

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Špela Kren

Varnost in zdravje v delovnem okolju proizvodnega podjetja

Diplomsko delo

Ljubljana, 2009

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Špela Kren

Mentorica: doc.dr. Blanka Tivadar

Varnost in zdravje v delovnem okolju proizvodnega podjetja

Diplomsko delo

Ljubljana, 2009

ZAHVALA

*Za strokovne nasvete in usmeritve ob pisanju diplomskega dela
se iskreno zahvaljujem mentorici, doc. dr. Blanki Tivadar.*

*Posebna zahvala gre staršema,
ki sta mi omogočila študij in mi v času pisanja
diplomskega dela stala ob strani in me podpirala.*

*Zahvala gre tudi bratu Matevžu za moralno in tehnično podporo
pri oblikovanju diplomskega dela.*

*Za ljubečo podporo in potrpežljivost se iz srca zahvaljujem
svojemu fantu, Giuseppetu Soliminiju.*

*Za vse prijazne nasvete in pomoč se zahvaljujem
kolektivu Direkcije ravnanja z ljudmi v Iskri Avtoelektriki d.d.,
še posebej g. Tomažu Kulotu, g. Simonu Šibelji in g. Eriku Panjtarju.*

*»Eden od načinov, da dobite od svojih ljudi kar največ,
je ta, da jim tudi nudite kar največ ...«*

Mike Pegg, 1996

Varnost in zdravje v delovnem okolju proizvodnega podjetja

Zaposleni so gonilna sila podjetja, njihovo zdravje in varnost pa sta ključni za poslovni uspeh. Podjetja, ki bodo v današnji tržno naravnani družbi želela uspeti, rasti in obdržati vrhunsko usposobljen kader, bodo morala zagotavljati varno delovno okolje. V uvodnem delu naloge sem predstavila teoretične koncepte o temi in ugotovitve različnih raziskav, v empiričnem delu pa sem se osredotočila na poškodbe pri delu v podjetju Iskra Avtoelektrika d.d. Opravila sem deskriptivno analizo stanja za obdobje od leta 1998 do leta 2008 ter porazdelitev poškodb pri delu v letu 2008 glede na spol, starost in izobrazbo. Ugotovila sem, da so moški, mlajši od 30 let, in delavci s poklicno in srednješolsko izobrazbo nesorazmerno pogosteje žrtve poškodb kot drugi zaposleni. Podatki tudi kažejo, da se število poškodb v splošnem zmanjšuje, kar pa ne nujno drži tudi za resnost poškodb. Pomembno je, da se podjetje pri ocenjevanju uspešnosti zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu na področju poškodb pri delu ne osredotoči zgolj na število poškodb pri delu, ampak tudi na njihovo resnost.

Ključne besede: varnost in zdravje, delovno okolje, promocija zdravja, poškodbe pri delu.

Safety and health in the working environment of a manufacturing company

The employees are the driving force of a company and their health and safety are vital for business success. In today's market system, the companies that strive for success, growth and the maintenance of top-level qualified personnel have to assure a safe working environment. In the introductory part of the thesis, I present the theoretical concepts and the findings of several studies on the subject, while in the empirical part the focus is placed on the injuries at work of the company Iskra Avtoelektrika, d.d. I performed a descriptive analysis of the situation between 1998 and 2008 as well as of the distribution of injuries at work according to gender, age and education. I determined that men, employees under 30 years, and workers with primary or secondary education are much more often victims of injuries than other employees. The data also shows that the number of injuries is generally diminishing, while the situation is not necessarily improving as far as the severity of injuries is concerned. It is of primary importance that the company for the assessment of success in assuring safety and health at work in the domain of injuries does not focus only on the number of injuries but takes into account also their severity.

Key words: safety and health, working environment, health promotion, injuries at work.

KAZALO

1	UVOD	7
2	ZDRAVJE IN DELOVNO OKOLJE	9
2.1	SOCIOLOŠKE PARADIGME: ZDRAVJE, DRUŽBA, MEDICINA	10
2.1.1	Parsonsova tematizacija zdravja in vloge bolnika	10
2.1.2	Marksistična tematizacija neenakosti v zdravju	11
2.1.3	Foucault – tematizacija disciplinatorne vloge medicine	11
3	VARNOST IN ZDRAVJE PRI DELU	13
3.1	ZAKONSKI OKVIR VARNOSTI IN ZDRAVJA PRI DELU	14
3.1.1	Ustava Republike Slovenije (URS)	14
3.1.2	Zakon o varnosti in zdravju pri delu	14
3.2	VARNOST IN ZDRAVJE PRI DELU V OKVIRU EVROPSKE UNIJE	16
3.2.1	Nova evropska strategija na področju varnosti in zdravja pri delu	17
3.3	EKONOMSKI UČINEK VARNOSTI IN ZDRAVJA PRI DELU	18
3.3.1	Ekonomske posledice slabe varnosti in zdravja pri delu	20
4	PROMOCIJA ZDRAVJA	23
4.1	PROMOCIJA ZDRAVJA V DELOVNEM OKOLJU	23
4.1.1	Uvajanje promocije zdravja v delovno okolje	26
4.2	PROGRAM PROMOCIJE ZDRAVJA PRI DELU	28
4.2.1	Čili za delo	28
4.2.1.1	Faze programa Čili za delo	29
4.2.1.2	Primer dobre prakse podjetja Talum	30
5	POŠKODBE PRI DELU KOT POSLEDICA NEZGOD	33
5.1	KONCEPTUALIZACIJA PREPREČEVANJA NEZGOD	34
5.1.1	Vzroki nezgod	34
5.1.2	Epidemiološki model	36
5.1.3	Demingov krog	40
5.2	PROMOCIJA ZDRAVJA IN PREPREČEVANJE NEZGOD PRI DELU ...	40
5.3	PODATKI O POŠKODBAH PRI DELU	44
6	EMPIRIČNI DEL - ANALIZA PRIMERA ISKRA AVTOELEKTRIKA D.D.	48
6.1	OPIS PODJETJA	48
6.2	VARNOST IN ZDRAVJE PRI DELU V ISKRI AVTOELEKTRIKI D.D. .	50

6.2.1	Politika varnosti in zdravja pri delu.....	50
6.3	POŠKODBE PRI DELU V ISKRI AVTOELEKTRIKI D.D.	51
6.3.1	Poškodbe pri delu v obdobju 1998 – 2008	51
6.3.2	Poškodbe pri delu glede na spol, starost in izobrazbo.....	56
6.3.2.1	Izhodišča.....	56
6.3.2.2	Preverjanje hipotez	57
6.3.3	Ugotovitve	59
7	SKLEP	61
8	LITERATURA	63

KAZALO TABEL, SLIK IN GRAFOV

Tabela 5.1:	Haddonova fazna-faktorska matrica.....	36
Tabela 5.2:	Uporaba Haddonove fazno-faktorske matrice pri preprečevanju poškodb v proizvodnem podjetju.....	38
Tabela 5.3:	Preprečevanje nezgod v proizvodnem podjetju.....	41
Tabela 6.1:	Najpogostejši vzroki poškodb pri delu v obdobju 1998-2008.....	56
Tabela 6.2:	Prikaz izvedene spremenljivke spol glede na poškodbe pri delu	57
Tabela 6.3:	Prikaz izvedene spremenljivke starost glede na poškodbe pri delu.....	58
Tabela 6.4:	Prikaz izvedene spremenljivke izobrazba glede na poškodbe pri delu	59
Slika 5.1:	Demingov krog.....	40
Slika 6.1:	Organizacijska shema Skupine Iskra Avtoelektrika.....	49
Graf 4.1:	Število nezgod pri delu, ki so imele za posledico smrt delavca, Slovenija, 2004-2008.....	45
Graf 4.2:	Delovna okolja, kjer se zgodi največ nezgod, Slovenija 2008.....	45
Graf 6.1:	Število poškodb pri delu v Iskri Avtoelektriki d.d. v obdobju 1998-2008	52
Graf 6.2:	Število dni bolniškega dopusta zaradi poškodb pri delu v Iskri Avtoelektriki d.d. v obdobju 1998-2008.....	53
Graf 6.3:	Resnost poškodb pri delu v Iskri Avtoelektriki d.d. v obdobju 1998-2008	53
Graf 6.4:	Poškodbe pri delu v Iskri Avtoelektriki d.d. po dnevih v tednu v obdobju 2002-2008.....	55

1 UVOD

Zdravje je ob družini najpomembnejša družbena vrednota, saj sta v vseh starostnih skupinah in pri obeh spolih na prvem ali drugem mestu, in sicer pred ostalimi vrednotami, kot so delo, prijatelji, denar, vera, domovina, zabava. (Toš in Malnar 2002, 89). Celotna družba in vsi njeni segmenti so dandanes bolj kot doslej odvisni od zdravih, dobro usposobljenih, za izobraževanje odprtih, visokokvalificiranih in motiviranih delavcev. Podjetja imajo korist od vlaganja v znanje o zdravem delovnem in življenjskem načinu na delovnem mestu, saj so izobraženi delavci, ki delajo v urejenem delovnem okolju, bolj zdravi in motivirani, kar po eni strani doprinese k zmanjševanju stroškov, povezanih z boleznimi, poškodbami in bolniško odsotnostjo, po drugi strani pa prispeva k povečanju produktivnosti, večji kakovosti izdelkov in storitev, večjemu zadovoljstvu strank ter navsezadnje k večjemu ugledu podjetja.

Če torej izhajam iz predpostavke, da je zdravje ena izmed najpomembnejših temeljnih vrednot človeka in da so ljudje najpomembnejša vrednota organizacije, v kateri delajo, bi iz tega lahko sklepali, da podjetje največ pozornosti posveča prav skrbi in zagotavljanju zdravja zaposlenih.

V diplomskem delu zagovarjam tezo, da bodo morala podjetja, ki bodo želela v današnji tržno naravnani družbi uspeti in rasti ter pridobiti ali obdržati vrhunsko usposobljen kader, spremeniti svojo politiko in naravo dela predvsem v smeri oblikovanja človeku prijaznega delovnega okolja in investiranja v usposabljanje, izobraževanje ter izboljšanje varnosti in zdravja v podjetju. Danes namreč velja podjetje, ki ne vlaga v področje varnosti in zdravja pri delu, za nezdravo podjetje brez tržne cene.

Menim, da se veliko delodajalcev še ne povsem zaveda velikega pomena vlaganja v razvoj področja varnosti in zdravja v podjetju in njegovih pozitivnih posledic, saj temu posvečajo malo pozornosti. V praksi se mnogokrat zgodi, da delodajalci na področje varnosti in zdravja pri delu gledajo enostransko, in sicer zgolj z vidika stroškov, ki jih urejenost področja zahteva, in ne upoštevajo stroškov, do katerih prihaja zaradi slabo urejenega področja varnosti in zdravja v podjetju.

V teoretičnem delu diplomskega dela najprej opredelim zdravje v delovnem okolju in Parsonsovo, marksistično in Foucaultovo tematizacijo zdravja povežem z le-tem. Nadaljujem s pomenom področja varnosti in zdravja pri delu, njegovo umestitvijo v zakonodajni okvir in urejenostjo tega področja v Evropski uniji, nazadnje pa razložim ekonomski učinek varnosti in zdravja pri delu. V osrednjem delu povežem tematiko varnosti in zdravja pri delu s promocijo zdravja, ki jo umestim v delovno okolje. Na koncu pa se osredotočim predvsem na poškodbe pri delu ter konceptualizacijo njihovega preprečevanja povežem s promocijo zdravja v delovnem okolju in zaključim s podatki o poškodbah pri delu.

Najpomembnejši podatki, ki se o zdravju delavcev zbirajo na ravni države in so hkrati kazalniki zdravja v podjetju, so bolniški stalež, poškodbe pri delu in delovna invalidnost. V empiričnem delu se osredotočim na analizo zgolj enega od treh kazalnikov zdravja v podjetju, in sicer na poškodbe pri delu v proučevanem podjetju Iskra Avtoelektrika d.d. Na začetku navedem nekaj osnovnih podatkov proučevanega podjetja ter predstavim njegovo politiko varnosti in zdravja pri delu, nadaljujem z deskriptivno analizo poškodb pri delu v Iskri Avtoelektriki d.d. med letoma 1998 in 2008 glede na pogostost poškodb, število dni bolniškega dopusta zaradi poškodb pri delu in resnost poškodb. Za ilustracijo prikažem trend poškodb pri delu po dnevih v tednu za obdobje od leta 2002 do leta 2008 in rangiram najpogostejše vzroke poškodb pri delu med letoma 1998 in 2008 v Iskri Avtoelektriki d.d. Na koncu preverim distribucijo poškodb pri delu v letu 2008 glede na spol, starost in izobrazbo zaposlenih ter demografske značilnosti poškodovanih primerjam z demografsko strukturo podjetja.

2 ZDRAVJE IN DELOVNO OKOLJE

Delovno okolje s svojimi specifičnimi razmerami in zahtevnostmi predstavlja enega izmed ključnih dejavnikov, ki vidno zaznamujejo zdravje zaposlenih. Ti so izpostavljeni dejavnikom tveganja, ki izhajajo iz delovnega okolja in se kažejo v delovnih razmerah, te pa so povezane z dejavnostjo organizacije, proizvodno tehnologijo in uporabljenimi surovinami, zahtevnostjo dela, pritiski in medčloveškimi odnosi, dolžino delovnega časa ter drugimi dejavniki, ki izvirajo iz dela. Prevelike obremenitve na delovnem mestu so povezane z navedenimi dejavniki ter lahko ob konstantnem in dolgotrajnem delovanju poslabšajo zdravstveno stanje zaposlenih ter na zdravju pustijo trajne posledice. Za zdravstvene posledice zaposlenih, ki so kazalnik slabega delovnega okolja ter neustreznega izvajanja ukrepov varnosti in zdravja pri delu, je v prvi vrsti odgovoren delodajalec. Posledic slabega zdravja zaposlenih ne čutijo samo zaposleni sami, temveč tudi njihovi delodajalci in celotno gospodarstvo.

Ko opredelimo vpliv kakovosti delovnega življenja na zdravje zaposlenih, je potrebno poudariti, da je kakovost delovnega življenja le ena od mnogih razsežnosti, ki določajo zdravje zaposlenih. Zdravje posameznika je namreč odvisno ne le od tega, v kakšnih delovnih pogojih opravlja svoje delo, temveč tudi od naslednjih faktorjev (Ilič in Svetlik 1996, 6):

- *Načina življenja*, ki ga lahko opredelimo kot način zadovoljevanja individualnih in družbenih potreb glede na dane življenjske možnosti. Pri tem gre zlasti za upoštevanje zdravega načina življenja oziroma zdravih navad in opuščanje razvad (kajenje, pitje alkohola itd.) ter zdravega načina prehranjevanja.
- *Načina preživljanja prostega časa*, ki ga opredeljujejo trije elementi: svoboda, individualna izbira in samoekspresija ter je tesno povezan z zdravim načinom življenja. Odsotnost sprostitve zaradi prenašanja aktivnosti iz sfere delovnega v sfero prostega časa ter posledično izostala telesna aktivnost in akumulacija stresa vodijo k slabšemu zdravstvenemu stanju zaposlenega.

- *Osebnosti*, saj naj bi bil osebnostni tip A¹ bolj nagnjen k boleznim srca in stresu kot tip B (Furnham v Ilič in Svetlik 1996, 6), osebnostni tip C pa bolj k rakastim obolenjem.

2.1 SOCIOLOŠKE PARADIGME: ZDRAVJE, DRUŽBA, MEDICINA

2.1.1 Parsonsova tematizacija zdravja in vloge bolnika

Prispevek Parsonsa k sociološkemu razumevanju vloge medicine in bolezni v sodobni družbi je precejšen. Vztrajal je pri tem, da je bolezen družbeni fenomen, na zdravje pa je gledal kot na pomembno družbeno dobrino, ki je bistvena za dosežke posameznika in za nemoteno delovanje družbe. Zdravje pojmuje kot zmožnost posameznika, da opravlja družbene vloge, ki mu jih nalaga njegov položaj (Doyel v Malnar 2002, 5). Zanimiva je Parsonsova konceptualizacija bolezni kot oblike deviantnosti oziroma kot vloge, v katero posameznik lahko »pobegne« pred družbenimi obveznostmi. Bolezni tako ne obravnava zgolj kot negativno stanje, saj pravi, da posameznik preko bolezni vstopi v vlogo bolnika, kar mu omogoča določene ugodne socialne učinke. Predvsem pa se lahko na legitimen način izogne odgovornostim, ki se z boleznijo legitimno zmanjšajo. Obenem pravi, da ima posameznik v vlogi bolnika tudi določene dolžnosti, zlati dolžnost, da želi ozdraviti in zato poišče medicinsko pomoč (White v Malnar 2002, 5).

Parsonsovo tematizacijo zdravja in vlogo bolnika lahko povežem z zdravjem v delovnem okolju. Posameznik mora biti namreč zdrav, da lahko opravlja svoje delo kot eno od družbenih vlog, ki mu jih nalaga njegov položaj. Parsonsovo konceptualizacijo bolezni kot obliko deviantnosti lahko razumemo kot možnost, da zaposleni »pobegne« pred službenimi obveznostmi in se tako izogne odgovornostim na delovnem mestu.

¹ Za osebnostni tip A so po Furnhamu značilni tekmovalnost v dosežkih, agresivnost, nepotrpežljivost, naglost, nesproščenost, fizična napetost, nevrotičnost, občutek strahu in dvoma vase, polifazna aktivnost, eksplozivni govorni vzorci in kronični občutek pomanjkanja časa. Ta osebnostni tip je zelo storilnostno motiviran, dovzeten za nagrade in bolj zavezan k doseganju ciljev v organizaciji in k stresu kot osebnostni tip B. Osebnostni tip B je bolj umirjen, sproščen, ne trpi časovne naglice, išče sprostitev in zabavo, delo opravlja brez razburjanja in ne sega po dosežkih za vsako ceno (Furnham v Ilič in Svetlik 1996, 6). Osebnostni tip C je po Argylu nesamozavesten, neagresiven, ustrežljiv in pasiven. Zanj je značilno tudi, da v sebi zadržuje emocije, posebno jezo, in da je nagnjen k depresivnim stanjem (Argyle v Ilič in Svetlik 1996, 6).

Obenem pa ima vsak zaposleni dolžnost, da poišče zdravniško pomoč in prične z bolniškim dopustom.

2.1.2 Marksistična tematizacija neenakosti v zdravju

Marksistični pogled na pojav bolezni poudarja socialno neenakost. Pojava ne razlaga kot pobeg posameznika v vlogo bolnika, temveč kot posledico družbene neenakosti. Če je pri Parsons predvsem »krivec«, je pri Marxu predvsem žrtev (Malnar 2002, 6). Marksistična paradigma izhaja iz kritike »socialne produkcije bolezni« v pogojih kapitalistične družbe, pri tem pa zagovarja ključno tezo, ki pravi, da obstaja temeljno neskladje med prizadevanjem za zdravje in prizadevanjem za dobiček (Annandale v Malnar 2002, 6). Marx pravi, da na zdravje vplivajo predvsem socialni, politični in ekonomski dejavniki, na katere posameznik nima vpliva. Ob tem pa dodaja, da je kapital prodril v vse sfere družbenega življenja, da je ustvaril od posameznika neodvisno, a z njegovim zdravjem povezano problematiko (Malnar 2002, 6).

Ob tem lahko marksistično teorijo povežemo s poškodbami pri delu. Zaradi narave dela je največ poškodb pri delu pri fizičnih delavcih z nižjo ali poklicno izobrazbo. Tveganja so torej posredno odvisna od posameznikovega položaja na družbeni lestvici, tj. socialnega statusa. Podatki o poškodbah pri delu kažejo neenakomerno porazdelitev tveganj. Statistike umrljivosti so sicer že dolgo del epidemiologije in so uporabljene kot zanesljiv indikator neenakosti v zdravju med različnimi razrednimi oziroma poklicnimi skupinami (Eržen 2004, 4).

2.1.3 Foucault – tematizacija disciplinatorne vloge medicine

V perspektivi te paradigme je medicina v moderni družbi eden od poglavitnih mehanizmov prisile posameznika v podreitev »normalnim« družbenim vlogam, saj ta s svojimi modeli in definicijami ljudi ter njihova ravnanja razvršča na normalna in deviantna. Preko razumevanje zdravja kot norme in družbenega nadzorovanja se vzpostavi nov sistem oblasti, in sicer t.i. »biopolitika«, del katere je tudi promocija zdravja. Za Foucaultovo paradigmo je značilno, da pri podrejanju »normalnim« družbenim vlogam ne gre toliko za avtoritarne mehanizme in prakse oblasti, temveč za ponotranjeni nadzor, ki ga nad seboj izvaja posameznik sam. Če v marksistični

paradigmi oblast izhaja in nekega centralnega mesta (vladajočih), je pri Foucaultu razpršena (Annandale v Malnar 2002, 8). Oblasti torej ne razume kot položaja, temveč kot razpršene, lokalizirane, »nevidne« odnose, ki na mikro ravni delujejo skozi skupek vsakdanjih praks (Kamin 2006, 28). Ekspertne skupine in zdravstvena politika so tiste ustanove, ki promovirajo nujnost strokovno definiranega zdravega ravnanja in »zdravega življenjskega sloga«, tega pa udejanja posameznik sam brez zunanje prisile, s tehnikami samonadzora in samoodiscipline (White v Malnar 2002, 8).

