

Besenyő János – Deák Gabriella

**A biztonság új aspektusai
A kórházi személyzet biztonsága
– a kórházi erőszakos
cselekedetek megelőzése**

2010



AZ MH ÖSSZHADERŐNEMI PARANCSNOKSÁG TUDOMÁNYOS TANÁCS KIADVÁNYA

Felelős kiadó:

Benkő Tibor altábornagy
az MH Összhaderőnemi Parancsnokság parancsnoka

Szerkesztő: Dr. Földesi Ferenc

Szaknyelvi lektor: Galántai Erzsébet

Postacím: 8000 Székesfehérvár, Zámolyi út 2-6,
8001. Pf 151

Telefon: 22-542811

Fax: 22-542836

E-mail: seregszemle@regiment.hu

ISBN 978-963-06-9219-9

Készült: 100 példányban

Nyomdai előkészítés, nyomás:

MH 43. Híradó és Vezetéstámogató ezred nyomdája

Fv.: Fodor Kata százados nyomdaparancsnok

Szerzők: Besenyő János – Deák Gabriella. Minden jog fenntartva

TARTALOMJEGYZÉK

BEVEZETŐ	5
1. A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER JELLEMZŐI	7
1.1 A magyar egészségügy pénzügyi forrásai	9
1.2 A magyar egészségügyi szolgáltatások finanszírozási rendszere	9
1.3 Az egészségügyi ellátórendszer szintjei	10
1.4 Az egészségügyi kiadások százaléka a GDP-ben	11
2. A KÓRHÁZ BIZTONSÁG MEGHATÁROZÁSA	15
2.1 A kórház biztonságának biztosítása	16
2.2 A kórházat veszélyeztető alapvető tényezők	18
2.3 Az intézmény biztonságának vizsgálata	20
2.4 Elsődleges biztonsági gyenge pontok	21
2.4.1 Bántalmazások.....	21
2.4.2 Bombával való fenyegetés.....	23
2.4.3 Betöréses lopás.....	23
2.4.4 Polgári zavargások.....	24
2.4.5 Tulajdon megrongálása, vandalizmus.....	25
2.4.6 Birtokháborítás, rendzavarás.....	25
2.4.7 Droggal való visszaélés /Drog, gyógyszer eltűnése.....	26
2.4.8 Tűz, robbanásveszély.....	26
2.4.9 Megvesztegetések, csalások.....	26
2.4.10 Hazardírozás.....	27
2.4.11 Gyilkosság, öngyilkosság.....	27
2.4.12 Túszejtés.....	27
2.4.13 Szélhámosság.....	27
2.4.14 Gyerekrablás.....	27
2.4.15 Munkahelyi viták.....	27
2.4.16 Információk elvesztése.....	28
2.4.17 Beteg szökés, szöktetés.....	28
2.4.18 Rablás.....	29
2.4.19 Zaklatás.....	29

2.4.20	Terrorizmus	29
2.4.21	Lopás	30
2.4.22	Betegek tulajdonának eltűnése.....	30
2.5.	Az intézet működését befolyásoló kockázati tényezők.....	31
2.5.1	Balesetek:	31
2.5.2	Tűz (nem szándékos gyújtogatás).....	32
2.5.3	Belső és külső vészhelyzetek.....	32
3.	MUNKAHELYI ERŐSZAK A KÓRHÁZAKBAN	33
3.1.	Az elkövető személy (beteg, látogató)	36
3.1.1	Betegek	37
3.1.2	Látogatók	37
3.1.3	Alkalmazottak	37
3.2.	Az elkövetés formája és oka	39
3.3	Az elkövetés helye és ideje	40
3.4	A kórházi erőszakos cselekmények kezelése, menedzselése	40
3.4.1	<i>A munkahelyi erőszak megelőzése.....</i>	<i>40</i>
3.5	A fenyegetésekre adott válasz.....	44
3.5.1	<i>A fenyegetésre adott választ koordináló csapat</i>	<i>44</i>
3.6	Az erőszakos cselekedeteket követő teendők	45
3.7	Az erőszak hatásai.....	46
3.7.1	<i>Poszttraumás stressz betegség</i>	<i>46</i>
4.	ESETTANULMÁNY: AZ ÁLLAMI EGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT BIZTONSÁGA	48
4.1	A kórházra vonatkozó adatok	48
4.2	Biztonságtechnikai adatok	50
4.3	A kórházi személyzet védelmére, az erőszak megelőzésére tett intézkedések.....	50
5.	ÖSSZEGZÉS	52
	BIBLIOGRÁFIA.....	55
	MELLÉKLETEK.....	59

BEVEZETŐ

„A munkáltató felelős az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés követelményeinek megvalósításáért.” 1993. évi XCIII. tv

A munkáltató – tanulmányunk esetében a kórház – köteles biztosítani személyzetének a biztonságos és egészséges környezetet, és köteles törekedni a munkavállaló egészségének és biztonságának megőrzésére. Ennek értelmében a munkáltatónak óvintézkedéseket kell tenni a munkavállalók egészsége és biztonságának védelme érdekében. Ezen belül mindent meg kell tennie a szakmai ártalmak elkerülésére, és erre megfelelő szervezeti kereteket és anyagi forrásokat kell biztosítani. Az egészségügyben dolgozó szakemberekre ható biológiai és kémiai veszélyeken kívül több rizikótényező is létezik. Az egészségügy területén sok stressz éri a dolgozókat. Ezen kívül az Európai Munkakörülmények Szervezet felmérései alapján az egyes szakmák közül az egészségügy a legvesélyeztetettebb a fizikai, valamint a pszichikai erőszak szempontjából (14.6%).¹ A nyugat-európai országok, valamint az Amerikai Egyesült Államok is irányelveket, útmutatókat hoztak létre az egészségügyi szektorban előforduló erőszakos cselekmények megelőzésére.² Hazánkban nem fordítanak kellő figyelmet e problémára, és magyar nyelven az Európai Munkavédelmi Ügynökség magyar nyelvű publikációin kívül csak egy tudományosnak nevezhető cikket találtunk e témában³. A médiában többet beszélnek az elégtelen egészségügyi ellátásról, jóval kevesebbet a kórházakban történt erőszakos cselekményekről, noha fontos lenne megvizsgálni az erőszakos cselekmények befolyását az egészségügyi

1 Lásd: 2.számú melléklet

2 European Agency for Safety and Health at Work –Facts 23,24, *Violence. Occupational Hazards in Hospitals*. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and prevention National Institute for Occupational Safety and Health, *Guidelines for preventing Workplace Violence For Health Care and Social Service Workers*. U.S. Department of Labor Occupational Safety and Health Administration. OSHA stb

3 DR. HARMAT GYÖRGY – DR. CZÁRÁN ERZSÉBET: *Erőszak az egészségügyben*. *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 2008/5. pp. 34-35

személyzet viselkedésére és munkahelyi teljesítőképességük minőségére. Minden munkahelyen történhetnek erőszakos cselekmények, de az egészségügyben erre nagyobb a lehetőség, és gyakrabban is fordul elő. A leggyakrabban az ápolók, segédápolók ellen irányulnak az agressziós, erőszakos cselekedetek, hiszen ők töltik a legtöbb időt a betegekkel és látogatókkal. Sok ápoló a konfliktusos környezet miatt nem tud maximális teljesítményt nyújtani. A munkahelyi erőszakos cselekmények megelőzése a kórházakban és egészségügyi intézményekben a minőségi betegellátás érdekében döntő fontosságú. Ezt szeretnénk tanulmányunkkal alátámasztani.

Tanulmányunkban a magyar egészségügy működésének rövid bemutatása után a kórházbiztonság fogalmát vázoljuk fel. Az intézetek biztonságát veszélyeztető tényezők különféle csoportosítása, bemutatása után térünk rá a tanulmány legfontosabb részére: a kórházakban történő munkahelyi erőszak bemutatására. Bővebben írjuk le a megelőzést és az esetek kezelését, hisz e részhez számos angol nyelvű irányelv állt rendelkezésünkre, valamint ezt nagyon fontosnak tartjuk. A magyarországi kórházak közül az egyik, talán legjobban felszerelt és biztonsági rendszerrel ellátott kórházat, az Állami Egészségügyi Központot mutatjuk be, mint a kórházbiztonság megvalósításának pozitív példáját. Segítségünkre volt e rész megírásában Ferenczy István ny. alezredes úr, az ÁEK Tervezési és Elemzési Osztály főelőadója.

Végezetül, de nem utolsósorban a probléma összegzése után néhány követhető elvet vázolunk fel a magyar kórházakban előforduló erőszakos cselekmények megelőzésére.

Munkánkat az Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztika **(a továbbiakban: ENYÜBS)** bemutatásával, valamint témámhoz és a kórházbiztonsághoz kapcsolódó jogszabályok nem teljes listájával zárjuk. A statisztikát az Országos Rendőr-főkapitányság Bűnügyi Főigazgatóság, Bűnügyi Elemző-értékelő Osztályának vezetője, Kenedli Tamás r. őrnagy bocsátotta rendelkezésünkre.

1. A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER JELLEMZŐI

A témához fontos átlátnunk a magyar egészségügy felépítését, annak finanszírozó rendszerét, valamint az ország GDP-jéből az egészségügyre fordított összegeket. Ezen adatok birtokában felismerhetjük, hogy milyen kevés pénz kerül az összköltségvetésből, a GDP-ből az egészségügyi intézményekhez, ezáltal nemcsak a betegellátás kerül veszélybe, hanem kevés pénz jut a kórházak biztonságának fenntartására, az erőszakos cselekedetek megelőzésére is.

A magyar egészségügy a német bismarcki modell⁴ alapján működik, vagyis a biztosítottak közötti szolidaritásra és a munkáltatói hozzájárulásra épül. Azonos esélyű hozzáférés és jövedelemarányos hozzájárulás jellemzi. A modell alapfelépítésében az egészségbiztosítás és a társadalombiztosítás szorosan összefügg. A bismarcki modell inkább szociális ellátásnak tekinthető, de mégis szorosan kapcsolódik az egészségügyi ellátás későbbi fejlődéséhez. Például abban, hogy az egészségügyi járulékkal minden legális munkavállaló az egészségügyi ellátórendszert támogatja, a befizetések jövedelemarányosak; a szolgáltatások szükségletarányosak, ezért a gazdagoktól a szegények felé irányuló újraelosztás jellemzi. Napjainkban a rendszer bevételi forrását az egészségügyi hozzájárulás adja. A rendszerben a köz- és magántulajdon hasonló arányban vesz részt, ezen kívül a magánbiztosítások száma alacsony. A piaci szerep létezik, azt az állam szabályozza. Az ellátás biztosított jogon jár. Az adminisztratív irányítás decentralizált módon működik, következőképpen a megyei és települési önkormányzatok szerepe megerősödött,

4 1889-ben Németország a világon elsőként vezette be a Bismarck által kidolgozott társadalombiztosítási nyugdíjrendszert. A modell társadalombiztosítási rendszere: minden munkavállalónak kötelező volt hozzájárulnia a társadalombiztosítási rendszerhez, a járulék 1/3-t viszont a munkáltató fizeti.

Öt pillérből épül fel a bismarcki modell: a betegségi biztosításból 1883-tól, a munkahelyi balesetbiztosításból 1884-től, az öregségi és rokkantsági nyugdíjbiztosításból 1889-től, a munkanélküliségi biztosításból 1927-től, illetve az ápolásbiztosításból 1995-től. Balogh Gábor: Társadalombiztosítási Ismeretek.

mivel ők a kórházak fenntartói. Magyarországon ennek a rendszernek az a problémája, hogy a járulékok nehezen beszedhetők, és sok a „potyautas”. Egészségügyünkben a felelősség és feladatrendszer megosztódik az állam, az önkormányzatok és az egészségbiztosítás között. A társadalombiztosítás önálló egészségbiztosítási alap, amelynek forrása az Adó- és Pénzügyi Ellenőrzési Hivatal által gyűjtött járulék, valamint az önálló gazdálkodásból származó bevételek. A biztosítás lefedi a lakosság nagyját, szinte teljes körű ellátást nyújt, és rendszerében a kiegészítő vagy alternatív biztosítások szerepe marginális. A magyar egészségügyet vegyes tulajdonforma jellemzi, ebben az önkormányzatok és az állam dominál. A finanszírozása kettős. A befektetéseket a tulajdonosok finanszírozzák, a működési költséget az egészségbiztosítási pénztár biztosítja. Az egészségügy szakmai irányítása az Egészségügyi Minisztérium hatáskörébe tartozik; a tulajdonos az állam, az önkormányzat és a beruházó. Szakmai felügyeletét az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat végzi. Szakmai érdekvédelmet a Magyar Orvosi Kamara, valamint szakmai szervezetek, szakmai kollégiumok, a MOTESZ,⁵ MKSZ, EGVE⁶ stb. nyújt. Az egészségügy további szereplői a munkavállalói érdekképviseletek, a reprezentatív szakszervezetek pl.: MESZK.⁷ Nem utolsó helyen említem az ellátottakat, akik akut vagy krónikus betegek egyaránt lehetnek. Őket a beteggyesületek képviselik. A kormány egészségügyi szervezéssel és irányítással kapcsolatos feladatainak ellátását a Nemzeti Egészségügyi Tanács segíti. A Tanács a kormányzati egészségpolitika kialakításában és az ezzel összefüggő döntések meghozatalában kezdeményező, javaslattevő, véleményező és tanácsadó; a kormányzati egészségpolitikai döntések végrehajtásának folyamatában pedig elemző és értékelő tevékenységet végez.⁸

5 Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége

6 Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete

7 Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara

8 Nemzeti Egészségügyi Tanács

<http://www.eum.hu/nemzetkozi-kapcsolatok/nemzeti-egeszsegugyi/nemzeti-egeszsegugyi>(2009. 10. 30.)

1.1 A magyar egészségügy pénzügyi forrásai

A magyar egészségügy bevétele több forrásból származik. Ilyen az egészségbiztosító, amely a gyógyító szolgálatok működési költségeit biztosítja. Az állam a népegészségügyi feladatokkal, fejlesztésekkel, beruházásokkal az állampolgári jogon⁹ járó egészségügyi ellátások finanszírozásával juttatja forráshoz az egészségügyet. A tulajdonosok különféle beruházásokkal - létesítés, pótlások - támogatják az egészségügyet. A bevételek jelentős részét az állampolgárok általi befizetések adják. Az állampolgár járulékot fizet, önrészt vállal biztosítási szolgáltatásokkal és készpénzt fizet a biztosításon kívül eső szolgáltatásokért. A munkáltatók az alkalmazottak után járulékot és kötelező foglalkozás-egészségügyi díjakat is fizetnek.

1.2 A magyar egészségügyi szolgáltatások finanszírozási rendszere

A magyar egészségügy első kiadási csoportja az alapellátás. Minden olyan ellátási forma, amelyhez a lakosság közvetlenül, beutaló nélkül fordulhat, az alapellátást képezi. Ilyen a háziorvos, gyermekorvos stb.¹⁰ Itt kiadásként jelentkeznek még a korrigált fejkvóta kiegészítések, a területi pótlékok, az orvos szakképesítése utáni pótlék és a kiegészítő tevékenységek után járó költségek. A járóbeteg szakellátás a második kiadási csoport. Ez beutalóval igénybe vehető ellátási forma. Szakorvosi rendelők és a gondozóintézetek járóbeteg-ellátó intézményei tartoznak e csoportba. Feladatuk az alapellátás segítése (röntgen, laboratórium, CT, MRI, ultrahang), valamint – ha lehet – a fekvőbeteg ellátás kivizsgálása.

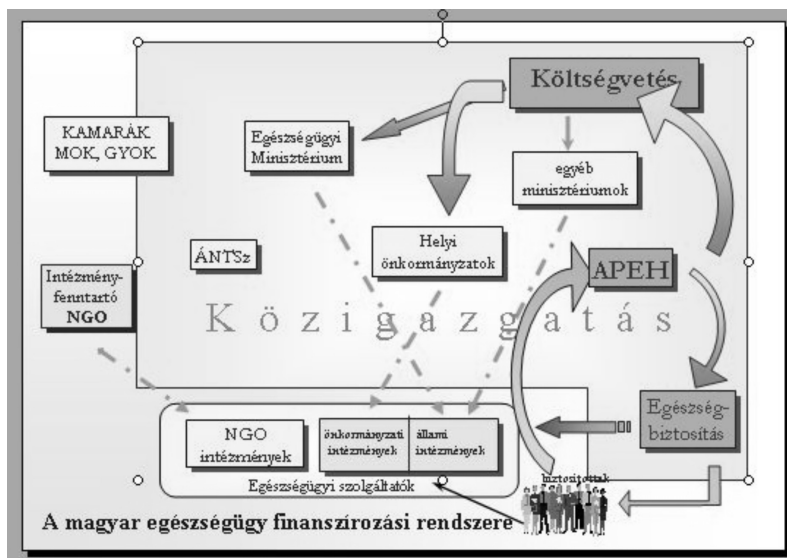
9 1949. évi XX. törvény a Magyar Köztársaság Alkotmánya 70/D. § (1) A Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez.(2) Ezt a jogot a Magyar Köztársaság a munkavédelem, az egészségügyi intézmények és az orvosi ellátás megszervezésével, a rendszeres testedzés biztosításával, valamint az épített és a természetes környezetvédelmével valósítja meg.

<http://www.jogiforum.hu/torvenytar?id=105> (2009.10.30)

10 Az egészségügyi ellátás rendszere, időskorúak ápolása,

http://www.wesley.hu/_files/Az_egeszsegugyi_ellatas_rendszere_az_idoskoruak_apolasa-2.ppt#1(2009.10.30)

A fekvőbeteg ellátás vagy a szakellátás a harmadik kiadási csoport. Ezt a kórházak végzik. A finanszírozás az aktív és a krónikus ágyak kihasználtsága szerint oszlik meg. A kórházak felosztását, a 2007-es egészségügyi átalakítást a 1. 3 fejezetben írjuk le bővebben. A magyar egészségügyi finanszírozási folyamatát az alábbi ábra sematikus mutatja be, itt a bevételeket és kiadásokat, valamint az egészségügy fontosabb szereplőit is láthatjuk.



