KUTATÁSI JELENTÉS

OKTATÁS SPECIFIKUS BESZÁMOLÓ

Kedvezményezett:	Munkástanácsok Országos Szövetsége
Projekt kódja:	GINOP-5.3.4-16-2016-00011
Projekt címe:	A munkahelyi egészség és biztonság fejlesztése az oktatás ágazatban

SZÉCHENYI 2020
MAGYARORSZÁG KORMÁNYA
Európai Unió
Európai Szociális Alap
BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

MEGRENDELŐ

.....

Palkovics Imre

Elnök

Munkástanácsok Országos Szövetsége

MUNKÁSTANÁCSOK Szövetsége 1125 Budapest, Szarvas Gábor út 9/b

VÁLLALKOZÓ

.....

Dr. Felszeghi Sára

Ügyvezető

Pro-Health Egészségmenedzser Gyógyító és Egészségfejlesztő Kft.

PRO-HEALTH Kft.
3530 Miskolc, Avasalja u. 34.
Adószám: 14175644-1-05
Cjsz.: 0509015062
Bsz.: (IBAN HU60)
54500181-10015476-00000000

LEKTOR

Dr. Galgóczy Gábor

c. egyetemi docens

Dr. Plette Richárd

munkabiztonsági szakértő

Teljesítés napja:

2018. szeptember 30.

Tartalomjegyzék

1. Az oktatás bemutatása ... 3
1.1. Nemzetközi kitekintés ... 5
1.2. Hazai helyzet bemutatása ... 33
2. A projekt bemutatása ... 86
2.1. Célok ... 86
2.1.1. A támogatási kérelem céljainak meghatározása ... 86
2.2. Az érintettek köre, a fejlesztések határterülete ... 87
2.3. Érintett konvergenciarégiók ... 88
2.4. Érintett munkakörök ... 88
2.5. Közvetlen célcsoport ... 89
2.6. Közvetett célcsoport ... 89
2.7. A szükséges tevékenységek bemutatása ... 90
2.8. Szakértőkkel való konzultációk ismertetése ... 91
2.9. Médiamegjelenések ... 92
3. Kutatás ... 98
3.1. A bővített kutatási terv (koncepció) ... 98
3.2. A kutatásban alkalmazott mintavételi eljárás bemutatása ... 114
4. Kérdőíves felmérés bemutatása ... 115
4.1. Kérdőívek ismertetése ... 115
4.2. Kérdőív kiértékelések ... 117
4.2.1. Általános kérdőívek kiértékelése ... 117
4.2.2. Ergonómia kérdőívek kiértékelése ... 173
4.2.3. Idősödő kérdőívek kiértékelése ... 227
4.2.4. Pszichoszociális kérdőívek kiértékelése ... 266
4.2.5. Kérdezőbiztosok visszajelzése ... 293
5. Összefoglaló a kutatási eredményekről ... 293
6. Javaslatok megfogalmazása ... 296

1. Az oktatás bemutatása

Az oktatás definíciója

Oktatásnak hétköznapi értelmezés szerint leggyakrabban valamely információ (tudás) – általában nagyobb mennyiségben történő, rendszeres, esetleg intézményesített – átadását nevezzük. Az oktatással foglalkozó társadalomtudomány, a pedagógia szerint az oktatás a tudás intézményesített átadását jelenti. Egyes szerzők e folyamatból a tanár-tanuló viszonyt (interakciót) emelik ki, mint a tudományos feldolgozás számára legfontosabb és megfogható jellemzőt, mások a folyamat tantervekben és konkrét cselekvésekben megnyilvánuló eredményét, megint mások az oktatást társadalmi alrendszernek tekintik, felhíva a figyelmet arra, hogy az oktatási folyamat a társadalomban jelen lévő tudás egyes (általában maradandóbb) részeinek, illetve egyes társadalmi funkcióknak az újratermelését jelenti. Valójában azonban a tudás nem adható át. Minden embernek újra kell teremteni saját élményeiből azt a tudást, amit alkalmazni tud. Az oktatás fogalmát a reformpedagógia újragondolta e szerint az elv szerint. A reformpedagógia legfontosabb irányzatai a Montessori-pedagógia, a Waldorf-pedagógia, A. S. Neill summerhilli iskolája és az ehhez az iskolához hasonló demokratikus iskolák.

A szó értelmezéseiről

Jelentős magyar szerzők (Nagy Sándor, Báthory Zoltán) az oktatás folyamatába beleértik az ismeretátadás tanár részéről való megszervezését (tanítás), és a tanuló aktív ismeretszerző tevékenységét (tanulás). Mások (Finánczy Ernő, Imre Sándor) az e két folyamatot összefoglaló fogalomra, tehát az oktatás szó helyett, a tanítás kifejezést alkalmazzák.

Az oktatás definíciója

Az oktatás egy különös fajta emberi tett, beavatkozás vagy irány, az alapoktatás egy kategóriája. Platón a Köztársaságban úgy vélte, az oktatás a helyes szokások kialakításának és az erény, mint veleszületett képesség fejlesztésének művészete.

Arisztotelész írta a Politikában „világos, hogy szükségszerűen mindenkit ugyanabban a nevelésben kell részesíteni, és hogy az erről való gondoskodás közös feladat, nem pedig az egyes embereké”.

Comenius Ámos János a „Didactica Magná”-jában írta, hogy „születéskor a természet csak a tudomány magjával ruházza fel a gyereket, erkölcs és hitvallás csak oktatáson keresztül válnak minden ember vagyonává”. Az oktatás serkentse ezeket a magokat, mert „az ember nem tud ember lenni, hacsak nem művelt”.
Az angol pedagógus, John Locke a XVII. században kifejtette, hogy a nevelés felügyeleti és beavatkozási, interperszonális viszony a „preceptor” (nevelő) és a gyerek (a leendő „úriember”) között.

Állami és magániskolai és iskolán kívüli oktatás

Az oktatás szűkebb értelemben az állami vagy az elfogadott, illetve azt helyettesítő közoktatás az intézményekben, iskolákban előírt tananyag közvetítésére alapozott tevékenységet jelent (iskolai oktatás). Tágabb értelemben oktatásnak tekinthető a társadalomban folyó mindenfajta szervezett vagy rendszeres – némileg szűkítve a fogalmat, intézményes – ismeretátadási tevékenység (iskolai és iskolán kívüli oktatás).
Az iskolán kívüli oktatás is jelentős alkalom egy társadalom kulturális örökségének átadására, közvetítésére, illetve a szervezett, iskolarendszerű (kötelező) oktatással egyenértékű lehet az egyéni ütem szerint, spontán, egyedül végzett tanulás, ismeretszerzés is. Az oktatás eredménye sikeres esetben a végzett, iskolai bizonyítvánnyal, diplomával rendelkező, képzett ember, aki az elsajátított ismereteket a munka folyamatában, annak révén kívánja, tudja hasznosítani.
Az oktatás a legtöbb országban állami feladat, de szerepet vállalnak ezen a területen az egyházak és az üzleti vállalkozások is. Az oktatás sem kivétel a gazdasági gondolkodás mindenre kiterjedő szempontjai szerint való minősítés alól, ezért gyakori, hogy az oktatási intézmények megszűnnek, átalakulnak, egyesülnek vagy gazdát cserélnek. A ma Magyarországon uralkodó nézetek szerint, amelyre a népesség csökkenése erősen hat, az oktatáshoz való jog ugyan mindenkit megillet, mégis, az intézmények tényleges látogatása tekintetében nincsenek azonos feltételek.

Oktatás, nevelés és szocializáció

Az oktatás az első társadalmi intézmény, ahol a fiatalok megtapasztalják az emberek közötti versenyt, az elismerés iránti vágyat, az indítékok szocializálását, a közvetlen és a közvetett jutalmazást, és az ismerttől az ismeretlen felé haladva, számon kérhetőségi és később

alkalmazhatósági céllal elsajátítják a közismereti tantárgy csoportosításba szervezett tananyagot. A tapasztalat azt mutatja, hogy az iskolai teljesítmény és előmenetel ugyan szükséges, de nem elegendő feltétele a későbbi boldogulásnak.

A Humán Fejlettségi Index

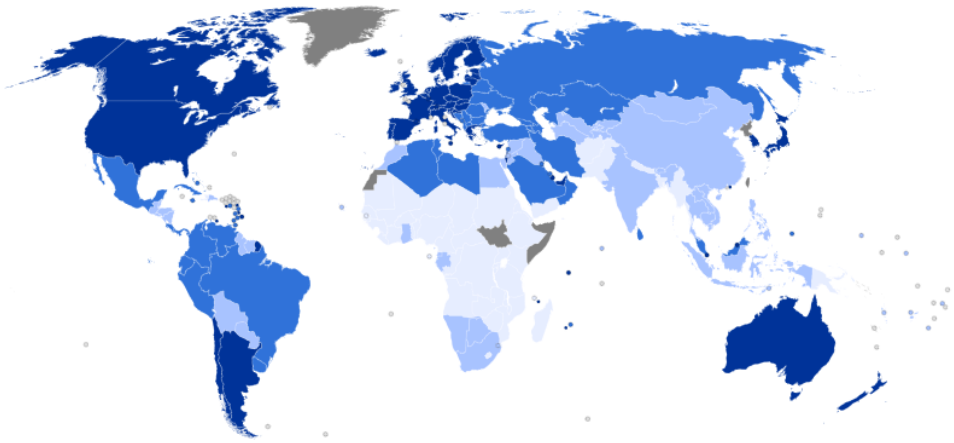
A Humán Fejlettségi Index egy összehasonlítási alapot képező mutató, amelyet az adott országban lévő születéskor várható élettartam, az emberek műveltsége, az oktatás, az életszínvonal és az életminőség alapján állítanak össze világviszonylatban összevetve a különböző országokat. Általánosságban véve a mutató az emberi jólét mérőszáma, különös tekintettel a gyermekek jólétére. A mérőszámok alapján a szakemberek különbséget tesznek a fejlett államok, a fejlődő államok és a fejletlen államok között. A mutató alkalmas a gazdasági intézkedések életminőségre gyakorolt hatásának értékelésére. A mérőszámot az 1990-es években Mahbub ul Haq pakisztáni és Amartya Sen indiai közgazdászok fejlesztették ki.[1]

1.1. Nemzetközi kitekintés

Az országokat 4 csoportba sorolják. Ezek mindegyike 47 országból áll, kivéve az utolsót, amelyben 45 állam szerepel. A csoportok a következők:

- nagyon magas humán fejlettség;
- magas humán fejlettség;
- közepes humán fejlettség;
- alacsony humán fejlettség.

[1] https://hu.wikipedia.org/wiki/Oktatás alapján



A világ Humán Fejlettségi Index térképe 2013

Nagyon magas

Magas

Közepes

Alacsony

Nincs adat

Az országok listája a Humán Fejlettségi Indexük alapján

▲= emelkedett.

—= stagnált.

▼= csökkent.

A táblázatban szereplő sorrend az országok jelenlegi rangsorát fejezi ki, amely mellett a nyilak a 2011-es jelentés rangsorához képest megfigyelt elmozdulást mutatják.[2]

[2] https://hu.wikipedia.org/wiki/Emberi_fejlettségi_index alapján

Nagyon magas humán fejlettségű országok

Rangsor		Ország	HDI	
Új 2013-as becslések 2012-re vonatkozóan	Változások a 2013-as rangsorban a 2011-eshez viszonyítva		Új 2013-as becslések 2012-re vonatkozóan	Változások összehasonlítása a 2012-es adatok és a 2010-es javított adatok összevetésével
1	—	Norvégia	0.955	▲0.003
2	—	Ausztrália	0.938	▲0.003
3	▲(1)	Amerikai Egyesült Államok	0.937	▲0.003
4	▼(1)	Hollandia	0.921	▲0.002
5	▲(4)	Németország	0.920	▲0.004
6	▼(1)	Új-Zéland	0.919	▲0.002
7	▼(2)	Írország	0.916	—
7	▲(3)	Svédország	0.916	▲0.003
9	▲(2)	Svájc	0.913	▲0.001
10	▲(2)	Japán	0.912	▲0.003
11	▼(5)	Kanada	0.911	▲0.002
12	▲(3)	Dél-Korea	0.909	▲0.004
13	—	Hongkong	0.906	▲0.006
13	—	Izland	0.906	▲0.005
15	▲(1)	Dánia	0.901	▲0.002
16	▲(1)	Izrael	0.900	▲0.004
17	▲(1)	Belgium	0.897	▲0.001
18	▲(1)	Ausztria	0.895	▲0.003
18	▲(8)	Szingapúr	0.895	▲0.003
20	—	Franciaország	0.893	▲0.002
21	▲(1)	Finnország	0.892	▲0.002
21	▼(1)	Szlovénia	0.892	—
23	—	Spanyolország	0.885	▲0.001
24	▼(16)	Liechtenstein	0.883	▲0.001
25	▼(1)	Olaszország	0.881	—
26	▼(1)	Luxemburg	0.875	—

26	▲(2)	Egyesült Királyság	0.875	▲0.001
28	▼(1)	Csehország	0.873	▲0.002
29	—	Görögország	0.860	▼0.001
30	▲(2)	Brunei	0.855	▲0.001
31	—	Ciprus	0.848	▼0.001
32	▲(4)	Málta	0.847	▲0.003
33	▼(1)	Andorra	0.846	—
33	▲(1)	Észtország	0.846	▲0.007
35	—	Szlovákia	0.840	▲0.004
36	▲(1)	Katar	0.834	▲0.007
37	▲(1)	Magyarország	0.831	▲0.002
38	▲(9)	Barbados	0.825	▲0.002
39	—	Lengyelország	0.821	▲0.004
40	▲(3)	Chile	0.819	▲0.006
41	▼(1)	Litvánia	0.818	▲0.008
41	▼(11)	Egyesült Arab Emírségek	0.818	▲0.002
43	▼(2)	Portugália	0.816	▼0.001
44	▼(1)	Lettország	0.814	▲0.009
45	—	Argentína	0.811	▲0.006
46	▲(6)	Seychelle-szigetek	0.806	▲0.007
47	▼(1)	Horvátország	0.805	▲0.001

Magas humán fejlettségű országok

Rangsor		Ország	HDI	
Új 2013-as becslések 2012-re vonatkozóan	Változások a 2013-as rangsorban a 2011-eshez viszonyítva		Új 2013-as becslések 2012-re vonatkozóan	Változások összehasonlítása a 2012-es adatok és a 2010-es javított adatok összevetésével
48	▼(6)	Bahrein	0.796	▲0.002
49	▲(4)	Bahama-szigetek	0.794	▲0.003
50	▲(15)	Fehéroroszország	0.793	▲0.008

51	▼(3)	Uruguay	0.792	▲0.007
52	▲(1)	Montenegró	0.791	▲0.004
52	▼(3)	Palau	0.791	▲0.012
54	▲(8)	Kuvait	0.790	▲0.004
55	▲(11)	Oroszország	0.788	▲0.006
56	▼(6)	Románia	0.786	▲0.003
57	▼(4)	Bulgária	0.782	▲0.004
57	▼(1)	Szaúd-Arábia	0.782	▲0.005
59	▼(8)	Kuba	0.780	▲0.005
59	▲(1)	Panama	0.780	▲0.010
61	▼(5)	Mexikó	0.775	▲0.005
62	▲(7)	Costa Rica	0.773	▲0.005
63	▲(4)	Grenada	0.770	▲0.002
64	▼(2)	Líbia	0.769	▼0.004
64	▼(3)	Malajzia	0.769	▲0.006
64	▼(5)	Szerbia	0.769	▲0.002
67	▼(7)	Antigua és Barbuda	0.760	▼0.001
67	▼(5)	Trinidad és Tobago	0.760	▲0.002
69	▼(1)	Kazahsztán	0.754	▲0.010
70	—	Albánia	0.749	▲0.003
71	▲(1)	Venezuela	0.748	▲0.004
72	▲(10)	Dominikai Közösség	0.745	▲0.002
72	▲(2)	Grúzia	0.745	▲0.010
72	▼(2)	Libanon	0.745	▲0.002
72	—	Saint Kitts és Nevis	0.745	—
76	▲(13)	Irán	0.742	▲0.002
77	▲(4)	Peru	0.741	▲0.008
78	—	Macedónia	0.740	▲0.004
78	▼(1)	Ukrajna	0.740	▲0.007
80	▼(2)	Mauritius	0.737	▲0.005
81	▼(7)	Bosznia-Hercegovina	0.735	▲0.002
82	▼(6)	Azerbajdzsán	0.734	—
83	▲(3)	Saint Vincent és a Grenadine-szigetek	0.733	▲0.002

84	▲(6)	Omán	0.731	▲0.003
85	—	Brazília	0.730	▲0.004
86	▼(6)	Jamaica	0.730	▲0.003
87	—	Örményország	0.729	▲0.007
88	▼(5)	Saint Lucia	0.725	▲0.002
89	▼(5)	Ecuador	0.724	▲0.005
90	▲(2)	Törökország	0.722	▲0.007
91	▼(3)	Kolumbia	0.719	▲0.005
92	▲(5)	Srí Lanka	0.715	▲0.010
93	▲(1)	Algéria	0.713	▲0.003
94	—	Tunézia	0.712	▲0.002

Közepes humán fejlettségű országok

Rangsor		Ország	HDI	
Új 2013-as becslések 2012-re vonatkozóan	Változások a 2013-as rangsorban a 2011-eshez viszonyítva		Új 2013-as becslések 2012-re vonatkozóan	Változások összehasonlítása a 2012-es adatok és a 2010-es javított adatok összevetésével
95	▼(4)	Tonga	0.710	▲0.001
96	▼(4)	Belize	0.702	▲0.002
96	▲(2)	Dominikai Köztársaság	0.702	▲0.005
96	▲(3)	Fidzsi-szigetek	0.702	▲0.003
96	▲(3)	Szamoa	0.702	▲0.003
100	▼(6)	Jordánia	0.700	▲0.001
101	—	Kína	0.699	▲0.010
102	—	Türkmenisztán	0.698	▲0.010
—	▲(1)	*A Föld országainak átlaga*	0.694	▲
103	—	Thaiföld	0.690	▲0.004
104	▲(5)	Maldív-szigetek	0.688	▲0.005
105	▼(1)	Suriname	0.684	▲0.005
106	▼(1)	Gabon	0.683	▲0.007

107	▼(2)	El Salvador	0.680	▲0.002
108	—	Bolívia	0.675	▲0.007
108	▲(2)	Mongólia	0.675	▲0.018
110	▲(4)	Palesztina	0.670	▲0.008
111	▼(4)	Paraguay	0.669	▲0.001
112	—	Egyiptom	0.662	▲0.001
113	▼(2)	Moldova	0.660	▲0.008
114	▼(2)	Fülöp-szigetek	0.654	▲0.005
114	—	Üzbegisztán	0.654	▲0.010
116	▲(3)	Szíria	0.648	▲0.002
117	▼(1)	Mikronézia	0.645	▲0.006
118	▼(1)	Guyana	0.636	▲0.008
119	▼(1)	Botswana	0.634	▲0.001
120	—	Honduras	0.632	▲0.003
121	▲(3)	Indonézia	0.629	▲0.009
121	▲(1)	Kiribati	0.629	▲0.001
121	▲(2)	Dél-afrikai Köztársaság	0.629	▲0.008
124	—	Vanuatu	0.626	▲0.003
125	▲(1)	Kirgizisztán	0.622	▲0.007
125	▲(2)	Tádzsikisztán	0.622	▲0.010
127	▲(1)	Vietnám	0.617	Nincs adat
128	▼(8)	Namíbia	0.608	▲0.004
129	—	Nicaragua	0.599	▲0.006
130	—	Marokkó	0.591	▲0.005
131	▲(1)	Irak	0.590	▲0.012
132	▲(1)	Zöld-foki Köztársaság	0.586	▲0.005
133	▼(2)	Guatemala	0.581	▲0.002
134	▲(13)	Kelet-Timor	0.576	▲0.011
135	—	Ghána	0.558	▲0.018
136	—	Egyenlítői-Guinea	0.554	▲0.007
136	▼(2)	India	0.554	▲0.007
138	▲(1)	Kambodzsa	0.543	▲0.011
138	—	Laosz	0.543	▲0.009

140	—	Bhután	0.538	▲0.013
141	▼(1)	Szváziföld	0.536	▲0.004

Alacsony humán fejlettségű országok

Rangsor		Ország	HDI	
Új 2013-as becslések 2012-re vonatkozóan	Változások a 2013-as rangsorban a 2011-eshez viszonyítva		Új 2013-as becslések 2012-re vonatkozóan	Változások összehasonlítása a 2012-es adatok és a 2010-es javított adatok összevetésével
142	▼(5)	Kongói Köztársaság	0.534	▲0.005
143	▼(1)	Salamon-szigetek	0.530	▲0.008
144	▼(1)	São Tomé és Príncipe	0.525	▲0.005
145	▼(2)	Kenya	0.519	▲0.008
146	—	Banglades	0.515	▲0.007
146	▼(1)	Pakisztán	0.515	▲0.003
148	—	Angola	0.508	▲0.006
149	—	Mianmar	0.498	▲0.008
150	—	Kamerun	0.495	▲0.007
151	—	Madagaszkár	0.483	▼0.001
152	—	Tanzánia	0.476	▲0.010
153	▲(2)	Nigéria	0.471	▲0.009
154	▲(1)	Szenegál	0.470	—
155	▲(4)	Mauritánia	0.467	▲0.003
156	▼(4)	Pápua Új-Guinea	0.466	▲0.008
157	—	Nepál	0.463	▲0.005
158	▲(2)	Lesotho	0.461	▲0.009
159	▲(3)	Togo	0.459	▲0.007
160	▼(6)	Jemen	0.458	Nincs adat
161	▼(3)	Haiti	0.456	▲0.006

161	—	Uganda	0.456	▲0.006
163	▲(1)	Zambia	0.448	Nincs adat
164	—	Dzsibuti	0.445	▲0.014
165	▲(3)	Gambia	0.439	▲0.002
166	▲(1)	Benin	0.436	▲0.004
167	▼(1)	Ruanda	0.434	▲0.009
168	▲(2)	Elefántcsontpart	0.432	▲0.005
169	▼(6)	Comore-szigetek	0.429	▲0.003
170	—	Malawi	0.418	▲0.005
171	▼(2)	Szudán	0.414	▲0.003
172	▲(1)	Zimbabwe	0.397	▼0.001
173	▲(1)	Etiópia	0.396	▲0.009
174	▲(8)	Libéria	0.388	▲0.021
175	▼(3)	Afganisztán	0.374	▲0.006
176	—	Bissau-Guinea	0.364	▲0.003
177	▲(3)	Sierra Leone	0.359	▲0.013
178	▲(7)	Burundi	0.355	▲0.007
178	—	Guinea	0.355	▲0.006
180	▼(1)	Közép-afrikai Köztársaság	0.352	▲0.008
181	▼(4)	Eritrea	0.351	▲0.009
182	▼(7)	Mali	0.344	—
183	▼(2)	Burkina Faso	0.343	▲0.009
184	▼(1)	Csád	0.340	▲0.004
185	▼(1)	Mozambik	0.327	▲0.009
186	▲(1)	Kongói Demokratikus Köztársaság	0.304	▲0.009
186	—	Niger	0.304	▲0.006

Országok és területek, melyek nem szerepelnek a listában

ENSZ-tagállam országok (Az Egyesült Nemzetek Fejlesztési Programjának utolsó adatai alapján)

Rangsorolás éve		Ország	HDI	Rangsor	Forrás
Nagyon magas humán fejlettségű országok					
1997		Monaco	0.946	Nincs adat	
1997		San Marino	0.944	Nincs adat	
Közepes humán fejlettségű országok					
1998	1995	Észak-Korea	0.766	75	
1998		Nauru	0.663	Nincs adat	
1998		Tuvalu	0.583	Nincs adat	
1998		Marshall-szigetek	0.563	Nincs adat	
Alacsony humán fejlettségű országok					
2001	2001	Szomália	0.284	161	
Egyéb					
		Dél-Szudán	Nincs adat	Nincs adat	

Nem ENSZ-tagállam országok és területek

Rangsorolás éve		Ország vagy terület	HDI	Rangsor
1998		Puerto Rico	0.942	Nincs adat
2008	2005		0.929	24
1998		Grönland	0.927	Nincs adat
2008	2005	Guadeloupe	0.912	28

2010	2007	Makaó	0.944	23
2011	2011	Tajvan	0.882	22
2012	2012	Koszovó	0.714	87
2008	2005	Új-Kaledónia	0.878	34
2007	2004	Réunion	0.870	35
2008	2005	Francia Polinézia	0.864	42
2008	2005	Francia Guyana	0.862	43

Új típusú oktatási formák[3]

Blended learning

Új oktatási forma, amelyben az internet és a digitális média nyújtotta lehetőségeket és a hagyományos tantermi oktatás módszereit együttesen használják. A tananyag elsajátítása közben az oktató ellenőrző és segítő szerepe megmarad: ebben a modellben fontos szerepet kap a személyes kontaktus, az órák megadott helyén és idején való személyes részvétel, míg az online tér tanulástámogató felületein keresztül a diákok szintén kapcsolatba léphetnek a tanárokkal és egymással is. A blended learning online aspektusában a diákok a tananyaghoz kötődően készíthetnek: projekteket, podcasteket, szócikkeket és blogokat, valamint a határidős beadandóikat is erre a felületre tölthetik fel.

A BLENDED LEARNING MODELLJEI

A blended learninget *magyarul „vegyes” vagy „kombinált oktatásnak” nevezzük*, amely lényegében az e-learning adta lehetőségek és a hagyományos tantermi oktatás kombinációja. Mivel a blended learning egy friss oktatási forma, ezért a szakirodalom többfajta módon értelmezi a terminust. Alapvetően hat nagyobb oktatási modellbe lehet sorolni:

- Face-to-face driver: ebben a módszerben az oktató adja az instrukciókat, amelyeket digitális eszközökkel egészít ki.
- Rotation: a diákokat előre meghatározott kerettanterv szerint rotálják az online tanulmányok és a személyes tantermi tanulás között.

[3] Forrás: Wikipédia https://hu.wikipedia.org/wiki/Kategória: Oktatási_formák

- Flex: a tananyag nagy részét az oktatók online biztosítják a hallgatók számára, ebben a módszerben az oktató inkább csak tanácsot ad vagy mentorál.
- Labs: minden tananyagot online platformon bocsátanak a hallgatók számára, azonban ezt egy meghatározott helyszínen (pl.: iskola, képzési helyi vagy munkahely) kell végezniük. A hallgatók ebben a modellben általában a helyszínen hagyományos tantermi oktatásban is részt vesznek.
- Self-blend: a hallgatóknak lehetőségük van a hagyományos keretek között zajló tanulmányaikat online térben történő kurzusokkal is elmélyíteni.
- Online driver: a diákok az egész kurzust online platform segítségével végzik el, míg az oktatók csak ellenőrző szerepet kapnak. Mind a tananyag, mind a tanítás az online térben zajlik, a személyes konzultációk vagy előre tervezettek, vagy csak akkor iktatják be ezeket, ha szükségesnek érzik.

A BLENDED LEARNING ELŐNYEI

A vegyes oktatás egy hatékony oktatási forma, amelyben nagy hangsúlyt kap mind a közösségi oktatás, mind az egyéni tanulás. A hallgatók fejlődését az oktató felügyeli, igény esetén beavatkozva abba. A személyes konzultációk révén a személyre szabott tanulás is elérhető a modellben. A hallgatók egyaránt szocializálódhatnak személyesen a tantermi órák és az oktatási intézmény keretein belül, valamint az online térben, ahol közösen dolgozhatnak, kommentálhatják egymás munkáját stb. Az egyéni fejlődés szempontjából is hatékony tanulási forma a blended learning, ugyanis mindazok számára jó alternatíva lehet, akik az egyéni, vagy a közösségi tanulást részesítik előnyben. Az oktató szempontjából világos keretekkel működtethető a metódus, amely mind a hallgatók, mind a saját maga számára jól átlátható és fejleszthető. A vegyes oktatás online aspektusának nagy előnye, hogy az oktatóknak és a hallgatóknak nem kell egymás idejéhez igazodniuk.

A BLENDED LEARNING HÁTRÁNYAI

A vegyes oktatás hátrányai között érdemes megemlíteni, hogy ez a módszer erősen kötődik fenntartó intézmény – és esetenként a hallgatók – technikai ellátottságához. Ezeknek az IKT-eszközöknek és tudásnak hiányában egyelőre globálisan nem mindenhol alkalmazható. A hallgatók számára nem feltétlen vonzó az online kurzusvideók nézése, ahogy egy tanulmány erre rámutat, csak a diákok közel 40%-a ülte végig az oktatási anyagokat képező filmeket. Az intézmény szempontjából idő- és pénzigényes egy jól működő blended learning rendszer

felállítása. For profit intézményeknél ezeket a megnövekedett költségeket a tandíjban a hallgatókra hárítják, akik számára a magasabb költség nem vonzó.

Hol alkalmazható a vegyes oktatás?

A vegyes oktatás egyaránt alkalmazható közép- és felsőfokú oktatási intézményekben, a vállalati szférában (továbbképzés és tréningek), illetve nyelviskolákban, vagy akár autósiskolákban.

Digitális tanuló

A kétféle digitális tanuló fogalmat, a „digitális bennszülött" és a „digitális bevándorló" fogalmát Marc Prensky használta 2001-ben megjelent „Digital Natives, Digital Immigrants" c. kétrészes cikkében.

A cikk első részében Prensky kifejti, hogy környezetünk – különös tekintettel az új infokommunikációs lehetőségek (számítógépes hálózatok, mobiltelefon) hogyan változtatják meg a gyermekek oktatással szemben támasztott igényeit. Bevezeti a digitális bennszülött (gyermek) és a digitális bevándorló (tanár) fogalmát. Felhívja a figyelmet arra, hogy a tanároknak és az oktatásnak kell igazodnia a megváltozott tanulói elvárásokhoz. Az újfajta megközelítést, a „jövő" oktatási tartalmát példákon keresztül mutatja be.

A cikk második részében Prensky neurobiológiai kutatási eredmények hivatkozásával támasztja alá, hogy az új vizuális médiában gazdag és infokommunikációs technológiával átszőtt környezetben felnövő gyermekek agya másképp fejlődik, ezért viselkednek másképp mind 20-30 évvel ezelőtt élő társaik és igényelnek más oktatási módszereket és tananyag tartalmat.

Az Info Savvy Group nemzetközi tanácsadó csoport többek között az oktatás, felmérés, értékelés és tananyagfejlesztés területein folytat tevékenységet.

Ian Jukes az Info Savvy Group vezetője előadásai során és publikációiban hivatkozza Marc Prensky munkáját.

Az Apple Inc. oktatási szférát célzó marketingkampánya az Info Savvy Group (Ian Jukes és Anita Dosaj) 2003-as publikációjára hivatkozik, amikor weblapján bemutatja a digitális bennszülött és a digitális bevándorló közötti különbségeket.

Ian Jukes és Anita Dosaj szerint a „született digitális tanuló" anyanyelve az internet, míg az „emigráns digitális tanárok" csak megtanulták azt. Ebből adódik egy sor preferenciakülönbség a két tábor között.

EISZ – Elektronikus Információszolgáltatás[4]

Az Oktatási és Kulturális Minisztérium nemzeti programja, amely központilag, nemzeti licence alapján nemzetközi és magyar információforrások használatát teszi lehetővé a felsőoktatás hallgatói, oktatói és kutatói, valamint a tudományos kutatóintézetek (MTA) munkatársai számára. A Fővárosi Szabó Ervin Könyvtárból is elérhető a szolgáltatás.

CÉLJA

Az információhoz való hozzáférés igényeként 2001-ben az akkori Oktatási Minisztérium égisze alatt megszületett az EISZ program, mely kezdetben több, különálló forrásból gazdálkodott, ám az 1079/2012. (III. 28.) Kormányrendelet rendezte a program pénzügyi hátterét.

A rendelet alapján a Kormány felkérte a *„Magyar Tudományos Akadémiát (a továbbiakban: MTA), hogy az irányítása alatt álló köztestületi költségvetési szerv, az MTA Könyvtár (2013. január 1-től MTA Könyvtár és Információs Központ, röviden MTA KIK) közreműködésével lássa el az Elektronikus Információszolgáltatás Nemzeti Program működtetésével kapcsolatos feladatokat." A rendelet legfontosabb tételeként az állam központosította és 1426 millió forinttal biztos alapokra helyezte az EISZ Nemzeti Program működését.*

Az EISZ Nemzeti Program a kutatási infrastruktúra, az országos szintű elektronikus szerzeményezés, illetve beszerzés egyik legfontosabb támasza. Az EISZ nyújtotta állami támogatással a hazai *„felsőoktatási intézmények és szakkönyvtáraik; a nonprofit kutatóhelyek és szakkönyvtáraik; oktatással, kutatással foglalkozó egyéb intézmények és szakkönyvtáraik"* (pl. egészségügyi intézmények és közkönyvtárak) a piaci árnál olcsóbban juthatnak hozzá elektronikus tudományos tartalmakhoz; adatbázisokhoz, folyóiratokhoz, könyvekhez és faktografikus művekhez.

Teljes szövegű elektronikus folyóirat- és bibliográfiai adatbázisokat tesz elérhetővé. 2014-ben a következő adatbázisok érhetőek el:

- ACM Digital Library

---

[4] Forrás: Az EISZ Nemzeti Program hivatalos honlapja: http://eisz.mtak.hu; A Kormány 1079/2012. (III. 28.) Korm. határozata az Elektronikus Információszolgáltatás Nemzeti Program finanszírozásával és működtetésével kapcsolatos feladatokról. In: Magyar Közlöny. 2012. évf. p. 6736. http://www.kozlonyok.hu/nkonline/MKPDF/hiteles/mk12035.pdf,http://www.kozlonyok.hu/nkonline/MKPDF/hiteles/mk12035.pdf,http://eisz.mtak.hu/?page_id=81

- Akadémiai Journals Collection
- Akadémiai Szótárak
- Centre for Agriculture and Biosciences International (CABi)
- Economic Literature Index (Econlit)
- Food Science and Technology Abstracts (FSTA)
- Grove Art Online
- Grove Music Online
- JSTOR
- MathSciNet
- Modern Language Association + Literature Resource Center (MLA + LRC)
- Nature
- Reaxys
- Science Magazine
- ScienceDirect
- Springerlink
- Web of Science
- Scopus
- Journal Citations Reports
- Essential Science Indicators
- SciFinder
- Cambridge University Press Journals

E-learning

Az *e-learning* olyan, számítógépes hálózaton elérhető képzési forma, amely a tanítási-tanulási folyamatot hatékony, optimális ismeretátadási, tanulási módszerek birtokában megszervezve mind a tananyagot és a tanulói forrásokat, mind a tutor-tanuló kommunikációt, mind pedig az interaktív számítógépes oktatószoftvert egységes keretrendszerbe foglalva hozzáférhetővé teszi a tanuló számára.

E-learningnek nevezhető minden olyan tanítási és tanulási forma, amiben a tananyag feldolgozásához, bemutatásához: a szemléltetéshez vagy akár a kommunikációhoz digitális médiát (például DVD, CD-ROM, internet) használunk. Az e-learning szinonimájaként az online tanulás, távtanulás, számítógéppel támogatott tanulás (Computer Based Training), multimédia alapú tanulás stb. kifejezések is használatosak.

Az e-learning egyik magyar megnevezése az e-tanulás, de értelmezhető e-tanításként is.

Az e-learning rendszerek nagy előnye, hogy az oktatási rendszer részeire nem korlátozódnak, így nagyon sokszínűen használhatóak a közoktatásban, felsőoktatásban, szakképzések és bármely más oktatáshoz kapcsolódó területen.

E-LEARNING RENDSZEREK

- LMS: Learning Management System;
- Képzésmenedzsment-rendszer, vagy másképpen keretrendszer;
- Olyan, webalapú rendszerek, melyekkel a tananyagok, segédanyagok és bármilyen, az oktatáshoz köthető „objektumok" rendszerezésre, tárolásra kerülhetnek. Objektum alatt érthetünk többek között kurzusokat, tankköröket, teszteket, kérdőíveket, naptárbejegyzéseket, jegyzeteket stb.
- LCMS: Learning Content Management System;
- Tartalom- (tananyag-) menedzsment-rendszer.

E-LEARNING 2.0.

Az e-learning 2.0. tanulóközpontú, irregulárisan szerveződő tanulási forma, mely a tanuló autonómiáján és spontán tudáscserén alapulva már nem hierarchikus, hanem sokirányú, decentralizált, sokcsatornás; a kollaboratív tanulásra ösztönözve kibontakoztatja a tanulói kreativitást.

Az e-learning-definíció bírálata a hagyományos pedagógiai értékeket illetően különösen hangsúlyos pontokat érint:

- újragondolandó „a tanítási-tanulási folyamat" megszervezésének a kérdésköre,
- a tananyag egységes keretrendszerbe foglalása,
- valamint a tananyagnak a tanuló számára hozzáférhetővé tétele, ill. kizárólagossága.

Azt kell látnunk, mint ahogy a Web 2.0. sem elsősorban technológiai, hanem szemléletbeli változást jelent, ugyanez igaz az e-learning 2.0.-ra is.

AZ E-LEARNING TÍPUSAI

Az e-learning rendszereknek két fő típusa különíthető el, a szinkron és az aszinkron képzés. A szinkronképzés során egy időben van jelen a tanulási/tanítási folyamatban a tanár és a tanuló, ami lehetővé teszi, hogy a hallgató azonnal kérdést tegyen fel az oktatónak. Hátránya azonban az, hogy időben kötött. Az aszinkron képzés ezzel ellentétben azt az e-learning képzési formát

jelenti, amikor a tanár és a tanuló időben és térben is teljesen elkülönül, tehát a hallgató önállóan és egyedül tanul.

Lifelong learning – élethosszig tanulás

A *lifelong learning*, azaz az egész életen át tartó tanulás „Minden, életünk során folytatott olyan tanulási tevékenység, melyet a tudás, a készségek és kompetenciák fejlesztésének céljával folytatunk egyéni, állampolgári/civil, társadalmi és/vagy foglalkoztatási perspektívában." Ez azt jelenti, hogy a lifelong learning fogalma magában foglal minden tanulást, művelődést, ismeret- és tapasztalatszerzést, amely az óvodás kortól a felsőoktatáson át egészen életünk végéig történik. Célja alapvetően a kulcskompetenciák és alapkészségek, képességek kialakítására, megszerzésére irányul az együttműködés készségének elsajátítása.

Kulcskompetenciák az Európa Tanács meghatározása szerint:

- anyanyelven történő kommunikáció;
- idegen nyelven folytatott kommunikáció;
- matematikai kompetencia és alapvető kompetenciák a

  természet- és műszaki tudományok terén;
- digitális kompetencia;
- a tanulás elsajátítása;
- szociális és állampolgári kompetenciák;
- kezdeményezőkészség és vállalkozói kompetencia;
- kulturális tudatosság és kifejezőkészség.

Nélkülözhetetlen, hogy az egyén képes legyen önállóan tanulni, másokkal együtt élni és dolgozni a megszerzett tudás birtokában. Fontos megjegyezni, hogy az egyes életkori szakaszokban lévő embereknél különböző módszerek, minták alkalmazása szükséges, az eltérő tudásszintek és képzési, tanulási szükségletek figyelembevételével. Az általános iskoláskorú gyereknél éppúgy fontos az együttműködési készségek fejlesztése, mint a felnőttképzésben, habár természetesen másféle megvilágításban. Az együttműködés alapja az egyén önismeretének, önértékelő képességének kialakulása és a változásra, változtatásra való hajlam kifejlődése.

A LIFELONG LEARNING ÉS A FELNŐTTOKTATÁS KAPCSOLATA

A piacgazdaság folyamatos fejlődésének köszönhetően a munkavállalók korszerű szakképzettsége, illetve a munkaerőpiaci igényeknek megfelelő szakmai felkészültsége napjainkra elengedhetetlenné vált. A versenyképesség alapfeltétele lett a folyamatos fejlődés,

haladás, innováció. Kevésnek bizonyul az egyszer már megszerzett tudás, ismeret, elkerülhetetlenné válik az állandó, egész életen át tartó tanulás. A globálisan ható problémák mellett ehhez a tanuló társadalom fogalmának megjelenése, a tanulási kedv nagyarányú megnövekedése is hozzájárul. Nem lényegtelen az a körülmény sem, hogy munkakörülmények gyökeresen megváltoznak, a foglalkoztathatóság lecsökkenése ellen tenni kell, a foglalkoztatottság válsága megoldásra szorul. A munkán kívüli szerepek átalakulnak, a társadalmi tőke, a társadalmi szerepek átrendeződnek és előtérbe kerül a környezettudatos magatartás. A hazai gazdasági kihívások mellett a nemzetközi, globális elvárásoknak is meg kell felelni.

A csak iskolarendszerben történő tanulmányok kevésnek bizonyulnak ahhoz, hogy az egyén a munkaerőpiac igényeinek megfeleljen. Szakképzettség, illetve érettségi nélkül ma már szinte lehetetlen elhelyezkedni. Könnyen észrevehető ez a nagyszámú munkanélküliség képzettségének vizsgálatakor. A munkahelyet nem elég csak megszerezni, azt meg is kell tartani, folyamatosan meg kell felelni a foglalkoztató elvárásainak. A fejlődő gazdaságban az ismeretek folyamatos felújítására, frissítésére, a mindig naprakész dolgozók hatékony munkájára van szükség.

A tanulás döntő szakasza a felnőttkorra helyeződik át, ebből adódóan az emberi erőforrásokba történő legfontosabb beruházást a felnőttkori tanulás, a felnőttképzés jelentheti. Az UNESCO 1997. évi hamburgi V. Nemzetközi Felnőttoktatási Konferenciájának záró dokumentuma így fogalmazta meg a felnőttoktatás fogalmát: *„A felnőttoktatás jelenti azoknak a tanulási folyamatoknak az összességét, legyenek azok iskolarendszerűek, vagy mások, amelyek által az emberek- akiket felnőttnek tekint az a társadalom, amelyhez tartoznak, fejlesztik képességeiket, gazdagítják tudásukat, magasabb szintre emelik szakmai, technikai képzettségüket, vagy amely által új irányba fordulnak, hogy egyéni és társadalmi szükségleteiket kielégítsék.”*

Nem csak az iskolarendszerű oktatást nevezhetjük felnőttoktatásnak, idetartozhat az iskolarendszeren kívüli, a nonformális és az informális tanulás is, minden elméleti és gyakorlati tanulás, amihez a mai társadalomban hozzáférhetünk. Ezen hozzáférhetőség érvényesülését mindenki számára a saját adottságai, a jogi keretek és az objektív feltételek szerint biztosítani kell, különös tekintettel a támogatásra szorulókra. Elengedhetetlen viszont az is, hogy az egyén együttműködésével hozzájáruljon saját életminőségének javításához, vagyis éljen a számára felkínált lehetőségekkel.

A TANULÁS SZÍNTEREI

- Lifelong Learning – Tanulás az élet minden szakaszában (LLL). Egy fogalom, amely a tanuláshoz kapcsolódik és irányt ad annak. Legyen szó gyermekről vagy felnőttről, az élethosszig tartó tanulás életünk része lesz. Mindnyájan részt veszünk valamilyen tanulási folyamatban, a kérdés csupán az, hogy mi motivál arra, hogy tanuljunk. Az európai uniós meghatározás szerint a tanulás vertikális dimenzióját meghatározó elem.
- Lifewide Learning – Az élet teljes körére kiterjedő tanulás (LWL). A tanulás vertikális dimenzióját megtestesítő (LLL) szakasz mellett a LWL a tanulás horizontális dimenziójú kiterjesztése. Ez az élet teljes szélességét átfogó, az élet egészére kiterjedő tanulásként értelmezhető.
- Learning Society – Tanuló társadalom. A második esély iskolái. Oktatáson és képzésen keresztül egy új lehetőségek felkínálása azoknak a már nem iskolaköteles korú fiataloknak, akik nem rendelkeznek megfelelő készségekkel vagy képzettséggel ahhoz, hogy sikerrel beléphessenek a munkaerőpiacra vagy a felsőoktatásba.

E-tanulás: az e-learning egyik magyar értelmezése

Az e-tanulás csírái Magyarországon már a múlt század ’40-es éveiben megjelentek. Amikor Budapesten gyakoriak voltak a légiriadók, „feltalálták” a rádióiskolát. Az iskolákban csak hetente egyszer volt tanítás, és ott a gyerekek a rádióban feladott leckét dolgozták fel.

Az 1960-as években az audiovizuális oktatástechnológia előfutárai voltak Öveges professzor előadásai az Iskola Televízióban.

A ’70-es években a nyelvi laborokban a magnetofon alkalmazása növelte meg jelentősen a nyelvoktatás hatékonyságát.

A videotechnika és a személyi számítógépek elterjedése a ’80-as években már előrevetítette az oktatástechnológia forradalmi megváltozását.

A nagy áttörést az internet széles körű alkalmazása a ’90-es években, illetve a széles sávú adatátvitel megjelenése hozta az új évezred első éveiben. A digitális videórögzítés és a széles sávú adatátvitel segítségével az interneten bármilyen tananyagot, bárki számára, bárhol és bármikor hozzáférhetővé lehet tenni. Ezért nyújt ideális megoldást az e-tanulás az élethosszig való tanuláshoz.

A mai értelemben vett e-tanulás csak nagyon rövid múltra tekint vissza. Az első internetes órák a ’90-es évek második felében indultak.

Az e-learning másik értelmezése magyarul az e-tanítás. Az e-tanulás és az e-tanítás folyamata egy rendszert alkot.

Az e-learning európai helyzetéről az elearningeuropa, az amerikairól az ADL oldalain tájékozódhatunk.
A nagysebességű mobil internet elterjedésével a tanulás már nemcsak otthon képzelhető el, hanem menet közben is egy okostelefon vagy egy táblagép segítségével is.

Európai Levelező Oktatási Kft.

Az *Európai Levelező Oktatási Kft.* (ELO Kft.) 1992-ben jött létre Magyarországon a holland tulajdonú ESCC (European School for Correspondence Courses) magyarországi leányvállalataként. 2014-ben a cégből kivált az ELO Könyvkiadó Kft., amelynek profilja tananyagsorozatok értékesítése, míg az Európai Levelező Oktatási Kft. a tananyagsorozatokhoz kapcsolódó képzés nyújtására specializálódott.
A cégcsoport az elmúlt több mint két évtized alatt mindig arra törekedett, hogy támogassa a tanulást, eddig több mint 400 000 tanuló vett már részt a cégcsoport által indított tanfolyamok valamelyikén.
Az ELO cégcsoport tanfolyamai között nyelvi, szakmai és hobbi tananyagsorozatok, illetve tanfolyamok közül választhatnak az érdeklődők. A tanulók megismerkedhetnek az angol, német, olasz, spanyol, francia, holland, orosz vagy akár a japán nyelvvel is. A választott nyelvtől függően, tananyagsorozatainkkal kezdő, középhaladó, haladó vagy üzleti szintű nyelvtudás is elsajátítható. A nyelvi tananyagsorozatokhoz CD formátumú hanganyag tartozik, mely szerves része mind a leckének, mind a házi feladatnak. Minden füzet két leckét foglal magában, a CD-k az írott tartalmak hanganyagát tartalmazzák, illetve segítik a jobb megértést, a könnyebb feldolgozást. Az Angol kezdő, Angol középhaladó, Német kezdő, Olasz kezdő, Spanyol kezdő és Francia kezdő tananyagsorozatokhoz ELOnet szolgáltatás vehető igénybe, amely egy multimédiás nyelvtanulási lehetőség. A program multimédiás gyakorlatokkal, nyelvtani összefoglalókkal, tesztekkel és gazdag illusztrációkkal színesíti a nyelvtanulás fázisait. Emellett a Memo+ PC és az okostelefonon is alkalmazható Memo+ Mobil alkalmazás is segítséget nyújt a tanulók számára.
A szakmai tananyagsorozatok azok számára nyújtanak megoldást, akik piacképes szaktudásra szeretnének szert tenni, esetleg karriercéljaik megvalósításához szükségük van új ismeretek elsajátítására. De azoknak sem kell lemondaniuk a távoktatás kényelméről, akik otthonuk, kertjük, esetleg testük szépítésével foglalkoznának többet, akik egészségükkel kapcsolatban szeretnének új ismereteket szerezni vagy kreativitásukat fejlesztenék.
A tananyagsorozatok nagy részénél a tanfolyam elvégzését követően, vagy azzal párhuzamosan a szakmai partnerek által kínált konzultációsorozatra való jelentkezés és azon

konzultációsorozat elvégzését követően államilag elismert OKJ-s vizsga tehető, vagy ECDL, EBC*L nemzetközi bizonyítvány szerezhető.

A képzés keretein belül az Európai Levelező Oktatási Kft. egy egyedi szolgáltatást biztosít a tanulóknak, melynek része a házi feladatot javító tanár munkája: a tanulók tudásának figyelemmel kísérése, támogatása. A képzés keretén belül szaktanárok javítják a beadott házi feladatokat. A házi feladatokat a tanulók postai és online úton is eljuttathatják.

Az ELOnet multimédiás program

A program egy multimédiás nyelvtanulási lehetőség, amely internetes hozzáférést biztosít havonta két leckéhez. Az ELOnet jelenleg angol, német, olasz, spanyol és francia nyelven érhető el.

A leckék tartalma:

- Nyelvtani összefoglalók;
- Beszélő szótár: a tanfolyam teljes szókincse megtalálható és a helyes kiejtés is hallható;
- Hangfelvételi lehetőség: gyakorlásképpen visszahallgatható a saját kiejtés;
- Tesztek: minden tananyagot szintmérő teszt zár;
- Megoldókulcsok.

A memoplus szótanuló program segítséget nyújt az idegen nyelvek tanulásában. A program az idegen nyelvű szavak, szófordulatok és kifejezések gyakorolhatóságát szolgálja. Angol és német nyelven, kezdő szinten érhető el.

A hálózatalapú tanulás vagy konnektivizmus

A fogalmi társadalom tanuláselmélete, melyet George Siemens és Stephen Downes fémjeleznek. Három terület metszéspontján helyezkedik el: informatika, pedagógia és hálózatkutatás. A hálózatalapú tanulás tömören a hálózatelméletek pedagógiában való alkalmazását jelöli.

A tanulásban egyre nagyobb szerephez jut az elektronikus eszközökkel támogatott információcsere egy informális hálózatba szervezve folyamatos, élethosszig tartó, más tevékenységekbe beágyazott, hálózatosodott tevékenységként. Az információszerzés és összefüggésbe helyezés motiváltsága is felerősödik, A keresés és értékelés egy, a témával foglalkozó hálózatban, virtuális közösségben motiváló hatású az információszerzésre és az információk összefüggésbe helyezésére. A tudásalkotás körforgásában a személyes tudások a hálózatba szerveződnek, s az így összeadott tudás ismét egyéni tudásforrássá válik („cycle of

knowledge development”). Az együttműködő tevékenységek alkalmainak elterjedésével a „hogyan” és „mit” tanuljunk mellé a „hol tanuljunk” kérdése is felzárkózik.

Tanulóközpontú, irregulárisan szerveződő tanulási forma, mely a tanuló autonómiáján és spontán tudáscserén alapulva már nem hierarchikus, hanem sokirányú, decentralizált és sokcsatornás; a kollaboratív tanulásra ösztönözve kibontakoztatja a tanulói kreativitást.

A konnektivizmust integráltan kell felfogni. Szükséges az Új MÉDIA rendszerek (iTV, mobil, PDA) eszközökkel történő hálózatos tanulást is értékelni az oktatás kulcsmozzanatai (kompetenciák, tartalom, motiválás, rugalmasság, tanulói teljesítmények értékelhetősége) szempontjából.

Egy olyan nem lineárisan szerveződő tanulási forma, amely elsősorban informális keretek között valósul meg, és a tanulók saját maguk által szervezett tanulási tempóban, módszerrel sajátíthatják el a tudásanyagot. Az információszerzésre a felfedezéses módszer a jellemző, olyan folyamat, ahol a tanár mint segítő, és nem mint fő szervező van jelen.

A konnektivista tanulás módszerei a Web 2.0 típusú alkalmazások használatára épülnek. Ezek az alkalmazások a következő tevékenységek megvalósítását segítik elő a tanulásban és a tanításban:

- közösségi terek használata;
- közösségi tartalomfejlesztés;
- fogalomtérképek;
- tartalomaggregálás;
- reflexió;
- inspiráció.

A konnektivizmus kritikája

A konnektivizmust már több oldalról is érte kritika.

Pløn Verhagen meglátása szerint a konnektivizmus nem tanuláselmélet, csupán pedagógiai nézőpont a képzéshez. Verhagen érvelése szerint a tanuláselméletek feladata az instruktív szinttel való foglalkozás, tehát hogy milyen módon tanulnak az emberek, a konnektivizmus azonban azzal foglalkozik, hogy mit és miért tanulnak.

A konnektivizmus egy másik kritikusa, Bill Kerr úgy látja, hogy bár a technológiának hatása van a tanulás körülményeire, de ami a tanuláselméletet illeti, nem hozott újat a már meglevő elméletekhez képest.

Mobil tanulás

A *mobil tanulás vagy m-learning* hasonlít az e-learninghez. A különbség lényege, hogy nincs helyhez kötve, hanem bárhol és bármikor lehet tanulni, jóval szélesebb körben használható, és internetkapcsolat sem feltétlenül szükséges hozzá. Nemcsak okostelefonokra vagy tabletekre épülhet, hanem, eszközként alkalmazható lehet mp3-lejátszó vagy kamera is úgy, hogy rögzítik és visszajátsszák a tartalmat.

Otthonoktatás

Az otthonoktatás (homeschooling) az oktatás olyan formája, ahol a gyermek nem jár óvodába, iskolába, azaz intézménybe, hanem otthon a szülei (vagy szülei által kiválasztott magántanárok) tanítják. Előfordulhat, hogy a gyermek lazán kapcsolódik az iskolához, például eljár délutáni szakkörökbe, vagy motivált kiscsoportos foglalkozásokra.

Az otthonoktatás oka és kivitelezése, azaz módszertana nagyon eltérő lehet. Az iskolához hasonlóan lehet bizonyos órarendet vagy heti rendet tartani, de létezik ún. „unschooling" irányzat is, ahol teljes szabadságot adnak a gyermek érdeklődésének. Magyarországon az otthonoktatás magántanulói státusz keretében lehetséges. A diákot regisztrálják egy iskolában, ahol az igazgató a szülők kérelmére teljesen felmenti az óralátogatás alól. A magántanuló egy évben kétszer köteles vizsgát tenni. A felkészítés a szülők feladata és felelőssége.

Magyarországon a 2007/2008-as tanévben mintegy 5600 magántanulót tartottak nyilván. Ebbe beletartoznak a fogyatékkal élők, külföldön élők és rendkívüli körülmények miatt kérelmezők is. A saját döntés alapján magántanulók száma 2030 volt. Nehéz megbecsülni, mennyi ebből azoknak a száma, akik az otthonoktatás szemlélete miatti elkötelezettségből választották ezt az utat.

Az otthonoktatóknak Magyarországon jelenleg még nincs egyesülete vagy szövetsége.

Sudburyi iskolamodell

A demokratikus oktatás sudburyi modelljét arról az iskoláról nevezték el, amely elsőként jött létre 1968-ban Framinghamben (Massachusetts, USA). Az iskolahálózat, amely ma több mint 40 iskolát tömörít az egész világon, számos vonatkozásban hasonlít a legrégibb demokratikus iskolára, Summerhillre.

Szókratész-program

A *Szókratész-program* az Európai Unió akcióprogramja volt az európai együttműködés erősítésére az oktatásügy területén. Eredetileg a Szókratész-program 1994-től 1999. december 31-ig tartott, amelyet 2000. január 24-én, Szókratész II. néven meghosszabbítottak 2006 végéig. A Szókratész-program az oktatásügy minden területét felölelte az óvodától a felnőttoktatásig, utódja a Lifelong Learning (egész életen át tartó tanulás) program.

A Szókratész-program területei

Az akcióprogram 8 konkrét területet ölelt fel, azaz 8 alprogramból állt:

- Comenius-program: oktatási intézmények együttműködésének támogatása. Tanárok képzése és továbbképzése. Nemzetközi iskolai együttműködési hálózatok kiépítése, támogatása.
- Erasmus-program: a felsőfokú oktatási intézmények együttműködésének erősítése. Mindenekelőtt a hallgatók és az oktatók mobilitásának növelése (ehhez ösztöndíjak biztosítása, információs rendszer kiépítése). Tematikus hálózatok kialakítása.
- Grundtvig-program: a felnőttoktatásban foglalkoztatottak együttműködésének erősítése. Kapcsolatépítés a felnőttoktatás területén.
- Nyelvi program: nyelvoktatás támogatása. Különféle nyelvtanulási csereprogramok, nyelvoktatáshoz használatos segédanyagok kidolgozása.
- Minerva-program: a távoktatásban és ismeretterjesztésben használható módszerek kutatása kidolgozása. Az információs technológia és a telekommunikáció alkalmazásának kutatása az oktatásügy területén.
- Monitoring és innováció: az oktatási rendszerek átláthatóságának és összehasonlíthatóságának vizsgálata. Az európai oktatási rendszer megújulásának támogatása információcsere, tapasztalatcsere, valamint az uniós tagállamok oktatási rendszereinek és oktatási politikáinak analízise, összehasonlító tanulmányok készítése.
- Közös akciók: a különböző akcióprogramok megvalósításához egyedi és átfogó akciók szervezése.
- Egyéb feladatok: a Szókratész-akcióprogram helyi marketingje, a tagállamokban. (speciális anyagok, információk).

A Szókratész II. program, azaz a Szókratész-program második fázisa az Európai Unió 2000–2006 közötti (7 éves) költségvetéséből 1,85 milliárd €-val részesedett.

A Szókratész-programban részt vevő államok

A Szókratész-programban 31 európai állam vett részt:

- Az Unió 25 tagállama, Ausztria, Belgium, Csehország, Ciprus, Dánia, Egyesült Királyság, Észtország, Finnország, Franciaország, Görögország, Hollandia, Írország, Lengyelország, Lettország, Litvánia, Luxemburg, Magyarország, Málta, Németország, Olaszország, Portugália, Spanyolország, Svédország, Szlovákia, Szlovénia;
- 3 EFTA ország: Izland, Liechtenstein és Norvégia;
- 3 EU-tagságra pályázó ország: Bulgária, Románia és Törökország.

Távoktatás

A távoktatás az oktatás egy olyan formája, ahol a tanár és a diák nem egy helyen vannak. A hallgató a képzési idő nagyobbik részében egyedül, önállóan tanul, kisebb részében pedig konzultációkon vesz rész.

FOGALMA

A távoktatás fogalmát sokféleképpen definiálják, általánosan elfogadott definíció nincs. A Pedagógiai lexikon a következőképpen határozza meg: „A tanulás távirányításának egyik formája. Előírt és tananyaggá rendezett ismeretek, gondolkodási és – korlátozottan – cselekvési műveletek elsajátíttatására irányul, meghatározott követelmények teljesítése, megtervezett tudásszintek elérése érdekében.

Fő jellemzői alapján a távoktatás az oktatás egy olyan formája, ahol a tanár és a diák nem egy helyen vannak. A hallgató a képzési idő nagyobbik részében egyedül, önállóan tanul, kisebb részében pedig konzultációkon vesz rész. Az otthoni tanuláshoz a tananyagot az intézmény bocsátja a hallgató rendelkezésére, a konzultációkon – amelyekhez a kapcsolattartás bármely formái használhatók: internet, telefon, stb. – a tanuló az önállóan szerzett ismereteit mélyíti el.

A TÁVOKTATÁS JELLEMZŐI

A távoktatási formák sok tekintetben különbözhetnek egymástól, de vannak olyan közös jellemzők, amelyekben megegyeznek.

Az oktatás valamilyen távolság áthidalásával történik, ezért a tanulóknak meg kell tanulniuk önállóan tanulni.

Csak az a tanuló lehet sikeres a távoktatásban, aki az új tanulói szerepben is képes megfelelni – ehhez megfelelően motivált, folyamatosan tanul és a kétoldalú kommunikáció minden lehetőségét kihasználja.

A pedagógusnak is új szerepben kell jelen lennie: a tanulási folyamat középpontjában a tanuló áll, a tanár pedig segíti, irányítja őt.
Az oktatási anyagok nemcsak az ismeretanyagot tartalmazzák, hanem a tanulási folyamatban alkalmazott módszereket is, biztosítaniuk kell a gyakorlást, a motiválást – tehát a tanuló egyéni tanulását kell szolgálniuk.

A TÁVOKTATÁS TÖRTÉNETE

Külföldön

- 1840-ben Nagy-Britanniában Isaac Pitman levelezőlapon tanította a gyorsírást. A levelező oktatás kezdetét Pitman személyéhez kapcsolják.
- 1856-ban a Londoni Egyetemen olyanok is vizsgázhattak, akiket nem helyben oktattak.
- Az első világháborúig sokfelé születnek levelező iskolák szerte Európában és Amerikában.
- 1927-ben a BBC először kísérletet tesz rádión keresztül sugárzott iskolarádiós műsorokra, de kiegészítő jellegű marad az adás.
- 1939-ben Amerikában telefon segítségével oktatják a mozgássérülteket és otthonfekvőket.
- Az 1960-as évek második felében, Franciaországban a rádiós adások bekapcsolódnak az egyetemi szintű levelező oktatásba, majd az 1960-as és 1970-es években a televízió is belép a távoktatási eszközök soraiba.
- Az 1980-as, illetve 1990-es években a számítógépek elterjedése a háztartásokban kiterjeszti a távoktatás eszközrendszerét.

Magyarországon

- A háború előtt csak a jogászképzés működött távolsági keretek között, de az 1950-es években már több felsőoktatási intézmény indított esti és levelező tagozatot.
- 1980-as években, a magánszférában is megjelenik a távoktatás.
- 1989 után a távoktatás népszerűvé válik Magyarországon. Egyre több felsőoktatási intézmény távoktatási tagozatot indít.
- 1996-tól a Duna Televízió távoktatási műsorokat sugároz, később további televíziós társaságok is csatlakoznak a kezdeményezéshez.

- Napjainkban a hazai regionális központokban és számos magánintézményben folynak távoktatási képzések, de megjelentek olyan képzési formák is, melyeknek csak a nevében jelenik meg a távoktatás.

A TÁVOKTATÁS ELŐNYEI ÉS HÁTRÁNYAI

A távoktatás előnyei

- Tanulási lehetőséget nyújt azoknak is, akik egyébként hagyományos iskolai keretek között nem tudnának tanulni.
- Megszűnik a „tanévbeosztás" és az órarend kötöttsége, sokkal nagyobb szerep jut a tanuló saját időbeosztásának, így a tanulás ritmusa igazodhat az egyéni tanulási képességekhez.
- Az ismeretközpontú oktatás helyett a kompetenciafejlesztésre kerül a hangsúly.
- Nincs közlekedési, szállás- stb. költség, ezekre időráfordítás.
- A változatos programkínálatból a hallgató kiválaszthatja az adott pillanatban neki legmegfelelőbbet.
- Egy képzés egyszerre több hallgató számára válik elérhetővé.

A távoktatás hátrányai

- A személyközi kommunikáció és a közös tevékenység hiánya csökkentheti a motivációt, így a lemorzsolódás a képzések egy részénél igen magas.
- A hallgató nem kap elég gyorsan személyre szóló visszacsatolást.
- A hallgató meg van fosztva egy intézmény életében való aktív részvételtől.
- Egyes készségeket, szakmai fogásokat csak hagyományos gyakorlati képzéssel lehet elsajátítani.
- Mivel egyre inkább az internet lesz az oktató és hallgató közötti kapcsolattartás formája, a képzésben való részvételnek eszközigénye van (számítógép, internetelérés, stb.), ill. feltételezi a digitális írástudást.

A TÁVOKTATÁS ESZKÖZEI

A távoktatás eszközeit alapvetően két nagy csoportra – nyomtatott és nem nyomtatott oktatási anyagok – osztjuk.

A nyomtatott oktatási anyagok jellemzői:

- A '90-es évek közepéig ezek voltak a legelterjedtebbek.

- Előállítási költségük viszonylag olcsó.
- Szinte bárhol és bármikor lehet belőlük tanulni.
- Egy hagyományos tankönyvnél áttekinthetőbb, strukturáltabb, didaktikusabb, hiszen a tanár hiányát is kell pótolnia.
- Azonban nem interaktívak, a visszajelzést csak az egyes anyagrészekben elhelyezett tesztek, feladatsorok szolgálják.

A nem nyomtatott oktatási anyagok jellemzői:

- Sokféle információhordozó szerephez juthat (rádió, tv, CD, DVD, internet).
- A hagyományos jelenléti oktatásban kiegészítik az ismeretátadást, a távoktatásban ezek is az ismeretátadás formái.

Webuni

A *Webuni* egy független, bárki által szabadon használható online oktatási platform (e-learning rendszer) és online képzések számára kialakított piactér, amely jelenleg magyar és szerb nyelven érhető el.

A rendszeren belül oktatók, szakértők és oktatási intézmények online kurzusokat hozhatnak létre egy szerkesztő felületen keresztül, és azokat a platform piacterén keresztül kínálhatják tanulók számára. A piactér a következő témáknak ad helyet. Számítógépes szoftverismeretek, pénzügy és számvitel, design, művészet, filmkészítés, jog, üzletfejlesztés, marketing, prezentáció és kommunikáció, programozás.

TÖRTÉNETE

A webuni.hu 2015 januárjában indult el öt online képzéssel. 2018 májusáig 50 000 regisztrált felhasználó 356 online képzésen vett részt.

ÜZLETI MODELLJE

A Webuni üzleti modellje a bevétel megosztására épül. Amennyiben egy online képzés értékesítésre kerül, az oktató és a webuni osztoznak a bevételeken.

PARTNEREK

A 2015-ös indulás óta a Webuni együttműködik többek között az online oktatás terén a Magyar Mérnöki Kamara, Gábor Dénes Főiskola, Magyar Könyvvizsgálói Kamara, Magyar

Biztosítási Alkuszok Szövetsége, Magyar Lízing Szövetség, Perfekt, Studium Generale képzőszervezetekkel.

MOBILALKALMAZÁS

A webuni.hu platformhoz tartozó iOS mobilalkalmazás 2015. novemberben lett ingyenesen elérhető az Appstore piactéren. Az alkalmazáson keresztül a regisztrált felhasználók tanulhatják képzéseiket. További funkcióként szolgál, hogy az egyes leckék a mobilalkalmazáson belül offline is megtekinthetőek.

1.2. Hazai helyzet bemutatása

Magyarország a nagyon magas fejlettségű országok közé tartozik. Humán fejlettségi index alapján a 37. helyet foglalja el.

Több magyar egyetemi intézmény és felsőoktatási kar is szerepel a különféle egyetemi rangsorokban a világon legjobbjaként rangsorolt 1000 intézmény között. A jelentősebb rangsorok: World University Rankings, Times Higher Education World University Rankings, Shanghai Ranking Consultancy, Best Global Universities in Europe, Quacquarelli-Symonds (QS) World University Rankings, Center of World University Rankings. A legjobbak közé sorolt felsőoktatási intézményeink: Semmelweis Egyetem 262/2017, Általános Orvostudományi Kar 151–200/2017, Gyógyszerésztudományi Kar 101–150/2017, Szegedi Egyetem, Budapesti Műszaki Egyetem, Corvinus Egyetem.

Hazai oktatási foglalkozások

Megnevezés: Oktatási tevékenységet folytató részegység vezetője

FEOR kód: 1334

Munkakörök:

- Oktatási tevékenységet folytató részegység vezetője
- Dékán, dékánhelyettes
- Egyetemi főtitkár
- Egyetemi intézet (pl. nyelvi, vezetőképző) igazgatója
- Főiskolai kar főigazgatója
- Gyakorló iskola igazgatója
- Kollégiumvezető

- Laboratóriumvezető
- Oktatási intézmény gyakorló óvodájának vezető óvónője
- Tagozatvezető (pl. esti, levelező)
- Tangazdaság-vezető
- Tanműhelyvezető
- Tanszékvezető, tanszékvezető-helyettes
- Tanulmányi hivatal vezetője
- Tanulmányi osztály vezetője
- Tanüzemvezető

A foglalkozás gyakorlására jogosító képesítések

OSZK

- Altajisztika szakos előadó
- Amerikanisztika szakos előadó
- Angol szakos előadó
- Arab szakos előadó
- Általános nyelvész szakos előadó
- Bolgár szakos előadó
- Cseh szakos előadó
- Esztétika szakos előadó
- Egyiptológia szakos előadó
- Filozófia szakos előadó
- Francia szakos előadó
- Horvát szakos előadó
- Japán szakos előadó
- Kínai szakos előadó
- Kommunikáció szakos előadó
- Latin szakos előadó
- Lengyel szakos előadó
- Levéltár szakos előadó
- Magyar szakos előadó
- Mongol szakos előadó
- Művészettörténet szakos előadó

- Művészettudomány szakos előadó
- Német szakos előadó
- Néderlandisztika szakos előadó
- Néprajz szakos előadó
- Olasz szakos előadó
- Orosz szakos előadó
- Ógörög szakos előadó
- Pedagógia szakos előadó
- Politológia szakos előadó
- Rajz-vizuális nevelés szakos előadó
- Régész szakos előadó
- Román szakos előadó
- Skandinavisztika szakos előadó
- Spanyol szakos előadó
- Személyügyi, humán szerv. szakos előadó
- Szerb szakos előadó
- Szlovák szakos előadó
- Szociálpolitika szakos előadó
- Szociológia szakos előadó
- Tibeti szakos előadó
- Történelem szakos előadó
- Ukrán szakos előadó
- Újgörög szakos előadó
- Alkalmazott zoológus
- Állatorvos-doktor
- Agrárkémikus
- Agrármenedzser
- Agrármérnök
- Anyagmérnök
- Angol szakos ált. isk. tanár
- Gazdasági ism. szakos ált. isk. tanár
- Horvát nemzetiségi ált. isk. tanár
- Kommunikáció szakos ált. isk. tanár

- Környezetvédelem szakos ált. isk. tanár
- Pedagógia szakos ált. isk. tanár
- Francia szakos ált. isk. tanár
- Horvát szakos ált. isk. tanár
- Magyar szakos ált. isk. tanár
- Művelődésszerv. szakos ált. isk. tanár
- Német szakos ált. isk. tanár
- Olasz szakos ált. isk. tanár
- Orosz szakos ált. isk. tanár
- Német nemzetiségi szakos ált. isk. tanár
- Román nemzetiségi szakos ált. isk. tanár
- Szlovák nemzetiségi szakos ált. isk. tanár
- Szlovén nemzetiségi szakos ált. isk. tanár
- Ukrán szakos ált. isk. tanár
- Angol szakos középisk. tanár
- Ábrázoló geometria szakos középisk. tanár
- Biológia szakos középisk. tanár
- Fizika szakos középisk. tanár
- Földrajz szakos középisk. tanár
- Informatika szakos középisk. tanár
- Kémia szakos középisk. tanár
- Környezettan szakos középisk. tanár
- Latin szakos középisk. tanár
- Magyar szakos középisk. tanár
- Matematika szakos középisk. tanár
- Német szakos középisk. tanár
- Orosz szakos középisk. tanár
- Számítástechnika szakos középisk. tanár
- Szlovák szakos középisk. tanár
- Technika szakos középisk. tanár
- Testnevelés, rekreáció szakos középisk. tanár
- Történelem szakos középisk. tanár
- Spanyol nyelvtanár

- Angol nyelvtanár
- Francia nyelvtanár
- Német nyelvtanár
- Olasz nyelvtanár
- Kereskedelmi vendéglátó szakoktató
- Filozófia szakos középisk. tanár
- Francia szakos középisk. tanár
- Bolgár szakos középisk. tanár
- Horvát szakos középisk. tanár
- Ógörög szakos középisk. tanár
- Újgörög szakos középisk. tanár
- Olasz szakos középisk. tanár
- Pedagógia szakos középisk. tanár
- Pszichológia szakos középisk. tanár
- Román szakos középisk. tanár
- Spanyol szakos középisk. tanár
- Szerb szakos középisk. tanár
- Német nemzetiségi szakos középisk. tanár
- Művészettudomány szakos középisk. tanár
- Amerikanisztika szakos középisk. tanár
- Ukrán szakos középisk. tanár
- Lengyel szakos középisk. tanár
- Szociológia szakos középisk. tanár
- Politológia szakos középisk. tanár
- Kulturális antropológia szakos középisk. tanár
- Képgrafika-vizuális nevelőtanár
- Tervezőgrafika-vizuális nevelőtanár

Munkaerőpiaci adatok

Országos átlagkereseti adatok (bruttó Ft/hónap)		
Év	Személyi alapbér	Teljes kereset
2000.	79 917	148 931
2001.	99 385	157 319
2002.	127 735	203 049
2003.	179 814	264 956
2004.	177 600	267 895
2005.	187 859	270 223
2006.	209 781	305 726
2007.	214 215	312 502
2008.	216 188	326 751

A foglalkozást kereső munkanélküliek száma országosan (fő/év)		
Év	Pályakezdő munkanélküliek és álláskeresők	Összes munkanélküli és álláskereső
2000.	8	80
2001.	19	108
2002.	10	97
2003.	20	102
2004.	12	103
2005.	13	108
2006.	4	61
2007.	3	52
2008.	3	39

Bejelentett álláshelyek száma országosan (db/év)	
Év	Bejelentett álláshelyek száma
2000.	32
2001.	38
2002.	22
2003.	27
2004.	21
2005.	23
2006.	38
2007.	25
2008.	24

Néhány munkakör foglalkozás-orvostani szempontjainak összefoglalása

2410 Egyetemi, főiskolai oktató, tanár

A foglalkozás tartalma:

Az egyetemi, főiskolai oktató, tanár egyetemen vagy főiskolán tanít, tudományos kutató-munkát végez. Feladata az előadások, szemináriumok, gyakorlatok, konzultációk, valamint speciálkollégiumok vezetése; felvételi vizsgák, szigorlatok, kollokviumok és államvizsgák előkészítése és vezetése; oktatási anyagok, jegyzetek, tankönyvek írása; a tudományos eredmények publikálása.

Készségek és kompetenciák:

Érzékelési funkciói közül meghatározó lehet a látás és hallás. A kapcsolatteremtéshez elengedhetetlen a jó kommunikáció. További alapvető pedagógiai készségei közé tartozik a motiváció, a megerősítés, az akarati tényezők kontrollja, az elemzési és döntési készségek. Fontos a kiégés elleni védekezési képesség.

A foglalkozás jellege:

Ülő és álló testhelyzetben, épületen belül folytatott szellemi és könnyű fizikai munka.

A foglalkozás egészségre gyakorolt hatása:

Baleseti egészségkárosodás (esés, sérülés, közlekedés) lehetséges. Biológiai kóroki tényezők károsító hatása lehetséges. A képernyős munkavégzés okozta, szemet, a váz- és izom-rendszert érintő terhelések. Számítógép-függőség. Adekvát fizikai aktivitás hiánya esetén a kardiovaszkuláris és daganatos betegségek, elhízás, metabolikus szindróma, cukorbetegség kialakulásának kockázata fokozódik. Ergonómiai, pszichés és pszichoszociális, egészséget érintő kockázatok. Kiégés. Munkahelyi zaklatás.

Lehetséges kórokok:

Képernyős munkahelyek kockázata, ergonómiai, pszichoszociális kóroki tényezők és pszichés megterhelés hatása. A szakterület pszichés és pszichoszociális kockázati tényezői igen jelentősek.

Kizáró, korlátozó okok és tényezők:

Olyan betegségek és/vagy állapotok, befolyásolják a szellemi, fizikai teljesítőképességet, az érzékszervek működését és a kommunikációt.

Megjegyzések:

Általános prevenciós stratégia javasolt egészségfejlesztés céljából. Daganatok és kardiovaszkuláris betegségek felismerését célzó szűrővizsgálatok ajánlottak.

Védőoltások: szezonális influenza, pneumococcusok elleni védőoltás javasolható.

Megelőzés: kollektív védelem balesetek, fizikai, kémiai, biológiai és ergonómiai kockázatok ellen (helyiségek, berendezések, eszközök, szellőzés, megvilágítás, hűtő/fűtő rendszerek tervezése, kivitelezése, karbantartása).

Védőeszközök: nem szükséges.

2421 Középiskolai tanár

2422 Középfokú nevelési-oktatási intézményi szakoktató, gyakorlati oktató

A foglalkozás tartalma:

A középiskolai tanár gimnáziumban vagy szakközépiskolában osztályoknak, tanulócsoportoknak egy vagy több tantárgyat oktat. A tananyag szóbeli átadásával, magyarázatokkal, beszélgetésekkel, irányított, átgondolt óravezetéssel, szaktantermi, laboratóriumi foglalkozásokkal, valamint a multimédia eszközeivel és egyéb szemléltetőeszközök, számítógépes programok, demonstrációs kísérletek bemutatásával segíti a tantárgy anyagának elsajátítását.

A szakoktató a középfokú oktatási intézmények (szakközépiskolák, szakiskolák) felnőttképző és továbbképző intézmények tanulóinak különböző szakmacsoportok, szakmák elméleti és gyakorlati ismereteit tanítja.

Készségek és kompetenciák:

Érzékelési funkciói közül fontos lehet a látás és hallás. A kapcsolatteremtéshez elengedhetetlen a jó kommunikáció. További alapvető pedagógiai készségei közé tartozik a motiváció, a megerősítés, az akarati tényezők kontrollja, az elemzési és döntési készségek. Fontos a kiégés elleni védekezési képesség.

A foglalkozás jellege:

Ülő és álló testhelyzetben, épületen belül folytatott szellemi és könnyű fizikai munka.

A foglalkozás egészségre gyakorolt hatása:

Baleseti egészségkárosodás (esés, sérülés, közlekedés), biológiai kóroki tényezők károsító hatása lehetséges. A képernyős munkavégzés okozta, szemet, a váz- és izomrendszert érintő terhelések. Számítógép-függőség. Adekvát fizikai aktivitás hiánya esetén a kardiovaszkuláris és daganatos betegségek, elhízás, metabolikus szindróma, cukorbetegség kialakulásának

kockázata fokozódik. Ergonómiai, pszichés és pszichoszociális, egészséget érintő kockázatok. Kiégés. Munkahelyi zaklatás.

Lehetséges kórokok:

Képernyős munkahelyek kockázata, ergonómiai, pszichoszociális kóroki tényezők és pszichés megterhelés hatása.

Kizáró, korlátozó okok és tényezők:

Olyan betegségek és/vagy állapotok, amelyek befolyásolják a szellemi, fizikai teljesítőképességet, az érzékszervek működését és a kommunikációt.

Megjegyzések:

Általános prevenciós stratégia javasolt egészségfejlesztés céljából. Daganatok és kardiovaszkuláris betegségek felismerését célzó szűrővizsgálatok ajánlottak.

Védőoltások: szezonális influenza, pneumococcusok elleni védőoltás javasolható.

Megelőzés: kollektív védelem balesetek, fizikai, kémiai, biológiai és ergonómiai kockázatok ellen (helyiségek, berendezések, eszközök, megvilágítás, szellőzés, hűtő/fűtő rendszerek tervezése, kivitelezése, karbantartása).

Védőeszközök: nem szükséges.

2431 Általános iskolai tanár, tanító

A foglalkozás tartalma:

Oktatja és neveli az általános iskolában tanuló gyermekeket. Feladatai a tanterv alapján a tantárgyak tanmenetének elkészítése, felkészülés az egyes tanítási órákra, audiovizuális és egyéb szemléltetőeszközök kiválogatása vagy készítése; a tananyag megtanítása, feldolgozása, megbeszélése; az írásbeli munkák kijavítása, a szóbeli feleletek és beszámolók meghallgatása és értékelése; különféle tanítási módszerek és anyagok (pl. számítógép, könyv) alkalmazása. A tanári, tanítói munka széles körű kapcsolati rendszert (tanulók, szülők, a tantestület többi tagja, gyermekvédelmi, szociális intézmények stb.) feltételez, az együttműködési készségek ezen a pályán elengedhetetlenek.

Készségek és kompetenciák:

Érzékelési funkciói közül meghatározó a látás és hallás. A kapcsolatteremtéshez elengedhetetlen a jó kommunikáció. További alapvető pedagógiai készségei közé tartozik a motiváció, a megerősítés, az akarati tényezők kontrollja, az elemzési és döntési készségek. Fontos a kiégés elleni védekezési képesség.

A foglalkozás jellege:

Gyakran álló testhelyzetben, épületen belül végzett szellemi munka, párosulva könnyű fizikai munkával.

A foglalkozás egészségre gyakorolt hatása:

Baleseti egészségkárosodás (esés, sérülés, közlekedés), biológiai kóroki tényezők károsító hatása lehetséges. Képernyős munkavégzés szemet, váz- és izomrendszert érintő terhelése. Számítógép-függőség. Adekvát fizikai aktivitás hiánya esetén a kardiovaszkuláris és daganatos betegségek, elhízás, metabolikus szindróma, cukorbetegség kialakulásának kockázata fokozódik. Ergonómiai, pszichés és pszichoszociális, egészséget érintő kockázatok. Kiégés. Munkahelyi zaklatás

Lehetséges kórokok:

Képernyős munkahelyek kockázata, ergonómiai, pszichoszociális kóroki tényezők és pszichés megterhelés hatása (3. sz. melléklet).

Kizáró, korlátozó okok és tényezők:

Olyan betegségek és/vagy állapotok, amelyek befolyásolják a szellemi, fizikai teljesítőképességet, az érzékszervek működését és a kommunikációt.

Megjegyzések:

Általános prevenciós stratégia javasolt egészségfejlesztés céljából. Daganatok és kardiovaszkuláris betegségek felismerését célzó szűrővizsgálatok ajánlottak.

Védőoltások: szezonális influenza, pneumococcusok elleni védőoltás javasolható.

Megelőzés: kollektív védelem balesetek, fizikai, kémiai, biológiai és ergonómiai kockázatok ellen (helyiségek, gépek, berendezések, eszközök, megvilágítás, szellőzés, hűtő/fűtő rendszerek tervezése, kivitelezése, karbantartása).

Védőeszközök: nem szükséges.[5]

Az oktatási szektorban a legfontosabb kóroki tényezők a pszichés és pszichoszociális kockázatok és a munkahelyi stressz. A pszichés kockázatok nemzetközi és hazai áttekintése.

A népesség, illetve a munkavállalók egészségi állapotának egyik alapvető területe a lelki egészség.

---

[5] *Cseh Károly – Nemeskéri Zsolt – Szellő János – Tibold Antal:* KÉZIKÖNYV a foglalkozások egészségi szempontjainak meghatározásához, online 2014.

A mentális jóllét alapvető összetevője a WHO egészségdefiníciójának: „az egészség a teljes testi, lelki és szociális jóllét állapota, és nem csupán a betegség, fogyatékosság hiánya”.

Az egészség dimenziói a következők: biológiai egészség (a szervezet megfelelő működése), lelki egészség (személyes világnézet, magatartásbeli alapelvek, a tudat nyugalma, és az egyén önmagával szemben kialakult békéje), mentális egészség (tiszta és következetes gondolkodásra való képesség), emocionális egészség (az érzések felismerésének és azok megfelelő kifejezésének a képessége), szociális egészség (másokkal való kapcsolat kialakításának képessége).

A jó mentális egészségi állapot elősegíti, hogy az emberek realizálják képességeiket, eredményesen kezeljék életük folyamán a normálisan jelentkező stresszt, képesek legyenek produktívan dolgozni, és megfelelően segíteni közösségüket.

A WHO Mentális Egészség Akciótervében 2013–2020 között 4 kiemelt célkitűzés szerepel. A hatékony mentális egészséget támogató egészségpolitika, a közösségi alapú, integrált mentális és szociális ellátó szolgálatok erősítése, a prevenciós stratégiák gyakorlati megvalósítása, és az információs rendszer fejlesztése.

Az Európai Mentális Egészség Akcióterv összhangban van az WHO és az európai keretpolitika Egészség és Jóllét prioritásaival:

- Élethosszig tartó egészségmegőrzés, illetve egészségfejlesztés;
- A régió legfontosabb nem fertőző és fertőző betegségeinek csökkentése;
- Az emberközpontú egészségügyi rendszer fejlesztése, a népegészségügyi kapacitások bővítése, sürgősségi helyzetekre való felkészülés, ellenőrzőrendszer;
- Támogató közösségek és környezet kialakítása.

A 2008-ban megkötött Európai Egyezmény a Mentális Egészségről és Jóllétről a mentális egészség területén a legfontosabbnak a következő 5 területet jelölte meg:

- A depresszió és az öngyilkosság megelőzése;
- A gyermekek és fiatalok mentális egészsége és jólléte;
- **Mentális egészség és jóllét a munkahelyeken;**
- Az idősek mentális egészsége és jólléte;
- Szociális beilleszkedés elősegítése és a stigmatizáció elleni küzdelem.

Hazai országos programok a lelki egészség megőrzése és javítása céljából

Az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program [1066/2001. (VII. 10.) Kormányhatározat] és Az Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja [4/2006. (II. 8.)

Országgyűlési Határozat] célkitűzései közé tartozott a lelki egészség erősítése és a mentális betegségek előfordulásának csökkentése.

A WHO és az Egészségügyi Minisztérium együttműködésében született meg 2006–2007-ben a Lelki Egészség Országos Program (LEGOP).

A program áttekinti hazánkban a lelki egészséget veszélyeztető kockázati tényezőket. A mentális zavarok hazai előfordulása hasonló az európai adatokhoz. A depresszió előfordulása férfiakban, a bipoláris megbetegedések, a befejezett öngyilkosságok és a kóros alkoholfogyasztás aránya viszont kedvezőtlenebb.

1983–2007 között a 100 000 lakosra jutó öngyilkosságok aránya 45,3-ről 24,4-re csökkent. Az európai gyakorisággal összehasonlítva ez azonban még mindig a második helyen áll. Sajnálatosan a magyar lakosság mentális egészségi állapota az európai országok többségéhez viszonyítva rosszabb. A súlyos mentális zavarok és a szenvedélybetegségek a várható élettartamot 8–20 évvel csökkentik. Mentális kórképek összefüggést mutatnak a krónikus nem fertőző megbetegedések kialakulásával és az életminőség romlásával. A három legrosszabb életminőséget okozó kórkép a depresszió, a cerebrovaszkuláris kórképek és a daganatok.

2013-ban dolgozták ki a Mentális Egészségügyi Szakpolitikai Programot (2014–2020, MESZP)**.** 2013-ban az EMMI Lelki Egészség Munkacsoportja alakította ki Az „ÉLETÚT”-Lelki megújulás program tervezetét a mentális jóllét biztosítására a teljes élettartam folyamán. Az említett két program integrációjával jött létre A Nemzeti Lelki Egészség Stratégia 2014–2020. A szakpolitikai stratégia anyaga 2014-ben került nyilvánosságra[6].

A stratégia legfontosabb célkitűzése az egyén, a család és a tágabb közösségek lelki egészségének fejlesztése, megtartása, helyreállítása, a mentális zavarok megelőzésének céljából.

Európai és hazai mentális egészség felmérések

Az európai populáció 40%-át érintik mentális betegségek. Ezek a leggyakoribb krónikus kórállapotok. A mentális betegségek összefüggésben vannak az öngyilkosság előfordulásával. Az európai régióban az öngyilkosság aránya 13,9/100 000 fő. A férfiak 5-ször gyakrabban követnek el öngyilkosságot, mint a nők. 2008 óta emelkedett az öngyilkosság aránya, a legjobban a gazdasági válság által leginkább érintett európai országokban.

[6] www.pef.hu/.../nemzeti_lelki_egeszseg_strategia_tervezet_pef_kiegeszites)

A mentális megbetegedésekben szenvedők korai halálozása magasabb, mint az átlag népességé, élettartamuk 20 évvel rövidebb. Jelenleg a legtöbb EU-tagállamban van mentális egészségpolitika.

Az európai lakosság mentális állapotáról 2003-ban, 2006-ban, és 2010-ben készültek Eurobarométer felmérések (Eurobarometer 58.2 2003 The Mental Health Status of the European Population[7], Special Eurobarometer/ 248 wave 64.4 2006 Mental Well-being[8] és Sepcial Eurobarometer 345/wave 73.2 2010 Mental Healt[9])

Az Eurobarometer 58.2 2003 volt az első felmérés az európai lakosság mentális állapotáról, Európa 17 országában mérték fel SF-36 (Short Form) kérdőívvel az európai lakosság jóllétét, és ezen belül a mentális állapotot is jellemezték a Mental Health Index 5 és az Energia és Vitalitás Index alkalmazásával. A mentális állapotot jelző indexek értéke a legkedvezőbb Finnországban és Svédországban volt, a legkedvezőtlenebb pedig Olaszországban és Portugáliában.

A 2006-os mentális jóllét felmérés, (2) SF-12 kérdőív alkalmazásával történt.

A Mental Health Index az európai államokban 47 (Törökország) és 70 (Norvégia) között változott, Magyarországon 2007-ben 63 volt. Az öngyilkossági ráta az EU országaiban 2009-ben 2,6/100 000/év (Görögország), 31/100 000/év (Litvánia) között változott, Magyarország ekkor, a második helyen ált 19/100 000/év fővel (ez az arány 2013-ban 21,1/100 000/év volt. A világon a legmagasabb halálozási arány Grönlandon 83/100 000/év, és Litvániában 36,7/100 000/év, a legalacsonyabb Egyiptomban, Jordániában 0,1/100 000/év, Haitin, Nepálban 0/100 000/év volt.

Az európai népesség jelentős részét (74%) az egészségi állapota nem akadályozta közepes fizikai aktivitás végzésében. Magyarországon az arány 68%-os volt. A foglalkozási szektorokat tekintve az egészségi állapot a fizikai teljesítményt legnagyobb mértékben a nyugdíjasok (24%) a háztartásbeliek (14%) esetén akadályozta, a többi foglalkozási kategóriában nem korlátozta jelentősen. Az európai népesség életét általában pozitívan ítélte meg (65%), de jelentős része (30%) alkalmanként fáradtnak érezte magát.

Magyarországon a válaszadók 57%-a érezte magát boldognak (az EU 25 átlaga 65%).

Az EU válaszadók 78%-a, Magyarországon 73%-a nem, vagy ritkán érezte magát letörtnek.

---

[7] ec.europa.e/health/ph…/life…/mental_eurobaro.pdf

[8] europa.eu/health/ph_informtaion/documents/ebs_248_en.pdf

[9] ec.europa.eu/health/mental_health/…/ebs_345_en.pdf

Az európaiak több mint fele jónak (54%) értékelte fizikai egészségi állapotát. Magyarországon ez az arány 42% volt. Az európaiak többségét (57%) nem korlátozza aktivitásában fájdalomérzés, Magyarországon ez az arány 54% volt. Foglalkoztatási szektorban a legkisebb arány a nyugdíjasok között fordult elő (32%), ezt követően a háztartásbeliek között (50%), a legnagyobb arány pedig az egyetemi hallgatók (75%) és a menedzserek (70%) között volt megfigyelhető.

Az európaiak 71%-a esetében emocionális problémák nem rontották teljesítményük szintjét, Magyarországon ez az arány 47%-os volt. Az emocionális problémák nem befolyásolták a munkaképességet az uniós polgárok 82%-ánál. Magyarországon ez az arány ugyanilyen mértékű volt. Az európaiak 60%-a állította, hogy fizikai vagy emocionális problémák nem befolyásolják társadalmi aktivitásukat. Magyarországon ez az arány 62% volt.

Foglalkoztatási szektor tekintetében ez az arány a nyugdíjasok között 45%-os, háztartási alkalmazottak között 54%-os, fizikai munkások között 67%-os, menedzserek között 70%-os, főiskolások között 71%-os volt.

Az EU polgárai közül 13% fordult a megelőző évben az alapellátáshoz, hazánkban ez az arány 13% volt. Pszichológiai vagy emocionális problémákkal az európaiak 70%-a az alapellátás orvosaihoz, 14%-a pszichológushoz, 13%-a pszichiáterhez, 12%-a gyógyszerészhez fordult. Az európaiak 7%-a részesült gyógyszeres kezelésben pszichológiai vagy emocionális problémák miatt. Magyarországon ez az arány 9%-os volt.

Az európaiak 53%-a keres segítséget, ha rosszul érzi a magát a családtagjainál, Magyarországon ez az arány 63%-os. Az európaiak 55%-a gondolja úgy, hogy könnyű információhoz jutni pszichológiai vagy emocionális problémák esetén. Magyarországon ez az arány 38%-os. Foglalkozási szektorok tekintetében a menedzserek 21%-a, a fizikai munkások 28%-a, a nyugdíjasok 32%-a gondolta úgy, hogy könnyű információhoz jutni ezekkel a problémákkal.

Az európaiak 63%-a gondolta úgy, hogy a pszichológiai problémák esetén az emberek kiszámíthatatlanok, 37%-a pedig úgy gondolja, hogy veszélyt jelentenek másokra.

Az uniós polgárok 21%-a hiszi azt, hogy ezek a problémák soha nem gyógyulnak meg.

Az európaiak 14%-ának az a véleménye, hogy az érintett maga felelős a pszichológiai problémáiért. Magyarországon ezek az arányok 47, 27, 16, 14%-osak voltak a válaszadók körében.

A megkérdezettek a száma az EU-ban 29 248, a 15 év feletti népesség 442 620 588

Magyarországon 1010 fő, a 15 év feletti népesség épesség 8 503 379 fő.

A 2010-es Special Eurobarometer 345 Mental Health mentális egészségfelmérés az EU 27 tagállamát mérte fel. Ebben az időszakban az EU-ban az állampolgárok 10%-a szenvedett valamilyen mentális kórképben.

2007-ben 55 000 öngyilkosság fordult elő az EU-ban 75%-ban férfiaknál. A 2010-es felmérésben az európaiak nagyobb része említett pozitív, mint negatív érzelmi állapotot, 61%-uk érezte boldognak magát a megelőző 4 hétben, 20%-uk említett fáradtságot. Magyarországon ez az arány 50%-os volt.

2006 óta a pozitív emocionális érzést említők aránya csökkent. Európában átlagosan a munkavállalók a felmérést megelőző hónapban 1,1 napot voltak távol munkahelyükről. A távollét összefüggött a munkavállalók emocionális állapotával. Az emberek életét fizikai állapotuk jobban befolyásolja, mint az emocionális állapotuk. A fizikai és emocionális problémákat említők általában szociális és financiális stressz hatása alatt álltak. Azok a munkavállalók, akik úgy érezték, hogy a munkájuk nem a képzettségüknek megfelelő gyakrabban érzik úgy, hogy erőfeszítésüket munkahelyükön nem jutalmazzák kellőképpen. A munkavállalók többsége (71%) érezte munkahelyét biztosnak, 25%-uk azonban bizonytalannak. A munkavállalók ¾ része érezte úgy, hogy munkája megfelel a végzettségének, 23%-a pedig nem. a munkavállalók 78%-a érezte úgy, hogy respektálják a munkahelyén 19%-a pedig nem. Szociodemográfiai szempontból azok érezték legbizonytalanabbnak a helyzetüket, akiknek a képzettsége nem felet meg a munkájuknak. Ezek szerepeltek a legnagyobb arányban az emocionális problémát említők között és az elmúlt évben antidepresszánst szedők között. 2006 óta nem növekedett a professzionális segítséget, pszichológiai vagy emocionális problémák miatt igénybevevők aránya. Ezek legnagyobb arányban ebben a felmérésben is az alapellátáshoz fordultak. Kevesebben szedtek antidepresszánst, mint ahányan orvosi segítséget vettek igénybe. Az antidepresszáns-kezelés indikációja 51%-ban depresszió, 47%-ban szorongás volt. Az uniós polgárok 67%-a nem érezte magát kényelmetlenül, ha mentális problémákban szenvedő személlyel kellett beszélnie, 22%-ban azonban igen. Ebben a tekintetben az újonnan belépett 12 tagállam állampolgárai említették legnagyobb arányban, hogy kínosan érzik magukat.

Magyarországon ebben a felmérésben a válaszadók 50%-a érezte magát boldognak (EU 27 átlag 61%).

Foglalkoztatási szektor tekintetében a menedzserek 67%-a, a fizikai dolgozók 65%-a, az állástalanok 61%-a érezte magát nyugodnak illetve békésnek.

Magyarországon a munkavállalók átlagosan 0,8 napot voltak a felmérést megelőző hónapban távol a munkahelyüktől. Emocionális problémák miatt a magyar polgárok 11%-a teljesített rosszabbul, mint szerette volna (EU-átlag 11%).

A magyar polgárok 35%-a érezte veszélyben munkáját (EU 27 átlaga 25%)

Magyarországon a munkavállalók 73%-a érezte úgy, hogy munkahelye a képzettségének megfelel (EU 27 átlaga 75%). A magyar munkavállalók 68%-a szerint munkája során elegendő elismerést kap (EU 27 átlag 78%). Pszichológiai vagy emocionális problémák miatt a magyar válaszadók 12%-a vett igénybe orvosi segítséget (EU átlag 15%). Foglalkozási szektor tekintetében a háztartásbeliek 20%-a, a munkanélküliek 18%-a, a nyugdíjasok 17%-a, a menedzserek 13%-a, az irodai dogozók 13%-a, a fizikai dolgozók 13%-a, az egyéni vállalkozók 11%-a és a felsőoktatásban tanulók 11%-a fordult orvoshoz pszichológiai és emocionális problémák miatt.

Magyarországon a válaszadók 7%-a szedett antidepresszánst a megelőző 12 hónapban, az EU-átlag szintén 17%. Az antidepresszánsok szedése gyakoribb a nők, az egyedül élők, a munkanélküliek, a nyugdíjasok, a számláikat fizetni nem tudók, és az alacsonyabb szociális státuszúak között. Foglalkoztatási szektor tekintetében az antidepresszánsok szedése 11%-ban fordult elő munkanélküliek, 10%-ban nyugdíjasok 9%-ban háztartásbeliek, 6%-ban menedzserek, 5%-ban fizikai munkások, 4%-ban irodai dolgozók, 4%-ban egyéni vállalkozók és 2%-ban egyetemi hallgatók között.

Magyarországon a válaszadók 25%-a érzi kényelmetlenül magát mentális problémában szenvedő személlyel való beszélgetés során (EU-átlag 22%).

A magyar lakosság és a magyarországi munkavállalók mentális állapotáról az elmúlt évtizedekben számos hazai és nemzetközi felmérés készült. (Hungarostudyk, országos és európai lakossági egészségfelmérések, OLEF, ELEF, Eurobarometer és ESENER-felmérések).

A Hungarostudy vizsgálatok (Kopp M. – Skrabsky Á., 1988, 1995, 2002, 2005–2006) képet adtak a magyar népesség legfontosabb egészséggel kapcsolatos problémáiról. A felmérések számos megfigyelése közül kiemelhető a munkahelyi stresszel kapcsolatos megfigyelés. A nagyobb munkahelyi stressz növeli a depresszió, a rossz közérzet és a kockázati magatartások előfordulási gyakoriságát.

A munkahelyi stressz a munkavállalók lelki egészségromlásának egyik jelentős tényezője. A munkahelyi egészségfejlesztés része a lelki egészségvédelem, a káros stressz megelőzése. A munkakörnyezetből, a munkavégzésből és munkaszervezésből adódó stresszhatások kihatnak a munkavállaló lelki egészségére.

A munkanélküliség, a munkával kapcsolatos stressz, a váltott műszak, a sérülések és a megbetegedési veszély magas kockázata, zajos, piszkos munkakörnyezet, ergonómiailag rosszul tervezett és nehezen használható berendezések, unalmas, illetve jelentős igénybevétellel járó munka, irreális határidők és célok, a döntéshozatalból történő kizárás, nem megfelelő képzés, illetve vezetői támogatás hiánya, a munkahelyi zaklatás, a munka elvesztésétől való félelem, konfliktushelyzetek a vezetéssel, a hátrányos megkülönböztetés, a vezetői presszió, a házastársi és személyes problémák, gyász, bánat, trauma, az egészségkárosodás, illetve az attól való félelem, a játékszenvedély, anyagi problémák, a hátrányos helyzet, az elszigeteltség negatívan hat a munkavállaló mentális állapotára. A biztonságos és egészséges, jól szervezett, megfelelően irányított munkahelyek és munkafolyamatok, teljesíthető feladatok és elvárások, megfelelő munkatársi és vezetői támogatás, a kezelhető határidők pozitívan hatnak a dolgozók lelki egészségre.

A stresszel való megküzdésben lényeges szerepe van az egyén erőforrásainak. Az egyén kedvezőtlen gazdasági helyzete fokozza az észlelt stressz szintjét. A rossz szociális helyzetben lévők több stresszhelyzetet élnek meg.

A mentális jóllét szoros összefüggésben van az egyének anyagi körülményeivel. A jóllétet negatívan érintő tényezők a szegénység, állástalanság, rossz munkafeltételek, rossz lakhatási viszonyok, és hiányos iskolai oktatás. Mindezek szignifikánsan növelik a mentális kórállapotok kialakulásának kockázatát. További független kockázati tényezők a rossz, illetve egészségtelen táplálkozás, a dohányzás, az alkohol, illetve szerfogyasztás és az erőszak. Az egyén szintjén komplexebb összefüggések figyelhetők meg a populáció szintjével összehasonlítva. A mentális jóllétet a kor, a nem, a személyiség és az alkalmazkodóképesség jelentősen befolyásolja. A mentális és a fizikai állapotromlás több közös kockázati tényezővel kapcsolatos: alkoholfogyasztás, dohányzás, erőszak. Ezek a tényezők kapcsolatban állnak mentális betegségekkel (depresszió, pszichózis, öngyilkosság), illetve nem fertőző betegségek kialakulásával (kardiovaszkuláris betegségek, daganatok, cukorbetegség, asztma). A nem fertőző betegségek maguk is fontos kockázati tényezői a mentális megbetegedéseknek és a mentális megbetegedések társulása növeli a nem fertőző betegségek halálozását.

Pszichoszociális kockázatok

Definíció szerint ezek a munkavállalót a munkahelyén érő azon hatások (konfliktusok, munkaszervezés, munkarend, foglalkoztatási jogviszony bizonytalansága stb.) összessége, amelyek befolyásolják az e hatásokra adott válaszreakcióit, illetőleg ezzel összefüggésben stressz, munkabaleset, lelki eredetű szervi (pszichoszomatikus) megbetegedés következhet be.

European Agency for Safety and Health et Work Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health 2007 https://osha.europa.eu/en/publications/reports/7807118, OSH in figures stress at work-facts and figures 2009.[10] alapján foglaljuk össze az EU és Magyarország munkahelyein kialakult, egészséget, biztonságot, fizikai és mentális állapotot veszélyeztető *új pszichoszociális kockázati tényezőket.*

Ezek a következők:

- bizonytalan szerződések és bizonytalan munkaerőpiac;
- a munkavállalók sérülékenysége a globalizációs folyamatok következtében;
- új típusú munkaszerződések;
- a munkahely bizonytalansága;
- a munkavállalók idősödése;
- a munkaidő megnyúlása;
- a munka intenzitásának fokozódása;
- a munkafolyamatok kiszervezése, karcsúsított gyártási folyamatok és termelési rendszerek;
- fokozott érzelmi igénybevétel;
- rossz munka/szabadidő arány;
- munkahelyi zaklatás.

Az európai munkafeltételekkel kapcsolatos áttekintő vizsgálatok (The European Working Conditions Surveys) 1991-ben kezdődtek, 12 tagállam részvételével és jelenleg 34 tagállamra terjednek ki. A második felmérés 1995–96-ban, a harmadik 2001-ben, a negyedik 2005-ben, az ötödik 2010-ben és a hatodik 2015-ben folyt le.

Ezen felmérések adatai kerültek évente összefoglalásra és értékelésre az European Survey and Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER) kiadványaiban[11], Drivers and barriers for psychosocial risk management: an analysis of the findings of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER) Report 2012[12]. A 2014-es közlemény

[10] https://osha.europa.eu/.../TE-81-08-478-EN-C_OSH_in_figures_stress_at..

[11] https://osha.europa.eu/hu/esener...survey/enterprise-survey-esener

[12] https://osha.europa.eu/.../drivers-barriers-psychosocial-ri.)

adatai szerint az európai munkavállalók 25%-a tapasztal munkaidőben munkával összefüggő stresszt és gondolja úgy, hogy az negatívan érinti az egészségét és negatívan befolyásolja a munkateljesítményét. Az leggyakoribb pszichoszociális kóroki tényező a monotónia, a munka összetettsége és az egyre fokozódó munkaintenzitás. A munkahelyi zaklatás és a munkahelyi erőszak jelenleg ritkábban fordul elő, de rendkívül negatívan befolyásolja a munkavállalók jóllétét. A munkahelyi szociális támogatás és a megfelelő munka-szabadidő egyensúly pozitív hatású a munkavállalók közérzete szempontjából. 2005 óta több pszichoszociális kockázati tényező csökkent az EU tagországaiban, kevesebb munkavállaló dolgozik hosszú munkaidőben és kevesebben említik a szociális támogatás hiányát. Nőtt azonban a munkahelyek, illetve a szerződések bizonytalansága és a munkavállalók 25%-a még mindig hosszú, illetve irreguláris munkaidőben dolgozik. A gazdasági válság időszakában egyes országokban nőtt az időkényszer, illetve a munkahelyi nyomásgyakorlás a dolgozókra. Általánosságban megállapítható, hogy a munkafeltételek erőteljesen szektorfüggők.

Nemek tekintetében nincs jelentős foglalkoztatásiszektor-beli differencia, a férfiakra jellemző a hosszabb munkaidő, a nőkre pedig a karriernehézségek nagyobb mértéke. Az európai vállalatok 80%-ában a vezetők jelezték a munkával kapcsolatos káros stressz okozta problémákat és a vállalatok 20%-ában a munkahelyi zaklatást. A vezetők szerint a legnagyobb probléma az időkényszer, a vásárlókkal, kliensekkel, betegekkel és diákokkal való kapcsolat.

A munkahelyeken a leggyakrabban előforduló pszichoszociális kóroki tényezők a munka egyhangúsága, a rövid munkaciklusok, a töredezett, illetve értelmetlen munkavégzés, munkafolyamatok, a munkavállaló képességeinek kihasználatlansága, a nagyfokú bizonytalanság, a túlterhelés, szoros határidők, váltott és éjszakai műszak, a merev munkabeosztás, a megjósolhatatlan munkaidő, a tervezésben való részvétel hiánya, a munka feletti kontroll hiánya, a nem megfelelő műszerek alkalmazása, a rossz munkakörnyezet, szűk munkaterületek, rossz megvilágítás és szellőzés, a zajos környezet, a rossz vállalati kultúra, a tájékoztatás hiánya, a probléma megoldáshoz szükséges támogatás hiánya, a karrierút hiánya, a vállalati célok meghatározásának hiánya, a munkavállalók részvételének, beleegyezésének hiánya a vállalati célok tervezésénél, a munkavállalókkal, illetve a vezetőkkel való rossz viszony, szociális és fizikai izoláció, szociális támogatás hiánya, konfliktusok, rossz munkaszervezés, a célok egyértelmű meghatározásának hiánya, kompetencia hiánya, felelősségvállalás hiánya, egyes munkavállalók alul-, mások túltámogatottsága, nem megfelelő fizetés, rossz munkabiztonság, a munka alacsony társadalmi értéke,rossz munka-szabadidő egyensúly, feszültség a munkahelyi és otthoni igények között, alacsony vagy nem megfelelő családi támogatottság, családon belüli kettős karrier probléma. Magyarországon a

munkahelyek 21%-ánál volt jelentős, 40%-ánál pedig kisebb mértékű a munkahelyi stressz előfordulás (EU-átlag 41% jelentős, és 31% kisebb mértékű).

A magyar munkavállalók között az ingerlékenység, a magas vérnyomás és a depresszió aránya 10–30% közötti volt. A munkahelyi káros stressz a legnagyobb mértékben a termelői ágazatok munkavállalói között fordult elő 28,6%, ezt követte a szolgáltatói ágazat 30,8%, a gyártószektor 30,6%, illetve az építőipar és az energiaágazat 22,1%. Szintén a termelői ágazatban volt megfigyelhető a legnagyobb mértékben a stresszel összefüggő tünetek előfordulási aránya, ingerlékenység a munkahelyek 25,9%-ában, a depresszió 25,8%-ában és a magas vérnyomás 24,1%-ában.

