

Terviseamet

Töötervishoiu büroo

Ive Vikström

Irma Nool

MITTEMEDITSIINILISTE TÖÖTERVISHOIUSPETSIALISTIDE VAJADUSE VÄLJASELGITAMINE (TÖÖANDJATE SEISUKOHAST)

Tallinn 2010

SISUKORD

1. SISSEJUHATUS.....	3
2. UURINGU EESMÄRK JA ÜLESANDED.....	5
3. UURINGU MATERJAL JA METOODIKA.....	6
3.1. Uuritavad.....	6
3.2. Andmete kogumine.....	6
3.3. Andmete analüüs.....	6
4. UURINGU TULEMUSED.....	7
4.1. Uuritavad.....	7
4.2. Riskianalüüsi teostajad organisatsioonis.....	9
4.3. Organisatsioonide probleemid riskianalüüsides koostamisel.....	10
4.4. Vajadus organisatsioonivälise töötervishoiuspetsialisti kui riskianalüüsi koostaja järele.....	12
4.5. Töötervishoiuteenuse tellimist takistavad ja/või välistavad asjaolud.....	13
4.6. Rahulolu töötervishoiuspetsialistilt tellitud riskianalüüsiga.....	15
4.7. Hinnang töötervishoiuspetsialisti teenuse vajalikkusele organisatsioonis.....	16
4.8. Tööhügieeniku, ergonoomi või tööpsühholoogi rakendusvõimalused organisatsioonis.....	17
4.9. Organisatsioonide tegevus töökeskkonna alaste mõõtmiste tellimisel Eesti Akrediteerimiskeskuses registreeritud mõõtmislaboritelt.....	18
4.10. Organisatsioonide poolsed lisaettepanekud riskianalüüsi koostamisel.....	19
4.11. Tervishoiuametis registreeritud tööhügieenikute, tööergonoomide ja tööpsühholoogide arv ning Eestis registreeritud töötervishoiuspetsialistide arvu ja vajaduse võrdlus teiste riikidega.....	20
5. ARUTELU.....	22
JÄRELDUSED.....	27
KASUTATUD KIRJANDUS.....	29

1. SISSEJUHATUS

Tööhügieenik, ergonoom ning tööpsühholoog on töötervishoiuspetsialistid, kelle tööülesanneteks on erinevate töökeskkonnas esinevate riskide, ohtude ning ebamugavuste leevendamine ja ennetamine ning inimsõbraliku ja tervist säästva, kuid samas produktiivse töökeskkonna kujundamine.

Tööhügieenikud on spetsialiseerunud peamiselt töökeskkonna füüsikalistele, bioloogilistele ning keemilistele ohuteguritele. Füüsikalised ohutegurid on näiteks valgustus, müra, vibratsioon, õhutemperatuur ja –niiskus, kukkumis- ja elektrilöögioht, masinate ja seadmete liikuvad või teravad osad jne. Bioloogilised ohutegurid on bakterid, viirused seened jm bioloogiliselt aktiivsed ained, mis võivad põhjustada nakkushaigust, allergiat või mürgistust. Keemilised ohutegurid on peamiselt ettevõttes käsitletavad ohtlikud kemikaalid ja neid sisaldavad materjalid. (Töötervishoiuspetsialistide tööülesanded...2003, Gardiner & Harrington 2005).

Ergonoom on spetsialiseerunud töökeskkonna füsioloogilistele ja psühholoogilistele ohuteguritele (tööülesanded, tööliigutused, sundasendid, töö organisatoorne pool, töökoha kujundus, töökoha sobivus konkreetsele töötajale jne) (Töötervishoiuspetsialistide tööülesanded töötervishoiuteenuse osutamisel 2003).

Tööpsühholoog tegeleb töökeskkonna psühholoogiliste ohuteguritega (tööstress, töösuhted, toimetulekuviisid erinevate psühholoogilist laadi probleemidega töökeskkonnas, töö kvaliteedi kasv läbi töösuhete parandamise jne). (Töötervishoiuspetsialistide tööülesanded...2003).

Töötervishoiuteenuse osutaja registreerimine annab töötervishoiuteenuse osutajale õiguse osutada registreerimisel väljastatud tõendis märgitud töötervishoiuteenuseid. Registreerimist taotlev isik esitab Tervishoiuametile registreerimistaotluse ja registreerimisel nõutavate dokumentide ära kirjad, sealhulgas kvalifikatsiooni tõendavate dokumentide ära kirjad. Töötervishoiu ja tööohutuse seaduse (vastu võetud 16.06.1999. a) tähenduses mõistetakse kvalifikatsiooni tõendavate dokumentidena töötervishoiuspetsialisti erialast pädevust tõendavat diplomit, spetsialiseerumise või täiendõppe tunnistust ning tõendit selle kohta, et isik on pädev mõõtja mõõteseaduse tähenduses. Tervishoiuamet kontrollib registreerimistaotluses esitatud andmeid ja dokumente ning teeb registreerimise või

registreerimisest keeldumise otsuse dokumentide esitamisest alates 30 päeva jooksul. Töötervishoiuteenuse osutajale väljastatakse registreerimistõend.

Küsimustik, mille alusel on koostatud antud kokkuvõte, on välja töötatud Tervishoiuameti (praeguse nimetusega Terviseamet) poolt analüüsimaks tööhügieenikute, ergonomide ning tööpsühholoogide vajadust Eestis.

2. UURINGU EESMÄRK JA ÜLESANDED

Käesoleva uuringu eesmärgiks on välja selgitada mittemeditsiiniliste töötervishoiuspetsialistide vajadus ettevõtetes.

Lähtuvalt eesmärgist on ülesanneteks:

- välja selgitada, kes koostab riskianalüüsi organisatsioonis;
- välja selgitada organisatsioonide probleemid riskianalüüsi koostamisel;
- välja selgitada vajadus ettevõttevälise töötervishoiuspetsialisti kui riskianalüüsi koostaja järelle organisatsioonis;
- välja selgitada töötervishoiuteenuse tellimist takistavad ja/või välistavad asjaolud;
- välja selgitada organisatsioonide rahulolu töötervishoiuspetsialistilt tellitud riskianalüüsiga;
- välja selgitada organisatsioonide hinnang töötervishoiuspetsialisti teenuse vajalikkusele;
- välja selgitada millist rakendust võiks leida organisatsioonides tööhügieenikule, ergonomile või tööpsühholoogile;
- välja selgitada kui palju kasutatakse töökeskkonna alaste mõõtmiste tellimist Eesti Akrediteerimiskeskuses registreeritud mõõtmislaboritelt;
- välja selgitada Tervishoiuametis registreeritud tööhügieenikute, tööergonoomide ja tööpsühholoogide arv;
- võrrelda Eestis registreeritud töötervishoiuspetsialistide arvu ja vajadust teiste riikidega.

3. UURINGU MATERJAL JA METOODIKA

3.1. Uuritavad

Üldkogum: Eestis on hinnanguliselt umbes 40000 ettevõtet, kes omavad majandustegevust ning nendest umbes 11000-15000 omavad üle 5 töötaja.

Valimi moodustamisel arvestati, et oleks esindatud vastavalt organisatsioonide arvule kõikide tegevusvaldkondade ettevõtted (klassifikaatori EMTAK 2008 alusel) ning et küsitletavas organisatsioonis oleks vähemalt 5 töötajat. Valimi moodustasid 11000 organisatsioonist 1330 (12%), kes valiti välja juhusliku valiku alusel; neile saadeti küsimustik „Töötervishoiuspetsialistide vajaduse väljaselgitamine”. Tagastati 120 (9%) ankeeti.

3.2. Andmete kogumine

Andmete kogumiseks kasutati eformulari internetikeskkonda (www.eformular.com) ning küsitlus oli vastajatele anonüümne. Ankeetküsimustik koostati Tervishoiuameti töötervishoiu osakonna poolt. Küsimustik koosnes 10-st erinevast riskianalüüsi kvaliteeti, mittemeditsiinilisi töötervishoiuteenuse osutajaid, nende töö kvaliteeti ja vajalikkust hindavast küsimusest. Küsitluse puhul kasutati nii valikvastuseid kui ka avatud küsimusi. Lisaks oli vastajatele jäetud ruumi kommenteerimise ja omapoolsete ettepanekute tegemiseks. Andmete kogumine toimus ajavahemikul 07.10.2009 -07.11.2009.