1. ábra. A magyar egészségügy finanszírozási rendszere¹¹

1.3 Az egészségügyi ellátórendszer szintjei

Az ellátórendszer a 2007-es egészségügyi változtatások után az alábbi négy szintből tevődik össze:

Országos feladatkörű speciális intézetek, melyek az ország egész területén vagy egyes nagyobb területegységein biztosítják a súlyos, spe-

11 Dr. Kincses Gyula: *A magyar egészségügyi rendszer alapjellemezői*.
<http://www.eum.hu/dokumentumok/vizitdij/main.php?folderID=3714&objectID=6002371> (2009.10.30)

ciális vagy ritka betegségben szenvedők hatékony ellátását. Itt elsődlegesen az volt a cél, hogy az intézmények magas színvonalú ellátást (személyi és tárgyi vonatkozásban egyaránt) nyújtsanak a betegeknek.

Súlyponti kórházak, melyek nagy szakismeretet kívánó és műszerigényes, bonyolultabb beavatkozást végezhetnek. A jogosultság elosztásában az egyenlő hozzáférhetőség elvét kívánták alkalmazni. Súlyponti kórházak az egyetemi klinikák, országos intézetek, megyei kórházak bázisán kerültek létrehozásra. Ezen intézmények esetében alapelvárás, hogy folyamatos (napi 24 óra az év 365 napján) sürgősségi ellátást tartsanak fenn, intenzív osztályt működtessenek, valamint legyenek felkészülve az alapszakmák súlyosabb eseteinek kezelésére. Ezen kívül a kiemelt kórházakban a nagy progresszivitású ellátást igénylő betegségekben (daganatos megbetegedések, ideg-, szívsebészet, szervátültetés stb.) szenvedőknek nyújtsanak specializált kezelést is.

Területi kórház minőségben működik a kórházak többsége, az esetek nagy részét kitevő általános ellátás biztosításával, folyamatosan együttműködve a rendelőintézetekkel, háziorvosokkal és a kiemelt kórházakkal.

A járóbeteg-szakellátásban végbement változás létrehozta a **területi egészségügyi központokat**, melyek a járóbeteg-szakellátást biztosítják, irányelvnek tekintve a lakosság közeli elosztást, és ennek a szakellátásnak integráns részét képezi a járóbeteg-ellátás is.¹²

1.4 Az egészségügyi kiadások százaléka a GDP-ben

Az egészségügyi kiadások a GDP %-ában azoknak a gazdasági forrásoknak az arányáról adnak felvilágosítást, amelyeket egy ország az egészségügyére fordít. A nemzeti egészségügyi kiadások általában az állam, a társadalmi és a magánbiztosítások, valamint a magánháztartások által viselt olyan költségek becslésén alapulnak, amelyeket az ország lakosai számára javakra és szolgáltatásokra fordít. Ezek – a kevés metodikai és technikai pontatlanság ellenére – megfelelnek az ország egészségügyében felhasznált gazdasági forrásoknak, és kompatibilisek a GDP-vel.

12 Az egészségbiztosítás értékelése 2007. Egészségbiztosítási felügyelet. 34. http://ebf.hu/letoltes/egbizzt_2007_final.pdf (2009. 10. 10.)

Az egészségügyi kiadások GDP-ben megjelenő aránya a legkifejezőbb indikátor azoknak a gazdasági forrásoknak a hosszúidejű mérésére és megfigyelésére, amelyeket egy ország egészségügyi rendszerére felhasznál.¹³ Az OECD¹⁴ államok statisztikájából láthatjuk, hogy Magyarország más országokhoz viszonyítva mennyit költ az egészségügyre. Magyarország a GDP-ből az egészségügyre 2007-ben mindössze 7,4 %-t fordított, és megfigyelhetjük, hogy Ausztriához vagy Hollandiához képest – amelyek hasonló létszámú lakossal rendelkező országok – keveset. A legtöbb fejlett országban – az Egyesült Államokat kivéve – az egy főre jutó egészségügyi kiadások mintegy 3000 USD-t (1500 GBP, 2000 EUR) tesznek ki, ami a GDP 8-9%-a.

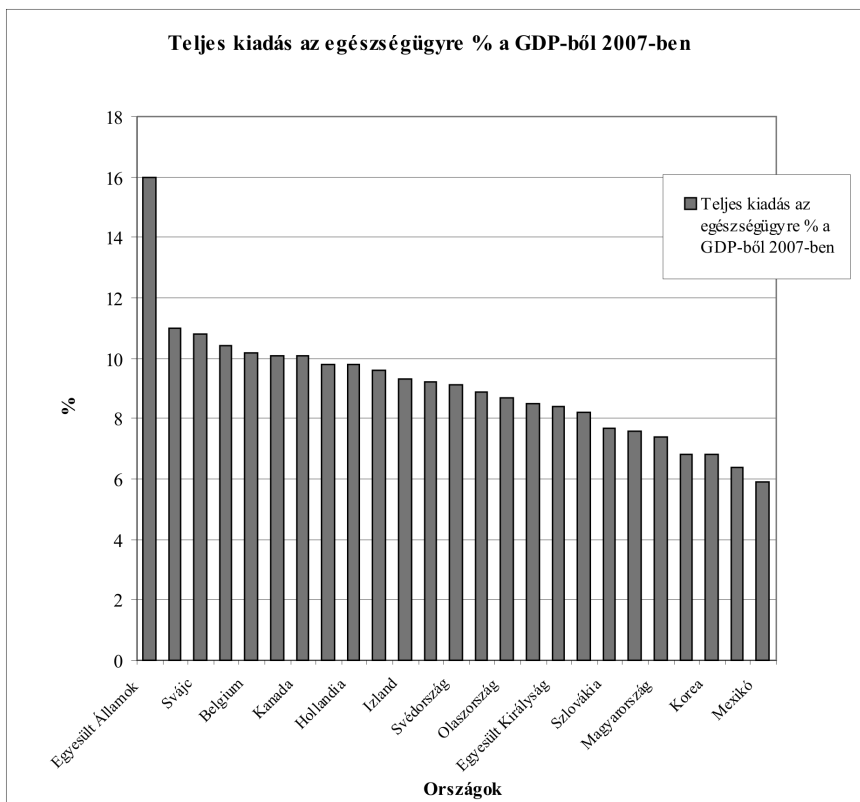
Országok	Teljes kiadás az egészségügyre % a GDP-ből 2006-ban	Teljes kiadás az egészségügyre % a GDP-ből 2007-ben	Teljes kiadás az egészségügyre % a GDP-ből 2008-ban
Egyesült Államok	15,8	16	
Franciaország	11	11	
Svájc	10,8	10,8	
Németország	10,5	10,4	
Belgium	10	10,2	
Ausztria	10,2	10,1	
Kanada	10	10,1	
Dánia	9,6	9,8	
Hollandia	9,7	9,8	
Görögo.	9,5	9,6	
Izland	9,1	9,3	
Új Zéland	9,4	9,2	
Svédország	9,1	9,1	

- 13 R. Rossel: Az egészségügyi rendszerek költségei
<http://www.eski.hu/civiltajekoztatas/cikk.cgi?id=6414> (2009.10.25)
- 14 OECD -Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet

Országok	Teljes kiadás az egészségügyre % a GDP-ből 2006-ban	Teljes kiadás az egészségügyre % a GDP-ből 2007-ben	Teljes kiadás az egészségügyre % a GDP-ből 2008-ban
Norvégia	8,6	8,9	8,6
Olaszország	9	8,7	9
Spanyolország	8,4	8,5	
Egyesült Királyság	8,5	8,4	
Finnország	8,3	8,2	
Szlovákia	7,3	7,7	
Írország	7,1	7,6	
Magyarország	8,1	7,4	
Csehország	6,9	6,8	
Korea	6,5	6,8	
Lengyelország	6,2	6,4	
Mexikó	5,8	5,9	

1. Táblázat Az OECD országok GDP-ből egészségügyre fordított %-a¹⁵

15 Egészségügyi Stratégia Kutatóintézet: OECD tagországok adatai,
<http://www.eski.hu/>, (2009. 10. 10.)
http://www.irdes.fr/EcoSante/Download/OECDHealthData_FrequentlyRequestedData.xls (2009. 10. 10.)
lásd bővebben <http://www.ecosante.fr/index2.php?base=OCDE&langs=ENG&langh=ENG&valeur=&source=1>



2. ábra Az OECD országok GDP-ből egészségügyre fordított %-a¹⁶

16 Egészségügyi Stratégia Kutatóintézet: OECD tagországok adatai <http://www.eski.hu/>, (2009.10.10)

2. A KÓRHÁZ BIZTONSÁG MEGHATÁROZÁSA

A kórházak biztonságára hazánkban korábban nem szenteltek nagy figyelmet, de a megváltozott politikai, társadalmi, gazdasági viszonyok, az átalakult egészségügyi rendszer e koncepciót megváltoztatta. A munkahelyi erőszak elterjedése a kórházakban a biztonsági stratégiát módosító tényező volt. A kórházak biztonsági rendszereinek alkalmazkodniuk kell az állandóan változó kórházi környezethez, a nagyszámú betegforgalomhoz. A megváltozott gazdasági, társadalmi környezet a kórházaknak újabb kockázati tényezőket hoz, és ez új feladatok elé állítja a biztonsági szakembereket. A társadalomban elkövetett bűncselekmények számának növekedése a kórházakban elkövetett bűncselekmények számát is növelhetik.

E megközelítés szerint a biztonság fogalma nehezen meghatározható és felmérhető. Az egészségüggyel kapcsolatosan a biztonságot betegekhez kötötten határozták meg. A betegek biztonságos egészségügyi ellátásra jogosultak.¹⁷ A kórházi intézményekkel kapcsolatban a biztonságot úgy határozhatjuk meg, mint olyan rendszert, melynek az a feladata, hogy megvédje az intézet fizikai tulajdonát, valamint viszonylagos védelmet nyújtson minden ember számára, aki kapcsolatba kerül az intézettel, valamint annak környezetével. Ez a definíció azonban nem határozza meg a viszonylagos védelem fogalmát. Ami ma biztonság, az holnap már nem az. Nehéz meghatározni, ezért nehéz az intézet viszonylagos védelmét megvalósítani. A védelemről vagy biztonságról feltételezhetjük, hogy az ártalmas események lehetőségét, valószínűségét csökkenti ugyan, de nem szünteti meg az összes kockázatot/ a veszély lehetőségét. A biztonság nem statikus fogalom; úgy tekinthetünk rá, mint egy fluktuáló állapotra vagy helyzetre; ahogy a környezet és a humán körülmények változnak, úgy változik a védelmi állapot is.

Gyakori hiba a kórházbiztonság megfogalmazásban, hogy a biztonságot szorosán a jogi kikényszerítés sorába igazítják. Közös területeik vannak ugyan e két fogalomnak, de mégis nagyon különbözőek. Az in-

17 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. II. fejezet: A beteg jogai és kötelezettségei. Lásd bővebben 4. melléklet.

tézeti biztonságot úgy kell tekinteni, mint egyfajta belső védelmet, ezzel szemben pedig a rendvédelem külső védelmet hoz létre és megkísérli a társadalommal betartatni a törvényeket, szabályokat.

A biztonsági rendszer jellegzetességei: megelőzés, általános szolgáltatás, tudatos, szervezet általi meghatározás, a szervezet védelme. Ezzel ellentétben a rendvédelem (jogi kikényszerítés) jellemzői: a letartóztatás, büntetőeljárás, reagálás, törvény által meghatározottság, társadalom védelem; és ezt adókból finanszírozzák.

A kórházak olyan speciális létesítmények, melyek 24 órában működnek, szolgáltatást nyújtanak; nyitottak, hogy fogadni tudják a betegeket és sérülteket, a beteglátogatókat. Ebből adódik, hogy nehéz ellenőrizni, ki tartozik az intézethez és ki nem, és így nehéz megvalósítani a tökéletes biztonságot. A társadalomban olyan típusú szolgáltató, mint a kórház, nem található, így egyedi problémákkal küszködik.

A biztonsági rendszer létrehozása morális felelősség egy intézetnek, mivel közfeladatokat lát el. Kötelessége a működését úgy alakítani, hogy minél kevesebb lehetőség adódjon a sebesülésre, elhalálozásra. Az intézet felelőssége, hogy mindent megtegyen a rongálások, a vagyontárgyak eltűnésének megakadályozása érdekében is. Az intézet elsősorban azért felelős, hogy a kórház működésében ne álljon be zavar. Másodsorban jogi felelősséggel is tartozik a biztonság megteremtésében.¹⁸ Az intézet felelős a betegek, személyzet, látogatók testi épségéért. Ahhoz, hogy a beteg megfelelő minőségi kezelésben részesülhessen, elengedhetetlen az intézet zavartalan működése.

2.1 A kórház biztonságának biztosítása

A kórházi biztonság létrehozásához először is meg kell nevezni a biztonság gyenge pontjait. A sebezhetőség nem cserélhető fel a rizikó fogalmával, mivel nem azonos a két fogalom. A sebezhetőség biztonsági

18 A munkáltató felelős az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés követelményeinek megvalósításáért. 1993. évi XCIII. Tv. a munkavédelemről. Az Európai Bizottság intézkedéseket hozott a munkavállalók egészségének és biztonságának biztosítására. Az 1989. évi Tanácsi irányelv (89/391) tartalmazza a munkahelyi egészség és biztonság alapvető előírásait

fenyegetéstípust ír le, míg a rizikó a fenyegetésnek a fokát határozza meg.

A kockázat, rizikó fogalma nemcsak az előfordulás valószínűségére vonatkozik, hanem az események következményeire is. A kockázat fogalmának több összetevője van. A vizsgált helyzettől, társadalmi háttértől, a megcélzott eredménytől, jogszabályi környezettől függően egyik vagy másik elem kerülhet előtérbe.¹⁹

A veszély és kockázat fogalmát még a szakirodalom is gyakran felcseréli, bár nem ugyanaz a két fogalom. A veszély a tárgyak, élőlények, jelenségek önmagában meglévő tulajdonságát jelenti, amely akkor válik kockázattá, ha megvan a lehetősége annak, hogy az emberi egészségben, vagyontárgyban vagy környezeti tényezőben kárt okozzon. A lehetőség mérőszáma a kárt okozó esemény bekövetkezési valószínűsége. A lehetséges kár mértékét vagyontárgyra vonatkoztatva egyezményes mértékegységben – pénzben – szokás mérni; de az egészségkárosodásra is léteznek jogszabályi előírásban lefektetett súlyozó tényezők.

A kockázat értékelése – a rendszer vázolt elemei szerint – első lépésben a veszély azonosításából, az esemény bekövetkezési valószínűségéből és a várható kár mértékének a megbecsüléséből áll. Önmagában ez a tevékenység még nem javítana semmilyen rendszer biztonságán. A következő lépés a biztonságtechnikával foglalkozó szakember számára olyan védelmi tényező, védelmi zár meghatározása, ami a feltárt kockázatot megfelelő mértékben csökkenti.

A kórházakban és egészségügyi szervezetekben a biztonság alapvető sebezhetőségei különféle területekre bomlanak, magába foglalva a személyzet, betegek, látogatók megtámadását, zavargásokat, kisebb lopásokat, a készletek és eszközök ellopását, betegek és személyzet vagyontárgyainak eltűnését, a vagyontárgyak vandál rombolását, sztrájkot, terrorizmust stb.²⁰ Kiegészítő sebezhetőséget jelentenek még a tüzesetek, balesetek és más külső és belső vészhelyzetek, melyek megbomlasztják az intézet működését.

19 Sógor András, Richter Gedeon Rt. Biztonsági, tűz- és környezetvédelmi főosztály-vezető: *A kockázatértékelés nagyvállalati tapasztalatai*
[http://www.ommf.gov.hu/index.html?akt_menu=390\(2009.10.09\)](http://www.ommf.gov.hu/index.html?akt_menu=390(2009.10.09))

20 Lásd bővebben: 1. számú táblázat.

Minden egészségügyi intézet biztonsági intézkedéseket vezet be, egy személy koordinálja a védelmet, illetve ő felelős az eltűnt vagyontárgyak utáni kutatásért, a tűzvédelemért, a baleset jelentéséért, biztonsági előírások betartatásáért, az új zárszerkezetek jóváhagyásáért és más, biztonsággal összefüggő tevékenységekért. A kisebb intézetekben ezek a funkciók megoszlanak, például a karbantartó részleg foglalkozik a zárrakkal, kulcsokkal és tűzvédelmi berendezésekkel, az ügyintéző vagy igazgató vizsgálja felül a követeléseket és jelentéseket a hiányzó eszközökről.²¹ Ez általában jól működik a kis intézetekben, hisz ezek a felelős személyek napi kapcsolatban vannak egymással. A nagy intézetekben, ahol a kommunikáció és koordináció nehezebb, a felelősségi területek ilyen jellegű elosztása nehezen megoldható. Ahogy egy intézmény növekszik, a felelősségi területeket egy személy vagy részleg fogja koordinálni, mert így valósulhat meg a biztonság összehangolása. A megbízott személy, részleg vagy biztonsági és vagyonvédelmi céggel oldja meg a biztonság megszervezését, vagy az intézeten belül képez ki erre megfelelő személyeket. Számos országban a kórházbiztonságért felelős személyek kiképzését az előírások szerint kell végrehajtani.²²

2.2 A kórházat veszélyeztető alapvető tényezők

Minden egészségügyi intézet – méretétől függetlenül – az alapvető veszélyeztető tényezőknek az alanya. A gyenge pontok több csoportra oszthatók. Egyes tanulmányok felsorolásszerűen csoportosítják ezeket a kockázatokat,²³ míg mások három fő csoportra és azon belül alcsoportokra osztják a sebezhetőségi tényezőket,²⁴ Ezek szerint a kórház biztonsága az alábbi területeken hordozza a kockázatot: ²⁵

- 21 Főleg nyugati országok kórházaiban jönnek létre ilyen felosztások, szervezések.
- 22 Pld. IAHSS. International Association for Healthcare Security and Safety USA-ban <http://www.iahss.org/> (2009.10.24)
- 23 RUSSEL L.COLLING: *Hospital and Healthcare Security. Fourth edition.* Butterworth-Heinemann, Boston, 2001. 13-34
- 24 DR. KÁRPÁTI GÁBOR: *A szerződésben megfogalmazható szakmai követelmények a kórházak élőrövel és eszközökkel való védelmének kialakításához.* Biztonságos Kórház.. Személy és vagyonvédelmi kérdések. Budapest. 2008.29
- 25 Dr. Kárpáti Gábor

1. a kórház vagyona és a belső rend folyamatos üzemelése;
2. a betegek vagyona és jogai;
3. az egészségügyi személyzet vagyona és jogai.

