-kategorije amaterji in moškimi vozniki invalidi B-kategorije amaterji

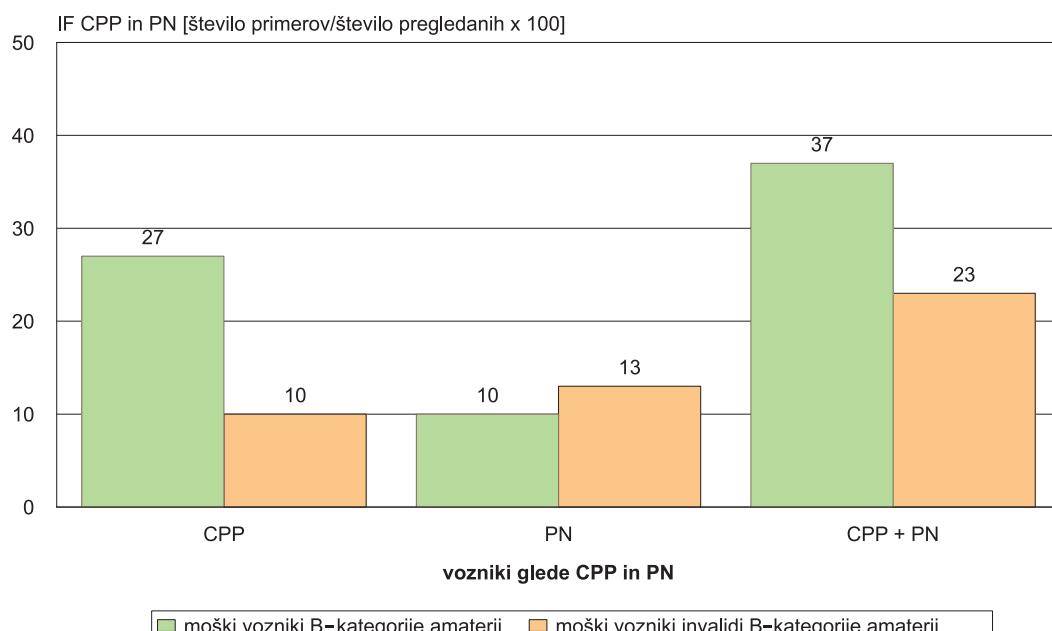
Vozniki	Vozniška zmožnost							
	Zmožni		Zmožni z omejitvami		Začasno nezmožni		Trajno nezmožni	
	št.	%	št.	%	št.	%	št.	%
<b>B-kategorije</b>	1	3	28	94	1	3	0	0
<b>Invalidi B-kategorije</b>	0	0	29	97	1	3	0	0
<b>Skupaj</b>	1	1,5	57	95	2	3,5	0	0
							60	100

Legenda: Hi–kvadrat =1,018; P= 0,6041

Vozniki obeh skupin so pretežno ocenjeni kot zmožni za vožnjo motornih vozil z omejitvijo (tabela 3), pri neinvalidih je bila najpogostejša omejitev vožnja z

očali ob kontrolnem pregledu v določenem časovnem obdobju, pri invalidih pa je bila najpogostejša omejitev ustrezno prilagojeno vozilo in vožnja z očali.

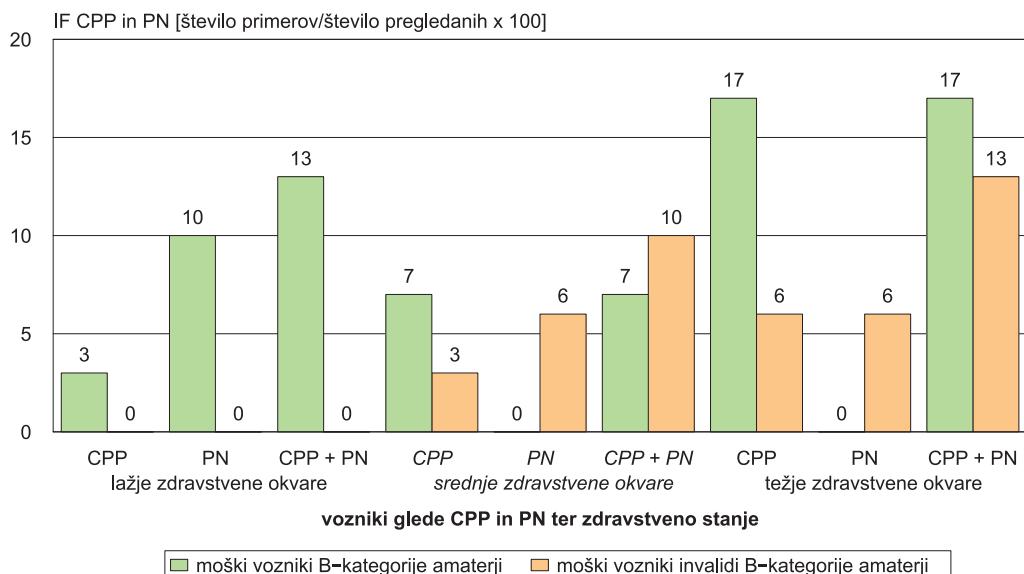
Slika 1. Primerjava indeksa frekvence ali pogostosti (IF) cestnoprmetnih prekrškov (CPP) in prometnih nesreč (PN) med moškimi vozniki B-kategorije amaterji in moškimi vozniki invalidi B-kategorije (podatki o CPP in PN iz vozniških anamnez)



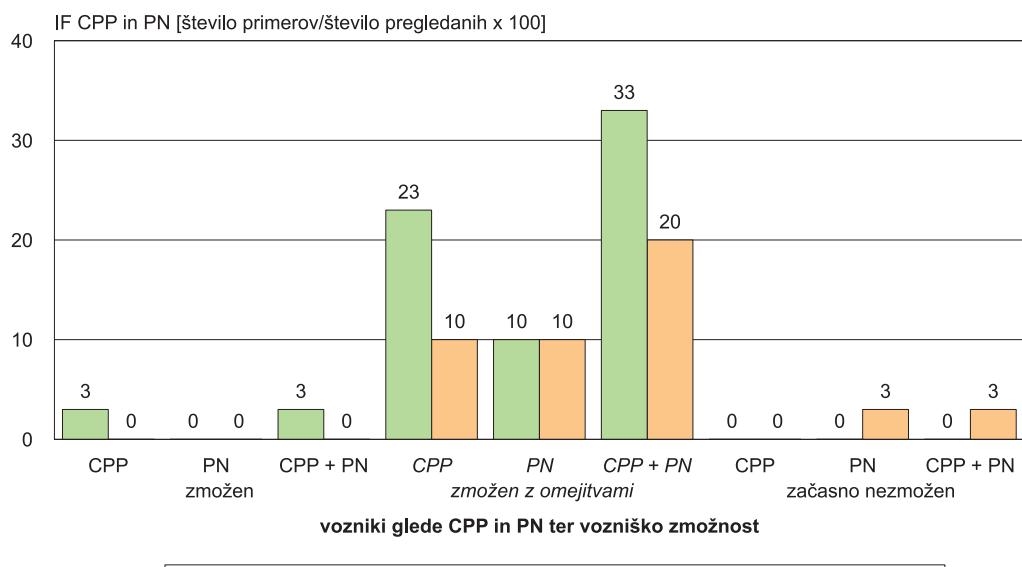
Moški vozniki B-kategorije amaterji s težjimi zdravstvenimi okvarami so bili pogostejši povzročitelji CPP kot moški vozniki invalidi B-kategorije amaterji (indeks 283).

Moški vozniki B-kategorije amaterji z omejeno vozniško zmožnostjo so bili pogostejši kršitelji CPP kot moški vozniki invalidi B-kategorije amaterji (indeks 230).

Slika 2. Primerjava indeksa frekvence ali pogostosti (IF) cestnoprmetnih prekrškov (CPP) in prometnih nesreč (PN) med moškimi vozniki B-kategorije amaterji in moškimi vozniki invalidi B-kategorije amaterji glede na zdravstveno stanje (podatki o CPP in PN iz vozniških anamnez)



Slika 3. Primerjava indeksa frekvence ali pogostosti (IF) cestnoprmetnih prekrškov (CPP) in prometnih nesreč (PN) med moškimi vozniki B-kategorije amaterji in vozniki invalidi B-kategorije amaterji glede na vozniško zmožnost (podatki o CPP in PN iz vozniških anamnez)



## Zaključek

Pri moških voznikih invalidih B-kategorije amaterjih so bile primerjalno z neinvalidi skoraj dvakrat pogosteje odkrite bolezni in stanja, ki so omejevale vozniško zmožnost pretežno v smislu ustrezne prilagoditve osebnega vozila in vožnje z očali ob kontrolnih zdravstvenih pregledih v določenih časovnih obdobjih. Takšno oceno vozniške zmožnosti so pogojevali predvsem odkrite refrakcijske anomalije oči ter stanja po amputaciji udov, zlomih vretenc in drugih kosti ter prestreljinah. Skupno je kar 67 odstotkov voznikov invalidov imelo teže zdravstvene okvare.

Med vozniki neinvalidi so najpogostejši povzročitelji cestnoprometnih prekrškov (CPP) in prometnih nesreč (PN) tisti s težjimi zdravstvenimi okvarami. Povzročitelji CPP in PN so imeli pretežno omejitve vozniške zmožnosti.

Med vozniki invalidi povzročitelji CPP in PN so bili enako zastopani tisti s srednjimi kot tisti s težjimi zdravstvenimi okvarami. Povzročitelji CPP in PN so imeli pretežno omejitve vozniške zmožnosti. Očitno je na nastanek CPP in PN pri obeh skupinah vplivalo tudi zdravstveno stanje voznikov, ki je prav tako omejevalo vozniško zmožnost.

Vozniki obeh skupin povzročitelji CPP in PN so pretežno izjavljali, da ne uživajo alkohola, da ne kadijo, pač pa da uživajo kavo. Zdravila (tudi psichoaktivna) je užival le majhen delež voznikov neinvalidov. Pilotska raziskava je pokazala, da so bili moški vozniki B-kategorije amaterji, zlasti tisti s težjimi zdravstvenimi okvarami in omejitvijo vozniške zmožnosti, pogosteješi povzročitelji cestnoprometnih prekrškov, torej kršitelji cestnoprometnih predpisov, kot moški vozniki invalidi B-kategorije amaterji ob upoštevanju dejstva, da so bili vozniki invalidi starejši in s pogostejšimi in težjimi zdravstvenimi okvarami kot neinvalidi. Te so pretežno pogojevale ustrezno prilagoditev osebnega vozila, ob časovnih kontrolah zdravstvenega stanja in vozniške zmožnosti.

Torej, potrdili smo hipotezo, da vozniki invalidi B-kategorije amaterji kljub težjim zdravstvenim okvaram in hibam prilagojenemu osebnemu vozilu vozijo varnejše kot vozniki B-kategorije amaterji (neinvalidi).

Izsledki naše pilotske raziskave, da vozniki invalidi amaterji v primerjavi z vozniki amaterji neinvalidi veliko manj ogrožajo varnost v cestnem prometu in bi si s tem v zvezi zaslužili olajšave npr. pri plačilu zavarovanja avtomobilske odgovornosti in kontrolnih zdravstvenih pregledov za podaljšanje vozniškega dovoljenja, naj bi bili podlaga za nadaljnje poglobljene raziskave na tem področju, ki bi zajele voznike invalide v obdobju 10 let in bi na podlagi teh rezultatov dovolj veljavno in zanesljivo opredelili obseg, vsebino in stopnjo olajšav za invalide. Avto namreč za invalida pogosto pomeni sredstvo oziroma pomoč za dosego življenjskih in delovnih ciljev.

## Literatura

1. Svet za preventivo in vzgojo v cestnem prometu: Strokovno poročilo za obdobje 1972- 1997. Ljubljana; 1997:1-40.
2. Žlender B, Arnerič N, Ferligoj A, Polič M, Zabukovec V. Attitudinal Models of Safe and Unsafe driving. Zbornik Globalna varnost. Bled;1998:277-85.
3. Arnerič N. Stališča do uživanja alkohola in prometne varnosti – mednarodna študija SARTRE. Zbornik "Ocenjevanje delazmožnosti pri odvisnosti od alkohola in drog ter pri epilepsiji." Rogaška Slatina;2000;105-19.
4. Zakon o varnosti cestnega prometa. Uradno prečiščeno besedilo (ZVCP-1-UPB2). Ur. I. RS 2005; 97:10042- 98.
5. Modic S, Šamu J. Vpliv dela, delovnega okolja in delovnih razmer na življenje, zdravje in delovno zmožnost voznikov avtobusov in težkih tovornjakov. Elaborat za revizijo zavarovalne dobe s povečanjem. Univerzitetni klinični center Ljubljana, TOZD Univerzitetni inštitut za medicino dela, prometa in športa. Ljubljana; 1987:1-1053.
6. Pravilnik o zdravstvenih pogojih, ki jih morajo izpolnjevati vozniki motornih vozil. Ur. I. SFRJ 1982; 5: 123-26.
7. Jelčić I. Medicina prometa. Zagreb; 1985.
8. Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Uradno prečiščeno besedilo (ZPIZ – 1 – UPB3) Ur I 2005; 104: 10938-11002.
9. Zakon o varnosti in zdravju pri delu Ur list RS 2002; 87:9586-620.
10. Pravilnik o načinu in postopku za opravljanje preventivnih zdravstvenih pregledov delavcev Ur list SRS 1971; 33:951-55.

11. Jakopič J, Zupančič A, Arnerič N. Povratništvo pri vožnji pod vplivom alkohola in predlog ukrepov. V. seminar Zdravstveno varstvo v prometu v Republiki Sloveniji s posebnim poudarkom na cestnem prometu Ljubljana: Univerzitetni inštitut za medicino dela, prometa in športa; 1990:323-27.
12. Sušnik J. Položaj in gibanje telesa pri delu. Analiza efektornega sistema. Ljubljana: Univerzitetni zavod za zdravstveno in socialno varstvo Ljubljana.
13. Svetovna zdravstvena organizacija: Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene – 10. revizija: MKB-10. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije 1995; 1:1-1243.
14. Zakon o varstvu osebnih podatkov Ur. I. RS 1999;59:7534-9.

## SOCIALNI IN PSIHOSENZORALNI DEJAVNIKI TER ISHEMIČNA BOLEZEN SRCA DELAVCEV – VPRAŠALNIKI IN MODELI ZA OCENO TEH DEJAVNIKOV

Mag. Tihomir Ratkajec, dr. med., spec. MDPŠ<sup>1</sup>

**Izvleček:** Številna literatura utemeljuje, da psihosocialni dejavniki (PSD) značilno prispevajo k patogenezi ishemične bolezni srca (IBS). Pogosto raziskovani PSD sta socialno-ekonomski položaj in kronične stresne življenjske situacije. Stopnjo socialno-ekonomskega položaja opredeljujejo plača posameznika ali družine, izobrazba in poklic. Stres v povezavi z delom je najpogosteje raziskovana kronična stresna življenjska situacija, ki vpliva na IBS. Modeli stresa pri delu so zagotovili standardizirano analizo psihosocialnih razmer. Glavne sestavine Theorellovega modela zahteve-obvladovanje so psihološke zahteve in nadzor nad delom (angl. job control), vendar Theorell modelu dodaja dejavnik opore v sodelavcih (angl. social support at work).

Švedski vprašalnik kot orodje za merjenje psihosocialnega okolja vsebuje pet vprašanj za psihološke zahteve in šest vprašanj za nadzor nad delom (štiri za presojo o veščinah in spremnostih ter dve za moč sprejemanja odločitev). Vsebuje tudi šest trditev o pozitivnih psihosocialnih dejavnikih v delovnem okolju ali podpori sodelavcev ali nadrejenih. Vprašalniki so standardizirano in praktično orodje v ocenjevanju psihosocialnih dejavnikov pri delu.

**Ključne besede:** *psihosocialni dejavniki, stres pri delu, psihološke zahteve in nadzor nad delom, podpora sodelavcev*

### Uvod

Čeprav se še vedno razpravlja o pomembnosti psihosocialnih dejavnikov v razvoju ishemične bolezni srca (IBS), številna literatura utemeljuje, da psihosocialni dejavniki značilno prispevajo k patogenezi IBS. Predvsem z uporabo novih tehnologij (merjenje koncentracije hormonov v krvi in kortikotropin sproščajočega hormona (CRF – Corticotropin-releasing factor) v likvorju, merjenje trombocitnega faktorja, nadziranje vagalne srčne aktivnosti, kontinuirano merjenje krvnega tlaka, ultrasonografija karotidnih arterij) in z raziskovanjem na živalskih modelih so pojasnili patofiziološko dogajanje med psihosocialnimi dejavniki in IBS (1).

V Združenem kraljestvu so naredili sistematični pregled kohortnih študij o IBS na Medline, ki je vključevala 39 kohortnih študij. Pretekle študije so potrdile pomen konvencionalnih dejavnikov tveganja za IBS: kajenje, povišan holesterol, krvni tlak, telesna nedejavnost in povišan indeks telesne mase. Prospektivne študije pa kažejo na pomen novejših dejavnikov tveganja, kot so prehranski status, genetska testiranja, dejavniki homeostaze in lipidnih frakcij ter psihosocialni dejavniki (2).

Med zelo pogosto raziskovane psihosocialne dejavnike tveganja sta uvrščena socialno-ekonomski položaj in kronične stresne življenjske situacije. Stopnjo socialno-ekonomskega položaja opredeljujejo plača posameznika ali družine, izobrazba in poklic. Nizek socialno-ekonomski položaj značilno poveča tveganje za IBS pri zdravih osebah in poslabša potek bolezni pri osebah z že ugotovljeno IBS (1). Delavci z nizkim socialno-ekonomskim položajem (SES) imajo večje tveganje za IBS (3), manjši vpliv na delo, bolj nezanesljivo zaposlitev, nižjo plačo (4), pogosteje nekatere življenjske razvade (kadijo, se nezdravo prehranjuje, pretirano piyejo alkohol) (1, 5).

Družbena izoliranost in šibka družbena podpora ter nizek socialno-ekonomski položaj povečajo tveganje za srčne bolezni zaradi tveganega obnašanja, slabšega sodelovanja pri zdravljenju, slabi dostopnosti do zdravstvene službe (6).

Poleg tega imajo socialni dejavniki neposreden patofiziološki učinek na hiperkortizolemijo, na reverzibilni porast srčnega utripa (ločene živali so imele večji porast srčnega utripa od tistih v čredi) in na raven epinefrina v urinu. Povišan srčni utrip pri ljudeh kaže na iztirjenost avtonomnega živčevja. Dobra družbena

<sup>1</sup> Medicina dela Rogaška d.o.o., Celjska cesta 10, Rogaška Slatina

podpora zmanjša raven krvnega tlaka in srčni utrip. Skratka, socialni dejavniki pospešijo aterogenezo z aktivacijo avtonomnega živčevja (1). Drugi avtorji dopoljujejo opis patofiziološkega mehanizma z označevalci vnetja, npr. C-reaktivni protein (7), metaboličnimi procesi (8).

### Kronična stresna življenjska situacija – stres v povezavi z delom

V vsakdanjem življenju se pogosto prepletajo izrazi izgorelost, izčpanost in stres v povezavi z delom, vendar je v raziskovanju natančno opredeljen vsak od navedenih izrazov.

Stres v povezavi z delom je najpogosteje raziskovana kronična stresna življenjska situacija, ki vpliva na IBS. Raziskujejo ga v razvitih zahodnih državah, tranzicijskih državah Evrope in zadnje čase tudi v državah z različno stopnjo družbeno-ekonomske razvitetosti (9).

Izgorelost (ang. burnout) pomeni trajajoče negativno počutje zaradi delovne situacije. Oznanja, da se je človek izjemno žrtvoval in naprejal pri delu, se emocionalno izčrpal, odtujil od dela, ne gre več z veseljem v službo, pada mu delovna storilnost, postaja ciničen. Izgorelost najpogosteje merijo z lestvico Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-GS) (10). Obremenjenost z delom se pojavi takrat, ko je človeško telo psihološko preobremenjeno zaradi velikih zahtev in sočasne prikrajšanosti za nadzor nad svojim delom (oseba je omejeno svobodna pri odločanju in vplivanju na delo ter ima majhne možnosti uporabe znanj, veščin, učenja). Obremenjenost z delom predstavlja tveganje za različne bolezni (11). Obremenjenost z delom lahko poistovetimo s stresom pri delu.

### Modeli stresa v povezavi z delom

Zaradi različnih pristopov k stresu v povezavi z delom je bila zelo pomembna iznajdba teoretičnih modelov za opredelitev različnih psihosocialnih razmer in značilnosti v delovnem okolju. Modeli so zagotovili standardizirano analizo psihosocialnih razmer pri delu v družbenih okolijih z različno ekonomsko in socialno

razvitetostjo in so dali trdnejšo znanstveno podlogo za prikaz posledic stresa v povezavi z delom.

Glavni sestavini Karasekovega modela (zahteve-odločanje) so psihološke zahteve (angl. psychological demands) in širina odločanja (angl. decision latitude). Glavne sestavine Theorellovega modela zahteve-obvladanje so psihološke zahteve in nadzor nad delom (angl. job control), vendar Theorell modelu dodaja dejavnik opore v sodelavcih (angl. social support at work) (11).

Siegrist je v model neravnovesja med vloženim trudom in nagrado (angl. effort-reward imbalance) uvedel vpliv nagrajevanja pri delu, status v podjetju, pretirano predanost delu, spoštovanje vloženega napora, napredovanje in zanesljivost delovnega mesta (12). Ti modeli raziskujejo tveganje za pojav IBS predvsem v povezavi z delovnim okoljem, ne zajemajo življenjskega sloga, širše družbene mreže, osebnostnih lastnosti. Konvencionalni dejavniki tveganja se ponavadi priključujejo k modeloma.

*Slika 1. Tipična dela v štirih kvadrantih Karasekovega modela obremenjenosti pri delu*

		Psihološke zahteve	
		Majhne	Velike
Širina odločanja	Velika	Gozdar Mehanik Dentist	Bančnik Zdravnik Učitelj
	Majhna	Blagajnik Vratar	Monter Natakar Medicinska sestra

Raziskovalci so delavce razdelili v štiri skupine: tiste, pred katerimi so velike zahteve in imajo veliko možnost odločanja (ang. active); tiste z velikimi zahtevami in slabo možnostjo odločanja (ang. high strain – obremenjeni z delom); tiste, pred katerimi so majhne zahteve pri delu s slabo možnostjo odločanja (angl. passive), in tiste z majhnimi zahtevami in večjo možnostjo odločanja (angl. relaxed) (slika 1). Posameznika se razporedi v eno od skupin, ko se njegov individualni seštevek (dobiten z vprašalniki) primerja z mediano ali

povprečno vrednostjo za odločanje in zahteve večjega števila delavcev, na primer delavcev enakega poklica ali velikega vzorca populacije. Nekateri raziskovalci so uporabljali sistem kvocientov, tako da so razdelili zahteve z možnostmi odločanja in primerjali skupine z različnimi kvocienti (13).

Teorija neravnotežja po Karaseku, predstavljena leta 2006, skuša pojasniti razvoj kronične bolezni, med ostalimi tudi bolezni srca, v modernem življenjskem okolju. Izpostavljenost sedanjemu družbenemu okolju, kjer vladata globalna ekonomija s predpisanim redom in obliko odločanja ter materialna neenakost, povzroča neravnotežje (ang. stress-disequilibrium) in zmanjšuje fiziološke zmogljivosti, na primer kognitivne. Na zmanjšano svobodo izbire v okolju organizem odgovarja z zmanjšanjem notranjega nadzora (ang. low external control – low internal control). Odgovor na takšno družbeno okolje se ne kaže le z iztirjenjem simpatikusa temveč tudi z odgovorom centralnega živčnega sistema z merljivimi posledicami, kot so povišan krvni tlak, povišan krvni sladkor, variabilnost srčnega utripa. Ko slab zunanji nadzor omeji notranji fiziološki odgovor, potem ta povzroči motnjo notranje samoregulacije in privede do kronične bolezni. Navedeno teorijo podpirajo rezultati zadnjih študij, kjer so uporabljali metode nadziranja variabilnosti srčnega utripa v različnih duševnih stresnih situacijah (14).

### Vprašalniki

Ameriška lestvica ocene psihosocialnih značilnosti dela je nastala na podlagi raziskav v letu 1969, 1972 in 1977 (US Quality of Employment Surveys – QES). Vsebina odgovorov na trditve o delu je bila podlaga za model po Karaseku in Theorellu. V raziskavi je bilo več skupin vprašanj o širini odločanja in psiholoških zahtevah pri delu, kasneje tudi o socialni opori, kar je vse skupaj vseboval Job Content Questionnaire (JCQ) (13). Na podlagi obdelave rezultatov na lestvici o odločjanju in zahtevah pri delu je nastala lista poklicev z različnimi značilnostmi, kar je pomagalo oblikovati tipičen kvadrant Karasekovega modela. V njem ni dejavnika opore v sodelavcih, čeprav je vprašalnik zajemal tudi takšna vprašanja (11).

Švedski vprašalnik kot orodje za merjenje psihosocialnega okolja je vseboval manj vprašanj kot ameriški. Korak naprej je bila štiristopenjska lestvica za vsako vprašanje. Ta različica ima pet vprašanj za psihološke zahteve in šest vprašanj za nadzor nad delom (štiri za presojo o veščinah in spretnostih ter dve za moč sprejemanja odločitev):

1. Ali narava dela terja, da delaš zelo hitro?
2. Ali je tvoje delo zelo naporno?
3. Ali tvoje delo zahteva velik delovni vložek?
4. Ali imaš dovolj časa za opravljanje delovne naloge?
5. Ali se zgodi, da pri tvojem delu pride do nasprotujočih si zahtev?
6. Ali imaš možnost naučiti se novih stvari pri tvojem delu?
7. Ali delo zahteva spremnost?
8. Ali delo zahteva prilagodljivost?
9. Ali narava tvojega dela vnaša ponavljajoče se naloge in prijeme?
10. Ali imaš možnost soodločati o tem, kako izvesti svoje delo?
11. Ali si pri svojem delu toliko svoboden, da določaš, kaj izvajati pri delu?

Štiristopenjska lestvica ima naslednje odgovore: 1=da, pogosto, 2=da, včasih, 3= ne, redko, 4= ne, tako rekoč nikoli. Vprašanja od 1 do 5 se nanašajo na psihološke zahteve, od 6 do 9 na presojo o veščinah in spretnostih, 10 in 11 na moč sprejemanja odločitev. Skupaj vprašanja od 6 do 11 oblikujejo kontrolu nad delom.

Ta vprašalnik vsebuje tudi trditve o pozitivnih psihosocialnih dejavnikih v delovnem okolju:

1. Na mojem delovnem mestu obstaja mirno in prijetno vzdušje.
2. Obstaja dobro tovarištvo.
3. Moji sodelavci se zavzemajo zame.
4. Razumejo, da imam lahko slab dan.
5. S predpostavljenimi se dobro razumem.
6. Med sodelavci se dobro počutim.

Štiristopenjska lestvica za navedena vprašanja ima naslednje odgovore: 1=trditev drži, 2=trditev dokaj ustreza, 3=ne povsem dobro, 4=ne drži (15).

Poraja se tudi vprašanje o različnem pogledu posameznika, skupine delavcev ali nevtralnega opazovalca

na določeno situacijo na delovnem mestu. Posameznik lahko preceni, skupina pa podceniti določeno psihosocialno okolje, tako da imata oba pristopa slabo in dobro stran. Theorell zaključuje, da posameznik ocenjuje psihološke zahteve z višjo oceno kot nevtralni opazovalec in je zaradi tega izračunano tveganje v študijah višje, kot če bi psihosocialno okolje ocenjeval nevtralni opazovalec. To je pomembno upoštevati v študijah, kjer se uporablja metoda samoocene. Po drugi strani širina odločanja o delu bolj pokaže na vsebino dela in značilnost poklica in manj na osebno percepциjo situacije (manj je subjektivna). Sicer med osebno percepциjo ali samooceno in oceno opazovalca obstaja linearen odnos (11).

Možen problem vprašalnikov je ocena psihosocialne situacije pred časom raziskave, kar lahko prispeva k netočni oceni izpostavljenosti. Z oblikovanjem matrike poklicev so poskušali odpraviti ta problem. Vendar je s takšnim pristopom zmanjšana natančnost – senzitivnost ocene (16).

Kristensen s sodelavci je razvil dansko različico vprašalnika o oceni psihosocialnih dejavnikov (angl. Copenhagen Psychosocial Questionnaire – COPSOQ), ki ima tri podrazličice: prvo za raziskovalne namene s 141 vprašanjimi, drugo za enote medicine dela s 95 vprašanjimi in tretjo za promotorje ali edukatorje zdravega delovnega okolja s 44 vprašanjimi (17).

Psihosocialno delovno okolje je mogoče meriti z uporabo matrike (ang. Job exposure matrix – JEM), kar ne predstavlja neposrednega merjenja delovne situacije. JEM je klasifikacija poklicev ali del, ki je bila oblikovana na reprezentativnem vzorcu delavcev v posamezni državi na podlagi odgovorov iz vprašalnikov o delu. Tako so naredili matriko za 90 poklicev za ženske in 134 poklicev za moške (18).

Vprašalnik, ki so ga uporabili v Whiteholski študiji, je vseboval 15 vprašanj o nadzoru nad delom, štiri vprašanja o zahtevah pri delu in šest vprašanj o opori v sodelavcih in nadrejenih (19).

Vprašalnik, razvit na Nizozemskem, vsebuje emociionalno doživetje dela, oceno o fizičnem naporu in potrebi po okrejanju po delu (20).

Vprašalniki so postali pomembno standardizirano in praktično orodje v ocenjevanju psihosocialnih dejavnikov pri delu. Odgovori iz vprašalnikov so

podlaga za analize negativnega vpliva delovnega okolja na bolezni delavcev in podlaga za ukrepanje pri preprečevanju bolezni.

