

Delo in varnost

Strokovna revija za varnost in zdravje pri delu ter varstvo pred požarom

65^{let}

neprekinjenega izhajanja

Novi izzivi varnosti pri delu

Opravljanje dela v izjemnih okoliščinah

Z e-učilnico do boljše usposobljenosti na področju varnosti in zdravja pri delu

Delovno okolje slovenskih fizioterapevtov v povezavi s stresom

Celostni pristop k obvladovanju bolečine



Zavod za varstvo pri delu

**Smo ustanova z več kot
šestdesetletno tradicijo.**

Ves čas smo načrtno vlagali
v znanje, razvoj in sodobne
tehnologije. Tako danes - edini v
Sloveniji - nudimo celovito paleto
storitev s področij medicine dela,
medicine športa, varnosti in zdravja pri
delu ter zagotavljanja zdravega okolja.

ZVD

Zavod za varstvo pri delu

ZVD Zavod za varstvo pri delu d.o.o.
Chengdujska cesta 25, 1260 Ljubljana-Polje

T: +386 (0)1 585 51 00

F: +386 (0)1 585 51 01

E: info@zvd.si www.zvd.si

Spoštovane bralke, spoštovani bralci,

Delo in varnost

Izdajatelj:

ZVD Zavod za varstvo pri delu d.o.o.
Chengdujska cesta 25, 1260 Ljubljana - Polje

Odgovorna urednica:

dr. Maja Metelko

Urednika strokovnih in znanstvenih vsebin:

prim. prof. dr. Marjan Bilban, mag. Ivan Božič

Uredniški odbor:

dr. Maja Metelko, mag. Kristina Abrahamsberg, prim. prof. dr. Marjan Bilban, mag. Ivan Božič, Jana Cigula, dr. Boštjan Podkrajšek

Kreativno vodenje:

Propagarna d.o.o.

Lektoriranje:

dr. Nina Krajnc
Fotografije: arhiv ZVD Zavod za varstvo pri delu, Shutterstock, Bigstock, Istockphoto, avtorji člankov

Uredništvo in izvedba:

ZVD Zavod za varstvo pri delu

e-pošta: deloinvarnost@zvd.si

Trženje in naročila:

Jana Cigula

Telefon: (01) 585 51 02

Izhaja dvomesečno

Naklada: 600 izvodov

Tisk: Grafika Soča, d. o. o., Nova Gorica

Cena: 13,90 EUR z DDV

Odpovedni rok je tri (3) mesece s priporočenim pismom. Prosimo, da vsako spremembo naslova sporočite uredništvu pravočasno.

Povzetki člankov so vključeni v podatkovni zbirki COBISS in ICONDA. Revija Delo in varnost je vpisana v razvid medijev, ki ga vodi Ministrstvo za kulturo RS, pod zaporedno številko 622. Vse pravice pridržane. Ponatis celote ali posameznih delov je dovoljen samo s soglasjem izdajatelja.

Foto na naslovnici:

Bigstockphoto

UDK 616.; 628.5; 331.4; 614.8

ISSN 0011-7943

urejenost področja varnosti in zdravja pri delu je pokazatelj urejenosti in zanesljivosti podjetja. Poleg drugega lahko podjetju prinaša tudi koristi in konkurenčno prednost. K zagotavljanju višje varnosti pri delu, ki smo ji priča v zadnjih letih, pripomorejo tako spremenjen odnos družbe do varnosti kot tudi večje zavedanje o tveganjih in nevarnostih ter na splošno dajanje večjega pomena zdravju. Ne nazadnje pa na rast vplivajo tudi predpisi, inšpekcijski nadzor in seveda tudi razvoj tehnologije.

Da bi prišli do svežih podatkov o stanju varnosti in zdravja pri delu v EU, ki so pomembni za nove usmeritve in cilje, je Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu (European Agency for Safety and Health at Work, krajše: EU-OSHA) izvedla tretjo raziskavo (ESENER 3) o številnih pokazateljih stanja varnosti in zdravja pri delu. Raziskava je pomembna, ker zagotavlja primerljive informacije med državami, to pa je potem osnova za pripravo ter implementacijo novih politik in predpisov s tega področja. V tokratni reviji smo pripravili pregled ugotovitev te raziskave. Značilnost Slovenije, ki izstopa med drugimi državami EU, je, da pri nas večino ocen tveganja za podjetja opravijo zunanji izvajalci; le v manjšem deležu jih v podjetjih pripravijo sami. Več o drugih ugotovitvah pa si lahko preberete v članku.

Naslednja revija Delo in varnost izide konec oktobra. V imenu uredništva in vseh sodelavcev revije Delo in varnost vam želim prijetno branje. ■

deloinvarnost@zvd.si



dr. Maja Metelko, odgovorna urednica

Vaša varnost
je naša skrb.



Varovanje svojega premoženja zaupajte največji varnostni družbi v Sloveniji.
Sintal ima dva lastna certificirana varnostno nadzorna centra.
Certificirana varnostno nadzorna centra sta pogoj za delovanje
v skladu z Zakonom o zasebnem varovanju.

Vaša varnost je naša skrb.

Delo in varnost

Zaradi pandemije bolezni COVID-19 so se številne delovne organizacije v preteklih mesecih soočale z nenadnimi spremembami procesa dela. Tudi načrtovana usposabljanja in izobraževanja zaposlenih so bila zaradi preprečevanja širjenja bolezni povečini ukinjena. Pridobivanje novih znanj in veščin je bilo tako omejeno na elektronske vire in uporabo spletnih platform, kamor umeščamo tudi e-učilnice.

(Več na strani **16**)

Varnost pri delu in odnos do nje ne predstavljata le pomembnega dejavnika za delavce, temveč sta tudi kazalec urejenosti in zanesljivosti podjetja, kar prinaša konkurenčno prednost. Čeprav je varnost in zdravje pri delu skrb vsakega izmed nas, je delodajalec tisti, ki mora zagotoviti ustrezne pogoje. K temu pa ga zavezuje tudi več predpisov. A kot vsa področja današnjega življenja se tudi to spreminja in prilagaja.

(Več na strani **23**)

Nošenje medicinskih mask v času zaščitnih ukrepov **6**
Miha Juvan, dipl. inž. teh. var. (UN), ZVD d.o.o.
Primož Vrbinc, dipl. inž. teh. var. (UN), ZVD d.o.o.

COVID-19 - Za zdravje bo skrbela tudi aplikacija #OstaniZdravi **10**
Matija Ferlič

Opravljanje dela v izjemnih okoliščinah **14**
Mag. Boštjan J. Turk

Z e-učilnico do boljše usposobljenosti na področju varnosti in zdravja pri delu **16**
Ines Kuhta, mag. psih.,
Izobraževalno-raziskovalni inštitut Ljubljana

Samodejno segrevanje in samovžigi – samovžig sena **19**
Mag. Boštjan Triler

Novi izzivi varnosti pri delu so psihosocialna tveganja in vpliv digitalizacije **23**
Matija Ferlič

Znanstvena priloga

Delovno okolje slovenskih fizioterapevtov v povezavi s stresom **35**
Patricija Dobravc, dipl. fizio.,
prof. dr. Peter Umek, Visokošolski zavod Fizioterapevtika

Celostni pristop k obvladovanju bolečine **48**
Blaž Kopic, dipl. fizio., Iris Kaiser, mag. psih.

Nošenje medicinskih mask v času zaščitnih ukrepov

Avtorja:

Miha Juvan, dipl. inž. teh. var. (UN), ZVD d.o.o.

Primož Vrbinc, dipl. inž. teh. var. (UN), ZVD d.o.o.

Žal lahko s terena poročamo o tem, da je večina zaposlenih naveličana in kaže vedno večji odpor do doslednega izvajanja zaščitnih ukrepov pred okužbo z virusom SARS-CoV-2. Čas dopustov in posledično manj strogi odzivi posameznih držav, saj želijo podpreti turistično dejavnost, ki je pomemben vir ekonomske stabilnosti, daje posameznikom občutek, kot da se nič ne dogaja, kot da nismo sredi ene najhujših oz. najobsežnejših epidemioloških kriz zgodovine človeštva.

So pa seveda primeri, kjer delodajalci oz. vodje kažejo izjemno zavest in posledično enako zahtevajo od svojih zaposlenih oz. podrejenih. Ponekod gredo celo korak naprej in pripravljajo t. i. epidemiološke načrte, ki so povezani oz. so del načrtov neprekinjenega delovanja podjetja. Tudi širina teh načrtov lahko močno vpliva na pripravljenost podjetja: govorimo predvsem, da imenovana skupina za krizno odzivanje prepoznava trenutne stopnje epidemije v skupnosti in se posledično nanje primerno odziva, tj. z vnaprej pripravljenimi in predvidenimi scenariji, ki uvajajo v rabo ukrepe, s katerimi se zaščiti zaposlene in omili ekonomski udarec podjetja.

Tako opažamo tudi primere zgledne in dobre prakse, ki pa običajno slonijo na nekih izkustvih iz držav, ki jim prvi val epidemije ni prizanesel, tj. običajno v podjetjih, katerih lastniki prihajajo iz teh držav, ali pa v multinacionalnih podjetjih, katerih podružnice so in še vedno javljajo hude težave, vezane na epidemiološko krizo. Se pa ponekod pojavljajo primeri, kjer je zaveza podjetja usmerjena v izvajanje nekaterih ukrepov, vendar se jih vodstvo ne drži oz. jih ne izvaja pravilno ter dosledno. Sistem vodenja varnosti in zdravja pri delu po standardu ISO 45001 govori ravno o tej zahtevi: vodilni kader je vzor svojim zaposlenim in kot tak mora kazati jasno zavezo k varnosti in zdravju pri delu, s čimer se mora kot prvi ravnati skladno z ukrepi za omejevanja prepoznanih tveganj, ki jih je uvedel za zagotovitev varnosti in zdravja pri delu. Tako trenutno opažamo ogromno primerov, kjer so vsi naveličani epidemije in ukrepi so tam bolj kot ne samo napisani, v resnici pa se ne izvajajo tudi v praksi.

Pomembna zahteva nekaterih inšpekcijskih nadzorov na vrhu prvega vala je bila tudi izvedba usposabljanja zaposlenih za pravilno uporabo medicinskih mask oz. respiratorjev, to pomeni pravilno nameščanje, nošenje, odstranjevanje in odlaganje omenjenih sredstev. Zahteva

je izvirala predvsem iz tega, da zaposleni nimajo znanja, kako pravilno uporabljati medicinske maske oz. respiratorje, zaradi česar pride do načinov nošenja le-teh na nepravilen način oz. na način, ki je lahko celo ogrožajoč za varnost in zdravje teh posameznikov. Zato je izjemno pomembno, da prilagodimo programe usposabljanja in to tematiko vključimo tudi v naša usposabljanja zaposlenih za varno in zdravo delo.

Ne pozabite, medicinske maske so namenjene enkratni uporabi, do največ 2 uri hkrati. Ko jo snamemo, jo je potrebno odložiti v za to namenjen zabojnik. Takšne odpadke se lahko odvaža kot infekcijski odpadki, ni pa nujno. Dovolj je, da vrečo s takšnim odpadkom izoliramo za 72 ur, nato pa jo lahko odvržemo v navaden zabojnik za komunalne odpadke.

Vedno, ko nameščate medicinsko masko oz. jo snemate, pred tem pravilno razkužite roke. Prav tako ne pozabite na razkuževanje rok potem, ko jo odvržete med odpadke.

NOSKI (Podnosnik)

Najpogostejša oblika napačnega nošenja medicinskih mask, do katere običajno prihaja zaradi izgovorov, da posamezniki ne morejo dihati oz. da jim primanjkuje kisika. Izvedli smo test z oksimetrom (naprava, ki spremlja saturacijo kisika v telesu), kjer smo posamezniku pravilno namestili 5 medicinskih mask, eno na drugo. Meritev je pokazala popolnoma normalno raven kisika.

**ČELADA**

Ponovno ena od pogosto nepravilnih rab, kadar maske »ne uporabljamo«. Kot v primeru bradobrana lahko kontaminiramo notranji del maske, ki ga potem, ko »uporabljamo« masko, namestimo na usta in nos.

**BRADOBRAN**

Pogosto, kadar maske ne potrebujejo, jo namestijo pod brado, češ bolje tako, kot pa da jo zavržem (enkratna uporaba). Posamezniki se ne zavedajo, da tako, enako kot v prejšnjem primeru, tvegajo svoje zdravje.

**ZAGLAVNIK**

Funkcijsko podobno kot hranjenje mask na vzratnem ogledalu v osebnih vozilih. Podobno kot že v zgornjih primerih lahko tako kontaminiramo masko.



PRAVILNA UPORABA MASKE IN RESPIRATORJA

Pravilno nameščena medicinska maska oz. respirator mora prekrivati tako nos kot usta. S tem je še vedno izpostavljena

očesna sluznica, zaradi česar nekateri posegajo celo po zaščitnih vizirjih, kar sicer pri nas ni običajna praksa.



PRAVILNA NAMESTITEV ZAŠČITNE MASKE ZA ENKRATNO UPORABO

1.



Najprej si dobro umijemo roke z milom in vodo ali si jih razkužimo.

2.



Masko obrnemo tako, da je vgrajena kovinska žička na vrhu. Pri barvni maski pazimo, da je bela stran obrnjena navznoter.

3.



Zanke zatakujemo za ušesa, vgrajeno kovinsko žico pa pritismo ob nos, da se maska tesno prileže k obrazu.

4.



Masko držimo na nosu, njen spodnji del potegnemo čez brado.

5.



Maska je pravilno nameščena.



Maska je namenjena ENKRATNI uporabi. Zamenjati jo je potrebno po DVEH URAH oziroma POGOSTEJE, če je vlažna. Pravilno nameščena maska mora pokrivati USTA, NOS in BRADO.

PRAVILNA ODSTRANITEV ZAŠČITNE MASKE

1.



Najprej si dobro umijemo roke z milom in vodo ali si jih razkužimo.

2.



Pazimo, da masko primemo samo za ušesne zanke, saj se sicer lahko okužimo.

3.



Masko vstavimo v plastično vrečko, ki jo z vozlom ali elastiko dobro zapremo in jo na varnem mestu hranimo 72 ur.

4.



Vrečko z masko po pretečenih 72 urah odvržemo v koš z mešanimi odpadki.

5.



Ponovno si umijemo oziroma razkužimo roke.

6.



Masko smo varno odstranili z obraza.

COVID-19 – Za zdravje bo skrbela tudi aplikacija #OstaniZdrav

Avtor:
Matija Ferlič

Ob padanju števila okuženih z novim koronavirusom in rahljanju vladnih ukrepov je velik del javnosti zajel lažni občutek, da je virus premagan in da je najhuje mimo. Strokovnjaki so bili sicer ves čas previdni in so stalno svarili pred drugim valom, predvsem pa izpostavljali, da bolezen covid-19 še zdaleč ni premagana. Ta se je prav zaradi strogih ukrepov pri omejitvi gibanja, omejenih socialnih stikih in spremenjenih higienskih navad le potuhnila.

Zdravstvo in drugi strokovnjaki tako doma kot po svetu so si edini, da virusa ne bomo izkoreninili. Mirnejši časi se nam obetajo šele, ko bo na voljo cepivo oziroma primerno zdravilo, toda do tja je še dolga pot, čeprav so vse sile znanosti in medicine zdaj usmerjene v to področje.

Da so se ukrepi nošenja obrazne maske, higiene in razkuževanja rok ter omejitev gibanja, predvsem pa povečana medosebna razdalja, za zdaj izkazale za edino uspešno bitko proti nalezljivemu virusu, je bržkone dokazano.

ISKANJE DODATNIH REŠITEV ZA OMEJITEV OKUŽB

Ker si nihče ne želi tako obširnega ustavljanja javnega življenja, ki je škodljivo predvsem za gospodarstvo in ekonomijo, izolacija pa negativno vpliva tudi na socialno življenje posameznikov, stroka ves čas išče druge mehkejšje rešitve. Predvsem kako ugotoviti, če smo bili v stiku z okuženo osebo in kako najuspešnejše osamiti okužene, da boleznin ne bi prenašali.

Kmalu po izbruhu epidemije so najprej iz tujine, potem pa še doma, prišle ideje o posebni mobilni aplikaciji za sledenje okuženih. To je najprej sprožilo val ogorčenja, predvsem

zato, ker gre tudi za politično pobudo, ki pa razumljivo odpira nova in nova vprašanja, zlasti pa vpliva nekoliko več nezaupanja, kot če za idejo stoji samo stroka.

Sredi junija je denimo Nemčija že zagnala »covid-19 aplikacijo«. Ob tem je vlada zagotovila, da je aplikacija za sledenje okuženim trenutno najboljša na področju zasebnosti in varovanja podatkov. Pomirila je z vidika, ki ljudi najbolj skrbi. Tudi pri nas je informacijska pooblaščenka izpostavila, da mora biti kristalno jasno, kako se aplikacija uporablja, kako se podatki beležijo ter predvsem kje in koliko časa se hranijo ter kdo do njih lahko dostopa.

TEMELJI NA PROSTOVOLJNI BAZI

Aplikacija, ki uporabnika posvari ob morebitnem stiku z okuženo osebo, ni prva te vrste, a ker je v Nemčiji uporaba prostovoljna in ne obvezna, je tudi njen učinek zmanjšan. Zaupanje je namreč omajano predvsem zaradi možnosti zlorab pri zbiranju podatkov o posameznikih. Iz kabineta Angele Merkel so državljane pozvali, naj si aplikacijo namestijo na svoje naprave, saj da gre za najnaprednejšo tehnologijo na področju zasebne varnosti.

Namen aplikacije je, da bi olajšala oziroma omogočala sledenje verigam okužb tako, da bi uporabnike opozorila, da so bili morda v stiku z okuženo osebo.

Nemška aplikacija je zasnovana na decentraliziranem sistemu. To pomeni, da se večina podatkov in informacij shranjuje na napravah uporabnikov in ne na osrednjem strežniku, do katerega imajo dostop oblasti ali druge službe. Ker deluje s pomočjo tehnologije bluetooth, ne omogoča sledenja lokaciji.

PRI NAS BO NA VOLJO PREDVIDOMA V SREDINI AVGUSTA

Po zakonskih spremembah so postopki javnega naročila in izbira izvajalca za prilagoditev nemške aplikacije končani tudi pri nas.

Po načrtih bo prilagoditev aplikacije, ki se bo imenovala #OstaniZdrav, pripravljena do 1. avgusta, nato pa je od Googla in Appla odvisno, kako hitro jo bosta preverila ter uvrstila v digitalni trgovini. Predvidoma naj bi bilo to do sredine avgusta.

Namestitev bo enaka kot za vse druge mobilne programe, bo pa seveda brezplačna in prostovoljna.

Ker bo odprtokodna, to pomeni, da bo vsak s programerski znanjem lahko preveril drobovje aplikacije. To je po besedah pristojnih še dodaten dokaz in varovalka, da ničesar ne prikrivajo in nimajo prikritih namenov sledenja državljanom, kar je pravzaprav največji pomislek.

Ko bo naložena, si bo z drugimi uporabniki aplikacije samodejno izmenjevala tako imenovane ključke, ki so anonimizirani. To pomeni, da bo aplikacija beležila stike z drugimi telefoni in informacije o njih shranila za 14 dni, kolikor je ocenjena inkubacijska doba koronavirusa.

Aplikacija na napravah uporabnikov bo hkrati redno preverjala podatke o okuženih ključkih in jih križala s tistimi, ki jih je zaznala sama v zadnjih 14 dneh. Če bo ugotovila, da je v evidenci okuženih kateri ključ telefona, s katerimi je bil naš telefon v stiku, bo stekel izračun izpostavljenosti. Aplikacija bo nato uporabnika opozorila o izpostavljenosti tveganju.

Za zdaj je predvideno, da naj bi posameznik zaradi »alarma« le bolj pozorno opazoval svoje obnašanje in se po možnosti samoizoliral.

Čeprav so preigrali tudi možnost, da bodo imeli uporabniki, ki dobijo obvestilo o tveganem kontaktu, tudi možnost testiranja, se epidemiologom to ne zdi dobra možnost. Vztrajajo pri testiranju tistih, ki kažejo znake

okužbe. Takojšnje testiranje bi namreč lahko vodilo v občutek lažne varnosti, saj je inkubacijska doba novega koronavirusa ocenjena na od dva do 14 dni.

Kot je ob predstavitvi povedal minister za javno upravo Boštjan Koritnik, aplikacija ne razkriva niti lokacije niti identitete okužene osebe, sporoči samo, da sta se dve osebi srečali.

NORVEŠKA S PONESREČENIM PRIMEROM APLIKACIJE

Za razliko od nemškega modela delovanja aplikacije je bilo precej več pomislekov in kritik na Norveškem. Po oceni nevladne organizacije Amnesty International je norveška aplikacija glede varovanja zasebnosti med najbolj nevarnimi na svetu. Norveški urad za zaščito podatkov je bil zaradi tega kritičen in pozval k ukinitvi uporabe.

Norveški sistem je namreč podatke shranjeval na osrednjem strežniku, takšna hramba pa posledično ne omogoča popolne anonimnosti, zato so oblasti sredi junija sporočile, da bodo do zdaj zbrane podatke zbrisali.

Aplikacijo za sledenje stikov so kot prvi na svetu sicer začeli uporabljati na Kitajskem in nato v Južni Koreji. Že nekaj tednov je na voljo tudi v Italiji, vsem državljanom, pred tem pa so jo testno uporabljali v nekaterih deželah. Uporabljajo jo tudi v Franciji, kjer so podatki prav tako centralizirani. Verjetno gre tudi temu pripisati malo število uporabnikov, nekaj čez dva milijona, medtem ko si je v Nemčiji aplikacijo namestilo že več kot 15 milijonov uporabnikov.



KDAJ JE APLIKACIJA SPLOH UČINKOVITA?

Univerza v Oxfordu je že aprila opozarjala, da je aplikacija učinkovita le, če jo uporablja več kot 60 odstotkov prebivalstva. S tem se nemški minister za zdravje Jens Spahn sicer ne strinja, saj je izpostavil, da je lahko učinkovita že, če si jo namestijo osebe, ki imajo veliko stikov z drugimi.

Pri nas so se ideje in pobude za uporabo aplikacije vnovič pojavile, ko se je epidemiološka slika konec junija začela slabšati. Bojana Beović, vodja strokovne skupine za zaježitev in obvladovanje epidemije covid-19 pri Ministrstvu za zdravje, je v javnosti večkrat izpostavila pozitivne lastnosti aplikacije.

KARANTENSKÉ ODLOČBE

Če v razvitih demokracijah ne razmišljajo o obvezni uporabi aplikacije za zdrave ljudi, je nekoliko drugače pri tistih, ki okužbo že imajo, predvsem pa za tiste, ki imajo odločbo Ministrstva za zdravje o obvezni karanteni, torej obstaja najmanj sum, da so okuženi, saj glede na podatke, ki jih imajo, obstaja resno tveganje, da bi se lahko okužili.

Čeprav za zdaj pri nas aplikacija ne bo obvezna za nikogar, so bile prve ideje, da bi si jo morali tisti s karantenskimi odločbami obvezno namestiti.

To sicer odpira nova pravna vprašanja, a je po drugi strani več primerov, kjer se karanteno kljub ostrim sankcijam krši, predvsem pa so zdravstveni inšpektorji, ki skupaj s policijo pri posameznikih nenapovedano preverjajo upoštevanje odločbe, včasih nemočni oziroma naletijo na kršitve. Tudi takšne, da ljudje ne odpirajo vrat ali pa na naslovu, ki je zapisan na odločbi, nihče ne živi.

UDAREC ZA DELODAJALCA, LAHKO TUDI ZA DELAVCA

Ker je odsotnost z delovnega mesta povezana tudi z negativnimi učinki v podjetju, je obvezna karantena za delodajalca lahko hud udarec. Ne toliko zaradi finančnega učinka, nadomestilo plače (80 odstotkov, kot to velja za čas začasnega čakanja na delo) gre ob odrejeni karanteni namreč v breme države, ampak že zaradi organiziranja delovnega procesa.

11. julija 2020 je začel veljati novi Zakon o interventnih ukrepih za pripravo na drugi val epidemije covid-19 (t. i. PKP4), ki med drugim določa, da nadomestila plač delavcev v karanteni krije država. Breme izplačila nadomestila plač za delavce v karanteni, ki jim delodajalec ne bo mogel organizirati dela na domu, se tako do konca septembra prelaga na državni proračun.

Višina nadomestila je odvisna od vzroka za izdajo odločbe o karanteni.

Za delavce, ki jim je odrejena karantena in jim delodajalec lahko organizira delo na domu, se položaj ne spreminja, saj bodo opravljali delo in za opravljeno delo prejeli plačo. Za tiste, ki jim je odrejena karantena in jim delodajalec ne bo mogel organizirati dela na domu, pa velja sledeče:

1. Delavec, ki mu je **odrejena karantena zaradi stika z okuženo osebo v okviru opravljanja dela za delodajalca**, delodajalec pa zanj ne more organizirati dela na domu, ima pravico do nadomestila plače v višini, ki bi jo prejel, če bi delal – **100 %** njegove povprečne mesečne plače za polni delovni čas.

2. Delavec, **ki se bo odpravil v državo na zelenem ali rumenem seznamu in mu bo prehodu meje v Slovenijo odrejena karantena, ali delavec, ki mu bo odrejena karantena zaradi stika z okuženo osebo izven opravljanja dela**, delodajalec pa zanj ne bo mogel organizirati dela na domu, bo imel pravico do nadomestila v višini **80 %** njegove povprečne mesečne plače za polni delovni čas.

3. Odsotnost delavca, ki mu je **bila odrejena karantena zaradi odhoda v državo, ki je na rdečem seznamu, se bo presojala enako kot do sedaj, in sicer glede na pogoje, podane za nastanek višje sile**. V kolikor so bili že pred odhodom delavca v določeno tujo državo v veljavi predpisi, da se bo delavcu ob povratku v Republiko Slovenijo s strani pristojnega organa odredila karantena, potem delavec praviloma ni upravičen do odsotnosti z dela zaradi višje sile, saj najverjetneje ne bodo izpolnjeni vsi elementi višje sile (tj. dogodek ni nepričakovan in se mu je mogoče izogniti oz. ga odvrniti), treba pa je poudariti, da je tudi v takšnih primerih treba preveriti vse okoliščine posameznega primera ter odrejeno karanteno in nemožnost opravljanja dela presojati znotraj vseh podanih dejstev. Na novo pa zakon za te primere določa izjeme na temelju določenih osebnih okoliščin in v treh primerih bo delavec upravičen do nadomestila plače, kot je določeno za primer višje sile (v višini polovice plačila, do katerega bi bil sicer upravičen, če bi delal, vendar ne manj kot 70 odstotkov minimalne plače). Te izjeme so smrt zakonca ali zunajzakonskega partnerja ali smrt otroka, posvojenca ali otroka zakonca ali zunajzakonskega partnerja, smrt staršev – oče, mati, zakonec ali zunajzakonski partner starša, posvojitelj, rojstvo otroka.

