



premik

POKLICNO ZAVAROVANJE
Razvoj enotnega modela zdravstvene analize glede na izpostavljenost in kategorijo delovnega mesta

ZBORNİK PRISPEVKOV 1. SIMPOZIJA O POKLICNEM ZAVAROVANJU

Ljubljana, 2019

PODPORA PROJEKTU PREMIK

mag. Katja Rihar Bajuk, generalna direktorica Direktorata za delovna razmerja in pravice iz dela, MDDSZ

Poklicno zavarovanje predstavlja zbiranje prispevkov delodajalcev na osebnih računih poklicnega zavarovanja zavarovancev oziroma članov, na podlagi katerih ti pridobijo pravico do poklicne pokojnine ter druge pravice iz Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-2). Namenjeno je zavarovancem, ki opravljajo posebno težka in zdravju škodljiva dela, in zavarovancem, ki opravljajo dela, ki jih po določeni starosti ni mogoče uspešno poklicno opravljati. To so delovna mesta, ki so imela v preteklosti pravico do štetja zavarovalne dobe s povečanjem (beneficirane delovne dobe), ki jo je to zavarovanje leta 2001 nadomestilo.

Temeljni namen poklicnega zavarovanja je, da se zavarovancem, ki predčasno zapustijo trg dela zaradi opravljanja težkega in zdravju škodljivega dela oziroma dela, ki ga po določeni starosti ni mogoče uspešno opravljati, zagotovi socialna varnost do izpolnitve pogojev za redno upokožitev v okviru obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja.

Sistem poklicnega zavarovanja v delu, ki se nanaša na zbiranje prispevkov in izplačevanje pravic iz tega zavarovanja v praksi dobro deluje, težave pa so glede določitve delovnih mest, za katera velja obveznost vključitve v poklicno zavarovanje. Ravno to je bil razlog, da je MDDSZ podprlo projekt PREMIK, katerega namen je z enotno metodologijo ugotoviti, oceniti oziroma analizirati zdravstveno stanje delavcev v posamezni poklicni skupini poklicnega zavarovanja ter pripraviti strokovne podlage za odločevalce pri vzpostavitvi bolj uravnoteženega sistema poklicnega zavarovanja. S podobno analizo v slovenskem prostoru namreč še ne razpolagamo.

Področje določanja delovnih mest, ki jih morajo delodajalci obvezno vključiti v poklicno zavarovanje, se že zelo dolgo ni spremenilo. Tako glede določanja delovnih mest velja Zakon o delovnih mestih, pri katerih se zavarovalna doba šteje s povečanjem iz leta 1969, nekaj zakonov, ki določajo ta delovna mesta v državni upravi, ter številni sklepi Skupnosti pokojninskega in invalidskega zavarovanja od leta 1975 do 1991. Ob preteklih spremembah sistema poklicnega zavarovanja pa temu področju ni bilo posvečeno dovolj pozornosti, saj je bila prednostna naloga zagotovitev delujočega sistema poklicnega zavarovanja. Tako so se v sistemu poklicnega zavarovanja ohranila delovna mesta, ki so bila določena že pred skoraj pol stoletja. Hkrati se pojavljajo nova delovna mesta, glede katerih se pojavlja vprašanje potrebe po vključenosti v sistem poklicnega zavarovanja.

Glede na velik napredek na področju lažjega, varnejšega in zdravju neškodljivega delovnega procesa na tako rekoč vseh

področjih je treba temu slediti tudi pri določitvi delovnih mest poklicnega zavarovanja. Glavno vodilo in vizija MDDSZ namreč je, da je treba najprej stremeti k zagotavljanju ustrezne ravni kulture preventive, kar izhaja tudi iz veljavne Resolucije o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu.

Glede varnosti in zdravja pri delu je treba okrepiti preventivne aktivnosti in izvajati ukrepe, ki zagotavljajo varna in zdrava delovna mesta. Ukrepi, ki se morajo izvajati v organizacijah, so lahko organizacijski ali tehnični, njihov namen pa mora biti zagotavljanje takšna delovna mesta, da ne bo ogroženo zdravje delavcev. Želimo si, da se v organizacijah izvajajo ustrezni ukrepi glede varnosti in zdravja pri delu in da se v celoti upošteva relevantna zakonodaja. Tako bi bilo mogoče v pomembnem delu odpraviti razloge za vključitev delavcev v poklicno zavarovanje iz razloga opravljanja posebno težkega in zdravju škodljivega dela.

Na MDDSZ se že od sprejema ZPIZ-2 leta 2012 prizadevamo za vzpostavitev delujočega sistema določanja delovnih mest poklicnega zavarovanja. Ker gre za strokovno izredno kompleksno tematiko, ki je tudi interesno zelo zahtevna, nam to doslej še ni uspelo in tako pri določitvi delovnih mest poklicnega zavarovanja ni sprememb.

Z veljavnim ZPIZ-2 so sicer postavljeni temelji za delujoč sistem določanja delovnih mest poklicnega zavarovanja s komisijo za določitev delovnih mest poklicnega zavarovanja, ki jo bo imenoval minister, pristojen za delo, vendar te določbe v praksi še niso zaživele, saj manjka ključni korak, sprejem meril in kriterijev poklicnega zavarovanja. Na njihovi podlagi bo lahko ta komisija odločala.

