

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MANAGEMENT KOPER
Dodiplomski visokošolski strokovni študijski program Management

Diplomska naloga
ZDRAVSTVENI ABSTENTIZEM NA GORENJSKEM

Mentor:

Doc. dr. Marjana Merkač Skok

KOPER, 2005

FRANČIŠKA MIKŠ

POVZETEK

Zdravstveni absentizem oziroma začasna zadržanost od dela zaradi bolezenskih razlogov je področje, ki kaže le v manjšem delu na zdravstveno stanje aktivne populacije, v večji meri pa je posledica delovnih, socialnih, ekonomskih in drugih vplivov, ki so jim izpostavljeni zaposleni.

V diplomski nalogi je analizirano stanje zdravstvenega absentizma (bolniške odsotnosti) na Gorenjskem. Teoretične izsledke sem konkretizirala s pomočjo anketnega vprašalnika med zdravniki in delodajalci na Gorenjskem. Z empirično analizo sem pojasnila njihova gledanja in vpliv na stanje zdravstvenega absentizma. Spoznala sem probleme in vzroke, ki so razlog za nastanek bolniške odsotnosti ter na podlagi pridobljenih rezultatov analize podala predloge o potrebnih spremembah na tem področju.

Ključne besede: absentizem, bolniške odsotnosti, bolezen, delo, zaposleni, delodajalci, zdravniki, motivacija

ABSTRACT

Medical absenteeism or a temporary restraint from work due to medical reasons is a field that shows only to a lesser degree on the medical condition of the working population. To a greater extent, however, it is due to medical, social, economic and other factors, exposed to by the employees.

In the present diploma paper, we analysed the state of medical absenteeism (medical absence) in Gorenjska. Theoretical findings have been exemplified by a questionnaire filled in by some doctors and employers from Gorenjska. By empirical analysis, we explained their viewpoint and impact on the state of medical absenteeism. We found the problems and reasons for the appearance of medical absence and drew up some proposals for the necessary changes in this field on the basis of the results of the analysis.

Key words: absenteeism, medical absence, disease, work, employees, employer, doctor, motivation

UDK 658.3:614.2(043.2)

VSEBINA

| | |
|---|-----------|
| 1 Uvod in opredelitev problema | 1 |
| 1.1 Namen in cilji diplomskega dela | 1 |
| 1.2 Predpostavke in omejitve | 1 |
| 1.3 Uporabljene metode dela | 2 |
| 1.4 Kratak opis poglavij | 2 |
| 2 Teoretična izhodišča absentizma | 3 |
| 2.1 Opredelitev absentizma..... | 3 |
| 2.2 Proučevanje absentizma..... | 3 |
| 2.3 Vzroki absentizma | 4 |
| 2.3.1 Objektivni vzroki..... | 5 |
| 2.3.2 Subjektivni vzroki..... | 5 |
| 2.3.3 Izračun obsega absentizma | 5 |
| 2.4 Absentizem in delo | 6 |
| 2.5 Absentizem in zdravje zaposlenih | 6 |
| 2.6 Stroški absentizma | 7 |
| 2.6.1 Stroški delodajalca in delojemalca | 7 |
| 2.6.2 Stroški države | 8 |
| 2.7 Ukrepi za preprečevanje absentizma | 8 |
| 2.8 Gibanje zdravstvenega absentizma v Sloveniji v zadnjih letih | 10 |
| 2.8.1 Delitev bremen absentizma med delodajalci in Zavodom..... | 13 |
| 2.9 Absentizem v Evropi..... | 14 |
| 2.10 Trendi | 16 |
| 3 Predstavitev Gorenjske regije | 19 |
| 4 Analiza sekundarnih podatkov | 21 |
| 4.1 Začasna zadržanost z dela na Gorenjskem v letih 2002 – 2004 | 21 |
| 4.2 Začasna zadržanost z dela na Gorenjskem v letu 2004 ter primerjava z letom 2003 | 22 |
| 4.2.1 Odstotek bolniškega staleža (% BS) ali odstotek izgubljenih delovnih dni v enem letu na enega zaposlenega delavca | 22 |
| 4.2.2 Resnost (R) ali povprečno število izgubljenih dni na eno odsotnost z dela | 24 |
| 4.2.3 Indeks frekvence (IF) ali število primerov bolniškega staleža na 100 zaposlenih delavcev..... | 25 |
| 4.2.4 Indeks onesposabljanja (IO) ali povprečno število izgubljenih dni na enega zaposlenega delavca | 26 |
| 4.3 Začasna zadržanost z dela na Gorenjskem v primerjavi z drugimi območji v Sloveniji | 27 |
| 5 Interpretacija rezultatov ankete in preverjanje hipotez | 31 |

| | |
|--|-----------|
| 5.1 Analiza ankete za delodajalce..... | 31 |
| 5.2 Analiza mnenj zdravnikov | 35 |
| 5.3 Preverjanje hipotez | 37 |
| 5.4 Druge ugotovitve | 39 |
| 5.5 Kritična ocena | 39 |
| 5.6 Predlogi za izboljšave | 40 |
| 6 Sklep | 43 |
| Literatura in viri..... | 45 |
| Literatura | 45 |
| Viri | 45 |
| Priloge..... | 47 |

SLIKE

| | |
|---|----|
| Slika 4.1 Resnost ali povprečno število izgubljenih dni | 25 |
| Slika 4.2 Indeks frekvence | 26 |
| Slika 4.3 Indeks onesposabljanja..... | 27 |

TABELE

| | |
|--|----|
| Tabela 2.1 Zadržanost od dela od leta 1999 do 2004 | 11 |
| Tabela 2.2 Odsotnost z dela in izgubljeni koledarski dnevi po diagnozah v letu 2004 v Sloveniji..... | 12 |
| Tabela 2.3 Delež nadomestil plač v odhodkih obveznega zavarovanja in v BDP v letih 1995 – 2004 | 13 |
| Tabela 2.4 Delež nadomestil plač v BDP iz javnih virov v državah Evropske unije..... | 15 |
| Tabela 4.1 Začasna zadržanost od dela na Gorenjskem 2002 – 2004..... | 22 |
| Tabela 4.2 Vzroki za začasno zadržanost od dela | 23 |
| Tabela 4.3 Procent izgubljenih delovnih dni, ki gredo izključno v breme Zavoda po območjih Slovenije v letih 1999 - 2004 | 28 |
| Tabela 4.4 Povprečno trajanje odsotnosti z dela po diagnozah in območnih enotah Zavoda v letu 2004 | 29 |

KRAJŠAVE

| | |
|-----|-----------------------------------|
| BDP | Bruto družbeni proizvod |
| DZS | Državna založba Slovenije |
| EU | Evropska Unija |
| RS | Republika Slovenija |
| OZZ | Obvezno zdravstveno zavarovanje |
| ZDR | Zakon o delavnih razmerjih |
| WHO | Svetovna zdravstvena organizacija |

1 UVOD IN OPREDELITEV PROBLEMA

Absentizem je odsotnost z dela. Med absentizme štejemo različne izostanke, zamude, izhode in druge odsotnosti z dela, ko naj bi posameznik delal. Najbolj proučevana oblika je zdravstveni absentizem ali odsotnost z dela zaradi bolezni. To je pravica delavcev, da začasno izostanejo z dela, ko zanj niso sposobni zaradi bolezenskih razlogov, in da v tem času prejemajo nadomestilo plače. Ta pravica je pri nas zapisana v zakonu o delovnih razmerjih.

1.1 Namen in cilji diplomskega dela

Zdrava in aktivna populacija je cilj vsake družbe. Z ustreznim sodelovanjem med delodajalci, zdravniki, delavci, dobrimi medsebojnimi odnosi, manjšo tekmovalnostjo, boljšo organizacijo dela ter manj strahu pred izgubo zaposlitve bi lahko pripomogli k zmanjšanju bolniškega staleža. V diplomskem delu sem analizirala stanje zdravstvenega absentizma na Gorenjskem ter skušala ugotoviti vpliv delodajalcev in zdravnikov na ta problem oziroma njegov obseg. Na podlagi ugotovitev sem podala kritično oceno ter predlagala ukrepe za izboljšave na tem področju.

1.2 Predpostavke in omejitve

Diplomsko delo je usmerjeno v obravnavanje zaposlenih na širšem področju. Ugotovitve in analiza naj bi dala izhodišča za ukrepanje ne samo delodajalcem in zdravnikom, pač pa tudi Zavodu za zdravstveno zavarovanje, Zavodu za zaposlovanje, sindikatom, ki so ravno tako pomemben dejavnik pri oblikovanju in zagotavljanju pravic zaposlenih.

Predpostavke:

- Velika odsotnost zaradi težav z gibalno, poškodb pri delu in izven dela.
- Slaba organizacijska klima v podjetjih, preobremenjenost zaposlenih z delom zaradi zmanjšanja stroškov v podjetjih, kar pomeni da manj zaposlenih dela isto količino dela kot prej (v čim krajšem času), posledično prihaja do stresa na delovnem mestu, to pa vodi v vse večji delež duševnih bolezni.
- Ženske pogosteje obolevajo kakor moški, nosečnost se v zadnjem času obravnava kakor bolezen.
- Starejši delavci so pogosteje in dalj časa na bolniški.
- Za nego hudo bolnih družinskih članov ni ustrezno poskrbljeno.
- Prepočasno delo invalidskih komisij.

Omejitev vidim pri pridobivanju sekundarnih podatkov, ki jih zbira Zavod za zdravstveno varstvo zaradi zakona o varstvu podatkov. S strani delodajalcev vidim omejitve pri razkrivanju njihovih ukrepov za preprečevanje bolniške, ker so le ti običajno interno dogovorjeni.

1.3 Uporabljene metode dela

Diplomska naloga se v teoretičnem delu opira na spoznanja o absentizmu oziroma o odsotnosti z dela, ki so jih objavili domači in tuji avtorji. V empiričnem delu so statistično obdelani podatki pridobljeni iz sekundarnih virov in podatki pridobljeni iz opravljene ankete med zdravniki in delodajalci.

V diplomskem delu sem uporabljala metode deskripcije (analiza predmeta mojega raziskovanja in analiza stanja obravnavanega območja), kompilacije (povzemanje tujih rezultatov znanstveno raziskovalnih del) ter metodo anketiranja (metoda anketnega vprašalnika za delodajalce in zdravnike Gorenjskega območja).

1.4 Kratek opis poglavij

Diplomska naloga je sestavljena iz petih poglavij. V uvodu (prvi del), je pojasnjen namen in cilj diplomskega dela, predpostavke in omejitve, uporabljene metode dela in kratek opis poglavij. Sledijo teoretična izhodišča absentizma (drugo poglavje). V njem so pojasnjeni vzroki absentizma, namen proučevanja, posledice oziroma stroški, ki nastajajo v zvezi s tem problemom na strani delodajalcev, zaposlenih in države. Opisani so ukrepi za preprečevanje, obvladovanje absentizma. Sledi gibanje zdravstvenega absentizma v zadnjih letih v Sloveniji, kako se Evropa spopada s tem problemom in trendi na tem področju. V tretjem poglavju je na kratko opisana Gorenjska regija, ki je področje obravnavanega problema. Analiza sekundarnih podatkov pridobljenih na Zavodu za zdravstveno zavarovanje in Zavodu za varovanje zdravja v RS je predstavljena v četrtem poglavju. Sledi interpretacija rezultatov ankete, preverjanje postavljenih hipotez (peto poglavje), kritična ocena ter predlogi za izboljšave na tem področju.

2 TEORETIČNA IZHODIŠČA ABSENTIZMA

2.1 Opredelitev absentizma

Pojem absentizma izhaja iz latinske besede *absens*, ki pomeni odsotnost ali izostanek. V Slovarju Slovenskega knjižnega jezika (2002, 1762) je absentizem definiran kot izostajanje od dela, odsotnost. Znotraj tako široke opredelitve pojma, pa v literaturi obstajajo številne ožje definicije absentizma, ki bolj natančno določajo vrsto odsotnosti z dela.

Friedel (1990, 334) ugotavlja, da lahko absentizem pojmuje tudi kot »odsotnost«, ko je delavec na delovnem mestu prisoten, vendar je njegova učinkovitost glede na njegove delovne naloge minimalna (da sploh ne dela, če ga delovodja ne nadzira, se npr. predolgo zadržuje v skladišču, ko konča svoje delo, obstane na mestu kot robot, ali da svojega dela ne more opravljati, ker je zanj prezahtevno itd.)

Evropski sklad za izboljšanje življenjskih in delavnih razmer (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1997, 11) opredeljuje absentizem kot začasno, dolgotrajno, ali stalno nezmožnost za delo.

Med absentizme štejemo različne izostanke, zamude, izhode in druge odsotnosti, ko naj bi posameznik delal, pa ga ni na delovnem mestu. Pri spremljanju absentizma navadno opazujemo le celodnevne izostanke, ker praviloma v organizacijah nimamo uvedenega načina spremljanja izkoristka časa v povezavi s prisotnostjo na delu (Florjančič 1994, 92-94).

Čeprav so definicije za absentizem zelo različne, pa pojav absentizma lahko vpliva na zmanjšanje sposobnosti organizacije, da bi dosegla cilje.

Nekatere pojavne oblike absentizma, kot so odmori med delavnim časom in letni dopust zaposleni koristijo redno vsako leto, saj je njihovo minimalno trajanje določeno z zakonom. Za večino ostalih oblik odsotnosti z dela se zaposleni odločajo iz različnih razlogov, tako objektivnih kot subjektivnih.

2.2 Proučevanje absentizma

Zgodovina nam lahko postreže s številnimi primeri, kako si je suženj prizadeval pobegniti od dela, ki mu je bilo vsiljeno in kako je postopal kmet, da bi se izognil tlaki.

Proučevanje absentizma oziroma proučevanje izostankov z dela je relativno novejšega datuma. V svetu se je začelo po letu 1940, in sicer v času druge svetovne vojne. Prva brošura je bila objavljena v Veliki Britaniji leta 1944 in je nosila naslov: »The recording of sickness absence in industry«. Še istega leta je podobno delo izšlo tudi v ZDA (Šeško 1984, 1099). Takrat je predstavljal absentizem velik problem – tako zaradi pomanjkanja delovne sile, kakor tudi zaradi stroškov (Friedel 1990, 333).

Proučevanje absentizma se je začelo kar četrto stoletje kasneje kot proučevanje nesreč pri delu. Nesreče so vedno predstavljale zelo resen problem v industrijskem delu, izostanki pa so to postali šele, ko se je začel masovno manifestirati pojav do takrat poznan samo v manjšem obsegu: pomanjkanje delovne sile (Šeško 1984, 1100).

Danes skoraj vse sodobne industrijske družbe v svetu beležijo porast obsega absentizma. V zadnjih tridesetih letih, odkar se aktivno obravnava problematika absentizma je nastalo veliko znanstvenih knjig, člankov ter analiz. Razloge za takšno zanimanje moramo iskati v negativnih posledicah, ki jih pojav povzroča zaposlenim, podjetjem in nacionalnem gospodarstvu.

Absentizem je oblika vedenja, ki ga je zelo težko proučevati, saj je posledica številnih dejavnikov, ki se navzven kažejo kot enoten fenomen (Johns 2003,159). Odsotnost se v splošnem smatra kot negativna oblika vedenja, zato ljudje niso vedno iskreni tako o količini odsotnosti, kot tudi o vzrokih zanjo. Tako vzroke za odsotnost ponavadi pripisujejo dejavnikom na katere ne morejo vplivati (Johns 1987, 30).

2.3 Vzroki absentizma

Proučevanje vzrokov odsotnosti z dela je dokaj težavno, saj se medsebojno prepletajo različni vzroki in šele njihov splet, ki je lahko v vsakem konkretnem primeru različen in domala edinstven, sproži absenco (Šeško 1984, 1101). Šeškova poudarja, da moramo posamezni pojav absentizma proučevati z več vidikov: z zdravstvenega, sociološkega, psihološkega in ekonomskega vidika (kar je npr. medicinsko pozitivno, je z ekonomskega stališča negativno).

Merkačeva (2005, 87) navaja vzroke za absentizem ki so predvsem v reakciji na nezadovoljstvo pri delu. Vzroki so lahko:

- pretežno objektivni (nanje težko vplivamo, to so npr. nesreče)
- pretežno subjektivni (psihični ali socialni – nanje lažje vplivamo in jih spremenimo).

Merkačeva v nadaljevanju razdeli še vrste absentizma glede na:

- Obliko (različni izostanki),
- Frekvenco (po posameznikih in aktivnostih),
- Trajanju (minute, ure, dnevi,...),
- Distribuiranost izostankov (npr. ob sezonskih delih na kmetijah, ob koncu tedna, ipd.).

