

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Petra Majcen

Poklicne bolezni in poškodbe pri delu

Diplomsko delo

Ljubljana, 2011

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Petra Majcen

Mentorica: red. prof. dr. Nevenka Černigoj-Sadar

Poklicne bolezni in poškodbe pri delu

Diplomsko delo

Ljubljana, 2011

Hvala.

Poklicne bolezni in poškodbe pri delu

Poškodbe pri delu in poklicne bolezni predstavljajo za evropska podjetja najpomembnejšo skrb na področju varnosti in zdravja pri delu. Poleg spreminjajočih se delovnih razmer na vrsto in številčnost poškodb pri delu in poklicnih bolezni vplivajo še spol, starost in druge socialne in ekonomske značilnosti. V uvodnem delu diplomske naloge sem predstavila teoretične koncepte o temi, v empiričnem delu pa sem predstavila statistične podatke o poškodbah pri delu in poklicnih boleznih ter posledično bolniškem staležu v Evropski uniji in Sloveniji. Zanimalo me je, kako so poškodbe pri delu in poklicne bolezni porazdeljene glede na spol, starost, gospodarsko dejavnost in glede na opazovano obdobje ter koliko je izostankov z dela zaradi poškodb pri delu in poklicnih boleznih. Ugotovila sem, da so moški bolj podvrženi poškodbam pri delu, ženske pa poklicnim boleznim. Gradbeništvo je gospodarska dejavnost, kjer se zgodi največ poškodb pri delu in poklicnih boleznih. Kot kažejo statistični podatki, se je število poškodb na delovnem mestu in poklicnih boleznih v zadnjem desetletju zmanjšalo. Glede na razlog izostankov z dela poškodbe pri delu in poklicne bolezni niso glavni razlog za izostanke.

Ključne besede: poklicna bolezen, poškodba pri delu, bolniški stalež, dejavniki tveganja.

Occupational illnesses and work injuries

Work injuries and occupational illnesses pose to European companies' most important concern in the health and safety at work departments. In addition to changing working conditions regarding the type and abundance of injuries and occupational illnesses there are also influence by gender, age and other social and economic characteristics. In the introductory part of the paper I presented these concepts and in empirical work I presented the statistics on occupational accidents and occupational illnesses and the consequent sick leave in the European Union and Slovenia. I was interested in how an injury at work and occupational illnesses are spread by sex, age, economic activity and the observation period and how many absences from work are due to occupational injuries and illnesses. I found out that men are more prone to injuries at work, while women are more prone to occupational illnesses. In constructions the most injuries at work and occupational illnesses occur. As shown by statistics, the number of work injuries and illnesses in the last decade has decreased. Therefore the main causes for the absences are not work injuries and occupational illnesses.

Key words: occupational illness, work injuries, sick-leave, risk factors.

KAZALO

1 UVOD	7
1.1 Opredelitev cilja in namena proučevanja.....	7
1.2 Hipoteze	8
2 OPREDELITEV POJMOV	9
2.1 Pojem dela.....	9
2.2 Definicija zdravja.....	13
2.2.1 Zdravje-bolezen	14
2.3 Zdravje in družba iz vidika socioloških paradigem	15
2.3.1 Parsonsov pogled na zdravje.....	15
2.4 Zdravje in socialna neenakost.....	15
2.4.1 Marksistični pogled na zdravje	16
2.4.2 Družbena selekcija	17
2.5 Zdravje in družbeni dejavniki	17
2.5.1 Socialni in statusni dejavniki tveganja.....	18
2.5.1.1 Vzroki umrljivosti glede na spol.....	18
2.5.1.2 Vzroki umrljivosti glede na družbene in poklicne kategorije.....	18
2.6 Družbeni dejavniki tveganja	19
2.6.1 Povezava med življenjskimi razmerami, socialno-ekonomskimi tveganji, neenakostjo in zdravjem	20
3 VARNOST IN ZDRAVJE PRI DELU	24
3.1 Pravna ureditev varnosti in zdravja pri delu	25
3.2 Varnost delavcev.....	25
3.3 Obveznosti delodajalcev	26
3.4 Sodelovanje za varno in zdravo delo	27
3.5 Nadzor na področju varnosti in zdravja pri delu.....	28
4 PROMOCIJA ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU	30
4.1 Promocija zdravja v Evropski uniji.....	31
4.1.1 Evropska mreža za promocijo zdravja	31
4.2 Promocija zdravja v Sloveniji.....	31
4.2.2 Program Čili za delo-program promocije zdravja pri delu	31
5 SPREMEMBE NA TRGU DELOVNE SILE.....	33

6 RIZIČNE SKUPINE NA TRGU DELOVNE SILE	34
6.1 Starejši delavci	34
6.2 Mlajši delavci	35
6.3 Ženske	37
6.4 Invalidi	38
7 POKLICNE BOLEZNI	39
7.1 Definicija poklicne bolezni	39
7.2 Z delom povezane bolezni	41
8 POŠKODBE PRI DELU	42
9 BOLNIŠKI STALEŽ	45
9.1 Dejavniki, ki vplivajo na pojavnost bolniškega staleža	47
10 ANALIZA PODATKOV	49
10.1 Delovne hipoteze	49
10.2 Viri podatkov in metode dela	49
10.3 Poškodbe pri delu	50
10.3.1 Poškodbe pri delu v Evropski uniji	50
10.3.2 Poškodbe pri delu v Sloveniji	53
10.4 Poklicne bolezni	58
10.4.1 Poklicne bolezni v Evropski uniji	59
10.4.2 Poklicne bolezni v Sloveniji	63
10.5 Poklicne bolezni in poškodbe pri delu ter bolniški stalež	67
10.6 Preverjanje hipotez	70
11 ZAKLJUČEK	72
12 LITERATURA	75

UPORABLJENE KRATICE

SURS- Statistični urad Republike Slovenije

IVZ- Inštitut za varovanje zdravja

IRSD-Inšpektorat Republike Slovenije za delo

WHO- World health organisation

ILO- International labour organisation

OSHA- Occupational safety and health organisation

EUROSTAT- Evropski statistični urad

1 UVOD

1.1 Opredelitev cilja in namena proučevanja

Zdravje je ena najpomembnejših vrednot in na eni strani predstavlja sredstvo za funkcioniranje posameznika, na drugi strani pa je element kakovostnega življenja ljudi in je tako cilj sam po sebi.

Zdravje delavcev in varnost na delovnem mestu sta nujno potrebna, da lahko delovni proces poteka nemoteno. Zdravstveno stanje delavcev je predvsem odvisno od razmer v delovnem okolju. Večina delovno aktivnega prebivalstva je na svojem delovnem mestu izpostavljena različnim tveganjem npr. biološkim, kemijskim in fizikalnim dejavnikom, škodljivim ergonomskim učinkom, zapleteni mešanici nevarnosti nesreč in varnostnim tveganj, vse to pa je lahko povezano tudi z različnimi psihosocialnimi dejavniki tveganja. Poleg obremenitev in škodljivosti pa je zdravstveno stanje zaposlenih odvisno tudi od same organizacije dela in ne nazadnje od medsebojnih odnosov s sodelavci in predpostavljenimi. Na tem mestu pa se pojavijo še razlike glede na spol, starost in druge socialne ter ekonomske značilnosti (Statistični urad Republike Slovenije 2008).

Poklicne bolezni in poškodbe pri delu so se pojavile takrat, ko se je pojavila prva delitev dela glede na spol, starost ter drugo in so še vedno breme tako v ekonomskem kot v socialnem smislu, saj lahko privedejo do začasne ali trajne nezmožnosti za delo.

Kot kažejo raziskave je kljub upadanju dela v proizvodnji še vedno veliko delavcev izpostavljenih različnim fizičnim tveganjem. Veliko delavcev je mnenja, da vsaj četrtino časa v svojem delovnem času delajo v prisilnih in utrujajočih držah (Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu 2010).

V Evropski uniji vsakih nekaj minut nekdo umre iz vzrokov, povezanih z delom. Poleg tega se na delovnem mestu vsako leto poškoduje na sto tisoče delavcev, drugi pa so zaradi stresa, preobremenjenosti z delom, kostno-mišičnih obolenj ali drugih težav, povezanih z delom, odsotni z dela (Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu 2010).

Na vrsto, številčnost in pogostost poškodb pri delu in poklicnih boleznih ne vpliva samo tehnologija in pa sam delovni proces. Do razlik pride tudi glede na spol, starost in v kateri gospodarski dejavnosti poteka delo.

Namen diplomskega dela je najprej s teoretičnega vidika prikazati, kaj so poklicne bolezni in poškodbe na delovnem mestu, nato pa s statističnimi podatki prikazati dejansko stanje le-teh na raziskanih področjih. Prikazala bom tudi, kako ti dve dimenziji vplivata na izostanke z dela.

Cilj moje diplomske naloge je opredeliti teoretična izhodišča zastavljenega problema, nato pa na podlagi statističnih podatkov izdelati jasno sliko pojavljanja poklicnih bolezni in poškodb na delovnem mestu ter posledično izostankov z dela.

1.2 Hipoteze

Predpostavljam, da obstajajo razlike glede števila poškodb na delovnem mestu in poklicnih bolezni, kar je odvisno od spola, gospodarske panoge, države.

Kot okvir bom postavila naslednje hipoteze, ki jih bom preverjala in razvijala preko celotne diplomske naloge.

H1: ženske so bolj nagnjene k poškodbam na delovnem mestu in poklicnim boleznim kot moški

H2: več poškodb na delovnem mestu in poklicnih bolezni se pojavlja med nekvalificiranimi delavci v primerjavi z delavci, ki imajo višje kvalifikacije

H3: gospodarska dejavnost, ki beleži največ poškodb pri delu in poklicnih boleznih, je gradbeništvo

H4: zadnje desetletje se je statistično značilno povečalo število poškodb in poklicnih bolezni

H5: poškodbe na delovnem mestu in poklicne bolezni so glavni vzrok za izostanke z dela

Hipoteze bom preverjala na podlagi podatkov pridobljenih na Inštitutu za varovanje zdravja in rezultatov Eurostata ter podatkov Statističnega urada Republike Slovenije.

2 OPREDELITEV POJMOV

2.1 Pojem dela

Delo nedvomno predstavlja najpomembnejši pojav pri preučevanju človeka, njegove individualne in družbene dejavnosti. Pojem dela obravnavajo različne znanosti različno, vsaka s svojega vidika. Ker delo predstavlja tudi temeljni družbeni pojav, se s pojmom dela ukvarja tudi sociologija (Kavčič in Svetlik 1979).

Kot sklepa Grint, je delo družbeno opredeljeno: vsaka definicija mora biti značilna za določeno družbo v določenem času (Haralambos in Holborn 2001, 185).

Kot ugotavlja Engels (v Kavčič in Svetlik 1979), je delo prvi osnovni pogoj vsega človeškega življenja in to tako zelo, da smemo v nekem smislu reči, da je delo ustvarilo človeka.

Delo je prvi in temeljni pogoj človekovega obstoja, ne samo kot posameznika, ampak tudi kot člana družbe. Za Marxa je delo proizvodnja blaga in uslug in je ključno za človekovo srečo ter samouresničitev. Prav tako je najpomembnejša, temeljna človekova dejavnost. Ljudem namreč omogoča, da uresničijo svoje skrite možnosti, ali pa izkrivi in izpridi njihovo naravo in odnose do drugih ljudi. (Haralambos in Holborn 2001, 187).

Delo je zavestno prizadevanje človeka, da bi dosegel določen cilj. Ena od opredelitev pravi, da je človek bitje, ki je zmožno delati. Učinek je tudi obraten, saj delo človeka oblikuje in izpopolnjuje. Delo je končno vedno ustvarjalno dopolnjevanje sveta in v enaki meri največje mogoče uresničevanje človeka samega (Bilban 2005, 23).

Na posameznikov odnos do dela pomembno vplivajo:

- narava dela,
- osebne lastnosti,
- družbena klima, ki skupaj s še drugimi okoliščinami oblikujejo odnos do dela.

Če se razmerje teh dejavnikov poruši, lahko pride do odklonov, kot so beg v delo, kjer človek iz nevrotskih razlogov usmerja različne težnje (agresivnost) v nezdravo delovno aktivnost (deloholiki), beg pred delom, ki se navadno kaže v zmanjšanem učinku, večanju bolniškega staleža in iskanju pravic iz zdravstvenega in invalidsko-pokojninskega zavarovanja (Bilban, 2005, 23). Kot določa direktiva Evropske unije (89/391/EGS) iz leta 1989 s področja varnosti in zdravja pri delu, mora biti delo individualno prilagojeno posamezniku. Delo mora biti oblikovano tako, da je pestro ter kreativno.

Dela so pretežno:

- mišična, ko se proizvajajo sile (npr. gozdni delavec),
- senzomotorična, kadar prevladuje koordinacija sensorike z motoriko (npr. montažna dela),
- reaktivna, kadar se informacije pretvarjajo v reakcije (npr. upravljanje valjavske proge),
- informacijska, kadar se vhodne informacije pretvarjajo v izhodne (npr. operater pri računalniku),
- ustvarjalna, kadar se ustvarjajo nove duhovne vrednote (npr. raziskovalno delo) (Bilban 2005, 23).

Kot navaja Bilban (2005, 24) so obremenitve, ki izhajajo iz zgoraj naštetih del, biomehanske, energijske, senzorične in psihične. Poleg tega je delavec izpostavljen vplivom svoje okolice. Pri tem ne gre samo za fizikalne in kemične dejavnike, kot so mikroklima, hrup, vibracije, sevanja in škodljive snovi, ampak tudi za medčloveške odnose in biološki ritem. Obremenitve, ki jim je delavec izpostavljen na delovnem mestu, izzovejo v organizmu odgovor. Obremenjenosti so posledica obremenitev, vendar spremenjene s človekovimi lastnostmi. Zato reakcije človeka na iste obremenitve, niso vselej enake. Zaradi preobremenitve se homeostaza poruši. Obremenjenost, ki ne poruši homeostaze, lahko traja ure, dneve, mesece in leta. Preobremenjenost pa lahko traja le kratek čas, nekaj minut na uro, kako uro, dan ali mesec na leto. Kako hitro pride do preobremenjenosti oziroma celo bolezní, je odvisno od psihofizične razpoložljivosti in od treniranosti delavca. Pri poklicnem delu v povprečju ne bi smeli prekoračiti 20 do 30 odstotkov maksimalne zmogljivosti neke funkcije človeškega telesa. Možne so lahko le s kratkotrajnimi večjimi obremenitvami. S staranjem telesne funkcije upadejo, toda možgani duševno in telesno aktivnega človeka propadajo počasneje od drugih organov. Nesposobnost za zasedanje delovnega mesta se pokaže, ko zmogljivosti posameznika postanejo nižje od zahtev delovnega mesta. To je znak neskladnosti med delovnim mestom in posameznikom in se ne sme končati v »nezmožnosti« tega delavca. Če se pokaže, da zahteve dela niso skladne z zmogljivostjo posameznega organa oziroma organskega sistema, ne bi smeli najprej pomisliti na zamenjavo delovnega mesta, temveč poiskati razbremenitev za ta organ na delovnem mestu samem.

Po daljših preobremenitvah organizma oziroma delovanju škodljivih dejavnikov na delovnem mestu nastanejo zdravstvene okvare. Glavni vzroki za nastanek zdravstvenih okvar so napačna organizacija ali način dela in neprilagojenost zahtev dela zmoglostim delavca. Med prva dva vzroka štejemo npr. po nepotrebnem stalno stoječe delo, nepravilno oziroma vsiljeno držo pri delu, enostranske in trajno se ponavljajoče iste stereotipne gibe, npr. šivanje v konfekciji, vijačenje enakih delov pri tekočem traku, napačno držo in napačno delo pri računalniku ipd. Pomemben vzrok zdravstvenih okvar so nadalje preobremenitve delavcev zaradi zahtevanega večjega učinka dela, napačen način dviganja in prenašanja bremen, premeščanje pretežkih bremen brez ustreznih tehničnih pripomočkov in neupoštevanje sodobnih tehnoloških možnosti. Vzroki zdravstvenih okvar so tudi psihološki pritiski, zlasti časovni pritiski, odgovornosti, zahtevno delo z ljudmi, nefiziološki in nesocialni ritem ter socialna negotovost. (Zavod za zdravstveno zavarovanje 2010)

DINAMIČNO RAVNOVESJE DELAVEC-DELOVNO MESTO

Kot navaja Bilban (2005, 20), na delavčevo zmoglost za delo in uspeh pri delu vplivajo naslednji dejavniki:

1) delavec:

- telesne lastnosti delavca, njegova telesna zmogljivost, za katero so pomembni predvsem mišična moč, motorične zmogljivosti (sposobnost koordinacije, ročna spretnost, hitrost gibov in obvladovanje telesa), zmogljivost obtočil (vzdržljivost, zmogljivost za kratkotrajne velike obremenitve) in zmogljivost čutil, stanje nevrohumoralnega sistema,
- duševne lastnosti sposobnosti (kaj človek zmore), izkušnje, navade, spretnosti in znanje (kaj človek zna), motivacija, potrebe, notranje in zunanje pobude, interesi, nagnjenja (kaj človek hoče),
- stališča in svetovni nazor,
- zrelost osebnosti.

2) obremenitve na delovnem mestu:

- telesne: statične (delo z računalnikom), dinamične (dvigovanje bremen),
- ponavljajoči se hitri gibi (tekoči trak),
- duševne (emocionalne, stresi, odgovorno delo z ljudmi),

- intelektualne (raziskovalno delo, vodenje),
- psihosenzorne (delo na računalniku), psihomotorne obremenitve,
- obremenitve, ki izhajajo iz okolja,
- odnosi na delovnem mestu.

3) širše okolje:

- fizikalni, kemični in biološki dejavniki širšega okolja, psiho-socialne in družbenoekonomske razmere (odnosi).

4) varstvo pri delu:

- tehnično, psihosocialno, družbeno-pravno in aktivno zdravstveno varstvo.

5) raven socialne varnosti:

- zakonodaja s področja zdravstvenega, invalidsko-pokojninskega in socialnega varstva.

6) skladna in usmerjena dejavnost vseh segmentov družbe na vseh ravneh predvsem zdravstvene službe.

Zdravje ljudi je v veliki meri odvisno tudi od naslednjih dejavnikov:

- trenutno zdravstveno stanje,
- starost,
- spol,
- stan,
- izobrazba,
- socialno-ekonomski status,
- kvalifikacija,
- odnos do dela,
- rezerve posameznih organskih sistemov itd.

2.2 Definicija zdravja

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) je sodobno definicijo zdravja sprejela leta 1984 v svoji ustavni listini. Zdravje definira kot stanje popolnega telesnega, psihološkega in socialnega blagostanja in ne le odsotnost bolezni ali oslabelosti. Ta definicija je prva, ki je pozornost človeštva usmerila od bolezni k zdravju kot spletu in medsebojnem odnosu vrste dejavnikov, ki jih nosi človek v sebi ali pa jim je izpostavljen človek v okolju, v katerem živi in dela (Toth 2003).

Ker je zdravje družbeno definiran fenomen in dinamičen koncept, definicija in merjenje zdravja nista dorečena in ni enotne definicije. Koncept zdravja zato razvrščamo v enega od naslednjih konceptualnih modelov ali pa v kombinacijo le-teh:

- zdravje kot zunanje in notranje ravnotežje organizma,
- kot odsotnost bolezni,
- kot zmožnost delovanja,
- kot znak blaginje (Urad za makroekonomske analize in razvoj 2003, 33).

Kot navaja Ottawska listina (World health organization 1986), zdravje človeka v veliki meri soodločajo zagotovljene osnovne življenjske možnosti in viri, kot so primeren prostor za bivanje, hrana, delo, izobrazba, dohodek, mir, socialna pravičnost, enakopravnost in ekološka uravnoteženost.

Kot navaja Kaminova (2006), na vprašanje, kaj je zdravje, ni mogoče najti enotnega dogovora. Beseda zdravje pomeni veliko več kot samo odsotnost bolezni. Zdravje ni le stanje, ampak je kot način življenja tudi proces.

2.2.1 Zdravje-bolezen

V sodobni zahodni civilizaciji razumevanje odnosa med boleznijo in zdravjem zaznamuje kar nekaj protislovij. Kot pravi Adam (v Barle 2007) je opredelitev bolezni družbeno pogojena, saj vsaka skupnost prepozna svoje lastne bolezni. V določenih družbah zdravje pomeni »normalno« stanje, medtem ko bolezen ni »normalna«. V vseh družbah je bolezen nezaželena in vedno vključuje vrednostne sodbe. Prav tako kot zdravje se tudi bolezen ne kaže samo v bioloških znakih, ampak so pomemben del bolezni socialne manifestacije, ki prizadenejo socialne odnose ter družbene vloge posameznika (Ule 2003: 53). Zato je, kot pravi Augue (v Barle 2007), pri bolezni paradoksalno to, da je sočasno najbolj individualna in najbolj družbena stvar.

Bolezen je v sedanjem času vse bolj individualizirana, saj smo v naši kulturi vse manj izpostavljeni kolektivnim boleznim in epidemijam in zato se zdi, da je bolezen čisto osebna stvar posameznika. Vendar pa se tu pojavi novo protislovje, saj je bolezen tesno povezana s sposobnostjo za delo, to pa ponovno poudarja družbeni pomen bolezni. Bolezen ima tudi pomembno vlogo pri vključevanju in izključevanju posameznika iz družbe ter vpliva na označevanje osebnostnih lastnosti posameznika (Barle 2007).

Kot pravi Foucault (v Barle 2007), se je v 19. stoletju razvil pojem medicinskega standarda. Bolezen je dobila vrednostni predznak nečesa, kar je odklonsko oziroma ni normalno.

