

**NEMZETI KÖZSZOLGÁLATI EGYETEM
KATONAI MŰSZAKI DOKTORI ISKOLA**

Tiszolczi Balázs Gergely

**Magyarországi kórházak biztonsági kérdései a
célrendszer és a működési sajátosságok
tükrében**

Doktori (PhD) értekezés

Témavezető:

**Dr. Bartha Tibor, ny. mk. ezredes, PhD
a katonai műszaki tudományok doktora**

BUDAPEST, 2017

TARTALOMJEGYZÉK

BEVEZETÉS	4
A tudományos probléma megfogalmazása	4
A témaválasztás aktualitása, a kutatási téma lehatárolása	6
A kórházi célrendszer és működési sajátosságok értelmezése, hipotézisek, a kutatás célkitűzései	8
A kutatás módszerei	11
A kutatómunka során felhasznált szakirodalom ismertetése	12
1. FEJEZET	15
A kórházak helye, szerepe Magyarország egészségügyi rendszerében	15
1.1 Az egészség fogalma, az egészségügyi rendszer	15
1.2 Az egészségügyi ellátórendszer szerkezete.....	17
1.3 A kórházi ellátás szervezésének alapelvei	19
1.4 A kórházak finanszírozása, tulajdonosi viszonyai	20
1.5 A kórházak számokban	22
1.6 A fejezet összefoglalása	22
2. FEJEZET	24
A biztonság és kapcsolódó fogalmainak értelmezése kórházi környezetben, a biztonsági rendszer	24
2.1 A biztonság értelmezése.....	25
2.2 A kórházi szervezetet veszélyeztető tényezők vizsgálata	26
2.3 Biztonságtechnika és biztonságsszervezés	28
2.4 A kórházbiztonság fogalma	31
2.5 A biztonsági rendszer és környezetének értelmezése	34
2.5.1 A biztonsági rendszer meghatározása.....	35
2.5.2 A biztonsági rendszer környezetének értelmezése	36
2.6 A biztonságsszervezési nehézségek minőségi jellege	37
2.7 A fejezet összefoglalása, következtetések	42
3. FEJEZET	44
A biztonsági rendszer makrokörnyezetének vizsgálata	44
3.1 A hazai lakosság egészségügyi helyzete, életkori mutatói, az egészségügyben foglalkoztatottak helyzete	46
3.2 Tulajdonosi viszonyok és infrastruktúra.....	52
3.3 Az egészségügyi tevékenységre vonatkozó, magas szintű szabályozási környezet.....	60

3.3.1	A belépési jogosultság megállapítása	62
3.3.2	Elektronikus megfigyelőrendszer alkalmazása	66
3.4	A munkáltatói felelősség vizsgálata.....	72
3.5	A fejezet összefoglalása, következtetések	75
4.	FEJEZET	78
	A biztonsági rendszer mikrokörnyezetének vizsgálata.....	78
4.1	A jellemző kórházi veszélyeztető tényezők vizsgálata, a kockázatok mértéke	78
4.2	A biztonságszervezési problémák megoldási lehetőségeinek elméleti megközelítése	90
4.3	A tevékenység humán résztvevőivel kapcsolatos biztonsági kérdések vizsgálata	93
4.3.1	A szolgáltatást igénybe vevők	100
4.3.2	Az ellátást végzők.....	111
4.3.3	Az őrzés-védelmi feladatokat ellátók	128
4.4	A szervezeti kultúrával kapcsolatos biztonsági kérdések vizsgálata	133
4.5	Az épületek jellemzőivel kapcsolatos biztonsági kérdések vizsgálata	140
4.6	A fejezet összefoglalása, következtetések	156
	Záró (összegzett) következtetések	161
	Új tudományos eredmények	164
	További kutatási területek kijelölése.....	165
	Az értekezés gyakorlati felhasználhatósága, ajánlások	166
	Az értekezés témájával összefüggő publikációk jegyzéke.....	168
	Felhasznált irodalom.....	169
	Az értekezés ábráinak és táblázatainak jegyzéke.....	180
	Mellékletek	182

BEVEZETÉS

A tudományos probléma megfogalmazása

Értekezésemben egészségügyi intézmények, azon belül is a kórházak¹ speciális, a területre jellemző biztonsági kérdéseivel foglalkozom.

Az egészségügyi ellátórendszer, és annak lényeges elemeiként a kórházak, ma Magyarországon deklaráltnak a kritikus infrastruktúra részét képezik. A 2012. évi CLXVI. a létfontosságú rendszerek és létesítmények azonosításáról, kijelöléséről és védelméről szóló törvény alágazati szinten az aktív fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézményeket jelöli meg, mint lehetséges létfontosságú rendszer elemeket [9], végrehajtási rendelete pedig már részletesen meghatározza a kijelöléshez szükséges kritériumokat. A kritikus infrastruktúra védelmének alapelvei között kiemelt szerepet tölt be a szubszidiaritás, melynek keretén belül a védelem megvalósítása elsősorban üzemeltetői hatáskörbe tartozik. Az ő felelősségük saját létesítményeik biztonságának megtervezése, a vonatkozó döntések meghozatala, [22] így a védelem megvalósítására rendelt kormányzati szervek szerepén túl rájuk hárul a fő szerep az érintett intézmények biztonságának garantálásában.²

A kritikus infrastruktúra védelem oldaláról a fő hangsúly a működésfolytonosságra helyeződik, amelynek lényeges eleme az alkalmazott technológia és folyamatok biztonsága, míg az 1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről (munkavédelmi törvény) a munkavállalók és a hatókörben tartózkodók egészségének és biztonságának érdekében ró komoly feladatot a munkavédelem tripartit³ rendszerén keresztül a munkáltatóra, aki a törvény előírásainak megfelelően felelős az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés követelményeinek megvalósításáért. [2]

A folyamatok zavartalansága, a technológia, és a technológia működtetéséért, az egészségügyi feladatok elvégzéséért felelős személyi állomány megfelelő rendelkezésre állása és működése együttesen biztosíthatja, hogy az érintett kórházi intézmények céljuknak megfelelően működjenek, és biztonságban, zavartalanul töltsék be funkciójukat.

¹ Az értekezés kidolgozása során egészségügyre, egészségügyi ellátórendszerre vagy egészségügyi intézményekre hivatkozom olyan esetekben, amikor a tárgyalt tény, adat, vagy egyéb sajátosság a teljes egészségügyi ágazatra jellemző, amelybe természetesen a kórházak is beletartoznak.

² Ezen feladat nem csak a rendkívüli eseményekre való felkészülést, a működésfolytonosság biztosítását jelenti, hanem minden esetben garantálni kell a normál időszaki működés során elvárt biztonságot is.

³ A munkavédelmi törvény alapelveivel összhangban a célok megvalósítása során az állami szervek, a munkáltatók és a munkavállalók – esetenként érdekképviselői szerveik útján – hármas képviselői, ún. tripartit rendszerben működnek együtt.

A már többször említett biztonság meghatározására számos fogalom és értelmezés létezik, amely általában magán hordozza a vizsgálattal érintett szakterület és a vizsgált tárgy minden lényeges sajátosságát. [106] **A kórházbiztonság, mint kifejezés, a hétköznapi szóhasználatban már elterjedt, ennek ellenére jelenleg nem definiált egy egységes, széles szakmai körben elfogadott fogalom a kifejezés mögött, amely a célrendszert és a működési sajátosságokat figyelembe véve egzaktul leírná annak ismérveit.**

Általában véve maga a biztonság valamely dolog veszélymentes, zavartalan állapotát jelenti.⁴ Ezen egyszerű elgondolás gyakorlatba ültetése pedig egy sokrétű, komplex szakfeladatként jelentkezik, mely egy jelentős részének megoldása a civil védelmi szférában a biztonságsszervezés területére tartozik.

A biztonságot fenyegető kockázatok egy kórház esetében igen sokrétűek lehetnek, azonban jellegükben nem különböznek egy ipari, kereskedelmi, igazgatási objektumra és a benne folyó tevékenységre jellemzőktől. **Ennek ellenére, az egészségügyben biztonságsszervezőként végzett munkám során azt tapasztaltam, hogy egyes védelmi jellegű feladatok tervezésekor a szakmában általánosan elfogadott és használt, a veszélyforrásokkal szembeállított műszaki eszközök és szervezési intézkedések nem, vagy csak olyan szigorú megkötésekkel alkalmazhatóak, amelyek már nagymértékben gátolják azok eredményességét, sőt, akár teljesen el is lehetetlenítik az eredeti funkció betöltését. Bizonyos operatív feladatok végrehajtása során pedig érvényesítésre kerülnek ugyan a szakma általános szabályai, de a más körülmények közt már kipróbált, sikeres alkalmazások kórházi gyakorlatba ültetése nehézségekbe ütközik, hatékonyságuk nem kielégítő. Mindezek együttesen azt jelentik, hogy a kórházi biztonsági szakembereknek tevékenységük során olyan nehézségekkel kell szembenézni, és ezáltal olyan kérdésekre kell válaszokat találni, amikkel talán egyetlen, más jellegű és funkciójú létesítmény esetében sem találkozunk.**

Fentiek okát gyakorlati tapasztalataim alapján az intézményi célrendszer és egyes működési sajátosságok védelem szervezésére gyakorolt hatásaiban véltem felismerni.

⁴ Mivel a kórházbiztonság egy lehetséges fogalmának meghatározását jelen értekezés keretein belül célul tűztem ki, ezért a bevezetőben csak a téma kifejtéséhez feltétlenül szükséges, általánosan elfogadott és használt biztonságfogalmat ismertetem.

A témaválasztás aktualitása, a kutatási téma lehatárolása

Hazánkban az egészségügyi ellátórendszer a rendszerváltás óta bár számos változtatáson ment keresztül, mai napig nem sikerült olyan széleskörű társadalmi megegyezésen alapuló ellátási és finanszírozási rendszert létrehozni, amely egyszerre teljesíti a szakmai, a gazdasági, továbbá a szolgáltatást igénybe vevők szempontjából vizsgált és általuk elvárt minőségi és hatékonysági célokat. Ennek bizonyítéka egyrészt a napjaink közvéleményében tagadhatatlanul jelen lévő, az egészségügyi ellátórendszert érintő nagyfokú társadalmi, orvosi, szakdolgozói elégedetlenség,⁵ másfelől, hogy a rendszerváltás óta regnáló, különböző politikai irányt képviselő kormányok jelentős részének nagy vállalása volt az ellátórendszer átalakítása. Az általuk szükségesnek ítélt módosítás mértékét jól mutatta a témához elválaszthatatlanul kapcsolt reform szó, tehát a döntéshozók elképzelései között sohasem a meglévő rendszer finomhangolása, az esetleges apróbb egyenetlenségek kisimítása szerepelt.