Foucaultovo tematizacijo disciplinatorne vloge medicine lahko povežem s promocijo zdravja v delovnem okolju. Uvajajo se namreč programi promocije zdravja v delovnem okolju, ki vključujejo različne aktivnosti za povečanje družbene in posameznikove odgovornosti za zdravje ter za uveljavljanje bolj zdravega načina življenja in sprememb v korist zdravja v delovnem okolju. Ekspertne skupine promovirajo nujnost zdravega ravnanja v delovnem okolju in »zdravega življenjskega sloga«, prakticira pa ga posameznik brez zunanje prisile v okviru programa, ki ga izvaja podjetje.

3 VARNOST IN ZDRAVJE PRI DELU

Danes varnosti in zdravja pri delu ne pojmujeemo samo kot tehnične varnosti, ampak tudi kot varovanje in ohranitev zdravja pri delu, ki je v uspešnih podjetjih eno od temeljnih načel. Zagotavljanje varnosti in zdravja pri delu v organizacijah je vse bolj pomemben dejavnik delovnega procesa, ki predstavlja pogoj za uspešnost poslovanja podjetja, saj poleg kakovosti vključuje tudi ohranitev zdravja in delovne zmožnosti ter zadovoljstvo pri delu, kar zagotavlja optimalno produktivnost in motiviranost zaposlenih za delo. Poslanstvo varnosti in zdravja pri delu ni le preprečevanje poškodb pri delu, ampak tudi vse bolj pogostih zdravstvenih okvar ter zagotavljanje delovne zmožnosti delavca za polno delovno dobo.

Varnost in zdravje pri delu je element trga delovne sile, za katerega je v razvitih državah značilna visoka stopnja poseganja države v določanje pravic in obveznosti delodajalcev in delojemalcev z namenom preprečevanja zdravstvenih posledic, povezanih z opravljanjem del na delovnem mestu. Razmere na tem področju odražajo neenakost med gospodarsko razvitimi in manj razvitimi državami, saj gre pri tem za različno vlogo države. Vzroki za nastalo neenakost so v različni ceni delovne sile ter različni zakonski in sindikalni zaščiti delovne sile. Globalne koristi, ki jih prinaša vlaganje v varnost in zdravje ter višja kakovost življenja nasploh, niso neposredno razvidne. Posledica tega je neprepoznavanje koristi in zakonsko nepodprto področje varnosti in zdravja v gospodarsko manj razvitih državah, kjer v praksi velikokrat zasledimo neupoštevanje predpisov zaradi prepričanja, da je to predrago. V večini držav zahodnega civilizacijskega kroga je dobil pojem varnosti in zdravja globalno ter tudi lokalno težo. Javnost je vse bolj občutljiva za nevarnosti in škodljivosti, ki so jim lahko izpostavljeni ljudje. Razvito gospodarstvo si tako ne more privoščiti neupoštevanja zahtev po optimizaciji varnosti in zdravja, saj to ni zgolj strokovno vprašanje, temveč v veliki meri vprašanje vrednot (Kranjc 1994, 58-59). Gspan in Jug (1993, 16) dodajata, da pri slabi varnosti pri delu ni niti mogoča bogata družba in ni mogoče niti vrhunsko uspešno podjetje. Z družbenega vidika varnosti in zdravja so ukrepi države nujni, saj zmanjšujejo negativne družbene posledice slabe varnosti in zdravja ter ob tem zagotavljajo določeno raven humanizacije delovnega procesa v tržnem gospodarstvu, kjer organizacije zasledujejo predvsem profitni motiv ter pri analizi stroškov in koristi

vlaganj v delovno varnost podjetja ne upoštevajo stroškov in koristi na ravni družbe (Tekavčič 1994, 15).

3.1 ZAKONSKI OKVIR VARNOSTI IN ZDRAVJA PRI DELU

3.1.1 Ustava Republike Slovenije (URS)

Zagotavljanje varnosti in zdravja pri delu je ena izmed temeljnih človekovih pravic in je zato tudi ustavna kategorija, čeprav pravice do pogojev za delo, ki zagotavljajo telesno in moralno integriteto in varnost, ter pravice do osebne varnosti Ustava Republike Slovenije (Ur.l. RS, št. 33/91) iz leta 1991 izrecno in neposredno ne določa. Vključuje pa 8. člen, ki pravi, da se ratificiranje in objavljanje mednarodne pogodbe uporabljata neposredno. Kar pomeni, da to vključuje tudi mednarodno konvencijo št. 155 o varnosti in zdravju pri delu, ki pravi, da sta varnost in zdravje pri delu temeljna človekova pravica (Vakselj 2001, 20-21). Na posreden način je ustavna podlaga za vsebinsko urejanje varnosti in zdravja pri delu podana zlasti v okviru ustavne določbe o nedotakljivosti človeškega življenja ter v okviru pravice do socialne varnosti, ki vključuje pravico do socialnega zavarovanja, torej zdravstvenega, pokojninskega, invalidskega in drugega državnega zavarovanja. Poleg tega je mogoče skrb za urejeno in zdravo delo posredno razbrati iz 66. člena, ki pravi, da ustvarja država možnost za zaposlovanje in delo ter zagotavlja njuno zakonsko varstvo, ter iz 72. člena, kjer je določeno, da ima vsak pravico do zdravega življenjskega okolja (Brezovar 2002).

3.1.2 Zakon o varnosti in zdravju pri delu

V sistemski ureditvi področja varnosti in zdravja pri delu je najpomembnejši krovni zakon, Zakon o varnosti in zdravju pri delu (Ur.l. RS, št. 56/99 in 64/01; v nadaljevanju Zakon), ki je začel veljati julija leta 1999. Pomen tega zakona je izjemen, ker je to prvi sistemski zakon v Republiki Sloveniji, ki ureja odnos med delodajalcem in delavcem po vzoru podobnih pravil v državah članicah Evropske unije ter predstavlja ogrodje pravil iz tega področja. Kot to nakazuje že sam naslov Zakona, gre pri vsebini za enakovredno in nedeljivo obravnavo pojma varnosti in zdravja, ki predpostavlja, da živimo danes v družbenoekonomskem sistemu, ki temelji na zasebni lastnini in tržnih zakonitostih, ter da obseg pravic, obveznosti in odgovornosti v zvezi z delom izhaja predvsem iz vloge

in položaja, ki ga nekdo zaseda v odnosu do lastnine, ter od podpisane pogodbe o zaposlitvi. Zakon odgovornost in obveznosti za varnost in zdravje v veliki meri nalaga delodajalcu kot formalnemu in dejanskemu predstavniku premoženja ter pri tem ne razlikuje glede na vrsto premoženja in velikost organizacije. Zakon kot delodajalca predvideva različne oblike organizacij ali statusov, ti pa so lahko: gospodarska družba, zavod, javni zavod, samostojni podjetnik, državni organ, kmet, civilnopravne osebe (društva, cerkev) itd. Kot delavca razume osebo, ki je z delodajalcem sklenila pogodbo o zaposlitvi na podlagi delovnega prava ter osebo, ki pri njem dela na kakršnikoli pravni osnovi (tudi dijaki in študentje) (Zakon o varnosti in zdravju pri delu 1999 in Brezovar 2002).

Zakon je kot prvo načelo v 5. členu uzakonil načelo, da je delodajalec tisti, ki mora zagotoviti varnost in zdravje pri delu, tako da določa in izvaja varnostne ukrepe ter ukrepe varovanja zdravja, da preprečuje nevarnosti pri delu, obvešča in usposablja delavce, ustrezno organizira izvajanje strokovnih nalog in zagotovi potrebna sredstva ter pri izvajanju ukrepov upošteva predpisana temeljna načela (načelo obveznosti delodajalca, načelo varstvenih ukrepov). Delodajalec se v nobenem primeru ne more razbremeniti te odgovornosti, četudi mora opravljanje strokovnih nalog poveriti strokovnemu delavcu in pooblaščenemu zdravniku. Prav tako ga ne odvezuje njegove odgovornosti dejstvo, da opravljanje strokovnih nalog v celoti ali deloma zagotovi z zunanjimi strokovnimi delavci ali zunanjimi strokovnimi službami (Vakselj 2001, 96-97).

Zakon zavezuje vse akterje delovnega procesa k ukrepom za zagotavljanje varnega in zdravega dela, saj določa tako pravice in dolžnosti delodajalca kot tudi pravice in obveznosti delavca. Iz vsebine pravnega urejanja razmerij med delodajalcem in delavcem izhaja načelo, določeno v 7. členu, da so vse dolžnosti delodajalca po zakonu in drugih predpisih s področja varnosti in zdravja pri delu hkrati pravice delavca v zvezi z varnim in zdravim delom. Iz tega načela izhaja, da ima delavec po 8. členu zakona pravico do takega delovnega okolja, ki mu zagotavlja varnost in zdravje pri delu ter do takega dela, ki je prilagojeno njegovim telesnim in duševnim zmožnostim. Neločljiv del te pravice delavcev je obveznost delavcev (9. člen), da spoštujejo in izvajajo varstvene ukrepe, da delo opravljajo pazljivo, da ne bi ogrozili svojega življenja in zdravja ter

življenja in zdravja drugih oseb. Tako delavec s pridobitvijo navedene pravice prevzame tudi določene obveznosti in odgovornosti (Vakselj 2001, 98-99).

Ena bistvenih novosti Zakona in hkrati ena od najpomembnejših obveznosti delodajalca je, da mora vsak delodajalec, ki je v celoti odgovoren za varnost in zdravje svojih delavcev imeti izdelano Izjavo o varnosti z oceno tveganja v pisni obliki, s katero določi način in ukrepe za zagotavljanje varnosti in zdravja pri delu, ter jo dopolniti ob vsaki novi nevarnosti in spremembi ravni tveganja. Izjavo, ki temelji na ugotovitvi možnih vrst nevarnosti in škodljivosti na delovnem mestu in v delovnem okolju ter oceni tveganja za nastanek poškodb in zdravstvenih okvar, so morali delodajalci izdelati do konca leta 2001 (Vakselj 2001, 49).

3.2 VARNOST IN ZDRAVJE PRI DELU V OKVIRU EVROPSKE UNIJE

Skrb za varnost in zdravje pri delu in obvladovanje celotnega sistema, ki poleg izvajanja tehničnih ukrepov obsega izvajanje drugih varnostnih ukrepov, npr. zdravstvenih, socialnih, vzgojnih, pravnih in drugih ukrepov, je eden od največjih izzivov s katerimi se sooča Evropa. Z mednarodno trgovino, enotnim trgom, globalizacijo in širitvijo Evropske unije (v nadaljevanju EU) se naglo povečuje potreba, da bi delavcem zagotavljali čezmejno varovanje varnosti in zdravja pri delu tudi s socialno politiko enotnega trga. Pri tem EU zastopajo trije glavni organi za varnost in zdravje pri delu: Svetovalni odbor za varnost in zdravje pri delu s sedežem v Luksemburgu, Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu s sedežem v Bilbau in Evropska fundacija za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer s sedežem v Dublinu. Pravna ureditev je ključen instrument preprečevanja izkoriščanja delovne sile zaradi selitve proizvodnje na območja, kjer sta varnost in zdravje pri delu najšibkejša ter zagotavljanja urejenosti področja varnosti in zdravja pri delu na območju EU. Nobena skupnost na svetu še ni dosegla take stopnje v razvoju obvezujočih in učinkovitih predpisov na področju varnosti in zdravja pri delu, kot jo je dosegla EU. Nekateri politiki in vlade v Evropi se ne strinjajo s tako strogim načinom politike in zagovarjajo odpravljanje predpisov, ki terjajo nadzor. Vendar na drugi strani zagovorniki opozarjajo, da težnje k zmanjšanju nadzora podcenjujejo pomen preventivnih zahtev in imajo lahko izredno hude posledice. Pri tem dodajajo, da sta zelo pomembna sistematično sodelovanje in

solidarnost sindikatov vseh držav, saj so le na tak način ključni organi, ki zagotavljajo varnost in zdravje v EU, učinkoviti (Jacobsen 2006, 4-5).

3.2.1 Nova evropska strategija na področju varnosti in zdravja pri delu

Ustvarjanje večjega števila in boljših delovnih mest ter povečanje produktivnosti in kakovosti je bil cilj, ki si ga je marca leta 2000 EU zastavila na lizbonskem Evropskem svetu. Varnost in zdravje so predstavili kot bistvena elementa v smislu zagotavljanja kakovosti dela, hkrati pa zelo pomembna indikatorja v sporočilu Evropske komisije »investing in quality« (investiranje v kakovost). Pospešena posvetovanja so postavila temelj za strategijo na področju varnosti in zdravja v EU za obdobje 2002 do 2006, ki je vzpostavila skladen politični okvir varnosti in zdravja ter predloge za konkretne skupne aktivnosti in njihovo implementacijo (Pavlič 2007, 32). Nadaljevanje strategije Evropske skupnosti, ki je zajemala obdobje 2002 do 2006, predstavlja nova Evropska strategija na področju varnosti in zdravja pri delu za obdobje 2007 do 2012 in ima težnjo po izboljšanju kakovosti in produktivnosti dela. Strategija zasleduje dolgoročni cilj vključevanja vseh akterjev za doseganje sodobnega, učinkovitega in uspešnega sistema varnosti in zdravja za Evropo, ki naj bi zmanjšal število nesreč in slabega zdravstvenega stanja ter pozitivno vplivalo na zaposljivost in podjetja ter posledično pripeljalo do pozitivnih sprememb tako za zaposlene kot za gospodarstvo (European Commission Employment, Social Affairs and Equal Opportunities).

Glavni cilj nove strategije je doseči nepretrgano, trajnostno in homogeno zmanjšanje nesreč pri delu in poklicnih boleznih v EU, natančneje 25-odstotno zmanjšanje pogostnosti nesreč pri delu in poklicnih boleznih na ravni EU v obdobju 2007 do 2012 (European Commission Employment, Social Affairs and Equal Opportunities). Za doseganje strateških ciljev bodo morali posebni organi varnosti in zdravja pri delu povezati različne politične instrumente, kot so zakonodaja, socialni dialog, napredni ukrepi in najboljše prakse, družbena odgovornost gospodarskih družb, gospodarske pobude in integracija načela enakosti spolov ter spodbuditi ukrepanje akterjev na vseh ravneh, in sicer na evropski, nacionalni in lokalni ravni ter na delovnem mestu. Države članice bodo morale najprej razviti svoje nacionalne strategije, določiti cilje in prednostne naloge za svoje nacionalno ukrepanje ter nato izbrati primerne politične

instrumente, ki temeljijo na poglobljeni večrazsežnostni analizi, ki upošteva socialne, ekonomske in okoljske dejavnike (EUR-Lex 2007).

3.3 EKONOMSKI UČINEK VARNOSTI IN ZDRAVJA PRI DELU

Pravni predpisi so sicer podlaga za uresničevanje skrbi za varnost in zdravje pri delu, vendar so za uspešno poslovanje bolj oprijemljiv in prepričljiv motiv za delodajalčevo skrb za zaposlene ekonomske potrebe po zmanjševanju stroškov, ki so posledica poškodb in zdravstvenih okvar pri delu. V Sloveniji ni izdelane in splošno sprejete metodologije za ugotavljanje stroškov v zvezi z varnostjo in zdravjem pri delu. Najpogosteje se v zvezi s stroški delodajalcev v podjetju uporabljata dve skupini podatkov, in sicer stroški za izvajanje ukrepov in aktivnosti za zagotavljanje varnosti in zdravja ter število izgubljenih delovnih ur zaradi slabo urejenega področja varnosti in zdravja (poškodbe pri delu, poklicne bolezni, itd.). K tema dvema skupinami bi morali dodati še stroške za zdravljenje, za porabljeni sanitetni material in zdravila, za nadomestila v času odsotnosti z dela, razna zavarovanja, sodne in odškodninske zahtevke itd. Manj je znanega o škodi na delovnih sredstvih, še manj pa o posredni škodi zaradi motene proizvodnje, stroških za raziskave nezgod, za nadomestitev bolnih ali poškodovanih delavcev, stroških za nadomestitev izpada dela, stroških za prispevke za socialno varnost oziroma za zdravstveno, pokojninsko in invalidsko zavarovanje (Resolucija o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu 2003). Ocenjevanje ekonomskega pomena varnosti in zdravja pri delu je napačno in nesmiselno, če na to področje gledamo samo z vidika stroškov za izvajanje ukrepov in aktivnosti za zagotavljanje varnosti in zdravja ter ob tem ne upoštevamo pozitivnega ekonomskega učinka in škode, ki nastane zaradi slabe varnosti in zdravja pri delu. Takšno enostransko obravnavanje varnosti in zdravja pri delu daje napačno sliko o pomenu tega področja, ob tem pa ne vzpodbuja razvoja varnosti in zdravja pri delu (Gspan in Jug 1993, 6).

Zakonsko urejeno področje varnosti in zdravja pri delu ter neobvezni dodatni ukrepi in prispevki predstavljajo za delodajalca stroške, ki so sestavni del cene dela in to povečujejo. Vendar različni ukrepi varnosti in zdravja pri delu število nesreč in stroške, povezane z njimi, zmanjšujejo. Ukrepi povečujejo uspešnost poslovanja predvsem preko pozitivnih vplivov na produktivnost dela, večjo kakovost izdelkov ter posledično večjo konkurenčnost in ugled na trgu. Prav zaradi naštetih razlogov je postala s tržnim

gospodarstvom vzročna zveza med poškodbami in z njimi povezanimi stroški za vodilne vse bolj zanimiva (Kapus 1994, 16).

Za uspešno in ekonomično poslovanje mora torej organizacija oceniti tako stroške, ki so po eni strani povezani z vlaganjem v varnost in zdravje, ter stroške, ki so po drugi strani posledica zanemarjanja varnosti in zdravja, nato pa sledi določitev optimalne ravni vlaganj v varnost in zdravje, saj s tem organizacija določi mejo, do katere se ji še splača vlagati. Raven ni nujno maksimalna raven varnosti in zdravja v organizaciji ter hkrati optimalna raven z vidika družbe, temveč le izenačenje koristi dodatnih vlaganj s stroški, ki so bili potrebni, da je do vlaganj prišlo. Organizaciji se splača povečevati vlaganja v varnost in zdravje pri delu vse dotlej, dokler so denarno ovrednotene koristi vlaganj večje od stroškov teh vlaganj (Tekavčič 1994, 11-15).

Predpostavljam, da je z vidika produktivnosti in dobičkonosnosti zdrav delavec bolj zanimiv za delodajalca, saj pomeni zdrav delavec večjo storilnost v podjetju ter boljši poslovni in finančni rezultat. Po drugi strani pa je delodajalec, ki veliko vlaga v zdravje zaposlenih ter jim nudi varno in zdravo delovno okolje, bolj privlačen za iskalca zaposlitve. O tem razpravljata tudi Gspan in Jug (1993), ko pravita, da velja danes v urejenih tržnih ekonomijah podjetje s slabo varnostjo in zdravjem pri delu za nezdravo podjetje brez tržne cene, ki se ga vrhunsko usposobljen kader izogiba. V uspešnih podjetjih velja pravilo, da je prva in najpomembnejša naloga podjetja skrb za zdravje in varnost zaposlenih ter je šele na drugem mestu uspešnost podjetja (Gspan in Jug 1993, 10).