Az Eurofound által támogatott felmérésekből kiderült, hogy a munkahelyi zaklatás és erőszak a gazdasági válság idején fokozódott, különösen azokon a munkahelyeken, amelyek strukturális változáson mentek keresztül. A káros társadalmi magatartás (erőszak, zaklatás, diszkrimináció, fizikai inzultus, vagy bármely más fizikai vagy pszichológiai kárt okozó magatartás) az EU országaiban a munkavállalók 14%-ánál volt megfigyelhető, Magyarországon ennél kisebb mértékű, 9%-os volt. Munkáltatói szektor tekintetében ez a legnagyobb mértékben az egészségügyben mutatkozott, férfiak körében 28%-ban, nők esetében 22%-ban.

A munkahelyi zaklatás tekintetében Magyarországon 2%-ban volt jelentős mértékű és 7%-ban kismértékű (EU átlag 20% jelentős, 20% kismértékű). A legnagyobb mértékű munkahelyi stressz, munkahelyi zaklatás a nagyvállalatoknál fordult elő (41, illetve 21%) és legkisebb mértékben a mikrovállalkozásoknál (35, illetve 18%). Az időkényszer Magyarországon a munkahelyek 37%-ában, a rossz kommunikáció a vezetéssel 12%-ában, a munkatársakkal 10%-ban fordult elő. A nem megfelelő kontroll a munkafolyamat felett 4%-ban, a hosszú vagy irreguláris munkaidő a munkahelyek 7%-ában, a nem megfelelő erőforrás politika 4%-ban, a diszkrimináció 1%-ban volt jelen. A munkahely bizonytalansága a munkahelyek 40%-ában volt jelen Magyarországon, a kliensekkel, vásárlókkal, betegekkel, diákokkal való konfliktus 42%-ban érvényesült, a vezetőkkel való konfliktus pedig munkahelyek 4%-ára volt jellemző. Az európai munkahelyeken a munkával kapcsolatos stressz 90%-ban volt jelen az egészségügyi és szociális szférában, 85%-ban az oktatásban és a közszférában, valamint a vagyonvédelemben, az ingatlankezelésben és -kiadásban valamint a bank- és hitelszolgáltatásban, és a legkisebb mértékben, 70%-ban a gyárakban, üzemekben. Magyarországon a vállalkozások 10%-ában van jelen stresszkezeléssel kapcsolatos intézkedési program, ezek közül legnagyobb mértékben a nagyvállalatoknál az egészségügyi,

szociális, oktatási és bankszektorban, a vendéglátó- és a szállodaiparban. A pszichoszociális kóroki tényezők kezelésére a leggyakrabban a következő intézkedések kerültek alkalmazásra:

- előzetes oktatás és gyakorlati képzés;
- a munkaszervezés, a munkaterület átalakítása;
- bizalmas tanácsadás a munkavállalók számára;
- a munkaidő változtatása;
- konfliktuskezelő program kialakítása.

E programok tekintetében az EU 27 átlaga a munkahelyek aránya tekintetében 58, 40, 37, 34, 29, 23%, Magyarországon pedig 32, 24, 18, 18, 19, 15% volt. Valamennyi beavatkozás tekintetében a nagyvállalatok vezettek, ezt követően a közép-, a kis-, illetve a mikrovállalatoknál alkalmazták ezeket az eljárásokat. A dolgozók tájékoztatása a pszichoszociális kockázatok és ezek egészségre gyakorolt hatása tekintetében az EU-ban a munkahelyek 53%-ában történt meg, Magyarországon ez az arány 50%-os volt. Az egészségügyi és szociális szférában a munkavállalók 70%-ánál, az oktatásban 62%-ánál, a szálloda- és vendéglátóiparban 49%-ánál került sor a munkavállalók oktatására.

A pszichoszociális kóroki tényezők kezelésének elősegítő, illetve gátló tényezői.

Elősegítő tényezők a munkahelyeken az EU 27 tagországaiban:

- törvényi szabályozásból eredő kötelezettségek teljesítése (90%),
- a munkavállalók és képviselőik igénye (76%),
- a szervezetek jó hírneve (67%),
- a munkavállalók megtartása és a távollétek csökkentése (59%),
- munkafelügyeleti nyomásgyakorlás (57%),
- gazdasági, illetve egyéb teljesítménnyel kapcsolatos tényezők (52%),
- a munkahelyi stressztől, munkahelyi zaklatástól, munkahelyi erőszaktól való félelem.

A legfontosabb akadályozó tényezők a munkahelyeken az EU 27 tagországokban:

- anyagi források hiánya, időhiány, megfelelő személyzet hiánya (36%),
- a tudatosság hiánya (26%),
- a szakértelem hiánya (24%),
- nem megfelelő vállalati kultúra (24%),
- a terület érzékenysége (23%),
- az útmutatók illetve a technikai támogatás hiánya (21%).

..

A vállalatvezetés legfontosabb motiváló tényezői a pszichoszociális kockázatok kezelésére az EU 27 munkahelyein:

- törvényi kötelezettségeknek való megfelelés (63%),
- munkavállalók, illetve képviselőik igénye (36%),
- a szervezeti kapcsolatoknak történő megfelelés, illetve a szervezet jó híre (26%),
- produktivitás, illetve a termelés minőségének romlása (17%),
- munkafelügyeleti nyomásgyakorlás (15%),
- munkából való távollétek arányának csökkentése (11%),
- a munkahelyi stressztől, munkahelyi zaklatástól, munkahelyi erőszaktól való félelem.

A vállalatvezetés legfontosabb gátló tényezői a pszichoszociális kockázatok kezelésére az EU 27 munkahelyein:

- a kérdéskör érzékeny volta (53%),
- a tudatosság hiánya (50%),
- forráshiány (pénz, idő, személyzet) (49%),
- a képzés és a tapasztalat hiánya (49%),
- útmutatók illetve technikai támogatás hiánya (33%),
- nem megfelelő vállalati kultúra (30%).

A vállalatok szintjén a pszichoszociális kóroki tényezők kezelését befolyásolja a vállalatok mérete (kkv), a foglalkozási szektorok, a szervezeti környezet és a menedzsment szemlélete. A pszichoszociális kockázatkezeléssel kapcsolatos intervenciók hatékonyságát a következő tényezők befolyásolják:

- föntről lefelé vagy lentről felfelé irányuló megközelítési szemlélet,
- párbeszéd az érdekcsoportok között,
- a pszichoszociális kóroki tényezőkkel és hatásaikkal kapcsolatos ismeretek a vállalatvezetőség körében,
- az eszközök, módszerek hozzáférhetősége a munkavállalók számára,
- a csúcsvezetés elkötelezettsége,
- a munkavállalói elkötelezettség és részvétel (stratégiai részvétel, a folyamatban történő direkt és indirekt részvétel, és a megvalósításban történő részvétel),
- a vezetői részvétel a pszichoszociális kockázatok kezelését oktató tréningekben,
- a változásokkal szembeni készség illetve ellenállás,

- az adott problémák érzékeny volta (munkahelyi zaklatás, munkahelyi presszió, munkahelyi erőszak),
- gyakorlatban megvalósítható intervenciós programok, akciók, tervek kialakítása és megvalósítása,
- a menedzsment és a szervezet támogatásának részvétele az intervenciós programokban,
- a munkavállalók részvétele az intervenciós programokban,
- készségek és képességek kifejlesztése a vállalatvezetésben és megfelelő kommunikáció az érdekcsoportok között a fenntarthatóság és a helyzet folyamatos javítása érdekében.

Az EU egyes tagországaiban a vállalatok hajlandósága a pszichoszociális kockázatok kezelésére a következő: EU 27 átlag erős hajlandósság 30%, közepes hajlandósság 53%, Magyarország erős hajlandósság 19%, közepes hajlandósság 44%. Magyarországon a vállalkozások 54%-a úgy gondolja, hogy a pszichoszociális tényezőkkel kapcsolatos intézkedések elegendőek az EU-átlag 69%.

A pszichoszociális kockázati tényezők kezelésében alkalmazandó legfontosabb intézkedések a munkavállalókkal történő egyeztetés után az EU 27 tagországaiban a következő:(fontossági sorrend):

1. ajánlott a munkavállalók pszichoszociális kockázatokkal kapcsolatos előzetes tájékoztatása;
2. ajánlott a munkavállalók előzetes gyakorlati oktatása;
3. ajánlott a munkaszervezés szükség szerint történő változtatása;
4. ajánlott a hosszú munkaidő esetén intézkedések megtétele;
5. ajánlott a munkaterület áttervezése;
6. ajánlott a munkavállalók részére bizalmas tanácsadás megszervezése;
7. ajánlott a munkahelyi erőszakkal, illetve zaklatással kapcsolatos intézkedési terv kialakítása;
8. ajánlott a munkahelyi stressz kezelésével kapcsolatos intézkedések megtétele;
9. ajánlott a munkával kapcsolatos zaklatás kezelésére intézkedési terv kialakítása;
10. ajánlott a munkaidő változtatásával kapcsolatos rugalmas intézkedések kialakítása;
11. ajánlott a konfliktuskezelésre programok kialakítása.

A munkahelyi vezetés részéről

- javasolt megfelelő források (anyagi, idő, személyi) biztosítása az egészséggel és biztonsággal kapcsolatos kérdések kezelésére;
- javasolt a munkavállalók és képviselőik bevonása az egészséggel és biztonsággal kapcsolatos kérdések kezelésébe.

A legfontosabb képzési területek a munkavállalók részére a következők az EU 27 országaiban:

- baleset-megelőzés;
- tűzvédelem;
- ergonómia;
- kémiai, biológiai, ionizáló sugárzással és porártalmakkal kapcsolatos oktatás;
- munkavégzéssel kapcsolatos stressz;
- munkahelyi zaklatás és erőszak;
- diszkrimináció (kor, nem, rassz, krónikus kórállapotok).

Magyarországon a felmérésben 69 vállalat 2439 dolgozója vett részt, a teljes felmérésben részt vevő 31 országban 3313 vállalat és 149 580 munkavállaló vett részt.

A vállalati intervenciós lehetőségek a pszichoszociális kockázatok csökkentésére.

Az első szintű beavatkozások a következők:

1. Vállalati politika és eljárásrend
   - írott vállalati politika kialakítása a munkahelyi stressz kezelésével;
   - speciális pszichoszociális kóroki tényezők megelőzésére (rossz munka/szabadidő arány, munkahelyi zaklatás, munkahelyi erőszak). Javasolt a vezetés részéről világos állásfoglalás arról, hogy a munkahelyi zaklatás és erőszak minden formája elfogadhatatlan és cselekvési terv kialakítása az eljárásrenddel kapcsolatban a munkahelyi erőszak vagy zaklatás esetén.
2. A munkafolyamat és a munkaterhelés megtervezése

   Ezek az intézkedések hatékonyan csökkentik a nem egyértelmű feladatokat, konfliktusokat, a munkavállalók panaszait, a munkából való távollétet és növelik a munkateljesítményt.
3. A munkavégzés feletti ellenőrzés javítása

   Az intézkedések egyértelműen növelik a munkavállalók önállóságát, a munkával való elégedettség érzést és lehetőséget adnak a munkaterhelés

csökkentésére, a munkaidő kedvezőbb alakítására és a csoport kapcsolatok javítására.

4. Oktatás és gyakorlás

   Az intézkedés egyértelműen javítja mind a munkáltatók mind a munkavállalók ismereteit a munkával kapcsolatos stressz, zaklatás, erőszak és ezek negatív egészségre gyakorolt hatásával kapcsolatban.

Második szintű beavatkozási lehetőségek

Ezek az intézkedések módosítják, illetve javítják a munkavállalók káros munkakörnyezeti hatásokra bekövetkező válaszreakcióit. Lelassítják, illetve megfordítják a pszichoszociális kockázati tényezők következtében bekövetkező egészségi állapotromlást.

1. Stresszkezelő tréning

   A tréningek célja az egyén képességeinek növelése. Az aktív tréning során a cél a munkavállaló gondolkodásának megváltoztatása a stressszorokkal és a stresszhelyzetekkel kapcsolatban. Megküzdési és pozitív gondolkodási stratégiák megtaníthatják a munkavállalót a negatív stresszorok hatásainak csökkentésére, illetve elkerülésére.

2. Időgazdálkodást javító tréning

   A cél a munkavállaló képességeinek fejlesztése a saját idejével történő gazdálkodással kapcsolatban.

3. Szervezeti stresszkezelő beavatkozások

   Szervezeti intervenciókkal a munkakörnyezetben azonosított pszichoszociális kóroki tényezők kockázatának csökkentése. Ilyen eljárás a munkavállalók részvételével megtartott interaktív konferencia, a pszichoszociális problémák azonosítása, döntéshozatalban való részvétel céljából.

4. A munkahelyi zaklatás, illetve erőszak kivizsgálása és a helyzet elemzése

Harmadik szintű intervenciók

Ezen a szinten a beavatkozások célja az egészségkárosodás negatív hatásainak csökkentése. A beavatkozások célja ilyenkor a munka adaptálása a munkavállaló szükségleteihez. Ezek az intézkedések a munkahelyi rehabilitációval, munkába való visszatéréssel, illetve a munkavállaló egészségi állapotának javításával kapcsolatosak.

Az intervenciók célja a munkavállalóra és a munkahelyre egyaránt irányul.

1. Munkavállalói segítő programok

   Ezek a munkahelyre irányuló cselekvési tervek a munkavállaló jóllétének és teljesítőképességének javítása céljából. A beavatkozások egyaránt tartalmaznak

munkával kapcsolatos és nem munkával kapcsolatos (adósságkezelés, jogi tanácsok) munkahelyi, munkavállalói támogatást, tanácsadást, képzést, egészségügyi tanácsokat, és betegségmegelőzési tanácsadást.

2. Munkába visszatérést segítő programok.
3. Rehabilitációs intézkedések.

Pszichoszociális kóroki tényezők okozta kórállapotok esetén ezek a traumát. illetve munkahelyi zaklatást követő pszichológiai támogatás.

Többszintű intervenciók

A munkavállalók és a szervezetek jóllétének és mentális egészségének folyamatos fenntartása átfogó és többszintű stratégiák kifejlesztését igényli. Ezek egyaránt ki kell hogy terjedjenek a pszichoszociális kockázatokra és a következményes egészségügyi hatásokra. Ezek az egyszerű intervenciós modelleken túl integratív individuális és szervezeti multimodell 3 szintű intervenciós megközelítést igényelnek.

1. A pszichoszociális kockázatok megszüntetése a munkahelyeken, a munkával kapcsolatos káros stressz csökkentése, illetve megelőzése, illetve a munkahelyi zaklatás elkerülése céljából (első szint);
2. Amikor a pszichoszociális kockázatok megszüntetése nem lehetséges ajánlott a munkavállalók képzése és megküzdési képességeik fejlesztése személyre szólóan (második szint);
3. Azok számára, akiket a pszichoszociális kóroki tényezők megbetegítettek javasolt rehabilitációs támogatás biztosítása (harmadik szint)

Az egészséges munkahelyek és munkakörnyezet kialakításában javasolt a holisztikus megközelítés, a munkakörnyezet fizikai és társadalmi meghatározóinak figyelembevétele.

A holisztikus megközelítésen alapuló modellek a munkahely egészségfejlesztés általános szervezeti megvalósítására vonatkozó szakmai útmutatóban kifejtett WHO Egészséges Munkahely Modellje és a NIOSH Total Worker Health stratégiája. A WHO modell 4 tényezőt, a fizikai, pszichoszociális munkakörnyezetet, a munkavállalók egészséggel kapcsolatos jellemzőit, és a közösségi kapcsolatrendszert vesz figyelembe.

A munkahelyi pszichoszociális kóroki tényezők által okozott kórállapotok az EU foglalkozási, illetve foglalkozással összefüggő megbetegedéseket tartalmazó listáján nem szerepelnek, és a foglalkozási betegségek diagnosztikus kritériumairól szóló kiadvány sem tartalmaz a kórképekkel kapcsolatos ajánlást.

Az ILO (International Labour Office) foglalkozási megbetegedés listáján felsorolásra kerültek a mentális és viselkedéssel kapcsolatos kórállapotok (ILO lista 2.4), de konkrétan jelenleg csak a poszttraumás stressz betegség került elfogadásra (ILO lista 2.4.1.). A lista második pontja nyitott, a munkavégzéssel kapcsolatosan kialakult mentális kórképek, közelebbi diagnosztikus specifikáció nélkül elfogadásra kerülhetnek (ILO lista 2.4.2.). A magyar megbetegedési lista tartalmaz pszichoszociális kóroki tényezők által okozott megbetegedéseket (D 15), de részletesen nem jellemzi a kórképeket, ez a lista is nyitott. Ez azt jelenti, hogy az expozíció bizonyított, az eset bejelentésre került és az OTH Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Igazgatósága (volt OMFI) az esetet foglalkozással összefüggő megbetegedésnek minősítette és a Bíróság döntése elfogadó. [Eurofound and EU-OSHA (2014) Publications Office of the European Union Luxemburg Psychosocial Risks in Europe Prevalence and Strategies for Prevention[13], The European schedule of occupational diseases Annex I, Annex II of Commission Recommendation 2003/670/EC of 19 September 2003[14], Information notices on occupationaldiseases: a guide to diagnosis[15], List of occupational diseases – ILO[16], 27/1996. (VIII. 28.) NM rendelet a foglalkozási betegségek és fokozott expozíciós esetek bejelentéséről és kivizsgálásáról[17]].

A pszichoszociális kockázatok kezelését a The European Framework for Psychosocial Risk Management PRIMA-EF Eds Leka S Cox T I-WHO Publications 2008 alapján foglaljuk össze.

A következő lépések megtétele javasolt:

- A pszichoszociális kockázatok azonosítása, szervezetpolitikai szinten, a munkavégzés gyakorlatának szintjén, mikro és makro társadalmi szinteken.
- A problémák megközelítése szempontjából ajánlott az evidencia alapú multikauzális megközelítés a környezet jellemzőinek figyelembevétele, a személyre szabott megközelítés, az érdekcsoportok részvételének biztosítása, a társadalmi dialógus, a problémák megoldására irányultság.
- Az elsődleges megelőzés szintjén javasolt a kockázati tényezők forrásnál történő megszüntetése, a másodlagos prevenció szintjén az egyénre irányultság (a stresszt

[13] https://osha.europa.eu/.../psychosocial-risks-eu.prevalence-strategies-pre

[14] csdle.lex.unict.it › ... › Recommendations, EU guide for diagnosing occupational diseaseswww.occupationaldiseases.nl/.../eu-guide-diagnosing-oc

[15] ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=3155&langId=en

[16] www.ilo.org/wcmsp5/groups/.../wcms_150323.pdf

[17] net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99600027.NM

elszenvedett egyének esetén a káros egészségre gyakorolt hatások kialakulásának elkerülése), a harmadlagos prevenció területén pedig az egészségkárosodás következményeinek csökkentése.

- A pszichoszociális kockázatok kezelésének minimum standardjai:
    - az érdekcsoportok ismerete (vezetők, munkavállalók, egyéb döntéshozók);
    - megbízható, pontos információk a döntéshozatalhoz;
    - hatékony módszerek és eszközök;
    - kompetens támogató rendszer (szakértők, szolgálatok, intézmények, kutatásfejlesztés).
- A vállalat szintjén a pszichoszociális (és más) kockázatok kezelésére ajánlott modell: lépésenként, ismétlésekkel megvalósított folyamat.

  (The European Framework for Psychosocial Risk Management PRIMA-EF Eds Leka S Cox T I-WHO Publications 2008[18], Drivers and barriers fpr psychosocial risk management: an analysis of the findings of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks [ESENER] Report 2012[19]).

A pszichoszociális kockázatok monitorizálása

Indikátorok

Vállalati politikai szint, munkahelyi szint, egészségi állapot szintje (pl. fizikai környezet, időfaktorok, stresszfaktorok, szociális környezet, munka/szabadidő arány, karrier, tréning, egészségi alapú indikátorok).

Expozíciós indikátorok: munkaterhelés, határidők, munkafolyamat feletti ellenőrzés, igénybevétel.

Kimeneti indikátorok: emocionális, kognitív, viselkedési reakciók.

Cselekvési indikátorok: a megelőző intézkedések hatása a munkavégzéssel kapcsolatos kockázatok csökkenésére (panaszok csökkenése, munkából való távollét csökkenése).

Költséghatékonysági indikátorok: direkt és indirekt költségek csökkenése.

Társadalmi párbeszéd és a vállalat szociális felelősségével kapcsolatos indikátorok: beépülés a vállalati kultúrába, szervezeti változások, szervezeti tanulás, etikai szempontok változása.

Az indikátorok kategóriái a következők:

---

[18] www.prima-ef.org/prima-ef-book.html

[19] https://osha.europa.eu/.../drivers-barriers-psychosocial-ri)

- egyéni jellemzők és demográfia (kor, nem, háztartási jellemzők, életstílus, munkaterheléssel való megküzdés),
- szervezeti jellemzők (szektor, gazdasági helyzet, vállalati politika és infrastruktúra, vállalati kultúra, vállalati kapcsolatrendszer),
- munkával kapcsolatos tényezők (foglalkoztatási feltételek, a szervezeti felépítés, munka minősége, munkakövetelmények, munkahelyi zaklatás, erőszak, munkaidő, munka/szabadidő egyensúly, technológiák),
- kimeneti indikátorok (munkabalesetek, egészségi állapottal kapcsolatos panaszok, fizikai egészségi állapot, munkával való megelégedettség, teljesítőképesség, munkából való távollét, munkaképesség),
- prevenciós tevékenység és beavatkozások (kockázatbecslés, értékelés, intézkedések, munkavállalói részvétel).

Monitorizálási technikák:

- kérdőíves felmérések;
- telefoninterjú;
- személyes interjú;
- internet, illetve digitális technikák.

Nyilvántartás vezetése

Kombinált módszerek alkalmazása

A pszichoszociális kóroki tényezők munkahelyi megelőző stratégiáit az *Eurofound EU-OSHA 2014 Psychosocial risks in Europe Prevalence and strategies for prevention* Luxemburg alapján foglaljuk össze.[20]

A következő lépések javasoltak:

- A munkahelyeken a munkafeltételek és a pszichoszociális kockázat értékelése.
- A munkahelyi pszichoszociális kóroki tényezők megelőzésével kapcsolatos vállalati politika kidolgozása és beiktatása az általános vállalati politikába.
- A pszichoszociális kockázati tényezők megelőzésére irányuló stratégia kidolgozása során az ILO és EU útmutatásainak figyelembevétele.

[20] Eurofound EU – OSHA 2014 Psychosocial risks in Europe Prevalence and strategies for prevention Publications office of the European Union Luxemburg https://osha.europa.eu/.../psychosocial-risks-eu-prevalence-strategies-pre

- Az érdekcsoportokkal történő kommunikáció és egyeztetés.
- A pszichoszociális kockázatok fontossági sorrendjének kialakítása és ennek alapján a szükséges megelőző intézkedések megtétele.
- A munkahelyeken a munkáltatók és a munkavállalók számára a pszichoszociális kóroki tényezőkkel és egészségügyi hatásaikkal kapcsolatos ismertbővítő oktatás tartása a munkahelyi egészségfejlesztés keretein belül, illetve szükség esetén attól függetlenül.
- A munkáltatók meggyőzése, elkötelezése a munkával kapcsolatos pszichoszociális kóroki tényezők csökkentésével, megelőzésével kapcsolatban.

A munkahelyi stressz

Az 1930-as években Selye János a *stresszt* a szervezet igénybevételre adott nem specifikus válaszaként definiálta.[21]

Korábbi definíciók szerint a stressz az egyén válasza ártalmas környezeti behatásokra. Más megközelítés szerint a szervezet adaptív válasza környezeti hatásokra, ún. stresszorokra. Újabb elképzelés szerint a stressz az egyén és környezete kapcsolatában akkor alakul ki, ha a környezeti hatás meghaladja az egyén által felhasználható eszközöket és veszélyezteti a jóllétét.

A stressz két fő típusa a fizikai stressz és a lélektani stressz. Mindkettő lehet átmeneti és tartós. A pszichoszociális kóroki tényezők káros, tartós lélektani stressz kialakulását okozhatják.

A lélektani stressz fontosabb formái a következők.

Nyomás: valamely feladat vagy tevékenységet korlátozott időn belül vagy meghatározott módon történő végrehajtásakor az egyénben külső, vagy belső okok hatására fellépő következmények.

Frusztráció: a szükségletek, igények, motivációk, vágyak, a hatékony munkavégzés akadályoztatása.

Konfliktus: választási kényszer két vagy több egymásnak ellentmondó, nem összeegyeztethető lehetőség között, személyes érdekellentét kialakulása a többiekkel.

Szorongás, félelem, düh: érzelmi reakció a fenyegetésre, sérelemre.

(Elméleti és gyakorlati kézikönyv a munkahelyi stresszkezelés helyes gyakorlatának kialakításához Upstairs Consulting www.ommf.gov.hu/letoltes.php?d_id=5580)

---

[21] *Selye H:* The Stress of Life New York, McGraw-Hill, 1956

A munkavégzéssel kapcsolatban kialakuló kóros stressz akkor jelentkezik, ha az igénybevétel a munkakörnyezettel, munkafolyamattal, munkavégzéssel kapcsolatban meghaladja a munkavállaló képességeit és a folyamatok feletti kontrollját.

A mentális stressz az egyént külső forrásból érő valamennyi hatás, ami érinti a mentális állapotot. A mentális stressz a mentális feszültség forrása, ami függ az egyén aktuális helyzetétől, megküzdési stratégiáitól, illetve személyiségétől függ. A mentális stressz 4 fő forrása: a feladat, az eszköztár, a fizikai környezet, a társadalmi környezet (ISO 10075-1:1991).

A munkahelyi stressz fiziológiai, emocionális, kognitív magatartási reakciók összessége, amely a munkavégzéssel, munkaszervezéssel és munkakörnyezettel kapcsolatos különféle káros ingerek következménye. Az állapotot nagyfokú fizikai és szellemi stimuláció jellemzi. Az egyén gyakran úgy érzi, hogy képtelen a helyzettel megküzdeni (EU-definició).

A HSE (Health and Safety Executive UK) adatai alapján a munkahelyi stressz a dolgozók 20–65%-át érinti.

A mentális terhelést kiváltó fontosabb tényezők a következők:

- a nem egyértelmű feladatok;
- a feladat összetettsége;
- az információk nem egyértelmű volta;
- a szervezeti stratégiák nem megfelelő volta;
- a nehezen megkülönböztethető jelzések;
- a rövid és hosszú távú memória túlterhelése;
- a döntési támogatások elégtelensége;
- a hosszú munkaidő;
- a nem megfelelő pihenőidő a műszakok között;
- a váltott műszak;
- a nem megfelelő pihenőidő a munkavégzés során;
- a munkafeladatok során az eltérő igénybevétel (ISO 10075-2:1996).

A munkával kapcsolatos stressz kialakulásában kockázati tényező a munkavállalók fokozott minőségi igénybevétele, a munkafolyamat feletti alacsony munkavállalói kontroll, az alacsony társadalmi támogatás, az instrukciók félreérthetősége, konfliktusok a munkatársakkal, vezetőkkel, a karrierlehetőségek hiánya, a munkahely bizonytalansága, pszichológiai nyomásgyakorlás, illetve zaklatás, kiközösítés, munkahelyi erőszak.

Ha a megterhelés, illetve az igénybevétel felülmúlja a munkavállaló megküzdési stratégiáit, akkor a kóros stresszválasz a következő szinteken következik be:

fiziológiai: autonóm idegrendszer és a hormonális rendszer stimulációja, a kardiovaszkuláris rendszer reakciója (szívfrekvencia-fokozódás, légzőrendszer válasza, légvételek számának fokozódása, vázizomrendszer válasza, magas vérnyomás, az immunrendszer válasza stb.

pszichológiai: erős negatív érzelmek, bosszúság, düh, szorongás, depresszió, az önértékelés csökkenése, a környező világ ellenségesként történő értékelése.

magatartási: csökkent termelékenység, gyakori hibázás, balesetek gyakoriságának, munkából való távollétek gyakoriságának növekedése, alkohol, dohányzás függőség.

Az európai felmérésekben a káros stresszel kapcsolatos következő tüneteket értékelték: gyengeség, fejfájás, hátfájás, ingerlékenység, alvászavarok, szorongás.

A HSE felmérései 6 fontosabb munkahelyi (szervezeti) stressztényezőt azonosítottak. Ezek a következők: igénybevétel (követelmény, megterhelés), a kontroll hiánya (a munkafolyamatra), a támogatás hiánya (munkatársak, vezetés részéről), a munkakapcsolatok nem megfelelő minősége, szerepek és szerepviszonyok, a változások.[22]

A hat lényeges szervezeti stresszforrás mellett további stresszt okozó tényezők lehetnek a munka tartalmával és a munkafolyamattal összefüggő tényezők: nem megfelelő munkakörnyezet, nem kielégítő tárgyi és emberi erőforrás, zavaró ingerek, zaj, nem megfelelő megvilágítás, por, veszélyes munkakörnyezet, túl- vagy alulterhelés, rossz munkabeosztás, rövid határidők, kiszámíthatatlanság, nem megfelelő pihenő és szabadidő, rossz munka-szabadidő arány.

Stresszokozó tényező lehet a feladat és a szerep bizonytalansága: tisztázatlan alkalmazás, munkakör, feladat, hierarchia, kompetencia, felelősségi viszonyok valamint, az értékrend és az elvárások ellentmondása.

Alkalmanként előfordulhatnak kritikus, illetve traumatikus munkahelyi helyzetek, váratlan, egészséget, életet fenyegető azonnali szervezeti stressz választ kiváltó történések, amelyek meghaladják az egyén sikeres megküzdési képességeit.

Az események lehetnek

Szervezeti működéssel kapcsolatosak **(**robbanás, égés, toxikus anyagok expozíciója).

Munkatársi közösséggel kapcsolatosak (haláleset, suicidium, baleseti sérülések, elbocsátások).

---

[22] *Palmer S. – Cary Cooper – C. Thomas K.*: A model of work stress – BACP Workplace Counselling at Work www.bacpworkplace.org.uk/journal.../acw_winter04_a

Munkahelyi erőszakkal kapcsolatosak (bántalmazás, támadás, dühkitörés, munkahelyi erőszak és zaklatás különböző formái).
Katasztrófák (az akut stressz hatás esetleges következményei igényelhetnek beavatkozást).

A *NIOSH* a káros munkahelyi stressz korai figyelmeztető jeleiként a következőket sorolja fel: fejfájás, alvászavar, koncentrálási nehézség, türelmetlenség, gyomorpanaszok, munkával való elégedetlenség, munkamorál romlása (NIOSH Stress at Work www.cdc.gov/niosh/topics/stress)
A munkával kapcsolatos stressz 5 lépéses kockázatértékelési folyamata a következő.

1. A stressz kockázati tényezőinek azonosítása.
2. A kockázatnak kitett munkavállalók és munkavállalói csoportok azonosítása.
3. Kockázat mértékének meghatározása és cselekvési terv kidolgozása (a probléma feltérése és megoldására irányuló program kidolgozása).
4. Az akcióterv gyakorlati megvalósítása, az adatok regisztrálása.
5. A cselekvési terv, illetve program követése, értékelése, és a tapasztalatok felhasználása.

A kóros stressz hatása hosszabb időszakon keresztül, illetve intenzíven érvényesül és patológiás erősítő körök kapcsolódnak be. Evidenciák utalnak arra, hogy a tartós, kóros munkahelyi stressz összefügg a nem fertőző betegségek gyakoriságának fokozódásával, elsősorban a kardiovaszkuláris betegségek, magas vérnyomás kialakulásával, növeli a váz-izomrendszeri, immunológai problémák előfordulását és mentális kórállapotok, a szorongás és a depresszió kifejlődését. Összefüggés mutatkozott a munkahelyi kóros stressz és a heveny szívinfarktus, a magas vérnyomás, az angina pectoris, a stroke, a cukorbetegség és az érelmeszesedés gyakoriságának növekedésével. A hosszú munkaidő fokozta a szív- és érrendszeri betegségek, mentális kórállapotok, cukorbetegség, magas vérnyomás kialakulását. A váltott és éjszakai műszak, a csak nappali műszakhoz képest 40%-kal fokozta a szív és érrendszeri betegségek kockázatát. Férfiakban a munka intenzitásának fokozódása növelte a vérnyomást és a vér koleszterinszintjét, nők esetében pedig a magas vérnyomás gyakoriságát[23].
A munkahelyi zaklatás és a munkahelyi leépítések szignifikánsan növelik a kardiovaszkuláris kockázatot. A munkavállalók fizikai és mentális egészségi állapotának romlása egyértelműen

[23] Witehall II Study https://www.ucl.ac.uk/witehall

hozzájárul a vállalati teljesítmény romlásához (a következő indikátorok alapján: fokozódó munkából való távollét, a munkavállalók cserélődésének növekedése, csökkent termelékenység, a munkavégzés hatásfokának romlása – prezentizmus). A prezentizmus különösen jellemző a munkahelyi kóros stressz jelenlétére, illetve a munkavállalók mentális egészségi állapotának romlására. Ez a folyamat különösen gyakran fordul elő a munkahely bizonytalansága, illetve a munkavállaló stigmatizációja esetén.

A 2005-ben végzett Fours European Working Conditions Survey felmérés alapján az EU munkavállalóinak 22%-a számolt be munkahelyi káros stresszről. Az EU 15 tagállamaiban 2002-ben a munkával kapcsolatos káros stressz gazdasági költségei 20 000 millió eurót tettek ki. 2000–2005 között az EU 15 tagországokban a stressz prevalenciája csökkent, ezzel párhuzamosan mérséklődött a fáradtság, a fejfájás és az ingerlékenység előfordulási gyakorisága. Az alvászavarok és a szorongás azonban változatlan maradt. A később csatlakozott országokban ebben az időszakban a káros stressz prevalenciája emelkedett, 28-ról 30%-ra. (1)

Bulgáriában és Romániában 31%-os. Az EU országai közül Görögországban volt a munkahelyi stressz prevalenciája a legnagyobb arányú, 55%-os, Szlovéniában, Svédországban 38%-os, az Egyesült Királyságban 12%-os. Magyarországon ez az adat 2001-ben 27%, 2005-ben 26% volt.

Ebben az időszakban, az EU-tagországokban a munkaidő átlaga csökkent, de a munka intenzitása fokozódott, a minőségi igények nőttek, amelyek a munkahelyi káros stressz lényeges forrásai maradtak.

Magyarországon a válaszadók 64%-a gondolta úgy, hogy a munkája intenzitása túl nagy.

Az EU 25 tagországaiban a munkavállalók 14%-a kényszerült hosszú idejű munkavégzésre (heti 48 óra vagy több). A határidők rövidebbek lettek és a munkavállalók gyorsabb munkavégzésre kényszerültek. Az EU-hoz később csatlakozott országokban a munkavállalók munkavégzés feletti kontrollja kisebb mértékű, mint az EU 15 országaiban, amely szintén a munkahelyi káros stressz forrása. A magyarországi munkavállalók 22,1%-a gondolta úgy, hogy munkahelye bizonytalan.

További stresszfokozó tényező a munkahelyi zaklatás. 2005-ben az EU 25 országaiban a munkavállalók 5%-a volt kitett munkahelyi zaklatásnak (szexuális zaklatás prevalenciája 2% volt). Magyarországon a munkavállalók 3%-a számolt be munkahelyi zaklatásról.

2005-ös felmérés adatai szerint a legnagyobb mértékű munkahelyi stressz az oktatásban, az egészségügyben, a mezőgazdaságban, tengeri halászatban és erdőgazdálkodásban volt

megfigyelhető 28,5%. A munkahelyi fizikai erőszak a legkifejezettebb az oktatásban és az egészségügyben volt 14,6 %, a közhivatalokban és a vagyonvédelemben 11,6%.[24]

2005-ben az EU munkavállalók 53%-a érezte úgy, hogy a munkája hatással van az egészségére. A stresszel kapcsolatos tünetek alakulása a következő volt: általános levertség (44%), fejfájás (28%), derékfájás (39%), ingerlékenység (11%), alvászavarok (16%), szorongás (9%).

Az EU a következő egyezményeket dolgozta ki a pszichoszociális kóroki tényezők, a munkahelyi stressz, a munkahelyi zaklatás, a munkavállalók mentális egészségének javítása céljából[25].

Keretegyezmény a munkahelyi stresszel kapcsolatban

A munkahelyi stressz megelőzésével kapcsolatos gyakorlat a tagállamokban.

Keretegyezmény a munkahelyi zaklatással és erőszakkal kapcsolatban (Framework agreement on work-related stress 2004[26])

A munkahelyi erőszak és zaklatás fokozottabb mértékű figyelése és a munkavállalók segítése a munkahelyi zaklatás megelőzésében (Framework agreement on harassment and violence at work[27])

Európai megállapodások születtek a mentális egészséggel és jólléttel kapcsolatban 2008-ban és 2011-ben (European Pact for Mental Health and Well-being 2008, 2011[28]).

A munkahelyi mentális egészség javítására szervezeti, vezetési gyakorlat illetve mentális egészséggel kapcsolatos programok fejlesztésével.

A munkaidővel kapcsolatban EU irányelv került kidolgozásra (Organisation of Working Time Directive 93/104/EC).

Nemzetközi Standardok is szabályozzák a területet (ISO 10075, PART 1, EN ISO 10075-1:2000, Ergonomic Principles Related to Mental Workload,General Terms and Definitions part 2, EN ISO10075-2/2000 Design Principles).

---

[24] Fourth European Working Conditions Survey www.eurofound.europa.eu/sites /default/files/ef_files/.../ef0698en.pdf

[25] OSH in figures stress at work-facts and figures 2009 https://osha.europa.eu/.../TE-81-08-478-EN-C_OSH_in_figures_stress_at...

[26] www.worker-participation.eu/.../framework-egroiments/...

[27] www.ueapme.com/.../2007_Framework_Agreement_ha

[28] ec.europa.eu/health/ph…/life_style/mental/…pact_en.pdf, ec.europa.eu/health/mental_health/…/autcomes_pact_en

Magyarországi helyzet

A magyar lakosság és a magyarországi munkavállalók pszichoszociális kóroki tényezőiről és mentális állapotáról az elmúlt évtizedekben számos hazai és nemzetközi felmérés készült. (Hungarostudyk, OLEF-, ELEF-felmérések, Eurobarometer és ESENER-felmérések stb.). A Magyarországgal kapcsolatos nemzetközi felmérések adatait a nagy felmérések ismertetése során leírtuk.

A Hungarostudy vizsgálatok képet adtak a magyar népesség legfontosabb egészséggel kapcsolatos problémáiról. A felmérések számos megfigyelése közül kiemeljük a munkahelyi stresszel kapcsolatos megfigyelést. A magas munkahelyi stressz szint szignifikánsan növeli a depresszió, a rossz közérzet és a kockázati magatartások előfordulási gyakoriságát. A stresszel való megküzdésben kiemelt jelentősége van az egyén erőforrásainak, a kedvezőtlen szubjektív gazdasági helyzet nagymértékben fokozza az észlelt stressz szintjét. A rossz szociális helyzetben lévők több stresszhelyzetet élnek át[29].

Az Egészséges Nemzetért Népegészségügy Program [1066/2001. (VII. 10.) Kormányhatározat] és Az Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja [4/2006. (II. 8.) Országgyűlési Határozat] célkitűzései közé tartozott a lelki egészség megerősítése és a mentális betegségek terheinek csökkentése.

2005-ben került sor a WHO Európai Miniszteri Konferenciájára Helsinkiben a mentális egészségről[30].

2005-ben látott napvilágot az EU Zöld Könyv – A népesség mentális egészségének javításáról Az Európai Unió Mentális Egészségügyi Stratégiájának céljából.[31]

A WHO és az Egészségügyi Minisztérium együttműködésében született meg 2006–2007-ben a Lelki Egészség Országos Program (LEGOP), amely 2008-ban került átdolgozásra[32]. A program áttekinti hazánkban a lelki egészséget veszélyeztető kockázati tényezőket és megoldási javaslatokat kínál. A hazai lakosság mentális állapotát a LEGOP alapján ismertetjük.

A fő mentális zavarok hazai előfordulása hasonló az európai felmérések adataihoz. kedvezőtlenebb azonban a depresszió előfordulása férfiakban, a bipoláris megbetegedések, a

---

[29] Kopp M. – Skrabsky Á.: 1988, 1995, 2002, 2005–2006, HUNGAROSTUDY 2013 Lakossági egészségfelmérés-zárójelentés. Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet, szerk.: *Susánszky Éva Szántó Zsuzsa.*

[30] www.eski.hu/new3/...europai-nyilatkozat-mentalis-egeszsegrol.doc

[31] ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life…/mental_gp_hu.pdf

[32] www.eum.hu›ARCHIVUM›EUM

befejezett öngyilkosságok és a kóros alkoholfogyasztás aránya. 1983–2007 között a 100 000 lakosra jutó öngyilkosságok aránya 45,3-ről 24,4-re csökkent. Európában azonban ez a szám még mindig a második legmagasabb. A hazai lakosság mentális egészségi állapota az európai országok többségéhez képest rosszabb. Hazánkban 2004-ben a mentális kórképek költségei meghaladták az 1000 milliárd Ft-t.

A súlyos mentális zavarok és a szenvedélybetegségek a várható élettartamot 8–20 évvel csökkentik. Mentális kórképek összefüggést mutatnak a krónikus nem fertőző megbetegedések kialakulásával, az életminőség romlásával. A három legrosszabb életminőséget okozó kórkép a depresszió, a cerebrovaszkuláris kórképek és a daganatok. A fő beavatkozási területek az oktatás, nevelés, a szakmai képzés (orvos, pszichológus, paramedikális ágazaton kívüli szakemberképzés és minőségbiztosítás), és az intézményrendszer fejlesztése (megelőzés, gyógyítás, rehabilitáció), mentális egészségfejlesztő programok fejlesztése, és a jogszabályi környezet változtatása.

Átfogó, integrált beavatkozási tervezett programok a következők:

- korszerű, egészségközpontú egészségpolitika kialakítása;
- népegészségügyi intézményrendszer fejlesztése;
- az egészségügyi ellátórendszer szerkezetének és működésének emberközpontú korszerűsítése;
- az ellátórendszer korszerűsítése: alapellátás, járóbeteg-szakellátás, fekvőbeteg-szakellátás, igazságügyi pszichiátriai ellátórendszer kiépítése, átmeneti és közösségi alapú ellátóintézmények (nappali kórház, nappali ellátást nyújtó szociális intézmények, közösségi alapú rehabilitációs ellátások, védett lakhatási programok, védett munkahelyek);
- konzultatív pszichiátria fejlesztése;
- szociális és egészségügyi ellátók integrálása;
- az idősellátás korszerűsítése;
- az egészségügyi forrásképző és elosztórendszerek korszerűsítése;
- az egészségügyi informatika és egészségkommunikáció fejlesztése;
- humán erőforrás fejlesztése;
- kutatás-fejlesztés és egészségipar támogatása;
- szabályozási elemek javítása (szakmai minimumfeltételek);

„Biztonság és partnerség. Az egészség feladatai 2010-ig” programmal kapcsolódva a következő prioritásokat tűzték ki célul:

- az öngyilkosság és a depresszió prevenciója;
- a fiatalok lelki egészsége és lelki egészség az oktatásban;
- lelki egészség a munkahelyi környezetben;
- az idős emberek lelki egészsége;
- a stigmatizáció és diszkrimináció elleni küzdelem.

A program lényeges elemként emeli ki a konfliktuskezelés elsajátítását is.
2013-ban került kidolgozásra a *Mentális Egészségügyi Szakpolitikai Program 2014–2020 (MESZP),* amely a WHO Európai Lelki Egészség Cselekvési Terv 2014–2020 dokumentumának II–IV alapvető és három átfogó célkitűzését átvette. 2013-ban az EMMI Lelki Egészség Munkacsoportja kidolgozta Az „ÉLETÚT” – Lelki megújulás program tervezetét, azzal a céllal, hogy a mentális jóllét az egész élet folyamán megvalósítható legyen.
Az említett két program integrációjával jött létre *A Nemzeti Lelki Egészség Stratégia 2014–2020* szakpolitikai stratégia tervezet munkaanyaga 2014-ben került nyilvánosságra[33].
A stratégia legfontosabb célkitűzése az egyén, a család és a tágabb közösségek lelki egészségének fejlesztése, megtartása, helyreállítása, a mentális zavarok prevenciója.
A stratégia hangsúlyozza, hogy a mentális egészséget fejlesztő programoknak egy időben kell fókuszálnia a személyiségfejlesztésre (rugalmasság, megküzdési képességek, kapcsolatok, elköteleződés, önkontroll, jövőre irányultság) a környezeti ártalmas hatások csökkentésére, a kedvező hatások erősítésére, a nevelésre, az életstílusra. A közösségi lelki egészségprogramok sikerének alapvető feltétele valamennyi szereplő partneri bevonása a program kezdetétől.
Kiemeljük, a munkahelyi lelki egészségfejlesztésével kapcsolatos megállapításokat.

- Javasolt „az aktív korúak lelki egészségének támogatása, a munkahelyi lelki egészségfejlesztése útján. A munkanélküliség veszélyeztetettségének, időszakos, vagy tartós állapotának kezelése;
- A munkastressz háttértényezőinek kezelése, illetve hatásainak mérséklése;
- A munkanélkülilétből adódó lelki egészségkárosodás, depresszió, haszontalanság érzetéből, kirekesztődéséből adódó mentális zavarok kialakulásának megelőzése, kezelése;
- A felépülést és a munkába jutást segítő foglalkozási rehabilitáció támogatása;

[33] www.pef.hu/.../nemzeti_lelki_egeszseg_strategia_tervezet_pef_kiegeszites1

- A mentális problémákkal élő emberek a munka világába történő visszatérésének növelése;
- A munkáltatók ösztönzése, hogy csökkentsék a pszichoszociális stresszorokat és a munkával kapcsolatos stresszt, növeljék a stressz kezelést és vezessenek be egyszerű programokat a munkahelyi jóllét elősegítésére".

A Nemzeti Munkaügyi Hivatal (OMMF-11-0104) támogatásával a COPSOQ II kérdőív (Copenhagen Psychosocial Questionnaire Koppenhágai Kérdőív a Munkahelyi Pszichoszociális Tényezőkről[34]) online felméréssel 13 104 fő adatai alapján 2013-tól végzett felmérés (Stauder A Munkahelyi Stressz Kutatócsoport Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet) során értékelték a válaszadók munkahelyi stresszel kapcsolatos tapasztalatait. A magyar munkavállalók számára elsősorban az időkényszer, a méltányosság és respektus hiánya és a munkahelyi zaklatás, illetve megfélemlítés jelent problémát. Magasabb munkahelyi stressz-szint összefügg a családi konfliktusok gyakoriságával, a munkával való elégedetlenséggel. A munkahelyi zaklatás segédmunkások, szakdolgozók, irodai és ügyviteli dolgozók között gyakoribb. A férfiak között az erőszakkal való fenyegetés, a nők között a zaklatás (fizikai, szexuális) fordul elő kifejezettebben. A szexuális zaklatás a szálloda- és vendéglátóiparban és az idegenforgalomban a legnagyobb arányú. Az erőszakkal való fenyegetés az egészségügyben, a szociális ellátásban, a vagyonvédelemben és a személyszállításban gyakoribb. Fizikai erőszak az egészségügyben és a szociális ellátásban a legnagyobb mértékű. Az érzelmi megterhelés az egészségügyi és szociális ellátásban valamint az oktatás területén dolgozók között a leggyakoribb. A munkájukkal legelégedetlenebbek a közlekedésben, postai szolgáltatásban és a vagyonvédelemben dolgozók. A stressz a legnagyobb mértékű a szálloda- és vendéglátóiparban, az idegenforgalomban, a kereskedelemben, gépjárműjavításban, ingatlanforgalmazásban, közlekedésben és a postai szolgáltatás területén volt. Az európai összehasonlításban a magyar munkavállalók stressz-szintje kétszerese a dánokénak, ahol az eredeti kérdőív készült.
A *NIOSH* a munkahelyi stressz megelőzése céljából a következő 3 lépést javasolja (NIOSH Stress at Work[35]).

---

[34] www.munkahelyistresszkerdoiv.hu1

[35] www.cdc.gov/niosh/topics/stress

1. *A probléma azonosítása*

   Felmérések, munkavállalói csoportokkal való megbeszélés, munkavállalók képviselőivel való megbeszélés és a nyert adatok feldolgozása és elemzése alapján.

2. *A beavatkozási terv elkészítése és gyakorlati megvalósítása*

   A stresszforrások fontossági sorrendjének meghatározása, a kijelölt stresszforrások megszüntetésére irányuló beavatkozási terv elkészítése, a munkavállalók bevonása mind a tervezésbe, mind a megvalósításba.

3. *Az intervenciók eredményének értékelése*

   Rövid-, közép- és hosszú távú kvalitatív és kvantitatív értékelés, a munkavállalók észrevételeinek figyelembevétele, a munkafeltételek, a stressz az egészségi állapot és a munkával való elégedettség változásával kapcsolatban, objektív mérőeszközök beiktatása, az eredmények illetve megfigyelések visszacsatolása az első lépéshez.

A munkáltatók és vezetők számára szolgáló ajánlások

Psychological Health and safety: Action Guide for Employers (2012, Kanada) alapján[36] ezeket a következőkben foglaljuk össze.

Az ajánlás 6 területet sorol fel (6 P stratégia)

- *Politika* (**P**olicy, a vállalati/szervezeti működési elvek és eljárásrend)

  A munkáltatók, a döntéshozók, a vállalatvezetés elkötelezettsége a munkahelyi mentális egészség és biztonság kialakítására munkahelyi intervenciók révén (felhatalmazás a döntéshozók részéről, a kivitelező csapat felállítása, a munkahelyi politika kommunikálása;

- *Tervezés* (**P**lanning)

  A legfontosabb munkahelyi mentálisegészség-indikátorok kijelölése, akcióterv készítése, specifikus célok kitűzése [a szervezeti adatok, tények összegyűjtése (munkából való távollét, balesetek, sérülések, munkahelyi kockázatok, költségek értékelése), a munkavállalók felmérése (a munkahelyi mentális problémák

[36] Psychological Health and safety: Action Guide for Employers 2012, Kanada, https://www.mentalhealthcommission.ca/.../Workforce.

megismerésére), a változásra való készség meghatározása (a változtatást támogató és gátló belső és külső tényezők azonosítása)];

- *Promóció* (**P**romotion)

  Cselekvési terv kialakítása a munkavállalók mentális állapotának javítására munkahelyi intervenciókkal (a munkavállalók alkalmazkodóképességének javítása (önértékelés, önszabályozás, hatékony probléma megoldás, társadalmi támogatás), tiszteletteljes, nyugodt, toleráns légkör kialakítása (elkötelezettség, kommunikáció, munkavállalók oktatása, vezetők képzése), a munkavállalók és a munkáltatók ismereteinek bővítése a mentális egészséggel kapcsolatban

- *Megelőzés* (**P**revention)

  Elsődleges, másodlagos és harmadlagos szintű megelőzési tevékenység a munkavállalók pszichés problémáinak és a mentális megbetegedések kialakulásának megelőzésére.

  Az elsődleges megelőzés történhet az egyén és a szervezet szintjén (az egyén támogatása, képességeinek fejlesztése a pszichés kockázatok kezelésében, a szervezet szintjén a pszichés kockázatok kollektív csökkentése).

  Az egyén esetében az elsődleges prevenció eszköze az alkalmasság megítélése az adott munkakörre.

  További lehetőség a stresszkezelő tréning, ha a munkavállalónak nehézsége van a munkával kapcsolatos stressz kezelésében. A stresszkezelő tréning lehet személyre szabott, személyes kontaktus révén, történhet online, illetve csoportosan. A beavatkozás a munkahelyi stressz keltette diszfunkcionális gondolatokra, érzelmekre és személyes tényezőkre összpontosít, és hatékony problémamegoldó stratégiákkal igyekszik a munkahelyi és személyes stresszorokat azonosítani és kiküszöbölni. A legfontosabb stresszkezelő technikák: idővel való gazdálkodás, relaxáció, konfliktuskezelés, strukturált probléma megoldás, realisztikus gondolkodás.

  Hasznos megoldás a megfelelő munka-szabadidő arány kialakítása a munkavállalók és a vezetők számára (flexibilis beosztás, munkaidő, a munkahely és az otthon között felmerülő konfliktus kezelés oktatása).

  A másodlagos megelőzés célja a már kialakult, de még enyhe formában jelen lévő mentális problémák azonosítása. Hasznos megoldás az öngyógyító technikák használata a stresszel való hatékonyabb megküzdéssel kapcsolatosan (írásos anyagok, on line információk).

A másodlagos megelőzés eszköze a vezetői tréningek (személyes, írott, online) alkalmazása a munkahelyi káros stresszel és következményeivel (munkahelyi viselkedés, hibázás, termelékenységcsökkenés, konfliktusok stb.), a munkavállalókkal történő helyes kommunikációval, a munkavállalók személyes szférájának respektálásával, az emberi jogokkal, a vállalati politikával, a mentális terheléssel és a munkavállalók pszichés támogatásával kapcsolatban.

Ahol lehetőség van rá, korai beavatkozások javasoltak a kezdődő mentális problémák megoldására szakemberek bevonásával.

A harmadlagos prevenció a már kialakult mentális kórállapot esetén a munkavállalók megfelelő kezeléshez történő hozzáférésének támogatása, a rehabilitáció és a munkába való visszatérés segítése. Amennyiben megvalósítható, javasolt a munkavállalók munkában tartása a munkakörülmények adaptálásával. Ajánlott a munkavállaló tájékoztatása a betegállomány lehetőségeivel kapcsolatban. Javasolt a munkavállaló további támogatása a munkába történő visszatérés során (tréningek tartása, a visszaesés esetleges jeleinek követése, szakértői tanácsadás). Szükséges a munkavállalók pszichoterápiás kezelési (kognitív viselkedésterápia) lehetőségekhez való jutásának elősegítése. Javasolt a krónikus kórállapotokban szenvedő munkavállalók problémáinak koordinált vezetése (munkába történő visszatérést irányító személy, kommunikáció, pszichológiai támogatás, munkahely adaptálása).

- Folyamat (**P**rocess)

  A gyakorlati megvalósítás során a folyamat és az eredmények értékelése. Lényeges szempont az értékelési folyamat megtervezése (az értékelést végző személyek kiválasztása, a rövid és hosszú távú értékelési szempontok kiválasztása, az értékelési módszerek meghatározása). Lényeges a gyakorlati megvalósítás értékelése (a vezetők hozzáállása, reakciói, a tervezett intervenciók fogadtatása, a munkavállalói részvétel, a munkavállalói szándék a változásra).

- Fenntartás (**P**ersistence)

  A hatékony beavatkozások fenntartása a folyamatos javulás érdekében. Hasznos eszköz az ún. bajnokok (a közösség tagjainak példát mutató és a többieket ösztönző személy) és a jó gyakorlatot folytató közösségek (összetartó, tudásukat folyamatosan fejlesztő és a helyes gyakorlatot megtartó csoportok) támogatása, elismerése. Fontos a szervezet biztonságos és egészséges mentális kultúrájának megteremtése. Ennek alapjai: a vezetés folyamatos elkötelezettsége, a kétirányú kommunikáció a vezetők és a munkavállalók között, a tanulás alapú vállalati kultúra, a munkavállalói részvétel és

a vállalat viszonyulása az elmarasztaláshoz a vállalati politika megsértése esetén (ajánlatos, hogy az elmarasztalás a helyzethez, a munkavállalóhoz, illetve a következményekhez idomuljon).

A pszichoszociális kóroki tényezők és a munkahelyi stressz értékelése során alkalmazható eszközök és útmutatók

ILO alapelvek[37]

A stresszprevenciós kézikönyv 50 ellenőrzési pontot tartalmaz, amelyből általában 20-30 tétel megfelelően jellemzi az adott munkahelyet.

Az ellenőrzési pontok a következők:

Vezetés és igazságosság

1. Munkahelyi stressz prevenciós politika kialakítása és kommunikálása.
2. Eljárásrend kidolgozása a diszkrimináció tiltására és a munkavállalók igazságos megítélésére.
3. Megfelelő légkör kialakítása az informális kommunikáció biztosításához a munkavállalók között, valamint a munkavállalók és a vezetők között.
4. A munkavállalók problémáinak bizalmas kezelése.
5. A munkahelyi problémák azonnali kezelése.

Igénybevétel

6. A teljes munkaterhelés elosztása a munkavállalók számának és kapacitásának megfelelően.
7. A munkaterhelés átrendezése a munkavállalókra jutó túlzott terhelés csökkentése céljából.
8. A munkafolyamat gondos tervezése és teljesíthető határidők, illetve munkaritmus kialakítása.
9. Világosan megfogalmazott feladatok és felelősség.
10. Alternatív feladatok beiktatása a figyelem fenntartására.

Munkavégzés feletti kontroll

11. A munkavállalók bevonása a munkaszervezéssel kapcsolatos döntéshozatalba.

---

[37] ILO Stress Prevention at Work Checkpoints 2012 www.ilo.org/wcmsp5/groups/...vcms_16853.pdf

12. A munkavállalók kontrolljának javítása, illetve szélesítése a munkavégzésükkel kapcsolatban.
13. A munkavállalók új képességek, tudás és kompetenciák szerzésére való ösztönzése a munkaszervezés révén.
14. A munkavállalók ösztönzése a munkafeltételek és a termelékenység javításában való részvételre.
15. Rendszeres összejövetelek tartása a munkahelyi problémák megbeszélésére és megoldások kialakítására.

Szociális támogatás

16. Szoros vezetői, munkavállalói kapcsolat kialakítása, amelynek során mind a vezetők, mind a munkavállalók egymástól kölcsönösen kaphatnak támogatást.
17. A munkavállalók közötti információ és tapasztalatcsere elősegítése.
18. Külső források azonosítása és biztosítása munkavállalók számára.
19. Vállalati összejövetelek szervezése munkaidőben és munkaidő után.
20. A munkavállalók számára segítség és támogatás biztosítása

Fizikai munkakörnyezet

21. A munkabiztonsági és munkaegészségügyi vállalati rendszeren alapuló kockázat értékelési és kezelési stratégiák kialakítása.
22. A fizikai és mentális egészség fenntartására kellemes munkakörnyezet kialakítása.
23. A munkabiztonsági és munkaegészségügyi kockázatok forrásoknál történő megszüntetése.
24. Tiszta, kellemes pihenőhelyiségek kialakítása.
25. Sürgősségi tervek kialakítása a sürgősségi helyzetekre és a helyiségek kiürítésére.

Munka/szabadidő egyensúly és munkaidő

26. A munkavállalók bevonása a munkaidő megtervezésébe.
27. A munkabeosztások vállalati igényekhez és a munkavállalók speciális szükségleteihez történő alkalmazása
28. A túlságosan hosszú munkaidő elkerülésére szolgáló intézkedések kialakítása.
29. A munkaidő optimalizálása, hogy lehetővé váljon a munkavállalók családdal töltött idejének biztosítása.
30. A munkaterhelés függvényében ajánlott a munkaszünetek hosszának, gyakoriságának és a pihenőidőknek a biztosítása.

A munka elismerése

31. A jól dolgozó munkavállalók és munkások nyilvános elismerése.
32. Szervezeti rendszer kialakítása, amelyek révén a munkavállalók megismerhetik munkájuk pozitív eredményeit.
33. Megfelelő szervezeti struktúra kiépítése, amelyeken keresztül a munkavállalók kifejezhetik véleményüket és érzéseiket.
34. A nők és férfiak egyenlőségének biztosítása.
35. Meglelő előrelépési lehetőség biztosítása.

Védelem az ellenséges viselkedéssel szemben

36. Vállalati keretstruktúra kialakítása az ellenséges magatartás megelőzésére, illetve a bekövetkezése esetén azonnali és adekvát megoldási stratégia alkalmazása.
37. Vállalati tréningek szervezése az elfogadható magatartás szabályairól és az ellenséges viselkedés elkerüléséről.
38. Akciótervek és eljárásrend kialakítása a munkahelyi erőszakkal és zaklatással kapcsolatban.
39. Gyors és kulturált beavatkozási terv készítése az agresszív magatartást elszenvedett munkavállalók részére.
40. Megfelelő munkaterületek kialakítása a munkavállalók védelmére az ügyfelek erőszakos magatartásának kivédésére.

Biztos munkahely és alkalmazás

41. A stabil alkalmazás lehetőségének a megteremtése.
42. Írott munkaszerződés a munkafeltételek és a bérek világos megjelölésével.
43. A bérek rendszeres fizetésének biztosítása és béren kívüli juttatások a szerződés szerint.
44. Gyermekgondozási szabadságon lévő munkavállalók számára az alkalmazás biztonsága.
45. A munkavállalók és képviselőik védelme az igazságtalan elbocsátással szemben.

Információ és kommunikáció

46. Javasolt, hogy a vezetők rendszeresen bejárják a munkahelyeket és beszéljenek a munkavállalókkal.
47. Ajánlott, hogy a vezetők a szükséges mértékben kommunikáljanak a munkavállalókkal, az őket aggasztó problémákról.
48. Lényeges a munkavállalók rendszeres tájékoztatása a fontos döntésekről adekvát módon.

49. Ajánlott a csúcsmenedzserek informálása a munkavállalók véleményével kapcsolatban.
50. Javasolt a munkások rendszeres tájékoztatása a jövőt illető tervekről és változásokról.

A munkahelyek mentális egészségének értékelésére alkalmas a HSE-indikátor kérdőív magyar nyelven is elérhető változata.

A HSE vezetők számára készített ajánlásai a következők.[38]

A vezetők számára ajánlott standardok a vállalati kultúrán alapulnak, amelynek részét képezi a munkavégzéssel kapcsolatos stressz hatékony kezelése. A standardok tartalmazzák a stresszel kapcsolatos, legfontosabb hat területet, amelyek a legjobban befolyásolják a munkavállalók egészségi állapotát és jóllétét. Ezek a területek a munkahelyek elsődleges stressz forrásai.

- Igénybevétel (a munkaterhelés, a munka jellege, a munkakörnyezet);
- Kontroll (a munkafolyamat felett);
- Támogatás (megbecsülés, vállalati források, vezetők és munkatársak);
- Kapcsolatok (pozitív légkör, konfliktusok kezelése, nem kívánatos magatartás megelőzése);
- Szerepek (egyértelmű célok, szabályok, kompetenciák, feladatok, elvárások egyértelmű megfogalmazása);
- Változás (a szervezeti változások kezelése, a megfelelő kommunikáció, a visszajelzések fogadása).

A vezetők számára a következő standardok követése ajánlott:

- Lépésről lépésre történő rizikóértékelés;
- Az adott helyzet értékelése felmérések vagy más módszerek segítségével;
- Aktív partneri kapcsolat a munkavállalókkal;
- Egyszerűsített kockázatértékelés a munkahelyi stresszel kapcsolatban
    - a fő munkahelyi stressz források azonosítása,
    - a munkáltatók segítése az okok azonosításában és a megelőzésben,
    - mérőeszköz kialakítása a munkahelyi stressz csökkentés mérésére.

[38] HSE Munkával kapcsolatos stresszfelmérési segédeszköz Stress indicator tool. Hungarian version – HSE www.hse.gov.uk/STRESS/standards/.../hungarian.pd

Az igénybevétel

A standard mutatja:

- hogy a munkavállalók milyen mértékben képesek kezelni a munkájukkal kapcsolatos igénybevételt,
- a szervezeti rendszer milyen mértékben kezeli az egyéni problémákat.

Az ajánlások a következők:

- A munkavállalók kontrollja a munka ritmusa felett;
- A munkavállalók számára képességeik és céljaik megvalósíthatósága a munkájukkal kapcsolatban;
- A munkavállalók számára lehetőség biztosítása új képességek megszerzésérem új kihívások megoldása céljából;
- Szervezeti ösztönzés bevezetése az új képességek megszerzésére;
- A munkavállalók számára döntési lehetőség biztosítása a pihenőidők megfelelő kialakításában;
- A munkavállalók bevonása a munkafolyamat kialakításába.

Támogatás

A standard mutatja:

- hogy a munkavállalók milyen mértékben kapnak megfelelő minőségű információt és támogatást feletteseiktől, kollégáiktól,
- a szervezeti rendszer milyen mértékben kezeli az egyéni problémákat.

Az ajánlások a következők:

- A szervezet rendelkezik a munkavállalókat támogató politikával és eljárásrenddel;
- Közvetlen munkahelyi támogatási rendszer kialakítása a munkavállalók vezetői támogatására;
- Közvetlen munkahelyi támogatási rendszer kialakítása a munkavállalók munkatársaik által történt támogatására;
- A munkavállalók számára ismertek a hozzáférhető támogatási lehetőségek;
- A munkavállalók számára ismertek a munkájukhoz szükséges eszközök és források;
- A munkavállalók rendszeres és konstruktív visszajelzéseket kapnak.

Kapcsolatok

A standard mutatja:

- hogy a munkavállalók nincsenek kitéve számukra elfogadhatatlan viselkedésnek, munkahelyi zaklatásnak,
- a szervezeti rendszer milyen mértékben kezeli az egyéni problémákat.

Az ajánlások a következők:

- A szervezet támogatja az elfogadható munkahelyi magatartást, az egyenlő bánásmódot és a konfliktusok elkerülését;
- A munkavállalók megosztják egymással a munkával kapcsolatos lényeges információkat;
- A szervezet rendelkezik megfelelő politikával és gyakorlattal az elfogadhatatlan magatartás megelőzésére és kezelésére;
- A vállalati rendszer közvetlen munkahelyi szinten elősegíti, hogy a vezetés a helyszínen kezelni tudja az elfogadhatatlan viselkedést;
- A vállalati rendszer helyi szinten tegye lehetővé a munkavállalók számára az elfogadhatatlan viselkedés bejelentését.

Szerepek

A standard mutatja:

- hogy a munkavállalók tisztában vannak helyzetükkel és felelősségükkel,
- a szervezeti rendszer milyen mértékben kezeli az egyéni problémákat.

Az ajánlások a következők:

- A szervezet lehetővé teszi a munkavállalók számára a rájuk vonatkozó követelmények megismerését, és biztosítja a követelmények méltányosságát;
- A szervezet tájékoztatja a munkavállalókat az elvárásokról és a kötelezettségekről;
- A szervezet lehetővé teszi a munkavállalók számára a követelmények megértését;
- A vállalati rendszer lehetővé teszi a munkavállalók számára a közvetlen munkahelyi problémák, bizonytalanságok esetén aggodalmaik kifejtését a helyi vezetők felé.

Változások

A standard mutatja:

- hogy a szervezet megfelelő gyakorisággal tájékoztatja a munkavállalókat, ha szervezeti változások vagy változtatások szükségesek,
- a szervezeti rendszer milyen mértékben kezeli az egyéni problémákat.

Az ajánlások a következők:

- A szervezet időben tájékoztatja a munkavállalókat a javasolt változások, illetve változtatások okairól;
- A szervezet megfelelő lehetőséget biztosít a munkavállalók számára a változásokkal kapcsolatos konzultációra, és lehetőséget nyújt, hogy javaslataikkal alakíthassák a kitűzött célokat;
- A munkavállalók számára lehetőség nyújtása új képességek megszerzésére a változásokhoz való alkalmazkodás céljából;
- Ajánlott, hogy a munkavállalók legyenek tisztában a munkájukat érintő változásokkal és szükség esetén részesüljenek oktatásban az új kihívások teljesítéséhez;
- Ajánlott, hogy a munkavállalók ismerjék a változások időrendjét;
- Javasolt a munkáltatók számára munkavállalói támogatás biztosítása a változások ideje alatt.

A munkahelyi mentális jóllét megteremtésére vonatkozó ajánlások a *NICE Public Health Guidance 22 2009* Promoting mental wellbeing at work alapján[39].

Az ajánlás a mentális jóllét kialakítására vonatkozik, produktív és egészséges munkafeltételek megteremtésével. A javasolt intézkedések költséghatékonyak.

1. *Ajánlás*

Koordinált és tervezett megközelítés a munkavállalók mentális jóllétének elősegítésére. Az ajánlás valamennyi munkáltató és minden méretű vállalkozás számára ajánlható.

- Ajánlott a munkavállalókkal partnerségben, szervezeti megközelítéssel, a munkavállalók mentális jóllétének kialakulására irányuló vállalati politika kialakítása, beleértve a munkafeltételeket és a munkavállalói jogokat.
- Ajánlott a munka természetének, a munkavállalók jellemzőinek figyelembevétele
- Ajánlott nyílt, egyenlőségen alapuló korrekt vállalati kultúra megteremtése, amely nyílt kommunikáción és együttműködésen alapul.
- Ajánlott a mentális jólléttel kapcsolatos ismeretek oktatása, a diszkrimináció és a stigmatizáció csökkentése, illetve megszüntetése.
- Ajánlott a munkafolyamat megfelelő tervezése, a megfelelő munkára a megfelelő munkavállaló alkalmazása, a munkavállalók képzése, képességeik fejlesztése.

[39] NICE Public Health Guidance 22 2009 Promoting mental wellbeing at work guidance.nice.org.uk/ph22

- Ajánlott a munkavállalók számára megfelelő karrierút lehetőségének biztosítása.
- Javasolt a munkavállalók szervezeti változásokra történő felkészítése és támogatás nyújtása a változások során, valamint a bizonytalan szituációkban.
- Ajánlatos a stressznek kitett munkavállalók számára lehetőségek biztosítása a mentális jóllét fenntartására tervezett programokban, ezek közé tartozhatnak a részállású dolgozók, a váltott műszakban dolgozók és a migráns munkavállalók.

2. *Ajánlás*

Lehetőségek teremtése a munkavállalók mentális jóllétének fenntartására, illetve fejlesztésére és a kockázatok kezelésére.

- Javasolt értékelő és monitorrendszer kialakítása a munkahelyeken, a mentális jóllét alakulásának megítélésére, a kockázatok mértékelésére, a javítandó területek azonosítására, a munkafolyamatokkal és a munkafeltételekkel kapcsolatosan. Ilyenek lehetnek a munkavállalóiattitűd-felmérések, a hiányzási arány, a munkavállalók ki- és belépési arányának követése és az intézkedések tekintetében oktatás és fejlesztések, pozitív visszajelzések és nyílt kommunikáció.
- Kis szervezetek vagy vállalatok esetén ez a folyamat sokkal informálisabb, ajánlott a munkavállalók védelme, az információk bizalmas kezelése és a munkavállalók esetleges aggodalmának feloldása.
- Ajánlott a munkavállalók jogainak megismertetése.
- Javasolt a munkavállalók felelősségének megismertetése a saját mentális jóllétüket illetően.
- Ajánlott a munkavállalók szükségleteinek azonosítása, a munkafeltételek és a munkakörnyezet javítása céljából.
- Ajánlott a nagy stresszkockázatnak kitett, illetve a mentális problémákban szenvedő munkavállalók munkakörnyezettel, munkafolyamattal kapcsolatos speciális szükségleteinek megismerése.
- Jó gyakorlati mentális egészségpolitika esetén a kóros stressznek kitett munkavállaló azonosítása a lehető legkorábban megtörténik és a munkavállaló megfelelő támogatásban részesül. A támogatás lehet tanácsadás, a foglalkozás-egészségügyi szolgálat által biztosított stresszkezelő tréning, vagy támogatás az alapellátás részéről.
- Az egyéni intervenciók mellett javasolt szervezeti szintű megközelítés is, amely valamennyi munkavállaló számára hozzáférhető.

- Mikro-, kis- és közepes vállalkozások számára különböző megközelítési technikák ajánlottak. A kisebb méretű vállalkozások számára a vállalkozói kamara nyújthat segítséget

3. *Ajánlás*

A flexibilis munka

- Ha a gyakorlati kivitelezése lehetséges, ajánlott a munkavállalók számára szükség esetén flexibilis igényeiknek megfelelő munkaidő, illetve munkarend biztosítása, a megfelelő munkaidő és magánéleti egyensúly megteremtésére. A flexibilis munkalehetőségek a részállású alkalmazás, az otthoni munkavégzés, a munkamegosztás és a változó idejű munkavégzés. Ezek a lehetőségek fokozhatják a munkavállaló kontrollérzését a munkavégzés felett és elősegíthetik a munkával való megelégedettség fokozódását.
- Ajánlatos hogy a vállalati kultúra támogassa a flexibilis munkavégzést és segítse elő a munkavállalók aggodalmainak eloszlatását.
- A vállalatvezetés számára javasolt, hogy a lehetőségeknek megfelelően támogassa a munkavállalók flexibilis munkavégzésre vonatkozó igényeit és biztosítson konzisztens és méltányos megoldási lehetőségeket.
- Ajánlható a menedzserek ismereteinek bővítése a flexibilis foglalkoztatottak speciális vezetői problémáival kapcsolatban.
- Ajánlott a kkv-k esetében is flexibilis alkalmazási modellek használata.

4. *Ajánlás*

A helyszíni irányításban közvetlenül részt vevő menedzserek szerepe

Mikro- és kisvállalkozások esetén a helyszíni menedzserek gyakran a tulajdonosok.

- Ajánlott a helyszíni vagy közvetlen vezetők szerepének erősítése a munkavállalók mentális jóllétének fenntartásában és fejlesztésében, támogatást biztosító vezetési stílus és gyakorlat alkalmazásával.
- Ajánlott a mentális állapotot javító vezetési stílus elsajátítása, amely részvételen, konstruktív visszajelzéseken, segítő szándékon és oktatáson alapul.
- Javasolt a vállalatok számára a menedzserek ilyen irányú képességeinek fejlesztése.
- Ajánlott, hogy a közvetlen vezetők képesek legyenek a munkavállalók motiválására és javasolt a motiváló képességük fejlesztése, oktatási programokkal, amely jelentősen javíthatja a munkavállalók teljesítményét és a munkával való megelégedettség érzését.

- A megfelelő vezetési stílus és gyakorlat jelentősen segítheti a munkavállalók mentális jóllétét és minimalizálhatja a munkavégzés során fellépő stresszt.
- Ajánlatos a közvetlen vezetők számára, hogy azonosítani és kezelni tudják a munkavállalók érzelmi problémáit és a mentális problémákat.
- Ajánlatos a menedzserek számára a munkavállalók foglalkozás-egészségügyi ellátásba vagy más támogatást nyújtó szervezethez történő irányítása, a munkavállaló mentális állapotának megfelelően.

5. *Ajánlás*

   A mikro-, kis- és közepes vállalatok támogatása

- Ajánlott a mikro-, kis- és középvállalatok számára különböző tanácsadási formák és szervezetek igénybevétele. Ezek közé tartozik a foglalkozás-egészségügyi alapszolgálat is, amely tanácsadással, stresszkezelő tréninggel támogathatja a munkavállalókat.
- A szervezeti szintű támogatás biztosítására igénybe vehető ezen vállalati formák esetében is a pszichoszociális kockázatok értékelése, az emberierőforrás-menedzsment, a vezetői tréning és vezetői képesség fejlesztés.

A munkahelyi stressz kezelése

A munkahelyi stresszkezelést az Elméleti és Gyakorlati Kézikönyv, A munkahelyi stressz kezelés helyes gyakorlatának kialakításához alapján foglaljuk össze[40]

A munkahelyi stresszkezelés célja a munkahelyi stressz munkavállalókra és a szervezet működésére gyakorolt negatív hatásainak csökkentése a lelki egészség, a teljesítőképesség és a szervezet hatékony működése érdekében.

A munkahelyi stresszfelmérés tartalmazza a fontosabb munkahelyi stresszforrások és a stressz elleni védő tényezők azonosítását, a stressz szervezeti szintű hatásainak felmérését, a munkavállalók által észlelt stressz mértékét, a munkával való elégedettség érzését, a munkavállalók biztonságérzetét és elkötelezettségét.

---

[40] Elméleti és Gyakorlati Kézikönyv, A munkahelyi stressz kezelés helyes gyakorlatának kialakításához, Upstairs Consulting, www.ommf.gov.hu/letoltes.php?d id=5580)

Tartalmazza továbbá a stressz munkavállalókra gyakorolt hatásait, a tüneteket, a válaszreakciókat és a munkavállalók személyes erőforrásait.

Szervezeti szintű stresszcsökkentő megelőző intézkedések

- A munkahelyi stresszforrások megszüntetése, illetve csökkentése a szervezeti terhelés csökkentése
    - megfelelő munkakörülmények, tárgyi és személyi feltételek,
    - megfelelő munkaterhelés,
    - egyértelmű munkakörök, feladatok és hatáskörök,
    - a hatékony munkavégzést és együttműködést gátló tényezők azonosítása, kiküszöbölése.
- Munkahelyi stressz ellen védő tényezők kialakítása, amelyek a nem megszüntethető munkahelyi stressz káros hatásait csökkentik
    - támogató mentorrendszer kiépítése,
    - megbeszélések a problémákról, konfliktusokról a megoldás érdekében,
    - ellenőrző rendszer kialakítása a munkavállalók stresszel kapcsolatos tüneteinek felismerésére,
    - az alkalmazkodást segítő változáskezelés kialakítása kríziskommunikáció,
    - krízisintervenciós csoportok kialakítása a kritikus helyzetek megoldására.

Egyéni szintű stresszcsökkentő intézkedések

- Stressztudatosság fejlesztése, oktatás a stressz tüneteiről, hatásairól;
- A munkavállalók stresszkezelési életvezetési technikáinak, megküzdési stratégiáinak fejlesztése, kognitív proaktív, relaxációs reaktív technikákkal.

Rehabilitáció

- A munkavállalók támogatása a már kialakult megbetegedés során;
- A munkába való visszatérés elősegítése;
- A munkahely és a munkakörülmények adaptálása.

Egyéni stresszkezelő módszerek

- kognitív módszerek (stresszhelyzetek elemzése),

- relaxáció, autogén tréning, progresszív relaxáció,
- meditáció,
- testmozgás,
- életkészségek tréning.

Munkavállalók aktív bevonásán alapuló munkavállalói egészségkör

- helyzetértékelés a kockázati tényezőkkel, pszichoszociális kórokokkal és munkahelyi stresszel kapcsolatban,
- csoporton belül facilitátorok kiválasztása,
- felügyelőbizottság létrehozása,
- az egészségkör kialakítása (6-8 munkavállaló, facilitátor, moderátor, munkavédelmi szakember, külső szakember, érdekképviselet, középvezető, első és utolsó alkalommal felső vezető),
- pszichoszociális kórokok és stresszforrások és védő tényezők azonosítása,
- fejlesztési és megoldási javaslatok kialakítása,
- felügyelőbizottság által jóváhagyott javaslatok megvalósítása,
- a folyamat eredményességének értékelése.

2. A projekt bemutatása

2.1. Célok

Ágazatspecifikus helyzetfeltárás és ismeretbővítés (cél a munkakörülmények javítása a feltárt ismeretek, valamint újonnan előálló kutatási eredmények hasznosítása révén)

2.1.1. A támogatási kérelem céljainak meghatározása

A támogatási kérelem célja kiemelt figyelmet fordít arra, hogy megfelelő módon illeszkedjen mind a nemzeti szinten (Széchenyi 2020 és GINOP), mind pedig a közösségi szinten (EU 2020) megfogalmazott stratégiai célokhoz. Ebből adódóan a célpiramis legfelső szintjén a Gazdaságfejlesztési és Innovációs Operatív Programban rögzített célkitűzések 35 támogatása szerepel: a foglalkoztatás bővítése versenyképes munkahelyek létrehozásán át. E cél elérését a program a munkakörülmények fontosságának hangsúlyozásával és az ezzel kapcsolatos

szemléletmód javításával, a témával kapcsolatos ismeretek terjesztésével, valamint a munkavédelmi szempontokra való rámutatással, illetőleg a munkavállalókat és munkaadókat támogató attitűddel kívánja elősegíteni. A célpiramis második (mezo-) szintjén helyezkedik el a konstrukciószinten megfogalmazott

- az oktatási ágazatban dolgozó munkavállalók célzott tájékoztatása a fentebb megjelölt három régióban (cél a munkakörülmények javítása a munkavállalók szemléletformálása és ismeretbővítése által);
- az oktatási ágazatban működő munkáltatók célzott tájékoztatása a fentebb megjelölt három régióban (cél a munkakörülmények javítása a munkáltatók szemléletformálása és ismeretbővítése által), ágazatspecifikus szaktevékenység fejlesztése (cél a munkakörülmények javítása újonnan kifejlesztett munkavédelmi eszközök alkalmazása révén) (ehhez a célhoz járul hozzá a kutatás).

2.2. Az érintettek köre, a fejlesztések határterülete

A GINOP-5.3.4-16 számú felhívás a gazdasági tevékenységek egységes ágazati osztályozási rendszere (TEÁOR'08) mentén felsorolja a potenciálisan segítendő ágazatokat, így kitér az „P" oktatás nemzetgazdasági ágra is. A Központi Statisztikai Hivatal – a 2008. január 1. óta Magyarországon is alkalmazott 1893/2006/EK rendelet alapján – a TEÁOR'08 szerinti osztályozási rendszer szerint publikálja az ágazati statisztikai adatokat. A szekunderadatok bemutatása előtt szükséges áttekinteni az osztályozási rendszer adott nemzetgazdasági ágra vonatkozó leírását, ebbe a nemzetgazdasági ágba tartozik minden szintű és bármely szakmára felkészítő oktatás. Ez a nemzetgazdasági ág tartalmazza az iskolarendszerű nappali oktatás különböző szintjeit, valamint a felnőttképzést, az egyes írás-olvasás kurzusokat stb. Idetartoznak a katonai képzések, a fogvatartottaknak szervezett programok stb. adott szintjeikkel. Ezt a definíciót mindenképpen figyelembe kell venni a célcsoporttal kapcsolatos statisztikai adatok prezentálásánál. Az aggregált adatok visszafejtése sok esetben már nem lehetséges. A projekt megkülönböztetett figyelmet szentel a közvetlenül érintettek két nagyobb csoportjának: az ágazati munkavállalóknak és az ágazati munkáltatóknak.

2.3. Érintett konvergenciarégiók

A magyarországi NUTS 2 régiók adatai jól mutatják, hogy a foglalkoztatottság nemzetgazdasági ágak szerinti szerkezete milyen markáns eltéréseket mutat területi összehasonlításban. Több szempontból is jelentős eltérés fedezhető fel a közép-magyarországi régió és a konvergenciarégiók között: szembetűnő például, hogy az olyan ágazatok foglalkoztatottjai, mint például a pénzügyi biztosítási tevékenység, az információ, kommunikáció relatíve nagyobb hányadot tesznek ki Közép-Magyarországon, addig ugyanezek a szektorok máshol alig jelennek meg. Jelen esetben a projekt a következő konvergenciarégiókban kívánja megszólítani az oktatási ágazatban tevékenykedő munkavállalókat: Dél-Alföld, Észak-Magyarország, Közép-Dunántúl. A KSH adatgyűjtése szerint az oktatási ágazatban foglalkoztatottak aránya mind a három érintett régióban igen jelentős, a Közép-Dunántúlon 8,9%, míg a Dél-Alföldön 12%-ot, Észak-Magyarországon pedig 11%-ot meghaladó részarányt képvisel, mindez az ágazat szignifikáns jelenlétére utal.

2.4. Érintett munkakörök

2016 júniusában 310 400 fő volt a P „oktatás" nemzetgazdasági ágban foglalkoztatottak száma a KSH regisztrációja szerint. A KSH honlapja a munkaerőpiaci adattáblákhoz kapcsolódóan úgy fogalmaz, hogy „2014 decemberétől a Munkaerő-felmérés adatainak teljeskörűsítése a 2011. évi népszámlálási adatokon alapul", eszerint bázisértékként használhatóak a 2011-es népszámlálás adatai. Ennek relevanciáját pedig az mutatja, hogy az adatfelvétel óta eltelt időben nagyságrendileg keveset változott az ágazatban foglalkoztatottak abszolút száma (2011-ben 305 011 főt számoltak, jelen pillanatban pedig mintegy 310 400 főről tudunk). Ha a tehát a népszámlálás adataiból indulunk ki, akkor azt valószínűsíthetjük, hogy a szóban forgó ágazatban a következő foglalkozási főcsoportok teszik ki az állomány döntő részét: felsőfokú képzettség önálló alkalmazását igénylő foglalkozások (65,7%), szakképzettséget nem igénylő (egyszerű) foglalkozások (9,17%), kereskedelmi és szolgáltatási foglalkozások (8,55%).

A munkakörülmények javítása különösen kritikus kérdés az adott munkakört betöltő személy számára, és ugyanígy lényeges, hogy az ennek érdekében megvalósított tevékenység tágabb értelemben a szektorban is érzékelhető hatást fejtsen ki. A projekt figyelembe veszi a

szektorban felmerülő jellemzőbb munkaköröket, elsődlegesen a következő pozícióban dolgozó munkavállalók munkakörülményeinek javítását kívánja elősegíteni:

- egyetemi főiskolai oktató, tanár (2410);
- középiskolai tanár (2421);
- általános iskolai tanár, oktató (2431);
- gyógypedagógus (2441);
- konduktor (2442);
- egyéb szakképzett oktató, nevelő (2499).

A projekt megvalósítása során az esélyegyenlőség és a hátrányos helyzetű, illetve kiszolgáltatott munkaerőpiaci helyzetű személyek érdekeit szem előtt tartva a konzorciumi tagok, tagszervezetek érintett képviselőivel, illetve egyéb képviseleti szervekkel folyamatos

2.5. Közvetlen célcsoport

Az oktatási területén a legfontosabb munkáltató az állam, emellett az egyes alapítványi és egyházi fenntartású, illetve egyéb profitalapú magánintézmények foglalkoztatnak még jelentősebb számú személyt.

2.6. Közvetett célcsoport

A projekt által érintett közvetett célcsoportok között három szegmens azonosítható:

1) A munkavállalók tágabb szociometriai környezete: a munkavállalókat ért egészségkárosodás negatív externáliaként jelentkezhet az ő tágabb családi, baráti, ismerősi környezetében, méghozzá traumatizáció és konkrét többletvállalások (pl. gondozás, rehabilitációban való közreműködés) formájában. A pályázat fókuszában álló prevenció végső célja többek között az ilyen helyzetek előfordulásának csökkentése.
2) Az egészségkárosodást szenvedett munkavállaló foglalkoztatotti rendszerből történő – akár csak időszakos – kiesésének gazdasági kihatása is van, ami az államháztartáson belül is lecsapódik: egyrészt az egészségügyi gondozás az egészségbiztosítási rendszer számára jelent többletkiadást. Másrészt a megváltozott munkaképességű személyek rehabilitációs ellátásra is jogosultak lehetnek. A pályázat fókuszában álló

prevenció végső célja többek között az ilyen transzfereket eredményező esetek megelőzése.

3) A munkahelyi egészség és biztonság területén „mozgó” jogszabálytervezők és jogszabályalkotók, akiket a projekt a megvalósítás – különösen a kutatási tevékenység – során felgyülemlett tapasztalatok és eredmények alapján döntés-előkészítést segítő anyaggal kíván támogatni.

2.7. A szükséges tevékenységek bemutatása

A támogatási kérelemben projekt célja a munkahelyi egészség és munkabiztonság fejlesztése, a munkavállalók és munkáltatók célzott tájékoztatása, tudatosítása, illetve a munkakörülmények javítása. A támogatási kérelemmel érintett szereplőkkel (munkaadókkal, munkavállalókkal, érdekképviseleti szervezetekkel, munkavédelmi szakemberekkel) folytatott előzetes egyeztetések alapján a projekt fókuszában elsősorban a prevenció szerepel. A projekt tartalmában komplex, de a tevékenységek megvalósítása, tartalmak előállítása során hangsúlyt a pszichoszociális rizikófaktorokra, a munkalélektanra és a mentális egészség területére helyezzük. A projekt kitér továbbá a munkaélettan területére és az esetleges fizikai veszélyforrásokra is, ezek egészségkárosító kockázatainak felmérésére, az ülő/álló munka következményeinek meghatározására, az ideális mérték és feladatmegosztás kialakításának módszertani meghatározására (pl. ülőmunka jelentette ergonómiai kockázatok). A projekt során megfogalmazott célok, tervezett tevékenységek, képzések, a tájékoztató anyagok és kiadványok, illetve a megvalósuló kutatás az alábbi fő tengelyek mentén írhatóak le, melyek egymással összhangban, számos elem esetén időben párhuzamosan folynak:

Ágazati egészségügyi kockázatok meghatározása

Az oktatási ágazatban (makroszinten) jellemző munkaegészségügyi és munkabiztonsági kockázatok azonosítása mindent megelőző cél. Annak érdekében, hogy ágazati szinten a lehető legnaprakészebb, legpontosabb képpel rendelkezzen a projekt arról, milyen ágazati szereplők milyen típusú kockázatokkal, kihívásokkal szembesülnek a napi munkavégzés során, kutatómunka szükséges. Ennek célja feltárni, hogy milyen, az ágazatra leginkább jellemző kockázati tényezők kiküszöbölésével lehet biztonságosabbá, testileg-lelkileg kevésbé megterhelővé tenni a napi szintű munkavégzést. A tengelyhez kapcsolódó feladatok és részleteik a következők szerint foglalhatóak össze:

Beadott kutatási terv igény szerinti bővítése

Feladat részletes leírása: A támogatási kérelemhez beadott kutatási terv igény szerint bővíthető, amennyiben a jogszabály, gazdasági környezet releváns mértékben változik, ahhoz hozzáigazítható. A kutatás egyik célja egy ágazatspecifikus helyzetkép rögzítése, amelyre építve érdemi fejlesztési javaslatok fogalmazhatóak meg.

Tervezett output: bővített kutatási terv, amely alapján a későbbiekben a támogatási kérelemben szereplő kutatási tevékenység elvégezhető.

Időbeli ütemezés: A tevékenység elvégzésének időszaka a projekt megvalósításának időszaka.

Kutatás

Feladat részletes leírása: A projekt másik fontos tartópillére annak az elméleti alapzatnak a megteremtése, amelyre építve pontos kép adható, illetve adekvát megoldási javaslatok fogalmazhatóak meg ágazati szinten is a foglalkozás-egészségügy és a munkabiztonság területén. A kutatás célja, hogy részletesen rögzítse: a pszichoszociális, ergonómiai stb. kockázatok milyen hatással bírnak adott ágazatban, illetve adott munkakörben dolgozókra. Ezen túl: milyen kezelési módszereket célszerű alkalmazni, ezeknek milyen protokollszintű leírása adható.

Tervezett output: A kutatás végén elkészülő kutatási jelentés (beszámoló) rögzíti azokat a legfontosabb kutatási eredményeket, amelyeket hasznosítva biztonságosabbá tehető az ágazatban dolgozók napi munkavégzése, munkaerőpiacon tartásuk hosszabb távon oldható meg.

2.8. Szakértőkkel való konzultációk ismertetése

A szakértőkkel való egyeztetések három formában történtek:

– *Személyes megbeszélések, egyeztetések:* az ágazatra jellemző feladatok ütemezését követően, a felmerült igény esetén havonta többször is (MOSZ elnökség, projektmenedzser, ágazati projektmenedzserek, ágazati szakértők, koordinátorok stb.).

– *E-mail segítségével:* napi-heti rendszerességgel igény szerint (MOSZ elnökség, projektmenedzser, ágazati projektmenedzserek, ágazati szakértők, koordinátorok stb.).

– *Telefonon:* igény szerint.

2.9. Médiamegjelenések

24 óra - 2017. 12. 12. (2. oldal)

Egy program, amely a megelőzésre fókuszál
A munkaegészségügy jogszabályi keretei jók, ám ettől a gyakorlati megvalósítás még elmarad
Petrik J.

MEGYEI INFORMÁCIÓ A munkahelyi egészség és biztonság fejlesztése az oktatási ágazatban elnevezésű projekt sajtónyilvános nyitórendezvényét Tatabányán, a Vértes Agórájában tartották.

Az esemény szervezésében a megyei iparszövetség, a „KISZÖV" is kivette a részét.

A szeptember elsején útjára indult program keretében a négy konzorciumi partner, a Magyar Iparszövetség (OKISZ), az Értelmiségi Szakszervezeti Tömörülés, a Szakszervezetek Együttműködési Fóruma (SZEF) és a Munkástanácsok Országos Szövetsége célja az oktatásban dolgozók testi és mentális egészségének megőrzése és fejlesztése hatékony tájékoztatással, illetve prevencióval. Ennek érdekében szakmai anyagok, kiadványok készülnek, valamint rendezvényeket és képzéseket valósítanak meg.

Ezek kitérnek a munkabiztonság területére, illetve a munkaegészségügy korszerűsítésére, a különböző pszichoszociális rizikófaktorok azonosítására, az öndiagnózis és tudatosítás elősegítésére, valamint támogatják az időben történő, megfelelő válaszlépések meghozatalát.

A fórumon dr. Vadász György, az OKISZ elnöke bevezetőjében azt emelte ki, hogy jobb körülményeket kell teremteni és meg kell becsülni a képzésekben érintett munkaerőt is. A magyar gazdaság hatékonyságát jelzi a 4 százalék körüli gazdasági növekedés és a 4 százalék alatti munkanélküli ráta is, de érdemes megvizsgálni, hogy az oktatás és az egészségügy területén mit érdemes még tenni, hiszen az oktatásban 176 ezren dolgoznak. A feladat fontosságának megítélésében nincs nézetkülönbség a munkaadók és munkavállalók között.

Földiák András, a SZEF első embere megjegyezte, hogy „szövetségük" döntően a közszolgálati szférában dolgozókat tömöríti 14 szakszervezeten keresztül, azaz 69 ezer munkavállaló érdekeit képviselik. Az előadó hangsúlyozta, hogy a munka-egészségügyi jogszabályok megfelelő keretet jelentenének az egészség megőrzéséhez, ám a gyakorlat ettől „elmarad".

Ebben a közös projektben részt vevők elsősorban a prevencióra fókuszálnak, amely jóval hatékonyabb és praktikusabb megoldás minden másnál.

KA: Dr. Vadász György (jobbra) tartott bevezető előadást

Az orvos, aki lelkiismeretes

2018.08.14 09:09 *Akt.: 2018.08.14 12:15*

Dr. Felszeghi Sára - © Fotó: ÉM

Miskolc – Dr. Felszeghi Sára egyetemi docens, foglalkozás-egészségügyi orvostan szakfelügyelő, a beszélgetésre pontosan érkezik. Nagyon elfoglalt, de örömmel beszél hivatásáról, a foglalkozás-egészségügyről, mert azt mondja: szívügye. Interjú: Dr. Felszeghi Sára főorvos, egyetemi docenssel.

A munkaköri alkalmassági vizsgálat egy prevenció is lehet népegészségügyi szempontból. „Jóformán ez az egyetlen olyan szakma az egészségügyön belül, a foglalkozás orvostan, ami a megelőzéssel foglalkozik, az aktív lakosság körében” – fogalmazza meg.

Melyek a sajátosságai az Ön szakmájának?

Jóformán ez az egyetlen olyan szakma az egészségügyön belül, a foglalkozás orvostan, ami a megelőzéssel foglalkozik, az aktív lakosság körében. Úgy az elsődleges megelőzéssel, aminek az a célja, hogy azokat a kockázatokat, amik az egészséget károsítanák, azt kiszűrjük, lehetőség szerint megszüntessük, vagy a minimálisra csökkentsük. A szekunder, vagy másodlagos prevenciónak az a célja, hogy a különböző betegségeket, vagy az azt megelőző állapotokat, például nőgyógyászat esetében a citológiai lelet ha P3-as, – ez egy megelőző állapot – mi időben kiszűrjük. Lehet hogy a páciens még nem ment volna nőgyógyászhoz, de a munkaalkalmasságihoz mi kérjük. Tehát különböző betegségeket, amelyek akár foglalkozásból erednek, akár úgynevezett sorsszerű megbetegedések, ha minél korábbi fázisban kiszűrjük, ennek nagy jelentősége van: a korai stádiumban elkezdett kezelések sokkal hatékonyabbak és sokkal ritkábban alakulnak ki szövődmények.

Okozhat a munka is megbetegedést?

Számos olyan betegség van, ami a munkavégzésből is eredhet, például a stressz következményeként jelenik meg a magas vérnyomás, és bár munkavégzésből eredő betegségnek is tekinthető, mégsem tudjuk foglalkozási betegségnek tekinteni, mert a magánéletben is lehet valaki stresszes. Foglalkozási megbetegedést, ahogyan a nevében is benne van, a foglalkozás okoz. Nem szabad megfeledkezni a foglalkozás-egészségügynek arról az ágáról, ami az úgynevezett harmadlagos megelőzéssel jár. Ez azt jelenti, hogyha már kialakult egy betegség, akkor lehetőség szerint annak ne alakuljanak ki szövődményei, vagy az állapot ne rosszabbodjon. Ez a gondozás, illetve a munkahelyi rehabilitáció.

Sokan azt mondják, hogy a gondozás az egy párhuzamos ellátás, hiszen ott van a háziorvos. De ez egyáltalán nincs így. Ha egy munkavállaló reggel pihenten elmegy a háziorvosához, megmérik a vérnyomását, és normális, a háziorvos nem fog gyógyszert írni. De ha ugyanez a páciens munka közben, amikor terheli a szervezetét, az idegrendszerét, és lehet, hogy jelentősen megnő a vérnyomása – ez az, amikor életmódra szabottan lehet megállapítani a terápiát. Ilyenkor mi írunk a háziorvosnak, hogy ilyen értéket tapasztaltunk – vagyis jelzünk.

Önök mennek a munkahelyekre, vagy a munkavállalók keresik Önöket?

A foglalkozás-egészségügynek különböző feladatai vannak. Az egyik, ami a kockázatelemzést illeti, azt jelenti hogy a foglalkozás-egészségügyi orvos elmegy a munkahelyre, megnézi hogy milyen, akár a környezetből, akár a munkafolyamatból adódó nehézségek vannak, melyek az egészséget kockáztatják, vagyis egészségkárosodást okozhatnak.

Mit szól ehhez a munkáltató?

A munkáltatónak van egy feladata: mégpedig a Törvény írja elő – munkavédelmi törvény –, hogy a munkáltató köteles a munkavállalójának, a munkához szükséges feltételeket biztosítani. Ehhez nem biztos, hogy megvan a szakértelme, ezért szakértőnek jelen esetben itt van a foglalkozás-egészségügyi orvos. Mi segítjük a munkáltatót abban, hogy ezeket, vagy azokat a kockázatokat hogyan kerüljék el. Van olyan amikor a munkavállaló jön hozzánk, úgynevezett munkaköri alkalmassági vizsgálatra. Ez mindenkor a rendelőhöz kötött. Mert teljes körű vizsgálatot kell végezni a páciensen akkor, ha lelkiismeretesek vagyunk. Ki tudunk szűrni olyan sorsszerű megbetegedéseket, aminek esetleg még nincsenek tünetei. Ezért mondom, hogy mi, foglalkozás-egészségügyi szakemberek végezzük a felnőtt lakosság körében a legnagyobb prevenciós munkát. Ez népegészségügyi szempontból is egy nagyon jelentős szűrésnek minősül.

Jól tudom, hogy önök végeztek egy felmérést?

Igen, és azt tapasztaltuk, hogy az összes krónikus megbetegedésnek a 31 %-át a foglalkozás-egészségügy szűri ki. Nagy a szerepünk, népegészségügyi szempontból is.

Mindenkinél más-más vizsgálatokat végeznek, vagy egy általánosat? Vagy mindegy, hogy valaki könyvtáros, vagy fizikai munkát végző gyári munkás?

Nem, nyilván egy fizikai munkát végzőnek a vizsgálata más területre is kiterjed. Nekem rendelet szabályozza, hogy milyen vizsgálatok szükségesek egyes munkakörökhöz, de senki nem tiltja, hogy egyéb vizsgálatot végeztessek, ha úgy ítélem meg, hogy valamilyen rejtett betegsége van. A vércukorvizsgálat nem előírás, de ha magas a vérnyomása, megnézem a cukrát is, és ha kell továbbküldöm. Ez nemcsak kötelesség, hanem egy nagy-nagy lehetőség, úgy az orvosnak, mint a munkavállalónak. Abban bízom, hogy foglalkozás-egészségügyi orvosok megbecsülése a jövőben nőni fog.

B. Tóth Erika

A munkahelyi egészség gazdasági kérdés is

23 027 baleset volt 2016-ban a munkahelyeken

ÉRDEKEGYEZTETÉS Minden tömörülés bekapcsolódott a Munkástanácsok hívására a munkabiztonság hazai újratervezésébe.

NÉPSZAVA

Tavaly szeptemberben indult „A munkahelyi egészség és biztonság fejlesztése” című projekt olyan ágazatokban, ahol magas a munkabalesetek vagy más, munkakörrel összefüggő megbetegedések száma. A Munkástanácsok évek óta szorgalmazza a foglalkozás-egészségügyi rendszer újraszervezést. Most az Európai Szociális Alap felhasználásával szakszervezetek és munkaadói szervezetek közösen keressenek megoldást ezekre a gondokra. A programban több szakszervezeti konföderáció és ágazati tagszervezet is közösen vesz részt, ezzel erősítve az együttműködést. A részletekről beszél Palkovics Imre, a Munkástanácsok Országos Szövetségének elnöke.

SÜRGŐSEN VÁLTOZTATNI KELL

PALKOVICS IMRE

A foglalkozás-egészségügyi és a munkavédelmi rendszer korábbi országos hálózata leépült, ma már csak egy minisztériumi főosztály foglalkozik a kérdéssel. A statisztikák szerint pedig egyre nő a balesetek száma.

Mi indokolta a projekt elindítását?

A statisztikák szerint nő a munkahelyi balesetek száma, miközben a foglalkozás-egészségügyi és munkavédelmi ellenőrzés országos hálózata leépült, a rosszul értelmezett bürokráciacsökkentés keretében a munkaügyi ellenőrzés országos intézeti státusát elvesztette, egy minisztériumi főosztállyá csökkent az ezzel foglalkozó létszám, a kapacitásait és jogosítványait megnyirbálták. Ehhez kapcsolódva pedig az egész foglalkozás-egészségügyi rendszert átszervezték. A Munkástanácsok másfél-két évtizede kiemelten foglalkozik a foglalkozás-egészségügy, munkabiztonság, munkavédelem területén tapasztalt jelenségekkel. A kérdés súlyának csökkenése már 1995-ben elindult, amikor a foglalkozás-egészségügy ellenőrzése az egészségügyitől a gazdasági tárcához került, s az egész rendszert piacosították.

Azzal, hogy vállalkozó orvosok végezték attól kezdve az üzemorvosi munkát?

Egyrészt emiatt, de a lépéssel azt is jelezték, hogy az egész kérdéskört gazdasági tevékenységnek tekinti a kormány. A legfontosabb szempont az lett, hogy minél olcsóbban tudják elvégeztetni a munkáltatók a kötelező orvosi vizsgálatokat. Van néhány erre szakosodott szervező vállalkozás, amelyek rátelepednek a nagy termelő és szolgáltató vállalatokra, uralják a piacot, elteszik a bevétel nagy részét. Ebben a rendszerben az orvosok meg a dolgozók is csak a rövidebbet húzzák. Egyre növekszik a balesetek száma, romlik a statisztika, ráadásul az ismertté való balesetek csak a jéghegy csúcsát mutatják, a valós adatok ennél sokkal roszszabbak.

Évente több ezer megbetegedés vagy haláleset vezethető vissza munkahelyi balesetre vagy a munkakörrel összefüggő egészségromlásra, de a hivatalos adatsorokban sokkal kevesebb ilyen esetet rögzítenek – ez áll a Munkástanácsok helyzetleírásában. Ha ez ismert jelenség, miért túri az állam?

Igen, egyes adatok szerint a daganatos betegségek 10 százalékát foglalkozási megbetegedésnek kellene tekinteni, ehhez képest 2016-ban összesen 245 foglalkozási megbetegedést regisztráltak. A haláleseteket nem tudják eltussolni, de a munkahelyi baleseteket általában eltitkolják. Látszólag ez az érdeke a munkaadónak és a munkavállalónak is, pedig ez súlyos félreértés. A problémától való irtózás miatt az érintettek sem veszik komolyan, ha baleset éri őket. Felszeghi Sárával (a Miskolci Egyetem Egészségügyi Szakmai és Módszertani Központjának vezető főorvosa, az Egészségügyi Kar egyetemi docense – a szerk.) közösen azt gondoltuk, a helyzet kezelésére akkor lesz lehetőség, ha a munkaadók és munkavállalók közösen tájékozódnak a mostani helyzetről, felméréseket készítenek, és ezek alapján javaslatokat tesznek a biztonság javítására, a foglalkozás-egészségügyi és a munkaügyi ellenőrzési rendszer átalakítására. A már futó projektek keretében a szociális partnerek megismerkednek a foglalkozás-egészségügyi, munkavédelmi, munkabiztonsági szakma országos hálózatával, munkakapcsolat alakul ki köztük, ami később, a hétköznapi munkában nagy segítség lehet minden szereplőnek. A projekt végén pedig a tapasztalatok jó alapot adnak ahhoz, hogy megmondjuk, mit kellene tenni Magyarországon a foglalkozás-egészségügy javítására, megváltoztatására.

Valójában tehát az állam helyett végzik el ennek a helyzetképnek a felvázolását.

Ott kell az államnak mindenképpen lépnie, ahol a szociális partnerek nem képesek ezt megtenni, de ebben a kérdésben mi végezzük a munkát állami segítséggel, hiszen uniós pénzeket kaptunk az ágazati bontásban kiírt projektekre. Az erre fordítható összeg az áldozatok, balesetek számának megfelelően más és más, ahol több volt a végzetes baleset, oda több pénz jut, több munkát, kutatást lehet elvégezni.

Ugyanakkor az állam alkotja azokat a jogszabályokat, kezdeményezi azokat az átszervezéseket, amelyek a mostani lesújtó helyzetet létrehozták. Átadják a kormánynak is a tanulságokat?

Természetesen, a VKF-ben zajló egyeztetéseken is felhasználjuk a most szerzett ismereteket. A korkedvezményes nyugdíj megszüntetése után égetően szükségessé vált új rendszer kialakításához is alapnak tekintjük ezt az anyagot.

A sok fizikai tevékenységet takaró ágazat mellett a pedagógusok hogyan kerülnek ebbe a csomagba?

A foglalkozás-egészségügy, munkabiztonság nemcsak fizikai sérülések, tünetek megjelenését vizsgálja, hanem van a munkának pszichoszomatikus dimenziója is, ami az oktatásban részt vevőknél különösen fontos szempont. Ezeken a munkahelyeken, de az egészségügyben is sok az idősödő dolgozó, és nagyon nagy a pszichikai igénybevétel. Az egészségügyben például több baleset történik, mint az építőiparban. Pszichoszociális kérdéseket kizárólag szakemberek, orvosok tehetnek fel. Minden projektben három szakember vesz részt, ez biztonságot ad (foglalkozás-egészségügyi orvos szakértő, orvos, munkavédelmi szakértő). Maga a felmérés anonim, a válaszadók azonosítása nem történhet meg. Az Országos Közegészségügyi Intézet Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Igazgatóságának adatai alapján a nemzetgazdasági tárca szakemberei tettek javaslatot, hogy milyen foglalkozási területeket vonjunk be a vizsgálatba.

Kik vesznek részt egy-egy projektben?

Az egész szakszervezeti és munkáltatói rendszer előtt nyitott a lehetőség. Azt reméltük, hogy nagyobb lesz az érdeklődés a szakszervezetek részéről, mert ezek a pályázatok nem a Munkástanácsokra lettek kiírva, bár mi kezdeményeztük a felmérés elkezdését. Az már biztos, hogy a munka során az ágazatok közti együttműködés erősödött, az oktatásban például a SZEF-fel és az ÉSZT-tel működünk együtt, mert a Munkástanácsok az oktatásban kevéssé van jelen. Ugyanakkor például a gumiiparban másodszor kellett kiírni a tendert, mert először nem jelentkezett senki. Már a harmadik körű kirírások is elkezdődtek, nem tolonganak a szervezetek, azok sem, ahol komoly munkabiztonsági problémákkal küzdenek.

