

2012

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MANAGEMENT

DIPLOMSKA NALOGA

DIPLOMSKA NALOGA

PETRINA STOJKOVIČ

PETRINA STOJKOVIČ

KOPER, 2012

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MANAGEMENT

Diplomska naloga

DEJAVNIKI BOLNIŠKE ODSOTNOSTI
ZAPOSLENIH V SLOVENIJI

Petrina Stojkovič

Koper, 2012

Mentor: izr. prof. dr. Ajda Fošner

POVZETEK

V diplomski nalogi z analizo podatkov o bolniški odsotnosti v letih od 2005 do 2010 predstavljamo stanje zdravja zaposlenih v Sloveniji in ga povezujemo z investiranjem v programe promocije, ohranjanja in izboljševanje zdravja. V nalogi opredelimo dejavnike zdravja in ugotavljamo, kateri so tisti, na katere lahko podjetja, organizacije ali država vplivajo. Zdravje uvrščamo v proces upravljanja s človeškimi viri in ugotavljamo spremembe na področju vloge zaposlenega v podjetju. V osrednjem delu naloge predstavljamo stanje bolniške odsotnosti v Sloveniji in se osredotočamo na število izgubljenih dni zaradi bolniškega staleža in indeks onesposabljanja, torej povprečno število odsotnih dni posameznega slovenskega zaposlenega.

Ključne besede: zdravje, zaposleni, odsotnost z dela, bolniški stalež, indeks onesposabljanja, Slovenija

SUMMARY

In the diploma we present the condition of employees' health in Slovenia with the data analysis of sick leave from 2005 to 2010 and we associate it with investment in health promotion, health maintaining and health improving programmes. We present the health factors and assess which enterprises, organizations or the state have influence on. We consider health as a part of human resource management and we recognize changes in the employees' role in the company. In the main part of the diploma we present the situation of sick leave in Slovenia, where we focus on the number of days lost due to sick leave and on the incapacity index, i.e. the average number of absent days of each employee in Slovenia.

Keywords: health, employees, absence from work, sick leave, index of incapacitating, Slovenia

UDK: 331.47(043.2)

VSEBINA

1	Uvod	1
1.1	Namen in cilji diplomskega dela	2
1.2	Raziskovalna vprašanja	3
1.3	Hipoteze	3
1.4	Predvidene metode za doseganje ciljev diplomske naloge	3
1.5	Predvidene predpostavke in omejitve pri obravnavanju problema	4
2	Zdravje	5
2.1	Dejavniki zdravja	5
2.1.1	Dedni dejavniki	8
2.1.2	Prehranjevanje	9
2.1.3	Gibanje	9
2.1.4	Način življenja	11
2.1.5	Nesreče	11
2.2	Sodobni način življenja	12
2.2.1	Rizično vedenje	12
2.2.2	Sodobne bolezni	13
3	Človeški viri in kapital	16
3.1	Upravljanje s človeškimi viri in človeškim kapitalom	16
3.2	Investiranje v človeške vire	17
3.2.1	Team building	17
3.2.2	Izobraževanja	18
4	Investiranje v zdravje zaposlenih	19
4.1	Načini investiranja v zdravje	19
4.2	Učinki investicije v zdravje	20
4.3	Zdravje zaposlenih v Sloveniji	22
4.3.1	Inštitut za varovanje zdravja	23
4.3.2	Izgubljeni dnevi in indeksi bolniškega staleža	24
4.4	Interpretacija podatkov	45
5	Sklep	49
	Literatura	53
	Viri	55
	Priloge	57

SLIKE

Slika 1:	Dva vidika zdravja	5
Slika 2:	Dejavniki zdravja	6
Slika 3:	Dejavniki družbenega okolja	7
Slika 4:	Gibanje izgubljenih koledarskih dni med letoma 2005 in 2010	25
Slika 5:	Gibanje vrednosti indeksa onesposabljanja med letoma 2005 in 2010	26
Slika 6:	Letno izgubljenih koledarskih dni	27
Slika 7:	Povprečni indeks onesposabljanja	27
Slika 8:	Gibanje števila izgubljenih dni letno po spolu	28
Slika 9:	Indeks onesposabljanja letno po spolu	28
Slika 10:	Količina izgubljenih koledarskih dni po starostnih skupinah za 2010	30
Slika 11:	Vrednosti indeksa onesposabljanja po starostnih skupinah za 2010	31
Slika 12:	Razlogi za bolniško odsotnost po spolu.....	32
Slika 13:	Razlogi za bolniško odsotnost z dela po indeksu onesposabljanja v odstotkih.....	34
Slika 14:	Kategorije MKB in število izgubljenih dni	36
Slika 15:	Kategorije MKB in indeks onesposabljanja	38

PREGLEDNICE

Preglednica 1:	Dejavniki tveganja nenalezljivih bolezni.....	15
Preglednica 2:	Izgubljeni koledarski dnevi in indeksa onesposabljanja 2005–2010.....	25
Preglednica 3:	Izgubljeni koledarski dnevi in vrednosti indeksa onesposabljanja po spolu.....	26
Preglednica 4:	Izgubljeni dnevi in indeks onesposabljanja po starostnih skupinah za 2010	29
Preglednica 5:	Izgubljeni koledarski dnevi in razlog zadržanosti	32
Preglednica 6:	Indeks onesposabljanja in razlog zadržanosti	33
Preglednica 7:	Kategorije MKB in število izgubljenih koledarskih dni	35
Preglednica 8:	Kategorije MKB in indeks onesposabljanja	37
Preglednica 9:	Izgubljeni koledarski dnevi in indeks onesposabljanja po dejavnostih	41

KRAJŠAVE

CINDI	The Children in Distress Network
EEC	European Economic Community
EU	Evropska unija
IVZ RS	Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije
KIMDPŠ	Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa
MKB	Mednarodna klasifikacija bolezni
MOD	Mednarodna organizacija dela
OSHA	Occupational Safety and Health Administration
ReNPPP	Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike
RS	Republika Slovenija
SKD	Standardna klasifikacija dejavnosti
URS	Ustava Republike Slovenije
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organization
ZDA	Združene države Amerike
ZDR	Zakon o delovnih razmerjih
ZPIZ-1	Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju
ZSV	Zakon o socialnem varstvu
ZVZD	Zakon o varnosti in zdravju pri delu
ZZPPZ	Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva
ZZVGO	Zavod za zdravstveno varstvo Nova Gorica
ZZVZZ	Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
DPABS	Društvo pljučnih in alergijskih bolnikov Slovenije

1 UVOD

Zaradi mnogih sprememb ne le na področju tehnološkega temveč tudi na področju družbenega razvoja uspeh podjetij in delovnih organizacij ni več odvisen zgolj od kapitala in tehnologije, temveč vse bolj tudi od zaposlenih (Ivanuša-Bezjak 2006, po Glazer 2006, 8–9). Ko govorimo o učeči se družbi znanja in posledično o učečih se skupnostih je pri tem ključnega pomena globalizacija, ki za učinkovito opravljanje procesov zahteva visoko stopnjo fleksibilnosti, informatizacije in znanja. Znanje postaja v času globalizacije z informacijskim razvojem tista neposredna proizvodna sila, ki družbam omogoča preživetje na konkurenčnem trgu. Obdobje je zato pogosto poimenovano tudi obdobje intelektualnega kapitala, v katerem igrata ključni vlogi znanje in sposobnosti posameznikov (Možina idr. 2002, 16). Iz teh premikov je jasno razvidno, da vlogo najpomembnejšega podjetniškega vira finančnemu kapitalu kontinuirano prevzema človeški kapital in da najpomembnejši vir konkurenčne prednosti organizacij postajajo zaposleni podjetja kot nosilci znanj, čustev, sposobnosti, izkušenj in vrednot (Tomažič 2003, 27).

Pri vprašanju učinkovitosti uporabe sposobnosti in znanja človeških virov pa postaja aktualno tudi vprašanje pogojev za aplikacijo teh znanj. Brez kakovostnega fizičnega in psihičnega delovnega okolja, oziroma delovnega življenja, namreč od zaposlenih preprosto ni mogoče pričakovati izdelkov in storitev visoke kakovosti (Svetlik in Ilič 2004, 161–182). Med pomembnejšimi dejavniki kakovosti življenja zaposlenih je tudi element njihovega zdravja, ki je nezamenljiv osebni vir pri ustvarjanju življenjskih razmer in sodi med najprepričljivejše ter celostne kazalce rezultatov kakovosti delovnega življenja (Argyle 1992, po Černigoj Sadar 1993, 16). Šele ob zagotovitvi kakovosti delovnega življenja, torej ob zagotovitvi zdravja ter varnosti zaposlenih, je mogoče pričakovati rezultate, ki so v današnjem tržno naravnem okolju bistveni za konkurenčnost organizacije.

Pri argumentiranju vpliva zdravja zaposlenih na poslovanje organizacije je smiselno govoriti o razmerju med stroški in koristmi podjetja pri zagotavljanju varnosti in zdravja pri delu. Iz analiz ameriškega urada za poklicno varnost in zdravje (OSHA) tako izhajajo sklepi o razmerju investicij in stroškov, s katerih je mogoče sklepati tudi na stanje v Sloveniji (Basle 2003, 54–59). Ameriško gospodarstvo na primer plačilo nadomestil za bolniške izostanke in poškodbe pri delu stane nekaj sto milijard dolarjev letno, pri čemer v tem znesku ni upoštevana izguba, ki jo povzročijo nesreče pri delu in pogoste bolezni. Nesreče pri delu in pogoste bolezni poleg neposrednih stroškov ustvarijo tudi posredne izgube, ker zmanjšujejo produktivnost podjetja, poslabšujejo klimo znotraj podjetja, zaradi iskanja in priučevanja nadomestnih ali celo novih delavcev pa se povečuje strošek dela. V ZDA naj bi tako kar 90 odstotkov podjetij s 50 ali več zaposlenimi in skoraj vsa podjetja z več kot 750 zaposlenimi izvajala vsaj enega od programov t. i. promocije zdravja (Basle 2003, 54–59).

Področje varnosti in zdravja pri delu je v Sloveniji zakonodajno sicer urejeno in organizacijam postavlja obsežne zakonodajne zahteve, vendar bi bilo v organizacijah kljub

temu smiselno razviti širši sistemski pristop k vodenju varnosti in zdravja pri delu (Seražin 2005, 10). Zdravje zaposlenih namreč obsega tudi mnoge druge dejavnike, ki vplivajo na uspešnost in učinkovitost zaposlenega in podjetja ter v zakonodajnem sistemu niso opredeljeni. V okviru tega je na primer smiselno obravnavati izpostavljenost stresu, korelacije med zaposlenimi, organizacijo dela ter tudi za delovno okolje manj specifične dejavnike zdravja kot so prehranjevanje in gibanje, ki so prav tako tesno povezani z nastankom bolezni. Tudi ti dejavniki namreč povzročajo nezanemarljive stroške, saj se odražajo v nižji stopnji produktivnosti, nižji kakovosti dela, pogostejših izostankih z dela, ne nazadnje pa tudi na slab ugled podjetja v javnosti in nezadovoljstvo med zaposlenimi (Heller in Hindle 2001).

Pomen diplomske naloge je tako predvsem v izpostavljanju povezav med zdravjem zaposlenih in njihovem delovnem učinku ter razlagi, kako to naprej vpliva na uspešnost podjetja. Povezavo med zdravjem zaposlenih in uspešnostjo podjetja utemeljujemo v teoretičnem delu naloge in podjetja nagovarjamo k investiranju v zdravje zaposlenih. Kot pomoč pri usmerjanju takih investicij v diplomski nalogi predstavljamo učinkovite načine in pomembna področja za zdravje zaposlenih. V empiričnem delu diplomske naloge predstavljamo zdravje zaposlenih v Sloveniji, in sicer nam v ta namen služijo podatki Inštituta za varovanje zdravja RS (2011). Ti podatki kažejo, katere skupine zaposlenih so najpogosteje odsotne zaradi bolezni in ali so zaposleni v zadnjih petih letih vedno več ali vedno manj odsotni z dela zaradi bolezni. Rezultati empirične raziskave so pomembni predvsem zaradi tega, ker podajajo informacije o vzrokih za odsotnosti zaposlenih od dela, ki odgovarjajo na vprašanje, kateri dejavniki so najbolj ogrožajoči za zdravje zaposlenih in zaradi katerih dejavnikov imajo podjetja, delovne organizacije in celotna družba neposredne stroške ter so posredno lahko manj ekonomsko uspešni. S statistično analizo tako ugotavljamo, na katere dejavnike morajo biti podjetja in organizacije najbolj pozorni, da zmanjšajo število odsotnosti z dela in slabšo delovno učinkovitost zaposlenih.

1.1 Namen in cilji diplomskega dela

Namen diplomskega dela je predstaviti zdravje s stališča uspešnosti podjetja oziroma delovne organizacije, tj. teoretično argumentirati vpliv zdravja zaposlenih na njihovo delo, učinkovitost in posledično na delovanje družbe, nato pa predstaviti statistične podatke o zdravju zaposlenih v Sloveniji. Kadrovski kapital je pogosto predstavljen predvsem z mehanizmi znanja in sposobnosti zaposlenih, manj pa s stališča njihovega fizičnega in psihičnega zdravstvenega stanja. Iz tega namena izhajajoči cilji diplomskega dela so:

- opredeliti pomen kadrov v podjetju,
- predstaviti teoretične povezave med delom in zdravjem,
- statistično analizirati stanje zdravja zaposlenih v Sloveniji,
- statistično analizirati dejavnike na delovnem mestu, ki vplivajo na zdravje zaposlenih,
- statistično analizirati najpogostejše zdravstvene probleme zaposlenih,

- statistično analizirati posledice zdravstvenih problemov zaposlenih in
- podati predloge za izboljšanje upravljanja zdravja zaposlenih v organizacijah.

1.2 Raziskovalna vprašanja

Za doseganje ciljev diplomske naloge postavljamo tri raziskovalna vprašanja, in sicer:

- Kako zdravje zaposlenih vpliva na njihovo delovno učinkovitost?
- Kako zdravje zaposlenih vpliva na uspešnost podjetja ali organizacije?
- Kolikšna je letna količina izgubljenih koledarskih dni zaradi bolniškega staleža v Sloveniji?

1.3 Hipoteze

Pri raziskovanju zdravja zaposlenih v Sloveniji skušamo potrditi naslednje hipoteze:

- H1: Število izgubljenih¹ koledarskih dni se povečuje s starostjo.
- H2: Razlika v številu izgubljenih koledarskih dni glede na spol ni pomembna.
- H3: Razlika v številu izgubljenih koledarskih dni glede na dejavnosti je pomembna.
- H4: Povprečje letno izgubljenih koledarskih dni med letoma 2005 in 2010 ne kaže trenda naraščanja ali padanja.

1.4 Predvidene metode za doseganje ciljev diplomske naloge

Pri pisanju diplomske naloge uporabljamo deskriptivno metodo, s katero v teoretičnem delu predstavljamo kvalitativno analizo in sintezo doslej opredeljenih ugotovitev v znanstveni in strokovni literaturi. Predstavljeni so dejavniki zdravja ter sodobni način življenja in dela, ki vplivata na zdravje in učinkovitost zaposlenih. S tem v zvezi predstavljamo teorije človeškega kapitala, ki služi kot argument pomembnosti zdravja zaposlenih za podjetja in organizacije.

V empiričnem delu naloge statistično analiziramo zdravje zaposlenih v Sloveniji ter njegovo gibanje med letoma 2005 in 2010. Podatki so pridobljeni iz baze Inštituta za varovanje zdravja RS, ki vodi evidence o bolniških odsotnostih z dela (2011). Predstavljamo in interpretiramo podatke o številu izgubljenih koledarskih dni ter indeksov bolniškega staleža. Število izgubljenih dni in indekse bolniškega staleža primerjamo glede na starostne skupine, spol, skupine bolezni in po dejavnostih. Tako tudi ugotovljamo, katere skupine so najbolj ogrožene in povzročajo največ stroškov zaradi bolezni, torej pri katerih skupinah zaposlenih bi bile najbolj smiselne investicije v njihovo zdravje.

¹ Število izgubljenih koledarskih dni – štejemo vse dneve odsotnosti z dela za eno zaključeno diagnozo v opazovanem obdobju. Termin, ki ga uporablja IVZ RS.

Pri analizi so v rabi grafični in tabelarni opisi.

Za primerjavo gibanja zdravja zaposlenih po letih so tabelarno in grafično prikazani število izgubljenih koledarskih dni med letoma 2005 in 2010. Pri tem ugotavljamo, ali se število izgubljenih koledarskih dni vsako leto povečuje, manjša ali gibanje ne kaže naraščanja ali padanja.

Za primerjavo gibanja zdravja zaposlenih po letih so tabelarno in grafično prikazni indeksi bolniškega staleža med letoma 2005 in 2010.

Za primerjavo zdravja glede na spol, primerjamo povprečne vrednosti letno izgubljenih dni med letoma 2005 in 2010 ženskega in moškega spola.

Za opis razlogov za izgubljene dni so tabelarno in grafično prikazani podatki o izgubljenih dneh in indeksu bolniškega staleža po razlogih bolniškega staleža² in po skupinah MKB-10.³ Podatke prikazujemo grafično od najmanj pogostih do najbolj pogostih razlogov, pri čemer se posebej posvečamo ugotavljanju pozicije razloga poklicna bolezen.

1.5 Predvidene predpostavke in omejitve pri obravnavanju problema

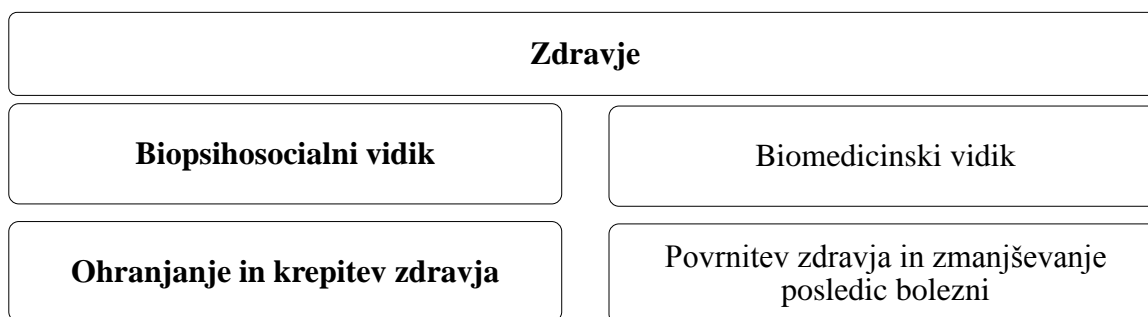
Pri obravnavanju problema zdravja zaposlenih v Sloveniji predpostavljamo, da so razpoložljivi statistični podatki o zdravju zaposlenih v Sloveniji verodostojni. Omejitve pri obravnavanju problema zdravja zaposlenih v Sloveniji predstavljajo podatki, ki so dosegljivi od leta 2005 naprej in odsotnost podatkov o investicijah podjetij in organizacij v zdravje zaposlenih. Korelacijo med investicijami v zdravje zaposlenih in učinkovitostjo njihovega dela bomo zato predpostavili na osnovi teoretičnih povezav.

² Razlogi so razvrščeni v skupine: bolezen, poškodba izven dela, *poklicna bolezen*, poškodbe pri delu, poškodbe po 3. osebi izven dela, nega, transplantacija, izolacija, spremstvo, usposabljanje za rehabilitacijo otroka, poškodba nastala iz 18. člena zakona o zdravstvenem varstvu.

³ Mednarodna statistična klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov.

2 ZDRAVJE

Zgodovino iskanja odgovora na vprašanje, kaj je zdravje in kako ga opredeliti, predstavljata predvsem dva različna pristopa k varovanju zdravja, in sicer biopsihosocialni model zdravja in biomedicinski model zdravja. Biopsihosocialni model zdravja teži predvsem k ohranjanju in krepitvi zdravja, medtem ko biomedicinski model teži k povrnitvi zdravja in zmanjševanja posledic bolezni (Zaletel-Kragelj, Eržen in Premik 2007). V pričujoči diplomski nalogi se bomo ukvarjali predvsem z vprašanji ohranjanja in krepitve zdravja zaposlenih, ki jih je res mnogo, a smo se zavestno osredotočili le na nekatere, torej se bomo gibal na območju biopsihosocialnega modela.



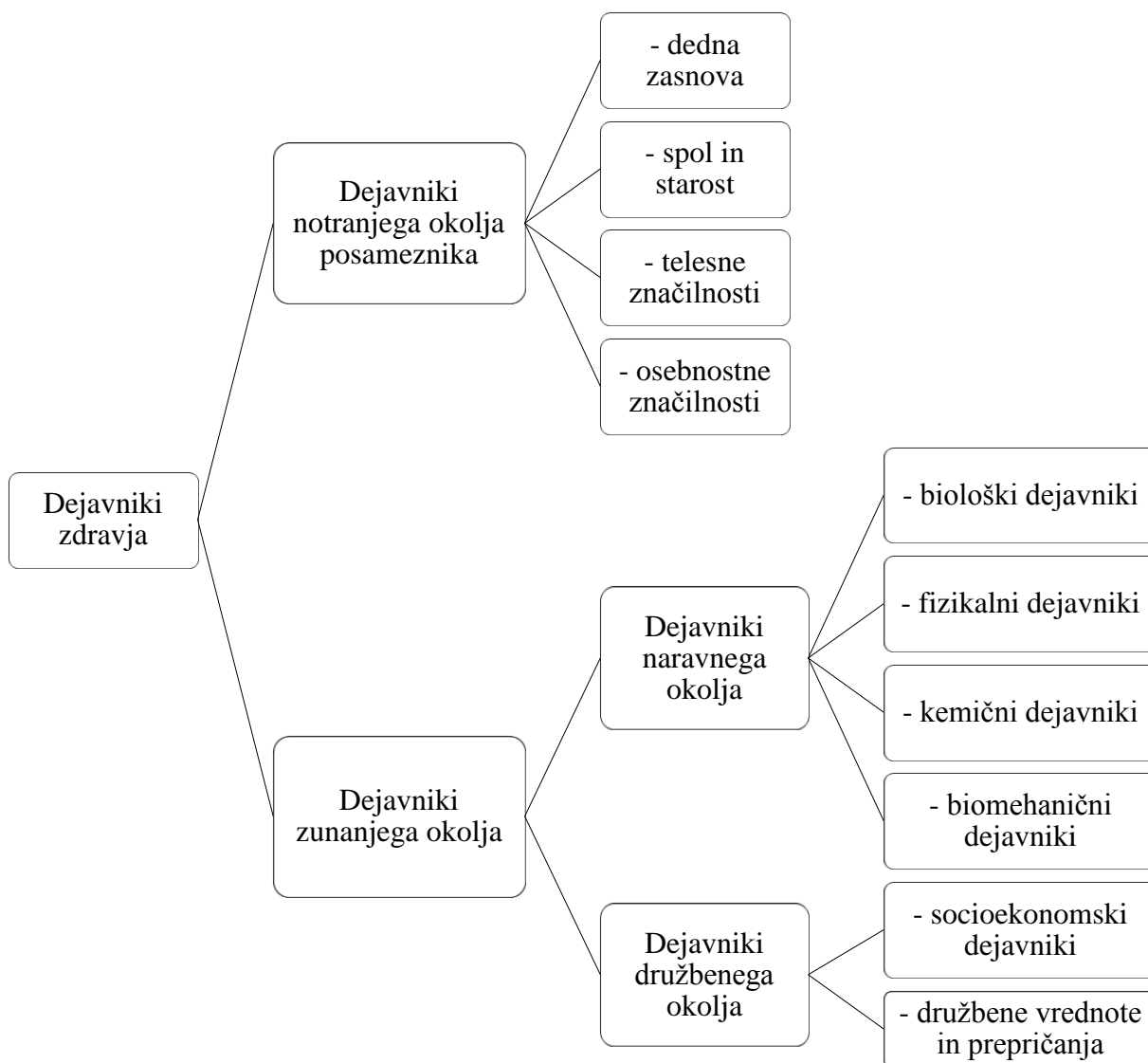
Slika 1: Dva vidika zdravja

Vir: Zaletel-Kragelj, Eržen in Premik 2007.

