UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

VZPOSTAVITEV MODELA OBVLADOVANJA TVEGANJ VARSTVA IN ZDRAVJA PRI DELU V DOMU STAREJŠIH

Ljubljana, oktober 2019 HELENCA POPLAS PETELIN

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Helenca Poplas Petelin, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, avtorica predloženega dela z naslovom Vzpostavitev modela obvladovanja tveganj varstva in zdravja pri delu v domu starejših, pripravljenega v sodelovanju s svetovalko red. prof. dr. Adriano Rejc Buhovac

I Z J A V L J A M ,

1. da sem predloženo delo pripravila samostojno;

2. da je tiskana oblika predloženega dela istovetna njegovi elektronski obliki;

3. da je besedilo predloženega dela jezikovno korektno in tehnično pripravljeno v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, kar pomeni, da sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam oziroma navajam v besedilu, citirana oziroma povzeta v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani;

4. da se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku Republike Slovenije;

5. da se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predloženega dela dokazano plagiatorstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom;

6. da sem pridobila vsa potrebna dovoljenja za uporabo podatkov in avtorskih del v predloženem delu in jih v njem jasno označila;

7. da sem pri pripravi predloženega dela ravnala v skladu z etičnimi načeli in, kjer je to potrebno, za raziskavo pridobila soglasje etične komisije;

8. da soglašam, da se elektronska oblika predloženega dela uporabi za preverjanje podobnosti vsebine z drugimi deli s programsko opremo za preverjanje podobnosti vsebine, ki je povezana s študijskim informacijskim sistemom članice;

9. da na Univerzo v Ljubljani neodplačno, neizključno, prostorsko in časovno neomejeno prenašam pravico shranitve predloženega dela v elektronski obliki, pravico reproduciranja ter pravico dajanja predloženega dela na voljo javnosti na svetovnem spletu preko Repozitorija Univerze v Ljubljani;

10. da hkrati z objavo predloženega dela dovoljujem objavo svojih osebnih podatkov, ki so navedeni v njem in v tej izjavi.

V Ljubljani, dne _____ Podpis študentke: _____

KAZALO

UVOD **1**

1 OPREDELITEV VARSTVA IN ZDRAVJA PRI DELU TER Z NJIMA POVEZANIH TVEGANJ **4**

1.1 Varstvo in zdravje pri delu **5**

1.2 Tveganja v zvezi z varstvom in zdravjem pri delu **6**

1.3 Identifikacija, ocenjevanje in obvladovanje tveganj v zvezi z varstvom in zdravjem pri delu **8**

2 PRAVNA UREDITEV NA PODROČJU VARSTVA IN ZDRAVJA PRI DELU **10**

2.1 Evropska zakonodaja na področju varnosti in zdravja pri delu **10**

2.2 Zakon o varnosti in zdravja pri delu v Sloveniji **11**

2.3 Standardi kakovosti za sisteme vodenja na področju varnosti in zdravja pri delu **14**

3 PREDSTAVITEV PROBLEMATIKE OBVLADOVANJA TVEGANJ ZDRAVJA IN VARSTVA PRI DELU **16**

3.1 Obvladovanje tveganj pri delu v socialnem in zdravstvenem sektorju **17**

3.2 Obvladovanje tveganj pri delu v Sloveniji **19**

3.3 Obvladovanje tveganj pri delu v domovih za starejše **20**

4 RAZISKAVA O ORGANIZACIJSKIH IN INDIVIDUALNIH DEJAVNIKIH TVEGANJ PRI DELU V DOMU STAREJŠIH **23**

4.1 Raziskovalne teze in vprašanja **24**

4.2 Opis metodologije **24**

4.3 Predstavitev vprašalnika **25**

4.4 Raziskovalni rezultati **26**

4.4.1 Demografske značilnosti vzorca 26

4.4.2 Testiranje hipotez 31

4.5 Razprava **33**

4.6 Omejitve in predlogi za nadaljnje raziskave **35**

5 PREDLOG PROCESA SISTEMATIČNEGA OBVLADOVANJA TVEGANJ ZDRAVJA IN VARSTVA PRI DELU V DOMU STAREJŠIH **35**

5.1 Predstavitev procesov obvladovanja tveganj **35**

5.2 Proces obvladovanja tveganj zdravja in varstva pri delu v domovih za starejše ... 38
5.2.1 Korak 1: Zaznavanje in prepoznavanje nevarnosti ... 40
5.2.2 Korak 2: Ocena tveganja ... 43
5.2.3 Korak 3: Odziv na tveganja ... 45
5.2.4 Korak 4: Kontrolni nadzor ... 46
5.2.5 Korak 5: Informiranje in komuniciranje ... 47
5.2.6 Korak 6: Spremljanje učinkovitosti izvajanja ukrepov ... 47
5.2.7 Praktičen primer uresničenega tveganega dogodka ... 48
5.3 Model obvladovanja tveganj v domu starejših ... 49
SKLEP ... 52
LITERATURA IN VIRI ... 55
PRILOGA ... 61

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati Wilcoxon W preizkusa o zagotavljanju ustreznih delovnih pripomočkov ... 32
Tabela 2: Rezultati Mann-Whitney U preizkusa za ugotavljanje razlike pri organizacijskih dejavnikih med obema enotama ... 32
Tabela 3: Rezultati Wilcoxon W preizkusa usposobljenosti zaposlenih za uporabo pripomočkov ... 32
Tabela 4: Rezultati Wilcoxon W preizkusa obvezne uporabe pripomočkov ... 33
Tabela 5: Proces obvladovanja tveganj varstva in zdravja pri delu v domu starejših ... 39
Tabela 6: Primeri organizacijskih tveganj premeščanja težjih bremen v domu starejših 40
Tabela 7: Primeri tveganj premeščanja težjih bremen, povezanih z delovnim mestom – neustrezna delovna oprema ... 40
Tabela 8: Primeri tveganj premeščanja težjih bremen, povezanih z delovnim mestom – neugodne delovne razmere ... 41
Tabela 9: Primeri tveganj premeščanja težjih bremen, povezanih z delovnim mestom – neurejeno delovno okolje ... 41
Tabela 10: Primeri tveganja premeščanja težjih bremen, povezanih z delovnim mestom – ne zagotavljanje ergonomije ... 41
Tabela 11: Primeri tveganja premeščanja težjih bremen povezana z delovnim mestom – pomanjkljiva navodila in protokoli ... 42
Tabela 12: Primeri tveganja povezana z osebnimi lastnosti zaposlenih ... 42
Tabela 13: Ocena verjetnosti/pogostosti nastanka ... 43
Tabela 14: Ocena obsega posledic poškodb ... 44

Tabela 15: Stopnje tveganja 44
Tabela 16: Opredelitev ukrepov glede na stopnje tveganja 44
Tabela 17: Sprejemljivost tveganja 45

KAZALO SLIK

Slika 1: Delovna mesta zaposlenih, vključenih v anketiranje (v %) 27
Slika 2: Organizacijski dejavniki tveganj pri delu v Vitadomu (v %) 28
Slika 3: Individualni dejavniki tveganj pri delu v Vitadomu (v %) 29
Slika 4: Pomembnost uporabe pripomočkov in pomembnost izpopolnjevanja znanja v Vitadomu (v %) 29
Slika 5: Razlogi za neuporabo pripomočkov za premeščanje v Vitadomu (v %) 30
Slika 6: Uporabnost pripomočkov v praksi 31
Slika 7: Matrika COSO ERM 37
Slika 8: Proces obvladovanja tveganj 38
Slika 9: Predlog specifičnega modela obvladovanja tveganj varstva in zdravja pri delu v domu starejših 50

KAZALO PRILOG

Priloga 1: Anketni vprašalnik 1

SEZNAM KRATIC

ang. – angleško
nem. – nemško
AUVA – (nem. Allgemeine Unfallversicherungsanstalt); avstrijska nezgodna zavarovalnica
BDP – Bruto domačega proizvoda
BG – (nem. Berufsgenossenschaften); nemška panožna združenja
BOL – bolničar
COSO – (ang. The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission); Odbor sponzorskih organizacij Treadwayeve komisije
DI – delovni inštruktor
DMS – diplomirana medicinska sestra
DT – delovni terapevt
ERM – (ang. Enterprise Risk Managemnet); Celovito obvladovanje tveganj v organizaciji
EU – (ang. European Union); Evropska unija
EU-OSHA – (ang. European Agency for Safety and Health at Work); Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu

EUROFOUND – (ang. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions); Evropska fundacija za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer
FMEA – (ang. Failure Mode and Effecta Analysis); analiza možnih napak in njihovih posledic
FTA – (ang. Fault Tree Analysis); analiza drevesa napak
FTH – fizioterapevt
ILO – (ang. International Labour Organization); Mednarodna organizacija za delo
ISO – (ang. International Organization for Standardization); Mednarodna organizacija za standardizacijo
MS – medicinska sestra
MSD – (ang. Musculoskeletal disorders); mišično-skeletna motnja
OHSAS – (ang. Occupational Health and Safety Standard); Sistemi vodenja varnosti in zdravja pri delu
OiRA – (ang. Online Interactive Risk Assessment); spletno interaktivno orodje za ocenjevanje tveganja
ReNPVZD – Resolucija o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu
RS – Republika Slovenija
SME – (ang. Small and Medium Enterprise); majhna in srednje velika podjetja
SOC. OSK. – socialni oskrbovalec
SPSS – (ang. Statistical Package for Social Sciences); statistični program za družboslovne znanosti
SSZS – Skupnost socialnih zavodov Slovenije
TZN – tehnik zdravstvene nege
WHO – (ang. World Health Organization); Svetovna zdravstvena organizacija
ZDR – Zakon o delovnih razmerjih
ZPIZ – Zakonu o pokojninskem in invalidskem zavarovanju
ZSDU – Zakon o sodelovanju delavcev pri upravljanju
ZVZD – Zakon o varnosti in zdravja pri delu
ZZVZZ – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

UVOD

Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu (ang. European Agency for Safety and Health at Work, v nadalljevanju EU-OSHA, 2009) opozarja, da se zaradi razvoja družbe pod vplivom novih tehnologij ter spremenljivih gospodarskih in socialnih razmer naša delovna mesta, delovne prakse in proizvodni postopki nenehno spreminjajo. Nove delovne razmere sprožajo nova in nastajajoča tveganja ter izzive, ki zahtevajo politične, upravne in tehnične ukrepe za zagotavljanje visoke ravni varnosti in zdravja pri delu. Pomanjkanje učinkovitega varstva za zagotovitev zdravja in varnosti pri delu lahko povzroči odsotnost zaradi nesreč pri delu in poklicnih bolezni, prezentizem ter tudi trajno poklicno invalidnost. To ima precejšnjo človeško razsežnost in velik negativen vpliv na gospodarstvo. Visoki gospodarski stroški, težave, povezane z zdravjem in varnostjo pri delu, ovirajo gospodarsko rast in vplivajo na konkurenčnost podjetij v Evropski uniji (v nadaljevanju EU). Znaten delež teh stroškov bremeni tudi sisteme socialnega varstva in javne finance (European Commission, 2007).

Mednarodna organizacija dela (ang. International Labour Organization, v nadaljevanju ILO) navaja, da dnevno zaradi poškodb pri delu ali bolezni, ki so povezane z delom, po svetu umre 6.300 ljudi, kar predstavlja več kot 2,78 milijona smrtnih primerov na leto. 374 milijonov nesreč pri delu ali bolezni, povezanih z delom, a z nesmrtnim izidom, ki se zgodijo vsako leto, povzroči daljšo odsotnost z dela. Stroški, ki nastajajo, so veliki. Ocenjuje se, da gospodarsko breme zaradi slabih delovnih praks glede varnosti in zdravja pri delu vsako leto predstavlja 3,94 % bruto domačega proizvoda. Rezultat posledic poškodb in bolezni, povezanih z delom, predstavlja na globalni ravni 3,9 % izgub vseh delovnih let in 3,3 % izgub delovnih let vseh v EU, kar ustreza približno 2,680 milijardam izgub delovnih let v svetu oziroma 476 milijard izgub v EU (International Labour Organization, brez datuma).

Delovna sila v Evropi se stara. Ocenjuje se, da bodo do leta 2030 v številnih državah delavci, stari med 55–64 let, predstavljali 30 % ali več aktivne delovne sile (Ilmarinen, 2012). Ker ljudje delajo dlje, je obvladovanje varnosti in zdravja pri delu za starajočo se delovno silo postalo prednostna naloga. V EU–28 se je stopnja zaposlenosti za ljudi, starih od 55 do 64 let, od leta 2003 do leta 2013 povišala z 39,9 % na 50,1 %. Povprečna upokojitvena starost na trgu dela pa se je od leta 2001 do leta 2010 povišala z 59,9 let na 61,5 let (European Agency for Safety and Health at Work, 2018).

V Strateškem okviru EU o zdravju in varnosti pri delu za obdobje 2014–2020 so predstavljeni trije glavni izzivi: prvi izziv je izboljšanje izvajanja predpisov v državah članicah, zlasti s povečanjem zmogljivosti mikro in malih podjetij za uvedbo učinkovitih in uspešnih ukrepov za preprečevanje tveganja, drugi izziv je izboljšanje preprečevanja z delom povezanih bolezni z obravnavo obstoječih, novih in nastajajočih tveganj, in tretji izziv obravnava demografske spremembe (European Commission, 2014).

Danes razvoj dogodkov na svetovnih trgih čedalje bolj vodi v razmere, ko je obvladovanje tveganj sestavni del strateškega in operativnega poslovnega odločanja. Novejše raziskave in strokovni prispevki poudarjajo potrebo po celovitem pristopu, ki kliče po vpetosti obvladovanja tveganj na vseh organizacijskih ravneh. Identifikacija, ocena ter obvladovanje tveganj postajajo bistveni za zagotavljanje neprekinjenosti poslovnih procesov, ohranjanje stabilnosti poslovanja ter ohranjanje konkurenčne prednosti. Podjetja vključujejo obvladovanje tveganja v poslovne strategije, operativni nadzor poslovanja, finančno upravljanje in odnose z interesnimi skupinami podjetja (Berk, Peterlin & Ribarič, 2005).

The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (v nadaljevanju COSO) je vzpostavil skupen model notranjega nadzora, na podlagi katerega lahko podjetja in organizacije ocenjujejo svoje kontrolne sisteme (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 2004a). Obstajajo še drugi modeli/pristopi za obvladovanje tveganj v podjetju (Kinney, 2000; Epstein & Rejc, 2005).

Sektor zdravstvenega in socialnega varstva je eden od največjih sektorjev v Evropi. Zaposlenih je približno 10 % delavcev v EU, od tega 77 % žensk. Velik delež zdravstvenih delavcev je zaposlenih v bolnišnicah, v socialno varstvenih zavodih, v negovalnih bolnišnicah in na drugih delovnih mestih, kjer se izvaja zdravstvena dejavnost. Vloga tega sektorja se bo zaradi demografskih sprememb najverjetneje še povečala. V poročilu iz leta 2014 Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu navaja, da so delavci, zaposleni v zdravstvenem in socialnem sektorju, v svojih delovnih okoljih izpostavljeni različnim dejavnikom tveganja, ki ogrožajo njihovo zdravje in povzročajo tveganje za poklicno bolezen ali z delom povezane nezgode. Izpostavljeni so številnim biološkim, kemičnim, fizičnim, ergonomskim in psihosocialnim tveganjem in zaradi kombinacije navedenih raznovrstnih tveganj spadajo med poklice z visoko stopnjo tveganja (European Commission, 2014). Mišično-skeletne motnje (v nadaljevanju MSD) se že dalj časa opažajo in beležijo pri zaposlenih v zdravstvenem in socialnem varstvu. Povezane so z delom in zajemajo širok razpon zdravstvenih težav, povezanih s ponavljajočim se in napornim delom (Nunes, 2009).

Kostno-mišična obolenja so v domovih za starejše pogostejša pri določenih profilih zdravstvenih delavcev. Retsas in Pinikahana (2008) navajata, da ročno premeščanje bolnikov predstavlja enega izmed največjih dejavnikov tveganja za nastanek MSD pri medicinskih sestrah (v nadaljevanju MS). Poleg dvigovanja težkih bremen pa na pojav in razvoj MSD vplivajo tudi psihosocialni dejavniki, kot so na primer dolg delovnik, nočno delo, izmene in nadure. Huntington in drugi (2011) poročajo, da pojav MSD pri MS negativno vpliva tudi na njihovo počutje, kakovost življenja in zadovoljstvo na delovnem mestu. Domovi za starejše so tudi na prvem mestu po zvinih, odrgninah in raztrganinah (Bureau of Labor Statistics, 2012).

Zaposleni v Vitadomu se pri svojem delu dnevno srečujejo s premeščanjem težjih bremen, ki vključuje dvigovanje, prenašanje, nošenje bremena s človeško silo ipd. Na internih izobraževanjih in usposabljanjih ugotavljamo, da zaposleni v domu mnogokrat ne poznajo

varnih načinov rokovanja z uporabniki in različnimi pripomočki, ki so temu namenjeni, niso motivirani za njihovo uporabo oziroma jim primanjkuje časa. Za ohranjanje zdravja in varnosti, tako zaposlenih v zdravstveni negi, kot uporabnikov v Vitadomu, je prepoznavanje in obvladovanje tveganj pri delu bistvenega pomena. Z načrtovanim in sistematičnim pristopom je potrebno spodbujati pozitivno kulturo varnosti in zdravja pri zaposlenih.

Namen magistrskega dela je poudariti pomen pravočasne obravnave tveganj na področju varnosti in zdravja pri delu pri zaposlenih v domovih za starejše. Zaposleni morajo poznati pomembnost pravilne in redne uporabe ergonomskih pripomočkov z vidika preprečevanja poškodb pri delu ter zmanjševanja fizičnih obremenitev pri delu, strokovnjaki, ki se ukvarjajo z navedeno problematiko, pa morajo hitreje ukrepati na področju obvladovanja tveganj pri ročnem premeščanju bremen. Posebej pa je namen dela pomagati vodstvu Socialno varstvenega zavoda Vitadom, da bi uspelo na delovnem mestu pri zaposlenih zagotoviti čim večjo stopnjo varnosti in zdravja pri rokovanju s težjimi bremeni, zmanjšati stopnjo poklicnih tveganj in spodbujati učinkovitost pri oskrbi bolnikov.

Cilji magistrskega dela so:

- prvi je analizirati, ali socialnovarstveni zavod Vitadom zaposlenim zagotavlja ustrezno delovno opremo za premeščanje težjih bremen, s katerimi se obvladujejo dejavniki tveganja s področja varnosti in zdravja pri delu;
- drugi cilj je analizirati, ali zaposleni v Vitadomu poznajo dejavnike tveganj za poškodbe pri premeščanju težjih bremen;
- tretji cilj je proučiti usposobljenost zaposlenih za uporabo pripomočkov za ročno premeščanje težjih bremen v Vitadomu;
- četrti cilj je analizirati, ali zaposleni pri svojem delu dejansko uporabljajo pripomočke za ročno premeščanje težjih bremen (težje pokretnih in nepokretnih uporabnikov) in ugotoviti razloge za neuporabo pripomočkov;
- peti cilj pa je izdelati predlog ukrepov ter oblikovati model obvladovanja tveganj, ki bi bil v pomoč vodstvu na področju zagotavljanja varnosti ter učinkovite uporabe ustrezne delovne opreme za premeščanje težjih bremen.

Raziskovalne teze so:

- teza 1: Vitadom zagotavlja ustrezno delovno opremo za ročno premeščanje težjih bremen (težje pokretnih in nepokretnih uporabnikov);
- teza 2: zaposleni v Vitadomu so usposobljeni za uporabo delovne opreme za ročno premeščanje težjih bremen (težje pokretnih in nepokretnih uporabnikov);
- teza 3: zaposleni kljub usposobljenosti vedno ne uporabljajo pripomočkov za ročno premeščanje težjih bremen.

V magistrskem delu bom odgovorila na naslednje **raziskovalno vprašanje:** Kakšni so razlogi za neuporabo pripomočkov za premeščanje težjih bremen pri zaposlenih?

Metode dela so naslednje: v prvem delu za proučevanje domače in tuje znanstvene in strokovne literature glede na področje obravnavane problematike uporabim deskriptivno metodo z deduktivnim pristopom. Z metodo kompilacije povzamem sklepe, mnenja in spoznanja različnih avtorjev. Kot zaposlena v socialnovarstvenem zavodu na več mestih podam tudi svoja mnenja, ki temeljijo na 18 letnih izkušnjah v praksi. V empiričnem delu pa na osnovi podatkov pridobljenih z anketnim vprašalnikom preverim zastavljene hipoteze in podam odgovor na raziskovalno vprašanje. Namenski vzorec anketiranih v okviru raziskave predstavljajo zaposleni v socialnovarstvenem zavodu Vitadom, ki vsakodnevno opravljajo delo, ki je povezano s premeščanjem težjih bremen (težje pokretnih ali nepokretnih uporabnikov) in so izpostavljeni dejavnikom tveganja (padcem, poškodbam, zdrsom in bolečinami v hrbtu). Anketa je bila izvedena v prostorih Vitadoma v mesecu juniju 2019, po opravljenem rednem delu. Izpolnjevanje ankete je trajalo približno 10-15 minut. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno in vsem sodelujočim je bila zagotovljena anonimnost.

Struktura magistrskega dela je naslednja: Magistrsko delo je sestavljeno iz teoretičnega in empiričnega dela, in sicer v petih poglavjih. V prvem poglavju opredelim varstvo in zdravje pri delu ter z njim povezana tveganja, identifikacijo, ocenjevanje in obvladovanje tveganj na omenjenem področju. Drugo poglavje obravnava pravno ureditev na področju varstva in zdravja pri delu, in sicer evropsko zakonodajo na področju varstva in zdravja pri delu, Zakon o varnosti in zdravja pri delu v Sloveniji in standarde kakovosti za sisteme vodenja na področju varnosti in zdravja pri delu. V tretjem poglavju sledi pregled obvladovanja tveganj pri delu v zdravstvenem in socialnem sektorju, v Sloveniji in v domovih za starejše. V četrtem poglavju je predstavljen empirični del naloge, kjer so prikazani raziskovalni rezultati in ugotovitve anketnega vprašalnika o organizacijskih in individualnih dejavnikih tveganj pri delu v domu starejših. V petem poglavju predstavim predlog modela obvladovanja tveganj varstva in zdravja pri delu v domu starejših ter obrazložim predlagane ukrepe. Magistrsko delo zaključim s sklepom, v katerem povzamem ključne ugotovitve.

1 OPREDELITEV VARSTVA IN ZDRAVJA PRI DELU TER Z NJIMA POVEZANIH TVEGANJ

Svetovna zdravstvena organizacija (ang. World Health Organization, v nadaljevanju WHO) obravnava vse vidike zdravja in varnosti na delovnem mestu. Delo vpliva na zdravje zaradi različnih fizičnih (npr. stroji in oprema, zvok, temperatura, svetloba, zrak) in psihosocialnih dejavnikov (npr. vsebina in organizacija dela, medosebni odnosi). Težave z zdravjem pri delu vključujejo poškodbe, poklicne bolezni, z delom povezane bolezni, ne ergonomske delovne razmere in negativne posledice stresa. Vsestransko vlaganje v boljše delovno okolje vodi k boljšemu zdravju zaposlenih in posledično k večji produktivnosti podjetij. Zdravo delo se oblikuje na različnih medsebojno povezanih ravneh, od osebne ravni prek ravni podjetja, lokalne skupnosti ali regije do državne ravni (sistem socialnega varstva, državna

politika zdravstvenega varstva, politika na področju dela in socialnih zadev) in ravni evropske politike (World Health Organization, brez datuma).

Zdravje, varnost in okolje (ang. health, safety and environment) so ločena področja delovanja, vendar pogosto tesno povezana. Dogodek z enim tveganjem ima namreč lahko vpliv na vsa tri področja, čeprav v različnih časovnih okvirih. Na primer: nenadzorovano sproščanje sevanja ali strupena kemikalija ima lahko neposredne kratkoročne varnostne posledice, daljše zdravstvene vplive in veliko dolgoročnejše vplive na okolje. Dogodki, kot je Černobil, so povzročili takojšnjo smrt, dolgoročno pa smrt zaradi raka in pustili trajen vpliv na okolje, ki je povzročil napake pri rojstvu, posledice za divje živali (Environment, health and safety, brez datuma).

Tveganja so sestavni del našega življenja, tako na poklicni ravni kot na ravni posameznika. S tveganji se srečujemo vsakodnevno, v družbi, v domačem okolju in v delovnih organizacijah. Oxford Business Dictionary (Parkinson, 2005, str. 477) opredeljuje tveganje kot »verjetnost ali grožnjo uničenja, poškodbe, obveznosti, izgube ali kateregakoli drugega negativnega pojava, ki je pogojen z zunanjo ali notranjo ranljivostjo in se mu je možno izogniti s preventivnim ukrepom. Slovar opredeljuje tveganja v različnih strokah in situacijah (finance, zavarovalništvo, prehrambna industrija, trgovanje, varnost in zdravje pri delu). Izraz »tveganje« je opredeljen tudi v zvezi z obvladovanjem varnosti in zdravja pri delu kot najverjetnejšo posledico nevarnosti, skupaj z verjetnostjo ali verjetnostjo nastanka (Cline, 2004).

Področje varnosti in zdravja pri delu opredeljujejo načela, pravila in aktivnosti, ki morajo posamezniku (delavcu) omogočiti uspešno opravljanje poklicnega dela s polnim delovnim učinkom in brez škode za njegovo zdravje od prvega delovnega dne pa do konca delovne dobe (Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 2019).