2.3 Zdravje in družba iz vidika socioloških paradigem

2.3.1 Parsonsov pogled na zdravje

Parsonsov prispevek k sociološkemu razumevanju vloge medicine in bolezni v sodobni družbi je precejšen. Medtem ko je vztrajal pri tem, da je bolezen družbeni fenomen, je na zdravje gledal kot na pomembno družbeno dobrino, ki je bistvena podlaga za dosežke posameznika in za nemoteno delovanje družbe. Bolezen je Parsons konceptualiziral kot obliko deviantnosti oziroma kot vlogo, s katero se posameznik lahko izogne družbenim obveznostim (Malnar 2002, 5).

Bolezen za posameznika nima le negativnih posledic, saj skozi bolezen vstopi v vlogo bolnika, kar posamezniku omogoča tudi določene ugodne socialne učinke. Predvsem se tako na legitimen način lahko izogne običajnim odgovornostim, ki se od njega pričakujejo. Bolezen se v družbi pojmuje kot »naravna danost« zato posameznikom, ki vstopijo v vlogo bolnika, praviloma ne grozijo sankcije zaradi neopravljenih njihovih običajnih nalog. Njihova odgovornost je tako legitimno zmanjšana. Posameznik ima v vlogi bolnika tudi določene dolžnosti, kot so na primer, da si želi ozdraveti in da za to poišče strokovno pomoč (White 2002).

2.4 Zdravje in socialna neenakost

Primerjave zdravja populacij v državah razvitega sveta, ki imajo visok absolutni standard, pokažejo zelo pomembno dejstvo. Najbolj zdrave populacije nimajo najbogatejše države, glede na BDP, ampak najbolj egalitarne med njimi. Ta rezultat kaže, da socialne neenakosti, kljub zadovoljivemu absolutnemu standardu vseh, dejansko ostajajo relevantna spremenljivka pri razlagi socialne distribucije zdravja (Malnar 2002).

Po drugi svetovni vojni, do leta 1970, so v Zahodni Evropi delovale intervencionistične vlade, ki so skušale sistematično blažiti učinke trga na področju zdravja. Uveljavil se je koncept javnega zdravstva, ki naj bi zagotovil enak dostop do zdravja vsej populaciji. Cilj tega je bila ločitev zdravstvenega varstva od individualnega ekonomskega standarda, to pa je tudi bistveni dosežek zdravstvene politike blaginje. Tako socialni položaj posameznika naj ne bi določal dostopa do ustrezne zdravniške oskrbe. S tem bi se pričele med slojevske razlike v zdravju zmanjševati. Ob koncu 20. stoletja se je politični trend zopet obrnil v liberalno smer in razlike v zdravju se spet povečujejo (White 2002).

2.4.1 Marksistični pogled na zdravje

Po tej teoriji razširjenost bolezni ni samo biološki proces, ampak ga določa tudi način produkcije in ekonomski odnosi. To dokazujejo razlike v zdravstvenem stanju med družbenimi razredi, pojav industrijske bolezni, produkcija bolezni za profit. Zdravstveno varstvo ne upošteva družbenega ozadja bolezni, ampak jih obravnava kot individualni pojav. Marksizem poudarja protislovje kapitalističnega sistema, saj gre po eni strani za visoko produktiven sistem, ki ustvarja ogromno dobrin, po drugi strani pa je delitev teh dobrin nepravilna in povzroča revščino in bolezni (Pahor 1999).

Zdravstveni problemi, ki jih imajo ljudje v kapitalizmu, so povezani z nezdravim in stresnim delovnim okoljem, v katerem dela večina ljudi. Zdravstveni problemi so torej po tej teoriji bolj izraz družbene neenakosti, kot pa izraz osebne šibkosti. Onesnaženost okolja in nesreče pri delu pomembno vplivajo na obolevnost in umrljivost v določenih poklicih. Zaščitna zakonodaja je pri tem le delno uspešna. Kapitalistična medicina vzgaja posameznika v »zdravstvenega potrošnika«, ki plačuje zavarovalne premije in drage medicinske storitve, ne zagotavlja pa zdravih in varnih pogojev dela (Pahor 1999).

Populacijska statistika tudi v družbah blaginje pokaže višjo obolevnost in smrtnost za skoraj vsemi vrstami bolezni v nižjih socialnih slojih, več vseh kroničnih bolezni, krajšo življenjsko dobo in nižjo porodno težo (White 2002).

V marksističnem pogledu je bolezen še vedno eden od zelo relevantnih simptomov družbene neenakosti. Kot ugotavlja študija Wilkinsona, obstaja prag, kjer absolutni dvig življenjskega standarda v neki družbi ni več povezan s podaljšanjem pričakovane življenjske dobe posameznika. Tudi če se standard izboljšuje, se ta ne bo več dvigovala. V družbah, ki nek prag blaginje presežejo, postanejo ključni faktor za zdravje relativne družbene razlike. Prav te relativne socialno-ekonomske razlike pri posamezniku povzročajo negativne psihosocialne učinke oziroma stres, občutke brezperspektivnosti, strah pred prihodnostjo in frustracijo (Malnar 2002, 7).

2.4.2 Družbena selekcija

Dostop do neke družbeno-poklicne kategorije je odvisen tudi od zdravja. Kot pravi Adam (2002, 29) je zato, da bi dosegli najboljši družbeni položaj, potrebno opraviti preizkus kakovosti. Tega najboljše opravijo tisti, ki so telesno in mentalno najkrepkejši. Tako imajo višji sloji že v samem izhodišču več možnosti, da so v povprečju bolj zdravi. K temu je potrebno dodati še en družbeni dejavnik. Sin fizičnega delavca ima manj možnosti postati vodstveni delavec, kot sin vodstvenega delavca. Obstaja namreč možnost, da je bil v mladosti izpostavljen takšnim življenjskim pogojem, ki so bili za njegovo zdravje manj ugodni.

2.5 Zdravje in družbeni dejavniki

Zdravje je rezultat dejavnikov, ki posameznika spremljajo vse življenje. Raziskovalci s področja socialne medicine in zdravstvene sociologije se že dolgo obdobje ukvarjajo z vprašanjem, kateri dejavniki so za zdravje najpomembnejši: biološki, geografski ali socialno-ekonomski. Prav tako se pojavlja vprašanje, kako različne statične (spol) in dinamične (starost, raven izobrazbe, dohodek, poklic, socialna neenakost) dimenzije socialno-ekonomskega stanja posameznika vplivajo na zdravje posameznika. Zdravje je torej vpeto v družbeni kontekst, zato imajo različne socialno-ekonomske deprivacije večdimenzionalne posledice. Ena izmed teh je lahko tudi slabše zdravje (Urad za makroekonomske analize in razvoj 2003, 38).

Slutnje, da družbeni dejavniki vplivajo na zdravje, segajo v zgodovino. Higieniki so že v 19. stoletju opozorili na razliko v umrljivosti med posameznimi družbenimi razredi. Preiskovali so vzroke in iskali razlage v družbenih razmerah. Po več raziskavah, se je postopoma razvila socialna epidemiologija bolezni, ki proučuje pogostost in porazdelitev bolnikov po času in prostoru ter vlogo dejavnikov, ki odločajo o pogostosti in porazdelitvi med različnimi plastmi prebivalstva. Ukvarja se torej z družbenimi dejavniki (Adam 2002, 27-28).

2.5.1 Socialni in statusni dejavniki tveganja

2.5.1.1 Vzroki umrljivosti glede na spol

Velike razlike v umrljivosti, ki so bile opažene med obema spoloma, govorijo v prid biološkemu vplivu. Dejansko je v vseh sodobnih industrijskih družbah stopnja umrljivosti višja pri moških, pričakovana življenjska doba pa nižja kot pri ženskah. To razliko so skušali razložiti s telesno zgradbo, saj je tudi umrljivost dojenčkov moškega spola veliko višja. Znano je tudi, da je manj žensk obremenjenih z genetskimi dejavniki za nalezljive bolezni in nekaterimi boleznimi srca. Teh razlik pa ni mogoče razložiti samo z biologijo. Družbena neenakost žensk, ki je trajala stoletja in še traja, ni vplivala na njihove »biološke prednosti«. Ženske so bile izpostavljene tveganju zaradi porodov in izčrpanosti zaradi številnih nosečnosti. Poleg tega so z ženskami ravnali slabše kot z moškimi v prehrani, higieni, negi ipd. Še danes je razlika v umrljivosti med spoloma najmanjša v tistih državah, kjer pomeni rojstvo deklice prekletstvo. V razvitih državah pa je ravno nasprotno, saj je pričakovana življenjska doba pri moških nižja kot pri ženskah. Na to vplivajo družbeni dejavniki, nasilne smrti zaradi prometnih nesreč, poškodb pri delu, poklicnih boleznih, alkoholizem in kajenje. Na različno umrljivost med spoloma torej vpliva medsebojno delovanje genetskih dejavnikov ter dejavnikov okolja in družbe (Adam 2002, 28).

2.5.1.2 Vzroki umrljivosti glede na družbene in poklicne kategorije

Družbene razlike so zelo pomembne, kar se kaže tudi pri raziskovanju razlik v umrljivosti glede na družbene in poklicne kategorije.

V osemdesetih letih prejšnjega stoletja so bili med aktivno moško populacijo smrti najmanj izpostavljeni profesorji, znanstveniki, književniki in inženirji. V starosti od 35 do 75 let je bila njihova umrljivost dvakrat manjša kot v celotni moški populaciji. Po drugi strani pa je umrljivost fizičnih delavcev pol večja kot v celotni populaciji (Adam 2002, 29).

2.6 Družbeni dejavniki tveganja

O »dejavniki tveganja« govorijo epidemiologi. Na ta način so povezali statistične podatke o lastnostih posameznika, njegovo izpostavljenost določenemu okolju in nastop bolezni.

Pripadnost družbeno-poklicni kategoriji se kaže v položaju, ki ga ima posameznik na trgu delovne sile, kar je povezano z njegovim dohodkom, stopnjo izobrazbe, obnašanjem in kulturnimi razlikami. Da lahko odgovorimo na vprašanje, kaj vpliva na povezavo med družbenim statusom in zdravstvenim stanjem, moramo analizirati »verigo« dejavnikov, v katerem nas nek element pripelje do drugega. To so zelo dobro pokazale študije o vplivu nezaposlenosti na zdravje. Treba je upoštevati celo vrsto različnih pojavov, povezanih z brezposelnostjo. Ta bi lahko imela ugoden učinek na zdravje, saj posameznika obvaruje nevarnosti zaradi poklicnega tveganja in prevelike izčrpanosti. Nezgode pri delu so pogoste med fizičnimi delavci in delavci v gradbeništvu, rudarje pa ogroža silicij. Vendar pa je poklicno tveganje povezano tudi z drugimi dejavniki, saj je treba upoštevati delovni ritem in delovne razmere. Čeprav je brezposeln človek na eni strani obvarovan celega sklopa dejavnikov tveganja, pa je na drugi izpostavljen bolezenskim učinkom, saj brezposelnost vzbuja tesnobo zaradi izgube družbenega položaja in lahko pripelje do materialne ogroženosti. Po drugi strani pa lahko družbeni položaj posameznika pogojuje določeno vedenje, ki neposredno učinkuje na zdravje. Sem spada zasvojenost s tobakom ali alkoholom, ki je pogostejša med določenimi družbenimi sloji in ogroža zdravje. Zaradi teh razvad so delavci še posebej izpostavljeni raku. Alkohol in tobak sta neposredna vzroka, njuna poraba pa se razlikuje po posameznih družbenih skupinah. Tako so na primer delavci veliki porabniki alkoholnih pijač in tudi tobaka. Nasprotno pa vodilni delavci in srednji kader ne uživata alkohola in tobak (Adam 2002, 30).

Čeprav so kvalitativne razlike med družbenimi skupinami omejene, pa so po drugi strani bolj opazne kvantitativne razlike. Pripadniki delavskega razreda gredo k zdravniku zaradi kurative. Razlogi, ki jih pripeljejo na zdravniški pregled, so ponavadi resni in zato je tudi hospitalizacija bolj pogosta. Na drugi strani pa pripadniki višjega razreda bolj pogosto prihajajo na preglede zaradi preventive. Prav pri številu preventivnih pregledov so razlike zelo velike. Najbolj privilegirani družbeni sloji imajo na voljo znanje in kulturne vire, ki jim omogočajo, da se lažje znajdejo v zdravstvenem

sistemu. Ti so tudi bolj dovzetni za zdrav način življenja, kamor spada ukvarjanje s športom, zdrav način prehranjevanja in drugo (Adam 2002, 31).

2.6.1 Povezava med življenjskimi razmerami, socialno-ekonomskimi tveganji, neenakostjo in zdravjem

Ena od teorij, ki poskuša povezati življenjske razmere s tveganji, neenakostjo in zdravjem, se opira na raziskavo Gerharda Schulza (v Müller in drugi 2002), ki so jo opravili v kraju Nürnberg na vzorcu 1000 oseb. Zastavili so jim vprašanja o kulturnih navadah in vsakodnevnih dejavnostih v zvezi z zbiranjem informacij. Schultze uporablja starost in izobrazbo kot temeljni socialno demografski razsežnosti, da lahko razlikuje pet različnih okolij ali življenjskih slogov, in sicer okolje razvedrila (nizka starost, nizka izobrazba) harmonično okolje (visoka starost, nizka izobrazba) okolje samouresničitve (nizka starost, visoka izobrazba) integrativno okolje (visoka starost, srednja izobrazba) in razločevalno okolje visoke ravni (visoka starost, visoka izobrazba).

Glede na zgoraj navedeno je najpomembnejša kritična ugotovitev, da so nove tipologije življenjskega sloga skoraj popolnoma izgubile vertikalno razsežnost neenakosti. Torej, če se opiramo na maloštevilne objektivne kazalce neenakosti, kot so dohodek, izobrazba ali status, hitro izgubimo povezanost med neenakostjo in celotnim samoocenjevanjem, saj niso vključeni mnogi vidiki in razsežnosti kulturnih in vsakodnevnih navad (Müller in drugi 2002).

Weberjanski ali neoweberjanski pristopi poudarjajo vertikalno stratifikacijo. Ti na eni strani razlikujejo med razredi in ekonomsko ureditvijo statusnih skupin ter med svetom družbene ureditve na drugi strani. Razredi so opredeljeni kot položaj in interes na kapitalističnih trgih in določajo življenjske priložnosti številnih posameznikov, statusne skupine pa kot posebne, včasih neorganizirane skupnosti, razlikovanja pa določajo družbene ocene spoštovanosti in življenjski slogi. Na podlagi tega se je ohranilo poudarjanje vertikalne stratifikacije, kar se je zgodilo z omejevanjem več razsežnostnih življenjskih slogov in socialnih ureditev na maloštevilne ključne spremenljivke. Zaradi tega je ta pristop postal preozek, da bi te spremenljivke povezal z dodatnimi pojmi, kot so tveganja in zdravstvene razmere (Müller in drugi 2002).

Prav tako sodobne analize razredov, kot so prikazane pri Pierru Bourdieuju (v Müller in drugi 2002) ali pa pri Ericu Olinu Wrightu (v Müller in drugi 2002) ne morejo povezati več razsežnostnih vidikov sedanjih življenjskih razmer. Pri Wrightu gre za dve razsežnosti-odnos do sredstev za proizvodnjo, vključno z odnosi moči in kvalifikacije (eksperti/kvalificirani/nekvalificirani), medtem ko gre pri Bourdieuju za tri razsežnosti-ekonomski, socialni in kulturni kapital, ki ne dosegajo potrebne mnogovrstnosti različnih razsežnosti, da bi obvladovali zelo različne življenjske poti posameznikov in gospodinjestev.

Omeniti je potrebno tudi najizrazitejša sociološka pogleda na tveganje in oblikovanje tveganja v sodobnih družbah. Na eni strani Ulrich Beck (v Müller in drugi 2002) uporablja model faznega prehoda med stopnjami modernosti kot splošno osnovo. Začetno stopnjo imenuje industrijski ali tradicionalni kapitalizem. Tega pa izpodrine nova razvojna stopnja, ki jo označuje kot družbo tveganja, v središču katere je posplošena logika ustvarjanja tveganja v nasprotju z logiko proizvodnje bogastva v industrijski fazi. Kljub prehodu k družbam tveganja socialno-ekonomska tveganja in neenakosti v Beckov sistem še niso vključena.

Na drugi strani Niklas Luhmann (v Müller in drugi 2002) poudarja oblikovanje tveganja v okviru močno razčlenjenih in zapletenih socialnih sistemov. Razlikuje med tveganji in nevarnostmi ter med tveganji in škodo ali nezgodami. Medtem ko so tveganja vedno ex ante in razložljiva, so nevarnosti vedno ex post in so lahko razložljive in nerazložljive. Luhmann prav tako razlikuje med tveganimi dejavnostmi in tveganimi sistemi. V Luhnmannov okvir pa ni mogoče vključiti bistvenih področij socialno-ekonomskih tveganj, kot so na primer nevarne delovne razmere in slabe kvalifikacije. Tako Luhnmannov kot Beckov pristop slonita na odločitvah in ne vodita v bližino področij družbene neenakosti.

Novejša prizadevanja, da bi povezali zdravje s socialno-ekonomskimi razmerami, se osredotočajo le na ekonomske spremenljivke. Richard Wilkinson (v Müller in drugi 2002) poudarja pomembnost oblike porazdelitve dohodka kot ključnega ekonomskega dejavnika za celotno stanje zdravja in meni, da so bolezni, duševne motnje in druge težave, tesno povezane s pojavom, ki ga imenuje socialna kohezija. Na podlagi podatkov o veliki različnosti nacionalnih stopenj umrljivosti in o povezanosti smrtnosti s socialno-ekonomskimi stanji, ki jih Wilkinson navaja, sledi, da sta tako smrtnost kot razširjenost bolezni precej odvisni od posebnih življenjskih slogov v regijah in državah.

Navaja tudi, da so lokalni, regionalni ali nacionalni deli družbe na spodnjem delu socialno-ekonomske lestvice povezani s posebnimi skupinami bolezni in smrtnosti, medtem ko lokalni, regionalni ali nacionalni deli družbe na zgornjem delu postajajo vse bolj istovrstni.

Nadalje sledijo empirični rezultati, ki izhajajo iz podatkov zbranih s strani Wolfanga Zapfa (v Müller in drugi 2002) iz Znanstvenega centra za družbene raziskave v Berlinu. Gre za t.i. »Euromodul«, mednarodno primerjalno raziskavo o kakovosti življenja. Podatki prikazujejo življenjske razmere v njihovi objektivni in subjektivni razsežnosti v Švici, Nemčiji, Španiji, Sloveniji in Madžarski.

Diagram 2.1:

Povezave med dohodkom in izobrazbo z zadovoljstvom z življenjem in zdravjem.

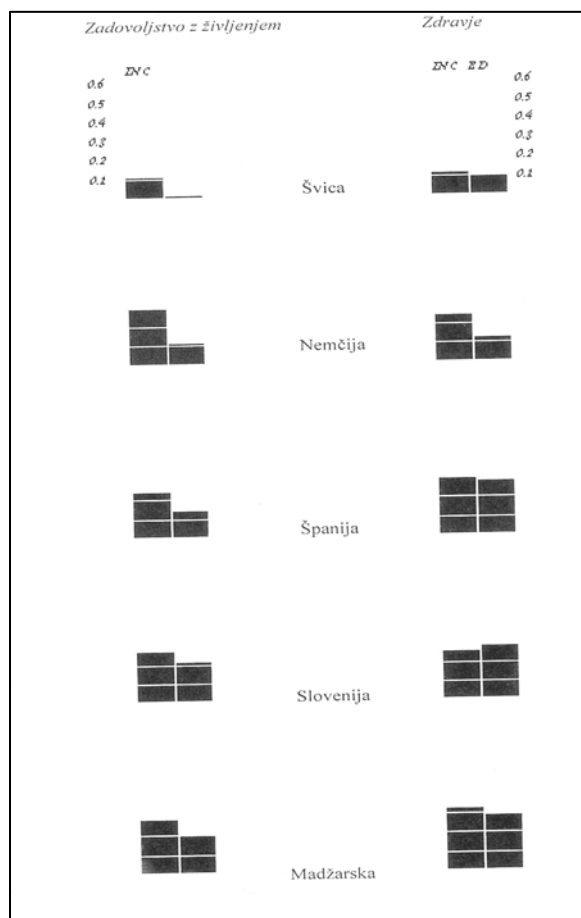
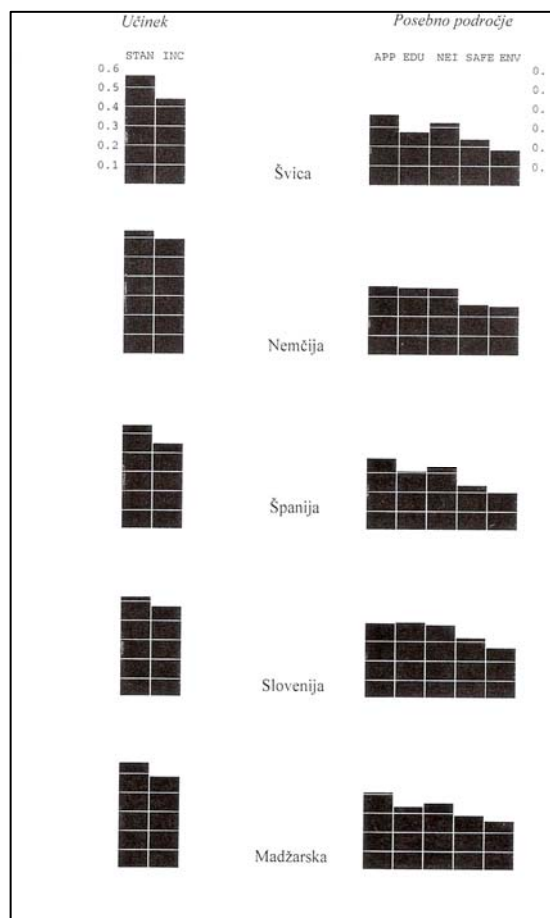


Diagram 2.2:

Povezave med skupnim zadovoljstvom z življenjem, zadovoljstvom z življenjskim standardom in zadovoljstvom z dohodkom.



