

E g é s z s é g e s
munkavállaló
az egészséges
munkahelyeken

A munkahelyi egészségfejlesztés
jelene és jövője



Országos
Egészségfejlesztési
Intézet

Beköszöntő

Az első Európai Környezet és Egészség Konferencián, 1989-ben elfogadásra került „A környezet és egészség európai charta”, amely kimondja, hogy minden egyénnek joga van olyan környezethez, mely elősegíti a számára elérhető legjobb egészségi állapotot és jólétet.

Egyidejűleg azt is deklarálja, hogy „... minden állami és magán szervezet vizsgálja meg saját tevékenységét és hajtja végre feladatait, hogy megóvja az emberek egészségét a fizikai, kémiai, biológiai, mikrobiológiai és társadalmi környezetből származó káros hatásokkal szemben. ...Valamennyi szervezet elszámoltatható a tevékenységével!”

A Charta hangsúlyozta a civil szervezetek igen fontos szerepét, az információ széleskörű terjesztésében, a tudatosság és a párbeszéd kialakításában.

Ez a kiadvány a fentiek szellemében készült.

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet felkérésére *országos jelentőségű és hatáskörű civil szervezetek felelős vezetői írják le és adják közre gondolataikat* a munkahely, mint mikro-környezet témakörrel, ill. a munkahelyi egészségfejlesztéssel kapcsolatban. Szólnak foglalkoztatás politikai kérdésekről és problémákról, foglalkozás-egészségügyi helyzetképről, érdekképviselési lehetőségekről, európai hálózatról, amely a munkahelyi egészségfejlesztés összehangolására és ösztönzésére jött létre, és számos megfontolandó, hasznos javaslatot is megfogalmaznak.

Életünket órákban mérve, egyértelműen elmondható, hogy az alvási időn túli órák legnagyobb részét, különböző színvonalú és komfort fokozatú munkahelyeken, munkával töltjük el. A munka, az alkotó emberi lét meghatározója, az emberi örök kreativitás speciális megnyilvánulása. A munka, azaz az alkotási folyamat megélése – annak örömei és kínjai –, valamint a munkahelyi környezet minősége és közvetlen/közvetett hatásai, alapvetően meghatározzák közérzetünket, és számos módon befolyásolják egészségi állapotunkat. *Így az egészségfejlesztés és egyben az egészségvédelem egyik legfontosabb színtere; a munkahely.*

Intézetünk célja és feladata, hogy minél több intézmény, vállalat, munkavégzési hely megismerhesse és alkalmazhassa – a rá vonatkozó – egészségfejlesztési elveket és a hozzájuk kötődő legjobb gyakorlatot.

Ma Magyarországon számos és egyre több olyan intézmény, vállalat van, amelynek egészségfejlesztési törekvései példamutatóak, és amelyek kiérdemlik az „egészségbarát munkahely” megnevezést.

Ez a kiadvány minderről szól, a civil szervezetek szemszögéből nézve; a megközelítés sokféleségével, de az azonos célok és érdekek ötvöző erejével.

Szerény, ám a maga nemében figyelemre érdemes kor-rajz!
Forgassák haszonnal.

Kívánok Önöknek jó egészséget, jó munkát, egészségbarát munkahelyeket, egészség- és környezetbarát meggyőződésű munkahelyi vezetőkkel és munkaadókkal!

Dr. Misz Irén Írisz
Főigazgató, Országos Egészségfejlesztési Intézet

Budapest. 2004. február. 17.

Előszó

Az elmúlt években egy megyei jogú magyar nagyvárosban készített felmérés adatai szerint, ha a lakosságon múlna, a legtöbb pénzt az egészségügyre fordítaná. Az egészségügyi ellátás színvonala a megelégedettséget tükröző listán a 21. helyet érte el. (első a vezetékes gáz, második az áruellátás, harmadik a vezetékes víz, ötödik a köztemető, hetedik a sportlétesítmények, tizenharmadik a kulturális rendezvények, stb.) Arra a kérdésre, hogy mi a legfontosabb érték az életben, az egészség kapta a legtöbb „szavazatot”. Ugyanakkor a lakosság első tíz „pénzköltési”, kiadási prioritása között nem szerepelt az egészségi állapot javítása, a betegségek megelőzése, az egészség fejlesztése. Az egészség akkor válik itt is prioritássá, ha már nincs.

Hol veszítjük el egészségünket? Ez életünk egyik meghatározó kérdése.

A válasz nem egyszerű. A számtalan tényező, apró mozzanat összessége szabja meg egészségünk állapota számára a befutható irányt. Sorolhatnánk ezeket: életmód, környezeti hatások, genetikai örökség, stb.

A munkával töltött, gondokkal teli hajszás napok közben gyakran mondogatjuk egymásnak – és sokszor magunknak is – „*Nincs semmi baj, csak egészség legyen!*”. Sok esetben még köszönésként is „**Jó egészséget!**” kívánunk embertársainknak.

A fejünkben, a gondolatainkban ott rejlik az egészség értéke, az üzenet, amely az élet fenntartásának, az élet továbbadásának a kulcsa.

„*Vízet prédikál és bort iszik*” – mondja a magyar ember arra, aki másként cselekszik, mint ahogyan beszél. Általában nagyon haragszunk arra, akire ezt mondjuk. Elítéljük, sokszor megvetjük. Pedig...

Pedig saját magunkra is alkalmazni kellene a példázatot. Mindennapjainkban, életmódunkban, életvitelünkben, munkavégzésünk során, munkahelyi döntéseinkben, vajon hol és milyen mértékben lelhető fel az egészség védelme, megóvása?

A szavakkal való játszadozás mögött ott húzódik meg a rideg valóság: valójában csak akkor érezzük az egészség fontosságát, ha NINCS. Olyan, mint a fehér holló télen; nem ő látszik, csak a hiánya. Akkor pedig már sokszor késő a felismerés. A műtőasztalon, a kórházi ágyon, vagy a táppénzes papírra várva szinte mindenki megfogadja: ezen túl majd másképp lesz.

Aztán, mikor kezd a félelem, az első riadtság érzése elmúlni, a múlt homályába veszni, lassan azon vesszük észre magunkat, hogy ismét csak a régi módon működünk, ismét ...

A jelenség fellelhető a magánemberek, a főnökök, a beosztottak mindennapi tevékenységében. Az egészség és biztonság nem élvez prioritást sokak gondolkodás módjában. Háttérbe szorul. „Fontosabb” szempontok irányítják cselekedeteinket.

Egy vállalat életében számtalan döntés születik, szinte percenként. Ezeknek a döntéseknek van egy közös jellemzőjük: minden esetben gazdaságossági elemzés előzi őket meg. Egy döntés akkor születik meg, amikor gazdaságossági szempontoknak megfelel. A kérdés rögtön adódik: a döntéseknek miért csak a gazdaságossági szempontoknak kell megfelelnie? Miért nem kell ezeknek a mindennapi döntéseknek az egészség és biztonság elemeihez is igazodniuk?

Ezeket a kérdéseket boncolgatják e kiadvány szerzői is. Non-profit, civil szervezetek szemszögéből közelítve a problémát, körvonalazódik egy valódi értékekben gyökeredző, partnerségen alapuló társadalmi együttműködés lehetősége, amely kapcsolódva a kormányzati törekvésekhez valódi eredmények forrása lehet.



„Sokkal fontosabb a megfelelő dolgot csinálni (**hatásosnak lenni**), mint a dolgokat megfelelően csinálni (**hatékonyak lenni**)”. / Drucker /

Kapás Zsolt, elnök
Egészségesebb Munkahelyekért Egyesület

A munkahelyi egészségfejlesztés európai gyakorlata (Bemutatkozik a Munkahelyi Egészségfejlesztés Európai Hálózata)

Előzmények, háttér

Az Egészségügyi Világszervezet 1986. évi Ottavai Chartáját fordulópontnak tekinthetjük az egészségvédelem terén. Ekkora már nyilvánvalóvá vált, hogy az egészség, illetőleg az egészségvédelem nem rendelhető el „felülről”, hanem csak minden egyes személy közreműködésével érhető el e téren eredmény. Felismerték azt is, hogy az egészséget nem lehet csupán a betegségek hiányaként meghatározni. Az Ottavai Charta az egészségfejlesztést az egészséghez vezető új útként vetítette elénk, és ennek az új egészségpolitikának fontos helyszíneként nevesítette az iskolákat és a munkahelyeket.

A Charta az egészségfejlesztés egyik első meghatározását is megadta: *„Az egészség-fejlesztés egy olyan folyamat, amelynek célja az, hogy minden emberben fokozott mértékben működjön az egészségtudat, és ezáltal képessé váljon egészségének megerősítésére.”*¹

Az Európai Közösség Amszterdami Szerződése is foglalkozik a lakosság egészségével, különösen a 3. és a 152. paragrafusban. Ezekben a tagállamok kötelezettséget vállalnak egy magas színvonalú egészségvédelem elérésére, a lakosság egészségi állapotának javítására, az egészséget fenyegető veszélyek kiküszöbölésére. Az Európai Közösséget a 152. paragrafus felhatalmazza arra, hogy e célok elérése érdekében különféle rendelkezéseket hozzon.

Nyilvánvaló, hogy ezek a célkitűzések a munka világát is érintik. Az egészséges munkahely biztosítása valóban kiemelt prioritást élvezett és élvez a mai napon is az európai munkavédelmi és egészség-politikában, ami a 89/391/EEC keretdirektívában és a csatlakozó egyedi direktívákban is megnyilvánul.²

Ha egységben tekintjük ezeket az irányelveket, kiviláglik, hogy a továbbiakban a munka- és egészségvédelem szemléletét nem az egyes különálló kockázati tényezők (pl. zaj, rezgés, porok) uralják, hanem a munkahelyet egységes egésznek kell tekinteni, az összes előforduló kockázattal, megterheléssel és a kialakuló igénybevétellel együttesen számolva kell megalapozni a megelőző egészségvédelmet.

Az Amszterdami és a Maastrichti Szerződésben az EU tagállamok kinyilvánítják készségüket egy az eddiginél aktívabb egészségpolitikára és egy még jobb egészségügyi együttműködésre. Ezzel dördült el a startpisztoly a célzott egészségfejlesztési tevékenységek megvalósítása terén. Az első programcsomagok az 1996-2000. évekre szóltak, és sokoldalú egészségfejlesztési, nevelési, felvilágosító és képző elemeket tartalmaztak a közös cél – az egészség színvonalának emelése az EU-ban – elérése érdekében.

Az 1990-es évek közepétől napjainkig számos munkaértekezlet, kongresszus foglalkozott a munkahelyi egészségfejlesztés és a hagyományos munkavédelmi (munkabiztonsági és munkaegészségügyi) törekvések kapcsolatával, és erről számtalan, többnyire egybehangzó állásfoglalás született. Röviden összefoglalva megállapítható, hogy a munkahelyi egészségfejlesztés nem ellentéte, kiváltója a hagyományos munkavédelemnek, hanem kiegészíti azt, bővíti az egészséges munkahely/munkavilág megvalósításának lehetőségeit.

A munkahelyi egészségpolitika egységes, holisztikus szemlélete napjainkban a környezetet is figyelembe veszi, nemcsak a munkahelyen, hanem tágabb értelemben is. Ennek megvalósulása örvendete-

¹ Az 1991. évi XI. törvény az ÁNTSz-ről az egészségfejlesztést az egészségvédelmi, egészségnevelési és egészség megőrzési tevékenységek együtteseként határozza meg.

² Ezeket az irányelveket a magyar jogrendszer az 1993.évi XCIII. törvénnyel a munkavédelemről és a csatlakozó végrehajtási rendeletekkel már majdnem teljes körűen átvette.

sen egyre gyakoribb. Talán ez bátorította fel a Lisszaboni Európa Tanács Csúcsértekezletet arra, hogy állásfoglalást adjon ki a fenntartható egyetemleges szociális felelősségről. Az Európai Bizottság Zöld Könyve erről 2001-ben így ír: „Szociálisan felelősnek lenni nemcsak azt jelenti, hogy megfeleljünk a jogi előírásoknak, hanem azt is, hogy túlteljesítjük azokat, az előírtaknál többet fektetünk be az emberi erőforrásokba, a környezetbe és az érdekeltekkel való együttműködésbe.” A Zöld Könyv megállapítja, hogy ilyen egyetemleges szociális felelősség áll fenn az élet- és munkakörülmények terén is.

Munkahelyi Egészségfejlesztés Európai Hálózata (European Network for Workplace Health Promotion – ENWHP)

A Munkahelyi Egészségfejlesztés Európai Hálózata (ENWHP) egy vízió megvalósítása érdekében jött létre 1996-ban, miután az Európai Unió (EU) szabad utat adott az „Egészségfejlesztés, felvilágosítás, nevelés és képzés” új egészségpolitikai trendnek, melynek célja az egészségvédelem javítása Európában. Nyilvánvaló, hogy a vízió megfogalmazására csak az ENWHP megalakulását követően került sor, de a szereplőket már ez hozta össze. Mivel az EU új egészségpolitikai kezdeményezésében nagy prioritást szántak a munkahelyeknek, az Európai Bizottság felkarolta azt a német törekvést, amely az ENWHP létrehozására irányult. S ebben komoly érvrendszer hatott, nevezetesen: a munkavállalók munkahelyi egészségének fejlesztése bizonyíthatóan szolgálja azt a társadalmi célt, hogy a szociális és a gazdasági környezet javuljon.

Mi az ENWHP víziója ? A német kezdeményezés szerint „Gesunde Mitarbeiter in Gesunden Unternehmen”, vagy a Hálózat angol munkanyelvén „Healthy Employees in Healthy Organisations.”³ Ez a megfogalmazás a Hálózat alapító tagjainak közös gondolkodását tükrözi.

Kik voltak az alapítók? Érthető módon az Európai Bizottság csak akkor támogat egy ilyen kezdeményezést, ha az a tagországok többségére kiterjed. Ez a követelmény már a kezdetek kezdeténél teljesült, mind a 15 tagország induláskor bekapcsolódott a munkába. Ugyanakkor lett a Hálózat tagja Izland, Liechtenstein, Norvégia és Svájc (az Európai Gazdasági Övezet tagjai). Szerencsénkre a német kezdeményezőkésség a későbbiek során sem lankadt, nemcsak felvállalták a Hálózat Titkárságának vezetését, hanem javaslatukra hívták meg 1999-ben részvételre a tagjelölt országok közül a Cseh Köztársaságot, Magyarországot és Lengyelországot, majd a későbbiek során Bulgáriát és Romániát. Noha a jelenlegi 23 tagország nem fedi le Európa egész térképét, mégis földrészünkön jelentős súlyt képvisel. De nemcsak ez adja meg az ENWHP jelentőségét, hanem az is, hogy a megalakulása óta eltelt közel 8 évben kiemelkedő eredményeket ért el: pontosította a munkahelyi egészségfejlesztés fogalmát (és ezt konszenzussal fogadták el a tagok), egységes kritériumrendszert dolgozott ki a munkahelyi egészségfejlesztés jó gyakorlatára vonatkozóan. A gazdasági élet minden területéről származó példátárat állított össze, kongresszusaival, kiadványaival és internetes szolgáltatásaival ismereteit, tapasztalatait hozzáférhetővé teszi.

Az ENWHP-ben gondos, előrelátó, az EU mindenkori népegészségügyi politikájához igazodó tervezés és munka folyik. A Hálózat eddigi eredményeiről és a jövőre vonatkozó terveiről szól ismertetőnk további része.

Mi a munkahelyi egészségfejlesztés?

A fogalom meghatározásra már az ENWHP 1997-ben tartott első munkaértekezleten, Luxemburgban került sor. Erről számolt be a Luxemburgi Deklaráció, amelyben ez olvasható:

„A munkahelyi egészségfejlesztés a munkaadók, a munkavállalók és a társadalom valamennyi olyan közös tevékenységét jelenti, amely a munkahelyi egészség és jól-lét javítására irányul. A cél eléréséhez

³ Nyilvánvaló, hogy nem véletlenül tükröződik vissza ez a vízió kötetünk címében..

három eszkörendszer együttes alkalmazása szükséges: a munkaszervezet javítása, az aktív dolgozó részvétel biztosítása és támogatása, valamint az egyéni kompetencia erősítése.”

Már említettük, hogy ez egy az ENWHP-ba delegált nemzeti szakértők konszenzusán alapuló meghatározás. Hogy jól sikerült, azt nemcsak az bizonyítja, hogy 1997 óta nem szorult kiigazításra, hanem az is, hogy a definíciót, illetőleg a benne tükröződő szemléletet számos vállalatvezető, munkáltatói és munkavállalói érdekképviselő megerősítette.⁴

A munkahelyi egészségfejlesztés olyan modern vállalati stratégia, amely megcélozza, hogy a betegségeket a munkahelyen előzzék meg, növeljék az egészségesség lehetőségeit és a munkahelyi jól-létet. E célok elérése érdekében szélesebb eszköztárat kell bevetnie, mint a hagyományos munkavédelemnek, nevezetesen a munkaszervezet ez irányba történő orientálását és a személyiségfejlesztést.

Miért történjen egészségfejlesztés a munkahelyen?

Az elmúlt évezred utolsó évtizedei óta a munka világa növekvő sebességű átalakuláson megy keresztül, s ez a vállalatokra és a munkavállalók egészségére egyaránt jelentősen kihat. A peremfeltételek között napjainkban legtöbbször a globalizációt és az információs technológiák térhódítását említik első sorban, de nem szabad megfeledkezni a létszámcsökkentésről, az időkényszerről, a foglalkoztatás módjának változásairól (a részmunkaidő és/vagy távmunka terjedéséről), a munkaerő idősödéséről, a szolgáltatások térhódításáról sem. Ezek olyan új kihívások, amelyeknek csak a motivált, képzett és egészséges munkavállaló tud megfelelni.

Hasonló jelentőségű az is, hogy napjainkban a munkához való hozzáállás, a munka jelentősége is módosul. A legtöbb ember ma már a munkát nem kizárólag a jövedelem forrásának tekinti, hanem figyelembe veszi azt is, hogy a munkahelyen szociális kapcsolatok alakul(hat)nak ki, az önismeret, az öntudat és az identitás jelentős hatásoknak van kitéve. A munkahelyen⁵ töltjük el éber óráink túlnyomó részét.

A munkahely, tehát nagymértékben befolyásolja egészségünket és jól-létünket. Ezen a szinten bal eseteket és betegségeket lehet megelőzni, egészséges és biztonságos munkahelyeket lehet kialakítani, itt lehet olyan késztetéseket, ismereteket és módszereket terjeszteni, amelyek az egészségtudatos magatartást és életmódot segítik megvalósítani. S közismert, hogy a munkahelyen befolyásolt egészségtudat az élet más színterein is hatni fog.

A munkahelyi egészségfejlesztés a munkavállalókra irányul, de előnyei szerteágazóak: csökkennek a betegségekhez kapcsolódó kiadások, nő a vállalat termelékenysége.

A munkahelyi egészségfejlesztés – bizonyítható módon – nem kizárólagosan karitatív, hanem egyértelműen kifizetődő tevékenység. Hasznából a vállalat (a munkáltató), a munkavállaló és a szociális ellátórendszer egyaránt részesül.

A vállalati előny – betegállományi statisztika hosszú távú javulásán túl – abban is jelentkezik, hogy rugalmasabbá válik a vállalkozás. Az egészséges, képzett és motivált munkaerővel ugyanis növekszik az innovációs készség és a termelékenység. A jól végzett munkahelyi egészségfejlesztés javítja a vállalati képet az ügyfelek körében és a munkaerő piacon egyaránt.

A munkavállalók elsősorban abból profitálnak, hogy a csökkenő megterhelés következtében ritkábban lépnek fel az egészségre vonatkozó panaszok, vagy egészségkárosodásra vonatkozó tünetek.⁶ Előnyös továbbá az is, hogy a pozitív munkahelyi klíma növeli a munkahelyi jól-létet és a munka iránti motiváltságot. Kiteljesedik az egészségtudat és ez előbb-utóbb hat a munkavállaló családi, baráti és lakókörnyezetére is.

⁴ Ilyeneket az ENWHP honlapján olvashatnak.

⁵ és az oda/onnán történő utazással

⁶ a hazai munka/foglalkozás-egészségügyi szóhasználat szerint ezt úgy fogalmazzuk, hogy a munkahelyi egészségfejlesztés egyrészt csökkenti az össz megterhelést, másrészt növeli a munkavállaló munkakapacitást, így az igénybevételt optimalizáljuk, az nem, vagy csak ritkán éri el a káros mértéket.

Ezzel eljutottunk a társadalmi haszon területére, a szociális ellátórendszerben jelentkező előnyök-höz: csökkennek egészségügyi és rehabilitációs kiadások, nő a munkában töltött évek száma, stb.⁷

A munkahelyi egészségfejlesztés tehát nem szerencsejáték. Ez egy példamutató nyerő-nyerő hely-zet, ahol nincsenek vesztesek, mindenki profitál, mindenki nyertes.

Mit szeretne elérni az ENWHP?

Nyilvánvalóan hosszú távú célkitűzése a vízió megvalósulása. Azonban a munkahelyi egészségfejlesztés ösztársadalmi jellegéből fakadóan a Hálózat csak részfeladatokra vállalkozhat. A testre szabott célkitűzés a munkahelyi egészségfejlesztés elterjesztése a munka világában és az egészségnek nagyobb megbecsülést kivívni ugyanott. Ez tehát a távlati cél, amelynek elérése érdekében konkrét akció programokat fogalmazott meg:

1. Nagyobb nyilvánosságot kivívni a munkahelyi egészségfejlesztésnek és rávenni a kulcsszereplőket, hogy az egészséggel kapcsolatosan több felelősséget érezzenek és viseljenek.

2. A munkahelyi egészségfejlesztés jó gyakorlati példáit összegyűjteni és terjeszteni.

3. Kidolgozni a hatékony munkahelyi egészségfejlesztés irányelveit, összegyűjteni és terjeszteni a lehetséges módszereket azzal az érvrendszerrel együtt, amely serkenti a munkahelyi egészségfejlesztésbe történő beruházásokat.

4. Biztosítani, illetve elérni, hogy az EU tagállamokban a munkahelyi egészségfejlesztés politikai támogatást kapjon.⁸

5. A kis- és közepes méretű vállalkozások speciális igényeit felmérni, és feltárni az együttműködés lehetséges útjait.

6. A munkahelyi egészségfejlesztést támogató infrastruktúra kiépítése és a rendszeres információ/tapasztalatcsere biztosítása érdekében, valamennyi egészségfejlesztő fél bevonásával nemzeti munkahelyi egészségfejlesztő fórumok/hálózatok létrehozásának támogatása.

A már megtett lépések

Az akcióprogramok felsorolásában második helyen szerepel a jó gyakorlati példák gyűjtése, s harmadikon a hatékonysági irányelvek kidolgozása. Amikor a Hálózat 1997-ben megkezdte a jó gyakorlati modellek (model of good practice, MOGP) gyűjtését, nyilvánvalóvá vált, hogy a felszínre került üzemi példákat egy szűrőn kell átengedni, azaz ki kellett dolgozni a minőségi kritériumok rendszerét. A megszületett minősítési eljárás hat területet érint:

1. Vállalati politika

Azt kell megvizsgálni, hogy a munkahelyi egészségfejlesztés beépült-e a vállalatirányítás rendszerébe, azaz felismerték-e annak fontos szerepét.

2. Személyzeti munka és munkaszervezés

Fel kell tárnai, hogy a munkahely és a munkafolyamatok kialakításakor figyelembe veszik-e a munkavállalók képességeit (beleértve az egészségi állapotot is). Azaz a személyzeti munkának és a munkaszervezésnek egészség-orientálnak kell lennie.

3. Tervezés

A sikeres munkahelyi egészségfejlesztésnek kiérlelt, jól megfogalmazott koncepción kell alapulnia, amit szükség esetén (esetleg folyamatosan) módosítani kell. Elengedhetetlen, hogy a terveket valamilyen munkavállalóval ismertessék.