Nincs ez másként a jelenlegi ciklusban sem, bizonyos szempontokból már el is kezdődött az egészségügy átalakítása, amelynek eddigi látható eredménye egy jelentősen megváltozott intézmény-fenntartási, szabályzási környezet kialakulása. Az intézmények működésének vizsgálatára, ésszerűsítésére, korszerűsítésére irányulóan kormányzati támogatással sok kutatás indult az elmúlt években, példaként elégséges csak a 2011-ben publikált Semmelweis Tervet említeni, amely koncepcionális kísérlet az egészségügyi ellátórendszer egészének átalakítására. [83] A célok eléréséhez szükséges további, remélhetőleg már a jelenlegi, sokat vitatott alapvető gazdasági, ágazati-strukturális viszonyokat is megújító munka során nem maradhat el az egészségügyi célrendszerrel és a működési sajátosságokkal kapcsolatos, a biztonságot érintő speciális kérdéskörök tisztázása sem.⁶

A még előttünk álló, egyre inkább sürgető és várhatóan hosszú idő óta a legnagyobb léptékben végrehajtásra kerülő feladatok szükségessé teszik, **hogy a kórházi biztonságsszervezéshez kapcsolódó lényegi kérdésekre felhívjuk a döntéshozók figyelmét,** hozzájárulva ezzel szakmánk részéről az ágazat és a benne munkát végzők, a szolgáltatást igénybe vevők biztonságához. **Időszerű egy olyan, érdemi kutatási anyag elkészítése,**

⁵ A tömegmédiá, az internet, azon belül is a közösségi oldalak korában minden eddiginél szélesebb körben nyílik lehetőség az általános társadalmi hangulat feltérképezésére, különösen egy olyan érzékeny területet érintően, mint az egészségügyi ellátás.

⁶ Sajnálatos módon a témával kapcsolatos szakmai kommunikáció során a közbeszédtől eltérően meglepően kevés szó esik erről a sajátos kérdéstről, döntő többségben van az egészségügy problémáinak gazdasági, orvosszakmai oldalról történő megközelítése, amelyek nyilvánvaló szükségessége mindenképpen a biztonsági aspektusok előtérbe kerülését gátolja.

amely a biztonsági kérdések feltárásán keresztül, célirányos szemlélettel azonosítja a kórházak védelmével kapcsolatban végrehajtandó főbb feladatokat.

A tudományos problémában érintett, a biztonságra ható működési sajátosságok közül így azokkal foglalkozom részletesen, **amelyek kevés kivétellel minden magyarországi kórházi intézményre jellemzőek.** Az alapproblémákra való fókuszálás, azok megértése jelentős segítséget nyújt a gyakorló kórházbiztonsági szakembereknek az intézményi szintű operatív megoldások megtalálásához, és forrásként szolgálhat továbbá a kórházak biztonságával kapcsolatos konkrét, műszaki-technikai, szervezési ajánlásokat tenni kívánó, tudományos munkák elkészítéséhez. A témához való ezen megközelítéssel törekszem az értekezés terjedelmi határain belül maximálisra szélesíteni az alkalmazhatóság lehetőségét a **közfinanszírozásban részesülő kórházi intézményekben, melyekre az intézmények körét tovább szűkítem.**

Az értekezés a téma kifejtése során a jelen Magyarországnak társadalmi és gazdasági állapotaira reflektál, megállapításai szorosan el nem választhatók továbbá a készítéskor fennálló szabályozási környezettől, azok keretén belül keresi a megoldást a célként kitűzött feladatokra.

A kutatási munka gyakorlati hasznosíthatósága szempontjából is lényeges kiemelni ezt, mert bár nyilvánvalóan a kórházak célrendszere szerte a világon azonos, a működési környezet területileg más-más védelmi sajátosságokat determinál, melynek okán a külföldi gyakorlatot nem lehet kritika nélkül hazai intézményeinkre alkalmazni. Példaként említhető az amerikai egészségügy, ahol a védelmi protokollokban az ún. active shooter-re⁷ történő tervezés, úgy, mint fegyveres őrzés, szigorú beléptetés-szabályozás, gyakorlatok sem ritkák. Ezzel szöges ellentétben áll Svájc kórházainak egy általam személyesen is megismert része, ahol a rendkívül precízen mért veszélyeztetettségi szint mellett még őrzésvédelmi személyzetre sincs szükség, vagy csak egy bizonyos, korlátozott létszámban.⁸

A felhozott példák természetesen két, szélsőségesnek mondható esetet tükröznek, *jelenleg* a magyarországi kórházakban nincs realitása sem fegyveres őrök alkalmazásának, sem fémkereső és csomagátvizsgáló berendezéseket alkalmazó beléptetés-szabályozásnak, ugyanúgy annak sem, hogy kórházi létesítményeink őrzési személyzet nélkül maradjanak. Nem véletlen a jelenleg szó hangsúlyozása, hiszen bármikor előfordulhat, hogy bizonyos,

⁷ Magyar megfelelőjét a kifejezésnek nehéz találni, de az angol nyelvben a nagy forgalmú, nyilvános helyen történő, több halálos áldozatot követelő löfegyveres merénylet elkövetőjére használják.

⁸ A jó gyakorlatok utáni kutatás részeként Svájcban vizsgáltam részletesen a kórházak biztonságszervezését. A külföldi gyakorlatban tapasztaltakat az értekezés elkészítése során annak *célkitűzéseit figyelembe véve* azonban csak kismértékben tudtam hasznosítani.

akár közvetlenül az ágazatot érintő negatív események okán a fenyegetettség a vállalható kockázat szintje fölé emelkedik, és mindezek hatására hazánkban is meglehet az említett védelmi eszközök jogi és társadalmi támogatottsága.

A veszélyeztetettségi szint mértékétől függetlenül azonban elmondható, hogy az intézmények zavartalan működésének szempontjából a védelmi intézkedések túl- illetve alultervezése is több jelentős kockázatot hordoz magában, nem könnyű feladat a szakembereknek megtalálni az egyensúlyt olyan döntések meghozatalakor, amelyek kellően szigorúak, alkalmasak funkciójuk betöltésére, de még elősegítik, és nem hátráltatják a célok megvalósítását, a zavartalan gyógyítási folyamat lebonyolítását. **Mindezek okán ajánlásaim megfogalmazása során minden esetben szem előtt tartom azok gyakorlati alkalmazhatóságát a magyarországi egészségügyi ellátórendszer jelenlegi állapotának, ismérveinek gondos mérlegelésével.**

A kórházi célrendszer és működési sajátosságok értelmezése, hipotézisek, a kutatás célkitűzései

Pallas Nagy Lexikona szerint a cél „az, amit valamely cselekvés által el akarunk érni, valamely tevékenységgel megvalósítani.” [132] A cél határozza meg a cselekvések mibenlétét, kihatással van a cselekvés közvetlen és közvetett környezetére, egyes intézményi működési sajátosságokat befolyásol, míg másokat létrehoz.

A kórház fogalom szerint „a beteg, vagy akut állapotban lévő emberek ellátására, gyógykezelésére, ápolására, fektetésére szolgáló intézmény, amelyik gondoskodik a beteg emberek életszükségleteinek kielégítéséről is.” [97] Mint ilyen, működésének céljai közvetlenül kapcsolhatók minden ember korlátozhatatlan alapjogához, a testi-lelki egészséghez való joghoz, melyet hazánk Alaptörvénye deklará. ⁹ A gyógyítás, az egészség helyreállítása és megőrzése tehát a kórházi tevékenység mozgatórugója, az elsődleges funkció, amely funkciónak alá van rendelve az ellátási folyamatok során alkalmazott szervezeti, személyi, tárgyi erőforrások összes eleme.

Működési sajátosságként pedig kórházak esetében a célok megvalósításához szükséges, annak támogatására létrehozott, esetleg nem szándékoltan létrejövő kórházi folyamatok, az alkalmazott személyi állomány és tárgyi-technikai eszközök egyedi tulajdonságai, gyakorlati ismérvei, az üzemelés, üzemeltetés körülményei értelmezhetők. Ide tartoznak továbbá az

⁹ Magyarország Alaptörvénye, XX. cikk

„(1) Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez.

(2) Az (1) bekezdés szerinti jog érvényesülését Magyarország [...] az egészségügyi ellátás megszervezésével [...] segíti elő.” [1]

intézmény szélesebben és szűkebben vett működési régiójának, területének azon jogi, gazdasági, társadalmi, műszaki-technológiai viszonyai, jelenségei, amelyek közvetett vagy közvetlen hatással bírnak a kórházi tevékenységre, befolyásolják ez által a célok megvalósításának módját és megvalósíthatóságának mértékét.

A célrendszer és a működési sajátosságok tükrében válik értelmezhetővé a tudományos probléma, hogy miért tartjuk a kórházi biztonság szervezését rendkívül bonyolult, összetett feladatnak, amelynek tervezése és kivitelezése során a felelős szakembereknek jelentős nehézségekkel kell szembenézni, és ezáltal olyan kérdésekre kell válaszokat találni, amikkel talán egyetlen, más jellegű és funkciójú létesítmény esetében sem találkoznak. [110]

A tudományos problémában leírtak és a problémához kapcsolódó fogalmak értelmezése alapján kutatásom az alábbi hipotézisek vizsgálatára irányul:

1. A széles körben elterjedt kórházbiztonság kifejezés a célrendszert nem veszi kellő súllyal figyelembe, így az a maga, biztonságtechnikai szemléletű jelentésében nem ad megfelelő értelmezést a gyakorlatra vonatkozóan.
2. Tapasztalataimra támaszkodva feltételezem, a biztonságszervezés számos részterületét érintően azonosíthatók olyan, adottságként kezelendő kórházi működési sajátosságok, amelyek negatívan hatnak az intézményi biztonságszervezésre, olyan nehézségeket okozva a hatékony biztonsági szempontú kockázatmenedzsmenttel kapcsolatban, amelyek bizonyos tekintetben szükségessé teszik a jogszabályokban deklarált munkáltatói felelősség határainak újraértelmezését. A működésfolytonosságot, az ellátást végzők és az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevők egészségét és biztonságát fenyegető kockázatok forrásainak kezelését osztársadalmi, jogalkotói szinten kell elkezdeni. Intézményi kereteken belül sok esetben nem áll elegendő és/vagy megfelelő lehetőség a munkáltató, üzemeltető rendelkezésére a jogszabályokban megfogalmazott kötelezettségeinek maradéktalan teljesítésére, és a biztonságszervezéssel összefüggő, általános szakmai szabályok, alapelvek érvényesítésére.
3. A feltárt biztonsági problémák megoldásához a klasszikus védelmi módszerek és eszközök bár nélkülözhetetlenek, de önmagukban sokszor nem elégségesek. Az alkalmazott biztonságtechnika – mint interdiszciplináris tudományok – más tudományok további, eddig nem, vagy csak szűk körben alkalmazott eredményeinek

szoros integrálását igényli, amely ismeretek a biztonságsszervező szakmai eszköztárának részét kell képezzék, képesnek kell lennie hatékonyan, a céloknak megfelelően, mindennapi szinten alkalmazni azokat.

A tudományos probléma, a téma lehatárolásának és a hipotézisek tárgyalása során megfogalmazottakkal összhangban kutatásom célja:

1. *bizonyítani*, hogy a kórházbiztonság kifejezés biztonságtechnikai szemléletű felfogása nem ad megfelelő értelmezést a gyakorlatra vonatkozóan, *meghatározni* a kórházbiztonság egy lehetséges, egzakt, a célrendszert és a működési sajátosságokat teljes körűen figyelembe vevő fogalmát;
2. annak *bizonyítása*, hogy a kórházi célrendszer és működési sajátosságok kapcsán feltárt, kockázatmenedzsmenttel kapcsolatos nehézségek szükségessé teszik a jogszabályokban deklarált munkáltatói felelősség határainak újraértelmezését. Ennek eléréséhez szükséges:
 - *elméleti megközelítésben vizsgálni*, a kórházi célrendszer és működési sajátosságok milyen interakciók útján, milyen módon okozzák a biztonságsszervezéssel kapcsolatos nehézségeket;
 - *feltárni* azon, az intézmények jelentős részét érintő kórházi működési sajátosságokat, amelyek jellegüknél fogva nagymértékben kihatnak az intézményi biztonságra;
 - *vizsgálni* konkrét hatásukat a védelem szervezésére.
3. a gyakorlatban tapasztalt biztonságsszervezési nehézségek okainak elméleti megalapozásával *vizsgálni*, a biztonságsszervezés mely tudományok eddig még általánosan nem, vagy nem kellő mértékben/módon alkalmazott eredményeinek szorosabb integrálását igényli a kórházi védelem szervezése során felmerülő problémák megoldásához;
4. a feltárt nehézségek leküzdésére *a gyakorlatban is alkalmazható*, a magyarországi kórházi rendszer jelenlegi működési sajátosságait figyelembe vevő *megoldásokat ajánlani*.