2.1 Dejavniki zdravja

Na zdravje ljudi in na zdravje zaposlenih vplivajo številni med seboj kompleksno povezani dejavniki. Če želimo vplivati na zdravje zaposlenih, lahko to realiziramo na različnih področjih, ki na zdravje vplivajo čisto neposredno, kot sta na primer fizična in psihična delovna klima, ali pa na področjih, ki na zdravje vplivajo posredno preko mehanizmov navad, prioritet in življenjskega sloga. V nadaljevanju bomo bolj natančno opredelili dejavnike zdravja in ugotavljali, katera področja so podjetjem najbolj odprta za poseganje v obstoječo situacijo.

Dejavniki notranjega okolja so tisti dejavniki, na katere najtežje vplivamo s stališča organizacije ali podjetja, v katerem je posameznik z določenimi zdravstvenimi predispozicijami zaposlen. Gre namreč za dedno zasnovo, spol in starost ter druge telesne značilnosti, na katere načeloma tudi posameznik sam ne more vplivati. Na področju notranjega okolja lahko podjetje ali organizacija na posameznikovo zdravje vplivajo kvečjemu v okviru osebnostnih značilnosti kot so samospoštovanje, občutek lastne vrednosti, sposobnost obvladovanja stresa ter smisel življenja (Zaletel-Kragelj, Eržen in Premik 2007).



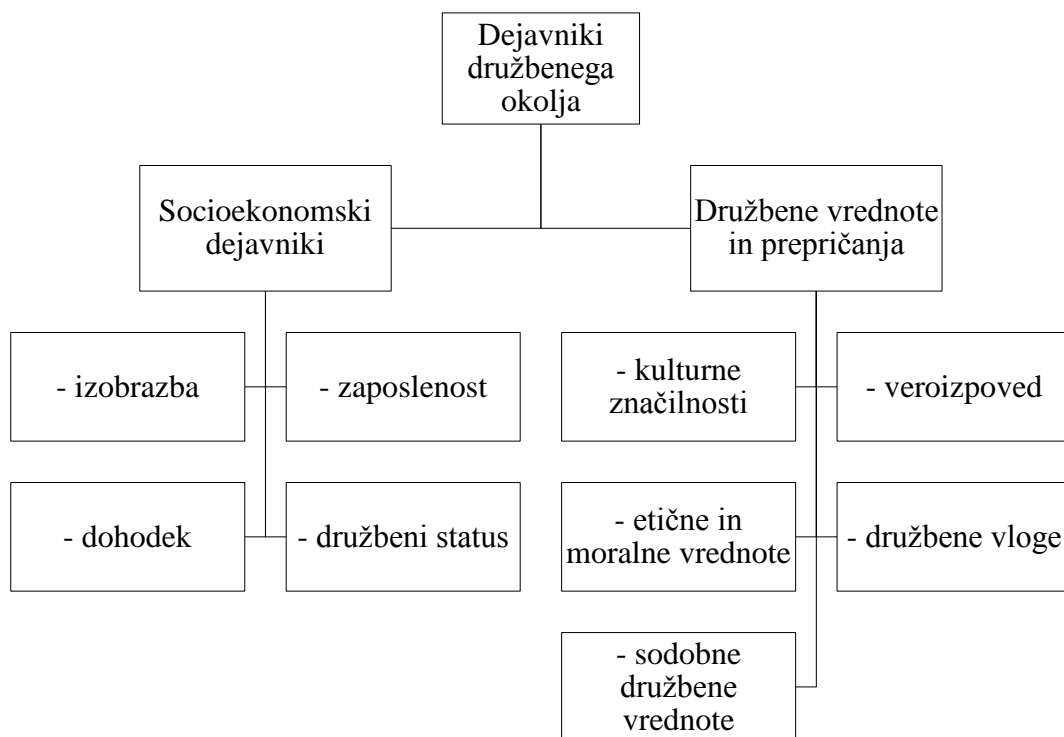
Slika 2: Dejavniki zdravja

Vir: Zaletel-Kragelj, Eržen in Premik 2007.

Prav tako je s stališča podjetja ali organizacije nemogoče vplivati na nekatere dejavnike naravnega okolja, saj gre za zunanje biološke, fizikalne, kemične in biomehane dejavnike. V to skupino dejavnikov sodijo na primer bolezni, ki se prenašajo z virusi in bakterijami ali pa so posledica izpostavljenosti sevanju in strupom. V tej skupini je torej mogoče povezavo med delom zaposlenega in njegovim zdravjem vzpostaviti zgolj na področju specifičnih delovnih mest, kjer se nevarnosti takih izpostavljenosti pojavljajo. Kar se tiče biomehane dejavnikov so med različnimi poškodbami v prometu ali domačem okolju v zvezi z delom zaposlenih aktualne poškodbe na delovnem mestu (Zaletel-Kragelj, Eržen in Premik 2007).

Dejavniki družbenega okolja (glej slika 3) so najbolj labilna skupina dejavnikov, na katere lahko posamezniki in njihovo okolje najlažje vplivajo. Med socioekonomske dejavnike

uvrščamo socio-ekonomski status posameznika, torej njegov položaj v družbenem okolju, ki ga je mogoče izraziti s kriteriji kot so izobrazba, zaposlenost, dohodek in družbeni status. V okviru teh dejavnikov lahko podjetje ali organizacija neposredno vplivata na zdravje svojih zaposlenih. Zaposlitev je že sama po sebi neposredno povezana z izobrazbo in določa posameznikov dohodek, s tem vred pa njegov družbeni status (Zaletel-Kragelj, Eržen in Premik 2007). Preveč enostavno bi bilo sicer trditi, da bi na primer podjetja z zvišanjem plač neposredno vplivala na izboljšanje zdravja zaposlenih. V okviru teh dejavnikov veliko večje možnosti odpira izobraževanje v širšem smislu, torej ne le že pridobljena izobrazba za namene opravljanja delovnih nalog, temveč tudi dodatno izobraževanje in izpopolnjevanje na področjih, ki vplivajo na zdravje.



Slika 3: Dejavniki družbenega okolja

Vir: Zaletel-Kragelj, Eržen in Premik 2007.

Na drugi strani med dejavnike družbenega okolja sodijo tudi družbene vrednote in prepričanja, ki lahko predstavljajo hudo grožnjo posameznikovemu zdravju, hkrati pa je na njih težko neposredno vplivati. Gre namreč za kulturne značilnosti, veroizpoved, etične in moralne vrednote, družbene vloge in vrednote sodobne družbe, ki izhajajo iz posameznikovega širšega družbenega okolja (Zaletel-Kragelj, Eržen in Premik 2007). Kljub temu se lahko podjetje ali organizacija trudi v smeri vplivanja na družbene vrednote in prepričanja na mikro ravni, saj se določeni vrednotenjski in vedenjski vzorci oziroma predvsem njihove modifikacije pojavljajo tudi znotraj manjših družbenih skupin kot so kadrovske skupine. Podjetje ali delovna organizacija lahko neposredno vpliva na določene vedenjske vzorce zaposlenih ter skrbi za vzpostavljanje in ohranjanje vrednot, ki so skladne z

zdravim življenjskim slogom. V ta namen je zaposlenim mogoče nuditi na primer možnost organizirane zdrave prehrane in kadrovska druženja v obliki športnih aktivnosti. Zaposlene lahko za (bolj) zdrav način življenja spodbujajo tudi manjše promocije in spodbude ali pa na primer strožje odmerjanje kadilskih odmorov.

Kar se kulturnih značilnosti tiče, lahko imajo te pozitivne in negativne učinke na naše zdravje, pomembno pri tem pa je predvsem z zdravjem povezano vedenje. Veroizpoved, etične in moralne vrednote na zdravje vplivajo posredno, medtem ko nanj neposredno in močno vplivajo sodobne družbene vrednote. V tem pogledu je treba izpostaviti predvsem vpliv medijev, ki so neke vrste glasniki kapitalizma. Čeprav mnoge družbene vrednote na zdravje vplivajo negativno, predvsem v zadnjem desetletju, tudi kapitalizem (seveda v lastnem interesu) vpliva na dvig zavesti o zdravem načinu življenja. Na pomenu pridobivajo tako zdrava prehrana kot tudi različne oblike gibanja in rekreacije, skrb za duševno zdravje in skrb za kakovost bivanja v smislu ohranjanja naravnega okolja (Zaletel-Kragelj, Eržen in Premik 2007).

Vsi naštetih dejavniki pa seveda ne delujejo izolirano, ampak se medsebojno povezujejo. Tako govorimo o različnih determinantah zdravja. Pomembne za raziskovanje zdravja zaposlenih so determinante družbenega okolja, v okviru katerih na človekovo zdravje vplivajo različne skupnosti in njihova okolja. Poleg ožjih družinskih, bivalnih ali interesnih skupnosti tako na zdravje vplivata tudi delovna skupnost in njeno okolje. Na tem področju pridemo do točke, kjer lahko govorimo o pozitivnih in negativnih učinkih delovnega okolja.

2.1.1 Dedni dejavniki

Pri načrtovanju mehanizmov, s katerimi skuša delovna organizacija pozitivno vplivati na zdravje svojih zaposlenih, je treba upoštevati dejavnike, zaradi katerih se pri vseh zaposlenih učinki ne bodo izražali v isti meri. Medtem ko si zaposleni pogosto delijo iste dejavnike naravnega okolja in v Sloveniji večinoma tudi iste ali vsaj zelo podobne dejavnike družbenega okolja, je pri vsakem zaposlenem zelo pomembna njegova dedna zasnova. Ta namreč deluje v smislu možnosti oziroma potencialov, ki so zapisani v genetskih programih posameznika. Kako se bodo ti potenciali uresničili, je med drugim odvisno tudi od vplivov okolja in samodejavnosti, vpliv pa se vrši vzajemno. Dedne zasnove namreč delujejo kot potencial za oblikovanje posameznikovih značilnosti in podobnosti, oziroma razlike med ljudmi, so torej tudi posledice genskih vplivov. Na dedne dejavnike podjetje seveda nikakor nima vpliva, lahko pa razumevanje oziroma upoštevanje teh razlikovalnih dejavnikov upošteva pri ugotavljanju učinkov svojih programov (Musek 1997, po Povše 2010, 5–8).

2.1.2 Prehranjevanje

Čeprav sta izbira in uživanje hrane odvisna od tradicije, kulture, okolja ter energijskih in hranilnih potreb glede na starost, spol in življenjski slog, je prehranjevanje vsaj v bolj razvitem svetu pogosto stvar izbire (Pokorn 2000, 10). Na prehrano je torej mogoče neposredno in individualno vplivati, zaradi česar toliko bolj velja za enega najpomembnejših dejavnikov zdravja. Je tudi neposredni element tveganj pri nastanku bolezni srca in ožilja, sladkorne bolezni tipa 2 in nekaterih rakavih obolenj. S prehrano nadzorujemo zvišan krvni tlak, zvišane maščobe in sladkorje v krvi, s čimer vplivamo na debelost in zmanjšamo možnost, da zbolimo za kroničnimi nenalezljivimi boleznimi oziroma civilizacijskimi boleznimi sodobnega časa (Selič 1999, po Povše 2010, 31–34).

Z raznovrstno in uravnoteženo prehrano, s katero dobimo potrebne hranilne snovi za naše telo, vzdržujemo primerno prehranjenost ter telesno in duševno zmogljivost, ki seveda nadalje vplivata na naše delovne zmožnosti in končen učinek dela. Prehranska priporočila za uravnoteženo prehrano so najpogosteje prikazana v obliki prehranskih piramid. Ministrstvo za kmetijstvo vlade ZDA je leta 2005 priporočilo prehransko piramido, ki je v rabi tudi v Evropi in vsebuje priporočila glede vrste in količine živil iz določene prehranske skupine (Sentočnik 2009). Starejše piramide so prikazovale drugačne vrednosti, in sicer so prevladala ogljikohidratna živila, predvsem polnovredne žitarice, ki so zdaj enakovredne z zelenjavo, zdravimi beljakovinami rastlinskega in živalskega izvora, sadjem ipd. Nova priporočila se od prejšnjih razlikujejo predvsem v tem, da priporočajo tudi olja, in ne več vseh maščob, ter škrobna živila, in ne več samih sladkorjev (Rotovnik Kozjek 2007 po Povše 2010, 35–36).

Delovne organizacije oziroma podjetja lahko na prehranjevalne navade zaposlenih vplivajo zelo neposredno, saj lahko organizirajo ali ponudijo možnost organizacije zdrave prehrane za kolektiv. Poleg uravnavanja jedilnikov, lahko prevzamejo tudi vlogo načrtnega ali nenačrtnega ozaveščanja zaposlenih o pomenu zdrave prehrane in izobraževanja v zvezi s tem (Stergar 2006, 34–37). Kot nenačrtno spodbujanje zdravih prehranjevalnih navad si lahko predstavljamo manjše promocijske akcije kot so deljenje zdravih hranil na določen dan, deljenje informativno-promocijskega gradiva in podobno. Večji učinek od spontanij akcij ima seveda načrtovan program ozaveščanja in izobraževanja zaposlenih, ki lahko vključuje delavnice, predavanja, seminarje ali pa programe 'team buildinga' (Novak 2009b).

2.1.3 Gibanje

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) telesno aktivnost opredeljuje kot kakršno koli telesno gibanje, ki ga ustvarijo skeletne mišice in katerega posledica je poraba energije nad ravniro mirovanja. Za krepitev zdravja se priporoča zmerno intenzivna telesna aktivnost, za katero so značilni povečan srčni utrip, občutek toplote in zadihanost. WHO za otroke in mladostnike priporoča vsaj eno uro zmerne telesne aktivnosti na dan ter dvakrat tedensko

izvedbo vaj za mišično moč, gibljivost in krepitev kosti. Novejše študije za preventivo pred srčno-žilnimi boleznimi pri mladostnikih priporočajo še za okoli 30 minut daljšo zmerno telesno aktivnost na dan. Odrasli naj bi bili aktivni vsaj 30 minut dnevno oziroma vsaj pet dni na teden, medtem ko pri hujšanju WHO priporoča še več telesne aktivnosti. Ključnega pomena je ohranjanje telesne aktivni skozi vse življenjsko obdobje, s čimer ohranjamo telesno, duševno in socialno čilost od otroštva do pozne starosti. Ohranjanje mišične moči, gibljivosti in ravnotežja pri ostarelem prebivalstvu ohranja funkcionalne sposobnosti, preprečuje poškodbe in dobro vpliva na proces aktivnega staranja (Drev 2009, po Povše 2010, 65–68).

Redna telesna aktivnost krepi mišice, kosti, ohranja psihofizične in funkcionalne sposobnosti telesa, pripomore k zmanjšanju stresa in depresije, izboljšuje družabne spretnosti, samospoštovanje in samozavest, krepi imunski sistem ter izboljšuje spanec. Gibalna aktivnost varuje tudi pred čezmerno telesno težo in debelostjo, poleg tega zmanjšuje tudi tveganje za padce in poškodbe pri padcih. Različne raziskave so pokazale tudi, da gibalna aktivnost varuje pred večino kroničnih nenalezljivih bolezni v odrasli dobi in njihov zgodnji začetek v obdobju adolescence. Redna telesna aktivnost ima zato pozitiven vpliv na ekonomijo delovne organizacije, saj poveča produktivnost na delovnem mestu in zmanjša odsotnost z dela (Hajdinjak 2007, po Povše 2010, 68–73).

Zaradi pomena, ki ga ima telesna aktivnost na zdravstveno stanje posameznika, je WHO maja 2002 s sprejetjem Resolucije WHA 55/23 *Prehrana, telesna dejavnost in zdravje*, spodbujanje telesne aktivnosti uvrstila med prioritete naloge držav članic. V resoluciji je poudarjeno, da sta nezdravo prehranjevanje in telesna neaktivnost poleg kajenja najpomembnejša dejavnika življenjskega sloga, ki pomembno prispevata k nastanku civilizacijskih bolezni. V ta namen je vsaka članica WHO določila datum svojega svetovnega dneva gibanja, za katerega je bil v Sloveniji določen datum 10. maj in je vsako leto posvečen določenemu vsebinskemu sklopu (Hajdinjak 2007, po Povše 2010, 68–73).

Podatki raziskav kažejo, da so tudi slovenski otroci in mladostniki v večini telesno slabo aktivni. Strokovnjaki z Inštituta za varovanje zdravja RS z raziskavo *Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju* ugotavljajo, da je vsakodnevno telesno aktivnih le slabih 40 odstotkov slovenskih mladostnikov, kar 86 odstotkov pa jih več kot pol ure dnevno med tednom prosti čas preživi pasivno pred računalniki ali televizijskimi sprejemniki. V tesni povezavi s telesno neaktivnostjo je tudi delež otrok s čezmerno telesno težo in debelostjo, ki se tudi v Sloveniji vztrajno viša in približuje trendom razvitih držav. Tudi med odraslim prebivalstvom stanje aktivnosti ni bistveno boljše. Po raziskavi iz leta 2003 programa CINDI Slovenija, ki je v projekt *Gibalna/športna aktivnost za zdravje* vključila starostno skupino odraslih od 25 do 65 let, je bilo namreč ugotovljeno, da je med Slovenci dovolj telesno aktivnih 32,4 odstotkov odraslih prebivalcev. Na drugi strani obstaja kar 16,8 odstotkov odraslih Slovencev, ki niso nič telesno aktivni, naprej pa je minimalno telesno aktivnih 35,5

odstotkov, na meji zadostno za zaščito zdravja pa 15,3 odstotkov odraslega prebivalstva v Sloveniji (Drev 2009).

Slovenija je k spodbujanju telesne aktivnosti na nacionalni ravni prispevala leta 2007 s sprejetjem strateškega dokumenta *Strategija Vlade RS na področju telesne (gibalne) dejavnosti za krepitev zdravja od 2007 do 2012*. Strategija s predvidenimi ukrepi in nalogami vključuje vse ključne elemente, ki naj bi na sistemski ravni pomembno prispevali k povečevanju telesne aktivnosti za krepitev zdravja. V program so vključeni trije ključni sektorji, in sicer športna rekreacija, aktivnosti za vzpostavitev varne prometne infrastrukture za hojo in kolesarjenje na področju transportnega gibanja in telesna aktivnost otrok v šolskem okolju ter odraslih v delovnem okolju (Povše 2010, 72–73). Struktura posameznih elementov torej izpostavlja pomembnost vpliva okolja organizacije, v kateri se posameznik giblje, na njegove navade in življenjski slog.

2.1.4 Način življenja

Vrsta raziskav dokazuje, da so prekomerna teža in debelost, srčno-žilne bolezni, visok krvni tlak in diabetes glavna tveganja za zdravje, ki izvirajo v življenjskem slogu posameznika. Elementi življenjskega sloga so poleg prehrane, telesne dejavnosti, kajenja, zlorabe alkohola in drog tudi medsebojni odnosi, vedenjski in emotivni vzorci posameznika ter obvladovanje stresa. Sodobni način življenja zaznamuje predvsem zelo nenaravni slog, ki vključuje veliko hitenja, sedenja in umetnih snovi. V deželah Evropske unije je od 50 do 60 % izgubljenih delovnih dni samo posledica preobremenjenosti (KIMDPŠ 2011).

2.1.5 Nesreče

Poleg bolezni so za bolniško odsotnost v veliki meri krive tudi nezgode pri delu. Dejavnike, ki trenutno vplivajo na nezgode pri delu, lahko strnemo v dve skupini, in sicer na sistemske in biološke. Med sistemske uvrščamo zakonske in podzakonske akte, notranje akte delodajalca itd. Kljub sprejetju sodobnih, z zahtevami EU usklajenih zakonskih podlag na področju varnosti in zdravja pri delu pa v Sloveniji še vedno nimamo mehanizma, ki bi delodajalce spodbujal k vlaganju na področju varnosti in zdravja pri delu. Preprečevanje nezgod pri delu je namreč mogoče samo s sistematičnim pristopom, ki bi mu morale slediti vse delovne organizacije. Prvi korak pri tem je uspešna organizacija varnostne vzgoje in ustrezne tehnike v podjetju, kar vključuje kakovostno izvajanje promocije zdravja. K manjšanju števila nezgod najprej pripomore sistematično ugotavljanje dejstev na osnovi statističnih raziskav nezgod, tj. nevarnih pojavov, črnih točk ipd. Pri tem so potrebni opazovanje delovnih mest, delovnih postopkov, vedenja ljudi, zbiranje informacij o vzrokih poškodb in učinkovitih ukrepov za njihovo odstranjevanje. Opazovanju sledi analiza odkritih dejstev o nezgodah ter njihov povzetek. Zbrani podatki identificirajo glavne in neposredne vzroke in dejavnike nezgod,

njihovo obliko in lokacijo. Hkrati je ob tem smiselno identificirati tudi osebe, ki so bile udeležene v nezgodi in odgovorne osebe za varno delo (OSHA 2011).

Pomemben korak, ki bistveno pripomore k spremembi kulturnih navad na področju varnosti in zdravja pri delu, je določanje vzrokov, zakaj zaposleni vztrajajo pri nevarnih dejanjih in zakaj se zmeraj in znova pojavljajo nevarne delovne razmere, procesi ali posamezna nevarna dejanja. Slednjič je treba tudi izbrati ustrezna sredstva za odpravo vzrokov nezgod, npr. promocijo zdravja na delovnem mestu, preprečevanje določenega delovnega procesa in ustrezno namestitve delavcev ter tehnično ureditev delovnega mesta itd. Zadnji korak v tem procesu je vzdrževanje doseženega, kar dolgoročno zagotavlja izvajanje učinkovitih preventivnih ukrepov. To vključuje konstantno skrb za izvedbo varnostnih ukrepov in seveda njihova učinkovita kontrola (OSHA 2011).

2.2 Sodobni način življenja

Čeprav človekov razvoj prinaša nova spoznanja na področju zdravstva, nova zdravila, in se človekova življenjska doba nenehno podaljšuje, sodobni način življenja prinaša nova in nova tveganja, ki kvarno vplivajo na zdravje. Poleg civilizacijskih bolezni, ki so ravno posledica industrijskega in tehnološkega razvoja, se kljub zavedanju o škodljivosti pri ljudeh pojavljajo tudi vzorci vedenja, ki imajo dokazano neposredno negativne učinke na zdravje.

2.2.1 Rizično vedenje

Med najbolj znane dejavnike tveganja za nastanek številnih motenj in bolezni sodi kajenje. Poleg tega je tudi na prvem mestu med dejavniki, ki jih je mogoče popolnoma odpraviti. Tobak je povzročitelj tveganja za nastanek in razvoj vrste kroničnih nenalezljivih bolezni, ki so pogosto neposredni vzrok smrti kadilcev. Redni kadilci umirajo zaradi tobaka povzročenih bolezni pre zgodaj, in sicer v svojih aktivnih srednjih letih, med 35. in 69. letom starosti, kar je posledica okoli 30-letnega latentnega obdobja med kajenjem in razvojem bolezni. Ekonomske posledice bolezni, ki jih povezujemo s kajenjem, so zelo velike, saj povzročajo dolgotrajno obolevnost povezano z visokimi stroški zdravstvene oskrbe, hkrati pa pomenijo tudi pogostejše izostanke z dela in zgodnejšo invalidnost. Problem pa je tudi nezmožnost dela – vsak četrty zaposleni, ki je začel s kajenjem pred 16. letom, je namreč nezmožen dela še preden se upokoji (ZZVGO 2011).

Med dejavnike, ki največ prispevajo k razvoju bolezni in umrljivosti, se za tobakom, nepravilno prehrano in telesno neaktivnostjo uvršča alkohol. Čezmerno uživanje alkohola je tisto uživanje, ki presega pri odraslih moških 20 g čistega alkohola na dan oziroma 140 g na teden, pri odraslih ženskah pa 10 g čistega alkohola na dan oziroma 70 g na teden. Verjetnost, da se bodo pojavili s pitjem alkohola povezani zdravstveni problemi pa seveda raste s količino

alkohola. Na področju telesnega zdravja je čezmerno uživanje alkoholnih pijač vzrok za (ZZVGO 2011):

- alkoholno polinevropatijo, možganski infarkt, epilepsijo,
- alkoholno kardiomiopatijo, specifične aritmije, hipertenzijo, koronarno srčno bolezen,
- alkoholni gastritis, alkoholna obolenja jeter, pankreatitis, varice požiralnika, rano na želodcu,
- različne vrste rakov (predvsem ustne votline, žrela, grla, požiralnika in jeter) ter
- diabetes ter še nekatere druge bolezni.