⁷ a további példákat lásd az ENWHP honlapján

⁸ Reméljük, hogy jövő évi EU csatlakozásunkkor ez a politikai támogatás már annyira kimunkált lesz, hogy az a feladat magyarországi megvalósítóira kellő nyomást fog gyakorolni. Érelődőben van ugyanis egy a munkahelyi egészségfejlesztésre vonatkozó EU Ajánlás kiadása.

E szempontoknak már a tervekben tükröződni kell.

4. Szociális felelősség

Az eredményes munkahelyi egészségfejlesztés további előfeltétele az, hogy a vállalkozásnak felelősségteljesen kell gazdálkodnia a természeti erőforrásokkal és egyéb egészségfejlesztő kezdeményezéseket is támogatnia kell (helyi, regionális, nemzeti és nemzetközi szinten). A vállalati politikát ezen a téren is vizsgálni kell.

5. Megvalósítás

A munkahelyen integrált és szisztematikus előírásokkal kell elérni, hogy a munkavégzés és munkakörnyezet az egészséget és a biztonságot ne veszélyeztesse, valamint a munkavállalók egészségtudatos magatartást tanúsítsanak, egészséges életmódra törekedjenek.

6. Kiértékelés

A munkahelyi egészségfejlesztés eredménye számos rövid, közép- és hosszútávú mutatóval becsülhető vagy mérhető. Ilyenek pl. a munkavállalók és/vagy az ügyfelek elégedettsége; a betegállomány, a balesetek gyakorisága; a fluktuáció; a motiváltság; a termelékenység. A jó gyakorlathoz az ilyen értékelés is hozzátartozik.

A fenti kritériumrendszer nemcsak az ENWHP-t segítette/segíti a jó gyakorlati példák megítélésében és a MOGP minősítés megadásában, hanem a munkavállalókat, a vállalkozásokat is saját tevékenységük tervezésében és értékelésében. Az ENWHP ezt ellenőrzőlista kidolgozásával és közreadásával támogatta/támogatja.⁹

Az előbbiekhöz egy megjegyzés kívánkozik. Az ismertetett kritériumrendszer követelményei nagyüzemekben, multinacionális vállalatoknál és a közsféra nagyobb egységeinél kisebb-nagyobb nehézségekkel teljeskörűen teljesíthetők. A kis és közepes méretű vállalkozások munkahelyi egészségfejlesztésének megítélésére azonban nem alkalmas, arra egy egyszerűsített rendszert dolgozott ki és ajánl az ENWHP.¹⁰

Az ENWHP első nagy projektje a MOGP gyűjtés volt a nagyvállalati szférában. A munka 1997-ben indult, eredményéről az 1999-ben Bonn-ban tartott konferencián számoltak be.¹¹

A kis és közepes méretű vállalkozások speciális problémáira már ez a MOGP-gyűjtés is rávilágított, ezért a Hálózat Cardiff-i Munkaértekezlete Memorandumban hívta fel a figyelmet az itt jelentkező speciális kihívásokra.¹²

Ezekkel a kihívásokkal a Hálózat nemcsak elméletben foglalkozott, hanem 1999-ben a második MOGP-gyűjtés ezekre a vállalkozásokra irányult. A tapasztalatokról a résztvevők a Lissabon-i Konferencián számoltak be 2000-ben.¹³

Miután a piaci/versenyszektorban folyó európai munkahelyi egészségfejlesztési gyakorlat MOGP-gyűjteménye összeállt, a figyelem 2001-ben a közsféra felé irányult. A beszámolás 2002-ben a Barcelona-i Kongresszuson történt.¹⁴

2002-ben indult az ENWHP most folyó, nagyívű projektje, amely a munkahelyi egészségfejlesztés három elemét vizsgálja:

1. Miért? (Business case)

A cél a munkahelyi egészségfejlesztés hasznossága melletti érvek/bizonyítékok összegyűjtése.

⁹ lásd az ENWHP honlapján

¹⁰ lásd az ENWHP honlapján

¹¹ lásd az ENWHP honlapján. A csatlakozásra váró országok első csoportja itt kapcsolódott be a Hálózat munkájába.

¹² lásd az ENWHP honlapján

¹³ lásd az ENWHP honlapján. Ebben a munkában már Magyarország is részt vehetett.

¹⁴ lásd az ENWHP honlapján. Magyarország ebben a projektben is részt vett.

2. Hogyan? (Toolbox)

A cél az eszköztár összegyűjtése és rendszerezése. Nem azonos a MOGP-gyűjteménnyel, hiszen különféle modellekben azonos eszközök felhasználására kerülhet sor, illetőleg egy modellen belül több eszköz is bevethető.

3. Az infrastruktúra kiépítése

Ez a 6. akcióprogram megvalósítása (l. ott).

A Hálózat következő kongresszusa 2004. június 14-15.-én Dublinban lesz.¹⁵ Már folyik a következő munka tervezése, a célcsoportot az öregedő munkavállalók alkotják.

Az ENWHP működéséről

A Hálózat munkájában résztvevőket – a rendes tagokat – az ENWHP bemutatásának elején már ismertettük. Az országokat egy-egy – kormányzervek által kijelölt – intézmény/személy képviseli, ezeket Nemzeti Kapcsolattartó Hivatalnak (National Contact Office, NCO) tekintik/nevezik.¹⁶

A Hálózat elnöke (Prof. Dr. Karl Kuhn, BauA, Dortmund, Deutschland) vezeti le fél évente, többnyire az EU elnökségét adó országban megrendezett munkaértekezleteket, amelyek a Hálózat döntéshozó fórumai.

A Titkárság feladatait a Szakmai Biztosítótársaságok Szövetségének (BKK Bundesverband, Essen, Deutschland) Európai Információs Központja látja el. Ők szervezik a munkaértekezleteket, a kongresszusokat és a Tanácsadó Testület üléseit, valamint összefogják az ülések közötti időszakban folyó munkát.

A Tanácsadó Testületet az elnök, a Titkárság vezetője, az Európai Bizottság delegáltja és országcsoportok (észak-európai, dél-európai, nyugat-európai, csatlakozásra váró¹⁷ és az Európai Gazdasági Övezethez tartozó) képviselői alkotják.

A Hálózat az Európai Bizottság Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Főigazgatóságával (korábban DG SANCO) tartja a kapcsolatot. A munkaértekezletekre rendszeresen meghívják az ILO, a WHO, a Bilbao-i Ügynökség és az Európai Alapítvány képviselőit, mint rendes partnereket. Az ENWHP-nak társult tagjai és partnerei is vannak.¹⁸

Az ENWHP bemutatásakor néhány szóban érinteni kell a Hálózat gondolkodás módját, munka-módszereit is.¹⁹

Elsőként kiemeljük, hogy a problémákat mindig a különféle megvalósítási szinteken szemléli és kezeli: nemzetközi, nemzeti, regionális/ágazati és helyi megközelítéssel, de ugyanakkor világosan megjelöli a munkahelyi egészségfejlesztés fő színterét, a konkrét munkahelyet, a helyi szintet.

Másodjára említhető, hogy tudatában van annak, hogy a résztvevő országok hagyományai, kultúrája, gazdasági potenciálja nem azonos, tehát a problémák és a megoldási módok nem általánosíthatók. Ez a szemlélet tükröződik a Tanácsadó Testület összetételében. Ugyanakkor nem akar ezeknek a különbségeknek túl nagy szerepet adni, kiadványai többségében a résztvevő országok abc-sorrendben szerepelnek.

Utoljára, de nem utolsó sorban kiemelendő, hogy miközben az egyik projekt folyik, már megkezdődik a következő tervezése. Így a még futó és az Európai Bizottság által támogatott²⁰ projektek befejezése előtt kiérlelt, jól megírt pályázatot lehet beadni a következő projektre. Az EC pozitív döntése esetén így a munka folyamatos lehet.

¹⁵ A tervek szerint mindhárom területen magyar beszámoló is elhangzik. Az ezzel kapcsolatos munkát még tagjelölt ország-ként végeztük, így a munkában való részvételünk még külön elbírálás tárgya volt.

¹⁶ listájukat lásd az ENWHP honlapján.

¹⁷ 2001-2002-ben ez Magyarország volt.

¹⁸ lásd az ENWHP honlapján

¹⁹ annál is inkább, mert az EU-ban való működés MOGP-ának tekinthetjük

²⁰ Az EC a hálózat eddigi munkáját a költségek 80 %-ának megtérítésével, pályázati úton támogatta. 2004-től az elfogadott pályázatok támogatása csak maximum 60 % lehet.

Az ENWHP elérhetősége

Említettük, hogy a Hálózat motorja Németország, ők adják az elnököt és működtetik a Titkárságot. Információért, kapcsolatfelvétel érdekében hozzájuk szabadon lehet fordulni a

www.enwhp.org Internet címen.

Postai címük: ENWHP-Sekretariat BKK Bundesverband, Kronprinzenstr. 6. D-45128 Essen.

Egy kis önkritika és futurologia

Az ENWHP tagországok nem fedik le földrészünk egészét, így az előző áttekintés koránt sem teljes körűen mutatja be a munkahelyi egészségfejlesztés európai gyakorlatát. Ezért is tartottuk fontosnak a címet, alcímmel kiegészíteni.

Remélhetően 2004 májusában megvalósul az EU bővítése, s ez meg fogja könnyíteni, hogy azok az új tagországok, amelyek még nem tagjai az ENWHP-nak (Ciprus, Észtország, Lettország, Litvánia, Málta, Szlovákia és Szlovénia), megismerjék a Hálózat törekvéseit és eredményeit, majd bekapcsolódjanak a további munkába.

De Európa továbbra is nemcsak az Európai Unióból és az Európai Gazdasági Övezetből fog állni. Bulgária és Románia már az ENWHP tagja, de Albánia, Belorusszia, a jugoszláv utódállamok, Moldávia, Oroszország, Ukrajna és Törökország olyan csapatot jelent, amelynek leendő kapcsolata az ENWHP-val teljesen tisztázatlan.

A fent felsorolt országok között szélsőséges különbségek vannak, s ez bizonyára igaz az ott folyó munkahelyi egészségfejlesztésben is. Ez azonban az ENWHP számára feltáratlan, s jelen beszámoló szerkesztője sem rendelkezik e téren ismeretekkel. De nem lehet kizárni azt a feltételezést, hogy az ENWHP-nak a későbbiekben erősödő „két- vagy többsebességű” működési modellben kell gondolkodnia, hiszen ennek csirái a jelenlegi Hálózatban is megvannak (l. az ismertetett országcsoportokat). A szervezeti felépítés és a munkamódszerek másodikként ismertetett eleme, tehát nagy valószínűséggel változni fog.

Munkahelyi egészségfejlesztés integrálása a települési egészségtervben

„A mi városunkban – nekem, mint újságolvasónak úgy tűnik – minden évben meghívja a polgármester azokat a vállalatokat, cégeket, amelyek a legtöbb helyi adót fizetik be a városnak. Ebből aztán címlapsztori lesz szép fényképpel és teljes felsorolással, kiknek is köszönhetjük, hogy befizetett adóik talán gyarapítják az amúgy mindig is forráshiányos költségvetést. Aztán úgy tavasz felé, amikor már mind-ezt régen elfelejtettük, találhatunk egy másik újságcikket (nem feltétlenül a címlapon), amelyben a Környezetvédelmi Felügyelőség a város legnagyobb szennyezőinek listáját teszi közzé – a hiteles tájékoztatás jegyében. Nem kell visszakeresni a korábbi cikket ahhoz, hogy feltűnjön, mintha itt is többé-kevésbé ugyanazok a cégek szerepelnének, akik az ünnepségen is részt vettek. Akkor most, hogy is van ez? Mit is ünnepelnek a polgármesternél? Ki fizet itt kinek? A cégek a város állampolgárainak (a befizetett adókkal), vagy az állampolgárok a cégeknek (a romló egészséggel)? Úzzük el a cégeket, mert nem elég, hogy szennyeznek a környezetet, még az ott dolgozók egészségére is káros hatással lehetnek? A munkanélküliség, a szegénység, az éhenhalás vigasztalóbb lenne szép tiszta levegőjű környezetben? ...

Ezekre persze én sem tudom a választ, de az sokkal jobban bosszant, hogy szándékot sem látok arra, hogy legalább beszéljünk róla. Attól ugyanis, ha nem beszélünk róla, a problémák még léteznek. ...

Aki bejön hozzám a rendelőbe és rossz az egészségi állapota, arról tudom, hogy nem csak a dohányzástól, az egészségtelen táplálkozástól lett beteg, hanem igazából attól a munkától, amelyet az elmúlt 30 évben végzett. Csak arról szemérmesen nem beszélünk, mert hát mit is beszélhetnénk? Hogy tetszett volna elegánsabb, egészségre kevésbé ártalmas munkát végezni az elmúlt évtizedekben? Azt hiszem ő hívna hozzám orvost! Így aztán nyomom a kötelező szöveget: abba kéne hagyni a dohányzást, le kéne fogyni egy kicsit, és jobban hígítani a bort.... Ő meghallgat, én meg letudtam, amit elvártak tőlem. Sikerélménye egyikünknek sincs.”

(Részlet egy foglalkozás-egészségügyi és háziorvosi feladatokat egyaránt ellátó orvossal készült interjúból.)

Marad-e ezek után mondanivalója a társadalomkutatónak? Van-e köze településnek és munkahelynek egymáshoz? A válasz természetesen határozott igen: a józan ész szerint, s közel sem ilyen határozott igen: a mindennapi tapasztalat szerint. Bennünket e bonyolult viszonyrendszerből itt és most csupán a dolgozók egészsége, egészségfejlesztése érdekel.

Ma – kissé leegyszerűsítve –, ami a munkahelyeken belül történik, az szinte teljes egészében a tulajdonos belügye, legyen az a tulajdonos az állam, vagy a magántőke.

Mennyire ismert például az, hogy ma Magyarországon minden második nap meghal egy munkavállaló a munkahelyén? Hogy 30,000 munkahelyi baleset történik egy évben? Pedig ezek hivatalos statisztikák²¹!

Mennyit tudunk arról, hogy a halandósági statisztikákban előkelő helyet elfoglaló daganatos megbetegedések közül hánynak lehet az oka a végzett munka, a foglalkozás? Konzervatívnak tekinthető becslések²² alapján is az évi 30,000-32,000 daganatos halál közül legalább 1200-nak a bekövetkezése a foglalkozás következménye.

Mit regisztrál ezzel szemben a hivatalos hazai statisztika? Az évi jelentett foglalkozási daganatos megbetegedés esetszáma 20-40 között van. A bejelentett foglalkozási megbetegedések száma pedig 567 volt 2000-ben. S ez csak az egészség szomatikus oldala.

²¹ Azt, hogy a dohányzás kb. 30 000 ember halálát okozza, renkívül gyakran kommunikálják az írott és az elektronikus médiában. Nincs az a fórum, ahol ez el nem hangzana, és nincs olyan egészségpolitikus aki erre ne hivatkozna.

²² Doll R. and Peto J.: Occupational cancer. Cancer Inst. 66:1191-1202. (1981)

Az nem állítható, hogy a foglalkozás-egészségügy területén ne történtek volna jelentős erőfeszítések, már ami a jogalkotást illeti. Az implementáció azonban úgy tűnik, kevésbé volt hatékony. Ma Magyarországon minden munkavállalót megillet a foglalkozás-egészségügyi ellátás, dolgozzon akár egyedül egy cégnél. A szabályozással tehát nincs baj. A rendszer, az érdekeltségi viszonyok működésének elemzése nem lehet e rövid írás feladata. Az mindenesetre sokat elmond a rendszert „megjelenítő” foglalkozás-egészségügyi orvosról, hogy „becenéven” sokan csak „távdoctornak (Doctor by Fax)” nevezik.

A statisztikák szerint, ami jól működik, az a munkahelyi egészségfejlesztés. 1998-ban például 23,318 előadást tartottak egészségfejlesztés témában és 12,555 programot valósítottak meg a foglalkozás-egészségügyi ellátókon keresztül.

Ha mindezekhez hozzátesszük az 575 000 szűrővizsgálatot, meglehetősen imponáló számokat kapunk. Persze szükség is van rá, hiszen a Központi Statisztikai Hivatal jelentése szerint 2003-ban²³ a 3,928,000 munkavállaló közül kb. 1,000,000 főt foglalkozási ártalom ér a mindennapi munkavégzése során.

Teendő tehát van, kérdés az, hogy mindezt hogyan lehet megtenni? Reálisan elvárható-e, hogy a munkahelyi egészségfejlesztés – önmagában, a rendszer többi eleme nélkül – sikeresen képes-e beteljesíteni feladatát? Reálisan számítani lehet-e arra, hogy a jelenlegi érdekeltségi viszonyok mellett munkaadó és munkavállaló egyaránt az „egészségesebb” megoldásokat fogja választani, csökkentve profitot, megkereshető munkabért, vagy éppen feláldozva az egészségre súlyos következményekkel járó állást? Milyen segítséget nyújtanak ehhez a gazdasági szabályozók (a munkaadóknak), és milyen védelmet biztosítanak (a munkavállalóknak) – túl a deklarációkon?

Az egészségpolitika kiemelt célként fogja-e a jövőben kezelni a munkahelyi egészségvédelmet, biztonságot, a munkahelyi egészségfejlesztést, vagy a közösségi színterek programokon belül – ha marad rá forrás és kapacitás – lesz csupán egy alpont?

Vannak-e kidolgozott, kipróbált és valóban működő modelljeink a felnőtt munkavállalói populáció „egészségnevelésére”, az egészségük fejlesztésére? E programoknak csupán „elszenvedője” vagy formálója is az a munkavállaló, akit „nevelni” akarunk? Egészségi állapotukat tekintve veszélyeztetett népesség vizsgálatánál ugyanis azt találták, hogy a munkából és az életmódból adódó kockázatok csökkentését nem lehet csak az egyénektől várni, de a személyes autonómia megfosztásával sem érhető el eredmény²⁴.

Ha mindezeket megválaszoltuk, talán visszatérhetünk a bevezetőben idézett doktorunk kérdéseire. Mi köze van egymáshoz településnek és munkahelynek? Sajnos, ha a települési egészségterv program tapasztalatait nézzük, akkor szinte semmi. A többszáz település által kidolgozott egészségtervek szermeresen nem említik, hogy lakosai napi nyolc órában (vagy sokkal többen) vajon mivel és hol, milyen körülmények között töltik a munkaidejüket. A munkaadói szféra általában mint szponzor jelenik meg egy-egy program megvalósításánál: homokot ad a játszótérhez, ingyenes fuvart biztosít a kondi-terem építéséhez, átadja a már nem használt számítógépeit, és (ritkábban) készpénzzel támogat egy-egy feladatot.

Önkormányzat és munkahely, civil szféra és munkahely, intézményi szféra és munkahely még nem találta meg egymást. Mindez véletlen, vagy éppen tudatos (konfliktuskerülés)? A települési egészségtervek készítői és megvalósítói – teljesen jogosan – a kezdeti lépéseknél a biztosan sikeres programokat, feladatokat keresték, keresik. A program know-how-ját megalkotók is ezt javasolták számukra. Lehet, hogy itt az ideje a továbblépésnek?

²³ Központi Statisztikai Hivatal, 2003. május-június In: www.ksh.hu

²⁴ Walsh DC, Jennings SE, Mangione T, Merrigan DM. Health promotion versus health protection. Employees' perceptions and concerns. Manuscript, 1990.

A foglalkozás-egészségügy jelentősége és feladata a munkahelyeken és a lakókörnyezetben.

„Az egészség a legfontosabb a világon. Ha Isten egészséget adott hiba azt eltékozolni!”

Mindennapjainkat alapvetően írott és íratlan szabályok határozzák meg. E szabályokat azért alkották, hogy segítsék az embereket, embercsoportokat jobb életminőségük kialakításában, és megakadályozzák, hogy a másoknak ártsanak. A legtöbb szabály alkotását a szükség kikényszeríti a törvényhozókból a káosz elkerülése érdekében. A minél jobb életminőség elérése alapvető cél és ezzel párhuzamos az a törekvés, hogy az életkort minél hosszabbá tegyék. Testi és szellemi önfenntartásunk minőségi színvonalon való ellátásához számos a tennivaló. A jobbért való küzdés közben rengeteg zsákutcába megyünk, de ennek felismerése után új feladatok, célok tárulnak fel előttünk.

A fenti gondolatokat előre bocsátva, az ott megfogalmazott célok megvalósításához szükséges anyagi javakat, társadalmi berendezkedésünkéből adódóan, a legtöbb ember a munkahelyén próbálja előteremteni. Itt, vagy közvetlenül részt vesz az új termékek előállításában, vagy a termék előállítás lehetőségének biztosításában, annak értékesítésében, új termékek szükségességének felkutatásában. Mindnyájan tanúi és résztvevői vagyunk ennek a bonyolult, évezredekken át kialakult munkamegosztásnak. A munkavégzés, a munkakörnyezet meghatározó jelentőséggel bír az ember szellemi és testi állapotára. Törekszünk az általunk vélt ideális állapot elérésére. Felismertük, hirdetjük és néhány országban már több-kevesebb sikerrel alkalmazzák, hogy a munkát, a környezetet kell adaptálni az emberhez. A munkakörnyezetet kell olyanná alakítani, hogy az a legkevésbé legyen ártalmas. A fokozott izom- megterheléssel járó munkavégzést egyszerű gépek, robotok váltják ki. A vegyi anyagok gőzeinek káros hatását a munkahelyeken alkalmazott elszívó berendezések, egyéni védőeszközök alkalmazása szünteti meg. A halláskárosodást megelőzhetjük a hangszigetelésekkel és hallásvédők alkalmazásával. A gerinc és ízületi elváltozások kialakulását, rosszabbodását megelőzi az ergonómiailag kialakított, megfelelő testtartást biztosító berendezések alkalmazása. A megelőzésben igen komoly szerepe van a különböző védőruházatok és védőeszközök a használatának. Az egyre inkább előtérbe kerülő szellemi munkavégzés, új technológiák bevezetése újabb és újabb ártalmak kialakulásának okozója lehet.

Változik a világ, a környezet, változnak a feladatok, és újabb kihívásoknak kell eleget tennünk. A kereskedelmi forgalomban lévő vegyi anyagok száma az 1960-as években 60 000 körül volt, míg ez 2000-re megduplázódott. A különböző fantázianeveken (márkanameveken) forgalomba hozott készítmények számát 2000-ben, már 4 millióra becsülték. A regisztrált vegyi anyagok száma 1965-ben 1 millió 1990-ben már több mint 10 millió volt. A vegyi készítmények összetételét igen gyakran titok övezi. A minden tekintetben tesztelt vegyi anyagok száma nem sokkal haladja meg az 1000-et, de a megfelelően ismertnek számító vegyi anyagok száma sem több 60000-nél. A WHO definíciója szerint minden egyes vegyi anyag potenciálisan kóroki tényező. A kemizáció kontrollálatlan növekedése a kockázatok olyan nagyfokú emelkedését okozhatja, ami globális következményekkel járhat. Kémiai haváriák, katasztrófák megjelenése, a gyógyszerek okozta fejlődési rendellenességek kialakulása, szállítmányok sérülése esetén a környezet oly mértékű szennyeződése történhet, amely lehetetlenné teszi a fertőzött területen a további életet. Döbbenettel szembesültünk a sugárszennyeződések azonnali káros és késői hatásaival katonai események kapcsán, és emberi mulasztások következtében. Megfelelő szabályozottság hiányában a vegyi anyagok, mint kóroki tényezők az azt előállítók, szállítók, felhasználók és akarataikon kívül azok hatókörzetébe kerülők egészségkárosodását idézhetik elő. (Munkaegészségtan Szerk.: Ungváry György, Medicina Könyvkiadó Rt. 2000.)