Na MDDSZ verjamemo, da projekt PREMIK predstavlja ta ključni korak, ki bo odločilno prispeval k sprejetju meril in kriterijev poklicnega zavarovanja. Rezultati projekta bodo tako temelj za nadaljnja pogajanja s predstavniki sindikatov in delodajalcev na tem področju, saj bodo temeljili na strokovni analizi zdravstvenih podatkov zavarovancev poklicnega zavarovanja.

Na MDDSZ pričakujemo, da bo po koncu projekta PREMIK, ki ga sofinancirata Republika Slovenija MDDSZ in Evropska unija iz sredstev Evropskega socialnega sklada, vzpostavljen delujoč sistem določanja delovnih mest poklicnega zavarovanja, ki bo prevetрил seznam delovnih mest, ki morajo biti vključena v poklicno zavarovanje.

0 PROJEKTU PREMİK

dr. Damjana Miklič Milek, skrbnica projekta

Projekt PREMİK predstavlja sistemski pristop k reševanju problematike poklicnega zavarovanja v Sloveniji, ki zdaj temelji na »zastarelem« in neažurnem šifrantu delovnih mest, za katera velja zavarovalna doba s povečanjem.

Namen projekta PREMİK je posodobiti seznam/šifrant delovnih mest, za katera velja zavarovalna doba s povečanjem, ter vzpostaviti novejšo različico seznama delovnih mest, kjer je delo posebno težko in za zdravje škodljivo oziroma kjer delavci zaradi narave in teže dela po določenih letih starosti ne morejo več uspešno opravljati svojega dela (poklicne dejavnosti), ter tako pripraviti strokovno podlago za pristojne pri vzpostavitvi bolj uravnoteženega sistema poklicnega zavarovanja.

Splošni cilj projekta je po enotni metodologiji ponovno (na novo) ovrednotiti oziroma presoditi stopnjo zdravja in/ali ogroženosti tistih poklicnih skupin, ki so bile doslej umeščene v šifrant poklicev, za katere velja zavarovalna doba s povečanjem, ter dodatno ovrednotiti oziroma presoditi stopnjo zdravja in/ali ogroženosti za poklicno skupino medicinskih sester. Na podlagi stopnje zdravja in/ali ogroženosti za poklicno skupino pa nato sestavi rang poklicnih skupin, za katere še lahko velja zavarovalna doba s povečanjem.

Konkretni cilji so ugotoviti, oceniti oziroma analizirati zdravstveno stanje delavcev v posamezni poklicni skupini z enotno metodologijo, ki bo vključevala:

- podatke analize umrljivosti (po vzroku) delavcev v posameznih poklicnih skupinah;
- podatke o hospitalizacijah (po vzroku in trajanju) za posamezne poklicne skupine;
- podatke o delovni invalidnosti za posamezne poklicne skupine;
- analizo bolniške odsotnosti (% BO) v določenem obdobju za posamezno poklicno skupino;
- pogostost/frekvenco bolniške odsotnosti (F) v določenem obdobju v vsaki obravnavani poklicni skupini posebej;
- resnost bolniške odsotnosti (R) v določenem obdobju v vsaki obravnavani poklicni skupini;
- vzroke (prevladujoče bolezni), zaradi katerih so bili delavci v posamezni obravnavani poklicni skupini bolniško odsotni.

Pričakujemo, da bo v okviru rezultatov:

- mogoče pridobiti oceno dejanske ogroženosti za posamezno poklicno skupino ter objektivno oceniti, kako so delavci v določeni poklicni skupini ogroženi v primerjavi z drugimi poklicnimi skupinami;
- za 12 poklicnih skupin izvedena epidemiološka analiza podatkov o zdravstvenem stanju delavcev oziroma analiza stopnje zdravja in/ali ogroženosti. Kot rezultat analize bo pripravljeno poročilo za vsako poklicno skupino posebej;
- pripravljen predlog/model rangiranja poklicnih skupin, za katere naj še velja zavarovalna doba s povečanjem vključno s predlogom priporočil za posodobitev seznama delovnih mest v sistemu poklicnega zavarovanja;
- na podlagi ugotovitev analiz o stopnji zdravja in/ali ogroženosti mogoče pripraviti smernice, ki bodo vključevale tudi delujoč, trajen in preverljiv predlog umeščenosti oziroma rangiranja posameznih poklicnih skupin v sistem poklicnega zavarovanja, za katera naj še velja zavarovalna doba s povečanjem, ter strokovne utemeljitve.

Projekt PREMİK predstavlja sistemski pristop k reševanju problematike poklicnega zavarovanja v Sloveniji.

BENEFICIRANA DELOVNA DOBA IN POKLICNO ZAVAROVANJE

izr. prof. dr. Metoda Dodič Fikfak, dr. med.