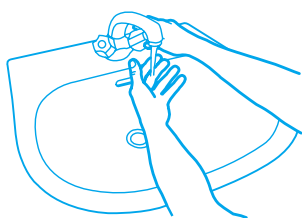
Pred časom so bile težave tudi, ker so posamezniki karantenske odločbe na dom dobili že po tem, ko se je obvezna 14-dnevna izolacija iztekla, torej so bile povsem nesmiselne. Po novem zato zdaj za tiste, ki prihajajo iz držav na rdečem seznamu ali druge, za katere utemeljeno ocenijo, da so tvegani, karantensko odločbo izdajo že na državni meji, torej je vročena takoj.

Odgovornost oseb, ki jim je odrejena karantena, je torej precejšnja in tega ne gre podcenjevati. Ker so takrat delovno aktivni odsotni tudi z delovnega mesta, nadzor ni smiseln le zaradi preprečevanja širjenja bolezni, temveč tudi zaradi zlorab »bolniškega« staleža. Posameznik, ki je v karanteni, namreč ni nujno tudi bolan oziroma okužen, zato ga lahko kaj hitro zanese in se spozabi, da je odhod z doma prepovedan. Nadzor v takšni ali drugačni obliki zato je in bo potreben.

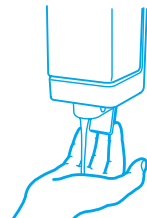
Navodila za umivanje in razkuževanje rok

1

Pričetek umivanja ali razkuževanja



Roke zmočimo pod tekočo vodo.
Nanesemo zadostno količino mila.



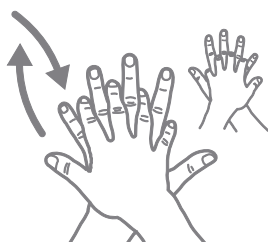
Nanesemo zadostno količino razkužila.

2

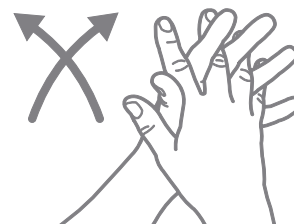
Umivamo ali razkužimo (postopek je enak):



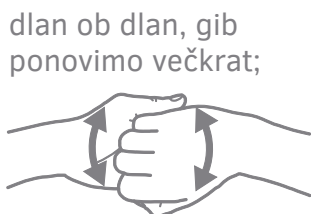
dlan ob dlan, gib ponovimo večkrat;



desno dlan preko leve s prepletenimi prsti in obratno, gib ponovimo večkrat;



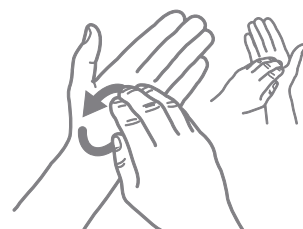
dlan v dlan s prepletenimi prsti, gib ponovimo večkrat;



dlan ob dlan, gib ponovimo večkrat;



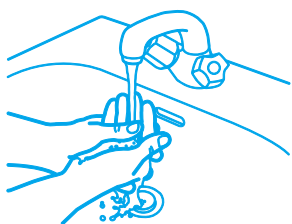
levi in desni palec, gib ponovimo večkrat;



prstne blazinice leve in desne roke, gib ponovimo večkrat.

2A

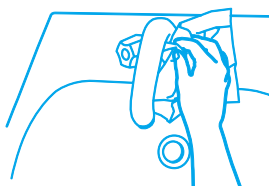
Zaključek umivanja



Roke temeljito speremo pod tekočo vodo od konic prstov navzdol.



Dobro osušimo roke s čisto brisačo za enkratno uporabo.



Pipe se ne dotikamo z rokami. Vodo zapremo z brisačo.

UMIVANJE

RAZKUŽEVANJE JE ZAKLJUČENO

3

Roke so varne



Čas umivanja: 40-60 s

Čas razkuževanja: 20-30 s

Opravljanje dela v izjemnih okoliščinah

Avtor:
Mag. Boštjan J. Turk

Epidemija COVID-19 je prinesla velike spremembe tudi na področju delovnih razmerij in varnosti pri delu. V številnih delovnih okoljih je bilo treba poskrbeti za dodatno varnost oziroma za zaščito zaposlenih pred okužbo. In ne samo to. Zaradi epidemije so morali številni delodajalci precej prilagajati oziroma spreminjati potek delovnega procesa. To je med drugim vključevalo drugačno razporeditev delovnega časa, delo preko polnega delovnega časa, obveznost opravljanja drugega dela zaradi izrednih razmer ipd. Skladno s situacijo je ponovno postalo aktualno tudi vprašanje glede pravne ureditve tovrstnega dela in tudi glede odgovornosti za varnost in zdravje pri delu.

ZAGOTAVLJANJE VARNOSTI IN ZDRAVJA DELAVCEV PRI DELU

Najprej glede zagotavljanja varnosti in zdravja delavcev pri delu. V skladu s 5. členom Zakona o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1) je delodajalec tisti, ki mora zagotoviti varnost in zdravje delavcev pri delu. To potrjuje tudi 11. člen ZVZD-1, ki izrecno določa, da ima delavec pravico do dela in delovnega okolja, ki mu zagotavlja varnost in zdravje pri delu.

V ta namen mora delodajalec izvajati ustrezne ukrepe, potrebne za zagotovitev varnosti in zdravja delavcev ter drugih oseb, ki so navzoče v delovnem procesu, vključno s preprečevanjem, odpravljanjem in obvladovanjem nevarnosti pri delu, obveščanjem in usposabljanjem delavcev, z ustrezno organiziranostjo in potrebnimi materialnimi sredstvi.

Delodajalec mora upoštevati tudi spreminjajoče se okoliščine ter izvajati take preventivne ukrepe in izbirati take delovne in proizvodne metode, ki bodo zagotavljale izboljševanje stanja in višjo raven varnosti in zdravja pri delu, ter bodo vključene v vse aktivnosti delodajalca in na vseh organizacijskih ravneh.

Glede na to, da je tudi epidemija COVID-19 predstavljala tako spremenjeno okoliščino, je nedvoumno, da je imel delodajalec dolžnost poskrbeti za dodatne preventivne ukrepe in je moral opravljanje dela prilagoditi konkretnim nevarnostim, ki jih je predstavljala epidemija.

Izrecno bi želel poudariti, da ne glede na to, da je bila epidemija COVID-19 uradno preklicana z odlokom, to še ne pomeni, da so nehali veljati tudi ukrepi, ki so bili povezani z njo. Ker namreč še vedno ostaja nevarnost širjenja nalezljive bolezni COVID-19, se, ob strokovni utemeljenosti, še vedno uporabljajo splošni in posebni ukrepi, ki so bili sprejeti na podlagi Sklepa o uporabi ukrepov, ki jih določa Zakon o nalezljivih boleznih pri epidemiji COVID-19.

Ne glede na to, da je bila epidemija COVID-19 uradno preklicana, ukrepi za preprečevanje širjenja bolezni še vedno veljajo

DELO PREKO POLNEGA DELOVNEGA ČASA

Kar se tiče dela preko polnega delovnega časa (nadurno delo) se postavlja predvsem vprašanje, ali lahko delodajalec zaradi epidemije oziroma zaradi nevarnosti širjenja bolezni COVID-19 sploh odreja tako delo?

Zakon o delovnih razmerjih (ZDR-1) v zvezi s tem določa, da se sme nadurno delo naložiti delavcu v izrecno (taksativno) navedenih okoliščinah, in sicer v primerih izjemoma povečanega obsega dela, če je potrebno nadaljevanje delovnega ali proizvodnega procesa, da bi se preprečila materialna škoda ali nevarnost za življenje in zdravje ljudi, če je nujno, da se odvrne okvara na delovnih sredstvih, ki bi povzročila prekinitev dela, če je potrebno, da se zagotovi varnost ljudi in premoženja ter varnost prometa in v drugih izjemnih, nujnih in nepredvidenih primerih, določenih z zakonom ali kolektivno pogodbo na ravni dejavnosti.

Če potegnemo vzporednico z epidemijo COVID-19 oziroma z nevarnostjo širjenja nalezljivih bolezni, ugotovimo, da bo delodajalec delavcu lahko odredil tovrstno delo z predvsem z argumentom izjemno povečanega dela ali pa z argumentom nastanka »drugih izjemnih, nujnih in nepredvidenih primerov«, določenih z zakonom ali kolektivno pogodbo.

Izrecno je določeno, da mora delodajalec delavcu nadurno delo odrediti v pisni obliki praviloma pred začetkom dela. Če zaradi narave dela ali nujnosti opravljanja nadurnega dela to ni mogoče, pa se lahko nadurno delo odredi tudi ustno. V tem primeru se pisna odreditev vroči delavcu

naknadno, vendar najkasneje do konca delovnega tedna po opravljenem nadurnem delu.

Nadurnega dela delodajalec nekaterim kategorijam delavcev ne sme odrediti. Gre za delavke oziroma delavce, ki so zavarovani na podlagi pravic nosečnosti in starševstva, za starejše delavce, za delavce, ki še niso dopolnili 18 let starosti, za delavce, katerim bi se po pisnem mnenju izvajalca medicine dela, oblikovanem ob upoštevanju mnenja osebnega zdravnika, zaradi takega dela lahko poslabšalo zdravstveno stanje, ter za delavce, ki imajo polni delovni čas krajši od 36 ur na teden zaradi dela na delovnem mestu, kjer obstajajo večje nevarnosti za poškodbe ali zdravstvene okvare.

ZAČASNA PRERAZPOREDITEV IN NEENAKOMERNA RAZPOREDITEV DELOVNEGA ČASA

V določenih okoliščinah je delodajalec upravičen delovni čas začasno prerazporediti. Med take sodi tudi epidemija COVID-19 oziroma nevarnost širjenja bolezni COVID-19. ZDR-1 v zvezi s tem določa, da se pogoji za začasno prerazporeditev delovnega časa določijo s pogodbo o zaposlitvi v skladu z zakonom in kolektivno pogodbo. O začasni prerazporeditvi delovnega časa mora delodajalec delavce obvestiti najmanj en dan pred razporeditvijo.

Zaradi narave ali organizacije dela je lahko delovni čas tudi neenakomerno razporejen. Pri neenakomerni razporeditvi ter tudi pri začasni prerazporeditvi polnega delovnega časa delovni čas sicer ne sme trajati več kot 56 ur na teden. Tako pri neenakomerni razporeditvi kot tudi pri začasni prerazporeditvi delovnega časa se upošteva polni delovni čas kot povprečna delovna obveznost v obdobju, ki ne sme biti daljša od šest mesecev. Poudaril bi tudi, da določila o prepovedi dela preko polnega delovnega časa oziroma o nadurnem delu, veljajo tudi v primerih začasne prerazporeditve ali neenakomerne razporeditve delovnega časa.

OBVEZNOST OPRAVLJANJA DRUGEGA DELA ZARADI IZJEMNIH OKOLIŠČIN

Epidemija oziroma obstoj nevarnosti širjenja bolezni COVID-19 lahko predstavljata tudi okoliščino, ki utemeljuje obveznost opravljanja drugega dela zaradi izjemnih okoliščin.

Pravno podlago za to predstavlja 169. člen ZDR-1 (obveznost opravljanja drugega dela zaradi naravnih in drugih nesreč), ki določa, da se lahko v primerih naravnih ali drugih nesreč, če se taka nesreča pričakuje, ali v drugih izjemnih okoliščinah, ko je ogroženo življenje in zdravje ljudi ali premoženje delodajalca, vrsta ali kraj opravljanja dela, določenega s pogodbo o zaposlitvi, začasno spremenita tudi brez soglasja delavca, vendar le, dokler trajajo take okoliščine.

Četudi ima delodajalec ob nastanku izjemnih okoliščin nekoliko več manevrskega prostora glede zagotavljanja nekaterih pravic delavcev, pa tiste najpomembnejše med njimi ostajajo trdne in jih delodajalec v nobenem primeru ne sme kršiti. Če se delodajalec odloči, da bo delavec nekatera dela začasno opravljal na domu, je pomembno, da se zaveda, katera so sploh tista delovna mesta, ki jih je mogoče opravljati na domu. Nekaterih del se namreč navkljub izrednim razmeram ne sme opravljati na domu – to so dela, ki so škodljiva, ali če obstaja nevarnost, da postanejo škodljiva za delavce.

Pri delu na domu je pomembno vedeti tudi to, da navkljub temu, da delovni čas delavca v tem primeru ni vnaprej razporejen (delavec si ga namreč razporedi samostojno), še vedno velja, da morata biti zagotovljena varnost in zdravje pri delu. To pomeni, da je tudi v primeru samoorganizacije dela s strani delavca delodajalec tisti, ki mora zagotoviti, da delavec dela v varnih in zdravih pogojih.

Delodajalec mora zagotoviti varno in zdravo delovno okolje tudi pri delu na domu.



Z e-učilnico do boljše usposobljenosti na področju varnosti in zdravja pri delu

Avtor:

Ines Kuhta, mag. psih., Izobraževalno-raziskovalni inštitut Ljubljana

Zaradi pandemije bolezni COVID-19 so se številne delovne organizacije v preteklih mesecih soočale z nenadnimi spremembami procesa dela. Tudi načrtovana usposabljanja in izobraževanja zaposlenih so bila zaradi preprečevanja širjenja bolezni povečini ukinjena. Pridobivanje novih znanj in veščin je bilo tako omejeno na elektronske vire in uporabo spletnih platform, kamor umeščamo tudi e-učilnice.

REDNA USPOSABLJANJA SO ZA STROKOVNJAKE NA PODROČJU VARNOSTI IN ZDRAVJA PRI DELU POMEMBNA

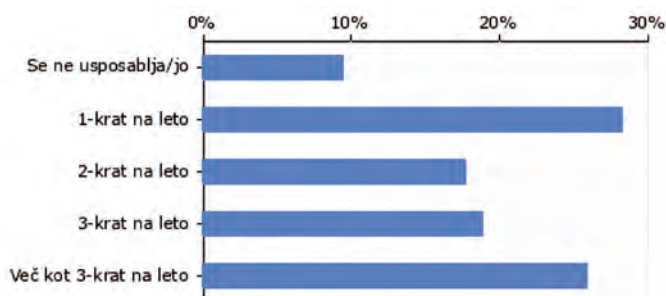
Epidemija COVID-19 je v Sloveniji izzvala delodajalce, da ponovno opravijo oceno tveganja za posamezna delovna mesta ter oblikujejo programe promocije zdravja za zagotavljanje varnosti in zdravja pri delu (v nadaljevanju VZD). To je zahtevalo ustrezno usposobljenost delodajalcev, strokovnjakov s področja VZD ter drugih profilov zaposlenih, ki so v delovnih organizacijah odgovorni za to področje. Koristno je, da se lahko usposabljaajo kjer koli in kadar koli.

Z NACIONALNO RAZISKAVO DO PREPOZNAVANJA POTREB DELODAJALCEV

Za zagotavljanje ustreznih izobraževalnih vsebin je pomembno dobro poznati potrebe delodajalcev in strokovnih delavcev za varnost in zdravje. V okviru projekta »Usposabljanje delodajalcev za promocijo varnosti in zdravja pri delu (e-VZD)« je bila ob koncu leta 2019 izvedena nacionalna raziskava, s katero smo želeli prepoznati te potrebe. Namen je bil ugotoviti, na katerih področjih varnega in zdravega dela delodajalcem primanjkuje znanja, podpornih orodij, strokovnih gradiv ipd. ter na podlagi ugotovitev definirati vsebine ter podporna orodja, ki so na tem področju najbolj aktualna.

V raziskavi je sodelovalo 161 udeležencev, od tega jih je največ (38 %) zaposlenih v kadrovski službi, 15 % jih je zaposlenih v službi za VZD, preostali pa v drugih službah. Slaba tretjina (30 %) udeležencev prihaja iz srednje velikega podjetja, prav tako slaba tretjina iz velikega podjetja, 23 % jih je zaposlenih v majhnem podjetju, 16 % pa v mikro podjetju.

Rezultati raziskave kažejo, da se strokovni delavci za VZD najpogosteje usposabljaajo 1-krat na leto (28 % odgovorov) ali pa več kot 3-krat na leto (26 % odgovorov), kar je razvidno iz Slike 1.

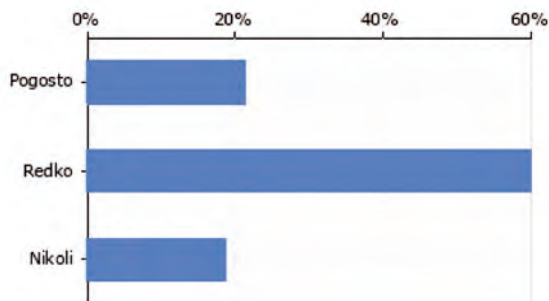


Slika 1: Pogostost usposabljanja strokovnih delavcev za varnost in zdravje pri delu (n=85)

V VEČINI DELOVNIH ORGANIZACIJ SE ZAVEDAJO POMENA REDNEGA IZPOPOLNJEVANJA ZNANJA NA PODROČJU VARNOSTI IN ZDRAVJA PRI DELU

Kljub prisotnosti tega zavedanja bi bilo **priporočljivo povečati pogostost tovrstnih izobraževanj in usposabljanj**. Področje varnosti in zdravja pri delu se namreč v današnjem času hitro spreminja, nastajajo nova tveganja, po drugi strani pa so na voljo tudi nova orodja za spremljanje in ocenjevanje tveganj, za preprečevanje tveganj, novi pristopi na področju promocije zdravja na delovnem mestu ipd. Poznavanje vsega naštetega nam lahko zelo koristi in olajša **skrb za visoko kulturo varnosti in zdravja v organizaciji**.

V okviru raziskave prav tako ugotavljamo, da **večina udeležencev (60 %) svoje znanje s področja VZD le redko nadgrajuje s pomočjo spletnih izobraževalnih vsebin**. Dobra petina (21 %) se pogosto poslužuje spletnih izobraževalnih vsebin za izpopolnjevanje svojega znanja o zdravem in varnem delu, slaba petina udeležencev (19 %) pa nikoli, kar je razvidno iz Slike 2.



Slika 2: Pogostost uporabe spletnih izobraževalnih vsebin pri izpopolnjevanju znanj s področja VZD (n = 150).

Možen razlog za to je lahko tudi ta, da je trenutno na voljo zelo malo spletnih izobraževanj, spletnih izobraževalnih

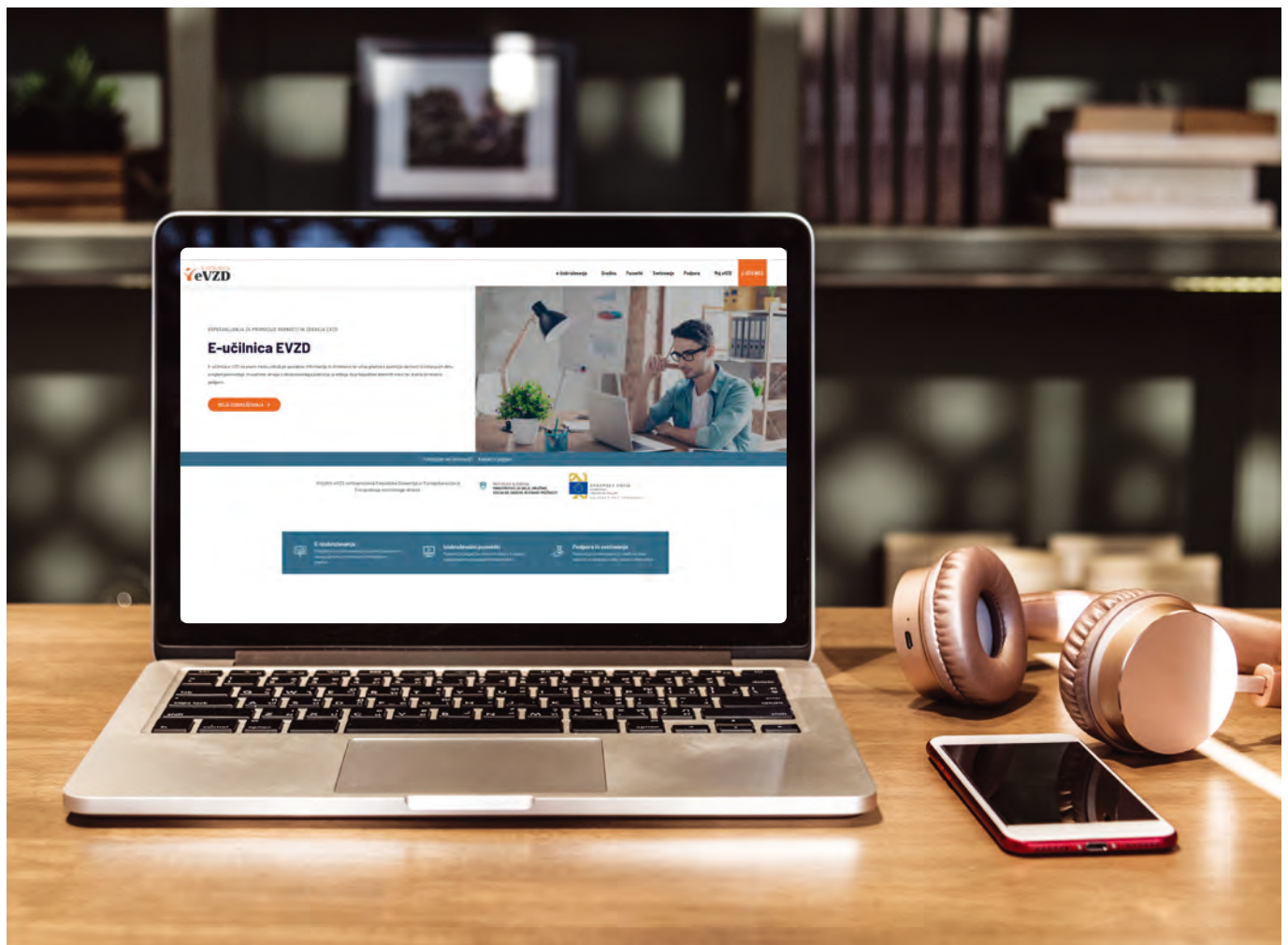
video posnetkov, spletnih interaktivnih orodij s področja varnosti in zdravja pri delu v slovenskem jeziku. Pri interpretaciji teh rezultatov je potrebno upoštevati tudi, da smo podatke pridobivali pred pandemijo COVID-19. Če bi udeleženci odgovarjali na vprašanja v času pandemije, bi to verjetno prispevalo k nekoliko drugačnim rezultatom.

V drugem delu vprašalnika so udeleženci odgovarjali, na katerem izmed 20 aktualnih področij varnosti in zdravja pri delu bi si želeli izpopolniti svoje znanje. Po zanimanju udeležencev je izstopalo naslednjih 5 področij:

1. Obvladovanje in preprečevanje stresa v zvezi z delom ter psihosocialnih tveganj (92 %);
2. Ohranjanje in krepitev duševnega zdravja zaposlenih (91 %);
3. Načrtovanje in vrednotenje ukrepov promocije zdravja na delovnem mestu (89 %);
4. Dvig ravni kulture preventive v delovnem okolju (89 %) ter
5. Nova in nastajajoča tveganja za varnost in zdravje pri delu (88 %).

Rezultati raziskave predstavljajo **izhodišče pri oblikovanju e-izobraževanj, namenjenih za objavo na e-učilnici, ki je bila vzpostavljena v okviru projekta e-VZD**.

Slika 3: Začetna stran e-učilnic



PREDNOSTI E-UČILNIC TER ELEKTRONSKE OBLIKE PRIDOBIVANJA ZNANJ

Vedno večja digitalizacija, **dobre prakse iz tujine** in ne nazadnje **zaposlovanje predstavnikov mlajše generacije** narekujejo usmeritev na področje spletnih izobraževanj. Hkrati ta oblika izobraževanj tudi za delovne organizacije prinaša določene prednosti, saj so e-izobraževanja in vsebine **cenovno dostopnejši, ne zahtevajo toliko časa**, omogočajo **večjo fleksibilnost** (se udeležiš oziroma pogledaš, ko imaš čas) in podobno.

Navedeni rezultati raziskave nakazujejo, da bo potrebno **delodajalce dobro informirati o e-učilnici ter njenih koristih**. Gre namreč za **prvo tovrstno spletno mesto v slovenskem prostoru**, zato bo potrebno delodajalce nenehno spodbujati k njeni uporabi. Dodano vrednost za delodajalce predstavlja dejstvo, da ne gre za e-učilnico v klasični obliki, temveč **inovativno in hkrati celovito rešitev na področju usposabljanja za varnost in zdravje pri delu**, ki je zelo široko uporabna in lahko v prihodnje služi kot dobra praksa za usposabljanje delodajalcev na področju VZD.

KAJ JE NA VOLJO V OKVIRU E-UČILNICE?

Na voljo je strokovna podpora v obliki svetovanj, v povezavi z izvajanjem aktivnosti na področju varnosti in zdravja pri delu za organizacije, ki želijo s svojimi ukrepi presegati nujne zakonske obveznosti. Svetovanja izvaja multidisciplinaren tim strokovnjakov s področij medicine dela, varnosti in zdravja pri delu, prava in ekonomije.

Obiskovalci e-učilnice bodo lahko usvajali novo znanje s pomočjo e-izobraževanj iz različnih aktualnih tem s področja varnosti in zdravja pri delu, ki bodo interaktivna in bodo udeležence spodbujala k aktivnosti preko dejanske uporabe različnih podpornih orodij (vprašalniki, kvizi, check-liste, infografike), učnih gradiv (delovni listi, povzetki, sezname uporabnih virov) ter strokovno-informativnih gradiv (članki).

Navedena orodja bodo delodajalcem omogočila boljše razumevanje posameznih področij VZD ter jim pomagala pri prenašanju naučenega v prakso, s čimer pričakujemo vpeljavo novih učinkovitih ukrepov na področju VZD v delovnih organizacijah ter hkrati izboljšanje načrtovanja, izvajanja in vrednotenja le-teh.

Trenutno je **na voljo že šest e-izobraževanj** z naslovi:

- Kako uspešno pristopiti k zagotavljanju varnosti in zdravja pri delu;
- Ohranjanje in krepitev duševnega zdravja zaposlenih;
- Obvladovanje in preprečevanje stresa v zvezi z delom in psihosocialnih tveganj;
- Načrtovanje, izvajanje in vrednotenje ukrepov promocije zdravja na delovnem mestu;
- Nova in nastajajoča tveganja za varnost in zdravje pri delu;
- Dvig ravni kulture preventive v delovnem okolju.

Po vsakem e-izobraževanju lahko uporabnik **izpolni kratek test** in po uspešnem preizkusu znanja prejme tudi potrdilo o opravljenem izobraževanju.

V e-učilnici bo prav tako objavljenih **5 izobraževalnih video posnetkov** konkretnih prilagoditev delovnih mest, zlasti starejšim od 45 let, v slovenskih delovnih organizacijah z manj kot 50 zaposlenimi in iz petih najbolj izpostavljenih gospodarskih dejavnostih po številu nezgod pri delu. Izobraževalni posnetki bodo **sistematično prikazovali proces od začetka do konca posamezne prilagoditve delovnega mesta**.