2.3.1 *Objektivni vzroki*

So lahko pravni, ekonomski, geografski itd., kratka tisti, na katere praviloma ne moremo vplivati, da bi jih zmanjšali (Florjančič 1994, 93). Kuhar in ostali (1996, 14) ugotavljajo, da se motivirani zaposleni zatekajo v absentizem le takrat, ko resnično zbolijo ali se poškodujejo, za razliko od nemotiviranih, ki so pogosteje odsotni z dela. Zajčeva (2005, 5) pravi, da je najboljšo zdravilo za absentizem urejeno delovno okolje, kjer se zaposleni dobro počuti, je motiviran in stimuliran.

Objektivni razlogi so:

- bolezni
- poškodba
- nega in spremstvo ožjih družinskih članov
- transplantacija, izolacija
- stiki z zdravstveno službo (pregledi, preiskave)

2.3.2 *Subjektivni vzroki*

Na subjektivne vzroke lažje vplivamo in so (Florjančič 1994, 93):

- pretežno psihične narave in
- pretežno socialne narave

Psihosocialni aspekti absentizma so celota, ki enovito deluje na pojavljanje absentizma. So tisti vzroki, ki na kakršen koli način vplivajo in povzročajo nezadovoljstvo med delavci (življenjsko, domače, delovno okolje).

2.3.3 *Izračun obsega absentizma*

Ko izračunamo obseg absentizma, dobimo podatek o trajanju absentizma, ne poznamo pa njegove frekvence. Obseg absentizma izračunamo tako, da število izgubljenih dni v določenem obdobju delimo z zmnožkom povprečnega števila zaposlenih in števila vseh delovnih dni ter rezultat pomnožimo s sto. Stopnja absentizma se med organizacijami precej razlikuje. Med vzroke za razlike bi lahko navajali težke pogoje dela, vendar pa teh ne moremo šteti za edini razlog velikih razlik v stopnji absentizma (Merkač 1998, 33).

$$\frac{\text{Število izgubljenih dni}}{\text{Povprečno št. zaposlenih} \times \text{št. vseh delovnih dni}} \times 100 = \text{stopnja absentizma}$$

Dobimo stopnjo absentizma, ki se lahko med organizacijami precej razlikuje.

2.4 Absentizem in delo

Absentizem je pojav na področju dela. Težko bi našli vso množico raznovrstnih pojavov, ki so kakorkoli povezani s problemom človekovega dela. Absentizem je le eden od njih. Absentizma ni mogoče razumeti, še manj pa je mogoče nanj vplivati in ga usmerjati, ne da bi prej razumeli sam pojav dela, njegov pomen za človeka in družbo (Šeško 1984, 1096).

Najsplošneje delo definiramo kot smiselno in namerno k cilju usmerjeno dejavnost človeka. Gre za namenskost aktivnosti (intencionalnost), ki je ena tipičnih karakteristik, ki človekovo delo ločujejo od živali. Namen dela je v proizvodnji uporabnih vrednosti (predmetov ali storitev) za zadovoljevanje človekovih potreb (Kavčič 1987, 11). Številne motivacijske teorije skušajo ugotoviti, kaj je tisto, ki žene ljudi k delu, uspešnosti, k fizičnim in psihičnim naporom (razen seveda nuje po preživetju), in umeščajo delovno motivacijo med ostale gonilne sile življenja ljudi.

Lipičnik (1998, 153) ugotavlja, da je delo, tako kot vse ostale človekove aktivnosti, posledica številnih poznanih in nepoznanih dejavnikov in tako enotnega odgovora na vprašanje vzroka človekovih aktivnosti, pač ni.

Proučevanje absentizma je torej proučevanje vedenjskih oblik posameznika in družbe kot celote, ter se tako nujno naslanja na psihologijo, vedo o človeku. Človek pa je kompleksno, multifunkcionalno bitje katerega vedenje je posledica številnih dejavnikov; genov, potreb, motivacije, kulture, družbe, okolja, itd. Kadar govorimo o odsotnosti z dela, govorimo v bistvu o posledici vedenja človeka in ne o vedenju samem, kajti odsotnost nastopi kot posledica različnih vedenj posameznikov. Vse to pa še dodatno zapleta analizo samega absentizma (Živoder 2004, 2).

2.5 Absentizem in zdravje zaposlenih

Po drugi svetovni vojni je Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) opredelila zdravje kot stanje celotnega fizičnega, mentalnega in socialnega blagostanja in ne samo kot odsotnost bolezni in slabega počutja. Takšna opredelitev zdravja pomeni, da ljudje ne morejo biti zdravi, če ne živijo v ustreznih socialnih, političnih in ekonomskih pogojih oziroma, če niso sposobni ljubiti (drugega), delati in ustvarjati (Selič 1999, 26).

Slabo počutje in neustrezna razpoložljivost se kažeta v slabšanju zdravstvenega stanja. Najprej se običajno pojavi upad duševnega in socialnega blagostanja, sledi mu upad telesnega blagostanja (Koselj in sodelavci 2002, 399).

Zdravje ni pogojeno le z biološkimi dejavniki, kot so starost, spol, dednost, temveč vplivajo nanj tudi življenjski slog posameznika, dejavniki iz naravnega in bivalnega okolja ter okolja, ki ga predstavlja sistem zdravstvenega varstva (Hovnik, Hafner 2002, 1).

Zajčeva (2005, 5) v svojem komentarju navaja, da v delovnih okoljih, kjer so odnosi urejeni, kjer se zaposleni dobro počuti, je motiviran in stimuliran, kjer so delovne razmere dobre, je odsotnost zaradi zdravstvenih razlogov bistveno manjša kot drugod. Nadalje ugotavlja, da odstavljene ali odpuščeni delavci v katerih se je že prej kopičilo ne razpoloženje in je nanje negativno vplivalo delovno okolje neredko zbolijo, saj strokovnjaki s področja zdravstva ugotavljajo, da vsakdo med nami nosi v sebi neko kronično bolezen, le ta lahko ostane skrita; ne povzroča težav, dokler ni izzvana.

Slabše zdravje nižjega socioekonomskega sloja je povezano s slabšimi bivalnimi pogoji, prehranjevanjem in drugimi vidiki bivanja, z bolj nevarnim delom in poklicnimi boleznimi. Način življenja pripadnikov tega sloja je bistveno manj zdrav, iskanje takojšnjih (kompenzacijskih) zadovoljitev (v alkoholu, cigaretah ipd) pa dosti bolj običajno in sprejemljivo (Selič 1999, 35).

Psihološki in socialni dejavniki, povezani s tehnologijo in vsebino dela, so se pokazali kot možni dejavniki tveganja za zdravje in bio-psihosocialno blagostanje delavcev, kar je vzpodbudilo nastanek koncepta delovnega okolja ugotavljata Johansson in Gardell (v Selič 1999, 123). Spremembe, ki se kažejo v negativnih čustvih, kot so zaskrbljenost, strah, neizživet bes, nezadovoljstvo tako imenovana stresna stanja, pa sčasoma prerastejo v bolezensko stanje, ki se kaže v nespečnosti, glavobolih, revmatskih obolenjih, astmi, povišanem krvnem tlaku, in sladkorni bolezni, lahko pa pride celo do infarkta (Kožar 1995, 17). Godin (2004, 1548) ugotavlja, da so nizka kontrola nad lastnim delom, slaba socialna podpora, neravnotežje med vloženim trdom ter nagrado za delo in nezanesljivost zaposlitve povzročitelji stresa ter slabega zdravja in vodijo v večjo odsotnost.

2.6 Stroški absentizma

2.6.1 Stroški delodajalca in delojemalca

Zdravje kot stanje delavčevega blagostanja vsebuje tudi svojo ekonomsko komponento. Slabšanje zdravja povzroča nižjo učinkovitost in s tem nižji dohodek. Strošek pomeni izpad dohodka delavcu in delodajalcu.

Molanova v Koselj in sodelavci (2002, 401) navaja pomembnejše stroške zdravja:

- stroški odsotnosti zaradi bolezni – odsotnost zaradi bolezni je strošek, ki prizadene delodajalca, delavca, če traja daljši čas, tudi širšo skupnost,
- stroški absentizma – nepredvidene odsotnosti in umik iz delovne situacije so delodajalčevi stroški,
- stroški fluktuacije – visoka stopnja fluktuacije zahteva vedno nova kadrovanja in začetna usposabljanja delavcev; stroški postopkov kadrovanja in uvajanja delavcev v delovni proces so pomemben strošek fluktuacije,

- stroški nadomestil zaradi pojavljanja poklicnih bolezni – negativni vplivi delovnega okolja in preobremenjenost lahko povzročijo pojavljanje poklicnih bolezni,
- stroški invalidizacije – poškodbe pri delu lahko povzročijo okvaro posameznega organskega sistema, zmanjšano delazmožnost, spremenjeno delazmožnost in invalidnost; vse to pomeni dodaten strošek, ki se kaže v kompenzacijah za nižjo učinkovitost ali nadomestilih za stopnjo invalidnosti,
- stroški odškodnin zaradi umrljivosti – specifična umrljivost zaradi vplivov dela povzroča vse večji strošek delodajalcu, indirektno pa tudi širši skupnosti. Smrt zaradi neugodnih vplivov dela in delovnih razmer lahko pomeni dokaj veliko odškodnino, ki jo mora plačati delodajalec.

Za posameznika predstavlja absentizem nižji dohodek od tistega, ki ga zasluži kadar dela, za delodajalca pa nastane dodatno breme, saj mora poleg izpada proizvodnje delavcu zagotoviti nadomestilo plače za zadržanosti od dela vse tja do 30 dni (Bagari 2004, 35).

Delodajalci se spopadajo z zmanjšano produktivnostjo, z večjimi organizacijskimi naporji in stroški za zagotovitev nemotenega delovnega procesa, posledicami v kakovosti in navsezadnje tudi z izgubo trga. Čedalje bolj je jasno, da lahko zdravstveni absentizem občutno vpliva na ceno delovne sile pri posameznem delodajalcu in na ceno njegovih proizvodov, s tem pa tudi na njegovo konkurenčno sposobnost (Toth 2005, 12).

2.6.2 Stroški države

Države, ki financirajo zdravstveno dejavnost in določene denarne dajatve zavarovancev iz sredstev proračuna, se srečujejo z naraščajočimi izdatki za nadomestila med začasno zadržanostjo z dela, kar ob čedalje večjih težavah uskladitve prihodkov in stroškov problem dodatno zaostruje. Zato ga skušajo spraviti v okvire, ki bi bili sprejemljivi z vidika narodnogospodarskih možnosti in interesov.

Zavod zagotavlja iz javnih sredstev nadomestila plač od 31. dne dalje za časčasne zadržanosti zaradi bolezni. Obvladovanje absentizma je zato nacionalni interes, saj gre za močno povezavo gospodarstva in negospodarstva (Bagari 2004, 36).

2.7 Ukrepi za preprečevanje absentizma

Izpadi učinkovitosti in slabšanje zdravstvenega stanja predstavljajo strošek in jih je mogoče ekonomsko ovrednotiti. Ukrepe intervencij v delovno okolje imenujemo humanizacijski ukrepi in so usmerjeni k oblikovanju dela, ki je za delavca manj obremenjajoče in bolj prijazno. Posledica nižje doživete teže dela je višja raven razpoložljivosti, in zagotavlja stabilnejše vedenje in višjo učinkovitost. Ugodnejše

razpoloženje pomeni bolj zdravo, bolj humano in prijetnejše delovno okolje. Molanova v Koselj in sodelavci (2002, 401- 407) navaja štiri komponente dela v katere so lahko usmerjeni humanizacijski ukrepi:

Investicije v ekologijo

Pojavljanje poklicnih bolezni v nekaterih delovnih okoljih kaže, da se pojavljajo poklicne bolezni zaradi ekoloških škodljivosti v delovnem okolju. V takih primerih je potrebno urediti delovno okolje v skladu z veljavnimi predpisi s področja varovanja zdravja delavcev ali pa zagotoviti ustrezno vzdrževanje obstoječih naprav.

Osnovne delovne razmere naj bi bile zagotovljene že v času gradnje objekta in postavljanja proizvodnje saj je kasnejše odpravljanje ergonomskih nepravilnosti bistveno dražje.

Investicije v tehnologijo

Humanizacijske investicije v tehnologijo so ponavadi zelo veliki finančni zalogaji in so posledica odločitve vodstva podjetja. Zanje se odloča predvsem zaradi dviga učinkovitosti, izboljšanja konkurenčnosti, pa tudi zaradi varovanja zdravja delavcev. V današnjih delovnih okoljih visoka raven avtomatiziranosti zmanjšuje delež fizičnega dela in manj fizično obremenjuje. Zahteva pa drugačno izobrazbeno strukturo delavcev, ki delajo v teh procesih, in psihično bolj obremenjuje.

Bistvenega pomena je, da se pri uvajanju novih tehnologij delavci vključujejo z zbiranjem predlogov njihovih ergonomskih in humanizacijskih rešitev. Tako se zagotovi pozitiven odnos delavcev do novih tehnologij, s tem pa se zmanjšajo neprijetne frustracije, zaradi neuskkljenih pričakovanj vodstva in realnih zmožnosti delavcev.

Investicije v organizacijo

Z vidika stroškov zahtevajo vlaganja v organizacijo manjši začetni kapital. Zahtevajo pa ustrezno strateško odločitev vodstva, ustrezno usposobljenost načrtovalcev proizvodnega procesa, ustrezen čas, ter pripravljenost celotnega kolektiva od vrha do zadnjega v hierarhični strukturi.

V praksi se to kaže v pridobivanju certifikatov »ISO« ali certifikatov »poslovne odličnosti«. Vendar sama pridobitev certifikata še ne zagotavlja, da bo sistem od podelitve certifikata dalje deloval vedno varno in stabilno. Podelitev certifikata in formalizacija organizacijskega modela je nujno potrebni, vendar ne zadostni pogoj za oblikovanje ustrezne organizacijske kulture. Ustrezna organizacijska kultura se bo oblikovala šele takrat, ko bo model organiziranosti živel v praksi na vseh delovnih mestih, pri vseh delavcih.

V postopkih ocenitev tveganj v različnih delovnih okoljih se pogosto kažejo intenzivnejša doživetja stresa, občutki psihične preobremenjenosti, izčrpanosti, anksioznosti, in pojavljanja psihosomatskih bolezni. To je predvsem v okolju, kjer ni

jasno opredeljen sistem organiziranosti, kjer niso jasno opredeljena pravila igre ali vloge, ki jih imajo posamezniki.

Odločitev za posamezen organizacijski model mora biti dobro pretehtana in se mora opirati tudi na razpoložljive kadre, ki so v posameznem delovnem okolju.

Investicije v človeka

Kljub temu, da je »človek naše največje bogastvo«, so investicije v človeka najcenejše. Vendar pa prav tako kot investicije v organizacijo zahtevajo bistveno več znanj, bistveno več aktivnosti posameznikov, ki so zadolženi za posamezne naloge v sistemu. Zahtevajo zavedanje vodstva o pomenu ustreznih razpoložljivih in usposobljenih kadrov.

Investicije v človeka zahtevajo:

- ustrezno kadrovanje,
- ustrezno usposabljanje,
- ustrezno ohranjanje psihofizične kondicije,
- ustrezno postavljanje sistemov kakovosti,
- ustrezno varovanje zdravja delavcev.

Vse te funkcije so bile pogosto potisnjene nekako ob stran in ocenjene kot nepomembne. Vendar pa rezultati analiz mnenj uspešnih družb kažejo, da so investicije v človeka tisto, kar je smiselno že sedaj, še bolj pa bo smiselno v prihodnosti. Investicije v človeka so glede na vložek relativno nizke. Prinašajo pa lahko večji dobiček in zmanjšujejo strošek, ki je posledica ogrožanja varnosti ali okvar zdravja.

2.8 Gibanje zdravstvenega absentizma v Sloveniji v zadnjih letih

Zaradi velikega narodnogospodarskega pomena na ZZZS že vrsto let spremljajo pojav absentizma in njegovo gibanje. Gibanje absentizma ima velik vpliv na odhodek obveznega zavarovanja za izplačana nadomestila plač, na stroške delodajalcev ter nenazadnje tudi na nižjo produktivnost oziroma manjši obseg proizvodnje (Butala in Tooth. 2005, 15).

Dejavniki, ki se kažejo skozi absentizem so poleg zdravstvenega stanja delovno aktivnega prebivalstva in delovnega okolja zaposlenih tudi zakonska določila, ki dajejo pravico do nadomestil plač v določenih primerih. V zadnjih petih letih se opaža postopen porast v deležu bremen skupnega absentizma, ki ga nosi Zavod.

Spremljanje skupne začasne zadržanosti z dela v Sloveniji v zadnjih letih

Težnja rasti skupnega števila vseh izgubljenih delovnih dni zaradi začasne zadržanosti v Sloveniji je bila 2003 prekinjena, vendar se je število dni 2004 zopet povečalo, celo na raven iz leta 2002. To število predstavlja 4,56 odstotka vseh delovnih dni v Sloveniji, kar je toliko kot če vsak dan ne bi delalo približno 35700 delavcev.