Beneficirana delovna doba v preteklosti ali poklicno zavarovanje, kot ga imenujemo zdaj, je poimenovanje iste vsebine: delavci na posebej izpostavljenih delovnih mestih in tisti, za katere se pričakuje, da svojega dela zaradi pešanja fizioloških funkcij ne bodo mogli opravljati polno delovno dobo, imajo pravico do skrajšanja delovne dobe ali zgodnje upokojitve. Pred desetletji je zakonodajalec tudi določil, kakšno naj bo skrajšanje delovne dobe, da delavec ne bo zbolel zaradi izpostavljenosti. Določil je, katera doba ob tveganem delu je tista, ki je še varna oziroma za koliko naj se šteje 12 delovnih mesecev; za 13, 14, 16 ali 18 mesecev. Pregled domače literature in način ocenjevanja izpred desetletij kažejo, da so ocene res slonele na precej nezanesljivih kazalnikih.

Na prvi pogled gre sicer za »humano« potezo države, da delavca zaščiti pred preobremenitvijo. Past posebno težkih delovnih mest je pri večini beneficiranih poklicev v tem, da se pozornost preusmeri v prepričanje, da obremenitev in obremenjenosti z delovnega mesta ni mogoče izboljšati tako, da bi bile za delavca nenevarne. Namesto da bi bila prioriteta izboljšanje oziroma odpravljanje izpostavljenosti in ohranjanje zdravja, se pozornost preusmeri na skrajšanje izpostavljenosti (delovne dobe), čeprav so določene izpostavljenosti nevarne tudi, če je čas izpostavljenosti skrajšan (npr. izpostavljenost rakotvorni snovi 30 ali 40 let ne pomeni pomembne razlike v tveganju za razvoj raka). Tako se zanemari skrb za uvedbo izboljšav na delovnem mestu ali odprava izpostavljenosti (ob rakotvorni snovi), hkrati pa se ohranja zadovoljstvo delavcev z obstoječimi obremenitvami, ker je delavec za izpostavljenost plačan.

Cilj našega dela je torej, da za 12 poklicnih skupin, ki so sodile v t. i. poklicno zavarovanje, presodimo, ali je bila obremenitev na teh delovnih mestih (poklicni skupini) taka, da je povzročila pri delavcih večje obolevanje in posledično pogostejšo smrt, hospitalizacijo zaradi od poklica specifičnih bolezni, zbolevanja zaradi specifičnih rakavih obolenj in višjo stopnjo bolniške odsotnosti, kot bi jo pričakovali pri ljudeh njihove starosti in spola.

Upoštevanje toliko različnih rezultatov (tveganje za smrt, hospitalizacija, tveganje za raka, specifična bolniška odsotnost, delovna invalidnost) za vsako poklicno skupino omogoča verodostojnejše sklepanje o resničnem vplivu izpostavljenosti oziroma obremenitev z dela na zdravje izpostavljenih delavcev.

Gre za prvo tako obsežno in temeljito študijo, ki je zajela več kot 50.000 delavcev. Za vsako poklicno skupino je pregledana tudi vsa dostopna svetovna literatura o obolevanju in smrtnosti tako, da bodo dobljeni rezultati za slovenske delavce primerjani z rezultati mednarodnih študij.

Če bodo rezultati pokazali večje tveganje za delavce, bo delovna skupina morala predlagati odločevalcem prioritetni vrstni red meril in kriterijev (najmočnejša in najkriticnejša dokaza sta povečana specifična umrljivost in tveganje za specifično obliko raka) za določitev delovne dobe s povečanjem in predlagati ukrepe, ki naj bi čim bolj zmanjšale takšne obremenitve.

Gre za prvo tako obsežno in temeljito študijo, ki je zajela več kot 50.000 delavcev.

METODOLOŠKE OSNOVE PROJEKTA PREMIK

Martin Kurent, dr. med.,
izr. prof. dr. Metoda Dodič Fikfak, dr. med.

Sistemski metodološki pristop k analizi posledic dela za zdravje delavcev v okviru projekta PREMIK temelji na cilju enotnega objektivnega ovrednotenja zdravja, obolevnosti in invalidnosti z namenom prispevanja k urejanju problematike poklicnega zavarovanja v Sloveniji.

Metodološko gre za retrospektivne kohortne študije. Posamezne kohorte so bile oblikovane na podlagi baz delavcev s poklicnim zavarovanjem, ki jih vodita Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (ZPIZ) in Kapitalska družba (KAD). Anonimizirane zdravstvene podatke in podatke o invalidnosti smo pridobili pri Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (NIJZ) in ZPIZ.

Kot ključne zdravstvene kazalnike smo opredelili bolnišnične obravnave, bolniško odsotnost, umrljivost in invalidnost. Bolnišnične obravnave smo analizirali in vsaki posamezni poklicni skupini po vzroku in trajanju. Iz opazovanega in pričakovanega števila bolnišničnih obravnav smo izračunali standardizirano razmerje bolnišničnih obravnav skupno in po posameznih vzrokih. Bolniško odsotnost posameznih poklicnih skupin smo analizirali po vzrokih in izračunali standardne kazalnike bolniške odsotnosti. Iz opazovanega in pričakovanega števila primerov oziroma opazovanega in pričakovanega števila izgubljenih dni smo izračunali standardizirano razmerje primerov oziroma standardizirano razmerje števila izgubljenih dni skupno in po posameznih vzrokih. Na podlagi zbirk podatkov o umrlih osebah smo analizirali umrljivost delavcev v posamezni poklicni skupini po spolu, starosti, vzroku in trajanju zaposlitve. Upoštevali smo tudi različno latentno dobo, tj. čas o zaposlitve v poklicni skupini do opazovanega dogodka. Iz pričakovanega in opazovanega števila smrti smo izračunali standardizirano razmerje umrljivosti skupno in po posameznih vzrokih smrti. Podatke o invalidnosti smo pridobili pri ZPIZ, in sicer po kategoriji invalidnosti, datumu invalidnosti, kategoriji vzroka invalidnosti in vodilni bolezni. Na podlagi primerjave s pojavnostjo invalidnosti v splošni delovni populaciji smo lahko