A kutatás módszerei

Munkám során az általános és a speciális kutatási módszereket egyaránt alkalmaztam. Az általános módszerek közül kiemelten az összehasonlítást, a témában publikus forrásokból fellelhető szakirodalom feldolgozása, továbbá a rendelkezésemre bocsájtott, nem nyilvános, belső felhasználású szakanyagok elemzése, alkalmazhatóságának vizsgálata során az analitikus módszert követtem, empirikus kutatásaim során megszerzett ismereteimet szintetizáltam. Következtetéseim kialakításához főképpen az induktív módszert alkalmaztam, amelyek közül néhányat az általánosításból származó hibalehetőség csökkentése és a szakmai megalapozottság okán kérdőíves felméréssel támasztottam alá. A kutatási munka részeredményeit a tudományos közleményektől elvárt minőségi követelmények betartásával folyamatosan publikáltam.

A konkrét kutatás jelentős részét a kórházi gyakorlati tevékenység személyes megfigyelése és felmérése tette ki, amelyet egyrészt munkafeladataim ellátása során különböző egészségügyi intézményekben, mint külső biztonsági tanácsadó, valamint a Semmelweis Egyetem klinikáin, mint közalkalmazásban álló munkavédelmi előadó hajtottam végre.¹⁰ A kutatómunka egy másik, szintén fontos része az alább felsorolt kórházi intézmények felkeresésével, azok helyszíni bejárásával, a biztonságért felelős személyekkel és az egészségügyi szakfeladatokat ellátókkal történő, több mint 20 mély- és számos kisebb interjú készítésével zajlott:

Budapesten a Semmelweis Egyetem körülbelül 20 klinikáján, és intézetén kívül a Szent János Kórház, Uzsoki Utcai Kórház, Péterfy Sándor Utcai Kórház és Rendelőintézet, Budai Egészségközpont, vidéken a tatabányai Szent Borbála Kórház, a dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház, az egri Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, külföldön a svájci St. Claraspital, Felix Platter-Spital, Kantonspital Baselland, Universitátspital Basel.

Az intézményi kutatómunka során fő célom a hipotézisben megfogalmazott állítások alapján az alkalmazott gyakorlatok tanulmányozása, összehasonlítása, értékelése, egyes sajátos megoldási módszerek és azok hatékonyságának vizsgálata volt. Az így megszerzett tapasztalatok folyamatos összegzésén túl a kutatómunka keretein belül:

- összegyűjtöttem és tanulmányoztam a témában fellelhető magyar és külföldi, többségében angol nyelvű szakirodalmakat írott és elektronikus formában;

¹⁰ Külső biztonsági tanácsadóként egészségügyi intézmények biztonságának szervezése, 2008–2009; Semmelweis Egyetem munkavédelmi előadó, 2009–2011.

- a témával összefüggésbe hozható tudományos és kutatási területeken dolgozó főleg hazai, de a Nemzetközi Kórházbiztonsági Szövetség¹¹ tagjaként egyes esetekben külföldi biztonsági szakemberekkel is számos konzultációt, tapasztalatcserét folytattam;
- a Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetemen alakult kórházbiztonsági munkacsoport tagjaként részt vettem az Uzsoki Utcai Kórház védelmi terveinek elkészítésében;
- tanulmányoztam a kórházak biztonságával kapcsolatos hatósági munkát, külső megfigyelőként részt vettem kórházi katasztrófavédelmi és intézményi tűzoltósági gyakorlatokon mind hazánkban, mind külföldön;
- részt vettem a kórházak biztonságát érintő szakmai előadásokon, szemináriumokon;
- konzulensként számos hallgatót segítettem kórházbiztonsággal összefüggő témájú szakdolgozatuk elkészítésében;
- főiskolai és egyetemi tanulmányaim során a szakdolgozatomat és a diplomamunkámat a kórházak biztonságával kapcsolatban készítettem el, amelyekben megfogalmazottakat értekezésemben indokolt mértékben felhasználtam.

A kutatómunka során felhasznált szakirodalom ismertetése

Magyarországon, magyar szerzőtől az egészségügyi ágazatban foglalkoztatottak, illetve a szolgáltatást igénybe vevők magas száma, a kiterjedt infrastruktúra és a széleskörű ismereteket igénylő feladatrendszer ellenére a mai napig nem jelent meg egy olyan átfogó, leíró jellegű mű, amely ismertetné az egészségügyi intézmények, azon belül is a kórházak védelmének szervezésével kapcsolatos komplex ismereteket.¹² Kevés számú szakkönyv és folyóirat részleteiben ugyan foglalkozik kifejezetten egészségügyi biztonsági kérdésekkel, de a kutatás során főleg az általános szakirodalomból, továbbá az értekezés témájához sokszor csak perifériásan kapcsolódó, azonban a célok eléréséhez szükséges szemléletmódot biztosító főiskolai szakdolgozathoz, egyetemi diplomamunkához, doktori értekezésből kellett válogatni és rendszerezni a kapcsolódó ismereteket, amelyek közül a legjelentősebbként Piczil Márta ápolói hivatás magatartástudományi vizsgálatával és egészségvédelmével foglalkozó doktori munkája említhető.

¹¹ International Association for Healthcare Security & Safety (IAHSS)

¹² Ellentétben például olyan területekkel, mint az áruházak vagy a szállodák, ahol is a kapcsolódó biztonságtechnikai ismeretek tekintetében jelentős irodalom áll rendelkezésre a szakemberek részére, akik egyébiránt mára magas számban vannak foglalkoztatva mind a végrehajtásban, mind menedzsmentszinten az egészségügyi ágazat keretein belül is.

Értekezésemben a vizsgált kérdések elméleti megalapozását számos mű segítette, amik tekintetében egyes fejezetek elkészítésénél a téma és a kutatás célkitűzései által indokolt mértékben szakterületemen kívülre merészkedtem, többek közt a viselkedéstudomány, a pszichológia, (munkapszichológia) és a kriminológia néhány releváns szakirodalmát dolgoztam fel, az adott terület megfelelően képzett szakembereinek segítségével, vezetésével. Ebbe a körbe kiemelten Dr. Izsó Lajos „Ergonómia, a munkabiztonság emberi tényezői” és Dr. Bereczky László, „A munkabiztonság pszichológiája” címmel kiadott munkái tartoznak, de jelentős forrásként említhetők Kapás Zsolt pszichoszociális kockázatértékeléssel, a munkavédelemben alkalmazott szakmai kommunikációval és a munkahelyi egészségvédelmi és biztonsági irányítási rendszerekkel kapcsolatos művei. Dr. Tóth Tihamér „A viktimológia ismeretelmélete” című könyve igen hasznos forrásnak bizonyult az áldozattá válás okainak és módjainak feltáráshoz.

A kutatás során természetesen megkerülhetetlen volt a vonatkozó szabályzási környezet áttekintése, amelyhez főleg az építésüggyel, tűzvédelemmel, munkavédelemmel, személy- és vagyonvédelemmel, az egészségügyi működéssel kapcsolatos jogszabályok értendők. A szakmai tartalom kidolgozásánál ezek közül a legnagyobb mértékben az Országos Tűzvédelmi Szabályzatra, a munkavédelmi törvényre, valamint a vagyonvédelmi törvényre támaszkodtam. Velük egyszerre említhetők még egyes, a jogszabályok értelmezését segítő ombudsmani és adatvédelmi hatósági ajánlások, úgy mint a kórházakban elhelyezett elektronikus megfigyelőrendszereket, és vagyonőri jogosultságokat érintő, az Adatvédelmi Biztos és a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság 1223/P/2008-6, 2572/K/2007-3, 4384-2/2012/V ügyszámokon kiadott ajánlásai, valamint az állampolgári jogok országgyűlési biztosának OBH 4152/2002. hivatkozási számú jelentése.

Tekintve, hogy az egészségügyben napjainkban folyamatosan jelentős változások zajlanak, azok kutatási témám szempontjából történő értékelésére és összegzésére nem állt rendelkezésemre szerkesztett szakirodalom, ezért egyes esetekben az aktuális helyzet megismeréséhez kormányzati döntés-előkészítő, értékelő és elemző anyagokra, valamint a mértékadó orvosi, szakdolgozói szervezetek hivatalos, a különböző médiumokban közzétett véleményeire támaszkodtam, amelyek közül a legfontosabbak a Magyar Kórházszövetség egészségügyi ellátórendszer további átalakításáról szóló javaslatai.

Az értekezésben szereplő számadatok információbázisát az aktualitás és megbízhatóság követelményeire tekintettel választottam, főleg az Országos Egészségbiztosítási Pénztár nyilvántartásaira, adatgyűjtéseire, az Állami Számvevőszék 2013-ban, a kórházak gazdálkodásával kapcsolatos jelentésére, a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) honlapján

fellelhető publikus adatokra, statisztikákra támaszkodtam, de felhasználtam olyan speciális szakanyagokat is, mint például Flack Melinda, a Semmelweis Egyetemen bekövetkezett munkabalesetek statisztikáit feldolgozó, a betegmozgatás váz- és izomrendszerre kifejtett hatásainak vizsgálatával foglalkozó szakdolgozata.

Idegen nyelvű forrásként a Nemzetközi Kórházbiztonsági Szövetség tagjainak elektronikusan elérhető „Journal of Health Care Protection Management” című folyóiratra, a szervezet honlapján megtalálható multimédiás kiadványokra, az internet segítségével a témában fellelhető különböző szakmai oldalak elektronikus anyagaira, cikkeire támaszkodtam. Merítettem az Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség¹³ kiadványaiból, továbbá a téma szempontjából jelentős, alábbi angol nyelvű könyveket és ajánlást dolgoztam fel:

- Russel L. Calling, Tony W. York: Hospital and Healthcare Security, 5th edition
- International Association for Healthcare Security and Safety Foundation: Security Design Guidelines for Healthcare Facilities
- 2012 Work Safe BC: Preventing Violence In Health Care – five steps to an effective program

Az értekezés törzsszövege a témával összefüggő saját publikációkra épül, amelyeken kívül „A vállalati biztonságtechnika gazdaságtani megközelítése” című főiskolai szakdolgozatomat, mint jelentős saját szakirodalmi forrást dolgoztam fel.

¹³European Agency for Safety and Health at Work (OSHA)

1. FEJEZET

A kórházak helye, szerepe Magyarország egészségügyi rendszerében

Az értekezés témájának kifejtése nem lehetséges anélkül, hogy röviden vizsgáljam a magyarországi kórházak működésével kapcsolatos ismereteket, helyüket, szerepüket hazánk egészségügyi rendszerében. E helyütt csak az általános, rendszerszintű, mindenképp szükséges ismeretekre szorítkozom, egyes sajátosságokat részleteiben a kapcsolódó fejezetrészeknél ismertetek. Ezek közé sorolhatók többek közt a különböző ellátások intézményi szervezésével, a finanszírozással, vagy a kórházi létesítmények kialakításával kapcsolatos, téma szempontjából lényeges tudnivalók. A fejezet tartalmának kidolgozásánál a szövegben hivatkozott szakirodalmi forrásokon kívül az alábbi jogszabályokra támaszkodtam:

- 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről [7];
- 37/2008. (XII. 30.) Korm. rendelet az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásáról [13];
- 6/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról [12];
- 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól [11];
- 323/2010. (XII. 27.) Korm. rendelet az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról, a népegészségügyi szakigazgatási feladatok ellátásáról, valamint a gyógyszerészeti államigazgatási szerv kijelöléséről [14];
- 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről [16].