Med rizično vedenje prištevamo tudi tak način življenja, ki povzroča prekomerni stres. Stres sam po sebi ni škodljiv, za učinkovito in ustvarjalno delo ga celo nujno potrebujemo. Odziv na kratkotrajen stres tudi omogoča ohranjanje integritete organizma in pomembno prispeva k njegovemu razvoju. Vendar pa enaki mehanizmi pri stalni in dolgotrajni izpostavljenosti vodijo v bolezni, predvsem, če gre za delovanje neobvladljivih stresorjev. Delovanje stresorjev lahko privede do različnih motenj in bolezenskih stanj.

Nekatere od teh povezav so že dokazane ali pa so zelo verjetne, pri drugih pa gre zgolj za domneve. Povezanost s stresom je dokazana pri naslednjih stanjih (ZZVGO 2011):

- dovzetnost za nalezljive bolezni,
- prebavne motnje,
- motnje in bolezni presnove,
- seksualna in reproduktivna disfunkcija,
- duševne motnje,
- motnje v zaznavanju bolečine,
- motnje hranjenja,
- motnje spanja,
- motnje spomina,
- kožne bolezni.

Povezanost pa še ni povsem jasna pri naslednjih boleznih (ZZVGO 2011):

- bolezni srca in ožilja,
- imunske motnje,
- rakave bolezni,
- ostale motnje: alergije, izgubljanje las, bolezni obzobnega tkiva.

2.2.2 Sodobne bolezni

Sodobne civilizacijske bolezni so nenalezljiva bolezenska stanja, ki so v veliki meri posledica nezdravega življenjskega sloga, in sicer nezdrave prehrane, premajhne telesne dejavnosti, kajenja, prekomernega uživanja alkohola, stresa in podobno. Ravno na to skupino bolezni

lahko torej posameznik najbolj vpliva, pri čemer mu lahko pomagajo in ga spodbujajo tudi njegova delovna organizacija oziroma preko nje širše inštitucije. Med sodobne bolezni štejemo bolezni srca, bolezni ožilja, možgansko kap, različne vrste rakastih obolenj, prekomerno prehranjenost in debelost, sladkorno bolezen tipa 2, zvišan krvni tlak, cirozo jeter, bolezni kosti in sklepov, bolezni zob. Na te bolezni imajo pomemben vpliv tudi socialno ekonomske determinante zdravja (ReNPPP 2005). V Sloveniji odrasli ljudje tudi umiramo najpogosteje ravno zaradi teh sodobnih bolezni, med katerimi vodijo bolezni srca in ožilja ter rakave bolezni. Pri nastanku posameznega bolezenskega pojava igrajo vloge različni dejavniki tveganja, ki so lahko povezani z enim bolezenskim pojavom ali pa z mnogimi (glej preglednica 1).

Naslednja preglednica prikazuje prepletanje različnih dejavnikov tveganja in nenalezljivih bolezni.

Preglednica 1: Dejavniki tveganja nenalezljivih bolezni

Bolezenski pojav	Dejavniki tveganja
Bolezni srca in ožilja	<ul style="list-style-type: none">• kajenje• povišan celokupni holesterol• znižan HDL holesterol• povišan krvni tlak• prekomerna telesna teža in debelost• nepravilna prehrana• alkohol• povišan krvni sladkor• telesna nedejavnost
Maligne neoplazme	
<ul style="list-style-type: none">• rak materničnega vratu• rak dojke	<ul style="list-style-type: none">• kajenje• nepravilna prehrana• prekomerna telesna teža in debelost• alkohol
<ul style="list-style-type: none">• rak debelega črevesa in danke	<ul style="list-style-type: none">• nepravilna prehrana• alkohol• telesna nedejavnost
<ul style="list-style-type: none">• rak ustne votline in žrela	<ul style="list-style-type: none">• kajenje• alkohol
<ul style="list-style-type: none">• pljučni rak	<ul style="list-style-type: none">• kajenje
Kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB)	<ul style="list-style-type: none">• kajenje
Ciroza jeter	<ul style="list-style-type: none">• alkohol
Sladkorna bolezen	<ul style="list-style-type: none">• prekomerna telesna teža in debelost• nepravilna prehrana• telesna nedejavnost

Vir: ZZVGO 2011.

3 ČLOVEŠKI VIRI IN KAPITAL

Klasična dela na področju managementa se do nedavnega niso ukvarjala z vprašanji človeške vrednosti v poslovnem okolju in teorija kapitala iz devetnajstega stoletja je temeljila na predpostavki, da premoženje nastaja na osnovi investicij v opredmetene vrednosti, kot so tovarne in oprema. Zaposleni so veljali zgolj za delavce, ki so plačani le za svoje delo in kot taki sami po sebi ne ustvarjajo vrednosti (Schultz 1991, 21, po Fitz-enz 2000, 17–20). Skozi čas in vse do danes se je to prepričanje močno spreminjalo in danes se prenekatera podjetja bolj ali manj zavedajo, da so zaposleni njihovo največje bogastvo. Delovne organizacije tako danes temeljijo na visoki stopnji vključevanja in sodelovanja zaposlenih pri doseganju ciljev podjetja, človeški viri pa v primerjavi z ostalimi viri podjetja pridobivajo na pomenu. Ker predstavljajo zaposleni s svojimi znanji, sposobnostmi, značajem in mišljenjem za podjetje neprecenljive vrednosti, je potreba po obravnavanju človeka kot najpomembnejšega vira prerasla okvire klasične kadrovske funkcije in s seboj prinesla veliko sprememb. Pri tem ko govorimo o zaposlenih, lahko imamo v mislih človeške vire in/ali človeški kapital. Človeški kapital namreč predstavlja le tisto področje človeških virov, ki ustvarjajo dodano vrednost, torej širino znanj, veščin, kompetenc, izkušenj ter povezav in poznanstev (Možina 2002, 12–45).

3.1 Upravljanje s človeškimi viri in človeškim kapitalom

Zaposleni sami po sebi še seveda ne zagotavljajo učinkovitosti in uspešnosti podjetja, ti sta namreč odvisni predvsem od dobrega usklajevanja in razvijanja torej upravljanja obstoječih virov organizacije, in sicer finančnih, tehnoloških in kadrovskih. Ti viri se med seboj razlikujejo in vsak po svoje prispeva k uspehu organizacije. Kadrovske viri so posebno področje dejavnosti, s katero želimo optimizirati človeške zmogljivosti, tako da bi istočasno izpolnili osebne in organizacijske cilje (Možina 1998, 1–28).

Upravljanje s kadri pomeni, da se zaposlene obravnava celovito, torej se jih celostno izobražuje, izpopolnjuje, usposablja, razvija njihove spretnosti in se jim zagotavlja čim boljše pogoje za delo, med katere sodi seveda tudi zdravje. Le tako lahko potem zaposleni prispevajo k ciljem in potrebam delovne organizacije ter ustvarjajo dodano vrednost. Pomembno pri upravljanju je, da zaposleni z doseganjem organizacijskih ciljev izpolnjujejo tudi osebne cilje in so tako zadovoljni. Pomembna značilnost managementa kadrov so tako cilji, ki se nanašajo na permanentno skrb za zagotavljanje ustreznih delovnih pogojev, zmanjševanja stresa na delovnem mestu in preprečevanja zdravstvenih tveganj in nesreč pri delu (Mihalič 2006, 52–61).

Klasično zasnovana kadrovska funkcija preprosto ne more več zadovoljiti potreb, ki jih postavljajo hitre vsakodnevne spremembe v okolju in upravljanje s človeškimi viri in človeškim kapitalom predstavlja pomemben element konkurenčnosti podjetij. Upravljanje s

človeškimi viri in s človeškim kapitalom je treba vključiti v poslovno strategijo organizacije in tako izkoristiti obstoječe poslovne sposobnosti zaposlenih (Kovač 1996, 371, po Kovač 2002, 772–820). Managerji morajo v podjetjih zagotoviti ustrezno poslovno strategijo, ki pripelje do zastavljenih ciljev in poskrbeti, da imajo zaposleni potrebno znanje, spretnosti in pogoje za opravljanje dela v sedanjosti in prihodnosti. Poleg tega se od njih pričakuje, da bodo pomagali zaposlenim prepoznati njihove delovne interese, jih uspešno motivirali in nagradili za kakovostno izvedbo njihovega dela (Treven 1998, 11–12).

3.2 Investiranje v človeške vire

Ob zavedanju pomembnosti človeškega kapitala in človeških virov je postala ena izmed ključnih investicij v podjetjih investicija v izobraževanje in usposabljanje zaposlenih. Investicije v človeški kapital se pri tem razlikujejo od investicij v ostale proizvodne dejavnike. Prva značilnosti in pogosto tudi problematika takega investiranja je na primer njihova dolgoročna narava. Razloga za to sta dolg proces izobraževanja in pojavljanje učinkov teh naložb s precejšnjim odlogom. V izobraževanje je tudi nekoliko bolj ekonomsko učinkoviteje vlagati pri mlajših zaposlenih, saj naj bi bili ti prvi bolj dovzetni za absorpcijo novih znanj in drugič bi se investicija tudi dlje časa vračala. Ne glede na to je stopnja tveganja pri teh naložbah višja kot pri ostalih, zato je tudi kreditni sistem manj razvit. Za izobraževanje kadrov je tako težje pridobiti denarna posojila, saj se pravzaprav človeški kapital sčasoma razvrednoti, strošek njegove neuporabe pa je večji kot pri drugih oblikah kapitala. Človeškega kapitala tudi ni mogoče ločiti od svojega lastnika, torej ga podjetje ne more prodati ali pa darovati komu drugemu (Bevc 2001, 30–40).

3.2.1 Team building

V zadnjem desetletju se vse več podjetij in delovnih organizacij pri upravljanju s kadri odloča za t. i. 'team building' programe, ki predstavljajo neke vrste izobraževalne delavnice. Osnovni namen teh programov je oblikovanje ekipe oziroma izboljšanje njenih sposobnosti sodelovanja, v že obstoječe programe pa je mogoče vključiti tudi izobraževanja in motivacijske programe za ohranjanje zdravja zaposlenih. Delavnice za krepitev tima, ki so se pojavile že med 2. svetovno vojno, so bile podobne današnjim delavnicam v adrenalinskih parkih ali delavnicam, katerih namen je pridobiti vpogled v odzivanje članov na stresne situacije. Bolj strokovne delavnice so se pojavile v 60-ih letih 20. stoletja in se v svoji začetni fazi osredotočale predvsem na socialno interakcijo in osebne odnose med ljudmi, danes pa je ob snovanju programov pomembno tudi vprašanje, kako delo opraviti najbolj učinkovito. Poleg izboljšanja odnosov med zaposlenimi torej današnji programi 'team buildinga' težijo tudi k optimizaciji samega delovnega procesa, na katerega vplivata fizična in psihična pripravljenost zaposlenih (Novak 2009a, 19–20).

Enodnevne ali večdnevne delavnice za zaposlene nudijo različne možnosti za promocijo zdravja in izobraževanje zaposlenih. Poleg klasičnega izobraževanja je tako zaposlenim tudi mogoče neposredno demonstrirati zdrav slog življenja ter na primer pridobljeno teoretično znanje o skrbi za zdravje tudi praktično realizirati. Na voljo je zelo veliko delavnic, ki združujejo športne aktivnosti, te pa je mogoče združiti z zdravo prehrano in v današnjem stresnem delovnem okolju tudi s prakticiranjem sprostitvenih tehnik.

3.2.2 Izobraževanja

Podjetje lahko svoj kadrovski kapital razvija z nakupom ali z notranjim razvijanjem. V prvem primeru gre preprosto za nakup ključnega kadra, patenta ali podjetja, ki ima potrebno znanje ali značilnost in porazdelitev tega znanja po organizaciji. V primeru investicij v zdravje takšna hitra in učinkovita izbira seveda ni praktično izvedljiva, saj podjetje težko zaposluje na osnovi zdravstvenih dejavnikov tveganja pri zaposlenih. Pri pridobivanju zdravega kadra mora torej podjetje ali organizacija poseči po izobraževalnih mehanizmih (Roos 2000, 11).

Ena od možnosti, ki jih nudi slovensko podjetno okolje je vključevanje v večletni projekt promocije zdravja na delovnem mestu z imenom Čili za delo, katerega pglavitni cilj je ozaveščanje delavcev in delodajalcev o zdravem življenjskem slogu na delovnem mestu in oblikovanje zdravju naklonjenih delovnih razmer. V okviru projekta se je ob sodelovanju različnih institucij oblikoval izobraževalni in intervencijski program z različnimi moduli za sedem področij varovanja zdravja in zagotavljanja varnosti delavcev, in sicer (KIMDPŠ 2011):

- analiza stanja zdravja in varnosti pri delu v podjetju/organizaciji/ustanovi,
- preprečevanje poškodb pri delu,
- ergonomski ukrepi na delovnem mestu,
- preprečevanje obremenitev zaradi izpostavljenosti kemijskim onesnaževalcem pri delu,
- organizacijski ukrepi v delovnem okolju,
- obvladovanje stresa v podjetju/organizaciji/ustanovi,
- preprečevanje uporabe psihoaktivnih snovi v podjetju/organizaciji/ustanovi.

Med pomembnejšimi izdelki projekta so tudi (KIMDPŠ 2011):

- Koncept mreže znanja in strokovnosti na področju zdravega delovnega in življenjskega sloga.
- Priročnik: oris obravnavane problematike, vsebina vseh sedmih modulov, usmeritve za uspešno izvajanje vseživljenjskega izobraževanja in koncept mreže.
- Didaktična gradiva: plakat, knjižica, letak, predstavitev za izvajalce izobraževanj, majice.
- Izobraževanje za širjenje programa o zdravem delovnem in življenjskem slogu v podjetjih.
- Obvestila za javnost o poteku in rezultatih projekta.

4 INVESTIRANJE V ZDRAVJE ZAPOSLENIH

Nesreče pri delu in pogoste bolezni zaposlenih zmanjšujejo produktivnost podjetja, poslabšujejo klimo znotraj podjetja, zaradi iskanja in priučevanja nadomestnih ali celo novih delavcev pa se povečuje strošek dela. V okviru investiranja v zdravje zaposlenih je tako investicije smiselno obravnavati predvsem s stališča razmerja med stroški in koristmi, ki jih prinaša varno in zdravo ter urejeno delovno okolje, za podjetje oziroma delovno organizacijo. Ameriško gospodarstvo na leto porabi več sto milijard dolarjev za plačilo nadomestil samo za poškodbe pri delu in bolniške izostanke. K temu je treba prišteti še izgube zaradi zmanjšane produktivnosti podjetja, poslabšanega ozračja ter povečanega stroška cene dela zaradi iskanja in priučevanja nadomestnih delavcev. Pri tako visokih stroških je jasno, da bi podjetja z oblikovanjem ustreznih mehanizmov za ohranjanje zdravja in izboljševanje zdravja zaposlenih kljub investicijam zmanjševala svoje končne stroške. Strukture organizacij in način dela so danes tako kompleksni, da je namreč vsak člen dejavnosti odločilnega pomena in je te člene tudi težko nadomestiti (Basle 2003, 54–59).

Dokazano je, da je z učinkovitimi programi upravljanja zdravja zaposlenih stroške podjetja, ki so povezani s poškodbami in boleznijo zaposlenih, mogoče zmanjšati vsaj za najmanj 20 in največ za 40 odstotkov. V Združenih državah Amerike naj bi zato kar 90 odstotkov podjetij s 50 ali več zaposlenimi in skoraj vsa podjetja s 750 zaposlenimi izvajala vsaj enega od programov promocije zdravja. Basle kot primer dobre prakse navaja podjetje Mobil Chemical, ki programa varnosti in zdravja pri delu v delovnem okolju zagotavljanja s Prostovoljnim programom za zaščito delavcev (OSHA). Program prinaša dobre rezultate, saj se je samo število nesreč pri delu zmanjšalo za 32 odstotkov, število izgubljenih delovnih dni za 39 odstotkov ter število bolniških izostankov za 24 odstotkov. Z vidika financ je to pomenilo, da je podjetje samo iz nadomestil delavcem prihranilo 70 odstotkov sredstev.

Na osnovi izsledkov analiz ameriškega urada za poklicno varnost in zdravje (OSHA) je mogoče podati zaključke tudi za Slovenijo in sklepati, da bi Slovenija v zdravstveni blagajni prihranila okoli 5,4 milijona evrov, če bi se bolniška odsotnost v Sloveniji zmanjšala samo za en dan. V ameriških podjetjih sta bili za vzpostavitev sistema potrebni dve desetletji načrtnega dela. Šele po tem času so postale namreč prakse, ki spodbujajo skrb za zdravje in varnost zaposlenih, priljubljene med ameriški podjetji. S tega podatka moramo sklepati na ustrezno dolgo dobo vpeljevanja tudi v Sloveniji (Basle 2003, 54)

4.1 Načini investiranja v zdravje

Do težav z zdravjem v delovnem okolju prihaja zaradi škodljivosti in obremenitev, ki v njem nastopajo, in sicer bodisi ker delavci niso dovolj poučeni o varnem in zdravem delu, bodisi zaradi slabih odnosov s sodelavci in nadrejenimi. Za ohranjanje zdravja zaposlenih sta danes pomembni tako individualna kot tudi kolektivna odgovornost. V okviru kolektivne

odgovornosti se je smiselno usmeriti na tista področja in dele skupine, kjer bo imel projekt promocije zdravja nek učinek tudi v smislu povrnitve vloženih sredstev. Strategije in program promocije zdravja morajo biti zato prilagojeni potrebam in možnostim posameznih podjetij in delovnih organizacij ter upoštevati razlike v njihovem kadrovskem sistemu (Bilban 2002, 309–311, po Bilban 2006, 1–3).

Na dejavnike in izboljševanje zdravja delavcev najbolj vpliva promocija zdravja v delovnem okolju (Teržan in Tratnik 2006, 115–116). Izvajanje promocije zdravja v delovnem okolju je pogosto tudi najenostavnejši mehanizem vplivanja na zdravje zaposlenih. Preventivne ukrepe in akcije delovne zmožnosti skupine je tudi lažje izvajati na mestu, ko je skupina ljudi že zbrana več ur na dan.

Učinkovit program varovanja zdravja delavcev vključuje naslednje aktivnosti (Teržan in Tratnik 2006, 110–122):

- izdelavo navodil in metod za ozaveščanje zaposlenih o pomenu zdravja za njihov delovni uspeh in uspeh podjetja ali delovne organizacije,
- promocijo dobre delovne kulture in organizacije dela,
- aktivno sodelovanje zaposlenih pri spodbujanju zavedanja soodgovornosti za lastno zdravje in zdravo delovno okolje,
- pripravo načel organizacije delovnega procesa, po katerih so zahteve dela in zmogljivosti delavcev v ravnovesju,
- aktivnosti za zagotavljanje varnosti in zdravja ter preprečevanje poklicnih bolezni pri delu,
- uvajanje kadrovske politike, ki aktivno vključuje splošno varovanje zdravja in promocijo zdravja tako na delovnem mestu kot izven njega
- uvajanje promocije zdravja na delovnem mestu v celotno politiko podjetja,
- koordinacijo dela skupin in integracijo zdravja, varnosti in okolja v celoto podjetja,
- oceno ekonomskega dobička promocije zdravja in rentabilnosti vlaganja dodatnih sredstev v izboljšanja zdravja zaposlenih preko kazalnikov zdravstvenega stanja delavcev kot so bolniški stalež, poškodbe pri delu, poklicne bolezni, invalidske upokojitve, umrljivost, itd.,
- širšo percepcijo vpliva promocije zdravja na socialni kapital in razvoj občine, v kateri podjetje opravlja svoje dejavnosti.

4.2 Učinki investicije v zdravje

Primer dobre prakse investiranja v zdravje, na osnovi katerega je mogoče ugotavljati učinke teh investicij, je med slovenskimi podjetji podjetje Talum. Podjetje namreč že več let izvaja program za promocijo zdravja zaposlenih in pri tem opaža tudi druge pozitivne učinke programa. Zaposleni, ki se družijo pri športnih aktivnostih, na primer tudi lažje sodelujejo na

delovnem mestu, se hitreje dogovarjajo in organizirajo ter so bolj pripravljeni na skupinsko delo. V okviru učinkov na zdravje, pa je sprva opaziti večje zadovoljstvo zaposlenih, kar pomeni psihično boljšo pripravljenost in tudi ugodne posledice za duševno in telesno zdravje. Zaposleni se ob izvajanju programa tudi vse bolj zavedajo pomembnosti skrbi za zdravje in so tudi sami bolj pozorni na to, da živijo zdravo (Basle 2003, 52–53).

Učinki so vidni tudi objektivno, saj se je v petih letih od uvedbe programa bolniška odsotnost na zaposlenega v povprečju zmanjšala z 20 na 11,4 delovnih dni letno. Finančno osem dni manj bolniških na leto na zaposlenega pomeni približno 358 tisoč evrov prihranka za zaposlenega samega, 254 tisoč evrov za podjetje Talum in preostali del za zdravstveno zavarovalnico. Ob primerjavi donosnosti projekta s celotnim letnim proračunom projekta za zdravje postanejo prednosti na uvedbo programa še bolj jasne, saj je v Talumu strošek projekta znašal 41,6 tisoč evrov. Investicija v program se je tako že samo zaradi zmanjšanja stroškov za bolniško odsotnost v Talumu povrnila šestkrat (Basle 2003, 55).

Ker pa v podjetju bolniška odsotnost ni bila prvi razlog, da so se za program promocije zdravja odločili, je projekt obsegal širok program. V podjetju se je kazala predvsem problematika velikega števila invalidov in poškodb pri delu, zaradi česar je projekt že takoj na začetku vključeval devet sklopov aktivnosti, od informiranja zaposlenih preko internega glasila, kako pomembna je skrb za zdravje, usposabljanja za zdravje na internih delavnicah, dneva zdravja in rekreativnih programov in do spremljanja odsotnosti z dela zaradi bolniškega dopusta s ciljem njihovega zmanjšanja na evropsko raven. Strategija uvajanja programa je temeljila na raznovrstnosti dejavnosti, da je v programih vsak zaposleni našel ustrezno aktivnost zanj. Podjetje je ocenilo, da se je najbolje programa lotiti z večjo intenzivnostjo, s čimer je ohranjalo napetost in preprečevalo upad zanimanja za program. Vsem zaposlenim je bilo zato omogočeno brezplačno kopanje v toplicah, enkrat na mesec so pripravili kolesarjenje in pohod ter poskrbeli za prvo fizioterapevtsko delavnico. Čeprav je vse potekalo v prostem času, je bil odziv zaposlenih zelo velik, največ zanimanja pa je bilo za plavanje in fizioterapevtsko delavnico (Basle 2003, 55–56).

Zastavljeni cilj v prvem letu je bil zmanjšati bolniško odsotnost za pet odstotkov, ki pa je bil na koncu presežen, saj je podjetje po prvem letu bolniško odsotnost zmanjšalo kar za četrtno. V nadaljnjih petih letih program ni bil posebej razširjen, nadaljevali so s plavanjem, kolesarjenjem, planinarjenjem in dnevom zdravja ter program postopoma nadgrajevali. Prva smer nadgradnje je bilo postopno vključevanje družinskih članov in delitev skupin glede na sposobnosti. Poleg uvajanja dejavnosti izven delovnega časa je podjetje običajnemu strokovnemu izobraževanju v podjetju priključilo izvajanje krajših izobraževalnih seminarjev iz zdravstvene preventive. Tako je na primer izvedlo krajši seminar iz fizioterapije na koncu usposabljanja o varnosti in zdravju pri delu, kjer so se zaposleni naučili pravilnega dvigovanja bremena in sproščanja hrbtenice (Basle 2003, 55–57).