A kórház sérelmére elkövetett vagyon elleni jogsértések elsősorban a következőkre irányulnak:

- leszerelhető berendezési, felszerelési tárgyak (pl. csapok, csaptelepek, kábelek, szaniter eszközök stb.);
- orvosi műszerek, eszközök;
- gyógyszerek;
- kiemelten a kábítószeres;
- informatikai-, audiovizuális-, irodai eszközök;
- rongálások.

A belső rend (házirend) szabályaiba ütköznek az alábbi magatartások:

- látogatók viselkedése, ott-tartózkodása (ittasság, hangoskodás);
- betegek kötelezettségeiknek be nem tartása (betegtársak, kórtermi rend zavarása);
- hangoskodás, italozás, kirívó, garázda jellegű magatartás.

Sok esetben szélsőséges magatartással állunk szemben, különösen, ha a hozzátartozó betegsége súlyos, vagy kockázatos orvosi beavatkozás vált szükségessé, esetleg ha elhalálása következett be.

Üzemeltetési események felosztása:

- meghibásodások, üzemzavarok (közművek, falazat, épületgépészet, lift, kazán);
- az egészségügyi eseménnyel összefüggő cselekmények: járvány, látogatási tilalom;
- katasztrófa esemény: kiürítés, menekítés.

A betegek sérelmére elkövetett vagyon elleni cselekmények: értéktárgyak, ékszerek, készpénz, bankkártyák, személyes használati eszközök, rádiók, egyéb értéktárgyak, élelmiszerek, ruházat eltulajdonítása.

A betegek jogainak érvényesülését akadályozó magatartások a következők:

- egyes személyiségi jogok megsértése;
- egyes betegjogok sérelme.

A jogszabályi kötelezettségeken túl pl. magántitkok megóvása, etikai szabályok betartása; elengedhetetlen az empatikus, segítő jellegű szolgáltató magatartás.

- Az egészségügyi személyzet sérelmére elkövetett cselekmények:
- a tulajdon károsítása, értéktárgyaik, készpénzük, hitelkártyáik ellopása;
 - az egészségügyi személyzet testi épségét sértő-veszélyeztető cselekmények, fenyegetések, indulatos magatartások.

A gyógyító, esetenként életmentő tevékenység elengedhetlenné teszi az épületek, létesítmények, a különböző technológiai rendszerek folyamatos, zavartalan működésének biztosítását.

Mi az amerikai metodika szerint csoportosítjuk e tényezőket. A sebezhetőség nagysága tág határok között változik és meghatározza az intézet kockázatát. A gyenge pontokat minden intézetnél egyedien kell meghatározni.

2.3 Az intézmény biztonságának vizsgálata

Az intézet sajátos, gyenge pontjainak azonosítása és a velük kapcsolatos rizikók feltérképezése mindig az intézet biztonságának értékelésével kell, hogy kezdődjön. Ezen értékelés alapján kell kidolgozni a védelmi rendszert, és folyamatosan követni a változó kockázati tényezőket, majd időszakonként felülvizsgálni ezeket. Egy magyar mérnök, Frank György²⁶ dolgozta ki a kórházbiztonság felmérésének technikáját, meghatározta a biztonsági mutatót. Ez a számítás olyan követelményjegyzékre támaszkodik, amely segítségével értékelni lehet egy kórház biztonsági szintjét, a biztonsági szolgáltatások színvonalát. A számítás olyan mérőszámot eredményez, amely lehetővé teszi, hogy azzal mind a biztonsági szint, mind a szolgáltatás minősége értékelhetővé váljék.²⁷ Sajnos, e számítási módszert a magyar kórházak, biztonsági szakemberek még nem alkalmazzák.

Fontos felmérni az intézet környezetének a biztonságát is, majd az épület hiányosságait is felkutatni (kivilágítás hiánya, őrizetlen bejáratok

26 Eur.Ing.Frank György címzetes docens, a Személy-, Vagyonvédelmi és Magánnyomozói Szakmai Kamara Budapest Szervezete Tudományos és Szakértői Csoportjának vezetője.

27 EU. ING. FRANK GYÖRGY: Biztonsági mutató számítása egy kórház személy- és vagyonvédelmi helyzetének értékeléséhez. Biztonságos Kórház Személy és vagyonvédelmi kérdések. Budapest. 2008.26-28

stb.), és meghatározni a legveszélyeztetettebb helyeket. Ezután kell osztályozni a kockázati tényezőket. Az amerikai szakkönyv erre egy 1-5-ös osztályozási skálát használ, a legveszélyeztetettebb részleg 5-öst kap.²⁸ Ehhez az osztályozáshoz még a múltbeli bűncselekmények vizsgálatából szerzett tapasztalatokat is hozzáadjuk, és az így kapott számok szerint rizikó- rangsort felállítva kell az intézet biztonságát kiépitni.

A következőkben a kórházak lehetséges gyenge pontjait, kockázati tényezőit soroljuk fel – az amerikai minta alapján.

2.4 Elsődleges biztonsági gyenge pontok

Az alábbi, felsorolásszerűen vázolt sebezhetőségek jelentik a kórházak és egészségügyi szervezetek biztonságának primer gyenge pontjait. A nozokomiális²⁹ belső fertőzéseket, valamint a járványokat nem említjük, mivel azok – szerintünk – az egészségügyi biztonsághoz, megbiztonsághoz tartoznak, és a higiénés szabályok betartásával, betartatásával lehet őket megelőzni. Ez már nem a biztonsági szakember, hanem a higiénéval foglalkozó egészségügyi szakemberek feladata. Itt a biztonsági szakemberek szerint felosztott kórházbiztonságot, kockázatos tényezőket soroljuk fel.

2.4.1 Bántalmazások

Minden intézet szembesül a betegek, a személyi állomány, a látogatók bántalmazásának sokrétű és rendkívül akut problémájával. A bántalmazások lehetnek enyhe bántalmazások, mint a testi sértéssel való fenyegetés, vagy lehetnek súlyos testi sértések, amikor az elkövető az áldozatot megüti vagy olyan szándékkal ragadja meg, hogy komoly sérülést okozzon annak (lásd 2. táblázat). Ezen események megtörténhetnek az intézeten belül vagy az intézet udvarán, külső területén, és az egyszerű fenyegetéstől az erőszakig terjedhetnek. A súlyos támadások azonnali intézkedést követelnek a vezetőktől.

28 RUSSEL L. COLLING: *Hospital and Healthcare Security. Fourth edition.* Butterworth-Heinemann, Boston, 2001. 34

29 Nozokomiális fertőzés: A kórházi körülmények között kialakuló fertőzéseket nevezik így a szakemberek.

1. Bántalmazás (udvar, külső környezet) (nemi erőszakot, zaklatást is beleértve) • enyhe • súlyos	12. Gyilkosságok és öngyilkosságok
2. Bántalmazás (intézetben belül) • enyhe • súlyos	13. Túszejtés
3. Bombával való fenyegetések/ Bomba	14. Szélhámosság
4. Betöréses rablás • eszközök • gépkocsik	15. Gyerekrablás • idegen • családi
5. Polgári zavargások	16. Munkahelyi viták
6. Tulajdon rombolás	17. Információk, adatok eltűnése
7. Zavargások • külső • belső	18. Betegek elszökése, szöktetés
8. Drog használata/ drog, gyógyszer eltűnése	19. Rablás • fegyverrel • fegyver nélkül
9. Tűz, robbanás	20. Lopás
10. Csalás, megtévesztés	21. Terroristafenyegetés • betegeket • személyzetet • intézményt
11. Hazardírozás	

2. Táblázat. Az egészségügyi intézmények alapvető veszélyeztetettségi tényezői



A betegek a leginkább veszélyeztetettebbek fizikai, mentális állapotuk, valamint megközelíthetőségük miatt. A betegek nyitott vagy be nem zárt ajtóknál fekszenek a kórházakban, sérülten vagy magatehetetlenül, és képtelenek magukat megvédeni. Megtámadhatja őket a másik beteg vagy látogató, gondozó is.³⁰Nemcsak a betegek a célpontjai a támadásoknak, bántalmazásoknak, hanem az alkalmazottak, látogatók is. A szexuális erőszak kapja mindig a legnagyobb hangot a médiában, holott ezen kívül számos más, erőszakos esemény is történik a kórházakon belül. Bántalmazás előfordulhat a beteg-személyzet, személyzet-látogató családtagok között is.³¹ A kórházi sürgősségi osztályok, szakambulanciák, a pszichiátriai kezelő részlegek a leggyakoribb színhelyei ezen eseményeknek.

Ha a kórházakban a nővérek, a kisegítő személyzet távol eső helyeken dolgozik és egyedül, az ugyancsak kockázati faktort jelent. A kivilágítatlan parkolók is lehetőséget adnak a támadásra. Ha megnézzük az elmúlt négy évben Magyarországon elkövetett kórházi bántalmazásokat, nem tűnnek jelentősnek. De ez a statisztika nem pontos, mert csak a bejelentett és lezárt ügyet tünteti fel. A valóságban ennél jóval több eset is előfordulhat a magyar kórházakban, amely nincsen bejelentve.³²

2.4.2 Bombával való fenyegetés

Minden bombával való fenyegető hívást komolyan kell venni, és úgy kell kezelni, mintha valódi lenne. Az intézmény sebezhetősége reális, és megköveteli az állandó készenlétet. Nagyon gyakoriak lehetnek ezek a hívások, és motivációjuk a kikényszerítés vagy működési zavar okozása. A fogadott információ természetétől függően kell meghatározni a védelmi akciók módszerét.³³

2.4.3 Betöréses lopás

A vagyontárgyak eltűnése nem mindig lopás vagy rablás következménye. A betöréses lopás gyakori az intézményekben. Ha megnézzük

30 Lásd: „A munkahelyi erőszak a kórházakban” c. fejezetben bővebben

31 Lásd 4. ábra, valamint bővebben az „Elkövetők” fejezetben

32 Lásd 1.2 melléklet

33 Lásd bővebben ennek kezelését: A.MICHEL PASCAL: *Hospital Security and Safety*. Aspen System Corporation, Rockville, Maryland 1977. 3, 11.



az ENYÜBS statisztikát a mellékletben, felderített betöréses lopás ez évben kórházainkban már több, mint 100 esetben volt.

A kórházakban a gyógyszertárak lehetnek kiemelt célpontok, de célpont lehet a műtők gyógyszer, kábító-fájdalomcsillapító készlete, hiszen ezek általában zárt helyiségek, és az osztályokon belül elszigetelten helyezkednek el. Az orvosi rendelők, fogorvosi rendelők is gyakran célpontok. Nemcsak gyógyszerek eltulajdonítása lehet a fő cél, hanem a számítógépek, készpénz is; a nagyon drága orvosi eszközöket is ellopják. Akárcsak a rablásoknál, minden terület, ahol bármilyen mennyiségű készpénzt tárolnak, célpontja lehet a betöréseknek. Ilyen részlegek a raktárak, irodák.

2.4.4 Polgári zavargások

A legtöbb biztonsági tervezés főleg a katasztrófák³⁴ okozta helyzetekre összpontosít, de a jelen helyzetben a polgári zavargásokra is fel kell készülni. A katasztrófákhoz képest a zavargások különbözőek. Nemcsak a sebesülések formái, hanem az áldozatok tulajdonságai is eltérőek. A sebesültek kikerülhetnek a rendvédelmi szervektől, de a szemlélődők és letartóztatottak, rendbontók soraiból is. A kórházak is lehetnek a zavargások célpontjai.³⁵ Ilyenkor a biztonsági személyzet feladata tartani a kapcsolatot a médiával és a tüntetőkkel. Néha a zavargások területén fekszik a kórház. Ez esetben a biztonságiak feladata a sérült tüntetőket elkülöníteni a sérült rendfenntartóktól. A szigorú látogató-irányítás kiemelkedő fontosságú.³⁶ A munkavállalókat, ha nem tudnak hazajutni, a kórházban kell elhelyezni, akárcsak az épületben rekedt látogatókat. Ráadásul az események alatt sem szűnhet meg a kórház működése, biztosítani kell a betegforgalmat, a betegellátást, személyzet beérkezését, biztonságát, megelőzni a tűz kialakulását, a robbanóanyagok elleni védekezést, az épületrongálás megelőzését, az elegendő készlet, eszköz beszerzését. A zavargások alatti biztonságtervezést úgy is tekinthetjük, mint egy kiterjesztett katasztrófa tervet.

34 Ilyen katasztrófális helyzet: robbanások, tűz, repülő és vonatbalesetek.

35 Pl.: média által kiszivárogtatott eset elleni felháborodott tüntetők.

36 A sérült zavargók rokonai, barátai tovább folytathatják a zavargást a kórházon belül.

2.4.5 Tulajdon megrongálása, vandalizmus

A tulajdon rosszindulatú rombolása állandó fenyegetés minden intézménynek.

A kórházak általában aránylag nyitottak és nehéz örködni a romboló cselekmények felett, melyek bármikor, gyorsan és váratlanul megtörténhetnek. Ezek a falfirktól egészen a számítógépes hálózat leállításáig terjedhetnek. Az elégedetlen alkalmazottak és a nem előnyös feltételekkel elbocsátott munkavállalók lehetnek elsődleges okozói e rosszindulatú cselekményeknek. A bandatevékenység is sok rongálást tud okozni rövid idő alatt. Itt megemlíteném a nehezen szocializálható, társadalomba nehezen beilleszkedő csoportokat, akik agressziójukat gyakran a tárgyakon töltik ki.

2.4.6 Birtokháborítás, rendzavarás

A rendzavaró tevékenység bárhol történhet az intézményen belül, akár az alkalmazottak öltözőiben, előcsarnokban, munkaterületeken, a betegek szobájában vagy külső környezetben is, mint például a parkolóban. Birtokháborítást elkövethetnek betegek, látogatók vagy akár a személyzet is. Sok rendzavarás egyszerű szóváltással kezdődik. Ezek eltérő mértékű veszekedések lehetnek, melyek gyakran támadásba és a tulajdon rombolásába torkollnak. A rendzavaráshoz az intézmény elhelyezkedése,³⁷ mérete és közvetlen környezete is hozzájárulhat. Beteg és látogatótípusok és azok társadalmi körülményei, szokásaik is magukban hordozzák a rendzavarás rizikóját.³⁸ A zavargás gyakrabban fordul elő a sürgősségi részlegeken, szakrendelőkben. Nagy városi kórházakban a zsúfolt sürgősségi szobákban szinte mindennaposak az ilyen incidensek. Ezeken a helyeken fontos biztonsági őr állomásoztatni a nap 24 órájában. A támadó személyek gyakran alkohol, drog hatása alatt követnek el rendzavarást. Szellemileg károsultak vagy letartóztatott személyek is lehetnek birtokháborítók. A betegeket elkísérő személyek is gyakran forrásai a zavargásoknak; ezeket az incidenseket az orvosi kezelésre való hosszú várakozás, információhiány vagy az általuk nem megfelelő-

37 Rizikós környezet a futballpályák, hajléktalan szállók, kocsmák stb. környéke.

38 Pld.: hajléktalan, alkoholisták, drogos stb. személyek.

nek vélt kezelés váltja ki. Sok zavargás testi sértéssel vagy rombolással végződik. Ez elkerülhető, ha az orvosok kellően tájékoztatják a várakozókat, megmagyarázzák a kezelés késésének az okát, elmagyarázzák a kezelés lényegét.

Veszélyforrás az is, ha valaki azzal a céllal jön az intézetbe, hogy elrendezzen egy családi vagy házastársi vitát. A viták gyakran súlyos sérüléssel végződhetnek és a konfliktus kezelése során könnyen megsérülhetnek a biztonsági örök is. A drog vagy alkohol hatása alatt levő látogatók rendzavaró tevékenységei sem ritkák. Ezen személyeket gyakran ki kell kísérni a kórházból, hogy megelőzhető legyen a rendzavarás.

2.4.7 Droggal való visszaélés /Drog, gyógyszer eltűnése

Gyakori lett a droggal való visszaélés a kórházi személyzet soraiban. A kórház a drogkereskedelemmel is kapcsolatba hozható, hisz potenciális beszerzési forrás lehet. Ez főleg a barbiturátokra és amfetamin tartalmú gyógyszerekre korlátozódik, de nem ritka a morhium injekciók, tabletták terjesztése, használata. Az ENYÜBS statisztikát nézve Magyarországon 2009-ben 11 ilyen esetet írtak le egészségügyi intézményekben.

2.4.8 Tűz, robbanásveszély

A gyújtogatás is veszélyeztetettségi tényező a kórház biztonságának szempontjából. Gyakran az elégedetlen jelenlegi vagy volt alkalmazott a felelős e cselekedetekért. Betegek is követhetnek el ezeket ilyen tettet, és nem is mindig szándékosan.³⁹

Munkahelyi viták is lehetnek forrásai ilyen eseményeknek. Koncentráltan kell figyelni a raktárakra, az alkalmazottak öltözőire, gépészeti helyiségekre, tároló, rakodó helyiségekre, a személyzeti és nyilvános mosdókra.