Vir: Müller in drugi (2002).

Iz diagrama 2.1 izhaja naslednje:

- obstajajo šibke povezave med splošnimi samoocenitvami in glavno skupino socialno-ekonomskih kazalcev, saj so korelacije med stopnjo izobrazbe in skupnim dohodkom gospodinjstva na eni strani in celotnim zadovoljstvom na drugi strani v razponu od ničle do 0,3.
- obstajajo višje stopnje korelacij med dohodkom gospodinjstva in zadovoljstvom z življenjem kot pa med stopnjami izobrazbe in zadovoljstvom z življenjem.
- obstajajo šibke povezave med dohodkom ali izobrazbo in splošnim zdravstvenim stanjem, kar dokazuje desna stran diagrama 1. Samo v Sloveniji je stopnja izobrazbe v večji korelaciji z zdravjem kot dohodek, medtem ko v drugih analiziranih državah ni razlik.

Iz diagrama 2.2 je razvidno, da

- obstajajo močne korelacije med skupnim zadovoljstvom z življenjem, zadovoljstvom z življenjskim standardom in zadovoljstvom z dohodkom.

Vodilna domneva, ki izhaja iz obeh diagramov, predpostavlja šibke povezave med socialno neenakostjo in subjektivno blaginjo.

3 VARNOST IN ZDRAVJE PRI DELU

Kakovost delovnega življenja je v današnjem času vedno bolj pomembna, zato se vedno več časa in sredstev namenja zagotavljanju le-te. V literaturi je kakovost delovnega življenja opredeljena kot sredstvo za povečanje produktivnosti s pomočjo boljše motiviranosti in večjega zadovoljstva delavcev, zmanjševanja stresnih situacij, izboljšanja komuniciranja ter zmanjševanje odpora do sprememb. Opredelitev izhaja iz spoznanja, da produktivnosti dela dolgoročno ni mogoče povečevati z avtorskim vodenjem, saj ljudje tako organizacijo slej ko prej zapustijo. Delavce je treba pritegniti k reševanju problemov, ki zadevajo njih in njihove odnose z organizacijo. Poleg tega, da kakovost delovnega življenja prispeva h kakovosti življenja, vpliva tudi na delovne učinke, kar pa je pomembno tako za delavce kot delodajalce (Svetlik 1996, 162). Kot pravi Černigoj Sadar (v Svetlik 1996, 183), je zdravje med pomembnejšimi razsežnostmi kakovosti življenja, saj je po eni strani nezamenljiv osebni vir pri ustvarjanju življenjskih razmer, po drugi strani pa med najprepričljivejšimi ter celostnimi kazalci rezultatov kakovosti delovnega življenja. Tako je za zagotovitev kakovosti življenja in kakovosti delovnega življenja oziroma okolja nujna zagotovitev zdravja in varnosti ljudi ter zaposlenih. Ob njuni zagotovitvi pa je mogoče pričakovati izdelke in storitve visoke kvalitete, ki so dandanes bistveni za konkurenčnost podjetij.

O zdravstvenem varstvu delavcev je govoril tudi papež Janez Pavel II v encikliki »Laborem exercens (1981), kjer je zahteval zdravstveno nego, posebej ob poškodbi pri delu, pravico do počitka in oddiha, pravico do pokojnine in zavarovanja ob poškodbi pri delu.

Cilj zdravja in varstva pri delu je v prvi vrsti zaščititi in izboljšati zdravje delavcev, vzdrževati in izboljšati njihove zmožnosti in sposobnosti za delo, prispevati k vzpostavitvi in vzdrževanju varnega in zdravega delovnega okolja ter spodbujati prilagajanje dela zmožnostim delavcev glede na njihovo zdravstveno stanje.

Varnost in zdravje pokriva preventivo vseh škodljivosti, ki izhajajo iz dela, poškodb pri delu in bolezni povezanih z delom, vključno s poklicnimi boleznimi.

3.1 Pravna ureditev varnosti in zdravja pri delu

Varnost in zdravje na delovnem mestu urejajo mednarodni in domači pravni viri.

MEDNARODNI PRAVNI VIRI

Pomembni mednarodni viri, ki urejajo varnost in zdravje na delovnem mestu, so konvencije in priporočila mednarodne organizacije dela. Nanašajo se na vprašanja v zvezi zagotavljanjem varnih delovnih razmer in varnega delovnega okolja. Konvencije so univerzalni pravni vir, ki se morajo obvezno uporabljati z domicilno zakonodajo. Poleg konvencij se uporabljajo še direktive Evropske unije, ki jih mora država implementirati v pravni red, da je lahko enakopravna članici Evropske unije.

DOMAČI PRAVNI VIRI

Domači pravni viri, ki urejajo področje varnosti in zdravja na delovnem mestu, so Ustava Republike Slovenije, Zakon o delovnih razmerjih, Zakon o varnosti in zdravju pri delu, Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju ter Zakon o inšpekciji dela.

3.2 Varnost delavcev

Kot določa zakonodaja, je odgovornost za varnost in zdravje pri delu predvsem na delodajalcu, vendar pa imajo tudi delavci določene dolžnosti in hkrati pravico, da poskrbijo za svojo varnost (Zakon o varnosti in zdravju pri delu 1999).

Delavcem mora biti s strani delodajalca omogočeno, da sodelujejo pri obravnavi vseh vprašanj, ki so kakorkoli povezana z zagotavljanjem zdravega in varnega delovnega mesta. To nalogo opravlja svet delavcev ali pa delavski zaupnik za varnost in zdravje pri delu, izvoljen s strani delavcev. Na ta dva organa se delavci obrnejo, če imajo kakšne težave v zvezi z zdravjem in varnostjo pri delu oziroma če želijo delodajalca obvestiti o nevarnosti pri delu (Zakon o varnosti in zdravju pri delu 1999).

Pravice in dolžnosti delavca

Delavci imajo pravico in dolžnost, da:

- so seznanjeni s predpisanimi varnostnimi ukrepi,
- se usposobijo za izvajanje teh ukrepov,
- izvajajo predpisane delovne postopke,

- pri delu uporabljajo varnostne naprave in osebno varovalno opremo ter da opravijo predpisane zdravstvene preglede,
- strokovnemu delavcu in pooblaščenemu zdravniku posredujejo predloge, pripombe in obvestila v zvezi z varnostjo in zdravjem pri delu.

Če delavec svojih dolžnosti v zvezi z varnostjo in zdravjem ne spoštuje, pomeni, da ogroža svojo varnost in zdravje ter varnost in zdravje drugih delavcev. To predstavlja hujšo kršitev obveznosti iz delovnega razmerja, zaradi česar lahko delodajalec z delavcem prekine delovno razmerje (Zakon o varnosti in zdravju pri delu 1999).

Delavec ima pravico delo tudi odkloniti, če:

- ni bil predhodno seznanjen z vsemi nevarnostmi ali škodljivostmi pri delu,
- mu delodajalec ni zagotovil predpisanega zdravstvenega pregleda,
- mu grozi neposredna nevarnost za življenje in zdravje, ker niso bili izvedeni predpisani varnostni ukrepi,
- če dela več kot poln delovni čas oziroma ponoči in bi mu v skladu z mnenjem pooblaščenega zdravnika takšno delo poslabšalo zdravstveno stanje (Zakon o varnosti in zdravju pri delu 1999).

3.3 Obveznosti delodajalcev

Vsak delodajalec mora izdelati in sprejeti izjavo o varnosti z oceno tveganja v pisni obliki. To je listina, s katero delodajalec izjavi, da uvaja vse ukrepe za zagotovitev varnosti in zdravja pri delu, glede preprečevanja nevarnosti in tveganja pri delu, obveščanja in usposabljanja delavcev, dajanja navodil, ustrezne organiziranosti ter zagotavljanja potrebnih materialnih sredstev v ta namen in jo je potrebno sproti dopolnjevati. V izjavi so opredeljeni ukrepi za zmanjšanje tveganj za nastanek poškodb ali bolezni za vse, ki delajo v podjetju ali so z delom v podjetju kakor koli povezani.

Del izjave o varnosti je ocena tveganja, ki je odvisna od števila zaposlenih in od tega, ali so v podjetju tveganja velika ali majhna. Najpomembnejši del izjave o varnosti je seznam ukrepov, s katerim se delodajalec obveže, da bo zagotovil ustrezno varnost pri delu in bo zaščitil zdravje delavcev (Zakon o varnosti in zdravju pri delu 1999).

Delodajalci morajo delavce obveščati o:

- varnih in zdravih načinov in postopkih izvajanja dela,
- nevarnosti na delovnem mestu,
- varnostnih ukrepov, ki jih morajo delavci upoštevati,
- mestih z neposredno in neizogibno nevarnostjo in
- vseh spremembah v delovnem procesu.

Delodajalci morajo posebej poskrbeti za mlade in starejše delavce, noseče ženske in invalide. Če delodajalec ne odpravi pomanjkljivosti in nevarnosti, o katerih ga delavci pisno obveščajo prek svojih predstavnikov, lahko delavci zahtevajo posredovanje inšpekcije dela. Za opravljanje strokovnih nalog na področju zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu, mora delodajalec določiti enega ali več strokovnih delavcev. Naloga strokovnega delavca je, da delodajalcu svetuje glede opreme delovnih mest in glede delovnega okolja, opravlja preiskave škodljivosti v delovnem okolju, spremlja stanje poškodb pri delu in poklicnih boleznih ter odkriva vzroke zanje, opravlja notranji nadzor nad izvajanjem ukrepov za varno delo (Zakon o varnosti in zdravju pri delu 1999).

Delodajalec je dolžan zagotoviti prvo pomoč delavcem in drugim, ki so se poškodovali na delu. To se zagotovi z usposobitvijo potrebnega števila zaposlenih za prvo pomoč ter zagotavljanjem predpisane in potrebne opreme. Objekti in prostori morajo biti taki, da omogočajo umik ogroženim delavcem oz. dostop tistim, ki želijo intervenirati. Dostopi za intervencijo in izhodi oziroma evakuacijske poti morajo biti vedno dobro označeni in prosti (Zakon o varnosti in zdravju pri delu 1999).

Delodajalec je dolžan delavce obvestiti o osebah, ki so zadolžene za prvo pomoč, požarno varnost in evakuacijo delavcev (Čili za delo 2007e).

3.4 Sodelovanje za varno in zdravo delo

Delavsko soupravljanje na področju varnosti in zdravja pri delu je ključni element sistema varnosti in zdravja pri delu. Zelo pomembno je, da se v procese urejanja delovnih razmer in dela v korist varnosti in zdravju vključijo vsi zaposleni oziroma njihovi predstavniki - svet delavcev ali delavski zaupnik za varnost in zdravje pri delu (Čili za delo 2007e).

3.5 Nadzor na področju varnosti in zdravja pri delu

Inšpekcijski nadzor na področju varnosti in zdravja pri delu opravljajo pristojni inšpektorji Inšpektorata RS za delo. Gre predvsem za naslednje oblike pregledov:

- redni (inšpektor nadzira spoštovanje večine določb zakonodaje s področja varnosti in zdravja pri delu),
- izredni (inšpektor nadzira izvajanje posameznih ukrepov, s katerimi delodajalec delavcem zagotavlja varno in zdravo delo),
- kontrolni (inšpektor preverja, ali je delodajalec izpolnil zahteve, ki so mu bile odrejene z upravo odločbo pri predhodnem inšpekcijskem pregledu).

Tabela 3.1: Število inšpekcijskih pregledov v Sloveniji 2000-2009

LETO	REDNI PREGLEDI	IZREDNI PREGLEDI	KONTROLNI PREGLEDI	SKUPAJ
2000	2.007	2.718	648	6.373
2001	2.276	2.520	651	6.447
2002	1.408	4.869	1.593	7.870
2003	1.968	4.819	1.371	8.160
2004	1.952	4.685	1.525	8.162
2005	1.521	5.733	1.425	8.679
2006	1.799	5.101	1.633	8.533
2007	1.486	5.007	1.676	8.169
2008	2.014	4.209	1.513	7.736
2009	1.528	4.799	1.389	7.716

Vir: Inšpektorat Republike Slovenije za delo (2010, 35).

Leta 2008 je bilo na področju varnosti in zdravja pri delu v vseh dejavnostih opravljenih 7736 inšpekcijskih pregledov. Največ jih je bilo opravljenih v dejavnostih gradbeništva. Prav tako je bilo delodajalcem, ki so se ukvarjali z gradbeništvom, izdanih največ ureditvenih in prekrškovnih odločb, največ plačilnih nalogov ter podanih največ kazenskih ovadb (glej Tabelo 3.1 in 3.2).

Tabela 3.2: Število vseh inšpekcijskih pregledov s področja nadzora varnosti in zdravja pri delu po 10. najpogosteje izpostavljenih dejavnostih z najštevilčnejšimi ukrepi, Slovenija, 2008

	ŠT. PREGLEDOV	ŠT. UREDITVENIH ODLOČB	ŠTEVILO ODLOČB O PREKRŠKU	ŠT. OVADB	ŠT. PLAČILNIH NALOGOV
Gradbeništvo	2.300	902	52	8	391
Gostinstvo	579	263	7	0	16
Proizvodnja kovinskih izdelkov	537	219	9	1	49
Trgovina na drobno in debelo	446	171	2	0	13
Posredništvo in trg.	424	171	2	0	19
Kopenski promet	259	106	7	0	21
Obdelava in predelava lesa	222	94	2	0	6
Trgovina z motornimi vozili in popravila	174	85	2	0	6
Kmetijstvo	174	123	1	1	12
Oskrba z el. energijo, plinom in paro	141	64	1	1	2

Vir: Inšpektorat Republike Slovenije za delo (2009, 41).

4 PROMOCIJA ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU

Eden izmed temeljnih ciljev sodobne politike mora biti spreminjanje zdravju škodljivih vzorcev vedenja posameznikov. Nezdravi posamezniki so za državo, zaznamovano z dekonstrukcijo države blaginje, staranjem prebivalstva, vse hitrejšimi in nepredvidljivimi družbenimi spremembami, ne samo predragi, ampak predstavljajo tudi nevarnost, da bi ovirali družbeni, kulturni in ekonomski razvoj države (Resolucija o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu 2003).

Ottawska listina (1986) opredeljuje promocijo zdravja kot proces, ki omogoča ljudem večji nadzor nad njihovim zdravjem in njegovo izboljšanje.

Promocija zdravja pri delu je skupno prizadevanje delodajalcev, delojemalcev in družbe za izboljšanje zdravja in dobrega počutja ljudi na delovnem mestu, kar je mogoče doseči s kombinacijo izboljšanja organizacije dela in delovnega okolja, spodbujanja aktivnega sodelovanja ter spodbujanja osebnega razvoja (Luxembourg declaration on workplace health promotion 2005).

Delovno mesto vpliva na zdravje in bolezni delavca na različne načine. Delo lahko povzroči slabo zdravje, če morajo delavci delati v razmerah, ki so zdravju škodljive, če so premalo večji ali če nimajo vzajemne pomoči sodelavcev.

Promocija zdravja pri delu vpliva na mnoge dejavnike, povezane z delom, ki lahko izboljšajo zdravje zaposlenih. Ti dejavniki so naslednji:

- Načela upravljanja in metode, ki upoštevajo, da so delavci nujni dejavnik za uspeh organizacije in ne le strošek.
- Kultura in načela vodenja, ki vključujejo sodelovanje zaposlenih in spodbujajo motivacijo in odgovornost vseh zaposlenih.
- Načela organizacije dela, ki omogočajo zaposlenim primerno ravnovesje med službenimi zahtevami, nadzorom lastnega dela, ravnijo veščin in družbeno podporo.
- Politika ravnanja s človeškimi viri.
- Celostne storitve zdravja in varnosti pri delu (Čili za delo 2007f).

4.1 Promocija zdravja v Evropski uniji

4.1.1 Evropska mreža za promocijo zdravja

Evropsko mrežo za promocijo zdravja pri delu so leta 1996 ustanovile organizacije s področja javnega zdravja ter zdravja in varnosti pri delu. S sprejemom Luksemburške deklaracije se je 31 članic mreže zavezalo k skupnemu razumevanju promocije zdravja pri delu. Članice si prizadevajo za širjenje primerov dobre prakse na področju promocije zdravja pri delu. K doseganju tega cilja prispeva tudi ustanavljanje neformalnih mrež na nacionalni ravni (Čili za delo 2007g).

Projekt Premikamo Evropo poteka v več kot 20 evropskih državah in je usmerjen v promocijo dejavnosti za spodbujanje zdravega življenjskega sloga v podjetjih, organizacijah in ustanovah in v iskanju dobre prakse na izbranih področjih s pomočjo vprašalnika, ki se nanaša na štiri področja življenjskega sloga, in sicer zdrava prehrana, nekajenje, telesna aktivnost, duševno zdravje in stres (Čili za delo 2007g).

4.2 Promocija zdravja v Sloveniji

Slovenija ima razvit sistem varnosti in zdravja pri delu, ki v informacijsko mrežo povezuje vse, katerih delo, odgovornost in interes sta varnost in zdravje pri delu.

Na področju promocije zdravja pri delu obstoja le malo podjetij, ki so razvila poti do boljšega zdravja zaposlenih. Razviti so nekateri programi, kot na primer program Živimo zdravo, ki ponujajo izbrane načine dela z odraslimi na področju promocije zdravja (Stergar in Lazar Udrih 2006).

4.2.2 Program Čili za delo-program promocije zdravja pri delu

Klinični inštitut za medicino dela je razvil program Čili za delo in se tako vključil v vrsto projektov, ki potekajo v okviru Evropske mreže za promocijo zdravja pri delu.

Program Čili za delo je bil razdeljen na tri faze, in sicer raziskovalno-analitični del, projekt Phare in implementacija projekta v slovenskih podjetjih.

Raziskovalno-analitični del

V prvi del programa spada raziskava mnenj direktoric in direktorjev podjetij in organizacij o zdravju, delu in promociji zdravja, ki je bila izvedena leta 2005. Raziskava je zajela direktorje vseh velikih in srednjih podjetij ter javnih zavodov in vzorec 2500 direktorjev malih podjetij.

V anketi so direktorji odgovarjali na vprašanja o odnosu do lastnega zdravja in do zdravja v podjetju oziroma ustanovi, o zdravju in varnosti v podjetju, o izobraževanju za zdravo in varno delo, o rezultatu preventivnih pregledov, o pogostosti zdravja zaposlenih na dnevnem redu vodstva podjetja ter o pripravljenosti na uvajanje programa promocije zdravja v podjetje (Stergar in Lazar Udrih 2006).

Projekt Phare

Projekt Phare, osrednji vsebinski del programa, je potekal 15 mesecev, in sicer od maja 2005 do konec julija 2006. V okviru tega projekta so razvili sedem izobraževalnih in intervencijskih modulov za vseživljenjsko izobraževanje (Stergar in Lazar Udrih 2006).

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 tem so si zastavili cilj vzpostavitve mreže ustanov, ki strokovno podpirajo izvajanje promocije zdravja v podjetjih. Potrebno je bilo usposobiti dovolj izobraževalcev, ki širijo način dela med odgovorne v organizacijah ter zagotoviti systemske spodbude in zagonska sredstva za podjetja, ki se odločijo za tovrstno promocijo zdravja (Čili za delo 2007f).

5 SPREMEMBE NA TRGU DELOVNE SILE

Tako v Sloveniji kot v Evropski uniji so se v relativno kratkem obdobju zadnjih dvajsetih let zgodile številne in radikalne demografske, politične, ekonomske in druge spremembe.

Evropski trg dela se je bistveno spremenil in velika verjetnost je, da bodo te spremembe imele velik vpliv tudi v prihodnje. Zaznamovalo ga je zmanjšanje števila zaposlenih v kmetijstvu, industriji in javnem sektorju. Na trgu delovne sile prevladuje storitveni sektor, v katerem je zaposlenih kar 68,6 % (2006) delavcev Evropske unije. Ta premik prinaša spremembe v naravi tveganja in vzorcih bolezni. Prav tako narašča število malih in srednjih podjetij (Nicholson 2002).

Posebno pozornost je potrebno nameniti prav zaposlenim v teh podjetjih, saj ta premalo vlagajo v zdravje na delovnem mestu. Spremembe v naravi dela vključujejo avtomatizacijo delovnega procesa, večja uporaba računalniške tehnologije, poznavanje znanja na več delovnih mestih ter delo na daljavo (Ignjatovič 2002, 120).

Uvajanje fleksibilnih oblik zaposlovanja in zmanjševanje stroškov dela povečujeta skrb, da se bo zmanjšala fizična varnost teh delavcev na delovnem mestu. Zmanjšanje stroškov pomeni redukcijo sredstev, namenjenih za izobraževanje in usposabljanje o varnosti na delovnem mestu, zmanjšanje sredstev za nadzor in zamenjavo pokvarjene ali ostarele opreme.

Demografske spremembe vključujejo naraščajoče število starejših delavcev in žensk med delovno silo. Med leti 1995 in 2015 naj bi se število delavcev starih od 50 do 64 let povečalo za 25%, število delavcev starih od 20 do 29 let pa naj bi se zmanjšalo za 20%. Naraščajo tudi atipične oblike dela in samozaposlitev, saj je vse več delovne sile vključene v delo s skrajšanim delovnim časom, delo na domu, delo na daljavo in delo za določen čas. Vse zgoraj naštetje spremembe predstavljajo nove izzive za razvoj ustrezne zakonodaje na področju, ki zadeva zdravje na delovnem mestu (Nicholson 2002).