Podjetje vsakoletno organizira tudi Talumov dan zdravja, ko se prvo prvo soboto v septembru zaposleni zberejo pred podjetjem, od koder ena skupina odkolesari na daljšo turo, druga na pohod, tretja na plavanje in četrta na tenis. Po zaključku aktivnosti se zaposleni in njihovi družinski člani zberejo na družabnih igrah ob zdravi hrani. Tudi v običajnem vsakdanu si projektna skupina promocije zdravja prizadeva prilagoditi toplo in zdravo malico vsem zaposlenim, zato dnevno zagotovijo šest različnih menijev za zaposlene in tako skrbijo tudi za zaposlene, ki zaradi zdravstvenih težav prej niso mogli zaužiti tople malice. Poleg organizirane prehrane v podjetju podjetje Talum zaposlenim zagotavlja tudi interno ambulanto, ki prav tako prinaša veliko prednosti, med drugim tudi manj dni bolniške odsotnosti, večjo produktivnost in boljše razpoloženje v podjetju (Basle 2003, 56–57).

4.3 Zdravje zaposlenih v Sloveniji

V slovenskem prostoru so se med prvimi primeri zagotavljanja varnosti pri delu pojavila pravila, ki so sestavljala delovni red Rudnika živega srebra v Idriji iz leta 1592. Po prvi svetovni vojni je Kraljevina Jugoslavija področje varnosti pri delu uredila z Zakonom o varstvu pri delu, ki je bil sprejet leta 1923. Po drugi svetovni vojni je bilo to področje v FLR Jugoslaviji urejeno z zvezno zakonodajo, ko je bila leta 1974 sprejeta ustava, pa je bilo urejanje tega področja prepuščeno republikam samim. V Sloveniji je bil takrat sprejet Zakon o varstvu pri delu, ki je veljal 12 let in je urejal tako predhodno varstvo kakor tudi problematiko nadzora ter je zato vseboval tudi vsa določila o inšpekciji dela in njeni organiziranosti (Vakselj 2000, 11–13). V Ustavi Republike Slovenije (URS) iz leta 1991 je bila nato določena pravica do socialne varnosti in pravica do zdravstvenega varstva vsakega posameznika, pri čemer pa sta se ti dve določbi (50. in 51. člen URS 1991) nanašali na vse državljane Republike Slovenije in ne konkretno na zaposlene (Kaučič in Toplišek 2001).

Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD), ki je v veljavi danes, je bil sprejet leta 1999 in leta 2001 dopolnjen. Je krovni zakon na področju varnosti in zdravja pri delu ter skrb za zdravje in varnost zaposlenih na delovnem mestu nalaga v prvi vrsti delodajalcu. Zakon vključuje tehnični, medicinski ali zdravstveni vidik varnega dela, njegova vsebina pa temelji zlasti na konvencijah Mednarodne organizacije dela št. 155 in št. 161. Pri oblikovanju zakona v celoti je upoštevana tudi direktiva 89/391 EEC o uvedbi ukrepov za pospeševanje izboljšanja varnosti in zdravja pri delu. Delodajalec je tako skladno z zakonom dolžan zagotoviti varnost in zdravje delavcev v zvezi z delom ter mora v ta namen izvajati ukrepe, potrebne za zagotovitev varnosti in zdravja delavcev, vključno s preprečevanjem nevarnosti pri delu, obveščanjem in usposabljanjem delavcev, z ustrezno organiziranostjo in potrebnimi materialnimi sredstvi (5. člen ZVZD 2011). Temeljna načela zakona s 13. členom vključujejo tudi vzgojo in izobraževanje v zvezi z varnostjo in zdravjem pri delu, ki mora biti vsaj sestavni del uvajanja v delo in stalnega strokovnega usposabljanja delavca. Vse dolžnosti delodajalca so hkrati seveda pravice delavca v zvezi z zagotavljanjem njegove varnosti in

zdravja pri delu, mora pa ta v zvezi s tem spoštovati in izvajati ukrepe, ki mu jih delodajalec nalaga.

Vprašanja glede zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja ureja Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ 2006), ki je bil sprejet leta 1992 in kasneje spremenjen in dopolnjen. Zakon določa vsebino zdravstvenega varstva v najširšem smislu, nosilce družbene skrbi za zdravje, naloge posameznikov, delodajalcev in države ter ureja sistem zdravstvenega zavarovanja. Zakon izrecno ne govori o tem, kdo je odgovoren za zdravje ljudi, vendar iz vrste določb izhaja, da je to predvsem država Slovenija. Ta mora zagotavljati pogoje, da bodo državljani lahko skrbeli za svoje zdravje. Država mora zastaviti in izvajati gospodarsko, socialno, ekološko in druge politike tako, da bodo te usklajene s cilji za krepitev in ohranitev zdravja ljudi (ZZVZZ-UPB3 2006, 1.–8. člen).

Znotraj pravic na osnovi bolezni in poškodb (zaradi katerih se sklepa zdravstveno zavarovanje) je pomemben še Zakon o delovnih razmerjih (ZDR), ki je bil sprejet leta 2002 in začel veljati leta 2003. Zakon ureja le individualna razmerja, torej razmerja, ki nastajajo med delavcem in delodajalcem na osnovi pogodbe o zaposlitvi, medtem ko so kolektivna razmerja, ki izhajajo iz kolektivnih pogodb, urejena s posebnim Zakonom o kolektivnih pogodbah iz leta 2006. ZDR določa, da mora delavec spoštovati in izvajati predpise o varnosti in zdravju pri delu ter pazljivo opravljati delo, da zavaruje svoje življenje in zdravje ter življenje in zdravje drugih oseb (ZDR 2002, 33. člen). ZDR vsebuje tudi določila o varstvu nekaterih kategorij delavcev, na primer: varstvo žensk, varstvo delavcev zaradi nosečnosti in starševstva, varstvo delavcev, ki še niso dopolnili 18 let starosti, varstvo invalidov in varstvo starejših delavcev (ZDR 2002, 186.–203. člen). ZDR opredeljuje tudi druga določila, ki posredno vplivajo na zdravje zaposlenega, in sicer delovni čas, nočno delo, odmore in počitke, letni dopust in druge odsotnosti z dela.

Ostale zakonske zahteve, ki urejajo zdravje in varnost zaposlenih, so še Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-1 2006), Zakon o socialnem varstvu (ZSV 2007), Pravilnik o seznamu poklicnih bolezni (2003), Evropska socialna listina (1999), Konvencije mednarodne organizacije dela (ILO 2006) in Zakonodaja evropske unije (Vakselj 2000, 17).

4.3.1 Inštitut za varovanje zdravja

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (IVZ) je osrednja slovenska nacionalna ustanova, katere glavni namen je proučevanje, varovanje in zviševanje ravni zdravja prebivalstva v Sloveniji. IVZ svoj osrednji namen dosega tako s pomočjo ozaveščanja prebivalstva kot tudi z drugimi preventivnimi ukrepi. Poleg osrednje vloge v dejavnosti javnega zdravja v Sloveniji se IVZ aktivno vključuje tudi v mednarodne projekte, ki pokrivajo različna področja zdravja in splošnih javnozdravstvenih problemov prebivalstva. Med drugimi

področji dela se IVZ ukvarja tudi z zagotavljanjem podatkov in statistike v zvezi z zdravjem v Sloveniji. Vsako leto inštitut tako objavi tudi statistične podatke o bolniškem staležu, ki jih črpa iz evidence začasne odsotnosti z dela zaradi bolezni, poškodb, nege in drugih vzrokov (IVZ 2011).

4.3.2 Izgubljeni dnevi in indeksi bolniškega staleža

Zčasna odsotnost z dela zaradi bolezni, poškodb in drugih zdravstveno upravičenih razlogov se v enakem pomenu opisuje tudi z izrazi absentizem, zdravstveni absentizem, bolniški stalež, bolniška odsotnost. Podatki o bolniškem staležu so pomemben vir informacij o zdravstvenem stanju aktivne populacije. Sodobna tehnologija zbiranja in pridobivanja podatkov omogoča racionalizacijo zbiranja podatkov v smislu enkratnega vnosa podatkov in pridobivanja izhodnih podatkov za poročanje o zdravstvenem stanju delavcev mednarodnim organizacijam, potrebe nacionalne zdravstvene statistike, potrebe Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije ali za posamezna podjetja, ki se zanimajo za zdravstveno stanje zaposlenih. Vir podatkov je Potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela, ki ima zakonsko podlago v Zakonu o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ 2000).

Podatki o bolniškem staležu so obdelani po naslednji metodologiji: Pri *številu primerov* štejemo vse primere, ki imajo zaključen bolniški stalež v opazovanem letu za eno diagnozo, ne glede na čas, ko se je bolniški stalež začel. Pri *številu izgubljenih koledarskih dni* štejemo vse dneve odsotnosti z dela za eno zaključeno diagnozo v opazovanem obdobju. Odstotek bolniškega staleža pa je odstotek izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega delavca. Odsotnost zaposlenih zaradi bolezni je izražena tudi s tremi indeksi, in sicer z indeksom onesposabljanja, indeksom frekvenca in resnostjo. *Indeks onesposabljanja* pomeni število izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega letno, *indeks frekvenca* pa število primerov odsotnosti z dela na 100 zaposlenih. *Resnost* pomeni povprečno trajanje ene odsotnosti z dela zaradi bolezni, poškodbe ali drugega zdravstvenega vzroka.

V nadaljevanju bo zdravstveno stanje zaposlenih v Sloveniji prikazano s številom skupno izgubljenih dni letno in številom izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega, torej indeksom onesposabljanja. Število izgubljenih dni pri tem pomeni vsoto vseh koledarskih dni, v katerih so bili slovenski zaposleni v določenem letu odstotni z dela zaradi bolezni oziroma poškodbe. Indeks onesposabljanja nam bo povedal, koliko koledarskih dni je to v določenem letu zneslo na posameznega zaposlenega. S stališča predstave je indeks onesposabljanja tudi najbolj primeren za razumevanje problematike, saj si posamezniki bolniško odsotnost najlažje predstavljamo z enoto, ki jo lahko primerjamo z enim zaposlenim.

V preglednici 2 tako predstavljamo gibanje obeh spremenljivk, in sicer števila izgubljenih koledarskih dni letno in število izgubljenih dni na enega zaposlenega. Iz podatkov IVZ lahko izračunamo, da znaša med leti 2005 in 2010 povprečna količina izgubljenih dni letno

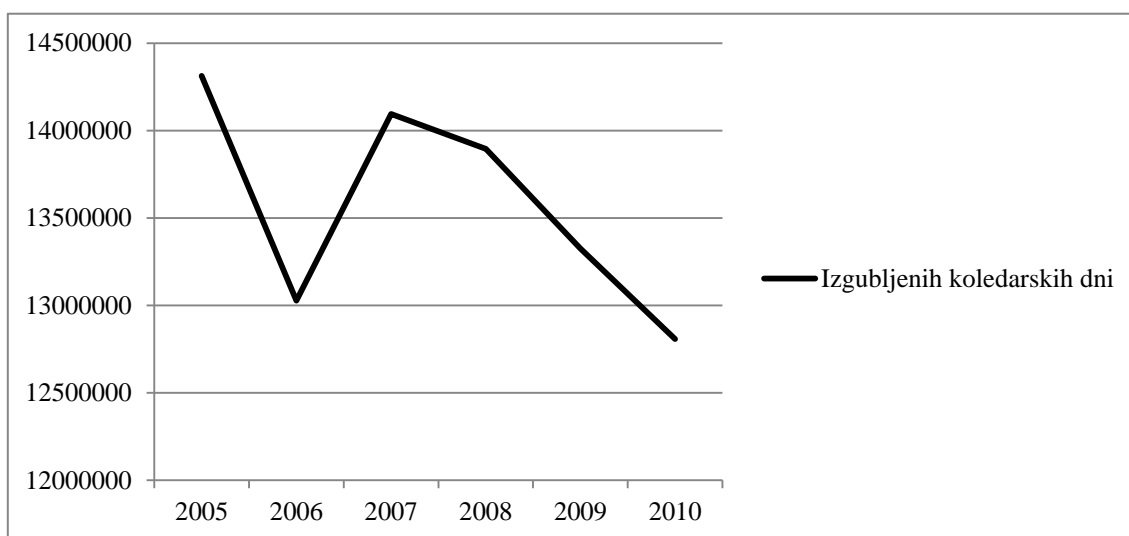
13.577.099 dni. Zelo verjetno je bolj zgovoren podatek o vrednostih indeksa onesposabljanja, ki znaša 15,705, vsak slovenski zaposleni je torej letno v povprečju bolniško odstoten okoli 16 dni.

Preglednica 2: Izgubljeni koledarski dnevi in indeks onesposabljanja 2005–2010

	Izgubljenih koledarskih dni	Indeks onesposabljanja
2005	14.312.285	17,2
2006	13.026.763	15,3
2007	14.095.263	16,1
2008	13.894.657	15,5
2009	13.325.384	15,3
2010	12.808.242	14,9

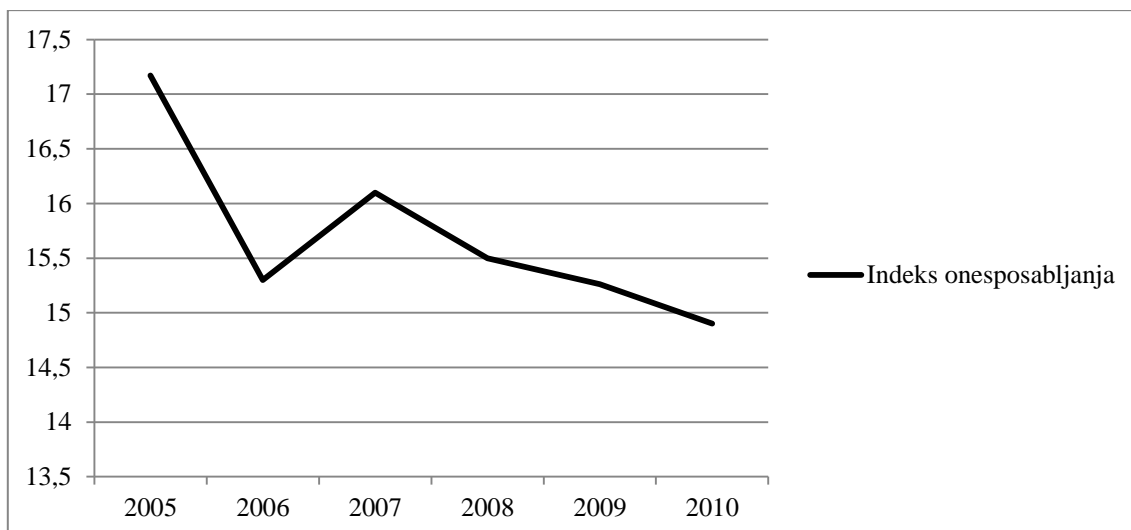
Vir: IVZ 2011.

Podatki gibanja količine izgubljenih koledarskih dni in vrednosti indeksa onesposabljanja iz preglednice 2 so grafično prikazani na slikah 4 in 5, kjer je razviden padec obeh. Količina izgubljenih koledarskih dni in indeks onesposabljanja sta tako najvišja leta 2005, medtem ko leta 2006 strmo padeta, se v letu 2007 nato spet dvigneta ter nadaljuje zložen padec do leta 2010. Količina izgubljenih koledarskih dni tako med letoma 2005 in 2010 pada za povprečno 300808,6 dni oziroma okoli 2 %.



Slika 4: Gibanje izgubljenih koledarskih dni med letoma 2005 in 2010

Vir: IVZ 2011.



Slika 5: Gibanje vrednosti indeksa onesposabljanja med letoma 2005 in 2010

Vir: IVZ 2011.

Spol

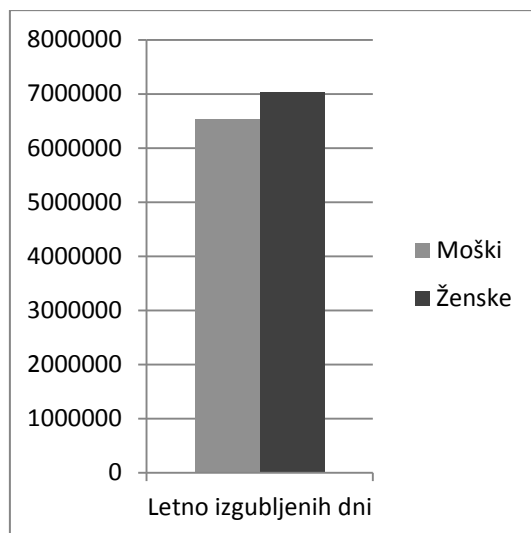
Med spoloma so vidne velike razlike tako v številu izgubljenih dni kot v indeksu onesposabljanja in izkazujejo večjo bolniško odsotnost žensk. Zaposlena ženska je tako letno v povprečju odsotna 18,5 dni, medtem ko so moški letno v povprečju odsotni samo 13,5 dni. Skupno to letno pomeni 6.536.337 izgubljenih dni pri moških in 7.040.762 izgubljenih dni pri ženskah.

Preglednica 3: Izgubljeni koledarski dnevi in vrednosti indeksa onesposabljanja po spolu

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Izgubljenih koledarskih dni – moški	6.994.345	6.322.063	6.765.856	6.638.221	6.356.501	6.141.037
Izgubljenih koledarskih dni – ženske	7.317.940	6.704.700	7.329.407	7.256.436	6.968.883	6.667.205
Indeks onesposabljanja – moški	15,2	13,3	13,7	13,1	13,0	12,9
Indeks onesposabljanja – ženske	19,7	17,9	19,0	18,6	18,1	17,5

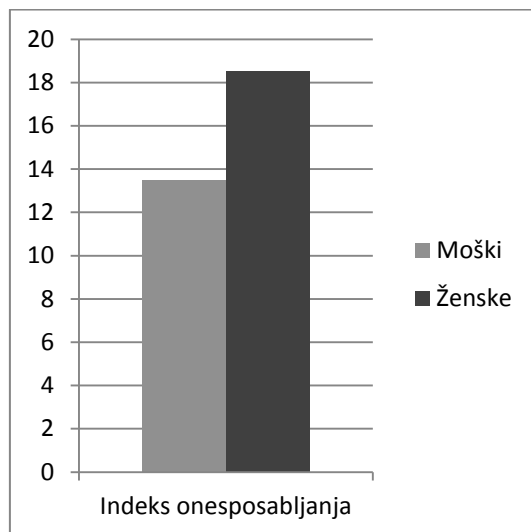
Vir: IVZ 2011.

Iz slike 6 in 7 je razvidno večje odstopanje glede na spol v indeksu onesposabljanja, manjša razlika v količini letno izgubljenih koledarskih dni je torej posledica manjšega števila zaposlenih žensk. Kljub manjšemu številu zaposlenih žensk pa je količina koledarsko izgubljenih dni večja pri ženskem spolu, zaradi česar bi se ob vprašanih usmerjanja programov po spolu verjetno najprej odločili za programe izboljševanja zdravja pri ženskah.



Slika 6: Letno izgubljenih koledarskih dni

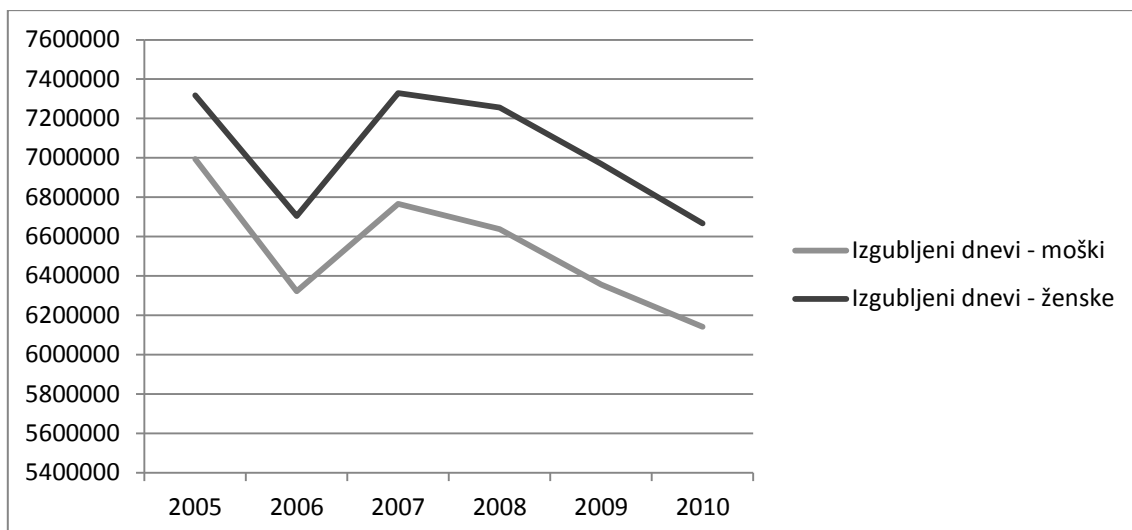
Vir: IVZ 2011.



Slika 7: Povprečni indeks onesposabljanja

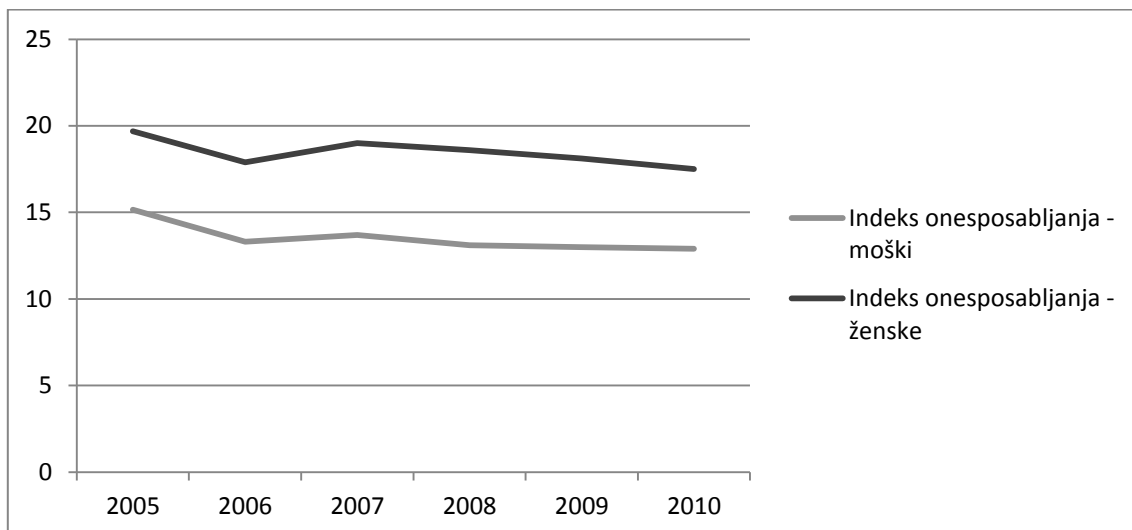
Vir: IVZ 2011.

Razmerje med količino izgubljenih koledarskih dni pri zaposlenih moških in ženskah ostaja kljub nihanju po letih enako, kar je razvidno na sliki 6 in 7. Prav tako se razmerje ob siceršnjem gibanju ohranja pri vrednostih indeksa onesposabljanja. Vpliv dejavnikov, ki usmerjajo gibanje bolniške odsotnosti zaposlenih torej očitno vplivajo enako na oba spola.



Slika 8: Gibanje števila izgubljenih dni letno po spolu

Vir: IVZ 2011.



Slika 9: Indeks onesposabljanja letno po spolu

Vir: IVZ 2011.