Az informatika fejlődésének szinte felfoghatatlan fejlődését tapasztaljuk. A mobiltelefonok, a képernyők napi 8-10 órás használata következtében megváltoznak-e életfunkcióink? Károsodik-e az ideg-

rendszerünk, a látásunk? A „rohanó világ” igényeihez való alkalmazkodási kényszer miatt hányan teszik fel a kezüket, hogy ezt ők nem bírják. Ezt már ma is tapasztaljuk. Igen, a munkát kell adaptálni az emberhez, de óriási kihívás ennek eleget tenni. Megszűnnek foglalkozások, mert nincs szükség rájuk. A 30 éve azt végzőnek szembesülnie kell azzal, hogy csak új ismeretek megszerzése esetén tud eleget tenni saját, a család és a társadalom elvárásainak. Ha erre képtelen, betegségbe menekül annak minden nyűgével.

Alkotmányunk 70/D § (1) bekezdése szerint „A Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez.

(2) Ezt a jogot a Magyar Köztársaság a munkavédelem, az egészségügyi intézmények, és az orvosi ellátás megszervezésével, a rendszeres testedzés biztosításával, valamint az épített és a természetes környezet védelmével valósítja meg.”

E jogszabály érvényesítését több törvény biztosítja (ÁNTSZ törvény 1991, Új munka törvénykönyve 1992, Köztisztviselők jogállásáról szóló törvény 1992, Közalkalmazottak jogállásáról szóló törvény 1992, Munkavédelemről szóló törvény 1993, Az egészségügyről szóló törvény 1997).

A magyarországi munkavédelem feladatait, az EU-ban alkalmazott alapelveket figyelembe véve, az 1993. évi XCIII. Törvény a munkavédelemről írja elő. A törvény az Alkotmány szerint szabályozza az egészséget nem veszélyeztető, biztonságos munkavégzés személyi, tárgyi és szervezeti feltételeit, biztosítja a szervezeten munkát végzők egészségének, munkavégző képességének megóvását és a munkakörülmények humanizálását, megelőzve ezzel a munkabaleseteket, a foglalkozási és a foglalkozással összefüggő megbetegedéseket.

A törvény 49.§ (1) bekezdése szerint a munkavállaló csak olyan munkára és akkor alkalmazható, ha annak ellátásához megfelelő élettani adottságokkal rendelkezik, – foglalkoztatása az egészségét, testi épségét, illetőleg a fiatalok egészséges fejlődését károsan nem befolyásolja, –foglalkoztatása az utódaira veszélyt nem jelent,– mások egészségét, testi épségét nem veszélyezteti, és a munkára – külön jogszabályokban meghatározottak szerint – alkalmasnak bizonyult. Az egészségügyi megfelelőségről előzetes és – külön jogszabályban meghatározott munkakörökben – időszakos orvosi vizsgálat alapján kell dönten.

Az 58. § szerint a munkáltató az egészségügyi, szociális és családpolitikai miniszter rendeletében meghatározottak szerint és valamennyi munkavállalójára kiterjedően... foglalkozás-egészségügyi ellátást köteles biztosítani. – a foglalkozás-egészségügyi szolgálat a munkáltató felelősségének érintetlenül hagyásával közreműködik az egészséges munkakörnyezet kialakításában, az egészségkárosodások megelőzésében. A foglalkozás-egészségügyi szolgálat szakmai irányítását az ÁNTSZ illetékes szervei látják el, ebben a körben a munkáltató a foglalkozás-egészségügyi szolgálatnál dolgozóknak utasítást nem adhat.

A törvénynek a foglalkozás-egészségügyre vonatkozó végrehajtási utasításait a 89/ 1995 Kormányrendelet és a 27/1995 NM rendelet tartalmazza.

Ezek szerint a munkáltatónak, aki munkavállalót szervezett munkavégzés keretében foglalkoztat, minden munkavállalója számára foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatást kell biztosítani. Munkavállalónak minősül az a személy, aki szervezett munka keretében végzi munkáját függetlenül attól, hogy teljes vagy részmunkaidőben foglalkoztatják.

A foglalkozás-egészségügyi szolgáltatást a munkáltató alapvetően kétfajta formában biztosíthatja.

1. Saját fenntartású rendelőben, munkaviszonyban foglalkoztatja a szolgáltatást nyújtó személyzetet.
2. Szerződést köt alapszolgáltatás nyújtására jogosult orvossal vagy vállalkozással.

Az alapszolgáltatás végzése engedélyköteles. Az engedély megadására az illetékes ÁNTSZ jogosult. Az engedély kiadásának feltétele, hogy a szolgáltatást végző rendelkezzen a rendeletekben leírt személyi és tárgyi feltételekkel.



A foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatást a munkáltató finanszírozza. Saját rendelő fenntartása esetén azt működteti, fizeti a feladatot végző orvost, ápolót. Ha szolgáltatást vesz igénybe, akkor ún. „fejkvóta” rendszerben finanszírozzák, a későbbiekben taglalt foglalkozás-egészségi osztályba való beosztás alapján, mely figyelembe veszi az egészségkárosító kockázatokat.



A foglalkozás-egészségügyben dolgozók legfontosabb feladata: részvétel a foglalkozási- és a foglalkozással összefüggő megbetegedések megelőzésében, ezek bekövetkezése esetén a gyógyulás elősegítése, illetve a rosszabbodás megakadályozása. Végezniük kell a munka világában résztvevő emberek közvetlen vizsgálatát annak eldöntése érdekében, hogy a számára felajánlott munkát, az orvos által jól ismert környezetben, egészségi állapotának rosszabbodása nélkül

végezhesse. A helyes döntés meghozatalához esetenként kiegészítő szakvizsgálatokra van szükség. A jelenlegi rendszerben ezeket a diagnosztikai vizsgálatokat a foglalkozás-egészségügyi szakorvos kezdeményezi és az Országos Egészségbiztosító Pénztár a járóbeteg-szakellátás keretei között finanszírozza. Szükség esetén háziorvosához irányítja a betegségben szenvedőt, és gyakoribb vizsgálatokkal ellenőrzi állapotát.

Igen komoly szerepet kell kapnia a felvilágosításnak. Az orvos, ismerve a veszélyforrásokat tájékoztatja a munkavállalót az egészségkárosító kockázatokról. Felhívja a figyelmét a foglalkozási megbetegedések, illetve a foglalkozással összefüggő megbetegedések elkerülhetőségének módjairól.

Fontos feladat a munkavégzés egészségkárosító hatásainak vizsgálata a munkahelyen, amely egyrészt a munkavégzésből adódó megterhelések (fizikai, szellemi, lelki), másrészt a munkahelyi kóroki tényezők (fizikai, kémiai, biológiai, pszichoszociális, ergonómiai) vizsgálatát jelenti, beleértve a kockázatok felkutatását, értékelését, ellenőrzését és javaslattevését azok kezelésére.

A foglalkozás-egészségügy multidiszciplináris jellegét már a foglalkozás-egészségügyi szolgálatról szóló, Magyarország által ratifikált genfi egyezmény is hangsúlyozza. A multidiszciplinaritás iránti igény az ismeretek bővülésével párhuzamosan nő és a jövő útját jelenti. Ennek az igénynek a megvalósítására törekszik a foglalkozás-egészségügyi központok létrehozása. Ez olyan szervezeti egység, amely foglalkozás-egészségügyi szakemberek mellett az egészségügy más szakterületein, valamint más tudományágakban munkálkodó szakembereket fog össze (munkahigiénikust, pszichológust, ergonómust stb.) .A foglalkozás-egészségügyi központ az alapszolgáltatás mellett munkahigiénés és legalább még egy szakterületet érintő szolgáltatást nyújt a munkáltatói igények alapján. Erre a működési formára azért van szükség, mert a korszerű foglalkozás-egészségügyben egyetlen gyakorló szakember sem rendelkezhet más tudományterületeket érintő, olyan kielégítően magas szintű ismeretekkel, amelyek a munkáltató által feltett kérdések megválaszolásához szükségesek.

Igen fontos feladatokat kaptak az OEP, Munkaügyi Központok által finanszírozott Szakellátó helyek. Az alapszolgáltatoknál születnek az alkalmasságot eldöntő határozatok. Alkalmatlanság kimondása esetén jogorvoslati lehetőséget, vagyis másodfokon történő elbírálást kell biztosítani az érintettnek. A szakellátók végzik a másodfokú elbírálásokat a munkaköri alkalmasság, a kézi lőfegyverek, lőszer, gáz és riasztó fegyverek megszerzésével és tartásával kapcsolatos egészségi alkalmasság tekintetében. Ezen kívül végzik a munkanélküliek beiskolázás előtti, és a munkaközvetítés előkészítése keretében történő szakmai alkalmassági vizsgálatokat, a közhasznú munka előkészítése érdekében a munkanélküli munkaköri alkalmassági vizsgálatát. Szakellátást nyújt a foglalkozási megbetegedéssel, vagy annak gyanújával beutaltak számára. Konzultatív tevékenységet folytat más szakterületek orvosai számára a

foglalkozási megbetegedések köréből. Az alapszolgálat részére munkahigiénés tanácsadást végez. A megyei tisztifőorvos felkérésére közreműködik a foglalkozás-egészségügyi ellátás megszervezésében, valamint a megyei (fővárosi) foglalkozás-egészségi szakfőorvos irányításával az alapellátást nyújtó szolgálatok ellenőrzésében. Végzi a szakképzést folytató intézmények tanulóinak, és a felsőoktatási intézmények hallgatóinak külön jogszabály szerinti szakmai alkalmassági vizsgálatát, elkészíti a megváltozott munkaképességű munkanélküliek foglalkoztathatóságával kapcsolatos szakvéleményezéseket a munkaügyi központok számára.

A fenti három ellátási forma eredményes munkájának közös követelménye az együttműködés a munkabiztonsági szakemberekkel, a munkavédelmi képviselővel. A munkavédelmi törvény szerint a munkavédelem a szervezett munkavégzésre vonatkozó biztonsági és egészségügyi követelmények rendszere, ezért a munkabiztonsági és a foglalkozás-egészségügyi szakemberek, valamint a munkavédelmi képviselők közös feladatait a törvényben foglaltak szerint kell értelmezni és végrehajtani.

A munkavállalókat a munkahelyi egészségkárosító kockázatok figyelembevételével négy foglalkozás-egészségi osztályba kell besorolni. A kockázati hatások csökkenését figyelembe véve: „A” „B” „C” „D” osztályba. A besoroláshoz segítséget nyújt az Országos Munka és Üzemegészségügyi Intézet Módszertani útmutatója, „A foglalkozás-egészségi osztályba történő besoroláshoz” című, 1995-s kiadványa. A besorolást a munkáltató végzi, majd azt egyeztetni az ellátást végző szolgálattal. Vita esetén az ÁNTSZ véleményét kell kikérni, ez elsősorban a későbbiekben szóba kerülő fejkvóta rendszer miatt lehetséges.

Az osztályba sorolás fő szempontjai:

- munkabalesetek gyakorisága
- foglalkozási megbetegedések gyakorisága
- fokozott expozíciós esetek előfordulása (vegyipar)
- ismeretlen hatású (mérgező hatás szempontjából kivizsgálatlan) vegyi anyagok a munka környezetben
- rákkeltő vegyi anyagok a munkakörnyezetben
- ionizáló sugárzást kibocsátó sugárforrás a munkakörnyezetben
- karkedvezményes nyugdíjazást indokoló tevékenységek
- munkaidő, illetve expozíciós idő kedvezményt indokoló munkavégzés, munkakörnyezet
- higiénés jellemzők, expozíciós viszonyok
- alkalmassági és időszaks vizsgálatok tapasztalatai

A minőségi ellátás rovására megy a túlvállalkozás. Ennek elkerülése érdekében a Kormányrendelet 3.számú melléklete meghatározza az ellátható létszámot a 8 órában dolgozó foglalkozás-egészségügyi szakorvos + ápoló számára. E szerint:

Foglalkozás-egészségügyi osztály jelölése	8 órában ellátandó	10 órában ellátandó
„A” osztály esetén	1200 fő	1500 fő
„B” osztály esetén	1440 fő	1800 fő
„C” osztály esetén	1800 fő	2250 fő
„D” osztály esetén	2400 fő	3000 fő

Az OMFI és a MOK Foglalkozás-egészségügyi Szekciójának szakvéleménye szerint tartósan napi 10 óránál hosszabb munkaidő (5 napos munkahét esetén) ilyen típusú munkavégzésnél nem engedhető meg.

Ennek alapján a táblázatban szerelők létszámok 25 %-kal magasabbak.

A foglalkozás-egészségügy tevékenysége a számok tükrében:

A Fodor József Országos Közegészségügyi Központ Országos Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Intézetének 2002.évi beszámoló jelentése alapján, ami része az országos statisztikai adatgyűjtési programnak.

Országos összesített adatok

Foglalkozás-egészségügyi Szolgálatok 2002. évi forgalmi adatai

Sorszám	Adat tartalma, megnevezése	Mennyiségi mérőszám
1.	Foglalkozás-egészségügyben dolgozók és ellátottak adatai	
1.1.	Kizárólag foglalkozás-egészségügyi tevékenységet végző orvosok száma	1150
1.2.	Egyéb tevékenységet is folytató orvosok száma	2101
1.3.	Üzemorvostan szakképesítéssel rendelkező orvosok száma	2516
1.4.	Egyéb orvosok száma	735
1.5.	Szakképzett üzemápolók száma	2511
1.6.	Egyéb szakdolgozók száma	782
1.7.	Egyéb diplomások száma	166
1.8.	Ellátott gazdálkodó egységek száma	93453
1.8.1.	10 -nél kevesebb főt foglalkoztató gazdálkodó egységek száma	57178
1.8.1.1.	10 -nél kevesebb főt foglalkoztató gazdálkodó egységek által foglalkoztatottak száma	266995
1.8.2.	10-49 főt foglalkoztató gazdálkodó egységek száma	22985
1.8.2.1.	10-49 főt foglalkoztató gazdálkodó egységek által foglalkoztatottak száma	474701
1.8.3.	50-249 főt foglalkoztató gazdasági egységek száma	9127
1.8.3.1.	50-249 főt foglalkoztató gazdasági egységek által foglalkoztatottak száma	724526
1.8.4.	250, vagy több főt foglalkoztató gazdálkodó egységek száma	4163
1.8.4.1.	250, vagy több főt foglalkoztató gazdálkodó egységek által foglalkoztatottak száma	936427
1.9.	Összes ellátott munkavállalói létszám	2402649
1.9.1.	"A" foglalkozás-egészségügyi osztályba tartozó foglalkoztatottak száma	105628
1.9.1.1.	"A" foglalkozás-egészségügyi osztályba tartozó foglalkoztatottakat alkalmazó gazdálkodó egységek száma	2029
1.9.2.	"B" foglalkozás-egészségügyi osztályba tartozó foglalkoztatottak száma	601301
1.9.2.1.	"B" foglalkozás-egészségügyi osztályba tartozó foglalkoztatottakat alkalmazó gazdálkodó egységek száma	28058
1.9.3.	"C" foglalkozás-egészségügyi osztályba tartozó foglalkoztatottak száma	1042446
1.9.3.1.	"C" foglalkozás-egészségügyi osztályba tartozó foglalkoztatottakat alkalmazó gazdálkodó egységek száma	56589
1.9.4.	"D" foglalkozás-egészségügyi osztályba tartozó foglalkoztatottak száma	653274
1.9.4.1.	"D" foglalkozás-egészségügyi osztályba tartozó foglalkoztatottakat alkalmazó gazdálkodó egységek száma	37226
1.10.	A szolgálat által ellátott ágazatok és az azokban foglalkoztatottak száma	2402649
	Mezőgazdaság, vadgazdálkodás, erdőgazdálkodás, halászat	101072

Sorszám	Adat tartalma, megnevezése	Mennyiségi mérőszám
	Bányászat, fém alapanyag, fémfeldolgozási termék gyártása, villamos energia, gáz-, hő- és vízellátás	212030
	Élelmiszer- és dohányipar	122651
	Könnyűipar, bútorgyártás, egyéb feldolgozóipar, nyersanyag visszanyerése hulladékból	281707
	Vegyipar	51444
	Egyéb nem fém ásványi termék gyártása, építőipar	139809
	Járműjavítás, kereskedelem, vendéglátás	419001
	Szállítás, raktározás, posta, távközlés	196772
	Pénzügyi tevékenység, ingatlanügyek, gazdasági szolgáltatás, közigazgatás, védelem, kötelező társadalombiztosítás, oktatás	488083
	Egészségügyi szociális ellátás	229034
	Egyéb köt- és személyi szolgáltatás	134871
	Alkalmazottat foglalkoztató magánháztartás	4520
	Területen kívüli szervezetek	21655
2.	A megterhelés, a munkahelyi kóroki tényezők felismerése és ezek optimalizálására irányuló tevékenység	
2.1.	Fizikai terhelés	
2.1.1.	Könnyű fizikai munkát végzők száma	787866
2.1.2.	Közepesen nehéz fizikai munkát végzők száma	601586
2.1.3.	Nehéz fizikai munkát végzők száma	125678
2.1.4.	Hő expozícióban dolgozók száma	32866
2.1.5.	Hideg expozícióban dolgozók száma	34925
2.2.	Munkahelyi kóroki tényezők	
2.2.1.	Fizikai kóroki tényezők hatásának kitett munkavállalók száma	347320
2.2.1.1.	Zaj	248619
2.2.1.2.	Helyileg ható vibráció	22362
2.2.1.3.	Egésztest vibráció	32664
2.2.1.4.	Túlnyomás alatti munkavégzés	233
2.2.1.5.	Ionizáló sugárzás	14754
2.2.1.6.	Ultraibolya, infravörös, egyéb nem ionizáló sugárzás	28688
2.2.2.	Kémiai kóroki tényezőknek kitett munkavállalók száma	90094
2.2.3.	Biológiai kóroki tényezők hatásának kitett munkavállalók száma	250948
2.2.4.	Járványügyi érdekből kiemelt munkakörökben foglalkoztatott munkavállalók száma	4176764
2.2.5.	Nem optimális igénybevételnek kitett munkavállalók száma	57047
2.2.5.1.	Pszichoszociális kóroki tényezőknek kitett munkavállalók száma	202651
2.2.5.2.	Ergonómiai kóroki tényezőknek kitett munkavállalók száma	258115
2.2.6.	Baleseti veszéllyel járó kóroki tényezők hatásának kitett munkavállalók száma	445491
2.3.	2.3. Munkahelyeken végzett foglalkozás-egészségügyi vizsgálatok száma	127859
2.4.	2.4. A vizsgálatok eredményeként javasolt intézkedések száma	35205

Sorszám	Adat tartalma, megnevezése	Mennyiségi mérőszám
2.5.	Tervezéssel és munkaszervezéssel kapcsolatos konzultációk száma	23671
2.6.	Tanácsadások száma	219276
2.6.1.	Foglalkozás-egészségügyi ügyekben	96165
2.6.2.	Biztonságtechnikai ügyekben	12832
2.6.3.	Ergonómiai ügyekben	32646
2.6.4.	Higiénés ügyekben	77633
3.	Igénybevétel optimalizálására irányuló tevékenység	
3.1.	Alkalmassági vizsgálatok száma összesen	1945784
3.1.1.	Előzetes munkaköri alkalmassági vizsgálatok száma – alkalmas	583279
	Előzetes munkaköri alkalmassági vizsgálatok száma – nem alkalmas	8671
	Előzetes munkaköri alkalmassági vizsgálatok száma – ideiglenesen nem alkalmas	8209
3.1.2.	Időszakos alkalmassági vizsgálatok száma – alkalmas	1014436
	Időszakos alkalmassági vizsgálatok száma – nem alkalmas	6455
	Időszakos alkalmassági vizsgálatok száma – ideiglenesen nem alkalmas	3851
3.1.3.	3.1.3. Soron kívüli alkalmassági vizsgálatok száma -alkalmas	58518
	Soron kívüli alkalmassági vizsgálatok száma -nem alkalmas	2407
	Soron kívüli alkalmassági vizsgálatok száma – ideiglenesen nem alkalmas	1062
3.1.4.	Külföldön munkát vállalók alkalmassági vizsgálata – alkalmas	9592
	Külföldön munkát vállalók alkalmassági vizsgálata – nem alkalmas	376
3.1.5.	Gépjármű alkalmassági vizsgálatok száma – alkalmas	104100
	Gépjármű alkalmassági vizsgálatok száma – nem alkalmas	752
3.1.6.	Lőfegyvertartáshoz végzett alkalmassági vizsgálatok száma – alkalmas	10680
	Lőfegyvertartáshoz végzett alkalmassági vizsgálatok száma – nem alkalmas	130
3.1.7.	Záró alkalmassági vizsgálatok száma	34506
3.1.8.	Egyéb alkalmassági vizsgálatok száma	98760
3.2.	Foglalkozási megelőző, gondozó tevékenység	
3.2.1.	Gondozottak száma	464311
3.2.1.1.	Foglalkozási betegség miatt gondozottak száma	2948
3.2.1.2.	Rehabilitált gondozott betegek száma	24535
3.2.1.3.	Szív- érrendszeri betegségek miatt gondozottak száma	139830
3.2.1.4.	Mozgásszervi betegségek miatt gondozottak száma	65381
3.2.1.5.	Anyagcsere betegségek miatt gondozottak száma	34461
3.2.1.6.	Idegrendszeri betegségek miatt gondozottak száma	18044
3.2.1.7.	Légzőszervi betegségek miatt gondozottak száma	28223
3.2.1.8.	Emésztőszervi betegségek miatt gondozottak száma	25007
3.2.1.9.	Vulnerábilis csoportba tartozó gondozottak száma	62199
3.2.1.10.	Egyéb okok miatt gondozottak száma	22878
3.2.2.	Gondozási esetszám összesen	661967
3.3.	Védőoltások	

Sorszám	Adat tartalma, megnevezése	Mennyiségi mérőszám
3.3.1.	Munkakörökhöz kapcsolódó védőoltásra kötelezettek száma összesen 76777	76777
3.3.2.	Egyéb, nem a munkakörökhöz kapcsolódó védőoltásban részesítettek száma	50359
4.	Sürgős, a foglalkozással kapcsolatos és egyéb betegség miatti ellátás összesen	808607
4.1.	Sürgős ellátás	167096
4.1.1.	Balesetek száma	25582
	Munkabalesetek száma	12834
4.1.2.	Heveny esetek, rosszulletek száma	140514
4.2.	Foglalkozási betegségek miatti ellátások száma	16468
4.3.	Szűrővizsgálati esetszám	625043
4.4.	Egyéb, a fentiekbe be nem sorolható ellátás	856065
4.5.	Összes rendelőn belüli forgalom (3.1, 3.2.2, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4.)	4272423
4.6.	Foglalkozási megbetegedések, fokozott expozíciós esetek bejelentése	1014436
4.6.1.	A foglalkozás-egészségügyi szolgálat által bejelentett foglalkozási betegségek száma	517
4.6.2.	A foglalkozás-egészségügyi szolgálat által bejelentett fokozott expozíciós esetek száma	866
5.	Perszonális kockázati tényezők csökkentésére irányuló tevékenység	
5.1.	Egészségmegőrző előadások száma	16324
5.1.1.	Az előadásokon résztvevő gazdálkodó egységek száma	11749
5.1.2.	Az előadásokon résztvevő foglalkoztatottak száma	211362
5.2.	Egészségmegőrző programok	
	Tervezett egészségmegőrző programok	8530
	Megtartott egészségmegőrző programok	7443
5.2.1.	A programokon résztvevő gazdálkodó egységek száma	14653
5.2.2.	A programokon résztvevő foglalkoztatottak száma	151021
5.3.	Foglalkozási rehabilitációs intézkedések száma	11898
5.3.1.	A rehabilitációs intézkedésekben közreműködő gazdálkodási egységek száma	2390

Hazánkban az összes ellátott munkavállaló száma 2 402 649 fő volt. A KSH adatai szerint a szervezett munkavégzésben alkalmazásban állók száma 2 720 800 fő volt. Ezek alapján a foglalkozás-egészségügyi ellátottság 88 %-s volt.