## Literatura

- Rozanski A, Blumenthal J, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 1999; 99:2192-2217.
- Critchley JA, Capewell S. Prospective cohort studies of coronary heart disease in the UK: a systematic review of past, present and planned studies. *J Cardiovasc Risk* 2003; 10 (2) 111.
- Marmot M, Bosma H, Hemingway H, Brunner EJ, Stansfeld S. Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet* 350; 1997: 235-239.
- Marmot M. Epidemiology of Socioeconomic Status and Health. Are Determinations Within Countries the Same as Between Countries? In: Adler NE, Marmot M, McEwen BS, Stewart J. *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol. 896. Socioeconomic Status and Health in Industrial Nations, Social Psychological and Biological Pathways. New York: The New York Academy of Sciences; 1999: 16-29.
- Pickering T. Cardiovascular Pathways: Socioeconomic Status and Stress Effect on Hypertension and Cardiovascular Function. In: Adler N, Marmot M, McEwen B S, Stewart J. Socioeconomic Status and Health in Industrial Nations Social, Psychosocial, and Biological Pathways. *Annals of the New York Academy of Science*, vol. 896, New York 1999;262-277.
- Berkman LF. Tracking Social and Biological Experiences. *Circulation* 2005;111: 3022-24.
- Danesh J, Wheeler J, Hirschleid G, Eda S, Eiriksdottir G, Rumley A, Lowe G, Pepys M, Gudnasson V. C-reactive protein and other circulating markers of inflammation in the prediction of coronary heart disease. *N Eng J Med* 2004; 350: 1387.
- Brunner EJ, Marmot MG, Nanchahal K, Shipley MJ, Stansfeld SA, Juneja M, Alberti KG. Social inequality in coronary risk: central obesity and the metabolic syndrome. Evidence from the Whitehall II study. *Diabetologia* 1997, 40 (11):1341.

9. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364(9438):953.
10. Huijbers MJH, Beurskens AJHM, Prins JB, Kant IJ, Bazelmans E, van Schayck CP, Knottnerus JA, Bleijenberg G. Fatigue, burnout, and chronic fatigue syndrome among employees on sick leave: do attributions make the difference? *Occup Environ Med* 2003; 60:i26-i31.
11. Theorell T, Karasek RA. Current Issues Relating to Psychosocial Job Strain and Cardiovascular Disease Research. *J Occup Health Psychol* 1996; 1: 9-26.
12. Siegrist J. Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. *J Occup Health Psychology* 1996, 1, 1:27-41.
13. Karasek R, Theorell T. Healthy Work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic books, 1990; 337.
14. Karasek R. The stress-disequilibrium theory: chronic disease development, low social control, and psychological de-regulation. In: La Medicina del Lavoro, 28th International Congress on Occupational Health, Keynote Lectures, Milan, Italy, June 11-16, 2006; 258-271.
15. Theorell T. The demand-control-support model for studying health in relation with work environment: An interactive model. In: Orth-Gomer K, Schneiderman N. Behavioral medicine approaches to the cardiovascular disease prevention. Erlbaum, New Jersey, 1996.
16. Schnall PL, Landsbergis P. Job Strain and Cardiovascular Disease. *Annu Rev Public Health* 1994; 15: 381- 411.
17. Kristensen TS. From research to practice: The »Soft Guidelines« of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. In: Book of Abstract, 27<sup>th</sup> International Congress on Occupational Health, Iguassu Falls, Brasil, February 23-28, 2003; Free Presentation 24.4.
18. Andersen I, Burr H, Kristensen TS at all. Do factors in the psychosocial work environment mediate the effect of socioeconomic position on the risk of myocardial infarction? Study from Copenhagen Centre for Prospective Population Studies. *Occup Environ Med* 2004; 61: 886-92.
19. Bosma H, Marmot MG, Hemingway H, Nicholson AC, Brunner E, Stansfeld SA. Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. *BMJ*, 1997; 314: 558-565.
20. Sluiter JK, de Croon EM, Meijman TF, Frings-Dresen MHW. Need for recovery from work related fatigue and its role in the development and prediction of subjective health complaints. *Occup Environ Med* 2003; 60 (Suppl. I): i62-i70.

## V VELJAVO JE STOPIL ZAKON O SPREMENAH IN DOPOLNITVAH ZAKONA O OMEJEVANJU UPORABE TOBAČNIH IZDELKOV

Mag. Eva Stergar, univ. dipl. psih.<sup>1</sup>

**Izvleček:** Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov, ki je stopil v veljavo avgusta letos, na novo uvaja prepoved kajenja v vseh zaprtih javnih in delovnih prostorih in dvig starosti za nakup oziroma prodajo tobačnih izdelkov s 15 na 18 let ter tako dopolnjuje zakon, ki je bil sprejet leta 1996. Pot do zakonodaje s področja omejevanja uporabe tobačnih izdelkov v samostojni Sloveniji je potekala v dveh fazah, in sicer je šlo v prvi fazi za omejevanje aktivnega kajenja, v drugi pa za preprečevanje izpostavljenosti pasivnemu kajenju. Zadnjo spremembo zakonodaje je spremilala učinkovita kampanja, kar se je odrazilo tudi v naklonjenosti javnosti.

**Ključne besede:** zakonodaja, kajenje, pasivno kajenje, tobačni izdelki, oglaševanje, varnost in zdravje pri delu

### Uvod

Od 5. avgusta 2007 se v Sloveniji izvaja Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov (ZOUTI), katerega bistveni novosti sta prepoved kajenja v vseh zaprtih javnih in delovnih prostorih in dvig starosti za nakup oziroma prodajo tobačnih izdelkov s 15 na 18 let (1).

Sprejeti zakon nedvomno cilja v boljše zdravje prebivalcev Slovenije in zaščito (ne)kadičev pred škodljivimi učinki tobačnega dima na zdravje na delovnih mestih. Da vdihavanje tobačnega dima škoduje zdravju, je znanstveno dokazano že vrsto let. Vdihavanje tobačnega dima bodisi zaradi aktivnega bodisi pasivnega kajenja predstavlja drugi najpomembnejši vzrok smrti na svetu in je najpomembnejši posamični vzrok slabega zdravja in prezgodnje umrljivosti. Prislujejo mu odgovornost za smrt enega od desetih odraslih vsako leto po vsem svetu (približno 5 milijonov smrti letno) (2). Svetovna zdravstvena organizacija napoveduje, da bo smrtni davek iz leta v leto večji, če se vzorci kajenja ne bodo spremenili v smeri manjše prevalence: torej več opuščanja kajenja in več ljudi, ki sploh nikoli ne poskusijo in začnejo kaditi (2).

### Pogled v preteklost...

Pot do zakonodaje s področja omejevanja uporabe tobačnih izdelkov je bila v Republiki Sloveniji dolga

in je potekala v dveh fazah, ki bi ju lahko grobo povezeli v prizadevanja za omejevanje aktivnega kajenja (3) in prizadevanja za preprečevanje izpostavljenosti pasivnemu kajenju. V obeh fazah pa je bil velik poudarek tudi na zaščiti otrok in mladostnikov pred kajenjem – torej na omejevanju dostopnosti in oglaševanja tobačnih izdelkov.

Pogled v zgodovino pred samostojno Slovenijo kaže, da se je v jugoslovanski zakonodaji na tobak in tobačne izdelke nanašal 15. člen Zakona o zdravstveni neoporečnosti živil in predmetov splošne rabe, v katerem je bilo zapisano, da je prepovedano reklamiranje alkoholnih pijač in tobačnih izdelkov po tisku, radiu, televiziji in drugih sredstvih javnega obveščanja (4). Prepoved reklamiranja je bila podrobnejše opredeljena v Odloku o sredstvih obveščanja, ki jima je prepovedano reklamiranje alkoholnih pijač in tobačnih izdelkov (5). Med sredstvi javnega obveščanja, v katerih se ni smelo reklamirati omenjenih izdelkov, so bila našteta naslednja: diapozičivi v kinu in kratki filmi, panoji na ulicah, ob cestah, na športnih objektih, kulturnih domovih in postajah javnega prometa, svetlobne reklame, nalepke, lepaki, letaki (če se razpečujejo ločeno od izdelka), knjige, revije in kolektorji, obvestila po pošti, dresi, oblačila in drugi oblačilni predmeti. Reklamiranje pa je bilo dovoljeno, če je šlo za strokovne revije in knjige, kjer je govora o kakovosti izdelkov (5). Kljub takšni ureditvi in dejству, da so po osamosvojitvi, dokler ni bilo drugače urejeno, veljali »stari« zakoni, je v Sloveniji po osamosvojitvi prišlo do ekspanzivnega oglaševanja tobačnih izdelkov.

<sup>1</sup> Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, Ljubljana

V letu 1992 je Ministrstvo za zdravje izdelalo zakon na področju nadzora nad tobakom, vendar pa predlagani zakon ni uspešno prestal treh branj v državnem zboru, zato je bil umaknjen iz postopka avgusta 1993. Skupina poslancev državnega zбора je kmalu pripravila nov predlog zakona, ki pa je bil – vsaj po oceni strokovnjakov s področja javnega zdravja – bolj naklonjen tobačni industriji kot javnemu zdravju in blaginji. Na predlog takratne poslanke v državnem zboru, sicer zdravnice dr. Mateje Kožuh Novak, ki je bila pred nastopom poslanske funkcije direktorica Inštituta za socialno medicino in socialno varstvo takratnega Univerzitetnega zavoda za zdravstveno in socialno varstvo (sedaj: Inštitut za varovanje zdravja RS), se je oblikovala skupina predstavnikov vladnih in nevladnih organizacij (NVO), ki si je postavila cilj vplivati na tobačno zakonodajo in jo usmeriti v varovanje zdravja in blaginje prebivalcev Slovenije. Tako je sprejemanje Zakona o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov (proces v državnem zboru je potekal v treh branjih) spremila odmevna aktivnost Gibanja za sprejem ljudem prijaznega zakona (3). Gibanje je povezovalo 15 nevladnih organizacij, predstavnici Inštituta za varovanje zdravja in zunanje sodelavce. Jedro gibanja so predstavljale štiri osebe (dr. Mateja Kožuh-Novak, Mojca Bevc Stankovič z IVZ RS, zunanji sodelavec Senad Dizdarevič in avtorica tega prispevka). Zakon, ki ga je državni zbor sprejel 2. oktobra 1996, državni svet pa potrdil 8. oktobra 1996, je uvedel popolno prepoved oglaševanja in promocije tobačnih izdelkov, prepoved kajenja na določenih javnih mestih in na delovnih mestih ter obvezen natis vsebnosti nikotina in katrana ter zdravstvenih opozoril na tobačnih izdelkih. Gibanje je sicer zahtevalo tudi prepoved prodaje mlajšim od 18 let in omejitev prodaje tobačnih izdelkov na trafiKE, vendar s temi zahtevami ni uspelo. Za tisti čas je predstavljala popolna prepoved oglaševanja, sponzoriranja in promocije tobačnih izdelkov, popolna prepoved kajenja v šolstvu in zdravstvu ter prepoved kajenja v določenih delih javnih mest zelo napredno ureditev, zakon pa je bil v javnosti pogosto predstavljen kot eden najbolj restriktivnih v Evropi.

### ... in sedanjost

Zadnja večja spremembra Zakona o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov, ki naj bi zaščitila ljudi

pred škodljivimi učinki pasivnega kajenja in dodatno zmanjšala dostopnost tobačnih izdelkov mladini, se je napovedala leta 2006 in po daljši javni razpravi stopila v veljavo avgusta 2007. V javni razpravi je sodeloval tudi Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, ki je poslal ministru za zdravje naslednje predloge z obrazložitvijo:

*»Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa je skrbno preučil predlog sprememb Zakona o omejevanju uporabe tobačni izdelkov in izoblikoval naslednje mnenje:*

**PODPIRAMO:**

1. *ovedbo starostne meje 18 let za nakup tobačnih izdelkov in*
2. *popolno prepoved kajenja na javnih in delovnih mestih.*

**NE PODPIRAMO:**

1. *kajenja v odprtih delovnih prostorih in*
2. *postavitve kadilnic, še zlasti ne v gostinskih prostorih.*

**DODATNO PREDLAGAMO:**

1. *prepoved kajenja v klubih in skupnih prostorih društev;*
2. *prepoved kajenja na balkonih zdravstvenih in vzgojno-izobraževalnih ustanov in v 30-metrskem pasu okoli le-teh;*
3. *prepoved kajenja na športnih objektih na prostem, bazenih in na javnih plažah;*
4. *prepoved kajenja v čakalnicah javnega prevoza na prostem;*
5. *izvajanje programov za opuščanje kajenja za mladostnike in*
6. *takojošno obuditev delovanja Sveta za zdravje pri vradi RS.*

**OBRAZLOŽITEV**

*Osnutek predloga Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov predlaga spremembe na dveh ključnih področjih:*

*a) dostopnost tobačnih izdelkov osebam, mlajšim od 18 let, in*

*b) zaščita prebivalcev pred pasivnim kajenjem na javnih in delovnih mestih.*

*Obe področji dolgoročno pomembno prispevata k boljšemu zdravju populacije in preprečevanju obo-*

levnosti in umrljivosti zaradi bolezni, povezanih s kajenjem tobaka.

Raziskava, ki jo vodimo od leta 1995, kaže, da je v Sloveniji od leta 1995 do leta 2003, ko je bila opravljena zadnja raziskava, statistično značilno naraščal odstotek mladih, ki do 15. leta in pol pokadijo prvo cigareto (z 59 na 67 odstotkov), pa tudi mladih, ki v tej starosti redno kadijo (s 16 na 27 odstotkov). Raziskave kažejo, da je zelo pomembno, da otrok čim kasneje – če sploh – prestopi iz faze priprave v fazo iniciacije uporabe tobaka. Nikotin je namreč droga, ki zelo hitro zasvoji. Njeno delovanje je podobno delovanju heroina. Mlajši ko je organizem, ko se sreča z nikotinom, hitreje ga bo le-ta zasvojil. Z zakonom določena starostna meja za nakup nekega izdelka nedvomno postavlja normo obnašanja. Če gre za uporabo tako škodljivega in nevarnega izdelka, kot je tobak, je nujno, da je postavljena na 18 let. S starostjo 18 let je povezana določena stopnja zrelosti in na tej osnovi pridobitev državljanških pravic in dolžnosti. Zmanjševanje dostopnosti tobacičnih izdelkov in popolna prepoved oglaševanja tobacičnih izdelkov ob sistematični vzgoji za nekajenje bo zelo verjetno vplivala na zmanjševanje razširjenosti kajenja med slovensko mladino. Hkrati je treba omogočiti pomoč pri opuščanju kajenja tistim mladostnikom, ki kadijo in bi žeeli kajenje opustiti. Zanje je treba pripraviti posebne podporne programe, saj gre za specifično populacijo.

Podpiramo in se zavzemamo za popolno prepoved kajenja na javnih in delovnih mestih, še posebej v gostinskih lokalih. Izpostavljenost gostinskih delavcev pasivnemu kajenju je problem, na katerega opozarjamemo že nekaj let. Gre za skupino zaposlenih, ki ji do sedaj niso bile zagotovljene pravice v skladu z Zakonom o varnosti in zdravju pri delu, po katerem mora vsak delodajalec oceniti tveganja, ki jim je delavec izpostavljen, in predvideti in izvesti ukrepe za zaščito zdravja in zagotavljanje varnosti pri delu. Problematika je toliko bolj pereča, ker v gostinstvu dela zelo veliko mladih (ne le redno zaposleni, ki so prikazani v statistikah o aktivnem prebivalstvu, ampak tudi zaposleni preko študentskega servisa) in žensk. Dodatno je treba v zakonu poskrbeti za določilo, ki bo kajenje prepovedalo tudi v klubih in skupnih prostorih društev, saj bi utegnila odsotnost takega člena predstavljati

"luknjo v zakonodaji", ki bi omogočala nadaljevanje prakse kajenja v gostinskih lokalih in nadaljevanje izpostavljanja gostinskih delavcev in čistilcev nevarnostim, povezanim s pasivnim kajenjem.

Ne podpiramo ureditve, ki dovoljuje kajenje v odprtih delovnih prostorih. Na odprtih deloviščih namreč lahko pride do sinergističnega delovanja med snovmi, ki so v tobačnem dimu, in kemikalijami, ki so prisotne na odptrem delovišču (npr. v peskokopih – kremenčev pesek, asfaltnih bazah, na gradbiščih ipd.). To pomeni, da tobačni dim iz okolja v kombinaciji z neko drugo kemikalijo oziroma snovjo negativno učinkuje na človeški organizem z večjo močjo, kljub temu da se vse dogaja na prostem. Poleg tega kajenje pri delu zmanjšuje pozornost, kar utegne biti pri omenjenih delih, ki zahtevajo veliko pozornost, dodatno tveganje za varnost in zdravje delavcev. Izkušnje kažejo, da se delavci na prostem pri kajenju združujejo v skupine, kar dodatno potencira učinke pasivnega kajenja.

Ne podpiramo uvedbe kadilnic, še posebej ne v gostinskih objektih, saj ni zagotovila (trditev na osnovi izvajanja dosedanjega zakona), da gostinski delavci, čistilci in drugi, ki delajo v takih prostorih, ne bodo izpostavljeni pasivnemu kajenju pri opravljanju dela. Kajenje je treba popolnoma prepovedati tudi v čakanicah javnega prevoza na prostem.

Podpiramo popolno prepoved kajenja v zdravstvenih in vzgojno-izobraževalnih ustanovah ter na njihovih balkonih in dodajamo predlog, da se kajenje prepove v 30-metrskem pasu okoli njih. Na ta način bo zaposlenim omogočeno nemoteno zračenje delovnih prostorov; v nasprotnem primeru se dim vije ob stavbi in z zračenjem delovnih prostorov pronica v notranjost (predlog izhaja iz konkretno izkušnje zaposlenih v zdravstvu).

Predlagamo, da se kajenje prepove na območju športnih objektov na prostem (bazeni, teniška igrišča, kotalkališča, atletski stadioni, drsališča) in na javnih plažah.

V dosedanjem Zakonu o omejevanju uporabe tobacičnih izdelkov je v 5. členu zapisano, da za uresničevanje celovite družbene skrbi za varstvo zdravja prebivalcev pred škodljivimi vplivi tobacičnih izdelkov skrbi Svet za zdravje pri Vladi Republike Slovenije. Apeliramo, da se čim prej obudi delovanje omenjenega Sveta.«

## Novosti, ki jih uvaja ZOUTI 2007

Avgusta 2007 sprejeti zakon je uvedel prepoved kajenja v vseh zaprtih javnih in delovnih prostorih, prepoved prodaje tobačnih izdelkov mlajšim od 18 let, pa tudi prepoved, da osebe, mlajše od 18 let, prodajajo tobačne izdelke. Kajenje je prepovedano tudi v prostorih, ki se po zakonu ne štejejo za zaprte prostore, če so del pripadajočih funkcionalnih zemljišč prostorov, kjer se opravlja dejavnost vzgoje in izobraževanja. Dovoljene so kadilnice, ki morajo izpolnjevati posebne pogoje, ki jih določi minister za zdravje s posebnim pravilnikom. Na cigaretnih škatlicah bo/je natisnjena telefonska številka svetovalnice za opuščanje kajenja (1).

## Razprava in zaključek

Proces sprejemanja zakona je bil dobro in učinkovito podprt z dejavnostmi odnosov z javnostmi, javnost je bila izčrpno informirana in – po raziskavah sodeč – sta se več kot dve tretjini anketiranih strinjali, da se bo zaradi zagotovljenega dela vseh zaposlenih v okolju brez tobačnega dima zmanjšala obolenost. Skoraj tri četrtine se jih je strinjalo z uvedbo kadilnic. Kar 55 odstotkov anketiranih bi zahajalo v gostinske lokale enako pogosto kot pred uvedbo zakona (značilno pogosteje mlajši anketirani in višje izobraženi), desetina pogosteje (značilno pogosteje mlajši anketirani in nekadilci), 12 odstotkov pa manj pogosto (značilno pogosteje stari med 31 in 50 let ter kadilci). Gostinskih lokalov v večji meri ne obiskujejo (22 odstotkov vseh anketiranih) ženske, starejši in nižje izobraženi. Skoraj tri četrtine anketiranih (73 odstotkov) je izjavilo, da osebno podpirajo zakon o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov (6).

Seveda pa vsak zakon doseže zgolj toliko, kot se ga upošteva in izvaja oziroma kolikor zakonodajalec nadzira njegovo izvajanje in upoštevanje v vsakdanji praksi in življenju. Kot kažejo pritiski in grožnje Združenja ponudnikov gostinskih storitev z državljansko nepokorščino, se "tobačna zgodba" v Sloveniji še ni zaključila (7). Žal v resnici ne razumejo (morda niti nočejo doumeti), da gre za zaščito njihovega lastnega zdravja in zdravja zaposlenih.

Prav tako – zelo verjetno – ne izvajajo vseh določil Zakona o varnosti in zdravju pri delu. Kajti če bi ga, potem ne bi

v svojih izjavah za javnost popolnoma napačno interpretirali izjave o varnosti z oceno tveganja. To je namreč lista, ki vsebuje opis delovnega procesa in oceno tveganja za poškodbe in okvare zdravja. Njen najpomembnejši del je načrt ukrepov za zagotavljanje varnosti in zdravja pri delu v podjetju. Zakon določa tudi, da morajo biti delavci obveščeni o nevarnostih in usposobljeni za varno delo. Ocena tveganja torej služi za odkrivanje in kot podlaga za obvladovanje nevarnosti, ki človeka pri delu ogrožajo, ne pa – kot to trdijo nekateri nasprotniki tobačne zakonodaje – lista, ki pove, kakšne so nevarnosti in tveganja, ki jih je treba vzeti v zakup, če se opravlja neko delo. Kot kaže, so nekateri delodajalci v gostinstvu prepričani, da se človek s podpisom pogodbe o delu zaveže, da bo delal in za plačo poleg dela prodal tudi svoje zdravje.

Upati je, da se bo zakon učinkovito izvajal in prispeval k boljšemu zdravju delavcev in da Ministrstvo za zdravje ne bo popustilo pritiskom Združenja ponudnikov gostinskih storitev.

## Literatura

1. Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov. Uradni list Republike Slovenije, 60, 06.07.2007: 8363 – 8365.
2. Anon. Why is tobacco a public health priority. Pridobljeno 7. 9. 2007 s spletnne strani [http://www.who.int/tobacco/health\\_priority/en/index.html](http://www.who.int/tobacco/health_priority/en/index.html).
3. Stergar E, Bevc Stankovič M, Dizdarevič S. Movement for a people-friendly tobacco law in the Republic of Slovenia. In: Lu R, Mackay J, Niu S et al, editors. Tobacco: the growing epidemic. Proceedings of the 10<sup>th</sup> world conference on tobacco or health; 1997 Aug 24-28; Beijing. London: Springer-Verlag, 2000: 619-20.
4. Uradni list SFRJ, 55, 13.10.1978: 2220- 2225.
5. Uradni list SFRJ, 24, 25.5.1979: 774.
6. Spremljanje odnosa javnosti do kajenja in zakona o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov [vir na spletu]. Ljubljana: Aragon, avgust 2007. [pridobljeno 12. 9. 2007]. Dostopno na naslovu: [http://www.mz.gov.si/si/pogosta\\_vprasanja/zouti\\_zakon\\_o\\_spremembah\\_in\\_dopolnitvah\\_zakona\\_o\\_omejevanju\\_uporabe\\_tobacnih\\_izdelkov\\_url\\_602007\\_stopi\\_v\\_veljavo\\_5\\_avgusta\\_2007/](http://www.mz.gov.si/si/pogosta_vprasanja_in_koristne_vsebine/splosna_vprasanja/zouti_zakon_o_spremembah_in_dopolnitvah_zakona_o_omejevanju_uporabe_tobacnih_izdelkov_url_602007_stopi_v_veljavo_5_avgusta_2007/)
7. Gostinci »na robu« bodo gostom protestno dovolili kaditi. Ljubljana: Dnevnik, 9. 10. 2007, p. 4.

## ZMANJŠEVANJE NEENAKOSTI V ZDRAVJU IN PROMOCIJA ZDRAVJA – KRITIČNI POGLED

Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov.<sup>1</sup>

**Izvleček:** Promocija zdravja je proces, ki omogoča, da ljudje prevzamejo nadzor nad determinantami zdravja in tako izboljšajo svoje zdravje. Zagovarja oblikovanje politik do zdravja v vseh sektorjih in ukrepanje za boljše zdravje ljudi v vseh okoljih ter hkrati narekuje spoštovanje človekovih pravic in solidarnosti, predvsem pravice do doseganja najvišjega možnega standarda zdravja v družbi za vse ljudi. Promocija zdravja je kljub tem usmeritvam v vsej Evropi, v Sloveniji pa še toliko bolj, še vedno zaprta v zdravstveni sektor, prav tako pa ne dosega večjih uspehov pri zmanjševanju neenakosti v zdravju. Kritično je prikazan sistemski okvir, ki zavira nadaljnji razvoj promocije zdravja v Sloveniji.

**Ključne besede:** *promocija zdravja, neenakosti v zdravju, zdravstvena politika, zdravstveni sistem*

### Uvod

Strategija Zdravje za vse, ki jo je skupščina Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) sprejela leta 1977 in je bila predstavljena na konferenci v Alma-Ati naslednje leto, je bila glavna spodbuda za razvoj PZ od prvih zamisli do vodilne strategije za izboljšanje zdravja (1). Kot organizirano področje je bila PZ predstavljena leta 1974 v Kanadi, ko je takratni kanadski minister za zdravje Marc Lalonde predstavil dokument "Nov pogled na zdravje Kanadčanov", ki je predstavljal prvi vladni dokument o PZ kot ključni strategiji za vplivanje na zdravje prebivalcev (2).

Na prvi mednarodni konferenci o promociji zdravja v kanadski Ottawi je bila sprejeta Ottawska listina o promociji zdravja, ki je utemeljila podlage za razvoj področja (3). Sledile so še druge konference, na katerih so obravnavali različne vidike PZ in tako razvijali in dopolnjevali njene teoretične in praktične podlage (4). PZ se je poskušala v preteklosti utrditi kot proces ukrepanja v vseh sektorjih in na vseh področjih življenja in dela ter kot strategija za zmanjševanje neenakosti v zdravju. Glede na njen položaj danes, nas pri uresničevanju teh dveh ciljev čaka še veliko dela.

### Promocija zdravja in neenakosti v zdravju

*Zgodovinski razvoj promocije zdravja*

Ottawska listina definira PZ kot proces, ki omogoča, da ljudje prevzamejo nadzor nad determinantami

zdravja in tako izboljšajo svoje zdravje. Strategija vključuje intervencije za vplivanje na spremembe življenjskega sloga in preostalih socialnih, družbenih, okoljskih in individualnih dejavnikov, ki prispevajo k zdravju in zahtevajo medsektorski in celosten pristop. Glavna področja delovanja v okviru PZ v skladu z listino so: sprejem zdravju naklonjenih javnih politik, preusmeritev zdravstvenih služb k PZ in preprečevanju bolezni, oblikovanje podpornih okolij za zdravje, razvijanje osebnih veščin in sposobnosti, krepitev aktivnosti v skupnosti (3).

Najpomembnejše sporočilo Ottawske listine je, da se PZ razteza čez meje zdravstvenega varstva in da razmer za zdravje ne more zagotoviti zdravstveni sektor sam. (3). Prvotni pristop v PZ, ki se je osredotočal predvsem na dejavnike tveganja in spremembe življenjskega sloga, je obogatil pristop PZ v različnih okoljih, kjer ljudje izvajajo dnevne aktivnosti in kjer različni okoljski, organizacijski in individualni dejavniki istočasno vplivajo na zdravje in blaginjo ljudi. Za ta različna okolja skrbijo različni sektorji, ne le zdravstveni (4).

Skozi vse obdobje razvoja so strokovnjaki spremiljali učinkovitost PZ in dokazovali, da je pristop petih strategij iz Ottawske listine najučinkovitejši, da določena okolja nudijo praktične možnosti za učinkovito ukrepanje, da je pogoj za učinkovitost promocije zdravja vključenost ljudi v programe in odločanje o teh programih, da je dostop do izobraževanja in informacij v razumljivem jeziku ključnega pomena in da

<sup>1</sup> Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, Ljubljana

je PZ pomemben vložek v socialno-ekonomske razvoj (5, 6).

Deklaracija s četrte mednarodne konference o PZ v Jakarti leta 1997 je pozvala k sodelovanju z novimi partnerji in k oblikovanju novih oblik sodelovanja pri nadalnjem razvoju strategij PZ. Predlagala je tudi z dokazi podprt pristop k politiki in praksi PZ (7). Bangkoška listina (2000) je opozorila na to, da ni mogoče pričakovati napredka pri implemen-taciji strategij PZ, če ne bomo zagovarjali zdravja v vseh sektorjih in okoljih ter v povezavi s človekovi-mi pravicami in solidarnostjo; če ne bomo vlagali v trajnostni razvoj, vodenje, praktične pristope PZ ter izobraževanje, raziskovanje in pismenost v zvezi z zdravjem; če ne bomo tudi z zakonodajo zagotovili vi-soke stopnje varovanja pred tveganji in vsem ljudem omogočili enakih možnosti za zdravje in blaginjo; če ne bomo gradili partnerstev in povezav z javnimi, zasebnimi, nevladnimi in mednarodnimi organizaci-jami ter civilno družbo ter izvajali skupne trajnostne aktivnosti (8).

#### *Glavna načela za odpravljanje neenakosti v zdravju*

Neenakosti v zdravju na splošno opredelimo kot raz-like, odstopanja in neskladnosti pri doseganju zdravja posameznikov in skupin, vendar nas tu zanimajo predvsem tiste neenakosti, ki so družbeno pogojene. Govorimo o "sistematicih razlikah v zdravju skupin in skupnosti, ki zasedajo neenak položaj v družbi" oz. o "sistematicih razlikah v zdravstvenem statusu med različnimi socialno-ekonomskimi skupinami" (9).