Nem azért, mert épp azokon a helyeken félnek a munkavállalók, ahol sok a baj?

Inkább munkáltatói oldalról van olyan szemlélet, hogy ne derüljön ki, milyen viszonyok uralkodnak az ágazatban, ezért nem engedik be a szakszervezeti kérdezőket a munkahelyekre, hogy ott az előre elkészített kérdőív alapján kérdezhessenek. Volt félelem például a gumiiparban, mert ott tényleg elég vad viszonyok uralkodnak. Mégis sikerült rávenni őket, hogy nekik is előnyös, ha reális képet kapnak a saját területükről.

Azokban a szakmákban, ahol több a baleset és az áldozat, több pénzt lehet költeni kutatásra, szakmai anyagokra.

Mekkora összeg állt rendelkezésre és ágazatonként mennyit használtak fel?

Összesen kétmilliárd forint áll rendelkezésre a 24 nemzetgazdasági ágazatban zajló projektekre. Abban a tizenegy ágazatban, hol a Munkástanácsok is részt vesz a projektben, ágazatonként a foglalkoztatottak légyszámától és a regisztrált munkabalesetek számától függően, valamint a hatósági tapasztalatok alapján határozták meg az összegeket 61-138 millió forint között. Ezeket az összegeket a nyertes pályázati konzorciumok, (munkaadók és munkavállalói szervezetek) közösen használhatják fel a kijelölt feladatokra.

Mikor kell lezárni ezeket a pályázatokat?

Az első szakasz vége most augusztusban lesz, a második júniusban indul, és 2019 júliusában zárul, az utolsó is 12 hónapos projekt lesz, bár még nem tudjuk, pontosan mikor kezdődik.

Az anyagaik szerint ötvenévente jut el munkaügyi felügyeleti ellenőr egy-egy munkahelyre. Ez elképesztő.

Ilyen alacsony a kapacitása ennek a rendszernek.

Az, hogy a munkáltatók is bekapcsolódtak, annak is köszönhető, hogy a legtöbb ágazat bajban van, nincs elég munkaerő?

Igen, benne van a felismerés, hogy a jövő gazdaságának a legfontosabb erőforrása az ember. Ahol nincs elég felkészült szakember, ott nem lesz innováció, a versenyképesség nem javul, a cég terjeszkedése pedig enélkül elképzelhetetlen. Magyarországon az elmúlt három évtizedben rosszul értelmezett cinkosság alakult ki a dolgozók és a munkahelyek között, az egész munkavédelmi rendszer lepusztult, most bebizonyítjuk, hogy el lehet mozdulni erről a szintről.

Mit tekintenek sikernek a végén?

A kutatás után összegezzük az ágazat jelenlegi helyzetét, és javaslatot teszünk a szükséges változtatásokra. Megmondjuk, hogy mit lehet tenni a jelenlegi jogszabályok eredményesebb betartásának elérésére. Ez képzést, felvilágosítást, kiadványokat jelent a munkáltatóknak és munkavállalóknak is. Választott munkavédelmi képviselőket is képzünk, a végén pedig kiadványok jelennek meg az adott ágazat feladatairól. Az lesz a siker, ha a gazdasági és politikai döntéshozók komolyabban veszik ezt a területet.

MEGELŐZÉS

Rengeteg pénzt megtakaríthatnánk, ha kevesebben betegednének meg

Az oldalt támogatta: a Munkástanácsok Szövetsége

3. Kutatás

3.1. A bővített kutatási terv (koncepció)

Bevezetés: Kutatás címe, témaválasztás indoklása, problémafelvetés, társadalmi vonatkozások, hipotézis.

A foglalkozás-egészségügy és munkabiztonság helyzete, szerepe és lehetőségei, továbbá feladatai és lehetőségei az ergonómiai kockázatoknak kitett munkavállalók esetén, az idősödő munkavállalók aktív életkorának meghosszabbítására vonatkozóan és a pszichoszociális kockázatok kezelésére az oktatási ágazatban foglalkoztatottak részére.

A munkavállalók egészségének megőrzése és fejlesztése alkotmányos jog [Alaptörvény, XX. cikk (1)–(2) bekezdés; XVII. cikk (3) bekezdés], amelynek eszköze a munkavédelem (munkabiztonság és foglalkozás-egészségügy). A munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény (Munkavédelmi törvény) rendelkezik arról, hogy Magyarországon minden szervezett munkát végzőnek a munkáltató köteles foglalkozás-egészségügyi szolgáltatást biztosítani, ezáltal a foglalkozás-egészségügyre jelentős népegészségügyi és nemzetgazdasági szerep hárul. Az egységes jogszabályi háttér, valamint a foglalkozás-egészségügyi szolgálatok erőfeszítései ellenére, a mindennapi gyakorlatban az ellátás minősége eltéréseket mutat, ami kihatással lehet a munkavállalók egészségi állapotára, a munkavégzés termelékenységére, a vállalatok teljesítményére, így a népegészségügy és a nemzetgazdaság helyzetére.

Az EU országaiban és így hazánkban is, a munka világában a leggyakrabban fordulnak elő a mozgásszervi megbetegedések. Rögtön utána a fokozott pszichés terhelés következtében létrejött megbetegedések állnak. Nem meglepő, hogy az ergonómia kérdése közös feladat és kihívás az Európai Unióban és így hazánkban is. Az ergonómia célja, hogy az ember–gép–környezet rendszer az ember igénye szerint működjék, az ember kényelmét, biztonságát, egészségének megőrzését biztosítsa. Ennek megvalósítása azoknak a terhelési tényezőknek a kiiktatásával/csökkentésével érhetők el, amelyek a látásromlást, pszichés (mentális) megterhelést, fizikai állapotromlást idéznek/idézhetnek elő. Az EU számos ajánlást fogalmazott meg ezzel kapcsolatosan, amelyek a magyar jogrendben is fellelhetők. A munkavédelmi törvény (Mvt.), a 33/1998. (VI. 24.) NM rendelet, a 25/1998 (XII. 27.) EüM rendelet, az 50/1999. (XI. 3.) EüM rendelet a képernyő előtti munkavégzésről is ezt a célt szabályozza. Noha a jogi és szakmai háttér biztosított, mégsem tulajdonítanak minden

munkahelyen elég figyelmet ennek a kérdésnek, pedig a munkáltató, a foglalkozás-egészségügy, munkabiztonság és maga a munkavállaló nagymértékben hozzájárulhatnak az ilyen irányú sérülések/betegségek elkerüléséhez, aminek jelentős népegészségügyi (morbiditási mutatók csökkenése) és nemzetgazdasági következményei (eltartottból eltartó lesz!) vannak.

Az EU országaiban a munkavállalók kb. 28%-a munkahelyi stressztől szenved, és az EU Bizottság adatai alapján a betegállományok 50-60%-a a munkahelyi stressz következménye. A nemzetgazdaságra is jelentős hatással van, mert az ennek kezelésére fordított költségek, az ILO becslése szerint, a GDP 3%-át, más becslések szerint a GDP 4–4,8%-át teszik ki. A munkavégzéssel együtt járó stressz a foglalkozás-egészségügy egyik legnagyobb problémája ma az EU-ban és így hazánkban is. Ennek leküzdése érdekében számos EU-s és hazai jogszabály született. A munkahelyi stressz EU-szintű szabályozását a 89/391/EGK „keret-irányelv" biztosítja. Magyarországon a munkavédelmi törvény 54. § (1) bekezdése értelmében a munkáltató köteles figyelembe venni az ilyen irányú kockázatokat, és köteles intézkedést hozni azok csökkentésére/megszüntetésére. A 33/1998. (VI. 24.) NM rendelet 5-ös és 6-os melléklete a fokozott pszichés terheléssel járó tevékenységeket, illetve a pszichoszociális kóroki tényezők hatásának kitett munkavállalók kategóriáját tartalmazza. Bár a jogszabályi háttér biztosított, mégsem tulajdonítanak minden munkahelyen elég figyelmet ennek a kérdésnek, aminek jelentős népegészségügyi (pszichoszomatikus megbetegedések számának növekedése) és nemzetgazdasági következményei vannak.

Az EU országaiban és így hazánkban is, a lakosság elöregedőben van. A nyugdíjak értékállósága, az egészségügyi ellátás színvonalának megtartása, a tartós ápolásra szorulók ellátása, a szociális ellátórendszer fenntarthatósága közös feladat és kihívás az Európai Unióban. Ezzel kapcsolatban számos dokumentum született. A kor alapú diszkrimináció tilalma mellett, egyebek között a munkavállalók képességének megtartását, illetve a a korai nyugdíjba vonulás trendjének megfordítását célozza meg. Ennek megvalósítását az egyes országok nemzeti sajátosságaik figyelembevételével hol tiltással, hol ösztönzéssel oldják meg. Magyarországon a „Sérülékeny csoportok – gyermekek, fiatalkorúak, nők, terhes nők, idősek, külföldi vendégmunkások-foglalkoztatása" 33/1998. (VI. 24.) NM rendeletben szabályozza az idősödő munkavállalók problematikáját. Bár a munkáltatónak felelőssége és kötelessége megteremteni azokat a munkafeltételeket, amelyek mellett az idősödő munkavállalót a legkisebb megterhelés éri („idősbarát munkahelyek"), mégsem tulajdonítanak minden munkahelyen elég figyelmet ennek a kérdésnek, pedig a munkáltató, a foglalkozás-egészségügy, munkabiztonság és maga a munkavállaló nagymértékben hozzájárulhatnak a

munkavállaló aktív életkorának meghosszabbításához, aminek jelentős népegészségügyi (morbiditási mutatók csökkenése) és nemzetgazdasági következménye (eltartottból eltartó lesz!) van.

Célkitűzés: A kutatás célja, előzménye, a választott téma újszerűsége, relevanciája, a kutatási téma munkavédelemi és tudományos jelentősége, kapcsolódása a Felhívás 3.1.2.2 e) pontjához

A munkahelyi egészség és biztonság vizsgálata az oktatás ágazatban azért kiemelt jelentőségű, mert ebben az ágazatban a foglalkoztatottak száma az egyik legmagasabb. Kiemelendő az oktatási ágazat foglalkozás-egészségügyi orvosai a legtöbb bejelentést tettek meg munkabaleset tekintetében. Jelen kutatás erénye éppen az, hogy a vizsgálataink kitérnek ezen adatok elemzésére is, ezzel igazolva, vagy cáfolva a statisztikai adatokat. A Nemzetgazdasági Minisztérium Munkavédelmi Főosztályának jelentése a bejelentési adatokra alapozza az eredményeket, a bejelentési fegyelem vizsgálata nélkül.
A kutatás célja az oktatásban dolgozó munkavállalók munkahelyi kockázatainak, ergonómiai, pszichoszociális kockázatainak felmérése, értékelése. A kérdőíves felmérés kiterjed az idősödő munkavállalók helyzetének felmérésére is. A kutatási időszakban az európai és hazai helyzet áttekintése és irodalmának gyűjtése is megtörténik. A tervezetnek megfelelően megtörténik a kérdőívek eljuttatása az egyes érdekcsoportokhoz, munkavállalók, munkáltatók, foglalkozás-egészségügyi és munkabiztonsági szakemberekhez.
Ezzel a felméréssel a jelenlegi állapotfelmérésen túl az a cél, hogy az itt kapott eredmények alapján megfogalmazott javaslatainkkal elősegítsük a biztonságosabb munkavégzést, a munkavállalók egészségét veszélyeztető munkakörülmények megszüntetését és ezzel együtt a balesetek, a fokozott expozíciós esetek és a foglalkozási megbetegedések megelőzését, valamint a munkahelyi egészségfejlesztés lehetőségeivel még egy fontos gazdasági és társadalmi célnak is eleget tegyünk, az egészséges munkavállaló mint nemzetgazdasági és népegészségügyi érték, biztosítását.
Kiegészítő kapcsolódó kutatás a pszichoszociális kockázatok tekintetében:
Az egyes munkahelyek egészségkárosító kockázatait vizsgálva, jelentős szerepet szánunk a pszichoszociális kockázatok elemzésének. Egyfelől, mint az egyes munkakörök elemzéséből kiderült, minden munkakörben jelentős a fokozott pszichés megterhelés, másfelől, bár sokáig alábecsülték a pszichoszociális megbetegedések jelentőségét, ma már senki sem vitatja azt. A Karolinska Egyetem (Svédország) 3500 fő munkahelyi stressz szervezetre gyakorolt hatását

vizsgálta, és azt találta, hogy a szoros határidőre végzett munkát követő napon hatszorosára nőtt a szívroham veszélye, és a sorozatos munkahelyi konfliktust követően 80%-kal nőtt a betegségek valószínűsége a férfiaknál. Az Európai Unióban, a megkérdezett munkavállalók közel 28%-a munkahelyi stressztől szenved. Az EU Bizottság adatai alapján a betegállományok 50–60%-a a munkahelyi stressz következménye. A felmérésben 27 000 embert kérdeztek meg, és a menedzserek 45%-a, illetve a vállalkozók 44%-a érezte azt, hogy naponta ki van téve a munkahelyi stressznek. A népegészségügyi jelentőségen túl, a nemzetgazdasági jelentőségét tükrözi annak a 30 európai országnak a felmérése (2010), amely alapján a mentális betegségek kezelésének becsült költsége 798 milliárd eurót jelentett. Magyarországon a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete által végzett felmérések szerint, a tartós stressz hatására a fiziológiai eltérések állandósulnak és szervi elváltozásokhoz (pl. szív- és érrendszeri megbetegedés) vezetnek. Sokaknál 40 éves korukra megjelenik az életminőséget rontó tartós stressz, ami vérnyomás-emelkedést, alvászavarokat, nyugtalanságot, depressziót okoznak. Ezek a felmérések is jól jelzik, hogy a munkavégzéssel együtt járó stressz a foglalkozás-egészségügy egyik legnagyobb problémája nemcsak Magyarországon, hanem az Európai Unió országaiban, a pszicho-szociális kockázatok mértékét csupán az izom- és csontrendszeri eredetű megbetegedések múlják felül.

Kiegészítő kapcsolódó kutatás az ergonómiai kockázatok esetén:

Nagy jelentőséget tulajdonítottunk az ergonómiai kockázatok felmérésének, elemzésének a fenti munkakörökben. Célunk felmérni a jelenlegi helyzetet és megfogalmazni azokat a fejlődési lehetőségeket, melyek lehetővé teszik, hogy az ember–eszköz–környezet rendszer, annak meghatározó eleme, az ember igényei szerint működjék, az ember kényelmét, biztonságát, egészségének megőrzését biztosítsa. Ezen túl az elemzés közvetlen célja a munkabalesetek és egészségkárosodás megelőzése, azáltal, hogy a munkáltatóknál a szabálytalan munkaeszközöket, valamint a szabálytalanul folytatott tevékenységeket feltárja, és adekvát intézkedésekkel segítse az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzést.

Kiegészítő kapcsolódó kutatás az idősödő munkavállalóknál:

A 45 év feletti munkavállalók kockázatainak felmérése elsősorban azt a célt szolgálta, hogy a biztosítsuk a munkahelyek megtartását, és az aktív munkavállalói időszak meghosszabbítását, és a munkavállalók egészségének megtartását, a munkahelyi egészségfejlesztés adott korosztályra történő megtervezését. Ezért a kérdések kitértek mindazon kockázatok felmérésére, amelyek a látásromlást előidéző tényezőket, a pszichés (mentális) megterhelést, illetve a fizikai állapotromlást előidéző tényezőket jelentik. A kérdőívek III. fázisban történő

elemzésének előkészítése, a hazai és külföldi adatok összevetése és elemzése, lehetővé teszi az emberi teljesítőképességet kedvezően és kedvezőtlenül befolyásoló tényezők szerepének felfedését, meghatározni azokat a hatótényezőket és annak hatástani törvényszerűségeit, és azok balesettani szerepét csökkenteni, megszüntetni. Fontos szempontnak gondoljuk ezen túl, hogy javaslatokat fogalmazzunk meg azokra a lehetőségekre, melyek képesek megteremteni a munkahely szubjektív környezetének szerepét az optimális munkateljesítmények megvalósításában, illetve meghatározni a tárgyi környezet szervezési és tervezési előfeltételeit a munkavállalók teljesítmények emelésében.

A kutatás főbb területeinek vázlatos ismertetése:

- A foglalkozás-egészségügy és a munkabiztonság általános helyzete Magyarországon az oktatás területén;
- Pszicho-szociális kockázatok az oktatás ágazatban;
- Ergonómiai kockázatok az oktatás ágazatban;
- Az idősödő munkavállalók helyzetének felmérésére.

Munka és időterv: Kutatás megvalósításának tervezett módja – feladatok, kutatási módszerek, ütemezés negyedéves bontásban.

A kutatás módszertana

A kutatás lebonyolításához szükséges adatgyűjtéshez papíralapú és online kérdőíves lekérdezés történt, amelyhez a következő kérdőíveket használtuk:

- A foglalkozás-egészségügy és a munkabiztonság általános felmérésre 4 db (munkáltató, munkavállaló, foglalkozás-egészségügy, munkabiztonság) kérdőívet állítottunk össze, ezáltal biztosítva, hogy a munka világában érintettek jellemezzék ezzel kapcsolatos helyzetértékelésüket és tapasztalataikat.
- Az oktatás csaknem minden munkavállalója kitett a fokozott pszichés terhelésnek, így, ahogy a Mvt is feladatává teszi a munkáltatónak ezen kockázatok felmérését és elemzését, a foglalkozás-egészségügyi szakorvos bevonásával kérdőívek segítségével felmérjük és elemezzük a munkavállalók és munkáltatók ilyen irányú megterhelését.
- Idősödő munkavállalók helyzetének felmérésére szintén 4 db kérdőívet állítottunk össze (munkáltató, munkavállaló, foglalkozás-egészségügy, munkabiztonság)
- Az ergonómiai kockázatok felmérésére szolgáló kérdőíveket ötféle módon úgy állítottuk össze, hogy azok teljes egészében lefedjék az egyes munkakörökből adódó

ergonómiai kockázatokból adódó leterheléseket (munkáltató 1, munkavállaló 2, foglalkozás-egészségügy 1, munkabiztonság 1).

Így a fentiekben leírt kérdőíves módszerrel az oktatás ágazatban a munka világának összes szereplőjére, a munkáltatókra, munkavállalókra, foglalkozás-egészségügyi szolgálatokra és a munkabiztonsági szakemberekre külön-külön az egyedi sajátosságok figyelembevételével végezzük a kérdőíves felméréseket.

Kitértünk a foglalkozás-egészségügy és a munkabiztonság általános helyzetének felmérésére a szereplők megkérdezésével, valamint vizsgáltuk azokat a sajátosságokat (ergonómiai és pszichoszociális kockázatok), amelyek a munkavégzésből, illetve a munkakörnyezetből adódhatnak.

Módszertani magyarázat

A kutatás módszertani eszközei közül a keresztmetszeti vizsgálati módszert alkalmazzuk. A kérdőívek kezelhetőségének megkönnyítéséhez úgy állítottuk össze a kérdőíveket, hogy az az egyes munkaterületek konkrét kockázatait felöleljék, így az ergonómiai kérdőívek több területre speciális szempontok szerint készültek el, ezzel kikerültük az ismétléseket és az adott területre fókuszáltunk. Az ülőmunka több területére irodai és az állómunkára vonatkozóan, azok sajátosságait is figyelembe vettük.

A kérdőíves felmérés által megcélzott munkakörök kiválasztásánál messzemenően figyelembe vettük az oktatási ágazat képviselőinek javaslatát, a munkakörökben dolgozó létszámok, valamint a munkavégzés és munkakörnyezet egészségkárosító kockázatainak való kitettséget.

A kérdőívek összeállításánál törekedtünk a közérthetőségre, egyszerűségre, tömörségre.

A kérdőíves lekérdezések rögzítéséhez, a papíralapú lekérdezés mellett informatikai hátteret is biztosítottunk. Ennek szakmai tartalmát informatikussal egyeztetve véglegesítettük. Az adatvédelmi előírásokat figyelembe véve, úgy alakítottuk a programot, hogy ahhoz, csak az arra illetékeseknek legyen hozzáférésük (jelszóval védett belépés), illetve egyben lehetőség is nyílik az egyes munkakörök kockázatainak összesítésére, illetve azok elemzésére.

Ütemezés

I. negyedév

- Állapotfelmérés, környezetelemzés, adatgyűjtés: kérdőívek, interjúk, irodalomkutatás. Opcionálisan: az idősbarát munkahelyek megléte/hiányának vizsgálata, a HSE munkával kapcsolatos stresszfelmérő segédeszköz használata.
- Eredmények összesítése, elemzése – a kutatás adatrögzítésére központi weboldal létrehozása. A kutatási területek specifikumának megfelelő teamek tagjainak felkérése, és ezen belül feladatok meghatározása, ütemezése.
- A kutatás feltételek megteremtése – infrastrukturális környezet, támogatói környezet, támogatók kiválasztása, a kutatás monitorizálásnak megválasztása.
- A munkatanácskozások időrendjének rögzítése.

II. negyedév

- Kvalitatív és kvantitatív módszerekkel a helyzetelemzése, adatainak visszaigazolása, a fejlesztési területek kiválasztása, és a teamekkel egyeztetve, azok véglegesítése. Területenkénti fejlesztési ütemezés részletes megtervezése.
- A szakterületenkénti adatokra támaszkodva egy elsődleges kockázatelemzés és a terület előzetes SWOT-analízise.
- Kutatási jelentések, monitorizálás, a projekt kommunikációs követése. A fejlesztések elindítása követése.

III. negyedév

- A fejlesztések elsődleges hatáselemzése, a fejlesztési szempontok adaptációja, szükség esetén korrekciók, módosítások.
- Feedback adatgyűjtés: kérdőívek, interjúk.
- Monitorizálás, és más követés, belső és külső minőségbiztosítás. Médiapanel kidolgozása.
- Támogatói környezet kiszélesítése.
- Hatékonysági és megtérülési elemzés.
- A SWOT-analízis és kockázatelemzés korrigálása, adaptálása stratégiai megközelítési szempontok feltárása, kidolgozása.
- Beszámolók, médiakövetés.

IV. negyedév

- A tapasztalatok összesítése, elemzése, a bevált megoldások népszerűsítése a partnerek körében, médiakampány, az eredmények tudományos rögzítése, tanulmányok közzététele. A kutatás eredményeinek hasznosítási és fenntarthatósági terve.

Jelenlegi státusz bemutatása

A lekérdezéseknek és a kérdőívek rögzítésének május közepéig kell megtörténnie. Ezután kerül sor a kutatás III. ütemében a válaszok összesítésére, valamint ezek részletes elemzésére, a SWOT-analízis elkészítésére, melyet összevetve a talált eredményekkel, a hazai és nemzetközi szakirodalom hasonló elemzésével, lehetőség nyílik a fejlesztések tartalmi és időbeli megtervezésére, az útmutatók tartalmi összeállítására, a fejlesztések szakmai és jogszabályi hátterének meghatározására.

A projekt kommunikációs követését tekintve, több területen valósul meg. Részben a személyes megbeszélések, egyeztetések (havi 2-3 alkalommal), e-mail segítségével napi-heti rendszerességgel, igény szerint (MOSZ elnökség, projektmenedzser, ágazati projektmenedzserek, ágazati szakértők, koordinátorok stb.), telefonon igény szerint, a projekt követése, tanácsadás valamint az informatikai háttér biztosítása, követése, aktualizálása. E mellett a médiamegjelenések (tv, újság, rádió). Fontosnak tartottuk a hazai és nemzetközi jó gyakorlatok, tapasztalatok megismerését. Így a Miskolci Egyetem EFOP3.4.3.-16-2016-00015 számú projektje, valamint a Paviai Egyetem (Olaszország) Istante projekttel kapcsolatos tapasztalatcsere, mely a munkahelyi kockázatok kérdéskörét vizsgálta, különös tekintettel a munkahelyi rákkeltőkre.

Fontosabb feldolgozni kívánt irodalom, egyéb információforrások

A hazai és nemzetközi irodalmi adatok áttekintése, tanulmányozása:

- *Cseh Károly – Nemeskéri Zsolt – Szellő János – Tibold Antal:* Kézikönyv a foglalkozások egészségi szempontjainak meghatározásához, Pécsi Tudományegyetem Emberi Erőforrás Fejlesztési Kar, 2014.
- Az Egészségügyi Világszervezet Európai Régiójának környezet-egészségügyi helyzete és szakmapolitikája a XXI. század kezdetén Háttéranyag EUR/04/5046267/BD/5
- *Felszeghi Sára:* A minőségbiztosítási rendszerek jelentősége az egészségügyi ellátásban és annak nemzetközi vonatkozásai: The Importance and the International Aspects of the Quality Insurance Systems in Health Services MAGYAR MINŐSÉG 24:(8–9) pp. 9–20. (2015)
- *Felszeghi Sára:* The Patients' Rights as a Fundament of Health Care NEW MEDICINE 19:(S) p. 10. 1 p. (2015) IV. Patients' Rights Professional Day: The

Current Legal And Ethical Issues Of Health Care.. Budapest, Magyarország: 2015. 10. 09

- *Felszeghi Sára:* Factorii psihosociali. Posibilităţile şi sarcinile medicinii ocupaţionale REVISTA ROMANA DE MEDICINA MUNCII x: p. x. 8 p. (2015)
- *Felszeghi–Cseh–Szabó:* A munkahelyi egészségfejlesztés általános szervezeti megvalósítására vonatkozó szakmai útmutató. Professional guideline for workplace health promotion Budapest: Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2015., 218 p.
- *Felszeghi Sára:* Principalele aspecte practice ale reglementării medicinii ocupaţionale din Ungaria. SĂNĂTATE PUBLICĂ, ECONOMIE ŞI MANAGEMENT ÎN MEDICINĂ 54:(3) pp. 11-14. (2014)
- *Felszeghi Sára:* The duties and possibilities of the occupational healthcare in maintaining the work ability of the employees with chronic illness in the University of Miskolc. In: Felszeghi S. – Breucker G. (eds.) 9th Initiative: PH Work: Models of Good Practice. Brussels, Belgium, 2013. 10. 22–23. pp. 1–3.
- *Cseh Károly – Felszeghi Sára:* A foglalkozás-orvostan helyzete = The status of occupational medicine NÉPEGÉSZSÉGÜGY 90:(2) pp. 91–95. (2012).
- *Felszeghi Sára:* Psychosocial Factors – New Challanges for the Occupational Health REVISTA ROMANA DE MEDICINA MUNCII 63:(1–2) p. 16. 1 p. (2012)
- *Straif K.:* The burden of occupational cancer. Occup Environ Med. 2008;65(12):787–8. doi:10.1136/oem.2007.038224
- World Health Organization – Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020.
- World Health Organization – Declaration of the Sixth Ministerial Conference on Environment and Health. Ostrava, Czech Republic, 13–15 June 2017.
- Official Journal of the European Communities – L 138/66 I EN I Official Journal of the European Communities 1.6.1999. COUNCIL DIRECTIVE 1999/38/EC. of 29 April 1999.Amending for the second time Directive 90/394/EEC on the protection of workers from the risks related to exposure to carcinogens at work and extending it to mutagens.
- Official Journal of the European Communities – COUNCIL DIRECTIVE 98/24/EC of 7 April 1998 on the protection of the health and safety of workers from the risks related to chemical agents at work (fourteenth individual Directive within the meaning of Article 16(1) of Directive 89/391/EEC). L 131/23. 5. 5. 98.

- Official Journal of the European Communities – COMMISSION DIRECTIVE 2002/78/EC of 1 October 2002 adapting to technical progress CouncilDirective 71/320/EEC on the approximation of the laws of the Member States relating to the braking devices of certain categories of motor vehicles and their trailers. L 267/26. 4.10.2002.
- *Huisman M. – Read S. – Towriss C. A. – Deeg D. J. – Grundy E.:* Socioeconomic inequalities in mortality rates in old age in the World Health Organization Europe region. Epidemiol Rev. 2013; 35: 84–97.
- Official Journal of the European Union - DIRECTIVE 2012/19/EU OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 4 July 2012 on waste electrical and electronic equipment (WEEE) (recast). L 197/70. 24. 7. 2012.
- *SENTIERI* – Mortality, cancer incidence and hospital discharges. Epidemiologia & Prevenzione, 2014:2 (Supp. 1).

Várt eredmények, hasznosítás: Várható eredmények, a kutatási eredmények alkalmazási lehetőségei, továbbá tervezett hasznosítása.

Az eredmények ismeretében, megfogalmazni azokat a feladatokat, amelyek a munka világának szereplőire (munkáltató, munkavállaló, foglalkozás-egészségügy, munkabiztonság) hárulnak és feltárni azokat a lehetőségeket, melyek munkájuk hatékonyságát növelhetik.

A szakmai útmutatók, oktatási anyagok megalkotása és terjesztése, szükség esetén jogszabályi háttér módosítására tett javaslatok azoknak a feltételeknek a biztosítására, melyek lehetővé teszik a munkavállalók egészségének megőrzését, fejlesztését, a népegészségügyi mutatók jelentős javulását, például:

- pszichoszomatikus betegségek csökkentése, hangsúlyosan befolyásolják a nemzetgazdaság mutatóit.
- a szűrések hatékonyságát 10–15%-ról 98–100%-ra lehet emelni az aktív lakosság körében, mely több mint 4 000 000 munkavállalót érint, plusz a duális képzésben részt vevők számát, a morbiditási mutatók javulása – a munkaköri alkalmassági vizsgálatok segítségével a betegségmegelőzési állapotok/betegségek korai diagnosztizálása!) közvetve és közvetlenül is befolyásolják a nemzetgazdaság mutatóit.

Egyéb kiegészítő információk

A munkakörök kiválasztásának indokoltságát mutatják azok az előzetes SWOT-analízis eredmények, melyek a hazai és nemzetközi szakirodalom összevetéséből születtek és jól jelzik azokat a gyengeségeket és erősségeket, amely mind a hazai, mind a nemzetközi szakirodalomban fellelhetők. Így erősségnek tekinthetjük azt a magyar jogi hátteret (Mvt), ami feladatként fogalmazza meg a kockázatelemzés kötelezettségét a munkáltatónak (ahol szaktevékenységként közreműködőt kell hogy foglalkoztasson foglalkozás-egészségügyi szakorvos és munkabiztonsági szakembert), és ebben a pszichoszociális és ergonómiai kockázatok egyaránt szerepelnek.

Ugyancsak kötelező ezen kockázatok csökkentése/megszüntetése. Gyengeségként jegyezhetjük, hogy ezt a kötelezettséget nem minden munkáltató tarja be, így ezen a területen is vannak fejlesztési lehetőségek.

Kijelölésre kerültek a következő munkakörök, a kockázati tényezők figyelembevételével:

- Általános iskolai tanár, oktató: Rutin szellemi munka, fokozott pszichés terhelés a gyerekekért/emberekért és anyagiakért való felelősség, idő- és teljesítménykényszer, kapcsolattartás, emberekkel foglalkozás kötelezettsége konfliktusveszélyes helyzetben, különösen nagy felelősség viselése emberekért, anyagi értékekért, döntés szükségessége, baleseti egészségkárosodás (esés, sérülés, közlekedés), kémiai és biológiai kóroki tényezők károsító hatása is lehetséges. Képernyős munkavégzés szemet, váz- és izomrendszert érintő terhelése. Számítógép-függőség. Adekvát fizikai aktivitás hiánya esetén a kardiovaszkuláris és daganatos betegségek, elhízás, metabolikus szindróma, cukorbetegség kialakulásának kockázata fokozódik. Ergonómiai, pszichés és pszichoszociális, egészséget érintő kockázatok. Kiégés. Munkahelyi zaklatás.
- Középiskolai tanár: Alkotó szellemi tevékenység, fokozott pszichés terhelés gyerekekért/emberekért, az anyagiakért való felelősség, idő- és teljesítménykényszer, kapcsolattartás, emberekkel foglalkozás kötelezettsége konfliktusveszélyes helyzetben, különösen nagy felelősség viselése emberekért, anyagi értékekért, döntés szükségessége, baleseti egészségkárosodás (esés, sérülés, közlekedés), kémiai és biológiai kóroki tényezők károsító hatása lehetséges. A képernyős munkavégzés okozta, szemet, a váz- és izomrendszert érintő terhelések. Számítógép-függőség. Adekvát fizikai aktivitás hiánya esetén a kardiovaszkuláris és daganatos betegségek, elhízás, metabolikus szindróma, cukorbetegség kialakulásának kockázata fokozódik.

Ergonómiai, pszichés és pszichoszociális, egészséget érintő kockázatok. Kiégés. Munkahelyi zaklatás.

- Egyetemi főiskolai oktató, tanár: Alkotó szellemi tevékenység, fokozott pszichés terhelés az ifjúságért/emberekért, az anyagiakért való felelősség, idő- és teljesítménykényszer, kapcsolattartás, emberekkel foglalkozás kötelezettsége konfliktusveszélyes helyzetben, különösen nagy felelősség viselése emberekért, anyagi értékekért, döntés szükségessége, az oktatási szervezet hierarchizáltságából, belső kapcsolatrendszeréből adódó konfliktusszituációk érintettjei – baleseti egészségkárosodás (esés, sérülés, közlekedés) lehetséges. Kémiai és biológiai kóroki tényezők károsító hatása lehetséges. A képernyős munkavégzés okozta, szemet, a váz- és izomrendszert érintő terhelések. Számítógép-függőség. Adekvát fizikai aktivitás hiánya esetén a kardiovaszkuláris és daganatos betegségek, elhízás, metabolikus szindróma, cukorbetegség kialakulásának kockázata fokozódik. Ergonómiai, pszichés és pszichoszociális, egészséget érintő kockázatok. Kiégés. Munkahelyi zaklatás.
- Egyéb szakképzett oktató, nevelő: Rutin szellemi munka, fokozott pszichés terhelés emberekért és anyagiakért való felelősség, idő- és teljesítménykényszer, kapcsolattartás, emberekkel foglalkozás kötelezettsége konfliktusveszélyes helyzetben.
- Gyógypedagógus: Fokozott pszichés terhelés a gyerekekért/emberekért és anyagiakért való felelősség, idő- és teljesítménykényszer, kapcsolattartás, emberekkel foglalkozás kötelezettsége konfliktusveszélyes helyzetben.
- Konduktor: Fokozott pszichés terhelés a gyerekekért/emberekért, az anyagiakért való felelősség, idő- és teljesítménykényszer, kapcsolattartás, emberekkel foglalkozás kötelezettsége konfliktusveszélyes helyzetben.

Az oktatási tevékenység foglalkozás-egészségügyi kockázatai, a szükséges kompetenciák, és a lehetséges egészségkárosító hatások a következők

2410 Egyetemi, főiskolai oktató, tanár

A foglalkozás tartalma:

Az egyetemi, főiskolai oktató, tanár egyetemen vagy főiskolán tanít, gyakorlatokat tart, és tudományos kutatómunkát végez. Feladata az előadások, szemináriumok, gyakorlatok, konzultációk, valamint speciálkollégiumok vezetése; felvételi vizsgák, szigorlatok,

kollokviumok és államvizsgák előkészítése és vezetése; oktatási anyagok, jegyzetek, tankönyvek írása; a tudományos kutatások végzése és eredmények publikálása.

Készségek és kompetenciák:

Érzékelési funkciói közül meghatározó lehet (de nem kizáró ok) a látás és hallás. A kapcsolatteremtéshez elengedhetetlen a jó kommunikáció. További alapvető pedagógiai készségei közé tartozik a motiváció, a megerősítés, az akarati tényezők kontrollja, az elemzési és döntési készségek. Fontos a kiégés elleni védekezési képesség.

A foglalkozás jellege:

Ülő és álló testhelyzetben, képernyő előtt is, épületen belül folytatott szellemi és könnyű fizikai munka.

A foglalkozás egészségre gyakorolt hatása:

Baleseti egészségkárosodás (esés, sérülés, vegyszerek hatása, közlekedés) lehetséges. Biológiai kóroki tényezők károsító hatása előfordulhat. A képernyős munkavégzés okozta, szemet, a váz- és izomrendszert érintő terhelések. Számítógép-függőség. Adekvát fizikai aktivitás hiánya esetén a kardiovaszkuláris és daganatos betegségek, elhízás, metabolikus szindróma, cukorbetegség kialakulásának kockázata fokozódik. Ergonómiai, pszichés és pszichoszociális, egészséget érintő kockázatok. Kiégés. Munkahelyi zaklatás.

Lehetséges kórokok:

Képernyős munkahelyek kockázata, ergonómiai, kémiai expozíciók, pszichoszociális kóroki tényezők és pszichés megterhelés hatása. A szakterület pszichés és pszichoszociális kockázati tényezői igen jelentősek.

Kizáró, korlátozó okok és tényezők:

Olyan betegségek és/vagy állapotok, amelyek befolyásolják a szellemi, fizikai teljesítőképességet, az érzékszervek működését és a kommunikációt.

Megjegyzések:

Általános primer prevenciós stratégia javasolt egészségmegtartás/fejlesztés céljából. Daganatok, kardiovaszkuláris és egyéb betegségek felismerését célzó szűrővizsgálatok ajánlottak.

Védőoltások: szezonális influenza, pneumococcusok elleni védőoltás javasolható.

Megelőzés: kollektív védelem balesetek, fizikai, kémiai, biológiai és ergonómiai kockázatok ellen (helyiségek, berendezések, eszközök, szellőzés, megvilágítás, hűtő/fűtő rendszerek tervezése, kivitelezése, karbantartása).

Védőeszközök: kémiai kórokok esetén, gyakorlati képzések során szükséges védőfelszerelés, egyéb esetekben, nem szükséges.

2421 Középiskolai tanár

2422 Középfokú nevelési-oktatási intézményi szakoktató, gyakorlati oktató

A foglalkozás tartalma:

A középiskolai tanár gimnáziumban vagy szakközépiskolában osztályoknak, tanulócsoportoknak egy vagy több tantárgyat oktat, gyakorlatokat vezet. A tananyag szóbeli átadásával, magyarázatokkal, beszélgetésekkel, irányított, átgondolt óravezetéssel, szaktantermi, laboratóriumi foglalkozásokkal, valamint a multimédia eszközeivel és egyéb szemléltető eszközök, számítógépes programok, demonstrációs kísérletek bemutatásával segíti a tantárgy anyagának elsajátítását.

A szakoktató a középfokú oktatási intézmények (szakközépiskolák, szakiskolák) felnőttképző és továbbképző intézmények tanulóinak különböző szakmacsoportok, szakmák elméleti és gyakorlati ismereteit tanítja.

Készségek és kompetenciák:

Érzékelési funkciói közül fontos lehet (de nem kizáró ok) a látás és hallás. A kapcsolatteremtéshez elengedhetetlen a jó kommunikáció. További alapvető pedagógiai készségei közé tartozik a motiváció, a megerősítés, az akarati tényezők kontrollja, az elemzési és döntési készségek. Fontos a kiégés elleni védekezési képesség.

A foglalkozás jellege:

Ülő és álló testhelyzetben, képernyő előtt is, épületen belül folytatott szellemi és könnyű fizikai munka.

A foglalkozás egészségre gyakorolt hatása:

Baleseti egészségkárosodás (esés, sérülés, vegyszerek hatása, közlekedés), biológiai kóroki tényezők károsító hatása lehetséges. A képernyős munkavégzés okozta, szemet, a váz- és izomrendszert érintő terhelések. Számítógép-függőség. Adekvát fizikai aktivitás hiánya esetén a kardiovaszkuláris és daganatos betegségek, elhízás, metabolikus szindróma, cukorbetegség kialakulásának kockázata fokozódik. Ergonómiai, pszichés és pszichoszociális, egészséget érintő kockázatok. Kiégés. Munkahelyi zaklatás.

Lehetséges kórokok:

Képernyős munkahelyek kockázata, vegyi expozíció, ergonómiai, pszichoszociális kóroki tényezők és pszichés megterhelés hatása.

Kizáró, korlátozó okok és tényezők:

Olyan betegségek és/vagy állapotok, amelyek befolyásolják a szellemi, fizikai teljesítőképességet, az érzékszervek működését és a kommunikációt.

Megjegyzések:

Általános primer prevenciós stratégia javasolt egészségmegőrzés, -fejlesztés céljából. Daganatok, kardiovaszkuláris és egyéb betegségek felismerését célzó szűrővizsgálatok ajánlottak.

Védőoltások: szezonális influenza, pneumococcusok elleni védőoltás javasolható.

Megelőzés: kollektív védelem balesetek, fizikai, kémiai, biológiai és ergonómiai kockázatok ellen (helyiségek, berendezések, eszközök, megvilágítás, szellőzés, hűtő/fűtő rendszerek tervezése, kivitelezése, karbantartása).

Védőeszközök: kémiai kórokok és gyakorlati képzések során szükséges védőfelszerelés, egyéb esetekben, nem szükséges.

2431 Általános iskolai tanár, tanító

A foglalkozás tartalma:

Oktatja és neveli az általános iskolában tanuló gyermekeket. Feladatai a tanterv alapján a tantárgyak tanmenetének elkészítése, felkészülés az egyes tanítási órákra, audiovizuális és egyéb szemléltető eszközök kiválogatása vagy készítése; a tananyag megtanítása, feldolgozása, megbeszélése; az írásbeli munkák kijavítása, a szóbeli feleletek és beszámolók meghallgatása és értékelése; különféle tanítási módszerek és anyagok (pl. számítógép, könyv, egyéb szemléltető eszközök) alkalmazása. Készségeket fejleszt, melyek során a manuális készségekhez vegyszereket is használ, gyerekek használatát felügyeli. A tanári, tanítói munka széles körű kapcsolati rendszert (tanulók, szülők, a tantestület többi tagja, gyermekvédelmi, szociális intézmények stb.) feltételez, az együttműködési készségek ezen a pályán elengedhetetlenek.

Készségek és kompetenciák:

Érzékelési funkciói közül meghatározó (de nem kizáró tényező) a látás és hallás. A kapcsolatteremtéshez elengedhetetlen a jó kommunikáció. További alapvető pedagógiai készségei közé tartozik a motiváció, a megerősítés, az akarati tényezők kontrollja, az elemzési és döntési készségek. Fontos a kiégés elleni védekezési képesség.

A foglalkozás jellege:

Gyakran álló testhelyzetben, képernyő előtt is, épületen belül végzett szellemi munka, párosulva könnyű fizikai munkával.

A foglalkozás egészségre gyakorolt hatása:

Baleseti egészségkárosodás (esés, sérülés, vegyszerek hatása, közlekedés), biológiai kóroki tényezők károsító hatása lehetséges. Képernyős munkavégzés szemet, váz- és izomrendszert

érintő terhelése. Számítógép-függőség. Adekvát fizikai aktivitás hiánya esetén a kardiovaszkuláris és daganatos betegségek, elhízás, metabolikus szindróma, cukorbetegség kialakulásának kockázata fokozódik. Ergonómiai, kémiai, pszichés és pszichoszociális, egészséget érintő kockázatok. Kiégés. Munkahelyi zaklatás.

Lehetséges kórokok:

Képernyős munkahelyek kockázata, ergonómiai, kémiai expozíciók, pszichoszociális kóroki tényezők és pszi¬chés megterhelés hatása.

Kizáró, korlátozó okok és tényezők:

Olyan betegségek és/vagy állapotok, amelyek befolyásolják a szellemi, fizikai teljesítőképességet, az érzékszervek működését és a kommunikációt.

Megjegyzések:

Általános primer prevenciós stratégia javasolt egészségmegőrzés, -fejlesztés céljából. Daganatok, kardiovaszkuláris és egyéb betegségek felismerését célzó szűrővizsgálatok ajánlottak.

Védőoltások: szezonális influenza, pneumococcusok elleni védőoltás javasolható.

Megelőzés: kollektív védelem balesetek, fizikai, kémiai, biológiai és ergonómiai kockázatok ellen (helyiségek, gépek, berendezések, eszközök, megvilágítás, szellőzés, hűtő/fűtő rendszerek tervezése, kivitelezése, karbantartása).

Védőeszközök: kémiai kórokok esetén a szükséges védőfelszerelés, egyéb esetén nem szükséges.[41]

---

[41] Forrás: *Cseh Károly – Nemeskéri Zsolt – Szellő János – Tibold Antal:* KÉZIKÖNYV a foglalkozások egészségi szempontjainak meghatározásához online 2014.

3.2. A kutatásban alkalmazott mintavételi eljárás bemutatása

A mintavételi eljárás a fenti fejezetben kifejtve.

A kutatást az alábbi táblázatos forma szerint végeztük el:

munkakörök	összes **munkavállalói** kérdőív száma	ÉM			DA			KD				összes **munkáltatói és orvos, munkabiztonsági** kérdőív száma		
		általános	ergonómia	ageing	általános	ergonómia	ageing	általános	ergonómia	ageing		általános	ergonómia	ageing
Egyetemi főiskolai oktató, tanár 12,8%	**51**	7	8	2	7	8	2	7	8	2	felsőoktatatás	3	3	3
Középiskolai tanár 25%	99	14	16	3	14	16	3	14	16	3	közoktatás	9	9	9
Általános iskolai tanár, oktató 37,8%	150	25	20	5	25	20	5	25	20	5	szakképzés	9	9	9
Gyógypedagógus 5,3%	21	3	3	1	3	3	1	3	3	1	felnőttképzés	6	6	6
Konduktor 6%	24	3	3	2	3	3	2	3	3	2	egyéb	6	6	6
Egyéb szakképzett oktató, nevelő 12,8%	**51**	7	8	2	7	8	2	7	8	2		33	33	33
összesen munkavállalói	**396**	59	58	15	59	58	15	59	58	15				
összesen munkáltatói és egyéb				132			132			132				
mindösszesen	**495**													
általános	210													
ergonómia	207													
ageing	78													
pszichoszociális	105													
MINDÖSSZESEN	600													

A kérdőívek eredményeinek rögzítéséhez és a kiértékeléséhez informatikai rendszer került kifejlesztésre.

4. Kérdőíves felmérés bemutatása

A kutatás kérdőíveinek bemutatása

A kutatáshoz szükséges adatgyűjtés *papíralapú és online kérdőíves lekérdezéssel történt,* amelyhez a következő kérdőíveket használtuk:

1. *A foglalkozás-egészségügy és a munkabiztonság általános felmérésre 4 db* (munkáltató, munkavállaló, foglalkozás-egészségügy, munkabiztonság) kérdőívet állítottunk össze, ezáltal biztosítva, hogy a munka világának ez a 4 főszereplője bemutathassa munkavédelemmel kapcsolatos munkáját és tapasztalatai.
2. *Az ergonómiai kockázatok felmérésére szolgáló kérdőíveket (5 db)* olyan módon állítottuk össze: munkáltató, 2 speciális munkavállalói alcsoport, foglalkozás-egészségügy, munkabiztonság.
3. Idősödő munkavállalók helyzetének felmérésére szintén 4 db kérdőívet állítottunk össze (munkáltató, munkavállaló, foglalkozás-egészségügy, munkabiztonság).
4. Az oktatás csaknem minden munkavállalója *kitett a fokozott pszichés terhelésnek,* így, ahogy a Mvt. is feladatává teszi a munkáltatónak ezen kockázatok felmérését és elemzését, a foglalkozás-egészségügyi szakorvos bevonásával speciális kérdőívet töltettünk ki a foglalkozás-egészségügyi szakorvossal kockázatok, illetőleg a következmények megismerése céljából.

Tehát az oktatás ágazatban a munka világának mind a 4 főszereplőjénél és az idősödő munkavállalóknál elvégeztük az általános munkavédelmi helyzet felmérését, továbbá kitértünk a nagy fontosságú (1. rész) pszichoszociális kóroki tényezőkre is.

A kérdőívek elemzésekor azokat római számmal folyamatosan számoztuk.

4.1. Kérdőívek ismertetése

14 darab kérdőív elkészítése az alábbiak szerint:

Kérdőívek munkavállalók esetében

A) Általános kérdőív

1. Kérdőív *a munkavállalók*nak a foglalkozás-egészségügy és munkabiztonság helyzetéről
   - minden munkavállaló részére, függetlenül a munkakörétől.

B) Ergonómiai kérdőív

1. Kérdőív *munkavállalók*nak az *ergonómiai kockázatok* (műszak-álló) felmérésére

- oktatók és műszaki (pl. karbantartók) munkavállalók részére

2. Kérdőív *munkavállalók*nak az *ergonómiai kockázatok* (irodai) felmérésére

- oktatók és irodai munkát végző munkavállalók részére.

C) Idősödő munkavállalóknak szóló kérdőív

1. Kérdőív *munkavállalók*nak az *idősödő munkavállalók életkorából adódó kockázatok* felmérésére

- minden munkavállaló részére, függetlenül a munkakörétől, aki betöltötte a 45 évet

Kérdőívek a munkáltatók esetében

A) Általános kérdőív

1. Kérdőív *a munkáltatók*nak a foglalkozás-egészségügy és munkabiztonság helyzetéről

- minden munkáltató részére.

B) Ergonómiai kérdőív

1. Kérdőív *munkáltatók*nak az *ergonómiai kockázatok* felmérésére

- minden munkáltató részére.

C) Idősödő munkavállalókról szóló kérdőív

1. Kérdőív *a munkáltatók*nak az *idősödő munkavállalók életkorából adódó kockázatok* felmérésére

- minden munkáltató részére.

Kérdőívek a munkabiztonsági szakemberek esetében

A) Általános kérdőív

1. Kérdőív *a munkabiztonsági szakemberek*nek a foglalkozás-egészségügy és munkabiztonság helyzetéről

- minden munkabiztonsági szakember részére.

B) Ergonómiai kérdőív

1. Kérdőív *a munkabiztonsági szakemberek*nek az ergonómiai kockázatok felmérésére

- minden munkabiztonsági szakember részére.

C) Idősödő munkavállalókról szóló kérdőív

1. Kérdőív *a munkabiztonsági szakemberek*nek az idősödő munkavállalók életkorából adódó kockázatok felmérésére

- minden munkabiztonsági szakember részére.

Kérdőívek kitöltése a foglalkozás-egészségügyi szakorvos esetében

A) Általános kérdőív

1. Kérdőív *a foglalkozás-egészségügyi szakorvos*nak a foglalkozás-egészségügy és munkabiztonság helyzetéről

- minden foglalkozás-egészségügyi szakorvos részére.

B) Ergonómiai kérdőív

1. Kérdőív *a foglalkozás-egészségügyi szakorvos*nak az ergonómiai kockázatok felmérésére

- minden foglalkozás-egészségügyi szakorvos részére.

C) Idősödő munkavállalókról szóló kérdőív

1. Kérdőív *a foglalkozás-egészségügyi szakorvos*nak az idősödő munkavállalók életkorából adódó kockázatok felmérésére

- minden foglalkozás-egészségügyi szakorvos részére.

D) Pszichoszociális kérdőív

1. Pszichoszociális kockázatok felmérése az oktatási ágazatban

- az orvos tölteti ki a fokozott pszichés terhelésnek kitett munkavállalókkal (oktatók, képernyős munkahelyek, munkahelyi vezetők).

4.2. Kérdőív kiértékelések

A következő fejezetekben a kérdőívek számozása római számmal folyamatosan szerepel.

4.2.1. Általános kérdőívek kiértékelése

I. Kérdőív a foglalkozás-egészségügyi szakorvosoknak

A foglalkozás-egészségügyi szakorvosoknak feltett kérdéseknek az volt a célja, hogy felmérjük a foglalkozás-egészségügyi ellátás és a benne dolgozók helyzetét, nehézségeit, lehetőségeit az oktatás területén tevékenykedők esetében. Azt szerettük volna feltárni, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakorvosok *milyen formában nyújtanak foglalkozás-egészségügyi ellátást a szervezetek/cégek munkavállalóinak, azaz melyik szolgáltatási formát találják a leghatékonyabbnak ebben az ágazatban?*

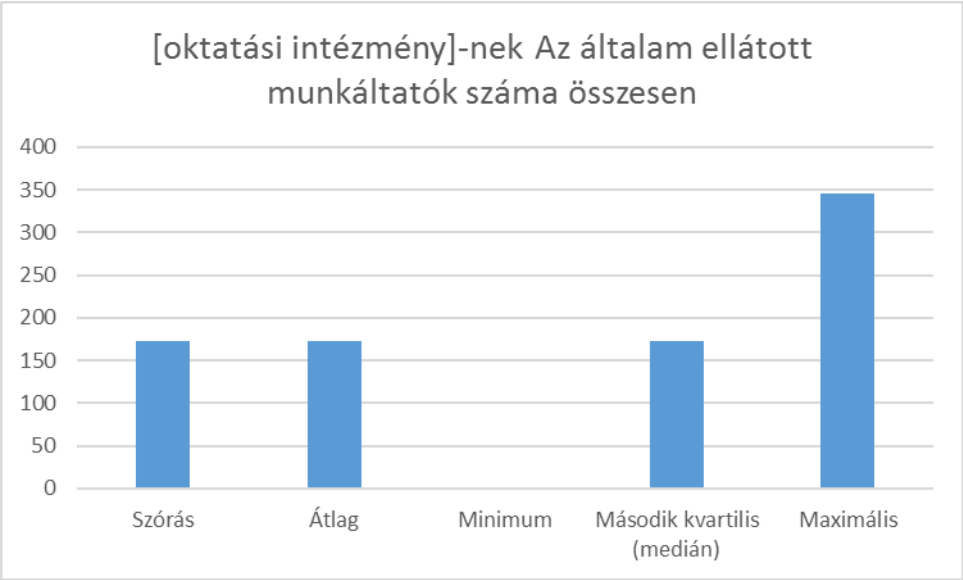
A válaszlehetőségek felölelték a jelenlegi működési lehetőségek minden formáját (az adott cég alkalmazottja; saját vállalkozás; más [külső] foglalkozás-egészségügyi vállalkozáson keresztül alkalmazottja; más [külső] foglalkozás-egészségügyi vállalkozás keresztül, alvállalkozóként működök közre vagy a céggel saját vállalkozásával, vállalkozója; más forma), de a feleletek csak két csoportra oszlottak: 50%-ban *„a céggel saját vállalkozással, vállalkozóként működnek közre”*, valamint 50%-ban *„a céggel más foglalkozás-egészségügyi vállalkozáson keresztül, alvállalkozóként működöknek közre”* (1. sz. grafikon).

1. sz. grafikon

A „nyújt-e más szolgáltatást a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatáson kívül?” kérdésünkkel arra kerestük a választ, hogy a foglalkozás-egészségügyi orvos a foglalkozás-egészségügyi ellátáson kívül más feladatot ellát-e? E kérdés aktualitását az képezte, hogy egy, az OSZMK foglalkozás-orvostan országos szakfelügyelő főorvosa valamint az OMMF által 2008-ban közösen végzett felmérés szerint az ellátás minősége nem függ az ellátás formájától. Úgy gondoltuk, ezt 10 év elteltével ismételten érdemes vizsgálni (erre a későbbiekben visszatérünk), hogy lássuk az esetleges változásokat ezen a téren. Ugyanakkor fontosnak találtuk megvizsgálni a foglalkozás-egészségügyben dolgozók (mint munkavállalók) leterheltségét is! A válaszok alapján *csak foglalkozás-egészségügyi szolgáltatást nyújt 50%, háziorvosként is dolgozik 50%, emellett más szolgáltatást is nyújtók nem jelennek meg* (2. sz. grafikon). Országosan ez az arány: csak foglalkozás-egészségügyi ellátást végez 35%, egyéb tevékenységet is végez (pl. háziorvos) a válaszadók 65%.

2. sz. grafikon

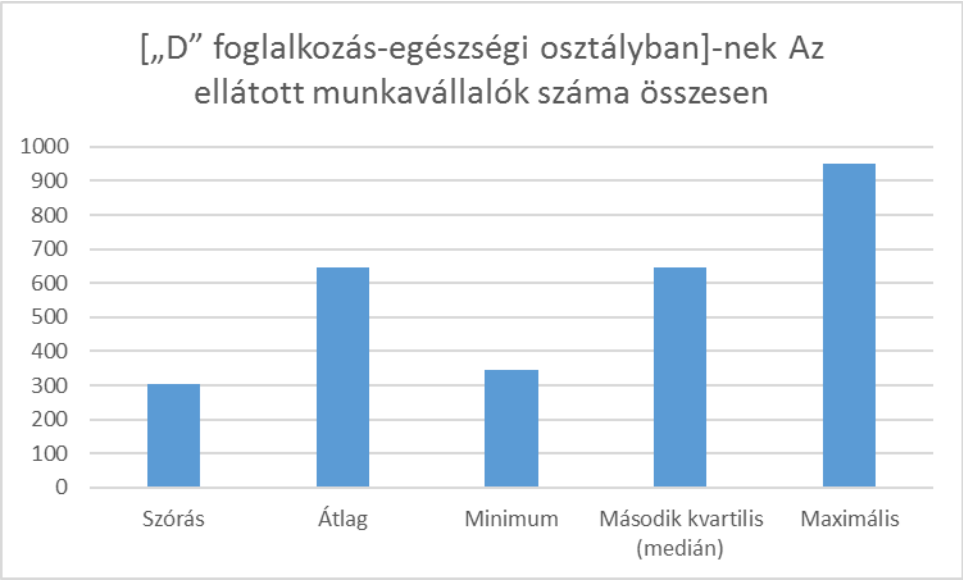
Ahhoz, hogy fel tudjuk mérni a szakmai és a praxis fenntartásához szükséges lehetőségeket, rákérdeztünk arra is, hogy az egyes foglalkozás-egészségügyi szolgálatok *összesen hány munkáltatót látnak el*? A megkérdezettek változó arányban látnak el oktatási intézményeket; és a grafikonok rendre mutatják az ellátott munkáltatók számát, ez 346, valamint azok átlagát, minimum, illetve maximum értékét is ebben a kategóriában (3. sz. grafikon).



3. sz. grafikon

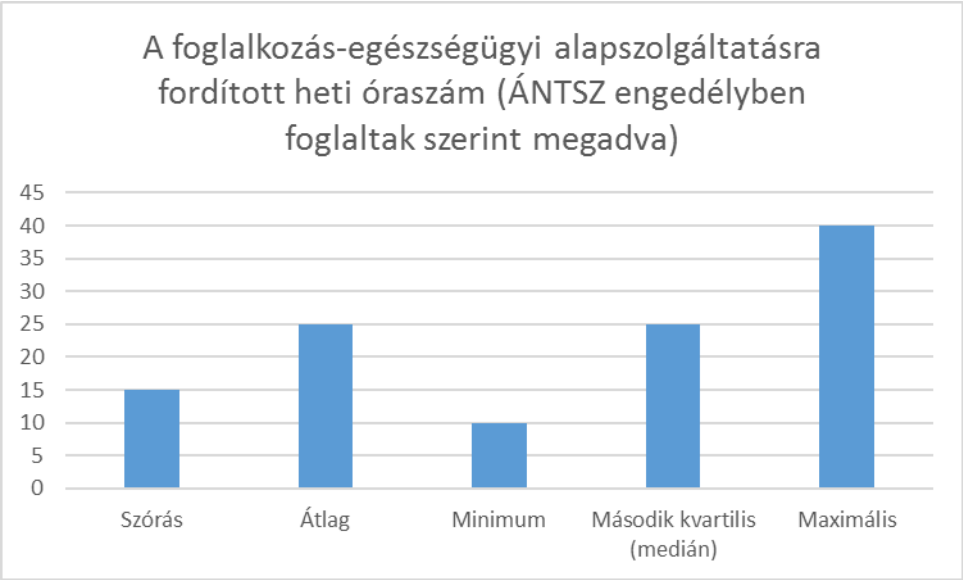
Az ellátott munkavállaló száma a *a foglalkozás-egészségügyi szolgálatról szóló 89/1995. (VII. 14.) Kormány rendeletben* megadott kategóriák szerint került összesítésre, ezek szerint az

oktatásban az érintett foglalkozás-egészségügyi szolgáltatók összesen 1295 munkavállalót látnak el a „D” foglakozás-egészségügyi osztályban (4. sz. grafikon). Más kategóriába besorolás nem történt. Így valószínű, hogy az adminisztratív, illetve műszaki személyzetet is ebbe a kategóriába sorolták be, ami eltér a rendeletben előírtaktól.



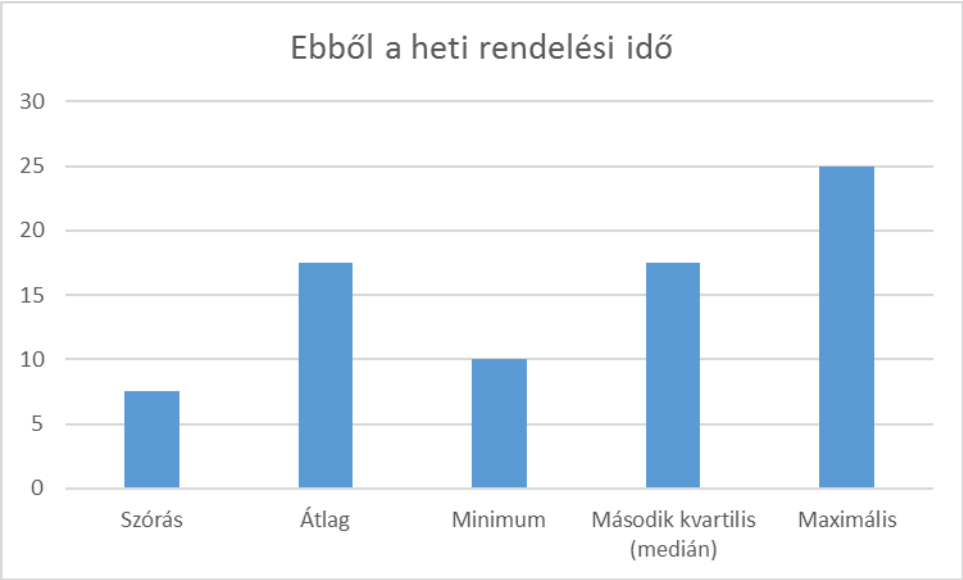
4. sz. grafikon

A foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatásra fordított heti óraszámot (ÁNTSZ-engedélyben foglaltak szerint megadva) a szolgáltatóknál összesen heti 50 órában határozták meg, ez szolgáltatónként min. 10, max. 40. (5. sz. grafikon).



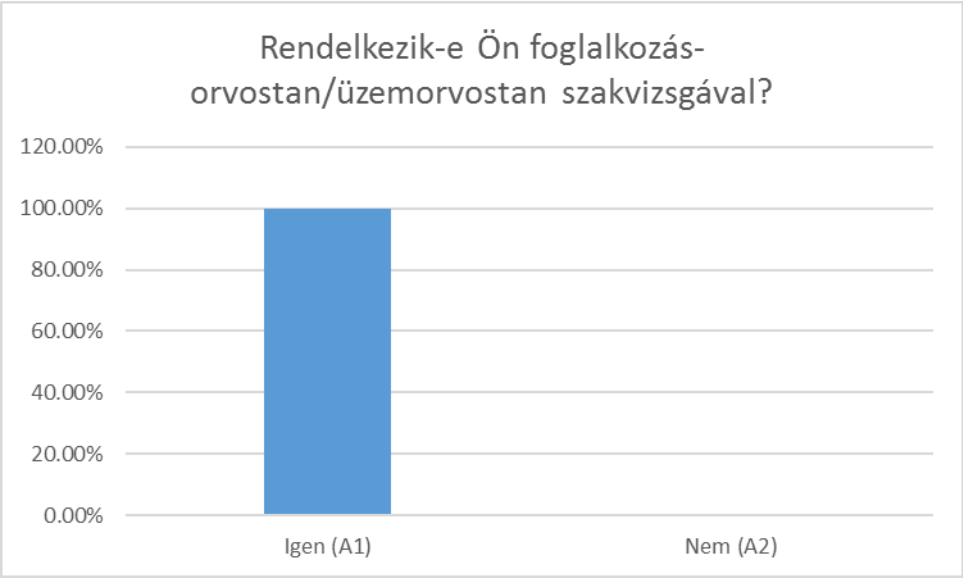
5. sz. grafikon

Ebből *a heti rendelési idő 35 óra/hét, 6. sz. grafikon,* vagyis átlagban 15 óra marad egyéb feladatok ellátására, ami elégségesnek tűnik minden területet felölelő szakmai tevékenységre.



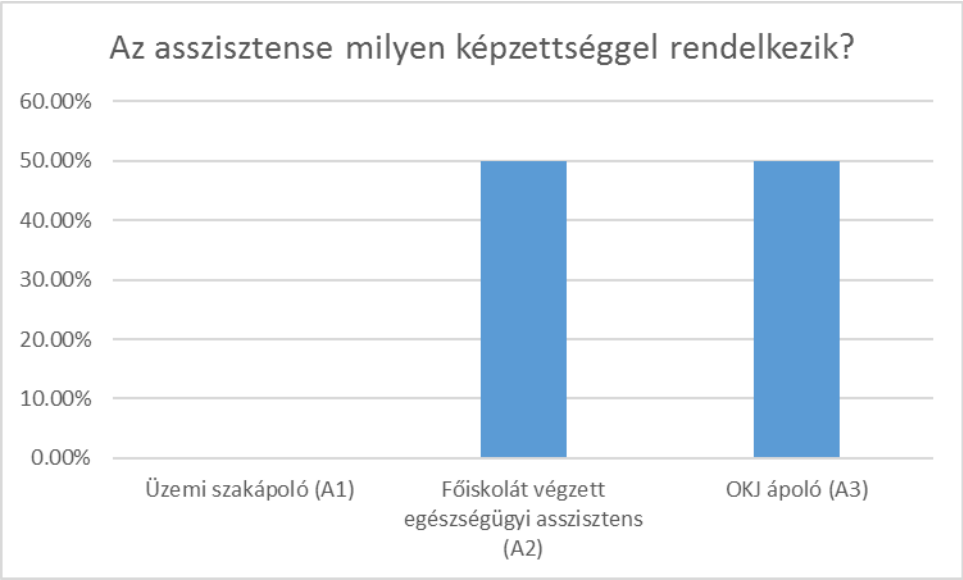
6. sz. grafikon

A szakmai minimumfeltételeknek megfelelően, a foglalkozás-egészségügyi ellátást minden esetben (100%) *foglalkozásorvostan/üzemorvostan szakvizsgával* rendelkező szakorvosok biztosítják, vagyis rendelkeznek mindazon ismeretekkel, melyek szükségesek az oktatásban dolgozó munkavállalók egészségének megóvásához (7. sz. grafikon).



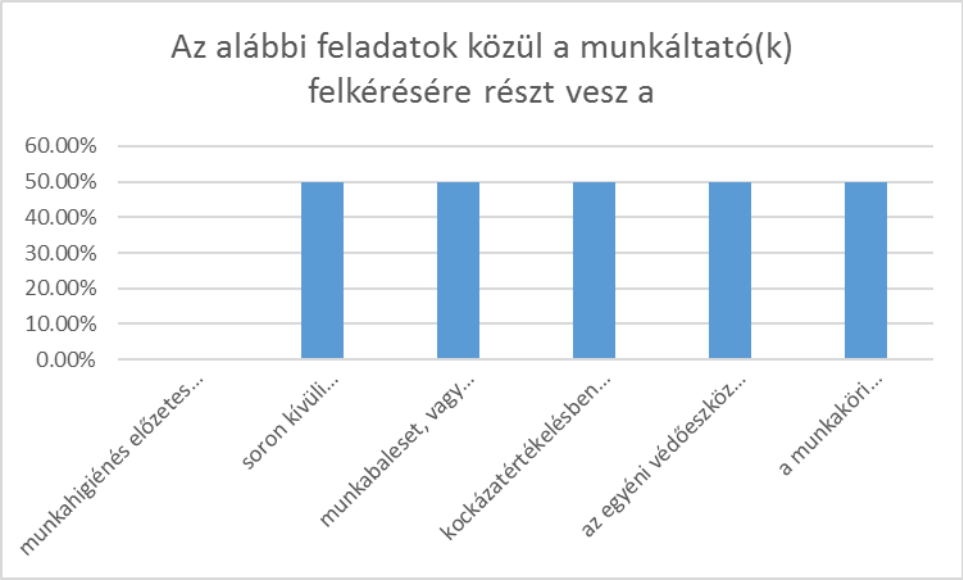
7. sz. grafikon

Ami a foglalkozás-egészségügyi szolgálatokban alkalmazott ápolókat illeti, nagyrészt megfelelnek a szakmai minimumfeltételeknek, mert *50%-a főiskolát végzett egészségügyi asszisztens,* illetve 50%-a OKJ-s ápoló (8. sz. grafikon).



8. sz. grafikon

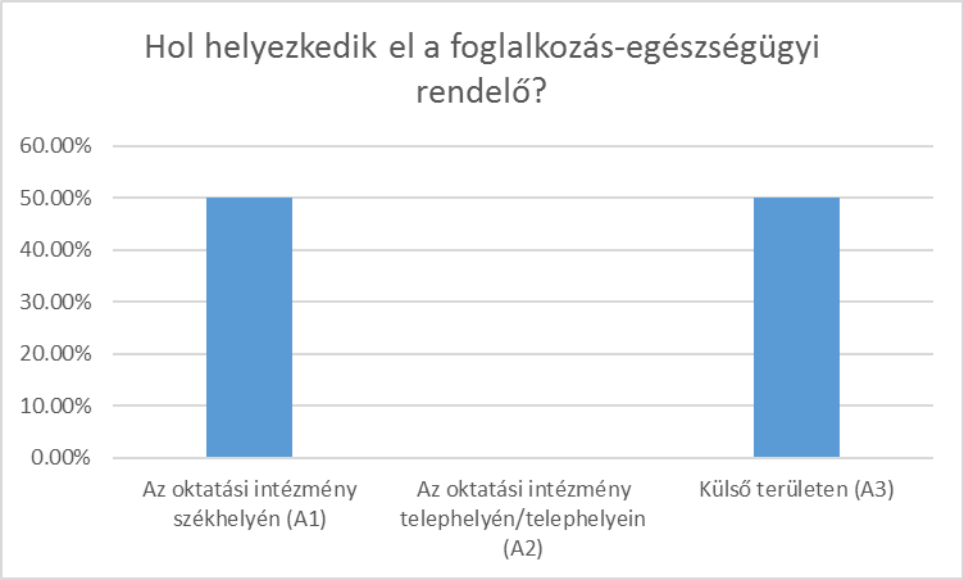
A megkérdezettek úgy nyilatkoztak, hogy az alkalmassági vizsgálatokon túl, *részt vesznek* a *munkáltató(k) felkérésére az alábbi feladatok ellátásában:* munkahigiénés előzetes vizsgálat (létesítmény, munkahely, technológia) 0%, soron kívüli ellenőrzések (munkahely, egyéni védőeszköz, technológia) 50%, munkabaleset vagy foglalkozási betegség, foglalkozással összefüggő megbetegedések kivizsgálása 50%, kockázatértékelés 50%, az egyénivédőeszköz-juttatás belső rendjének meghatározása 50%, a munkaköri alkalmassági vizsgálatok rendjének írásos szabályozása 50% (9. sz. grafikon, több válasz is lehetséges).



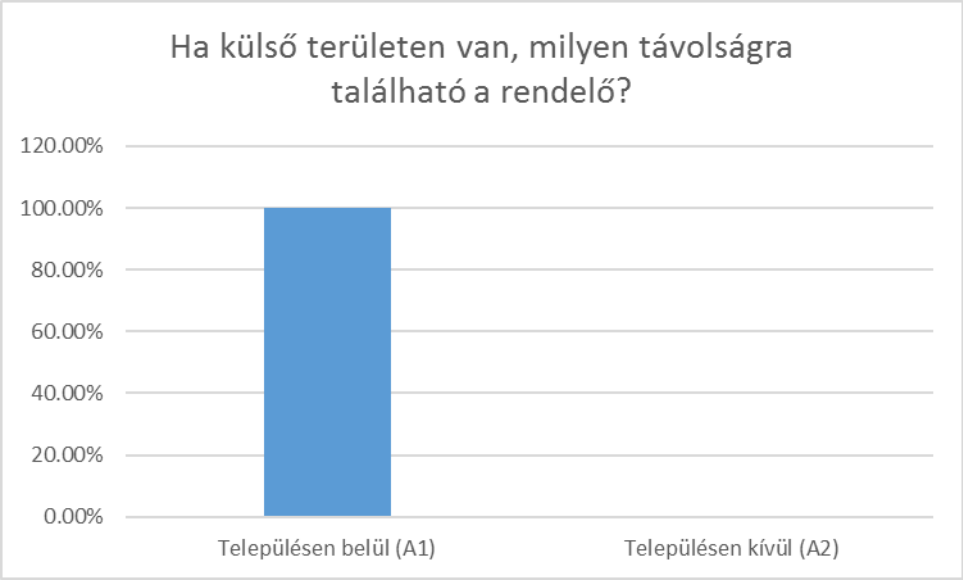
9. sz. grafikon

Fel kell tennünk a kérdést, hogy ha nem vesznek részt a foglalkozás-egészségügyi szakorvosok munkahigiénés vizsgálatokban (üzemi szemléken), akkor miként történik a kockázatelemzésben való részvételük és miként bírálják el a munkaköri alkalmassági vizsgálatokat az adott munkahelyek ismerete nélkül?

A 33/1998. (VI. 24.) NM rendelet kimondja, hogy a *rendelőnek a munkahelyen belül, vagy külső területen annak közelében kell elhelyezkednie (max. 50 km-es körzetben), vagyis a cég/szervezet székhelyén, a cég/szervezet telephelyén/telephelyein*. A válaszok alapján az derült ki, hogy a rendelők 50%-ban a cég/szervezet székhelyén, illetve 50%-ban külső területen helyezkednek el (10. sz. grafikon), az adott munkahely településén belül 100% (11. sz. grafikon), azaz az előírtaknak megfelelő feltételek mellett működnek a rendelők.



10. sz. grafikon

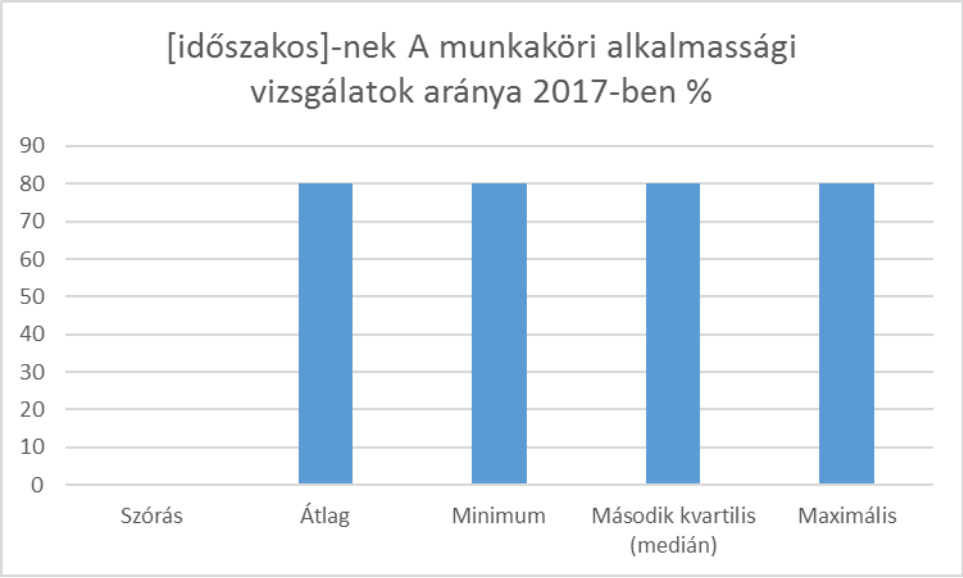


11. sz. grafikon

A foglalkozás-egészségügyi szakmai feladatoknak fontos részét képezik a *munkaköri alkalmassági vizsgálatok, melyeknél az arány 2017-ben (%-ban kifejezve)* az oktatásban az alábbiak szerint alakult: az *előzetes munkaköri alkalmassági vizsgálat* az összmunkaköri alkalmassági vizsgálatok 15%-át teszi ki (12. sz. grafikon).

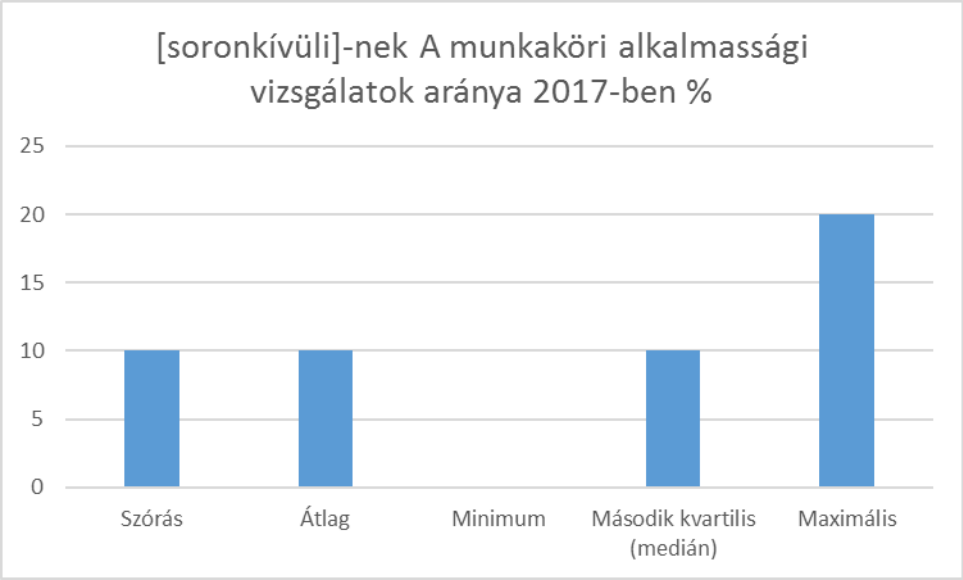
12. sz. grafikon

Az *időszakos munkaköri alkalmassági vizsgálat* az összmunkaköri alkalmassági vizsgálatok 80%-át teszi ki (13. sz. grafikon).



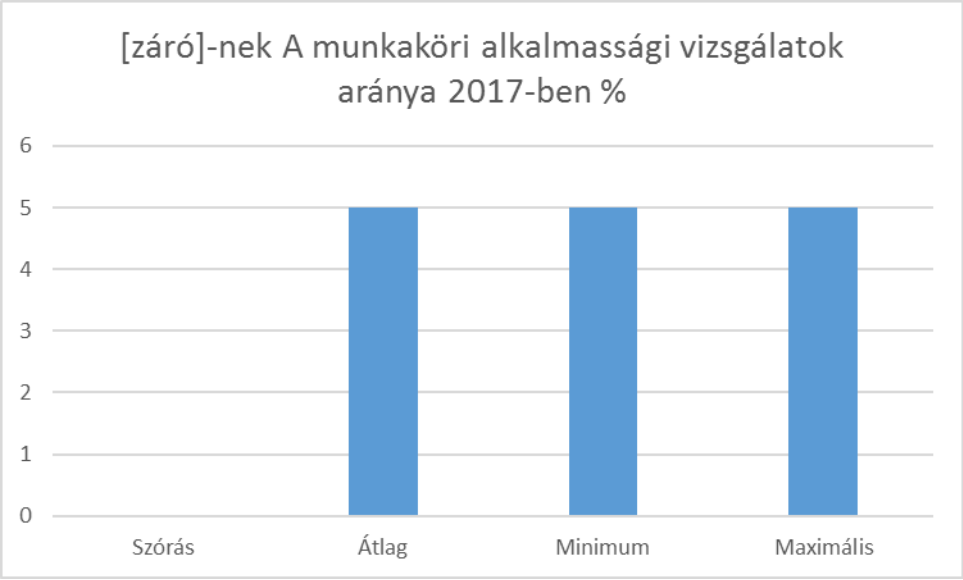
13. sz. grafikon

A soron kívüli *munkaköri alkalmassági vizsgálat* átlagosan az összmunkaköri alkalmassági vizsgálatok 10%-át teszi ki (14. sz. grafikon).



14. sz. grafikon

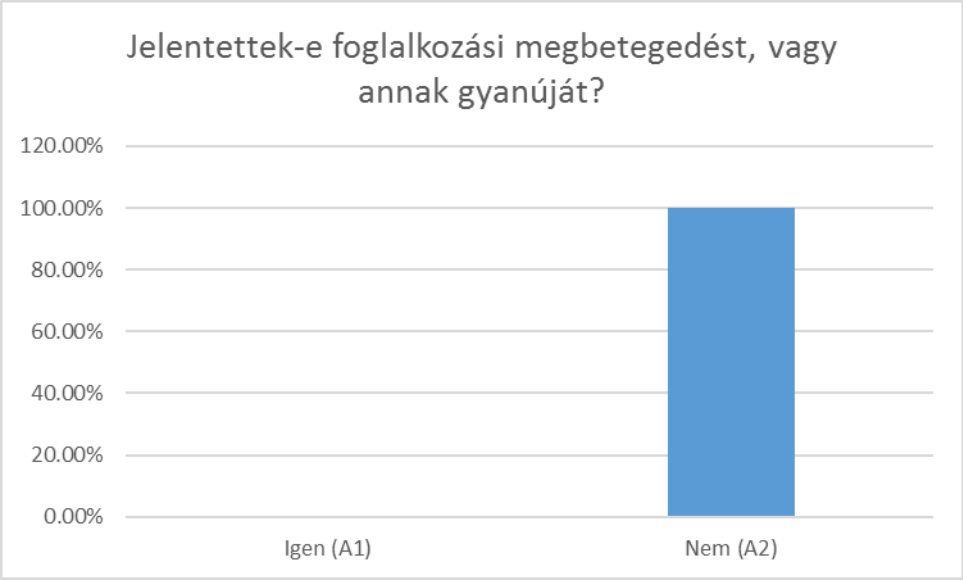
A záró *munkaköri alkalmassági vizsgálat* az összmunkaköri alkalmassági vizsgálatok 6%-át teszi ki (15. sz. grafikon).



15. sz. grafikon

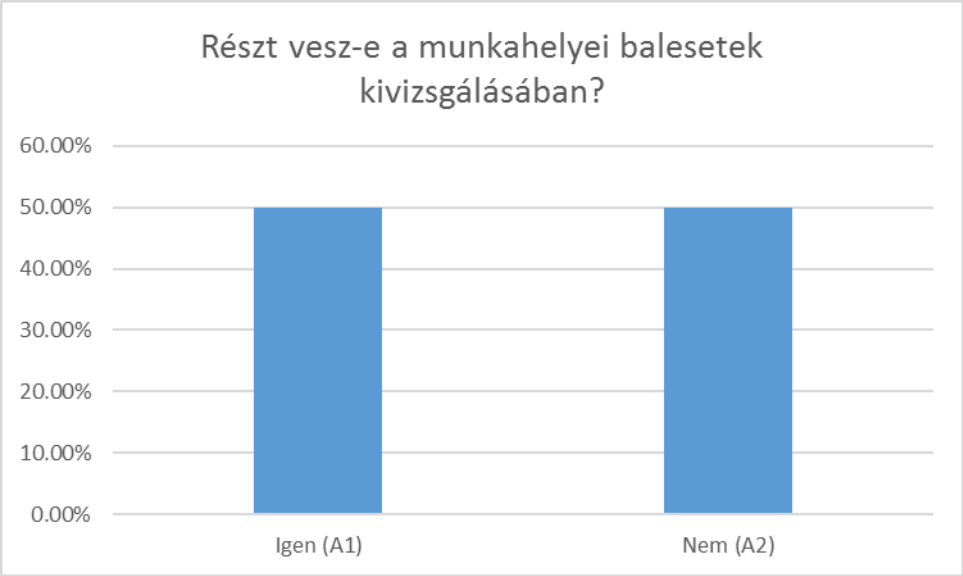
Egyéb *munkaköri alkalmassági vizsgálat* összesen 1 esetben volt.

A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok az elmúlt évben nem *jelentettek foglalkozási megbetegedést, vagy annak gyanúját (*16. számú grafikon).



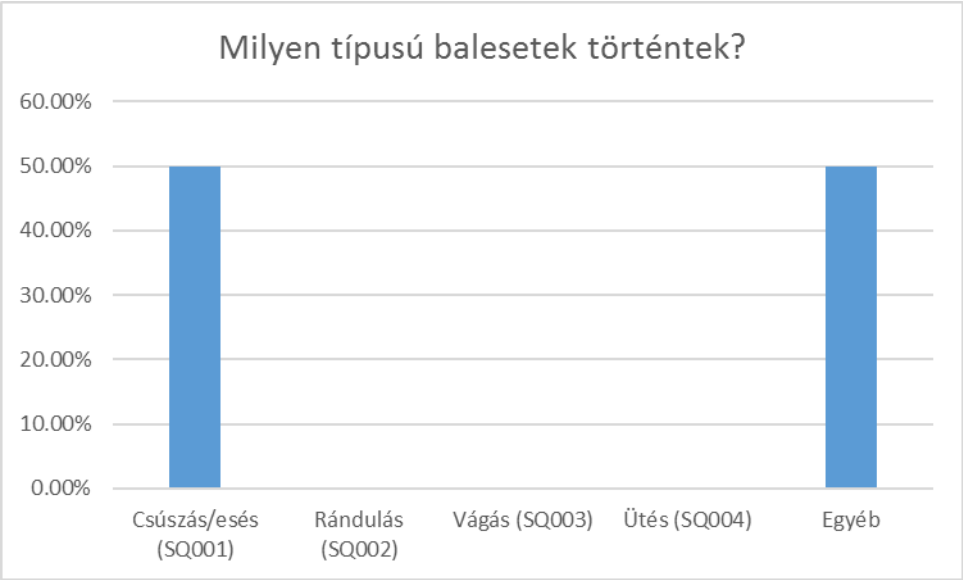
16. számú grafikon

A válaszok alapján úgy tűnik, hogy *a foglalkozás-egészségügyi szakorvosok 50%-a vesz részt a munkahelyei balesetek kivizsgálásában* (17. sz. grafikon). Ennek oka az lehet, hogy a többi esetben vagy nem értesítik a foglalkozás-egészségügyi szakorvost a baleset bekövetkezéséről, vagy csupán „adminisztratív" tevékenységként kezelik azt.



17. sz. grafikon

A *munkahelyi balesetek típusát* tekintve az összes eset 50%-a csúszás/esés; rándulás, vágás, illetve ütés 0%;, egyéb 50% (18. sz. grafikon).



18. sz. grafikon

A *munkahelyi balesetek okait vizsgálva* hiányos munkafeltételek, fáradtság, éjszakai műszak, stb. 0%; figyelmetlenség 50% (ami természetesen lehet a fáradtság következménye is); egyéb tényező 50% (19. sz. grafikon).

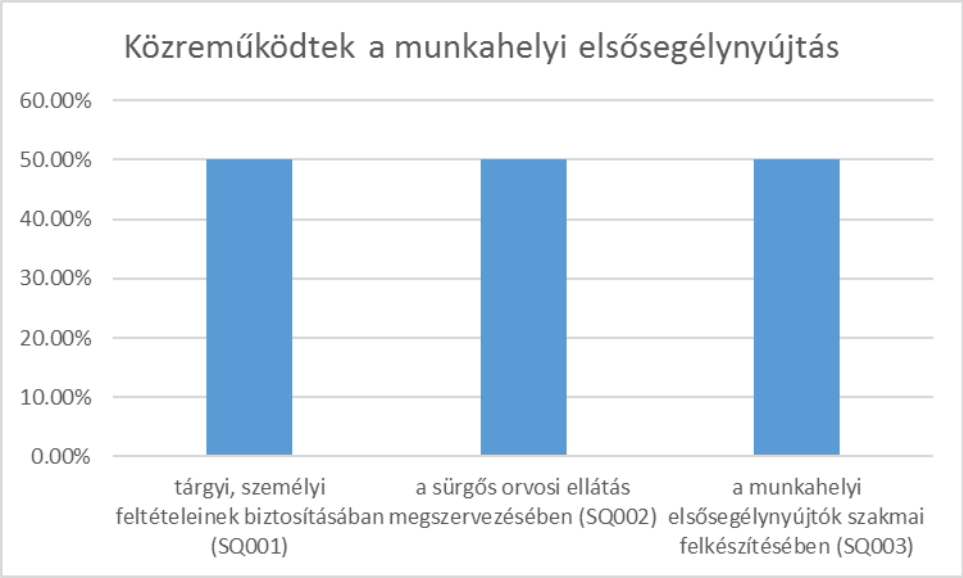
19. sz. grafikon

Azon munkavállalók aránya, akik az oktatásban dolgoznak, és akiknek eddig nem ismert, vagy eltitkolt betegségére az alkalmassági vizsgálat során derült fény 0%.

A vonatkozó rendelet alapján a munkakörhöz kötött védőoltások az összes ellátott munkavállaló számához viszonyítva max. 20%-ot jelent (20. sz. grafikon).

20. sz. grafikon

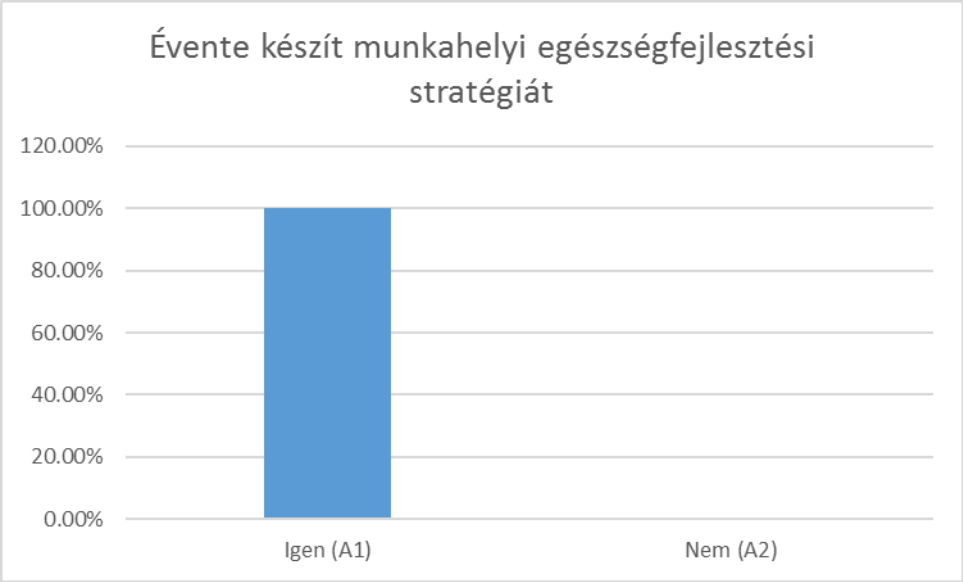
A foglalkozás-egészségügy *közreműködői feladatait* a 27/1995. (VII. 25) NM rendelet 4. § (2) bekezdése sorolja fel, amelyek közül az egyik a *munkahelyi elsősegélynyújtással* kapcsolatos tevékenység képezi. Ezt a feladatot a foglalkozás-egészségügyi szolgálat a munkáltató kérésére végzi, vagyis szakértőként működik közre a szakorvos. Ez *kiterjed a munkahelyi elsősegélynyújtók szakmai felkészítésére,* arra a tanácsadásra, a*mely a munkahelyi elsősegélynyújtásnak a tárgyi, személyi feltételek biztosításához* szükségesek, valamint *a sürgős orvosi ellátás megszervezésében* való közreműködést is felöleli. A kérdésekre adott válaszok alapján, az oktatásban *a munkahelyi elsősegélynyújtók szakmai felkészítésében* a foglalkozás-egészségügyi szolgálatok 50%-ban, *a munkahelyi elsősegélynyújtásnak a tárgyi, személyi feltételek biztosításához* szükséges tanácsadásban 50%-ban, a *sürgős orvosi ellátás megszervezésében* ugyancsak 50%-ban vesznek részt (21. sz. grafikon, több válasz is lehetséges).



21. sz. grafikon

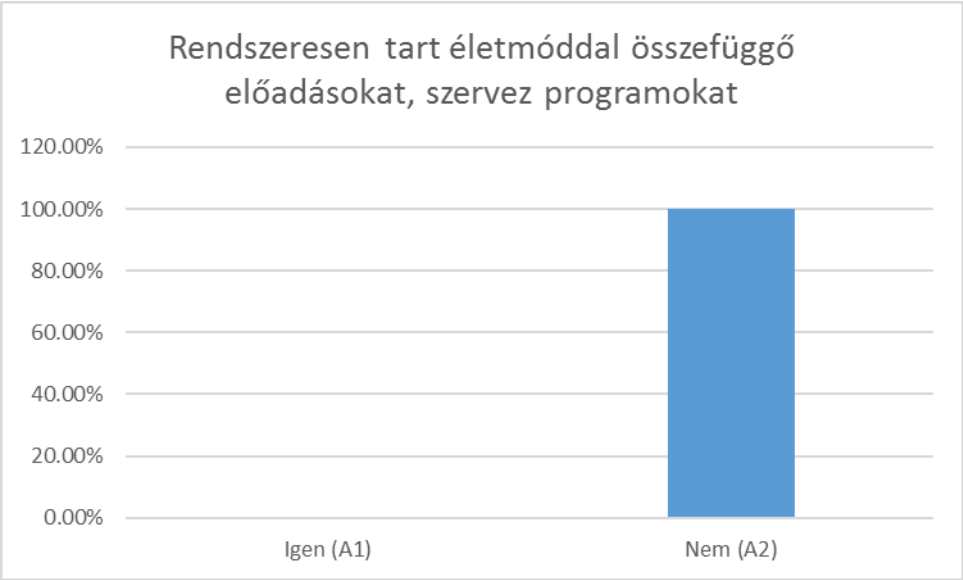
Fontos volt felmérni a foglalkozás-egészségügyi alapellátásban dolgozó foglalkozás-egészségügyi szakorvosok tevékenységének hatékonyságát, szakmai kompetenciákban való jártasságát. Ennek egyik mérési lehetősége a *másodfokú vizsgálatra küldött munkavállalók aránya,* ami a szakmai ismereteken túl a terület ismeretét, a jártasságot is mutatja. Úgy tűnik, és ebben a *foglalkozás-egészségügy erősségét láthatjuk,* nincs hiba, hiszen az összes munkaköri alkalmassági vizsgálatok figyelembe véve egyszer s*em volt szükség a másodfok döntésére.*

A felmérések alapján arra következtethetünk, hogy az oktatásban a primer prevenciót szolgáló *munkahelyi egészségfejlesztéssel* kapcsolatos teendők a foglalkozás-egészségügy feladatai közül megfelelő figyelmet kapnak. Arra a kérdésre, hogy *készít-e évente munkahelyi egészségfejlesztési stratégiát,* 100%-ban azt válaszolták, hogy *igen* (22. sz. grafikon).



22. sz. grafikon

A munkahelyi egészségfejlesztés egyik alapvető feladata az egészséges életmóddal kapcsolatos oktatás, valamint az, hogy a foglalkozás-egészségügyi szolgálat szakemberei *rendszeresen tartsanak az életmóddal összefüggő előadásokat, és szervezzen ezzel kapcsolatos programokat.* Sajnos, itt 100%-*ban nemleges* választ kaptunk (23. sz. grafikon), ami azt jelenti, hogy a foglalkozás-egészségügy egyik jelentős erejét az oktatást ellátó foglalkozás-egészségügyi szolgálatok egyáltalán nem használják ki.



23. sz. grafikon

Összegezve az oktatásban működő foglalkozás-egészségügyi szolgálatok jelenlegi helyzetét, a felmérések alapján megállapítható, hogy a foglalkozás-egészségügy, bár *az aktív lakosság körében a primer és szekunder prevenció terén* ***erőssége*** *lehetne* az egészségkárosító kockázatok feltárása és megszüntetése/csökkentése a kockázatelemzésben/kockázatkezelésben való részvétellel, ebbe csak 50%-ban kapcsolódik be.

Működő ***erőssége*** a holisztikus szemlélet, mely az egyén, a munka és a környezet összefüggésében vizsgálja a munkavállalók megterhelését, igénybevételét és ezzel jelentősen csökkenti vagy megszünteti az egészségkárosító kockázatokat, illetve azok hatásait. Hasonlóképpen a munkaköri alkalmassági vizsgálatok (előzetes 7%, időszakos 80%, soron kívüli 10%, záró 2%) elvégzése is, mivel azok nemcsak a foglalkozási megbetegedések vagy fokozott expozíciók, hanem a sorsszerű megbetegedések korai kiszűrésére is alkalmasak (szekunder prevenció), így lakossági szűrővizsgálatoknak is tekinthetők. Ezen túl a foglalkozás-egészségügyben *az aktív lakosságra vonatkozóan igen sok egészségi adat (vizsgálati eredmény)* halmozódik fel, amelyek az egészségügy más területein nem lelhetők fel, és *népegészségügyi szempontból rendkívül értékesek!*

Erőssége a foglalkozás-egészségügynek az a *magas szintű multidiszciplináris szakmai képzés és tudás,* amivel mind az orvosok, mind a szakasszisztensek az oktatásban területét ellátó foglalkozás-egészségügyi szolgálatoknál rendelkeznek (100%-uk rendelkezik az előírt szakképesítéssel), és a munkavállalók és munkáltatók érdekeit egyaránt szolgálják. Ezt bizonyítja a végzettségükön túl, hogy a munkaköri alkalmassági vizsgálatok esetén nem volt szükség *az alkalmasság másodfokú elbírálására,* valamint, hogy foglalkozási megbetegedés illetve fokozott expozíciós eset nem fordult elő, ami a preventív tevékenység, illetve a szakmai közreműködői tevékenység hatékonyságát jelzi. A felmérések alapján arra következtethetünk, hogy az oktatásban, a primer prevenciót szolgáló *munkahelyi egészségfejlesztéssel* kapcsolatos teendők a foglalkozás-egészségügy feladatai közül kiemelt figyelmet kapnak, a felmérésben szereplő szolgálatok 100%-ban azt válaszolták, hogy készítenek *évente munkahelyi egészségfejlesztési stratégiát* (22. sz. grafikon), de sajnálatos módon ezek hiányosak lehetnek, hiszen egyúttal azt is jelzik, hogy nem tartanak *életmóddal összefüggő előadásokat, és nem szerveznek ezzel kapcsolatos programokat, ami már a* ***gyengeségek*** között említendő.

További ***gyengesége*** a rendszernek, hogy a *munkahelyi balesetek* bekövetkezésének okozójaként 50%-ban figyelmetlenséget, szintén 50%-ban más tényezőt neveznek meg (19. sz. grafikon). Ez, úgy gondoljuk, hogy megérdemelne egy részletesebb elemzést, tekintettel

arra, hogy a figyelmetlenség is lehet fáradtság oka, azaz a pszichoszociális kockázatok felmérése/elemzése és figyelembevétele az okok megszüntetésére adna lehetőséget. Így a *gyengeséget erősséggé* lehetne alakítani, csökkentve a munkahelyi balesetek számát, valamint javítva a termelékenységet. Együttműködési zavarra utalhat az a gyengeség, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakorvosoknak csak 50%-a vesz részt a munkahelyi balesetek kivizsgálásában. Ennek oka az lehet, hogy vagy nem értesítik a foglalkozás-egészségügyi szakorvost a baleset bekövetkezéséről, vagy csupán „adminisztratív" tevékenységként kezelik azt.

A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok – mint azt már fent is említettük – legjelentősebb *gyengeségének*, amely egyben erősségé is alakítható, a *munkahelyi egészségfejlesztés hiánya tekinthető*. A munkahely manapság nem kizárólag gazdasági egységet jelent, hanem egy felelős társadalmi intézményt is. A profitmaximalizáláson kívül egy cég céljai közt szükségszerűen meg kell jelennie az egészségfejlesztésnek, mely a foglalkozás-egészségügyi szolgálatnak nemcsak egy kihívás, hanem egyben ***lehetőség*** is. A munkahelyen olyan ismereteket, módszereket és késztetést lehet és kell terjeszteni, amelyek az egészségtudatos magatartást és életmódot segítik megvalósítani. Ez a munkahelyi egészségfejlesztésnél az oktatásban, valamint azokban az egészségfejlesztő programokban valósulhat meg, amelyek szemléletváltást hoznak a munkavállaló egészséghez való viszonyulásában. A *lehetőségek* között fontos lenne, hogy a foglalkozás-egészségügy mellé rendeljék a népegészségi szűrőprogramokat (a munkaköri alkalmassági vizsgálatok keretében ennek egy részét ma is végzi a foglalkozás-egészségügyi szakorvos), de ezek az adatok nem kerülnek felhasználásra. Ezzel a lépéssel a jelenlegi népegészségügyi szűrési hatékonyságot az alkalmazásban állók körében 10–15%-ról közel 100%-ra lehetne emelni. A betegségek korai diagnosztizálásának növekedése pedig amellett, hogy anyagi megtakarítást jelent, jelentősen növeli a gyógyulási esélyt, ami egyben az aktív évek meghosszabbítását jelenti.

Gyengeségként könyvelhetjük el azt, hogy *a szolgálatok nem szerveznek életmóddal összefüggő előadásokat,* és *egészségfejlesztő programokat, ez azt jelzi, hogy ezt a lehetőséget nem használják ki; egyik szolgáltató sem tartott ilyen előadásokat, bár más munkavállalói (és munkáltatói) körökben sok esetben látható, hogy ezek a programok nagyszámú érdeklődőt vonzanak. Ez a gyengeség is* ***lehetőséggé*** *válhat egy pozitív intézkedés esetén.*

A munkavédelmi törvény előírja, hogy a munkáltató csak finanszírozója a foglalkozás-egészségügyi szolgálatnak, de szakmai kérdésben utasítást nem adhat, mégis úgy tűnik, hogy bizonyos függőségek megszüntetése szükséges lehet a foglalkozás-egészségügyi szakorvos szakmai és anyagi függetlenségét biztosításához. A megkérdezett foglalkozás-egészségügyi

szolgálatok a *munkáltató(k) felkérésére* részt vesz a soron kívüli ellenőrzésekben (munkahely, egyéni védőeszköz, technológia), de csak 50%-ban, és az alábbi felsorolásban rendre elégtelen vagy elkeserítő részvételi arányokkal találkozunk: munkabaleset vagy foglalkozási betegség, foglalkozással összefüggő megbetegedések kivizsgálása 50%; kockázatértékelés 50%; az egyéni védőeszköz juttatás belső rendjének meghatározása 50%; a munkaköri alkalmassági vizsgálatok rendjének írásos szabályozásában 50%; munkahigiénés előzetes vizsgálat (létesítmény, munkahely, technológia) 0% (!). Ez azt jelenti, hogy jelentős tartalékok vannak még ezen a területen kihasználatlanul (9. sz. grafikon). A feltételezhetően előnytelen szerződések (mindenki D kategóriás) és a munkáltatótól való függés miatt nem várható el a foglakozás-egészségi orvostól, hogy ezeken a területeken (harcosan) tolakodóan lépjen fel.

A felmérések alapján, egyértelmű, hogy a foglalkozás-egészségügyi szolgálat a nehézségek és hiányosságok ellenére megfelel annak a ***fő célnak***, ami a foglalkozás-egészségügy sajátja, vagyis az aktív lakosság egészségének megőrzése, és fejlesztése, azaz a megterhelés ismerete mellett meghatározni a lehetséges igénybevételt, megállapítani (mérni) az egyén arra való alkalmasságát, hogy tudja-e teljesíteni feladatait önmaga és mások veszélyeztetése nélkül. Mivel életünk legnagyobb részét (az alvást kivéve) a munkahelyen töltjük, fontos, hogy a foglalkozás-egészségügy és a munkabiztonsági szakemberek segítsék a munkáltatót a megfelelő munkafeltételek biztosításában, a munkavállalók egészségének megőrzésében, fejlesztésében, tekintettel arra, hogy a munkahelyi környezet minősége és közvetlen/közvetett hatásai alapvetően meghatározzák és befolyásolják az egészségüket és jóllétüket.

II. Kérdőív a munkabiztonsági szakembereknek a foglalkozás-egészségügy és munkabiztonság helyzetéről

A munkahelyi egészség és biztonság vizsgálata az oktatás ágazatban azért kiemelt jelentőségű, mert ebben az ágazatban foglalkoztatottaknál a speciális kockázatok a pszichoszociális kockázatoknak száma (emberekért viselt fokozott felelősség, időkényszer stb.) nem elhanyagolható a nemzetközi irodalmi adatok alapján. A foglalkozás jellege: álló és ülő, épületen belül végzett szellemi és közepesen nehéz irodai jellegű munka, ezért úgy tűnhet, hogy a munkavállalók egészségének megőrzésében/fejlesztésében a foglalkozás-egészségügyi szolgálatoké lehet a főszerep, de mellettük rendkívül fontos a munkabiztonsági szakemberek jelenléte/munkája is, egyrészt mert a két területnek az együttműködése erősíti

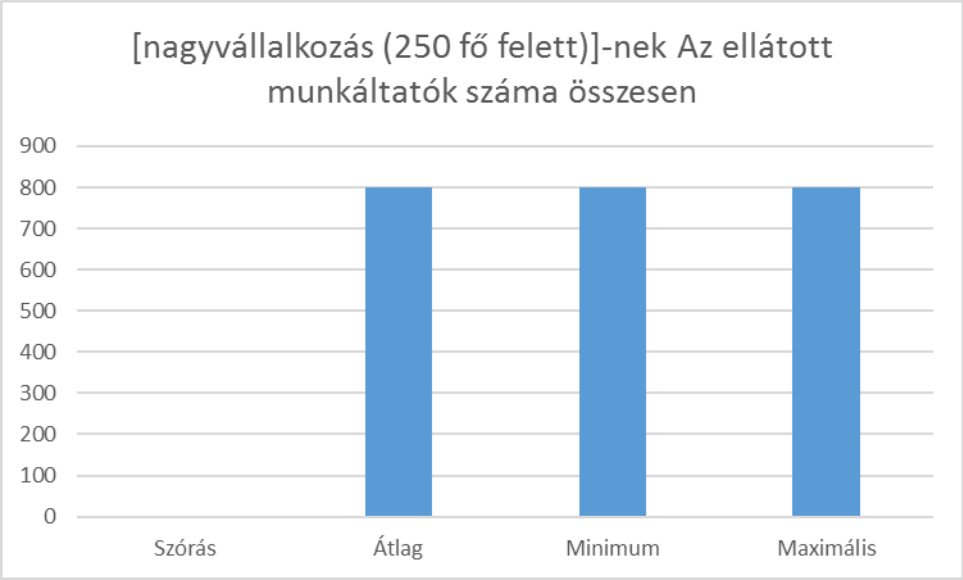
egymást a prevenció területén, másrészt azért, mert a gyakorlati oktatás során a legkülönfélébb kockázatok jelenléte fordulhat elő.

Akárcsak a foglalkozás-egészségügyi szakorvosnál, a munkabiztonsági szakemberek esetében is a feltett kérdéseknek az volt a célja, hogy felmérjük a munkabiztonsági ellátást és a benne dolgozók helyzetét, nehézségeit, lehetőségeit az oktatásban tevékenykedők esetében.

Arra kérdésre, hogy a munkabiztonsági szakemberek *milyen formában nyújtanak munkabiztonsági ellátást a szervezeteknek/cégeknek,* a válaszok: az adott oktatási intézmény alkalmazottjaként 20%; saját munkabiztonsági vállalkozással, vállalkozóként 20%; más munkabiztonsági vállalkozásán keresztül, alkalmazottként 40%; más munkabiztonsági vállalkozásán keresztül, alvállalkozóként 20% (24. sz. grafikon). Ez annak is tulajdonítható, hogy a munkabiztonsági szakemberek foglalkoztatását a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény egyes rendelkezéseinek végrehajtásáról szóló 5/1993. (XII. 26.) MüM rendelet 2. sz. melléklet 3. pontjának I/e) és II/e) alpontja rendelkezik. A végrehajtási rendelet tartalmazza azt is, hogy a munkáltatók besorolása, valamint a munkavállalók létszáma alapján hány felsőfokú és hány középfokú munkabiztonsági szakembert kell foglalkoztatnia. Az oktatást a III. veszélyességi osztályba sorolták. A munkáltatókat a veszélyességi osztályon belül az általuk foglalkoztatott munkavállalók – beleértve a munkaerő-kölcsönzés keretében átengedett munkavállalókat is – állományi létszáma alapján is kell csoportosítani, ami a kérdőíves felmérések alapján a „*c”* (50–500 munkavállaló között) kategóriába kell sorolni, ami azt jelenti, hogy az „*III/c”* besorolás esetén egy fő középfokú munkavédelmi szakképesítésű szakembert kell foglalkoztatnia napi négy órában.