A nemzetközi ellátottsággal összehasonlítva az elsők között szerepelünk. A tevékenységet 3251 orvos látta el. 2516 orvos rendelkezik üzemorvosi szakképesítéssel. Kizárólag foglalkozás-egészségügyi tevékenységet végző orvosok száma 1150 fő. Szakképzett üzemápolók száma 2511 fő. Egyéb szakdolgozók száma 782 fő. „A” foglalkozás-egészségi osztályba 105628 fő, 2029 gazdálkodó egységben, „B”-be 601301 fő 28058 gazdálkodó egységben, „C”-be 1042446 fő 56589 gazdálkodó egységben, „D” be 653274 fő 37226 gazdálkodó egységben. Az ellátott gazdálkodó egységek száma 93453.

A munkahelyi kóroki tényezők közül hazánkban minden 6. munkavállalót ér fizikai kóroki tényező, minden 10.-et zajártalom, minden 10. munkavállaló biológiai kóroki tényező hatásának, és minden ötödik nem optimális igénybevételnek van kitéve. Minden ötödik munkavállaló baleseti veszélynek van kitéve.

A számok nagyon komoly, jelentős munkát mutatnak. Ismerve a korábbi évek adatait minden évben az előző évihez képest szinte valamennyi paraméterben javulás tapasztalható. Ugyanakkor rengeteg

feladat megoldásra vár. Az elmúlt 8 év bebizonyította, hogy lemaradásban vagyunk a minőségi ellátásban. Sokkal nagyobb energiát kell fordítanunk az ellenőrzésre, a minőség biztosításra. Az elmúlt években megjelentetett rendeletek komplexitást biztosítanak a szolgálatnak, amelyek pontosan tudják feladataikat. Azok végrehajtásában egyes szolgálatoknál nagyon komoly hiányosságok vannak. Meg kell akadályozni a színvonalkülönbségeket. Csírájában kell elfojtani azokat a próbálkozásokat, amelyek mögött csak a pénzszerzési érdekek állnak. Változtatni kell azon a gyakorlaton, hogy bárki végzettség nélkül létrehozhat foglalkozás-egészségügyi vállalkozást, és az alkalmazott orvos szakmai felügyeletét esetenként 2-300 km-re élő nyugdíjas szakorvos „látja” el, aki aktívan már évek óta nem dolgozik. Elfogadhatatlan az is, hogy egy szakorvos szakorvosi bizonyítványát több vállalkozáshoz (az ország különböző megyéiben) benyújtsa az ÁNTSZ működési engedélyéhez előírt dokumentumként, igazolva, hogy a vállalkozás alkalmas a foglalkozás-egészségügyi tevékenység végzésére.

Változtatni kell azon is, hogy a munkáltatónak kiszolgáltatottja legyen a szolgálat, hogy alkudnia kelljen az ellátásért, hogy arcpirítóan kevés összegért végezze, vagy azért már nem is végzi a szolgáltatást, csak pecsétel. Ezek ma még nem jellemzők, de ha idejében nem állítjuk meg ezt a tendenciát, magunkat csapjuk be a számokkal. Ellenőrizni kell az ellátottak számát. Nem fogadható el az, hogy egy szakma művelőinek csak egyharmadát teszik ki azok, akik teljes munkaidőben végeznék az ellátást, de nem jut számukra elegendő ellátandó munkavállaló, mivel a részállású „félpénzért” elviszi előle. Ezen a helyzeten is biztos segítené az oly régen tervezett Balesetbiztosítás megalakítása.

Egy kívülről talán meglepetés, hogy olyan nagy számban szerepel a gondozási esetek száma. Mindez akkor, amikor ennek a tevékenységnek nincs finanszírozója, ezt hivatástudatból vezérelve végzi a szolgálat. A rendeletek készítőinek rá kell döbenniük, hogy igény van erre a tevékenységre. Igénye van erre a munkavállalónak, mert megbízik a munkahelyi orvosában. Nincs ideje a házi orvosához elmenni és ott órákon keresztül várakozni. Rendezni kellene a rosszullétek, a sürgős esetek ellátásának finanszírozását is.

Az egészségügyi ellátás mindig arra törekszik, hogy a betegségeket időben felfedezze, hogy azokat megfelelő hatékonysággal tudja gyógyítani. Ennek sokszor az az akadálya, hogy a beteg nem jelentkezik időben vizsgálatra. Orvoshoz akkor kerül, ha már bekövetkezett, pl. az agyvérzés. A foglalkozás-egészségügyi orvos és a munkavállaló találkozásának kötelezettségét rendelet írja elő. Ezt a találkozást minden szempontból ki kell használni. A munkavállaló lelkiismeretes vizsgálatánál igen sok megbetegedés gyanúja felmerülhet, amelyet tisztázni kell a súlyosabb állapotok kialakulásának megelőzése érdekében. Nem a foglalkozás-egészségügy feladata a kivizsgálás. Sokszor egy meglévő betegség pillanatnyilag nem befolyásolja a munkaképességet, de fel kell hívnunk a munkavállaló figyelmét a lehetséges későbbi súlyosabb elváltozásokra és rávenni, hogy betegségével jelentkezzen házi orvosánál. Az informatika fejlődése belátható időn belül lehetővé teszi, hogy minden vizsgálati eredményről azonnal jelzést kapjon a házi orvos. A negatív eredményekről is. Azok birtokában tudja majd eldönteni, hogy melyik betegének, milyen további vizsgálatra van szükség. Talán ezzel elérhető, hogy feleslegesen ismételjünk labor, rtg., CT stb. vizsgálatokat.

A munkavédelmi törvény hatálya a szervezett munkavégzésre terjed ki. Nem terjed ki a vállalkozókra, azok foglalkoztatott családtagjaira. Becslések szerint 1-1.5 millió munkavégzőre nem vonatkozik a munka-védelmi törvény. Az őket ért munkahelyi baleseteikről, egészségkárosító eseményekről nincsenek adatok. Önmaguk és családtagjaik fokozott testi és pszichikai kizsákmányolásának hatásai ismeretlenek. Elsősorban az ő érdekük, hogy minél előbb részeseivé váljanak az ellátásnak.



Munkahelyi egészség és biztonság a Mérnöki Kamara szemszögéből

A munkahelyi egészség és biztonság egymást kiegészítő és kölcsönhatásban lévő fogalom pár. A munkavédelem – a Munkavédelmi Törvény (MvT) előírásai szerint – nem más, mint a munkáltató számára előírt kötelezettség az egészséges és biztonságos munkavégzés feltételeinek megteremtése érdekében.

A munkahelyeken a foglalkozás-egészségügyi szolgálat és a munkabiztonsági szakemberek szakmai együttműködése segíti a munkáltatói jogokkal felruházott vezetőt törvényi kötelezettségeinek végrehajtásában.

Az uniós csatlakozást megelőzően hatályba lépő MvT módosítás az Egészségügyi Törvénnyel egyezően szintén alkalmazza a munkaegészségügy fogalmát. Ez a foglalkozás-egészségügyi orvoslást kibővíti a munkahigiéniai feladatokkal.

A várhatóan 2004 januárjában elfogadásra kerülő törvényi módosítással a magyar jogi szabályozás EU konformmá válik. A munkáltató számára előírt kötelezettségeket három törvény: a munkavédelmi, az egészségügyi és a kémiai biztonságról szóló határozza meg. E témában kiemelt fontosságú az országgyűlés által 2001-ben elfogadott Munkavédelem Országos Programja (MOP). Ez a program meghatározza a munkavédelem helyzetelemzésen alapuló stratégiai megvalósítását szolgáló állami-munkáltatói feladatokat.

Munkavédelem Országos Programja

- „...Fontos, hogy az Országgyűlés felkérje a munkavédelem világában érintett valamennyi szereplőt, személyt, szervezetet, hogy működjön közre a Program megvalósításában.”



Az EU csatlakozás küszöbén a Mérnöki Kamara Munkabiztonsági Tagozatának képviselőjében emelünk ki néhány – a munkahelyi környezetet biztonságosabbá tételét, az ott dolgozók egészségét károsító tényezők csökkentését szolgáló – gondolatot.

A Magyar Mérnöki Kamara Munkabiztonsági Tagozata a Kamarai Törvény értelmében él jogsúlyaival. Ezek közül a legfontosabbak:

- a jogszabályok véleményezése,
- a munkabiztonsági szakértők szakmai érdekképviselője és továbbképzése

A Tagozat mintegy 400 szakértőt tud tagjai sorában.

A munkabiztonsági szakemberek a munkahelyeken a foglalkozás-egészségügyi orvosokkal szorosan együttműködve végzik tevékenységüket. Feladatuk a menedzsment szaktanácsokkal való ellátása, az egészséges és biztonságos munkafeltételek kialakítása érdekében.

Egészségesebb munkahelyekről ott beszélhetünk, ahol a munkavédelmi szemléletű menedzsment a vezetés minden szintjén tudatosan tevékenykedik a munkahelyi egészségkárosodás megelőzése érdekében.

Munkabiztonsági Menedzsment Rendszerek

- ...Az egészség és munkabiztonság megőrzéséhez szükség van
- a management **nagyfokú elkötelezettségére**
- **a munkavállalók bevonására**
- és **jól strukturált** menedzsment rendszerre



Ezen szemléletnek az új munkahely létesítésétől, az üzemeltetés folyamatáig érződnie kell. Az oktatás, képzés célirányosan kell, hogy szolgálja a munkavállalóra leselkedő veszélyek, ártalmak felismerését, valamint a tudatos magatartás kialakítását az egészségmegőrzés érdekében. Ott és akkor alakul ki a munkahelyen erős egészség és biztonság kultúra, ahol a munkavállalók egészségük megőrzését és a balesetek megelőzését nemcsak a munkáltatótól várják el, hanem tudatosan tesznek is érte. Ezt a – ma még nem általánosnak mondható – szemléletet több év következetes, minden érdekelt fél együttműködő munkájával lehet elérni.

Teendők, megoldandó feladatok állami szinten is léteznek. Ezek egy részének megoldására az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programban is módot kell találni. A munkabiztonsági, valamint a munkaegészségügyi szakember (tovább)képzés fejlesztésével az oktatási minisztérium illetékeinek is célszerű lenne foglalkozni.

Jogi szabályozásunk ugyan európai színvonalú (Munkavédelmi törvény, Egészségügyi Törvény és Kémiai Biztonságról szóló törvény, és ezek végrehajtási utasításai), de jó néhány még megoldatlan állami feladat vár a kormányzatra.

Ennek illusztrálására szolgáljon példaként az Országgyűlés által 2001-ben elfogadott Munkavédelem Országos Programja (MOP). A 20/2001.(III.30) OGY határozattal elfogadott program nagyszerű stratégiai alapelveket határoz meg. A stratégiai fő irányok is világosak, a helyzetelemzésből fakadó legfontosabb területekre világítanak rá. A célok megvalósítását szolgáló állami feladatok közül azonban van még néhány megoldatlan. Az egészségesebb munkahelyek kialakítását feltehetően jól szolgálná, ha előrelépés történe az alábbi területeken:

- az országgyűlés által már 1990-ben elhatározott balesetbiztosítási ágazat létrehozása,
- a foglalkozás-egészségügyi szolgálatok multidiszciplinális jellegének fokozása, szakmai színvonalának emelése is javítható még. Ennek időszerűséget adnak a MvT-ben megfogalmazott munkaegészségügyi feladatok is.
 - a foglalkozás rehabilitáció,
 - a munkavédelmi célú kutatások finanszírozása,
 - a képzési rendszer korszerűsítése,
 - nem érzékelhető meggyőzően az állami költségvetésben a munkavédelmi feladatok elkülönített megjelenítése, minisztériumi szintekre lebontva,
 - a jogszabályban rögzített állami ellenőrző feladatok ellátására nem bővült a kapacitás az eltervezett módon sem az ANTSZ, sem az OMMF vonatkozásában.

A munkáltatók kötelezettségeit az említett alapjogszabályok és az EU irányelvekből adódó feladatsor viszonylag pontosan meghatározza. A 2003 márciusában hatályba lépett MSZ 28001-es szabvány alapján már lehetőség van a munkahelyi egészség és biztonságirányítási rendszer (MEBIR) kiépítésére, illetve auditálására.

Ez jó lehetőséget ad a biztonsági menedzsment rendszerek kialakítására, mely munkavédelmi szemléletű menedzsment irányításával működik, és összehangolt rendszerben működteti az eredmények eléréséhez szükséges sikertényezőket.

McKinsey-féle 7S modell



A munkavédelem két szakterület integrációjának eredménye:

- munkabiztonság (alapvetően műszaki, szervezési kérdések tartoznak ide) és a
- munkaegészségügy (amely a foglalkozás egészségügy és a munkahigiénia integrációja) együttes jelenléte, kapcsolata és integrációja.

Alapvető célja, hogy a munkavégzés során a munkavállaló egészsége ne károsodjon (baleset), ne romoljon (foglalkozási megbetegedés).

A munkáltató kötelezettsége, hogy a munkavégzés során a munkavállalót érő fizikai, kémiai, biológiai és pszichikai kockázatokat minimalizálja. A jogszabályok ebben egyértelműen meghatározzák a munkáltató felelősségi körét.

A munkavédelem elemei önállóan nem (illetve nehezen) értékelhetők eredményesség szempontjából. Ez számtalan munkahelyi példával illusztrálható. Példaképpen említhetők a veszélyes anyaggal végzett tevékenységek: a biztonsági adatlapban leírtak nem ismerete, vagy az előírt egyéni védőeszköz nem használata okozhat balesetet (szemsérülés, maró hatás, mérgezés), vagy a fokozott expozíciós körülmények között dolgozó szenvedhet foglalkozási megbetegedésben is. Akár a dohányzás következménye is lehet baleset (pl. robbanás), illetve egészségkárosodás.

A MvT 54 §-a a munkaadók (munkáltatók) részére kötelezettségként írja elő, hogy minőségileg, illetve szükség szerint mennyiségileg értékelni kell a munkavállalók egészségét és biztonságát veszélyeztető kockázatokat, különös tekintettel az alkalmazott munkaeszközökre, veszélyes anyagokra és készítményekre, a munkavállalókat érő terhelésekre, valamint a munkahelyek kialakítására. Az értékelés alapján olyan megelőző intézkedéseket szükséges hozni, amelyek biztosítják a munkakörülmények javulását, beépülnek a munkáltató valamennyi irányítási szintjén végzett tevékenységbe.

A munkahelyeken a kockázatok értékelése szervesen összefügg a veszélyek megelőzésével, amelynek a kockázatok felismerésén és értékelésén kell alapulnia. *Ezért a kockázatértékelés a munkáltató munkavédelmi tevékenységének központi és alapvető, meghatározó fontosságú eleme, a veszélyek, ártalmak megelőzésének alapja.* Az egészségesebb munkahelyek kialakításában ez a jogszabályi kötelezettség – melynek végrehajtását a MvT 2001-es módosítása konkrét határidőhöz kötötte – a munkáltatót ösztönözte:

- Az új munkahelyek létesítését 2001-et követően meg kellett, hogy előzze a kockázatértékelés. Ennek betartását az ÁNTSZ és az OMMF (MBH) is ellenőrizte. Tehát új munkahelyen konkrét méréssel kellett dokumentálni, hogy a munkahelyi ártalom nem éri el az előírtakat, illetve – amennyiben igen – mily módon védekeznek ellene.

- A már üzemelő munkahelyeken elvégzett kockázatértékelés eredményeként pedig intézkedési tervben kellett rögzíteni a feladatok elvégzésének ütemezését.

A kockázatértékelés elvégzése során a munkabiztonsági és a munkaegészségügyi szakembereknek a feladat jellegéből fakadóan szorosan együtt kell működni. Az orvos a munkavállalóra károsan ható ártalom értékelésében, a munkabiztonsági szakember pedig az ellene való védekezésben (kollektív védelem, szervezési intézkedés, egyéni védőeszköz, stb.) tehet megelőzési és intézkedési javaslatokat.

Az értékelés alapjául szolgáló miniszteri rendeletek jól használhatók e célra: a munkahelyek *egészséges és biztonságos követelményeit előíró rendelet* már EU-s követelményeket ír elő (már kihirdetett, de 2004 májusában hatályba lépő rendeletet célszerű volt használni). A régebben létesített munkahelyekre biztos jelentős költségeket kell fordítani, hogy a zaj, megvilágítás, vagy a klimatikus tényezők megfelelőek legyenek. *A munkaeszközök és használatuk biztonsági és egészségügyi követelményeinek minimális szintjéről szóló rendelet a kockázatértékelés másik alapja. A munkahelyek kémiai biztonságáról szóló EÜM-SZCSM együttes rendelet a harmadik alapkö. Ez utóbbi rendelet a foglalkozás egészségügyi orvosnak ad több feladatot.*

A kockázatanalízis elvégzésében az ÁNTSZ útmutatása alapján kell eljárni. A rákkeltő hatású anyagokkal dolgozó munkavállalókat személyre szólóan kell nyilvántartani, jelenteni, illetve elsődleges célként kitűzni ezen munkakörök megszüntetését.

A kockázatok kezelésének fontos része az emberi, szociális, pszichés és szervezési tényezők kezelése, amely már a munkahelyi egészségfejlesztés alapjait jelenti.

Minden munkahelyen el kell készíteni a munkavállalók orvosi, szakmai alkalmassági vizsgálatának rendjére vonatkozó előírást. Ezt a foglalkozás-egészségügyi orvos és a munkabiztonsági szakember közös munkával készíti el. Ezen vizsgálat alapjául az adott munkakörre kidolgozott „ártalomtérkép” szolgál. A mintegy 20 ártalom között szerepelnek fizikai, kémiai, pszichés és biológiai ártalmak egyaránt. Ezzel az egészségre veszélyes és ártalmas tényezők munkavállalóra háruló káros hatását mód van időben kiszűrni. Másrészt, az alkalmassági vizsgálatok rendjét meghatározó NM rendelet végrehajtása esetén a foglalkozás-egészségügyi orvosnak ott is van lehetősége kezdeményezni a munkahelyek egészségesebbé tételét célzó intézkedéseket a munkaadó számára, ahol külső vállalkozóként látja el ezen tevékenységét. Az alkalmassági vizsgálatra küldött munkavállalót az adott munkakörre felmért veszélyek, és ártalmak ismeretében vizsgálja meg a foglalkozás-egészségügyi orvos, egyben a munkavállalót elláthatja megfelelő tanácsokkal is egészségének megóvása érdekében. Az egyes munkahelyeken működő egészségpénztárak által végzett szűrések teszik teljessé a munkavállalók munkahelyi egészségét, biztonságát, egészségének fejlesztési lehetőségeit.

Minőségében új helyzetet teremt és a jelenlegi gyakorlatot jelentősen módosítja a *MvT* már hivatkozott módosítása.

A munkavédelem a munkaegészségügy és a munkabiztonság integrációja. A munkaegészségügyi szakértőknek (szakembereknek) a *MvT* konkrét kötelezettségként írja elő például:

Új munkahelyek, munkaeszközök létesítése (üzembe helyezése) esetén a munkaegészségügyi szakvélemény elkészítését. Ez adott esetben az üzemeltetés írásos elrendelésének a feltétele lesz. Ez a jelenlegi foglalkozás-egészségügyi orvosláson túlmutató feladat és felelősség. A szociális és higiéniai vizsgálat, az elektromágneses sugárzás, a mérgező anyagok használata... és egyéb egészségre káros tényezőket a munkaegészségügyi szakember már az adott (technológia) munkahely létesítési folyamatában megismeri és felelősen kell döntenie: javasolja vagy nem javasolja az adott munkahely (munkaeszköz) üzemeltetését!

Jelenleg a munkahelyeken a munkabiztonsági szakember, esetleg az orvos véleményét kikérve ad javaslatot az üzemeltetés írásos elrendelőjének. A munkaegészségügyi szakértők szerepe tehát megnő a közeljövőben. Ez felveti a képzés kérdését és a szakmai érdekvédelem erősítését. Ismereteink szerint az országban nincs elegendő, felkészült munkaegészségügyi szakértő ahhoz, hogy a munkáltatók a leírtak szerint feleljenek meg a Munkavédelmi Törvénybe előírt kötelezettségeiknek.

A munkahelyi egészségkárosodás és a munkabalesetek jelentős része az ismert ártalmak elleni,

nem megfelelő védekezés következménye. Ez fakadhat a nem megfelelő munkáltatói intézkedésből (szervezeti, műszaki intézkedés, időbeni szűrés, egyéni védőeszköz), és a munkavállaló helyes magatartásra nevelésének hiányából.

A fokozott expozíciós vizsgálatokra sok esetben a zajvédő eszköz, a por-, a gázálarc, stb. nem megfelelő használata miatt kerül sor.

A munkabalesetek kivizsgálását végző munkabiztonsági szakember az orvosnak sok esetben adhat jelzést, az egészségesebb és biztonságosabb munkahelyek kialakítása érdekében. Nemcsak az esetben, ha gázmérgezésben hal meg a sérült, hanem pszichoszociális tényezőkre hivatkozva is. Egy-egy munkavállalóról akkor is kiderülhet az arra a munkakörre való alkalmatlansága, ha ugyanott, hasonló módon és rövid időn belül többször sérül meg. Ez esetben az orvossal egyeztetve pszichológiai vizsgálatra küldött munkavállalóról kiderülhet, hogy az adott munkahelyen jelentkező stressz helyzetet, pszichoszociális nyomást nem megfelelően tűri, s ezáltal nemcsak önmagát, hanem munkatársait is veszélyeztetheti.

A helyes munkahelyi magatartás kialakítása az egészséges és biztonságos munkavégzést célozza. Ennek hiányában a „legegészségesebb” munkahelyen is sok a baleset, és a dohányzástól fűrtmérgezést lehet kapni. A munkavállalóban tudatosítani az egészséges és biztonságos munkavégzésre való törekvést elsősorban nevelési feladat. Ebben részt kell vennie a foglalkozás-egészségügyi orvosnak, a munkahigiénikusnak és a munkabiztonsági szakembernek egyaránt. A külön-külön szervezett kampányok hatékonysága jelentéktelen. A folyamatos és közösen szervezett munkavédelmi oktatások, a közös munkavédelmi szemlék, az állandó együttes felvilágosító tevékenység eredményesebb.

MEBIR menedzsment

A felső vezetés határozza meg a szervezet politikáját és biztosítja, hogy:

- megfeleljen a szervezet tevékenysége, szolgáltatási jellegének, fajtáinak és hatásainak
- tartalmazzon elkötelezettséget a folyamatos javításra és megelőzésre
- tartalmazzon elkötelezettségét arra, hogy teljesítik a rájuk vonatkozó jogszabályokat és határozatokat, valamint a szervezet által vállalt egyéb követelményeket
- keretet adjon a célok és előirányzatok megfogalmazására és felülvizsgálatára
- legyen dokumentálva, bevezetve, fenntartva és ismertetve minden alkalmazottal
- legyen hozzáférhető a nyilvánosság számára

A Magyar Mérnöki Kamara Munkabiztonsági Tagozata támogatja a munkahelyi egészségi és biztonsági irányító rendszerek (*MEBIR*) mind szélesebb körű elterjesztését. A *MEBIR* elsődlegesnek a felsőszin-tű vezetői elkötelezettség kialakítását tűzi célul. A munkavédelmi szemléletű menedzsment nyitottabb a munkabiztonsági és a munkaegészségügyi szakemberek javaslataira, melyek az egészségesebb és biztonságosabb munkahelyek kialakítására vonatkoznak. A helyben meghatározott vállalati munkavédelmi politika mentén megvalósulhat a menedzsment és a munkavállaló együttműködése. Ebben a légkörben

a munkavállaló inkább jelzi a munkahelyi körülmények javítását célzó észrevételeit. A hatékony munkavédelem szakmai alapját adó munkaegészségügyi és munkabiztonsági szakemberek együttműködése is szervezettebben biztosított. Jelenleg inkább a napi feladatok ellátásának kényszere hozza össze az orvost és a munkabiztonsági szakembert. Napjaink megelőzési tevékenységének a korábbi évek gyakorlata már nem elegendő. Mindinkább számításba kell venni a foglalkozási és foglalkozással összefüggő betegségeket, amelyek a munkás életét jellemzik, valamint a pszichoszociális környezetet, amelyet a baleseti statisztika nem tükröz. Az új problémák, a munkavédelem, mint folyamat új megközelítését igénylik, hogy javíthassuk a munkakörnyezetet.