1.1 Az egészség fogalma, az egészségügyi rendszer

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO)¹⁴ által adott definíció alapján az egészség nem pusztán a betegség hiánya, hanem a teljes testi, lelki és szociális jól-lét állapota. „A WHO szintén értelmezi az egészségügyi rendszer fogalmát is, mely meghatározás szerint az egészségügyi rendszer része minden olyan tevékenység, amelynek elsődleges céljai:

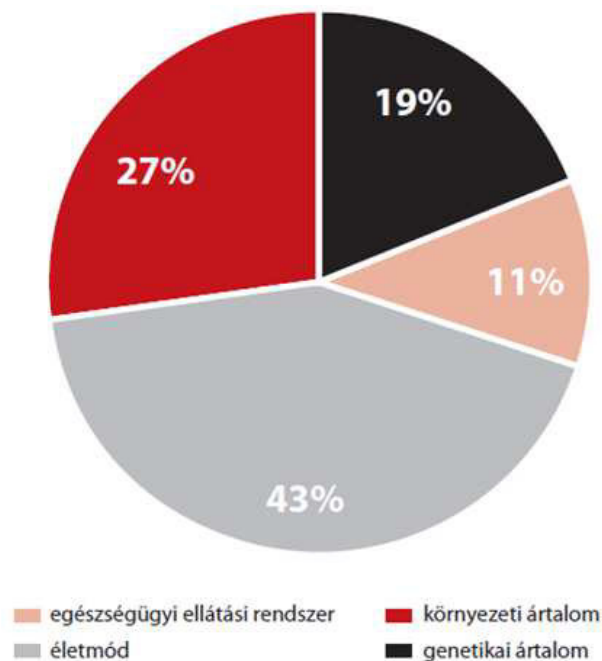
- hozzájárulni a lakosság egészének egészségének javításához, megőrzéséhez;

¹⁴ World Health Organization

- érzékenyen kezelni az emberek elvárásait, amikbe beletartozik az emberi méltóság védelme, bizalmasság és az önirányítás, valamint különös odafigyelés a speciális szükségletű és a hátrányosabb csoportok irányába;
- mindenki számára hozzáférhető alapellátás biztosítása, és a túlköltekezés elleni védekezés.” [119 p.7]

Az egészségügy az egyénen kívül a társadalom számára is nélkülözhetetlen ágazat, eredményessége kulcsfontosságú, hozzájárul ugyanis a gazdasági növekedéshez többek közt a munkaerő munkavégző képességének fenntartásával és a szociális ellátások kiváltásával. [119 p.7]

Az egyén egészségi állapota azonban nem pusztán az ellátórendszer fejlettségi szintjétől, hatékonyságától függ. „A WHO kimutatása szerint az egészségi állapotot befolyásoló és meghatározó tényezők közül az egészségügyi ellátásnak 11% a súlya. A legnagyobb befolyást ebben az életmód hatása jelenti, mely 43%-ot, a környezeti ártalom 27%-ot és a genetikai ártalom 19%-ot képviselnek.” [98] A lakosság egészségi állapotát befolyásoló tényezők alakulásuk szerint az 1. ábrán láthatók.



1. ábra [98]
A lakosság egészségi állapotát befolyásoló tényezők aránya

1.2 Az egészségügyi ellátórendszer szerkezete

A magyarországi egészségügyi ellátórendszer felépítését, feladatait az egészségügyi törvény [5] határozza meg, mely szerint az egészségügyi rendszerhez tartozik minden tevékenység, amelynek célja az egészségi állapot fejlesztése, megőrzése és helyreállítása.

„Az egészségügyi ellátások rendszere az eltérő egészségi állapotú egyének differenciált ellátását szolgáló, a munkamegosztás és a fokozatosság elvén alapuló intézményrendszerre épül, amelyben az egyén egészségi állapotának összes jellemzője együttesen határozza meg a szükséges ellátási szintet (progresszív ellátás). A progresszív ellátás alapelve szerint minden betegnek hozzá kell jutnia a szükséges ellátáshoz, és minden ellátást az ellátási igényének megfelelő szinten kell megkapnia. Nem megfelelő kompetenciával nem végezheti senki a beteg kezelését, de a magas erőforrás-koncentrációjú, speciális felszereltségű és tudású szolgáltatók sem kezelhetnek a képességüknél alacsonyabb szinten is ellátható eseteket.” [140]

Hazánk egészségügyi rendszerén belül négy, markánsan elkülöníthető, egyedi sajátosságokkal rendelkező alrendszert különböztethetünk meg. A népegészségügy területéről a család- és nővédelmi gondozás, a környezet- és település-egészségügy, a munkaegészségügy, vagy a járványügy említhető, a megelőző ellátások formái közül a szűrővizsgálatokat lényeges kiemelni, míg az egyéb ellátások közé az ügyeleti ellátás, a mentés, a betegszállítás és az ápolás tartozik. Jelen értekezés témájának szempontjából fontosabb szerepe az egészségügyi alap és szakellátásnak van, amelyek közt megkülönböztetünk alapellátást, járóbeteg-szakellátást és fekvőbeteg-szakellátást.

Az alapellátás célja a beteg lakóhelyén, illetve annak közelében biztosítani, hogy választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön.¹⁵ [5] Az alapellátás megszervezése a helyi önkormányzatok feladata és felelőssége, mellyel hazánk lakossága legtöbbször a háziiorvosi szolgáltatás igénybevétele során találkozik, és az egészségügyi ellátórendszer progresszivitási szintjei közül a legalsón jelenik meg. A háziiorvosi ellátással kapcsolatban gyakran hallható kifejezés az ún. kapuóri szerep, amely szerepben a háziorvos feladata, hogy az ellátórendszerben magasabban következő szinteket a betegek csak indokolt esetben vegyék igénybe, csökkentve ez által a járó- illetve fekvőbeteg-ellátásra nehezedő többletterheket. Természetesen minden betegnek

¹⁵ Az egészségügyi alapellátás főbb formái a következők: háziiorvosi, házi gyermekorvosi ellátás, fogorvosi alapellátás, alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátás, védőnői ellátás, iskola-egészségügyi ellátás.

joga van az egészségi állapota által indokolt egészségügyi ellátás igénybevételéhez, ezért a szükséges esetben őket a háziorvos továbbítja, beutalja a megfelelő intézménybe, ahol a számukra szükségesnek ítélt ellátást megkaphatják.

A következő szint az általános járóbeteg-szakellátás, amely a beteg folyamatos ellátását, gondozását végző orvos beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmoszerű egészségügyi ellátást, továbbá fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén a folyamatos szakorvosi gondozást jelenti. A járóbeteg-szakellátás feladata többek közt a megelőző tevékenység, egyes betegek gyógykezelése, szakorvosi gondozása, a kompetenciakörébe tartozó olyan egyszeri vagy kúraszerű beavatkozások végzése, amelyeket követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges. [5]

Az általános fekvőbeteg-szakellátás a betegnek a lakóhelye közelében, fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között végzett egészségügyi ellátása. Ennek igénybevétele a beteg folyamatos ellátását végző orvos, a kezelőorvos vagy az arra feljogosított más személy beutalása, valamint a beteg jelentkezése alapján történik. Az általános fekvőbeteg-szakellátás többek közt lehet folyamatos benntartózkodás mellett végzett diagnosztikai, gyógykezelési, rehabilitációs vagy ápolási célú fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás, ideértve a hosszú ápolási idejű ellátásokat is, illetve olyan egyszeri vagy kúraszerű beavatkozás, amelyet követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges, illetve a megfigyelési idő alatt – szükség esetén – a további azonnali egészségügyi ellátás biztosított. [5]

A fekvőbeteg-szakellátás főbb szolgáltatási formáit a kórházak, országos intézetek, és a klinikák jelentik. Az az egészségügyi szolgáltató, amely több szakmai főcsoportba¹⁶ tartozó szakmában aktív és krónikus, illetve aktív vagy krónikus betegellátást nyújt, diagnosztikai háttérrel rendelkezik, a vonatkozó jogszabály szerint kórház elnevezés használatára jogosult. A kórházakban nyújtandó ellátás szakfeladataihoz tartozó, szükséges személyi és tárgyi feltételeket jogszabály határozza meg. [17]

¹⁶ A 2/2004. (XI. 17.) az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról, valamint az egészségügyi szakmai jegyzékről szóló EüM rendelet tartalmazza az egészségügyi szolgáltatók működési engedélyének kiadásának alapjául szolgáló egészségügyi szakmák és kódjaik jegyzékét. Szakmai főcsoportba tartozik többek közt a belgyógyászat, sebészet, szülészeti-nőgyógyászat. [18]

1.3 A kórházi ellátás szervezésének alapelvei

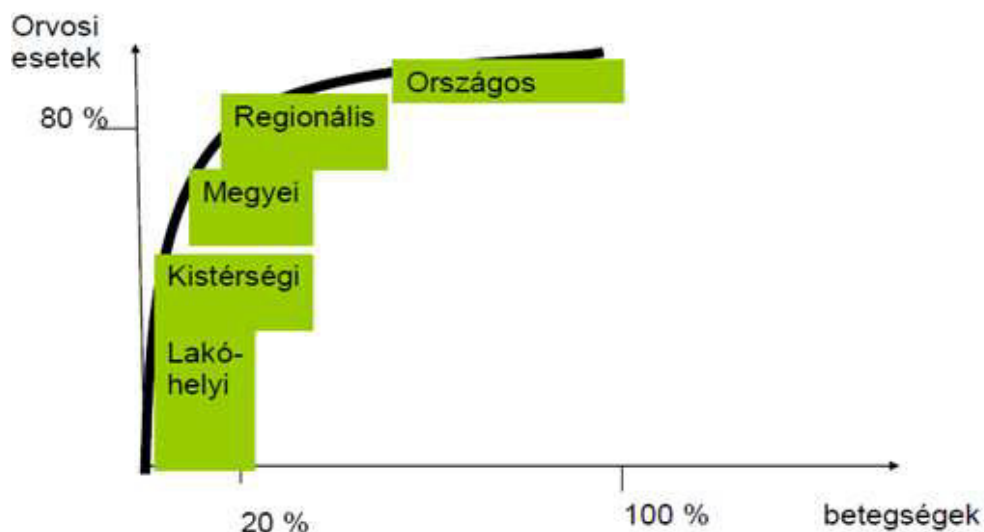
A már korábban említett progresszív ellátás elve az egészségügyi ellátás valamennyi szintjén érvényesül, amelynek gazdasági alapját a Pareto-elv, vagy más néven "a 20-80 szabály adja, amely tapasztalati alapon azt mondja ki, hogy a betegségek 20 százaléka okozza az orvosi esetek 80 százalékát" (2. ábra). [86 p.37]



2. ábra [86 p.38]

A 20-80 szabály egészségügyi értelmezése

A szabály alapján „a gyakori betegségek gyógyítását célszerű minél közelebb vinni a lakosság lakóhelyéhez, a ritkábban előforduló betegségek gyógyítását pedig lépcsőzetesen centralizálni lehet. Ezt a lehetőséget mutatja be a 3. ábra. Természetesen ennek során orvos-szakmai szempontokat is szükséges figyelembe venni.” [86 p.38]



3. ábra [86 p.39]
Progresszív ellátás

A magyarországi fekvőbeteg-szakellátás ennek megfelelően területi szinten szerveződik. Az intézményeknek területi ellátási kötelezettségük van, amely kötelezettség az ellátási területen élő, a kötelező egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosultak számára külön jogszabályban foglaltak szerinti, a működési engedélyben foglaltaknak megfelelő szakellátások nyújtására terjed ki.