1.1 Varstvo in zdravje pri delu

Temeljna načela varnosti in zdravja pri delu opredeljujejo izogibanje nevarnostim, ocenjevanje tveganj, obvladovanje tveganj, prilagajanje dela posamezniku z ustreznim oblikovanjem delovnega mesta in delovnega okolja, delovnih prostorov, delovnih in tehnoloških postopkov, izbiro delovne in osebne varovalne opreme ter delovnih in proizvajalnih metod, prilagajanje tehničnemu napredku, nadomeščanje nevarnega z nenevarnim ali manj nevarnim, odpravlja monotono delo ter pogoje z vsiljenim ritmom dela in ostale zdravju škodljive okoliščine (humanizacija dela), razvijanje celovite varnostne politike, ki vključuje tehnologijo, organizacijo dela, delovne pogoje, medčloveške odnose ter dejavnike delovnega okolja, dajanje prednosti kolektivnim varnostnim ukrepom pred individualnimi ter podajanje ustreznih navodil in obvestil delavcem. Pojem varnosti in zdravja pri delu že po svoji vsebini in namenu obsega pravice in obveznosti delodajalcev in delavcev, da v skladu z zakonom in drugimi evropskimi predpisi ter ob določanju in upoštevanju varnostnih ukrepov, s katerimi se obvladuje oziroma preprečujejo nevarnosti in

škodljivosti pri delu, zagotavljajo takšno raven varnosti in zdravja pri delu, ki glede na naravo dela zagotavlja delavcu največjo možno mero zdravstvene in psihofizične varnosti. Delodajalec je dolžan zagotoviti varnost in zdravje delavcev v zvezi delom, prilagajati svoje ukrepe za zagotavljanje varnosti in zdravja spremenjenim okoliščinam ter stalno izboljševati obstoječe stanje oziroma stopnjo varnosti. V ta namen mora delodajalec izvajati ukrepe, potrebne za zagotovitev varnosti in zdravja delavcev, vključno s preprečevanjem nevarnosti pri delu, obveščanjem in usposabljanjem delavcev, z ustrezno organiziranostjo ter potrebnimi materialnimi sredstvi. Delodajalec je dolžan izvajati take preventivne ukrepe in izbirati take delovne in proizvajalne metode, ki bodo zagotavljale večjo stopnjo varnosti in zdravja pri delu ter bodo vključene v vse aktivnosti delodajalca in na vseh organizacijskih ravneh (Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 2019).

1.2 Tveganja v zvezi z varstvom in zdravjem pri delu

Po podatkih Panevropske javnomnenjske raziskave o varnosti in zdravju pri delu, ki je bila izvedena v 27 državah članic EU, (skupno 27.106 intervjujev, vzorec 1000 intervjujev na državo), 47 % delavcev v EU in prav toliko Slovencev navaja delo kot razlog za poslabšanje zdravja. Glede informiranosti o dejavnikih tveganja pri delu v EU 27 s strani delovne organizacije 46 % anketiranih pravi, da so slabo informirani. V Sloveniji ta delež predstavlja 50 % Slovencev (European Agency for Safety and Health at Work, 2013).

Največja nevarnost za zdravje in varnost delavcev je njihovo delovno okolje. Najpogostejše skupine tveganj v zvezi z varstvom in zdravjem pri delu so tveganja kemične, biološke, varnostne, fizične in psihosocialne narave (Ulutasdemir & Tanir, 2017).

Kemične nevarnosti so prisotne, kadar koli so delavci izpostavljeni kemičnim snovem. Primeri vključujejo čistilne raztopine in topila, hlape, ogljikov monoksid in vse druge pline. Snovi so zaradi svojih lastnosti strupene, eksplozivne, vnetljive, samo reaktivne, oksidativne ali jedke. Izpostavljenost tem snovem na različne načine, vključno z vdihavanjem, dermalno absorpcijo ali zaužitjem, lahko privede do škodljivih učinkov na zdravje, kar poveča potrebo po predhodnem poznavanju nevarnosti, povezanih s temi snovmi (Centers for Disease Control and Prevention, 2018).

Dolgotrajna izpostavljenost kemikalijam, kot so kremenčev prah, izpuhi motorja, tobačni dim in svinec (med drugim), kaže na povečano tveganje za srčne bolezni, možgansko kap in visok krvni tlak (Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services, 2017).

Biološka tveganja nastanejo zaradi dela z ljudmi, živalmi ali nalezljivim rastlinskim materialom. Primeri vključujejo kri ali druge telesne tekočine, nego živali, ugrize žuželk, bakterije ali viruse. Zaradi nalezljivih bolezni vsako leto na svetu umre okoli 320.000 delavcev, od tega približno 5.000 v EU. V zadnjih desetih letih se je zaradi rednega poročanja medijev izboljšala ozaveščenost javnosti glede bioloških nevarnosti, kot so antraks, ki se širi

z bioterorističnimi dejavnostmi, sindrom akutnega oteženega dihanja in ptičja gripa. Biološki dejavniki so prisotni povsod in delavci se srečujejo z zelo nevarnimi biološkimi tveganji na mnogih delovnih mestih. Ker so mnoge izmed teh bolezni zoonoze (bolezni, ki se prenašajo z živali na ljudi), so najbolj izpostavljeni tveganju tisti delavci, ki so v stiku z okuženimi živalmi ali aerosoli, prahom ali površinami, kontaminiranimi z njihovimi izločki. Druga skupina, ki je izpostavljena visokim tveganjem, so delavci v svetovni trgovini in tisti, ki so izpostavljeni okuženim ljudem, kot so zdravstveni delavci in letalsko osebje. Zdravstveni delavci so izpostavljeni tveganju zaradi pojava organizmov, kot je meticilin odporni staphylococcus aureus, in vrsti tuberkuloze, ki je izjemno odporna proti zdravilom (Driscoll, Takala, Steenland, Corvalan & Fingerhut, 2005).

Tveganja, ki vplivajo na varnost posameznikov, so običajno posledica nezgode ali neposredne smrtne žrtve (Hazard, brez datuma). Fizična tveganja so najpogostejša vrsta tveganj na delovnem mestu. Primeri fizičnih tveganj so zdrsi, poškodbe, padci, izpostavljenost hrupu, delu na višini, vibracijam in nezaščitenim strojem. Ergonomska tveganja nastanejo kot posledica fizičnih dejavnikov, ki lahko škodujejo mišično-skeletnemu sistemu. Te vrste nevarnosti ni enostavno prepoznati, primeri nevarnosti so slaba osvetlitev, ponavljajoče se gibanje, nerodno gibanje in slaba drža. Tveganja, povezana s kostno-mišičnimi obolenji, pa so danes ena izmed največjih težav v zvezi z varnostjo in zdravjem pri delu v EU ter povzročajo velike stroške za posameznike, podjetja in družbo na splošno. Rezultati raziskave o delovni sili za leto 2013, ki jo je izvedel evropski statistični urad Eurostat, kažejo, da so z delom povezana kostno-mišična obolenja danes najbolj razširjena vrsta z delom povezanih zdravstvenih težav in najpogostejši vzrok odsotnosti z dela. Zajemajo približno 60 % vseh z delom povezanih zdravstvenih težav v EU ter so vzrok 60 % bolniške odsotnosti in primerov trajne nezmožnosti za delo. Ergonomska tveganja so zapletena in večplastna. Kadar se pojavijo na delovnem mestu, lahko neposredno povzročijo ali poslabšajo obstoječe slabo zdravstveno stanje. Izpostavljenost na različnih delovnih mestih se lahko zelo razlikuje in obstajajo precejšnje razlike v starosti, načinu življenja in spolu, ki jih je treba upoštevati. To vrsto tveganj trenutno ureja več direktiv EU (Direktiva 2002/44/ES o vibracijah, Direktiva 90/269/EGS o ročnem premeščanju bremen in Direktiva 90/270/EGS o delu s slikovnimi zasloni) in okvirna direktiva. Druge direktive EU imajo posreden učinek na preprečevanje z delom povezanih kostno-mišičnih obolenj (Evropska komisija, 2017).

Enega od težjih izzivov na področju varnosti in zdravja pri delu pa predstavljajo tudi psihosocialna tveganja, ki močno vplivajo na zdravje posameznikov, organizacij in nacionalnih gospodarstev (Eurofound, 2012). Z njimi so pogosto povezane težave, kot so stres na delovnem mestu, nasilje na delovnem mestu, nadlegovanje in ustrahovanje. Stres, povezan z delom, je med najpogosteje poročanimi vzroki bolezni delavcev, ki vplivajo na več kot 40 milijonov posameznikov v EU (European Agency for Safety and Health at Work, 2007a).

Kljub velikemu obsegu teh težav in njihovem vplivu na zdravje in produktivnost, ki se neposredno nanašajo na koncept obvladovanja psihosocialnega tveganja, ter specifičnosti, v zvezi z stresom na delovnem mestu, nasiljem na delovnem mestu, nadlegovanjem in ustrahovanjem, so bili programi obvladovanja oblikovani v zelo malo državah (Leka & Cox, 2008).

Evropska komisija (2017) v svojem poročilu navaja, da so psihosocialna tveganja in stres na delovnem mestu eden izmed najtežjih – in čedalje večjih izzivov na področju varnosti in zdravja pri delu. Stres, ki na delovnem mestu močno vpliva na produktivnost, je vzrok za približno polovico izgubljenih delovnih dni, saj so odsotnosti razmeroma dolge, in je vzrok za manjšo uspešnost na delovnem mestu ter lahko povzroči petkrat več nesreč. Povezan je s približno petino fluktuacije zaposlenih. Psihosocialna tveganja zajemajo kompleksna, več dimenzionalna vprašanja. Ocenjeni stroški za podjetja in družbo so visoki in na nacionalni ravni znašajo že milijarde evrov. Dobro psihosocialno okolje spodbuja uspešnost in osebni razvoj ter dobro duševno in telesno počutje delavca. Psihosocialna tveganja in stres, povezan z delom, je mogoče s pravim pristopom preprečiti in uspešno obvladovati ne glede na velikost ali vrsto podjetja. Z njimi se je mogoče spoprijeti enako logično in sistematično kot z drugimi tveganji za zdravje in varnost pri delu. Obvladovanje stresa ni samo moralna obveznost, ampak tudi pravna zahteva, ki je določena v okvirni direktivi 89/391/EGS in podprta z okvirnimi sporazumi med socialnimi partnerji o stresu, povezanim z delom, ter nadlegovanju in nasilju na delovnem mestu (European Agency for Safety and Health at Work, 2007a).

1.3 Identifikacija, ocenjevanje in obvladovanje tveganj v zvezi z varstvom in zdravjem pri delu

V Evropi sta varnost in zdravje delavcev zaščitena in predpisana s pristopi, ki temeljijo na oceni in obvladovanju tveganja. Za izdelavo učinkovite ocene tveganja morajo vsi udeleženci dobro razumeti pravni okvir, koncepte, postopek izdelave ocene tveganja in vloge, ki jih morajo odigrati glavni akterji, ki so vključeni v postopek (Office for Official Publications of the European Communities, 1996).

Tveganje v zvezi z delom se nanaša na verjetnost in resnost poškodb in zdravstvenih okvar, ki lahko nastanejo zaradi izpostavljenosti nevarnostim. Osnovni cilj poklicnega ocenjevanja tveganj je varovanje varnosti in zdravja delavcev. Ocena tveganja je v pomoč pri zmanjševanju verjetnosti, da pride do poškodbe delavcev ali okolja zaradi dejavnosti, povezanih z delom, pav tako pa je z njeno pomočjo delo bolj konkurenčno in učinkovitejše izvedeno (Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu, 2007).

Identifikacija tveganja je del postopka, ki se uporablja za oceno, ali lahko kakšna posebna situacija, predmet, stvar, povzroči škodo. Izraz, ki se pogosto uporablja za opis celotnega postopka, je ocena tveganja. Na splošno pa je cilj identifikacije tveganj iskanje in beleženje

možnih nevarnosti, ki so lahko prisotne na delovnem mestu (Canadian Centre for Occupational Health & Safety, 2019).

V Zakonu o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1), Ur. l. RS, št. 56/19999 in 64/2001, ki je usklajen z določbami direktive EU št. 89/391/EGS, je podana osnovna zakonska zahteva po izvedbi ocene tveganja. Pravilnik o načinu izdelave izjave o varnosti z oceno tveganja, Ur. l. RS, št. 30/2000, pa natančno opredeljuje obveznosti delodajalca. Vsak delodajalec, ne glede na velikost organizacije, je dolžan izdelati oceno tveganja.

Ocena tveganja je postopek ocenjevanja tveganj za varnost in zdravje delavcev zaradi nevarnosti na delovnem mestu. Gre za sistematično preučevanje vseh vidikov dela, ki upošteva, kaj lahko povzroči poškodbe ali škodo, ali je nevarnosti mogoče odpraviti, če ne, kakšni preventivni ali zaščitni ukrepi so ali bi morali biti sprejeti za nadzor tveganj. Namen postopka ocene tveganja je oceniti nevarnosti, odstraniti nevarnost ali zmanjšati raven tveganja in po potrebi dodati nadzorne ukrepe. Uporabiti je potrebno celovit pristop, ki upošteva različne korake ocenjevanja, različne potrebe posameznih delodajalcev in spremembe v delovnem okolju. Posvetovanje z zaposlenimi in njihova vključitev v oceno tveganja sta ključnega pomena za zagotovitev, da so nevarnosti določene, ne samo na podlagi znanja, ampak tudi na podlagi poznavanja delovnih razmer in vzorcev škodljivih učinkov na delavce (Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enako možnosti, brez datuma).

Za izdelavo ocene tveganja organizacije uporabljajo različne metode. Metode lahko v grobem razdelimo na kvalitativne in kvantitativne. Kvalitativne so opisne. Med znanimi je nemška metoda BG (nem. Berufsgenossenschaften). Izhodišče te metode je, da mora biti postopek enostaven, razumljiv in učinkovit. Kvantitativne metode razvrščajo tveganja v razrede, kar je tudi osnova za odločanje o vrsti in o rokih, potrebnih za ukrepanje. Med temi je najbolj znana metoda AUVA (nem. Allgemeine Unfallversicherungsanstalt) avstrijske nezgodne zavarovalnice, pri kateri se za določanje verjetnosti nastanka poškodbe, nezgode, stopnje tveganja in rokov za ukrepanje uporabljajo vnaprej pripravljene tabele. V Sloveniji organizacije uporabljajo različne metode. Poleg že omenjenih so še Analiza drevesa napak (FTA) (ang. Fault Tree Analysis), Analiza možnih napak in njihovih posledic (FMEA) (ang. Failure Mode and Effecta Analysis), Priročnik za samoocenitev za majhna in srednja podjetja (SME) (ang. Self–Audit Handbook for SME). Izbira metode je odvisna od vrste procesa, ki je predmet ocenjevanja. Veliko organizacij razvije tudi lastne metode, prilagojene njihovim specifičnim potrebam (Seražin, 2005, str. 20–21).

Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu je pripravila obsežno, enostavno in brezplačno spletno aplikacijo, to je orodje OiRA – spletno interaktivno orodje za ocenjevanje tveganja. To pomaga mikro in malim podjetjem pri postopnem izvajanju temeljitega postopka ocenjevanja tveganja, od identifikacije nevarnosti in ocenjevanja tveganj na delovnem mestu prek odločanja o preventivnih ukrepih in njihovega izvajanja do stalnega

spremljanja in poročanja (Occupational safety and health risk assessment methodologies, brez datuma).

2 PRAVNA UREDITEV NA PODROČJU VARSTVA IN ZDRAVJA PRI DELU

Uradna upokojitvena starost se v mnogih državah članicah povišuje, zato se bodo številni delavci verjetno srečevali z daljšo poklicno potjo, daljšo izpostavljenostjo nevarnostim pri delu ter s spreminjajočim se delovnim okoljem (npr. prožnimi ureditvami delovnega časa, prilagodljivim delovnim okoljem). Da bi preprečili povečanje števila poklicnih bolezni, si je treba prizadevati za varne in zdrave delovne razmere skozi celotno poklicno življenje. Sprejetje in uporaba obsežnega dela zakonodaje v EU v zadnjih desetletjih sta omogočili izboljšanje delovnih pogojev v državah članicah EU in zagotovili sta znaten napredek pri zmanjšanju pojava z delom povezanih nesreč in bolezni (European Commission, 2004).

2.1 Evropska zakonodaja na področju varnosti in zdravja pri delu

Glavna načela, ki urejajo varovanje zdravja in varnosti delavcev, izhajajo in so določena v prvi okvirni direktivi iz leta 1989, 89/391 EGS, sprejeti na ravni Evropske unije. Njen osnovni cilj je spodbujati in uvajati ukrepe za izboljšanje varnosti in zdravja pri delu. Navedena Direktiva 89/391 EGS v Evropi zagotavlja minimalne varnostne in zdravstvene zahteve, države članice pa jo lahko po potrebi dopolnjujejo (European Commission, 2004).

Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu je bila ustanovljena leta 1994 v Bilbau v Španiji. Prizadeva se za bolj zdrava, varnejša in produktivnejša delovna mesta v splošno korist podjetij, zaposlenih in državi članic. Z uveljavljanjem kulture preprečevanja tveganj prispeva k izboljšanju delovnih pogojev v Evropi. Agencija zbira in analizira podatke ter obvešča vse, ki se ukvarjajo z varnostjo in zdravjem na delovnem mestu. Vsakih pet let pregleda svojo strategijo in zastavljene cilje. Na podlagi raznih posvetovanj z upravnim odborom in institucijami EU pripravi večletni strateški načrt (zdaj 2014–2020), nato natančno določi letni delovni program. Agencija je v bistvu organizacija povezovanja, zanjo je osrednjega pomena sodelovanje z drugimi organizacijami na vseh ravneh, nacionalni, evropski in svetovni. To se odraža tudi v tridelni sestavi upravnega odbora in njeni mreži nacionalnih informacijskih točk, ki so ključna vez s končnimi uporabniki.

Partnerji agencije so Evropska fundacija za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer, Evropska agencija za kemikalije, Evropski center za razvoj poklicnega usposabljanja, Evropski inštitut za enakost spolov, Agencija za temeljne pravice in Evropska fundacija za usposabljanje. Cilj organizacije je, da bi s spodbujanjem varnostne kulture postala evropska delovna mesta bolj varna, zdravju prijazna in produktivnejša. Za ta cilj si prizadevajo z zbiranjem in širjenjem znanj in informacij ter s promocijo preventive tveganj. Na nacionalni

ravni agencijo zastopajo nacionalne informacijske točke, ki koordinirajo projekte promocije varnosti in zdravja pri delu (European Union, 2019).

Druga pomembna organizacija na tem področju je Evropski observatorij tveganj. Ustanovljen je bil v letu 2005 in sicer kot integralni del Evropske agencije za varnost in zdravje pri delu. Demografske spremembe, razvoj organizacije dela in produkcijskih metod proizvajajo vedno nove oblike tveganj za varnost in zdravje delavcev. Observatorij tveganj si prizadeva za identifikacijo novih in pojavljajočih se tveganj, obenem pa promovira zgodnje preventivne ukrepe. Poleg tega opisuje trende, osnovne faktorje ter napoveduje spremembe za delovno okolje in njihove možne posledice za zdravje in varnost (European Agency for Safety and Health at Work, 2019).

Države članice Evropske unije upoštevajo evropske direktive s področja varstva in zdravja pri delu, ki določajo minimalne standarde. Te direktive imajo enako strukturo, ki zahteva od delodajalca, da oceni tveganja na delovnem mestu in da da na voljo preventivne ukrepe, ki temeljijo na hierarhiji nadzora. Ta hierarhija se začne z odpravo nevarnosti in konča z osebno varovalno opremo. Nekatere države članice pa priznavajo, da nimajo nadzora kakovosti v poklicnih varnostnih storitvah. Skupni družbeni stroški z delom povezanih zdravstvenih težav in nesreč se med državami članicami razlikujejo od 2,6 % do 3,8 % BDP (European Agency for Safety and Health at Work, 2001).

V sporočilu, ki ga je izdala Evropska komisija leta 2004 o praktičnem izvajanju nekaterih določb posameznih direktiv, ki obravnavajo delovna mesta – 89/654 EGD, delovna oprema – 89/655 EGS, osebna varovalna oprema – 89/ 656 EGS, ročno premeščanje bremen – 90/269 EGS, slikovni zasloni – 90/270 EGS je navedeno, da obstajajo dokazi o pozitivnem vplivu zakonodaje EU na nacionalne standarde za varnost in zdravje pri delu. Ti so sestavljeni iz nacionalnih izvedbenih predpisov ter praktične uporabe v podjetjih in institucijah javnega sektorja (European Commission, 2007).

2.2 Zakon o varnosti in zdravja pri delu v Sloveniji

Ustava Republike Slovenije v II. poglavju, ki ureja človekove pravice in temeljne svoboščine, ne določa eksplicitno pravice do pogojev za delo, ki zagotavljajo telesno in moralno integriteto in varnost ali pravico do osebne varnosti pri delu. Ustavna podlaga za vsebinsko urejanje varnosti in zdravja pri delu je na posreden način podana zlasti v okviru ustavne določbe o nedotakljivosti človekovega življenja ter v okviru pravice do socialne varnosti, vključujoč pravico do socialnega zavarovanja, to je zdravstvenega, pokojninskega, invalidskega in drugega državnega zavarovanja. Upoštevati je potrebno, da je varno in zdravo delo neločljivi del sistema socialne varnosti (Ustava Republike Slovenije (URS), Ur. l. RS, št. 33/1991).

Področje varnega in zdravega dela je v Sloveniji urejeno z ZVZD-1, ki ga je sprejel Državni zbor Republike Slovenije 30. junija 1999. Zakon, ki je začel veljati 28. julija 1999, pomeni

novo poglavje v razvoju delovnega in socialnega prava na področju varnosti in zdravja pri delu, saj s tem, ko na enem mestu združuje tehnični in zdravstveni vidik varnega in zdravega dela, uvaja nov pristop pri urejanju tega področja. Pravna ureditev varnosti in zdravja pri delu, s katero se ureja t.i. splošno varnost in zdravje delavcev pri delu, je pomemben del sistema socialne varnosti in tako tudi zagotavljanja t.i. globalne varnosti.

Struktura zakona je, upoštevaje Konvencijo Mednarodne organizacije dela (ILO) št. 155 o varstvu pri delu, zdravstvenem varstvu in delovnem okolju ter Direktivo št. 89/391 EEC o vpeljavi ukrepov za vzpodbudo izboljšav varnosti in zdravja pri delu, primerljiva s pravno ureditvijo tega področja v EU in drugih razvitih državah, ki s tovrstnimi zakoni urejajo organizacijske zadeve, pravice in obveznosti delodajalcev, organe, pristojne za to področje, inšpekcijski nadzor, kazenske določbe in sodelovanje socialnih partnerjev na področju zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu. Zakon upošteva tudi opredelitev Evropske socialne listine, po kateri je pravica do varnih in zdravih delovnih pogojev uvrščena med politične, državljanske, ekonomske in socialne pravice. Pravna ureditev varnega in zdravega dela je sestavni del sistema socialne varnosti, vsled česar mora država sprejeti varnostne in zdravstvene predpise, poskrbeti za izvajanje takšnih predpisov z ukrepi nadzora in po potrebi organizirati posvete z organizacijami delavcev in delodajalcev glede ukrepov za izboljšanje varnosti in zdravja. Zakon opredeljuje temeljna načela in zavezuje vse akterje delovnega procesa k ukrepom za zagotavljanje varnega in zdravega dela, saj določa tako pravice in dolžnosti, ki jih imajo v zvezi s tem delodajalci, kot tudi pravice in obveznosti, ki jih imajo v zvezi z varnim in zdravim delom delavci. Zakon izrecno opredeljuje, da so vse dolžnosti delodajalca po tem zakonu in predpisih, izdanih na njegovi podlagi, hkrati pravice delavca. Prav tako zakon vzpostavlja odvisnost med finančno obveznostjo delodajalcev iz naslova zavarovanja za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni (diferencirana prispevna stopnja) ter ravnijo varnosti in zdravja pri delu, ki jo zagotavljajo svojim delavcem. S tem zakonom se določajo pravice in dolžnosti delodajalcev in delavcev v zvezi z varnim in zdravim delom, ukrepi za zagotavljanje varnosti in zdravja pri delu ter določajo organi, pristojni za varnost in zdravje pri delu. Podzakonske predpise s področja varnosti in zdravja pri delu izdaja po posvetovanju s socialnimi partnerji v Ekonomsko-socialnem svetu minister, pristojen za delo, in minister, na čigar pristojnost se podzakonski predpis nanaša. Delodajalec pa je dolžan zagotavljati varnost in zdravje pri delu v skladu s tem zakonom, drugimi predpisi in smernicami (ZVZD-1).

Ključne institucije na področju varnosti in zdravja pri delu v Sloveniji delujejo v okviru dveh ministrstev, in sicer Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve in Ministrstva za zdravje. Pod okrilje Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve sodita:

- Urad RS za varnost in zdravje pri delu;
- Inšpektorat RS za delo.

Pod okriljem Ministrstva za zdravje delujeta:

- Uprava Republike Slovenije (v nadaljevanju RS) za jedrsko varnost;
- Medicina dela prometa in športa.

Nadzor nad izvajanjem predpisov s področja varnosti in zdravja pri delu izvajata:

- Inšpektorat RS za delo;
- Rudarski inšpektorat izvaja nadzor pri opravljanju rudarskih del in podzemnih gradbenih delih, ki se izvajajo z rudarskimi metodami dela, v skladu z zakonom, ki ureja rudarstvo in na njegovi podlagi izdanimi predpisi;

Nadzor varnosti in zdravja pri delu na ladjah in čolnih za gospodarske namene, razen ribiških ladij, opravljata (Resolucija o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu):

- Uprava Republike Slovenije za pomorstvo;
- Inšpekcija, pristojna za zračno plovbo (nadzor varnosti in zdravja pri delu pri delu članov posadk zračnih plovil).

Drugi predpisi, ki urejajo področje varnosti in zdravja pri delu v Sloveniji, so:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ), Ur. l. RS, št. 9/1992, 13/1993, 9/1996, 29/1998, 99/2001 in 60/2002. Zakon in drugi predpisi s področja zdravstva namreč urejajo organizacijski vidik zagotavljanja zdravja pri delu. Poleg teh dveh osnovnih zakonov pa s svojimi določbami posegajo na področje varnosti in zdravja pri delu še nekateri drugi zakoni;
- Zakon o delovnih razmerjih (ZDR-1), Ur. l. RS, št. 42/2002, predvsem v delu, ki ureja delovne pogoje delavcev, npr. odmore, počitke, nočno delo, delo prek polnega delovnega časa ter v delu, ki se nanaša na posebno varstvo posameznih kategorij delavcev, npr. nosečnic, mladih delavcev;
- Zakonu o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ), Ur. l. RS, št. 106/1999, 72/2000, 124/2000 in 109/2001, pomemben predvsem del, ki ureja invalidsko zavarovanje;
- Zakon o sodelovanju delavcev pri upravljanju (ZSDU), Ur. l. RS, št. 42/1993 in 56/2001, je matični predpis glede izvolitve, načina delovanja in pravic, ki gredo članom sveta delavcev in delavskim zaupnikom, tudi na področju varnosti in zdravja pri delu.