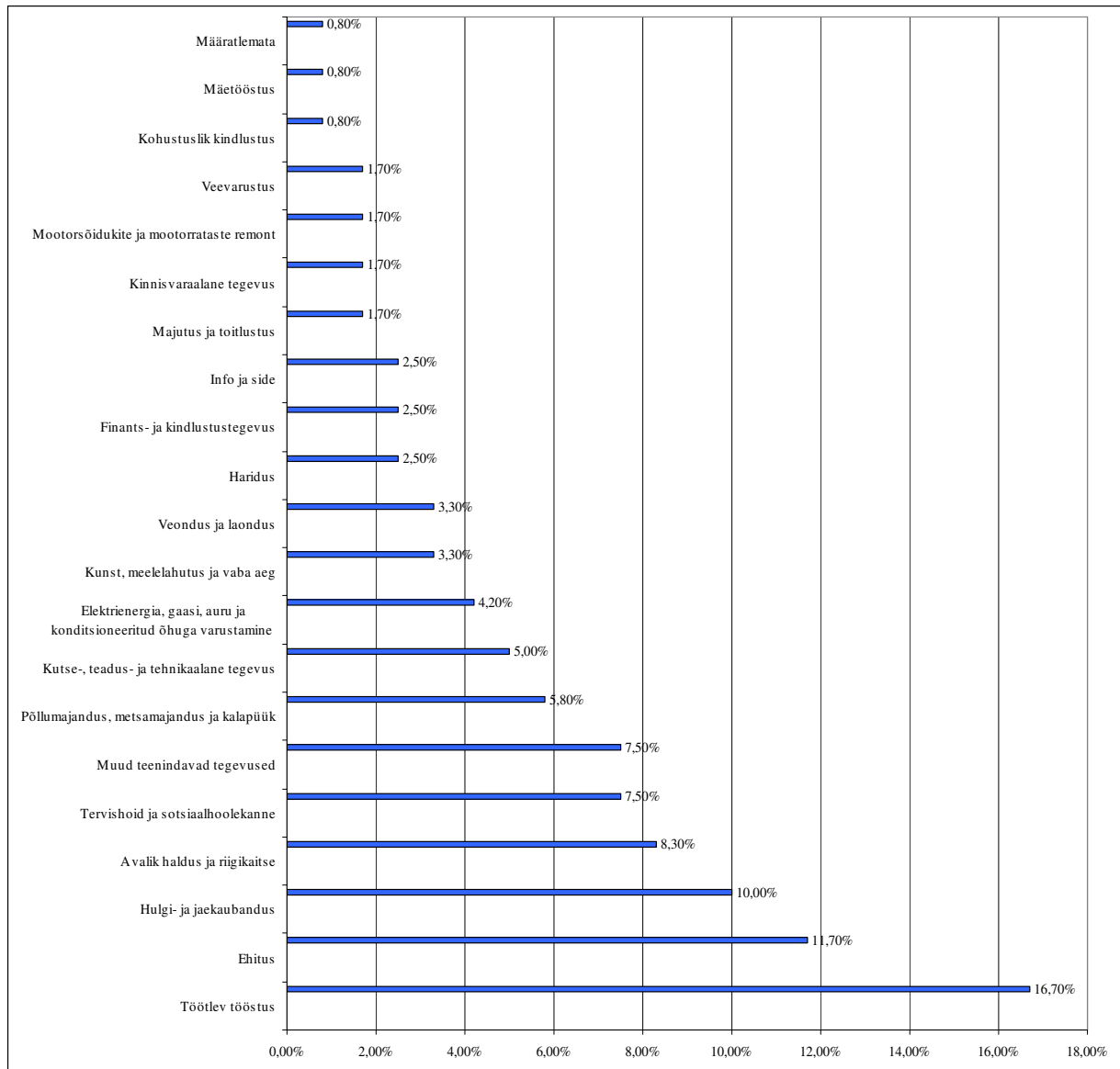
3.3. Andmete analüüs

Vastused töödeldi eformulari keskkonnas automaatselt. Andmed on esitatud arvuliselt ja protsentuaalselt, illustreerides tabelite ja joonistega. Kasutatud on sagedustabeleid. Vastanute poolt lisatud kommentaaride puhul on sulgudes esitatud vastanute arv.

4. UURINGU TULEMUSED

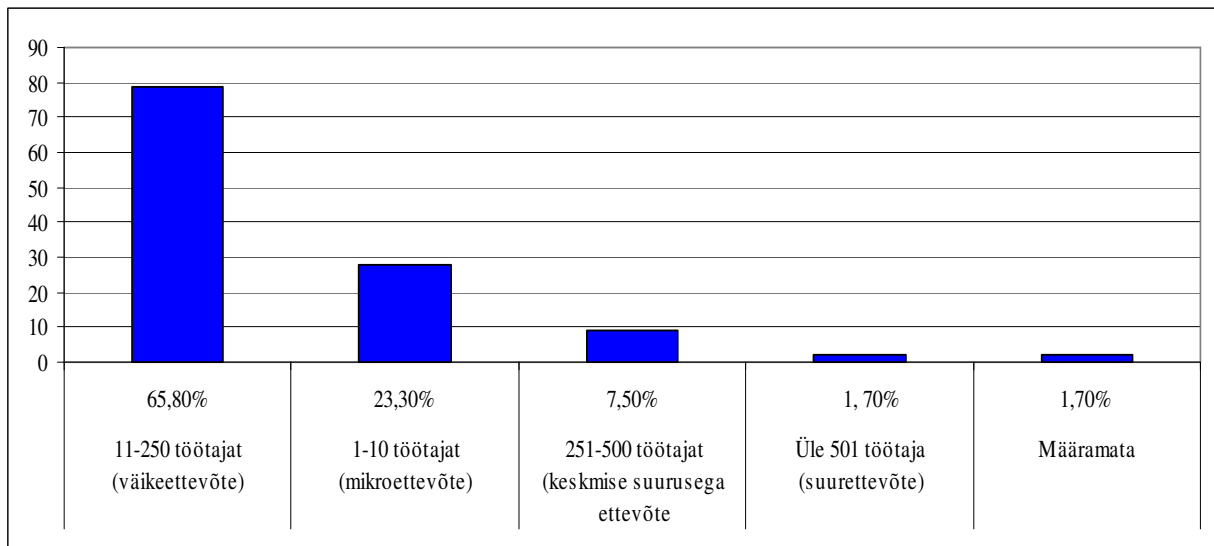
4.1. Uuritavad

EMTAK 2008 alusel jagunesid küsimustikule vastanud organisatsioonid järgmiselt: elektrienergia, gaasi, auru ja konditsioneeritud õhuga varustamisega tegeles 5 (4,2%), haridusega 3 (2,5%), muude teenindavate tegevustega 9 (7,5%), põllumajandusega, metsamajandusega ja kalapüügiga 7 (5,8%), tervishoiuga ja sotsiaalhoolekandega 9 (7,5%), kohustusliku sotsiaalkindlustusega 1 (0,8%), ehitusega 14 (11,7%), avaliku haldusega ja riigikaitsega 10 (8,3%), kunstiga, meelelahutusega ja vaba ajaga 4 (3,3%), majutusega ja toitlustusega 2 (1,7%), töötleva tööstusega 20 (16,7%), finants- ja kindlustustegevusega 3 (2,5%), kinnisvaraalse tegevusega 2 (1,7%), kutse-, teadus- ja tehnikaalase tegevusega 6 (5%), infoga ja sidega 3 (2,5%), veondusega ja laondusega 4 (3,3%), hulgi- ja jaekaubandusega 12 (10%), mootorsõidukite ja mootorrattaste remondiga 2 (1,7%), veevarustusega 2 (1,7%), mäetööstusega 1 (0,8%) ettevõtte ning tegevusvaldkond oli määratlemata 1 (0,8%) juhul (vt joonis 1).



Joonis 1. Organisatsioonide jagunemine tegevusvaldkonna järgi.

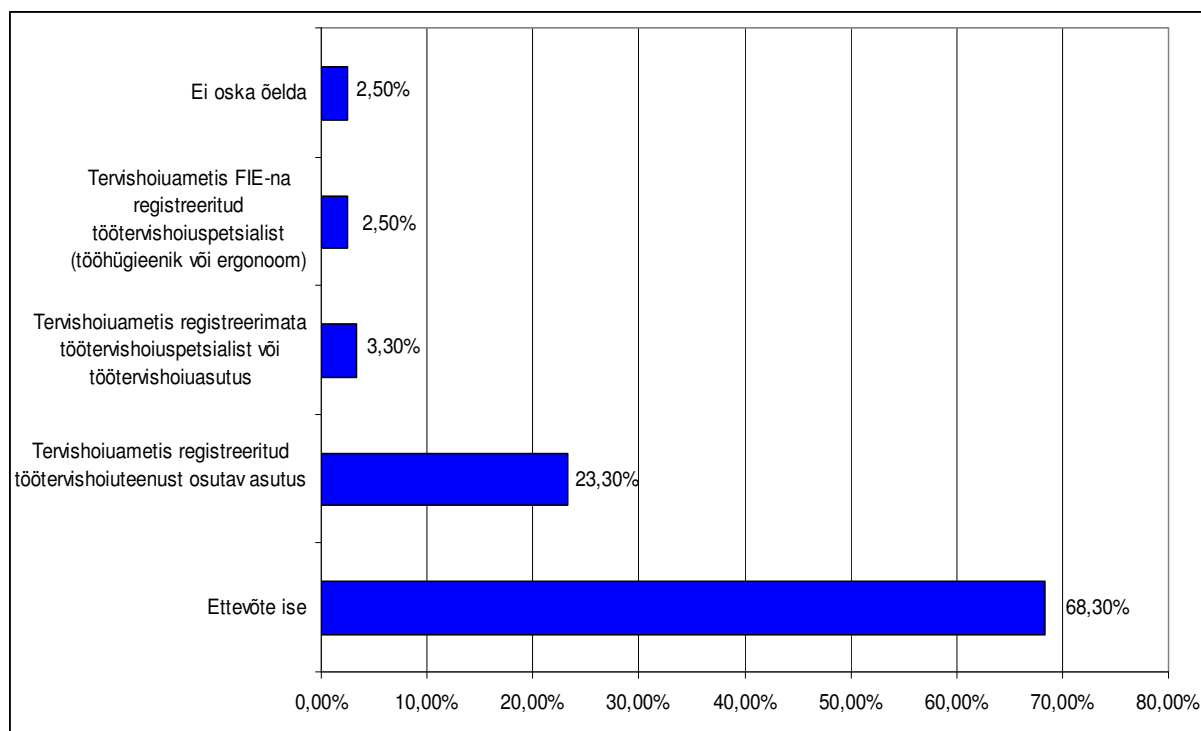
Vastanud organisatsioonidest (n=120) kuulus töötajate arvu järgi 79 (65,8%) väikeettevõtete hulka (11-250 töötajat), 28 (23,3%) kuulus mikroettevõtete (1-10 töötajat) hulka, keskmise suurusega ettevõtteid (251-500 töötajat) oli 9 (7,5%) ning suurettevõtteid (üle 501 töötaja) vaid 2 (1,7%) (vt joonis 2).