Starostne skupine

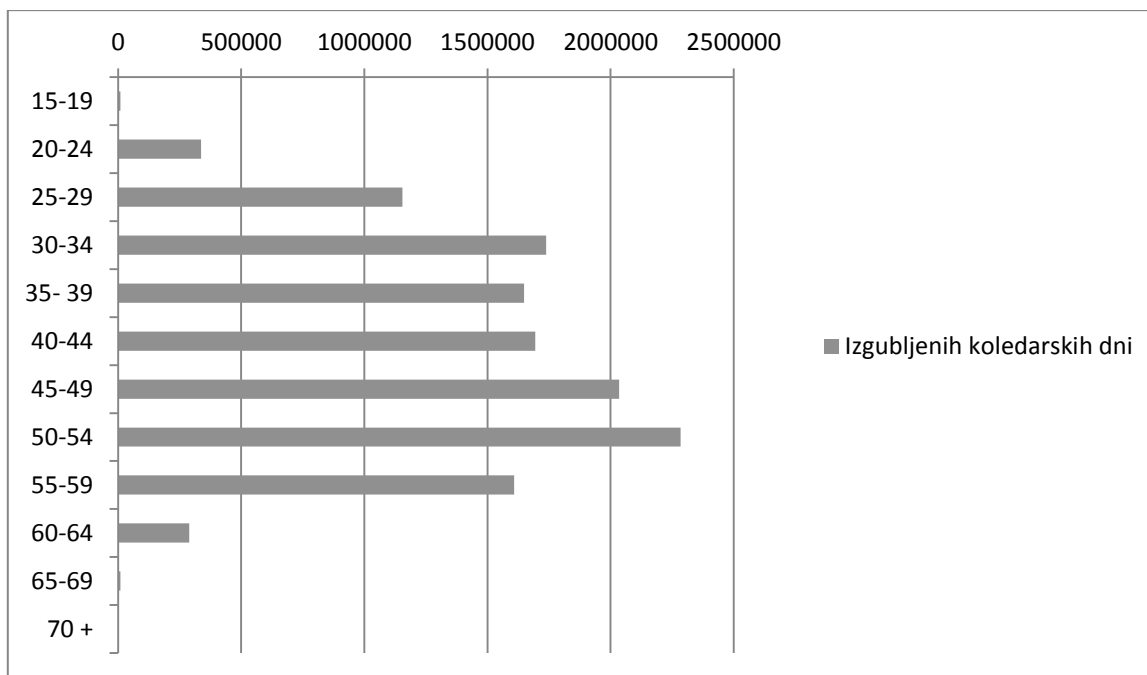
Podatke za starostne skupine je IVZ predložil šele za leto 2010, vendar sklepamo na podobno razpršenost količine izgubljenih koledarskih dni in vrednosti indeksa onesposabljanja tudi v preteklih letih (glej preglednica 4).

Preglednica 4: Izgubljeni dnevi in indeks onesposabljanja po starostnih skupinah za 2010

Starostna skupina	Izgubljenih koledarskih dni	Indeks onesposabljanja
15–19	9.416	5,4
20–24	337.126	9,6
25–29	1.153.980	11,4
30–34	1.737.962	13,0
35–39	1.648.477	12,6
40–44	1.694.310	13,1
45–49	2.034.998	15,4
50–54	2.283.566	19,7
55–59	1.608.122	24,6
60–64	288.661	25,9
65–69	9.557	9,3
70 +	1.970	7,1
Nerazvrščen	97	-

Vir: IVZ 2011.

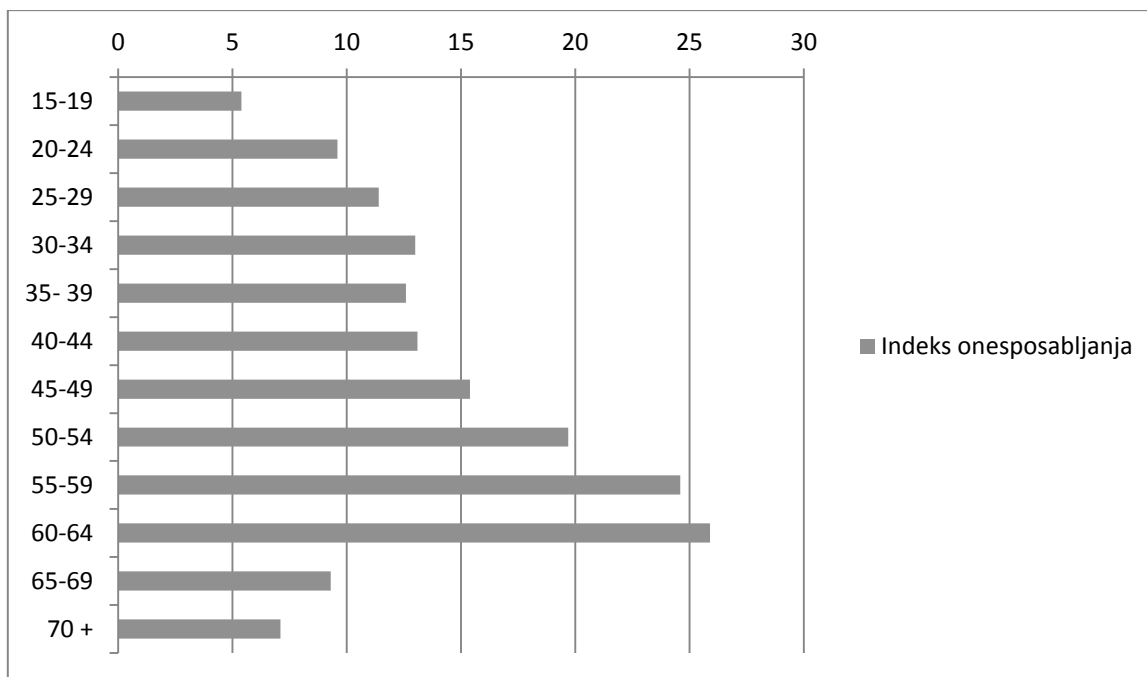
Sliki količine izgubljenih koledarskih dni in vrednosti indeksa onesposabljanja nista popolnoma prekrivna (glej sliko 10 in 11). Tako količina izgubljenih koledarskih dni kot vrednost indeksa onesposabljanja sicer z leti naraščata, vendar se začne količina izgubljenih koledarskih dni zmanjševati že pri starostni skupini med 55 in 59 leti, medtem ko je vrednost indeksa onesposabljanja najvišja pri starostni skupini med 60 in 64 let. Predvidevamo lahko, da gre za prelomno obdobje, kjer nekateri zaposleni že odhajajo v pokoj, zaradi česar se v starostnih skupinah od 55 naprej tudi močno zmanjšuje količina zaposlenih.



Slika 10: Količina izgubljenih koledarskih dni po starostnih skupinah za 2010

Vir: IVZ 2011.

Količina izgubljenih koledarskih dni tako z 9.416 v starostni skupini med 15 in 19 let narase na 2.283.566 izgubljenih koledarskih dni ter nato pade do 1.970 izgubljenih koledarskih dni v starostni skupini nad 70 let (glej preglednica 4 in slika 10). Pri tem je odstopanje med prvimi in zadnjimi tremi starostnimi skupinami občutno večje, medtem količina izgubljenih koledarskih dni med starostnimi skupinami od 30 do 59 let zaniha navzgor za 545.604 dni ali 24 % in nato navzdol za 675.444 dni ali 30 % glede na najvišjo vrednost. V istem intervalu se vrednost indeksa onesposabljanja dvigne za 11,6 ali za 53 % najvišje vrednosti v tem intervalu, vendar doseže še višjo vrednost v starostni skupini 55–59 let. Indeks onesposabljanja v tej skupini znaša 25,9 dni, medtem ko nato tudi vrednost indeksa onesposabljanja zaradi še manjšega števila zaposlenih pade in se pri zadnji dveh starostnih skupinah približa svoji začetni vrednosti 5,4 v starostni skupini med 15 in 19 let (glej preglednica 4 in slika 11).



Slika 11: Vrednosti indeksa onesposabljanja po starostnih skupinah za 2010

Vir: IVZ 2011.

Bolezni in razlog zadržanosti

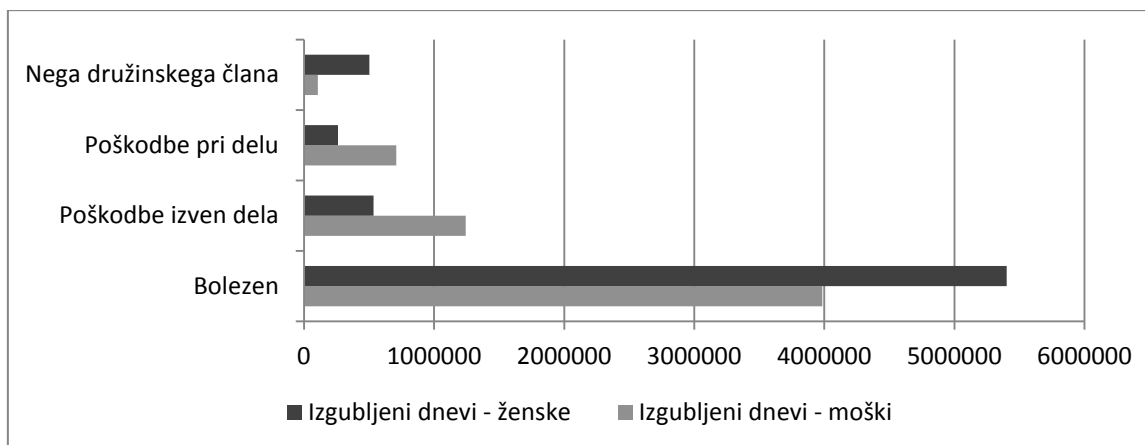
Iz podatkov o razlogih zadržanost pri bolniški odsotnosti za leti 2009 in 2010 (glej prilogo 1) smo izračunali povprečje izgubljenih koledarskih dni in indeksa usposabljanja za posamezne razloge (glej preglednico 5 in preglednico 6). Vrednosti izgubljenih koledarskih dni in indeksa onesposabljanja za posamezne razloge zadržanosti so pomembna informacija, ki odkriva mesta, na katere se je treba osredotočati pri snovanju politike zagotavljanja in ohranjanja zdravja zaposlenih. V preglednici 7 so tako prikazani podatki o količini izgubljenih koledarskih dni pri posameznih razlogih zadržanosti in tudi po spolu. Razlogi zadržanosti so razvrščeni padajoče glede na izgubljene koledarske dni, pri čemer najvišjo vrednost 9.385.342 izgubljenih koledarskih dni dosega razlog bolezen, ki mu šele s 1.777.216 izgubljenimi dnevi sledi razlog poškodbe izven dela. Poškodbe pri delu se po vrednosti izgubljenih koledarskih dni razvrščajo na tretje mesto z 970.983 izgubljenimi koledarskimi dnevi. Na četrtem mestu glede na količino izgubljenih koledarskih dni se kot razlog razvršča nega družinskega člana, pri katerem je razvidno močno odstopanje glede na spol (glej sliko 15).

Preglednica 5: Izgubljeni koledarski dnevi in razlog zadržanosti

Razlog zadržanosti	Izgubljeni dnevi – skupaj	Izgubljeni dnevi – moški	Izgubljeni dnevi – ženske
Bolezen	9.385.342,0	3.983.746,0	5.401.596,0
Poškodbe izven dela	1.777.216,0	1.243.283,0	533.933,0
Poškodbe pri delu	970.983,0	709.281,5	261.701,5
Nega družinskega člana	606.994,0	105.587,5	501.406,5
Poškodbe po 3. osebi izven dela	262.497,0	183.536,0	78.961,0
Spremstvo	54.237,5	17.359,0	36.878,5
Izolacija	4.358,5	2.401,0	1.957,5
Poškodba nastala iz 18. čl. zakona	1.965,0	1.944,0	42,0
Poklicna bolezen	1.497,0	903,5	593,5
Transplantacija	843,5	641,5	202,0
Usposabljanje za rehabilitacijo otroka	769,5	86,5	683,0
Nerazvrščeno	111,0	-	113,5

Vir: IVZ 2011.

Število izgubljenih koledarskih dni po spolu glede na razlog odsotnosti prikazuje slika 15, pri čemer so za boljšo preglednost prikazani le prvi štirje razlogi. Iz slike je razvidno, da so ženske pogosteje kot moški odstopne zaradi boleznin in veliko bolj pogosto kot moški zaradi nege družinskega člana (glej slika 11). Medtem ko količina izgubljenih koledarskih dni zaradi boleznin pri ženskah pomeni 57 % skupne odsotnosti in moška 43 %, je odstopanje pri negi družinskega člana veliko večje. Pri slednjem razlogu namreč ženska odsotnost zajema kar 83 % in moška 17 %, torej so ženske veliko pogosteje bolniško odsotne zaradi nege družinskega člana kot moški. Na drugi strani podatki kažejo, da je so pogosteje kot pri ženskah pri moških razlogi za bolniško odsotnost poškodbe. Poškodbe izven dela se sicer uvrščajo na drugo mesto in poškodbe pri delu na tretje mesto razlogov za bolniško odsotnost. V obeh primerih poškodb na moške zaposlene odpade 70 % izgubljenih koledarskih dni zaradi odsotnosti z dela.



Slika 12: Razlogi za bolniško odsotnost po spolu

Vir: IVZ 2011.

Vrstni red razlogov za bolniško odsotnost ostaja nespremenjen pri razvrščanju po indeksu onesposabljanja, kjer daleč najvišjo vrednost dosega indeks onesposabljanja zaradi bolezni, ki znaša v povprečju 10,8. Med spoloma se pri bolezni kot razlogu za bolniško odsotnost tudi pri indeksu onesposabljanja kaže podobno razmerje, saj znaša indeks pri ženskah 14,1 in pri moških 8,2. Prav tako je indeks onesposabljanja pri moških višji v primeru poškodb izven dela in pri delu, medtem ko indeks pri negi družinskega člana skoraj v celoti zajema žensko populacijo (glej preglednica 6).

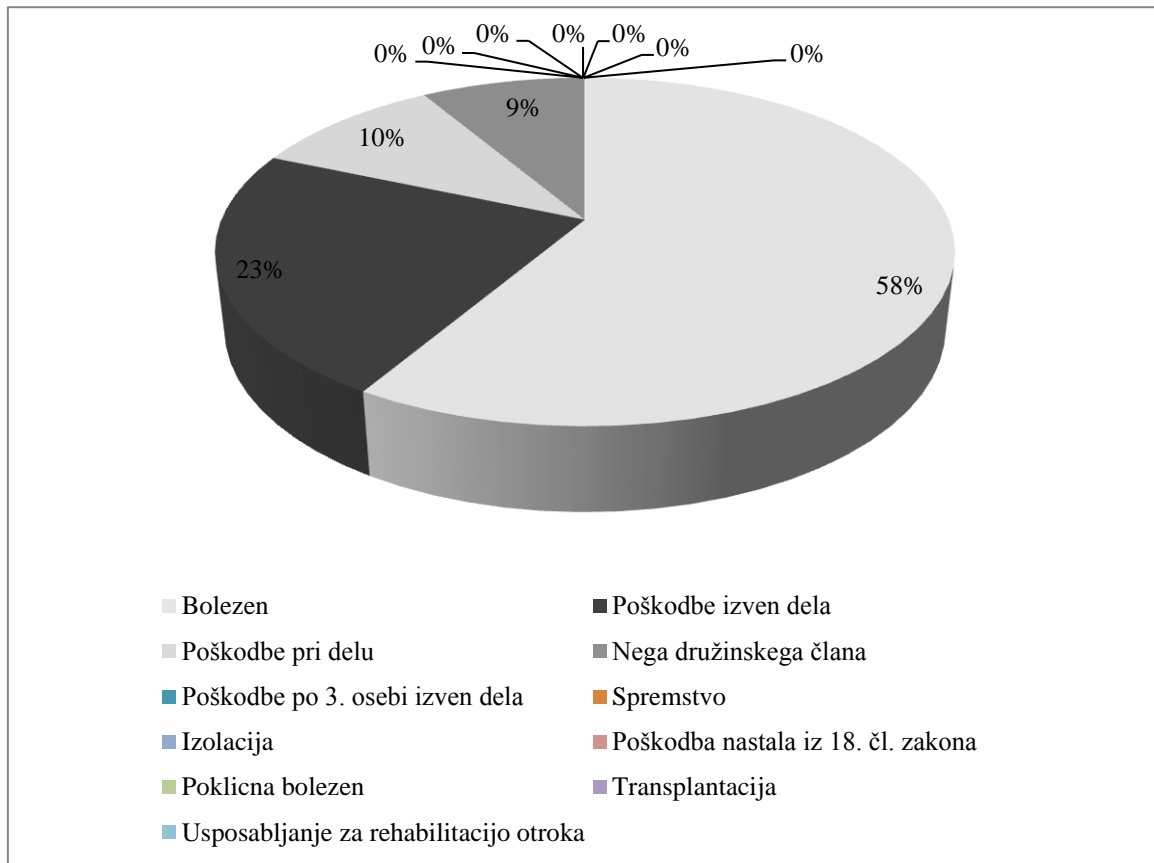
Preglednica 6: Indeks onesposabljanja in razlog zadržanosti

Razlog zadržanosti	Izgubljeni dnevi – skupaj	Izgubljeni dnevi – moški	Izgubljeni dnevi – ženske
Bolezen	10,84357	8,24735	14,12276
Poškodbe izven dela	2,05398	2,57474	1,39637
Poškodbe pri delu	1,12218	1,46865	0,68452
Nega družinskega člana	0,70118	0,21866	1,31075
Poškodbe po 3. osebi izven dela	0,30318	0,37988	0,20635
Spremstvo	0,06271	0,03597	0,09646
Izolacija	0,00504	0,00498	0,00511
Poškodba nastala iz 18. čl. zakona	0,00227	0,00402	0,00011
Poklicna bolezen	0,00173	0,00187	0,00155
Transplantacija	0,00097	0,00132	0,00053
Usposabljanje za rehabilitacijo otroka	0,00089	0,00018	0,00178

Vir: IVZ 2011.

Poklicna bolezen se kot razlog za bolniško odsotnost uvršča na deveto mesto, delež indeksa onesposabljanja zaradi poklicne bolezni pa znaša komaj 0,01 %. Neprimerno višje deleže imajo prvi štirje razlogi; bolezen 59 %, poškodbe izven dela 23 %, poškodbe na delu 10 % in nega družinskega člana 8 % (glej sliko 16). Že pri prvih štirih razlogih je razvidno veliko

nesorazmerje, ki bolezni in poškodbe izven dela prikazuje kot tista področja, na katera bi bilo najbolj smiselno usmerjati programe za promocijo in ohranjanje zdravja pri delu.



Slika 13: Razlogi za bolniško odsotnost z dela po indeksu onesposabljanja v odstotkih

Vir: IVZ 2011.

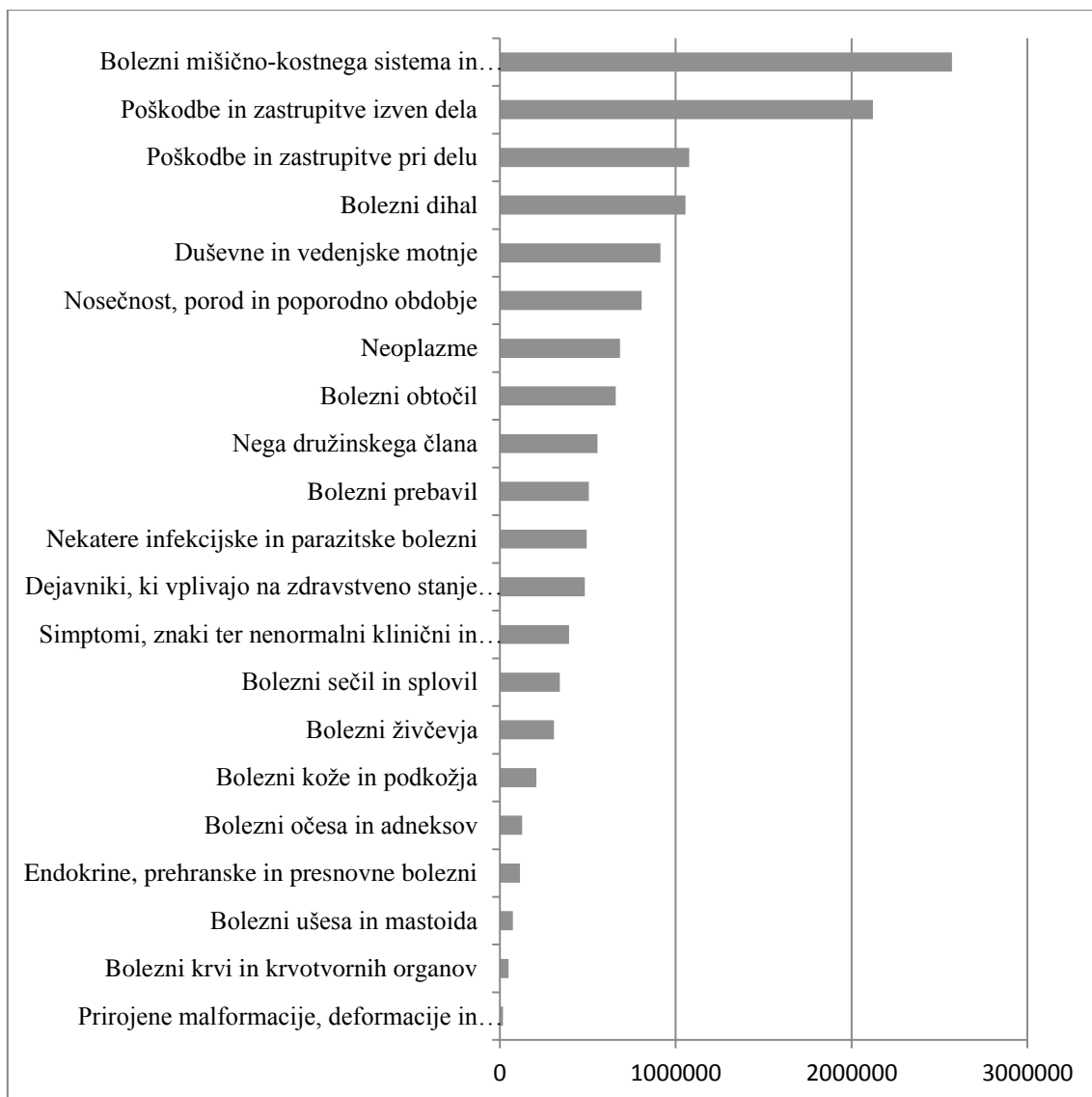
Bolezni se torej izkazujejo kot zelo očitno najbolj pogosti razlog za bolniško odsotnost z dela in so v nadaljevanju je natančneje razdelane po Mednarodni klasifikaciji bolezni, ki jo objavlja WHO in vsebuje vse znane bolezni in vzroke smrti, razvrščene v 21 kategorij. Iz podatkov je razvidno, da največ izgubljenih koledarskih dni povzročajo bolezni mišično-kostnega sistema in vezivnega tkiva, zaradi katerih je letno povprečno izgubljenih 2.570.300 koledarskih dni (glej preglednica 7). Tej količini tesno sledijo poškodbe in zastrupitve izven dela, zaradi katerih je letno izgubljenih 2.121.982 koledarskih dni (glej preglednica 7). Poškodbe in zastrupitve izven dela so med bolezenskimi razlogi za bolniško odsotnost na tretjem mestu, vendar je količina izgubljenih koledarskih dni v tem primeru za polovico nižja kot pri poškodbah in zastrupitvah izven dela ter znaša 1.076.911 dni.

Preglednica 7: Kategorije MKB in število izgubljenih koledarskih dni

Bolezen	Izgubljenih koledarskih dni
Bolezni mišično-kostnega sistema in vezivnega tkiva	2.570.300,0
Poškodbe in zastrupitve izven dela	2.121.982,0
Poškodbe in zastrupitve pri delu	1.076.911,0
Bolezni dihal	1.056.175,0
Duševne in vedenjske motnje	913.250,0
Nosečnost, porod in poporodno obdobje	805.821,2
Neoplazme	683.051,8
Bolezni obtočil	659.395,2
Nega družinskega člana	555.199,2
Bolezni prebavil	506.079,0
Nekatere infekcijske in parazitske bolezni	493.788,7
Dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje in na stik z zdravstveno službo	484.172,3
Simptomi, znaki ter nenormalni klinični in laboratorijski izvidi	393.896,7
Bolezni sečil in splovil	341.619,2
Bolezni živčevja	307.774,5
Bolezni kože in podkožja	207.885,5
Bolezni očesa in adneksov	127.307,8
Endokrine, prehranske in presnovne bolezni	114.861,3
Bolezni ušesa in mastoida	74.020,2
Bolezni krvi in krvotvornih organov	49.778,3
Prirojene malformacije, deformacije in kromosomske nenormalnosti	18.197,3

Vir: IVZ 2011.