Z drugimi besedami, družbene neenakosti v zdravju so sistematicne, družbeno pogojene in nepravične, ker jih povzročajo in vzdržujejo nepravični družbeni odnosi. Pomenijo kršitev človekove pravice do "najvišjega možnega standarda zdravja v družbi", kot je zapisano v ustanovni listini SZO (10). "Neenakosti v zdravju" se v praksi odražajo tako, da imajo ljudje z nižjo izobrazbo, slabšo službo ali nižjimi prihodki večje tveganje za prezgodnjo smrt in za najrazličnejše bolezni.

Napore za doseganje in krepitev družbene enakosti v zdravju za vse ljudi je treba usmeriti v ustvarjanje priložnosti za doseganje potencialov v zdravju in

odstranjevanje preprek do tega cilja. Kot predлага SZO, bi se morali pri oblikovanju politik za odpravljanje neenakosti v zdravju držati desetih glavnih načel:

- treba je "dvigniti, ne znižati", da bi dosegli neko raven – dvigniti je torej treba raven zdravja najnižjih socialno-ekonomskeh skupin;
- upoštevati je treba tri soodvisne pristope: osredotočiti se samo na ljudi, ki živijo v revščini, zožiti ločnico v zdravju in zmanjšati socialne neenakosti;
- treba je pospeševati izboljšanje zdravja pre-bivalstva v celoti in sočasno zmanjševati ne-enakosti v zdravju;
- vplivati je treba na socialne determinante, ki povzročajo neenakosti v zdravju;
- politike je treba oceniti s stališča potencialnih negativnih vplivov;
- izbrati je treba primerna orodja za merjenje obsega neenakosti med napredovanjem proti zastavljenim ciljem;
- treba je proučiti poglede odrinjenih družbenih skupin in povečati njihovo vključenost in sodelovanje;
- zagotoviti je treba opisovanje in analiziranje družbenih neenakosti v zdravju posebej za ženske in moške, kadarkoli je le mogoče;
- analize morajo odsevati razlike v zdravju glede na etnično, geografsko ali socialno-ekonomsko pripadnost;
- zagotoviti je treba razvoj zdravstvenih sistemov na načelih enakosti (10).

#### **Kritični pogled na sedanjost**

PZ in zdravje na splošno sta še vedno predvsem stvar zdravstvenega sektorja in zdravstvenih delavcev. Zdravstvene teme ne sežejo veliko dlje od zdravstvenega sektorja, načrtovanje in odločanje o zdravstveni politiki pa je zapro skoraj izključno znotraj ministrstev za zdravje. Pri nastajanju pomembnih vladnih dokumentov se le redko upošteva vpliv na zdravje. Poleg tega PZ pogosto razumemo parcialno in jo zožujemo na zdravstveno vzgojo ali vzgojo za zdravje – strategijo izobraževanja, osveščanja in obveščanja ljudi z namenom vplivanja na njihove individualne ali

skupinske odločitve in odnos do zdravja tako, da bi prišlo do spremembe vedenja in oblikovanja zdravju naklonjenega življenjskega sloga. PZ je namreč veliko več kot to: je celovit pristop k zdravju, ki s pomočjo usklajenih socialnih in političnih dejavnosti ustvarja trdne temelje za izboljšanje in ohranjanje zdravja posameznikov in skupnosti (1, 2).

Promociji zdravja doslej tudi ni uspelo izpolniti svojega poslanstva, da bi se učinkovito spopadla z neenakostmi v zdravju. Velika tekmovalnost na skoraj vseh področjih življenja in dela je še povečala razlike med različnimi družbenimi skupinami, čeprav bi se lahko deloma strnjali, da so nekatere dobrine zaradi znanstvenega in tehnološkega razvoja dostopnejše – vendar ne vsem (enako). Preseganje neenakosti v zdravju bi moralno biti v prihodnje glavno vodilo PZ.

## Promocija zdravja in neenakosti v zdravju v Sloveniji

### Dosedanji razvoj promocije zdravja

Konec osemdesetih let prejšnjega stoletja se je začela strategija Zdravje za vse uveljavljati tudi v Sloveniji. Kljub nekaterim dobrim projektom je razvoj promocije zdravja zastal, ker ni bilo medsektorškega sodelovanja niti enotnega vladnega pristopa k jav-nemu zdravju. Zdravje je tako do danes ostalo skrb izključno zdravstvenega sektorja. To je verjetno tudi eden od razlogov, da Slovenija še nima krovne strategije PZ ampak le nekaj parcialnih (npr. na področju prehrane in drog). Viri in naloge na tem področju so razpršeni med različne institucije in organizacije: Inštitut za varovanje zdravja RS, območne zavode za zdravstveno varstvo, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa ter številne nevladne organizacije in posamezne projekte (npr. CINDI Slovenija).

PZ v Sloveniji ne podpirajo niti pravni akti. Definicije PZ tako ne najdemo v nobenem slovenskem zakonu ali pravilniku, čeprav jo nekateri omenjajo in opisujejo njene glavne naloge. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju jo opiše kot družbeno skrb za zdravje, v okviru katere se izvaja ukrepe

za krepitev zdravja in spodbujanje zdravju naklonjenega življenjskega sloga ter oblikuje razmere za osveščanje prebivalstva o zdravju (11).

Kot kaže, je promocija zdravja pri delu (PZD) uspela v Sloveniji pritegniti pozornost politike in dobila svoje mesto v nekaterih pravnih dokumentih. Resolucija o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu iz leta 2003 tako omenja PZD kot neformalno dejavnost na nacionalni ravni, ki je zunaj zakonskih obveznosti in temelji na obveščanju, izobraževanju in osveščanju tako delavcev kot delodajalcev in vseh vpletenih v politiko zdravja in varnosti pri delu. Njeni glavni cilji v skladu z resolucijo so: da se delavcem omogoči zdravo in varno delovno okolje, ohranja delovno sposobnost in zmanjša prezgodnje upokojevanje ter pretirano odsotnost z dela zaradi bolezni, da se prepreči poškodbe pri delu, poklicne bolezni ali bolezni, ki bi bile povzročene z delom, okoljem, življenjskim slogom ali socialnimi determinantami, da se omogoči optimalno ravnotežje med ekonomskim interesom na eni strani in delovno zmožnostjo na drugi strani za vse zaposlene, da se ohrani splošno življenjsko okolje in omogoči proizvodnjo zdravih in okolju prijaznih izdelkov za ljudi. Resolucija predlaga nadaljnji razvoj PZD, vendar v te namene ne predvideva nobenega sistemskega vira financiranja (12). Zaenkrat v Sloveniji na dodiplomski ali poddiplomski ravni ni mogoče najti izobraževalnega programa PZ. V preteklosti je bil dodiplomski program zdravstvene vzgoje na Pedagoški fakulteti in Visoki šoli za zdravstvo v Ljubljani, vendar so ga po nekaj letih ukinili, čeprav je bilo zanimanje zanj precej veliko. Neka-trete vsebine s področja PZ je mogoče zaslediti v dodiplomske programu medicine in poddiplomskih programih javnega zdravja (npr. Javno zdravje otrok, mladostnic in mladostnikov), ki pa jih lahko obiskujejo le zdravniki in zozdravniki. Glede na to, da je PZ izrazito interdisciplinarno področje, pa bi morale biti te izobraževalne vsebine dostopne različnim profesionalnim skupinam.

V zadnjih dveh desetletjih je Inštitut za varovanje zdravja RS v sodelovanju z območnimi zavodi za zdravstveno varstvo bistveno prispeval k razvoju PZ, v zadnjem času pa tudi Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa vlagajo veliko napora v nad-

aljevanje razvoja PZD. Žal je večina dela inštituta na tem področju odvisna od financiranja iz različnih projektov, prijavljenih na mednarodne razpise, kar pa lahko ogrozi kontinuiteto v razvoju.

#### *Zdravstveni sistem in umestitev promocije zdravja*

Slovenija ima – vsaj na papirju – razmeroma pravičen sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, ki se tako kot drugod po Evropi sooča z veliko krizo zaradi negativnih demografskih trendov (staranje aktivne populacije, naraščanje populacije upokojencev), naraščajočih izdatkov za zdravljenje in visokega bolniškega staleža.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (13), ki je v ponovnem procesu revizije, je postavil temelje za sedanji sistem obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, uredil delno privatizacijo zdravstvenih storitev in prenesel nekatere upravne funkcije na strokovne organizacije. Država je s svojimi zakonodajnimi in izvršilnimi organi (ministrstva, agencije in uradi) obdržala večino upravnih in regulativnih funkcij (priprava in sprejemanje zakonov in podzakonskih aktov ter standarov). Državne institucije so odgovorne tudi za razvoj zdravstvene politike ter razvoj in implementacijo programov preprečevanja bolezni in PZ. Hkrati posedujejo infrastrukturo za opravljanje javnozdravstvene službe na sekundarni in terciarni ravni in jo tudi upravljajo (14).

Glavna demografska značilnost slovenske populacije je namreč nizka rodnost in nizka stopnja rasti prebivalstva. Celotna stopnja rodnosti (povprečno število živorojenih na žensko v rodni dobi) je v letu 2005 znašala 1,26 in je bila pod ravnjo naravnega prirastka. Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu le počasi narašča (z 71,3 leta za moške in 78,8 leta za ženske v letu 1999, na 74 let za moške in 81,3 leta za ženska v letu 2005) (15). Odstotek bolniškega staleža v zadnjih letih v povprečju znaša okoli 5 odstotkov, slovenski delavci pa so najpogosteje odsotni z dela zaradi poškodb zunaj dela in pri delu, bolezni mišičnoskeletnega sistema in duševnih motenj. Na splošno Slovenci najpogosteje zbolevajo za bolezni mi dihalnega sistema, duševnimi motnjami, boleznimi

mišičnoskeletnega sistema in boleznimi prebavnega trakta. Srčno-žilne bolezni so najpogosteji vzrok smrti med Slovenci, saj povzročijo skoraj polovico vseh smrti (14, 15). To negativno sliko bi bilo mogoče v marsičem obrniti na bolje z večjimi vlaganjimi v PZ, saj so številne bolezni in poškodbe, ki prizadenejo slovensko prebivalstvo, preprečljive.

Delež vseh izdatkov za zdravstveno varstvo je v letu 2006 znašal 8,35 odstotka slovenskega bruto družbenega proizvoda. Skoraj 80 odstotkov teh stroškov je bilo pokritih iz javnih sredstev, od katerih je bila večina zbrana preko sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja (16). Da bi zagotovili večjo stabilnost sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, namerava slovenska vlada poseči v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja s spremembami tako, da bi bilo mogoče bolje obvladovati stroške (ureditev področja bolniških odsotnosti in pravice do denarnega nadomestila v času bolniškega staleža!), obogatiti ponudbo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, vključno s socialnim zavarovanjem za dolgotrajno nego, in izboljšati razmerje med zasebnim in javnim financiranjem sistema zdravstvenega varstva (17). Žal med temi ukrepi ni zaslediti programov PZ, ki so vse bolj odvisni od financiranja zunaj formalnega sistema.

In kje v tem sistemu je mesto PZ, navkljub mačehovskemu odnosu države? Ustanove, odgovorne za javno zdravje in PZ, so:

- Ministrstvo za zdravje, ki mora skrbeti za strateško načrtovanje, oblikovanje politike, določanje letnih prednostnih nalog, od katerih je odvisno financiranje aktivnosti na področju PZ, sodelovanje z drugimi sektorji in nevladnimi organizacijami na področju javnega zdravja itd.;
- Inštitut za varovanje zdravja RS, ki je odgovoren za spremljanje področja PZ, pripravo predlogov za prednostne naloge, razvoj aktivnosti PZ, izobraževanje edukatorjev na področju PZ, načrtovanje implementacije in evalvacije posameznih projektov, mreženje itd.;
- območni zavodi za zdravstveno varstvo, ki prav tako spremljajo aktivnosti na področju PZ in skrbijo za njihov razvoj ter implementacijo in evalvacijo projektov, strokovno znanje, publiciteto itd.;

- CINDI Slovenija, ki kot program SZO za preprečevanje srčno-žilnih bolezni skrbi za spremeljanje in razvoj aktivnosti PZ, implementacijo in evalvacijo projektov, mreženje itd.;
- Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, ki skrbi za spremeljanje in razvijanje aktivnosti PZ, izvaja in evalvira projekte na tem področju, skrbi za raziskovanje, publicitetu, zagovorništvo področja itd.;
- nevladne organizacije, ki se ukvarjajo z mreženjem, zagovorništvom, implementacijo projektov, publicitetu itd. (18).

**Zdravje v vseh politikah?**

Tako kot marsikje drugod v Evropi tudi v Sloveniji "zdravju" ni uspelo prodreti čez meje zdravstvenega sektorja. Predstavniki Ministrstva za zdravje so šele pred kratkim (npr. na 4. slovenskem kongresu preventivne medicine maja letos) začeli govoriti o "zdravju v vseh politikah", vendar zaenkrat kaže, da tega načela še niso uspeli ujedaniti v praksi in da svojih zamisli ne delijo prav uspešno s celotno vlado. Na srečanju, posvečenem javni obravnavi novega Državnega razvojnega plana (DRP) 2007-2013 (19) konec leta 2005, sta bili predstavnici KIMDPŠ edini, ki sta govorili v podporo (javnemu) zdravju in PZ. Nobena od vzporednih razprav o oceni vpliva DRP na trajnostni razvoj namreč ni bila neposredno povezana z zdravjem, ampak so udeleženci ločeno razpravljali o vplivih na gospodarstvo, družbo na splošno, okolje in regije. Po tej razpravi je bilo zdravje vključeno v predlog DRP, vendar še vedno ne tako, kot bi moral biti.

Nekoliko več o zdravju naklonjenih javnih politikah lahko preberemo v Predlogu novega plana zdravstvenega varstva, ki na splošno predlaga štiri glavne strateške cilje: krepiti in izboljšati zdravje slovenske populacije, zagotoviti trajnosten in stabilen sistem zdravstvenega varstva, izboljšati upravljanje na področju zdravstva in izboljšati kakovost in varnost v zdravstvenem sektorju. Najpomembnejše strategije za izpolnitve prvega cilja – krepitev in izboljšanje zdravja – so: izpostavljanje skrbi za zdravje pri usklajevanju politik in ukrepov na različnih področjih, ki vplivajo na zdravje posameznika; zagotavljanje znanj

in informacij za oblikovanje zdravih javnih politik, zdravih izbir posameznika in upravljanje zdravstvenega sistema; zagotavljanje izvajanja učinkovite javne službe na področju javnega zdravja in smiselno dopolnjevanje teh dejavnosti z dejavnostmi nevladnih organizacij; spodbujanje zdravju naklonjenih okolij, ki nudijo možnost zdravih izbir; podpora posameznikom pri skrbi za lastno zdravje in zagotovitev učinkovite podpore zdravstvene službe pri tem (16).

Plan je bil letos spomladvi v javni obravnavi, po njegovi dopolnitvi s predlogi iz javne obravnave naj bi o dokumentu razpravljal tudi parlament in ga nato potrdil. Če ne bo ostal le mrtva črka na papirju, ponuja priložnost PZ, da prevzame mesto osrednjega pristopa k zdravju. Kljub temu bo treba vložiti še veliko naporov v dokazovanje učinkovitosti PZ. Doslej je bilo v tej smeri le malo uspeha, saj je bilo veliko več pozornosti namenjene utrjevanju pozitivnega javnega mnenja o kurativni medicini, medtem ko sta preventivna medicina, in javno zdravje ostajala v ozadju. Tako današnjo slovensko javnost veliko bolj zanimajo uspehi in podvigi pri zdravljenju bolezni ali pri odkrivanju novih "čudežnih" zdravil in skrajševanje čakalnih dob za različne medicinske posege kot to, kako bi lahko bolezni in poškodbe preprečili in tako zavarovali svoje zdravje ter se izognili potrebi po zdravljenju.

**Zaključek**

Zmanjševanje razlik v zdravstvenem statusu prebivalstva in dostopnosti zdravstvenega varstva je bil eden od vodilnih ciljev Nacionalnega plana zdravstvenega varstva Zdravje za vse do leta 2004. Tudi predlog novega plana temelji na načelih enakosti pri dostopu do zdravstvenih storitev. Načelo enakosti in pravičnosti bi morali upoštevati vselej, ko se ukvarjamо z družbenimi in političnimi dejavniki, ki bi jih bilo mogoče spremeniti v prid zdravju posameznika. V skladu s predlaganim planom pa vseh razlik ne moremo obravnavati s stališča načela enakosti, takšne naj bi bile npr. razlike zaradi biomedicinskih značilnosti, okoljskih dejavnikov in posameznikovega življenjskega sloga (16). S tem se seveda ne moremo strinjati, saj so (lahko) tudi te razlike pogojene z družbeno

neenakostjo. Življenje v degradiranem življenjskem okolju zagotovo ni prostovoljna izbira in lahko trdimo, da posameznik, ki živi v takšnem okolju, nima enakih možnosti za zdravje kot nekdo, ki živi v relativno čistem življenjskem okolju. Ta neenakost se bolj izrazi takrat, ko je hkrati življenje v onesnaženem okolju tudi odraz slabših socialno-ekonomskih razmer. Raziskave tudi kažejo tesno povezavo med zdravju škodljivim življenjskim slogom (npr. kajenje, uživanje psihoaktivnih snovi, premalo telesne dejavnosti itd.) in nižjim socialno-ekonomskim statusom. Žal se pisci predloga novega plana ne zavedajo, da tudi individualne razlike v preobčutljivosti za določene bolezni ne morejo upravičiti zanemarjanja načela enakosti, ko gre za uveljavljanje pravice do zdravja.

V preteklosti je bilo napisanih nekaj dokumentov in organiziranih nekaj srečanj o zmanjševanju neenakosti v zdravju, vendar jim konkretnne aktivnosti niso sledile. Najboljši primer, kako narediti korak naprej na tem področju, je Strategija za krepitev zdravja in akcijski načrt za zmanjševanje neenakosti v zdravju v pomurski regiji, ki se osredotoča na povečanje kompetenc promotorjev zdravja v regiji za delo na področju zmanjševanja neenakosti v zdravju s pomočjo programov PZ.

Da bi se lahko v Sloveniji uspešno lotili preprečevanja neenakosti v zdravju in večje pravičnosti, bi morali najprej izboljšati obstoječe zbirke podatkov in oblikovati nove ter na tej podlagi analizirati, kje (in ali sploh) nastajajo razlike v zdravju, kakšen je njihov obseg in kako se kažejo. Šele na podlagi takšnih analiz je mogoče načrtovati dobre programe PZ. Kot kažejo podatki iz poročila o neenakostih v zdravju v Evropi, ki je nastalo v okviru predsedovanja Združenega kraljestva Evropski uniji, naša država trenutno ne razpolaga s prav veliko podatki o neenakostih v zdravju (20), kar pa ne pomeni, da teh neenakosti ni. Absolutna revščina je v Sloveniji res redka, a ob podatku, da je 11 odstotkov prebivalcev v letu 2001 živilo v relativni revščini oz. ob pomanjkanju sredstev, ki omogočajo uživanje običajne, v konkretni družbi (državi) sprejemljive blaginje, zagotovo ne moremo biti zadovoljni (15) in predvsem moramo – ukrepati.

## Literatura

1. Koelen MA, van den Ban AW. Health education and health promotion. Wageningen: Wageningen Academic Publishers; 2004.
2. Berridge V. Historical policy approaches. In: Thorogood M, Coombes Y, eds. Evaluating health promotion: practice and methods. Oxford: Oxford University Press;2004:11-24.
3. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. [na spletu].[pridobljeno 20. 4. 2007]. Dostopno na: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/print.html>.
4. Stergar E. Zdravi delavci v zdravih podjetjih – vizija promocije zdravja na delovnem mestu. Sanitas et labor 2004;3(2):173-85.
5. Anon. The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe, A Report to the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education, Part 1. Brussels: European Commission;2000.
6. Anon. The Evidence of Health Promotion Effectiveness, A Report to the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education, Part 2. Brussels: European Commission;2000.
7. World Health Organization. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21<sup>st</sup> Century: The fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era – Leading Health Promotion into the 21<sup>st</sup> century, meeting in Jakarta from 21 to 25 July 1997. [na spletu].[pridobljeno 20. 4. 2007]. Dostopno na: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/print.html>.
8. World Health Organization. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. [na spletu].[pridobljeno 20. 4. 2007]. Dostopno na: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok\\_charter/en/print.html](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/print.html).
9. Anon. Position paper on "Tackling Health Inequalities". Brussels: EuroHealthNet;2006.
10. Whitehead M, Dahlgren G. Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Copenhagen: WHO Regional Ofcice for Europe;2006.

11. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (uradno prečiščeno besedilo. Ur. I. RS 2006; -72:7637-57.
12. Resolucija o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu. Ur. I. RS 2003;126:17297-327.
13. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Ur. I. RS 1992;9:590-601.
14. Albreht T, et al. Health Care Systems in Transition: Slovenia, 2002. Health Care Systems in Transition 2002;4(3).
15. Anon. Highlights on Health in Slovenia 2005. Copenhagen: World Health Organization; 2006.
16. Strateški cilji in ukrepi za plan zdravstvenega varstva – delovno gradivo. Ministrstvo za zdravje RS. [na spletu].[pridobljeno 29. 10. 2007]. Dostopno na: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/aktualno/javna\\_razprava/plan\\_zdravstvenega\\_varstva/Microsoft\\_Word\\_-\\_NPZV\\_zadnja\\_verzija.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/aktualno/javna_razprava/plan_zdravstvenega_varstva/Microsoft_Word_-_NPZV_zadnja_verzija.pdf).
17. Predlog zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Ministrstvo za zdravje RS. [na spletu].[pridobljeno 29. 10. 2007]. Dostopno na: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz\\_dokumenti/zakonodaja/ZAKONI\\_V\\_PRIPRAVI/2007\\_medresorsko\\_usklajevanje/zzvzz\\_medresorsko\\_usklajevanje\\_200207.doc](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/zakonodaja/ZAKONI_V_PRIPRAVI/2007_medresorsko_usklajevanje/zzvzz_medresorsko_usklajevanje_200207.doc).
18. Health Promotion in Slovenia. EuroHealthNet. [na spletu].[pridobljeno 20. 4. 2007]. Dostopno na: [http://www.eurohealthnet.eu/images/Projectcapacitybuilding/slovenia\\_Inal.pdf](http://www.eurohealthnet.eu/images/Projectcapacitybuilding/slovenia_Inal.pdf).
19. Državni razvojni program 2007-2013 – osnutek. [na spletu].[pridobljeno 20. 4. 2007]. Dostopno na: <http://www.svlr.gov.si/index.php?id=1182>.
20. Mackenbach JP. Health Inequalities – Europe in Prolle. Rotterdam: University Medical Centre Rotterdam;2006.

## PRAVILNIK O POGOJIH ZA DOLOČITEV BOLEZNI ZARADI IZPOSTAVLJENOSTI AZBESTU IN MERILIH ZA DOLOČITEV VIŠINE ODŠKODNINE

Minister za zdravje je v skladu s petim odstavkom 4. člena in četrtega odstavka 6. člena Zakona o odpravljanju posledic dela z azbestom (Ur. list RS 15/07 – uradno prečiščeno besedilo) izdal Pravilnik o pogojih za določitev bolezni zaradi izpostavljenosti azbestu in merilih za določitev višine odškodnine (Ur. list RS 61/07).

Pravilnik določa pogoje za določitev bolezni zaradi izpostavljenosti azbestu, oceno zmanjšanja življenjskih funkcij in merila za določanje višine odškodnine za posamezne vrste poklicnih bolezni zaradi izpostavljenosti azbestu.

Bolezni zaradi izpostavljenosti azbestu so: azbestoza, bolezni plevre, pljučni rak, maligni mezoteliom plevre in/ali peritoneja, rak druge lokalizacije.

Pogoji za določitev bolezni zaradi izpostavljenosti azbestu so razdeljeni na obvezne in dopolnilne.

### Obvezni pogoji so:

- dokazana vzročna zveza med izpostavljenostjo azbestu in boleznijo;
- delovna anamneza;
- ocena tveganja;
- dokaz onesnaženja s strani znanega onesnaževalca;
- diferencialno diagnostično izključeni drugi vzroki bolezni.

Za **nepoklicni mezoteliom** je obvezni pogoj dokazana vzročna zveza med izpostavljenostjo azbestu na ozemlju Republike Slovenije in nastankom bolezni.

Pri **azbestni bolezni pljuč** mora biti izpolnjen tudi pogoj ali radiološki dokaz (MOD – ILO iz leta 2003) ali CT z visoko ločljivostjo ali patohistološki izvid, za **bolezen plevre** radiološki ali CT izvid, za **raka zaradi azbesta** patohistološki izvid.

Ocena zmanjšanja življenjskih funkcij zaradi azbesta temelji na stopnji funkcijalne okvare prizadetega organa oziroma organskega sistema: ni zmanjšanja, zmanjšanje lažje, srednje ali težje stopnje.

Diagnostični postopek pri postavitvi suma azbestne bolezni vodi pooblaščeni zdravnik specialist medicine dela, ki zbere vso potrebno dokumentacijo za določitev bolezni zaradi izpostavljenosti azbestu in jo posreduje interdisciplinarni skupini strokovnjakov. Le-ta opravi določitev bolezni zaradi izpostavljenosti azbestu in poda oceno zmanjšanja življenjskih funkcij na podlagi zbrane zdravstvene in ostale dokumentacije, po potrebi pa lahko zahteva tudi dodatne diagnostične postopke ali dopolnitev ostale dokumentacije.

V skladu z veljavno zakonodajo so tako sredstva za delo pooblaščenega zdravnika kot tudi interdisciplinarne skupine strokovnjakov za primere ugotavljanja bolezni zaradi izpostavljenosti azbestu zagotovljena iz državnega proračuna.

Oseba, pri kateri je bila verificirana bolezen zaradi izpostavljenosti azbestu, lahko v skladu z zakonom vloži zahtevo za priznanje odškodnine oziroma uveljavlja pravico do invalidske pokojnine pod ugodnejšimi pogoji pri medresorski komisiji, ki ima sedež pri Ministrstvu za delo, družino in socialne zadeve.

Pravilnik določa, da ima interdisciplinarna skupina sedež na Kliničnem inštitutu za medicino dela, prometa in športa v Ljubljani.

Register oseb, zbolelih zaradi izpostavljenosti azbestu, vodi Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa.

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

## PRAVILNIK O UGOTAVLJANJU ZDRAVSTVENE SPOSOBNOSTI OPERATIVNIH GASILCEV

### Vsebina pravilnika

Minister za zdravje je v soglasju z ministrom za obrambo izdal Pravilnik o ugotavljanju zdravstvene sposobnosti operativnih gasilcev (Ur. list RS, št. 65/07), ki določa merila za ugotavljanje zdravstvene sposobnosti gasilcev in pogoje, ki jih morajo izpolnjevati izvajalci zdravstvenih pregledov za ugotavljanje zdravstvene sposobnosti operativnih gasilcev. Izvajalci zdravstvenih pregledov po tem pravilniku so javni zdravstveni zavodi in druge pravne in fizične osebe, ki imajo dovoljenje za opravljanje dejavnosti medicine dela, prometa in športa.

Pravilnik predpisuje obseg, vsebino in rok pregleda za operativne gasilce (amaterje) pri običajnih opravilih. Pregled mora obsegati anamnezo, klinični pregled, elektrokardiografijo, spirometrijo, laboratorijske preiskave krvi (hemogram, krvni sladkor in ob indikaciji jetrni testi) in urina. Opravlja se vsako peto leto. Ni pa potrebno testiranje centralnega in perifernega vidnega polja, nočnega vida, sluha in ravnotežja. V pravilniku niso opredeljene niti zdravstvene zahteve za te delavce (vse prijedne in pridobljene telesne in duševne lastnosti, sposobnosti in zmogljivosti) niti zdravstvene kontraindikacije za delo operativnega gasilca. Skratka, obseg, vsebina in rok pregleda ne izhajajo iz zdravstvene ogroženosti delovnega mesta operativnega gasilca (nekateri lahko tudi vozijo gasilsko vozilo).

Pregled za operativne gasilce, ki opravljajo najzahtevnejša opravila (opredeljena v pravilniku) in uporabljajo izolirne dihalne aparate, poleg že naštetega obsega: cikloergometrijo, oceno vidnih funkcij (visus, forija, fuzija, barvni, globinski in nočni vid), preiskavo sluha s šepetom in po potrebi ADG ter psihološki pregled.

Obdobni pregled je vsako peto leto. Za višinsko delo niso opredeljeni pregled statičnega in dinamičnega ravnotežja, vestibulogram in vidno polje.

Zdravstveni pregled za operativne gasilce, ki poklicno izvajajo operativne naloge gasilca, se opravlja v obsegu in rokih, določenih v tem pravilniku, ki je v strokovnem pogledu zelo pomankljiv, in v obsegu ter na način, ki je določen s Pravilnikom o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev (Ur. list, št. 87/92, 29/03 – popr. in 124/06).

Izvajalec zdravstvenega pregleda izda potrdilo (ni opredeljeno zdravniško spričevalo) o zdravstveni sposobnosti operativnega gasilca v skladu s tem pravilnikom v predpisanim obsegu (potrdilo ni priloga pravilnika).