Joonis 2. Organisatsioonide jagunemine töötajate arvu lõikes.

4.2. Riskianalüüsi teostajad organisatsioonis

Üsna suur hulk organisatsioone koostab töökeskkonna riskianalüüsi ise ettevõttesiseselt – 82 (68,3%), 28 (23,3%) tellib riskianalüüsi Tervishoiuametis registreeritud töötervishoiuteenust osutavalt asutuselt, 3 (2,5%) tellib riskianalüüsi Tervishoiuametis FIE-na registreeritud töötervishoiuspetsialistilt (kas tööhügieenikult või ergonoomilt), 4 (3,3%) ettevõtet on kasutanud riskianalüüsi koostamisel Tervishoiuametis registreerimata töötervishoiuspetsialisti või töötervishoiuasutust ning 3 (2,5%) ei oska ütelda, millise töötervishoiuspetsialisti abi nad kasutasid riskianalüüsi koostamisel (vt joonis 3).



Joonis 3. Riskianalüüside teostajad organisatsioonides.

Täiendavate kommentaaridena arvatakse:

„Organisatsioon lahendab alati kõik tekkinud probleemid omal jõul” (12);

„Kui tekib keerulisemaid probleeme tellime teenust mittemeditsiinilistelt töötervishoiuspetsialistidelt” (2);

„Meil on ainult 13 töötajat ja kuna kõik on ametnikud (suuri riske ei esine) ei ole vajadust teha riskianalüüsi” (1);

Ülejäänud küsimustikule vastajad ei ole täpsustanud antud teemat.

4.3. Organisatsioonide probleemid riskianalüüside koostamisel

Peamised probleemid organisatsioonides riskianalüüside koostamisel selgusid vastanute kommentaaridest:

„Mõnede struktuuriüksuste juhtidel ei jätku aega riskianalüüsi koostamisel kaasa töötada” (2);

„On olnud vaja rohkem abimaterjale kasutada, mis on pigem aga positiivne” (1);

„Kuna meie igapäevatöös on riske vähe, ei valmistanud analüüsi koostamine erilisi probleeme” (2);

„Pole probleeme, vastavalt omandatud teadmistele koostasime kooostöös riskianalüüsi” (1);

„Puudub spetsiaalselt ettevalmistatud isik riskide sisuliseks hindamiseks” (1);

„Ajapuudus” (2);

„Töökeskkonna kaardistuse küsitluslehtede täitmisprotsent on suhteliselt väike. Ei ole rahalisi ressursse mõõdistuste läbiviimiseks” (1);

„Raske oli aru saada mida riskianalüüs peab endas sisaldama ja selget üheselt mõistetavat materjali internetis vähe sel teemal(1);

„Kuna tegemist on väikese kontoriga, on raske välja selgitada konkreetset ohud ja riskid, kuna neid praktiliselt ei eksisteeri või on need minimaliseeritud” (1);

„Astronoomi öine vaatlustöö ei saa olla spetsiifika tõttu riskivaba” (1);

„Objektid on unikaalsed” (1);

„Mõttetu töötaja ja raha raiskamine” (1);

„Kaupluste asukoht on keskustes ja seetõttu on töötingimused neist eriti sõltuvad” (1);

„On raskusi töötajatelt saadava teabega ja tagasisidega” (1);

„Oleme ettevõtte mitme eraldi asuva osakonnaga kus võetakse vastu puitu ja hangitakse edasi. Iga osakond koostab või tellib riskianalüüsi ise” (1);

„Aastaid tagasi oli probleemiks juhendite vähesus, viimastel aastatel on see olukord tunduvalt paranenud” (1);

„Vormilised” (2);

„Metoodika ja tulemuste selgitamine huvipooltele” (1);

„Inspektorile meelepärane vormistus” (3);

„Päris esimese riskianalüüsi koostamisel aastaid tagasi ehk kogemuse puudumine” (1);

„Materjal paisub liiga suureks ja muutub rasketihallatavaks” (1);

„Ei ole saanud töötervishoiuarstilt soovitusi riskide suuruse kohta” (2);

„Meeskonnatöö” (4);

„Büroos töötajatele on väga raske vägisi riske välja mõelda (uus büroomaja), ehitusel töötajatele on niigi tööohutuse küsimuste pidev jälgimine ja instrueerimine, iga ehitatava majaga seoses uut riskianalüüsi ju ei tee” (1);

„Vähene kogemus, koostamine võtab seetõttu rohkem aega” (1);

„Mõõtmiste teostamine” (1);

„Väga aeganõudev” (2);

„Napib oskusi ja teadmisi (2;)

„Halli valgustus, müra, osa seadmeid oli vaja täiendada” (1);

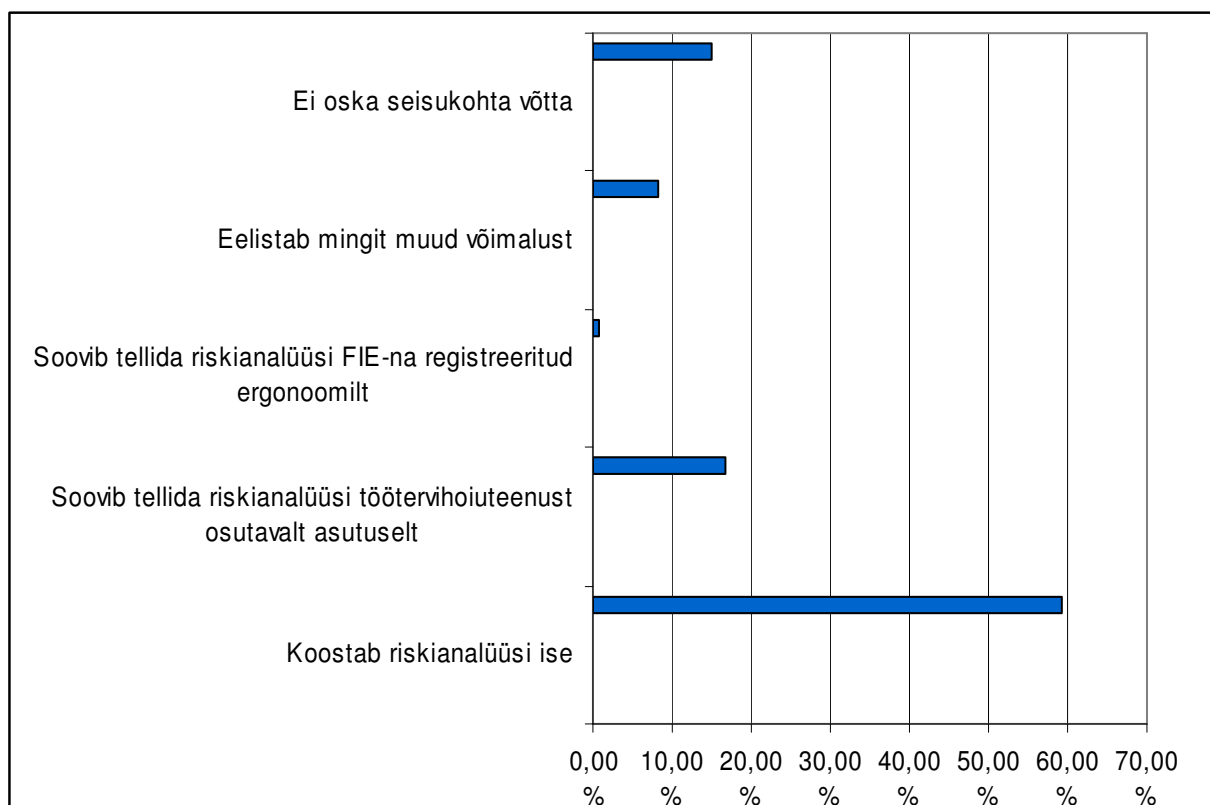
„Eritööde paljus” (1);

„Oskus õieti riske hinnata” (1);

„Siiani probleeme pole esinenud” (5);

4.4. Vajadus organisatsioonivälise töötervishoiuspetsialisti kui riskianalüüsi koostaja järelle

Suurim grupp - 71 (59,2%) arvab, et koostab ka tulevikus töökeskkonna riskianalüüsi ise ilma töötervishoiuspetsialisti abita, sest eeldatavasti tunnevad nad ise oma töökeskkonda piisavalt hästi ning on ise kõige kompetentsemad. 20 (16,7%) ettevõtet arvab, et sooviks tellida töökeskkonna riskianalüüsi töötervishoiuteenust osutavalt asutuselt, 1 (0,8%) Tervishoiuametis FIE-na registreeritud töötervishoiuspetsialistilt, 10 (8,3%) eelistab mingit muud võimalust, mida nad ei täpsusta ning 18 (15%) ei oska antud küsimuses üldse seisukohta võtta (vt joonis 4).