Razmerje med stroški in koristmi, ki jih prinaša varno in zdravo ter urejeno delovno okolje, prikazuje članek »Zdravje se splača« v reviji Manager (Basle 2003, 54-59), ki na podlagi izsledkov analiz ameriškega urada za poklicno varnost in zdravje (OSHA) poda zaključke tudi za Slovenijo. Ameriško gospodarstvo na leto porabi več sto milijard dolarjev za plačilo nadomestil za poškodbe pri delu in bolniške izostanke, pri čemer niso upoštevane izgube zaradi zmanjšane produktivnosti podjetja, poslabšanega ozračja ter povečanega stroška cene dela zaradi iskanja in priučevanja nadomestnih delavcev. Raziskave kažejo, da je z učinkovitimi programi upravljanja zdravja stroške podjetja, ki so povezani s poškodbami in boleznijo zaposlenih, mogoče zmanjšati vsaj za 20, največ pa celo za 40 odstotkov. V Združenih državah Amerike naj bi zato kar 90 odstotkov

podjetij s 50 ali več zaposlenimi in skoraj vsa podjetja s 750 zaposlenimi izvajala vsaj enega od programov promocije zdravja. Članek navaja podjetje Mobil Chemical kot primer dobre prakse zagotavljanja programa varnosti in zdravja pri delu v delovnem okolju s Prostovoljnim programom za zaščito delavcev² (OSHA), ki je prinesel zavidljive rezultate. Število nesreč pri delu se je zmanjšalo za 32 odstotkov, število izgubljenih delovnih dni za 39 odstotkov ter število bolniških izostankov za 24 odstotkov. Ko so na koncu vse to pregledali še s finančnega stališča, so ugotovili, da so samo iz nadomestil delavcem prihranili za 70 odstotkov denarja. Basle iz ameriških in japonskih statistik sklepa, da bi lahko Slovenija v zdravstveni blagajni prihranila 1,3 milijarde tolarjev (danes približno 5,4 milijona evrov), če bi se bolniška odsotnost v Sloveniji zmanjšala samo za en dan. Slovenija po zgledu EU uvaja program promocije zdravja na delovnem mestu Čili za delo, ki bi kot posledica sodelovanja med ministrstvom za zdravje in ministrstvom za gospodarstvo ter vključevanja širšega kroga podjetij prinesla izboljšanje poslovanja slovenskih podjetij in ognitev dodatnemu bremenu vse večjega zdravstvenega primanjkljaja (Basle 2003, 54).

3.3.1 Ekonomske posledice slabe varnosti in zdravja pri delu

Po sedanji ureditvi imajo v Sloveniji določene materialne obveznosti na področju varnosti in zdravja pri delu predvsem trije nosilci, in sicer delodajalci, država (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije) in delavci, ki jih lahko ponazorimo v treh ravneh (Gspan in Jug 1993, 14-16):

- *Raven države.* Posledice slabega sistema varnosti in zdravja pri delu zmanjšujejo splošno blaginjo države, bruto domači proizvod (v nadaljevanju BDP) ter povečujejo neposredne stroške zdravljenj, stroške za socialno varnost in posredno stroške zdravstvenega varstva (potrebne so dodatne bolnišnične zmogljivosti). Posledično doprinesejo tudi k manjši potrošnji in manjšemu številu dela zmožnih davkoplačevalcev.
- *Raven podjetja/organizacij.* Slab sistem varnosti in zdravja pri delu predstavlja za podjetja višje režijske stroške, višje stroške zavarovanj, večjo potrebo po nadomestnih delavcih, stroške za prerazporeditev na druga mesta v primeru

² Voluntary protection program

trajne poškodbe, motnjo in prekinitev proizvodnje, višje stroške zaradi preiskav nezgod, civilnih tožb in odškodninskih zahtevkov, manjši ugled, manjšo konkurenčnost zaradi neizpolnjevanja terminskih obveznosti do kupcev, nižje dohodke in odliv vrhunskih strokovnjakov iz podjetja.

- *Raven delavca.*

- a) Poškodovani delavec je zaradi zdravljenja oškodovan pri dohodku. Pri začasnem ali trajnem zmanjšanju delovnih zmožnosti se mu zmanjša možnost za zaposlitev na delovnem mestu z višjim dohodkom, kjer je bil bolje usposobljen, poleg tega pa pride do slabše kakovosti življenja zaradi okvar delavca in družinskih članov.
- b) Ostali nepoškodovani delavci solidarnostno pokrivajo stroške slabe varnosti in zdravja pri delu prek višjega dopolnilnega zavarovanja.

Vloga delodajalcev je preventivna, saj so ti dolžni uresničevati ukrepe, predpisane z zakonom in ustreznimi pravilniki, s katerimi naj bi preprečili ali na najnižjo možno stopnjo zmanjšali obseg in posledice poškodb pri delu in poklicnih boleznih. Oba zavoda s področja socialnega zavarovanja solidarnostno pokrivata izdatke posledic neuresničene in neuspešne preventive na delovnem mestu, kot so stroški zavarovanj, rehabilitacij, nadomestil, invalidskih pokojnin in drugih dajatev, ki izhajajo iz poškodb pri delu in poklicnih boleznih. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije zagotavlja kritje stroškov za zdravljenje poškodb pri delu in poklicnih boleznih. Zakon določa, da krije pri teh stanjih obvezno zavarovanje vse stroške brez doplačila zavarovanca ali njegovega delodajalca, kar pomeni stroške za zdravljenje na primarni, sekundarni in terciarni ravni, za zdraviliško zdravljenje, za zdravila in medicinske pripomočke ter nadomestila plač zavarovancem v času začasne zadržanosti z dela, in sicer v višini 100 odstotkov osnove od 30. delovnega dne dalje. Za prvih 30 delovnih dni nadomestilo zagotavlja delodajalec. Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije delavcem, poškodovanim pri delu ali zbolelim zaradi poklicne bolezni, v primeru trajne nezmožnosti za delo zagotavlja invalidsko pokojnino in druge pravice iz tega zavarovanja. Poleg tega krije stroške poklicne rehabilitacije, adaptacije delovnega mesta in v posebnih primerih tudi invalidnino ter dodatek za pomoč in postrežbo zavarovanca. V primeru smrti, ki je posledica poškodbe pri delu, otrokom zavarovanca zagotavlja

družinsko oziroma vdovsko pokojnino (Resolucija o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu 2003).

Z vlogo države pri kritju stroškov, povezanih s poškodbami pri delu, se je v začetku razcveta industrije ukvarjal že Bismarck, ki je državo hotel razbremeniti naraščajočih stroškov za poškodbe pri delu in tako stroške od države prenesel na privatno ustanovo, natančneje zavarovalniško družbo »Berufsgenossen-Schaften«. Naloga ustanove je bila solidarnostno kriti stroške poškodb pri delu, pri tem pa je imela tudi nalogo pospeševanja ter napredovanja na področju varnosti in zdravja pri delu. Postala je izjemno učinkovita ustanova, ideja pa se je ohranila do danes, saj lahko v večjih evropskih državah zasledimo podobne družbe, katerih ključna naloga ni le solidarnostno kritje, temveč tudi urejanje področij normativne dejavnosti, raziskav ter razvoja varnosti in zdravja pri delu (Gspan in Jug 1993, 16-17).

Vse posledice in stroške za poškodbe pri delu in poklicne bolezni končno nosi država in z njo davkoplačevalci, torej poškodovani in vsi drugi, ki solidarnostno krijejo neposredne in posredne stroške. Iz tega sledi, da bi nedvomno moral biti delavec sam najbolj motiviran za varno in zdravo delo, kar v praksi ne drži. Nemalokrat je motiviranost delavcev za varno in zdravo delo odvisna od osveščenosti o pomenu varnosti in zdravja pri delu za njihovo kakovost življenja, možnosti vplivanja delavcev na varnost in zdravje pri delu, odnosa vodstvenega kadra do področja varnosti in zdravja pri delu ter navsezadnje vzgoje in kulture delavcev na vseh ravneh (Gspan in Jug 1993, 16-17).

4 PROMOCIJA ZDRAVJA

Odgovornost za zdravje prebivalstva ni več samo stvar zdravstva, temveč je porazdeljena na eni strani med posameznike, ki so dolžni aktivno skrbeti za svoje zdravje, ter na drugi strani med vsa področja družbe. V skladu s prevzemanjem večje odgovornosti posameznikov za lastno zdravje in odgovornosti skupnosti, ki mora zagotoviti pogoje za uveljavljanje bolj zdravega okolja in boljšega zdravja ljudi, skuša nova dejavnost promocije zdravja doseči največje možno izboljšanje sposobnosti ljudi za uresničevanje telesnih, duševnih in družbenih zmožnosti ter jih usposobiti, da lahko živijo družbeno bogato in zadovoljivo življenje (Bilban 2006b, 1).

Svetovna zdravstvena organizacija (v nadaljevanju WHO) poudarja, da »predpogoji in možnosti za zagotavljanje zdravja niso le v domeni zdravstvenega sektorja. Pomembneje je, da se aktivnosti promocije zdravja usklajujejo med vsemi, ki morajo biti vključeni vanjo: vlado, zdravstvenim, socialnim in ekonomskim sektorjem, nevladnimi in prostovoljnimi organizacijami, lokalnimi skupnostmi, gospodarstvom in javnimi mediji«. Problematika zagotavljanja zdravja zadeva vse dejavnike v družbi, zato se tudi promocija zdravja odvija na vseh ravneh in na vseh področjih družbe. Lahko rečemo, da je ohranjanje zdravja pomembna kolektivna in individualna odgovornost (Bilban 2006b, 2-3). Ob tem ne smemo pozabiti, da se je smiselno usmeriti na tista področja in dele družbe, kjer bo imel projekt promocije zdravja nek učinek tudi v smislu povrnitve vloženih sredstev. Strategije in program promocije zdravja pa morajo biti prilagojeni potrebam in možnostim posameznih držav ter upoštevati razlike v družbenem, kulturnem in ekonomskem sistemu države (Teržan 2000, 115).

4.1 PROMOCIJA ZDRAVJA V DELOVNEM OKOLJU

Promocija zdravja pri delu je dobila v Sloveniji svoje mesto v nekaterih pravnih dokumentih, kot je na primer Resolucija o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu iz leta 2003 (v nadaljevanju Resolucija), kjer je opredeljena kot neformalna dejavnost na nacionalni ravni, ki je zunaj zakonskih obveznosti in temelji na obveščanju, izobraževanju in osveščanju tako delavcev kot delodajalcev in vseh vpletenih v politiko zdravja in varnosti pri delu (Urdih Lazar 2007, 31).

Bistveni cilji promocije zdravja na delovnem mestu so, da se delavcem omogoči zdravo in varno delovno okolje, ohranja delovno sposobnost in zmanjša prezgodnje upokojevanje, pretirano odsotnost z dela zaradi bolezni, da se preprečijo poškodbe pri delu, poklicne bolezni ali bolezni, ki bi bile povzročene ali vplivale z delom, okoljem, življenjskim stilom ali socialnimi determinantami, da se omogoči optimalno ravnotežje med ekonomskim interesom na eni strani in delovno zmožnostjo na drugi strani za vse zaposlene, da se ohrani splošno življenjsko okolje in omogoči proizvodnjo zdravih in okolju prijaznih proizvodov za ljudi (Resolucija o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu 2003).

V zadnjih dveh desetletjih je Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije v sodelovanju z območnimi zavodi za zdravstveno varstvo bistveno prispeval k razvoju promocije zdravja pri delu, v zadnjem času pa veliko napora v razvoj promocije zdravja vlaga tudi Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa. Tako kot marsikje drugod v Evropi tudi v Sloveniji razvoju promocije zdravja ni uspelo prodreti čez meje zdravstvenega sektorja, čeprav so predstavniki Ministrstva za zdravje začeli govoriti o »zdravju v vseh politikah«, vendar v praksi to še ni vidno (Urdih Lazar 2007, 32-33). Na enostransko obravnavanje področja, predvsem kar zahteva obravnavo zdravnikov, zdravstva, medicinske tehnologije ter odgovornih za njihovo financiranje, gre veliko kritik. Na to opozarja Doyalova (1984, 5), ki pravi, da je zdravje ljudi potrebno obravnavati kot vprašanje, ki je globoko ukoreninjeno v gospodarskem in družbenem sistemu. Kar pomeni, da morajo biti pri zagotavljanju zdravja ljudi vključeni različni akterji na različnih ravneh. Eden od ukrepov, ki ga predlaga Resolucija za izboljšanje izvajanja strokovnih nalog, je oblikovanje doktrine varnosti in zdravja pri delu, za katero bi se država, vsaj na začetku, zavezala s financiranjem raziskav (Resolucija o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu 2003).

Do težav z zdravjem v delovnem okolju prihaja zaradi škodljivosti in obremenitev, ki na njem nastopajo bodisi zato, ker delavci niso dovolj poučeni o varnem in zdravem delu, bodisi zaradi slabih odnosov s sodelavci in nadrejenimi. Promocija zdravja v delovnem okolju vpliva na vse dejavnike, ki ga sestavljajo, in s pomočjo teh izboljšuje zdravje delavcev (Teržan 2000, 116). Izvajanje promocije zdravja v delovnem okolju je v mnogočem enostavnejše, saj je preventivne ukrepe in akcije delovne zmožnosti skupine

lažje izvajati na mestu, ko je skupina ljudi že zbrana več ur na dan (zdrava prehrana, gibanje, aktivnosti proti stresu, itd.).

Učinkovit program politike varovanja zdravja delavcev se razlikuje od starega pogleda na varovanje zdravja pri delu in mora vključevati naslednje aktivnosti (Fikfak-Dodič 2002, 37 in Teržan 2000, 116-117):

- izdelavo navodil in metod za osveščanje delodajalcev o pomenu zdravih delavcev za uspeh podjetja,
- promocijo dobre delovne kulture in organizacije dela ter ustrezna načela vodenja, ki vključujejo aktivno sodelovanje vseh delavcev ter spodbujajo zavedanje soodgovornosti za lastno zdravje in zdravo delovno okolje,
- pripravo načel organizacije delovnega procesa, po katerih so zahteve dela in zmogljivosti delavcev v ravnovesju,
- delo službe za varnosti in zdravje ter preprečevanje poklicnih bolezni pri delu,
- uvajanje kadrovske politike, ki aktivno vključuje splošno varovanje zdravja in promocijo zdravja tako na delovnem mestu kot izven njega ter uvajanje promocije zdravja na delovnem mestu v celotno politiko podjetja,
- koordinacijo dela skupin in integracijo zdravja, varnosti in okolja v celoto podjetja,
- oceno ekonomskega dobička promocije zdravja in rentabilnosti vlaganja dodatnih sredstev v izboljšanja zdravja zaposlenih preko kazalnika zdravstvenega stanja delavcev (bolniški stalež, poškodbe pri delu, poklicne bolezni, invalidske upokojitve, umrljivost, itd.),
- širšo percepcijo vpliva promocije zdravja na socialni kapital in razvoj občine, kjer se podjetje nahaja.

Skoraj vse našteje aktivnosti so zunaj zakonskih obveznosti in temeljijo na informiranosti, kulturi, vzgoji in osveščenosti tako delavcev kot delodajalcev in vseh vpletenih v politiko varnosti in zdravja pri delu. Uspešna podjetja, ki jih vodijo razgledani menedžerji, vitalnost in zdravje zaposlenih povezujejo z delovno zmoglostjo, posledično pa smatrajo rekreacijo, zdrav način življenja in zdravo prehrano kot sestavni del menedžmenta (Fikfak-Dodič 2002, 37).

Bistveni cilji promocije zdravja v delovnem okolju, kot jih priporoča WHO so, da se delavcem omogoči zdravo in varno delovno okolje, ohranja delovno sposobnost in zmanjša prezgodnje upokojevanje ter pretirano odsotnost z dela zaradi bolezni; da se preprečijo poškodbe pri delu, poklicne bolezni, ki bi bile posledica okolja, življenjskega sloga ali socialnih determinant; da se omogoči optimalno ravnotežje med ekonomskim interesom na eni stani in delovno zmožnostjo zaposlenih na drugi stani; da se ohrani splošno življenjsko okolje ter omogoči zdrave in okolju prijazne proizvode za ljudi (Fikfak-Dodič 2002, 36-37). Za doseganje navedenih ciljev mora biti sistem promocije zdravja grajen na obstoječi praksi za zdravje in varnost pri delu, promociji zdravja na delovnem mestu in promociji zdravja za zdravo okolje ter vključiti širše okolje (Resolucija o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu 2003).

4.1.1 Uvajanje promocije zdravja v delovno okolje

V praksi navadno da znotraj podjetja pobudo za promocijo zdravja na delovnem mestu pooblaščen specialist medicine dela, prometa in športa, strokovnjak za varnost in zdravje pri delu, lahko pa to storijo tudi delavci sami ali vodstvo podjetja. Sledi natančna priprava posameznih aktivnosti za izvajanje promocije zdravja v podjetju. Posebej pomembna je zagotovitev aktivnega sodelovanja vodstva podjetja in drugih sodelavcev strokovnjakov iz vrst zaposlenih v podjetju ter vzbudi interes delavcev, ki jim je program namenjen (Teržan 2000, 119).

Nato sledijo naslednje aktivnosti (Teržan 2000, 120-122) :

1. **Uvodno predavanje za vodstvene delavce.** Pomembno je, da se vodstvene delavce v podjetju, ki razpolagajo z materialnimi sredstvi in kadri, primerno spodbudi in predstavi projekt na način, da postanejo zainteresirani. Poudariti je potrebno ekonomske prednosti in koristi promocije zdravja na delovnem mestu ter poudariti dejstvo, da so delavci najpomembnejša dobrina in tako investicija, ki se izplača.
2. **Poročilo o zdravju.** Pripravi ga vodja projekta, ki je lahko strokovnjak katerekoli stroke (varnostni inženir, specialist medicine dela, psiholog, sociolog), ob pomoči višjih medicinskih sester, tehnologov in kadrovske službe.

Za poročilo o zdravju se uporabi analiza zdravstvenih kazalcev, anketa med delavci in predpostavljenimi ter Izjava o varnosti z oceno tveganja. Običajno se analizira bolniški stalež, poškodbe pri delu, lahko pa tudi poklicne bolezni, invalidnost in umrljivost. Anketa mora biti sestavljena iz več delov. Vsebovati mora vprašanja v zvezi z zdravjem, telesnim in psihičnim počutjem, odnosom do sodelavcev in dela ter največjimi težavami in obremenitvami, s katerimi se delavci soočajo na delovnem mestu.

- 3. Predstavitev poročila in akcijskega programa s predvidenimi kadrovskimi in finančnimi prispevki.** Pripravi se poročilo, ki vsebuje okvirni načrt aktivnosti, ki jih je potrebno izvajati v podjetju in se ga predstavi vodstvenim delavcem. Predstavi se sodelavce iz podjetja, ki bodo pri projektu sodelovali ter koliko časa in koliko denarnih sredstev se bo za izpeljavo in izvajanje projekta potrebovalo. Tukaj nastopi prelomna točka, saj se odloča, ali bo do projekta prišlo ali ne.

V primeru, da pride do odobritve projekta, se aktivnosti nadaljujejo:

- 4. Predstavitev projekta neposrednim vodjem.** Vodja projekta jim projekt predstavi in jih skuša pridobiti za svoje sodelavce ter zagovornike izvajanja preventivnih ukrepov (rotacija delavcev, prilagoditev delovnih mest, nabava in uporaba lokalnih prevoznih sredstev, nova delovna oprema, prilagajanje odmorov glede na potrebe delavcev, uvajanje aktivnih odmorov, itd.).
- 5. Animacijska predavanja za delavce.** Pripravi se predavanja z zloženkami, plakati, kratkimi videospoti, kjer se zaposlenim razloži pomen posameznih ukrepov na delovnih mestih ter se jih vpraša za mnenje in morebitne sugestije.
- 6. Zdravstveni krožki.** Individualno se je potrebno ukvarjati s tistimi delavci, ki imajo posebne težave. V sklopu zdravstvenih krožkov delavci in njihovi neposredni vodje razpravljajo o pomenu in načinu izvedbe sprememb v organizaciji delovnega procesa, uvajanju odmorov ter uvajanju aktivnega odmora. Poleg tega pa se poskusi navdušiti delavce, ki imajo določene težave ali obolenja, za spremembe v njihovem življenjskem slogu ter jim nuditi osnove za

varno in zdravo vedenje v domačem okolju (zdrava prehrana, aktivno preživljanje prostega časa, zmanjševanje kajenja in pitja alkohola, zmanjševanje stresa, itd.).

7. **Spremembe v organizaciji dela in delovnega časa.** Prične se z uvajanjem rotacije na delovnih mestih in aktivnega odmora med delovnim časom.
8. **Učenje praktičnih znanj in veščin.** Delavce je potrebno poučiti znanj in veščin, s katerimi ohranjajo zdravje (pravilno dvigovanje bremen, pravilna priprava hrane, tehnike za zmanjševanje stresa) ter spodbuditi zanimanje za rekreacijo z organizacijo rekreacije za zaposlene v podjetju.

4.2 PROGRAM PROMOCIJE ZDRAVJA PRI DELU

4.2.1 Čili za delo

Program predstavlja priložnost za povečanje družbene in posameznikove odgovornosti za zdravje in za uveljavljanje bolj zdravega načina življenja ter sprememb v korist zdravja v delovnem okolju. Je celovit program promocije na delovnem mestu, ki ima namen ozaveščanja delavcev in delodajalcev o zdravem življenjskem slogu na delovnem mestu in o oblikovanju zdravju naklonjenih življenjskih razmer (Stergar in Urdih Lazar 2006a).