### Kritični pogled

Pravilnik je glede na strokovna priporočila medicine dela in v pravnem pogledu zelo pomankljiv, saj obseg, vsebina in roki zdravstvenih pregledov operativnih gasilcev niso v skladu z dejansko zdravstveno ogroženostjo teh delavcev pri delu. Zakonodajalec pri ustvarjanju pravilnika ni pridobil ustreznih strokovnih predlogov od strokovnih institucij, ki oblikujejo doktrino na področju medicine dela, prometa in športa v Sloveniji (KIMDPŠ, Razširjeni strokovni kolegiji za medicino dela, prometa in športa). Pravilnik je treba bistveno spremeniti in dopolniti, še bolje pa oblikovati novega.

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

## DELOVNO MESTO IN AKUTNA LIMFOBLASTNA LEVKEMIJA TER AKUTNA MIELOIČNA LEVKEMIJA

Peter Otorepec, dr. med., spec. higiene in spec. MDPŠ<sup>1</sup>

### Uvod

Od vseh rakov je v svetu 3 odstotke levkemij. Nastanek dela levkemij lahko pripisemo dejavnikom tveganja na delovnem mestu. Zaenkrat sta dokazana dejavnika tveganja le benzen in ionizirno sevanje.

### Metode dela

V nalogi smo preučevali poklice oziroma dejavnike tveganja na delovnem mestu, ki so jim bili izpostavljeni bolniki z akutno levkemijo (akutno limfoblastno levkemijo – ALL in akutno miearločno levkemijo – AML) ter so se zdravili na Hematološki kliniki Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana v obdobju od leta 2004 do leta 2005. Za pridobivanje podatkov smo uporabili metodo osebnega intervjuja. Etiološke dejavnike levkemij smo iskali s pomočjo vprašalnika o izpostavljenosti različnim doslej znanim ali potencialnim levkogenim agensom na delovnem mestu.

V raziskavo je bilo vključenih 69 bolnikov z akutno levkemijo, od tega 39 (56,5 odstotka) moških in 30 (43,5 odstotka) žensk. Povprečna starost vseh bol-

nikov je bila 55,8 leta. Pri obeh spolih je bilo največ obolelih v starostni skupini od 46 do 65 let.

### Rezultati

Oblika levkemije AML je bila ugotovljena pri 56 (81,2 odstotka) bolnikih, oblika ALL pa pri 13 (18,8 odstotka) bolnikih. Največ bolnikov, kar 32 (46,3 odstotka), je opravljalo poklice, katerih skupna značilnost je izpostavljenost benzenu. Med preostalimi bolniki z akutno levkemijo je bilo šest bolnikov zaposlenih v kmetijstvu, trije so bili v svojem poklicu izpostavljeni neionizirnemu sevanju, osem je bilo komercialistov, štirje bolniki so opravljali poklice, za katere je značilna izpostavljenost organskim topilom na nebenzenski osnovi, trije so bili prodajalci, dva odvetnika in dve medicinski sestri.

Rezultati kažejo, da je izpostavljenost benzenu pogosta med bolniki z AML.

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

**Somentorica: doc. dr. Irena Preložnik Zupan,  
dr. med., spec. interne medicine**

<sup>1</sup> Inštitut za varovanje zdravja RS, Ljubljana

## VAROVANJE ZDRAVJA DELAVCEV ZA 21. STOLETJE: OD »ZDRAVJA PRI DELU« DO »ZDRAVJA DELAVCEV«

(Vanhorne MN, Vanachter OV, de Ridder MP. Occupational Health Care for the 21<sup>st</sup> Century: From Health at Work to Workers' Health. International Journal of Occupational and Environmental Health 2006; 12( 3): 278-285.)

Članek treh belgijskih avtorjev je nastal na podlagi študije, ki jo je naročil belgijski Urad za preventivno zdravstveno varstvo. Belgijski minister za zdravje namreč posebej poudarja pomen zdravja pri delu v okviru javnega zdravja. Delovna skupina, ki se je izziva lotila, je poudarila, da ni več mogoče govoriti o zdravju delavca le v okvirih, ki jih določa Zakon o varnosti in zdravju pri delu, pač pa je potrebno v to vključiti novo zakonodajo, ki jo bosta podpisali obe ministrstvi (ministrstvo za zdravje in ministrstvo za delo).

Sedanja praksa, da je za zdravje delavcev odgovoren delodajalec, ima nekatere temeljne pomanjkljivosti:

- velja le za tiste delavce, ki imajo pogodbo z delodajalcem;
- začasna prekinitev dela odvezuje delodajalca, da bi skrbel za delavčev redni zdravstveni nadzor;
- sedanji redni zdravstveni nadzor predstavlja le nadzor nad tistim delom zdravja delavcev, ki je neposredno povezan z vplivi dela. Vplivi drugega okolja in življenjskega sloga niso vključeni;
- enote za zdravje in varnost pri delu se ukvarjajo le z delovnim okoljem, ne z življenjskim okoljem;
- odgovornost za zdravje pri delu je izključno delodajalčeva;
- varovanje zdravja pri delu je stvar pogajanj med delodajalcem in delavcem, večinoma na državni ravni (minister za delo ali minister za zdravje je arbiter).

Predlagani holistični pristop k zdravju delavcev:

- vključeni morajo biti vsi delavci;
- vključeni morajo biti tudi vsi potencialni delavci;
- finančno se morajo poleg delodajalca vključiti še zavarovalnice, sektorji za zdravje, delo in okolje ter sami delavci;
- varovanje zdravja delavcev ni predmet kolektivnega dogovarjanja.

V tem primeru postane odgovorno za "zdravje dela-

vca" ministrstvo za zdravje.

Razlogi za nov pristop k zdravju delavcev v 21. stoletju so naslednji:

- tehnološki razvoj in ukrepi industrijske higiene so vodili do zmanjšanja izpostavljenosti klasičnim negativnim dejavnikom na delovnem mestu (hrup, vibracije, toksične kemikalije, prah...), pojavila pa so se nova tveganja, kot so mišičnoskeletni in psihosocialni stresorji. Tako tudi meje med poklicnim in življenjskim okoljem ter izpostavljenostjo postajajo zbrisane;
- dolgotrajnih zaposlitev pri enem samem delodajalcu praktično ni več;
- globalizacija ekonomije in novi koncepti dela (npr. *just-in-time*) vodijo do večjih pritiskov na delu, zahtev po večji fleksibilnosti in večje zahtevnosti dela.

Posledica tega je tudi sprememba delovne patologije:

- klasične poklicne bolezni izginjajo (npr. silikoze, zastrupitev s svincem, poklicna naglušnost...), naraščajo z delom povezane bolezni, ki so povezane z načinom življenja in deloma tudi z delom (npr. visok krvni pritisk, koronarna srčna bolezen, kronična obstruktivna bolezen, kronična bolečina v križu...);
- dejavniki zunaj dela bolj vplivajo na zdravje delavca kot dejavniki z dela. Ocena Svetovne zdravstvene organizacije je, da je celokupna izguba delazmožnosti, merjeno v DALY (disability-adjusted life years – prizadetosti prilagojena leta življenja), 5-odstotna, kar je veliko več kot zaradi onesnaženja zraka (0,5 odstotka), toda manj kot zaradi kajenja (11,7 odstotka) ali zlorabe alkohola (10,3 odstotka);
- razvite države potrebujejo več visokokvalificiranih delavcev, kot jih že imajo. Ohranjanje teh kadrov pri zdravju postaja vse pomembnejše, ker je njihova zamenjava v kratkem času težka, predvsem pa izjemno draga;

- v razvitih državah je zaradi staranja populacije pomembno takšne delavce, ki so običajno tudi visoko motivirani, ohranjati pri delu dolgo v starost;
- med delom in življenjskim okoljem so se razvile številne interakcije, ki jih velja ohranjati. To se kaže npr. tudi pri znanstveni literaturi, ki besedi *occupational* (poklicen, v zvezi z delom) dodaja še *environmental* (okoljski);
- delovna mesta postajajo pomembno mesto za promocijske aktivnosti, ki jih pripisujemo javnemu zdravju (kampanje proti kajenju, pitju alkohola, za več gibanja, zdravo prehranjevanje);
- ohranjanje zdravja in promocija zdravja zmanjšujejo absentizem in stroške za zdravstveno varstvo, verjetno višajo tudi produktivnost.

Belgijski strokovnjaki svetujejo:

- da se vsebine zdravja pri delu razširijo na vse delavce, vključno s potencialnimi delavci;
- da se vključuje ne le z delom povezan vidik, pač pa tudi dejavnike zunaj dela, ki lahko vplivajo na delazmožnost (družina, življenjski slog...);
- da se nesposobnost za delo zavrača, kar ne pomeni, da v določenih situacijah in pogojih določen delavec ne zmore opravljati določenega dela, vendar mora biti prilagoditev dela in delovnega mesta ključna;
- nujnost integracije zdravja in zdravstvenega nadzora delavca;
- vključitev vseh delavcev v zdravstveni nadzor in ne le tistih, ki delajo na ogroženih delovnih mestih. Pod zdravstvenim nadzorom se ne razume rednih obdobjnih zdravstvenih pregledov. Ti so povezani z izpostavljenostjo, individualno občutljivostjo in primeri dobre prakse. Širok zdravstveni pregled je upravičen le pri predhodnem zdravstvenem pregledu, vendar ne sme biti nikoli uporabljen kot seleksijsko orodje;

- vključitev etičnega vidika:
  - delavec mora imeti poln dostop do informacij v zdravstvenem kartonu. Z delavčevim dovoljenjem so lahko te informacije posredovane njegovemu lečečemu zdravniku (ali drugim lečečim zdravnikom), vendar nikoli delodajalcu;
  - zdravniki morajo poročati inšpekciji za delo v primeru, da delodajalec ni pripravljen izboljšati delovnih pogojev, ki predstavljajo grožnjo zdravju in varnosti delavca;
  - zdravnik specialist medicine dela mora rezultate znanstvenega dela, ki obravnavajo razmerja med delovnimi pogoji in zdravjem delavcev, predstaviti znanstveni srenji ne glede na dovoljenje delodajalca;
- obstoječa zakonodaja, kjer je zapisano, da je treba z delavcem ravnati spoštljivo in da je prvi kriterij ocene kakovosti zadovoljstvo delavcev, naj se vključi v nov pristop;
- posebno poglavje posvečajo tudi zbiranju relevantnih podatkov o zdravju delavcev.

*Članek je bil preveden in prilagojen za objavo v Glasniku KIMDPŠ z namenom, da se seznamimo s prihajajočimi aktivnostmi na področju zdravja in varnosti pri delu v državah Evropske unije, kjer v ospredje stopa zdravje delavcev pred zdravjem pri delu, ohranjanje delazmožnosti delavca dolgo v starost, vse večja potreba po varovanju podatkov o delavčevem zdravju in posebej poudarjena zahteva, da zdravnik specialist medicine dela NE sodeluje pri selekciji delavcev pri nastopu dela. Preventivni zdravstveni pregled, toliko bolj pa obdobni, ki spreminja svojo vsebino, ne smeta postati sredstvo, na podlagi katerega bi delavec dobil ali izgubil zaposlitev. Ker je trenutno to pomemben del našega dela, je po mojem mnenju treba TAKOJ začeti razpravo o tem, kako se izogniti nalogi, ki je očitno etično sporna in specialistom medicine dela vseskozi vrinjena.*

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

**GASILEC S TRANSTIBIALNO AMPUTACIJO GOLENI – PRIKAZ PRIMERA**

(Budnik DB, Brachman G, Foye P, Stitik T. A Firefighter with a transtibial amputation? Letter to editor. Journal of Occupational and Environmental Medicine 2007; 49(7): 707.)

Štiriintridesetletni moški iz New Jerseyja je v letu 2006 želel postati gasilec. Uspešno je opravil vse predhodne preizkuse, ki so predpisani za delo gasilca, kot npr. vzpenjanje po stopnicah do 12. nadstropja, nošenje 30-kiogramskega tovora po stopnicah v nadstropje in vlečenje gasilske cevi. Od 165 prijavljenih je bil po uspehu na 103. mestu in tako izbran za predhodni zdravstveni pregled.

Ta je pokazal, da ima levo transtibialno amputacijo, ki je nastala kot posledica spinalnega meningitisa in posledične gangrene noge pri petih letih. Po amputaciji je bil krn dolg okoli 12 centimetrov. Uporabljal je permanentno karbon-grafitno protezo. V anamnezi je povedal, da uspešno uporablja protezo že 30 let do 24 ur dnevno brez kakršnihkoli težav in ga ne ovira pri zahtevnih športnih dejavnostih, kot so nogomet, tek, trekking, redni trening za paraolimpijske igre. Njegova proteza je vodooodporna in se lahko prilagodi katerikoli varovalni opremi, tudi škornjem. Klinični pregled je pokazal, da je gibljivost v levem kolenu neokrnjena (ekstenzija od 0 do 120 stopinj fleksije), mišična moč maksimalna (5. stopnja na 5-stopenjski lestvici), senzibilnost krna pa popolnoma ohranjena. Vse ostale preiskave, kot so spirometrija, EKG stres test (12-minutni trening po protokolu Bruce, stopnja 4) so bile v mejah normalnega.

Mnenje specialista medicine dela je bilo, da kandidat ni zdravstveno zmožen za gasilca, ker ne izpolnjuje zahtevev NFPA (National Fire Protection Association – Nacionalno združenje za varstvo pred požari)<sup>1</sup>, ki navaja, da "amputacija nad stopalom" sodi v izločitveni kriterij A, kar pomeni, da kandidat ne izpolnjuje zdravstvenih pogojev za gasilca. Mestna občina ga v službo ni sprejela, zato se je pritožil na State Department of Personnel Merit System Board, ki je zahteval od State Medical Examiners Panela (podobno naši Posebni zdravniški komisiji po pravilniku o PZP), da pripravi priporočilo.

Komisija je skrbno preučila vso dokumentacijo in ugotovila, da ima kandidat podkolensko amputacijo leve

ekstremitete, vendar so z razumno stopnjo profesionalne zdravniške gotovosti enoglasno zaključili, da nima pomembnih funkcijskih omejitev, ki bi ga omejevale pri delu gasilca oz. ki bi povzročale neposredno nevernost zanj ali za druge. Čeprav bi bilo funkcioniranje proteze lahko v določenih okoliščinah dela moteno, je kolegij ocenil, da je to glede na kandidatove izkušnje in dosedanje aktivnosti malo verjetno. Zato je komisija sklenila, da je kandidat zdravstveno zmožen opravljati delo gasilca in se lahko začne usposabljati za to delo. Po definiciji Ameriškega zdravniškega združenja je invalidnost (impairment) definirana kot "izguba, izguba rabe ali funkcionalna motnja katerekakoli dela telesa, organskega sistema ali funkcije organa", medtem ko je nezmožnost (disability) "sprememba zmožnosti osebe, da bi doseglj osebne, socialne ali delovne zahteve zaradi invalidnosti, ki jo ima". Če je nekdo invaliden, to še ne nujno pomeni, da ni zmožen opravljati določena opravila, vključno s tistimi, ki so povezane z delovnim procesom. Tudi informacija, ki jo je komisija dobila s Fakultete za medicino dela in okolje Univerze v Severni Karolini, je pokazala na primere, ko so ljudje z amputiranimi spodnjimi udi uspešno opravljali delo gasilca ali se celo usposabljali in sodelovali v vojaških operacijah kot profesionalni vojaki. Zato je komisija zaključila, da kandidat izpolnjuje zdravstvene pogoje za profesionalnega gasilca.

Na podlagi povedanega je kolegij svetoval, da ljudje z amputiranimi spodnjimi ekstremitetami ne smejo biti a priori izključeni iz procesa ocenjevanja zdravstvene zmožnosti za gasilca, pač pa se mora o njihovi delazmožnosti odločati individualno. Zato je kolegij predlagal NFPA-ju, da amputacijo spodnje ekstremitete uvrsti pod kriterije B (relativne kontraindikacije) namesto pod kriterije A (absolutne kontraindikacije) za delo gasilca.

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

<sup>1</sup> NFPA 1582: Standard on Comprehensive Occupational Medical Program for Fire Departments je na vpogled v knjižnici KIMDPŠ.

## ZLORABA MOČI NA DELOVNEM MESTU

(Rus Makovec M. Zloraba moči na delovnem mestu. V: Zloraba moči in duševne motnja ter poti iz stiske. Ljubljana: Cankarjeva založba;2003:108-17.)

Raziskovanje vpliva zlorabe moči na zdravje zapošlenih se je začelo konec 20. stoletja, verjetno zaradi boljšega zavedanja človekovih pravic, pa tudi zaradi socialno-ekonomskih razlogov, saj grdo ravnanje z ljudmi negativno vpliva na njihovo zmogljivost za delo. Zaposlitev lahko posamezniku pomeni vir preživetja, omogoča mu vključenost in osebni razvoj ter tako zagotavlja občutek neodvisnosti in svobode, lahko pa postane simbol prisile in nesvobode. Določena mera tekmovalnosti in konfliktnosti v delovnem okolju je normalna in pričakovana. Tekmovalno vedenje ni nujno negativno, če ne preraste v vedenje, s katerim želimo namerno škoditi drugemu. Ima lahko prvine konstruktivne in destruktivne agresije. Tudi sodelovanje ni nujno vselej pozitivno, saj lahko v nekem delovnem okolju deluje zaviralno. Hkrati pa če se nekateri ljudje vedejo sodelujoče, ni nujno, da se tako vedejo tudi drugi okoli njih, ki lahko v tem sodelujočem vedenju vidijo nek skrit namen ali šibkost druge strani. Glede na tekmovalnost oz. pripravljenost na sodelovanje ločimo tri type: tekmovalni (želi biti vselej prvi in vselej tekmuje), sodelujoči (prepričan, da lahko osebne cilje doseže le s sodelovanjem) in individualist (želi doseči korist zase ne glede na druge).

Konflikti na delovnem mestu so lahko spodbuda za iskanje novih, boljših rešitev. Rešujemo jih lahko z glasovanjem, kar ni najboljši način, s pogajanjem ali dogovaranjem ter z arbitražo, ko tretja stran razsodi med stranema v konfliktu. Na podlagi izkušenj pri reševanju konfliktov v družini vemo, da morajo za to obstajati določeni pogoji in hkrati ne sme biti nevernosti za kaj usodnega ali nevernega. Kako naj npr. v delovnem okolju konstruktivno rešujemo konflikte, če nam lahko grozi izguba službe?

Agresija je lahko neposredna agresija (telesna in besedna agresija), ki je vidna, v delovnem okolju pa je pogostejša posredna (zamaskirana) agresija, kamor štejemo predvsem socialno manipulacijo, npr. opravljanje, sprožanje govoric itd. Posredna agresija ni nujno zavestna, saj gre lahko za povzemanje

nekaterih vzorcev vedenja in medsebojnih odnosov brez razmisleka, kar pa je mogoče opustiti z osveščanjem.

Posledice zlorabe moči na delovnem mestu so najprej duševne bolečine, občasna ali trajnejša nezmožnost za delo, poslabšanje določenih duševnih motenj. Duševne težave niso nujno duševne motnje, ampak gre pogosto za blažje depresivne znake, znake tesnobnosti, občutek paranoidnosti, razdražljivosti, motenj spanca itd. Med težje posledice zlorabe na delovnem mestu sodijo poststravmatska stresna motnja, akutna stresna reakcija in prilagoditvena motnja. Na splošno se lahko ljudje na takšne obremenitve na delovnem mestu odzovejo s prevladujočim depresivnim stanjem, povečano tesnobnostjo ali prehodnimi znaki somatizacije, tj. izražanjem čustvenih in psiholoških problemov s telesnimi znaki (npr. bolečine in težave v prebavilih, glavoboli, občutki zbadanja v prsih, težave z dihanjem).

Zelo hudemu psihološkemu nasilju strokovnjaki pravijo tudi "mobbing". Le-ta nastaja predvsem v določenih delovnih strukturah in kulturnah, zanj pa je značilno, da ga storilci zanikajo. Takšno nasilno vedenje je težko objektivno dokazati, zato žrtev po določenem času začne veljati za problem.

Mobbing se pogosto začne s konfliktom oz. rivaliteto (stalen, nepretrgan trud, da bi posameznik dosegel več kot drugi), lahko pride tudi do agresivnih epizod, ki se bodisi pomirijo bodisi sprožijo proces psihološke zlorabe. Žrtev ima na začetku tega konflikta še določeno vlogo, nato se upre ali umakne. Če umik ni mogoč, lahko sčasoma pride do nezmožnosti za delo, vsaj občasne.

Številni dejavniki vplivajo na to, da se nekateri ljudje tako agresivno vedejo: lahko gre za narcistične paranoidne osebnosti, ljudi z disocialnimi osebnostnimi potezami ali ljudi, ki na ta način pridobivajo velike koristi zase. Lahko pa gre za takšno organizacijsko kulturo in strukturo, ki te pojave dopušča ali celo spodbuja. Možnost za agresivno vedenje povečuje tudi slabo vodenje, stresno in monotono delo, neetične

aktivnosti organizacije, če vodstvo zanika, da bi se takšne zlorabe dogajale.

Psihološki napadi nas lahko prizadenejo na zavestni ali nezavedni ravni in lahko resno načnejo našo podobo. Pot iz položaja žrtve je mogoča, a je treba najprej vzpostaviti določeno razdaljo do svojega doživljanja v tej vlogi, kar pa ni vselej lahko. Poistovetenje z vlogo žrtve namreč ljudi prevzame z globokimi občutki nemoči, prepustijo se pasivnosti. Če se razvijejo znaki duševnih motenj, je treba poiskati strokovno pomoč. Reševanje razmerij nasilja na delovnem mestu je mogoče na različnih ravneh, usmeritve za ukrepanje na osebni ravni pa so:

- vzeti si je treba čas za prebolevanje ter si v tem času narediti načrt za ukrepanje v prihodnje;
- če kljub povečanemu trudu za dosego boljših rezultatov zlorabe ni konec, je treba prenehati zapravljati pretirano energijo pri delu;
- preučiti je treba možnosti legalnih rešitev, razmisliti npr. o prijavi zlorabe, ali bi bilo pametno oditi ali vztrajati – ob zavestni odločitvi je namreč mogoče tudi vztrajati na obstoječem delovnem mestu, dokler se ne odprejo boljše možnosti;
- pomembno je imeti od službe neodvisne interese;
- prepričati se je treba, da je sprememba smiselna in mogoča;
- negativna čustvena stanja lahko omilimo s telesno dejavnostjo;
- zagotoviti si je treba podpora najbližjih.

**Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov.**

## SPREMEMBE V PREVENTIVNI ZDRAVSTVENI OSKRBI ŠPORTNIKOV

Junija letos sta Ministrstvo za zdravje RS in Olimpijski komite Slovenije (OKS) podpisala dogovor o sodelovanju, s katerim nameravata urediti predvsem preventivno zdravstveno oskrbo športnikov v Sloveniji, ki jo trenutno opredeljuje 43. člen Zakona o športu (Ur. list RS, št. 22/98). Po tem členu so predhodni in obdobjni zdravstveni pregledi, ki jih financira Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), obvezni za vse športnike, ki nastopajo na uradnih tekmovanjih nacionalnih panožnih športnih zvez. Natančnejša navodila za izvajanje pregledov pa so definirana v Navodilih za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Ur. list RS, št. 19/98) (Navodila).

### Pregled trenutnega stanja

Navodila določajo, da se iz obveznega zdravstvenega zavarovanja financira preglede športnikov, ki so razvrščeni v skupine vrhunskih in potencialno vrhunskih športnikov, športnikov panog z večjim tveganjem za poškodbe, perspektivnih športnikov in športnikov, vključenih v programe kakovostnega športa (republiški razred). Teh športnikov je v Sloveniji skupaj okoli 3500. Izvajalci pregledov so specialisti medicine dela, prometa in športa (MDPŠ) z usmeritvijo v medicino športa (licenca A). Obseg pregleda vključuje pregled medicinske dokumentacije z anamnezo in kliničnim statusom, antropometrijo, spirometrijo, inštrumentalni pregled vida, EKG v mirovanju, funkcionalno oceno srčno-pljučnega sistema (spiroergometrijo) in osnovne laboratorijske preiskave krvi in urina. Pregled se lahko razširi še na psihološki pregled, ADG in vestibulogram, Flackov test, perimetrijo in niktometrijo, testiranje razpršene pozornosti in redkih signalov, teste evrofit in stomatološki pregled. Obdobni pregledi se pri navedenih skupinah športnikov opravljajo enkrat letno, vendar jih dejansko opravi le slaba polovica športnikov. Vzrok je v tem, da nekateri športniki o pregledih niso ustrezno obveščeni, drugi pa menijo, da preventivni pregledi niso potrebni. Nadzor nad opa-

vljanjem pregledov, ki je v pristojnosti Inšpektorata za šport, zaenkrat še ni zadosten.

Ker so Navodila in Zakon glede financiranja pregledov neuskrajeni, za preostale športnike, ki nastopajo na uradnih tekmovanjih nacionalnih panožnih športnih zvez, preventivni zdravstveni pregledi niso obvezni. Med njimi so izjeme le športniki, včlanjeni v športne zveze, ki pregled zahtevajo kot pogoj za prisotnost na treningih in tekmovanjih, le-te pa so redke. Ti športniki opravijo preglede enkrat letno samoplačniško ali pa jim jih plačajo klubi ali športne zveze. Obseg pregleda pa je enak kot pri prvih štirih skupinah z izjemo funkcionalne ocene srčno-pljučnega sistema. Tudi vse ostale skupine športnikov, to so rekreativni športniki, športniki invalidi, trenerji in sodniki na športnih tekmovanjih, opravljajo preglede samoplačniško oziroma jim pregled plačajo društva ali organizacije. Preglede naj bi opravljali pri specialistih MDPŠ. Obdobne zdravstvene preglede, katerih obseg je definiran v Navodilih, morajo sodniki opravljati na 12 mesecev, rekreativni športniki na 24 do 36 mesecev, športniki invalidi na 6 do 12 mesecev, trenerji pa na 36 mesecev.

### Predlogi za spremembe

Minister za zdravje je po podpisu dogovora o sodelovanju z OKS imenoval delovno skupino, ki je pripravila predlog potrebnih preiskav pri vseh registriranih športnikih za pridobitev dovoljenja za aktivno ukvarjanje s športom. Skupino so sestavljali predsednica asist. Petra Zupet ter člani prim. Vanja Vuga, Rudi Čajavec, prim. prof. dr. Marjana Bilban, prof. dr. Vinko Pavlovčič, mag. Katja Ažman Juvan in prof. dr. Matej Tušek.

Skupina je predlagala nekoliko drugačno razdelitev športnikov v posamezne skupine, kot je razdelitev v Navodilih, in sicer:

1. kategorizirani športniki po kategorizaciji Olimpijskega komiteja Slovenije – Združenja športnih zvez (OKS-ZŠ);
2. preostali registrirani športniki, ki nastopajo v

uradnih tekmovalnih sistemih nacionalnih panožnih športnih zvez (NPŠZ), registriranih s strani OKS-ZŠZ:

- športniki, vključeni v redni proces šolanja,
- športniki zunaj rednega procesa šolanja;

3. rekreativni športniki;
4. športniki invalidi;
5. trenerji;
6. sodniki na športnih tekmovanjih.

Športniki prve skupine bi po predlogu še naprej enkrat letno opravljali preventivne zdravstvene pregledje pri specialistih medicine dela, prometa in športa, usmerjenih v medicino športa. Tem pregledom bi dodali ultrazvok srca ob prvi kategorizaciji ter ob vstopu v perspektivni, mednarodni in svetovni razred, 24-urno snemanje EKG ali krvnega tlaka (KT), poleg tega pa še razširjene laboratorijske preiskave ob indikaciji in psihološko oceno. Plačnik pregledov bi ostal ZZZS. Športniki šolarji in študenti že opravljajo sistematične preventivne pregledje pri specialistih MDPŠ ali pediatrih vsako drugo leto. Tisti, ki se klasificirajo v prvo skupino (kategorizirani), pregled opravijo, kot je navedeno zgoraj. Športniki iz druge skupine, ki so v rednem procesu šolanja, pa bi kot doslej opravili sistematični preventivni pregled pri specialistu šolske medicine ali pediatru z dodatnim znanjem iz medicine športa (licenca C). Sprememba je v tem, da bi dodali usmerjeno anamnezo o športnih obremenitvah in poškodbah, posebno pozornost bi namenili oceni stanja gibal, srčno-žilnega in respiratornega sistema, uvedli bi dodatni preiskavi EKG v mirovanju in spirometrijo, ob zaključku pregleda pa izdali mnenje o zdravstveni zmožnosti za izbrano športno panogo. Predlog za predlagani dodatni obseg pregleda je bil leta 2004 s soglasjem ZZZS kot plačnika pregledov že poslan na Ministrstvo za zdravje, vendar ga je žal tedanji minister zavrnil. Tudi tokrat je naš predlog, da je plačnik dodatnih storitev v sklopu sistematičnega preventivnega pregleda te skupine športnikov ZZZS. Drugi registrirani športniki, ki niso v rednem procesu šolanja, naj enak obseg pregleda kot šolarji opravijo pri specialistu medicine dela, prometa in športa z dodatnim znanjem iz medicine športa (licenca B) vsako drugo leto. Tudi plačnik teh pregledov naj bi bil ZZZS.



V Centru za šport KIMDPŠ (Foto: Robert Bogataj)

Rekreativnim športnikom priporočamo, da pregled opravijo vsako drugo leto pri specialistu MDPŠ z dodatnim znanjem iz medicine športa (licenca B), pregled pa naj obsega pregled zdravstvene dokumentacije, natančno anamnezo in klinični pregled (vključujuč merjenje srčne frekvence in KT), spirometrijo, EKG v mirovanju ter osnovne laboratorijske preiskave krvi vključno z vsebnostjo serumske glukozе in določitvijo lipidov po 35. letu. Dodatne preiskave, kot so obremenitveno testiranje, ultrazvok srca, 24-urno snemanje EKG ali krvnega tlaka, psihološki pregled, dodatne laboratorijske preiskave ali napotitev v ambulanto medicine športa zdravnik odredi ob indikaciji. Rekreativni športniki pregled plačajo sami. Tudi trenerji in sodniki naj pregled opravijo pri specialistu MDPŠ z licenco B. Pregled naj obsega pregled zdravstvene dokumentacije, natančno anamnezo in klinični pregled (vključujuč merjenje srčne frekvence in KT in preiskavo sluha s šepetom), inštrumentalno oceno vida, EKG v mirovanju, psihološki pregled in osnovne laboratorijske preiskave krvi in urina. Ob

indikaciji se jih napoti še na obremenitveno testiranje, ultrazvok srca, 24-urno snemanje EKG ali KT, psihološki pregled ali dodatne laboratorijske preiskave krvi oziroma v ambulanto medicine športa. Trenerji naj bi opravili pregled vsako drugo leto, medtem ko sodniki enkrat letno. Plačniki pregledov naj bi bila športna društva in sodniške organizacije.

