Szakmai háttér és irodalomjegyzék

A szociális ágazati és az egészségügyi mintaprotokoll tudományos alátámasztása – a dokumentumcsomag tartalmával

v1.0 • 2026. október • melléklet a Munkában Jól 2027 szakmai dokumentumaihoz

Mire való ez a melléklet?

Megmutatja, milyen kutatási eredményekre és nemzetközi szakmai keretekre épülnek a mintaprotokollok egyes elemei. Minden elemnél jelezzük a bizonyíték erősségét is.

A cél nem az, hogy a protokollok erősebbnek tűnjenek, mint amit a kutatás alátámaszt. A cél az, hogy látható legyen: mi épül szilárd bizonyítékra, mi szakmai konszenzusra, és hol hiányzik még a hazai adat.

1. A dokumentumcsomag tartalma

Dokumentum	Változat	Tartalom	Kinek szól?
Programtervezési és mérési útmutató	v2.1	A Munkában Jól 8 lépéses folyamata, mérési területek, adatvédelmi alapszabályok, kapcsolódási rétegek	minden szervezet
Akcióterv-sablon és mintaprojekt	v2.1	Kitölthető munkadokumentum a 8 lépéshez, kitöltött vállalati mintával	minden szervezet
Szociális ágazat – szakmai javaslat	v2.0	Ágazati helyzetkép, kapcsolódási pontok a kormányzati célokhoz és az EU-OSHA kampányhoz, pilotterv	Szociális és Családügyi Minisztérium
Szociális ágazati mintaprotokoll és intézkedési napló	v1.0	Intézményi adatlap, rövid kérdőív, műhely, akciókártya, beavatkozási menü, napló, akadálylap, kitöltött minta	szociális intézmények, fenntartók
Egészségügy – szakmai javaslat	v1.0	Ágazati helyzetkép, kapcsolódás a bérreformhoz, a vezetői értékeléshez, a minőségügyhöz; pilotterv	Egészségügyi Minisztérium
Egészségügyi mintaprotokoll és intézkedési napló	v1.0	Osztályi adatlap, rövid kérdőív, megbeszélés, akciókártya, beavatkozási menü, napló, akadálylap, kitöltött minta	kórházak, osztályvezetések
Munkaóra-kalkuláció és szakértői területek	v1.1 (Excel)	Óraigény ágazatonként és szerepkörönként, szakértői területek, téma–szakértő hozzárendelés, vállalati méretprofil	programtervezés
Szakmai háttér és irodalomjegyzék	v1.0	A protokollok tudományos alátámasztása és irodalomjegyzéke (ez a dokumentum)	szakmai partnerek, döntéshozók

E melléklet felépítése

2. A bizonyítékok erősségének jelölése
3. Alapelvek és bizonyítékaik
4. A szociális protokoll elemeinek alátámasztása

5. Az egészségügyi protokoll elemeinek alátámasztása
6. A mérőeszközök szakmai háttere
7. Szakmai korlátok és konvenciók
8. Irodalomjegyzék

2. A bizonyítékok erősségének jelölése

Jelölés	Jelentés
Erős	Metaanalízis vagy több kontrollált vizsgálat egybehangzó eredménye.
Mérsékelt	Nagy mintás, több országra kiterjedő keresztmetszeti vizsgálat vagy szisztematikus áttekintés. Együttjárást mutat, ok-okozatot nem bizonyít.
Korlátozott	Kevés vizsgálat, programtapasztalat vagy szakmai konszenzus.
Szakmai keret	Nemzetközi szabvány, ajánlás vagy jogszabály; nem kutatási eredmény, hanem elfogadott szakmai viszonyítási pont.

3. Alapelvek és bizonyítékaik

A protokollok három alapelvre épülnek: a problémából indulnak ki, csak olyat mérnek, amiből döntés lesz, és nem csak az egyént vizsgálják. Ez utóbbi a legjobban alátámasztott elem.