Odstotek izgubljenih delovnih dni se je v primerjavi s predhodnimi leti prvič znižal, kar je posledica večjega števila evidentiranja zaposlenih oseb, kot drugih ekonomskih ali socialnih razmer. Zaradi sorazmernega povečanja izgubljenih delovnih dni in primerov, je povprečna dolžina trajanja zadržanosti od dela ostala 13,7 dni (tabela 2.1). V povprečju je bilo na 100 zaposlenih (aktivnih) 103,77 primerov odsotnosti z dela, kar pomeni, da je vsak zaposleni bil nekaj več kot enkrat odsoten z dela zaradi bolezenskih razlogov (Butala in Toth 2005, 15).

Tabela 2.1 Zadržanost od dela od leta 1999 do 2004

| Leto | % izgubljenih delovnih dni | število izgubljenih delovnih dni | število primerov | povprečna dolžina trajanja v dnevih |
|-------------|----------------------------|----------------------------------|------------------|-------------------------------------|
| 1999 | 4,50 | 10.741.63 | 811.391 | 13,2 |
| 2000 | 4,50 | 10.672.96 | 788.501 | 13,5 |
| 2001 | 4,70 | 10.715.78 | 784.895 | 13,7 |
| 2002 | 4,70 | 11.051.72 | 787.640 | 14,0 |
| 2003 | 4,65 | 11.044.22 | 804.847 | 13,7 |
| 2004 | 4,56 | 11.100.727 | 813.012 | 13,7 |

Vir: ZZZS, IC 2005, navedeno po Butala in Toth 2005, 15.

V Sloveniji je bilo v letu 2004 skupaj izgubljenih 11.100.727 delovnih dni. Med razlogi za bolezensko odsotnost z dela vseskozi prevladujejo bolezni in poškodbe izven dela, ki so bile v lanskem letu zastopane s 76 odstotki. Iz tega razloga je bilo izgubljenih 9.240.527 delovnih dni. Poškodbe na delu in poklicne bolezni so vplivale na izgubljene delovne dni z 1.028.518 dnevi, pri čemer je zaskrbljujoče, da so ti primeri odsotnosti z dela v porastu. Slednje kaže na potrebe po doslednejšem uresničevanju ukrepov varnosti in zdravja pri delu. Zaradi nege ožjega družinskega člana je bilo lani izgubljenih 408.215 delovnih dni in je ta odsotnost v upadanju, na kar verjetno vpliva tudi manjša rodnost in manjše število otrok, kot je bilo pred leti (Butala in Toth 2005, 15).

Od vseh dni je šlo v breme delodajalcev 5.912.883 delovnih dni, kar pomeni 53,3 odstotka vseh izgubljenih delovnih dni, v breme Zavoda pa 5.187.844 delovnih dni ali 46,7 odstotka. Od uveljavitve sprememb zakonodaje, ki ureja področje pravic dočasne zadržanosti z dela in nadomestil plač, se je delež bremena bolniških odsotnosti za Zavod počasi, a vztrajno začel večati in je v petih letih zrasel iz 42,3 na 46,7 odstotka (Butala in Toth 2005, 13).

Tabela 2.2 Odsotnost z dela in izgubljeni koledarski dnevi po diagnozah v letu 2004 v Sloveniji

| | DIAGNOZA | KOLEDARSKI DNEVI | % | PRIMERI | % | POVPREČNA DOLŽINA TRAJANJA |
|----|---|-------------------|------------|----------------|------------|----------------------------|
| 1 | Nalezljive, infekcijske in parazitarne bolezni | 508.775 | 4,04 | 82,483 | 10,88 | 6,17 |
| 2 | Novotvorbe | 604.374 | 4,79 | 9,787 | 1,29 | 61,75 |
| 3 | Bolezni žlez z notranjim izločanjem, motnje imunskega sistema | 127.603 | 1,01 | 5.630 | 0,74 | 22,66 |
| 4 | Bolezni krvi in krvotvornih organov | 41.621 | 0,33 | 1.744 | 0,23 | 23,87 |
| 5 | Duševne motnje | 963.448 | 7,64 | 21.208 | 2,80 | 45,43 |
| 6 | Bolezni živčnega sistema | 523.147 | 4,15 | 36.165 | 4,77 | 14,47 |
| 7 | Bolezni obtočil | 647.304 | 5,13 | 17.263 | 2,28 | 37,50 |
| 8 | Bolezni dihal | 1.207.680 | 9,58 | 176.718 | 23,30 | 6,83 |
| 9 | Bolezni prebavil, ustne votline, žlez slinavk | 468.192 | 3,71 | 41.215 | 5,43 | 11,36 |
| 10 | Bolezni rodil in sečil | 301.567 | 2,39 | 24.386 | 3,22 | 12,37 |
| 11 | Zapleti pri nosečnosti, pri porodu in po porodu | 707.968 | 5,62 | 11.862 | 1,56 | 59,68 |
| 13 | Bolezni kože in podkožja | 203.570 | 1,61 | 17.531 | 2,31 | 11,61 |
| 13 | Bolezni mišic, kosti in veziva | 2.359.121 | 18,71 | 92.440 | 12,19 | 25,52 |
| 14 | Prirojene dedne nepravilnosti | 18.872 | 0,15 | 820 | 0,11 | 23,01 |
| 15 | Stanja nastala v perinatalnem obdobju | 8.242 | 0,07 | 112 | 0,01 | 73,59 |
| 16 | Razna bolezenska znamenja in neopredeljena stanja | 356.189 | 2,83 | 31.790 | 4,19 | 11,20 |
| 17 | Dejavniki, ki vplivajo na zdravje in stik z zdr. službo | 440.398 | 3,49 | 76.348 | 10,07 | 5,77 |
| 18 | Poškodbe in zastripitve na delu | 1.100.326 | 8,73 | 34.837 | 4,59 | 31,58 |
| 19 | Poškodbe in zastripitve izven dela | 1.662.939 | 13,19 | 62.093 | 8,19 | 26,78 |
| 20 | Ostale poškodbe | 355.937 | 2,82 | 13.941 | 1,84 | 25,53 |
| | SKUPAJ | 12.607.273 | 100 | 758.373 | 100 | 16,62 |

Vir: Inštitut za varovanje zdravja 2005, navedeno po Butala in Toth 2005, 16

Odsotnost z dela po diagnozah (tabela 2.2) kaže, da so med poglavitnimi bolezenskimi razlogi za izostajanje dela v Sloveniji poškodbe na delu in izven dela, ter zastripitve (z 24,74 % izgubljenih koledarskih dni), bolezni kosti, veziva in mišic (z

18,71% izgubljenih koledarskih dni) ter boleznih dihal (z 9,58 % izgubljenih koledarskih dni). V povprečju so bile najdaljše odsotnosti zaradi stanj v perinatalnem obdobju. Zapletov v nosečnosti, ob porodu in poporodni dobi pa jih je bilo relativno malo. Dokaj dolge so bile odsotnosti tudi zaradi novotvorb, duševnih motenj in poškodb.

2.8.1 Delitev bremen absentizma med delodajalci in Zavodom

Od leta 2001 dalje, ko je bil sprejet Zakon o prispevkih za socialno varstvo, ki je Zavodu naložil dodatno breme plačevanja prispevkov delodajalca od bolnih (več kot 5 milijard tolarjev dodatnih sredstev v odhodkih obveznega zdravstvenega zavarovanja v letu 2002), se odhodki za nadomestila plač realno iz leta v leto povečujejo. Vse dosedanje zakonske spremembe glede nadomestil plač in tudi rast plač so razlogi, zaradi katerih se v zadnjih letih finančna masa za nadomestila v odhodkih obveznega zavarovanja povečuje. Temu primerno se je povečal tudi delež nadomestil plač v odhodkih obveznega zavarovanja, in sicer iz 8,4 v letu 2000 na 10,1 v letu 2004. V letu 2004 so nadomestila plač presegla 40 milijard tolarjev, delež v odhodkih obveznega zavarovanja pa se je povečal na 10,1 vseh odhodkov (tabela 2.3).

Tabela 2.3 Delež nadomestil plač v odhodkih obveznega zavarovanja in v BDP v letih 1995 – 2004

| leto | Odhodki za nadomestila plač iz obveznega zavarovanja v 1000 SIT | Delež nadomestil plač v odhodkih obveznega zavarovanja | Delež nadomestil plač iz obveznega zavarovanja v BDP | Delež vseh nadomestil plač v BDP ¹ |
|------|---|--|--|---|
| 1995 | 15.904.500 | 10,8 | 0,72 | 1,44 |
| 1996 | 17.239.412 | 10,2 | 0,69 | 1,38 |
| 1997 | 19.092.737 | 10,0 | 0,67 | 1,34 |
| 1998 | 20.483.052 | 9,5 | 0,62 | 1,39 |
| 1999 | 20.552.281 | 8,6 | 0,57 | 1,36 |
| 2000 | 22.737.256 | 8,4 | 0,56 | 1,33 |
| 2001 | 28.947.441 | 9,2 | 0,63 | 1,43 |
| 2002 | 34.894.829 | 10,0 | 0,66 | 1,47 |
| 2003 | 37.922.583 | 10,0 | 0,67 | 1,48 |
| 2004 | 40.999.777 | 10,1 | 0,66 | 1,40 |

Vir: ZZS, IC 2005, navedeno Toth 2005, 13.

Od leta 2000 do 2002 se je povečeval delež nadomestil plač v BDP, kar pomeni, da je masa nadomestil rasla hitreje od mase sredstev ustvarjenega bruto domačega proizvoda v Sloveniji (tabela 2.3). Po ocenah BDP za leto 2004 lahko sklepamo, da je

¹ Deleži vseh nadomestil plač v BDP so ocenjeni

delež nadomestil plač iz obveznega zavarovanja v BDP ostal na ravni iz 2002 in 2003, ko je znašal 0,66 odstotka (Tooth 2005, 13).

2.9 Absentizem v Evropi

Problematiko absentizma so države EU prepoznale dolgo pred nami, zato so se lotile posebnih ukrepov in aktivnosti. Posledica takšnih prizadevanj so tudi pravne in organizacijske rešitve, ki jih v zvezi z zdravstvenim absentizmom izvajajo posamezne države. Njihova ureditev je precej drugačna kot pri nas. Toth navaja razlike predvsem v naslednjem (<http://evropa.gov.si/publikacije/evrobilten/evrobilten-06-07/index.text.html>, 2004, 11):

- V vseh državah je za opravičevanje začasne zadržanosti z dela zaradi bolezni potrebno zdravniško potrdilo: pri tem je najbolj pogosto določeno, da morajo fizični delavci (blue collar) to potrdilo predložiti že prvi dan ali najpozneje v treh dneh od nastanka vzroka za odsotnost, uradniki in uslužbenci (white collar) imajo daljši rok.
- Z izjemo Švedske poznajo vse države čakalne dneve. To so dnevi na začetku odsotnosti, za katere zaposleni niso upravičeni do nadomestila plače. Čakalnih dni ne poznajo samo v Avstriji, na Danskem, v Nemčiji, Luksemburgu in na Norveškem. V drugih državah se število čakalnih dni giblje med 1 in 9.
- določeno je najdaljše trajanje začasne zadržanosti z dela, ki se giblje med 26 (v Italiji) in 78 tedni (Avstrija in Nemčija). Švedska časovne omejitve ne pozna.
- možnost izostanka delavca z dela zaradi nege družinskega člana je v večini držav v pristojnosti delodajalca in ne spada med pravice iz zdravstvenega ali socialnega zavarovanja.
- višina nadomestila plače za čas odsotnosti z dela se giblje med 50 in 100 % osnove, ki jo pomeni plača ob nastanku vzroka za odsotnost z dela. Večina držav zagotavlja nadomestilo v višini 50 do 75 % plače. Pri tem gre za raven, ki jo zagotavlja nosilec obveznega zavarovanja ali država.
- Za določen čas imajo zaposleni med odsotnostjo z dela zagotovljeno nadomestilo na ravni plače, ki bi jo zaposleni imel, če bi delal. Tako ureditev imajo v Avstriji, Belgiji, Nemčiji, Luksemburgu in na Norveškem. Razliko med nadomestilom in polno plačo morajo zagotoviti delodajalci.
- Niso redki primeri, ko ob pravicah, ki jih zagotavlja nacionalno zavarovanje ali država, zagotavljajo določene pravice še delodajalci. Gre lahko za izplačila nadomestil za čakalne dni ali za razliko med nadomestilom in plačo. Za take primere so v veljavi sistemi posebnega zavarovanja za delodajalce, ki se za to tveganje posebej zavarujejo.

- Strožji so tudi pogoji in zahteve glede ravnanja zavarovancev med trajanjemčasne nezmožnosti za delo. Nespoštovanje navodil zdravnikov o ravnanju med bolezensko odsotnostjo z dela lahko pomeni izgubo pravice do nadomestila plače, neredko tudi delovnega razmerja.
- Strožji in zahtevnejši so tudi predpisi, ki delodajalcem nalagajo obveznosti in skrb za varstvo pri delu in posebej poudarjajo njihovo odgovornost za varno in zdravju neškodljivo delovno okolje.

Ne glede na predpise pa v EU vedo, da zdravstvenega absentizma ne morejo reševati samo z dopolnjevanjem zakonodaje. Celovitost pristopa za njegovo obvladovanje zahteva enake ukrepe vlade, delodajalcev in njihovih združenj, sindikatov, zdravniških združenj in drugih organov in organizacij. Zato je v več državah EU že pripravljen in vpeljan nacionalni program obvladovanja absentizma. Med seboj se programi po državah razlikujejo, sestavljeni pa so iz administrativnih ukrepov, ukrepov varstva pri delu, informiranja delavcev o nevarnostih. Odgovornost za zdravstveni absentizem pa se v vedno večji meri prenaša na delodajalce. Razlike v sistemih in pravnih ureditvah področja zdravstvenega absentizma se kažejo posledično tudi v višini izdatkov za nadomestila plač zaposlenim v času zadržanosti od dela. Tabela 2.4 kaže delež bruto domačega proizvoda, ki ga posamezne države namenjajo za te potrebe (OECD HEALTH DATA, 2003, navedeno po Bagari 2005, 35.).

Med državami, ki namenjajo največji odstotek bruto domačega proizvoda za nadomestila plač so države z najbolj razvejanim sistemom socialne varnosti. Med temi sta Švedska in Nizozemska. Nasploh izstopajo z visokim deležem BDP za nadomestila skandinavske države, znane kot države socialne blaginje. Slovenija je imela v letu 1998 0,6% delež nadomestil plač v BDP iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, v katerem so zajeta vsa nadomestila (tudi za poškodbe na delu in poklicne bolezni ter nego). Če teh nadomestil ne bi upoštevali, bi bil ta odstotek nekoliko nižji (približno 14%) in bi dosegal 0,5% BDP ter bi bil bolj primerljiv s podatki Evropskih držav (Bagari 2004, 5).

Tabela 2.4 Delež nadomestil plač v BDP iz javnih virov v državah Evropske unije

| | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 |
|----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Avstrija | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 |
| Belgija | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,4 |

| | | | | | | | | | |
|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Danska | 0,7 | 0,6 | 0,6 | 0,7 | 0,6 | 0,6 | 0,7 | 0,7 | 0,7 |
| Finska | 0,6 | 0,7 | 0,7 | 0,6 | 0,6 | 0,5 | 0,4 | 0,4 | 0,4 |
| Francija | 0,5 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5 |
| Nemčija | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,3 | 0,3 |
| Grčija | 0,9 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,7 | 0,7 | 0,8 |
| Irski | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 0,9 | 1,1 | 0,8 | 0,7 | 0,7 |
| Italija | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,2 | 0,7 | 0,7 | 0,7 | 0,7 |
| Luksemburg | 0,7 | 0,7 | 0,7 | 0,8 | 0,7 | 0,8 | 0,8 | 0,7 | 0,7 |
| Nizozemska | 2,2 | 2,1 | 2,1 | 2,0 | 1,3 | 1,2 | 1,0 | 1,0 | 1,0 |
| Portugalska | 0,5 | 0,6 | 0,6 | 0,5 | 0,5 | 0,6 | 0,5 | 0,5 | 0,5 |
| Španija | 1,0 | 1,1 | 1,2 | 1,2 | 1,2 | 1,2 | 1,1 | 1,0 | 0,9 |
| Švedska | 2,4 | 2,1 | 1,2 | 1,2 | 1,1 | 1,1 | 0,9 | 0,9 | 1,1 |
| Anglija | 0,4 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,1 |

Vir: OECD HEALTH DATA , 2003, navedeno po Bagari 2005, 35.