izračunali standardizirano razmerje invalidnosti za vse vzroke in posamezne vzroke. Invalidnosti smo analizirali tudi glede na trajanje zaposlitve in latentno dobo. Vse pridobljene podatke smo analizirali ločeno po spolu. Standardizirana razmerja obolevnosti, umrljivosti in invalidnosti nam omogočajo realno primerjavo zdravja posamezne poklicne skupine s splošno populacijo in primerjave med posameznimi poklicnimi skupinami.

Poleg temeljnih analiz kazalnikov zdravja in obolevnosti je bilo mogoče na podlagi predhodne analize domače in tuje znanstvene literature o tveganjih, obolevnosti, umrljivosti in invalidnosti v posamezni poklicni skupini še posebej natančno analizirati tiste specifične okvare zdravja oziroma kazalnike zdravja, za katere se domneva, da so za posamezno poklicno skupino kritični in da bi lahko kazali na posledice dela za zdravje v poklicni skupini v primerjavi s splošno populacijo.

Kot ključne zdravstvene kazalnike smo opredelili bolnišnične obravnave, bolniško odsotnost, umrljivost in invalidnost.

Na podlagi analize merljivih podatkov o zdravstvenem stanju delavcev in izračunanih kazalnikih zdravja bo mogoče objektivno oceniti dejansko ogroženost posamezne poklicne skupine ter objektivno primerjati, kako so delavci v določeni poklicni skupini ogroženi v primerjavi z drugimi poklicnimi skupinami. Na podlagi ugotovljenega zdravja oziroma ogroženosti za poklicne skupine bo nato mogoče napisati priporočilo glede ureditve sistema poklicnega zavarovanja.

BAZE PODATKOV IN NJIHOVA OBDELAVA

dr. Vesna Petkovska

Raziskovalno delo v okviru projekta PREMİK vključuje analizo zdravstvenega stanja delavcev ter analizo merljivih in ocenjenih kazalnikov zdravja na podlagi iz javnih evidenc, pridobljenih podatkov o zdravstvenem stanju delavcev za tiste poklicne skupine oziroma poklice, za katere zdaj velja zavarovalna doba s povečanjem oziroma beneficirana delovna doba.

To so podatki, ki jih na nacionalni ravni zbirajo, vodijo in vzdržujejo različne institucije. Podatke o delavcih, ki so delali na mestih z beneficirano delovno dobo in njihovih obdobjih dela na delovnih mestih z beneficirano delovno dobo, smo pridobili od Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (ZPIZ) in Kapitalske družbe, d. d., (KAD). Poleg tega smo od ZPIZ pridobili podatke o invalidnosti obravnavanih oseb in invalidnosti splošne populacije. Podatke o zdravstvenem stanju delavcev (smrti, bolnišnične obravnave, bolniške odsotnosti) smo pridobili iz podatkovnih zbirk Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ). Podatke o pojavnosti (incidenci) raka obravnavanih oseb smo pridobili iz Registra raka Onkološkega inštituta (OI-SLORA).

Za namene izvedbe naše analize in obravnave poklicnih skupin po enotni metodologiji smo pridobljene podatke najprej prečistili in uredili. Glede na to, ali so leta 2001 dopolnili 25 let (moški) oziroma 23 let (ženske) delovne dobe ali ne, ZPIZ zavarovance vodi v dveh ločenih bazah podatkov, kjer pa so se osebe obeh baz deloma prekrivale. Prav tako smo zaznali prekrivanje med osebami v bazi ZPIZ in približno tretjino oseb v bazi KAD. Obdobja zaposlitev prekrivajočih se oseb smo smiselno povezali. Iz urejene baze vseh oseb smo izločili približno 2 odstotka oseb zaradi nejasnosti, kot so napake v datumih ali nejasnost prekrivanja med bazo ZPIZ in KAD. V končni oziroma izhodiščni bazi podatkov smo tako dobili 61.471 oseb.

Za vsako osebo smo posamezno obdobje dela na podlagi šifre in šifranta beneficirane delovne dobe razvrstili v poklicno skupino. Osebe, ki so imele najmanj eno obdobje dela v obravnavani poklicni skupini, skupno 56.974 oseb (93 odstotkov), smo nato uvrstili v posamezno od 12 obravnavanih poklicnih skupin. Za vsako poklicno skupino smo s podatkom EMŠO pridobili podatke o umrljivosti, bolnišničnih obravnavah in bolniški odsotnosti (zbirke NIJZ), incidenci raka (zbirka OI-SLORA) in invalidnosti (zbirka ZPIZ).