Takšen celovit pristop bo delodajalcem, ki nimajo dovolj resursov na področju varnosti in zdravja pri delu (znanje, kadri, finančna sredstva, čas, ...), **olajšal delovni proces ter jih spodbudil, usposobil in opolnomočil za izvajanje ukrepov VZD**, ki presegajo zakonsko določene obveznosti. Posledično pričakujemo dvig kulture varnosti in zdravja pri delu v delovnih organizacijah, kar je eden izmed ključnih ciljev projekta e-VZD.



Ustvarite si svoj uporabniški račun, spremljajte objave vsebin ter sebi in svojim zaposlenim omogočite pridobivanje novih znanj na spodnji povezavi:

<https://www.evzd.si/e-ucilnica/>

Samodejno segrevanje in samovžigi – samovžig sena

Avtor:
Mag. Boštjan Triler

Poletje je tudi čas košnje in spravila sena, s tem pa tudi povečane nevarnosti požarov gospodarskih poslopij, katerim za nastanek požara pogosto botruje samovžig sena. Pa pogledjmo, kako sploh pride do samovžiga in kako ga lahko preprečimo.

Pri nekaterih trdnih in tekočih snoveh lahko že pri normalni temperaturi skladiščenja pride do spontanega segrevanja. Ko se te snovi segrejejo do dovolj visoke temperature, lahko pride do vžiga brez prisotnosti zunanjega vira vžiga. Govorimo o t. i. **samodejnem segrevanju**. Vzroki za to segrevanje so nekatere eksotermne reakcije. Samodejno segrevanje lahko povzročijo naslednji procesi:

- **oksidacija** – gorljiv material je pomešan z oksidacijskim sredstvom;
- **razpad** – nekatere snovi so nestabilne in razpadejo, pri čemer iz večjih molekul nastanejo manjše molekule;

- **polimerizacija** – večje število enakih manjših molekul se spoji v večje molekule;
- **delovanje mikroorganizmov** – pri metaboličnih procesih razpadanja snovi rastlinskega in živalskega izvora, ki potekajo v prisotnosti mikroorganizmov, se sprošča toplota – proces oz. sproščena toplota nista nevarna, saj je znano, da mikroorganizmi v splošnem ne preživijo temperature, višje od 75 °C.

Zračne oksidacije so tiste, ki najpogosteje povzročijo samodejno segrevanje. Nekatere trdne in tekoče snovi imajo lastnost, da na površini adsorbirajo kisik iz zraka. Pri



nekaterih snoveh, ki imajo zelo visoko specifično površino (premogov prah ...), se proces oksidacije lahko zelo pospeši, kar povzroči nagli dvig temperature. Dvig temperature še dodatno pospeši reakcijo oksidacije, kar ima lahko za posledico vžig. Za procese, ki vodijo do samovžiga, je značilno, da se začnejo že pri sobni temperaturi in potekajo počasi. Nižja, kot je temperatura samovžiga materiala, višja je nevarnost samovžiga. **Samovžige** v grobem delimo v tri skupine:

- **fizikalni samovžig** (torne ploskve premalo ali nepravilno mazane – mehanska energija se pretvarja v toplotno – trenje, zbiranje toplote v središču gorišča – leča – papir, slama, les, okensko steklo – zavesa ...);
- **kemični samovžig** (beli fosfor, mastne krpe, živalska dlaka, kalcijev oksid, samovžig premoga – vrsta premoga – najnevarnejša sta lignit in rjavi premog ...);
- **biološki samovžig** (slabo posušeno seno, repni rezanci, krmila, vlažni plevel, slabo sušena koruza, kup gnoja ...).

SAMOVŽIG SENA

Nekateri materiali rastlinskega izvora, ki vsebujejo ogljikove hidrate in dovolj visoko količino vlage, se lahko v prisotnosti mikroorganizmov segrejejo do relativno visoke temperature. Do povišane temperature pride zaradi metabolinskih procesov razpadanja ogljikovih hidratov. Kot je bilo že omenjeno, večina mikroorganizmov ne prenese temperature, višje od 50 °C (nekateri mikroorganizmi izjemoma do 60 °C). Temperature nad 75 °C ne prenese noben mikroorganizem (dokazano). Če ne bi bilo sočasnih drugih procesov, bi se segrevanje materiala ustavilo. Rastlinski materiali (seno, otava, detelja, juta, konoplja, lan ...) se segrejejo do temperature samovžiga, ker se – po

začetnem segrevanju zaradi vpliva mikroorganizmov – nadaljuje segrevanje zaradi kemijskih reakcij. Do slednjih pride zaradi povišane temperature. Najpogostejše so reakcije oksidacije z zračnim kisikom. Pa se vrnimo na seno, ki je pogosto podvrženo samovžigu. Seno se na začetku segreva zaradi delovanja mikroorganizmov, ki za delovanje potrebujejo primerno vlago in temperaturo. Pomemben vpliv na samovžig ima vlažnost sena. Največjo nevarnost za samovžig predstavlja neenakomerno in ne dovolj posušeno seno – še posebej, če je prišlo po košnji do stika s padavinami. Seno se na začetku segreva zaradi delovanja mikroorganizmov, ki za delovanje potrebujejo primerno vlago in temperaturo. Temperatura v notranjosti sena se dviguje, dokler ni dosežena vrednost, pri kateri pride do odmiranja mikroorganizmov. Segrevanje je s tem končano. Do nadaljnjega segrevanja sena pride zaradi drugih kemijskih in fizikalnih sprememb. Pri njih pride do izhajanja plinov (ogljikov dioksid, metan, dušik, vodikov sulfid ...). Z naraščajočo temperaturo se povečuje hitrost reakcij oksidacije. Posledično se poveča sproščanje toplote, s čimer narašča temperatura. Ko material doseže temperaturo samovžiga, se vžge. Do približno 45 °C ni nevarnosti, od 45 do 60 °C je priporočljivo oz. potrebno opravljati meritve, med 60 in 70 °C je zaznana požarna nevarnost, pri več kot 70 °C pa govorimo o resni požarni nevarnosti. Če je seno skladiščeno v zaprtih prostorih, se kmalu ne sreča samo z gospodarjem, ampak tudi z gasilci ...

Kako lahko preprečimo samovžig sena?

Velikokrat prav vremenske razmere otežijo košnjo trave in spravilo krme. Na večini površin se lahko zgodi, da je ob času spravila pod travo prve košnje že rastla trava druge košnje, ki je posušena in »uskladiščena« skupaj. Če gre za travnato površino (travinje) pretežno visoke trave (pasja





trava, mnogocvetna ljuljka, travniška bilnica ...) in se z idealnim časom košnje zamuja, se že pojavlja mlada trava. Pri spravilu takšne krme je potrebno biti zelo previden. Visoka trava ima že razvita stebila, ki so na pogled hitro videti suha, v notranjosti pa niso. Nasprotno se mlada trava, ki ima pretežno listno maso, suši hitreje. Zato v večini primerov pospravljamo mešanico suhe in malo manj suhe krme, s skrito vlago v steblih rastlin. Tu tudi tiči eden od razlogov velike nevarnosti samovžiga takšne krme. Na travi, ki jo odkosimo, so mikroorganizmi, ki za preživetje izkoriščajo rastlinski sok. Ti mikroorganizmi so močno aktivni vse do 40 % vlage. Pri tem procesu izgubljajo hranilne snovi za živali, začne pa se tudi sproščati veliko energije, ki jo zaznamo kot toploto oz. gretje krme. Zato pri vlažnem senu hitreje pride do samovžiga kot pri suhem senu. Zaradi samodejnega segrevanja se v notranjosti sena kopiči toplota, ohlajanja oz. odvajanja toplote pa ni. Večja, kot je količina sena, težje se hladi, s čimer se povečuje možnost za nastanek ognja. Procesi, ki lahko pripeljejo do samovžiga, se začnejo že pri sobni temperaturi. V kemičnih reakcijah se proizvajajo plini, ki se lahko pri dovolj visoki temperaturi vžgejo. Eden pomembnejših pogojev za nastanek samovžiga sena je vlaga. Shranjeno seno mora imeti manj kot 15 % vlage. Razlogi za prezgodnje skladiščenje sena, ki posledično »prinesejo« preseženo količino vlage, so različni – prehitro spravilo zaradi nevarnosti prihajajočega dežja, nedoslednost pri sušenju, vlaga se lahko v senu poveča zaradi sekundarnih dejavnikov, kot je npr. poškodovana streha objekta, seno moči dež ali se vlaži s tal. Pomembno je, da smo pozorni na vonj sena, značilen za segrevanje. V primeru kislega vonja ali vonja po karameli takoj ukrepamo in seno premečemo. Pri slednjem priporočamo previdnost, saj lahko s tem dovedemo svež zrak in pospešimo vžig. Nikakor ne hodimo po senu, ker lahko tvorimo požarne kotanje, obstaja tudi nevarnost, da se senena kopica vdre oz. sesede. V primeru takšne nevarnosti oseba ne sme biti sama na kopici sena in naj bo navezana. Najnevarnejša doba za samovžig je od 3 do 6 tednov po skladiščenju sena. Samovžig sena se lahko pojavi tudi po veliko daljšem času (več let), vendar le, če je seno shranjeno v kopici ali balah brez ovoja in je delno pokrito. V takšnih primerih je izpostavljeno različnim vremenskim vplivom in v primernih okoliščinah (dežju sledi

več dni zelo toplega in sončnega vremena) se ponovno začnejo procesi, ki pripeljejo do samovžiga. Tudi dobro posušeno seno se v prvih nekaj dneh skladiščenja segreje do okoli 50 °C, vendar se po 15 do 60 dneh ohladi, pri čemer je možnost vžiga ali zmanjšanja kakovosti krme neznatna. Hitrost ohlajanja je odvisna od gostote sena, temperature okolja, količine vlage in prostora skladiščenja.

Samovžig sena se – z upoštevanjem dobre prakse in previdnosti – lahko prepreči, s čimer se ohranita premoženje in kakovost krme. Pri skladiščenju bal in slame se priporoča večkratno merjenje vlage in/ali temperature v sredini bale. Ustno izročilo med kmetovalci govori o mešanju soli v seno, ko se ga s pihalnikom transportira na pode oz. druga mesta skladiščenja.

Nevarnosti samovžiga sena so se zavedali že v preteklosti, saj so bile posledice takšnih požarov strahotne. V zelo »gasilsko« obarvani številki glasila Naše delo, ki je izšla 23. septembra 1948 na Ptuju, so strokovno-poljuden članek na temo samovžiga sena zaključili z nasvetom: »Previden in pazljiv kmetovalec lahko reši seno, če ga takoj, čim le malenkostno naraste toplota, premeče in prezrači.« Danes – po več kot 70 letih – ta nasvet še vedno velja.



VIRI:

- Flame and combustion, Chapman&Hall,
- Glasilo Naše delo,
- Kemijski priročnik, TZ,
- Kmetijsko gozdarski zavod Celje.



Novi izzivi varnosti pri delu so psihosocialna tveganja in vpliv digitalizacije

Avtor:
Matija Ferlič

Varnost pri delu in odnos do nje ne predstavljata le pomembnega dejavnika za delavce, temveč sta tudi kazalec urejenosti in zanesljivosti podjetja, kar prinaša konkurenčno prednost. Čeprav je varnost in zdravje pri delu skrb vsakega izmed nas, je delodajalec tisti, ki mora zagotoviti ustrezne pogoje. K temu pa ga zavezuje tudi več predpisov. A kot vsa področja današnjega življenja se tudi to spreminja in prilagaja.

Že ko pomislimo na, denimo, varnost gradbenih delavcev nekoč in danes, je za njihovo varnost zdaj mnogo bolje poskrbljeno. K takšnemu načinu razmišljanja in posledično urejanja delovnega procesa pripomorejo tako spremenjena družbena klima, večje zavedanje nevarnosti in pomena zdravja, bolj strogi predpisi, nadzor in nedvomno tudi razvoj tehnologije.

Delodajalec mora zagotoviti ustrezne pogoje za varnost in zdravje pri delu

TRETJA EVROPSKA RAZISKAVA O NOVIH IN NASTAJAJOČIH TVEGANJIH ZA PODJETJA (ESENER 3)

Ker je zagotavljanje varnosti pri delu kompleksna dejavnost, se z njo ukvarja več institucij. Da bi prišli do svežih podatkov, ki so pomembni za nove smernice, je Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu (European Agency for Safety and Health at Work, krajše: EU-OSHA) izvedla tretjo raziskavo, s katero poskuša pomagati poslovnim subjektom, da bi se učinkovitejše spopadali z zdravjem in varnostjo svojih zaposlenih ter promovirali njihovo zdravje in dobro počutje.

Raziskava je pomembna tudi zato, ker zagotavlja meddržavno primerljive informacije, relevantne za pripravo in implementacijo novih politik s področja varnosti pri delu in zdravja.

Ozadje

V raziskavi so tiste, »ki največ vedo o zdravju in varnosti v poslovnih subjektih«, spraševali o tem, kako varnostna in zdravstvena tveganja obvladujejo na svojih deloviščih, s posebnim poudarkom na psihosocialnih tveganjih, kot so stres na delovnem mestu, nasilje in nadlegovanje.

V obdobju pomlad/poletje 2019 so anketirali zaposlene na 45.420 poslovnih subjektih – v različnih sektorjih dejavnosti in kjer so zaposlovali vsaj pet ljudi – iz 33 držav. Ob članicah iz skupine 28 držav Evropske unije (EU28) so zajeli še Islandijo, Severno Makedonijo, Norveško, Srbijo in Švico. Vprašalnik je bil v največji meri podoben tistemu iz raziskave Esener-2 (2014), kar omogoča primerjavo skozi čas.

Podpora vlad in socialnih partnerjev

Esener-3 je razvit s podporo vlad in socialnih partnerjev na evropski ravni ter skuša pomagati delovnim mestom po vsej Evropi z boljšim razumevanjem njihovih potreb po podpori in strokovnem znanju kot tudi z opredelitvijo dejavnikov, ki spodbujajo ali ovirajo ukrepanje.

Esener podrobno raziskuje štiri področja varnosti in zdravja pri delu (*occupational safety and health, krajše OSH*):

1. Splošni pristop delovišča k upravljanju varnosti in zdravja pri delu;
2. Kako obravnavajo »nastajajoča« psihosocialna tveganja;
3. Glavni dejavniki in ovire upravljanja varnosti in zdravja pri delu;
4. Kako je sodelovanje zaposlenih pri upravljanju varnosti in zdravja pri delu uveljavljeno v praksi.

To poročilo predstavlja prvo analizo osrednjih ugotovitev raziskave Esener-3. Več podrobnih rezultatov in analiz bo predstavljenih v prihodnjih publikacijah, ki bodo objavljene v letošnjem letu in pozneje.

Gibi rok in ram najpogostejši dejavnik tveganja

Esener-3 osvetli nekatere spremembe družbenih in ekonomskih razmer, ki so vplivale na evropska delovišča, kjer je vsaj pet zaposlenih. Ta stalni razvoj prinaša nove izzive, ki

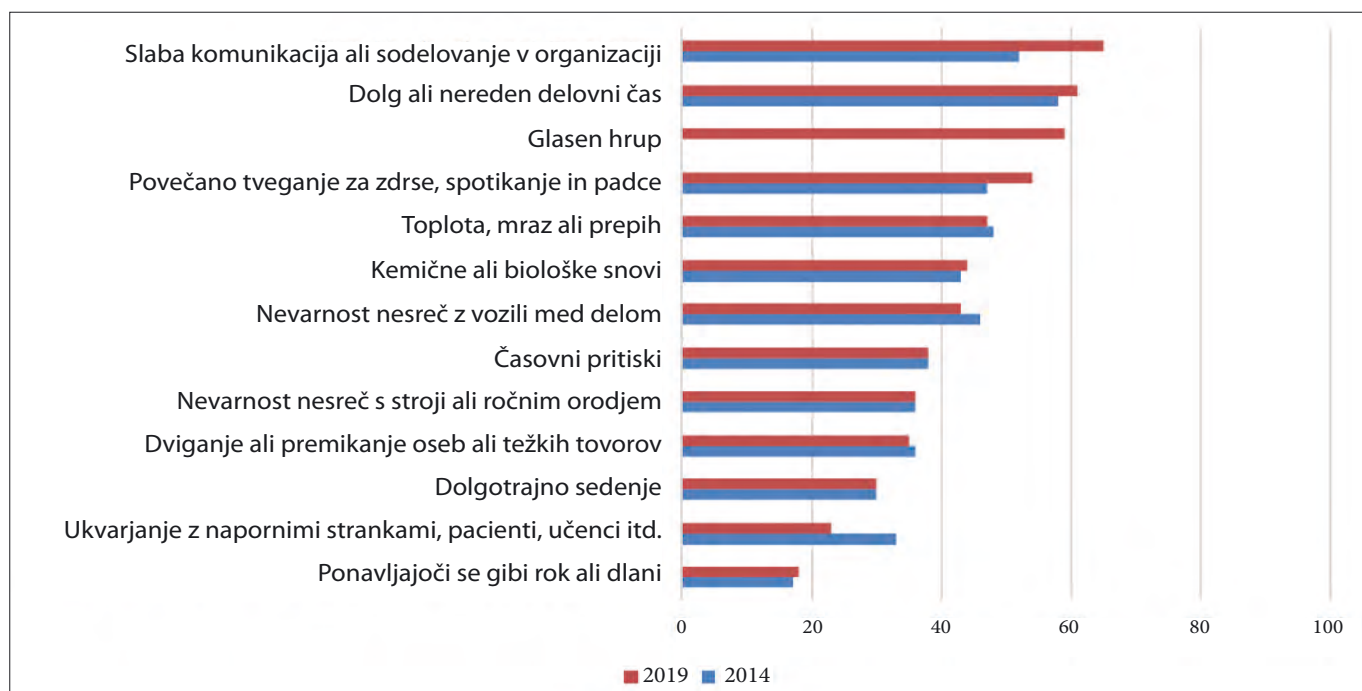
INDIKATOR	ESENER-3 vprašanje	EU-28 povprečje 2019 (2014)	Države 2019 (2014)	
Delovne pogodbe	Delavci, ki niso na plačilni listi, kot so podizvajalci, delavci, ki delajo pri agencijah za zagotavljanje začasnega dela ali prostovoljci	32 %	Belgija: 60 % Nizozemska: 54 % Švedska: 52 %	Bolgarija: 14 % Romunija: 16 % Litva: 17 %
Starajoče se prebivalstvo	Zaposleni, starejši od 55 let, predstavljajo več kot četrtno delovne sile	26 % (21 %)	Estonija: 38 % (30 %) Litva: 36 % (22 %) Latvija: 35 % (32 %)	Luksemburg: 11 % (9 %) Malta: 15 % (8 %) Grčija: 15 % (9 %)
Delovna mesta	Zaposleni, ki redno delajo od doma	12 % (13 %)	Nizozemska: 33 % (26 %) Belgija: 28 % (20 %) Danska: 25 % (24 %)	Italija: 2 % (4 %) Portugalska: 5 % (7 %) Bolgarija: 5 % (6 %)
	Delo poteka nekje drugje zunaj prostorov ustanove (razen dela od doma).	43 %	Slovenija: 56 % Danska: 54 % Luksemburg: 54 %	Romunija: 23 % Bolgarija: 26 % Grčija: 30 %
Jezik	Zaposleni, ki imajo težave z razumevanjem jezika, ki se govori v prostorih	7 % (6 %)	Ciper: 20 % (12 %) Švedska: 19 % (15 %) Luksemburg: 17 % (16 %)	Bolgarija: 2 % (2 %) Madžarska: 3 % (3 %) Slovaška: 3 % (2 %)

Tabela 1. Spreminjajoči se svet dela: izbira kazalnikov v % ustanov v EU28, 2019 in 2014 (če so na voljo).

zahtevajo ukrepe za zagotavljanje visoke ravni zdravja in varnosti pri delu (glej Tabelo 1).

V tem kontekstu družbenih sprememb je najpogostejše prepoznani dejavnik tveganja v državah EU28 ponavljajoči se gibi rok ali ram (zaznali so jih v 65 odstotkih poslovnih subjektov, leta 2014 le v 52 odstotkih), ukvarjanje z zahtevnimi strankami, učenci, pacienti (61 odstotkih, prej 58 odstotkih) ter dvigovanje ali premikanje ljudi ali težkega tovora (54 odstotkih, prej 47 odstotkih). Glej Graf 1.

O navzočnosti vseh dejavnikov tveganja najpogostejše poročajo večji poslovni subjekti. Največkrat o delu z zahtevnimi strankami, učenci in pacienti poročajo v storitvenih dejavnostih, medtem ko dejavnike tveganja, ki vodijo k mišično-skeletnim motnjam, bolj enakomerno omenjajo v vseh dejavnostih. Dvigovanje in premikanje ljudi ali težkega tovora omenja izjemno malo ustanov v finančni in zavarovalniški dejavnosti (14 odstotkov) in v informacijsko-komunikacijski dejavnosti (24 odstotkov).



Graf 1. Dejavniki tveganja, prisotni v ustanovi (% ustanov, EU-28), 2019 in 2014.

Osnova: vse ustanove v EU-28, ESENER-3 (2019) in ESENER-2 (2014).

Opomba: "Dolgotrajno sedenje" je nova točka v vprašalniku ESENER-3 (2019).

Zgoraj naštetih glavni dejavniki tveganja so najpogostejše zaznani v večini držav, izjema je časovni pritisk (v 44 odstotkih poslovnih subjektov v EU28), ki je največji dejavnik tveganja na Finskem in Švedskem (74 odstotkov) ter Danskem (73 odstotkov), in drugi največji dejavnik na Nizozemskem (64 odstotkov).

Dolgotrajno sedenje

Pomembno je omeniti, da je tretji najpogostejši omenjen dejavnik tveganju v EU28 dolgotrajno sedenje (v 59 odstotkih poslovnih subjektov), pravzaprav nova možnost v vprašalniku Esener-3, kar dodatno osvetljuje potrebo po zavedanju, da lahko tudi sedenje predstavlja zdravstveno tveganje. Po sektorjih o njem največkrat poročajo v finančni in zavarovalniški dejavnosti (92 odstotkov poslovnih subjektov v sektorju v EU28), informacijsko-komunikacijski dejavnosti (92 odstotkov) in javni upravi (89 odstotkov).

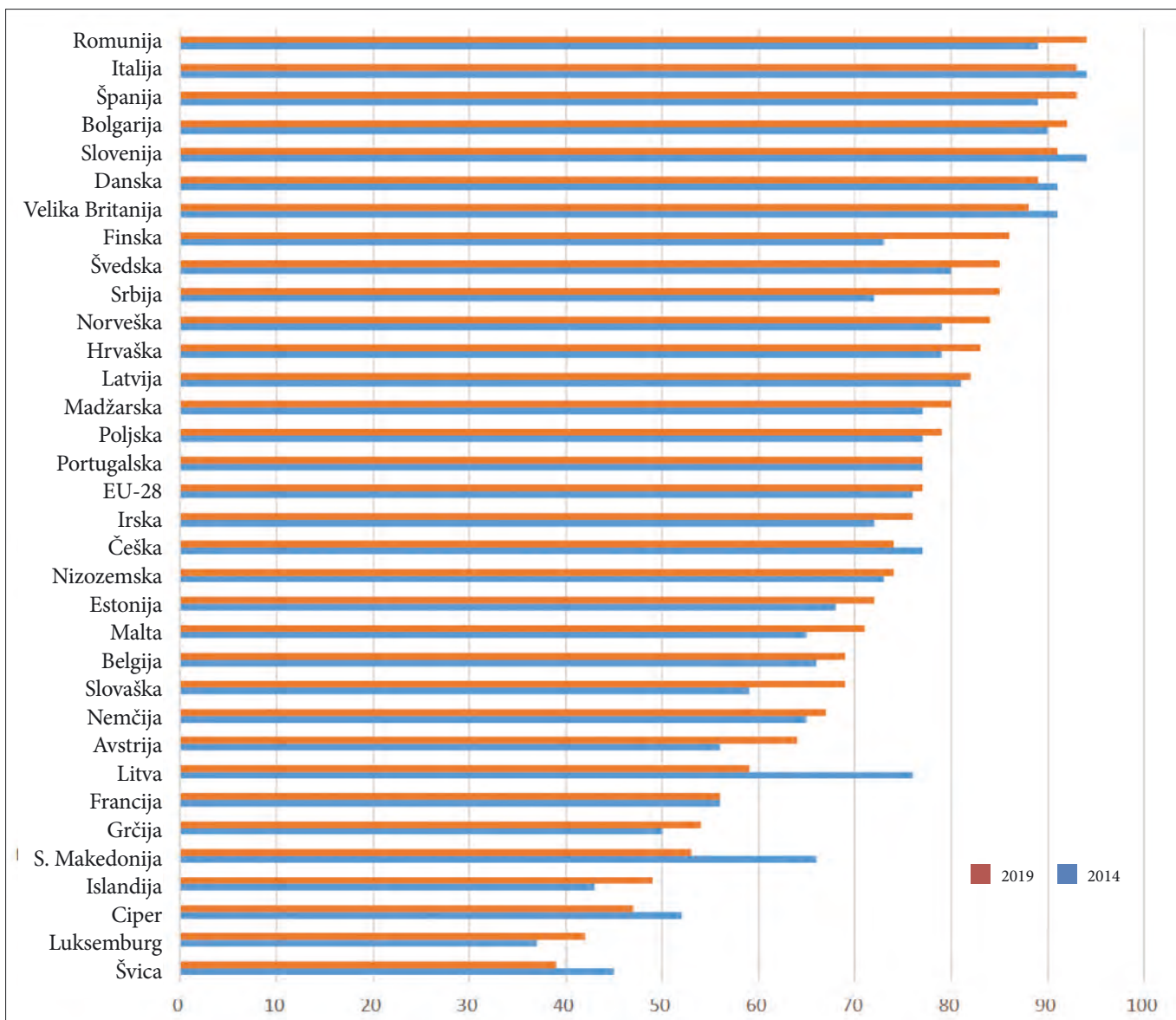
Pet odstotkov poslovnih subjektov v EU28 poroča, da nimajo nobenega od splošnih dejavnikov tveganj varnosti in zdravja pri delu. Pri dejavniki psihosocialnih tveganj je skoraj četrtina anketiranih poslovnih subjektov (24

odstotkov) odgovorila, da jih nima. Najvišji delež poslovnih subjektov, ki poročajo, da so brez psihosocialnih tveganj, imata Italija (50 odstotkov) in Slovaška (44 odstotkov), medtem ko je najnižji delež na Danskem (9 odstotkov) in Švedskem (10 odstotkov). Najvišji so v predelovalnih dejavnostih in kmetijstvu.

Upravljanje varnosti in zdravja pri delu

Te ugotovitve vodijo k rezultatom raziskave o oceni tveganja, temelju evropskega pristopa k varnosti in zdravju pri delu, kot je določeno z Evropsko okvirno direktivo o varnosti in zdravju pri delu (Direktiva 89/391 EGS). V Esener-3 je 77 odstotkov anketiranih poslovnih subjektov poročalo o rednih pripravah ocen tveganja, kar je skladno z ugotovitvami iz 2014.