Druge institucije na področju varnosti in zdravja pri delu v Republiki Sloveniji so (Resolucija o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu):

- Svet za varnost in zdravje pri delu;
- Zbornica varnosti in zdravja pri delu;
- Katedra za varstvo pri delu, Katedra za javno zdravje;
- Klinični inštitut za medicino dela prometa in športa;

- Razširjeni strokovni kolegij za medicino dela, prometa in šport;
- Zveza društev varnostnih inženirjev Slovenije.

Nov pomemben strateški dokument, ki je bil objavljen aprila 2018, je Slovenija pridobila z Resolucijo o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu 2018–2027 (v nadaljevanju ReNPVZD 2018–2027), Ur. l. RS, št. 23/2018, in je nadomestila ReNPVZD iz leta 2003. Glavni namen Resolucije je povezati vse deležnike v sistemu varnosti in zdravja pri delu. Ustvarjalo in vzdrževalo naj bi se delovno okolje, ki skozi celotno delovno dobo ohranja zdravje delavcev, da bodo lahko delali dlje in jim bo delo v osebno zadovoljstvo. Pri oblikovanju ciljev nacionalnega programa so bile upoštevane spremembe v družbi, potrebe delodajalcev in delavcev ter napovedi novih tveganj v delovnem okolju.

Resolucija opredeljuje pet strateških ciljev in ukrepe za vsakega od njih:

- zagotovitev varnosti pri delu;
- zagotovitev zdravja pri delu;
- spodbujanje kulture preventive v delovnem okolju;
- upoštevanje raznolikosti delavcev;
- zagotovitev varnosti in zdravja delavcev, ki delajo v novih oblikah dela in zaposlovanja;
- spodbujanje socialnega dialoga na področju varnosti in zdravja pri delu.

Resolucija kot deležnike sistema varnosti in zdravja pri delu omenja tudi delavske zaupnike za varnost in zdravje pri delu. Cilji so načrtovani tako, da so uresničljivi, ob tem pa ambiciozni in daljnosežni. Bolj varna in zdrava delovna mesta prispevajo k ekonomski učinkovitosti gospodarstva ter vzdržnosti socialnih blagajn (Resolucija o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu 2018–2027).

2.3 Standardi kakovosti za sisteme vodenja na področju varnosti in zdravja pri delu

Standard je dokument, ki nastane s konsenzom in ga odobri priznani organ. Določa pravila, smernice ali značilnosti za dejavnosti ali njihove rezultate ter je namenjen za občo in večkratno uporabo in je usmerjen v doseganje optimalne stopnje urejenosti na danem področju. Standardi naj bi temeljili na priznanih rezultatih znanosti, tehnike in izkušenj z namenom doseganja optimalnih koristi za skupnost (Slovenski inštitut za standardizacijo, brez datuma).

Za sisteme vodenja varnosti in zdravja pri delu je bil do nedavnega v Evropi najbolj poznan standard OHSAS 18001:1999 – Sistemi vodenja varnosti in zdravja pri delu – Specifikacija (Seražin, 2015, str. 9–10). ILO je pripravila standard OHS:2001- Vodila za sisteme vodenja varnosti in zdravja pri delu. Sistem vodenja varnosti in zdravja pri delu ISO 45001 (prej poznan kot OHSAS 18001) je mednarodni standard, ki je bil sprejet marca 2018. Opredeljuje zahteve v zvezi s sistemi vodenja varnosti in zdravja pri delu za lažje obvladovanje

varnostnih tveganj in povečanjem učinkovitosti delovanja. Standard se lahko uporablja za vse poslovne in operativne dejavnosti ter zahteva tudi skladnost z vsemi veljavnimi regulativnimi okviri. ISO 45001 je usmerjen v obvladovanje tveganj in ima za cilj omogočiti organizacijam, da proaktivno upravljajo svoje procese, da bi zmanjšali tveganje za zdravje in varnost. Ta standard ne določa meril uspešnosti varnosti in zdravja pri delu, niti ne vsebuje podrobnih specifikacij za načrtovanje sistema upravljanja, vendar zahteva, da organizacija vzpostavi lastno varnostno politiko in cilje, opredeli nevarnosti in tveganja, oceni verjetnost in vpliv tveganja, preveri skladnost z veljavnimi pravili, načrtuje in uporabi ustrezne proti ukrepe za preprečevanje poškodb, bolezni in smrtnih žrtev ter spremlja in izboljšuje delovanje (Eudace, d. o. o., brez datuma).

ISO 45001:2018 smiselno povzema zahteve standarda OHSAS 18001:2007 in jih dopolnjuje z novimi spoznanji, vse skupaj pa je osnovano na novi, predpisani strukturi standardov za sisteme vodenja (Certification Europe, brez datuma).

Glavne razlike med OHSAS 18001 in ISO 45001 so: ISO 45001 je osredotočen na interakcijo med organizacijo in njenim poslovnim okoljem, medtem ko je bil OHSAS 18001 osredotočen na obvladovanje nevarnosti in drugih notranjih vprašanj. ISO 45001 temelji na procesih, je dinamičen v vseh klavzulah, upošteva tako tveganje kot priložnosti. OHSAS 18001 temelji na postopkih, ni dinamičen, ukvarja se izključno s tveganjem in ne vključuje stališča zainteresiranih strank (International Organization for Standardization, 2018a).

Prednosti izvajanja ISO 45001 so (Eudace, d. o. o., brez datuma):

- izboljšanje ozaveščenosti in nadzor nad nevarnostmi in tveganji na delovnem mestu;
- spodbujanje zmanjšanja števila in resnosti nezgod in bolezni, povezanih z delom, izboljšanje zdravja in varnosti zaposlenih ter zadovoljstva ljudi;
- upravljanje skladnosti z zakonskimi in drugimi regulativnimi zahtevami, vzpostavitev okvira za učinkovito obvladovanje tveganj;
- izboljšanje produktivnosti, zmanjševanje stroškov, povezanih s pravnimi stroški in odškodninami, ter izboljšanje podobe podjetja.

Učinkovito izvajanje ISO 45001 zahteva jasno strukturo upravljanja z jasno opredeljenimi pristojnostmi in odgovornostjo, merljivimi cilji za izboljšave, sistematičnim pristopom k oceni tveganja in merljivimi rezultati. To vključuje spremljanje napak pri upravljanju zdravja in varnosti, revidiranje uspešnosti in pregledovanje politik in ciljev.

ISO 45001 je namenjen vsem organizacijam, ne glede na velikost, panogo ali naravo poslovanja. Standard je zasnovan tako, da se vključuje v obstoječe procese upravljanja organizacije in sledi isti strukturi na visoki ravni kot drugi standardi sistema upravljanja ISO, kot je ISO 9001 (upravljanje kakovosti) in ISO 14001 (ravnanje z okoljem). ISO 45001 je najbolj viden del ISO – ovih rešitev za zdravje in varnost pri delu. Obseg zdravja in varnosti na delovnem mestu se bo v prihodnosti razširil, tako da bo psihološko zdravje vključevalo

nov standard v razvoju, in sicer ISO 45003, ki bo predvidoma objavljen leta 2021 (International Organization for Standardization, 2018b).

ISO / TR 12296: 2012 ponuja smernice za oceno težav in tveganj, ki so povezane z ročnim premeščanjem pacientov v zdravstvenem sektorju, ter za prepoznavanje in vzpostavitev ergonomskih strategij. Ponuja rešitve za težave in tveganja, ki nastajajo pri ročnem premeščanju. ISO / TR 12296: 2012 ima dva glavna cilja: izboljšati delovne pogoje zaposlenih, hkrati pa zmanjševati biomehanska tveganja, ki nastanejo zaradi preobremenitve, znižati stopnjo nastanka bolezni in poškodbe, povezane z delom, ter posledično stroške in odsotnosti. Pri tem je potrebno upoštevati kakovost oskrbe pacientov, varnost, dostojanstvo in zasebnost glede njihovih potreb. Namenjen je zaposlenim v zdravstvenem in socialnem sektorju, ki uporabljajo tehniko ročnega premeščanja bremen, še posebej pa vodstvu, zaposlenim na področju varstvu pri delu, proizvajalcem pripomočkov in opreme, vodjem izobraževanja in usposabljanja ter načrtovalcem izgradenj zdravstvenih ustanov. Priporočila za ravnanje s pacienti temeljijo na (International Organization for Standardization, 2012):

- oceni stanja in oceni tveganja;
- organizaciji dela pri ročnem premeščanju s pacienti;
- pripomočkih in opremi za premeščanje;
- zgradbi in okolju, v katerih se pacienti oskrbujejo;
- izobraževanju in usposabljanju negovalcev;
- oceni učinkovitosti intervencije.

3 PREDSTAVITEV PROBLEMATIKE OBVLADOVANJA TVEGANJ ZDRAVJA IN VARSTVA PRI DELU

Evropski sektor zdravstvenega varstva ima odločilno vlogo pri doseganju ciljev strategije Evropa 2020, tako da prispeva k splošnemu zdravju in dobremu počutju delovne sile in družbe kot celote. Do leta 2030 bi se lahko število delovno sposobnega prebivalstva v EU zmanjšalo s sedanjih 303 milijonov na 280 milijonov. Delavci, zaposleni v zdravstvenem sektorju, morajo obvladovati širok razpon dejavnosti in okolij, ki ogrožajo njihovo zdravje in povzročajo tveganje za poklicno bolezen ali z delom povezane nezgode. Številna okolja, v katerih zdravstveni delavci opravljajo svoje delo, in mnogoterost nalog, ki jih opravljajo pri zagotavljanju storitev, vključujejo raznovrstna že znana tveganja. Poleg že znanih tveganj imamo opravka z več novimi spremembami in trendi, s katerimi se spopada sektor zdravstvenega in socialnega varstva v Evropi in ki so povzročili številne nove izzive glede varnosti in zdravja pri delu. Te izzive je treba obravnavati in obvladati. Vključujejo demografske, epidemiološke, družbene, tehnološke in kulturne trende v državah EU, ki vplivajo na obstoječe vzorce oskrbe (European Agency for Safety and Health at Work, 2014).

Tradicionalni pristop k zdravju in varnosti pri delu, ki je usmerjen predvsem v zmanjševanje nezgod pri delu in preprečevanje poklicnih bolezni, je odločilno prispeval k boljšemu zdravju na delovnem mestu. Vendar je zdaj tudi jasno, da zgolj tak pristop ne more uspešno vplivati na izzive, s katerimi se srečujemo v svetu dela in med katere sodi globalizacija, staranje delovne sile, brezposelnost, naraščajoča uporaba informacijske tehnologije, spremembe oblik zaposlovanja, naraščajoč pomen storitvenega sektorja, naraščajoče število ljudi, ki delajo v majhnih in srednje velikih podjetjih, usmeritev v uporabnike in stranke ter upravljanje kakovosti (Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2016, str. 46–47).

Eden od pristopov za preprečevanje mišično-skeletnih motenj, povezanih z delom, so smernice in direktive o zdravju in varnosti. Direktiva 90/269/EGS na primer določa zdravstvene in varnostne zahteve za ročno premeščanje bremen. V skladu z zakonodajo EU mora vsak delodajalec opraviti ustrezno in zadostno oceno tveganja pri tistih ročnih operacijah, ki predstavljajo tveganje za posameznika, in sprejeti ustrezne ukrepe za preprečitev tveganja poškodb. Čeprav so programi usposabljanja ključnega pomena za preprečevanje poškodb, niso sami po sebi primerni nadomestek za pomanjkanje mehanskih pripomočkov, neprimernih tovorov in slabih delovnih pogojev. Mnogo kostno-mišičnih obolenj je zaradi ročnega premeščanja mogoče preprečiti ali znatno zmanjšati z upoštevanjem obstoječih zdravstvenih in varnostnih predpisov ter s smernicami o dobri praksi. Vendar pa se šteje tudi, da so učinkoviti ukrepi usmerjeni v oblikovanje in organiziranje nalog, in sicer da delodajalec ročno premeščanje bremen nadomestiti s primerno delovno opremo, pripomočki in primernimi mehanskimi pomagali. Zagotoviti mora organizacijske in tehnične ukrepe ter pravilen način dela. Prav tako mora delodajalec delavce poučiti o značilnostih bremen in drugih dejavnikih, ki vplivajo na varno delo. Usposobiti jih mora za tak način dela pri ročnem premeščanju bremen, da se izognejo poškodbam hrbta (European Agency for Safety and Health at Work, 2007b).

3.1 Obvladovanje tveganj pri delu v socialnem in zdravstvenem sektorju

V poročilu iz leta 2014 Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu navaja, da so delavci, zaposleni v zdravstvenem in socialnem sektorju, v svojih delovnih okoljih izpostavljeni različnim dejavnikom tveganja, ki ogrožajo njihovo zdravje in povzročajo tveganje za poklicne bolezni ali z delom povezane nezgode. Pojavlja se vse večje pomanjkanje zdravstvenih delavcev, starajoče se zdravstveno osebje in nezadostno število novo zaposlenih, ki bi nadomestili tiste, ki odhajajo v pokoj. Te spremembe vplivajo na delovne pogoje in navsezadnje na dobro počutje in varnost zdravstvenih delavcev. Sistemi zdravstvenega varstva po Evropi komajda obvladujejo svoje stroške. Ne le da so načini zbiranja sredstev za kritje stroškov neustrezni, temveč je še bolj skrb vzbujajoče, da bodo najverjetneje močno narasli tudi stroški. Brez močne in številčnejše delovne sile, ki bi delovala v boljših delovnih pogojih, se varnost in zdravje pri delu zdravstvenih delavcev ne bosta izboljšala, ob tem se ne bo izboljšala niti kakovost oskrbe, ki jo zagotavljajo. Delo na področju zdravstvenega varstva je zahtevno že ob ustreznem številu osebja, ob predvidenem

pomanjkanju zaposlenih pa bo še toliko zahtevnejše. Delovne obremenitve bodo večje in se bodo še občutno povečale, saj se v sisteme zdravstvenega varstva po vsej Evropi vključuje vse več bolnikov. Glede na pomanjkanje zaposlenih bo to že tako preobremenjene zdravstvene delavce še dodatno obremenilo (European Agency for Safety and Health at Work, 2014).

Kostno-mišična obolenja so postala osrednja skrb v Evropi. Po podatkih iz šeste evropske raziskave o delovnih pogojih iz leta 2016 (ang. Sixth European Working Conditions Survey) v 35 državah EU28 in v Albaniji, Makedoniji, Črna gori, Norveški, Srbiji, Turčiji in Švici skoraj polovica evropskih delavcev trpi zaradi kostno-mišičnih obolenj, povezanih z delom. 45 % delavcev je poročalo o bolečinah v hrbtu in 44 % o mišičnih bolečinah v ramenih, vratu in/ali zgornjih/spodnjih okončinah. To pomeni, da je približno 75–80 milijonov delavcev v Evropi poročalo, da so trpeli zaradi kostno-mišičnih obolenj, povezanih z delom (Eurofound, 2016).

Visoka stopnja bolečin in poškodb hrbta se že dalj časa opaža in beleži pri MS. Študija o razširjenosti mišično-skeletnih težavah, ki so jo v Združenih državah Amerike opravili na vzorcu 1163 MS, je pokazala, da je kar 47 % MS imelo težave z bolečinami v hrbtu (Trinkoff, Lipscomb, Geiger-Brown & Brady, 2002), prav tako imajo pogosteje tudi težave in bolečine v ramenih, kolenih in zapestju (Harcombe, Herbison & McBride, 2014).

Kostno-mišična obolenja so v domovih za starejše pogostejša pri določenih profilih zdravstvenih delavcev. Največji delež poškodb in obolenj, povezanih z delom, je pri bolničarjih/negovalcih, Garg in Kapellusch (2012) poročata, da je 56 % poklicnih poškodb in obolenj med bolničarji/negovalci posledica neposrednega dela z uporabniki.

Raziskava, ki je bila izvedena med zdravstvenim osebjem v Domu starejših in bolnišnici v Sloveniji (Demšar, Zurc & Skela-Savič, 2016), je pokazala, da je bolečina v križu pogostejša pri negovalcih, pogosteje se pojavlja na negovalnem oddelku in pri mlajšem zdravstvenem osebju, vendar traja dlje časa pri starejših, pri katerih je zaslediti tudi kronično bolečino v križu. Med negovalkami in medicinskimi sestrami pa je pojavnost poškodb hrbta 6-krat višja kot v drugih poklicih v zdravstvu (Cohen-Mansfield, Culpepper & Carter, 1996).

Da psihične in fizične preobremenitve na delovnem mestu pri MS predstavljajo v svetu veliko težavo, so že pred leti poročali Aiken in drugi (2001) v raziskavi, ki je bila opravljena na vzorcu 43,000 medicinskih sester v več kot 700 bolnišnicah v petih različnih državah po svetu, in sicer v Ameriki, Kanadi, Angliji, Škotski in Nemčiji, med letom 1998–1999. Veliko MS je doživljalo precejšnje obremenitve, povezane z delom, nezadovoljstvo na delovnem mestu in izčrpanost. Iz navedenih razlogov se je zmanjšala kakovost oskrbe, povečale so se pritožbe uporabnikov storitev in pojavljale so se napake pri zdravljenju. Frustracije, ki jih doživljajo MS ob vsem tem, prispevajo k visoki stopnji izgorelosti. V kar 39 % so MS poročale, da načrtuje zamenjavo poklica. To so izrazile predvsem mlajše MS.

V domovih za starejše v Združenih državah Amerike je bila leta 2014 incidenca poškodb in bolezni, povezanih z delom, 7,1 primerov/100 zaposlenih, čeprav predvidevajo, da je od 20 % do 70 % poškodb ostalo neprijavljenih (Nelson & Baptiste, 2004).

Drugi dejavniki, ki prispevajo k pomembnosti tega vprašanja, so gospodarske posledice, ki izhajajo iz visoke razširjenosti kostno-mišičnih obolenj, povezanih z delom, in trpljenja, ki ga povzročajo. Le-to pogosto povzroči trajno, delno ali popolno invalidnost delavca. Gospodarske posledice so dvojne: za delodajalce MSD zmanjšujejo učinkovitost podjetja zaradi izgube produktivnosti in povečujejo družbene stroške, in sicer nadomestilo za delavce, zdravstvene in upravne stroške. V nekaterih državah članicah EU 40 % stroškov nadomestil za delavce povzročajo kostno-mišična obolenja, ki dosežejo do 1,6 % bruto domačega proizvoda (BDP) same države (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2007). V ZDA poškodbe iz razloga MSD predstavljajo 34 % vseh odsotnosti z dela. Stroški nadomestil bolniških odsotnosti pa predstavljajo kar tretjino vseh izplačanih zneskov (Bureau of Labor Statistics, 2012).

Pri vseh aktivnostih mobilizacije je izrednega pomena obvladovanje tveganj na področju varnosti in zdravja pri delu, tako za zdravstvene delavce kot uporabnike storitev. Tveganja ki nastajajo, je potrebno obvladovati na način, ki spoštuje njihove pravice, svoboščine in dostojanstvo (Health and Safety Executive, 2014).

3.2 Obvladovanje tveganj pri delu v Sloveniji

V Sloveniji je bilo v letu 2017 prijavljenih 14.163 poškodb pri delu oziroma 16 poškodb na 1.000 zaposlenih. Od tega je bilo 16 takih, ki so imele za posledico smrt. Med poškodovanimi na delu so moški zastopani v treh četrtinah, ženske pa v eni četrtini. Vsako leto v državah članicah EU zabeležijo okoli 2,5 milijona delavcev, prizadetih zaradi poškodb pri delu, ki so zahtevale več kot 3 dni odsotnosti z dela. V članicah EU se na leto pri delu smrtno ponesreči okoli 3.600 zaposlenih. Poškodbe pri delu kažejo trend rasti. Rast stopnje poškodb v Sloveniji v letu 2017 glede na leto 2016 znaša 6 %. Glavni vzrok za nastanek vseh poškodb, vključno s smrtnimi, je izguba nadzora nad stroji in transportnimi sredstvi, sledijo zdrsi in padci oseb. V letu 2017 se je največ smrtnih poškodb zgodilo v dejavnosti gradbeništva (31 % vseh smrtnih primerov) ter prometa in skladiščenja (25% vseh smrtnih primerov). Po podatkih Eurostata iz leta 2016 je Slovenija glede na pogostost poškodb pri delu med 28 državami na 11. mestu. Največ poškodb pri delu (47 na 1000) zaposlenih se je zgodilo v dejavnosti rudarstva, najmanj poškodb pa v dejavnosti kulture, gospodinjstva in zavarovalništva, in sicer 3. Zdravstvo in socialno varstvo beleži 11 poškodb pri delu na 1000 zaposlenih (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017).

Največji deleži odhodkov v denarnih povračilih Zavoda za zdravstveno zavarovanje v letu 2018 (v nadaljevanju ZZZS) predstavljajo nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela. V letu 2018 so izplačana nadomestila znašala 347.902.627 evrov, kar je za 10,5 % več kot v primerjavi z letom 2017. Povečalo se je tako število primerov kot tudi število dni

odsotnosti v breme ZZZS, na kar je vplivalo več različnih dejavnikov, predvsem povečanje števila zaposlenih, podaljševanje delovne dobe, rast plač in drugi delovni, socialni in ekonomski dejavniki. Največ izgubljenih delovnih dni in odhodkov za nadomestila je zaradi bolezni in poškodb izven dela (281.769.648 evrov oziroma 81 % vseh odhodkov od nadomestil). Temu sledijo odsotnosti zaradi nege (33.761.284 evrov oziroma 9,7 % vseh odhodkov od nadomestil) in odsotnosti zaradi poškodb pri delu (20.953.511 evrov oziroma 6,0 %) (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenija, 2019).

Poškodbe so eden izmed najmanj razumljenih, vendar zelo pomembnih socialnih, ekonomskih in medicinskih problemov našega časa. Za družbo so poškodbe tudi velikansko finančno breme, ki ga je težko natančno izračunati. Če je še mogoče izračunati stroške zdravljenja in rehabilitacije zaradi poškodb ter odsotnosti z dela, pa je skoraj nemogoče oceniti stroške socialnih posledic poškodb, zlasti pri huje poškodovanih in umrlih osebah. Za zmanjšanje poškodb pri delu je treba oblikovati preventivno strategijo in specifične preventivne programe za ogrožene skupine zaposlenih. Učinkovitost preventivne strategije in programov pa je odvisna od poznavanja problemov, rizičnih skupin in časovnih sprememb v stopnjah poškodb. V svetu priporočajo kombinacijo dveh pristopov: promocije zdravja in tradicionalnega pristopa. Tradicionalni pristop vključuje ergonomsko urejenost delovnega mesta in opreme, postavljanje zaščitne bariere med delavca in nevarnost, predhodni izbor delavcev pred zaposlitvijo in trening delavcev na nevarnih delavnih mestih. Promocija zdravja je proces ozaveščanja, po katerem so ljudje pripravljeni prevzeti skrb za svoje zdravje v lastne roke. Treba je narediti načrt preventivnih aktivnosti. Ker poškodbe pri delu posegajo na različna področja našega življenja, bi se poleg zdravstvene službe in službe za varstvo pri delu za zgraditev načrta preventivnih aktivnosti morali vključiti še strokovnjaki s tehničnih področij, psihologi in pravniki (Bilban, 2013).

3.3 Obvladovanje tveganj pri delu v domovih za starejše

Analiza obstoječih tujih in domačih raziskav je pokazala, da zdravstveni kader v domovih za starejše sodi med poklice z najvišjo stopnjo tveganja za razvoj kostno-mišičnih obolenj (De Castro, 2004). Socialno varstvo je velik in kompleksen sektor. Zaposleni v socialnovarstvenih zavodih veliki večini uporabnikom, ki bivajo v domu, nudijo tako zdravstvene kot socialne storitve. Vsakodnevno izvajajo aktivnosti povezane z mobilizacijo uporabnikov, pri tem pa so izpostavljeni predvsem dejavnikom tveganja na področju premeščanja težjih bremen. Med najpogostejše aktivnosti na področju mobilizacije sodijo: premeščanje uporabnikov iz postelje na invalidski voziček in nazaj na posteljo, obračanje in premikanje uporabnikov v postelji, nameščanje uporabnikov v invalidske vozičke, pomoč pri zagotavljanju osebne higiene, kopanje, tuširanje, pomoč pri hoji in transport uporabnikov iz ene lokacije na drugo.

Ročno premeščanje nepomičnih pacientov je eden izmed glavnih dejavnikov tveganja za nastanek bolečin v križu, zgornjih okončin in nastanka kostno-mišičnih obolenj (Skela-Savič, Pesjak & Hvalič-Touzery, 2017). Tavželj (2018) ocenjuje, da se mehanski pripomočki v nekaterih domovih v Sloveniji uporabljajo le pri okoli 15 % nepomičnih uporabnikov. Pogoste težave z bolečino v ledvenem (79,0 %) in vratnem (65,9 %) predelu hrbtenice med zdravstvenim osebjem v slovenski bolnišnici ugotavljajo v raziskavi, avtorjev Stričević in drugi (2012). Le okoli 10 % vprašanih pa je navedlo, da za dviganje in premeščanje bremen uporabljajo tehnične pripomočke v klinični praksi.

V raziskavi z naslovom Ničelna toleranca ročnega premeščanja v manjših podeželskih bolnišnicah v Washingtonu ugotavljajo, da je za zmanjševanje tveganj pri rokovanju z uporabniki potrebno uvesti politiko, ki ne vključuje ročnega premeščanja (ang. zero lifting programs) in vsa ročna premeščanja nadomešča z mehanskimi pripomočki. Biomehanična študija je potrdila, da je osebje zdravstvene nege izpostavljeno tveganjem za nastanek poškodbe pri skoraj vseh tehnikah ročnega premeščanja (obračanje, dvigovanje, premeščanje). Z vzpostavitvijo programa, kjer so tehniko ročnega dvigovanja nadomestili z mehanskim dvigovanjem, so ugotovili, da so se z izvajanjem omenjenega programa zmanjšale poškodbe hrbta pri zaposlenih in zmanjšala tveganja za padec uporabnikov med premeščanjem. Prav tako je uvedba programa med letom 1999 do leta 2004 za 43 % znižala poškodbe pri zaposlenih, ki so se zgodile pri ročnem premeščanju uporabnikov. Prav tako pa pri uporabnikih premeščanje z mehanskimi pripomočki zmanjša nastanek poškodb kože, raztrganin, ob tem pa manj poškodb zaradi ročne manipulacije zagotavlja večjo dostojanstvo in povzroča manj bolečin (Charney, Simmons & Beverly, 2006).