Analize za vsako poklicno skupino smo naredili primerjalno glede na slovensko populacijo, zato smo v okviru projekta pridobili tudi podatke o številu prebivalstva Slovenije (SURs), številu zaposlenih (NIJZ), številu umrlih (NIJZ), številu primerov in trajanju bolnišničnih obravnav in bolniške odsotnosti (NIJZ), incidenci raka (OI-SLORA) ter invalidnosti (ZPIZ).

Raziskovalno delo v okviru projekta PREMİK vključuje analizo zdravstvenega stanja delavcev ter analizo merljivih in ocenjenih kazalnikov zdravja na podlagi iz javnih evidenc, pridobljenih podatkov o zdravstvenem stanju delavcev.

Zdravstvena ogroženost medicinskih sester v Republiki Sloveniji na podlagi umrljivosti, bolnišničnih obravnjav in bolniškega staleža



Janez Strupi, dr. med.,
izr. prof. dr. Metoda Dodič Fikfak, dr. med.

Medicinske sestre (MS) so pri delu izpostavljene številnim škodljivostim in obremenitvam: fizičnim, biološkim, psihosocialnim in kemičnim. Nekatere med njimi so rakotvorne. Raziskave kažejo, da so lahko MS zdravstveno ogrožene zaradi nekaterih bolezni, predvsem rakavih obolenj in morda samomorov.

Glavni cilj raziskave je bil preučiti zdravstveno ogroženost poklicne skupine MS v Republiki Sloveniji, ki doslej še ni bila celovito ocenjena. Cilji raziskave so bili še preveriti, ali MS v Sloveniji pogosteje umirajo zaradi vseh vzrokov in zaradi specifičnih vzrokov umrljivosti; ali imajo več bolnišničnih obravnjav (BO) zaradi vseh vzrokov in zaradi specifičnih vzrokov; in ali pogosteje odhajajo v bolniški stalež (BS) in imajo več dni BS v primerjavi s splošno populacijo.

Splošno in specifično umrljivost 26.235 MS, ki smo jih poiskali v registru zdravstvenih delavcev za 25 let (1991–2015), smo proučevali z retrospektivno kohortno študijo. Podatke o umrlih MS in splošne populacije smo dobili iz registra umrljivosti in jih analizirali s standardiziranim razmerjem umrljivosti (SMR). Stopnje in povprečno trajanje BO MS smo izračunali iz števila in trajanja BO MS, ki smo jih pridobili iz registra BO NIJZ, in jih primerjali s stopnjami in povprečnim trajanjem BO splošne populacije. Število primerov in koledarskih dni BS MS smo pridobili iz registra BS NIJZ in iz njih izračunali indekse BS, ki smo jih primerjali z indeksi splošne populacije. Pri BO in BS smo za kontrolo starosti uporabili metodo indirektno standardizacije.

MS v Sloveniji so imele nižjo splošno umrljivost (SMR = 0,66; 95 % IZ = 0,59–0,73), prav tako umrljivost ni bila povečana zaradi nobenega specifičnega vzroka (SMR za neoplazme = 0,83; 95 % IZ = 0,72–0,94; SMR za bolezni obtočil = 0,54; 95 % IZ = 0,41–0,71; SMR za bolezni dihal = 0,32; 95 % IZ = 0,09–0,82; SMR za samomore = 0,67; 95 % IZ = 0,44–0,99) v primerjavi s splošno populacijo. MS v Sloveniji so imele minimalno več BO zaradi vseh bolezni skupaj kot starostno primerljivi prebivalci, vendar je bilo njihovo trajanje krajše. Presežek je bil predvsem zaradi bolezni mišično-skeletnega sistema (KMB), dejavnikov, ki vplivajo na zdravstveno stanje in nosečnosti. MS so imele manj BO zaradi rakastih obolenj in bolezni, povezanih s kajenjem in alkoholom v primerjavi s splošno populacijo. MS so imele približno petino več primerov in izgubljenih dni zaradi BS, predvsem zaradi KMB, poškodb, bolezni dihal, DVM, infekcijskih bolezni, nege, nosečnosti in drugih dejavnikov, ki vplivajo na zdravstveno stanje v primerjavi s splošno populacijo. V BS hodijo pogosteje, a za krajši čas od splošne populacije.

MS v Republiki Sloveniji so zdravstveno ogrožene predvsem zaradi KMB, njihova obolevnost se kaže z BS in BO. Večje tveganje za rakasta obolenja in samomore pri MS, ki jih opisuje literatura, pri slovenskih MS nismo odkrili niti z umrljivostjo niti z BO (in ne z BS).

Značilnosti poklicne skupine – policisti

Mateja Šinko Kokol, dr. med., Martin Kurent, dr. med.,
izr. prof. dr. Metoda Dodič Fikfak, dr. med.



Slovenska policija je organ v sestavi Ministrstva za notranje zadeve (MNZ) in deluje na treh organizacijskih ravneh, in sicer na državni, regionalni in lokalni. Zaposleni v policiji skladno s kodeksom policijske etike opravljajo delo na štirih temeljnih področjih: preprečevanje, odkrivanje in preiskovanje kriminalitete, vzdrževanje javnega reda ter zagotavljanje splošne varnosti ljudi in premoženja, zagotavljanje varnosti cestnega prometa in nadzor državne meje in izvajanje predpisov o tujcih. Temelji policijskega dela so na terenu. Policisti terenske naloge opravljajo samostojno ali v patroljah, peš, s kolesom, motornim kolesom, osebnim avtomobilom ali intervencijskim vozilom. Preostali delovni čas uporabijo za pripravo poročil in drugih dokumentov, ki se nanašajo na postopke in opravljene naloge.