Po pričakovanjih se je pokazala pozitivna korelacija z velikostjo podjetja, medtem ko se po državah vrednosti raztezajo med 94 odstotkov poslovnih subjektov v Romuniji, 93 odstotkov v Italiji in Španiji, najnižje pa so v Luksemburgu z 42 odstotkov (*Graf 2*).



Graf 2. Redno izvajanje ocen tveganja na delovnem mestu po državah (% ustanov), 2019 in 2014.
Osnova: vse ustanove, vseh 33 držav, ESENER-3 (2019) in ESENER-2 (2014).

Glede na razčlenitev držav in primerjavo z 2014 se je pokazalo povečanje v številnih državah EU28; najbolj izstopajo Finska, Slovaška in Avstrija – izven EU28 pa Srbija. Nasprotno so nekatere države poročale o zmanjšanju števila poslovnih subjektov, ki redno ocenjujejo tveganja, denimo Litva in Ciper.

Slovenija nekje na dnu lestvice

Tako kot v preteklosti tudi tokrat obstajajo pomembne razlike pri deležu poslovnih subjektov, kjer ocene tveganja pripravljajo predvsem znotraj podjetja. Uvrstitev po državah se izjemno spreminja, na vrhu sta Švedska (85 odstotkov poslovnih subjektov, s 66 odstotkov v 2014) in Danska (80 odstotkov, s 76 odstotkov). Najnižji delež imajo Slovenija in Španija (10 odstotkov) ter Madžarska (14 odstotkov).

Čeprav ti deleži ne povedo ničesar o kakovosti ocen tveganja – v nekaterih državah imajo zakonsko obveznost najema zunanje storitve varnosti in zdravja pri delu – bi morala biti vsa podjetja zaradi predpostavke, da vodilni delavci najlažje nadzirajo tveganja, sposobna sama oceniti tveganja samo z lastnimi zaposlenimi.

Enaintrideset odstotkov poslovnih subjektov v EU28, ki poročajo, da zaposleni redno delajo od doma, navajajo, da takšne delavce vključujejo v svoje ocene tveganja, kar je malenkost več od 28-odstotnega deleža iz 2014. Največji delež imata Romunija (58 odstotkov) in Španija (53 odstotkov).

Deleži so višji, kadar gre za delovna mesta, ki so zunaj prostorov poslovnih subjektov (na drugih kot delo od doma), 65 odstotkov poslovnih subjektov v EU28 poroča, da takšne prostore vključujejo v oceno tveganja. To je najpogostejše v Italiji (79 odstotkov) in Luksemburgu (76 odstotkov), po dejavnostih pa kot pričakovano v gradbeništvu (88 odstotkov v EU28).

Med zdravstvenimi in varnostnimi storitvami se najbolj obračajo na zdravnike, specialiste medicine dela (69 odstotkov), splošne strokovnjake za varnost in zdravje pri delu (62 odstotkov) in izvedence za preprečevanje nezgod pri delu (51 odstotkov); deleži so zelo podobni tistim iz leta 2014.

Če se osredotočimo na psihosocialna tveganja, o obisku psihologa poročajo le v 18 odstotkov poslovnih subjektov v EU28. Zanimivo je, da pri državah prihaja do pomembnih razlik: na Finskem v 71 odstotkov in na Švedskem približno v 57 odstotkov poslovnih subjektov poročajo o sodelovanju s psihologom, naj si gre za notranjega ali pogodbenega sodelavca.

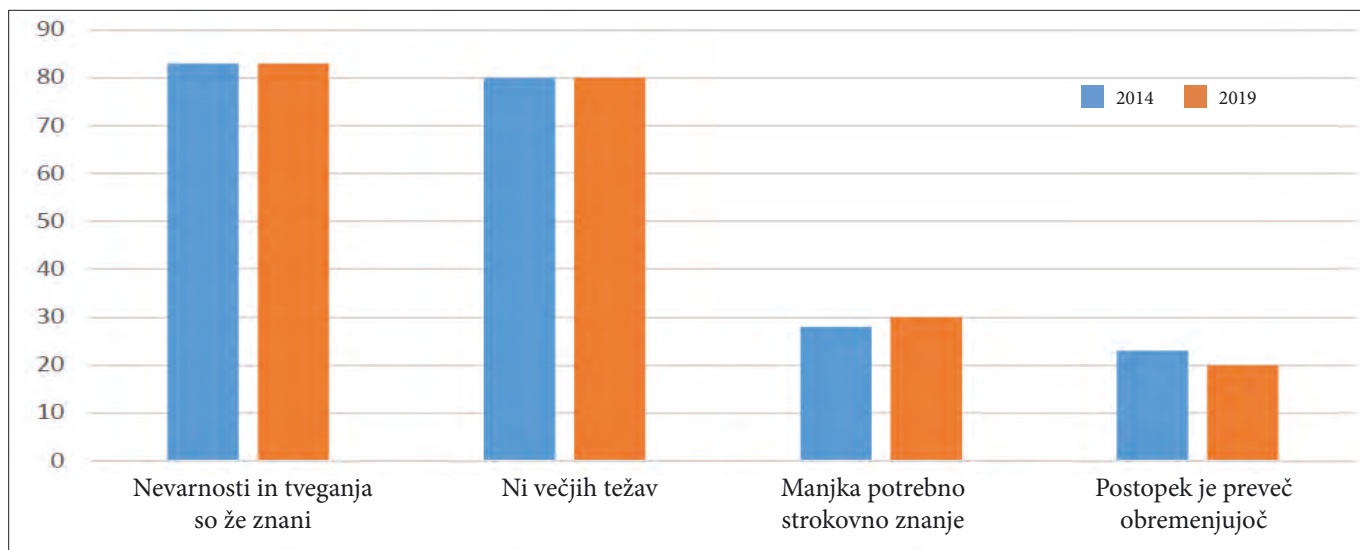
Drugje pa Slovenija na vrhu lestvice

Poleg tega nekaj manj kot dve tretjini poslovnih subjektov v EU28 (61 odstotkov) poroča o sodelovanju z zunanjim izvajalcem za pomoč pri izvajanju njihovih zdravstvenih in varnostnih nalog, ti deleži so najvišji v Sloveniji (86 odstotkov) in na Portugalskem (85 odstotkov). Sodelovanje s pogodbenim izvajalcem je očitno v pozitivni korelaciji z velikostjo poslovnega subjekta, medtem ko pregled po dejavnostih kaže, da z zunanjim izvajalcem najpogostejše sodelujejo v proizvodnih poslovnih subjektih (71 odstotkov).

Anketirani poslovni subjekti v EU28 so poročali o zadovoljstvu z zunanjimi ponudniki zdravstvenih in varnostnih storitev: 87 odstotkov jih ocenjuje kot »zelo dobre« ali »dobre«. Ti deleži so na splošno zelo visoki po vseh državah; najnižji je v Španiji (76 odstotkov), Grčiji in na Portugalskem (78 odstotkov). Nobenih večjih razlik ni ne glede na velikost ne glede na dejavnost.

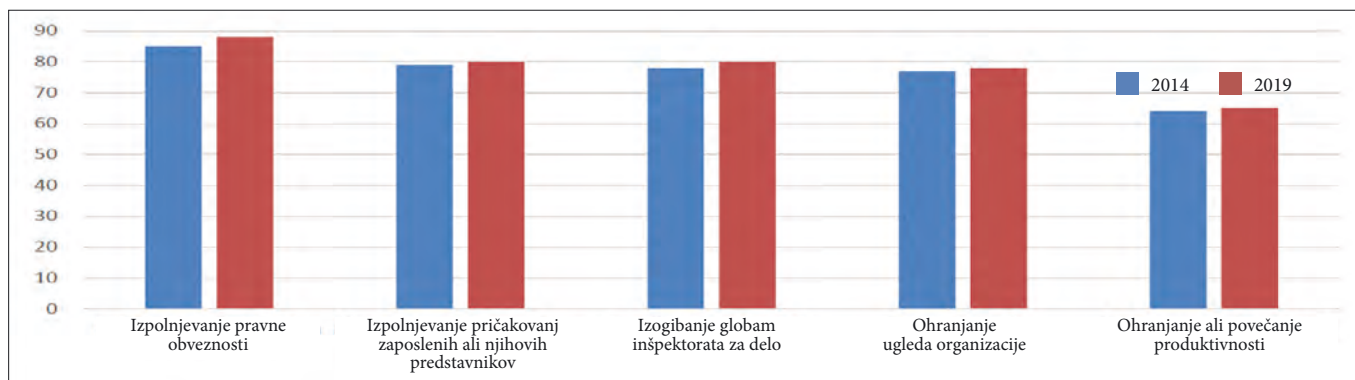
Spodbude in ovire

Poslovni subjekti, ki ne pripravljajo ocen tveganja, so kot glavni razlog navedli, da so tveganja in nevarnosti že znani (83 odstotkov poslovnih subjektov) in da nimajo večjih težav (80 odstotkov), kot je bilo že v 2014 (*Graf 3*).



Graf 3 Slika 3. Razlogi, zakaj se ocene tveganja na delovnem mestu ne izvajajo redno (% ustanov, EU-28), 2014 in 2019.

Osnova: ustanove v EU-28, ki ne izvajajo redno ocen tveganja, ESENER-2 (2014) in ESENER-3 (2019).



Graf 4. Glavni razlogi za obravnavanje zdravja in varnosti (% ustanov, EU-28), 2014 in 2019.

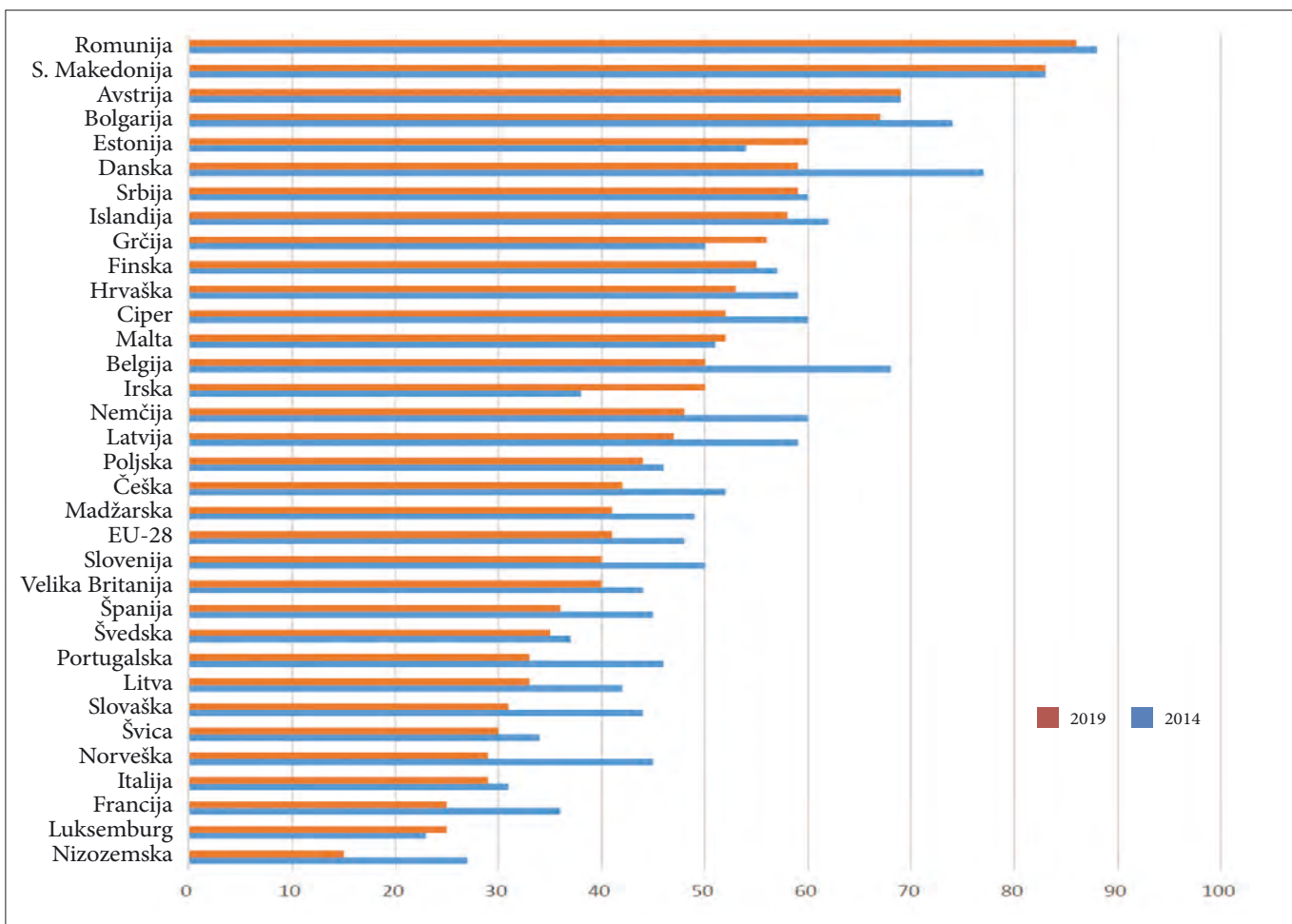
Ti rezultati predstavljajo 23 odstotkov anketiranih poslovnih subjektov, a še vedno se postavlja vprašanje, ali imajo ti poslovni subjekti – posebej najmanjši – manj težav, ali pa so preprosto manj osveščeni o dejavnikih tveganja na delovnem mestu. Zanimivo je, da najmanjši poslovni subjekti manj pogosto kot veliki poročajo, da je postopek zanje preveč obremenjujoč.

Pri razlogih, ki motivirajo podjetja, da upravljajo varnost in zdravje pri delu, prevladuje izpolnjevanje zakonskih dolžnosti – pri 88 odstotkov poslovnih subjektov v EU28, malo več kot v 2014, ko je bilo takšnih 85 odstotkov (Graf 4). Obstaja pozitivna korelacija z velikostjo poslovnih subjektov, medtem ko se deleži po državah gibljejo med 70 odstotkov na Danskem in 97 odstotkov na Portugalskem.

Druga najpomembnejša dejavnika ukrepanja sta »izogibanje kaznim inšpektorata za delo« in »uresničevanje pričakovanj zaposlenih ali njihovih predstavnikov«. Esener-3 kaže, da štiri od petih poslovnih subjektov, ki redno izvajajo ocene tveganja v državah EU28 (80 odstotkov, podobno kot v 2014 – 81 odstotkov), v pripravo in implementacijo ukrepov vključujejo svoje zaposlene.

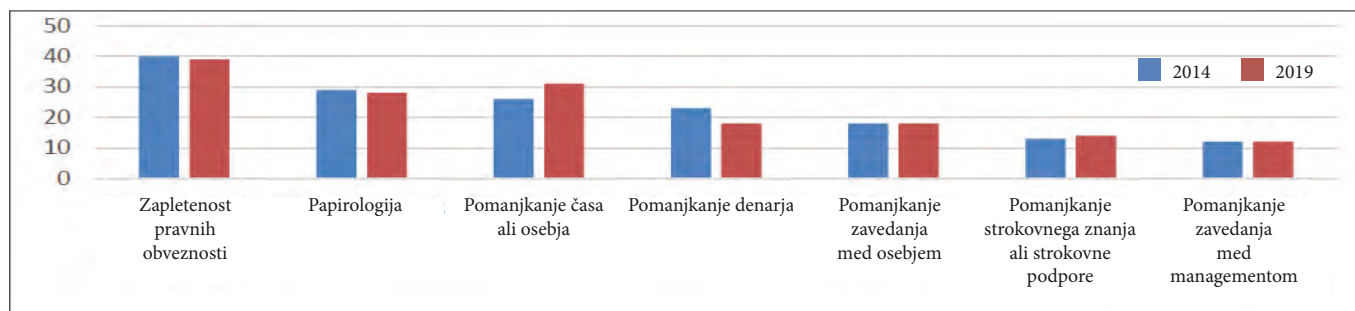
Pri odgovoru o izogibanju kaznim inšpektorata za delo je treba izpostaviti zmanjšanje deleža poslovnih subjektov, ki poročajo, da jih je v treh letih pred anketo obiskal inšpektorat; 41 odstotkov v 2019, padec z 49 odstotkov v 2014 (Graf 5).

O največjih padcih poročajo na Danskem (z 77 odstotkov na 59 odstotkov) in v Belgiji (z 68 odstotkov na 50 odstotkov).



Slika 5. Obisk inšpektorata za delo v treh letih pred raziskavo po državah (% ustanov), 2019 in 2014.

Osnova: vse ustanove, vseh 33 držav, ESENER-3 (2019) in ESENER-2 (2014).



Graf 6. Večje težave pri obravnavanju zdravja in varnosti (% ustanov, EU-28), 2014 in 2019.

Osnova: vse ustanove v EU-28, ESENER-2 (2014) in ESENER-3 (2019).

Irska, Grčija in Estonija so edine države s trendom naraščanja. Zmanjšanje se kaže v vseh velikostnih razredih in dejavnostih.

Zapletena normativna ureditev

Zapletenost zakonodaje in pravnih obveznosti je še vedno velika težava pri varnosti in zdravju pri delu. Leta 2014 je o njej poročalo 40 odstotkov poslovnih subjektov v EU, zdaj pa 39 odstotkov (Graf 6).

Razčlenitev po državah pokaže zelo raznoliko sliko; najvišji deleži so v Belgiji in Franciji (52 odstotkov poslovnih subjektov), najnižji pa v Latviji (14 odstotkov), Litvi (15 odstotkov) in na Finskem (16 odstotkov). Do izjemnega padca je prišlo v Italiji (s 67 odstotkov v 2014 na 43 odstotkov v 2019), kar prispeva k razlagi, da težava ni le v zapletenih pravnih obveznostih, pač pa v doživljanju zakonodajnih sprememb kot težavnih. V primeru Italije so se zaključki iz 2014 verjetno nanašali na obsežno reformo, ki se je pričela 2008. Medtem ko je večini dejavnikov delež nekoliko upadel, pomanjkanje časa ali zaposlenih kaže na povečanje s 26 odstotkov na 31 odstotkov, kar ga uvršča na drugo mesto med največkrat izbranimi dejavniki. Še posebej je to značilno za poslovne subjekte na Nizozemskem (39 odstotkov), v Luksemburgu (36 odstotkov) in na Malti (33 odstotkov).

NOVA IN NASTAJAJOČA TVEGANJA

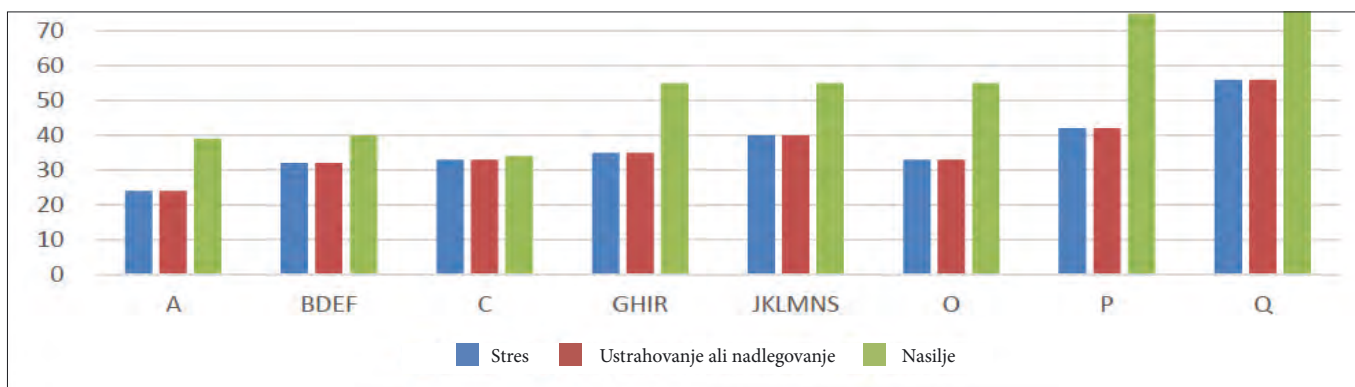
Nekateri psihosocialni dejavniki tveganja so navzoči v zajetnem deležu poslovnih subjektov v EU28, in sicer ukvarjanje z zahtevanimi pacienti, strankami in učenci (61 odstotkov) ter časovni pritisk (44 odstotkov).

Med tistimi poslovnimi subjekti, ki poročajo o psihosocialnih tveganjih, je 21 odstotkov v EU28 takšnih, ki jih doživljajo kot težje od drugih tveganj. Najvišji delež je med nordijskimi državami, in sicer v sledečih Švedska (v 43 odstotkov organizacij), Danska (38 odstotkov) in Finska (34 odstotkov). Medtem je le šest odstotkov poslovnih subjektov na Hrvaškem in šest odstotkov v Bolgariji doživljajo psihosocialna tveganja kot težja od drugih tveganj.

Če se osredotočimo na organizacije, ki odgovarjajo, da se je težje spopadati s psihosocialnimi tveganji kot drugimi tveganji varnosti in zdravja pri delu, Esener-3 kaže, da je zadržanost do odkritega pogovora o teh težavah glavna ovira pri njihovem reševanju (61 odstotkov poslovnih subjektov v EU28). To se, ob drugih prepoznanih ovirah (pomanjkanje osveščenosti med zaposlenimi in vodilnimi kadri ter pomanjkanje strokovne ali specialistične podpore), povečuje v korelaciji z velikostjo poslovnega subjekta.

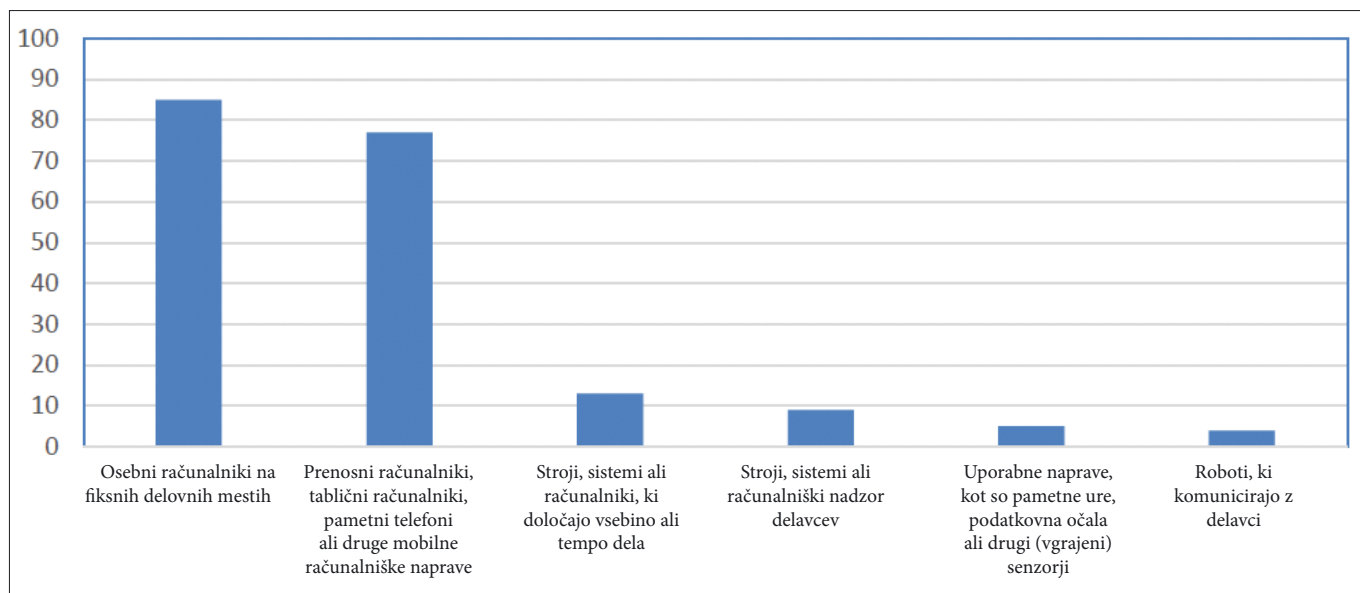
Postopki za soočanje z grožnjami, napadi in zlorabami

Zlasti med tistimi podjetji, ki poročajo o delu z zahtevnimi strankami, pacienti ali učenci, kar 58 odstotkov takšnih, ki zaposlujejo 20 ali več delavcev, poroča, da imajo predvidene postopke za soočanje z morebitnimi grožnjami, zlorabami in napadi strank, pacientov ali tretjih oseb (povprečje EU28 v 2014 je 55 odstotkov). Ta delež se je povišal na 80 odstotkov v dejavnosti zdravstva in socialnega dela (Graf 7).



Slika 7. Akcijski načrt in postopki proti psihosocialnim tveganjem po sektorskih skupinah dejavnosti (% ustanov, EU-28), 2019.

Baza: vse ustanove v EU-28, ki zaposlujejo 20 ali več zaposlenih, ESENER-3 (2019). Postopki nasilja, ki jih zahtevajo le tisti, ki poročajo, da "morajo imeti težave s strankami", predstavljajo dejavnik tveganja za zdravje. Področja NACE Rev. 2: A: Kmetijstvo, gozdarstvo in ribištvo. B, D, E, F: Gradbeništvo, ravnanje z odpadki, oskrba z vodo in električno energijo. C: Proizvodnja. G, H, I, R: Trgovina, prevoz, hrana/nastanitve in rekreacijske dejavnosti. J, K, L, M, N, S: IT, finance, nepremičnine in druge tehnične znanstvene ali osebne storitvene dejavnosti. O: Javna uprava. P: Izobraževanje. Q: Dejavnosti na področju zdravja ljudi in socialnega varstva



Slika 8. Digitalne tehnologije pri delu (% obratov, EU28), 2019. Osnova: vse ustanove v EU-28, ESENER-3 (2019).

Petindevetdeset odstotkov vseh anketiranih poslovnih subjektov v EU28 poroča o zadostni informiranosti o tem, kako vključevati psihosocialna tveganja v oceno tveganj; v 2014 je bilo takšnih 53 odstotkov. Pričakovano se ta delež bolj spreminja glede na velikost organizacije (se zvišuje z njo) kot pa glede na dejavnost. Največje številke imajo v Italiji (69 odstotkov, v 2014 74 odstotkov), Romuniji in na Švedskem (68 odstotkov), najnižje na Malti (37 odstotkov) in Litvi (38 odstotkov).

Vpliv digitalizacije

Za boljše merjenje naštetih družbenih in ekonomskih sprememb je raziskava Esener-3 vključila novo poglavje o vplivu digitalizacije na zdravje in varnost delavcev.