6 RIZIČNE SKUPINE NA TRGU DELOVNE SILE

6.1 Starejši delavci

Splošno razširjeno mnenje je, da delovna sposobnost v poznih srednjih letih popušča, vendar to ni dokazano. Veliko delavcev se predčasno upokoji, predvsem zaradi neustreznih delovnih razmer, bolezni, poškodb, doseženega standarda in podobno, ne pa zato, ker jim je opešala delovna sposobnost zaradi procesa staranja (Bilban in Simon 2008).

Po predpisih o varnosti in zdravju pri delu v Sloveniji za starejše delavce¹ ne veljajo posebne zahteve oziroma ukrepi. Tega ne narekuje niti okvirna evropska direktiva za področje varnosti in zdravja pri delu 89/391/EGS in tudi ne direktive, ki so bile izdane na njeni podlagi. Vsekakor pa je umestno, da se nekatere specifične lastnosti starejših delavcev upoštevajo v izjavi o varnosti in v procesu ocenjevanja tveganj za delovna mesta, na katerih delajo starejši delavci. V tem pogledu je pomembno predvsem počasno upadanje fizičnih lastnosti (telesna moč, vid, sluh, refleksi, spretnost, ipd.) in spreminjanje psihičnih in osebnostnih lastnosti. Pri psihičnih lastnostih lahko rečemo, da se slabša spomin, upada sposobnost koncentracije in učenja, naraščajo pa npr. nekatere slabe osebnostne lastnosti, kot so razdražljivost, konfliktnost, trma ipd. Praviloma se s staranjem slabša tudi splošno zdravstveno stanje vseh ljudi in seveda tudi delavcev. Zato je vse več stresnih situacij tudi v zvezi z delom. Po drugi strani se s starostjo izboljšujejo nekatere dobre osebnostne in druge lastnosti, kot so npr. preudarnost, previdnost, stalnost, strokovnost in delovne izkušnje. Starejši delavci poznajo tudi precej širši krog ljudi, kar je v določenih dejavnostih lahko tudi zelo pomembno. So pa vse te spremembe od človeka do človeka zelo različne in zato tudi bolj ali manj vplivne in pomembne (Ružič 2007).

Starejši delavci se v povprečju slabše odrežejo kakor mlajši predvsem pri delih, ki zahtevajo hitrost, dolgotrajno zbranost, hitro prilagajanje in izjemni telesni napori. Vendar pa so starejši delavci boljši v poklicih, ki zahtevajo znanje, natančnost in premišljenost (Bilban in Simon 2008).

Staranje prebivalstva v zadnjih desetletjih prispeva k naraščanju pomembnosti problema poškodb pri starejših, saj so drage za zdravstveni sistem, imajo običajno resne posledice

¹ Po Zakonu o delovnih razmerjih (Ur.l.RS, št. 42/2002 in 79/2006) se za starejšega delavca šteje delavec, ki je starejši od 55 let.

in vodijo v ireverzibilno slabljenje funkcije, institucionalizacijo in smrt. Razvite države se že srečujejo z negativnimi posledicami staranja prebivalstva, saj prihaja do globalnega naraščanja števila poškodb okončin, vnetnih in drugih boleznih sklepov ter boleznih in poškodb hrbtenice. Glede na to, da bo delež prebivalstva starejšega od 64 let leta 2050 v Sloveniji in Evropi dosegel 30%, lahko pričakujemo, da se bo problem poškodb še povečal. Glavni vzrok poškodb in boleznih pri starejših so padci. Vzrok za poškodbe in padce je kompleksna kombinacija bioloških, vedenjskih, socialno-ekonomskih in dejavnikov fizičnega okolja. Med preventivnimi ukrepi za preprečevanje nezgod in poškodb pri starejših, se zato priporoča redna telesna aktivnost, zdravstvena vzgoja o dejavnikih tveganja, o preprečevanju poškodb ter odstranitvi dejavnikov tveganja iz okolja (Bilban in Simon 2008).

6.2 Mlajši delavci

Vsako leto na tisoče mladih v Evropi trpi zaradi boleznih in poškodb pri delu. Nekateri tragično izgubijo življenje. Nekateri ne preživijo niti prvega dne na delovnem mestu. Poklicne bolezni in bolezenska stanja, kot so rak, težave s hrbtenico ali okvara sluha in vida, se razvijajo postopno (Žebovec 2006).

Varnost in zdravje mladih delavcev pri delu opredeljuje direktiva Sveta 94/33/ ES z dne 22. junija 1994. Tudi okvirna direktiva Sveta 89/391/EGS med drugim določa, da morajo biti še posebej občutljive in rizične skupine zavarovane pred nevarnostmi in škodljivostmi. Sem nedvomno spadajo tudi mladi delavci oz. tisti, ki se prvič vključijo v delovni proces, pa po definiciji v slovenski zakonodaji sicer ne sodijo med mlade delavce. Po tej definiciji² je namreč »mladi delavec« tisti, ki je starejši od 15 in mlajši od 18 let ter zaposlen s pogodbo o zaposlitvi. Starostna skupina 18 do 24 let po naši zakonodaji ne sodi v skupino mladih delavcev in zato tudi ni deležna posebne obravnave (Ružič 2006).

Mlada oseba, ki začne poklicno pot, je bolj ogrožena in ne sme opravljati dela, ki presega njene telesne in umske sposobnosti. Poleg tega mlademu delavcu manjka izkušenj, povezanih z delom, manjka mu ozaveščenosti o tveganjih za varnost in zdravje, ki ga morda čakajo na delovnem mestu, ter znanje o tem, kaj bi moral v zvezi z

²Zakon o delovnih razmerjih (Ur.l.RS, št .42/2002 in 79/2006)

varnostjo storiti on in kaj delodajalec. Sposobnost prepoznavanja možnih nevarnosti in opravljanja dela na varen način zahteva zdravo pamet pa tudi pozorno opazovanje, usposabljanje in izkušnje. Prav tako ima mlad delavec pravico izraziti vsakršne dvome o stvareh, ki se mu zdijo nevarne, vendar mu morda manjka samozavesti, da bi spregovoril o tem. Lahko pa sprejme stanje takšno kot je in s tem želi delodajalcu in sodelavcem dokazati, da je prizadeven delavec in da ne pozna strahu (Žebovec 2006). Delavce, mlajše od 18 let, zakon ščiti pred opravljanjem nekaterih nevarnih del. Ti ne smejo opravljati dela:

- ki presega njihove telesne ali umske sposobnosti,
- pri katerem so izpostavljeni strupenim in rakotvornim snovem,
- pri katerem so izpostavljeni škodljivemu sevanju,
- pri katerem so izpostavljeni izjemnemu mrazu ali izjemni vročini, hrupu in vibracijam,
- ki vključuje tveganja, ki jih verjetno ne bodo prepoznali ali se jim izognili zaradi pomanjkanja izkušenj ali usposabljanja oziroma zaradi svoje nezadostne pozornosti do varnosti.

Mlajši od 18 let, vendar starejši od minimalne starosti, pri kateri lahko že zaključijo obvezno redno šolanje, lahko opravljajo naštetá dela v posebnih okoliščinah, kadar:

- je opravljanje takega dela nujno za njihovo poklicno usposabljanje,
- se tako delo izvaja pod nadzorom pristojne osebe,
- so tveganja znižana na najnižjo možno raven.

Mladim delavcem se ne sme dovoliti delo, ko kljub vsem potrebnim ukrepom in prizadevanjem obstaja veliko tveganje (Žebovec 2006).

6.3 Ženske

Zaradi različnih vzorcev bolezni, različnih bioloških značilnosti, reproduktivnih funkcij in različnega načina življenja, je nujno potrebna ločena obravnava in spremljanje zdravja žensk in moških. Ženske veliko bolj pogosto odhajajo v bolniški stalež zaradi bolezni kosti, mišic in vezivnega tkiva. Zanje značilne bolezni so tudi osteoporoza, bolezni srca in ožilja in bolezni, povezane z reproduktivnim zdravjem. Vprašanja rodnosti in splavnosti, zlasti maternalna umrljivost pa so najpomembnejši kazalniki uspešnosti delovanja zdravstvenega varstva. Tudi zaradi čedalje večjih pritiskov na podaljševanje delovne dobe, zaostrovanja pogojev za upokojevanje za ženske ter zaradi pojava visoke stopnje koriščenja bolniškega staleža pri ženskah in odsotnosti nosečih žensk z dela (zaradi stresnega delovnega okolja), mora skrb za zdravje na delovnem mestu, zagotavljanje zdravega delovnega okolja in prilagajanje procesov dela zmoglostim delavk postati osrednje vodilo za podjetja (Komisija Državnega sveta za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide 2009).

Delodajalec mora za noseče delavke pripraviti posebno oceno tveganja na delovnem mestu, pri kateri mora sodelovati pooblaščen zdravnik. S podpisom mora zagotavljati, da na delovnem mestu ne bo prišlo do okvare zdravja matere ali ploda. Če v tem času delavka opravlja dela, pri katerih je izpostavljeno tveganje, mora delodajalec sprejeti ustrezne ukrepe z začasno prilagoditvijo pogojev dela ali delovnega časa. Če se kljub temu ni mogoče izogniti nevarnosti za zdravje delavke ali otroka, mora delodajalec zagotoviti delavki drugo ustrezno delo in plačo, kot da bi opravljala svoje delo, če je to zanjo ugodnejše. Če ji ne more zagotoviti ustreznega dela, ji mora plačevati nadomestilo plače, delavka pa ostane doma (Bilban, 2005).

6.4 Invalidi

Naslednja kategorija, ki zahteva posebno varstvo, so invalidi. V skladu z Zakonom o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Ur. l. RS 106 /99) imajo delovni invalidi pravico do:

- dela z delovnim časom, ki ustreza njihovi preostali zmožnosti in strokovni izobrazbi oziroma usposobljenosti,
- razporeditve na drugo ustrezno delovno mesto v skladu z njihovimi omejenimi delovnimi zmožnostmi,
- poklicne rehabilitacije,
- ustreznih denarnih nadomestil.

7 POKLICNE BOLEZNI

7.1 Definicija poklicne bolezni

Poklicna bolezen je po Zakonu o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Ur. l. RS 106/99) definirana kot bolezen, ki je povzročena z daljšim neposrednim vplivom delovnega procesa in delovnih razmer na določenem delovnem mestu ali na delu, ki sodi v neposredni okvir dejavnosti, na podlagi katere je oboleli zavarovan, in je navedena v seznamu poklicnih bolezni.

Poklicne bolezni so bolezni, ki so posledica izpostavljenosti dejavnikom tveganja na delovnem mestu (International labour organization).

Leta 2003 je bil izdan Pravilnik o seznamu poklicnih bolezni (Ur. l. RS 85/2003). Pravilnik deli poklicne bolezni na tri velike skupine poklicnih bolezni:

- poklicne bolezni, povzročene z nevarnimi kemičnimi snovmi, fizikalnimi dejavniki in biološkimi dejavniki,
- poklicne bolezni po prizadetih organskih sistemih,
- poklicne bolezni, ki jih povzročajo rakotvorne snovi, pripravki in energije.

V prvi skupini so diagnoze navedene le redko, pač pa je navedena bolj izpostavljenost (npr. poklicne bolezni, ki jih povzročajo akrilonitril, žveplovodik, pesticidi...), posamezne okvirne diagnoze so navedene le pri boleznih, ki jih povzročajo fizikalni dejavniki (npr. vibracijska bolezen), pri bioloških dejavnikih pa je bolj v ospredju prenos bolezni.

V drugi skupini so navedeni tako ekspozicijski pogoji (npr. bolezen pljuč, ki jo povzroča vdihovanje prahu vlaken bombaža, lanu, konoplje, sisala in sladkornega trsa) kot tudi diagnoze (npr. aluminoza, sideroza...).

V tretjo skupino sodi le rak, povzročen z dejavniki tveganja, ki niso omenjeni na tem seznamu.

Diagnoza poklicne bolezni se ne razlikuje od klinične diagnoze. Bistven je podatek o izpostavljenosti, to je vzroku oziroma etiologiji bolezni, ki je povezana z delom, ki ga

delavec opravlja. Izpostavljenost, to je količino, trajanje, odmerek... povezujemo z verjetnostjo nastanka poklicne bolezni (Čili za delo 2007c).

Eden od primerov je pljučni rak, ki nastane zaradi izpostavljenosti azbestu ali zaradi kajenja. Pri tem se pa pojavi vprašanje, ali so snovi, razmere ali drugi dejavniki delovnega okolja v celoti vplivali na nastanek neke bolezni, da bi jo lahko poimenovali poklicna bolezen. Diagnoza poklicne bolezni pa ni pomembna samo zaradi pravic, ki jih ima poklicno oboleli delavec, ampak tudi zaradi potrebe po takojšnji spremembi delovnega mesta in zdravljenju (Bilban 2005, 148-149).

Poklicna bolezen se zdravi enako kot nepoklicna, treba pa je odpraviti vzrok, ki je poklicno bolezen povzročil, drugače obstaja večja verjetnost, da bodo zboleli tudi drugi delavci. Diagnoza poklicne bolezni je torej pomembna tako zaradi pravic, ki jih ima poklicno oboleli delavec, kot tudi zaradi dolžnosti delodajalca, da delovno mesto, ki poklicne bolezni povzroča, takoj »zdravi« (Bilban 2005).

Pravilnik o seznamu poklicnih bolezni ne določa posebej načina ugotavljanja, dokazovanja in registracije poklicnih bolezni, tako da se po sprejetju pravilnika število na novo odkritih poklicnih bolezni v Sloveniji ni bistveno povečalo. Poglavitni vzrok za to je verjetno nedorečen način odkrivanja poklicne bolezni. Neposredni plačnik pregleda v primeru suma na poklicno bolezen je namreč po veljavnih aktih delodajalec, ki pa je tudi odgovoren za nastanek poklicne bolezni, zato je neutemeljeno pričakovati, da bo glavno vlogo pri odkrivanju poklicne bolezni prevzel prav on (Čili za delo 2007c).

7.2 Z delom povezane bolezni

Pri pojmu z delom povezane bolezni velja precejšnja zmeda. Medtem ko anglosaška literatura v glavnem navaja z delom povezane bolezni kot krovni izraz, pod katerega sodijo tako poklicne bolezni kot tudi druge bolezni, ki jih delo sopovzroča, delimo pri nas bolezni, ki jih povezujemo z delovnim okoljem, na:

- poklicne bolezni, ki jih definiramo kot bolezni, povzročene z daljšim neposrednim vplivom delovnega procesa in delovnih razmer na določenem delovnem mestu ali na delu, ki sodi v neposredni okvir dejavnosti, na podlagi katere je oboleli zavarovan, in so v registru poklicnih bolezni;
- bolezni v zvezi z delom, ki so dobile lepši prevod z delom povezane bolezni, ki jih definiramo kot bolezni, kjer je vir obremenitev oz. škodljivosti pretežno pri poklicnem delu in naj ne bi šlo za poklicno bolezen le s pravnega vidika (bolezni ni na seznamu poklicnih bolezni);
- sum na poklicno bolezen, kjer naj bi šlo za poklicno bolezen s seznama, vendar naj ne bi bili izpolnjeni vsi kriteriji (strokovni in pravni) za priznanje poklicne bolezni.

V nekaterih državah so bolj praktični: pri kolikšnem odstotku bolezni je delo vključeno kot povzročitelj, postane stvar odvetnikov in sodnih izvedencev, ki določijo, ali je pri nastanku neke bolezni delo sodelovalo v 100 %, kar je izjemno redko, v 80 % ali celo 20 %. Ta odstotek seveda ni pomemben zaradi diagnoze, pač pa zaradi višine odškodnine (Čili za delo, 2007č).

Eden najbolj zgovornih primerov takega načina najdemo na Danskem, kjer je pljučni rak priznan kot poklicna bolezen pri delavcih, ki so bili izpostavljeni azbestu, vendar če delavec kadi, je višina odškodnine zmanjšana v odvisnosti od števila pokajenih cigaret, tako da tisti, ki je kadil 10 cigaret na dan, ne dobi nobene odškodnine (Komisija Državnega sveta za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide 2009).

V bolj razvitih državah, kjer delavci delajo in živijo dlje, se število z delom povezanih bolezni povečuje, hkrati pa število teh bolezni narašča v državah v razvoju (Hämäläinen in drugi 2007).

8 POŠKODBE PRI DELU

Za poškodbo pri delu se po Zakonu o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Ur. l. RS 106/99) šteje poškodba delavca zavarovanca, ki je posledica neposrednega in kratkotrajnega mehničnega, fizikalnega ali kemičnega učinka, ter poškodba, ki je posledica hitre spremembe položaja telesa, nenadne obremenitve telesa ali drugih sprememb fiziološkega stanja organizma, če je takšna poškodba v zvezi z opravljanjem dela ali dejavnosti, na podlagi katere je poškodovanec zavarovan. Za poškodbo pri delu se šteje tudi poškodba, ki jo utrpi poškodovanec na redni poti od stanovanja do delovnega mesta ali nazaj, na službeni poti ali na poti, da nastopi delo, ter tudi obolenje, ki je neposredna in izključna posledica nesrečnega naključja ali višje sile med opravljanjem dela oziroma dejavnosti, na podlagi katere je oboleli zavarovan.

Poškodba je okvara zdravja, ki je nastala 24 do 48 ur po delovanju obremenitve ali škodljivosti, sicer gre za bolezen (Bilban 2005, 137).

Vzroki poškodb pri delu po Bilbanu, (2005, 137) so številni in odvisni od več dejavnikov:

- vrsta in načina opravljanja dela,
- higienskih razmer na delu,
- socialnoekonomskih dejavnikov,
- kvalifikacije in izobrazbe zaposlenih,
- kulture,
- motivacije zaposlenih.

Razdelimo jih lahko v dve večji skupini, in sicer:

1. vzroki, kjer prevladuje človeški dejavnik.
2. vzroki, ki izvirajo iz človekovega delovnega okolja.

V prvo skupino spadajo nezgodni primeri, v katerih človek bistveno vpliva na pojav nezgode, poškodbe (nepoznavanje delovnega procesa, nevarnosti in sredstev za osebno varnost, karakterne lastnosti ter psihofizična pripravljenost človeka in pa bolezenska stanja človeka) ter nezgodni primeri, do katerih pride zaradi nepravilnih postopkov sodelavcev (slabo sodelovanje med delavci ter slaba organiziranost dela). V drugo skupino spadajo neugodne mikroklimatske spremembe, prisotnost substanc, delo z nepopolnimi stroji in orodji, zasičenost delovnega okolja s surovinami, izdelki ali odpadki, slaba osvetljenost, hrup, vibracije, spolzka tla, utrujenost zaradi drugega dela, itd. Dejavnosti, s katerimi preprečujemo poškodbe pri delu, delimo na primarne in sekundarne. Primarne dejavnosti so usposobljenost, poznavanje nevarnosti, analiza tveganj, izbira varnih postopkov, evidenca vseh nezgod, ugotavljanje vzroka nezgod, idr. Med sekundarne dejavnosti spadajo poklicna orientacija in selekcija, poklicno izobraževanje, organizacija delovnega okolja, skrb za delavčev socialno-ekonomski položaj, tehnično varstvo, delovna disciplina in drugo (Bilban 2005, 138).

Poškodbe opisujemo z naslednjima dvema indeksoma:

-Indeks pogostosti= I_p = število poškodb/1000 zaposlenih.

-Indeks onesposabljanja-Indeks resnosti= I_o =število izgubljenih koledarskih dni/število nezgod (Inštitut za varovanje zdravja 2010a).

Podatke o bolniški odsotnosti in poškodbah pri delu spremlja Inštitut za varovanje zdravja, podatke o poškodbah pri delu spremlja tudi Inšpektorat za delo RS. Ker so podatki o poškodbah različno definirani, 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 3 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 R8. Slednji vključuje podatke o poškodbi, ki se je zgodila na delu ali na poti z dela ali na delo (Inšpektorat Republike Slovenije za delo 2009).

Na podlagi Zakona o varnosti in zdravja pri delu (Ur. l. RS 56/1999) mora delodajalec na Inšpektorat RS za delo prijaviti vsako smrtno nezgodo in vsako nezgodo pri delu, ki ima za posledico več kot tri zaporedne delovne dni odsotnosti delavca z dela, vsako kolektivno nezgodo pri delu in pa vsak nevarni pojav, ob katerem je oziroma bi lahko nastala premoženjska škoda večje vrednosti, bilo ogroženo zdravje in življenje delavca ter bi lahko prišlo do poškodbe delavca, zaradi katere bi bil delavec nezmožen za delo.

NESREČA

Nesreča je nepredvidljiv dogodek, ki je nastal naključno. Posledica nesreče je poškodba ali materialna škoda. Prav tako je nesreča stanje, ki povzroča duševne bolečine (Bilban 2005, 137).

NEZGODA

Nezgoda je nepredviden dogodek. Pri nezgodi so vključeni dejavniki, na katere lahko vpliva tudi človek. Posledica nezgode ni nujno okvara zdravja, ampak je lahko le materialna škoda.

Če gre za okvaro zdravja, takrat govorimo o poškodbah, ki zahtevajo zdravljenje in izostanek z dela. Nezgod pri delu je lahko veliko več kot poškodb ravno zaradi vpliva, ki ga imajo na delovni proces in ne na zdravstveno stanje delavca. Takšna nezgoda je pravzaprav pozitivna nezgoda, saj nas opozori na nevarnost, ki smo jo spregledali. Na takšen način jo najprej spoznamo, nato pa jo lahko zmanjšamo ali pa odpravimo brez posledic (Bilban 2005, 137).