Po podatkih Eurostata je bilo v letu 2016 v Evropski uniji v povprečju zaposlenih 318 policistov na 100.000 prebivalcev, Slovenija je takrat imela 398 policistov na 100.000 prebivalcev.

Policist je pogosteje moški, ženske so v ta poklic vstopile šele v zadnjem stoletju in so v manjšini zaposlenih. Delež žensk v Slovenski policiji je tako leta 1997 znašal 5,3 odstotka in se je vsako leto postopoma zviševal, tako je leta 2016 znašal že 20,13 odstotka.

Starostna struktura zaposlenih v Slovenski policiji se je z leti spreminjala. Tako je bila leta 1997 povprečna starost moških komaj 31,45 let, leta 2016 pa že 42,01 let. Prav tako se je zviševala povprečna starost žensk, ki je leta 1997 znašala komaj 33,59 let, leta 2016 pa že 37,58 let.

Zaradi narave policijskega dela so zaposleni v policiji izpostavljeni različnim kemičnim obremenitvam in škodljivostim (kot so izpušni plini, onesnaženost okolja, solzivec), fizikalnim obremenitvam in škodljivostim (kot so hrup, vibracije, prah, neugodno toplotno okolje, udeležba v prometu, mikrovalovno sevanje – radarji), biološkim obremenitvam in škodljivostim (okužbe, ki se

prenašajo iz ljudi in živali), fiziološkim obremenitvam in škodljivostim (fizično zahtevno delo, nenadna sprememba monotonega, statičnega dela s situacijami, ki zahtevajo hude fizične, mentalne in čustvene napore, dolgotrajno sedenje), psihične obremenitve (kot so organizacijski in administrativni pritiski in zahteve, soočenje z umori, uboji, smrtjo, zlorabljenimi otroki in psihičnimi napadi, ter drugo nasilje) ter obremenitve, ki izhajajo iz organizacije dela in razmer v policiji (kot so organizacija delovnega časa – nadurno, izmensko in nočno delo, prehranjevalne navade, narava dela, pomanjkanje osebja).

Policisti so v raziskavah o zdravju pri delu relativno skromno zastopana poklicna skupina, raziskav je malo, njihovi zaključki pa so večinoma nekonsistentni. Tuja literatura kaže na možno povezavo med izpostavljenostjo pri delu policistov in rakom prostate, Hodgkinovim limfomom, melanomom, rakom mehurja in rakom testisov, izračunali pa so tudi višje razmerje obetov za bolniško odsotnost pri policistih v primerjavi s splošno aktivno populacijo. Takih raziskav o slovenskih policistih doslej ni bilo. Pri vrednotenju rezultatov raziskav obolevnosti in umrljivosti med policisti je treba upoštevati t. i. učinek zdravih delavcev, ki zmanjšuje relativno obolevnost (umrljivost) med policisti v primerjavi s splošno populacijo, posebej še ker morajo kandidati za policiste že pred nastopom službe izpolnjevati višje in bolj specifične zahteve kot zaposleni v drugih poklicnih skupinah.

Značilnosti poklicne skupine – tekstilni delavci

Urška Šajnović, dr. med.,
izr. prof. dr. Metoda Dodič Fikfak, dr. med.



Zaposlitev v tekstilni industriji je Mednarodna agencija za raziskave raka (IARC) razvrstila v skupino 2B, za katero je mogoče, da je kemična snov oziroma mešanica rakotvorna za ljudi in da obstajajo nezadostni dokazi za rakotvornost pri ljudeh, vendar zadostni dokazi za rakotvornost pri poskusnih živalih. Eksperimentalni dokazi na podlagi živalskih modelov glede učinkov endotoksina in bombažnega praha na rakotvorne procese niso bili skladni. Na podlagi nekaterih laboratorijskih študij jim je sicer uspelo dokazati ali vsaj nakazati zaščitni učinek endotoksina kot rakotvorne snovi, a tega ne moremo z gotovostjo potrditi, saj je nadaljnje epidemiološko preučevanje endotoksina vključevalo veliko variabilnost v časovni izpostavljenosti in negotovost pri merjenju izpostavljenosti.

Kemikalije se kot dejavniki tveganja za rakave in kronične bolezni pojavljajo v več epidemioloških študijah, vendar še nobeni od teh doslej, izjema je alergijski kontaktni dermatitis, ni uspelo dokazati neposrednega učinka na delavca. Ta se je v več študijah pojavil pri osebah z že prisotno atopijo, poleg tega so študije navajale številne druge možne alergene. Dokazano alergene so bile le disperzne barve in formaldehid. Za formaldehid, ki je po IARC-u razvrščen v I. skupino rakotvornih snovi, ni statistično pomembnih povezav ne za zaščitne in ne za škodljive učinke na tekstilnega delavca.