A jelenlegi szabályozás alapján hazánkban nyolc, ún.egészségügyi térség került kialakításra, amely 0,9–1,6 millió biztosított ellátásáért felelős térséget jelent. Az egészségügyi államigazgatási szerv a betegutakat ezen térségeken belül szabályozza az alábbi, szakmai szempontok figyelembevételével: átfedés-mentesség, hézagmentesség, a területi egyenlőtlenségek csökkentése, azonos terhelési mérték, utazási idő. Az ellátási terület meghatározása településenként történik, ahol alapvető szempont, hogy a betegek részéről ne legyen szükség a térségeken keresztüli átvándorlásra, lehetőleg azon belül jussanak hozzá a legmagasabb progresszivitási szinten lévő ellátásokhoz is.

1.4 A kórházak finanszírozása, tulajdonosi viszonyai

Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény alapján [4] az Egészségbiztosítási Alap terhére történik, melynek kezelése az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) feladata. A jelenlegi magyar egészségbiztosítás egy kötelező társadalombiztosítási rendszer, melyben a járulékfizetési kötelezettség minden aktív keresőre kiterjed.

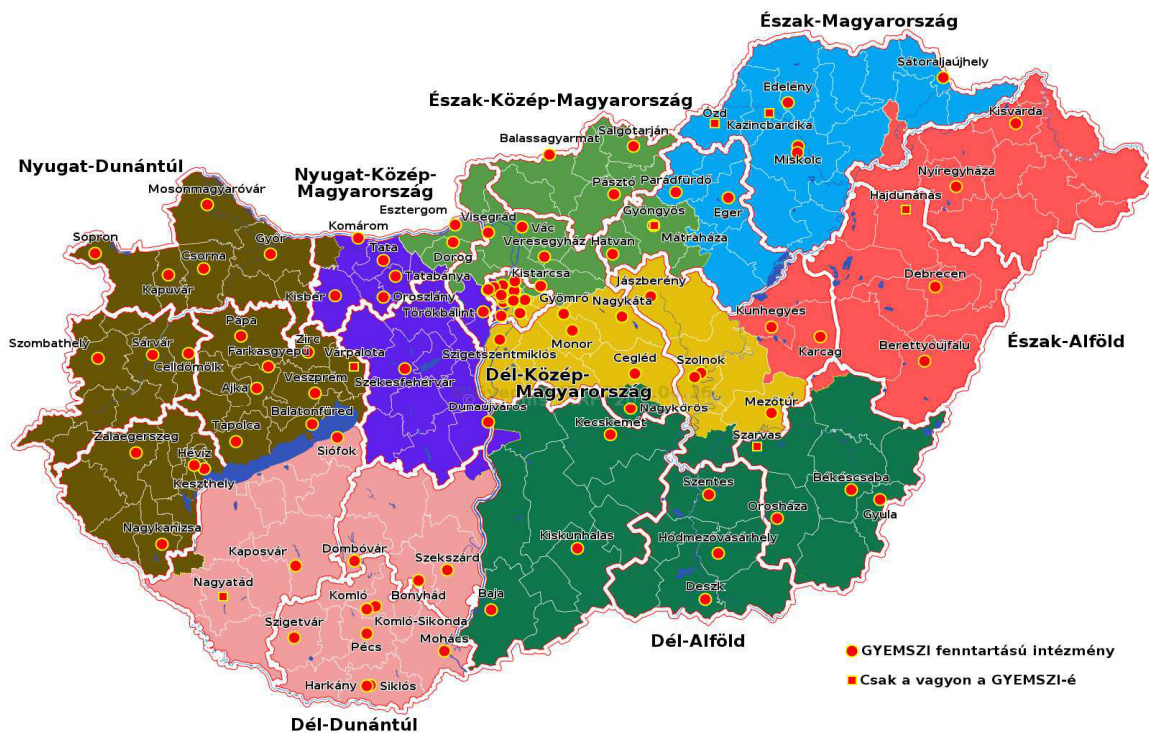
Mind a munkáltató, mind a munkavállaló fizet járulékot (a munkáltató 2012 óta adót) a biztosítási rendszer fenntartásához. „Az egészségbiztosítás az alábbi szolgáltatásokat fedezi:

- természetbeni egészségügyi ellátás;
- gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök megvásárlásához nyújtott támogatás;
- táppénz, baleseti táppénz.” [86 p.33]

Az egészségügyi szolgáltatásra jogosult személy (biztosított) annak az egészségügyi szolgáltatónak az – előző alfejezetben tárgyalt – ellátási területéhez tartozik, amelyik területi ellátási kötelezettsége a jogosult bejelentett tartózkodási helyére kiterjed. Az egészségbiztosító által az egészségügyi szolgáltatónak a köztük fennálló finanszírozási szerződés alapján az Egészségbiztosítási Alapból folyósított összeg csak a szerződésben foglalt feladatokra használható fel, a szolgáltató fenntartójának kötelezettsége a működéshez szükséges fejlesztési és fenntartási költségek forrásainak megteremtése. A szakellátás tekintetében jelenleg többféle finanszírozási technika és mód alapján történik a költségek

Egészségbiztosítási Alapból történő megtérítése, melyek közül az aktív fekvőbeteg-ellátásban homogén betegségcsoportok rendszere alapján (HBCs)¹⁷ esetfinanszírozás valósul meg.¹⁸

A kórházak döntő többségének fenntartója ma Magyarországon az állam, a jelenlegi kormányzat deklaráltan nem támogatja a kórházak privatizációját, bár erre a korábbi ciklusokban történtek kísérletek. [151 p.56] Ennek hatására a megyei önkormányzatok tulajdonában lévő, valamint a Fővárosi Önkormányzattól átvett egészségügyi intézmények vagyona 2012. január 1-jén állami tulajdonba került. A települési önkormányzatok fekvőbeteg-szakellátó intézményeinek állami átvétele 2012. május 1-jével valósult meg. Az intézményekkel kapcsolatos, az államot megillető tulajdonosi jogok és kötelezettségek összességét az Emberi Erőforrások Minisztériumának felügyelete alatt álló Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK, korábban Gyemszi)¹⁹ gyakorolja. [137 p.14]



4. ábra [136]

Az ÁEEK (Gyemszi) fenntartásában lévő egészségügyi intézmények az integráció után

¹⁷ „HBCs=Homogén betegségcsoportok. A fekvőbeteg-ellátás finanszírozásában használt betegosztályozási rendszer. Azokat az aktív kórházi ellátási eseteket sorolja egy finanszírozási csoportba, amelyek nagyságrendileg azonos teljesítményértékkel rendelkeznek, azaz közel azonos a szakmai-technikai ráfordítás igénye, és a csoportba sorolás orvosi szempontból is elfogadható. A besorolást elsődlegesen az ellátást indokló betegségek, a besoroláshoz kiemelt orvosi beavatkozások határozzák meg.” [141]

¹⁸ „A finanszírozási rendszer egy fontos, és a lényeges ismérve az ún. teljesítményvolumen-korlát (TVK), amely Magyarországon a finanszírozás tarthatósága érdekében került bevezetésre 2004-ben, a járóbeteg-szakellátásra és az aktív fekvőbeteg-szakellátásra vonatkozóan szolgáltatóként, éves szinten, havi bontásban meghatározott, elszámolható teljesítménymennyiség. A finanszírozást az OEP az ellátóknak kizárólag a volumenkorlát keretein belül nyújtja.” [142]

¹⁹ Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

1.5 A kórházak számokban

Az Európai Unióban a munkavállalóknak mintegy 10%-a dolgozik az egészségügyi ágazatban, ennek jelentős része kórházban. Eszerint az egészségügy az egyik legnagyobb foglalkoztatási ágazat Európában, amelyhez különböző munkakörök széles skálája tartozik. [144 p.1]

Hazánkban az uniós adatokhoz hasonló arányban, a kórházakban és a szakrendelő intézetekben 2015-ben átlagosan 107.570 főt foglalkoztattak, ebből 15.683 orvos (14,6%), 58.716 egészségügyi szakdolgozó (54,6%), 33.171 egyéb egészségügyi dolgozó (30,8%). [143 p.3]

2015-ben összesen 167 intézményben folyt az ellátás, az alábbi fenntartók szerinti csoportosításban:

Önkormányzati eü. intézmény:	14	Egyházi intézmény:	8
Központi eü. intézmény:	100	Egyéb (KHT, alapítvány, stb.):	16
Egyetem:	4	BVOP intézmény:	1
Vállalkozás:	24	Összesen:	167

1. táblázat [152 p.2]

A 2015. december 31-én működő kórházak száma fenntartók szerinti bontásban

A legfrissebb, már elérhető KSH statisztikák szerint a kormányzati alrendszerek kiadása a gyógyító és rehabilitációs fekvőbeteg- és egynapos ellátással kapcsolatban 2014-ben 598,7 Mrd Ft volt, amely az összes kormányzati egészségügyi kiadás mintegy egyharmadát tette ki. [146]

A teljes állami kiadások GDP aránya 2014-ben 4,8% volt, amely arány a KSH statisztikái szerint 2010 óta folyamatosan csökkenő tendenciát mutat.

1.6 A fejezet összefoglalása

A fejezetben az ágazat jellemző sajátosságainak tárgyalása során **bemutattam**, az egészségügyi ellátórendszer, és azon belül is a kórházak mind működési céljuk, az egészségi állapot fenntartása, helyreállítása, mind működési körülményeik tekintetében kiemelt szerepet töltenek be a hazai társadalom életében. Lényeges jellemzőjük a széleskörű, jogszabályi követelményeken alapuló működés, a tevékenység végzéséhez szükséges kiterjedt létesítményi infrastruktúra és olyan nagyságú munkaerőigény, amely az ágazatot nemzetgazdasági szinten is az egyik legnagyobb foglalkoztatóvá teszi. Az ellátórendszerben,

annak szervezését tekintve a progresszivitás elve érvényesül, a jelenlegi tulajdonosi, fenntartói struktúra 2012-től működik, a rendszer teljes átalakítása napjainkban nem fejeződött be, a tapasztalatok összegzése folyamatos zajlik. Finanszírozása nagyfokú terhet ró az államháztartásra, az állami források jelentős hányada fordítódik a fekvőbeteg-ellátás költségeinek fedezetére.

2. FEJEZET

A biztonság és kapcsolódó fogalmainak értelmezése kórházi környezetben, a biztonsági rendszer

Jelen fejezet tárgyalása során céлом az értekezés témájának szempontjából, a biztonságtechnika tudomány szak értelmezési keretein belül definiálni magát a biztonságot és a hozzákapcsolt főbb fogalmakat, úgy, mint: veszélyforrás, biztonságsszervezés, és maga a biztonságtechnika. Ennek szükségességét a különböző tudományterületek eltérő megközelítései indokolják, amelyek minden esetben az adott terület, esetleg a fogalomhoz kapcsolt egyedi tárgy lényeges sajátosságait hordozzák magukon,²⁰ így egy tetszőlegesen kiválasztott biztonságfogalom jelen témához rendelése értelmezési nehézségeket okozhat. [106]

Létezik ezen kívül az összes, a biztonságot érintő kutatási területen egy, ahhoz szorosan kapcsolódó fogalomrendszer, amely elemeinek részletes definiálásakor a mögöttes tartalom szintén a különböző vizsgálati aspektusokkal együtt változik, egyes esetekben pedig megegyező tartalmi részek az eltérő szakterületi prioritások, sajátosságok miatt más hangsúllyal vagy értelmezésben jelennek meg. Ezen fogalmak közül a komplexitás, az egyenszilárdság, és a dinamizmus egyfajta értelmezését fogom adni, amely szükséges a tudományos probléma minőségi jellegének feltárásához.