Športniki invalidi naj preglede opravljajo odvisno od kakovostne skupine, v katero se razporedijo. Potrebujejo le dodatno mnenje ustreznega specialista.

Navedeni predlogi temeljijo na podatkih o zdravstvenem stanju športnikov v Sloveniji, evropskih priporočilih za preventivne zdravstvene preglede športnikov in primerih dobre prakse v tujini.

## Literatura

1. Bennell KL, Crossley K. Musculoskeletal injuries in track and field: incidence, distribution and risk factors. *Aust J Sci Med Sport* 1996; 28:69-75.
2. Brčar P, Dodič-Fikfak M, Vuga V. Vsebina in organizacija sistematičnega pregleda šolarja – športnika. *Sanitas et Labor* 2002; 2:25-33.
3. Corrado D, Bassi C, Schiavon M, Thiene G. Screening for hypertrophic cardiomyopathy in young athletes. *N Engl J Med* 1998; 339:364-9.
4. Corrado D, Pelliccia A, Bjornstad HH, Thiene G. Cardiovascular pre-participation screening of young competitive athletes for prevention of sudden death: proposal for a common European protocol. *Eur Heart J* 2005; 26: 516-24.
5. Corrado D, Bassi C, Pavei A, Michieli P, Schiavon M, Thiene G. Trends in sudden cardiovascular death in young competitive athletes after implementation of a preparticipation screening program. *JAMA* 2006; 296:1593-601.
6. Harris KM, Sponsel A, Hutter AM Jr, Maron BJ. Brief Communication: Cardiovascular Screening Practices of Major North American Professional Sports Teams. *Ann Intern Med*. 2006; 145: 507-511.
7. Maron BJ, Araujo CG, Thompson PD, Fletcher GF, de Luna AB, Fleg JL et al. Recommendations for preparticipation screening and the assessment of cardiovascular disease in masters athletes: an advisory for healthcare professionals from the Working Groups of the World Heart Federation, the International Federation of Sports Medicine, and the American Heart Association Committee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention. *Circulation* 2001;103:327-34.
8. Maron BJ, Douglas PS, Graham TP, Nishimura RA, Thompson PD. Task Force 1: Preparticipation screening and diagnosis of cardiovascular disease in athletes, *J. Am. Coll. Cardiol.* 2005; 45:1322-6.
9. Maron BJ, Shirani J, Poliac LC, Mathenge R, Roberts WC, Mueller FO. Sudden death in young competitive athletes: clinical, demographic, and pathological profiles. *JAMA* 1996; 276:199-204.
10. Maron BJ. Sudden death in young athletes. *New Engl J Med* 2003; 349: 1064-75.
11. Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list RS št. 19/98; 1280-2 in 1268.
12. Paterick TE, Paterick TJ, Fletcher GF, Maron, BJ. Medical and legal issues in the cardiovascular evaluation of competitive athletes. *JAMA* 2005; 294:3011-8.
13. Pelliccia A, Di Paolo FM, Corrado D, Buccolieri C, Quattrini FM, Pisicchio C, Spataro A, et al. Evidence for efficacy of the Italian national pre-participation screening programme for identification of hypertrophic cardiomyopathy in competitive athletes. *Eur Heart J* 2006; 27: 2196-200.
14. Van Mechelen W, Twisk J, Molendijk A, Blom B, Snel J, Kemper HC. Subject-related risk factors for sports injuries: a 1-yr prospective study in young adults. *Med Sci Sports* 1996; 28: 1171-9.
15. Zakon o športu. Uradni list RS št. 22/98.
16. Zupet P, Vuga V, Zadnik V, Oblak V. Preventive medical check-ups : the analysis of health hazards to top athletes in Slovenia. V: 4<sup>th</sup> European Sports Medicine Congress, Lemesos: 2005:104.

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

## VLOGA SPECIALISTA MDPŠ V INVALIDSKI KOMISIJI SEDANJEGA ČASA

Vse pogosteje pripombe in pritožbe na delo invalidskih komisij (IK) kot sestavnega dela Zavoda za invalidsko in pokojninsko zavarovanje (ZPIZ) kažejo, da je z organizacijo in delom teh ustanov nekaj hudo narobe.

Finančna in kadrovska umeščenost komisij in njihovih strokovnjakov med uslužbence ZPIZ pogojuje njihovo nesamostojnost in odvisnost od ustanove ter jim zato onemogoča objektivno delo. Plačani strokovnjaki ZPIZ krojijo usodo ljudi, ki so po sili zakona morali skleniti obvezne zavarovalne "pogodbe", ki jih predpiše ZPIZ in jih tudi enostransko iz leta v leto spreminja v škodo zavarovancev (daljša delovna doba, višji prispevki, nižje pokojnine od 85 odstotkov navzdol). Ta trend negativnega spreminjanja predpisov bi morali nujno zaustaviti, saj je pred leti povzročil nenormalno povišanje zahtevkov po predstavitvi IK. Stari zakon je namreč ščitil invalide pred odpustom iz podjetja. Zato so si mnogi delavci v strahu pred odpustom že zeleli z oceno na IK zagotoviti službo in socialno varnost. Novi zakon je ta privilegij invalidom ukinil in sedaj se mnogi invalidi znajdejo na cesti brez dela in socialne varnosti!

Zakonske novitete bi vsekakor morale veljati le za nove zavarovance in nikakor ne za tiste, ki imajo v trenutku sprememb že dvajset in več delovnih let, zaradi starosti in invalidnosti pa v sedanji politiki zaposlovanja nimajo nobene možnosti za zaposlitev. Spreminjanje zakonskih predpisov le v škodo zavarovancev je privedlo do preplaha med delavci in njihovega bega v pokoj za vsako ceno. Ta trend pospešenega upokojevanja se je negativno odrazil na delu IK, ki naj bi ta pritisk zaustavile s svojimi negativnimi odločbami.

Zakonodajalcu in ZPIZ je bil tak prenos odgovornosti omogočen predvsem zato, ker so vodje in člani IK redni ali honorarni delavci ZPIZ in jih na te funkcije imenuje upravni odbor ZPIZ za štiriletno mandatno dobo! Po preteku pogodbe so v komisijo imenovani le, če tako predлага direktor poslovne enote v soglasju s predsednikom IK II. stopnje. Gre za nedoposten finančno-psihološki pritisk na v IK zaposlene delavce

z neposrednim vplivom na socialni status prizadetega (odpust), ki je zato prisiljen spoštovati določila Kodeksa delavcev IK, ki od njih zahteva lojalnost do podjetja, ker sicer sledi odpust. Podobno zahtevo s strani delodajalca (ZPIZ) najdemo tudi v Pravilniku o delu IK, ki v 9. členu navaja pogoje za razrešitev članov IK. V drugi točki zasledimo: "odpust člana IK sledi tudi, če pri svojem delu ne upošteva strokovnih, dogovorjenih merit in kriterijev ocenjevanja". Komentar je odveč, če pogledamo le nekaj odločb, izdanih v zadnjih letih. Pristranska merila so se obrnila izrazito v škodo zavarovancev.

Tretja točka 9. člena Zakon o invalidskem in pokojninskem zavarovanju pa določa: "razrešijo se tisti sodelavci IK, ki pri svojem delu ne upoštevajo etičnih načel stroke". Pri tem je razumljivo, da gre za načela ZPIZ in ne načela zdravstvene stroke, čeprav to ni izrecno potrjeno ali določeno.

Kršitve določil Hipokratove prisege in medicinske deontologije ter nespoštovanje zdravstvenih etičnih načel seveda v tem primeru niso kazniva in na žalost doslej zoper kršitelje nista ukrepala niti Zdravniška zbornica Slovenije niti častno razsodišče Slovenskega zdravniškega društva (SZD). Seveda je vprašljivo, ali so zdravniki – člani IK še člani SZD. Vsekakor se v zadnjem času obnašajo, kot da to niso več. V izvidih in mnenjih IK pogosto zasledimo, kako člani IK pri svojem delu ne upoštevajo mnenj izbranih zdravnikov, lečečih specialistov, pooblaščenih zdravnikov in predstavnikov podjetij z izgovorom, da jim teh mnenj pa nič treba upoštevati. Zakaj jih potem zahtevajo in s temi svojimi zahtevami povzročajo velike stroške Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)? Intuicija in trenutno osebno počutje ocenjevalca pa imata dolgotrajne posledice na življenje ocenjevanega. Menim, da se ravno tega dejstva ocenjevalci pod pritiski delodajalca (ZPIZ) vse premalo zavedajo.

Ocenjevani so enakopravna stranka v postopku, ki uveljavlja svoje pravice, izhajajoče iz pogodbe o invalidsko-pokojninskem zavarovanju. Prav to enakopravnost pa je v sedanjem odnosu med ZPIZ in člani IK nemogoče vzpostaviti.

Sodelovanje lečečega zdravnika, ki pozna življenjsko okolje ocenjevanega z vsemi psihološkimi in socijalnimi pritiski, kot tudi sodelovanje pooblaščenega zdravnika (specialista medicine dela), ki dobro pozna delovno okolje in njegove škodljive vplive na delavca, bi moralo biti za invalidsko komisijo obvezno in čim tesnejše. Komisija naj bi pri svojem odločanju obvezno upoštevala mnenje lečečega zdravnika, podano v predlogu za medicinsko izvedenstvo. Pooblaščeni zdravnik pa naj bi o delovnem mestu in delavcu podal pisno poročilo ali se kot neodvisni predstavnik podjetja udeležil postopka pred IK. Znanje obeh bi vsekakor doprineslo k objektivnejši oceni in mnenju IK. Predlog lečečega zdravnika naj bi v dogovoru s pooblaščenim zdravnikom vseboval tudi opis delovnega mesta, ki ga je zavarovanec še sposoben opravljati (predvidena ocena II. ali III. kategorije). Predlog prerazporeditve naj bi bil podan v dogovoru z zavarovancem, lečečim zdravnikom, pooblaščenim zdravnikom in delodajalcem. Sedanja praksa podajanja omejitev v izvidu in mnenju IK je neživljenska in nerealna, saj jih delodajalec v okviru svojega delovnega procesa pogosto ne more izpolniti, kar vse podaljša invalidski postopek. Dolgotrajnost postopkov, ki v povprečju trajajo leto in več, negativno vpliva tudi na pripravljenost delavca za vrnitev na delo (psihoorganski sindrom), pri tem pa slovensko gospodarstvo izgubi okoli 10.000 delovnih let. To se bistveno odraža tudi v višini bolniškega staleža, ki bi ga ZZZS vsekakor rad znižal, vendar se z ZPIZ ne dogovori za skrajšanje postopkov na IK. Rešitev bi lahko bila, da bi se breme bolniškega staleža za čakanje na odločitev IK preneslo na ZPIZ.

Z etičnega vidika je problematično, da sedanje delo IK pod okriljem ZPIZ predstavljajo tako ocene telesne okvare kot tudi višine preostalih dodatkov iz Zakona o invalidskem in pokojninskem zavarovanju. Z dodatkom za pomoč in postrežbo in dodatki iz 4. člena zakona, ki govorji tudi o enkratni finančni pomoči zavarovancem, bi lahko omogočili predstavitev na IK tudi ljudem brez zdravstvenega zavarovanja, ki pa imajo 20 let in več delovne dobe in so postali nezmožni za vsako pridobitno delo.

Samoupravni sporazum za ocenjevanje telesnih okvar je sicer res že zelo star (30 let) in vsebin-

sko zelo neživljenski, vendar uslužbenci ZPIZ tudi takšnega ne upoštevajo! Primer: 38-letna ženska zболi za levkemijo. Potrebna je presaditev kostnega mozga in kemoterapija. Posledično nastopijo hude postklimakterične težave, ki jo onesposobijo za vsako delo. Primer je predstavljen IK za oceno telesne okvare. Ocenijo jo za 50-odstotnega telesnega invalida, čeprav sporazum pravi: žensko, mlajšo od 45 let, pri kateri je prišlo do klimakterija zaradi operativnega posega odstranitve jajčnikov ali kako drugače, se oceni za 60-odstotnega invalida. Ni razumljivo, zakaj se je to zgodilo! Mar so pritiski delodajalca res tako močni, da prevladajo nad zdravniško etiko, občutkom za poštenje in humanim odnosom do sočloveka? So takšni ocenjevalci sploh še zdravniki?

Med člani invalidskih komisij pogosto zasledimo specialiste MDPŠ, ki bi se morali, pa se na žalost ne, zavedati svoje vodilne vloge v instituciji IK. Vse premalo se zavedajo, da so v tej družbi edini, ki so dejansko usposobljeni za ocenjevanje preostale delazmožnosti. Specialisti drugih specialnosti o ocenjevanju delazmožnosti nimajo potrebnega znanja in je njihova vloga le v oceni napredovanja neke bolezni, v okviru IK pa bi morali delovati le kot svetovalci specialistu medicine dela. Ocena delazmožnosti nikakor ne more vsebovati le ocene stopnje obolelosti ampak tudi oceno vseh obremenitev in škodljivih vplivov delovnega mesta. Violinist, ki je izgubil končno falango mezinca leve roke, za delo violinista ni več sposoben. Težko razumljivo, toda resnično.

Na žalost so tudi specialisti medicine dela uslužbenci ZPIZ, ki jih omejuje pri njihovem delu in jim onemogoča objektiven pristop k ocenjevanju v okviru IK. Za svoje trditve lahko navedem številne primere iz prakse, še posebej grozljivi primeri pa so tisti iz ambulante s posvetovalnico za ljudi brez zdravstvenega zavarovanja, ko komisija v svojem strokovnem mnenju kloštarju, ki nima stanovanja, spi pod mostom ali na klopi v parku svetuje "veliko sprehodov na svežem zraku", brezdomcu, ki že vrsto let strada, pa priporoča "nujno dietno prehrano".

Ponovno naj poudarim, da je v delu in organizaciji IK nekaj hudo narobe, zato predlagam:

1. IK je nujno takoj umakniti izpod okrilja ZPIZ in tako zmanjšati njegov negativni vpliv na delo IK;

2. IK je treba organizirati v okviru neke od ZPIZ neodvisne ustanove (npr. Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, Inštitut RS za rehabilitacijo ali druga neodvisna ustanova, ki ima pogoje za organiziranje neodvisnih IK);
3. vodilni član IK mora biti specialist MDPŠ, katerega mnenje je tudi merodajno za oceno preostale delazmožnosti;
4. delo IK naj postane humano in etično naravnano ob upoštevanju integritete ocenjevanega;
5. ocena IK naj bo plod dogovora med specialistom MDPŠ – članom IK in svetovalci drugih specialnosti,

lečečim zdravnikom, pooblaščenim zdravnikom, delodajalcem in delavcem. Le tako bo ocena učinkovita, delavec pa pripravljen na zaposlitev na ustrezнем delovnem mestu;

6. nujno je treba skrajšati nerazumno dolge postopke na IK, ki v povprečju trajajo eno leto (obveza IK je šest mesecev) in v primeru pritožbe na IK II. stopnje še dodatno leto. Z novouvedenimi "revizijskimi" postopki se je čas obravnave podaljšal še za šest mesecev.

**Aleksander Doplihar, dr. med., spec. MDPŠ**

## »ALI SPECIALISTE MDPŠ SPLOH POTREBUJEMO?«

Spoštovani,

v sredo, 26. 9. 2007, sva se udeležili seminarja na temo Zdravje in varnost pri delu, ki ga je organiziralo podjetje Odin. Predavala sta mag. Borut Brezovar, univ. dipl. prav., glavni inšpektor RS za delo, in mag. Mladen Markota, dr. med., inšpektor – višji svetnik in vodja Službe nadzora zdravja pri delu na Inšpektoratu RS za delo.

Program je obsegal dva sklopa:

### I. Zagotavljanje celovitosti sistema varnega in zdravega dela ter odgovornosti delodajalca in delavca

- Obvezna dokumentacija delodajalca v zvezi z varnostjo in zdravjem pri delu
- Elementi celovitega zagotavljanja sistema varnega in zdravega dela
- Usposabljanje zaposlenih za varno in zdravo delo
- Disciplinska odgovornost zaradi neupoštevanja zahtev varnega in zdravega dela
- Odgovornost delodajalca in delavcev za prekrške na področju varnosti in zdravja pri delu in ukrepi inšpektorjev po novem
- Kazenska odgovornost delodajalca ali delavca ob morebitnih nesrečah pri delu

Strokovni izvajalec: **mag. Borut Brezovar**

### II. Preventivni pregledi kot ukrep in izhodišče za izboljševanje varovanja zdravja delavcev

- Preventivni pregledi pri nas in v svetu
- Obseg in roki preventivnih zdravstvenih pregledov delavcev
- Zdravstvenovzgojno delo s posameznikom
- Preventivni zdravstveni pregledi kot podlaga za izboljševanje zdravja delavcev

Strokovni izvajalec: **mag. Mladen Markota**

**Prvi del** je potekal v skladu z najinim pričakovanjem: veliko razlage tako Zakona o delovnih razmerjih kot tudi Zakona o varnosti in zdravju pri delu.

**Drugi del** je mag. Mladen Markota začel s provokativnim uvodom, če zdravnike specialiste medicine dela sploh potrebujemo? Med udeleženci, med katerimi sva bili edini zdravnici, vsi preostali

pa so bili najverjetneje delodajalci in varnostni inženirji, je kar završalo. Predavanje je nato potekalo kot ničenje dela specialistov medicine dela ter kot dokazovanje nepotrebnosti predhodnih in obdobnih preventivnih pregledov ter ocene tveganja in še posebej zdravstvene ocene tveganja. Delodajalci naj bi bili po mnenju predavatelja tisti, ki določijo obseg, vsebino in rok pregledov, kljub temu pa je potrebna pogodba med delodajalcem in zdravnikom medicine dela, saj mora imeti vsak delodajalec izbranega zdravnika medicine dela, katerega delo pa ni nikjer zakonsko določeno. Prav tako specialisti MDPŠ ne izpolnjujejo osnovnih kriterijev, da bi lahko delodajalcu dali povratno informacijo o pregledanih delavcih in opravili oceno delazmožnosti oz. predlagali ukrepe za izboljšanje, je menil predavatelj.

Hkrati je izpostavil dejstvo, da se specialisti MDPŠ niso odzvali na zakonsko spremembo rokov obdobnih pregledov za poklicne voznike (na 5 let). Poleg tega je "na primerih" pojasnjeval, kako specialisti medicine dela "spreglejajo" določene okvare (izpostavljen je bil sluh) in zanemarjajo problem alkohola in drog. Tu sva s kolegico odločno in glasno nasprotovali predavateljevim trditvam (kljub njegovi poprejšnji ignoranci, saj sva se že pred tem oglašali in pojasnjevali "zgrešene" trditve) in pojasnila, v kakšnem obsegu lahko v zdravstvenem domu naredimo takšno preiskavo, kdaj jo lahko naredimo (politika podjetja – imeti jo mora v svojih aktih), kateri laboratorij je za te preiskave pooblaščen in koliko stane takšna preiskava.

Predavatelj je prikazoval tudi kopije zdravniških spričeval in se nad njimi zgražal: predvsem so ga motile zapisane omejitve dela. Tu sva se ponovno oglasili in kljub njegovem preziranju, saj je nadaljeval z razlago, pojasnili, da so to ponavadi prepisi mnenj invalidskih komisij, ki so nad mnenjem specialista MDPŠ in se jih morajo podjetja zakonsko držati.

Predavatelj je večkrat je poudaril, da smo specialisti MDPŠ v bistvu "zaposleni" pri delodajalcu, saj dobivamo od njih denar in moramo zato delati tako, kot oni želijo. Udeležence seminarja je tudi vprašal, kolikokratje

bil pri njih specialist MDPŠ, in brez čakanja na odgovor kar sam odgovoril, da nikoli oz. le ob podpisu pogodbe ali priprave ocene tveganja. Tu sva spet protestirali in pripomnili, da brez dovoljenja delodajalca v podjetje nimamo vstopa: pridemo pa takrat, ko nas pokličejo oz. povabijo. Specialisti MDPŠ v večini radi vidimo, da to sodelovanje ne poteka samo na papirju ampak tudi na osebni ravni. Sami imava namreč kar nekaj podjetij, s katerimi odlično sodelujeva, večkrat se slišimo po telefonu in se dogovorimo za obiske, oglede delovnih mest, posvetovanja z varnostnimi inženirji glede ureditve delovnih mest, iskanje primernih delovnih mest za delavce po oceni invalidske komisije... Tu se je oglasilo tudi nekaj delodajalcev in povedalo, da se strinjajo z najinimi pripombami, saj imajo tudi sami dobre izkušnje s specialisti medicine dela.

Udeleženci so tudi izrazili svoje razočaranje nad predavanjem, saj ni bilo takšno, kakršno so pričakovali. Menili so, da bi se moral predavatelj držati programa. Najbolj jih je begalo, da je predavatelj kot predstavnik Inšpektorata za delo zanikal marsikaj, kar sicer inšpektorji ob inšpekcijskem pregledu oz. nadzoru zahtevajo od delodajalca.

Delodajalce je zanimalo, če imajo lahko pooblaščenega zdravnika medicine dela kjerkoli (npr.: v Italiji, Avstriji ali celo Grčiji). Glede na dejstvo, da smo v EU lahko, vendar v Italiji in Grčiji ne poznajo tega profila, v Avstriji pa je verjetno predrag za naše razmere, je odgovoril predavatelj. Sledilo je vprašanje, če zdravniško spričevalo, izdano v tujini, velja tudi pri nas

(npr. za letalsko osebje). To vprašanje je predavatelj preslišal, zato sva midve pojasnili, da gre v tem primeru za poseben profil poklica, ki sodi hkrati tudi pod Ministrstvo za promet in da pregledi zaposlenih v tej dejavnosti opravlja zdravniki s posebnimi pooblastili, ki so omenjeni na spletni strani.

Predavanje se je zaključilo z nekakšnim priporočilom, naj delodajalci premislijo, kakšnega specialista medicine dela imajo, in z napovedjo, da naj bi se v prihodnosti po vzoru iz tujine ustanovile zavarovalnice, ki bi prekinile neposredno povezanost med delodajalci in zdravniki specialisti MDPŠ.

Za konec sva še vprašali, zakaj specialisti MDPŠ brez licence Rdečega križa ne smemo usposabljati delavcev za prvo pomoč, čeprav je to omenjeno v Zakonu o varnosti in zdravju pri delu ter posledično v pogodbi z delodajalcem. Predavatelj nama je odgovoril, da je Pravilnik o prvi pomoči na delovnih mestih dal dvakrat v oceno znanemu specialistu medicine dela, ki mu ga je obakrat vrnil brez pripomb, vsaj kar se tiče izvajalca prve pomoči!

Seminar je bil namenjen širokemu krogu poslušalcev in se bo v kratkem ponovil, zato pozivava Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa ter kolege k ustreznemu ukrepanju.

Lepo pozdravljeni

**Sabina Dietner, dr. med., spec. MDPŠ**  
**Vladimira Janežič, dr. med., spec. MDPŠ**

## PROJEKT KRITERIJI ZA OCENJEVANJE ZDRAVSTVENE ZMOŽNOSTI ZA VOJAŠKO SLUŽBO

Na inštitutu je od 1. 6. 2006 do 20. 10. 2007 v skladu s pogodbo z Ministrstvom za obrambo in v okviru Ciljnega raziskovalnega programa "Znanje za varnost in mir 2006–2010" potekal interdisciplinarni raziskovalno-razvojni projekt "Kriteriji za ocenjevanje zdravstvene zmožnosti za vojaško službo".

Vodja projekta je bila asist. dr. Metoda Dodič Fikfak, dr. med., spec. MDPŠ, sodelovali pa so raziskovalci ter strokovni in tehnični sodelavci inštituta ter sodelavci Ministrstva za obrambo. Po vsebinski plati je projekt s strani Ministrstva za obrambo spremljala Irena Jurca, dr. med., spec. MDPŠ.

Prispevek opredeljuje kriterije za ocenjevanje zdravstvene zmožnosti za vojaško službo kopenskih sil (pehota in motorizirane enote) Slovenske vojske (SV), in sicer za enote in delovna okolja, za katera so zdravstveni in tehnični strokovnjaki Zavoda za varstvo pri delu, d. d., Ljubljana ob sodelovanju strokovnjakov SV v letih 2002/03 že izdelali izjave o varnosti z oceno tveganja (zdravstveni in tehnični del). Opravljene ocene tveganja ne opredeljujejo kriterijev za oceno zdravstvene zmožnosti za vojaško službo, zato so bile v okviru projekta dopolnjene. Integracija in poenotenje podatkov sta temeljila na obrazcu "Izjava o varnosti z oceno tveganja in ukrepi za zagotovitev varnosti in zdravja pri delu 2001/07", ki smo ga pripravili na inštitutu.

Kriteriji za ocenjevanje zdravstvene zmožnosti za vojaško službo obsegajo tako kriterije zdravstvene

ogroženosti delovnega mesta (okolja) v vojaški službi kot tudi kriterije odzivnosti pripadnikov SV, in sicer tveganja (verjetnost in resnost) za nastanek poklicnih zdravstvenih okvar, začasne, trajne, absolutne in relativne zdravstvene kontraindikacije za vojaško službo po Mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB) glede na vrsto preventivnega zdravstvenega pregleda in oceno zdravstvenih zahtev poklicnega pripadnika SV ter glede na mirnodobno in bojno dejstvovanje (v Sloveniji, tujini, na vojaških misijah, glede na spol, starost). Opredeljeni so tudi vrsta, obseg, vsebina in roki preventivnih zdravstvenih pregledov pripadnikov SV glede na delovno okolje, rod in enoto.

Delovna mesta (okolja) v SV, zajeta v raziskavo, so zdravju škodljiva, zato so potrebni ustrezni ukrepi na področju tehničnega in zdravstvenega varstva. Predlagana je tudi merska analiza in zdravstvena ocena tipičnih najbolj ogroženih delovnih mest (okolij) zaradi objektivizacije zdravstvene ogroženosti le-teh, kar je podlaga za sanacijo (humanizacija, ergonomski ureditve) delovnih okolij SV za večjo varnost in boljše zdravje pri delu.

Podani so predlogi nadaljnjih raziskav v SV na področju izdelave kriterijev za oceno zdravstvene zmožnosti za vojaško službo.

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

## POLNOPRAVNO ČLANSTVO V MEDNARODNI AKADEMIJI ZA LETALSKO MEDICINO

Natašo Vukovič Dojčinovski, dr. med., spec. MDPŠ, je letos spomladi Mednarodna akademija za letalsko medicino (International Association of Aviation and Space Medicine) sprejela med svoje polnopravne člane in jo tako nagradila za dolgoletno predano delo na področju letalske medicine. Dr. Vukovič Dojčinkovski je zaposlena v dispanzerju medicine dela, prometa in športa v Zdravstvenem domu Piran, ki ima licenco za opravljanje pregledov udeležencev v letalskem prometu.

Klasičnega izobraževalnega programa ali specializacije za letalsko medicino v Sloveniji ni, prav tako pa ga ni bilo v nekdanji Jugoslaviji, zato je morala Nataša Vukovič Dojčinovski na samostojno pot za znanjem na tem področju. Po specializaciji iz MDPŠ v Ljubljani se je dodatno izobraževala na različnih seminarjih in tečajih, tako na primer leta 1989 na vojaški akademiji v

Beogradu, nekaj let pozneje v letalski družbi Lufthansa v Frankfurtu. Tečaj iz letalske medicine je obiskovala tudi na Medicinski fakulteti v Ljubljani, hkrati pa se je udeleževala mednarodnih kongresov in drugih strokovnih srečanj s tega področja doma in v tujini. O letalski medicini redno predava pilotom, v ta namen je napisala tudi priročnik Letalska medicina za pilote. Je članica strokovne skupine za preiskovanje letalskih nesreč. Kot eni prvih strokovnjakinj za letalsko medicino pri nas ji je žal, da se to področje ni razvilo v takšni meri, kot bi se lahko, in da so nas v tem razvoju prehitele številne vzhodnoevropske države, ki so imele veliko slabše izhodišče. Kljub temu se bo sama še naprej trudila za lastno izpopolnjevanje na tem področju in s tem prispevala svoj delež tudi k napredku stroke.

Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov.

## ŠTUDIJI S PODROČJA MOLEKULARNE EPIDEMIOLOGIJE

Na KIMDPŠ potekata dva velika raziskovalna projekta s področja molekularne epidemiologije, v katerih proučujemo bolezni, povezane z izpostavljenostjo azbestu. Namen prve raziskave je v gnezdeno študijo primer-kontrola ugotoviti, ali polimorfizmi metabolnih genov mangan-superoksid dismutaze (MnSOD), ekstracelularne-superoksid dismutaze (ECSOD), katalaze, glutation-S-transferaz M1, T1, P1 (GSTM1, GSTT1, GSTP1) in inducibilne sintaze dušikovega oksida (iNOS) predstavljajo tveganje za nastanek azbestoze pri delavcih, izpostavljenih azbestu. Prvi rezultati raziskave so zelo zanimivi in predstavljeni v dveh člankih, od katerih je eden že objavljen v ameriški reviji *Journal of Occupational and Environmental Medicine* (Franko A, Dodic-Fikfak M, Arneric N, Dolzan V. Glutathione S- transferases GSTM1 and GSTT1 polymorphisms and asbestosis. *J Occup Environ Med.* 2007;49:667-671), drugi pa je v tisku iste revije.