Opomba:

1. Zadnji razpoložljivi podatki so za leto 1998
2. Podatki za evropske države ne vključujejo nadomestil plač zaradi poškodb na delu in poklicnih bolezni, kot tudi ne upoštevajo primerov za nego otroka ali družinskega člana.

2.10 Trendi

V vsakem podjetju je treba spremljati trend stopnje absentizma. Če se ugotovi, da je stopnja absentizma višja, kot bi si želeli, mora strokovna služba predlagati vodstvu ukrepe za zmanjševanje le-te odsotnosti. Če gre za psihične in socialne vzroke mora podjetje ukrepati v smeri nagrajevanja ali kaznovanja (zapiski iz predavanj, Merkač 2002, Škofja Loka). Preden pa podjetje začne ukrepati, potrebuje zelo natančno evidenco odsotnosti iz katere so razvidni vsi potrebni podatki – trajanje odsotnosti, frekvenco odsotnosti, vzroke zanjo itd., na podlagi katerih bo postavilo »diagnozo« odsotnosti in določilo primerne ukrepe (Briner, 1996, 877).

Raziskave kažejo, da se v EU in v Sloveniji delovna sila stara in, da se bo ta trend še nadaljeval, zato se bo treba soočiti s tem problemom in pristopiti k oblikovanju aktivnosti za usposabljanje in treniranje starejših delavcev za nove delovne izzive, na delodajalce pa izvajati pritiske, da bodo ohranjali delovna mesta za starejše delavce (Cvahte, <http://www.zveza-zotks.si/starejsi/gradivo/trg/gradivo2.html>. 2005, 5). Glede na omenjene informacije in glede na trende, ki kažejo povečanje deleža starejših

zaposlenih v aktivni populaciji lahko sklepamo, da se bo število absentizma na ta račun povečalo.

V letu 2002 je narasel bolniški stalež žensk zlasti zaradi daljše povprečne odsotnosti zaradi bolezni in stanj povezanih z nosečnostjo, zaradi česar je bilo tako izgubljenih 6,3 dni oziroma 12 odstotkov več dni. Bolezni gibal in depresija je velik problem žensk v aktivni dobi, saj nanjo odpade več kot četrtnina primerov v skupini duševne in vedenjske motnje.

Albreht (http://www.sigov.si/ivz/ogl_deska/tisk_konf/dan_zena/Stalez_zenske.doc, 2005,6) ugotavlja, da bo treba probleme ugotavljanja delazmožnosti nosečih delavk, iskanje ustreznega delovnega mesta zanje, ugotavljanje zgodnjih depresivnih stanj in zmanjševanje stresa na delavnem mestu uvrstiti med pomembne vzroke pri zmanjševanju bolniške odsotnosti žensk. Pojavlja pa se tudi potreba po ergonomski ustreznosti in po zgodnji rehabilitaciji ob težavah z gibali.

3 PREDSTAVITEV GORENJSKE REGIJE

Gorenjska leži v severozahodnem delu Slovenije. Sestavlja jo pet upravnih enot (Jesenice, Kranj, Radovljica, Škofja Loka in Tržič). Skupno pokrivajo 17 občin.

Gorenjska predstavlja 10,5% površine Slovenije, na tem območju pa živi približno 10% prebivalcev Slovenije (51% žensk in 49% moških).

Starostna struktura je na Gorenjskem ugodnejša kot v Sloveniji, vendar tudi na Gorenjskem upada delež mladih do 15. leta starosti, raste pa delež prebivalcev, starih 65 in več let. Takšna dogajanja vodijo k staranju prebivalstva, kar prinaša vrsto negativnih posledic na področju gospodarstva, zdravstvenega varstva, pokojninskega zavarovanja itd (Hovnik in Hafner 2002, 7-9).

V začetku 90-ih let je bila regija v težkem gospodarskem položaju, saj so takrat prevladovala velika podjetja z veliko prezaposlenostjo, slabo produktivnostjo in opremo ter slabo kvalifikacijsko strukturo zaposlenih. Posledica prestrukturiranja regijskega gospodarstva je bilo krčenje delovnih mest. Po letu 1994 se ji je uspelo vključiti v nova tuja tržišča in situacija se je začela počasi izboljševati. V letu 1997 je regija ustvarila dobrih 9% bruto dodane vrednosti Slovenije (med regijami na 4. mestu).

Ker sta zdravje in razvoj soodvisna imajo ekonomske in socialne razmere (ekonomska stabilnost, manj socialne izključenosti, več socialnega kapitala, čistejše okolje, večja varnost v skupnosti, dostopnost in kvaliteta stanovanj, polna zaposlenost, itd..) velik vpliv na zdravstveno stanje in obratno. Večji kot je gospodarski in družbeni razvoj, boljše je zdravstveno stanje prebivalstva.

Po gospodarskih in družbenih kazalcih spada Gorenjska v bolj razviti zahodni del Slovenije, kjer je pričakovana dolžina življenja prebivalcev dve leti, prebivalcev pa tri leta daljša kot v vzhodnem delu države (Hovnik in Hafner 2002, 14).

4 ANALIZA SEKUNDARNIH PODATKOV

Ker moja diplomska naloga nosi naslov Zdravstveni absentizem na Gorenjskem sem v tem prvem praktičnem delu diplomske naloge najprej obdelala zbrane sekundarne podatke o bolniški odsotnosti na Gorenjskem in jih nato primerjala z drugimi regijami v Sloveniji. Ti podatki nastajajo pri izbranem zdravniku, pooblaščenem za izdajanje »Potrdil o začasni zadržanosti od dela«. To so izbrani osebni zdravniki zavarovancev oziroma izbrani pediatri ali šolski zdravniki za odsotnost z dela za nego otrok. Ti izvajalci osnovnega zdravstvenega varstva pošiljajo podatke na območne zavode za zdravstveno varstvo, kjer jih obdelajo in nato pošljejo na Inštitut za varovanje zdravja RS v Ljubljano, od tam pa na Zavod za zdravstveno zavarovanje.

Ker se v statističnem spremljanju ne sledi posameznega delavca, temveč eno zaključeno odsotnost z dela, ki se jo šteje za en primer, pomeni, da je posameznik med letom lahko večkrat v bolniškem staležu. Zato so v analizi prikazani primeri odsotnosti z dela in ne število odsotnih delavcev (Hovnik 2004, 11).

Izračunavajo se naslednji indeksi:

- *odstotek bolniškega staleža (%BS)* je odstotek izgubljenih koledarskih dni v enem letu na enega zaposlenega delavca; $\% BS = (\text{število izgubljenih dni} \times 100) / (\text{število zaposlenih} \times 365)$
- *resnost (R)* je povprečno število izgubljenih dni na eno odsotnost z dela oz. nam pove povprečno trajanje ene začasne odsotnosti z dela in se izraža v dnevih; $IT = \text{število izgubljenih dni} / \text{število primerov}$
- *indeks frekvenca (IF)* je število primerov odsotnosti z dela na 100 zaposlenih delavcev, ne glede na dolžino te odsotnosti; $IF = (\text{število primerov} \times 100) / \text{število zaposlenih delavcev}$
- *indeks onesposabljanja (IO)* je povprečno število izgubljenih dni na enega zaposlenega delavca. $IO = \text{število izgubljenih dni} / \text{število zaposlenih}$

4.1 Začasna zadržanost z dela na Gorenjskem v letih 2002 – 2004

Število primerov in izgubljenih koledarskih dni bolniškega staleža v letu 2004 se je po porastu v letu 2003 spet zmanjšalo. To zmanjšanje je verjetno povezano z zmanjšanjem števila zaposlenih v tem obdobju.

- Odstotek bolniškega staleža je v povprečju 4,1% .
- Povprečno število izgubljenih dni na enega zaposlenega delavca (IO – indeks onesposabljanja) je 15 dni (bistveno se ne spreminja).

- Od 100 zaposlenih delavcev (IF – indeks frekvence) je potrebovalo bolniški stalež v povprečju 88 delavcev.
- Bolniški stalež je v teh letih v povprečju trajal 18 dni (R – resnost) in je bil v lanskem letu najkrajši (Tabela 4.1).

Tabela 4.1 Začasna zadržanost od dela na Gorenjskem 2002 – 2004

| LETO | ŠTEVILO ZAPOSLENIH | ŠTEVILO PRIMEROV | KOLEDARSKI DNEVI | % BS | IO | IF | R |
|------|--------------------|------------------|------------------|------|----|----|----|
| 2002 | 71.558 | 63.233 | 1.066.124 | 4,1 | 15 | 88 | 18 |
| 2003 | 70.695 | 64.007 | 1.133.810 | 4,3 | 16 | 89 | 18 |
| 2004 | 70.530 | 62.006 | 1.026.699 | 4 | 15 | 88 | 17 |

Vir: ZZZS 2005, navedeno po Butala in Toth 2005, 16.

4.2 Začasna zadržanost z dela na Gorenjskem v letu 2004 ter primerjava z letom 2003

4.2.1 Odstotek bolniškega staleža (% BS) ali odstotek izgubljenih delovnih dni v enem letu na enega zaposlenega delavca

Kot vzrok za začasno zadržanost z dela so se v letu 2004 med zaposlenimi na Gorenjskem na prvih mestih nahajale naslednje bolezni oziroma sorodni zdravstveni problemi (Tabela 4.2):

Bolezni mišic, kosti in veziva – 0.75% BS

Zaradi bolezni mišic, kosti in veziva je bilo izgubljenih povprečno 27 dni (R), v bolniškem staležu je bilo 10 oseb, preračunano na 100 zaposlenih delavcev (IF), vsak zaposleni delavec pa naj bi bil v tem letu odsoten z dela v povprečju skoraj 3 dni (IO).

Poškodbe in zastrupitve izven dela – 0.57% BS

Zaradi teh poškodb je bilo izgubljenih povprečno 27 delovnih dni (R), v bolniškem staležu je bilo skoraj 8 oseb, preračunano na 100 zaposlenih delavcev (IF), vsak zaposleni delavec pa naj bi bil odsoten zaradi teh poškodb v tem letu 2 dni.

Poškodbe in zastrupitve na delu – 0.37% BS

Zaradi poškodb in zastrupitev na delu je bilo lani izgubljenih povprečno nekaj več kot 31 dni (R), v bolniškem staležu so zaradi teh poškodb bile 4 osebe, preračunano na 100 zaposlenih delavcev (IF), vsak zaposleni delavec pa je bil zaradi te poškodbe v povprečju odsoten nekaj več kot 1 dan (IO).

Bolezni dihal – 0.34% BS

Zaradi obolenja dihal je bilo lani povprečno izgubljenih skoraj 7 dni (R), v bolniškem staležu je bilo skoraj 19 oseb, preračunano na 100 zaposlenih delavcev (IF), vsak zaposleni delavec pa naj bi bil v tem letu v povprečju odsoten zaradi tega vzroka 0.1 dneva (IO).

Duševne motnje – 0.27% BS

Zaradi duševni motenj je bilo v tem letu izgubljenih povprečno skoraj 42 dni (R), v bolniškem staležu sta bili nekaj več kot dve osebi, preračunano na 100 zaposlenih delavcev (IF), vsak zaposleni delavec pa naj bi bil v povprečju v tem letu odsoten z dela v povprečju 1 dan (IO).

Zapleti pri nosečnosti, pri porodu in po porodu – 0.26% BS

Zaradi te skupine je bilo izgubljenih povprečno 58 dni (R), v bolniškem staležu sta bili skoraj 2 osebi, preračunano na 100 zaposlenih delavcev (IF), vsak zaposleni delavec je v povprečju bil v tem letu odsoten 1 dan (IO).

Novotvorbe oziroma rakasta obolenja – 0.18% BS

Zaradi novotvorb je bilo v povprečju izgubljenih kar 66 dni (R), v bolniškem staležu je bil povprečno ena oseba, preračunano na 100 zaposlenih delavcev (IF), vsak zaposleni pa je bil zaradi tega vzroka odsoten v povprečju 1 dan (IO).

V primerjavi z letom 2003 (Hovnik 2004, 19) so se bolezni mišično – kostnega sistema povečale z 0.72% na 0.75%, poškodbe in zastrupitve pri delu so se v letu 2004 zmanjšale z 0.43% v letu 2003 na 0.37%, poškodbe in zastrupitve izven dela so se zmanjšala z 0.78% na 0.17%, bolezni dihal so se zmanjšale z 0.35% na 0.34%, vzroki povezani z nosečnostjo so se zmanjšali z 0.27% na 0.26%, ravno tako se je zmanjšalo število novotvorb z 0.19% na 0.18%, število duševnih motenj se je povečalo z 0.24% - na 0.27%.

Iz primerjave je razbrati, da se na Gorenjskem povečuje %BS zaradi bolezni mišično kostnega sistema ter duševnih motenj, %BS zaradi nosečnosti oz. zapletov v nosečnosti pa se je zmanjšal (manjše število rojstev).

Tabela 4.2 Vzroki za začasno zadržanost od dela

| | DIAGNOZA | ŠTEVILO PRIMEROV | KOLEDARS KI DNEVI | % BS | IO | IF | R |
|--|----------|---------------------|----------------------|------|----|----|---|
| | | | | | | | |

Analiza sekundarnih podatkov

| | | | | | | | |
|----|---|---------------|------------------|-------------|--------------|--------------|--------------|
| 1 | Nalezljive, infekcijske in parazitarnе bolezni | 7.401 | 40.523 | 0.15 | 0.57 | 10.50 | 5.48 |
| 2 | Novotvorbe | 734 | 48.182 | 0.18 | 0.68 | 1.04 | 65.64 |
| 3 | Bolezni žlez z notranjim izločanjem, motnje imunskega sistema | 385 | 13.201 | 0.05 | 0.19 | 0.55 | 34.29 |
| 4 | Bolezni krvi in krvotvornih organov | 187 | 6.482 | 0.03 | 0.09 | 0.27 | 34.66 |
| 5 | Duševne motnje | 1.647 | 68.542 | 0.27 | 0.97 | 2.34 | 41.62 |
| 6 | Bolezni živčnega sistema | 2.734 | 42.589 | 0.17 | 0.60 | 3.88 | 15.58 |
| 7 | Bolezni obtočil | 1.163 | 45.290 | 0.16 | 0.64 | 1.65 | 38.94 |
| 8 | Bolezni dihal | 13.164 | 86.594 | 0.34 | 0.12 | 18.66 | 6.58 |
| 9 | Bolezni prebavil, ustne votline, žlez slinavk | 3.791 | 42.399 | 0.16 | 0.60 | 5.38 | 11.18 |
| 10 | Bolezni rodil in sečil | 2.439 | 28.649 | 0.11 | 0.41 | 3.46 | 11.75 |
| 11 | Zapleti pri nosečnosti, pri porodu in po porodu | 1.141 | 65.876 | 0.26 | 0.93 | 1.62 | 57.74 |
| 12 | Bolezni kože in podkožja | 1.301 | 16.200 | 0.06 | 0.23 | 1.84 | 12.45 |
| 13 | Bolezni mišic, kosti in veziva | 7.014 | 192.324 | 0.75 | 2.73 | 9.94 | 27.42 |
| 14 | Prirojene dedne nepravilnosti | 77 | 1.861 | 0.007 | 0.03 | 0.11 | 24.17 |
| 15 | Stanja nastala v perinatalnem obdobju | 12 | 601 | 0.002 | 0.008 | 0.02 | 50.08 |
| 16 | Razna bolezenska znamenja in neopredeljena stanja | 2.337 | 25.639 | 0.09 | 0.36 | 3.31 | 10.97 |
| 17 | Dejavniki, ki vplivajo na zdravje in stik z zdr. službo | 6.940 | 31.471 | 0.12 | 0.47 | 9.84 | 4.53 |
| 18 | Poškodbe in zastrupitve na delu | 3.055 | 95.760 | 0.37 | 1.36 | 4.33 | 31.35 |
| 19 | Poškodbe in zastrupitve izven dela | 5.454 | 147.117 | 0.57 | 2.09 | 7.73 | 26.97 |
| 20 | Ostale poškodbe | 1.030 | 27.392 | 0.11 | 0.39 | 1.46 | 26.59 |
| | SKUPAJ | 62.006 | 1.026.699 | 3.99 | 14.86 | 87.57 | 16.85 |

Vir: Inštitut za varovanje zdravja 2005, navedeno po Butala in Toth 2005, 17

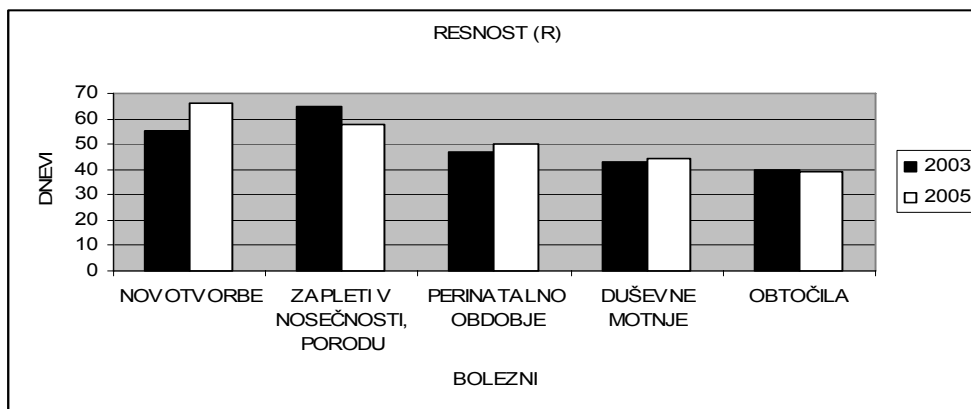
4.2.2 Resnost (R) ali povprečno število izgubljenih dni na eno odsotnost z dela

Na Gorenjskem je v letu 2004 povprečna odsotnost z dela po vzrokih začasne zadržanosti z dela trajala (Tabela 4.2):

- za rakava obolenja oziroma novotvorbe 66 dni,

- za zaplete v nosečnosti, pri porodu in po porodu 58 dni,
- za stanja, ki izvirajo v perinatalnem (ob porodnem) obdobju 50 dni,
- duševne in vedenjske motnje 44 dni,
- bolezni obtočil 39 dni.

