

Delo in varnost

Revija za varnost in zdravje pri delu in varstvo pred požarom

2/2009

Poština plačana pri pošti 1102 Ljubljana
Letnik LIV, april 2009, 13,77 eur



Intervju

Mag. Borut Brezovar,
glavni inšpektor RS za delo



Osrednja tema

Sožitje z bližnjimi

Novice

1. mednarodni kongres
medicinskih izvedencev
Slovenije



Vaš strateški partner pri zagotavljanju varnega in zdravega dela



ZVD smo ljudje

ZVD Zavod za varstvo pri delu d.d.

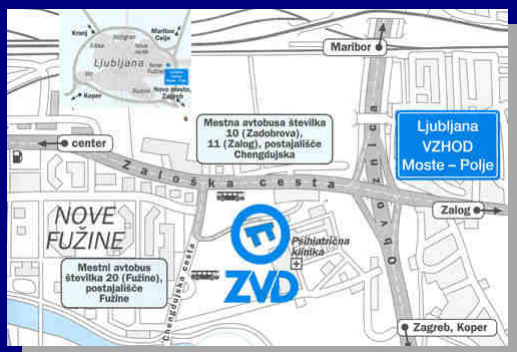
Chengdujska cesta 25

1000 Ljubljana

T: 01 585 51 00

F: 01 585 51 01

W: www.zvd.si



Izdajatelj:

ZVD Zavod za varstvo pri delu d.d.
Chengdujska cesta 25, 1000 Ljubljana
CENTERKONTURA d.o.o.
Linhartova 51, 1000 Ljubljana

Založnik: ZVD Zavod za varstvo pri delu d.d.

Chengdujska cesta 25, 1000 Ljubljana
Direktor: Miran Kalčič

Odgovorna urednica in lektorica: Andreja Tasič**Urednik znanstvene priloge:**

prim. prof. dr. Marjan Bilban

Uredniški odbor: mag. Kristina Abrahamsberg,
prim. prof. dr. Marjan Bilban, mag. Ivan Božič,
Karl Destovnik, Miran Kalčič, Jana Konček Cigula,
dr. Maja Metelko, Andreja Tasič

Uredništvo in sodelavci:

mag. Nataša Belopavlovič,
mag. Borut Brezovar, Janez Fabijan, dr. Primož Gspan,
Jernej Jenko, Jasmin Petan Malahovsky, Peter Pogačar,
mag. Miro Škufca, asist. Metka Teržan, mag. Cveto Uršič,
Mirko Vošner, Janez Zavrl, Saša Žebovec,
mag. Bojan Žlender

Oblikovanje in tehnično urejanje: Vesna Slabe

Fotografije: arhiv ZVD d.d.

Uredništvo in izvedba: CENTERKONTURA d.o.o.

Telefon: (01) 280 34 55

E-pošta: zalozba@centerkontura.si

Trženje in naročila: Jana Konček Cigula

Telefon: (01) 585 51 28

Izhaja dvomesečno

Naklada: 850 izvodov

Tisk: TIPOGRAFIJA d.o.o.

Celovška 25, 1000 Ljubljana

Cena: 13.77 EUR z DDV.

Odpovedni rok je tri (3) mesece s priporočenim pismom.

Vsako spremembo naslova sporočajte uredništvu pravočasno.

Povzetki člankov so vključeni v podatkovni zbirki COBISS in ICONDA.

Revija DELO IN VARNOST je vpisana v razvid medijev, ki ga vodi Ministrstvo za kulturo RS, pod zaporedno številko 622. Vse pravice pridržane. Ponatis celote ali posameznih delov je dovoljen samo s soglasjem izdajatelja.

Fotografija na naslovnici: utrinki s 1. mednarodnega kongresa medicinskih izvedencev Slovenije

Fotografije: Tadej Bernik

UDK 616.
628.5
331.4
614.8

ISSN 0011-7943

Delo in varnost

Številka 2/2009

Uvodnik 4

Intervju

Andreja Tasič

– **Mag. Borut Brezovar, glavni inšpektor RS za delo** 5

Osrednja tema

Martin Toth

– **Dolgotrajna oskrba – nova veja socialne varnosti** 9

Jože Ramovš

– **Sožitje z bližnjimi** 22

Aktualno

Ivan Božič

– **Ukrepi za izboljšanje varnosti pri delu z električnim tokom** 30

Dean Premik

– **Organiziranost ZPIZ in akti, ki urejajo delo izvedencev** 35

Novice

Života Lovrenov

– **1. mednarodni kongres medicinskih izvedencev Slovenije** 44

Razvoj in znanost

Maja Metelko

– **Stik kemikalij s kožo in preprečevanje tveganja za zdravje delavcev** 46

Uvodnik

V mesecu, v katerem je tudi svetovni dan varnosti in zdravja pri delu, smo vam pripravili precej zanimivega branja. Pogovarjali smo se z mag. Borutom Brezovarjem, glavnim inšpektorjem Republike Slovenije za delo. Povedal nam je, da stanje na področju varnosti in zdravja pri delu ni tako katastrofalno, kot se marsikdaj kaže v medijih. Med ostalimi evropskimi državami se uvrščamo na sredino; tudi statistika delovnih nezdogod s smrtnim izidom se je lansko leto v primerjavi z letom 2007 opazno izboljšala.

Osrednjo temo smo namenili vedno bolj perečemu problemu naše družbe, in sicer staranju prebivalstva, ki ne pesti samo Slovenije, ampak vse države sveta. Ta pojav pa s seboj seveda prinaša določene posledice, ki jih bo treba začeti čim prej upoštevati. Na to se navezuje tudi naslednji članek te teme, ki pa govori o sožitju z bližnjimi. Avtor želi s prispevkom utemeljiti, da je medčloveško sožitje odločilen dejavnik kakovosti staranja, tako kot so odločilni gibanje, zdrava prehrana in stalno izobraževanje. Človek je namreč socialno bitje, ki je vse življenje preživetveno vpet v sožitje z drugimi ljudmi.

V rubriki Aktualno govorimo o ukrepih za izboljšanje varnosti pri delu z električnim tokom. Če upoštevamo vse varnostne predpise, je električna energija relativno varna oblika energije, ob neupoštevanju predpisov pa se seveda lahko zgodijo nezgode z najhujšimi posledicami.

Predstavljamo vam tudi enega od stebrov socialnega zavarovanja, ki skrbi za uveljavitev pravic iz invalidskega zavarovanja, Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Republike Slovenije.

Pripravili smo vam nekaj utrinkov z Mednarodnega kongresa medicinskih izvedencev, ki se je aprila odvijal v Mariboru, preberete pa si lahko tudi članek, ki vas opozarja, kako preprečevati tveganje za zdravje delavcev ob stiku kemikalij s kožo.

Andreja Tasič

Bolj ko je staro prebivalstvo in višja ko je zaposlenost, še zlasti žensk, večja je potreba po organiziranju pomoči ljudem, ki sami dolgočasno ne morejo poskrbeti zase in so pri opravljanju dnevnih življenjskih funkcij odvisni od drugih. Organizirana družbena pomoč takim osebam je področje dolgotrajne oskrbe.

Več na str. 9

Na varnost električnih inštalacij in naprav vplivajo tako pravilno načrtovanje, izbira in montaža kakor tudi ustrezna uporaba in vzdrževanje. Pri načrtovanju novih inštalacij morajo projektanti upoštevati veljavne predpise in standarde ter pogoje za priključitev porabnika na omrežje.

Več na str. 30

Borut Brezovar, glavni inšpektor RS za delo

Borut Brezovar je leta 1977 diplomiral na ljubljanski pravni fakulteti, magistriral pa leta 2005. Od leta 1993 kot glavni inšpektor RS za delo vodi in predstavlja inšpektorat, organizira in koordinira delo inšpektorjev ter v okviru svojih pooblastil odgovarja za zakonitost, kakovost in učinkovitost dela inšpekcije.



Kako v splošnem ocenjujete stanje na področju varnosti in zdravja pri delu? Tudi če ga primerjate z ostalimi državami članicami EU?

Če bi ga ocenjeval z oceno do deset, smo nekje med pet in šest, tudi če primerjamo razmere z drugimi državami EU. Uvrščamo se na sredino, daleč od tega, da bi bili med najboljšimi, vendar pa tudi ni tako slabo, kot je morda videti na prvi pogled. Ko se pogovarjam s kolegi iz EU, lahko rečem, da se ukvarjajo z identičnimi problemi. Zelo težko je zagotavljati varnost in zdravje pri delu pri malih delodajalcih, bistveno lažje v večjih, najlažje pa v največjih, kar je seveda logično. V velikih je doma stroka, tam so sogovorniki, ki vedo, kaj je treba narediti. Med velikimi je tudi konkurenca, ki jih sili v to, da na tem področju ne smejo

zaostajati, drugače zaostanejo tudi v konkurenčnem smislu. Recimo farmacevtska, avtomobilska industrija in podobno. Tiste, ki so vpete v mednarodni prostor, pa so še posebej skrbne glede tega področja. Drugače pa je, ko pogledamo tiste, ki zaposlujejo samo do pet, deset delavcev. Tam pa je problem, kako jih motivirati, da bi jih to področje sploh zanimalo. Skrbijo zgolj za to, da so formalnosti, za katere ocenjujejo, da jih zakonodaja predpisuje, izpolnjene v nekem minimalnem obsegu, vse ostalo jih ne zanima. Nikakršne dolgoročnosti, preventive, ki pa je, ko govorimo o varnosti, ključnega pomena. Ko pa govorimo o dejavnostih, izpostavljamo gradbeništvo, kovinsko-predelovalno in lesnopredelovalno industrijo, torej se z drugimi državami razlikujemo edino po tem, da pri nas ni velik problem dejavnost ribištva, ker je preskromno.

Izpostavili ste gradbeništvo, ki je problematično z vidika varnosti pri delu. Kaj se da tukaj narediti za izboljšanje varnosti?

Gradbeništvo izstopa, ker je že dejavnost sama po sebi problematična. Delovno mesto v gradbeništvu se namreč ves čas dela spreminja, ne moreš se ga navaditi, ne postane rutina. Tam, kjer si recimo stal pred minuto, je zdaj luknja ali stopnica; torej se spreminja. Ko si na nekem fiksnem delovnem mestu, se ga sčasoma navadiš, gibi postanejo

AVTORICA: Andreja Tasič
FOTOGRAFIJE:
arhiv Inšpektorata RS za delo



rutina, veš, kje je kakšna nevarnost in se laže spoprimeš z njo. Pri gradbeništvu gre pa za tipične nevarnosti, ki se med seboj prepletajo, in nikoli ne veš, s katere strani je bo več. Pri tem si moramo pomagati s preventivo v ustrezni vzgoji in usposobitvi delavcev, da so vedno pripravljeni na nepričakovane probleme in nevarnosti, kar se s treningom da doseči. Tam, kjer se temu posveča veliko pozornosti, so tudi rezultati dobri. Na vseh področjih, ki so ocenjena kot problematična, je treba kaj narediti, da se bodo stvari spremenile. Poskušali smo poostri nadzor nad gradbišči, s tem da smo hitro naleteli na problem lastne kapacitete. Še lani je bilo v Sloveniji več kot tisoč odprtih gradbišč, in če bi nadzirali samo gradbeništvu, bi že bilo premalo inšpektorjev, gre pa samo za en segment nadzora v celoti. Organizirali smo posebne akcije, da bi s prisotnostjo inšpektorjev na gradbišču zaostri pogled na pravila in delovno disciplino. Po drugi strani pa smo že lani, potem ko je leto 2007 izstopalo kot najslabše leto v smislu statistike največ poškodb, največ smrtnih nezgod, največ ubitih v gradbeništvu, začeli s posebnim projektom zmanjšanje števila poškodb v gradbeništvu. Povabili smo potencialne sodelujoče, torej organizacije delodajalcev,

"Gradbeništvu izstopa, ker je že dejavnost sama po sebi problematična."

sindikalne organizacije, stroko ... Tudi izobraževanje je zelo pomembno pri gradbeništvu in problemih zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu. Odziv v zvezi s tem projektom je bil izjemen, dobivali smo ideje, izpeljali srečanja, usposabljanja s profesorji v gradbenih šolah ... Na delavske in delodajalske organizacije skušamo vplivati, da s svojimi predlogi in aktivnostmi pri sebi podprejo ta projekt. K izboljšanju stanja iz leta 2007 pa bo pripomogla tudi krizna situacija, ki se že kaže v zmanjševanju obsega dela. V teh primerih je ponavadi tudi manj negativne statistike; manj poškodovanih, ubitih na delu. Že leto 2008 je bilo precej bolj ugodno, računamo pa, da bo letošnje leto še boljše.

Torej se statistika popravlja ...

Leta 2007 je bilo mrtvih 33, lani 26, letos pa pričakujemo, da bo ta številka še bistveno nižja. Do tega trenutka (24. marec, op. a.) so bili trije mrtvi, pa je praktično že konec prvega četrletja. Pri tem ne moremo trditi, da gradbene sezone ni bilo; velik del gradbenih del je zmanjšan v obsegu, intenzivnosti, vse to pa seveda za seboj potegne tudi te pojave.

Kako poteka prenova Zakona o varnosti in zdravju pri delu? V katero smer gredo spremembe?

Prenova zakona je načrt vlade, ki naj bi se začel v letošnjem letu. Zakon je star deset let, v tem času se je mnogo stvari izkristaliziralo, deloma tudi spremenilo; nabralo pa se je tudi precej pripomb z različnih strani. Ta zakonodaja sodi v zakonodajo s področja dela, kjer imate na eni strani delodajalca s svojimi pričakovanji,

na drugi pa delavca s pričakovanji, ki so včasih drugačna, in seveda javni interes. Zato so ti predpisi o delu vedno stvar usklajevanja različnih socialnih partnerjev in druge delovnopravne zakonodaje, torej Zakona o delovnih razmerjih, ki je tesno povezan s tem zakonom. S tem zakonom je povezano delo, delo pa se oblikuje na podlagi te delovnopravne zakonodaje kot pogodba med delodajalcem in delavcem, ki za seboj potegne določene medsebojne obveznosti. Ena od njih je gotovo tudi ta, da delodajalec poskrbi za varnost zaposlenih s postopkom, ki je predviden v zakonu, po drugi strani pa delavčeva, da se teh pravil drži. Ko se enkrat sproži postopek prenovitve zakona, pa ne moremo mimo dejstva, da je v tem obdobju tudi že EU začela s postopkom ocenjevanja administrativnih ovir, ki jih različna zakonodaja postavlja pred uporabnike. Tudi na področju varnosti in zdravja pri delu je bilo precej aktivnosti. V glavnem jih je vodilo ministrstvo za javno upravo, ki poskuša – včasih morda tudi na manj primeren način – nekatere instrumente iz sistema varnosti in zdravja pri delu tehtati z vidika stroška in morda premalo z vidika koristi. Ko se bo zakon prenavljal, bo gotovo del prenove tudi s tega zornega kota, kako je mogoče doseči enako ali celo več v smislu zagotavljanja varnosti ob manj stroških, administriranja, obremenitev ... Pri tem je treba paziti, da ne gre predaleč, da se zaradi racionalizacij administrativnega tipa ne zarezje v tkivo varnosti tako, da pravzaprav pomeni nižjo raven varnosti. Posamičnih opozoril ali pomislekov z ene ali druge strani na vsebino zakona je

precej. Nekatere stvari morda niso dovolj jasne; sem sodi tudi pojem samozaposlene osebe, ker ga vsak razume na svoj način. Pojem samozaposlena oseba izhaja samo iz zdravstvene zakonodaje, iz delovne pa nikakor ne. Definicija samozaposlenega ne more izvirati iz tega, na kakšen način je registriran, ampak ali dejansko delo v celoti opravlja sam, brez kakršne koli pomoči na kateri koli pravni podlagi. To bi morala biti definicija, in šele potem so lahko pomembne olajšave, ko ni za nikogar odgovoren, razen zase. Že od vsega začetka je tudi znano, da je bilo nekaj stvari v zakonu v neskladju s konvencijo 155 in z direktivo o tem, kaj je treba javljati. Delodajalec mora javljati vsako poškodbo pri delu, katere posledica pomeni sanacijo več kot tri dni, v zakonu pa je zapisano drugače. Že tri dni naj bi bilo treba javljati, ne nad tremi dnevi. Verjetno bo treba presoditi tudi, ali so kazni, kakršne so zdaj v zakonu, ustrezne. Mi menimo, da so neprimerne, zelo nizke in neučinkovite, vsaj če jih primerjamo s kaznimi na drugih področjih. Ko se bo začel postopek usklajevanja zakona, se bo gotovo nabrala cela vrsta različnih predlogov, pri čemer bo treba iskati ustrezno mero, ki bo zadovoljila eno in drugo stran ter hkrati ne bo posegla na raven varnosti.

Kdaj bo narejena nova resolucija o strategiji nacionalne varnosti?

Najbrž je ne bo, ker je sedaj veljavna dobro napisana. Ta resolucija naj bi bila nacionalni načrt, v katero smer peljati varnost in zdravje pri delu. Leta 2007 je bila narejena precej kompleksna ocena te strate-



gije, predvsem kje in kako bi jo bilo treba menjati. Izkazalo pa se je, da so vsi njeni cilji čisto pravilno postavljeni, da pa manjka določen instrumentarij, s katerim bi te cilje tudi začeli dosegati. Zato sedaj sledi plan aktivnosti, kako resolucijo spraviti v življenje. Ta ocena je bila pretehtana tudi v Svetu za varnost in zdravje pri delu, ki je posvetovalno telo Vlade RS, ki jo je prav tako sprejel. Predvsem gre za doseganje ciljev, ki so v pristojnosti različnih ministrstev. Tu je treba zagotoviti usklajeno akcijo.

Kako gledate na različne nivoje strokovnosti izvajanja varstva pri delu glede na stanje na trgu?

Zakon je vpeljal pooblaščené posameznike in organizacije kot tisti vir, prek katerega naj bi množica delodajalcev, ki sama nima ustreznega znanja in strokovnjakov, dobila ustrezno pomoč, da bi opravila tisto, kar je najnujnejše na podlagi zakona. Torej opraviti oceno tveganja znotraj organizacije in se s postavitvijo ustreznega sistema različnih ukrepov, ki delavcem zares zagotavljajo varnost in zdravje pri delu, odzvati na ugotovitve. Kot pri vsaki drugi stroki je tudi tukaj moč opaziti veliko razlik. Samo dejstvo izpeljave nekega postopka pooblastitve in s tem pridobitve formalnih predpo-

gojev za opravljanje tega dela gotovo ni dovolj. Potrebne so izkušnje, ustrezno znanje, kapacitete, tradicija ... Na trgu se pojavljajo zelo različne ponudbe tako stroke po obsegu kot žal tudi po kvaliteti. V nadzoru ugotavljamo, da so v premnogih primerih rezultati, ki so jih nekatere organizacije in posamezniki, čeprav s pooblastilom, dali od sebe, zgolj izvrševanje nekih formalnih zahtev zakona brez kakršne koli vsebinske vrednosti. Trg je, kakršen je, ponudba te stroke na njem je tudi zelo raznolika in razmeroma velika. Na začetku smo pričakovali, da bo trg s svojimi mehanizmi hitreje izločil negativno. A pri taki razdrobljenosti delodajalcev, kot je pri nas, je ta trg dovolj velik tudi za prodajanje megle. Marsikdaj tako ugotavljamo, da marsikakšen delodajalec zaradi neznanja verjame, da je zakonsko nalogo izvršil, če je od neke tretjerezredne stroke kupil dokument, ki po imenu približno ustreza temu, kar zakonodaja omenja. To najdemo v inšpekcijskih nadzorih in se zgrozimo nad tem, kako poenostavljeno si nekateri predstavljajo zagotavljanje varnosti in posledično njihovo odgovornost, če so v vlogi delodajalca. Morda bo treba tudi v zakonu kaj spremeniti v zvezi s temi pooblastitvenimi razmerji in kriteriji. Seveda pa ne morem niti mimo



tega, da je kar nekaj ponudnikov, ki ustrezno in kvalitetno opravljajo svoje strokovno delo. Delodajalec, ki nima v prvi vrsti pred očmi možnosti najcenejše variante, ima gotovo tudi možnost dobiti ustrezno kvaliteto.

Dostikrat slišimo kritike, da je delovna inšpekcija neučinkovita, ta pa odgovarja, da je za učinkovitejše delo premalo inšpektorjev. To drži?

Mi vemo, da smo izjemno učinkoviti glede na to, kaj nam je na voljo. Na eni strani 175.000 delodajalcev, 1000 gradbišč, na drugi pa 80 inšpektorjev v treh inšpekcijah, torej za varnost in zdravje pri delu, delovna razmerja in socialno inšpekcijo, ki je sestavni del našega inšpektorata ... To je pač premalo, da bi lahko odločilneje posegali na to področje. Tudi nikjer v Evropi ni drugače. Na število zaposlenih imajo sicer več inšpektorjev, kot jih je pri nas, vendar si niti ne želim, da bi vsak zaposlen in vsak delodajalec imel svojega inšpektorja. Inšpekcija ni namenjena zagotavljanju predpisov, ampak nadzoru nad izvajanjem predpisov in ne sme biti edini motor, zaradi katerega bi se predpisov držali. Mora biti korektiv, ki v tistih drastičnih primerih s pooblastili ukrepa in zagotovi, da se stvari spremenijo v pravo smer. Če bi bilo več inšpektorjev, bi se zagotovo bolj poznalo, vendar pa tudi to ne bi v celoti rešilo problema.

Delodajalci dostikrat obremenijo delavca z neprimerno dolgim delovnim časom, delom konec

tedna, zmanjševanjem odmorov ... Kaj lahko stori inšpekcija v takem primeru?

Delodajalec dostikrat velik del bremen prevale na delavca z večjim pritiskom, daljšim delavnikom, odsotnostjo odmorov ... Jasno je, da vse to pelje v preutrujenost in lahko tudi do poškodb, ki jih brez tega ne bi bilo. Ko inšpektor tako situacijo zazna in jo lahko tudi dokaže, lahko ravna na dva načina. Delodajalcu v upravnem postopku prepove nadaljevanje na tak način oziroma zahteva od njega spremembo v smislu zakonodaje. Če pa lahko tako razmerje dokaže, spelje prekrškovni postopek, ki se konča z denarno globo. Problem pa je v tem, da inšpektor težko dokaže prekršek. Zelo pogosto zaposleni iz razumljivih razlogov pri tem nočejo sodelovati, kar pri svojih nadzorih upoštevamo in ne silimo v delavca, čeprav recimo vemo, kdo je podal prijavo. Takrat pač delujemo preventivno in se na to mesto vrnemo in skušamo na drug način dokazati kršitev.

Ima vaš inšpektorat za obdobje gospodarske krize kakšno posebno strategijo za poostrotev nadzora delodajalcev?

Gospodarska kriza je do neke mere spremenila naše delovanje. Povečan je obseg tistega dela, ki ni izrazito inšpekcijsko. Tu gre za pomoč, svetovanje, na nas se z odprtimi problemi obračajo delodajalci, delavci. Zdi se nam, da je vsaj v večjih kolektivih v veliki meri dosežen konsenz v tem, da če so nastopile kritične razmere, ki jih je v podjetju moč tudi dokazati, da je

pripravljenost za iskanje rešitev, ki naj bi zagotovile ohranjanje delovnih mest na eni strani, na drugi strani pa sposobnost podjetja, da v trenutku, ko se te razmere spremenijo na bolje, z ustreznim številom delavcev lahko nadaljuje z delom. Noben razumen delodajalec si ne bo delal še dodatnih problemov s tem, da bo od sebe odvrnil svoje najboljše delavce, ker jih, potem ko se stvari spremenijo, ne more več dobiti nazaj. Zato iščejo vse mogoče variante, s katerimi bi se dalo premostiti ta čas s kar najmanjšimi stroški. Del tega leti tudi na zaposlene. Tukaj smo v veliki meri deležni več vprašanj kot pa prijav v smislu kršitev, čeprav je bilo tudi teh že nekaj. Posebna strategija, ki lahko pride v poštev, pa je v spremenjenem načinu delovanju inšpektorjev, ki je predvsem v tem, da ukrepajo na drugačen način. Torej ne ukrepajo najprej z iskanjem nepravilnosti, ampak z vidika pomoči pri iskanju pravih poti, razlagi predpisov, s pojasnjevanjem, kaj pa le ni predmet dogovora in ne more biti. Na primer področje varnosti in zdravja pri delu gotovo ne more biti kompromis, da bi zaradi krize znižali nivo varnosti, čeprav je vsakomur jasno, da je skrb za varno delo v izvedbi vendarle strošek. Vendar pa je to strošek, ki prepreči neko bistveno večjo škodo v prihodnosti. Zato se s krizo spopadamo tako, da skušamo prispevati k temu, da tisti, ki so vpleteni, poiščejo zakonite rešitve, ki pripeljejo do cilja. Seveda pa v primeru, ko gre za evidentne kršitve in zlorabe, ukrepamo v skladu s pooblastili.

Dolgotrajna oskrba – nova veja socialne varnosti

Dolgotrajna oskrba je področje, ki v Evropski uniji in v drugih gospodarsko razvitejših državah v zadnjih letih zavzema vse vidnejše mesto v okviru socialne politike posamezne države. Razlog je predvsem staranje prebivalstva, ki se kaže v čedalje večjem številu in deležu starejše populacije v celotnem prebivalstvu posamezne države.

AVTOR:

Prim. mag. Martin Toth

ZZZS

Miklošičeva cesta 24,

1000 Ljubljana



Staranje prebivalstva in posledice za področje socialne varnosti

V vseh državah sveta se pričakovana življenjska doba in povprečno trajanje življenja podaljšujeta, le da je ta trend izrazitejši v gospodarsko razvitejših državah. Povprečna pričakovana življenjska doba se je npr. od leta 1960 do konca devetdesetih let prejšnjega stoletja podaljšala v večini gospodarsko razvitejših držav od 4 (Danska) do 12,8 (Japonska)

leta. Povprečna letna stopnja rasti povprečne pričakovane življenjske dobe je v teh državah dosegala od 0,2 do 0,5 %, kar z drugimi besedami pomeni, da se na vsaki 2 do 4 leta podaljša za eno leto. Posledice navedenih sprememb se odražajo v demografski strukturi prebivalstva, v kateri se nenehno povečuje število oseb, starejših od 65 in celo od 85 let. Demografi napovedujejo nadaljevanje tega trenda vse do leta 2040, ko naj bi pomrla večina od po drugi svetovni vojni rojene »baby boom« generacije.¹ Ob tem problem sodobne družbe gospodarsko razvitejših držav ni staranje prebivalstva, temveč posledice, ki jih to prinaša s seboj. Starejša populacija ima namreč posebne potrebe, na zadovoljevanje katerih večina družbenih okolij ni dovolj pripravljena. Te niso pogojene le s sta-





ranjem ljudi in z boleznimi, temveč tudi z drugimi pojavi v družbi, med katerimi sta razpad klasične družine in vse večja zaposlenost žensk.