Eden izmed razlogov, da so na Kliničnem inštitutu za medicino dela, prometa in športa (KIMDPŠ) začeli z razvojem na znanstvenih rezultatih zasnovanega programa, metod dela in infrastrukture za promocijo zdravja na delu, so bili podatki zdravstvene statistike prebivalcev Slovenije med letoma 1993 in 2003, ki v primerjavi z državami EU kažejo na odstopanje Slovenije v negativno smer v nekaterih kazalnikih zdravstvenega stanja. V okviru programa niso razvijali vsebin, ki so v Sloveniji že na voljo in jih je mogoče uporabiti tudi v delovnem okolju (npr. programi zdravega prehranjevanja, spodbujanje telesne dejavnosti, opuščanje kajenja). Njihov cilj je izdelati koncept mreže, v katero bi povezali vse, ki delujejo na področju promocije zdravja, varnosti in dela, v učinkovito podporno mrežo (Čili za delo 2007a).

4.2.1.1 Faze programa Čili za delo

Program je bil zaradi lažjega financiranja razdeljen na tri dele, in sicer raziskovalno-analitični del (od oktobra 2004 do avgusta 2005), projekt Phare (od maja 2005 do konca julija 2006) in implementacijo projekta v slovenskih podjetjih (od 2007 dalje).

Raziskovalno-analitični del

Prvi del programa Čili za delo predstavlja raziskava mnenj direktoric in direktorjev podjetij in organizacij o zdravju, delu in promociji zdravja. Anketiranje direktoric in direktorjev slovenskih podjetij in javnih zavodov je Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa (KIMDPŠ) izvedel aprila leta 2005. Raziskava je zajela direktorje vseh velikih in srednjih podjetij ter javnih zavodov in vzorec 2500 direktorjev malih podjetij. Izpolnjene vprašalnike je vrnilo več kot 1600 direktorjev. Namen raziskave je bil ugotoviti pripravljenost slovenskih podjetij na uvajanje programov promocije zdravja. V anketi so direktorji odgovarjali na vprašanja o odnosu do lastnega zdravja in do zdravja v podjetju/ustanovi/organizaciji, o zdravju in varnosti v podjetju, o izobraževanjih za zdravo in varno delo, o rezultatih preventivnih pregledov, o tem, kako pogosto je zdravje zaposlenih na dnevnem redu vodstva podjetja, in o pripravljenosti na uvajanje programa promocije zdravja v podjetje (Čili za delo 2007c).

Projekt Phare – Izobraževanje za zdravo delo in življenje

V drugem delu so se ukvarjali z izvajalci in partnerji³ v okviru projekta Phare, ki je potekal 15 mesecev, in sicer od maja 2005 do konca julija 2006. V okviru projekta so razvili sedem izobraževalnih in intervencijskih modulov za vseživljenjsko izobraževanje ter jih preizkusili v Pomurju. Cilji projekta Phare so bili naslednji (Stergar in Urdih Lazar 2006a, 81):

- Prispevati h krepitvi izobraževanja in osveščanja o zdravem delovnem in življenjskem slogu za nosilce procesov izobraževanja in usposabljanja ter prispevati k uspešni rabi vseživljenjskega učenja o zdravem delovnem in življenjskem slogu pri lastni profesionalni rasti.

³ Andragoški center Slovenije, Oddelek za tehniško varnost Fakultete za kemijo in kemijsko tehnologijo, Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota in Zveza svobodnih sindikatov Slovenije (Stergar in Urdih Lazar 2006a, 82)

- Poiskati in razviti konkretne rešitve za sistematično povezovanje izobraževalnih, javnozdravstvenih in drugih ustanov kot ponudnikov znanja in strokovnosti s področja zdravega delovnega in življenjskega z gospodarstvom.
- Proučiti in poiskati možnosti za vzpostavitev mreže znanja in strokovnosti za izmenjavo informacij, znanj, primerov dobre prakse, izkušenj in sprememb v korist zdravja na delovnem mestu.
- Razviti infrastrukturo za izobraževanje in usposabljanje za pridobivanje kompetenc s področja zdravega delovnega in življenjskega sloga ter sprememb v korist zdravja na delovnem mestu za izvajanje praktičnega usposabljanja.
- Razviti izobraževanje o zdravem delovnem in življenjskem slogu za mentorje, svetovalce za promocijo zdravja, načrtovalce, izvajalce izobraževanj v podjetjih, za sindikate in javnozdravstvene ustanove.

Implementacija projekta v slovenska podjetja

Po končanem projektu Phare in pilotskem izvajanju projekta v desetih organizacijah v Pomurju so pripravili načrt implementacije v preostalih podjetjih v Sloveniji. Pred začetkom implementacije so si zastavili cilj vzpostavitve mreže ustanov, ki strokovno podpirajo izvajanje promocije zdravja v podjetjih. Poleg tega je bilo potrebno usposobiti dovolj edukatorjev, ki širijo način dela med odgovorne v organizacijah, ter zagotoviti systemske spodbude in zagonska sredstva za podjetja, ki se za promocijo zdravja odločijo (Čili za delo 2007c).

4.2.1.2 Primer dobre prakse podjetja Talum

Primer dobre prakse med slovenskimi podjetji, ki ga navaja Basle (2003, 55) v članku »Zdravje se spleča«, je podjetje Talum, ki že peto leto zapored izvaja program za promocijo zdravja zaposlenih. V podjetju so opazili, da ljudje, ki se družijo pri športnih aktivnostih, lažje sodelujejo tudi na delovnem mestu, se hitreje dogovarjajo in organizirajo ter so bolj pripravljeni na skupinsko delo, so bolj zadovoljni in se bolj zavedajo, kako je pomembna skrb za zdravje. V petih letih od uvedbe programa se je v povprečju odsotnost na zaposlenega zaradi bolezni zmanjšala iz 20 na 11,4 delovnih dni na leto. Ačimovičeva, članica uprave Talum (v Basle 2003, 55), razlaga, da v denarju povprečno osem dni manj bolniških na leto na zaposlenega pomeni 86 milijonov tolarjev (danes približno 358 tisoč evrov) prihranka, 61 milijonov (danes približno 254 tisoč evrov) za podjetje Talum in preostali del za zdravstveno zavarovalnico. Ob

primerjavi donosnosti projekta s celotnim letnim proračunom projekta za zdravje postanejo prednosti na uvedbo programa še bolj jasne, saj je v Talumu strošek projekta znašal 10 milijonov tolarjev (41,6 tisoč evrov), kar pomeni, da se je vložek samo zaradi zmanjšanja stroškov za bolniško odsotnost v Talumu povrnil šestkrat. Kljub temu izračunu v Talumu ni bila bolniška odsotnost prvi razlog, dodaja Ačimovičeva (v Basle 2003, 55), da so se za program promocije zdravja odločili. Pestilo jih je predvsem veliko število invalidov in poškodb pri delu (Basle 2003, 55).

Projekt promocije zdravja v podjetju Talum je že takoj na začetku vključeval devet sklopov aktivnosti, od informiranja zaposlenih preko internega glasila, kako pomembna je skrb za zdravje, usposabljanja za zdravje na internih delavnicah, dneva zdravja in rekreativnih programov in do spremljanja odsotnosti z dela zaradi bolniškega dopusta s ciljem njihovega zmanjšanja na evropsko raven. Ačimovičeva (v Basle 2003, 56) strategijo uvajanja programa Zdravo Talum pojasnjuje tako: »Že na začetku je bil naš moto, da morajo biti dejavnosti zelo raznovrstne, tako da v naših programih vsakdo lahko najde tisto, ki mu ustreza. Hkrati smo ocenili, da je najbolje, da se programa ne lotimo po korakih, temveč s tempom. Če se kar naprej nekaj dogaja, se s tem ohranja napetost in manj verjetno je, da zanimanje čez čas čisto upade«. Prav zato so vsem zaposlenim v Talumu omogočili brezplačno kopanje v toplicah, enkrat na mesec so pripravili kolesarjenje in pohod ter poskrbeli za prvo fizioterapevtko delavnico. Čeprav je vse potekalo v prostem času, je bil odziv zaposlenih velik. Največ zanimanja je bilo za plavanje in fizioterapevtko delavnico (Basle 2003, 56).

Prvo leto niso pričakovali, da bi bili prihranki večji od vložkov, poleg tega si niso postavili zelo visokih ciljev. Zastavljeni cilj v prvem letu je bil zmanjšati bolniško odsotnost za pet odstotkov, ki so ga na koncu presegli, saj so po prvem letu bolniško odsotnost zmanjšali za četrtno. V nadaljnjih petih letih programa niso veliko širili. Nadaljevali so s plavanjem, kolesarjenjem, planinarjenjem in dnevom zdravja ter ga nadgradili v dveh smereh. Postopoma so začeli vključevati družinske člane (predvsem otroke) in se lotili razdelitve skupine glede na sposobnosti. Poleg uvajanja dejavnosti izven delovnega časa so izvajanje krajših izobraževanih seminarjev iz zdravstvene preventive priključili običajnemu strokovnemu izobraževanju v podjetju. Tako so na primer izvedli krajši seminar iz fizioterapije na koncu usposabljanja o varnosti in

zdravju pri delu, ter tako zaposlene poučili, kako pravilno dvigovati bremena in sproščati hrbtenico (Basle 2003, 56-57).

Talumov dan zdravja je prava posebnost v slovenskem prostoru. Prvo prosto soboto v septembru se zaposleni zberejo pred podjetjem, od koder ena skupina odkolesari na daljšo turo, druga na pohod, tretja na plavanje in četrta na tenis. Po zaključku aktivnosti se vsi skupaj spet zberejo na družabnih igrah ob zdravi hrani z veliko zelenjave in malo maščobami. Tudi v običajnem vsakdanu si projektna skupina promocije zdravja prizadeva prilagoditi toplo in zdravo malico vsem zaposlenim, zato dnevno zagotovijo šest različnih menijev za zaposlene in tako poskrbijo tudi za zaposlene, ki zaradi zdravstvenih težav prej niso mogli zaužiti tople malice. Poleg organizirane prehrane v podjetju podjetje Talum zagotavlja zaposlenim ambulanto, ki se nahaja znotraj podjetja, saj so mnenja, da prinaša veliko prednosti, med katere prištevajo manj dnevov bolniških odsotnosti, večjo produktivnost in razpoložanje v podjetju (Basle 2003, 57).

Talumov projekt Skrb za zdravje je zajemal devet sklopov (Basle 2003, 58):

- sodelovanje z zdravstvom (ohranili in posodobili so ambulanto znotraj podjetja);
- informiranje zaposlenih (pisanje člankov o zdravju v internem glasilu),
- organiziranje preventivne rekreativne dejavnosti (neomejeno plavanje in enkrat mesečno kolesarjenje in pohodništvo),
- usposabljanje v okviru predavanj in delavnic o zdravju zunaj delovnega časa (fizioterapevtska in protistresna delavnica) ter krajše izobraževanje v okviru delovnega časa kot dodatek ob siceršnjih strokovnih seminarjih za zaposlene,
- dan zdravja, ki je posvečen športnim dejavnostim in zdravi prehrani,
- redno spremljanje zdravniške odsotnosti (redna analiza odsotnosti, skupinska obravnava delavcev, ki so dalj časa ali pogosteje na bolniškem dopustu),
- pogovori z delavci ob vsaki premestitvi invalida na novo delovno mesto in ob vsaki vrnitvi z daljšega bolniškega dopusta,
- dopolnjevanje in spreminjanje organizacijskih predpisov za usklajevanje s programom,
- odprtost za predloge in nadgradnjo (v programe so začeli vključevati tudi preostale družinske člane, skupine pa so razdelili na kondicijsko bolj sposobni del in začetnike).

5 POŠKODBE PRI DELU KOT POSLEDICA NEZGOD

Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) je »nezgoda dogodek, ki se je zgodil neodvisno od človekove volje, povzročila pa ga je hitro delujoča zunanja sila ter se kaže v fizični ali psihični poškodbi« (World health organization). Večina definicij se nanaša na tiste nezgode, ki imajo za posledico poškodbo delavca. Vendar je potrebno poudariti, da ni rezultat vsake nezgode tudi poškodba ali okvara posameznika. Pogostost nepričakovanih nezgod je mnogo večja od tistih, ki imajo za posledico poškodbo.

Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju v 63. členu poškodbo pri delu opredeli kot posledico neposrednega in kratkotrajnega mehničnega, fizikalnega ali kemičnega učinka na delovnem mestu. Lahko je posledica hitre spremembe položaja telesa, nenadne obremenitve telesa ali drugih sprememb fiziološkega stanja organizma. Za poškodbo pri delu se šteje tudi poškodba, ki jo utrpi zavarovanec na redni poti od stanovanja do delovnega mesta ali nazaj, na službeni poti ali na poti, na podlagi katere je oboleli zavarovan. Za poškodbo pri delu se šteje tudi obolenje zavarovanca, ki je neposredna in izključna posledica nesrečnega naključja ali višje sile med opravljanjem dela ali dejavnosti, na podlagi katere je oboleli zavarovan (Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, Ur. List RS 26/03).

Definicija poškodbe pri delu v evropskem statističnem sistemu je ožja kot v večini nacionalnih sistemov držav članic. Poškodba ali nezgoda pri delu je opredeljena kot nenaden dogodek v toku dela, ki povzroči telesno ali duševno škodo. Izključene so namerne samopoškodbe, poškodbe na poti na in z dela in poškodbe, ki imajo samo medicinski razlog nastanka, ter poklicne bolezni. Vključeni so primeri, ki zahtevajo več kot tri koledarske dni odsotnosti z dela. Kot smrtni primeri so opredeljeni vsi tisti, kjer je smrt nastopila znotraj enega leta po poškodbi na delu (Kofol Bric 2006, 5).

Poškodbe pri delu so eden od najslabše razumljenih, vendar zelo pomembnih socialnih, ekonomskih in medicinskih potreb današnjega časa. Njihovega pomena kot bolezni sodobnega človeka dolgo časa niso v zadostni meri prepoznali ne medicinski ne strokovnjaki javnega zdravja (Bilban 2006a, 31). Medtem ko so v preteklosti poslovne rezultate skušali izboljševati z novimi tehnologijami, izpopolnjevanjem načinov vodenja in urejanjem standardov kakovosti, zdaj delodajalci odkrivajo, da se velika možnost

prihranka skriva v ljudeh in njihovem zdravju. Gre za ekonomsko logiko, ki zdravega delavca povezuje z manjšimi stroški za bolniška nadomestila, majhno verjetnostjo za izplačilo odškodnin za bolezni pridobljene na delovnem mestu, večjim zadovoljstvom zaposlenih in višjo storilnostjo zaradi boljše kondicije delavcev (Basle 2003, 54).

5.1 KONCEPTUALIZACIJA PREPREČEVANJA NEZGOD

5.1.1 Vzroki nezdod

Eden iz med prvih poskusov razlage in konceptualizacije vzroka nezdod ter prikaza časovnega razvoja vzročne povezanosti in poškodbe je bil Heinrichov model petih domin iz tridesetih let prejšnjega stoletja. Model ima obliko petih domino kock v vrsti, ki predstavljajo pet dejavnikov v zaporedju, ki se zgodijo pri dogodku poškodbe pri delu. *Socialno okolje* (1. domina), ki vpliva na človekovo *aktivnost* – napaka delavca (2. domina), ki je izvor *tveganja* – fizikalno-kemične nevarnosti (3. domina) za nastanek *nezdode* (4. domina), ki vodi k *poškodbi* (5. domina). S pomočjo modela je mogoče vzročne mehanizme nastanka poškodb prikazati kot linearen tok časovno zaporednih faz in možnosti za preprečevanje poškodb pri delu ponazoriti s posegom v katerokoli fazo pri nastanku poškodbe (Borštnar 2005, 91).

Z ugotovitvijo, da so nezdode zaradi svojih značilnosti, ki so epidemičnost, sezonsko variranje, geografska, socioekonomska in ruralno-urbana distribucija, v mnogih pogledih podobne klasičnim infekcijskim boleznim ter da je z natančno analizo interakcije med gostitelji, agensi in vektorji odkriti regularne vzorce, je mogoče Johna Gordona obravnavati kot začetnika t.i. epidemiološkega modela razlage nezdod (Haddon v Borštnar 2005, 91). V šestdesetih in sedemdesetih letih prejšnjega stoletja je bil osnova za preučevanje poškodb tradicionalni epidemiološki model za raziskovanje širjenja nalezljivih bolezni (Bilban 2006a, 32). Stokovnjaki so pri oblikovanju patologije, deskriptivno opredeljene kot poškodbe, skušali ugotoviti, ali obstajajo neobhodni in specifični vzročni dejavniki za nastanek poškodbe oziroma vzročni dejavniki, brez katerih do poškodbe ne bi prišlo. Poskušali so ugotoviti, ali pri poškodbah obstajajo agensi v klasičnem epidemiološkem smislu, ki s človeško interakcijo povzročajo osnovo pri konceptualizaciji raziskovanja in preprečevanja poškodb (Haddon v Borštnar 2005, 91). Uporaba modela pomaga identificirati vse

epidemiološke parametre⁴, ki vplivajo na nastanek poškodbe, in zavzema stališče, da je poškodbe mogoče preprečiti oziroma vsaj zmanjšati njihovo težo, če do njih pride (Bilban 2006a, 32).

Tako je Haddon, ki velja za pionirja na področju konceptualizacije preprečevanja poškodb, pristop zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu z bolj kakovostnimi pogoji dela nadgradil ter pojavnost poškodb predstavil na podoben način, kot velja za nalezljive bolezni. Spoznal je, da se poškodbe pojavijo takrat, ko pride do prevelikega sproščanja energije ali pa poseganja energije dejavnika v fiziološke procese organizma (Bilban 2006a, 32). Haddon pravi, da je toplotna energija vzrok za nastanek opeklin, mehanska energija je vzrok za nastanek zlomov in ran, kemična energija povzroča zastrupitve in razjede itd. Kar pomeni, da je prenos energije k človekovemu telesu v stopnji ali količini, ki je nad ali pod mejo sprejemljivega, neobhoden in specifičen vzrok nezgod (Borštnar 2005, 92). Haddon je pri konceptu epidemiologije infekcijskih bolezni opredelil tudi sredstva za prenos energije, in sicer t.i. vektorje. Mnenja je, da se energija, ki trči v telo in ovira posameznikove normalne funkcije, prenaša z objekti ali živimi organizmi, kar ustreza vektorjem pri infekcijskih boleznih (Haddon v Borštnar 2005, 92). Električne žice so vektor električne energije, grelna plošča je vektor toplotne energije, steklenička s kislino pa je vektor svoje vsebine (Borštnar 2005, 92). Haddon razlike v odpornosti na agense poškodb, ki v precejšnji meri vplivajo na pojav in naravo poškodb v populaciji, primerja z razlikami glede odpornosti na agense, ki vplivajo na pojav in naravo infekcije. Podobno kot pri infekcijskih boleznih je nekaj razlik v populaciji glede dovzetnosti genskih, nekaj pa pridobljenih (Haddon v Borštnar 2005, 92).

»Poškodbe imajo torej enake epidemiološke parametre kot infekcijske bolezni in nekatera druga patološke stanja: agense, vektorje in sprejemljivega (dovzetnega) gostitelja. Vse bolezni, vključno poškodbe, je mogoče razumeti kot rezultat interakcije med temi tremi kategorijami« (Andersson v Borštnar 2005, 93). Poškodbe so posledica interakcije med agensom preko ali s pomočjo vektorja in sprejemljivim gostiteljem v določenem okolju. Poškodbe lahko zato preprečujemo s spreminjanjem oziroma

⁴ Epidemiološki parametri, ki vplivajo na nastanek poškodbe so gostitelj (poškodovana oseba), agens (energija), vektor (oseba ali predmet, ki prenese energijo na osebo), fizično in socioekonomsko okolje (razmere in okoliščine, v katerih pride do poškodbe) (Bilban 2006a, 34).

ločitvijo agensa ali vektorja, spreminjanjem dovzetnosti gostitelja ali s spreminjanjem okolja.

5.1.2 Epidemiološki model

Pred štiridesetimi leti je Haddon razvil konceptualni model, t.i. Haddonov fazno-faktorski model, ki naj bi služil kot pomoč raziskovalcem pri razumevanju nesreč v cestnem prometu in pri identificiranju ukrepov za njihovo preprečevanje. Od tedaj model predstavlja osnovo za preučevanje poškodb in se uporablja kot pripomoček za razvoj idej pri preprečevanju tudi drugih nesreč (Runyan v Borštnar 2005, 95). Haddonov model predstavlja osnovo za proučevanje poškodb in ukrepanje za njihovo preprečevanje. V modelu je dogodek razdeljen v tri faze (glej tabelo 5.1): »preddogodek« (predpoškodba, ki se nanaša na dogajanje pred poškodbo), »dogodek« (poškodba) in »podogodek« (popoškodba, ki predstavlja odziv na poškodbo).

Tabela 5.1: Haddonova fazna-faktorska matrica

FAZA	DEJAVNIK				
	GOSTITELJ	AGENS	VEKTOR	OKOLJE	
				FIZIČNO OKOLJE	SOCIALNO OKOLJE
Pred dogodkom					
Dogodek					
Po dogodku					

Vir: prirejeno po Haddon v Bilban (2006a, 33).