Joonis 4. Valmisolek tellida riskianalüüsi töötervishoiuspetsialistilt.

Täiendavate kommentaaridena lisati:

„Ise tehtud, hästi tehtud. Oleme katsetanud ka tellitut - haltuura!!!” (1);

„Tulevikus kasutaks võib-olla erinevate spetsialistide abi (kes ei ole meie asutusega seotud)” (1);

„Teeme ise riskianalüüsi” (4);

„Kui rahaliste vahendite puudumise tõttu koostame riskianalüüsi edaspidi ise” (1);

„Nüüd käinud töökaitsepetsialisti ja töökeskonnavoliniku koolitusel Medicoveris on pilt selgem ja saame ise hakkama” (1);

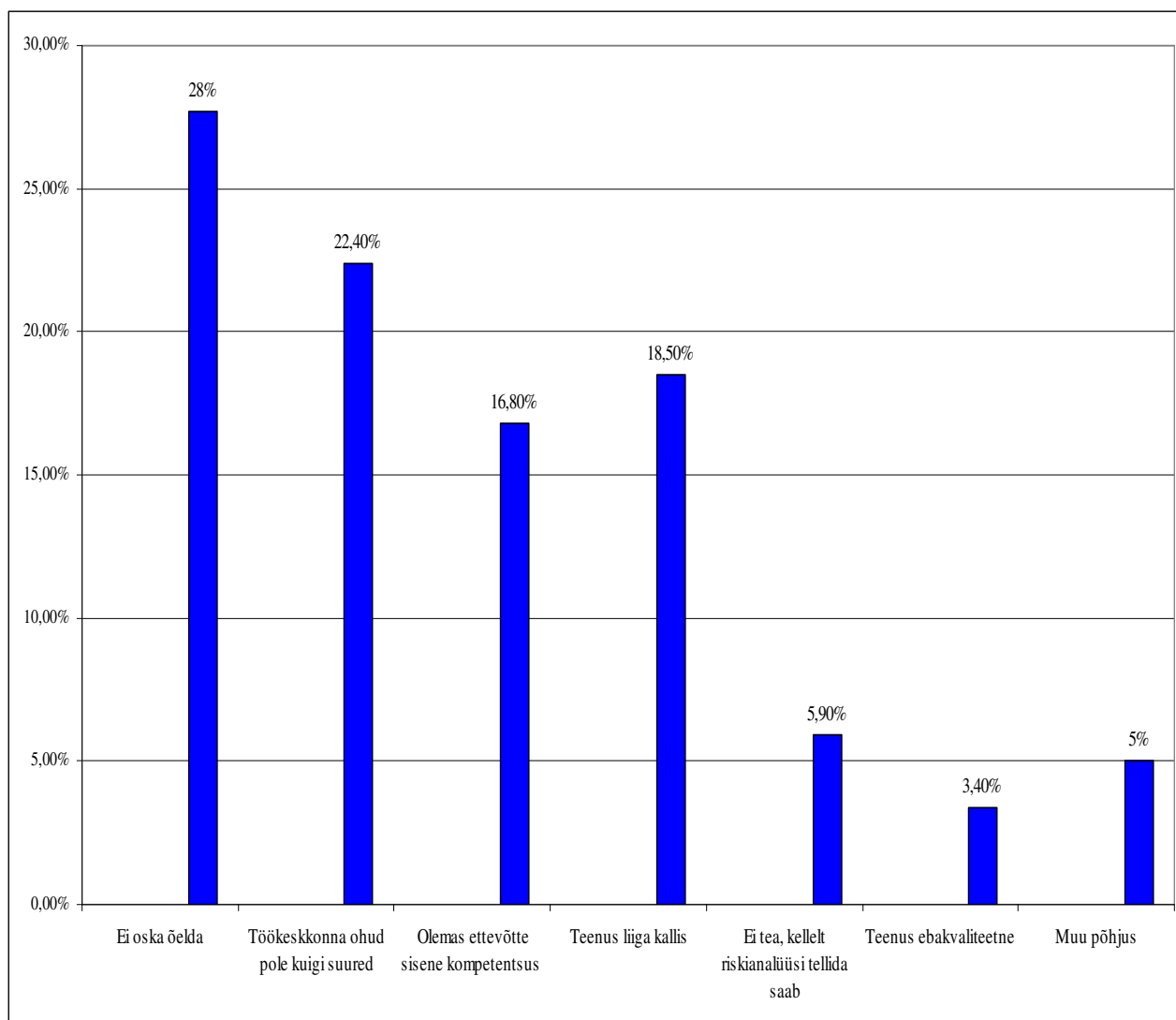
„Ei pea seda vajalikuks oma valdkonnas” (1);

„Nagu öeldud, soovib ettevõtte mõnedel spetsiifilisematel teemadel kaasata tervishoiuspetsialiste, kuid peamine töö jääb ettevõttesiseseks” (1);

„Tellitud analüüsid on formaalsed copy-paste dokumendid. Kui tahad sisulist tööd, tuleb see ikkagi endal teha ja teenuse osutajale ainult vormistamise eest palju raha maksta” (1).

4.5. Töotervishoiuteenuse tellimist takistavad ja/või välistavad asjaolud

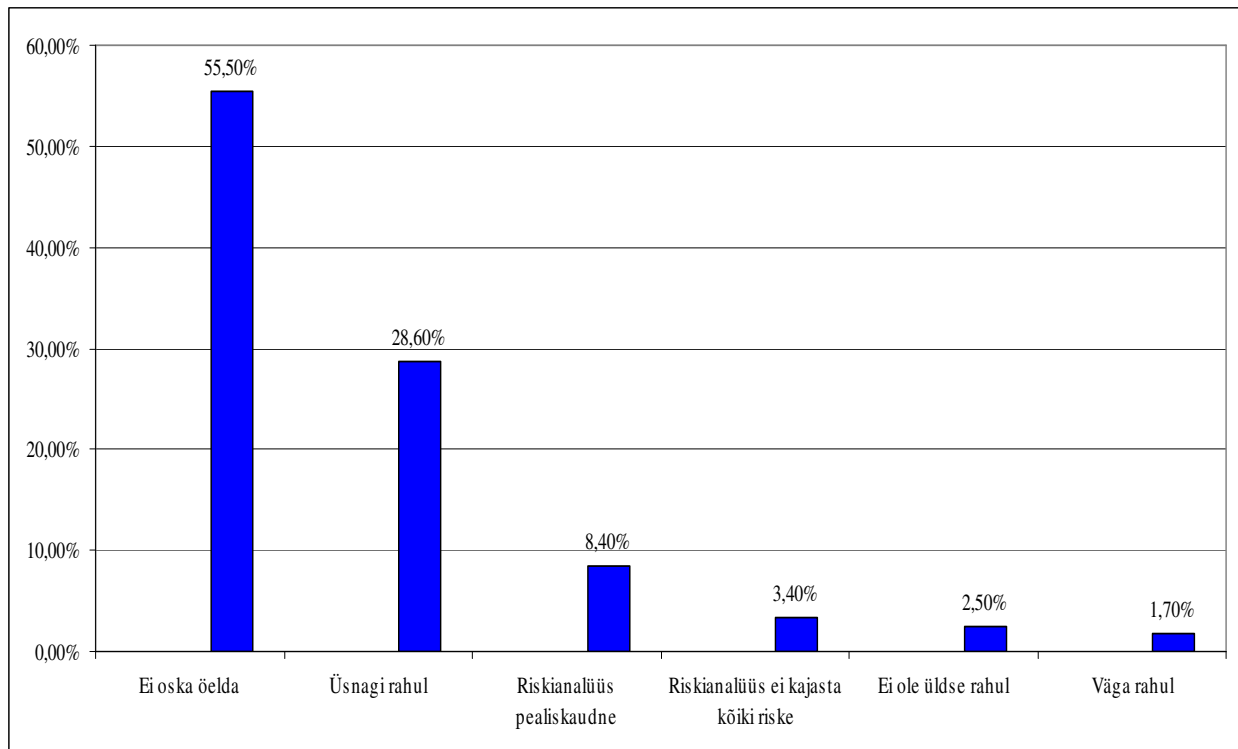
Suurim grupp vastanutest - 34 (28%) ei oska määratleda tegureid, mis takistavad neid kasutamast töotervishoiuspetsialistide teenuseid, 27 (22,4%) hindab, et nende töökeskkonna ohud pole kuigi suured ning seetõttu pole vajalik kaasata täiendavaid töotervishoiuspetsialiste, 22 (18,5%) leiab, et nad sooviksid spetsialiste kaasata, kuid teenus on nende jaoks liiga kallis, 20 (16,8%) arvab, et neil on endal ettevõttes olemas piisav kompetentsus, 7 (5,9%) organisatsioonidest ei tea, kust saab mittemeditsiinilist töotervishoiuteenust tellida, 4 (3,4%) hindab pakutava teenuse ebakvaliteetseks ning ei soovi seda seetõttu kasutada ning 6 (5%) on põhjus mingi muu, mida pole siin märgitud (vt joonis 5).