Močno odstopanje bolezni, ki se po količini izgubljenih koledarskih dni uvrščajo na tretje in naslednja mesta, od bolezni na prvih dveh mestih je razvidno iz slike 14. Na četrtem, petem in šestem mestu se po količini izgubljenih koledarskih dni pojavljajo bolezni dihal z 1.056.175 izgubljenih koledarskih dni, duševne in vedenjske motnje z 913.250 izgubljenih koledarskih dni in nosečnost ter poporodno obdobje z 805.821,2 izgubljenega koledarskega dne. Nega družinskega člana, ki se je izkazala kot vzrok pogostejše bolniške odsotnosti žensk kot moških (glej podpoglavje Spol), je komaj na devetem mestu s 555.199,2 izgubljenega koledarskega dne letno. Količina izgubljenih koledarskih dni zaradi nege družinskega člana tudi ustreza razliki v količini letno izgubljenih koledarskih dni pri moških in ženskah.



Slika 14: Kategorije MKB in število izgubljenih dni

Vir: IVZ 2011.

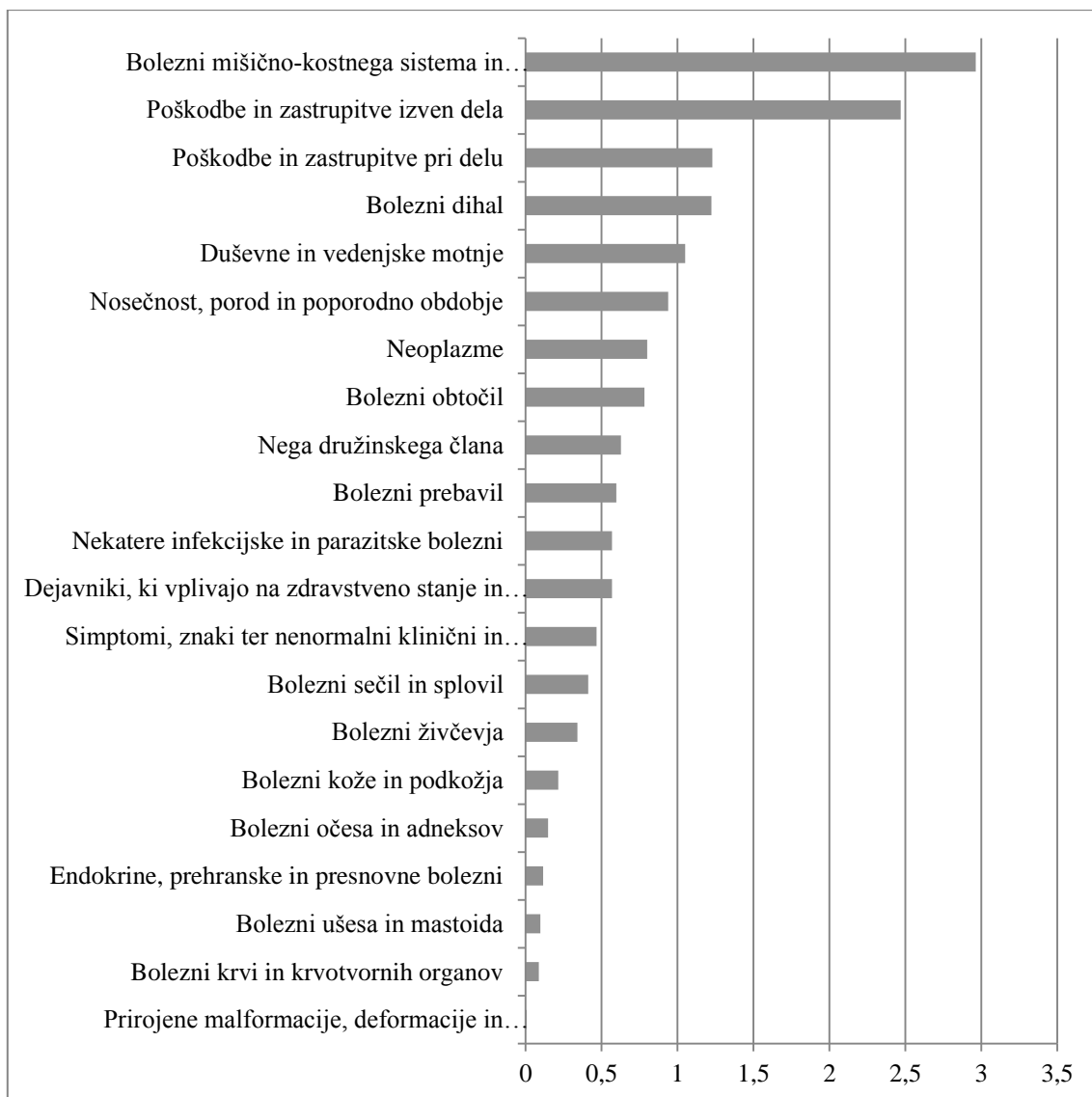
Podobno sliko kot količina izgubljenih koledarskih dni v povezavi z MKB-10 daje tudi indeks onesposabljanja. Bolezni se namreč glede na vrednosti indeksa razporejajo v isti vrstni red kot glede na količino izgubljenih koledarskih dni. Najvišjo vrednost tako dosegajo bolezni mišično-kostnega sistema, in sicer indeks onesposabljanja 2,96 (glej preglednica 8). Poškodbe in zastrupitve izven dela dosegajo vrednost indeksa onesposabljanja 2,47 in poškodbe in zastrupitve pri delu vrednost indeksa 1,23. Razmerje med posameznimi vrednostmi indeksa je podobno posameznim količinam izgubljenih koledarskih dni, zaradi česar sta tudi sliki količine izgubljenih koledarskih dni in vrednosti indeksa glede na MKB prekrivna (glej sliki 14 in 15).

Preglednica 8: Kategorije MKB in indeks onesposabljanja

Bolezen	Indeks onesposabljanja
Bolezni mišično-kostnega sistema in vezivnega tkiva	2,963333
Poškodbe in zastrupitve izven dela	2,470000
Poškodbe in zastrupitve pri delu	1,230000
Bolezni dihal	1,223333
Duševne in vedenjske motnje	1,050000
Nosečnost, porod in poporodno obdobje	0,938333
Neoplazme	0,800000
Bolezni obtočil	0,783333
Nega družinskega člana	0,628333
Bolezni prebavil	0,596667
Dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje in na stik z zdravstveno službo	0,568333
Nekatere infekcijske in parazitske bolezni	0,568333
Simptomi, znaki ter nenormalni klinični in laboratorijski izvidi	0,466667
Bolezni sečil in splovil	0,413333
Bolezni živčevja	0,341667
Bolezni kože in podkožja	0,215000
Bolezni očesa in adneksov	0,148333
Endokrine, prehranske in presnovne bolezni	0,115000
Bolezni ušesa in mastoida	0,096667
Bolezni krvi in krvotvornih organov	0,086667
Prirojene malformacije, deformacije in kromosomske nenormalnosti	0,008333

Vir: IVZ 2011.

Stolpec vrednosti indeksa poškodb in zastrupitev pri delu dosega tako kot v primeru količine izgubljenih koledarskih dni polovično višino stolpca poškodb in zastrupitev pri delu. Temu tesno sledi stolpec indeksa onesposabljanja bolezni dihal z vrednostjo 1,223, na petem mestu pa so po vrednosti indeksa onesposabljanja duševne in vedenjske motnje z indeksom onesposabljanja 1,05.



Slika 15: Kategorije MKB in indeks onesposabljanja

Vir: IVZ 2011.

Gospodarske dejavnosti

K ustreznemu usmerjanju investicij v zdravje zaposlenih pripomore tudi poznavanje situacije glede na gospodarske dejavnosti. IVZ podaja podatke za 89 skupin dejavnosti po SKD, in sicer za leti 2009 in 2010 (glej prilogo 1 in 2), medtem ko so v nadaljevanju predstavljene povprečne vrednosti izgubljenih koledarskih dni in indeksa onesposabljanja v letih 2009 in 2010 za posamezno gospodarsko dejavnost (glej preglednica 9). Zanimive so predvsem tiste skupine dejavnosti, ki najmočneje odstopajo od povprečja 155.557,3 izgubljenih koledarskih dni in indeksa onesposabljanja 14,7. Pri osredotočanju na skrajne vrednosti je treba upoštevati dejstvo, da število izgubljenih koledarskih dni in indeks onesposabljanja pri dejavnostih pogosto ne izkazujeta istega odklona. To ne velja zgolj za vrednosti skupine brezposelnih z

nadomestilom, ki letno dosega 1.132.118 izgubljenih dni in je s tem na najvišjem mestu izgubljenih koledarskih dni, medtem ko podatek o indeksu onesposabljanja ni na voljo (glej preglednica 9). Najnižji vrednosti tako izgubljenih koledarskih dni kot tudi indeksa onesposabljanja dosega dejavnost pridobivanja rud, medtem ko sta nadaljnji zaporedji dejavnosti na lestvicah izgubljenih dni in indeksa onesposabljanja precej neskladni.

Med dejavnosti, ki dosegajo manj kot 10.000 izgubljenih koledarskih dni letno, se poleg pridobivanja rud uvrščajo proizvodnja koksa in naftnih derivatov, ribištvo in gojenje vodnih organizmov, storitve za rudarstvo, saniranje okolja in drugo ravnanje z odpadki, vodni promet, dajanje v zajem in nakup, ravnanje z odplakami in dejavnosti v zvezi s filmi ter video- in zvočnimi zapisi (glej preglednica 9). Dve od teh dejavnosti, in sicer proizvodnja koksa in naftnih derivatov ter storitve za rudarstvo so na drugi strani na samem vrhu vrednosti indeksa onesposabljanja. Ta za proizvodnjo koksa in naftnih derivatov znaša kar 22,6 in za storitve za rudarstvo 23,6, kar obe dejavnosti uvršča med pet z najvišjim indeksom onesposabljanja, medtem ko storitve za rudarstvo izkazujejo 2.375,5 izgubljenega koledarskega dne, proizvodnja koksa in naftnih derivatov pa zgolj 1.105 izgubljenih koledarskih dni (glej preglednica 9).

Še višje vrednosti indeksa onesposabljanja poleg proizvodnje koksa in naftnih derivatov ter storitev za rudarstvo dosegajo proizvodnja tekstilij z indeksom onesposabljanja 24,7, proizvodnja oblačil z indeksom onesposabljanja 26,3 in proizvodnja drugih vozil in plovil z indeksom onesposabljanja 29,6. Nobena od teh dejavnosti pa ne izkazuje visoko količino izgubljenih koledarskih dni, saj se proizvodnja drugih vozil in plovil s količino izgubljenih koledarskih dni 27.671 uvršča pod povprečje količine izgubljenih koledarskih dni, proizvodnja tekstilij in proizvodnja oblačil pa ga s 127.247 in 142.037 le nekoliko presemeta (glej preglednica 9).

Tudi dejavnosti, ki dosegajo visoke količine izgubljenih koledarskih dni, se na drugi strani uvrščajo med dejavnosti z nizkimi vrednostmi indeksa onesposabljanja. V zdravstvu je tako letno izgubljenih 616.104 koledarskih dni, medtem ko dejavnost dosega indeks onesposabljanja 16,35. Trgovina na drobno letno pomeni 839.475,5 dneva izgubljenih koledarskih dni, medtem ko ista dejavnost dosega indeks onesposabljanja 15,1 ter se po indeksu onesposabljanja uvršča na 50 mesto. Dejavnost javne uprave, obrambe in obvezne socialne varnosti dosega količino 850.095,5 izgubljenega koledarskega dne letno, medtem ko se z indeksom onesposabljanja 18,85 uvršča tik nad trgovino na drobno na 54 mesto. Še večje obratno razmerje dosega dejavnost izobraževanja, v kateri je letno izgubljenih kar 900.640,5 koledarskega dne in se z indeksom onesposabljanja 13,25 uvršča pod povprečje njegove vrednosti.

Taka odstopanja oziroma nesorazmerja med številom izgubljenih dni in indeksom onesposabljanja implicirajo vprašanje, kaj naj služi kot orientacija pri usmerjanju investicij. Nizko število izgubljenih dni z visokim indeksom onesposabljanja pomeni majhno število

zaposlenih v določeni dejavnosti, kar lahko namiguje na njeno manjšo pomembnost v okviru državne politike. Dejavnost izobraževanja je tako s stališča konkretne vrednosti izgubljenih koledarskih dni najbolj prizadeta, medtem ko pa posamezni zaposleni v izobraževanju sploh niso veliko bolniško odstotni oziroma povprečno 13,25 dni letno. Ali torej vlagati v programe ohranjanja zdravja in spodbujanja zdravega načina življenja v dejavnostih, kjer so zaposleni pogosto odsotni in kjer na državni ravni ni večje izgube, ali v dejavnostih, kjer zaposleni niso pogosto bolniško odstotni, pa to na državni ravni pomeni večje izgube? Če po nižji individualni bolniški odsotnosti sklepamo, da ljudje v tej dejavnosti bolje skrbijo za svoje zdravje, so lahko vlaganja manj učinkovita. Ker visoka količina izgubljenih koledarskih dni in nizka vrednost indeksa onesposabljanja pomeni tudi večje število zaposlenih, to hkrati pomeni tudi večje investicije. S teh dveh stališč se je torej bolj smiselno ukvarjati z upravljanjem zdravja v dejavnostih oziroma kar skupinah, ki dosegajo visok indeks onesposabljanja, tudi če hkrati ne kažejo visoke količine izgubljenih koledarskih dni. Zaposleni v teh dejavnostih so namreč pogosteje bolni in je torej očitno njihovo zdravje zelo slabo, če pa v skupno število izgubljenih koledarskih dni prispevajo manjše količine, to pomeni manjšo količino zaposlenih in hkrati manjše investicije.

Preglednica 9: Izgubljeni koledarski dnevi in indeks onesposabljanja po dejavnostih

ZM	Dejavnost	ID	ZM	Dejavnost	IO
1	Pridobivanje surove nafte in zemeljskega plina	-	1	Pridobivanje surove nafte in zemeljskega plina	-
2	Proizvodnja tobačnih izdelkov	-	2	Proizvodnja tobačnih izdelkov	-
3	Dejavnost gospodinjstev z zaposlenim hišnim osebjem	-	3	Dejavnost gospodinjstev z zaposlenim hišnim osebjem	-
4	Raznovrstna proizvodnja gospodinjstev za lastno rabo	-	4	Raznovrstna proizvodnja gospodinjstev za lastno rabo	-
5	Dejavnost eksteritorialnih organizacij in teles	-	5	Dejavnost eksteritorialnih organizacij in teles	-
6	Pridobivanje rud	26,5	6	Brezposelni z nadomestilom, pomanjkljivi podatki	-
7	Proizvodnja koksa in naftnih derivatov	1.105,0	7	Pridobivanje rud	3,0
8	Ribištvo in gojenje vodnih organizmov	2.097,5	8	Računalniško programiranje, svetovanje ipd.	6,4
9	Storitve za rudarstvo	2.375,5	9	Dejavnosti v zvezi s filmi, video- in zvočnimi zapisi	7,3
10	Saniranje okolja in drugo ravnanje z odpadki	3.722,0	10	Znanstvena raziskovalna in razvojna dejavnost	7,4
11	Vodni promet	4.558,5	11	Uprava podjetij, poslovno svetovanje	7,7
12	Dajanje v zajem in nakup	4.981,5	12	Druge strokovne in tehnične dejavnosti	7,9
13	Ravnanje z odplakami	6.921,0	13	Dejavnost članskih organizacij	8,1
14	Dejavnosti v zvezi s filmi, video- in zvočnimi zapisi	7.578,0	14	Pravne in računovodske dejavnosti	8,3
15	Veterinarstvo	10.052,5	15	Kulturne in razvedrilne dejavnosti	8,4
16	Zračni promet	11.335,0	16	Dajanje v zajem in nakup	8,6
17	Popravila računalnikov in izdelkov za široko rabo	13.222,0	17	Športne in druge dejavnosti za prosti čas	8,6
18	Pridobivanje rudnin in kamnin	18.184,5	18	Popravila in montaža strojev in naprav	8,9
19	Druge informacijske dejavnosti	18.376,5	19	Arhitekturno in tehnično projektiranje	9,0
20	Dejavnost potovalnih agencij	19.831,5	20	Oglaševanje in raziskovanje trga	9,2
21	Druge strokovne in tehnične dejavnosti	21.221,5	21	Pomožne finančne in zavarovalniške storitve	9,8
22	Športne in druge dejavnosti za prosti čas	27.492,5	22	Popravila računalnikov in izdelkov za široko rabo	9,9
23	Proizvodnja drugih vozil in plovil	27.671,0	23	Ribištvo in gojenje vodnih organizmov	10,1

24	Dejavnost članskih organizacij	29.119,5	24	Telekomunikacijska dejavnost	10,3
25	Oglaševanje in raziskovanje trga	29.259,5	25	Zaposlovalne dejavnosti	10,4
26	Pomožna finančna in zavarovalniška dejavnost	29.463,0	26	Dejavnost potovalnih agencij	10,4
27	Radijska in televizijska dejavnost	32.352,5	27	Posredništvo in trgovina na debelo	10,7
28	Proizvodnja pijač	33.696,5	28	Založništvo	10,8
29	Založništvo	36.599,5	29	Druge informacijske dejavnosti	10,8
30	Pisarniške in poslovne storitve	37.140,0	30	Specializirana gradbena dela	10,8
31	Popravila in montaža strojev in naprav	37.293,5	31	Kopenski promet; cevovodni transport	11,1
32	Gozdarstvo	38.144,5	32	Poslovanje z nepremičninami	11,4
33	Pridobivanje premoga	38.589,5	33	Trgovina z motornimi vozili in popravila	12,0
34	Druge raznovrstne predelovalne dejavnosti	39.370,0	34	Dejavnost knjižnic, arhivov, muzejev ipd.	12,0
35	Dejavnost knjižnic, arhivov, muzejev ipd.	40.756,0	35	Druge storitvene dejavnosti	12,0
36	Prirrejanje iger na srečo	43.507,0	36	Dejavnost strežbe jedi in pijač	12,2
37	Znanstvena raziskovalna in razvojna dejavnost	43.831,5	37	Veterinarstvo	12,2
38	Kulturne in razvedrilne dejavnosti	44.189,5	38	Radijska in televizijska dej	12,3
39	Poslovanje z nepremičninami	46.853,0	39	Kmetijska proizvodnja in lov	12,8
40	Telekomunikacijska dejavnost	48.541,0	40	Skladiščenje in prometne dejavnosti	13,2
41	Zaposlovalne dejavnosti	56.633,5	41	Izobraževanje	13,3
42	Računalniško programiranje, svetovanje ipd.	57.009,0	42	Pisarniške in poslovne storitve	13,7
43	Zbiranje, prečiščevanje in distribucija vode	62.510,5	43	Gradnja stavb	13,8
44	Uprava podjetij in poslovno svetovanje	70.781,5	44	Druge raznovrstne predelovalne dejavnosti	13,9
45	Proizvodnja usnja, usnjenih in sorodnih izdelkov	73.841,0	45	Dejavnost finančnih storitev	13,9
46	Tiskarstvo in razmnoževanje posnetih nosilcev zapisa	74.311,5	46	Oskrba z električno energijo, plinom	14,0
47	Upravljanje z odpadki	74.633,5	47	Dejavnost zavarovanja, skladov	14,7
48	Socialno varstvo brez nastanitve	76.720,5	48	Proizvodnja farmacevtskih surovin in preparatov	15,0

49	Proizvodnja papirja in izdelkov iz papirja	80.463,0
50	Pravne in računovodske dejavnosti	81.638,5
51	Dejavnost zavarovanja in skladov	91.708,5
52	Proizvodnja farmacevtskih surovin in preparatov	94.615,0
53	Druge storitvene dejavnosti	987.59,5
54	Oskrba z električno energijo, plinom in paro	107.836,0
55	Varovanje in poizvedovalne dejavnosti	127.008,0
56	Proizvodnja tekstilij	127.247,0
57	Proizvodnja kemikalij, kemičnih izdelkov	133.428,5
58	Poštna in kurirska dejavnost	137.730,5
59	Arhitekturno in tehnično projektiranje	138.917,0
60	Skladiščenje in spremljajoče prometne dejavnosti	139.471,0
61	Proizvodnja oblačil	142.037,0
62	Proizvodnja elektronike in optike	150.220,5
63	Proizvodnja kovin	156.238,0
64	Dejavnost oskrbe stavb in okolice	161.310,5
65	Proizvodnja nekovinskih mineralnih izdelkov	161.710,0
66	Proizvodnja pohištva	171.687,5
67	Trgovina z motornimi vozili in popravila motornih vozil	177.471,0
68	Gradnja inženirskih objektov	181.220,0
69	Ob- in predelava lesa, plute, slame ipd.	183.295,5
70	Kmetijska proizvodnja in lov	192.354,0
71	Gostinske nastanitvene dejavnosti	199.678,0
72	Proizvodnja izdelkov iz gume in plastičnih mas	206.208,0
73	Dejavnost finančnih storitev	212.360,5

49	Zbiranje, prečiščevanje in distribucija vode	15,0
50	Trgovina na drobno, razen z motornimi vozili	15,1
51	Gradnja inženirskih objektov	15,2
52	Prirejanje iger na srečo	15,2
53	Tiskarstvo in razmnoževanje nosilcev zapisa	15,4
54	Javna uprava, obramba, obvezna socialna varnost	15,8
55	Zračni promet	15,9
56	Pridobivanje rudnin in kamnin	16,0
57	Vodni promet	16,0
58	Socialno varstvo brez nastanitve	16,1
59	Proizvodnja izdelkov iz gume in plastičnih mas	16,2
60	Proizvodnja kovinskih izdelkov	16,2
61	Zdravstvo	16,3
62	Upravljanje z odpadki	16,6
63	Varovanje in poizvedovalne dejavnosti	17,1
64	Gozdarstvo	17,2
65	Proizvodnja drugih strojev in naprav	17,6
66	Poštna in kurirska dejavnost	18,3
67	Proizvodnja motornih vozil, prikolic in polprikolic	18,4
68	Proizvodnja papirja in izdelkov iz papirja	18,7
69	Saniranje okolja in drugo ravnanje z odpadki	18,9
70	Proizvodnja elektronskih in optičnih izdelkov	19,2
71	Proizvodnja pijač	19,4
72	Proizvodnja kemikalij, kemičnih izdelkov	19,5
73	Proizvodnja živil	19,6

74	Socialno varstvo z nastanitvijo	229.026,0
75	Proizvodnja motornih vozil, prikolic	234.605,0
76	Proizvodnja drugih strojev in naprav	242.420,0
77	Proizvodnja živil	261.776,0
78	Dejavnost strežbe jedi in pijač	270.209,5
79	Kopenski promet; cevovodni transport	309.583,5
80	Gradnja stavb	357.853,5
81	Proizvodnja električnih naprav	382.504,0
82	Specializirana gradbena dela	426.088,5
83	Posredništvo in trgovina na debelo	462.071,5
84	Proizvodnja kovinskih izdelkov	501.729,5
85	Zdravstvo	616.104,0
86	Trgovina na drobno, razen z motornimi vozili	839.475,5
87	Javna uprava, obramba, obvezna socialna varnost	850.095,5
88	Izobraževanje	900.640,5
89	Brezposelni z nadomestilom, pomanjkljivi podatki	1.132.118,0

74	Obdelava in predelava lesa, plute, slame ipd.	19,6
75	Proizvodnja kovin	19,6
76	Proizvodnja usnja, usnjenih in sorodnih izdelkov	19,8
77	Proizvodnja pohištva	19,8
78	Dejavnost oskrbe stavb in okolice	20,0
79	Socialno varstvo z nastanitvijo	20,0
80	Proizvodnja električnih naprav	20,2
81	Proizvodnja nekovinskih mineralnih izdelkov	20,7
82	Gostinske nastanitvene dejavnosti	20,7
83	Ravnanje z odplakami	21,6
84	Pridobivanje premoga	21,7
85	Proizvodnja koksa in naftnih derivatov	22,6
86	Storitve za rudarstvo	23,6
87	Proizvodnja tekstilij	24,7
88	Proizvodnja oblačil	26,3
89	Proizvodnja drugih vozil in plovil	29,6

Vir: IVZ 2011.