Mindezek mellett egy olyan elvi megközelítés bevezetése is indokolt, amelynek segítségével megérthető, a későbbi fejezetekben részletesen vizsgálatra kerülő kórházi célrendszer és működési sajátosságok milyen interakciók útján, milyen módon okozzák a tudományos problémával érintett biztonságsszervezési nehézségeket.

Ennek megoldására az általános rendszerelméletet hívom segítségül, amelynek egyik indoka, hogy napjainkban a folyamatok, struktúrák minél jobb megértését célozva széles körben elterjedt azok rendszerszemléletű vizsgálata, így nagy eséllyel az olvasó számára a fejezetben ismertetésre kerülő fogalmak²¹ már ismerősek lehetnek. Másrésztől a rendszerszemlélet eléggé átfogó, olyan, minden területen használható megközelítést ad, amely alkalmas a bonyolult összefüggések feltárására, ez által megfelelő eszköz lehet a tudományos probléma vizsgálatára, eredetének meghatározására is. [55 p.51]

²⁰ Más értendő a biztonság alatt, ha egy adott tudományterület vagy tudomány szak szempontjai kerülnek előtérbe, így alakultak ki mára az olyan, köztudatban is széles körben elterjedt és használt kifejezések, mint közbiztonság, informatikai biztonság, objektumbiztonság, élelmiszer-biztonság. [106]

²¹ Az alkalmazáshoz a fejezetben szükség lesz az általános rendszerelmélet fogalmainak legalább alapszintű tárgyalására olyan mélységben és módon, ami a téma kibontásához feltétlenül indokolt.

A megközelítés további előnyeként említhető, hogy egy olyan értelmezési keretet nyújt, amely segítségével az értekezés további fejezeteiben logikai rendszerbe szervezhető a hipotézisek vizsgálatához, bizonyításához, a kutatási célok eléréséhez szükséges szakmai tartalom. A fejezet tárgyalása során a biztonság és a kapcsolódó fogalmainak értelmezéséhez főleg az alábbi, saját munkám szövegeire támaszkodtam: [129]

2.1 A biztonság értelmezése

Egy általános, és némiképp egyszerű meghatározás szerint maga a biztonság valaminek, vagy valakinek a veszély vagy bántódástól mentes állapota. Ezen fogalommal kapcsolatban szükséges megjegyezni, hogy veszélyektől abszolút mentesség sem konkrét egyénre, sem tárgyra vonatkoztatva a gyakorlati élet során semmiképpen sem valósulhat meg. Magát a fennálló, tényleges állapotot nevezzük a biztonság szintjének, amely annál magasabb fokú, minél jobban megközelíti az ideálisként megfogalmazható célt, a tökéletes biztonságot. A biztonsági szint egzakt mérése, pontos meghatározása annak jellegéből adódóan bonyolult feladat, összetett vizsgálati módszerekkel, elemzési eljárásokkal is csak jó közelítéssel lehetséges, amelyet tovább nehezít, hogy annak tényleges és az egyén által érzékelt szintje számos torzító körülmény hatására eltérhet.²²

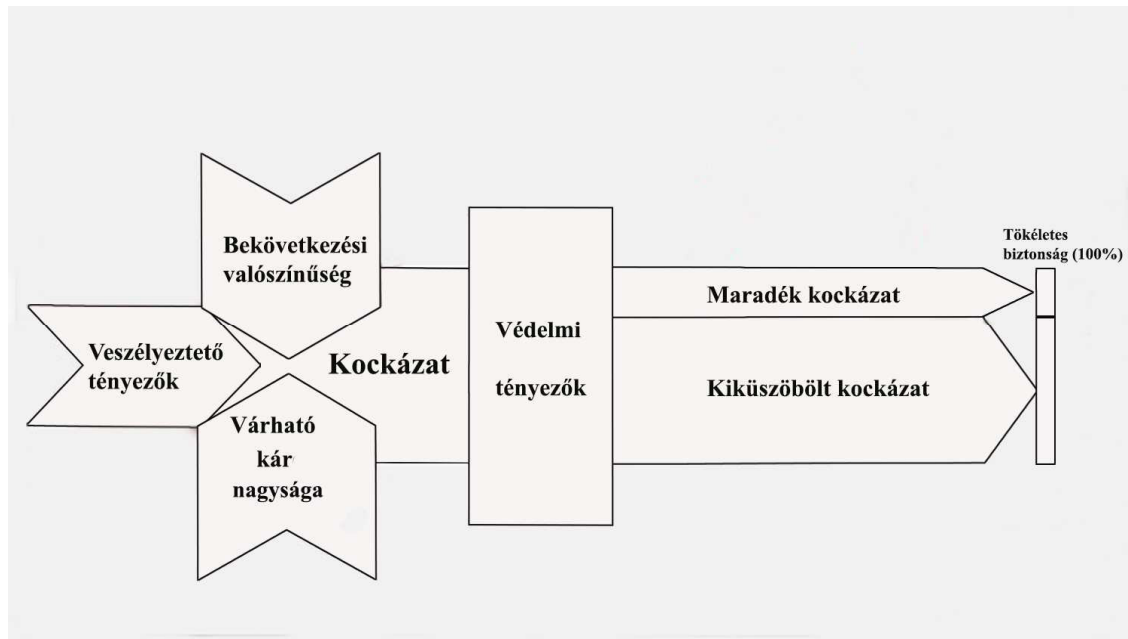
Ezen kiegészítést figyelembe véve, a fogalomban érintett tárgyak – valakinek vagy valaminek – körét kissé szűkebben, a veszélyeztető tényezőkkel szembeni védelem szintjét pedig racionálisabban értelmezve a biztonság „egy adott időszakban, egy meghatározott helyen tartózkodó személyt/személyeket és a hozzájuk tartozó javakat, általuk végzett tevékenységeket veszélyeztető, környezetük ismert kockázatait tekintve, azok elfogadható mértékűre csökkentését célzó folyamatos alkalmazkodással kialakított állapotot jelent.” [106]

Ezen formailag eltérő, az általánoshoz még közel álló, de annál jóval pontosabb fogalom ellenére személy szerint mégis az alábbi, harmadik megfogalmazást tartom célszerűnek és a téma kifejtése szempontjából leginkább hasznosíthatónak, amely szerint a biztonság valakinek, vagy valaminek a rendeltetésszerű működését veszélyeztető tényezők,²³ és a veszélyeztető tényezőkkel szembeállított védelem együtthatásaként értelmezhető. A biztonság szintje ebben az esetben az együtthatás eredményeként határozható meg, amely annál magasabb, minél nagyobb mértékben sikerült kiküszöbölni a veszélyeztető tényezőkből

²² Pszichológiai értelmezésében a biztonság ugyanis nem más, mint egy szubjektív érzet, amely az egyén szintjén képes befolyásolni annak cselekedeteit, hatással van környezeti és társas viszonyaira, interakcióira. [127 p.12]

²³ Általánosságban minden olyan tényező, amely a testi épségre, egészségre vagy anyagi, illetve egyéb javakra, továbbá a működés folytonosságára veszélyt jelenthet.

származó kockázatokat.²⁴ Ha az alkalmazott védelem a veszélyeztető tényezőket teljes mértékben képes annullálni, vagy amennyiben ez nem lehetséges, azok károsító hatásait a védett tárgy tekintetében kizárni, tökéletes biztonságról beszélhetünk. A gyakorlatban a biztonsági szint nagysága a fennmaradó kockázatok mértékével fordítottan arányos. (5. sz. ábra)



5. ábra²⁵
A biztonság szintjének értelmezése

A rendeltetésszerű működést veszélyeztető tényezők alatt vizsgálatom szempontjából a továbbiakban a kórházi szervezetet²⁶ veszélyeztető, a következő, 2.2 alfejezetben ismertetésre kerülő tényezőket szükséges érteni, a szembeállított védelem pedig egyrészt egy alkalmazott műszaki-technikai, információs és adminisztratív eszközrendszer – biztonságtechnika – meglétét, másrészt az eszközrendszer egyes részelemeit megfelelő módon kombináló tevékenység – biztonságsszervezés – végzését feltételezi.

2.2 A kórházi szervezetet veszélyeztető tényezők vizsgálata

Az egészségügy az egyik legnagyobb gazdasági és foglalkoztatási ágazat, a munkavállalók jelentős része ezen belül a kórházakban dolgozik hazánkban. Rendszere kiterjedt, komplex folyamatokat és infrastruktúrát ölel fel, így az OSHA és a WHO megítélése alapján is a magas

²⁴ Kockázat alatt a veszélyeztető tényezőhöz rendelhető bekövetkezési valószínűség és az általa okozható egészségkárosodás, anyagi vagy egyéb kár súlyosságának együttes hatása értendő.

²⁵ [155] alapján a szerző saját szerkesztése.

²⁶ Kórházi szervezet alatt összefoglaló néven a tevékenységet, a tevékenységben részt vevő személyeket, a szolgáltatást igénybevevőket, illetve a tevékenységhez szükséges műszaki-technikai infrastruktúrát értem.

kockázatú gazdasági ágazatok körébe tartozik. Az egészségügyi tevékenység és az ott végzett egyéb munka, az üzemeltetés, a működtetés összetett, többféle munkahelyi megterheléssel és egészségkárosító kóroki tényező előfordulásával, illetve ezek kombinálódásával jár. Ugyanígy rendkívül változatos és összetett elemekből tevődik össze az egészségügyi tevékenység ellátásához és kiszolgálásához szükséges műszaki-technikai háttér, ezzel arányosan a veszélyek és hozzájuk kapcsolódó kockázatok is sokfélék. A kórházi szervezetet veszélyeztető tényezőket számos szempont alapján tudjuk csoportosítani, ezek közül az egyik lehetséges felosztás a következő:

- a munkavállalókat, a szolgáltatást igénybe vevőket, a tevékenység hatókörében tartózkodókat;
- a vagyontárgyakat, azon belül az ingatlanokat, ingóságokat és adatvagyont;
- a működés folytonosságát veszélyeztető tényezők.²⁷

A kórházi szervezetet veszélyeztető tényezők a teljesség igénye nélkül az alábbiak:

A munkavállalók, a szolgáltatást igénybe vevők, a tevékenység hatókörében tartózkodók tekintetében:

- biológiai hatóanyagok – mikroorganizmusok, vírusok (kiemelten HIV és hepatitis B), szennyezett vér;
- vegyi anyagok – köztük fertőtlenítő anyagok, érzéstelenítő gázok, antibiotikumok, citosztatikumok, rákkeltő anyagok;
- radiológiai ártalmak, főleg béta- és gammasugárzás;
- váz- és izomrendszeri megterhelések, kiemelten a betegmozgatási, szállítási folyamatok során;
- környezeti tényezők veszélyei (megvilágítás, rezgés, zaj);
- pszichés megterhelést, stresszt okozó tényezők. Minden területen előfordulnak, származhatnak a nagyfokú leterhelésből, a munkahelyi kapcsolatokból, az emberekkel történő foglalkozásból (kiemelten: pszichiátriai kezelés alatt álló vagy végső stádiumban lévő betegek ellátása esetén);
- tüzeset, természeti katasztrófák;
- egyéb veszélyek (esés, vágás, tűszúrás, áramütés, stb.), verbális és nonverbális erőszak veszélye (szóbeli bántalmazás, testi sértés, egyes esetekben emberrablás,

²⁷ A működés folytonosságáról akkor beszélhetünk, ha a tevékenység folyamatosan és korlátozásoktól mentesen megy végbe, biztosított az ahhoz szükséges személyi állomány és infrastruktúra rendelkezésre állása és hozzáférhetősége. További megkülönböztetést tehetünk aszerint, hogy a fent sorolt tényezők a normál intézményi működésből származnak, vagy rendkívüli helyzet esetén fordulhatnak elő.

szexuális bűncselekmények, különböző terrorista tevékenységek)
[144 p.1]

Vagyontárgyak tekintetében:

- tüzeset, egyéb természeti katasztrófák;
- vandalizmus, rongálás;
- gondatlan, hanyag kezelés;
- csalások, lopások, rablások.