V naši drugi raziskavi poleg genetskih dejavnikov proučujemo zanesljivost novega presejalnega testa za zgodnje odkrivanje mezotelioma. Maligni mezoteliom je

zelo agresiven, neozdravljiv tumor seroznih votlin, ki ga povzroča predvsem izpostavljenost azbestu. Ker število primerov malignega mezotelioma v Sloveniji narašča, bolezen pa se s klasičnimi diagnostičnimi metodami navadno ugotovi šele v zelo napredovani fazи, ko zdravljenje ni več učinkovito, se danes išče nove načine zgodnejšega odkrivanja te bolezni. Namen naše raziskave je zato ugotoviti, ali je določanje topnega mezo-telinu sorodnega proteina (soluble mesothelin related protein-SMR) v serumu dovolj specifična in senzitivna presejalna metoda za zgodnje odkrivanje mezotelioma in v kateri fazi bolezni ta kazalec postane pozitiven. V primeru visoke specifičnosti in senzitivnosti metode določanja SMR v serumu bomo predlagali, da se metodo uvede kot presejalni test v redni program zgodnjega odkrivanja mezotelioma pri ljudeh, ki so bili izpostavljeni azbestu, kar bi omogočilo učinkovitejše zdravljenje in boljšo prognozo te bolezni.

Asist. mag. Alenka Franko, dr. med., spec. MDPŠ

## IZOBRAŽEVANJE SVETOVALCEV ZA PROMOCIJO ZDRAVJA PRI DELU

V času od 27. septembra do 19. oktobra je bilo na inštitutu izobraževanje svetovalcev za promocijo zdravja pri delu v okviru programa Čili za delo, ki smo ga pripravili v sodelovanju z Zavodom za zdravstveno varstvo Nova Gorica ter ob finančni pomoči Ministrstva za zdravje RS in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Izobraževanja se je udeležilo 25 ljudi iz vse Slovenije. Večina izmed njih je zaposlena v službah za varnost in zdravje pri delu, v kadrovskih ali socialnih službah podjetij in drugih organizacij iz različnih gospodarskih panog. Skupina je bila zelo interdisciplinarna, saj smo v njej našeli 19 različnih poklicev, največ udeležencev je bilo diplomiranih varnostnih inženirjev, nekaj je bilo tudi delovnih terapeutov, diplomiranih socialnih delavcev in diplomiranih sanitarnih inženirjev. Prvo izobraževanje svetovalcev za promocijo zdravja pri delu je bilo poskusno izpeljano v okviru projekta Phare, Izobraževanje za zdravo delo in življenje v Murski Soboti lani spomladi, vendar so ga obiskovali le udeleženci iz prekmurske regije. Tokrat so dobili priložnost tudi vsi zainteresirani za promocijo zdravja pri delu iz preostalih delov Slovenije. Glede na zanimalje za letošnje izobraževanje pa bo verjetno tudi v prihodnjem letu dovolj prijav.



Bodoči svetovalci za promocijo zdravja pri delu  
(Foto: Niko Arnerič)

V okviru modulov Ergonomski ukrepi na delovnem mestu in Preprečevanje tveganja zaradi kemijskih onesnaževalcev smo organizirali tudi ogled delovnih mest v podjetju Lek. Tako predavanja kot praktično delo so udeleženci sproti ocenjevali na posebnih vprašalnikih, katerih analize bodo v pomoč nosilcem posameznih modulov in predavateljem pri vsebinskem dopolnjevanju in izvedbenih izboljšavah posameznih predavanj in delavnic.

Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov.

## ESPAD 2007 – EVROPSKA RAZISKAVA O ALKOHOLU IN PREOSTALIH DROGAH MED ŠOLSKO MLADINO

Spomladi 2007 je v več kot 30 evropskih državah in tudi v Sloveniji že četrtič potekala Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino – ESPAD.

### Zgodovina raziskave

V 80. letih je podskupina raziskovalcev s področja epidemiologije drog v okviru skupine Pompidou (debuje pod okriljem Sveta Evrope) razvila standardiziran vprašalnik za šolsko mladino, ki naj bi na podlagi

zbranih podatkov omogočal primerjave razširjenosti uporabe drog v različnih državah. Pilotsko raziskavo so izvedli leta 1986/87. Žal so bile razlike v velikosti vzorcev, starosti ciljnih skupin in terminih izvedbe raziskav tako velike, da neposredne primerjave zbranih podatkov niso bile smiselne. Podobno stanje metodološke neusklajenosti raziskav o razširjenosti uporabe drog med šolsko mladino je bilo zaslediti tudi na začetku 90. let.

Na Švedskem izvajajo letne ankete o uporabi drog med šolsko mladino (starost 15-16 let) že od leta 1971. B. Andersson in B. Hibell s Švedskega sveta za

informacije o alkoholu in preostalih drogah (CAN) sta v začetku 90. let spodbudila sodelovanje na projektu ESPAD tako, da sta poiskala stike z raziskovalci problematike uporabe drog med mladino, jih povabila k sodelovanju ter zagotovila podporo skupine Pompidou, ki je omogočila njihovo prvo srečanje leta 1994. Ker mora biti raziskava metodološko usklajena med vsemi sodelujočimi državami, se raziskovalci pol leta pred izvedbo ankete srečajo na t. i. regijskih seminarih, na katerih natančno pregledajo terminske in vsebinske načrte za izvedbo raziskave v posameznih državah in se o njih pogovorijo. Posebna pozornost velja vzorčenju in postopku zbiranja podatkov.



Srečanje raziskovalcev ESPAD na Dunaju septembra 2004...



... in na letosnjem srečanju v italijanski Pisi

## Namen raziskave

Namen raziskave je zbrati primerljive podatke o uporabi drog (alkohol, tobak, prepovedane droge) med 15- do 16-letniki v čim več evropskih državah. Najpomembnejši dolgoročni cilj je spremeljanje tren-

dov v uporabi drog med šolsko mladino v Evropi in primerjava trendov med državami in med različnimi skupinami znotraj držav.

V Sloveniji smo si za leto 2007 zastavili naslednje cilje:

- zbrati podatke o uporabi alkoholnih pijač, tobaka in drugih drog med slovenskimi dijaki/dijakinjami, rojenimi leta 1991. Raziskava je potekala tudi v vseh devetih zdravstvenih regijah (Kranj, Maribor, Nova Gorica, Celje, Koper, Ljubljana, Novo mesto, Ravne na Koroškem in Murska Sobota);
- prispevati nacionalne podatke k evropski raziskavi;
- preučiti gibanja pri uporabi alkoholnih pijač, tobaka in preostalih drog med dijaki, rojenimi v letih 1979, 1983, 1987 in 1991 v Sloveniji;
- primerjati podatke o uporabi drog v Sloveniji z gibanji v Evropi in sosednjih državah.

## Raziskovana skupina

ESPAD raziskuje uporabo drog med tistimi dijakinjami/dijaki, ki v letu, ko poteka raziskava, dopolnijo 16 let. To pomeni, da smo leta 2007 ugotavljali razširjenost uporabe drog med tistimi, ki so bili rojeni leta 1991, leta 2003 med rojenimi leta 1987, leta 1999 smo anketirali rojstni letnik 1983 in leta 1995 letnik 1979.

V praksi to pomeni, da v šolskem sistemu iščemo tiste razrede, kjer je vpisanih največ dijakinj/dijakov tega rojstnega letnika. V Sloveniji so to prvi letniki srednjih šol.

## Vzorec

Raziskava poteka na nacionalnem reprezentativnem vzorcu dijakinj/dijakov. Vzorči se lahko na različne načine, priporočena velikost vzorca pa je vsaj 2.800 dijakinj/dijakov. V Sloveniji smo za ESPAD 2007 izdelali stratificiran slučajni vzorec dijakinj/dijakov, ki je reprezentativen za vse štiri vrste srednješolskih programov za mladino, ki potekajo pri nas. V vzorec je bilo zajetih 173 razredov vseh vrst programov iz 122 srednjih šol, kar pomeni 4.586 dijakinj/dijakov (19 odstotkov vpisanih v 1. letnik).

## Vprašalnik

Uporabili smo standardizirani vprašalnik ESPAD, ki smo ga priredili za uporabo v Sloveniji po utečenem postopku. Vprašalnik ESPAD 2007, ki ga ščitijo avtorske pravice raziskovalne skupine, se je v določeni meri razlikoval od preteklih vprašalnikov, vendar pa še vedno omogoča primerjave glavnih spremenljivk.

V vprašalniku so poleg splošnih vprašanj nanizana vprašanja o uporabi tobaka, alkohola, alkopop pijač in prepovedanih drog.

## Vnos in obdelava podatkov

Vse prispele vprašalnike smo v skladu z mednarodnimi navodili kodirali in pregledali. Skupina študentov jih je vnesla v bazo s pomočjo programa Excel. Bazo smo nato pretvorili v datoteko SPSS in jo do roka (15. junij 2007) poslali v mednarodni center na Islandiji, kjer bo po čiščenju datotek potekala obdelava za mednarodno poročilo. Prečiščeno datoteko s slovenskimi podatki smo prejeli na sredi septembra, ko smo se lotili pisanja slovenskega poročila.

## Terensko delo

Anketiranje navadno poteka v spomladanskem času v obdobju, ko mesec dni pred izvedbo ni bilo niti praznikov niti počitnic. Leta 2007 smo težko našli spomladanski teden, ki bi zadostil obema pogojem. To je bil teden od 2. do 6. aprila.

Anketiranje so za nas opravili šolski svetovalni delavci (prisotnost učiteljev med anketiranjem ni potrebna).

Anketiranje poteka med poukom v razmerah, ki so podobne tistim med pisnim preverjanjem znanja.

Anketarji na kratko razložijo namen raziskave in potek. Anketiranci so popolnoma anonimni. V anketi tudi ne navajajo nobenih osebnih podatkov: najbolj osebni podatek je leto in mesec rojstva ter spol. Vsak sodelujoči prejme skupaj z vprašalnikom tudi kuverta, v katero ga po zaključenem odgovarjanju vstavi, kuverta zalepi in jo odda.

Šolski svetovalni delavci so po zaključku anketiranja zbrane ovojnice z vprašalniki vložili v škatlo in jih skupaj z razrednim poročilom odposlali na KIMDPŠ. Večina šolskih svetovalnih delavcev je pred izvedbo raziskave pridobila pisno soglasje staršev, da dovolijo sodelovanje otrok v raziskavi.

## Metodološko poročilo

Med naše obveznosti sodi tudi pisanje metodološkega poročila, ki smo ga morali oddati skupaj z bazo podatkov, saj natančen opis opravljenih raziskovalnih faz omogoča boljši vpogled in razumevanje ter bolj kakovosten interpretacijo rezultatov. Tudi metodološko poročilo mora biti pripravljeno v skladu z mednarodnimi zahtevami.

## Literatura

1. Hibell B, Andersson B. The ESPAD Project. Purpose, target population, data collection, economy and governance. Pridobljeno 1. 8. 2007 s spletnne strani <http://www.espad.org>.
2. Stergar E, Pucelj V, Scagnetti N. ESPAD. Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogh med šolsko mladino, Slovenija 2003. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS in Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, Klinični center Ljubljana: november 2005.
3. Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Ahlstrom S, Balakireva O, Kokkevi A, Morgan M, Stergar E. The ESPAD report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN. Council of Europe, 2004; 456.

**Mag. Eva Stergar, univ. dipl. psih.**

## RAZISKAVA O ORGANIZIRANOSTI IN KAKOVOSTI SKRBI ZA ZDRAVJE IN VARNOST DELAVCEV

Na KIMDPŠ izvajamo raziskavo o organiziranosti in kakovosti skrbi za zdravje in varnost delavcev v slovenskih podjetjih, ustanovah in drugih organizacijah, ki jo je naročilo Ministrstvo za zdravje. V začetku poletja smo na več kot 5000 naslovov po pošti poslali vprašalnike za delodajalce, delavske zaupnike oz. svete delavcev za varnost in zdravje pri delu, strokovne delavce ter pooblašcene zdravnike. Ker gre za poštno anketiranje, se izpolnjeni vprašalniki le počasi vračajo, zato podjetja, ustanove in organizacije ponovno pozivamo k sodelovanju.

Na podlagi anketiranja vseh odgovornih za zdravje in varnost zaposlenih bomo analizirali organiziranost tega področja ter ocenili kakovost dela in učinkovitost sodelovanja med vpletениmi stranmi. Rezultati raziskave, katere nosilka je predstojnica dr. Metoda Dodič Fikfak, dr. med., spec. MDPŠ, nam bodo v

pomoč pri oblikovanju predlogov za učinkovitejše delo na tem področju, s katerimi bi prispevali k boljšemu zdravju in večji varnosti aktivne populacije v Sloveniji. Želimo namreč, da bi ukrepi, ki jih bomo predlagali Ministrstvu za zdravje v razpravo in potrditev, odražali dejanske potrebe in želje vseh sodelujočih v procesu varovanja zdravja in zagotavljanja varnosti pri delu – delodajalcev, svetov delavcev oz. delavskih zaupnikov za varnost in zdravje pri delu, strokovnih delavcev za varnost in zdravje pri delu ter pooblaščenih zdravnikov specialistov medicine dela, prometa in športa.

Anketiranje in vnos podatkov se bo zaključilo še v tem letu, v začetku prihodnjega pa bosta potekali obdelava in analiza podatkov.

Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov.

## DOBRA PRAKSA NA PODROČJU VARNOSTI IN ZDRAVJA PRI DELU 2007

Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve je v okviru kampanje ob Evropskem tednu varnosti in zdravja pri delu, ki je letos potekala pod sloganom Naredite si breme laže, že petič zapored organiziralo nacionalno tekmovanje za priznanje Dobra praksa na področju varnosti in zdravja pri delu. Na tekmovanje se je prijavilo pet podjetij s skupaj šestimi projektmi, komisija, v kateri je sodelovala tudi mag. Eva Stergar z našega inštituta, pa se je odločila za dve enakovredni nagradi, ki sta ju prejela podjetje Savatech iz Kranja in Splošna bolnišnica Murska Sobota. Priznanji je nagrajencema podelila ministrica za delo, družino in socialne zadeve Marjeta Cotman na slovesnosti ob začetku Evropskega tedna varnosti in zdravja pri delu, ki je bila 22. oktobra v hotelu Lev.

V utemeljitvi priznanj je zapisano, da sta oba dobitnika dala izjemnen in inovativen prispevek k celostnemu



Strokovni direktor Splošne bolnišnice Murska Sobota Daniel Grabar (četrти z leve), ki je nagrajeni projekt tudi predstavil, se je postavil med ministrico za delo, družino in socialne zadeve Marjeto Cotman in generalno direktorico Direktorata za delovna razmerja in pravice iz dela Romano Tomc (Foto: Aleksandra Klinar Blaznik, MDDSZ)

reševanju problematike bolezni mišičnoskeletnega sistema, vključno z njihovim preprečevanjem ter rehabilitacijo in ponovnim vključevanjem delavcev, ki trpijo zaradi teh bolezni, v delovni proces.

V družbi Savatech d. o. o. so se zmanjševanja tveganja za nastanek bolezni mišičnoskeletnega sistema lotili na celovit in sistemski način. V okviru aktivnosti za zmanjšanje števila in resnosti teh bolezni so se osredotočili na reševanje ergonomiske problematike na delovnih mestih tako, da so ustanovili interdisciplinarni tim za ergonomsko analizo delovnih mest. Na podlagi predlogov tima so bile izvedene številne uspešne tehnične izboljšave z namenom odprave oziroma zmanjšanja bolezni mišičnoskeletnega sistema. Poleg tega v podjetju izvajajo redne akcije usposabljanja in ozaveščanja delavcev, in sicer z izdajanjem priročnikov in internih časopisov, namenjenih krepitvi zdravja in zdravi prehrani, posebno pozornost pa namenjajo telesnim vajam za zmanjšanje tveganja za bolezni mišičnoskeletnega sistema. Družba Savatech d. o. o. si v skladu s svojim motom "Zdrav, zadovoljen in motiviran sodelavec" prizadeva za stalno izboljševanje delovnih razmer.

V Splošni bolnišnici Murska Sobota so v letu 2006 prisotnili k praktičnemu izvajanju projekta "Čili za delo",

ki ga na nacionalni ravni vodi naš inštitut. V bolnišnici so izvedli podrobno analizo zdravja svojih delavcev, ki je pokazala, da so bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva najpogosteji razlog odsotnosti z dela. Ugotovili so tudi, da narašča število bolnikov, ki potrebujejo posebno skrb, kar vodi k še večjim obremenitvam, povezanim z ročnim premeščanjem bremen. Na podlagi rezultatov analize so izvedli številne aktivnosti promocije zdravja: usposabljanje delavcev o pravilnem ročnem premeščanju bremen, seminarje o krepitvi zdravja (nordijska hoja, zdrava prehrana), športne dogodke (tek, smučanje, kole sarjenje, planinarjenje) in delavnice o preprečevanju poškodb pri delu. Rezultati projekta, pri izvajanjupaterega delodajalec aktivno sodeluje z delavci, se kažejo v zmanjšanju odsotnosti z dela zaradi bolezni mišičnoskeletnega sistema, ki predstavljajo enega izmed glavnih vzrokov za odsotnost z dela v dejavnosti zdravstvene nege. Splošna bolnišnica Murska Sobota je prvi primer implementacije programa promocije zdravja Čili za delo in upamo, da ji bodo kmalu sledile še druge organizacije po vsej Sloveniji.

**Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov.**

## PREMAKNIMO EVROPO Z VLAGANJEM V ZDRAVJE DELAVEV

V Sloveniji letno izgubimo več kot 10 milijonov delovnih dni zaradi bolniških odsotnosti, katerih stroški znašajo kar okoli 400 milijonov evrov. Glavni vzroki za bolniško odsotnost z dela v Sloveniji so poškodbe, bolezni mišičnoskeletnega sistema in duševne motnje, tisti problemi torej, ki se jih da obvladovati s primernimi ukrepi promocije zdravja, z vlaganjem v znanje in veščine o zdravem delovnem in živiljenjskem slogu in s spremembami v korist zdravja. Zato se je KIMDPŠ junija letos pridružil večletnemu evropskemu projektu Premikamo Evropo, katerega cilj je okrepliti pomen promocije zdravja pri delu po vsej Evropi in širiti pristope za izboljšave na tem področju.

Premikamo Evropo je pobuda Evropske mreže za promocijo zdravja pri delu (European Network for Workplace Health Promotion – ENWHP), ki jo podpira Evropska komisija in bo trajala do sredine leta 2009. KIMDPŠ koordinira projekt v Sloveniji. Podjetja in druge organizacije, ki želijo sodelovati v kampanji, morajo odgovoriti na vprašalnik za samoocenjevanje, ki vsebuje vprašanja z naslednjih področij: prehrana, aktivno živiljenje, obvladovanje stresa in nekajenje. Vprašalnik je dostopen na spletni strani [www.cilizadelo.si](http://www.cilizadelo.si). Tista podjetja in organizacije, ki bodo s svojim sistemom upravljanja z zdravjem zaposlenih najbolj prepričala, si bodo pridobila naziv "model dobre prakse".



KIMDPŠ je prevedel in izdal tudi letak o projektu in načinu sodelovanja v njem

Možnosti za ukrepanje v podjetjih namreč ne gre iskati le v izboljševanju delovnih razmer. Kritičen dejavnik za zdravstveno stanje zaposlenih je tudi življenjski slog posameznika. Dovolj gibanja, zdrava

prehrana, zmanjšanje stresa in opuščanje kajenja so ukrepi, ki lahko občutno izboljšajo zdravje. Delovno mesto je idealen kraj za spodbujanje zdravega načina življenja. Za večino ljudi je delo več kot le vir dohodka, je tudi ključnega pomena za družabne stike in vpliva na človekovo samospoštovanje. Na delovnem mestu je mogoče ustvarjati višjo raven zdravja tako z zagotavljanjem zdravega delovnega okolja kot tudi s posredovanjem dragocenega znanja in spodbud za zdrav način življenja. Vlaganja v zdravje delavcev se bogato obrestujejo: raziskave kažejo, da je z vsakim evrom, vloženim v promocijo zdravja pri delu, mogoče prihraniti med 2,50 in 4,80 evra.

V globalni konkurenčni postaja zdravje delavcev ključni vir uspešnega podjetja. Glede na staranje delovne sile hkrati pridobiva na pomenu tudi promocija zdravja pri delu. Dolgoročnega uspeha, tj. ohranjanja učinkovitosti in uspešnosti, v prihodnje ne bo mogoče zagotoviti s posamičnimi ukrepi. Potreben bo celosten pristop, ki upošteva tako telesno kot tudi duševno blaginjo zaposlenih. Dobre razmere na delovnem mestu so enako pomembne kot promocija zdravega življenjskega sloga nasprotno. Tega se že zavedajo tudi nekatera slovenska podjetja, ki izvajajo različne ukrepe za izboljšanje življenjskega sloga zaposlenih, s projektom Premikamo Evropo pa jih želimo k temu spodbuditi čim več.

**Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov.**

## KONFERENCA PREHRANA, TELESNA DEJAVNOST IN ZDRAVJE NA DELOVNEM MESTU

V začetku julija je v Bruslju v konferenčnem centru Albert Borschette potekala konferenca Prehrana, telesna dejavnost in zdravje na delovnem mestu. Organizirali so jo Generalni direktorat Evropske unije (EU) za zdravje in varstvo potrošnikov (DG Sanco) in Evropska platforma za ukrepanje pri prehrani, telesni dejavnosti in zdravju. Konference se je udeležilo približno 160 udeležencev – v glavnem predstavnici/predstavniki organizacij, ki so članice platforme, in predstavnici/predstavniki držav – članic, poleg njih pa še predstavnice/predstavniki delodajalskih in delavskih organizacij, Evropskega urada Svetovne zdravstvene organizacije, predsedstva EU, članice/člani Evropskega parlamenta in predstavnice/predstavniki množičnih medijev.

**Namen konference je bil opozoriti na pomembnost delovnega mesta kot okolja za promocijo zdrave prehrane in telesne dejavnosti.** Strokovnjaki namreč soglašajo, da je naraščajoča razširjenost debelosti in z njo povezanih zdravstvenih tveganj rezultat neravnotežja med vnosom in porabo energije, ki je povezano z neuravnoteženo prehrano in nezadostno telesno dejavnostjo. Ljudje so "osvojili" sedeč način življenja, premalo se gibljejo tudi med delom, kjer pa preživijo velik del dneva – negativni vplivi sedečega dela na zdravje pa se že kažejo. Zato predstavlja delovno mesto pomembno okolje za promocijo zdrave prehrane in telesne dejavnosti.

Konferenco je odpril Robert Madelin, generalni direktor DG Sanco – Generalnega direktorata Evropske komisije za zdravje in varstvo potrošnikov. Sledila so predavanja. Dr. Ewa Roos (Oddelek za javno zdravje, Univerza v Helsinkih in Raziskovalni center Folkhälsan, Finska) je predavala o izboljševanju zdravja na delovnem mestu, in sicer se je posvetila predvsem prehranskim in dietetskim možnostim na delovnem mestu. Prof. dr. Willem van Mechelen (Oddelek za javno zdravje in zdravje pri delu na Free University Amsterdam, Nizozemska) je podrobno obdelal možnosti za telesno dejavnost na delovnem mestu. Prof. dr. Johan J. Polder (Oddelek za javno zdravje, RIVM, Bilthoven, Nizozemska) pa je zaokrožil

dopoldanski del s predavanjem o vplivu debelosti na gospodarstvo.

V popoldanskem delu sem predstavila prizadevanja ENWHP (Evropska mreža za promocijo zdravja pri delu) za doseganje cilja "zdravi delavci v zdravih organizacijah" oziroma načine doseganja bolj zdravega delovnega življenja. Poudarek je bil na pojmovanju promocije zdravja pri delu in novem projektu ENWHP Premikamo Evropo, ki ga vodim v Sloveniji. Sledila je predstavitev direktorja belgijskega Preventa prof. Marca De Greefa, ki je spregovoril o tem, kaj se lahko naučimo iz prakse ENWHP.



Mag. Eva Stergar je na konferenci predstavila prizadevanja ENWHP za boljše zdravje delavcev (Foto: Dragica Bošnjak)

V nadaljevanju so predstavniki posameznih podjetij (npr. Kraft Foods, Metro) oziroma nevladnih organizacij (Nutrition & Health Foundation, Irska) prikazali primere dobre prakse, ki so bili zbrani v okviru projekta Premikamo Evropo.

Med predavanji smo se udeleženke/udeleženci konference pod vodstvom predstavnika EHFA (European Health and Fitness Association) naučili nekaj vaj, s katerimi se lahko tudi v sedečem položaju primerno razgibamo oziroma raztegnemo. V odmoru za kosilo je zveza FERCO (European Federation of Contract Catering Organisations) pripravila zdравo kosilo, med katerim so nutricionisti svetovali, kako si lahko uravnotežimo prehrano med delovnim dnevom.

Prikazane so bile nove metode in tehnologije kuhanja, pa tudi kako lahko gostinska ponudba zagotovi zdrave alternative za prehrano na delovnem mestu.

Konferenca se je zaključila z javno razpravo, v kateri smo sodelovali nekateri predavatelji, vodil pa jo je Michael Hübel (DG Sanco).

Pomembna sporočila konference:

- Nezdrava prehrana in nezadostna telesna dejavnost nista le zelo pomembna problema, povezana z zdravjem, ampak tudi ekomska problema.
- Povsem jasno je, da so intervencije za spreminjanje življenjskega sloga na delovnem mestu možne in da delujejo tudi v tem okolju. Zato je treba okrepliti raziskovanje (predvsem glede ekomskih učinkov) in napolniti aktovko z vsestranskimi dokazi o koristnosti promocije zdravja pri delu.
- Priporočila za učinkovit program PZD:
  - kombinirati spremembe okolja (zdrave izbire naj bodo bolj dostopne – ponudba, cene; vloga informiranja) in spremembe posameznikovega življenjskega sloga;
  - vedenjske intervencije je treba umestiti v širši kontekst;
  - vsestranski programi so najbolj učinkoviti;
  - načrtovanje programa mora temeljiti na poglobljeni analizi ciljne skupine/ciljnih skupin, kar daje primerna izhodišča za tip intervencije, kanale komunikacije, izvajalce, motivacijo;
  - vključenost delavcev (predstavnikov) v načrtovanje in implementacijo programov PZD;
  - programi morajo potekati sistematično in dalj časa.
- Nadaljuje naj se širjenje primerov dobre prakse.
- Več pozornosti naj se usmeri v t. i. »nevidne« in

mobilne delavce ter v mala in srednja podjetja (razvoj novih strategij).

Organizacije, ki so članice platforme EU za prehrano, telesno dejavnost in zdravje, predstavljajo pomembno število podjetij, ki so – seveda – tudi delodajalci. Da bi stvarno prispevala k spopadu z debelostjo v svojem krogu vplivanja, se je platforma odločila, da bo sprožila iniciativo za izboljšanje zdravja pri delu – še prav posebej glede promocije telesne dejavnosti pri delu in promocije zdrave in uravnotežene izbire hrane.



Zdravo kosilo za udeležence konference  
(Foto: Dragica Bošnjak)

Članice platforme se bodo na ta izviv usmerile v svojih organizacijah, istočasno pa bodo poskrbele za promocijo tovrstne dejavnosti med svojimi člani ter sorodnimi podjetji in organizacijami. Vrsta članic platforme je že razvila strategije ali že prevzela iniciativo za promocijo telesne dejavnosti in zdrave prehrane lastne delovne sile.

**Mag. Eva Stergar, univ. dipl. psih.**

## IZZIVI JAVNEGA ZDRAVJA V TRETJEM TISOČLETJU

Odgovor na vprašanje, kaj so izzivi javnega zdravja v tretjem tisočletju in kako se jih lotiti, so poskušali poiskati udeleženci 4. slovenskega kongresa preventivne medicine, ki ga je sredi maja letos v Portorožu organizirala Sekcija za preventivno medicino Slovenskega zdravniškega društva.



Kongres je bil dobro obiskan (Foto: Samo Belavič Pučnik)

Na kongresu, ki se ga je udeležilo več kot 150 strokovnjakov s področja preventivne medicine in javnega zdravja, je bilo predstavljenih skoraj 200 prispevkov, strnjениh v nekaj glavnih skloporih: odgovornost za lastno zdravje, zdravje v vseh politikah, okolje in zdravje, kronične nenalezljive bolezni, nalezljive bolezni in cepljenje, promocija zdravja, duševno zdravje, pre-



Predsednica Sekcije za preventivno medicino SZD doc. dr. Alenka Kraigher, dr. med. (prva z desne) in članici strokovnega oz. organizacijskega odbora prim. Dunja Piškar Kosmač, dr. med. (druga z desne), in prim. Metka Macarol Hiti, dr. med. (Foto: Eva Stergar)

prečevanje odvisnosti, oralno zdravje, zdravje in varnost delavcev, antropologija in javno zdravje itd.

Svoje delo je z več prispevki uspešno predstavil tudi naš inštitut. Tako je asist. Petra Zupet, dr. med., predstavila Predlog organizacije zdravstvenega varstva športnikov v Sloveniji, mag. Alenka Franko, dr. med., pa prispevek Genetski polimorfizmi pri azbestozah. Mag. Eva Stergar, univ. dipl. psih., je v okviru vzporednih predavanja o odvisnostih, ki jih je tudi povezovala, predstavila Spremembe v razširjenosti uporabe psihoaktivnih snovi med slovenskimi mladostniki 1995-2003, v okviru vzporednih predavanj o zdravju in varnosti pri delu, ki jih je povezovala predstojnica dr. Metoda Dodič Fikfak, dr. med., pa program promocije zdravja pri delu Čili za delo. V tej sekciji je doc. dr. Marija Molan, univ. dipl. psih. govorila o Psihičnih obremenitvah na delovnem mestu ter njihovem pojavljanju, prepoznavanju in obvladovanju, Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov., pa je predstavila Program preprečevanja in obvladovanja trpinčenja na delovnem mestu.