9 BOLNIŠKI STALEŽ

Pojmi bolniški stalež, začasna zadržanost od dela iz zdravstvenih razlogov, zdravstveni absentizem in bolniška so sinonimi, ki označujejo čas, ko zaposleni ne dela zaradi bolezni, poškodbe ali nege družinskega člana. Pri tem naj bi njegova nezmožnost trajala omejen čas.

Zdravstveni absentizem je že več desetletij predmet intenzivnega proučevanja raziskovalcev različnih znanstvenih disciplin, saj s svojimi vzroki in posledicami sega na številna področja. Ta pojav ni povezan samo z zdravstvenim stanjem prebivalstva, ampak tudi z ekonomskimi, delovnimi, socialnimi, demografskimi in kulturnimi dejavniki. Za vsako družbo je bolniški stalež zelo pomemben zaradi številnih negativnih posledic. Te so prisotne tako pri zaposlenih (nižji dohodek, manjša možnost napredovanja, nezadovoljstvo na delovnem mestu,..) kot pri delodajalcih (stroški za plačila nadomestil, stroški za nadomestne delavce, zmanjšana produktivnost) in na ravni narodnega gospodarstva kot celote (nižji bruto domačega proizvoda) (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2010).

Bolniški stalež ali začasna odsotnost z dela zaradi bolezni, poškodb pri delu ali zunaj dela, nege ali spremstva bolnega družinskega člana oziroma izolacije je pomemben kazalec zdravstvenega stanja delavcev (Čili za delo 2007d). Gre za posebno, družbeno dogovorjeno obliko socialne varnosti, ki naj bi prispevala k bolnikovi ozdravitvi, za čas, ko pa bolnik ne more sodelovati v proizvodnem procesu, pa se mu zagotovi denarno nadomestilo.

Pravica delavcev, da začasno izostanejo z dela, ko niso zmožni za delo zaradi bolezni in v tem času prejema nadomestilo plače, je pravica, ki izhaja iz dela in je zapisana v Zakonu o delovnih razmerjih. Pravica do prejemanja nadomestila plače pa je zapisana v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ter Pravilniku o zdravstvenem zavarovanju. Če gre za posledico poškodbe ali bolezni, nadomestilo za prvih 30 dni delavcu zagotovi delodajalec. Za odsotnost z dela zaradi nege družinskega člana, darovanja organov za presaditev, zaradi spremstva ali odsotnosti, ki je daljša od 30 dni, pa nadomestilo krije Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju 1999).

Bolniški stalež opisujemo z naslednjimi kazalci:

- odstotek bolniškega staleža: odstotek izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega delavca,
- indeks onesposabljanja: število izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega delavca,
- indeks frekvence: število primerov odsotnosti z dela zaradi bolniške odsotnosti na 100 zaposlenih v enem letu in
- resnost: povprečno trajanje ene odsotnosti z dela zaradi bolezni, poškodbe ali drugega zdravstvenega vzroka (Inštitut za varovanje zdravja 2010a).

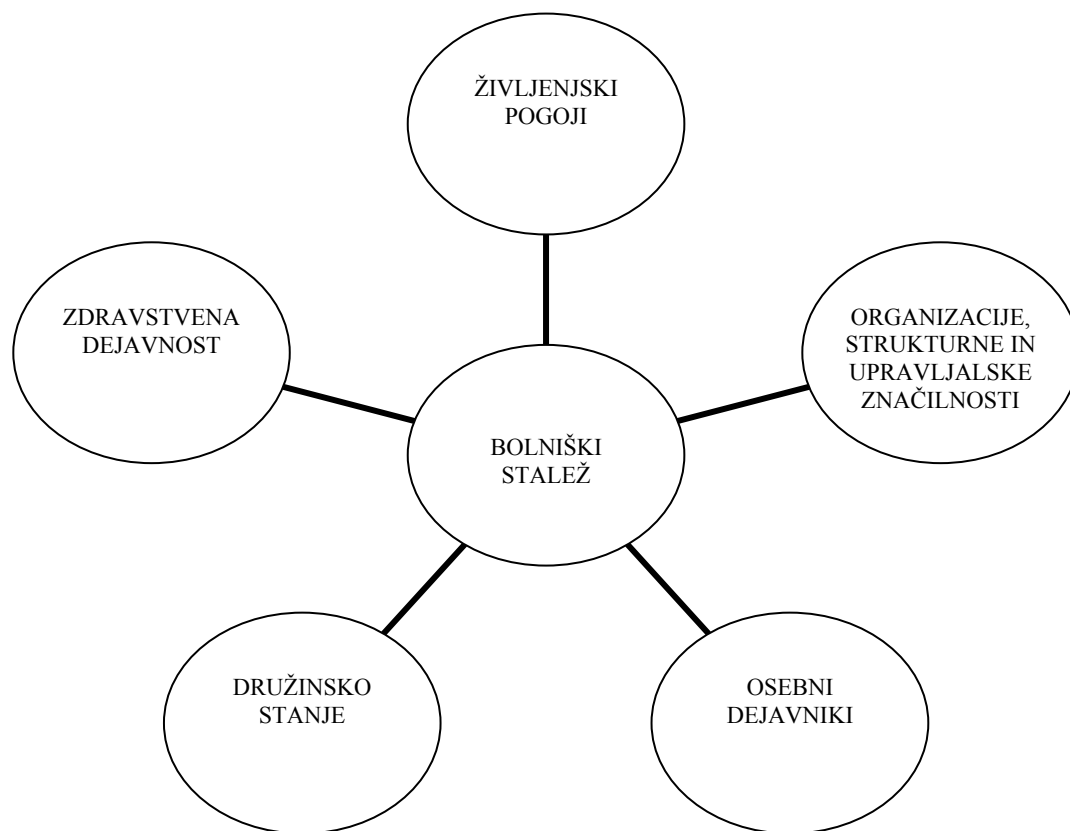
Na bolniško odsotnost delavcev vplivajo poleg objektivnega zdravstvenega stanja številni drugi dejavniki iz domačega, delovnega pa tudi širšega življenjskega okolja. Velik vpliv na odsotnost delavcev z dela imajo razmere na delovnem mestu. Zato je izredno pomembno, da se z ustreznimi tehničnimi, organizacijskimi, pravno-upravnimi ukrepi, delavcem zagotovi takšne delovne razmere, da bodo obremenitve in škodljivosti čim manjše. Tako je možno bistveno zmanjšati bolniško odsotnost (Čili za delo 2007d).

Vzroki za odsotnost z dela so lahko medicinski ali pa nemedicinski. Med medicinske vzroke spadajo bolezen, poškodba, medicinske raziskave ali preiskave v delovnem času, nosečnost, nega družinskega člana. Nemedicinske vzroke pa delimo na dejavnike okolice, ki so povezani z delovno organizacijo, družino, družbeno skupnostjo ali zdravstveno službo ter na dejavnike, ki so povezani z delavcem in niso strogo medicinski (npr. šolanje ob delu, gradnja hiše,...) (Bilban 2005, 128).

9.1 Dejavniki, ki vplivajo na pojavnost bolniškega staleža

Na bolniški stalež delavcev vpliva objektivno zdravstveno stanje in številni drugi dejavniki iz domačega, delovnega in širšega življenjskega okolja. Velik vpliv na bolniško odsotnost imajo razmere na delovnem mestu. Le-to pa lahko delodajalci zmanjšajo tako, da delavcem zagotovijo takšne delovne razmere, da bodo obremenitve in škodljivosti čim manjše. Seveda so pomembni še življenjski pogoji, osebni dejavniki ter družinsko stanje delavca in dostopnost do zdravstvenih institucij.

Slika 9.1.1. Dejavniki, ki vplivajo na pojavnost bolniškega staleža



Vir: prirejeno po Bilban (2005, 129-134).

Pomembnejši dejavniki, ki še vplivajo na bolniški stalež so:

- velik delež zaposlenega prebivalstva,
- velik delež zaposlenih žensk, posebno v rodni dobi,
- število delavcev iz drugih mest in držav (slabše življenjske in delovne razmere, druga kultura,...),
- velik delež polproletariata, ki opravlja kmečka opravila,
- nacionalni dohodek, družbeni in osebni standard,
- stroga socialna zakonodaja (Čili za delo 2007d).

Zdravstveni absentizem ali odsotnost z dela je odraz številnih dejavnikov iz socialnega in delovnega okolja. Največji vpliv nanj imajo delodajalci, panoga/dejavnost ter država. Razlogi, kot so težke delovne razmere, slabi odnosi v kolektivu in slaba plača, delavce zelo slabo oziroma sploh ne motivirajo, da bi se čim prej vrnili na delovno mesto. Delodajalci so tisti, ki želijo imeti dobre delavce, ki jim bodo vedno na razpolago. Za to pa morajo delodajalci upoštevati nekatera načela. Med ta načela spadajo skrb za delovne pogoje, zdravstveno stanje, ustreza psihosocialna klima. Prav tako mora biti delo organizirano tako, da se delavci čutijo pripadne podjetju in njihovemu cilju (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2010).

Tudi ukrepi za zmanjšanje bolniškega staleža, zadevajo skoraj vsa področja naše družbe na različnih ravneh. Na družbeni ravni so to socialno varstvo v državi, ekonomsko stanje, razvojna raven zdravstvene službe, odnos do dela in odnos do bolezni v družbi kot celoti.

Na ravni podjetja je to odvisno od gospodarske dejavnosti podjetja ter njegove velikosti, od politike podjetja glede varnosti in zdravja pri delu, od same organizacije in odnosa do bolnih.

Na ravni delovnega mesta so ukrepi odvisni od zahtevane kvalitete dela, odnosov med delavci, delovnih razmer in drugo. Na posameznikovi ravni pa so pomembni življenjski slog, osebne lastnosti, fizična konstrukcija dela, spol. prilagodljivost delavca ter biološki in psihološki dejavniki (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2010).

10 ANALIZA PODATKOV

10.1 Delovne hipoteze

H1: ženske so bolj nagnjene k poškodbam na delovnem mestu in poklicnim boleznim kot moški

H2: več poškodb na delovnem mestu in poklicnih boleznih se pojavlja med nekvalificiranimi delavci v primerjavi z delavci, ki imajo višje kvalifikacije

H3: gospodarska dejavnost, ki beleži največ poškodb pri delu in poklicnih boleznih, je gradbeništvo

H4: zadnje desetletje se je statistično značilno povečalo število poškodb in poklicnih boleznih

H5: poškodbe na delovnem mestu in poklicne bolezni so glavni vzrok za izostanke z dela

10.2 Viri podatkov in metode dela

Ključni vir podatkov, uporabljenih v tej diplomski nalogi, je Inštitut za varovanje zdravja, ki sodeluje z Republiškim inšpektoratom za delo in Uradom za varnost in zdravje pri delu.

V nalogi sem uporabila podatke, ki so jih zbrali na Inštitutu za varovanje zdravja (IVZ). Gre za podatkovno zbirko Poškodbe pri delu in Bolniški stalež. Naslednji vir podatkov je Statistični urad RS (SURS). Prav tako sem uporabila poročila o delu, ki ga vsako leto izda Inšpektorat RS za delo (IRSD). Ta poročila so tudi opisna in zato boljša, saj omogočajo uvid v dejansko stanje ter dopolnitev manjkajočih in sistematsko prikritih podatkov. Za primerjavo z Evropsko unijo sem uporabila podatke na spletni strani Evropskega statističnega urada (EUROSTAT).

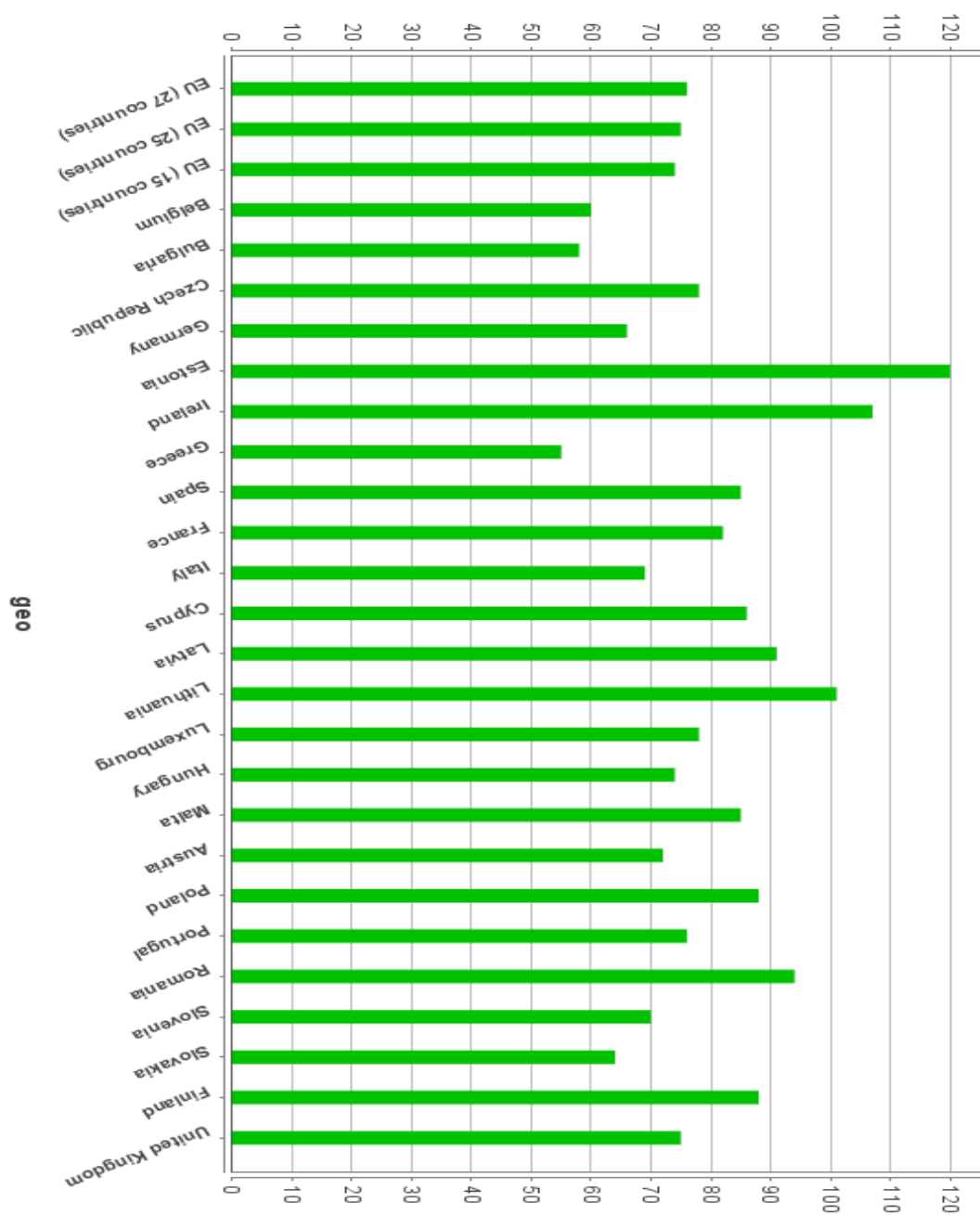
10.3 Poškodbe pri delu

10.3.1 Poškodbe pri delu v Evropski uniji

Po podatkih Eurostata vsako leto v državah članicah zabeležijo okrog 4,7 milijona nezgod neposredno pri delu, ki zahtevajo odsotnost z dela več kot tri zaporedne dni.

Po podatkih Eurostata iz leta 2006 po pogostosti poškodb na delu izstopajo Estonija, Irska ter Litva. Najmanj poškodb na delu beleži Grčija. Povprečje EU 27 je nekaj več kot 70 poškodb na 100 tisoč zaposlenih. Slovenija je v samem povprečju števila poškodb na delu (glej Graf 10.1).

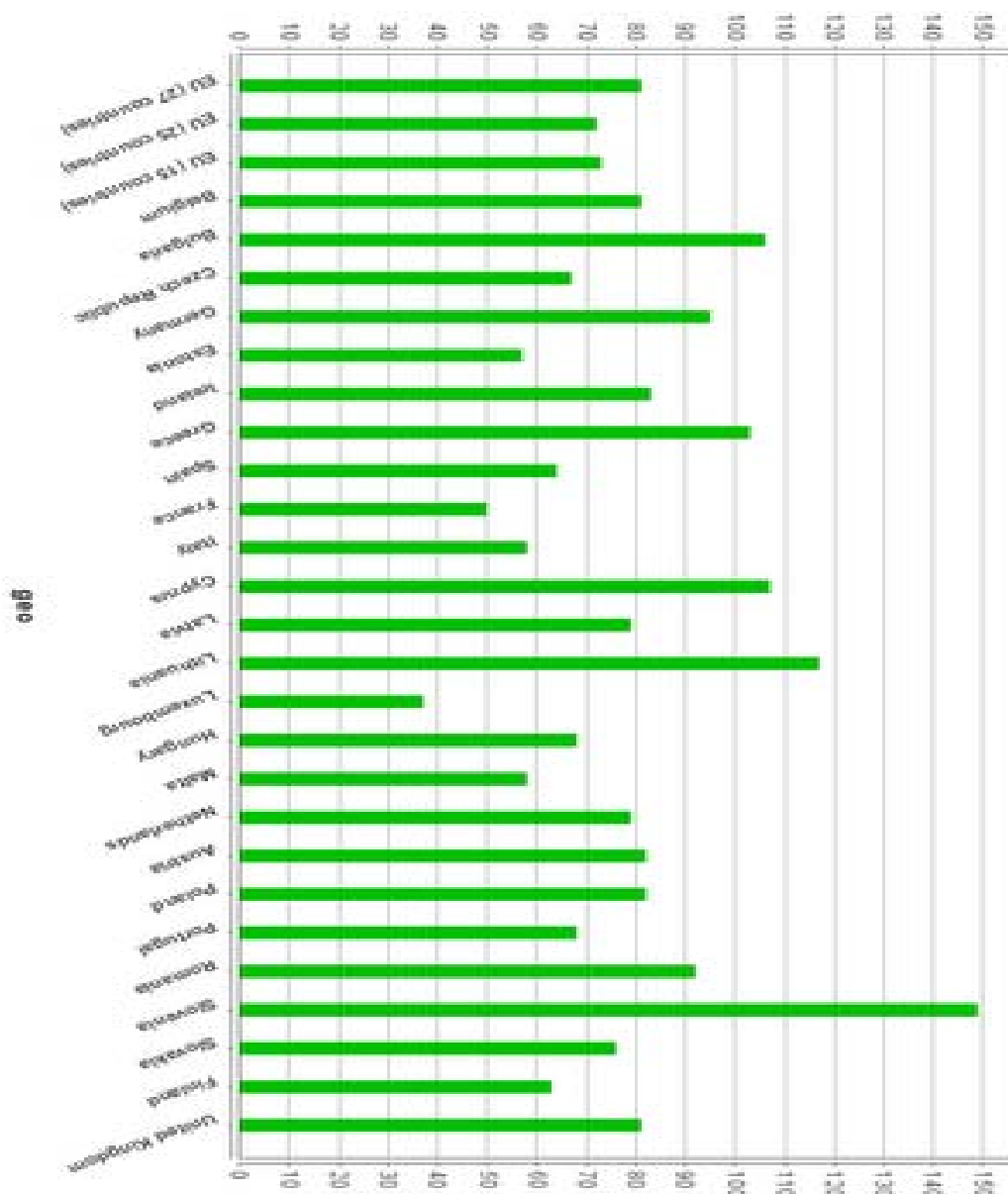
Graf 10.1: Število poškodb na delu na 100 tisoč zaposlenih v 9 glavnih panogah v letu 2006



Vir: Eurostat (2010).

V povprečju EU 27 je število umrlih zaradi poškodb na delovnem mestu 80 delavcev na 100 tisoč zaposlenih. V letu 2006 je v Sloveniji zaradi poškodb na delovnem mestu umrlo 150 delavcev na 100 tisoč zaposlenih, kar je največ od vseh drugih držav Evropske unije. Po pogostosti števila umrlih zaradi poškodb izstopajo države Litva, Ciper, Bolgarija, Grčija ter Romunija (glej Graf 10.2).

Graf 10.2: Število umrlih zaradi poškodb na delu na 100 tisoč zaposlenih v 9 glavnih panogah v letu 2006



Vir: Eurostat (2010).

10.3.2 Poškodbe pri delu v Sloveniji

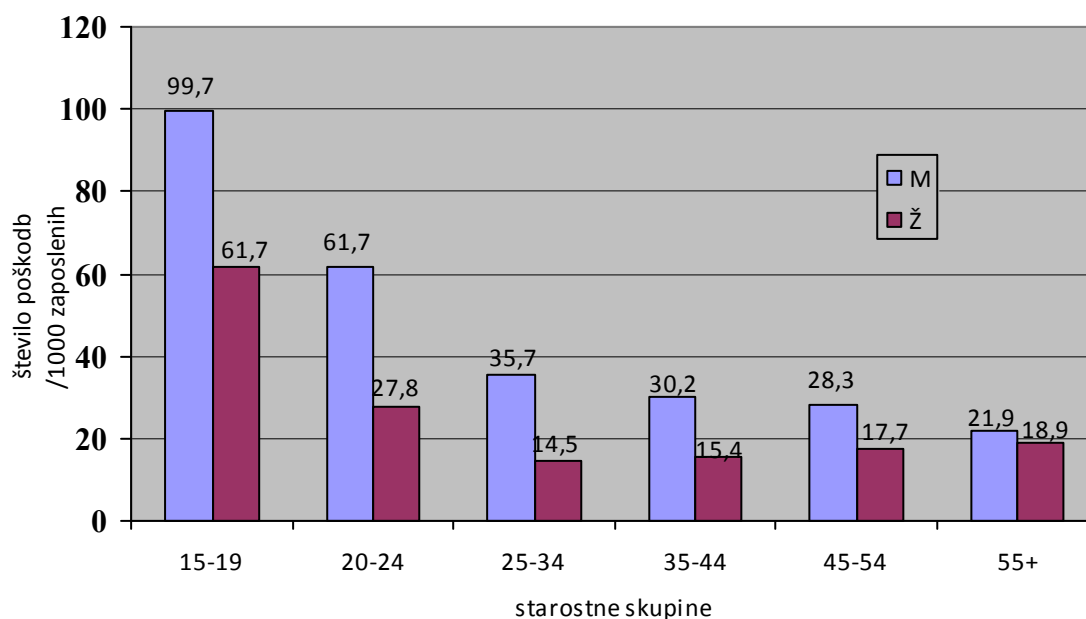
Poškodbe pri delu so tako kot drugod po svetu tudi v Sloveniji resen problem. Letno se jih pripeti okrog 15.000.