Occupational Safety & Health Administration (2003) navaja, da je pri reševanju ergonomskih težav v domovih za starejše potrebno pridobiti tudi podporo in sodelovanje vodstva doma.

Habjanič (2011) v svoji raziskavi Zdravstvena nega v domovih za starejše z vidika stanovalcev, sorodnikov in negovalnega osebja ugotavlja, da zaradi nizkih kadrovskih normativov in bolniških odsotnosti izstopa neustrezna organizacija dela, kot kontinuirana težava, ki kliče po spremembi v dobrobit negovalnemu kadru in posledično kakovostnejši oskrbi stanovalcev. Negovalno osebje pojasnjuje: »Vse preveč hitimo, imamo premalo kadra, izboljšati je potrebno kakovost z organizacijo dela. Poskušamo zmanjševati časovno stisko z zaposlovanjem preko javnih del, vendar so to ljudje z neustrezno strokovno izobrazbo, ki ne izvajajo negovalnih intervencij.«

Nezadovoljstvo z delovnimi pogoji, pomanjkljiva specialna znanja za področje gerontologije, pogoste menjave delovnega okolja, stres, izgorevanje so razlogi za nepravilnosti, ki nastanejo s strani negovalnega osebja v delovnem procesu (Skela Savič, Zurc & Hvalič-Touzery, 2010).

Prav tako je z slabo organizacijo dela povezan stres v slovenskih bolnišnicah (Dobnik, Maletič & Skela-Savič, 2018). Raziskava, izvedena v letu 2016 med 983 MS v 21 slovenskih bolnišnicah, je pokazala, da je 56 % anketiranih MS v delovnem okolju izpostavljenih visokim stopnjam stresa. Stres je eden od dejavnikov, ki prispeva k neučinkovitosti, povečanju pretoka osebja in bolniški odsotnosti ter zmanjšuje kakovost in količino oskrbe, vpliva na zdravstvene stroške in zmanjšuje zadovoljstvo z delom.

Starostna struktura uporabnikov storitev institucionalnega varstva kaže na podaljševanje življenjske dobe uporabnikov. Trenutno v domovih biva 20 % starejših od devetdeset let (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2018). Po podatkih Statističnega Urada Republike Slovenije (Dolenc, 2018) je bilo 1. januarja 2018 v Sloveniji 401.262 starejših ali skoraj vsak peti prebivalec. V enem letu se je število starejših povečalo za 11.000 (Dolenc, 2018). V socialne zavode v Sloveniji se sprejme vse več starostnikov, ki izkazujejo potrebo po najzahtevnejši zdravstveni negi, pri čemer svojo bistveno vlogo odigra prav zdravstveno-negovalno osebje.

V domovih za starejše in posebnih zavodih za odrasle v Sloveniji biva po podatkih Skupnosti socialnih zavodov Slovenije (2018) nekaj več kot 20.500 odraslih in starejših, torej v 59 javnih zavodih in 41 zavodih s koncesijo. Okoli 78 % uporabnikov institucionalnega varstva potrebuje neposredno pomoč pri skoraj vseh življenjskih aktivnosti. Zdravstvene storitve jim nudi okoli 4.380 (46 %) zaposlenih na področju zdravstvene nege, med njimi so tehniki zdravstvene nege, fizioterapevti, delovni terapevti, diplomirane/višje medicinske sestre in bolničarji/negovalci. Večino zaposlenih v zdravstveni negi predstavljajo bolničarji/negovalci.

Socialni zavodi v Sloveniji se prav tako srečujejo s kroničnim pomanjkanjem zdravstveno-negovalnega osebja in strokovno usposobljenega kadra. Spremenjenim pogojem dela in spremenjeni zahtevnosti obravnave uporabnikov v socialnovarstvenih zavodih se kadrovska struktura ni prilagajala niti izobrazbeno niti številčno. Tako še danes veljajo kadrovski normativi iz leta 1993, ki so bili na pobudo Ministrstva za delo družine in socialne zadeve oblikovani v okviru Razširjenega strokovnega kolegija zdravstvene nege (Škerbinek, 1993). Socialnovarstveni zavodi so na tem področju postavljeni pred svojevrsten izziv, saj intenziteta in zahtevnost dela postajata vse večja (Kobal-Straus & Tičar, 2016). Uporabniki storitev v slovenskih domovih postajajo vedno zahtevnejši v zdravstvenem smislu, pa tudi kot uporabniki socialnih storitev, saj se zavedajo, da večino stroška pokrijejo iz zasebnih virov, zato želijo kakovostno in individualno obravnavo, ki mora vzpostaviti ravnovesje med dejanskimi potrebami po zdravstveni negi, zahtevami starostnika in sposobnostmi posameznika (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2018).

Večina negovalnega osebja (Habjanič, 2011) ima težavo ujeti tempo, ki je potreben za obravnavo vseh stanovalcev v predvidenem času. Leskovic (2016) navaja, da se aktivnosti zdravstvene nege v domovih za starejše ne izvajajo po priporočenih standardih, in sicer zaradi neustrezne kadrovske politike in pomanjkanja finančnih sredstev, kar se kaže v

nezadostnem številu in neustreznem strokovnem nivoju negovalnega osebja. Pomanjkanje osebja v domovih vpliva na kakovost dela, čedalje večja zahtevnost uporabnikov glede na zdravstveno stanje v domovih in pa veliko število aktivnosti, ki jih morajo opraviti v omejenem času, pa v praksi vplivajo na njihovo izčrpanost.

Skupnost socialnih zavodov Slovenije opozarja (brez datuma a), da se starostniki in njihovi svojci zaradi prezasedenosti domov za starejše ter vse daljših čakalnih vrst pri izvajanju storitev na domu in drugih oblik pomoči soočajo s hudimi stiskami pri dostopu do nujno potrebnih storitev. Ob tem pa je potrebno resno prevetriti zastarele kadrovske normative, saj ti ne ustrezajo potrebam današnjih starostnikov, ki potrebujejo vse bolj zahtevne zdravstvene, rehabilitacijske in druge storitve. Kljub opozorilom strokovnjakov in institucij, kot je Evropska komisija, da mora Slovenija zaradi hitrega staranja prebivalstva nemudoma urediti področje dolgotrajne oskrbe, pristojni že več kot 15 let prelagajo uvedbo sistema skrbi za starejše, ki bi vsem starostnikom, ne glede na njihove finančne zmožnosti, zagotovil storitve, ki jih potrebujejo.

Raziskava o vplivu bivalnih pogojev na varnost in dobro počutje varovancev doma starejših občanov ugotavlja, da starostniki v domu pogrešajo več strokovnih delavcev (npr. odgovorno medicinsko sestro, fizioterapevtko, delovno terapevtko). Polovica anketirancev meni, da v domu starejših občanov ni dovolj delavcev za izvajanje zdravstvene nege in oskrbe, se pa večina starostnikov v domu počuti varno in sprejeto (Križaj & Zaletel, 2003).

4 RAZISKAVA O ORGANIZACIJSKIH IN INDIVIDUALNIH DEJAVNIKIH TVEGANJ PRI DELU V DOMU STAREJŠIH

V Sloveniji nudi storitve institucionalnega varstva 59 javnih zavodov in 41 zavodov s koncesijo (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, brez datuma b). Med zavode s koncesijo sodi tudi Socialnovarstveni zavod Vitadom, ki ima dve ločeni organizacijski enoti. Enota Bor nudi namestitev 130 uporabnikom, enota Škofljica pa 150. Za izvajanje socialnih in zdravstvenih storitev je v obeh enotah skupaj zaposlenih 148 ljudi.

V vodstvu Vitadoma se zavedamo, da so zaposleni izpostavljeni različnim dejavnikom tveganja, ki lahko poslabšajo njihovo zdravstveno stanje. Ker je ena glavnih aktivnosti zaposlenih premeščanje uporabnikov, stremimo k temu, da se vsako ročno premeščanje uporabnikov v čim večjem številu opravi z mehanskimi pripomočki. Zato smo vselej omogočali ustrezno delovno opremo in pripomočke. Pri vzpostavitvi procesa obvladovanja tveganj varnosti in zdravja pri delu pa ima pomembno vlogo tudi fizioterapevtka, ki je zaposlena v domu. Svoje bogate delovne izkušnje in znanje vsakodnevno prenaša na sodelavce in skupaj z njimi ustvarja varno delovno okolje. Zavedamo se, da s takim pristopom pri zaposlenih zmanjšujemo dejavnike tveganja na področju kostno-mišičnih obolenj in pri poškodbah pri delu, povečujemo kakovost naših storitev in zmanjšujemo bolniške odsotnosti ter se izogibamo odškodninskim zahtevkom iz naslova poškodb pri delu.

Glede na to, da v procesu dela vedno obstajajo možnosti za izboljšave, me je predvsem zanimalo, v kolikšni meri so rezultati našega dela vidni skozi oči naših zaposlenih. Zato sem se v raziskavi omejila na organizacijske in individualne dejavnike tveganja pri delu na področju premeščanja težjih bremen. Osredotočila sem se predvsem na zagotavljanje ustrezne delovne opreme in pripomočkov za premeščanje s strani delovne organizacije, na usposobljenost osebja, na dejansko uporabo pripomočkov za premeščanje pri zaposlenih v okviru delovnega procesa in na razloge za neuporabo pripomočkov pri zaposlenih.

4.1 Raziskovalne teze in vprašanja

Za raziskovalno izhodišče v magistrskem delu sem postavila naslednje **teze:**

- **Teza 1:** Vitadom zagotavlja ustrezno delovno opremo za ročno premeščanje težjih bremen (težje pokretnih in nepokretnih uporabnikov).
- **Teza 2:** Zaposleni v Vitadomu so usposobljeni za uporabo delovne opreme za ročno premeščanje težjih bremen (težje pokretnih in nepokretnih uporabnikov).
- **Teza 3:** Zaposleni kljub usposobljenosti ne uporabljajo pripomočkov za ročno premeščanje težjih bremen.

V magistrskem delu sem iskala odgovor na naslednje raziskovalno vprašanje: Kakšni so razlogi za neuporabo pripomočkov pri zaposlenih, ki jih potrebujejo pri svojem delu za premeščanje težjih bremen?

4.2 Opis metodologije

Za iskanje odgovorov na teze je bil uporabljen kvantitativen raziskovalni pristop, za merski inštrument pa tehnika pisnega anketiranja. Empirične podatke sem pridobila s pomočjo anketnega vprašalnika.

Namenski vzorec anketiranih v okviru raziskave predstavljajo zaposleni v Socialnovarstvenem zavodu Vitadom v organizacijskih enotah Bor in Škofljica (n=60). Ciljna skupina so bili zaposleni, ki vsakodnevno opravljajo delo, povezano s premeščanjem težje pokretnih ali nepokretnih uporabnikov, in so s tem izpostavljeni dejavnikom tveganja (padci, poškodbe, zdrsi in bolečine v hrbtu). V raziskavo so bili vključeni naslednji profili zaposlenih: medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege, bolničarji/ke, socialni oskrbovalci, fizioterapevtki, delovne terapevtke in diplomirane sestre, v starosti med 18–60 let, moškega in ženskega spola. Anketa se je izvajala v prostorih Vitadoma v mesecu juniju 2019, in sicer po opravljenem rednem delu. Izpolnjevanje ankete je trajalo približno 10 do 15 minut. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno in anonimno.

Za opravljanje raziskave sem pridobila odobritev vodstva Vitadoma, na katerega je bila naslovljena pisna prošnja.

Z namenom zmanjšanja možnosti napak pri izvedbi raziskave ter za izboljšanje relevantnosti, razumljivosti in preglednosti vprašanj sem vsebinski del vprašalnika preverila z naključno izbranimi 6 prostovoljci med zaposlenimi v enoti Škofljica. Predlogov in pripomb na rešen vprašalnik ni bilo, zato sem v mesecu juniju 2019 izvedla anketo. Cilj preverjanja vprašalnika je bil tudi pridobiti stopnjo zanesljivosti vprašalnika, s katero sem preverjala točnost in natančnost merilnega instrumenta s Chronbach alfa koeficientom.

Za predstavitev pridobljenih podatkov so uporabljene metode opisne statistike. Za ugotavljanje razlik med spremenljivkami pri nenormalno porazdeljenih podatkih je bil uporabljen neparametrični Mann-Whitney U test. Mann-Whitney U test uvrščamo med metode t-testa in ga uporabljamo za ugotavljanje razlik med dvema povprečnima vrednostnima za dva neodvisna vzorca, ko preučevana številska spremenljivka ni normalno porazdeljena ali za opisne spremenljivke, merjene na ordinalni skali (Burns & Burns, 2008). Za statistično značilne sem upoštevala rezultate na ravni statistične značilnosti 0,05 in manj. Rezultate sem prikazala v obliki tabel. Za preverjanje hipotez je bil uporabljen One sample Wilcoxon Signed Rank Test.

Test z Wilcoxonovim podpisom ranga je neparametrični test statistične hipoteze, ki se uporablja za primerjavo dveh sorodnih vzorcev, ujemajočih se vzorcev ali ponavljajočih se meritev na enem vzorcu, da se oceni, ali se povprečni razredi njihove populacije razlikujejo (Gre za preiskus razlike v paru.) (Lund Research, brez datuma). Za ugotavljanje korelacije med profilom zaposlenih in pogostostjo uporabe pripomočkov je bil uporabljen Spearmanov koeficient korelacije. Preverjala sem statistično pomembne povezave in razlike. Za statistično analizo podatkov sem uporabila program SPSS 22.0.

4.3 Predstavitev vprašalnika

Sestava vprašalnika je temeljila na podlagi pregleda tuje literature in validiranih vprašalnikov, uporabljenih v tujini. Za sestavo in prilagoditev vprašanj sta bila uporabljena dva članka. Prvi temelji na individualnih in organizacijskih odločilnih dejavnikih uporabe ergonomskih naprav v zdravstvu (Koppelaar, Knibbe, Miedema & Burdorf, 2011), drugi pa na načrtu za varnost pacientov in izdelavi okvirja za identifikacijo tveganj (Simsekler, Ward & Clarkson, 2018).

V prvem delu vprašalnik vključuje demografske podatke o spolu, starosti, delovni dobi in stopnji izobrazbe. Za drugi sklop vprašanj sem uporabila 5 stopenjsko ocenjevalno lestvico za merjenje stališč zaposlenih, s katero so vprašani izražali stopnjo strinjanja, pomembnosti in uporabnosti v zvezi z obravnavano temo. Vprašanja so zaprtega tipa, eno vprašanje pa dopušča možnost »drugo« (Priloga 1).

Drugi del vprašalnika je vseboval vprašanja, vezana na zagotavljanje ustrezne delovne opreme za ročno premeščanje težjih bremen s strani delovne organizacije, ugotavljanje in merjenje stališč zaposlenih o njihovi usposobljenosti za uporabo pripomočkov, ugotavljanju

pomembnosti uporabe pripomočkov pri zaposlenih in iskanju vzrokov za neuporabo pripomočkov, ki zagotavljajo varnost in zdravje pri delu.

Vprašalnik je bil sestavljen iz skupno štirinajstih vprašanj. Vprašanja so bila razdeljena na sklop organizacijskih dejavnikov tveganj pri delu v domu starejših, ki je vseboval skupno šest vprašanj, pri vseh šestih vprašanjih je veljala lestvica strinjanja od 1 do 5 s trditvami »1« sploh se ne strinjam in »5« popolnoma se strinjam. Pri sklopu šestih vprašanj o individualnih dejavnikih tveganj je veljala ocenjevalna lestvica strinjanja od 1 do 5 s trditvami »1« sploh se ne strinjam in »5« popolnoma se strinjam, pri ostalih dveh vprašanjih pa je veljala lestvica za oceno pomembnosti s trditvami »1« zelo nepomembno do »5« zelo pomembno. Pri vprašanju o razlogih za neuporabo pripomočkov za premeščanje je ponovno veljala lestvica strinjanja od 1 do 5 s trditvami »1« sploh se ne strinjam in »5« popolnoma se strinjam, na voljo je bil tudi odgovor »drugo«. Pri zadnjem vprašanju sem želela oceniti uporabnost pripomočkov za delo s strani zaposlenih in pridobila odgovore z oceno lestvice uporabnosti s trditvami od 1-5, pri katerem odgovor »1« pomeni popolnoma neuporaben, »5« zelo uporaben, odgovor »6« pa je opredeljeval, da pripomoček v delovni organizaciji ni na voljo.

4.4 Raziskovalni rezultati

V prvem delu predstavim opisno statistiko iz podatkov, ki sem jih pridobila iz anketnega vprašalnika in socialno-demografske značilnosti anketirancev. Nadalje predstavim rezultate zastavljenih tez in ugotovitve.

S preverjanjem vprašalnika sem želela ugotoviti stopnjo zanesljivosti oziroma točnost in natančnost merilnega instrumenta, in sicer s Chronbach alfa koeficientom. Cenčič (2009) navaja, da je zanesljivost zelo dobra ali vzorna, če je $\alpha \geq 0{,}80$, zmerna, če je $0{,}60 \leq \alpha \geq 0{,}80$, in slaba, če je $\alpha < 0{,}60$.

V obeh enotah je bilo razdeljenih 60 vprašalnikov. 52 vprašalnikov je bilo vrnjenih, 49 vprašalnikov je bilo ustrezno rešenih, 2 sta bila delno rešena, 1 neustrezno rešen. V testiranje zanesljivosti je bilo vključenih 49 popolno rešenih vprašalnikov od skupno 52. Za ugotavljanje zanesljivosti se največ uporablja Cronbachov koeficient alfa (α). Cronbach's alpha koeficient je pokazal vrednost 0,653. Glede na stopnje zanesljivosti Cronbach's alpha koeficienta pomeni, da je zanesljivost vprašalnika zmerna.

4.4.1 Demografske značilnosti vzorca

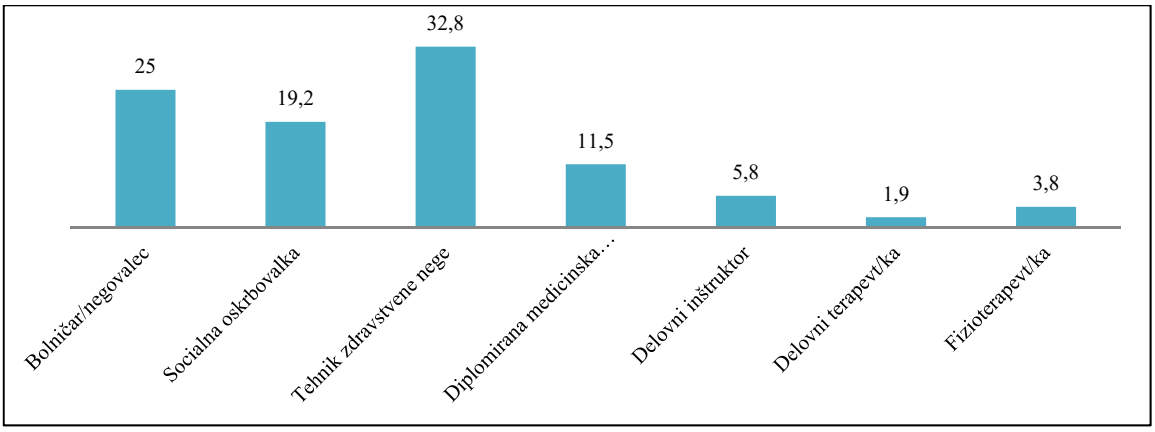
Pri analizi starosti in delovne dobe je bilo vključenih vseh 52 vprašalnikov iz dveh organizacijskih enot Vitadoma. V enoti Škofljica je bilo razdeljenih 35 vprašalnikov, vrnjenih je bilo 32, izpolnile so ga v 87 % ženske in 12,5 % moški. Povprečna starost je 34 let, delovna doba pa 11 let. V enoti Bor je bilo razdeljenih 25 vprašalnikov. Vrnjenih je bilo

20. V 95 % so ga izpolnile ženske in v 5 % moški. Povprečna starost anketirancev v enoti Bor je 43 let, delovna doba pa znaša 20 let. Najmlajši delavec je star 23 let in najstarejši 57 let.

Povprečna starost zaposlenih v obeh enotah je torej 37 let, standardni odklon (±11,6), najmlajša oseba je stara 23, najstarejša 60 let. Delovna doba v povprečju znaša 15 let standardni odklon (±12,8). Minimalna delovna doba je manj kot 1 leto in maksimalna 40 let. Vprašalnik je rešilo 90,4 % žensk in 9,6 % moških.

Slika 1 prikazuje delovna mesta anketirancev, ki so bila vključena v izpolnjevanje vprašalnika, in so dnevno izpostavljena tveganjem na področju premeščanja težjih bremen. Največja skupina anketirancev so tehniki zdravstvene nege (v nadaljevanju TZN), (33 %), sledijo jim bolničarji/negovalci (v nadaljevanju BOL), (25 %), socialne oskrbovalke (v nadaljevanju SOC. OSK.), (19 %), diplomirane medicinske sestre (v nadaljevanju DMS), (12 %). Na zadnjih treh mestih si sledijo delovni inštruktorji (v nadaljevanju DI), (6 %), delovni terapevti (v nadaljevanju DT), (2 %) in fizioterapevti (v nadaljevanju FTH), (4 %). Vse tri poklicne skupine terapevtov so tudi glede na kadrovski normativ številčno najmanj zastopani v domovih, saj v povprečju pripada na 150 uporabnikov v socialnovarstvenem zavodu 1 terapevt.

Slika 1: Delovna mesta zaposlenih, vključenih v anketiranje (v %)



Vir: lastno delo.

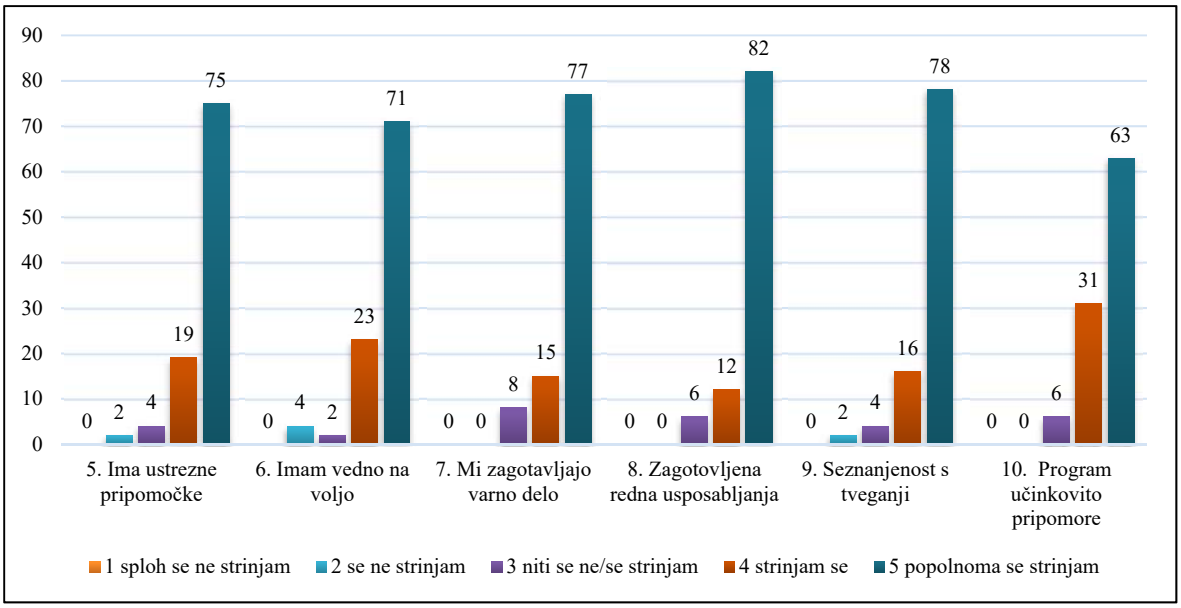
Slika 2 prikazuje odgovore na prvi sklop vprašanj o organizacijskih dejavnikih tveganj pri delu. V enoti Škofljica je na prva tri vprašanja odgovorilo 32 anketirancev, na četrto, peto in šesto vprašanje pa je bilo vključeno 31 odgovorov. V enoti Bor je na prvi sklop vprašanj odgovorilo 20 anketirancev.

Na vprašanje, ali ima Vitadom ustrezne pripomočke za premeščanje težjih bremen, se vsi vprašani na Škofljici (100 %) in v enoti Bor (85 %) strinjajo. Torej se skupno 94 % vprašanih strinja, da ima Vitadom ustrezne pripomočke. Popolnoma enak delež vprašanih v enoti Škofljica (100 %) in v enoti Bor (85 %) se strinja, da ima pri svojem delu vedno na voljo

dovolj pripomočkov. Zaposleni v 92 % odgovarjajo, da jim pripomočki pri premeščanju zagotavljajo varno delo. Da Vitadom zagotavlja redna izobraževanja in usposabljanja za varno in učinkovito uporabo pripomočkov za premeščanje, se v enoti Škofljica strinja 100 % vprašanih, v enoti Bor pa 85 %, torej skupno se jih strinja 94 %. 94 % delež zaposlenih se v obeh enotah strinja, da so bili na usposabljanju seznanjeni z dejavniki tveganja varstva in zdravja pri delu, 2 % vprašanih pa se ne strinjata.

Da bi vzpostavitev programa promocije zdravja na delovnem mestu učinkovito pripomogel obvladovati tveganja na področju varnosti in zdravja pri delu, se 63 % zaposlenih v obeh enotah popolnoma strinja, 31 % se jih strinja, nihče pa ne meni, da program ne bi bil učinkovit.