A foglalkozási kockázatok megelőzésének integrálása a technológiai tervezés folyamatába egyre nyilvánvalóbb szükséglet. A munkakörnyezettel kapcsolatos ügyek, egyre jelentősebb helyet foglalnak el a modern menedzsment filozófiában. Ennek oka a menedzsment és a munkavállalók növekvő igénye a biztonságos munkakörnyezet iránt, a hatóságok és a lakosság fokozott érzékenysége a termelési környezettel kapcsolatos problémákra.

A fejlett országok biztosító társaságai is aktiválódtak ezen a területen. Az európai országok példáját követve, minél előbb Magyarországon is ki kell alakítani, és be kell vezetni a munkahelyi egészség és biztonság ügyét jól szolgáló önálló balesetbiztosítási ágazatot.

A Magyar Mérnöki Kamara, mint szakmai alapon szerveződő civil szervezet, tagjai által képviselt szellemi tőkéjével kívánja segíteni a kormányzati törekvéseket a *MOP*, a *Nemzeti Egészségfejlesztési Stratégia* végrehajtásában.

A munkavédelem állami irányítás végrehajtó szerveit, a hatósági feladatok ellátása nagymértékben leterheli. Az OMMF és az ÁNTSZ feladatai ellátása mellett, kevés energiát tud fordítani a vállalkozások munkavédelmi szaktanácsokkal való ellátására. A Kamara Munkabiztonsági Tagozata szakértői eljutnak a kis vállalkozásokhoz is. Ennek jó keretet adhatnak a települések iparkamarái. Egyre több esetben keresik meg a Tagozatunkat vállalkozók egy-egy konkrét ügy megoldása érdekében, szakértő kijelölését kérve. A Kamara kötelességének érzi a MEBIR kiépítésének segítségét, főként a kis és közepes vállalkozásoknál. Tagjaink részt vettek szakirodalom készítésében, illetve a szakmai továbbképzések regionális szervezését is feladatunknak tartjuk.

A jogszabály alkotók kérik a Kamara véleményét, de az arra szánt időt nagyon szűkre szabják. Munkánkkal még hatékonyabban segíthetnénk a kormányzatot, ha a partnerség alapelve a gyakorlatban is teljessé válna.

A civil szerveződések munkájának összehangolása, melyet ez a tanácskozás is kifejezni kíván, jelentős lépés a partnerség elvének kiteljesedéséhez.

A munkahelyi egészségfejlesztés megalapozása Magyarországon a civil szervezetek új minőségű szerepvállalásával létrejövő munkavédelmi teljesítményekkel

A „miértek” csapdája

Az elmúlt évtizedekben sok olyan új fogalom, terület, tevékenység épült be gondolkodásunkba, amelyek alapvetően megváltoztatták mindennapjainkat. Környezet-védelem, élelmiszerbiztonság, minőség-irányítás...

Az észre, értelemre, érzelmekre fókuszáló érveket, jól felépített kommunikációs stratégiákat láthatunk magunk körül. Társadalmi célú hirdetések, újságcikkek, riportok, politikai programok össz-tüzében formálódnak gondolataink. Ennek eredményeképpen változtatunk – illetve próbálunk változtatni – megrögzött dolgainkon.

A munkavédelemmel kapcsolatos konferenciák gyakori résztvevőjeként mondhatom, hogy a munkavédelemmel, a munkahelyi egészség és biztonság fontosságát igazoló kommunikáció közép-pontjába a büntetés lehetőségének árnyalása, a hatósági ellenőrzések rendszere, mikéntje került. Az alapcélok sokszor rejtve maradnak, illetve kommunikálásuk átütő hatás nélkül marad. A munkavédelmi tevékenységet a gazdaság szereplőinek zöme nem befektetésnek, megtérülő beruházásnak tekinti, hanem a jogszabályok kényszerű és kötelező megfelelésének. Olyan kényszernek, amely ráadásul „viszi is a pénzt”.

Idézet a Munkavédelem Országos Programjából:

„A munkáltatókra és a munkavállalókra ugyanakkor súlyos gazdasági terhek nehezednek a tőkehiány, a munkanélküliség fenyegetése, a kényszerűen magas társadalombiztosítási és adóterhek miatt. Vonzó a fekete gazdaság, ahol a munkavédelmi garanciák még kevésbé érvényesülhetnek. Fennáll a veszély, hogy a munkavállalók nem egészséges és biztonságos munkakörülményeket, hanem elsősorban magasabb béreket akarnak; munkáltatók és munkavállalók között rossz érdekközösség alakulhat ki, amely a munkavédelmet a gazdaságosság kerékkötőjének tekinti.”

/2.1. c) pont/

Közvetlen környezetünkben a vállalkozásoknak három, egymástól jól megkülönböztethető, a munkavédelmi tevékenységét jellemző magatartásformáját figyelhetjük meg.

- A „kényszer” indokú munkavédelem. A munkavédelmi tevékenység pusztán a törvények, rendeletek feszítésének köszönhető. Egy kiemelkedően fontos szempont vezérli: a büntetés elkerülése.

Jellemzi: A munkavédelmi tevékenység tartalmával, minőségével szemben nincsenek konkrét elvárásai. Lehetőség szerint minimalizálni kívánja az erre fordítandó pénzt. Hatásköri feladatnak tekinti, valakit megbíz ezzel a területtel, s különösebben nem kíván többet ezzel foglalkozni.

- A „kényszert hasznosító” munkavédelem. A munkavédelmi tevékenységüket alapvetően a törvények, rendeletek feszítése indukálja, de „ha már úgylis kötelező, fordítsuk hasznunkra” gondolat is megjelent náluk.

Jellemzi: Megjelennek a munkavédelemmel kapcsolatos tartalmi, minőségi igénypontok. A költségeket az elvárt eredmények viszonylataiban elemzi, döntéseket ezt követően hoz. Célokat tűz ki, melyeket a munkavédelem területén el kíván érni.

- A „rendszer szemléletű” munkavédelem. A vezetés a humán erőforrás-gazdálkodás, a hatékony

munkavállalói teljesítés, az alkalmazotti megelégedettség elérését szolgáló stratégiába illeszti a munkavédelmet. Nem reszort feladatként kezeli, hanem vezetői feladatként, a vállalati stratégia integráns részévé emeli.

Jellemzi: Konkrétan megfogalmazott munkavédelmi célokkal rendelkezik. A munkavédelmet befektetés-ként kezeli, ennek megfelelően tervezi, ellenőrzi és fejleszti. Integrált irányítási rendszerben gondolkodik.

Ezek a kategóriák természetesen nem jelentenek elmarasztaló, illetve elismerő minősítéseket. A mai állapotot írják le. Ezeknek a tipizált magatartásformáknak a háttérben kemény okszerűség húzódik. A szemléletet, cselekedetet, gondolkodásmódot alakító, meghatározó körülményekről egy pillanatra sem szabad megfeledkezni.

Valahogy úgy működnek ezek a dolgok, mint a közúti közlekedés gyakorlatában az átlag ember: ha látható a rendőri jelenlét, akkor betartom a szabályokat, ha nem áll fenn a lebukás veszélye, akkor pedig jöhet a száguldás. Sokakban fel sem merül, hogy a szabályok a biztonság, az élet védelme miatt születtek, és nem a rendőrség miatt.

Néhány gondolat a „miértekről”

Az Európai Munka-és Egészségbiztonsági Hivatal jelentése (2000. október) szerint az Európai Unió tagországaiban évente közel

- 5500 ember hal meg munkahelyi balesetben,
- 4,5 millió olyan baleset történik, amely 3 vagy több nap munkából való kiesést okoz
- 146 millió munkanap vész el.

146 millió munkanap közel 15.000 egészséges ember életében ledolgozott, pályakezdéstől nyugállományig terjedő teljes munkaidejének felel meg. (A szakirodalomban 80200 óra szerepel egy átlag munkavállaló munkában, munkahelyen eltöltött időtartamára.)

Ez pusztán a számok nyelvén azt jelenti, hogy pl. a DUNAFERR Dunai Vasmű több mint ötvenéves történetéhez, sikereinek eléréséhez, eredményei megalapozásához, problémáinak leküzdéséhez szükséges összes munkaidő az Európai Unió tagállamaiban a bekövetkezett munkabalesetek miatt egy év alatt elveszik.

Egy évre jutó EU-s munkahelyi balesetek következménye olyan nagyságrendű értékteremtést akadályoz meg, mint a DUNAFERR Dunai Vasmű 50 éves, teljes története. És ez még európai léptékben is számottevő nagyságrend.

Ha mindennapi döntéseinket a gazdaságosság határozza meg, akkor talán célszerű lenne megvizsgálni az egészség és biztonság gazdaságossági szempontjait az egyén, a munkáltató és a társadalmi környezet szempontjából.

A munkaerő értékét három tényező határozza meg:

- a megszerzett tudás,
- képességek, készségek,
- egészségi állapot.

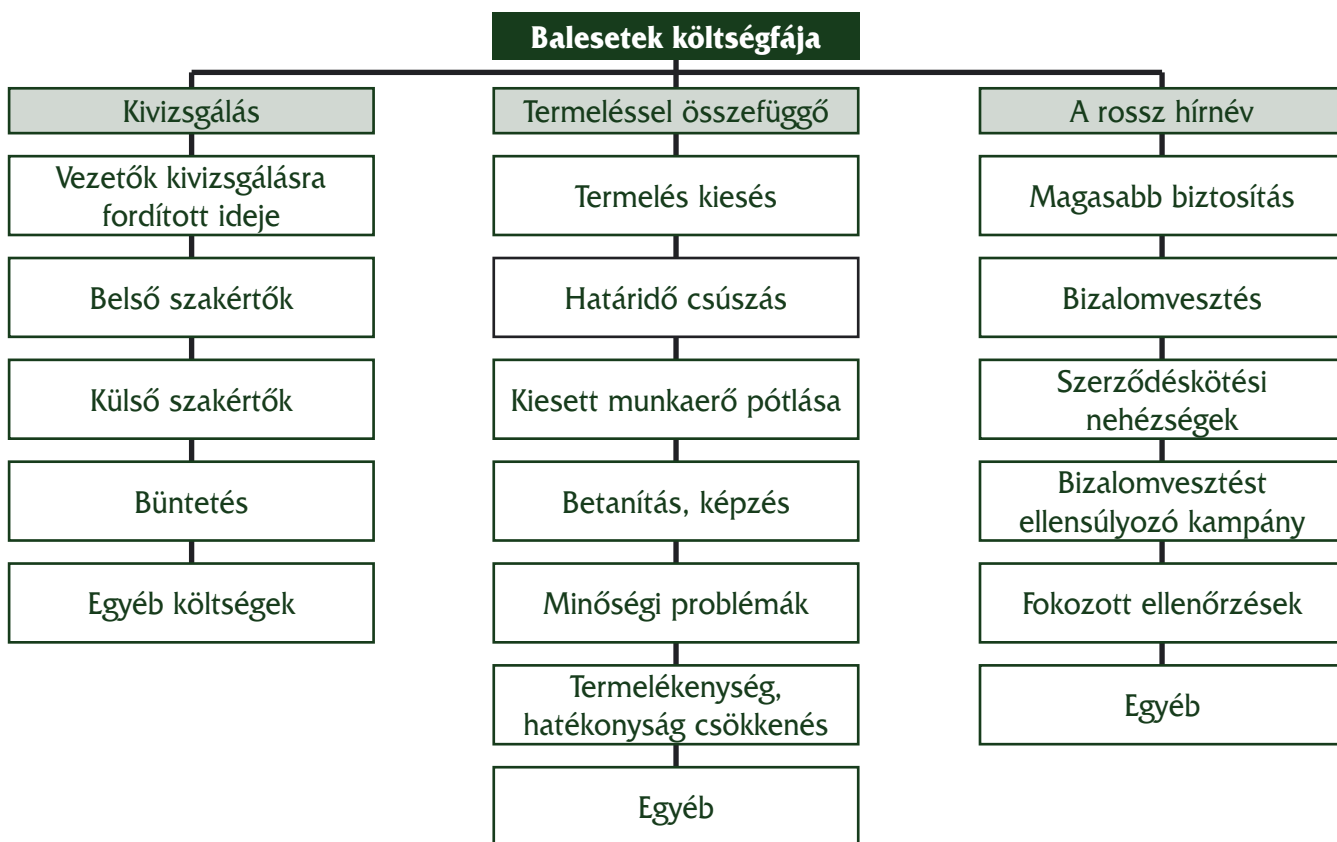
A fenti értékek közül legtöbbet az elsőről beszélünk. Az oktatás, képzés fontosságát valóban nem lehet elégszer és elég helyen hangsúlyozni. A tanulás az a tevékenység, amely egész életünket végigkíséri, amely folyamatosan életünk része. Pénzbe, időbe kerül, de erre általában sem az egyén, sem a vállalat, sem a társadalom nem sajnálja, hiszen ez a „jövők alapja”. Olyan befektetés, amelynek megtérülésében hiszünk.

A második elem az idők folyamán befektetett energiák, anyagi források felhasználásával elérdött tapasztalat, jártasság, készség, igazi szaktudás. Gyakorlatban alkalmazni, amit tudok – ez olyan érték, amelynek pótlása rendkívül nehéz. Az életkorral járó értéknövekedés a mai gazdaságban nem valódi érték, más szempontok háttérbe szoríthatják. Ennek a folyamatnak komoly hatása van az érintett munkavállaló lelki egészségére.

A harmadik elem ebben a rendszerben ránézésre mintha „kakukktojás” lenne. Pedig az egészségi állapot alapvetően szabja meg a befektetett tőke megtérülését. Szélsőséges esetben teljesen megakadályozza a megtérülést. S ez súlyos gazdasági veszteséget jelent az egyén, a munkáltató, és a társadalom számára egyaránt

Az egészség hosszabb ideig tartó, nem megfelelésége – akár betegség, akár baleset következménye – egzisztenciális válságba sodorhatja a munkavállalót. Bizonytalanra válhat a munkahelye, akár el is veszítheti. A hosszú betegállomány alapvetően csökkenti bevételeit, súlyosabb esetben pedig akár a munkavégző képességét is elveszítheti. Az eddigi munkakörénél felhasznált szükséges tudás, képesség, készség nem hoz létre új értéket, holt tőkévé válik. S ennek közvetlen következményeként súlyos stressz éri a családot, amelynek tagjai a feszült, félelemmel is jellemezhető állapotukban munkahelyükön, eddigi teljesítményük alatt teljesíthetnek, hibázhatnak, minőségi problémákat okozhatnak.

A munkáltató az egészség hiányát alapvetően a bizonyos költségek növekedésében érzékeli. A munkahelyi balesetek egyféle költségfáját mutatjuk be az alábbiakban.



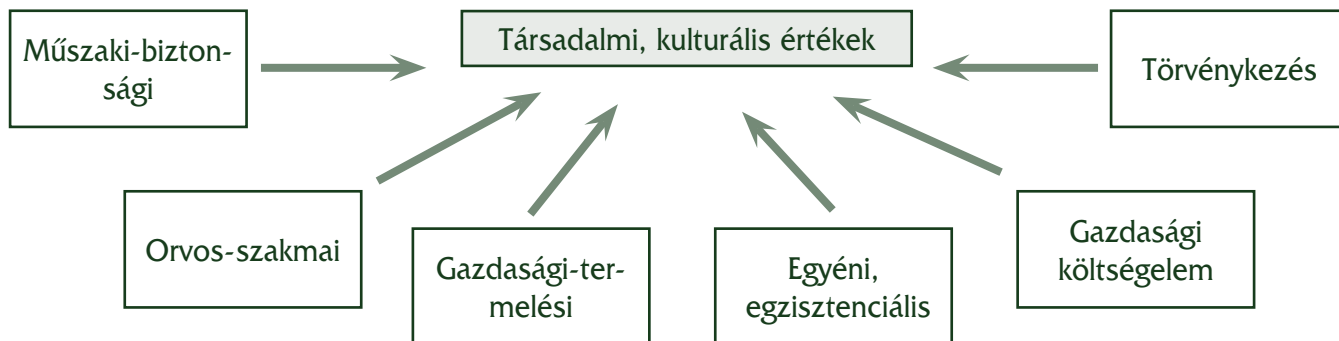
Ehhez az egyféle költségstruktúrához kapcsolódik még a baleset következményeként bekövetkező egészségromlás helyreállítását szolgáló költségstruktúra.

Ebben egy többszereplős, igen összetett folyamat finanszírozása valósul meg, amely társadalmi szintre emeli a költségek jelentőségét, (gyógyítás, rehabilitáció, stb.).

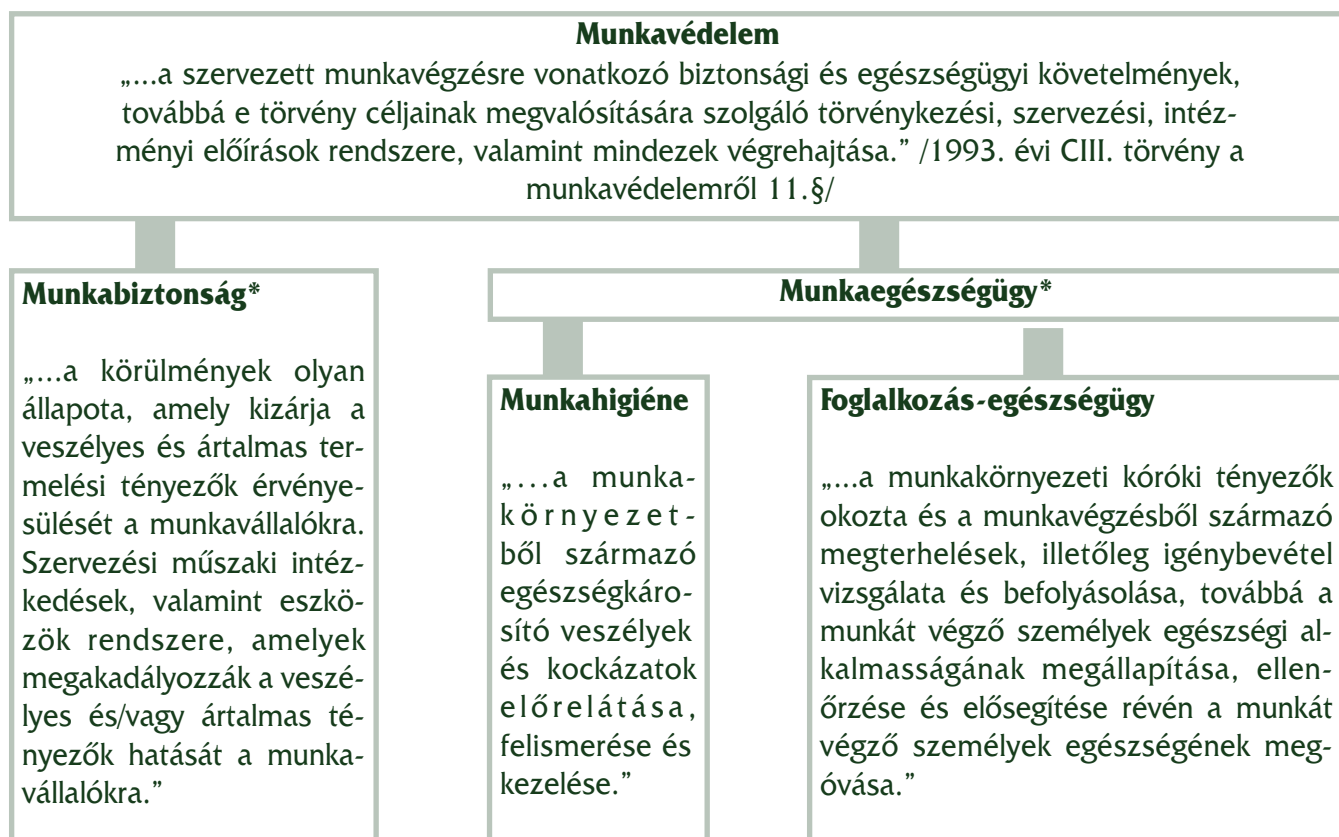
Talán ezzel is rá tudunk világítani arra, hogy az Európai Unióban miért is kezelik olyan kiemelten a munkahelyi egészség és biztonság kérdését.

A munkahelyi egészségvédelem és biztonság egy komplex probléma, amelyet ráadásul csak több szakmai szereplő összehangolt munkája képes hatékonyan kezelni, megoldani.

Az érdekelt főbb szempontok egyfajta összefüggérendszerét mutatja be az alábbi ábra:



A szereplők sokaságából adódó szervezési problémákat még jobban fokozza a munkavédelemnek az összetett szakmai struktúrája, tartalma.



A kérdés bonyolultságát jól bizonyítja a fenti ábra. Kiviláglik, hogy „munkavédelmi szakember”-t nehéz lesz találnunk, hiszen több szakma integrációja a munkavédelem. Több speciális ismerettel rendelkező szakember – orvos, mérnök – együttműködése eredményezheti a hatékony munkavédelem

alapját. Hangsúlyozni kell, hogy nem a hatékony munkavédelmi tevékenységet, hanem csak az alapját eredményezheti ez az együttműködés. A vezetés elkötelezett szerepvállalása, a munkavállalók folyamatos és kellő mélységű bevonása, az érdekképviselő egészséggel és biztonsággal kapcsolatos törekvései és tettei is kellenek ahhoz, hogy az egészség és biztonság munkahelyi garanciáit megteremtjük.

A mai helyzet magyarországi sokszínűsége tény.

A csatlakozási folyamat során egyre inkább közeledni kell azokhoz a normákhoz igazodó gyakorlathoz, amelyre nem a munkavédelemmel kapcsolatos sokszínűség, hanem a hatékony munkavédelmi teljesítmények a jellemzők.

A változásokkal, a fejlődés irányaival kapcsolatos elvárások rögzítettek. Irányelvek, jogszabályok állnak rendelkezésre. Így például a Tanács 1989. június 12-i 89/391/EGK számú irányelve szerint:

1. „... a Szerződés 118a cikkelyének végrehajtása során az ilyen irányelveknek *kerülniük kell** olyan igazgatási, pénzügyi és jogi korlátozások bevezetését, amelyek *akadályoznák** a kis- és középméretű vállalkozások *létesítését és fejlesztését* ^{25*} ;”

2. „...a Bizottság a munkahelyi biztonságra, higiéniaira és egészségvédelemre vonatkozó olyan irányelvek elfogadását sürgeti, amelyeknek a célja a munkavállalók biztonságának és egészségének *garantálása* *”

3. „...miután a munkahelyi balesetek és foglalkozási betegségek előfordulása még mindig túlságosan gyakori; a megelőző intézkedéseket *késedelem nélkül** be kell vezetni, vagy tovább kell fejleszteni a munkavállalók biztonsága és egészségvédelme érdekében, s *magasabb színvonalú védelmet kell biztosítani**”

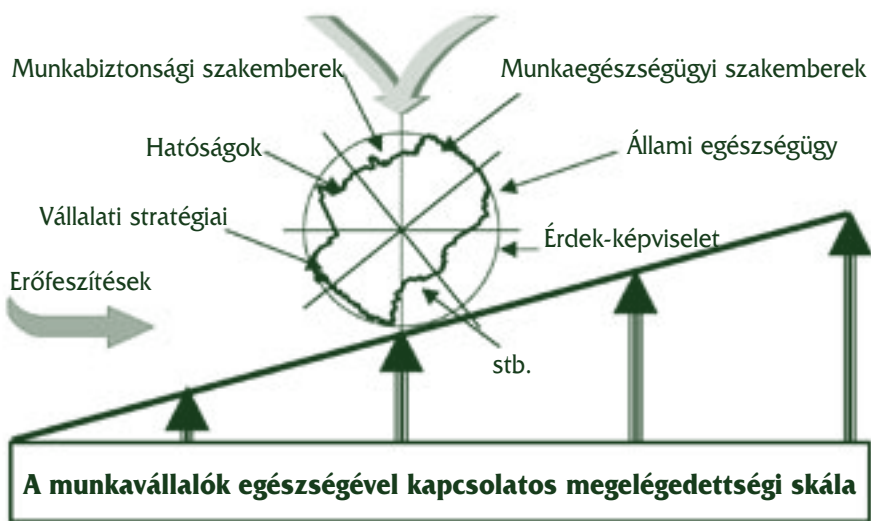
4. „...a munkahelyi biztonságról és egészségvédelemről adott *tájékoztatót**, a róla folytatott *párbeszédet** és a részvételt fejleszteni kell a munkáltatók és a munkavállalók, illetve azok képviselői között a megfelelő eszközök és eljárások segítségével a nemzeti törvényeknek és gyakorlatnak megfelelően;”

5. „.....miután a munkavállalók biztonságának, higiénijának és egészségvédelmének javítása olyan célkitűzés, amelyet *nem szabad csak gazdasági** megfontolásnak alávetni; ”

Ez a multidiszciplináris együttműködő rendszer hatékony teljesítményre csak akkor képes, ha minden szereplő megfelelő erőfeszítéseket tesz, egymással összehangolt tervezett tevékenység közepette.