Starejše prebivalstvo ima specifične in drugačne potrebe na področju socialne varnosti, pri vzdrževanju stikov s socialnim okoljem in ohranjanju oziroma vzdrževanju ustrezne kakovosti življenja. Velik delež tega prebivalstva je zaradi posledic kroničnih obolenj in degenerativnih sprememb ter poškodb in starostne oslabelosti potreben pomoči druge osebe pri opravljanju dnevnih življenjskih aktivnosti. Veliko starejših potrebuje pomoč nekoga drugega zelo dolgo časa oziroma dosmrtno. K pojavu take potrebe so svoje prispevale tudi spremenjene družbene in družinske razmere. Včasih je družina predstavljala skupnost treh ali celo štirih generacij, od prastaršev do staršev, otrok in vnukov, v sodobnem času in v gospodarsko razvitih državah so take družine redkost. Prevladujejo družine, v katerih so poleg staršev še en do dva otroka, čedalje več pa je celo primerov »enočlanskih družin« oziroma gospodinjstev. Prav tako so v sodobnih družinah ženske (matere, žene, hčere, sestre), ki pretežno skrbijo za starejše družinske člane, zaposlene. Tako ni doma nikogar, ki bi lahko pomagal, skrbel in negoval družinske člane, ki so bolni, poško-

dovani, ostareli in onemogli ter potrebni tuje pomoči.

Kaj je dolgotrajna oskrba

Bolj ko je staro prebivalstvo in višja ko je zaposlenost, še zlasti žensk, večja je potreba po organiziranju pomoči ljudem, ki sami dolgoročno ne morejo poskrbeti zase in so pri opravljanju dnevnih življenjskih funkcij odvisni od drugih. Organizirana družbena pomoč takim osebam je področje dolgotrajne oskrbe. Pomoč, ki jo take osebe potrebujejo, se ne nanaša le na zdravstvene storitve, ampak gre v večji meri za pomoč pri izvajanju dnevnih življenjskih aktivnosti, zagotavljanju varnosti osebam, ker se same niso sposobne orientirati v prostoru in času ... Tako je dolgotrajna oskrba novo področje socialne varnosti, ki se ukvarja s pomočjo ljudem, ki so dolgoročno odvisni od tuje pomoči, in jim na ta način zagotavlja integrirano zdravstveno in socialno oskrbo. Pri ugotavljanju potrebnih storitev izhaja iz potreb posameznika, med katere se šte-



jejo tudi storitve in aktivnosti za vključevanje teh oseb v socialno okolje in možnosti izražanja čustev, rekreacije ter ohranjanja preostalih psihofizičnih sposobnosti.³ Posebna delovna skupina v okviru OECD je kot dnevne življenjske funkcije definirala tiste aktivnosti, ki jih mora človek opraviti vsak dan, na primer hranjenje, oblačenje, umivanje, gibanje in nameščanje v ustrezno lego ter sposobnosti nadzorovanja odvajanja. Namen dolgotrajne oskrbe ni le omogočanje preživetja človeka, ki potrebuje tujo pomoč, ampak zagotavljanje čim večje dosegljive kakovosti življenja posameznika ob njegovih psihofizičnih sposobnostih in varnosti v domačem okolju ali v posebnem organiziranem institucionalnem varstvu.

Področje dolgotrajne oskrbe po posameznih državah različno definirajo. Sprva so jo opredeljevali predvsem z odvisnostjo ali izgubo neodvisnosti osebe, ki potrebuje pomoč druge osebe, in s tem v zvezi s specifičnimi pravicami ljudi, ki so odvisni od tuje pomoči. Po definiciji, ki jo je sprejel komite ministrov Sveta Evrope leta 1998, pa odvisnost pomeni stanje, ko oseba zaradi izgube ali odsotnosti telesne, psi-

hične ali intelektualne samostojnosti potrebuje pomoč pri opravljanju vsakodnevnih življenjskih aktivnosti. Definicija še posebej poudarja stanje odvisnosti, ki je pri posamezniku prisotna daljši čas, povezanost med vzrokom nastanka odvisnosti (nesposobnost, kronično stanje, bolezen, poškodba) in odvisnostjo ter omejitve pri sposobnosti izvajanja dnevnih življenjskih aktivnosti. V okviru EU je osvojeno stališče, da je dolgotrajna oskrba eno izmed tveganj, ki ga je podobno kot starost, invalidnost, bolezen in brezposelnost nujno vključiti v sistem socialne varnosti posamezne države. Osebam, ki potrebujejo tujo pomoč, pa je treba zagotoviti kritje stroškov, ki pri tem nastanejo.³ Dolgotrajna oskrba zajema zelo široko področje dejavnosti, od pomoči pri osebni higieni in prehranjevanju, prav tako pri gibanju, opravkih v gospodinjstvu, pranju, čiščenju stanovanja ... Za doseganje ciljev dolgotrajne oskrbe sta potrebna povezanost in sodelovanje med vsemi, ki odločajo o socialni politiki države in izvajalci dolgotrajne oskrbe na vseh ravneh. Dolgotrajna oskrba se lahko izvaja na domu ali v posebej usposobljenih zavodih. Pri najširši definiciji dolgotrajne oskrbe je pri posameznih nalogah pričakovano tudi aktivno sodelovanje pri zagotavljanju pomoči odvisni osebi s strani svojcev, sorodnikov in znancev, ki naj bi bili pomemben izvajalec dolgotrajne oskrbe. Ta je v prvi vrsti namenjena starejšim ljudem, a tudi mlajšim osebam, ki zaradi bolezni, poškodb



ali prirojene telesne oziroma duševne prizadetosti potrebujejo pomoč druge osebe.

Dolgotrajna oskrba kot oblika pomoči posamezniku in njegovi družini

Tudi družini osebe, ki je odvisna od druge osebe, dolgotrajna oskrba predstavlja pomoč, če gre za dolgotrajno oskrbo na domu. Člani družine, v kateri je eden od svojcev potreben pomoči druge osebe in mu jih ti zagotavljajo sami, so s tem močno obremenjeni. Pri tem ni v ospredju vprašanje stroškov. Resnejši problem je stanje, če so člani družine zaposleni in morajo poleg svojih delovnih obveznosti nuditi še pomoč in oskrbo svojcu. Člani družine, ki opravljajo te storitve in to traja daljši čas, so večinoma telesno in psihično utrujeni, ponavadi tudi velikokrat odsotni z dela, prav tako je nižja tudi njihova storilnost. Izvajanje pomoči družinskemu članu in istočasna zaposlenost se medsebojno dopolnjujeta pri nastanku utrujenosti in preobremenitve. Pomoč svojcu in skrb zanj povzročata, da tisti, ki izvaja dolgotrajno oskrbo, prihaja na delovno mesto utrujen in nezbran, hkrati pa delo vpliva na to, da tudi pomoči svojcu ne izvaja

tako, kot je primerno. Zaradi tega pomeni vključitev dolgotrajne oskrbe v sistem socialne varnosti posredno tudi prispevek k večji produktivnosti. Organizirana družbena skrb za ljudi, ki so odvisni od tuje pomoči, ni le oblika pomoči družini, ampak predvsem njenim ženskim članom. Izvajalci dolgotrajne oskrbe so v skoraj 90 odstotkih ženske, kar velja za poklicne in nepoklicne izvajalce. Slednje zaradi oskrbe in pomoči svojcu neredko opravljajo dvo- ali večizmensko delo, ki jim onemogoča strokovno napredovanje in kariero, vključevanje v družbeno življenje, potreben počitek in sprostitev.

Odgovornost države in družine pri zagotavljanju dolgotrajne oskrbe

Prav v zvezi z vlogo družine pri zagotavljanju pomoči članu, ki ne more sam poskrbeti zase, se pojavlja v Evropi največ dilem. Odpirajo se namreč vprašanja, kdo in v kakšni meri je odgovoren in dolžan zagotavljati oskrbo osebi, ki ne more živeti brez tuje pomoči. Ali je to le družina, posameznik ali tudi država? Odgovori na ta vprašanja se ponavadi zaključijo s tem, da je to sicer dolžnost družine, a tudi države.



Veljalo naj bi načelo, da je družina dolžna poskrbeti za vsakega svojega člana, ne glede na to, ali je to otrok ali eden izmed staršev ali celo prastaršev. Ta moralna obveza je v praksi težko uresničljiva iz že navedenih razlogov, kot so razpad klasične družine, zaposlitev družinskih članov, ki bi sicer lahko opravljali naloge oskrbe, in njihova preobremenjenost. Zato je naloga države, da pomaga ljudem, ki potrebujejo tujo pomoč, in jim zagotovi dostopnost do dolgotrajne oskrbe v tistem delu, ki ga ne zmorejo njihovi družinski člani. Država to lahko uresniči na različne načine: z zakonodajo in z neposrednim zagotavljanjem materialnih pogojev za dolgotrajno oskrbo ali posredno prek različnih vej socialnih zavarovanj oziroma posebnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo. Načelo delitve odgovornosti za dolgotrajno oskrbo oseb med družino in državo ima svoje utemeljitve. Eno izmed načel, po katerem mora država prevzeti del svoje odgovornosti za dolgotrajno oskrbo, temelji na dejstvu, da ima v demokratični in socialni družbi vsak občan pravico do pomoči države, če je v stiski in si ne more pomagati sam. Po drugem načelu je povsem nedvoumno, da je družina

na družbena celica, ki je moralno dolžna aktivno in pozitivno sodelovati pri zagotavljanju pomoči in oskrbi svojemu onemoglemu, ostarelemu, kronično bolnemu ali invalidnemu članu. Ta naloga družine se ne nanaša le na izvajanje storitev oskrbe, temveč tudi na zagotavljanje finančnih sredstev, ki so potrebna za posamezne naloge in niso predmet kritja s področja socialne varnosti, če teh nima njihov družinski član, ki je potreben tuje pomoči. Odgovornost in dolžnost družine ima poleg moralnega tudi pomembno ekonomsko dimenzijo. Glede na pričakovana demografska gibanja in porast števila oseb, ki bodo potrebovale dolgotrajno oskrbo, bo težko pokriti vse stroške izključno z javnimi sredstvi. Zato je treba dolgotrajno oskrbo vzpostavljati na konceptiji mešanega javnega in zasebnega dela in financiranja, ki bo temeljilo na delitvi odgovornosti med posameznikom, družino in državo.⁵ Ne sme biti nobenega dvoma, da je odgovornost družine do pomoči svojcu, ki ne more poskrbeti zase, večja od odgovornosti, ki jo ima država. Slednja naj bi zagotovila tisti del potrebne pomoči, ki je ne morejo zagotoviti svojci.

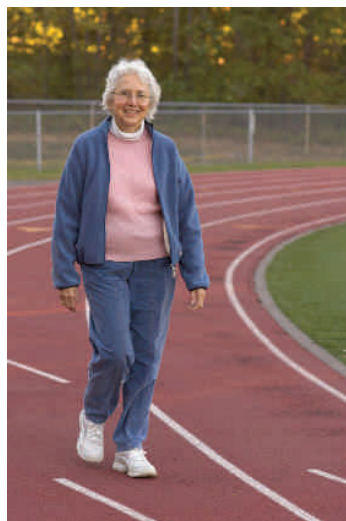
Prednostne usmeritve dolgotrajne oskrbe

Sodobni pogledi na dolgotrajno oskrbo temeljijo na usmeritvah, po katerih naj bi bilo z njo osebam, odvisnim od tuje pomoči, zagotovljeno, da ostanejo čim dlje v svojem domu. Taka orientacija ima svoje humane, moralne in ekonomske prednosti. Zanj govori dejstvo, da se vsakdo, še posebej ko potrebuje tujo pomoč, najbolje počuti v svojem domu in v domačem okolju, ki ga je morda celo ustvarjal, ga pozna in mu je blizu. Prav tako se malokdo počuti dobro, če ga svojci izločijo iz družine, ko bi najbolj potreboval njihovo pomoč oziroma ga takrat prepustijo in preselijo v novo okolje, ki mu je tuje, neznano in neredko brez toplote, ki ga nudi dom in družina. Počutje pa močno vpliva na kakovost življenja in uspešnost dolgotrajne oskrbe. Po drugi strani je izvajanje dolgotrajne oskrbe, še zlasti če pri tem sodelujejo svojci, cenejše kot institucionalna oskrba.² Izvajanje in organizacija dolgotrajne oskrbe na domu namreč pomenita prihranek pri investicijah za izgradnjo posebnih zmogljivosti, poleg tega so stroški dolgotrajne oskrbe manjši, če del opravil v njenem okviru prevzamejo svojci, znanci ali humanitarne organizacije, in to brez plačila ali z bistveno nižjim denarnim nadomestilom, kot če bi ga izvajali poklicni izvajalci. Taka naravnost pomeni, da je treba dolgotrajno oskrbo predvsem razumeti kot zagotavljanje oskrbe na domu, v obliki institucionalne oskrbe v socialnem zavodu ali ustreznem domu pa le v



primerih, ko je njeno izvajanje tako zahtevno, da je ni mogoče več izvajati doma ali bi to bilo ekonomsko nesprejemljivo. Za dajanje prioritete dolgotrajni oskrbi na domu govori še dodaten razlog. Ta je v pričakovanem povečevanju števila starejših oseb v populaciji, ki naj bi v naslednjih 15, 20 letih doseglo že okrog 25 % vsega prebivalstva. Če izhajamo iz podatkov iz tujine, da je med temi od 3,5 do 4 % potrebnih dolgotrajne oskrbe, bi to pomenilo zahtevo po izgradnji in vzdrževanju izredno razvejane mreže domov in drugih zavodov za starejše osebe, kar bi bilo za vsako družbo veliko finančno breme. Čeprav je družina najbolj odgovorna pomagati svojemu družinskemu članu, ki je odvisen od drugih, ni mogoče pričakovati, da bo zmogla vse breme sama in brez finančnega nadomestila. Tako stališče pomeni, da naj bi določeno število zaposlenih moralo zapustiti svoje delovno mesto in se posvetiti izključno oskrbi in pomoči svojcu. V tem primeru bi se bistveno poslabšal materialni položaj družinskega člana, ki naj bi skrbel za svojca, in ne nazadnje bi lahko sam postal socialni problem. Tudi v primerih, ko nudijo oskrbo daljše obdobje

in le določen čas dnevno, se zaradi preobremenitev in preutrujenosti začnejo ozirati in iskati možnosti po premestitvi svojca v institucionalno oskrbo. S tem se vse ideje o prioritetenem zagotavljanju dolgotrajne oskrbe na domu izničijo. Zaradi teh problemov je utemeljeno tudi družinskim članom zagotoviti določeno plačilo za delo, ki pomeni skromno nadomestilo za vloženi trud in delo pri izvajanju dolgotrajne oskrbe. Po evropskih državah je to denarno nadomestilo različno urejeno, vendar v glavnem ne dosega ravni plač poklicnih izvajalcev dolgotrajne oskrbe. Prav tako so lahko tisti družinski člani, ki opravljajo storitve oskrbe na domu svojca in za to delo prejmejo denarno nadomestilo, socialno zavarovani v pokojninskem, invalidskem in zdravstvenem zavarovanju. Uvedba možnosti prejemanja določenega denarnega nadomestila družinskega člana za izvajanje dolgotrajne oskrbe je vzpodbuda za razvoj dolgotrajne



oskrbe na domu in podpora prioritetni orientaciji na dolgotrajno oskrbo na domu.

Pristopi pri organiziranju dolgotrajne oskrbe v Evropi

Vprašanja, kako omogočiti ljudem, ki potrebujejo za vzdrževanje svojih dnevni življenjskih funkcij pomoč druge osebe, rešujejo v drugih evropskih državah na različne načine. Sistemske razlike so posledica razlik v možnostih, tradiciji, organizaciji in stopnji razvitosti sistemov socialne varnosti ter ekonomski moči države. Za vse pa je značilno, da si prizadevajo zagotoviti tem osebam humano pomoč in s tem njihovim preostalim zmožnostim ustrezno in čim večjo kakovost življenja. V bistvu smo priča nastajanju nove veje socialne varnosti v državah EU in po drugih razvitejših državah sveta. To področje zagotavlja ljudem socialno varnost, ki so jo doslej delno zagotavljali v zdravstvenem, pokojninskem in invalidskem zavarovanju ali v drugih programih socialne varnosti. Vsi ti programi ne zadoščajo več zaradi povečanega števila ljudi, potrebnih pomoči, predvsem pa zaradi specifičnih potreb na tem področju in zahtev po večji kakovosti življenja tudi v



času odvisnosti od pomoči druge osebe. Sodobne potrebe zahtevajo nov pristop pri zagotavljanju socialne varnosti oseb, potrebnih tuje pomoči, ki mora vključevati sistematično in integrirano organizacijo te pomoči, pravno ureditev področja in njeno financiranje. Komisija za socialno varnost EU je aprila 2004 v zvezi z zdravstvenim varstvom in dolgotrajno oskrbo zastavila tri cilje, ki naj bi jih uveljavile članice v svoji zakonodaji in strategiji razvoja.

1. Zagotoviti dostopnost do visokokakovostne dolgotrajne oskrbe, ki mora temeljiti na vsesplošni dostopnosti, pravičnosti in solidarnosti. Pri tem iz dostopnosti do dolgotrajne oskrbe ne smejo biti izključene osebe, ki so bolne, poškodovane, invalidne ali onemogle zaradi starosti, kar velja zanje in za njihove družine.

2. Uveljaviti visokokakovostno oskrbo z namenom izboljšanja zdravstvenega stanja in kakovosti življenja.

3. Zagotoviti dolgoročno finančno vzdržnost oziroma stabilnost visokokvalitetne dolgotrajne oskrbe, dosegljive vsemu prebivalstvu.

Navedene cilje naj bi države dosegle postopno, pri čemer naj bi jih vgradile v svoje nacionalne programe in predpise. Ob uvajanju novega področja socialne varnosti se pojavlja tudi vprašanje izvajalcev, predvsem njihove usposobljenosti in zadostnega števila, da bi pokrili vse potrebe prebivalstva. V Evropi prevladuje spoznanje, da ni mogoče zagotoviti toli-

kšnega števila poklicnih izvajalcev, da bi z njimi zmogli zagotoviti uresničevanje vseh potreb ljudi, ki potrebujejo tujo pomoč. Zato je v izvajanje dolgotrajne oskrbe treba vključevati svojce, znanke, razne humanitarne organizacije in društva ter jim hkrati zagotoviti tudi ustrezno strokovno pomoč. Ti naj bi sploh zagotovili pretežni del opravil v zvezi z dolgotrajno oskrbo, za katera so dovolj usposobljeni. Država in nosilci zavarovanja morajo vključevanje svojcev v dolgotrajno oskrbo vzpodbujati z raznimi ukrepi, tako da bodo potrebe po poklicnih izvajalcih čim manjše ali skrčene le na tiste, ki zahtevajo posebna strokovna znanja in veščine. Brez sodelovanja in vključevanja svojcev v dolgotrajno oskrbo je njegovo uresničevanje skorajda nemogoče, kar še posebej velja, če ocenjujemo potrebe z vidika potreb v naslednjih 15 do 20 letih. Zato je treba sprejeti ukrepe za šolanje in usposabljanje poklicnih in nepoklicnih izvajalcev dolgotrajne oskrbe, kar mora biti ena izmed nalog države in nosilca zavarovanja na tem področju.⁶

Stanje na področju dolgotrajne oskrbe v Sloveniji

Potrebe in stanje pri zagotavljanju pomoči in oskrbe osebam, ki ne morejo poskrbeti zase, narekujejo določene spremembe in dopolnitve sedanje ureditve tudi pri nas. Z njimi naj bi vzpostavili pravne temelje za področje dolgotrajne oskrbe, ga razmejili od drugih vej socialnih zavarovanj in ga hkrati povezali z njimi v celovit



sistem socialne varnosti države. Spremembe v zakonodaji in praksi naj bi v Sloveniji pomenile:

- omogočiti dostopnost storitev dolgotrajne oskrbe vsemu prebivalstvu, ki jih potrebuje;
- zagotoviti boljšo in enakomernjšo dostopnost teh storitev po območjih Slovenije, pri čemer naj bi imela prednost oskrba na domu;
- doseči izenačenost pravic med vsemi upravičenci do take pomoči ne glede na kraj bivanja ali na vrsto pomoči (institucionalna ali na domu);
- doseči večjo transparentnost sredstev, ki se vlagajo v dolgotrajno oskrbo;
- povezati izvajalce dolgotrajne oskrbe v funkcionalno celovit, racionalen in učinkovit sistem;
- povečati odgovornost in skrb družine ter jo vzpodbuditi za oskrbo svojcev, potrebnih pomoči druge osebe;
- uvesti solidarnostno financiranje področja dolgotrajne oskrbe na načelih socialnih zavarovanj;
- z uvedbo posebnega zavarova-

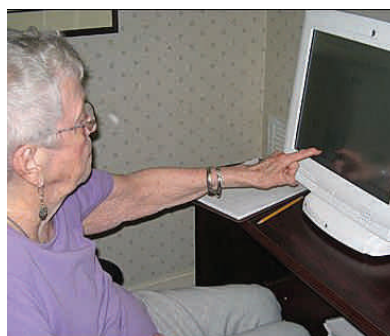




nja za dolgotrajno oskrbo povečati socialno varnost in kakovost življenja ljudi, ki zaradi bolezni, poškodbe, starostne onemoglosti ali invalidnosti potrebujejo pomoč drugih pri opravljanju dnevnih življenjskih aktivnosti.

Razlogi za sprejem zakona izhajajo iz ugotovitev o nezadostni in premalo učinkoviti ureditvi skrbi in oskrbe oseb, ki so zaradi bolezni, degenerativnih sprememb, poškodbe, invalidnosti ali drugih razlogov odvisni od pomoči drugih oseb pri opravljanju dnevnih življenjskih aktivnosti. Skrb za starejše osebe, ki potrebujejo pomoč druge osebe, pri nas ni ustrezno urejena. Sedanja premajhna učinkovitost na tem področju je posledica neustrezne zakonodaje, ki jo ureja več zakonov, ki ne omogočajo enotne organizacije dolgotrajne oskrbe, preglednosti delovanja sistema in njegovega financiranja, predvsem pa ne povezanega delovanja izvajalcev z različnih področij. Obstoječa zakonodaja in praksa ne dajeta vsem osebam, ki so odvisne od tuje pomoči, možnosti zadovoljevanja njihovih specifičnih potreb, pa tudi tam, kjer te možnosti so, se pojavljajo neupravičene razlike v pravicah in možnostih njihovega uresničevanja. Razlike so med

mesti in podeželjem, med območji in med tistimi, ki so deležni institucionalne oskrbe, ter tistimi, ki bi jo želeli na domu. Nov zakon naj bi ustvaril pogoje za odpravljanje razlik in na načelih solidarnosti zagotovil splošno dostopnost dolgotrajne oskrbe vsem, ki jo potrebujejo oziroma so po strokovnih kriterijih do nje upravičeni. Poseben razlog za sprejem zakona je potreba po večji socialni varnosti oseb, ki so odvisne od pomoči drugih oseb, in po izboljšanju njihove kakovosti življenja na podoben način, kot ga uvajajo in izvajajo druge države članice EU. K temu šteje tudi potrebna pomoč družini, v kateri živi oseba, ki potrebuje dolgotrajno oskrbo. Z družbenega vidika je zakonska ureditev dolgotrajne oskrbe in uvedba posebnega zavarovanja za to področje utemeljena z nadaljnjo uveljavitvijo oskrbe na domu in z večjim vključevanjem svojcev, njihovega dela in sredstev v skrb in pomoč osebam, ki ne morejo poskrbeti zase. To bi moralo postati prednostno področje pri razvoju dolgotrajne oskrbe. Ne nazadnje gre za nadaljnje uveljavitve človekovih pravic, saj imajo tudi osebe, ki so odvisne od tuje pomoči, pravico do pomo-



či in do humanega, človeka vrednega življenja. Pri tem ne gre le za osebe in družine, ki že potrebujejo pomoč, ampak tudi za generacije, ki bodo potrebovale dolgotrajno oskrbo v bližnji prihodnosti in katerih število bo precej večje od sedanjega. Vsa ta načela, ki sicer teoretično niso sporna, je treba uzakoniti in uveljaviti v praksi ter s tem doseči novo kakovost v celotni socialni varnosti v državi.⁸

Potrebe po dolgotrajni oskrbi v Sloveniji

Problem zagotavljanja posebne pomoči je pri nas enako prisoten kot v večini drugih evropskih držav. Tudi pri nas je število oseb, ki bi tako pomoč potrebovale, vse večje. V preteklih letih smo se reševanja problema lotevali predvsem z ustanavljanjem in širitvijo zmogljivosti domov za starejše občane in posebnih socialnih zavodov, v manjšem delu pa tudi z ustanavljanjem negovalnih oddelkov v bolnišnicah. V zadnjih letih so se v nekaterih okoljih začele razvijati tudi določene oblike pomoči na domu, ki jih nudijo centri za socialno delo in socialni servisi, povečuje se tudi obseg zdravljenja v obliki podaljšanega bolnišničnega zdravljenja in zdravstvene nege. Vse te oblike pomoči ne zadoščajo, saj potrebe naraščajo hitreje kot možnosti

njihovega zadovoljevanja. Dolgotrajna oskrba na domu je slabo razvita ali komajda obstaja. Nimamo sistematičnega pristopa niti povezanosti med vsemi izvajalci dolgotrajne oskrbe, ki bi zagotavljala učinkovitost storitev. Očitne so razlike v pravicah med osebami, ki so vključene v institucionalno oskrbo (dostopnost do storitev fizioterapije, delovne terapije, drugih strokovnih pomoči), in osebami, ki potrebujejo oskrbo na domu. Slednji morajo za opravljene storitve prispevati iz lastnih sredstev več kot varovanci v posebnih zavodih in domovih, pri čemer je zanje na nekaterih območjih tudi dostopnost bistveno slabša. Kljub velikim vlaganjem in naporom države pri skrbi za starejše in druge osebe, potrebne pomoči, je pomanjkljivost sedanjega sistema prav v tem, da preveč temelji na institucionalnih oblikah pomoči in varstva oseb, ki potrebujejo tujo pomoč. Taka oblika dolgotrajne oskrbe je draga in za nekatere ljudi tudi težko sprejemljiva, saj pomeni izločitev iz domačega bivalnega in socialnega okolja, kar lahko predstavlja tudi psihološko travmo. Ob vseh prizadevanjih v skrbi za ljudi, ki potrebujejo pomoč druge osebe pri opravljanju dnevnih življenjskih aktivnosti in drugih aktivnosti, ni ustrezno rešeno njeno financiranje. Različni sistemi socialnega varstva, ki vključujejo določene naloge, ki naj bi sodile v dolgotrajno oskrbo, kot so npr. obvezno zdravstveno, invalidsko, pokojninsko in invalidsko zavarovanje ter socialnovarstveno področje, predpisi, ki urejajo pravice vojnih vete-



ranov in vojnih invalidov, duševno in telesno prizadetih oseb, so med seboj slabo usklajeni in delujejo vsak po svojih načelih, a noben ne obvladuje celotnega področja dolgotrajne oskrbe.^{7,8}

Priznati si moramo, da je področje dolgotrajne oskrbe javnosti komaj znano in jo mnogi zamenjujejo z zdravstveno nego, socialno oskrbo ali nekaterimi drugimi oblikami delne skrbi za osebe, ki potrebujejo pomoč drugih. Obstajajo določene oblike denarnih dajatev in storitev oskrbe za ostarele, obolele, invalidne in osamele, ki potrebujejo pomoč pri opravljanju in ohranjanju dnevnih življenjskih funkcij. Določena področja, ki vsebinsko urejajo nekatera ožja področja zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, urejajo različni področni zakoni, a so med seboj neusklajeni.