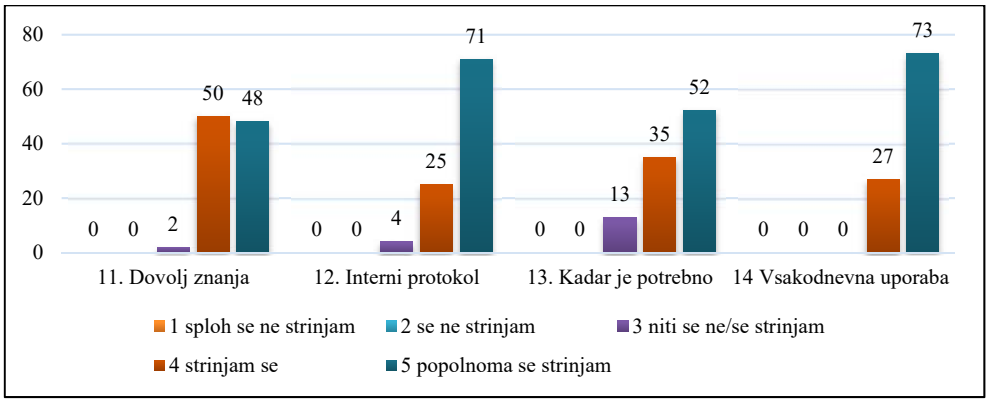
Slika 2: Organizacijski dejavniki tveganj pri delu v Vitadomu (v %)



Vir: lastno delo.

Drugi sklop vprašanj je vseboval vprašanja glede individualnih dejavnikov tveganj pri delu v domu starejših. V enoti Škofljica je na vprašanja odgovorilo 32 anketirancev, v enoti Bor pa 20. Rezultate prikazuje slika 3.

Slika 3: Individualni dejavniki tveganj pri delu v Vitadomu (v %)

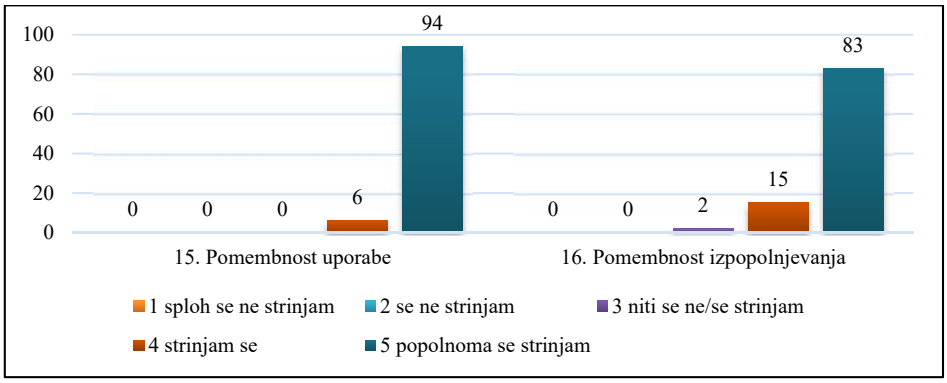


Vir: lastno delo.

98 % zaposlenih se v obeh enotah strinja, da imajo dovolj znanja in so dovolj usposobljeni za varno uporabo mehanskih pripomočkov. 96 % zaposlenih navaja, da poznajo interni protokol za uporabo vseh pripomočkov, 4 % se težko opredelijo. 87 % vprašanih vedno, kadar je potrebno, za premeščanje težjih bremen uporablja pripomočke, ki jih imam na voljo. Da je vsakodnevna uporaba pripomočkov za premeščanje težjih bremen v praksi učinkovita metoda za preprečevanje poškodb pri delu, zmanjšanje bolečin v križu in kostno-mišičnih obolenj, se strinjajo vsi zaposleni. 94 % vprašanih meni, da bi vzpostavitev programa promocije varstva in zdravja pri delu učinkovito pripomogla obvladovati tveganja na področju varnosti in zdravja.

Slika 4 prikazuje odgovore na sklop individualnih dejavnikov tveganja.

Slika 4: Pomembnost uporabe pripomočkov in pomembnost izpopolnjevanja znanja v Vitadomu (v %)



Vir: lastno delo.

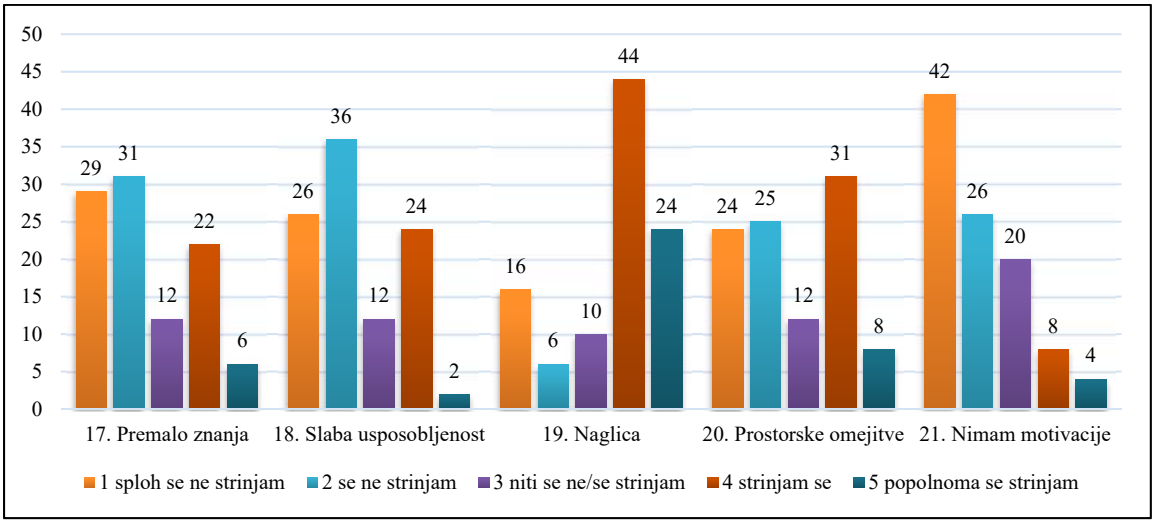
Zaposleni so odgovarjali na vprašanji, kako pomembna se jim zdi uporaba pripomočkov za premeščanje težjih bremen in kako pomembno se jim zdi redno izpopolnjevanje in

usposabljanje na področju ergonomije. V enoti Bor je na vprašanji odgovorilo 20 vprašanih, v enoti Škofljica pa 32 vprašanih.

94 % zaposlenih je na lestvici od 1-5 odgovorilo, da se jim uporaba pripomočkov za varno delo zdi zelo pomembna, 6 % se zdi pomembna. 83 % zaposlenih meni, da je prav tako zelo pomembno redno usposabljanje in izpopolnjevanje znanja, 15 % se zdi pomembna. Bistvene razlike med obema enotama ni bilo opaziti. Pri obeh vprašanjih ni bilo odgovora zelo nepomembno in nepomembno.

Nadalje sem iskala vzroke za neuporabo pripomočkov za premeščanje pri zaposlenih. V enoti Škofljica je odgovorilo 31 vprašanih, v enoti Bor pa 20. Rezultate prikazuje slika 5.

Slika 5: Razlogi za neuporabo pripomočkov za premeščanje v Vitadomu (v %)

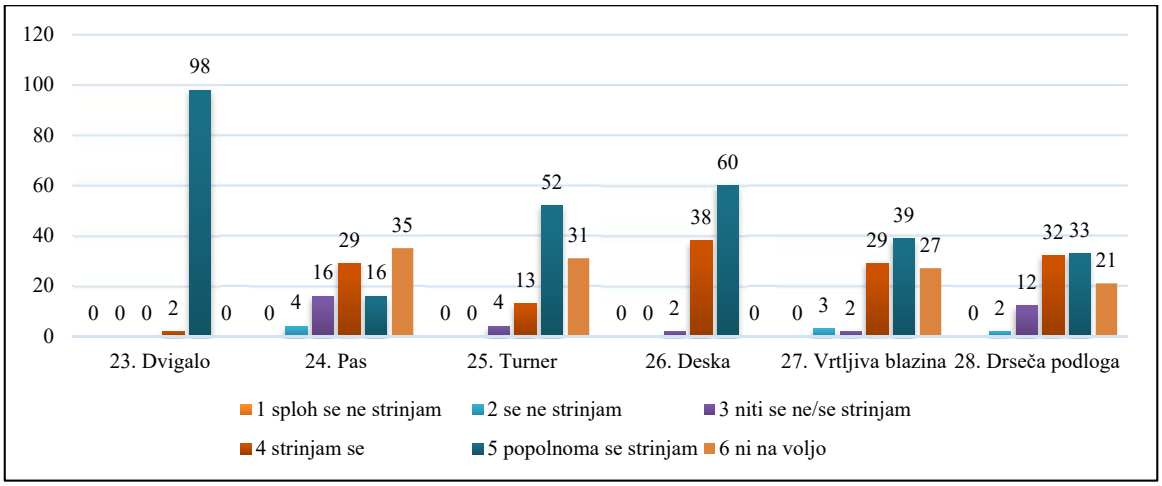


Vir: lastno delo.

Rezultati so pokazali, da je za 68 % zaposlenih glavni razlog za neuporabo pripomočkov naglica, za 39 % prostorske omejitve, za 28 % premalo znanja, za 26 % pa slaba usposobljenost. Pomanjkanje motivacije kot razlog za neuporabo pripomočkov za premeščanje navaja 12 % zaposlenih. Odgovor, ki je bil naveden pod možnost »drugo«, navaja razlog neuporabe pripomočkov »nesodelovanje in odklonilnost stanovalcev«.

Pri zadnjem vprašanju sem iskala odgovore o uporabnosti pripomočkov za premeščanje, ki jih imajo zaposleni na voljo pri vsakodnevnem delu. V enoti Škofljica je pas za premeščanje ocenilo 30 zaposlenih, vse ostale pripomočke je ocenilo 32 anketirancev. V enoti Bor je na zadnje vprašanje odgovorilo 20 zaposlenih, oceno uporabnosti pasu za premeščanje in vrtljive blazine je podalo 19 zaposlenih. Slika 6 prikazuje rezultate o uporabnosti pripomočkov.

Slika 6: Uporabnost pripomočkov v praksi (v %)



Vir: lastno delo.

Zaposleni v obeh enotah so ocenili, da je v praksi najbolj uporaben pripomoček sobno dvigalo (100 %), sledijo mu deska za premeščanje (98 %), turner (83 %), vrtljiva blazina (66 %), drseča podloga (54 %), najmanj uporaben po oceni zaposlenih pa je pas za premeščanje (41 %). V enoti Škofljica imajo zaposleni na voljo vse naštete pripomočke. V enoti Bor so zaposleni navedli, da vseh navedenih pripomočkov nimajo na voljo.

4.4.2 Testiranje hipotez

Na podlagi zastavljenih ciljev sem oblikovala teze, ki sem si jih postavila za raziskovalno izhodišče. S statistično analizo sem želela preveriti 3 teze.

Pri prvi tezi sem predpostavljala, da Vitadom v obeh enotah zaposlenim zagotavlja ustrezno delovno opremo za ročno premeščanje težjih bremen (težje pokretnih in nepokretnih uporabnikov). Tabela 1 prikazuje rezultate One sample Wilcoxon Signed Rank testa o zagotavljanju ustreznih pripomočkov za premeščanje. Pri analizi podatkov so bili upoštevani vsi vprašalniki (n=52). One sample Wilcoxon Signed Rank Test (W 826) je pokazal, da Vitadom zagotavlja ustrezne delovne pripomočke.

Za tezo 1 sem naredila konstrukt in združila vse organizacijske dejavnike v enotne kompozitne točke, in sicer sem jih seštela. V prvem delu sem primerjala celoten vzorec s hipotetičnim rangom 22 (maksimum je 30, privzela sem, da bi srednji rang 22 pomenil, da ni zadostno poskrbljeno, saj bi tako večina odgovorov bila enakih ali nižjih od 4). Vrednost diskrepance pa je znašala 6,5. Podatki niso bili normalno porazdeljeni ($p < 0{,}001$).

Prvo tezo torej lahko potrdim, saj je rezultat Wilcoxon W preizkusa pokazal, da se odgovori statistično razlikujejo od hipotetičnega sredinskega ranga.

Tabela 1: Rezultati Wilcoxon W preizkusa o zagotavljanju ustreznih delovnih pripomočkov

Zagotavljanje ustreznih delovnih pripomočkov (n=52)	Teoretična mediana	Dejanska mediana	Wilcoxon W preizkus	Pozitivne vrednosti W	Negativne vrednosti W	P
	22	28,5	826	864,5	-38,5	<0,001

Vir: lastno delo.

Tabela 2 prikazuje rezultate Mann-Whitney U preizkusa za ugotavljanje razlike pri organizacijskih dejavnikih med obema enotama. Primerjala sem, ali se enoti med seboj razlikujeta pri organizacijskih dejavnikih. Za primerjavo sem uporabila Mann-Whitney test, saj porazdelitev podatkov ponovno ni bila normalna. Rezultati so pokazali, da obstaja statistično pomembna razlika, in sicer so zaposleni v organizacijski enoti Škofljica (MdnA= 30) višje ocenili ustreznost organizacijskih dejavnikov v primerjavi z enoto Bor (MdnB = 27). Vseeno je pa potrebno poudariti, da, čeprav prihaja do statistično pomembne razlike (p <0,0039) nižja od (p <0,05), so zaposleni v enoti Bor vseeno ocenjevali ustreznost organizacijskih dejavnikov zelo visoko.

Tabela 2: Rezultati Mann-Whitney U preizkusa za ugotavljanje razlike pri organizacijskih dejavnikih med obema enotama

Organizacijski dejavniki med enotama (N=49)	Mann-Whitney U preizkus	P	Mediana A N=22	Mediana B N=20
	112	0,0039	30	27

Vir: lastno delo.

Pri tezi 2 sem testirala, ali so zaposleni v Vitadomu usposobljeni za uporabo delovne opreme za ročno premeščanje težjih bremen (težje pokretnih in nepokretnih uporabnikov). Pri analizi sem upoštevala n=49 ustrezno rešenih vprašalnikov, 3 vprašalniki so bili izločeni, ker so bili pomanjkljivo izpolnjeni.

Tabela 3: Rezultati Wilcoxon W preizkusa usposobljenosti zaposlenih za uporabo pripomočkov

Usposobljenost zaposlenih (n=52)	Teoretična mediana	Dejanska mediana	Wilcoxon W preizkus	P
	10	14	861	<0,0001

Vir: lastno delo.

Tabela 3 prikazuje rezultate Wilcoxon W preizkusa usposobljenosti zaposlenih za uporabo pripomočkov. Ponovno sem naredila konstrukt in seštela vse točke v kompozitne točke.

Vključena so bila vsa vprašanja iz sklopa 2, iz testiranja je bilo izločeno 1 vprašanje (»vedno, kadar je potrebno, za premeščanje težjih bremen uporabljam pripomočke, ki jih imam na voljo«). V prvem delu, sem primerjala celoten vzorec s hipotetičnim rangom 10 (maksimum predstavlja vrednost 15, pri čimer sem privzela, da bi srednji rang 10 pomenil, da zaposleni niso zadostno usposobljeni, saj bi tako večina odgovorov bila enakih ali nižjih od 4).

Ponovno je bil uporabljen One sample Wilcoxon Signed Rank Test, saj porazdelitev podatkov ni bila normalna (p <0,001).

Nadalje je Mann-Whitney test pokazal, da ne prihaja do statistično pomembnih razlik (p > .05) med obema enotama na področju individualnih dejavnikov. One sample Wilcoxon Signed Rank Test (W 861) je pokazal, da so zaposleni v Vitadomu usposobljeni za uporabo pripomočkov za premeščanje težjih bremen, zato lahko drugo tezo potrdim, saj so rezultati testa pokazali, da se odgovori statistično razlikujejo od hipotetičnega sredinskega ranga.

Za preverjanje teze 3 sem za izhodišče predpostavljala, da zaposleni kljub usposobljenosti vedno ne uporabljajo pripomočkov za ročno premeščanje bremen. V analizi je bilo upoštevanih 51 v celoti izpolnjenih vprašalnikov. Analizirano pa je bilo vprašanje (»vedno, kadar je potrebno, za premeščanje težjih bremen uporabljam pripomočke, ki jih imam na voljo«).

Uporabljen je One sample Wilcoxon test, saj podatki niso pravilno porazdeljeni (p <0,001). Iz rezultatov razberemo, da teze 3 ne morem potrditi, saj je One sample Wilcoxon test pokazal, da zaposleni v večini uporabljajo pripomočke vedno, kadar je po protokolu to potrebno. Vrednosti so prikazane v tabeli 4.

Tabela 4: Rezultati Wilcoxon W preizkusa obvezne uporabe pripomočkov

Obvezna uporabe pripomočkov (n=51)	**Teoretična mediana**	**Dejanska mediana**	**Wilcoxon W preizkus**	**P**
	3,000	5,000	990	<0,0001

Vir: lastno delo.

Za izračun koeficienta korelacije med profilom zaposlenih in pogostostjo uporabe pripomočkov je bil uporabljen ne parametrični Spearmanov koeficient. Korelacija med profilom zaposlenih in pogostostjo uporabe pripomočkov ni signifikantna (r = .0288), (p = 0.84), to pomeni, da zaposleni ne glede na profil v večini pri svojem delu uporabljajo pripomočke za premeščanje težjih bremen, za katere so usposobljeni in jih imajo na voljo.

4.5 Razprava

Obvladovanje tveganj na področju varstva in zdravja pri delu je v Vitadomu velikega pomena. Glede na ugotovitve raziskave lahko potrdim tezi 1 in 2, in sicer Vitadom zagotavlja

ustrezno delovno opremo za premeščanje težjih bremen, zaposleni so v Vitadomu usposobljeni za uporabo pripomočkov. Teze 3 ne morem potrditi.

Pri prvi tezi velja poudariti statistično pomembno razliko med dvema enotama. Ugotovila sem, da v enoti Bor nimajo na voljo toliko različnih pripomočkov po namenu uporabe za premeščanje kot v enoti Škofljica.

Zaposleni na vsa vprašanja o organizacijskih dejavnikih tveganja v več kot 90 % odgovarjajo, da imajo na voljo dovolj pripomočkov, poznajo protokol uporabe, so usposobljeni za njihovo uporabo, prav tako so seznanjeni z dejavniki tveganja na področju premeščanja težjih bremen in imajo zagotovljena redna usposabljanja. Sklepam lahko, da je vse to rezultat podpore vodstva ter da so se za vse zaposlene kot tudi za vse novo zaposlene in pripravnike obvezna interna usposabljanja na področju ergonomije izkazala za zelo učinkovita. 92 % stopnja zavedanja pri zaposlenih, da jim pripomočki zagotavljajo varno delo, se mi zdi zelo pomembna, saj lahko pričakujemo, da se bo kultura varnosti v organizaciji pozitivno razvijala tudi v prihodnje.

Pozitivni učinki zagotavljanja pripomočkov za premeščanje težjih bremen in internih usposabljanj, se v rezultatih kažejo tudi v tem, da se popolnoma vsem zaposlenim (100 %) v obeh enotah zdi pomembna uporaba pripomočkov za premeščanje, prav tako se jim zdi pomembno izobraževanje in usposabljanje za obvladovanje tveganj na področju varnosti in zdravja. Ugotovila sem, da zaposleni ne glede na profil v večini pri svojem delu uporabljajo pripomočke za premeščanje težjih bremen, za katere so usposobljeni in jih imajo na voljo.

Odgovor na raziskovalno vprašanje, »kakšni so razlogi za neuporabo pripomočkov za premeščanje težjih bremen pri zaposlenih«, je pričakovan. 68 % zaposlenih kot glavni razlog za neuporabo pripomočkov navaja naglico, sledijo prostorske omejitve. Prostorske omejitve so v veliki večini problem predvsem v dvoposteljnih sobah, saj so sobe majhne in ni veliko prostora za tehnične pripomočke, hkrati pa pripomočki otežujejo gibanje uporabnikom po sobi.

Da zaposleni v majhnem deležu navajajo, da pripomočkov ne uporabljajo iz razloga pomanjkanja znanja in slabe usposobljenosti, je dokaz, da se dejansko izvajajo redna izobraževanja in veliko prispevajo k uporabi pripomočkov v praksi. Prav tako je to rezultat rednega spremljanja same uporabe med delovnim procesom in neposredne strokovne pomoči terapevtov in DMS v delovnem procesu. Pri premeščanju zaposleni največ uporabljajo sobno dvigalo, desko za premeščanje, turner in vrtljivo blazino. Sobno dvigalo se v praksi uporablja pri stanovalcih, ki so popolnoma odvisni od tuje pomoči, in hkrati zagotavlja najbolj varen način premeščanja tako za zaposlenega kot za uporabnika. Zaposleni se zavedajo pomembnosti uporabe pripomočkov pri dvigovanju težjih bremen. 68 % kot največji razlog za neuporabo pripomočkov v praksi navajajo naglico. Naglico pri delu lahko povežemo tudi s slabimi kadrovskimi normativi v domovih, ki so trenutno v veljavi, ter čedalje višjo intenziteto dela v slovenskih domovih. Prav tako zaposleni občutijo stisko

s časom, ko morajo določene aktivnosti pri uporabnikih opraviti v omejenem časovnem okvirju.

Visoki deleži organizacijskih dejavnikov kažejo tudi na to, da ima pomembno vlogo pri uporabi pripomočkov vodstvo zavoda in vzpostavljena politika varnosti. Težko pričakujemo, da bo kader uporabljal pripomočke v delovnem procesu, če pripomočkov ne pozna, ni dovolj usposobljen za njihovo uporabo in jih praktično pri svojem delu nima na voljo.

Za vzpostavitev programa promocije zdravja na delovnem mestu bomo ponovno potrebovali podporo vodstva, saj tudi ta program predvideva določena finančna sredstva. Verjamem, da bo v sodelovanju z zaposlenimi in vodstvom, program uspešno zaživel, saj kar 94 % vprašanih meni, da bi vzpostavitev programa promocije varstva in zdravja pri delu učinkovito pripomogla obvladovati tveganja na področju varnosti in zdravja.

4.6 Omejitve in predlogi za nadaljnje raziskave

Ena od možnih omejitev pri sprejemanju raziskovalnih zaključkov je, da so anketiranci izražali družbeno zaželene odgovore. V primeru ponovitve raziskave bi bilo smiselno, da jo izvede nekdo, ki ni zaposlen v Vitadomu. V tem primeru bi se lahko izognili družbeno zaželenim odgovorom.

Predlog za nadaljnje raziskovanje je vsekakor raziskati omenjeno področje v ostalih domovih za starejše po Sloveniji. Pri anketnem vprašalniku bi bilo smiselno slikovno prikazati pripomočke za premeščanje. Raziskava lahko predstavlja izhodišče za izboljšanje delovnih pogojev v domovih po Sloveniji, zdraviliščih in bolnišnicah.

Nadalje bi bilo zanimivo raziskati pozitivne učinke uporabe pripomočkov za premeščanje težjih bremen in kakšne so posledice neuporabe pripomočkov pri zaposlenih v domovih, predvsem imam v mislih število poškodb pri delu, bolniške odsotnosti z naslova poškodb pri delu, bolečine v križu, padce zaposlenih, zdrse, poškodbe uporabnikov pri premeščanju brez uporabe mehanskih pripomočkov. Zanimiva bi bila preučitev sodne prakse glede odškodninskih zahtevkov na omenjenem področju.

5 PREDLOG PROCESA SISTEMATIČNEGA OBVLADOVANJA TVEGANJ ZDRAVJA IN VARSTVA PRI DELU V DOMU STAREJŠIH

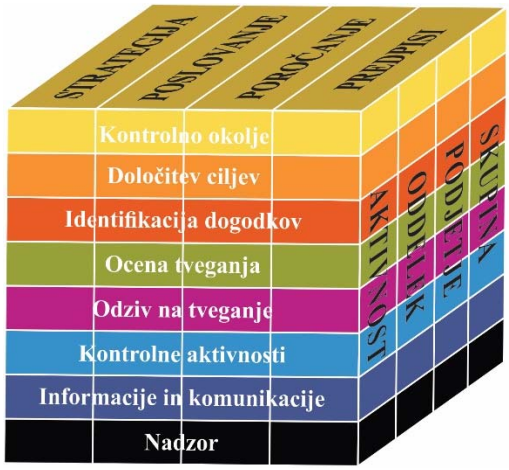
5.1 Predstavitev procesov obvladovanja tveganj

COSO (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 2004a) je leta 1992 vzpostavil model za vzpostavitev notranjih kontrol s petimi medsebojno

povezanimi elementi: kontrolno okolje, ocenjevanje tveganj, kontrolne aktivnosti, informiranje in komunikacija ter nadziranje. COSO priznava, da obvladovanje tveganj v podjetju zagotavlja pomembne koristi, vendar je uspeh teh procesov odvisen od človeške presoje in zato dovzeten za napake pri odločanju. Človeške napake lahko povzročijo neustrezne odzive na tveganja, vodstvo lahko preglasi odločitve o obvladovanju tveganj ipd. Tako je težko dobiti absolutno zagotovilo glede doseganja ciljev subjekta.

Septembra 2004 je COSO dopolnil obstoječ model in ga poimenoval Enterprise Risk Management-Integrated Framework (v nadaljevanju ERM). Spremembe se odražajo v dopolnitvi ciljev, v povečanem številu elementov v modelu notranjih kontrol ter v dopolnitvi sistema kontrol. Posodobljene in spremenjene dopolnitve v Celovitem okviru za upravljanje tveganj v organizaciji jasneje povezujejo upravljanje tveganj v organizaciji z različnimi pričakovanji deležnikov, postavljajo tveganja v okvir delovanja organizacije in jih ne obravnavajo kot predmet samostojnega opravila. Ob tem organizacijam omogočajo boljše predvidevanje tveganj, tako da lahko ukrepajo pred njimi, ker razumejo, da spremembe ustvarjajo priložnosti, ne samo možnosti kriz. Te posodobitve in spremembe so tudi odgovor na zahtevo, da je treba dati večji poudarek temu, kako upravljanje tveganj v organizaciji zajame strategijo in njeno uspešno izvajanje (Slovenski inštitut za revizijo, 2017). Model ERM je uporaben in primeren tako za mala kot velika podjetja, za vse ravni v podjetju, ne glede na vrsto dejavnosti, ki jo podjetje izvaja, saj si okvir modela lahko prilagodijo glede na lastne potrebe (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 2004b). Dopolnjeni model procesno udejanja upravni odbor skupaj z vodstvom, torej gre za upravljanje tveganj, z ostalimi zaposlenimi za določanje strategije in ciljev obvladovanja tveganj. Obvladovanje tveganj v organizacijah pa izvaja management tveganj. Celoten proces opredeljuje načrtovanje, organiziranje, vodenje in izvajanje nadzora nad aktivnostmi za obvladovanje tveganj v organizaciji. Elementi modela, ki vplivajo na uspešnost doseganja ciljev organizacije, so kritična ocena zrelosti notranjega okolja, pravilno postavljanje ciljev, pravočasno prepoznavanje tveganih dogodkov, celovito ocenjevanje tveganj, pravilni odzivi na tveganja, dosledno izvajanje kontrolnih aktivnosti ter informiranje, komuniciranje ter nadziranje. Model ERM je celostno usklajen proces, kjer sprememba ene komponente vpliva na drugo. Proces teče vzdolž vseh hierarhičnih ravni, tveganja pa so lahko strateška, operativna, tveganja skladnosti in tveganja v poročanju. Ti trije vidiki modela so v obliki kocke predstavljeni v tridimenzionalni matriki (Kinney, 2000) (slika 7).