Alapelv	Mit mond a kutatás?	Erősség	Forrás
A szervezeti beavatkozás hatékonyabb, mint a kizárólag egyéni	Orvosoknál a szervezeti szintű beavatkozások kiégést csökkentő hatása (SMD −0,45) több mint kétszerese az egyéni szintűekének (SMD −0,18); 19 vizsgálat, 1550 orvos.	Erős	[22]
Az egyéni jólléti programok önmagukban keveset adnak	46 336 brit munkavállaló körében az egyéni programok (mindfulness, reziliencia- és stresszkezelő tréning, relaxáció, appok) résztvevőinél nem volt jobb a jóllét.	Mérsékelt	[9]
A munkaszervezés, a munkaidő és a feltételek együttes változtatása a leghatékonyabb	A több elemet egyszerre változtató szervezeti beavatkozások mutatták a legkedvezőbb egészséghatást.	Mérsékelt	[17]
Nemzetközi ajánlás a szervezeti beavatkozásokra	A WHO elsősorban szervezeti beavatkozásokat ajánl a pszichoszociális kockázatok kezelésére; a bizonyítékok bizonyossága mérsékelt vagy alacsony.	Szakmai keret	[32, 33]
Egészségügyben a munkaszervezés módosítása csökkentheti a stresszt	A munkarend és a munkaszervezés változtatása mérsékelheti a stresszt egészségügyi dolgozóknál.	Korlátozott	[26]
A siker feltétele a részvétel és a folyamatkövetés	A szervezeti beavatkozások eredménye a munkavállalói részvételen, a vezetői támogatáson és a megvalósítás követésén múlik.	Mérsékelt	[21]
Ciklikus kockázatkezelés: feltárás, akcióterv, visszamérés	A protokollok lépésrendje megfelel a nemzetközi szabványnak és a brit HSE gyakorlatának; a magyar munkavédelmi törvény a pszichoszociális kockázatokat is nevesíti.	Szakmai keret	[12, 11, 20]

4. A szociális protokoll elemeinek alátámasztása

Protokollelem	Mit mond a kutatás?	Erősség	Forrás
Ügyféli agresszió modul (A3/4.), incidensnapló, de-eszkalációs gyakorlat	Német egészségügyi és szociális dolgozók (n = 1973): 12 hónap alatt 56% élt meg fizikai, 78% szóbeli agressziót. Bentlakásos idősellátásban 63% a fizikai, fogyatékos személyek otthonaiban 86% a szóbeli agresszió. Az esetek 41%-át jelentették. Az intézményi képzés alacsonyabb kockázattal és kevesebb stresszel járt együtt.	Mérsékelt	[27]
Szupervízió, esetmegbeszélés, vezetői támogatás (A3/6., beavatkozási menü 4. és 7. sor)	27 vizsgálat, 10 867 munkatárs: a feladatsegítés, az érzelmi támogatás és a jó szupervizori kapcsolat egyaránt kedvező munkatársi kimenetekkel járt (r = 0,30–0,40).	Erős	[19]
Maradási szándék modul (A3/10.)	25 tanulmány metaanalízise: a tényleges kilépés legerősebb előrejelzője a kilépési szándék, emellett a kiégés és a munkával való elégedettség. A szándék ezért jó korai jelző.	Erős	[18]
Szervezeti és egyéni tényezők együttes kezelése	Gyermekvédelmi szociális munkások kiégésében a szervezeti tényezők (terhelés, szupervízió, támogatás) legalább annyit számítanak, mint az egyéniek.	Mérsékelt	[16]
Ágazati fókusz	Az EU-OSHA az egészségügyi és szociális ágazatot kiemelt területként kezeli; szakpolitikai ajánlásai: kockázatértékelés, munkavállalói részvétel, támogató hálózatok, képzés.	Szakmai keret	[7, 8]
Egyedül hagyott helyzetek, éjszakai háttér (A3/3.)	Közvetlen beavatkozásos vizsgálat nem ismert; az elem a támogatás hiányának és az agressziókockázatnak az ismert összefüggéseire épül.	Korlátozott	[27, 19]

5. Az egészségügyi protokoll elemeinek alátámasztása

Protokollelem	Mit mond a kutatás?	Erősség	Forrás
Beteg/ápoló arány az adatlapon (A1), betegbiztonsági keretezés	9 európai ország: minden további beteg, akit egy ápoló ellát, kb. 7%-kal növelte a műtét utáni 30 napos halálozás esélyét.	Mérsékelt	[1]
Munkaidő és pihenés modul (A3/1.)	31 627 ápoló, 12 ország: a legalább 12 órás műszak gyakoribb kiégéssel (érzelmi kimerülés: korrigált esélyhányados 1,26), elégedetlenséggel (1,40) és kilépési szándékkal (1,29) járt együtt.	Mérsékelt	[5]
Elmaradt ellátási feladatok modul (A3/2.)	Az ápolási feladatok elmaradása összefügg a terheléssel és a létszámmal, és az ellátás minőségének érzékeny jelzője.	Mérsékelt	[3]
Kiégés és betegbiztonság kapcsolata	A gyengébb jóllét és a kiégés rosszabb betegbiztonsági kimenetekkel jár együtt; orvosoknál a kiégés a biztonsági eseményekkel is összefügg.	Erős	[10, 23]
Agresszió modul (A3/3.), incidensrend	253 vizsgálat, 331 544 egészségügyi dolgozó: egy év alatt 61,9% élt meg munkahelyi erőszakot, 24,4% fizikai erőszakot; a legérintettebb a pszichiátria és a sürgősségi ellátás.	Erős	[15]
Nem kívánt események utáni támogatás (A3/5., beavatkozási menü 5. sor)	A „második áldozat” jelenség jól leírt: a hibában érintett munkatárs jellegzetes felépülési szakaszokon megy át, és támogatásra szorul. Kontrollált hatásvizsgálat még kevés.	Korlátozott	[34, 28, 29]