Predstojnica KIMDPŠ dr. Metoda Dodič Fikfak, dr. med. (Foto: Eva Stergar)

Na povabilo mag. Eve Stergar, univ. dipl. psih., je na kongresu sodeloval tudi dr. Gregor Breucker iz sekretariata Evropske mreže za promocijo zdravja pri delu, ki je v okviru plenarnih predavanj predstavil strategije in prakso za promocijo duševnega zdravja pri delu v Evropi.

**Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov.**

## 23. DELOVNO SREČANJE EVROPSKE MREŽE ZA PROMOCIJO ZDRAVJA PRI DELU

V začetku maja je bilo na Zveznem ministrstvu za delo in socialne zadeve v Berlinu 23. delovno srečanje Evropske mreže za promocijo zdravja pri delu (ENWHP – European Network for Workplace Health Promotion), ki sem se ga udeležila kot predstavnica našega inštituta. KIMDPŠ namreč opravlja naloge nacionalne točke za sodelovanje z ENWHP. Med obveznosti kontaktnih točk sodi tudi dejavna udeležba na delovnih srečanjih. Delovno srečanje je organ mreže, ki sprejema in odgovarja za vse odločitve in opravila razen za pogodbe o financiranju. V pristojnosti delovnega srečanja so:

- sprejem in dopolnjevanje poslovnika,
- potrditev dnevnega reda,
- potrditev poročila o delu, ki ga pripravi tajništvo,
- izbera predstavnikov za nadzorni odbor,
- delegiranje specifičnih opravil in
- ukinitve ENWHP.

Vsi člani in pridruženi člani mreže so dolžni sodelovati na delovnih srečanjih ENWHP, ki potekajo dvakrat letno. Država srečanja je praviloma država, ki trenutno predseduje Evropski uniji.

23. delovno srečanje ENWHP se je tako odvijalo v takratnem centru moči EU Berlinu po zaključku konference Kakovost dela – ključ do več in boljših delovnih mest.

Enodnevno delovno srečanje, ki ga je odprl predstavnik Zveznega ministrstva za delo in socialne zadeve in ki mu je predsedovala dr. Maria Dolores Solé, je bilo večinoma posvečeno projektu Premikamo Evropo (v teku) in prijavi novega projekta s področja promocije duševnega zdravja pri delu, pa tudi bodočim pobudam in splošnim zadavam.

### Premikamo Evropo I.

Pripravljalne dejavnosti (izdelava operativnih načrtov) v okviru projekta Premikamo Evropo so se začele v Linzu junija 2006, nadaljevale oktobra 2006 v Krakovu (razprava o vprašalniku, korakih ocenjevanja in eval-

vaciji), v Berlinu pa smo se že soočali s konkretnimi spodbudami in ovirami za izvajanje 1. dela projekta – izpolnjevanja spletnega Vprašalnika o zdravju v podjetju. Za drugo fazo, ko se bo izbiralo primere dobre prakse, bodo izdelana navodila, ki se bodo nanašala na poglobljeno zbiranje informacij o podjetju in programu promocije zdravja pri delu (PZD) in evalvacijo le-tega. Poskrbeti je treba tudi za enotno dokumentacijo o izbranih primerih dobre prakse.

### MentHealthWork – prijava

V prvi polovici leta smo intenzivno pripravljali prijavo novega projekta na razpis v okviru dejavnosti na področju javnega zdravja (2003–2008) Komisije evropskih skupnosti za leto 2007. Gre za projekt, katerega cilj je promocija duševnega zdravja in blaginje delavcev in njihovih družin ter preprečevanje duševnih motenj. Prispeval naj bi k implementaciji strateških ciljev EU, ki so predstavljeni v zeleni knjigi Promocija duševnega zdravja populacije: na poti do strategije duševnega zdravja za Evropsko unijo (COM(2005) 484 končna različica 14. 10. 2005).

Na delovnem srečanju smo razrešili zadnja vprašanja, povezana s prijavo, ki bi morala biti nared za oddajo do 18. maja 2007. KIMDPŠ bo – v primeru, da bo prijava uspešna – zadolžen za delovni paket Razvoj koncepta odnosov z javnostmi in delovnih orodij.

### Pobude

- Romunska nacionalna točka za sodelovanje z ENWHP je prijavila projekt "E-izobraževanje za združenike specialiste medicine dela na področju promocije zdravja pri delu" v okviru programa Leonardo da Vinci. Rezultati naj bi bili znani pred poletjem.
- Predstavnik Finske nacionalne točke je prisotne seznanil s potekom dela v okviru projekta Zdravje v svetu dela (Health in the World of Work).

**Prihodnja delovna in pretekla strokovna srečanja**

Naslednji delovni srečanji bosta jeseni 2007 v Bruslju in spomladji 2008 v Ljubljani.

ENWHP je v letošnjem letu organizirala več strokovnih srečanj:

- Zdravje in socialna varnost skozi življenjski cikel (Health and Social Security in a Life Cycle), Berlin, 14.-15. junij 2007;
- 6. letno srečanje Mednarodnega združenja za

vedenjsko nutricionistiko in telesno dejavnost (International Society for Behavioral Nutrition and Physical Activity), Oslo, 20. -23. junij 2007;

- Konferenca Prehrana, telesna dejavnost in zdravje na delovnem mestu (Conference on Diet, Physical Activity and Health), Bruselj, 3. julij 2007;
- 15. evropska konferenca o javnem zdravju (15<sup>th</sup> European Conference on Public Health, Helsinki), 11.-13. november 2007.

**Mag. Eva Stergar, univ. dipl. psih.**

**POSVET VARSTVO PRI DELU, VARSTVO PRED POŽARI IN MEDICINA DELA**

Že tradicionalno dvodnevno strokovno posvetovanje v Kongresnem centru v Portorožu je poteklo pod okriljem Oddelka za tehničko varnost Fakultete za kemijo in kemijsko tehnologijo in v sodelovanju z Ministrstvom za delo, družino in socialne zadeve (MDDSZ),

Inšpektoratom Republike Slovenije za delo, Zbornico varnosti in zdravja pri delu (ZbVZD), Kliničnim inštitutom za medicino dela, prometa in športa (KIMDPŠ) ter letos prvič tudi s sodelovanjem Združenja za medicino dela, prometa in športa.

Vsebinska poudarka na posvetu sta bila v skladu z letošnjo usmeritvijo Evropske unije (EU) vprašanje starejših delavcev in zahtev po trajnem vseživljenjskem izobraževanju. V šestih sekcijah so bile obravnavane še druge splošno zanimive teme.

V uvodni sekciji je treba posebej omeniti poročilo o napredku varnosti in zdravja pri delu (v nadaljevanju VZD) zlasti kot uspeh načrtno usklajenih prizadevanj z Inšpektoratom RS za delo. Inšpektor Stefan Orašche z Inšpektorata Republike Avstrije za delo je predstavil zanimivo strategijo inšpeksijskega nadzora v sosednji Avstriji.

V tematsko usklajenih sekcijah so se udeleženci seznanili in razpravljali o pomenu analiz tveganj, tudi na razširjenem področju varovanja okolja, o problemih in pomenu raznolikosti delovne populacije in o pomenu

prispevka starejših delavcev h gospodarstvu in stroker o metodah za vzdrževanje fizične in psihične kondicije starejših. Predstavljeni so bili novi standardi in računalniške podpore za operativno delo strokovnih delavcev.

Drugi dan posvetovanja je bila dopoldanska sekcija namenjena medicinskim vidikom dela in starajočih se delavcev ter problematiki azbesta. Popoldanska sekcija je bila namenjena aktualnim temam požarnega varstva.

Posvet se je zaključil z okroglo mizo z razpravo o obravnavanih temah in o tekočih problemih ter o usmeritvah in predlogih za nadaljnje delo. Iz vsebine posveta, razprav in okrogle mize povzemamo naslednje ugotovitve in zaključke:

1. "Starega delavca" ni mogoče opredeliti samo z leti, ampak po fizični in psihični kondiciji, ki sta odvisni od življenjskega sloga in prizadevanj posameznika za ohranitev življenjskih funkcij. Delavec je lahko primereno učinkovit tudi še v pozni starosti, vendar je treba dobro poznati funkcije, ki s starostjo upadajo, in one, ki se ohranajo ali celo dograjujejo. Prav o tem bi morali biti bolje poučeni delodajalci, da bi znali ustrezno razporediti delavce, prilagajati naloge, delo in delovno mesto njihovi starosti in zmožnosti in bi vzpodbjali načine za ohranjevanje življenjskih in delovnih funkcij

zaposlenih. Ne nazadnje tudi direktiva 89/391/ECC zahteva individualno prilagoditev dela delavcu.

2. Nov pogled na celovitost VZD vsebuje pojem koncepta "družbene odgovornosti", ki daleč presega pomen gole ekonomike VZD. Pojem družbene odgovornosti še bolj definirano in strukturirano vsebuje vodenje varnosti, ki smo ga označevali s pojmom "kultura varnosti" in katerega pomen smo poudarjali še na prejšnjih posvetih. Posebej je bilo poudarjeno, da moramo ob izvajanju normativnih zahtev na področju varnosti pri delu in požarne varnosti govoriti tudi še posebej o varnostni kulti. Delodajalc se morajo namreč zavedati, da so zakonske zahteve samo minimalne zahteve in zato zatekanje k čim cenejšim minimalnim zahtevam in rešitvam na dolgi rok ne pomeni zadostne varnosti.

3. Eden od vzrokov za slabe delovne razmere ter za varnost in zdravje pri uporabi novih investicij je, da se po ukinitti "elaboratov varnosti" temeljnih zahtev za VZD v najpomembnejši fazi graditve objektov, to je v fazi projektiranja, sistematično ne analizira več, ne evidentira in ne rešuje. Posledice so bistveno dražji poznejši ukrepi. Poleg tega je neizvedljiv celovit si-cer predpisani postopek za pridobitev uporabnega dovoljenja, ker komisija ne more preverjati izpolnjevanja bistvenih zahtev za objekte, če te zahteve v projektni dokumentaciji niso jasno definirane. Zato ostaja na tem delu postopek za pridobitev uporabnega dovoljenja na ravni farse, kar pa očitno nikogar od odgovornih ne moti. MDDSZ je treba zato ponovno opozoriti na to in najodločneje zahtevati posredovanje za učinkovito rešitev v zakonodaji o graditvi objektov ali v zakonodaji o varnosti in zdravju pri delu kot prispevek k učinkovitejšemu gospodarjenju in konkurenčnosti slovenske družbe.

4. MDDSZ je treba opozoriti tudi na nelogičnost, da je predpisana obvezna uporaba SIST-a za toplotno udobje, niso pa obvezni kriteriji za res škodljive ekstremne toplotne razmere: za delo v vročem okolju in na mrazu. Ti dve področji dobro pokrivajo ustrezni SIST-i, katerih uporaba pa je trenutno prostovoljna.

5. Pri kakovosti ocen tveganja in revizij je opaziti očiten napredok, k čemur prispeva tudi novopredlagana metoda za sistematični pregled strojev in naprav, ki je lahko zgled metode tudi za splošnejši namen.

6. Problem hrupa na delovnem mestu še naprej ostaja pereč. V prihodnjih letih lahko pričakujemo zdravstvene težave in okvare sluha; zato je treba hrupu nameniti večjo pozornost.

7. V sekciji medicine dela so bili predstavljeni številni podatki, na temelju katerih je mogoče oblikovati bodoče težiščne naloge in tudi politike. Podatki kažejo, da prispevajo nezgode pri delu okoli 10 odstotkov celotnega bolniškega staleža (leta 2004 je bilo več kot 11 milijonov izgubljenih delovnih dni zaradi bolezni, nege, porodniške in nezgod pri delu; od tega je bilo nekaj čez milijon delovnih dni izgubljenih zaradi registriranih nezgod pri delu). Še posebej je treba poudariti, da ni zanesljivih evidenc o drugem, verjetno pomembnejšem segmentu odsotnosti z dela: o boleznih, povezanih z delom, kot posledici slabe organizacije dela, neprilagojenosti načina dela in naprav ter razmer na delovnih mestih. Brez teh podatkov so tudi celovite ocene škode zaradi varnosti pri delu pomembno podcenjene.

8. Evropska unija v tednu VZD 2007 (okvare miščnoskeletnega sistema – "NAREDITE SI BREME LAŽJE") posebej izpostavlja oceno zdravstvenih razmer. Verjetno sta za to področje najbolj pristojna KIMDPŠ in Inštitut za varovanje zdravja.

9. Odločilni pogoj za večjo vlogo in status strokovnega delavca in pooblaščenega zdravnika v gospodarskih družbah, zavodih in ustanovah v spremenjenih gospodarskih razmerah je osebno uveljavljanje in dobro sodelovanje posameznika z menedžmentom podjetja, pri čemer so lahko šolska izobrazba, ZbVZD in inšpekcijsko samo v pomoč.

10. Prepričanje ZbVZD ostaja, da je kljub različnim pomislek eno od pomembnih zagotovil za dvig ravni dela strokovnih delavcev permanentno izobraževanje, ki je na drugih področjih že uspešno uveljavljeno (tudi verificirano). O tem naj bi na pobudo ZbVZD razpravljal tudi Svet vlade RS za VZD. Za nami so že prve oblike permanentnega usposabljanja strokovnih delavcev, zato je bilo predlagano, da bi pripravili oceno po prvem letu delovanja. Takšni podatki bi prispevali k objektivnosti ugotovitev in k nadaljnjam usmeritvam izobraževanja in podobnim razpravam.

11. Opozorjeno je bilo na kakovost strokovnih izpitov za strokovne delavce, ki po oceni ne dosegajo žele-

ne in potrebne ravni. Eden od razlogov za to je, da pred pristopom k izpitu ni predpisana določena doba praktičnega dela in praktičnih izkušenj, kar pogosto napeljuje izpraševalce k milejšemu ocenjevanju.

12. Ponovno se ni bilo mogoče ogniti oblikovanju zavarovalnih premij v odvisnosti od konkretno stopnje varnosti v določenem podjetju s pomočjo temu prilagojene ocene tveganja, kar bi morala biti ena od prednostnih nalog v najbližji prihodnosti. Tak sistem se je namreč v svetu uveljavil kot izjemno učinkovita vzpodbuda delodajalcem za skrb za VZD in ne nazadnje tudi za medsebojno tekmovanje.

13. Članice EU se intenzivno na vseh segmentih pripravljajo na novo finančno perspektivo za obdobje 2007-2013. Znotraj tega se kažejo pomisleki gospodarsko najrazvitejših držav (Nemčija, Francija, Italija, Velika Britanija) glede znižanja ravni VZD ob ohranjanju minimalnih standardov varovanja zapošlenih (problem nekonkurenčnosti omenjenih držav zaradi visokih stroškov dela). Ti znaki so vredni resne in pravočasne pozornosti ter spremljanja in prilagajanja. Nedopustno in nespametno bi bilo, če bi nižanje ravni VZD dobesedno razumeli tudi slovenski novodobni "turbokapitalisti". Svetovna praksa govori prav nasprotno: da sta namreč prav stopnja varnosti in varnostna kultura odsev konkurenčnosti, urejenosti, bonitete in zanesljivosti podjetja.

14. O nacionalnem programu je obvezljalo stališče, da bi moral biti za večjo izvedljivost zastavljen manj široko in tako, da bi bilo mogoče doseganje ciljev spremiljati in verificirati čim bolj objektivno. Lahko pa se zaradi večje uresničljivosti izbere med že oblikovanimi in deklariranimi cilji prednostne ter se jim določi roke, nosilce in merila za evidentiranje stopnje uresničevanja. Zato naj MDDSZ in Ministrstvo za zdravje (MZ) čim prej pripravita celovito oceno uresničevanja Zakona o VZD in Resolucije o nacionalnem programu VZD ter določita nadaljnje prioritete, nosilce in roke na področju sistema VZD.

15. Jasno je bilo izrečeno mnenje, da je glede poklicnih bolezni preveč sprenevedanja in slepomišenja. Očitno ni resnične volje pri pooblaščenih zdravnikih, ki so pogosto odvisni od delodajalca. Vsi se izgovarjajo na nedorečen sistem dokazovanja, ki je povezan s financiranjem diagnosticiranja poklicne bolezni, kar pa

ni ravno ključni problem. Ključni problem ostaja dvojna lojalnost, pojav, ko je zdravnik plačan od istega delodajalca kot delavec, kar je etično nesprejemljivo, ker ima vedno prednost plačnik. Ključno je tudi, da pooblaščeni zdravnik ni zaščiten, če dokaže poklicno bolezen: delodajalec z njim lahko nemudoma prekine pogodbo. Nikakor pa ne smemo zanemariti tudi namenskega prikrivanja stanja in želje po zasluzku.

16. Na področju varstva pred požarom v Sloveniji je bil poudarjen pomen inženirskej metod in računalniškega modeliranja. Te metode so toliko bolj zanimive, ker imamo slabe oz. pomanjkljive predpise. Eden od pomenov inženirskej metod je tudi v objektom prilagojenih rešitvah.

17. Predlagano je bilo, da organizator o nekaterih aktualnih temah in zaključkih posveta seznaní resorno ministrstvo ter še posebej delodajalce preko Gospodarske in Obrtne zbornice kot pomoč za praktično uveljavljanje učinkovite varnosti in zdravja pri delu. Po splošnem mnenju udeležencev je bilo posvetovanje eno od uspenejših tako po izbranih tematskih področjih kot tudi po strokovnih izmenjavah izkušenj v neformalnem delu. Ponovno je bil pohvalno ocenjen skupni nastop organizatorjev s priporočilom, da različne stoke čim bolj koordinirajo in povezujejo usmeritve in dosežke zadnjega leta za doseganje sinergijskih učinkov za napredok varnostne kulture in ravni varnosti in zdravja pri delu ter požarnega varstva v Sloveniji.

Ob zaključku posveta so bili udeleženci povabljeni na prihodnje strokovno druženje maja leta 2008. Razšli smo se z občutkom, da smo oba dneva kongresa koristno izrabili in da je bil posvet ne samo strokovno in glede zaključkov in predlogov nadpovprečno uspešen in ploden, ampak je ostal tudi neformalni del z druženjem, izmenjavo mnenj in nepozabno večerjo ob plovbi vzdolž naše lepe obale v nepozabnem spominu. Organizatorji se posebej zahvaljujejo predavateljem in razpravljalcem, zapisovalem poročila pa se zahvaljujem za predloge in opombe, ki so jih prispevali kolegi in voditelji sekcij in okrogle mize.

**Dr. Primož Gspan, univ. dipl. inž. fiz.**

**SEMINAR O TRPINČENJU NA DELOVNEM MESTU**

Junija letos je skandinavska izobraževalna organizacija NIVA v bližini italijanskega Milana organizirala že tretji seminar o trpinčenju na delovnem mestu, ki se ga je udeležilo okoli 25 slušateljev iz vse Evrope, med njimi sem bila tudi sama. Enotedenski seminar, ki je potekal v obliki predavanj in delavnic, so izvedli danes najvidnejši strokovnjaki s področja proučevanja in raziskovanja trpinčenja na delovnem mestu: dr. Ståle Einarsen z Univerze v Bergnu na Norveškem, dr. Helge Hoel iz Poslovne šole v Manchestru v Veliki Britaniji in dr. Maarit Vartia s Finskega inštituta za zdravje delavcev. Predavanja in delavnice, ki so osvetlile problem trpinčenja na delovnem mestu z različnih zornih kotov, so se prepletale s predstavitvami programov, raziskav in primerov dobre prakse iz različnih držav, ki so jih pripravili udeleženci seminarja. Moja predstavitev je zajemala pregled opravljenega dela na tem področju v Sloveniji in načrte za prihodnost.

V Sloveniji smo namreč doslej oblikovali interdisciplinarno skupino predstavnikov pristojnih institucij, strokovnjakov, socialnih partnerjev, nevladnih organizacij in žrtev, katere delo koordinira KIMDPŠ in ki je predlagala izhodišča za pripravo programa preprečevanja in obvladovanja trpinčenja na delovnem mestu. Glavna področja predlaganega programa so: izvedba nacionalne raziskave, zakonska ureditev področja, priprava preventivnih ukrepov za implementacijo v podjetjih in organizacija društva

*Udeleženci seminarja (Foto: Dušan Lazar)*

za pomoč in svetovanje žrtvam. Doslej smo uspeli pripraviti predlog slovenskega poimenovanja (trpinčenje na delovnem mestu) in definicije poj ava, strokovna izhodišča in orodja (vprašalnik) za raziskavo, predlog člena za novo Zakona o delovnih razmerjih, hkrati smo podprli ustavovitev društva za pomoč žrtvam, ki je v procesu uradne registracije. Na KIMDPŠ bomo skrbeli za nadaljnji razvoj programa, prva izmed nalog je izbor izvajalca anketiranja in izvedba nacionalne raziskave. Seminar je dal odgovore na številna vprašanja, hkrati pa odprl nova, saj gre za zapleten pojav, ki ga bo treba v prihodnje še proučevati, da bi ga lahko bolje razumeli in tako tudi učinkovito preprečevali.

**Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov.**

**KONFERENCA MEDNARODNEGA ZDRUŽENJA ZA ANALIZO IZPOSTAVLJENOSTI**

V Durhamu v Severni Karolini v ZDA je od 14. do 18. oktobra 2007 potekala konferenca mednarodnega združenja za analizo izpostavljenosti (ISEA – International Society of Exposure Analysis) z naslovom Partnerstva: proučevanje inovativnih pristopov k oceni izpostavljenosti (Partnerships: Exploring Innovative Approaches in Exposure Assessment).

Srečanja se je aktivno udeležila tudi asist. mag. Alenka Franko, dr. med., s KIMDPŠ s predavanjem Genetski polimorfizmi GSTP1 in azbestozra (GSTP1 Genetic Polymorphisms and Asbestosis), ki je poleg tega na

povabilo organizatorjev konference vodila tudi sekci jo o biomarkerjih (Biomarkers: Linking to Effects). Na konferenci so bila predstavljena nova spoznanja s področja določanja izpostavljenosti. Velik poudarek je bil namenjen pomenu določanja biomarkerjev, metodam biološkega monitoringa, nanotehnologiji in natotskologiji ter novim pristopom in tehnikam, kot je npr. ugotavljanje genetsko-okoljskih interakcij v zvezi s pojavljanjem različnih bolezni.

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

## SRCA IN DUŠE NA DELU V EVROPI

Zvezni urad nemške zdravstvene zavarovalnice BKK je v sodelovanju z Evropsko mrežo za promocijo zdravja pri delu (ENWHP) marca letos v Bruslu pripravil 6. plenarno srečanje in delavnico Strategije in politike za promocijo zdravja pri delu in na drugih življenjskih področjih.

### Zaključno srečanje projekta Work Health II

To je bilo hkrati zaključno plenarno srečanje v okviru projekta Evropske unije Work Health II, v katerem je kot partner sodeloval tudi KIMDPŠ. Poleg članov konzorcija projekta se je srečanja, ki ga je vodil koordinator projekta dr. Wolfgang Bödecker, udeležil tudi za projekt zadolženi uradnik EU Karl Freese (DG Sanco, Public Health and Risk Assessment). Prvi dan srečanja je bil namenjen zadnjemu preverjanju rezultatov in izdelkov projekta, ki naj bi bili širše predstavljeni na delavnici, ki je potekala naslednji dan.

Dr. Bödeker je predstavil strukturo in obliko poročila o projektu, pri tem pa je posebno pozornost namenil boleznim srca in ožilja in problemom duševnega zdravja. V nadaljevanju pa so predstavniki držav – novih članic EU (Romunija, Bolgarija, Slovenija in Ciper) predstavili sistem spremeljanja zdravja delavcev.

### Delavnica

V uvodu vabila na delavnico, katere cilj je bil zmanjšati razkorak med zdravjem delavcev in javnim zdravjem na podlagi predstavitev zadnjih spoznanj o zdravju delavcev v kontekstu strategij in prakse promocije zdravja pri delu, so zapisali:

»Delo lahko predstavlja dejavnik tveganja za zdravje delavcev in njihove družine. Seveda pa je res tudi to, da lahko delavčevo zdravje močno vpliva na delo. Bolezni in posledična odsotnost z dela ali slabša kakovost dela vplivata tako na zasebna kot na javna podjetja/ustanove/organizacije. Zato je zdravje delavcev problem javnega zdravja.

Bolezni srca in ožilja in slabo duševno zdravje so bolezni, ki predstavljajo največje breme bolezni za evropske delavce, gospodarske sisteme in sisteme

socialnega zavarovanja. Bolezni srca in ožilja so glavni vzrok umrljivosti v EU (več kot 1,9 milijona smrti letno). Zaradi slabega duševnega zdravja trpi več kot 27 odstotkov ali 83 milijonov odraslih prebivalcev EU. Skoraj vsak drugi prebivalec EU bo v življenju prizadet zaradi duševnih motenj. In končno – znano je, da so lahko duševne motnje dejavnik tveganja za bolezni srca in ožilja in da bolezni srca in ožilja povečujejo tveganje za duševne motnje.

Obe skupini bolezni imata skupne dejavnike tveganja v delovnem okolju, za kar obstajajo znanstveni dokazi. Obe skupini bolezni pa imata skupne dejavnike tveganja tudi na drugih življenjskih področjih. Npr. kajenje, sedeč življenjski slog, slabe bivalne razmere in šibka vključenost v socialne mreže so povezani z boleznimi srca in ožilja in slabim duševnim zdravjem. Na dejavnike življenjskega sloga pa se da vplivati tudi v delovnem okolju.«

V uvodu v delavnico je dr. Wolfgang Bödecker (BKK, Essen, Nemčija) predstavil rezultate projekta Work Health II, ki omogoča analizo bremena zaradi bolezni srca in ožilja in duševnih motenj v EU, vzpostavlja povezave med boleznimi srca in ožilja in duševnimi motnjami, pojasnjuje, kako delo vpliva na obe skupini bolezni, ter predлага možne ukrepe za obvladovanje teh bolezni.

Te rezultate je dopolnila predstavnica Evropske fundacije za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer iz Dublina Greet Vermeylen z najnovejšimi podatki iz 4. raziskave o delovnih razmerah v Evropi, ki je potekala leta 2005. Rezultati kažejo ogromne razlike v delovnih razmerah v posameznih državah EU. Le-te so se z vstopom novih članic še povečale. S tem pa so povezani tudi zdravstveni izidi (telesni, psihološki simptomi, kombinacije) – tudi na tem področju raziskava zaznava velike razlike med državami. Delo je vse bolj intenzivno (narašča odstotek anketiranih, ki odgovarjajo, da so roki zelo tesni, da pri delu zelo hitjo oziroma nimajo dovolj časa, da bi ga opravili; pri delu pa jih tudi redno prekinjajo). Eden od treh anketiranih meni, da delo vpliva na zdravje (o večjih tveganjih poročajo predvsem delavci iz novih držav članic EU), telesno bolj ogrožene se počutijo tisti, ki manj pogosto poročajo o diskriminaciji in nasilju na delovnem mestu... in obratno. O stresu pri

delu je poročalo nekaj več kot 20 odstotkov delavcev (podatek za celotno EU) – v Sloveniji nekaj manj kot 40 odstotkov.

Samo od sebe se zastavlja vprašanje, kaj se da storiti, da bi srca in duše pri delu utrpele čim manjšo škodo.

Na to vprašanje sta poskušala odgovoriti dr. Richard Wynne (Work Research Centre, Dublin, Irska), ki je predstavil dobro prakso na področju preprečevanja stresa v organizacijah, in dr. Gregor Breucker (BKK, Essen, Nemčija), ki je nанizal strategije na področju izboljševanja življenjskega sloga v organizacijah.

Dr. Wynne je poudaril, da delovnega in zasebnega življenja ne moremo strogo ločiti, viri stresa so mnogovrstni, izidi tudi in se kažejo tako pri delu kot doma.

Preventiva deluje, promocija zdravja tudi. Zastavlja se vprašanje, kdo je odgovoren za obvladovanje stresa na delovnem mestu oziroma zunaj njega in kaj lahko različne službe storijo, kakšna naj bo intervencija (primarna, sekundarna, terciarna) in na koga naj vpliva (posameznika, organizacijo), seveda pa tudi, kaj deluje oziroma kakšni posegi so najbolj učinkoviti. Potrebni so usklajeni pristopi javnega zdravja, varnosti in zdravja pri delu in promocije zdravja pri delu. Pomembno sporočilo je nedvomno bilo, da je učinkovito preprečevanje stresa pri delu v bistvu dobro upravljanje podjetja.

Dr. Breucker je spregovoril o razvoju, oblikovanju življenjskega in delovnega sloga, o zdravju kot delu življenjskega/delovnega sloga in o tem, kaj ga določa. Pri delu želimo doseči visoko kakovost. Zato moramo kombinirati pristope za izboljšanje kolektivnega življenjskega sloga, omogočati usposabljanje, uvajati participatorne načine vodenja in organizacije dela ter oblikovati ljudem in zdravju naklonjene kulture.

V nadaljevanju so bile predstavljene dejavnosti izbranih evropskih mrež, ki lahko prispevajo k boljšemu zdravju delavcev: CSR Europe (CSR – corporate social responsibility – družbena odgovornost gospodarskih družb), Oxford Health Alliance in ENWHP (Evropska mreža za promocijo zdravja pri delu – European network for workplace health promotion).