Slika 4.1 Resnost ali povprečno število izgubljenih dni



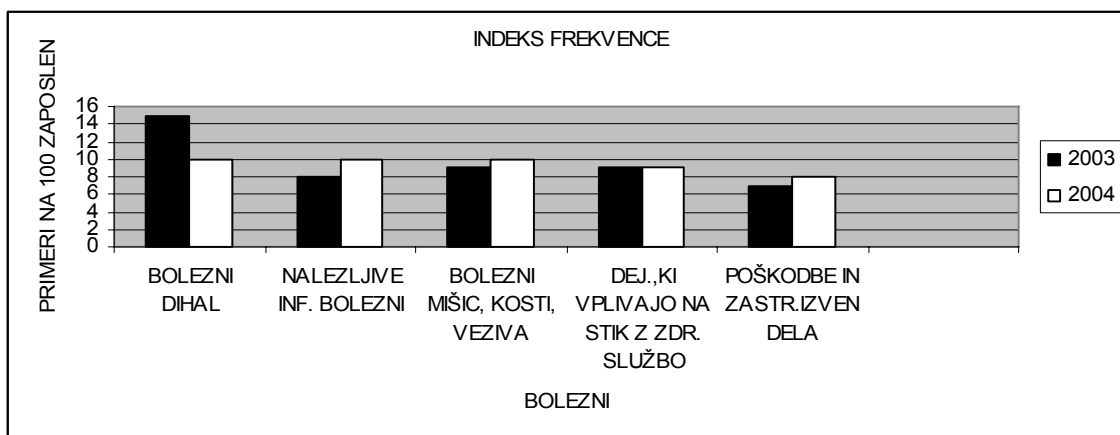
V primerjavi z letom 2003 (Hovnik 2004, 21) se je povprečna odsotnost z dela v letu 2004 *povečala* za rakava obolenja 11 dni, za stanja v perinatalnem obdobju 3 dni, ter za duševne in vedenjske motnje 1 dan. *Zmanjšala* se je za zaplete v nosečnosti, pri porodu in po porodu za 7 dni, za bolezni obtočil pa za 1 dan (Slika 4.1).

4.2.3 Indeks frekvenca (IF) ali število primerov bolniškega staleža na 100 zaposlenih delavcev

Leta 2004 so zdravniki na območju Gorenjske najpogosteje odredili bolniški stalež zaradi (Tabela 4.2):

- bolezni dihal (nekaj manj kot 10 na 100 zaposlenih delavcev),
- nalezljivih infekcijskih bolezni (10,5 na 100 zaposlenih delavcev),
- bolezni mišic, kosti in veziva (10 na 100 zaposlenih delavcev),
- dejavnikov, ki vplivajo na zdravstveno stanje in na stik z zdravstveno službo (10 na 100 zaposlenih delavcev),
- poškodb in zastrupitev izven dela (8 na 100 zaposlenih delavcev).

Slika 4.2 Indeks frekvence



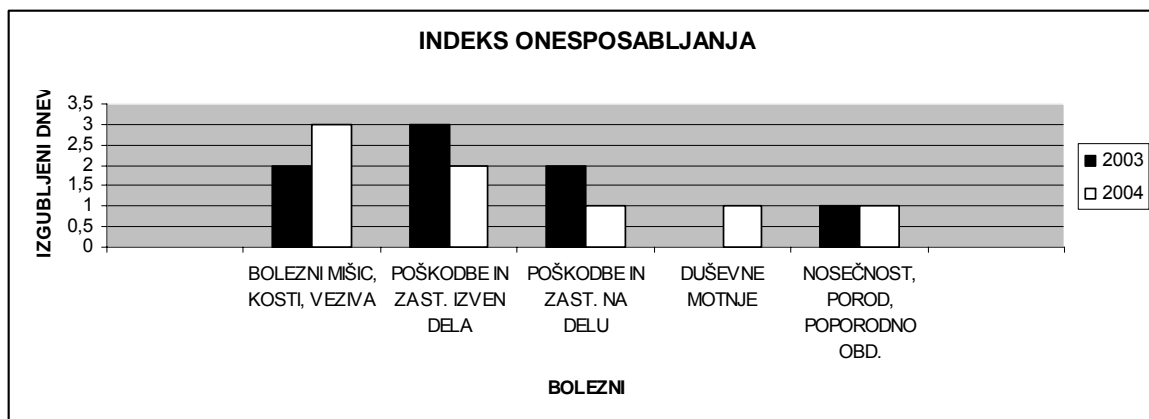
Tudi tu se je v primerjavi z letom 2003 (Hovnik 2004, 23) število primerov bolniškega staleža povečalo v skupini bolezni mišično kostnega sistema, nalezljivih bolezni in v skupini poškodb in zastrupitev izven dela. Število bolezni dihal pa se je občutno zmanjšalo in sicer iz 15 na 10 zaposlenih delavcev. V skupini dejavnikov, ki vplivajo na stik z zdravstveno službo pa je stanje ostalo nespremenjeno (Slika 4.2).

4.2.4 Indeks onesposabljanja (IO) ali povprečno število izgubljenih dni na enega zaposlenega delavca

Po tem kazalniku so bile leta 2004 za Gorenjsko najbolj obremenjujoče naslednje skupine bolezni oz. sorodnih zdravstvenih problemov (Tabela 4.2):

- bolezni mišic kosti in veziva (skoraj 3 dni);
- poškodbe in zastrupitve izven dela (2 dni);
- poškodbe in zastrupitve na delu (nekaj več kot 1 dan);
- duševne motnje (1 dan);
- nosečnost, porod, poporodno obdobje (1 dan).

Slika 4.3 Indeks onesposabljanja



Iz zgoraj navedenih kazalnikov (Slika 4.3) lahko razberemo, da se je v letu 2004 povprečno število dni na enega zaposlenega delavca na Gorenjskem povečalo v skupini bolezni mišic, kosti in sklepov, pojavil pa se je tudi delež duševnih bolezni glede na stanje v letu 2003 (Hovnik 2004, 25). Povprečno število dni se je zmanjšalo v letu 2004 v skupini bolezni poškodb in zastrupitev na delu in izven dela, dnevi izgubljeni v zvezi z nosečnostjo pa so ostali nespremenjeni.

4.3 Začasna zadržanost z dela na Gorenjskem v primerjavi z drugimi območji v Sloveniji

Odstotki izgubljenih delovnih dni, ki gredo izključno v breme Zavoda, se po posameznih območjih razlikujejo. Najnižje so v letu 2004 zabeležili v Novi Gorici, in Kopru, najvišje pa so imeli na območju Celja, Raven na Koroškem, Murske Sobote in Novega mesta. V zadnjih letih je uspelo ta odstotek znižati na območju Ljubljane. Do povečanja je prišlo na območju Celja, Nove Gorice, Kranja, Maribora, Murske Sobote, Novega mesta, Raven na Koroškem in Krškega. Na območju Kopra in Ljubljane je ostal praktično na isti ravni (tabela 4.3).

Tabela 4.3 Procent izgubljenih delovnih dni, ki gredo izključno v breme Zavoda po območjih Slovenije v letih 1999 - 2004

| območje | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---------------|------|------|------|------|------|------|
| Celje | 5,2 | 4,9 | 5,2 | 5,0 | 5,0 | 5,2 |
| Nova Gorica | 3,9 | 3,8 | 3,8 | 3,5 | 3,7 | 4,1 |
| Koper | 3,7 | 4,1 | 4,5 | 4,4 | 4,6 | 4,6 |
| Kranj | 4,1 | 4,0 | 4,2 | 4,3 | 4,6 | 4,7 |
| Ljubljana | 4,8 | 4,7 | 4,9 | 5,0 | 4,8 | 4,8 |
| Maribor | 4,4 | 4,2 | 4,4 | 4,4 | 4,6 | 4,7 |
| Murska Sobota | 4,6 | 4,4 | 4,5 | 4,4 | 4,6 | 5,0 |
| Novo mesto | 4,7 | 4,7 | 4,7 | 4,5 | 4,6 | 5,0 |
| Ravne | 4,9 | 5,1 | 5,1 | 5,1 | 4,8 | 5,1 |
| Krško | 4,4 | 4,6 | 4,6 | 4,4 | 4,7 | 4,8 |
| Slovenija | 4,5 | 4,5 | 4,7 | 4,7 | 4,6 | 4,8 |

Vir: ZZZS, IC 2005, navedeno po Butala in Toth 2005, 19

Kljub povečanju odstotka izgubljenih delovnih dni v Kranju (Gorenjska) v letu 2004 je Gorenjska še vedno pod povprečjem v Sloveniji glede na odstotek izgubljenih delovnih dni, ki gredo v breme Zavoda v primerjavi z drugimi območji v Sloveniji (tabela 4.3). Opaziti je, da se delež te odsotnosti na tem območju povečuje, medtem ko v večini drugih območij niha.

Iz socialno medicinskih podatkov ugotovimo, da so v povprečnem trajanju ene odsotnosti z dela po istih skupinah bolezni (diagnozah) med območji precejšnje razlike (tabela 4.4). Najkrajše je trajanje odsotnosti z dela v OE Nova Gorica (9 koledarskih dni po primeru), najdaljše pa v Celju, Ljubljani in Ravnah na Koroškem. Razlogi za različne dolžine povprečnega trajanja odsotnosti se deloma lahko skrivajo v zdravstvenem stanju in v starostni strukturi zaposlene populacije. Butala in Toth (2005, 17) ugotavljata, da je ob upoštevanju teh dejavnikov težko ugotoviti, zakaj je stanje po območjih takšno, kot prikazujejo statistični podatki. Predvidevata, da gre iskati vzroke za sedanje stanje v delovanju zdravstvene službe, deloma pa tudi v delovanju imenovanih zdravnikov in zdravstvenih ter invalidskih komisij.

Tabela 4.4 Povprečno trajanje odsotnosti z dela po diagnozah in območnih enotah Zavoda v letu 2004

| | DIAGNOZA | Celje | Nova Gorica | Koper | Kranj | Krško | Ljubljana | Maribor | Murska Sobota | Novo M. | Ravne na Koroškem | SKUPAJ |
|----|---|-----------|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|-----------|-------------------|-----------|
| 1 | Nalezljive, infekcijske in parazitarne bolezni | 8 | 5 | 6 | 5 | 6 | 6 | 6 | 6 | 7 | 7 | 6 |
| 2 | Novotvorbe | 51 | 42 | 66 | 66 | 40 | 74 | 65 | 41 | 51 | 57 | 62 |
| 3 | Bolezni žlez z notranjim izločanjem, motnje imunskega sistema | 21 | 8 | 28 | 34 | 15 | 30 | 18 | 17 | 18 | 19 | 23 |
| 4 | Bolezni krvi in krvotvornih organov | 20 | 12 | 16 | 35 | 11 | 30 | 26 | 22 | 15 | 18 | 24 |
| 5 | Duševne motnje | 38 | 24 | 55 | 42 | 38 | 58 | 38 | 43 | 35 | 34 | 45 |
| 6 | Bolezni živčnega sistema | 16 | 8 | 15 | 16 | 13 | 15 | 13 | 16 | 12 | 17 | 14 |
| 7 | Bolezni obtočil | 35 | 15 | 36 | 39 | 30 | 50 | 35 | 38 | 29 | 31 | 37 |
| 8 | Bolezni dihal | 8 | 5 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 8 | 6 | 8 | 7 |
| 9 | Bolezni prebavil, ustne votline, žlez slinavk | 13 | 8 | 11 | 11 | 13 | 12 | 12 | 13 | 10 | 12 | 11 |
| 10 | Bolezni rodil in sečil | 12 | 9 | 13 | 12 | 12 | 13 | 13 | 12 | 12 | 13 | 12 |
| 11 | Zapleti pri nosečnosti, pri porodu in po porodu | 61 | 50 | 53 | 58 | 48 | 62 | 61 | 62 | 55 | 69 | 60 |
| 13 | Bolezni kože in podkožja | 12 | 9 | 12 | 12 | 10 | 12 | 10 | 13 | 11 | 14 | 12 |
| 13 | Bolezni mišic, kosti in veziva | 24 | 14 | 22 | 27 | 21 | 32 | 23 | 25 | 25 | 22 | 26 |
| 14 | Prirojene dedne nepravilnosti | 19 | 7 | 24 | 24 | 17 | 30 | 31 | 7 | 23 | 16 | 23 |
| 15 | Stanja nastala v perinatalnem obdobju | 110 | 14 | 70 | 51 | 0 | 60 | 58 | 0 | 383 | 90 | 74 |
| 16 | Razna bolezenska znamenja in neopredeljena stanja | 15 | 6 | 10 | 11 | 9 | 12 | 11 | 11 | 9 | 14 | 11 |
| 17 | Dejavniki, ki vplivajo na zdravje in stik z zdr. službo | 10 | 2 | 3 | 5 | 4 | 9 | 8 | 3 | 4 | 7 | 6 |
| 18 | Poškodbe in zastrupitve na delu | 28 | 24 | 30 | 31 | 24 | 37 | 30 | 32 | 29 | 30 | 32 |
| 19 | Poškodbe in zastrupitve izven dela | 26 | 20 | 26 | 27 | 23 | 30 | 27 | 26 | 23 | 29 | 27 |
| 20 | Ostale poškodbe | 23 | 13 | 19 | 27 | 16 | 28 | 26 | 29 | 28 | 25 | 26 |
| | SKUPAJ | 18 | 9 | 15 | 17 | 15 | 18 | 17 | 17 | 16 | 18 | 17 |

Vir: Inštitut za varovanje zdravja 2005, navedeno po Butala in Toth 2005, 17.

Iz tabele 4.4 je razvidno, da je območna enota Kranj v primerjavi z drugimi devetimi območji na četrtem mestu glede dolžine trajanja z dela po istih skupinah bolezni. Dolžina trajanja te odsotnosti je še vedno v povprečju glede na stanje v

Sloveniji. Iz zbranih podatkov ugotavljam, da se na Gorenjskem v primerjavi z drugimi območji v Sloveniji pojavljajo bolezni mišic, kosti in sklepov kot najbolj obremenjujoča skupina bolezni. Zaradi tega vzroka je bilo na enega zaposlenega delavca lani največ odsotnosti. Povprečna odsotnost z dela je na Gorenjskem leta 2004 najdalj trajala za rakava obolenja, stanja v zvezi z nosečnostjo, porodom. Na 100 zaposlenih delavcev so bili zaposleni največ odsotni zaradi bolezni dihal, nalezljivih bolezni. Po drugih območjih prevladujejo kot najbolj obremenjujoče bolezni in poškodbe izven dela, poškodbe na delu in poklicne bolezni so v porastu, medtem, ko na Gorenjskem ne predstavljajo prevelike obremenitve. Po vseh regijah je opaziti dokaj dolge odsotnosti zaradi novotvorb in duševnih motenj.

5 INTERPRETACIJA REZULTATOV ANKETE IN PREVERJANJE HIPOTEZ

V tem drugem praktičnem delu diplomske naloge so zbrana mnenja delodajalcev in zdravnikov glede problema bolniške odsotnosti na Gorenjskem. Njihova mnenja sem pridobila s pomočjo anonimno izvedene ankete v mesecu maju in juniju 2005. Anketirala sem vodilne delavce v podjetjih (direktorje oziroma kadrovnike) in zdravnike splošne medicine na širšem območju Gorenjske. V svojem kraju (Škofja Loka) sem v glavnem izvedla anketo sama osebno po predhodni najavi v podjetjih in pri zdravnikih. Ta način se mi zdi boljši, saj sem v razgovoru z anketiranci izvedela veliko več, kot če bi sami izpolnjevali anketo. Za anketiranje delodajalcev drugih krajev na Gorenjskem sem se odločila izvesti anketo po pošti po predhodni telefonski najavi v podjetjih ali preko znancev. Anketo mi je izpolnilo 42 delodajalcev. Zdravnike izven kraja kjer živim sem anketirala v glavnem preko anket poslanih po pošti in moram priznati, da je bil odziv nad mojimi pričakovanji, saj sem od 51 poslanih anket dobila vrnjene izpolnjene vprašalnike od 31 zdravnikov.