2.4.9 Megvesztegetések, csalások

A kórházakban nagyon sok formája található a megvesztegetésnek és a csalásnak. Első probléma e téren a kenőpénz fogalmának meghatározása. Mi minősíthető megvesztegetésnek? Az alkalmazottak követhetik

³⁹ Pld.: a beteg az O² palack mellett cigarettázik.

el a legtöbb csalást, például az ügyintézők olyan eszközről állítanak ki számlát, amit meg sem rendeltek, vagy nem létező cégeknek állítanak ki számlákat, parkolódíjakkal nem számolnak el. Mindezek komoly szabályozást igényelnek.

2.4.10 Hazardírozás

Általában nagy intézményeknél lép fel ez probléma. Főként olyanok követik el, akik a fenntartási-működtetési területeken dolgoznak, mint a gazdálkodás, élelmezési szektor, mosoda.

2.4.11 Gyilkosság, öngyilkosság

Az ilyen események gyakoribbak az egészségügyi intézményekben, mint ahogy a legtöbb ember gondolná. A kórházakban minden évben előfordul gyilkosság és öngyilkosság is.⁴⁰ A gyilkosságokért felelősek lehetnek betegek, látogatók, az elbocsátott személyzet. Öngyilkosság vagy annak kísérlete a betegek körében gyakoribb.

2.4.12 Túszejtés

A túszejtés gyakoribb a sürgősségi osztályokon, az orvosi rendelőkben, klinikákon, gyógyszerárakban, ügyintéző irodákban.

2.4.13 Szélhámosság

Megtörténhet a kórházakban, hogy egyes személyek magukat orvosnak vagy az egészségügyi személyzet tagjának adják ki. Így látogatják a betegeket, és az intézetben maradnak, amíg le nem leplezik őket.

2.4.14 Gyerekrablás

Ez a kockázati tényező főleg az újszülött és gyerekosztályokat fenyegeti.

2.4.15 Munkahelyi viták

Számos biztonsági, védekezési problémát idéznek elő a munkahelyi viták a fenyegetéstől, zaklatástól kezdve a rombolásig, a tulajdon rongá-

40 Lásd. ENYÜBS statisztika 1. melléklet.

lásáig, megfélemlítésig, testi sértésig. Ez pl. jelentkezhethet a szakszervezet képviselője vagy a szakszervezettel rokonszenvezők között munka ügyben, az intézet vezetősége vagy más munkavállalók között is. A biztonsági teendők a sztrájk és a civil zavargások alatti feladatokhoz hasonlóak.⁴¹

2.4.16 Információk elvesztése

A bizalmas információk lopása is nagy biztonsági kockázat, amelyet gyakran nem vesznek figyelembe a kórházak biztonságának megszervezésénél. A betegek kórtörténeteinek megvédése illetéktelenektől elsődleges fontosságú. Ezek egyes jogvitákban és jogi perekben értékes információk lehetnek. Az egészségügyi törvény szerint a betegeknek joguk van az orvosi titoktartáshoz,⁴² valamint személyes adataik ki nem adásához.

Napjainkban a technológia fejlődésének köszönhetően széleskörű és szigorú biztonsági rendszert lehet létrehozni a kórház számítógépes hálózatában. De így is megtörténhet a betörés során, hogy információk tűnnek el, de előfordulhat illetéktelen, kórházban tartózkodó személy általi információlopás is. Az adatok eltűnését a nem kellően védett hálózatok, az adatbázis állomány elégtelen biztonsága is eredményezheti. Ezen kívül még fontos információkat tartalmazhatnak azok az adatbázisok, melyek az incidensekről készült jelentéseket, váratlan eseményeket, pénzügyi nyilvántartásokat, a személyi állomány nyilvántartását tartalmazzák.

2.4.17 Beteg szökés, szöktetés

Az egészségügyi intézetek felelősséget vállalnak a betegek testi épségéért és a betegek jólétéért, legyen az fekvő- vagy járóbeteg. A felelősség foka a betegtípustól függően változik. Nagy az elvárás az elmebeteg vagy beteg gyerekek biztonságára vonatkozóan. A betegek a kezelés alatt eltávozhatnak anélkül, hogy értesítenék ápolójukat. Ezt

41 Lásd a 3. 4. 4. fejezetet.

42 Az Eütv. 25. §-a értelmében a beteg jogosult arra, hogy az egészségügyi ellátásban részt vevő személyek az ellátása során tudomásukra jutott egészségügyi és személyes adatait, az ún. orvosi titkot bizalmasan kezeljék, azt csak az arra jogosult személyekkel közöljék.

hívják szökésnek. Ezt racionális döntés alapján vagy gyengült mentális képességek hatására is megtehetik. Ezek a betegek orvosi gondozás nélkül megsérülhetnek vagy meghalhatnak baleset, időjárási események következtében, ezért a szökés megelőzése fontos biztonsági szempont.

2.4.18 Rablás

A fegyveres rablás az intézeten belül vagy annak udvarán problémát jelenthet a kórházaknak. Fő célpontok az ilyen támadásnál azon területek, ahol gyógyszerek, főleg drogok találhatóak nagy mennyiségben. Ilyenek a sürgősségi osztályok, nővérpultok, de bármilyen osztályon előfordulhatnak. Másik célpont a készpénz, így a kórházi pénztárak, kis üzletek lehetnek a kiszemelt területek. Kórházak udvarán is történhet rablás, az áldozatok betegek, látogatók egyaránt lehetnek.

2.4.19 Zaklatás

Az egészségügyi intézetek tág teret kínálnak a zaklatások véghezviteléhez. A zaklató kifigyeli az áldozatot, és megpróbál érintkezésbe lépni vele. A zaklatás legtöbbször személyesen történik, de a zaklató néha telefonon, e-mail vagy levél formájában is üldözheti a kiszemelt személyt. A zaklatás néha a fokozódó fenyegetés vagy a fizikai konfliktus előjele. A kórházban dolgozó, jobbára női személyzet miatt gyakoriak lehetnek e zaklatások. Nagyobb arányban zaklatnak nőket, mint férfiakat. Sok zaklatási eset kiindulópontja egy előző kapcsolat, de két vagy több idegen közötti vitás ügyek is előfordulhatnak. A kiszemelt áldozat lehet néha közszereplő. Akárcsak a bombával való fenyegetést, a zaklatást is komolyan kell venni, és tudatos megelőző lépéseket kell tenni ellene. Ilyen lépés lehet a korlátozó vagy távoltartási végzések beszerzése.

2.4.20 Terrorizmus

A terrorista cselekedet valójában a több kockázati tényezőt foglal magába; például a tűzzel, bombával való fenyegetést, tulajdon rombolást, túszejtést. Erre úgy kell tekinteni, mint független kockázati tényezőre,

ami különböző indítékra vezethető vissza, és ez meg is jelenik a cselekedetekben. A terrorista fenyegetéseknél a mindennapos védelem elemeit térben ki kell terjeszteni, meg kell növelni a biztonsági személyzet létszámát, korlátozni kell a bejárást az intézetbe, a személyzet valóságismeretét és figyelmét meg kell növelni.

2.4.21 Lopás

A kisebb lopások, felszerelések, készletek eltulajdonítása, személyes vagyontárgyak ellopása az intézeteknél nagyon is valóságos és gyakori probléma. A magyarországi kórházakban 2009 szeptemberéig felderített vagy lezárt eset az ENYÜBS szerint 665 volt.⁴³ Csak megbecsülni lehet, hogy milyen mennyiségben, értékben lopnak a kórházakban. Nehéz meghatározni, hogy lopás, működésbeli kár vagy rossz könyvelés, esetleg az elszámoltathatóság hiánya okozta-e az intézet veszteségét. A lopás tárgyát elsősorban a gyógyszerek, drogok, ágynemű, élelmiszer, a karbantartó alkatrészek és karbantartáshoz szükséges anyagok képezik. Nagyon sok eltűnt tárgyért maguk az alkalmazottak felelősek, és gyakoriak a rendszeresen elkövetett lopások, melyekért ugyancsak a személyzet vonható felelősségre, mivel intézményen kívüli személyeknek ez szinte kivitelezhetetlen. Nehéz megoldani a lopás problémáját mindaddig, amíg annak nagysága nem mérhető. Ennek egyik módszere egy jó elszámoló rendszer lehetne, amely minden alkalmazottól megköveteli, hogy jelentse a hiányzó eszközöket. A legtöbb alkalmazott azonban fél jelenteni, mivel ilyen ügyekbe nem akar belekeveredni. Sok intézetben az ellenőrzés sikertelensége miatt az alkalmazottak is hajlanak arra, hogy a problémát figyelmen kívül hagyják.

2.4.22 Betegek tulajdonának eltűnése

Állandó esemény a betegek vagyontárgyainak eltűnése is az egészségügyi intézményekben.

43 Mivel nincs központi statisztika az összes kórházakban elkövetett bűntettéről, az ENYÜB statisztika csak olyan eseteket tartalmaz, amely esetekben rendvédelmi intézkedésre volt szükség. Minden magyarországi kórháznak saját bűnügyi statisztikája van, ami nem nyilvános.

Bár a betegek eltűnt értéktárgyainak az értéke az intézet tulajdonát képező eltulajdonított értéktárgyakhoz képest minimális,⁴⁴ mégis a legtöbb kórház egyre nagyobb hangsúlyt és nagyobb munkát fektet a betegek tulajdonának védelmére. Ez a nagyközönséggel való kapcsolat miatt is történik, hisz az intézet hírneve, megítélése egy kórháznál nem elhanyagolható szempont.

A vagyontárgyak eltűnése nem mindig lopás következménye, sok esetben maga a beteg rakja el, elfelejti, kidobja, vagy egy másik beteg rossz szándék nélkül elteszi stb.

Sok beteg nem is jelenti az értéktárgyainak eltűnését, hogy ne okozzon kellemetlenséget a személyzetnek. Az ENYÜBS statisztika is csak hozzávetőleges információkat adhat.⁴⁵ A kórház nem tud minden tárgyért – melyeket a beteg hozott az intézetbe – felelősséget vállalni, csakis azokért, melyeket páncélszekrénybe zártak, illetve a kórházakban található értékmegőrző szobáikban helyeztek el (trezorok).

Az alkalmazottak vagyontárgyainak eltűnése is gyakori. Nagy intézményekben az ismeretlenségi faktor, valamint az interperszonális kapcsolatok széttöredezettsége is hozzájárul az olyan környezet kialakulásához, amely növeli az alkalmazottak vagyontárgyainak ellopását. A leggyakrabban eltűnt értéktárgy a pénztárca, mobiltelefon, kis táska, amelyeket az alkalmazottak nyitott, feltűnő helyen hagytak. E tárgyak értéke is kisebb, mint az intézet eltűnt vagyontárgyainak értéke. Az alkalmazottak gyakrabban jelentik a saját vagyontárgyuk eltűnését, mint az intézetét.

2. 5. Az intézet működését befolyásoló kockázati tényezők

2.5.1 Balesetek:

A biztonság célja, hogy a betegek, alkalmazottak, látogatók nem biztonságos fizikai körülmények vagy gondatlan cselekedetek miatti sérülését megelőzze. Minden iparágban történnek balesetek, ezek alól a kórházak sem kivételek. Minden intézetnek kötelessége megteremteni, fenntartani a biztonságos feltételeket.

44 Legtöbb esetben mobiltelefont, kézitáskát, pénztárcát tulajdonítanak el.

45 Lásd az 1. számú mellékletet

2.5.2 Tűz (nem szándékos gyújtogatás)

A tüzesetek nagyszámú áldozatot követelnek, valamint nagy értékű vagyontárgyak megsemmisüléshez vezetnek. A kidolgozott tűzvédelmi programok, menekülési útvonalak csökkenthetik a tüzeseteket, az áldozatok számát.

2.5.3 Belső és külső vészhelyzetek

Katasztrófa esetén a biztonsági szakemberek feladata, hogy ellenőrizzék a látogatókat, megóvják a betegek érdekeit, gondoskodjanak a biztonsági támogatás erősítéséről, illetve szolgáltatassanak információkat a sebesültekről. A kórházakban fontos a kiterjedt katasztrófaterv kidolgozása.

3. MUNKAHELYI ERŐSZAK A KÓRHÁZAKBAN

Az egészségügyi intézményekben megjelenő erőszakos cselekményekről az USA-ban⁴⁶már a 80-as években készültek tanulmányok, de hazánkban csak a 90-es évek után kezdtek figyelmet szentelni e problémának.

A munkahelyi erőszak a durva, agresszív cselekményekre vonatkozik, melyek egy vagy több munkavállalót érintenek. Habár már több száz idegen nyelven íródott tanulmány jelent meg e témában, a munkahelyi erőszak meghatározására nincs egységesen elfogadott definíció. Napjainkban a kifejezés kibővült, és magába foglalja mindazon erőszakos cselekményeket, amelyek a munkahelyen követhetők el, függetlenül az áldozat és az elkövető kapcsolatától. Amerikai meghatározás szerint a munkahelyi erőszak minden olyan erőszakos cselekedetet magába foglal (beleértve a fizikai bántalmazást vagy bántalmazással való fenyegetést), amely a dolgozó ellen irányul.⁴⁷ Angliai meghatározás szerint kórházban a munkahelyi erőszak minden olyan cselekedetet felölel, mely során az egészségügyi intézetben dolgozó személyeket bántalmazás éri, megfenyegetik vagy megtámadják a betegek, illetve olyan személyek, akiknek kapcsolatuk van az alkalmazottakkal.⁴⁸

Egyes tanulmányok⁴⁹ a munkahelyi erőszakot három kategóriába sorolták be:

- 46 *Guidelines for preventing Workplace Violence For Health Care and Social Service Workers*. U.S.Department of Labor Occupational Safety and Health Administration. OSHA 3148.
- 47 *Violence.Occupational Hazards in Hospitals*.Department of Health and Human Services.Centers for Disease Control and prevention National Institute for Occupational Safety and Health.1-6
<http://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-101/pdfs/2002-101.pdf>
- 48 CHRISTIANE WISKOW: *Guideliness on Workplace Violence in Health sector* . Comparison of major known national guidelines and strategies United Kingdom, Australia, Sweden, USA (OSHA and California).Geneva.2003.
- 49 RUSSEL L.COLLING: *Hospital and Healthcare Security*. Fourthy edition. Butterworth-Heinemann, Boston, 2001. 397-404. *Guidelines for preventing Workplace Violence For Health Care and Social Service Workers*. U.S.Department of Labor Occupational Safety and Health Administration.OSHA 3148. 1.

1. típusú erőszakos események: az esemény és az elkövető e kategóriában nem áll törvényes kapcsolatban a munkahellyel;
2. típus: a tettet olyan személy követi el, aki olyan szolgáltatásban részesül, melyet az áldozat vagy annak munkahelye nyújt;
3. típus: az erőszak elkövetőjének jelenleg vagy a múltban a személyzet tagjaként, rokonként vagy barátként kapcsolata van/volt a munkahellyel, vagy akinek vitája van/volt egy alkalmazottal.

A „munkahely” fogalma a munkahelyi erőszakban csak helymeghatározás és nem vonatkozik a belekeveredő személy kapcsolataira.

Más szakirodalom szerint munkahelyi erőszak címén az emberek által gyakorolt olyan bántalmazást, fenyegetést, fizikai vagy lélektani agressziót értjük, amellyel a munkavállalók egészségét, biztonságát vagy jó közérzetét veszélyeztetik. Az erőszaknak lehetnek rasszista vagy akár szexuális vetületei.⁵⁰

Agresszív vagy erőszakos tettek lehetnek:

- civilizálatlan viselkedés vagy szóbeli agresszió; a mások iránti tisztelet hiánya;
- támadás: szándékosan ártani másoknak.

A legtöbb ember a munkahelyi erőszakot a támadással és gyilkossággal azonosítja és nem a megfélemlítéssel vagy a mérsékelt felháborodás megnyilvánulási formájával. Egyre több tanulmány⁵¹ vesz ilyen eseteket vagy jelenségeket figyelembe a munkahelyi erőszaknál. A munkahelyi megfélemlítés a munkavállaló vagy a munkavállalók csoportja iránt tanúsított olyan ismételt, ésszerűtlen magatartás, amely egészségi

50 Európai Munkavédelmi Ügynökség *Erőszak a munkahelyen. Tények.24*

51 Európai Munkavédelmi Ügynökség *Erőszak a munkahelyen. Tények.24*
Guidelines for preventing Workplace Violence For Health Care and Social Service Workers. U.S.Department of Labor Occupational Safety and Health Administration. OSHA 3148. 3.

Framework Guidelines for addressing Workplace Violence in the Health Sector. International Labour Organization, International Council of Nurses, World Health Organization and Public Services International. Geneva, 2002.

Az ILO 1919-től, megalakulásától kezdve foglalkozik a munkahelyi biztonság és egészség kérdésével, az erről szóló nemzetközi egyezményt is az elsők közt fogadták el. Akkor is és most is az ILO programjának középpontjában áll, hogy megvédje a munkásokat a foglalkoztatás körében bekövetkezett balesetektől, betegségektől és sérülésektől.