V Sloveniji razpolagamo z določenimi zmogljivostmi, ki zagotavljajo pomoč in oskrbo osebami, ki jo potrebujejo in so do nje upravičeni. Med temi prevladujejo domovi za starejše in drugi socialni zavodi, ki nudijo institucionalno oskrbo. Obstajajo različni izvajalci storitev pomoči na domu (centri za



socialno delo, javni zavodi za oskrbo na domu, zasebniki), storitev socialnega servisa in patronažne zdravstvene dejavnosti, ki opravljajo del nalog, ki bi jih prav tako lahko šteli med sestavine dolgotrajne oskrbe. Od avgusta 2004 si lahko najtežje prizadete odrasle invalidne osebe, ki potrebujejo stalno pomoč pri zagotavljanju vseh življenjskih potreb, zagotovijo tudi družinskega pomočnika. Kljub vsemu temu velja splošna ugotovitev, da so nosilci, ki naj bi pomagali osebami, ki so odvisne od tuje pomoči, premalo usklajeni, med seboj nepovezani in zaradi tega tudi premalo uspešni in učinkoviti. Predvsem sedanji sistem ne zagotavlja vsem prebivalcem enakih pogojev in možnosti uveljavljanja pravic in dostopnosti do oskrbe, ko jo potrebujejo. To se pozna pri financiranju storitev, ki jih izvajajo posamezni izvajalci oziroma jih krijejo sedanja socialna zavarovanja ali proračuni (državni, občinski).

Ocena potreb po dolgotrajni oskrbi v Sloveniji

Iz podatkov o stanovalcih v domovih za starejše in v socialnih zavodih ter o številu oseb, ki so bile zdravljene na domu, ni mogoče sklepati o dejanskih potrebah po dolgotrajni oskrbi. Verjetno gre le za vrh ledene gore. Obstoječ statistični sistem in evidence teh podatkov ne zbirajo in jih zato ni. Zato nam pri ugotavljanju dejanskih potreb lahko pomagajo le ocene in tuje izkušnje. Evropska komisija ocenjuje, da je od 3 do 5 % oseb, starejših od 65 let, močno odvisnih od pomoči druge osebe,

okrog 15 % pa rabi pomoč le pri nekaterih dnevni življenjskih funkcijah.³ Podatek se nanaša na članice Evropske unije pred njeno razširitvijo. Po teh ocenah to za Slovenijo pomeni, da je dolgotrajne oskrbe potrebnih okrog 60.000 ljudi. Morda je ta številka pri nas nekoliko nižja, ker je slovensko prebivalstvo nekoliko mlajše od prebivalstva zahodnih in severnoevropskih držav, kjer so delali študije. Zato lahko ocenjujemo, da je ta številka nekoliko nižja, in sicer med 45 in 50 tisoč ljudi. Gre pa za podatek, ki se nanaša na sedanje število prebivalcev Slovenije in sedanjo starostno strukturo, ki se bo spreminjala. V naslednjih letih se bo ta številka povečala skladno s povečevanjem števila oseb, starejših od 65 let. Projekcije prebivalstva, ki jih je pripravil EUROSTAT, nakazujejo, da bo leta 2015 že blizu 18 % prebivalcev starejših od 65 let. Če ne bo prišlo do občutnega izboljšanja zdravstvenega stanja prebivalstva in se bo nadaljevalo tudi podaljševanje pričakovane povprečne življenjske dobe, bo takrat oseb, ki bodo potrebovale tujo pomoč, že med 60 in 65 tisoč. Ocena potreb za Slovenijo opozarja, da vprašanja oskrbe oseb, ki



potrebujejo tujo pomoč, ne bomo mogli več reševati na sedanji način, sploh ne le z institucionalnimi oblikami oskrbe, in da bo treba iskati nove in drugačne možnosti. Nadaljevanje reševanja zahtev na dosednji način bi namreč pomenilo okrog trikratno povečanje zmogljivosti domov za starejše oziroma drugih socialnih zavodov. To bi zahtevalo izredno velika investicijska sredstva, pozneje pa tudi sredstva za njihovo funkcioniranje. Takega bremena si Slovenija ob svoji ekonomski moči ne more privoščiti. Namesto tega bo treba predvsem razvijati oskrbo na domu, v katero bo treba v večji meri kot doslej vključevati svojce, znanke in prostovoljce. Institucionalna oskrba bi morala biti rešitev le za tiste primere, ko izvajanje oskrbe na domu ne bi bilo več možno. Institucionalna oskrba zahteva poleg prostorskih zmogljivosti tudi določen kader. Že zdaj je v domovih za starejše, v posebnih socialnih zavodih in bivalnih enotah varstveno delovnih centrov in zavodov za odrasle zaposlenih več kot 8000 oseb.

Okrog trikratno povečanje prostorskih zmogljivosti v zavodih pomeni tudi proporcionalno povečanje potrebnega kadra, ki naj bi izvajal oskrbo. Tega kadra trenutno nimamo, bilo bi pa tudi neracionalno izšolati tolikšno število kadrov. Z razvijanjem oskrbe na domu se potrebe po dodatnem kadru relativno zmanjšajo, saj naj bi ob primernih organizacijskih ukrepih in načinu financiranja velik del opravil prevzeli svojci in drugi nepoklicni izvajalci. Zaradi navedenih dejstev je dolgotrajna oskrba na domu poleg drugih prednosti tudi cenejša. Vključevanje svojcev v izvajanje dolgotrajne oskrbe na domu pomeni tudi pomemben prispevek h krepitvi zavesti, da je treba v družini poskrbeti za vsakega njenega člana. Usmeritev na dolgotrajno oskrbo na domu z vključevanjem svojcev v njeno izvajanje pomeni namreč tudi uresničevanje načela o primarni odgovornosti družine za pomoč članu, ki ni več sposoben poskrbeti zase.

Cilji, načela in poglavitne rešitve iz predloga zakona

Opisano stanje in potrebe po dolgotrajni oskrbi so navedli na razmišljanje, da bi bilo treba tudi pri nas vzpostaviti dejavnost dolgotrajne oskrbe in uvesti posebno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo. Po predlogu zakona naj bi taka pomoč postala sestavni del celovite socialne varnosti države, kot njeno samostojno področje, urejeno po načelih socialnih zavarovanj. Z njim naj bi tudi odpravili razlike v možnostih za uveljavljanje potrebe po dolgotrajni oskrbi in omogočili





dostopnost do dolgotrajne oskrbe pod enakimi pogoji vsemu prebivalstvu, ki je take pomoči potrebno. Predvsem naj bi odpravil razlike, ki so med območji, kot tudi med tistimi, ki bi je bili deležni na domu ali v institucionalnem varstvu. Glede na pričakovane naraščajoče potrebe po dolgotrajni oskrbi je cilj predloga zakona načrtno spremljanje potreb po dolgotrajni oskrbi in njeno načrtovanje v vseh okoljih. Na podlagi zamisli o posebnem zavarovanju za dolgotrajno oskrbo je bila v okviru posebnega projekta izdelana študija o možnostih njene izvedljivosti, nakar je sledila tudi priprava predloga zakona, ki naj bi dejavnost in zavarovanje tudi uvedel.

Posebno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo naj bi temeljilo na načelih solidarnosti med vsemi zavarovanci, podobno kot to velja v obveznem zdravstvenem, pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Pomembno pri tem je načelo, da naj bi to zavarovanje temeljilo na zadovoljevanju potreb in ne na ustvarjanju profita, saj naj bi šlo za javno, obvezno zavarovanje. V tem okviru naj bi vsi zavarovanci v državi vzpostavili solidarnostni in medgeneracijski odnos, v katerem naj bi veljalo načelo, da za njegovo uresničevanje skladno s svojimi dohodkovnimi možnostmi prispevajo vsi, do pravic pa naj bi bili upravičeni tisti, ki naj bi skladno s predpisi in strokovnimi usmeritvami dolgotrajno oskrbo potrebovali. Zakon bi moral izhajati iz načela, da je za dolgotrajno oskrbo najbolj odgovorna država, za njo pa družina in svojci osebe, ki potrebuje tujo pomoč. Zakon

naj bi to odgovornost podrobneje opredelil in jo konkretiziral, tako da ne bi bila le moralna in teoretična. Za delovanje posebnega zavarovanja bi moral zakon predvideti in zagotoviti stabilne vire financiranja, pri čemer naj ne bi uporabili le javnih sredstev, temveč v večjem deležu kot doslej tudi zasebna sredstva upravičencev, njihovih svojcev oziroma družin in v določenem delu morda tudi prostovoljnih zavarovanj. Večje vključevanje družine in njenih članov ter drugih nepoklicnih izvajalcev dolgotrajne oskrbe naj bi omogočilo povečanje dostopnosti storitev dolgotrajne oskrbe in nadaljnjo racionalizacijo njegovega uresničevanja. Za ta cilj naj bi zakon predvidel določeno pomoč, motivacijo in stimulacijo družini, ki zagotavlja svojcu dolgotrajno pomoč, s čimer naj bi poleg drugega razbremenili zlasti ženske, ki so v izredno velikem odstotku zastopane med nepoklicnimi izvajalci dolgotrajne oskrbe. Glede na načela humanosti in ekonomske vzdržnosti sistema predlog zakona upošteva načelo, da je treba dolgotrajno oskrbo predvsem zagotoviti in izvajati na domu. Šele ko bi bile izčrpane vse možnosti za dolgotrajno oskrbo na domu, naj bi bili zavarovanci deležni institucionalne dolgotrajne oskrbe. V zvezi s tem naj bi zakon že sam po sebi opredelil postopno preusmeritev sedanjih razvojnih gibanj od pretežno institucionalnih oblik pomoči k organizira-

nju, širitvi in uveljavitvi oskrbe na domu. Edino z zakonom je mogoče doseči povezavo izvajalcev dolgotrajne oskrbe, ki sedaj delujejo na različnih področjih in v zavodih ali kot zasebniki oziroma nepoklicni izvajalci, v enoten in celovit sistem, s čimer bi dosegli večjo učinkovitost in uspešnost njihovega dela, večjo kakovost storitev in zadovoljstvo upravičencev. To povezanost je treba doseči v organizacijskem in strokovnem smislu ter s sistemom financiranja.

Predlog zakona opredeljuje področje dolgotrajne oskrbe kot posebno dejavnost, ki se ukvarja s pomočjo osebam, ki ne morejo same opravljati dnevnih življenjskih funkcij in so pri tem odvisne od pomoči druge osebe. Njeni izvajalci bi lahko bili nepoklicni izvajalci, kot so npr. svojci, znanci, prostovoljci in drugi ali ustrezno usposobljeni poklicni izvajalci. Predlog zakona opredeljuje dolgotrajno oskrbo le, če je ta potrebna dlje kot šest mesecev. Potrebe po storitvah pomoči tuje osebe za krajše obdobje bi bile še naprej zagotovljene skladno s predpisi, ki veljajo na področju socialnega varstva in obveznega zdravstvenega zavarovanja. Po predlogu zakona naj bi področje dolgotrajne oskrbe predstavljalo novo vejo socialnega zavarovanja. To naj bi bilo obvezno, javno in neprofitno zavarovanje, v katerega bi bili vključeni vsi, ki so na območju Slovenije tudi obvezno zdravstveno zavarovani. To pa so vsi zaposleni, podjetniki in kmetje, upokojeanci, brezposelni, vrhunski športniki, prejemniki raznih socialnih prejemkov, osebe brez

dohodkov in nekateri drugi ter njihovi družinski člani.

Tveganje v zvezi s potrebo po dolgotrajni oskrbi naj bi bilo obvezno zavarovano, podobno kot je vse prebivalstvo zavarovano za primer bolezni oziroma poškodbe, invalidnosti in starosti (pokojninsko zavarovanje), brezposelnosti in drugih socialnih tveganj. Zavarovanje naj bi se financiralo s prispevki, ki naj bi jih plačevali delodajalci in zavarovanci oziroma drugi zavezanci, ki jih določa zakon. Med slednjimi so samozaposleni, kmetje, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (za prejemnike denarnih nadomestil za čas začasne nezmožnosti za delo), država za osebe brez dohodkov oziroma premoženja, za vojne veterane in vojne invalide ter občine za osebe, ki so oproščene plačila oziroma doplačila socialnovarstvenih storitev in jim je z odločbo prepovedana odtujitev ali zastavitev nepremičnine. Zavarovanje pa naj ne bi krilo vseh stroškov izvajanja dolgotrajne oskrbe oziroma ne v celoti. Tako bi si upravičenci morali sami kriti stroške nastanitve in hrane ter pri določenih storitvah tudi predvidena doplačila. Po predlogu zakona naj bi pravice iz zavarovanja za dolgotrajno oskrbo uveljavljale osebe, če je pri njih ocenjena potreba po pomoči tuje osebe večja od določenega časovnega limita. Storitve s področja dolgotrajne oskrbe, ki naj bi jih zagotavljalo to zavarovanje, naj bi se nanašale na pomoč pri vzdrževanju telesne higiene, prehranjevanju, gibanju in poleganju, v gospodinjstvu, pri nadzoru osebe, ki se niso sposobne orientirati v



prostoru in času, pri vzdrževanju socialnih stikov ter na zdravstvene storitve, potrebne v zvezi z dolgotrajno oskrbo. Sestavni del pravic iz zavarovanja za dolgotrajno oskrbo naj bi bili tudi pripomočki, ki so potrebni za izvajanje dolgotrajne oskrbe, kot tudi možnost manjših adaptacij stanovanja, ki so nujna, da bi se lahko izvajala dolgotrajna oskrba na domu upravičenca. Predlog zakona daje prednost dolgotrajni oskrbi na domu upravičenca. Upravičenost do potrebe po dolgotrajni oskrbi naj bi strokovno ocenjevala posebna izvedenska komisija, sestavljena iz strokovnjakov s tega področja (zdravniki, medicinske sestre, socialni delavci in drugi), ki naj bi po ogledu stanovanjskih in družinskih razmer ter proučitvi zdravstvenega stanja zavarovane osebe pripravili tudi individualen načrt dolgotrajne oskrbe.

Na podlagi njihove ocene in predloga načrta dolgotrajne oskrbe naj bi organi nosilca zavarovanja



odločili z izdajo posebne odločbe, ki naj bi podrobneje določila obseg in vrsto storitev, ki naj bi ga zagotavljalo zavarovanje. Upravičenci naj bi imeli možnost uveljavljanja pravic v obliki storitev, ki naj bi jih na domu ali v zmogljivostih za institucionalno oskrbo zagotavljalo zavarovanje, ali do denarnega prejemka, s katerim naj bi si sami organizirali in zagotovili izvajalce dolgotrajne oskrbe. Upravičencem, ki naj bi se odločili za uveljavljanje pravic v obliki storitev, naj bi nosilec zavarovanja to omogočil s pomočjo izvajalcev, ki naj bi z njim sklenili ustrezne pogodbe in ki naj bi od njega prejeli tudi plačilo za opravljene storitve. Med izvajalci dolgotrajne oskrbe bi lahko bili tudi svojci in znanci, ki naj bi za svoje delo prejeli določeno plačilo od upravičenca in iz zneska prejete ga denarnega nadomestila za izvajanje dolgotrajne oskrbe. Predlog zakona predvideva tudi uvedbo doplačil ob uveljavljanju nekaterih pravic iz zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, npr. pri storitvah pomoči v gospodinjstvu, osebni higieni itd. Doplačil naj bi bili v celoti oproščeni upravičenci brez dohodkov ali premoženja, ki so po predpisih s področja socialnega varstva oproščeni doplačil ali plačil tudi za druge socialnovarstvene storitve.⁹

Predlog zakona opredeljuje tudi izvajalce dolgotrajne oskrbe, ki bi lahko bili poklicni ali nepoklicni. Med poklicnimi naj bi bili izvajalci iz mreže javne službe s področja zdravstvenega in socialnega varstva, ki vključujejo tudi tiste, ki že imajo ali pridobijo koncesijo.



Predlog zakona ureja tudi način in pogoje za pridobitev koncesije. Posebej pa poudarja obveznost in pravico nepoklicnih izvajalcev dolgotrajne oskrbe do strokovnega izpopolnjevanja. Zaradi skrbi za kakovost storitev predvideva zakon ustanovitev republiškega in območnih strokovnih svetov, ki naj bi skrbeli za spremljanje razvoja področja, prenašanje novosti v prakso, za pripravo kazalnikov kakovosti in za druga strokovna vprašanja. O nosilcu zavarovanja za dolgotrajno oskrbo so še nekatere dileme. Po nekaterih stališčih naj bi bil to zavod za dolgotrajno oskrbo kot pravna oseba javnega prava. Ta naj bi imel lastne organe upravljanja, sredstva in službo. V okviru razpoložljivih sredstev bi moral upravljati in sklepati pogodbe z izvajalci tako, da naj ne bi prihajalo do primanjkljajev in finančne nestabilnosti sistema. Obstaja pa tudi predlog, da naj bi vsa strokovna opravila za zavod opravljala služba Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Predlog zakona predvideva, da naj bi osebe, ki so pridobile posamezne pravice s področij, ki bodo vključena v dolgotrajno oskrbo, lahko same odločile, ali ohranijo pridobljene pravice ali bodo uveljavljale pravice, ki naj bi jih imele po sprejemu in uporabi tega zakona. V predlogu zakona so tudi predvideni prenosi finančnih sredstev z dosedanjih nosilcev posameznih nalog (ZZSZ,

ZPIZ, proračuni) na novega nosilca zavarovanja, datum prenosov in način zagotovitve zagonskih sredstev za začetek izvajanja zavarovanja za dolgotrajno oskrbo.

Za uresničitev zakona so potrebni prehodno obdobje, določene strokovne in organizacijske priprave ter vzpostavitev organov upravljanja novega zavarovanja, njegovih izvedenskih in upravnih organov ter službe, ki bo opravljala vse potrebne naloge za novo zavarovanje. Prav tako bo treba sprejeti še nekatere podzakonske akte.

Ocena potrebnih finančnih sredstev za uvedbo zavarovanja za dolgotrajno oskrbo

Za oceno potrebnih sredstev za uresničevanje predlaganega zakona je najpomembnejše, kolikšno bo število upravičencev in kakšna bo pri njih zahtevnost po storitvah in pravicah iz zavarovanja za dolgotrajno nego. Ker o tem ni točnih podatkov, je treba pripraviti ustrezne ocene. Ob tem je treba izhajati iz realnosti, da se bo število upravičencev, ki bodo deležni določenih pravic, ki bodo po novem šteje v dolgotrajno oskrbo, povečalo, ni pa mogoče napovedati, za koliko, kakšna bo zahtevnost dolgotrajne oskrbe, kakšen bo delež oseb, ki bodo v oskrbi na domu in v institucionalni oskrbi ... Zato so izračuni pripravljani na nekaterih predpostavkah, kot npr. o številu oseb, ki bodo uporabljale storitve dolgotrajne oskrbe, o njihovi zahtevnosti, vključevanju svojcev itd.

Vsekakor pa bodo potrebna sredstva odvisna tudi od obsega pravic zavarovancev ter od normativov in standardov storitev s tega področja. Če naj bi vsa javna sredstva združili pri enem nosilcu zavarovanja, naj bi, po ocenah, za to zavarovanje potrebovali prispevno stopnjo okoli 1,7 %. Ob tem pa naj bi se za določen del tudi znižale prispevne stopnje za obvezno zdravstveno, pokojninsko in invalidsko zavarovanje, tako da naj bi se skupna prispevna stopnja za socialna zavarovanja povečala za zaposlene za približno od 0,45 do 0,50 % in naj bi znašala za delodajalce med 0,23 in 0,25 % od osnove in enako za delojemalce. Znotraj celotnih javnih financ gre za sorazmerno majhna sredstva, ki vsaj na začetku uvajanja naj ne bi preseгла četrtnine odstotka bruto domačega proizvoda. Ob finančnih projekcijah za potrebe dolgotrajne oskrbe je namreč treba upoštevati dejstva, da so ta odvisna od standardov in normativov pravic, predvidene soudeležbe zasebnih sredstev in dela v izvajanju dolgotrajne oskrbe ter od možnosti dostopnosti storitev, ki pa ne more biti občutno večja od dosedanje, saj ni na voljo potrebnih kadrovskih zmogljivosti. Potrebna finančna sredstva zato naj ne bi smela predstavljati ovire za uvedbo posebnega zavarovanja. Po drugi strani pa bi morali ravno na finančni strani upoštevati tudi ekonomske koristi uvedbe tega zavarovanja. Že preusmeritev od institucionalne k oskrbi na domu bi občutno zmanjšala potrebna proračunska sredstva za gradnjo

novih socialnovarstvenih domov. Hkrati naj bi z uvedbo zavarovanja in izboljšanjem dostopnosti storitev dolgotrajne oskrbe zmanjšali tudi druge izdatke, kot so npr. izdatki za nadomestila plač za zaposlene, ki so odsotni z dela (»vzamejo« si bolniško?), da lahko nudijo pomoč svojcem. S tem je seveda zmanjšana produktivnost v mnogih podjetjih in dejavnostih, ki imajo tudi svojo ekonomsko vrednost.⁹

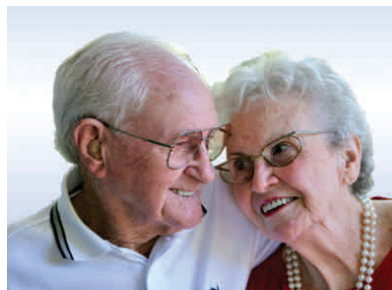
S sprejemom zakona naj bi se prestrukturirale obveznosti republiškega in občinskih proračunov. Iz republiškega proračuna se naj ne bi več plačevali dodatki za pomoč in postrežbo vojnim invalidom, vojnim veteranom ter telesno in duševno prizadetim osebam. Nova obveznost naj bi bila plačevanje prispevkov za te osebe in za osebe brez dohodkov ali premoženja. S to prerazporeditvijo naj bi se celotne obveznosti proračunskih sredstev zmanjšale, povečali pa javni izdatki iz naslova prispevkov. Neznatno naj bi se zmanjšala tudi sredstva (in prispevna stopnja) ZZZS in ZPIZ, in sicer za višino sredstev, ki sta jih doslej namenjala za zdravstveno nego v socialnih zavodih oziroma za dodatek za pomoč in postrežbo. V zvezi s finančno vzdržnostjo izdatkov za dolgotrajno oskrbo so bile pripravljene dolgoročne projekcije izdatkov za te namene za obdobje do leta 2050. Pri teh projekcijah je bilo kot izhodišče upoštevano stanje izdatkov za dolgotrajno oskrbo v letu 2004, na to pa uporabljena slovenska projekcija števila prebivalstva v obdobju do leta 2050, projekcija gibanja



BDP do leta 2050 in predpostavka, da v obdobju do leta 2050 ne bo prišlo do spremembe politike na tem področju. Upoštevana so bila sredstva iz javnih in zasebnih virov. V tem primeru naj bi se izdatki za dolgotrajno oskrbo pod navedenimi predpostavkami do leta 2050 povečali na 2,03 % BDP, kar je za 1,08 % več, kot smo imeli na voljo leta 2004. Ta izračun pa v bistvu pomeni napoved, kaj čaka slovensko družbo, če bo nadaljevala reševanje problematike dolgotrajne oskrbe na dosedanji način.

Literatura in viri

1. European Commission – Directorate General for Economic and Financial Affairs: The impact of ageing on public expenditure: Projections for the EU - 25 Member States on pensions, healthcare, long – term care, education and unemployment transfers (2004–2050), Report



prepared by the Economic Policy Committee and the European Commission, 2006. Gabanyi, M.: Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege, Basys, Augsburg, 1995.

3. Lundasgaard, J.: Consumer Direction and Choice in long-term Car for Older Persons, Including Payments for informal Care: How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability? OECD Health Working Papers, Paris, 2005.

4. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja za obdobje 2000–2008. Ljubljana, 2006.

5. Toth, M. Zdravstvene, družbene in ekonomske posledice demografskih sprememb prebivalstva. Knjiga izvlečkov s 4. slovenskega kongresa preventivne medicine – Izzivi javnega zdravja v tretjem tisočletju. Portorož, 2007.

6. Toth., M. Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje. Knjižnica Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Ljubljana, 2003.

7. UMAR: Socialni razgledi. Ljubljana, 2006.

8. ZZZS, Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, Ministrstvo za zdravje. Možnosti uvedbe zavarovanja za dolgotrajno oskrbo v Republiki Sloveniji, Skupna projektna naloga. Ljubljana, 2002.

9. Delovna gradiva, osnutki zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo. Ljubljana, 2008.

Sožitje z bližnjimi

S prispevkom želimo utemeljiti, da je medčloveško sožitje odločilen dejavnik kakovosti staranja, podobno kakor gibanje, zdrava prehrana in stalno izobraževanje. Povezava med kakovostjo medčloveškega sožitja in staranja se kaže v praksi, utemeljujejo jo sprejeti dokumenti o zdravju in sodobna spoznanja.



AVTOR:
Jože Ramovš
Inštitut Antona Trstenjaka
za gerontologijo in
medgeneracijsko sožitje
Resljeva 11, 1000 Ljubljana

Tema o povezanosti med sožitjem in zdravim staranjem zasluži pozornost iz dveh razlogov. Ob sedanjem staranju prebivalstva dobiva zdravstveni sistem nove naloge tako naglo in s tako intenzivnostjo, da ogrožajo njegovo vzdržnost, zato moramo iskati in uporabiti vse možne notranje rezerve za krepitev zdravja in preprečevanje bolezni; izboljšanje kakovosti sožitja je tu verjetno največja rezerva. Drugi razlog za obravnavanje te teme je dejstvo, da je skrb za kakovostno sožitje med bližnjimi enako želena vrednota kakor zdravje, ob tem pa je bistveno bolj zanemarjena kakor

skrb za gibanje, zdravo prehranjevanje, stalno izobraževanje in drugi varovalni dejavniki zdravja.

V prispevku bomo opredelili pojma sožitje in okolje z vidika njune povezanosti s kakovostjo staranja ter opozorili na povezavo med sožitjem in zdravjem v temeljnih zdravstvenih dokumentih. V osrednjem delu bomo nanizali nekaj spoznanj o sožitju kot odločilnem varovalnem dejavniku kakovostnega staranja. Za razumevanje psihosomatike in njenega pomena za preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni v starosti se bomo ustavili ob tesni povezanosti med sožitjem in duševnim doživljanjem, na koncu pa navedli nekaj gerontoloških sklepov v zvezi z oblikovanjem sožitja za kakovostno in zdravo staranje.