Munkavédelmi erőfeszítések a munkahelyi egészségvédelem és biztonság hatékonyságának növelése érdekében

Működő rendszerek



Ha a teljesítményekben, hatékonyságban egymástól eltérő eredményeket produkálnak a szereplők, akkor a végeredmény sokkal kisebb lesz, mint amit az egyes szegmensekbe befektetett energiák alapján jogosan elvárható lenne. Ezt szemléltetjük az alábbi ábrán. Egy olyan kereket kívánunk feljebb tolni a lejtőn, amelyik különböző állapotú, méretű, minőségű szegmensekből áll. Ezért ez a kerék nem gurul, hanem akad, karistol, mély árkokat vájva maga után araszol felfelé. Minden milliméterhez iszonyú erőfeszítések szükségesek, rengeteg energiát emészt fel az araszolás is.

25* Kiemelés a szerzőtől

Az analógia – és ezzel párhuzamosan a megoldás is – talán nyilvánvaló. Nem lehet a munkavédelmet a környezetéből kiragadva kezelni. Regionális, térségi méretekben kell a feladatokat, az elvégzendő lépéseket megtervezni és kivitelezni. Mert az ábrán látható valamiből, valódi kereket kell csinálni, amelyet karcolás nélkül lehet már a lejtőre feljuttatni.

A „miértek” csapdájára gondolva, kiugró fontosságú tényező a munkavédelem hatékonysága szempontjából a jól megtervezett, célszereplők számára tudatosan kódolt és közvetített szemléletformáló, segítő, támogató üzenetek térségi, regionális jelenléte. Ennek a feladatnak az elvégzése meghaladja a hatóságok lehetőségeit és kapacitásait. Különösen akkor tűnik ez a kommunikációs kapacitáshiány szembeszökővé, ha figyelembe vesszük, hogy a Magyarországon bejegyzett vállalkozások döntő többsége egyéni, illetve kisvállalkozások sorába tartozik.

A regionális, kistérségi prevenciók háló „megszövése” a leghatékonyabb, szinergikus hatást biztosító eszközrendszert teremtené meg. A gazdasági érdekeket (is) figyelembe vevő munkavédelem a legérdekeltőbb, egy ilyen regionális méretekre is kiterjedő rendszer kialakításában.

A civil szervezetek lehetőségei. Értékközvetítés.

A munkavédelem hatékonyságának fokozása érdekében létrejövő és működő non-profit szervezetek (egyesületek, kamarák, alapítványok, stb.) jelenléte, aktivitása, eddigi külön-külön végzett tevékenységük összehangolása új dimenziókat nyithat a Munkavédelem Országos Programja megvalósításában.

A program így fogalmaz:

„A Program minden részletében az érintettek partneri viszonyára épít. Amely – a felelősségek pontos elhatárolása mellett – kiterjed az állami, közigazgatási szervek, a munkáltatók és a munkavállalók érdekképviselői szervei, a munkahelyi biztonsághoz és egészségvédelemhez kapcsolódó, a munka világát érintő rokon területek (tűzvédelem, környezetvédelem, műszaki biztonság, közegészségügy, társadalombiztosítás, szabványosítás, termékbiztonság, fogyasztóvédelem stb.) közötti, illetve szélesebb értelemben az egész társadalom hatékony és folyamatos együttműködésére.

Mindezekre tekintettel fontos, hogy az Országgyűlés határozatával felkérje a munkavédelem világában érintett valamennyi szereplőt, személyt, szervezetet, hogy működjön közre a Program megvalósításában. Különösen fontos a tömegtájékoztatás segítsége abban, hogy a munkavállalók, és minden más polgár megismerje a testi épség és egészség védelmének legfontosabb tudnivalóit, segítve az általános biztonságtudat minőségének megerősödését.”

/IV. fejezet/

Ebben az összefogásban döntő szerepe a szakmailag szerveződött, rugalmas, könnyen kapcsolatokat teremtő civil szervezeteknek van.

Az Egészségesebb Munkahelyekért Egyesület közel hat éves működése és tapasztalatai azt erősítik meg, hogy konkrét térségre koncentrálna egy civil szervezet is érhet el munkavédelmi teljesítményt növelő eredményeket. Az Egyesület alapvető célja: „A munkahelyek egészségesebbé tétele érdekében megkíséreljük kialakítani a munkavállalók, a munkaadók és a szakmai specialisták (munkabiztonság, foglalkozás-egészségügy, munkahigiéné) új minőséget hordozó kapcsolatrendszerét.”

A Magyarországon felgyülemlett szakmai tapasztalat, kifejlesztett know-how-k, kikísérletezett és bevezette rendszerek olyan volumenű értékek, amelyek közvetítésével nagymértékben fokozható a kormányzat, a hatóságok (ÁNTSZ, OMMF) erőfeszítései.

Minden parányi elmozdulást megbecsülve alkottuk meg az Egyesület által képviselt „Támogatási piramist”, amely jól szimbolizálja, hogy milyen jellegű változásokat ösztönöz, illetve gerjeszt az Egészségesebb Munkahelyekért Egyesület.

A munkahelyi egészségfejlesztést felkarolja, mint a munkavédelem hatékonyságát növelő fontos területet. A garantált eredmények, teljesítmények folyamatos megletét biztosító rendszerek már ezt az egymásra épülést, ezt a szinergiát jelenítik meg.

Ennek a célrendszernek az elérése érdekében az Egyesület tagjai számos területen éreztették hatá-

Az egészségesebb munkahelyek felé vezető út fokozatai



sukat. Eredményeink működő referenciákként megtekinthetőek, s az egyedi akcióktól kezdve, komoly rendszerek építéséig terjed:

- Dohányzás visszaszorítását szolgáló programok szervezése
- Szeszesital-fogyasztás visszaszorítását segítő programok tervezése és kivitelezése.
- Szűrési akciók szervezése
- Egészséges táplálkozás elterjesztése
- Mozgás-gazdag életmód támogatása
- Egészségfejlesztés az oktatásban, nevelésben
- Egészségvédelmi rendszerek megtervezése és kiépítése
- Egészségvédelmi és biztonságtechnikai rendszerek (pl. MSZ-EN 28001) kiépítése és működtetése
- Integrált rendszerek (KEM) megtervezése és működtetése
- Önkéntes, kölcsönös egészségpénztárak létrehozása és működtetése
- Kistérségi Munkavédelmi Központ koncepció kidolgozása, referencia központ létrehozása és működtetése

Mindezen szakmai érték kistérségi terjesztésére, az egyéni, kis-, középvállalkozásokhoz, önkormányzati intézményekhez (iskolák, óvodák, szociális és kulturális intézmények, stb.), való eljuttatása érdekében került kimunkálásra a kistérségi értékközvetítésre alkalmas „Kistérségi Munkavédelmi Központ” modell, amely képes:

- egy adott kistérség egészség- és biztonságkultúrájának az európai normák irányába történő fejlesztésére

tésére az egészséges és megelégedett lakossági állapot elérése érdekében.

- Az országgyűlési döntésre előkészített Nemzeti Munkavédelmi Program, a Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja kistérség szintű, szervezett megvalósítása a Kistérségi Munkavédelmi Központ által kezdeményezett és támogatott társadalmi összefogással.

- A piacgazdaság résztvevőinek az egyre élesedő piaci verseny, a besűkülő lehetőségek közepette mind gyakrabban kell szembenézniük azzal a ténnyel, hogy pozíciójuk javításához, de sokszor még annak megtartásához sem elegendő az árak, a határidőnek, esetleg a fizetési feltételeknek kedvezőbb alakítása. A piaci helyzetet ma már olyan tényezők is befolyásolják, mint a minőségirányítási, környezeti-irányítási és az *egészségvédelmi, biztonságtechnikai rendszerek* léte vagy nem léte.

- Ezért célszerű hasznosítani kistérségi szinten a Kistérségi Munkavédelmi Központ által összegyűjtött és megtervezett felhalmozódott munkavédelmi szaktudást és tapasztalatot. Ennek praktikus megoldási lehetősége egy munkavédelmi központ kialakítása, mely a kistérség vállalatait, vállalkozóit, szolgáltatóit támogatja, tanítja, segíti annak érdekében, hogy a tárgykörbe tartozó problémáikat kezelni, fejlesztési elképzeléseiket megvalósítani tudják.

- A központ integrálja mindazon tevékenységeket, amelyek kapcsolódhatnak a munkahelyek egészségvédelmi és biztonságtechnikai feladataihoz, illetve a munkahelyeken kívüli, kistérségi általános egészség megőrzési és egészségfejlesztési feladatokhoz.

A Kistérségi Munkavédelmi Központ feladata,

- hogy *felmérje és elemezze* a szakmai lehetőségeket és elképzeléseit a kistérség egészség- és biztonságkultúra fejlesztés területén.

- hogy *felmérje és elemezze* azon önkormányzatok, civil szervezetek, intézmények, hatóságok lehetséges *szerepvállalási lehetőségeit*, amelyek erősíthetik, hatékonyabbá tehetik a Központ erőfeszítéseit.

- hogy *meghatározza az együttműködésbe bevont partnerek körét*.

- hogy *tervezze meg az együttműködés szabályrendszerét*, tervezze meg az együttműködésben résztvevő partnerek *kompetenciáit*.

- hogy *mérje fel* a kistérség munkavédelmi vonatkozású *igényeit*.

- hogy *vizsgálja és elemezze* azokat az európai szokványokat, gyakorlatot, törekvéseket, amelyek az igények kielégítésében segítséget nyújthatnak.

- hogy *vizsgálja* az európai gyakorlat magyarországi *adaptációjának* lehetőségeit, feltételeit.

- hogy *alakítsa ki* a Kistérségi Munkavédelmi Központ *szolgáltatási választékát*, tervezze meg a szolgáltatásokat *tartalmi, minőségi és formai* követelmények megfogalmazása alapján.

- hogy *tervezze meg* a Központ működését.

- hogy *hozza létre* a Központot.

A Kistérségi Munkavédelmi Központ szerepe:

A Központ által kezdeményezett társadalmi összefogás szereplői { OMMF, ÁNTSZ, Megyei Munkaügyi Központ, önkormányzatok, civil szervezetek (kamarák, egyesületek), munkabiztonság- és munkaegészségügyi szakemberek, } közös nevezőre jutnak, és azonos módon ítélik meg.

- a kistérség munkavédelmi helyzetét,

- az értékközvetítő szakmai bázis szerepvállalásának tartalmát, szükségességét,

- a helyzet javításának lehetőségeit, összetevőit,

- a lehetséges szereplők feladatait,

- a kistérségi munkavédelem többkörös, multidiszciplináris jellegét,

- a feladatot, amelyet érzékelhető, mérhető eredmények elérése érdekében végeznek,

- a napi viszonylatokban szükséges változásokat,
- a projekt erőforrás igényét,
- a közösen elvégzendő munka játékszabályait,
- a rendelkezésre álló korlátozott időt.

Kistérségi Munkavédelmi Központ funkciói

1. Oktatás, képzés
2. Tanácsadás, szakértés
3. Kistérségi Munkavédelmi Stratégia és Program alkotása
4. Pályázati munka a Kistérségi Munkavédelmi Program megvalósulása érdekében

A referencia központot az OMMF, a DUNAFERR Rt, az Egészségesebb Munkahelyekért Egyesület támogatásával 2001-ben Dunaújvárosban sikerült létrehozni. Működése során 64 térségi vállalkozásnak, intézménynek nyújtott konkrét, térítésmentes szolgáltatást. Aktívan részt vett Dunaújváros Megyei Jogú Város intézményrendszerének kockázatértékelési módszertanának kidolgozásában, a kockázat-értékelés elvégzésében. (A módszertant, a kockázatértékelés feladatait az önkormányzat rendeletben rögzítette) Támogatásával és közreműködésével MSZ-EN 28001 szerinti munkahelyi egészségvédelmi és biztonságtechnikai rendszer kiépítését kezdte meg a térség egyik nagy munkáltatója. Konferenciákon, oktatási-képzési tevékenységek útján a térség több száz szereplője jutott közelebb a munkavédelem lényegi alapjaihoz, céljaihoz, és kapott a célok eléréséhez szükséges megoldási javaslatokat, alternatívákat.

A Kistérségi Munkavédelmi Központ működtetésének szükségessége helyet kapott a Dunaújvárosi Kistérség Fejlesztési Tervében.

Az Egészségesebb Munkahelyekért Egyesület példája bizonyítja: civil kezdeményezésre lehetséges egy kistérségben létrehozni azt az együttműködési rendszert, amelyet a munkavédelem multidiszciplináris jellege, valamint a Munkavédelem Országos Programjának IV. fejezete egyaránt megkövetel. Egy egyesület, egy kamara nem pótolhatja a kormányzat, a hatóságok szakmai tevékenységeit, erőfeszítéseit. De nagyon hatékonyan kiegészítheti azt a maga sajátos, speciális jellegével, lehetőségeivel. Ehhez azonban a partnerség alapelveinek nemcsak a retorikában, hanem a gyakorlatban is jelen kell lennie.

Egy sok szereplős rendszerben partnerség híján egymástól függetlenül, egymást nem segítve folynak el a források. Partnerséggel a forráshatékonyág növelhető. Ahogy a régi magyar közmondásból is következik:

A közös célokra külön-külön fordított források egyesítése

„Addig nyújtózkodj, ameddig a takaród ér”

Mottó: „Nem biztos, hogy rövid a takarónk, lehet, hogy csak keresztben van rajtunk”

Huszonhat kérdés a munkahelyi egészségfejlesztésről

Ki? Mit? Hol? Miért? Mikor? Hogyan?

Az Egészségügyi Világszervezet 1998-as Közgyűlése nemzetközi nyilatkozatot fogadott el az egészségről, mely szerint az elérhető legjobb egészségi állapot egyike az alapvető emberi jogoknak.

A lakosság egészségi állapotának és jólétének javítása a gazdasági és társadalmi fejlődés végső célja, ugyanakkor elismert tény, hogy a lakosság jó egészségi állapota a társadalmi-gazdasági fejlődés egyik előfeltétele.

Az Egészségügyi Világszervezet 2001-ben készített elemzése a makrogazdaság és egészség összefüggéseiről tudományosan kimutatja, hogy az egészség érdekében alkalmazott hatékony beruházásoknak gyorsító, tovagyrúzó hatása van a gazdasági növekedésre és a társadalmi fejlődésre.

Az egészségi állapot javulása gyakran olyan folyamatokkal függ össze, amelyek nem közvetlenül az egészséget célozzák. Ilyen például a gazdasági növekedés, az életviszonyok javulása, a munkanélküliség csökkenése, amelyek együttesen hozzájárulhattak az utóbbi évek hazai halálozási mutatóinak lassú javulásához. A jó egészség elsősorban nem az egészségügyi szolgálaton vagy az orvoson múlik. Egészségi állapotunkat elsődlegesen mindennapi döntéseink, közvetlen környezetünk, a család, az iskola, a munkahely, a lakóhely határozzák meg.

Miért foglalkozunk a munkahelyeken egészségfejlesztéssel? Milyen érvek szólnak mellette?

- A gazdasági, társadalmi modernizációs folyamatok egyik velejárója, hogy megnő az emberi erőforrások jelentősége
- A rossz, vagy nem megfelelő munkakörülményekből adódó betegállomány költsége, növeli a munkaköltséget, csökkenti a technológiailag lehetséges termelékenységet
- A hagyományos munkahelyi egészségi és biztonsági módszerek, csak korlátozott hatással vannak a munkával kapcsolatos jól-éltre
- Egyre több olyan iparág van, amelynél fontos a magasan képzett, elkötelezett munkavállaló. Ezekben a területeken az egészség megőrzését támogató munka és életkörülményeket kell biztosítani.
- Az egészségfejlesztési programok kialakításának több okból is praktikus terepe a munkahely, mivel a munkavállalók a nap 1/3-át a munkahelyükön töltik, a hosszú távú foglalkoztatás, hosszú távú beavatkozást tesz lehetővé, illetve adottak a jól kialakított kommunikációs csatornák

De mi is a munkahelyi egészségfejlesztés? (A Luxembourgi Deklaráció megfogalmazásában)

„A munkahelyi egészségfejlesztés a munkaadók, a munkavállalók és a társadalom valamennyi olyan közös tevékenységét jelenti, amely a munkahelyi egészség és jól-ét javítására irányul. A cél eléréséhez három eszkörendszer együttes alkalmazása szükséges: a munkaszervezet javítása, az aktív dolgozói részvétel biztosítása és támogatása, valamint az egyéni kompetencia erősítése.”

A munkahelyi egészségfejlesztéssel kapcsolatos tevékenységek általában három kategóriába sorolhatók

- az egészségfejlesztést szolgáló munkaköri, szervezeti, környezeti tervezés,
- a munkavállaló viselkedésének megváltoztatása,
- a munkahelyi egészségfejlesztéssel kapcsolatos belső kommunikáció

A munkahelyi egészségfejlesztés sikerességében, a tapasztalatok alapján az alábbi tényezők játszanak szerepet:

- Szakmaközi, interdiszciplináris erőfeszítés, együttműködés, a vállalat, a munkahely több részt-

vevőjével (munkahelyi egészség, biztonság, emberi erőforrás-menedzselés, minőségügy, képzés, stb.)

- A programok kidolgozásától, a végrehajtásáig, minden érintett fél részvétele és közreműködése feltétlenül szükséges

- Átfogó megközelítés alkalmazása, amely az egyénre összpontosító tevékenységeket ötvözi a munkakörülmények és a szervezeti felépítés megtervezésével

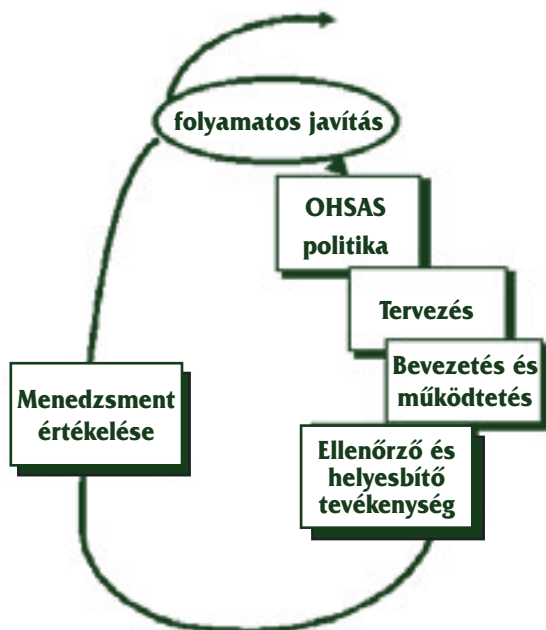
A munkahelyi egészségfejlesztés tervezésénél vegyük figyelembe, hogy a program:

- a munkavállalók valamennyi csoportjára alkalmazható legyen,
- a rossz egészségi állapot rejtett okainak feltárására irányuljon,
- többféle módon próbáljon hatni az egészségvédelem irányába,
- célja az, hogy a dolgozókat rábírja az aktív részvételre saját egészségük megőrzése érdekében,
- nem kizárólag orvosi tevékenység, hanem magában foglalja a munka szervezés és a munka-feltételek javításának feladatait is.

Az egészségvédelmi program beindításának és sikeres működtetésének legfontosabb feltételei a következők:

- vállalaton belüli és vállalatok közötti együttműködés,
- a kiinduláskor mért egészségi helyzet elemzése,
- a fontossági sorrend megállapítása, a célok kitűzése,
- egészségközpontú kommunikáció,
- a nehézségek felmérése és leküzdése,
- folyamatos megfigyelés és elemző munka.

Az egészségvédelmi program működtetésének folyamata:



Első lépésként elengedhetetlen az érdeklődés felkeltése a program iránt, és az együttműködés kialakítása. Ennek során meg kell nyerni az ügynek a lehető legtöbb hozzáértő partnert, akik speciális ismeretekkel rendelkeznek a szociális tanácsadás, élelmiszer, sport, egészségbiztosítás vagy egyéb területeken.

A tapasztalatok azt mutatják, hogy a dolgozókat mindenképpen be kell vonni a programokba, a tervezéstől egészen a végrehajtásig. Ők is rendelkeznek értékes ismeretekkel és tapasztalatokkal, melyek a program valamennyi szakaszában felhasználhatók. A közösen kidolgozott intézkedések jobban szolgálják a dolgozók érdekeit, a részvétel nagyobb lesz a programokban, ha saját javaslataik kerülnek elfogadásra. Az alkalmazottak, döntéshozók és szakértők csak akkor lesznek hajlandóak együttműködni, ha az egész program során mindig megfelelő tájékoztatást kapnak, mert érdeklődésüket csak így lehet fenntartani. A megfelelő tájékoztatás az egyes célcsoportokhoz a követ-

kezőképpen juthat el:

- az információk logikus és objektív kihelyezésével,
- a célcsoportoknak szóló érthető nyelvezet használatával,
- a legfontosabb információkra történő koncentrálással,

- a vállalat és a dolgozók szempontjait egyaránt figyelembe vevő információkkal,
- a program célkitűzéseinek realisztikus és pozitív megfogalmazásával,
- azoknak a kedvező rövid- és középtávú hatásoknak a bemutatásával, amelyeket a program az egyé-
nekre és a célcsoportokra gyakorol,
- együttműködésre való felszólítással,
- az egészség és az élet élvezete közötti kapcsolat bemutatásával,
- a további információk beszerzésének és a kapcsolattartás módjának közzétételével.

A Dublini Munkahely-kutató Központ egy általános egészségfejlesztési programot a következőkép-
pen fogalmazott meg:

- a munkahelyi egészségfejlesztés szervezeti rendszerének kialakítása,
- az egészségfejlesztési program reklámozása,
- az egészségfejlesztési program igényeinek elemzése,
- az egészségfejlesztési program megtervezése és működtetése,
- a program állandó figyelése,
- a program szükség szerinti módosítása.

Mint minden más tevékenységet, az egészségvédelmet is meg kell vizsgálni a ráfordított költség/
haszon és a ráfordított költség/hatékonyság összefüggései szempontjából. A programok értékelésének
mindig két szempontot kell figyelembe venni: a gazdasági és egészségügyi hasznosságot. Ezeket a
következő mutatók segítségével lehet mérni: a betegállományok és a hiányzások számának alakulásával,
a munkaező vándorlás mértékével, a munkahelyi balesetek a ténylegesen ledolgozott munkaórák
számával, a termelékenységgel, a termékek minőségével, a reklamációk előfordulási gyakoriságával, a
vállalat megítélésének javulásával, a vállalattal való azonosulás mértékével, a fejlesztésre tett javaslatok
mennyiségével.

A munkakörülmények és a dolgozók egészségi állapotának javulását a következők jelezhetik:

- jobb munkahelyi légkör és jobb interperszonális kapcsolatok,
- a nagyobb tevékenységi területet felölelő munkahelyek száma,
- a jobb ergonómiai mutatókkal működő munkahelyek száma,
- a káros környezeti hatást a minimumra csökkentő munkahelyek száma,
- az egészségvédelmi tanfolyamokon vagy újabb szakképzettség megszerzésére irányuló tanfolya-
mokon részt vevő dolgozók száma,
- az egészséghez, egészséges életmódhoz való viszony megváltozása,
- a rizikófaktorok csökkenése.