Slika 7: Matrika COSO ERM



Prirejeno po Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (2004a).

Oba modela COSO sta bila podlaga za pripravo smernic na področju obvladovanja tveganj za pooblaščene revizorje - Identifying, Measuring and Managing Risk for Improved Performance (Epstein & Rejc, 2005), ki vključujejo praktično ponazoritev procesa obvladovanja tveganj (slika 8). Te smernice omogočajo vodstvu drugačno razumevanje tveganj, - tudi kot vzvode povečanja poslovnih priložnosti in spreminjanje tveganj v dejavnike konkurenčnega položaja. Smernice prikazujejo tudi metode za merjenje poslovnih učinkov obvladovanja tveganj, načine stalnega nadzora nad izvedenimi ukrepi in načine nadaljnjega razvoja tveganj.

Glavni cilji smernic so (Epstein & Rejc, 2005):

- zagotoviti enostaven pregled nad procesom obvladovanja tveganj;
- poudariti vlogo pravočasnega prepoznavanja in celovitega ocenjevanja tveganj v procesu obvladovanja tveganj;
- ustvariti celosten okvir za identifikacijo tveganj in poročanje o učinkih;

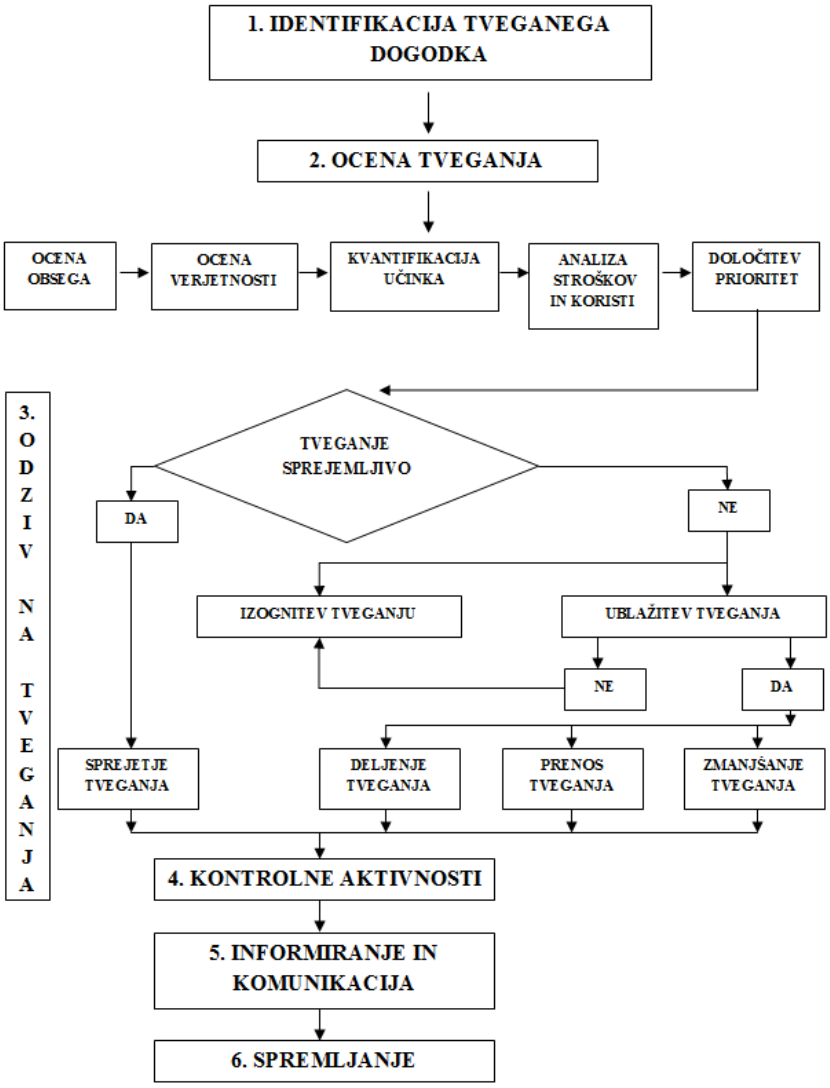
Učinkovito obvladovanje tveganj vključuje:

- identifikacijo tveganih dogodkov;
- oceno potencialnih učinkov tveganih dogodkov (oceno tveganj);
- identifikacijo in analizo možnih rešitev;
- izbor najprimernejših rešitev in njihovo uresničitev;
- merjenje in sporočanje rezultatov;
- spremljanje razvoja tveganj.

Model je namenjen upravnim odborom, članom nadzornih komisij, izvršnim direktorjem, finančnim direktorjem, vodilnim timom, strokovnjakom s področja nadzora, financ in notranjim kot tudi zunanjim revizorjem.

Obvladovanje tveganj je za organizacijo, zaposlene in uporabnike izjemnega pomena, saj lahko s časovno predvidenim izvajanjem procesa obvladovanja tveganj glede na stopnjo tveganja zagotavlja prave rešitve za izboljšanje kakovosti in učinkovitosti delovnih procesov, hkrati pa zagotavlja večjo varnost uporabnikov in zaposlenih.

Slika 8: Proces obvladovanja tveganj



Prirejeno po Epstein & Rejc (2005).

5.2 Proces obvladovanja tveganj zdravja in varstva pri delu v domovih za starejše

Primer procesa obvladovanja tveganj varstva in zdravja pri delu v domu starejših, ki ga v tem poglavju ponujam kot podlago za dobro prakso, temelji na procesu obvladovanja tveganja avtorjev Epstein in Rejc (2005). Usmerjen je v prepoznavo tveganj in omogoča nenehno spremljanje in preprečevanje negativnih učinkov. Z njim želim vzpostaviti procesno metodo dela, ki bo učinkovito pripomogla doseči zastavljene cilje.

Za vzpostavitev procesa obvladovanja tveganj ima na področju varnosti in zdravja pri delu ključno vlogo vodstvo. Vodstvo skupaj z zaposlenimi na osnovi zakonskih predpisov in pravnih aktov oblikuje politiko varnosti in zdravja pri delu, določi protokole in kontrolne aktivnosti, opredeli finančna sredstva ter določi strateške in operativne cilje v zvezi z obvladovanjem tveganj.

Tabela 5 ponazarja šest ključnih faz procesa obvladovanja tveganj, ki so prilagojene varstvu in zdravju pri delu v domovih za starejše.

Tabela 5: Proces obvladovanja tveganj varstva in zdravja pri delu v domu starejših

1. Zaznavanje in prepoznavanje tveganega dogodka		
Metoda	Z opazovanjem sodelujejo vsi zaposleni, tudi svojci in uporabniki storitev, ki sodelujejo v delovnem procesu.	
2. Ocena tveganja		
Metoda	Kvantitativna ali kvalitativna analiza, določitev elementov tveganja delovnih mest za tipična delovna mesta zaposlenih na negovalnih oddelkih; sodelujejo usposobljeni strokovnjaki ali zaposleni.	
Ocena možnosti nastanka poškodbe, časa in pogostosti izpostavljenosti	Ocena pogostosti in trajanja izpostavljenosti.	
Ocena verjetnosti nastanka poškodbe	Ocena verjetnosti, glede na analizo pogostosti in trajanja izpostavljenosti tveganju.	
Ocena posledic	Določitev stopnje tveganja (matrika kritičnosti tveganj).	
Določitev prioritet	Prednostno razvrstiti tveganja in določiti vrstni red ukrepanj glede na določeno stopnjo tveganja.	
3. Odziv na tveganja		
Tveganje sprejemljivo		
Da	**Ne**	
Sprejetje tveganja Izvajanje varnostnih ukrepov, določenih glede na stopnjo tveganja.	Izognitev tveganju Odstranitev neustrezne delovne opreme, prerazporeditev neprimernega kadra.	
	Ublažitev tveganja Ukrepi za zmanjšanje posledic poškodb zaposlenih in delovne opreme.	
	Prenos tveganja Sklenitev zavarovanj za potrebe izplačil odškodninskih in regresnih zahtevkov zavarovanja odgovornosti iz naslova varnosti in zdravja pri delu.	Zmanjšanje tveganja Ponovna analiza stanja, ocene tveganja, sprememba metode dela, izvajanje sprejetih dodatnih ukrepov.
4. Kontrolni nadzor in neposredna strokovna pomoč zaposlenim		
	Interni strokovni nadzori, preverjanje usposobljenosti zaposlenih, nadzor nad izvedenimi aktivnostmi.	
5. Informiranje in obveščanje zaposlenih		
	Določiti načine prenosa informacij, zanesljivost in točnost informacij, obveščanje zaposlenih o aktualnem stanju, spremembah in novostih na področju varstva in zdravja pri delu.	
6. Spremljanje učinkovitosti izvajanja ukrepov		
Metoda:	Na podlagi ugotovitev po potrebi izdelati predlog sprememb.	

Prirejeno po Epstein & Rejc (2005).

5.2.1 Korak 1: Zaznavanje in prepoznavanje nevarnosti

V prepoznavanje nevarnosti v domu starejših so vključeni vsi, ki sodelujejo v delovnem procesu, tako zaposleni, uporabniki storitev in njihovi svojci. V tej fazi je izjemnega pomena usmerjenost v kritične faze delovnega procesa in opazovanje opozorilnih znakov. V delovnem okolju je potrebno biti pozoren na vse stvari, ki bi lahko povzročile kakršnekoli poškodbe. Nevarnosti nam predstavljajo tako delovna oprema kot način dela ali postopki izvajanja. V tej fazi je dobrodošel pogovor s sodelavci, svojci in uporabniki storitev, ki nam opišejo svoje videnje in izkušnje. Ne smemo pozabiti tudi na zunanje izvajalce. V primeru, da jih dom ima (čistilni servis ipd.). Vodi naj nas: » Kdo se lahko poškoduje in kako se lahko poškoduje ter kaj lahko pričakujemo, da se bo lahko zgodilo«. Pregledati je potrebno tehnična navodila pripomočkov, navodila za uporabo in navodila proizvajalcev delovne opreme, ki se jo uporablja na oddelkih. V pomoč so nam poročila o preteklih neželenih dogodkih in razlog bolniških odsotnosti, v kolikor imamo na voljo tovrstne podatke.

Tveganja na področju premeščanja težjih bremen (Seražin, 2005, str. 19) vključujejo organizacijska tveganja, tveganja, povezana z delovnimi mesti, in osebnostna tveganja. V tabelah od 6 do 12 so opredeljeni primeri tveganj iz omenjenih področij.

Tabela 6: Primeri organizacijskih tveganj premeščanja težjih bremen v domu starejših

Organizacijska tveganja	
1.	Vodstvo nima izdelane politike obvladovanja tveganj varnosti in zdravja pri delu.
2.	Potrebna finančna sredstva za izvajanje varnosti in zdravja pri delu zaposlenih niso načrtovana.
3.	Potrebna usposabljanja zaposlenih niso načrtovana in posledično niso izvedena.
4.	Interna strokovna navodila niso izdelana oziroma usklajena z zakonskimi predpisi in pravnimi akti.
5.	Strokovni timi in zaposleni ne sodelujejo.
6.	Interna navodila se ne upoštevajo.
7.	Usposabljanja niso izvedena pravočasno oziroma ni zagotovljeno ustrezno mentorstvo.
8.	Nedosledno obveščanje podrejenih.
9.	Odsotnost notranjih kontrolnih mehanizmov.
10.	Neizkušeno in neusposobljeno osebje.
11.	Pomanjkanje kadra na trgu dela.

Vir: lastno delo.

Tabela 7: Primeri tveganj premeščanja težjih bremen, povezanih z delovnim mestom – neustrezna delovna oprema

Tveganja, povezana z delovnim mestom – neustrezna delovna oprema	
1.	Načrt in letni plan nabave za nakup pripomočkov za premeščanje ni izdelan.
2.	Ni zadostne ustrezne delovne in zaščitne opreme.
3.	Nepravočasno oziroma neredno servisiranje delovne opreme in pripomočkov, skladno s priporočili delodajalca.

se nadaljuje

Tabela 7: Primeri tveganj premeščanja težjih bremen, povezanih z delovnim mestom – neustrezna delovna oprema (nad.)

Tveganja, povezana z delovnim mestom – neustrezna delovna oprema	
4.	Delovna oprema ni ustrezna s stališča varne uporabe (npr. izjava o skladnosti z navodili za varno delo in vzdrževanje) in potrebne dokumentacije po predpisih o varnosti in zdravju pri uporabi sredstev za varno delo.
5.	Uporaba delovne opreme ni v skladu z namenom in navodili za varno uporabo.
6.	Protokol vzdrževanja delovne opreme in pripomočkov ni upoštevan.
7.	Evidenca vzdrževanja delovne opreme ni vzpostavljena in ni ažurno vodena.
8.	Uporaba tehnično neustrezna in neredno servisiranih pripomočkov za premeščanje.
9.	Navodila za delo in interni protokoli niso upoštevani.
10.	Izdelan plan premeščanja uporabnikov ni upoštevan.
11.	Pomanjkljivo dokumentiranje izvedenih aktivnosti.
12.	Neredno sporočanje napak in dopuščanje tehnično neustreznih pripomočkov na delovnih mestih.
13.	Ni vzpostavljen nadzor nad evidenco vzdrževanja opreme.
14.	Odgovorne osebe za tehnično ustreznost delovne opreme niso določene.
15.	Odsotnost notranjih kontrolnih mehanizmov – dnevnega spremljanja.
16.	Zaposleni ne poznajo delovne opreme.

Vir: lastno delo.

Tabela 8: Primeri tveganj premeščanja težjih bremen, povezanih z delovnim mestom – neugodne delovne razmere

Tveganja, povezana z delovnim mestom – neugodne delovne razmere	
1.	Urnik dela, načrt dežurstev in načrt povečanega obsega dela niso pravočasno izdelani.
2.	Na delovni enoti ni zagotovljeno dovolj ustreznega in strokovno usposobljenega kadra.
3.	Zakonski predpisi v zvezi z delovnim časom niso zagotovljeni ne spoštovani, odmori med delovnim časom in z zakonom predpisani prosti dnevi niso zagotovljeni.
4.	Pristojna in odgovorna oseba ne izvaja dnevnega in stalnega spremljanja ter nadzora.

Vir: lastno delo.

Tabela 9: Primeri tveganj premeščanja težjih bremen, povezanih z delovnim mestom – neurejeno delovno okolje

Tveganja povezana z delovnim mestom – neurejeno delovno okolje	
1.	Varno delovno okolje ni zagotovljeno (ovire na poti, poškodbe tal, ipd.).
2.	Navodila in protokoli o premeščanju uporabnikov s postelje na voziček niso upoštevani.
3.	Ostri predmeti in kužni materiali niso ustrezno hranjeni.
4.	Ustrezna obutev in delovna obleka ter predpisana osebna varovalna oprema za zaščito rok ni uporabljena.
5.	Neprevidnost pri delu.

Vir: lastno delo.

Tabela 10: Primeri tveganja premeščanja težjih bremen, povezanih z delovnim mestom – ne zagotavljanje ergonomije

Tveganja povezana z delovnim mestom – nezagotavljanje ergonomije	
1.	Delovno okolje za delo v položaju, ki minimalno obremenjuje ramenski in ledveni del hrbtenice ter spodnje okončine ni ergonomsko prilagojeno.
2.	Krajši odmori, razgibavanje ramenskega, ledvenega dela hrbtenice in nog se ne izvaja.
3.	Pripomočki za lažje dvigovanje in premeščanje se ne uporabljajo v delovnem procesu.
4.	Ergonomska načela pri dvigovanju bremena s tal se ne upoštevajo.
5.	Timi za premeščanje uporabnikov in kopalne ekipe niso organizirane.
6.	Redna teoretična in praktična usposabljanja zaposlenih (periodično na 3 do 6 mesecev), novo zaposlenih ter pripravnikov v roku 1 meseca od nastopa službe niso zagotovljena in izvedena.

Vir: lastno delo.

Tabela 11: Primeri tveganja premeščanja težjih bremen povezana z delovnim mestom – pomanjkljiva navodila in protokoli

Tveganja povezana z delovnim mestom – pomanjkljiva navodila in protokoli	
1.	Protokoli in tedenski plani premeščanja uporabnikov s strani fizioterapevta in delovnega terapevta niso izdelani.
2.	Zaposleni niso pravočasno seznanjanj s plani premeščanja.
3.	Protokoli in plani premeščanja uporabnikov se ne upoštevajo.
4.	Nadzora nad izvedenimi aktivnostmi se ne izvaja.
5.	Neizvajanje pisnega in ustnega informiranja zaposlenih o mobilizaciji uporabnikov.
6.	Pomoč in svetovanje pri delovnem procesu ni zagotovljeno.
7.	Dnevne spremembe niso zapisane v zvezek za predajo službe.
8.	Nadzor pri premeščanju zaposlenih se ne izvaja.
9.	Zaposleni niso seznanjeni z ugotovljenimi nepravilnostmi pri premeščanju.
10.	Navodila o ukrepanju ob neželenih dogodkih niso izdelana in posledično se ne upoštevajo.
11.	Odgovorne osebe niso obveščene o neželenih dogodkih.

Vir: lastno delo.

Tabela 12: Primeri tveganja povezana z osebnimi lastnosti zaposlenih

Tveganja povezana z osebnimi lastnostmi zaposlenih	
1.	Trenutna neustrezna psihofizična sposobnost posameznika za varno izvajanje premeščanja uporabnikov (bolezen, poškodba, nosečnost, ipd.) ni prepoznana.
2.	Preobremenjenost posameznih zaposlenih zaradi premajhnega števila razpoložljivega ustrezno usposobljenega kadra (dopusti, bolniške).
3.	Sprememba vedenja zaposlenih.
4.	Upad produktivnosti.

Vir: lastno delo.

5.2.2 Korak 2: Ocena tveganja

Osnovni namen ocene tveganja je določitev tveganj z namenom, da se ta tveganja zmanjšajo oziroma odstranijo. Za izdelavo ocene tveganj (Seražin, 2005, str. 20) na področju varstva in zdravja pri delu se uporabljajo različne kvalitativne in kvantitativne metode dela. V primeru, ki bo v nadaljevanju predstavljen, sem povzela že v praksi uveljavljeno kvantitativno metodo AUVA, pri kateri se za določanje verjetnosti nastanka poškodbe (nezgode), stopnje tveganja in rokov za ukrepanje uporabljajo vnaprej pripravljene tabele. Osnovni princip ocenjevanja je razviden iz tabele 13, 14 in 15.

Tabela 13 prikazuje, kako se na podlagi prepoznanih tveganj in možnosti nastanka poškodbe, časa in pogostosti izpostavljenosti določi verjetnost nastanka poškodbe. Vsako od izbranih nevarnosti ocenimo s črko od A do E:

- pogostost je izražena kot zelo redko, redko, občasno, pogosto;
- trajanje je izraženo kot zelo kratko, kratko, dalj časa, trajno;
- verjetnost/možnost nastanka je izražena kot zelo majhna, majhna, srednja, velika.

Tabela 13: Ocena verjetnosti/pogostosti nastanka

Pogostost/trajanje **Možnost nastanka/verjetnost**	**Zelo redko/zelo kratko**	**Redko/kratko**	**Občasno/dalj časa**	**Pogosto/trajno**
Zelo majhna	A	A	B	C
Majhna	A	B	C	D
Srednja	C	C	D	E
Velika	D	D	E	E

Prirejeno po AUVA v Seražin (2005).

Verjetnost je podana z veliko tiskano črko od A do E, ki se jo nato prenese v naslednjo tabelo. Tabela 14 prikazuje ocene obsega posledic poškodb, ki so izražene v številkah od 1 do 5:

1. minimalne posledice, posredovanje zdravnika ni potrebno;
2. lažje, kratkotrajne posledice (odsotnost do 3 dni);
3. lahka posledica (zdravljenje poškodbe od 4 do 19 dni);
4. srednje, zahtevajo daljše zdravljenje brez trajnih posledic (zdravljenje od 20 do 45 dni);
5. težja, možnost trajnih posledic, dolgotrajnejše zdravljenje (zdravljenje več kot 45 dni);
6. težke, trajne posledice, invalidnost, smrt.

Tabela 14: Ocena obsega posledic poškodb

Resnost zdravstvenih posledic poškodb	Minimalne posledice, posredovanje zdravnika ni potrebno	Lažje, kratkotrajne posledice (odsotnost do 3 dni)	Lahka posledica (zdravljenje od 4 do 19 dni)	Srednje posledice zahtevajo daljše zdravljenje (zdravljenje od 20 do 45 dni brez trajnih posledic)	Težje, možnost trajnih posledic, dolgotrajnejše zdravljenje (več kot 45 dni)	Težke, trajne posledice, invalidnost, smrt
A	**1**	**2**	**2**	**3**	**4**	**4**
B	**1**	**2**	**3**	**3**	**4**	**4**
C	**2**	**2**	**3**	**4**	**4**	**5**
D	**2**	**3**	**4**	**4**	**5**	**5**
E	**3**	**4**	**4**	**5**	**5**	**5**

Prirejeno po AUVA v Seražin (2005).

Glede na verjetnost (A do E), resnost in teže posledic poškodb, izražene v času potrebnem za zdravljenje, določimo stopnjo tveganja z ocenami od 1do 5, ki jih prikazuje tabela 15.

Tabela 15: Stopnje tveganja

Razred tveganja od 1 do 5	**Opredelitev tveganja**
Razred tveganja 1	Tveganje je minimalno.
Razred tveganja 2	Tveganje je sprejemljivo.
Razred tveganja 3	Tveganje je zmerno.
Razred tveganja 4	Tveganje ni sprejemljivo.
Razred tveganja 5	Tveganje ni sprejemljivo.

Prirejeno po AUVA v Seražin (2005).

V Tabeli 16 so opisi stanja pri posameznih stopnjah tveganja od 1 do 5, dobljenih iz zgornjih ocenjevalnih tabel. Dobljene stopnje tveganja predstavljajo prioriteto oziroma vrstni red izvedbe ukrepov. Tabela 17 ponazarja sprejemljivost tveganj glede na razred tveganja.

Tabela 16: Opredelitev ukrepov glede na stopnje tveganja

Razred tveganja	**Opis stanja**	**Ukrepi**
Razred tveganja 1	Stanje je dobro. Nevarnosti so zelo majhne ali pod nadzorom. **Tveganje je minimalno.**	Posebni ukrepi ali aktivnosti niso potrebne. **Ukrepanje ni potrebno.**
Razred tveganja 2	Stanje je še vedno v skladu s predpisi, obstajajo določene obremenitve. Tveganje je majhno, nevarnosti obstajajo, vendar so ustrezno obvladovane. **Tveganje je sprejemljivo.**	Potrebna je skrb za nadzorovanje stanja nad delom zaposlenih. Treba je proučiti možnosti za odpravo nevarnosti oziroma škodljivosti. **Ukrepanje ni potrebno.**
Razred tveganja 3	Stanje je v mejah predpisov, vendar obremenjujoče, dolgotrajno lahko nevarno ali škodljivo. Ovira delovni proces. **Tveganje je zmerno.**	Potrebna je vzpostavitev nadzora nad stanjem in izvajanje varnostnih ukrepov za zmanjšanje nevarnosti oziroma škodljivosti. **Ukrepanje je potrebno v določenem časovnem obdobju.**

se nadaljuje

Tabela 16: Opredelitev ukrepov glede na stopnje tveganja (nad.)

Razred tveganja	**Opis stanja**	**Ukrepi**
Razred tveganja 4	Stanje je nevarno ali škodljivo. Ni v skladu z internimi navodili in zakonskimi predpisi. Tveganje je povečano. **Tveganje ni sprejemljivo.**	Potreben je povečan nadzor nad stanjem in izvedba učinkovitih ukrepov za ublažitev, zmanjšanje nevarnosti oziroma škodljivosti ali za izognitev tveganju. **Ukrepanje je potrebno v najkrajšem možnem času.**
Razred tveganja 5	Stanje je zelo nevarno in zelo škodljivo. Tveganje je veliko, nesprejemljivo, predpisi ali splošno priznane norme so pomembno kršene, stanje je zelo nevarno ali škodljivo. **Tveganje ni sprejemljivo.**	Potrebna je takojšnja odstranitev ali zmanjšanje nevarnosti. **Potrebno je takojšnje ukrepanje.**

Prirejeno po AUVA v Seražin (2005).

Tabela 17: Sprejemljivost tveganja

Razred tveganja od 1 do 5	**Opredelitev tveganja**	**Sprejemljivost tveganja**
Razred tveganja 1	Tveganje je minimalno.	Tveganje je sprejemljivo.
Razred tveganja 2	Tveganje je sprejemljivo.	
Razred tveganja 3	Tveganje je zmerno.	
Razred tveganja 4	Tveganje ni sprejemljivo.	Tveganje ni sprejemljivo.
Razred tveganja 5	Tveganje ni sprejemljivo.	

Vir: lastno delo.

5.2.3 Korak 3: Odziv na tveganja

Pri odzivu na tveganje je pomembno, da organizacija upošteva tako vrsto tveganja kot oceno obsega pogostosti in trajanja nevarnosti nastalega dogodka, ob tem mora upoštevati in sprejemati nastale posledice, in sicer v primeru, da se tveganje uresniči.

Odzivi na tveganja vključujejo:

- **sprejetje tveganja** (vodstvo zavoda določi, do katere stopnje tveganja je tveganje sprejemljivo in dopustno. Ta tveganja so brez večjih posledic, organizacija tveganja lahko prenese oziroma jih zmanjša na dopustno stopnjo, za katero velja, da je sprejemljiva za organizacijo);
- **prenos tveganja** (npr. vodstvo doma starejših sklene zavarovalno polico pri zavarovalnici za morebitna izplačila odškodninskih ali regresnih zahtevkov iz naslova odgovornosti varstva in zdravja pri delu);
- **izognitev tveganjem** (dejavnosti oziroma aktivnosti, ki povečujejo tveganja, so opuščene, npr.: v čim večji meri opuščati ročno premeščanje bremen in nadomestiti tehnike premeščanja z uporabo mehanskih pripomočkov);

- **ublažitev tveganja** (ukrepi za zmanjšanje tveganja so sprejeti ali je tveganje prenešeno na zunanjo inštitucijo, npr.: zavarovalnica za primer odškodninskih zahtevkov. Ena izmed oblik ublažitve tveganja je vzpostavitev nadzornih sistemov, vzpostavljanje /gradnja nadzora. Direktor doma mora oceniti sposobnost organizacije za zmanjšanje pojavnosti tveganja in vpliva na poslovanje);
- **zmanjšanje tveganja (**opravimo ponovno analizo stanja, oceno tveganja in sprejmemo ustrezne nove ukrepe, lahko spremenimo metode dela, npr. primer: po potrebi spremenimo organizacijo dela v delovnem procesu, povečamo število zaposlenih na bolj obremenjenih enotah, zmanjšamo število obremenitev na zaposlenega, preverimo tehnično izpopolnjenost delovne opreme, preverimo znanje in usposobljenost vseh zaposlenih in po potrebi zagotovimo nadaljnja individualna ali skupinska teoretična in praktična usposabljanja glede na ugotovitve, zagotovimo usposabljanja zaposlenih ob nakupu novih pripomočkov, nudimo zaposlenim neposredno strokovno pomoč pri premeščanju v delovnem procesu, vodimo politiko varnosti po sistemu nekaznovanosti, vključimo zaposlene v izvajanje nadzora, zagotovimo time za dvigovanje ter kopalne ekipe za nepomične stanovalce, motiviramo zaposlene z različnimi spodbudami (aktivni odmori, pohvale itd.).

Korak 3 prav tako vključuje načrtovanje in pripravo ukrepov za izvajanje specifičnih odzivov za nevarne situacije ali najslabše možne scenarije, ki se lahko zgodijo v organizaciji (npr.: trajne poškodbe, invalidnost ali celo smrt).

5.2.4 Korak 4: Kontrolni nadzor

Za zagotavljanje, da so izbrani odzivi na tveganja izvedeni pravilno in pravočasno, je potrebno vzpostaviti nadzor in kontrolne postopke. V protokolih nadzora določimo izvajalce nadzora, časovno opredelimo izvajanje nadzorov in metode nadzorovanja. Kontrolni postopki so lahko naslednji:

- izvajanje neposrednega nadzora pri premeščanju uporabnikov (nadzor nad izvajanjem aktivnosti zaposlenih v delovnem procesu izvajajo timske sestre, fizioterapevt, delovni terapevt, glavna sestra);
- naključno izvajanje internih strokovnih nadzorov med delovnim procesom 2-krat mesečno;
- aktivno sodelovanje v delovnem procesu in ponujena strokovno pomoč zaposlenim, hkrati pa se izvaja diskretni nadzor usposobljenosti zaposlenih in nad pravilno izvedbo aktivnosti neposredno ob uporabniku;
- obdelovanje poročila neželenih dogodkov (padci, poškodbe, zdrsi,..);
- evidentiranje ugotovljene pomanjkljivosti;
- spremljanje kazalnikov kakovosti;
- vrednotenje nadzornih aktivnosti in kontrolnih postopkov za obvladovanje in nadzorovanje tveganj.

5.2.5 Korak 5: Informiranje in komuniciranje

Prenos informacij znotraj organizacije je med vodstvom, strokovnim timom in vsemi ostalimi v delovnem procesu izrednega pomena. Informacije se izmenjujejo in krožijo vsakodnevno ustno (predaja službe, timski sestanki, strokovni timi), pisno (dnevni plan dela, plani premeščanja, delovna navodila, skripta o ergonomiji,) in v elektronski obliki (računalniški program in intranet). Pomembno je, da so zaposleni seznanjeni z dejavniki tveganja na področju varnosti in zdravja pri delu, da poznajo delovne pripomočke in da so seznanjeni z njihovo pravilno uporabo v delovnem procesu ter da so seznanjeni s spremembami plana premeščanja uporabnikov in dnevnimi delovnimi navodili. Pomembno je informirati zaposlene o neželenih dogodkih in spremembi ukrepov, novih smernicah na strokovnem področju. Seznanjeni morajo biti z namenom politike obvladovanja tveganj na področju varstva in zdravja pri delu, z učinkovitostjo procesa obvladovanja tveganj, hkrati pa se morajo zavedati tudi, kakšna je njihova vloga in odgovornost ter kakšne so posledice v procesu obvladovanja tveganj. Pomembno je, da so informacije o trenutnem stanju, spremembah, novostih na strokovnem področju pravočasno posredovane zaposlenim, smiselne in pri tem tudi podprte z zakonodajnimi okvirji. Dobrodošla je izdelava barvnih zloženk, plakatov ipd.

5.2.6 Korak 6: Spremljanje učinkovitosti izvajanja ukrepov

Vse postopke procesa obvladovanja tveganj je potrebno spremljati in nadzorovati, velikega pomena je posodabljanje ocene tveganja in hkrati odkrivanje možnih novih nevarnosti. Zaradi sprememb narave tveganj, verjetnosti nastalih sprememb v delovnem procesu ali zaradi rezultatov analize nezgod pri delu je oceno tveganja potrebno redno pregledovati.

Redno je treba spremljati in nadzorovati:

- izvajanje rednih usposabljanj za novo zaposlene in pripravnike na področju varstva in zdravja pri delu;
- izvajanje usposabljanj vseh zaposlenih na od 3 do 6 mesecev;
- izvajanje nadzora nad uvajanjem novo zaposlenih v delovni proces;
- podpisana izjava o varnosti (seznanjenost s tveganji in odgovornostjo pri delu in posledicami);
- izvajanje nadzora nad pravilno uporabo delovnih pripomočkov;
- redno izvajanje nadzora nad delovno opremo;
- izvajanje nadzora nad realizacijo rednih letnih servisov delovne opreme;
- spremljanje učinkovitosti ukrepov;
- spremljanje in nadzorovanje delovne opreme in pripomočkov;
- spremljanje stanja poškodb pri delu in neželenih dogodkov;
- nadzor nad upoštevanjem delovnih navodil in protokolov;
- nadzor nad okvarjenimi delovnimi pripomočki (odstranitev ali popravilo);

- zastarele pripomočke nadomestimo z novimi.

5.2.7 Praktičen primer uresničenega tveganega dogodka

V tej točki prikazujem praktičen primer ocene tveganja, ki se nanaša na poškodbo zaposlene, ki se je zgodila pri premeščanju uporabnika iz postelje na voziček. Zaposlena na delovnem mestu bolničarke je pri premeščanju uporabnika padla. Pri tem se je spotaknila ob stopalko invalidskega vozička in udarila v nogo. Imela je bolečine v kolenu, iz delovnega mesta je bila odsotna 2 dni. Do poškodb uporabnika ni prišlo.

Iz nastalega dogodka sem identificirala naslednje tveganje: nepoznavanje delovne opreme pri zaposleni. Ocena tveganja je bila narejena na podlagi metode AUVA, ki jo povzemajo tabele od 13 do 17.

1. Zaznavanje in prepoznavanje: prepoznano tveganje - nepoznavanje delovne opreme.

2. Ocena tveganja, prirejena po metodi AUVA:

2a. Ocena obsega tveganja glede na pogostost/trajanje: redko/kratko.

2b. Ocena verjetnosti: majhna. Dobila sem črko B, ki je prenesena v naslednji korak.

2c. Ocena posledic z vidika resnosti poškodb ali zdravstvenih posledic pri zaposleni: lažja/kratkotrajna, z dela je bila odsotna 2 dni.

2d. Glede na verjetnost in resnost poškodbe je bila določena stopnja/razred tveganja: 2. stopnja. Tveganje je majhno. Stanje je še vedno v skladu s predpisi, obstajajo določene obremenitve, nevarnosti obstajajo, vendar so ustrezno obvladovane.

3. Odziv na tveganje: sprejemljivo tveganje. Pri analizi dogodka smo ugotovili, da zaposlena iz razloga nepoznavanja delovne opreme ni odstranila stopalk z invalidskega vozička (ni vedela, da se lahko/morajo odstraniti), zato se je spotaknila in padla. Ker je bilo tveganje za nas sprejemljivo, smo uvedli naslednje ukrepe:

- pogovor z zaposleno ob vrnitvi na delo;
- ponovno teoretično in praktično usposabljanje o delovni opremi, ki jo uporablja;
- preverjanje znanja o internih navodilih pravilnega premeščanja;
- skrb za nadzorovanje stanja.

4. Kontrolne aktivnosti so vključevale:

- dokumentiranje dogodka (proučiti napisano poročilo dogodka);
- preverjanje praktičnega dela pri zaposleni;
- v prvem mesecu po dogodku 1 do 2 x krat tedensko izvajati neposredni nadzor zaposlene v delovnem procesu s strani FTH;

– evidentirati pomanjkljivosti.

5. Informiranje in komuniciranje: na predaji službe obvestimo vse prisotne o nastanku poškodbe, prav tako jih seznanimo z razlogom, zakaj je do poškodbe prišlo. Poudarimo, kako pomembno je poznavanje delovne opreme in kateri so še ostali dejavniki tveganja, povezani z delovno opremo. Ponovno jih seznanimo o morebitnih še hujših posledicah, ki bi se lahko zgodile, hkrati pa poudarimo tudi njihovo vlogo in odgovornost v procesu obvladovanja tveganj. Prav tako omenjeni dogodek obravnavamo na prvem timskem sestanku ter strokovnem timu. O nastalem dogodku obvestimo tudi direktorja doma.

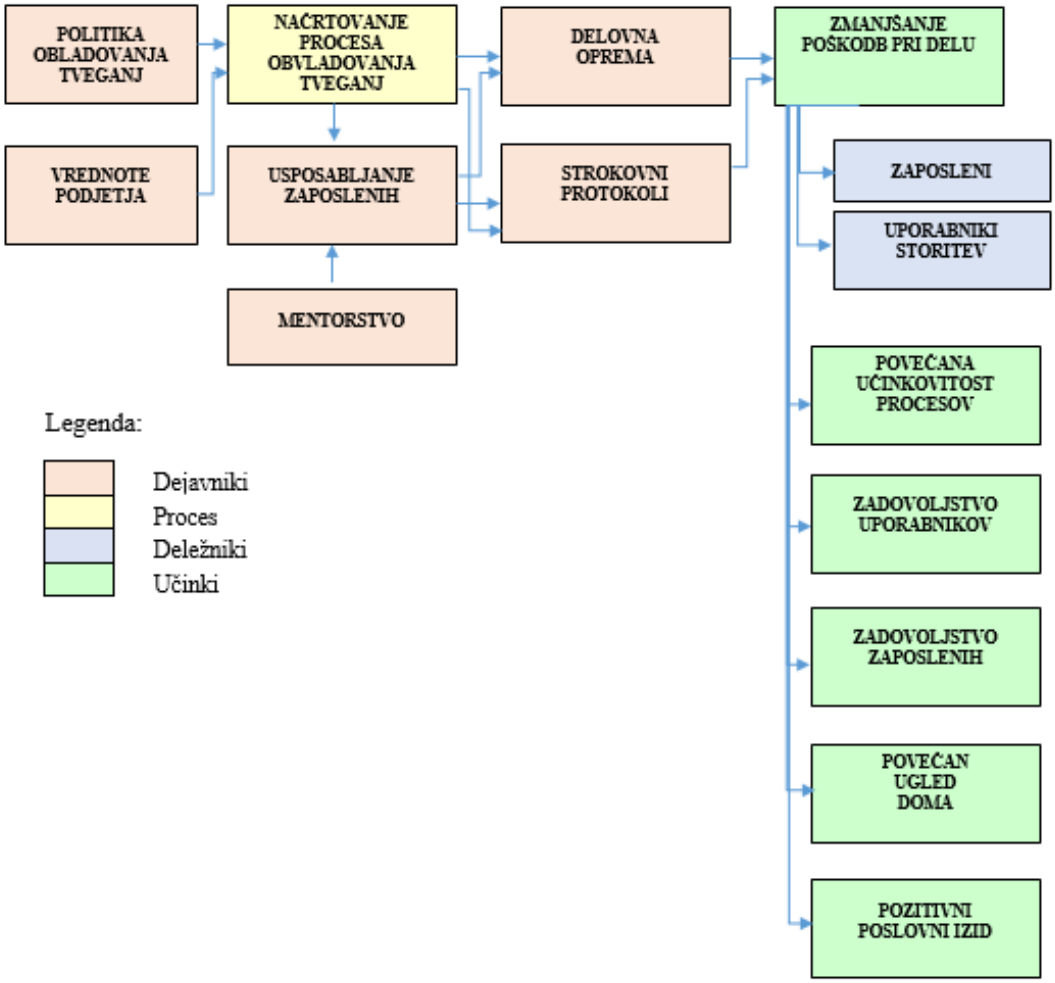
6. Spremljanje in nadzor: v našem primeru smo zaposleno spremljali v delovnem procesu pri premeščanju uporabnikov še en mesec. Nadzor je pokazal, da je zaposlena od tedaj dalje upoštevala vse sprejete ukrepe. Sprememba ukrepov ni bila potrebna.

5.3 Model obvladovanja tveganj v domu starejših

Na osnovi teoretičnih spoznanj in že uveljavljenih modelov v praksi sem oblikovala predlog specifičnega modela obvladovanja tveganj varstva in zdravja pri delu v domu starejših, ki ga prikazuje slika 9. Elementi modela predstavljajo osnovna izhodišča in temelje za vzpostavitev obvladovanja tveganj na področju varstva in zdravja pri delu v domu starejših. Na podlagi izmenjav mnenj zaposlenih, ki delamo v domovih za starejše občane, ugotavljam, da je navkljub velikim obremenitvam pri zaposlenih v domovih in slabim kadrovskim normativom zelo malo domov v Sloveniji, ki posvečajo pozornost obvladovanju tveganj na področju varstva in zdravja pri delu. Prav tako veliko domov nima vzpostavljene politike obvladovanja tveganj. Pravzaprav se veliko zaposlenih v domovih sooča s tem, da nimajo niti usposabljanj niti ustreznih pripomočkov za premeščanje težjih bremen, prav tako ne ustrezno usposobljenega kadra. Iz navedenega razloga sem v predlaganem modelu na osnovi pozitivnih izkušenj v našem domu ponazorila osnovne elemente obvladovanja tveganj ter podala usmeritve in napotke, kako se jih lahko prilagodi v delovni organizaciji.

Politiko obvladovanja tveganj mora oblikovati vodstvo zavoda. V našem domu se je vodstvo zavezalo, da bo skupaj z zaposlenimi izpolnjevalo zahteve delovne zakonodaje in zakonskih predpisov na področju varstva in zdravja pri delu. Prav tako je prevzelo odgovornost za zagotavljanje zdravega delovnega okolja za zaposlene v domu.

Slika 9: Predlog specifičnega modela obvladovanja tveganj varstva in zdravja pri delu v domu starejših



Vir: lastno delo.

Cilji politike obvladovanja tveganj varnosti in zdravja naj bodo:

- upoštevati zakonske zahteve, ki se nanašajo na področje varnosti in zdravja pri delu, ter stalno izboljševati proces in učinke obvladovanja tveganj;
- zagotavljati in vzdrževati varno delovno opremo in prostore;
- izvajati preventivne zdravstvene preglede zaposlenih;
- zagotavljati usposabljanje in izobraževanje zaposlenih ter nuditi strokovno svetovanje;
- zagotavljati ustrezno usposobljenost zaposlenih s pomočjo mentorjev;
- čim bolj zmanjšati ročno premeščanje bremen in nadomestiti premeščanje bremen z mehanskimi pripomočki;
- oblikovati protokole o varnem delu;
- preprečevati in zmanjševati poškodbe pri delu in zdravstvenih okvar tako pri zaposlenih kot pri uporabnikih storitev;
- ozaveščati zaposlene o varnem delu in o promociji zdravja;

- poročanje o neželenih dogodkih in nesrečah pri delu;
- kontinuirano prepoznavanje in ocenjevanje novih možnih vrst tveganj:
- oblikovati preventivne in korektivne ukrepe;
- periodično pregledovati proces obvladovanja tveganj skupaj z vodstvom;
- oblikovanje pozitivne kulture varnosti.

Drug osrednji dejavnik obvladovanja tveganj so **vrednote podjetja**. Vodstvo podjetja naj se zaveže k zagotavljanju enakovrednih delovnih pogojev za vse zaposlene in socialne pravičnosti, graditvi pozitivne kulture varnosti, obravnavi odklonskih dejanj, spoštovanju zaposlenih in profesionalnim odnosom. Usmerjenost vodstva v doseganje zadovoljstva tako zaposlenih kot uporabnikov storitev v domu starejših naj bo vedno močna.

Za učinkovito delovanje procesa potrebujemo **usposobljene zaposlene**, ki jim redno zagotavljamo nova teoretična znanja, praktična usposabljanja v domu ter izobraževanja v zunanjih institucijah. Novo zaposlenim in pripravnikom nudimo kakovostno **mentorstvo**.

Dom mora zagotavljati **delovno opremo** (delovna obleka in obutev), ki jo predpisuje zakonodaja; prav tako mora biti na voljo dovolj mehanskih pripomočkov za premeščanje težjih bremen. Mehanski pripomočki morajo biti po navodilih proizvajalca redno servisirani.

Strokovni protokoli in delovna navodila za varno in zdravo delo naj bodo pripravljeni na osnovi strokovnih smernic in zakonodajnih predpisov. V domu jih običajno pripravljajo strokovne službe fizioterapije, delovne terapije in zdravstvene nege.

Uspešno uresničevanje ciljev omogoča zmanjšanje poškodb tako pri zaposlenih kot pri uporabnikih storitev, poveča se učinkovitost storitev, storitve so bolj varno in kakovostno izvedene. Posledično se poveča zadovoljstvo uporabnikov in zaposlenih, hkrati pa si lahko zagotovimo povečan ugled doma in pozitivni poslovni izid.

Predlagan model bi organizaciji prinesel veliko priložnost za obvladovanje tveganj na področju varstva in zdravja pri delu. Kontinuirano izvajanje procesa obvladovanja tveganj v podjetju bi omogočilo redno ocenjevanje in spremljanje na področju dejavnikov tveganja. Z ukrepi, ki bi jih v praksi izvajali, bi preprečili marsikateri neželeni dogodek ali poškodbo pri delu.

Na podlagi analize vprašalnika, ki je bila izvedena v obeh enotah Vitadoma, predlagam, da vodstvo vzdržuje proces obvladovanja tveganj varnosti in zdravja pri delu na najvišji možni ravni. Morda se v praksi ne zazna takojšni učinek obvladovanja tveganj, vsekakor pa se dolgoročno obrestuje, saj se na tak način vzdržuje zdravje ljudi, zmanjšujejo se obremenitve zaposlenih v delovnih procesih, povečuje se učinkovitost pri delu, storitve so opravljene na bolj varen način tako za zaposlenega kot uporabnika in najpomembnejše je, da se hkrati preprečujejo poškodbe pri delu, ki povzročajo organizaciji tudi dodatne stroške. Po drugi strani pa hkrati vodstvo zavoda izkazuje veliko spoštovanje do stroke in zaposlenih, saj na

tak način varuje njihovo zdravje in vzpodbuja dobro počutje. Glede na to, da so vsakodnevne aktivnosti kadra zdravstvene nege premeščanje uporabnikov, se mora strmeti k temu, da se vsako ročno premeščanje nadomesti s pripomočki, ki so namenjeni dvigovanju.

Iz ugotovitev predlagam vodstvu Vitadoma, da za enoto Bor prioritetno načrtuje nakup pripomočkov za premeščanje, saj so v tej enoti na voljo res samo osnovni pripomočki za premeščanje. Karakteristike ostalih pripomočkov, ki so na voljo na trgu, bistveno pripomorejo k lažjemu premeščanju in zmanjšujejo tveganja na področju varnosti in zdravja. Ob tem tudi predlagam vodstvu Vitadoma, da omogoči terapevtom iz enote Bor strokovna izobraževanja o pripomočkih za premeščanje. Tako bodo svoja nova znanja prenesli na sodelavce in nove tehnike premeščanja v sam delovni proces.

Nadalje predlagam, da naj vodstvo v politiko varnosti podjetja uvrsti program, ki opredeljuje ničelno oziroma minimalno toleranco do ročnega premeščanja uporabnikov, in ustanovi delovno skupino, ki bo v ta program vključena. Tehniko ročnega premeščanja naj zamenja s tehniko dvigovanja z mehanskimi pripomočki. S člani delovne skupine naj se 1 do 2 krat letno sestane in ovrednoti program. Delovni skupini naj omogoči, da obišče proizvajalce mehanskih pripomočkov, ki prihajajo na tržišče, obiske različnih sejmov, ki bi jim omogočili izbrati pripomoček, ki bo zagotavljal varnost in uporabnost. Hkrati pa lahko v delovnem okolju izbere nove pripomočke za testiranje v praksi. V kolikor obstajajo možnosti že v obstoječih domovih, priporočam vgradnjo stropnega dvigala v sobe uporabnikov za dvig uporabnika iz postelje.

SKLEP

V magistrskem delu sem obravnavala dejavnike tveganja na področju varnosti in zdravja pri delu v domu starejših. Osredotočila sem se predvsem na dejavnike tveganja za nastanek kostno-mišičnih obolenj pri delavcih, ki so zaposleni v zdravstvenem in socialnem sektorju. V teoretičnem delu sem podrobneje opredelila varstvo in zdravje pri delu ter z njima povezanih tveganj. V drugem poglavju sem predstavila zakonodajo na področju varnosti in zdravja pri delu v Evropi in Sloveniji ter opisala standarde kakovosti za sisteme vodenja na področju varnosti in zdravja pri delu. V tretjem poglavju sem najprej opisala problematiko obvladovanja tveganj pri delu v zdravstvenem in socialnem sektorju in še posebej v Sloveniji, nadalje sem predstavila problematiko o dejavnikih tveganja v domovih za starejše ter povzela rezultate raziskav, ki izpostavljajo omenjeno problematiko. V četrtem poglavju sem raziskovala organizacijske in individualne dejavnike tveganj pri delu v domu starejših. Moj glavni namen je bil poudariti pomen pravočasne obravnave tveganj na področju varnosti in zdravja pri delu pri zaposlenih v domu starejših, predvsem na področju premeščanja težjih bremen, saj je to ena izmed temeljnih vsakodnevnih aktivnosti zdravstvenega kadra v domovih. Zaposleni so pri tem izpostavljeni različnim dejavnikom tveganja, ki lahko povzročijo bolečine v križu, poškodbe pri delu, kostno-mišična obolenja, ki poslabšajo zdravje zaposlenega. Hkrati sem želela vodstvu zavoda prikazati resnost posledic, ki lahko

nastanejo zaradi neobvladovanja omenjenih dejavnikov. V teoretičnem delu sem prikazala razsežnost problematike v zdravstvenem in socialnem sektorju, prav tako sem opisala možnosti, metode dela, ukrepe in rešitve, ki že temeljijo na znanstvenih in strokovnih spoznanjih ter omogočajo uspešno obvladovanje tveganj na področju varstva in zdravja pri delu. Ukrepi in rešitve tako zagotavljajo večjo stopnjo varnosti pri zaposlenih in spodbujajo učinkovitost pri oskrbi uporabnikov v domu.

Moji cilji so bili usmerjeni predvsem v analizo organizacijskih in individualnih dejavnikov tveganja na področju varstva in zdravja pri delu. Analizirala sem, ali Vitadom zaposlenim zagotavlja pripomočke za premeščanje težjih bremen, ali omogoča usposabljanje zaposlenih in jih seznanja z dejavniki tveganja. Hkrati pa sem želela preveriti, ali zaposleni v praksi dejansko tudi uporabljajo pripomočke za premeščanje, ki jih imajo na voljo in kakšni so razlogi za neuporabo mehanskih pripomočkov.

Nadalje sem preverjala zastavljene hipoteze, ki so predstavljale izhodišče mojega dela. V prvi tezi sem predpostavila, da Vitadom zagotavlja ustrezno delovno opremo za ročno premeščanje težjih bremen, v drugi tezi, da so zaposleni v Vitadomu ustrezno usposobljeni za uporabo delovne opreme, in v tretji, da zaposleni kljub usposobljenosti, pripomočkov za ročno premeščanje ne uporabljajo v delovnem procesu. Odgovorila sem na raziskovalno vprašanje, ki se je nanašalo na razloge za neuporabo pripomočkov pri zaposlenih v Vitadomu.

Za pridobitev podatkov sem uporabila anketni vprašalnik, ki je bil sestavljen in prirejen po vprašalnikih, ki so že bili uporabljeni v tujini. Anketo sem izvedla med zaposlenim zdravstveno negovalnim kadrom v Vitadomu, in sicer v obeh organizacijskih enotah. Stopnjo zanesljivosti vprašalnika sem preverjala s Chronbach alfa koeficientom. Rezultat je pokazal zmerno zanesljivost vprašalnika (0,653).

S pomočjo One sample Wilcoxon Signed Rank testom sem testirala zastavljene hipoteze. Rezultati so pokazali, da Vitadom zagotavlja svojim zaposlenim ustrezno delovno opremo, prav tako so rezultati pokazali, da so zaposleni usposobljeni za uporabo pripomočkov, ki so namenjeni za premeščanje uporabnikov. Na podlagi pridobljenega sem lahko prvo in drugo tezo potrdila, tretje teze pa na podlagi rezultata testa, nisem mogla potrditi. Statistična pomembna razlika se je pokazala pri organizacijskih dejavnikih med obema enotama. Rezultati so pokazali, da obstaja statistično pomembna razlika, saj so zaposleni v organizacijski enoti Škofljica višje ocenili ustreznost organizacijskih dejavnikov v primerjavi z enoto Bor.

Odgovor na raziskovalno vprašanje je bil glede na moje izkušnje v praksi pričakovan. Zaradi preobremenjenosti in pomanjkanja kadra v slovenskih domovih, je 68 % zaposlenih navedlo naglico kot glavni razlog za neuporabo pripomočkov, 39 % prostorske omejitve, 28 % premalo znanja, 26 % slabo usposobljenost in 12 % pomanjkanje motivacije.