Joonis 5. Töötervishoiuteenususe tellimist takistavad ja/või välistavad asjaolud.

4.6. Rahulolu töötervishoiuspetsialistilt tellitud riskianalüüsiga

Tellitud riskianalüüsi kvaliteedi osas ei oska seisukohta võtta tervelt 67 (55,5%) organisatsiooni, üsnagi rahul pakutud teenusega on 34 (28,6%) küsitletut, vaid 2 (1,7%) on tellitud tööga täielikult rahul, 10 (8,4%) hindab tellitud riskianalüüsi pealiskaudseks ja 4 (3,4%) arvab, et riskianalüüs ei kajasta kõiki töökeskkonna riske, 3 (2,5%) hindab tellitud teenuse selgelt ebakvaliteetseks ja ei ole sellega rahul (vt joonis 6).



Joonis 6. Rahulolu töötervishoiuspetsialistilt tellitud riskianalüüsiga.

Täiendavate kommentaaridena lisati:

„Lisaks sellele, et teenus on kallis, on tihtipeale vastavate asutuste poolt pakutav teenus ka ebakvaliteetne” (1);

„Tellisime FIE-lt, aga tellimus on täitmata” (1);

„Teenuse järele pole vajadust” (2);

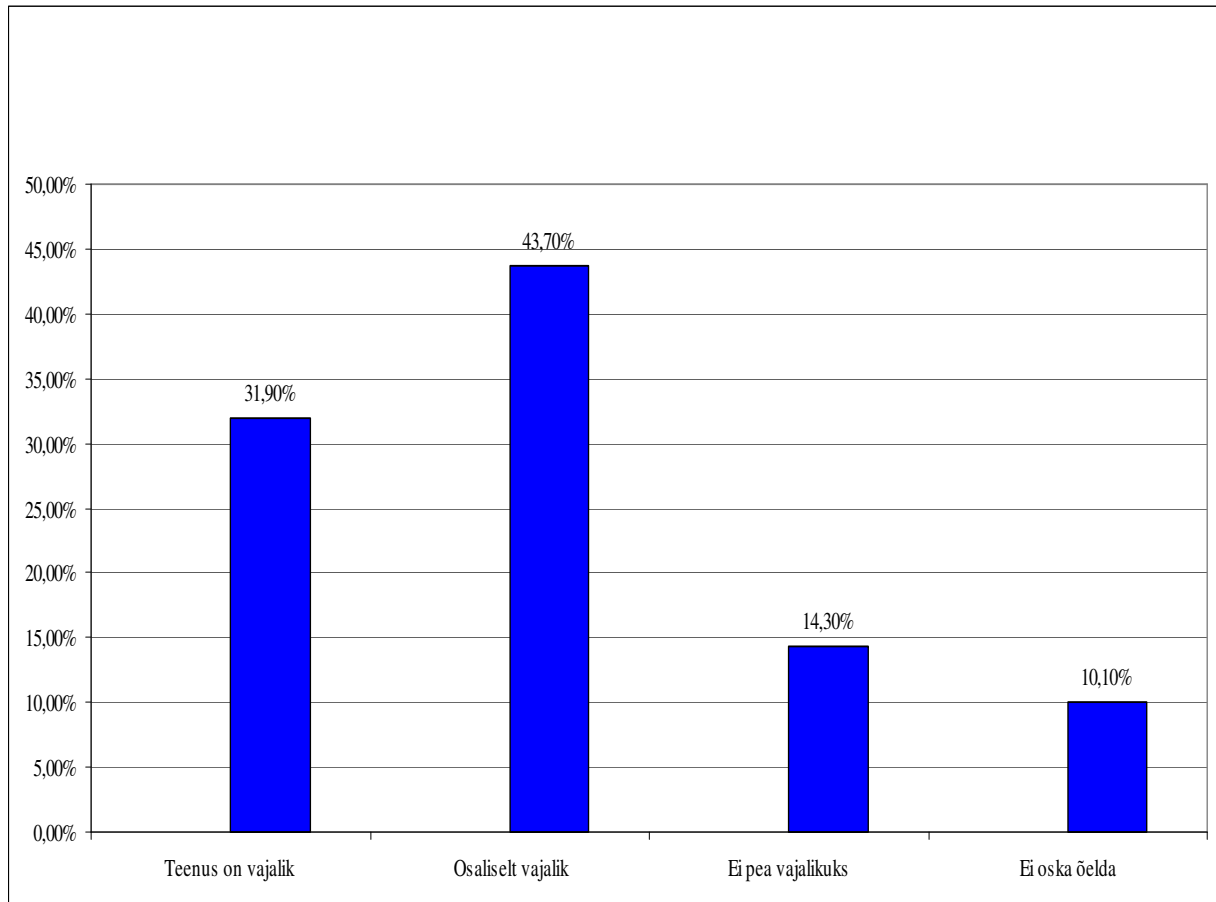
„Ei ole küll ebakvaliteetne aga pealiskaudne ja sisuliste puudustega” (1);

„Teenus on kallis ja ebakvaliteetne” (2);

„Töökeskkonda tunnevad ja oskavad objektiivselt hinnata seal töötavad inimesed” (1).

4.7. Hinnang töötervishoiuspetsialisti teenuse vajalikkusele organisatsioonis

Osaliselt vajalikuks (ehk siis vajalikuks mõningate keerulisemate töökeskkonna probleemide puhul) peab mittemeditsiinilist töötervishoiuteenust 52 (43,7%) vastajat, täielikult vajalikuks peab antud teenust 38 (31,9%) organisatsiooni, vajalikuks ei hinda 17 (14,3%) vastajat ning seisukohta antud teemas ei oma 13 (10,1%) vastajat (vt joonis 7).



Joonis 7. Töötervishoiuspetsialisti teenuse vajalikkus organisatsioonide hinnangul.

Täiendavate kommentaaridena lisati

„Kuna ei pea riskianalüüsi vajalikuks” (1);

„Spetsialisti teenus on kvaliteetsem. Asutuse töötajale on analüüsi koostamine tüütu lisakohustus” (1);

„Kuna meie ettevõttes pole riski tase eriti suur ja analüüsi koostamine pole ka eriti keerukas, siis ei pea vajalikuks teha kulutusi selle teenuse väljast sisse tellimiseks, kindlasti on nad vajalikud ettevõtetele, mis tegelevad nõu enam tervistkahjustavate tegevusaladega ja millede riskianalüüsi koostamine on keerukas ilma spetsialisti abita” (1);

„Tulemused on alati ühesugused (kehv valgustus, valed istumisasendid, monitorid rikuvad silmi). Miks peaks igal aastal antud analüüsile aega ja raha kulutama?” (1);

„Tegelikult võiks olla konsulteerivaid spetsialiste, kes oskaks anda sisulist nõu ettevõtete oluliste tööhutuse küsimuste kohta. Näiteks kuidas vabastada töölt töötajat, kes on oma tervises seisundi tõttu ohtlik nii enda kui töökaaslaste tervisele, kuid töötervishoiuarst ütleb ainult seda, kas töökeskkond on ohtlik konkreetse töötaja tervisele. Vastupidist otsust ei võta aga töötervishoiu arstid arutada. Neil pole vist selleks õigusi. VEK-i andmed on aga ainult isikule mitte tööandjale, töövõime osalise kaotuse tõend ei ole aga ettevõtjale töötaja vabastamise aluseks. Keegi ei võta ka vastutust töökeskkonna bioloogiliste ohutegurite kohta hinnangu andmiseks. Seda ei suuda õiglaselt hinnata ka ükski konsultant, vaid see vajab meditsiinilisi teadmisi (arsti kutset)” (1);

„Vajalikud teenused, aga praegu saame hakkama oma jõududega” (2);

„Ettevõttes sees ei ole meditsiiniharidusega spetsialiste, kes suudaksid pädevalt hinnata pikemaajaseid tervisemõjusid” (1);

„Mõnele ettevõttele kindlasti vajalikud, ka meil oleks hea mõnikord kellegagi konsulteerida.” (1);

„Kirjelduse järgi tegeleb ka ergonoom psühhosotsiaalsete probleemidega, seega dubleerib psühholoogi tööd” (1).

4.8. Tööhügieeniku, ergonoomi või tööpsühholoogi rakendusvõimalused organisatsioonis

Enamus organisatsioone leiaks mittemeditsiinilistele töötervishoiuteenuse pakkujatele rakendust osaliselt lepinguga (13). Töö vormiks võiks olla konsultatsioonid, töötajate koolitused, riskianalüüsi koostamine ja/või ülevaatamine paar korda aastas. (Igapäevast püsivat vajadust kõigile kolmele ei näe. Kuid kõigi teenuseid oleks vajalik kaasata igaaastasel riskide hindamisel ja töökeskkonna parendamisel).