Pri nadaljnjih analizah bi se bilo treba osredotočiti predvsem na rakotvornost tekstilne industrije. Rezultati študij namreč niso pokazali neposredne povezave med tovrstnim delom, različnimi vrstami raka in kemikalijami. Kljub vsemu lahko sklepamo, da se bo v prihodnjih študijah tekstilnega sektorja med raki kljub vsemu pogosteje pojavljal rak pljuč, eventualno tudi rak mehurja. Rak pljuč prvič zato, ker se že zdaj v epidemioloških študijah o tekstilnih delavcih pojavlja kot najpogostejši rak, drugič pa zaradi tega, ker nanj vpliva tudi veliko drugih (ne)posrednih dejavnikov: kajenje, endotoksin, kemikalije, obolenja dihal (astma, bisinoza, KOPB) in bombažni prah, ki bi jih prav tako bilo treba dodatno raziskati. Za rak mehurja zgolj domnevamo, da se bo v prihodnjih študijah pojavljal nekoliko pogosteje, saj obstaja zanj pri določenih poklicnih skupinah (barvalci vlaken) pogojno tveganje.

Mišično-skeletna obolenja (MSD) so odgovorna za velik del stroškov nadomestila delavcem in so glavni vir izgubljenih dohodkov v proizvodnji. Če povzamemo vse ugotovitve glede MSD, so tekstilni delavci izpostavljeni številnim rešljivim bolezenskim stanjem, ki izvirajo iz delovnega mesta. Tu je treba najprej poudariti predvsem neergonomska delovna mesta. Pomembno je, da s proaktivnim akcijskim načrtom vsako delovno mesto natančno pregledamo in uvedemo učinkovite ergonomske ukrepe, ki jih nato spremljamo in v določenem časovnem okviru ocenimo njihovo delovanje. S tem v zvezi bi na to pozitivno vplivali tudi pogostejši in krajši (aktivni) odmori, ki bi delovali razbremenjujoče. S tem bi se dalo vplivati na invalidnost in bolniško odsotnost.

Pri tekstilnih delavcih v svetu so pogostejše hospitalizacije zaradi astme in bisinoze, eventualno tudi KOPB, bolniške odsotnosti pa predvsem zaradi mišično-skeletnih obolenj in boleznih dihal. Mehanizem nastanka astme in bisinoze, ki naj bi bil povzročen z bombažnim prahom ali endotoksinom, ni znan. Raziskave, ki so dokazovale povezavo med izpostavljenostjo tema dejavnikoma in astmo ter bisinozo, niso izključevale drugih dejavnikov, kot so na primer kajenje in prej obstoječe težave z dihal. Torej tekstilno okolje očitno niti ni povezano s tema dvema boleznima niti s katerikoli drugim obolenjem dihal.

Zgolj na podlagi epidemiološko ovrednotene literature o tekstilnih delavcih so tekstilni delavci sicer izpostavljeni določenim bolezenskim tveganjem, vendar ne toliko, da bi bilo njihovo delo beneficirano. Obstajajo številne vstopne točke, na podlagi katerih bi lahko zmanjšali ta tveganja, bodisi v sami organizaciji dela bodisi v politiki posameznega podjetja, in sicer s tehničnimi in upravno-administrativnimi ukrepi.

Značilnosti poklicne skupine – poklicni vozniki

dr. Andrea Margan, dr. med.,
izr. prof. dr. Metoda Dodič Fikfak, dr. med.



Pregled literature kaže, da poklicni vozniki pogosteje obolevajo zaradi mišično-kostnih in srčno-žilnih bolezni in raka.

Podatki o višji splošni umrljivosti poklicnih voznikov niso trdni. Višja specifična umrljivost poklicnih voznikov je konsistentna zaradi malignih obolenj, predvsem raka pljuč in sečnega mehurja. Domneva se, da je presežek poklicnega raka voznikov posledica izpostavljenosti dizelskim emisijam in policikličnim aromatskim ogljikovodikom, ki so dokazano rakotvorne snovi in kot takšne umeščene v skupino I (ena) po IARC-ovi klasifikaciji. Pomanjkljivost retrospektivnih kohortnih raziskav, ki so v teh primerih najpogostejši vir informacij, je pomanjkanje natančnih podatkov o izpostavljenosti, zato o vzročni povezanosti in učinku doza-odgovor niti ne moremo sklepati. Tveganje za nastanek raka tako temelji zgolj na podatku o trajanju zaposlitve in brez natančne ocene izpostavljenosti.

Več podatkov v literaturi pa zasledimo o obolenjih, ki jih ne moremo umestiti v poklicne bolezni, ampak v skupino z delom povezanih bolezni. Te so posledica ergonomskih in psihosocialnih obremenitev (organizacija dela, monotonija, velike psihološke zahteve in majhna možnost odločanja, delo ponoči in na terenu) in individualnih lastnosti posameznika. V to skupino bolezni štejemo bolečine v hrbtenici, srčno-žilne bolezni, presnovne bolezni, sindrom obstruktivne apneje v spanju in zlorabo psihoaktivnih snovi.

Višje tveganje poklicnih voznikov za nastanek bolečin v hrbtenici se stopnjuje z urami vožnje, nočno izmeno in trajanjem zaposlitve. Telesna aktivnost in dodatni dan počitka pa tveganje zmanjšata.