Vprašanja za obe skupini v anonimni anketi so deloma odprtega tipa s katerimi sem želela pridobiti osnovne podatke, kot so npr. dejavnost podjetja, število zaposlenih, izobrazbena struktura, struktura po spolu, starosti, različna mnenja, ter dati z njimi delodajalcem in zdravnikom možnost prostega odgovarjanja. Del vprašanj pa je zaprtega tipa, z vnaprej pripravljenimi odgovori, kar je anketirancem omogočalo, da so izmed predlaganih odgovorov izbrali tistega, ki se je najbolj približal njihovem mnenju oz. stališču (ocena od 1, če se sploh niso strinjali s trditvijo, do ocene 5, če so se zelo strinjali). Za anonimno anketo sem se odločila po predhodnem »tipanju« bodočih anketirancev. Iz njihovih mnenj in razlag sem ugotovila, da je to zelo občutljiva tema, da se ne bi radi osebno izpostavljali.

Na podlagi analize sekundarnih podatkov in opravljene ankete (priloga 1 in 2) sem preverila hipoteze zastavljene v tej diplomski nalogi.

5.1 Analiza ankete za delodajalce

Dejavnosti anketiranih podjetij:

V anketo so zajete sledeče dejavnosti:

- Gozdarstvo 2 podjetji
- Rudarstvo 2 podjetji
- Predelovalne dejavnosti 6 podjetij
- Oskrba z elektriko, plinom, vodo 1 podjetje
- Gradbeništvo 8 podjetij
- Trgovina, popravila motornih vozil in izd. široke potrošnje 7 podjetij

- Gostinstvo 1 podjetje
- Promet, skladiščenje in zveze 1 podjetje
- Finančno posredništvo 1 podjetje
- Dejavnost javne uprave, in obrambe, obvezno socialno zavarovanje 4 podjetja
- Izobraževanje 5 podjetij
- Zdravstveno in socialno varstvo 2 podjetji
- druge javne, skupne in osebne storitvene dejavnosti 2 podjetji

SKUPAJ: 42 PODJETIJ

Izobrazbena struktura podjetij

Izobrazbena struktura zaposlenih je slabša, kar je posledica še vedno visoko delovno intenzivne industrije. Odstotek delavcev brez poklica in kvalifikacije še vedno znaša 19%, kar je v primerjavi z letom 1999 samo 1% manj (20%), medtem, ko je v Sloveniji takrat znašal ta delež 18%. Tudi odstotek zaposlenih z višjo in visoko izobrazbo ni na zavidljivi ravni, saj predstavlja še vedno samo 11% zaposlenih.

Število zaposlenih v anketiranih podjetjih

V anketo je vključeno 42 podjetij v katerih je skupno zaposlenih 19.079, kar predstavlja 28% vseh zaposlenih na Gorenjskem (v letu 2004 je bilo 70530 vseh zaposlenih).

Struktura po spolu

V splošnem merilu je v podjetjih zaposlenih več moških kakor žensk. Leta 2003 je bilo zaposlenih 45% žensk in 55% moških (Hovnik 2004, 16). Stanje v anketi je verjetno posledica anketiranih podjetij v katerih so zaposlene pretežno ženske.

Starostna struktura

V dobri polovici anketiranih podjetij je starost zaposlenih od 21 – 44 let. Na drugem mestu je starost zaposlenih od 45 – 64 let. Najmanj je zaposlenih mladih do 20 let.

Organizacijska oblika opravljanja dejavnosti anketiranih podjetij

66% vseh anketiranih podjetij je organizirano kot D.O.O. ali kot delniška družba, sledijo jim podjetja organizirana kot samostojni podjetnik, 13% anketiranih je javnih zavodov. Najmanjši delež (7%) zajemajo podjetja organizirana kot Z.O.O., kot samoupravna lokalna skupnost in podobno (navedena pod drugo).

Ali spremljate stanje bolniške odsotnosti v vašem podjetju?

Iz ankete je razvidno, da skoraj 3/4 podjetij vodi evidenco bolniške odsotnosti. Četrtni podjetij pa se ta podatek ne zdi pomemben. To gre v večini primerov za manjša podjetja, z malo zaposlenimi delavci, katerim bolniška odsotnost ne predstavlja posebnega bremena.

Kakšen odstotek predstavlja ta problem v vašem podjetju?

Povprečna odsotnost v anketiranih podjetjih je 5,4% in je trenutno nad lanskim povprečjem (5,1%). Do konca leta se bo ta odstotek verjetno še spreminjal, upam, da se bo zmanjšal. V nekaterih podjetjih beležijo kar 20% odsotnost, v nekaterih pa je sploh ni.

Kateri del aktivne populacije pogosteje koristi bolniško odsotnost? Zakaj?

16 podjetij je odgovorilo, da jo pogosteje koristijo moški (to predstavlja 38% vseh zaposlenih), kar 26 podjetij pa je odgovorilo, da so ženske pogosteje na bolniški (62%).

Med vzroke za tako veliko odsotnost žensk navajajo predvsem nego za otroke, probleme v zvezi z nosečnostjo, razne bolezni, pri moških pa so delodajalci najbolj omenjali slabo skrb moških za zdravje, naravo dela (težka fizična dela).

V katerem starostnem obdobju se pogosteje pojavlja bolniška odsotnost?

Delodajalci največ bolniške beležijo v starostni skupini od 45 – 64 let (kar 62% vse bolniške), nato sledi starostna skupina od 21- 44 let (38%), pri mlajših od 20 let je pa praktično ni.

V katerem letnem času je več bolniške?

Največ bolniške je pozimi in sicer kar 50% (največ zaradi viroz, gripe). 24% jo je pomladi, sledi jesen (14%) in najmanj poletni čas, ko jo je 12% (Slika 5.4).

Najpogostejši vzroki za bolniško odsotnost v podjetjih?

Med najpogostejšimi vzroki za bolniško odsotnost so delodajalci navajali bolezni gibal (kar 43%), probleme povezane z nosečnostjo, porodom (21%), depresivna stanja (15%) ter poškodbe na delu in izven dela 14%. 7% zaradi nege, viroz in drugih bolezni (drugo).

OCENA TRDITEV:

Da določeni zaposleni preveč koristijo bolniško so delodajalci ocenili v večini primerov s 3 (21%), 4 (38%) in 5 (31%), kar pomeni, da se s to trditvijo strinjajo. V samo 10%-ih odgovorov pa se delodajalci ne strinjajo s trditvijo.

Če delavci v podjetju ne dobijo dopusta gredo v bolniško: Tudi to trditev so delodajalci ocenili v večini primerov s 3, 4 in 5 (vsaka ocena je dobila 24%). Sklepamo lahko, da se tudi s to trditvijo strinja skoraj $\frac{3}{4}$ delodajalcev. V 14% so delodajalci ocenili, da se s trditvijo ne strinjajo (2) v 14% pa se sploh ne strinjajo s to trditvijo.

Nosečnost se obravnava kot bolezen. S to trditvijo se strinja 70% delodajalcev, ki so trditev ocenili z ocenami 3 (17%), 4 (24%) in 5 (29%). Samo v 17% so trditev ocenili z 2 in v 13% z 1.

Da bi v podjetjih lahko našli primerna mesta za noseče delavke se deloma strinja 26% (ocena 3) delodajalcev, 19% se jih s trditvijo strinja (ocena 4) in zelo strinja 21% (ocena 5). S trditvijo se sploh ne strinja 17% (ocena 1) in ne strinja (ocena 2) 17% delodajalcev. To pomeni, da 34% podjetij nima delavnih mest za noseče delavke (verjetno zaradi narave dela, pretežno delo).

Delo invalidskih komisij je prepočasno. Da trditev zelo drži se je opredelilo kar 55% delodajalcev (ocena 5), 21% z oceno 4 (se strinja) in z oceno 3 (se deloma strinja 12%). Skupno znaša 88% kar pomeni večino od anketiranih delodajalcev. Samo pet delodajalcev se ne strinja oziroma 12%.

Stres na delovnem mestu vpliva na bolniško odsotnost. S to trditvijo se ne strinja 19% delodajalcev. Deloma se strinja 14% (ocena 3), strinja se 29% in (ocena 4) in zelo strinja kar 38% (ocena 5) delodajalcev. Z oceno 1 (se sploh ne strinjam) se ni opredelil niti en delodajalec. Tudi s trditvijo, *da bi stres uvrstili med poklicne bolezni* se strinja 55% delodajalcev (ocene 3, 4 in 5), kar bi lahko pomenilo, da se polovica delodajalcev zaveda svojih pritiskov na zaposlene.

Da delavce delodajalci obveščajo o programih, ciljih za zmanjševanje bolniške je pritrdilo oz. se deloma strinja 24% (ocena 3), se strinja 14% (ocena 4) in kar 21% ocena 5. Skupno kar 60% delodajalcev aktivno dela na tem področju. 40% pa o tej problematiki ne sodeluje z zaposlenimi v podjetjih (ocena 2 in 1).

Po uvedbi ukrepov za zmanjšanje bolniške so delodajalci opazili, da se bolniška v 50% sploh ni zmanjšala (ocena 1 in 2). 28% se deloma strinja, da se je po uvedbi ukrepov bolniška zmanjšala (ocena 3), 10% se jih strinja (ocena 4) in zelo strinja 12% (ocena %).

Zadovoljstvo zaposlenih vpliva na odsotnost z dela. Tu je dalo 45% delodajalcev odlično oceno (se zelo strinja), 26% prav dobro (se strinja) in 17% dobro oceno (se deloma strinja). 7% (tri podjetja) se s to trditvijo sploh ne strinja (ocena 1) in dve podjetji ne strinjata (ocena 2) ali 5%.

Kako ukrepajo v primeru delavca, ki mu invalidska komisija pozitivno oceni delovno zmožnost, ki je še preostala, delavec pa ne zmore opravljati dela?

V 29% takih primerov napotijo delavca nazaj k izbranemu zdravniku oziroma nazaj v bolniško (29%), skoraj ena petina delodajalcev se pritoži nazaj na invalidsko komisijo (19%). Če imajo v podjetju možnost, ponudijo delavcu drugo delovno mesto (12%), v kolikor pa ga nimajo takim delavcem (7% podjetij) izplačujejo 70% nadomestilo plače. V 33% ne ukrepajo nič, bodisi, da takega primera še niso imeli, ali pa jih sploh ne zanima.

Kako ukrepajo v primeru delavca, ki neguje hudo bolnega svojca (npr. umirajočega), pa ne dobi več bolniške za nego?

V 43% takih primerov morajo delavci koristiti svoj dopust ali pa brezplačni dopust (28%). V nekaterih podjetjih omogočijo delavcem izredni dopust (14%) ali pa se dogovorijo z osebnim zdravnikom delavca (v 10%), da najdejo ustrezno rešitev.

Ali podjetja izvajajo kontrolo bolniške odsotnosti?

V več kot polovici podjetij ne izvajajo kontrole bolniške odsotnosti (55%). V 24% podjetij kontrolo izvajajo, v 21% podjetij pa zelo redko.

Kako ukrepajo, če delavec izrablja bolniško odsotnost?

V večini podjetij ne zagrozijo takoj z odpustom (v 17%), pač pa najprej delavca opomnijo (v kar 47%) ali pa mu ukinejo stimulacijo (26%). Pod drugo (10%) so delodajalci najpogosteje navajali disciplinski postopek.

Kako bi ocenili sodelovanje z zdravniki?

Da odlično sodelujejo z zdravniki je odgovorilo 17% delodajalcev, srednje 64% in slabo 19%.

Kdo je po vašem mnenju kriv za tako velik zdravstveni absentizem v Sloveniji?

Delodajalci priznajo (v 27% anketiranih), da so sami krivi za tako velik zdravstveni absentizem. Med vzroke navajajo slabo komuniciranje z delavci, težnja podjetij po čim večjem dobičku, pomanjkanje časa, preobremenjenost delavcev (nekateri delavci delajo na meji svojih zmožnosti), težki oziroma slabi delovni pogoji v podjetjih, boj podjetij za obstanek na trgu, itd. Na drugem mestu (25% anketiranih) je slaba družbena klima (hiter tempo življenja, način življenja). Petina delodajalcev krivi za ta problem zdravnike, češ, da prehitro ponudijo bolniško, da so predolge čakalne dobe pri zdravnikih specialistih, da medicina ne pozna gospodarstva itd. V 14% krivijo delavce, ker premalo vlagajo v svoje zdravje, nezdravo živijo, ne spoštujejo navodil zdravnikov. Državi (14%) očitajo slabo sprejemanje zakonov, da so bolniška nadomestila previsoka, premalo se vlaga v preventivo, spodbuja zdrav način življenja itd.

5.2 Analiza mnenj zdravnikov

Kateri del aktivne populacije pogosteje koristi bolniško odsotnost?

Zdravniki se strinjajo, da pogosteje obolevajo ženske (kar 71% jih tako meni). Med vzroke za to odsotnost navajajo največ težave v zvezi z nosečnostjo, porodom, nego (otrok), preobremenjenost (dom, družina) itd.

V katerem starostnem obdobju se pogosteje pojavlja bolniška odsotnost in zakaj?

Po mnenju zdravnikov je največ odsotnosti v obdobju od 45 – 64 let (61%). Med najpogostejše vzroke v tem obdobju navajajo bolezni lokomotorne aparata, srčno žilne bolezni, starost, delavno iztrošenost. 34% zdravnikov trdi, da delavci pogosteje obolevajo v obdobju 20 – 44 let. V tem obdobju najpogosteje navajajo odsotnost žensk zaradi nosečnosti, bolezni otrok, ter poškodbe. Pri mlajših od 20 let pa bolniška praktično ne predstavlja večjega odstotka (5%). Tu zdravniki najpogosteje navajajo viroze in poškodbe.

V katerem letnem času je bolniške več?

Največ bolniške je v zimskem času (58 %), sledi jesenski del leta (24%) pomlad z 11% in poletje s 7%.

OCENA TRDITEV:

Da določeni zaposleni preveč koristijo bolniško se zelo strinja (ocena 5) 52% anketiranih zdravnikov. Deloma se strinja (ocena 3) 16% anketiranih in strinja (ocena 4) 32%. Na splošno bi lahko sklepali, da se s to trditvijo strinjajo vsi zdravniki, saj trditve, da se ne strinjajo ni obkrožil nihče.

Da določeni zaposleni ne upajo v bolniško se strinja (ocena 4) 45% anketirancev, 20% se s to trditvijo zelo strinja (ocena 5), 29% se jih deloma strinja (ocena 3) in ne strinja samo 6% (ocena 2). Iz tega ugotavljam, da zaposleni res ne upajo v bolniško, predvidevam, da zaradi bojazni, da bi izgubili zaposlitev.

O pritiskih, grožnjah s strani delodajalcev se sploh ne strinja 6% (ocena 1) in ne strinja (ocena 2) 23% zdravnikov. Da se to dogaja se deloma strinja (ocena 3) 52% in strinja 19% (ocena 4) anketiranih. Iz ankete lahko razberem, da je to kar velik pojav in se dokaj pogosto dogaja.

Da delodajalci neredko prekinejo delovno razmerje z delavcem, če je večkrat v bolniški se strinja 26% (ocena 4) in deloma strinja (ocena 3) 45%. 23% se jih s to trditvijo ne strinja (ocena 2), 6% pa se jih sploh ne strinja (ocena 1). Tudi ta pojav se dokaj pogosto dogaja.

Nosečnost se v zadnjem času obravnava kot bolezen: 35% anketiranih se s to trditvijo strinja (ocena 4), oziroma zelo strinja (ocena 5) 26%. 33% se jih deloma strinja (ocena 3), ne strinja pa samo 6% (ocena 2). Kar 94% zdravnikov se s to trditvijo strinja. Vse te trditve kažejo na to, da nosečnost ni več normalen, fiziološki pojav, saj je večina nosečnic kar v bolniški.

Ugotavljanje dela nezmožnosti nosečih žensk in iskanje ustreznega delovnega mesta zanje je velik problem. Kar 45% odstotkov anketiranih se s tem zelo strinja (ocena 5) oziroma strinja (ocena 4) 26% in deloma (ocena 3) strinja 19% anketiranih. Ne strinja se samo 10% zdravnikov (ocena 2). Menim, da se tako zdravniki, kakor tudi delodajalci ne upajo prevzeti rizika v primeru komplikacij, ki bi lahko nastopile, če bi nosečo žensko silili nazaj na delo.