Enamus organisatsioone hindab teenuse sageduse vajalikkuseks 2 - 4 korda aastas. Ergonoomile (4) leitaks rakendust: töökohtade vastavusse viimisel ergonoomia nõuetega, riskianalüüsi koostamisel, töötajate nõustamisel, valede töövõtete muutmisel, ühiste juhendamiste ja töötervishoiupäevade korraldamisel jne. Mitmel korral on mainitud vajadust tööpsühholoogi kui pingete maandaja ning psühholoogiliste probleemide lahendaja järele (5).

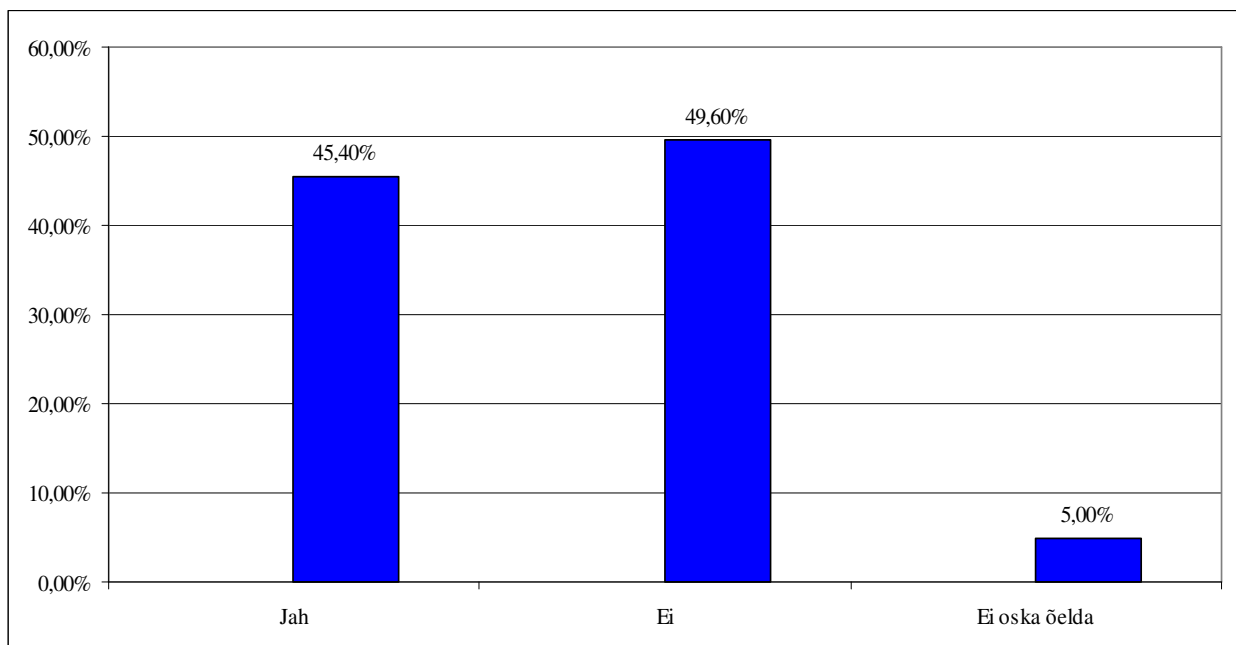
Osad organisatsioonid ei näe erinevatel põhjustel üldse mittemeditsiinilistele tervishoiuspetsialistidele rakendust (10): kuna koostavad riskianalüüsi ise, on liiga väikesed (osakonnad) (1), riskid on väikesed (3), on rahalised probleemid, spetsialistid on ettevõttes olemas (töökeskkonnaspetsialist) (1).

Üks organisatsioon leiab, et teenuseid oleks küll vajalik kasutada, kuid rakendust näeks vaid siis, kui teenus oleks tasuta, teine arvab, et tegelikult kõigile neile spetsialistidele leiduks rakendust, kuid teenust ei olda valmis sisse ostma (1).

Levinud on ka, et riskianalüüs koostatakse ise ja vajadusel ainult mõõtmised tellitakse spetsialiseeritud firmadest

4.9. Organisatsioonide tegevus töökeskkonna alaste mõõtmiste tellimisel Eesti Akrediteerimiskeskuses registreeritud mõõtmislaboritelt

Töökeskkonnaalaseid mõõtmisi on tellinud mingil ajaperioodil 55 (45,4%) küsitlustest, ei ole tellinud 59 (49,6%) ja 6 (5%) organisatsiooni puhul puuduvad selle kohta andmed (vt joonis 8).



Joonis 8. Mõõtmiste tellimine Eesti Akrediteerimiskeskuses registreeritud mõõtmislaboritelt.

Küsitlusele vastanud organisatsioonide poolt on tellitud järgmisi mõõtmisi:

- 1) valgustus (51)
- 2) müra (21)
- 3) mikrokliima (34), sellest täpsustatud õhuniiskus (15), õhutemperatuur (9), õhu liikumine (tuuletõmme) (2)
- 4) tolm (õhusaaste) (9)
- 5) keemilised mõõtmised (7), sh heitgaaside mõõtmine (1)
- 6) ventilatsioon (6)
- 7) elektromagnetväli ja magnetvoo tihedus (5)
- 8) vibratsioon (4)
- 9) vee kvaliteet (1)

4.10. Organisatsioonide poolsed lisaettepanekud riskianalüüsi koostamisel

Organisatsioonide poolsed lisaettepanekud riskianalüüsi koostamisel on järgmised:

„Töötervishoiust tähtsamaks peame tööohutust ja töötajate nõuetest kinnipidamisest. Meie arvamus on et kõik nt ehitajad peaks läbima koolituse tööturvalisuse kohta nagu seda väga palju nõutakse Soomes” (1);

„Töötervishoiu alane regulatsioon on suhteliselt normaalne, kuid üksikud aktid (määrused) on koostatud liiga spetsiifiliselt ning sellise terminoloogiaga, et neist on kohati ettevõtte juhtidel, kes nende täitmise eest vastutavad, raske aru saada. Selline seadusandlus ei tule asjale kasuks. Arvan, et ettevõtted enamuses soovivad ju töötajate tervist hoida ja teevad selleks kõike mis on arusaadavas vormis nõutud või soovitatud. Kui aga on olukord, kus näiteks on vaja otsustada kaitsepookimise rakendamise vajalikkus ja kaalutleda, kumb on töötaja tervisele vähem kahjulik, kas kaitsepookimine (vaksineerimine) või minimaalne risk nakatuda, siis oleks vaja kulude kokkuhoiu eesmärgil üldisi nõuandeid ja soovitusi, et kas näiteks töötajat, kes võib korra kuus reoveega kokku puutuda, kuid senini ei ole kolme aasta jooksul seda juhtunud, on vaja hepatiidi vastu vaksineerida. Vastasel korral tellivad kõik vee-ettevõtjad sadu tuhandeid maksvad uurimustööd, mille järelduses on kirjas, et seda peavad juhatuse liikmed otsustama” (1);

„RA võiks olla kohustuslik teatud aladel, mitte kõigis ettevõtetes” (2);

„Koolitusi võiks toimuda ka väljaspool Tallinna, nt Lõuna-Eestis” (1);

„Ettevõtet kaasavate spetsialistide teenuseid saavad praeguses majandussituatsioonis endale lubada ainult suurettevõtted, väikeste ja keskmise suurusega ettevõtete jaoks on see liigne

luksus. Ja kuna seaduse alusel peab niigi ettevõttes tegutsema töökeskkonnaspetsialist ja meil ka volinik, siis lisaspetsialistide kaasamine oleks mõttekas sel juhul, kui ettevõttesiseselt ei peaks siis enam neid spetsialiste olema” (1);

„Ettepanek eristada edaspidi avaliku halduse asutused kõikvõimalikes küsimustikes tegevusvaldkondade järgi nagu erasektori puhul. Töö (teenistus)politseis ja riigikaitstes on üsna erinev nn avalikus halduses töötamisest; samas on küsimustikus teadusalane tegevus eraldatud haridusest. Tegevusvaldkondadeks jagunemine tundub üsna ebaloogiline“ (1);

4.11. Tervishoiuametis registreeritud tööhügieenikute, tööergonoomide ja tööpsühholoogide arv ning Eestis registreeritud töötervishoiuspetsialistide arvu ja vajaduse võrdlus teiste riikidega

Analüüs on teostatud Country Reports on Occupational Safety and Health in the Northern Dimension Area. (2008). NDPHS Expert Group on Social Inclusion, Healthy Lifestyles and Work Ability (SIHLWA) ja National Occupational Safety and Health Profile (2002). Ministry of Social Affairs and Health. Helsinki andmetel.

Eestis on hetkel mittemeditsiinilisi töötervishoiuspetsialiste (ergonoomid, tööhügieenikud, tööpsühholooge pole) kokku umbes 600 000 potentsiaalse töötaja kohta 25, mis teeb umbes 24000 töötajat ühe mittemeditsiinilise töötervishoiuteenuse osutaja kohta.