Višje tveganje za infarkt miokarda poklicnih voznikov potrjuje več študij. Neredna in nepravilna prehrana, sedeče in nočno delo, pomanjkanje telesne aktivnosti zvišujejo tveganje za nastanek metabolnega sindroma in s tem povezanih bolezni (sladkorna bolezen, motnje v presnovi lipidov) vključno s srčno-žilnimi posledicami teh.

Z izjemo raka pljuč je malo študij, ki bi zanesljivo potrjevale poklicna tveganja voznikov za nastanek drugih bolezni dihal. Čeprav je dokazano, da onesnažen zrak povzroča bolezni srca in ožilja in višjo umrljivost, so raziskave, ki bi to potrjevale tudi pri voznikih, nekonsistentne in zahtevajo nadaljnje raziskovanje.

V pregledani literaturi niti nismo zasledili raziskav, ki bi potrjevale, da se psihofizične sposobnosti s staranjem spremenijo toliko, da bi te vplivale na varno poklicno vožnjo še pred iztekom polne delovne dobe (40 let) oziroma pred dopolnjenim 65. letu starosti.

Na podlagi epidemiološko ovrednotene literature izhaja, da so poklicni vozniki sicer izpostavljeni določenim poklicnim tveganjem, vendar je te velikokrat mogoče preprečiti s preventivni ukrepi, ki obsegajo ergonomske rešitve in primerno organizacijo dela.

Značilnosti poklicne skupine – komunalni delavci in gasilci



Boštjan Rejec, dr. med.,
izr. prof. dr. Alenka Franko, dr. med.

Komunalni delavci in poklicni gasilci so pri delu izpostavljeni številnim škodljivostim in nevarnostim. Delo komunalnega delavca med drugim vključuje ravnanje z odpadki, urejanje javnih površin, pogrebno dejavnost ... Poklicni gasilci pa poleg gašenja in reševanja ob požarih, prometnih, okoljskih oziroma ekoloških in industrijskih nesrečah opravljajo tudi naloge zaščite in reševanje oseb in premoženja ob nesrečah, požarno stražo itd.

Komunalni delavci pri ravnanju z odpadki prihajajo v stik z različnimi škodljivimi kemičnimi snovmi in biološkimi agensi, pri tem so lahko izpostavljeni še hrupu, vibracijam in v sežigalnicah tudi toplotnim obremenitvam. Poleg tega je za zbiranje odpadkov značilno pogosto dvigovanje, prenašanje, potiskanje oziroma vlečenje težkih predmetov. Delavci, ki opravljajo pogrebno dejavnost, so še posebej izpostavljeni večjim psihičnim obremenitvam zaradi specifične narave dela in izpostavljenosti delovnim stresorjem, kot so delo v izmenah, podaljšan delovni čas, stik s svojci itd.

Poklicni gasilci so na intervencijah poleg toplotnim obremenitvam in hrupu lahko izpostavljeni še številnim kemičnim snovem, od katerih so številne tudi rakotvorne. Poleg tega lahko pri reševanju oseb prihajajo v stik z različnimi patogenimi biološkimi agensi. Podobno kot komunalni delavci tudi poklicni gasilci pogosto dvigujejo, nosijo in

vlečejo težka bremena, delajo v nefizioloških položajih in podobno. Ta poklicna skupina je pogosto izpostavljena psihičnim obremenitvam pri zagotavljanju pomoči drugim ljudem v izrednih razmerah. Stres povzročajo tudi življenjsko nevarne in nepredvidljive okoliščine.

Tako med poklicnimi gasilci kot med zaposlenimi v komunalni dejavnosti je bila ugotovljena enaka ali nižja splošna umrljivost v primerjavi s splošno populacijo, kar je zelo verjetno posledica učinka zdravega delavca. Poklicni gasilci statistično značilno pogosteje kot splošna populacija obolevajo zaradi rakastih obolenj, predvsem zaradi raka prostate, melanoma, malignega mezotelioma in raka pljuč. Zaposleni v komunalni dejavnosti pa so pogosteje hospitalizirani zaradi hepatitisa in naravnih vzrokov. Poleg tega so v pogrebni dejavnosti med zaposlenimi ugotavljali tudi višjo morbidnost zaradi tuberkuloze.

Izdajatelj in založnik: UKC LJUBLJANA, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa

Za izdajatelja: Dr. Metoda Dodič Fikfak

Uredila: Dr. Damjana Miklič Milek

Jezikovni pregled: Darja Rogelj

Oblikovanje in tisk: Brilas d.o.o.

Naklada: 150 izvodov

Ljubljana, 2019

Projekt sofinancirata Republika Slovenija Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti in Evropska unija iz sredstev Evropskega socialnega sklada. Projekt se izvaja v okviru Operativnega programa za izvajanje evropske kohezijske politike v obdobju 2014–2020, 8. prednostne osi »Spodbujanje zaposlovanja in transnacionalna mobilnost delovne sile«, prednostne naložbe 8.3 »Aktivno in zdravo staranje« in specifičnega cilja 8.3.1 »Podaljšanje in izboljšanje delovne aktivnosti starejših, vključenih v ukrepe«.