S trditvijo da stres na delovnem mestu vpliva na odsotnost z dela se zelo strinja 45% (ocena 5) in strinja (ocena 4) kar 39% anketiranih. Deloma se strinja (ocena 3) 16% anketiranih. Nihče ni ogovoril, da se s trditvijo ne bi strinjal z oceno 1 ali 2. Ocene od 3 – 5 kažejo na to, da ta trditev v glavnem kar drži.

Tudi delež depresivnih stanj se povečuje zaradi stresa na delovnem mestu, saj se s trditvijo deloma strinja 23% anketiranih, zelo se strinja 35% in strinja 42% (ocene 3 – 5). Za oceno 1 ali 2 se ni opredelil nihče, kar kaže, da tudi ta trditev drži.

Da bi stres uvrstili med poklicne bolezni se deloma strinja samo 26% anketiranih (ocena 3). Kar 45% anketiranih se ne strinja (ocena 2) in sploh ne strinja (ocena 1) 29%. Tako nizka ocena kaže na to, da za ta predlog sindikatov zdravniki niso.

Velika odsotnost zaradi težav z gibali, poškodb pri delu in izven dela je pri nas problem, saj se kar 52% s trditvijo strinja (ocena 4) in zelo strinja (ocena 5) 26% anketiranih. Deloma (ocena 3) se strinja 19 %. 3% (ocena 2) se jih s trditvijo ne strinja. Za oceno 1 se ni odločil nihče od anketiranih. Tudi ta trditev drži.

Tudi za nego svojcev bi lahko bilo več bolniške ali pa kako drugače urejeno, saj se s to trditvijo deloma strinja 26% (ocena 3) anketiranih, strinja se tudi 26% (ocena 4) in zelo strinja (ocena) kar 48% vprašanih. Nihče ni ocenil z oceno 1 ali 2, kar kaže na to, da je to pri nas kar velik problem.

Delo invalidskih komisij je pri nas prepočasno, saj je kar 72% vprašanih odgovorilo z oceno 5, 22% z oceno 4 in 3% z oceno 3. Samo 3% vprašanih je odgovorilo z 2 oziroma se ne strinja s trditvijo.

V podjetjih, kjer imajo težke pogoje dela, slabo urejene odnose, nizke dohodke je več bolniške: s to trditvijo se zelo strinja (ocena 5) 38% anketiranih, 52% se jih strinja (ocena 4) in 10% deloma strinja (ocena 3). Vsi anketirani ugotavljajo, da ti dejavniki v veliki meri vplivajo na odsotnost z dela.

S trditvijo, da delodajalci izvajajo kontrolo bolniške odsotnosti se deloma strinja 62% anketiranih (ocena 3). 26% se jih s trditvijo strinja (ocena 4) in zelo strinja (ocena 5) 6% vprašanih. 10% anketiranih se s trditvijo ne strinja oziroma meni (ocena 2), da delodajalci kontrole ne izvajajo.

Da so delodajalci pripravljeni sodelovati z zdravniki se deloma strinja 58% vprašanih (ocena 3), 22% se jih strinja in 10% zelo strinja (ocena 5). 10% zdravnikov je mnenja, da delodajalci niso pripravljeni (ocena 2) sodelovati z njimi. Na splošno bi lahko ocenili, da gre za srednje dobro sodelovanje.

Zadovoljstvo zaposlenih vpliva na odsotnost z dela saj se zelo strinja s to trditvijo kar 48% vprašanih (ocena 5), 35% se jih strinja (ocena 4) in deloma strinja (ocena 3) 12%. Samo 5% anketiranih je ocenilo, da zadovoljstvo ne vpliva (ocena 2) na bolniško odsotnost.

5.3 Preverjanje hipotez

Na Gorenjskem je velika odsotnost zaradi težav z gibali, poškodb pri delu in izven dela.

Iz analize sekundarnih podatkov lahko razberemo, da so na Gorenjskem najbolj obremenjujoče bolezni gibal, na drugem mestu so poškodbe izven dela in na delu, sledijo duševne motnje, težave v zvezi z nosečnostjo in porodom, povečuje pa se delež rakavih obolenj. Tudi delodajalci se strinjajo, da so obolenja gibal na prvem mestu, nosečnost na drugem, depresivna obolenja na tretjem in poškodbe na četrtem mestu.

Zdravniki so na prvo mesto postavili obolenja gibal, poškodbe pri delu in izven dela, iztrošenost itd. Glede na ugotovljeno, bi lahko sklepali, da ta hipoteza drži.

Slaba organizacijska klima v podjetjih, preobremenjenost z delom zaradi zmanjšanja stroškov v podjetjih, kar pomeni, da manj zaposlenih dela isto količino dela kot prej (po možnosti v čim krajšem času), posledično prihaja do stresa na delovnem mestu, to pa vodi v vse večji delež duševnih obolenj.

Duševna obolenja so se v letu 2004 povečala iz 0.24% v letu 2003 na 0.27%. Ta podatek kaže, da se število duševnih obolenj povečuje. Delodajalci se zelo strinjajo, da stres na delovnem mestu povečuje bolniško odsotnost, priznajo, da so sami krivi za tako velik % bolniške (27% jih tako meni). Vendar kljub vsemu 45% delodajalcev stresa ne bi vključilo med poklicna obolenja. Priznavajo, slabo klimo v podjetjih, slabo komuniciranje z delavci, preobremenjenost zaposlenih z delom, nizke osebne dohodka itd. Zdravniki priznajo, da določeni zaposleni ne upajo v bolniško (skoraj vsi anketirani), da jim zaposleni pogosto potožijo o nerazumevanju delodajalcev, grožnjah, pritiskih s strani delodajalcev. Določeni zaposleni zaradi bolniške odsotnosti celo izgubijo zaposlitev. Vsi zdravniki so mnenja, da se povečuje delež duševnih obolenj zaradi stresa na delovnem mestu (nihče ni zanikal te trditve), da stres vpliva na odsotnost z dela (tudi s to trditvijo se vsi strinjajo). Med poklicna obolenja pa ga vseeno ne bi uvrstili (deloma se je strinjalo samo 26% zdravnikov). Tudi ta hipoteza drži.

Ženske pogosteje obolevajo kakor moški, nosečnost se v zadnjem času obravnava kot bolezen.

Tako delodajalci (67%) kot tudi zdravniki (71%) se strinjajo, da ženske pogosteje obolevajo kakor moški. Med poglavitne vzroke navajajo tako eni kakor drugi preobremenjenost (družina, služba), skrb za otroke (nega), probleme v zvezi z nosečnostjo in porodom. Kar 70% vprašanih delodajalcev (29% se zelo strinja, 24% se jih strinja in deloma se strinja 17%) meni, da je to res. Tudi zdravniki so podobnega mnenja, saj je samo 6% vprašanih odgovorilo, da se s to trditvijo ne strinja. Na strani delodajalcev in zdravnikov je to velik problem, saj verjetno nihče ne upa nositi krivde za posledice, ki bi nastale v zvezi z nosečnostjo, če bi nosečim delavkam ne odobrili bolniške. Ugotavljanje delazmožnosti nosečih delavk je pri nas kar velik problem. Na podlagi ugotovitev, bi lahko potrdila mojo hipotezo.

Starejši delavci so več oziroma pogosteje odsotni.

Delodajalci trdijo, da se bolniška pogosteje pojavlja v obdobju od 45 – 64 let (62%) Zdravniki so tudi podobnega mnenja (61%). Med najpogostejše vzroke navajajo razne bolezni, iztrošenost, starost itd. Tudi ta trditev drži.

Za nego hudo bolnih družinskih članov ni ustrezno poskrbljeno, oziroma bi za njihovo nego lahko bilo več bolniške.

Delavci morajo v takih primerih koristiti svoj dopust (28%), brezplačni dopust (28%) ali izredni dopust (14%). V 10% se delodajalci pogovorijo z zdravnikom. Zdravniki se strinjajo oziroma zelo strinjajo (74%), da prihaja do problemov v takih situacijah in, da bi bilo v takih primerih lahko več bolniške. Tudi ta trditev drži.

Delo invalidskih komisij je prepočasno

Samo 3% vprašanih delodajalcev se s to trditvijo ni strinjalo. Tudi anketirani zdravniki so negativno odgovorili v samo 12%. Tako eni kot drugi vprašani so razen tega, da so invalidske komisije prepočasne navajali tudi napačno, nepravilno ukrepanje. Tudi ta hipoteza zelo drži.

5.4 Druge ugotovitve

Zdravniki ugotavljajo, da določeni zaposleni ne upajo v bolniško, da veliko delavcev toži o nerazumevanju, grožnjah, pritiskih s strani delodajalcev. Na bolniško odsotnost v veliki meri vplivajo slabi pogoji dela, slabi odnosi, nizki osebni dohodki. Delodajalci priznajo (kar 27%), da so za to krivi sami. Kontrola bolniške se izvaja v dobri polovici podjetij. V negospodarstvu je opaziti veliko manjši odstotek bolniške kot v gospodarstvu. Verjetno zaradi narave dela, višje izobrazbe zaposlenih. Vendar pa je v dejavnostih kot so izobraževanje, trgovina, javne uprava in drugo več depresivnih stanj. Zaposleni v teh dejavnostih delajo z ljudmi (velikokrat pride do nezadovoljstva, preprirov s strankami), posledica tega je izgorevanje na delovnem mestu. V gospodarstvu je največ boleznih gibal, poškodb na delu in izven dela (delovno intenzivne panoge).

Na drugi strani pa ugotavljam, da delavci vseeno preveč koristijo bolniško. Če delavec ne dobi dopusta velikokrat gre kar v bolniško. Takega mnenja je večina delodajalcev in zdravnikov. Da se to ne dogaja se je opredelilo samo 10% delodajalcev in 6% zdravnikov. Kaj je temu tako, bi težko rekli. 40% podjetij še vedno ne predstavlja svojim delavcem programov, ciljev za zmanjševanje bolniške odsotnosti. 50% delodajalcev po uvedbi ukrepov ni opazilo zmanjšanja bolniške. Zakaj ne, bi se morali vprašati sami ?? Mogoče njihovi ukrepi niso bili pravilno zastavljeni oziroma izvedeni.

Zadovoljstvo zaposlenih vpliva na bolniško odsotnost, takega mnenja so oboji, delodajalci in zdravniki.

5.5 Kritična ocena

Vsi podatki kažejo na to, da je to področje pri nas resen družbeni problem, ki se ga ne zavedamo dovolj in ga zavestno tiščimo pod preprogo solidarnosti. Zelo slabo so znani ekonomski vidiki zdravstvenega absentizma. Podatek o izgubljenih 6% bruto domačega proizvoda v Sloveniji zastavlja v ospredje vprašanje ali se ne bi splačalo vlagati v zdravje zaposlenih, v preprečevanje pojavov izostankov z del iz bolezenskih razlogov in motivacijo ter stimulacijo zaposlenih, da bi se tudi v primeru boleznih čim

prej vrnilo na delo. Presežek delovne sile, propad velikih gospodarskih sistemov in stečaji, so privedli do stanja, ko skrb za zdravje delavca in njegovo dobro počutje ni več vrednota, za katero bi bilo potrebno skrbeti.

5.6 Predlogi za izboljšave

Predlogi za delodajalce:

- Zaposlene v podjetjih bi morali imeti za vrednoto.
- Predlagala bi tako imenovane Ergonomske time v podjetjih, ki bi izvajali ergonomsko politiko, opravljali analizo delovnih mest, sodelovali z zdravniki medicine dela, določali Ergonomske projekte in izvedbo le teh. Na podlagi natančnih analiz delovnih mest bi lahko preprečevali obolenja gibal, poklicna obolenja in predvideli oziroma našli primerna mesta za zaposlene z manjšo delovno zmožnostjo (na podlagi sklepov invalidskih komisij), našli primerna mesta za noseče ženske.
- Poudarjati bi morali zdrav način življenja, malice v podjetjih imeti bolj pod kontrolo, saj ne malo kuhinj zaradi zmanjševanja stroškov delavcem ponuja slabo kvaliteto hrane.
- Skrbeti bi morali za zdravstveno rekreativni oddih. Starejšim zaposlenim omogočiti izredno plačan dopust porabljen za oddih.
- V podjetje večkrat povabiti psihologe, zdravnike, socialne delavce, da bi delavcem svetovali o problemih, ki jih pestijo (stres, izgorelost na delovnem mestu).
- Stimulirati zaposlene za prisotnost na delovnem mestu; praktična darila za vse, ali stimulacijo zaposlenim za prisotnost.
- delavcem dati možnost napredovanja (tudi tistim brez izobrazbe), sodelovanja pri pripravi projektov, jih spodbujati k izobraževanju, nenehnemu usposabljanju, jim prisluhniti pri njihovih idejah, videnju itd.
- delavce osvoboditi dela monotonije, ter jim občasno ponuditi drugo delo.

Predlogi za zdravnike:

- Pri oceni začasne nezmožnosti za delo bi se morali vprašati, ali trenutno zdravstveno stanje delavca res zahteva bolniško glede na delo, ki ga opravlja.
- Kakšna bi bila optimalna dolžina staleža – glede na delo, delovno okolje v katerem je delavec zaposlen.
- Kdaj bo v fazi rekonvalescence možen povratek delavca nazaj na delo, ki ga je opravljal pred boleznijo. Pri vseh teh vprašanjih je pomembno poznavanje delovnega okolja v katerem delavec dela.

- Komunikacija med Ergonomskim timom v podjetju in zdravnikom bi morala biti čim bolj tesna.
- Organizirati predavanja na temo zdrav način življenja in varno delo. Opozarjati bi morali na nezdrave pogoje dela; vse preveč je statičnih obremenitev, delo z rokami iznad srca, dvigovanja pretežkih bremen, preveč je dela, ki kakorkoli obremenjuje hrbtenico, preveč je ropota, prahu, prepriha. Vse preveč je odtujenih, anksioznih in depresivnih ljudi.

Predlogi za zaposlene:

- Skrbeti za zdravo življenje, se čim več gibati, izogibati nezdravemu načinu življenja (alkoholu, kajenju).
- Spremeniti način mišljenja, ne reševati problemov, nezadovoljstva z bolniškim staležem.
- Izogibati se poškodbam. Ustrezna zaščita na delovnem mestu in tudi drugje izven delavnega mesta lahko zaščitijo delavce pred nastankom le te. Ni malo ljudi, ki brezglavo divjajo po cestah, smučiščih, izzivajo usodo in spravljajo v nevarnost še druge.

Predlogi za sindikate:

- Zavzemati bi se morali za ustrezno socialno varnost zbolelih in poškodovanih delavcev, si prizadevati, za sprejem novih predpisov, ki bi omogočili delavcem večji vpliv na organizacijo dela, zagotavljanje varnosti in zdravja pri delu ter boljšo povezavo med delovnim in zasebnim okoljem. Veliko lahko v tej smeri prispevajo s kolektivnimi pogajanja z delodajalci in vlado. Zavzemati bi se morali za sprejem takih nadomestil plač za čas odsotnosti, ki bi vodile k čim hitrejši vrnitvi zaposlenih na delo na eni strani, na drugi strani pa poskrbeti za ustrezna nadomestila plač v primerih daljše odsotnosti glede na socialni status delavčeve družine.
- Zavzemati bi se morali za varstvo invalidnih delavcev, vendar do take mere, da npr. ne bi prihajalo do tega, da se zaposleni strinja z odhodom na čakanje, po zakonu pa ga ne smejo dati.

Predlogi za državo:

- Urediti bi morala višino nadomestil plač v času odsotnosti delavca. Za krajše odsotnosti bi morala nadomestila biti manjša, za daljša (hude bolezni; rakava obolenja, kronične bolezni) pa višja, da bi z njimi blažili stisko zaposlenih.