Soomes töötab töötervishoiu valdkonnas 837 tööfüsioterapeuti ja ergonoomi, 343 tööpsühholoogi ning 150 tööhügieenikut: see teeb kokku 1330 mittemeditsiinilist töötervishoiuspetsialisti ehk umbes 2068 töötajat ühe spetsialisti kohta.

Norras on registreeritud tööfüsioterapeute/ergonoomide 340, tööhügieenikuid 390, tööpsühholooge 30: seega on 760 erinevat mittemeditsiinilist töötervishoiuspetsialisti, mis teeb ühe spetsialisti kohta umbes 3289 töötajat.

Leedus on registreeritud 32 tööhügieenikut, ehk 46875 töötaja kohta üks mittemeditsiiniline töötervishoiuspetsialist, Lätis 40 tööhügieenikut, mis annab suhtarvuks 32125 töötajat ühe mittemeditsiinilise töötervishoiuspetsialisti kohta.

Võrreldes Soome ja Norraga puuduvad meil registreeritud tööpsühholoogid ning puudub täiesti erialana tööfüsioteraapia. Eraldi ergonoom, tööpsühholoog ja tööfüsioterapeut ei mainita ka Läti ja Leedu puhul.

Kiire järelalusena võib siit tuletada, et Soomes ja Norras on (mittemeditsiinilisi) tervishoiuspetsialiste ühe töötaja kohta kordades rohkem kui Baltimaades, Eesti suurusjärgud jäävad pigem sarnaseks Läti ja Leedu kui Soome ja Norraga.

5. ARUTELU

Käesoleva uuringu tulemusi ei saa kahjuks üldistada kogu populatsioonile, kuna kogu valimist (1330 organisatsiooni) vastas antud küsitlusele vaid 9% ehk 120, kuid üldist suhtumist ja valdavaid suundumisi saab siiski välja tuua.

On valdav trend, et riskianalüüs koostatakse enamasti siiski ettevõttesiseselt, mis ei ole halb suundumus, kuna iga organisatsioon peaks ja võiks teada oma riske siiski kõige paremini, ligikaudu veerandi jagu on neid, kes tellivad riskianalüüsi töötervishoiuspetsialistilt. Mõningatele organisatsioonidele on teema keeruline ja nad ei oska anda mingeid üheseid vastuseid, kes neil riskianalüüsi koostas.

Küsitlus annab tulemuse, et kui mikroettevõtetest koostab riskianalüüsi enamik ise: ligikaudu 80% ja vaid 20% juhtudel usaldatakse töökeskkonna riskianalüüsi koostamine töötervishoiuspetsialisti hooleks, siis väikeettevõtete puhul on vastavad arvud 70% ja 30%, keskmise suurusega ettevõtete puhul on jaotumine sama kui väikeettevõtete puhul ning suurettevõtete puhul vähemalt käesoleva valimi puhul on vastavad protsendid 50% ja 50%.

Tegevusvaldkondade lõikes koostatakse enim riskianalüüsi töötervishoiuspetsialistide poolt veonduses ja laonduses (75%), avalikus halduses ja riigikaitstes, kinnisvaraalases tegevuses, kohustuslikus sotsiaalkindlustuses (50%), tööstuses (40%) ning vähem kasutavad töötervishoiuspetsialistide abi sellised valdkonnad nagu finants ja kindlustustegevus, haridus, info ja side, kutse-, teadus- ja tehnikaalane tegevus, põllumajandus, metsamajandus ja kalapüük (30%); kunst, meelelahutus ja vaba aeg, tervishoid ja sotsiaalhoolekanne (25%), elektrienergia, gaasi, auru ja konditsioneeritud õhuga varustamine (20%), muud teenindavad tegevused (13%), hulgi- ja jaekaubandus (8%), ehitus (7%) ning majutuses ja toitlustuses ja mootorsõidukite ja mootorrataste remondis, mäetööstuses, veevarustuses on tavaks koostada riskianalüüsid ise.

Probleemidena tuuakse välja, et struktuuriüksuste juhtidel ei jätku aega riskianalüüsi koostamisel kaasa töötada, mainitakse ka üleüldist ajapuudust ning kaasatuse probleeme: töökeskkonna kaardistamise küsitluslehtede täitmisprotsent on suhteliselt väike ning on raskusi töötajatelt saadava teabega ja tagasisidega, mainitakse ka üldiseid koostööprobleeme erinevate struktuuriüksuste vahel. Osadel organisatsioonidel ei ole rahalisi ressursse mõõdistuste läbiviimiseks.

Mõningatel juhtudel on riskianalüüsi koostajatel olnud raske aru saada, mida riskianalüüs peab endas sisaldama, kuna selget üheselt mõistetavat materjali on internetis nende hinnangul vähe, mõnel puudub spetsiaalselt koolitatud isik (töökesekkonnaspetsialist ja/või töökesekkonnavolinik) riskide sisuliseks hindamiseks, napib oskusi ja teadmisi. Samuti arvatakse üsna mitmel juhul, et töökesekkonna riskianalüüsi koostamine on üsna aeganõudev tegevus, eriti juhul, kui koostatakse riskianalüüsi esimest korda ja pole veel piisavalt oskusi, samuti kipub materjal laiali valguma ning raskesti hallatavaks kujunema ning vähese kogemuse korral tuleb kasutada palju erinevaid lisamaterjale.

Mõned organisatsioonid mainivad, et riskianalüüsi on raske mingeid riske ja/või riskitasemeid kirja panna, kuna need on teatud töökesekkondades (kontor, büroo) minimaliseeritud või olematud), teised leiavad, et just samal põhjusel on riskianalüüsi koostamine kerge.

Mõningaid probleeme on valmistanud ka riskianalüüsi meetodika ja tulemuste selgitamine osapooltele ehk siis riskianalüüsi edaspidine kasutamine töös. Raskusi tekitavate probleemidena on mainitud ka objektide unikaalsust, eritööde paljusust, müra töökesekkonnas, vanu seadmeid jne.

Üheks väljajoonistuvaks probleemiks on see, et töötervishoiuarstid ei anna piisavalt infot riskitaseme kohta. Paljudes organisatsioonides on korraldatud riskianalüüsi koostamine nii, et iga allasutus ja/või eraldi asuv struktuuriüksus (osakond, kauplus, ladu jne) koostab riskianalüüsi eraldi, kuna igas konkreetse paigas on töötingimused ja iseloom erinevad. Mainitakse ka, et aastaid tagasi oli probleemiks riskianalüüside koostamise juhendite vähesus, viimastel aastatel on see olukord tunduvalt paranenud. Umbes 10% vastanutest arvab, et neil ei ole mingeid suuremaid probleeme riskianalüüsi koostamisel esinenud

Päris mitmel korral arvavad organisatsioonid (5), et ise tehtud riskianalüüs on parim, kuna see kaardistab töökesekkonna riskid kõige paremini, kurdetakse, et tellitud analüüsid on formaalsed dokumendid ja kui tahetakse sisulist tööd, tuleb see ikkagi endal teha ja teenuse osutajale ainult vormistamise eest raha maksta, samuti koostatakse riskianalüüsi ise rahaliste vahendite puudumise tõttu, organisatsioonid ei pea otstarbekaks mittemeditsiiniliste töötervishoiuspetsialistide kaasamist liiga spetsiifilistel teemadel ja siis kui riskid on väikesed ja neid suudetakse ise hinnata.

Mõningates organisatsioonides (4) on hakatud riskianalüüsi ise koostama peale töökesekkonnaalast koolitust ning seetõttu, et materjalid riskianalüüsi koostamise kohta on

muutunud kättesaadavamaks. Ainult 3 organisatsiooni (nendest, kes hindasid mittemeditsiinilise tervishoiuteenuse kasutamise vajalikuks või osaliselt vajalikuks) on eraldi kommenteerinud, et tulevikus kasutatakse võib-olla erinevate spetsialistide abi (kes ei ole nende asutusega seotud) ning eelkõige soovitaks mõnedel spetsiifilisematel teemadel kaasata tervishoiuspetsialiste, kuid peamine töö riskianalüüsi koostamisel jääks ka edaspidi organisatsioonisiseseks.

Töökeskonda tunnevad ja oskavad kõige objektiivsemalt hinnata seal töötavad inimesed, tihti arvatakse ka seda, et lihtsamate töökeskonna riskide hindamisel pole kõrvalist abi vaja. Lisaks sellele, et teenust peetakse tööandjate poolt sageli liiga kalliks, arvatakse tihtipeale, et tervishoiuteenuse pakkujate poolt osutatav teenus on ebakvaliteetne ja/või pealiskaudne. Mainitakse ka kogemust, kus tellitud töö on jäänudki teenusepakkujal esitamata.

Siin peaks märkima, et päris suur hulk organisatsioone ei oska määratleda tegureid, mis takistab neil mittemeditsiinilist tervishoiuteenust kasutamast, st ilmselt ka seda, et sageli ei ole nende küsimuste peale lihtsalt mõeldud., umbes 20% leiab, et nende töökeskonna ohud on spetsialisti kasutamiseks liiga väikesed ja pea sama suur hulk mainib, et teenuse kasutamist takistab teenuse liiga kõrge hind, 17% leiab, et organisatsioonis endas on olemas piisav kompetentsus antud tööks, ainult umbes 3% leiab, et mittekasutamise põhjuseks on ebakvaliteetne teenus.