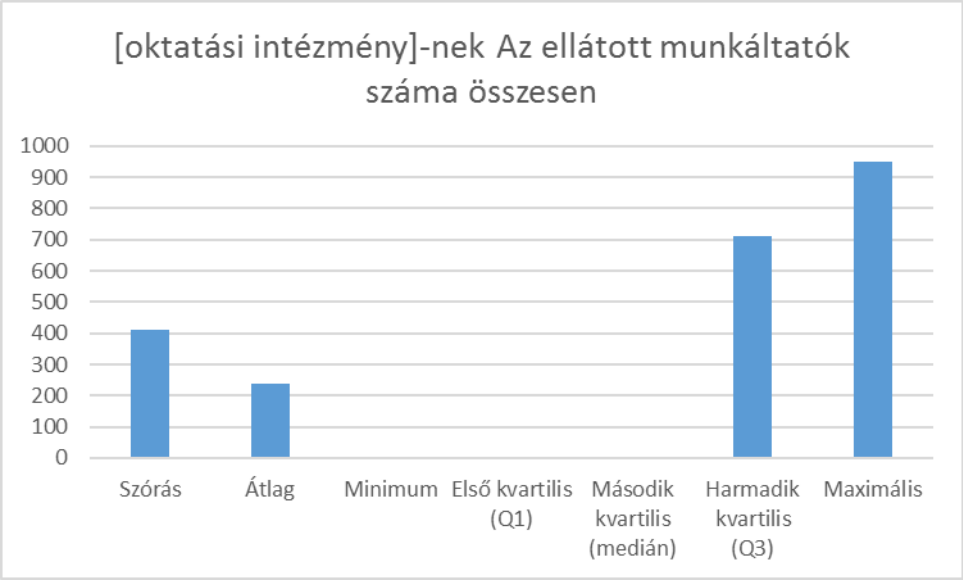
24. sz. grafikon

Az ellátott munkáltatók számát tekintve a megkérdezett munkabiztonsági szakemberek nagyvállalkozást is ellátnak (800 munkáltató) (25. sz. grafikon).



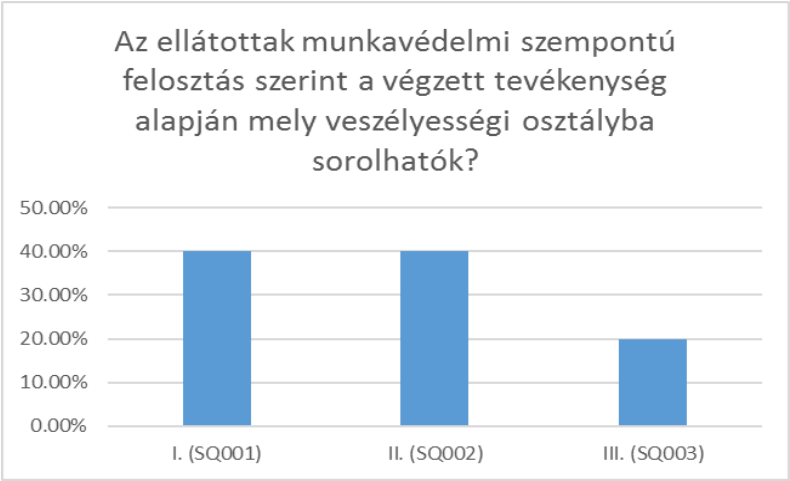
25. sz. grafikon

Az ellátott munkáltatók számát tekintve a megkérdezett munkabiztonsági szakemberek az oktatási intézményekben összesen 954 munkáltatót látnak el (26. sz. grafikon).



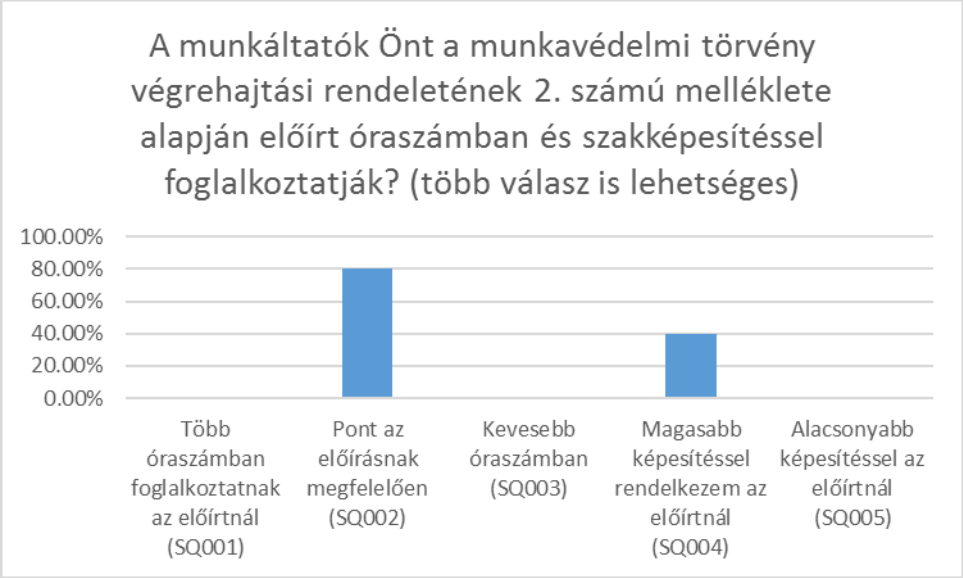
26. sz. grafikon

A végrehajtási rendelet tartalmazza azt is, hogy a munkáltatók besorolása, valamint a munkavállalók létszáma alapján hány felsőfokú és hány középfokú munkabiztonsági szakembert kell foglalkoztatnia. Az oktatásban az ellátott munkáltatókat 40%-ban az I, 40%-ban a II., és 20%-ban a III. veszélyességi osztályba sorolták be (27. sz. grafikon). A munkáltatókat a veszélyességi osztályon belül az általuk foglalkoztatott munkavállalók – beleértve a munkaerő-kölcsönzés keretében átengedett munkavállalókat is – állományi létszáma alapján is kell csoportosítani, ami azt jelenti, hogy az „I”, „II”, illetve „III” osztályokban egy fő középfokú munkavédelmi szakképesítésű szakembert napi 1, 2, illetve 4 órában kell foglalkoztatni. Az ábrán bemutatott adatok eltérnek a rendelet mellékletében megadott besorolástól, amely az oktatást a végzett tevékenység alapján a III. veszélyességi osztályba sorolja.



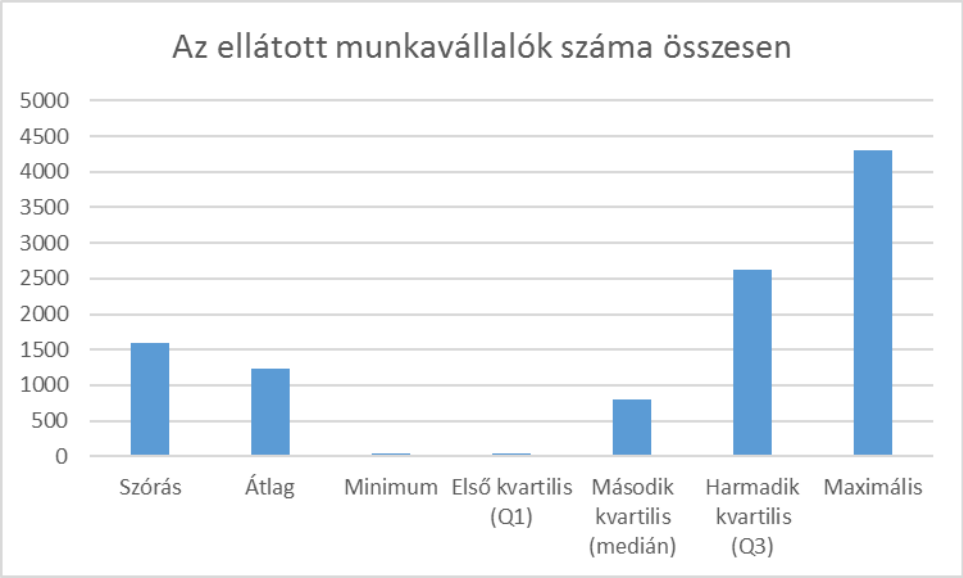
27. sz. grafikon

Arra a kérdésre, hogy *a munkáltatók a munkavédelmi törvény végrehajtási rendeletének 2. számú melléklete alapján előírt óraszámban és szakképesítéssel foglalkoztatják*-e a munkabiztonsági szakembereket, az esetek *80%-ában* kaptuk azt a választ, hogy *„pont az előírásnak megfelelően”* foglalkoztatják, 40%-a pedig azt, hogy az *előírtnál magasabb képesítéssel* rendelkezik (28. sz. grafikon). Ezt magyarázná a besorolási eltérés, ami az ellátott munkáltatók tevékenysége alapján és bizonyos esetekben nem a rendeletben meghatározottak szerint történt, így a munkabiztonsági szakemberek az I-es veszélyességi osztályba történt besorolás alapján négy, az *„III”-ben* előírtak alapján egy fő középfokú munkavédelmi szakképesítésű szakembert kell foglalkoztatnia *napi egy órában,* míg *„II”* besorolásnál, ugyanez napi két órában kell megtörténjen, ami valószínűleg szükséges is a munka elvégzésére.



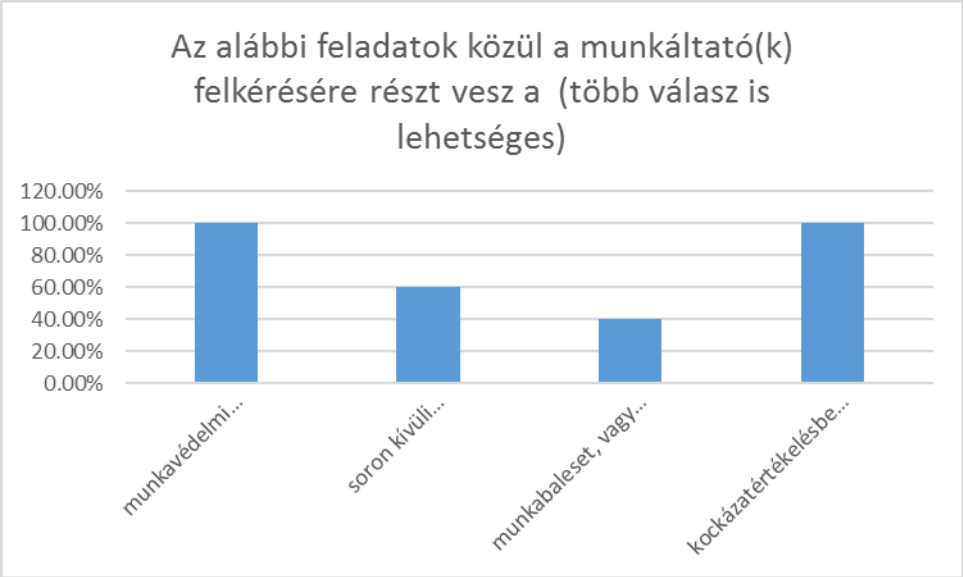
28. sz. grafikon

Arra is rákérdeztünk, hogy az általuk ellátott munkáltatók összesen hány munkavállalót érintenek, amire a válasz: az ellátott munkavállalók száma összesen 6145, átlagosan 1200, min. 10, max. 4300 (29. sz. grafikon).



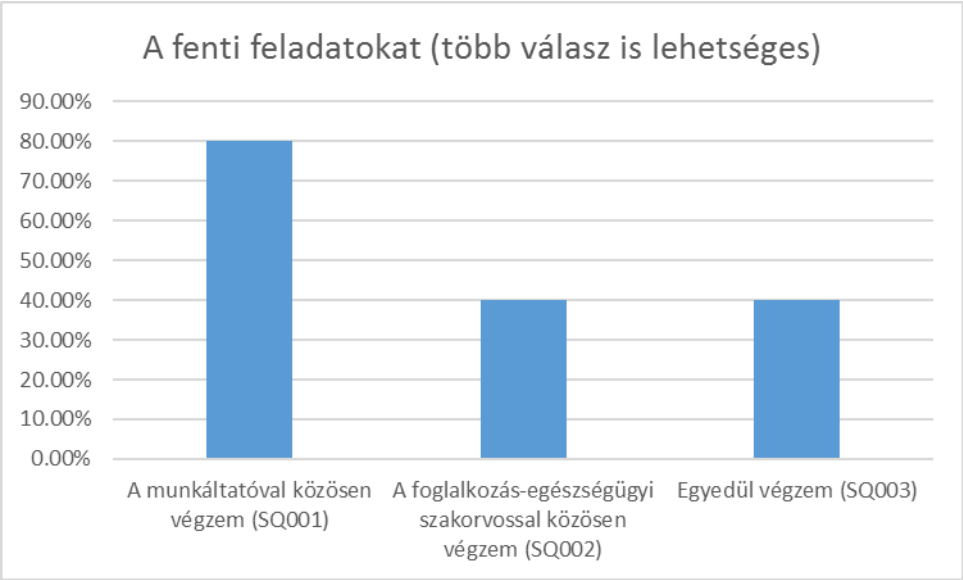
29. sz. grafikon

A munkabiztonsági szakemberek a munkavédelmi előzetes/időszakos vizsgálatokban (létesítmény, munkahely, technológia) 100%-ban, a soron kívüli ellenőrzésekben 60%-ban, a munkabaleset vagy foglalkozási betegség miatti vizsgálatokban 40%-ban, a kockázatértékelésben 100%-ban vesznek részt (30. sz. grafikon, több válasz is lehetséges).



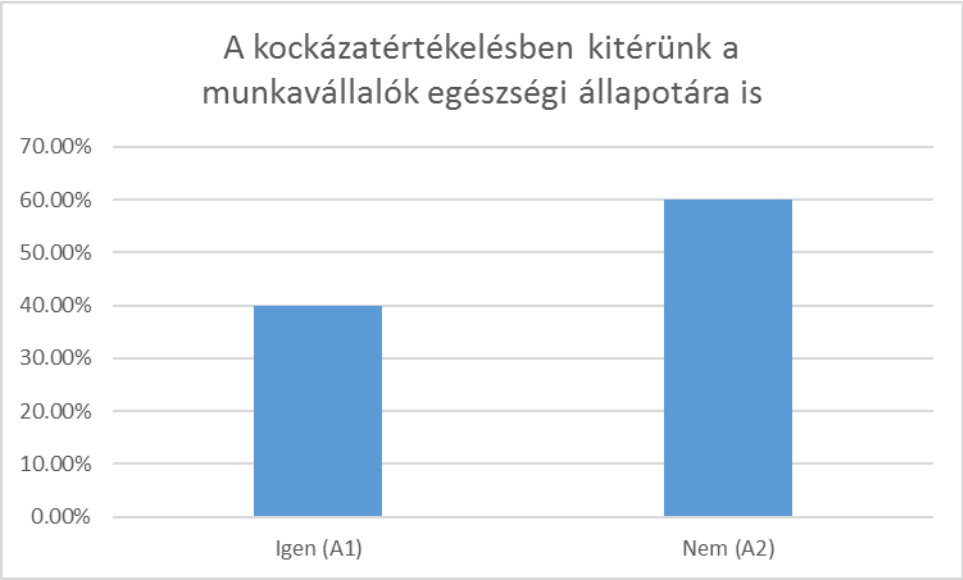
30. sz. grafikon

A munkabiztonsági szakemberek a fenti feladatokat 80%-ban a munkáltatóval és 40%-ban a foglalkozás-egészségügyi szakorvossal közösen, 40%-ban pedig egyedül végzik (31. sz. grafikon, több válasz is lehetséges).



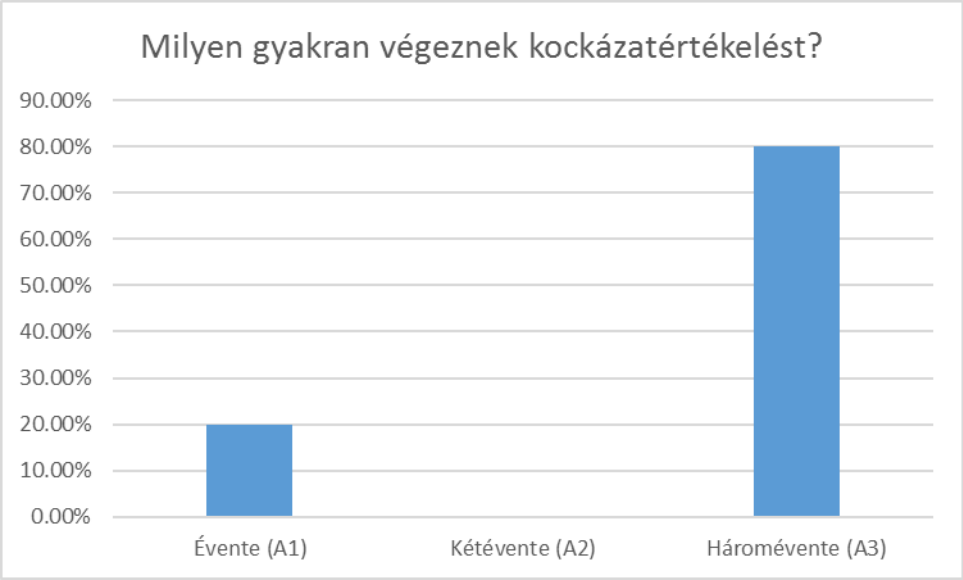
31. sz. grafikon

A kockázatértékelésben 40 %-ában kitérnek a munkavállalók egészségi állapotára is, de 60%-ban nem, így egy lényeges kockázati tényező nem kerül elemzésre (32. sz. grafikon).



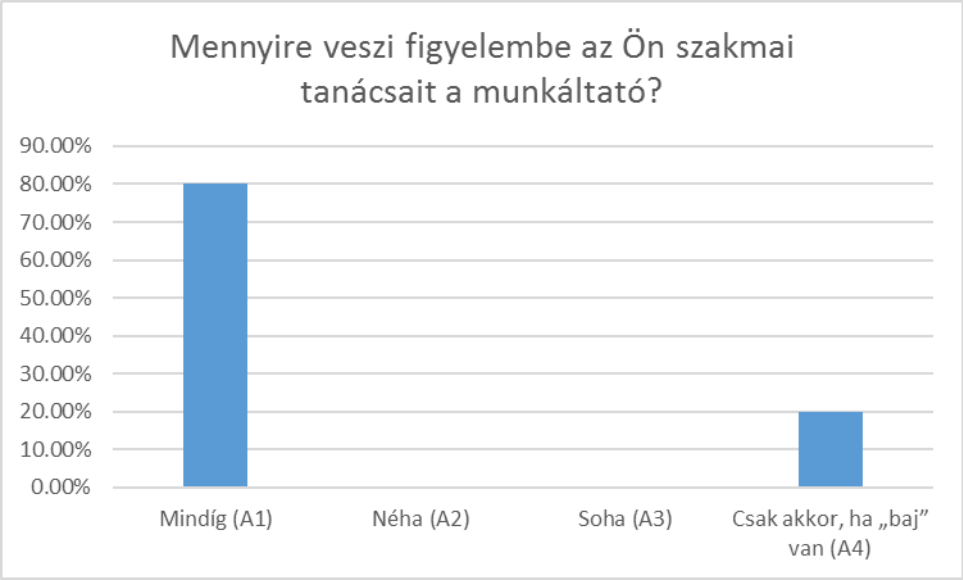
32. sz. grafikon

Az Mvt. 54. §-a kimondja: a munkáltatóknak minden munkahelyen általános kötelességük, hogy a munka minden fázisában biztosítsák a munkavállalók biztonságát és egészségét. *A kockázatértékelés elvégzésének célja,* hogy lehetővé tegye a munkáltatók számára a munkavállalók biztonságának és egészségének védelméhez szükséges intézkedések megtételét. A kockázatértékelés felelőssége mindig a munkáltatóé, amihez szakmai közreműködőként be kell vonnia a munkabiztonsági szakembert, valamint a foglalkozás-egészségügyi szakorvost. A hatályos törvényi előírás szerint a munkáltatónak kockázatelemzést kell végezni a tevékenység megkezdése előtt, ezt követően minden indokolt esetben (technológia, munkaeszköz, tevékenység, munkavégzés módjának megváltozása), de legalább 3 évente, soron kívül pedig akkor, ha munkabaleset, fokozott expozíció, foglalkozási megbetegedés következett be. Ettől eltérő gyakorisággal akkor kell elvégezni a kockázatelemzést, ha a munkavállalók rezgésexpozíciónak vannak kitéve (évente), illetve a foglalkozási eredetű rákkeltő anyagokkal exponált munkavállalók esetében (2 évente). Természetesen, a fentieknél gyakoribb kockázatelemzés megengedett, de ritkább nem!
Kockázatértékelést az oktatásban a munkabiztonsági szakemberek szerint 20%-ban évente, és 80%-ban háromévente végeznek, ami a rendeletben leírtaknak megfelel.



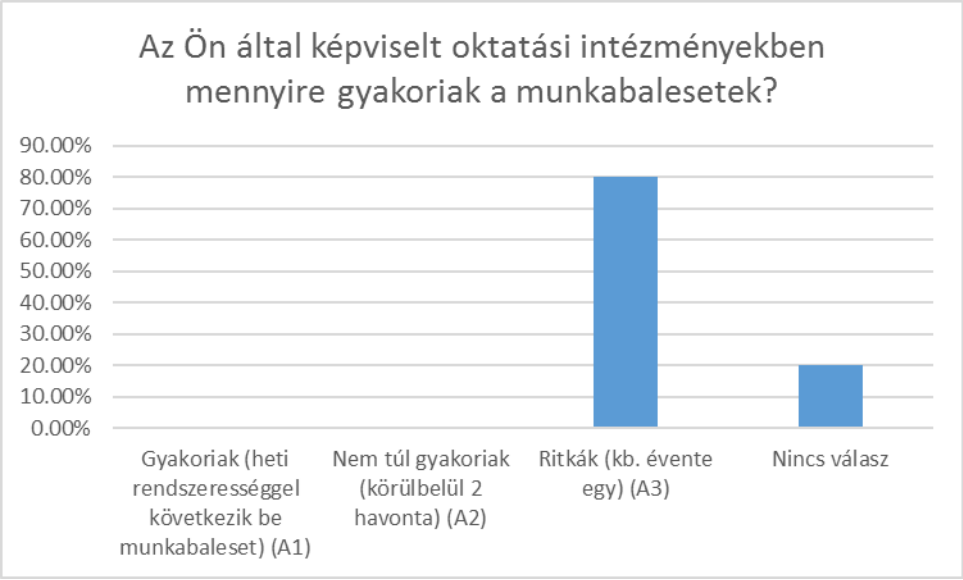
33. sz. grafikon

Úgy tűnik, a munkabiztonság *erőssége* az a szakmai bizalom, ami a munkabiztonsági szakemberek szakmai hiteléből fakad. Valóban, az oktatásban tanácsaikat a munkáltató 80%-ban veszi mindig figyelembe, 20% csak akkor veszi figyelembe, ha baj van (34. sz. grafikon).



34. sz. grafikon

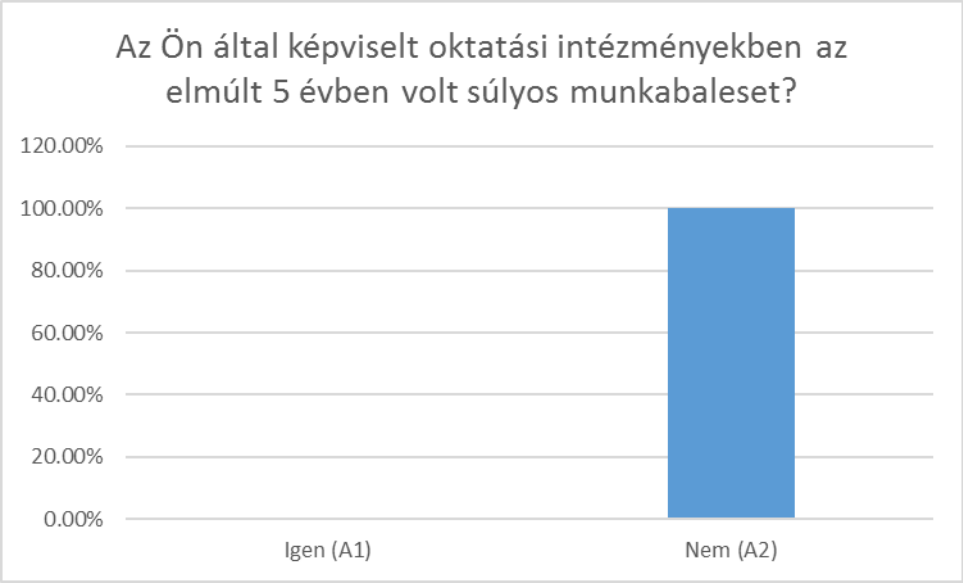
A munkabiztonsági szakemberek által képviselt munkáltatóknál a munkabalesetek 80%-ban ritkák, évente max. egy következik be, nem válaszolt 20% (35. sz. grafikon).



35. sz. grafikon

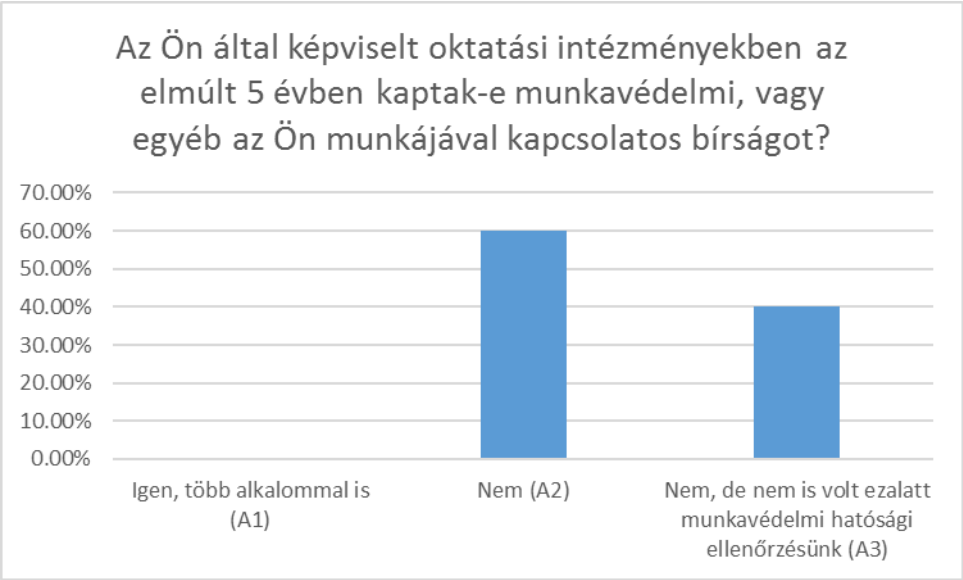
A munkabiztonsági szakemberek által képviselt munkáltatóknál *a fokozott expozíciók és a foglalkozási megbetegedések* nem fordultak elő.

A *munkabiztonsági szakemberek által képviselt munkáltatóknál nem volt súlyos munkabaleset sem az elmúlt 5 évben* (36. sz. grafikon).



36. sz. grafikon

A munkabiztonsági szakemberek által képviselt munkáltatók 60%-ban nem kaptak munkavédelmi bírságot, 40%-ban nem, de nem is volt náluk ezalatt munkavédelmi hatósági ellenőrzésük (37. sz. grafikon).



37. sz. grafikon

Megjegyzés, javaslat, egyéb közlendő rovatba nem került be semmilyen megjegyzés, észrevétel, így a szakma javaslataira nem tudunk reagálni, támaszkodni.

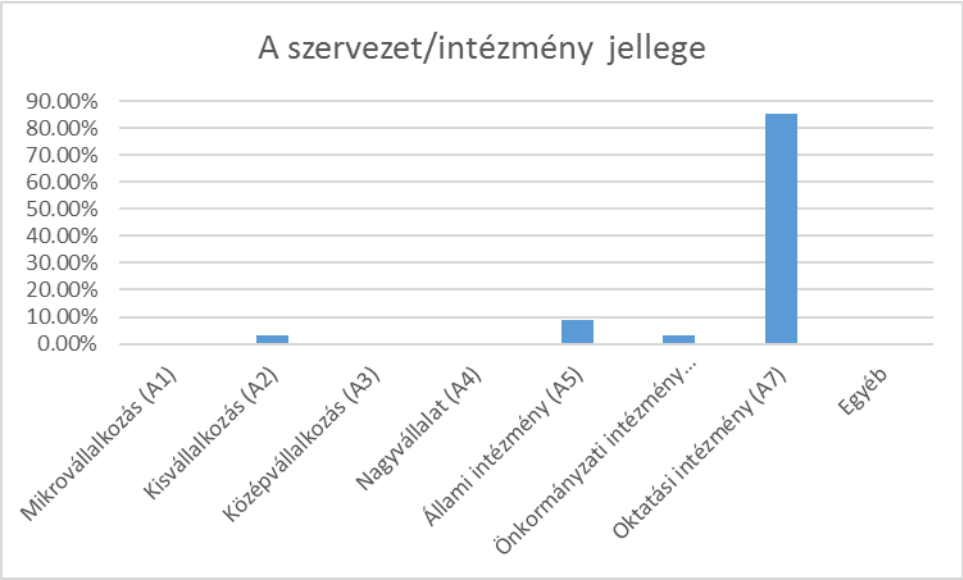
Elemezve a válaszokat, a munkabiztonság ***erősségének*** tekinthető, *hogy a primer prevenciót* hatékonyan képviseli, egyfelől a foglalkozás-egészségüggyel történő együttműködéssel (40%), mert ezáltal megvalósul mind a technika, technológia, mind pedig a humán kockázatból adódó egészségkárosító kockázatok csökkentése/megszüntetése. Ugyancsak erőssége az a szakmai felkészültség és hitelesség, amivel a munkáltatóval (80%) és a foglalkozás-egészségüggyel (40%) karöltve primer prevenciós feladatait hatékonyan végzi el a munkavállalók egészségének megőrzésében. Erősségekhez tartozik az a tény is, hogy nem kaptak munkavédelmi bírságot, bár igaz, az esetek 40%-ában nem is volt munkavédelmi ellenőrzés. Nem volt súlyos munkahelyi baleset sem. A munkabiztonsági szakemberek 100%-ban részt vesznek a munkavédelmi előzetes/időszakos vizsgálatokban (létesítmény, munkahely, technológia), ez nyilván az ágazat erőssége, miképpen az is, hogy 100%-ban közreműködnek a kockázatértékelésben, és 60%-ban a soron kívüli ellenőrzésekben. Csak 40%-ban vannak jelen a munkabaleset vagy foglalkozási betegség miatti vizsgálatokban, ez már a ***gyengeségek*** közé sorolható.

A ***gyengeségek*** között kiemelendő a munkabiztonsági szakemberek munkáltatóktól való függősége. Bár a Munkavédelmi törvény előírja, hogy a munkaáltató csupán finanszírozója a munkavédelemnek, szakmai utasítást nem adhat, mégis valószínű, hogy ezt nem mindenütt tartják be. Ez a gyengeség felhívja a figyelmet arra a ***lehetőségre***, hogy a függőség megszüntetésével a munkabiztonság területén az erősségek száma növekedhet.

A biztonságot nem elég csak fenntartani, hanem állandóan javítani kell. Ez képezi egy vállalat biztonsági kultúráját. Ennek érdekében fontos a szemléletváltás ezen a területen is, melynek egyik eszköze az oktatás, mely ki kell terjedjen a munka világának minden szereplőjére. A biztonság nem egy stabil érték, nemcsak a fenntartása szükséges, hanem állandóan javítani kell azt. Így ***a munkabiztonság célja*** is megvalósul, azaz a balesetek megelőzése és a munkavállalók egészségének megőrzése. Fontos, hogy a megelőzésre ne csak egy baleset vagy az úgynevezett „majdnem balesetek" bekövezte után gondoljunk, hanem a kockázati tényezők elemzése még azok bekövetkezés előtt megtörténjen, csak így valósulhat meg a munkabiztonság proaktív szemlélete.

III. Kérdőív a munkáltatóknak a foglalkozás-egészségügy és munkabiztonság helyzetéről

A munkáltató szervezetek jellegét tekintve 3% a kisvállalkozás, 9% az állami vállalkozás, 3% önkormányzati és 85% oktatási intézmény (38. sz. grafikon).

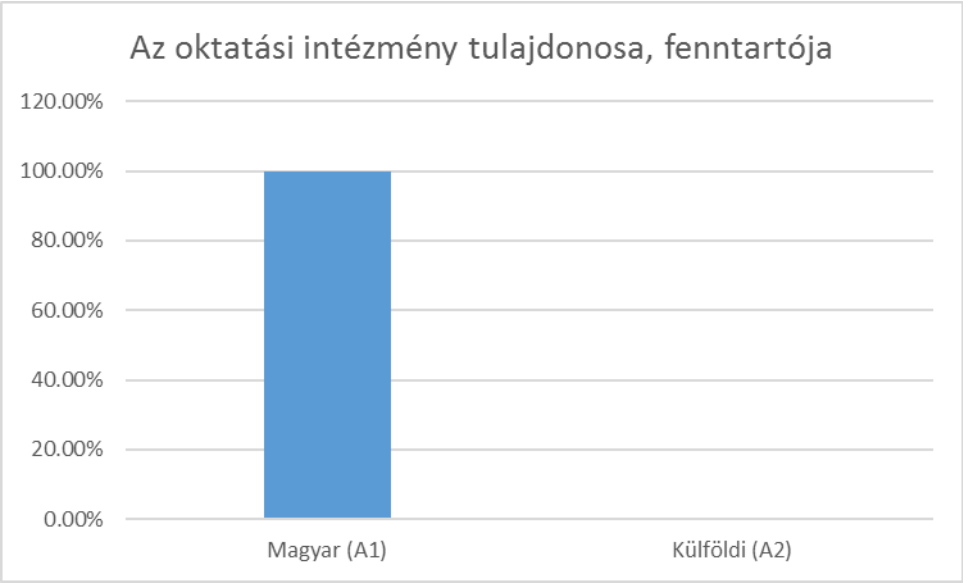


38. sz. grafikon

Az oktatási intézmény sok formája jelenik meg a felmérésben: 32% alapfokú, 12% általános középfokú, 23,5% szakmai középfokú, 3% felsőszintű, nem felsőfokú, 12% felsőfokú oktatási, 3% oktatást kiegészítő intézmény, 14,5% egyéb (pl. nyelviskola) (39. sz. grafikon).

39. sz. grafikon

A oktatási intézményeknek 100%-ban magyar tulajdonosa van (40. sz. grafikon).



40. sz. grafikon

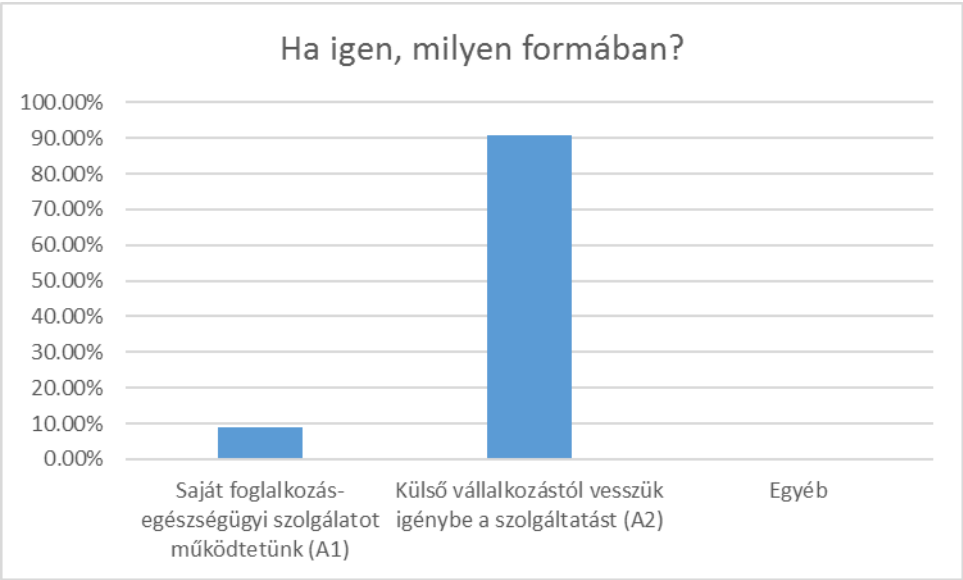
Az oktatási intézmény fenntartói jellege szerint több változatban jelenik meg: 64,5% állami, 6% önkormányzati, 3% egyházi, 17,5% magán, 9% alapítványi (41. sz. grafikon).

41. sz. grafikon

A munkáltató biztosítja a munkavállalói részére a foglalkozás-egészségügyi ellátást az esetek *96%-ában*, míg *4%-ában* nem (42. sz. grafikon).

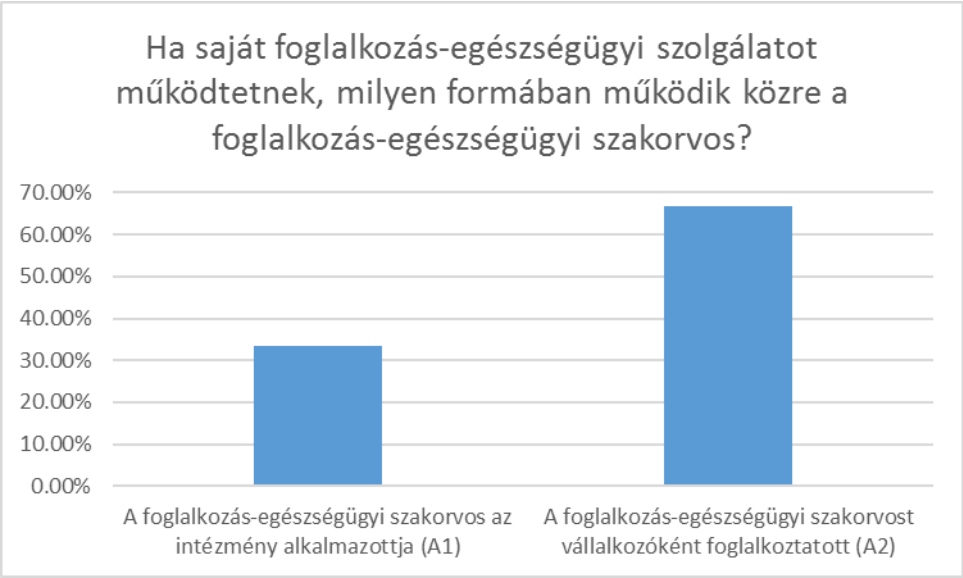
42. sz. grafikon

Azok a munkáltatók (96%), akik biztosítanak foglalkozás-egészségügyi szolgáltatást a munkavállalóik részére, 9%-ban saját *foglalkozás-egészségügyi szolgálatot működtetnek, 91%-ban külső vállalkozástól veszik igénybe a foglalkozás-egészségügyi ellátást* (43. sz. grafikon).



43. sz. grafikon

A saját foglalkozás-egészségügyi szolgálatban a foglalkozás-egészségügyi szakorvos 33,3%-ban a szervezetük alkalmazottja, 66,6%-ban vállalkozóként foglalkoztatják (44. sz. grafikon).

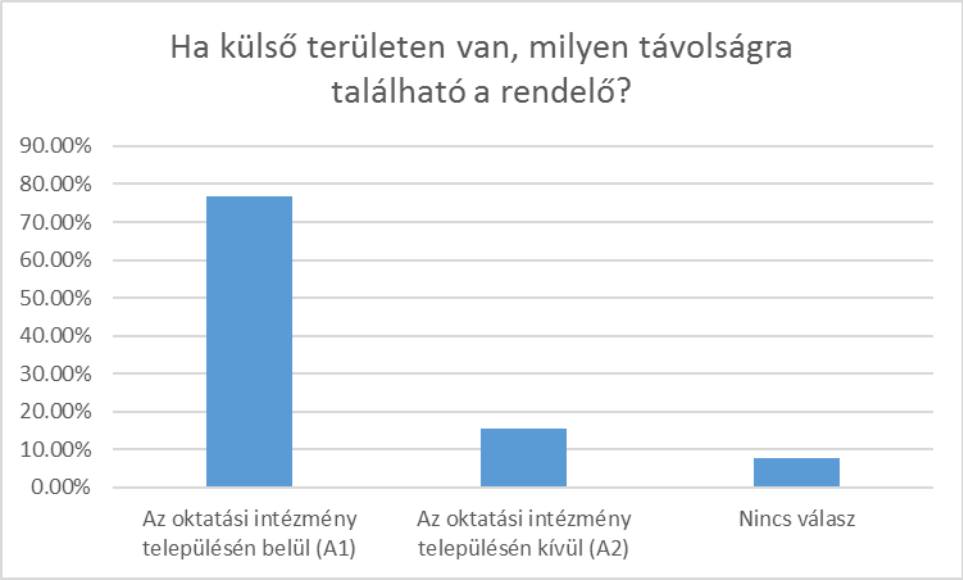


44. sz. grafikon

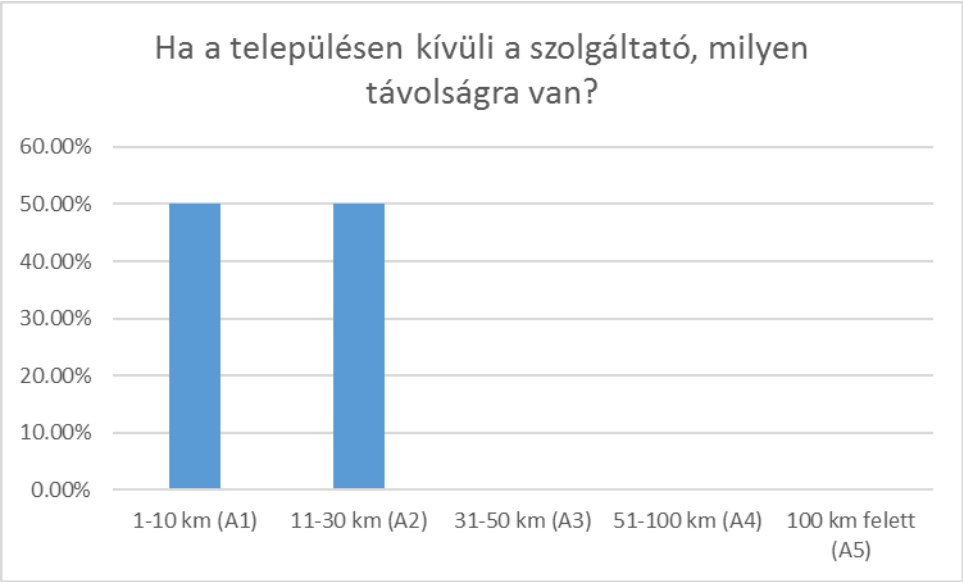
A foglalkozás-egészségügyi rendelő 42%-ban az oktatási intézmény székhelyén, 17%-ban az oktatási intézmény telephelyén, 38%-ban külső területen helyezkedik el, 3%-a nem válaszolt (45. sz. grafikon). A kérdés feltevése arra irányult, hogy képet kapjunk arról, milyen a rendelő megközelítési lehetősége a munkavállaló szempontjából, illetve az ellátás mennyire elérhető a munkavégzés ideje alatt.

45. sz. grafikon

Úgy tűnik, az esetek 100%-ában az ellátás elérhetősége megfelel annak a szellemiségnek, amelyet a jogalkotók elképzeltek, hiszen azokban az esetekben, amikor a foglalkozás-egészségügyi rendelő nem a szervezet székhelyén, vagy telephelyén található, hanem külső területen, akkor az esetek 76%-ában a szervezet településén belül, további 15%-ban a szervezet településén kívül, 9% nem válaszolt (46. sz. grafikon). A településen kívüliek 1/2-1/2 arányban 10 km alatt, illetve 30 km-en belüli távolságra vannak (47. sz. grafikon).

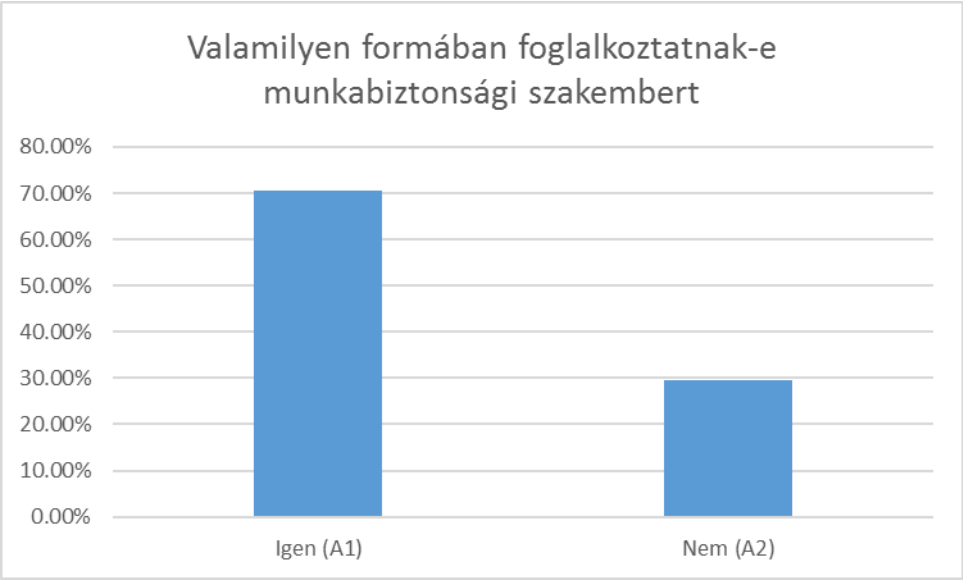


46. sz. grafikon



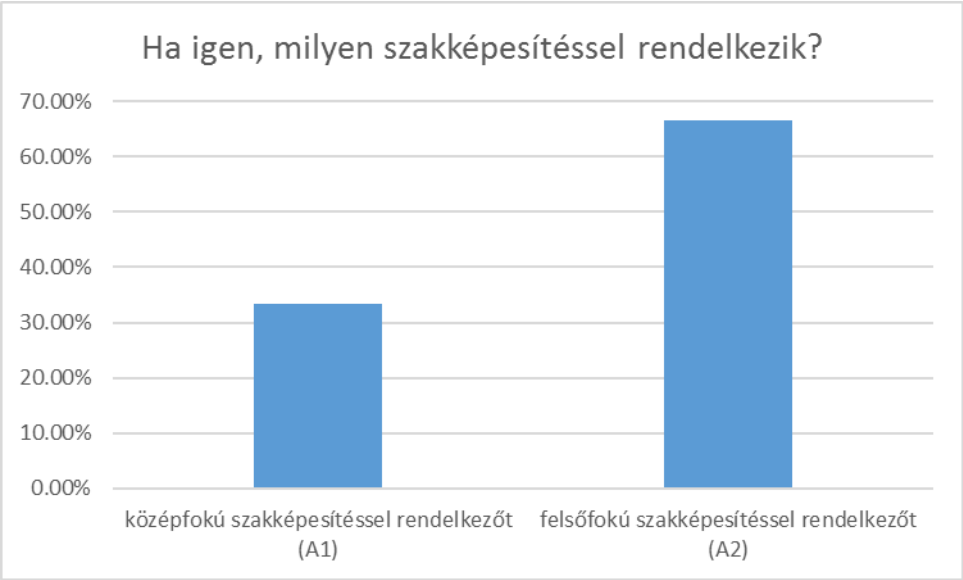
47. sz. grafikon

A szervezetek 71%-a foglalkoztat valamilyen formában munkabiztonsági szakembert, 29%-a nem (48. sz. grafikon).



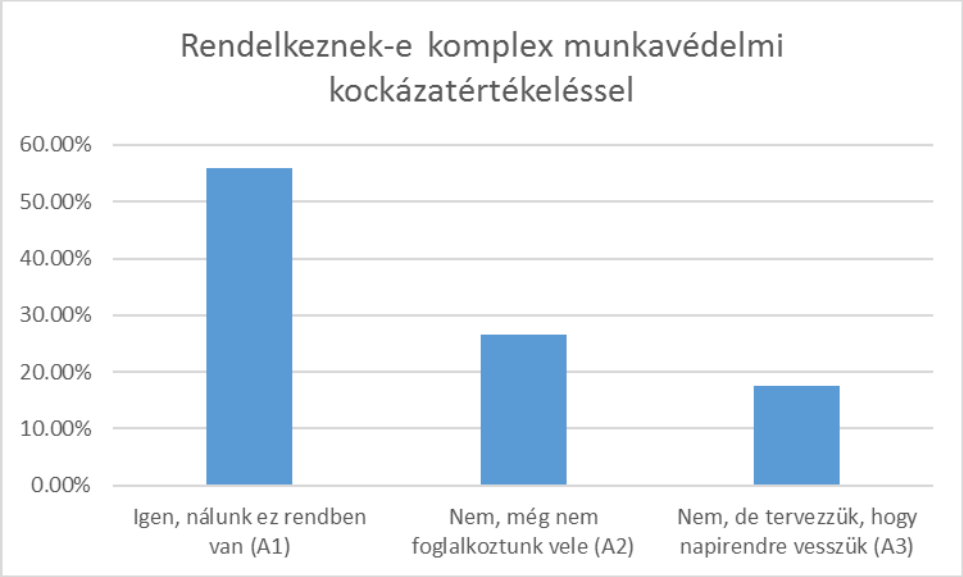
48. sz. grafikon

Az érintett szervezetek által foglalkoztatott munkabiztonsági szakember 33,3%-ban középfokú, 66,6 %-ban felsőfokú szakképesítéssel rendelkezik (49. sz. grafikon), ez megfelel a törvényi előírásoknak.



49. sz. grafikon

Komplex munkavédelmi kockázatértékeléssel a *munkáltatók* az esetek *56%-ában rendelkeznek*, a többi 44%-a nem, 18%-uk tervezi, hogy napirendre veszik a kérdést (50. sz. grafikon). A munkáltatók ezen a téren alig *felelnek meg* a jogszabályi elvárásoknak. Ez egyben azt is jelenti, hogy a munkavédelem ezekben az esetekben esetleges, és ezért nem is tud minden esetben megvalósulni az egészséges munkavégzés technikai, műszaki és szervezési feltételrendszere.



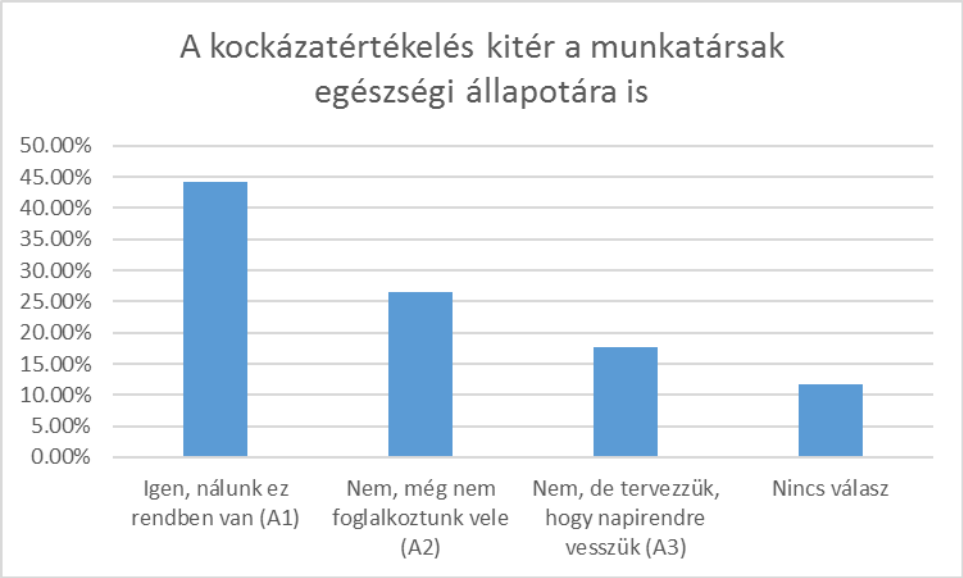
50. sz. grafikon

A szervezetekben a kockázatértékelésben tevőlegesen részt vesz 52%-ban a munkáltató, az esetek 52%-ában a munkabiztonsági szakember is, 23%-ban a foglalkozás-egészségügyi szakorvos, a munkavállalók érdekképviseletét 12%-ban vonják be, 3% egyéb (munkavédelmi képviselő) (51. sz. grafikon).

51. sz. grafikon

Fontos részét képezi a kockázatértékelésnek a humán faktor jelenléte, így rákérdeztünk arra, hogy *a kockázatértékelések kitérnek-e a munkatársak egészségi állapotára is.* A munkáltatók válasza alapján 44%-ban kitérnek, 27%-ban még nem foglalkoztak ezzel, és 18%-ban tervezik, hogy napirendre veszik. Nem válaszolt 12% (52. sz. grafikon).

Ez sajnos azt jelenti, hogy az esetek 66%-ában a kockázatelemzés nem felel meg a szakmai kritériumoknak, vagyis az ember mint kockázati tényező nem jelenik meg a kockázatértékelésekben, azaz maga a kockázatértékelés nem éri el a kitűzött célját!

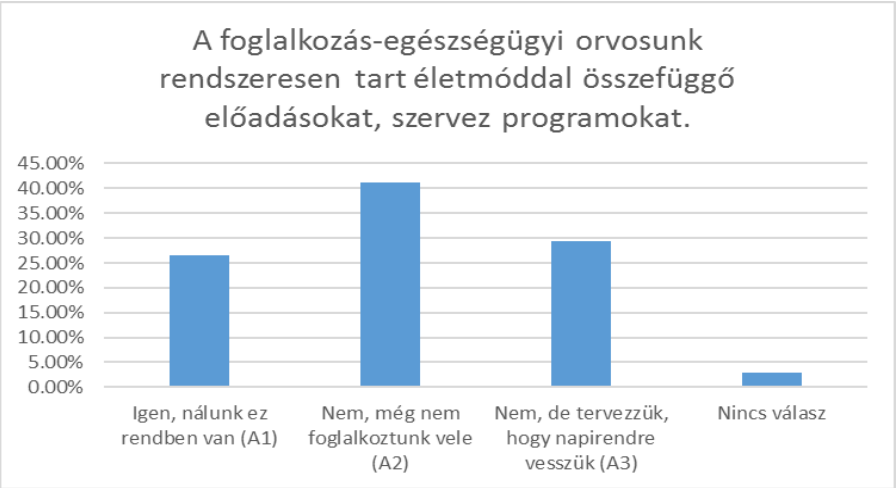


52. sz. grafikon

A munkáltatóknak csak kisebb része, 29%-a készített el az átfogó megelőzési stratégiához illeszkedő munkahelyi egészségfejlesztési stratégiát, *a* szervezetek 44%-a nem készített ilyet („Nem, még nem foglalkoztunk vele"), 27%-a tervezi, hogy napirendre veszi (53. sz. grafikon). Ez megerősíti a foglalkozás-egészségügyi és a munkabiztonsági szakemberektől kapott válaszokat, miszerint nincs jelentős munkahelyi egészségfejlesztés. Ezzel a primer prevenció nagy lehetőségét veszíti el a munka világa, és ez mind népegészségügyi, mind nemzetgazdasági következményekkel jár.

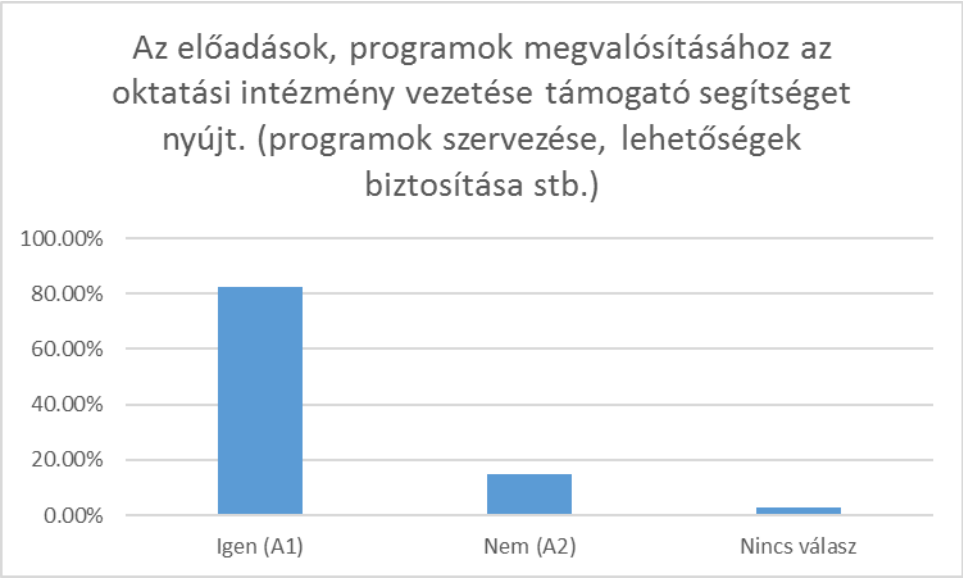
53. sz. grafikon

A munkahelyi egészségfejlesztés fontos lehetőséget jelent, még sincs rendben az, hogy csak a szervezetek 26%-ánál tartanak életmóddal összefüggő előadásokat/szerveznek programokat, 42%-ban nem. Tervezi, hogy napirendre veszi 29%, nem válaszolt 3% (54. sz. grafikon).



54. sz. grafikon

Ezek megvalósításához az intézmények vezetése támogató segítséget nyújt 83%-ban, 14% viszont nem. Nem válaszolt 3% (55. sz. grafikon).



55. sz. grafikon

Megjegyzés, észrevétel nem volt.

A munkáltató szempontjából a foglalkozás-egészségügy és a munkabiztonság ***erőssége*** a foglalkozás-egészségügy és munkabiztonsági szakemberek szakmai felkészültsége. Ezek az egyénileg végzett tevékenységek (pl. munkaköri alkalmassági vizsgálatok), vagy közreműködői szaktevékenységben nyújtott tanácsadások (pl. kockázatelemzés) a munkavállalók egészségmegőrzésének biztosítékai. Ugyancsak erőssége a munkavédelmi rendszer szervezettsége, a foglalkozás-egészségügyi ellátás elérhetősége, a munkabiztonsági szakemberek rendelkezésre állása (*96%,* 42. sz. grafikon) és jó elérhetősége (100%) akkor is, amikor a foglalkozás-egészségügyi rendelő nem a szervezet székhelyén, vagy telepehelyén található (44. és 47. grafikon).

A ***gyengeségek*** közül elsősorban azt emelnénk ki, hogy bár törvényi kötelezettség, a szervezetek 71%-ában foglalkoztatnak valamilyen formában munkabiztonsági szakembert és a munkáltatóknak csak *55%-a rendelkezik komplex munkavédelmi kockázatértékeléssel,* vagyis e tekintetben már *45%-ban nem felelnek meg a törvényi előírásoknak.* A kockázatértékelésben tevőlegesen részt vesz 52%-ban a munkáltató, az esetek 52%-ban a munkabiztonsági szakember is, és 23%-ban a foglalkozás-egészségügyi szakorvos, a

munkavállalók érdekképviseletét 12%-ban vonják be, egyéb eset: (munkavédelmi képviselő) 3% (51. sz. grafikon), azaz ezen a téren korántsem teljes az együttműködés.

Egy másik gyengeség, hogy a kockázatértékelésben a munkáltatók válasza szerint csak 44%-ban térnek ki a munkavállalók egészségi állapotára is (52. sz. grafikon). Ez sajnos azt jelenti, hogy az esetek 66%-ban a kockázatelemzés nem felel meg a szakmai kritériumoknak. Ez azonban nem csak a törvényesség betartása szempontjából jelent problémát, hanem azért is, mert ezeknél a munkáltatóknál jelentősen csorbul a munkavállalók egészséghez való joga, ami a lehetséges ***veszélyek*** közül az egyik legfontosabb. A munkáltatónak ezen a téren valószínűsíthető/meglevő ismerethiánya nem teszi lehetővé, hogy minden esetben megvalósuljon az egészséges munkavégzés technikai, műszaki és szervezési feltételrendszere, a foglalkozás-egészségügyi szakorvos által észlelt humán kockázatok értékelése és az ebből adódó egészségkárosító kockázatok csökkentése/megszüntetése.

Gyengeségnek kell minősíteni azt is, hogy *a* munkáltatóknak csak kisebb része (29%, 53. sz. grafikon), vagyis az oktatás területén a tervezett, minden területre kiterjedő megelőzés esetlegessé válik és a munkahelyi egészségfejlesztés is csak kis mértékben van jelen. Ezt tapasztaltuk a foglalkozás-egészségügyi szakorvosok kérdőíveinek elemzése alapján is. Azonban ez a *gyengeség* a munka világának *erősségévé* és ***lehetőségévé*** válhat, ha a foglalkozás-egészségügyi szolgálat, a munkáltató azon szándékát, hogy *tervezik napirendre venni* ezt a témát (27% az 53. sz. grafikonon és 29% 54. sz. grafikon), megerősítve, kidolgozná azt az átfogó megelőzési stratégiát, melynek része lenne a munkahelyi egészségfejlesztési stratégia. Ebbe bele kell tartozzon – a munkahelyi egészségfejlesztő programokon túl – az oktatás minden formája, miáltal jelentősen lehetne növelni a primer prevenció hatékonyságát. A munkahelyi egészségfejlesztés elterjedését azonban nemcsak a szándék, hanem *„az anyagi lehetőségek hiánya”* is okozza, hiszen ez a tevékenység adóköteles, s bár ennek hasznából egyértelműen profitál a társadalom is, ezt a törekvést anyagilag nem támogatja a jogalkotó. Ezen a téren is mélyreható változtatásokra lenne szükség, mert ez olyan ereje/erőssége a megelőző orvoslásnak, amit nélkülözni alapvető hiba. Bár kevés a jó példa (26%), de a munkahelyi egészségfejlesztés, az életmóddal összefüggő előadások megvalósításához, a vállalatok vezetése támogató segítséget nyújt 83% (programok szervezése, lehetőségek biztosítása stb.) (55. sz. grafikon), ezt a tapasztalatot jó volna az adott intézményrendszeren (oktatás) belül megosztani másokkal is.

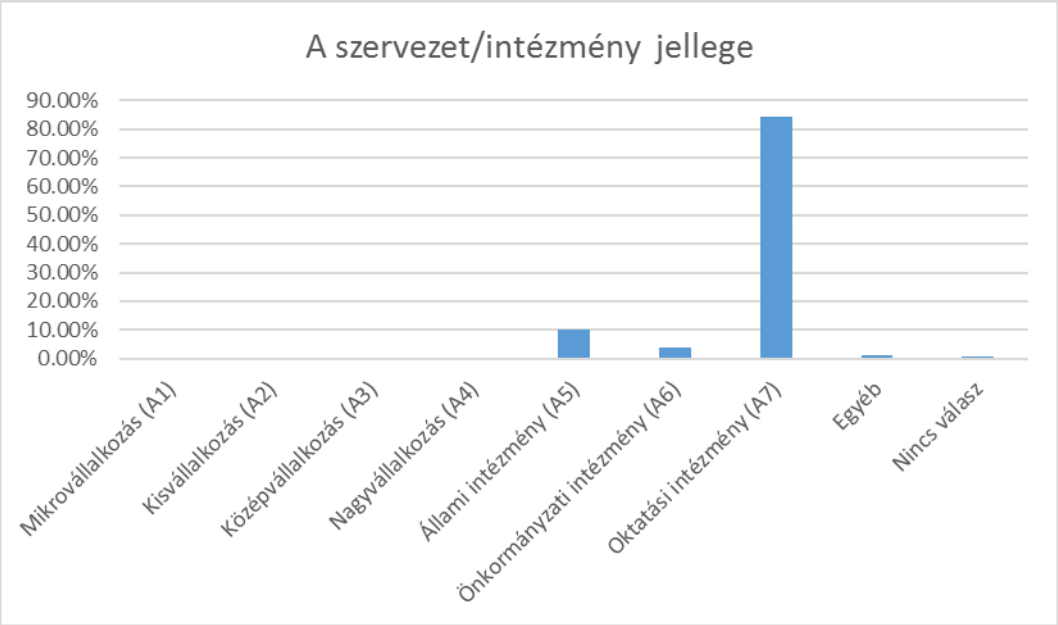
IV. Kérdőív a munkavállalóknak a foglalkozás-egészségügy és munkabiztonság helyzetéről

Az Alaptörvény XVII. cikkének (3) bekezdése kimondja, *hogy „Minden munkavállalónak joga van az egészségét, biztonságát és méltóságát tiszteletben tartó munkafeltételekhez”.* Az Mvt. 2. § (2) bekezdése pedig arról rendelkezik, hogy *„A munkáltató felelős az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés követelményeinek megvalósításáért.”* Ugyanitt külön kitér arra is, hogy *„A munkavállalók munkavédelmi kötelezettségei nem érintik a munkáltató felelősségét”,* vagyis, függetlenül attól, hogy a munkavállalónak is megvan a maga felelőssége ezen a téren, ezeknek a be nem tartása is a munkáltató felelőssége. Alapvető feladata az is, hogy *„minden munkavállaló az általa értett nyelven ismerhesse meg az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés reá vonatkozó szabályait”* [(4) bekezdés].

Az Mvt. 6. §-a szerint *a „munkáltatóknak és a munkavállalóknak, valamint az állami szerveknek e törvényben és a munkavédelemre vonatkozó más szabályokban meghatározott jogok gyakorlása és kötelezettségek teljesítése során együtt kell működniük.”* Ennek érdekében *„A munkavállaló csak a biztonságos munkavégzésre alkalmas állapotban, a munkavédelemre vonatkozó szabályok, utasítások megtartásával, a munkavédelmi oktatásnak megfelelően végezhet munkát. A munkavállaló köteles munkatársaival együttműködni, és munkáját úgy végezni, hogy ez saját vagy más egészségét és testi épségét ne veszélyeztesse”* [Mvt. 60. § (1) bekezdés]. Előírás van arra vonatkozóan is [az Mvt. 54. § (1) bekezdés d) pontja], hogy – többek között – mire kell figyelemmel lenni *„az emberi tényező figyelembevétele a munkahely kialakításánál, a munkaeszközök és munkafolyamat megválasztásánál, különös tekintettel az egyhangú, kötött ütemű munkavégzés időtartamának mérséklésére, illetve káros hatásának csökkentésére, a munkaidő beosztására, a munkavégzéssel járó pszichoszociális kockázatok okozta igénybevétel elkerülésére”*.

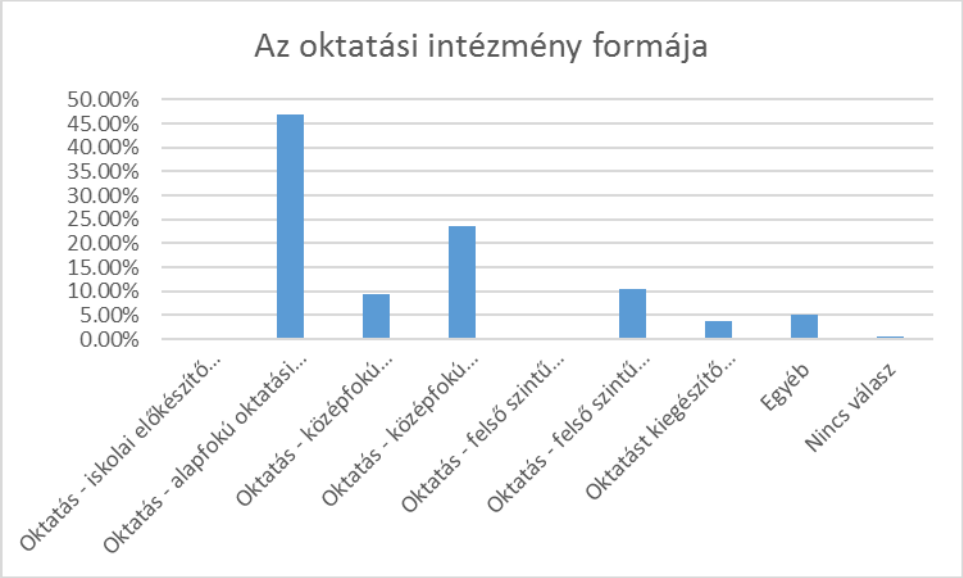
A kérdéseink megfogalmazásakor arra törekedtünk, hogy a munkavállalók szemszögéből elemezzük a munkavédelem (foglalkozás-egészségügy és munkabiztonság) jelenlegi helyzetét az oktatásban.

A munkavállalók körében végzett kutatás szerint munkahelyük jellegét tekintve 10%-a állami, 4%-a önkormányzati, 86%-a oktatási intézmény (56. sz. grafikon).



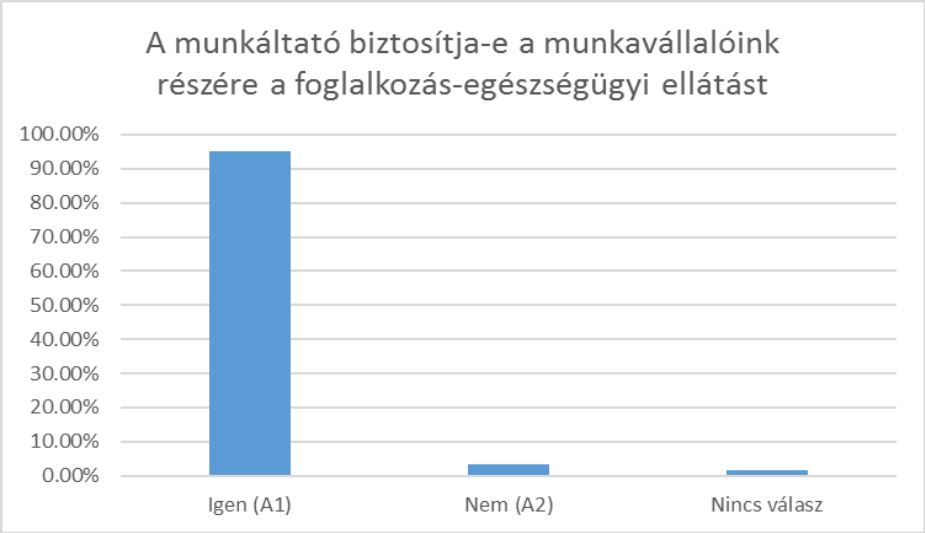
56. sz. grafikon

Az oktatási intézmények változatos formái jelennek meg: 47% alapfokú, 10% általános középfokú, 24% szakmai középfokú, 10% felsőfokú oktatási, 4% oktatást kiegészítő intézmény, 5 % pedig egyéb (pl. nyelviskola) (57. sz. grafikon).



57. sz. grafikon

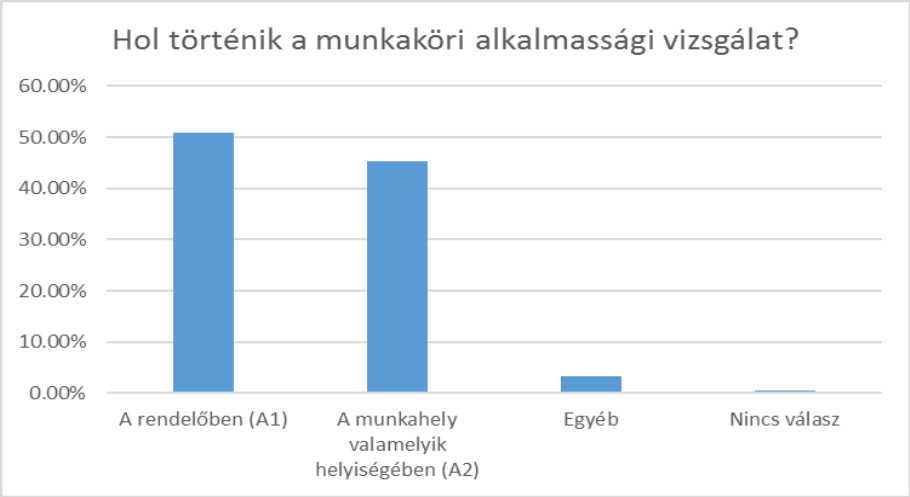
A munkáltató 95%-ban biztosítja a munkavállalóik részére a foglalkozás-egészségügyi ellátást, 3%-ban nem. Nem érkezett válasz 2%-ban (58. sz. grafikon).



58. sz. grafikon

A 33/1998. (VI. 24.) NM rendelet kimondja, hogy munkaköri alkalmassági vizsgálatok csak az arra kijelölt és akkreditált rendelőkben végezhetők, mobil formában ez a tevékenység nem látható el, ugyanis utóbbi esetben nem teljesülnek az előírt szakmai kritériumok. Ez végső soron megfosztja a munkavállalót attól a lehetőségtől, hogy az esetleges foglalkozási, vagy sorsszerű megbetegedéseit időben tudják diagnosztizálni és az alkalmassági vizsgálatokat adminisztratív tevékenységgé silányítja!

Az oktatásban a munkaköri alkalmassági vizsgálatok 51%-a a rendelőben, 45%-a munkahely valamelyik helyiségében, 3%-a egyéb helyen történik. Nem válaszolt 1% (59. sz. grafikon).

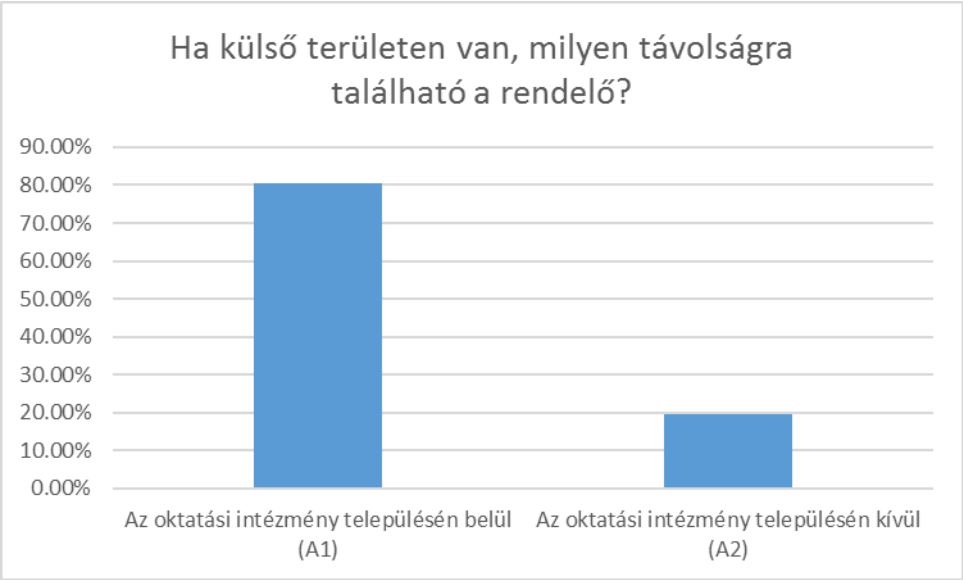


59. sz. grafikon

A *foglalkozás-egészségügyi rendelő* 30%-ban a munkahely székhelyén, 18%-ban a munkahely telephelyein, 51%-ban külső területen helyezkedik el, 1% nem válaszolt (60. sz. grafikon).

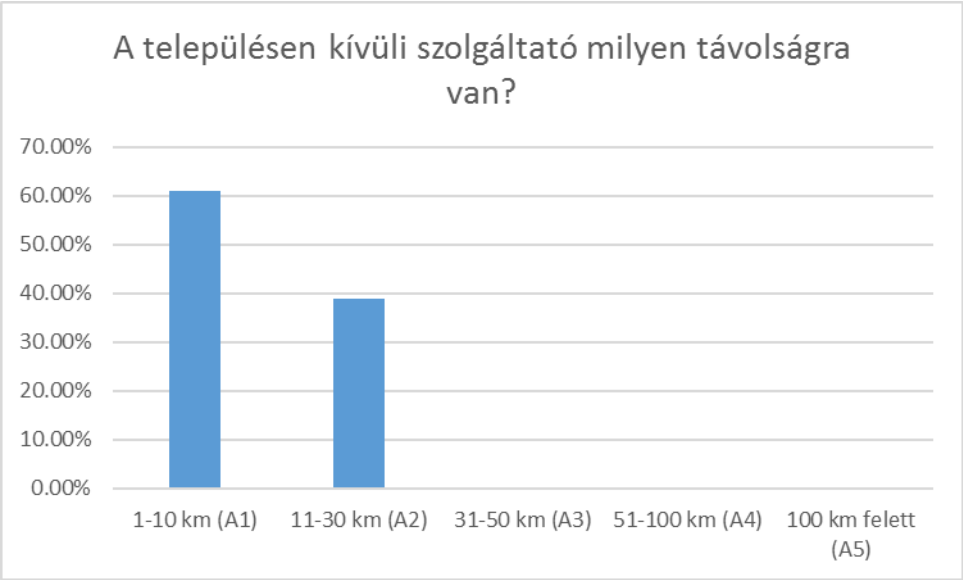
60. sz. grafikon

Abban az esetben, ha a rendelő nem a cég székhelyén vagy telephelyén működik, 80%-ban az adott településen belül, 20%-ban azon kívül található (61. sz. grafikon).



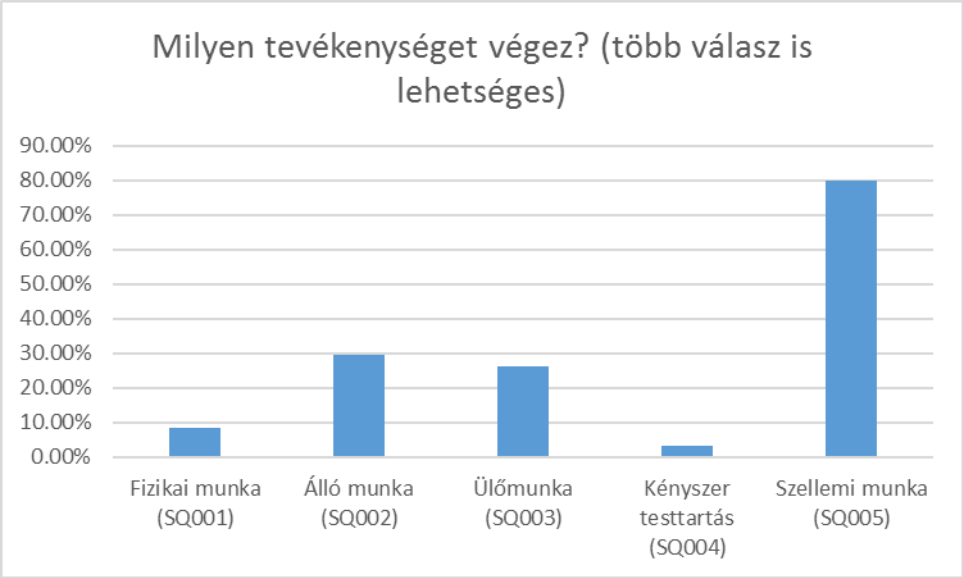
61. sz. grafikon

Ha a szervezet településén kívül van a rendelő, az 61%-ban 1–10 km távolságban, 39%-ban 11–30 km távolságban van (62. sz. grafikon). Ez az előírásoknak 100%-ban felel meg, mivel 30 km-nél nem nagyobb a távolság.



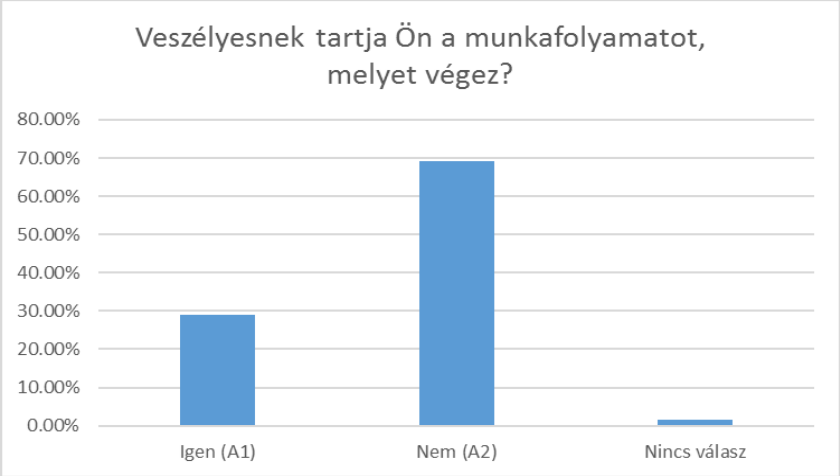
62. sz. grafikon

A munkavállalók 8%-a fizikai, 30%-a álló-, 26%-a ülő-, 80%-a szellemi munkát végez, 3%-nál kényszertesttartás is előfordul (63. sz. grafikon, több válasz is lehetséges). Nyilvánvaló, hogy a munkavállalók az oktatásban is végezhetnek többféle munkát.



63. sz. grafikon

Arra is rákérdeztünk, *hogy a munkavállaló szerint veszélyes-e az a munkafolyamat, melyet ellát*. Ezzel arról tájékozódtunk arról, hogy a munkáltató és a foglalkozás-egészségügyi szakorvos a törvényben előírtaknak megfelelően, tájékoztatja-e a munkavállalókat a munkafolyamatból vagy munkakörnyezetből adódó egészségkárosító kockázatokról. A megkérdezettek 29%-a veszélyesnek, 69%-a nem tartja veszélyesnek tartja azt. Nem válaszolt 2% (64. sz. grafikon).



64. sz. grafikon

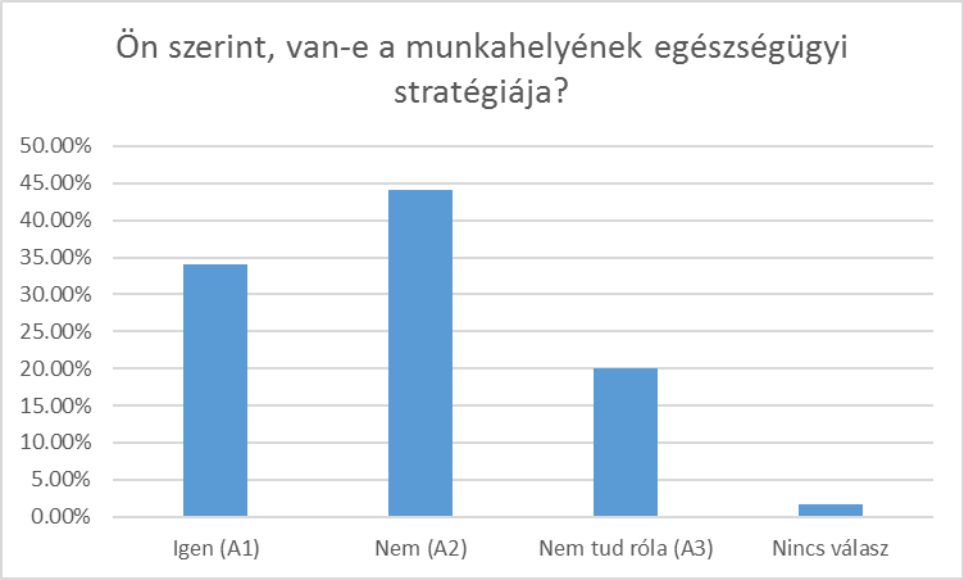
A fokozott pszichés megterhelés, illetve a figyelem fenntartása szempontjából lényeges kérdés, hogy a munkavállalók *milyen munkarendben dolgoznak.* A válaszok megoszlása: 11% délelőtti, 2% délutáni műszakban, 71% kötött munkaidőben délelőtt és délután is, 13%-a rugalmas munkaidőben. Nem válaszolt 2% (65. sz. grafikon).

65 sz. grafikon

A munkavállalók 73%-a évente, 23%-a kétévente, 1% háromévente vesz részt munkaköri alkalmassági vizsgálatokon. 2% szerint soha nem vett részt ilyenen! Nem válaszolt 1% (66. sz. grafikon). Egy munkavállaló szerint a vizsgálatokra rendszertelenül kerül sor – itt megjegyzendő, hogy a vizsgálatokra a munkáltató kell küldje a munkavállalót.

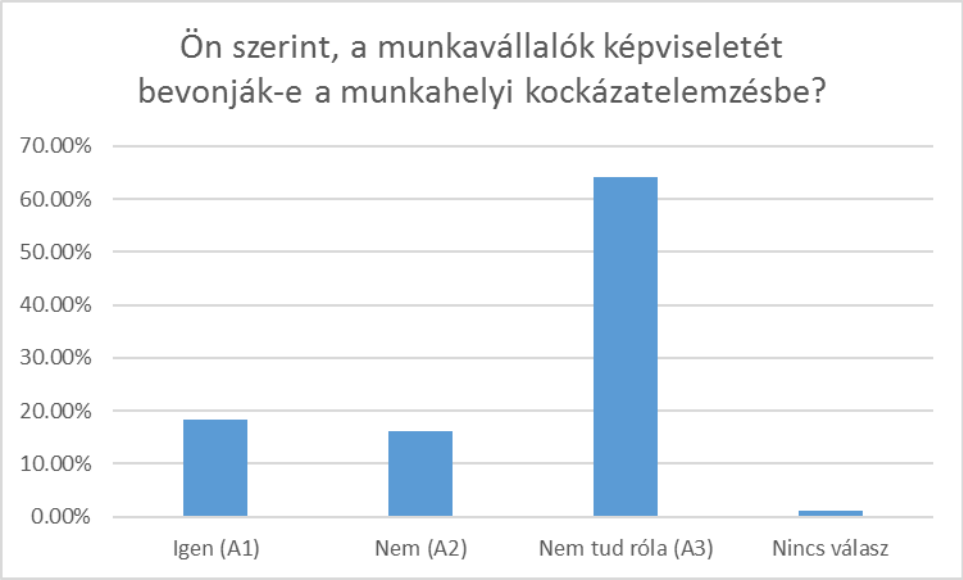
66. sz. grafikon

Arra is választ vártunk, hogy a munkavállalók szerint *van-e a munkahelyüknek egészségügyi stratégiája?* 34%-uk úgy gondolja van, 44% szerint nincs, 20% nem tud ilyenről. Nem válaszolt 2% (67. sz. grafikon). Ez azt jelenti, hogy a munkavállalóknak csak alig harmada tud egészségügyi stratégiáról. Ha a fenti kérdésekre adott válaszokat is figyelembe vesszük, ahol a munkáltató és a foglalkozás-egészségügyi szakorvos is nem-létezőnek mondja az egészségügyi stratégiát, akkor a foglalkozás-egészségügy és a munkáltatók egy olyan erősségét veszítik el a primer, szekunder és tercier prevenciónak, ami jelentősen javíthatná a munkavállalók egészségmegőrzését.



67. sz. grafikon

Az Mvt. 70. § (1) bekezdése kimondja, hogy *„a munkáltató az egészséges és biztonságos munkavégzés érdekében köteles a munkavállalókkal, illetve munkavédelmi képviselőikkel tanácskozni, valamint biztosítani részükre a lehetőséget, hogy részt vehessenek az egészségre és biztonságra vonatkozó munkáltatói intézkedés kellő időben történő előzetes megvitatásában.”* Ezért is kérdeztünk rá, hogy *a munkavállalók képviseletét bevonják-e a munkahelyi kockázatelemzésbe?* A munkavállalók 18%-a úgy gondolja, hogy bevonják, 16% szerint nem vonják be, 64% nem tud erről. Nem válaszolt 2% (68. sz. grafikon). Ezek szerint sajnos az derült ki, hogy a munkavállalók több mint 80%-a nem tud róla, és nem érzi úgy, hogy beleszólhatna a munkavégzés és a munkakörnyezet alakításába, tehát nem is érzi magáénak ezt a feladatot!



68. sz. grafikon

Az Mvt. 55. § (1) bekezdése rendelkezik arról is, hogy a munkavállalóknak, illetve a munkavédelmi képviselőknek *milyen gyakorisággal kell munkavédelmi oktatásban részesülni. „A munkáltatónak oktatás keretében gondoskodnia kell arról, hogy a munkavállaló*

a) munkába álláskor,

b) munkahely vagy munkakör megváltozásakor, valamint az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés követelményeinek változásakor,

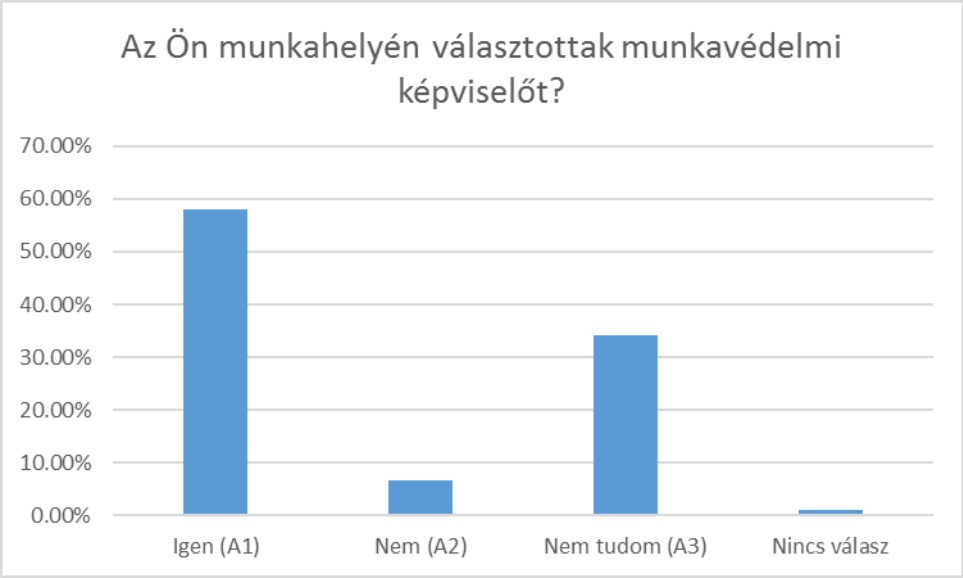
c) munkaeszköz átalakításakor vagy új munkaeszköz üzembe helyezésekor,

d) új technológia bevezetésekor

elsajátítsa és a foglalkoztatás teljes időtartama alatt rendelkezzen az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés elméleti és gyakorlati ismereteivel, megismerje a szükséges szabályokat, utasításokat és információkat” A válaszolók 3%-a még nem volt ilyen oktatáson, 7% *csak munkába álláskor részesült ilyen eligazításban*, 10%-uk szerint *2-3 évente egyszer volt ilyen.* Az esetek 80%-ában *éves rendszerességgel történt ez meg* (69. sz. grafikon). Bár közel 97%-a részesül az előírásnak megfelelő oktatásban, mégis aggasztó, hogy a munkavállalók 3%-a ilyen felkészítés nélkül végez munkát, noha a Mvt. szerint az *„előírt ismeretek megszerzéséig a munkavállaló önállóan nem foglalkoztatható”.*

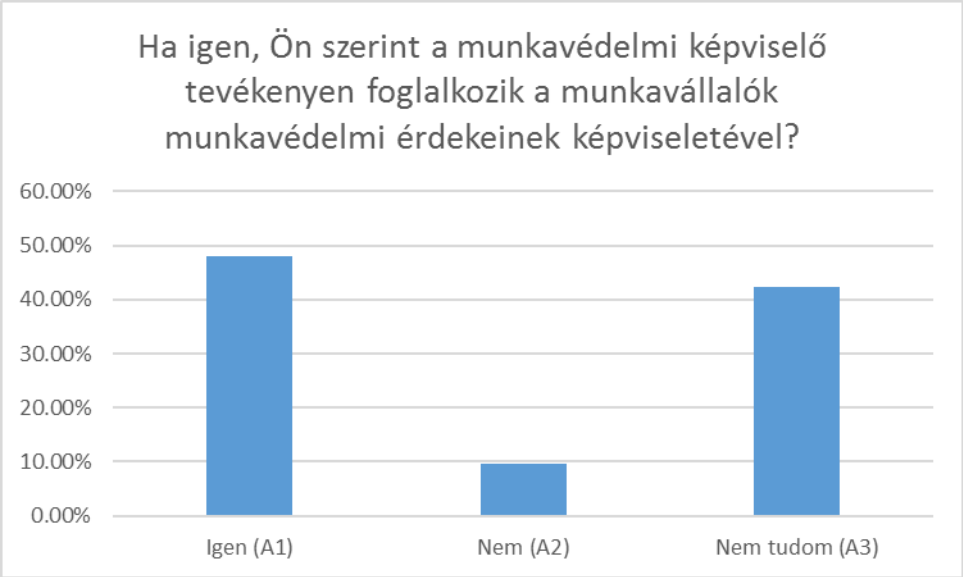
69. sz. grafikon

Az Mvt. 70/A. § (1) bekezdése szerint a munkavállalók az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzéssel összefüggő jogaik és érdekeik képviseletére jogosultak maguk közül képviselőt vagy képviselőket (a továbbiakban: munkavédelmi képviselő) választani. Munkavédelmiképviselő-választást kell tartani minden munkáltatónál, ahol a munkavállalók létszáma legalább húsz fő. A választás lebonyolítása és a feltételek biztosítása a munkáltató kötelezettsége. Ezért kérdeztük meg a munkavállalókat, hogy náluk ez a jog/kötelezettség mennyire érvényesül, azaz *a munkahelyén választottak-e munkavédelmi képviselőt.* A munkavállalók 58%-a szerint választottak, 7% szerint nem. 34% nem tudja, nem válaszolt 1% (70. sz. grafikon).



70. sz. grafikon

Fontos volt tudni, hogy a munkavédelmi képviselők tevékenysége csupán formalitás, vagy *tevékenyen foglalkoznak a munkavállalók munkavédelmi érdekeinek képviseletével.* A megkérdezettek 48%-a válaszolt *igen*nel, 10%-a *nem*mel, 42%-a pedig *nem tud róla* (71. sz. grafikon). Látható, hogy mindkét utóbbi kérdésben nagy a bizonytalan válaszok száma.

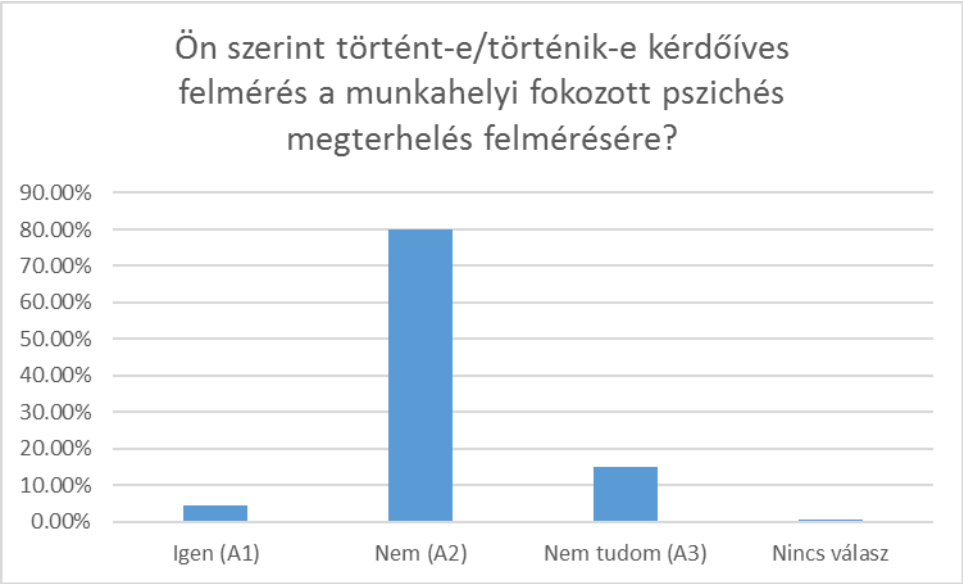


71. sz. grafikon

Az Mvt. 54. § (1) bekezdés d) pontja kötelezi a munkáltatót, hogy az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés érdekében vegye figyelembe az emberi tényezőt a munkahely kialakításánál, a munkaeszközök és munkafolyamat megválasztásánál, különös

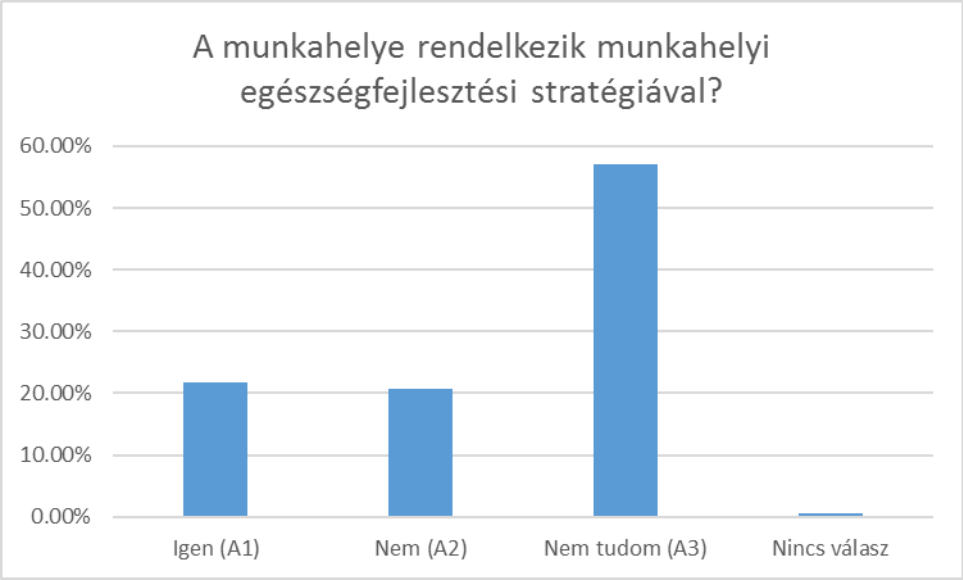
tekintettel az egyhangú, kötött ütemű munkavégzés időtartamának mérséklésére, illetve káros hatásának csökkentésére, a munkaidő beosztására, a munkavégzéssel járó *pszichoszociális* kockázatok okozta igénybevétel elkerülésére. Ezek felmérését a munkaköri alkalmassági vizsgálat részeként évente el kell végezni a rendelet értelmében. Erre is rákérdeztünk. A megkérdezett munkavállalók közel 5%-a szerint megtörtént ez, 80%-a szerint nem, 15 %-uk nem tudja (72. sz. grafikon).

Tekintettel arra, hogy ezek a felmérések a munkavállaló közreműködése nélkül nem valósulhatnak meg, a 15%-ot is tekinthetjük nemleges válasznak, azaz 95%-ban a munkavállalók munkahelyi fokozott pszichés megterhelésének felmérése nem történik meg. Még aggasztóbb a kép, ha figyelembe vesszük, hogy a munkahelyi balesetek fő okának a munkavállaló figyelmetlenségét jelölték meg, így még inkább vizsgálni kellene, hogy a „figyelmetlenség" nem a fokozott pszichés terhelés következménye-e!



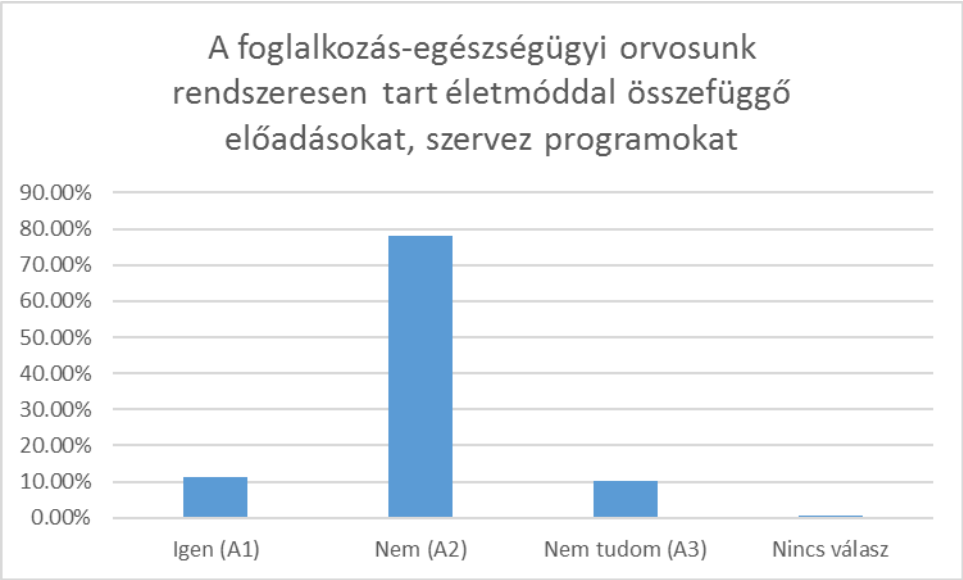
72. sz. grafikon

A munkahelyi egészségfejlesztési stratégia a munkavállalók egészségének megőrzésére, fejlesztésére irányul, ezért a munkáltató köteles erről tájékoztatni a munkavállalókat is, vagyis ennek meglétéről (ha van ilyen) a munkavállalónak is értesülnie kell. A munkavállalók 22%-a szerint munkahelye rendelkezik ilyennel, 20%-a szerint nem, 57%-a nem tudja, 2% pedig nem válaszolt (73. sz. grafikon).



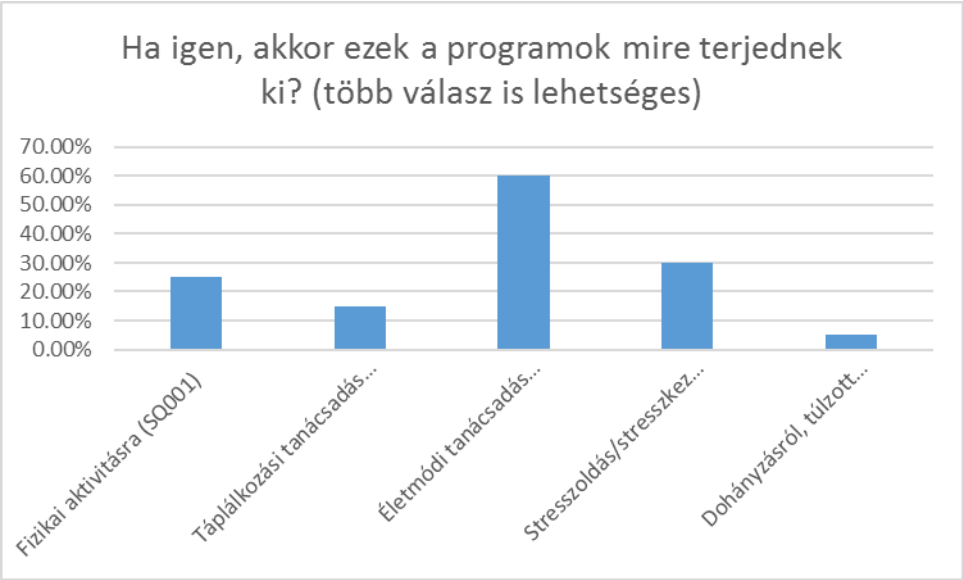
73. sz. grafikon

A munkavállalók válaszaiból az is kiderült, hogy foglalkozás-egészségügyi orvosuk *11%-ban* rendszeresen tart életmóddal összefüggő előadásokat, szervez programokat, *78%-ban* viszont nem, 10% nem tudja, 1% nem válaszolt (74. sz. grafikon).



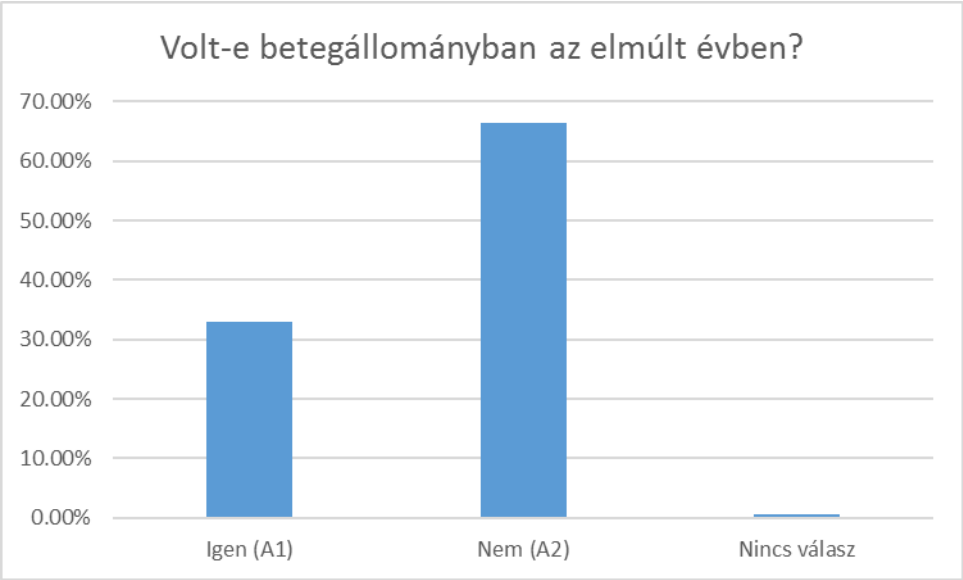
74. sz. grafikon

A munkavállalók szerint az életmóddal összefüggő előadások alábbi témákra terjednek ki: 25% fizikai aktivitás, 15% táplálkozási tanácsadás, 60% életmód-tanácsadásra (táplálkozás, dohányzás stb.), 30% stresszkezelés, 5% dohányzásról való leszoktatás (75. sz. grafikon).



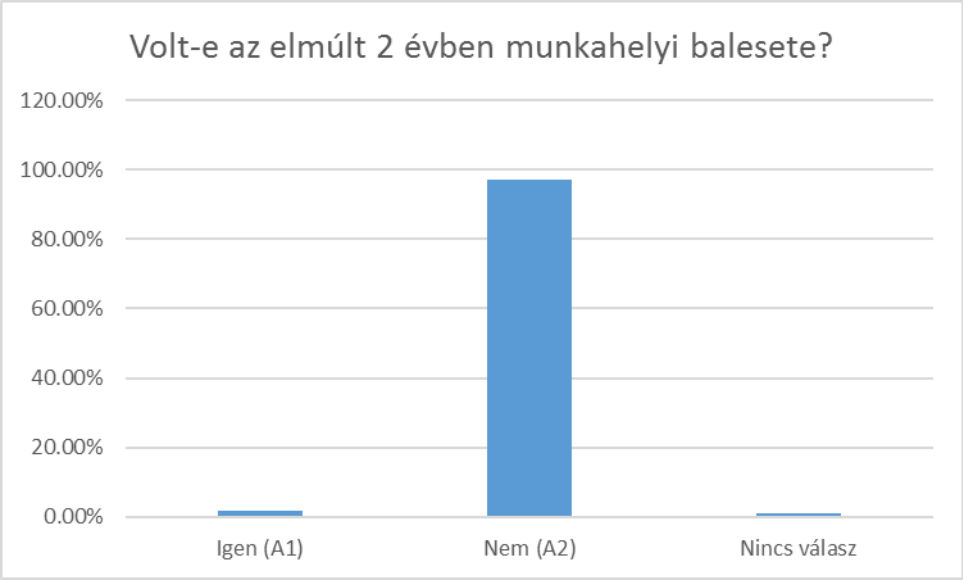
75. sz. grafikon

A primer prevenció hatékonyságának mutatója lehet a munkavállalók táppénzes állományba vételek. Ez *az elmúlt egy évben* így alakult: 33% volt, 67%-a nem volt, 1% nem válaszolt (76. sz. grafikon).