4.4 Interpretacija podatkov

Količina izgubljenih dni in indeks onesposabljanja kot pomembna pokazatelja zdravja zaposlenih izkazujeta povezanost z vsemi analiziranimi spremenljivkami. Dobre in optimistične napovedi v zvezi z zdravjem zaposlenih je mogoče podati na osnovi opazovanja gibanja količine izgubljenih koledarskih dni in indeksa onesposabljanja v zadnjih letih, saj obe vrednosti med letoma 2005 in 2010 padata, s čimer je tudi zavrnjena četrta hipoteza. Če bi padala samo količina izgubljenih koledarskih dni, bi to lahko preprosto pomenilo zgolj močno manjšanje števila zaposlenih, vendar sorazmerno s količino letno izgubljenih koledarskih dni zaradi bolniške odsotnosti pada tudi vrednost indeksa onesposabljanja. To potrjuje boljše zdravstveno stanje zaposlenih, če zanemarimo druge možnosti, ki bi morda lahko vplivale na znižanje bolniške odsotnosti. Če bi se tako gibanje na primer pojavilo šele v letu 2008 z nastopom ekonomske krize, bi lahko tudi sklepali, da se zaposleni izogibajo uveljavljanju pravice do bolniške odsotnosti, saj se bojijo izgube zaposlitve. Ker je padec bolniške odsotnosti zaznati že med letoma 2005 in 2006, ko je padec tudi najbolj izrazit, ga torej ne povezujemo z zunanjimi gospodarskimi dejavniki. Ker so nekatera podjetja v Sloveniji že pričela z izvajanjem nekaterih programov za izboljšanje zdravja zaposlenih in zmanjšanje nesreč pri delu, gre morda tudi za vpliv teh dejavnikov. Hkrati so se v prvem desetletju tretjega tisočletja pojavili tudi drugi javni programi za promocijo zdravja in se morda dejansko izboljšuje javno zdravje.

Bolj statično ostaja razmerje med zdravjem žensk in zdravjem moških, pri čemer je pri ženskah zabeležena očitno višja stopnja bolniške odsotnosti ne glede na mersko enoto, s čimer je zavrnjena druga hipoteza. Iz podatkov o razlogih zadržanosti je tudi mogoče razbrati, da so ženske veliko pogosteje odsotne zaradi nege družinskega člana kot moški ter pogosteje zaradi bolezni kot moški. Bolezni in nega družinskega člana sta torej razloga za večjo bolniško odsotnost žensk. Pri tem je predvsem s stališča podjetij težko vplivati na bolezni družinskih članov, predvsem če predvidevamo da gre za majhne otroke. Nekatera podjetja sicer v posebne promocijske akcije zdravja vključujejo tudi družinske člane zaposlenih, določeni elementi pa se v primeru sprememb pri enem članu verjetno prenašajo tudi na druge družinske člane. Kljub temu bi težko trdili, da obstajajo mehanizmi za zmanjševanje obolevnosti otrok, za katere najverjetneje v času bolezni skrbijo ženske zaposlene in so zaradi tega bolniško odsotne. Mnogo lažje se tako podjetja kot tudi državna politika osredotočata na zmanjševanje bolezni kot najpogostejši vzrok odsotnosti z dela in tudi razlog za večjo žensko bolniško odsotnost.

Moški na drugi strani izkazujejo večjo nagnjenost k poškodbam izven dela in poškodbam pri delu. Večjo razliko med spoloma je zaznati pri poškodbah na delovnem mestu, kar je na nek način predvidljivo zaradi fizično napornejših in nevarnejših moških poklicev. Pri preostalih razlogih kot so poškodbe po 3. osebi izven dela, spremstvo, izolacija, poškodba nastala iz 18. člena zakona, poklicna bolezen, transplantacija, usposabljanje za rehabilitacijo otroka je prav

tako zaznati določena odstopanja pri spolih, vendar so ti razlogi precej redkeje vzrok za bolniško odsotnost in so zaradi tega s stališča upravljanja programov za promocijo in izboljševanje zdravja tudi manj pomembni. Pri vseh vrstah poškodb je tako razvidna večja nagnjenost k poškodbam pri moških, medtem ko sta pri ženskah pogosteje kot pri moški razlog za odsotnost spremstvo in usposabljanje za nego otroka.

Kot pričakovano in predpostavljeno v prvi hipotezi, se število izgubljenih koledarskih dni povečuje s starostjo, pri čemer pa je naraščanje vrednosti bolj kot pri količini izgubljenih koledarskih dni vztrajno pri vrednosti indeksa onesposabljanja. Medtem ko se namreč število koledarskih dni povečuje s starostjo do starostne skupine med 50 in 54 let in nato strmo upade, indeks onesposabljanja upade šele v starostni skupini med 65 in 69 let. Razlog za to nesorazmerje gre iskati v številu zaposlenih, ki se pri starostni skupini nad 50 že znižuje, medtem ko sama povprečna bolniška odsotnost posameznika še naprej narašča. Precej nenavadno je tudi, da se naraščanje bolniške odsotnosti prekine in da odsotnost glede na mlajšo starostno skupino pade pri starostni skupini med 35 in 39 letom. Starostni skupini med 35 in 39 ter med 40 in 44 leti sta tako manj bolniško odsotni od starostne skupine med 30 in 34 leti. Prva hipoteza je tako delno potrjena, saj se količina izgubljenih koledarskih dni popolnoma ne povečuje premo sorazmerno s starostjo.

Pri natančnejšem vpogledu in razčlembi najpogostejšega razloga odsotnosti oziroma bolezni, lahko ugotovljamo pomembnost posameznih skupin bolezni oziroma njihov vpliv na bolniško odsotnost zaposlenih v Sloveniji. Največ bolniške odsotnosti tako povzročajo bolezni mišično-kostnega sistema in vezivnega tkiva, ki so že leta največji problem tako v Sloveniji kot tudi drugje po svetu, neposredno pa so povezane s slabimi ergonomskimi pogoji za delo. Ti so lahko posledica same dejavnosti ali pa narave dela, načina dela, delovnega okolja, tempa dela, ekoloških pogojev ali pa posledica konkretnih težav pri postavitvah delovne opreme, položajih pri delu, zmožnostih posameznika za določeno delo itd. (Perko 2011). Zelo smiselno bi bilo torej investiranje v izboljšanje ergonomskih pogojev zaposlenih, saj bi bil učinek investicije zelo neposreden in hkrati neodvisen od drugih dejavnikov. Reševanje težav zaradi slabih ali ne-ergonomskih pogojev za delo je eno najpogostejših in pa velikokrat izjemno učinkovitih, lahko tudi brez večjih ekonomskih vlaganj v proizvodnjo, opremo, naprave. Potrebna je le natančna analiza stanja in iskanje primernih in učinkovitih rešitev (Perko 2011).

Drugi najbolj pogost razlog za bolniško odsotnost so poškodbe in zastrupitve izven dela, na kar samo podjetje težko neposredno vpliva. Pri tem lahko investira v programe promocije zdravja oziroma izobraževanje zaposlenih o nesrečah in preventivnih ukrepih za preprečevanje takih nesreč. Veliko bolj neposredno lahko podjetje vpliva na poškodbe in zastrupitve pri delu, kjer lahko poleg programov in izobraževanj ukrepa tudi neposredno s povečanjem varnostnih pogojev. Poškodbe in zastrupitve pri delu so tretji najpogostejši razlog za bolniško odsotnost zaposlenih, torej je usmerjanje investicij na to področje smiselno in

lahko hkrati pomeni že kratkoročne učinke, ko gre za višanje stopnje varnosti pri delu. Zelo podobno stopnjo bolniške odsotnosti kot poškodbe in zastrupitve pri delu izkazujejo tudi bolezni dihal. Med najpogostejše boleznimi dihal pri nas sodijo zlasti virusna okužba dihal ali prehlad, pljučnica, astma, kronična obstruktivna pljučna bolezen, bronhiektazije in pljučni rak (DPABS 2011).

Duševne in vedenjske motnje so peti najpogostejši razlog za bolniško odsotnost, pri čemer se v javnosti pogosto pojavljajo opozorila, da se na vse več delovnih mestih pojavlja preobremenjenost, ki vodi v psihične in posredno fizične posledice za zdravje. Stres je pomemben dejavnik, ki negativno vpliva na duševno zdravje ter tudi neposredno na delovno učinkovitost, zaradi česar bi mu morali posvečati še več pozornosti (Perko 2011). Težave in pritiski na delovnem mestu so tudi sicer pogosto sami neposredni vzrok za razvoj duševnih in vedenjskih motenj, zaradi česar bi bili programi za odpravljanje v tem okviru nezdravih pogojev za delo že sami po sebi potrebni. Promocija zdravja na tem področju deluje na principu promoviranja in usposabljanja vseh vpletenih v delovne procese z namenom omogočiti in ustvarjati čim bolj zdrava delovna mesta. Odpraviti se skuša čim več negativnih dejavnikov in vpeljati nove načine dela in razmišljanja. Pri tem mora biti želja po spremembi in rezultatu pri vseh v delovni organizaciji (Perko 2011).

Pomembno za usmerjanje programov za ohranjanje in izboljševanje zdravja je nedvomno tudi ugotavljanje delovnih področij oziroma dejavnosti, v katerih se kaže največ zdravstvenih problemov oziroma bolniške odsotnosti. Pregled bolniške odsotnosti po dejavnosti kaže na velike razlike v količini letno izgubljenih koledarskih dni zaradi bolniške odsotnosti ter razlike v vrednosti indeksa onesposabljanja. Razpon med dejavnostjo z najnižjo in najvišjo količino izgubljenih koledarskih dni letno namreč obsega vrednost od 26,6 letno izgubljenih dni v dejavnosti pridobivanja rud do 900.640,5 izgubljenih koledarskih dni v dejavnosti izobraževanja. Razlike v vrednosti indeksa onesposabljanja so prav tako zelo velike, in sicer znaša indeks v dejavnosti pridobivanja rud 3 in v proizvodnji drugih vozil in plovil 29,6, kar je skoraj desetkratnik najnižje vrednosti indeksa. Razlike v stopnji bolniške odsotnosti pri posameznih dejavnostih so torej pomembne, kar potrjuje tretjo hipotezo in nakazuje dejavnik, ki ga je treba upoštevati pri upravljanju programov zdravja.

Ker se pri obravnavanju dejavnosti kažejo tudi velike razlike med razmerjem količine izgubljenih koledarskih dni in vrednostmi indeksa onesposabljanja, smo se posvetili temu, ali se osredotočati na dejavnosti z veliko količino izgubljenih koledarskih dni ali z visokimi vrednostmi indeksa onesposabljanja. Pri tem smo ugotovili, da je v zvezi z investicijami in njihovimi povrnitvami bolj smiselno slediti indeksu onesposabljanja. Velika količina izgubljenih koledarskih dni v določeni dejavnosti namreč ne pomeni nujno tega, da so zaposleni v tej dejavnosti pogosteje bolniško odsotni, ampak zgolj da dejavnost zaposluje veliko količino ljudi. Visok indeks onesposabljanja na drugi strani kaže na to, da so posamezniki v določeni dejavnosti pogosteje bolniško odsotni in je torej na njihovo zdravje

lažje in tudi treba vplivati. Visok indeks onesposabljanja in nizka količina izgubljenih koledarskih dni pomeni tudi manj zaposlenih in torej manjšo investicijo. Ne le državna politika, temveč tudi podjetja sama si lahko tako pri investicijah in predvidevanjih o njihovi učinkovitosti pomagajo z relacijo teh podatkov.

5 SKLEP

Zaposleni postajajo v sodobni družbi vse pomembnejši v smislu njihovih individualnih sposobnosti in niso več zgolj nadomestljivi člen v procesni verigi. Pomen kadrov postaja tako vse večji in kompleksnejši, pri sposobnostih zaposlenih pa niso pomembne zgolj one same, temveč tudi vsi drugi dejavniki, ki omogočajo učinkovito izrabo njihovega potenciala. Med dejavniki delovne učinkovitosti je tudi zdravje zaposlenih, katerega pomena se zaveda vse več podjetij v tujini in postopoma tudi v Sloveniji. Ustanavljajo se novi programi in nove dejavnosti upravljanja s kadri, ki se usmerjajo predvsem v ohranjanje in izboljševanje zdravja zaposlenih. Cilj programov pri tem ni zgolj izboljševanje delovne učinkovitosti zaradi boljše fizične in psihične pripravljenosti zaposlenih, ampak hkrati tudi zmanjševanje stopnje bolniške odsotnosti. Bolniška odsotnost zaposlenih namreč lahko predstavlja oviro za normalno delovanje celotne organizacije, saj je težko neposredno nadomestiti zaposlenega ter nekatere njegove specifične sposobnosti. Delujoči procesi so tako zaradi bolniške odsotnosti na več načinov prizadeti, hkrati pa povzročajo tudi druge neposredne stroške za zaposlenega, podjetje in državo. Zmanjševanje bolniške odsotnosti je s tega stališča koristno za vse vključene, kar je dober temelj za vzpostavljanje dobrega sodelovanja pri mehanizmih zmanjševanja zdravstvenih težav zaposlenih.

Stanje zdravja zaposlenih se v Sloveniji sodeč po stopnji bolniške odsotnosti sicer v zadnjih letih izboljšuje, kar lahko med drugim pripisujemo tudi začetkom izvajanja različnih programov promocije zdravja na delovnem mestu. Podjetja po svetu in tudi v Sloveniji se ponekod že zavedajo, da zdravje zaposlenih vpliva na njihovo poslovanje in so zato investicije v zdravje koristne ne zgolj za zaposlene same temveč tudi za podjetje. V Sloveniji so prav tako prisotni programi promocije zdravja na državni ravni, ki podjetja in posameznike spodbujajo k izobraževanju in delovanju na področju zdravja na delovnem mestu. Po zgledu iz tujine je pričakovati, da se bodo programi za izboljševanje varnosti in zdravja pri delu, še naprej širili in postajali del upravnih procesov v vse več podjetjih in delovnih organizacijah. Pri tem igrajo pomembno vlogo analize zdravja zaposlenih, s pomočjo katerih lahko programe ustrezno usmerjamo.

Analize podatkov o stopnjah bolniške odsotnosti v Sloveniji namreč kažejo, da obstajajo posamezne skupine zaposlenih, pri katerih se kažejo večja odstopanja v stopnji bolniške odsotnosti in bi veljalo pozornost usmeriti predvsem nanje. Prva skupina zaposlenih, pri katerih je zabeležena večja bolniška odsotnost so ženske. Vzrok za večjo bolniško odsotnost žensk je poleg bolniške odsotnosti zaradi bolezni otroka, na katero samo podjetje težje vpliva, tudi splošna večja obolevnost žensk. V programe promocije zdravja in izobraževanja se lahko torej močneje usmerjajo predvsem kolektivi s pretežno ženskimi kolektivi. Med drugim velja tudi iskati poti, kako s programi posredno vplivati tudi na manjšo obolevnost otrok. Pri moških zaposlenih na drugi strani je prisotna veliko večja bolniška odsotnost zaradi poškodb izven dela in poškodb pri delu. Na tem področju lahko podjetja neposredno posegajo v

stopnja bolniške odsotnosti tako, da poskrbijo za varnejše delovne pogoje, s čimer bi znižala bolniško odsotnost zaradi poškodb pri delu. Na zmanjševanje poškodb izven dela lahko podjetja vplivajo s promocijo ter informiranjem. V take programe lahko torej vlagajo predvsem podjetja s pretežno moškimi kolektivi.

Stopnja bolniške odsotnosti niha tudi v odvisnosti od starosti, pri čemer so načeloma starejši bolj nagnjeni k boleznim. Podjetja s starejšimi kolektivi se lahko zato usmerjajo predvsem v programe, ki imajo kratkoročni učinek. Stopnja bolniške odsotnosti se pri posameznikih zvišuje s starostjo, vendar pa to zdaleč ne pomeni, da se naj podjetja z mlajšimi kolektivom izogibajo investiranju v zdravje zaposlenih. Prej velja, da se lahko odločajo za programe z dolgoročnim učinkom. Poleg povprečnih vrednosti kazalnikov naj podjetja in delovne organizacije upoštevajo tudi posebnosti, ki se pojavljajo v njihovih kolektivih. Analize zdravja zaposlenih ponujajo za to dejavnost specializirana podjetja, ki poleg analize pripravijo tudi ustrezne programe, osredotočene na različne problematike. Podjetja lahko v ta namen tudi zaposlijo določen kader in tako vodijo kontinuirano politiko promocije in ohranjanja zdravja zaposlenih.

Kot zelo problematično področje se poleg poškodb kažejo tudi bolezni mišično-kostnega sistema in vezivnega tkiva, kar ni zgolj značilnost Slovenije, ampak se s podobnimi težavami srečujejo tudi drugod po svetu. Vpliv na ta dejavnik je mogoče vršiti neposredno z urejanjem delovnega okolja in prilagajanjem tega zaposlenim. Pri fizični aktivnosti, ki povzroča take vrste bolezni, je treba zaposlene izobraževati v smeri ohranjanja lastnega zdravja ter hkrati tudi zagotavljati določene varnostne mehanizme v obliki pravil in navodil. Pri pretežno sedečih delovnih opravilih je prav tako smiselno izvajati temu namenjene promocijske in izobraževalne programe. Pogosto so za bolniško odsotnost krive tudi bolezni dihal ter vedenjske in psihične bolezni, kamor je prav tako smiselno usmerjati pozornost pri oblikovanju ustreznih programov.

Prakse v podjetjih, ki so se že odločila za investiranje v zdravje zaposlenih, kažejo zelo pozitivno sliko in so v smeri prizadevanja za zdravje zaposlenih zelo spodbudna. Četudi so se ponekod odločila za zelo splošne programe, in sicer predvsem v obliki promocije zdravega načina življenja, poročajo o zelo pozitivnih rezultatih, ki pogosto presegajo pričakovanja. Poleg neposrednega učinka na zdravje, imajo taki programi tudi vrsto drugih pozitivnih učinkov. Kolektivi se ob take vrste druženju pogosto bolje povežejo in tudi pri delu bolje sodelujejo, hkrati pa pridobivajo na občutku pripadnosti podjetju ali delovni organizaciji. Taka delovna klima ima dodatne pozitivne posledice tudi na področju duševnega zdravja zaposlenih, ki se tako po podatkih o bolniški odsotnosti kot po splošnem opažanju izkazuje za izjemno problematično. Pogosto namreč tu močno poslabša delovno učinkovitost zaposlenih in vpliva na razvoj drugih bolezni.

Dejavniki zdravja zaposlenih so tako močno povezani in med seboj prepleteni, zaradi česar tvorijo kompleksen sistem, na katerega je težko vplivati z veliko predvidljivostjo. Na drugi

strani pa imajo posegi hkrati učinek na več ravneh, ki nato vršijo tudi dolgoročni medsebojni vpliv. Investicije v zdravje zaposlenih tako sprožajo vrsto pozitivnih posledic, ki prinašajo prednosti in izboljšave za zaposlenega, podjetje ali delovno organizacijo in celotno državno gospodarstvo. Spodbujanje k uvajanju takih investicij je tako na vsak način smiselno in pomeni sprožanje dolgoročnega procesa pozitivnih verižnih reakcij.

LITERATURA

- Argyle, Michael. 1992. *The Social Psychology of Everyday Life*. London: Routledge.
- Basle, Andreja. 2003. Zdravje se spleča. *Manager* 1 (13): 54–59.
- Bevc, Milena. 2001. *Ekonomski pomen izobraževanja*. Radovljica: Didakta.
- Bilban, Marjan. 2002. *Promocija zdravja in njene možnosti za zniževanje bolniškega staleža*. Delo in varnost 47(6), 308-314.
- Bilban, Marjan. 2006. Promocija zdravja v delovnem okolju. V *Zdrava prehrana in javno zdravje: zbornik prispevkov*, ur. C. Hlastan Ribič, 67–123. Ljubljana: Medicinska fakulteta.
- Černigoj Sadar, Nevenka. 1993. Socialne razsežnosti načinov življenja. *Zdravstveno varstvo* 32 (2): 14–21.
- DPABS – Društvo pljučnih in alergijskih bolnikov Slovenije. 2011. *Kaj so bolezni dihal*. [Http://www.dpbs.si/upload/12912145434cf65ecf38fa0_kaj_so_bolezni_dihal.pdf](http://www.dpbs.si/upload/12912145434cf65ecf38fa0_kaj_so_bolezni_dihal.pdf) (11. 10. 2011).
- Drev, Andreja. 2009. *Telesna dejavnost*. [Http://ivz.arhiv.over.net/index.php?akcija=novica&n=2021](http://ivz.arhiv.over.net/index.php?akcija=novica&n=2021) (25. 9. 2011).
- Fitz-enz, Jac. 2000. *The ROI of Human Capital, Measuring the Economic Value of Employee Performance*. New York: American Management Association.
- Glazer, Jože. 2006. *Zaposleni - največji kapital 21. stoletja*. Maribor: Pro-Andy.
- Hajdinjak, Robert. 2007. *Telesna dejavnost in kronične bolezni*. Polet 6(11), str. 57.
- Heller, Robert in Tim Hindle. 2001. *Essential Manager's Manual*. London: Dorling Kindersley.
- Ivanuša-Bezjak, Mirjana. 2006. *Zaposleni - največji kapital 21. stoletja*. Maribor: Pro-Andy.
- Kaučič, Igor. in Janez Toplišek. 2001. *Ustava Republike Slovenije*. Ljubljana: GV založba.
- KIMDPŠ – Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa. 2011. *Čili za delo*. [Http://www2.izd.si/](http://www2.izd.si/) (6. 10. 2011).
- Kovač, Bogomir. 1996. *Poslovna mitologija*. Ljubljana: Gospodarski vestnik, 1996.
- Kovač, Bogomir. 2002. *Novi izzivi managementa in slovenski managerji*. V *Management: nova znanja za uspeh*, ur. S. Možina, 772–820. Radovljica: Didakta.
- Možina, Stane, Rudi Rozman, Miroslav Glas, Mitja Tavčar, Danijel Pučko, Janko Kralj, Štefan Ivanko, Bogdan Lipičnik, Jože Gričar, Metka Tekavčič, Vlado Dimovski in Bogomir Kovač. 2002. *Novi izzivi managementa in slovenski managerji*. V *Management: nova znanja za uspeh*, ur. S. Možina, 772–820. Radovljica: Didakta.
- Mihalič, Renata. 2006. *Management človeškega kapitala. Priročnik za celostno upravljanje človeškega kapitala in človeških virov v praksi sodobnih organizacij znanja*. Škofja Loka: Mihalič in partner.
- Možina, Stane. 1998. Strateški pomen kadrovskih virov. V *Management kadrovskih virov*, ur. S. Možina, 1–28. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Možina, Stane. 2002. Učeca se organizacija – učeči se management. V *Management: nova znanja za uspeh*, ur. S. Možina, 12–45. Radovljica: Didakta.