Működésfolytonosság tekintetében:

- tüzeset, egyéb természeti katasztrófák;
- robbantással történő fenyegetés;
- külső vagy belső infrastruktúra (elektromos, informatikai, stb.) tartós, huzamos időre történő kiesése;
- a normál működést akadályozó intézményi többletterhelés (járványidőszak vagy tömeges baleset);
- tüntetések, tiltakozások, egyéb civil megmozdulások.

2.3 Biztonságtechnika és biztonságszervezés

A biztonságtechnika jelentésének tekintetében a biztonságfogalomhoz hasonlóan napjainkban szintén nem létezik egységes értelmezés. Egyes szakemberek annak egy szűken vett meghatározásával értenek egyet, miszerint az nem más, mint a tulajdon és a személyek védelmének kérdéseivel foglalkozó tudományok. A biztonságtechnika egy kibővített tartalmának bemutatásához én Kuris Zoltán megfogalmazását veszem alapul:

„A biztonságtechnika a műszaki tudományok tudományterülethez tartozó, a katonai műszaki tudományok tudományág hatókörében lévő, a biztonsághoz, biztonságérzethez fűződő olyan, az egyén és a társadalom biztonságérzetét alapvetően befolyásoló műszaki-technikai eszközök és eljárások kutatásával és a kutatási eredmények alkalmazásával foglalkozó interdiszciplináris tudományok, melynek eredményeit a gyakorlatba ültetve kizárhatóak, vagy megbízhatóan kezelhetőek az egyéni és társadalmi szinten megjelenő fenyegetések.” [104]

Fenti megfogalmazás áll a legközelebb az általam helyesnek és alkalmazhatónak vélt gyakorlati értelmezéshez, mely szerint a biztonságtechnika eredményei a legtöbb tudomány- és szakterület számára biztosítják azt az információs, műszaki-technikai eszköz és eljárásrendszer, amely ahhoz szükséges, hogy a vizsgált területükre jellemző, speciális

biztonsági kihívásokra hatékony választ adhassanak.²⁸ Ezen az analógián továbbhaladva, a szervezetet veszélyeztető tényezőket figyelembe véve kórházi biztonságtechnika alatt mindazon alkalmazott eljárásrendet, műszaki-technikai és információs erőforrást értem, amelyeknek rendeltetése kiküszöbölni vagy elfogadható szintűre csökkenteni azon veszélyforrások kockázatait, amelyek a munkavállalókat, a szolgáltatást igénybe vevőket, a tevékenység hatókörében tartózkodókat, a vagyontárgyakat érhetik az intézményi működés során vagy rendkívüli helyzet esetén, továbbá negatívan hatnak a működésfolytonosságra. [81]

A gyakorlatban ez a személy- és vagyonvédelmi, a katasztrófavédelmi, a munka- és tűzvédelmi, valamint a környezetvédelmi szakmában rendszeresített eszközök és eljárások alkalmazásában testesül meg. Néhány példa a teljesség igénye nélkül:

- a személy- és vagyonvédelem technikai eszközei, behatolásjelző rendszerek, elektronikus megfigyelő és beléptető rendszerek;
- a személy- és vagyonvédelem mechanikai eszközei;
- biztonsági célú infokommunikációs rendszerek;
- a tűzvédelemben alkalmazott oltó- és jelzőrendszerek, passzív tűzvédelmi eszközök;
- egyéni és kollektív védőeszközök;
- gépek, eszközök, berendezések (beleértve az orvostechnológiai eszközöket is) biztonsági berendezései;
- szakmai eljárásrendek, normál működés és rendkívüli helyzet esetére egyaránt;
- tervezési előírások;
- elemzési és értékelési eljárások, a belőlük nyert információk.

A biztonságtechnika mellett a biztonsághoz sokszor kapcsolódó fogalom a szervezés, amely jelentésében a szervezet személyi és tárgyi erőforrásainak összehangolása, optimális kombinálása az előre meghatározott célok megvalósítása érdekében. Ez a szervezeti struktúra kialakítását, az alkalmazandó technológia meghatározását, a folyamatok összehangolását, a munkavégzés rendjének megteremtését, szabályzását jelenti. [44 p.29]

Lényegesnek tartom még megemlíteni a szervezés egy további, fayoli²⁹ értelmezését, aki ezalatt egy adott vállalat anyagi és szociális szervezetének létrehozását értette, a vállalat

²⁸ Azonban ez nem jelenti azt, hogy a biztonsági kihívások pusztán a biztonságtechnika tudomány szak eredményein keresztül kezelhetők hatékonyan.

²⁹ Henry Fayol (1841–1925) Francia származású mérnök, a vezetés tudományban elért eredményeit a mai napig széles körben hasznosítják.

ellátását mindazzal, ami a működéshez szükséges, így anyagokkal, felszereléssel, tőkével és személyi állománnyal. [44 p.111]

A két fogalomból kiindulva a kórházi biztonságsszervezés az a tevékenység, amelynek célja az adott körülmények közt megvalósítható, legmagasabb biztonsági szint elérése³⁰ a biztonságtechnikai eszközrendszer tárgyi-műszaki, információs elemeinek és eljárásrendjeinek optimális arányú és hatékonyságú biztosításán, alkalmazásán keresztül. A fayoli értelmezés szellemében a biztosítás ebben a meghatározásban már nem kizárólag a folyamatok megteremtését, szabályzását, az intézkedések összehangolását jelenti, hanem magába foglalja az anyagi feltételrendszer megteremtését is, így a pénzügyi források biztosítását, allokációját célzó gazdasági feladat végrehajtása, ha közvetve is, de a biztonságsszervezési tevékenység³¹ részének tekintendő. Ennek körében a kórházi gyakorlatban a következő feladatokkal találkozhatunk, szintén a teljesség igénye nélkül:

- a veszélyeztető tényezők teljes körű feltárása, a kockázatok elemzése, értékelése;
- biztonsági szervezet kialakítása, személyi állomány biztosítása;
- munkakörök tervezése;
- a szükséges technikai feltételek meghatározása;
- a telepítési tevékenységek koordinálása;
- biztonsági rendszerek üzemfenntartásának szervezése;
- ellenőrzés;
- szabályzatok, utasítások, tervek készítése, intézkedések kiadása;
- biztonságstudatosság fejlesztése;
- koordináció;
- folyamatok biztonsági szempontú elemzése.

A fogalmak értelmezése után a biztonság-biztonságtechnika-biztonságsszervezés hármásának kapcsolatát jelen alfejezetben leírtak alapján röviden az alábbiak szerint lehet összefoglalni: a biztonság egyfelől egy dinamikusan változó állapot, más megközelítésben egy elérendő cél, az ideális, veszélymentes állapot, a biztonságtechnika eszköz, a biztonságsszervezés pedig az eszközökkel való gazdálkodás és azok alkalmazása a cél elérése érdekében.

³⁰ A feltárt biztonsági szükségletek kielégítésén továbbá a józan műszaki megfontolások alapján tervezhető bekövetkezési valószínűségű események kockázatainak kivédésén, mérséklésén keresztül.

³¹ Biztonságsszervező az a személy, akinek szakterületétől függetlenül fő feladata ezen tevékenységek személyes végzése és/vagy azok szakmai koordinálása, irányítása.

2.4 A kórházbiztonság fogalma

Az előző alfejezetekben értelmeztem a biztonságtechnika és biztonságsszervezés fogalmát, részletesen feltártam a kórházi szervezetet veszélyeztető tényezőket. Magának a biztonságnak azonban ezidáig csak egy általános meghatározását adtam, a továbbiakban szükséges a kórházbiztonság, mint a biztonság egy konkrét területre, tárgyra vonatkoztatott értelmezése.

Mivel az egészségügy deklaráltan betegközpontú, ezáltal a kórházi intézményrendszer is az, a szolgáltatást igénybe vevők oldaláról pedig a biztonságosnak tekintett kórház egyik legfőbb kritériuma maga a tevékenység, az ellátás biztonsága, ezért annak minden szempontból, így a fogalomalkotás szempontjából is kiemelt figyelmet kell kapnia.

A fogalomalkotó, miközben igyekszik meghatározni a saját biztonságfogalmát, a munka során természetesen arra a szakmai tartalomra koncentrál, melyre kutatási területének kompetenciája kiterjed, azon belül határol be bizonyos paramétereket és szempontokat, melyek között mozogva szűkíti konkrét tárgyra a széles körben használt biztonság kifejezést. [106] Felmerül azonban a kérdés, miszerint a kórházbiztonság fogalmának meghatározásakor képesek vagyunk-e teljes körűen és megbízhatóan visszatükrözni a tevékenység biztonságára vonatkozó elvárásokat pusztán a már ismertetett veszélyeztető tényezők, a biztonságtechnika és a biztonságsszervezés hármass relációjában?

„Maga a kórház a beteg, vagy akut állapotban lévő emberek ellátására, gyógykezelésére, ápolására, fektetésére szolgáló intézményrendszer, amelyik gondoskodik a beteg emberek életszükségleteinek kielégítéséről is.” [97] A kórházat tehát már eleve olyan személyek keresik fel, akiknek lelki vagy testi épsége valamilyen mértékben, akár súlyosan is, károsodott.