és biztonsági kockázatot rejt. A megfélemlítés jelentkezhethet szóbeli vagy fizikai támadásként, de akár finomabb formában is, mint például a munkatársak munkájának lebecsülése vagy szociális elszigetelés. A megfélemlítés lehet fizikai és lélektani erőszak.⁵²

A legtöbb egészségügyi ügyintéző a munkahelyi erőszakot reális, valódi erőszakra és az erőszakkal való fenyegetésre osztja fel. Így aztán az egészségügyben kevesebb a reális erőszak más iparágakkal szemben, de annál több az azzal való fenyegetés. Mindez nem igazolhatja azt, hogy komoly erőszakos cselekedetek nem történhetnek az egészségügyben. Arról sem szabad elfeledkezni, hogy az egészségügyi szektorban elkövetett erőszakos cselekedet okozta testi sértések a többi szakmához képest sok statisztikában az első helyen szerepelnek.⁵³

Az egészségügyi személyzetet munkája során számos bántalmazás lehetősége fenyegeti a következő rizikótényezők miatt:

- több beteg, rokon, barát rendelkezik fegyverrel;
- a zavart, felháborodott beteg ápolása, az elfogott, letartóztatott beteg ápolása is mind veszélyforrást jelent;
- a túl korán elbocsátott akut és krónikus elmebeteg, aki nem kapott utókezelést, és akit akarata ellenére nem lehet tovább a kórházban tartani;
- drogokhoz és pénzhez való hozzáférés a kórházakban, klinikákon, gyógyszertárakban szintén célpontjai a rablásoknak;
- az intézmény elhelyezkedési faktora: a nyitott épület lényegében korlátlan mozgást biztosít; drogosok jelenléte, traumatizált betegek, zaklatott családtagok, frusztrált ügyfelekkel való érintkezés;

52 Európai Munkavédelmi Ügynökség: Tények. Megfélemlítés a munkahelyen
Az Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség azért jött létre, hogy kielégítse a munkahelyi biztonságra és egészségvédelemre irányuló információs szükségleteket. A bilbaói székhelyű EU-OSHA célja a munkavállalók munkakörülményeinek javítása azáltal, hogy ösztönzi a műszaki, tudományos és gazdasági információk áramlását a munkahelyi biztonsági és egészségvédelmi kérdésekkel foglalkozók között.

53 A magyar statisztika ezt nem támasztja alá (nem pontos), de az amerikai, európai igen. Lásd az 1, 2, 3. mellékleteket.

A Magyar Munkavédelmi Törvény 2. számú melléklet az 5/1993. (XII. 26.) MüM rendelethez az egészségügyet csak a második legveszélyeztetettebb osztályba sorolja.

- kicsi létszámú személyzet bizonyos időszakokban;
- elszigetelt munkahelyzet a kliens vizsgálata vagy kezelése közben;
- egyedüli személyzet, munkaállomás távoli helyen;
- a személyzet oktatásának hiánya arra vonatkozóan, hogy hogyan lehet felismerni és kezelni a fokozódó ellenséges viselkedést;
- gyengén kivilágított parkolók.

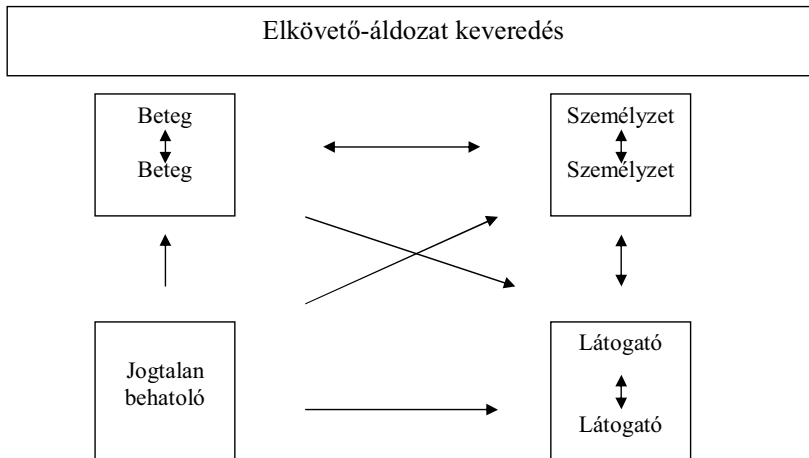
A munkahelyi erőszakos cselekményeket a kórházakban több szempont szerint lehet vizsgálni. Megközelíthetjük e cselekményeket aszerint, hogy ki, mit, miért, mikor és hol követte el e tevékenységeket.

3.1. Az elkövető személy (beteg, látogató)

Az elkövető személyeket és az áldozatokat is négy fő csoportra oszthatjuk:

- személyzet;
- betegek;
- jogosan a kórházban tartózkodó látogatók;
- jogosulatlan látogatók.

Ezek kombinációját, mint elkövetők vagy áldozatok az alábbi 4. ábra mutatja:



3. ábra. A kórházi erőszakos cselekmények elkövetői és áldozatai

A szabálysértő látogató (jogtalan behatoló, birtokháborító) gyakran idegen-idegen ellen eseménybe bonyolódik, ezzel szemben a másik három csoportban az áldozat és elkövető is ismert. A legtöbb esetben az elkövető és az áldozat ismerik egymást, és kapcsolatuk szolgáltatja az erőszakos cselekmény kiindulópontját.

3.1.1 Betegek

Számos esetben a fekvő vagy a járóbeteg ellátó részlegekben az erőszakot elkövető maga a beteg. A rendelőintézetekben a beteg gyakrabban forrása az erőszaknak. Ennek oka a nagy betegforgalom, a hosszas várakozás, viták a nyújtott szolgáltatással kapcsolatban. A kórházak sürgősségi részlegein, a mentálisan sérült betegek vizsgáló és kezelő részlegén nagy az erőszak lehetősége. Egyes esetekben minden jelzés vagy provokáció nélkül egyik beteg megtámadhatja a másikat vagy a személyzetet.

3.1.2 Látogatók

A munkahelyi erőszakot általában olyan személyek vagy csoportok követik el, akik az intézeten kívüliek, tehát látogatók. Jogtalan behatolók azok, akik jogszerűtlenül tartózkodnak az intézetben. Ilyen típusú látogatók közé tartoznak azon bűnözők, akik rablást, támadást terveznek vagy követnek el, bandatagok, akik sérülést akarnak okozni, a nem szívesen látott barátok, rokonok, családtagok (a személyzeté vagy a betegeké) valamint a hajdani betegek vagy alkalmazottak. Szinte lehetetlen ezen személyek és indítékaik felfedezése addig, amíg az eset be nem következik. Ezek a személyek általában elvegyülnek a látogatók, a személyzet, a betegek között.

Kórházban jogosan tartózkodó látogató az, aki beteget vagy személyzetet látogat meg, vagy beteget kísér kezelésre. A csoportba tartoznak a külső szolgáltatók alkalmazottai (pl. építőmunkások), a takarítószerelő alkalmazottai, beszállítók, eladók. Néha ezek a személyek is felelősek az erőszakért, de nem képeznek nagy veszélyt. Az általuk elkövetett erőszak általában helyzeti eseményekhez kapcsolódik.

3.1.3 Alkalmazottak

Az alkalmazottak valamint a személyzet tagjai gyakran forrásai erőszakos cselekményeknek, főleg a másik alkalmazott ellen elkövetett

erőszaknak. A mindennapos rutin munka, apátia,⁵⁴ kiégés, munkahelyi mobbing,⁵⁵ az ellenőrzések, a munka kiértékelések, fegyelmi keresetek, felmondások mindegyike létrehozhat olyan helyzeteket, amelyek konfrontációt okoznak és melyek predesztinálják, motiválják az alkalmazottat vagy volt alkalmazottat az erőszakra.

A humán erőforrás menedzsment és biztonsági szakemberek között ki kell, hogy alakuljon a kommunikáció és egyetértés abban, hogy azok a személyek, akik a múltban erőszakos cselekedeteket követtek el, a jövőben is potenciális erőszakos cselekedet elkövetői lehetnek. Az ilyen személyeket közös tulajdonságok, figyelmeztető jelek jellemzik: általában egyedülállók, a problémáikért másokat okolnak, szeretik a fegyvereket, van megfélemlítés és fenyegetés az előéletükben, gyakran úgy írják le őket, mint egy olyan bombát, amelyik felrobbanni készül. Egyes személyzeti tagok úgy érezhetik, hogy nem bántak velük igazságosan, újra meg újra diszkriminálták, zaklatták, vagy szándékosan tették ki őket stressznek a feljebbvalói vagy az ellenőrző személyek. Ezek is mind motivációs tényezők lehetnek represszáliára.⁵⁶ A mentális faktorok (a stressz, megkülönböztetés, zaklatás) olyan halmozódó hatással lehetnek a személyre, amelyek sérüléshez vezetnek. A sérült, lelkileg bántott, elégedetlen alkalmazott másoknak is szenvedést akar okozni, így az áldozatból elkövető lesz. Kialakul egy ördögi kör. Ezért fontos inkább meg-

54 apátia - közömbösség

55 *Az 1980-as években Svédországban, dr. Leymann a munkahelyi konfliktuskezelés témájában széles körben végzett kutatási eredményeinek publikálása során alkalmazta a munkahelyi mobbing kifejezést. A felmérések tanulsága szerint a munkavállalók kb. 3,5% tapasztalja munkahelyén, hogy az azonos szinten álló kollégák által, ill. a munkahelyi vezetői részéről tudatos, szisztematikus, gyakori, hosszabb ideig tartó támadásoknak van kitéve. Mindannyian átélünk már furcsa beszélősoakat, arcátlan kéréseket, „ballábbalkelős” hangulatokat. Ezeket mindennapi kommunikációinkban érzékenységünknek megfelelően kezeljük, és tudjuk viszonylag gyorsan magunk mögött. Amikor az amúgy is stresszes munkahelyi életben ezek a támadások megszapornak, és ha akár egyetlen munkatárs is azokat kirekesztésként és diszkriminációként éli meg, akkor már mobbingról beszélhetünk. (http://www.lelkititkaink.hu/munkahelyi_konfliktusok_kezelese.html 2009.10.09) Konfliktusok egy szervezetben*

56 A represszália egy jogsértő cselekményre egy másik jogsértő cselekménnyel való reagálás

előzni az erőszakos cselekedeteket, vagy ha már megtörténtek, akkor azonnal kezelni őket. A következő munkakörülmények miatt nagyobb az ápolók kockázata arra, hogy az erőszakos áldozatokká váljanak:

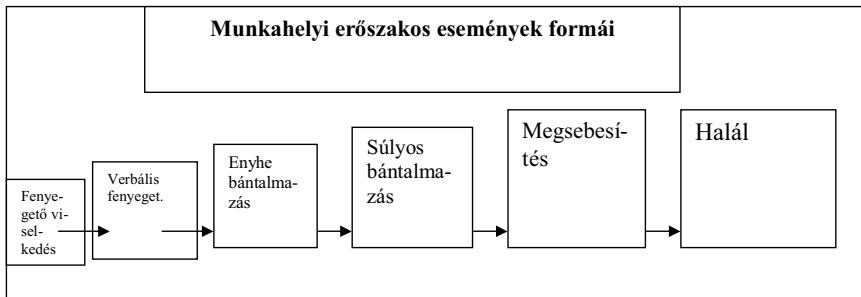
- személyzeti minták, ideértve a nem megfelelő személyzeti és felügyeleti politikát, az ideiglenes és tapasztalatlan alkalmazottak, az erős terhelés alatti munka, az egyedül végzett munka az egészségügyi egységekben;
- váltott műszakban végzett munka, beleértve az éjszakai ingázást a munkából;
- korszerűtlen biztonsági intézkedések az egészségügyi intézményekben;
- beavatkozások alatti szoros fizikai kontaktus;
- túlzott munkaterhelés, gyakran érzelmileg feltöltött környezetben;
- rendkívül könnyen hozzáférhető munkaterület, vagy ahol nincs intimitás.

3.2. Az elkövetés formája és oka

Az elkövetett bűncselekményeket folyamatként lehet nézni, amelyet az 5. ábra mutat be. Három különböző erőszakos cselekmény kategóriát lehet megkülönböztetni az okozat valamint az elkövető szempontjából. Ilyen a megcélzott áldozat, a helyzeti eset és a spontán eset. A kiszemelt áldozat összefüggésbe hozható a zaklatással, és általában már létezett egy előző konfliktus az elkövető és áldozat között. Kiemelkednek a családi vagy intim kapcsolatok miatti konfliktusok. Az erőszakos cselekmények ilyen esetben sokszor előre megjósolhatók, így több lehetséges megelőző stratégia kidolgozására is kínálkozik lehetőség.

A helyzetből adódó esetek általában az elkövető és áldozat között a kezelése alatt egymásra ható kölcsönhatások és konfliktusok eredményeként jönnek létre. Az egészségügyi intézményekben az ilyen típusú konfliktusok gyakran az egészségügyi szolgáltatás alatt léphetnek fel. A beteg érezheti úgy, hogy nem megfelelő vagy nem azt a kezelést kapta, amit megérdemelt, illetve kezelése nem megfelelő időben történik. Néha nem a beteg, hanem a látogatók azok, akik a kórházakban, klinikákon, orvosi rendelőkben elkövetik az erőszakot. Sok erőszakos esemény drog vagy alkohol hatása alatt következik be. Az elmebetegek is részesei lehetnek ilyen szembenál-

lásoknak, az ilyen esetekben hiányzik, látszólagos vagy csak felszínes az ésszerű indíték. A spontán erőszakos esetekben az áldozatoknak általában nincs direkt kapcsolatuk az elkövetőkkel, és nincs figyelmeztető jel sem. Ezen cselekmények motivációja valami ismeretlen ok, vagy vitás kérdés. Az egészségügyi intézetek nyitott környezete lehetőséget ad arra, hogy spontán erőszakos eseményeket hajtsanak végre bennük.



4. ábra Erőszakos cselekedetek az egészségügyi munkahelyen

3.3 Az elkövetés helye és ideje

Nehéz előre megjósolni az elkövetés helyét és idejét. Vannak azonban az intézetben belül olyan időszakok és helyek, ahol az erőszakos események gyakrabban fordulhatnak elő. A legsúlyosabb erőszakos cselekedetek hétköznapiakon történnek, amikor az épület zsúfolt, nyitott, és sok lehetséges áldozat tartózkodik egy épületben, helyiségben. Pszichiátriai valamint sürgősségi, traumatológia osztályokon, ambulanciákon a betegek és alkalmazottak a nap 24 órájában, a hét bármely napján áldozattá válhatnak. Ám bár az intézet területének egyes részei nagyobb rizikót jelentenek az erőszakos cselekmények megtörténésében, mint mások, de egyik területet sem lehet erőszaktól mentesnek tekinteni.

3.4 A kórházi erőszakos cselekmények kezelése, menedzselése

3.4.1 A munkahelyi erőszak megelőzése

Nem lehet minden kórházi intézet területén elkövetett erőszakos cselekményt megelőzni, viszont sok esemény megakadályozható, így a sérülé-

sek, a halálos esetek, a tulajdon rongálások száma, mértéke csökkenthető. Az erőszakos cselekmények menedzselése 3 fázisból áll: a megelőzés, az erőszakos cselekedetek alatti teendők, illetve az esetek utáni teendőkből.

Minden szervezetnek stratégiákra és tervekre van szüksége a munkahelyi erőszak kezeléséhez, hogy ezáltal az erőszakos incidensek száma csökkenjen. Nagyon intenzív biztonsági programot kell létrehozni, amely magába foglalja a munkahelyi erőszak megelőzését is. Ennek a megelőző és a munkahelyi erőszakot kezelő programnak a mindennapos biztonsági programmal együtt a következőket kell tartalmaznia:

- a felső vezetés ismerje el, hogy a munkahelyi erőszak megelőzése elsőrendű, és támogatása adminisztratíván és anyagilag is fontos;
- személyzet kiképzése és oktatása a felelősségvállalásra, a korai figyelmeztető jelek felismerésére, az eszkaláció megelőzésére és az általános személy és vagyónvédelmi-, biztonsági tudatosságra;
- a rendvédelmi, közösségi szervezetekkel való együttműködés az erőszak megelőzésében;
- a pályázó munkavállaló szűrése, pályaalkalmassági vizsgálata;
- következetes intézeti munkahelyi szabályzat, olyan rendeletek létrehozása, amely az intézetbe való bejárás ellenőrzését is magába foglalja.

3.4.1.1 Megelőző intézkedések, stratégiák

A felkészülésnek három specifikus lépése van, amelyet minden intézetnek létre kell hoznia, hogy meg tudja előzni az erőszakos cselekményeket. Az első lépés: létrehozni egy elfogadható biztonsági szintet az egész intézet környezetében, de főleg azon területeken, amelyek a konfliktus helyszíneivé válhatnak. Ez egy szervezetbiztonsági programot jelent, mely magába foglalja a beléptető rendszert, a tulajdont védő biztonsági őrköt, a kikényszeríthető biztonsági eljárásmodot és ügykezelést, a személyzetképzést és az eseményre való effektív válasz képességét. Az elégséges tervnek tartalmaznia kell ezen alapelemeket. Erős elkötelezettséget kell, hogy érezzen e terv iránt a felső vezetés, és fontos, hogy anyagilag, eszközökkel és erkölcsileg is támogassa ezt a stratégiát. Minden típusú erőszakra specifikus stratégiát kell kidolgozni. Fontos különbséget tenni a személyzet elleni és a személyzet közötti erőszakban. El kell dönteni, hogy az irányelvek gyakorlati használatáért a munkaadók vagy csak a menedzserek vagy mindkettő felelős-e.

Az irányelvek a stratégiákat az egyes veszélyeztetettségi tényezők szerint fogalmazhatják meg. Az a stratégiai megközelítés a hasznosabb, amely a következő elemekből tevődik össze: a rizikó felmérése, rizikó nagyságának megvizsgálása, a stratégiában történő rögzítése. Az irányelvek leírhatnak probléma megoldási stratégiákat, amely szerint először azonosítani kell a problémát, felbecsülni a rizikót, csökkenteni a rizikót és felülbírálni a végrehajtás hatékonyságát. Más stratégiát kell alkalmazni az első és második erőszak típusnál, amikor az elkövető a beteg és kórházon kívüli személy és a munkatársak közötti erőszak típusnál (3. típus.) A 3. típusnál a munkáltató meg kell, hogy szüntessen minden feszültséget az alkalmazottak között, és hangsúlyoznia kell, hogy nem tűr meg megfélemlítést és bántalmazást a munkahelyen. Fenn kell tartania egy jó kommunikációs vonalat, ahol a munkavállalók panaszt tehetnek és a panaszt meg kell vizsgálni és támogatni. A személyzet képzésében fontos, hogy egymást tolerálják, és köztük jó kommunikáció alakuljon ki; a csapatépítő tréningek, a jó munkahelyi környezet kialakítása sem elhanyagolható feladat, mert ezek megelőzik vagy csökkentik az alkalmazottak közti erőszakot.