Ezeket a mutatókat részint házon belül, a szokásos adatokból, részint a munkavállalókkal és szak-
emberekkel végzett ismételt felmérések segítségével, részint pedig a program előtt és után készült
szűrővizsgálatok eredményeinek összehasonlításával lehet nyomon követni.

A munkahelyi egészségvédelem népszerűsítésének lehetséges érvei a munkavállalók számára:

- jobb egészségi állapot,
- nagyobb örömmel végzett munka,
- jobb munkahelyi környezet, légkör,
- jobb munkahelyi kapcsolatok,
- alacsonyabb munkahelyi stressz,
- nagyobb személyes felelősségérzet,

A munkahelyi egészségvédelem népszerűsítésének lehetséges érvei a munkaadók számára:

- kevesebb hiányzás,
- nagyobb termelékenység,
- nagyobb számú új jelentkező és kisebb munkaerő elvándorlás,
- jobb munkatársi kapcsolatok,
- a munkahelyi morál javulása,
- a „gondoskodó szervezetek” nagyobb megbecsültsége,
- a cég pozitívabb arculatának kialakítása.

Amennyiben a fenti érvek meggyőzték Önt, kedves olvasó, és saját munkahelyén akár, mint vezető, akár, mint kulcsszereplő, egészségfejlesztési program kialakítását tervezi, álljon itt egy rövid vázlat, arra, hogy melyek azok a tevékenységek, melyeket a siker érdekében érdemes elvégezni.

Tervezés

• Tanácsadó csoport megszervezése (a kulcsszereplők bevonásával, foglalkozás-egészségügyi. szolgálat, biztonságtechnika, munkavédelem, humán erőforrás menedzsment, munkavállalói érdekképviselet, a program jellegétől függően érintett személyek).

• Menetrend kialakítása.

• Az értékelés figyelembe vétele a tervben (Már a tervezés időszakában fontos eldönteni, hogy melyek azok a mutatók, amelyek a program sikerességét jelzik.)

Helyzetelemzés

• Mi történik, mit kell tenni, kit kell bevonni a munkába?
• A program indításakor mért egészségi állapot elemzése.
• Erőforrások előteremtése (találkoznak az erőforrások az igényekkel, megfelelnek-e az erőforrások az igényeknek, van-e megfelelő hozzájárulás/jóváhagyás?)

Előzetes tesztelés, értékelés, módosítás

- A helyszínek és célszemélyek kiválasztása.
- Kérdőívek, beszélgetések.
- Legfontosabb célcsoportok kiválasztása.

Áttekintés és értékelés

- Az erőforrások eljutottak-e oda, ahová szántuk azokat?
- Ha igen, szükség van-e módosításra?

A programok végrehajtása és értékelése/marketing

• Kapcsolatok kiépítése megfelelő szervezetekkel.
• A média és a szakfolyóiratok felhasználása, amikor arra lehetőség nyílik.
• Kiállítások, szakmai tájékoztatók, szemináriumok és műhelymunkák szervezése.
• Alakítsunk ki minél több kapcsolatot.
• Célozzuk meg azokat a szervezeteket, amelyek szimpátiával viseltetnek a munkahelyi egészségvédelmi programok iránt.

• Ismerjük fel a munkahelyi egészségvédelmi programon belül a képzés fontosságát.

Végül álljon itt egy kis segédlet ahhoz, hogy a foglalkozás-egészségügy által nyilvántartott egészség-mutatókon kívül, melyek azok a kérdések, amelyeket a helyzetelemzés elkészítésekor érdemes feltennünk.

Foglalkozás egészségügyi ellátás biztosítása, munkabiztonság és környezetvédelem

Milyen a vállalat munkaegészségügyi, munkabiztonsági és környezetvédelmi politikája?

Hogyan történik a vállalatnál a munkaegészségügyi és munkabiztonsági kockázatbecslés?

Hogyan biztosítja a vállalat a foglalkozás-egészségügyi ellátást? Hol és mikor érhető el? Hogyan biztosítják az alkalmassági vizsgálatokon való megjelenést?

Az integrált irányítási rendszer összetevői

MSz EN ISO 14001

(Környezetközpontú irányítási rendszerek)



MSz EN ISO 9001:2001
(Minőségirányítási rendszerek)



BS 8800 (MSZ 28800)
(Munkahelyi egészségvédelmi és biztonsági rendszerek)

Hogyan szabályozza a vállalat az egyéni védőeszköz juttatást?

Milyen a vállalat ergonómiai programja?

Milyen egyéb eszközökkel biztosítja a vállalat az egészséget, biztonságot és környezetet nem károsító munkafeltételeket?

Hogyan biztosítják a munkavállalók részére a megfelelő higiénés feltételeket (pl. étkező-, illetve öltözőhelyiség, mellékhelyiségek)?

Hogyan oldja meg a vállalat a hulladékok kezelését?

Egészséges életmóddal kapcsolatos kérdések

Dohányzásmentes-e a munkahely? Hogyan ellenőrzik ezt? Milyenek a dohányzásra kijelölt helyek? Hol és hogyan vannak kialakítva? Hányan dohányoznak a munkahelyen? Hányan szeretnének leszokni a dohányzók közül?

Milyen dohányzásról leszoktató programokat szervez, vagy támogat már a vállalat?

Biztosított-e az egészséges étkezés lehetősége a munkahelyen? Van-e diétás tanácsadás?

Hogyan támogatja a vállalat az egészséges munkahelyi étkezést? Igénylik-e a munkavállalók? Hányan vannak olyanok, akiknek táplálkozással összefüggő megbetegedésük van?

Milyen formában nyújt lehetőséget a vállalat a rendszeres munkahelyi testedzésre?

Hogyan támogatja a vállalat a munkahelyen kívüli testedzést? Hányan sportolnak rendszeresen? Milyen gyakorisággal? Milyen sportra lenne igény?

Biztosít-e és hogyan a vállalat szükség esetén személyre szabott/bizalmas jellegű mentálhigiénés tanácsadást, konfliktuskezelő, illetve időgazdálkodási tréninget?

Sor kerül-e rekreációs rendezvényekre munkahelyi keretek között (családtagok részvételével)?
Elérhető-e és hogyan pszichológiai, vagy egyéb segítség egyéni és/vagy csoportos krízishelyzetek megoldásához?

Hogyan támogatja a vállalat a dolgozók részvételét különféle szűrőprogramokban?

Támogatja-e anyagilag és milyen mértékben a vállalat a munkatársak védőoltásait? Melyek ezek a védőoltások?

Van-e a vállalatnál olyan munkakör, ahol kötelező védőoltást biztosítani? Melyek ezek?

Milyen karitatív egészségügyi programokban vesznek részt a munkatársak?

A munkahelyi egészségfejlesztés értékelésére szolgáló eredménymodell.

A táblázat Dr. Gregor Breucker (igazgató, Európai Információs Központ) és Dr. Arons Schörer (igazgató, BKK Egészségügyi Osztály) nyomán készült.

	Egyéni viselkedés	Támogató környezet	Vállalati kultúra és politika
<i>Egészségügyi és társadalmi eredmények</i>	Életminőség, Vállalati hiányzások aránya. Balesetszám. Foglalkozási ártalmak. Munkával kapcsolatos megbetegedések. Korai nyugdíjazások.	Munkaerő-cserélődés Termelékenység Környezetre ártalmas kibocsátások csökkentése	Az ügyfelekben és a társadalomban kialakult kép. Hatékony munkahelyek Fenntartható regionális gazdasági és társadalmi fejlődés.
<i>A MEF közvetett eredményei</i>	Az egészségfejlesztést szolgáló alkalmazotti viselkedés. Egészséges étrend. Testmozgás. Stb..	Egészséges munkahelyi és szervezeti körülmények. Ergonómikus munkahelyek A személyes kiteljesedést segítő munkaköri tervezés Fizikai megszorítások csökkentése. Alkalmazott-orientált vezetési stílus.	Az egészségi megfontolások beépítése a vállalati döntéshozatalba. A személyzettel, minőséggel, munkahelyi egészséggel és biztonsággal kapcsolatos politika szerves része. Munkakörülményekkel kapcsolatos megállapodások..
<i>A MEF eredményei</i>	Az egészségre való tudatos odafigyelés. Információs szint (munkakörülmények, az egészségfejlesztést szolgáló viselkedés). Résztevők aránya. Jobbítási javaslatok. Kockázati tényezők csökkenése.	Az egészségfejlesztést szolgáló munkakörülmények és munkakörnyezet. Jobbítási javaslatok száma. Stresszt okozó munkakörülmények javítása. Elégedettség/motiváció..	Az egészségi kérdésekre való tudatos odafigyelés és az infrastruktúra felépítése. MEF irányítócsoporthoz. Munkaerő-elbocsátás.
<i>MEF-el kapcsolatos tevékenységek</i>	Egészségügyi nevelés a munkahelyen. Személyzeti fejlesztés. Tanfolyamok/Szűrés. Oktatás/Kampányok.	Az egészségfejlesztést szolgáló munkaköri és szervezeti tervezés. (Munkahelyi egészség és biztonság/Szervezeti fejlesztés/Munkaszervezés) Munkahelyi egészség és biztonság/egészségi körök. Vezetőképző tanfolyamok Vállalati egészségügyi jelentésrendszer	Az egészségi kérdésekre való tudatos odafigyelés és az infrastruktúra felépítése MEF irányítócsoporthoz. Munkaerő-elbocsátás. Belső kommunikáció és marketing (a politika kidolgozása). Prezentációk. PR.munka.

Lelki egészség, egészséges munkahelyek, egészségvédő közösségek

Bevezetés

Ma az idő előtti halál árnyékában él Magyarország lakossága. A fejlett országokban a halálozási arányok folyamatosan javuló tendenciát mutatnak. Ezzel szemben Magyarországon a halálozási arányok a hetvenes évektől drasztikusan romlottak. A középkorú (45-64 éves) férfiak halálozási arányai a nyolcvanas évektől napjainkig rosszabbak, mint 1930-ban voltak. A környező országokban a halálozási arányok jobb, de a magyarországihoz hasonló összefüggést mutatnak, ezért e jelenséget a tudományos világ a „közép-kelet-európai egészség paradoxon” néven tartja számon. Az eddig ismert tényezőkkel ezt a jelenséget nem lehet megmagyarázni, hiszen a gyógyítás lehetőségei, a szegények helyzete, a társadalmi különbségek, az iskolázottság tekintetében a mai helyzet lényegesen jobb, mint 1930-ban volt. Nincs olyan, a halálozási arányokat befolyásoló, ismert jellemző, ami 1930-ban jobb lett volna mint napjainkban.

A hatékony egészségvédelem megvalósításához fel kell derítenünk a magyar halálozási arányok háttértényezőit. Az okok feltárásához jó kiindulási pont az, hogy a közép-kelet-európai paradoxon korcsoportos, nemi és területi különbségeket mutat. A nők halálozási arányai jobbák mint a férfiaké. Azok a férfiak, akik megélik a 65 éves kort, a dán férfiakhoz hasonló életesélyekkel rendelkeznek. *Klinger András* vizsgálatai szerint, ha a 150 kistérséget hasonlítjuk össze, „a férfiak esetében a maximális halandóságu kistérség (Szob) halandósági hányadosa 60 %-kal magasabb a legalacsonyabbénak (Csorna), ami elég nagy szóródást jelent a kistérségek között.” „A maximális és a minimális érték közötti különbség a nőknél még magasabb, mint a férfiaknál: a barcsi kistérségben 66 %-al magasabb mint a balatonfürediben.”

A jelenség okainak vizsgálatához és a lehetséges preventív módszerek feltárásához az aktív korosztály vizsgálata szükséges. Célszerű a 45-64 éves korcsoport halálozási arányainak okait vizsgálni, majd preventív módszereket kidolgozni a teljes aktív populáció egészségi helyzetének javítására, hiszen a 45-64 éves korcsoport halálozási arányainak okai a korábbi évek történéseiben keresendők. A megelőzés eddigi stratégiái elégtelennek mutatkoznak. A különböző betegségekre vonatkozó lakossági szűrés, majd a betegek gondozása, gyógyítása nem tud lépést tartani a folyamatosan romló egészségi állapottal. Az úgynevezett elsődleges prevenció alkalmazása szükséges. El kell érni a veszélyeztetett, de betegnek még nem minősíthető csoportokat és meg kell szervezni egészségük védelmét, életminőségük javítását. Ezek az emberek a munkahelyi közösségekben érhetőek el. Ezért a megelőzés jelentős mértékben munkaegészségügyi problémának is tekinthető.

A továbbiakban kutatási eredményeket ismertetünk, amelyek az aktív korúak halálozási arányaiban megmutató krízis okaira vonatkoznak, kiemelve a munkahelyi egészség kérdéskörét. Ezt követően a munkahelyek, valamint az ott dolgozók egészségvédő civil szervezeteinek munkamegosztását ismertetjük a lelki egészség védelme területén, különös tekintettel az egészségpénztári formában rejlő lehetőségekre. Miután az önkéntes egészségpénztárak törvény adta lehetőségeiknél fogva az egészség megőrzésére és a megelőzésre alkalmas szervezetek, a Magyar Pénztárszövetség több ENSZ és hazai projekt keretében együttműködött a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetével a középkorú lakosság halálozása okainak feltárásában és az egészségpénztárak által bevezethető preventív módszerek kidolgozásában. A lelki egészség fejlesztésére vonatkozó megállapításokat ezeknek a kutatásoknak az eredményeire támaszkodva mutatjuk be.

A kontrollvesztés és a depresszió szerepe

Michel Marmot az angol közalkalmazottak vizsgálata során megállapította, hogy az egészséget súlyosan veszélyeztető tényező a hosszan tartó kontrollvesztett állapot. Az angol közalkalmazottak közül azok, akik a hierarchia alacsony fokán vannak, magasabb halálozási arányokat mutatnak, mint a hierarchia magasabb fokán állók, akkor is, ha nem, kor, végzettség, az önkárosító magatartásformák tekintetében a hierarchia alacsony és magas fokán állók közül egyforma személyeket hasonlítunk össze. A kontrollvesztett állapot szív és keringési betegségek szempontjából, valamint a gastrointestinális fekélyképződés, a daganatos és más krónikus megbetegedések kórlefolyása szempontjából is súlyos, veszélyeztető tényező. A krónikus stressz állapotot, amikor az ember úgy érzi, kiszolgáltatott helyzetét nem tudja megoldani, ezért feladja a próbálkozásokat, tanult tehetetlenségnek nevezzük. Ezt a lelkiállapotot a depressziós tünetegyüttes legmegfelelőbb modelljének tekinthetjük.

A depressziós tünetek egyrészt reménytelenséget, döntésképtelenséget, tehetetlenséget, munkaképtelenséget, másrészt elmagányosodást, érdektelenséget jelentenek mások iránt. Alvászavarral és kimerültséggel járnak együtt. A depressziós tünetek kialakulásának háttértényezői többek között a diszfunkcionális attitűdök. Diszfunkcionálisnak az olyan attitűdöket nevezzük, amikor nagy lelkiismeretfurdalást élünk át jelentéktelen hibák miatt is, egyetlen értékmérőnek a munkateljesítményt tekintjük, azt hisszük, hogy sorsunkat egyáltalán nem tudjuk befolyásolni, elvárjuk mindenki jóindulatát, akit szeretünk. A magyar populáción végzett vizsgálat alátámasztja, hogy a depresszió háttértényezői olyan diszfunkcionális attitűdök, mint a túlzott teljesítmény orientáció, fokozott szeretettség igény, külső kontrol, továbbá az életcélok hiánya, cinizmus, önvád, érzelem orientált megbirkózási stratégiák.

Hungarostudynak nevezett, az ország lakosságára reprezentatív nagy adatfelvételeket végeztünk 1988-ban, 1995-ben és 2002-ben. A felvett adatok alapján a szociális-gazdasági jellemzők, a betegnapok és a depresszió súlyossága közötti összefüggéseket elemeztük, nők és férfiak között. A rosszabb szociális-gazdasági helyzet és a rosszabb egészségi állapot között a depresszió közvetít. Ha a megkérdezett személynél rosszabb szociális-gazdasági helyzet nem jár együtt depressziós tünetekkel, úgy a szociális-gazdasági lemaradás kisebb rizikót jelent a megbetegedések szempontjából. Érdekes módon 1988-ban az alacsonyabb jövedelem csak a férfiak esetében járt együtt magasabb depresszió arányokkal, és rosszabb egészségi állapottal, 1995-re már a nők esetében is kimutatható volt ez az önrontó kör, bár kevésbé, mint a férfiaknál.

Önrontó kör kialakulását feltételezhetjük a viszonylag rosszabb szociális-gazdasági helyzet és a depressziós tünetegyüttes között, ami együttesen jelentős oki szerepet játszik a magasabb morbiditási és halálozási arányok hátterében. Nem önmagában a rossz szociális-gazdasági helyzet, hanem a viszonylagos lemaradás a leglényegesebb tényező, hiszen az egységesen alacsony életszínvonal mellett a 70-es évekig a magyar egészségügyi statisztikák lényegesen jobbak voltak Európa más országaihoz viszonyítva. A gyors szociális-gazdasági változások között a lemaradók folyamatosan önmagukat, vagy a környezetet hibáztathatják, jövőjüket reménytelennek láthatják, állandó kontrollvesztést, tehetetlenséget élhetnek át, amiért nem képesek megszerezni a gépkocsit, a jobb lakáskörülményeket, a magasabb jövedelmet, míg a környezetükben számos ember képes minderre. A saját helyzet negatív érzelmi minősítése, a tehetetlenség, kontrollvesztés érzése a depressziós állapot kialakulásának legfőbb háttértényezője. Ez az életérzés a társadalom gyors polarizálódásának időszakában különösképpen, – amikor a társadalom többsége csupán az egyéni boldogulást tekinti célnak, igen gyakorivá válik.

A munkahelyek eredményessége szempontjából fontos az ott dolgozók egészsége, azaz humán tőkéje

A kontrollvesztett, depressziós állapottal szemben egészségi szempontból védőfaktor a kontroll érzése, azaz a kompetens (önhatékony), az elégedett, a koherens, azaz a környezetével harmonikusan együttműködő, a probléma orientált megbirkózási stratégiákkal (kreativitás, kezdeményező-készség, együttműködési készség) jellemezhető magatartás, amelyre nem jellemző az ellenségesség. Ez összhangban van *Galgóczy Gábor* Luxemburgi Deklarációról szóló közlésével, miszerint a munkahelyi egészségfejlesztés három eszközrendszere közül kettő „*az aktív dolgozói részvétel biztosítása és támogatása, valamint az egyéni kompetencia erősítése*”.

Kérdés, hogy magyar adatokkal alátámasztható-e a fenti állítás? A felsorolt pozitív jellemzők és az egészségi állapot magyarországi kapcsolatát a Hugarostudy 2002 adatbázis alapján elemeztük, hogy az önhatékony, a koherencia, együttműködési készség, a probléma orientált megbirkózási stratégiák, és az ellenségesség milyen valószínűséggel javítja vagy rontja az egészségi állapotot, a (EVSZ skála szerinti) jóllétet (pozitív életminőséget), illetve közepes és súlyos depresszió valószínűségét.

A felsorolt változók (önhatékony, koherencia stb.) értékskáláját négy negyedre bontva azt vizsgáltuk, hogy a legfelső negyedbe eső személyek – a legalsó negyedbe kerülő személyekhez képest – mekkora valószínűséggel jellemezhetőek átlagnál jobb egészségi állapottal, illetve jólléttel. Ez a hányados (odds ratio) az önhatékony (kompetencia) esetében 25.3-szoros, a koherencia vonatkozásában 24.6-szoros, az együttműködési készség vonatkozásában 9.8-szoros, a probléma orientált megbirkózási stratégiák vonatkozásában 7.5-szeres valószínűséggel jelent az átlagnál jobb egészségi állapotot. A kevésbé ellenséges személyek 3.1-szeres valószínűséggel tartoznak az átlag feletti egészségi állapottal rendelkezők csoportjába. Az EVSZ jóllét skála esetében: a koherencia 18.0-szor, önhatékony 12.6-szor, együttműködési készség 6.1-szer, probléma orientált megbirkózási stratégiák 5.3-szor, az alacsony ellenségesség 2.9-szer nagyobb valószínűséggel jár együtt átlagnál jobb életminőséggel, jólléttel. Az alacsony koherencia 32.9-szer, az alacsony önhatékony 9.8-szor, az alacsony együttműködési készség 8.1-szer, a kevésbé probléma orientált megbirkózási stratégiák 5.2-szer, az ellenségesség 12.4-szer nagyobb valószínűséggel jár közepes vagy súlyos depressziós tünet-együttessel. Tehát ezek a tulajdonságok jelentős egészségvédő tényezők.

Több egymással összefüggő jellemzőről van szó, amelyek kontrollal rendelkező, kompetens, a környezetével harmonikus, együttműködő személyiséget írnak le. Ezek a személyiségjegyek jelentős védőfaktorok az egészségromlással, megbetegedésekkel szemben. Az ezekkel a tulajdonságokkal rendelkező személyek sokkal eredményesebben tudtak megbirkózni a gazdasági és politikai változások kihívásaival. A fenti tulajdonságok egyszerre jelentenek életvezetési sikert és egészséget, így ebben az esetben egy önjavító körről beszélhetünk, a siker egészséget, az egészség további sikert von maga után. Ez az ún. tanult sikeresség, tanult forrásgazdagság az ún. pozitív pszichológia alaptétele, amelynek legkiválóbb képviselője a magyar származású *Csikszentmihályi Mihály*.

Ez a sikeres és egészséges állapot összefügg az iskolai végzettséggel. A nyolc általánost sem végzetekhez viszonyítva a felsőfokú végzettséggel rendelkezők 34-szeres valószínűséggel tartoznak az átlagosnál jobb egészségi állapottal jellemezhetőek közé, ezért az iskolázottság erősítése az egészségfejlesztés alapvető eszköze.

A társadalmi tőke egy munkahelyi vagy lakóhelyi közösség közjava

A munkahelyi légkör nagymértékben hozzájárul egy vállalkozás sikeréhez. Kérdés, hogy a jó közösségi légkörnek, melyek a legfontosabb jellemzői, mérhető-e a jó légkör. A társadalmi tőke fogalma annak a hangsúlyozására alakult ki, hogy a jó légkörrel gazdálkodni kell, megfoghatók azok az ismérvek, amelyek a „jó légkört” mérhetővé és tudatosan gyarapíthatóvá teszik. A társadalmi tőke egy-egy közösségre jellemző, az emberi kapcsolatokból származó erőforrás. Amíg a humán tőkét egyéni szinten, addig a

társadalmi tőkét közösségi szinten lehet vizsgálni.

A Hungarostudy 2002 adatfelvételt úgy terveztük, hogy 150 kistérségre reprezentatív legyen. A kistérségek esetén rendelkezésre állnak olyan statisztikai adatok, mint a korcsoportos férfi és női halálozás, az egy főre jutó személyi jövedelemadó alap, ami egyaránt jellemző az életszínvonalra és a kistérség gazdasági teljesítményére, továbbá rendelkezésre áll az egy főre jutó iskolázottság. Többváltozós módszerekkel modelleket állíthatunk fel a középkorú férfi és női halálozás magyarázó tényezőinek vizsgálatára, a kistérségek közötti különbségek magyarázatára.

A középkorú férfi és női halálozási különbségek magyarázata céljából többváltozós modelleket hoztunk létre. Magyarázó változók a társadalmi tőkeváltozók, mint a közösségi hatékonyság (a szomszédság képessége közös problémák megoldására), a bizalom, a kölcsönösség, a civil szervezetekben részvétel, a vallásgyakorlás.