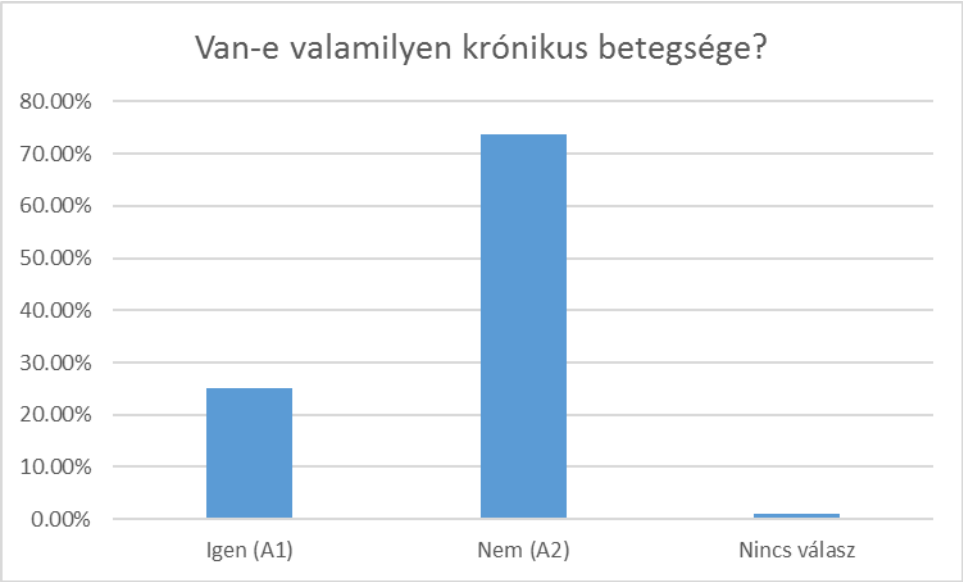
76. sz. grafikon

A munkavállalók 2%-ának volt, 97%-ának nem volt munkabalesete az elmúlt 2 évben, 1%-uk nem válaszolt (77. sz. grafikon).



77. sz. grafikon

A munkavállalók egészségi állapotának fontos mutatója a krónikus betegségek előfordulási gyakorisága. Az oktatásban megkérdezettek 25%-a nemmel, 74%-a igennel válaszolt. A nem válaszolók aránya 1% (78. sz. grafikon). Ez azt is jelezheti, hogy az oktatásban a munkavállalók kockázatai magas értéket mutatnak, és a foglakozás-egészségügyi orvos, a munkáltatóval közösen kell hogy tegyen valamit a megelőzés érdekében.



78. sz. grafikon

A munkavállalók az alábbiakat írták a megjegyzés, javaslat rovatba:

- „Burnout tréningre, ill. szupervízióra lenne szükség rendszeresen."
- „Nincs érdekképviselet."
- „Nagyon fontosnak tartanám, ha lenne az oktatási intézmény területén relaxációs szoba, olyan helyiség, ahol napközben pihenni lehetne."

Erősség

A munkáltató 95%-ban biztosítja a munkavállalóik részére a foglalkozás-egészségügyi ellátást, 5%-ban nem (58. sz. grafikon). A *foglalkozás-egészségügyi rendelő* 30%-ban a munkahely székhelyén, 18%-ban a munkahely telephelyein, 51%-ban külső területen, de azonos településen, vagy 30 km-en belül helyezkedik el (60–62. sz. grafikonok), tehát ez megfelel az előírásoknak. A munkavállalók 58%-a szerint munkahelyén választottak munkavédelmi képviselőt, és a *munkavédelmi képviselő tevékenyen foglalkozik a munkavállalók munkavédelmi érdekeinek képviseletével a* megkérdezettek 48%-a szerint. Ezek az 50% körüli értékek kielégítők az országos helyzethez viszonyítva. A munkavállalók 97%-ának nem volt munkabalesete az elmúlt 2 évben. A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok szakmai felkészültséget jelzi, hogy 100%-ban I. fokon dőlt el a munkaköri alkalmassági vizsgálat. Bár még sok tartaléka van a rendszernek, de jó jel, hogy az esetek 26%-ban van munkahelyi egészségfejlesztés. Átfogó egészségügyi stratégia 29%-ában van, ami pozitívum, de szintén elmarad az elvárttól.

Gyengeség

A munkavállalók 18%-a úgy gondolja, hogy bevonják a munkavállalók képviseletét a munkahelyi kockázatelemzésbe, 16% szerint nem, 64% nem tud erről. Ez azt jelenti, hogy 80%-ban a munkavállalók érdekképviselete ebben nem vesz részt, ami, azon túl, hogy a jogszabállyal ellentétes, mind a közvetlen információátadást, mind az érdekképviseletet jelentősen csorbítja (68. sz. grafikon). A megkérdezett munkavállalóknak csak közel 5%-a szerint történt meg a munkahelyi fokozott pszichés megterhelés felmérése (72. sz. grafikon)! Mivel a fokozott pszichés kockázatok felmérése kérdőíves kikérdezésen alapszik, így aki nem tud róla, azt is a „nem történt ilyen felmérés" kategóriájában kell számítani. Ez olyan munkahelyen, ahol a fokozott pszichés megterhelés igen gyakran a mindennapi munka velejárója, még inkább jelentős hiányosságnak, s így *gyengeségnek* minősül. A munkavállalók válaszaiból az is kiderült, hogy *a foglalkozás-egészségügyi orvosaik csak 11*%-a tart

életmóddal összefüggő előadásokat, szervez programokat, ami azt jelenti, hogy a foglalkozás-egészségügyi szolgálat alig több, mint 1/10-e él a primer prevenció egyik fontos eszközével.

Lehetőség

A munkavállalók szerint az életmóddal összefüggő előadások az alábbi témákra terjednek ki: 25% fizikai aktivitás, 15% táplálkozási tanácsadás, 60% életmód-tanácsadás (táplálkozás, dohányzás, stb.), 30% stresszkezelés, 5% dohányzásról való leszoktatás (75. számú grafikon). A munkavállalók válaszaiból az is kiderült, hogy *a foglalkozás-egészségügyi orvosuk csupán 11*%-ban tart rendszeresen életmóddal összefüggő előadásokat, szervez programokat (74. sz. grafikon). Ezt a gyengeséget fentebb már említettük, itt azért hozzuk szóba, felismerése egy lehetőséget kínál, hogy a 88%-os nemleges válasz mérséklésére hozott intézkedések javítsák a primer és szekunder prevenció hatékonyságát.

Veszély

A munkaköri alkalmassági vizsgálatok az oktatásban csak 51%-ban történnek a rendelőben (59. sz. grafikon). A 33/1998. (VI. 24.) NM rendelet kimondja, hogy munkaköri alkalmassági vizsgálatok csak az arra kijelölt és akkreditált rendelőkben végezhetők, mobil formában ez a tevékenység nem látható el, így az oktatás vizsgált szegmensében 49%-ban nem teljesülnek a rendeletben előírt szakmai kritériumok, amelyek biztosítani kívánják, hogy az alkalmassági vizsgálatok ne silányuljanak adminisztratív tevékenységgé. A veszély abban rejlik, hogy ezzel a devianciával végső soron a munkavállalót megfosztják attól a lehetőségtől, hogy esetleges foglalkozási, vagy sorsszerű megbetegedéseit időben tudják diagnosztizálni, valamint hogy a szakma szabályai szerint bírálják el munkaköri alkalmasságát.

A munkavállalók 2%-a soha nem vett részt munkaköri alkalmassági vizsgálaton, 1%-a pedig nem válaszolt a kérdésre (66. sz. grafikon), azaz, azon túl, hogy a rendelet előírásait legalább 2%-os gyakorisággal megszegik, ugyanilyen arányban növelik munkahelyen a humán oldalról fakadó kockázatokat, emellett az érintettek elvesztik azt a lehetőséget, hogy a sorsszerű betegségeket időben felismerjék!

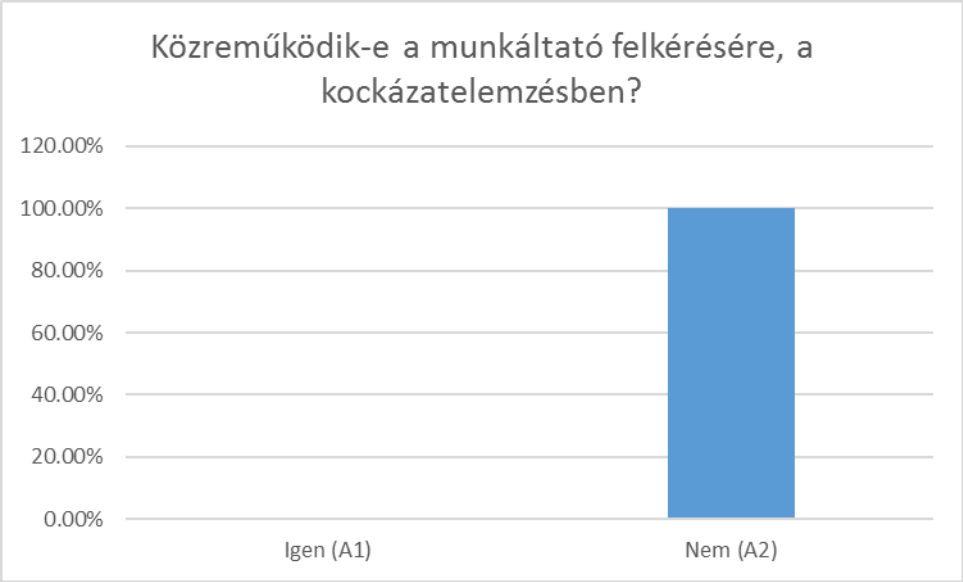
Az Mvt. 55. § (1) bekezdése rendelkezik arról is, hogy a munkavállalók, illetve a munkavédelmi képviselők *milyen gyakorisággal kell munkavédelmi oktatásban részesüljenek. „A munkáltatónak oktatás keretében gondoskodnia kell arról, hogy a munkavállaló a) munkába álláskor…”* részesüljön ilyen oktatásban, ennek ellenére a válaszolók 3%-a szerint még nem volt ilyen oktatáson, ami azt jelenti, hogy a törvényi előírásokat nem tartják be, és fokozottan veszélyeztethetik a munkavállaló egészségét a munkahelyi környezetből és munkafolyamatból adódó egészségkárosító kockázatok! Ennek realitása mintegy 30%, ugyanis a megkérdezett munkavállalók 29%-a veszélyesnek tartja a végzett munkafolyamatot.

Ennek okaira a pszichoszociális kockázatok felméréséből következtethetünk (elvárások és információhiány, irreális, rövid határidők, szervezetlenség, elismerés hiánya, a visszajelzés hiánya, másokért való nagy felelősség, időkényszer, túlmunka, műszakbeosztás, munkaszervezés stb.) következtethetünk, lásd később.

4.2.2. Ergonómia kérdőívek kiértékelése

V. Kérdőív foglalkozás-egészségügyi szakorvosnak az ergonómiai kockázatok felmérésére

Az ergonómiát a munka tudományának nevezzük, vagyis az emberi erők és képességek tudományának. Az ergonómia célja, hogy az ember–gép–környezet rendszer annak meghatározó eleme, az ember igényei szerint működjék az ember kényelmét, biztonságát, egészségének megőrzését biztosítsa. A foglalkozás-egészségügyi szakorvos feladata kiválasztani és alkalmassá tenni a dolgozó embert meghatározott munkára, s ezáltal emelni a gazdasági munkateljesítményeket, ugyanakkor vizsgálja az emberi teljesítőképességet kedvezően és kedvezőtlenül befolyásoló tényezők szerepét, hogy meghatározza ezek hatástani törvényszerűségeit és balesettani szerepét. A kérdőívvel az volt a célunk, hogy felmérjük a jelenlegi helyzetet, különös tekintettel az *ergonómiai kockázatbecslésre,* a munkaköri alkalmassági vizsgálatokra és a munkahelyi egészségfejlesztésre az *oktatás* ágazatban.
A kutatás célja továbbá, hogy a felmérések alapján feltárjuk azokat a fejlesztési lehetőségeket, amelyek ezen a területen kínálkoznak.
Ebben a vonatkozásban alapvető, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakorvos ismerje az ergonómiai kockázatokat. Sajnos arra a kérdésre, hogy *közreműködik-e a munkáltató felkérésére a kockázatelemzésben,* a válaszok 100%-*a alapján nem* volt (79. sz. grafikon).

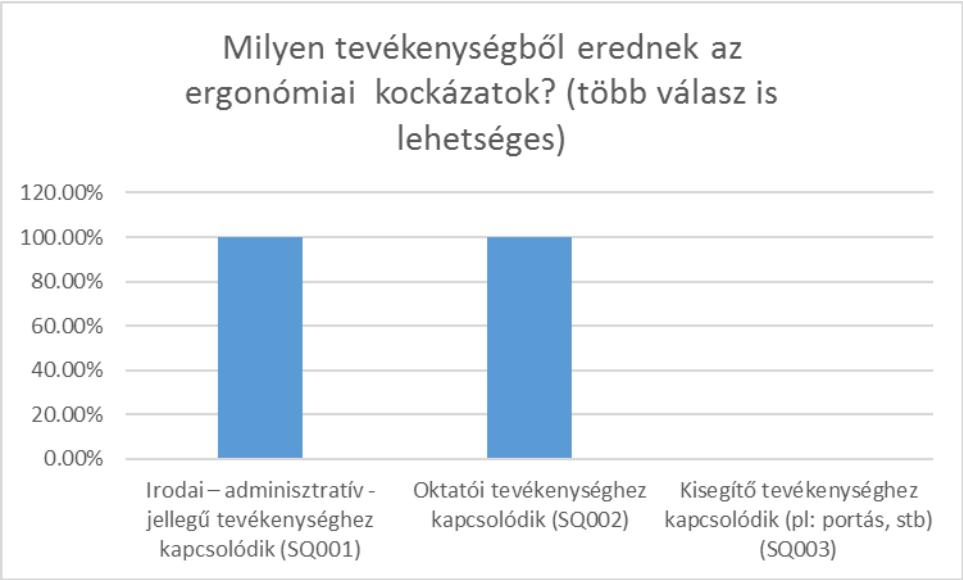


79. sz. grafikon

Megtudakoltuk, hogy ezekben a kockázatelemzésben *kitérnek-e az ergonómiai kockázatokra*, hiszen ezek a pszichoszociális kockázatokkal együtt mind a munkahelyi balesetek, mind az egészségkárosodások jelentős okát jelentik. E fontos kérdésre sajnálatos módon 100%-ban ugyancsak nem volt a felelet (80. sz. grafikon).

80. sz. grafikon

Az ergonómiai kockázatok a válaszolók véleménye szerint az alábbi tevékenységekből erednek: irodai jellegű tevékenységből 100%-ban és oktatáshoz kapcsolódóból ugyancsak 100%-ban (81. sz. grafikon, több válasz is lehetséges).

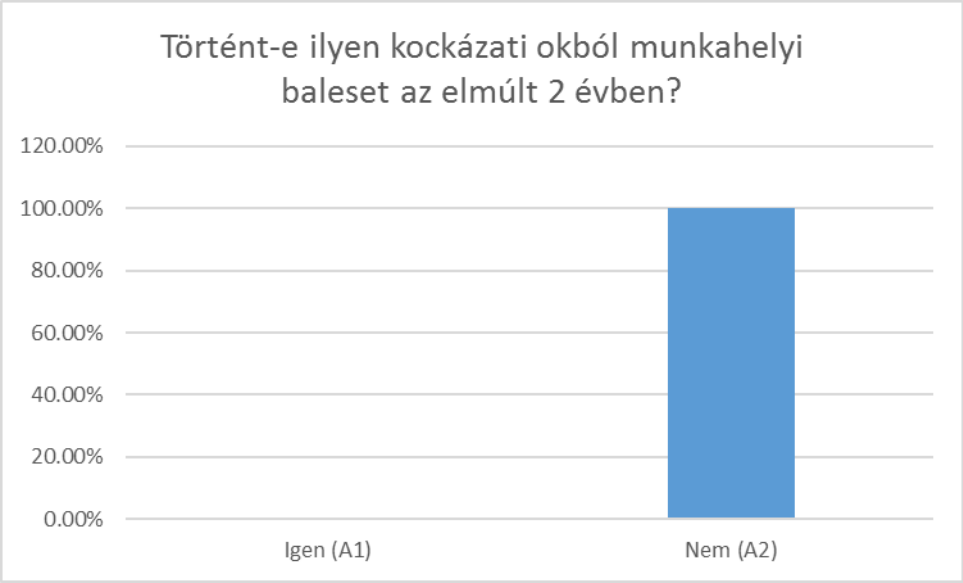


81. sz. grafikon

A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok tapasztalata szerint ergonómiai kockázatok közül 100%-ban a pszichés-mentális állapotromlást előidéző tényezők a leggyakoribbak (82. sz. grafikon).

82. sz. grafikon

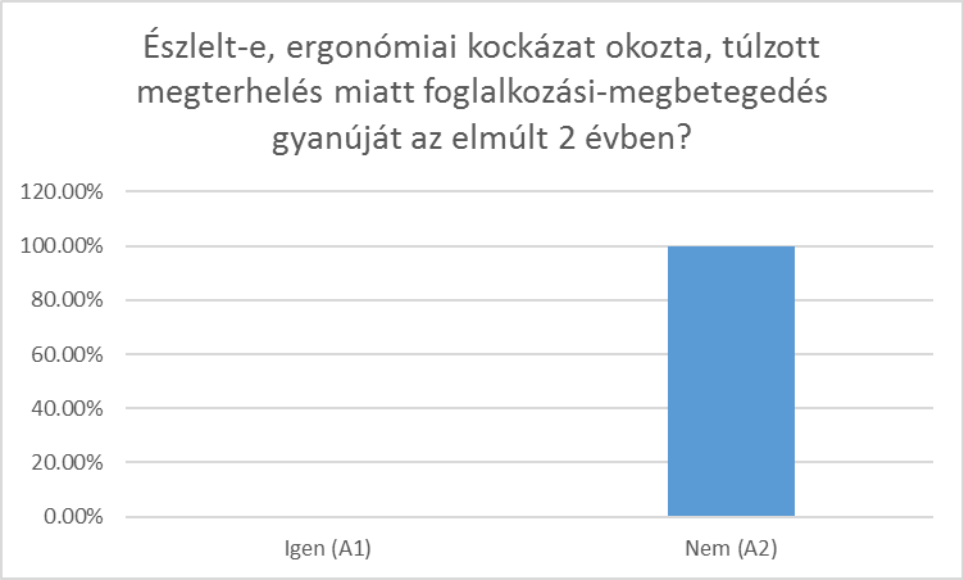
A foglalkozás-egészségügyi orvosok 100%-a tapasztalata szerint nem történt munkahelyi baleset ezeket az állapotromlást előidéző ergonómiai tényezők miatt (83. sz. grafikon).



83. számú grafika

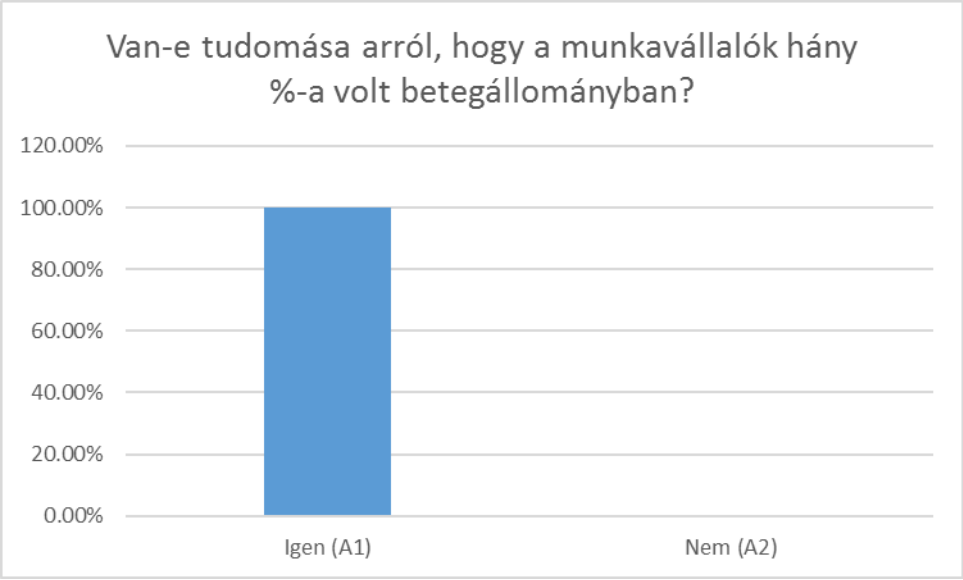
Így értelemszerűen munkahelyi balesetek ergonómiai okokra visszavezethetően sem következtek be. Erről elkészült a 84. sz. grafikon, de annak bemutatása szükségtelen.

A foglalkozás-egészségügyi orvosok 100%-a nem észlelt ergonómiai kockázat okozta túlzott megterhelés miatt foglalkozási megbetegedés gyanúját az elmúlt 2 évben (85. sz. grafikon).



85. sz. grafikon

A preventív munka hatékonyságára lehet következtetni a táppénzes napok száma alapján is. Ezért kérdeztünk rá, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakorvos ismeri-e ezeket a számokat, azaz tudja-e, *hogy a munkavállalók hány %-a volt betegállományban, és milyen hosszan.*
A vizsgált periódusban a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatóknak minden esetben (100%) tudomása volt (86. sz. grafikon), de a kérdéseket félreértették, így itt csak azt közölhetjük, hogy szerintük mindössze 5 munkavállaló volt betegállományban 1-2 napig.

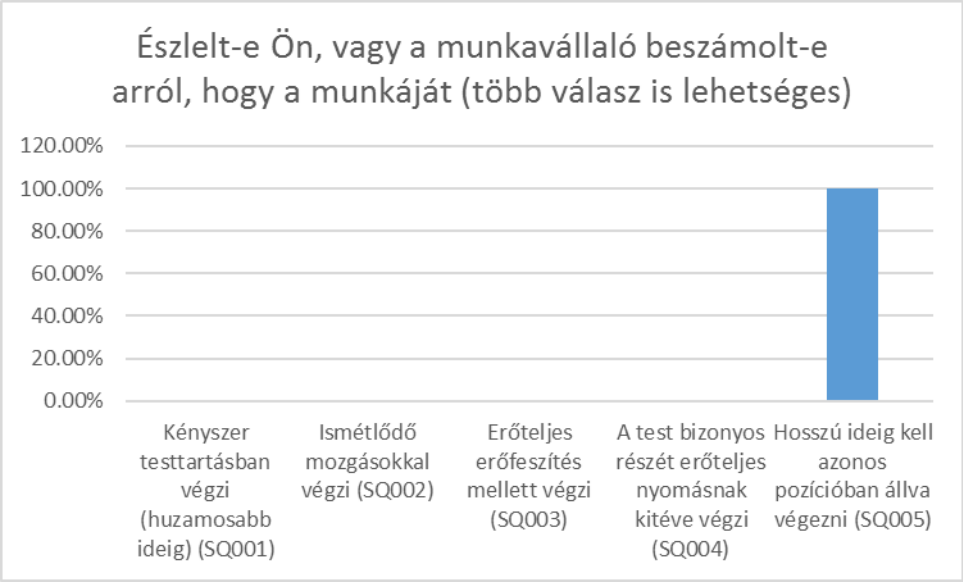


86. sz. grafikon

Az Mtv. 40. § (1) bekezdése és 44. § (1) bekezdése, valamint az Eütv. a munkáltatók kötelezettségévé teszi, hogy tájékoztassa a munkavállalókat az őket fenyegető egészségkárosító kockázatokról. Ugyanez a kötelezettség hárul a foglalkozás-egészségügyi szakorvosokra is. Utóbbiak e feladatot 100%-ban teljesítik (87. sz. grafikon).

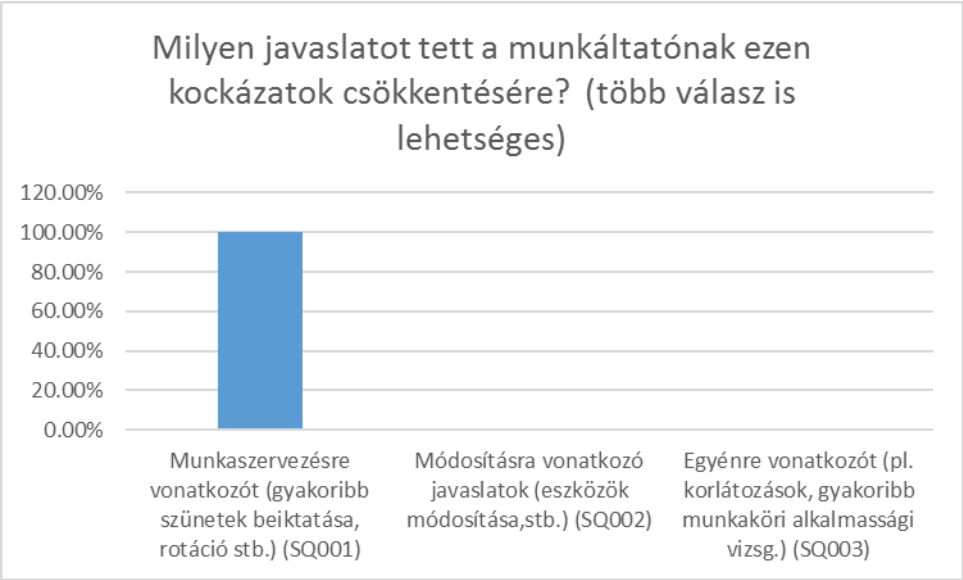
87. sz. grafikon

A munkavállaló munkavégzése során kényszerülhet olyan ergonómiai kockázatból adódó megterhelést elszenvedni, amely hosszú távon károsíthatja egészségét. Az időben észlelt ilyen irányú kockázatok megszüntethetők vagy különböző intézkedésekkel csökkenthetők. A foglalkozás-egészségügyi orvosok a munkavállaló munkavégzése során ergonómiai kockázatok közül kizárólag (100%) a hosszú ideig azonos pozícióban, állva végzett munkát észlelték (88. számú grafikon).



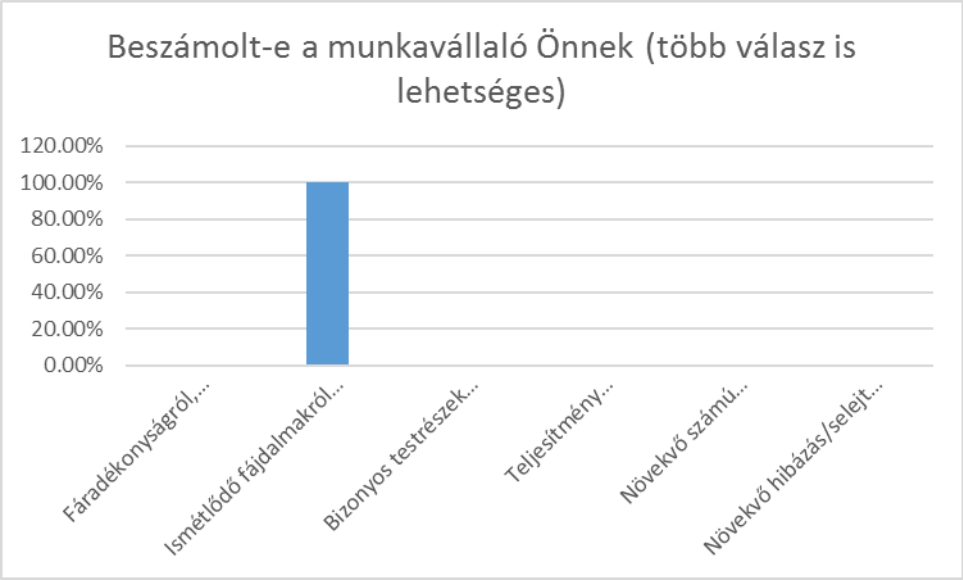
88. sz. grafikon

A foglalkozás-egészségügyi orvosok mindegyike (100%) a munkaszervezésre vonatkozó javaslatot tett a munkáltatónak az ergonómiai kockázatok csökkentésére (gyakoribb szünetek beiktatása, rotáció stb.) (89. sz. grafikon).



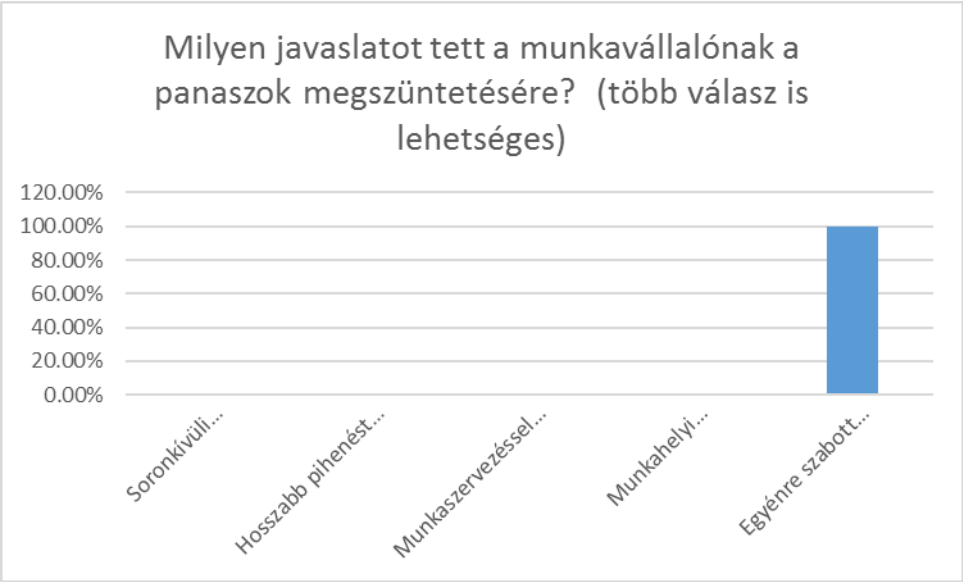
89. sz. grafikon

Fontos, hogy azok a munkavállalók, akik fokozott ergonómiai kockázatnak vannak kitéve, akár a munkaköri alkalmassági vizsgálatok keretében, akár spontán jelezzék a foglalkozás-egészségügyi szakorvosoknak, ha ezzel kapcsolatos egészségre vonatkozó panaszai lennének. A panaszok korai kiszűrése egyfelől hatékonyabb gyógyítást jelent, másfelől pedig a megelőzéshez szükséges munkaegészségügyi intézkedések, javaslatok megtételét, hogy az ergonómiai kockázatból adódó további egészségkárosodások elkerülhetők/mérsékelhetők legyenek. A munkavállalók a foglalkozás-egészségügyi orvosnak kizárólag (10%) csak ismétlődő fájdalmakról számoltak be (90. sz. grafikon).



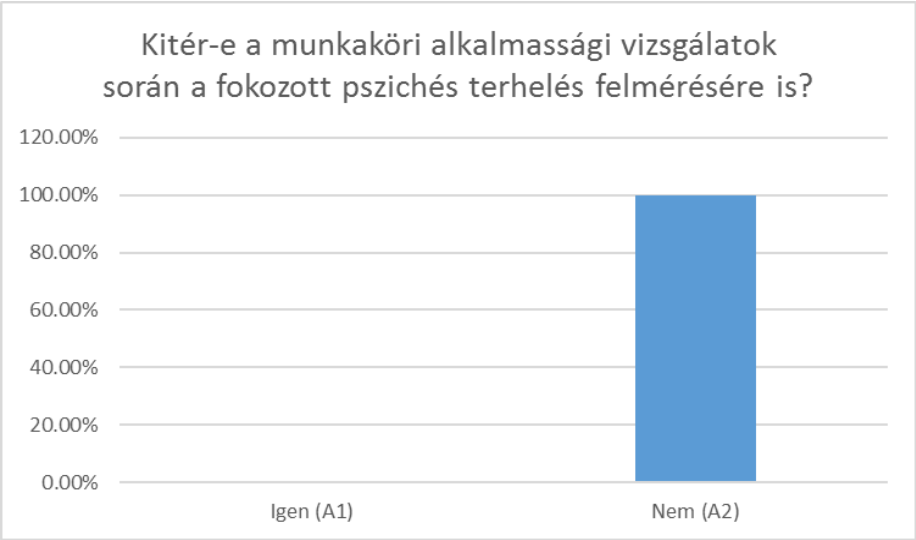
90. sz. grafikon

A foglalkozás-egészségügyi orvosok az észlelt egészségi problémák megszüntetése egyhangúlag (100%) egyénre szabott egészségfejlesztő programot javasoltak a munkavállalónak (91. sz. grafikon).



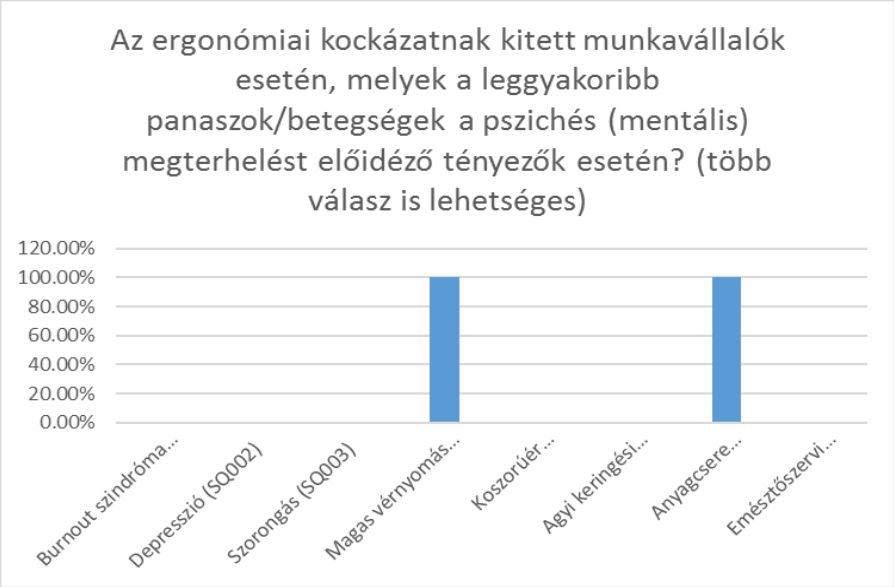
91. sz. grafikon

Az ergonómiai kockázatok közül kitértünk a fokozott pszichés terhelés felmérésére is. A foglalkozás-egészségügyi orvosok 100%-a nem tér ki erre a munkaköri alkalmassági vizsgálatok során (92. sz. grafikon).



92. sz. grafikon

Az ergonómiai kockázatnak kitett munkavállalók körében a foglalkozás-egészségügyi szakember nem észlelt látásromlást előidéző tényezőket. Körükben viszont egyaránt 100%-os gyakorisággal fordulnak elő az alábbi panaszok/betegségek: magas vérnyomás, illetve anyagcsere-betegségek/cukorbetegség (93. sz. grafikon).



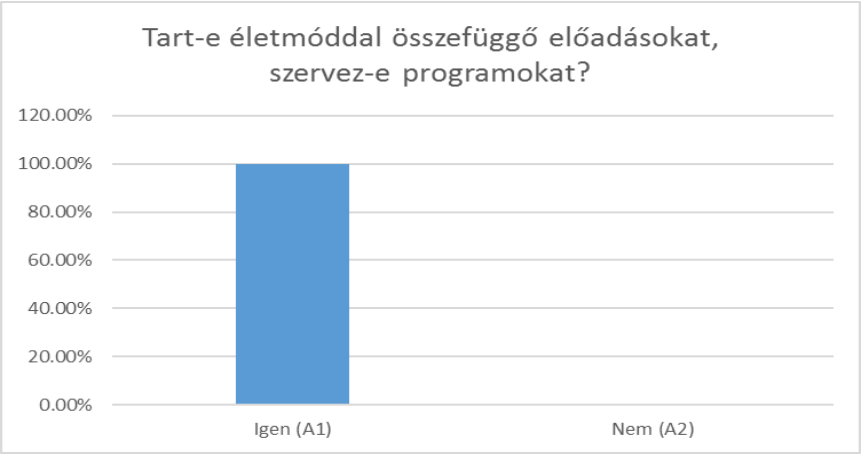
93. sz. grafikon

Az ergonómiai kockázatnak kitett munkavállalók körében nem észleltek fizikai állapotromlást előidéző tényezőket.

A fentiek miatt is fontos kérdés, *hogy a foglalkozás-egészségügyi szakorvos készít-e munkahelyi egészségfejlesztési stratégiát. Sajnos* a foglalkozás-egészségügyi orvosoknak 100%-a *nem* készít (94. sz. grafikon).

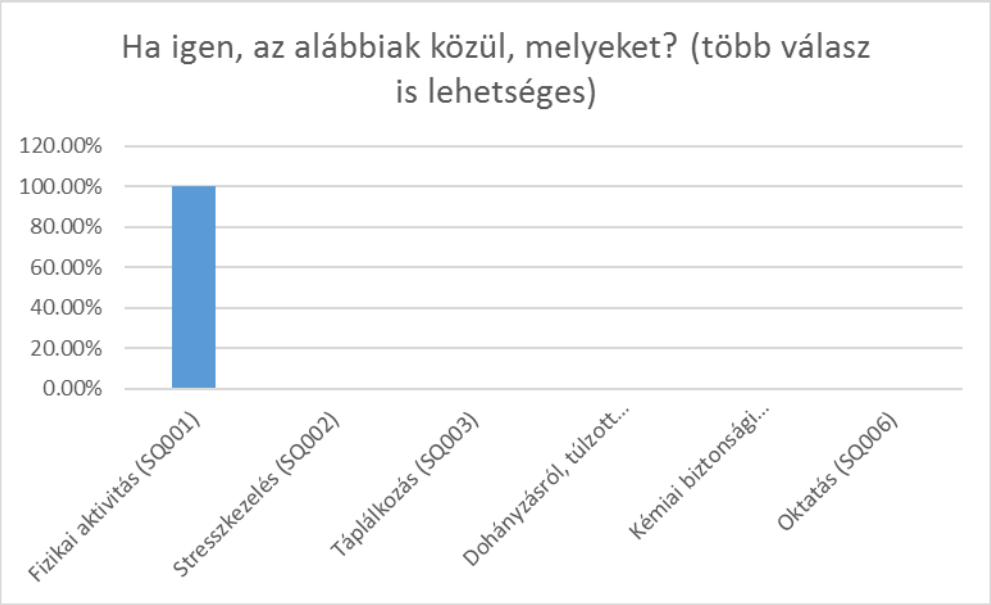
94. sz. grafikon

A munkahelyi egészségfejlesztés része az életmóddal összefüggő előadások, programok szervezése. Ez a primer prevenció egyik elektív helye, ezért is van nagy jelentősége ennek. *A* foglalkozás-egészségügyi orvosoknak 100%-a végzi ezt a tevékenységet (95. sz. grafikon).



95. sz. grafikon

Ezek sajnálatosan kizárólag (100%) a fizikai aktívitást elősegítő programokra korlátozódnak (96. sz. grafikon).



96. sz. grafikon

Megjegyzés, észrevétel nem volt.

A foglalkozás-egészségügyi orvosok ergonómiai kockázatokra vonatkozó tapasztalatának rövid elemzése az oktatás területén

Erősségek

A foglalkozás-egészségügyi orvosok 100%-a tájékoztatja *a munkavállalókat az őket érő munkahelyi ergonómiai kockázatokról.*

Nem történtek munkahelyi balesetek ilyen okokra visszavezethetően. A foglalkozás-egészségügyi orvosok 100%-a nem is észlelt ergonómiai kockázat okozta, túlzott megterhelés miatt foglalkozási megbetegedés gyanúját az elmúlt 2 évben. Az ergonómiai kockázatok csökkentésére munkaszervezésre vonatkozó javaslatokat tettek: gyakoribb szünetek beiktatása, rotáció stb. Az oktatásban a foglalkozás-egészségügyi orvosok tartanak munkahelyi egészségfejlesztési előadásokat és szerveznek ilyen programokat.

Gyengeségek

A foglalkozás-egészségügyi orvosok 100%-a nem tér ki a fokozott pszichés terhelés felmérésére a munkaköri alkalmassági vizsgálatok során, továbbá nem működnek közre a kockázatelemzésben (valószínűleg a munkáltató nem kéri fel őket). Így nincs információjuk

arról, hogy az kitér-e az ergonómiai kockázatokra. Nem készítenek munkahelyi egészségfejlesztési stratégiát, de tartanak előadásokat és szerveznek ilyen programokat, amit az erősségek közé soroltunk (lásd fent).

Lehetőségek

A gyengeségek felismerése ***lehetőséget*** ad a foglalkozás-egészségügyi orvosok és a munkáltató számára, hogy korrekciós intézkedésekkel jelentősen növeljék a prevenció hatékonysága.

Veszélyek

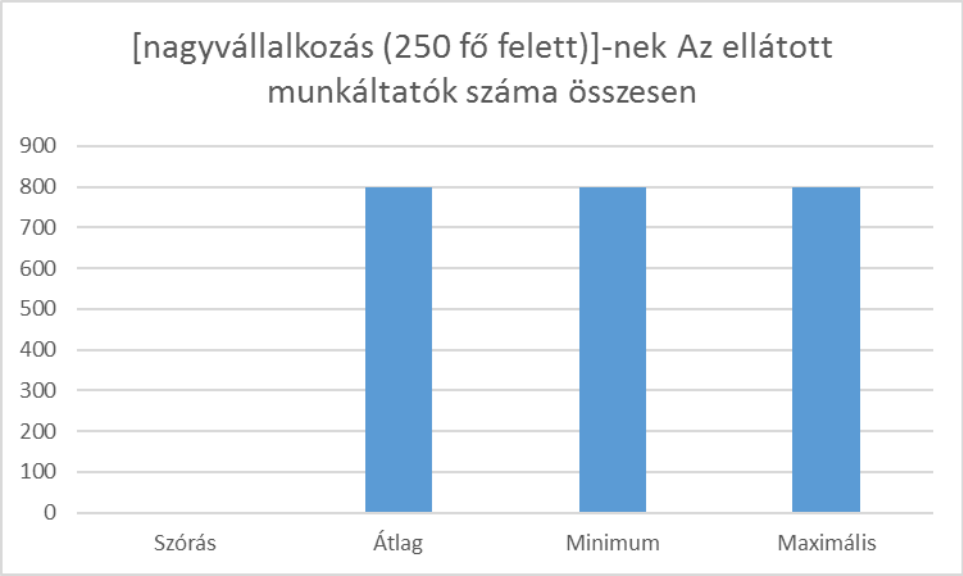
Az ergonómiai kockázatok a válaszadók véleménye szerint két tevékenységből erednek: irodai jellegű (100%) és oktatáshoz kapcsolódó (100%) munka. Az ergonómiai kockázatok közül a pszichés-mentális állapotromlást előidéző tényezők a leggyakoribbak (100%). Mindkettő népegészségügyi jelentőségű. Az ebből eredő kizárólagos panaszok/betegségek a magas vérnyomás (100%) és az anyagcsere-betegségek/cukorbetegség (100%). Amennyiben a pszichés kockázatok felmérése és elemzése, valamint az ennek nyomán hozott intézkedések elmaradnak, a pszichoszomatikus megbetegedések száma és súlyossága tovább fog nőni, jelentősen megnövelve a munkavállalók morbiditási mutatóit, illetve a táppénzes napok számát, valamint csökkentve a munkavállalók teljesítményét.

VI. Kérdőív a munkabiztonsági szakembernek az ergonómiai kockázatok felmérésére

Az NGM 2017. évi jelentése a munkavédelemről kitér arra, hogy a használatos gépek esetében a technológiához kapcsolható kisegítő gépek esetében is gyakori probléma a törött burkolatú, elhanyagolt állapotú gépek és kéziszerszámok használata. A karbantartás jellemzően csak az üzemképességre szorítkozik, a biztonsági szempontok sok esetben, háttérben maradnak. Az egyéni védőeszközök nem megfelelő állapota, a munkáltató általi biztosításának hiánya is előfordul. Az oktatásban mindez főleg a gyakorlati képzésben és a technikai személyzetnél értelmezhető.

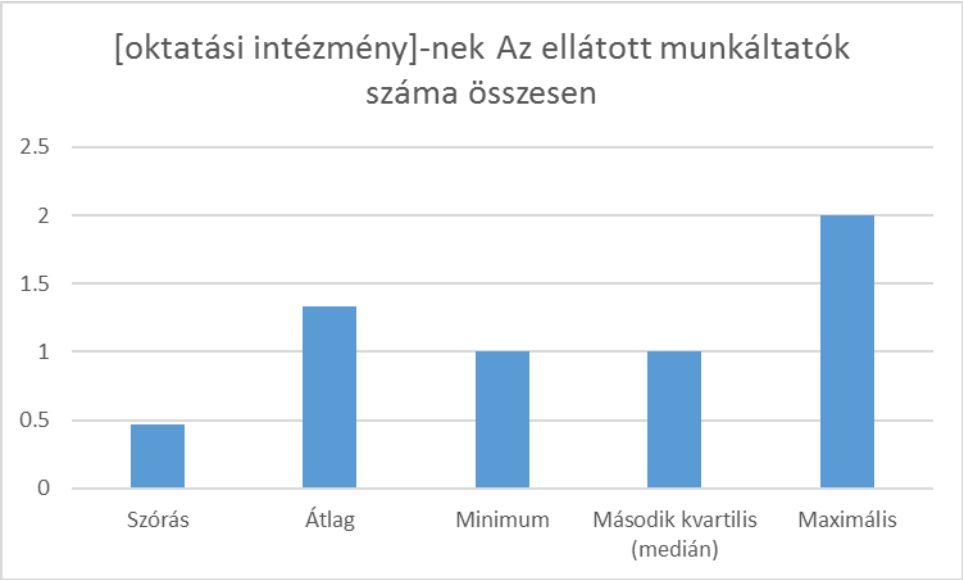
Ez főleg munkabiztonsági kérdés, természetesen elsősorban a munkáltató felelőssége, hogy mennyire tartja/tartatja be az erre vonatkozó előírásokat, de egy helyzetelemzés egyben jelzi a munkabiztonsági szakemberek szakmai érdekérvényesítő képességét/lehetőségét.

Természetesen ezt a képességet befolyásolja a munkabiztonsági szakember leterheltsége is, ezért is kérdeztünk rá, *az ellátott munkáltatók számára. A felmérés eredménye szerint nagyvállalkozásokat 4 szakember lát el, összesen 800 munkáltató esetén* (97. sz. grafikon).



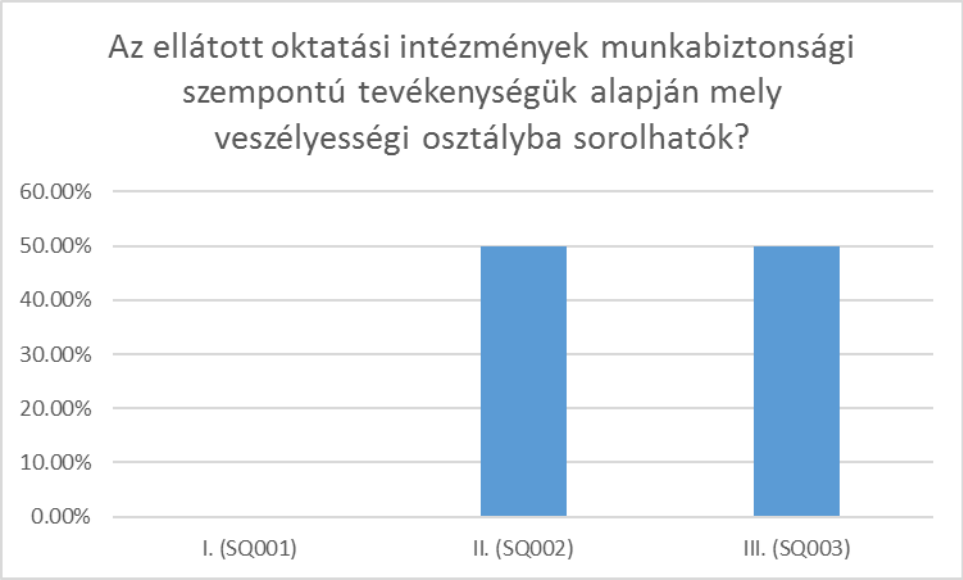
97. sz. grafikon

A felmérés eredménye szerint *az ellátott munkáltatók száma átlagban 1,5* (98. sz. grafikon).



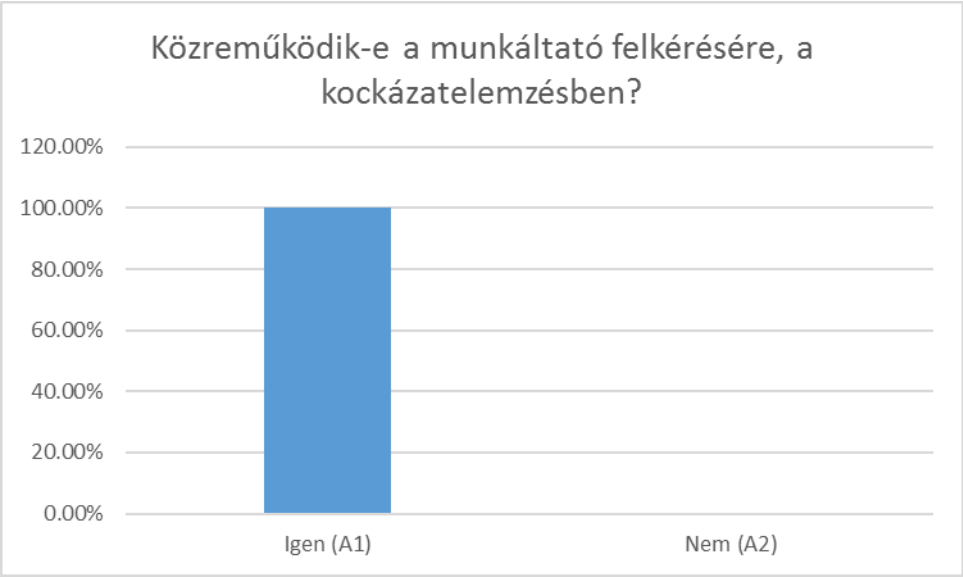
98. sz. grafikon

A megkérdezett munkabiztonsági szakemberek szerint az ellátott munkáltatók 50%-ban a II. és 50%-ban a III. veszélyességi osztályba sorolhatók (99.sz. grafikon).



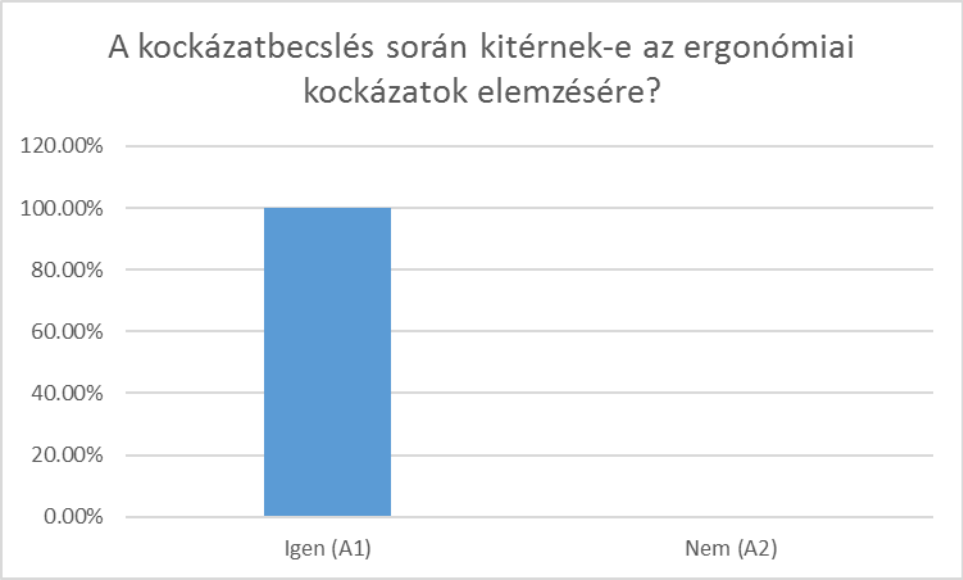
99. sz. grafikon

A munkabiztonsági szakemberek 100%-a közreműködik a munkáltató felkérésére a kockázatelemzésben (100. sz. grafikon).



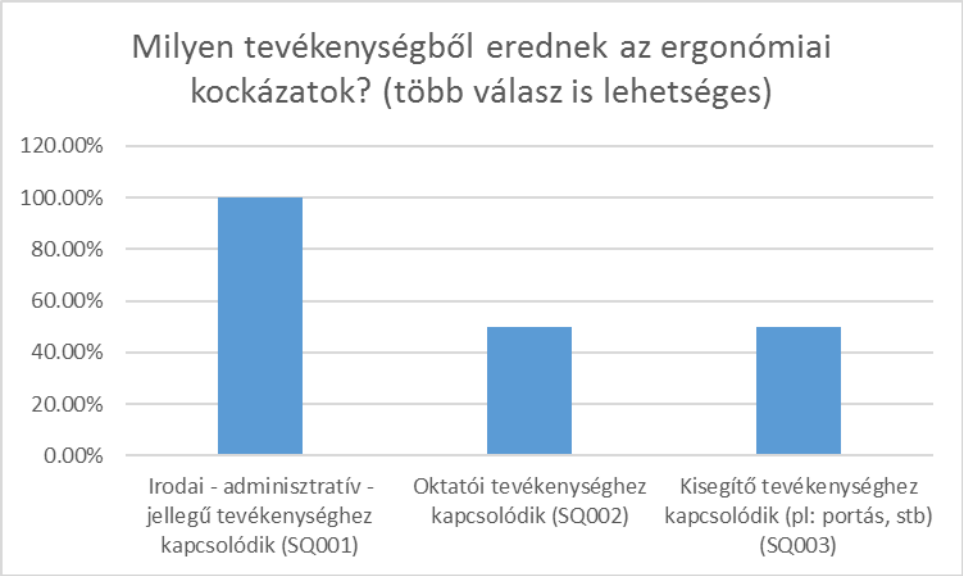
100. sz. grafikon

A munkabiztonsági szakemberek 100%-ban kitérnek az ergonómiai kockázatok elemzésére (101. sz. grafikon).



101. sz. grafikon

Igen válasz esetén arra is rákérdeztünk, hogy *milyen tevékenységből erednek ezek a kockázatok?* A válaszok megoszlása: 100%-ban irodai, adminisztratív jellegű, 50%-ban oktatói, 50%-ban kisegítő tevékenységhez (portás stb.) kapcsolódik (102. sz. grafikon, több válasz is lehetséges).

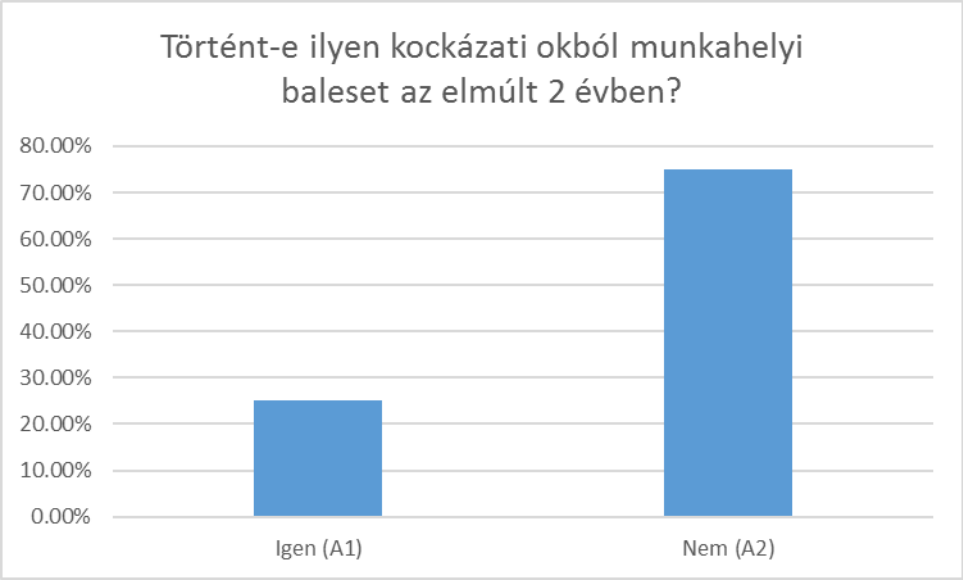


102. sz. grafikon

A leggyakoribb terhelési tényezők: 25%-ban látásromlást előidéző, 75%-ban pszichés, mentális megterhelést előidéző tényező (103. sz. grafikon).

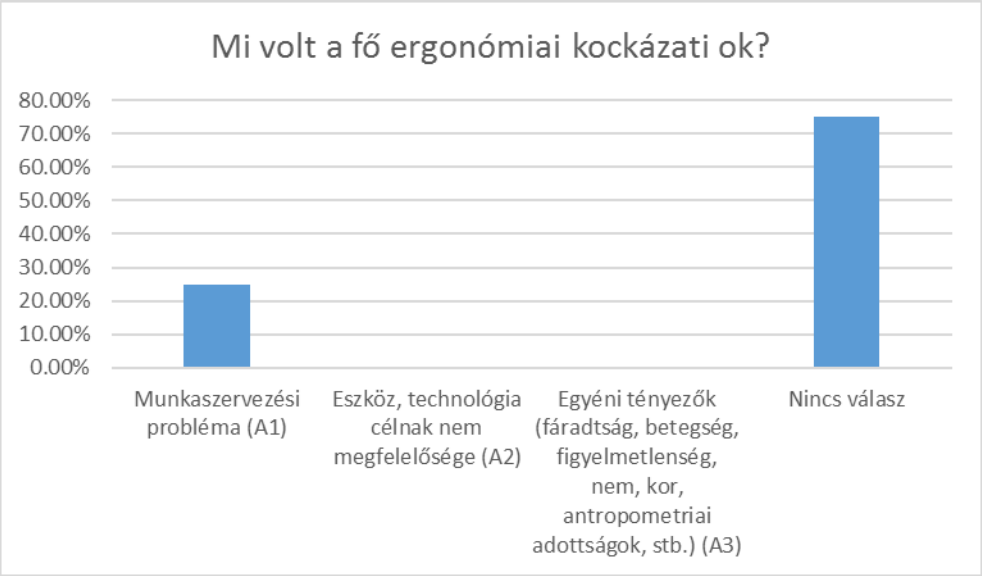
103. sz. grafikon

A fenti kockázati okokból a megkérdezett munkabiztonsági szakemberek 25%-a szerint történt, 75%-a szerint nem történt munkahelyi baleset az elmúlt 2 évben (104. sz. grafikon).



104. sz. grafikon

A munkahelyi balesetek fő okaként 25%-ban munkaszervezési problémát jelöltek meg, 75%-ban nem válaszoltak (105. sz. grafikon).

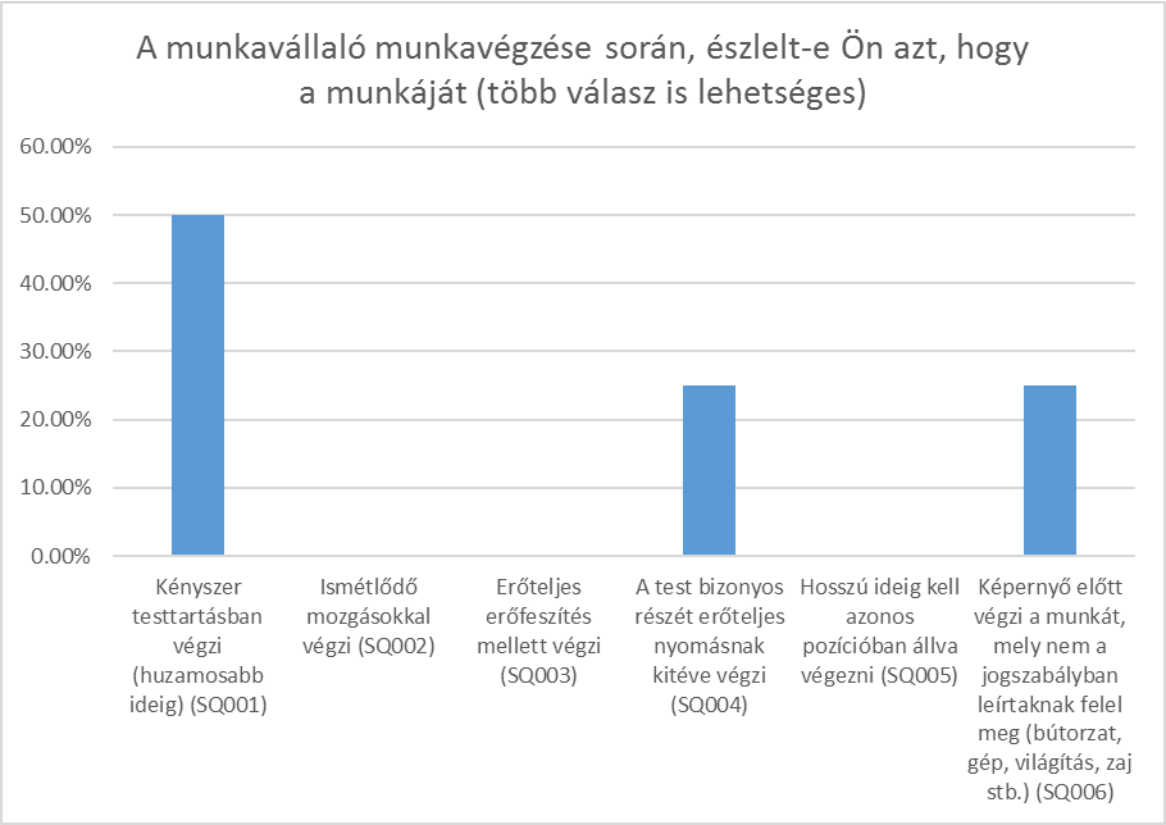


105. sz. grafikon

A munkabiztonsági szakemberek 100%-a kioktatta a munkavállalókat az őket érő munkahelyi ergonómiai kockázatokról (106. sz. grafikon).

106. sz. grafikon

A megkérdezett munkabiztonsági szakemberek a munkavállaló munkavégzése során észlelték, hogy a munkát kényszertesttartásban (50%), a test bizonyos részét erőteljes nyomásnak kitéve (25%), a jogszabályban leírtaknak nem megfelelő módon képernyő előtt végzik (25%) (107. sz. grafikon).



107. sz. grafikon

Az ergonómiai kockázatok felmérésénél alapvető, hogy a munkabiztonsági szakember ismerje a munkafolyamatokat, észlelje a károsító tényezőket és erről tájékoztassa a munkáltató mellett a munkavállalót is, továbbá tegyen javaslatot ezek megszüntetésére/csökkentésére. Az alábbi indítványok születtek: technológia, eszközhasználat módosítása (25%); munkaszervezés módosítása (pl. pluszszünetek beiktatása, a munkavállalók rotációja), a munkafolyamat változtatása a monotonitás elkerülésére (75%); munkakörnyezet (világítás, zaj, hőmérséklet stb.) megváltoztatása (25%), egyéb (25%) (108. sz. grafikon, több válasz is lehetséges).

108. sz. grafikon

A megjegyzés rovatban egy szakember azt közölte, hogy nem észlelt jelentős kockázatot.

A munkabiztonsági szakemberek ergonómiai kockázatokra vonatkozó tapasztalatának elemzése az oktatás területén

Erősségek

A munkabiztonsági szakemberek 100%-a közreműködik a munkáltató felkérésére a kockázatelemzésben, amely 100%-ban kitér az ergonómiai kockázatokra is. Ugyancsak 100%-a kioktatja a munkavállalókat az őket érő ergonómiai károsító tényezőkről. Nem történtek munkahelyi balesetek ilyenekre visszavezethetően. A munkabiztonsági szakemberek 100%-a nem észlelt ergonómiai kockázat okozta túlzott megterhelés miatti foglalkozási megbetegedés gyanúját az elmúlt 2 évben. A felsoroltak mindegyike a prevenció erősségét jelzik.

Gyengeségek

A munkavállalók az oktatásban a munkát 50%-ban kényszertesttartásban végzik, 25%-ban testük bizonyos részét erőteljes nyomás éri, 25%-ban nem a jogszabályban leírt módon dolgoznak a képernyő előtt. Az ergonómiai kockázatok az alábbi tevékenységből erednek: 100%-ban irodai, adminisztratív jellegű 50%-ban és 50%-ban kisegítő (pl. portás) munka.

Lehetőségek

A gyengeségek, egyben lehetőséget is jelentenek, azaz amennyiben a munkáltató figyelembe veszi a munkabiztonsági szakemberek javaslatait, melyeket a kockázatok megszüntetésére tettek – technológia, eszközhasználat módosítását (25%); munkaszervezés módosítása (pl. plusz szünetek beiktatása, a munkavállalók rotációja), a munkafolyamat változtatása a monotonitás elkerülésére (75%); munkakörnyezetre vonatkozó módosító javaslatok (világítás, zaj, hőmérséklet stb.) (25%), növelheti a prevenció hatékonyságát.

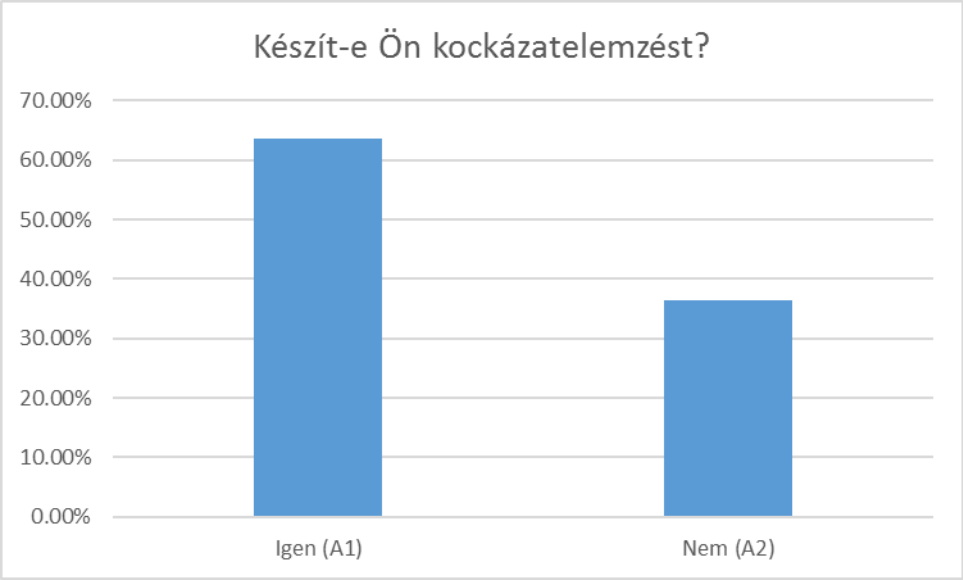
Veszélyek

A leggyakoribb terhelési tényezők az oktatásban az alábbiak: 25% látásromlást előidéző tényezők, 75% pszichés, mentális megterhelést előidéző tényezők. Az ergonómiai kockázatok a válaszolók véleménye szerint az alábbi tevékenységekből erednek: irodai jellegű tevékenységből (100%), oktatáshoz kapcsolódóból (100%). A magas ergonómiai kockázatok, intézkedések nélkül állandó veszélyt jelentenek a munkavállalók egészségére, különösen a fokozott pszichés terhelés megszüntetése, a stresszoldás/stresszkezelés bevezetése lehet eredményes.

VII. Kérdőív a munkáltatónak ergonómiai kockázatok felmérésére

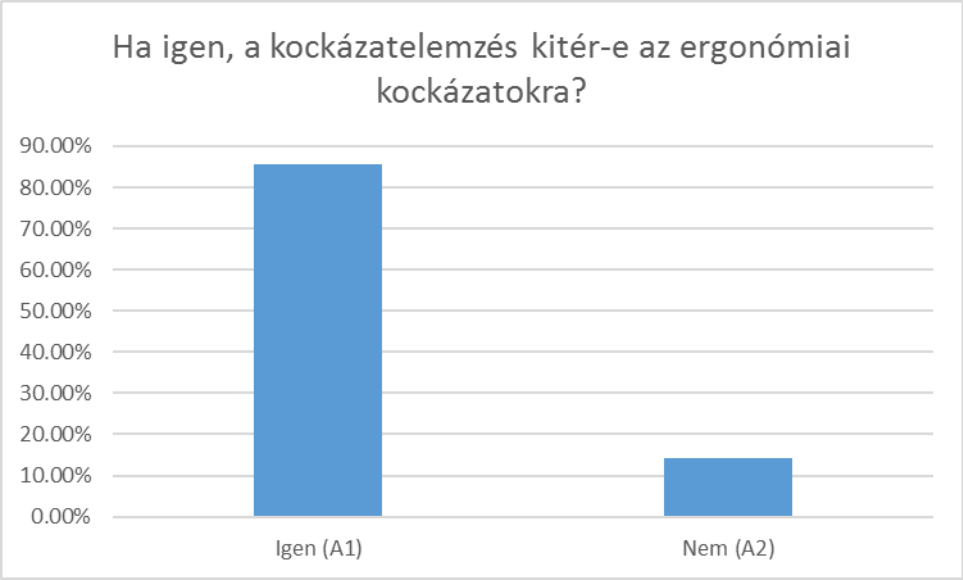
Bár az általános, és/vagy specifikus (pl. ergonómiai) kockázat felmérése/elemzése szaktevékenységnek minősül, az ezzel kapcsolatos intézkedések felelőssége a munkáltatót terheli. Ezért is kérdeztük meg a munkáltatókat, hogy miként látják ezt a kérdést.

A legfontosabb kérdésben úgy nyilatkoztak, hogy 64%-ban készítenek általános kockázatelemzést, 36%-ban viszont nem (109. sz. grafikon).



109. sz. grafikon

Az elvégzett kockázatelemzések 86%-ban kitérnek az ergonómiai kockázatokra is, 14%-ban nem (110. sz. grafikon). A fenti adatot is figyelembe véve megállapíthatjuk, hogy az oktatásban csak a munkavállalók alig több mint felénél (55%) történik meg az ergonómiai helyzet feltárása!



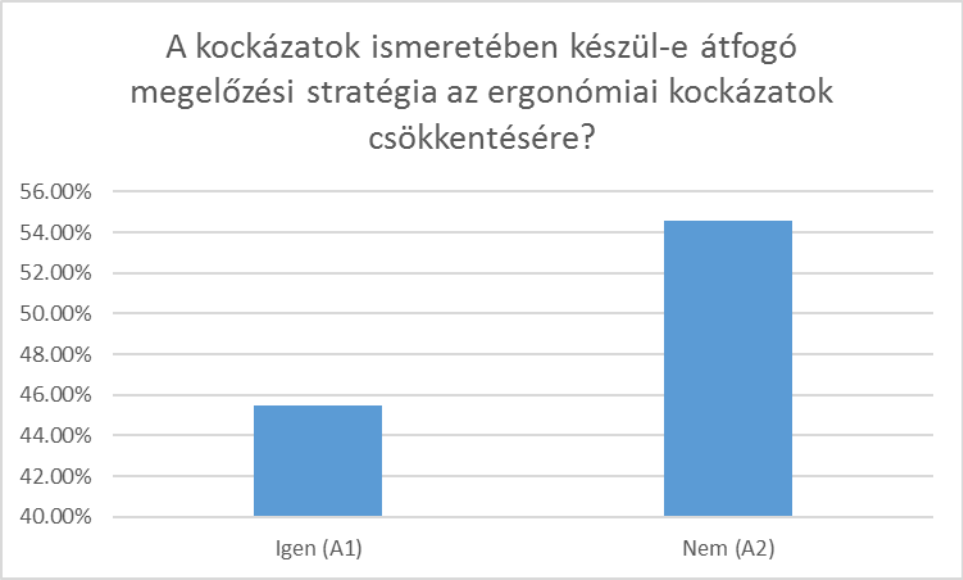
110. sz. grafikon

A munkáltatók szerint az elvégzett kockázatelemzések 33%-a tér csak ki a munkavállalók egészségi állapotára is, 36%-ban nem. 15%-uk nyilatkozta azt, hogy még nem, de tervezi

annak napirendre vételét (111. sz. grafikon). A teljes jogkövetés tehát csak 18%-ban valósul meg (0,64 x 0,86 x 0,33 = 0,18!).

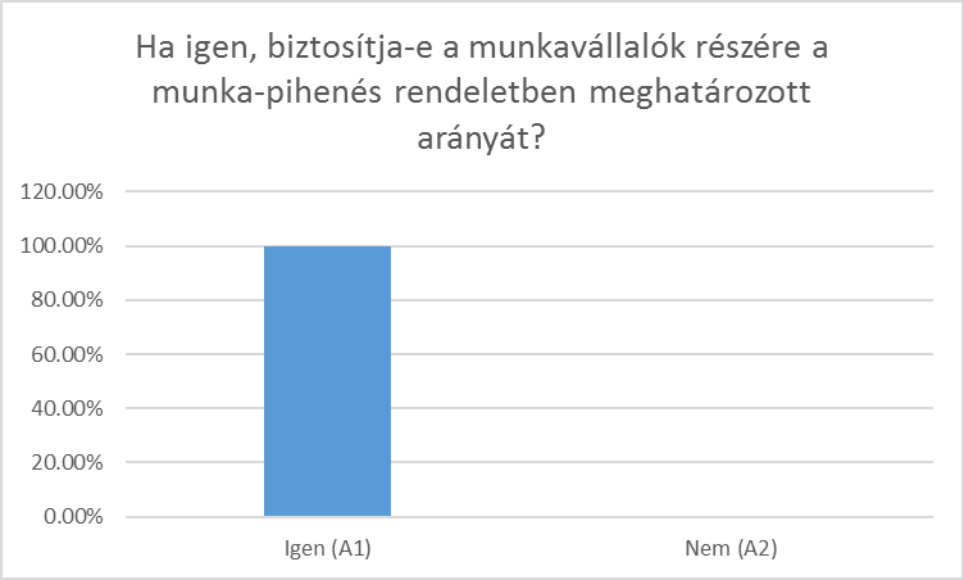
111. sz. grafikon

A munkáltatók 45%-a szerint a kockázatok ismeretében készül átfogó megelőzési stratégia az ergonómiai kockázatok csökkentésére, 55%-nál nem (112. sz. grafikon).



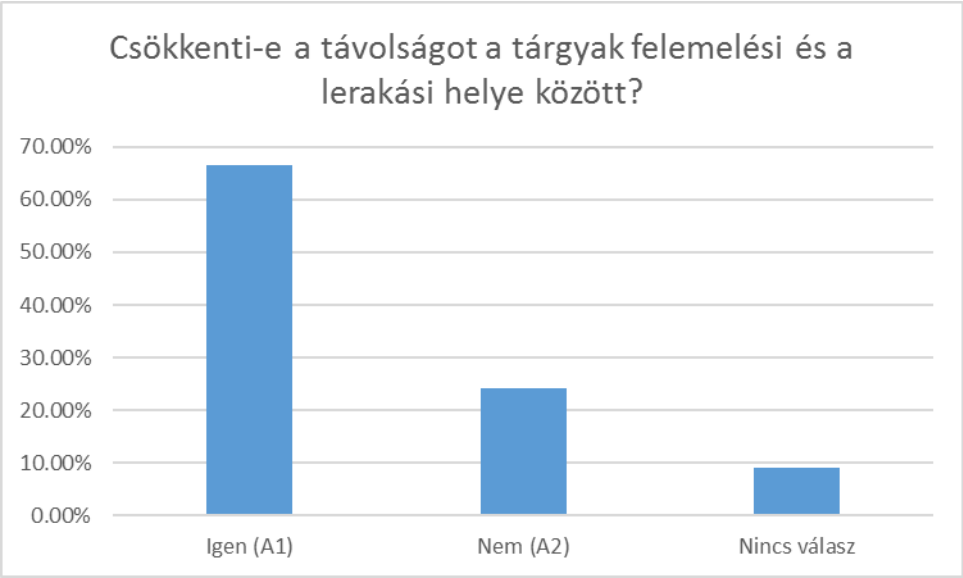
112. sz. grafikon

A megkérdezett és igennel válaszoló munkáltatók 100% szerint biztosítják a munkavállalók részére a munka-pihenés rendeletben meghatározott arányát (113. sz. grafikon).



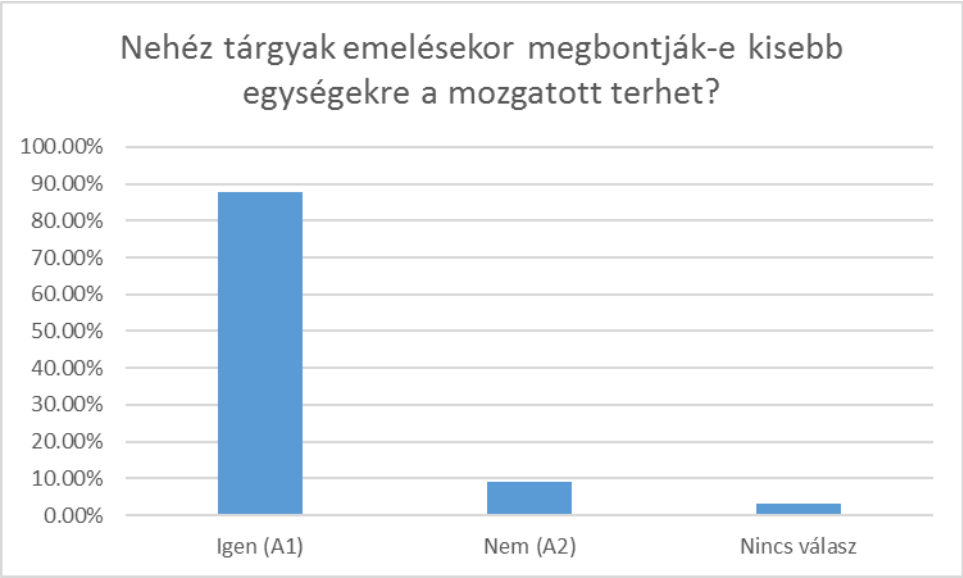
113. sz. grafikon

A munkáltatók az ergonómiai kockázatok ismeretében 67%-ban csökkentik, 24%-ban nem csökkentik a távolságot a tárgyak felemelési és lerakási helye között. Nem válaszolt 9% (114. sz. grafikon).



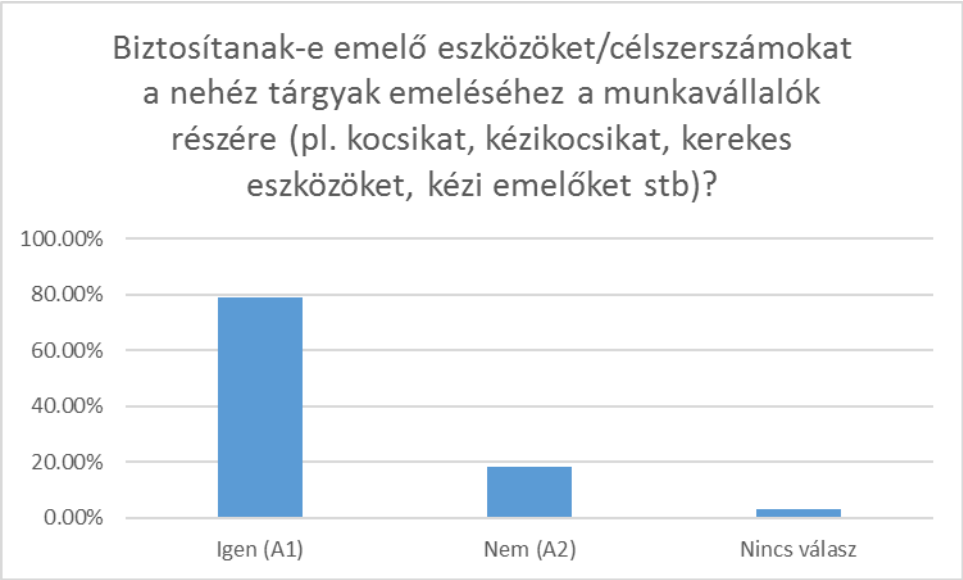
114. sz. grafikon

A megkérdezett munkáltatók 88%-a szerint nehéz tárgyak emelésekor megbontják, 9%-a szerint nem bontják meg kisebb egységekre a mozgatott terhet, 3% nem válaszolt (115. sz. grafikon).



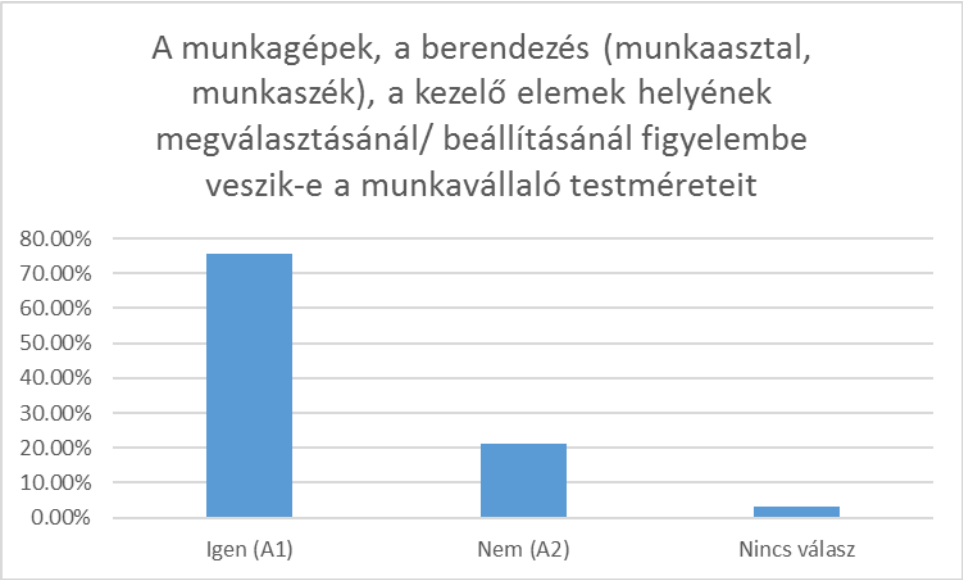
115. sz. grafikon

Nehéz teher emeléséhez a munkavállalók 79%-ának adnak emelőeszközöket (pl. kocsikat, kézikocsikat, kerekes eszközöket, kézi emelőket), 18%-nak viszont nem. Nem válaszolt 3% (116. sz. grafikon).



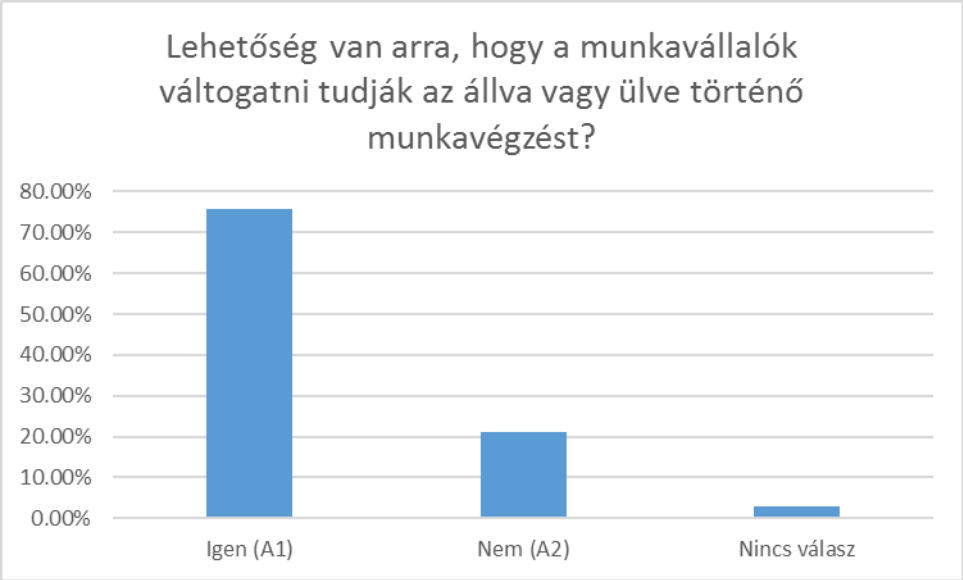
116. sz. grafikon

A munkagépek, berendezések beállításánál 76%-ban figyelembe veszik a munkavállaló testméreteit, 21%-ban nem. Nem válaszolt 3% (117. sz. grafikon).



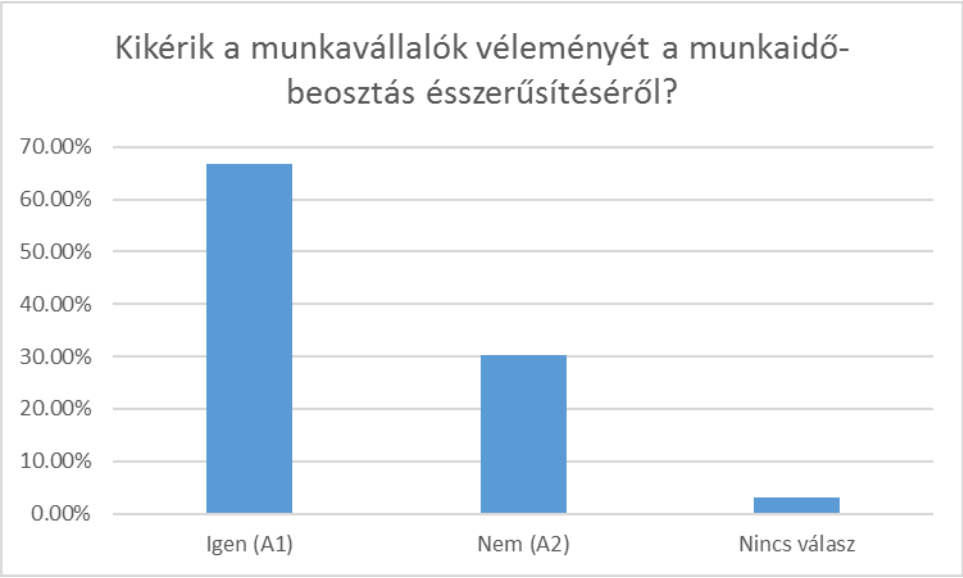
117. sz. grafikon.

A munkáltatók 76%-a szerint van, 21%-a szerint nincs lehetőség arra, hogy a munkavállalók váltogatni tudják az állva vagy ülve történő munkavégzést. Nem válaszolt 3% (118. sz. grafikon).



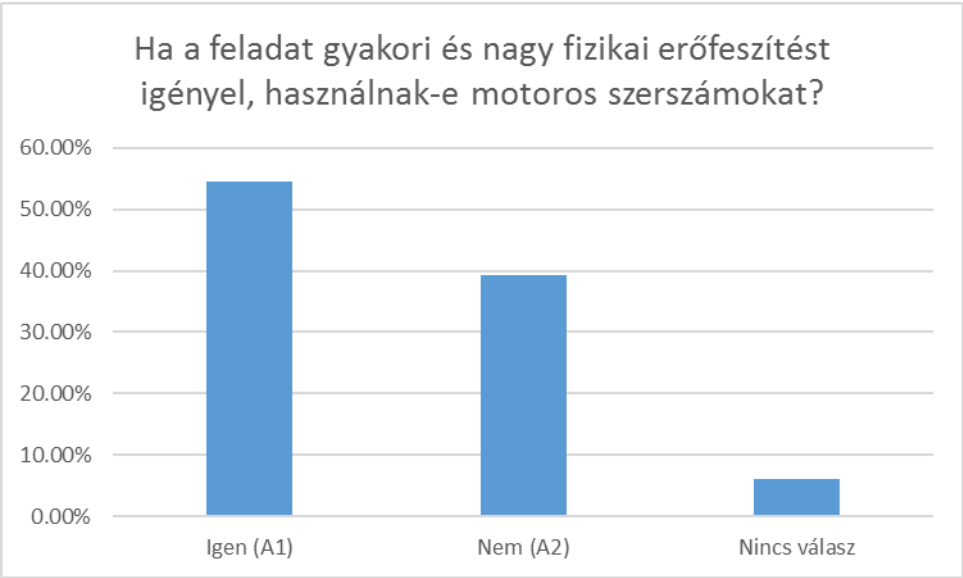
118. sz. grafikon

67%-ban kikérik, 30% szerint nem kérik ki a munkavállalók véleményét a munkaidő-beosztás ésszerűsítéséről. Nem válaszolt 3% (119. sz. grafikon).



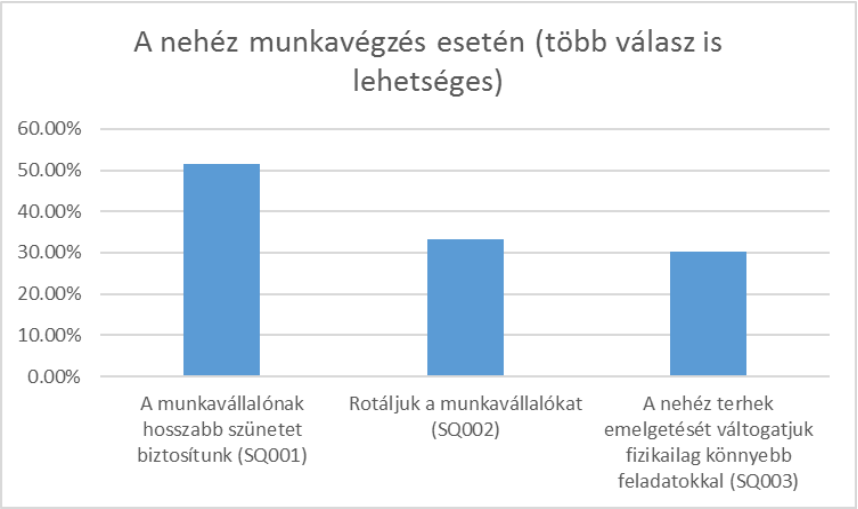
119. sz. grafikon

Ha a feladat gyakori és nagy fizikai erőfeszítést igényel, 55%-ban használnak, 39%-ban nem használnak motoros szerszámokat, 6% nem válaszolt (120. sz. grafikon).



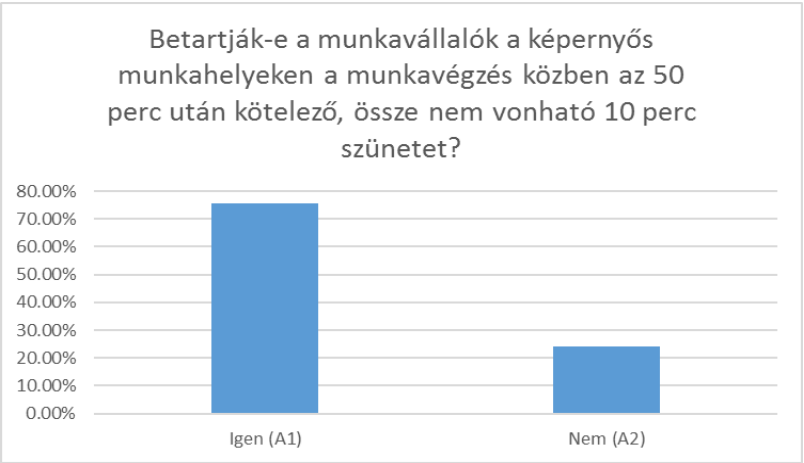
120. sz. grafikon

Nehéz munka végzése esetén a munkáltatók az alábbi intézkedéseket hozzák: 52%-ban a munkavállalóknak hosszabb szünetet biztosítanak, 33%-ban rotálják a munkavállalókat, 30%-ban a nehéz terhek emelgetését váltogatják fizikailag könnyebb feladatokkal (121. sz. grafikon).



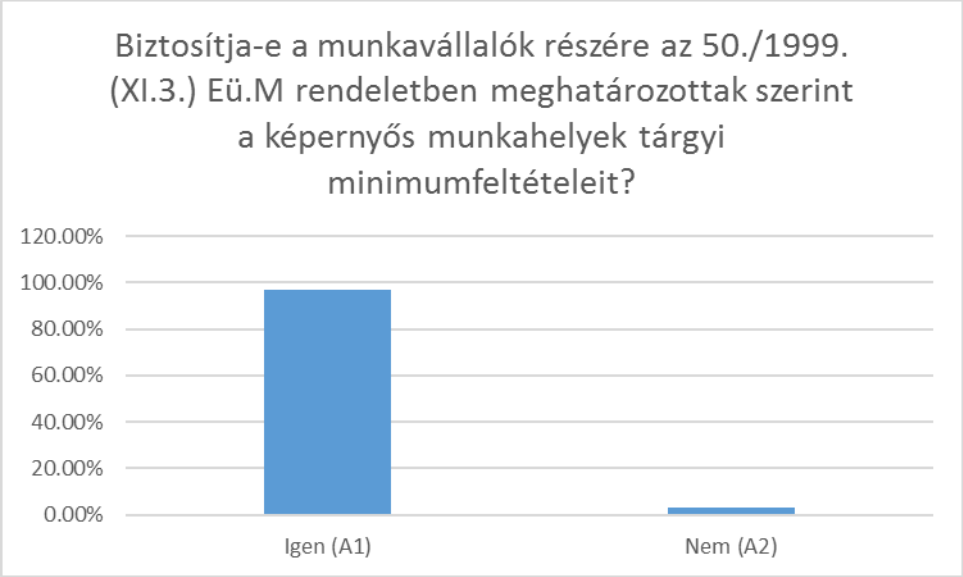
121. sz. grafikon

A megkérdezett munkáltatók 76%-a szerint a munkavállalók a képernyős munkahelyeken betartják munkavégzés közben az 50 perc után kötelező, össze nem vonható 10 perc szünetet, a maradék 24% nemmel válaszolt (122. számú grafikon), azaz a képernyő előtti munkavégzés minimális egészségügyi és biztonsági követelményeiről 50/1999. (XI. 3.) EüM rendelet szigorú szabályai a munkavállalók egészségkárosító kockázatainak megszüntetéséről/csökkentéséről az esetek 24%-ában nem érvényesülnek. Ez jelentősen növeli a munkavállalók ergonómiai kockázatait.



122. sz. grafikon

A megkérdezett munkáltatók 97%-a biztosítja a munkavállalók részére az 50/1999. (XI. 3.) EüM rendeletben meghatározottak szerint a képernyős munkahelyek tárgyi minimumfeltételeit, 3% nem (123. sz. grafikon).

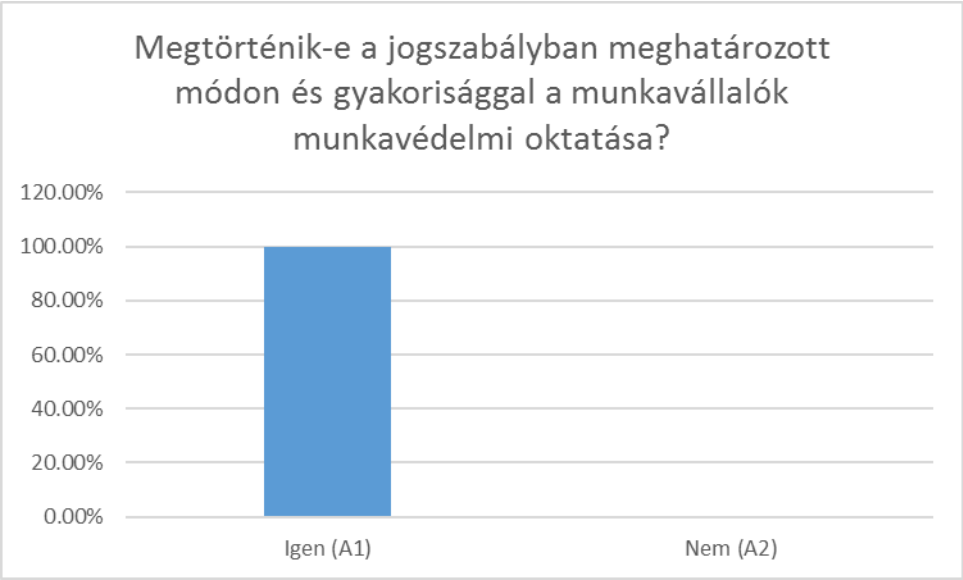


123. sz. grafikon

A munkáltatók 94%-a tájékoztatja a munkavállalókat az őket érő munkahelyi kockázatokról, 6%-a nem (124. sz. grafikon).

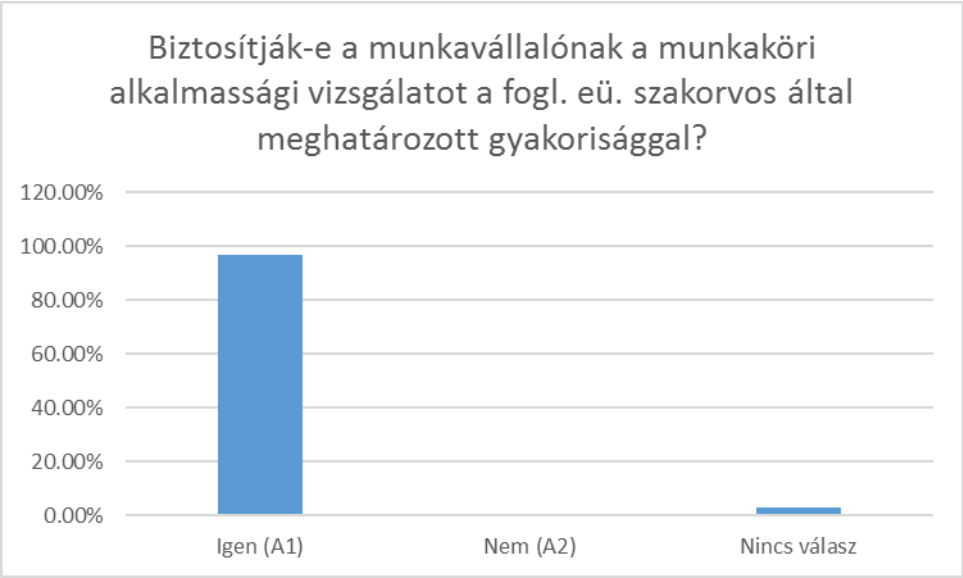
124. sz. grafikon

A munkáltatók 100%-a szerint megtörténik a jogszabályban meghatározott módon és gyakorisággal a munkavállalók munkavédelmi oktatása (125. sz. grafikon).



125. sz. grafikon

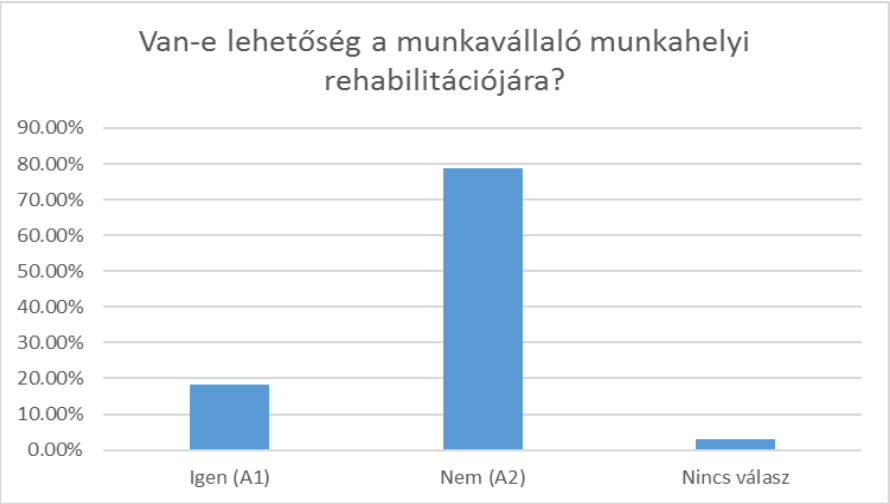
A munkáltatók 97%-a szerint biztosítják a munkavállalónak a munkaköri alkalmassági vizsgálatot a foglalkozás-egészségügyi szakorvos által meghatározott gyakorisággal. Nem válaszolt 3% (126. sz. grafikon).



126. sz. grafikon

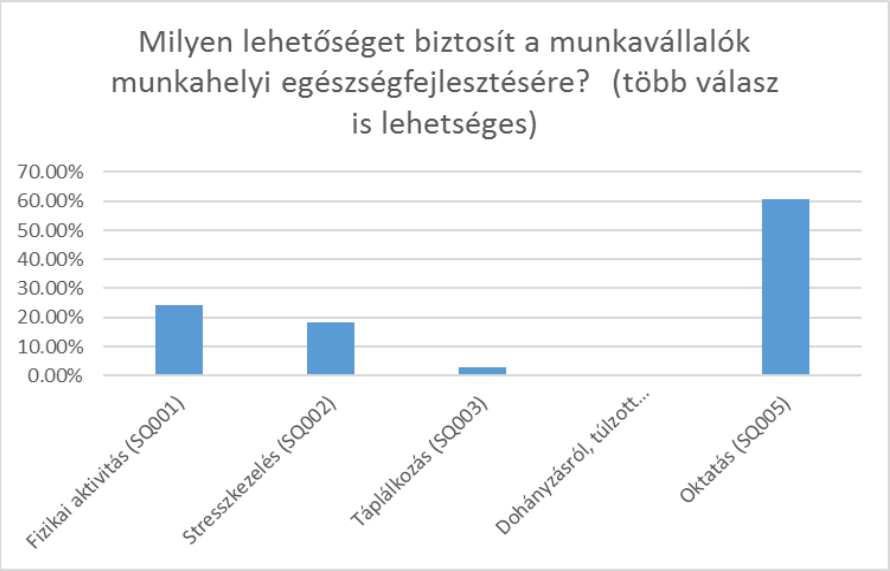
A tercier prevenció keretében rákérdeztünk arra, hogy *van-e lehetőség a munkavállaló munkahelyi rehabilitációjára*.

A munkáltatók 18% szerint van, 79% szerint nincs lehetőség erre. Nem válaszolt 3% (127. sz. grafikon).



127. sz. grafikon

A munkáltatók az alábbi lehetőségeket biztosítják a munkahelyi egészségfejlesztésre: fizikai aktivitás 24%, stresszkezelés 18%, táplálkozás 3%, oktatás 60% (128. sz. grafikon, több válasz is lehetséges).



128. sz. grafikon

Megjegyzések, észrevételek nem voltak.

Összegezve a munkáltatóknak az ergonómiai kockázatokra vonatkozót válaszait és elemezve azokat, úgy tűnik, hogy az oktatásban a munkáltató nem minden esetben használja ki, tudja kihasználni azokat a lehetőségeket, amelyek ezen a téren a rendelkezésére állnak/állhatnak. A vizsgálat feltárta az oktatásban a rendszer ***erősségeit:*** A munkáltatók 100%-a szerint megtörténik a jogszabályban meghatározott módon és gyakorisággal a munkavállalók munkavédelmi oktatása és 97%-ban biztosítják a munkavállalók részére az 50/1999. (XI. 3) EüM rendeletben meghatározottak szerint a képernyős munkahelyek tárgyi minimumfeltételeit. A megkérdezett, és igennel válaszoló munkáltatók 100%-a szerint biztosítják a munkavállalók részére a munka-pihenés rendeletben meghatározott arányát (113. sz. grafikon). A munkáltatók 97%-a biztosítja a munkavállalónak a munkaköri alkalmassági vizsgálatot a foglalkozás-egészségügyi szakorvos által meghatározott gyakorisággal, 3% azonban a kérdést negligálta (126. sz. grafikon).

A rendszer kifejezett ***gyengesége,*** hogy a munkáltató csak 64%-ban végez kockázatelemzést (109. sz. grafikon), ezek 86%-ában nem tér ki külön az *ergonómiai kockázatokra* (110. sz. grafikon), és ha ezt megteszi, csak az esetek 1/3-ában veszi figyelembe az emberi tényezőket (33%, 111. sz. grafikon). Ez azt jelenti, hogy a teljes jogkövetés a kockázatértékelésben csak 18%-ban valósul meg (0,64 x 0,86 x 0,33).

Nem készít a szakemberek bevonásával *egészségügyi stratégiát* sem, ami így esetlegessé teszi a megelőzésre hozott intézkedéseket. A *munkavállalókat/munkavállalói érdekképviseleteket nem vonja be* minden esetben az ergonómiai kockázatok csökkentésére/megszüntetésére irányuló tevékenységekbe. A *munkahelyi egészségfejlesztés* egyáltalán nincs jelen, ami nagymértékben lecsökkenti a megelőzés minden formájának hatékonyságát.

Ezeket a gyengeségeket azonban ***erősséggé*** lehet változtatni. Ennek már mutatkoznak jelei, így például, a munkáltató intézkedett arról, hogy az ergonómiai kockázatok csökkentésére, tartsák be a munkavállalóknak az *előírt pihenési idejét*. Az elkészített *egészségügyi stratégiába beemelve* a fent említett gyengeségeket, az ergonómiai kockázatok megszüntetésére/csökkentésére irányuló tevékenységek sokkal átfogóbbak és hatékonyabbak lesznek. A *munkahelyi egészségfejlesztés* bevezetése, *eszközeinek* felhasználása jelentősen javíthatja a megelőzés minden formáját, különös tekintettel a primer prevencióra, egyben egy új ***lehetőség*** a munkavállalók egészségének megőrzésében/fejlesztésében. Fontos lenne ezen a téren a munkáltatók rendszerszerű anyagi támogatása.

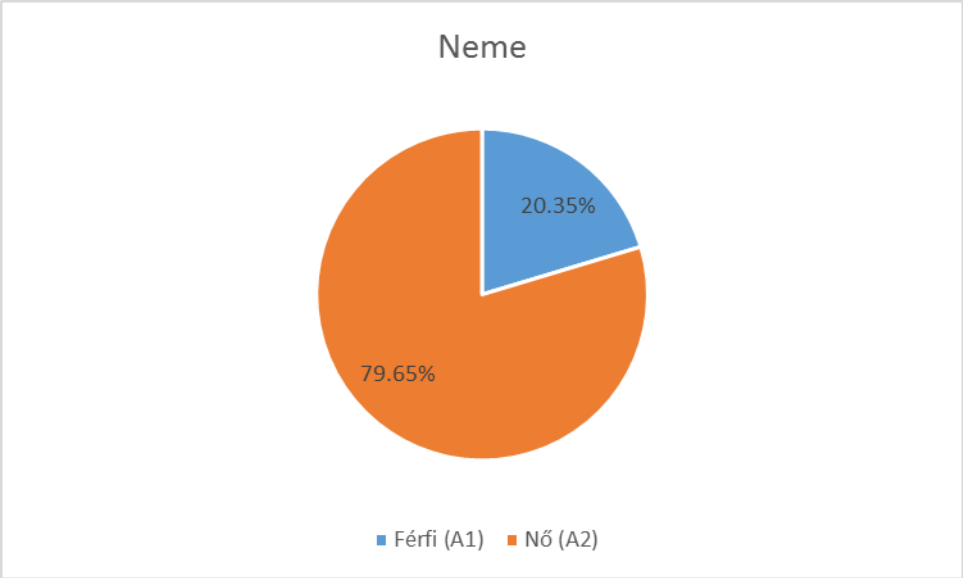
Veszélyként értékelhető az a tény, hogy bár a képernyő előtti munkavégzés minimális egészségügyi és biztonsági követelményeiről szóló 50/1999. (XI. 3.) EüM rendelet szigorúan szabályozza, a munkavállalók egészségkárosító kockázatainak megszüntetését/csökkentését előírva a munkavégzés 50 percenkénti 10 perces megszakítását, ezt a munkáltató csak 24%-ban rendeli el. Így jelentősen növekszik a munkavállalók ergonómiai kockázata. A kockázatelemzések gyengeségek között már bemutatott halmozódó tökéletlenség veszélyként is értékelhető.

VIII. Kérdőív munkavállalóknak az ergonómiai kockázatok (irodai) felmérésére

Az ergonómiai kockázatoknak egy speciális területe az irodai környezetben végzett munkára vonatkozik, amelyek felmérése lehetőséget nyújt arra, hogy megfogalmazzuk azokat a fejlődési lehetőségeket, melyek közelebb visznek ahhoz, hogy az ember–gép–környezet rendszer egyre inkább annak meghatározó eleme, az ember igényei szerint működjék, az ember kényelmét, biztonságát, egészségének megőrzését biztosítsa.

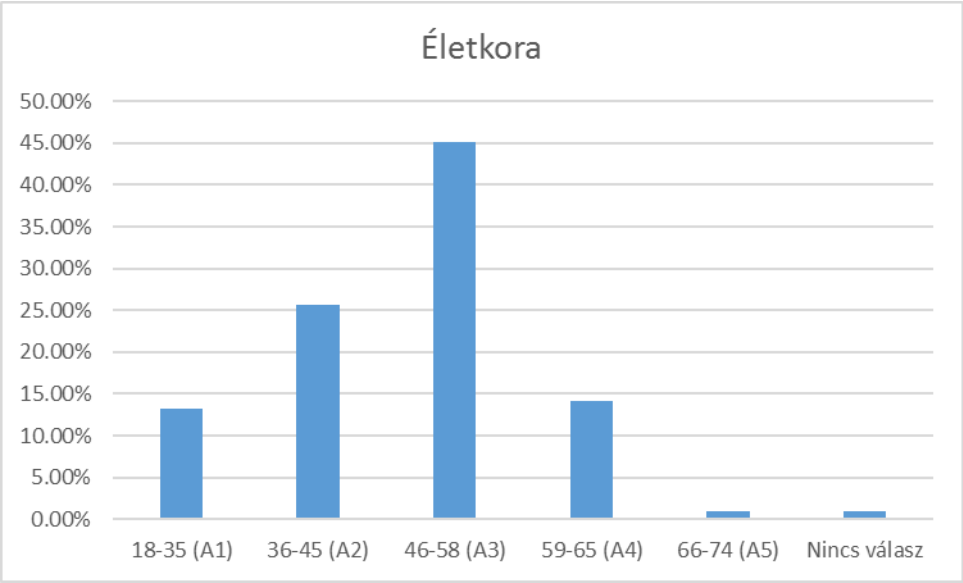
Az oktatásban a munkavállalókra jellemző adatok lekérdezését a munkavállalók nemére, életkorára és munkakörére, valamint az abban eltöltött idő, a munkatapasztalatra vonatkozó kérdésekkel kezdtük.