Pojasnitev osnovnih pojmov in njihove povezave s kakovostjo staranja

• Sožitje

Ljudje živimo skupaj in naše sožitje ima prav tako svoje zakonitosti in zahteve, kakor jih imajo telesni organi, da lahko zdravo delujejo. Človek je socialno bitje, ki je vse življenje preživetveno vpet v sožitje z drugimi ljudmi. Od spočetja do zrele samostojnosti je mlad človek »vzdrževan« član družine in družbene skupnosti; njegov telesni, duševni, zlasti pa socialni razvoj je skoraj povsem odvisen od kakovosti njegovega socialnega okolja in konkre-

tnih odnosov bližnjih z otrokom. V srednjem življenjskem obdobju je človek čez družino, službo in osebno družbo vpet v sožitje in sodelovanje z drugimi ljudmi; kakovost njegovega življenja, življenja njegovih bližnjih in posredno širše družbe je odvisna predvsem od kakovosti sožitja in sodelovanja. Ko v starosti ali bolezni obnemore, je – podobno kot v otroštvu – spet vitalno odvisen od tega, da drugi razumejo njegove potrebe, ga naklonjeno sprejemajo, razumevajoče oskrbujejo in zdravijo. V nasprotju z drugimi živimi bitji je človek vpet v sožitje z drugimi že pred svojim spočetjem in po svoji smrti. Individualno si ga starši in stari starši praviloma izrecno želijo, celotna družbena skupnost pa računa, da se bo letno rodilo toliko novih ljudi, kot je potrebno za njen obstoj in razvoj. Po smrti pa človek potrebuje dostojen pokop, da se ga spominjajo in upoštevajo, kar je naredil. Kakovost človekovega življenja je torej vse življenja odvisna od kakovosti medčloveškega sožitja v njegovem socialnem okolju; to velja – kakor koli se sliši protislovno – celo pred njegovim rojstvom in po njegovi smrti. Beseda sožitje je v strokovni rabi morda nekoliko nedomača. Vsakdanja govorica pravi, da ima vsakdo rad lepe odnose z najbližjimi, dobre razmere v soseski in pošteno sodelovanje z vsemi. V strokovni govorici se uporabljajo za to področje številne bolj ali manj posrečene tujke. Beseda sožitje je domača in pomensko zelo bogata. Njenim koreninam lahko v slovenščini in drugih slovanskih jezikih sledimo vse do skupne indoevropske osnove. Vse številne



besede na korenu živ izražajo pomembne vsebine, predpona so pa pove, da je v igri soodvisnega bivanja več enakovrednih ljudi. Sožitje sestavlja celotna človekova povezanost z drugimi ljudmi. Ločimo dve vrsti sožitja. Eno so **osebni odnosi** na ravni jaz – ti (Buber 1999). Ti izhajajo iz krvne osnove, zato prevladujejo v družini in sorodstvu, ali pa iz osebne izbire – v tem primeru gre za osebne odnose med prijatelji, znanci ali ožjimi sodelavci. Kakovostni **medčloveški odnosi** nam omogočajo postajati in biti človek (Fromm 2004). V osebnih odnosih smo ljudje enkratna in edinstvena človeška bitja, drug drugemu nezamenljivi in nenadomestljivi. Druga vrsta sožitja so medčloveška razmerja. Ta nastajajo pri funkcionalnem sodelovanju za preživetje – v tem primeru so delovna razmerja med npr. sodelavci, proizvajalci, prodajalci in potrošniki, medčloveška razmerja nastajajo tudi pri sožitju v krajevni ali interesni skupnosti – v tem primeru govorimo o sosedstvu, krajevni, narodni, državni, interesni, verski in drugih skupnostih, vse do svetovne. Medčloveška razmerja so stvarna, bolj ali manj



neosebna, na ravni jaz – ono (Buber 1999), omogočajo nam imeti (Fromm 2004) vse potrebno za preživetje.

Vsako medčloveško sožitje ima dve temeljni sestavini. Prva so vloge, ki jih posameznik v določeni sožitni situaciji opravlja, druga je komuniciranje med ljudmi v medčloveških odnosih in razmerjih. Za vsako aktualno sožitje velja klasičen aksiom, da ni mogoče, da ne bi komunicirali (Watzlawick 1969, str. 50–52). Enako lahko rečemo tudi za vloge, da v konkretnem odnosu ali razmerju ni mogoče, da človek ne bi imel neke vloge. Kakovost človekovega sožitja v njegovih osebnih odnosih z bližnjimi in v stvarnih sodelovanjih in sobivanjih v skupnostih, ki jim pripada, je torej odvisna od kakovosti konkretnih človekovih vlog in od medčloveške komunikacije. Vse življenje – v starosti pa še toliko bolj – je kakovost sožitja med vsemi tremi generacijami bistvena komponenta kakovosti človekovega življenja.

• Človekovo okolje

Drugi ljudje in človekovo sožitje z njimi so tipičen okoljski dejavnik zdravja. Lahko rečemo, da so pomembnejši kot stanovanje ali delovni prostori, saj je to dvoje »embalaža« človekovega bivanja in dela, medtem ko so odnosi med ljudmi v stanovanju ali sodelovanju med njimi v delovnem prostoru odločilen vidik vsebine človeškega življenja. Sožitje med bližnjimi vseh treh generacij v družini, pri delu ter v osebni in širši družbi moramo upoštevati kot enega izmed glavnih dejavnikov kakovostnega staranja.

• Zdravo in kakovostno staranje

Če razumemo zdravje celostno v vseh človekovih razsežnostih, kakor



je bilo sprejeto že pred več kot pol stoletja v Svetovni zdravstveni organizaciji, imata pojma zdravo in kakovostno staranje isto vsebino. Pojem zdravo staranje ima tako širok pomen predvsem v zdravstvu, zato ga bomo tudi v tem prispevku uporabljali v vsej njegovi širini kakovosti življenja, medtem ko je v vsakdanjem življenju ponavadi pojem kakovostno staranje širši in je zdravo staranje njegova pomembna sestavina.

Sožitje v zdravstvenih dokumentih

Temeljni dokument sodobnega zdravstva je ustanovna listina Svetovne zdravstvene organizacije (WHO), v kateri je leta 1946 človeštvo opredelilo, kaj je zdravje. Na temelju vsega dotedanjega znanja o zdravju so zapisali – in to velja enako še danes –, da je zdravje čim bolj popolno telesno, duševno in sožitno (socialno) blagostanje vsakega človeka (WHO 2005). Ustanovitev Svetovne zdravstvene organizacije in ta opredelitev zdravja v njeni ustavi sta imeli za razvoj človeštva izjemen razvojni pomen. Po končanem svetovnem požaru sovražstva v drugi svetovni vojni so se povezale vse države sveta v OZN, da bi varovale svet pred ponovno svetovno vojno in v tem uspevale, ob tem pa ustanovile Svetovno zdravstveno organizacijo, da bi skrbele za zdravje in

socialno varnost ljudi na vsem svetu. Tudi v tem so dosegle do takrat nepredstavljen uspeh prav po zaslugi celostnega gledanja na človekovo zdravje, da je namreč zdravje kakovostno delovanje vseh človekovih razsežnosti v neločljivi medsebojni povezanosti. S poudarkom, da ne gre le za odsotnost bolezni ali poškodbe, ampak za kakovostno delovanje, se je zdravstvo bistveno bolj usmerilo v preventivno skrb za krepitev zdravja; preventivnemu vidiku dajejo poznejši dokumenti Svetovne zdravstvene organizacije odločilen poudarek. Izrecna omemba duševnega in socialnega blagostanja v opredelitvi zdravja pa je pozornost razširila iz telesne tudi na duševno, duhovno, socialno, razvojno in bivanjsko razsežnost človeka (Ramovš 2007, str. 31–53). Pomemben strateški dokument za izboljšanje zdravja in zdravstvenega varstva v vseh njegovih razsežnostih je program Svetovne zdravstvene organizacije Zdravje za vse, ki si je zastavil konkretne cilje najprej do leta 2000, nato pa dopolnjene za novo tisočletje. Na ministrskem srečanju evropske regije leta 1996 v Ljubljani je bila sprejeta Ljubljanska listina (Voljč 2007), ki je bila pripravljena na temelju dobrih izkušenj držav pri uresničevanju programa Zdravje za vse. Ta pomembni mednarodni zdravstveni dokument, ki je

bil sprejet pri nas v Sloveniji, vsebinsko zelo gradi na socialnih razsežnostih zdravja, kot so solidarnost, prevzemanje soodgovornosti za svoje zdravje, samopomoč, aktivno sodelovanje državljanov pri skrbi za zdravje, ter pri oblikovanju preglednega in javnosti dostopnega zdravstvenega sistema, usmeritev v preventivno krepitev zdravja in podobno. Navedeni primeri zdravstvenih dokumentov kažejo, da je danes socialna razsežnost zdravja in zdravstvenega varstva samoumevna na vseh ravneh, pri skrbi za zdravje in kakovost življenja v starosti pa še toliko bolj.

Povezanost med kakovostjo staranja in sožitja

V zadnjih dveh stoletjih razvoja evropske kulture je bila pozornost za medčloveško sožitje in skrb v ozadju osebne in javne pozornosti. Znanosti so se posvečale materialnim in biološkim vidikom. Pri tem so dosegle pri materialni blaginji, pri varovanju zdravja in podaljševanju življenja uspehe, ki so bili pred tem nepredstavljeni. Zadnje stoletje je bila dokaj v ospredju pozornosti tudi človekova duševnost. Medčloveški odnosi pa vse do nedavnega niso bili predmet znanstvenega zanimanja. Družbene ideologije prejšnjega stoletja so govorile o idealnih rešitvah sožitja med ljudmi, praktično pa je kakovost konkretnega sožitja v družini, službi in osebni družbi vse do danes potekala na ostankih tradicionalnih vzorcev, ki pa so bili v sodobnem načinu življenja čedalje bolj neuporabni. Raziskave kažejo, da si današnji evropski človek ob zdravju najbolj želi lepih in urejenih medčlove-



ških odnosov. Tveganje za zadovoljstvo pa je na primer v partnerskem in družinskem življenju neprimerno večje, kot je tveganje za zdravje na najbolj nevarnih delovnih mestih. Delo znanosti in družbe, da bi medčloveško sožitje dvignili na raven, ki bo primerljiva z materialno blaginjo in telesnim zdravjem, je bilo doslej zanemarjeno področje. V njem pa so velike možnosti, ki so deležne čedalje večje znanstvene in širše družbene pozornosti.

Demografsko stanje kaže za prvo polovico 21. stoletja naglo staranje prebivalstva. Razmerja med mlado, srednjo in staro generacijo bodo tako porušena, da človeštvo doslej ne pozna podobnega medgeneracijskega neravnotežja. Že zdaj je očitno, da bodo s tem povezane številne naloge, ki terjajo najzahtevnejšo preživetveno strategijo v dosedanjem obstoju in razvoju evropske kulture. Evropski politični dokument o odzivu na demografske spremembe se začneja z besedami: »Evropa se danes sooča z demografskimi spremembami, ki so po svojem obsegu in teži brez



primere« (Svet EU 2005). Očitno je tudi, da je največja rezerva za reševanje teh nalog na področju sožitja med ljudmi; omenjeni dokument govori že v naslovu o novi solidarnosti med generacijami.

Od teh splošnih ugotovitev preidimo k našemu vprašanju o povezanosti med sožitjem in zdravjem; v uvodu smo namreč dejali, da je zdravo staranje – če zdravje pojmujeemo celostno v smislu opredelitve Svetovne zdravstvene organizacije – drug izraz za kakovostno staranje. Sodobna znanstvena spoznanja o psihosomatskem izvoru obolenj kažejo, da človekovo slabo počutje sproža številne bolezni, zato so neustrezna psihična stanja enako pomemben dejavnik tveganja za bolezni kot nezdrava prehrana ali pomanjkanje gibanja. Psihosomatskega izvora so še zlasti pogosto kronične nenalezljive bolezni, ki povzročajo 60 % vseh smrti na svetu (Voljč 2008) in prevladujejo zlasti pri starih ljudeh. Slabo počutje najbolj pogosto izhaja iz slabih medčloveških odnosov in hude osamljenosti. Zato pri iskanju etiologije bolezni ni dovolj govoriti samo o psihosomatskih obolenjih. Če je v mnogih primerih osnovni vzrok socialni ali sožitveni in šele ta sproži psihičnega, gre pri mnogih psihosomatskih obolenjih – verjetno pri večini – v resnici za **sociopsihosomatska** obolenja.

Enako pomembno je poznati obraten proces: kakovostno medčloveško sožitje prinaša največji del psihičnega zadovoljstva in trdnosti, kar pa je eden najmočnejših varovalnih dejavnikov zdravja. Za preventivo zlasti kroničnih nenalezljivih bolezni v starosti je torej veliko možnosti na področju dviganja kakovosti med-



človeškega sožitja. Morda je tukaj na mestu kratka opomba o vsebini pojma duševno v okviru opredelitve zdravja. V Svetovni zdravstveni organizaciji so že večkrat potekale razprave, da bi bilo treba posebej poudariti tudi duhovno razsežnost zdravja, vendar zaenkrat ostaja celotna vsebina v okviru pojma duševno. Že v klasični aristotelski filozofiji so uporabljali pojem duša in duševno za celoto človekovega doživljanja, pri tem pa razlikovali vegetativni, animalni in človeški vidik. Tudi pri skrbi za zdravje in kakovost življenja je torej odločilno, da vsebinsko zajamemo vse človeške procese, pa naj uporabljamo en pojem ali več. Med psihologi se je posebej posvetil celostni antropološki analizi tega področja Viktor E. Frankl (1905–1997) in zanj uporabljal dva pojma: duševno ali psihično in duhovno, noogeno ali eksistencialno (Frankl 1994). Glede na njegova spoznanja sodijo v **duševno zdravje** kvalitetno zaznavanje, dober spomin, jasno mišljenje, svetla čustva, široka razgledanost in informiranost, dobre navade, ogrožajo pa ga duševne motnje teh sposobnosti. **Duhovno zdravje** pa obsega notranjo človekovo svobodo za trezno in smiselno odločanje, prevzemanje zrele odgovornosti za svoje odločitve, doživljanje smisla svojega življenja v preteklosti, sedanjosti ter pogled, ki je z upanjem in pogumom usmerjen v prihodnost, doživljanje smisla dobrega in hudega, duševni mir in radostno doživlja-



nje vsega lepega in dobrega, življenjska usmerjenost v osebni in skupnostni razvoj v skladu s stvarnimi možnostmi, ljubeča hvaležnost za življenje in za vse, kar je človek naredil, doživel in preživel, pa ostal živ in pokončen, upanje v smiselno dovršitev našega življenja in dela, vera v življenje in pri vernih ljudeh v Boga, kakor ga pač kdo razume. Duhovno zdravje ogrožajo duhovne bolezni na navedenih področjih. Ljudje manj mislimo na svoje duševno in duhovno zdravje kot na telesno. Pri drugih ljudeh pa nas duševne in duhovne motnje ponavadi bolj motijo kot njihove telesne bolezni. S to opombo o kompleksnosti duševnega in duhovnega dogajanja smo želeli opozoriti, da je treba pri govorjenju o psihosomatski poti pri nastajanju bolezni in o isti poti pri krepitvi zdravja imeti pred očmi celoten pojem duševnega zdravja, pa naj govorimo z enim samim pojmom duševno ali uporabljamo ločeno pojma duševno in duhovno. Še posebej je to pomembno pri gerontologiji, kajti duševne sposobnosti s staranjem pešajo podobno kot telesne, medtem ko se prostor duhovnih sposobnosti v starosti celo večja. Večanje duhovnih zmožnosti je osnova izkušnje človeštva o starostni modrosti, miru, enostavnosti, sproščeni vedrini in podobnih zmožnostih (Ramovš 2003, str. 131 sl.). Prej smo dejali, da

sožitje vpliva na človekovo duševno počutje in čez njega na zdravje. Zdaj moramo opozoriti na isti vzratni proces v razmerju med duševnim in sožitvenim dogajanjem. Na kakovost človekovega sožitja z drugimi ljudmi ima najodločilnejši vpliv človekovo doživljanje (Ramovš 1990), to je celota njegovega duševnega in duhovnega dogajanja. Človekovo sožitje z nekim človekom je posledica njegovega doživljanja tega človeka. Kakovostno sožitje bo oblikoval, če drugega, tudi sebe in svet okrog sebe, doživlja s svetle strani, če ima pozitivno stališče do sožitja, tako da mu zavestno posveča pozornost, če zavestno oblikuje dobre komunikacijske navade in navade za opravljanje svojih vsakdanjih vlog. Vse to so vstopna mesta za dviganje kakovosti sožitja, posredno čez bolj kakovostno sožitje pa za krepitev zdravja in kakovostno staranje.

Možnosti za učenje kvalitetnejšega sožitja

Vzdrževanje kakovostnega sožitja med bližnjimi je danes veliko bolj zanemarjeno kot skrb za vzdrževanje in krepitev zdravja z gibanjem, prehrano in stalnim izobraževanjem. Ljudje živijo na drugih področjih povsem sodoben način življenja, kjer se je treba vsega nenehno učiti, medtem ko neutemeljeno menijo, da sožitje in komuniciranje obvladajo, ne da bi se morali tega učiti in biti na to pozorni. Danes je samoumevno, da se npr. naučijo pravil in vožnje v cestnem prometu v avtošoli, nato pa vozijo vsakokrat z zavestno pozornostjo po pravilih, medtem ko so prejšnji rodovi vozili z živinsko vprego po cestah brez pravil, brez učenja vožnje in brez zavestne odločitve za

kakovostno vožnjo. Sožitna sprega in vožnja v družini, službi in osebni družbi pa se v zadnjih sto letih ni manj spremenila, kot so se razmere na cestah, in tudi tveganje za nesrečo je pri sožitju neprimerno večje kot pri vožnji na cesti. Na cesti in v sožitju ljudi so se razmere tako spremenile, da tradicionalni vzorci ravnanja, ki jih je današnja odrasla generacija dobila spontano v otroški in poznejši socializaciji, niso več uporabni. Na področju cestnega prometa so medtem v skladu s potrebami iz dobre prakse oblikovali pravila za vožnjo, sisteme za učenje varne vožnje in za stalno pozornost na kakovostno vožnjo. Na področju sožitja pa je ostalo stanje prepuščeno ostankom izumirajoče tradicije. Na prelomu tisočletja je prišlo do zavesti, da je treba tudi na področju medčloveškega sožitja slediti sodobni paradigmi, ki pravi, da pridobimo le tisto, za kar se zavestno odločimo, da znamo le tisto, česar se zavestno naučimo, in da uspevamo le v tistem, kar skrbno gojimo. V prihodnjih desetletjih se bo dogajalo podobno ozaveščanje potreb in možnosti kakovostnega sožitja ter njegova zavestna gojitev, kakor se je to dogajalo zadnja desetletja z zdravim giba-



njem, prehranjevanjem in vseživljenjskim izobraževanjem.

Vzdrževanje kakovostnega sožitja med bližnjimi je bolj zahtevno kot zdravo gibanje, prehrana in stalno izobraževanje. Pri sožitju sta v igri vedno najmanj dva subjekta, ki oblikujeta medsebojni odnos, medtem ko je pri gibanju, prehrani in podobnih dejavnostih zdravega življenja človek edini subjekt skrbi za njihovo izvajanje. Odnos je namreč dogajanje med ljudmi, podobno kot je melodija lepota sozvočja v prostoru med glasbeniki in pevci. Zato je ozaveščanje skupnosti o potrebnosti zavestnega učenja in gojenja kakovostnega sožitja zahtevnejše delo kakor ozaveščanje o zdravi prehrani ali gibanju. Tukaj velja spomniti, da pri skrbi za lepo sožitje človek ne sme prekršiti temeljnega pravila: izboljšanje sožitja lahko pričakujemo samo od enega človeka na svetu – od samega sebe. Kdor to pravilo prekrši, sožitje gotovo poslabša v svojo škodo in škodo najbližjih. Gornja spoznanja nas ne smejo zavesti v misel, da bo sožitje bolj kakovostno, takrat ko se bodo zanj zavzeli vsi ljudje ali vsi družinski člani v družini. Vsaka dobra in vsaka slaba stvar se začne pri posamezniku in pri majhni skupini. Pri nalezljivih telesnih boleznih je povsem jasno, da se od enega bolnika okužijo drugi. Podobno se večine dobrih navad in slabih razvad v sožitju ljudje navzamejo drug od drugega z nezavednim posnemanjem, če je tako vedenje in ravnanje v okolju razširjeno. Ljudje začnejo kaditi v družbi drugih kadilcev, ko vidijo kaditi v filmih, ko jih k temu nagne pretkana reklama. Važno je,



da ista zakonitost velja tudi obratno, za dviganje kakovosti: zdravega življenja se ljudje oprijemajo, ko se ga tudi drugi v okolju; ko nehajo kaditi drugi, nehajo tudi sami, ko se drugi gibljejo v naravi, se začnejo tudi sami, ko se poveča kultura govorjenja v skupini, ki ji pripadajo, se tega navzamejo skorajda spontano, če se resno oprime bolj kakovostne komunikacije eden v družini, se dvigne raven komuniciranja med vsemi. Pomembno se je torej zavedati, da človek s svojo odločitvijo za bolj kakovostno sožitje ter z učenjem in prakticiranjem le-tega pomaga tudi drugim k temu, seveda pa ima največjo korist sam.

V okviru naše teme je odločilnega pomena spoznanje, da je sožitje v celoti naučena zmožnost. Na osnovi vrstno specifičnih zmožnosti je v celoti naučena komunikacija – govorna in nebesedno obnašanje, naučeno je vedenje in ravnanje v sožitju, naučeni so vzorci komuniciranja, navezovanja stikov ter ohranjanja odnosov in razmerij, naučeni so vzorci sprejemanja in opravljanja različnih vsakdanjih vlog v sožitju ter vzorci sodelovanja.

Najbolj intenzivno obdobje učenja sožitnih vzorcev je zgodnje otroštvo



in mladostništvo. Ker smo bili vsi socializirani v okolju, ki ni obvladalo sožitnih vzorcev za sodobne razmere, mnogi pa tudi v izrecno slabem družinskem sožitju, pomeni, da imamo ljudje naučenega tudi veliko škodljivega sožitnega balasta in ovir. Z druge strani pa nudi velike možnosti dejstvo, da se človek vse življenje uči tudi novih vzorcev pogovarjanja, govorjenja – celo v novih tujih jezikih, komuniciranja, opravljanja vlog, navezovanja in vzdrževanja odnosov ter sodelovanja. Dobro je pomisliti tudi na dejstvo, da se za učenje bolj kakovostnega sožitja danes najbolj pogosto odločajo ljudje, ko so v skrajni stiski zaradi zelo motenega sožitja v družini ali službi, npr. zasvojenosti, in da prav ti ljudje in njihove družine v procesu zdravljenja in urejanja dosežejo nadpovprečno visoko stopnjo sožitne kakovosti za svoje nadaljnje življenje. Vsaka stiska je namreč energija, ki bodisi vzbudi socialni imunski sistem samopomoči in solidarnosti ter s tem opravi svoje poslanstvo, da človeku omogoči novo večjo kakovost življenja in sožitja; če pa človek svoje stiske ne usmeri v tako delovanje, gre proces socialne bolezni pospešeno naprej. Iz teh dveh spoznanj sledi obetavna možnost. Ker so ljudje danes veliko v stiskah zaradi nezadovoljstva s sožitjem v svojih družinah, službah in v družbi, te stiske pa se bodo ob staranju prebivalstva skokovito stopnjevale, je na voljo veliko energije za izboljšanje sožitja. Ob dejstvu, da je sožitje v celoti naučena zmožnost, so danes na voljo izredne možnosti za učenje bolj kakovostnega sožitja in s tem za nov kakovostni razvojni korak evropske in slovenske kulture; v stiski zaradi sta-



ranja prebivalstva bomo v kakovosti sožitja morali v relativno kratkem času odraščanja ene generacije dohiteti materialno kakovost življenja. Dejansko se zadnja leta, v glavnem po prelomu tisočletja, oblikujejo učinkoviti programi za praktično učenje kakovostne komunikacije in sožitja. Najbolj se posvečajo sožitju med zakoncema in staršema v družini (Engl, Thurmaier 2005). Na Inštitutu Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje (<http://www.inst-antontrstenjaka.si>) razvijamo in uvajamo programe za učenje kakovostnega medgeneracijskega sožitja (Ramovš 2003, str. 329–364). Lani smo po naročilu Osnovnega zdravstva Gorenjske razvili model za aktivno delavniško informiranje o komunikaciji med staršema kot odločilnem dejavniku za kakovosten razvoj otroka in ju vpeljali v starševske šole priprave na porod v gorenjskih zdravstvenih domovih (Ramovš 2007, Bolka in dr. 2007). Na temelju dveh desetletij dela za kakovostno sožitje in staranje smo prišli do zlatoga pravila za lepo sožitje in kakovosten osebnostni razvoj slehernega človeka, ki je tole:

V vsakem obdobju življenja mora človek poskrbeti, da je intenzivno osebno povezan vsaj z enim pozitivno usmerjenim človekom iz vsake generacije: z enim mladim, enim srednjih let in enim starim. Biti osebno povezan pomeni, da se z njim vsaj eno uro tedensko pogovarja o njunih osebnih izku-

šnjah in o njunem osebnem doživljanju; torej ne samo o splošnih, intelektualnih, delovnih ali drugih brezosebnih vsebinah. Pozitivna usmerjenost v odnosu pa pomeni, da je pri komunikaciji pet prijernih, spodbudnih ali pozitivnih vsebin na eno negativno, ki pa ne sme biti med prvimi.

Namesto zaključka: celostna gerontologija

V prispevku smo skušali pokazati, da je kakovostno sožitje odločilen dejavnik zdravega in kakovostnega staranja. Poskrbeti za kakovostno staranje v prihodnjih desetletjih naglega staranja prebivalstva je preživetvena naloga ne le zdravstva in socialnega varstva, ampak evropske kulture. Rešitev tako široke naloge je celostna gerontologija. Treba je naglo razviti znanstvene in strokovne podlage ne le za zdravstveno in socialno oskrbo čedalje večjega števila starih ljudi ob čedalje manjšem deležu mlade in srednje generacije, prestrukturirati sisteme socialnega in zdravstvenega varstva, da bodo vzdržali ekonomsko, organizacijsko in v drugih strukturnih sestavinah, prilagoditi stanovanjsko, prometno, varnostno in druge infrastrukture velikemu deležu starih ljudi, zlasti pa javno mnenje o starih ljudeh in vzgojno šolsko oblikovanje mlade, srednje in tretje generacije. Skupni imenovalac vseh teh nalog je dvig kakovosti sožitja med ljudmi, zlasti med generacijami – nova solidarnost med generacijami. Veda, ki zaobjema vse to, je celo-

stna gerontologija, ki bo znanstveno razvijala nova spoznanja in metode ter kot stroka konkretno delala z ljudmi: s starimi za zdravo in kakovostno starost, z mlajšima generacijama pa za solidarno sožitje med generacijami, brez katerega ni kakovostnega staranja. Celostne gerontologije ni brez zdravstvene gerontologije in geriatrije, toda sami bosta pred nalogami zdravstvenega varstva starih ljudi v prihodnje povsem nemočni; ni je brez socialne gerontologije, toda sama bo pred nalogami socialne oskrbe v prihodnje povsem nemočna; ni je brez gerontološke vzgoje in izobraževanja, brez gerontološke arhitekture, brez gerontološke prometne ureditve ..., toda vsaka od njih je sama pred nalogami staranja prebivalstva povsem nemočna. Svetovna zdravstvena organizacija usmerja razvoj zdravstva zelo v smer gerontološko usmerjenega osnovnegajavnega zdravstva. Specialistične geriatrije imajo namreč več potenciala, da se razvijajo same iz notranjih tržnih in strokovnih pobud, medtem ko lahko kakovostno javno zdravstvo zagotovi le kakovostna zdravstvena politika, ki je medsektorsko vpeta tako v zdravstveno stroko kakor v sodelovanje z vsemi drugimi resorji. Če je bilo preteklo stoletje stoletje otroka, v zdravstvu pa stoletje razvoja pediatrije, bo 21. stoletje stoletje starih ljudi, v zdravstvu pa razvoja gerontologije v sistemski povezavi z vsemi drugimi vidiki celostne gerontologije. Sistemska povezanost zdravstvene gerontologije in geriatrije s socialno, pedagoško, arhitekturno in drugimi vidiki gerontologije bo zdravstvu omogočila obvladati naraščajoče naloge osnovne zdravstvene oskrbe množice starih ljudi.