Dejavnik gostitelj se nanaša na osebe, pri katerih je na osnovi epidemioloških podatkov ugotovljeno tveganje za nastanek nezgode (npr. delavci v proizvodnji). Agens nesreče je energija (npr. mehanska), ki se prenaša na gostitelja preko vektorja (npr. stroj, oprema). Dejavnik fizično okolje upošteva vse značilnosti okolja, v katerem je mogoče pričakovati, da se bodo zgodile nesreče (proizvodni prostori, delovni prostor, cesta), dejavnik socialno okolje pa vključuje socialne in legalne norme ter kulturne prakse

(povzeto po Haddon v Borštnar 2005, 96). Faza »pred dogodkom« vključuje vse, kar določa, ali bo do dogodka prišlo. Faza »dogodek« vključuje vse, kar določa, ali bo med dogodkom prišlo do poškodbe. Faza »po dogodku« pa določa, ali lahko zmanjšamo posledice poškodbe. Poškodbo lahko preprečimo z odstranitvijo dejavnika, ki predstavlja nevarnost poškodbe, in sicer s spremembo dovzetnosti posameznika ali s spremembami okolja. Spremembe okolja so še posebej pomembne, ko posameznik s svojim vedenjem ne more preprečiti nastanka poškodbe. Izkušnje so pokazale, da je pri preprečevanju poškodb boljše spreminjati okolje in nosilce energije kot vedenje posameznika. Kljub temu ostajata človeško vedenje in osebna odgovornost eden najpomembnejših dejavnikov za nastanek poškodb, saj je pogosto vzrok za to prav človeška napaka. Model služi za analizo vseh možnosti pri preprečevanju poškodbe pri ciljni populaciji, omogoča prepoznavanje in določanje prednostnih nalog, najučinkovitejšo razporeditev sredstev, potrebnih raziskav, znanja in veščin pri preprečevanju poškodb ter pomeni korak naprej na področju analize poškodb (Bilban 2006a, 33-34).

Matrica služi za sistematično analizo možnosti pri preprečevanju določene poškodbe pri ciljni populaciji. Matrico sem priredila in jo uporabila pri ciljni populaciji, ki so jo v mojem primeru sestavljali delavci v proizvodnem podjetju (glej tabelo 5.2).

Tabela 5.2: Uporaba Haddonove fazno-faktorske matrice pri preprečevanju poškodb v proizvodnem podjetju

FAZA	DEJAVNIK			
	GOSTITELJ <i>(delavci v proizvodnji)</i>	VEKTOR/ AGENS <i>(kovinsko obdelovalni stroj, rezilo)</i>	FIZIČNO OKOLJE <i>(proizvodnja)</i>	SOCIALNO OKOLJE <i>(lokalna skupnost, norme, politika, zakoni, pravila)</i>
Pred dogodkom <i>(pred poškodbo pri delu)</i>	izkušnost in presoja delavca; lastnosti in sposobnosti delavca; usposobljenost in izobrazba; utrujenost in stres	stanje in značilnosti naprave ali kovinsko obdelovalnega stroja; hitrost tempa dela	urejenost delovnega mesta; opozorilne table	skrb za usposabljanje in izobraževanje delavcev; podpora preprečevanju poškodb; promocija zdravja v delovnem okolju
Dogodek <i>(med poškodbo pri delu)</i>	uporaba osebnih varovalnih sredstev; seznanjanje zaposlenih o pravilnem ravnanju v primeru poškodbe pri delu	velikost stroja; trdota, ostrina kontaktne površine; avtomatski izklop v primeru zagrabitve	zaščitna ograja; založenost delovnega mesta in posledična dostopnost do poškodovanca	stališče do uporabe osebne varovalne opreme; uvedba rednih odmorov
Po dogodku <i>(po poškodbi pri delu)</i>	starost; fizična kondicija; vsem zaposlenim zagotoviti učenje prve pomoči	dostopnost in bližina zasilnega izklopa stroja	urgentni komunikacijski sistem; oddaljenost in kakovost urgentne službe; rehabilitacijski programi	podpora razvoju travma centrov; izobraževanje kadra v urgentni službi

Vir: prirejeno po Haddon v Bilban (2006a, 33).

Specifične načine za obvladovanje poškodb lahko na splošno delimo na aktivne in pasivne. Aktivno preprečevanje vključuje ukrepe, ki zahtevajo človekovo aktivnost z uporabo varovalne opreme. Pri pasivnem preprečevanju pa so varovalni ukrepi tisti, ki preprečujejo nastanek dogodka ali zaščitijo osebo v času dogodka ter pri tem ne

zahtevajo sodelovanja posameznika. Navadno so učinkovitejši od aktivnih, najboljša pa je seveda kombinacija obeh načinov (Bilban 2006a, 33-34).

Pri obvladovanju pojavnosti poškodb večkrat zanemarjamo dejstvo, da je uporabljene strategije potrebno ocenjevati in določiti najučinkovitejše ukrepe. Za uresničevanje uporabe preventivnih strategij so na voljo številni pristopi. Pomembno je predvsem izobraževanje in motiviranje ključnih ljudi v družbi, ki lahko vplivajo na uporabo različnih pristopov za preprečevanje poškodb. Epidemiološki pristop in na njem temelječe preventivne strategije kažejo, da je za zmanjšanje števila in teze nezgod ter poškodb potreben multidisciplinaren in multisektorski pristop (Bilban 2006a, 34). Analiza izobraževanja s področja varnosti in zdravja pri delu v Sloveniji je pokazala, da v večini organizacij ne izvajajo predhodnega poučevanja pred začetkom dela in še posebej ob vsaki premestitvi. Večina organizacij uporablja tradicionalne metode izobraževanja (predavanja, testi) in nima izdelanih programov izobraževanja s področja varnosti in zdravja pri delu ter ne izvaja praktičnega izobraževanja delavcev. Zato je za zmanjšanje poškodb pri delu potrebno oblikovati preventivno strategijo in specifične preventivne programe za ogrožene skupine⁵ zaposlenih. Vsaki strategiji in programu mora slediti evalvacija, ki oceni učinkovitost programa in prepreči, da bi zaradi izvajanja novih preventivnih programov nastalo povečano tveganje za nastanek drugih poškodb ali bolezni (Bilban 2006a, 36).

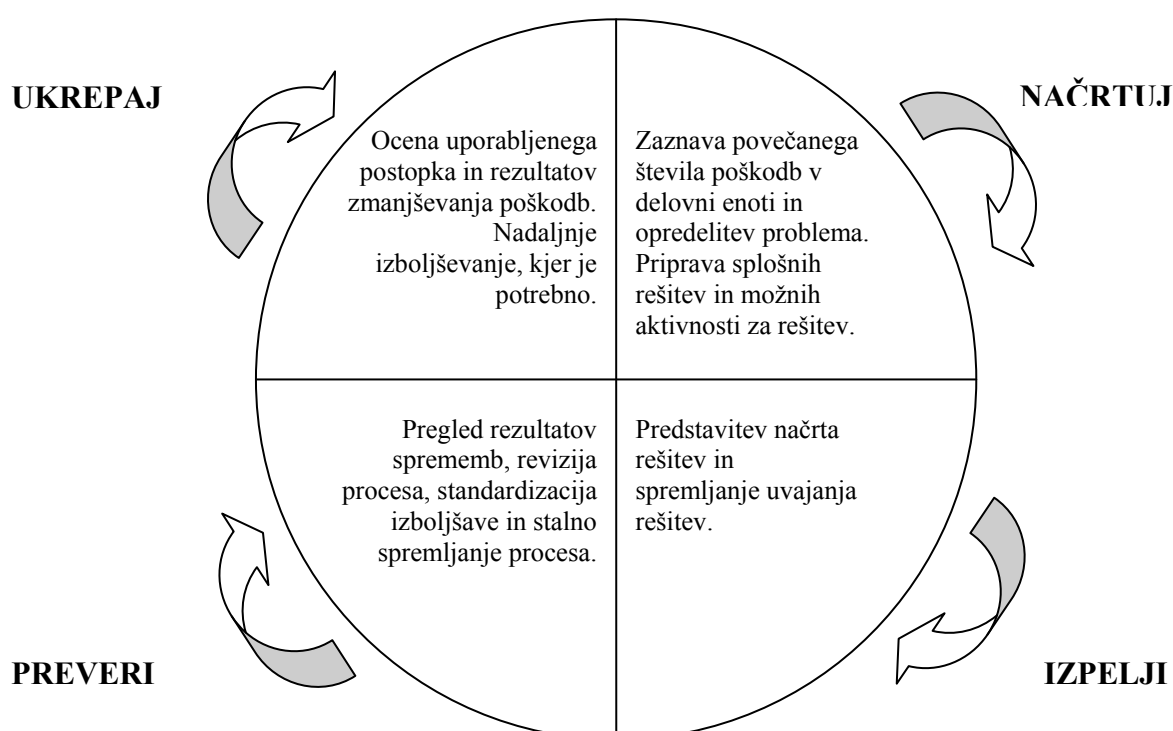
V svetu priporočajo kombinacijo dveh pristopov: promocijo zdravja in tradicionalni pristop. Tradicionalni pristop vključuje ergonomsko urejenost delovnega mesta in opreme, postavljanje zaščitne pregrade, predhodni izbor delavcev pred zaposlitvijo in usposabljanje delavcev na nevarnih delovnih mestih. Promocija zdravja je proces osveščanja, po katerem so ljudje pripravljene prevzeti skrb za zdravje v lastne roke (Bilban 2006a, 36).

⁵ Ogrožene skupine so tiste, ki delajo v težkih delovnih razmerah: 1) delavci, ki opravljajo telesno in duševno zelo naporno delo, ki so izpostavljeni škodljivim fizikalnim, kemičnim in biološkim faktorjem delovnega okolja; 2) skupine z manjšo delovno zmogljivostjo: mladina (vajenci), noseče zenske, starejši, invalidi, delavci s kroničnimi boleznimi itd. (Modic 1979, 17-18).

5.1.3 Demingov krog

Ko se v podjetju v določeni delovni enoti pojavlja nadpovprečno število poškodb, se problematiko lahko rešuje po načelu modela sedmih korakov za reševanje problemov. Osnova tega modela je znani cikel PDCA, imenovan tudi Demingov krog (glej sliko 5.1), ki ima štiri osnovne faze: »plan« (načrtuj), »do« (izpelji), »check« (preveri) in »act« (ukrepaj).

Slika 5.1: Demingov krog



Vir: prirejeno po Stergar in Urdih Lazar (2006b, 110-111).

5.2 PROMOCIJA ZDRAVJA IN PREPREČEVANJE NEZGOD PRI DELU

Časovne faze Haddonove fazno-faktorske matrice, omenjene v prejšnjem poglavju, ustrezajo primarni, sekundarni oziroma terciarni promociji zdravja, saj se na področju promocije zdravja preprečevanje nezgod izvaja na treh ravneh (glej tabelo 5.3). Aktivnosti primarne promocije zdravja so usmerjene na »varovanje zdravja«, in sicer na zmanjšanje možnosti, da bi se v celotni populaciji razvili dejavniki tveganja oziroma da bi prišlo do nezgod, katerih posledica so lahko poškodbe (faza »pred dogodkom«). Pri

preprečevanju nezgod (faza »dogodek«) so aktivnosti sekundarne preventive usmerjene v zmanjševanje možnosti za nastanek poškodbe v primeru nezgode, npr. uporaba osebne varovalne opreme: zaščitni čevlji, zaščitne rokavice, zaščitna obleka, itd. Terciarna promocija zdravja pa je aktivnost, ki se ukvarja z zmanjševanjem učinkov določene poškodbe (faza »po dogodku«) (Green 1997, 104). Po mnenju Greenove je značilnost sodobnega preprečevanju nezgod v tem, da se v največji meri izvaja promocija zdravja na primarni ravni, pri tem pa opozarja, da je poglobitveni problem pristopa za zmanjševanje števila nezgod, ki je odvisen prvenstveno od primarne preventive, v tem, da tveganja, izračunana iz podatkov o nezgodah, obstajajo le na ravni populacije in je njihovo posploševanje na individualno raven nekoliko zavajajoče dejanje (Green 1997, 104). Na vseh ravneh je pri promociji zdravja mogoče uporabiti tri različne strategije, povezane z aktivnostmi na področju preprečevanja nezgod: izobraževanje, inženiring in zakonodajo⁶ (Cliff v Green 1997, 104). Izobraževanje služi za povečevanje osveščenosti populacije o nevarnostih in informiranju o tem, kako se jim izogniti. Inženiring vključuje spremembe okolja, ki naj bi zmanjšale možnost za nastanek nezgod oziroma posledic, do katerih je prišlo zaradi nezgode. Zakonodaja pa vključuje izvajanje formalnih sankcij v primeru tveganega ravnanja (Green 1997, 104-105).

Tabela 5.3: Preprečevanje nezgod v proizvodnem podjetju

RAVEN	PRIMER	STRATEGIJA
Primarna	- Usposabljanje in izobraževanje zaposlenih o nevarnostih v delovnem okolju - Varnostni standardi na nacionalnem nivoju	Izobraževanje Zakonodaja
Sekundarna	- Pravilnik o obvezni uporabi zaščitnih varovalnih sredstev - Zamenjava zastarelega in nevarnega stroja z novejšim in varnejšim	Zakonodaja Inženiring
Terciarna	- Usposabljanje za nudenje prve pomoči - Preureditev delovnega prostora za lažji dostop reševalcev	Izobraževanje Inženiring

Vir: Prirejeno po Green (1997, 105).

⁶ V angl. t.i. »3 Es« education, engineering, enforcement (Cliff v Green 1997, 104).

Strokovnjaki na področju preprečevanja nezgod se na splošno strinjajo, da vse strategije niso enako učinkovite (Hedlund 2000, 82). Po mnenju Greenove javnozdravstvena politika v Veliki Britaniji opredeljuje izobraževanje kot ključno strategijo na primarni in sekundarni ravni. V preventivnih programih je najpomembnejša strategija izobraževanje in ne inženiring ali uveljavljanje pravil in zakonov (Green 1997, 108). Na prvi pogled se zdi nenavadno, da je strategiji izobraževanje dodeljeno tako pomembno mesto pri preprečevanju nezgod, saj imajo ključni ljudje, ki odločajo na področju preventive nezgod, na voljo podatke, ki nazorno prikazujejo, da je z ostalima dvema strategijama mogoče uspešneje zmanjšati umrljivost zaradi določenih tveganj (Green 1997, 106). Vendar imata tudi drugi dve strategiji (inženiring in uveljavljanje pravil in zakonov) določene omejitve. Strategiji implicitno predpostavljata, da ljudje se ne bodo odzvali na varnostne zakone ali varnejše izdelke na način, ki bi lahko zmanjšal ali povsem zamrznil njihov učinek, čeprav te lahko dosežejo takšen rezultat. Strategiji ne upoštevata vseh sprememb v vedenju kot na primer odziv na zaznane spremembe glede tveganja in kompenzacije tveganja, to je spremembe vedenja zaradi zakonov in predpisov na področju varnosti (Hedlund 2000, 82). Do kompenzacije tveganja pride tedaj, ko se populacija na varnostne zakone ali predpise odzove z manj varnim vedenjem (Hedlund 2000, 84). Hedlund meni, da je pri oblikovanju in implementaciji ukrepov za preprečevanje nezgod potrebno upoštevati kompenzacijo tveganja zaradi naslednjih razlogov (Hedlund 2000, 88):

- Kompenzacija tveganja se lahko zgodi, saj ljudje niso stroji. Ljudje se na spremembe okolja odzivamo s spremembami vedenja. Ker varnostni ukrepi spreminjajo okolje, se ljudje na spremembe odzovemo, pri tem pa je to, ali se bo naše vedenje spremenilo in na kakšen način, odvisno od številnih racionalnih in vedenjskih dejavnikov.
- Na kompenzacijo tveganja vplivajo štirje dejavniki – vidljivost, učinek, motivacija in nadzor. Do kompenzacije tveganja pride le v določenih situacijah. Kot pomoč pri analizi varnostnega ukrepa in ocenjevanju verjetnosti za nastanek kompenzacije tveganja si pomagamo s temi štirimi dejavniki in indeksom kompenzacije.
- Da bi zmanjšali ali eliminirali kompenzacijo tveganja, je potrebno uporabiti le ukrepe, pri katerih je ugotovljena nizka vrednost vsaj pri enem od štirih dejavnikov. Priporočljivi so ukrepi, ki jih ljudje ne vidijo, ne vplivajo na njihove

aktivnosti ali stališča, za katera niso motivirani in pri katerih ne morejo spremeniti vedenja.

- Upoštevati je potrebno sistemske učinke. Varnostni ukrepi imajo lahko učinke, ki presegajo vpliv posameznih ukrepov, ki jih neposredno zadevajo. Ti učinki so lahko koristni ali škodljivi.
- Ne smemo se prenageliti pri napovedi koristi. Veliko varnostnih ukrepov napove več koristi, kot jih dejansko zagotovi, predvsem zaradi slabe znanosti, političnih pritiskov ali neupoštevanja kompenzacije tveganja ter sistemskih učinkov. Težko je pravilno in realno oceniti koristi, vendar pa bodo preveč optimistične napovedi dolgoročno oteževale delo.

Greenova pravi, da je uspešnost kateregakoli programa za preprečevanje nezgod (izobraževanje, inženiring, zakonodaja) izjemno težko evalvirati, ob tem pa dodaja, da obstajajo dokazi, da je s strategijama »inženiring« ali »zakonodaja« mogoče znatno vplivati na stopnjo umrljivosti pri določenih vrstah nesreč (Green 1997, 108).

Temeljni problem pri razvoju strategije »izobraževanje« je dejstvo, da dejavniki tveganja za nastanek poškodb, ki so posledica nezgod, izhajajo iz statističnih podatkov o populaciji in se nanašajo na socialne in demografske dejavnike, kot so družbeni razred, spol, starost in poklic. Pri oblikovanju strategije »izobraževanje« bi bilo potrebno dejavnike tveganja personalizirati tako, da bi postali razumljivi posameznikom, ki naj bi spremenili svoje vedenje. Statistične korelacije povedo le malo o vzrokih nesreč in jih je zato zelo težko prevesti v jezik izobraževalnega programa za preprečevanje nezgod (Green 1997, 109). Ker je vzrok pri večini nezgod splet številnih dejavnikov, je identificiranje aktivnosti, s katero bi bilo mogoče preprečiti sprožitev kombinacije, mogoče le retrospektivno. Če je po tem, ko se je nesreča zgodila, morda mogoče identificirati vzroke, pa je napredovanje nezgod, kjer je potrebno upoštevati številne dejavnike, še mnogo težje početje (Green 1997, 110). Četudi bi z izobraževanjem spremenili vedenje posameznikov, tako da bi ti upoštevali varnostne ukrepe, še vedno ni povsem gotovo, da bi s tem preprečili nezgode, katerih vzrok je običajno splet dejavnikov (Green 1997, 111).

5.3 PODATKI O POŠKODBAH PRI DELU

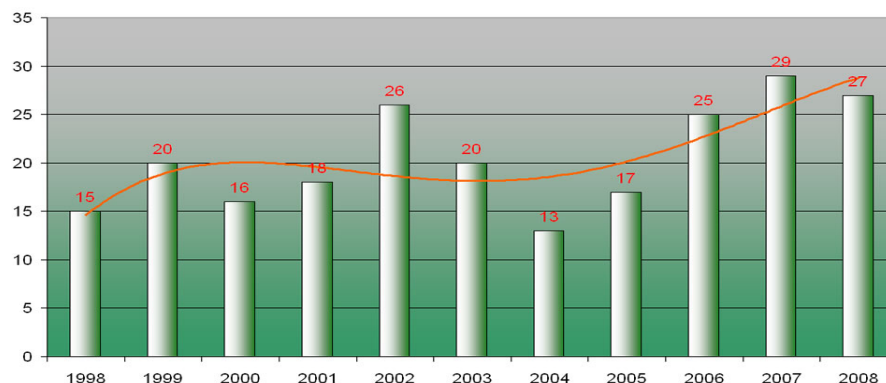
V Sloveniji podatke o bolniški odsotnosti in poškodbah pri delu spremljata Inštitut za varovanje zdravja in Inšpektorat za delo Republike Slovenije. Delodajalec je na podlagi Zakona o varnosti in zdravju pri delu (Uradni list RS, št. 56/1999) dolžan prijaviti na Inšpektorat Republike Slovenije za delo vsako smrtno poškodbo, vsako poškodbo pri delu, katere posledica je več kot tridnevna odsotnost delavca z dela, vsako kolektivno poškodbo pri delu (poškodovanih je več delavcev ne glede na število dni odsotnosti z dela), vsak nevarni pojav (to je dogodek, ob katerem je ali bi lahko nastala premoženjska škoda večje vrednosti, je ali je bilo ogroženo zdravje in življenje delavca oziroma bi lahko prišlo do poškodbe delavca, zaradi katere bi bil delavec nezmožen za delo) (Čili za delo 2007b). Ker so podatki o poškodbah različno opredeljeni, so tudi pridobljeni podatki različni tako po številu kot tudi po vsebini. Inšpektorat za delo spremlja podatke o poškodbah pri delu, ki zahtevajo bolniško odsotnost nad tri dni in se zgodijo le na delu, medtem ko Inštitut za varovanje zdravja spremlja podatke tako v sklopu podatkov o bolniški odsotnosti kot tudi na obrazcu ER-8⁷.