A *munkavállalók nem szerinti megosztása ebben a speciális* (irodai) *alcsoportban:* 20% férfi, 80% nő (129. sz. grafikon).



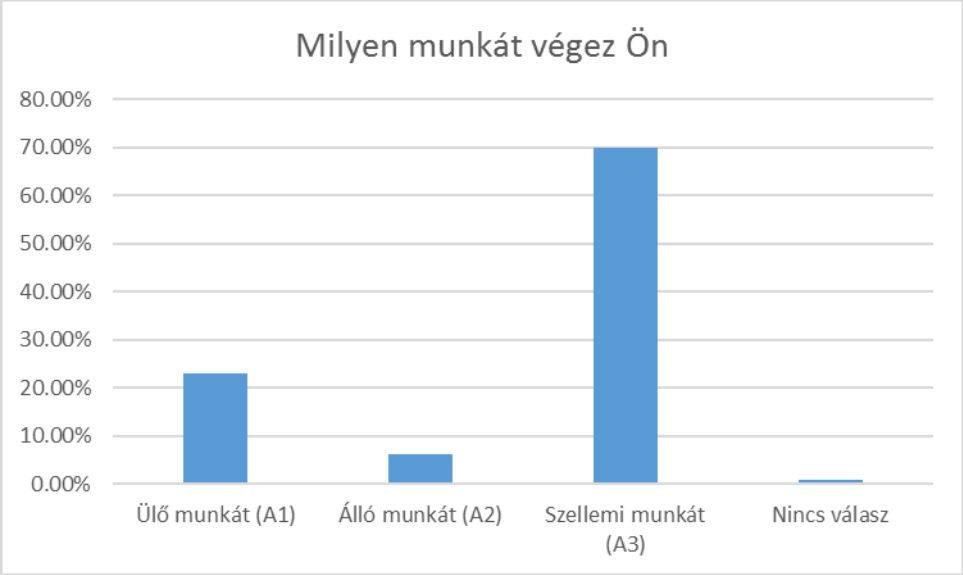
129. sz. grafikon

Kor szerinti megosztásuk: 18–35 év között 13%, 36–45 év között 26%, 46–58 év között 45%, 59–65 év között 14%, 66 év felett 1%. Nem válaszolt 1% (130. sz. grafikon).



130. sz. grafikon

Az irodai munkavállaló a munka jellegét tekintve 23%-ban ülő-, 6%-ban álló-, 70%-ban szellemi munkát jelölt. Nincs válasz 1%-ban (131. sz. grafikon).

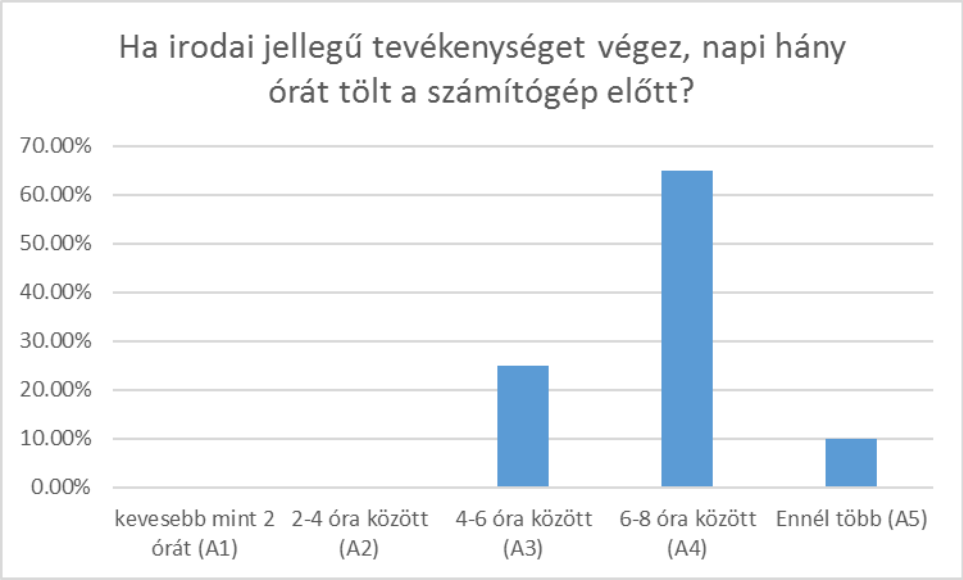


131. sz. grafikon

Az ülőmunkát végző dolgozók 77%-a irodai jellegű, 23%-a oktatói tevékenységhez kapcsolódó munkát végez (132. sz. grafikon).

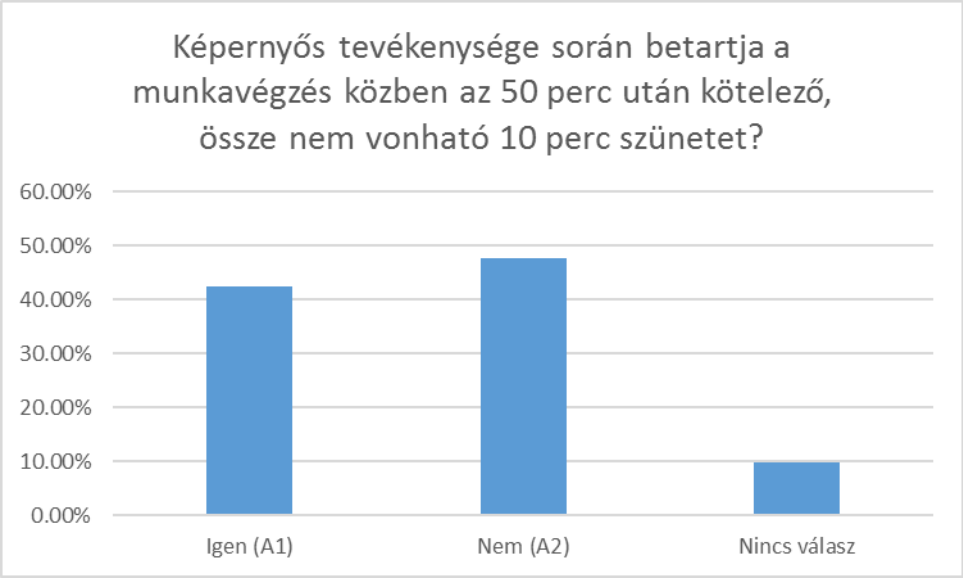
132. sz. grafikon

Az irodai jellegű tevékenységet végző munkavállalók 25%-a 4-6 órát, 65%-a 6-8 órát, 10% ennél többet tölt a számítógép előtt, 4% nem válaszolt (133. sz. grafikon). Ezek a válaszok azt mutatják, hogy a munkáltatók nagyobb része nem tartja/tartatja be a képernyő előtti munkavégzés minimális egészségügyi és biztonsági követelményeiről szóló 50/1999. (XI. 3.) EüM rendelet 4. § (1) bekezdésében rögzített előírást: *„a képernyő előtti munkavégzés összes ideje ne haladja meg a napi 6 órát”*. Az adatok súlyosságát még az a tény is növeli, hogy bár a rendelet hatálya nem terjed ki a munkahelyen kívüli számítógéphasználatra, a munkavállaló munkaidőn túl is használhat informatikai eszközöket, sőt a legtöbb esetben használ is számítógépet, tabletet, okostelefont, ami ezt a kockázatot növeli.



133. sz. grafikon

A megkérdezett munkavállalók 42%-a betartja, 48%-a nem tartja meg a munkavégzés közben az 50 perc után kötelező, össze nem vonható 10 perc szünetet, 10% nem válaszolt (134. sz. grafikon). Eszerint munkáltatók nagyobb része nem tartja/tartatja be a képernyő előtti munkavégzés minimális egészségügyi és biztonsági követelményeiről szóló 50/1999. (XI. 3.) EüM rendelet 4. § (1) bekezdésben rögzítetteket sem, miszerint „a munkáltató a munkafolyamatokat úgy szervezi meg, hogy a folyamatos *képernyő előtti munkavégzést óránként legalább 10 perces – a (2) bekezdésben foglalt esetkör kivételével össze nem vonható – szünetek szakítsák meg”*. A kivétel akkor alkalmazható, ha a képernyő előtti munkavégzés az (1) bekezdés szerinti megszakítás a munkavégzés céljára tekintettel más életét, testi épségét, valamint egyes vagyontárgyak biztonságát veszélyezteti, de ebben az esetben sem haladhatja meg a képernyő előtti munkavégzés a napi munkaidő 75%-át.



134. sz. grafikon

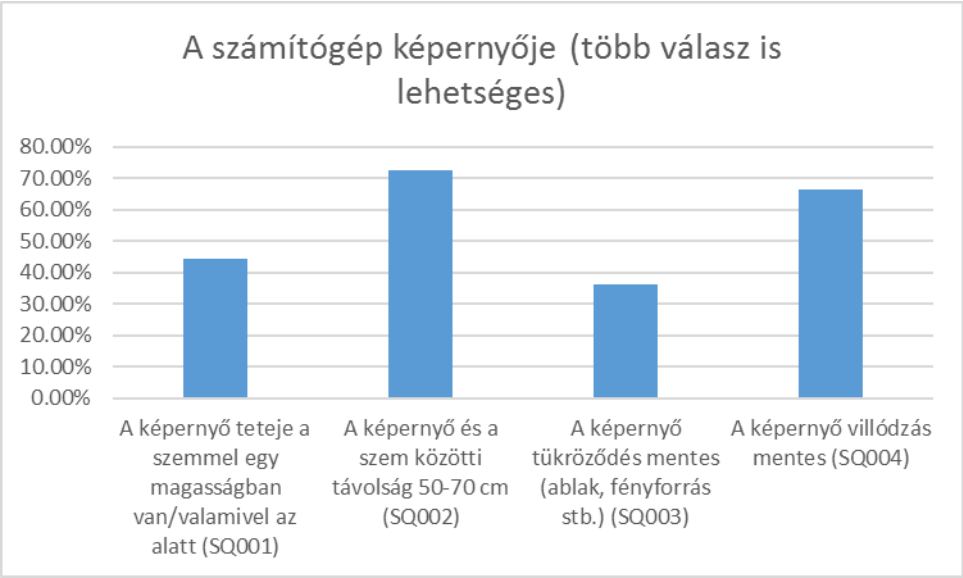
Akik nem tartják be a kötelező 10 perces szünetet képernyős munkavégzés közben, az alábbi okokat jelölték meg: a munkáltató nem teszi lehetővé 35%; nem tartja szükségesnek 24%; nem tudták, hogy erre szükség van 11%; egyéb ok miatt 28%. Nem válaszolt 2% (135. sz. grafikon).

„Egyéb ok miatt" válasz esetén a kiegészítések, megjegyzések:

- időhiány
- nem érek rá
- határidős munka miatt
- örülök, ha be tudom szorítani valahová a sokszínű napomba ezt a munkát is.
- elfelejtem, nem nézem az időt
- nem ülök sokat előtte
- nem gondolok erre
- a munka menete miatt
- minél hamarabb végezze el a munkáját
- a munka végeztével hagyom abba
- belefeledkezem a munkába
- nem mindig van rá mód, hogy 50 percenként elhagyhassam a helyemet

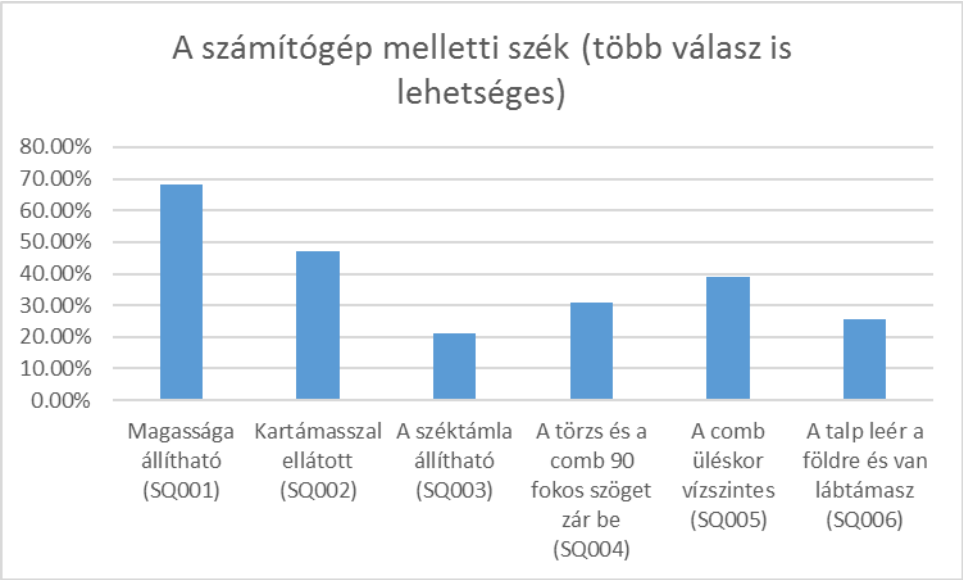
135. sz. grafikon

A számítógépes munkahelyek, számítógép-használat műszaki paraméterei is fontosak, ezért ezekre is rákérdeztünk. A válaszgyakoriságok a következők: a képernyő teteje a szemmel egy magasságban van 44%, a képernyő és a szem közötti távolság 50-70 cm 73%, a képernyő tükröződésmentes 36%, a képernyő villódzásmentes 66% (136. sz. grafikon, több válasz lehetséges), tehát az előírt feltételeknek az esetek több mint a felében megfelelnek.



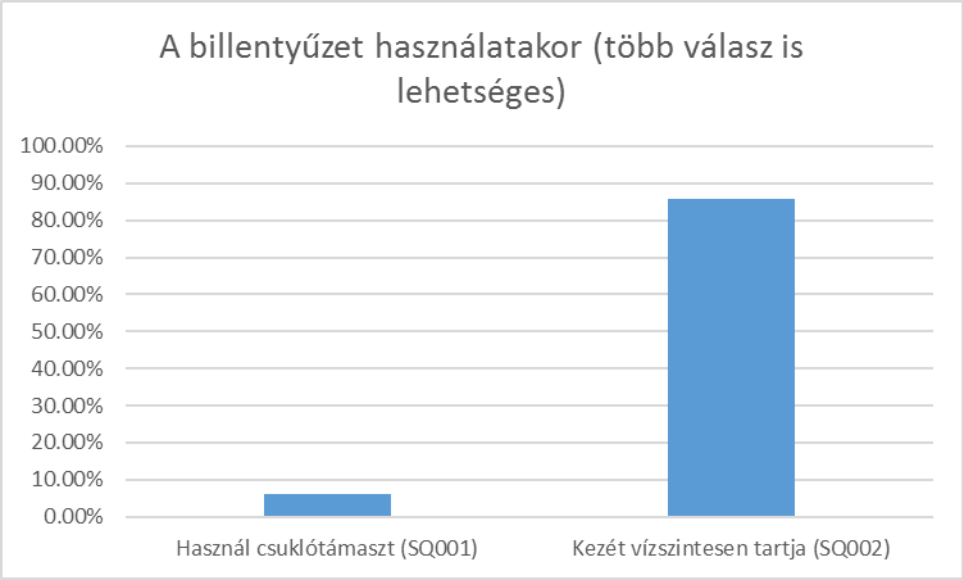
136. sz. grafikon

Az irodai, képernyős munkát végzők szerint a számítógép melletti szék magassága állítható 68%-ban, kartámasszal ellátott 47%-ban, a széktámla állítható 21%-ban, a törzs és a comb 90 fokos szöget zár be 31%-ban, a comb üléskor vízszintes 39%-ban, a talp leér a földre és van lábtámasz 26%-ban (137. sz. grafikon, több válasz is lehetséges), ezek a feltételek is az esetek több mint közel a felében megfelelnek a követelményeknek, bár a széktámla állíthatósága elég ritkán biztosított.



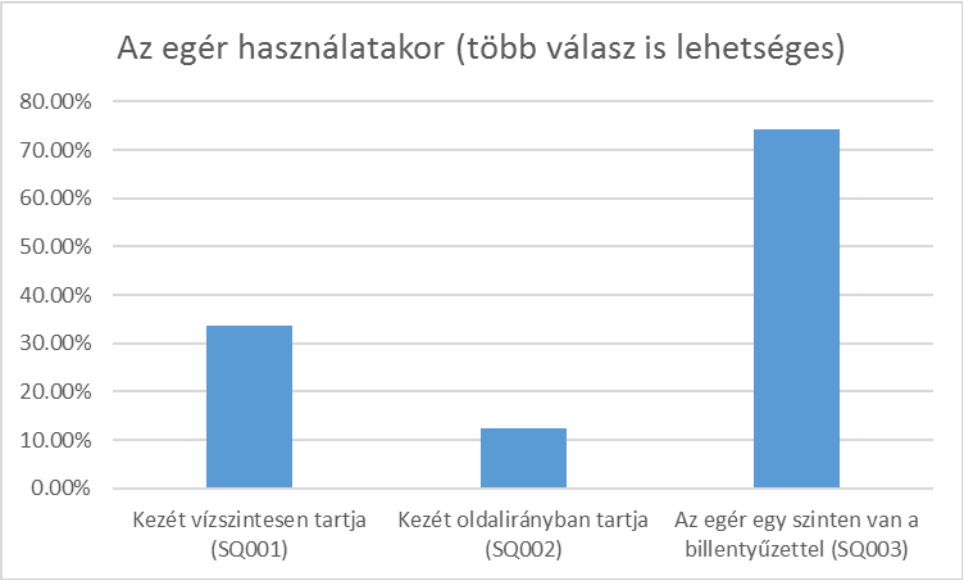
137. sz. grafikon

Az irodai, képernyős munkát végző munkavállalók billentyűhasználatkor 6%-a alkalmaz csuklótámaszt, 86% kezét vízszintesen tartja (138. sz. grafikon, több válasz is lehetséges). Megjegyezzük, hogy az egér használatakor is hasznos lenne a csuklótámasz, ami egyszerű, költséghatékony megoldás a megelőzés szempontjából.



138. sz. grafikon

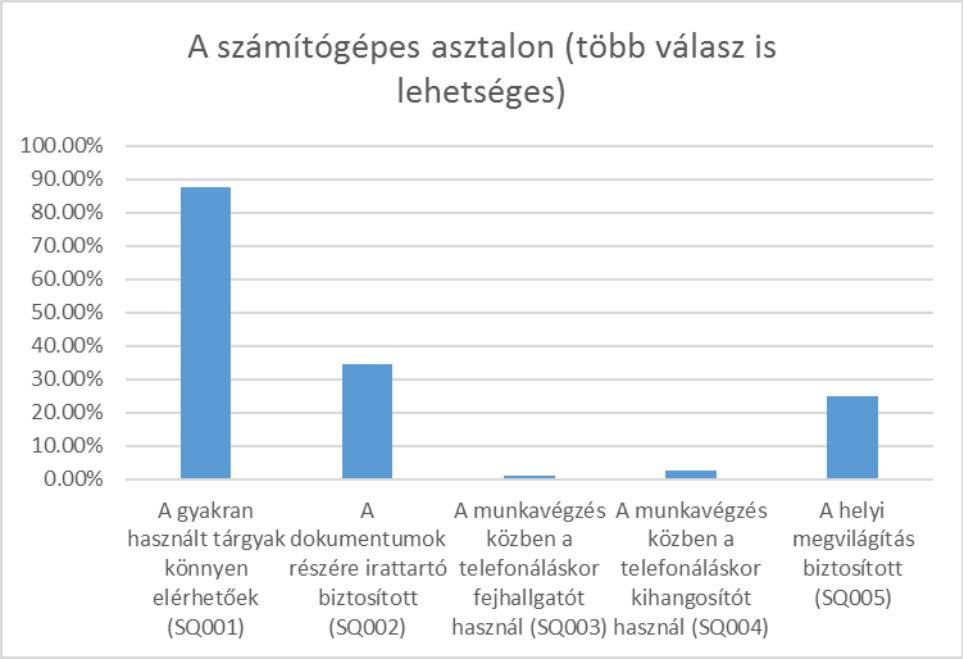
Az irodai, képernyős végző munkavállalók 34%-a az egér használatakor kezét vízszintesen, 12%-a kezét oldalirányban tartja, 74% esetében az egér egy szinten van a billentyűzettel (139. sz. grafikon, több válasz is lehetséges).



139. sz. grafikon

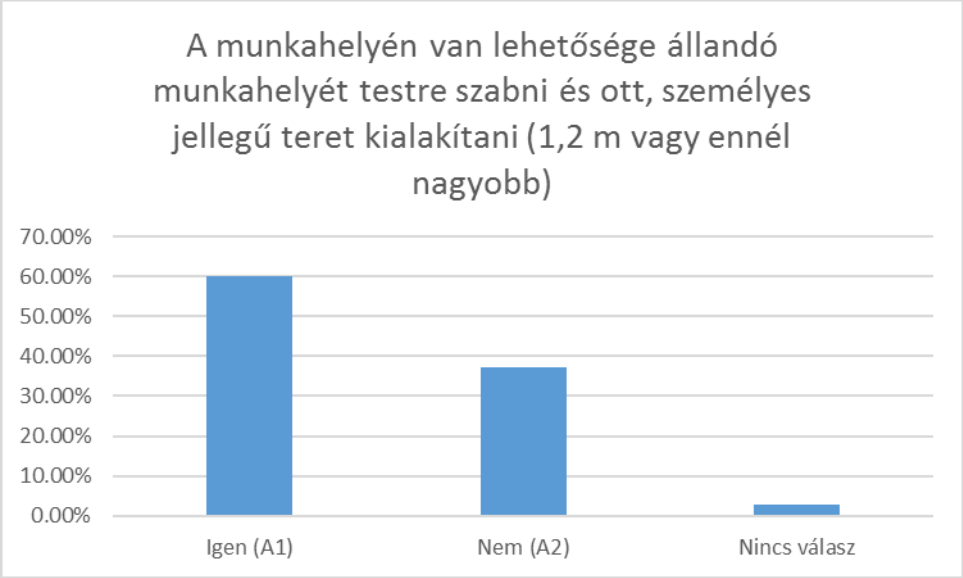
Az irodai, képernyős munkahelyeken megkérdezett munkavállalók szerint a gyakran használt tárgyak könnyen elérhetők 88%-ban, a dokumentumok részére irattartó biztosított 35%-ban, a munkavégzés közben a telefonáláskor fejhallgatót használ 1%-ban, a munkavégzés közben

telefonáláskor kihangosítót használ 2%-ban, a helyi megvilágítás biztosított 25%-ban (140. sz. grafikon, több válasz is lehetséges).



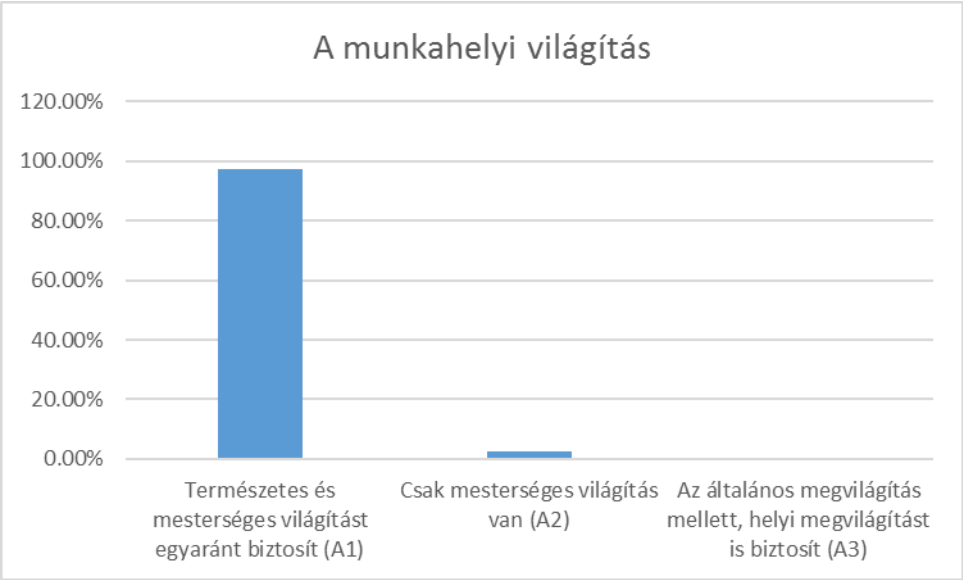
140. sz. grafikon

A megkérdezett képernyős munkát végző munkavállalók 60%-a szerint van lehetősége a munkahelyet testre szabni és ott személyes jellegű teret kialakítani, 37% szerint nincs. Nem válaszolt 3% (141. sz. grafikon).



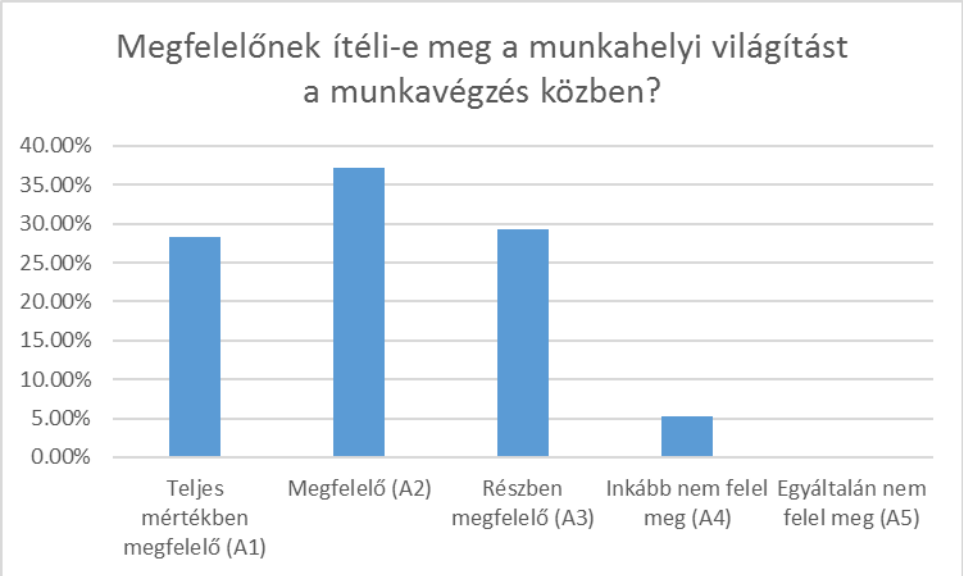
141. sz. grafikon

Az irodai, képernyős munkahelyeken a munkahelyi világítás 97%-ban természetes és mesterséges egyaránt, 3%-ban csak mesterséges (142. sz. grafikon).



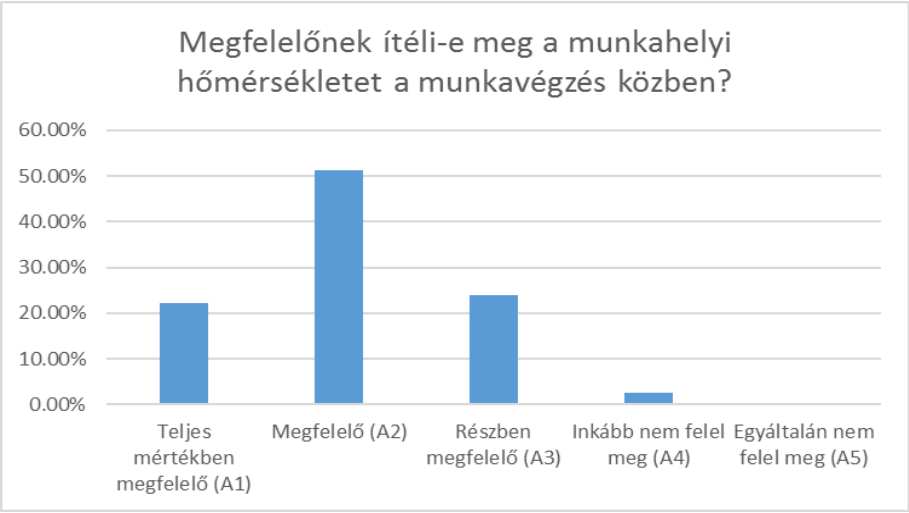
142. sz. grafikon

Az irodai, képernyős munkát végző munkavállalók 28%-a teljes mértékben megfelelőnek, 37%-a megfelelőnek, 29%-a részben megfelelőnek, 5%-a inkább nem megfelelőnek tartja a munkahely megvilágítását (143. sz. grafikon).



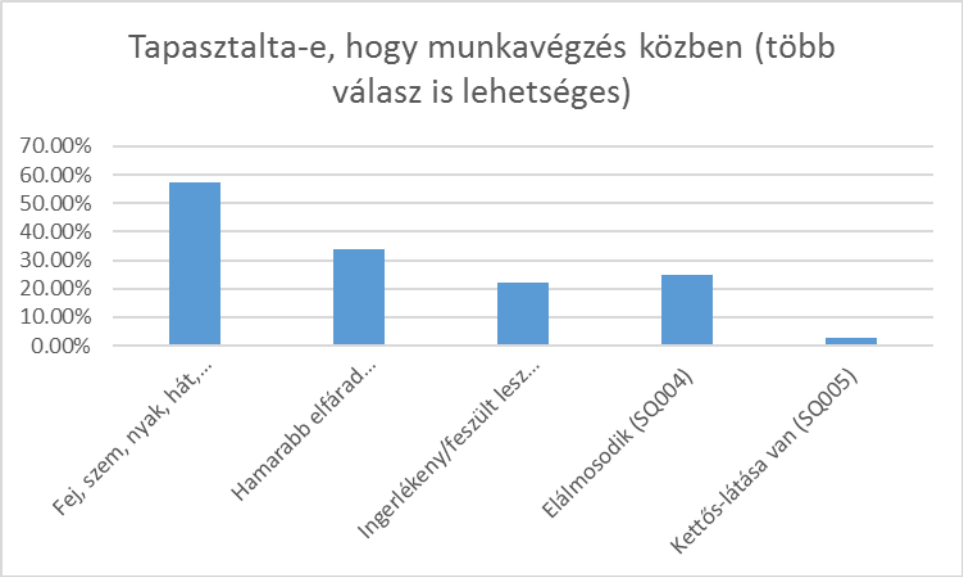
143. sz. grafikon

Az irodai, képernyős munkát végző munkavállalók 22%-a szerint teljes mértékben megfelelő, 51%-a szerint megfelelő, 24% szerint részben megfelelő, 3% szerint inkább nem megfelelő a munkahelyi hőmérséklet (144. sz. grafikon).



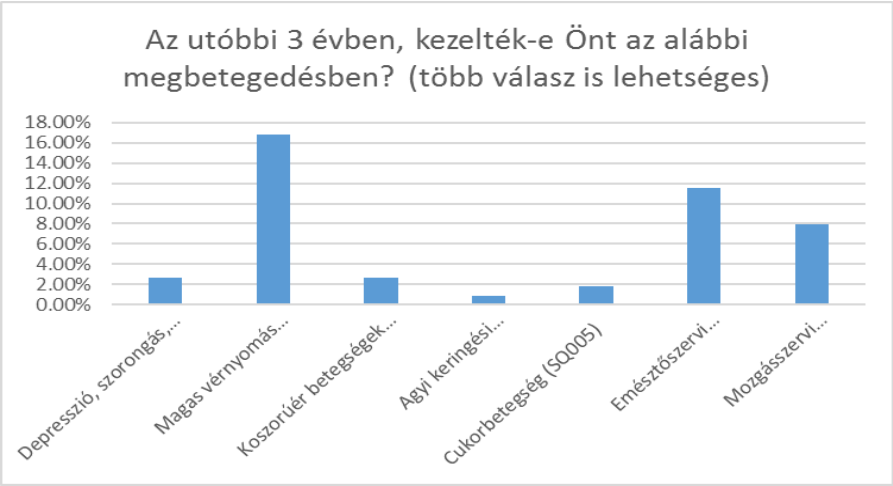
144. sz. grafikon

Az irodai, képernyős munkát végző munkavállalók által munkavégzés közben észlelt panaszok gyakorisága a következő: fej, szem, nyak, hát, derék, felső végtag fájdalma 58%; hamarabb elfárad 34%; ingerlékeny, feszült lesz 22%;, elálmosodik 25%; kettős látás 2% (145. sz. grafikon, több válasz is lehetséges).



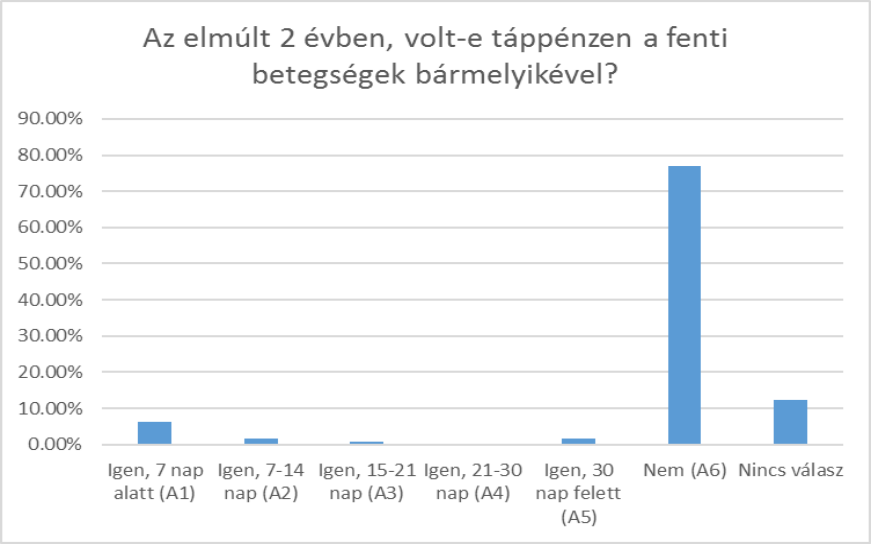
145. sz. grafikon

Az utóbbi 3 évben alábbi betegségek miatt kezelték az irodai, képernyős munkát végző munkavállalókat: depresszió, szorongás, alvászavar (3%), magas vérnyomás (17%), koszorúér-betegség (1%), cukorbetegség (2%), emésztőszervi betegségek, reflux oesophagitis, gyomorfekély (12%), mozgásszervi betegségek, discopathia, spondylosis, nyaki myalgia stb. (8%) (146. sz. grafikon, több válasz is lehetséges).



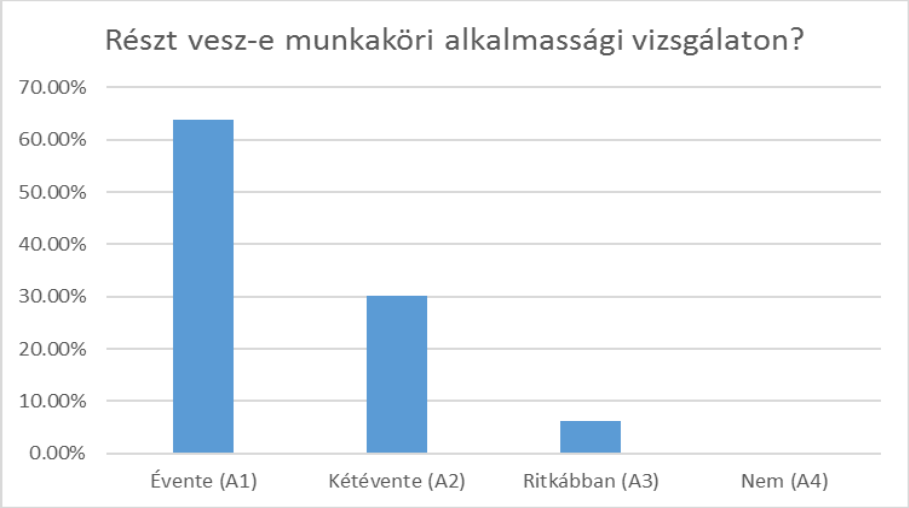
146. sz. grafikon

Az irodai, képernyős munkát végző munkavállalók esetében az elmúlt 2 évben a fenti betegségek miatt töltött táppénzes napok időtartamának gyakorisága: 7 napnál rövidebb 6%, 7–14 nap közötti 2%, 15–21 nap közötti 1%, 30 nap felett 2%. Nem volt táppénzes állományban 77%, nem válaszolt (147. sz. grafikon).



147. sz. grafikon

Az irodai, képernyős munkát végző munkavállalók 64%-a évente, 30%-a kétévente, 6%-a ritkábban vesz részt munkaköri alkalmassági vizsgálaton (148. sz. grafikon).



148. sz. grafikon

Az irodai, képernyős munkát végző munkavállalók szerint a munkáltató 58%-ban nem biztosít munkahelyi egészségfejlesztést, ahol igen, ott az alábbi témakörökben: fizikai aktivitás 10%, stresszkezelés 7%, táplálkozás 2%, dohányzásról, túlzott alkoholfogyasztásról leszoktatás 1%, oktatás 17% (149. sz. grafikon, több válsz is lehetséges).

149. sz. grafikon

Több megjegyzés, javaslat is volt (8%):

- jó lenne esetleges mentális-pszichés megsegítés;
- illetve pedagógiai asszisztens a nehéz osztályok mindegyikében;
- szupervízióra lenne szükség és kiégés elleni tréningre;
- mivel mozgásfejlesztést végzek, a kérdések zömére nem tudok válaszolni;
- nincs számítógépe (5 eset).

Összegezve és elemezve az oktatásban dolgozó irodai munkavállalók által szolgáltatott adatokat, a következők állapíthatók meg:

Az oktatásban irodai munkát végzők esetében ***erősségnek*** tekinthető, hogy a képernyős munkahelyek műszaki felszereltsége többnyire megfelelő: a képernyő teteje a szemmel egy magasságban van (44%), a képernyő és a szem közötti távolság 50-70 cm (73%), a képernyő tükröződésmentes (36%), a képernyő villódzásmentes (66%) tehát az előírt feltételeknek az esetek több mint felében megfelelnek. Továbbá a munkavállalók szerint a gyakran használt tárgyak könnyen elérhetők (88%), a dokumentumok részére irattartó biztosított (35%). A számítógép melletti szék magassága állítható (68%), kartámasszal ellátott (47%). A munkahelyi világítás 97%-ban természetes és mesterséges eredetű egyaránt, 64%-ban van lehetősége a munkahelyet testre szabni és ott személyes jellegű teret kialakítani. A fentiekből kiderül, hogy a tárgyi feltételek teljesítési szintje az egyes munkahelyeken kielégítő, amit erősségként értékeltünk, de sajnos több paraméter esetében nem ezek hiányosak, ami ***gyengeségként*** értékelhető.

Kirívó ***gyengeség***nek a kötelező, össze nem vonható 10 perces szünetek betartásának hiánya a képernyős munkavégzés közben, valamint az ennél a kérdésnél (135. sz. grafikon) megjelölt okok és talált gyakoriságok: pl. a munkáltató nem teszi lehetővé 35%-ban; a munkavállaló nem tartja szükségesnek 24%-ban; nem tudták, hogy erre szükség van 11%-ban; egyéb ok miatt 28%-ban. Ez a válasz további elemzés tárgya lehet, mert kockázatként, ***veszélyként*** is értékelhető, tekintettel nemcsak arra, hogy a munkáltató nem teszi lehetővé válasz ilyen magas, 35%-os arányt ért el, de azért is, mert egyesek nem tartják azt szükségesnek (24%), mások nem tudnak róla (11%). Úgy látszik, hogy a munkáltató nem tartja fontosnak a vonatkozó előírások betartatását/betartatását az oktatás/képzés szintjén sem. Fontos lenne megtudni, mi az oka az ilyen nagy százalékban előforduló anomáliáknak, ugyanis a képernyő

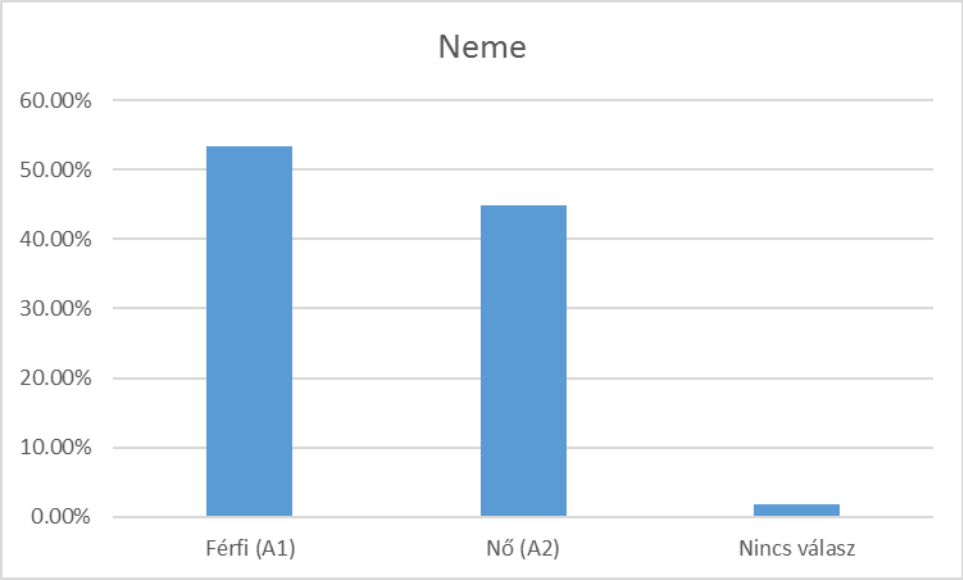
előtti munkavégzés minimális egészségügyi és biztonsági követelményeiről szóló 50/1999. (XI. 3.) EüM rendelet 4. § (1) bekezdése egyértelműen fogalmaz: *„a képernyő előtti munkavégzést óránként legalább 10 perces – a (2) bekezdésben foglalt esetek kivételével össze nem vonható – szünetek szakítsák meg”*.

IX. Kérdőív munkavállalóknak az ergonómiai kockázatok (műszak, álló) felmérésére

Az ergonómiai kockázatoknak egy másik speciális területe az álló testhelyzetben végzett munkára vonatkozik, amelyek felmérése lehetőséget nyújt arra, hogy megfogalmazzuk azokat a fejlődési lehetőségeket, melyek lehetővé teszik, hogy az ember–gép–környezet rendszer annak meghatározó eleme, az ember igényei szerint működjék, az ember kényelmét, biztonságát, egészségének megőrzését biztosítsa.

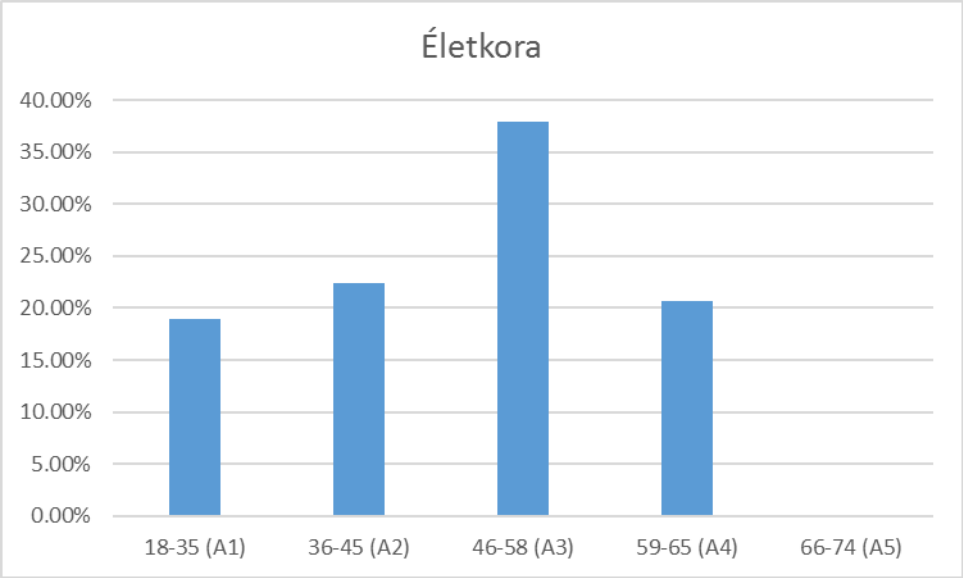
Az oktatásban ilyen munkát végző alcsoport tagjainak állapotfelmérését a nemre, életkorra, munkakörre és az abban eltöltött időre (munkatapasztalatra) vonatkozó kérdésekkel kezdtük.

A megkérdezett munkavállalók 45%-a nő, 53%-a férfi, és 2% nem válaszolt (150. sz. grafikon).



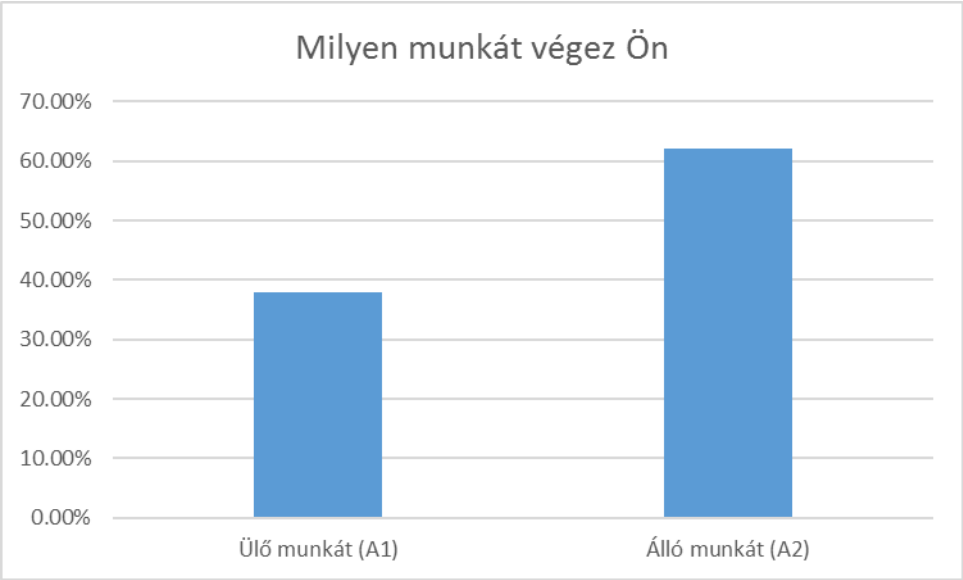
150. sz. grafikon

Az *életkor* is meghatározó az ergonómiai kockázatok csökkentésének hatékonyságában. Ennek megoszlása a következő: 18-35 év közötti 19%, 36–45 év közötti 22%, 46–58 év közötti 38%, 59–65 év közötti 21% (151. sz. grafikon).



151. sz. grafikon

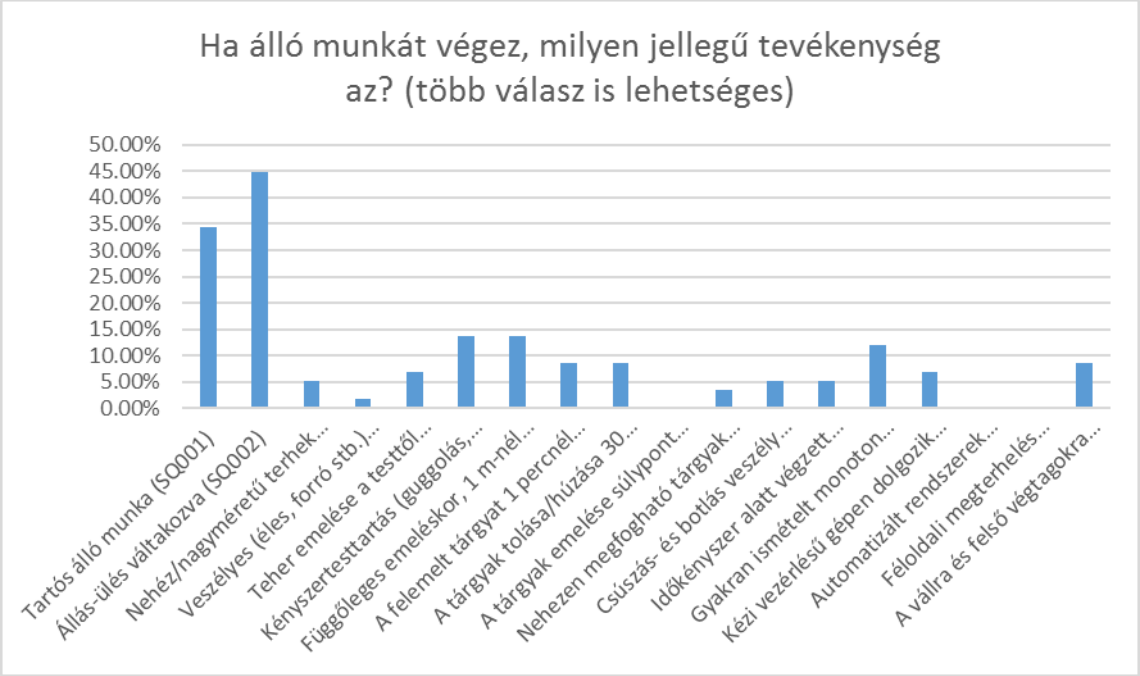
Az *ülő- és állómunkát végzők aránya:* 38%-uk ülő, 62%-uk álló munkát végez (152. sz. grafikon).



152. sz. grafikon

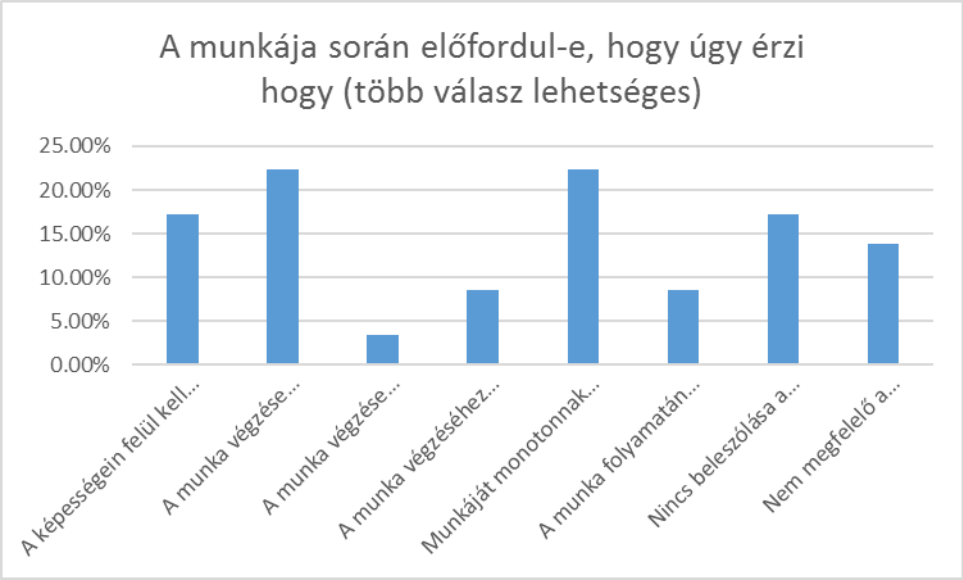
Az álló munkát végző munkavállalók alábbi tevékenységeket végzik: tartós állómunka (34%); állás, ülés váltakozva (45%); nehéz, nagy méretű terhek cipelése (5%); veszélyes tárgy emelése (2%); teher emelése a testtől eltartva (7%); kényszertesttartás (14%); függőleges emelés több mint egy méter magasra (14%); felemelt tárgy tartása több mint egy percig

(14%); tárgyak tolása-húzása több mint 30 mp-ig (9%); nehezen megfogható tárgyak emelése (3%); csúszás-botlás veszély mellett, munka (5%); időkényszer alatt végzett munka (5%); gyakran ismételt monoton mozdulatok (12%); munka kézi vezérlésű gépen (7%); folyamatosan féloldali megterhelés (3%); munka vállra és felső végtagokra nehezedő nyomás mellett (9%) (153. sz. grafikon, több válasz is lehetséges). Mint a fentiekből kitűnik, többszörös ergonómiai kockázat éri a munkavállalókat, amelyek együttesen csak felerősítik azok egészségkárosító hatásait, ezért az erre irányuló intézkedéseknek is szerteágazónak kell lennie.



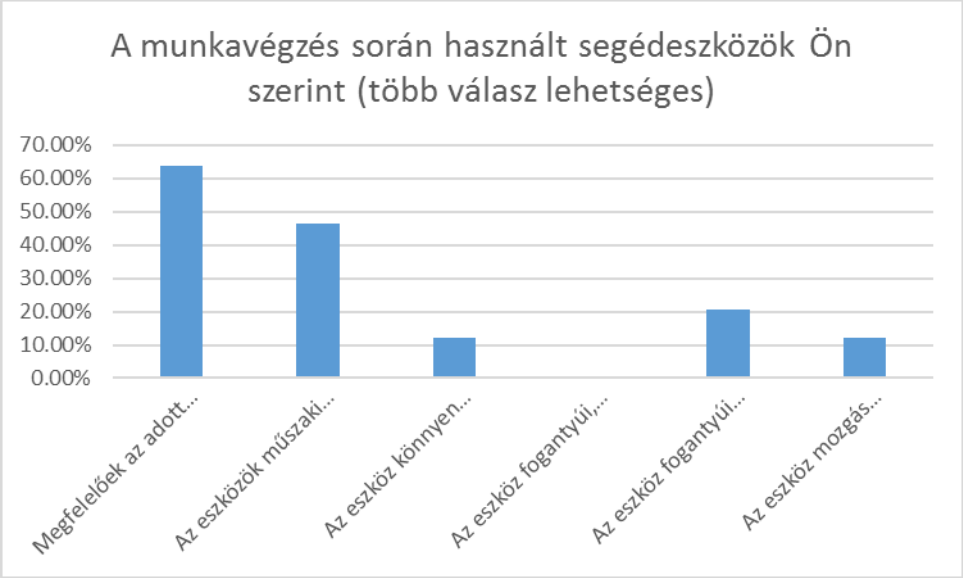
153. sz. grafikon

A halmozott ergonómiai kockázatok rövidebb idő alatt, intenzívebb egészségkárosodást okozhatnak, ezért is fontos megtudni azt, hogy a *munkavállalók milyen arányban érzik munkájuk során* az alábbiakat: képességein felül kell teljesítenie 17%-ban; a munka végzése veszélyes az egészségre 22%-ban; a munka végzése veszélyezteti a terhes nőket 3%-ban; a munka végzéséhez több információra vagy képzésre lenne szüksége 9%-ban; munkáját monotonnak érzi 22%-ban; a munka folyamán nem változtathat 9%-ban; nincs beleszólása a munkavégzés folyamatába 17%-ban; nem megfelelő kommunikáció a munkavállaló és a munkáltató között 14%-ban (154. sz. grafikon, több válsz is lehetséges).



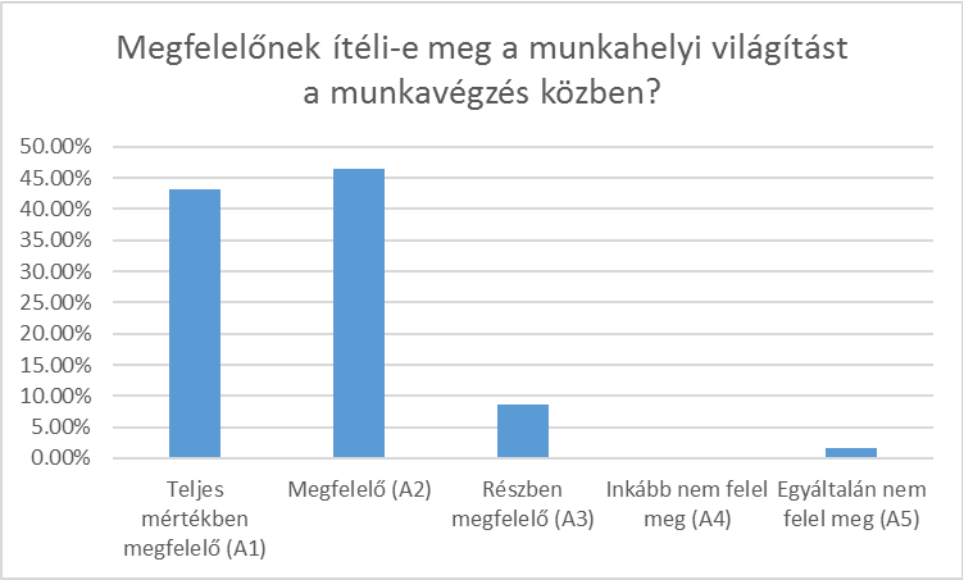
154. sz. grafikon

A munkavégzés során használt segédeszközök megfelelőségére kérdeztünk rá, hogy felmérjük az ergonómiai kockázatok ilyen irányú jelenlétét is. A válaszok megoszlása: a segédeszközök megfelelőek 64%; az eszközök műszaki állapota megfelelő 46%; könnyen elmozdítható a talajon 12%; fogantyúi kényelmesek, jó műszaki állapotban vannak 21%; mozgás közben fékezhető/rögzíthető 12% (155. sz. grafikon, több válasz is lehetséges).



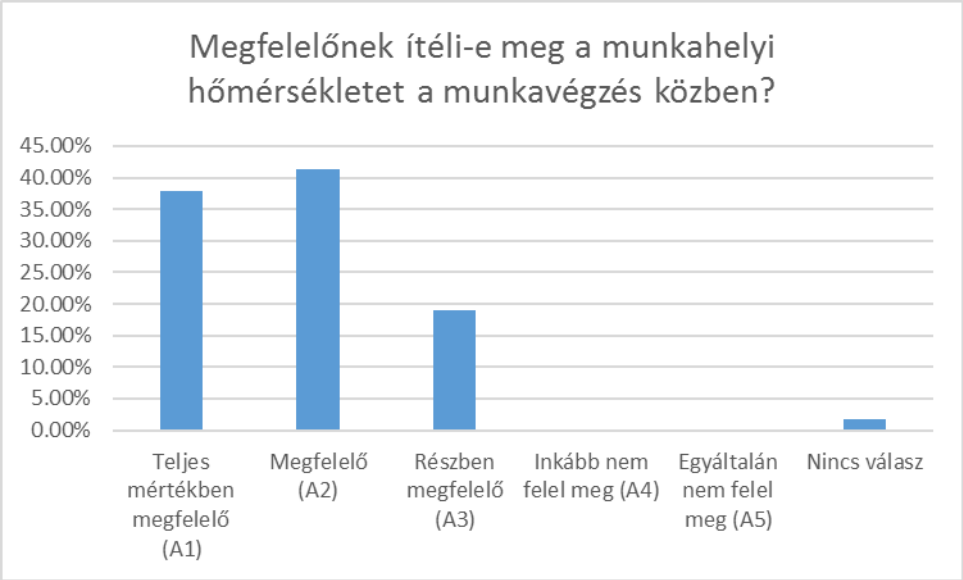
155. sz. grafikon

A munkahely megvilágítása is alapvető ergonómiai kockázatot jelenthet a munkavégzés közben. Az ezzel kapcsolatos vélemények megoszlása az alábbi: teljes mértékben megfelelő 43%; megfelelő 47%; részben megfelelő 9%; egyáltalán nem felel meg 2% (156. sz. grafikon).



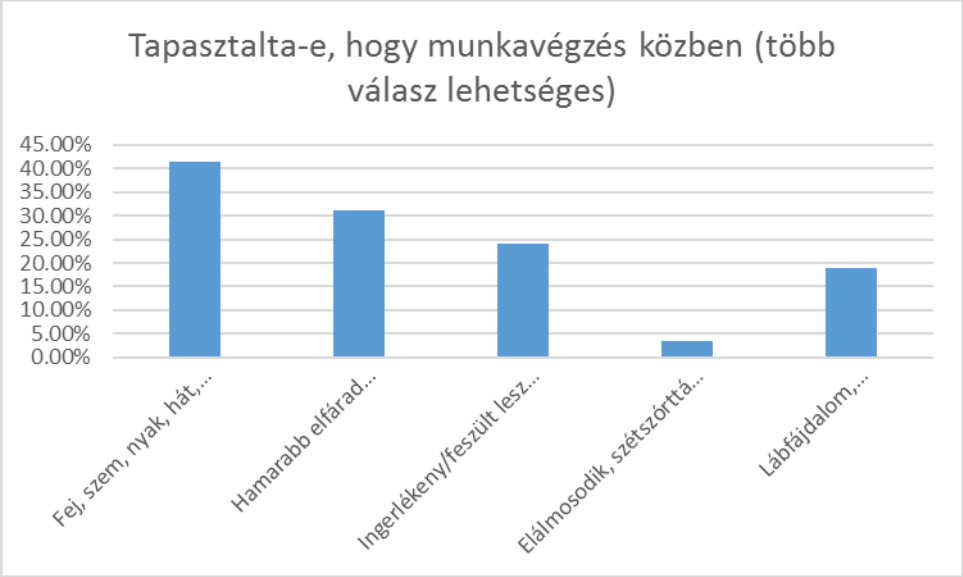
156. sz. grafikon

A munkahelyi hőmérsékletet az alábbiak szerint véleményezték: teljes mértékben megfelelő 38%, megfelelő 41%, részben megfelelő 19%. Nem válaszolt 2% (157. sz. grafikon).



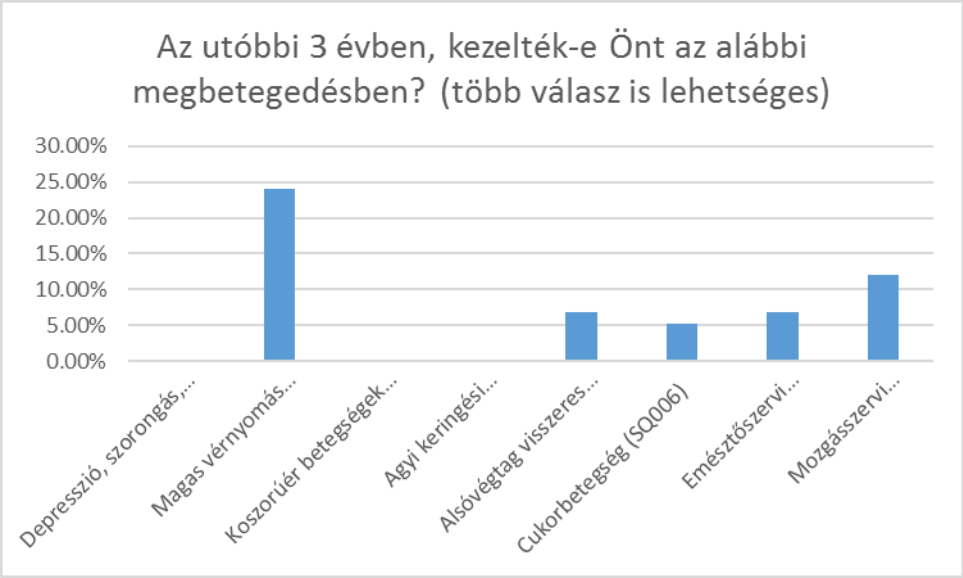
157. sz. grafikon

A megkérdezett munkavállalók munkavégzés közben az alábbi panaszokat tapasztalták: fej, szem, nyak, hát, derék, felső végtag fájdalma 41%-ban; hamarabb elfárad 31%-ban; ingerlékeny, feszült lesz 24%-ban; elálmosodik, szétszórttá válik 3%-ban; lábfájdalom, lábdagadás jelentkezik 19%-ban (158. sz. grafikon, több válasz is lehetséges).



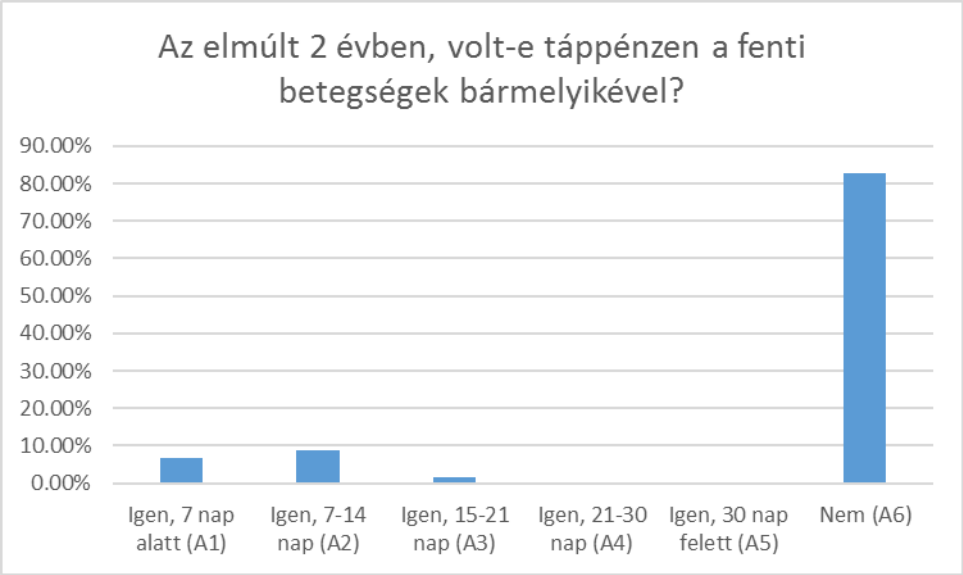
158. sz. grafikon

Az ergonómiai kockázatok egészségkárosító hatásait kutattuk a morbiditási mutatók alakulása alapján. Felmértük, hogy *az utóbbi 3 évben milyen gyakorisággal kezelték-e a megkérdezetteket az alábbi megbetegedésekkel:* magas vérnyomás 24%; alsó végtag visszeres megbetegedése 7%; cukorbetegség 5%; emésztőszervi megbetegedések, reflux oesophagitis, gyomorfekély stb. 7%; mozgásszervi betegségek, gerincbetegség, nyakizomfájdalom 12% (159. sz. grafikon, több válasz is lehetséges). Sajnos, mind a tünetek sokfélesége, mind a morbiditási mutatók azt jelzik, hogy bár történnek intézkedések a kockázatok csökkentésére, ezek mégsem tűnnek teljesen hatékonynak, hiszen még mindig sérül a munkavállalók egészsége.



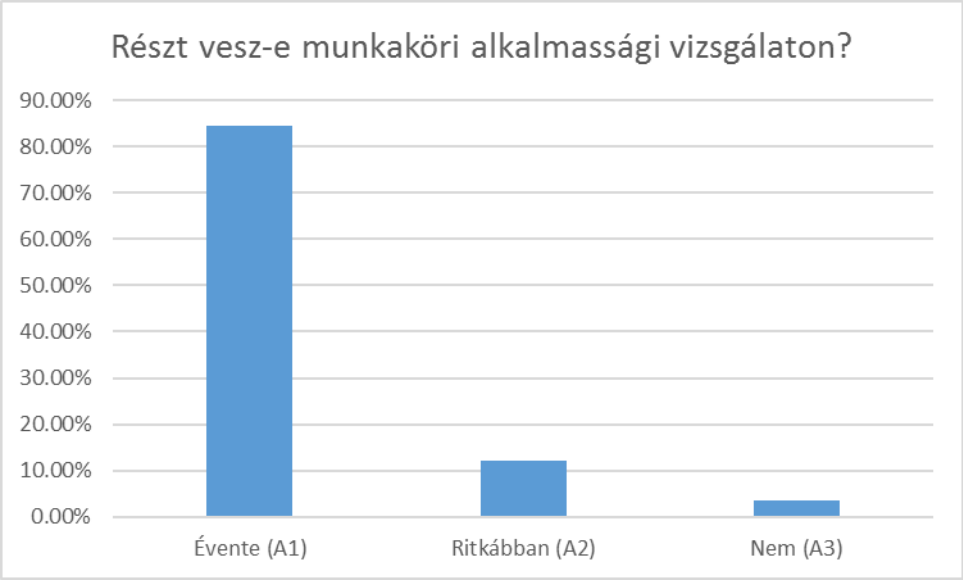
159. sz. grafikon

Az elmúlt 2 évben a fenti betegségek miatt igénybe vett táppénzes állományok időtartam szerinti megosztása az alábbi: 7 napnál rövidebb 7%, 7–14 nap közötti 9%, 15–21 nap közötti 2%, nem volt táppénzes állományban 83%. Nem válaszolt 7% (160. sz. grafikon).



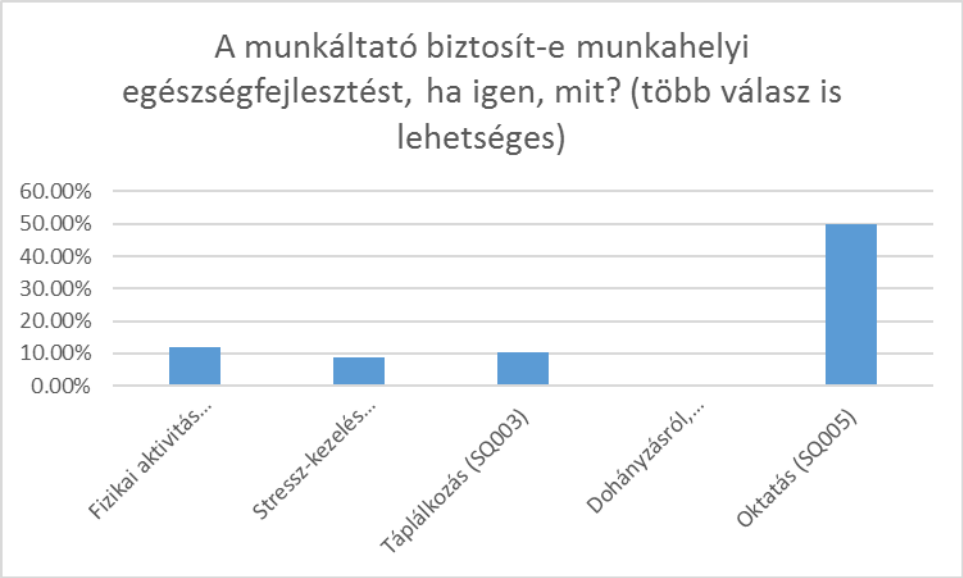
160. sz. grafikon

A munkavállalók 84%-a évente vesz részt munkaköri alkalmassági vizsgálaton, 13% ritkábban. Nem vesz részt ilyen vizsgálaton 3% (161. sz. grafikon).



161. szánú grafikon

A megkérdezett munkavállalók szerint a munkáltató az alábbi munkahelyi egészségfejlesztéseket biztosítja: fizikai aktivitás 12%, stresszkezelés 9%, a táplálkozással kapcsolatos tanácsadást 10%, egészségfejlesztéssel kapcsolatos oktatást 50% (162. sz. grafikon, több válasz is lehetséges).



162. sz. grafikon

Megjegyzés, javaslat nem volt.

Elemezve *az állómunkát végző munkavállalói alcsoporttól* az *ergonómiai kockázatok (műszak-álló)* felmérésekor kapott válaszokat, az ***erősségek*** közül ki kell emelni a primer és szekunder prevenció keretében, a munkavállalók munkaköri alkalmassági vizsgálatának 97%-os meglétét és az évente történő vizsgálatok magas arányát (84%). Bár a munkavállalóknál foglalkozási megbetegedést nem diagnosztizáltak, a morbiditási mutatók, illetve a felsorolt panaszok/tünetek alapján mégis úgy tűnik, hogy az ergonómiai kockázatok csökkentésében még vannak lehetőségek. A munkavállalók 43%-a szerint teljes mértékben megfelelő, 47%-a szerint megfelelő a világítás munkavégzés közben. A *munkahelyi hőmérsékletet* 38%-ban teljesen mértékben megfelelő, 41%-ban megfelelő. Az e szempontokból kielégítő munkakörülmények között dolgozók aránya tehát magas (90, illetve 78%).

Ugyanakkor ***a gyengeségek*** közé sorolható az, hogy a megkérdezett munkavállalóknál az alábbi munkavégzés közbeni panaszok gyakoriságokat tártuk fel: fej, szem, nyak, hát, derék, felső végtag fájdalma 41%; hamarabb elfárad 31%; ingerlékeny, feszült lesz 24%; elálmosodik, szétszórttá válik 3%; lábfájdalom, lábdagadás jelentkezett 19%. Mint a fentiekből kitűnik, többszörös ergonómiai kockázat éri a munkavállalókat, amelyek együttesen csak felerősítik azok egészségkárosító hatásait, ezért az erre irányuló intézkedéseknek is szerteágazóaknak kell lenni. A *gyengeségek felismerése lehetőséget teremt* arra, hogy megfelelő intézkedésekkel (pl. az álló- és ülőmunka váltakozása, egészségfejlesztés) az ergonómiai kockázatok egészségkárosító hatásait mérsékeljük/megszüntessük, és a morbiditási mutatók ezt követő csökkenése ***erősségként*** lesz értékelhető.

A gyengeségek közül az egyik legjelentősebb és egyben ***a lehetőséget*** is jelenti, a munkahelyi egészségfejlesztés hiányos volta: kevés területet ölel fel, és a meglévők előfordulási gyakorisága sem haladja meg a 10-12%-ot, kivéve az oktatást (50%). Nem kihasznált tehát a primer prevenció egyik fontos eszköze/lehetősége, amely a munkavállalók egészségmegőrzését/fejlesztését szolgálhatná.

Fontos lenne – akár a jogalkotók segítségével – olyan rendszert létrehozni, amely támogatja a munkáltatót az ilyen irányú törekvésekben (pl. az ilyen típusú beruházásokat le lehessen írni az adóból; a foglalkozás-egészségügy visszakapja az E Alap terhére történő beutalási lehetőséget, hogy a primer prevenció mellett a szekunder és tercier prevenció területén lévő feladatainak is eleget tudjon tenni a szakma szabályainak megfelelően!).

4.2.3. Idősödő kérdőívek kiértékelése

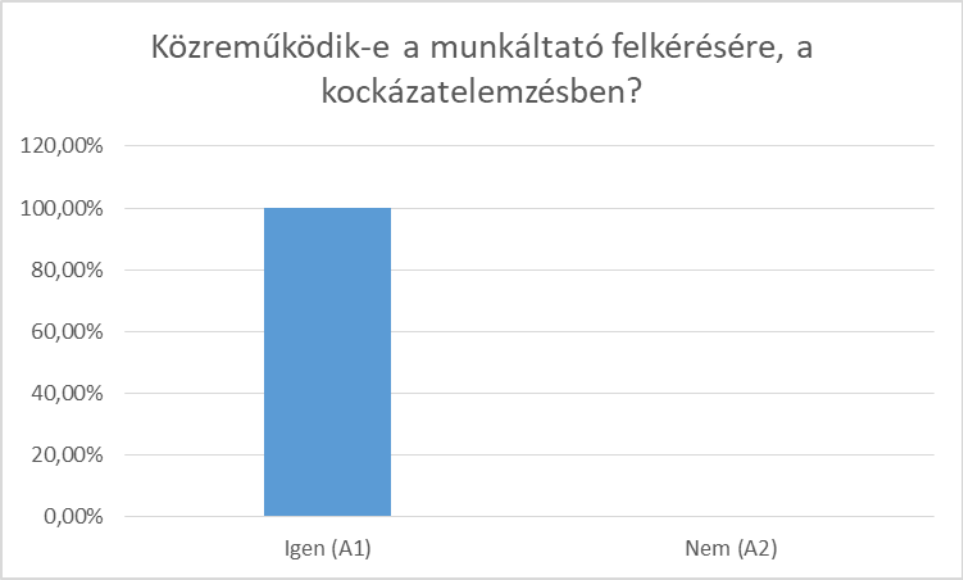
X. Kérdőív foglalkozás-egészségügyi szakorvosoknak az idősödő munkavállalók életkorából adódó kockázatok felmérésére

Az Mvt. 87. §-ának 8/A. pontja rendelkezik a sérülékeny csoportba tartozó munkavállalókról, többek között az idősödőkről. A sérülékeny csoport az a munkavállalói kategória, amelybe tartozó munkavállalókat testi, lelki adottságaik, állapotuk következtében a munkavégzéssel összefüggő kockázatok fokozottan fenyegetnek, illetve akik maguk is fokozott kockázatot jelentenek munkavégzésük során [33/1998. (VI. 24.) NM rendelet a munkaköri, szakmai, illetve személyi higiénés alkalmassági orvosi vizsgálatról és véleményezésről].

A kutatók között nincs egyetértés abban, hogy mi számít biológiai szempontból az öregkor határának, vagy abban, milyen életkortól minősül a munkavállaló idősödőnek. Az OECD meghatározása alapján a munkavállaló akkor számít idősödőnek, ha belépett munkában töltött életének második felébe, de még nem érte el a nyugdíjkorhatárt. Az európai statisztikák általában az 55–64 éves munkavállalót tekintik időskorúnak, de gyakran már a 45–54 éveseket is ebbe a kategóriába sorolják. Felmérésünk mi ezt az utóbbi kategorizálást használtuk.

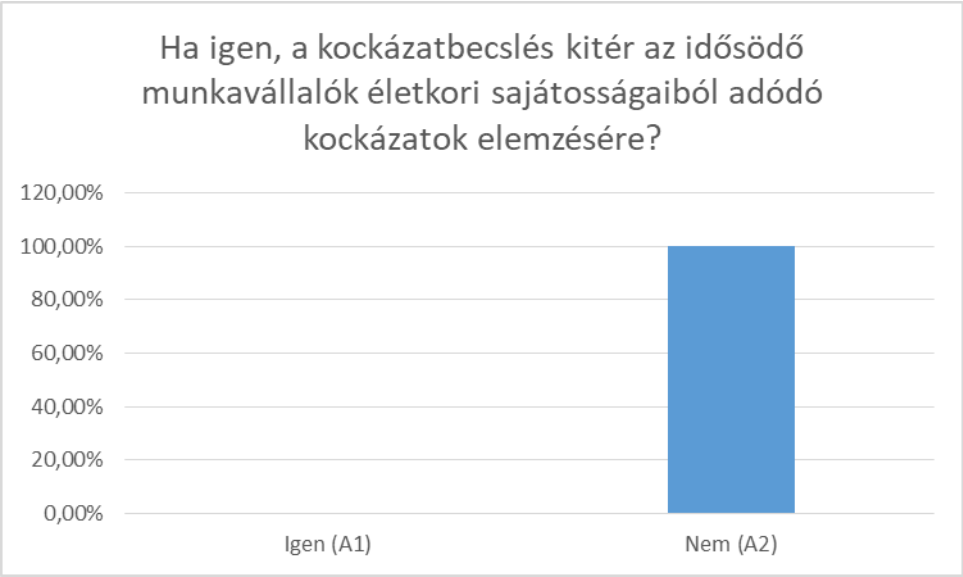
A 33/1998. (VI. 24.) NM rendelet 10/B. § (2) bekezdése szerint az idősödő munkavállaló foglalkoztatásánál fokozottan törekedni kell a munkának a munkavállaló munkaképességéhez való igazítására. Ez a foglalkozás-egészségügyi orvosnak is különösen nagy kihívást jelent az idősödő munkavállalók életkorából adódó kockázatainak kockázatbecslését, a munkaköri alkalmassági vizsgálatokat és a munkahelyi egészségfejlesztést illetően az oktatás ágazatban, ahol a pedagógushiány orvoslására a nyugdíjas korú pedagógusok segítségét is gyakran igénybe veszik. A kérdés aktualitása tehát adott.

A foglalkozás-egészségügyi szakorvos alapvető feladata ismerni azokat az egészségkárosító kockázatokat, amelyek az idősödő munkavállalókat a munkakörnyezetből, vagy a munkavégzésből érik. Arra a kérdésre, hogy *a munkáltató felkérésére a kockázatelemzésben közreműködik-e,* a válaszadók 100%-a válaszolt igennel (163. sz. grafikon).



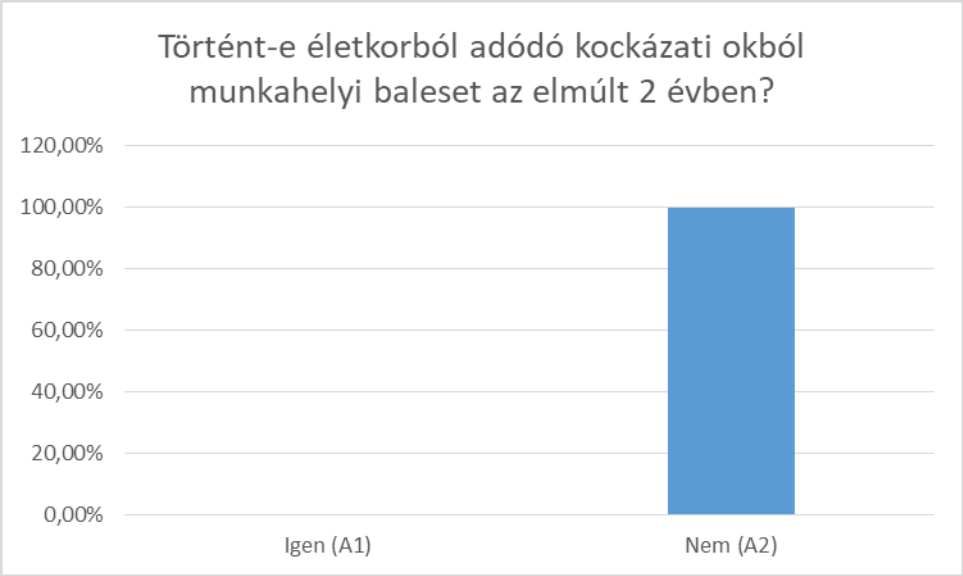
163. sz. grafikon

Lényeges kérdés ilyenkor, *hogy kitérnek-e az idősödő munkavállalók életkori sajátosságaiból adódó kockázatok elemzésére is.* A válaszadók 100%-a sajnos *nemmel* válaszolt (164. sz. grafikon)



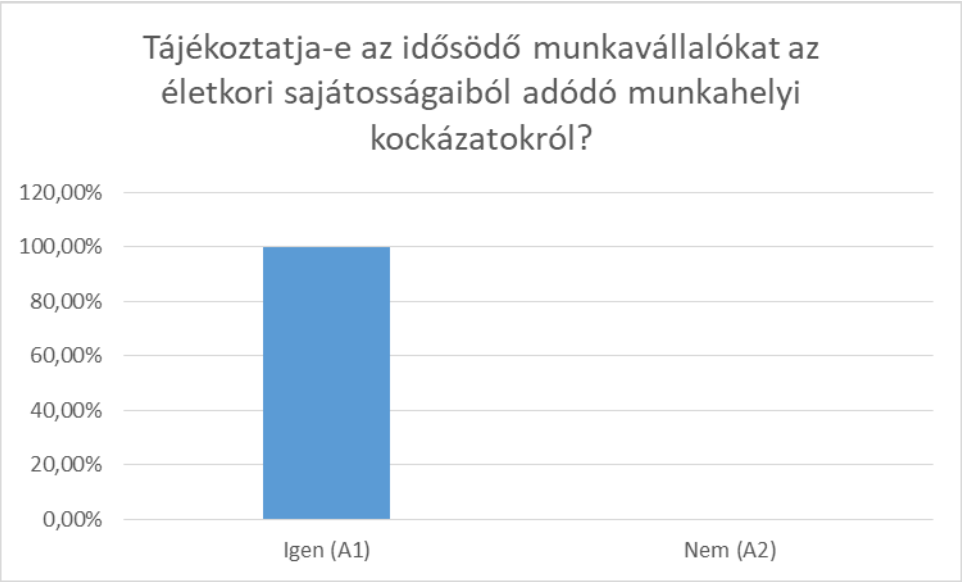
164. sz. grafikon

A kérdésre, hogy *ilyen kockázati okból történt-e az elmúlt 2 évben munkahelyi baleset, a* válasz 100%-ban *nem* volt (165. sz. grafikon).



165. sz. grafikon

Az Mvt. a munkáltató feladatává teszi a munkavállalókat érő egészségkárosító kockázatok megismertetését. Ugyanez a feladat hárul a foglalkozás-egészségügyi szakorvosra is, ezért is kérdeztük meg, *hogy tájékoztatja-e az idősödő munkavállalókat az életkori sajátosságaiból adódó munkahelyi kockázatokról. A válasz itt is 100% igen, tehát a később bemutatott kedvező statisztika a munkabalesetek kérdésében nem véletlen* (166. sz. grafikon).



166. sz. grafikon

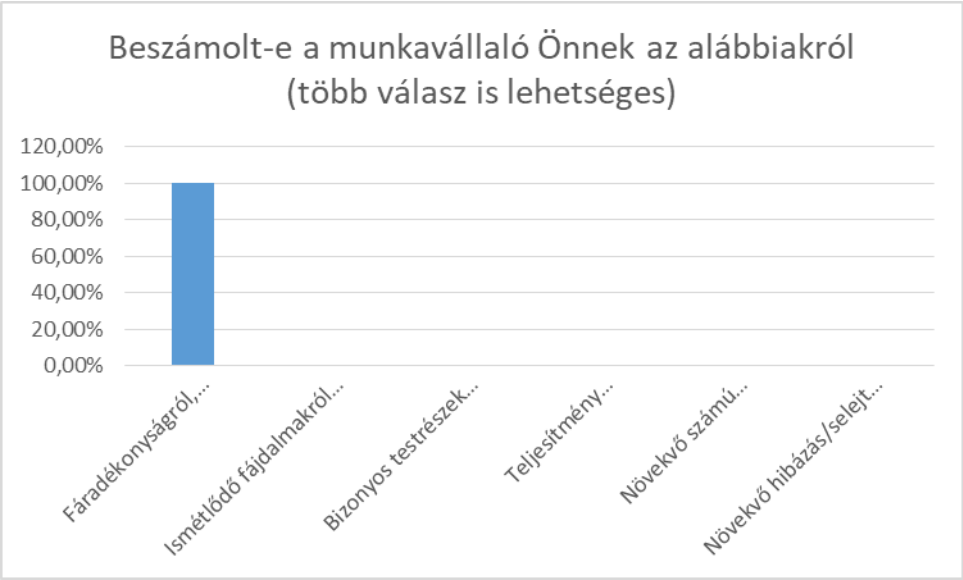
Az idősödő munkavállalók egészségét potenciálisan károsító, tiltást vagy korlátozást igénylő megterhelések a munkavállaló munkavégzése során, speciális intézkedéseket követelnek a férfiaknál és nőknél külön-külön. Fontos, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakember ismerje ezeket, és meghozza a megfelelő intézkedéseket. *Ezért is kérdeztünk rá, hogy észlelt-e, vagy a munkavállaló beszámolt-e arról, hogy a munkáját milyen terhelő körülmények között végzi.* A válaszokból következtethetünk a valós kockázati tényezőkre gyakoriságára derült fény: *monotónia* 100%, *különösen bonyolult szabályok, utasítások alapján végzett tevékenység* 100% (167. sz. grafikon, több válasz is lehetséges).

167. sz. grafikon

A fenti kockázatok csökkentésére a foglalkozás-egészségügyi szakorvosok 100%-a kizárólag oktatást, átképzést javasolt (168. sz. grafikon, több válasz is lehetséges).

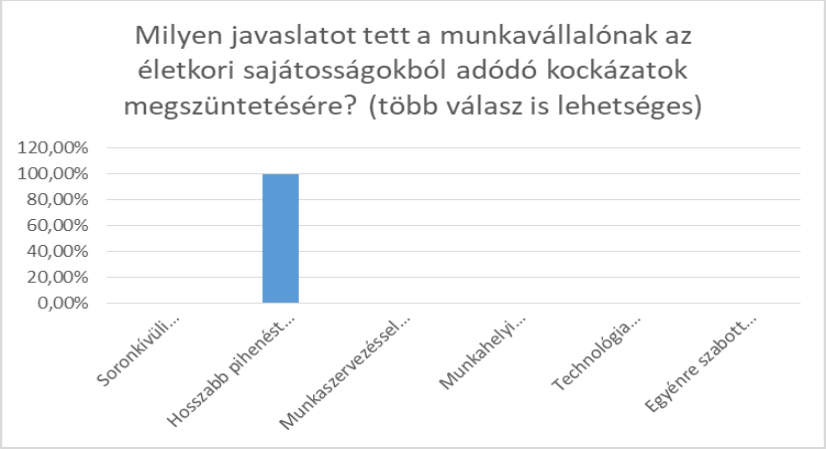
168. sz. grafikon

Az intézkedések hatékonyságát mutatja, hogy a munkavállaló beszámolt-e a foglalkozás-egészségügyi szakorvosnak a kérdőíven szereplő jelenségekről. Az alábbi gyakoriságokat kaptuk: *fáradékonyságról, diszkomfortérzés 100%;* szerencsére a többi kérdésben (*bizonyos testrészek mozgásának beszűkülésével – váll, csípő, csukló stb.; teljesítménycsökkenés; növekvő számú munkahelyi hiányzás;* növekvő *hibázás/selejt a munkavégzés közben) nemleges a válasz (0%)* (169. sz. grafikon, több válasz is lehetséges).



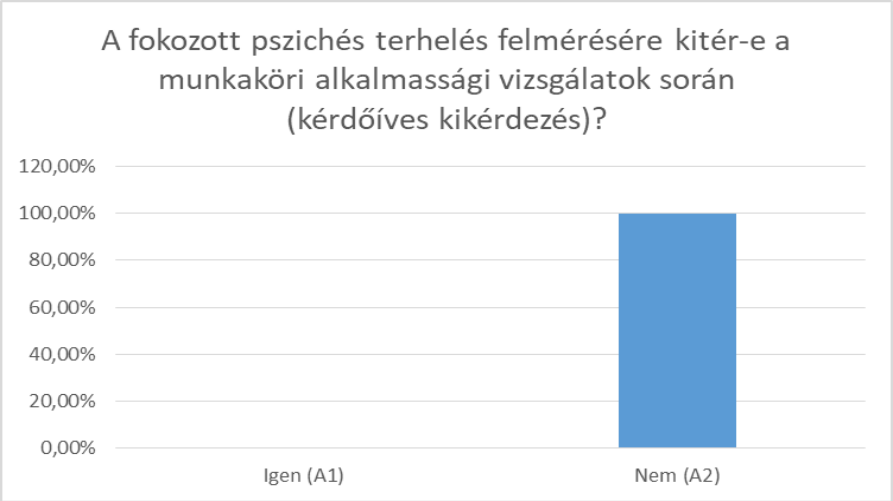
169. sz. grafikon

A panaszok megszüntetésére az alábbi javaslatokat tette a foglalkozás-egészségügyi szakorvos a munkavállalónak (több válasz is lehetséges): hosszabb pihenést javasolt 100%-ban, (170.sz. grafikon). A felsorolt lehetséges intézkedések változatosak, pl. soron kívüli munkaköri alkalmassági vizsgálat, munkaszervezéssel kapcsolatos javaslat, munkahelyi rehabilitáció, technológia megváltoztatása, egyénre szabott munkahelyi egészségfejlesztő program, de úgy tűnik, a foglalkozás-egészségügyi szakorvos nem használja ki azokat a lehetőségeket, amely rendelkezésére állnak az egészségkárosító kockázatok csökkentésére.



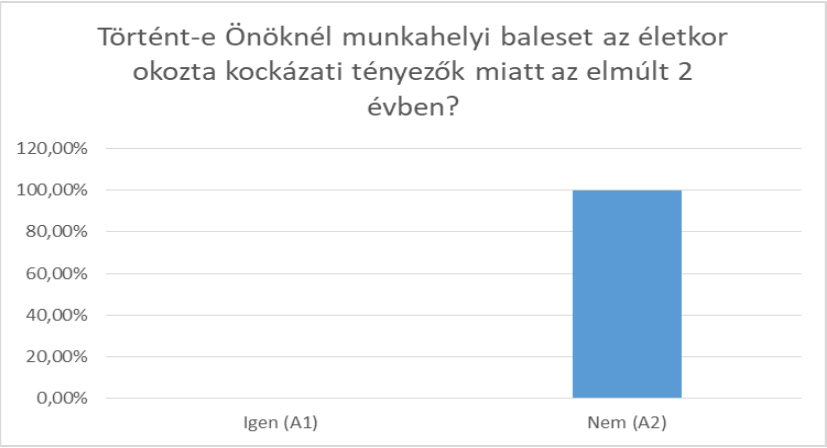
170. sz. grafikon

A foglalkozás-egészségügyi szakorvosok *kitérnek-e a fokozott pszichés terhelés felmérésére a munkaköri alkalmassági vizsgálatok során* kérdésre a válaszadók 100%-a pedig *nemmel* válaszolt (171. sz. grafikon).



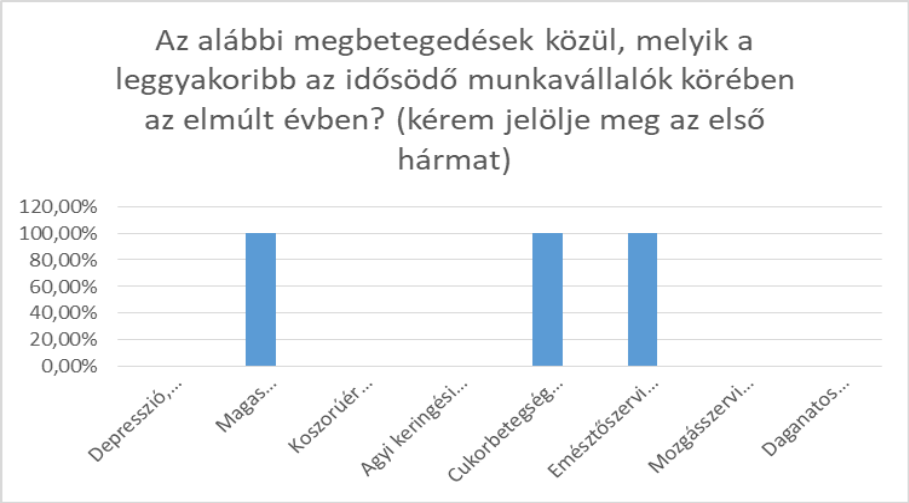
171. sz. grafikon

Arra a kérdésre, *hogy történt-e munkahelyi baleset az életkor okozta kockázati tényezők miatt az elmúlt 2 évben,* a válaszadók 100%-a válaszolt *nemmel* (172. sz. grafikon).



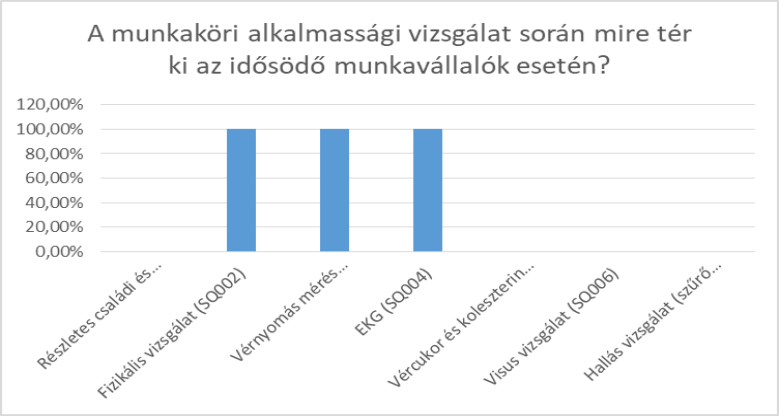
172. sz. grafikon

A morbiditási mutatókra kérdeztünk rá *(„az alábbi megbetegedések közül, melyik a leggyakoribb az idősödő munkavállalók körében az elmúlt évben”).* Az első három leggyakoribb megbetegedést kértük bejelölni, így kerül megjelölésre a *koszorúér-betegségek*, 100%-ban, *cukorbetegség* 100%-ban, *emésztőszervi megbetegedések, gyomorégés, gyomorfekély stb. 100*%-ban (173. sz. grafikon). A bejelölt betegségek között a közös kockázati tényezők szembetűnőek, pl. a distressz, a nem megfelelő táplálkozás, mozgáshiány stb., olyan egészségkárosító kockázatok, melyek csökkentésére lehetőség lehetne például a munkahelyi egészségfejlesztés keretében.



173. sz. grafikon

Az idősödő munkavállalók az a munkavállalói kategória, ahol az életkori sajátos adottságaikból is érik a munkavégzéssel összefüggő kockázatok, és sok estben fokozottan jelentkeznek. Ezért is nagyon fontos, hogy *a munkaköri alkalmassági vizsgálat során mire tér ki az idősödő munkavállalók esetén a foglalkozás-egészségügyi szakorvos, így:* fizikális vizsgálatra 100%-ban, vérnyomásmérésre 100%-ban, EKG 100%-ban, de a vizsgálatokat ki kellene egészíteni az életkorból adódó fokozott kockázatok vizsgálatával, mint a vércukor és koleszterin meghatározása, visus- és hallás vizsgálat (174. számú ábra).

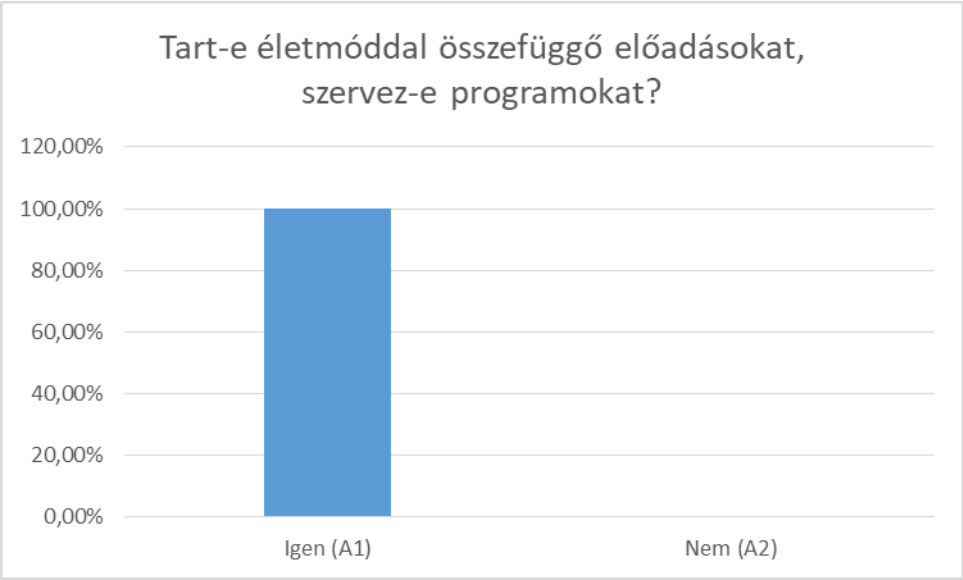


174. számú ábra

A fentiek ismeretében, lényeges lenne, hogy *egységes munkahelyi egészségfejlesztési stratégiát készítsen* a foglalkozás-egészségügyi szakorvos. A válaszadók 100%-a szerint, egységes munkahelyi egészségfejlesztési stratégiát *nem* készítenek (175. sz. grafikon)!

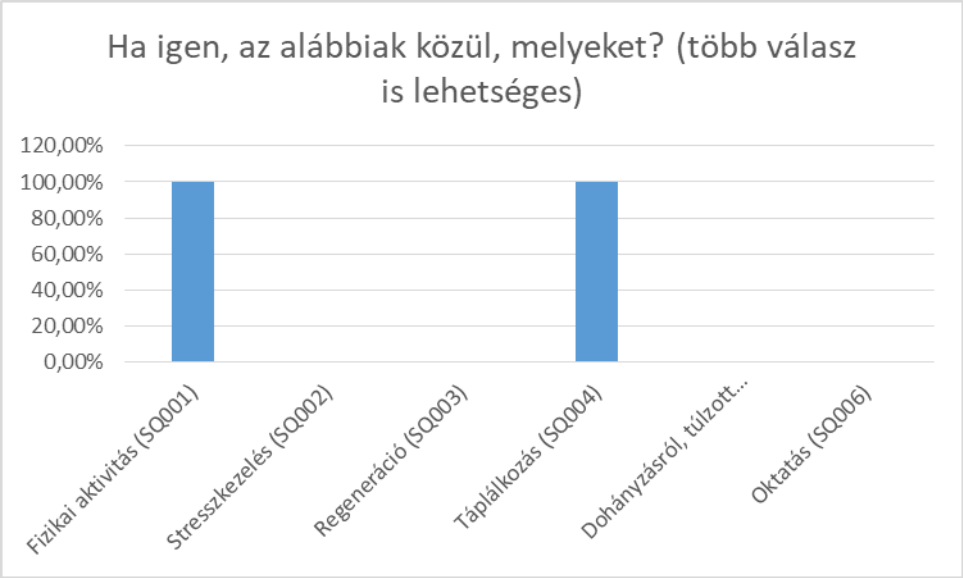
175. sz. grafikon

A stratégia hiánya mellett a *munkahelyi egészségfejlesztő programok, életmóddal összefüggő előadások szervezése szerencsére nem hiányzik, hiszen a válasz erre a kérdésre az, hogy a válaszadók* 100%-a tart ilyen előadásokat, szervez programokat (176. sz. grafikon).



176. sz. grafikon

A *munkahelyi egészségfejlesztő programok, életmóddal összefüggő előadások, szervezése a következő területeket öleli fel: fizikai aktivitás 100%, táplálkozás 100%* (177. sz. grafikon).



177. sz. grafikon

A fizikai aktivitást serkentő programokban a foglalkozás-egészségügyi orvos kitér az ízületek mozgástartományát megőrző és helyreállító gyakorlatokra 100%-ban. 178. sz. grafikon.

178. sz. grafikon

Megjegyzés, javaslat, egyéb közlendő nem volt

Az *idősödő munkavállalók életkorából adódó kockázatok* felmérése alapján a foglalkozás-egészségügyi szolgálat tevékenységének ***erőssége,*** hogy a kockázatok elemzésében 100%-ban részt vesznek, és bár maga a kockázatelemzés nem tér ki az életkorból adódó kockázatokra (ami *gyengeségként* értékelhető!), de az életkorból adódó kockázatokról az érintett munkavállalókat 100%-ban tájékoztatják. Ez a primer prevenció hatékonyságát jelentősen megnöveli.

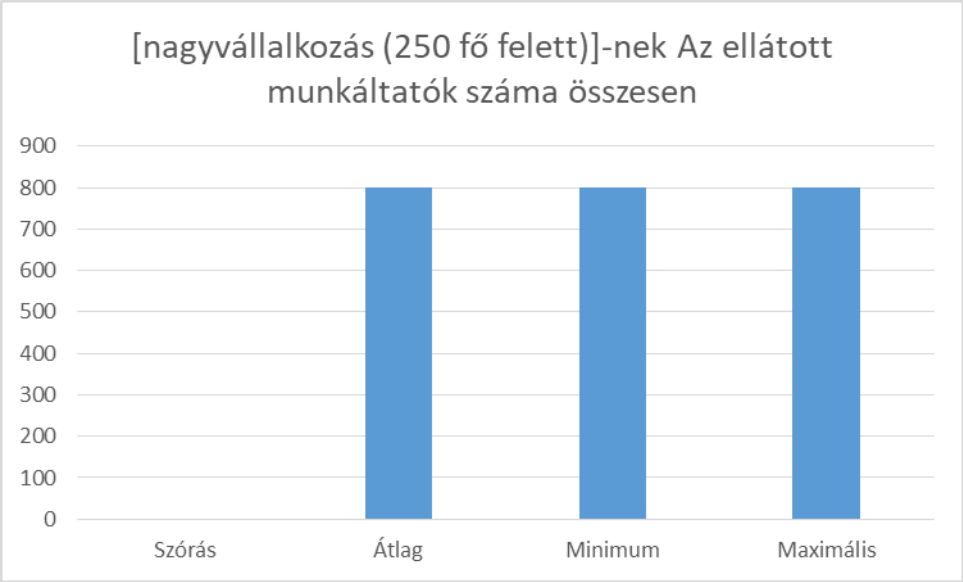
A kockázatok csökkentésére több eszközt is felhasználnak, bár az intézkedések nem fedik le az összes lehetőséget. A primer prevenció mellett a szekunder prevenció is hatékony, hiszen ezek a munkavállalók 100%-ban részt vesznek a munkaköri alkalmassági vizsgálatokon, ami mind két prevenció formát magában foglalja. Ezen intézkedések következménye lehet, hogy ilyen kockázatból nem történt munkahelyi baleset.

A ***gyengeségek*** között meg kell említeni, hogy, mint fent már jeleztük, a kockázatelemzés nem tér ki az életkorból adódó kockázatokra. Ezen túl, az egységes munkahelyi egészségfejlesztési stratégia *hiányát* emelnénk ki. Ennek következménye, hogy a kockázatok csökkentésére rendelkezésre álló eszköztárnak csak bizonyos elemeit használják fel. Ezt a gyengeséget egyben a rendszer *erősségévé* lehetne alakítani azáltal, hogy az egységes

stratégiába beépíthetők lehetnének mindazok az eszközök, melyek eddig itt még nem kerültek felhasználásra, de hatékonyabbá tehetnék az ilyen irányú kockázatok csökkentését.
A munkahelyi egészségfejlesztés hiánya ugyancsak gyengíti a primer, szekunder és tercier prevenció hatékonyságát, pedig ezen a téren nagy ***lehetőség*** lenne több morbiditási mutató javítására: pl. a magas vérnyomás és cukorbetegség területén, ahol a stresszkezeléssel és/vagy a fizikai aktivitás bevezetésével csökkenteni lehetne ezek előfordulási gyakoriságát.
Fontos lenne a finanszírozás megváltoztatása, hogy a munkáltató az ilyen irányú intézkedések következményeinek költségeit teljes mértékben/legalább részlegesen visszakaphassa – tekintettel a beavatkozás népegészségügyi és nemzetgazdasági jelentőségére. A jelenlegi rendszer ***veszélye*** ugyanis, hogy a nem megfelelő finanszírozása kiszolgáltatottá teszi a foglalkozás-egészségügyi szolgálatot a munkáltatónak, illetve, az E Alap terhére történő beutalási lehetőség hiánya miatt a szakmai tevékenység is sérülhet.

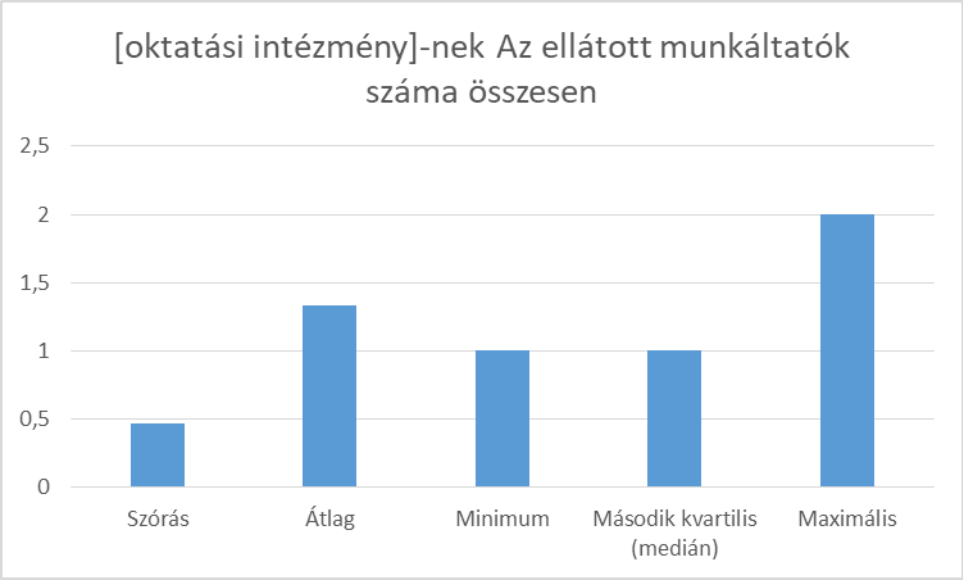
XI. Kérdőív a munkabiztonsági szakembernek az idősödő munkavállalók életkorából adódó kockázatok felmérésére

A biztonság hagyományos értelemben a baleset megelőzését jelenti, azaz a nem kívánt események bekövetkezésének elkerülését. A munkahelyi biztonság tárgya minden dolgozó ember; így az idősödő munkavállalók is. Ahhoz, hogy az idősödő munkavállalók életkorából adódó kockázatokat csökkenteni lehessen, fontos, hogy olyan intézkedések szülessenek, melyek nemcsak a balesetek elkerülését teszik lehetővé, hanem az aktív életkor meghosszabbítása mellett a termelékenység növelését is eredményezik.
A munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény egyes rendelkezéseinek végrehajtásáról szóló 5/1993. (XII. 26.) MüM rendelet 2. sz. melléklet 3. pontjának I/e) és II/e) alpontja rendelkezik a „Munkavédelmi (munkabiztonsági) szakképesítéssel rendelkező személy foglalkoztatásának feltételeiről”. A végrehajtási rendelet tartalmazza azt is, hogy a munkáltatók besorolása alapján, valamint a munkavállalók létszáma alapján, hány felsőfokú és hány középfokú munkabiztonsági szakembert kell foglalkoztatnia. *Így az ellátott munkáltatók számát ez is befolyásolja. Az általunk megkérdezett munkabiztonsági szakemberek által, ellátott munkáltatók száma a* nagyvállalkozások (250 fő felett) esetén *átlagban 800* (179. sz. grafikon).