Kot prikazuje Graf 10.3, so najbolj ogrožene kategorije mlajših delavcev. Tveganje za nezgodo pri delu je najmanjše v starostni skupini 35–44 let, zatem pa počasi narašča vse do starostne skupine 55–59 let. Po 60. letu starosti tveganje zopet upada, čemur zagotovo niso razlog specifične psihofizičnih sposobnosti, ampak do tega najbrž pride zato, ker ti starejši delavci ne opravljajo več posebno nevarnih del, postanejo pa zagotovo bolj previdni, kot so bili prej.

Problem starejših delavcev je, da so navajeni na drugačen način dela in na drugačno delovno opremo, kot je navajena večina delovno aktivnih ljudi.

Mlajši delavci še nimajo veliko delovnih izkušenj in so tudi slabše usposobljeni, kot starejši delavci, ki že vrsto let opravljajo delo značilno za njihovo delovno mesto.

Graf 10.3: Poškodbe pri delu na 1000 zaposlenih po spolu in starosti, 2009



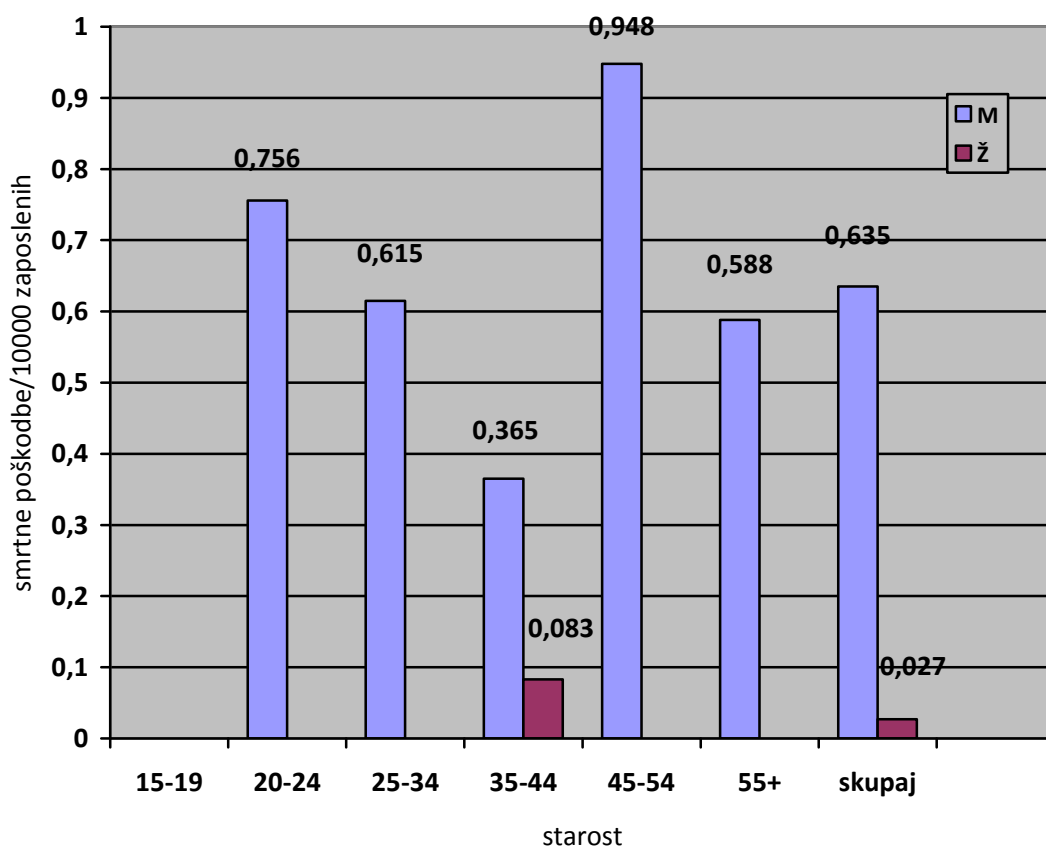
Vir: Inštitut za varovanje zdravja (2010b).

Poškodbam pri delu so bolj nagnjeni moški kot ženske, saj je iz vseh starostnih kategorij razvidno, da je delež moških, ki se poškodujejo, večji. Moški opravljajo tehnično zahtevnejša dela in so zaposleni na delovnih mestih, kjer je večje tveganje za poškodbe pri delu.

Največje tveganje za poškodbe je spet med mlajšimi moškimi, potem pa to s starostjo upada. Enako velja za ženski spol.

Največ smrtnih poškodb je med moškimi delavci starimi med 45 in 54 let ter 20-24 let. Smrtnih poškodb je med ženskami zelo malo. V letu 2009 so se zgodile ženskam starim med 35 in 44 let (glej Graf 10.4).

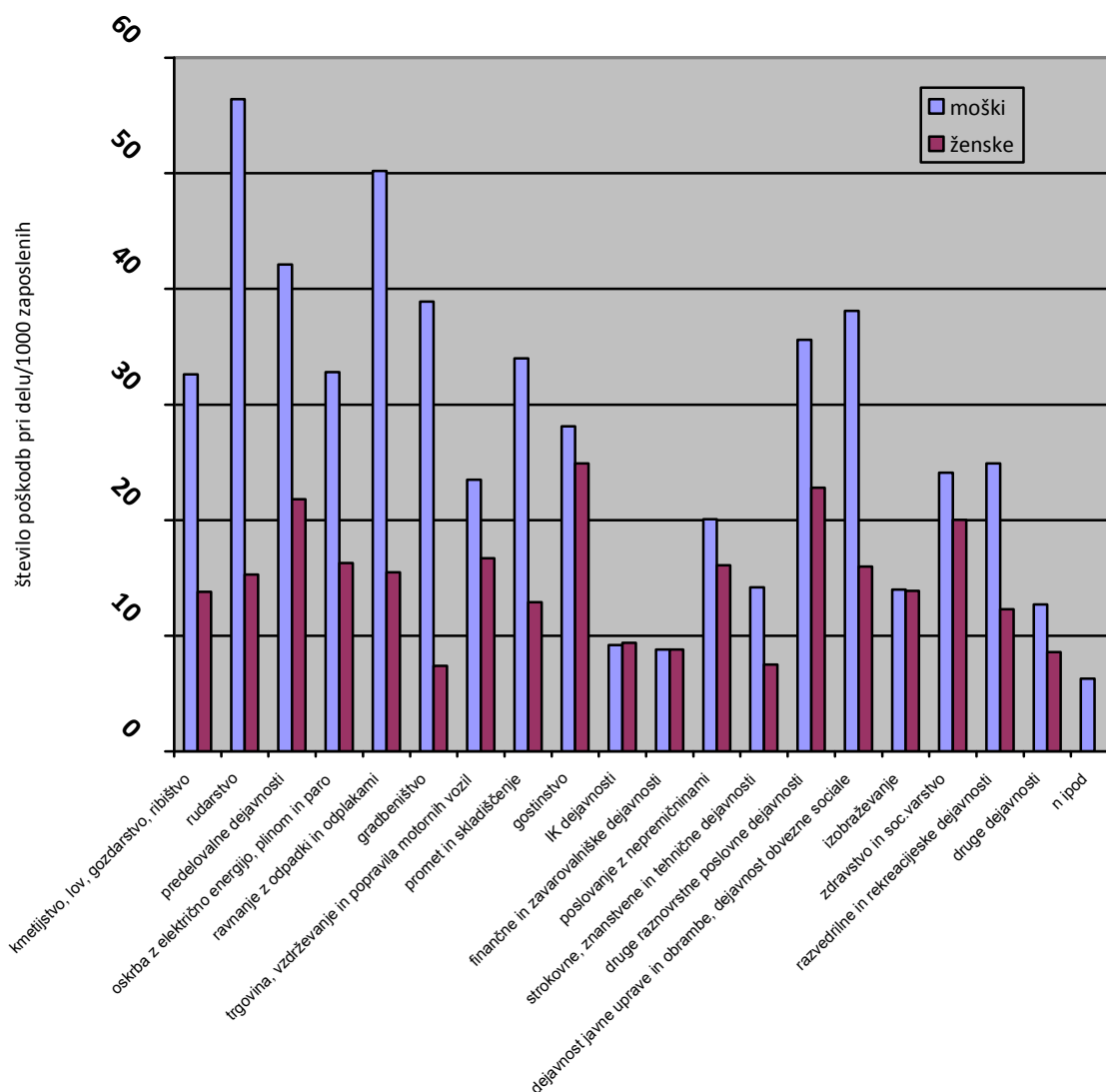
Graf 10.4: Smrtne poškodbe pri delu na 10000 zaposlenih po starostnih skupinah in spolu, 2009



Vir: Inštitut za varovanje zdravja (2010b).

Po pogostosti poškodb v gospodarskih dejavnostih izstopajo rudarstvo, ravnanje z odpadki in odplakami, predelovalne dejavnosti ter gradbeništvo. Najmanj poškodb se zgodi v informacijsko komunikacijskih dejavnostih, finančnih in zavarovalniških dejavnostih ter strokovnih, znanstvenih in tehničnih dejavnostih (glej Graf 10.5).

Graf 10.5: Poškodbe pri delu na 1000 zaposlenih po gospodarskih dejavnostih in spolu, 2009



Vir: Inštitut za varovanje zdravja (2010b).

Gradbeništvo je tista gospodarska dejavnost, ki je najbolj izpostavljena poškodbam pri delu in smrtnim poškodbam (glej Tabelo 10.1).

V tej gospodarski dejavnosti so zaposleni nižje poklicno izobraženi delavci, ki opravljajo zelo zahtevna dela. Na teh delovnih mestih (delo na višini, delo s stroji ipd.) je tveganje za poškodbe na delovnem mestu največje. Prav tako delavci niso izobraženi o pomenu varnosti in zdravja pri delu, kar je v največji meri krivda delodajalcev.

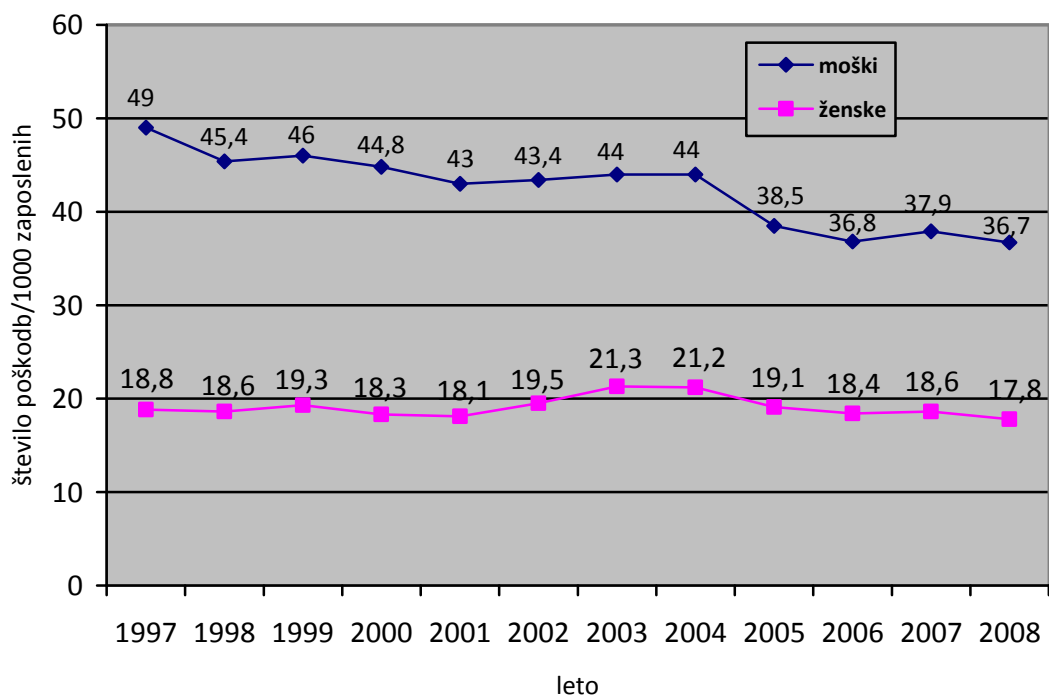
Tabela 10.1: Smrtne poškodbe pri delu na 10000 zaposlenih po gospodarskih dejavnosti, 2008

DEJAVNOST	ŠTEVILO NEZGOD
Gradbeništvo	10
Proizvodnja kovinskih izdelkov	3
Kopenski promet	3
Proizvodnja kovin	3
Preskrba z elek. energijo	2
Proizvodnja strojev in naprav	1
Oskrba stavb in okolice	1
Zbiranje odpadkov	1
Posredništvo	1
Proizvodnja furnirja in plošč	1
Cestni tovorni promet	1

Vir: Inšpektorat RS za delo (2009).

V opazovanem obdobju število prijavljenih poškodb na delu upada, še posebej po letu 2005, ko je ta upad več kot 10% glede na prejšnja leta. Prav tako so moški za poškodbe skoraj trikrat bolj ogroženi kot ženske. Pri ženskah število prijavljenih poškodb stagnira, razen v letih 2003 in 2004, ko je število poškodb naraslo (glej Graf 10.6).

Graf 10.6: Število prijavljenih poškodb na 1000 zaposlenih, 1997-2008



Vir: Inštitut za varovanje zdravja (2010b).

10.4 Poklicne bolezni

V Sloveniji je področje poklicnih bolezni urejeno s Pravilnikom o seznamu poklicnih bolezni (Ur. l. RS št. 85/03). V praksi sistem ugotavljanja, priznavanja in zbiranja podatkov o poklicnih boleznih v Sloveniji ne deluje. Po mnenju strokovnjakov na področju medicine dela bi moralo biti v Sloveniji letno vsaj nekaj sto primerov poklicnih bolezni, medtem ko jih je trenutno na leto le nekaj deset.

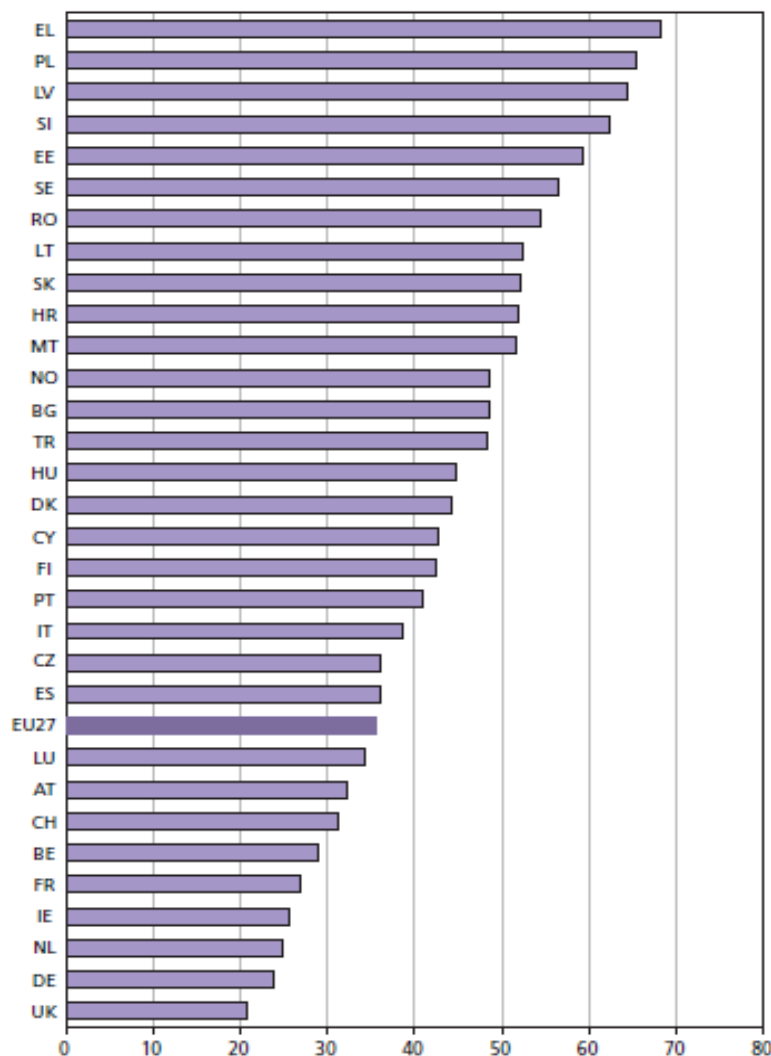
Na Zavodu za pokojninsko in invalidsko zavarovanje je bilo v letu 2004 evidentiranih 49 poklicnih bolezni, Inšpektorat RS za delo pa v obravnavanem časovnem obdobju ni bil obveščen niti o eni. V letu 2004 so bile evidentirane naslednje poklicne bolezni:

- 16 kožnih obolenj,
- 8 astmatičnih obolenj,
- 7 mišično-skeletnih okvar,
- 4 bolezni živčevja,
- 3 bolezni dihalnega sistema,
- 11 druge.

10.4.1 Poklicne bolezni v Evropski uniji

Mednarodna organizacija dela ocenjuje, da zaradi poklicnih bolezni v EU vsako leto umre 159.500 delavcev. Po podatkih Četrte evropske raziskave o delovnih razmerah večina delavcev meni, da delo vpliva na zdravje. Čeprav je povprečje EU27 35 %, prihaja do velikih razlik med državami. Nekaj več kot 60% delavcev v Sloveniji je mnenja, da delo vpliva na zdravje, kar zraven Grčije, Poljske in Latvije uvršča Slovenijo v sam vrh v Evropski uniji. V povprečju vzhodnoevropske države poročajo o najvišji ravni vpliva dela na zdravje (glej Graf 10.7).

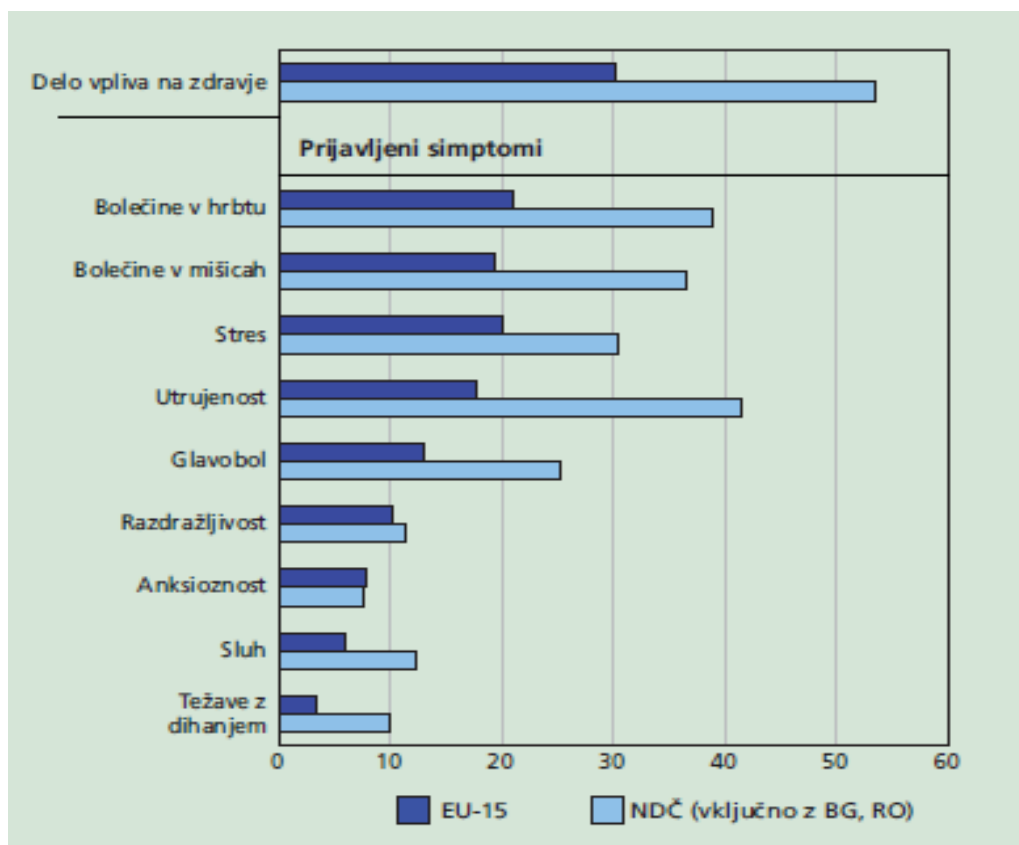
Graf 10.7: Vpliv dela na zdravje, po državah



Vir: European foundation for the improvement of living and working conditions (2007, 61).

Najpogosteje prijavljeni simptomi so bolečine v hrbtu, bolečine v mišicah, utrujenost in stres (glej Graf 10.8). O teh težavah so poročali delavci v kmetijskem, zdravstvenem, izobraževalnem in gradbenem sektorju. Najbolj povezano s fizičnimi in psihosocialnimi posledicami za zdravje je nočno delo.