Podatki o poškodbah pri delu v Sloveniji

Poškodbe pri delu predstavljajo resen problem tako v Sloveniji kot drugod po svetu. V Sloveniji jih je letno dobrih 15.000 tisoč, za posledicami poškodb je v letu 2008 podleglo 27 oseb (glej graf 4.1). Nezgode pri delu, ki imajo za posledico smrt delavca, so bile v lanskem letu najpogostejše v gradbeništvu, proizvodnji kovinskih izdelkov brez strojev in naprav ter v dejavnosti obdelave in predelave lesa. Smrt je bila najpogosteje posledica zdrsa, spotika in padca osebe ter izgube nadzora nad predmetom dela.

⁷ Obrezec ER-8 je obrazec za prijavo poškodbe pri delu. V uporabi je od 1. januarja 2007. Prijava na obrazcu je podlaga za uveljavljanje pravic poškodovane osebe iz zavarovanja, ki so v primeru poškodbe pri delu za poškodovanca bolj ugodne. Obrazec izpolnjujejo delodajalci, dopolnjuje pa ga zdravstvena služba. Zbrani podatki na nivoju države in EU so namenjeni analizi ter oblikovanju ukrepov za preprečevanje poškodb pri delu. Spremenjena je vsebina obrazca, pri čemer je večji poudarek na natančnem opisu zaporedja dogodkov ob nastanku poškodbe s pomočjo šifrantov. Vsebinska je v tem delu usklajena tudi z obrazcem, ki so ga zaradi nadzora varnosti in zdravja pri delu delodajalci dolžni takoj posredovati neposredno na Inšpektorat Republike Slovenije za delo (Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije).

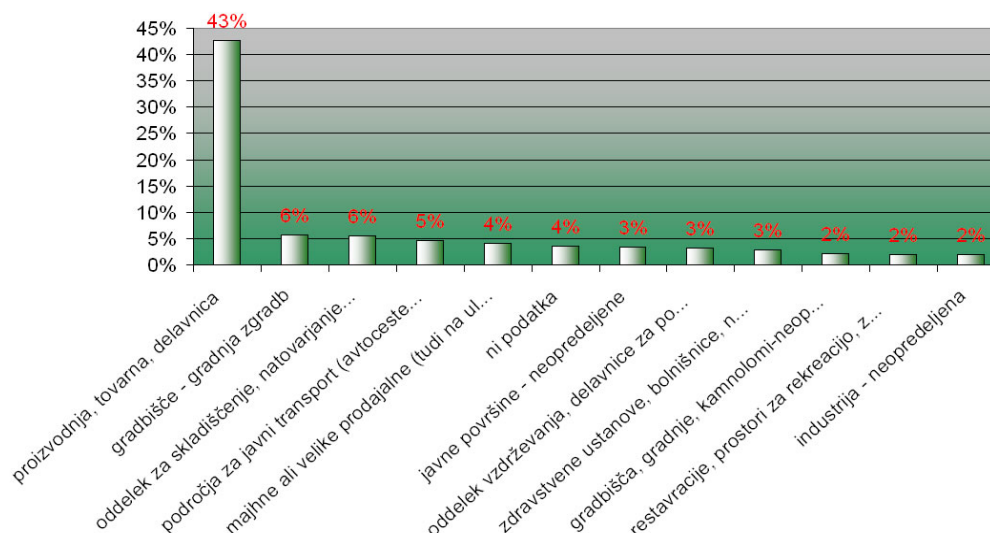
Graf 4.1: Število nezgod pri delu, ki so imele za posledico smrt delavca, Slovenija, 2004-2008



Vir: Inšpektorat Republike Slovenije za delo.

Delovna okolja, kjer se zgodi največ poškodb (glej graf 4.2), so proizvodnja, tovarna, delavnica (43%); gradbišča, gradnja zgradb (6%); skladišča, natovarjanje (6%) ter področja za javni transport – avtoceste itd. (5%) (Inšpektorat Republike Slovenije za delo).

Graf 4.2: Delovna okolja, kjer se zgodi največ nezgod, Slovenija 2008



Vir: Inšpektorat Republike Slovenije za delo.

Po podatkih Inšpektorata Republike Slovenije za delo je bilo v Sloveniji v letu 2006 prijavljenih 15.278 nezgod pri delu, ki so imele za posledico poškodbo delavca, zaradi katere je bil ta odsoten z dela več kot tri zaporedne koledarske dni. Od tega se je 1.565 poškodb pripetilo na poti na delo oziroma z dela, torej nekaj več kot 10 odstotkov vseh

poškodb s posledico tridnevnega bolniškega staleža. Vzroki poškodb pri delu so največkrat v obnašanju in odzivanju ljudi, ki je drugačno od pričakovanega; v pomanjkljivi ali nepravilni uporabi zaščitnih sredstev ter v nepričakovani odzivnosti okolice. Od delov telesa so pri delavcih najpogosteje poškodovani prsti rok, zapestja, roke, stopala in gležnji, najpogostejše diagnoze pa so rana na prstih, izvin in nateg vratne hrbtenice ter izvin in nateg skočnega sklepa (Inšpektorat Republike Slovenije za delo).

Podatki o poškodbah pri delu v Evropski Uniji

V Evropi se veliko zaposlenih poškoduje na delovnem mestu in zboli zaradi poklicnih bolezni. Vsako leto je v EU več kot štiri milijone poškodb pri delu. Podatki ESAW-a (The European Statistics on Accidents at Work) iz leta 2001 kažejo, da je bilo kar 4,7 milijona poškodb pri delu pri delavcih, zaposlenih v članicah EU, ki so za posledico imeli več kot tridnevno odsotnost z dela. Če prištejemo še poškodbe, ki ne povzročajo odsotnosti z dela ali če so ponesrečenci z dela odsotni le do tri dni, potem se število poškodb povzdigne na šest milijonov. Pri tem za posledicami poškodb na delovnem mestu na leto umre 5720 ljudi, zaradi poklicnih bolezni pa 159.500. Po podatkih EUROSTATA je v državah članicah EU kar 17 odstotkov celotne odsotnosti z dela posledica poškodb pri delu. Posledice nesreč pri delu in z delom povezanega slabega zdravstvenega stanja so številne, zapletene in velikokrat dolgotrajne. Zaradi bolniških izostankov pade produktivnost podjetij, zmanjša se motivacija zaposlenih za delo. Zaradi nesreč pri delu podjetja v EU vsako leto izgubijo za 210 milijonov dni, zaradi poklicnih bolezni pa za 340 milijonov dni dela. Stroški zaradi nesreč na delovnem mestu in poklicnih bolezni na ravni EU dosegajo med 2,6 in 3,8 BDP-ja EU, kar je med 220 in 325 milijard evrov. V to niso všteti stroški za zdravljenje in predčasno upokojevanje. Pri tem se ne sme pozabiti na posledice, ki jih ni mogoče izmeriti v denarju. To so zlasti invalidnost, krajša življenjska doba in prezgodnja smrt (V EU vsake tri minute in pol nekdo umre zaradi svojega poklica). Celoten strošek nesreč pri delu v EU za leto 2000 – to je namreč zadnje leto, za katero obstajajo natančno izračunani podatki – je 55 bilijonov evrov, kar je natanko 0,64 odstotka BDP-ja. Vštete so samo poškodbe pri delu, drugi zdravstveni problemi niso upoštevani. Glede na študije so ocenjeni stroški poklicnih bolezni na delavca najmanj trikrat višji kot stroški njihove preprečitve. Poklicne bolezni in poškodbe povzročajo tudi socialne posledice.

Poškodbe pri delu in poklicne bolezni lahko pripeljejo do trajne ali kratkotrajne nezmožljivosti za opravljanje dela. Glede na *ad hoc* model iz leta 1999, Labour Force Survey, pet odstotkov žrtev, ki so prebolele poškodbo pri delu, ne more več opravljati istega dela, kar mnogokrat povzroči tudi psihološke probleme, zaradi katerih pogosto ostanejo brez službe (Malahovsky 2008, 20).

Če bo ostalo pri sedanjem stanju in se ne bo nihče odzval na izzive, ki jih prinašajo nova tveganja, ter se ne bo nihče ukvarjal s preventivnimi dejavnostmi, potem odziv na nova tveganja še zdaleč ne bo zadovoljiv. Kot posledico lahko pričakujemo stagnacijo ali pa se bo v najslabšem primeru povečalo število nesreč pri delu, predvsem na področju visokih tveganj. Hkrati pa se bodo zmanjšale priložnosti dviga socialnega in ekonomskega bremena, ki ga povzročajo poškodbe pri delu in poklicne bolezni v EU (Malahovsky 2008, 20).

6 EMPIRIČNI DEL - ANALIZA PRIMERA ISKRA AVTOELEKTRIKA D.D.

V empiričnem delu naloge analiziram podatke o poškodbah pri delu v podjetju Iskra Avtoelektrika, v katerem sem opravljala praktično usposabljanje. Podatki so dveh vrst: register poškodb pri delu je bil na voljo le za leto 2008; letna poročila o varnosti in zdravju pri delu ter predpožarni varnosti pa so zajemala obdobje od 1998-2008. Podatke sem dobila od varnostnih inženirjev, g. Tomaža Kulota in g. Simona Šibelja. Z obema sem opravila tudi delno strukturiran intervju o tem, kako imajo v podjetju urejeno področje varnosti in zdravja pri delu.

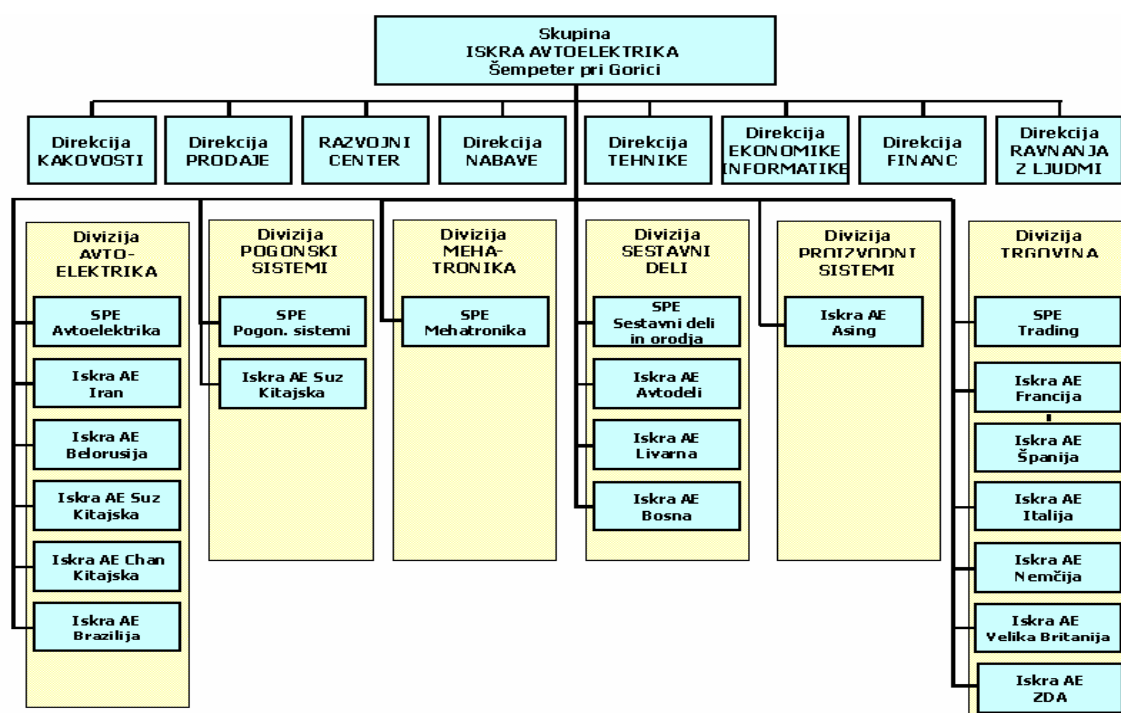
Na začetku poglavja navajam nekaj osnovnih podatkov o podjetju in predstavim njihovo politiko varnosti in zdravja pri delu. Nato nadaljujem z deskriptivno analizo poškodb pri delu od leta 1998 do leta 2008 glede na pogostost poškodb, število dni bolniškega dopusta zaradi poškodb pri delu ter resnost poškodb. Za ilustracijo prikažem trend poškodb pri delu po dnevih v tednu za obdobje od leta 2002 do leta 2008 in rangiram najpogostejše vzroke poškodb pri delu med letom 1998 in 2008. Na koncu preverim distribucijo poškodb pri delu v letu 2008 glede na spol, starost in izobrazbo zaposlenih ter demografske značilnosti poškodovanih primerjam z demografsko strukturo podjetja.

6.1 OPIS PODJETJA

Iskra Avtoelektrika je začela delovati leta 1960, ko je bila ustanovljena poslovna enota s sedežem v Šempetru pri Gorici. Leta 1975 se je samoupravno organizirala, iz enovite delovne organizacije je ustanovila temeljne organizacije združenega dela, ki so poslovale do 31.12.1989. Leta 1990 je začela poslovati kot družbeno podjetje, od leta 1991 pa je registrirana kot delniška družba. Lastninsko preoblikovanje podjetja se je zaključilo leta 1997. V letu 2004 je Iskra Avtoelektrika delnice uvrstila na organiziran trg vrednostnih papirjev na Ljubljanski borzi (Iskra Avtoelektrika 2006b).

Danes je skupina Iskra Avtoelektrika⁸ globalna dobaviteljica zaganjalnikov in generatorjev za motorje z notranjim izgorevanjem, električnih pogonskih in mehatronskih sistemov ter delov. Delniška družba in njene hčerinske družbe razvijajo, izdelujejo in tržijo električno opremo za vozila, plovila in mobilno hidravliko. Sem spadajo alternatorji, zaganjalniki, enosmerni pogonski sistemi, stikala, krmilniki, vžigalne tuljave, hladno oblikovani deli, navitja, plastični deli, aluminijasti navitki iz tlačnega litja, orodja za kovinsko predelovalno industrijo ter posebna kontrolna oprema (Iskra Avtoelektrika 2006b).

Slika 6.1: Organizacijska shema Skupine Iskra Avtoelektrika



Vir: Intranet Iskre Avtoelektrike.

V matični družbi je zaposlenih okrog 1900 ljudi, v celotni skupini pa nekaj manj kot 3000 ljudi. Iskra Avtoelektriko d.d. sestavlja več organizacijskih enot: tričlanska uprava družbe, šest strateških poslovnih enot, osem direktij in Inštitut za električno rotacijske sisteme. Strateško poslovne enote (SPE) so osrednje enote, ki so organizirane za obvladovanje ključnih procesov pridobivanja naročil, razvoja izdelkov in proizvodnje

⁸ Skupino Iskra Avtoelektrika sestavljajo naslednja podjetja: Iskra Avtoelektrika, d.d. (Šempeter pri Gorici), Iskra Avtoelektrika Avto deli, d.o.o. (Bovec), Iskra Avtoelektrika Livarna, d.o.o. (Komen) in Iskra Avtoelektrika Asing, d.o.o. (Šempeter pri Gorici). V lasti podjetja so še proizvodna podjetja v tujini, in sicer v Bosni in Hercegovini, Belorusiji, Rusiji, Iranu, na Kitajskem in v Braziliji ter trgovska podjetja v Franciji (in njena podružnica v Španiji), Italiji, Nemčiji, Veliki Britaniji in ZDA (glej sliko 6.1). V svojo obravnavo in analizo sem vključila zgoj Iskra Avtoelektriko d.d., ki je obvladujoče podjetje.

ter dobave izdelkov kupcem. Pokrivajo zaokrožen program izdelkov: SPE Avtoelektrika, SPE Pogonski sistemi, SPE Mehatronika, SPE Sestavni deli in orodja ter SPE Hibridni sistemi. Te strateške poslovne enote svoje izdelke neposredno prodajajo končnim kupcem za prvo vgradnjo, SPE Trading pa pokriva in organizira prodajo vseh izdelkov kupcem druge vgradnje. Direkcije (kakovosti, ravnanja z ljudmi, prodaje, nabave, tehnike, financ, ekonomike, organizacije in informatike) in Inštitut za električne rotacijske sisteme pa opravljajo poslovne funkcije, ki so praviloma skupne za celotno Iskro Avtoelektriko (Intranet Iskre Avtoelektrike).

6.2 VARNOST IN ZDRAVJE PRI DELU V ISKRI AVTOELEKTRIKI D.D.

6.2.1 Politika varnosti in zdravja pri delu

Na temelju Izjave o varnosti z oceno tveganja zagotavljamo varno in zdravo delo v svojem delovnem okolju. Zavezanost do varnega in zdravega dela izkazujemo s cilji, ki so usmerjeni v nenehno izboljševanje in iskanje rešitev, ki prispevajo k večji stopnji varnosti. Z namenom zmanjševanja tveganj so cilji primarno usmerjeni v skladnost z zakonskimi in drugimi zahtevami. V stalnem prizadevanju za ohranjanje varnosti in zdravja zaposlencev usmerjamo uporabo postopkov, procesov, materialov in opreme v sprejemljiva tveganja. Uspešno izvajanje varnostne politike zahteva od vseh zaposlenih, da skrbijo za svojo varnost in varnost sodelavcev, ter upoštevajo dana navodila za varno delo. Celovitost politike varnosti in zdravja pri delu je dokumentirana v sistemu vodenja ter skozi preglede izpostavljena nenehnemu izboljševanju, zmanjševanju tveganj in komuniciranju z zainteresiranimi strankami (Iskra Avtoelektrika 2006a).

S podpisom Politike varnosti in zdravja pri delu avgusta 2006 se je Iskra Avtoelektrika d.d. zavezala k zagotavljanju varnega in zdravega delovnega okolja ter k izboljševanju učinkovitosti in uspešnosti sistema vodenja varnosti in zdravja pri delu. Politika varnosti in zdravja pri delu je izobešena na vseh vidnih mestih v podjetju, saj vodstvo meni, da je pomembno, da so zaposleni in vsi tisti, od katerih je odvisno doseganje ciljev varnosti in zdravja pri delu, z njo seznanjeni.

Po besedah varnostnega inženirja se v podjetju zavedajo pomembnosti varnega in zdravega delovnega okolja, zato poleg izpolnjevanja zakonskih zahtev zaposlenim na področju varnosti in zdravja pri delu nudijo več, kot je predpisano z zakonom. Zavedajo se dejstva, da je potrebno sistem varnosti in zdravja v podjetju voditi na proaktiven način, ki prepoznava tveganje, vzpostavlja nadzor, strukturo in odgovornost vodstva, vključuje izobraževanje in usposabljanje zaposlenih, nadzorovalno spremlja izvajanje in presoje ter vključuje preglede s strani vodstva. Prav z namenom zagotavljanja učinkovitega sistema varnosti in zdravja pri delu je podjetje leta 2005 sprejelo odločitev o nadgradnji obstoječega sistema varnosti in zdravja pri delu z odobritvijo projekta »Uvedba standarda OHSAS 18001« ter tako v okviru politike varnosti in zdravje pri delu konec maja 2007 pridobilo certifikat s strani British Standard Institution (BSI) za mednarodni sistem vodenja varnosti in zdravja pri delu po standardu OHSAS 18001,⁹ ki omogoča uspešen razvoj varnosti in zdravja pri delu ter učinkovito obvladovanje tveganj za nastanek poškodb in zdravstvenih okvar. Standard temelji na podlagi predpisanih zahtev in na Izjavi o varnosti z oceno tveganja¹⁰ ter deluje na že omenjenem Demingovem krogu nenehnih izboljšav (glej poglavje 5.1.3).