Izboljšanje kakovosti sožitja, ki je v osnovi domena socialne gerontologije, vendar pa je brez interdisciplinarnega sodelovanja z zdravstvom in drugimi panogami ni mogoče doseči, bo zdravstvu omogočila po zgoraj opisani sociopsihosomatski poti preventivno krepitev zdravja starih ljudi in odlaganja kroničnih nenalezljivih bolezni v veliko večji meri, kot je to mogoče samo z zdravo prehrano in gibanjem. Pri sodelovanju zdravstva za dviganje kakovosti medčloveškega sožitja pa bo zdravstvo pridobilo tudi dva pomembna stranska učinka: izboljšanje komunikacije med zdravstvenimi delavci in pacienti ter bolj kakovostne medsebojne odnose med zdravstveniki v zdravstvenih ustanovah.

Kot sklepno misel torej navajamo možen oris celostne gerontologije. Na Inštitutu Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, ki ga je slovenska država zadolžila, da obudi in v partnerstvu z vsemi drugimi razvija bogato Accettovo gerontološko dediščino, menimo, da mora celostna gerontologija sistemsko vključevati tri celote:

1. celostno antropološko podobo človeka v njegovi telesni, duševni, duhovni, sožitnosocialni, razvojni in eksistencialni razsežnosti ob

nedeljivi sistemski celoti vseh teh razsežnosti;

2. sistemsko povezanost človekovega razvoja skozi vsa življenjska obdobja od spočetja do smrti, isto dostojanstvo in smiselnost človekove mladosti, srednjih let in starosti ter komplementarno povezanost vseh treh generacij v solidarnem družbenem sožitju;

3. interdisciplinarno dopolnjevanje vseh znanstvenih ved in kulturnih panog, katerih znanja in tehnologije prispevajo h kakovostnemu staranju in solidarnemu sožitju med generacijami; zlasti psihosocialne, zdravstvene, vzgojno-izobraževalne ter okoljskoprostorske vede. Na družbeni in politični ravni odgovarja tej znanstveno strokovni celoti sistemsko medsektorsko sodelovanje vseh družbenih in političnih resorjev, ki so pomembni za kakovostno staranje in solidarno sožitje med generacijami; še posebej medsebojno dopolnjevanje družine, krajevne skupnosti, civilne družbe in države.

Literatura in viri

1. Bolka, Anka, Kavar, Nataša, Pesjak, Katja in dr. (2007). Okrogla miza – predstavitev učne enote »komunikacija med partnerjema«. V: Turk, Helena in Stepanović, Aleksander, ured. Zbornik predavanj. IX. Fajdigovi dnevi, Kranjska Gora, 26.–27. 10. 2007. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, str. 151–154.
2. Buber, Martin (1999). Dialoški princip. Ljubljana: Dva tisoč.
3. Engl, Joachim, Thurmaier, Franz (2005). Kako govoriš z menoj? Dobra in slaba partnerska komunikacija. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
4. Frankl, E. Viktor (1994). Zdravnik in

duša. Celje: Mohorjeva družba (prevod knjige Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. Wien: Franz Deuticke).

5. Fromm, Erich (2004). Imeti ali biti. Ljubljana: Vale-Novak.

6. Ramovš, Jože (1990). Doživljanje, temeljno človekovo duhovno dogajanje. Ljubljana: Založništvo slovenske knjige.

7. Ramovš, Jože (2003). Kakovostna starost. Socialna gerontologija in gerontagogika. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in Slovenska akademija znanosti in umetnosti.

8. Ramovš, Jože (2007). Priprava na porod – ugoden čas za učenje komunikacije med staršema. V: Turk, Helena in Stepanović, Aleksander, ured. Zbornik predavanj. IX. Fajdigovi dnevi, Kranjska Gora, 26.–27. 10. 2007. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, str. 147–150.

9. Ramovš, Jože in Ramovš, Ksenija (1007). Pitje mladih. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.

10. Svet EU (2005). Zelena knjiga »Odziv na demografske spremembe: nova solidarnost med generacijami. Bruselj.

11. Voljč, Božidar (2007). Načela Ljubljanske listine in stališča Svetovne zdravstvene organizacije v zdravstvenem varstvu starejših ljudi. V: Kakovostna starost, letnik 10, št. 4, str. 2–8.

12. Voljč, Božidar (2008). Kaj so kronične nenalezljive bolezni in kaj lahko storimo za njihovo preprečevanje, nadziranje in zdravljenje? V: Kakovostna starost, letnik 11, št. 1, str. 4–10.

13. Watzlawick, Paul, Beavin, Janet H., Jackson, Don D. (1969). Menschliche Kommunikation. Bern-Stuttgart-Wien: Hans Huber Verlag.

14. World Health Organisation (2005). Basic Documents. Geneva.

Ukrepi za izboljšanje varnosti pri delu z električnim tokom

Električna energija je relativno varna oblika energije, če jo uporabljamo odgovorno in upoštevamo vse predpisane varnostne ukrepe. Predvsem neupoštevanje le-teh tudi v Sloveniji vsako leto terja nekaj nezgod z najhujšimi posledicami.

AVTOR:

Mag. Ivan Božič, univ. dipl. inž. el.

ZVD Zavod za varstvo pri delu d.d., Chengdujska cesta 25, Ljubljana

1 Uvod

Nezgode se sicer pri nas najpogosteje pojavljajo pri delih v bližini virov visoke napetosti, ob uporabi delovne opreme, pri nestrokovnih posegih na električni opremi strojev, naprav, orodij in na električnih inštalacijah. Podrobnejših analiz nezgod z električnim tokom v Sloveniji nimamo. Iz analiz in raziskav nekaterih zahodnoevropskih držav, ki imajo podobne zahteve glede električne opreme strojev in ostale delovne opreme ter primerljive predpise v zvezi z električnimi inštalacijami in podobno ureditev na področju varnosti in zdravja pri delu, je razvidno, da so nezgode na področju nizkih napetosti pogoste zlasti v naslednjih okoljih:

- v industriji, kjer se uporablja električno gnana delovna oprema v

vlažnih razmerah,

- na gradbiščih – izstopajo zlasti manjša gradbišča,

- pri uporabi prenosnega vrtalnega in brusilnega orodja v vlažnih in suhih okoljih,

- pri uporabi električno gnane delovne opreme v kmetijstvu,

- v gospodinjstvih – zlasti v kopalnicah, na prostem (na vrtu) in v kuhinjah.

Tveganja lahko omejimo z varnostnimi ukrepi, ki so podani v predpisih in standardih ter pokrivajo področja proizvodnje in distribucije električne energije, električnih inštalacij, električne opreme strojev in ostalih naprav ter obveznosti delodajalcev in delavcev v zvezi z varno uporabo električnega toka. Z zaščito inštalacij in naprav se posredno zavaruje tudi ljudi in imetje. Za

uporabnika pa je bistvena zaščita pred električnim udarom.

2 Zaščitni ukrepi pri delu z električnim tokom

Zaščita pred preobremenitvijo vodnikov

Vodniki pod napetostjo morajo biti zaščiteni z eno ali več napravami za avtomatično prekinitev napajanja v primeru preobremenitve, večje od 1,45-kratnega trajnega zdržnega toka, in v primeru kratkega stika, razen ko je prevelik tok omejen z napajalnimi karakteristikami. Naprave, ki zagotavljajo zaščito pred preobremenitvijo s prevelikim tokom, morajo biti sposobne odklopiti vsak preobremenitveni oziroma kratkostični tok, ki teče v vodnikih, preden povzroči segrevanje, škodljivo za izolacijo, spoje, sponke ali okolje. Ni nujno, da zaščita vodnikov pred preobremenitvijo ščiti opremo, ki je priključena na te vodnike, mora pa ščititi vodnike pred okvarami, ki bi jih lahko povzročili preveliki toki zaradi preobremenitve vodnikov.

Zaščita pred električnim udarom

Zaščita pred električnim udarom preprečuje dotik napetosti take vrednosti in trajanja, ki bi bila lahko nevarna za fiziološko delovanje človeškega organizma. Projektant mora izbrati vrsto in izvedbo zašči-

POVZETEK

Zaščito pred električnim udarom zagotavljamo v več stopnjah. Prvo stopnjo predstavlja osnovna zaščita. V splošnem je to določena oblika izolacije, ki preprečuje neposreden dotik z deli pod napetostjo. Ob okvarah nastopi zaščita proti posrednemu dotiku, ki prepreči nevarnost električnega udara. Ta v splošnem grozi uporabniku ob odpovedi obeh navedenih stopenj zaščite. Za take primere se lahko dodatno zavarujemo z dodatno zaščito – z uporabo zaščitnih stikal na diferenčni tok in tako preprečimo nezgode z najhujšimi posledicami. Dodatne zaščitne naprave morajo izklopiti napajanje pri tokovih napake, ki ne presegajo $I_{\Delta N} \leq 30$ mA, dovolj hitro, da preprečijo ali ustrezno zmanjšajo nastala tveganja.

Ključne besede: električni udar, zaščita, dodatna zaščita, RCD, PRCD

ABSTRACT

Protection against electric shock is provided in several stages. In the first instance, basic protection, generally some form of insulation, prevents direct contact with live parts. Should the basic protection fail, fault protection ensures that an electric shock hazard cannot occur. Electric shock to humans generally occurs when both the basic protection and the fault protection fail. In this case, supplementary protection, such as a sensitive residual current-operated protective device, can prevent potentially fatal accidents. Protective equipment of this kind trips at a residual fault current $I_{\Delta N} \leq 30$ mA so quickly as to exclude any hazard.

Key words: electric shock, protection, additional protection, RCD, PRCD

te pred električnim udarom na osnovi informacij, ki mu jih mora posredovati dobavitelj električne energije še pred začetkom izdelave projektne dokumentacije. Za izbiro zaščite pred električnim udarom je treba upoštevati tudi vplive, kot so:

- usposobljenost oseb,
- električna upornost človeškega telesa v posameznih primerih vlažnosti kože zaradi zunanjih vplivov,
- dotik oseb s potencialom zemlje,
- izbira opreme.

V primerih, ko se lahko uporabijo različne vrste zaščite pred električnim udarom, mora biti njena izbira odvisna od:

- lokalnih pogojev,
- narave opreme, ki se napaja z električno energijo, in
- pogojev, ki jih narekuje specifičnost prostorov, v katerih so električne inštalacije.

Zaščita pred električnim udarom se lahko uporabi za celotno inštalacijo, za njen del ali za posamezno opremo. Če niso izpolnjeni osnovni pogoji za zaščito, so potrebni dodatni ukrepi za

zagotovitev varnostnega nivoja popolne zaščite. Zaščita pred električnim udarom se doseže z zaščito:

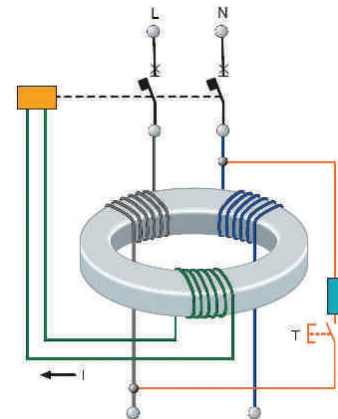
1. ob normalnih razmerah z **osnovno zaščito** oziroma zaščito proti neposrednemu dotiku (izolacija, ograditev, neprevodni prostori, mala napetost ...),
2. ob okvari – **zaščita proti posrednemu dotiku** (samodejni odklop napajanja, dodatna ali dvojna izolacija, električna ločitev, mala napetost ...).

Zaščitni ukrep mora predstavljati:

- primerno kombinacijo ukrepov za osnovno zaščito in neodvisni ukrep za zaščito ob okvari ali
- povečan zaščitni ukrep, ki zajema hkrati osnovno zaščito in zaščito ob okvari.

Vse pogosteje se v določenih omejenih sistemih srečujemo tudi z **dodatno zaščito** z zaščitnimi stikali na diferenčni tok (RCD – Residual Current Device) in z različnimi kombiniranimi napravami, ki vsebujejo tudi tovrstno zaščito. Za zaščito proti posrednemu dotiku oseb je treba

uporabiti stikala RCD z nazivnim tokom napake $\Delta N \leq 30$ mA. Stikala z višjim nazivnim tokom okvare lahko zmanjšajo nekatera druga tveganja (npr. požar), ki so povezana predvsem z napakami na izolaciji, niso pa dovolj učinkovita za varovanje oseb, saj je znano, da so pri frekvencah toka med 15 in 100 Hz lahko smrtno nevarni že tokovi nad 40 mA.



Slika 1: Princip delovanja stikal RCD: Če je razlika tokov faznega (L) in nevtralnega (N) vodnika večja od nazivne vrednosti toka okvare, pride do odklopa napajanja. S preizkusno tipko (T) to lahko preverimo. (Vir: www.abb.com)

Inštitut za delo pri Pravni fakulteti Univerze v Ljubljani, Društvo za delovno pravo in socialno varnost in Planet GV

v sodelovanju z Inštitutom za primerjalno pravo pri Pravni fakulteti v Ljubljani – Centrom za delovno pravo in Inštitutom za delovna razmerja in socialno varnost. Pravne fakultete v Mariboru vabijo na kongres

VIII. Dnevi delovnega prava in socialne varnosti

28.-29. maj 2009, Portorož, Kongresni center St. Bernardin

V družbi uglednih strokovnjakov bomo razpravljali o

IZZIVIH SLOVENSKEGA DELOVNEGA IN SOCIALNEGA PRAVA V AKTUALNIH GOSPODARSKIH RAZMERAH

PLENARNE TEME: Dostojen in učinkovit delovni čas, Prestrukturiranje podjetij in varstvo delavcev, Zagotavljanje varstva pravic v delovnih sporih, Uslužbenska in plačna razmerja. OMIZJE: Aktualna vprašanja in novosti v zdravstvu

Poznavanje delovnega prava postaja tudi vedno večja konkurenčna prednost organizacij in jamstvo varstva pravic zaposlenih, zato se nam čim prej pridružite na kongresu!

Inštitut za delo pri PF Univerze v Ljubljani

Poljanski nasip 2, Ljubljana
Telefon: 01/42 03 164, faks: 01/42 03 165
E-pošta: inst.delo@pf.uni-lj.si, www.zdr.info; www.institut-delo.si

Planet GV, d.o.o.

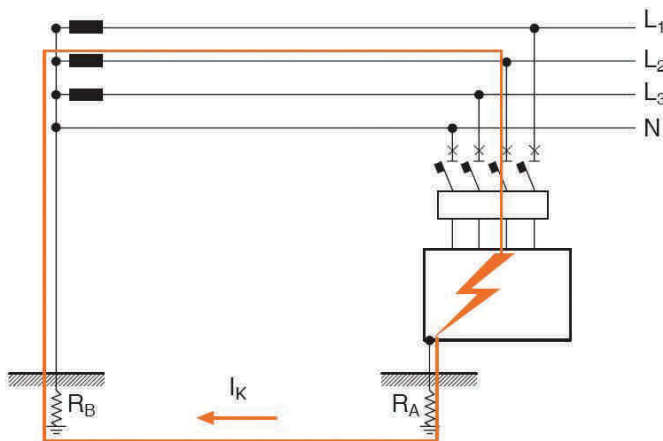
Einspielerjeva ulica 6, Ljubljana
Prijave: 01/30 94 446, faks: 01/30 94 445
Splošne informacije: 01/30 94 444, www.planetgv.si

Medijski pokrovitelji:

HRM
Magazine

TP
PRAVNA

Revija za
delovno pravo
in socialno
varnost



Slika 2: Primer zaščite s samodejnim odklopom napajanja: V TT-sistemu ozemljitve je okvarna zanka sestavljena iz faznega vodnika, v katerem je nastala okvara, zaščitnega vodnika, ki povezuje izpostavljeni prevodni del z ozemljilom, ozemljila izpostavljenega prevodnega dela inštalacije in ozemljila nevtralne točke napajanja. Ob pojavu napetosti na prevodnem ohišju naprave pride do odklopa napajanja. (Vir: www.abb.com)

Najbolj pogosti vrsti zaščitnih ukrepov proti posrednemu dotiku pri uporabi električnih naprav sta **zaščita s samodejnim odklopom napajanja pri uporabi naprav razreda I** in **zaščita z uporabo naprav razreda II**.

Zaščita s samodejnim odklopom napajanja (pri napravah razreda I)

Zaščita pred električnim udarom s samodejnim odklopom napajanja v sistemih električnih inštalacij mora pri okvari izolacije preprečiti nastanek napetosti dotika s tako vrednostjo in trajanjem, ki bi bila lahko nevarna za fiziološko delovanje oseb. Zaradi učinkovitosti zaščite pred električnim udarom s samodejnim odklopom napajanja mora biti izvedena koordinacija med vrstami sistemov inštalacij, karakteristikami zaščitnega vodnika in zaščitne naprave. Vsaka okvara izolacije električne opreme mora povzročiti okvarni tok, ki

zagotovi tako hiter avtomatični odklop, da ni ogroženo zdravje ali življenje ljudi.

Mogoče nevarne razmere pri uporabi naprav razreda I

Pri uporabi zaščite s samodejnim odklopom napajanja so na inštalacijah ali na električni opremi naprav razreda I mogoče naslednje napake, ki pomenijo veliko nevarnost električnega udara:

- zaščitni vodnik je prekinjen,
- zaščitni vodnik je pod napetostjo,
- odklopna naprava je v okvari,
- neustrezna upornost okvarne zanke ima za posledico prepočassen odklop napajanja,
- z orodjem pride uporabnik v stik z nevarno napetostjo tujega tokokroga (zlasti pri vrtanju, rezanju, striženju ...).

Zaščita z uporabo naprav razreda II

Za preprečevanje nevarne napetosti dotika na izpostavljenih

delih električnih naprav v primeru okvare osnovne izolacije se lahko kot zaščitni ukrep uporabijo naprave razreda II z dvojno izolacijo ali temu ustrezno izolacijo. V Sloveniji je na podlagi Pravilnika o varstvu pri delu pred nevarnostjo električnega toka (Ur. list RS, št. 29/92) na prostem poleg naprav razreda III (napajanje z varno ali zaščitno malo napetostjo) dovoljena le še uporaba prenosnega orodja razreda II.

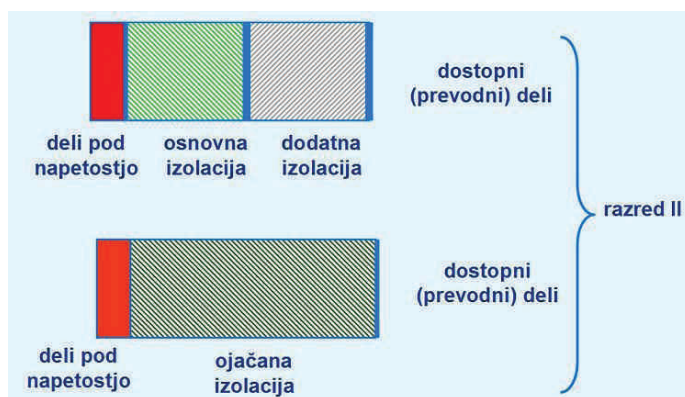
Mogoče nevarne razmere pri uporabi naprav razreda II

Pri uporabi naprav razreda II so mogoče naslednje napake in razmere, ki pomenijo veliko nevarnost električnega udara:

- izolacija (osnovna in dodatna oziroma ojačana) je poškodovana,
- izolacija je premoščena s prevodnim materialom (vlaga, umazanija ...),
- med delom pride uporabnik v stik z nevarno napetostjo tujega tokokroga (vrtanje, rezanje ...),
- poškodba priključnega vodnika in/ali vtikalnega pribora.

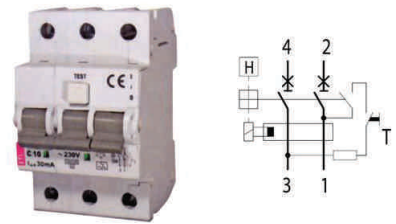
3 Dodatni varnostni ukrepi pri delu z električnim tokom

Na varnost električnih inštalacij in naprav vplivajo tako pravilno načrtovanje, izbira in montaža kakor tudi ustrezna uporaba in vzdrževanje. Pri načrtovanju novih inštalacij morajo projektanti upoštevati veljavne predpise in standarde ter



Slika 3: Naprave razreda II – pred dotikom delov pod napetostjo nas varuje dvojna ali ojačana izolacija. Dvojni kvadrat na napisni ploščici naprave označuje, da gre za napravo razreda II.

Slika 4: Naprava KZS-3M z vezno shemo proizvajalca ETI. KZS (KZS-2M, KZS-3M, KZS-4M) so zaščitna stikala na diferenčni tok z nadtokovno zaščito in tako združujejo lastnosti inštalacijskega odklopnika in zaščitnega stikala na diferenčni tok. Njihovo delovanje je neodvisno od napajalne napetosti. Uporaba predvsem v tokokrogih s povečanimi zahtevami glede napetosti dotika, tokokrogih prenosnih porabnikov, vrtcih, šolah, bolnicah itd. (Vir: www.eti.si)



pogoje za priključitev porabnika na omrežje. Za pravilno električno opremo strojev in naprav so odgovorni proizvajalci. Najbolj problematične so razne širitve in spremembe inštalacij, ki pogosto niso predhodno načrtovane niti ne ustrezno dokumentirane in jih nemalokrat izvajajo strokovno ne dovolj usposobljeni izvajalci. Odgovornost za pravilno vzdrževanje in uporabo je pri izvajalcih gospodarske ali poklicne dejavnosti na strani delodajalcev. K temu jih zavezujejo tako predpisi s področja varnosti in zdravja pri delu kot tudi posebni predpisi s področja inštalacij in delovne opreme, ki določajo ali zahtevajo določitev rokov za redne preglede in preizkuse inštalacij in opreme. Pogosto tudi precej ohlapnih zahtev ne izvajajo redno in ne dovolj strokovno. Še slabše so razmere v gospodinjstvih, kjer pregledov in preizkusov praktično ni, prihaja pa tudi do nestrokovnih posegov, sprememb in neustrezne uporabe. Problematične so zlasti razmere na zelo starih, neustrezno vzdrževanih inštalacijah. Statistike tujih držav kažejo, da leži večina vzrokov nezgod z električnim udarom v nizkonapetostnem področju v napakah na električnih inštalacijah in napravah. Najpogostejše napake so:

- poškodovane vtičnice in ostali vtično-spojni elementi,
- poškodbe dovodov in priključnih spojin mest,
- napaka na izolaciji električne opreme strojev in naprav.

Kako bi lahko preprečili nevarne situacije in nezgode

Na splošno velja električna oprema za razmeroma varno, če so upošte-

vani ustrezni predpisi in standardi. Osnovni varnostni ukrepi so bili uvodoma že predstavljeni. Tveganja nastajajo predvsem zaradi neustreznih inštalacij ali neustrezne uporabe ter ob neustreznem vzdrževanju inštalacij in naprav. Kjer je primerno, je treba poskrbeti zlasti za ustrezno povezavo z zaščitnim vodnikom. Uporabnik mora pred vsako uporabo preveriti stanje naprav in priključnih kablov ter spojin elementov. Poskrbeti je treba za redne preglede in preizkuse električnih inštalacij in naprav.

Dodatni ukrepi na fiksnih napravah

Predvsem starejše inštalacije v gospodinjstvih, ki že desetletja niso bila pregledana in preizkušena, bi bilo treba preveriti in ustrezno obnoviti, posodobiti in opremiti z dodatnimi varnostnimi napravami. To velja zlasti za bolj izpostavljene prostore, kot so kopalnice in kuhinje. V pripravi so novi predpisi za električne inštalacije, v katerih bi morali posebno pozornost posvetiti tudi izboljšanju varnosti obstoječih inštalacij. Povečanje varnosti je mogoče doseči z vgraditvijo ustreznih zaščitnih stikal na diferenčni tok (RCD oziroma FI stikal). Uporabljajo se za zaščito pred posrednim dotikom delov pod napetostjo in za preprečitev trajne napetosti na ozemljenih kovinskih delih, ki bi nastala zaradi napake na električni inštalaciji. Zaščitna stikala na diferenčni tok se lahko uporabljajo v sistemih omrežja, kjer sta zaščitni in ničelni vodnik ločena. Obstajajo tudi številne zaščitne naprave, ki ponujajo zaščito RCD v kombinaciji z dodatno zaščitno funkcijo (slika 4).

Na nekaterih področjih, na primer v gradbeništvu, morajo te naprave že varovati vse končne tokokroge. V nacionalni zakonodaji bo treba tudi za druga nevarna področja bolj natančno opredeliti inštalacije in naprave, ki morajo biti opremljene s tovrstnimi dodatnimi zaščitnimi ukrepi. Razmisliti velja tudi o vgradnji dodatnih stikal RCD v obstoječih inštalacijah. Številne evropske raziskave o zanesljivosti delovanja vgrajenih stikal RCD in o doslednosti pri njihovem preverjanju in vzdrževanju kažejo, da bo treba lastnike objektov in naprav bolj ozavestiti tudi v tej smeri. V povprečju je neustreznih kar okoli 6 % stikal RCD. Tveganje je namreč pogosto večje, kadar so varnostne naprave sicer vgrajene in na katerih delovanje se uporabnik zanaša, ki pa nato v kritičnih trenutkih zaradi okvar ne delujejo in ne preprečujejo nevarnih dogodkov.

Dodatni ukrepi pri uporabi prenosnih naprav

Pri uporabi prenosnih električno-napajanih naprav so v nekaterih evropskih državah, zlasti za bolj tvegana področja, že pred leti začeli uporabljati prenosna zaščitna stikala na diferenčni tok (PRCD – Portable Residual Current Device) kot dodatno zaščito pred nevarnostjo električnega udara. Obstajajo različne vrste teh varnostnih naprav. Nekatere je moč namestiti na vtičnice kot vmesni element med fiksno inštalacijo in priključnim kablom prenosne električne naprave, pri drugih izvedbah pa so zaščitna stikala vgrajena v priključne kable naprav oziroma v podaljške. Različne so lahko tudi funkcijske



Slika 5: Nekaj izvedb prenosnih zaščitnih stikal na diferenčni tok (PRCD) proizvajalca Kopp (<http://www.kopp-ag.de>)

značilnosti in standardi, po katerih so narejene. Obstajajo tri skupine:
1. PRCD brez prekinitve zaščitnega vodnika; v primeru napake se prekinajo le fazni in nevtralni vodnik. Ta stikala ustrezajo standardu SIST HD 639 (povzet po IEC 61540).