3.4.1.2 A fenyegetés politikája, irányelvei

Ahhoz, hogy egy kórház létrehozson egy eredményes erőszak megelőző programot, fontos annak a fenyegetés politikája, irányelve, ami az intézmény mindennapos munka dokumentuma. Az irányelvben meg kell határozni az erőszak fogalmát, és hogy milyen típusú erőszakformák létezhetnek. (Lásd 3. táblázat)

A fizikai erőszakra használatos kifejezések	Pszichikai erőszakra használatos kifejezések
<ul style="list-style-type: none"> • melyek súlyosabb sebesülést okoznak, • orvosi kezelést igényelnek • bántalmazás • gyilkosság • fizikai és szexuális erőszak • támadás 	<ul style="list-style-type: none"> • fenyegetés (verbális) • bántalmazással való fenyegetés • szexuális eredetű fenyegetés • szóbeli szidalmazás • szóbeli támadás • zaklatás • megfélemlítés • kötekedés • molesztálás (fenyegető levelek, telefonos zaklatás)

3. táblázat: A fizikai és pszichikai erőszak formái

Ennek az irányelvnek tartalmazni kell, hogy a fenyegetés semmilyen formája nem tűrhető az intézetben (zéró tolerancia), a személyzet köteles minden fenyegetést jelenteni, és tartalmazhatja a jelentéstétel formáját is. Kisebb intézetekben a humán erőforrás részleg lehet a központi jelentési pont, nagy intézményekben ezt a funkciót a biztonsággal foglalkozó részleg töltheti be. Méretektől függetlenül létezhet vagy létrehozható egy központi bejelentő, jelentő központ, amely a végrehajtandó feladatok kezdeményezéséért felelős. Nagyon nagy intézményekben létezhet 2-3 ilyen irányelv is, és differenciálódhatnak aszerint, hogy a fenyegetés a beteget, a személyzetet vagy a látogatókat érintette-e. Ajánlott, hogy az intézetek készítsenek irányelveket, és más intézményektől is tanuljanak, hogy azok milyen irányelveket fektettek le. A fenyegetés megszüntetésére irányuló irányelveknek általában az alábbiakat kell tartalmaznia:⁵⁷

- zéró tolerancia bármilyen személy vagy tulajdon elleni fenyegetések esetén;
- személyzet jelentési kötelezettsége: a fenyegetéseket és ezek jelentésének módját;
- azonnali válasz vagy nyomozási akció kötelezettsége (a nap 24 órájában);
- a személyzet kötelezettsége, hogy tájékozódjon és használja a védelmi és megfékező szabályokat;
- nyilatkozat a jelentő csoport megbízhatóságáról.

Megelőző intézkedések közé tartozik az intézmény légkörének kialakítása és a munkafolyamat átalakítása. A munkahelyi légkör a megelőzésben fontos tényező. Olyan miliőt kell teremteni, amely nem növeli, nem idézi elő a feszült helyzetet. Ilyen pl. a hely megközelítése, világítása, dekorációja, bútorzata, a tisztaság, barátságosság, a sebesülést okozó eszközök csökkentése. A várakozó helyiségnek tágasnak kell lennie ellátva megfelelő számú székkal, telefonnal, a gyerekeknek játsszai lehetőséggel, olvasnivalókkal és a hangzavar csökkentésének lehetőségével. Fontos a könnyen azonosítható recepciós pult, a betegforgalom irányának jól látható jelölése, valamint a várakozási idő kifüggesztése,

57 RUSSEL L. COLLING, 404

hogy elkerülhessük a várakozók közti feszültséget, irritációt. A kamerák létezéséről is jól látható jelzést kell adni.

A betegeket az intézet szabályzatairól, rendjéről valamint a kezelés módjáról is kiemelkedő fontosságú tájékoztatni. A személyzet a beteg méltóságát tiszteletben tartva kell, hogy viselkedjen, mivel a nővérek viselkedése is hozzájárulhat a betegek, látogatók körében kialakuló agresszióhoz.

Nagyon fontos a nővérek képzése, hogy időben felismerjék azokat a jeleket, melyek erőszakos cselekedetet előzhetnek meg. A tréningeknek a következőket kell magukba foglalniuk:

- elmélet: megérteni a munkahelyi erőszakot és agressziót;
- megelőzés: hogyan kell felmérni azt, és óvintézkedéseket tenni az erőszak ellen;
- interaktivitás a személyzet között, hogy az agresszív személlyel tudjanak bánni;
- az eset utáni tevékenység: a jelentések, a nyomozás, tanácsadás követése.

A veszélyesebb területen dolgozókat ezen kívül még ki kell képezni az erőszak kiterjedésének megakadályozására, az önvédelemre. A kiképzéseknek mindig naprakész adatokkal kell rendelkezniük, a valós veszélyt értékeljék tudatosan, célirányosak legyenek, szakemberek tartás és visszajelzést is kell, hogy tartalmazzanak.

3.5 A fenyegetésekre adott válasz

Az időtényező meghatározó a konfliktusoknál, és kötelező az azonnali válasz. Az intézet a kritikus helyzetekben bármilyen lépést megtételére jogosult, hogy védje az emberi életet, a tulajdonát. A fenyegetés súlyossága és fokozata általában szubjektív megítélésű, ahogy az azt követő döntés és válaszadás is. De minden fenyegetést komolyan kell venni még akkor is, ha nem valódi, mert jobb túl sok lépést tenni, mint túl keveset, vagy túl későn.

3.5.1 A fenyegetésre adott választ koordináló csapat

Egy speciális csapatot kell létrehozni, amely minden egyes fenyegetésre akcióterveket dolgoz ki. A csapatban biztonsági szakemberek,

humán erőforrás menedzser, ápolási igazgató, rizikó menedzser kell, hogy részt vegyen. A csapat főnöke az egyik csapattag, de lehet több személy is a csapatból. A dolgozók közötti kisebb vitákat a HR menedzser vagy az érintett részleg vezetője jól kezelheti, de ha nagyobb fenyegetés lép fel (pl. beteget fenyegető idegen személy), akkor az egész csapatra szükség lehet. Szükségállapotra a csapatnak a fenyegetés típusától függő megelőző cselekvési terveket, protokollokat kell kidolgoznia. Ilyen típusú protokoll pl. a családon belüli erőszakos cselekmény megelőzése az intézetekben, megelőzni, hogy a családtag a betegnek sérülést okozzon. Az ilyen típusú protokollnak tartalmaznia kell:

- a beteg nevének eltávolítása a beteglistákról;
- a beteget lépcsőtől távoli szobában elhelyezni úgy, hogy a beteg a nővérszobából is látható legyen;
- egy nővér külön figyeljen az ilyen betegre;
- biztonsági őrt helyezni a beteg környezetébe.

A megelőző intézkedéseket az intézet önállóan terjesztheti ki, módosíthatja vagy szüntetheti meg. A megfélemlítés a személyzet körében is gyakori. Ezek sokszor családi eredetűek, és olyan megelőző intézkedéseket követelnek, mint az előző esetben. Ilyen az érintett személy kíséretének biztosítása a parkolóban vagy munkában, műszakváltásnál, a korlátozó végzések.

3.6 Az erőszakos cselekedeteket követő teendők

Az alábbi útmutató az Európai Munkavédelmi Ügynökség ajánlata a munkahelyi erőszakot elszenvedett alkalmazottnak a munkaadó által nyújtott támogatásról:⁵⁸

- az esemény bekövetkezte utáni órákban ne hagyják magára az erőszak áldozatát vagy annak tanúját;
- a felső vezetésnek bele kell kapcsolódnia az eseményekbe; az áldozattal együtt érzőnek és támogatónak kell lennie;
- az áldozatot azonnal lelki segélyben kell részesíteni, de később is, amikor poszt traumatikus stressz léphet fel nála (lásd bővebben erről

58 Európai Munkavédelmi Ügynökség Erőszak a munkahelyen. Tények. 24.

következő fejezet); pl.: ki kell kérdezni a tapasztalatairól, tanácsokkal kell ellátni stb.;

- a jogi és adminisztratív eljárásokkal kapcsolatban is támogatást kell nyújtani az áldozatnak (jelentéskészítés, jogi lépések stb.);
- felülvizsgálni a kockázati tényezőket és ennek segítségével tisztázni a további szükséges intézkedéseket.

Az erőszakos cselekedetet teljesen ki kell vizsgálni, az áldozat semmilyen körülmények között nem kerülhet vesztes pozícióba. A tényeket rögzíteni kell, beleértve az esetleges lelki tényezőket is. Háttérleírást kell adni arról, hogy miképpen zajlott le az erőszakos esemény, annak érdekében, hogy megfelelő megelőző intézkedéseket tehessünk.

3.7 Az erőszak hatásai

Az erőszakos cselekményt, agressziót elszenvedett személyek lelki következményei igen sokrétűek lehetnek: felléphet motivációhiány, csökkent önbecsülés a munkavégzésnél, stressz (ez a közvetett áldozatra, az incidens vagy az erőszakos cselekedet szemtanújára is hatással van), sérülhet fizikai vagy lelki egészsége is. Bizonyosan felléphetnek poszt-traumatikus problémák, mint pl.: félelem, fóbiák, alvási zavarok. Szélsőséges esetekben rendellenes poszt-traumatikus stressz is előfordulhat.

Általánosságban véve egyénenként, az áldozat személyiségjegyeitől függően különbözik a sebezhetőség, az, hogy az erőszakot milyen formában élte át. Fizikai erőszak esetében elég egyszerű megállapítani a tényeket. Nehezebb viszont előre megmondani, hogy a szóban forgó áldozat miképpen fog reagálni az ismételt lelki erőszakra.

Az erőszak a munkahelyre is rossz hatással van, mivel félelemmel és haraggal telített légkörben a munkavállaló sem tud teljesíteni az elvárt módon. A szervezeten belüli negatív hatások tünetei: gyakoribb hiányzások, csökkenő motiváció és teljesítmény, romló munkakapcsolatok.

Itt megemlíteném és bővebben tárgyalnánk a poszttraumás stressz szindrómát.

3.7.1 Poszttraumás stressz betegség

A poszttraumás stressz betegség nyomasztó traumás élmény által okozott szorongásos betegség, amelyben a beteg később újra meg újra átéli

az eseményt. Az életveszély vagy súlyos sérülés lehetőségének átélése jóval az átélt esemény után is hatással lehet az emberre. Erős félelem, kilátástalanság vagy rémület gyötörheti a beteget.⁵⁹ A jelentős mértékű félelem, tehetetlenség, a borzalom sokáig kísértheti az embert. A tünetek néha csak hónapokkal, akár évekkel az élmény bekövetkezése után törnek felszínre (késleltetett kezdet). Ha a poszttraumás stressz állapot már legalább 3 hónapja fennáll, krónikusnak tekintjük.

A traumás helyzetet újra átélni rendszerint rémálmok vagy filmszerűen lepergő képek formájában lehet. A beteg állandóan kerüli a traumára emlékeztető dolgokat. Néha a tünetek csak a trauma után hónapok vagy évek elteltével kezdődnek. A betegnek eltompul az általános reakciókészsége, megnő az aktivációs szintje (pl. nehezen alszik el, vagy könnyen megremül). A depressziós tünetek is gyakoriak. Gyakran jelentkeznek a bűntudat jelei is, továbbá a beteg kevesebb érdeklődést mutat a régen kellemesnek tartott tevékenységek iránt.⁶⁰

A krónikus poszttraumás stressz betegség nem szűnik meg, de gyakran, az idő múlásával kezelés nélkül is enyhülhet. Ugyanakkor egyesek egész életre szóló lelki sérülést szenvedhetnek. A kellemetlen érzések kezdeti erősödése után a viselkedésterápia rendszerint csökkenti a beteg rossz érzéseit. Az ilyen tüneteket mutató kezelő személynek nem engedhető meg, hogy végezze munkáját, hisz egy kis hiba is végzetes lehet a szindrómában szenvedő által ellátott páciens számára. Az ilyen személy hosszas kezelésre szorulhat.

59 MSD Orvosi kézikönyv a családban, Főszerkesztő: Mark H. Beers, MD
http://www.doktorinfo.hu/drinfo/pid/0/betegsegKonyvProperties/oid/0/KonyvReszegyseg.4_2387 (2009. 10. 30.)

60 [http://www.informed.hu/betegsegek/betegsegek_reszletesen/psy/anxiety?article_hid=688&highlight_text=stressz utáni](http://www.informed.hu/betegsegek/betegsegek_reszletesen/psy/anxiety?article_hid=688&highlight_text=stressz%20utani) (letöltés ideje: 2010. 03. 02.)

4. ESETTANULMÁNY: AZ ÁLLAMI EGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT BIZTONSÁGA

Nem elemezhető a hazai probléma egy hazai kórház felmérése nélkül. Az országban 128 kórház működik. Ezek közül talán a legjobban felszerelt és biztonsági rendszerrel ellátott kórház biztonságát vizsgáltam meg, melyben segítségemre volt az ÁEK Tervezési és Szervezési Osztály főelőadója, Ferenczy István nyugállományú alezredes úr.

4.1 A kórházra vonatkozó adatok

A kórházat a Honvédelmi Minisztérium finanszírozza az OEP-vel közösen. A Konstans Securitas az a megbízott vagyónvédelmi cég, amely a biztonsági őrről gondoskodik. Az ÁEK-nek 7 telephelye van különböző létszámú személyzettel. Az aktív fekvőbeteg ellátást az ÁEK két fővárosi – a XIII. kerület Róbert Károly krt.-i és a VI. kerület Podmaniczky utcai – telephelyén lévő fekvőbeteg osztályok biztosítják.

Az aktív fekvőbeteg ellátó osztályokhoz szakambulanciák és osztályos műtők tartozhatnak. A krónikus és rehabilitációs ellátást az ÁEK egy fővárosi telephelyen (XII. kerület, Szanatórium utca 2./A) és három vidéki szervezeti egységben, négy telephelyen látja el⁶¹.

A főépület a Róbert Károly körúton helyezkedik el, 77.235 m²-en fekszik, 10 épületben folyik a betegellátás és 10-ben az üzemeltetés kb. 3000 alkalmazottal. A fő telephelyen 3 bejárat van, 2 időleges van nyitva (munkakezdés és végzések), a másik telephelyen, a Podmaniczky úton 3 bejárat van, melyek reggeltől estig nyitva vannak és mindegyiknél 24 órás portaszolgálat van.

A központi telephelyet figyelembe véve az intézet frekventált helyen fekszik, a BRFK főépületéhez közel. Környezetbiztonsága jó, és ehhez hozzájárulnak az utcai kamerák is, amelyek a kórház külső utcafrontjait pásztázzák, a látószögük elforgatható, nagy teljesítményűek. Az udva-

61 ÁEK általános információk http://aek.gov.hu/rovatok/kozpontrol/altalanos_informaciok/szmsz/SZMSZ_1.pdf

rokat is kamerákkal ellenőrzik. A többi telephelyen is vannak kamerák az utcafrontokra irányítva. A kórház folyosói tágasak, jól kivilágítottak, barátságosak. Kórtermei, kezelőtermei modern berendezésekkel vannak felszerelve, biztonságérzetet keltenek. Az alkalmazottak a látogatókkal barátságosak.

A kórház legveszélyeztetettebb része a szakambuláns ellátás a földszinti részen. A veszélyeztetettebb részek, a neurológia és pszichiátria, a korlátozott forgalmú zónákhoz tartoznak, oda az ott dolgozók is csak mágneskártyával vagy csengővel juthatnak be. A látogatási idő e két részlegen a 11-13 óra közötti időt kivéve azonos a többi osztályéval (8.³⁰-19.³⁰).

A kardiológiai és belgyógyászati osztályokra 12-14 között nem lehet bemenni az osztályvizitek miatt, ezen túl az osztályvezetők még szabályozhatják a látogatási rendet.

A kórház 17 osztálya országos hatáskörű; 2008-ban 1 millió fő fordult meg a rendelőintézetben (főépületben). 15 területe korlátozott, és csak az ott dolgozók vagy az osztályvezető főorvos engedélyével rendelkező személy léphet oda be (pld. laborok, pszichiátria stb.) Zárt terület az üzemeltetés és adminisztráció területe is.

A kórházban kórtermek 60%-a 1-2 ágyas, a kórtermek zárhatók. Minden betegágyhoz tartozik kóddal működő széf, és ha a beteg elfelejti a kódot, az őrségnek van széfnyitó kulcsa. A kulcs használatáról 2 példányban jegyzőkönyv készül (az egyik őrségnél, a másik az érintett személynél marad), és azt alá kell írnia.⁶² Ha a kórház kárára történik káresemény, a kórházban a nyomozótisztnek van jogosultsága arra, hogy a rendőrséget hívja. A betegnek – ha ő a károsult – is jogában áll a rendőrségnél feljelentést tenni. Ha nem tesz feljelentést a rendőrségnél, akkor a nyomozótiszt önállóan jár el a káresemény felderítésében. A nyomozótiszt vizsgálja ki és a jogi osztály pedig elvégzi a káreljárást, ha benti dolog tűnt el, vagy ha dolgozó az elkövető. Ha a tiszt nem tudja ki nyomozni a tettet, akkor kell rendőrséghez fordulni. Van az intézetben egy trezor szoba 98 trezorral, a dolgozó oda beadhatja az értékeit, de a fegyvereit kötelező leadnia (katonák). Ezt a szobát is kamera figyeli.