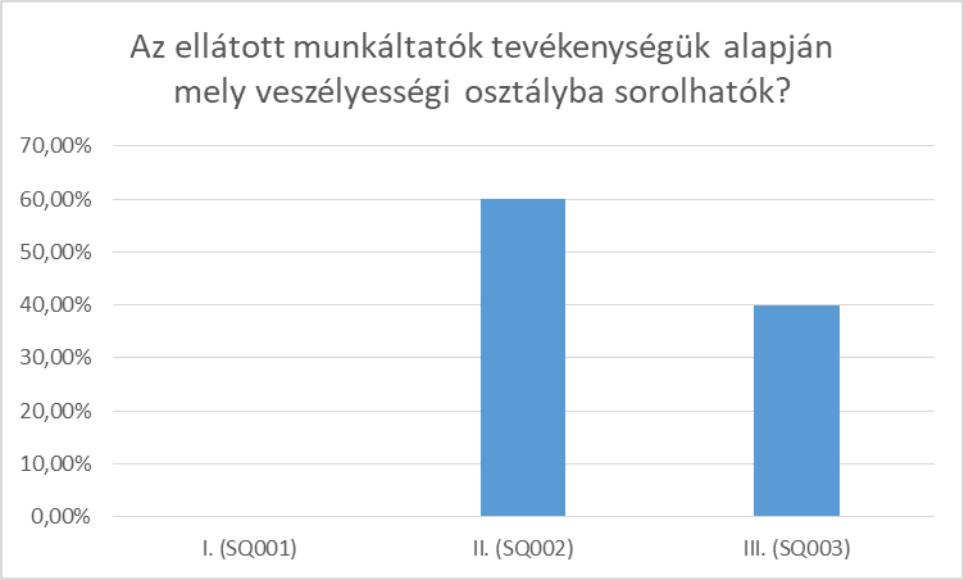
179. sz. grafikon

A megkérdezett munkabiztonsági szakemberek által ellátott oktatási intézmények száma 4 (180. sz. grafikon).



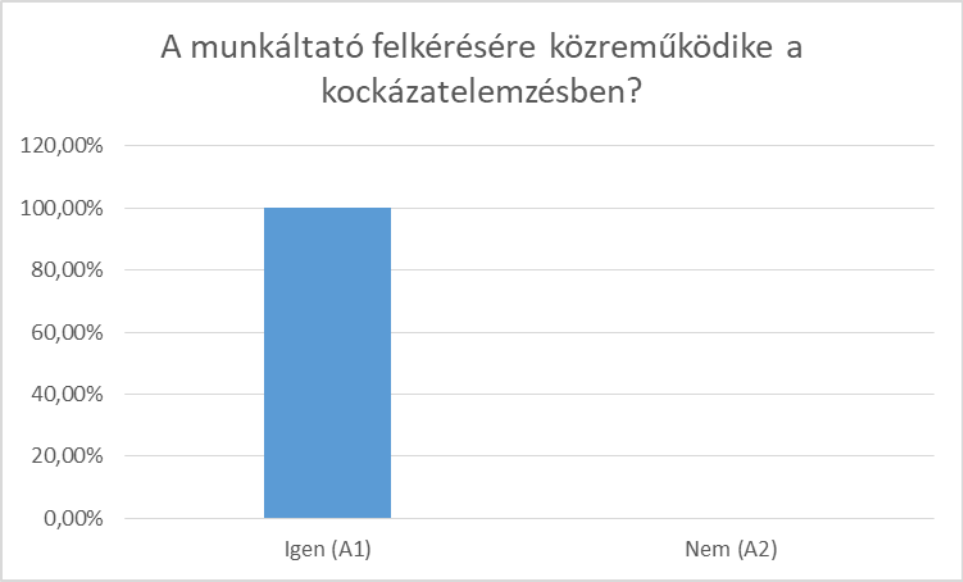
180. sz. grafikon

A munkáltatók által ellátott tevékenységük alapján 60%-ban az II-es, 40%-ban a III-as veszélyességi osztályba sorolhatók (181. sz. grafikon). Ez, az arányokat tekintve meglepő, hiszen az oktatás a munkavégzés veszélyességét tekintve, a jogszabály szerint, a III-as . *veszélyességi osztályba sorolhatók.*



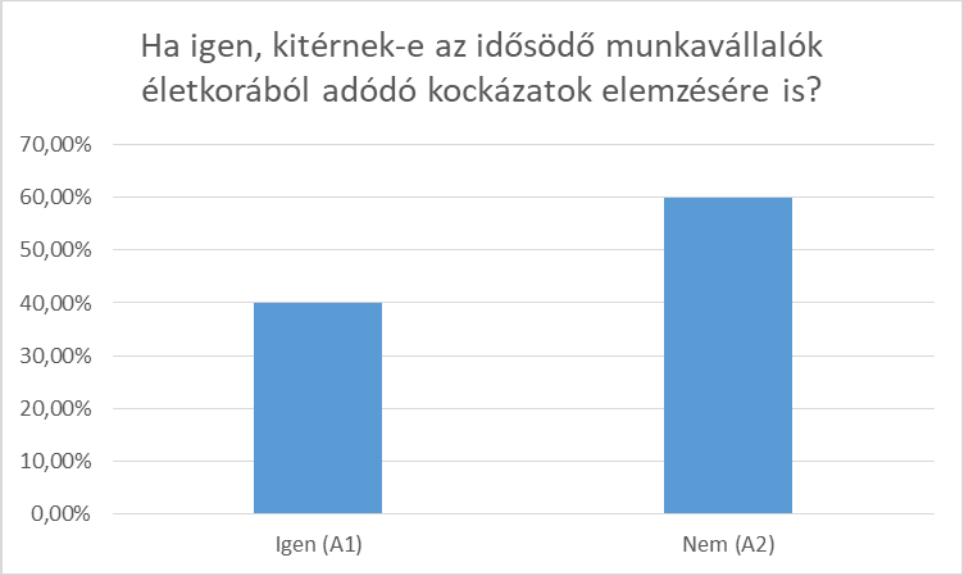
181. sz. grafikon

A megkérdezettek 100%-a *közreműködik a kockázatelemzésben a munkáltató felkérésére,* (182. sz. grafikon)



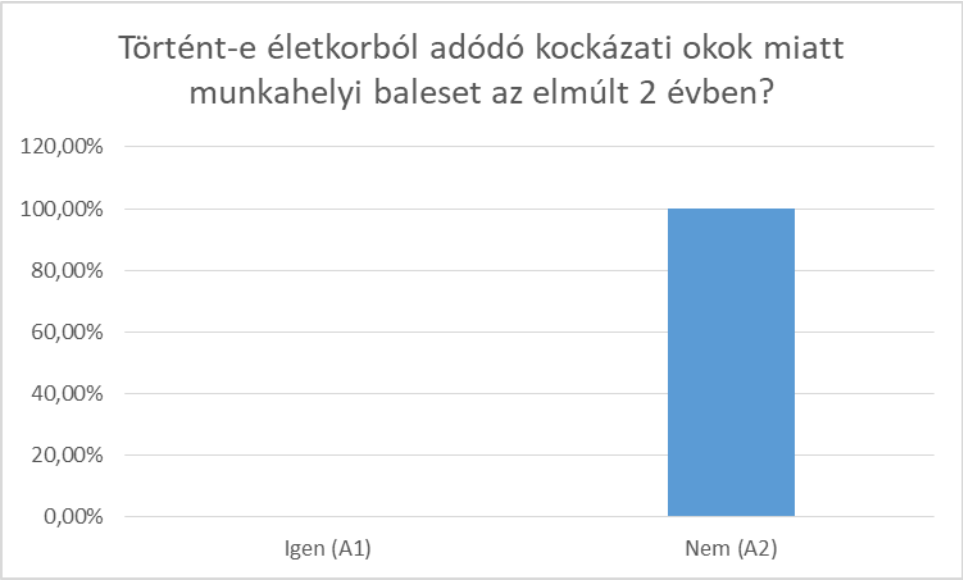
182. sz. grafikon

Arra a kérdésre, hogy kitérnek-e az idősödő munkavállalók életkorából adódó kockázatok elemzésére, a válaszadók 40%-a igennel, 60%-a *nem*mel felelt (183. sz. grafikon). Ennek elmaradása, akár a technológia, akár a munkafolyamat területén, növeli az egészségkárosító kockázatokat, pedig számos kockázatot teljesen el lehet/lehetne kerülni vagy a meglévőket megszüntetni a munkahelyeken az idősödő munkavállalók esetén.



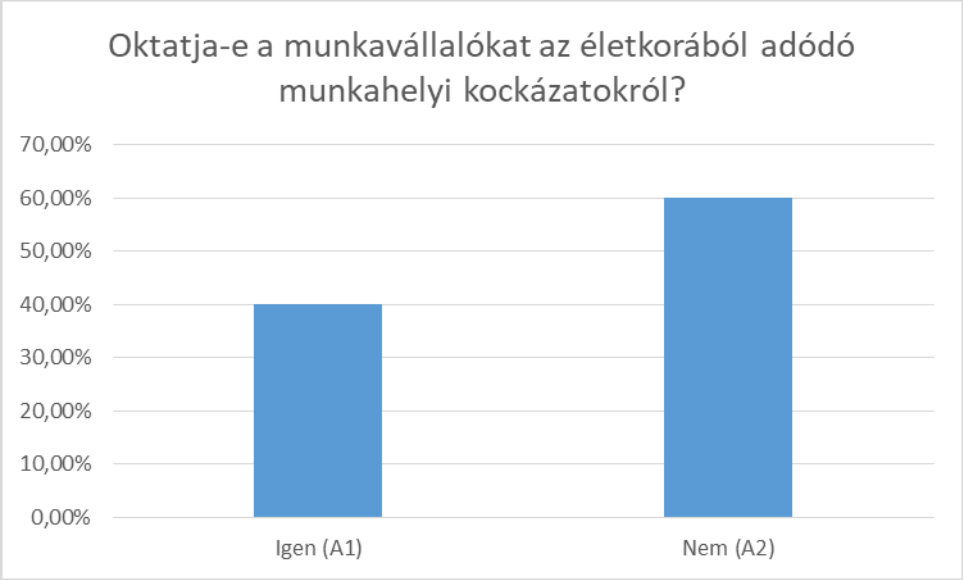
183. sz. grafikon

Arra a kérdésre, hogy *történt-e ilyen kockázati okból munkahelyi baleset az elmúlt 2 évben, a válaszadók 100%-a nem*mel válaszolt (184. sz. grafikon).



184. sz. grafikon

Az egészség és a biztonság kezelésének egy fontos része a munkavállalói részvétel. Ahhoz, hogy ez megvalósuljon, szükséges, hogy a munkavállaló ismerje azokat a kockázatokat, melyek a munkavégzésből vagy munkakörnyezetből adódhatnak, erre szolgál az oktatás, mely ki kell térjen a kockázatok minden területére, így *az életkorból adódó munkahelyi kockázatokra is.* A válaszadók szerint, ez csak 40%-ban történik meg, 60%-ban nem *történik meg* (185. sz. grafikon).



185. sz. grafikon

Fontos, hogy ismerjék, azokat a kockázatokat, amelyek a munkájukból érik az idősödő munkavállalót (több válasz is lehetséges), úgy mint *kényszertesttartásban végzett munka (huzamosabb ideig) az esetek* 20%-ában fordul elő, *a test bizonyos részét erőteljes nyomásnak kitéve végzi a munkáját* 20%-ban, *hosszú ideig kell azonos pozícióban állva végezni a munkáját* 20%-ban, *az időkényszer keretei között* végzi a tevékenységét 40%, *tartósan szükséges akaratlagos figyelemmel* 20%, *monotónia* jellemzi 40%, *különösen bonyolult szabályok, utasítások alapján végzi a tevékenységét* 0%-ban, *nehéz fizikai munkát (emelés, cipelés, tolás, húzás) végez* 20% (186. sz. grafikon). A fentiekre, az életkorral kapcsolatosan, speciális rendelkezések vonatkoznak, ezért különösen fontos, hogy a kockázatértékelés ezek figyelembevételével történjen meg.

186. sz. grafikon

A munkáltatónak tett javaslatok a kockázatok megszüntetésére a munkaszervezés módosítása (pl. pluszszünetek beiktatása, a munkavállalók rotációja, a munkafolyamat változtatása a monotonitás elkerülésére) az esetek 100%-ában történt meg, *a munkafolyamatok megváltoztatására tett javaslatok* 20%-ban, *pluszoktatás, -képzés elrendelése* 40%-ban történt meg, egyéb intézkedésre 20% tett javaslatot (187. sz. grafikon).

187. sz. grafikon

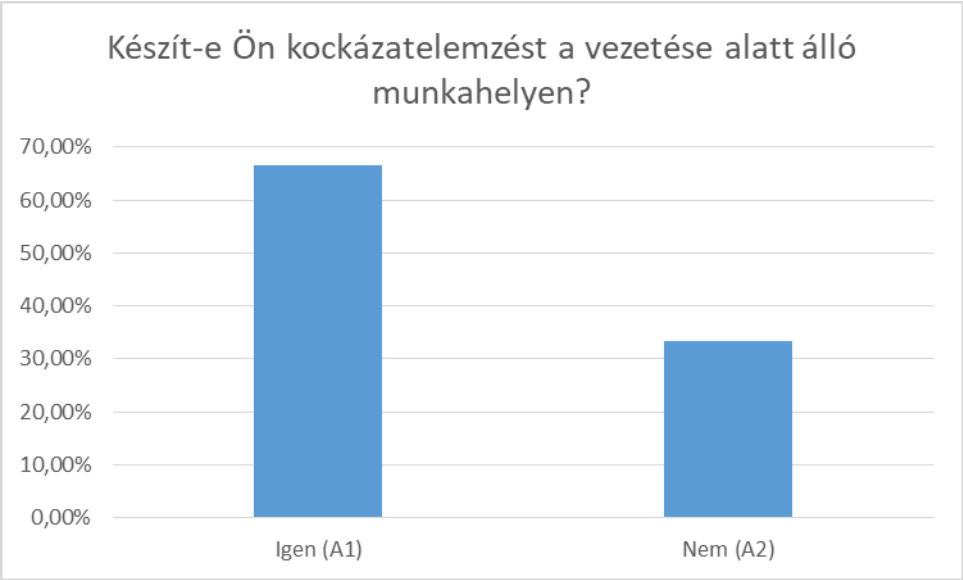
Megjegyzés, javaslat, egyéb közlendő nem volt.

Az *idősödő munkavállalók életkorából adódó kockázatok felmérése a* munkabiztonsági szakemberek válaszai alapján a rendszer egyik ***erőssége,*** mint ahogy a kockázatok csökkentésére hozott intézkedések hatékonysága is, ezt az ilyen kockázatokból adódó balesetek teljes hiánya is jelez. Erőssége a rendszernek az is, hogy a munkavédelmi oktatások minden esetben kitérnek az életkorból adódó kockázatok ismertetésére is.

A ***gyengeségek*** között meg kell említeni, hogy bár a kockázatkezelés területén több intézkedés született, mégis vannak ki nem használt lehetőségek, melyek jelentősen növelhetnék a kockázatkezelés hatékonyságát. A beavatkozási kör bővítése egy ***lehetőség*** arra, hogy az idősödő munkavállalók képességeit és egészségét megőrizzék, aktivitásuk fenntartását hosszabb időre biztosítsák.

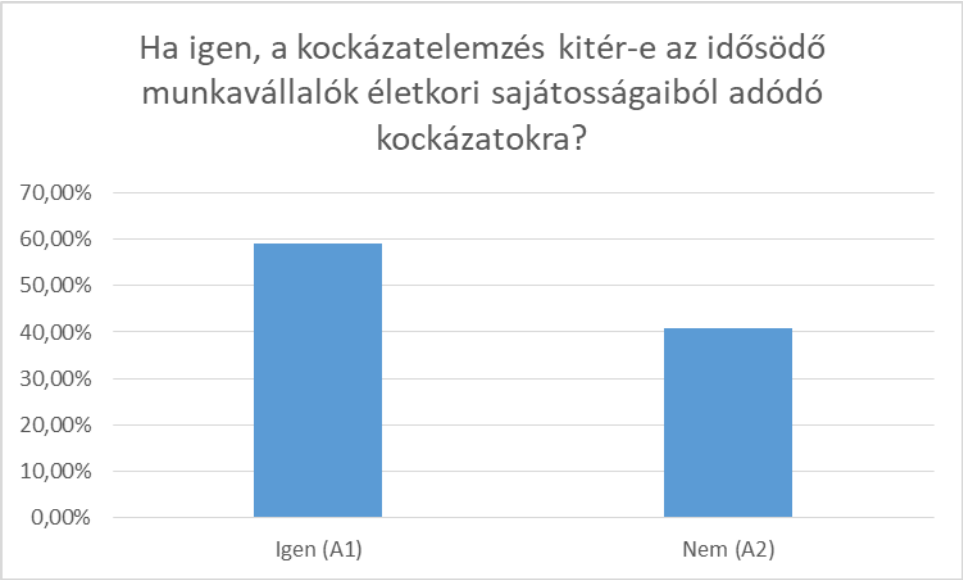
XII. Kérdőív a munkáltatónak az idősödő munkavállalók életkorából adódó kockázatok felmérésére

Az Mvt. 2. § (2) bekezdése kimondja, hogy *„A munkáltató felelős az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés követelményeinek megvalósításáért”,* vagyis a munkáltató kötelessége felmérni azokat a kockázatokat, így az életkorból adódó kockázatokat is. A válaszok alapján a munkáltatók 67%-ban készít kockázatelemzést, 33%-ban pedig nem (188. sz. grafikon).



188. sz. grafikon

A kockázatelemzésben azonban csak 59% térnek ki az idősödő munkavállalók életkori sajátosságaiból adódó kockázatokra, 41%-ban nem (189. sz. grafikon).

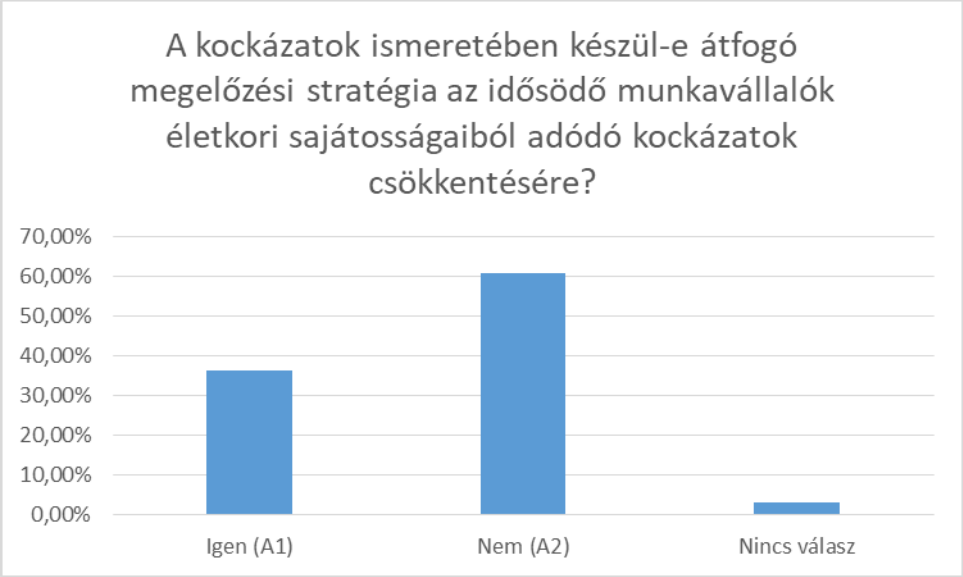


189. sz. grafikon

A válaszokból, melyet arra a kérdésre kaptunk, *hogy a kockázatelemzés kitér-e a munkavállalók egészségi állapotára is, az esetek 39%-ában rendben van ez a kérdés, az esetek 33%-ában* nem tér ki és nem is foglalkozik vele, 15%-ában nem, de tervezik, hogy napirendre veszik, 12%-a pedig nem válaszolt (190 sz. grafikon).

190. sz. grafikon

Arra a kérdésre, hogy a *kockázatok ismeretében készül-e átfogó megelőzési stratégia az idősödő munkavállalók életkori sajátosságaiból adódó kockázatok csökkentésére, 36%-ban igen a válasz, 61*%-ban *nem* volt a válasz, 3% nem válaszolt (191. sz. grafikon).

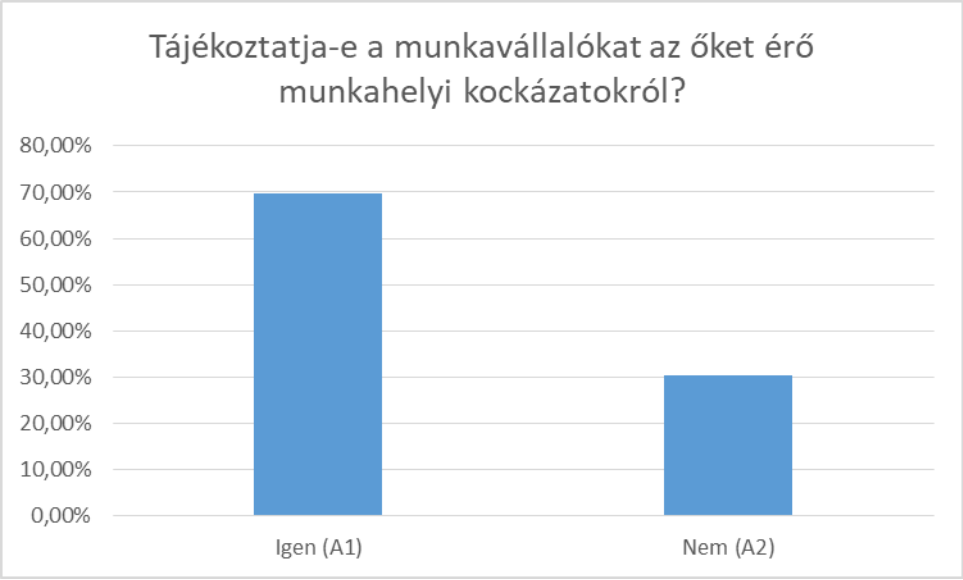


191. sz. grafikon

A kockázatok ismeretében a munkáltatók a következő intézkedéseket tették: az életkori sajátosságaihoz alakították a gépet, a berendezéseket (munkaasztal, munkaszék), a kezelőelemek helyének megválasztását 15%, a nehéz terheket kisebb egységekre szétválasztották 18%, megszüntették/csökkentették a huzamosabb ideig tartó kényszertesthelyzetet (guggolás, oldalra/előre hajlás, térdepelés stb.) 3%, az anyagmozgatáshoz megfelelő eszközöket biztosítanak 6%, a munkakörnyezetet „idősbaráttá" tették (világítás, hőmérséklet, zaj, rezgés, munkaruházat, iroda/munkahelység kialakítása) 3%, rugalmas munkaidőt biztosítanak 6%, hosszabb pihenőidőt iktattak be 15%. Lehetőség van arra, hogy a munkavállalók váltogatni tudják az állva vagy ülve történő munkavégzést 18% Kikérik a munkavállalók véleményét a munkaidő-beosztás észszerűsítéséről 15%, egyéb, 12% (192. sz. grafikon).

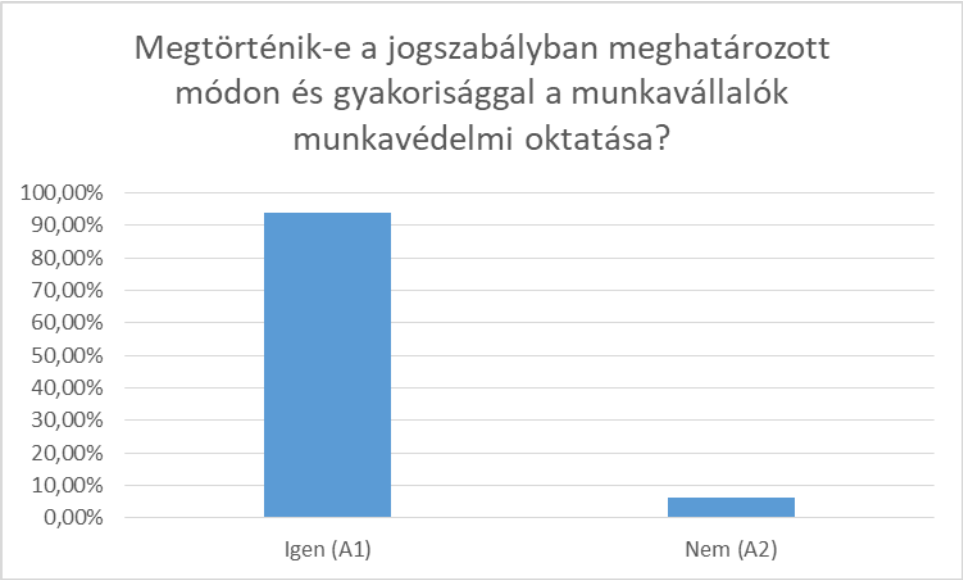
192. sz. grafikon

A munkáltató, tájékoztatja a munkavállalókat az őket érő munkahelyi kockázatokról az esetek 70%-ában, 30%-ában azonban *nem* (193. sz. grafikon).



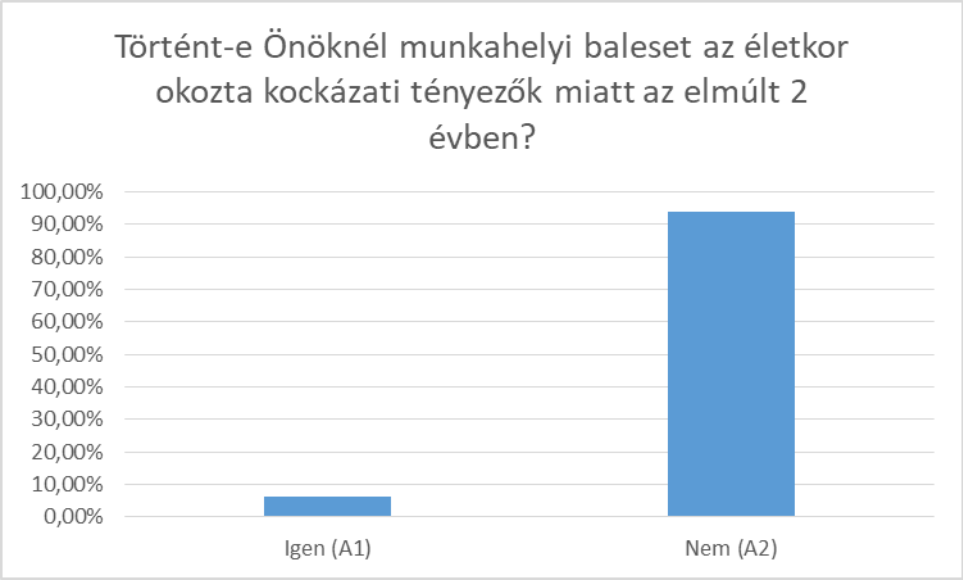
193. sz. grafikon

A munkavállalók munkavédelmi oktatása, alapvető feltétele a kockázatok megismerésének, ezért is rendelkezik a jogszabály arról, hogy milyen módon és *gyakorisággal kell az oktatásnak megtörténnie.* A válaszadók 94%-a nyilatkozott arról, hogy a jogszabályban meghatározott módon megtörténik az oktatás, és csupán 6%-a szerint nem (194. sz. grafikon).



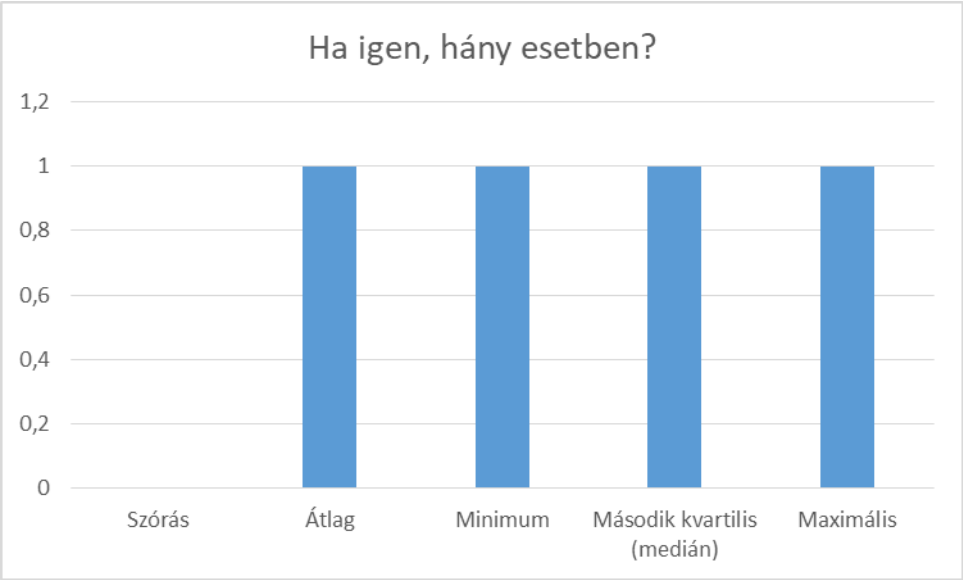
194. sz. grafikon

Arra a kérdésre, hogy történt-e munkahelyi baleset az életkor okozta kockázati tényezők miatt az elmúlt 2 évben, a válaszadók 6%-a igennel, 94%-a nemmel válaszolt (195. sz. grafikon).



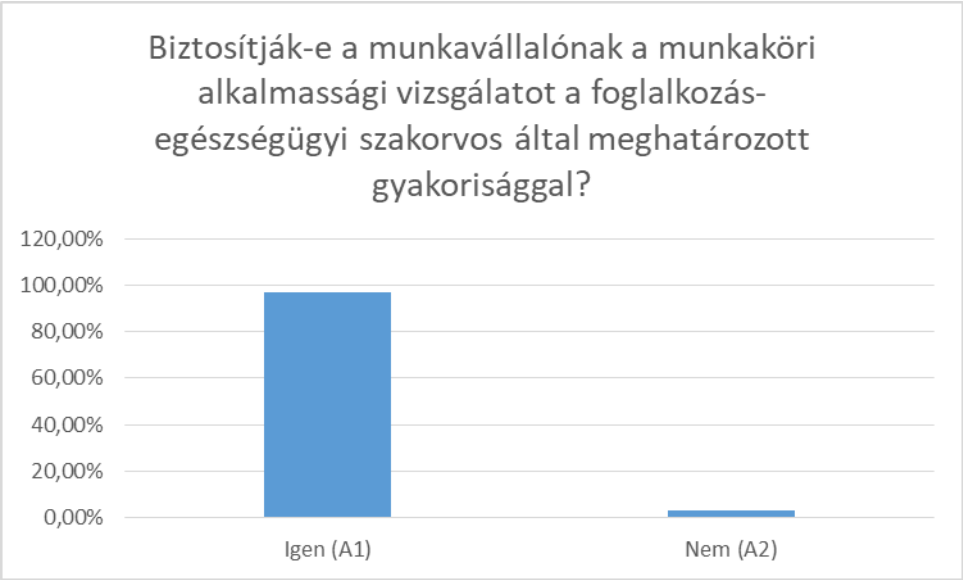
195. sz. grafikon

Összesen 2 esetben történt, 1-1 munkahelyenként, 196. sz. grafikon



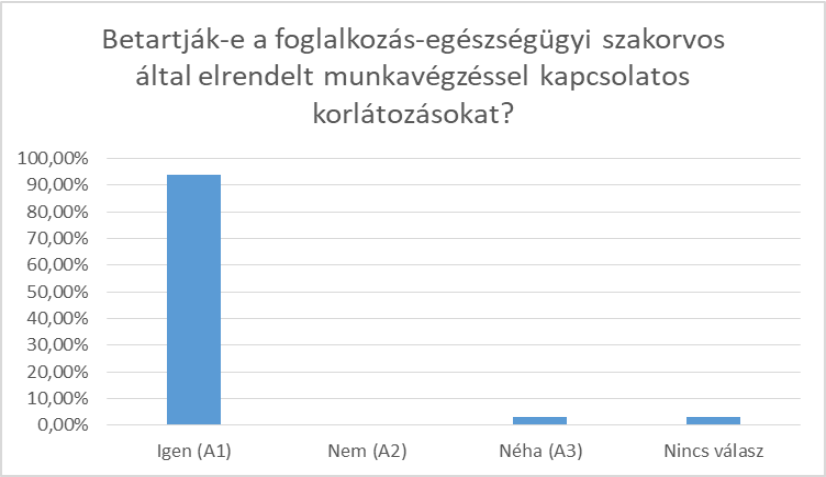
196. sz. grafikon

Az idősödő munkavállalók esetén kiemelt figyelmet kell fordítani a munkaköri alkalmassági vizsgálatokra, különös tekintettel a megterhelésre, igénybevételre, az életkori sajátosságokat is figyelembe véve. A törvényi előíráson túl, ezért is lényeges, hogy *biztosítsák a munkavállalónak a munkaköri alkalmassági vizsgálatokat a foglalkozás-egészségügyi szakorvos által meghatározott gyakorisággal.* A megkérdezettek 97%-a válaszolt igennel, míg 3%-a nemmel (197. sz. grafikon).



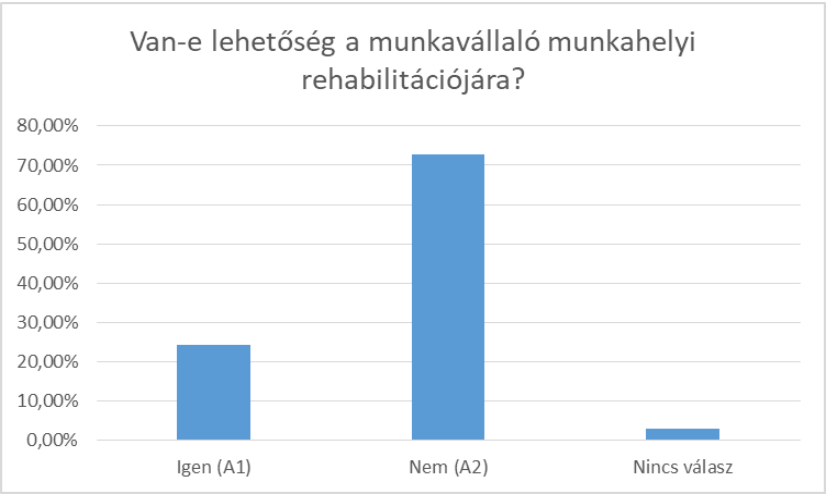
197. sz. grafikon

Rákérdeztünk arra is, hogy a munkáltatók *betartják-e azokat a korlátozásokat, melyet a foglalkozás-egészségügyi szakorvos elrendel a munkavégzéssel kapcsolatosan,* 94%-ban úgy nyilatkoztak, hogy betartják, 3%-ban pedig nemmel válaszoltak, és 3% nem válaszolt (198. sz. grafikon).



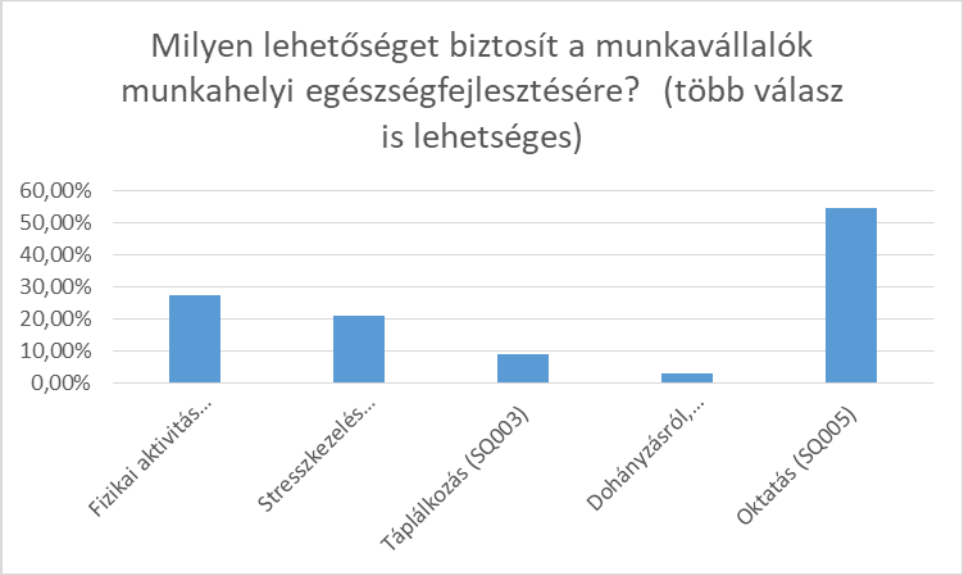
198. sz. grafikon

Az idősödő munkavállalóknak a fokozott sérülékenységük miatt fontos, hogy *van-e lehetőség a munkavállalók munkahelyi rehabilitációjára,* vagyis a tercier prevencióra. Erre, az esetetek 24%-ában van mód, 73%-ában pedig nincs munkahelyi rehabilitációra lehetőség, 3% nem válaszolt (199. sz. grafikon).



199. sz. grafikon

A primer, szekunder prevenció egyik lehetőségét a *munkahelyi egészségfejlesztés* jelenti, ezért fontos, hogy *a munkáltató biztosítsa a munkavállalóknak ezt a lehetőséget.* Az eszközök közül, a válaszadók szerint *a fizikai aktivitást* 27%-ban, *stresszkezelést* 21%-ban, a *táplálkozást* 9%-ban, a *dohányzásról, túlzott alkoholfogyasztásról leszoktató programokat* 3%-ban, míg *az oktatást* 55%-ban használják *a munkahelyi egészségfejlesztés* elemei közül (200. sz. grafikon).



200. sz. grafikon

Megjegyzés, javaslat csak az első kérdéshez kapcsolódik, ahol azt emelik ki, hogy a kockázatelemzést munkabiztonsági szakember készíti el.

Összegezve és elemezve a munkáltatóknak az *idősödő munkavállalók életkorából adódó kockázatok* kezelésére vonatkozó válaszait, ***erősségnek*** tekinthető az, hogy minden esetben készítenek kockázatelemzést, és a feltárt kockázatokról tájékoztatják a munkavállalókat. Minden esetben megtörténik a munkavédelmi oktatás is, ami növeli az elsődleges megelőzés hatékonyságát. A tercier prevenció (munkahelyi rehabilitáció) is jelen van, ami szintén a rendszer erőssége, de az a tény, hogy az eseteknek csak 24%-ában, ez egyben ***gyengeségeknek*** is tekinthető, mert ami az idősödő munkavállalók 66%-a elesik ettől.

További ***gyengeség***, hogy a *kockázatelemzésben csak 59% tér ki az idősödő munkavállalók életkori sajátosságaiból adódó kockázatokra* és több helyen hiányzik a humán tényező a kockázatelemzésből, vagyis a technológiából, a gépekből adódó kockázatok mellett nem szerepel az ember, azaz a munkavállaló – antropometriai sajátosságok, életkorból adódó

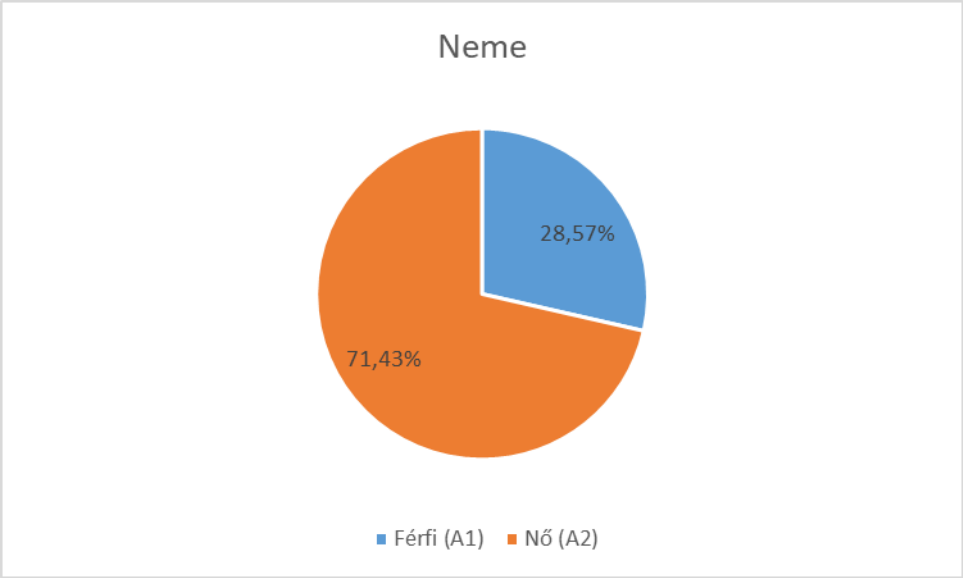
kockázatok, krónikus megbetegedések stb. –, így az egyik legnagyobb kockázati tényezőt nem ismerve nem is lehet a megfelelő kockázatkezeléséről gondoskodni. A munkáltatóknak nincs átfogó munkahelyi egészségügyi stratégiájuk, ezért több olyan eszköz nem kerül felhasználásra, amelyek a kockázatkezelést hatékonyabbá tehetnék.

A gyengeségek közül azonban több is egyben ***lehetőségként*** kezelhető. Így például egy átfogó egészségügyi stratégia elkészítése nyomán jelentősen kibővülne a megelőzés eszköztára, valamint az egészségkárosító kockázatok csökkentése/megszüntetése érdekében hozott intézkedések tervezhetőek/tervezhetőbbek lennének. A munkahelyi egészségfejlesztés beépítése ebbe a stratégiába, az eszközök teljes tárházának felhasználása (fizikai aktivitás, táplálkozás, stresszoldás, addikciók elleni programok, oktatás stb.) jelentősen erősítenék a primer és szekunder prevenciót. A munkahelyi rehabilitáció kiszélesítése a tercier prevenció egyik fontos eszközeként az idősödő munkavállalók munkában való visszatérését lerövidíthetné, ami a táppénzes napok számának a csökkenését is eredményezné. Ezek az intézkedések nem csak az idősödő munkavállaló munkaképességének megőrzését jelenthetnék, hanem az aktív életkor meghosszabbításához is hozzájárulnának, ami mind népegészségügyi, mind nemzetgazdasági szempontból igen nagy jelentőségű.

Ezeknek az elképzeléseknek a megvalósítását két probléma is ***veszélyezteti***. Egyfelől a munkahelyi egészségfejlesztés anyagi kiadásait az állam nem téríti meg a munkáltatónak, s noha ennek nemzetgazdasági és népegészségügyi jelentősége is van, magasabb adóval terheli azt. Másfelől a szakma a munkahelyi egészségfejlesztésnek nem szentel kellő teret, vagy azért, mert a rendelési időn túl nem jut ideje ilyen tevékenységre, vagy azért, mert a munkáltató az előbb említett ok miatt nem segíti ilyen irányú tevékenységét. Változtatások mindenképpen szükségesek lennének, de ehhez a jogszabályokat alaposan át kellene gondolni, és az ellentmondásokat korrigálni.

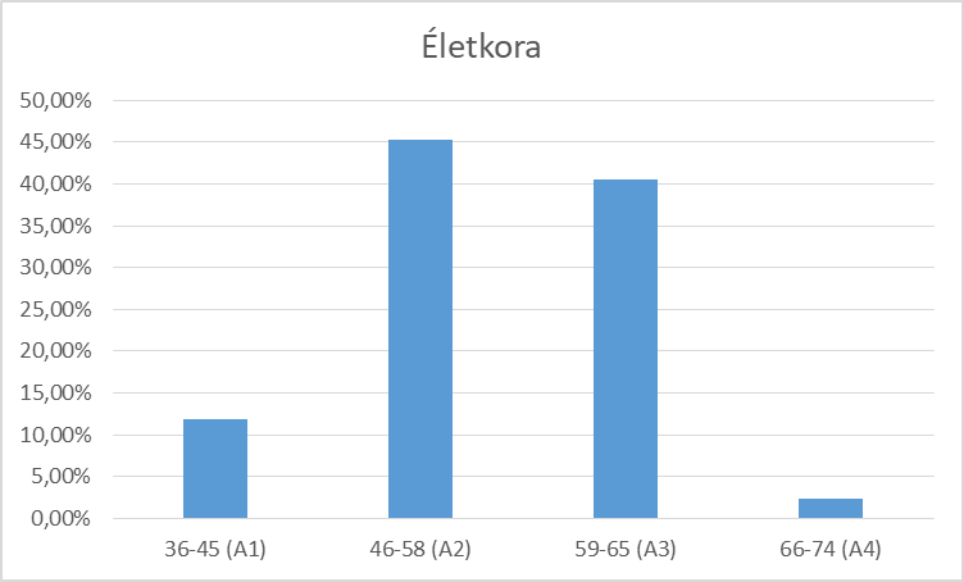
XIII. Kérdőív munkavállalóknak az idősödő munkavállalók életkorából adódó kockázatok felmérésére

Az egyének a kor előrehaladtával egyre különbözőbbek lesznek egymástól, így nem helyes a korosodás sztereotípiájáról beszélni, az egyénre szabott kockázatelemzés ezekben az esetekben különösen jelentősek. A sérülékenység nem csak az életkorból, hanem a nemekből is adódhat, ezért lényeges ismerni ennek arányát is. A megkérdezettek *nemek* megoszlását tekintve, 28,57% *férfi,* 71,43%-a *nő* (201. sz. grafikon).



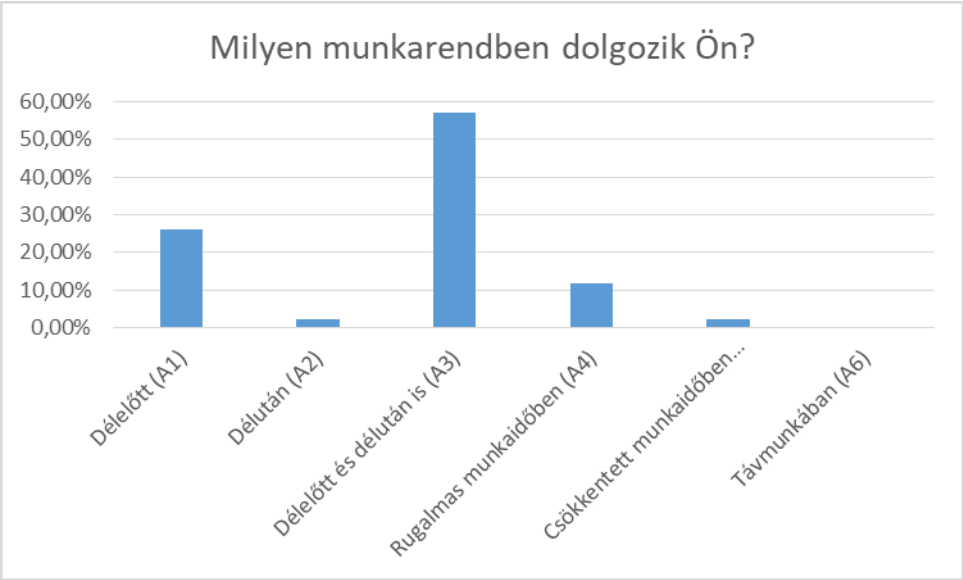
201. sz. grafikon

Életkor szerinti megoszlását tekintve, *a válaszolók a* 36–45 év közötti életkor csoportba 12%, a 46–58 év közötti életkorba 45%, az 59–65 év közötti életkorba 41%, a 66–74 év közötti életkorba 2% tartozik (202. sz. grafikon).



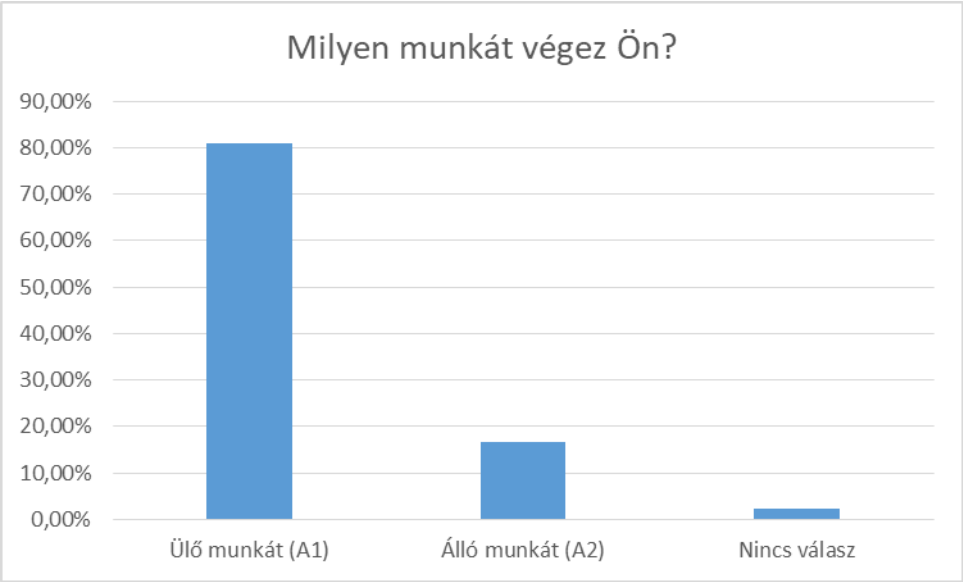
202. sz. grafikon

Munkarendet tekintve, délelőtti (8 óra) munkarendben a megkérdezettek-a, délután 2%-a, délelőtt és délután is 57%, rugalmas munkaidőben 12%-a, csökkentett munkaidőben 2%-a dolgozik (203. sz. grafikon).



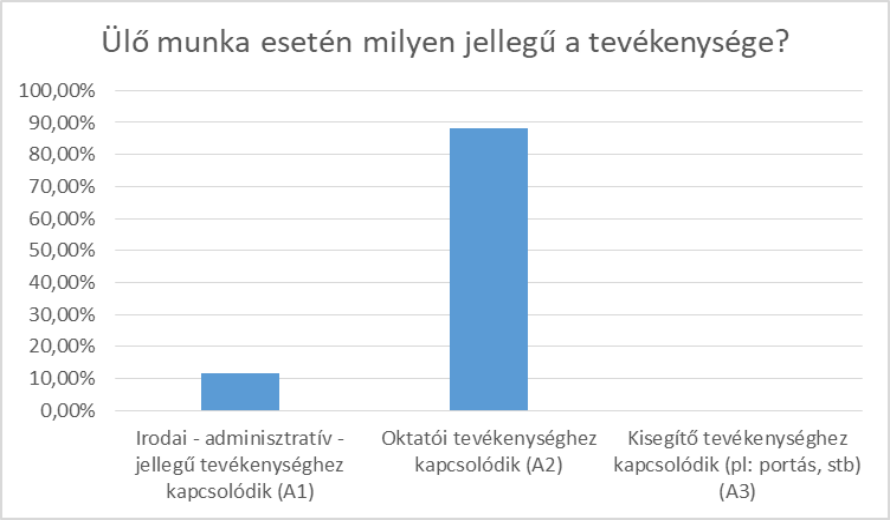
203. sz. grafikon

Ülőmunkát végez a megkérdezettek 81%-a, *állómunkát* 17%-a, *nem válaszolt* 2%-a (204. sz. grafikon).



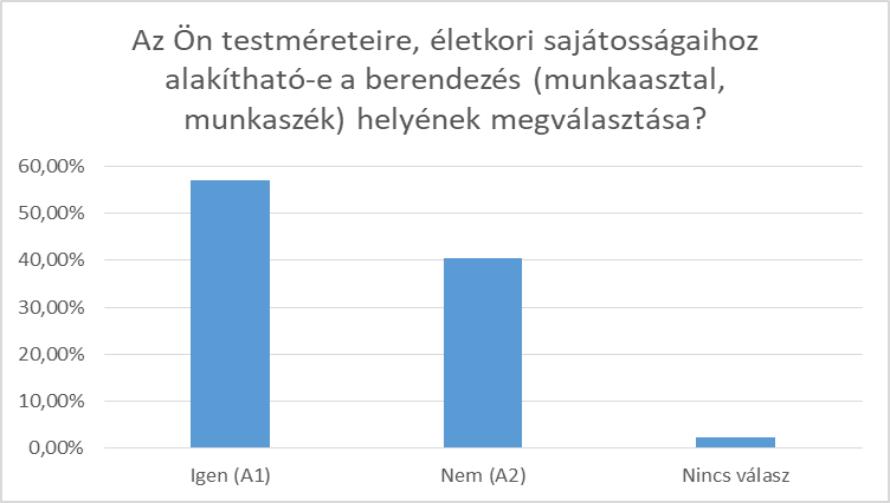
204. sz. grafikon

Az ülő munkát végzők közül, adminisztratív. *irodai jellegű tevékenységet* végez 12%, oktatói tevékenységhez kapcsolódó munkát 88% (205. sz. grafikon).



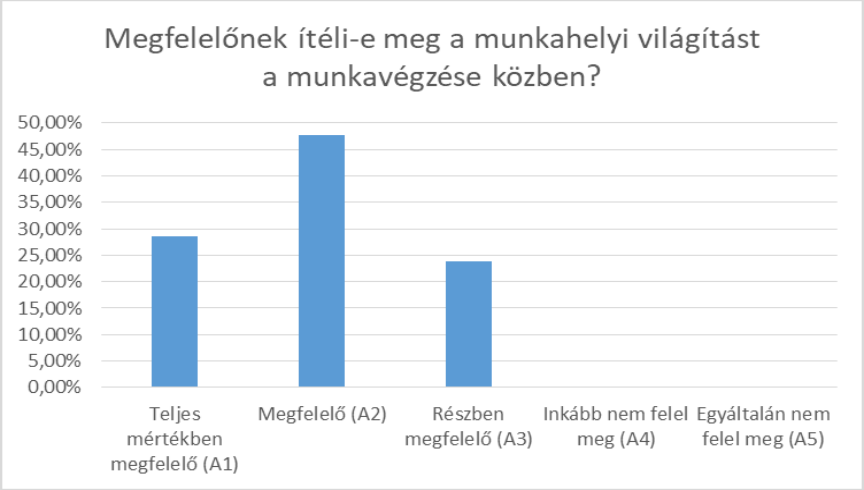
205. sz. grafikon

Az idősödő munkavállalók esetében az izomerő csökkenése, a reakcióidő megváltozása miatt még inkább érvényesülnie kell azoknak az ergonómiai követelmények, amelyek az életkorból adódó kockázatokat csökkentik. *A munkavállaló testméreteire, életkori sajátosságaihoz alakítható gépek, berendezések (munkaasztal, munkaszék), a kezelőelemek helyének megválasztása* jelentősen csökkentheti a kockázatokat (206. sz. grafikon), a válaszolók 57%-a esetén a berendezés, munkaasztal, munkaszék a munkavállaló testméreteinek, életkori sajátosságainak megfelelően alakítható, helye megválasztható, 41%-ban viszont nem, és 2% nem válaszolt (206. sz. grafikon).



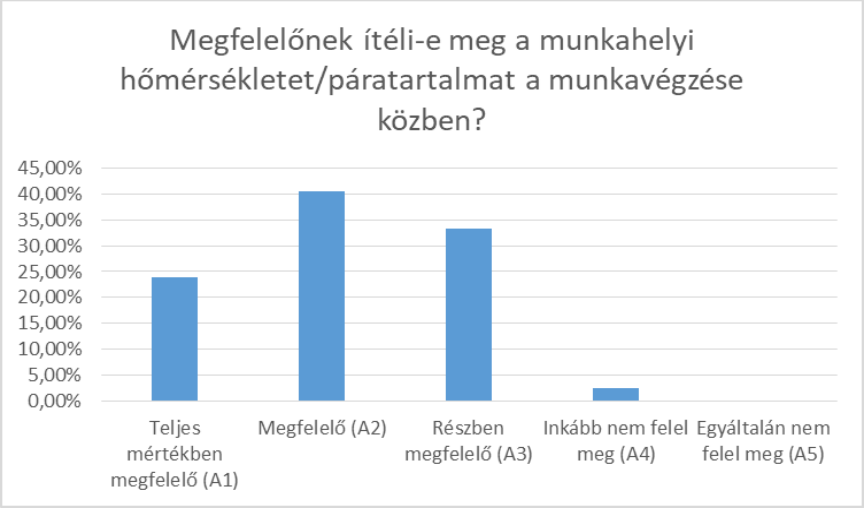
206. sz. grafikon

Az idősödő munkavállalóknál, a kor előrehaladtával, megváltozik a látás, hallás, tapintás. A megfelelő munkahelyi világítás a munkavégzés közben, feltétele a munkateljesítmény megtartásának, a balesetek megelőzésének. A válaszadók 29% teljes mértékben megfelelőnek találta a munkahelyi világítást, 47% megfelelőnek, 24%-a részben megfelelőnek (207. sz. grafikon).



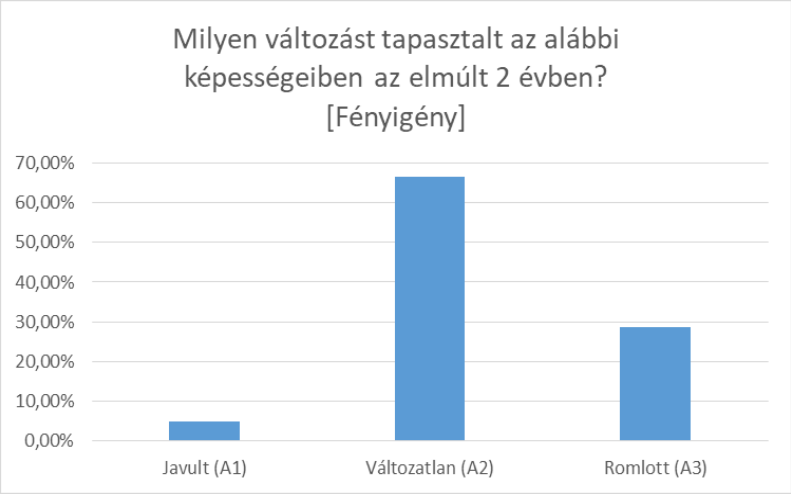
207. sz. grafikon

A megfelelőnek ítéli-e meg a munkahelyi hőmérsékletet/páratartalmat a munkavégzés közben kérdésre a válaszadók 24%-a szerint teljes mértékben megfelelőnek, 41%-a megfelelőnek, 33%-a részben megfelelő, 2%-a szerint inkább nem megfelelő (208. sz. grafikon).



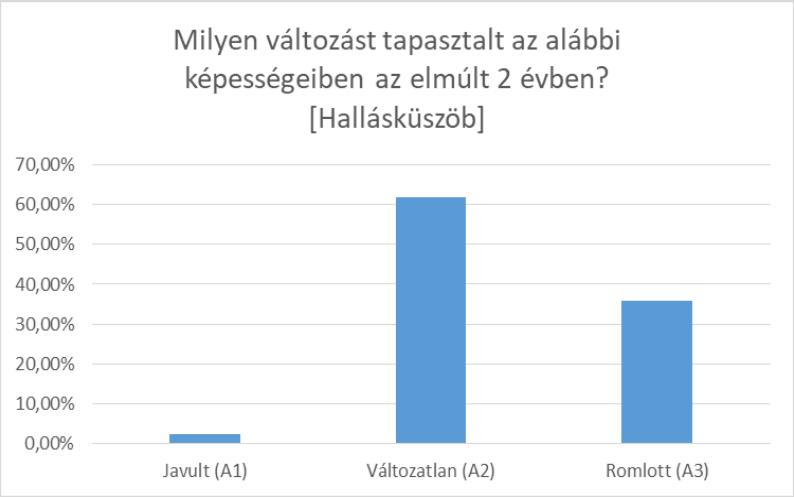
208. sz. grafikon

Az élettani tartalékok csökkenése az idősödő személyt sokkal sérülékenyebbé teszik, ezért is fontos, hogy a munkavállaló ismerje saját képességeit és fogadja el a korlátait, mert ez az egészségkárosodás és a munkahelyi balesetek megelőzésének fontos lehetősége. Ezért kérdeztük meg a munkavállalókat, hogy *milyen változást tapasztalt az alábbi képességeiben az elmúlt 2 évben a fényigény területén, 5%-a szerint* javult, nem változott 67%-a szerint 29%-a szerint romlott, (209. sz. grafikon).



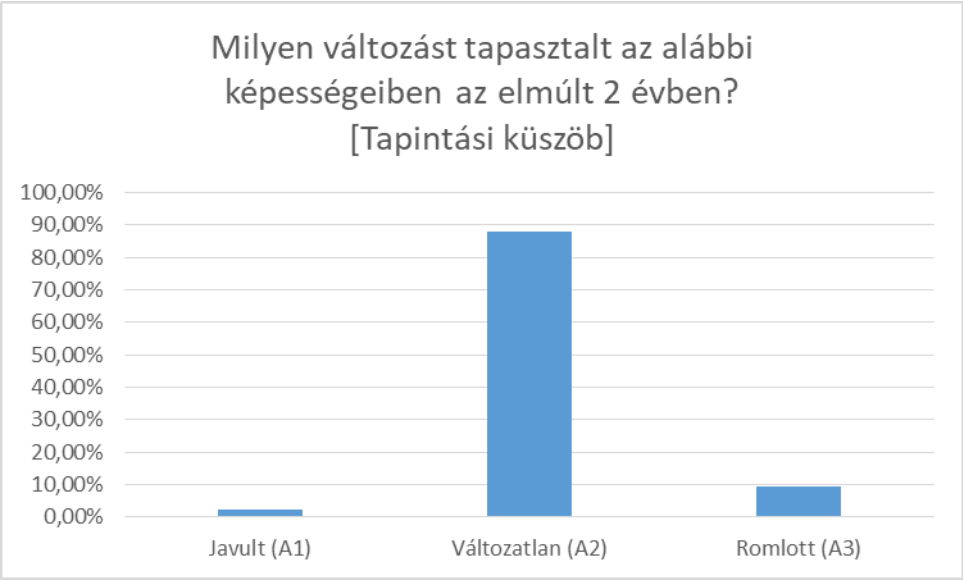
209. sz. grafikon

A hallásküszöb javult a válaszadók 2%-a szerint, nem változott 62%-ban, viszont romlott 36% szerint (210. sz. grafikon).



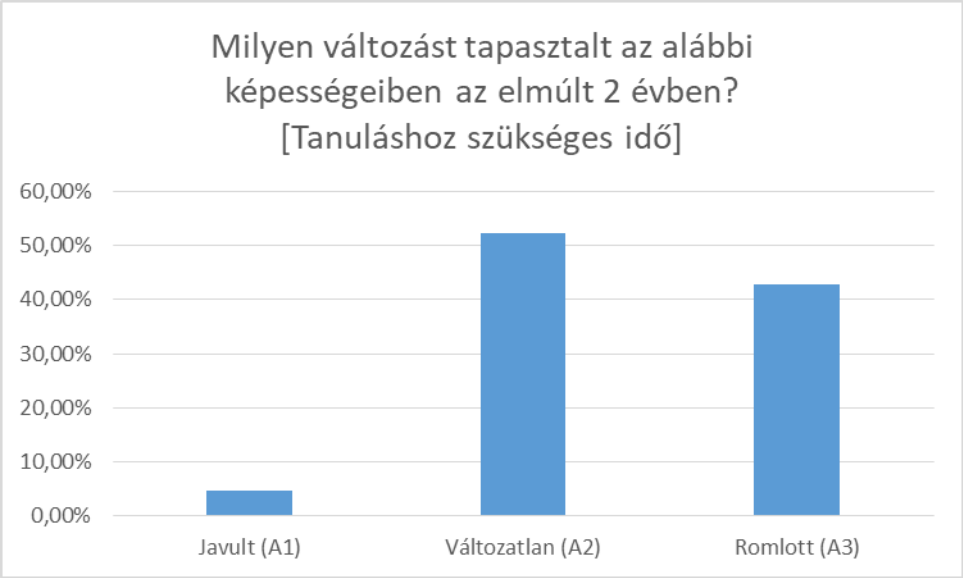
210. sz. grafikon

A tapintási küszöb javult a válaszadók 2%-ánál, változatlan 88%-nál, és romlott 10%-nál (211. sz. grafikon).



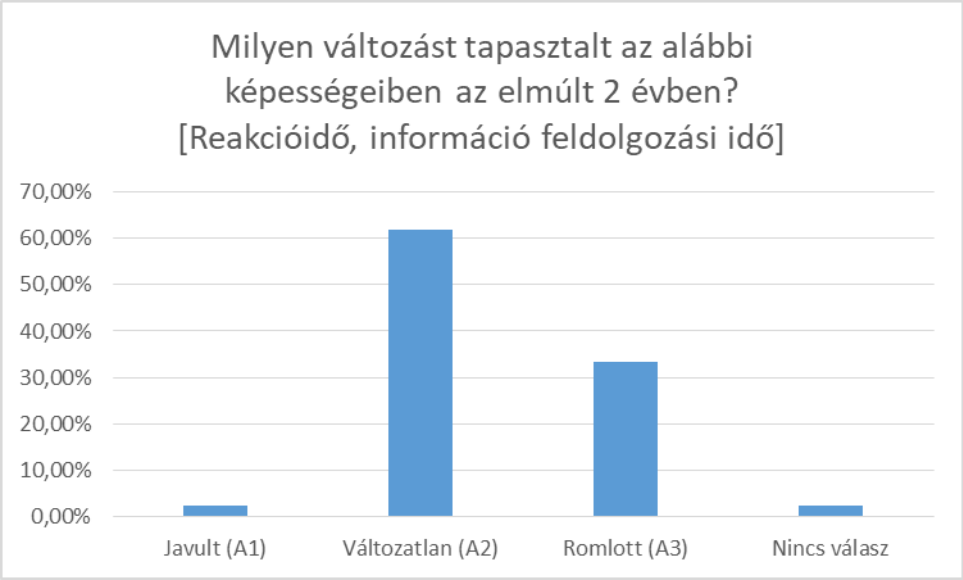
211. sz. grafikon

Tanuláshoz szükséges idő az esetek 5%-ában javult, nem változott 53%-nál, 43%-nál romlott 19,23%-a (212. sz. grafikon).



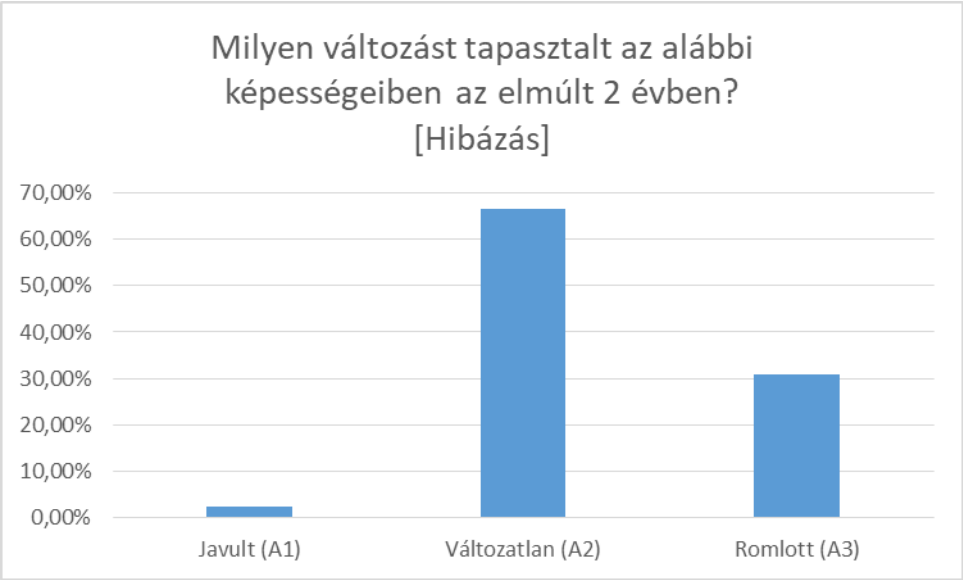
211. sz. grafikon

Reakcióidő, információfeldolgozási idő a válaszadók 2%-ánál javult, 62%-ánál változatlan 42,31%-ánál romlott 2% nem válaszolt (212. sz. grafikon).



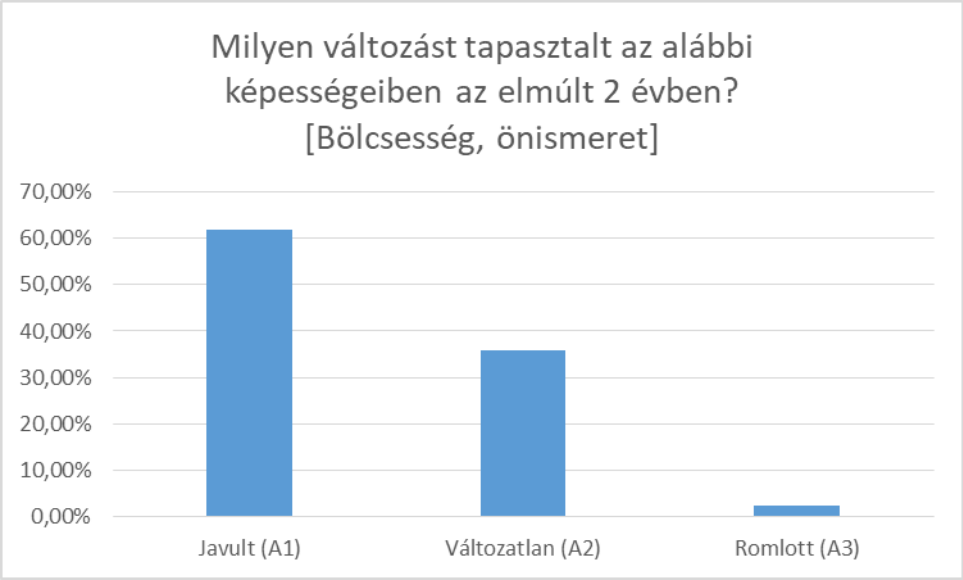
212. sz. grafikon

A hibázás tekintetében a helyzet a válaszadók 2%-a szerint javult, 67% szerint változatlan, 31%-a szerint romlott (213. sz. grafikon).



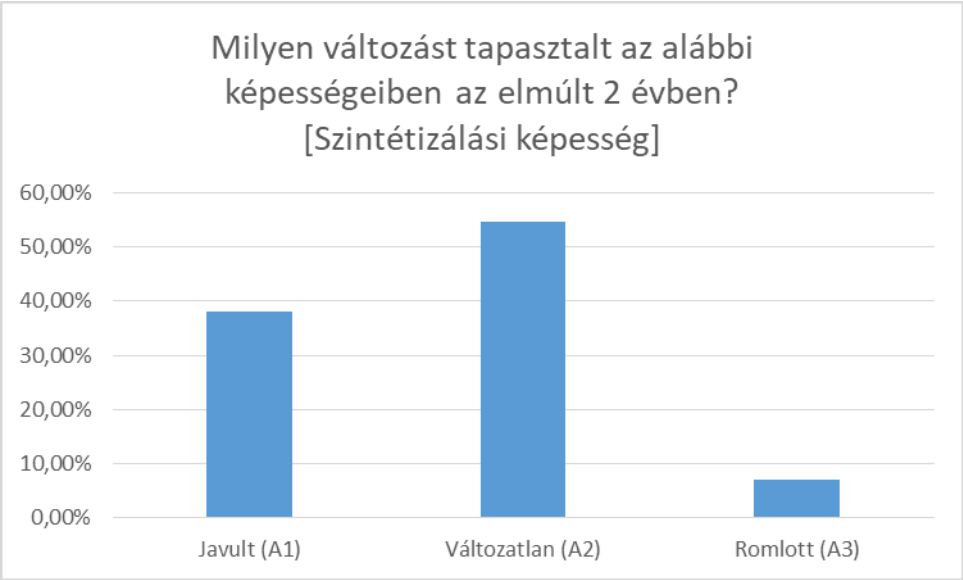
213. sz. grafikon

Bölcsesség, önismeret területén, a megkérdezettek szerint 62%-ban javult, 36%-ban nem változott, 2%-ban romlott (214. sz. grafikon).



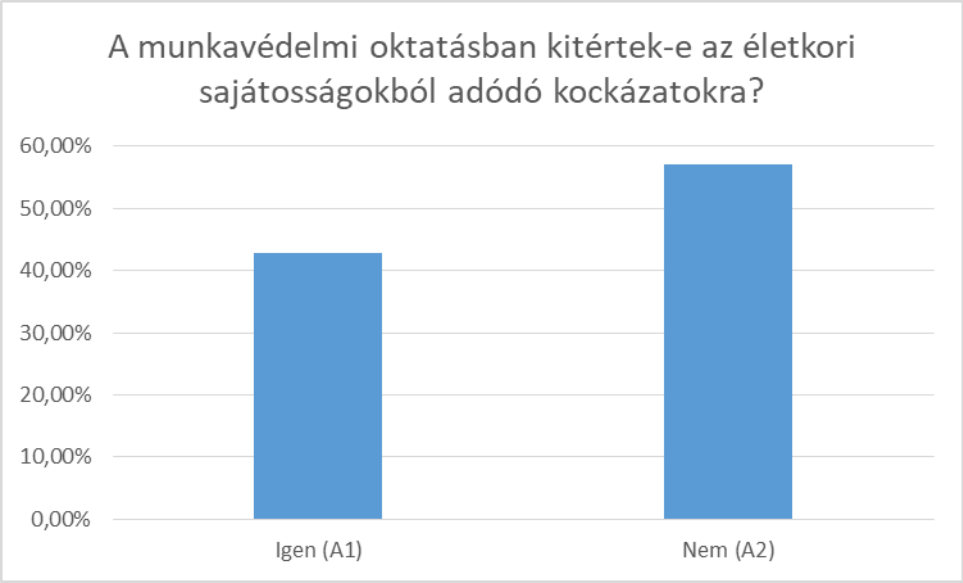
214.sz. grafikon

Szintetizálási képesség a válaszadók 38%-a szerint javult, 55%-ban változatlan, és 7%-ban romlott (215. sz. grafikon).



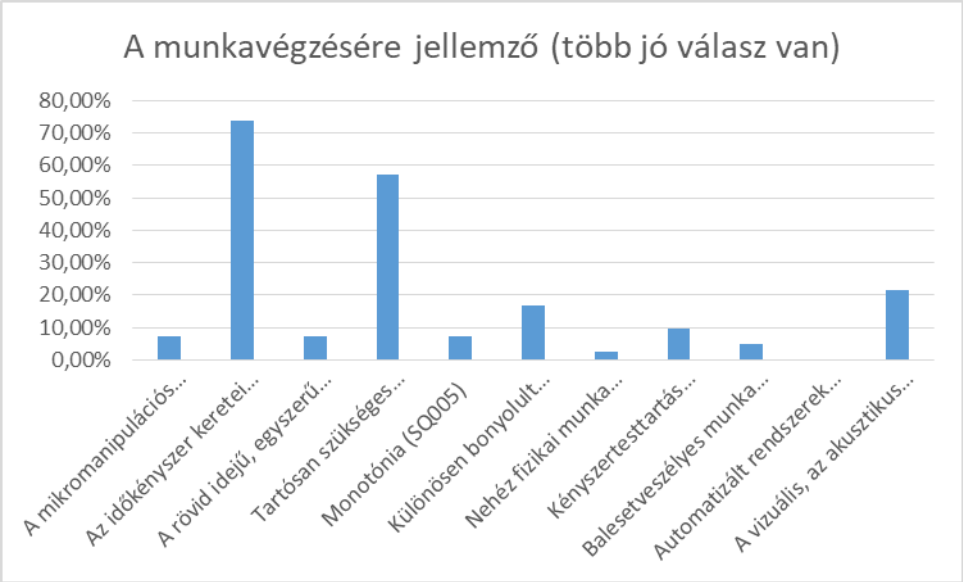
215. sz. grafikon

A munkavédelmi oktatásban kitértek-e az életkori sajátosságokból adódó kockázatokra: 43% igennel válaszolt, 57% nemmel (216. sz. grafikon)



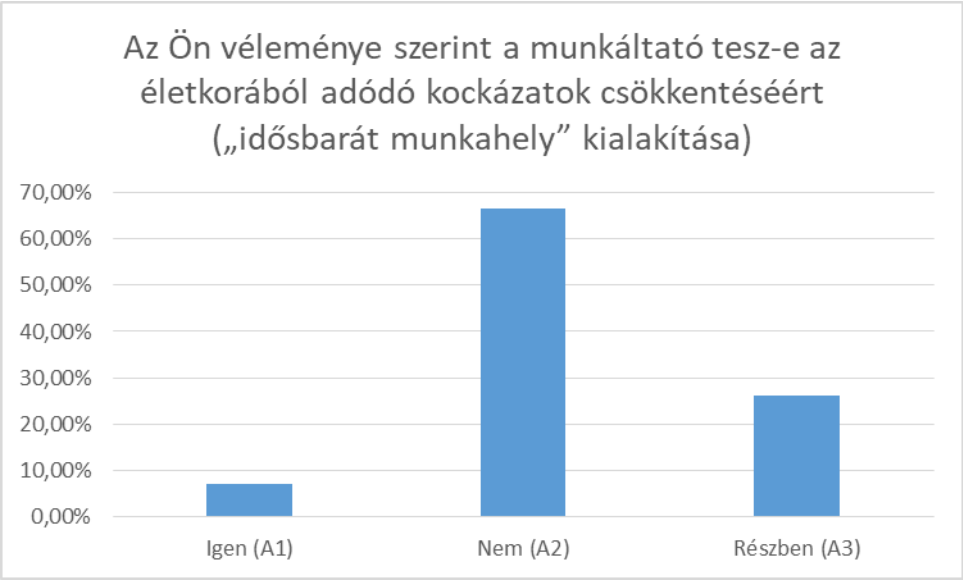
216. sz. grafikon

A megkérdezettek munkavégzésére jellemző (több jó válasz van) a mikromanipulációs tevékenység 7%-ban, az időkényszer keretei között végzett tevékenység 74%-ban, a rövid idejű, egyszerű feladat változtatás nélküli állandó ismétlésével 7%-ban, tartósan szükséges akaratlagos figyelemmel 57%-ban, monotónia 7%-ban, különösen bonyolult szabályok, utasítások alapján végzett tevékenység 17%-ban, nehéz fizikai munka (emelés, cipelés, tolás, húzás) 2%-ban, kényszertesttartás huzamosabb ideig (guggolás, hajlás, térdeplés stb.) 10%-ban, balesetveszélyes munka (robbanás és tűzveszély, leesés veszélye stb.) 7,69%-ban, a vizuális, az akusztikus indikátorok vagy ezek kombinációinak a működtetése 21%-ban jellemzi a tevékenységüket (217. számú ábra).



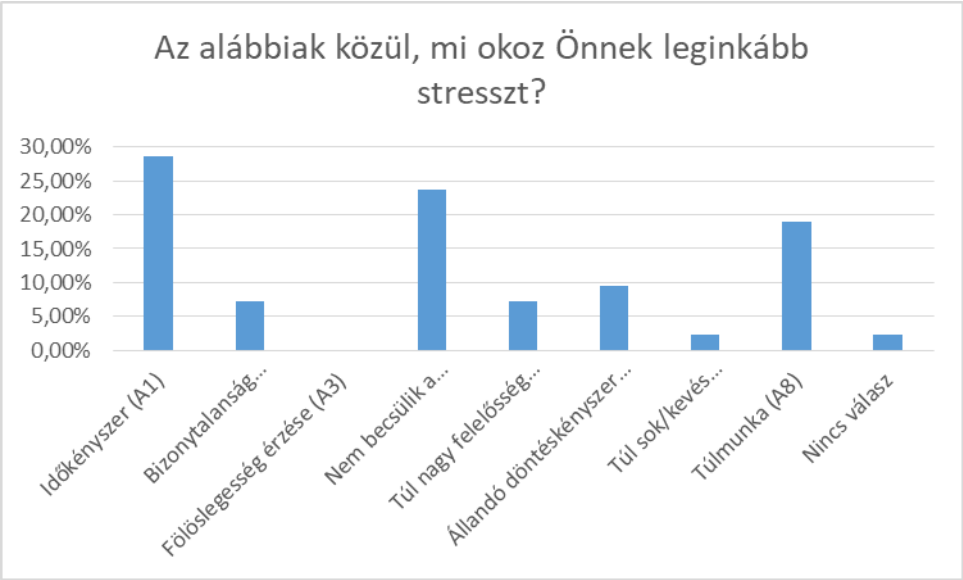
217. számú ábra

Rákérdeztünk, arra is, hogy az idősödő munkavállalók véleménye szerint a munkáltató tesz-e az életkorából adódó kockázatok csökkentéséért („idősbarát munkahely" kialakítása). A válaszadók 7%-a szerint *igen*, 67%-a szerint *nem, 26% szerint részben* (218. sz. grafikon).



218. sz. grafikon

A stressz jelenlétét a munkavégzés során a megkérdezettek az alábbiakban jelölték meg: időkényszer 29%-ban, bizonytalanság (munkahely elvesztése, betegségek stb.) 7%-ban, fölöslegesség érzése 0%-ban, nem becsülik a munkájukat 24%-ban, túl nagy felelősség hárul rájuk (anyagiakért és emberekért) 7%-ban, állandó döntéskényszer 10%-ban, túl sok/kevés információ a munkával kapcsolatosan 2%-ban, túlmunka 19%-ban, 2% pedig nem válaszolt (219. számú grafika).

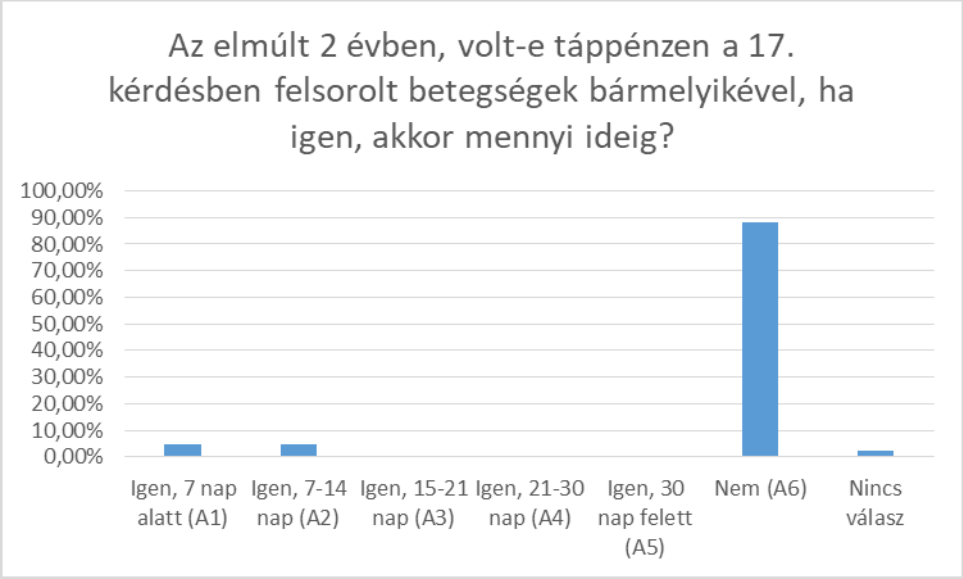


219. számú grafika

A megkérdezettek, az alábbi megbetegedések közül, az utóbbi 3 évben (több válasz is lehetséges) depresszióval, szorongással, alvászavarral 7%-ban, magas vérnyomással 30%-ban, cukorbetegséggel 2%-ban, emésztőszervi megbetegedésekkel (gyomorégés, gyomorfekély stb.) 21%-ban, mozgásszervi betegségekkel (gerincbetegségek, végtagok betegsége, stb.) 21%-ban *kezelték* (220. sz. grafikon).

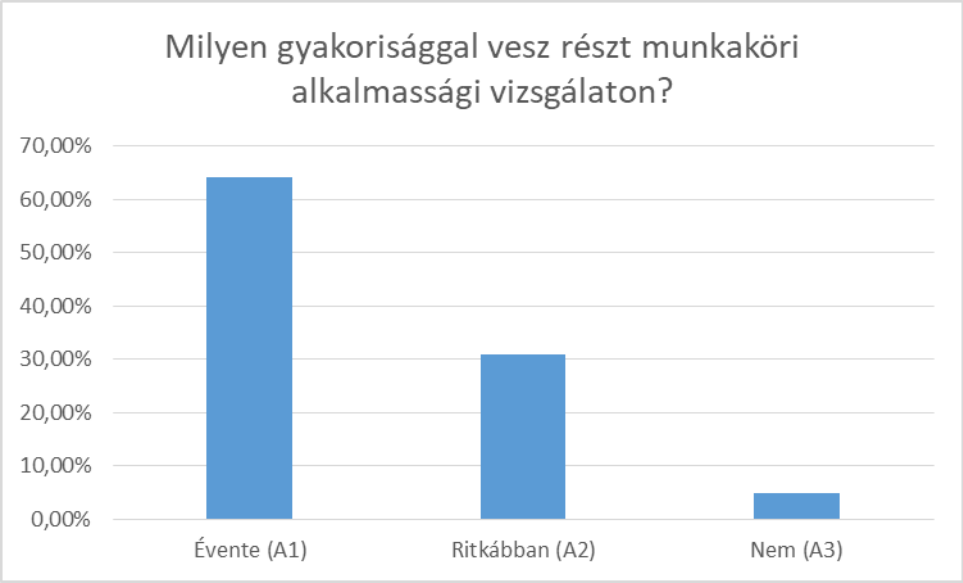
220. sz. grafikon

Arra kérdésre, hogy az elmúlt 2 évben, volt-e táppénzen a fenti betegségek bármelyikével, 7 nap alatti 5%-ban, 7–14 nap 5%-ban, nem volt táppénzen 88%, és nincs válasz 2%-ban (221. sz. grafikon)



221. sz. grafikon

Munkaköri alkalmassági vizsgálaton évente vesz részt 64%-a a megkérdezetteknek, míg 31%-a ritkábban, nem vesz részt ilyen vizsgálatokon 5% (222. sz. grafikon).



222. sz. grafikon

A munkáltató munkahelyi egészségfejlesztést biztosít 52,38%-ban, amiből a fizikai aktivitásra vonatkozó tevékenység 17%, stresszkezelés 2%, táplálkozás 4%, az erre vonatkozó oktatás 38% (223. sz. grafikon).

223. sz. grafikon

Megjegyzés, javaslat, egyéb közlendő nem volt.

Összegezve és elemezve az idősödő munkavállalóknak kiküldött kérdőíven rögzített válaszokat, ***erősségként*** értékeljük, hogy több mint 95%-uk részt vesz a *munkaköri alkalmassági vizsgálatokon.* Ez azért örvendetes, mert az életkorral összefüggően növekvő és/vagy csökkenő képességek megítélése ekkor megtörténhet, és így ennek figyelembevételével lehet munkaképességüket – az adott megterhelések/igénybevételek függvényében – elbírálni, illetőleg meghatározni azokat a feltételeket, amelyek mellett az idősödő munkavállalók egészségük károsodása nélkül végezhetik a munkájukat. A primer és szekunder prevenció a munkaköri alkalmassági vizsgálatok során nemcsak a foglalkozási megbetegedések, hanem a sorsszerű betegségek korai diagnosztizálására is megnyilvánul, aminek *népegészségügyi jelentősége* van. Az idősödő munkavállalók 88%-a nem volt táppénzen, ami jelezheti a primer, szekunder és tercier prevenció hatékonyságát, de adódhat abból is, hogy az érintettek féltik munkahelyüket. A felmérésekből az is kiderült, hogy az idősödő munkavállalók tisztában vannak a képességeikkel, melyek a felmérésünkben kimutatott változásai megfelelnek a hazai és nemzetközi adatoknak.

A ***gyengeségek*** közé tartozik, hogy a munkáltató a válaszadók véleménye szerint csak kevés területen alakítja a munkahelyet az idősödő munkavállalók igényeihez, ez csak az esetek 7%-ában történik meg, így az *„idősbarát munkahely”* kialakítása elmarad, noha a munkáltatónak felelőssége és kötelessége megteremteni azokat a munkafeltételeket, amelyek mellett az idősödő munkavállalót a legkisebb megterhelés éri. Bár erősségnek tekinthető, hogy a *munkahelyi egészségfejlesztés* jelen van 53%-ban, ugyanakkor ***gyengeség*** az, hogy nem szélesebb körben használják ezt a lehetőséget az idősödő munkavállalók aktivitásának megőrzésére.

A gyengeségek azonban egyben ***lehetőséget*** is jelentenek. Az *idősbarát munkahelyek* megteremtése nemcsak kötelezettség, hanem egyben lehetőség is, amelyeknek előnyei közé tartozik, hogy rövid idő szükséges a beilleszkedéshez, a termelékenység nő, a csökkent megterhelés, kevesebb a megbetegedés (a munkából kiesett napok száma csökken), továbbá lehetőséget is jelent e korosztály számára a szakmai fejlődésre, ezzel is pluszmotivációt biztosítva a munkavállalónak. A munkahelyi egészségfejlesztés minden életkorban, de különösen az idősödő munkavállalók esetében kiváló eszköz a munkaképesség megtartására, azoknak a készségeknek a fejlesztésére, melyek az életkorral változnak.

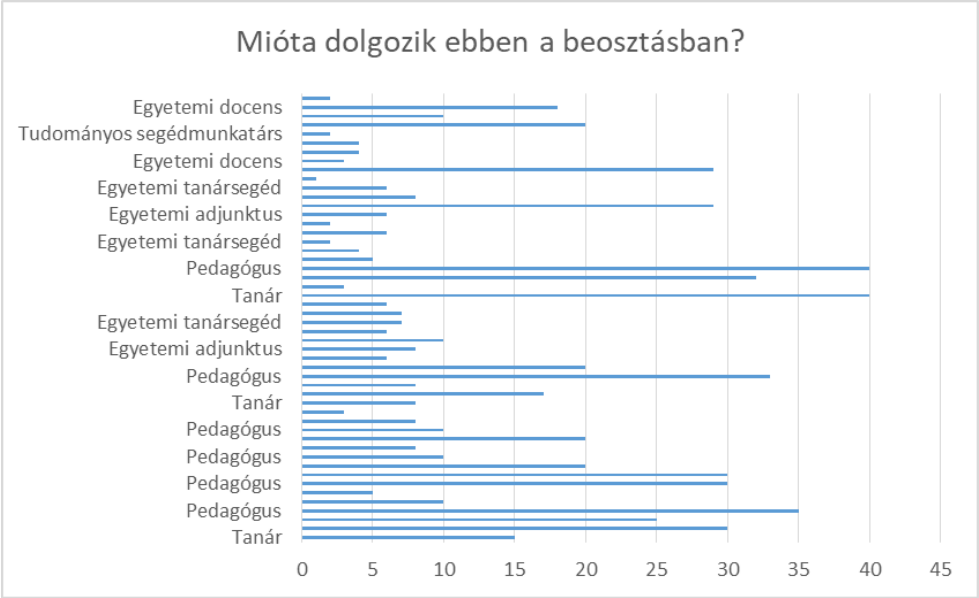
4.2.4. Pszichoszociális kérdőívek kiértékelése

Pszichoszociális kockázatok felmérése az oktatási ágazatban

A pszichoszociális kockázatok és a pszichoszomatikus megbetegedések kialakulás közötti összefüggésre, számos irodalmi és mindennapi példa van. Nemcsak új megbetegedés alakulhat ki, hanem a már meglévő megbetegedések súlyosbodását is eredményezhetik. Ezért is fontos az ilyen kockázatnak kitett munkavállalók körében elvégezni a pszichés kockázatok felmérését, a hozzá kapcsolódó, a terület egyéb kockázatainak a vizsgálata mellett. A vizsgálat eredményeinek összesítése jól jelzi oktatásban dolgozók pszichoszociális kockázatainak mértékét.

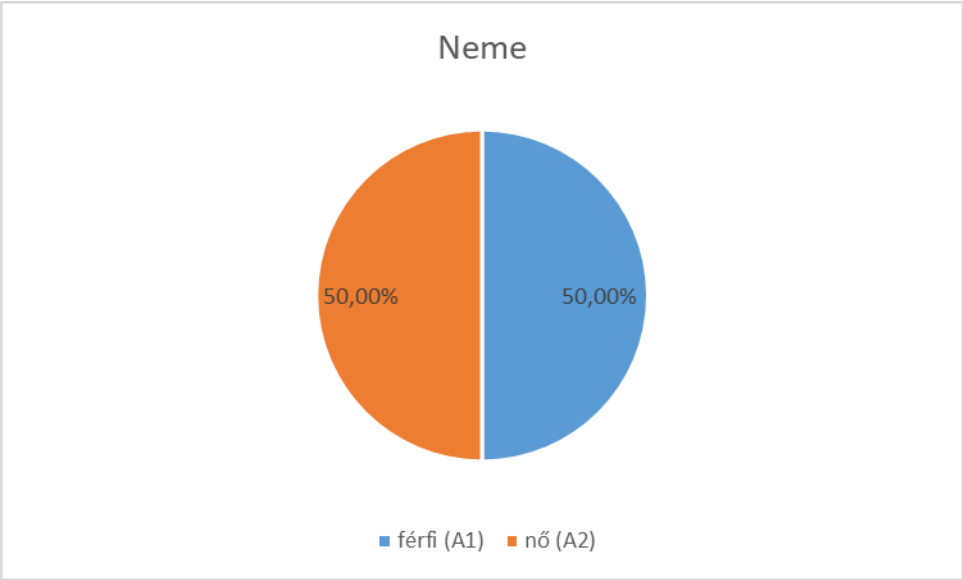
Az egyes munkahelyek egészségkárosító kockázatait vizsgálva, jelentős szerepe van ***a pszichoszociális kockázatoknak.*** A munkaköri alkalmassági vizsgálatok keretében végzett kérdőíves felmérés alapján elemeztük a pszichoszociális kockázatnak kitett munkavállalók ilyen irányú kockázatának mértékét.

A bevezetőben kategóriánként néhány jellemzőt kértük megadni (beosztás, régiség/tapasztalat) az adott munkakörben, emellett kitértünk az életkor, a nem kérdéseire is. A kérdőíveket egy témakör köré csoportosítva, öt-öt kérdésben, illetve a végén egy tizenegy kérdésből álló résszel kiegészítve állítottuk össze. Az egészségkárosító kockázatok hatásai az expozíciós idő függvénye is. Ezért kérdeztünk rá, arra, hogy a megkérdezett *hány éve dolgozik ebben a beosztásban* (224. sz. grafikon).



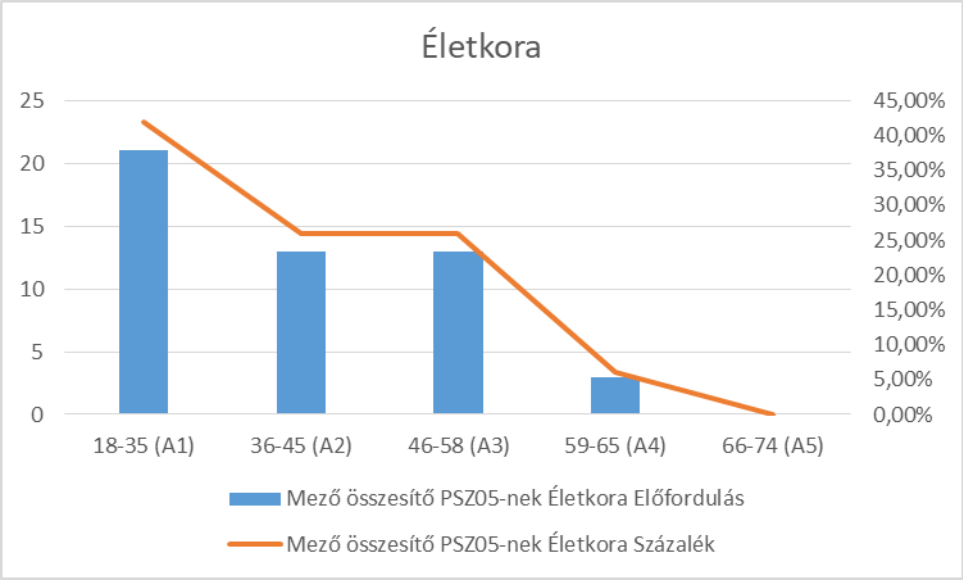
224. sz. grafikon

A nemeket tekintve 50% nő, 50%-a férfi (225. sz. grafikon).



225. sz. grafikon

Életkora: 18–35 közötti életkor 42%-a, 36–45 közötti életkor 26%-a, 46–58 közötti életkor 26%-a, 59–65 közötti életkor 6%-a, 66–74 közötti életkor 0%-a (226. sz. grafikon)

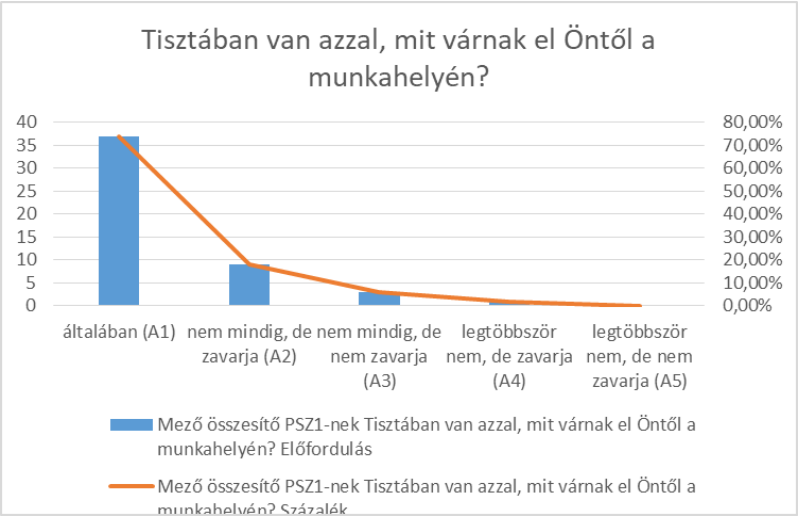


226. sz. grafikon

Feladatkör – szerepzavar (1–5. kérdések)

1. Tisztában van azzal, mit várnak el öntől a munkahelyén?

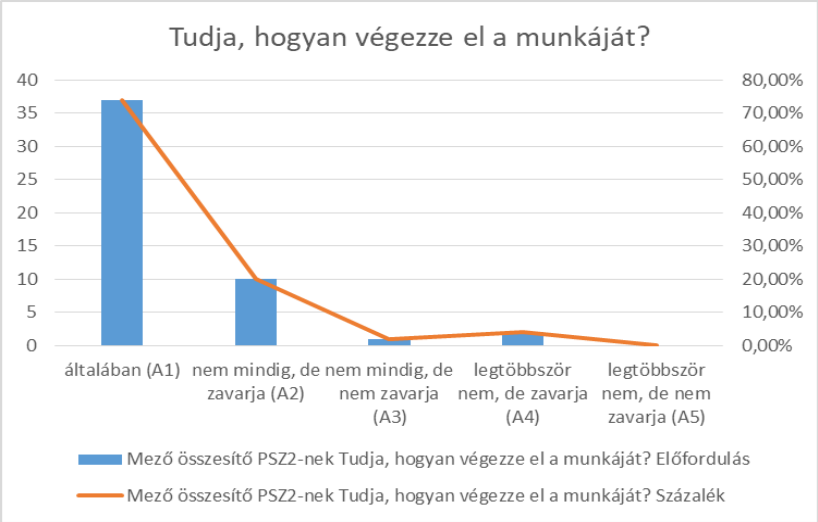
Ennek hiányában, a döntések meghozatala elnehezül, distresszt okoz, mint ahogy az a 33/1998. (VI. 24.) NM rendelet 5. számú melléklete tartalmazza, felsorolva azokat a tevékenységeket, amelyek a fokozott pszichés terheléssel járnak, vagyis a döntés szükségessége a nehezen áttekinthető helyzetben, melyet a 227. sz. grafikon mutatja.



227. sz. grafikon

2. Tudja, hogyan végezze el a munkáját?

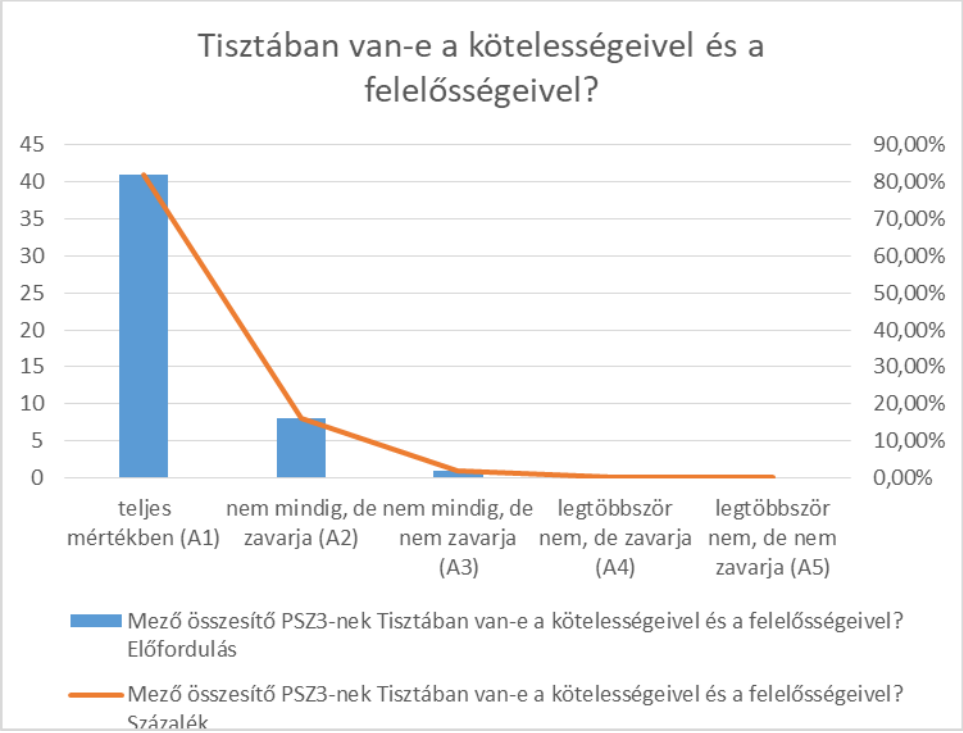
A különösen nagy felelősség viselése emberekért, anyagi értékekért, valamint a döntés szükségessége bonyolult szabályok, összefüggések, utasítások alapján nagy körültekintést igényelnek (228. sz. grafikon).



228.sz. grafikon

3. Tisztában van-e a kötelességeivel és a felelősségeivel?

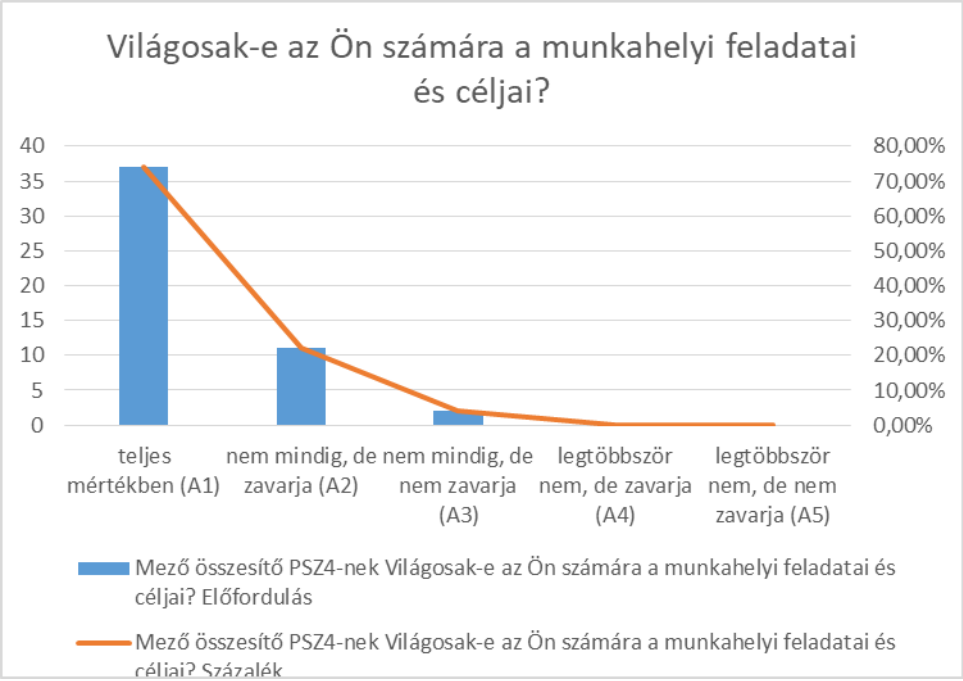
Emberekkel foglalkozás kötelezettsége konfliktusveszélyes helyzetben, 33/1998. (VI. 24.) NM rendelet 6. számú melléklete, mely a pszichoszociális kóroki tényezők hatásának kitett munkavállalókat, mint a gazdálkodó szervezet hierarchizáltságából, belső kapcsolatrendszeréből adódó konfliktusszituációk érintettjei, fokozott pszichés kockázatot jelent. (229. sz. grafikon).



229. sz. grafikon

4. Világosak-e az ön számára munkahelyi részlegének feladatai és céljai?

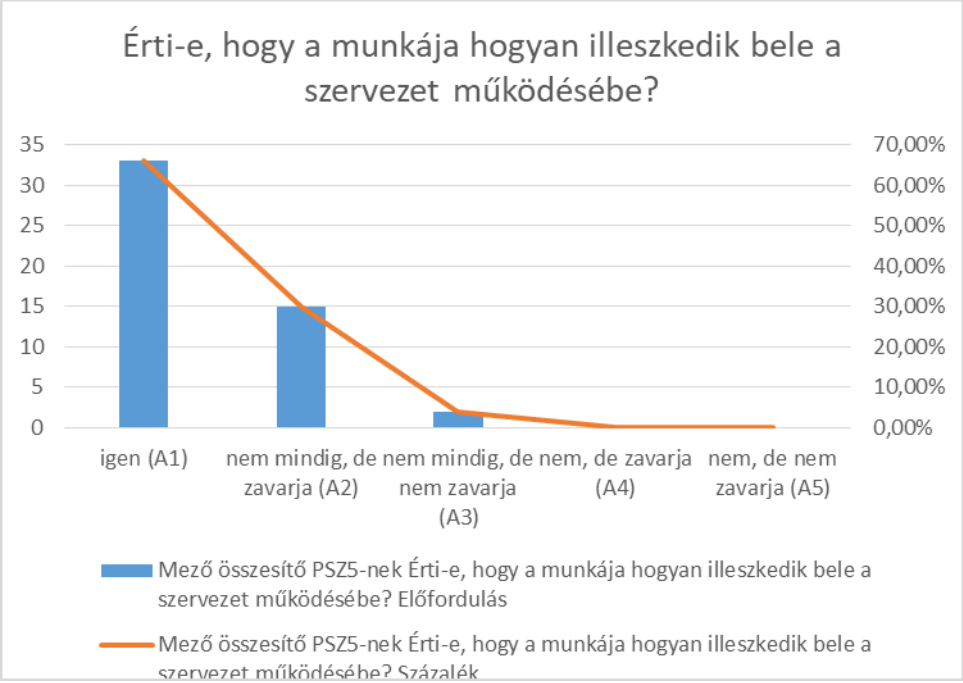
A döntés szükségessége nehezen áttekinthető helyzetben vagy új helyzetekben, egymást gyorsan követő problémákban a fokozott pszichés megterhelés jelenléte, ha nem látja át a munkahelyi részlegének feladatait és céljait (230. sz. grafikon).