6.3 POŠKODBE PRI DELU V ISKRI AVTOELEKTRIKI D.D.

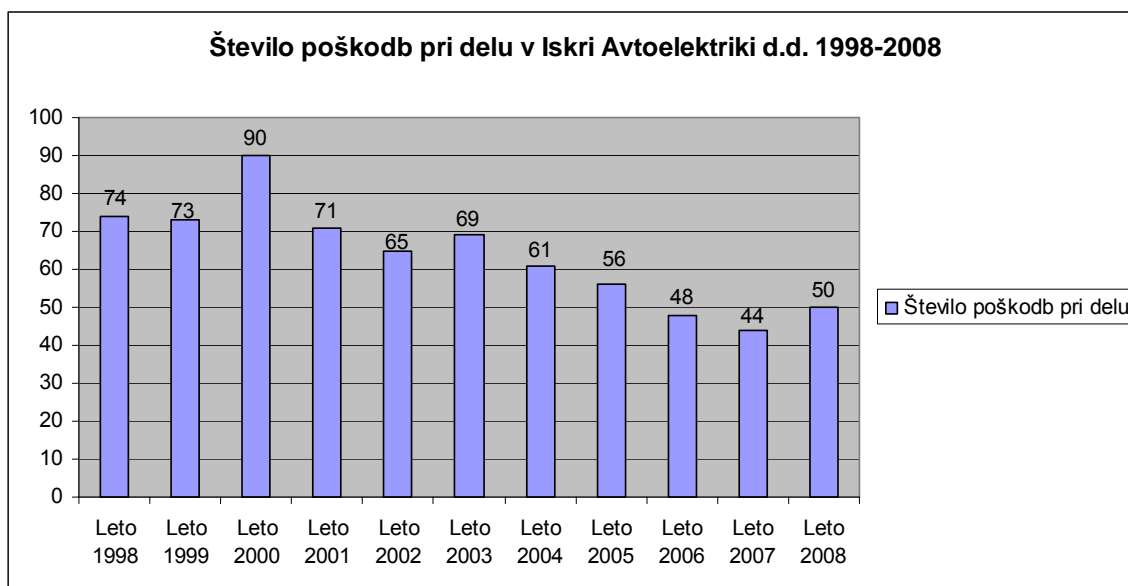
6.3.1 Poškodbe pri delu v obdobju 1998 – 2008

V deskriptivni analizi sem se osredotočila na poškodbe pri delu, ki predstavljajo pereč problem tako za celotno družbo kot za področje varnosti in zdravja pri delu v podjetju Iskra Avtoelektrika. Število poškodb pri delu upada (z izjemo leta 2000, 2003 in 2008), vendar je resnost poškodb in število dni bolniškega dopusta zaradi poškodb pri delu zaskrbljujoče visoka. Leta 2008 je bila resnost nastalih poškodb največja v zadnjem desetletju.

⁹ OHSAS 18001 (Occupational Health and Safety Assessment Series) je najbolj uveljavljen standard za sisteme vodenja varnosti in zdravja pri delu v Evropi, saj ga je sprejelo že 18 držav. Vsebina standarda OHSAS 18001 je podana v obliki zahtev. Izpolnjevanje teh organizacijam omogoča obvladovanje tveganj in izboljševanje stanja varnosti in zdravja pri delu.

¹⁰ Izjava o varnosti z oceno tveganja je bila v Iskri Avtoelektriki podana v zakonsko določenem roku 27.7.2001. Slednja zajema celovit proces, s katerim organizacije prepoznajo nevarnosti, ovrednostijo tveganja in določijo njihovo obvladovanje.

Graf 6.1: Število poškodb pri delu v Iskri Avtoelektriki d.d. v obdobju 1998-2008



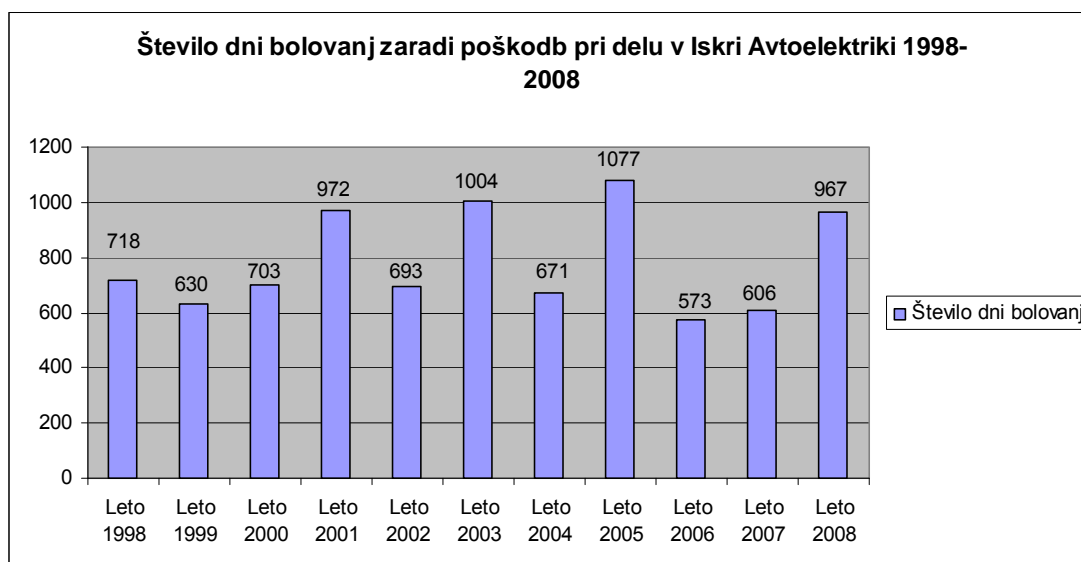
Vir: Šibelja (2001); Šibelja (2002); Šibelja (2003); Šibelja (2004); Šibelja (2005); Šibelja (2006); Šibelja (2007); Šibelja (2008); Šibelja (2009).

Iz grafa 6.1 je razvidno, da je trend poškodb pri delu v podjetju Iskra Avtoelektrika d.d. padajoč, z izjemo leta 2000, leta 2003 in leta 2008. Varnostna inženirja v Iskri Avtoelektriki d.d. pravita, da prevladujoči vzroki za poškodbe pri delu v podjetju niso varnostno tehnične narave, ampak t.i. človeški faktor. Te torej nastajajo predvsem zaradi stresa, neprevidnosti, nezbranosti, nevednosti, neusposobljenosti itd. Podobne sklepe lahko zasledimo tudi v priročniku za svetovalce promocije zdravja pri delu Čili za delo, kjer je navedeno, da naj bi bil kar v 60 do 90 odstotkih za poškodbo pri delu vzrok človeški faktor (glej Stergar in Urdih Lazar 2006b, 103). Varnostni inženir v podjetju vzroke za poškodbe pri delu v letu 2008, ko je bilo registriranih 50 poškodb pri delu, razdeli na dve obdobji. Do meseca julija 2008 se je število naročil in s tem tempo dela močno povečal, kar je imelo za posledico tudi časovni pritisk na zaposlene. Samo v mesecu juliju 2008 je bilo prijavljenih kar dvanajst poškodb pri delu. Julijske poškodbe varnostna inženirja povezujeta s hudim neurjem s točo, ki je močno poškodovala strešno kritino in resno ogrožala proizvodne procese ter varnost zaposlenih. Zaposleni so bili zato pod stresom, dnevna rutina proizvodnega dela se je povsem ustavila, saj so bili nekateri premeščeni na druga delovna mesta, kar je za nekatere pomenilo začetek usposabljanja na novem delovnem mestu. Dodaten stres je povzročalo dejstvo, da je bila

poškodovana kritina iz zdravju nevarnega azbesta (ki pa je bila po nesreči odstranjena in zamenjana z novo iz posebne PVC folije, odporne na UV žarke in udarce toče). V zadnji četrtini leta je prišlo do znižanja naročil in s tem tudi odpuščanja zaposlenih, kar je močno vplivalo na počutje in zbranost na delovnih mestih. Za zaposlene se je pričelo obdobje skrbi in negotovosti za delovno mesto, ki še traja in predstavlja pomemben razlog za nezgode, kot pravita intervjuvanca. A strahu pred odpuščanjem, ki lahko prek nezbranosti in drugih psiholoških stanj vodi v poškodbe pri delu, ne razumeta kot družben, temveč kot osebni problem.

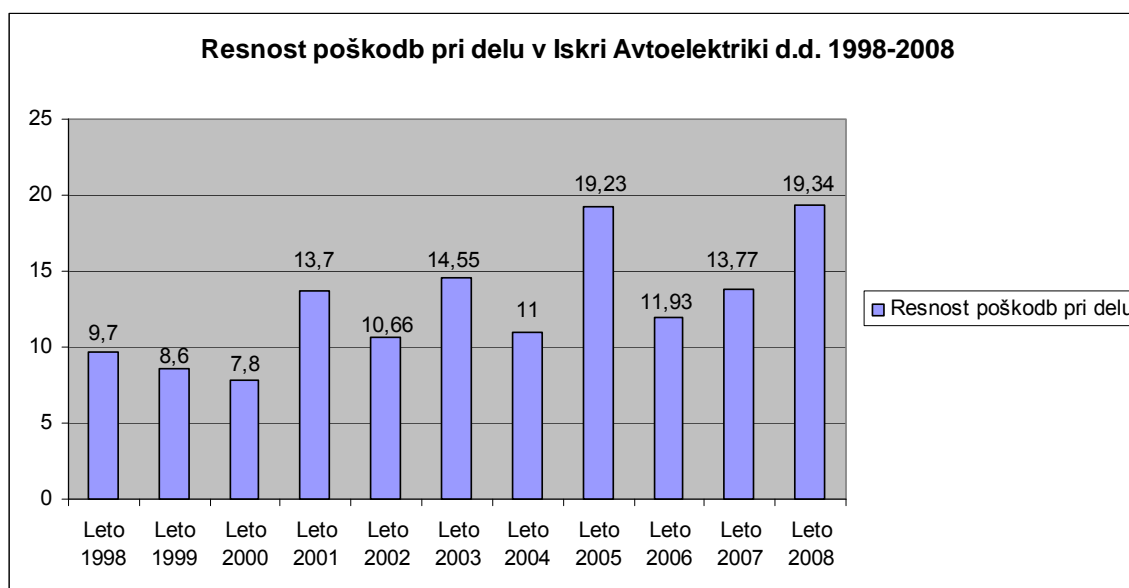
Število dni bolniškega dopusta zaradi poškodb pri delu in resnost poškodb pri delu

Graf 6.2: Število dni bolniškega dopusta zaradi poškodb pri delu v Iskri Avtoelektriki d.d. v obdobju 1998-2008



Vir: Šibelja (2001); Šibelja (2002); Šibelja (2003); Šibelja (2004); Šibelja (2005); Šibelja (2006); Šibelja (2007); Šibelja (2008); Šibelja (2009).

Graf 6.3: Resnost poškodb pri delu v Iskri Avtoelektriki d.d. v obdobju 1998-2008



Vir: Šibelja (2001); Šibelja (2002); Šibelja (2003); Šibelja (2004); Šibelja (2005); Šibelja (2006); Šibelja (2007); Šibelja (2008); Šibelja (2009).

Grafa 6.2 in 6.3 ponazarjata število dni bolniškega dopusta zaradi poškodb pri delu in resnost poškodb. Iz obeh grafov je razvidno, kako resnost poškodb v letih 2001, 2003, 2005 in 2008 vpliva na veliko število dni bolniškega dopusta. Resnejše kot so, daljši je bolniški dopust. Za primerjalno leto sem si izbrala leto 2000, ko je bilo prijavljenih največ poškodb v tem desetletnem obdobju in (glej graf 6.1), in leto 2008, ko je bila resnost poškodb pri delu v tem desetletnem obdobju največja (glej graf 6.3). Leta 2000, ko je bilo prijavljenih 90 poškodb pri delu, je bila resnost poškodb pri delu 7,8, kar je za posledico imelo 703 dni bolniškega dopusta (glej graf 6.2). Leta 2008 je bilo prijavljenih 50 poškodb pri delu, resnost poškodb pa je znašala 19,34, kar je imelo za posledico 967 dni bolniškega dopusta. Iz tega lahko sklepam, da resnost poškodb pri delu bolj vpliva na število dni bolniškega dopusta kot samo število poškodb pri delu. To pomeni, da število poškodb pri delu ni najpomembnejše merilo za uspešnost podjetja pri zagotavljanju varnosti in zdravja pri delu. Zelo pomembno je, da se ob številu poškodb pri delu v podjetju izračuna tudi njihova resnost in se šele nato oceni uspešnost varnosti in zdravja pri delu. Velikokrat se namreč zgodi, da se podjetje osredotoči zgolj na število poškodb in zgolj na tej podlagi ocenjuje svojo skrb za delavce.

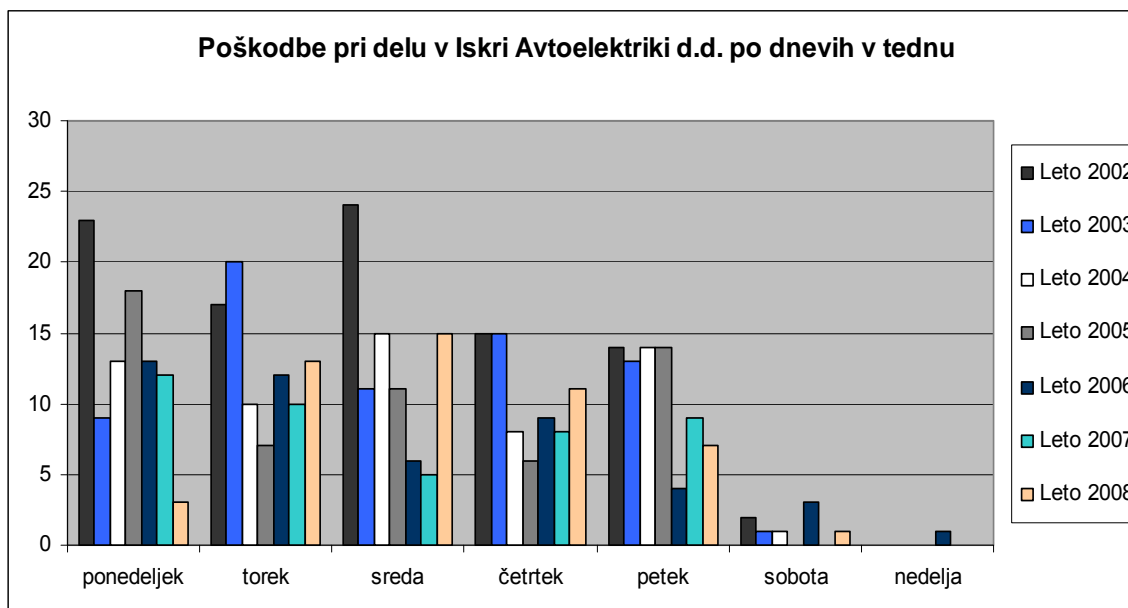
Resnost poškodb pri delu (R) je povprečno število izgubljenih koledarskih dni oziroma delovnih dni na eno odsotnost z dela in pove povprečno trajanje enečasne zadržanosti z dela ter se izraža v dnevih (glej Stergar in Urdih Lazar 2006b, 76).

$R = \text{število izgubljenih koledarskih dni} / \text{število primerov poškodb pri delu}$

Poškodbe pri delu po dnevih v tednu

Na podlagi izjav varnostnega inženirja, da večina poškodb pri delu ni posledica varnostno tehnične napake, me je zanimalo, ali bi lahko glede na trend poškodb pri delu po dnevih v tednu pojasnili, da je vzrok za poškodbe pri delu človeški faktor. Če bi bilo to res, bi morala biti ponedeljek in petek dneva, ko se zgodi največ poškodb pri delu. Predpostavljamo lahko, da so ljudje v ponedeljek manj zbrani in se po oddihu ob koncu tedna ponovno navajajo na rutino in tempo dela. V petek pa so utrujeni od celotedskega dela, njihove misli pa usmerjene v vikend. Iz grafa 6.4 je razvidno da se je leta 2002 zgodilo največ poškodb v sredo, leta 2003 v torek, leta 2004 v sredo; leta 2005, leta 2006 in leta 2007 v ponedeljek in leta 2008 na sredo.

Graf 6.4: Poškodbe pri delu v Iskri Avtoelektriki d.d. po dnevih v tednu v obdobju 2002-2008



Vir: Šibelja (2001); Šibelja (2002); Šibelja (2003); Šibelja (2004); Šibelja (2005); Šibelja (2006); Šibelja (2007); Šibelja (2008); Šibelja (2009).

Tabela 6.1: Najpogostejši vzroki poškodb pri delu v obdobju 1998-2008

Vzrok poškodbe (obdobje 1998-2008)	
1.	Stisnitev in vkleščanje
2.	Vreznina
3.	Udarec
4.	Poškodba na poti na delo oz. z dela
5.	Padec osebe ali predmeta
6.	Tujek v oko

Vir: Šibelja (2001); Šibelja (2002); Šibelja (2003); Šibelja (2004); Šibelja (2005); Šibelja (2006); Šibelja (2007); Šibelja (2008); Šibelja (2009).

Najpogostejši vzrok za poškodbe v obdobju 1998-2008 je bila stisnitev in vkleščanje, drugi najpogostejši vzrok je bila vreznina in tretji najpogostejši vzrok je bil udarec. Poškodbe na poti na delo oziroma z dela predstavljajo četrti najpogostejši vzrok za nastanek poškodb pri delu.

6.3.2 Poškodbe pri delu glede na spol, starost in izobrazbo

6.3.2.1 Izhodišča

V nadaljevanju sem na primeru podjetja preverjala distribucijo poškodb pri delu v letu 2008 glede na spol, starost in izobrazbo. Iz interne baze podatkov podjetja sem pridobila podatke o demografski strukturi zaposlenih v letu 2008 ter jih primerjala z demografsko strukturo zaposlenih, ki so se poškodovali istega leta. S tem sem preverila tri hipoteze, ki jih navajam v nadaljevanju.

H₁: Moški se pri delu pogosteje poškodujejo kot ženske.

Razlaga hipoteze: Moški v tem podjetju opravljajo fizično zahtevnejša opravila in so zaposleni na delovnih mestih, kjer je večje tveganje za poškodbe pri delu.

H₂: Mlajši delavci se pri delu poškodujejo pogosteje kot starejši.

Razlaga hipoteze: Mlajši delavci, ki nimajo delovnih izkušenj, so zato slabše usposobljeni kot zaposleni, ki na istem delovnem mestu opravljajo delovne operacije vrsto let.

H₃: Nižje poklicno izobraženi se pri delu poškodujejo pogosteje kot višje izobraženi.

Razlaga hipoteze: Nižje izobraženi v tem podjetju opravljajo fizično zahtevnejša opravila in so zaposleni na delovnih mestih, kjer je večje tveganje za poškodbe pri delu. Poleg tega se za svoje delo niso poklicno izobraževali (dokončano imajo le osnovno šolo ali manj) in zato niso absolvirali učne snovi o pomenu varnosti pri delu, o nevarnostih, ki jim lahko pretijo v njihovem poklicu ipd.

6.3.2.2 Preverjanje hipotez

Hipoteze sem preverjala na podlagi kvantitativnih podatkov, pridobljenih na intranetu Iskre Avtoelektrike in v registru poškodb pri delu za leto 2008.

Poškodbe pri delu glede na spol

Pri prvi hipotezi (*H₁*) preverjam svojo domnevo, da je med moško populacijo več poškodb pri delu. Rezultati iz tabele 6.2 kažejo, da je bilo leta 2008 v podjetju Iskra Avtoelektrika zaposlenih 61% moških in 39% žensk, pri tem pa se je poškodovalo 72% moških in 28% žensk. Iz tega je razvidno, da se je leta 2008 poškodovalo nesorazmerno več moških kot žensk.

Tabela 6.2: Prikaz izvedene spremenljivke spol glede na poškodbe pri delu

SPOL	IAE d.d.¹¹	IAE d.d. %¹²	PPD 2008¹³	PPD2008%¹⁴
Moški	1203	61 %	36	72 %
Ženski	758	39 %	14	28 %
SKUPAJ	1961	100 %	50	100 %

¹¹ IAE d.d. prikazuje število zaposlenih po spolu/ starosti/ izobrazbi v proučevanem podjetju Iskra Avtoelektrika, d.d.

¹² IAE d.d. % prikazuje odstotek števila zaposlenih po spolu/ starosti/ izobrazbi v proučevanem podjetju Iskra Avtoelektrika, d.d.

¹³ PPD 2008 prikazuje število poškodb pri delu v letu 2008 po spolu/po starosti/po izobrazbi v proučevanem podjetju Iskra Avtoelektrika, d.d.

¹⁴ PPD 2008 % prikazuje odstotek števila poškodb pri delu v letu 2008 po spolu/po starosti/po izobrazbi v proučevanem podjetju Iskra Avtoelektrika, d.d.

Poškodbe pri delu glede na starost

Pri drugi hipotezi (H_2) preverjam svojo domnevo, da je med mlajšimi delavci več poškodb pri delu. Podatke o zaposlenih razdelim v tri razrede: »pod 30 let«, »30-50 let« in »nad 50 let«.

Tabela 6.3: Prikaz izvedene spremenljivke starost glede na poškodbe pri delu

STAROST	IAE	IAE%	PPD 2008	PPD2008%
pod 30 let	508	26 %	24	48 %
med 30-50 let	1057	54 %	16	32 %
nad 50 let	396	20 %	10	20 %
SKUPAJ	1961	100 %	50	100 %

V svoji drugi hipotezi (H_2) predpostavim, da mlajši delavci, ki nimajo dolgoletnih delovnih izkušenj, niso enako usposobljeni kot zaposleni, ki na istem delovnem mestu opravljajo delovne operacije vrsto let. Iz tabele 6.3 je razvidno, da se je skoraj polovica (48 %) vseh poškodb pri delu v letu 2008 pripetila mlajšim od 30 let, kar pomeni, da lahko potrdim hipotezo (H_2), da je med mlajšimi delavci prisotnih več poškodb pri delu kot med delavci, ki so v delo vpeljeni že vrsto let.