Graf 10.8: Vpliv dela na zdravje



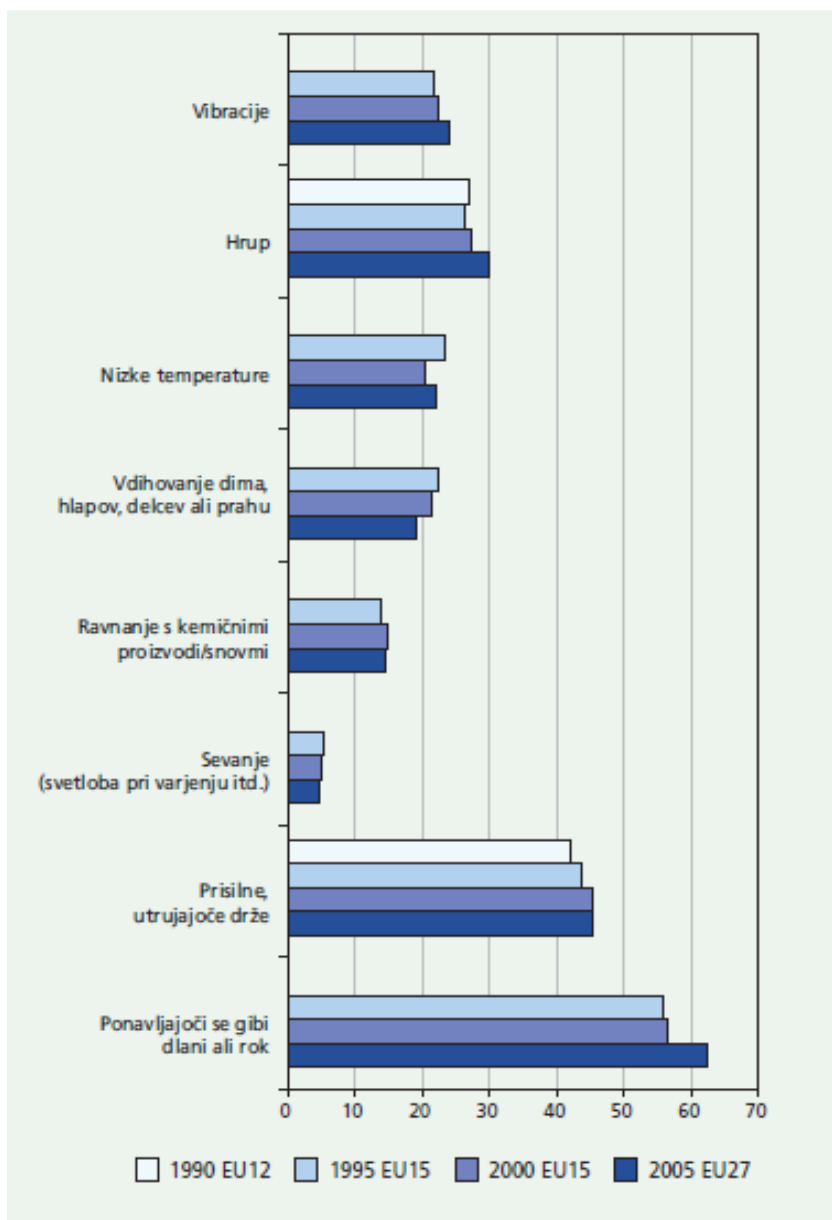
Vir: Evropska fundacija za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer (2006, 9).

Kljub temu da delež evropske delovne sile, zaposlene v tradicionalno fizično zahtevnih sektorjih (proizvodnja, kmetijstvo) upada, raziskava odkriva fizična tveganja, ki so še zmeraj prisotna. Najpogosteje navedene fizično tveganje so ponavljajoči se gibi dlani in rok, saj o njem poroča kar 62% delavcev (glej Graf 10.9).

Državi Bolgarija in Romunija imata v smislu izpostavljenosti tveganjem na splošno najvišje stopnje, saj o ponavljajočih se gibih rok in dlani poroča več kot 75% delavcev iz teh dveh držav. V prisilnih in utrujajočih državah dela 46% delavcev.

Moški poročajo o večji izpostavljenosti tradicionalnim fizičnim tveganjem, kot sta hrup in vibracije, kot ženske. Medtem ko je pri fizičnih tveganjih pogostost večja med ženskami, predvsem v zdravstvu in izobraževanju.

Graf 10.9: Izpostavljenost fizičnim tveganjem glede na vrsto tveganja (%)



Vir: Evropska fundacija za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer (2006, 8).

Pisarniški delavci so bistveno manj izpostavljeni skoraj vsem fizičnim tveganjem na delovnem mestu, kot pa proizvodni delavci. Delež proizvodnih delavcev, ki morajo premikati težka bremena ves ali skoraj ves čas je 18%, medtem ko to počne nekaj manj kot 5% pisarniških delavcev.

Izpostavljenost vsem vrstam tveganj je najvišja v gradbenem sektorju, saj so delavci izpostavljeni tako hrupu, vibracijam, biološkim in kemičnim dejavnikom kot ergonomskim tveganjem.

Po podatkih Eurostata (v Kofol Bric 2008) so bili zaposleni tako v letu 2004 kot v letu 2005 najbolj izpostavljeni sindromu zapestnega prehoda, sledijo težave s komolcem, dlanmi ter zapestjem, okvara sluha, vnetja kože ter alergije, težave s pljuči, rak kot posledica azbesta, azbestoza (nastane zaradi dolgotrajnejše izpostavljenosti azbestnemu prahu), poklicna astma in na koncu še pljučni rak (glej Tabelo 10.2).

Tabela 10.2: Evropska statistika poklicnih bolezni

PRIJAVLJENE POTRJENE POKLICNE BOLEZNI. DESET NAJPOGOSTEJŠIH DIAGNOZ.	2004		2005	
	število	% vseh	število	% vseh
Sindrom zapestnega prehoda	15435	18,5	18094	20,4
Vnetje narastišča kit komolca	14691	17,6	16187	18,2
Vnetje kit in ovojnic dlani in zapestja	11691	14,0	13040	14,7
Okvara sluha	11756	14,1	11870	13,4
Kožna vnetja, reakcije, alergije	6717	8,1	6293	7,1
Zadebelitve na pljučnih ovojnicah	4870	5,8	5159	5,8
Rak pljučnih ovojnic (azbest)	2376	2,8	2492	2,8
Azbestoza	1938	2,3	2003	2,3
Poklicna astma	1627	2,0	1723	1,9
Pljučni rak zaradi poklicne izpostavljenosti	1447	1,7	1453	1,6
10 najpogostejših diagnoz skupaj	72548	87,00	78314	88,2

Vir: Kofol Bric (2008).

10.4.2 Poklicne bolezni v Sloveniji

Kot je že bilo omenjeno, v Sloveniji sistem zbiranja v praksi ne deluje, zato sem za preverjanje hipotez izbrala podatke Ankete o delovni sili iz leta 2007 ter podatkovno zbirko Bolniški stalež Inštituta za varovanje zdravja.

Po podatkih statističnega urada iz leta 2007 je v 12 mesecih pred anketiranjem v Sloveniji bilo 156 tisoč oseb, ki so imele kakršne koli z delom povezane fizične ali psihične težave oziroma so trpele za poklicnimi boleznimi, kar je predstavljalo 10 % vseh oseb s statusom delovno aktivne ali neaktivne osebe (glej Tabelo 10.3).

Tabela 10.3: Osebe, ki so imele v zadnjih 12 mesecih kakšne z delom povezane fizične ali psihične težave, poklicne bolezni ipd., Slovenija 2. četrletje 2007

	V 1000/IN 1000			V %		
	skupaj	M	Ž	skupaj	M	Ž
Skupaj	1509	755	754	100	100	100
Imele težavo	156	71	85	10,3	9,4	11,2
Niso imele težavo	1354	684	670	89,7	90,6	88,8

Vir: Statistični urad Republike Slovenije (2008).

Največ, 80 %, jih je imelo eno težavo, in sicer v največ primerih je šlo za težave s hrbtom, na drugem mestu pa se pojavljata stres in depresija. Nekoliko več kot polovica oseb, ki so imele fizične, psihične težave oz. poklicne bolezni, meni, da je njihova zdravstvena težava zelo moteča, 40 % jih meni, da je delno moteča, medtem ko manj kot 10 % oseb z zdravstvenimi težavami meni, da jih njihova bolezen oz. težava ne moti. Največ jih je zaradi zdravstvene težave izostalo z dela manj kot 14 dni, sledijo pa tisti, ki so ostali doma mesec ali več (Statistični urad Republike Slovenije 2008).

28 % vseh tistih, ki so bili podvrženi fizičnim nevšečnostim na delovnem mestu dela pod vplivom kemikalij, hlapov, plina ter v prahu in dimu. 10,3 % dela pod vplivom vibracij ter hrupa. Večina teh je moških. S težkim delovnim položajem, težkimi delovnimi gibi ter prenašanjem težkih bremen se sooča 9,7 %, med katerimi je več žensk. Med vsemi anketiranimi, ki poročajo o fizičnih nevšečnostih na delovnem mestu, je 52,7% žensk mnenja, da se soočajo s težkimi delovnimi gibi, položaji in prenašanjem težkih bremen, 34,5% žensk pa se sooča s tveganim delom (glej Tabela 10.4).

Tabela 10.4: Delovno aktivno prebivalstvo, ki je podvrženo fizičnim nevšečnostim na delovnem mestu, Slovenija, 2. četrletje 2007

	V 1000 / IN 1000			V %			% žensk
	skupaj	moški	ženske	skupaj	moški	ženske	
Skupaj	994	542	451	100,0	100,0	100,0	45,4
kemikalije, prah, hlapci, dim, plin	278	185	93	28,0	34,2	20,5	33,3
hrup, vibracije	102	68	34	10,3	12,5	7,5	33,4
težak delovni položaj, težki delovni gibi, prenašanje težkih bremen	97	46	51	9,7	8,4	11,3	52,7
tvegano delo	38	25	13	3,9	4,6	2,9	34,5
ni fizičnih nevšečnosti	479	218	261	48,2	40,2	57,7	54,4

Vir: Statistični urad Republike Slovenije (2008).

Največ, 38,1% anketiranih ima težave s hrbtom, sledita strah in depresija. S temi težavami se največ soočajo ženske. S težavami s hrbtom ima težave 38,8 % žensk, z depresijo pa 24,4% žensk. Med moškimi je 37,3% tistih, ki imajo težave s hrbtom ter 21,1% tistih, ki imajo težave s stresom in depresijo. Med vsemi anketiranimi, ki so imeli zdravstvene težave pri delu, je 63,9% žensk, ki imajo težave z vratom, rokami, rameni in dlanmi, 57,9% žensk, ki se soočajo s stresom in depresijo ter 55,3% žensk, ki imajo težave s hrbtom (glej Tabela 10.5).

Tabela 10.5: Osebe, ki so imele v zadnjih 12 mesecih zdravstvene težave pri delu, glede na vrsto težave, Slovenija, 2. četrletje 2007

	V 1000 / IN 1000			%			% žensk
	Skupaj	moški	ženske	skupaj	moški	ženske	
Skupaj	156	71	85	100,0	100,0	100,0	54,4
vrat, ramena, roke ali dlani	20	7	13	12,6	10,0	14,8	63,9
kolki, noge ali stopala	18	9	9	11,8	13,1	10,6	49,1
hrbet	59	26	33	38,1	37,3	38,8	55,3
dihanje ali pljuča	4	3	1	2,7	3,9	1,7	34,3
koža	1	.	.	0,7	.	.	.
sluh	2	1	.	1,1	2,0	.	.
stres ali depresije	36	15	21	22,9	21,1	24,4	57,9
glavobol ali napetost v očeh	7	4	3	4,5	5,3	3,8	45,7
srce ali druge težave s krvnim obtokom	4	2	2	2,5	2,9	2,2	47,5
nalezljive bolezni (virusne, bakterijske)
druge težave	5	2	2	3,0	3,2	2,8	51,3

Vir: Statistični urad Republike Slovenije (2008).

Iz Tabele 10.6 je razvidno, da se z boleznimi največ srečujejo stari nad 65 let ter stari med 45 in 64 let in pa stari med 15 in 29 let. Lahko rečemo, da so prav tisti, ki so komaj vstopajo na trg delovne sile ter tisti, ki se jim delovna doba končuje, najbolj izpostavljeni raznim boleznim.

Tabela 10.6: Osebe, ki so v zadnjih 12 mesecih imele kakšno bolezen, Slovenija, 2. četrletje 2007

	SPOL			STAROST			
	skupaj	moški	ženske	15-29 let	30-44 let	45-64 let	65 let +
	%	%	%	%	%	%	%
Da	35,0	30,4	39,9	32,9	26,9	35,1	49,3
Ne	65,0	69,6	60,1	67,1	73,1	64,9	50,7
Skupaj	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Vir: Statistični urad Republike Slovenije (2008).

Iz podatkov o vzrokih bolniškega staleža je razvidno, da število poklicnih boleznih v zadnjem desetletju upada, vendar se še kljub temu veliko delavcev sooča z njimi. V letu 2000 je bilo 135 poklicnih boleznih v letu 2009 pa 42. Med leti 2000 in 2004 je bilo v povprečju 109 poklicnih boleznih, med leti 2005 in 2009 pa je bilo v povprečju 62 poklicnih boleznih (glej Tabelo 10.7).

Tabela 10.7: Poklicne bolezni od leta 2000 do leta 2009

LETO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Št. poklicnih boleznih	135	137	114	96	61	94	46	56	72	42

Vir: Inštitut za varovanje zdravja (2010a).

10.5 Poklicne bolezni in poškodbe pri delu ter bolniški stalež

Po podatkih Zavoda za zdravstveno zavarovanje je največ izgubljenih dni zaradi bolezni in poškodb izven dela, sledijo poškodbe na delu ter poklicne bolezni (glej Tabela 10.8). V letu 2009 je bilo zaradi poškodb pri delu 22610 izgubljenih delovnih dni, kar je manj od leta prej. V obeh letih je bilo največ izgubljenih dni zaradi poškodb in bolezni izven dela. Sledijo poškodbe pri delu ter poklicne bolezni. Število primerov ter posledično izgubljenih dni zaradi poškodb pri delu ter poklicnih bolezni se je v letu 2009 v primerjavi z letom 2008 zmanjšalo.

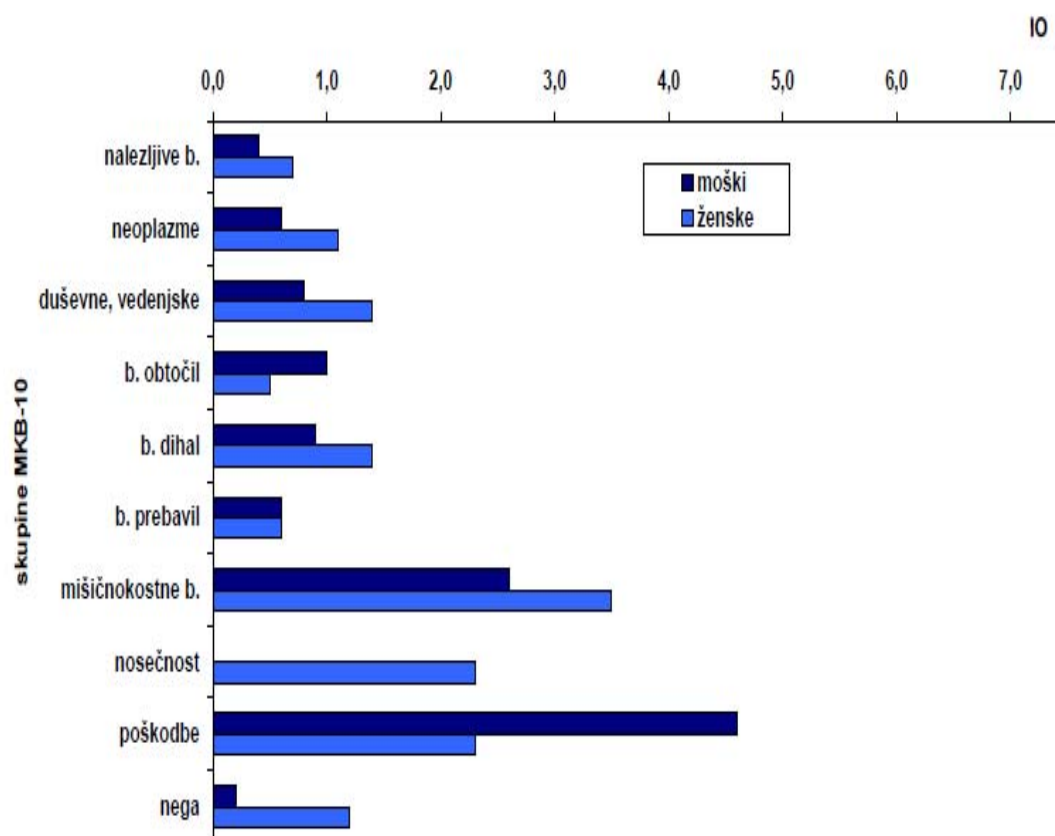
Tabela 10.8: Absentizem v Sloveniji

		PRIMERI		DNEVI		POVPREČNA DOLŽINA TRAJANJA	
		2008	2009	2008	2009	2008	2009
	Razlog zadržanosti						
Absentizem v breme delodajalca (do 30 dni)	Poškodbe na delu	27.299	22.610	495.383	418.670	18,1	18,5
	Poklicne bolezni	72	42	878	481	12,2	11,5
	Bolezni in pošk. izven dela	534.353	601.841	4.741.136	5.207.273	8,9	8,7
	Poškodbe po tretji osebi	0	0	0	0	0	0
Absentizem v breme ZZZS (nad 30 dni)	Poškodbe na delu	7191	6560	370.222	355.264	51,5	54,2
	Poklicne bolezni	8	5	1.405	576	175,6	115,2
	Bolezni in pošk. izven dela	52.106	55.736	3.272.037	3.507.581	62,8	62,9
	Poškodbe po tretji osebi	6.822	5.904	248.137	222.415	36,4	37,7

Vir: Zavod za zdravstveno zavarovanje (2010).

Zaposleni največ dni izgubijo zaradi mišično-kostnih bolezni, ki so jim izpostavljene predvsem ženske ter poškodb, ki so jim izpostavljeni predvsem moški. Število izgubljenih dni zaradi mišično-kostnih bolezni na enega zaposlenega je pri moških 2,5, pri ženskah pa 3,5. Sledijo poškodbe, zaradi katerih je pri moških število izgubljenih dni skoraj 5, pri ženskah pa 2,5 ter bolezni dihal in duševne ter vedenjske motnje (glej Graf 10.10).

Graf 10.10: Število izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega (IO) po spolu in izbranih skupinah bolezni, Slovenija, 2009

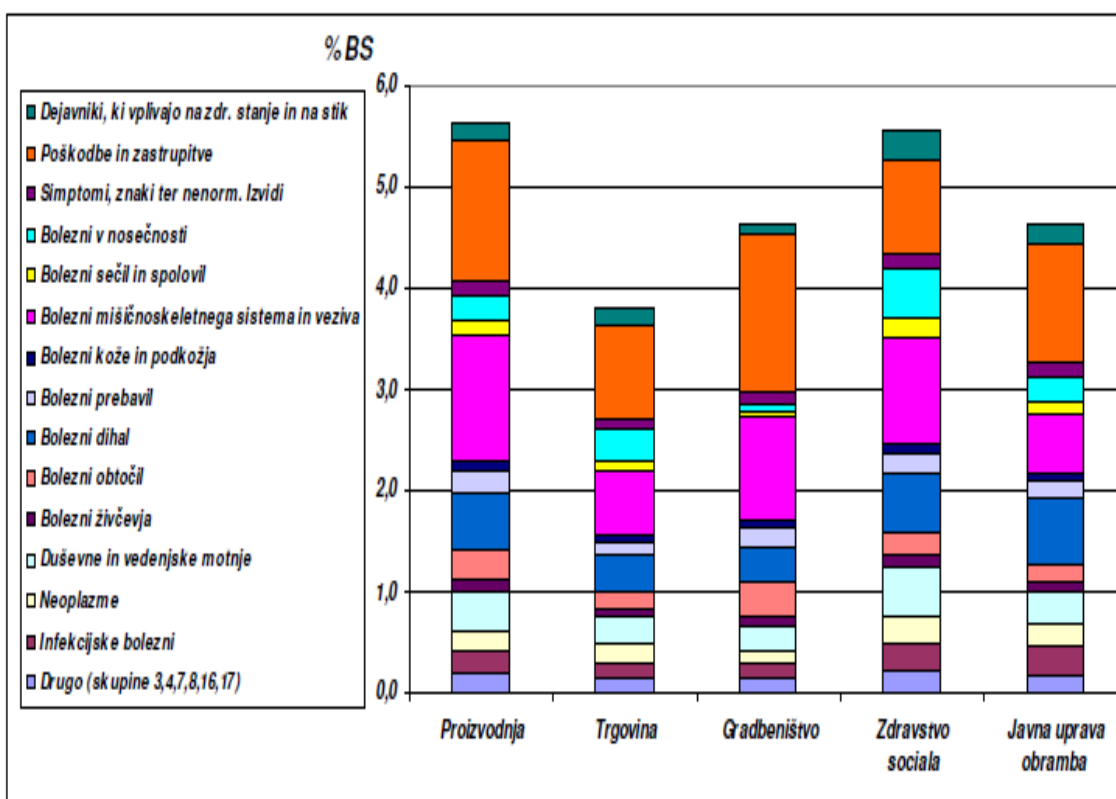


Vir: Inštitut za varovanje zdravja (2010a).

V vseh izbranih panogah so najpogostejši vzrok za bolniško odsotnost poškodbe in zastrupitve (gradbeništvo) ter bolezni mišično-kostnega sistema ter veziva (proizvodnja).