230. sz. grafikon

5. Érti-e, hogy a munkája hogyan illeszkedik bele a szervezet működésébe?

Döntő válasz szerint igen. (231. sz. grafikon)



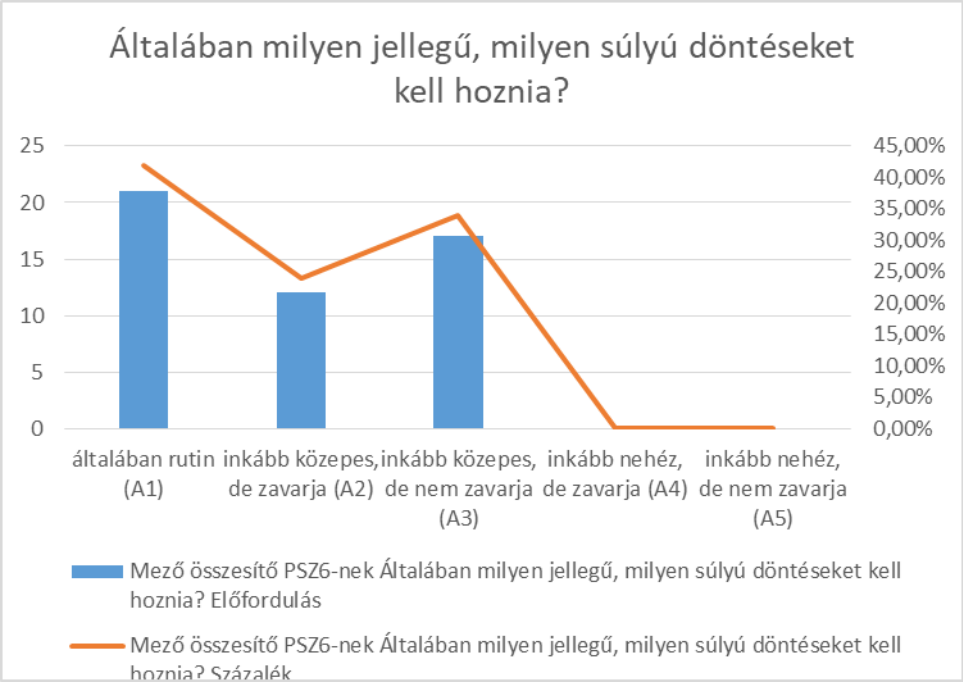
231. sz. grafikon

Feladatkör – szerepzavar (1–5.) pontszámának összesítése (5–7 között) *alacsony pszichés kockázatot jelent.*

Pszichés/mentális megterhelés (6–10. kérdések)

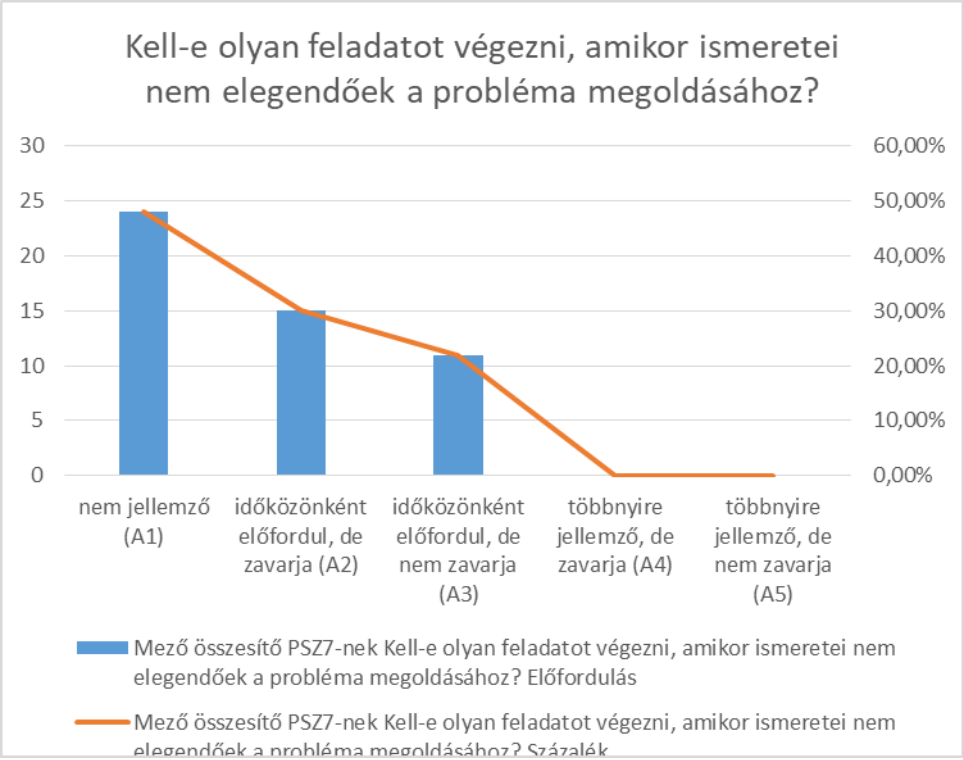
6. Általában milyen jellegű, milyen súlyú döntéseket kell hoznia?

Döntés szükségessége a nehezen áttekinthető helyzetben, új helyzetekben, hiányos információk alapján, ellentmondó információk alapján, bonyolult szabályok, összefüggések utasítások alapján, egymást gyorsan követő problémákban, fokozott kockázatot jelentenek. (232. sz. grafikon)



232. sz. grafikon

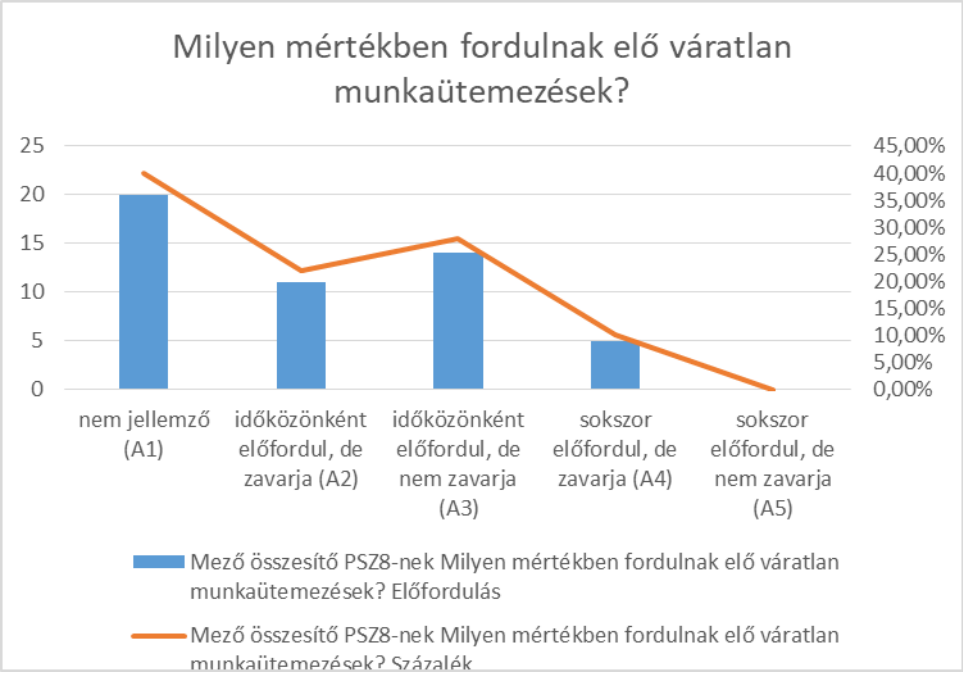
7. Kell-e olyan feladatot végezni, amikor ismeretei nem elegendőek a probléma megoldásához? A döntés szükségessége hiányos információk alapján, ellentmondó információk alapján, a fokozott pszichés kockázatok okozói (233. sz. grafikon).



233. sz. grafikon

8. Milyen mértékben fordulnak elő váratlan munkaütemezések?

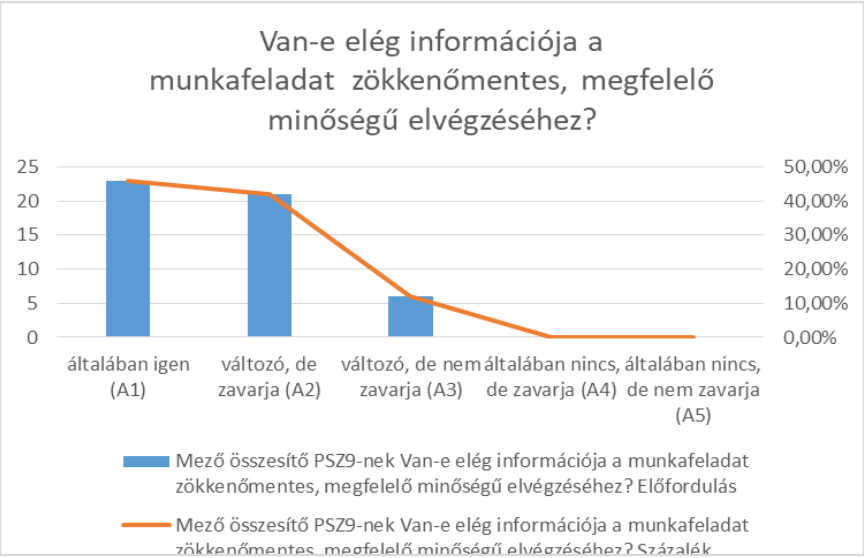
Döntés szükségessége új helyzetekben, egymást gyorsan követő problémákban (234. sz. grafikon).



234. sz. grafikon

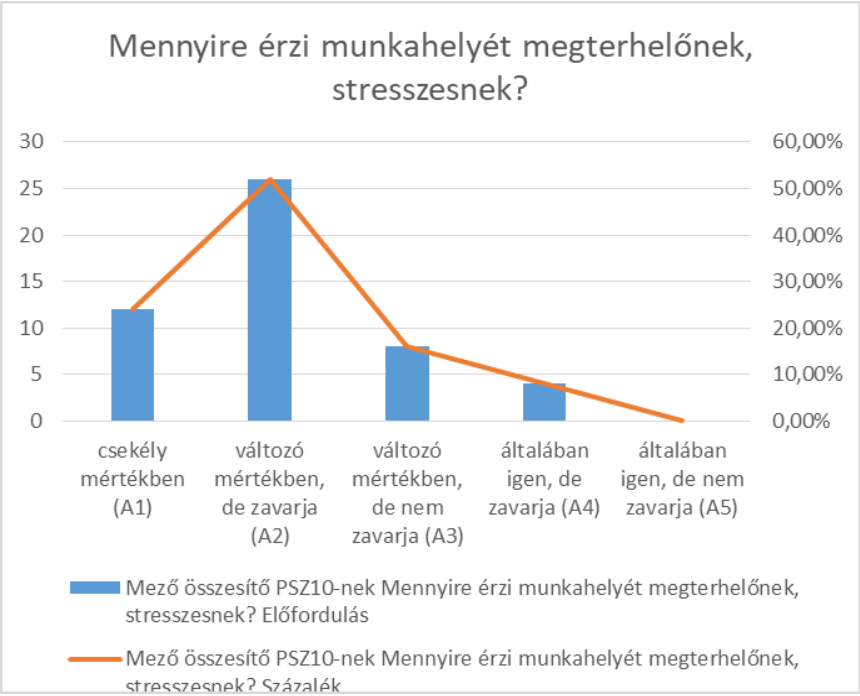
9. Van-e elég információja a munkafeladat zökkenőmentes, megfelelő minőségű elvégzéséhez?

Döntés szükségessége hiányos információk alapján (235. sz. grafikon).



235. sz. grafikon

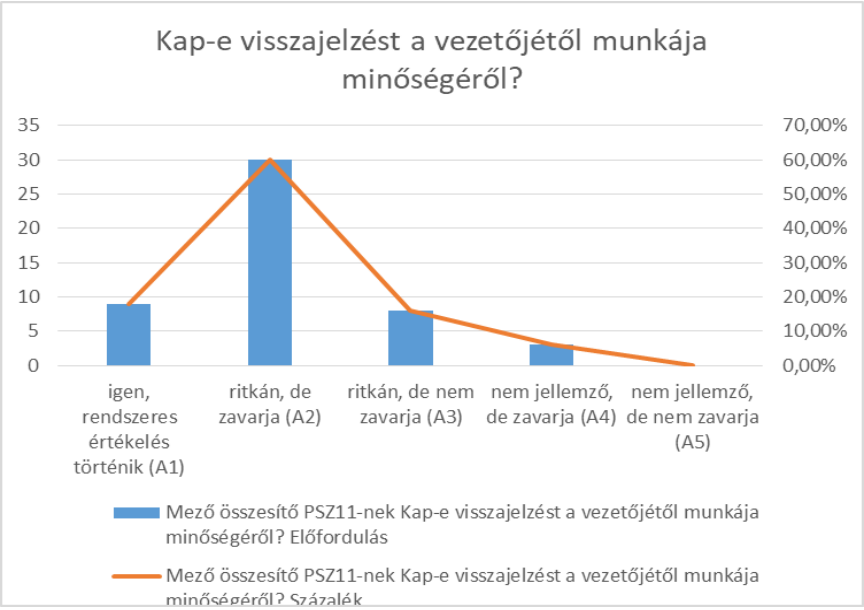
10. Mennyire érzi munkahelyét megterhelőnek, stresszesnek? (236. sz. grafikon)



236. sz. grafikon

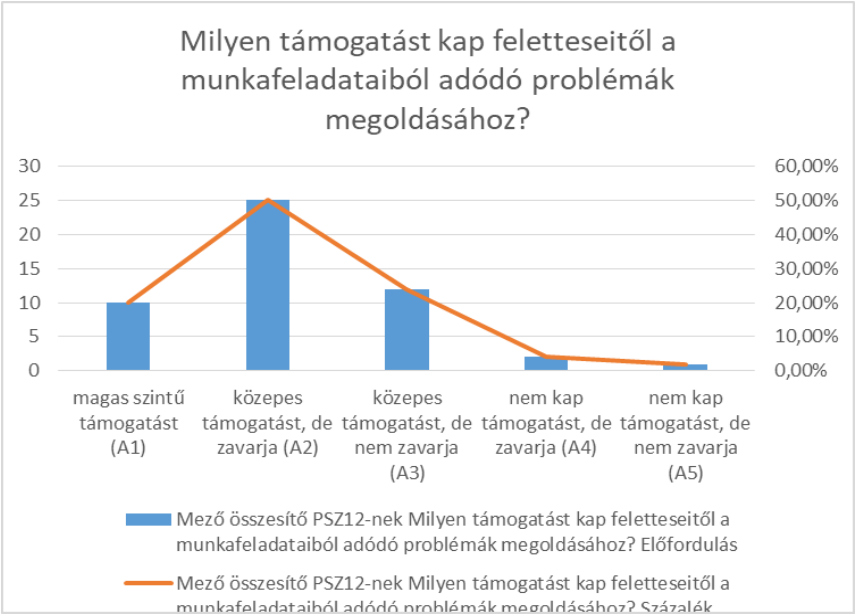
Pszichés/mentális megterhelés (6–10.) pontjait összegezve 7–10 közötti értéket jelez, ami az alacsony és közepes terhelést jelenti.

11. Kap-e visszajelzést a vezetőjétől munkája minőségéről (237. sz. grafikon)



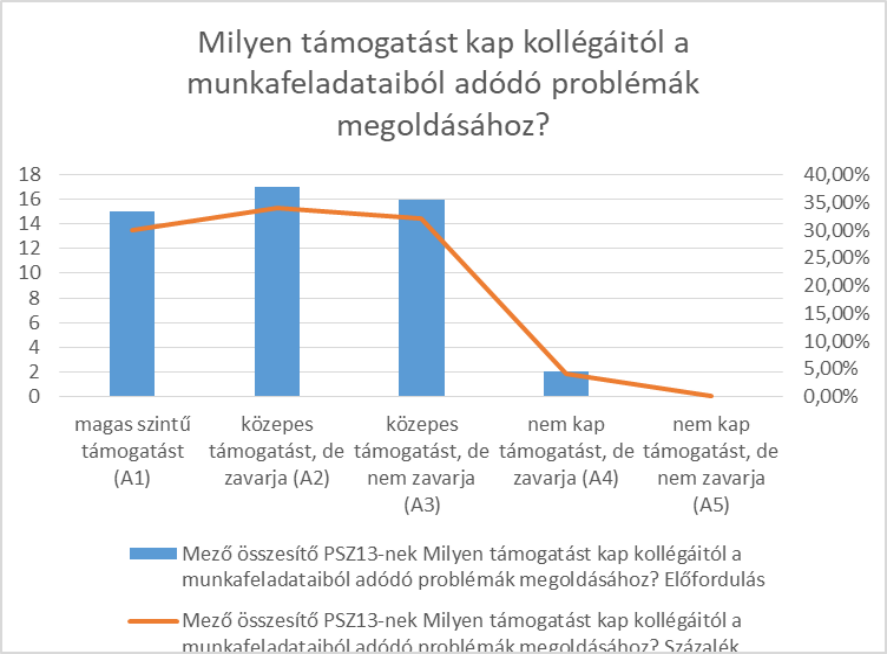
237. sz. grafikon

12. Milyen támogatást kap feletteseitől a munkafeladataiból adódó problémák megoldásához? (238. sz. grafikon).



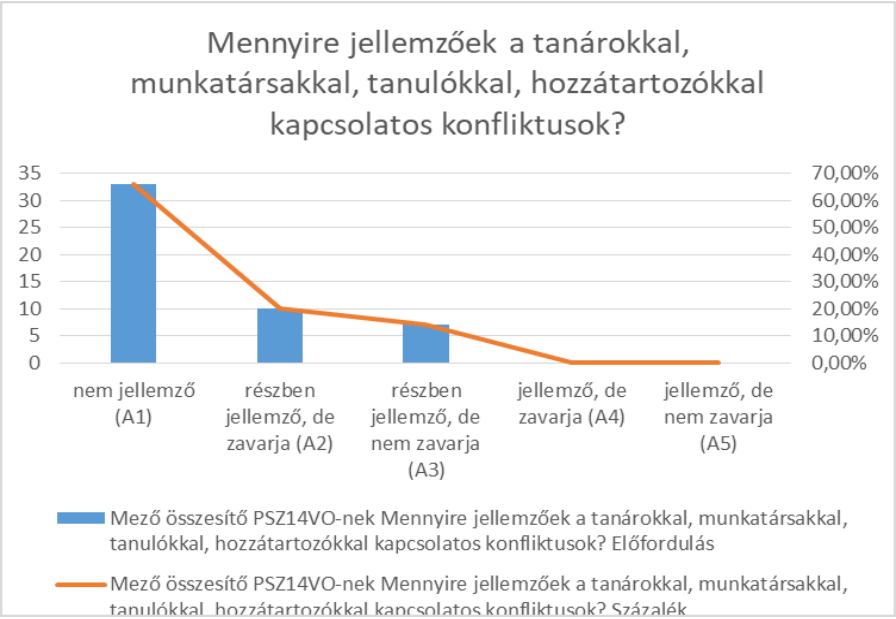
238. sz. grafikon

13. Milyen támogatást kap kollégáitól a munkafeladataiból adódó problémák megoldásához? (239. sz. grafikon).



239. sz. grafikon

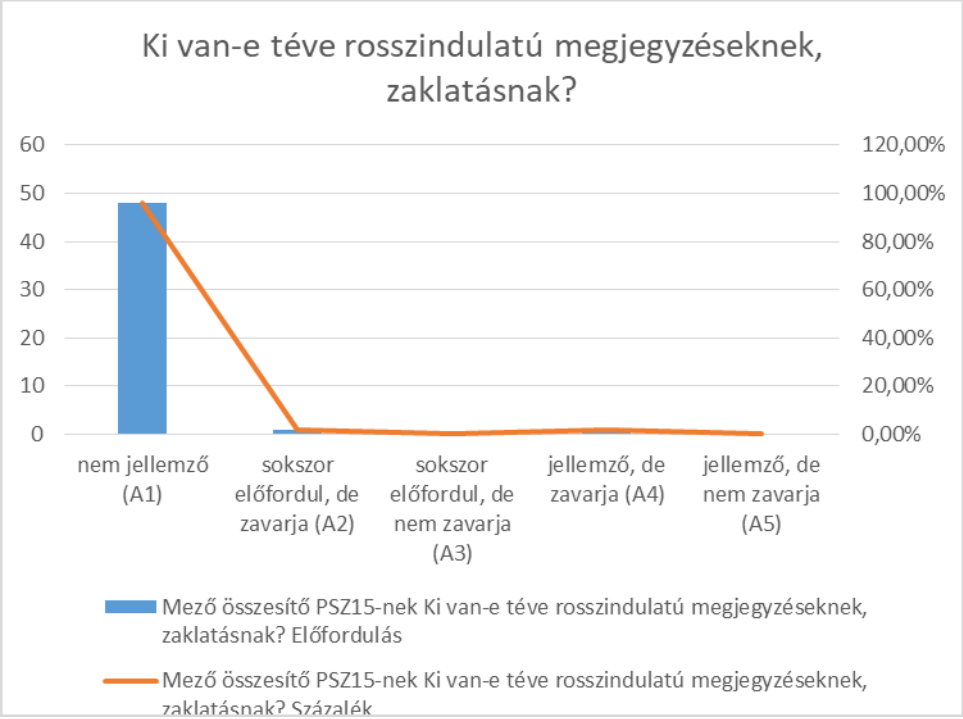
14. Mennyire jellemzőek az tanárokkal, munkatársakkal, tanulókkal, hozzátartozókkal kapcsolatos konfliktusok? (240. sz. grafikon)



240. sz. grafikon

15. Ki van-e téve rosszindulatú megjegyzéseknek, zaklatásnak?

Az inzultus leértékelheti a munkateljesítményt, bármivel meg lehet a személyt gyanúsítani, véleménynyilvánítását gátolhatják, értelmetlen feladatra kötelezhetik. Legalább fél éven át, minimum heti egy inzultus jelent egy személy számára pszichoterrort. Munkahelyi előfordulása 5–7%. (241. sz. grafikon)

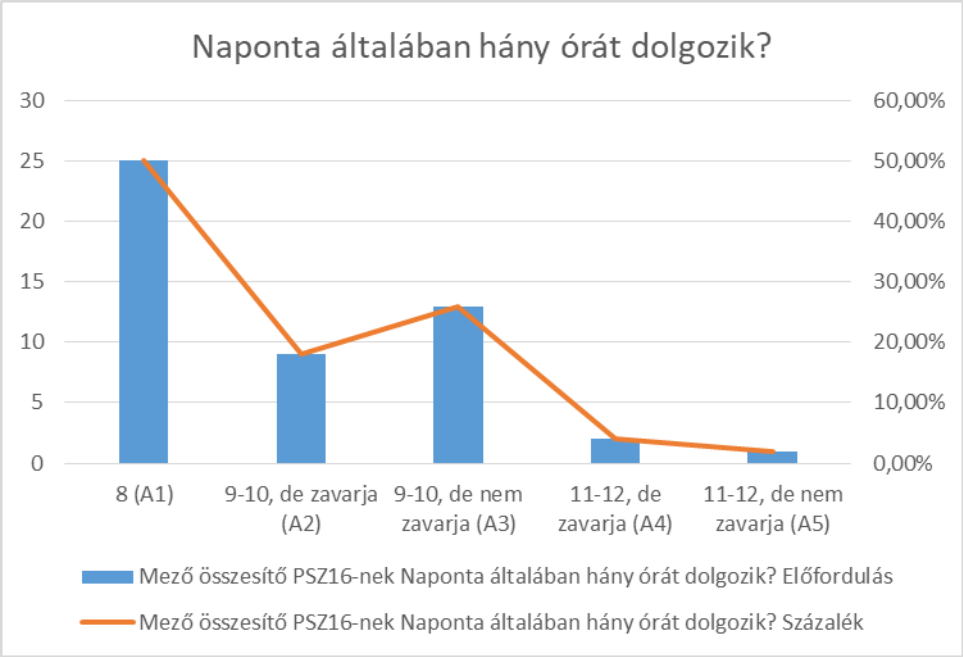


241. sz. grafikon

Szociális kapcsolatok és vezetés (11–15.) pontjait összesítve 8–11 pont között, ami alacsony-közepes kockázatot jelent.

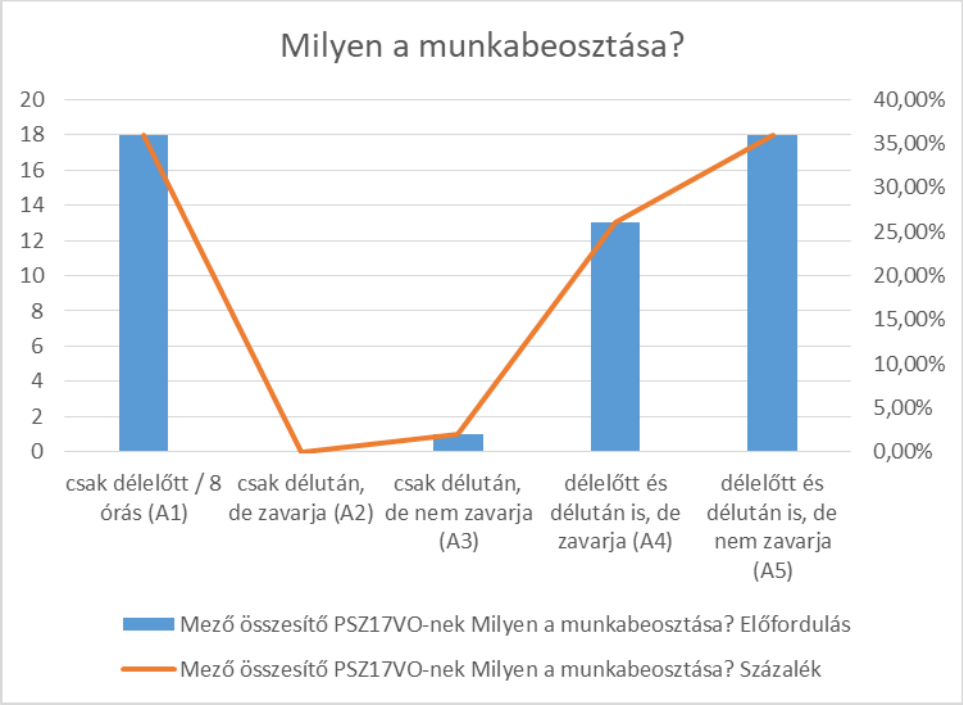
Fiziológiás követelmények (16–20. kérdések)

16. Naponta általában hány órát dolgozik? (242. sz. grafikon)



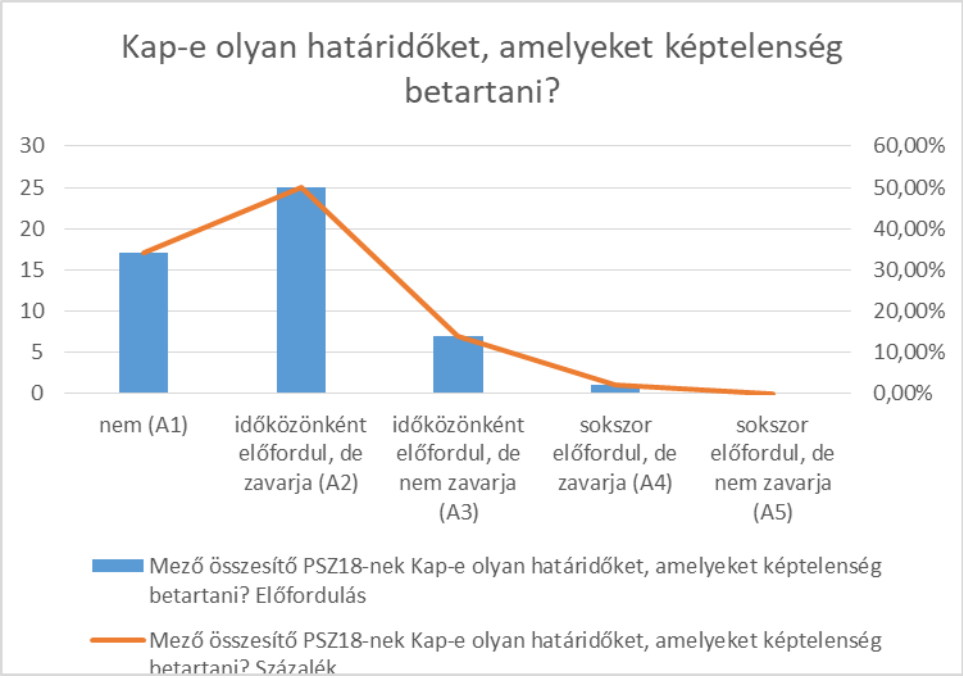
242. sz. grafikon

17. Műszakbeosztása (243. sz. grafikon)



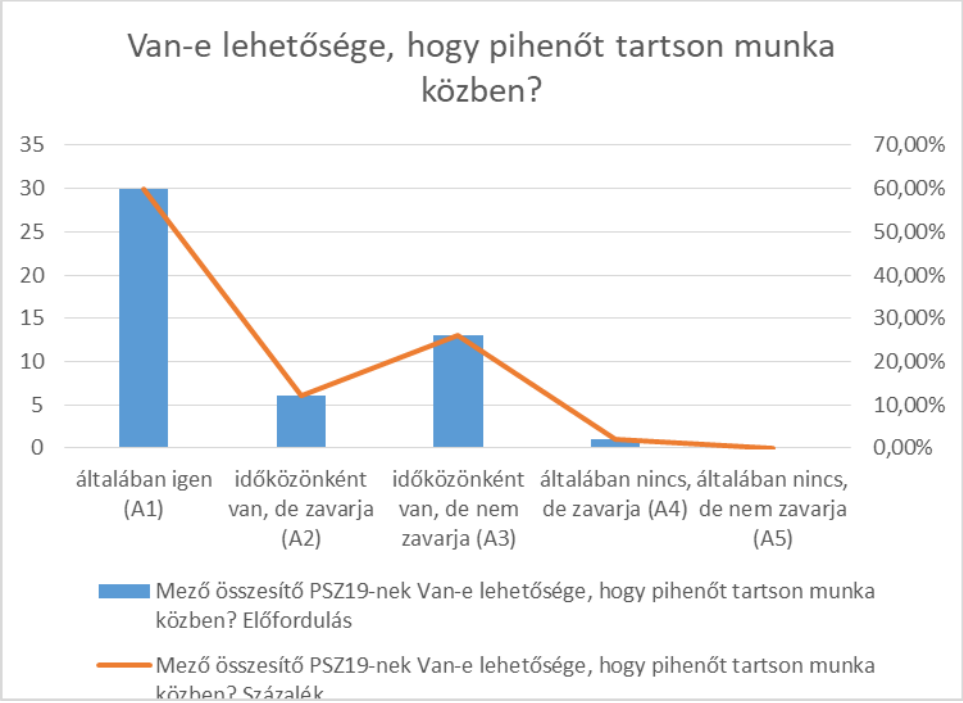
243. sz. grafikon

18. Kap-e olyan határidőket, amelyeket képtelenség betartani? Időkényszer alatt végzett munka (244. sz. grafikon).



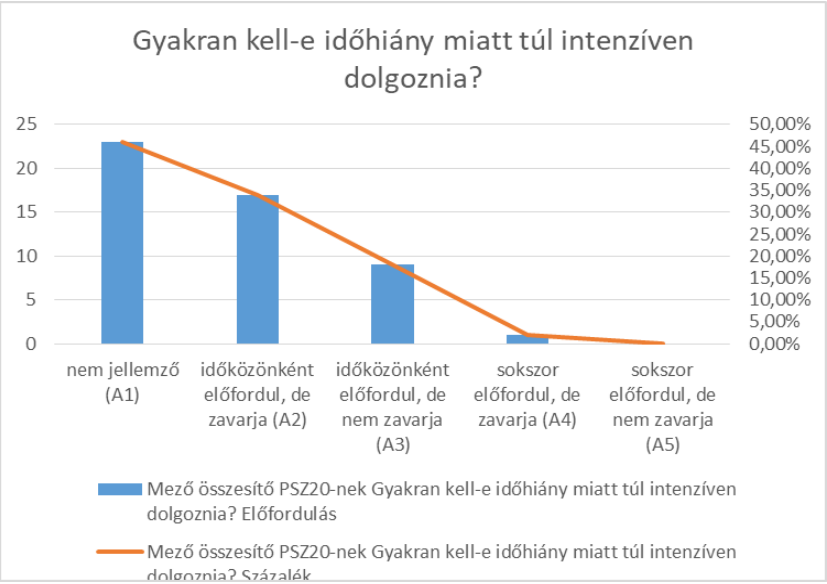
244. sz. grafikon

19. Van-e lehetősége, hogy pihenőt tartson munka közben? (245. sz. grafikon).



245. sz. grafikon

20. Gyakran kell-e időhiány miatt túl intenzíven dolgoznia? Rutin szellemi munka az időkényszer viszonyai között (246. sz. grafikon).

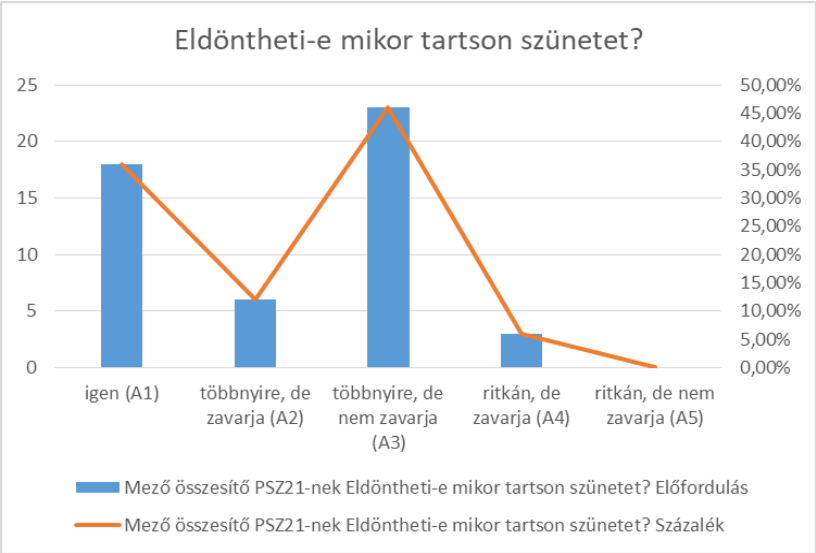


246. sz. grafikon

Fiziológiás követelmények (16–20.) pontjait összesítve 10–12 között, ami közepes kockázatot jelent.

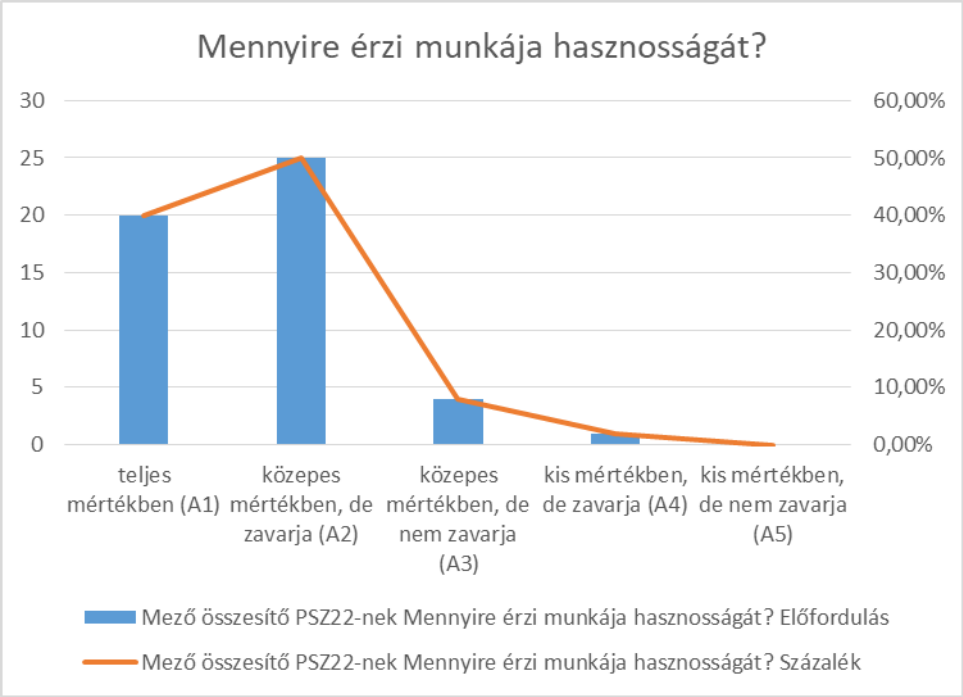
Munkaszervezés – kontroll (21–25. kérdések)

21. Eldöntheti-e mikor tartson szünetet? (247. sz. grafikon).



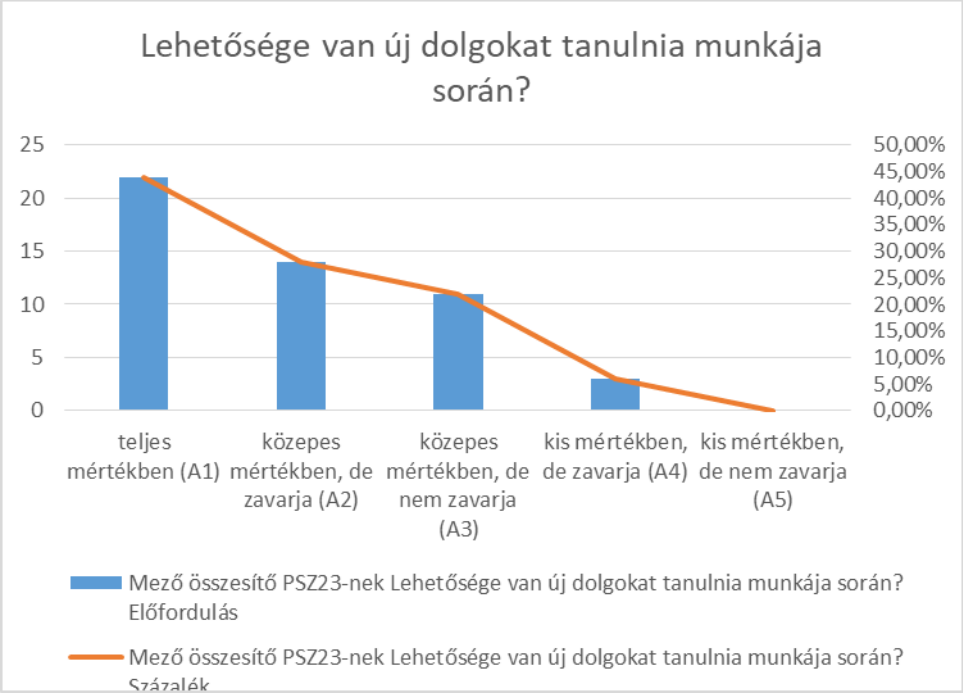
247. sz. grafikon

22. Mennyire érzi munkája hasznosságát? (248. sz. grafikon)



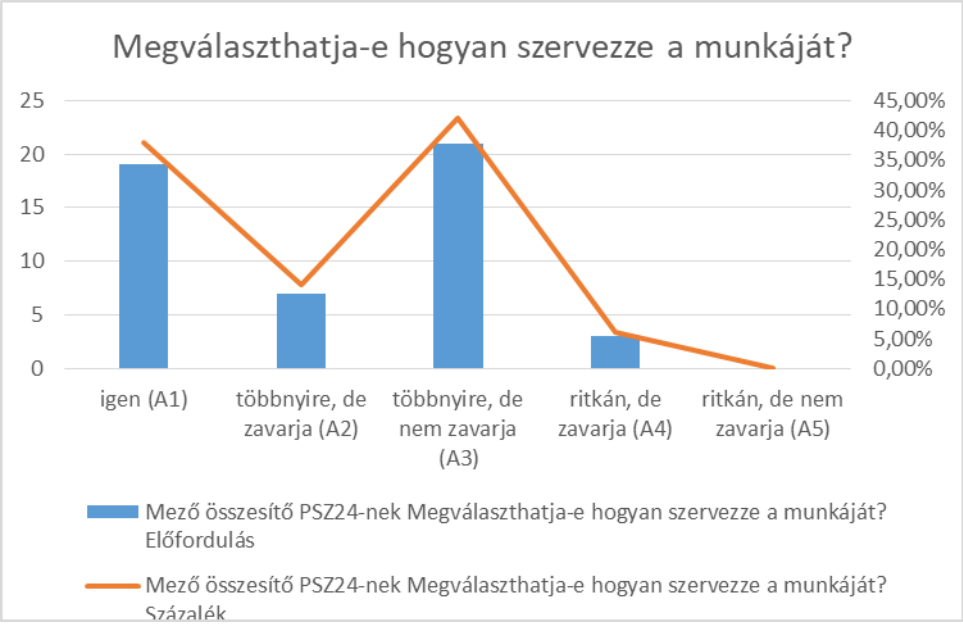
248. sz. grafikon

23. Lehetősége van új dolgokat tanulni a munkája során? (249. sz. grafikon)



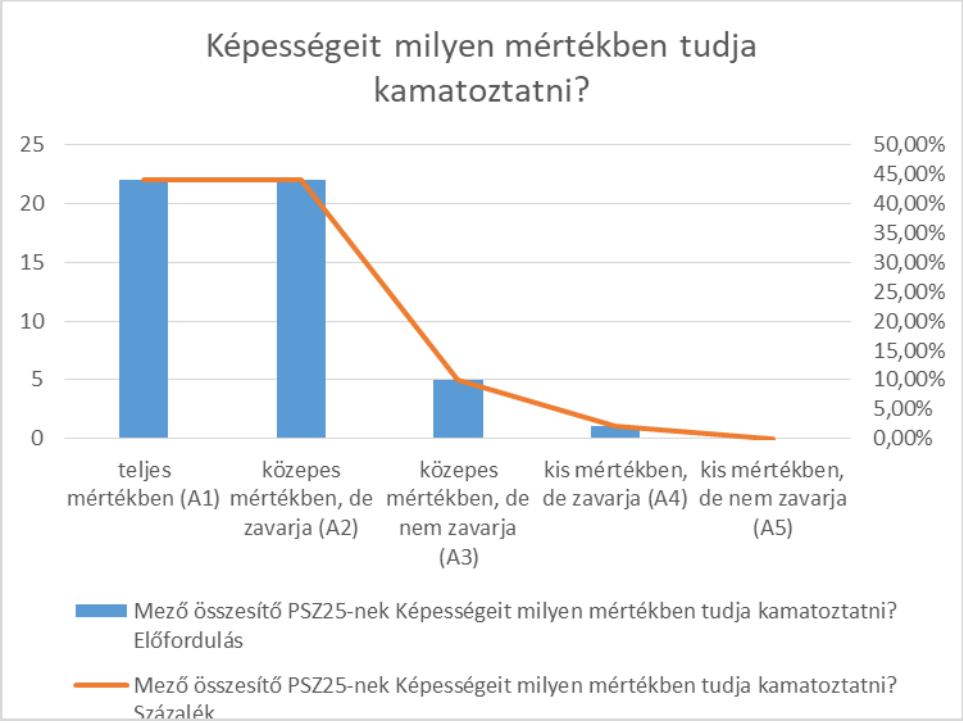
249. sz. grafikon

24. Megválaszthatja-e, hogyan szervezze a munkáját? (250. sz. grafikon)



250. sz. grafikon

25. Képességeit milyen mértékben tudja kamatoztatni? (251. sz. grafikon).

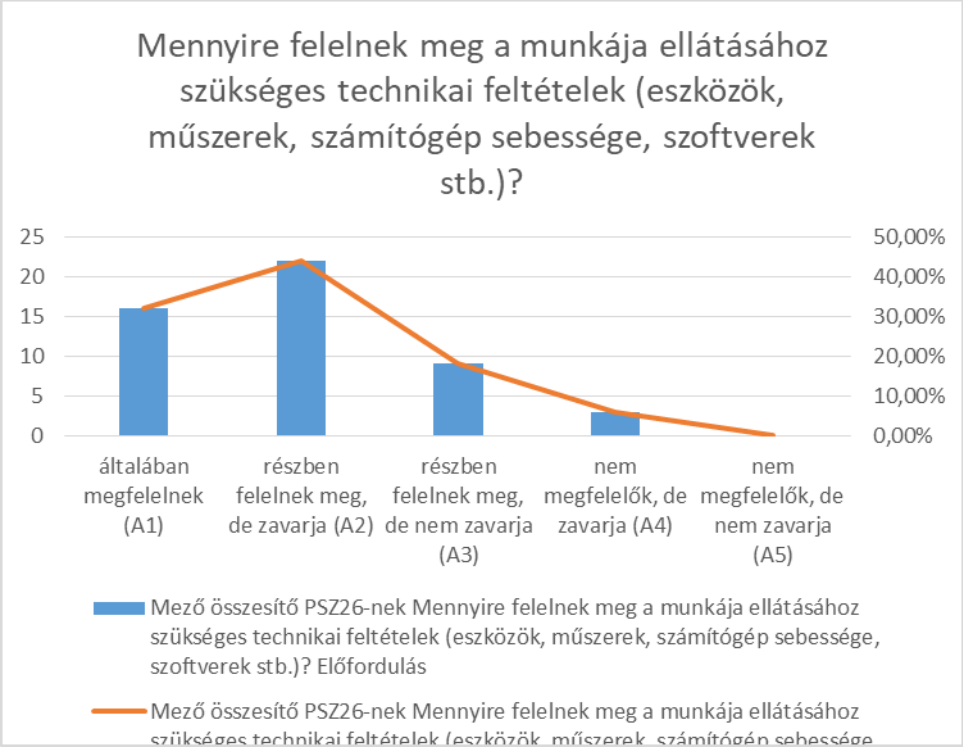


251. sz. grafikon

Munkaszervezés – kontroll (21–25.) pontjait összegezve 9–11 pont közötti ami közepes kockázatot jelent.

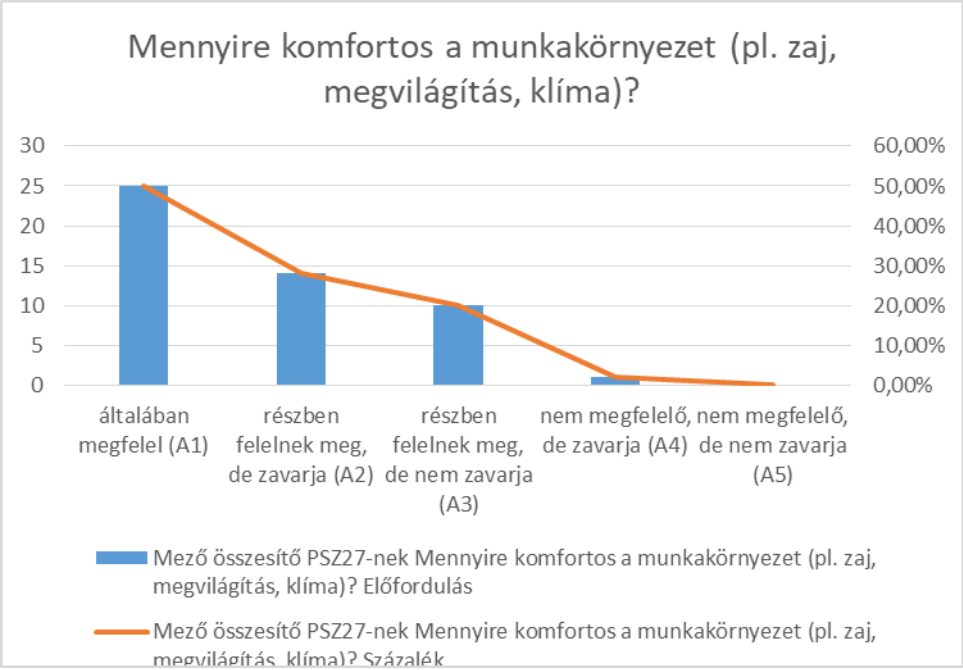
Munkakörnyezet (26–30. kérdések)

26. Mennyire felelnek meg a munkája ellátásához szükséges technikai feltételek (szerszámok, műszerek, számítógép sebessége, szoftverek stb.)? (252. sz. grafikon)



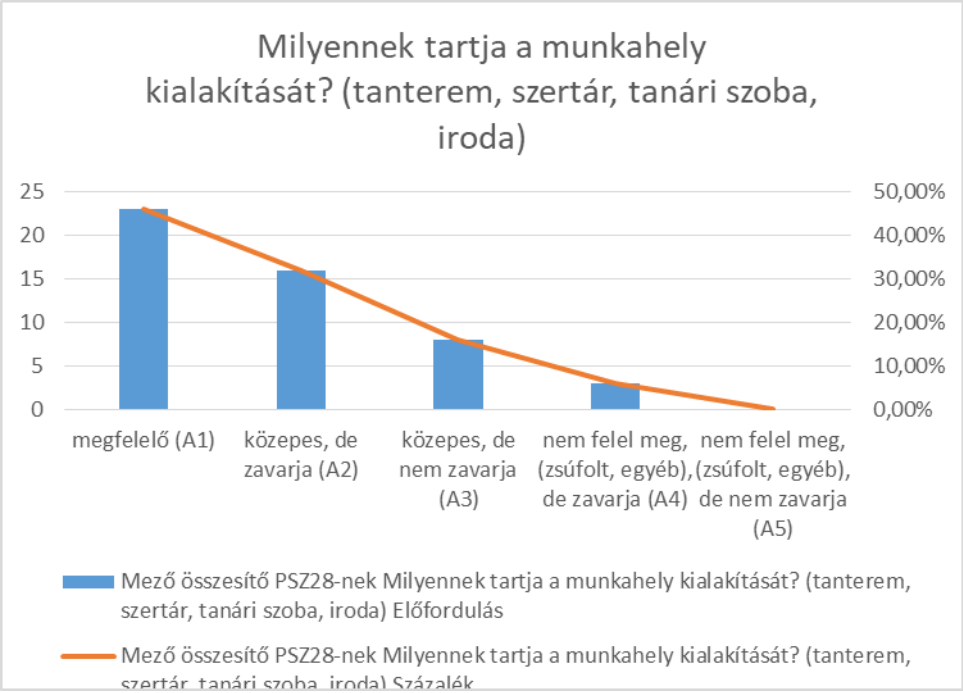
252. sz. grafikon

27. Mennyire komfortos a munkakörnyezet (pl. zaj, megvilágítás, klíma)? (253. sz. grafikon)



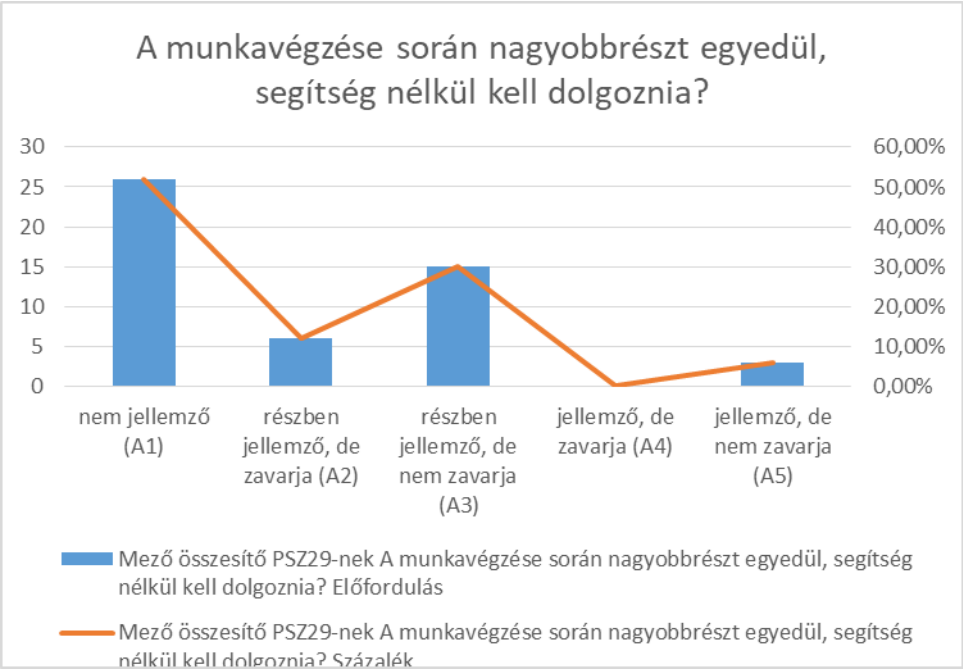
253. sz. grafikon

28. Milyennek tartja a munkahely kialakítását? (tanterem, szertár, tanári szoba, iroda stb.) (254. sz. grafikon)



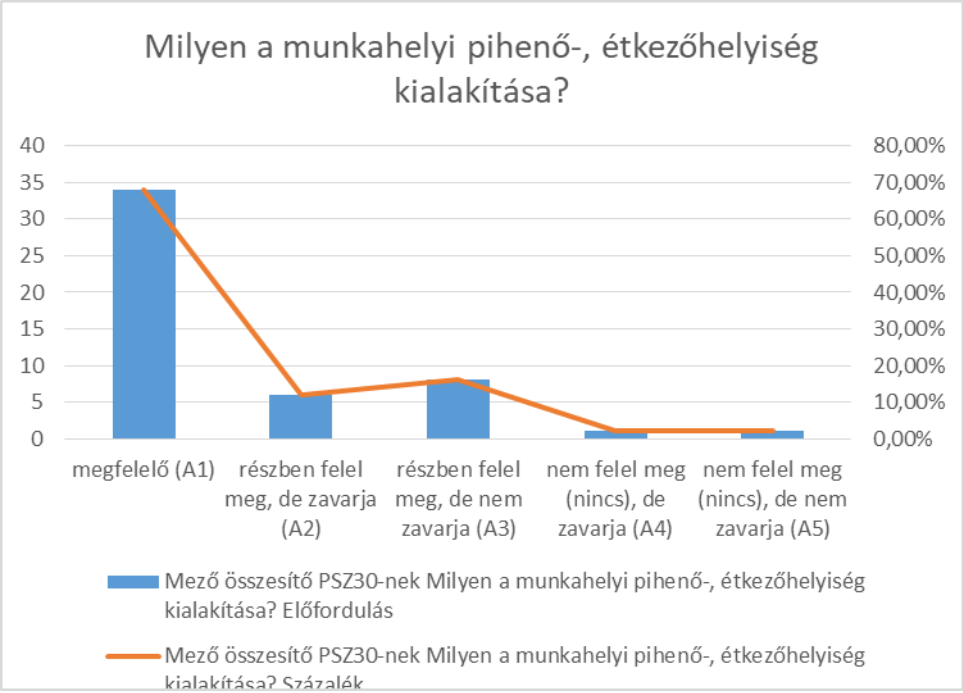
254. sz. grafikon

29. A munkavégzése során nagyobbrészt egyedül, segítség nélkül kell dolgoznia? (255. sz. grafikon)



255. sz. grafikon

30. Milyen a munkahelyi pihenő-, étkezőhelyiség kialakítása? (256. sz. grafikon)

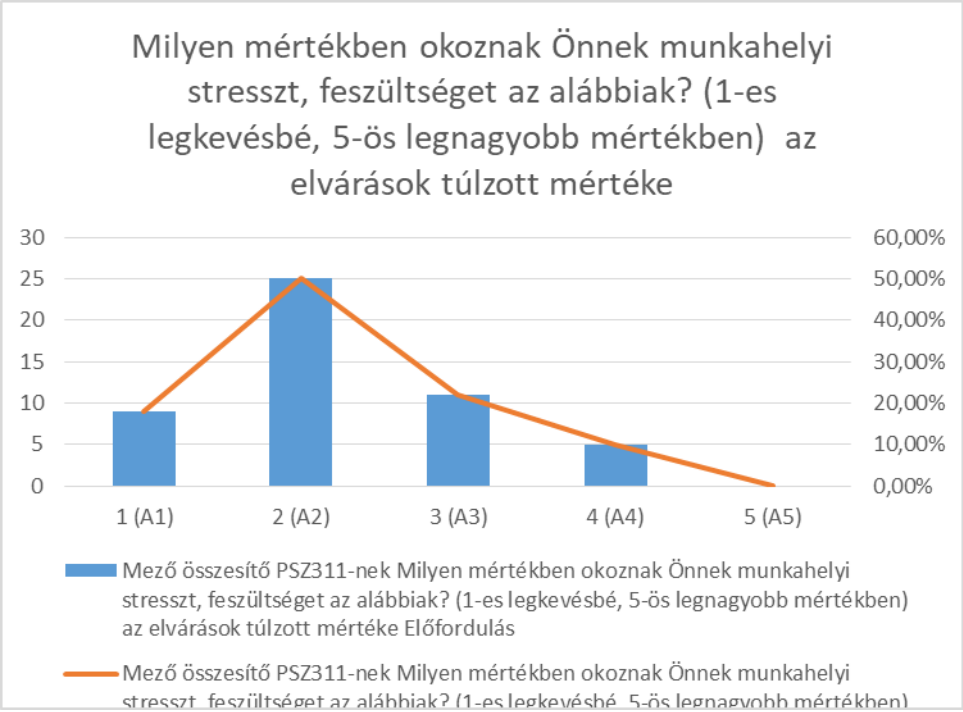


256. sz. grafikon

A munkakörnyezet (26–30.) pontjait tekintve, 5–8 pont közötti értékeket kaptunk, ami alacsony-közepes kockázatot jelent.

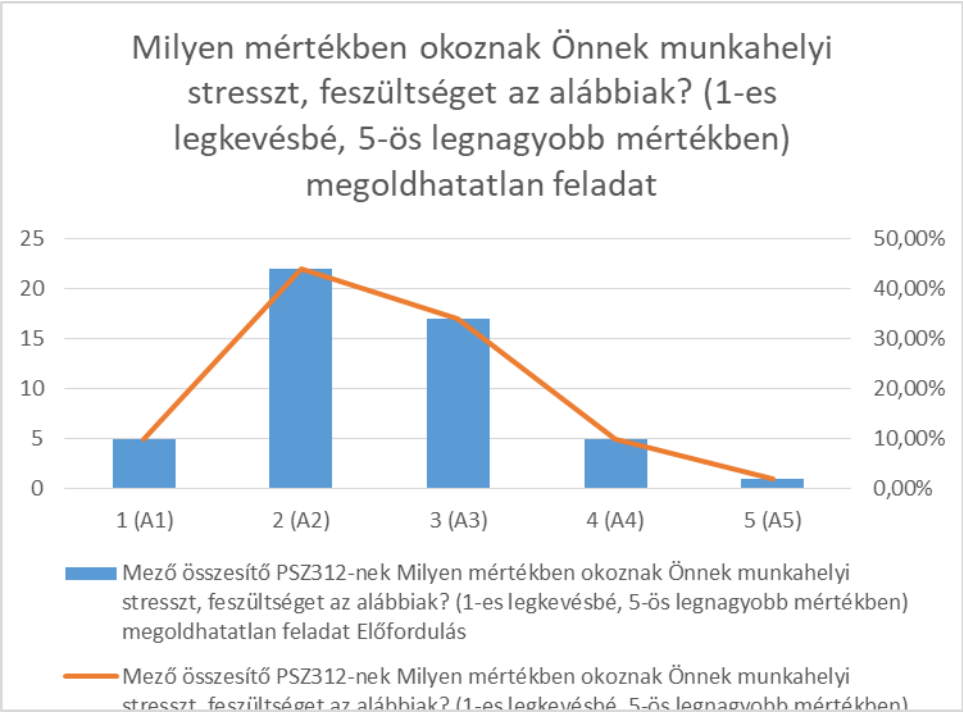
Milyen mértékben okoznak önnek munkahelyi stresszt, feszültséget az alábbiak?
(1-es legkevésbé, 5-ös legnagyobb mértékben)
Súlyponti faktorok (31.1–31.11.)

31.1. Az elvárások túlzott mértéke (257. sz. grafikon)



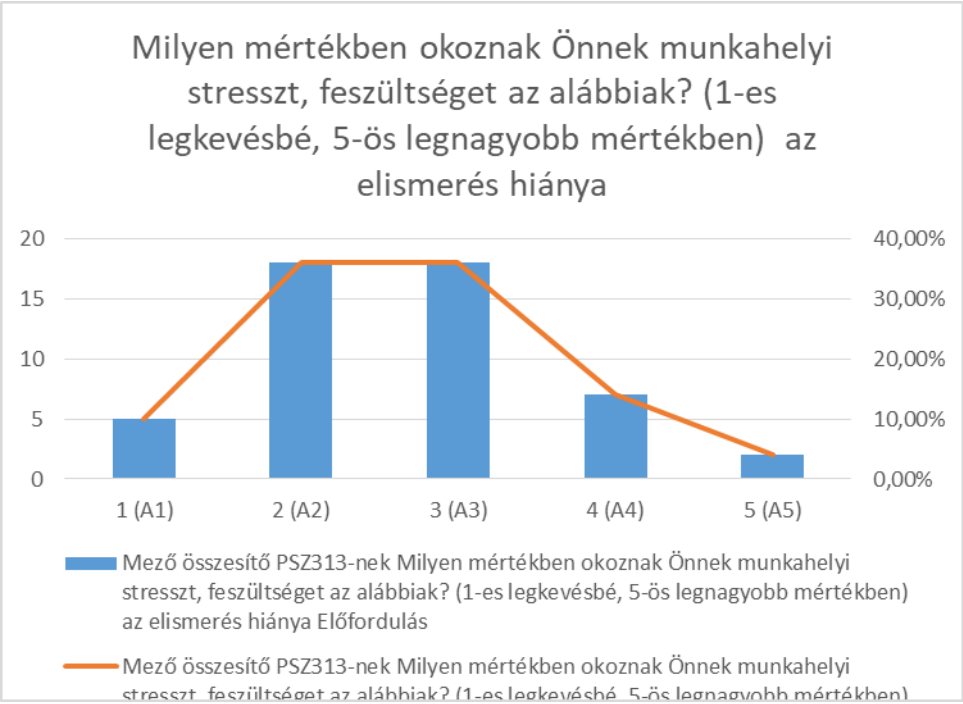
257. sz. grafikon

31.2. Megoldhatatlan feladat (258. sz. grafikon)



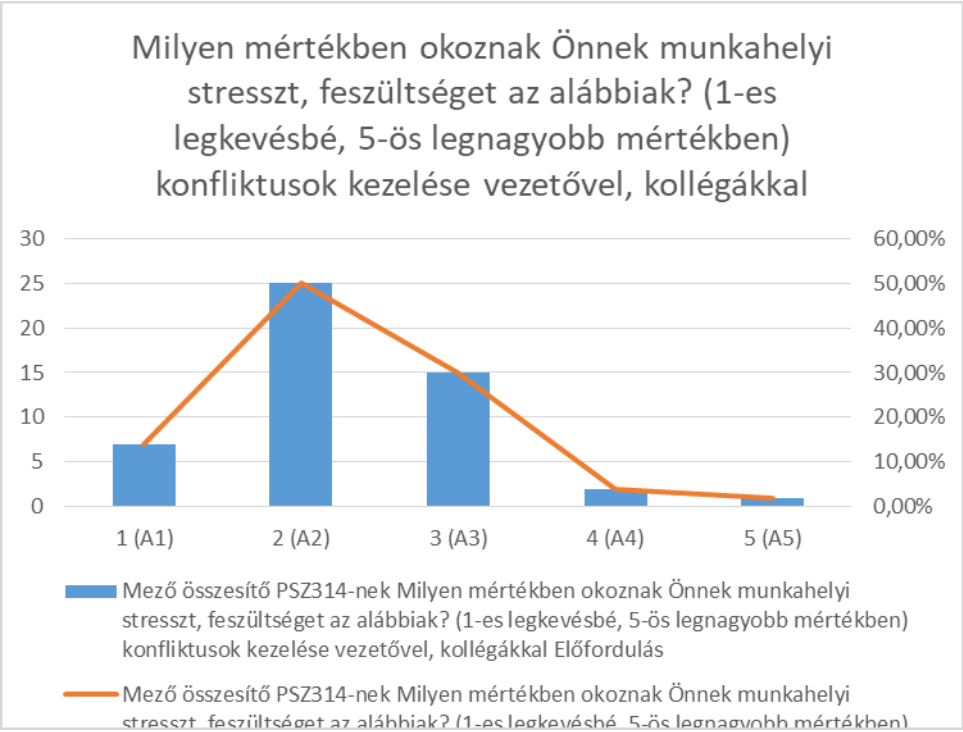
258. sz. grafikon

31.3. Az elismerés hiánya (259. sz. grafikon)



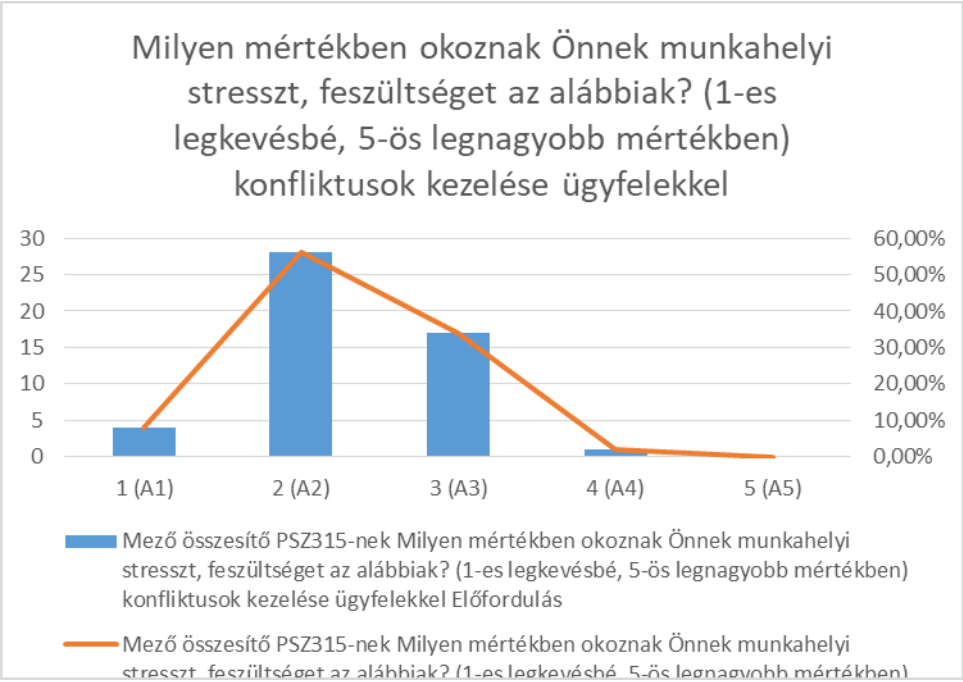
259. sz. grafikon

31.4. Konfliktusok kezelése vezetővel, kollégákkal (260. sz. grafikon)



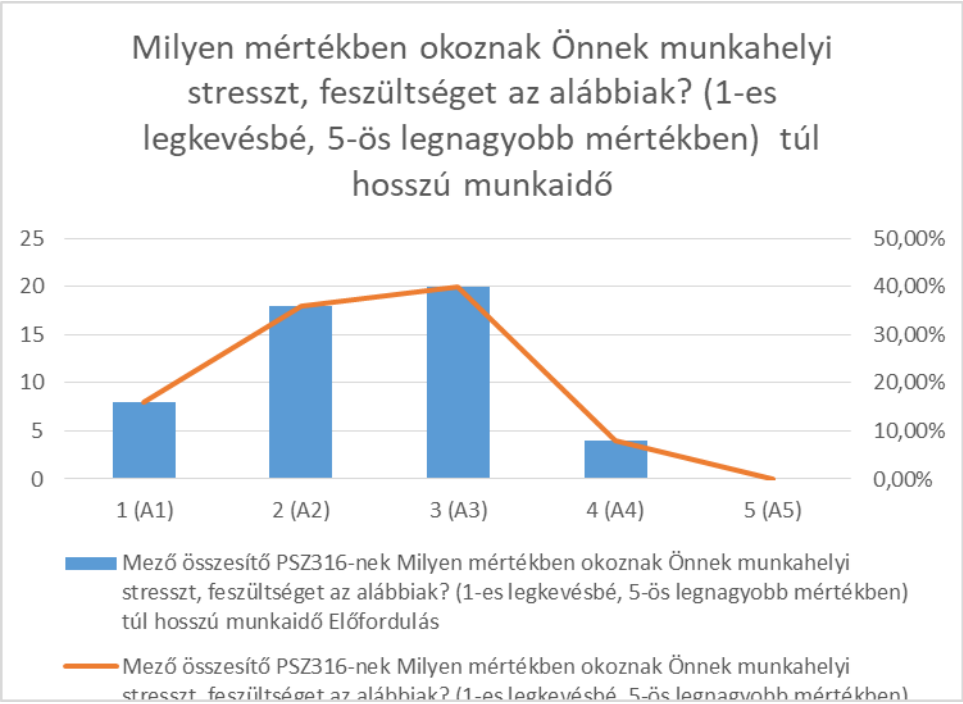
260. sz. grafikon

31.5. Konfliktusok kezelése ügyfelekkel (261. sz. grafikon)



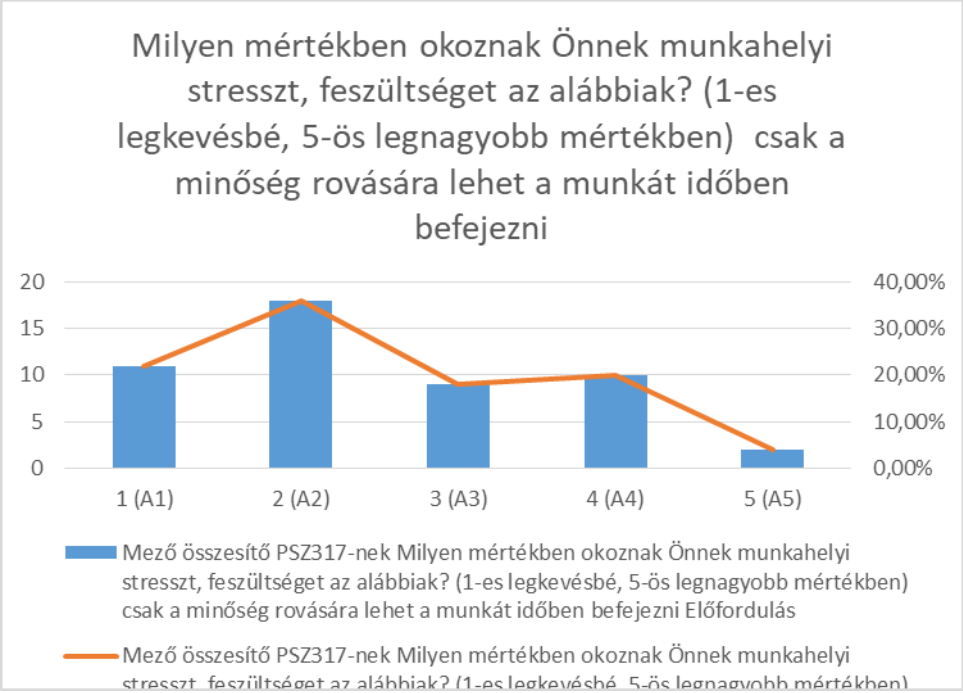
261. sz. grafikon

31.6. Túl hosszú munkaidő (262. sz. grafikon)



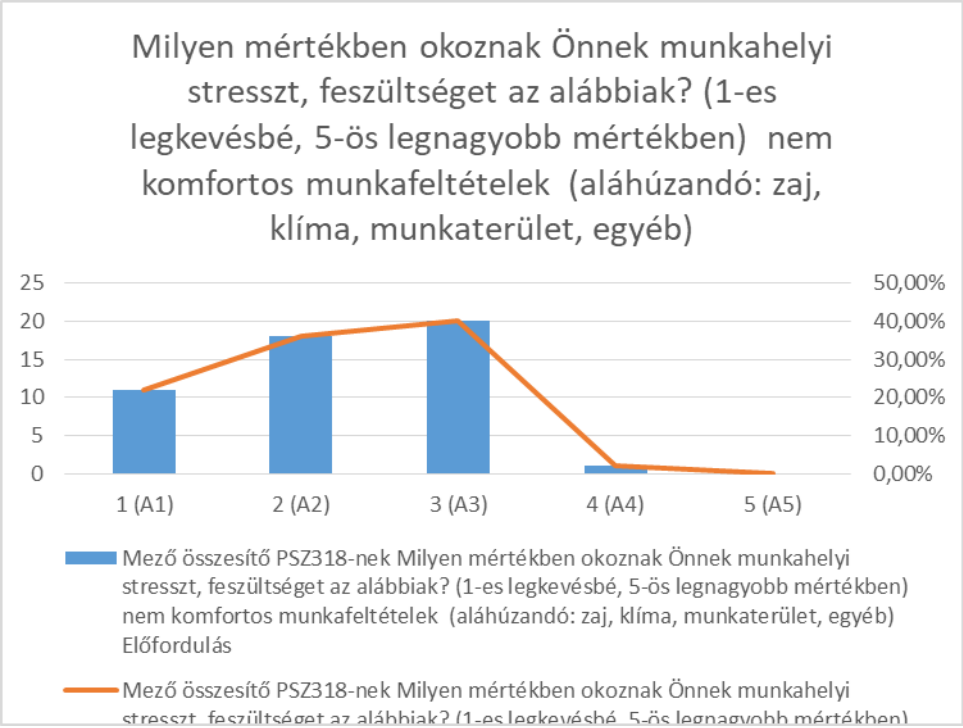
262.sz. grafikon

31.7. Az, hogy csak a minőség rovására lehet a munkát időben befejezni (263. sz. grafikon)



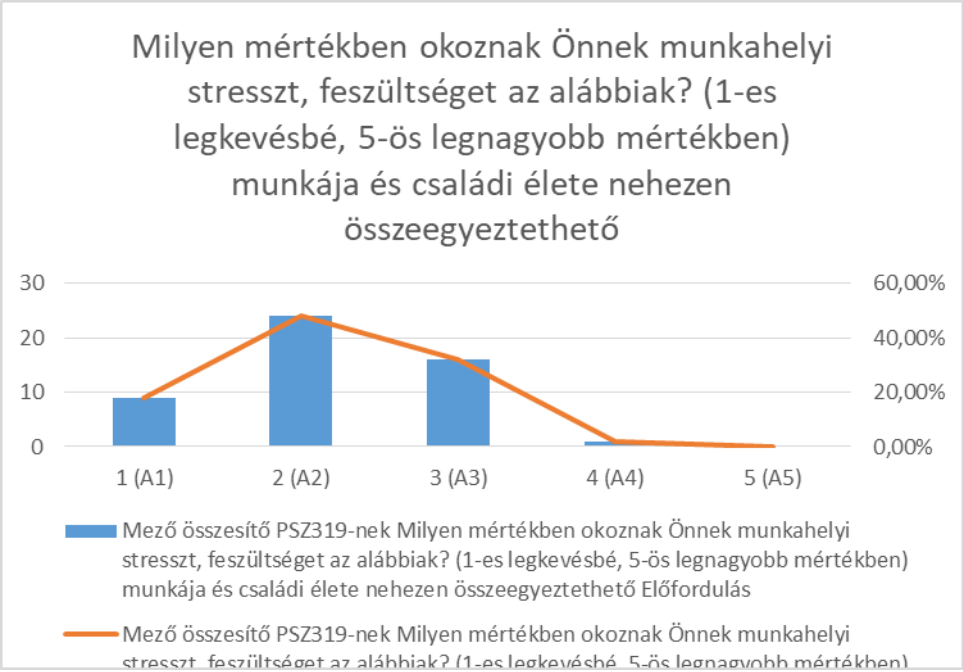
263. sz. grafikon

31.8. Nem komfortos munkafeltételek (aláhúzandó: zaj, klíma, munkaterület, egyéb). (264. sz. grafikon)



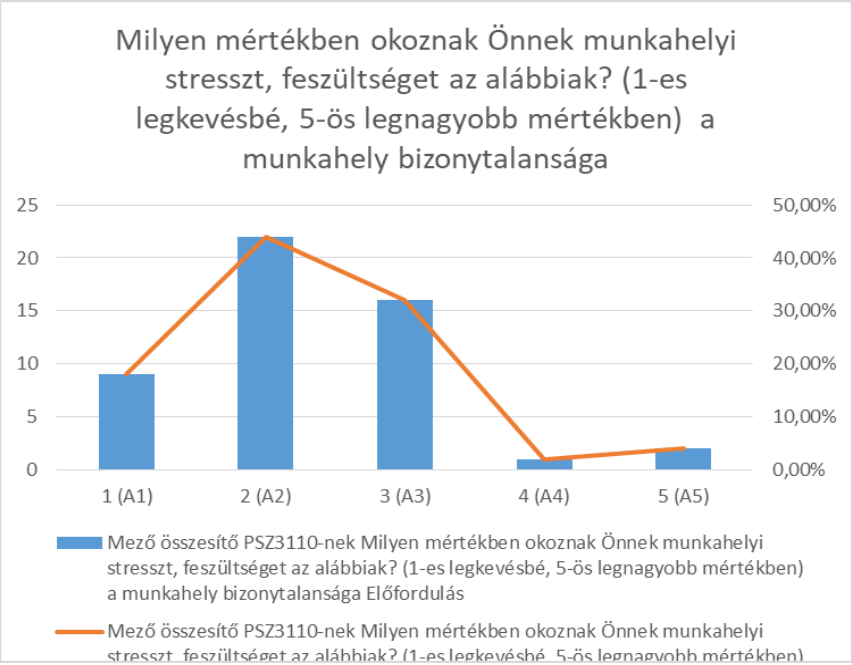
264. sz. grafikon

31.9. Munkája és családi élete nehezen összeegyeztethető (265. sz. grafikon)



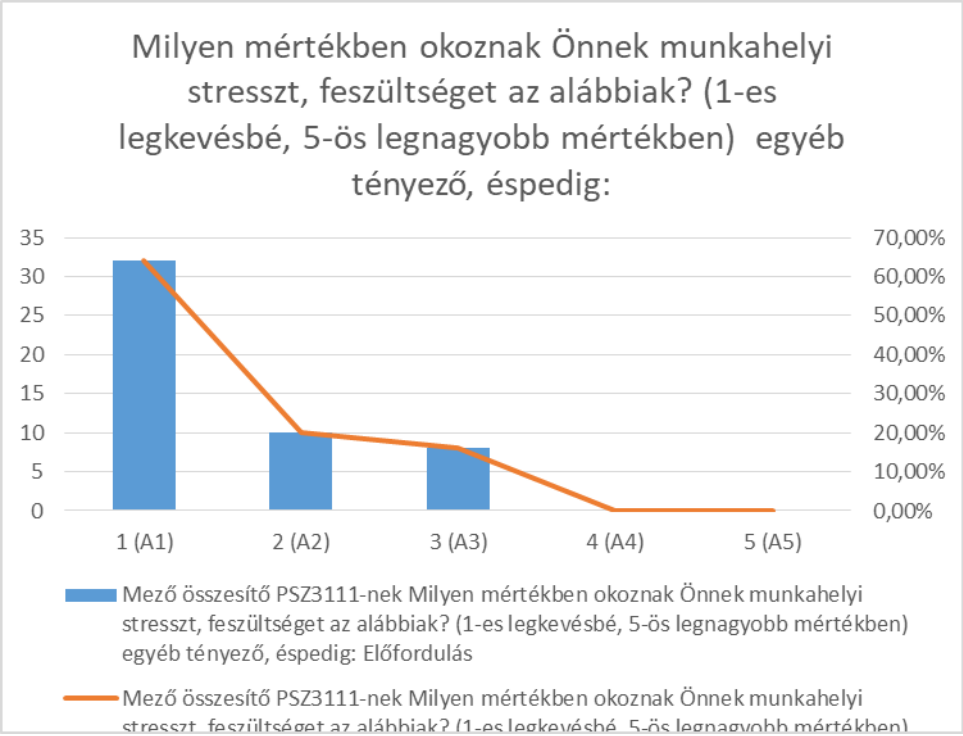
265. sz. grafikon

31.10. A munkahely bizonytalansága (266. sz. grafikon)



266. sz. grafikon

31.11. Egyéb tényező, éspedig (267. sz. grafikon)



267. sz. grafikon

Az egyéb válaszhoz érkezett megjegyzések:
Elvárások megfogalmazása a helyzet teljes megismerése mellett.
A fentieket összegezve, a pontszámok átlagát tekintve (2,28) a pszichés megterhelés alacsony-közepes fokú a megkérdezettek körében.

32. Véleménye szerint mi az a tényező, amely munkahelyén a legnagyobb stresszt okozza? (A szubjektív észrevételek, megjegyzések relatív alacsony száma is jelzi a fenti megállapítást)

- elismerés hiánya, szervezetlenség;
- a bérezés;
- nem értek egyet a közalkalmazotti bértáblával;
- bérkompenzáció;
- rövid a határidő;
- irreális határidők;
- nem kapok megfelelő visszajelzést a munkámról;

Egyetemi főiskolai oktató, tanár

Alkotó szellemi tevékenység, *fokozott pszichés terhelés* az anyagiakért és emberekért való felelősség, idő- és teljesítménykényszer, kapcsolattartás, emberekkel foglalkozás kötelezettsége konfliktusveszélyes helyzetben, különösen nagy felelősség viselése emberekért, anyagi értékekért, döntés szükségessége, az oktatási szervezet hierarchizáltságából, belső kapcsolatrendszeréből adódó konfliktusszituációk érintettjei – baleseti egészségkárosodás (esés, sérülés, közlekedés) lehetséges. Biológiai kóroki tényezők károsító hatása lehetséges. A képernyős munkavégzés okozta, szemet, a váz- és izom-rendszert érintő terhelések. Számítógép-függőség. Adekvát fizikai aktivitás hiánya esetén a kardiovaszkuláris és daganatos betegségek, elhízás, metabolikus szindróma, cukorbetegség kialakulásának kockázata fokozódik. Ergonómiai, *pszichés és pszichoszociális,* egészséget érintő kockázatok. Kiégés. Munkahelyi zaklatás.

Egyéb szakképzett oktató, nevelő

Rutin szellemi munka, fokozott pszichés terhelés az anyagiakért és emberekért való felelősség, idő- és teljesítménykényszer, kapcsolattartás, emberekkel foglalkozás kötelezettsége konfliktusveszélyes helyzetben

Gyógypedagógus

Fokozott pszichés terhelés az anyagiakért és emberekért való felelősség, idő- és teljesítménykényszer, kapcsolattartás, emberekkel foglalkozás kötelezettsége konfliktusveszélyes helyzetben.

Konduktor

Fokozott pszichés terhelés az anyagiakért és emberekért való felelősség, idő- és teljesítménykényszer, kapcsolattartás, emberekkel foglalkozás kötelezettsége konfliktusveszélyes helyzetben.

A kérdőívekre adott válaszok alapján kialakult pontszámok szerint a feltárt pszichoszociális kóroki tényezők a legtöbb esetben alacsony kockázatot jelentenek, de természetesen egyénenként eltérő módon. Tekintettel arra, hogy mint a felmérésekből kitűnik, egyszerre több pszichoszociális kockázati tényező is jelen van, ezek összegződhetnek és sztohasztikus hatás érvényesülhet, így az egyenként alacsony kockázatokból egyes személyeknél akár súlyos kockázat is lehet. A SOTE Magatartástudományi Intézete által végzett felmérések szerint, a tartós stressz hatására a fiziológiai eltérések állandósulnak és szervi elváltozásokhoz (pl. szív- és érrendszeri megbetegedés) vezetnek. Sokaknál 40 éves korukra megjelenik az életminőséget rontó tartós stressz, ami vérnyomás-emelkedést, alvászavarokat, nyugtalanságot, depressziót okoznak. A kockázatok csökkentésére a munkaszervezés mellett, a munkahelyi klíma optimálissá tétele, azaz a munkavégzés és munkakörnyezet módosítása jelentősen csökkenthetné ezeket a kockázatokat, akárcsak az egyénre szabott kockázatelemzés, és a munkahelyi egészségfejlesztés keretein belül a stresszoldó tréningek bevezetése, akár egyéni, akár csoportos módon. A munkáltatónak nagy felelőssége van ezen kockázatok megszüntetésében/csökkentésében, mert a distressz csökkenése növeli a munkavállaló teljesítőképességét, csökkenti a morbiditást, valamint a táppénzes napok számát, illetve fokozza a termelékenységet és a munkavállaló aktivitásának megőrzését. Az elismerés és/vagy anyagi megbecsülés hiánya, szervezetlenség, a rövid/irreális határidők mind olyan kockázati tényezők, amelyek intézkedéssel (pl. szervezés, stresszoldó tréningek stb.) jelentősen csökkenthetők/megszüntethetők. A munkahelyi egészségfejlesztés, az oktatás, mind olyan eszközök, melyek jelentősen hozzájárulhatnak a kockázatok megszüntetéséhez.

4.2.5. Kérdezőbiztosok visszajelzése

A kérdezőbiztosok döntő részének véleménye szerint a megkérdezettek, a munkavállalók és a munkáltatók egyaránt együttműködően fogadták mind az általános, mind az ergonómiai, mind az idősödő munkavállalókra vonatkozó kérdőíveket, és a megkeresésükre 99-100%-ban kitöltötték azokat. Elenyésző hányadban a kérdezőbiztos szerint a válaszadók közömbösen viszonyultak a kérdőíves kutatáshoz, ennek okát abban látjuk, hogy valószínűleg a megkérdezetteket nem tájékoztatták megfelelően a felmérés céljáról, vagy nem hitt a változás lehetőségében.

5. Összefoglaló a kutatási eredményekről

A projekt keretében megvalósuló kutatást a projekt konzorciumi tagjai támogatták, biztosították a támogató környezet keretit, mind a négy konzorciumot alkotó szervezetek jelentős rálátással bírnak a jelen projekthez kapcsolódó problémakörre. A konzorcium összetétele és azok tagszervezeteinek jellege biztosítja emellett, hogy az oktatási ágazat legnagyobb területeinek – a közoktatás, felsőoktatás, szakképzés és felnőttképzés – mindegyike képviselve legyen a projekt megvalósítása során. A pályázók a projekt által érintett konvergencia-régiókban (Dél-Alföld, Észak-Magyarország, Közép-Dunántúl) releváns ismeretekkel rendelkeznek a helyi ágazati szereplőket foglalkoztató kérdéseket illetően.

A konzorciumi tagok közül emellett az OKISZ és MOSZ több korábbi, jelen támogatási kérelemben szereplőnél jelentősebb nagyságrendű projekt során működött/működik együtt. A konzorciumi tagok közül az OKISZ, MOSZ és az ÉSZT az Országos Munkavédelmi Bizottság (OMB) tagjai.

Az oktatás ágazatban a munka világának összes szereplőjére, a munkáltatókra, munkavállalókra, foglalkozás-egészségügyi szolgálatokra és a munkabiztonsági szakemberekre külön-külön az egyedi sajátosságok figyelembe vételével végeztük a kérdőíves felméréseket. Kitértünk a foglalkozás-egészségügy és a munkabiztonság *általános helyzetének felmérésére* a fent említett szereplők megkérdezésével, valamint vizsgáltuk azokat a *sajátosságokat (ergonómiai és pszichoszociális kockázatok),* amelyek a munkavégzésből, illetve a munkakörnyezetből adódhatnak.

A munkavédelem és benne a foglalkozás-egészségügy célja az aktív lakosság egészségének megőrzése, fejlesztése, továbbá megállapítani (mérni) az egyén arra való alkalmasságát, hogy

tudja-e teljesíteni feladatait önmaga és mások veszélyeztetése nélkül, valamint a megterhelés ismerete mellett meghatározni a munkavállaló lehetséges igénybevételt. A munkahelyi környezet minősége és közvetlen/közvetett hatásai alapvetően meghatározzák és befolyásolják az egészségünket és jóllétünket. A munkahelyen olyan ismereteket, módszereket és késztetést *lehet és kell* terjeszteni, amelyek az egészségtudatos magatartást és életmódot segítik megvalósítani.

Az egyes kérdőívcsoportok összesítésében szereplő SWOT elemzéseket is figyelembe véve – a jelenlegi munkavédelmi helyzetet tekintve az oktatásban – a *foglalkozás-egészségügy* nagy ***erőssége*** a *primer és szekunder prevenció az aktív lakosság körében.* Ez az alábbiakban nyilvánul meg:

- részvétel az egészségkárosító kockázatok feltárásában (kockázatelemzés);
- az egészségkárosító hatások megszüntetése/csökkentése hozott intézkedésekeket hoz és/vagy javaslatokat tesz ilyenekre (kockázatkezelés);
- holisztikus szemlélet (az egyén, a munka és a környezet összefüggésében vizsgálja kockázatokat;
- a rendeletekben előírt multidiszciplináris képesítések birtoklása;
- a munkaköri alkalmassági vizsgálatok során nem csak az alkalmasság elbírálása vagy a foglalkozási betegségek/fokozott expozíciók gyanújának felvetése történik meg, hanem az a sorsszerű megbetegedések korai kiszűrésére is alkalmas (szekunder prevenció).

Az utolsó ponthoz érdemes néhány kiegészítő gondolatot fűzni. Az alkalmassági vizsgálatokon az oktatásban a munkavállalók 10%-ánál észleltek eltitkolt vagy addig nem ismert betegséget (ez az országos felméréseink alapján 21–30% között változik). Ezen túl a foglalkozás-egészségügyben *felhalmozódott, az aktív lakosságra vonatkozó egészségi adatok (vizsgálati eredmények)* olyan, az egészségügy más területén fel nem lelhető mutatók, amelyek *népegészségügyi szempontból rendkívül értékesek!* Mivel a munkaköri alkalmassági vizsgálatok az Mvt. rendelkezései következtében a szervezettezett munkavégzésben kötelezőek, az itt végzett szűrésekkel a lakossági szűrések (10-15%-os) hatékonysága jelentősen növelhető volna (az alkalmazotti körben közel 100%-ra). Ennek népegészségügyi jelentősége nyilvánvaló.

A *munkabiztonság* ***erősségének*** tekinthető,

- hogy segíti a primer prevenciót;

- hogy együttműködik a foglalkozás-egészségüggyel, ezáltal megvalósítható mind a technikai/technológiai, mind pedig a humán kockázatból adódó egészségkárosító kockázatok csökkentése/megszüntetése;
- a szakmai felkészültség és hitelesség.

A munkavédelmi rendszer ***erőssége***:

- szervezettség;
- elérhetősége/rendelkezésre állás;
- a munkavállalók érdekképviseletének jelenléte, így a munkavállalók közvetlenül juthatnak információhoz és/vagy hallathatják a véleményüket;
- a munkavédelmi oktatás minden esetben kitér az általános kockázatokon túl a speciális (pl. életkorból adódó, pszichoszociális) kockázatok ismertetésére is;
- a munkahelyi rehabilitáció (tercier prevenció) jelentős arányú (67%) jelenléte.

Az utolsó ponthoz is kívánkozik kommentár. A krónikus betegek, a balesetet szenvedettek és az idősödő munkavállalók esetében a munkahelyi rehabilitációnak kiemelt jelentősége van: ez fontos állomása a munkavállaló aktív életbe való visszakerülésének. Ilyenkor érvényesülnie kell a fokozatosság elvének az egyén igénybevételének figyelembevételével (a munkahelyet alakítjuk a munkavállalóhoz és nem fordítva!).

A tercier prevenció másik fontos területe a foglalkozás-egészségügy hatáskörébe tartozik, ez a gondozás. Ezt a megterhelés/igénybevétel függvényében, egyénre és „életre" szabott módon kell végezni, ezért is állíthatjuk, hogy ez nem párhuzamos ellátás a háziorvossal, hiszen ő ezeket a faktorokat nem ismeri!

A rendszer ***gyengeségei*** között elsőként említjük *a munkahelyi baleseteket,* amely számukat tekintve ugyan ritkák, de okukként egyöntetűen a figyelmetlenséget jelölték meg, mint kiváltó tényezőt. Felmerül azonban az a kérdés, hogy – bár nem jelölték be – ezek bizonyos hányada nem adódhat-e a munkavállalók fáradtságából? A pszichoszociális kockázatok felmérésének hiánya lehetetlenné teszi e kérdés megválaszolását.

Ha elvégeznék ezt az elemzést, az tényleges ok(ok) megszüntetésével a *gyengeséget erősséggé* lehetne alakítani, csökkenne a munkahelyi balesetek száma, valamint javulna a termelékenység. A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok egyik legjelentősebb *gyengesége,* amely egyben erősségé is alakítható a *munkahelyi egészségfejlesztés hiánya (csak 26%-ban van jelen!)*, pedig az a primer és szekunder prevenció elektív helye és lehetősége. A másik a munkabiztonsági szakemberek és a foglalkozás-egészségügy szolgálatok munkáltatóktól való

függősége. Bár a munkavédelmi törvény előírja, hogy a munkaáltató csupán finanszírozója a munkavédelemnek, szakmai utasítást nem adhat, mégis úgy tapasztaltuk a válaszokból, hogy több helyen szakmai függőség is kialakul.

Gyengeségnek kell minősíteni azt is, hogy a munkáltatók csak elenyésző esetben készítettek átfogó egészségügyi stratégiát (29%), ezért a munkavállaló egészségmegőrzését szolgáló intézkedései esetlegessé, tervezhetetlenné válnak. A gyengeségek között meg kell említeni azt a tényt is, hogy a munkavállalók *munkaköri alkalmassági vizsgálata sok esetben nem az arra akkreditált rendelőkben,* hanem a munkahelyek valamelyik helységében történik. Ez nem csak a rendelet megszegését jelenti, hanem azt is, hogy a megfelelő/szükséges eszközök hiányában a munkaköri alkalmassági vizsgálatok nem érik el a céljukat, sem az alkalmasság korrekt elbírálása, sem pedig a betegségek, vagy az azt megelőző állapotoknak korai kimutathatósága szempontjából.

Nagy az aránya azoknak, akik még ezeken a *munkaköri alkalmassági vizsgálatokon sem vettek részt soha*. A kockázatelemzés nem tér ki az idősödő munkavállalók életkorából adódó kockázatokra, antropometriai sajátságaira, krónikus betegségeire stb., és több helyen hiányzik a humán tényező a kockázatelemzésből, vagyis nem szerepel az az ember, vagyis a munkavállaló, akire a kockázatelemzés irányul, így az egyik legnagyobb kockázati tényezőt nem ismerve nem is lehet annak a kezeléséről gondoskodni.

Az átfogó munkahelyi egészségügyi stratégia hiánya miatt, több olyan eszköz nem kerül felhasználásra, amelyek a kockázatkezelést hatékonyabbá tehetnék. A gyengeségek közé tartozik, hogy a munkáltató, a válaszadók véleménye alapján, csak kevés területen alakítja a munkahelyet az idősödő munkavállalók igényeihez, így az *„idősbarát munkahely”* kialakítása elmarad, noha a munkáltatónak felelőssége és kötelessége megteremteni azokat a munkafeltételeket, amelyek mellett az idősödő munkavállalót a legkisebb megterhelés éri.

6. Javaslatok megfogalmazása

A foglalkozás-egészségügyi ellátás egyik legtöbb gondot okozó gyengesége, mely sajnos alapjában határozza meg működésének lehetőségét, a munkavállalók más egészségügyi intézménybe történő beutalásának ellehetetlenítése az E alapú finanszírozás hiánya miatt. Ez jelentősen beszűkíti az eltitkolt és/még fel nem ismert betegségek diagnosztikai lehetőségeit, pedig ezek (korai) észlelésének sokrétű a haszna: a munkáltató, a munkavállaló és a társadalom egyaránt haszonélvezője! Az alkalmassági vizsgálatok adekvát elbírálását sok

esetben ellehetetleníti, egyben diszkriminatív is, mert minden szakterület kap lehetőséget szerződéskötésre a TB-vel, kivéve a foglalkozás-egészségügyet, így az E Alap terhére történő beutalás körükben nem lehetséges. A másik probléma, hogy mind a foglalkozás-egészségügyi szolgálat, mind a munkabiztonság közvetlenül függ a munkáltatótól a finanszírozás miatt. Bár az Mvt. kimondja, hogy a munkáltató csupán finanszírozója a munkavédelemnek, annak szakmai utasítást nem adhat, a mindennapi gyakorlatban sajnos nem ezt tapasztaljuk.

A meglévő gyengeségek sok esetben ***lehetőséggé, erősséggé*** alakíthatók. A munkahely manapság nem kizárólag gazdasági egységet jelent, hanem egy felelős társadalmi intézményt is. A profitmaximalizáláson kívül egy cég céljai közt szükségszerűen meg kell jelennie az egészségfejlesztésnek, mely a foglalkozás-egészségügyi szolgálatnak nem csak egy kihívás, hanem egyben lehetőség is. A munkahelyen olyan ismereteket, módszereket és késztetést lehet és kell terjeszteni, amelyek az egészségtudatos magatartást és életmódot segítik megvalósítani. Ez a munkahelyi egészségfejlesztésnél az oktatásban valamint azokban az egészségfejlesztő programokban valósulhat meg, amelyek szemléletváltást hoznak a munkavállaló egészséghez való viszonyulásában. A munkahelyi egészségfejlesztés a munkavállalóra irányul, de előnyei szerteágazóak: csökkennek a betegséghez kapcsolódó kiadások, nő az intézmény hatékonysága. Tehát nem karitatív tevékenységként kell erre tekinteni, hanem egy egyértelműen kifizetődő befektetésként, melynek hasznából egyaránt részesül a munkáltató, a munkavállaló és végső soron a társadalom is. Nemzetközi költség-haszon elemzések szerint a megtérülési arány akár 1:6 is lehet! Ez még inkább kihangsúlyozza azt a *lehetőséget és felelősséget*, amely a foglalkozás-egészségügyi szolgálatra ezen a téren hárul. A haszon a munkáltatónál megnyilvánul a betegállományi statisztika javulásában, rugalmasabbá válik a vállalkozás, és az egészséges, képzett és motivált munkaerővel növekszik az innovációs készség és a termelékenység is, nem utolsó sorban javítja a vállalatok képét az ügyfelek körében és a munkaerőpiacon egyaránt. A munkavállalóknál a csökkenő terhelés és a növekvő alkalmazkodó képesség következtében ritkábbak az egészségre vonatkozó panaszok vagy egészségkárosodásra vonatkozó tünetek, így nő a munkavállaló aktív életkora. A munkahelyi egészségfejlesztéssel kiteljesedő egészségtudat hat a munkavállaló családi, baráti és lakókörnyezetére is. Mindezzel természetesen a társadalom is jól jár: csökkenek az egészségügyi és rehabilitációs költségek, az aktív életkor meghosszabbodásával nő a munkában eltöltött évek száma (eltartottból eltartó lesz!), aminek jelentős nemzetgazdasági haszna is van, nem utolsó sorban azért, mert a megelőzés költségei nagyságrenddel olcsóbbak, mint a gyógyításé.

Rendkívül előnyös lenne, ha a foglalkozás-egészségügy mellé rendelnék a népegészségi szűrőprogramokat, melyeknek egy részét ma is elvégzi a foglalkozás- egészségügyi szolgálat a munkaköri alkalmassági vizsgálatok keretében, de ezek az adatok, mint említettük, nem kerülnek felhasználásra. Egy ilyen döntéssel népegészségügyi szűrések jelenlegi 10-05%-os hatékonyságát az alkalmazottak körében közel 100%-osra lenne emelhető. A betegségek korai diagnosztizálása pedig amellett, hogy anyagi megtakarítást jelent, jelentősen növeli a gyógyulási esélyt, ami egyben az aktív évek meghosszabbítását jelenti. Ennek érdekében, fontos a szemléletváltás ezen a területen is, aminek egyik eszköze az oktatás, mely ki kell terjedjen a munka világának minden szereplőjére. Valamennyi érintett (munkáltató, munkavállaló, foglalkozás egészségügyi szolgálat, munkabiztonsági szakember) rendkívül erős elkötelezettsége, és a feladatok rendszerbefoglalása, és a teljesítések igazolhatósága hozhat és tarthat fenn igazi eredményt. A biztonság nem egy stabil érték, nemcsak a fenntartása szükséges, hanem állandóan javítani kell azt. Ezért fontos olyan biztonsági kultúra kialakítása, amely jelzi, hogy milyen biztonságos az aktuálisan alkalmazott gyakorlat a munkahelyen. A biztonsági kultúra azokra a módokra utal, amelyekkel a szervezet informális tényezői pozitív vagy negatív módon befolyásolhatják a munkahelyi biztonságot és egészséget. A munkavédelmi oktatás javítása segíti a munkahelyi kockázatok megszüntetését/csökkentését, csökkenti a munkahelyi balesetek és táppénzes napok számát. A munkavállaló érdekképviseletének bevonásával a munkavédelem hatékonyabbá válhat, mert ha a munkavállaló ismeri az egészségkárosító kockázatokat, tudatosan tud fellépni ellenük, csökkenteni vagy megszüntetni azokat.

Az *idősbarát munkahelyek* megteremtése nem csak kötelezettsége a munkáltatónak, hanem egyben lehetőség is előny kovácsolására, ugyanis nagy előnye, hogy rövidebb idő szükséges a munkavállalók be/visszailleszkedéshez. Ezáltal a termelékenység nő, a csökkent megterhelés kevesebb megbetegedést eredményez (a munkából kiesett napok száma csökken). Lehetőséget jelent továbbá a szakmai fejlődéshez, ezzel is plusz motivációt biztosítva a munkavállalónak.

A ***lehetséges veszélyek*** között a oktatás területén meg kell említeni azt, hogy a munkáltató nem minden esetben veszi igénybe a foglalkozás-egészségügyi orvos szakértői tevékenységét, így a *munkahelyi egészségügyi stratégiájának* elkészítésénél sem. Bár az Európai Bizottság 2004-ben hozott direktívája megfogalmazta, hogy az éves jelentésükben az európai vállaltok térjenek ki a szociális és a környezeti hatásokra, ez azonban az oktatásban nem valósul meg. Nem csak a direktíva be nem tartása számít ebben a helyzetben, hanem egy egységes egészségügyi stratégiának a hiánya is, ami megnehezíti a szakmai standardok betartását, ilyen módon közvetve fokozza a foglalkozás-egészségügyi orvos már említett kiszolgáltatottságát.

Ezért is fontos az alábbiak megfontolása. Bár a Munkavédelmi törvény előírja, hogy a munkáltató csak finanszírozója a foglalkozás-egészségügyi szolgálatnak, de szakmai kérdésben utasítást nem adhat, mégis úgy tűnik, hogy bizonyos függőségek megszüntetése szükséges lehet a foglalkozás-egészségügyi szakorvos teljes szakmai és anyagi önállóságának biztosításához. A jelenlegi finanszírozás mellett a foglalkozás-egészségügyi orvos kiszolgáltatott a munkáltatónak, ami megnehezíti a szakmai standardok betartását. A „szabadverseny" a szakma minőségromlását eredményezi (nem a munka minősége, az ár a meghatározó – minél olcsóbb, annál biztosabb a szerződés – de a megajánlott ár nem fedezi a költségeket, azaz, bizonyos munkát nem végez el a foglalkozás-egészségügyi szolgálat!).

Egy észszerűen megreformált rendszer ***a szükséges erőforrásokat*** tekintve, újabb humán oldalon bővítést nem igényel. Az anyagiak terén szóba jöhet: a munkáltató a munkavállalók egészségére fordított plusz kiadásokat (pl. munkahelyi egészségfejlesztési programok) írhassa le az adójából, esetleg igényelhesse vissza egy részét, stb. A TB finanszírozás átcsoportosításával a foglalkozás-egészségügy beutalásait, szűrőprogramjainak kiadásait fedezni kellene, hiszen az általa ellátott tevékenység véleményünk szerint közfeladat! Az informatikai háttér kiépítése az alapellátás nagy erősségévé emelhetné a foglalkozás-egészségügyi ellátást, egyfelől a kapcsolattartás, a kommunikáció, másfelől a párhuzamos vizsgálatok megszüntetése (adatokhoz hozzáférni!) tűnik fel a lehetőségek palettáján. A jogi szabályozás módosítása elengedhetetlen a foglalkozás-egészségügy területén, legyen az a finanszírozás, a működés és működtetés, vagy akár az egészségügy területén elfoglalt helyét. A finanszírozásnak biztosítania kell a szakma függetlenségét, legyen az pénzügyi vagy szakmai, mert a finanszírozás nem csak gazdasági kérdés, hanem egyben a szakmai munka minőségét is jelenti (a nem megfelelő finanszírozás, nem teszi lehetővé bizonyos feladatok elvégzését!).

Ami a működés kérdéseit illeti, újra kell gondolni

- az A, B, C, D kategóriák szerinti besorolást (nem csak azért, mert jelenleg ez túlhaladott, hanem azért is, mert a szerződések megkötésekor sokszor nem a rendelet szellemében történik meg a munkavállalók besorolása, hanem financiális okokból a munkáltató az olcsóbb C és D kategóriákat preferálja);
- az orvos által ellátható munkavállalók számát valamint a működtetők személyét is (csak foglalkozás-egészségügyi szakmai képzésben részesült személy legyen jogosult foglalkozás-egészségügyi szolgálatot működtetni, mert a szakmai ismeretek hiánya negatív irányba befolyásolhatja a tevékenység minőségét);
- legyen kötelező a foglakozás-egészségügyi szerződések felmondásának indokolása.

A reformfolyamatot felgyorsíthatná, ha végre előrelépés/döntés születne a balesetbiztosítási pénztár ügyében.

A ***várható eredményeket*** tekintve a munkavédelmi tevékenység hasznos voltáról az előzőekben ismételten szóltunk. Az eredményesség nyilvánvalóan növekszik, ha a rendszerben lévő hibákat, melyekre jelen kutatásunk eredményei is rávilágítanak, korrigáljuk.

A kutatás célja tehát megvalósult, mert feltárta a munkavédelem, a foglalkozás-egészségügy és munkabiztonság erényeit, amelyre a továbbiakban is támaszkodni lehet és kell, ugyanakkor a hiányosságait is, melyek részben a jogszabályok be nem tartásából erednek, részben a jogszabályokban meglévő ellentmondásokból, hiányosságokból származnak. Ezért a jogszabályok ilyen irányú módosítása nem tűr halasztást, ennek elmulasztása veszélyezteti a munkavállalók egészségét, jóllétét. Ugyancsak rávilágított ez a kutatás azokra a lehetőségekre, erőforrásokra, amelyek a rendszer sajátosságából adódnak.

Úgy véljük eredményeinkkel hozzájárultunk ahhoz, hogy méltatásainkkal, kritikai észrevételeinkkel és a javasolt változtatásokkal az oktatás minden szintjén, az óvodától a felsőoktatásig olyan munkavédelmi helyzet alakuljon ki, amely az ott tanítottak/neveltek számára a munka világában kikerülve jó gyakorlati példaként szolgálhat.

Lektor neve, továbbá igazságügyi szakértői, kamarai tagság, illetve munkavédelmi hatóság által kiadott munkabiztonsági szakértői engedélyek jegyzék megjelölése:

Dr. Plette Richard – munkabizt. szakértői eng. sz: 13157-1/2014-5410

Lektori vélemény:

Az oktatási ágazatban (makroszinten) jellemző munkaegészségügyi és munkabiztonsági kockázatok azonosítása mindent megelőző cél. Egyre több vállalat ismeri fel, megéri foglalkozni az alkalmazottak egészségével, hiszen mindez többszörösen is megtérül.

A munkaegészségügy és a munkabiztonság területén ilyen széleskörű kutatás hazánkban, de máshol sem volt. A kutatás a munkaegészségügy és a munkabiztonság jelentős szereplőinek (munkavállaló, munkáltató, munkabiztonsági szakember, foglalkozás-egészségügyi szakorvos) megkérdezését tűzte célul. A kutatás módszertani eszközei közül a keresztmetszeti vizsgálati módszert alkalmazta. (általános kockázatok, pszicho-szociális kockázatok, ergonómiai kockázatok, idősödő munkavállalók kockázatai). A kutatás elérte célját. Új adatbázist biztosít a téma iránt érdeklődők és a további kutatások számára

A foglakozás-egészségügyre és munkabiztonságra vonatkozó kutatási beszámoló újszerű, ágazat-specifikus, színvonalas, változtatás nélkül elfogadható.