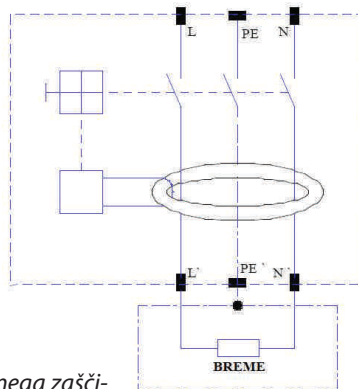
2. Stikala PRCD s prekinitvijo zaščitnega vodnika; v primeru napake so prekinjeni vsi poli, vključno z zaščitnim vodnikom – skladno z DIN VDE 0661.

3. PRCD-S s posebno testno funkcijo – skladno z BGI 608, ki omogoča funkcijo zaščitnega vodnika in preprečuje priklop napajanja, če je zaščitni vodnik v okvari.

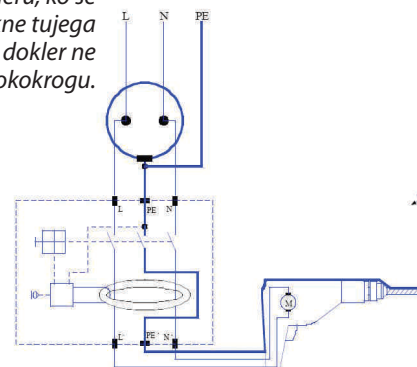
V mnogih primerih se pregledi fiksnih električnih inštalacij ne opravljajo redno ali pa sploh ne. Napake, ki se lahko pojavijo na taki inštalaciji, niso odkrite in lahko predstavljajo veliko tveganje za uporabnike prenosnih naprav razreda I, ki jih priključijo na okvarjeno fiksno električno napeljavo. Nevarne so zlasti napake, pri katerih se na zaščitnem vodniku pojavi fazna napetost. Znatno zmanjšanje tveganj in povečanje varnosti dosežemo z uporabo prenosnih zaščitnih stikal na diferenčni tok (PRCD), ki delujejo tako, da napravo v primeru nevarnosti popolnoma izolirajo od fiksne inštalacije. V teh primerih so najbolj učinkovita zaščitna stikala, ki v primeru enofaznega napajanja odklopijo vse tri pole – poleg faznega in nevtralnega tudi zaščitni vodnik.

V primerih, ko pridemo z opremo razreda I v stik s tujim tokokrogom, pa ni varno prekiniti zaščitnega vodnika. Kljub ustrezni odklopni napravi v tujem tokokrogu tedaj ne

Slika 6: Električna shema enofaznega zaščitnega stikala na diferenčni tok (PRCD), ki odklopi vse tri pole – poleg faznega in nevtralnega tudi zaščitni vodnik.



Slika 7: Električna shema delovanja enofaznega zaščitnega stikala na diferenčni tok PRCD-S v primeru, ko se uporabnik prek prevodnega ohišja dotakne tujega tokokroga. Zaščitni vodnik je povezan, vse dokler ne deluje odklopna naprava v tujem tokokrogu.



bo prišlo vedno do dovolj hitrega odklopa napajanja. Take nevarnosti pretijo zlasti pri uporabi prenosnih strojev za vrtanje, rezanje, brušenje ... Zato v nekaterih državah prekinitvev zaščitnega vodnika ni dovoljena, čeprav taka zaščita v nekaterih primerih zato ni učinkovita. V zadnjem času se ponuja optimalna rešitev z uporabo zaščitnih stikal PRCD-S, ki:

- v primeru nevarnosti prekinajo tudi zaščitni vodnik,
- zagotavljajo neprekinjeno povezavo zaščitnega vodnika, če pridemo v stik s tujim tokokrogom,
- jih sploh ni mogoče vključiti, če zaznajo napako v povezavi zaščitnega vodnika.

Naprave razreda II

Pri uporabi naprav razreda II obstaja velika nevarnost električnega udara v primeru poškodbe izolacije ali njene premostitve zaradi vlage, umazanije, poškodbe priključnega kabla, vtičnega pribora ... Nevarna je predvsem njihova uporaba v specifičnih okoljih – zlasti v vlažnih delovnih okoljih, gradbeništvu, kmetijstvu, pri delu na vrtu ... Povečanje varnosti je v teh primerih mogoče doseči z uporabo dvopolnih stikal PRCD. V vseh primerih je priporočljivo vgraditi oziroma namestiti zaščitna stikala čim bližje priključnemu mestu na fiksno inštalacijo, najbolje kar na vtičnico.



Slika 8: Po nekaterih statistikah so glede nezgod z električnim udarom kritična zlasti manjša gradbišča. Zaradi neugodnih razmer je tu vedno obvezna uporaba zaščitnih stikal na diferenčni tok kljub uporabi orodja razreda II. Če na razpolago ni ustreznih gradbenih razdelilnih omar, si lahko pomagamo s prenosnimi stikali PRCD. (Vir: www.kopp-ag.de)

Literatura in viri

<http://www.kopp-ag.de/de/produkte/personenschutz.asp>
<http://www.kan.de>
<http://www.eti.si>
http://www.abb.si/SIST_HD_639
 Pravilnik o varstvu pri delu pred nevarnostjo električnega toka (Ur. list RS, št. 29/92).

Organiziranost ZPIZ in akti, ki urejajo delo izvedencev

Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije je eden od stebrov socialnega zavarovanja, ki skrbi za uveljavitev pravic iz invalidskega zavarovanja. Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju ureja sistem pokojninskega in invalidskega zavarovanja v Republiki Sloveniji.



AVTOR:

mag. Dean Premik

Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije
Sektor za izvedenstvo,
Ob železnici 16, Ljubljana

Zavod sestavljajo svet zavoda, vodstvo zavoda, sedem različnih sektorjev in devet območnih enot. Z zadnjo reorganizacijo zavoda je 1. 1. 2006 zaživel tudi Sektor za izvedenstvo, v katerega sestavi so Služba za izvedenstvo I. stopnje Ljubljana, Služba za izvedenstvo I. stopnje Maribor in Služba za izvedenstvo II. stopnje ter invalidske komisije I. in II. stopnje. V službah sektorja so poleg administrativnega kadra redno zaposleni tudi zdravniki, na senatih pa sodeluje še precejšnje število zunanjih sodelavcev medicinske in nemedicinske stroke. Pravice na podlagi invalidnosti so pogojene z obstojem invalidnosti, ki jo ugotavlja invalidska komisija zavoda, in pogoji, ki jih določa zakon. Pravno podlago za delovanje izvedenskih organov poleg zakona ZPIZ-1 določajo tudi številni podzakonski akti, ki natančno določajo postopke in sestavo invalidskih komisij. Med drugimi

akti je treba izpostaviti Samoupravni sporazum o seznamu telesnih okvar, ki je precej zastarel.

Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Republike Slovenije

Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (v nadaljevanju zavod) je nosilec in izvajalec sistema pokojninskega in invalidskega zavarovanja v Republiki Sloveniji in je bil v tej obliki konstituiran 20. oktobra 1992. Je univerzalni pravni naslednik prejšnje Skupnosti pokojninskega in invalidskega zavarovanja v državi.

Zavod izvaja enotno obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje za celotno območje Republike Slovenije. Poglavitna naloga zavoda je upravljanje s sredstvi in izvajanje zavarovanja za primer starosti, smrti in drugih pravic iz obveznega pokojninskega zavarovanja, zavarovanja za primer invalidnosti, telesne okvare, potrebe po stalni pomoči in postrežbi in drugih pravic iz invalidskega zavarovanja ter zavarovanja za odpravnino, oskrbnino in pravico do dodatka za rekreacijo ali enkratnega letnega dodatka. Zavod v skladu z 237. členom Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (v nadaljevanju ZPIZ-1) pripravi letno poročilo o poslovanju v prejšnjem koledarskem letu in ga do 31. maja tekočega leta predloži v obravnavo državnemu zboru.^{*1} Upravni organ zavoda je svet zavoda^{*2} (v nadalje-

^{*1} Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-1-UPB4, Uradni list RS, št. 109/06)

^{*2} V mandatu 2005–2009 vodi svet zavoda g. Ivan Sisinger.



vanju svet), ki ga sestavlja 27 članov s štiriletnim mandatom, od tega:

- 10 članov imenuje vlada Republike Slovenije;
- 6 članov imenujejo sindikati, reprezentativni za območje države, od tega lahko imenujejo zveze ali konfederacije, ki so po registru reprezentativnih sindikatov reprezentativne za območje države, najmanj enega predstavnika;
- 4 člane imenujejo delodajalska združenja na ravni države;
- 5 članov imenujejo zveze oziroma organizacije upokojencev na ravni države;
- 1 člana imenuje organizacije delovnih invalidov na ravni države;
- 1 člana izvolijo delavci zavoda.

Svet poleg nadzora poslovanja zavoda in imenovanja generalnega direktorja opravlja še vrsto pomembnih nalog s področja pokojninskega in invalidskega

zavarovanja. Med drugim sprejema tudi kriterije za določitev različnih prispevnih stopenj, spremlja gmotni položaj upokojencev in delovnih invalidov, odloča o uskladitvah pokojnin in o višini letnega dodatka, odloča o ukrepih, s katerimi se zagotavlja materialna podlaga ter možnosti za poklicno rehabilitacijo in zaposlovanje delovnih invalidov. Pomembna naloga sveta je tudi imenovanje izvedencev in sprejemanje splošnih in izvršilnih aktov zavoda, med katerimi je za delo izvedencev najbolj pomemben pravilnik o organizaciji in načinu delovanja invalidskih komisij ter drugih izvedenskih organov ZPIZ.

Organizacija zavoda

Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Republike Slovenije sestavljajo poleg vodstva – generalnega direktorja – še sedem sektorjev in devet območ-

nih enot, kot je razvidno iz spodnjega organograma. Nekatere območne enote imajo tudi izpostave, in sicer OE Ljubljana v Trbovljah, OE Ravne v Velenju, OE Kranj na Jesenicah in OE Maribor na Ptujju. Invalidske komisije pa delujejo tudi na območju vseh OE in izpostav, razen na Ptujju.

Poslovodni organ zavoda je generalni direktor zavoda, ki organizira in vodi delo in poslovanje zavoda, predstavlja in zastopa zavod ter je odgovoren za zakonitost dela zavoda. Imenuje svet zavoda, k njegovemu imenovanju pa daje soglasje vlada.

Dejavnost po posameznih sektorjih v zavodu

Sektor za pokojninsko in invalidsko zavarovanje:

- vodi postopek in rešuje zahteve za varstvo pravic zavarovancev iz pokojninskega, invalidskega ter

mednarodnega zavarovanja,

- organizira in vodi matično evidenco o upokojencih,
- izvaja kontrolo pravilnosti in enotnosti izvajanja predpisov in delovnih postopkov pokojninskega in invalidskega zavarovanja na območnih enotah,
- izvaja kontrolo pravilnosti izvajanja predpisov in delovnih postopkov v izvajanju invalidskega zavarovanja na območnih enotah,
- spremlja in predlaga ukrepe za boljšo koordinacijo in organizacijo pri izvajanju poklicne rehabilitacije in zaposlovanju delovnih invalidov,
- izvaja revizijo pozitivnih odločb o priznanju pravic na I. stopnji po mednarodnem sporazumu,
- v okviru pooblastil nastopa kot organ za zvezo s tujimi nosilci zavarovanja,
- izvaja revizijo pozitivnih odločb o priznanju pravice na I. stopnji iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja,
- izdaja revizijske odločbe.

Finančni sektor:

- opravlja vse naloge in opravila s področja finančnega poslovanja in financiranja zavoda,
- odgovarja za zakonitost in pravilnost finančnega poslovanja zavoda ter skladnost izvajanja nalog z zakoni in predpisi ter internimi akti zavoda,
- izvaja plačilni promet in zagotavlja likvidnost zavoda,
- nadzoruje namensko uporabo finančnih sredstev,
- obračunava plače ter druge prejemke in odtegljaje,
- skrbi za zakonitost in pravilnost računovodskega poslovanja zavoda

da ter skladnost izvajanja nalog skladno z zakoni in predpisi ter internimi akti zavoda,

- izdeluje letna in mesečna poročila o računovodskem poslovanju ter zaključni račun,
- planira finančno poslovanje zavoda in plan usklajuje z zunanjimi institucijami,
- analizira uresničevanje letnih finančnih načrtov zavoda in službe zavoda,
- organizira in vodi matično evidenco o zavarovancih,
- skrbi za pravilno evidentiranje splošnih in posebnih podatkov o zavarovancih ter podatkov o pokojninski dobi in plači, ki so podlaga za priznanje in odmero pravic iz dolgoročnega zavarovanja, ter daje o tem podatke,
- vodi postopek in rešuje zahteve za varstvo pravic zavarovancev iz naslova pokojninske dobe ter vodi postopek in rešuje vloge za znižanje zavarovalne osnove,
- skrbi za dopolnjevanje in vodenje ustreznih datotek o zavarovancih, upokojencih in zavezancah za prispevek.

Sektor za razvoj in organizacijo:

- oblikuje razvojno strategijo na posameznih področjih poslovanja,
- pripravlja osnutek razvojnega programa zavoda,
- spremlja ekonomska gibanja, proučuje materialni položaj upokojencev, pripravlja gradivo za usklajevanje pokojnin, analizira rezultate usklajevanj in pripravlja ustrezne informacije in pobude,
- operativno izvaja kadrovske politike v zavodu,
- opravlja dela v zvezi z delovnimi razmerji,

- pripravlja predloge izobraževanja in operativno vodi posamezne izobraževalne aktivnosti,
- spremlja rezultate dela, kvaliteto ter ažurnost, predlaga in izvaja ukrepe za izboljšanje rezultatov,
- analizira delovne in poslovne procese ter predlaga ukrepe za sodobnejše in učinkovitejše poslovanje,
- organizira in izvaja statistične obdelave in raziskave, ki zadevajo pokojninsko in invalidsko zavarovanje,
- sodeluje z zavodom za statistiko glede statističnih podatkov, ki so pomembni za zavod in širše družbene potrebe.

Sektor informacijskih tehnologij:

- vodi in koordinira postopke nabave informacijske in komunikacijske opreme,
- realizira razvojne programe, pripravlja izvedbene projekte in projekte računalniških obdelav,
- izvaja organizacijo in programiranje kompleksnih programov in modulov,
- vodi in vzdržuje systemske in uporabniške datoteke,
- vzdržuje in ažurira programske produkte za bazo podatkov in računalniško mrežo,
- zagotavlja nemoteno delovanje računalniškega omrežja,
- opravlja obdelave na računalniškem sistemu,
- pripravlja dokumentacijo in snema na mikrofilm in elektronski arhiv.

Sektor za pravne in splošne zadeve:

- kontrolira pravilnost uporabe zakonskih in drugih predpisov ter splošnih aktov,

- zastopa zavod pred sodišči in drugimi pristojnimi organi,
- daje pravna mnenja in pravno pomoč o zadevah zavoda ter opozarja na zakonitost poslovanja zavoda,
- spremlja splošno zakonodajo in predlaga ustrezne ukrepe,
- opravlja dela v zvezi s povračili škode zavodu, stečaji in prisilnimi poravnanimi,
- sestavlja pogodbe, sporazume, tožbe, pripravljalne vloge in izvršilne predloge,
- zastopa zavod pred delovnim in socialnim sodiščem,
- vodi postopke za izvedbo javnih naročil,
- izdeluje in izvaja letni plan nabav zavoda in usklajuje nabave z računovodstvom,
- oskrbuje zavod s potrebnim potrošnim materialom in osnovnimi sredstvi,
- odgovarja za pravilno in enotno izvajanje poslovanja z dokumentarnim gradivom zavoda v skladu s predpisi,
- organizira in opravlja vsa vzdrževalna dela, popravila in servise na zgradbi, strojih in elektroinštalacijskih napravah na objektih, ki so v upravljanju zavoda,
- pripravlja in izvaja plan investicij, tekočega in investicijskega vzdrževanja,
- planira, organizira, vodi, koordinira in odgovarja za delo na področju varnosti in zdravja pri delu ter zaščite in reševanja v zavodu.

Sektor za nakazovanje pokojnin:

- izplačuje denarne dajatve in izvršuje posamične akte o priznanju ali ukinitvi dajatev in vseh pozneje nastalih sprememb,

- izdaja razna potrdila upokojencem v zvezi z izplačevanjem denarnih dajatev,
- prijavlja in odjavlja upokojence v zdravstveno zavarovanje,
- daje splošne in konkretne informacije upokojencem s področja nakazovanja pokojnin,
- izvršuje upravne prepovedi, nalaga in vrača samoprispevke,
- izvršuje terjatve sodnih in upravnih organov,
- nadzoruje pravilnost in pravočasnost nakazovanja denarnih dajatev.

Sektor za izvedenstvo

Zaradi pomembnosti sektorja za delo izvedenskih organov zavoda bomo temu sektorju posvetili nekaj več pozornosti. Sektor za izvedenstvo je nastal z zadnjo reorganizacijo zavoda in je organizacijsko povezal delovanje vseh izvedenskih organov. Po prejšnji organizaciji so invalidske komisije prve stopnje (v nadaljevanju IK I.) spadale v strukturo posameznih območnih enot, invalidska komisija II. stopnje (v nadaljevanju IK II.) pa je bila organizirana v oddelku za izvedenstvo v okviru sektorja za izvajanje zavarovanja. V službah sektorja je poleg administrativnega osebja zaposlenih tudi 22 zdravnikov (medicinskih izvedencev), honorarno pa v senatih invalidskih komisij sodeluje še (redno ali občasno) okoli 350 zunanjih sodelavcev – medicinskih in nemedicinskih izvedencev. Senati invalidskih komisij namreč potekajo pretežno v popoldan-

skem času. Število senatov invalidskih komisij je od okoli 12 na teden v večjih enotah in IK II. ter do 5 senatov v manjših. Sektor ima od oktobra 2008 sedež v Ljubljani, Ob železnici 15, kjer delujeta tudi IK I. Ljubljana in IK II.*³ ter na sedežih vseh območnih enot zavoda v Sloveniji. Invalidske komisije delujejo tudi na sedežih vseh izpostav, razen na Ptuj (pokriva IK I. Maribor). Taka geografska razpršenost ima velik vpliv na način delovanja sektorja in organiziranost delovanja.

Organiziranost Sektorja za izvedenstvo

Vodstvo sektorja je poleg vodenja in organiziranja dela v sektorju zadolženo tudi za sodelovanje z ostalimi deli zavoda tako na strokovnem kot na tehničnem področju. Delo sektorja in odgovornost njegovih organizacijskih enot predpisuje pravilnik o organizaciji in načinu delovanja invalidskih komisij ter drugih izvedenskih organov zavoda,*⁴ tako da bomo o tej problematiki spregovorili ob obravnavi pravilnika.

Akti, ki urejajo delo izvedencev

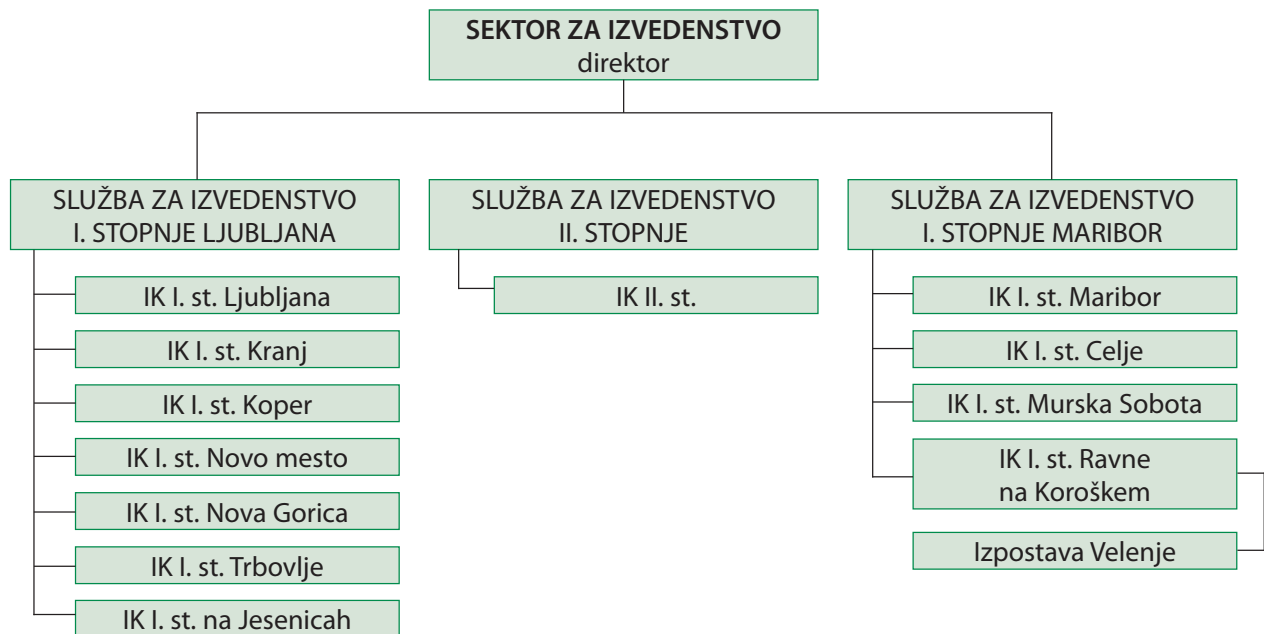
Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-1)

Že navedeni Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju na kar nekaj mestih opredeljuje pojme invalidnosti in določa pravice, ki iz tega izhajajo. V prispevku se bomo omejili le na najpomembnejše določbe, ki se nana-

*³ Do oktobra 2008 je bil sedež sektorja na sedežu zavoda – IK II. na Linhartovi in IK I. Ljubljana na Tomačevski ulici.

*⁴ Uradni list RS, št. 118/2005 in 17/2007

ORGANIZIRANOST SEKTORJA ZA IZVEDENSTVO



šajo na delo izvedenskih organov. Pravice na podlagi invalidnosti so opredeljene v četrtem poglavju zakona v členih od 60 do 108. Za delo izvedenskih organov so še posebej pomembne splošne določbe tega poglavja, kjer so opredeljene definicije invalidnosti, preostale delovne zmožnosti, vzroki za nastanek invalidnosti, poškodbe pri delu in poklicne bolezni. Dodatek za pomoč in postrežbo je opredeljen v sedmem poglavju zakona (od 137. do 142. člena), invalidnina pa v osmem, v katerem je v 143. členu opredeljena definicija telesne okvare. Delo izvedenskih organov ZPIZ opredeljuje 261. člen, ki določa, da dajejo izvedenska mnenja o invalidnosti, telesni okvari, potrebi po stalni pomoči in postrežbi ter o nezmožnosti za delo zavarovanca oziroma nezmožnosti za delo vdove ali vdovca oziroma drugih zavarovančevih družinskih članov. Izvedenski organi zavoda dajejo izvedenska mnenja tudi na zahtevo tujih nosilcev zavarovanja in drugih organov, skupnosti in oseb, če tako določajo mednarodni spora-

zumi. Omenjeni člen opredeljuje tudi, kdo so izvedenski organi zavoda – invalidske komisije, zdravniki posamezniki in druge strokovne institucije, ki jih imenuje pristojni organ zavoda (svet). Ko se ugotavlja invalidnost, poda izvedensko mnenje invalidska komisija v sestavi dveh članov zdravnikov in enega člana, strokovnjaka s področja pokojninskega in invalidskega zavarovanja, varstva pri delu, organizacije dela, industrijske psihologije ali tehnologije oziroma drugega ustreznega področja. V postopku in pred izdajo izvedenskega mnenja ima v teh primerih pravico in dolžnost sodelovati tudi predstavnik delodajalca. Če se v postopku ugotavljanja invalidnosti ugotovi, da je pri zavarovancu podana invalidnost II. ali III. kategorije, poda invalidska komisija izvedensko mnenje o obliki poklicne rehabilitacije na podlagi mnenja strokovne institucije s področja medicine dela oziroma poklicne rehabilitacije. V postopku pred izdajo izvedenskega mnenja sodelujejo

izvedenski organi zavoda z zavarovančevim osebnim zdravnikom, službo medicine dela, specialistično službo oziroma z zavodi za usposabljanje invalidnih oseb in z delodajalci. ZPIZ-1 pooblašča Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje RS, da določi organizacijo in način delovanja invalidskih komisij ter drugih izvedenskih organov s splošnim aktom. S tem aktom se določi tudi seznam obvezne medicinske in delovne dokumentacije, ki je potrebna za podajo izvedenskega mnenja, ter kriterije za ocenjevanje invalidnosti.

Statut ZPIZ^{*5}

Statut zavoda opredeljuje izvedenske organe zavoda v 63. členu, ki določa, da dajejo izvedenska mnenja o invalidnosti, telesni okvari, potrebi po stalni pomoči in postrežbi, o nezmožnosti za delo vdove ali vdovca oz. drugih zavarovančevih družinskih članov ter okoliščin iz 201. člena ZPIZ-1 (osebne okoliščine kot podlaga za pridobitev in

^{*5} Uradni list RS, št. 114/2006 in 118/2006

odmero pravic – prišteta doba) in izvedenska mnenja na zahtevo drugih institucij ter tujih nosilcev zavarovanj invalidske komisije zdravniki izvedenci ter druge strokovne institucije, ki jih imenuje svet zavoda.

Seznam telesnih okvar^{*6}

ZPIZ-1 v 143. členu določa, da je telesna okvara podana, če nastane pri zavarovancu izguba, bistvenejša poškodovanost ali znatnejša onesposobljenost posameznih organov ali delov telesa, kar otežuje aktivnost organizma in zahteva večje napore pri zadovoljevanju življenjskih potreb, ne glede na to, ali ta okvara povzroča invalidnost ali ne. Zavarovanec, pri katerem nastane telesna okvara med zavarovanjem, pridobi pravico do denarnega nadomestila za to okvaro ob enakih pogojih glede pokojninske dobe, ki velja za pridobitev pravice do invalidske pokojnine. Kot je razvidno iz navedbe objav v uradnih listih SFRJ (glej opombo), je seznam telesnih okvar najstarejši predpis, ki ga morajo upoštevati izvedenski organi zavoda. Zakon v že citiranem 143. členu določa, da vrste telesnih okvar, na podlagi katerih se pridobi pravica do invalidnine, in odstotke teh okvar določi minister, pristojen za delo, po predhodnem mnenju ministra, pristojnega za zdravstvo. Žal do spremembe in aktualizacije seznama kljub dolgotrajnim prizadevanjem zavoda, ki je v delovno skupino za prenovo seznama že imenoval svoje predstavnike,

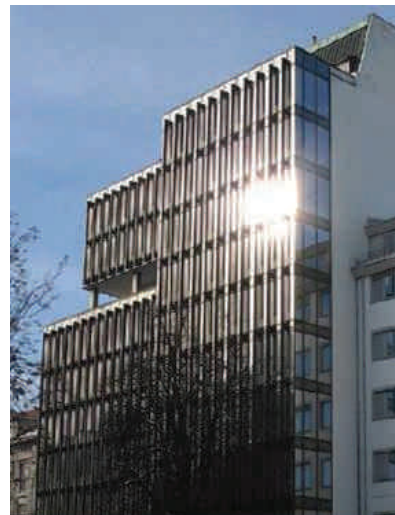
še ni prišlo. Pobude v zvezi s tem so bile v letih 2007 in 2008 tudi predmet razprav Odbora za delo družino in socialne zadeve Državnega zbora Republike Slovenije.