- Musek, Janek. 1997. *Znanstvena podoba osebnosti*. Ljubljana: Educy.
- Novak, Žiga. 2009a. Kaj je zares strokovni team building? *Čarovnik za organizacijo dogodkov: revija za kreativna poslovna srečanja*. 1 (4): 19–20.
- Novak, Žiga. 2009b. Team building za sodobne vojščake. *Čarovnik za organizacijo dogodkov: revija za kreativna poslovna srečanja*. 1 (4): 17–18.
- Occupation Safety & Health Administration. 2011. *Accident Prevention*.
[Http://osha.europa.eu/en/topics/accident_prevention/index_html](http://osha.europa.eu/en/topics/accident_prevention/index_html) (6. 10. 2011).
- Perko, Marko. 2011. *Promocija zdravja na delovnih mestih*.
[Http://www.bevarn.si/storitve/promocija-zdravja.html](http://www.bevarn.si/storitve/promocija-zdravja.html) (18. 8. 2011).
- Pokorn, Dražigost. 2000. *Jejmo preudarno. Priročnik za zdravo prehrano poslovnežev*. Ljubljana: Marbona.
- Povše, Maja. 2010. *Delovanje za zdravo življenje*. Ljubljana: Zavod IRC.
- Rotovnik Kozjek, Nada. 2007. *Rak*.
[Http://www.fidimed.si/zdravstvene teme/clanki_strokovnjakov/17/rak.html?nsclid=Jr7c5k2YPlfKCVcgkBSALAg.%01%01Salobir](http://www.fidimed.si/zdravstvene teme/clanki_strokovnjakov/17/rak.html?nsclid=Jr7c5k2YPlfKCVcgkBSALAg.%01%01Salobir) (24. 6. 2012).
- Roos, Johan. 2000. *Intelektualni kapital: krmarjenje po novem poslovnem svetu*. Ljubljana: Inštitut za intelektualni kapital.
- Selič, Polona. 1999. *Psihologija bolezni našega časa*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- Schultz, W. Theodore. 1991. *Investing in People. The Economics of Population Quality*. Berkeley: University of California.
- Sentočnik, Tina Jožica. 2009. Proč z odvečnimi kilogrami. *Novice Europa Donna* 35 (9): 12–13.
- Seražin, Miloš. 2005. *Ocena tveganja je narejena. Kako naprej? Sistemi vodenja varnosti in zdravja pri delu*. Ljubljana: Slovenski inštitut za kakovost in meroslovje.
- Stergar, Eva. 2006. *Priročnik za svetovalce za promocijo zdravja pri delu. Čili za delo*. Ljubljana: Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa.
- Svetlik, Ivan in Branko Ilič. 2004. *Razpoke v zgodbi o uspehu. Primerjalna analiza upravljanja človeških virov v Sloveniji*. Ljubljana: Sophia.
- Teržan, Metka in Etbin Tratnik. 2006. *Varen začetek: priročnik za mlade delavce, dijake in študente*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Tomažič, Egon. 2003. Na pragu sprememb modela upravljanja človeških virov. *Finance* 11 (11): 18.
- Treven, Sonja. 1998. *Management človeških virov*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
- Vakselj, Marko. 2000. *Zakon o varnosti in zdravju pri delu ter njegovi podzakonski predpisi s komentarjem*. Ljubljana: Primath.
- Zaletel-Kragelj, Lijana, Ivan Eržen in Marjan Premik. 2007. *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani.

VIRI

Inštitut za varovanje zdravja RS. 2011. *Podatkovne zbirke*.

[Http://www.ivz.si/podatkovne_zbirke](http://www.ivz.si/podatkovne_zbirke) (1. 9. 2011).

Zavod za zdravstveno varstvo Nova Gorica. 2011. *Kronične nenalezljive bolezni*.

[Http://www.zzv-go.si/fileadmin/pdfdoc2008/40_bolezni.pdf](http://www.zzv-go.si/fileadmin/pdfdoc2008/40_bolezni.pdf) (28. 9. 2011).

PRAVNI VIRI

Evropska socialna listina. *Uradni list RS*, št. 24/1999.

International Labour Organization. 2006. *Konvencije Mednarodne organizacije dela*.

Ljubljana: GV založba.

Pravilnik o seznamu poklicnih bolezni. *Uradni list RS*, št. 85/2003.

Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2005–2010. *Uradni list RS*, št. 39/2005.

Ustava Republike Slovenije. *Uradni list RS*, št. 33/1991.

Zakon o delovnih razmerjih. *Uradni list RS*, št. 42/2002.

Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. *Uradni list RS*, št. 109/2006.

Zakon o socialnem varstvu. *Uradni list RS*, št. 41/2007.

Zakon o varnosti in zdravju pri delu. *Uradni list RS*, št. 43/2011.

Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva. *Uradni list RS*, št. 65/2000.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. *Uradni list RS*, št. 9/1992.

PRILOGE

- Priloga 1 Izgubljeni dnevi po razlogu zadržanosti za leti 2009 in 2010, skupaj, moški, ženske
- Priloga 2 Indeks onesposabljanja po razlogu zadržanosti za leti 2009 in 2010, skupaj, po spolu
- Priloga 3 Število izgubljenih dni po MKB
- Priloga 4 Indeks onesposabljanja po MKB
- Priloga 5 Izgubljeni koledarski dnevi 2009 in 2010 po SKD
- Priloga 6 Indeks onesposabljanja po SKD

IZGUBLJENI DNEVI PO RAZLOGU ZADRŽANOSTI ZA LETI 2009 IN 2010, SKUPAJ, MOŠKI, ŽENSKE

Razlog zadržanosti	Izgubljeni dnevi 2009 – skupaj	Izgubljeni dnevi 2009 – moški	Izgubljeni dnevi 2009 – ženske	Izgubljeni dnevi 2010 – skupaj	Izgubljeni dnevi 2010 – moški	Izgubljeni dnevi 2010 – ženske
Bolezen	9.623.205	4.080.823	5.542.382	9.147.478	3.886.669	5.260.809
Poškodbe izven dela	1.762.833	1.240.396	522.437	1.791.598	1.246.169	545.429
Poklicna bolezen	1.535	804	731	1.459	1.003	456
Poškodbe pri delu	964.902	716.185	248.717	977.064	702.378	274.686
Poškodbe po 3. osebi izven dela	278.611	191.185	87.426	246.383	175.887	70.496
Nega družinskega člana	633.917	105.530	528.387	580.071	105.645	474.426
Transplantacija	1.114	900	214	573	383	190
Izolacija	4.100	1872	2.228	4.617	2.930	1.687
Spremstvo	51.854	16.594	35.260	56.621	18.124	38.497
Usposabljanje za rehabilitacijo otroka	954	84	870	585	89	496
Poškodba nastala iz 18. čl. zakona	2.170	2.128	42	1.760	1.760	-
Nerazvrščeno	189	-	189	33		38

INDEKS ONESPOSABLJANJA PO RAZLOGU ZADRŽANOSTI ZA LETI 2009 IN 2010, SKUPAJ, MOŠKI, ŽENSKE

Razlog zadržanosti	Indeks onesposabljanja 2009 – skupaj	Indeks onesposabljanja 2009 – moški	Indeks onesposabljanja 2009 – ženske	Indeks onesposabljanja 2010 – skupaj	Indeks onesposabljanja 2010 – moški	Indeks onesposabljanja 2010 – ženske
Bolezen	11,017680	8,347887	14,411220	10,669470	8,146821	13,834300
Poškodbe izven dela	2,018281	2,537401	1,358433	2,089690	2,612086	1,434309
Poklicna bolezen	0,001757	0,001645	0,001901	0,001702	0,002102	0,001199
Poškodbe pri delu	1,104724	1,465055	0,646710	1,139631	1,472250	0,722339
Poškodbe po 3. osebi izven dela	0,318984	0,391095	0,227324	0,287377	0,368676	0,185383
Nega družinskega člana	0,725776	0,215876	1,373904	0,676585	0,221442	1,247593
Transplantacija	0,001275	0,001841	0,000556	0,000668	0,000803	0,000500
Izolacija	0,004694	0,003829	0,005793	0,005385	0,006142	0,004436
Spremstvo	0,059368	0,033945	0,091683	0,066042	0,037990	0,101235
Usposabljanje za rehabilitacijo otroka	0,001092	0,000172	0,002262	0,000682	0,000187	0,001304
Poškodba nastala iz 18. čl. zakona	0,002484	0,004353	0,000109	0,002053	0,003689	-
Nerazvrščeno	-	-	-	-	-	-

ŠTEVILO IZGUBLJENIH DNI PO MKB

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Nekatere infekcijske in parazitske bolezni	603.808	374.375	499.709	483.836	601.368	399.636
Neoplazme	698.280	638.093	716.344	698.732	667.124	679.738
Bolezni krvi in krvotvornih organov	58.830	60.038	46.737	45.113	43.767	44.185
Endokrine, prehrabene in presnovne bolezni	138.236	116.163	116.981	113.082	104.928	99.778
Duševne in vedenjske motnje	1.013.408	890.472	943.105	931.855	858.503	842.157
Bolezni živčevja	335.500	286.340	314.509	308.657	304.332	297.309
Bolezni očesa in adneksov	128.735	132.501	132.350	133.338	123.538	113.385
Bolezni ušesa in mastoida	84.828	64.628	78.089	72.381	73.536	70.659
Bolezni obtočil	738.454	633.924	668.729	686.370	625.103	603.791
Bolezni dihal	1.288.211	915.323	1.083.241	989.573	1.124.756	935.945
Bolezni prebavil	513.452	498.594	521.049	523.713	492.344	487.322
Bolezni kože in podkožja	218.582	210.223	210.928	222.265	197.317	187.998
Bolezni mišično-kostnega sistema in vezivnega tkiva	2.633.492	2.478.906	2.632.522	2.700.260	2.466.410	2.510.208
Bolezni sečil in splovil	351.959	338.176	405.816	336.666	312.866	304.232
Nosečnost, porod in poporodno obdobje	799.117	776.840	881.443	882.952	759.570	735.005
Stanja, ki izvirajo obporodnem obdobju			-	-	-	-
Priroj. malfor., defor. in kromos. nenorm.	17.632	18.783	17.139	18.539	21.962	15.129
Simptomi, znaki ter nenormalni klinični izvidi	374.036	371.218	417.512	415.740	395.674	389.200
A Poškodbe in zastrupitve pri delu	1.150.181	1.111.309	1.157.091	1.101.067	964.596	977.222
B Poškodbe in zastrupitve izven dela	2.160.655	2.172.488	2.198.631	2.130.695	2.037.030	2.032.392
Dej., ki vpl. na zdr.st. in na stik z zdr. služ.	452.702	453.340	493.856	510.710	501.485	492.941
Nega družinskega člana	532.417	466.683	546.911	571.196	633.917	580.071

INDEKS ONESPOSABLJANJA PO MKB

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Nekatere infekcijske in parazitske bolezni	0,72	0,40	0,60	0,50	0,69	0,50
Neoplazme	0,84	0,80	0,80	0,80	0,76	0,80
Bolezni krvi in krvotvornih organov	0,07	0,10	0,10	0,10	0,05	0,10
Endokrine, prehrabene in presnovne bolezni	0,17	0,10	0,10	0,10	0,12	0,10
Duševne in vedenjske motnje	1,22	1,00	1,10	1,00	0,98	1,00
Bolezni živčevja	0,40	0,30	0,40	0,30	0,35	0,30
Bolezni očesa in adneksov	0,15	0,20	0,20	0,10	0,14	0,10
Bolezni ušesa in mastoida	0,10	0,10	0,10	0,10	0,08	0,10
Bolezni obtočil	0,98	0,70	0,80	0,80	0,72	0,70
Bolezni dihal	1,55	1,10	1,20	1,10	1,29	1,10
Bolezni prebavil	0,62	0,60	0,60	0,60	0,56	0,60
Bolezni kože in podkožja	0,26	0,20	0,20	0,20	0,23	0,20
Bolezni mišično-kostnega sistema in vez. tkiva	3,16	2,90	3,00	3,00	2,82	2,90
Bolezni sečil in splavil	0,42	0,40	0,50	0,40	0,36	0,40
Nosečnost, porod in poporodno obdobje	0,96	0,90	1,00	1,00	0,87	0,90
Stanja, ki izvirajo v per. (obporodnem) obdobju		-	-	-	-	-
Priroj. malfor., defor. in kromos. nenorm.	0,02	0,00	0,00	0,00	0,03	0,00
Simpt., znaki ter nenorm. klin. lab.izv	0,45	0,40	0,50	0,50	0,45	0,50
A Poškodbe in zastrupitve pri delu	1,38	1,30	1,30	1,20	1,10	1,10
B Poškodbe in zastrupitve izven dela	2,59	2,60	2,50	2,40	2,33	2,40
Dej., ki vpl. na zdr.st. in na stik z zdr. služ.	0,54	0,50	0,60	0,60	0,57	0,60
Nega družinskega člana	0,64	0,50	0,60	0,60	0,73	0,70

IZGUBLJENI KOLEDARSKI DNEVI 2009 IN 2010 PO SKD

Dejavnost po SKD	2009	2010
Kmetijska proizvodnja in lov ter z njima povezane storitve	193.833	190.875
Gozdarstvo	39.573	36.716
Ribištvo in gojenje vodnih organizmov	2.265	1.930
Pridobivanje premoga	41.285	35.894
Pridobivanje surove nafte in zemeljskega plina	-	-
Pridobivanje rud	29	24
Pridobivanje rudnin in kamnin	15.998	20.371
Storitve za rudarstvo	3.362	1.389
Proizvodnja živil	270.123	253.429
Proizvodnja pijač	33.517	33.876
Proizvodnja tobačnih izdelkov	-	-
Proizvodnja tekstilij	145.160	109.334
Proizvodnja oblačil	188.833	95.241
Proizvodnja usnja, usnjenih in sorodnih izdelkov	78.540	69.142
Obdelava in predelava lesa; proizvodnja izdelkov iz lesa, plute, slame in protja, razen pohištva	180.435	186.156
Proizvodnja papirja in izdelkov iz papirja	84.171	76.755
Tiskarstvo in razmnoževanje posnetih nosilcev zapisa	85.594	63.029
Proizvodnja koksa in naftnih derivatov	1.391	819
Proizvodnja kemikalij, kemičnih izdelkov	134.825	132.032
Proizvodnja farmacevtskih surovin in preparatov	94.209	95.021
Proizvodnja izdelkov iz gume in plastičnih mas	202.532	209.884
Proizvodnja nekovinskih mineralnih izdelkov	161.334	162.086
Proizvodnja kovin	160.905	151.571
Proizvodnja kovinskih izdelkov, razen strojev in naprav	505.232	498.227
Proizvodnja računalnikov, elektronskih in optičnih izdelkov	166.870	133.571
Proizvodnja električnih naprav	367.044	397.964
Proizvodnja drugih strojev in naprav	242.451	242.389
Proizvodnja motornih vozil, prikolic in polprikolic	235.766	233.444
Proizvodnja drugih vozil in plovil	36.589	18.753
Proizvodnja pohištva	176.287	167.088
Druge raznovrstne predelovalne dejavnosti	37.277	41.463
Popravila in montaža strojev in naprav	24.039	50.548
Oskrba z električno energijo, plinom in paro	104.939	110.733
Zbiranje, prečiščevanje in distribucija vode	61.848	63.173
Ravnanje z odpadki	6.899	6.943
Zbiranje in odvoz odpadkov ter ravnanje z njimi; pridobivanje sekundarnih surovin	65.921	83.346
Saniranje okolja in drugo ravnanje z odpadki	3.715	3.729
Gradnja stavb	383.513	332.194
Gradnja inženirskih objektov	166.436	196.004
Specializirana gradbena dela	407.103	445.074
Trgovina z motornimi vozili in popravila motornih vozil	177.898	177.044
Posredništvo in trgovina na debelo, razen z motornimi vozili	450.072	474.071
Trgovina na drobno, razen z motornimi vozili	825.725	853.226
Kopenski promet; cevovodni transport	297.088	322.079
Vodni promet	5.438	3.679
Zračni promet	10.853	11.817
Skladiščenje in spremljajoče prometne dejavnosti	141.501	137.441
Poštna in kurirska dejavnost	130.857	144.604
Gostinske nastanitvene dejavnosti	197.433	201.923
Dejavnost strežbe jedi in pijač	268.624	271.795
Založništvo	34.194	39.005
Dejavnosti v zvezi s filmi, video- in zvočnimi zapisi	8.245	6.911

Priloga 5

Radijska in televizijska dej	34.228	30.477
Telekomunikacijska dejavnost	45.661	51.421
Računalniško programiranje, svetovanje in druge s tem povezane dejavnosti	54.270	59.748
Druge informacijske dejavnosti	18.745	18.008
Dejavnost finančnih storitev, razen zavarovalništva in dejavnosti pokojninskih skladov	218.114	206.607
Dejavnost zavarovanja, pozavarovanja in pokojninskih skladov, razen obvezne socialne varnosti	98.910	84.507
Pomožne dejavnosti za finančne in zavarovalniške storitve	25.126	33.800
Poslovanje z nepremičninami	44.148	49.558
Pravne in računovodske dejavnosti	80.004	83.273
Dejavnost uprav podjetij; podjetniško in poslovno svetovanje	67.577	73.986
Arhitekturno in tehnično projektiranje; tehnično preizkušanje in analiziranje	146.449	131.385
Znanstvena raziskovalna in razvojna dejavnost	44.066	43.597
Oglaševanje in raziskovanje trga	28.760	29.759
Druge strokovne in tehnične dejavnosti	18.311	24.132
Veterinarstvo	11.319	8.786
Dajanje v zajem in nakup	5.280	4.683
Zaposlovalne dejavnosti	47.860	65.407
Dejavnost potovalnih agencij, organizatorjev potovanj in s potovanji povezanih dejavnosti	20.975	18.688
Varovanje in poizvedovalne dejavnosti	119.371	134.645
Dejavnost oskrbe stavb in okolice	156.995	165.626
Pisarniške in spremljajoče poslovne storitvene dejavnosti	37.719	36.561
Dejavnost javne uprave in obrambe; dejavnost obvezne socialne varnosti	825.786	874.405
<hr/>		
Izobraževanje	893.362	907.919
Zdravstvo	599.166	633.042
Socialno varstvo z nastanitvijo	212.284	245.768
Socialno varstvo brez nastanitve	75.028	78.413
Kulturne in razvedrilne dejavnosti	48.118	40.261
Dejavnost knjižnic, arhivov, muzejev in druge kulturne dejavnosti	38.883	42.629
Prerejanje iger na srečo	39.490	47.524
Športne in druge dejavnosti za prosti čas	28.179	26.806
Dejavnost članskih organizacij	28.186	30.053
Popravila računalnikov in izdelkov za široko rabo	10.980	15.464
Druge storitvene dejavnosti	97.234	100.285
Dejavnost gospodinjstev z zaposlenim hišnim osebjem	-	-
Raznovrstna proizvodnja gospodinjstev za lastno rabo	-	-
Dejavnost eksteritorialnih organizacij in teles	-	-
Ostalo (brezposelni upravičeni do nadomestila, pomanjkljivi podatki)	1.447.029	817.207

INDEKS ONESPOSABLJANJA PO SKD

Dejavnost po SKD	2009	2010
Kmetijska proizvodnja in lov ter z njima povezane storitve	12,4	13,1
Gozdarstvo	16,8	17,7
Ribištvo in gojenje vodnih organizmov	10,8	9,3
Pridobivanje premoga	22,6	20,8
Pridobivanje surove nafte in zemeljskega plina	-	-
Pridobivanje rud	2,6	3,4
Pridobivanje rudnin in kamnin	13,7	18,3
Storitve za rudarstvo	25,3	22,0
Proizvodnja živil	20,1	19,1
Proizvodnja pijač	19,8	19,1
Proizvodnja tobaka in izdelkov	-	-
Proizvodnja tekstilij	23,9	25,5
Proizvodnja oblačil	34,4	18,2
Proizvodnja usnja, usnjenih in sorodnih izdelkov	20,8	18,8
Obdelava in predelava lesa; proizvodnja izdelkov iz lesa, plute, slame in protja, razen pohištva	18,8	20,5
Proizvodnja papirja in izdelkov iz papirja	19,6	17,8
Tiskarstvo in razmnoževanje posnetih nosilcev zapisa	17,0	13,8
Proizvodnja koksa in naftnih derivatov	24,8	20,5
Proizvodnja kemikalij, kemičnih izdelkov	19,1	19,9
Proizvodnja farmacevtskih surovin in preparatov	15,3	14,8
Proizvodnja izdelkov iz gume in plastičnih mas	16,4	16,0
Proizvodnja nekovinskih mineralnih izdelkov	21,1	20,4
Proizvodnja kovin	19,7	19,6
Proizvodnja kovinskih izdelkov, razen strojev in naprav	15,9	16,6
Proizvodnja računalnikov, elektronskih in optičnih izdelkov	18,9	19,6
Proizvodnja električnih naprav	18,9	21,6
Proizvodnja drugih strojev in naprav	16,8	18,5
Proizvodnja motornih vozil, prikolic in polprikolic	18,5	18,3
Proizvodnja drugih vozil in plovil	26,7	32,5
Proizvodnja pohištva	19,9	19,8
Druge raznovrstne predelovalne dejavnosti	14,2	13,5
Popravila in montaža strojev in naprav	9,6	8,3
Oskrba z električno energijo, plinom in paro	13,5	14,5
Zbiranje, prečiščevanje in distribucija vode	14,4	15,7
Ravnanje z odpadki	21,2	22,0
Zbiranje in odvoz odpadkov ter ravnanje z njimi; pridobivanje sekundarnih surovin	15,6	17,6
Saniranje okolja in drugo ravnanje z odpadki	16,1	21,7
Gradnja stavb	11,4	16,2
Gradnja inženirskih objektov	15,2	15,1
Specializirana gradbena dela	10,6	11,1
Trgovina z motornimi vozili in popravila motornih vozil	11,9	12,1
Posredništvo in trgovina na debelo, razen z motornimi vozili	9,9	11,6
Trgovina na drobno, razen z motornimi vozili	14,7	15,5
Kopenski promet; cevovodni transport	10,6	11,5
Vodni promet	18,1	13,9
Zračni promet	12,5	19,3
Skladiščenje in spremljajoče prometne dejavnosti	13,2	13,2
Poštna in kurirska dejavnost	17,0	19,6
Gostinske nastanitvene dejavnosti	20,9	20,6
Dejavnost strežbe jedi in pijač	11,9	12,5
Založništvo	10,1	11,5
Dejavnosti v zvezi s filmi, video- in zvočnimi zapisi	8,4	6,2

Priloga 6

Radijska in televizijska dej	13,0	11,7
Telekomunikacijska dejavnost	9,6	11,1
Računalniško programiranje, svetovanje in druge s tem povezane dejavnosti	6,6	6,2
Druge informacijske dejavnosti	9,9	11,7
Dejavnost finančnih storitev, razen zavarovalništva in dejavnosti pokojninskih skladov	14,1	13,6
Dejavnost zavarovanja, pozavarovanja in pokojninskih skladov, razen obvezne socialne varnosti	15,7	13,7
Pomožne dejavnosti za finančne in zavarovalniške storitve	8,4	11,2
Poslovanje z nepremičninami	11,1	11,6
Pravne in računovodske dejavnosti	8,1	8,4
Dejavnost uprav podjetij; podjetniško in poslovno svetovanje	7,6	7,8
Arhitekturno in tehnično projektiranje; tehnično preizkušanje in analiziranje	9,2	8,8
Znanstvena raziskovalna in razvojna dejavnost	7,8	7,0
Oglaševanje in raziskovanje trga	8,7	9,6
Druge strokovne in tehnične dejavnosti	8,5	7,3
Veterinarstvo	13,9	10,6
Dajanje v zajem in nakup	9,2	8,0
Zaposlovalne dejavnosti	10,5	10,4
Dejavnost potovalnih agencij, organizatorjev potovanj in s potovanji povezanih dejavnosti	10,7	10,2
Varovanje in poizvedovalne dejavnosti	15,8	18,4
Dejavnost oskrbe stavb in okolice	19,0	21,0
Pisarniške in spremljajoče poslovne storitvene dejavnosti	11,5	15,9
Dejavnost javne uprave in obrambe; dejavnost obvezne socialne varnosti	15,2	16,5
Izobraževanje	13,3	13,2
Zdravstvo	15,8	16,9
Socialno varstvo z nastanitvijo	19,1	20,9
Socialno varstvo brez nastanitve	15,2	17,1
Kulturne in razvedrilne dejavnosti	9,0	7,7
Dejavnost knjižnic, arhivov, muzejev in druge kulturne dejavnosti	11,9	12,1
Prيرهanje iger na srečo	13,7	16,8
Športne in druge dejavnosti za prosti čas	8,3	8,9
Dejavnost članskih organizacij	8,4	7,7
Popravila računalnikov in izdelkov za široko rabo	9,0	10,8
Druge storitvene dejavnosti	11,7	12,3
Dejavnost gospodinjstev z zaposlenim hišnim osebjem	-	-
Raznovrstna proizvodnja gospodinjstev za lastno rabo	-	-
Dejavnost eksteritorialnih organizacij in teles	-	-
Ostalo (brezposelni upravičeni do nadomestila, pomanjkljivi podatki)	-	-