Vzroki za bolniško odsotnost se po panogah nekoliko razlikujejo. Do razlik pride zaradi spolne strukture zaposlenih in razmer v delovnem okolju (težavnost delovnih pogojev, nadomeščanje v času odsotnosti...) (glej Graf 10.11).

Graf 10.11: Vzroki za dneve bolniške odsotnosti po skupinah MKB v izbranih panogah - povprečje za pet let (2001-2005)



Vir: Inštitut za varovanje zdravja (2007, 11).

10.6 Preverjanje hipotez

Prva hipoteza je, da so ženske bolj podvržene poškodbam na delovnem mestu in poklicnim boleznim kot moški. To hipotezo lahko delno potrdimo, saj so na podlagi statističnih podatkov ženske res bolj podvržene poklicnim boleznim, medtem ko so poškodbam pri delu v večji meri podvrženi moški. Lahko rečemo, da je število poškodb pri ženskah nizko, zaradi dejstva, da ne opravljajo nekaterih težkih del v industriji in gradbeništvu, kjer je število poškodb na delovnem mestu največ. Po drugi strani pa je število poklicnih boleznih pri ženskah večje zato, ker so zaposlene v gospodarskih dejavnostih, kjer opravljajo dela (prisilna drža, ponavljajoči se gibi dlani in rok, težave s hrbtom), ki dolgotrajno vplivajo na zdravstveno stanje žensk.

Druga hipoteza je, da se več poškodb na delovnem mestu in poklicnih boleznih pojavlja med nekvalificiranimi delavci v primerjavi z delavci, ki imajo višje kvalifikacije. To hipotezo potrdimo, saj se tako poškodbe pri delu kot poklicne bolezni pripetijo v panogah, kot so rudarstvo, ravnanje z odpadki in odplakami, predelovalne dejavnosti in gradbeništvu. V teh panogah so v večini zaposleni nekvalificirani delavci oziroma fizični delavci. Na drugi strani je najmanj poškodb pri delu in poklicnih boleznih v informacijsko-komunikacijskih dejavnostih, izobraževanju, finančnih in zavarovalniških dejavnostih. V teh dejavnostih so zaposleni delavci, ki imajo višje kvalifikacije. Poškodbe pri delu in poklicne bolezni so odvisne od dejavnikov družbene slojevitosti, ki vsaj posredno določajo tudi poklicni položaj.

Družbeni položaj posameznika pogojuje določeno vedenje, ki neposredno učinkuje na zdravje. Fizični delavci veliko več posegajo po alkoholnih pijačah in tobaku, zato je tveganje za poškodbe pri delu in poklicne bolezni večje. Medtem, ko je pri delavcih z višjimi kvalifikacijami ravno obratno, saj ti ne uživajo alkohola in tobaka v tolikšni meri. Poleg tega so bolj dovzetni za zdrav način življenja. (Adam 2002, 31)

Tretja hipoteza, da je gospodarska dejavnost, ki beleži največ poškodb pri delu in poklicnih boleznih gradbeništvu. Kot so pokazali statistični podatki, gradbeništvu spada med tiste panoge, kjer so poškodbe pri delu in poklicne bolezni zelo pogoste. V gradbeništvu se zgodi tudi največ smrtnih nezgod. Hipotezo potrdimo.

Dela v gradbeništvu so zelo nevarna, saj gre za dela na višini, dela z delovnimi stroji in materialom. Večje tveganje je tudi zaradi pogoste menjave delovnega okolja in

gibljivega delovnega časa. Pomembno dejstvo pa so tudi vremenski vplivi. Tveganj za poškodbe pri delu (tudi smrtne poškodbe) in poklicne bolezni je torej veliko. Menim, da je tudi tukaj varnost najslabša, saj gre za poklice, ki imajo že tako najslabši socialni položaj in posledično uživajo najmanjši ugled v družbi.

Četrta hipoteza je, da se je zadnje desetletje statistično značilno povečalo število poškodb in poklicnih bolezni. Iz navedenih podatkov je razvidno, da se je število poškodb pri delu in poklicnih bolezni v zadnjem desetletju zmanjšalo. Hipoteze ne potrdimo.

Menim, da je razlog temu razvoj tehnologije. Večji del delovnega procesa v industrijskih panogah poteka s pomočjo delovnih strojev. S tem se je število delavcev v delovnem procesu zmanjšalo in zmanjšalo se je število poškodb pri delu. Prav tako se je v zadnjih letih močno povečala brezposelnost. Ker se je zmanjšalo število zaposlenih, se je posledično zmanjšalo število poškodb pri delu. Razlog za takšno izboljšanje gre iskati tudi v strožji zakonodaji ter predpisih in posledično večji kontroli s strani Inšpekcije za delo. Z vstopom v Evropsko unijo smo morali sprejeti kar nekaj direktiv in ukrepov na področju varnosti in zdravja na delovnem mestu.

Peta hipoteza je, da so poškodbe na delovnem mestu in poklicne bolezni glavni vzrok za izostanke z dela. Po podatkih Zavoda za zdravstveno zavarovanje so glavni razlog zadržanosti z dela (tako v breme delodajalca kot ZZZS) bolezni in poškodbe izven dela. Na drugem mestu so poškodbe pri delu, poklicne bolezni so na zadnjem mestu glede na razlog bolniškega staleža. Hipoteze ne potrdimo.

Bolniški stalež v Sloveniji predstavlja resen družbeni, socialni in ekonomski problem. S tem problemom se v največji meri ukvarja ZZZS, zavedajo pa se ga tudi delodajalci. Nekateri delodajalci sprejemajo različne ukrepe in izvajajo aktivnosti, ki naj bi vplivale na zmanjšanje obsega zdravstvenega absentizma.

11 ZAKLJUČEK

Kot je pokazala statistična analiza, število poškodb na delovnem mestu in poklicnih bolezni v zadnjih letih nekoliko upada. Menim, da je razlog temu upadanju povečanje brezposelnosti in razvoj tehnologije, saj večji del delovnih procesov v proizvodnji poteka s pomočjo delovnih strojev. S tem se je tudi zmanjšalo število poškodb pri delu. Ženske so tiste, ki so najbolj nagnjene k poklicnim boleznim, medtem ko so moški bolj nagnjeni k poškodbam pri delu, kar je najverjetneje posledica tega, na katerem delovnem mestu se največkrat pojavi kateri od spolov. Gradbeništvo je ena izmed panog, kjer so v večini zaposleni moški. V tej panogi se zgodi veliko poškodb pri delu, tudi smrtnih. Mlajši delavci so bolj podvrženi poškodbam pri delu, medtem ko jih poklicne bolezni toliko ne prizadenejo. Mladi delavci na začetku delovne poti še ne poznajo toliko tveganj, ki se pojavijo na delovnem mestu. Prav tako slabo poznajo postopke poročanja in imajo številne zadržke pri prijavljanju nevarnosti in tveganj. Starejše delavce prizadenejo poklicne bolezni, kar je posledica dolgotrajnega opravljanja določenega dela. Sem spadajo drža, isti gibi določenih delov telesa ipd.

Poškodbe pri delu in poklicne bolezni so še vedno velik problem tako za delodajalce kot državo. Celotni stroški nesreč pri delu in z delom povezanega slabega zdravstvenega stanja niso enakovredno porazdeljeni med različnimi akterji. Za ponesrečene pri delu pomeni odsotnost z dela zaradi bolezni nižji prihodek, še posebej, če je odsotnost dolgotrajna. Delodajalci pa se na drugi strani soočajo s stroški, povezanimi z nadomestilom plače za čas odsotnosti z dela zaradi bolezni, s stroški, povezanimi z manjšo produktivnostjo in zamenjavo odstotnih delavcev, kar ima lahko negativen vpliv na konkurenčnost podjetja. Poklicne poškodbe in bolezni povzročajo tudi vrsto socialnih posledic. Poškodbe zaradi nesreč in z delom povezano slabo zdravstveno stanje lahko privedejo dočasne ali trajne nezmožnosti za delo. Omejene možnosti za delo pogosto vplivajo na delovno sposobnost ter psihološki in vedenjski odziv, ki pripeljejo do družbene izključenosti, kar se odraža na mnogih ravneh in dodatno obremenjuje sisteme socialnega zavarovanja. Poleg tega so nekatere skupine, kot so začasni delavci, priseljenci, invalidi ter mladi in stari delavci, bolj podvržene tveganju, da imajo slabše zdravstvene in varnostne pogoje pri delu.

Ena izmed možnih rešitev za delodajalca, da zagotovijo varnost in zdravje delavcev je ocena tveganja, ki omogoča sistematičen pregled vseh vidikov dela. Delodajalcu

omogoča, da uvidi kaj lahko povzroči škodo ali poškodbo, ali je nevarnost mogoče ali ni mogoče odpraviti ter kakšni preventivni in varnostni ukrepi so ali bi morali biti uvedeni za nadzor tveganj. Zelo pomembno je, da je za vsako nevarnost jasno, kdo se lahko poškoduje. Torej je pomembno opredeliti ogrožene skupine ljudi v podjetju (Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu 2008).

Posledica poškodb pri delu in poklicnih boleznih je bolniška odsotnost. Ena izmed možnosti zmanjšanja bolniškega staleža so administrativni ukrepi, kamor spadajo višina nadomestil, ki jih prejmejo delavci za čas odsotnosti, obveznost prinašanja zdravniških potrdil za bolniški stalež, finančne stimulacije za ne-izkoriščanje bolniškega staleža, zaposlovanje kontrolorjev ter razni disciplinski ukrepi. Druga izmed možnosti zmanjšanja bolniškega staleža so preventivni ukrepi, ki se nanašajo na posamezne delavce, na delovna mesta. Sem lahko prištejemo organizacijo dela, aktivni odmor, programirana rekreacija, vzgoja in izobraževanje, informiranje delavcev o nevarnostih in podobno. Prav tako je pri teh ukrepih pomembna promocija zdravja s strani države. Pomembni so tudi ukrepi ob vračanju posameznika z bolniškega staleža. Predvsem gre tu za poklicno rehabilitacijo in prilagajanje delovnih mest delavcu. Pri vsem tem pa je zelo pomembna motivacija za delo, saj le-ta vpliva na delovne lastnosti človeka in človeka navaja k aktivnosti, jo usmerja, daje intenziteto in določa njeno trajanje. Vendar pa je ta bistveno odvisna od zagotovitve zdravega delovnega okolja. Motivacija za delo se poveča, če delavci čutijo interes delodajalcev, da bi jim zagotovili ugodne delovne razmere, in če znajo vodilni v podjetju vzbuditi občutek delavčeve pomembnosti za delovanje in razvoj celotnega podjetja (Bilban, 2005).

Poškodbe pri delu in poklicne bolezni ter posledično zdravstveni absentizem še vedno predstavljajo velik problem tako za državo kot delodajalce. Tega problema se ti akterji dobro zavedajo, saj je mogoče zaslediti kar nekaj strategij tako s strani države kot delodajalcev, kako zmanjšati število poškodb pri delu ter poklicnih boleznih in pa obseg zdravstvenega absentizma.

Pomembno vlogo pri zmanjševanju poškodb pri delu in poklicnih boleznih imajo tudi programi promocije zdravja pri delu. Kot je že bilo povedano, je pomen promocije zdravja pri delu preprečevanje slabega zdravja pri delu in izboljšanje zdravja in dobrega počutja delovne sile.

V Sloveniji imamo na področju promocije zdravja nekaj programov, v katere se lahko vključijo tako delodajalci kot delojemalci. Menim, da se delodajalci v programe promocije zdravja ne vključujejo, ker jim to pomeni dodatne stroške. Vendar pa se ne zavedajo, da bi se jim zmanjšali stroški zdravstvenega varstva, ki jih imajo za delavca, če se mu pripeti poškodba na delovnem mestu.

Menim tudi, da so programi promocije zdravja na delovnem mestu preveč »pasivni«, saj predvsem temeljijo na informiranju in osveščanju delodajalcev in delavcev. Potrebno bi bilo izobraziti nekaj ljudi, ki bi v podjetjih vodili razne delavnice na temo zdravja in varnosti pri delu. Tako bi delavce in delodajalce zares vključili v programe promocije zdravja in varnosti ter jih dodatno motivirali, kar pa z informiranjem preko raznih plakatov izobešenih v podjetjih ni mogoče.

12 LITERATURA

Adam, Philippe. 2002. *Sociologija bolezni in medicine*. Ljubljana: Društvo pljučnih in alergijskih bolnikov Slovenije.

Barle, Andreja. 2007. *Družbeni vidiki obravnave in razumevanja zdravja in telesacionalizacija (podržavljanje) intimnosti*. Ljubljana. Dostopno prek: www.zrss.si/bzid/geni/pdf/barle-clanek-1.pdf (17. maj 2010).

Bilban, Marjan. 2005. *Medicina dela*. Ljubljana: Zavod za varstvo pri delu.

--- in Klara Janet Djomba. 2007. Zdravstveni absentizem in bolezni gibal. Ljubljana. *Delo in varnost* 52 (5): 10-19.

--- in Mateja Rok Simon. 2008. Poškodbe starejših in padci. Ljubljana. *Delo in varnost* 53 (5): 40-44.

Čili za delo. 2007a. *Opis*. Dostopno prek: <http://www.cilizadelo.si/default-10100.html> (16. marec 2010).

--- 2007b. *Poškodbe pri delu*. Dostopno prek: <http://www.cilizadelo.si/default-20200.html> (16. marec 2010).

--- 2007c. *Poklicne bolezni*. Dostopno prek: <http://www.cilizadelo.si/default-20400.html> (16. marec 2010).

--- 2007č. *Z delom povezane bolezni*. Dostopno prek: <http://www.cilizadelo.si/default-20300.html> (16. marec 2010).

--- 2007d. *Bolniški stalež*. Dostopno na <http://www.cilizadelo.si/default-20600.html> (16. marec 2010).

--- 2007e. *Skrb za varnost*. Dostopno prek: <http://www.cilizadelo.si/default-30700.html> (16. marec 2010).

--- 2007f. *Projekt Phare*. Dostopno prek: <http://www2.izd.si/default-10000.html>

(16. marec 2010)

--- 2007g. *Projekt Premikamo Evropo*. Dostopno prek: <http://www2.izd.si/default-3010.html>

(16. marec 2010).

--- 2007h. *Promocija zdravja*. Dostopno prek: <http://www2.izd.si/default-2020.html>

(16. marec 2010).

Direktiva sveta EU 89/391/EEC o izvajanju ukrepov za poboljšanje varnosti in zaščito zdravja delavcev pri delu. Ur. l. EU L183/1. (29. junij 1989).

European Agency for Safety and Health at Work. Dostopno prek: <http://osha.europa.eu/en/front-page> (9. februar 2010).

European foundation for the improvement of living and working conditions. 2007. *Fourth European Working Conditions Survey*. Dostopno prek: <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/ewcs2005/index.htm> (4. junij 2010).

Eurostat. 2010. *Database Health and safety at work*. Dostopno prek: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/health_safety_work/data/database (5. april 2010).

Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu. 2008. *Ocena tveganja-ključ do varnih in zdravju prijaznih delovnih mest*. Dostopno prek: <http://osha.europa.eu/sl/publications/factsheets/81> (12. junij 2010).

--- 2010. *Statistika*. Dostopno prek: <http://osha.europa.eu/sl/statistics> (12. junij 2010).

Evropska fundacija za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer. 2006. *Četrta evropska raziskava o delovnih razmerah-povzetek*. Dostopno prek: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/78/sl/1/ef0678sl.pdf> (4. junij 2010).

Hämäläinen Päivi, Jukka Takala in Leena Kaija Saarela. 2007. Global estimates of fatal work-related diseases. *American Journal of industrial medicine* (50): 28-42.

Haralambos, Michael in Martin Holborn. 2001. *Sociologija teme in pogledi*. Ljubljana: DZS.

Igjatovič, Miroljub. 2002. *Družbene posledice povečanja prožnosti trga delovne sile*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Inšpektorat Republike Slovenije za delo. 2009. *Poročilo o delu za leto 2008*. Dostopno prek: http://www.id.gov.si/fileadmin/id.gov.si/pageuploads/Splosno/Letno_porocilo_IRSD_2008.pdf (5. april 2010).

--- 2010. *Poročilo o delu za leto 2009*. Dostopno prek: http://www.id.gov.si/fileadmin/id.gov.si/pageuploads/Splosno/porocilo_2009.pdf (5. april 2010).

Inštitut za varovanje zdravja. Dostopno prek: <http://www.ivz.si>. (5. april 2010).

--- 2007. *Odsotnost z dela zaradi zdravstveno opravičenih razlogov*.

Dostopno prek: <http://www.ivz.si/?ni=187&pi=5&5Filename=307.pdf&5MediaId=307&5AutoResize=false&pl=187-5.3> (5. april 2010).

--- 2010a. *Bolniški stalež*. Dostopno prek: <http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=46&pi=5&5id=52&5PageIndex=1&5groupId=185&5newsCategory=&5action=ShowNewsFull&pl=46-5.0>. (5. april 2010).

--- 2010b. *Podatkovne zbirke. Zdravstveni statistični podatki*. Dostopno prek: http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=46&pi=5&5_id=345&5_PageIndex=0&5_groupId=185&5_newsCategory=&5_action=ShowNewsFull&pl=46-5.0. (5. april 2010).

International Labour Organization. Dostopno prek: <http://www.ilo.org/> (13. marec 2010).

Janez Pavel II. 1981. *Laborem exercens*. Dostopno prek: http://www.vatican.va/edocs/ENG0217/_INDEX.HTM (14. april 2010).

Jogan, Maca. 2004. Slovenska (postmoderna) družba in spolna neenakost. *Teorija in praksa* 41 (1-2): 361-376.

Kamin, Tanja. 2006. *Zdravje na barikadah: dileme promocije zdravja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Kavčič, Bogdan in Ivan Svetlik. 1979. *Poglavja iz sociologije*. Ljubljana: Delavska enotnost.

Kofol Bric Tatjana. 2008. *Zdravstvene posledice obremenitev pri delu*. Dostopno prek: http://www.ivz.si/?ni=187&pi=5&_5_Filename=303.pdf&_5_MediaId=303&_5_AutoResize=false&pl=187-5.3. (14. marec 2010).

Komisija Državnega sveta za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide. 2009. *Poročilo k obravnavi zaključkov posveta »Ženske in zdravje«*. Dostopno prek: <http://www.ds-rs.si/kb/komisije/?View=entry&EntryID=859> (3. junij 2010).

Krajnc, Jerneja. 2003. Zdravje in neenakopraven položaj žensk v državah v razvoju. *Teorija in praksa* 40 (3): 426-441.

Luxembourg declaration on workplace health promotion. 2005. Dostopno prek: http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/free/Luxembourg_Declaration_June2005_final.pdf (13. december 2010).

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

Mandič, Srna. 2005. Kakovost življenja: med novimi blaginjskimi koncepti in družbenimi izzivi. *Družboslovne razprave XXI* (48): 111-131.

Müller H. Karl in Günther Nemeth in Niko Toš. 2002. Living conditions, socio-economic risk, inequality and health. Establishing new theoretical foundations and closer empirical linkages. *Družboslovne razprave XVIII* (40): 9-39.

Nicholson J. Paul. 2002. Occupational health in the European Union. *Occupational medicine* 52 (2): 80-84.

Pahor, Majda. 1999. Zdravstvena sociologija. *Teorija in praksa* 36 (6): 1014-1026.

Pravilnik o seznamu poklicnih bolezni. Ur. l. RS 85/2003. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200385&stevilka=4001> (5. januar 2010).

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 (16. marec 2010).

Ružič, Boris. 2006. Varnost in zdravje pri delu mladih delavcev. Stališča in ugotovitve Inšpektorata Republike Slovenije za delo. *Delo in varnost* 51 (5): 8-10.

--- 2007. Varnost in zdravje pri delu in staranje delovne sile. *Delo in varnost* 52 (3): 6-8.

Statistični urad Republike Slovenije. 2008. *Poškodbe pri delu in poklicne bolezni, Slovenija, 2. četrtletje 2007*. Dostopno prek: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=1532 (5. april 2010).

Stergar Eva in Tanja Udrih Lazar. 2006. *Program promocije zdravja »Čili za delo«*. Dostopno prek: osha.europa.eu/fop/slovenia/en/et2006/simpozij/Urdih.pdf (10. junij 2010).

Svetlik, Ivan, ur. 1996. *Kakovost življenja v Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Toš Niko in Brina Malnar. 2002. *Družbeni vidiki zdravja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Toth, Martin. 2003. *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Ule, Mirjam. 2003. *Spre gledana razmerja*. Maribor: Aristej.

Urad za makroekonomske analize in razvoj. 2003. *Poročilo o človekovem razvoju Slovenija 2002/2003*. Ljubljana: Urad za makroekonomske analize in razvoj.

V EU vsake tri minute in pol nekdo umre zaradi svojega poklica. 2008. Dostopno prek: <http://www.razgledi.net/2008/06/15/v-eu-vsake-tri-minute-in-pol-nekdo-umre-zaradi-svojega-poklica/> (4. junij 2010).

White, Kevin. 2002. *An introduction to the sociology of health and illness*. London. Sage.

World Health Organization. Dostopno prek: <http://www.who.int> (13. marec 2010).

--- 1986. *Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on health promotion*. Dostopno prek: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf (9. februar 2010).

Zakon o delovnih razmerjih (ZDR). Ur. l. RS, št. 42/2002. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200242&stevilka=2006> (10. januar 2010).

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> (5. januar 2010).

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> (5. januar 2010).

Zavod za zdravstveno zavarovanje. 2010. *Zdravstveni absentizem v Sloveniji. Zbornik primerov iz prakse 14 slovenskih podjetij*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje.

Žebovec, Saša. 2006. Varnost mladih delavcev. *Delo in varnost* 51 (5): 21-25.