- Urediti bi morala kontrolo bolniške odsotnosti že takoj od nastanka staleža, vendar v taki smeri, da ne bi prihajalo do tega, da se npr. bolni delavci ne bi upali niti sprehoditi (saj je to dobro za zdravje).
- Pospešiti bi morala delo invalidskih komisij. V njihove postopke vključiti predstavnike iz podjetij, zdravnike, ki spremljajo potek zdravljenja delavca, da ne bi prihajalo do nesprejemljivih odločitev.
- Izvajati bi se morala kontrola invalidsko upokojenih delavcev in v primeru kršitev zahtevati prekinitev pokojnine (če bi npr. opravljali pridobitno dejavnost).
- Omejiti zavarovalnice pri izplačevanju odškodnin, da delavci ne bi zaradi nezgod zavlačevali z bolniško, češ saj bom tako ali tako dobil nadomestilo oziroma odškodnino. Višina izplačane premije ne bi smela biti odvisna od števila dni bolniške odsotnosti.
- Glede na to, da rodnost v Sloveniji upada, naj bi šla nadomestila plač v času bolniške odsotnosti zaradi nosečnosti v breme Zavoda. Ob rojstvu otroka bi lahko dali ženskam primerno nagrado (denarno) glede na dolžino »izkoriščene bolniške«. Iz tega predloga bi izvzela tiste zaposlene ženske, ki delajo v težkih delovnih pogojih, ki niso primerni za nosečnice (tem bi tako ali tako lahko pripadala določena višina nagrade, če bi bile v bolniški ali ne). V primerih nege za otroke bi morala biti vključena oba starša enako (oče in mati).
- Za osebne potrebe bi lahko uvedli več dela prostih dni po osebni izbiri delavca.
- Država bi se morala zavzemati za uvedbo Paliativnih hiš (oskrba težko bolnih, umirajočih ljudi) v katere bi lahko zaposleni zaupali težko bolne svojece, da jim ne bi bilo treba koristiti bolniške zaradi nege. Tudi na domovih bi lahko za nego poskrbeli delavci, ki so na čakanju na Zavodu za zaposlovanje, ali pa preko dijakov in študentov (Študentskih servisov).
- Država bi morala stimulirati delo na domu. V programe bi morala vključevati podjetja, ki taka dela imajo. Tako bi npr. osebe s preostalo delavno zmožnostjo delale doma kadar bi hotele in kolikor bi jim to dopuščalo zdravje.

6 SKLEP

Bolniška odsotnost z dela zaradi bolezni, poškodbe nege ali drugega razloga ni odvisna samo od dejanskega stanja zdravstvenega stanja delavcev, saj nanjo vplivajo še mnogi socialni in ekonomski dejavniki kot so počutje na delovnem mestu, veselje do dela itd. Obvladovanje teh dejavnikov je bistvenega pomena pri zmanjševanju oziroma preprečevanju zdravstvenega absentizma v podjetjih.

Prav zato sem v svojem diplomskem delu analizirala stanje zdravstvenega absentizma na Gorenjskem, skušala ugotoviti vzroke, ki so razlog za začasno zadržanost z dela, ob enem pa ugotoviti, kako zdravniki in delodajalci vplivajo na obseg zdravstvenega absentizma.

Analiza primerov in izgubljenih koledarskih dni bolniške odsotnosti na Gorenjskem v letu 2004 je pokazala, da se je število le teh po porastu v letu 2003 spet zmanjšalo. To zmanjšanje je verjetno povezano z zmanjšanjem števila zaposlenih v tem obdobju.

Iz primerjave je razbrati, da se na Gorenjskem povečujejo bolezni mišično kostnega sistema, poškodbe na delu in izven dela, ter število duševnih motenj. Vzroki v zvezi z nosečnostjo so se zmanjšali (manjše število rojstev). Območna enota Kranj je v primerjavi z drugimi devetimi območji v Sloveniji na četrtem mestu glede dolžine trajanja z dela po istih skupinah bolezni. Dolžina trajanja te odsotnosti je še vedno v povprečju glede na stanje v Sloveniji. Iz zbranih podatkov ugotavljam, da se na Gorenjskem v primerjavi z drugimi območji v Sloveniji pojavljajo bolezni mišic, kosti in sklepov kot najbolj obremenjujoča skupina bolezni. Zaradi tega vzroka je bilo na enega zaposlenega delavca lani največ odsotnosti. Povprečna odsotnost z dela je na Gorenjskem leta 2004 najdalj trajala za rakova obolenja, stanja v zvezi z nosečnostjo, porodom. Na 100 zaposlenih delavcev so bili zaposleni največ odsotni zaradi bolezni dihal, nalezljivih bolezni. Po drugih območjih prevladujejo kot najbolj obremenjujoče bolezni in poškodbe izven dela, poškodbe na delu in poklicne bolezni so v porastu, medtem, ko na Gorenjskem ne predstavljajo prevelike obremenitve. Po vseh regijah je opaziti dokaj dolge odsotnosti zaradi novotvorb in duševnih motenj.

Rezultati moje analize potrjujejo v uvodu postavljene hipoteze. Na Gorenjskem je res velika odsotnost zaradi bolezni mišic, kosti, sklepov, poškodb na delu in izven dela. Povečuje se število duševnih obolenj, stresa na delovnem mestu, kar je posledica slabe organizacijske klime v podjetjih. Ženske obolevajo pogosteje kakor moški, nosečnost se obravnava vse bolj kakor bolezensko stanje. Starejši delavci so pogosteje na bolniški zaradi kroničnih, degenerativnih obolenj, iztrošenosti. Za nego starejših hudo bolnih (umirajočih) ni ustrezno poskrbljeno, skrbnikom oz. svojcem bi lahko pripadalo več bolniške oz. morali bi imeti alternativne možnosti za njihovo nego. Delo invalidskih komisij je prepočasno, njihova ukrepanja so velikokrat nepravilna. Takega mnenja je večina zdravnikov in delodajalcev na Gorenjskem.

Med ukrepi ki sem jih predlagala naj najbolj poudarim skrb delodajalcev za večjo varnost, zdravje in zadovoljstvo zaposlenih. Zaposlene bi morali ceniti kot vrednoto, jih ustrezno motivirati in spodbujati k čim manjši odsotnosti. Naloga delodajalcev ni samo preprečevanje bolniške, ampak ustvarjanje takih pogojev, da do nje sploh ne pride (Kožar 1995, 1). Zdravniki so v zelo nevhvaležni poziciji. Na eni strani morajo biti zaupniki zaposlenim in jih obenem ščititi. Na drugi strani so tu delodajalci, ki želijo čim manj bolniške. Zdravniki lahko tu največ naredijo s svojim preventivnim delom, zaposleni pa z zdravim načinom življenja. Država bi morala z ustreznimi zakoni in ukrepi opredeliti višino nadomestil, ponuditi alternativne vire za blažitev oz. zmanjšanje zdravstvenega absentizma, s tem pa naj ne bi preveč posegala v pravice delavcev. Tu naj omenim še sindikate, da bodo z ustreznimi predlogi in rešitvami poskrbeli za dosledno in pravično izvajanje ukrepov.

Obvladovanje teh problemov ne bo uspešno, če ne bo sodelovanja med zdravniki, delodajalci, delavci in državo. Treba se bo znebiti zgodovinskega vpliva – zmote, da smo na delu lahko le, če smo v celoti zdravi, da lahko opravljamo le delo, ki ga vedno opravljamo, da se bomo dodatno usposabljali le, če bomo imeli za to osebni interes.

LITERATURA IN VIRI

LITERATURA

- Briner, B. Rob. 1996. *Absence from work (ABC of Work Related Disorders)*. London: British Medical Journal.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. 1997. *Preventing absenteeism at the work place*. Luxembourg: Office for the Official Publications of the European Communities.
- Florjančič, Jože. 1994. *Planiranje kadrov*. Kranj: Moderna organizacija.
- Friedl, Aleš. 1990. *Absentizem – nastavek raziskave*. Ljubljana: Anthropos.
- Godin, Isabelle in Kittel, France. 2004. *Differential economic stability and psychosocial stress at work: association with psychosomatic complaints and absenteeism*. Social Science & Medicine, B.k.
- Johns, Gary, 1987. *The great escape*. Sussex: Psychology Today.
- Johns, Gary. 2003. *How metodological diversity has improved our understanding of absenteeism from work*. Human Resource Management Review.
- Kavčič, Bogdan. 1987. *Sociologija dela*. Ljubljana: Delavska enotnost.
- Koselj, Viktor et. al. 2002. *Priročnik za zdravo in varno delo*. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije.
- Kožar, Andrej. 1995. *Obvladujmo bolniško*. Domžale: Lunik.
- Kuhar, Darja, Vladimir, Pirc in Tatjana, Lorencin. 1996. *Program za zniževanje bolniških odsotnosti*. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje.
- Lipičnik, Bogdan. 1998. *Ravnanje z ljudmi pri delu*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
- Merkač, Marjana. 1998. *Kadri v organizaciji*. Koper: Visoka šola za management.
- Merkač, Marjana. 2005. *Osnove managementa zaposlenih*. Koper: Fakulteta za management.
- Selič, Polona. 1999. *Psihologija bolezni našega časa*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- Slovar slovenskega knjižnega jezika. 2002. Ljubljana: DZS.
- Šeško, Dragica. 1984. *O absentizmu*. Ljubljana: Teorija in praksa, let. 21, št.10.

VIRI

- Albreht, Tit. 2005. *Bolniški stalež in ženske*. http://www.ivz.si/ivz/ul/datoteke/265-Stalez_zenske.doc [29.06.2005].
- Bagari, Nevenka. *Začasna zadržanost od dela v Sloveniji v letu 2003*. Občasnik Zavoda za Zdravstveno Zavarovanje Slovenije, 5/2004.
- Butala, Breda in Martin, Toth. *Problematika začasne zadržanosti od dela*. Strateška konferenca. Ljubljana: 4. maj 2005. Zbornik prispevkov.

- Cvahte, Bojana. *Položaj starejših oseb na trgu delovne sile - ocene iz pobud varuhu Človekovih pravic*. <http://www.zveza-zotks.si/starejsi/gradivo/trg/gradivo2.html> [15.05.2005].
- Hovnik, Marjetka. 2004. *Pregledčasne zadržanosti z dela na Gorenjskem v letu 2003*. Letno poročilo. Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo Kranj.
- Hovnik, Marjetka in Hafner, Alenka. 2002. *Zdravje na Gorenjskem*. Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo.
- Merkač, Marjana. 2001. *Zapiski iz predavanj*. Škofja Loka. [24.02.2001]
- Toth, Martin. Isis, junij 2005. *Glasilo zdravniške zbornice Slovenije*. Ljubljana.
- Toth, Martin. Urad vlade RS za informiranje. *Kako se Evropa spopada z zdravstvenim absentizmom*. <http://evropa.gov.si/publikacije/evrobilten/evrobilten-06-07/index.text.html> [18.11.2004].
- Zajc, Diana. 26. 4. 2005. *Zdravilo za absentizem*. Ljubljana: Delo.
- Živoder, Andreja. 2004. *Analiza vzrokov absentizma. Primerjava Slovenije in EU*. Diplomsko delo. Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.

PRILOGE

Priloga 1 Anketni vprašalnik za delodajalce

Priloga 2 Anketni vprašalnik za zdravnike

ANKETNI VPRAŠALNIK ZA DELODAJALCE

1. DEJAVNOST PODJETJA :
2. IZOBRAZBENA STRUKTURA :

ŠTEVILO:

- brez poklica
- poklicna izobrazba
- srednja izobrazba
- višja, visoka
- ostalo

3. ŠTEVILO ZAPOSLENIH
4. STRUKTURA PO SPOLU:

ŠTEVILO:

- MOŠKI
- ŽENSKE

5. STAROSTNA STRUKTURA :

ŠTEVILO :

- mlajši od 20 let
- 21 – 44 let
- 45 – 64 let
- nad 65 let

TRDITVE S KATERIMI SE STRINJATE SAMO OBKROŽITE (VSAJ EN ODGOVOR PRI POSAMEZNEM VPRAŠANJU) LAHKO PA NAPIŠETE TUDI VAŠE MNENJE

6. ORGANIZACIJSKA OBLIKA OPRAVLJANJA DEJAVNOSTI :

- SAMOSTOJNI PODJETNIK
- D. O. O
- DELNIŠKA DRUŽBA
- JAVNI ZAVOD
- drugo _____

7. Ali spremljate stanje bolniške odsotnosti v Vašem podjetju? DA NE
8. Če da, kakšen odstotek predstavlja ta problem v vašem podjetju? _____
9. Kateri del aktivne populacije pogosteje koristi bolniško odsotnost?

MOŠKI ŽENSKE
ZAKAJ? _____

10. V katerem starostnem obdobju se pogosteje pojavlja bolniška odsotnost?

- mlajši od 20 let
- 21 – 44 let

- 45 – 64 let
- nad 65 let

11. V katerem letnem času je več bolniške?

- Pomladi
- Poleti
- Pozimi
- Jeseni

12. Najpogostejši vzroki za bolniško v vašem podjetju: (rangirajte)

- bolezni gibal (hrbtenico)
- nosečnost
- poškodbe na delu in izven dela
- depresivna stanja
- drugo _____

13. Ocenite naslednje trditve:

| TRDITEV: | ZELO SE STRINJAM 5 | SE STRINJAM 4 | DELOMA SE STRINJAM 3 | NE STRINJAM SE 2 | SPLOH SE NE STRINJAM 1 |
|--|-----------------------|------------------|-------------------------|------------------------|---------------------------|
| Določeni zaposleni preveč koristijo bolniško | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Če delavec ne dobi dopusta se neredko zgodi, da odide v bolniško | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Nosečnost se obravnava kot bolezen | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| V podjetju imate delavna mesta, ki bi ustrezala nosečim delavkam | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Delo invalidskih komisij je prepočasno | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Stres na delavnem mestu vpliva na bolniško odsotnost | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Stres bi lahko uvrstili med poklicne bolezni (predlog sindikatov) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Delavce obveščate, jim predstavljate programe, cilje za zmanjševanje bolniške odsotnosti | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Po uvedbi ukrepov za zmanjšanje bolniške ste opazili, da se je le-ta zmanjšala | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Zadovoljstvo zaposlenih vpliva na odsotnost iz dela | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

14. Kako ukrepate v primeru delavca, ki mu invalidska komisija zaključi bolniško

delavec pa ne zmore opravljati dela?

15. *Kako ukrepate v primeru delavca, ki neguje hudo bolnega svojca (npr. umirajočega), pa ne dobi več bolniške za nego ?*

- *brezplačen dopust*
- *izredni dopust*
- *koristiti mora svoj dopust*
- *dogovorimo se z zdravnikom*
- *drugo* _____

16. *Ali izvajate kontrolo bolniške odsotnosti ?*

DA NE ZELO REDKO

17. *Kako ukrepate, če delavec izrablja bolniško odsotnost?*

- *izrečete ustni opomin*
- *zagrozite z odpustom*
- *prerazporedite na drugo delavno mesto (slabše plačano)*
- *ukinete stimulacijo*
- *drugo* _____

18. *Kako bi ocenili sodelovanje z zdravniki?*

- odlično*
- srednje*
- slabo*

19. *Kdo je po vašem mnenju kriv za tako velik zdravstveni absentizem v Sloveniji?*

ANKETNI VPRAŠALNIK ZA ZDRAVNIKE

1. *Kateri del aktivne populacije pogosteje koristi bolniško odsotnost ?*

- *MOŠKI*
- *ŽENSKE*

2. *V katerem starostnem obdobju se pogosteje pojavlja bolniška odsotnost in zakaj?*

- *mlajši od 20 let*
- *20 – 44 let*
- *45 – 64 let*

Vzroki :

--

3. *V katerem letnem času je bolniške več ?*

- *Pomladi*
- *Poleti*
- *Pozimi*
- *Jeseni*

Priloga 2

4. Ocenite naslednje trditve:

| TRDITEV: | ZELO SE STRINJAM 5 | SE STRINJAM 4 | DELOMA SE STRINJAM 3 | NE STRINJAM SE 2 | SPLOH SE NE STRINJAM 1 |
|--|-----------------------|------------------|-------------------------|---------------------|---------------------------|
| <i>Določeni zaposleni preveč koristijo bolniško</i> | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| <i>Zgodi se, da določeni zaposleni » ne upajo« v bolniško</i> | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| <i>Zaposleni včasih potožijo o pritiskih, grožnjah s strani delodajalcev</i> | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| <i>Delodajalci neredko prekinejo delavno razmerje z delavcem, če je večkrat v bolniški</i> | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| <i>Nosečnost se v zadnjem času obravnava kot bolezen</i> | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| <i>Ugotavljanje delazmožnosti nosečih žensk in iskanje ustreznega delovnega mesta zanje je problem</i> | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| <i>Stres na delovnem mestu vpliva na odsotnost z dela</i> | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| <i>Delež depresivnih stanj se povečuje zaradi stresa na delovnem mestu</i> | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| <i>Stres bi lahko uvrstili med poklicne bolezni (predlog sindikatov)</i> | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| <i>Pri nas je problem velika odsotnost zaradi težav z gibalni, poškodb pri delu in izven dela</i> | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| <i>Za nego hudo bolnih svojcev (npr. umirajočih), bi lahko pripadalo več dni bolniške</i> | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| <i>Delo invalidskih komisij je prepočasno</i> | 5 | 4 | 3 | 2 | |
| <i>V podjetjih, kjer imajo težke delovne pogoje, slabo urejene medsebojne odnose, nizke dohodke opažate več odsotnosti</i> | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| <i>Delodajalci izvajajo kontrolo bolniške odsotnosti</i> | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| <i>Delodajalci so pripravljeni sodelovati z Vami, če pride do problemov v zvezi z bolniško odsotnostjo</i> | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| <i>Zadovoljstvo zaposlenih vpliva na odsotnost z dela</i> | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |