

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

DIPLOMSKO DELO

**ANALIZA ABSENTIZMA IN PREDLOG UKREPOV ZA NJEGOVO
ZMANJŠEVANJE V IZBRANEM PODJETJU**

Ljubljana, marec 2016

ERIKA BOGATAJ

IZJAVA O AVTORSTVU

Spodaj podpisana Erika Bogataj, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, izjavljam, da sem avtorica diplomskega dela z naslovom Analiza absentizma in predlog ukrepov za njegovo zmanjševanje v izbranem podjetju, pripravljenega v sodelovanju s prof. dr. Nado Zupan.

Izrecno izjavljam, da v skladu z določili Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah (Ur. l. RS, št. 21/1995 s spremembami) dovolim objavo diplomskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

S svojim podpisom zagotavljam, da

- je predloženo besedilo rezultat izključno mojega lastnega raziskovalnega dela;
- je predloženo besedilo 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 v diplomskem delu, citirana oziroma navedena v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, in
 - pridobila vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti (v pisni ali grafični obliki) uporabljena v tekstu, in sem to v besedilu tudi jasno zapisala;
- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku (Ur. l. RS, št. 55/2008 s spremembami);
- se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predloženega diplomskega dela dokazano plagiatorstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom.

V Ljubljani, dne _____

Podpis avtorice: _____

KAZALO

| | |
|--|-----------|
| UVOD | 1 |
| 1 ABSENTIZEM | 2 |
| 1.1 Definicija absentizma | 3 |
| 1.2 Vrste absentizma..... | 4 |
| 1.2.1 Vrste absentizma glede na trajanje | 4 |
| 1.2.2 Vrste absentizma glede na razlog | 4 |
| 1.3 Vzroki za absentizem..... | 5 |
| 1.4 Dejavniki absentizma..... | 7 |
| 1.5 Pojasnjevalni modeli absentizma..... | 8 |
| 1.6 Analiziranje absentizma..... | 9 |
| 1.7 Posledice absentizma | 11 |
| 1.7.1 Raven posameznika | 11 |
| 1.7.2 Raven podjetja | 12 |
| 1.7.3 Raven države | 12 |
| 2 DEJAVNIKI ZMANJŠANJA ABSENTIZMA..... | 12 |
| 3 PREDSTAVITEV PODJETJA | 16 |
| 3.1 Struktura zaposlenih | 17 |
| 3.2 Analiza absentizma v podjetju | 18 |
| 3.2.1 Bolniške odsotnosti v podjetju | 19 |
| 3.2.2 Bolniška odsotnost po starostnih skupinah in spolu..... | 20 |
| 3.2.3 Bolniška odsotnost po starostnih skupinah in razlogu | 21 |
| 3.2.4 Bolniška odsotnost po starostnih skupinah in nosilcu stroška..... | 23 |
| 3.2.5 Poškodbe pri delu | 24 |
| 3.2.6 Podatki medicine dela..... | 24 |
| 3.2.7 Bolniška odsotnost po skupinah bolezni | 26 |
| 3.2.8 Nemedicinsko ozadje bolniških odsotnosti | 28 |
| 4 PREDLOGI UKREPOV IN DEJAVNOSTI ZA ZMANJŠANJE ABSENTIZMA | 30 |
| 4.1 Priprava projekta promocije zdravja..... | 31 |
| 4.1.1 Ozadje projekta..... | 31 |
| 4.1.2 Izhodišča projekta..... | 31 |
| 4.1.3 Projektna skupina | 32 |
| 4.1.4 Cilji projekta..... | 32 |
| 4.1.5 Dejavnosti za zmanjševanje absentizma..... | 32 |
| 4.1.6 Ocena stroškov in koristi | 38 |
| 4.1.7 Omejitve in tveganja..... | 39 |
| 4.1.8 Nadzor projekta in poročanje | 40 |
| 4.2 Dodatne predlagane dejavnosti za zmanjšanje absentizma | 40 |
| SKLEP | 41 |
| LITERATURA IN VIRI | 43 |

PRILOGE

KAZALO TABEL

| | |
|---|----|
| Tabela 1: Odstotek bolniških odsotnosti (BS) po letih | 19 |
| Tabela 2: Odstotek bolniških odsotnosti (BS) po starosti in spolu med vsemi bolniškimi odsotnostmi..... | 20 |
| Tabela 3: Odstotek bolniških odsotnosti (BS) po starosti in spolu, upošteva strukturo zaposlenih po starosti in spolu | 21 |
| Tabela 4: Odstotek bolniških odsotnosti (BS) po starostnih skupinah in razlogu | 22 |
| Tabela 5: Delež bolniških odsotnosti (BS) po starostnih skupinah in nosilcu stroška..... | 23 |
| Tabela 6: Indeksi bolniških odsotnosti po skupinah bolezni v letih 2013 in 2014 | 26 |

KAZALO SLIK

| | |
|---|----|
| Slika 1: Prikaz bolezenskega procesa in dejavnikov odsotnosti z dela..... | 13 |
| Slika 2: Število zaposlenih po spolu 31. 3. 2015 | 17 |
| Slika 3: Število zaposlenih po starostnih skupinah 31. 3. 2015 | 17 |
| Slika 4: Število zaposlenih po izobrazbenih stopnjah 31. 3. 2015 | 18 |
| Slika 5: Struktura bolniških odsotnosti po letih | 19 |
| Slika 6: Bolniške odsotnosti po razlogu in letih..... | 23 |

UVOD

Absentizem ali odsotnost z dela je lahko posledica različnih dejavnikov. V diplomskem delu ga obravnavamo kot posledico zdravstvenih vzrokov, govorimo torej o zdravstvenem absentizmu ali bolniških odsotnostih, ko zaposleni v določenem omejenem časovnem obdobju ne dela zaradi bolezni, poškodbe ali nege družinskega člana (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2010, str. 10). Če je vzrok za izostanek dejansko kateri izmed navedenih zdravstvenih razlogov, govorimo o upravičeni odsotnosti. Kadar se ti razlogi zlorablajo za opravičilo odsotnosti z dela, je odsotnost neupravičena. Poznamo tudi situacijo, ko se odsotnost z dela prikazuje kot posledica zdravstvenih vzrokov, dejanski razlogi zanjo pa so drugje, največkrat v razmerah na delovnem mestu ali v družini. Imenujemo jo skriti absentizem (Cesar, 2015).

Tematika absentizma je zelo kompleksna, kar lahko razberemo že iz zgoraj napisanega. Proučujejo jo različne znanstvene discipline, predvsem zaradi njenih raznovrstnih učinkov. Najpogosteje se ukvarjajo z negativnimi posledicami absentizma, ki se kažejo na različnih ravneh – na ravni države, delodajalcev in zaposlenih – in z njihovim zmanjševanjem ali odpravljanjem.

Za družbo v celoti je najbolj očitna posledica absentizma neposreden strošek nadomestil za dni, ko je bil zaposleni odsoten z dela. Enako so z vidika delodajalca najbolj prepoznavni ekonomski učinki, to so neposredni stroški plačil odsotnim delavcem in nadomestnim delavcem. Manj očitni so lahko posredni stroški, npr.: manjši promet, slabša kakovost izdelkov ali storitev, manjše zmožnosti sledenja kupčevim zahtevam, nižja produktivnost, večja poraba časa za organizacijo dela, višje tveganje za poškodbe pri delu (Absenteeism: the bottom-line killer, 2005). Delavec lahko posledice odsotnosti z dela čuti v manjšem zaslužku, kar lahko vpliva na spremembo njegovega življenjskega sloga, v manjših možnostih za napredovanje in večji negotovosti za ohranitev delovnega mesta. Poleg tega lahko odsotnost z dela po čustveni plati vpliva na nižjo samozavest in slabšo samopodobo (Vingård, Alexanderson, & Norlund, 2004).

Absentizem, ki ga z vidika delodajalca analiziramo v diplomskem delu, je kljub vsemu dosedanjemu proučevanju zaradi svoje kompleksnosti in različnih rezultatov, ki jih prinaša v različnih okoljih, še vedno zanimiva in aktualna tematika. Namen diplomskega dela je z vidika različnih avtorjev razložiti pojav zdravstvenega absentizma, vzroke zanj in posledice, ki jih prinaša. Prav tako želimo zbrati in predstaviti ugotovitve, kako absentizem zmanjšati. Cilj diplomskega dela je na podlagi zbranih ugotovitev analizirati bolniško odsotnost v izbranem podjetju in predlagati ukrepe za njeno zmanjševanje.

Diplomsko delo je metodološko gledano sestavljeno iz dveh delov. Prvi del je teoretičen, namenjen spoznavanju in pregledu obstoječih informacij ter zaključkov s področja absentizma. Uporabljeni so domača in tuja literatura, strokovni članki, raziskave in

zakonodaja, povezana s tem področjem. Na osnovi dokumentov in podatkov iz izbranega podjetja je pripravljen drugi, praktični del, v katerem predstavljamo strukturo zaposlenih in analiziramo absentizem v izbranem podjetju. Dodatno je uporabljen intervju s petimi zaposlenimi. Odgovori na zastavljena vprašanja pripomorejo k razumevanju ozadja absentizma v podjetju. Vse navedeno je podlaga za pripravo predlogov ukrepov in dejavnosti za zmanjšanje absentizma.

V diplomskem delu najprej predstavimo definicijo absentizma ter vrste absentizma glede na njegovo trajanje in razloge, raziščemo vzroke za njegov nastanek ter njegove dejavnike. Z različnimi teorijami in modeli skušamo pojasniti absentizem. Nato predstavimo različne kazalnike za spremljanje absentizma. Prvo poglavje zaključimo s posledicami, ki jih absentizem prinaša, in sicer na ravni gospodarstva, delodajalca ter delavca.

Drugo poglavje namenjamo opisu različnih dejavnikov, ki vplivajo na zmanjševanje absentizma. Osredotočimo se na tiste, na katere imajo vpliv delavci in delodajalci. Slednji se največkrat odločajo med tako imenovanimi trdimi in mehкими prijemi. Dotaknemo se načel, ki naj bi se jih držali pri naporih za uspešno zmanjševanje posledic absentizma.

V tretjem poglavju predstavljene teoretične razlage iz prvih dveh poglavij uporabimo na primeru izbranega podjetja. Najprej predstavimo zgodovino in kadrovsko strukturo podjetja. Nato naredimo analizo bolniških odsotnosti v podjetju. S pomočjo podatkov, pridobljenih v intervjujih, skušamo prikazati tudi nemedicinsko ozadje bolniških odsotnosti.

V zadnjem poglavju s projektnim pristopom predlagamo ukrepe in dejavnosti za zmanjšanje bolniških odsotnosti v izbranem podjetju. Pri pripravi predlogov imamo v mislih dolgoročno ohranjanje rezultatov zmanjšanja bolniških odsotnosti in zavedanje, da zdravi in zadovoljni zaposleni bistveno prispevajo k uspešnemu poslovanju podjetja.

1 ABSENTIZEM

Termin absentizem različni avtorji različno definirajo. Kljub temu so si enotni v dojetju absentizma kot problema širokih razsežnosti, z različnimi vzroki in mnogimi posledicami, kar podrobneje predstavljamo v tem poglavju. Začenjamo z različnimi definicijami absentizma in ob tem termin opredelimo z vidika obravnave v diplomskem delu. Absentizem nato razdelimo na različne vrste glede na njegovo trajanje in razloge ter se posvetimo njegovim vzrokom in dejavnikom. Pojasnjevalni modeli absentizma, ki so opisani v nadaljevanju, vsak na svoj način pojasnjujejo raziskovani pojav. Njegovo analizo se najpogosteje pripravlja na podlagi šestih različnih kazalnikov, ki jih predstavljamo. Na koncu poglavja se dotaknemo še posledic absentizma na različnih ravneh.

1.1 Definicija absentizma

Izvor besede absentizem lahko iščemo v latinski besedi *absens*, ki v dobesednem prevodu pomeni izostanek ali odsotnost. V Slovarju slovenskega knjižnega jezika (2002) je absentizem definiran kot izostajanje, odsotnost z dela, in v tej povezavi se običajno srečujemo s terminom. Kot odsotnost z dela takrat, ko delodajalec pričakuje prisotnost na delu, absentizem definira Briner (1996, str. 874). Tudi Martocchio in Jimeno (2003, str. 230) definirata absentizem v najširšem pomenu, in sicer kot vsakršno fizično odsotnost z dela, kadar obstajajo pričakovanja za prisotnost na delu. Razlage so sicer preproste, ne omogočajo pa poglobljenega razumevanja problema.

Evropski sklad za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer (European foundation for the improvement of living and working conditions, 1997, str. 11) absentizem opredeljuje kot začasno, dolgotrajno ali stalno nezmožnost za delo zaradi bolezni. Različna literatura in organizacije, med njimi tudi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS) in Nacionalni inštitut za javno zdravje (v nadaljevanju NIJZ), za zdravstveni absentizem uporabljajo tudi druge izraze: začasna zadržanost z dela, bolniška odsotnost, bolniški stalež ali bolovanje. V pogovorni rabi največkrat slišimo izraz bolniška. Avtorji in strokovnjaki, ki se ukvarjajo s tem področjem, se ne glede na uporabljeni termin strinjajo, da gre za perečo problematiko tako z vidika delodajalcev kot narodnega gospodarstva.

Pravico dočasne odsotnosti z dela zaradi zdravstvenih razlogov in do nadomestila za čas odsotnosti za zaposlene osebe urejajo Zakon o delovnih razmerjih (Ur. l. RS, št. 21/2013, v nadaljevanju ZDR-1), Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS, št. 72/2006, v nadaljevanju ZZVZZ) in nekateri z njim povezani predpisi. ZZVZZ (Ur. l. RS, št. 72/2006) podaja definicijo absentizma z določili o višini nadomestila za časčasne zadržanosti od dela zaradi:

- poklicne bolezni, poškodbe pri delu, presaditve živega tkiva in organov v korist druge osebe, posledic dajanja krvi ter izolacije, ki jo odredi zdravnik,
- bolezni,
- poškodb izven dela, nege družinskega člana in spremstva, ki ga odredi zdravnik.

ZDR-1 (Ur. l. RS, št. 21/2013) govori o nadomestilu zaradi nezmožnosti delavca za delo zaradi bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, poklicne bolezni ali poškodbe pri delu.

V diplomskem delu bomo absentizem obravnavali in razumeli v ožjem pomenu besede, to je kot zdravstveni absentizem. V nadaljevanju teoretičnega dela bomo zanj uporabljali izraz absentizem, v empiričnem delu pa bolniška odsotnost ali bolniški stalež.

1.2 Vrste absentizma

Absentizem lahko delimo na različne vrste odvisno od tega, kateri kriterij uporabimo za delitev. V nadaljevanju opisujemo različne vrste absentizma.

1.2.1 Vrste absentizma glede na trajanje

Absentizem ločujemo glede na dolžino trajanja in s tem povezanega bremena v zvezi z izplačilom nadomestila plače za čas odsotnosti. Pravico do začasne odsotnosti z dela zaradi zdravstvenih razlogov in do nadomestila za čas odsotnosti za zaposlene osebe v prvi vrsti ureja ZDR-1. V tretjem odstavku 137. člena opredeljuje trajanje izplačevanja nadomestila v primerih nezmožnosti delavca za delo zaradi bolezni ali poškodbe v breme delodajalca (ZDR-1, Ur. l. RS, št. 21/2013):

»Delodajalec izplačuje nadomestilo plače iz lastnih sredstev v primerih nezmožnosti delavca za delo zaradi njegove bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, in sicer do 30 delovnih dni za posamezno odsotnost z dela, vendar največ za 120 delovnih dni v koledarskem letu. V primerih nezmožnosti za delo delavca zaradi poklicne bolezni ali poškodbe pri delu, izplačuje delodajalec nadomestilo plače delavcu iz lastnih sredstev do 30 delovnih dni za vsako posamezno odsotnost z dela. V času daljše odsotnosti z dela izplača delodajalec nadomestilo plače v breme zdravstvenega zavarovanja.«

Na tej podlagi, ki jo podpirajo tudi ZZVZZ in Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Ur. l. RS, št. 3/1998, v nadaljevanju Pravila), ločujemo absentizem glede na trajanje do 30 dni in nad 30 dni. Nadomestilo za čas do 30 dni pokrije delodajalec, nadomestilo nad 30 dni pa ZZZS. Osnova za pridobitev podatka je Potrdilo o upravičeni začasni zadržanosti z dela (v nadaljevanju Potrdilo), ki ga predpisuje Pravilnik o obrazcih in listinah za uresničevanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (Ur. l. RS, št. 129/2004, v nadaljevanju Pravilnik). Ločevanje in zbiranje podatkov o absentizmu glede na trajanje je osnovno za delodajalca, ker s tem ugotavlja neposredni strošek, povezan z absentizmom.

1.2.2 Vrste absentizma glede na razlog

Absentizem lahko delimo glede na razlog zadržanosti od dela. Osnova za pridobivanje podatka je enaka kot pri pridobivanju podatka o trajanju, to je Potrdilo. Razlog za odsotnost opredeli izbrani zdravnik in je lahko (Pravilnik, Ur. l. RS, št. 129/2004):

- bolezen,
- poškodba izven dela,
- poklicna bolezen,
- poškodba pri delu,

- poškodba po tretji osebi izven dela,
- nega,
- transplantacija,
- izolacija,
- spremstvo,
- usposabljanje za rehabilitacijo otroka,
- poškodba pri delu po 18. členu zakona (ZZVZZ).

Od razloga zadržanosti so odvisni višina in osnova za izračun nadomestila ter nosilec bremena nadomestila. Višino določajo ZDR-1 in kolektivne pogodbe dejavnosti, ZZVZZ ter Pravila.

1.3 Vzroki za absentizem

Vzroki za zdravstveni absentizem niso le zdravstvene narave. Odsotnost, ki se formalno kaže kot odsotnost zaradi zdravstvenih težav, je lahko posledica zelo različnih vzrokov tudi v okolju. Odsotnosti, ki so posledica zaostrovanja razmer z vplivom na opravljanje dela in psihofizično stanje delavcev, naraščajo (Gospodarska zbornica Dolenjske in Bele krajine, 2012).

Pojav je torej kompleksne narave in prav taki so tudi vzroki zanj. Mnogi med sabo niso združljivi in se spreminjajo glede na čas, prostor ter posameznika. Sicer pa so medsebojno povezani, vplivajo drug na drugega, in zato je težko izločiti vpliv posameznega vzroka. Po Florjančiču (1994) povzemamo razdelitev vzrokov na **objektivne** in **subjektivne**. Med objektivne vzroke štejemo:

- družbeni sistem,
- ekonomsko raven,
- geografski položaj,
- klimatske pogoje,
- patologijo področja,
- prosperiteto podjetja,
- gotovost delovnega mesta,
- materialno varnost,
- vožnjo na delo.

Kot subjektivni vzroki so opredeljeni:

- spol,
- zakonski stan,
- psihološki dejavniki,

- delovna doba in starost,
- telesno zdravje,
- kvalifikacija in odgovornost,
- oblika organizacije,
- oblike vodenja,
- pogoji dela,
- pretok informacij,
- ocenjevanje začasne nezmožnosti.

Drugo ločevanje vzrokov za absentizem je po **časovni komponenti** (Harrison, & Martocchio, 1998). Delimo jih na dolgoročne, srednjeročne in kratkoročne. Dolgoročni napovedovalniki absentizma (govor je o obdobju, daljšem od enega leta; ti vzroki so skozi čas dokaj konstantni) so:

- Demografski faktorji, med katerimi sta najbolj raziskana starost in spol. Podatki kažejo, da so ženske odsotne večkrat kot moški, so pa njihove odsotnosti krajše kot pri moških. S starostjo se trajanje odsotnosti podaljšuje (Martocchio, & Jimeno, 2003).
- Osebnostne poteze: individualne razlike med posamezniki vplivajo na odsotnost. Martocchio in Jimeno (2003) sta predstavila model, ki odsotnost pojasnjuje s povezavo med osebnostnimi spremenljivkami in s tem odvisnimi razpoloženji ter čustvenimi dogodki.
- Kronične bolezni in navade: ponavljajoča zloraba psihoaktivnih snovi, premalo gibanja in nezdrava prehrana vodijo do kroničnih bolezni.
- Delovne vrednote: posamezniki, ki delo dojemajo kot pomembno vrednoto v življenju, so v povprečju manj odsotni.
- Absentizem v preteklosti in absentizem staršev: odsotnost v preteklosti je dobra napoved odsotnosti v prihodnosti.

Srednjeročni napovedovalniki absentizma (gre za obdobja med tremi meseci in enim letom) so:

- Odnos do dela kot zadovoljstvo z delom in pripadnost. Različne raziskave potrjujejo, da sta zadovoljstvo z delom in pripadnost v korelaciji z odsotnostjo zaposlenih. Nezadovoljstvo z delom vpliva na višji absentizem. Višji absentizem lahko vodi do nezadovoljstva z delom (Buzeti, 2001).
- Delovni čas: togost delovnega časa, izmensko delo in nenačrtovani urniki vodijo k pogostejšim odsotnostim.
- Kultura odsotnosti: če je odsotnost v podjetju splošno sprejeta in nenadzorovana, se posamezniki temu prilagodijo in si v najslabšem primeru vzamejo pravico do dodatnih odsotnosti. Velja tudi obratno (Hayday, 2006).
- Ekonomski faktorji.

- Oblika zaposlitve.
- Stres na delovnem mestu: doživljanje stresa na delovnem mestu oz. stres, izhajajoč iz dela, vodi v pogostejše odsotnosti z dela.

Kratkoročni napovedovalniki absentizma, kjer upoštevamo obdobje, krajše od treh mesecev, in s tem spremenljivke, najbolj odvisne od časa, so:

- Maksimizacija koristnosti, pri čemer posameznik tehta, kdaj je zanj korist ob odsotnosti večja kot ob prisotnosti.
- Akutni fizični in psihološki stresorji, ki se razlikujejo od posameznika do posameznika.
- Izpopolnjeni odločitveni model. Odločitev posameznika je odvisna od predvidenih osebnih posledic, subjektivnih norm, učinkovitosti nadzornih mehanizmov in posameznikovih moralnih načel.

1.4 Dejavniki absentizma

Zdravstveni absentizem, ki se kaže kot enoten pojav, katerega podlaga je v potrditvi bolniške odsotnosti s strani zdravnika, je dejansko posledica spleta dejavnikov: potreb posameznika, razmer pri delu in odločitev medicinske stroke. Avtorji Šestan (2008, str. 11) ter Delfar, Nadrag, Kofol Bric in Omerzu (2009) navajajo tri skupine dejavnikov, ki jih tu povzemamo.

Dejavniki, vezani na družbo, so:

- konfliktne situacije in drugi težji problemi v družini: nezaposlenost, ločitve, psihično in fizično nasilje,
- organizacija in delo zdravstvenih služb: dolge čakalne dobe, dolgotrajna diagnostika, nepovezanost institucij,
- zakonodaja: socialno, zdravstveno, pokojninsko ter invalidsko varstvo.

Dejavniki, vezani na delovno organizacijo, so:

- neustrezni in nehigienski pogoji dela: naporno fizično delo, delovni čas, izpostavljenost različnim škodljivim vplivom,
- ekonomski problemi: slabo poslovanje podjetja, neizplačane plače,
- nezdravi medsebojni odnosi: konflikti v delovni sredini, trpinčenje, nepriznavanje rezultatov dela, neustrezna komunikacija,
- slaba organizacija dela: neustrezna razdelitev delovnih nalog in obsega dela, zanemarjanje varnosti pri delu,
- starostna struktura delavcev: starejši, kot so delavci, daljše je povprečno trajanje ene odsotnosti z dela (Avbelj, 2012),

- struktura delavcev po kvalifikaciji: nekvalificirani delavci so pogosteje odsotni zaradi bolj monotonih del, nižjih plač in neustreznega statusa, običajno so slabše osveščeni o zdravem načinu življenja,
- struktura po spolu: ženske so pogosteje bolniško odsotne kot moški,
- oddaljenost od družine: podaljševanje odsotnosti zaradi družine,
- nerazumevanje vodstva za probleme delavcev: če delodajalec ni pripravljen prisluhniti težavam delavcev, se lahko obrnejo na zdravnika,
- toleriranje zlorabe psihoaktivnih snovi: toleranca se delodajalcu prej ali slej vrne tudi z bolniškimi odsotnostmi.

Dejavniki, vezani na delavca, so:

- medicinski vzroki,
- nemedicinski vzroki: opravila na domu, zasebne dejavnosti, podaljšanje dopusta in zloraba težav kroničnih bolezni.

Medsebojno povezanost dejavnikov absentizma med drugim kažejo tudi rezultati raziskave IDO Primorske (Domenis, Pustovrh, & Černe, 2012). Proučevani so bili dejavniki, vezani na delo, ki lahko prispevajo k večji ali manjši pogostosti doživljanja zdravstvenih težav, oz. povezanost doživljanja zdravstvenih težav v odnosu z doživljanjem zadovoljstva z delom, stresa, izgorelosti in drugih dejavnikov kakovosti delovnega okolja. Rezultati kažejo, da se pogostejše doživljanje zdravstvenih težav pojavlja sočasno z občutkom doživljanja slabših delovnih razmer, nepravilnosti delovnega okolja, manjšega zadovoljstva z delom, večjega stresa in izgorelosti ter potrjujejo medsebojno povezanost dejavnikov.

1.5 Pojasnjevalni modeli absentizma

Ob pregledovanju literature se srečamo z različnimi modeli in teorijami, ki pojasnjujejo absentizem. Pri obravnavi in reševanju problematike sta ključnega pomena razumevanje različnih vzrokov in zavedanje, da so ti med sabo povezani in prepleteni.

V nadaljevanju predstavljamo Brinerjeve (1996) pojasnjevalne modele absentizma, ki izhajajo iz empirično raziskanih povezav med posameznimi spremenljivkami in absentizmom. Vsak od njih ločeno od ostalih pojasnjuje povezavo med določenim vzrokom in absentizmom.

Zdravstveni model razlaga, da je absentizem najpogosteje posledica bolezni ali poškodbe. Hkrati dodaja, da bolezen ali poškodba nista nujno pravi vzrok absentizma, saj je trend naraščanja absentizma povezan z naraščajočim številom psiholoških težav. Tudi iz zaključkov Ocene tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju (Šprah, Novak, &

Dernovšek, 2011) lahko povzamemo oceno, da bo imel vsak tretji izmed nas vsaj enkrat v življenju težave zaradi duševnega zdravja in da bo depresija leta 2020 eden glavnih javnozdravstvenih problemov. S porastom duševnih motenj se predvideva tudi povečanje ekonomskega bremena z 10 % v letu 2011 na 15 % do leta 2020.

Model odklonov absentizem vidi kot rezultat razlik med posamezniki. Tisti, ki so več odsotni z dela, imajo več negativnih osebnostnih lastnosti, kot so: čustvena nestabilnost, lenoba, pomanjkanje pripadnosti in želje po uspehu.

Model umika navaja, da je absentizem posledica nezadovoljstva z delom oz. umikanja neprijetnim delovnim pogojem. Z raziskavami je bilo sicer ugotovljeno, da je korelacija med zadovoljstvom z delom in absentizmom nizka oz. je celo ni. Da ta povezava ni očitna ali je neznatna, v svojem delu ugotavljata tudi Allebeck in Mastekaasa (2004).

Ekonomski model predpostavlja, da posamezniki ocenijo vrednost časa, preživetega na delu, v primerjavi s časom, ko so z dela odsotni. Tisti, ki višje vrednotijo prostočasne dejavnosti, se pogosteje odločijo, da bodo odsotni z dela. Allebeck in Mastekaasa (2004) prihajata v zvezi z ekonomskim modelom do istega zaključka. Ljudje so racionalna bitja, ki želijo maksimirati svojo blaginjo. V tem najenostavnejšem primeru je blaginja funkcija dveh spremenljivk: potrošnje in prostega časa. Njuna optimalna kombinacija pomeni največjo blaginjo za posameznika. Če nima druge možnosti glede količine ali prekinitve dela, se pojavi absentizem. Ekonomski modeli običajno obravnavajo absentizem v širšem pomenu besede.

Kulturni model vzroke za absentizem išče v socialnih in normativnih vplivih družbe na posameznika. Socialne in družbene norme so povezane s kulturo, v kateri posameznik živi in dela. V zvezi s tem zasledimo pojem »kultura odsotnosti«, ki je definirana kot »sklop splošno sprejetih norm, vedenj in predpisov v določenem okolju po katerih se ravnaajo ljudje« (Buzeti, 2001, str. 4).

Zgoraj opisani modeli proučujejo le po enega izmed možnih dejavnikov za pojav absentizma. Kažejo na to, da za absentizem ni enoznačnega vzroka, temveč je posledica različnih medsebojno povezanih dejavnikov. Allebeck in Mastekaasa (2004) sta poleg navedenih modelov predstavila še **teorijo stresa**, ki zajema zdravstveni, psihološki in sociološki pogled na stres ter s tem povezan absentizem. Proučujemo lahko različne enkratne stresne dogodke v življenju posameznika ali dalj trajajoče stresne situacije v povezavi z delom ali zasebnim življenjem, katerih posledica je absentizem.

1.6 Analiziranje absentizma

V Sloveniji je za zbiranje in obdelavo zdravstvenih statističnih podatkov, med njimi tudi podatkov o absentizmu, pooblaščen NIJZ. Podatki se uporabljajo za potrebe nacionalne

zdravstvene statistike in potrebe ZZZS. Prav tako o podatkih poročajo mednarodnim organizacijam, analize pa pripravijo tudi za posamezna zainteresirana podjetja.

Absentizem se spremlja po šestih različnih kazalnikih (NIJZ, b. l.):

Število primerov: vsi primeri, ki imajo zaključen bolniški stalež v opazovanem obdobju za eno diagnozo, ne glede na začetek bolniškega staleža.

Število izgubljenih koledarskih dni: vsi dnevi odsotnosti z dela za eno zaključeno diagnozo v opazovanem obdobju.

Odstotek bolniškega staleža: odstotek izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega delavca:

$$\% BS = \frac{\text{število izgubljenih koledarskih dni} \times 100}{\text{število zaposlenih} \times \text{število dni v letu}} \quad (1)$$

Indeks onesposabljanja: število izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega delavca:

$$IO = \frac{\text{število izgubljenih koledarskih dni}}{\text{število zaposlenih}} \quad (2)$$

Indeks frekvence: število primerov odsotnosti z dela zaradi bolniškega staleža na sto zaposlenih v enem letu:

$$IF = \frac{\text{število primerov} \times 100}{\text{število zaposlenih}} \quad (3)$$

Resnost: povprečno trajanje ene odsotnosti z dela zaradi bolezni, poškodbe ali drugega zdravstvenega vzroka:

$$R = \frac{\text{število izgubljenih koledarskih dni zaradi enega vzroka}}{\text{število primerov}} \quad (4)$$

Zgoraj navedene formule se uporabljajo za prikaz podatkov na socialno-medicinski način in upoštevajo koledarske dneve (365 dni v letu). Drugi način prikaza je finančno-zavarovalniški način, ki v izračunih upošteva delovne dneve (312 dni v letu). Ta način uporablja tudi ZZZS. Zaradi različnih prikazov prihaja do razlik med podatki, kar moramo upoštevati pri njihovem proučevanju (NIJZ, b. l.).

Osnova za pridobitev podatkov je Potrdilo za eno zaključeno diagnozo ne glede na začetek staleža, ki ga predpisuje Pravilnik, uporaba v statistične namene pa je določena z Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva.

Delodajalci, ki spremljajo absentizem v podjetju, poleg podatkov s strani NIJZ običajno zbirajo tudi podatke s strani izvajalca medicine dela. Ta na podlagi opravljenih zdravstvenih pregledov poroča o najpogostejših težavah delavcev in predlaga ukrepe za izboljšanje stanja. Poleg osnovnih podatkov o odstotku bolniškega staleža, deležu v breme podjetja oz. ZZZS in bolniških odsotnostih po vzrokih se lahko interno v podjetju na podlagi Potrdil zbira še podatke o odsotnostih po spolu, starosti, izobrazbi, organizacijskih enotah, delovnih mestih, delovnem času in tipu zaposlitve. Individualni podatki po osebah o ponavljanju odsotnosti in njihovih vzrokih so ne nazadnje pomembni.

Podatki se torej zbirajo na več ravneh in pri različnih institucijah. Zaradi različnih podlag je treba biti zelo previden pri primerjavah podatkov. Pri analiziranju je treba upoštevati zakonodajo s področja varovanja osebnih podatkov.

1.7 Posledice absentizma

Absentizem je zaradi svojih negativnih posledic nezaželen pojav. Različne znanstvene discipline, kot so ekonomija, psihologija, medicina idr., pojav proučujejo in raziskujejo v želji po zmanjšanju njegovih negativnih učinkov. Poleg ekonomskih je treba upoštevati še zdravstvene, družbene in socialne negativne razsežnosti absentizma. Vplivajo tako na posameznika kot podjetje in državo. Vsem je v interesu, da se absentizem zmanjša na minimum (Buzeti, 2001, str. 1).

1.7.1 Raven posameznika

Posameznik zdravstvene težave seveda najprej občuti kot telesno bolečino in trpljenje, s čimer je lahko povezana izguba samozavesti ter občutka zaželenosti in potrebnosti okolju. V ekonomskem smislu posledico absentizma občuti v nižjih dohodkih. Zaradi višine nadomestil, ki so nižja od plačila za delo, se zniža plača. Poleg tega so sistemi denarnega nagrajevanja običajno vezani na prisotnost na delu in tako odsotnost vpliva tudi na nižje deleže nagrade. V daljšem obdobju se zmanjšujejo tudi možnosti za napredovanje in razvoj kariere, kar je spet povezano z dohodki, in sicer dolgoročno (European foundation for the improvement of living and working conditions, 1997, str. 9).

Posledice niso samo ekonomske, ampak gre tudi za sociokulturne in psihološke negativne vplive. Absentizem pri vračanju na delo povzroča težave s soočanjem z delovno sredino in njenim morebitnim nerazumevanjem situacije, napete odnose na delovnem mestu, težave pri komunikaciji in posledično stres (European foundation for the improvement of living and working conditions, 1997, str. 9). Posameznik se torej ob pojavi razloga za odsotnost z

dela sooča z dilemo, kako se odločiti glede na vse s tem povezane posledice (Mlakar, 2013, str. 20).

1.7.2 Raven podjetja

Delodajalec je skladno z zakonodajo dolžan odsotnemu delavcu izplačati nadomestilo, kar je neposreden strošek absentizma. Poleg tega mora plačati nadomestnega delavca – lahko kot nadurno delo ali kot dodatno delovno silo. V drugem primeru je potrebno še uvajanje, ob čemer nastaja večje tveganje za slabo kakovost in s tem povezane dodatne stroške. Če se odsotnost ne nadomešča, se delodajalec sooči s stroški neizkoriščenih kapacitet. V vsakem primeru zaradi odsotnosti nastanejo težave v organizaciji procesa in s tem povezani stroški (Draksler, 2011, str. 42). Višji stroški in manjša produktivnost vplivajo na ceno delovne sile ter ceno proizvodov, posledica pa je nižja konkurenčnost na trgu (Mlakar, 2013, str. 20).

Absentizem vpliva tudi na odnose v podjetju. Običajno se večja nezadovoljstvo v skupinah, v katerih je zaradi odsotnosti potrebnega veliko nadomeščanja, in sicer po eni strani zaradi dodatnega dela, po drugi pa zaradi slabše organizacije. Klima v podjetju se slabša, kar prav tako vodi do njegove nižje konkurenčnosti (Žmavc, 2007, str. 18).

1.7.3 Raven države

Nadomestila za začasno zadržanost z dela so neposreden strošek državnih institucij, povezan z absentizmom. Za leto 2013 v Sloveniji beležimo 11.880.378 izgubljenih koledarskih dni zaradi bolniške odsotnosti, kar predstavlja 4,08-odstotno bolniško odsotnost (Kazalniki bolniškega staleža po spolu in skupinah bolezni, 2015).

Po načinu spremljanja s strani ZZZS je za leto 2013 to pomenilo 9.268.978 izgubljenih delovnih dni (kar je skoraj 500.000 manj kot leto poprej). V breme delodajalca je bilo 4.779.756 dni, v breme ZZZS pa 4.489.222 dni. To je ZZZS predstavljalo 227.607.486 EUR neposrednih stroškov. Predpostavljamo lahko, da je bil strošek delodajalcev za pokritje nadomestil višji od tega (Fakin, 2014, str. 9–11). Kot splet negativnih učinkov na vseh ravneh se v končni fazi učinek pokaže tudi v nižjem bruto domačem proizvodu.

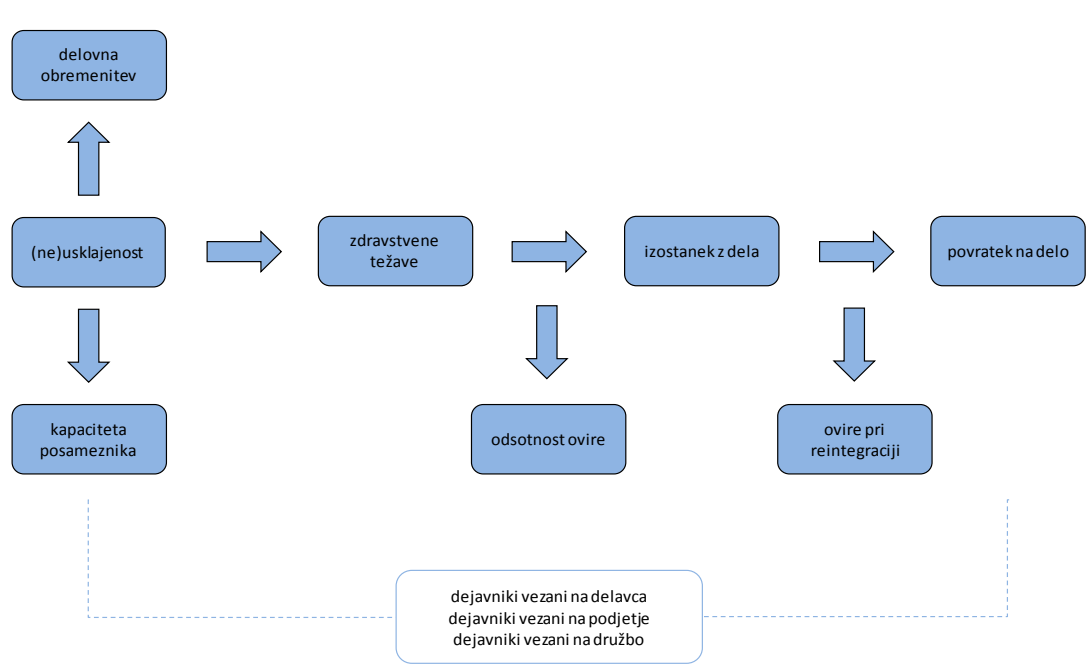
2 DEJAVNIKI ZMANJŠANJA ABSENTIZMA

V prejšnjem poglavju smo obravnavali posledice absentizma in ugotovili, da se večina od njih navezuje na stroške na vseh ravneh. Ko se pogovarjamo o zmanjšanju absentizma, moramo paziti, da se pri tem ne osredotočimo le na zmanjševanje ekonomskih posledic, saj se to lahko izrazi v prezentizmu in posledično ponovno na zmanjšani produktivnosti (Domenis et al., 2012).

Nekatera gospodarstva se sistematično posvečajo razvoju politike dobrega počutja za delavce, pri čemer so na prvem mestu dejavniki delovnega ter socialnega okolja in ne zdravstveni dejavniki absentizma. Vplivati želijo ne le na zmanjšanje stroškov, povezanih z absentizmom, temveč tudi na izboljšanje počutja na delovnem mestu, zmanjšanje stresa in izgorelosti (Domenis et al., 2012).

Ti pristopi temeljijo na teoriji, da do razloga za odsotnost oz. zdravstvenih težav in odsotnosti zaradi njih pride zaradi neravnovesja med zahtevami delovnega mesta ter sposobnostmi delavca. Odsotnost je odvisna še od ovir za odsotnost in ovir za reintegracijo (European foundation for the improvement of living and working conditions, 1997, str. 18). Shematsko lahko teorijo prikažemo na Sliki 1.

Slika 1: Prikaz bolezenskega procesa in dejavnikov odsotnosti z dela



Vir: European foundation for the improvement of living and working conditions, Preventing absenteeism at the workplace: research summary, 1997, str. 20.

Iz teorije sledijo skupine ukrepov, ki se dotikajo različnih elementov modela in s tem zajamejo odpravo posledic absentizma v najširšem smislu (European foundation for the improvement of living and working conditions, 1997, str. 20):

- Proceduralni in formalni ukrepi: zvišujejo ovire za odsotnost, torej ukrepe za spremljanje in nadzor absentizma (npr. nadzor odsotnosti na domu).
- Ukrepi za odstranitev razlogov za odsotnost z delovnega mesta: usmerjeni v usklajenost med zahtevami delovnega mesta in posameznikovo kapaciteto (npr. varstvo pri delu, dobro počutje na delovnem mestu).

- Preventivni ukrepi za podporo povečanju posameznikovih kapacitet, s čimer se zmanjšuje neravnovesje z zahtevami dela (npr. promocija zdravja).
- Zmanjševanje ovir za reintegracijo: s pomočjo teh ukrepov se delavci hitreje vrnejo na delovno mesto (npr. prilagoditve delovnega mesta).

Ukrepi za zmanjšanje absentizma bodo torej najbolj učinkoviti, če izhajajo iz vseh štirih elementov zgoraj opisanega modela. Za uspešno delo pri zmanjševanju absentizma upoštevamo naslednja načela (European foundation for the improvement of living and working conditions, 1997, str. 26–28):

- Sistematičen pristop: vključuje več korakov reševanja problemov, to so analiza stanja, priprava projekta, organizacija in izvedba dejavnosti ter ocena učinkovitosti ukrepov.
- Koordinirano projektno skupino: v podjetju naj se z nalogami zmanjševanja absentizma ukvarja predana ekipa ljudi z jasnim ciljem. Skupina naj bo sestavljena glede na možnosti podjetja, vključuje pa naj različne strukture zaposlenih.
- Jasne zadolžitve in odgovornosti: pred začetkom izvajanja morajo biti jasno določeni okvirji projekta, resursi in odgovornosti vključenih posameznikov.
- Podporo višjega vodstva: glavni faktor uspeha. Vodstvo projektu pripiše ustrezno pomembnost, pomaga pri sprejemanju odločitev ter podpira vključene v projekt.
- Dejavno sodelovanje zaposlenih: eden od ciljev projekta predvsem na področju preventivnega delovanja in njegovo doseganje je ključ do uspeha. Zaposleni po eni strani najboljše poznajo svoje delovno okolje in lahko dejavno sodelujejo pri njegovem izboljšanju. Po drugi strani nihče ne more izboljševati zdravstvenega stanja namesto vsakega posameznika.
- Ustrezno komunikacijo in informiranje: potrebna sta tako do vodstva kot do zaposlenih, če želimo, da se pripravljene ukrepi prenesejo v vsakodnevno prakso ter politiko podjetja.
- Dejavno sodelovanje kadrovske službe, strokovnih sodelavcev, sindikatov: odgovornost za ukvarjanje z absentizmom ostaja na prvi ravni vodenja, strokovne službe pa se vključujejo in pomagajo, ko in s čimer je treba. Sindikati naj se vključujejo formalno, s svojimi predlogi in podporo projektu pa lahko veliko pripomorejo k uspešnemu doseganju ciljev projekta.
- Uravnoteženost ukrepov: ukrepi naj zajemajo vsa štiri področja, navedena v prejšnjem odstavku.
- Obravnavanje absentizma kot podjetju lastnega fenomena: podjetje mora ugotoviti, kateri dejavniki so ključni za absentizem in temu prilagoditi ukrepe, prakso ter politiko.

Težko ali celo nemogoče je pripraviti predlog za zmanjšanje absentizma, ki bi deloval v vseh podjetjih. Lahko pa se pripravi smernice za posamezne akterje, ki se nato uporabljajo v posameznem okolju glede na njegovo problematiko (Juvan Žorž, 2005, str. 60).

Na ravni države je težko najti ukrepe, ki bi ustrezali vsem udeleženiim, zato je treba pazljivo izbirati med njimi. Na razpolago so (Juvan Žorž, 2005, str. 60–62):

- zmanjšanje nadomestila za čas odsotnosti in postopno približevanje višine povprečju v EU,
- poostreitev nadzora in standardov za zdravnike, ki odredjajo dovoljenja za odsotnost,
- dejavna politika zaposlovanja za skrajšani delovni čas,
- spodbujanje vseživljenjskega učenja,
- izdelava nacionalnega programa, usmerjenega v ukrepe zmanjševanja bolniške odsotnosti, podaljševanje delovne dobe in reintegracijo dolgotrajno odsotnih delavcev,
- združevanje prizadevanj različnih organizacij za zmanjševanje odsotnosti,
- preventivno delovanje v smislu ekonomskih spodbud, pasivne zaščite pred tveganjem, nadzora promocije zdravju škodljivih izdelkov.

Podjetja lahko veliko naredijo na področju zmanjševanja odsotnosti, še bolj učinkovita pa so lahko z državnimi spodbudami v ozadju. Nekateri možni ukrepi delodajalcev so (Juvan Žorž, 2005, str. 62–63):

- sprejetje pravilnika o prisotnosti na delu,
- sprejetje pravilnika o profesionalnem vedenju na delovnem mestu in postopkov za reševanje konfliktov,
- motiviranje zaposlenih za izogibanje nepotrebnim izostankom z dela, ki je lahko materialno ali nematerialno,
- posvečanje slogom vodenja in izobraževanju vodij na vseh ravneh,
- promocija zdravega načina življenja.

S sprejemanjem ukrepov se v podjetju ustvarja kultura (ne)odsotnosti z dela. Jasno in pošteno je treba postaviti merila oz. pričakovanja do zaposlenih v zvezi s prisotnostjo na delu (s pravilniki, kodeksi, postopki) in jih tudi jasno posredovati zaposlenim, pri čemer je bistvena vloga vodij. Razdelitev vlog in odgovornosti pri zmanjševanju absentizma je druga ključna točka za učinkovito spopadanje z njim. Tretja je definiranje procesa postopanja v primerih absentizma v podjetju. Glavno vlogo pri zmanjševanju odsotnosti v podjetju morajo prevzemati najnižje ravni vodenja, ki morajo biti za to delo seveda ustrezno usposobljene (Hayday, 2006).

Vse zgoraj navedene ukrepe bi lahko razdelili v dve skupini, skupino trdih in skupino mehkih prijemov, kot jih navajata Kožar in Vrčko (1995). V prvo skupino sodijo represivni ukrepi, npr. poostren nadzor bolniških odsotnosti, prerazporeditve na slabše plačana dela, lahko celo grožnje z odpovedjo. Ti ukrepi sicer pokažejo hiter učinek, ki pa traja le toliko, kolikor traja ukrep. Če se tovrstni ukrepi ponavljajo ali celo zastrujejo, to pripelje k

poslabšanju odnosov, stresu, obremenitvam, pojavu prezentizma, vse to pa negativno vpliva na delovanje v smeri zmanjševanja absentizma.

Med mehke prijeme sodijo spremembe organizacije, izboljšanje vodenja, nagrajevanje, izobraževanje, posvečanje varstvu in zdravju pri delu, dejavnosti, usmerjene k izboljšanju odnosov in dvigovanju motivacije. Ukrepi morajo biti ciljno zastavljeni. Svoj učinek pokažejo na daljši rok, običajno so dražji, vendar se tudi rezultati obdržijo dlje.

Ker so delavci tisti, ki so odsotni z dela, brez njihovega sodelovanja ne bomo znižali absentizma. Od njih pričakujemo (Juvan Žorž, 2005, str. 63–64):

- obveščanje nadrejenih o možnostih za izboljšave in problematiki na delovnih mestih,
- pozitivno sprejemanje sprememb in nenehno izpolnjevanje znanja,
- ustvarjanje pozitivnega delovnega okolja in dobrih odnosov med zaposlenimi.

Na vseh ravneh, kjer nastajajo posledice absentizma, je mogoče delovati v smislu njegovega zmanjšanja. V okviru diplomskega dela sta prednostno obravnavani raven delodajalca in raven delavca.

3 PREDSTAVITEV PODJETJA

Podjetje ima dolgo zgodovino. Ustanovljeno je bilo že leta 1954 s 64 zaposlenimi, ukvarjalo pa se je s proizvodnjo transportnih koles, kovinskih delov in sanitarnih proizvodov. V letu 1975 je postavilo nove proizvodne prostore, leta 1982 je začelo s proizvodnjo brizganih delov za čistilno tehniko, 20 let kasneje pa tudi z brizganjem delov za avtomobilsko tehniko. V svoji zgodovini je doživelo številne reorganizacije: delovalo je kot enovita družba, potem je bilo organizirano kot več organizacijskih enot, nato zopet kot enovito podjetje do leta 1997, ko se je preoblikovalo v delniško družbo. V letu 2006 je doživelo lastniško spremembo s prevzemom in s tem postalo del skupine, koncerna.

Današnja obliko je dobilo v letu 2013, ko se je program avtomobilskih in tehničnih proizvodov zaradi različnih strateških usmeritev oddvojil v novoustanovljeno podjetje, ki ga kot primer obravnavamo v empiričnem delu diplomskega dela. Preostali sanitarni del je bil v začetku leta 2014 kupljen s strani tujih investitorjev.

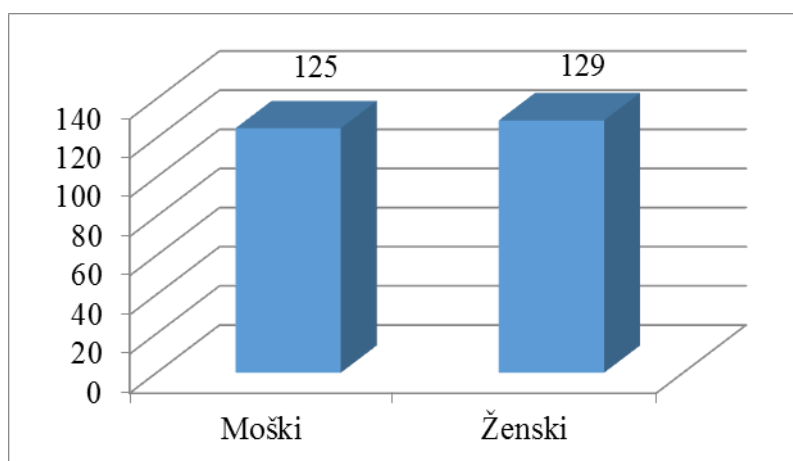
V letu 2014 ima podjetje v povprečju 250 zaposlenih, ustvarja 30 milijonov prometa letno, glavni kupci izhajajo iz avtomobilske industrije. Zanje se proizvaja različne hibridne in plastične dele. Druga veja proizvodnje, ki v procesu uporablja štiri patente, je sanitarna tehnika, ki je prek posrednikov prodajana na celotnem svetovnem trgu.

Podjetje svoj uspeh tako kot povezane družbe gradi na ljudeh, njihovem znanju in stalnem učenju, podjetniškem duhu ter učinkoviti izrabi vseh notranjih in zunanjih sredstev.

3.1 Struktura zaposlenih

Analizo zaposlenih v podjetju smo pripravili 31. 3. 2015. Na ta dan je bilo v podjetju zaposlenih 254 delavcev, od tega 49,21 % moških in 50,79 % žensk. Število je razvidno s Slike 2. Struktura zaposlenih po spolu se v zadnjih letih ni bistveno spreminjala.

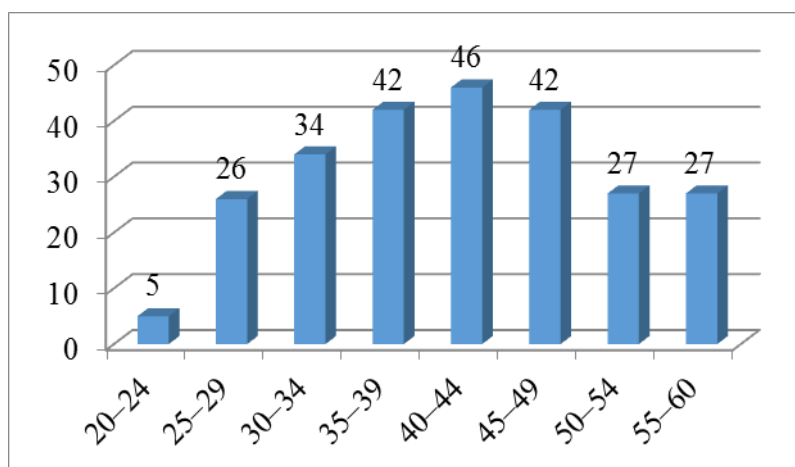
Slika 2: Število zaposlenih po spolu 31. 3. 2015



Vir: Izbrano podjetje, Kadrovska evidenca, 2015g.

Povprečna starost zaposlenih v podjetju konec marca 2015 je bila 41,66 leta. Ženske so v povprečju 1,65 leta starejše od moških. Največji delež – 19,69 % zaposlenih – je starih od 40 do 45 let, starih 50 let ali več je 22,05 % zaposlenih. Starostna struktura zaposlenih je razvidna s Slike 3.

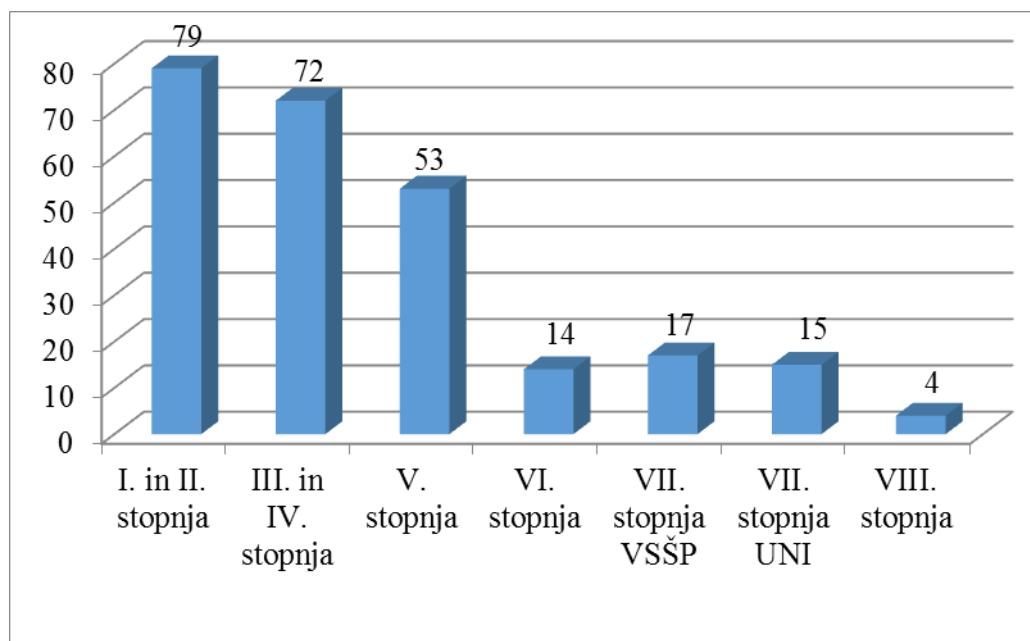
Slika 3: Število zaposlenih po starostnih skupinah 31. 3. 2015



Vir: Izbrano podjetje, Kadrovska evidenca, 2015g.

S Slike 4 lahko razberemo, da je v podjetju 31,10 % zaposlenih brez poklica in z nedokončano oz. dokončano osnovno šolo. Od teh je 74,68 % žensk. Poklicno ali srednješolsko izobrazbo ima 49,21 % zaposlenih, od teh 44,44 % žensk. Višjo izobrazbo od srednješolske ima 50 zaposlenih, med njimi 30,56 % žensk.

Slika 4: Število zaposlenih po izobrazbenih stopnjah 31. 3. 2015



Vir: Izbrano podjetje, Kadrovska evidenca, 2015g.

Med zaposlenimi v podjetju je bilo na omenjeni datum dvanajst invalidov. Večina oz. enajst izmed njih je invalidov III. kategorije, eden pa je invalid II. kategorije. Invalidi tako predstavljajo 4,7 % vseh zaposlenih v podjetju.

3.2 Analiza absentizma v podjetju

V podjetju se podatki o bolniški odsotnosti spremljajo v različnih časovnih obdobjih iz različnih virov. Glavni vir so Potrdila o začasni zadržanosti z dela ali t. i. bolniški listi, na podlagi katerih se mesečno pridobivajo podatki o odstotku bolniške odsotnosti v načrtovanem delovnem času ter razvrstitev po razlogih in trajanju odsotnosti. Podatki se zbirajo tudi tedensko v posameznih oddelkih in so podlaga za organizacijo dela. Podjetje na letni ravni pridobi analizo bolniških odsotnosti s strani NIJZ in izvajalca medicine dela. V nadaljevanju sledi predstavitev analize bolniške odsotnosti v podjetju.

3.2.1 Bolniške odsotnosti v podjetju

Na podlagi mesečno zbranih podatkov o odstotku bolniških odsotnosti v Tabeli 1 povzemamo podatke o bolniških odsotnostih. Podatki so izračunani na letni ravni, razen za leto 2015, za katerega so zajeti za prvo trimesečje. Razvidno je, da odstotek bolniške odsotnosti v letih ostaja na visoki ravni, trend pa se nagiba v smeri nadaljnje rasti. Bolniška odsotnost v breme podjetja je v vseh letih višja od odsotnosti v breme zavoda.

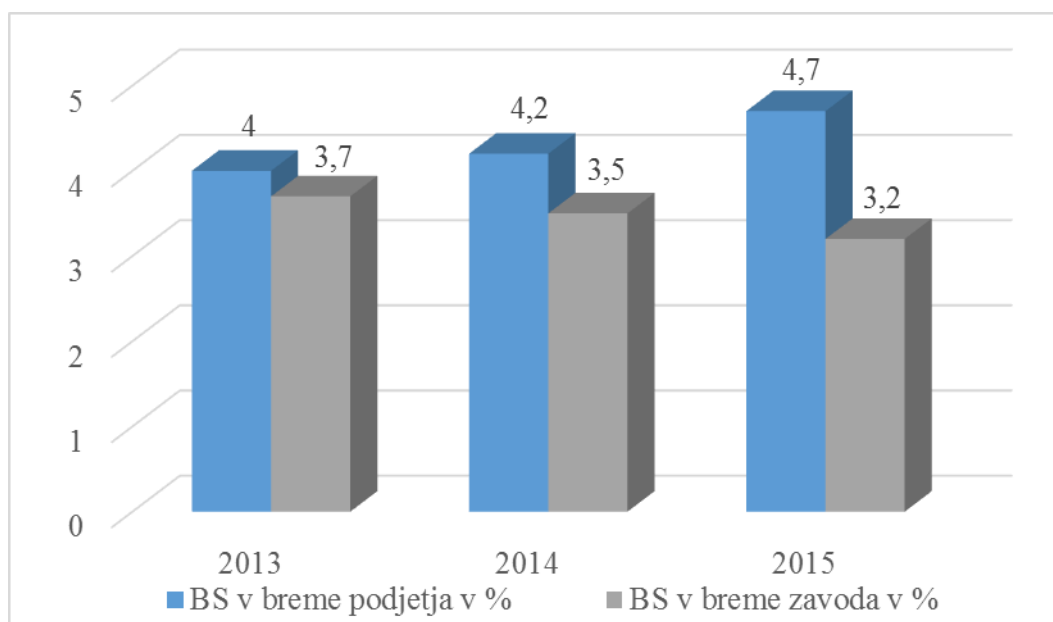
Tabela 1: Odstotek bolniških odsotnosti (BS) po letih

| Leto | BS v breme podjetja v % | BS v breme zavoda v % | BS skupaj v % |
|------|-------------------------|-----------------------|---------------|
| 2013 | 4,0 | 3,7 | 7,7 |
| 2014 | 4,2 | 3,5 | 7,7 |
| 2015 | 4,7 | 3,2 | 7,9 |

Vir: Izbrano podjetje, Izkoriščenost delovnega časa, 2015b.

S Slike 5 lahko vidimo, da je trend bolniških odsotnosti v breme podjetja v porastu, medtem ko je trend bolniških odsotnosti v breme zavoda negativen.

Slika 5: Struktura bolniških odsotnosti po letih



Vir: Izbrano podjetje, Izkoriščenost delovnega časa, 2015b.

3.2.2 Bolniška odsotnost po starostnih skupinah in spolu

V Tabeli 2 in Tabeli 3 prikazujemo podatke o bolniških odsotnostih v letih 2013, 2014 ter prvem trimesečju 2015 po spolu in starostnih skupinah. Tabela 2 prikazuje delež bolniške odsotnosti po spolu in starostni skupini v celotnem odstotku bolniške odsotnosti v podjetju. Iz podatkov razberemo, da k skupnemu odstotku bolniške odsotnosti v vseh treh letih največ prispeva starostna skupina zaposlenih med 40. in 44. letom, kar sovpada z največjim številom zaposlenih v tej starostni skupini. Podatki po spolu se med leti rahlo spreminjajo. Med ženskami k skupnemu odstotku bolniške odsotnosti največ prispevajo zaposlene, stare med 35 in 40 let oz. med 50 in 55 let, med moškimi pa zaposleni, stari med 40 in 44 let. Pri ženskah opazimo trend povečanja bolniških odsotnosti. V letu 2013 so prispevale 59 % bolniških odsotnosti med vsemi, v prvem trimesečju 2015 pa že 67 %. Obratno se pri moških bolniške odsotnosti zmanjšujejo; v letu 2013 je bilo 41 % teh odsotnosti na strani moškega spola, v prvem trimesečju 2015 pa je odstotek padel na 33.

Tabela 2: Odstotek bolniških odsotnosti (BS) po starosti in spolu med vsemi bolniškimi odsotnostmi

| Starostna skupina | BS žensk % | | | BS moških % | | | BS skupaj % | | |
|-------------------|------------|------|------|-------------|------|------|-------------|------|------|
| | 2013 | 2014 | 2015 | 2013 | 2014 | 2015 | 2013 | 2014 | 2015 |
| 20–24 | 0,00 | 0,01 | 0,01 | 0,04 | 0,05 | 0,00 | 0,04 | 0,06 | 0,01 |
| 25–29 | 0,34 | 0,17 | 0,26 | 0,22 | 0,32 | 0,24 | 0,56 | 0,49 | 0,50 |
| 30–34 | 0,78 | 0,84 | 0,65 | 0,42 | 0,38 | 0,21 | 1,21 | 1,22 | 0,86 |
| 35–39 | 0,41 | 1,16 | 1,21 | 0,82 | 0,14 | 0,19 | 1,22 | 1,29 | 1,40 |
| 40–44 | 0,82 | 0,63 | 0,78 | 0,57 | 0,97 | 0,94 | 1,39 | 1,60 | 1,72 |
| 45–49 | 0,45 | 0,56 | 0,49 | 0,61 | 0,27 | 0,45 | 1,06 | 0,83 | 0,95 |
| 50–54 | 0,92 | 1,05 | 1,01 | 0,25 | 0,28 | 0,30 | 1,16 | 1,33 | 1,31 |
| 55–60 | 0,81 | 0,66 | 0,89 | 0,23 | 0,14 | 0,27 | 1,05 | 0,80 | 1,16 |
| 60–65 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,02 | 0,01 | 0,00 | 0,02 | 0,01 |
| Skupaj | 4,52 | 5,07 | 5,31 | 3,15 | 2,57 | 2,61 | 7,68 | 7,64 | 7,92 |

Vir: Izbrano podjetje, Evidenca obračuna plač, 2015e; Izbrano podjetje, Kadrovska evidenca, 2015g.

V Tabeli 3 je razvidna bolniška odsotnost, upošteva strukturo zaposlenih po spolu oz. starosti. Če torej zanemarimo število zaposlenih po spolu in posameznih starostnih skupinah, ugotovimo, da so na strani žensk v vseh letih zaradi zdravstvenih razlogov največ odsotne zaposlene, stare med 55 in 60 let; ženske, starejše od 60 let, v podjetju niso zaposlene. Temu sledijo zaposlene v starostni skupini od 50 do 55 let. Pri ženskah torej lahko potrdimo trditev, da bolniška odsotnost narašča s starostjo zaposlenih. Pri moških se

ta trditev ne ujema s podatki, saj so v zadnjih dveh letih največ bolniško odsotni moški, stari med 40 in 45 let.

Tabela 3: Odstotek bolniških odsotnosti (BS) po starosti in spolu, upošteva strukturo zaposlenih po starosti in spolu

| Starostna skupina | BS žensk % | | | BS moških % | | | BS skupaj % | | |
|-------------------|------------|-------|-------|-------------|-------|-------|-------------|-------|-------|
| | 2013 | 2014 | 2015 | 2013 | 2014 | 2015 | 2013 | 2014 | 2015 |
| 20–24 | 0,00 | 0,92 | 1,56 | 1,90 | 3,36 | 0,00 | 1,37 | 2,37 | 0,85 |
| 25–29 | 13,11 | 6,10 | 8,97 | 3,26 | 4,18 | 2,83 | 5,99 | 4,69 | 4,39 |
| 30–34 | 9,19 | 11,49 | 9,46 | 5,93 | 5,75 | 2,63 | 7,70 | 8,78 | 5,78 |
| 35–39 | 4,25 | 10,96 | 12,13 | 10,15 | 2,11 | 3,30 | 6,94 | 7,61 | 8,89 |
| 40–44 | 11,25 | 6,89 | 7,99 | 6,60 | 10,65 | 10,47 | 8,73 | 8,76 | 9,17 |
| 45–49 | 4,56 | 6,02 | 5,54 | 6,58 | 3,52 | 6,06 | 5,54 | 4,90 | 5,78 |
| 50–54 | 13,44 | 15,03 | 16,02 | 5,50 | 7,28 | 7,29 | 10,29 | 12,27 | 12,56 |
| 55–60 | 23,75 | 15,75 | 17,43 | 4,89 | 2,67 | 5,66 | 12,74 | 8,35 | 11,78 |
| 60–65 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 3,36 | 1,04 | 0,00 | 3,36 | 1,04 |
| Skupaj | 9,26 | 9,89 | 10,49 | 6,17 | 5,27 | 5,29 | 7,68 | 7,64 | 7,92 |

Vir: Izbrano podjetje, Evidenca obračuna plač, 2015e; Izbrano podjetje, Kadrovska evidenca, 2015g.

3.2.3 Bolniška odsotnost po starostnih skupinah in razlogu

V spodnji tabeli je prikazano, kako posamezni razlogi po starostnih skupinah prispevajo k skupnemu odstotku bolniške odsotnosti.

Leta 2013 je bil v podjetju največji delež bolniških odsotnosti iz razloga bolezni v starostni skupini od 50 do 54 let. Zaradi poškodb izven dela je bil največji delež bolniških odsotnosti v starostni skupini od 55 do 60 let, zaradi poškodb pri delu pa pri zaposlenih, starih 55 let in več. Starostni skupini od 25 do 30 let in od 30 do 35 let sta imeli največji delež bolniške odsotnosti zaradi nege ter spremstva.

Tabela 4: Odstotek bolniških odsotnosti (BS) po starostnih skupinah in razlogu

| Starostna skupina | Bolezen % | | | Poškodba izven dela % | | | Poškodba pri delu % | | | Nega, spremstvo, ostalo % | | |
|-------------------|-----------|------|------|-----------------------|------|------|---------------------|------|------|---------------------------|------|------|
| | 2013 | 2014 | 2015 | 2013 | 2014 | 2015 | 2013 | 2014 | 2015 | 2013 | 2014 | 2015 |
| 20–24 | 0,02 | 0,03 | 0,01 | 0,00 | 0,02 | 0,00 | 0,02 | 0,00 | 0,00 | 0,01 | 0,00 | 0,00 |
| 25–29 | 0,42 | 0,27 | 0,30 | 0,02 | 0,13 | 0,02 | 0,00 | 0,02 | 0,00 | 0,12 | 0,08 | 0,18 |
| 30–34 | 0,80 | 0,91 | 0,83 | 0,28 | 0,13 | 0,00 | 0,00 | 0,05 | 0,00 | 0,12 | 0,13 | 0,03 |
| 35–39 | 0,74 | 1,06 | 1,25 | 0,37 | 0,06 | 0,02 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,11 | 0,17 | 0,12 |
| 40–44 | 0,85 | 0,98 | 1,10 | 0,40 | 0,45 | 0,44 | 0,03 | 0,06 | 0,04 | 0,11 | 0,11 | 0,14 |
| 45–49 | 0,83 | 0,69 | 0,87 | 0,19 | 0,00 | 0,03 | 0,00 | 0,11 | 0,00 | 0,03 | 0,03 | 0,05 |
| 50–54 | 1,07 | 1,14 | 0,90 | 0,02 | 0,15 | 0,18 | 0,04 | 0,00 | 0,21 | 0,03 | 0,04 | 0,02 |
| 55–60 | 0,58 | 0,37 | 1,16 | 0,42 | 0,41 | 0,00 | 0,03 | 0,00 | 0,00 | 0,02 | 0,01 | 0,01 |
| 60–65 | 0,00 | 0,00 | 0,01 | 0,00 | 0,02 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,01 |
| Skupaj | 5,31 | 5,45 | 6,41 | 1,70 | 1,36 | 0,70 | 0,11 | 0,24 | 0,24 | 0,56 | 0,58 | 0,57 |

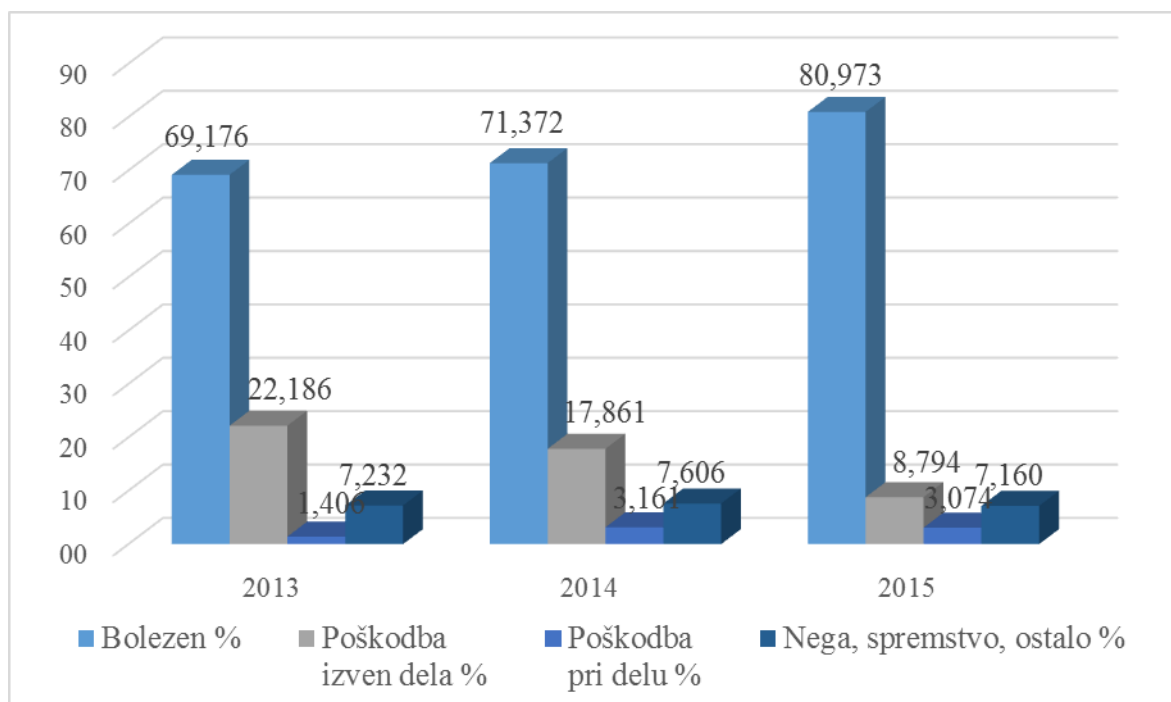
Vir: Izbrano podjetje, Evidenca obračuna plač, 2015e; Izbrano podjetje, Kadrovska evidenca, 2015g.

Tudi leta 2014 je bil v podjetju največji delež odsotnosti zaradi bolezni v starostni skupini od 50 do 55 let. Zaradi poškodb izven dela so bili v deležu največ odsotni zaposleni, stari od 40 do 45 let, zaradi poškodb pri delu pa zaposleni, stari med 45 in 49 let. Največji delež bolniške odsotnosti zaradi nege in spremstva je pripadel starostni skupini od 35 do 39 let.

V prvem trimesečju leta 2015 je 1,25 % in s tem največji delež bolniške odsotnosti zaradi bolezni v skupini od 35 do 40 let. Odsotnosti zaradi poškodbe izven dela je bilo največ med zaposlenimi, starimi od 40 do 45 let, zaradi poškodb pri delu pa med 50 in 55 let. Najvišji delež odsotnosti zaradi nege in spremstva je v starostni skupini med 25 in 30 let.

Delež bolniške odsotnosti zaradi bolezni se v letih povečuje, zmanjšuje pa se delež zaradi poškodb izven dela. Razlog poškodbe pri delu se je v bolniških odsotnostih povečal v letu 2014, podoben delež pa se nakazuje tudi za leto 2015. Bolniške odsotnosti zaradi nege in spremstva so se leta 2014 v primerjavi z letom 2013 prav tako povečale, v prvem trimesečju 2015 pa je delež bolniških odsotnosti iz tega razloga manjši kot v preteklih dveh letih. Navedeni podatki so razvidni tudi s Slike 6.

Slika 6: Bolniške odsotnosti po razlogu in letih



Vir: Izbrano podjetje, Evidenca obračuna plač, 2015e; Izbrano podjetje, Kadrovska evidenca, 2015g.

3.2.4 Bolniška odsotnost po starostnih skupinah in nosilcu stroška

V naslednji tabeli sledi prikaz deležev bolniških odsotnosti v letih 2013, 2014 in prvem trimesečju 2015 po starostnih skupinah ter nosilcu stroška. Lahko rečemo, da so deleži bolniških odsotnosti razporejeni skladno s starostno strukturo zaposlenih, torej dokaj enakomerno. Večji del bolniških odsotnosti je strošek podjetja in ta delež se čez leta še povečuje.

Tabela 5: Delež bolniških odsotnosti (BS) po starostnih skupinah in nosilcu stroška

| Starostna skupina | BS v breme podjetja % | | | BS v breme zavoda % | | |
|-------------------|-----------------------|------|------|---------------------|------|------|
| | 2013 | 2014 | 2015 | 2013 | 2014 | 2015 |
| 20–24 | 0,03 | 0,06 | 0,01 | 0,01 | 0,00 | 0,00 |
| 25–29 | 0,36 | 0,39 | 0,31 | 0,20 | 0,10 | 0,18 |
| 30–34 | 0,66 | 0,62 | 0,46 | 0,54 | 0,60 | 0,39 |
| 35–39 | 0,62 | 0,73 | 0,80 | 0,61 | 0,56 | 0,60 |
| 40–44 | 0,88 | 0,71 | 0,81 | 0,51 | 0,90 | 0,90 |
| 45–49 | 0,73 | 0,73 | 0,83 | 0,33 | 0,10 | 0,12 |
| 50–54 | 0,37 | 0,67 | 0,93 | 0,80 | 0,65 | 0,38 |

se nadaljuje

nadaljevanje

| Starostna skupina | BS v breme podjetja % | | | BS v breme zavoda % | | |
|-------------------|-----------------------|------|------|---------------------|------|------|
| | 2013 | 2014 | 2015 | 2013 | 2014 | 2015 |
| 55–60 | 0,37 | 0,26 | 0,57 | 0,68 | 0,54 | 0,59 |
| 60–65 | 0,00 | 0,02 | 0,01 | 0,00 | 0,00 | 0,01 |
| Skupaj | 4,02 | 4,18 | 4,74 | 3,66 | 3,46 | 3,18 |

Vir: Izbrano podjetje, Evidenca obračuna plač, 2015e; Izbrano podjetje, Kadrovska evidenca, 2015g.

Preverili smo tudi ponavljanje kratkoročnih bolniških odsotnosti. Zanimalo nas je, koliko zaposlenih je bilo v obdobju pregleda podatkov – to je od januarja 2013 do aprila 2015 – odsotnih 10-krat ali več zaradi bolniške do 30 dni. Ugotovili smo, da je bilo teh zaposlenih 29.

3.2.5 Poškodbe pri delu

V podjetju za spremljanje področja poškodb pri delu poleg samega števila poškodb uporabljajo še kazalnika indeks resnosti in indeks pogostosti. Prvega spremljajo mesečno, druga dva pa letno.

Leta 2013 se je v podjetju zgodilo pet poškodb, posledica katerih je bilo 71 izgubljenih delovnih dni. Indeks pogostosti je bil 10,90, indeks resnosti pa 0,16. Poškodbe so se zgodile v dveh oddelkih podjetja, in sicer štirim moškim ter eni ženski. Po dve poškodbi sta se zgodili v torek in soboto, ena pa v petek (Izbrano podjetje, 2015d).

Leta 2014 se je zgodilo osem poškodb pri delu, kar pomeni 37,5 % več kot v predhodnem letu, izgubljenih pa je bilo 157 delovnih dni, kar je 119 % več kot v letu 2013. Indeks resnosti poškodb je bil tako 0,3, indeks pogostosti pa 15,3. Poškodbe so se zgodile v treh oddelkih podjetja, in sicer petim ženskam ter dvema moškima. Pri enem od zaposlenih se je torej poškodba pri delu zgodila dvakrat v enem letu. Največ – tri poškodbe – so se zgodile v sredo, po dve v ponedeljek in petek, ena pa v četrtek (Izbrano podjetje, 2015d).

3.2.6 Podatki medicine dela

Zadnje razpoložljivo interno poročilo s strani izvajalca medicine dela, iz katerega v nadaljevanju povzemamo podatke, se nanaša na obdobje pregledov v letu 2014 (Izbrano podjetje, 2015c). Pregledanih je bilo 146 zaposlenih. Obseg in vsebina pregledov sta bila določena na podlagi veljavnih predpisov. V poročilu so zajeti podatki opravljenih obdobjnih zdravstvenih pregledov. Pregledanih je bilo 80 (54,79 %) žensk in 66 (45,21 %) moških. Največ pregledanih (51) je bilo iz starostne skupine od 31 do 40 let. Med pregledanimi je prevladovala nekoliko starejša populacija, tako moška kot ženska. Povprečna starost za moške je bila 41,59 leta, za ženske pa 41,75 leta. Največ pregledanih,

to je 45, je bilo nekvalificiranih delavcev, medtem ko je imelo kvalifikacijo za svoje delo 43 delavcev. Srednjo šolo je imelo 33 mlajših zaposlenih, ostali pa so imeli višjo in visoko šolo.

Poklicne bolezni na obdobjih pregledih niso bile najdene, so pa bile prisotne bolezni v zvezi z delom (težave z gibali – hrbtenico in sklepi, bolezni obtočil, duševne in vedenjske motnje in poslabšanja kroničnih obolenj). Večina zdravstvenih težav in obolenj pripada pregledanim zaposlenim delavcem in delavkam, ki so stari(-e) nad 40 let. Pri mlajših je teh težav manj.

Odkriti bolezni in stanja so bili razvrščeni v skupine v skladu z 10. revizijo Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov ter prikazani kot indeks frekvence, to je število odkritih bolezni in okvar na 100 pregledanih oseb. Na vsakega delavca so bile v povprečju postavljene 3,1 diagnoze, skupaj je bilo torej ugotovljenih 457 diagnoz. Pri moških je bilo ugotovljenih 189 diagnoz; indeks frekvence je tako 66. Pri ženskah je bilo diagnoz več (268), kar pomeni indeks frekvence 80.

Pri vseh pregledanih je med skupinami diagnoz na prvem mestu 4. skupina bolezni – endokrine, prehranske in presnovne bolezni metabolizma – ki je zaskrbljujoča in se pojavlja pri vseh starostnih skupinah. Med njimi je na prvem mestu debelost, na drugem so povišane vrednosti maščob (predvsem holesterola) v krvi. Pojavljajo se še bolezni ščitnice in sladkorna bolezen tipa II. Na drugem mestu je 7. skupina bolezni: bolezni očesa in očesnih adneksov. Med temi je največ starostne daljnovidnosti. Pri mlajših je največ kratkovidnosti in astigmatizma ali slabovidnosti. Na tretjem mestu so bolezni mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva; to je 9. skupina bolezni. Izstopajo slaba drža in bolečine v hrbtenici.

Samo dva zaposlena oz. 1,37 % pregledanih sta imela zdravstveno stanje v mejah normale. Največ pregledanih delavcev in delavk (80,82 %) je imelo zdravstveno stanje z lažjimi okvarami. Te še ne vplivajo na delazmožnost, predstavljajo pa nevarnost v kombinaciji z drugimi rizičnimi faktorji. Zaskrbljujoč podatek je število tistih, ki imajo srednje in težje zdravstvene okvare; prve ima 14,38 %, druge pa 3,34 % pregledanih. To vodi v zmanjšano delazmožnost, povečano bolniško odsotnost in celo invalidnost.

Glede prehranjenosti prevladujejo med moškimi normalno prehranjeni in debeli, je pa kar 17,81 % izredno debelih, kar pomeni indeks telesne teže nad 32. Med ženskami je bilo največ debelih in normalno prehranjenih, izredno debelih pa je bilo 16,67 %. Skoraj polovica moških in žensk je imela povečan odstotek maščevja, 48 pregledanih je imelo povišan krvni pritisk. Prav tako 48 pregledanih je bilo kadilcev. O alkoholu ni zanesljivih podatkov.

Tri četrtine pregledanih so bile zmožne za svoje delo. Z omejitvijo je bilo zmožnih za delo 23,29 % pregledanih. Med moškimi sta bila tudi po en primer začasne in en primer trajne nezmožnosti za delo (Izbrano podjetje, 2015c).

3.2.7 Bolniška odsotnost po skupinah bolezni

Spodnja tabela je prikaz podatkov po vrstah bolniških odsotnosti v podjetju za leti 2013 in 2014 ter primerjava v deležu posamezne vrste bolezni med letoma. Podatki izhajajo iz poročila, ki ga na podlagi naročila za podjetje pripravi NIJZ.

Tabela 6: Indeksi bolniških odsotnosti po skupinah bolezni v letih 2013 in 2014

| Skupine MKB-10 | 2013 | | | | 2014 | | | |
|--|------|-----|------|------|------|-----|------|------|
| | %BS | IO | IF | R | %BS | IO | IF | R |
| 1. Nekatere inf. in paraz. bolezni | 0,41 | 1,5 | 15,9 | 9,5 | 0,25 | 0,9 | 12,7 | 7,2 |
| 2. Neoplazme | 0,03 | 0,1 | 2,0 | 6,0 | 0,01 | 0,0 | 0,4 | 6,0 |
| 3. Bolezni krvi in krvotv. organov | - | - | - | - | 0,00 | 0,0 | 0,4 | 1,0 |
| 4. Endokrine, prehr. in presn. bolezni | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 5. Duševne in vedenjske motnje | 1,26 | 4,6 | 3,7 | 25,2 | 0,17 | 0,6 | 4,8 | 13,2 |
| 6. Bolezni živčevja | 0,11 | 0,4 | 2,4 | 16,3 | 0,09 | 0,3 | 2,0 | 17,2 |
| 7. Bolezni očesa in adneksov | 0,05 | 0,2 | 2,4 | 7,0 | 0,03 | 0,1 | 1,2 | 9,0 |
| 8. Bolezni ušesa in mastoida | 0,02 | 0,1 | 0,4 | 18,0 | 0,03 | 0,1 | 0,8 | 13,0 |
| 9. Bolezni obtočil | 0,24 | 0,9 | 1,6 | 53,0 | 0,77 | 2,8 | 4,8 | 59,0 |
| 10. Bolezni dihal | 0,69 | 2,5 | 33,3 | 7,6 | 0,42 | 1,5 | 26,2 | 5,8 |
| 11. Bolezni prebavil | 0,06 | 0,2 | 4,1 | 5,2 | 0,31 | 1,1 | 6,0 | 19,2 |
| 12. Bolezni kože in podkožja | 0,07 | 0,3 | 3,7 | 7,2 | 0,12 | 0,4 | 3,2 | 13,6 |
| 13. Bol. mišično-kos. sist. in vez. tkiva | 2,27 | 8,3 | 17,9 | 46,4 | 1,30 | 4,8 | 20,6 | 23,1 |
| 14. Bolezni sečil in spolovil | 0,09 | 0,3 | 2,8 | 11,3 | 0,07 | 0,3 | 3,6 | 7,3 |
| 15. Nosečnost, porod in popor. obdobje | 0,40 | 1,5 | 1,6 | 89,3 | 0,60 | 2,2 | 3,6 | 61,4 |
| 16. Stanja, ki izv. v per. (obporod.) obdobju | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 17. Priroj. malfor., defor. in kromos. nenorm. | - | - | - | - | - | - | - | - |

se nadaljuje

nadaljevanje

| Skupine MKB-10 | 2013 | | | | 2014 | | | |
|--|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|
| | %BS | IO | IF | R | %BS | IO | IF | R |
| 18. Simpt., znaki ter nenorm. klin. lab. izv. | 0,18 | 0,7 | 9,3 | 7,0 | 0,17 | 0,6 | 11,9 | 5,2 |
| 19. A Poškodbe in zastrupitve pri delu | 0,08 | 0,3 | 1,2 | 24,3 | 0,23 | 0,8 | 3,2 | 26,4 |
| 19. B Poškodbe in zastrupitve izven dela | 1,28 | 4,7 | 14,2 | 32,9 | 1,34 | 4,9 | 13,9 | 35,1 |
| 21. Dej., ki vpl. na zdr.st. in na stik z zdr. služ. | 0,19 | 0,7 | 54,1 | 1,3 | 0,16 | 0,6 | 49,2 | 1,2 |
| 22. Kode za posebne namene | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Nega družinskega člana | 0,26 | 1,0 | 20,3 | 4,7 | 0,31 | 1,1 | 25,8 | 4,4 |
| Skupaj | 7,70 | 28,1 | 191,1 | 14,7 | 6,39 | 23,3 | 194,0 | 12,0 |

Vir: Izbrano podjetje, Bolniški stalež – Upravičena zadržanost od dela za polni delovni čas, 2014; Izbrano podjetje, Bolniški stalež – Upravičena zadržanost od dela za polni delovni čas, 2015a.

Za leto 2013 je bila po podatkih NIJZ bolniška odsotnost 7,70-odstotna, kar je 1,59 odstotne točke več kot leto poprej. Za leto 2014 je bila 6,39-odstotna, kar je manj kot leto poprej in manj, kot je prikazano v podatkih podjetja. Razlog je v drugačnih metodologijah vrednotenja in zajemu podatkov. NIJZ v analizi upošteva le odsotnosti za polni delovni čas.

Iz zgornje tabele lahko razberemo, da so bili zaposleni leta 2014 najpogosteje odsotni zaradi diagnoz v naslednjih skupinah bolezni:

- poškodbe in zastrupitve zunaj dela: 1,34 %,
- bolezni mišično-kostnega sistema in veznega tkiva: 1,30 %,
- bolezni obtočil: 0,77 %,
- nosečnost, porod in poporodno obdobje: 0,60 %,
- bolezni dihal: 0,42 %.

Bolezni mišično-kostnega sistema in veznega tkiva so še vedno močno zastopane, vendar v bistveno manjšem deležu kot pretekla leta, in niso več glavni razlog bolniških odsotnosti v podjetju. Poškodbe in zastrupitve zunaj dela so na prvem mestu, saj se pri njih delež povečuje. Sledijo bolezni obtočil, katerih delež se je v primerjavi s preteklim letom precej povečal, nato bolniške odsotnosti, povezane z nosečnostjo, porodom in poporodnim obdobjem, ki so tudi v porastu, ter bolezni dihal. Delež duševnih in vedenjskih motenj, ki se je v letu 2013 potrojil, se je leta 2014 močno zmanjšal.

Poškodbe in zastrupitve zunaj dela so na prvem mestu po razlogih za odsotnost z dela leta 2014. To lahko nakazuje na šibko varnostno kulturo v podjetju, kar se posledično izraža tudi zunaj dela. Bolezni mišično-kostnega sistema in vezivnega tkiva so prvi najpomembnejši vzrok za bolniške odsotnosti med zaposlenimi v podjetju. Ni podatka, katera starostna skupina je najbolj obremenjena s temi obolenji, vendar velja, da se težave začnejo kazati z leti obremenjevanja mišično-skeletnega sistema. Iz tega lahko sklepamo, da se težave intenzivneje kažejo pri starejših delavcih. Omenjene težave so tudi najpogostejši razlog za invalidnost.

Pri vseh navedenih razlogih so visoke tudi vrednosti kazalnika resnosti, torej povprečnega trajanja ene odsotnosti z dela zaradi bolezni, poškodbe ali drugega zdravstvenega vzroka, in indeks onesposabljanja oz. število izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega delavca.

3.2.8 Nemedicinsko ozadje bolniških odsotnosti

Ker smo želeli poglobljen pogled v problematiko bolniških odsotnosti, smo poleg ostalih kvantitativno zbranih podatkov opravili tudi kvalitativno metodo, to je individualni, polstrukturirani intervju. Cilj intervjujev je bil s strani različnih ravni pridobiti informacije o nemedicinskem ozadju bolniških odsotnosti. Želeli smo izvedeti, kakšno je vedenje ali mnenje intervjuvancev o vodenju, odnosih med zaposlenimi, delovnem okolju, motivaciji zaposlenih, komunikaciji in organizaciji dela v podjetju. Kot smo raziskali in zapisali v teoretičnem delu, so to področja, iz katerih lahko izhajajo vzroki za bolniške odsotnosti zaposlenih.

Intervju smo opravili s petimi zaposlenimi: predstavnikom vodstva, predstavnikom linijskega menedžmenta, strokovnim sodelavcem na področju zdravja, predstavnikom sindikata in zaposlenim. Intervju je potekal na podlagi vnaprej pripravljenih okvirnih vprašanj, ki so bila postavljena vsakemu od intervjuvancev in so razvidna iz Priloge 1. Pogovor se je prilagajal glede na dane odgovore. Poiskati smo želeli področja oz. šibke točke podjetja, z izboljšanjem katerih lahko vplivamo tudi na zmanjšanje bolniških odsotnosti. Povzetek informacij iz vseh opravljenih intervjujev predstavljamo v nadaljevanju.

Iz odgovorov lahko povzamemo, da se v podjetju za komunikacijo in prenos informacij uporabljajo predvsem trije načini, in sicer sestanki, elektronska pošta in oglasne table. Čeprav intervjuvanci štejejo osebni stik in pogovor ter s tem sestanke za najučinkovitejšo pot izmenjave informacij in dogovarjanja, se strinjajo, da preveliko število sestankov ali predolgo sestankovanje krade čas in je moteče za delovni proces, kar se v podjetju občasno dogaja. Elektronska pošta se kot del vsakdana uporablja tudi za komunikacijo med zaposlenimi in opaža se, da pošiljatelji večkrat ne razmislijo dovolj o tem, koga vpisati med prejemnike, tako da pošto prejemajo tudi osebe, ki jih posredovane informacije ne

zadevajo. To lahko povzroči površno branje pošte, neažurnost pri odgovarjanju in v splošnem nepotrebno porabo časa. Oglasne table se uporabljajo za širjenje informacij predvsem v proizvodnem delu podjetja. Učinkovitost komuniciranja v podjetju se razlikuje med oddelki; odvisna je predvsem od načina komunikacije vodje. V nekaterih oddelkih sestanki ne potekajo redno, pretok informacij pa je prepočasen, kar negativno vpliva na delo in zadovoljstvo zaposlenih. Prav tako se pogreša splošne informacije o dogajanju v podjetju, tekočih projektih in delu posameznih služb v podjetju.

Splošno mnenje je, da bi komunikacija lahko bila bolj učinkovita, predvsem v smislu hitrosti in celotnega obsega predajanja potrebnih informacij po hierarhiji navzdol. Na drugi strani se pričakuje tudi več posluha za informacije, predane v obratni smeri: s strani zaposlenih po hierarhiji navzgor.

Na podlagi razgovora z intervjuvanci bi težko govorili o tipičnem vodji v podjetju, saj so razlike predvsem na različnih ravneh dokaj velike. Na prvi ravni se opaža izboljšanje zadovoljstva z vodenjem. Predvsem vodje kljub tekočim nalogam ter projektному delu več časa in energije usmerjajo v delo s sodelavci. Spodbujajo sodelovanje in timsko delo, s ciljnim vodenjem pa prenašajo odgovornost za rezultate po hierarhiji navzdol. Na drugi ravni se vodje še vedno preveč ukvarjajo s tekočim delom, reševanjem tehničnih problemov, sestankovanjem in tudi administracijo, zaradi česar ostane premalo časa za delo z ljudmi. Zaposleni posledično ne čutijo povezanosti in usmerjenosti k skupnim ciljem ter izpostavljajo težave v komunikaciji. Za izboljšanje vodenja v podjetju v splošnem naj vodje več časa namenijo delu z ljudmi v smislu spodbujanja, motiviranja in ustvarjanja pozitivnega delovnega okolja.

Motivacija zaposlenih v splošnem ni na želeni ravni. V podjetju imamo nekaj zelo motiviranih posameznikov in delovnih skupin, medtem ko na drugi strani opažamo popolnoma nezainteresirane posameznike in tudi skupine. Razlogi so po mnenju intervjuvancev različni. Prvi je več let trajajoča slaba finančna situacija podjetja, ki negativno vpliva na zaupanje zaposlenih v dolgoročni obstoj podjetja in varnost zaposlitev. S tem povezano je tudi nezadovoljstvo zaposlenih s plačo, nagrajevanjem in možnostmi napredovanja. V podjetju je treba na novo postaviti strategijo in dejavnosti, ki bodo podpirale njeno uresničevanje. S posameznimi pozitivnimi spremembami se bo krepilo zaupanje zaposlenih. Narediti je treba korake, ki se bodo v podjetju izrazili v boljšem poslovnem rezultatu, in s tem zmanjšati pritisk na maso plač.

V delovnem okolju podjetja so bile mnoge stvari izpostavljene kot pozitivne. Med temi so delovni čas, delo kot tako, saj tudi v proizvodnji ni fizično težko in na razpolago so potrebni delovni pripomočki, poskrbljeno pa je tudi za varstvo pri delu. Prav tako je bilo izraženo zadovoljstvo s sodelavci.

Možnosti za izboljšave so na področju optimizacije delovnih procesov, organizacije dela, osebnih prejemkov, možnosti napredovanja in razvoja kariere. V nekaterih službah se soočajo s preobilico dela in kadrovske podhranjenostjo. Predvsem se pogreša strateško usmeritev podjetja.

V vseh procesih v podjetju je treba narediti optimizacijo. Na podlagi liste prioritet se projektne skupine ukvarjajo z izboljšanjem učinkovitosti v delovnih procesih. Z opravljenimi dejavnostmi se bodo zmanjšali izostanki, izboljšala se bo kakovost dela in izdelkov, zmanjšale se bodo medfazne zaloge. Načrtovanje bo lažje, proizvodnja pa bo bolj enakomerna. Zaposleni bodo lahko zmanjšali obseg opravljenih nadur, že opravljenega dela ne bo treba ponavljati in zastavljene cilje bo možno dosegati z manj napora. Zadovoljstvo zaposlenih se bo povečalo.

Odnosi v podjetju po mnenju intervjuvancev niso slabi, vlada pa določeno nezaupanje med zaposlenimi in med različnimi ravnmi zaposlenih. Zaposleni si med sabo pomagajo pri delu in sodelujejo v projektih, hkrati pa se bolj kot na povezovanje in sodelovanje osredotočajo na lastno delo. To se šteje kot posledica dejavnosti in načina vodenja v preteklosti. Ker v zadnjih letih podjetje ni v dobri finančni situaciji, je med zaposlenimi čutili tudi določeno mero pesimizma. Konfliktne situacije se dokaj dobro in hitro rešujejo, pri čemer veliko vlogo odigrajo vodje.

Visok delež bolniških odsotnosti je deloma gotovo povezan tudi s situacijo podjetja in področji, obravnavanimi v intervjuju. Če bi zaposleni čutili večjo pripadnost podjetju, bili bolj povezani s cilji podjetja in za svoje dobro opravljeno delo tudi bolje nagrajeni, bi se to izražalo tudi v večji prisotnosti na delu.

4 PREDLOGI UKREPOV IN DEJAVNOSTI ZA ZMANJŠANJE ABSENTIZMA

Glede na vsebino, obravnavano v prejšnjih poglavjih, in upošteva analizo bolniških odsotnosti v nadaljevanju predlagamo pristop ter ukrepe za zmanjševanje bolniških odsotnosti v podjetju. Pri predlogih imamo v mislih dolgoročno ohranjanje rezultatov zmanjšanja bolniških odsotnosti in zavedanje, da zdravi in zadovoljni zaposleni bistveno prispevajo k uspešnemu poslovanju podjetja.

Ukrepi so zato široko vsebinsko zastavljeni, pristop pa projekten. O celotnem sklopu bomo tako govorili kot o projektu promocije zdravja, od katerega zaradi bolj zdravih in motiviranih zaposlenih pričakujemo manj stroškov, povezanih z bolniškimi odsotnostmi, boljšo kakovost, večjo produktivnost in povečanje zadovoljstva zaposlenih.

4.1 Priprava projekta promocije zdravja

Pri pripravi in načrtovanju projekta pazimo, da upoštevamo in začrtamo vse njegove potrebne elemente. Le tako bomo lahko projekt uspešno izpeljali. Ker v podjetju že poteka uspešno projektno vodenje, nam je bilo to osnova za pripravo projekta. Vsak projekt v podjetju se na podlagi osnovne predstavitve potrdi na poslovodstvu. Predlog osnovne predstavitve smo pripravili po sprejetem načinu v podjetju po točkah, navedenih v nadaljevanju. Pri pripravi smo imeli v mislih, da je predstavitev bistvenega pomena za pridobitev podpore vodstva projektu.

4.1.1 Ozadje projekta

Najprej smo opredelili ozadje projekta. Na eni strani gre za splošen trend staranja prebivalstva – s tem seveda tudi delovno dejavnega – in podaljševanje delovne dobe. Psihofizično pripravljenost za delo je in bo treba vzdrževati vse daljši čas; skrb za zdravje je pri tem ključna.

Na drugi strani se soočimo z vidiki podjetja. Bolniška odsotnost je v podjetju že dlje časa nadpovprečna, kar neposredno vpliva na poslovanje. Pri tem mislimo na finančni vidik zaradi višjih stroškov dela, s čimer nižamo dodano vrednost. Prav tako se izraža v vidiku kupca z višjim izmetom in večjim številom reklamacij ter v manjši točnosti v dobavi izdelkov. Z vidika notranjih procesov je podjetje manj učinkovito in produktivno, saj bolniška odsotnost povzroča veliko motenj v delovnih procesih in pri organizaciji dela. Ne nazadnje na področju učenja in rasti trpi komunikacija, potrebnega je več mentorstva, inovativnost pa ni na želeni ravni.

4.1.2 Izhodišča projekta

V drugem koraku se ukvarjamo z izhodišči projekta. V skupini se že izvajajo dejavnosti na temo zdravja, ki so se izkazale kot dobre prakse, zato jih želimo vključiti v projekt. Paziti moramo, da bodo dejavnosti v projektu posegle na različna področja in pokrile raznovrstne vsebine, vendar da jih bo ob tem še mogoče obvladovati znotraj projekta. Vsekakor moramo že v načrtovanju, še bolj pa v sami izvedbeni fazi, izbrati pozitiven pristop in v dejavnosti vključevati čim širši krog zaposlenih. V podjetju naj se ustvari skupino oz. tim zaposlenih, ki bo pooblaščen za ukvarjanje s področjem promocije zdravja. Povezuje naj se z ostalimi, že obstoječimi timi v podjetju. Delovanje skupine naj bo sistematično in koordinirano. Cilji in spremljanje njihovega doseganja naj bodo jasno določeni. Delo skupine naj bo spodbujevalno usmerjeno. S projektom promocije zdravja želimo na dolgi rok doseči strateški cilj skupine, to je maksimalno 3,9-odstotno bolniško odsotnost na letni ravni.

4.1.3 Projektna skupina

Projektno skupino smo predlagali glede na možnosti in organizacijo podjetja ter ustaljen način projektnega vodenja v podjetju. Za sponzorja projekta predlagamo direktorja podjetja, saj je podpora najvišjega vodstva ključnega pomena za uspeh projekta. Kot vodjo projekta predlagamo vodjo kadrovske službe, kot člane projektne skupine pa še vodjo proizvodnje, razvojnega tehnologa, strokovno sodelavko za področje izobraževanja in predstavnika delavcev. K internim virom z raznolikimi znanji in vedenji za popoln strokovni vpogled dodajamo strokovno usposobljeno sodelavko za področje promocije zdravja v skupini, varnostnega inženirja in izvajalca medicine dela.

4.1.4 Cilji projekta

Sledili smo postavljanju ciljev SMART. Pri t. i. mehkih temah je to nemalokrat težko, vendar kljub temu nujno za spremljanje realizacije. Na podlagi internih podatkov smo postavili štiri cilje projekta:

- Bolniška odsotnost v povprečju 6 % ali manj v letu 2016.
- Z zastavljenimi dejavnostmi v projektu nadaljnje zmanjšanje bolniške odsotnosti do strateške ciljne vrednosti 3,9 % v 2020.
- Znižanje neposrednih stroškov bolniških odsotnosti za 22.000 EUR v letu 2016.
- Z zastavljenimi dejavnostmi v projektu nadaljnje znižanje neposrednih stroškov bolniške odsotnosti. V letu 2020 bo znižanje neposrednih stroškov v primerjavi z obstoječimi znašalo 70.000 EUR.

4.1.5 Dejavnosti za zmanjševanje absentizma

Predlog dejavnosti je oblikovan glede na analizo bolniških odsotnosti in poznavanje stanja v podjetju. Smiselna se nam zdi kombinacija trdih in mehkih ukrepov. Oblikovani so tako za delodajalca kot za delavca. Upoštevali smo dobre prakse in se glede na situacijo v podjetju selektivno odločali za njihov prenos. Vse načrtovane dejavnosti so skladne s cilji in strategijo podjetja ter naj bodo predstavljene zaposlenim. Podjetje in zaposleni bodo imeli dolgoročne koristi od njih le, če jih bodo sprejeli za svoje.

Po razmisleku smo se odločili, da znotraj projekta promocije zdravja predlagamo izvajanje dejavnosti na področju politike varnosti in zdravja pri delu, varnosti na delovnem mestu, enotnega spremljanja bolniških odsotnosti v skupini, enotne obravnave bolniških odsotnosti v skupini, preprečevanja zlorabe psihoaktivnih snovi, ergonomije, zdravega življenjskega sloga in sodelovanja z zunanjimi institucijami.

Na posameznem področju smo natančneje razdelali dejavnosti, njihov namen, opis obstoječega stanja in konkretne naloge. Predlagani terminski plan je nastavljen na enoletno obdobje trajanja projekta in je razviden iz Priloge 2.

– **Politika varnosti in zdravja pri delu**

S politiko varnosti in zdravja pri delu želimo podati zavezo vodstva k vzpostavljanju varnih in zdravih delovnih pogojev ter določiti s tem povezane odgovornosti delavcev. V podjetju se sicer namenja skrb področjem, navedenim v politiki, vendar se z zavezo vzpostavi težnja po sistematičnem in kontinuiranem delu na tem področju. Sama politika sicer ne ureja področja, postavlja pa jasne smernice delovanja. Zato želimo, da projektna skupina oblikuje politiko, ki naj jo vodstvo sprejme. Nato naj se politika predstavi obstoječim zaposlenim, prav tako pa ne smemo pozabiti na seznanjanje novo zaposlenih. Zato predlagamo, da se jo vključi v tiskano gradivo, ki ga prejmejo posamezniki ob zaposlitvi, z njo pa jih seznanimo tudi na prvem usposabljanju v podjetju, to je usposabljanju s področja varstva in zdravja pri delu.

– **Varnost na delovnem mestu**

Ukvarjanje s področjem varnosti na delovnem mestu bo v prvi vrsti prispevalo k manjšemu številu poškodb na delovnem mestu in posledično z boljšo osveščenostjo o pomenu varnosti pri delu tudi k manjšemu številu nezgod zunaj delovnega mesta.

Trenutno se v podjetju v primeru poškodbe pri delu obvesti varnostnega inženirja, s katerim vodja poškodovanega delavca izpolni prijavo poškodbe. Varnostni inženir odda poročilo na inšpektorat in vodi evidenco poškodb. V povezanih družbah se za prijavo poškodbe pri delu uporablja e-obrazec, dostopen na intranetu. Izpolnjen obrazec je osnova za zakonsko zahtevano prijavo poškodbe na inšpektorat, interno pa za razmislek o razlogih za njen nastanek in predvidenih ukrepih za preprečitev nadaljnjih poškodb. Zato se ob vsaki poškodbi definira ukrepe, roke in odgovorne osebe za izvedbo, prav tako se spremlja učinkovitost opravljenih ukrepov. Zastavljen sistem je s strani strokovnih služb ocenjen kot učinkovit, saj poleg zbiranja nujnih podatkov vodje pelje skozi celoten krog PDCA (angl. *plan, do, check, adjust*). To pomeni, da se ob vsaki poškodbi z različnimi metodami razišče ozadje oz. vzrok poškodbe in načrtuje dejavnosti za izboljšanje stanja. Nato se dejavnosti opravi, določen čas po izvedbi pa se preveri učinkovitost opravljenih ukrepov. Glede na ugotovljene možnosti za dodatne izboljšave se potem rešitve prilagodi in nadgradi. Učinek tovrstnega pristopa in nenehnega izboljševanja se pokaže v zmanjšanju števila poškodb pri delu, posledično zaradi boljše osveščenosti zaposlenih tudi v zmanjšanju poškodb zunaj dela in s tem v nižji bolniški odsotnosti. Dobro prakso zato želimo prenesti v podjetje, za kar bo treba sistem in obrazce najprej predstaviti vodstvu podjetja in varnostnemu inženirju ter se uskladiti glede uporabe. Po ureditvi sistemskih avtorizacij se bo lahko sistem predstavilo vodjam in začelo z njegovo uporabo. Namen novega sistema bo izpolnjen z

nadzorom nad delom in realizacijo ukrepov, kar bo prevzel varnostni inženir. Pripravljali bo tudi primerjalne statistike in na oglasni tabli obveščal o poškodbah pri delu ter opravljenih dejavnostih.

Zgoraj opisani sistem se nanaša na že nastale poškodbe in odpravo vzrokov zanje. Pomembno je, da se ukvarjamo tudi s preventivo, zato želimo sistemsko vpeljati praktično usposabljanje zaposlenih iz varstva pri delu na delovnem mestu. Usposabljanje zaposlenih iz varstva pri delu obsega teoretični in praktični del. Vsebina in način predstavitve teoretičnega usposabljanja sta bila leta 2015 v podjetju posodobljena. Medtem ko se ta v podjetju striktno izvaja, se pri praktičnem usposabljanju oz. usposabljanju na delovnem mestu še kažejo možnosti za izboljšave. Ta del usposabljanja je trenutno prepuščen posameznemu vodji, ki ga izvede glede na razpoložljiv čas, sredstva in dojemanje pomembnosti področja. Ker se poškodbe zgodijo neposredno na delovnih mestih, menimo, da je v smislu zasledovanja cilja zmanjšanja števila poškodb pri delu treba posodobiti in sistemsko pristopiti tudi k temu delu usposabljanja ter začeti z izvajanjem. Za to bo treba pripraviti enotno vsebino, ki jo bo vodja na delovnem mestu predstavljal novim delavcem v oddelku, delavcem, prerazporejenim v oddelek, in delavcem, ki se na delo vrnejo po dolgotrajnih odsotnostih, med katere štejemo tiste nad 90 dni. Pripravljene vsebine in obrazce bo varnostni inženir predstavil vodjam, ki bodo nato začeli z izvajanjem usposabljanj. Nadzor nad izvedbo bo prav tako izvajal varnostni inženir, evidenco pa bo vodila kadrovska služba.

Osnova za delo na področju varnosti in zdravja pri delu je interni akt Izjava o varnosti z oceno tveganja ter zdravstveno oceno. To je zakonsko obvezen dokument vsakega delodajalca, s katerim se identificira in oceni nevarnosti ter tveganja posameznega delovnega mesta za nastanek poškodb in zdravstvenih okvar, resnosti ter pogostosti dogodkov, ki vplivajo na varnost in zdravje zaposlenih. Določijo se načini in ukrepi za zagotavljanje varnosti in zdravja pri delu. Akt je treba ažurirati in dopolnjevati ob vsaki novi nevarnosti ter spremembi tveganj. Izdelata ga pooblaščen strokovni sodelavec in izvajalec medicine dela. Pomembno je, da s kakovostno pripravljeno Izjavo o varnosti z oceno tveganja ter zdravstveno oceno lahko bistveno prispevamo k boljšim delovnim pogojem in s tem k večjemu zadovoljstvu zaposlenih. Akt v podjetju dolga leta ni bil osvežen. Po spremembi sistemizacije delovnih mest v letu 2013 je varnostni inženir začel s posodabljanjem, vendar dejavnosti v tem trenutku še niso zaključene. Treba je določiti še odgovornosti v zvezi z varnostjo in zdravjem pri delu na posameznih delovnih mestih v podjetju, predstaviti akt predstavnikom delavcev, nato pa ga uradno sprejeti in predstaviti zaposlenim.

Glede na ocenjena tveganja je treba delavce pred temi zaščititi. Osebna varovalna oprema je oprema ali pripomoček, z nošenjem katerega se posameznik zaščiti pred nevarnostmi za zdravje in varnost ter prepreči ali zmanjša tveganje izpostavljenosti nevarnostim. Potrebno osebno varovalno opremo v podjetju delodajalec določi v Izjavi o varnosti in skladno z

zakonodajo jo je dolžan zagotoviti delavcem. V podjetju se osebno varovalno opremo sicer zagotavlja, vendar po zastareli Izjavi o varnosti. Nekateri zaposleni posledično niso ustrezno opremljeni, s čimer se povečuje tveganje za nastanek poškodb. Med dejavnostmi zato predlagamo, da se skladno s prenovljeno Izjavo o varnosti pripravi še katalog osebne varovalne opreme ter vzpostavi sistem za zagotavljanje osebne varovalne opreme in nadzor nad njeno uporabo.

Skladno z zakonodajo se v zdravstveni oceni določita tudi periodika in obseg zdravniških pregledov, ki jih je treba redno izvajati. Gre za preventivno delovanje na področju varovanja zdravja in delovne zmožnosti delavca, preprečevanja poklicnih bolezni ter bolezni v zvezi z delom, preprečevanja poškodb pri delu ter invalidnosti. Izvajalci medicine dela ugotavljajo zdravstveno stanje delavca in zmožnost za opravljanje določenega dela pod določenimi pogoji v določenem delovnem okolju. V podjetju je leta 2014 več kot polovica delavcev opravila obdobjni zdravstveni pregled. Zaznati je bilo večje število zapisanih omejitev za opravljanje dela. Ker želimo v čim večji možni meri izločiti vzroke na strani delodajalca za tako stanje ter izboljšati ali vsaj obvarovati obstoječe zdravstveno stanje in delovno zmožnost delavcev, želimo v podjetje uvesti sistem ukrepanja ob odstopanjih na zdravstvenih pregledih. Še naprej je potrebno redno izvajanje zdravstvenih pregledov, skladno s periodiko, določeno v zdravstveni oceni. Uvesti je treba ukrepanje ob neudeležbah na pregledu. Z vidika zdravstvenih omejitev naj se vzpostavi njihovo sistemsko spremljanje in na tej podlagi sprejem ter izvedba potrebnih ukrepov.

– **Enotno spremljanje bolniških odsotnosti**

Ažurni in zanesljivi podatki so osnova za spremljanje gibanja bolniških odsotnosti ter odkrivanje vzrokov zanje. Podatki so razpoložljivi iz več virov: internih, na NIJZ in pri izvajalcu medicine dela. V podjetju uporabljajo vse vrste spremljanja, vendar to – tako časovno kot v smislu primerljivosti podatkov – ni poenoteno znotraj skupine. Spremljanje prav tako ni podprto z informacijskim sistemom. Vse to želimo spremeniti oz. izboljšati z namenom pravočasnega odkrivanja vzrokov za porast bolniških odsotnosti in njihovega odpravljanja. Zato predlagamo, da se pripravi seznam elementov mesečnega internega poročanja o bolniških odsotnostih, ki bo poleg podatkov iz Potrdila vključeval še povzetek razgovorov z zaposlenimi ter predlagane in realizirane rešitve. Na internem informacijskem sistemu za poročanje naj se pripravi poročilo, ki bo zajemalo enotne podatke za vsa podjetja v skupini. Letno naj se naroča podatke na NIJZ in pri izvajalcu medicine dela. Poročanje naj se izvaja na mesečnih kadrovskih sestankih ali kolegiju z upoštevanjem zakonodaje na področju varovanja osebnih podatkov. Osnovni podatki naj bodo razpoložljivi tudi zaposlenim na oglasnih tablah, ki naj imajo poenoteno postavitve in način predstavitve. Enotno spremljanje bolniških odsotnosti je namenjeno predvsem odkrivanju njihovih vzrokov, na podlagi katerih lahko pripravljamo in izvajamo ukrepe za zmanjšanje bolniških odsotnosti.

– **Enotna obravnava bolniških odsotnosti**

Bolniška odsotnost je lahko posledica različnih dejavnikov, vedno pa je posameznik tisti, ki se odloči za koriščenje odsotnosti. Čeprav sta torej načrtovanje in izvajanje sistemskih dejavnosti za promocijo zdravja ter zmanjšanje bolniških odsotnosti nujni, menimo, da podjetja ne smejo zanemariti dela s posameznikom. Tega je v konkretnem podjetju v povezavi z bolniškimi odsotnostmi premalo. Ker želimo globlje spoznati vzgibe oz. vzroke posameznikov za odsotnosti in jih, če je to v moči delodajalca, tudi odpravljati, se bomo ukvarjali z enotno obravnavo bolniških odsotnosti.

Najprej je treba preveriti vsebino pravilnika o preprečevanju zlorabe bolniških odsotnosti, jo po potrebi popraviti, pravilnik sprejeti in ga predstaviti zaposlenim. Če se ugotovijo zlorabe, mora podjetje ukrepati skladno s pravilnikom. Naslednja dejavnost so razgovori z zaposlenimi po zaključeni bolniški odsotnosti; za njihovo izvajanje se usposobi vodje. Primer obrazca za vodenje razgovorov je v Prilogi 3. Povzetke razgovorov je treba spremljati in ukrepati ustrezno z zaključki. Informatizacija procesa bo delo bistveno olajšala. Poklicna rehabilitacija je naslednja tematika, ki jo želimo uvesti v podjetju, seveda v sodelovanju z izvajalcem medicine dela.

– **Preprečevanje zlorabe psihoaktivnih snovi**

Pravilnik o preprečevanju dela pod vplivom psihoaktivnih snovi je v podjetju v veljavi in rabi že več let. Lani je bil posodobljen s področjem psihoaktivnih zdravil. Z vidika aktov je področje urejeno, korak dlje želimo narediti pri osveščanju zaposlenih o posledicah zlorab psihoaktivnih snovi ne le na delovnem mestu, temveč tudi v življenju zunaj dela. S tem namenom predlagamo ponovno predstavitev pravilnika zaposlenim s poudarkom na posledicah uporabe psihoaktivnih snovi in z ničelno toleranco do tega v podjetju. V primeru suma na zlorabo naj podjetje izvaja nadzor in ukrepe skladno s pravilnikom.

– **Ergonomija**

Podatki izkazujejo, da je v podjetju velik delež bolniških odsotnosti zaradi bolezni mišično-kostnega sistema. Če želimo zmanjšati bolniško odsotnost oz. dolgoročno vplivati na delovno zmožnost zaposlenih, je treba osvestiti zaposlene o načinu dela, ki je manj škodljiv zdravju. Pri tem govorimo o načinu sedenja, dvigovanja bremen, o razbremenitvi mišic med delom ipd. V zadnjih letih se v podjetju temu ni namenjalo posebnega poudarka. V projektu zato predlagamo izvedbo usposabljanja z naslovom Šola za hrbtenico s strani izvajalca medicine dela. Tematika usposabljanja naj se nanaša na zgoraj opisane elemente, gradivo naj bo pripravljeno na podlagi ogleda delovnih mest s konkretnimi primeri iz podjetja. Usposabljanje naj se opravi za vse zaposlene, najprej pa za vodstvo, linijske vodje in tehnologe. To je tista ciljna skupina, od katere se tudi vnaprej pričakuje širjenje znanja, opozarjanje na napake, predloge in izboljšave na delovnih mestih. Usposabljanja se nato

nadaljujejo po skupinah delovnih mest. Po izvedbah je pomembno, da zaposlene opazujemo na delovnih mestih in opozarjamo na možne izboljšave. Znanje je treba prenašati tudi na nove zaposlene, zato naj se vsebine Šole za hrbtenico vključijo v mentorski sistem in usposabljanje iz varstva pri delu.

K zmanjševanju bolniške odsotnosti zaradi mišično-kostnih obolenj bomo poleg boljše osveščenosti delavcev o opravljanju dela z manjšimi obremenitvami za hrbtenico in organizem nasploh lahko veliko prispevali tudi z izboljševanjem ergonomskih pogojev dela v podjetju. Ergonomija je multidisciplinarna veda, s pomočjo katere se delodajalci vse več ukvarjajo s ciljem zagotoviti delavcem okolje oz. delovna mesta s čim manjšimi škodljivimi učinki na zdravje. V zadnjih letih se v podjetju z ureditvami delovnih mest niso sistematično ukvarjali; investicije so bile minimalne. Če proizvodnja ni fizično zahtevna, to ne pomeni, da ne pušča posledic na zdravju zaposlenih. Z zavedanjem, da ni mogoče ergonomsko urediti celotnega podjetja istočasno ter da je tovrstno urejanje in osveščanje zaposlenih dolgotrajen in nujen proces, naj se med projektom v podjetju določi nekaj zaposlenih, ki se bodo s tem področjem kontinuirano ukvarjali – imenujmo jih skrbniki za ergonomijo. Skrbnike je treba najprej usposobiti za delo na področju ergonomije, nato lahko začnejo z ogledom in analizo delovnih mest, določijo prioritete in njihovim reševanjem. Urejeno stanje je treba nato seveda tudi vzdrževati. O rezultatih dela naj se na oglasnih tablah obvešča zaposlene, sicer pa naj se jih čim več vključuje v procese, lahko tudi z inventivno dejavnostjo. S sistematičnim urejanjem delovnih mest po načelih ergonomije se povečuje tudi zadovoljstvo zaposlenih, kar pozitivno vpliva na zmanjševanje bolniških odsotnosti.

– **Zdrav življenjski slog**

Življenjski slog posameznika ima velik vpliv na zdravje in s tem na kakovost življenja. Pri tem je največji poudarek na zdravi prehrani in gibanju. Telesna dejavnost in prehrana sta pomembna vedenjska dejavnika, ki izrazito vplivata na naše zdravje v vseh življenjskih obdobjih. Pogostost, intenzivnost in vrsta telesne dejavnosti, prehranski vnos, prehranske navade in prehranski status so pomembne determinante kroničnih nenalezljivih bolezni, bodisi kot dejavnik tveganja, ki ogroža zdravje, bodisi kot varovalni dejavnik, ki krepi zdravje in izboljšuje kakovost življenja. V podjetju zaposlenim zagotavljajo topel obrok v dopoldanski in popoldanski izmeni, možno je izbirati med več meniji. Storitve uporablja približno polovica zaposlenih, medtem ko preostala polovica med delovnim časom ne užije toplega obroka. Z dejavnostmi v projektu želimo zagotoviti bolj kakovostno prehrano na delovnem mestu in več zaposlenih pritegniti k uživanju toplega obroka med delovnim časom. Poleg tega želimo osveščati tudi o vseh drugih vidikih in pomenu zdravega prehranjevanja.

V zvezi z gibanjem želimo v projektu spodbujati udeležbo na množičnih prireditvah, čeprav že sedaj – tako kot v ostalih podjetjih – podjetje zaposlenim poravnava prijavnino za

Maraton Franja in Ljubljanski Maraton, udeleženci pa prejmejo tudi dres. Poleg tega naj se načrtuje organizacija posameznih internih dogodkov, povezanih z gibanjem.

Ideja projekta je, da bi vsak mesec organizirali en dogodek na temo promocije zdravja. Dogodki bi vključevali različna področja npr. politiko varnosti in zdravja pri delu, nordijsko hojo, zdravo prehrano, obvladovanje stresa, pobudo recimo ne alkoholu, odvajanje od kajenja, preizkus hoje, vadbo na delovnem mestu, ergonomijo, preventivo srčno-žilnih bolezni, cepljenje proti gripi ter preventivo proti virusom in prehladom. Dogodke želimo povezovati z osveščanjem ter informiranjem zaposlenih v posameznih mesecih.

Naslednja predlagana dejavnost je povezovanje z lokalnim zdravstvenim domom. Program Cindi bi lahko bil prva vez, ki bi povezala interne mesečne »dneve zdravja« s programom ali izvajalci iz zdravstvenega doma.

– **Sodelovanje z zunanjimi institucijami**

Z lokalnim zdravstvenim domom je bilo podjetje do sedaj v navezi le, kadar je bilo to nujno potrebno, tesnejšega sodelovanja pa ni bilo. Za promocijo zdravja lahko veliko naredi podjetje samo, menimo pa, da je s sodelovanjem stroke in lokalnih institucij mogoče narediti še veliko več. Prav tako je bistveno lažje reševati individualno problematiko, če osebni zdravniki poznajo delo in podjetje, v katerem je bolnik zaposlen. Sodelovanje z medicino dela je boljše, izvajalec je odprt in podpira trud podjetja v smeri promocije zdravja. Ker izvajalec pozna podjetje, zahteve delovnih mest in tudi zaposlene, predvidevamo, da bi sodelovanje lahko bilo še tesnejše, samoiniciativno tudi s strani izvajalca in na področju preventivnega delovanja. S projektom zato želimo pridobiti strokovno podporo, posredno vplivati na procese promocije zdravja in bolniških odsotnosti na lokalni ter državni ravni s sistemsko vzpostavitvijo relacij z medicino dela in vzpostavitvijo sodelovanja z lokalnim zdravstvenim domom. Znotraj skupine so že poznani primeri s tem povezanih dobrih praks, kar nam daje spodbudo za delovanje v tej smeri.

4.1.6 Ocena stroškov in koristi

Na podlagi pripravljenega načrta dejavnosti smo lahko načrtovali stroške projekta in stroške zastavljenih dejavnosti v naslednjih petih letih. V oceno koristi smo zajeli načrtovano zmanjšanje stroškov zaradi znižanja odstotka bolniških odsotnosti v breme podjetja in oportunitetne koristi, ki izhajajo iz nižjega odstotka vseh bolniških odsotnosti. Ob predpostavki doseganja zastavljenih ciljev projekta, podobnem številu in strukturi zaposlenih ter bolniških odsotnosti bodo neposredni stroški bolniških odsotnosti v prvem letu projekta nižji za 22.000 EUR, v petem letu pa že za 70.000 EUR. Skupni prihranki iz tega naslova bodo znašali 255.000 EUR. Oportunitetne koristi smo ocenili kot znižanje

števila nadur, manjše potrebe po nadomeščanju, boljšo organizacijo in kakovost dela, in sicer na 11.000 EUR v prvem letu. V naslednjih letih bodo prihranki vse večji, in sicer do 23.000 EUR v zadnjem letu, in bodo skupaj znašali 88.000 EUR. Ocenjujemo, da bodo vsi prihranki v petih letih skupaj znašali 343.000 EUR.

Na drugi strani smo izračunali stroške projekta in jih prav tako delili na neposredne in oportunitetne. Med neposredne stroške smo šteli stroške izvedbe projekta promocije zdravja, torej izobraževanj in delavnic, dodatnih zdravniških pregledov kot posledico ukrepanj ob odstopanjih, nadzor bolniškega staleža in prisotnosti psihoaktivnih snovi, izboljšanja prehrane med delovnim časom, organizacije športnih dogodkov, stroške sodelovanja izvajalca medicine dela ter varnostnega inženirja pri projektu. V prvem letu bodo ti stroški znašali 10.000 EUR in se nato med projektom zmanjševali do 2000 EUR v zadnjem letu. Skupaj bodo znašali 27.000 EUR. K temu smo prišteli stroške vlaganj v ergonomsko urejenost delovnih mest in zagotavljanja osebne varovalne opreme v višini 71.000 EUR. Izvajanje projekta bo zahtevalo vložek časa zaposlenih, ki sodelujejo v projektu, vodstvenega kadra in ostalih, ki bodo pripomogli k izvedbi zastavljenih dejavnosti, kar smo ocenili na 21.000 EUR oportunitetnih stroškov. Za projekt promocije zdravja in iz njega izhajajoče dejavnosti torej skupaj namenjamo 119.000 EUR v naslednjih petih letih. Iz navedene ocene izhaja, da se bo podjetju vsak evro, vložen v promocijo zdravja, v naslednjih petih letih vrnil 2,9-krat.

4.1.7 Omejitve in tveganja

Razmislek o omejitvah in tveganjih v projektu je pomemben s stališča ukrepanja – seveda če do njih pride. Predvidevamo, da nas med projektom lahko ovirajo naslednje omejitve in tveganja, ki smo jih skušali izločiti pred začetkom projekta oz. za katere smo skušali predvideti ukrepe.

Sistem je odvisen od sodelovanja zunanjih sodelavcev: k sodelovanju smo povabili sodelavce, ki projekt podpirajo tudi na podlagi pozitivnih izkušenj in rezultatov s podobnimi dejavnostmi. Na sodelovanje so pristali pred začetkom projekta in si ob tem rezervirali čas. V stroških projekta so bila načrtovana sredstva za pokritje njihovega dela.

Sistem je odvisen od delovanja ZZZS in Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (v nadaljevanju ZPIZ): na delovanje inštitucij ne moremo vplivati. Lahko pa sledimo njihovem delu prek izdanih odločb in striktno uporabljamo možne ukrepe in opozorila, če menimo, da njihove odločitve niso v korist delavca oz. delodajalca.

Zakonodaja: na zakonodajo lahko vplivamo s podajanjem mnenja delodajalcev do pogajalcev, združenj delodajalcev ipd. V vsakem primeru moramo veljavno zakonodajo spoštovati.

Pomanjkanje časa članov projektne ekipe: podpora vodstva projektu ni vprašljiva, zato menimo, da bo izvedba dejavnosti v projektu ena izmed prioriternih nalog članov skupine. Poleg tega so bili k sodelovanju pri projektu povabljeni tisti zaposleni, katerih delo je tudi sicer povezano z načrtovanimi dejavnostmi in ki jim skrb za zdravje tudi sicer ni tuja.

(Ne)sodelovanje linijskih vodij zaradi obremenjenosti: vodje bodo predlagane dejavnosti izvajali v praksi, če bodo od njih deležni koristi. Zato je treba dejavnosti na ta način vpeljevati v prakso.

Odpor zaposlenih do sprememb: spremembe so redko dobrodošle med zaposlenimi, sploh med proizvodnimi delavci. Ker s projektom ne bomo nalagali dodatnega dela in večali pričakovanj do zaposlenih, ampak delovali v korist delavcev, menimo, da odpor ne bo dolgotrajen in bomo uspešni pri reševanju morebitnih konkretnih težav delavcev.

Izvajanje vpeljanih dejavnosti po zaključku projekta: večina dejavnosti se bo med projektom sistemsko zastavila, vpeljala v prakso, nato pa bo zahtevala delovanje tudi po zaključku projekta. Če bomo uspešni pri sami vpeljavi in bomo prikazali pozitivne učinke našega dela tako vodstvu in linijskim vodjam kot zaposlenim, potem nadaljnje izvajanje dejavnosti ne bo težava.

4.1.8 Nadzor projekta in poročanje

Nadzor projekta je bistven za spremljanje doseganja ciljev projekta, ocenjevanje sprejemanja in učinkovitosti ukrepov ter morebitna prilagajanja. Predlagamo, da nadzor projekta izvaja vodstvo podjetja, poročanje pa naj se izvaja na mesečnih pregledih projektov. Kot orodje za poročanje naj se uporablja portal Project. To je tudi skladno s sistemom projektnega vodenja v podjetju.

4.2 Dodatne predlagane dejavnosti za zmanjšanje absentizma

Znotraj projekta promocije zdravja smo definirali med seboj povezane dejavnosti, ki se nanašajo na znižanje bolniške odsotnosti in zdrav način življenja. Menimo, da ostala področja, ki so podlaga za zadovoljstvo zaposlenih in pozitivno klimo v podjetju, prav tako bistveno vplivajo tudi na bolniško odsotnost. V projekt promocije zdravja jih nismo vključili, ker bi po našem mnenju projekt tako lahko postal neobvladljiv. Predlagamo pa, da se v okviru drugih projektov začrta še dejavnosti na naslednjih področjih.

Ciljno vodenje: postaviti je treba strategijo za naslednjih pet let in v uresničevanje vključevati ključne zaposlene. Uporabljata naj se projektno delo in ciljno vodenje na vseh ravneh.

Nagrajevanje: zaradi slabe poslovne situacije v podjetju se je v zadnjih treh letih naredilo minimalno na nagrajevanju zaposlenih. Predlagamo, da se v podjetju vzpostavi sistem nagrajevanja, ki ga uporabljajo povezane družbe, z jasnimi kriteriji in cilji, kar podpira tudi ciljno vodenje. Že z minimalnimi sredstvi ali tudi nematerialno se lahko nagradi nadpovprečno učinkovite zaposlene, kar bo pozitivno vplivalo na njihovo motivacijo in zadovoljstvo.

Mentorski sistem: v podjetju je glede na strategijo treba delati na večopravnosti in fleksibilnosti zaposlenih. Razvojni in tehnični oddelki so bodo širili. Predlagamo, da se prenove sistem mentoriranja in prenosa znanja v podjetju, ki se je zaradi nekaterih odločitev in ukrepov v preteklih letih zelo poslabšal. S tem se bodo krepili dobri odnosi med zaposlenimi, timsko delo in procesi pa se bodo izboljševali.

Vodenje: treba ga je stalno izboljševati na vseh ravneh. Predlagamo 360-stopinjsko ocenjevanje vseh vodij na vseh ravneh ter glede na rezultate individualno pripravo letnih ali dvoletnih konkretnih načrtov dejavnosti in nalog, ki bodo prispevale k izboljšanju vodenja. Načrti naj se vključujejo v načrte izobraževanja in usposabljanja, realizacijo naj se preverja na razvojnih pogovorih in celostno v kadrovski službi. Po poteku se ponovno oceni stanje.

Komunikacija: deloma se ta tematika obravnava tudi na področju vodenja, celostno pa predlagamo, da se sprejme politika komuniciranja v podjetju. Vključuje naj način pretoka informacij, pravila sestankovanja, objavlanje informacij na oglasnih tablah ter intranetu in sistem obravnave pritožb zaposlenih.

SKLEP

V diplomskem delu smo obravnavali zdravstveni absentizem oz. bolniško odsotnost, to je odsotnost z dela zaradi bolezni ali poškodbe s pravico do nadomestila plače za čas odsotnosti. Teoretično smo opredelili vrste absentizma glede na trajanje in razloge. Nato smo iskali vzroke za absentizem. Ugotovili smo, da se vzroki najpogosteje združujejo v subjektivne in objektivne, gledano po časovni komponenti pa na dolgoročne, srednjeročne in kratkoročne. Dejavniki absentizma so lahko vezani na družbo, delovno organizacijo ali delavca, vedno pa so med seboj povezani. Preučili smo različne pojasnjevalne modele absentizma, ki so nastali kot povezovanje posameznih vzrokov za absentizem in samega pojava. Posvetili smo se kazalnikom za analiziranje absentizma in nazadnje v teoretičnem delu še posledicam absentizma, ki so raznovrstne tako na ravni države in delodajalcev kot delavca.

Prav zaradi zmanjšanja negativnih posledic smo se v nadaljevanju ukvarjali z dejavniki zmanjšanja absentizma. Ugotovili smo, da je za učinkovito reševanje problematike absentizma potreben celosten in sistematičen pristop. Delovati je treba ne le kurativno z

različnimi formalnimi, lahko jim rečemo tudi trdimi ukrepi, temveč tudi preventivno z mehкими metodami. Pomembno je, da se ne osredotočamo zgolj na zdravstvene težave in njihovo odpravo, ampak smo pozorni tudi na delovno in socialno okolje ter ju izboljšujemo. Ponudili smo osnovna načela za uspešno delo pri zmanjševanju absentizma; v vseh primerih je vsekakor bistveno vključevanje posameznikov. Vsako podjetje je okolje s svojimi specifikami, lastno kulturo in vrednotami, zato ne moremo pričakovati, da bodo enake rešitve v različnih podjetjih prinašale enake rezultate.

V primeru interne analize bolniških odsotnosti izbranega podjetja nismo potrdili, da so starejši delavci pogosteje odsotni kot mlajši, potrdili pa smo, da z dela pogosteje izostajajo ženske. Najpogostejše diagnoze za odsotnosti so poškodbe in zastrupitve zunaj dela, bolezni mišično-kostnega sistema in veznega tkiva ter bolezni obtočil.

Nemedicinsko ozadje bolniških odsotnosti v podjetju smo preverili z izvedbo petih intervjujev, v katerih so nas zanimali vodenje, odnosi med zaposlenimi, delovno okolje, motivacija zaposlenih, komunikacija in organizacija dela v podjetju. Povzamemo lahko, da ima podjetje večje možnosti za izboljšave na področju motivacije zaposlenih in komunikacije, kar bi pozitivno prispevalo tudi k zmanjševanju bolniških odsotnosti.

Na podlagi proučene teorije in analize bolniških odsotnosti v podjetju smo v zadnjem poglavju pripravili predloge ukrepov in dejavnosti, z izvajanjem katerih bo izbrano podjetje zmanjšalo visoko bolniško odsotnost, kar je bil tudi cilj diplomskega dela. Dejavnosti pokrivajo široko področje formalnih in mehkih ukrepov. Razvrstili smo jih na politiko varnosti in zdravja pri delu, varnosti na delovnem mestu, enotno spremljanje bolniških odsotnosti v skupini, enotno obravnavo bolniških odsotnosti v skupini, preprečevanje zlorabe psihoaktivnih snovi, ergonomijo, zdrav življenjski slog in sodelovanje z zunanjimi institucijami. Vse so povezane v projektno obliko izvajanja z jasnimi cilji, odgovornimi osebami, roki, proračunom, poročanjem in nadzorom. Menimo, da je tak način dela za izbrano podjetje najbolj primeren in bo prinesel zastavljene rezultate.

LITERATURA IN VIRI

1. Absenteeism: the bottom-line killer. (2005). Najdeno 28. februarja 2016 na spletnem naslovu <http://www.workforceinstitute.org/wp-content/themes/revolution/docs/Absenteeism-Bottom-Line.pdf>
2. Allebeck, P., & Mastekaasa, A. (2004). Causes of sickness absence: research approaches and explanatory models. *Scandinavian journal of public health*, 32(63), 36–43. Najdeno 18. novembra 2013 na spletnem naslovu http://sjp.sagepub.com/content/32/63_suppl/36.full.pdf+html
3. Avbelj, A. (2012). *Vpliv dejavnikov na gibanje zdravstvenega absentizma in višino nadomestil* (magistrsko delo). Ljubljana: Fakulteta za upravo.
4. Briner, R. B. (1996). ABC of work related disorders: absence from work. *British medical journal*, 313(7061), 874–878. Najdeno 15. novembra 2013 na spletnem naslovu <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2359029/?page=1>
5. Buzeti, J. (2001). Začasna odsotnost zaposlenih z dela: ali poznamo vzroke? *Odgovornost javnega sektorja: znanstvena konferenca: referati / XVIII. dnevi slovenske uprave, DSU, Portorož, 22.–24. september 2011* (str. 17). Najdeno 18. novembra 2013 na spletnem naslovu http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.w.szs-alternativa.si%2Ffiles%2FJernej%2520Buzeti%2520clanek%2520absentizem.pdf&ei=0t2JUqfjPIqA4gSjloHQBw&usg=AFQjCNEVpBRXQ7tD-wmcsJpTFY_vgYYj_Q&bvm=bv.56643336,d.bGE
6. Cesar, E. (2015). Zdravstveni absentizem. V L. Leskovic (ur.), *Zdravstvena nega v primežu nesoglasij in omejitev: zbornik prispevkov, 7. dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice, 22. in 23. januar 2015* (str. 20–26). Najdeno 28. februarja 2016 na spletnem naslovu http://www.dmszt-nm.si/media/pdf/Zbornik_DMT_2015.pdf
7. Delfar, N., Nadrag, P., Kofol Bric, T., & Omerzu, M. (2009). Spremljanje zdravja v gospodarski krizi na primeru bolniške odsotnosti. *Statistični dnevi, Radenci, Slovenija, 9.–11. november 2009* (str. 1–12). Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Najdeno 12. januarja 2016 na spletnem naslovu http://www.stat.si/StatDnevi2009/Docs/Delfar-Bolni%C5%A1ka%20odsotnost_prispevek.pdf
8. Domenis, A., Pustovrh, A., & Černe, M. (2012). Dejavniki absentizma in implikacije problematike absentizma na državni ravni: zdravstvene težave, izgorelost, stres in zadovoljstvo z delom kot potencialni prediktorji absentizma. *Kakovost delovnega okolja v Sloveniji 2009–2012: zbornik projekta IDO Primorske* (str. 128–151). Koper: Založba Univerze na Primorskem.
9. Draksler, T. (2011). *Stroškovni model absentizma za proizvodna podjetja* (magistrsko delo). Kranj: Fakulteta za organizacijske vede.
10. European foundation for the improvement of living and working conditions. (1997). *Preventing absenteeism at the workplace: research summary*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

11. Fakin, S. (2014). Podatki o obveznem zdravstvenem zavarovanju. *Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije*, 11(1), 1–13. Najdeno 12. oktobra 2014 na spletnem naslovu [http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/54774c01a0165f36c1257ca1004785eb/\\$FILE/Podatki%20o%20OZZ_%C5%A1tevilka%201_2014.pdf](http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/54774c01a0165f36c1257ca1004785eb/$FILE/Podatki%20o%20OZZ_%C5%A1tevilka%201_2014.pdf)
12. Florjančič, J. (1994). *Planiranje kadrov*. Kranj: Moderna organizacija.
13. Gospodarska zbornica Dolenjske in Bele krajine. (2012). Absentizem – preprečevanje, obvladovanje in zmanjševanje: priročnik s primeri dobrih praks. Najdeno 10. oktobra 2014 na spletnem naslovu http://www.gzdbk.si/media/pdf/PRIROCNIK_POZA_20121010.pdf
14. Harrison, A. D., & Martocchio, J. J. (1998). Time for absenteeism: a 20-year review of origins, offshoots, and outcomes. *Journal of management*, 24(3), 305–350.
15. Hayday, S. (2006). Managing absence effectively. Najdeno 15. novembra 2013 na spletnem naslovu <http://www.employment-studies.co.uk/system/files/resources/files/op2.pdf>
16. Izbrano podjetje. (2014). *Bolniški stalež – Upravičena zadržanost od dela za polni delovni čas* (interno gradivo). Postojna: Izbrano podjetje.
17. Izbrano podjetje. (2015a). *Bolniški stalež – Upravičena zadržanost od dela za polni delovni čas* (interno gradivo). Postojna: Izbrano podjetje.
18. Izbrano podjetje. (2015b). *Izkoriščenost delovnega časa* (interno gradivo). Postojna: Izbrano podjetje.
19. Izbrano podjetje. (2015c). *Poročilo o obdobjih zdravstvenih pregledih delavcev* (interno gradivo). Postojna: Izbrano podjetje.
20. Izbrano podjetje. (2015d). *Poročilo o poškodbah pri delu za leto 2014* (interno gradivo). Postojna: Izbrano podjetje.
21. Izbrano podjetje. (2015e). *Evidenca obračuna plač* (interno gradivo). Postojna: Izbrano podjetje.
22. Izbrano podjetje. (2015f). *Izvajanje razgovorov po bolniškem staležu* (interno gradivo). Postojna: Izbrano podjetje.
23. Izbrano podjetje. (2015g). *Kadrovska evidenca* (interno gradivo). Postojna: Izbrano podjetje.
24. Juvan Žorž, E. (2005). *Možnosti za preprečevanje zdravstvenih izostankov z dela* (specialistično delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
25. Kazalniki bolniškega staleža po spolu in skupinah bolezni. (2015). V *Nacionalni inštitut za javno zdravje*. Najdeno 12. januarja 2016 na spletni strani https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/NIJZ%20podatkovni%20portal__3%20Zdravstveno%20stanje%20prebivalstva__3f%20Bolniški%20stalež/B_S_TB1.px/?rxid=c9a4f919-9d84-462e-a693-84de36fa1549
26. Kožar, A., & Vrčko, M. (1995). *Obvladajmo bolniško: kako jo zmanjšamo in s tem prihranimo*. Domžale: Lunik.
27. Martocchio, J. J., & Jimeno, D. I. (2003). Employee absenteeism as an affective event. *Human resource management review*, 13(2), 227–241.
28. Mlakar, P. (2013). *Predlog modela ukrepov za zmanjšanje vplivov prezentizma v*

- delovnem okolju* (magistrsko delo). Ljubljana: Fakulteta za upravo.
29. Nacionalni inštitut za javno zdravje – NIJZ. (b. l.). Evidenca začasne/trajne odsotnosti z dela zaradi bolezni, poškodb, nege, spremstva in drugih vzrokov. Najdeno 12. januarja 2016 na spletnem naslovu https://podatki.nijz.si/docs/3f_Bolniški_stalež_Metodološka_pojasnila_NIJZ.pdf
 30. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. *Uradni list RS* št. 3/1998. Najdeno 12. januarja 2016 na spletnem naslovu <https://www.uradni-list.si/1/content?id=151>
 31. Pravilnik o obrazcih in listinah za uresničevanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja – Pravilnik. *Uradni list RS* št. 129/2004. Najdeno 12. januarja 2016 na spletnem naslovu <https://www.uradni-list.si/1/content?id=52314>
 32. *Slovar slovenskega knjižnega jezika*. (2002). Ljubljana: DZS.
 33. Šestan, N. (2008). *Model ugotavljanja povezav med bolniškim staležem in boleznimi mišično-kostnega sistema* (magistrsko delo). Kranj: Fakulteta za organizacijske vede.
 34. Šprah, L., Novak, T., & Dernovšek, M. Z. (2011). *Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije: analiza tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije v posameznih statističnih regijah s pomočjo prilagojene metodologije Indeksa boljšega življenja: elaborat*. Ljubljana: Družbenomedicinski inštitut Znanstvenoraziskovalnega centra Slovenske akademije znanosti in umetnosti.
 35. Vingård, E., Alexanderson, K., & Norlund, A. (2004). Consequences of being on sick leave. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(63), 207–215. Najdeno 28. februarja 2016 na spletnem naslovu http://sjp.sagepub.com/content/32/63_suppl/207.full.pdf
 36. Zakon o delovnih razmerjih. *Uradni list RS* št. 21/2013. Najdeno 10. oktobra 2014 na spletnem naslovu <http://www.uradni-list.si/1/content?id=112301>
 37. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. *Uradni list RS* št. 72/2006. Najdeno 10. oktobra 2014 na spletnem naslovu <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200672&stevilka=3075>
 38. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2010). *Zdravstveni absentizem v Sloveniji. Zbornik primerov iz prakse 14 slovenskih podjetij*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
 39. Žmavc, U. (2007). *Problem absentizma v proizvodnem podjetju* (diplomsko delo). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede. Najdeno 19. oktobra 2014 na spletnem naslovu <http://dk.fdv.uni-lj.si/diplomska/pdfs/Zmavc-Urska.PDF>

PRILOGE

KAZALO PRILOG

| | |
|--|---|
| Priloga 1: Vprašanja za intervju s predstavniki zaposlenih v podjetju..... | 1 |
| Priloga 2: Predlog terminskega plana projekta Promocija zdravja..... | 2 |
| Priloga 3: Predlog vprašalnika za izvedbo razgovora po zaključeni bolniški odsotnosti..... | 4 |

Priloga 1: Vprašanja za intervju s predstavniki zaposlenih v podjetju

- Kako poteka komunikacija v podjetju? Kje, kako dobijo zaposleni informacije o dogajanju v podjetju ter informacije potrebne za delo? Ocenjujete, da je komunikacija v podjetju učinkovita? Zakaj?
- Razmislite o vodenju v podjetju. Kako bi opisali tipičnega vodjo v podjetju? Kako bi opisali idealnega vodjo?
- Kaj menite o motivaciji zaposlenih za delo v podjetju? Kateri so po vašem mnenju razlogi za takšno situacijo? Kaj bi vi naredili za dvig motivacije v podjetju?
- Katere pozitivne in katere negativne stvari bi izpostavili v delovnem okolju (pogoji dela, delovni čas, plače, organizacija dela)?
- Kakšne možnosti za izboljšave na področju organizacije dela vidite? Kako neučinkovita organizacija dela vpliva na zaposlene?
- Kaj menite o odnosih v podjetju? Kje vidite razloge za takšno stanje?
- Kako je po vašem mnenju povezana bolniška odsotnost v podjetju s področji pogovora? Kakšne težave predstavlja bolniška odsotnost zaposlenih za vas?

Priloga 2: Predlog terminskega plana projekta Promocija zdravja

Tabela 1: Terminski plan projekta Promocija zdravja

| Zap. št. aktivnosti | Aktivnost | Pričetek izvajanja aktivnosti | Zaključek aktivnosti |
|---------------------|--|-------------------------------|----------------------|
| 1 | Ažuriranje Izjave o varnosti z oceno tveganja ter zdravstvene ocene | okt 15 | nov 15 |
| 2 | Cepljenje proti gripi | okt 15 | nov 15 |
| 3 | Priprava kataloga OVO, vzpostavitev sistema za zagotavljanje OVO ter nadzorom nad uporabo | okt 15 | nov 15 |
| 4 | Sprejem politike varnosti in zdravja pri delu in informiranje zaposlenih | okt 15 | nov 15 |
| 5 | Predstavitev pravilnika o preprečevanju zlorabe bolniških odsotnosti | okt 15 | nov 15 |
| 6 | Izvajanje ukrepov ob ugotovljenih zlorabah bolniške odsotnosti | okt 15 | |
| 7 | Predstavitev pravilnika in načina ugotavljanja dela pod vplivom PAS | okt 15 | nov 15 |
| 8 | Izvajanje kontrole zlorabe psihoaktivnih snovi | okt 15 | |
| 9 | Mesečno poročanje v podjetju | okt 15 | |
| 10 | Sistemska vpeljava praktičnega usposabljanja zaposlenih iz VPD na DM | nov 15 | nov 15 |
| 11 | Ukrepanje ob odstopanjih na zdravstvenih pregledih | nov 15 | |
| 12 | Izvajanje razgovorov z zaposlenimi po zaključenem kratkotrajni bolniški odsotnosti oz. med dolgotrajnimi bolniškimi odsotnostmi s strani vodij | nov 15 | |
| 13 | Izvajanje razgovorov z zaposlenimi s strani kadrovske službe | nov 15 | |
| 14 | Spremljanje povzetkov razgovorov zaradi bolniških odsotnosti in ustrezno ukrepanje | nov 15 | |
| 1. milestone | Zaključek oz. uvedba aktivnosti 1 - 14 | 31.12.2015 | |

se nadaljuje

nadaljevanje

| Zap. št. aktivnosti | Aktivnost | Pričetek izvajanja aktivnosti | Zaključek aktivnosti |
|----------------------------|---|--------------------------------------|-----------------------------|
| 15 | Preventivno delovanje proti prehladam in virusnim obolenjem | okt 15 | mar 16 |
| 16 | Šola za hrbtenico | okt 15 | mar 16 |
| 17 | Ozaveščanje zaposlenih o posledicah zlorab psihoaktivnih snovi | jan 16 | mar 16 |
| 18 | Letna poročila s strani medicine dela | jan 16 | mar 16 |
| 19 | Poenotena predstavitev bolniške odsotnosti na oglasnih tablah v podjetju | jan 16 | |
| 20 | Poenoteno mesečno koncernsko poročanje prek BW | jan 16 | |
| 21 | Usklajevanje delovne rehabilitacije z medicino dela | jan 16 | |
| 2. milestone | Zaključek oz. uvedba aktivnosti 15 - 21 | 31.3.2016 | |
| 22 | Sistemska vzpostavitev relacij z medicino dela | jan 16 | mar 16 |
| 23 | Določitev prioritet s področja ergonomije in pričetek njihovega reševanja | jan 16 | jun 16 |
| 24 | Izboljšanje prehrane v delovnem času | jan 16 | jun 16 |
| 25 | Ozaveščanje zaposlenih o pomenu zdrave prehrane | jan 16 | |
| 3. milestone | Zaključek oz. uvedba aktivnosti 22 - 25 | 30.6.2016 | |
| 26 | Uvedba mesečnega "dneva zdravja" | apr 16 | |
| 27 | Organiziranje in spodbujanje udeležbe na športnih dogodkih | apr 16 | |
| 28 | Sodelovanje z zdravstvenim domom prek programa Cindi | apr 16 | |
| 29 | NIJZ letna poročila | apr 16 | jun 16 |
| 30 | Vzpostavitev sodelovanja z lokalnim zdravstvenim domom | apr 16 | sept 16 |
| 4. milestone | Zaključek oz. uvedba aktivnosti 26 - 30 | 30.9.2016 | |

Priloga 3: Predlog vprašalnika za izvedbo razgovora po zaključeni bolniški odsotnosti

RAZGOVOR PO BOLNIŠKI ODSOTNOSTI

Ime in priimek (zaposleni) _____

Ime in priimek neposredno nadrejenega _____

Ime in funkcija izvajalca (vodje) intervjuja _____

Datum izvedbe intervjuja _____

Dolžina trajanja bolniške odsotnosti _____

Datum prvega dne odsotnosti _____

Datum zadnjega dne odsotnosti _____

Razlog, ki ga je zaposleni podal za odsotnost _____

| | | | |
|---|----|----|------------------------------|
| 1. Dobrodošli nazaj na delovno mesto! (opišite zaposlenemu, da je pomemben člen v podjetju in kakšne prilagoditve so bile potrebne, ker je bil odsoten, kar daje pozitiven občutek pomembnosti) | | | |
| 2. Kako se počutite? | | | |
| 3. Ste povsem okrevali? | DA | NE | BS zaradi nege ali spremstva |
| 4. Kakšni so občutki ob prihodu nazaj na delovno mesto? | | | |
| 5. Ste bili pri svojem zdravniku? | DA | NE | BS zaradi nege ali spremstva |
| 6. Kdaj? | | | BS zaradi nege ali spremstva |
| 7. Ali jemljete kakšna zdravila / terapije, ki bi lahko vplivala na vas oz. na sposobnost opravljanja dela? | | | BS zaradi nege ali spremstva |
| 8. Ali obstaja možnost, da se bo bolezen ponovila? | DA | NE | Opomba: |
| 9. Kako velika je možnost da se bo bolezen ponovila? | | | |

se nadaljuje

nadaljevanje

| | | | |
|--|----|----|---------|
| 10. Imate še kakšen napovedan obisk zdravnika? | DA | NE | Opomba: |
| 11. Načrtujete v zvezi z zdravljenjem še kakšno odsotnost z dela? | DA | NE | Opomba: |
| 12. Ali je narava bolezni taka, da so možni nadaljnji zapleti? | DA | NE | Opomba: |
| 13. Ali obstaja kakšen ukrep, ki ga lahko izvede naša organizacija, da zmanjša verjetnost ponovne bolniške odsotnosti oz. bolezni? | DA | NE | Opomba: |
| 14. Če obstaja tak ukrep, kateri bi bil? | | | |
| 15. Kako se nameravate vključiti nazaj v delovni proces? | | | |
| 16. Vam lahko kako pomagamo, da bo vaša vključitev še lažja, hitrejša? | | | |
| 17. Zahvala zaposlenemu za pogovor (na tem mestu se zaposlenemu zahvalimo in se lahko še kaj neformalno pogovorimo) | | | |

Vir: Izbrano podjetje, Izvajanje razgovorov po bolniškem staležu, 2015f.