Raziskava je pokazala, da 94 % zaposlenih meni, da jim Vitadom zagotavlja ustrezne pripomočke za ročno premeščanje, 92 % vprašanim pa pripomočki zagotavljajo varno delo. Prav tako je več kot 90 % zaposlenih seznanjenih z dejavniki tveganja in imajo zagotovljena redna usposabljanja. Zelo pomembna se jim zdita uporaba pripomočkov in usposabljanje na področju varnosti in zdravja pri delu. Zaposleni v praksi največ uporabljajo sobno dvigalo, desko za premeščanje, turner in vrtljivo blazino. Ugotovilo se je, da zaposleni v enoti Bor nimajo na voljo toliko različnih vrst pripomočkov kot v enoti Škofljica.

Zaposleni, ki so ocenjevali tako organizacijske kot individualne dejavnike tveganja, so me s svojimi odgovori pozitivno presenetili. Kljub temu da sem predpostavljala, da imamo politiko varnosti v organizaciji dobro vzpostavljeno, tako visokih deležev odgovorov nisem pričakovala. Morda lahko to delno pripišem omejitvi raziskave, saj bi del odgovorov lahko bil pridobljen na podlagi družbeno zaželenih odgovorov s strani zaposlenih. Res je, da 13 % zaposlenih navaja, da pripomočkov za premeščanje ne uporablja vedno, kadar je to potrebno, to pa predstavlja izziv vsem nam, ki oblikujemo politiko varnosti. In sicer na kakšen način lahko ta delež v prihodnosti znižamo in posledično obvladujemo tveganja, ki nastajajo z neuporabo pripomočkov.

Eden izmed predlogov je proces obvladovanja tveganj (ang. Risk process management), ki je povzet po Epstein in Rejc (2005), in je predstavljen v zadnjem delu. Predlog modela pa predstavlja ključne elemente za učinkovito izvajanje procesa. Politika in oblikovana kultura varnosti v Vitadomu mora še naprej ostati na tako visoki ravni, saj ima lahko neobvladovanje tveganj na področju varnosti in zdravja pri delu daljnosežne posledice.

Raziskava tako predstavlja izhodišče za izboljšanje obvladovanja tveganj varstva in zdravja pri delu, predvsem na področju ročnega premeščanja bremen med zdravstvenim kadrom v domovih po Sloveniji, bolnišnicah in zdraviliščih, pravzaprav v vseh sektorjih, kjer je zaposlen zdravstveni kader. Raziskave v slovenskem prostoru potrjujejo, da še vedno med kadrom zdravstvene nege prevladuje ročno premeščanje bremen brez uporabe mehanskih pripomočkov.

LITERATURA IN VIRI

1. Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H.,Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A. M. & Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health affairs, 20*(3), 43–53.
2. Berk, A., Peterlin, J. & Ribarič, P. (2005). *Obvladovanje tveganja: skrivnosti celovitega pristopa.* Ljubljana: GV založba.
3. Bilban, M. (2013). *Poškodbe v Sloveniji. Zakaj so problem javnega zdravja in kaj lahko storimo?* Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
4. Bureau of Labor Statistics. (2012). *Nonfatal occupational injuries and illnesses requiring days away from work.* Pridobljeno 19. julija 2019 iz https://www.bls.gov/news.release/archives/osh2_11082012.pdf
5. Burns, R. & Burns, R. (2008). *Business research methods and statistics using SPSS*. London: Sage Publications.
6. Canadian Centre for Occupational Health & Safety. (2019, 9. oktober). *Risk assessment*. Pridobljeno 24. avgusta 2019 iz https://www.ccohs.ca/oshanswers/ hsprograms/risk_assessment.html
7. Cenčič, M. (2009). *Kako poteka pedagoško raziskovanje*: *primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave* (1. izd.). Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.
8. Centers for Disease Control and Prevention. (2018, 27. november). *Emergency response resources*. Pridobljeno 30. avgusta 2019 iz https://www.cdc.gov/niosh/ topics/emres/chemagent.html
9. Certification Europe. (brez datuma). *ISO 45001 occupational health and safety*. Pridobljeno 24. avgusta 2019 iz https://www.certificationeurope.com/certification/iso-45001-occupational-health-safety/
10. Charney, W., Simmons, W. & Beverly, M. L. (2006). *Zero lift programs in small rural hospitals in Washington State. Reducing back injuries among health care workers.* Seattle: Washington Hospital Services.
11. Cline, P. B. (2004). The merging of risk analysis and adventure education. *Wilderness risk management*. Pridobljeno 15. maja 2019 iz https://www.outdoored.com/sites/default/files/documents/files/wrmc_proceedings_05_ adventure_cline.pdf
12. Cohen-Mansfield, J., Culpepper, W. & Carter, P. (1996). Nursing staff back injuries: prevalence and cost in long term care facilities. *AAOHN journal, 44*(1), 9–17.
13. Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission. (2004a). *Enterprise risk management – integrated framework: executive summary.* New York: AICPA.
14. Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission. (2004b). *Enterprise risk management – integrated framework: application techniques.* New York: AICPA.

15. De Castro, A. B. (2004). Handle with care: the American nurses association's campaign to address work-related musculoskeletal disorders. *Online journal of issues in nursing, 9*(3), 3.
16. Demšar, A., Zurc, J. & Skela-Savič, B. (2016). Povezave med izbranimi dejavniki tveganja in pojavnostjo bolečine v križu pri zdravstvenem osebju. *Obzornik zdrastvene nege, 50*(1), 57–64.
17. Dobnik, M., Maletič, M. & Skela-Savič, B. (2018). Work-related stress factors in nurses at Slovenian hospitals – a cross-sectional study. *Slovenian journal of public health, 57*(4), 192–200.
18. Dolenc, D. (2018, 26. september). Statistični urad Republike Slovenije. *Polovica oskrbovancev domov za starostnike biva v domu, ki je v isti občini kot njihovo stalno bivališče.* Pridobljeno 20. maja 2019 iz https://www.stat.si/statweb/News/Index/7682
19. Driscoll, T., Takala, J., Steenland, K., Corvalan, C. & Fingerhut, M. (2005). Review of estimates of the global burden of injury and illness due to occupational exposures. *American journal of industrial medicine, 48*(6), 491–502.
20. Environment, health and safety. (brez datuma). V *Wikipedia.* Pridobljeno 29. aprila 2019 iz https://en.wikipedia.org/wiki/Environment,_health_and_safety
21. Epstein, M. J. & Rejc, A. (2005). *Identifying, measuring and managing organizational risks for improved performance.* Mississauga: The society of management accountants of Canada.
22. Eudace, d. o. o. (brez datuma). *ISO 45001*. Pridobljeno 24. avgusta 2019 iz http://www.iso-standard.si/iso-45001/
23. Eurofound. (2012). *Health and well-being at work. A report based on the fifth European working conditions survey.* Luksemburg: Publications Office of the European Union.
24. Eurofound. (2016). *Sixth European working conditions survey.* Luksemburg: Publications Office of the European Union.
25. European Agency for Safety and Health at Work. (2001, 24. april). *Quality of work.* Pridobljeno 2. junija 2019 iz https://osha.europa.eu/en/node/7070/file_view
26. European Agency for Safety and Health at Work. (2007a, 5. december). *Psychosocial risks and stress at work.* Pridobljeno 24. avgusta 2019 iz https://osha.europa.eu/en/themes/psychosocial-risks-and-stress
27. European Agency for Safety and Health at Work. (2007b). *Report – prevention of work-related musculoskeletal disorders in practice.* Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work.
28. European Agency for Safety and Health at Work. (2009). *European survay enterprises on new and emerging risks.* Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work.
29. European Agency for Safety and Health at Work. (2013). *Panevropska javnomnenjska raziskava o varnosti in zdravja pri delu – Rezultati po Evropi in v Sloveniji – Maj 2013.* Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work.
30. European Agency for Safety and Health at Work. (2014). *Current and emerging occupational safety and health (OSH) issues in the healthcare sector, including home and community care.* Luksemburg: European Agency for Safety and Health at Work.

31. European Agency for Safety and Health at Work. (2018). *OSH management in the context ofan ageing workforce.* Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work.
32. European Agency for Safety and Health at Work. (2019). *25 years of working together for a safe and healthy Europe*. Pridobljeno 4. avgusta 2019 iz https://osha.europa.eu/en/about-eu-osha/eu-osha-1994-2019
33. European Commission. (2004). *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions – on the practical implementation of the provisions of the health and Safety at work Directives 89/391*. Bruselj: Commission of the European Communities.
34. European Commission. (2007). *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions - Improving quality and productivity at work: Community strategy 2007-2012 on health and safety at work.* Bruselj: Commission of the European Communities.
35. European Commission. (2014). *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on an EU Strategic Framework on Health and Safety at Work 2014-2020.* Bruselj: European Commission.
36. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (2007). *Work-related stress.* Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
37. European Union. (2019, 13. februar). *European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA)*. Pridobljeno 23. avgusta 2019 iz https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/eu-osha_en
38. Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu. (2007). *Bistveni elementi ocene tveganja.* Pridobljeno 23. avgusta 2019 iz https://osha.europa.eu/sl/publications/promotional_material/rat2007/view
39. Evropska komisija. (2017, 10. januar). *Varnejše in bolj zdravo delo za vse: posodobitev zakonodaje in politike EU za varnost in zdravje pri delu*. Bruselj: Evropska komisija.
40. Garg, A. & Kapellusch, J. M. (2012). Term efficacyof an ergonomics program that includes patient-handling devices on reducing musculoskeletal injuries to nursing personnel. *Human factors: the journal of the human factors and ergonomics society, 54*(4), 608–625.
41. Habjanič, A. (2011). Zdravstvena nega v domovih za starejše z vidika stanovalcev, sorodnikov in negovalnega osebja. *Obzornik zdravstvene nege, 45*(1), 39–47.
42. Harcombe, H., Herbison, G. P. & McBride, D. (2014). Musculoskeletal disorders among nurses compared with two other occupational groups. *Occupational medicine, 64*(8), 601–607.
43. Hazard. (brez datuma). V *Wikipedia.* Pridobljeno 28. julija 2019 iz https://en.wikipedia.org/wiki/Hazard#safety_hazard

44. Health and Safety Executive. (2014). *Health and safety in care homes.* London: Health and Safety Executive.
45. Huntington, A., Gilmour, A., Tuckett, A., Neville, S., Wilson, D. & Turner, C. (2011). Is anybody listening? A qualitative study of nurses' reflections on practice. *Journal of clinical nursing, 20*(9-10), 1413–1422.
46. Ilmarinen, J. (2012). European Agency for Safety and Health at Work. *Promoting active ageing in the workplace.* Pridobljeno 1. junija 2019 iz http://www.ipbscordoba.es/uploads/Documentos/promoting-active-ageing-in-the-workplace.pdf
47. International Organization for Standardization. (2012, 1. junij). *ISO/TR 12296:2012 Ergonomics - Manual handling of people in the healthcare sector.* Pridobljeno 16. junija 2019 iz https://www.iso.org/standard/51310.html
48. International Organization for Standardization. (2018a, 12. marec). *ISO 45001 – All you need to know*. Pridobljeno 24. avgusta 2019 iz https://www.iso.org/news/ref2271.html
49. International Organization for Standardization. (2018b, 1. maj). *ISO 45001:2018, Occupational health and safety management systems -- Requirements with guidance for use*. Pridobljeno 27. avgusta 2019 iz https://www.iso.org/standard/63787.html
50. International Labour Organization. (brez datuma). *Safety at health at work*. Pridobljeno 5. maja 2019 iz https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/lang--en/index.htm
51. Kinney, W. R. (2000). *Information quality assurance and internal control for management decision making.* Boston: Irwin/McGraw-Hill.
52. Kobal-Straus, K. & Tičar, Z. (2016). Kompetence in aktivnosti v zdravstveni negi in oskrbi ter ugotovitve strokovnih nadzorov ministrstva za zdravje v socialnih zavodih. V K. Kobal Straus & G. Valenčič (ur.), *Aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe: zbornik predavanj* (str. 1–16). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih.
53. Koppelaar, E., Knibbe, J., Miedema, H. & Burdorf, A. (2011). Individual and organisational determinants of use of ergonomic devices in healthcare. *Occupational and environmental medicine, 68*(9), 659–665.
54. Križaj, M. & Zaletel, M. (2003). Vpliv bivalnih pogojev na varnost in dobro počutje varovancev doma starejših občanov. *Obzornik zdravstvene nege*, *37*(2), 159–167.
55. Leka, S. & Cox, T. (2008). The future of psychosocial risk management and the promotion of well-being at work in the European region: a PRIMA time for action. V S. Leka & T. Cox (ur.), *The European framework for psychosocial risk management* (str. 174–184). Nottingham: Institute of Work, Health & Organisations.
56. Leskovic, L. (2016). Skozi preteklost do današnjih dni v zdravstveni negi v socialnih zavodih. V K. Kobal Straus (ur.), *Živeti življenje v varni starosti: zbornik predavanj / 2. kongres gerontološke zdravstvene nege in oskrbe, Bernardin, 5. in 6. december 2016* (str. 1–14). Ljubljana: Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih.

57. Lund Research. (brez datuma). *Wilcoxon Signed-Rank test using SPSS statistics*. Pridobljeno 30. avgusta 2019 iz https://statistics.laerd.com/spss-tutorials/wilcoxon-signed-rank-test-using-spss-statistics.php
58. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. (2019, 1. julij). *Delovna razmerja in pravice iz dela: opredelitev področja.* Pridobljeno 11. julija 2019 iz http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/delovna_razmerja_in_pravice_iz_dela/varnost_in_zdravje_pri_delu/opredelitev_podrocja/
59. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enako možnosti. (brez datuma). *Ocenjevanje tveganja*. Pridobljeno 23. avgusta 2019 iz http://www.osha.mddsz.gov.si/varnost-in-zdravje-pri-delu/informacije-po-temah/ocenjevanje-tveganja
60. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2017). *Zdravstveno stanje prebivalstva*. Pridobljeno 19. avgusta 2019 iz https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2017/2.5.1_ppd_2017.pdf
61. Nelson, A. & Baptiste, A. S. (2004). Evidence-based practices for safe patinet handling and movement. *Online journal of issues in nursing, 9*(3), 1–24.
62. Nunes, I. L. (2009). FAST ERGO_X – a tool for ergonomic auditing and work-related musculoskeletal disorders prevention. *Work, 34*(2), 133–148.
63. Occupational Safety & Health Administration. (2003). *Guidelines for nursing homes.* Pridobljeno 22. aprila 2019 iz https://www.osha.gov/ergonomics/guidelines/nursinghome/final_nh_guidelines.html
64. Occupational safety and health risk assessment methodologies. (brez datuma). V *OSH wiki.* Pridobljeno 17. avgusta 2019 iz https://oshwiki.eu/wiki/Occupational_safety_and_health_risk_assessment_methodologies
65. Office for Official Publications of the European Communities. (1996). *Guidance on risk assessment at work.* Luxemburg: European Commission.
66. Parkinson, D. (ur.). (2005). *Oxford business English dictionary for learners of English.* Oxford: Oxford University Press.
67. Retsas, A. & Pinikahana, J. (2008). Manual handling activities and injuries among nurses: an Australian hospital study. *Journal of advanced nursing, 31*(4), 875–883.
68. Seražin, M. (2005). *Ocena tveganja je narejena. Kako naprej? Sistemi vodenja varnosti in zdravja pri delu.* Ljubljana: Slovenski inštitut za kakovost in meroslovje.
69. Simsekler, E., Ward, J. & Clarkson, J. (2018). Design for patient safety: a systems-based risk identification framework. *Ergonomics, 61*(8), 1046–1064.
70. Skela-Savič, B., Pesjak, K. & Hvalič-Touzery, S. (2017). Low back pain among nurses in Slovenian hospitals: cross-selectional study. *International nursing review, 6*(4), 544–551.
71. Skela-Savič, B., Zurc, J. & Hvalič-Touzery, S. (2010). Staranje populacije, potrebe starostnikov in nekateri izzivi za zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, *44*(2), 89–100.
72. SSZS - Skupnost socialnih zavodov Slovenije. (2018). *Poudarki iz analiz področja institucionalnega varstva starejših in posebnih skupin odraslih 2017.* Ljubljana: Skupnost socialnih zavodov Slovenije.

73. SSZS - Skupnost socialnih zavodov Slovenije. (brez datuma a). *Poziv vladi: pripravite akcijski načrt za reševanje prezasedenosti in kadrovske podhranjenosti v domovih za starejše*. Pridobljeno 15. avgusta 2019 iz http://www.ssz-slo.si/poziv-vladi-pripravite-akcijski-nacrt-za-resevanje-prezasedenosti-in-kadrovske-podhranjenosti-v-domovih-za-starejse/
74. SSZS - Skupnost socialnih zavodov Slovenije. (brez datuma b). *Splošno o domovih za starejše*. Pridobljeno 14. avgusta 2019 iz http://www.ssz-slo.si/splosno-o-domovih-in-posebnih-zavodih/
75. Slovenski inštitut za revizijo. (2017). *Upravljanje tveganj v organizaciji v povezavi s strategijo in delovanjem organizacije.* Pridobljeno 1. septembra 2019 iz https://si-revizija.si/datoteke/notranji-revizorji/220/coso_erm_2017_h_2017-06_obrsir_cistopis_oblikovano_dz_logo.pdf
76. Slovenski inštitut za standardizacijo. (brez datuma). *Kaj je standard*. Pridobljeno 26. avgusta 2019 iz http://www.sist.si/kaj-je-standard
77. Stričević, J., Balantič, Z., Turk, Z., Čelan, D., Kegl, B. & Pajnkihar, M. (2012). Dejavniki tveganja za pojav bolečine v vratnem in ledvenem predelu hrbtenice pri negovalnem osebju v bolnišnici. *Obzornik zdravstvene nege*, *46*(3), 195–207.
78. Swedish agency for health technology assessment and assessment of social services. (2017, 28. marec). *Assessment of methods in health care and social services.* Pridobljeno 30. avgusta 2019 iz https://www.sbu.se/contentassets/22c9d0fb008842d5bac9a82c1405d495/occupational_chemical_exposures_cardiovascular_disease.pdf
79. Škerbinek, L. (1993). Razmejitev zdravstvene nege. *Zdravstveni obzornik, 27*(1/2), 1–43.
80. Tavželj, M. (2018). *Uporaba ergonomskih tehničnih pripomočkov v domovih za starejše* (magistrsko delo). Kranj: Fakulteta za organizacijske vede.
81. Trinkoff, A. M., Lipscomb, J. A., Geiger-Brown, J. & Brady, B. (2002). Musculoskeletal problems of the neck, shoulder, and back and functional consequences in nurses. *American journal of industrial medicine, 41*(3), 170–173.
82. Ulutasdemir, N. & Tanir, F. (2017). Occupational risks of health professionals. V *Occupational health* (str. 45–57). Orhan Korhan: IntechOpen.
83. Univerzitetni klinični center Ljubljana. (2016). *Čili za delo: učbenik za promocijo zdravja pri delu.* Ljubljana: Univerzitetni klinični center ljubljana.
84. World Health Organization. (brez datuma). *Healthy workplaces: a WHO global model for action*. Pridobljeno 13. avgusta 2019 iz https://www.who.int/occupational_health/healthy_workplaces/en/
85. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenija. (2019). *Poslovno poročilo za leto 2018.* Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenija.

PRILOGA

Priloga 1: Anketni vprašalnik

Spoštovani!

Sem Helena Poplas Petelin, diplomirana medicinska sestra in študentka magistrskega študija Management in ekonomika v zdravstvenem varstvu na Ekonomski Fakulteti Univerze v Ljubljani. Za izdelavo magistrskega dela z naslovom »Vzpostavitev modela obvladovanja tveganj varstva in zdravja pri delu v domu starejših« sem pripravila vprašalnik o organizacijskih in individualnih dejavnikih tveganj pri delu v domu starejših. Vljudno prosim, če odgovorite na spodaj zastavljena vprašanja. Vprašalnik je anonimen, sodelovanje v raziskavi pa prostovoljno. Pridobljeni podatki bodo uporabljeni izključno za izdelavo magistrskega dela in predstavitev rezultatov vodstvu Vitadoma za morebitne izboljšave na tem področju.

Najlepša hvala!

DEMOGRAFSKI PODATKI:

1. **Spol:**
   Moški Ženski

2. **Starost** (v letih): _____

3. **Delovna doba** (v letih): _____

4. **Delovno mesto:**
   - Bolničar/negovalec
   - Socialna oskrbovalka
   - Tehnik zdravstvene nege
   - Višja medicinska sestra
   - Diplomirana medicinska sestra
   - Delovni inštruktor
   - Delovni terapevt/ka
   - Fizioterapevt/ka

Prosim, da v spodnji tabeli pri vsakem vprašanju s križcem označite odgovor, ki je najbližje Vašemu mnenju. Pri tem velja naslednja lestvica strinjanja s trditvami:

1	Sploh se ne strinjam
2	Se ne strinjam
3	Niti se strinjam niti se ne strinjam
4	Strinjam se
5	Popolnoma se strinjam

VPRAŠANJA O <u>ORGANIZACIJSKIH</u> DEJAVNIKIH TVEGANJ PRI DELU V DOMU STAREJŠIH	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Delovna organizacija Vitadom **ima ustrezne** delovne pripomočke (dvigalo za premeščanje, pas za premeščanje, turner, deska za premeščanje, vrtljiva blazina, drseča podloga za premikanje na postelji) za ročno premeščanje težjih bremen (težje pokretnih in nepokretnih uporabnikov)					
2. Na svojem delovnem mestu **imam vedno na voljo** dovolj pripomočkov (dvigalo za premeščanje, pas za premeščanje, turner, deska za premeščanje, vrtljivo blazino, drsečo podlogo za premikanje na postelji) za ročno premeščanje težjih bremen (težje pokretnih in nepokretnih uporabnikov)					
3. Pripomočki za ročno premeščanje težjih bremen (težje pokretnih in nepokretnih uporabnikov) **mi zagotavljajo varno delo**					
4. Vitadom **mi zagotavlja redna** izpopolnjevanja znanja in usposabljanja za varno in učinkovito uporabo vseh pripomočkov za premeščanje težjih bremen					
5. Na izpopolnjevanju in usposabljanju **sem bil/a seznanjen/a z dejavniki tveganja**, ki lahko nastanejo pri ročnem premeščanje težjih bremen (padci, poškodbe, zdrsi, bolečine v križu)					
6. Vzpostavitev programa promocije zdravja na delovnem mestu **bi učinkovito pripomogel** obvladovati tveganja na področju varnosti in zdravja pri delu					

Prosim, da v spodnji tabeli pri vsakem vprašanju s križcem označite odgovor, ki je najbližje Vašemu mnenju. Tudi tu velja naslednja **lestvica strinjanja s trditvami**:

1	Sploh se ne strinjam
2	Se ne strinjam
3	Niti se strinjam niti se ne strinjam
4	Strinjam se
5	Popolnoma se strinjam

VPRAŠANJA O <u>INDIVIDUALNIH</u> DEJAVNIKIH TVEGANJ PRI DELU V DOMU STAREJŠIH	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Menim, da **imam dovolj znanja in sem dovolj usposobljen/a** za varno uporabo vseh pripomočkov, ki jih imam na voljo za premeščanje težjih bremen.					
2. **Poznam interni protokol/navodila** Vitadoma za uporabo vseh pripomočkov, ki jih imam na voljo za premeščanje težjih bremen.					
3. **Vedno, kadar je potrebno,** za premeščanje težjih bremen **uporabljam** pripomočke, ki jih imam na voljo.					
4. **Vsakodnevna uporaba pripomočkov** za ročno premeščanje težjih bremen je učinkovita metoda za preprečevanje poškodb pri delu, zmanjšanje bolečin v križu in kostno-mišičnih obolenj.					

Prosim, da v spodnji tabeli pri vsakem vprašanju s križcem označite odgovor, ki je najbližje Vašemu mnenju. Pri tem velja naslednja lestvica za oceno pomembnosti s trditvami:

1	Sploh se ne strinjam
2	Se ne strinjam
3	Niti se strinjam niti se ne strinjam
4	Strinjam se
5	Popolnoma se strinjam

VPRAŠANJA O <u>INDIVIDUALNIH</u> DEJAVNIKIH TVEGANJ PRI DELU V DOMU STAREJŠIH	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

1. Kako **pomembna** se vam zdi uporaba pripomočkov za premeščanje težjih bremen pri zagotavljanju varnosti in zdravja pri delu?					
2. Kako **pomembno** se vam zdi redno izpopolnjevanje in usposabljanje na področju ergonomije?					

Prosim, da v spodnji tabeli pri vsakem vprašanju s križcem označite odgovor, ki je najbližje Vašemu mnenju. Pri tem velja naslednja **lestvica strinjanja s trditvami**:

1	Sploh se ne strinjam
2	Se ne strinjam
3	Niti se strinjam niti se ne strinjam
4	Strinjam se
5	Popolnoma se strinjam

RAZLOGI ZA NEUPORABO PRIPOMOČKOV ZA PREMEŠČANJE	**1** sploh se ne strinjam	**2** se ne strinjam	**3** niti se strinjam niti se ne strinjam	**4** strinjam se	**5** popolnoma se strinjam
Premalo znanja					
Slaba usposobljenost					
Naglica					
Prostorske omejitve					
Nimam motivacije					
Drugo (navedite, kaj):					

Prosim, da v spodnji tabeli pri vsakem vprašanju s križcem označite odgovor, ki je najbližje Vašemu mnenju. Pri tem velja naslednja **lestvica ocene uporabnosti s trditvami**:

1	Popolnoma neuporaben
2	Neuporaben
3	Niti uporaben niti neuporaben
4	Uporaben
5	Zelo uporaben

6	Ni na voljo

OCENITE UPORABNOST SPODNJIH PRIPOMOČKOV PRI DELU	**1** popolnoma neuporaben	**2** neuporaben	**3** niti uporaben niti neuporaben	**4** uporaben	**5** zelo uporaben	**6** ni na voljo
Dvigalo za premeščanje						
Pas za premeščanje						
Turner						
Deska za premeščanje						
Vrtljiva blazina – Pediturn (za na tla)						
Drseča podloga za premeščanje na postelji						