Pravilnik o seznamu poklicnih bolezni^{*7}

ZPIZ-1 določa definicijo poklicne bolezni v 65. členu: to so bolezni, povzročene z daljšim neposrednim vplivom delovnega procesa in delovnih pogojev na določenem delovnem mestu ali na delu, ki sodi v neposredni okvir dejavnosti, na podlagi katere je oboleli zavarovan. Poklicne bolezni in dela, na katerih se pojavljajo te bolezni, in pogoje, ob katerih se štejejo za poklicne bolezni, določi minister, pristojen za delo, v sodelovanju z ministrom, pristojnim za zdravstvo.

Pravilnik o organizaciji in načinu delovanja invalidskih komisij ter drugih izvedenskih organov zavoda

Pravilnik o organizaciji in načinu delovanja invalidskih komisij ter drugih izvedenskih organov zavoda (v nadaljevanju pravilnik) je najpomembnejši organizacijsko-vsebinski predpis za delo izvedenskih organov zavoda. Noveliran pravilnik velja od 1. 1. 2006 (Uradni list RS, št. 118/2005, sprememba 17/2007) in natančno določa organizacijo in način delovanja izvedenskih organov zavoda. Z aktom je opredeljen tudi postopek pri podaji izvedenskega mnenja in določa sestavo obvezne medicinske delovne dokumentacije, ki je potrebna za podajo izvedenske-

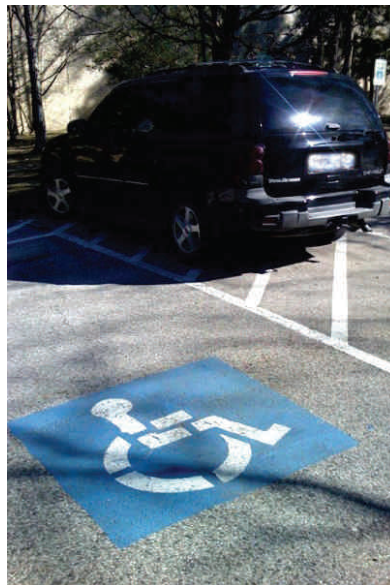


ga mnenja v postopku za uveljavljanje pravic iz invalidskega zavarovanja. Izvedenski organi zavoda dajejo v postopkih na prvi in drugi stopnji, kot določa drugi člen pravilnika, izvedenska mnenja o invalidnosti, preostali delovni zmožnosti in ustreznosti drugega delovnega mesta, telesni okvari, potrebi po stalni pomoči in postrežbi drugega, nezmožnosti za delo vdove ali vdovca oziroma drugih zavarovančevih družinskih članov, o potrebi po prilagoditvi prostorov in delovnih sredstev v zvezi s poklicno rehabilitacijo ali zaposlitvijo oziroma premestitvijo na drugo delovno mesto ter dodatnih usposabljanj, o okoliščinah iz prvega odstavka 102. člena v zvezi z drugim odstavkom 103. člena in iz 201. člena zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, ki še niso ugotovljene in za njihovo ugotovitev ni pristojen kakšen drug organ, in o drugih dejstvih, pomembnih za pridobitev pravic iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja. V primeru, da je tako opredeljeno z mednarodnimi pogodbami ali sporazumi oziroma z drugimi predpisi, pa izvedenski organi zavoda dajejo izvedenska mnenja tudi na zahtevo tujih nosilcev pokojninskega in inva-

^{*6} Uradni list SFRJ, št. 38/83 in 166/89

^{*7} Uradni list RS, št. 85/2003

lidskega zavarovanja, drugih organov, skupnosti ali drugih oseb. V skladu s pravilnikom so izvedenski organi zavoda organizirani v sektorju za izvedeništvo zavoda, kot je razvidno iz organigrama. Izvedenski organi delujejo tako kot invalidske komisije I. stopnje, v okviru služb za izvedeništvo I. stopnje, invalidske komisije II. stopnje, v okviru službe za izvedeništvo II. stopnje, kot zdravniki posamezniki, svet zavoda pa lahko v primeru potreb za to imenuje tudi druge strokovne institucije. Kandidate, ki ustrezajo pogojem za izvedenca iz 5. člena pravilnika, imenuje za izvedenca po posebnem postopku, na predlog generalnega direktorja zavoda po predhodnem mnenju direktorja sektorja, svet zavoda za obdobje 4 let in so lahko po preteku tega obdobja ponovno imenovani. Izvedenci, zaposleni na zavodu, imajo mandat do konca zaposlitve. Za izvedenca je lahko imenovan zdravnik, specialist ustrezne klinične usmeritve z veljavno licenco Zdravniške zbornice Slovenije, z najmanj dveletnimi delovnimi izkušnjami v svoji specialistični dejavnosti, ki je praviloma v rednem delovnem razmerju ali je samozaposlen, in strokovnjak nemedicinske stroke z najmanj visoko izobrazbo, ki je praviloma v rednem delovnem razmerju ali samozaposlen, z dveletnimi strokovnimi izkušnjami, ki omogočajo ocenjevanje invalidnosti in drugih dejstev za pridobitev pravic po zakonu in drugih predpisih s področja socialne varnosti in zlasti invalidskega varstva. Za predsednika



invalidske komisije je lahko imenovan zdravnik, specialist, praviloma specialist medicine dela, ki ima štiri leta delovnih izkušenj v svoji specialistični dejavnosti in je v rednem delovnem razmerju na zavodu. Izvedenca, strokovnjaka s področja pokojninskega in invalidskega zavarovanja, se izbere in imenuje izmed delavcev, redno zaposlenih v zavodu. Izvedenec je lahko po podobnem postopku, kot je bil imenovan, tudi razrešen, če ne spoštuje pravil, določenih v 9. členu pravilnika (izguba licence, neizpolnjevanje dolžnosti, kršitev kodeksa in podobno). Izvedenec je pri svojem delu samostojen (15. člen), vendar vezan na pravila stroke in doktrino pri podajanju izvedenskih mnenj o dejstvih iz že omenjenega drugega člena tega pravilnika. Glede upoštevanja dogovorjenih kriterijev in enotne prakse zavoda je odgovoren predsedniku invalidske komisije I. stopnje oziroma predsedniku invalidske komisije II. stopnje. Poleg omenjenega se je

izvedenec dolžan udeleževati vseh usposabljanj, ki jih za izvedence organizira zavod. Invalidska komisija daje izvedenska mnenja o vseh dejstvih, potrebnih za odločitve o pravicah iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja, posamezni zdravnik pa lahko daje izvedenska mnenja o dejstvih, potrebnih za odločitve o pravici do invalidnine, pravici do dodatka za pomoč in postrežbo ali drugih dejstvih, če tako odredi predsednik pristojne invalidske komisije (na primer izdaja potrdil, okoliščine iz 201. člena zakona in podobno). Izvedenski organi zavoda so pri svojem delu dolžni upoštevati vse določbe zakona (ZPIZ-1, Zakon o upravnem postopku), pravilnike in druge splošne akte zavoda, izvedensko prakso, kodeks izvedencev^{*8} ter splošna etična načela stroke. Izvedenci so pri svojem delu samostojni in za svoje delo odgovorni pristojnemu predsedniku invalidske komisije I. ali II. stopnje.

Pravilnik v četrtem poglavju natančno opredeljuje naloge vodstva sektorja, ki:

- organizira, vodi in koordinira delo v sektorju,
- proučuje doktrino ocenjevanja delazmožnosti in oblikuje predloge temeljnih izrekov za ocenjevanje,
- svetuje na področju invalidskega zavarovanja, izvedenstva in delovanja izvedenskih organov,

^{*8} Kodeks ravnanja izvedencev Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije je bil sprejet v letu 2003 in vsebuje stanovska etična ter moralna pravila ravnanja izvedencev. Ravnanje v nasprotju s kodeksom je lahko podlaga za odvzem izvedenskih pooblastil.



- vodi strokovna posvetovanja invalidskih komisij najmanj enkrat letno z namenom, da se usklajujejo skupni kriteriji za izvedenska mnenja in zagotovi uporabo sodobnih dosežkov na področju zdravljenja, rehabilitacije in proučevanja delovne zmožnosti,
- predlaga generalnemu direktorju zavoda ukrepe za usklajeno delo invalidskih komisij,
- spremlja in analizira gibanje invalidizacije in predlaga ukrepe za njeno zmanjšanje,
- pripravlja poročila o delu invalidskih komisij za vodstvo zavoda in organe upravljanja,
- analizira delo in proučuje problematiko dela invalidskih komisij,
- racionalizira in informacijsko podpira delo invalidskih komisij,
- sodeluje na strokovnih posvetih s področja pokojninskega in invalidskega zavarovanja in
- opravlja druga dela v skladu z navodili generalnega direktorja.

Službe za izvedenstvo I. stopnje, ki:

- nadzira delo invalidskih komisij I. stopnje,
- usklajuje delo invalidskih komisij I. stopnje na strokovnem, organizacijskem, tehničnem, administrativnem in kadrovskem področju,

- pripravlja polletna poročila in izpostavlja problematiko invalidskih komisij I. stopnje za vodstvo sektorja,
- skrbi za kvalitetno in ažurno delo invalidskih komisij I. stopnje,
- organizira in vodi strokovna posvetovanja z izvedenci I. stopnje ter skrbi za izvajanje sprejetih kriterijev,
- sodeluje pri pogovorih, ki jih občasno organizirajo predstavniki združenj delodajalcev,
- sodeluje s službo za izvedenstvo II. stopnje, z območnimi enotami zavoda in z zunanjimi institucijami ter
- opravlja dela v skladu z navodili vodstva sektorja.

Službe za izvedenstvo II. stopnje, ki:

- nadzira delo invalidske komisije II. stopnje,
- usklajuje delo invalidske komisije II. stopnje na strokovnem, organizacijskem, tehničnem, administrativnem in kadrovskem področju,
- analizira in poroča o delu in problematiki dela invalidske komisije II. stopnje,
- oblikuje polletna poročila o rezultatih revizijskih mnenj in pritožbenih postopkov ter ga posreduje službam za izvedenstvo I. stopnje in vodstvu sektorja,

- organizira in vodi strokovna posvetovanja z izvedenci zavoda,
- oblikuje in usklajuje kriterije za podajo izvedenskih mnenj iz 2. člena pravilnika,
- skrbi za prenos novih znanj na področju zdravljenja in rehabilitacije,
- pripravlja gradiva, izdaja priporočila, obvezna strokovna mnenja in navodila, ki se vodijo v posebni zbirki izvedenske prakse zavoda, in jih posreduje vodstvu sektorja v izvedbo,
- sodeluje z drugimi sektorji zavoda in z zunanjimi institucijami in
- opravlja druga dela v skladu z navodili vodstva sektorja.

Postopki v skladu s tem pravilnikom (izvedenci, invalidske komisije prve in druge stopnje) so pojasnjeni v drugih referatih. Izvedenci zavoda so upravičeni do plačila za opravljeno delo v skladu z določili in normativi tega pravilnika, ki so podrobno opredeljeni v 63. členu pravilnika.

Zaključek

Nova organizacija ZPIZ in s tem sektorja za izvedenstvo je veliko pripomogla k boljši organiziranosti izvedenskih organov zavoda in s tem tudi k večji stopnji poenotenja ocenjevanja v okviru invalidskih komisij. Poleg kadrovskih okrepitev je treba omeniti tudi izdajo publikacije Priročnik za ocenjevanje invalidnosti,^{*9} ki

^{*9} Priročnik je bil izdan kot interno pomagalo izvedencem ZPIZ pri ocenjevanju invalidnosti.

IX. mednarodna konferenca



15. maj 2009: Prijava naslova in povzetka referata
Več informacij na spletni strani: www.zvd.si

je hkrati z noveliranjem izvedenske prakse pomenil precejšen napredek pri poenotenju dela IK in ocenjevanja invalidnosti. Kot je razvidno iz prispevka, je delo izvedencev izredno zahtevno, saj se pri tem srečujejo tako pravna kot ožja strokovna medicinska znanja. Kot je bilo opisano, nam zakon nalaga, da mora biti v primerih ugotavljanja invalidnosti invalidska komisija sestavljena iz najmanj treh članov: dveh članov – zdravnikov in enega člana – strokovnjaka s področja pokojninskega in invalidskega zavarovanja, varstva pri delu, organizacije dela, industrijske psihologije ali tehnologije oziroma drugega ustreznega področja. Zdravniki, ki sodelujejo v senatih, so izbrani glede na medicinske specifičnosti iz predloga za oceno. Poudariti je treba tudi dejstvo, da je tudi vabljenje zavarovancev na obravnavo na I. stopnji obvezno. V postopku in pred izdajo izvedenskega mnenja pa ima v teh primerih pravico in dolžnost sodelovati tudi predstavnik delodajalca. Vse to omogoča izvedenskim organom sintezo različnih strok, kar zagotavlja kar največjo mero objektivnosti ocene zavarovanca. Kljub omenjeni relativno dobri podlagi v pravnih aktih pa bi si pri izvedenskem delu seveda želeli sprememb na mnogih področjih. Eden glavnih je prenova že precej zastarelega Seznama telesnih okvar, saj v zadnjih 25 letih, odkar je skoraj nespremenjen, beležimo velik napredek v medicinskih spoznanjih. Žal pa so izvedenci vezani na dejstva, ki jih ponuja omenje-

ni seznam, in jih kljub novim znanjem in boljšim rešitvam ne morejo preseči. Upamo, da bo v bližnji prihodnosti le prišlo do prenove, saj bi tako rešili marsikatero, tudi moralno dilemo izvedencev, pa tudi zavarovancem bi omogočili bolj »življenjske« rešitve.

Literatura in viri

1. Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju ZPIZ-1-UPB4, Uradni list RS, št. 109/06.
2. Statut Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Uradni list RS, št. 114/2006 in 118/2006.
3. Pravilnik o notranji organizaciji Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije z dne 1. 1. 2006.
4. Kodeks ravnanja izvedencev Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, sprejet na posvetu predsednikov invalidskih komisij.
5. Priročnik za ocenjevanje invalidnosti, ZPIZ, marec 2007.
6. Samoupravni sporazum o seznamu telesnih okvar, Uradni list SFRJ, št.38/83 in 66/89.
7. Seznam obvezne medicinske dokumentacije za uveljavljanje



- pravic na podlagi invalidnosti in preostale delovne zmožnosti, Uradni list RS, št.113/02.
8. Pravilnik o organizaciji in načinu delovanja invalidskih komisij ter drugih izvedenskih organov zavoda, Uradni list RS, št. 118/05 in 17/07
 9. Letno poročilo ZPIZ za leto 2007.



Poslovna skupina Sava

1. mednarodni kongres medicinskih izvedencev Slovenije

V Mariboru se je v hotelu Habakuk od 16. do 18. aprila 2009 odvijal 1. mednarodni kongres medicinskih izvedencev v Sloveniji. Kongres sta organizirala Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije in Zavod za varstvo pri delu. Osnovna tema kongresa je bila ocena invalidnosti zavarovanih oseb z bolezenskim stanjem s področja ortopedije.

AVTOR: Života Lovrenov
dr. med., vodja strokovnega odbora kongresa
Fotografije: Tadej Bernik



Dr. Robert Medved, vodja sektorja za razvoj in koordinacijo sistema, MDDSZ



Prof. dr. Vane Antolič, predstojnik Ortopedske klinike Ljubljana, predstojnik katedre za ortopedijo MF Ljubljana, predstojnik razširjenega strokovnega kolegija ortopedov

Poleg tega so bili predstavljeni sistemi zavarovanja in načina ocenjevanja invalidnosti v nekaterih državah EU in izven nje. Posebno pozornost je pritegnilo tudi delo v eni od popoldanskih sekcij s problematiko varstva pri delu in ocene invalidnosti. Zadnji dan kongresa so bile predstavljene proste teme. Na kongresu je bilo prijavljenih nekaj več kot 370 udeležencev iz domovine in tujine, od tega približno 25 tujih. S svojimi prispevki je aktivno sodelovalo 46 predavateljev (eminentnih strokovnjakov medicinske in nemedicinske stroke) različnih strok iz Slovenije in tujine. Uradna jezika sta bila slovenščina in angleščina, zato je bilo ves čas zagotovljeno simultano prevajanje. Po pozdravnih nagovorih predstavnikov ministrstva za zdravje, Zdravniške zbornice Slovenije, Zbornice varnosti in zdravja pri delu in mariborskega

župana gospoda Kanglerja se je začelo delo kongresa z uvodnim predavanjem generalnega direktorja ZPIZ gospoda Papeža, ki je orisal vlogo in organizacijo pokojninskega in invalidskega zavarovanja v RS. V nadaljevanju je mag. Premik udeležence kongresa seznanil z organizacijo Sektorja za izvedenstvo in postopkom invalidizacije. Po krajšem premoru in predstavitvi generalnega sponzorja Adriatica Slovenice so predstavniki Češke, Nemčije in Francije s svojimi predavanji pritegnili veliko zanimanje udeležencev. V popoldanskem času se je nadaljeval prikaz sistemov zavarovanja in ocene invalidnosti v Federaciji BiH, Hrvaški in na Nizozemskem. Pozornost slušateljev je posebej pritegnila gospa Pozderac, vodja Oddelka za izobraževanje in raziskovalna dela pri Inštitutu za medicinsko izveden-



stvo Sarajevo, s predstavitvijo dela tega inštituta. Poleg tega je tudi opisala njihov način pokojninskega in invalidskega zavarovanja, ki se precej razlikuje od našega. Prvi dan se je zaključil s prikazom sistema zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji, ki ga je podala gospa Blažič.

Drugi dan kongresa se je začel z zanimivim uvodnim predavanjem profesorja Antoliča, ki je predstavil nekaj strokovnih nejasnosti pri ocenjevanju invalidnosti in obenem tudi podal smernice za njihovo rešitev. Avditoriju in ostalim predavateljem je dal v razmislek prenekatero izhodišče za strokovno delo pri ocenjevanju invalidnosti. Sledila so predavanja s področja ortopedije in fizioterapije s poudarkom na oceni invalidnosti. Predavanja so bila na strokovno visokem nivoju, tako da so slušatelji pridobili dodatna spoznanja, ki jih bodo lahko uporabili pri svojem nadaljnjem delu. V popoldanskem času je kongres potekal v dveh sekcijah. V eni od teh so se nadaljevale teme s področja ortopedije in fizioterapije. V drugi sekciji pa so bile teme s področja dela specialistov medicine dela, prometa in športa ter strokovnjakov s področja varstva pri delu in delovne zakonodaje. Največ polemik je bilo o vlogi pooblaščenega zdravnika v delovni organizaciji in njegovega sodelovanja pri ustvarjanju delovne dokumentacije ter prisotnosti na senatu invalidske komisije kot pooblaščenca delodajalca. Iz predavanj in diskusije je sledilo, da je treba obstoječo delovno dokumentacijo posodobiti in razširiti. V popoldanskem delu sekcije z ortopedsko problematiko pri oceni invalidnosti je bil poseben



Marijan Papež, generalni direktor ZPIZ, predsednik organizacijskega odbora kongresa



Života Lovrenov, dr. med., vodja strokovnega odbora kongresa

poudarek na tem, da je za oceno invalidnosti posebnega pomena opis funkcijskega statusa zavarovane osebe in da so meritve gibov v sklepih navedene v stopinjah, ne pa opisno podane.

Tretji dan je bil posvečen prostim temam, od katerih je veliko pozornost pritegnilo predavanje profesorja Bilbana o poklicnem vzniku in invalidnosti. Iz nazorno podanega predavanja bo verjetno velika večina slušateljev bogatejša za koristne informacije, ki so pomembne pri njihovem delu. Tudi ostala predavanja zadnjega dneva so bila zelo zanimiva, tako da je bila kongresna dvorana do zaključka polno zasedena. Zaključek kongresa je strnjen v 13 točkah, ki jih je podal gospod Lovrenov. Zaključki govorijo o tem,

kako organizacijsko in vsebinsko posodobiti delo izvedencev v Sloveniji. Obenem je podana potreba po tesnejšem sodelovanju izvedencev različnih organizacij in poenotenju postopkov začasne in trajne delazmožnosti. Poseben poudarek je na izobraževanju izvedencev tudi v obliki podiplomskega študija.

Kongres je bil, zahvaljujoč dobremu delu kongresne pisarne, ki jo je vodilo podjetje Domus, v večernih urah popestren z zanimivimi večeri z bogato kulinariko in glasbenimi dogodki, ki so poživili že tako strokovno bogate dneve. Na koncu je organizacijski in strokovni odbor kongresa napovedal 2. mednarodni kongres izvedencev Slovenije, ki bo leta 2011 z osnovno temo s področja kardiologije.



Organizatorji kongresa

STIK KEMIKALIJ S KOŽO IN PREPREČEVANJE TVEGANJA ZA ZDRAVJE DELAVCEV

POVZETEK

Stik kemikalije s kožo lahko povzroči resne škodljive posledice na zdravju človeka. V delovnem okolju se pri delavcih pojavljajo alergije na koži in različne akutne in kronične sistemske zastrupitve zaradi pronicanja kemikalij skozi kožo v krvni obtok. Zaradi tega so delavci prizadeti zaradi okvarjenega zdravja, delodajalci pa imajo velike stroške zaradi bolniških odsotnosti in zaradi potrebnih prerazporeditev obolelih delavcev ter dodatnih usposabljanj novih delavcev. V članku so prikazane poti migracije kemikalij v delovnem okolju in mehanizem vstopanja kemikalij v krvni obtok. Sistematično so podani ukrepi, s katerimi lahko delodajalci zmanjšujejo tveganje v delovnem okolju, kjer so prisotne kemikalije, in delovni procesi, pri katerih se kemične snovi sproščajo v delovno okolje.

Ključne besede: kemikalije, stik s kožo, tveganje, dermatitis, osebna varovalna oprema

DERMAL EXPOSURE AND PREVENTION OF RISKS FOR WORKERS

ABSTRACT

Contact with chemicals can cause serious adverse effects on human health. Workers often suffer from skin allergies, and they have also various acute and chronic health problems due to absorption of chemicals through the skin into the bloodstream. Therefore employers have significant costs due to sick leave and because of the need for reallocation of workers and additional training of new workers. This article shows the way of migration of chemicals inside the working environment and a mechanism of entry of chemicals into the bloodstream. Necessary measures are given to employers to be able to reduce the risk for workers who are in the contact with chemicals.

Key words: chemicals, skin contact, risk, dermatitis, personal protective equipment

Stik kemikalij s kožo in preprečevanje tveganja za zdravje delavcev

1 Uvod

V delovnem okolju predstavljajo kemikalije eno izmed najbolj resnih nevarnosti za varnost in zdravje delavcev. Zaradi različnih nevarnih lastnosti kemikalij lahko pride do nezgod, kot so eksplozije, požari, politja, zaradi njihovih škodljivih učinkov za zdravje pa, ob izpostavljenosti delavca, do različnih obolenj in okvar zdravja.

Do izpostavljenosti kemikalijam na delovnem mestu lahko pride na tri načine:

- z vdihavanjem,
- z zaužitjem
- s stikom s kožo in pronicanjem kemikalije skozi kožo v organizem, kar imenujemo tudi absorpcija skozi kožo ali perkutana absorpcija.