CSR Europe, ki je bila ustanovljena 1995, je evropska poslovna mreža za korporativno družbeno odgovornost, ki združuje 60 vodilnih multinacionalenk. Njen namen je pomoč podjetjem pri integraciji korporativne družbene odgovornosti v vsakodnevno poslovanje.

Namen Oxford Health Alliance je preventiva in na tej podlagi zmanjševanje globalnega vpliva kroničnih bolezni.

Z različnimi zainteresiranimi skupinami (akademiki, politiki, korporacije, zavarovalnice, prehrambena industrija...) se na inovativen način ukvarja s tremi dejavniki tveganja – uporabo tobaka, telesno dejavnostjo in prehrano.

ENWHP – Evropsko mrežo za promocijo zdravja pri delu, to je mrežo za boljše upravljanje zdravja pri delu, je predstavila njena predsednica dr. Maria Dolores Solé, ki je srečanje izkoristila za podrobno predstavitev projekta Premikamo Evropo. Le-ta je usmerjen v odkrivanje in širitev primerov dobre prakse na področju promocije zdravega življenjskega sloga (prehrana, telesna dejavnost, obvladovanje stresa in nekajenje) v evropskih podjetjih.

Delavnico je zaključil pogled politike EU in socialnih partnerjev na svojo vlogo pri promociji zdravja delavcev (DG Sanco, DG zaposlovanje), kjer so poudarili veliko zanimanje in podporo promociji zdravega življenjskega sloga v delovnem okolju, kar se odraža tudi v novi strategiji zdravja EU, kjer bodo med prednostnimi nalogami nedvomno tudi alkohol, tobak, kakovost okolja in vplivi na socialne determinante zdravja. Veliko pozornosti bo namenjene trajnemu in opaznemu zniževanju nezgod pri delu in poklicnih bolezni. Poudarek bo na intenzivni implementaciji zakonodaje EU na področju dela, večjem sodelovanju inšpekcije dela, ki naj bi bila tudi bolj preventivno, promotivno usmerjena.

V zaključku je predsedujoči delavnice dr. Theodor Haratau (Fundacija Romtens, Romunija) poudaril, da je bil izpostavljen predvsem evropski pogled na promocijo zdravja pri delu kot učinkovit in priznan pristop k obvladovanju srčno-žilnih bolezni in duševnih motenj. Kritične zadeve pa se odvijajo na nacionalni (in nižjih) ravneh, kjer bo za osvojitev pristopa verjetno potrebnih še mnogo naporov.

## Literatura

1. Bödeker W, Klindworth H. Hearts and Minds at Work in Europe. A European work-related public health report on Cardiovascular Diseases and Mental Ill Health. Essen: BKK Bundesverband, 2007.

2. Work and Health – an important but often neglected relationship in public health reporting. Pridobljeno s spletnne strani <http://www.enwhp.org/index.php?id=509> 30. 7. 2007.

**Mag. Eva Stergar, univ. dipl. psih.**

## POLETNA ŠOLA O ZMANJŠEVANJE NEENAKOSTI V ZDRAVJU

Letošnja poletna šola s področja javnega zdravja in promocije zdravja, že 16. po vrsti, ki je dva tedna v juliju potekala v nizozemskem univerzitetnem mestu Wageningen (prvi teden) in v nemškem Düsseldorfu (drugi teden), je bila posvečena zmanjševanju neenakosti v zdravju in promociji zdravja. Šolo, ki se je začela z učenjem na daljavo in pripravo eseja že aprila, je obiskovalo 27 udeležencev iz 14 držav (Belgija, Finska, Grčija, Irska, Italija, Izrael, Kanada, Nemčija, Nizozemska, Norveška, Portugalska, Republika Koreja, Slovenija in Švica), med njimi tudi avtorica prispevka.



Udeleženci poletne šole v Düsseldorfu

Poletno šolo sta organizirala Evropski konzorcij za usposabljanje na področju javnega zdravja in promocije zdravja (ETC-PHHP – European Training Consortium in Public Health and Health Promotion) in konzorcij Evropskega magistrskega programa za promocijo zdravja (EUMAHP – The European Masters Programme in Health Promotion). Konzorcij ETC-PHHP združuje deset šol za javno zdravje in drugih institucij iz različnih evropskih držav, med članicami je tudi Šola javnega zdravja dr. Andrije Štamparja iz Zagreba. Konzorcij so ustanovile štiri ustanove leta 1990. Podiplomski izobraževalni program EUMAPH je ustanovila Evropska komisija v okviru programa javnega zdravja, koordinira pa ga konzorcij, v katerem sodelujejo strokovnjaki z različnih univerz in šol javnega zdravja iz držav članic Evropske unije (EU). Konzorcij EUMAHP, ki je bil ustanavljen leta 1998 z

namenom oblikovanja magistrskega programa promocije zdravja na evropski ravni, je prvič sodeloval pri organizaciji poletne šole leta 2002, ki je od takrat tudi del tega magistrskega programa.

Poletna šola sloni na temeljih salutogeneze in evropskem pogledu na javno zdravje in promocijo zdravja. Delo v okviru poletne šole je organizirano v obliki predavanj, delavnic in skupinskega dela pri pripravi predloga raziskovalnega projekta, kar omogoča aktivno sodelovanje in razpravljanje o konkretnih temah, ki zanimajo udeležence. Da bi bilo delo na seminarju še učinkovitejše, se je že spomladi začelo učenje na daljavo, v okviru katerega smo morali prijavljeni preštudirati literaturo o temah, ki smo jih nato obravnavali v okviru predavanj in vaj. Na podlagi priporočene literature smo pripravili esej, ki je vključeval tudi ureditev področja javnega zdravja in promocije zdravja v Sloveniji. Nekaj poudarkov iz eseja s podrobnejšo predstavljivijo slovenskega zdravstvenega sistema ter premoščanju razlik v zdravju v naši državi sem pripravila za predstavitev Slovenije, ki sem jo imela v prvem tednu poletne šole. To je bila odlična priložnost za primerjave med državami, saj so sisteme v svojih državah predstavili tudi drugi udeleženci.



Skupina, v kateri je sodelovala tudi avtorica prispevka (četrta z leve), pred plakatom s predstavljivijo predloga raziskovalnega projekta (Foto: Klaus Plümer)

**Tanja Urdih Lazar, univ. dipl. nov.**

## PREIZKUS IZOBRAŽEVANJA ZA PROMOCIJO ZDRAVJA ŽENSK PRI DELU

V okviru projekta HPROWOMEN – Development of an Educational and Training Tool for Workplace Health Promotion Focusing on Women (Razvoj izobraževalnega orodja za promocijo zdravja pri delu, usmerjenega v ženske) je februarja 2007 v Atenah potekal tridnevni preizkus izobraževanja. Seminarja so se udeležili strokovnjaki/strokovnjakinje s področja promocije zdravja pri delu (PZD), ki poučujejo PZ(D), koordinirajo oziroma izvajajo projekte PZ(D) ali praktično oziroma teoretično delajo na področju PZ(D). Od udeležencev (predavatelji, slušatelji) so organizatorji pričakovali konstruktivno kritiko in komentarje glede vsebine, organizacije in metod podajanja snovi. Komentarje so zbrali z vprašalniki. Priporočila naj bi služila za popravke in spremembe končne oblike izobraževanja in publikacije, ki jo bodo izdali v okviru projekta.

Projekt HPROWOMEN ima naslednje cilje:

1. Identifikacija ključnih problemov, ki bi jih moral obdelati program PZ žensk pri delu.
2. Identifikacija izobraževalnih potreb strokovnjakov na področju javnega zdravja in zdravnikov medicine dela v zvezi s PZ žensk pri delu.
3. Identifikacija in pregled obstoječih relevantnih učnih načrtov, ki vsebujejo PZ žensk pri delu in relevantno metodologijo.
4. Priprava načrta in razvoj izobraževalnega orodja, ki bo namenjeno PZ delovnih žensk, vključno s področji, relevantnimi za noseče in doječe ženske.
5. Preizkus izobraževalnega orodja v okviru poskusnega tečaja, ki bo evalviran. Relevantne povratne informacije bodo služile izboljšavam končne oblike izobraževalnega orodja.

Projekt izhaja iz predpostavke, da delo drugače vpliva na moške kot na ženske, zato so vprašanja spolov na delovnem mestu izredno pomembna. V preteklih desetletjih se je odstotek zaposlenih žensk v Evropi in ZDA zelo povečal (v EU predstavljajo ženske 42 odstotkov zaposlenih). Promocija zdravja žensk pri delu je izredno pomembna ne le zaradi njih samih, ampak tudi zaradi njihove vloge v družini. Ženske vpli-

vajo na navade v družini, povezane z zdravjem (npr. prehranske navade, telesna dejavnost, nekajenje, itd.). Izobraževanje, preventivni ukrepi, ukrojeni po potrebah in interesih žensk, so izrednega pomena za PZ celotne populacije.

Projekt so izdelali zato, ker so tveganja za zdravje in varnost žensk pri delu zelo verjetno podcenjena in zapostavljena v primerjavi s tveganji za zdravje in varnost moških pri delu. Ni dovolj raziskav, ki bi se ukvarjale z zdravjem in varnostjo žensk pri delu, ženske teme so deležne premalo pozornosti pri ocenah tveganja in preventivnih dejavnostih.

### Podatki o projektu

#### Koordinacija:

National and Kapodistrian University of Athens:  
prof. dr. Athina Linos, dr. Elena Riza

#### Partnerske organizacije:

- The Institute of Preventive Medicine, Environmental and Occupational Health Prolepsis (Grčija)
- Medical University of Sola, Faculty of Public Health (Bolgarija)
- Finnish Institute of Occupational Health (Finska)
- Public Health Dresden University of Technology (Nemčija)
- Erasmus University Medical Centre Rotterdam, Department of Public Health (Nizozemska)
- Institut Municipal d' Investigació Mèdica, IMIM (Španija)
- London School of Economics and Political Science (Velika Britanija)

#### Spletna stran:

<http://hpronowomen.org/>

Izobraževanje vsebuje naslednja predavanja:

- PZD s poudarkom na ženskah,
- Evropska zakonodaja v zvezi z delom, zdravjem in varnostjo ter ženskami,

- Duševno zdravje in usklajevanje dela in zasebnega življenja,
- Ocena potreb: implikacije za raziskovanje zdravja s poudarkom na spolih,
- Načrtovanje programa,
- Nalezljive bolezni,
- Ženske in problemi zdravja, povezani z delom,
- Kostno-mišične okvare,
- Kajenje,
- Nasilje, nadlegovanje in trpinčenje pri delu,
- Zloraba alkohola,
- Reproduktivno zdravje in dojenje,
- Presejalni testi,
- Prehrana in telesna dejavnost.

Vsakemu predavanju je sledilo skupinsko delo, v okviru katerega naj bi udeleženci izdelali določeno fazo programa. Vsak predavatelj je navedel tudi spisek pomembnih referenc za nadaljnje branje in študij.

Nedvomno je iniciativa, ki postavlja v ospredje zdravje žensk pri delu, izjemno pomembna in bi jo bilo treba intenzivno podpreti oziroma uvesti tudi v naše okolje. Odpira obširno področje in vrsto vsebin, ki jih žal v tako kratkem času nismo uspeli primerno obde-

lati. In to je pravzaprav osnovna kritika sicer izjemno zanimivega, z informacijami in referencami bogatega izobraževanja: program je bil izredno vsebinsko, informacijsko in storilnostno natrpan. Poleg tega so bila določena predavanja preveč "klinična" in pravzaprav niso sodila v kontekst izobraževalnega paketa za PZD (npr. sicer izjemno zanimivo in kakovostno predavanje o presejalnih testih). Vsaka od vsebin bi si "zaslužila" svoj dan in bi ga tudi morala imeti, da bi slušateljem omogočili, da dodobra prerešetajo vsako področje in imajo dovolj časa za konstruktivno delo v skupini. Seveda je vsakomur, ki je že organiziral podobna izobraževanja, jasno, da se vedno gibljemo v omejenih (finančno, časovno, prostorsko...) razmerah in da smo prisiljeni izbirati med tem, da ponudimo "malo vsega" ali "vse o malem". Ker smo tako zelo prepričani, kako na vseh črtah primanjkuje informacij, ponavadi zmaga "malu vsega". In tako je bilo tudi v Atenah. Tisti, ki si želimo izvedeti več, bomo vzeli v roke literaturo in miško in začeli brskati.

**Mag. Eva Stergar, univ. dipl. psih.**



*Udeleženci preizkusa izobraževanja, med njimi mag. Eva Stergar s KIMDPŠ (prva z leve v drugi vrsti) in vodja projekta prof. Athena Linos (četrta z leve v drugi vrsti)*

**KONTINUIRANO IZOBRAŽEVANJE IZ MEDICINE DELA, PROMETA IN ŠPORTA, JANUAR – APRIL 2008**

Datum	Predavatelj	Naslov predavanja
22. 1.	Peter Otorepec, dr. med., spec.	Izocianati in poklicne bolezni
	Špelca Nahtigal, dr. med.	Verifikacija poklicne bolezni ohromitve živcev zaradi mehaničnega pritiska (razen sindroma zapestnega prehoda)
18. 3.	Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa UKC Združenje za medicino dela, prometa in športa SZD Katedra za javno zdravje MF	Okrogle miza: Medicinska dokumentacija v medicini dela, prometa in športa
15. 4.	Polonca Kovačič, dr. med.	Predlog verifikacije poklicnih bolezni, povzročenih z naftalenom
	Alem Kulenović, dr. med.	Verifikacija poklicne bolezni pljuč in bronhijev, ki jo povzroča prah težkih kovin

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

Kotizacija za posamezno predavanje znaša 8,50 EUR (DDV je vključen) in se plača po prejetem računu.

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

## NAPOVEDNIK

Datum:	<b>3. – 5. december 2007</b>
Naslov:	<b>European NanOSH Conference –Nanotechnologies: A Critical Area in Occupational Safety and Health</b>
Organizator:	Finnish Institute of Occupational Health
Kraj:	Helsinki, Finska
Kontaktni naslov:	EuroNanOSH Secretariat, Leila Ahlström, Finnish Institute of Occupational Health, Topeliuksenkatu 41 A a, FI-00250 Helsinki, Finland; tel.: +358 30 474 2851; e-pošta: euronanosh@ttl.fi
Spletna stran:	<a href="http://www.ttl.fi/euronanosh">http://www.ttl.fi/euronanosh</a>

Datum:	<b>4. december 2007</b>
Naslov:	<b>Nanotechnology Health and Safety: Case Studies in the Occupational Setting</b>
Organizator:	American Conference of Governmental Industrial Hygienists (ACGIH®)
Kraj:	Spletni seminar
Kontaktni naslov:	Tammy Vanderbilt; tel.: 513-742-2020; e-pošta: tvanderbilt@acgih.org
Spletna stran:	<a href="http://www.acgih.org/events/course/Nanotech_webinar.htm">http://www.acgih.org/events/course/Nanotech_webinar.htm</a>

Datum:	<b>6. december 2007</b>
Naslov:	<b>UK Össur Academy Sports and Exercise Medicine Conference 2007</b>
Organizator:	Technology in motion
Kraj:	Birmingham, Združeno kraljestvo
Kontaktni naslov:	Ruth Virgo, Technology in Motion from Ossur, 132-134 Arthur Road, London SW19 8AA, United Kingdom; tel.: 07976 437 486; e-pošta: rvirgo@ossur.com
Spletna stran:	<a href="http://www.technologyinmotion.co.uk/national_sports_conference_2007.cfm">http://www.technologyinmotion.co.uk/national_sports_conference_2007.cfm</a>

Datum:	<b>7. – 8. december 2007</b>
Naslov:	<b>5th International Baltic Congress of Sports Medicine</b>
Organizator:	Lithuanian Sports Medicine Federation
Kraj:	Vilnius, Litva
Datum za registracijo:	Ni omejitve
Kontaktni naslov:	BASM Secretariat, Kareiviu str. 6, Vilnius, LT – 09117, Lithuania; tel.: +37 052 101 436, faks: +37 052 120 013; e-pošta: basm@basm2007.com
Spletna stran:	<a href="http://www.basm2007.com">http://www.basm2007.com</a>

november 2007

Datum:	<b>20. – 22. januar 2008</b>
Naslov:	<b>World Congress on Neck Pain</b>
Kraj:	Los Angeles, ZDA
Datum za registracijo:	15. januar 2008, do 15. novembra 2007 popust pri kotizaciji
Spletna stran:	<a href="http://www.neckpaincongress.org/main.cfm">http://www.neckpaincongress.org/main.cfm</a>

Datum:	<b>3. – 4. februar 2008</b>
Naslov:	<b>The 24<sup>th</sup> International Jerusalem Symposium on Sports Medicine</b>
Organizator:	ISAS International Seminars
Kraj:	Jeruzalem, Izrael
Kontaktni naslov:	Dr. Gideon Mann; tel.: 972-26511220, faks: 972-2-6528231; e-pošta: drmann@regin-med.co.il
Spletna stran:	<a href="http://www.isas.co.il/sports-medicine2007/brochure02.pdf">http://www.isas.co.il/sports-medicine2007/brochure02.pdf</a>

Datum:	<b>21. – 22. februar 2008</b>
Naslov:	<b>First european conference on health and safety coordination in the construction industry</b>
Organizator:	Focus, Col-legi d'Aparelladors i Arquitectes Tècnics de Barcelona, Generalitat de Catalunya
Kraj:	Barcelona, Španija
Datum za registracijo:	Ni omejitve, do 30. novembra 2007 popust pri kotizaciji
Kontaktni naslov:	Tel.: (34) 93 240 20 60, e-pošta: informacio@apabcn.cat
Spletna stran:	<a href="http://www.focusnet.eu/angles/activitats.htm">http://www.focusnet.eu/angles/activitats.htm</a>

Datum:	<b>5. – 6. marec 2008</b>
Naslov:	<b>Health and Wellbeing at Work 2008</b>
Organizator:	Sterling Events Ltd
Kraj:	Birmingham, Združeno kraljestvo
Kontaktni naslov:	Sterling Events Ltd, 62 Hope Street, Liverpool L1 9BZ UK; tel.: 0151 709 8979, faks: 0151 708 9861, e-pošta: ben@sterlingevents.co.uk
Spletna stran:	<a href="http://www.healthatwork2008.co.uk/">http://www.healthatwork2008.co.uk/</a>

Datum:	<b>5. – 6. marec 2008</b>
Naslov:	<b>48<sup>th</sup> Annual Scientific Conference combined with ICOH Mid-term Meeting 2008</b>
Organizator:	German Society of Occupational and Environmental Medicine
Kraj:	Hamburg, Nemčija
Kontaktni naslov:	Jochen Protzer, Friedrich-eberle-Str. 4a, 76227 Karlsruhe, Germany; tel.: +49 (0) 721 933818-0, faks: faks: +49 (0) 721 933818-8; e-pošta: info@gameda.de
Spletna stran:	<a href="http://www.dgaum.de">http://www.dgaum.de</a>

Datum:	<b>6. – 8. marec 2008</b>
Naslov:	<b>7<sup>th</sup> Work, Stress and Health Conference</b>
Organizator:	American Psychological Association, National Institute for Occupational Safety and Health in Society for Occupational Health Psychology
Kraj:	Washington, ZDA
Datum za registracijo:	Ni omejitve, do 10. januarja 2008 popust pri kotizaciji
Kontaktni naslov:	Wesley Baker, Conference Coordinator, American Psychological Association, Public Interest Directorate, 750 First Street, NE, Washington, DC 20002-4242, USA; tel.: 202 336 6124, faks: 202 336 6117; e-pošta: wbaker@apa.org
Spletna stran:	<a href="http://www.apa.org/pi/work/wsh.html">http://www.apa.org/pi/work/wsh.html</a>

Datum:	<b>15. – 18. marec 2008</b>
Naslov:	<b>9<sup>th</sup> World Conference on Injury Prevention and Safety Promotion</b>
Organizator:	National Institute of Public Health
Kraj:	Merida, Mehika
Datum za registracijo:	Ni omejitve
Kontaktni naslov:	Nenetzen Saavedra; e-pošta: nslara@insp.mx
Spletna stran:	<a href="http://www.insp.mx/safety2008/ing/">http://www.insp.mx/safety2008/ing/</a>

Datum:	<b>9. – 13. junij 2008</b>
Naslov:	<b>EPICOH-NEUREOH 2008 – The 20<sup>th</sup> International Conference on Epidemiology in Occupational Health and the 10<sup>th</sup> International Symposium on Neurobehavioral Methods and Effects in Occupational and Environmental Health</b>
Organizator:	The Regional Institute for Studies on Toxic Substances, National University, Costa Rica
Kraj:	San Jose, Costa Rica
Datum za oddajo izvlečkov:	1. februar 2008
Kontaktni naslov:	Jennifer Crowe, Apartado 86-3000, Heredia, Costa Rica; tel.: +506 277 3429, +506 853 5957, faks: +506 277 3583; e-pošta: info@epicoh-neureoh2008.com
Spletna stran:	<a href="http://www.epicoh-neureoh2008.com">http://www.epicoh-neureoh2008.com</a>

Datum:	<b>26. – 28. junij 2008</b>
Naslov:	<b>2<sup>nd</sup> World Congress on Sports Injury Prevention</b>
Organizator:	Oslo Sports Trauma Research Centre
Kraj:	Tromsø, Norveška
Datum za registracijo:	1. maj 2008
Datum za oddajo izvlečkov:	1. januar 2008
Spletna stran:	<a href="http://www.ostrc.no/en/Congress/">http://www.ostrc.no/en/Congress/</a>

november 2007

Datum:	<b>29. junij – 2. julij 2008</b>
Naslov:	<b>XVIII World Congress on Safety and Health at Work</b>
Organizator:	International Labour Organization, International Social Security Association in Korea Occupational Safety and Health Agency
Kraj:	Seul, Koreja
Datum za registracijo:	Ni omejitve, do 28. februarja oz. do 28. maja 2008 popust pri kotizaciji
Datum za oddajo izvlečkov:	30. november 2007
Spletna stran:	<a href="http://www.safety2008korea.org/eng/">http://www.safety2008korea.org/eng/</a>

Datum:	<b>1. – 4. september 2008</b>
Naslov:	<b>Psychosocial factor at work: From knowledge to action</b>
Organizator:	Laval University in Québec Public Health Institute
Kraj:	Quebec City, Kanada
Datum za registracijo:	Ni omejitve, do 30. maja 2008 popust pri kotizaciji
Datum za oddajo izvlečkov:	31. januar 2008
Kontaktni naslov:	Renée Bourbonnais, Département de réadaptation, bureau 3275, Faculté de médecine Université Laval Ste-Foy, Qc G1K 7P4, Canada; tel.: 418 656 213, faks: 418 656 5476; e-pošta: <a href="mailto:reneebourbonnais@rea.ulaval.ca">renée.bourbonnais@rea.ulaval.ca</a> , <a href="mailto:info@icoh-wops2008.com">info@icoh-wops2008.com</a>
Spletna stran:	<a href="http://www.icoh-wops2008.com/Afficher.aspx?langue=en">http://www.icoh-wops2008.com/Afficher.aspx?langue=en</a>

Datum:	<b>8. – 13. september 2008</b>
Naslov:	<b>17<sup>th</sup> Annual Meeting of European Society for Movement Analysis for Adults and Children</b>
Organizator:	European Society of Movement Analysis For Adults and Children (ESMA)
Kraj:	Antalya, Turčija
Datum za registracijo:	Ni omejitve, do 20. junija 2008 popust pri kotizaciji
Datum za oddajo izvlečkov:	1. marec 2008
Kontaktni naslov:	Tel.: +90 533 201 94 86; e-pošta: <a href="mailto:esmac2008@gmail.com">esmac2008@gmail.com</a>
Spletna stran:	<a href="http://www.esmac2008turkey.org">http://www.esmac2008turkey.org</a>

Datum:	<b>10. – 13. september 2008</b>
Naslov:	<b>8<sup>th</sup> IUHPE European Conference on Health Promotion and Health Education, Towards the future: exploring the new frontiers of Health Promotion</b>
Organizator:	International Union for Health Promotion and Education
Kraj:	Torino, Italija
Spletna stran:	<a href="http://www.hp08torino.org/">http://www.hp08torino.org/</a>

Datum:	<b>30. september – 3. oktober 2008</b>
Naslov:	<b>4<sup>th</sup> International Conference on Prevention of Occupational Accident in a Changing Work Environment</b>
Organizator:	International Network on the Prevention of Accidents & Trauma at Work
Kraj:	Kreta, Grčija
Datum za registracijo:	Ni omejitve
Datum za oddajo izvlečkov:	1. februar 2008
Kontaktni naslov:	Heliotopos Conferences, 28 Ypsilantou str. GR-172 36, Dafni, Athens, Greece; tel.: +30 210 9730697, faks: +30 210 9767208; e-pošta: wos2008@heliotopos.net
Spletna stran:	<a href="http://wos2008.conferences.gr">http://wos2008.conferences.gr</a>

Datum:	<b>18. – 23. november 2008</b>
Naslov:	<b>XXX. FIMS world congress of sports medicine</b>
Organizator:	Spanish Federation of Sports Medicine (FEMEDE)
Kraj:	Barcelona, Španija
Datum za registracijo:	Ni omejitve, do 31. avgusta 2008 popust pri kotizaciji
Datum za oddajo izvlečkov:	15. september 2008
Kontaktni naslov:	Dr Juan Jose Gonzalez Iturri; PO Box 1207, Pamplona, Navarra 31080, Spain; tel.: +34 948 267 706, faks: +34 948 171 431; e-pošta: firms2008@femedes.es
Spletna stran:	<a href="http://www.femedes.es">http://www.femedes.es</a>

**MOJE POTI NA DELO IN Z DELA**

Odkar sem v službi na Kliničnem inštitutu za medicino dela, prometa in športa (KIMDPŠ), se bolj kot kdajkoli v življenju soočam s prometnimi zagatami in na lastni koži doživljjam prometno neurejenost, nepretočnost in katastrofalno vozniško "kulturno" v Ljubljani. To me je zelo hitro pripeljalo do sklepa, da se bom na delo čim manj (ozioroma samo takrat, ko bo "smrtno" nujno) vozila z avtomobilom, sicer pa bom uporabljala okolju in sebi bolj prijazne načine prevoza. Letos sem vodila mini statistiko mojih poti na delo in z dela in v tednu, ki je posvečen boleznim mišičnoskeletnega sistema, sem se odločila, da jih delim z bralci našega Glasnika.



*Mag. Eva Stergar potrebo po telesni dejavnosti odlično združuje tudi z lepotami narave (Foto: Peter Stergar)*

KIMDPŠ se nahaja na desnem bregu Ljubljanice v predelu, ki je nekako odrezan od preostale Ljubljane. Dostopnost nam omejuje podirajoča se Cukrarna, mimo katere je prepovedan ves promet že tri leta. Table nas opozarjajo, da je "objekt v rušenju" – delavcev ali strojev, ki bi objekt rušili, seveda ni videti – morda se seseda sama vase. "Mrliški most", ki povezuje Poljanski nasip z Zaloško cesto in je zaprt za ves promet, razen za pešce in kolesarje, predstavlja drugo pomembno točko oviranja pretočnosti. Motorizirani promet se v delu mesta okoli in proti Univerzitetnemu kliničnemu centru v dnevnih konicah (zjutraj, opoldne, popoldne in zvečer) torej vali po ozkih in obremenjenih cestah: Njegoševa, Zaloška, Roška, Poljanska, Povšetova... Kadar dežuje, sneži, promet toliko bolj stoji. Vsi tisti, ki se dnevno prebijamo do Poljanskega nasipa, smo vsak dan v stiski skorajda mirujočega prometa. Škoda je vsake minute, prebite med in v pločevini.

Za 7 kilometrov dolgo pot na delo in z dela uporabljam tri načine prevoza: kolo, noge in avto. Leto 2007 si bomo verjetno vsi zapomnili po izjemno lepem vremenu. Tako sem se prvič podala v službo s kolesom 11. januarja. Od takrat do konca oktobra se je to zgodilo natanko 65-krat. Če se pozimi primerno (ne preveč, ne premalo) oblečeš, zaščitiš oči pred solzenjem zaradi vetra in mraza, je pot s kolesom prav prijetna, predvsem pa svobodna. V poletni vročini pa je to sploh edini prijeten način premikanja po mestu. Ko je bila Ljubljana zasnežena (pa na srečo ni bila dolgo), pa tudi včasih v lepšem vremenu, sem pešačila. Noge so me v službo

in iz nje prinesle 42-krat. Sicer pa je od marca prevladovalo kolesarjenje vse do začetka maja, ko sem si med izogibanjem peški v ozkem koridorju pri gradbišču Ville urbane na železni ograji tako poškodovala desno roko, da so me cepili proti tetanusu in da me je bolelo nekaj dni. Kolo je počivalo, so pa zato korakale noge. Pogosteje sem se tudi peljala s taksijem ali avtom: v vsem letu 47-krat.

Če povzamem, sem v dobrih dveh tretjinah poti na delo in z dela uporabila aktiven, trajnosten, okolju prijazen način transporta: kolo ali noge. Trideset minut dnevne zmerne do intenzivne telesne dejavnosti, ki jo vsakomur priporočamo za zdravje, sem opravila mimogrede na poti na delo in z dela (kadar sem šla peš, se je ta čas podvojil). Izognila sem se stresu mirujočega prometa, na poti preko tržnice opravila manjše nakupe, srečala veliko znancev in včasih tudi poklepatala, izmenjala izkušnje.

Priporočam!

**Mag. Eva Stergar, univ. dipl. psih.**

## Glasnik KIMDPŠ

letnik II, številka 2, november 2007

### Izdajatelj in založnik:

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

### Urednica:

Tanja Urdih Lazar

### Uredniški odbor:

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

### Grafična podoba:

Laura Tratnik Belopavlovič

### Fotografija na ovitku:

FOTO SPRING

### Tisk:

Tiskarna Pleško d.o.o.

### Uredništvo:

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