62 Lásd 6.melléklet(Jegyzőkönyv a káresemények bekövetkezéséről)

4.2 Biztonságtechnikai adatok

39 kamera van az intézetben; 2 helyen van központi monitor (az egyik megfigyelőhely a főportánál van, 18 kamerát figyelnek; az őrkök 24 órában, óránként váltják egymást). A kamerákat a folyósokon, udvaron, az utcai frontokon helyezték el.

A biztonsági őrkök eltérő időben az egész épületet a nap folyamán többször is bejárják. Folyamatos a járőrözés. Az őrköket főleg a veszélyeztetettebb területekre állítják, például ahol nagy a betegforgalom (szakambulanciák környékén), három osztály találkozásánál és az intenzív osztály területén. A fő telephelyen 30 biztonsági őr dolgozik a Konsans Securitas cég alkalmazásában. Minden portánál beléptető rendszer van (csak az intézetben dolgozóknak), forgózsilip az öltöző bejáratánál, mágneskártya a gépjárművekre is. A parkoló figyelése a kamerákkal történik, a kivilágítása is megfelelő.

4.3 A kórházi személyzet védelmére, az erőszak megelőzésére tett intézkedések

A kórházban jelentkező új alkalmazottaknak kötelező felkészítésen részt venni, ahol munkajogot, vagyonvédelmet, informatikát, munkavédelmet, tűzvédelmet stb. oktatnak egész napon át.

Agressziós helyzetben a biztonsági őrök megjelenése preventív megoldás, ez legtöbbször elégséges is a helyzet megoldására. Ha életveszély van, akkor az emberi élet védelme, az önvédelem lehet a beavatkozás oka. A biztonsági őrnek (a vagyonvédelmi törvény szerint)⁶³ nincs joga testi kényszert alkalmazni csak az előzőekben említett kivételes esetben. Gumibotot és gázsprayt csak az élethez való jog védelmére, önvédelemre használható. Testi fenyegetésről vagy testi sérelemről, agresszióról az elmúlt évből nem tudnak adatot szolgáltatni. Verbális agresszió talán a pszi-

63 2005. évi CXXXIII. törvény a személy- és vagyonvédelmi, valamint a magánnyomozói tevékenység szabályairól (4) A személy- és vagyonőr a feladata ellátása során vegyi eszközt (gázsprayt), gumibotot, őrkkutyát, valamint – az erre vonatkozó jogszabályok rendelkezései szerint – lőfegyvert, gáz- és riasztófegyvert tarthat magánál és azokat csak jogos védelmi helyzetben, illetve végszükség esetén alkalmazhatja. (<http://www.derik.hu/vtv.html>) (letöltés ideje: 2009. 10. 30.)

chiátriai osztályon fordulhatott elő, de nem kellett a biztonsági őrnek beavatkozni. Sem erről, sem a preventív megjelenésről vagy az erőszakkal való fenyegetőzésről nem készítenek statisztikát. A gazdasági válság óta, a nyár folyamán 1-2 lopással több fordult elő, de nincs lényegesen több bűncselekmény. Az erőszakos cselekmények megelőzésére a monitoron figyelik a csoportosulásokat. Rádiós összeköttetés van az őrök között, és ha valami rendkívülit észlelnek a monitorok előtt vagy munkájuk közben, azonnal szólnak egymásnak és közbeavatkoznak.

5. ÖSSZEGZÉS

Az előző fejezetekből láthatjuk, hogy a kórház biztonsága nagyon sok tényezőtől áll össze, és sok kockázati tényező befolyásolhatja a kórház működését. Egyik kiemelkedő kockázati tényező a munkahelyi erőszak. Az ENYÜBS statisztikát nézve láthatjuk, hogy a kórházakban elkövetett erőszakos esetek száma nem nagy, és ez annak is az eredménye, hogy az ápoló személyzet gyakran passzívan fogadja a bántalmazást és az erőszakot, és úgy kezeli, mint „a munka részét”, és nem tesz róla jelentést valamint nincs is róla megbízható statisztika. Az agresszió, az erőszak azonban sérti az egészségügyi személyzet méltóságához, a testi épséghez, szabadsághoz való jogát, így nem hagyható figyelmen kívül. Az erőszak az egészségügyi munkahelyen veszélyezteti a hatékony szolgáltatást, ezért a beteg biztonságát is. Az ápoló személyzetnek a minőségi ellátáshoz biztosítani kell a biztonságos munkakörnyezetet és a tiszteletteljes bánásmódot. A túlzott munkahelyi terhelés, a nem biztonságos munkakörülmények, a nem megfelelő támogatás is erőszaknak tekinthető, ami összeegyeztethetetlen a munkavédelmi törvénnyel. Növelni kell azt, hogy minden nővér, az egészségügyi személyzet személyes felelősséget érezzen arra, hogy jelentést tegyen, és hatékonyan beavatkozzon, ha erőszakos incidens fordul elő munkahelyén. A magyar kórházaknak a szűkös pénzforrások ellenére is figyelmet kell fordítaniuk a munkahelyi erőszak megelőzésére. Ennek elérésére a következő, nem is költséges feladatokat kellene megvalósítaniuk:

- a felső vezetés ismerje el a probléma meglétét, és hozzon létre programokat, stratégiákat ennek megelőzésére; jelöljön ki személyt vagy személyeket az erőszakos cselekedetek kezelésére;
- folyamatos képzés az erőszak felismerésére és irányítására;
- egy olyan ápolási kultúra kialakítása, amely nem konzerválja azt a szemléletet, hogy a nővérek az elkövetett erőszak esetén „hajlamosak magukat hibáztatni,” vagy a munka részeként fogadják el az agressziót;
- hozzon létre felhasználó-barát, bizalmas és hatékony jelentéstételi mechanizmusokat;

- támogassa az oktatási intézményekben a munkahelyi erőszakról szóló képzések bevezetését;
- olyan programok létrehozása az ápolóképzésben, amely megtanítja a személyzetet arra, hogy azonosítani tudja a potenciális veszélyhelyzeteket, begyakoroltatja a konfliktushelyzetben javasolt viselkedési formát, és felismerje azokat a non verbális jeleket, amelyek megelőzik az erőszakos cselekedeteket;
- az intézet is dolgozzon ki hatékony mechanizmusokat agresszió esetére;
- alkalmazzon több ápolót az intézetben, hogy egy műszakban, főleg az éjszakaiban, ne egyetlen ápoló dolgozzon;
- tisztán és érhetően, széleskörűen hangsúlyozza ki, hogy semmilyen erőszakos cselekedet, legyen az fenyegetés, kiabálás, nem megengedett az intézményben. Ezeket tudatosítani kell a betegekkel, látogatókkal. Ehhez plakátok, a média használata ajánlatos. A „zéró tolerancia elv” bevezetése ezen a téren is;
- világítassa ki a folyósokat, udvarokat, valamint úgy rendezze a környezetet, hogy ne legyen túl sok bokor vagy elrejtőzési lehetőség;
- lássa el figyelő kamerákkal, beléptető rendszerrel az intézetet;
- a szakmai szervezetek, kamarák karolják fel e problémát.

Ezen feladatok közül az ÁEK már többet végrehajtott biztonsága megvalósítása érdekében. Az új munkavállaló egynapos képzését azonban nem tartjuk elegendőnek a munkahelyi erőszak megelőzésére. A megelőzés állandó tanulást igényel, helyzetek, szituációk felülvizsgálását, közös kielemezését. Egy munkahelyi erőszakot megelőző stratégiára is szükség lenne az intézetnél. Az intézetnek bár vannak még hiányosságai, de alapvetően jó biztonsági feltételeket teremtett munkavállalóinak, betegeinek.

Az erőszak pusztító és alapvetően negatív hatással van az áldozatokra és családtagjaikra, így végső soron a betegek és az ellátás biztonságára is. Az erőszakról el lehet mondani, hogy „méreg” a munkahelyi környezetben. Ezt a mérget pedig semlegesíteni kell a megfelelően kidolgozott megelőző intézkedésekkel. Tanulmányunkban ezt próbáltuk kihangsúlyozni. Reméljük, hogy a témára magyar kutatók, kórházi alkalmazottak, kórházi biztonsági szakemberek is fogékonyabbak lesznek, mert felismerik a munkahelyi erőszak megelőzésének fontosságát a kórházakban.

Köszönettel tartozunk az ÁEK Tervezési és Elemzési Osztály fő-
előadójának, Ferenczy István nyá. alezredes úrnak, az ORFK Bűnügyi
Elemző-értékelő Osztálya vezetőjének, Kenedli Tamás rendőr őrnagy
úrnak, valamint a BRFK Értékelő Osztály Stratégiai Elemző-Értékelő
Alosztályvezetőjének, Bárány Attila rendőr százados úrnak az adatszol-
gáltatásért, szakmai tanácsadásért.

BIBLIOGRÁFIA

Könyvek, cikkek, weboldalak

RUSSEL L. COLLING: *Hospital and Healthcare Security*. Fourth edition. Butterworth-Heinemann, Boston, 2001. 13-34, 397-404.

A. MICHEL PASCAL: *Hospital Security and Safety*. Aspen System Corporation, Rockville, Maryland 1977.3,111

JAMES T. TURNER: *Violence in the Medical Setting*. A Survival Guide. Aspen System Corporation, Rockvill, Maryland.1984. 5-11.

THOMAS J. RIPPON: *Agression and violence in health care profession*. Journal of Advanced Nursing. 2000. 31 (2), 452-460

DR. KÁRPÁTI GÁBOR: *A szerződésben megfogalmazható szakmai követelmények a kórházak élőerővel és eszközökkel való védelmének kialakításához*. Biztonságos Kórház. Személy és vagyonvédelmi kérdések. Budapest. 2008. 29, 33-35.

EU. ING. FRANK GYÖRGY: *Biztonsági mutató számítása egy kórház személy- és vagyonvédelmi helyzetének értékeléséhez*. Biztonságos Kórház Személy és vagyonvédelmi kérdések. Budapest. 2008. 26-28.

Európai Munkavédelmi Ügynökség *Erőszak a munkahelyen. Tények* 24.

<http://osha.europa.eu/fop/hungary/hu/dload/facts/facts24-hu.pdf> (letöltés ideje: 2009.10.09)

DR. HARMAT GYÖRGY, DR.CZÁRÁN ERZSÉBET: *Erőszak az egészségügyben*. Egészségügyi Gazdasági Szemle 2008/5. 34-35

<http://www.weborvos.hu/adat/egsz/2008nov/34-35.pdf> (letöltés ideje: 2009. 09.09)

Európai Munkavédelmi Ügynökség: Megfélemlítés a munkahelyen. Tények 23.

<http://osha.europa.eu/fop/hungary/hu/dload/facts/facts23-hu.pdf> (letöltés ideje: 2009.10.09)

Munkahelyi veszélyek és ártalmak megelőzése a magánbiztonsági iparágban - Európai képzési kézikönyv. Centre de Sociologie de la Santé, Université Libre de Bruxelles az Európai Közösség finanszírozásával. 2008. 20, 12

http://www.detektorplusz.hu/images/2008/det_08_12/d10-13w.pdf (2009.10.20)

<http://www.mbvmsz.hu/Munkahelyi%20Veszelyek%20Es%20Artalmak%20Megelozese%20Kezikonyv.pdf> (letöltés ideje: 2009.10.20)

Guidelines for preventing Workplace Violence For Health Care and Social Service Workers. U.S.Department of Labor Occupational Safety and Health Administration.OSHA 3148. 1.

<http://www.osha.gov/Publications/OSHA3148/osha3148.html> (letöltés ideje: 2009.10.09)

CHRISTIANE WISKOW: *Guideliness on Workplace Violence in Health sector.* Comparison of major known national guidelines and strategies United Kingdom, Australia, Sweden, USA (OSHA and California). Geneva.2003.

http://www.icn.ch/SewWorkplace/WPV_HS_ComparisonGuidelines.pdf (letöltés ideje: 2009.10.09)

Framework guidelines for addressing Workplace Violence in the Health Sector. International Labour Organization, International Council of Nurses, World Health Organization and Public Services International. Geneva. 2002.

<http://www.icn.ch/proof3b.screen.pdf> (letöltés ideje: 2009.10.09)

Preventing violence. A guide to implementing the recommendations of the *World report on violence and health*. World Health Organization. Geneva.2004.

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592079.pdf> (letöltés ideje: 2009.10.09)

Abuse and Violence Against Nursing Personnel. International Council of Nurses position.

<http://www.icn.ch/psviolence00.htm> (letöltés ideje: 2009.10.15)

European Agency for Safety and Health at Work: *Risk assesment in health care. E-fact.18*

<http://osha.europa.eu/en/publications/e-facts/efact18> (letöltés ideje: 2009.10.15)

European Agency for Safety and Health at Work *E-Fact.46. Mental Health promotion in the Heath sector*

<http://osha.europa.eu/en/publications/e-facts/46> (letöltés ideje: 2009.10.15)

European Agency for Safety and Health at Work: *OSH in figures stress at work-facts and figures. European Communities. 2009.*

http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C_OSH_in_figures_stress_at_work (letöltés ideje: 2009.10.15.)

European Agency for Safety and Health at Work, *Working in stress. Prevention of psychosocial risks and stress at work in practice*. European Communities. 2002.42-49

<http://osha.europa.eu/en/publications/reports/104> (letöltés ideje: 2009.10.15)

KATHLEEN M. MC PAUL.PHD., JANE A .LIPSCOMB: *Workplace Violence in Health Care: Recognized but not Regulated*. The online Journal of Issues in Nursing, A scholarly Journal of the American Nurses Association Volume 9.2004.

<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume92004/No3Sept04/ViolenceinHealthCare.aspx> (letöltés ideje: 2009.10.15)

DETIS. T. DUHART, PH.D: *National Crime Victimization Survey: Violence in the Workplace, 1993-99.3*

<http://www.ojp.gov/bjs/pub/pdf/vw99.pdf> (letöltés ideje: 2009.10.25)

Violence.Occupational Hazards in Hospitals. Department of Health and Human Services .Centers for Disease Control and Prevention National Institute for Occupational Safety and Health.1-6

<http://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-101/pdfs/2002-101.pdf> (letöltés ideje: 2009.10.25)

Egészségügyi vonatkozású jogszabályok:

<http://www.informed.hu/jog> (letöltés ideje: 2009.10.25.)

<http://www.maote.hu/content/blogsection/9/43/> (letöltés ideje: 2009.10.25.)

http://www.ommf.gov.hu/index.html?akt_menu=374 (letöltés ideje: 2009.10.25.)

http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99300093.TV (letöltés ideje: 2009.10.25.)

MELLÉKLETEK

1. melléklet Egészségügyi intézményekben elkövetett bűncselekmények száma 2004-2008 között

Ismertté vált bűncselekmények száma 2004-2008. években, ahol az elkövetés helyszíne egészségügyi hely ⁶⁴	kórház			klinikák			rendelőintézet			Összesen										
	2004	2005	2006	2007	2008	2004	2005	2006	2007	2008	2004	2005	2006	2007	2008					
Személy elleni bűncselekmények																				
Emberölés	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2	5	2					
Testi sértés - könnyű	7	12	14	8	11	1	2	0	1	4	5	4	5	6	19	27	20	22	24	
Testi sértés - súlyos	27	23	20	12	26	1	1	2	0	5	7	4	1	3	60	48	42	24	46	
Segítségnyújtás elmulasztása	0					0				1			0		1				2	
Személy elleni bűncselekmények összesen	35	36	35	22	38	2	3	2	2	10	12	8	6	9	82	77	67	53	72	
Közlekedési bűncselekmények																				
Közúti baleset okozása																			1	
Közúti jármű ittas vezetése																			1	
Közlekedési bűncselekmények összesen																			1	1

64 Egészes nyomonizálhatósági és ügyészégi büntügyi statisztika (ENYÜBS)- A statisztikát az Országos Rendőr-főkapitányság Büntügyi Főigazgatóság, Büntügyi Elemző-értékelő Osztályának vezetője Kenedli Tamás r. őrnagy bocsátotta rendelkezésünkre

Ismertert vált bűncselekmények száma 2004-2008. években, ahol az elkövetés helyszíne egészségügyi hely	kórház				klinikák				rendelőintézet				Összesen								
	2004	2005	2006	2007	2008	2004	2005	2006	2007	2008	2004	2005	2006	2007	2008	2004	2005	2006	2007	2008	
Házasság, család, ifjúság és nemi erkölcs elleni bcs-k																					
Erőszakos közöszlítés	2		0													2		2		2	2
Szemérem elleni erőszak	3	0	1													5		2		1	
Megrontás			2																2		
Házasság, család, ifjúság és nemi erkölcs elleni bcs-k összesen	3	2	3													5	4	5	4	5	2
Államig., igazsolg. és a közélet tisztasága elleni bcs-k																					
Hivatalos személy elleni erőszak	3	6	6	7	6			0		1		4	3	4	5	2	8	11	11	13	11
Közfeladatot ellátó személy elleni erőszak	10	28	17	19	17			2		0		8	6	4	4	8	22	42	24	30	30
Hivatalos személy támogatója elleni erőszak					0											1					1
Államig., igazsolg. és a közélet tisztasága elleni bcs-k összesen	13	34	23	26	23			2		1		12	9	8	9	11	30	53	35	43	42
Közrend elleni bűncselekmények																					
Közveszélyokozás	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	3	2	2
Garázdaság	32	57	38	27	29	1	3	1	1	25	15	26	24	23	81	89	75	60	69		
Közrend elleni bűncselekmények összesen	33	57	39	29	29	1	3	1	1	25	15	26	24	23	83	92	78	62	71		