Vizsgálatunkban a társadalmi tőke változók négy különböző faktort képeztek, ahol a kölcsönösség egy faktorba került a közösségi hatékonysággal, a bizalom hiánya egy faktorba került a versengő attitűddel, a civil szervezetekben való részvétel negatív kapcsolatot mutat a versengő attitűddel, és a vallásgyakorlás önálló faktort képez. Így a közösségi hatékonyság új értelmet ad, másik oldalát mutatja be a kölcsönösségnek, a bizalom hiánya pedig tágabb értelmet kap a versengő attitűddel kiegészítve.

A középkorú férfiak esetén ezek a változók a kistérségek közötti halálozási arányok különbségeit 68,0 %-ban magyarázták. A férfiaknál az iskolázottság és a jövedelem a halálozási arányok 63,7 %-át magyarázza. A bizalom hiánya, a kölcsönösség, a civil szervezetekben való részvétel, a közösségi hatékonyság és a versengő attitűd, továbbá a háttér változók, így az egy főre jutó átlagos napi cigaretta szám, és az egy alkalommal elfogyasztott tömény alkohol mennyisége egyaránt szignifikáns kapcsolatot mutat a férfi halálozással.

A középkorú nők kistérségek közötti halálozási különbségeit ezek a változók csak 29,3 %-ban magyarázzák. A jövedelem és az iskolázottság a halálozási különbségeket csak 16,7 %-ban magyarázzák. A társadalmi-gazdasági háttérváltozókat követően a szomszédsági kapcsolatok erőssége, az egy főre jutó napi cigaretta szám, és a vallásgyakorlás a legfontosabb magyarázó változói a kistérségek közötti középkorú női halálozás különbségeinek. A társadalmi tőke változói, a bizalom hiánya, a kölcsönösség, a civil szervezetekben való részvétel szintén szignifikáns kapcsolatot mutat a női halálozás különbségeivel. Érdekes eredmény, hogy miközben a versengő attitűd ugyanúgy jellemzi a nőket, mint a férfiakat, tehát ebben nem találunk szignifikáns nemi különbséget, a versengő attitűd nem áll szignifikáns kapcsolatban a középkorú nők halálozásával.

A modellezés során két különböző minta tűnik elő a középkorú halálozás hátterében. Egyrészt az iskolázottság és jövedelem által meghatározott fejlettebb térségekben a bizalom, az együttműködés és részvétel a civil szervezetekben jelenik meg, mint hatékony védőfaktor. Másrészt a szomszédsági kapcsolatok és kölcsönösség a kevésbé iskolázott, kisebb jövedelmű térségekben jelent egészségi védőhálót. A közösségi hatékonyság és kölcsönösség részben pótolni képes a kistérség alulképzettségéből, és alacsonyabb kereseti lehetőségeiből származó egészségi hátrányt.

Megállapíthatjuk, hogy a társadalmi tőke és a szociális-gazdasági magyarázó változók tekintetében különböznek a két nem halálozásával kapcsolatos rizikó és védőfaktorok. A férfiaknál a versengő attitűd kockázati tényező, és a bizalmatlanság is nagyobb kockázatot jelent. A nők esetében a közösségi hatékonyság a kölcsönösséggel együtt, valamint a vallásgyakorlás, a civil szervezetekben való részvétel jelentős védőfaktorok.

Az elmúlt évtizedekben bekövetkezett változások során a bizalmatlanság és a versengő attitűd fokozódásával, az anómia növekedésével csökkentek azok a támpontok, amelyek eligazítanak, illetve azok a készségek, amelyek lehetővé teszik a sikeres megbirkózást, így sok férfi vesztesként éli meg a változásokat. Ez súlyos önértékelési problémákhoz, önkárosító magatartásformákhoz vezet. A közösségi hatékonyság, a kölcsönösség, amely változók szorosabban korrelálnak a női halandósággal, a történelmi változások során kevésbé sérültek.

Az anómia fogalmát *Durkheim* vezette be. Az öngyilkosságot nem egyéni sorstragédiának, hanem társadalmi jelenségnek tekintette és egy másik társadalmi jeléssel, az anómiával magyarázta. Az anómia azt a széles körben elterjedt meggyőződést jelenti, hogy csak a társadalmi normák, a törvények megsértésével lehet sikert, emberhez méltó életet elérni. A Hungarostudy 2002. évi adatfelvétel tartalmazott anómia kérdőívet, amelynek segítségével megállapítottuk, hogy az anómia a társadalmi tőke hiánya mellett az egészségromlás fontos háttértényezője.

Mindkét nem részt vesz a társadalmi termelő munkában, az ezzel együtt járó versenyben, versengésben. Mind a férfiak, mind a nők egyszerre kell, hogy helyt álljanak a munkahelyen és a családban. Ennek ellenére a középkorú férfiak halálozási arányai lényegesen magasabbak. A két nem közötti különbségek eltérő szocializációjukkal magyarázhatók. A két nem közötti szerepmegosztás azt jelenti, hogy a férfiaknak anyagilag sikereseknek kell lenniük, gondoskodniuk kell a család létezésének anyagi, gazdasági feltételeiről, amíg a nők inkább a család érzelmi oldaláért, társadalmi kapcsolataiért felelősek. A férfiak önértékelését – értékelését – elsősorban a kereset és a társadalmi rang dönti el, amíg a nők önértékelése a család belső harmóniájával, a családtagok egészségével, sikerével, a szomszédság együttműködésével is szoros kapcsolatban van.

A két nem szerepe a társadalmi tőke alakulásában

A Hungarostudy 1995-ös adatbázis segítségével megyénként is összehasonlítottuk a középkorú nők és férfiak halálozási arányainak háttértényezőit. A férfiak halálozási arányait magyarázó változók között a nőkre jellemző társadalmi tőke változók is szerepeltek és viszont, a nők halálozási arányait magyarázó változó között a férfiak társadalmi tőke változói is szerepeltek.

A társadalmi bizalmatlanság, amelyet a következő állítással vizsgálunk: „*Az emberek általában aljasak. önzőek és ki akarják használni a másikat*” szorosabban korrelál a középkorú férfi halálozással, mint a középkorú női halálozással. Ezzel szemben a kölcsönösség, a következő állítás alacsony foka: „*Ha valakinek jót teszek, remélhetem, hogy viszonzni fogja*” a középkorú nők halálozásával mutat szorosabb kapcsolatot. A nőkre jellemző szoros kölcsönös segítség a férfiak számára is védőfaktor, amint ez kitűnik a középkorú férfiak halálozási arányai, és a nőkre jellemző kölcsönösség között fennálló szignifikáns korrelációból. A civil szervezetektől várható segítség a férfiak számára jelentősebb védőfaktor, mint a nők számára.

A középkorú férfiak megyénkénti halálozási különbségeit is, elsősorban a társadalmi-gazdasági helyzet különbsége magyarázza, bár a társadalmi tőke változók is jelentősen hozzájárulnak a halálozási arányok különbségeinek magyarázatához. A nők esetében a középkorú halálozási arányok különbségeit elsősorban a társadalmi tőke változók, nevezetesen a nők között tapasztalható társadalmi bizalom és kölcsönösség eltérései magyarázzák, és csak ezt követik a társadalmi-gazdasági helyzetre vonatkozó változók.

A lelki egészséget támogató, fejlesztő munkahelyek szempontjából egyaránt fontos a dolgozók részvételének erősítésén keresztül olyan személyiségjegyek fejlesztése, mint a kompetencia, koherencia, kooperativitás, és olyan munkahelyi légkör, amely kölcsönösséggel, közösségi hatékonysággal, a versengés elkerülésével jellemezhető. A versenyszellem nem azonos a versengéssel, ami arra a kérdésre adott pozitív válasz, hogyha „*egy jó ismerősöm sikeréről hallok, úgy érzem mintha kudarcot vallottam volna*”. A jó munkahelyi légkörhöz hozzátartozik, hogy a munkatársak sikerét közös eredményként élük meg.

Közösségben, közösen vállalkozók sikere és egészsége

A humán és a társadalmi tőke számos jellemzője, tehát kapcsolatot mutat a lakosság egészségi áll-

apotával és halálózási arányaival. Azt tapasztaltuk, hogy ezek között a jellemzők között szoros együttjárás áll fenn. Nagyjából ugyanaz a populáció, amelyet például hatékonyság, kompetencia jellemez, birtokolja a humán tőke többi formáját is, például a magasabb képzettséget, a probléma orientált megbirkózási stratégiákat, a koherenciát. A társadalmi tőke esetén hasonló helyzetet tapasztalunk, azaz a magasabb iskolázottságú közösségek tagjai inkább bíznak egymásban, inkább vesznek részt civil szervezetekben. A társadalmi tőke vonatkozásában azonban jelentős nemi és a terület fejlettsége szerinti különbségeket mutattunk ki. A férfiakat ma Magyarországon kevésbé védi a rendelkezésükre álló társadalmi tőke, mint a nőket. A nőknél jelentős védőfaktor a szomszédsági kapcsolatok, a kölcsönösség és a vallásosság, továbbá nem jelent kockázati tényezőt a versengés. A gazdaságilag fejletlen területek hátrányukat a közösségi hatékonyság és a kölcsönösség fokozásával tudják csökkenteni.

A szoros együttjárás a humán és a társadalmi tőke változók között egy konzisztens magatartásra utal, amit „közösen vállalkozó”, vagy „együtt vállalkozó” attitűdnek nevezhetünk. Spear ezt „co-operative entrepreneurship”-nek nevezte. Kézenfekvő, hogy azok tudnak megbirkózni a gazdasági, politikai, történelmi kihívásokkal, akik önálló kompetens személyként próbálják megoldani nehéz élethelyzeteiket. Ez a vállalkozói magatartás önmagában, társadalmi háttér nélkül azonban nem elég. A társas támogatás, a közösségi háló jelentősen növeli a sikeres megbirkózás esélyét. A sikeres megbirkózás feltétele a közösség ereje és a vállalkozói attitűd, ami azt jelenti, hogy „fogjunk össze és oldjuk meg a problémáinkat saját magunk”. Vizsgálataink arra mutattak rá, hogy az „együtt vállalkozó” attitűd nem-csak a gazdasági sikernek az alapja, hanem egészségvédő faktor is. Ez összhangban van azzal az ismert megállapítással, hogy a „self-management”, a kompetens egészségtudatos magatartás és a „community as provider”, azaz a közösséghez tartozás jelentős egészségi védőfaktor. Olyan közösségi formákat kell találnunk tehát, amelyek elősegítik tagjaik részvételét saját egészségük megóvásában, életminőségük javításában.

Lelkileg egészséges munkahely

A múlt század elejétől napjainkig a munkaegészségügy jelentős eredményeket ért el az egészségkárosító munkahelyek, a munkahelyi ártalmak regisztrálásában és a dolgozók egészségének védelmében. E téren a továbblépés a lelki egészséget károsító hatások csökkentése. Angliában a „Health and Safety Act” (törvény a biztonságról és az egészségről) alkalmazásával meghatározatlan mértékű büntetés megfizetésére ítélik azokat a munkaadókat, akik nem tudják bizonyítani, hogy min-dent megtettek azért, hogy a munkahelyi stresszt olyan alacsonyan tartsák, amennyire csak lehetséges.

A szociális auditálás, vagy szociális könyvelés gondolata a 80-as években fogalmazódott meg Angliában. Azóta több európai országban számos gazdálkodó szervezetnél sikerrel alkalmazták a módszert. Részből hasonló célokat valósít meg a minőségellenőrzés. Egy tervező és végrehajtó módszer-ről van szó, amely kitér minden olyan aspektusra, ami a termelést befolyásolja, de a hagyományos auditálásban, könyvelésben nem szerepel. A szociális auditálást olyan bizottságok végzik, amelyekben az érintettek (stakeholder) különböző csoportjainak a szervezetet jól ismerő képviselői vesznek részt. E tevékenység eredménye az érintettek ismereteinek, elkötelezettségének és befolyásának növelése a szervezetben zajló folyamatokra. Ez növeli a szervezetben dolgozók munkahelyi kontrollját. Ezek az eljárások magukban foglalják a dolgozók lelki és testi egészségének és a munkahelyi légkörnek a vizsgálatát.

A dolgozók lelki egészségének alakulása sok kérdésben a humán erőforrás menedzsmenten múlik. A dolgozók felvételénél és különösen a vezetők kinevezésénél kiemelt szemponttá válik többek között olyan személyiségjegyek mérlegelése, mint az önazonosság, a koherencia, kompetencia, kooperativitás, empátia. A dolgozók humán és társadalmi tőkéjének fejlesztése állandó erőfeszítést igényel. Fontos a vezetők és dolgozók önazonosságának, kontroll és biztonság érzetének fokozása. Egy bizalmatlan, versengő, identitás zavarral küszködő személy ezeket a személyiségjegyeket terjeszti, hasonlóan a

fertőzések terjedéséhez. Egy bizalmatlan főnök elveszti a beosztottak lojalitását, ami fokozza a bizalmatlanságot. Egy kisebbségi komplexusban szenvedő vezető az önazonosságának hiányát mások feletti hatalmaskodással, önkényeskedéssel igyekszik pótolni – terjeszti a kisebbségi érzést és megfosztja beosztottjait a kontrollérettől.

A Lisszaboni Európai Tanács Csúcsértekezletén, a „szociális felelősség” megfogalmazását követően megjelent a korporatív felelősség gondolata, ami az üzleti vállalkozásoknak azt az erőfeszítését jelenti, hogy civil szervezetek, egészségpénztárak bekapcsolásával gondoskodnak a dolgozók sorsáról, életminőségéről, humán és társadalmi erőforrásainak fejlesztéséről. A gazdasági verseny játékszabályai sokszor könyörtelenek, és nem engedik meg a munkáltatók számára a szociális szempontok érvényesítését. Egy elbocsátott dolgozó ugyanakkor a magyar törvények szerint tagja maradhat a munkahely által támogatott egészség, nyugdíj és öngondozó pénztáraknak, ahol egészségügyi és nyugdíj ellátást, munkanélküli segítyt, az elhelyezkedéséhez szükséges egyéb támogatást kaphat. A gazdálkodó szervezetek, illetve az ott dolgozók civil szervezeteinek együttműködése különösen hatékony lehet a lelki egészség fejlesztésében.

A humán és társadalmi tőkét erősítő szervezetek

Az érintettek tudatos, közösségben kifejtett aktivitása szükséges egészségük megóvása életminőségük javítása érdekében, ez lényeges kritérium a szervezeti formák megválasztásánál. A szervezeteket osztályozhatjuk úgy, mint személyek egyesülésén, vagy tőke egyesítésén alapuló szervezeteket. A személyek közösséget formáló egyesülése lényeges kritérium az egészségvédelem szempontjából. A szervezet célja az egészség megóvása, és nem célja a profitszerzés, ezért a célnak inkább megfelelnek a not-for-profit szervezetek, amelyek saját tulajdonosaiknak, tagjaiknak nyújtanak szolgáltatást. A civil szervezetek közül azok felelnek meg a célnak, ahol az érintettek, vagy kedvezményezettek részt vesznek a szervezet tevékenységében, a szolgáltatásban, így biztosítva a tagok részvételét és kompetenciáját.

A felsorolt kritériumoknak – bizonyos megszorításokkal – az egyesületek, a biztosító egyesületek, a szövetkezetek és az egészségpénztárak megfelelnek. Az egyesületeknél kritérium, hogy ne legyenek jogi személyiségű tagjaik és az egyesület tagjai maguk számára szervezzék a szolgáltatásokat. Ilyenek például a betegszervezetek. A szövetkezetek esetében, a szövetkezeti tulajdonrész és a szövetkezeti munkában való részvétel különválik. A szövetkezeti tulajdonrész eladható. Ebben kellene korlátozásokat elfogadni ahhoz, hogy e szervezeti forma kielégítse a fenti kritériumokat. Az egészségpénztárak jogi szabályozása olyan, hogy minden megszorítás nélkül kielégíti a kritériumokat. Kizárólag csak a tagok a tulajdonosai a szervezetnek, és a pénztár csak a tagoknak és családtagjaiknak nyújthat szolgáltatást. Az egészségpénztáraknál csak az állami felügyelet működésével van probléma, amennyiben nem tartatja be az önkormányzatisággal, az összeférhetetlenséggel, a szervezet független működésével kapcsolatos előírásokat, és ez néhány esetben az igazgatótanács jogellenes működéséhez vezetett.

Az egészségpénztárak esetében a törvény a munkaadók lehetséges szerepét, a munkaadói támogatás esetén járó adókedvezményeket is meghatározza. Ez a törvényi keret különlegesen alkalmas arra, hogy pénztárak útján a munkaadók gondoskodjanak dolgozóik jobb egészségi állapotáról, életminőségéről. Az egészségpénztárak ugyanakkor alkalmas tárgyaló partnerei a munkaadóknak a testi és lelki egészséget védő munkahelyi feltételek megteremtésében. A munkaadók a pénztárakkal együttműködve, nemcsak a munkaegészségügyi kötelezettségeiknek felelhetnek meg, hanem az Európai Unióban újabban sokat hangsúlyozott korporatív szociális felelősség követelményeinek is.

Az WHO World Health Report 2000 Franciaország egészségügyi finanszírozását minősítette a világon a leghatékonyabbnak. Franciaországban a lakosság nagy többsége tagja az egészségpénztáraknak (mutualitéknek). A magyar önkéntes pénztártörvény a francia és belga szabályozást követte. Az egészségpénztárak – e törvény szerint – kiegészítik a társadalombiztosítás szolgáltatásait, szolidáris,

független, önkéntes és demokratikus elven működnek. Magyarországon napjainkban mintegy 40 pénztár, mintegy 200 ezer taggal működik. A tagok száma exponenciálisan, minden évben 40-50 %-al nő.

Az egészségpénztárak szerepe az egészségfejlesztésben

Az egészségpénztáraknak kulcsszerep jut a megelőzésben.

Egyéni egészség program: Az egészségpénztárak a munkahelyeken keresztül elérik a még nem beteg de nagy kockázatoknak kitett személyeket és kortól, egészségi állapottól függő egyéni programot ajánlanak. A program részét képezik a tagok készségeit, humán és társadalmi tőkéjét növelő tréningek, csoportos tevékenységek. Néhány példa a stressz menedzsment tréning, amely csökkenti a depressziót, a kompetencia, empátia, kommunikáció fejlesztő tréningek. A csoportos tevékenységekre jellemzők a belga ifjúsági vagy nyugdíjas és különböző beteg klubok. *Önaktivitás:* A pénztár tagság vállalkozó készsége (self management), hogy „fogjunk össze és védjük meg az egészségünket saját magunk” jelentős egészségvédő faktor. Növeli a dolgozók részvételét és kompetenciáját. *Gyógyító közösség:* A személy mögött álló közösség „community as provider” bizonyítottan jelentős védőfaktor. *Társadalmi tőke:* Az egészségpénztárak képesek a társadalmi tőke növelésére, ami bizonyított védőfaktor. Ehhez a pénztárak mozgalmi jellegének, önkormányzati működésének erősítése szükséges.

Az egészségpénztárak szerepe a szolgáltatói piaci viszonyok erősítésében

Költséghatékonyság: A pénztártagoknak mint a pénztárak tulajdonosainak anyagi érdeke az értékarányos ár, a költséghatékonyság. A pénztárak szintjén lehet eredményes az áralku a szolgáltatókkal. A központosított társadalombiztosítás nem képes egyéni esetekkel foglalkozni. *Hálapénz legalizálása:* Az egészségpénztárak az egészségügyi reformot katalizálják azáltal, hogy az egészségügyi tevékenységért járó többletösszeget legalisan fizetik ki. Azok az orvosok, egészségügyi intézmények, akik, amelyek a pénztárakkal szerződéses viszonyban vannak, szerződéses kötelezettséget vállalhatnak arra, hogy a pénztártól kapott díjon felül nem fogadnak el hálapénzt. Ha mégis megtennék, ez szerződésszegést jelent a szerződésben rögzített következményekkel. Ennek működésképeségére jó példa az újságírók szanatóriumi egyesülete, amely az elmúlt évtizedekben végig így működött. *Árkont-roll:* Amennyiben a pénztárak tulajdonába vagy kezelésébe kerül a szolgáltatások 10 %-a, ezzel hatékony árszabályozást képesek megvalósítani. *Irányított betegellátás:* A magyar egészségpénztárak felméri tagjaik egészségi állapotát és betegség esetén részben finanszírozzák és irányítják a tagok ellátását. Az irányított betegellátást végző szervezetek ellen az Egyesült Államokban perek sokasága indult, mivel megtagadták az ellátottaktól a szükséges, nagy költségű beavatkozásokat, és ez esetenként egészségromláshoz, halálhoz vezetett. A pénztáraknál a tagok a tulajdonosok, így hatékony önkormányzati működés esetén maguk döntenek az ellátásról. Ez csökkenti a világszerte tapasztalható visszaélések veszélyét.

Az egészségpénztárak egyedülálló szerepe az alkotmányos jogok biztosításában

Forrásbevonás: Az egészségpénztárak forrást vonnak be az egészségügyi ellátásba, miközben a társadalombiztosításból nem vonnak el forrásokat és nem vonnak ki profitot. Piackutatási vizsgálataink szerint az emberek jelentős többlet összegeket fizetnének ki olyan szolgáltatásokért, mint a hálapénz elkerülése, várakozás megszüntetése, tanácskérés kevésbé súlyos panaszok esetében, stb. Az önkéntes nyugdíjpénztárak sikere bizonyítja, hogy az emberek komoly összegeket hajlandóak áldozni biztonságukért, többletszolgáltatásokért. Ebben a munkahelyek is érdekeltek, hogy ne veszítsék el az értékes munkaerőt. Így növelhetőek az egészségügyre fordítható keretek és elősegíthető az alkotmányos

jogok teljesítése. *Nemzeti egészségpolitika:* TB-vel együttműködve az egészségpénztárak nemzeti szabályozás alá esnek, ez teszi lehetővé az egészségpolitikai célkitűzések finansziális oldalának megteremtését. Amennyiben a TB szolgáltatásainak egy részét az EU-ban „üzleti vállalkozásnak” minősülő szervezetek látják el, ezek EU szabályozás alatt állnak, és működésüket az állam nem befolyásolhatja. *Differenciált szükségletek kielégítése:* Az egészségpénztárak kielégítik a társadalombiztosítás által kielégítetlenül hagyott szükségleteket. A két szervezeti típus együtt képes csak alkalmazkodni a lakosság változó és differenciált elvárásaihoz. *Politikai feszültség csökkentése:* Az egészségpénztárak alkotmányos jogok teljesítését, állami felelősséget vállalnak át, így csökkentik az egészségüggyel kapcsolatos politikai feszültségeket.



Tartalomjegyzék

Beköszöntő	3.
Előszó	5.
• Dr. Galgóczy Gábor: A munkahelyi egészségfejlesztés európai gyakorlata.....	7.
• Dr. Füzessy Zsuzsanna – Dr. Tistván László: A munkahelyi egészségfejlesztés integrálása a települési egészségtervben.....	14.
• Dr. Hazay Balázs: A foglalkozás-egészségügy jelentősége és feladata a munkahelyeken és a lakókörnyezetben.....	16.
• Dr. Pálfi István: Munkahelyi egészség és biztonság a Mérnöki Kamara szemszögéből.....	25.
• Kapás Zsolt: A munkahelyi egészségfejlesztés megalapozása Magyarországon a civil szervezetek új minőségű szerepvállalásával létrejövő munkavédelmi teljesítményekkel.....	31.
• Kerek Judit: Huszonhat kérdés a munkahelyi egészségfejlesztésről – Ki? Mit? Hol? Miért? Mikor? Hogyan?.....	40.
• Dr. Skrabski Árpád: Lelki egészség, egészséges munkahelyek, egészségvédő közösségek.....	46.

ISBN 963 216 473 3

Kiadja: Országos Egészségfejlesztési Intézet

Felelős kiadó: Dr. Mész Irén Írisz

Szerkesztő: Kapás Zsolt

Tördelés, grafika: Pataki Tibor

Nyomás és kötészet: MESTERPRINTKft.-ben (04.0088)

Táskaszám: 04.0496

Felelős vezető: Losonczy György