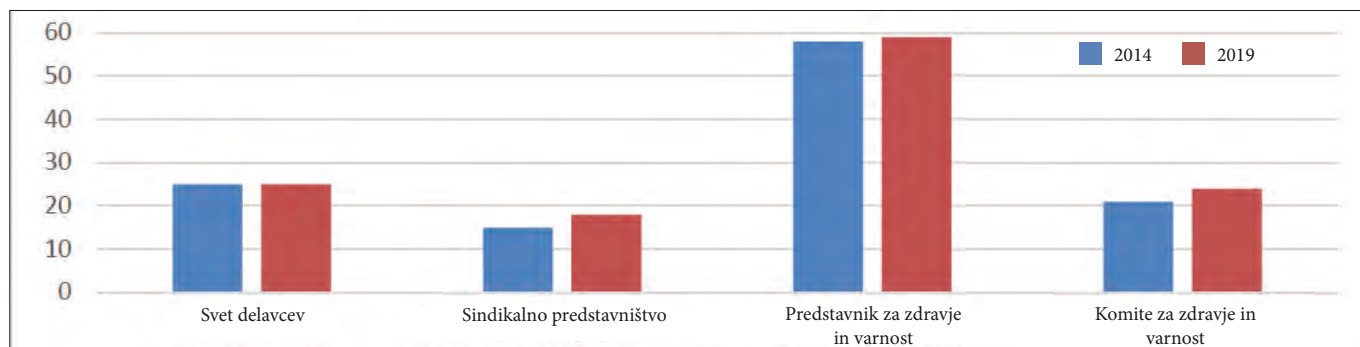
Kot pričakovano je velika razpršenost med vrstami digitalnih tehnologij, o katerih poročajo poslovni subjekti. Najpogostejše poročajo o osebnih računalnikih (85 odstotkov anketiranih v EU28), prenosnih računalnikih, tablicah, pametnih telefonih ali drugih mobilnih napravah (77 odstotkov), in sicer v vseh dejavnostih in pri vseh velikostih. Le 6 odstotkov anketiranih poslovnih subjektov v EU28 ni izbralo nobene od tehnoloških možnosti, naštetih v vprašalniku.

Med poslovnimi subjekti, kjer uporabljajo vsaj eno od naštetih tehnologij, jih je le 26 odstotkov v EU28 izpostavilo, da so spregovorili o potencialnem vplivu uporabe takšnih tehnologij na zdravje in varnost delavcev. Najvišji delež so dosegli na Madžarskem (58 odstotkov), v Romuniji (42 odstotkov) in v Združenem kraljestvu (37 odstotkov). Po dejavnostih o tovrstnih pogovorih pogosteje poročajo v administrativnih in podpornih dejavnostih (34 odstotkov), izobraževanju (33 odstotkov) in zdravstvu ter socialnem delu (33 odstotkov).

Pri obvladovanju tveganj je 79 odstotkov anketiranih poslovnih subjektov v EU28 v pogovoru izpostavilo potrebo po nenehnem usposabljanju za posodabljanje veščin, sledi ji potreba po večji prilagodljivosti zaposlenih glede kraja dela in delovnega časa (66 odstotkov) ter obvladovanje dolgotrajnega sedenja (65 odstotkov) in ponavljajočih se gibov (60 odstotkov).

Sodelovanje delavcev

Kar zadeva udeležbo delavcev – nanašajoč se na tiste poslovne subjekte, ki so poročali o uporabi ukrepov za preprečevanje psihosocialnih tveganj v obdobju treh let pred raziskavo – jih je 61 odstotkov poslovnih subjektov v EU28 odgovorilo,



Slika 9. Oblike zastopanja zaposlenih (% ustanov, EU-28), 2014 in 2019. Osnova: vse ustanove v EU-28 – velikost odvisna od nacionalnih pragov za te obrazce za zastopanje, ESENER-2 (2014) in ESENER-3 (2019).

da so zaposleni imeli vlogo pri pripravi in vpeljavi tovrstnih ukrepov, kar je malo manj kot v 2014 (63 odstotkov). Izsledki se razlikujejo po državah, od 81 odstotkov na Švedskem (73 odstotkov v 2014) do 32 odstotkov v Litvi (46 odstotkov v 2014).

Ta delež se je od leta 2014 povečal v številnih državah, ob Švedski med drugim tudi v Sloveniji, na Slovaškem, Nizozemskem in v Bolgariji. Nasprotno so številne države doživele zajeten padec v zadnjih petih letih: Litva, Estonija, Poljska, Ciper, Španija, Romunija in Avstrija. Glede na naravo psihosocialnih tveganj bi bilo pričakovati, da bodo ukrepi na tem področju prinesli neposredno sodelovanje delavcev in posebej visoko stopnjo sodelovanja vseh zaposlenih, vendar izsledki tega ne kažejo.

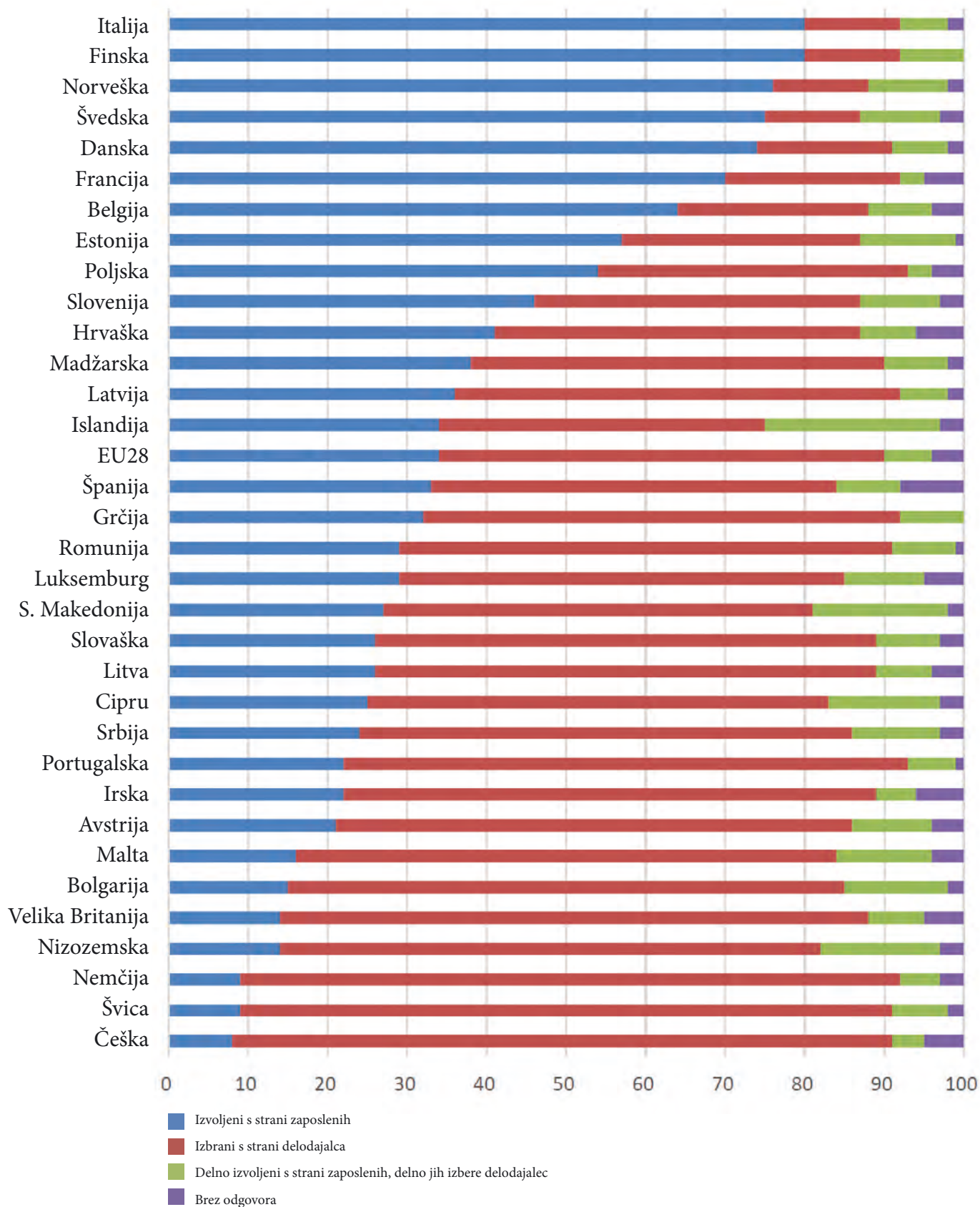
Pri oblikah zastopanja delavcev so poslovni subjekti največkrat poročali o predstavniku za zdravje in varnost: 59 odstotkov v EU28, nekoliko več kot v 2014 (*Graf 9*). Po dejavnostih so bili najvišji deleži med poslovnimi subjekti s področja rudarstva in kamnoloma, elektrike, plina, pare in klimatskih naprav (72 odstotkov), sledilo jim je izobraževanje, zdravje in socialno delo (69 odstotkov). Pričakovano so ti izsledki tesno povezani z velikostjo poslovnega subjekta.

Zanimivo, kar več kot tretjina poslovnih subjektov v EU28 (34 odstotkov) ni uporabila nobene oblike sodelovanja delavcev, deleži so bili najvišji na Portugalskem (68 odstotkov), Latvija (63 odstotkov) in Poljskem (61 odstotkov). *Več v Tabeli 2.*

DRŽAVA	%	DRŽAVA	%
Portugalska	68	Estonija	33
Latvija	63	Hrvaška	33
Poljska	61	Islandija	32
Grčija	60	Luksemburg	28
Belgija	57	Avstrija	27
Francija	56	Nemčija	26
Slovenija	52	Slovaška	26
Nizozemska	51	Finska	25
Švica	50	Švedska	23
Madžarska	49	Danska	22
Ciper	43	Irska	22
Severna Makedonija	43	Velika Britanija	22
Španija	42	Italija	16
Malta	36	Norveška	14
EU28	34	Bolgarija	11
Češka	34	Litva	11
Srbija	34	Romunija	11

Tabela 2. Brez oblik zastopanja zaposlenih po državah (% ustanov), 2019.

Osnova: vse ustanove, vseh 33 držav – velikost odvisna od nacionalnih pragov za te obrazce za zastopanje, ESENER-3 (2019).



Slika 10. Imenovanje predstavnikov za zdravje in varnost po državah (% ustanov).

Osnova: vse ustanove, vseh 33 držav – velikost odvisna od nacionalnih pragov za te obrazce za zastopanje, ESENER-3 (2019).

Esener-3 je med poslovnimi subjekti preverjala imenovanje predstavnikov za zdravje in varnost. Ugotovitve kažejo zelo različno sliko po državah, kar odraža različne nacionalne pravne okvirje (*Graf 10*). Več kot polovica (56 odstotkov) poslovnih subjektov v EU28 poroča o predstavniku za zdravje in varnost, ki ga izbere delodajalec; najvišje deleže imata Nemčija in Češka (83 odstotkov), najnižje Švedska, Finska in Italija (12 odstotkov).

Približno tretjina anketiranih poslovnih subjektov (34 odstotkov) je izpostavila, da predstavnike za zdravje in varnost izvolijo zaposleni; najvišji delež je na Finskem in v Italiji (80 odstotkov) ter na Švedskem (75 odstotkov). Kar 15 odstotkov poslovnih subjektov na Nizozemskem in 14 odstotkov na Cipru poroča, da so bili delno izvoljeni od zaposlenih, delno od delodajalcev.

Metodologija raziskave

Anketiranje je bilo izvedeno spomladi in poleti 2019 v poslovnih subjektih s pet ali več zaposlenimi, tako v zasebnih kot tudi v javnih organizacijah v vseh dejavnostih, z izjemo zasebnih gospodinjstev (NACE T) in zunajdržavnih organizacijah (NACE U).

Vključenih je bilo 33 držav: vseh 28 članic EU ter Islandija, Severna Makedonija, Norveška, Srbija in Švica.

Skupno je bilo anketiranih 45.420 poslovnih subjektov – anketirali so »tiste osebe, ki največ vedo o zdravju in varnosti v poslovnem subjektu«. Po državah se je število vzorcev gibalo od 450 na Malto do 2250 v Franciji, Nemčiji, Italiji, Španiji, na Poljskem in v Združenem kraljestvu (nacionalni vzorci velikosti dostopni na: <http://www.esener.eu>)

- Nacionalni referenčni vzorec so v treh državah povečali tamkajšnji uradni organi: Irska (za 1250), Norveška (za 450) in Slovenija (za 300).
- Podatke so večinoma zbirali prek računalniško podprtega telefonskega anketiranja (CATI). Za tiste, ki so zavrnil telefonsko anketiranje, so pripravili spletno anketo.
- Terensko delo je opravljala družba Kantar Public in njeno omrežje terenskih centrov v vsaki državi.
- Vzorce so izbrali na podlagi nesorazmernega projektiranja vzorca, ki so ga kasneje popravili z utežmi.
- Stremeli so k pripravi vzorcev, ki prinašajo potrebno kakovost in zagotavljajo mednarodno primerljivost.
- Vprašalnik je zasnovala ekipa strokovnjakov za pripravo anket ter za varnost in zdravje pri delu (zlasti za psihosocialna tveganja), skupaj z osebjem EU-OSHA.
- Več informacij o metodologiji raziskave na: <http://www.esener.eu>.

Več informacij

To poročilo je le prvi vpogled v ugotovitve, zato je zaključke raziskave Esener-3 treba interpretirati s posebno previdnostjo. Bolj podrobni rezultati bodo na voljo na <http://www.esener.eu>. Kot pri Esener-1 in Esener-2 bo tudi za Esener-3 v 2020 zbirka podatkov dostopna prek UK Data Archive (UKDA) in Gesis. Nadaljnje analize bodo opravljene med 2020 in 2021, objavljene pa leta 2022.



Ambulanta za
gastroenterologijo

Gastroskopija in kolonoskopija

Rak na debelem črevesju je v Sloveniji med najpogostejšimi rakavimi obolenji. Bolezenskih sprememb se marsikdaj sploh ne zavedamo, saj nimajo nujno opaznih simptomov. Ugotovimo pa jih lahko s specialističnim pregledom.

Pregledi, ki jih v gastroenterološki ambulanti na ZVD izvajajo priznani specialisti z najsodobnejšimi diagnostičnimi napravami, omogočajo zanesljivo analizo zdravstvenega stanja vaših prebavil.

Gastroskopija in kolonoskopija veljata za najzanesljivejši metodi, s katerima prepoznamo bolezni prebavil, vključno s predrakavimi in rakavimi spremembami.

Specialistični pregled lahko prežene skrbi, v primeru odkritja bolezenskih znakov pa omogoči zgodnje in ustrezno zdravljenje.

ZVD. Specialistične preiskave brez čakalnih vrst
in z zagotovljenim parkirnim prostorom.

60 let

ZVD Zavod za varstvo
pri delu d.o.o.
Chengdujska cesta 25
1260 Ljubljana-Polje

T: +386 (0)1 585 51 00
info@zvd.si

www.zvd.si



OLIMPIJSKI REFERENČNI
ŠPORTNOMEDICINSKI CENTER

ZVD

Zavod za varstvo pri delu



Delovno okolje slovenskih fizioterapevtov v povezavi s stresom

Avtorja:

Patricija Dobravc, dipl. fizio., prof. dr. Peter Umek, Visokošolski zavod Fizioterapevtika

Izraz stres prvotno izvira iz latinščine. Prvič je bil uporabljen v 17. stoletju in je pomenil pritisk, muko in težave (Spielberg, 1985). V današnjem času stres razumemo kot odziv organizma na vsak stresogeni dejavnik (Starc, 2007). Looker in Gregson (1993) sta v svoji teoriji opisovala, da lahko stres razumemo tudi kot prilagoditveni odziv telesa, ki ga sprožijo spremembe v okolju.

Danes pa stres opredeljujemo kot situacijo alarma oziroma kot stanje posameznikove psihične in fizične pripravljenosti, da se sooči z obremenitvijo, se ji prilagodi

in jo obvlada. Te obremenitve so lahko zunanje ali notranje, fizične ali kemične, biološke, socialne ali psihološke narave (Božič, 2003). Traven (2005) trdi, da je v današnjem delovnem okolju stres na delovnem mestu pogost pojav. Zaposleni preživijo veliko časa v napetih situacijah. Ko je napetih situacij veliko, začnejo ljudje delovati pod optimalno ravniyo, kar se kaže tudi na uspešnosti organizacije oz. zdravstvene ustanove, v kateri so zaposleni. Napake in napačne odločitve (ki lahko nastanejo zaradi stresa na delovnem mestu) povečujejo njene stroške.

POVZETEK

Namen raziskave je bil ugotoviti pojav stresa na delovnem mestu slovenskih fizioterapevtov, prepoznati dejavnike stresa in preučiti, kako bi stres na delovnem mestu lahko učinkovito zmanjšali. Oblikovali smo dve hipotezi, ki se nanašata na prisotnost stresa na delovnem mestu fizioterapevtov in na prisotnost stresa glede na institucije, v katerih so fizioterapevti zaposleni.

Raziskava vsebuje empirični del. Primarni viri so pridobljeni z anketnim vprašalnikom, sekundarni viri pa s pomočjo študije različne literature.

Iz raziskave je razvidno, da večina fizioterapevtov na delovnem mestu ne občuti stresa. Glavne posledice stresa so utrujenost in pomanjkanje energije, razdražljivost in glavobol. Zahtevna obravnava pacientov, potrpežljivost in sodelovanje pacientov so glavni vzroki, zaradi katerih fizioterapevti pri delu z gibalno ovirano ali duševno prizadeto osebo vidijo izziv. Ugotovili smo, da večina fizioterapevtov o službi razmišlja doma in o tem razpravlja s svojimi bližnjimi. Ko se fizioterapevt znajde pod pritiskom, poskuša normalno reagirati, najmanj anketiranih reagira agresivno. Pogovor s sodelavcem

večini pomaga pri premagovanju stresa. Ugotovili smo, da se več kot polovica fizioterapevtov v stresnih situacijah ne posveti pacientom v polni meri.

Večina fizioterapevtov se na delovnem mestu počuti dobro, kljub temu pa si velika večina želi dodatne okrepitve (zaposlitev dodatnih fizioterapevtov).

Ugotovili smo, da se doživljanje stresa glede na institucijo, v kateri je zaposlen fizioterapevt, ne razlikuje. Nadrejeni fizioterapevtom na delovnem mestu v večini ne nudijo predavanj o pomoči pri premagovanju stresa kljub temu, da bi večina fizioterapevtov ta predavanja obiskovala. Višji plačilni razred bi pri 54 odstotkov fizioterapevtov izboljšal počutje in zmanjšal stres, saj bi to razumeli kot nagrajevanje. Ugotovili smo, da je 77 odstotkov fizioterapevtov nezadovoljnih z višino svoje plače.

Najpogostejši dejavniki, ki vodijo v stres, so preveč zahtevno delo, premalo časa za obravnavo, preveč dela in premalo zaposlenih. Fizioterapevti, ki so na začetku svoje kariere poti, stres doživljajo intenzivnejše kot fizioterapevti, ki so zaposleni več kot 21 let.

ABSTRACT

The purpose of the research was to find out stress in the workplace of Slovenian physiotherapists, to identify stress factors and to avoid stress in the workplace. We made two hypotheses. The hypothesis relates a level of stress at physiotherapists' workplace and the connection of stress by different workplaces.

The thesis contains an empirical part. Primary sources were thus obtained through a survey questionnaire, and secondary sources were obtained from a number of students from different literatures.

We found that most physical therapists do not feel stressed at work. The main consequence of stress is fatigue and lack of energy, irritability and headache. Demanding patient care, patient patience and collaboration are the main reasons why physiotherapists see a challenge when working with a physically handicapped or mentally handicapped person. We found that most physical therapists think about work at home and discuss it with their loved ones. When a physiotherapist is under pressure, he or she tries to respond normally, the least respondent reacts aggressively. Talking

with a coworker helps most to overcome stress. We find that more than half of physiotherapists in stressful situations do not fully attend to patients.

Most physiotherapists feel good in the workplace, but the vast majority wants additional reinforcements (recruitment of additional physiotherapists).

We found that experiencing stress did not differ with regard to the institution where the physiotherapist was employed. Most physiotherapists in the workplace do not provide lectures on helping to cope with stress, although most physiotherapists would attend those lectures. A higher salary bracket would improve wellbeing and reduce stress in 54 percent of physiotherapists, as this would be considered rewarding. We found that 77 percent of physical therapists were dissatisfied with the amount of their salary. The most common factors that lead to stress and thus require demanding work for the time to be done and lay off employees. Physiotherapists who experience stress on their career paths are as intense as physiotherapists who have been employed for more than 21 years.

Danes stres opredeljujemo kot situacijo alarma - stanje posameznikove psihične in fizične pripravljenosti, da se sooči z obremenitvijo, se ji prilagodi in jo obvlada

NAMEN IN CILJI

Namen raziskave je odgovoriti na vprašanje, na kakšen način se kaže stres v fizioterapiji, kaj vpliva na pojav stresa pri fizioterapevtih ter na kakšen način bi lahko stres zmanjšali. Zanimalo nas je tudi, ali se stresnost dela razlikuje glede na institucije, v katerih so fizioterapevti zaposleni.

Cilj dela je ugotoviti negativne dejavnike, ki se pojavijo zaradi stresa na delovnem mestu, in raziskati, s pomočjo katerih dejavnikov bi stres na delovnem mestu lahko zmanjšali ter pripraviti predloge za zmanjšanje stresa na delovnem mestu.

Hipoteze smo preverili s pomočjo statističnega programa SPSS, podatke pa smo pridobili iz anketnega vprašalnika.

Hipoteze

Oblikovali smo dve hipotezi.

H1: Fizioterapevti se na delovnem mestu soočajo s stresom.

H2: Več stresa na delovnem mestu doživljajo fizioterapevti, ki obravnavajo hujše prizadete paciente.

METODE DELA IN MATERIALI

Raziskava vsebuje empirični del. Primarni viri so pridobljeni z anketnim vprašalnikom, sekundarni viri pa s pomočjo študije različne literature.

V anonimnem vprašalniku so sodelovali slovenski fizioterapevti, zaposleni v različnih zdravstvenih institucijah. Anketne vprašalnike smo statistično obdelali s pomočjo programa Microsoft Excell in SPSS 25.0 ter tako prišli do odgovorov na anketna vprašanja. Pridobljene statistično obdelane podatke smo predstavili na način grafičnega prikaza ter jih ustrezno interpretirali. Vprašalnik je sestajalo 21 vprašanj, od tega so bila prva štiri vprašanja demografskega tipa. Sodelovanje v anketnem vprašalniku je bilo prostovoljno.

Opis anketnega vprašalnika

S pomočjo anonimnega anketnega vprašalnika smo ugotavljali, ali fizioterapevti na svojem delovnem mestu občutijo stres in kaj slovenskim fizioterapevtom predstavlja delo z duševno bolno ali močno gibalno ovirano osebo. Zanimalo nas je tudi, ali fizioterapevti v svojem delu z duševno bolnimi ali močno gibalno oviranimi osebami vidijo izziv, kateri so najpogostejši dejavniki stresa na

delovnem mestu ter ali razmišljajo o službi tudi doma in o njej razpravljajo z bližnjimi. Zanimalo nas je tudi, kakšni so znaki stresa na delovnem mestu ter ali fizioterapevti svojim nadrejenim omenijo, da imajo več dela, kot ga zmorejo. Ob tem nas je zanimalo tudi, če jim nadrejeni v stresnih situacijah prisluhnejo. Zanimalo nas je tudi, ali jim ob stresnih situacijah pogovor s sodelavci omili jezo, kakšno je njihovo obnašanje, ko se znajdejo pod pritiskom, ter ali menijo, da v svojem kolektivu zaradi narave dela in vse daljših čakalnih vrst potrebujejo dodatno pomoč. Povprašali smo jih o plačilnih razredih, in sicer, ali so mnenja, da so za svoje delo dovolj plačani ter ali menijo, da bi povišanje plače vplivalo na zmanjšanje stresa. Prav tako smo želeli dobiti informacijo, ali fizioterapevtom nadrejeni na delovnem mestu nudijo predavanja oz. pogovor o stresu in izgorelosti na delovnem mestu ter ali so mnenja, da bi jim ta predavanja oz. pogovor koristili in prispevali k lažjemu sprejemanju stresa. Želeli smo izvedeti, kako se fizioterapevti v stresnih situacijah posvetijo pacientom ter kako se vsakodnevno počutijo na delovnem mestu. Vsako vprašanje, ki je bilo zastavljeno na anketnem vprašalniku, smo statistično obdelali ter grafično prikazali.

Demografski podatki

Med demografske podatke smo zajeli spol, starost, delovno dobo ter institucijo, kjer so fizioterapevti trenutno zaposleni. V raziskavi je sodelovalo 155 fizioterapevtov, od tega je bilo 18 odstotkov ($n = 28$) anketiranih moškega spola in 82 odstotkov ($n = 127$) ženskega spola.

Najvišji delež anketiranih fizioterapevtov sodi v starostno skupino od 21 do 30 let, teh je 43,2 odstotkov ($n = 67$), sledi starostna skupina od 31 do 40 let, teh je 32,3 odstotkov ($n = 50$). Najnižji delež sodi v starostno skupino od 41 let ali več, teh je 24,5 odstotkov ($n = 38$).

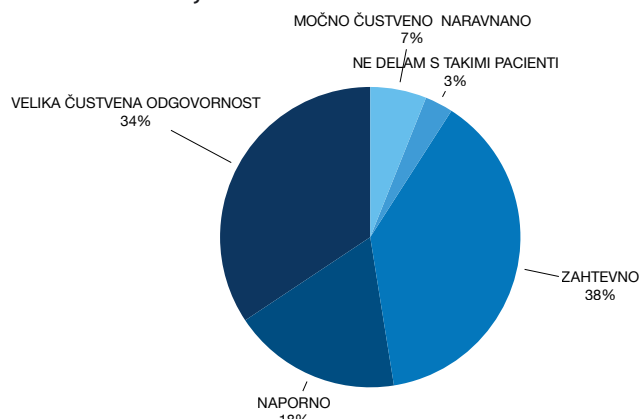
Delovno dobo fizioterapevtov smo uvrstili v štiri skupine. Najvišji delež pripada skupini, kjer se delovna doba giblje od 0 do 5 let, teh je 47 odstotkov ($n = 73$), sledi ji skupina z delovno dobo od 11 do 20 let, teh je 23 odstotkov ($n = 35$). Zadnji dve skupini sta z delovno dobo od 6 do 10 let, teh je 15 odstotkov ($n = 23$), ter z delovno dobo, večjo od 21 let, teh je 15 odstotkov ($n = 24$). Iz dobljenih podatkov je razvidno, da je največ sodelujočih fizioterapevtov v raziskavi na začetku svoje poklicne poti.

Zanimalo nas je, v katerih institucijah so trenutno zaposleni. Anketirani fizioterapevti so zaposleni v bolnišnicah, kliničnem centru, zdravstvenih domovih, domovih za starejše, zdraviliščih in termah, zasebnih fizioterapijah, centru za izobraževanje, rehabilitacijo in usposabljanje ter centru za usposabljanje, delo in varstvo. Iz vprašalnika smo ugotovili, da je najvišji delež zaposlenih v zdravstvenih domovih (30 odstotkov, $n = 45$), sledijo zasebne fizioterapije (25 odstotkov, $n = 39$) in zdravilišča oz. termalni parki (13 odstotkov, $n = 21$). V oddelkih kliničnega centra jih je zaposlenih 12 odstotkov ($n = 19$); v bolnišnicah 8 odstotkov ($n = 8$) in v domovih starejših 7 odstotkov ($n = 11$). Najmanj anketiranih fizioterapevtov je zaposlenih v URI Soča (3 odstotki, $n = 4$); v centru za izobraževanje, rehabilitacijo in usposabljanje (1 odstotek, $n = 2$) in v centru za usposabljanje, delo in varstvo (1 odstotek, $n = 1$).