Protokollelem	Mit mond a kutatás?	Erősség	Forrás
Az esemény utáni beszélgetés formája	A kötelező, egyalkalmas pszichológiai „debriefing” nem előzi meg a poszttraumás tüneteket. Ezért a protokollban önkéntes, támogató, kollegiális beszélgetés szerepel, szükség esetén továbbirányítással.	Erős	[25]
Pszichológiai biztonság, „bárki megállíthatja” (A3/6.)	A csapatok akkor tanulnak a hibákból, ha a tagok kockázat nélkül jelezhetik az aggályaikat.	Mérsékelt	[6]
Strukturált átadás (beavatkozási menü 8. sor)	A strukturált betegátadás bevezetése után 23%-kal csökkentek az orvosi hibák és 30%-kal a megelőzhető nem kívánt események.	Erős	[30]
Magyar háttér	A kiégés és a szerepkonfliktus a magyar egészségügyi dolgozóknál is jelentős; a hazai kutatások összefoglalója szerint a megelőzés prioritás.	Mérsékelt	[24, 13]

6. A mérőeszközök szakmai háttere

Eszköz vagy elem	Szakmai háttér	Forrás
A kérdőív modulszerkezete	A munkakövetelmény–erőforrás modell: a terhelés (követelmények) és a támogatás, kontroll (erőforrások) egyensúlya határozza meg a kiégés és az elköteleződés alakulását.	[2]
Pszichoszociális skálák	A COPSOQ III nemzetközileg validált, díjmentesen használható kérdőív; a mintatételek éles használat előtt ennek vagy a Stressz-M felmérésnek a skáláival hangolandók össze.	[4]
WHO-5 jólléti index	Rövid, széles körben validált mentális jólléti mérőeszköz; magyar változata elérhető.	[31]
Kiégés mérése (opcionális)	A Copenhagen Burnout Inventory nyilvánosan elérhető, munkahelyi kiégésre fejlesztett eszköz; magyar változata és használati feltételei ellenőrizendők.	[14]
Kockázatkezelési keret	A protokollok a nemzetközi szabvány és a HSE Management Standards ciklikus logikáját követik.	[12, 11]

7. Szakmai korlátok és konvenciók

A hiteles szakmai kommunikációhoz hozzátartozik, hogy jelezzük, hol gyengébb az alátámasztás.

- **A legalább 10 fős csoportküszöb** szakmai konvenció, nem kutatási eredmény. A munkavállalói felméréseknél jellemzően 5 és 10 fő közötti minimumot alkalmaznak; pszichoszociális témánál a szigorúbb érték indokolt. A végleges küszöböt adatvédelmi szakemberrel kell jóváhagyatni.
- **Az esemény utáni beszélgetés időzítése** (24–72 óra) programtapasztalaton alapul. A lényeg a gyors, önkéntes és támogató jelleg, nem a pontos óraszám.
- **A szociális ágazatban** kevés a kontrollált beavatkozásos vizsgálat. A bizonyítékok többsége keresztmetszeti, vagy a gyermekvédelemből, az idősellátásból és az egészségügyből származik.
- **Magyar szociális ágazati, szervezeti szintű beavatkozás-vizsgálatot nem találtunk.** A pilot éppen ezt a hiányt pótolná, ezért megvalósíthatósági vizsgálatként és nem hatásvizsgálatként terveztük.
- **A hatásnagyságok jellemzően mérsékeltek.** A szervezeti beavatkozások hatása lassan, jellemzően 3–6 hónap után, a szervezeti mutatókban (hiányzás, fluktuáció) 12 hónap körül mutatható ki.
- **A protokollok mintatételei** tervezési javaslatok; validálásuk és pilotban való tesztelésük szükséges. Az NNGYK-tól kért szakmai véleményezés ezekre is kiterjedhet.

Összegzés

A protokollok legfontosabb állítása – hogy a munkahelyi mentális egészséget a munkaszervezés, a vezetői működés és a szervezeti rendszer szintjén kell kezelni – erős nemzetközi bizonyítékra épül. Az egyes eszközök ágazati alkalmazása hazai tapasztalatot igényel; ezt szolgálja a pilot.

8. Irodalomjegyzék

[1] Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L. és mtsai (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. The Lancet, 383(9931), 1824–1830.

[2] Bakker, A. B. és Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. Journal of Managerial Psychology, 22(3), 309–328.

[3] Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M., Morrow, E. és Griffiths, P. (2014). „Care left undone" during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. BMJ Quality & Safety, 23(2), 116–125.