O svoji domnevi, da se poškoduje več moških kot žensk in več mlajših zaposlenih sem se pogovarjala tudi z varnostnim inženirjem v podjetju Iskra Avtoelektrika d.d., ki pravi, da beležijo že vrsto let trend večjega tveganja za poškodbe pri delu prav pri mlajših moških. Pri tem dodaja, da so velikemu tveganju izpostavljeni študentje, ki opravljajo sezonsko počitniško delo, saj nimajo delovnih izkušenj na delovnem mestu in velikokrat nevarnosti, ki jim pretijo v delovnem okolju ne jemljejo resno. Poleg študentov so večjim tveganjem izpostavljeni novi zaposleni, ki se v delo še uvajajo.

Poškodbe pri delu glede na izobrazbo

V hipotezi (H_3) preverjam svojo domnevo, da je med zaposlenimi, ki so v času šolanja pridobili zgolj osnovnošolsko izobrazbo, več poškodb pri delu.

Tabela 6.4: Prikaz izvedene spremenljivke izobrazba glede na poškodbe pri delu

IZOBRAZBA	IAE d.d.	IAE d.d. %	PPD 2008	PPD2008%
OŠ ali manj	652	33 %	23	46 %
Dve- ali tri letna poklicna ali srednja šola	944	49 %	26	52 %
višja ali več	355	18 %	1	2 %
SKUPAJ	1961	100 %	50	100 %

Iz tabele 6.4 je razvidno, da so v Iskri Avtoelektriki d.d. tveganjem izpostavljeni predvsem proizvodni delavci, ki imajo osnovnošolsko, poklicno ali srednješolsko izobrazbo. V letu 2008 se je poškodovalo 46 odstotkov delavcev z osnovnošolsko izobrazbo, 52 odstotkov delavcev z poklicno ali srednješolsko izobrazbo in zgolj 2 odstotka delavcev z vsaj višješolsko izobrazbo. Varnostni inženir dodaja, da v večletni praksi ni opaziti trenda večjega števila poškodb med delavci z osnovnošolsko izobrazbo.

6.3.3 Ugotovitve

Število poškodb pri delu, resnost poškodb pri delu in število dni bolniškega dopusta zaradi poškodb pri delu

Trend števila poškodb v Iskri Avtoelektriki, d.d., v obdobju od leta 1998 do 2008 sicer pada, resnost poškodb pa ostaja visoka oziroma je v zadnjem letu 2008 dosegla najvišjo vrednost v enajstletnem obdobju. Velikokrat v praksi zasledimo podatke zgolj o številu poškodb pri delu, njihova resnost pa ni navedena. Prav zato me je zanimalo, kako lahko visoka resnost poškodb vpliva na število dni bolniškega dopusta in navsezadnje na ugled podjetja. Menim, da podjetja velikokrat zasledujejo cilj odličnosti sistema varnosti in zdravja pri delu, kar pomeni nič poškodb pri delu in ob tem pozabljajo na pomen resnosti poškodb. Kot primer navajam leto 2000, ko se je v Iskri Avtoelektriki, d.d., zgodilo največ poškodb pri delu v enajstletnem obdobju, in sicer kar 90, in leto 2008, ko je do poškodb pri delu prišlo 50-krat. Na prvi pogled se zdi, da se je število poškodb od leta 2000 do leta 2008 skoraj prepolovilo, kar je zelo dober podatek za podjetje, ki pa je lahko tudi zavajajoč. Leta 2000 je bila namreč resnost poškodb pri delu 7,8, kar je pomenilo 703 dni bolniškega dopusta zaradi poškodb pri delu. Leta 2008

pa je bila resnost poškodb 19,34, kar je vodilo v 967 dni bolniškega dopusta pri delu. Iz tega lahko sklepamo, da se je kljub zmanjšanju števila poškodb pri delu za 44,5 odstotka, število dni bolniškega dopusta povečalo za približno 27,3 odstotka. Prav zaradi navedenega je težko govoriti o uspehu proučevanega podjetja pri zagotavljanju varnosti in zdravja pri delu, saj kljub padajočemu trendu poškodb pri delu, resnost poškodb v letu 2008 doseže najvišjo vrednost v enajstletnem obdobju.

Poškodbe pri delu po dnevih v tednu

Sodeč po pričevanju mnogih, da je v večini primerov vzrok za nastanek poškodb pri delu človeški faktor, bi bilo mogoče sklepati, da se poškodbe pogosteje zgodijo na ponedeljek, ko so ljudje manj zbrani, ali pa v petek, ko so bolj utrujeni. Iz podatkov sedemletnega obdobja (2002-2008) je razvidno, da se je leta 2005, 2006 in 2007 zgodilo največ poškodb pri delu v ponedeljek, leta 2003 v torek in leta 2002, 2004 in 2008 v sredo. Zanimivo je, da v sedemletnem obdobju ni mogoče beležiti leta, ko bi bilo največ poškodb pri delu v petek. Nadalje je razvidno, da se večina poškodb pri delu zgodi v prvi polovici tedna, kar pomeni, da ne moremo poškodb pri delu opravičevati z utrujenostjo zaposlenih ob koncu tedna. Iz tega sklepam, da ni mogoče trditi, da se poškodbe dogajajo najpogosteje v ponedeljek zaradi delavčeve nezbranosti ali pa v petek zaradi delavčeve utrujenosti.

Poškodbe pri delu glede na spol, starost in izobrazbo

V literaturi lahko zasledimo, da se mladi delavci poškodujejo tri do štirikrat pogosteje od starejših, moški pa okrog 2,6-krat pogosteje kot ženske (Zdravje Slovencev v 3. tisočletju). Podobno velja tudi za primer proučevanega podjetja, kjer se je v letu 2008 poškodovalo 72 odstotkov moških in 28 odstotkov žensk, od tega skoraj polovica (48 %) mlajših od 30 let. Glede na izobrazbo ni mogoče sklepati, da se zaposleni z osnovnošolsko izobrazbo pogosteje poškodujejo, saj je iz podatkov razvidno, da se je v letu 2008 poškodovalo 46 odstotkov zaposlenih z osnovnošolsko izobrazbo, 52 odstotkov zaposlenih s srednješolsko izobrazbo in zgolj 2 odstotka zaposlenih z najmanj višjo izobrazbo. Iz tega lahko sklepamo, da so večjim tveganjem pred poškodbami pri delu izpostavljeni moški, mlajši zaposleni in delavci z osnovnošolsko ali srednješolsko izobrazbo, ki opravljajo delo v proizvodnji.

7 SKLEP

Varnost in zdravje pri delu s svojo interdisciplinarnostjo v sodobnem času hitrega tehničnega in tehnološkega razvoja, katerega cilj je čim večja ekonomska uspešnost gospodarskih in negospodarskih sistemov in s tem celotne družbe, vse bolj postavljata merila uspešnosti ter postajata eno glavnih vodil načrtovanja in razvojnih strategij ter ena temeljnih vrednot sodobne družbene ureditve. Uspešno naravnano podjetje je namreč temeljno merilo, ki ga je mogoče doseči le z zdravim, zadovoljnim in visoko motiviranim delavcem, ki dela v varnem, zdravem in spodbudnem delovnem okolju z visoko razvito stopnjo varnostne kulture, saj sodobne družbene ureditve ni mogoče graditi na delovnih mestih z dejavnostmi in tehnologijami, pri katerih je za varnost in zdravje delavcev pri delu slabo poskrbljeno ali pa sta njihova varnost in zdravje celo ogrožena (Sladič 2008).

Na podlagi teoretičnih konceptov, deskriptivne analize stanja in lastnega opazovanja lahko zaključim, da sta varnost in zdravje pri delu enakovredna in nedeljiva pojma, ki v delovnem okolju predstavljata nujnost za uspeh podjetja, poškodbe pri delu pa resen problem tako za podjetje kot družbo. Družba skuša urejenost področja regulirati s preventivnimi ukrepi in zakonskimi določili, ki po mojem mnenju zagotavljajo minimalno raven varnosti in zdravja v podjetju. V večji meri lahko na urejenost področja varnosti in zdravja pri delu vplivajo sama podjetja z različnimi organizacijskimi prijemi, z zagotavljanjem varnih delovnih mest, organizacijsko politiko, ki je usmerjena v varnost in zdravje zaposlenih, ter z uvajanjem različnih programov za promocijo zdravja v delovnem okolju na primarni, sekundarni in terciarni ravni.

Stanje na področju poškodb pri delu kot pomembnem pokazatelju urejenosti varnosti in zdravja pri delu sem analizirala v podjetju Iskra Avtoelektrika, d.d. Zanimal me je trend poškodb pri delu v obdobju od leta 1998 do leta 2008 ter distribucija poškodb pri delu v letu 2008 glede na spol, starost in izobrazbo zaposlenih. Ugotovila sem, da je podjetju z investiranjem v varnost in zdravje zaposlenih uspelo zmanjšati število poškodb v tem obdobju iz 90 (leta 2000) na 50 poškodb pri delu (leta 2008) ter da je njihov trend padajoč. Presenetili so me podatki resnosti poškodb pri delu, zato sem se odločila za primerjavo podatkov glede razmerja med resnostjo in številom poškodb pri delu.

Ugotovila sem, da se je kljub zmanjšanju števila poškodb pri delu za 44,5 odstotka, število dni bolniškega dopusta povečalo za približno 27,3 odstotka. Prav zaradi navedenega je težko govoriti o uspehu proučevanega podjetja pri zagotavljanju varnosti in zdravja pri delu, saj kljub padajočemu trendu poškodb pri delu, resnost poškodb v letu 2008 doseže najvišjo vrednost v enajstletnem obdobju. Porazdelitev poškodb pri delu v letu 2008 glede na spol, starost in izobrazbo zaposlenih je pokazala, da so moški, mlajši od 30 let. in delavci s poklicno in srednješolsko izobrazbo nesorazmerno pogosteje žrtve poškodb kot drugi zaposleni.

Proučevano podjetje po mojem mnenju spada med podjetja, ki se zavedajo, da je skrb za zdravje in varnost pri delu sestavni element uspešnosti. Menim, da je podjetje še v začetni fazi uresničevanja zastavljenih ciljev na tem področju ter da je pred njimi še dolga pot do odličnosti sistema varnosti in zdravja pri delu. Pomemben korak na tem področju je bila leta 2007 nadgradnja sistema varnosti in zdravja pri delu z mednarodnim sistemom vodenja varnosti in zdravja pri delu po standardu OHSAS 18001, ki omogoča uspešen razvoj varnosti in zdravja pri delu ter učinkovito obvladovanje tveganj za nastanek poškodb in zdravstvenih okvar. Podjetju svetujem, naj tehnični uredenosti delovnih mest in zagotavljanju varnega in zdravega delovnega okolja v prihodnosti posveča še več pozornosti ter skuša stanje na tem področju še izboljšati ter se v prihodnosti posvetiti že zastavljenemu projektu zagotavljanja varnosti in zdravja znotraj podjetja Čili za delo, ki je trenutno ustavljen zaradi gospodarske recesije. Po določenem časovnem obdobju po uvedbi projekta Čili za delo bi bilo zanimivo preveriti število in resnost poškodb pri delu ter z njimi povezano število dni bolniških dopustov in jih primerjati z rezultati deskriptivne analize opravljene v tem diplomskem delu.

8 LITERATURA

Basle, Andreja. 2003. Zdravje se spleča. *Manager* (5): 54-59.

Bilban, Marjan. 2006a. Ekonomski vidik poškodb pri delu. *Delo in varnost* 51 (3): 26-37.

--- 2006b. Promocija zdravja v delovnem okolju. V *Cvahtetovi dnevi javnega zdravja*, ur. Lijana Zaletel-Kragelj, 1-5. Ljubljana: Medicinska fakulteta.

Borštnar, Sonja. 2005. *Razširjanje znanja o preprečevanju poškodb*. Magistrsko delo. Ljubljana: FDV.

Brezovar, Borut. 2002. Pravna ureditev varnosti in zdravja pri delu. V *Priročnik za strokovni izpit iz varnosti in zdravja pri delu*, ur. Milan Srna, 1-7. Ljubljana: Zavod za varstvo pri delu.

Čili za delo. 2007a. *Opis*. Dostopno prek: <http://cilizadelo.si/default-10100.html> (10.marec 2009).

--- 2007b. *Poškodbe pri delu*. Dostopno prek: <http://www.cilizadelo.si/default-20200.html> (12. marec 2009).

--- 2007c. *Faze*. Dostopno prek: <http://www.cilizadelo.si/default-10200.html> (13. marec 2009).

Doyal, Lesley. 1984. *Politična ekonomija zdravja*. Ljubljana: Republiška konferenca ZSMS.

Eržen, Irena. 2004. *Vpliv družbenih sprememb na število poškodb pri delu*. Magistrsko delo. Ljubljana: FDV.

EUR-Lex. 2007. *Delovni dokument služb komisije*. Dostopno prek: <http://eur-lex.europa.eu/Notice.do?mode=dbl&lng1=it,sl&lang=&lang2=cs,da,de,el,en,es,et,fi,fr,hu,it,lt,lv,mt,nl,pl,pt,sk,sl,sv,&val=444251:cs&page=&hwords=null> (7. februar 2009).

European Commission Employment, social affairs and equal opportunities. *EU Strategy 2007-2012. 25% cut in accidents at work by 2012 - new EU strategy*. Dostopno prek: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=151&langId=en> (5. februar 2009).

Fikfak Dodič, Metoda. 2002. Promocija zdravja na delovnem mestu – profit delavca in delodajaleca. *Kadri* (marec): 36-41.

Green, Judith M. 1997. *Risk and misfortune. The social construction of accidents*. London in New York: Routledge.

Gspan, Primož in Aleš Jug. 1993. *Ekonomski učinki varstva pri delu*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za varnost pri delu.

Hedlund, James. 2000. Risky business: safety regulations, risk compensation, and individual behaviour. *Injury Prevention* (6): 82-90. Dostopno prek: <http://injuryprevention.bmj.com/cgi/reprint/6/2/82> (3. april 2009).

Ilič, Branko in Ivan Svetlik. 1996. *Kvaliteta delovnega življenja in zdravja zaposlenih v Sloveniji*. Ljubljana: FDV.

Inšpektorat Republike Slovenije za delo. *Statistični podatki o nezgodah pri delu*. Dostopno prek: http://www.id.gov.si/si/javne_objave/statisticni_podatki/statisticni_podatki_o_nezgodah_pri_delu/ (20. marec 2009).

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. *Prijava poškodbe pri delu*. Dostopno prek: <http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=103> (3. marec 2009).

Intranet Iskre Avtoelektrike. Dostopno prek: <http://intranet.org.iskra/> (26. marec 2009).

Iskra Avtoelektrika. 2006a. *Politika varnosti in zdravja pri delu*. Šempeter pri Gorici: Iskra Avtoelektrika.

--- 2006b. *Vodnik po Iskri Avtoelektriki*. Šempeter pri Gorici: Iskra Avtoelektrika.

--- 2008. *Register poškodb pri delu*. Šempeter pri Gorici: Iskra Avtoelektrika.

Jacobsen, Lone. 2006. *Kako se znajti v politiki Evropske unije na področju varnosti in zdravja pri delu: vodnik za sindikate*. Ljubljana: Zveza svobodnih sindikatov.

Kamin, Tanja. 2006. *Zdravje na barikadah: dileme promocije zdravja*. Ljubljana: FDV.

Kapus, Tone. 1994. Izračunavanje škode zaradi poškodb pri delu v Savi Kranj. V *Ekonomski učinki varstva*, 16-19. Ljubljana: Višja tehniška varnostna šola.

Kofol Bric, Tatjana. 2006. *Statistike zdravja in varnosti pri delu v luči pričakovanja Evrostatata*. Dostopno prek: http://www.stat.si/radenci/program_2006/a2_kofol.doc (3. marec 2009).

Kranjc, Tomaž. 1994. Nekateri matematični vidiki organizacije proizvodnje. V *Ekonomski učinki varstva*, 58-70. Ljubljana: Višja tehniška varnostna šola.

Malnar, Brina. 2002. Sociološki vidiki zdravja. V *Družbeni vidiki zdravja: sociološke raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva*, ur. Niko Toš in Brina Malnar, 3-32. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Malahovsky, Jasmin. 2008. Strategija Komisije EU o varnosti in zdravju pri delu v letih 2007-2012. *Delo in varnost* 53 (3): 19-22.

Modic, Samo. 1979. *Sodobni vidiki zdravstvenega varstva delavcev s posebnim ozirom na preprečevanje bolezni v zvezi z delom*. Ljubljana: Univerzum.

Pavlič, Miran. 2007. Zaznavanje kakovosti varnosti in zdravja pri delu kot podlaga za njeno obvladovanje. *Delo in varnost* 52 (3): 31-36.

Resolucija o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu (ReNPVZD). Ur.l.RS 126/2003. Dostopno prek: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/nac_program_vzd.pdf (2. februar 2009).

Stergar, Eva in Tanja Urdih Lazar. 2006a. Program promocije zdravja »Čili za delo«. V *Cvahtetovi dnevi javnega zdravja*, ur. Lijana Zaletel-Kragelj, 78-82. Ljubljana: Medicinska fakulteta.

--- 2006b. *Priročnik za svetovalce za promocijo zdravja čili za delo: čili za delo*. Ljubljana: Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa.

Šibelja, Simon. 2001. *Poročilo o varnosti in zdravju pri delu za obdobje 1998 - 2000*. Šempeter pri Gorici: Iskra Avtoelektrika.

--- 2002. *Poročilo o varnosti in zdravju pri delu za leto 2001*. Šempeter pri Gorici: Iskra Avtoelektrika.

--- 2003. *Poročilo o varnosti in zdravju pri delu za leto 2002*. Šempeter pri Gorici: Iskra Avtoelektrika.

--- 2004. *Poročilo o varnosti in zdravju pri delu za leto 2003*. Šempeter pri Gorici: Iskra Avtoelektrika.

--- 2005. *Poročilo o varnosti in zdravju pri delu za leto 2004*. Šempeter pri Gorici: Iskra Avtoelektrika.

--- 2006. *Poročilo o varnosti in zdravju pri delu za leto 2005*. Šempeter pri Gorici: Iskra Avtoelektrika.

--- 2007. *Poročilo o varnosti in zdravju pri delu za leto 2006*. Šempeter pri Gorici: Iskra Avtoelektrika.

--- 2008. *Poročilo o varnosti in zdravju pri delu za leto 2007*. Šempeter pri Gorici: Iskra Avtoelektrika.

--- 2009. *Poročilo o varnosti in zdravju pri delu za leto 2008*. Šempeter pri Gorici: Iskra Avtoelektrika.

Tekavčič, Metka. 1994. Varstvo pri delu kot dejavnik uspešnosti poslovanja podjetja. V *Ekonomski učinki varstva*, 4-15. Ljubljana: Višja tehniška varnostna šola.

Teržan, Metka. 2000. Promocija zdravja na delovnem mestu. V *Seminar z mednarodno udeležbo Integracija varnosti in zdravja v dejavnost podjetja*, ur. Iztok Košir, 114-123. Ljubljana: Fakulteta za kemijo in kemijsko tehnologijo.

Toš, Niko in Brina Malnar. 2002. Stališča o zdravju in zdravstvu : analiza rezultatov raziskav iz obdobja 1994-2001. V *Družbeni vidiki zdravja: sociološke raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva*, ur. Niko Toš in Brina Malnar, 87-161. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Urdih Lazar, Tanja. 2006. Program promocije zdravja na delovnem mestu Čili za delo. *Glasnik KIMDPŠ* 1 (1): 2-3.

--- 2007. Zmanjševanje neenakosti v zdravju in promocija zdravja: kritični pogled. *Glasnik KIMDPŠ* 2 (2): 29-35.

V EU vsake tri minute in pol nekdo umre zaradi svojega poklica. 2008. Dostopno prek: <http://razgledi.net/blog/2008/06/15/v-eu-vsake-tri-minute-in-pol-nekdo-umre-zaradi-svojega-poklica/> (6. februar 2009).

Vakselj, Marko. 2001. *Naloge, obveznosti in pravice delavskih zaupnikov za varnost in zdravje pri delu*. Ljubljana: Primath.

Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD). Ur.l.RS 56/1999. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=199956&stevilka=2652> (12. januar 2009).

Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-1). Ur.l.RS 106/1999.
Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=1999106&stevilka=4965>
(2. februar 2009).

Zdravje Slovencev v 3. tisočletju. Dostopno prek: <http://www.fe.uni-lj.si/zdravje/zivljenje/nezgode.html> (27. marec 2008).