Osad organisatsioonid hindavad, et riskianalüüs on nn formaalne ja kulutatav raha ning sellest tõusev kasu pole kooskõlas, tervishoiuteenuse pakkujatele heidetakse ette, et kasutatakse vanu malle ja ei süveneta ettevõttesse, on arvamus, et terviseriskide hindamine on riskianalüüsides tugevam, kuid ohtude hindamise poolel on suuri puudujääke.

Mõningad organisatsioonid ei ole teenusepakkujalt tellinud riskianalüüsi, kuid on konsulteerinud riskianalüüsi koostamisel tervisekontrolli teostanud arstiga.

Paljud organisatsioonid mainivad pistelist konsultatsioonivajadust (eriti pikemajaliste tervisemõjude osas töötaja tervisele), osa organisatsioone arvab, et teenus on vajalik, sest spetsialisti teenus on siiski kvaliteetsem kui asjatundmatu inimese poolt koostatu ja asutuse töötajale on riskianalüüsi koostamine sageli tüütu lisakohustus.

Osa hindab teenuse küll vajalikuks, kuid erinevatel põhjustel ei soovi konkreetsel juhul seda kasutada (raha, ebakvaliteetsus). Mõningatel juhtudel organisatsioon ei vajagi teenust ja kvaliteetselt saadakse hakkama oma jõududega.

Üldiselt arvatakse, et kui riski tase pole eriti suur ja riskianalüüsi koostamine pole eriti keerukas, siis ei ole otstarbekas teha kulutusi teenuse väljast sisse tellimiseks, enam hinnatakse teenust vajalikuks organisatsioonile, mis tegelevad enam tervistkahjustavate tegevusaladega ja millede riskianalüüsi koostamine on keerukas ilma spetsialisti abita.

Osaliselt vajalikuks hindab teenust pisut alla poole vastajatest, vajalikuks pisut üle kolmandiku, antud teenusele ei näe vajadust ega turgu umbes 15% vastanutest, päris suur osa ei oska aga üldse seisukohta võtta (umbes 10%).

Ergonoomile (4), leitakse organisatsioonide hinnangul rakendust töökohtade vastavusse viimisel ergonoomia nõuetega, riskianalüüsi koostamisel, töötajate nõustamisel, valede töövõtete muutmisel, ühiste juhendamiste ja töötervishoiupäevade korraldamisel jne, mitmel korral on mainitud vajadust tööpsühholoogi kui pingete maandaja ning psühholoogiliste probleemide lahendaja järele (5). Vajadust tööhügieeniku järgi eraldi ei mainita.

Mõõtmisi tellinud ja mittetellinud organisatsioonide arv jaguneb peaaegu pooleks, enim mõõdetakse selliseid töökeskkonna parameetreid nagu valgustus, müra ja erinevad mikrokliima näitajad.

Ei saa eeldada, et Eesti töökeskkond on nii täiuslik, et puudub vajadus nii tööpsühholoogide, tööhügieenikute, ergonoomide (ka tööfüsioterapeutide) järele, pigem on küsimus selles, et Eestis puudub toimiv süsteem, kes antud teenuseid rahastaks, puudub piisav riiklik toetus töötervishoiu valdkonnale (puudulik seadusandlus ja maksupoliitika, tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse mitterakendumine) jne. Ilmselt võib teha järelduse, et organisatsioonid küll sageli kasutaksid töötervishoiuspetsialisti teenust, kuid neil puuduvad selleks võimalused. Hetkel on kogu vastutus jäetud tööandjale. Antud situatsioonis on küsimus mitte niivõrd antud spetsialistide vajaduses kui võimalustes kasutada riskianalüüsi koostamisel ja muude töökeskkonna alaste küsimuste lahendamisel koosseisuvälise spetsialisti tasulist abi. Kuigi sisuline vajadus mittemeditsiiniliste töötervishoiuspetsialistide järgi on ilmselgelt olemas pole mõtet tekitada olukorda, kus me koolitame antud spetsialiste, kuid hiljem ei leia nad organisatsioonides rakendust.

Ettepanekud:

- Luua toimiv riiklik süsteem, mis toetaks ja motiveeriks ettevõtjaid kasutama (nii meditsiinilisi kui ka) mittemeditsiinilisi töötervishoiuteenuseid (toimiv seadusandlus, toetav maksupoliitika, tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse rakendumine).
- Tööandjate teadlikkuse tõstmine töökeskkonna ohtudest ja terviseriskidest (koolitused, võrgustikud)
- Mittemeditsiinilise töötervishoiuteenuse taseme ühtlustamine ja tõstmine (teenuse osutamisel säilitatavad dokumendid, mittemeditsiiniliste töötervishoiuspetsialistide kutsestandardi koostamine, järelevalve teenuseosutajate üle).
- Mittemeditsiiniliste töötervishoiuspetsialistide välja- ja täiendõppe parendamine.

JÄRELDUSED

Käesolevast uuringust võib järeldada:

- Üle poolte ettevõtete koostab riskianalüüse ettevõttesiseselt, ligi kolmandik tellib riskianalüüsi töotervishoiuspetsialistidelt. Mikroettevõtted ja väikeettevõtted koostavad riskianalüüse enamasti ise ning suureettevõtted pooltel juhtudest. Kõige enam koostatakse riskianalüüse töotervishoiuspetsialistide poolt veonduses ja laonduses, avalikus halduses ja riigikaitstes, vähem kasutatakse töotervishoiuspetsialistide abi. ehituses, majutuses ja toitlustuses ning veevarustuses.
- Põhiprobleemideks riskianalüüsi koostamisel on struktuuriüksuste juhtide ajapuudus ning töötajate üldine kaasatus, piiratud rahalised vahendid töökeskkonna mõõdistusteks, üheselt mõistetava juhendamaterjali ning selge metoodika puudumine, puudulikud teadmised töökeskkonna riskidest, oskamatus riske märgata
- Enamik organisatsioone soovib koostada ka tulevikus töökeskkonna riskianalüüsi ise. Peamisteks põhjusteks on rahaliste vahendite piiratus ning parima kompetentsuse olemasolu organisatsioonis. Keerulisemate probleemide lahendamisel sooviks osa organisatsioone siiski kaasata spetsialiste. Ettevõtted näevad mittemeditsiinilist töotervishoiuspetsialisti kui vajadusel kasutatavat nõustajat, kellel võiks olla organisatsiooniga püsiv koostööleping (analoogselt töotervishoiuarstile).
- Sageli organisatsioonid ei oska määratleda tegureid, mis takistab neil mittemeditsiinilist töotervishoiuteenust kasutamast, põhjustena mainitakse siiski ettevõtte väiksust ja töökeskkonna lihtsust, endal olemasolevat kompetentsi, aga ka tellitava teenuse ebakvaliteetsust.
- Paljud organisatsioonid ei oska võtta seisukohta riskianalüüsi kvaliteedi osas, kolmandik on rahul pakutud teenusega, pisut vähem kui viiendik teenusepakkuvalt töökeskkonna riskianalüüsi tellinud ettevõtetest hindab selle ühel või teisel põhjusel ebakvaliteetseks.
- Osaliselt vajalikuks või vajalikuks hindab mittemeditsiinilist töotervishoiuteenust ligi kolmveerand vastanutest. Töotervishoiuspetsialistide rakendusvõimalustena organisatsioonides nähakse eelkõige pistelist konsultatsioonivajadust, soov rakendada töotervishoiuspetsialisti sõltub eelkõige töökeskkonna riskide keerukusest ning seal esinevate terviseriskide suuruselt.

- Soomes ja Norras on mittemeditsiinilisi tervishoiuspetsialiste ühe töötaja kohta kordades rohkem kui Baltimaades, Eesti suurusjärgud jäävad pigem sarnaseks Läti ja Leedu kui Soome ja Norraga.
- Mõõtmisi tellinud ja mittetellinud organisatsioonide arv jaguneb peaaegu pooleks, enim mõõdetakse selliseid töökeskkonna parameetreid nagu valgustus, müra ja erinevad mikrokliima näitajad.

KASUTATUD KIRJANDUS

Country Reports on Occupational Safety and Health in the Northern Dimension Area. (2008). NDPHS Expert Group on Social Inclusion, Healthy Lifestyles and Work Ability (SIHLWA).

Gardiner, K., Harrington, J.M. (Eds). (2005). Occupational Hygiene. 3rd edition. United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd.

National Occupational Safety and Health Profile. (2002). Ministry of Social Affairs and Health. Helsinki.

Töötervishoiu ja tööohutuse seadus. (1999). (RTI 1999, 60, 616).

Töötervishoiuspetsialistide tööülesanded töötervishoiuteenuse osutamisel. (1999). Sotsiaalministri 20. juuni 2003. a määrus nr 89 ((RT I 1999, 60, 616; 2000, 55, 362; 2001, 17, 78; 2002, 47, 297; 63, 387; 2003, 20, 120).