[4] Burr, H., Berthelsen, H., Moncada, S. és mtsai (2019). The third version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. Safety and Health at Work, 10(4), 482–503.

[5] Dall'Ora, C., Griffiths, P., Ball, J., Simon, M. és Aiken, L. H. (2015). Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries. BMJ Open, 5(9), e008331.

[6] Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. Administrative Science Quarterly, 44(2), 350–383.

[7] EU-OSHA (2025). How do psychosocial risks impact health and social care sector workers? Key lessons learnt and policy pointers. Bilbao: Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség.

[8] EU-OSHA (2026). Healthy Workplaces Campaign 2026–28: Together for mental health at work. Bilbao: Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség.

[9] Fleming, W. J. (2024). Employee well-being outcomes from individual-level mental health interventions: cross-sectional evidence from the United Kingdom. Industrial Relations Journal, 55(2), 162–182.

[10] Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A. és O'Connor, D. B. (2016). Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: a systematic review. PLoS One, 11(7), e0159015.

[11] Health and Safety Executive (HSE). Management Standards for work-related stress – tools and templates. hse.gov.uk/stress/standards

[12] ISO 45003:2021. Occupational health and safety management – Psychological health and safety at work – Guidelines for managing psychosocial risks. Genf: International Organization for Standardization.

[13] Kocsicska, I. (2022). Burnout syndrome among health care workers in Hungary – a literature review. Metszetek, 11(3), 62–77.

[14] Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E. és Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. Work & Stress, 19(3), 192–207.

[15] Liu, J., Gan, Y., Jiang, H. és mtsai (2019). Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. Occupational and Environmental Medicine, 76(12), 927–937.

[16] McFadden, P., Campbell, A. és Taylor, B. (2015). Resilience and burnout in child protection social work: individual and organisational themes from a systematic literature review. British Journal of Social Work, 45(5), 1546–1563.

[17] Montano, D., Hoven, H. és Siegrist, J. (2014). Effects of organisational-level interventions at work on employees' health: a systematic review. BMC Public Health, 14, 135.

[18] Mor Barak, M. E., Nissly, J. A. és Levin, A. (2001). Antecedents to retention and turnover among child welfare, social work, and other human service employees: what can we learn from past research? A review and metanalysis. Social Service Review, 75(4), 625–661.

[19] Mor Barak, M. E., Travis, D. J., Pyun, H. és Xie, B. (2009). The impact of supervision on worker outcomes: a meta-analysis. Social Service Review, 83(1), 3–32.

[20] 1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről. njt.hu

[21] Nielsen, K., Randall, R., Holten, A.-L. és González, E. R. (2010). Conducting organizational-level occupational health interventions: what works? Work & Stress, 24(3), 234–259.

[22] Panagioti, M., Panagopoulou, E., Bower, P. és mtsai (2017). Controlled interventions to reduce burnout in physicians: a systematic review and meta-analysis. JAMA Internal Medicine, 177(2), 195–205.

[23] Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J. és mtsai (2018). Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. JAMA Internal Medicine, 178(10), 1317–1331.

[24] Piko, B. F. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies, 43(3), 311–318.

[25] Rose, S., Bisson, J., Churchill, R. és Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews, (2), CD000560.

[26] Ruotsalainen, J. H., Verbeek, J. H., Mariné, A. és Serra, C. (2015). Preventing occupational stress in healthcare workers. Cochrane Database of Systematic Reviews, (4), CD002892.

[27] Schablon, A., Zeh, A., Wendeler, D. és mtsai (2012). Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study. BMJ Open, 2(5), e001420.

[28] Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R. és mtsai (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider „second victim” after adverse patient events. Quality & Safety in Health Care, 18(5), 325–330.

[29] Seys, D., Wu, A. W., Van Gerven, E. és mtsai (2013). Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. Evaluation & the Health Professions, 36(2), 135–162.

[30] Starmer, A. J., Spector, N. D., Srivastava, R. és mtsai (2014). Changes in medical errors after implementation of a handoff program. New England Journal of Medicine, 371(19), 1803–1812.

[31] Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S. és Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. Psychotherapy and Psychosomatics, 84(3), 167–176.

[32] World Health Organization (2022). WHO guidelines on mental health at work. Genf: WHO.

[33] World Health Organization és International Labour Organization (2022). Mental health at work: policy brief. Genf: WHO, ILO.

[34] Wu, A. W. (2000). Medical error: the second victim. BMJ, 320(7237), 726–727.

A hazai helyzetképi adatok (ágazati létszám, bérek, kamarai felmérések, sajtóforrások) forrásait a két szakmai javaslat irodalomjegyzéke tartalmazza. Ez a melléklet a protokollok tudományos és szakmai keretére összpontosít. Dokumentumstátusz: v1.0, 2026. október; a hazai szakmai útmutatók megjelenése és a pilot tapasztalatai alapján frissül.