REZULTATI

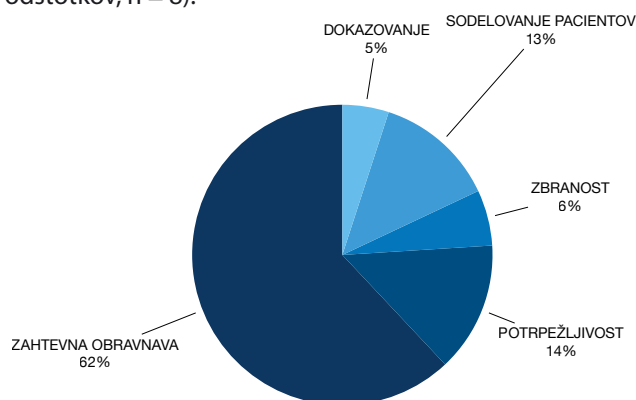
Predstavitev odgovorov na anketni vprašalnik

Na peto vprašanje, kaj fizioterapevtom predstavlja delo z duševno bolno ali gibalno ovirano osebo, jih je 38 odstotkov odgovorilo, da jim to predstavlja zahtevno delo, 34 odstotkom predstavlja delo z veliko odgovornostjo, 18 odstotkom je to delo naporno, 7 odstotkom je močno čustveno naravnano. Trije odstotki fizioterapevtov s takimi osebami ne delajo.



Slika 1: Kaj vam predstavlja delo z duševno bolno ali gibalno močno ovirano osebo?

Na šesto vprašanje, zakaj fizioterapevti pri delu z duševno bolno ali gibalno ovirano osebo vidijo izziv, je največ fizioterapevtov odgovorilo, da zaradi zahtevne obravnave – 62 odstotkov ($n = 96$), zaradi potrpežljivosti (14 odstotkov, $n = 21$) in zaradi sodelovanja pacientov (13 odstotkov, $n = 21$). Prav sodelovanje pacientov je ključnega pomena pri fizioterapevtski obravnavi. Večji kot sta motiviranost in želja po okrevanju, lažje bo rehabilitacija potekala. Izziv pri delu z duševno bolno ali gibalno ovirano osebo fizioterapevti vidijo tudi zaradi zbranosti, ki jo ob obravnavi potrebujejo (6 odstotkov, $n = 9$), in zaradi dokazovanja, da zmorejo (5 odstotkov, $n = 8$).



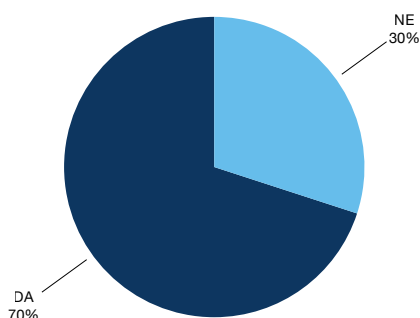
Slika 2: Zakaj vam delo z duševno bolno ali gibalno močno ovirano osebo predstavlja izziv?

Pri sedmem anketnem vprašanju sta nas zanimala dva najpogostejša dejavnika stresa v službi. Ugotovili smo, da sta dva najpogostejša dejavnika preveč dela ter premalo zaposlenih in preveč zahtevno delo. Kot drugi pogosti dejavniki stresa na delovnem mestu so se pokazali tudi strah pred napačnim zdravljenjem (predvsem pri zasebnih fizioterapevtih brez koncesije), plača in odnos z nadrejenim.

Preglednica 1: Najpogostejši dejavniki stresa na delovnem mestu

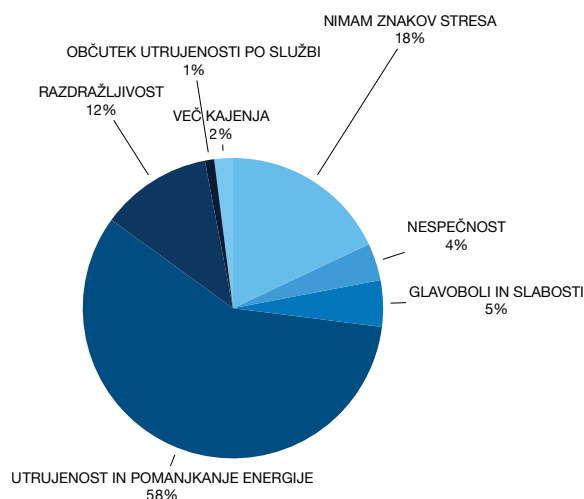
VZROK	N	%
Preveč dela in premalo zaposlenih	91	29,4
Preveč zahtevno delo	80	25,8
Strah pred napačnim zdravljenjem	40	12,9
Plača	37	11,9
Odnos z nadrejenim	18	5,8
Administracija	13	4,2
Odnos s sodelavci	10	3,2
Stalno motenje procesa	10	3,2
Zahtevni pacienti, pritisk svojcev	7	2,3
Odnos pacientov do fizioterapevtov	1	0,3
Odnos z ostalimi zdravstvenimi profili	1	0,3
Neurejenost prehrane	1	0,3
Slabi delovni pogoji	1	0,3
Skupaj	310	100

Pri osmem anketnem vprašanju nas je zanimalo, ali fizioterapevti o službi razmišljajo tudi doma in o njej razpravljajo z bližnjimi. Znano je, da veliko zaposlenih težave iz delovnega okolja prenese na svoje bližnje doma. Allen Elkin (2013) ugotavlja, da je stres nalezljiv kot prehlad. Ko je človek pod stresom, se spremenita njegovo razpoloženje in vedenje. S tem se sproži vrsta drugih negativnih interakcij – človek je bolj jezen, razburjen in bolj zaskrbljen. Človek ni več enak kot prej. Vse to občutijo družina in prijatelji. 70 odstotkov (n = 109) anketiranih fizioterapevtov o službi razmišlja tudi doma in o njej razpravlja z bližnjimi. Le 30 odstotkov (n = 46) jih o službi doma ne razmišlja.



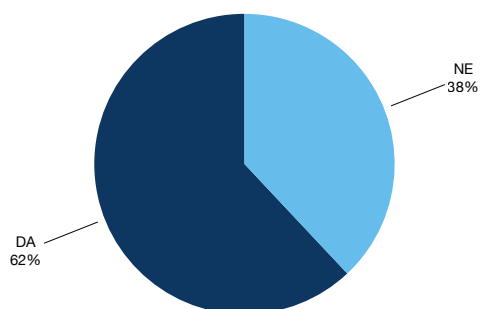
Slika 3: Ali razmišljate o službi tudi doma in o njej razpravljate z bližnjimi?

Pri devetem anketnem vprašanju nas je zanimalo, kakšni so znaki stresa pri fizioterapevtih. Glavni posledici stresa sta utrujenost in pomanjkanje energije (58 odstotkov, n = 90), sledi razdražljivost oz. hitra jeza (12 odstotkov, n = 19). Glavobol in slabost doživlja 5 odstotkov anketiranih fizioterapevtov (n = 8), nespečnost pa 4 odstotki fizioterapevtov (n = 6). Najnižji odstotek se kaže v povečanem kajenju (2 odstotka, n = 3) ter v veliki utrujenosti po delovnem času (1 odstotek, n = 1). Brez znakov stresa je 18 odstotkov fizioterapevtov (n = 28).



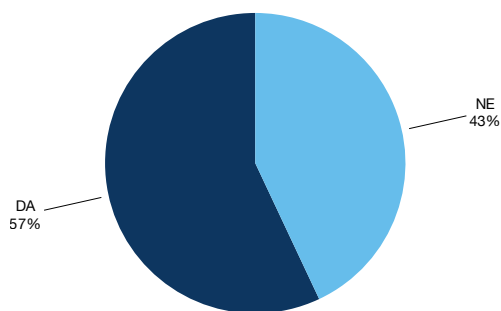
Slika 4: Kakšni so vaši znaki stresa?

Pri desetem anketnem vprašanju nas je zanimalo, ali fizioterapevti nadrejenim omenijo, da imajo več dela, kot ga zmorejo. Pri tem vprašanju smo ugotovili, da 38 odstotkov (n = 59) fizioterapevtov svoji nadrejenim ne omeni, da imajo več dela, kot ga zmorejo, 62 odstotkov (n = 96) pa svojim nadrejenim omeni, da imajo več dela kot ga zmorejo.



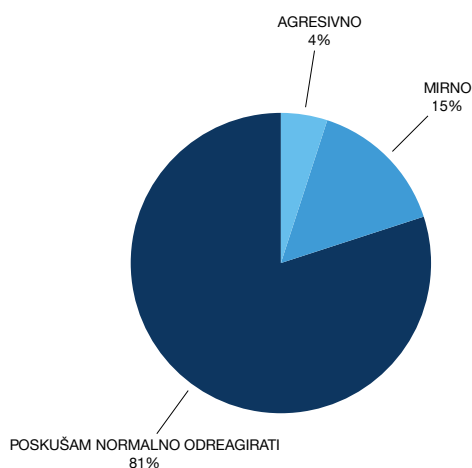
Slika 5: Ali nadrejenim omenite, da imate več dela, kot ga zmorete?

V povezavi s prejšnjim vprašanjem nas je pri enajstem vprašanju zanimalo, ali nadrejeni fizioterapevtom prisluhnejo, ko jim ti omenijo, da imajo več dela, kot ga zmorejo. Ugotovili smo, da pri 57 odstotkih (n = 89) fizioterapevtov nadrejeni prisluhnejo, pri 43 odstotkih (n = 66) pa ne prisluhnejo.



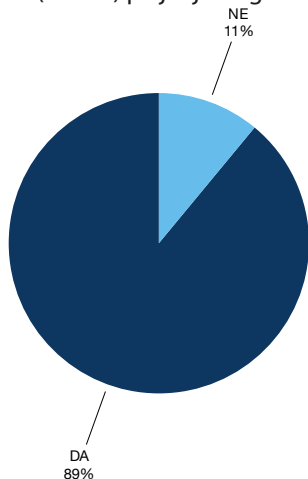
Slika 6: Ali vam nadrejeni prisluhne, če mu omenite, da imate več dela, kot ga zmorete?

Ko se človek znajde pod pritiskom, reagira na različne načine. Pritiski se lahko pojavijo zaradi nesoglasij s sodelavci, zaradi pacientov ali osebnih zadev. Pri dvanajstem vprašanju nas je zanimalo, kakšno je vedenje fizioterapevtov, ko se znajdejo pod pritiskom. Večina fizioterapevtov v tistem trenutku poskuša normalno reagirati (81 odstotkov, $n = 125$), 15 odstotkov ($n = 23$) jih reagira mirno, 4 odstotki ($n = 7$) pa reagirajo agresivno.



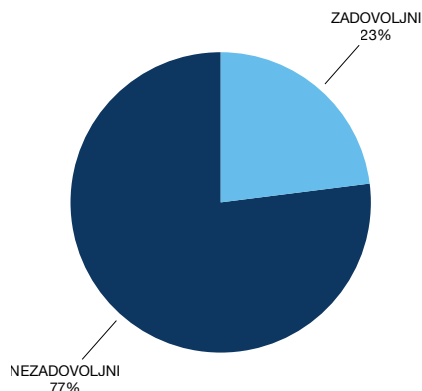
Slika 7: Kakšno je vaše obnašanje, ko se znajdete pod pritiskom?

Na trinajsto vprašanje, ali fizioterapevtom pogovor s sodelavci omili jezo, jih je 89 odstotkov ($n = 138$) odgovorilo da, 11 odstotkov ($n = 17$) pa jih je odgovorilo ne.



Slika 8: Ali vam pogovor s sodelavci kdaj omili jezo?

Spodnji graf prikazuje mnenje fizioterapevtov o zadovoljstvu pri višini svoje plače. Iz dobljenih podatkov pri štirinajstem vprašanju je razvidno, da večina fizioterapevtov (77 odstotkov, $n = 119$) ni zadovoljna z višino svoje plače. Manjši delež fizioterapevtov (23 odstotkov, $n = 26$) pa je s svojo plačo zadovoljnih.

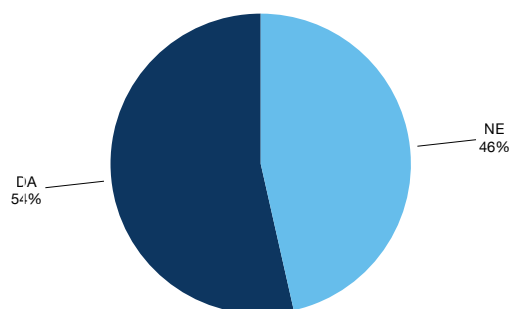


Slika 9: Ste mnenja, da ste za svoje delo dovolj plačani?

Pri petnajstem vprašanju nas je zanimalo, ali bi višji plačilni razred vplival na zmanjšanje stresa pri zaposlenih. Vprašanje smo preverili z z-preizkusom za delež, kot testno vrednost smo določili 50 odstotkov (0,500), stopnjo pomembnosti smo postavili na 0,05. Iz preglednice je razvidno, da 53,5 odstotkov anketiranih fizioterapevtov meni, da bi povečanje plače vplivalo na zmanjšanje stresa ($P=0,042$).

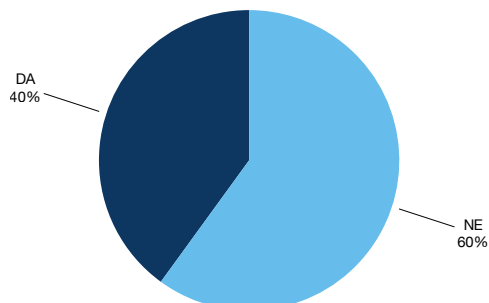
Preglednica 2: Rezultat z-preizkusa za delež

	Menite, da bi povečanje plače vplivalo na zmanjšanje stresa?		
	Group 1	Group 2	Total
Kategorija	Da	Ne	155
N	83	72	
Opazovana vrednost	0,535	0,465	1,000
Testna vrednost	0,500		
P	0,042		



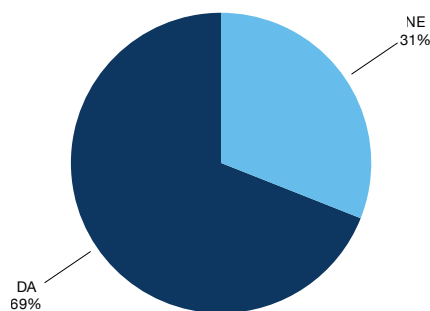
Slika 10: Menite, da bi povečanje plače vplivalo na zmanjšanje stresa?

Pri šestnajstem vprašanju nas je zanimalo, ali nadrejeni fizioterapevtom nudijo predavanja oz. pogovor o stresu ali izgorelosti na delovnem mestu. Kar 60 odstotkov ($n = 93$) zaposlenih nima možnosti obiskovati predavanj o stresu oz. izgorelosti, 40 odstotkov ($n = 62$) pa jih to možnost ima.



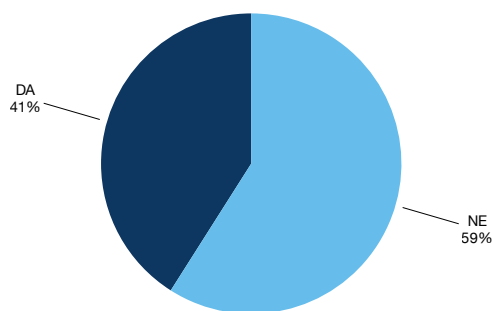
Slika 1: Vam na delovnem mestu kdaj ponudijo predavanja oz. pogovor o stresu ali izgorelosti na delovnem mestu ter kako se s tem problemom soočiti?

Pri sedemnajstem vprašanju nas je zanimalo, ali so fizioterapevti mnenja, da bi jim predavanja o stresu na delovnem mestu koristila. Ugotovili smo, da je 69 odstotkov ($n = 107$) fizioterapevtov mnenja, da bi jim predavanja koristila, 31 odstotkov ($n = 48$) pa jih meni, da ji ne bi.



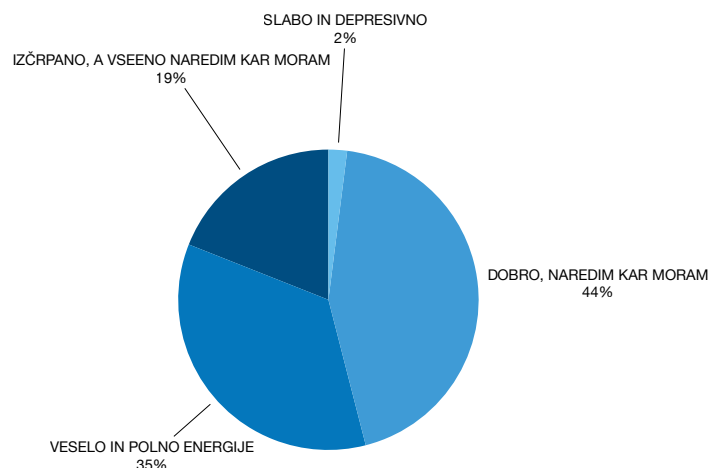
Slika12: Ali menite, da bi vam predavanja oz. pogovor o stresu koristila?

Fizioterapevti se dnevno srečujejo z različnimi pacienti. Ti pacienti se razlikujejo glede na različne diagnoze. Naloga fizioterapevta je, da k vsaki obravnavi pristopi po najboljši moči in pacienta pogleda celostno. Ker je raziskava pokazala, da se visok delež fizioterapevtov na delovnem mestu počuti dobro, nas je pri osemnajstem vprašanju zanimalo, kako se fizioterapevti v stresnih situacijah posvetijo pacientom. Na vprašanje, ali menijo, da se pacientom v stresnih situacijah posvetijo v polni meri, jih je 59 odstotkov ($n = 92$) odgovorilo, da se jim ne posvetijo v polni meri, 41 odstotkov ($n = 63$) pa jih je odgovorilo, da se pacientom kljub stresni situaciji posvetijo v polni meri.

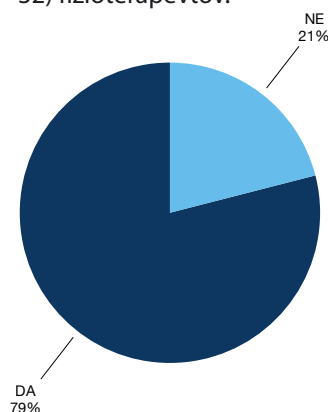


Slika 13: Prikaz, ali se fizioterapevti v stresnih situacijah posvetijo pacientom v polni meri

Pri devetnajstem vprašanju nas je zanimalo, kako se fizioterapevti počutijo na delovnem mestu. Ugotovili smo, da se jih 44 odstotkov ($n = 68$) počuti dobro, 35 odstotkov ($n = 54$) se jih počuti veselo in polno energije, 19 % odstotkov ($n = 30$) se jih počuti izčrpano, 2 odstotka ($n = 3$) pa slabo in depresivno. Iz dobljenih podatkov vidimo, da se večina fizioterapevtov na delovnem mestu počuti dobro in veselo.

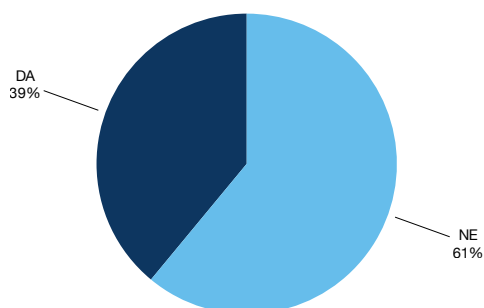


Eden izmed glavnih razlogov stresa na delovnem mestu je vsekakor prevelik delež pacientov na enega fizioterapevta. Pri dvajsetem vprašanju nas je zanimalo, ali so fizioterapevti mnenja, da bi zaradi narave dela potrebovali pomoč dodatnih fizioterapevtov. To v gospodarstvu pomeni zaposlitev dodatnih fizioterapevtov in posledično višje stroške dela. Mnenja, da bi potrebovali dodatno pomoč, je 79 odstotkov ($n = 123$) fizioterapevtov. Dodatne pomoči pa ne potrebuje 21 odstotkov ($n = 32$) fizioterapevtov.



Slika15: Ali menite, da je v vašem delovnem okolju premalo zaposlenih in bi zaradi narave dela potrebovali pomoč dodatno pomoč?

Pri zadnjem, enaindvajsetem vprašanju, nas je zanimalo, ali fizioterapevti na svojem delovnem mestu občutijo stres. Od skupno 155 anketiranih jih je 61 odstotkov ($n = 95$) odgovorilo, da na svojem delovnem mestu ne občutijo stresa, 39 odstotkov ($n = 60$) pa jih je odgovorilo, da na delovnem mestu občutijo stres.



Slika 16: Ali na delovnem mestu občutite stres?

1. PREVERJANJE HIPOTEZ

H1: Fizioterapevti se na delovnem mestu soočajo s stresom. Upoštevali smo odgovore na vprašanje: "Ali na delovnem mestu občutite stres?" Hipotezo 1 smo preverili z z-preizkusom za delež, kot testno vrednost smo določili 0,500, stopnjo pomembnosti pa smo postavili na 0,05. Iz spodnje preglednice je razvidno, da 61,3 odstotkov anketiranih fizioterapevtov na delovnem mestu ne občuti stresa, kar je več kot 50 odstotkov fizioterapevtov ($P=0,006$). S stresom na delovnem mestu se sooča 38,7 odstotkov fizioterapevtov.

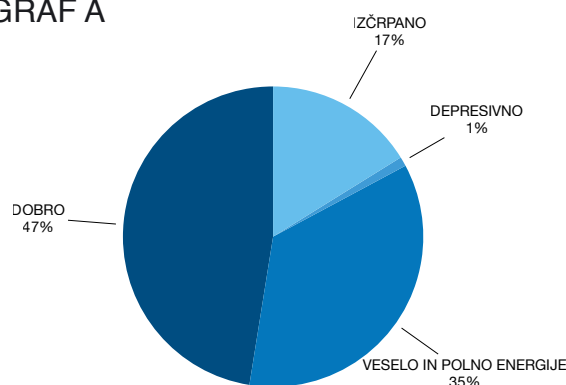
Glede na rezultate z-preizkusa hipotezo 1 ovržemo.

H2: Več stresa na delovnem mestu doživljajo fizioterapevti, ki obravnavajo hujše prizadete paciente.

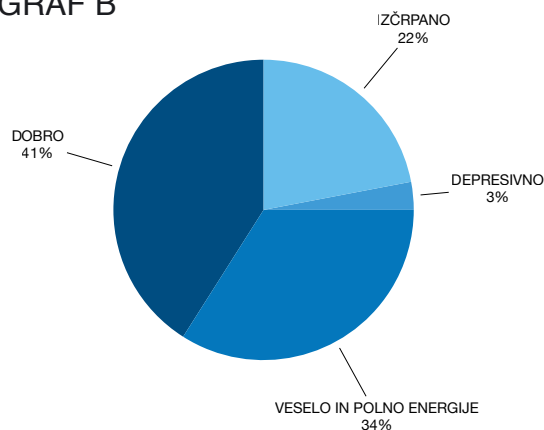
	Ali na delovnem mestu občutite stres?		
	Skupina 1	Skupina 2	Skupaj
Kategorija	Da	Ne	
N	60	95	155
Opazovana vrednost	0,387	0,613	1,000
Testna vrednost	0,500		
P	0,006		

Vsaka institucija se razlikuje glede na število zaposlenih, delovne pogoje, delovni čas, zahteve in spretnosti. Primerjali smo institucije z emocionalno in psihično manj napornim okoljem ter tiste z emocionalno in psihično bolj napornim okoljem. Institucije z manj emocionalno in psihično napornim okoljem so tiste, kjer so diagnoze poznane in ni težjih primerov pacientov. Institucije z bolj emocionalno in psihično napornim okoljem pa so tiste, kjer se anketiranci vsakodnevno srečujejo z močno nevrolško ali drugače prizadetimi pacienti, onkološkimi pacienti, z otroki s posebnimi potrebami, s starejšo populacijo (kjer je poleg preležanin prisotna še morebitna demenca) ter institucije, kjer morajo diagnozo postaviti sami, brez priporočil in napotnic osebnih zdravnikov ali fiziatrov. Med institucije z emocionalno manj napornim okoljem smo uvrstili bolnišnice, zdravstvene domove in zdravilišča. Med institucije z emocionalno bolj napornim okoljem pa klinični center ter njegove oddelke, URI Soča, centre za izobraževanje, rehabilitacijo in usposabljanje, centre za usposabljanje, delo in varnost, zasebne fizioterapevte ter domove starejših. Vzorec pri institucijah z emocionalno manj napornim okoljem je 79 fizioterapevtov, vzorec pri institucijah z emocionalno bolj napornim okoljem pa 76 fizioterapevtov.

GRAF A



GRAF B



Slika 17: Prikaz počutja fizioterapevtov v institucijah z emocionalno manj napornim okoljem (graf A) in institucijah z emocionalno bolj napornim okoljem (graf B)

Graf A prikazuje počutje na delovnem mestu v institucijah z emocionalno manj napornim okoljem, graf B pa počutje na delovnem mestu v institucijah z emocionalno bolj napornim okoljem. Iz grafa A je razvidno, da se večina fizioterapevtov v institucijah z emocionalno manj napornim okoljem na delovnem mestu počuti dobro (47 odstotkov, $n = 37$), 35 odstotkov ($n = 28$) se jih počuti veselo in polno energije, 17 odstotkov ($n = 13$) se počuti izčrpano, 1 odstotek ($n = 1$) pa slabo in depresivno. Iz grafa B je razvidno, da se fizioterapevti v institucijah z emocionalno bolj napornim okoljem v večji meri počutijo dobro (41 odstotkov, $n = 31$), 34 odstotkov ($n = 26$) se jih počuti veselo in polno energije, 22 odstotkov ($n = 17$) se jih počuti izčrpano ter 3 odstotki ($n = 2$) se počutijo slabo in depresivno. Fizioterapevti, ki so zaposleni v institucijah, kjer se soočajo z bolj prizadetimi

pacienti, se v primerjavi z drugimi institucijami pogosteje srečujejo s slabimi delovnimi pogoji, motenjem delovnega procesa, z zahtevnejšimi pacienti, s preveč zahtevnim delom ter obsežnejšo administracijo. Upoštevali smo odgovore na vprašanje: "Kako se v večji meri počutite na delovnem mestu?" Hipotezo 2 smo preverili s hi-kvadrat preizkusom. Iz preglednice je razvidno, da se največ anketiranih, tako v institucijah z emocionalno manj napornim okoljem (35; 44,3 odstotkov) kot institucijah z emocionalno bolj napornim okoljem (kjer obravnavajo huje prizadete paciente) (33; 43,4 odstotkov) na delovnem mestu počuti dobro in naredijo, kar morajo. Statistično pomembnih razlik med skupinama ni ($P=0,284$).

Hipoteze H2 ovržemo.