Ismerthető vált bűncselekmények száma 2004-2008. években, ahol az elkövetés helyszíne egészségügyi hely	kórház				klinikák				rendelőintézet				Összesen								
	2004	2005	2006	2007	2008	2004	2005	2006	2007	2008	2004	2005	2006	2007	2008	2004	2005	2006	2007	2008	
Vágyon elleni bűncselekmények																					
Lopás	1092	1143	1098	974	831	121	143	141	88	109	223	244	220	172	181	1673	1754	1627	1448	1359	
Betöréssel lopás	109	65	49	91	73	6	10	5	5	6	58	47	46	59	55	221	172	145	221	213	
Rablás	2	1	1	0	5	0	0	0	1	0	0	2	1	0	0	3	6	4	3	8	
Kifosztás	0					2						0				2					
Ronggalás	29	23	33	38	24	2	3	4	1	0	21	17	15	21	18	73	68	82	88	72	
Jármű önkényes elvétele	1	0	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	1	1	2	5	
Sze. v. szerz.joghoz kapos. jogok megsértése	1							0				0					1				
Vágyon elleni bűncselekmények összesen	1233	1233	1182	1105	935	129	158	150	95	115	302	310	282	252	257	1972	2004	1859	1762	1657	
Ismerthető vált bűncselekmények összesen	1317	1362	1279	1185	1025	132	166	153	98	116	349	346	324	291	300	2173	2231	2039	1925	1844	

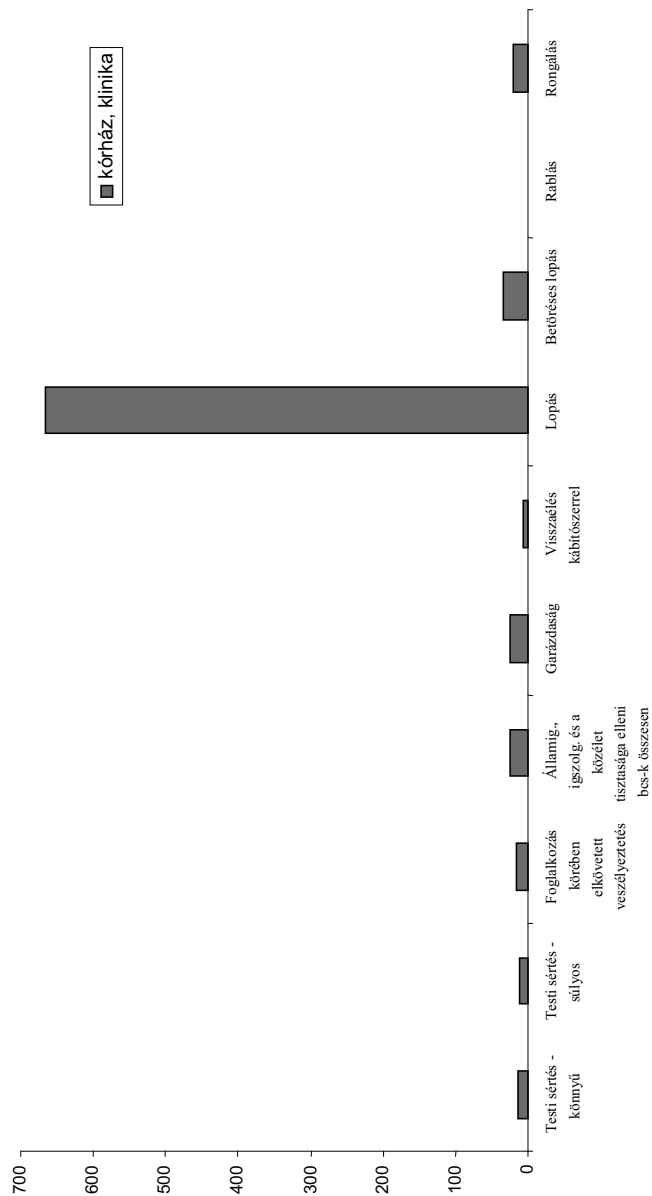
2. melléklet, Egészségügyi intézményekben elkövetett bűncselekmények száma 2009 szeptemberéig ⁶⁵

Ismertté vált bűncselekmények száma 2009. I-IX. hó- napban, ahol az elkövetés helyszíne egészségügyi hely	kórház, klinika	rendeletintézet	mentőállomás	egyéb egészség- ügyi hely	Összesen
Személy elleni bűncselekmények					
Testi sértés - könnyű	14	9	1	7	31
Testi sértés - súlyos	12	1	0	6	19
Foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés	15	1	1	2	19
Segítségnyújtás elmulasztása	0	1	0	0	1
Személyi szabadság megsértése	1	0	0	0	1
Személy elleni bűncselekmények összesen	42	12	2	15	71
Közlekedési bűncselekmények					
Közúti baleset okozása	1				1
Házasság, család, ifjúság és nemi erkölcs elleni bcs-k					
Erőszakos közöbstülés		0		1	1
Szemérem elleni erőszak		1		0	1
Házasság, család, ifjúság és nemi erkölcs elleni bcs-k összesen		1		1	2
Államig., igazolg. és a közelet tisztasága elleni bcs-k					
Hivatalos személy elleni erőszak	4	4	0	0	8

⁶⁵ Egységes nyomozhatósaági és ügyészségi büntügyi statisztika -ENYÜBS

Ismertté vált bűncselekmények száma 2009. I-IX. hónapban, ahol az elkövetés helyszíne egészségügyi hely	kórház, klinika	rendeletintézet	mentőállomás	egyéb egészségügyi hely	Összesen
Közfeladatot ellátó személy elleni erőszak	19	10	1	2	32
Hivatalos személy támogatója elleni erőszak	1	0	0	0	1
Fogolyzökés	2	0	0	0	2
Allamig., igazolg. és a közélet tisztasága elleni bcs-k összesen	26	14	1	2	43
Közrend elleni bűncselekmények					
Közveszély okozás	0	0	0	2	2
Garázdaság	26	15	0	6	47
Visszaélés kábítószerrel	6	1	1	1	9
Visszaél. kábítószerrel - kábszer függő szem.ált.	0	1	0	1	2
Közrend elleni bűncselekmények összesen	32	17	1	10	60
Vagyon elleni bűncselekmények					
Lopás	665	150	5	184	1004
Betöréses lopás	33	24	0	50	107
Rablás	1	0	0	4	5
Rongálás	21	17	1	19	58
Jármű önkényes elvétele	1	0	0	0	1
Vagyon elleni bűncselekmények összesen	721	191	6	257	1175
Ismertté vált bűncselekmények összesen					
	822	235	10	285	1352

Ismertté vált bűncselekmények száma 2009.I-IX. hónapban kórházakban, klinikákon





3. melléklet

Az Európai Unió országok nemzetgazdaságaiban előforduló fizikai erőszak, megfélemlítés, zaklatás nagysága, összehasonlítása⁶⁶

Figure 25. Physical violence by sectors (2005) [14]

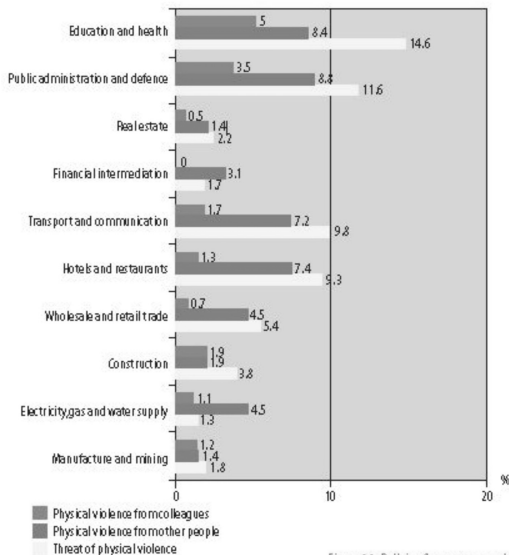
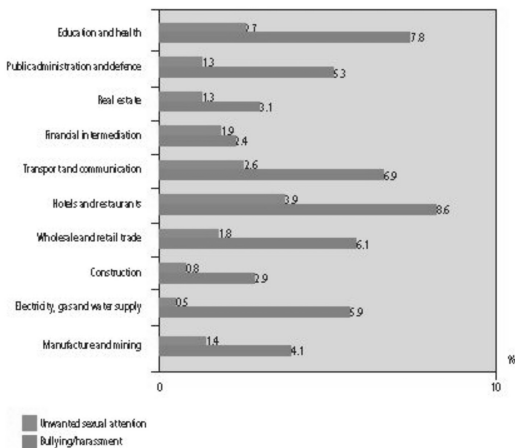


Figure 26. Bullying/harassment and unwanted sexual attention by sectors (2005) [14]



66 European Agency for Safety and Health at Work: *OSH in figures stress at work-facts and figures*. European Communities. 2009.





4. Melléklet

A kórházi személyzet biztonságára, kórházi erőszakos cselekményekre vonatkozó jogszabályok

*1949. évi XX. törvény Magyar Köztársaság Alkotmánya*⁶⁷

70/D. § (1) 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.

70/E. § (1) A Magyar Köztársaság állampolgárainak joguk van a szociális biztonsághoz; öregség, betegség, rokkantság, özvegység, árvaság és önhibájukon kívül bekövetkezett munkanélküliség esetén a megélhetésükhöz szükséges ellátásra jogosultak.

(2) A Magyar Köztársaság az ellátáshoz való jogot a társadalombiztosítás útján és a szociális intézmények rendszerével valósítja meg

*Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata*⁶⁸

1. cikk

Minden emberi lény szabadon születik és egyenlő méltósága és joga van. Az emberek, ésszel és lelkiismerettel bírván, egymással szemben testvéri szellemben kell hogy viseltessenek.

3. cikk

„Minden személynek joga van az élethez, a szabadsághoz és a személyi biztonsághoz”

⁶⁷ Magyar Köztársaság Alkotmánya

<http://net.jogtar.hu/jr/gen/getdoc2.cgi?dbnum=1&docid=94900020.TV> (letöltés ideje: 2009.10.30)

⁶⁸ http://www.unesco.hu/documents/emberi_jogok_egyetemes_nyilatkozata.pdf



1959. évi IV. törvény
a Magyar Köztársaság Polgári Törvénykönyvéről⁶⁹

Nevesített személyhez fűződő jogok⁷⁰

2:75. § [Az élethez, az egészséghez és a testi épséghez való jog]

A személyhez fűződő jogok védelme kiterjed az élet, az egészség és a testi épség védelmére.

A személyhez fűződő jogokat mindenki köteles tiszteletben tartani, és ezek a jogok a törvény védelme alatt állnak (Ptk. 75. § (1) bekezdés).

*A Magyar Köztársaság
1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről:*

1993. évi XCIII. tv. „A munkáltató felelős az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés követelményeinek megvalósításáért”⁷¹

2. számú melléklet az 5/1993. (XII. 26.) MüM rendelethez

A munkáltatók tevékenységük alapján a következő munkavédelmi szempontú veszélyességi osztályba tartoznak⁷²

II. VESZÉLYESSÉGI OSZTÁLY

Egészségügyi és szociális ellátás

1997.évi CLIV. törvény az egészségügyről.

A beteg kötelezettségei

A beteg és hozzátartozói jogaik gyakorlása során kötelesek tiszteletben tartani más betegek jogait.

69 <http://www.jogiforum.hu/torvenytar/111>

70 http://www.irm.gov.hu/i/irm.gov.hu/files//Aktualitasok/PTK_ELFOGA-DOTT_090921.pdf Polgári Törvénykönyv 2009

71 http://www.ommf.gov.hu/index.html?akt_menu=374
http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99300093.TV Az 1993.évi XCIII. törvény a munkavédelemről

72 http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99300005.MUM 2. számú melléklet az 5/1993. (XII. 26.) MüM rendelethez

(2) A beteg és hozzátartozói jogainak gyakorlása nem sértheti az egészségügyi dolgozóknak törvényben foglalt jogait⁷³

1. Cím Pszichiátriai betegek jogaira vonatkozó különös szabályok⁷⁴

189. § (1) A pszichiátriai beteg személyiségi jogait egészségügyi ellátása során - helyzetére való tekintettel - fokozott védelemben kell részesíteni.

(2) A pszichiátriai betegnek a 6-25. § szerinti jogai - egészségügyi ellátása során - csak az e törvényben foglaltak szerint, a feltétlenül szükséges mértékben és ideig, továbbá - a 193. §-ban foglalt kivétellel - abban az esetben korlátozhatók, ha a beteg veszélyeztető vagy közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsít. Az emberi méltósághoz való jog azonban ebben az esetben sem korlátozható

*Kórház biztonsággal kapcsolatos törvények, jogszabályok
(nem teljes lista)*

1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről (betegjogok)

30/2007. (VI. n.) EÜM rendelet az egészségügyi dolgozók rendtartásáról

60/2003.(X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimum feltételekről

89/1995. (VII. 14.) Korm. Rendelet a foglalkozás-egészségügyi szolgálatról.

27/1995. (VII. 25.) NM rendelet a foglalkozás-egészségügyiszolgáltatásról.

18/1998. (VI. 3.) NM rendelet a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről

26/2003. (V. 16.) ESzCsM-GyISM együttes rendelet a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályairól

73 http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV 1997.évi CLIV. törvény az egészségügyről. A beteg kötelezettségei

74 http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV Pszichiátriai betegek jogaira vonatkozó különös szabályok

1978. évi IV. törvény a Büntető Törvénykönyvről
1999. évi LXIX. Törvény a szabálysértésekről
218/1999. (XII. 28.) Korm. rendelet az egyes szabálysértésekről
175/2003. (X. 28.) Korm. rendelet a közbiztonságra különösen veszélyes eszközökről
1959. évi IV. törvény a Polgári Törvénykönyvről
1992. évi LXIII. törvény a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról
1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről
1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről
5/1993. MÜM rendelet a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény végrehajtás
2/1998. (I. 16.) MüM rendelet a munkahelyen alkalmazandó biztonsági és egészségvédelmi jelzésekről
3/2003. (III. 11.) FMM-ESzCsM együttes rendelet a potenciálisan robbanásveszélyes környezetben levő munkahelyek minimális munkavédelmi követelményeiről
1995. évi LIII. törvény a környezet védelmének általános szabályairól
2000. évi XLIII. törvény a hulladékgazdálkodásról
1/2002. (I. 11.) EüM rendelet az egészségügyi intézményekben keletkező hulladék kezeléséről
1996. évi XXXI. törvény a tűz elleni védekezésről, a műszaki mentésről és a tűzoltásról
30/1996. (XII. 6.) BM rendelet a tűzvédelmi szabályzat készítéséről
9/2008. (II. n.) OTM rendelet az Országos Tűzvédelmi Szabályzat kiadásáról
28/2000. (X. 11.) EüM rendelet a tűzvédelem és a műszaki mentés egészségügyi ágazatra vonatkozó különös szabályairól

116/1996. (VII. 24.) Korm. rendelet a tűzvédelmi bírságról

1999. évi LXXIV. törvény a katasztrófák elleni védekezés irányításáról, szervezetéről és a veszélyes anyagokkal kapcsolatos súlyos balesetek elleni védekezésről

179/1999 .. (XII. 10.) Korm. rendelet a katasztrófák elleni védekezés irányításáról, szervezetéről és a veszélyes anyagokkal kapcsolatos súlyos balesetek elleni védekezésről szóló 1999. évi LXXIV. törvény végrehajtásáról

29/2000. (X. 30.) EüM rendelet az egészségügyi intézmények katasztrófaterveinek tartalmi követelményeiről

10/2005. (IV. 12.) EüM rendelet a rendkívüli eseménnyel, katasztrófákkal kapcsolatos bejelentés és adatközlés rendjéről

1996. évi XXXVII. törvény a polgári védelemről

55/1997. (X. 21.) BM rendelet a polgári védelmi kötelezettségen alapuló polgári *védelmi* szervezetek létrehozásának, irányításának, anyagi-technikai ellátásának, illetőleg alkalmazásának szabályairól

13/1998. (III. 6.). BM rendelet a polgári védelmi felkészítés követelményeiről

21/1998. (XII. 27.) EüM rendelet az egészségügyi ágazat polgári védelmi joga

6. Melléklet Az Állami Egészségügyi Központ Jegyzőkönyve a Káresemény Bekövetkezéséről

HONVÉDELMI MINISZTERIUM
ÁLLAMI EGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT
Nyt. szám:

sz. példány

JEGYZŐKÖNYV KÁRESEMÉNY BEKÖVETKEZÉSÉRŐL

Készült: Honvédelmi Minisztérium Állami Egészségügyi Központ /továbbiakban: HM ÁEK/
.....sz. telephelyszámú hivatalos helyiségében.

Időpont: 200 . hó nap óra perc

Jelen vannak:névőorparancsnok
.....névbizt. őr
.....névkárosult
.....névterület képviselője

A káresemény /cselekmény/ leírása:

A biztonsági szolgálat képviselőjének nyilatkozata:

A káreseményben érintett terület /osztály/ képviselőjének /ügyeletes orvos, ápoló/ nyilatkozata:

.....
Őorparancsnok

.....
károsult

.....
terület képviselője

Az érintett /károsult/ nyilatkozata:

A jegyzőkönyv lezárva: 200 hó nap óra perc

.....
Érintett /károsult/
aláírása

.....
Biztonsági szolgálat
aláírása

.....
A káreseményben érintett terület /osztály/
képviselőjének /orvos, ápoló/ aláírása

ZÁRADÉK A BEKÖVETKEZETT KÁRESEMÉNYRŐL:

A HM ÁEK képviselőjének nyilatkozata:

200 . hó nap

.....
aláírás

A HM ÁEK nyomozótiszt nyilatkozata:

200 . hó nap

.....
aláírás

Készült: 1 eredeti példányban
Egy példány: 1 lap
Kapja: 1. sz. pld.: HM ÁEK JIO
Sokszorosítva: 3 példányban
Egy példány: 1 lap
Kapják: 1. sz. soksz. pld.: HM EI. Zrt.
 2. sz. soksz. pld.: HM IÜ
 3. sz. soksz. pld.: Konstans Securitas Kft.-őrség