Stroka varnosti in zdravja pri delu je bila dolgo časa usmerjena predvsem v spremljanje izpostavljenosti delavcev zaradi vdihavanja kemikalij, ki je veljala za najbolj pogosto in najpomembnejšo pot, po kateri so kemikalije prodirale v organizem. Razvitih je bilo veliko metod za merjenje izpostavljenosti delavcev zaradi vdihavanja in za ocenjevanje tveganja za njihovo zdravje. Na delovna mesta so bili uvedeni številni ukrepi, s katerimi so zmanjševali tovrstno izpostavljenost. Kljub tem ukrepom, ki so preprečevali ali zmanjševali vdihavanje hlapov kemikalij, pa mnogokrat niso odpravili negativnih učinkov na zdravje delavcev. Pokazalo se je, da so delavci pomembno ogroženi tudi zaradi stika kemikalij s kožo in pronicanja skozi kožo v organizem. V prvi polovici dvajsetega stoletja so se z bolj množično in obsežnejšo uporabo pesticidov v kmetijstvu v Ameriki pojavila poročila o tem, da je med uporabniki pesticidov prišlo do resnih zastrupitev in tudi smrtnih primerov zaradi stika s pesticidi in njihovega pronicanja skozi kožo.¹

Prvi uradni zapis o tem, da je koža pomemben tarčni organ za kemikalije in s tem povezane posledice za zdravje delavcev, je iz leta 1961, ko je American Conference of Governmental Industrial Hygienists (ACGIH) potrdila, da lahko tekoče kemikalije vstopajo v organizem skozi nepoškodovano kožo in povzročajo sistemske učinke.²

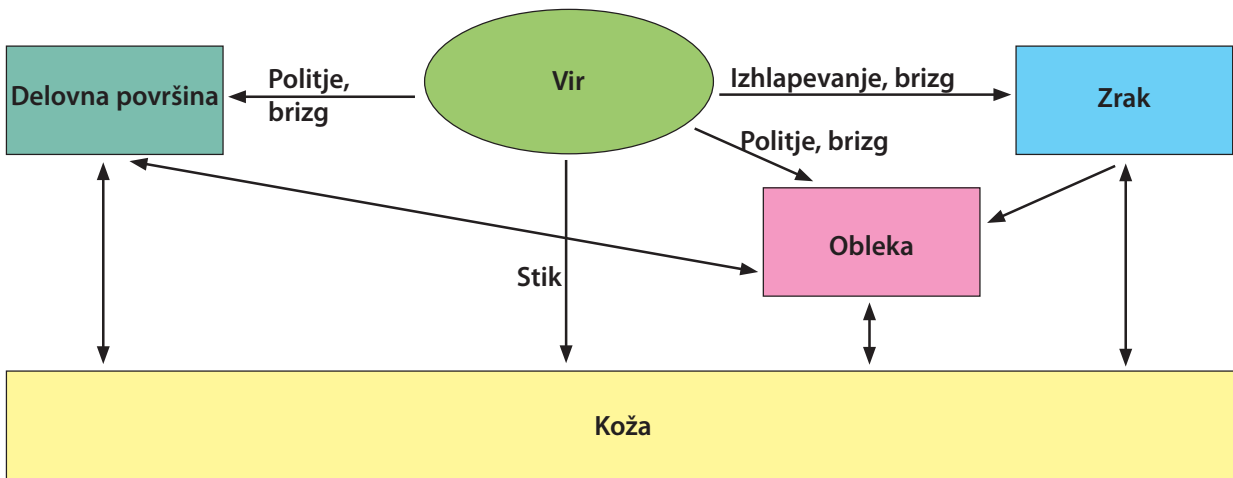
Zaradi te potrditve so strokovnjaki začeli razmišljati o tem, kako zaščititi delavce pred stikom s kemikalijami. Najpreprostejša rešitev je bila uporaba osebne

varovalne opreme za zaščito kože, torej uporaba zaščitne obleke, zaščitnih rokavic itd. Pozneje se je pokazalo, da delavci zaščitnih rokavic povsod in pri vseh delih ne morejo uporabljati, da so posamezniki alergični na materiale, iz katerih so izdelane rokavice, da se pri nekaterih delavcih pojavlja dermatitis kljub uporabi rokavic. Izkazalo se je, da enostavne in popolne rešitve za preprečevanje stika kemikalij s kožo in zaščite zdravja delavcev ne bo mogoče najti. V zadnjih letih je veliko pozornost javnosti vzbudil primer delovne nezgode v Združenih državah Amerike, kjer je raziskovalec na univerzi umrl zaradi absorpcije dimetil živega srebra skozi kožo. Primer ni bil tako odmeven le zaradi spoznanja, da lahko snovi pronicajo v organizem skozi nepoškodovano kožo v tako veliki meri, da lahko povzročijo smrt, ampak tudi zaradi dejstva, da ga tudi zaščitne rokavice, ki jih je raziskovalec pri delu v času zastrupitve uporabljal, niso zaščitile pred strupenim učinkom dimetil živega srebra. Spoznanje, da tudi zaščitne rokavice ne zaščitijo delavca pred pronicanjem nekaterih kemikalij skozi kožo in pred njihovimi škodljivimi učinki, je bilo šokantno.³

Poleg sistemskih učinkov kemikalij zaradi perkutane absorpcije je velik in dobro poznan problem v delovnem okolju tudi razvoj kontaktnega dermatitisa zaradi stika kože s kemikalijo. Za obdobje 1979–1989 so na Danskem ugotovili, da je bilo med vsemi ugotovljenimi poklicnimi boleznimi kar 41 % primerov poklicnih boleznih kontaktni dermatitis, in to je bila hkrati najbolj pogosta bolezen, povezana z izpostavljenostjo kemikalijam.²

Po podatkih raziskave, ki jo je opravil Eurofound za celotno Evropsko unijo in veljajo za leto 2005, je bilo v Sloveniji v tem letu kar 19,8 % delovne populacije več kot 25 % delovnega časa na delovnem mestu v stiku s kemikalijami, kar je takoj za Francijo, ki je na prvem mestu v EU, kljub temu pa v Sloveniji nimamo sistematičnega verificiranja poklicnih boleznih, med drugimi tudi za poklicne kožne bolezni, ki so prav gotovo posledica tako širokega stika delavcev s kemikalijami.⁴

Po ugotovitvah HVBG (Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften) se je med delavci v Nemčiji v zadnjih nekaj letih zelo povečalo število kožnih boleznih zaradi kemičnih snovi, prisotnih na



Slika 1: Migracija kemikalije med elementi delovnega okolja

delovnih mestih. Posebej ogroženi so predvsem delavci v kovinskopredelovalni industriji, kjer med vsemi boleznimi v zvezi z delom kar 26 % vseh obolenj predstavljajo kožne bolezni. Vzrok za te bolezni so v 33 % primerov hladilna maziva, v 17 % primerov kovine, v 16 % primerov tehnična olja in masti, v 10 % umetni materiali in premazi, v manjšem delu pa še lepila, čistila, različni gumijasti izdelki in drugo.⁵

Dermatitis, kot posledica stika kože s kemikalijami, pa ni problem le v kovinskopredelovalni industriji, ampak tudi v številnih drugih panogah, kot so na primer kmetijstvo, tiskarstvo, priprava hrane, pleskarstvo, zdravstvena nega itd., in število primerov daleč presega na primer število obolenj dihal zaradi kemikalij.

S pojavom dermatitisa in drugih alergijskih bolezni v delovnem okolju so povezani visoki stroški tako za delodajalca kot tudi za zdravstveni sistem, saj so stroški zdravljenja visoki, delavci, ki se zdravijo, so odsotni z dela, prejemaajo bolniška nadomestila in so neproduktivni. Delavci, ki zbolijo za alergijskimi obolenji zaradi kemikalije, se večinoma ne morejo več vrniti na svoje staro delovno mesto, zato mora delodajalec obolelega delavca nadomestiti z drugim, njega pa premestiti na drugo delovno mesto, kjer ne bo v stiku s kemikalijo, ki je povzročila bolezen. Vse naštetu povzroča visoke stroške, dodatne napore, dodatna usposabljanja in motnjo v delovnem procesu.

Ta spoznanja in naraščajoče število primerov poklicnih bolezni in bolezni v zvezi z delom, ki so povezane s stikom kemikalije s kožo in perkutano absorpcijo, so povzročila, da je strokovna javnost pozornost usmerila v raziskovanje mehanizmov vstopanja kemikalij v organizem skozi kožo in ugotavljanje, kakšni so učinki kemikalij, ko pridejo v stik s kožo, in

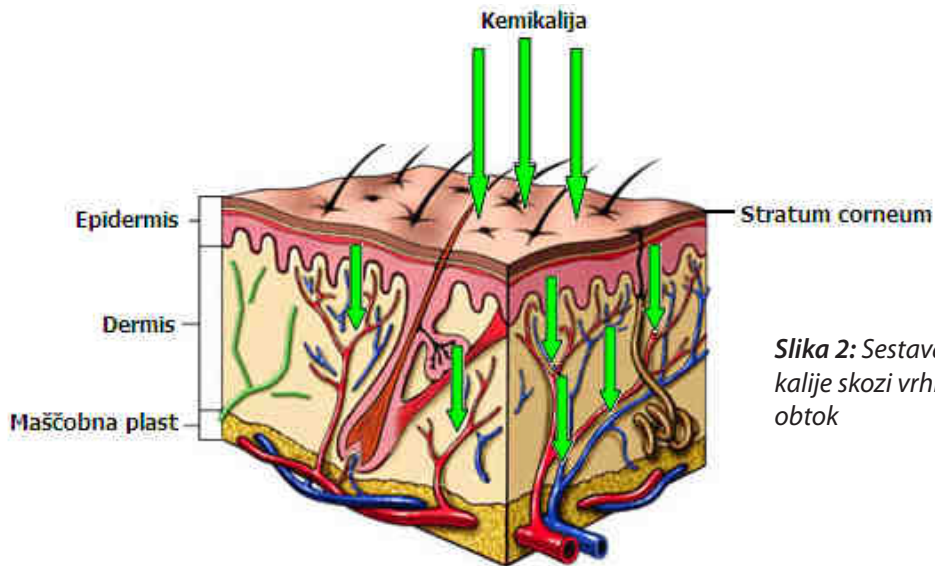
seveda predvsem v to, kako preprečiti, da bi delavci imeli zaradi tega zdravstvene posledice.

2 Migracije kemikalij v delovnem okolju

Načinov in poti, kako pride kemikalija, ki je prisotna v delovnem okolju, v stik s kožo delavca, je veliko. Na sliki 1 so prikazani načini migracije kemikalij med elementi v delovnem okolju. Kemikalija lahko z brizgom ali politjem kontaminira delovno površino, z izhlapevanjem ali brizgom pride do prenosa kemikalije v zrak, s politjem ali brizgom pa do kontaminacije delovne obleke. Z onesnaženjem katerega koli od teh treh elementov lahko pride do stika s kožo delavca. Do prenosa kemikalije lahko prihaja tudi v obratni smeri, s polite kože se lahko kemikalije sprošča v zrak, na delovno obleko in na delovne površine. Z onesnažene obleke se kemikalija lahko prenese na delovno površino ali izhlapi v zrak.

3 Mehanizem absorpcije kemikalije skozi kožo

Absorpcija kemikalije skozi kožo ali tako imenovana perkutana absorpcija je pojem, ki opisuje transport kemikalije od zunanje površine kože, skozi kožo v krvni obtok. Koža je največji organ človeškega telesa, ki varuje vse druge organe v organizmu. Služi za razmejitev telesa od okolice in deluje kot ščit pred vplivi okolja. Uravnava telesno temperaturo in oddajanje vode iz telesa. Sestavljena je iz zunanjega dela, epidermisa, in notranjega dela, dermisa. Epidermis je sestavljen iz več plasti, najbolj zunanja plast, poroženela plast ali stratum corneum je glavna ovira za vstop kemikalij od zunaj v organizem. Kemikalije, ki so prešle poroženelo oviro, se presnovijo v plasteh epidermisa, nato pa v dermisu, ki je prepreden z žilami, živčnimi končiči in limfami, vstopajo v krvni obtok.



Slika 2: Sestava kože in prehod kemikalije skozi vrhnje plasti kože v krvni obtok

Koža je metabolno aktiven organ, to pomeni, da vsebuje encime, ki katalizirajo endogene snovi, kot so hormoni, steroidi in druge snovi, prisotne v organizmu, in tudi ksenobiotike, ki vključujejo tudi zdra-

vila, pesticide, različne industrijske kemikalije. Metabolizem v koži je naravnan tako, da presnavlja potencialno reaktivne lipofilne kemikalije v polarne, vodotopne metabolite, ki jih nato lahko telo izloči z

Komponente absorpcije	Lastnosti komponente, ki vplivajo na absorpcijo
Kemikalija	<ul style="list-style-type: none"> • fizikalno stanje (trdna snov, tekočina, plin) • velikost molekule (molska masa) • porazdelitveni koeficient med maščobo in vodo (topnost v maščobah in vodi) • se ionizira ali ne (ionizirane molekule težje prodirajo skozi kožo) • njeni lokalni učinki na kožo
Koža	<ul style="list-style-type: none"> • vrsta (odvisnost od spola, starosti, rase) • lokacija izpostavljenosti na telesu (debelina kože na različnih delih telesa je različna) • temperatura (pri višji temperaturi in višji vlažnosti kože se permeabilnost kože močno poveča) • hidratiziranost poroženele plasti (stratum corneum) • poškodbe na poroženeli plasti • metabolizem (koža vsebuje encime, ki lahko presnavljajo kemikalije) • obolenja kože • luščenje kože • pretok krvi in limfe
Nosilec	<ul style="list-style-type: none"> • topnost (v vodi, maščobi) – če je snov bolj topna v nosilcu kot v vrhnji plasti kože, potem skozi kožo prodira v manjši meri • hlapnost • porazdelitev v poroženeli plasti • pH
Izpostavljenost	<ul style="list-style-type: none"> • koncentracija • količina kemikalije, ki se absorbira • doza na kožo (debelina filma, koncentracija) • doza na celokupno površino kože • trajanje izpostavljenosti

Tabela 1: Najpomembnejše lastnosti in parametri, ki vplivajo na absorpcijo kemikalije skozi kožo.

urinom, vendar se v nekaterih primerih snovi v metabolizmu tudi aktivirajo in se njihova lokalna ali pa sistemska toksičnost celo poveča.

Do kakšne mere se kemikalije presnovijo v koži, je odvisno od vrste kemikalije in od prisotnih encimov v koži. Posebej dovzetni za presnovo v koži so estri, primarni amini, alkoholi in kisline.⁶

4 Dejavniki, ki vplivajo na absorpcijo kemikalije skozi kožo

Na absorpcijo kemikalije skozi kožo v krvni obtok vplivajo številne lastnosti vseh komponent, ki pri absorpciji sodelujejo. Odvisna je od lastnosti kemikalije, lastnosti kože, nosilca, v katerem je topna kemikalija, in od izpostavljenosti.

5 Škodljive posledice stika kemikalij s kožo

Kemikalije imajo ob stiku s kožo različne učinke, povzročajo lahko kontaktni dermatitis, s pronicanjem skozi kožo v organizem pa lahko povzročijo tudi resne sistemske zastrupitve. Kontaktni dermatitis je akutno ali kronično vnetje kože, ki nastane kot posledica stika kože s kemijsko snovjo, ali z biološkim, ali fizikalnim dejavnikom. Najbolj znani povzročitelji so na primer nikelj in nekatere druge kovine, različna čistilna sredstva, lateks, številne industrijske kemikalije itd. Večina kožnih obolenj na delovnem mestu prizadene roke kot najbolj izpostavljen del telesa. Ogroženi so delavci v številnih poklicih, med drugim zdravstveni delavci, frizerji, delavci v lesnopredelovalni, kovinskopredelovalni in kemijski industriji, v raziskovalnih laboratorijih itd.

Sistemiški škodljivi učinki zaradi pronicanja kemikalije skozi kožo v krvni obtok so enaki kot pri vdihavanju snovi ali pri zaužitju.

6 Metode za preprečevanje, odstranjevanje ali zmanjševanje tveganja za stik kože s kemikalijo

Stik kože s kemikalijami in s tem kožna ter sistemska obolenja lahko v veliki meri preprečimo s kombinacijo tehničnih, organizacijskih in medicinskih ukrepov. Najvišjo prioriteto med ukrepi imajo metode kolektivne zaščite.⁴



Slika 3: Kontaktni dermatitis nohtov zaradi stika s formalinom

(<http://www.egms.de/egms/servlet/Figure?id=000002&figure=f3&vol=2003-1>)



Slika 4: Kontaktni dermatitis na roki frizerke zaradi stika s frizerskimi kemikalijami
(<http://www.hse.gov.uk/hairdressing/gallery.htm>)

6.1 Odprava uporabe kemikalije in drugi ukrepi pri viru

– Odstranitev nevarnosti: Najbolj učinkovit varovalni ukrep je prenehanje uporabe škodljive kemikalije in s tem odstranitev tveganja, da bo prišlo do stika te kemikalije s kožo.

- Zamenjava: Močno alergeno kemikalijo zamenjamo z manj nevarno. Tako lahko npr. pri postopku dezinfekcije zamenjamo formaldehid z etilnim alkoholom, izopropanolom ali etrom.

- Transformacija, nevtralizacija, redukcija: S kemijsko reakcijo transformiramo škodljivo kemikalijo v nevarno ali manj nevarno. Npr. cementu, ki vsebuje Cr (VI), ki je alergen in rakotvoren, se dodaja železov sulfat, ki reducira Cr (VI) v Cr(III), ki ne povzroča alergij in ni rakotvoren.

- Preprečevanje stika z alergeni: Z različnimi tehničnimi rešitvami in inovacijami preprečimo stik kože. Npr. ročaji frizerskih škarij, ki vsebujejo alergeni nikelj, so zaščiteni s plastičnimi prevlekami.

6.2 Avtomatizacija

Avtomatizacija nekaterih kontinuiranih operacij, pri katerih obstaja neposredno tveganje za stik kože s korozivno ali alergeno kemikalijo, znatno zmanjša tveganje za nastanek bolezni, povezanih s stikom kemikalije s kožo. Primera, pri katerih je bil rešen velik problem zaradi stika delavca s kemikalijami, sta avtomatizacija postopka razvijanja fotografij in avtomatizacija proizvodnje antibiotikov in različnih biocidov.

6.3 Uporaba kemikalij v zaprtih ali izoliranih sistemih

Teoretično uporaba zaprtih in izoliranih sistemov prepreči vsakršen stik delavca s kemikalijo, v praksi pa se pokaže problem v primeru okvar, saj se zaradi relativno varnega zaprtega sistema zavedanje o nevarnosti pri delavcih zmanjša in ob nepredvidenih dogodkih ne reagirajo pravilno.

6.4 Splošno prezračevanje in lokalno odsesavanje

Z namestitvijo splošnega prezračevanja in lokalnega odsesavanja kemikalij na viru sproščanja se v delovnem okolju vzpostavijo razmere, kjer koncentracije v zraku ne presegajo dovoljenih mejnih vrednosti. To je pomembno zaradi dermatoz, ki jih povzročajo nekatere snovi, ki se sproščajo v zrak, in preko izpostavljenosti koncentracijam v zraku pride do obolenj kože. Taki so na primer prahovi nekaterih posebnih vrst eksotičnega lesa, nekateri kompoziti steklenih vlaken, nekateri jedki aerosoli itd.

6.5 Higiena delovnega mesta in na delovnem mestu

Zelo pomemben ukrep za preprečevanje stika kemikalij s kožo je osebna higiena delavcev. Delavcem, ki uporabljajo kemikalije, morajo biti omogočeni dostop do čiste vode za umivanje, učinkovita čistilna sredstva in čiste brisače. Prav tako mora biti okolica delovnih mest redno čiščena in morebitni ostanke kemikalij redno odstranjeni z vseh površin.

6.6 Informiranje

Poleg vseh že prej omenjenih ukrepov je zelo pomembno, da so delavci temeljito informirani o vseh produktih, ki jih uporabljajo na delovnih

mestih, ne samo o kemikalijah, ki so razvrščene med nevarne, in da obvladajo vse ukrepe, s katerimi obvladujejo tveganja na delovnih mestih.

6.7 Osnovni organizacijski ukrepi

Tveganje za izpostavljenost lahko zmanjšamo z organizacijskimi ukrepi, kot so:

- menjavanje ali rotiranje delavcev na delovnih mestih,
- zmanjšanje števila tveganih delovnih operacij, zlasti tistih občasnih,
- zmanjševanje prisotnosti delavcev v bližini stalnih ali občasnih virov tveganj.

Pozornost je treba nameniti postopkom dela in orodjem, ki jih delavci uporabljajo. Zelo pogosto se zgodi, da so vzroki za kožne bolezni pri delavcih neustrezni delovni postopki, napake pri delu in uporaba neustreznega orodja. Probleme lahko rešujejo strokovnjaki skupaj z zaposlenimi, z oceno tveganja.

6.8 Analiza delovnih mest

Ko se v podjetju pojavi kompleksen problem zaradi kožnih obolenj, je priporočljivo, da se pooblaščen zdravnik medicine dela, strokovni delavec v podjetju in še kakšen strokovnjak s področja tehnologije lotijo natančne analize delovnega mesta, da identificirajo problem in najdejo rešitev, kako z uvedbo učinkovitih in zmogljivih zaščitnih ukrepov zavarovati delavce.

7 Osebna varovalna oprema in drugi ukrepi

Ukrepi na osnovi uporabe osebne varovalne opreme so manj učinkoviti kot kolektivni ukrepi, vendar s kolektivnimi ukrepi mnogokrat ni mogoče zagotoviti dovolj učinkovitega varovanja za delavce, še posebej pri uporabi kemikalij. Pri učinkovitosti uporabe osebne varovalne opreme je odločujoč dejavnik sodelovanje delavcev, vendar je v praksi uvedba in uporaba osebne varovalne opreme včasih tudi edina možna rešitev pri preprečevanju tveganj.

7.1 Program individualnih varovalnih ukrepov

Poleg splošne prepovedi prehranjevanja, pitja in kajenja na delovnem mestu je pri individualnih varovalnih ukrepih za preprečevanje stika kemikalij



Slika 5: Uporaba zaščitnih in regenerativnih krem in gelov je eden izmed ukrepov za varovanje delavcev pred negativnimi posledicami stika kože s kemikalijo.

s kožo zelo pomembno, da delavci:

- pred in med delom dosledno upoštevajo obveznosti glede individualne zaščite, kot so: uporaba zaščitne obleke, zaščitnih rokavic, različnih zaščitnih krem in gelov,
- po delu, tudi ob odmorih temeljito očistijo kožo in odstranijo vse nečistoče s kože ter uporabijo regenerativne, blažilne, vlažilne in protivnetno delujoče kreme in mazila za kožo.

7.2 Osebna varovalna obleka, zaščitni čevlji in škornji

Vsa osebna varovalna oprema, ki se uporablja pri delu, mora ustrezati zahtevam standardov in evropskim predpisom. Poleg tega mora biti udobna, sprejemljiva za zaposlene, ne sme biti obremenilna in težka in ne sme povzročati neželenih stranskih učinkov. Bistvenega pomena je, da sta obleka in obutev primerna za delavca in glede na zahteve delovnega mesta. Ker je njen namen, da ščiti pred kožnimi obolenji, ne sme sama po sebi dražiti kože, povzročati kontaktnih alergij ali povzročati dodatnih nevarnosti in s tem povečevati tveganje za delavca.

Uporaba zaščitne obutve je zelo priporočljiva, na mnogih delovnih mestih tudi obvezna, vendar lahko povzroča nekatere neželene stranske učinke:

- nepropustnost obutve lahko povzroča čezmerno potenje in s tem poslabšanje številnih bolezni (glivična obolenja, plantarna hiperhidroza itd.),
- obutev lahko vsebuje alergene snovi (aditivi v gumi, šestvalentni krom v usnju), ki se raztapljajo v potu in povzročijo alergijske reakcije na koži.

7.3 Zaščitne rokavice

Pri preprečevanju kožnih bolezni zaradi stika s kemikalijami so bistvenega pomena zaščitne rokavice, ki varujejo roke, ki so najbolj ogrožen del telesa zaradi kemikalij. Lastnosti rokavic, njihova debelina in oblika ter material, iz katerega so narejene, morajo biti izbrane glede na zahteve delovnega mesta in vrsto kemikalij, pred katero morajo ščititi delavca.

7.3.1 Rokavice iz umetnih materialov

Na voljo je zelo veliko vrst rokavic iz polimernih materialov, ki so razdeljene v kategorije glede na uporabo in debelino. Rokavice imajo različne lastno-



Slika 6: Zaščitna obleka pred brizgom kemikalij



Slika 7: Zaščitni škornji, odporni za kemikalije



Slika 8: Uporaba zaščitnih rokavic pri delu s kemikalijami je obvezna.

sti, ki so odvisne od vrste in debeline materiala, iz katerega so narejene.

Pred nabavo zaščitnih rokavic je treba natančno proučiti, za katere namene se bodo rokavice uporabljale, še posebej če se bodo uporabljale za zaščito pred kemikalijami, saj materiali, iz katerih so narejene rokavice, niso odporni na vse vrste kemikalij. Različni polimerni materiali za rokavice imajo specifične lastnosti.

- Rokavice iz lateksa (naravni lateks – guma)
Rokavice iz lateksa se uporabljajo v delovnem okolju na mnogih področjih, najpogosteje v proizvodnji hrane in v zdravstvu. Manj so uporabne v industriji, saj so propustne za veliko število kemikalij. Lateks povzroča alergijske reakcije pri 4 %–17 % uporabnikov rokavic iz lateksa.

- Rokavice iz sintetičnega lateksa (nitrilne, butilne, neoprenske, stiren-butadienske itd.)

Tudi rokavice, narejene iz sintetičnega kavčuka, lahko zaradi dodanih aditivov povzročajo alergije,



Slika 9: Rokavice iz lateksa



Slika 10: Nitrilne rokavice



Slika 11: Zaščitne rokavice PVC



Slika 13: Usnjene zaščitne rokavice

vendar mnogo manj pogosto kot rokavice iz lateksa. Med hipoalergene rokavice prištevamo tiste, ki so narejene iz stiren-butadienskih polimerov. Rokavice iz umetnih materialov lahko delavcem povzročajo probleme zaradi nepropustnosti, ki povzroča čezmerno potenje, in dolgotrajna uporaba povzroči težave s kožo.

- Plastične rokavice: PVC, PVA, PE, viton itd. Rokavice iz umetnih mas so kemijsko bolj obstojne kot tiste iz sintetičnega lateksa, povzročajo tudi manj alergij, zato jih štejemo med hipoalergene.



Slika 12: Rokavice iz vitona (fluoro elastomera)

7.3.2 Usnjene rokavice

Usnjene rokavice nudijo dobro mehansko odpornost, vendar lahko prav tako povzročajo različne alergije, med katerimi je najbolj pogosta alergija na šestvalentni krom, če je usnje strojeno s kromovimi

solmi. Povzročajo lahko mikro travme zaradi poškodbe materiala in odtitve zaradi vlage ali različnih topil in so zato uporabne le za delo v suhem okolju.

7.3.3 Tekstilne rokavice

Najpogosteje so narejene iz bombaža in za delo s kemikalijami niso primerne, lahko pa služijo kot podrokavice za druge vrste rokavic, posebej za pod gumijaste rokavice, s čimer se lahko preprečijo alergijske reakcije.



Slika 14: Bombažne podrokavice

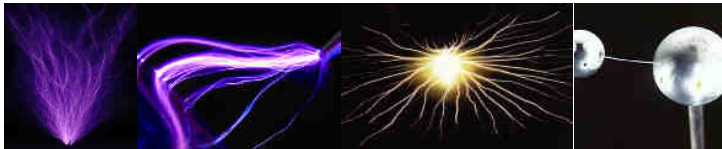


ZVD Zavod za varstvo pri delu d.d.
je v začetku novembra izdal knjigo (**ponovitev**
predstavitve bo 3.marca 2009) z naslovom

NEVARNOSTI ELEKTROSTATIKE

Osnovni pojmi Praktični varnostni ukrepi

Nevarnosti elektrostatike je delo, v katerem so podrobno predstavljene elektrostatični pojavi z vidika varnosti in zdravja pri delu. Kot pove že naslov, so razložene predvsem neposredne ali posredne nevarnosti in pogosto zelo velika tveganja v delovnem in življenjskem okolju. Gre zlasti za nevarne vire vžiga vnetljivih atmosfer in nekoliko redkeje za nevarnost električnega udara.



Z NAMI JE VARNEJE



Dodatne informacije o knjigi so
na voljo na:

T: 01 585 51 96
www.zvd.si

Aktualni seminarji

- Pripravljalni seminar za strokovni izpit iz varnosti in zdravja pri delu
- Pripravljalni seminar za strokovni izpit iz varstva pred požarom
- Usposabljanje delavcev, ki rokujejo z nevarnimi kemikalijami
- Usposabljanje elektrotehnično poučenih delavcev in delavcev elektro stroke
- Usposabljanje iz varnosti in zdravja pri delu ter varstva pred požarom za varno delo s plini
- Pedagoško andragoško usposabljanje

Kontaktne osebe:

Ladi Lebar

Tel.: 01 585 51 69/031 333 610

Faks: 01 585 51 80

E-pošta: ladi.lebar@zvd.si

Jana Cigula

Tel.: 01 585 51 28/041 616 901

Faks: 01 585 51 80

E-pošta: jana.cigula@zvd.si



ZVD Zavod za varstvo pri delu d.d.
Institute of Occupational Safety

Chengdujska cesta 25,
1000 Ljubljana

Tel.: 01/585 51 00

Faks: 01/585 51 01

Spletna stran: www.zvd.si

E-pošta: info@zvd.si

Nevarnosti na delovnem mestu ne, hvala.



Čeprav je delo v industriji danes veliko manj umazano kot pred 100 leti, se pri nekaterih delih ne moremo izogniti nastanku škodljivih snovi. Da bi kljub temu pri delu bili varni, ponuja Dräger pestro paleto aparatov, med katerimi lahko vsak najde primernega za svoje potrebe.

Od zaščitne čelade do dihalnih aparatov na stisnjen zrak – dobavljamo vse, kar potrebujete za zaščito pri intervenciji. Sem spadajo med drugim tudi zaščitne obleke, maske, filtri, aparati za umik, aparati za detekcijo nevarnih snovi, alkotesti in detektorji nedovoljenih drog ...

Znebite se dvomov in izognite se tveganju – z našo pomočjo.

Obiščite spletno stran www.draeger.si