P=0,284			V kateri instituciji ste zaposleni?		Skupaj
			Institucije z emocionalno manj napornim okoljem	Institucije z emocionalno bolj napornim okoljem	
Kako se v večji meri počutite na delovnem mestu?	Veselo in polno energije	f	30	24	54
		f % od V kateri instituciji ste zaposleni?	38,0 %	31,6 %	34,8 %
	Dobro, naredim, kar moram	f	35	33	68
		f % od V kateri instituciji ste zaposleni?	44,3 %	43,4 %	43,9 %
	Izčrpano, a vseeno naredim, kar moram	f	14	16	30
		f % od V kateri instituciji ste zaposleni?	17,7 %	21,1 %	19,4 %
	Slabo in depresivno	f	0	3	3
		f % od V kateri instituciji ste zaposleni?	0,0 %	3,9 %	1,9 %
Skupaj		f	79	76	155
		f % od V kateri instituciji ste zaposleni?	100,0 %	100,0 %	100,0 %



RAZPRAVA

V raziskavi smo ugotovili, da kar 76,8 odstotkov fizioterapevtov s svojo plačo ni zadovoljnih. Najbolj nezadovoljni z višino svoje plače so fizioterapevti, zaposleni v zdravstvenih domovih, in fizioterapevti, ki so zaposleni v zasebni fizioterapevtski dejavnosti. Napredovanje v višji plačilni razred bi pri 54 odstotkov fizioterapevtov zmanjšalo stres.

Slabe plače so glede na delovno obremenitev fizioterapevtov pomemben dejavnik, ki povzroča stres in vpliva na uspešnost zaposlitve (Islam in sod., 2014). Akram (2012) ugotavlja, da če želijo organizacije ohraniti zaposlene, jim morajo zagotoviti dobre delovne pogoje, konkurenčne plače, varnost zaposlitve in avtonomijo. Finančni vidiki so pomembni, saj želi vsak zaposleni svoji družini nuditi finančno stabilnost. Tsutsumi in Kawakami (2014) ugotavljata, da je kombinacija velikega napora in nizke plače pri fizioterapevtih pomemben dejavnik tveganja za zdravje srca in ožilja ter eden izmed največjih povzročiteljev stresa na delovnem mestu. Nagrada za delo se zaposlenim namreč deli na tri načine. Eden izmed njih je spoštovanje do zaposlenega, drugi podpora in varnost zaposlitve, tretji pa denar. Kot denarna nagrada, ki jo delavec prejme, se šteje ustrezna višina plače. Denar je zunanja nagrada in se lahko uporablja kot vpliv na vrednotenje zaposlenih (Awadh in sod., 2015). Organizacije, ki nagrajujejo svoje zaposlene v skladu z njihovo uspešnostjo, imajo običajno manj težav pri zadovoljstvu zaposlenih kot organizacije, ki tega ne počnejo (Muczyk, 2004). Denarne nagrade in zadovoljiva plača so dobro orodje za motiviranje delavcev za boljše delovanje. Ko vodstvo pokaže in predvsem dokaže interes s svojimi bonusi in višino plačila za delo, je to izziv za ustvarjanje večje delovne uspešnosti. Denar je pomemben, vendar ni ključno orodje za uspešnost. Za veliko ljudi je občutek spoštovanja in varnosti pomembnejši od denarja. (Awadh in sod., (2015).

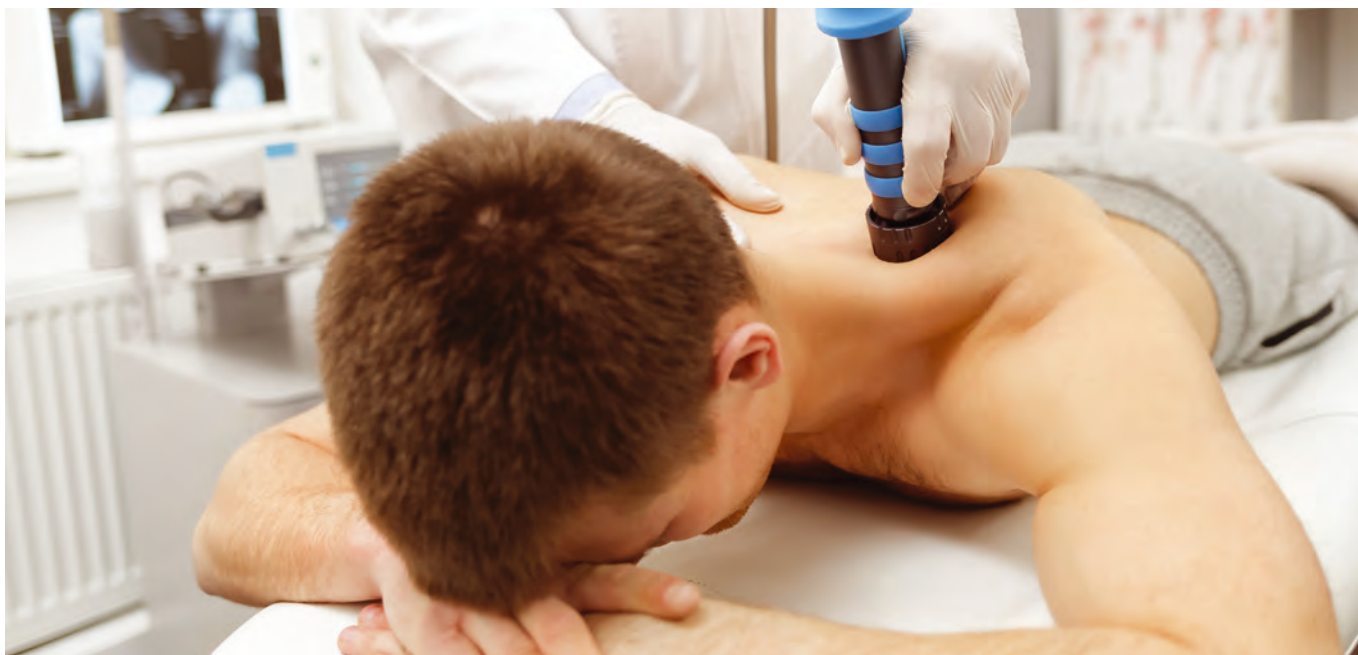
Po mnenju Mohammeda Rafika in sod. (2012), Waheeda (2011) ter Oyebamiji Florence Funmilola (2013) je za vsako učinkovito organizacijsko rast potrebno zaposlenim zagotoviti zadovoljive plače. Mulcahy in sod. (2010) so v raziskavi na Univerzi Curtin ugotovili, da kar 65 odstotkov fizioterapevtov meni, da bodo delo fizioterapevta v javnih ustanovah opustili v prihodnjih desetih letih. Med glavna področja za izboljšave spada med drugim tudi plačilo.

Zanimalo nas je, ali so stresu bolj izpostavljeni fizioterapevti, zaposleni v institucijah, kjer obravnavajo huje prizadete paciente. Emocionalno delo je oblika dela, ki temelji na profesionalnem urejanju čustev v javni sferi zaposlitve. Značilna je predvsem za delovna mesta, ki vključujejo delo z ljudmi. Na delovnih mestih z visokim deležem emocionalnega dela prevladuje ženska delovna sila. Pod določenimi pogoji ima negativne psihološke učinke (Šadl, 2002).

V bolnišnicah je poudarjen odnos do pacientov. Veliko bolnišničnih delavcev (tudi fizioterapevtov), ki neposredno komunicira s pacienti, lahko čuti pritisk, ki jim da vedeti, da opravljajo čustveno delo. Še posebej so pozorni na prijaznost pri zagotavljanju storitev bolnikom. Čustveno delo je izraz čustev, ki jih fizioterapevt doživlja kot delavec v zdravstvu. Čustveno delo se pojavi, ko se posamezniki srečajo s situacijami, v katerih morajo obvladati svoja čustva v skladu z etičnimi pravili. Mnogo delavcev svoja čustva zatira, saj se zavedajo, da so na delovnem mestu (Sohn in sod., 2018). Morris in Feldman (1996) in Cho in sod. (2008) ugotavljajo, da je emocionalna disonanca oz. čustvena neskladnost običajno opredeljena kot dejavnik, ki delavce potiska v nezadovoljstvo pri delu in posledično čustveno izčrpanost, ki označuje izgorelost. Na Nacionalnem inštitutu za delovno varnost in zdravje pri delu so ugotovili, da so za stres na delovnem mestu značilni škodljivi fizični in čustveni odzivi, do katerih pride, ko se zahteve delovnega mesta ne



Kombinacija velikega napora in nizke plače pri fizioterapevtih sta eden izmed največjih povzročiteljev stresa na delovnem mestu.



ujemajo z zmogljivostmi, viri ali potrebami delavca. Menijo, da se čustveno delo lahko razvije v delovni stres (Nacionalni inštitut za delovno varnost in zdravje pri delu, 2014). Delavci, ki so na delovnem mestu izpostavljeni višjim čustvenim dejavnikom, doživljajo večjo stopnjo stresa, depresije in jeze (Kovasc in sod., 2010). Čustveni stres se lahko zaradi neizražanja čustev pod vplivom avtonomnega živčnega sistema razvije v stanje jeze. Dolgoročno neizkazovanje in prikrivanje čustev na delovnem mestu lahko vodi v prekomerno aktivnost kardiovaskularnega in živčnega sistema, zmanjšano imunost ter rakava obolenja (Grandey, 2000). Emocionalna disonanca je povezana s čustveno izčrpanostjo, vodi pa lahko tudi v depersonalizacijsko motnjo (Abraham, 1998).

Erić (2012) opisuje, da sta za depersonalizacijsko motnjo značilna psihopatološka pojava, imenovana depersonalizacija in derealizacija. Kennedy in sod. (2013) opisujejo, da je za depersonalizacijo značilna sprememba v zaznavanju in doživljanju sebe kot osebe, pri derealizaciji pa doživljanje spremembe v okolju. V študiji, ki sta jo opravila Mandy in Rouse (1997), so dokazali, da se med mlajšimi fizioterapevti v Veliki Britaniji 29 odstotkov le-teh srečuje z visoko stopnjo čustvene izčrpanosti in 23 odstotkov z visoko stopnjo depersonalizacije. V starejši študiji, ki jo je opravil Donohoe (1993), pa je ugotovljeno, da se 46 odstotkov fizioterapevtov sooča s čustveno izčrpanostjo (Mandy in Rouse (1997); Donohoe in sod. (1993) v Fischer (2013)).

Zdravstvene organizacije morajo upoštevati emocionalno delovno stanje zaposlenih in zagotoviti programe za boljše sprejemanje čustvenega dela. Redna preverjanja psihičnega stanja zaposlenih bodo v pomoč pri preventivni ugotovitvi depresij in slabega počutja na delovnem mestu (Sohn in sod., 2018). Rodwell in sod. (2009) so v svoji študiji ugotovili, da imajo različne zaposlitvene podskupine (kot so npr. nevrološke obravnave, ortopedske obravnave ipd.), različne zahteve na delovnem mestu, kar vodi do različnih stresorjev dela. Edgar in Bacopanos (2015) sta v svoji raziskavi ugotovila, da so fizioterapevti, ki so zaposleni v

nevrološki, kardiorespiratorni in pediatrični fizioterapiji, manj zadovoljni s svojim delom kot kolegi v ostalih zdravstvenih institucijah.

V naši raziskavi sta se kot dva najpogostejša dejavnika stresa pri fizioterapevtih izkazala preveč zahtevno delo in hkrati premalo časa, da to delo fizioterapevt opravi, ter preveč dela in premalo zaposlenih. Sledita strah pred napačnim zdravljenjem (12,9 odstotkov, $n = 40$) ter plača (11,9 odstotkov, $n = 37$). Drugi razlogi, ki jih fizioterapevti še omenjajo, so administracija (4,2 odstotka, $n = 13$), odnos z nadrejenim (5,8 odstotkov, $n = 18$), odnos s sodelavci (3,2 odstotka, $n = 10$) in stalno motenje procesa (3,2 odstotka, $n = 10$). Med najnižjimi vrednostmi stresnih dejavnikov so zahtevni pacienti in pritisk svojcev (2,3 odstotka, $n = 7$), odnos pacientov do fizioterapevtov (0,3 odstotka, $n = 1$), odnos z ostalimi zdravstvenimi profili (0,3 odstotka, $n = 1$), neurejenost prehrane (0,3 odstotka, $n = 1$) in slabi delovni pogoji (0,3 odstotka, $n = 1$). Alkassabi in sodelavci (2018), Randolph in Johnson (2005) so v svoji raziskavi ugotovili, da so fizioterapevti zadovoljni s pogoji dela ter s službenim odnosom med zaposlenimi in nadrejenimi. Nadrejeni skrbijo za motiviranost fizioterapevtov. To je v nasprotju s študijo Ekerja in sodelavcev (2004), ki so v svoji študiji ugotovili, da kar 54 odstotkov fizioterapevtov ni zadovoljnih s svojim delom, zlasti na področju plač in napredovanja, kar naj bi bila posledica kakovosti vodenja. Ugotovili so, da je kakovost vodenja (stil vodenja nadrejenih) eden izmed glavnih pokazateljev zadovoljstva pri delu.

Arkwright, Edgar in Debenham (2018) so se osredotočili na zasebno fizioterapevtsko dejavnost. Primerjali so fizioterapevte, zaposlene pri zasebnih fizioterapevtih, s fizioterapevti, zaposlenimi v javnem sektorju. Ugotovili so, da so fizioterapevti v zasebni fizioterapevtski dejavnosti bolj zadovoljni z delom kot pa fizioterapevti v javnem sektorju. Park in sod. (2003), Schuster in sod. (1984) ter Barros in sod. (2010) so raziskovali različne stresne dejavnike na delovnem mestu. Ugotovili so, da sta največja

stresna dejavnika prekomerna delovna obremenitev in pomanjkanje opreme, kadra in časa. Ker se fizioterapevti držijo visokih poklicnih standardov, lahko pride do konflikta med klinično realnostjo in osebnimi ideali. Opravljanje nalog fizioterapevta zahteva tesen odnos med pacientom in fizioterapevtom, prav tako pa tudi med fizioterapevtom in pacientovo družino (tesen odnos je značilen zlasti v nevroloških, pediatričnih in geriatričnih ustanovah). Rehabilitacija traja od nekaj tednov do nekaj mesecev ter zahteva močno zavezanost in motivacijo z obeh strani. Slabe delovne razmere, preobremenitev, pomanjkanje časa in izgorevanje fizioterapevta ne vplivajo le na učinkovitost terapije, ampak tudi na kakovost življenja in neodvisnost bolnika (Mikolajewska, 2014).

Neupravičeno je, da fizioterapevti delajo v stresnem okolju in da je poklicni stres postal skrb zaposlenih ne pa nadrejenih (Barros in sod., 2010). Večina organizacij, ki si prizadeva za doseganje večje produktivnosti, konča s preobremenjevanjem zaposlenih, da bi izpolnili zahtevane

Tudi pogovor omili jezo. Skozi pogovor lahko sprostimo jezo in misli.

roke. To ima za negativno posledico psihološke in fizične učinke na zaposlene, kar je v nasprotju s tem, kar je organizacija sicer želela doseči. Čeprav organizacije stresu na delovnem mestu posvečajo več časa kot včasih, je še vedno dovolj prostora za izboljšave (Dwamena, 2012). Strokovnjaki so ugotovili, da je eden izmed virov stresa pomanjkanje delovne sile. Kadar nastopi pomanjkanje delovne sile, se fizioterapevt sreča s preobremenjenostjo, z omejenim časom za izvedbo obravnave, s povečano administracijo in pomanjkanjem profesionalne avtonomije. Slabšati se začnejo tudi medsebojni odnosi na delovnem mestu in zmanjšana je komunikacija s pacienti in njihovimi družinami (zlasti pri pacientih, ki ne sodelujejo) (Broom in Williams, 1996). Vodenje je ključnega pomena pri odzivu na stres (Maslach in sod., 1997). Vodje lahko neposredno vplivajo na delovno vlogo in optimizirajo okolje za delavce ter spreminjajo delovne izzive (Tuckey in sod., 2012).

Umek (2017) meni, da se premalo zavedamo, da na naš odnos z drugimi v veliki meri vplivajo naše osebne ter vedenjske karakteristike in ne samo karakteristike tistega, s katerim smo v nekem odnosu. Tudi situacija ima pri tem pomembno vlogo. Vedeti moramo, da je medsebojni odnos interakcija, in da tako kot mi presojamo druge ter se v skladu s tem tudi vedemo, tako tudi sogovorniki ocenjujejo nas in naše vedenje, kar povratno vpliva na njihov odnos do nas (Umek, 2017).

Delo z duševno bolno ali gibalno ovirano osebo za fizioterapevte predstavlja odgovorno in zahtevno delo. Potrebne je veliko potrpežljivosti, saj je fizioterapevska obravnava pri pacientu z npr. demenco ali zlomom kolka vse prej kot enostavna. Pomembno vlogo ima tudi motiviranost pacienta. Če je pacient pozitivno motiviran, bo rehabilitacija potekala bolje kot pri pacientu, ki ga bo

obravnaval fizioterapevt, ki mu ne bo nudil motivacijske podpore. V raziskavi, ki so jo izvedli Kovasc in sod. (2018), so ugotovili, da ima fizioterapevt, ki opravlja bolj čustveno naravnano delo (npr. razvojna ambulanta dojenčkov), več možnosti, da se sreča z stresom. Menimo, da je naloga vsakega fizioterapevta biti empatičen. Empatija je pomembna, vendar ne v preveliki meri. Zavedati se moramo, da se kot fizioterapevti v vsakdanji praksi srečujemo s pacienti, ki so preboleli možgansko kap. Okrevanje pri nekaterih (npr. starostnikih) nikoli ne bo popolno. Če razvijemo preveč empatije do določenega posameznika, nas to lahko vodi v negativni stres. Verjetnost, da ga ne bomo znali spremeniti v pozitivnega, je velika. V naši raziskavi smo ugotovili, da sta največja povzročitelja stresa prevelika količina dela in premalo zaposlenih, da bi to delo opravili. Ta podatek sovpada z raziskavami, ki so jih naredili Park in sod. (2003), Schuster in sod. (1984) ter Barros in sod. (2010). Menimo, da je to pokazatelj realnega stanja v današnji fizioterapevtski dejavnosti. V povezavi s prejšnjim vprašanjem smo ugotovili, da bi večina fizioterapevtov potrebovala pomoč pri izvajanju rehabilitacij. To pomeni, da si želijo dodatnega zaposlovanja fizioterapevtov. Že v raziskavi, ki sta jo opravila Broom in Williams (1996), sta ugotovila, da je pomanjkanje kadra dejavnik stresa. Danes, štiriindvajset let kasneje, lahko trdimo, da je pomanjkanje kadra še večje, saj se opravlja več terapij, več ljudi koristi fizioterapijo, veja fizioterapije se je razširila, poznamo več novih tehnik izvajanja fizioterapije itd. Delo fizioterapevta je po mnenju fizioterapevtov premalo plačano. Za svoj trud in delo si več kot dobra sedmina anketiranih fizioterapevtov želi povišanja plače. To sta v svoji raziskavi ugotovila tudi Tsutsumi in Kawakami (2014). Razmišljanje o službi doma je pogosto. Pomembno je, da zna vsak posameznik ločiti delo in dom. Doma se je potrebno spočiti in čas preživeti z ljubljenimi. Utrujenost in pomanjkanje energije sta najpogostejša znaka stresa fizioterapevtov. To je ugotovila tudi Meškova (2011), ki poleg tega meni tudi, da kjer se utrujenost stopnjuje, pada učinkovitost. To smo ugotovili tudi v naši raziskavi, saj je kar 59 % fizioterapevtov priznalo, da se pacientom v stresnih situacijah ne posvetijo v polni meri. Menimo, da je ta podatek pomemben, saj nam da vedeti, kako zelo škodljiv je stres. Kot smo ugotovili iz študije literature, je pogovor v stresni situaciji pomemben.

Največja povzročitelja stresa sta prevelika količina dela in premalo zaposlenih.

Tudi v naši raziskavi smo ugotovili, da pogovor omili jezo. Pogovor je način komuniciranja, izmenjava mnenj, stališč in misli. Skozi pogovor lahko sprostimo jezo in misli.

ZAKLJUČEK

Fizioterapevti predstavljajo pomemben in velik del zdravstvenega sistema, saj izvajajo rehabilitacijo gibalno oviranih in duševno prizadetih ljudi. Od njih se pričakuje, da bodo delo opravili strokovno, vestno, etično in učinkovito. Problem nastane, ko se fizioterapevti soočijo s stresogenimi dejavniki. To lahko vodi v zmanjšano kakovost dela in pri dolgotrajni izpostavljenosti stresu tudi v izgorelost.

Teoretična spoznanja kažejo, da se s stresom na delovnem mestu sooča čedalje več ljudi. Največji problem je preobremenjenost, vendar so še drugi pomembni dejavniki, med katere spadajo pomanjkanje delovne avtonomije, plača, slabši odnosi s sodelavci, slabo delovno okolje in pomanjkanje kadra.

Ženske stres na delovnem mestu doživljajo pogostejše kot moški. Posledično se pri njih pogostejše pojavijo psihološki simptomi, saj stres dojemajo bolj emocionalno kot moški. Kot priporočilo za stroko bi radi omenili, da je pomembno delavce spodbujati in spremljati njihovo počutje na vsakem koraku. To je naloga vsake organizacije in institucij. Delavci so ključnega pomena za uspešnost vsake organizacije oz. podjetja, zato jih je potrebno spoštovati in poslušati njihove težave. V kolikor pa delodajalec zazna, da je njihov zaposleni pod stresom, priporočamo čim prejšnji individualen pogovor. Delodajalcem priporočam tudi redno izvajanje seminarjev na tematiko stresa (npr. 1x letno). Pomembno je, da vsak fizioterapevt poskrbi za svoje zdravje in dobro počutje na delovnem mestu, saj bo tako delo opravljal še bolj strokovno. Menim, da bi morala vsaka zdravstvena ustanova skrbeti za zdravje svojih zaposlenih. Nihče ni sposoben živeti v popolnem blagostanju, vsak izmed nas se je s stresom že soočil. V današnjem času je tempo življenja hiter, premalo se pogovarjamo in veliko časa posvetimo delu. Dejstvo je, da se stresu ne moremo popolnoma izogniti, lahko pa ga zmanjšamo. Menim, da je pomembno poiskati razlog za stres takoj, ko ga zaznamo. To je ključnega pomena. Pomembno je, da negativen stres spremenimo v pozitivnega in poiščemo stvari, ki nas osrečujejo. Pozitiven stres na nas vpliva pozitivno, saj nas vodi k življenjskim ciljem. Pomembno je tudi, da se v stresni situaciji pomirimo in ne reagiramo prehitro, saj ima lahko to trajne posledice (npr. v odnosu s sodelavci). Z obvladovanjem stresa bomo fizioterapevti prispevali k skrbi za zdravje in dobremu počutju. Občutek, ko se z veseljem odpraviš v službo, je nekaj najlepšega.

VIRI

1. Abraham, R. (1998). Emotional dissonance in organizations: antecedents, consequences, and moderators. *Genet Soc Gen Psychol Monogr*, 124(2), str. 229.
2. Akram, A. A. (2012). Impact of Financial Rewards on Employee's Motivation and Satisfaction in Pharmaceutical Industry, Pakistan. *Global Journal of Management and Business Research*, 12(17), str. 44–49.
3. Alkassabi, O. Y., Al-Sobayel, H., Al-Eisa E. S., Buragadda, S., Alghadir, A. H., Iqbal, A. (2018). Job satisfaction among physiotherapists in Saudi Arabi: does the leadership matter? *BMC*, 18(1), str. 422.
4. Allen, D. (2016). Stressed out. [online] Dostopno na: <https://www.csp.org.uk/frontline/article/stressed-out> [vpogled 15. 12. 2018].
5. Arkwright, L., Edgar, S., Debenham, J. (2018). Exploring the job satisfaction and career progression of musculoskeletal physiotherapists working in private practice in Western Australia. *Musculoskelet Sci Pract*, 35, str. 67–72.
6. Awadh, I. M., Gichinga, L., in Anwar, A. (2015). Effects of Workplace Stress on Employee Performance in the County Governments in Kenya: A Case Study of Kilifi County Government. *International Journal of Scientific and Research Publications*, 5(11), str. 1–8.
7. Barros, L., Carolino, E., Santos, M. C. (2010). Occupational stress and coping resources in physiotherapists: A survey of physiotherapists in three general hospitals. *Physiotherapy*, 69(4), str. 303–310.
8. Bilban, M. (2007). Kako razpoznati stres v delovnem okolju. *Delo in varnost*, 52(1), str. 30–35.
9. Bilban, M., Pšeničny, A. (2007). Izgorelost. *Razvoj in znanost*, 52 (1), str. 22–29.
10. Blair A, Littlewood M. (1995). Sources of stress. *Journal of Community Nursing*, 40, str. 38–39.
11. Božič, M. (2003). Stres pri delu. Ljubljana: GV izobraževanje. str. 17–81.
12. Bratt, M. M., Broome, M., Kelber, S., Lostocco, L. (2000). Influence of stress and nursing leadership on job satisfaction of pediatric intensive care unit nurses. *Am J Crit Care*, 9(5), str. 307–317.
13. Broom, J. P., Williams, J. (1996). Occupational Stress and Neurological Rehabilitation Physiotherapists. *Physiotherapy*, 82(11), str. 606–614.
14. Brown, D. (2015). What is the difference between stress and burnout. [online] Dostopno na: <https://www.linkedin.com/pulse/what-difference-between-stress-burnout-dawkins-brown> [vpogled: 10. 03. 2019].
15. Burish, M. (1989). *Das burnout syndrom. Theorie der inneren Erscopfung*. Springer Verlag, Berlin: Heidelberg, str. 10.
16. Cartwright, S., Cooper, C.L. (2007). Managing workplace stress. United States of America: library of Congress Cataloging in Publication data. str. 34–37.
17. CDC.GOV (2014). Stress at work. [online] Dostopno na: <https://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101/> [vpogled: 11. 03. 2019].
18. Cho, J. J., Kim, J.Y., Fiedler, N., Chang, S.J. (2008). Occupational stress and depression in Korean employees. *Int Arch Occup Environ Health*, 82(1), str. 47–57.
19. Cooper C. L, Sutherland V. J. (1987). Job stress, mental health, and accidents among offshore workers in the oil and gas extraction industries. *J Occup Medicine*, 29(2), str. 119–25.
20. Černigoj-Sadar, N. (2002). Stres na delovnem mestu. Teorija in praksa, Ljubljana, 9, str. 83–84.
21. Dernovšek, M. Z., Gorenc, M., & Jeriček Klančček, H. (2006). Ko te stresse stres: kako prepoznati in zdraviti stresne, anksiozne in depresivne motnje. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, str.2.
22. Deželak, I. (2010). Kaj bomo iz prejšnjega leta prenesli v novo. *Vodenje in prodaja*, 31, str. 21.
23. Dwamena, M. (2012). Stress and its effects on employees productivity – a case study of Ghana ports and harbours authority. Institute od Distance Learning Kwame Nkrumah University of science and Technology, str. 52.
24. Edgar, S., Bacopanos, E. (2016). Identifying the factors that affect the job satisfaction of early career Notre Dame graduate physiotherapists. *Australian health review*, 40(5), str. 538–543.
25. Eker, L., Tuzun, E. H., Daskapan, A. (2004). Predictors of job satisfaction among physiotherapists in Turkey. *J Occup Health*, 46(6), str. 500–505.
26. Elkin, A. (2013). Obvladovanje stresa za telebane. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica, str. 8–33.
27. Erić, L. (2012). Psihodinamična psihiatrija V. del. Somatoformne, disociativne in razpoloženske motnje. Ljubljana: Hermes IPAL, str. 169.
28. Fengler, J. (2007). Nudenje pomoči utruja. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica. str. 77–88.
29. Fischer, M., Mitsche, M., Endler, P., Mesenholl-Strehler, E., Lothaller, H. and Roth, R. (2013). Burnout in physiotherapists: Use of clinical supervision and desire for emotional closeness or distance to clients. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 20(11), str. 550–558.
30. Grandey A. A. (2000). Emotion regulation in the workplace: a new way to conceptualize emotional labor. *J Occup Health Psychol*, 5(1), str. 95–110.
31. Heller, R.in Hindle, T. (2001). Poslovni priročnik. Ljubljana: Mladinska knjiga. str. 794–796.
32. Huselja, A. (2017). Stres v uniformi. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica. str. 115.
33. Islam, S., Ragman, M. A., Reza, M. S., Rahman M. M. (2014). Factors causing stress and impact on job performance: a case study on banks of Dinajpur, Bangladesh. *Journal of Science and Technology*, 12, str. 85–89.
34. Iwasaki, Y., K. J. MacKay in J. Ristock. (2004). Gender-based analyses of stress among professional managers: an exploratory qualitative study. *International Journal of Stress Management* 11 (1), str. 56–79.

35. Janssen P.M, DeJonge J., Bakker A.B. (1999). Specific determinants of intrinsic work motivation: a study among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, str. 1360–1369.
36. Jick, T. D., in L. F. Mitz. (1985). Sex differences in work stress. *The Academy of Management Review* 10 (3), str. 408–420.
37. Kaučič, B. M. (2002). Proces izgozovanja pri članih negovalnega tima v patronažnem varstvu. *Obzornik zdravstvene nege*, 36, str. 101–104.
38. Kavšek, K., Klemenčič, M. (2009). Stres v zdravstvu na delovnem mestu. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babilške nege, str. 24.
39. Kennedy, F., Kennerley, H., Pearson, D. (2013). *Cognitive Behavioural Approaches to the Understanding and Treatment of Dissociation*. New York: Routledge, str. 17–39.
40. Košmrlj, P. (2004). *Upravljanje stresa na delovnem mestu*. Ljubljana: EF, str. 44.
41. Kovacs, M., Kovacs, E., Hegedus, K. (2010). Emotion work and burnout: cross-sectional study of nurses and physicians in Hungary. *Croat Med Journal*, 51(5), str. 432–442.
42. Kresal, F. (2002). Ugotavljanje povezanosti bolečine v križu s psihosocialnimi dejavniki. *Magistersko delo*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, str. 103.
43. Kresal, F., Meško, M. (2015). Psihosocialni dejavniki tveganja za bolečino v križu pri slovenskih poklicnih voznikih in absentizem. *Novo mesto: Fakulteta za organizacijske študije*, str. 61.
44. Legg, T. J. (2017). What to know about general adaptation syndrome. [online] Dostopno na: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/320172> [vpogled: 19. 04. 2019].
45. Lipičnik, B., Mežnar, D. (1998). *Ravnanje z ljudmi pri delu*. Ljubljana: GV, str. 422.
46. Looker, T., Gegson O. (1993). *Obvladajmo stres*. Ljubljana: Cankarjeva založba, str. 23.
47. Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P. (1997). *Maslach Burnout Inventory Manual*. [online] Dostopno na: https://www.researchgate.net/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual [vpogled: 24. 04. 2019].
48. Megla, M. (2018). Stres, kuga sodobnega časa. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica, str. 151.
49. Meško, M. (2011). Stres na delovnem mestu. *Visokošolski učbenik z recenzijo*. Maribor: Zavod za varnostne strategije pri Univerzi v Ljubljani, str. 88–92.
50. Mikolajewska, E. (2014). Work-related stress and burnout in physiotherapists-a literature review. *Medycyna Pracy*, 65(5), str. 693–701.
51. Morris, J. A., Feldman, D. C. (1996). The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labor. *Acad Manage Rev*. 21(4), str. 986–1010.
52. Moustaka, E., Constantinidis, T. C. (2010). Sources and effects of Work-related stress in nursing. *Health Science Journal*, 4(4), str. 210–216.
53. Muczyk, J. P. (2004). The strategic role of compensation. *Human Resource Planning*. 11(3), str. 216–239.
54. Rafiq, M., M. J. (2012). Effect of Rewards on Job Satisfaction: Evidence from Pakistan. *Interdisciplinary Journal of Entemporary Research in Business*, 4(1), str. 337–347.
55. Mulcahy, A. J., Jones, S., Strauss, G., Cooper, I. (2004). The impact of recent physiotherapy graduates in the workforce: a study of Curtin University entry-level physiotherapists. *Aust Health Rev*. 2010, 34(2), str. 252–259.
56. Musek, J. (1993). *Znanstvena podoba osebnosti*. Ljubljana: Educy, str. 346.
57. Nekoranec, J., Kmošena, M. (2015). Stress in the workplace – sources, effects and coping strategies. *Review of the Air Force Academy*, 1(28), str. 163–170.
58. Novak, T., Sedlar, N., Šprah, L. (2013). Doživljanje stresa na delovnem mestu ter sopolavljanje zdravstvenih težav in izgozovanja pri različnih poklicnih skupinah. *Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije*, 52(4), str. 30.
59. Nowakowska-Domagala, K., Jablkowska-Gorecka, K., Kostrzanowska-Jarmakowska, L., Morton, M. and Stecz, P. (2015). The Interrelationships of Coping Styles and Professional Burnout Among Physiotherapists- a cross sectional study. *Medicine*, 94(24), str. 1–8.
60. Oyebamiji Florence Funmilola, K. T. (2013). Impact of Job Satisfaction Dimensions on Job Performance in a Small and Medium Enterprises in Ibadan, South Western, Nigeria. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*, 4(11), str. 509–521.
61. Panigrahi, A. (2017). Managing stress at workplace. *Journal of Management Research and Analysis*, 3(4), str. 154–160.
62. Park, J. R., Coombs, C. R., Wilkinson, A. J. (2003). Attractiveness of physiotherapy in the National Health service as a career choice: qualitative study. *Loughborough University Institutional Repository*. str. 26
63. Pečnik, M. (2010). Christina Maslach – Guru managementa. *Zbornik 7.festivala raziskovanja ekonomije in managementa*. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica Ljubljana, str. 451–458.
64. Physiopedia, (2018). The physiotherapists role in the management of stress-related work absence in vocational rehabilitation. [online] Dostopno na: https://www.physio-pedia.com/The_physiotherapist%27s_role_in_the_management_of_stress-related_work_absence_in_vocational_rehabilitation [vpogled: 20. 02. 2019].
65. Polikandrioti, M. (2009). Burnout syndrome. *Health science journal*, 3(4), str. 195.
66. Pšeničny, A. (2017). Razbijanje mitov o stresu in izgorelost v oglaševalski industriji. *Market magazin*, 435, str. 38.
67. Rakovec-Felser, Z. (1991). Človek v stiski: Stres in tesnoba. Maribor: Založba obzorja, str. 127.
68. Randolph, D.S., Johnson, S.P. (2005). Predicting the effect of extrinsic and intrinsic job satisfaction factors on recruitment and retention of rehabilitation professionals. *J Healthc Manag*. 50(1), str. 49–60.
69. Robyn, L., Hanson, L., Taylor, M., McBurney, H. (2008). Workplace stressors experienced by physiotherapists working in regional public hospitals. *Australian Journal of Rural health*, 16(4), str. 44.
70. Rodwell, J., Noblet, A., Demir, D. (2009). The impact of the work conditions of allied health professionals on satisfaction, commitment and psychological distress. *Health Care Manag Rev*. 34(3), str. 273–83.
71. Schuster, N. D., Nelson, D. L., Quisling, C. (1984). Burnout among physical therapists. *Phys Ther*, 64(3), str. 299–303.
72. Sliwinski, Z., Starczynska, M., Kotela, I., Kowalski, T., Krys-Noszczyk, K., Lietz-Kijak, D., Kijak, E. and Makara-Studzinska, M. (2014). Life Satisfaction and risk of burnout among men and women working as physiotherapists. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 27(3), str. 400–412.
73. Sohn, B. K., Park, I. J., Hwang, J. Y., Choi, J. S., Lee, J. Y., Jung, H. Y. (2018). The relationship between emotional labor and job stress among hospital workers. *Int. Neuropsychopharmacol*, 19(1), str. 85
74. Spielberg, C. (1985). Stres in tesnoba. *Murska Sobota: Pomurska založba*, str. 8.
75. Starc, R. (2007). Stres in bolezn. Ljubljana: Sirius, str. 23.
76. Šadl, Z. (2002). Emocionalno delo v storitvenih organizacijah. *Teorija in praksa*, 39, str. 49–80
77. Treven, S. (2005). Premagovanje stresa. Ljubljana: GV Založba, str. 116.
78. Tsutsumi, A. and Kawakami, N. (2004). A review of empirical studies on the model of effort-reward imbalance at work: Reducing occupational stress by implementing a new theory. *Social Science & Medicine*, 59, str. 2335–2359.
79. Tuckey, M. C., Bakker, A. B. in Dollard, M.F. (2012). Empowering leaders optimise working conditions for engagement- a multi-level study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(11), str. 15–27.
80. Tušak, M. (2014). Učinkovito soočanje s stresom. [online] Dostopno na: <https://www.tzslo.si/uploads/karmen/stres.pdf> [vpogled: 24. 03. 2019].
81. Umek, P. (2017). Ravnanje zdravstvenega osebja z nasilnimi pacienti. V: *Ukrepanje in podpora ob konfliktnih in kriznih situacijah v zdravstvu*. 8. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica, str. 11–21.
82. Waheed, T. T. (2011). Herzberg's Motivation-Hygiene Theory and Job Satisfaction in the Malaysian Retail Sector: The Mediating Effect of Love of Money. *Asian Academy of Management Journal*, 16(1), str. 73–94.
83. Wolfgang, P. K., Korczak, D., Broich, K. (2011). Burnout: a Fashionable Diagnosis. [online] Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3230825/> [vpogled: 10. 03. 2019].
84. Zijlstra, F. (2008). The Weekly Cycle of Work and Rest: A diary study. [online] Dostopno na: https://www.researchgate.net/publication/301553160_The_Weekly_Cycle_of_Work_and_Rest_A_diary_study [vpogled: 15. 03. 2019].

Celostni pristop k obvladovanju bolečine

Avtorja:

Blaž Kopic, dipl. fizio., Iris Kaiser, mag. psih.

Čeprav se je vsi želimo čim prej znebiti in jo dojemamo kot nekaj negativnega, je bolečina zelo pomemben in potreben pojav v našem telesu. Lahko si jo predstavljamo kot alarm našega sistema, ki nas ne le obvesti, kadar živčni sistem prepozna nevarnost in želi preprečiti nadaljnjo poškodbo, temveč tudi poskrbi, da to obvestilo slišimo jasno in glasno. Ker pa se pojavljajo tudi »okvare« v alarmnem sistemu, je pomembno znati ločiti, katera bolečina je tista, ki bi nas morala skrbeti, in katera je tista, ki je »dobrodošla« in ki nam sporoča, da moramo nekaj ukreniti. K pravočasnemu ukrepanju spodbujajo tudi številni delodajalci z mnogimi ukrepi promocije zdravja na delovnem mestu, katerih cilja sta boljše počutje zaposlenih in zmanjšanje tako absentizma kot prezentizma.

EDINSTVENO DOJEMANJE BOLEČINE

Živčni sistem prejme nevarni signal iz tkiv oziroma celic, ki so dehidrirane, slabo prekravljene, s premalo kisika, poškodovane ali vnete. Možgani ocenijo nevaren signal v razmerju z vsem ostalim, kar procesirajo, nato pa bolečina nastane takrat, ko se možgani odločijo, da je to, kar se dogaja telesu, nevarno in mora biti o tem naša zavest obveščena. Na tak način možgani uporabijo naše fizično telo, da nas obvestijo o nevarnosti.

Bolečina je rezultat procesiranja našega živčnega sistema, sam odziv na bolečino oziroma bolečinski dražljaj pa je unikaten osebi, ki bolečino doživlja.

V možganih nimamo specifičnega centra za bolečino, temveč jo sestavlja več elementov. Najbolj pomembni so živci, imunske celice in kemikalije. Ti elementi med seboj »komunicirajo« in tako ustvarjajo sisteme akcije, pozornosti, spomina in čustev. To, kako ti elementi sodelujejo, je odraz dojetja bolečine. Pomembno je vedeti tudi, da je dojetje bolečine zelo odvisno od dojetja naše realnosti. Pogosto je intenzivnost bolečine odvisna od naše motivacije (spomnimo se športnikov, kot je npr. Petra Majdič, ki je osvojila bronasto medaljo s štirimi zlomljenimi rebri), kulturnih vzorcev, zgodovine, naučenih vedenjskih vzorcev in podobno ...

Poglejmo Metkin primer. Metka je na poti v službo padla zaradi ledu, ki se je skrival pod plastjo snega. V trenutku, ko Metka pade na tla, se v njeni trtici aktivirajo mehanski receptorji, ki pošljejo signal v hrbtenjačo, od koder potuje v možgane. Na tej točki možgani dobijo informacijo, da so se mehanski receptorji aktivirali, in oblikujejo sporočilo o nevarnosti in (še) ne o bolečini. Preden Metka občuti bolečino, morajo

možgani obdelati več informacij, da ugotovijo, ali obstaja kakšna nevarnost. Nato združijo informacije z več področij:

Okolje: če se v okolju dogaja kaj še bolj nevarnega, bo občutila manj ali skoraj nič bolečine. Če je padla na pločniku in mora še prečkati cesto, jo bodo možgani poskušali zaščititi pred večjo nevarnostjo ter ji omogočili prečkanje brez večje bolečine, dokler je ne prečka.

Spomin: Kaj je ta signal pomenil nazadnje, ko so ga možgani prejeli? Ko je Metka nazadnje padla, si je poškodovala trtico in pristala na bolniški odsotnosti. Zdaj bodo možgani glede na pretekle izkušnje bolj verjetno sklepali, da obstaja nevarnost.

Misli in občutki: Metka ima v službi naporno in stresno obdobje. Posledično bodo možgani sklepali, da je v nevarnosti.

Življenjski slog: Metka ima dinamično delo, pri katerem je večinoma na nogah. Vsaka poškodba njene trtice ali hrbtenice ji bo preprečila opravljanje dela. Možgani nato želijo poskrbeti, da bo Metka počivala, zato občuti bolečino. Izziv možganov je, da sestavijo čim boljšo zgodbo glede na informacije, ki so jih pridobili. Če možgani sklepajo, da obstaja možnost nevarnosti, bo posledica bolečina.

AKUTNA BOLEČINA

Ko govorimo o bolečini, jo lahko v grobem ločimo na dve različni bolečini – ena je akutna oziroma trenutna, druga pa kronična oziroma dlje časa trajajoča.

Akutni pojavi so pogosto posledica poškodb, ki nastanejo zaradi zunanjih ali notranjih telesnih dejavnikov. V vsakem

primeru nas takšna bolečina pripravi do tega, da pozornost usmerimo na poškodovani del in ukrepamo. Akutno bolečino pogosto spremljajo tudi rana, oteklina, rdečica, podplutba, povišan utrip srca in dihanje, potenje itd. V takšnih primerih je za poškodbo potrebno poskrbeti in se zavedati, da bo bolečina še nekaj dni ali tednov prisotna. Ta prisotnost je znak, da telo še ni povsem popravilo poškodovanega tkiva in nam z bolečino postavi omejitve, ki izginejo šele, ko telo neha zaznavati nevarnosti za dodatno poškodbo.

KRONIČNA BOLEČINA

Če se bolečina pojavlja več tednov oziroma več kot tri mesece po poškodbi, govorimo o kronični bolečini. Kronični pojav bolečine se pojavi zaradi na videz neznanega vzroka. Pogosto ne vemo, da je prišlo do neke poškodbe, ali pa se sploh ne spomnimo, kdaj se je bolečina pojavila. Tako lahko kronično bolečino dalje razdelimo na tisto, ki se razvije po vidni poškodbi telesa, in na tisto, ki se pojavi brez vidnega razloga. Kronična bolečina, ki se razvije po poškodbi, je lahko posledica nepravilnih procesov celjenja, napake v našem alarmnem sistemu ali slabe oskrbe poškodbe.

Pri kronični bolečini je potrebno tudi razumevanje, da ni vsaka bolečina povezana s težavami s kostmi, hrbtenico ali mišicami. Pojav kronične bolečine je lahko posledica več dejavnikov v telesu, npr. kronične težave z debelim črevesjem, refluks želodca, težave z ožiljem, vnetja ipd. Zato je pri pojavu kronične bolečine potrebno biti previden, ko gre za diagnostiko in reševanje nastalega problema.

KOMPLEKSNOŠT KRONIČNE BOLEČINE

Kronična bolečina se ne dogaja le na fizičnem nivoju, temveč je biopsihosocialni pojav. To pomeni, da je za uspešno zdravljenje oziroma obvladovanje bolečine potrebno pogledati več področij, tudi psihološko in socialno.

Bolj kot je akutna bolečina intenzivna in resna ter več kot je mest bolečine, bolj verjetno je, da se bo kronična bolečina razvila. Poleg tega je pogostejša pri tistih posameznikih, ki:

- že imajo druga kronična obolenja (npr. srčno-žilna obolenja),
- so kadilci,
- so manj fizično aktivni,
- imajo probleme s spanjem,
- se nepravilno prehranjujejo.

Pogosto se kronične bolečine odpravlja le s priporočanjem počitka in s fizioterapijo, kar v redkih primerih popolnoma odpravi bolečino. Sharpe idr. (2020) so naredili obsežno raziskavo, v kateri so zbrali mnenja številnih strokovnjakov na področju kronične bolečine in preverjali, kateri psihološki pristopi so nujni ali zaželeni pri odpravljanju le-te. Ena izmed najpomembnejših strategij pri spoprijemanju s kronično bolečino je učenje upravljanja s kroničnim fizičnim stanjem. Pomemben korak je psihoedukacija, kar v bistvu pomeni učenje posameznika s kronično bolečino o tem, kaj sploh je bolečina, kako nastane, kaj se takrat dogaja v naših možganih, kateri dejavniki vplivajo na bolečino, kako jo lahko zmanjšamo ali odpravimo itd. Naučiti ga je potrebno tudi o vlogi misli in vedenj, ki so povezana s kronično bolečino, ter najti ustrezne tehnike, ki bodo pri tem pomagale. Pomemben del je tudi delo na mislih in prepričanjih, torej da posameznik spremeni nekatera prepričanja, ki jih ima o bolečini, ter povečanje njegove aktivnosti.

Te tri aktivnosti, torej učenje o bolečini, spreminjanje mišljenja in prepričanj ter povečanje aktivnosti so pomembne, ker se med seboj prepletajo in vplivajo druga na drugo. Če se posamezniku, ki ima kronične bolečine, ne poda ustreznega znanja, bo verjetno imel odpor do določenih fizičnih aktivnosti, saj ga je strah, da je bolečina znak, da je poškodovan oziroma v nevarnosti. Ko ta posameznik razume, da lahko kronična



bolečina pomeni le, da živčni končiči v možgane pošiljajo signale za poškodbo, ki je več ni tam, izgubi strah pred fizično aktivnostjo. Šele takrat posameznik postane bolj zavzet za vsakodnevne fizične aktivnosti, vaje, fizioterapijo, postavljanje ciljev in konec koncev tudi preoblikovanje prepričanj.

Pojav, ko fizična težava ne obstaja več, živčni sistem pa še vedno prepoznava nevarnost, si lahko predstavljamo tudi preko primera alarma avtomobila: včasih se aktivira alarm na avtu tudi, ko zraven njega nekaj počti ali se strese, recimo pirotehnika. Tako lahko kronično bolečino povzroča tudi kateri drug dejavnik, ne le poškodba.

KRONIČNA BOLEČINA NA DELOVNEM MESTU

Študije v različnih okoljih so pokazale, da za kronično bolečino trpi od 10 % do 30 % odrasle populacije v Evropi. Le-ta ne vpliva negativno "le" na dnevne aktivnosti, fizično in mentalno zdravje ter družino, temveč tudi na odnose na delovnem mestu, produktivnost, učinkovitost in predvsem na bolniško odsotnost. Rezultati študij so pokazali tudi, da prezitem (pojav, ko zaposleni pridejo na delo, čeprav so bolni, poškodovani ali drugače nesposobni za delo) zmanjša produktivnost od 21,5 % pa do kar 42,9 %!

Negativne, za delodajalca tudi drage, posledice kroničnih bolečin lahko delodajalec zmanjšuje z vključitvijo preventivnih in kurativnih ukrepov v program promocije zdravja.

Obstajajo številni možni ukrepi in aktivnosti, ki jih podjetja lahko integrirajo v svoj program:

- individualna (fizio)terapija,
- individualno psihološko svetovanje,
- ergonomske prilagoditve delovnega mesta,
- izobraževanje in ozaveščanje o akutnih poškodbah (preventiva in kurativa),
- izobraževanje in ozaveščanje o kronični bolečini,
- učenje in spodbujanje izvajanja tehnik sproščanja,
- učenje in spodbujanje izvajanja čuječnosti,
- spodbujanje zdravega življenjskega sloga (zdravega prehranjevanja, gibanja, spanja in opustitev kajenja), ...

Načrt promocije zdravja izhaja iz potreb in tudi želj zaposlenih. Podatki, ki jih pridobimo z raznimi analizami, predstavljajo dragoceno usmeritev za oblikovanje takšnega načrta oziroma programa, ki bo usmerjen v tista področja, kjer zaposleni potrebujejo dodatne storitve in rešitve ter kjer tudi sami prepoznajo dodano vrednost. Ker je udeležba na aktivnostih promocije zdravja prostovoljna, je potrebno tudi spremljati ustreznost in učinkovitost zastavljenega načrta.

Programi promocije zdravja, ki se osredotočajo tudi na preventivo in zmanjšanje bolečin, nudijo odlično možnost ne le za dobro počutje zaposlenih, temveč tudi za znižanje stroškov, ki so povezani s tem. Pomembno je, da je potrebno kazalnike uspešnosti in cilje, ki se osredotočajo na bolečino, zastaviti dolgoročno in ne pričakovati sprememb čez noč. Vse vrste bolečine nam otežujejo vsakodnevno funkcioniranje ter negativno vplivajo na naše telesno in duševno počutje. S proaktivnim in strateškim pristopom lahko delodajalci pripomorejo k preventivi ter zdravljenju akutne in kronične bolečine, največji del odgovornosti in dela pa je na nas samih. Ko se naš alarmni sistem, ki opozarja na nevarnost, aktivira in sproži bolečino, ga je potrebno poslušati in pravočasno reagirati. Poskrbimo za lasten zdrav življenjski slog, vlagajmo trud v čim prejšnje okrevanje po poškodbah in boleznih, predvsem pa pravočasno poiščimo ustrezno strokovno pomoč.

VIRI:

1. Dueñas, M., Ojeda, B., Salazar, A., Mico, J. A., in Failde, I. (2016). A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *Journal of pain research*, 9, 457.
2. Sharpe, L., Jones, E., Ashton-James, C. E., Nicholas, M. K., in Refshauge, K. (2020). Necessary components of psychological treatment in pain management programs: A Delphi study. *European Journal of Pain*.
3. van Hecke, O., Torrance, N., in Smith, B. H. (2013). Chronic pain epidemiology—where do lifestyle factors fit in?. *British journal of pain*, 7(4), 209–217.
4. Pain explained. (2019). NHS. Dostopno na: <https://www.solent.nhs.uk/media/1755/explain-pain-booklet-final-version-comms-edited.pdf>



Strokovna revija za varnost in zdravje pri delu ter varstvo pred požarom

Revija Delo in varnost izhaja že od leta 1955. Delo in varnost se ponaša s kakovostnimi strokovnimi in znanstvenimi vsebinami, s katerimi bralci širijo svoje strokovno znanje in nadgrajujejo delovno področje. Na leto natisnemo šest števk.

Vabimo vas k soustvarjanju revije

Vedno so dobrodošli ne le vaši članki, temveč tudi vaši predlogi, mnenja, kritike. Pošljete nam jih lahko na naslov deloinvarnost@zvd.si ali izpolnite anketni vprašalnik na strani www.zvd.si/zvd/podrocja-dela/revija-delo-in-varnost.

Vaša mnenja in predlogi nam pripomorejo k izboljšavam, vsebine izpod peres strokovnjakov pa bogatijo znanje vseh, ki se ukvarjajo z obravnavanimi tematikami.

Naročila na revijo Delo in varnost in več informacij:

Pokličite (01) 585 51 28, pišite nam na deloinvarnost@zvd.si ali obiščite www.zvd.si.



NAROČILNICA



Nepreklicno naročamo
izvodov revije GASILEC.

Naročnina velja od datuma naročila
do pisnega preklica (vsaj mesec dni pred
novim koledarskim letom).



PODATKI O NAROČNIKU

Ime in priimek (ali ime ustanove):

.....

Ulica in hišna številka:

Pošta in kraj:

Davčna številka (za pravne osebe):

davčni zavezanec: DA / NE

Letna naročnina znaša **25 EUR** (z vključenim DDV).

Plačilo je možno v **enem, dveh ali štirih** obrokih (željeno označite).

Podpis (in žig pri pravnih osebah):

Managerski pregledi

Managerske preglede na ZVD opravljajo priznani zdravniki specialisti s pomočjo najsodobnejše diagnostične tehnologije. Širok nabor preiskav omogoča celovit vpogled v vaše zdravstveno stanje.

kardiologija | oftalmologija | gastroskopija
kolonoskopija | diagnostika z ultrazvokom
merjenje kostne gostote | ortopedija
angiologija | nevrologija | onkologija
psihatrija | ...

Z najsodobnejšo medicinsko opremo izvajamo natančne, neboleče in neškodljive preiskave. Na zaključnem razgovoru vam bo zdravnik specialist podal izsledke pregleda in usmeritve za izboljšave vašega zdravja.

**ZVD. Vsi specialistični zdravstveni pregledi.
Za prave rezultate in vaše zdravje.**

60 let

ZVD Zavod za varstvo pri delu d.o.o.
Chengdujska cesta 25, 1260 Ljubljana-Polje

T: +386 (0)1 585 51 00
F: +386 (0)1 585 51 01
E: info@zvd.si
www.zvd.si

ZVD
Zavod za varstvo pri delu