Ellátásuk során az őket érő egészségkárosító kockázatok közé tartoznak többek közt az ún. nem kívánatos eseményekből származó kockázatok is, a megbetegedésre adott kezelés negatív következményei, olyan ártalmak, amelyet az egészségügyi beavatkozás vagy annak elmaradása és nem maga a betegség okozott. Kimenetelük egyes esetekben a beteg halálához is vezethet, komoly károkat, szenvedést okozhatnak. A nem kívánt események közé tartoznak többek közt a nozokomiális fertőzések,³² a helytelen diagnózis alapján elvégzett beavatkozások, gyógyszerelési hiányosságok, a nem megfelelő terápiás kezelés kiválasztása, amely egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó, megelőzhető halálozási okok vezető helyet foglalnak el az országok mortalitási statisztikáiban. A betegeket érintő ezen kockázatok

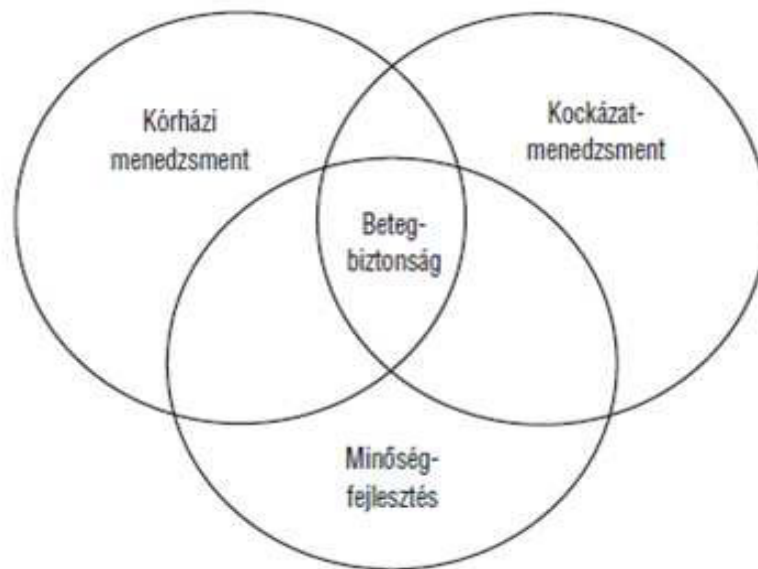
³² Olyan fertőzések, amelyek az egészségügyi ellátás következtében, azzal összefüggésben alakulnak ki.

meghatározása, analízise és kezelése, valamint a betegellátás során kialakuló, nem kívánt hatások elkerülését, megelőzését vagy korrigálását célzó tevékenységek végrehajtása az ellátás biztonságosabbá tétele érdekében nagyrészt a betegbiztonság szakterületére tartozik. [57]

A betegbiztonság napjaink egyik jelentős kutatási területe, a tudományos térben elhelyezve az a minőségfejlesztés, kockázat-menedzsment, illetve a kórházi menedzsment határterülete, de „nem csupán a minőség, kockázat-elemzés, szervezeti kultúra egy szelete, hanem mind együtt és új formában.” (6. ábra) [105]

Az ellátáshoz kapcsolódó veszélyeztető tényezők kizárásán túl, a már eleve károsodott egészségi állapot okán, kiemelten fontos a gyógyítási folyamat szolgáltatást igénybe vevők szempontjából értelmezett hatékonysága is. Ezen hatékonyság a gyakorlatban azt jelenti, hogy a beteg az egészségügyi ellátás eredményeként a lehető legrövidebb idő alatt, a legkisebb fájdalommal, a legkevesebb kényelmetlenséggel képes visszanyerni jó egészségi állapotát, miközben mindemellett természetesen végig megőrzi emberi méltóságát. [107]

Bár ezen elvárás szintén a minőségre vonatkozó követelménynek³³ részeként is értelmezhető, mégis a betegbiztonság szempontjából kiemelt jelentősége miatt fontosnak tartom külön kihangsúlyozni.



6. ábra [105]
A betegbiztonság összetevői

³³ MSZ EN ISO 9000:2005 szabvány alapján a minőség annak mértéke, hogy mennyire teljesíti a saját jellemzők (itt: biztonságra vonatkozó) egy csoportja a követelményeket. A követelmény pedig olyan kinyilvánított igény vagy elvárás, amely általában magától értetődő vagy kötelező. [33]

Az egészségügyi törvény deklarálja, hogy az egészségügyi szolgáltatás megfelelő minőségének alapvető feltétele, hogy [...] biztonságos legyen mind a betegek, mind az ellátásban közreműködők részére. [5]

Az előző alfejezetben értelmezett biztonságtechnikai eszköztár, és biztonság szervezési tevékenység önálló alkalmazása az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó veszélyeztető tényezők bekövetkezési valószínűségét és azok súlyosságát nem képes lényegesen csökkenteni, az általuk garantálható működésfolytonosság a tevékenység folyamatosságára, korlátozásoktól való mentességének biztosítására terjed ki, nem javítja jelentős mértékben annak minőségét és egyben hatékonyságát, ezáltal a betegbiztonságot.

Ezen célokat az intézmények szervezési részről többek közt a munkatársak megfelelő szemléletének kialakításával, a nem kívánatos eseményeket bejelentő rendszer működtetésével, az események elemzésével és vizsgálatával, a szervezeti kultúra fejlesztésével, a különböző kockázatkezelő rendszerek kialakításával, pontosan meghatározott szakmai protokollok, és etikus eljárásrendszerek implementálásával, megfelelő kommunikációs metódusokkal, rendszeres továbbképzéssel, szakmai fejlesztéssel képesek elérni. Műszaki-technikai oldalról ugyanezt a kórházi infrastruktúra jó állapota, a kor technikai színvonalának megfelelő és az ellátás jellegéhez maximálisan igazodó gépek, berendezések használata, betegazonosító rendszerek alkalmazása és a jól szervezett kórházi logisztikai folyamatok szolgálják. [57]

Mindemellett lényeges hangsúlyozni a biztonság szervezés betegbiztonság szempontjából vett jelentőségét. A szakterületek közt számos olyan „interfész” azonosítható, ahol azok egymáshoz, és így a szolgáltatást igénybe vevők biztonságához szorosan csatlakoznak, az orvosi műhibákhoz vezető faktorok egy jelentős része például munkavédelmi kérdésekre vezethető vissza. A teljesség igénye nélkül a munkavédelem területére tartozik többek közt az ellátást végzők leterheltségének csökkentése, vagy azon munkahelyi környezetből származó veszélyeztető tényezők kiküszöbölése (zaj, megvilágítás) amelyek adott esetben nem csak az ellátást végzők egészségét károsíthatják, hanem rajtuk keresztül előidézői lehetnek a betegbiztonság szempontjából értelmezett nem kívánt eseményeknek is.³⁴

A kutatás egyik lényeges és sajnálatos gyakorlati tapasztalata azonban, hogy az egészségügyi szakemberek jelentős része ezen tekintetben rendkívül periférián kezeli a kórházakban a biztonság szervezési feladatokat, ritkán tartják őket igazán fontosnak a betegbiztonság szempontjából. Teszik ezt annak ellenére, hogy a vonatkozó elvárások

³⁴ Érdeemes végiggondolni továbbá, a hiányos tüzmelőzési intézkedések okán egy műtéti eljárás megszakításának milyen következményei lehetnek a beteg biztonságára nézve, vagy azt, hogy az ellátás során alkalmazott egyéni védőeszközök védőképessége nem csak a páciens-orvos, de orvos-páciens irányban is hat.

taxatívén visszatükrözödnék többek közt a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok előírásai között is, amelyek bár főleg orvosszakmai szervezési, tárgyi és személyi követelményeket fogalmaznak meg, de ezekkel együtt lényegi részben érintik a biztonságsszervezéssel kapcsolatos elvárásokat is. **A jövőre nézve kiemelt feladat elérni hazai kórházainkban, hogy a biztonságsszervezési kérdések megkerülhetetlenek legyenek a betegbiztonsági intézkedések tervezésénél és szervezésénél is, a szakmának meg kell értetnie az egészségügy többi szereplőjével azok fontosságát, hiszen csak a két terület egymással együttműködve lehet záloga egy biztonságos kórház kialakításának.**

Mindezek ismeretében a bevezetőben feltett kérdésekre, mely szerint a kórházbiztonság fogalmának meghatározásakor képesek vagyunk-e teljes körűen és megbízhatóan visszatükrözni a tevékenység biztonságára vonatkozó elvárásokat pusztán a már ismertett veszélyeztető tényezők, a biztonságstechnika és a biztonságsszervezés hármás relációjában, a válasz egyértelműen: nem. A fogalom nem lehet teljes az ellátás minőségére és a hatékonyságára vonatkozó követelmények bevonása nélkül, amelynek eleget téve tehát **kórházbiztonság:**

A kórházi célrendszert megvalósítandó folyamatokból, az üzemeltetett technológiából, a tevékenységet végző személyi állomány sajátosságaiból származó minden olyan kockázati tényező kizárása, vagy elfogadható szintűre történő csökkentése, amely veszélyezteti az intézményi vagyont, a munkát végzők és a tevékenység hatókörében tartózkodók testi-lelki épségét, és/vagy hátrányosan befolyásolja az egészségügyi ellátás folyamatosságát, hatékonyságát és minőségét, ezáltal közvetve, vagy közvetlenül a szolgáltatást igénybe vevők egészségi állapotát.

2.5 A biztonságsszisztem és környezetének értelmezése

A tudományos problémában érintett biztonságsszal kapcsolatos fogalmak tartalmi tisztázása után a továbbiakban a biztonság-biztonságstechnika-biztonságsszervezés fogalmi hármás kórházi szervezetben betöltött helyének és szerepének vizsgálata szükséges ahhoz, hogy a célkitűzésekben megfogalmazott módon, elméleti oldalról bemutassam, a célrendszem és működési sajátosságok milyen interakciók útján, milyen módon okozzák a biztonságsszervezéssel kapcsolatos nehézségeket. Ennek eszközéül az általános rendszerelmélet eredményeinek jelen téma szempontjából történő alkalmazását választottam. A kidolgozásánál nem volt célom a tárgyhoz kapcsolódó fogalmak és összefüggések

részletekbe menő ismertetése, a rendszerelmélet, mint szemléleti keret³⁵ megértéséhez az alapfogalmak tisztázása elegendő információt biztosít. Az alfejezet második részében a biztonsági kihívások minőségi jellegére térek ki, a védelem kialakításával és működtetésével kapcsolatos szakmai követelmények közül a komplexitás, az egyenszilárdság és dinamizmus kérdéskörének tárgyalásával.

2.5.1 A biztonsági rendszer meghatározása

Maga a *rendszer* különböző, egymáshoz kapcsolódó elemek halmaza, amelyek egy vagy több cél megvalósítása érdekében együttműködnek, és az egyes elemek „meghatározott körülmények közt, mint egész tudnak szerepelni, akár a valóságban, akár az ember fogalmi tevékenységében.” [55 p.51]

A rendszerek lehetnek *egyszerűek* vagy *összetettek*. Egyszerűek, ha további alrendszerre nem bonthatóak, összetettek, ha felépítésük *további al- és/vagy részrendszerekre* bontható, amelyek szintén funkcionálhatnak teljes értékű rendszerként. [153 p.1]

A rendszer elemeinek egymással való kapcsolatát, a rendszerben végbemenő állapotváltozások sorozatát *folyamatnak* nevezzük. A rendszerek irányítása történhet *vezérléssel* (beavatkozással a folyamatokba) vagy *önszabályozással*. [65 p.13]

Az előző részekben a biztonságot, mint célt, egy megkívánt és létrehozott – létrejött – állapotot írtuk le, így a biztonság, mint rendszer, önmagában a vonatkozó fogalom alapján nem értelmezhető. A biztonsági rendszert csak a cél – biztonság – az eszköz – biztonságtechnika – és az eszközök alkalmazásának – biztonságsszervezés – hármas relációjában írhatjuk le.

Minden racionálisan irányított szervezet,³⁶ mint rendszer, fennállásának értelme a működésével kapcsolatban megfogalmazott célok elérése. A kórház, mint szervezeti rendszer, egy vállalathoz hasonlóan három, jól elkülöníthető, funkcionális alrendszerből épül fel: üzleti-gazdasági, szolgáltatási és informatikai alrendszerek, negyedikként jelenik meg benne az előző hármat átfogó biztonsági rendszer. [93 p.8] A rendszerszemléletű megközelítés alapján a biztonsági rendszer működésének lényege a befogadó rendszer, jelen esetben a kórház, stratégiai és operatív céljainak megvalósítása, azok támogatása.

³⁵ A rendszerelméleti és rendszerszemléleti megközelítést az értekezésben egymás szinonimájaként használom.

³⁶ A szervezet fogalma a rendszerelméleti megközelítés szerint: „olyan nyílt rendszer, melyeket emberek és eszközök együttesen alkotnak, tudatosan létrehozott és működtetett képződmények, bennük összehangolt tevékenység folyik, és amelyekben egy közös cél érdekében dolgoznak.” Ilyen szervezet rendkívül sokféle ismert, azok lehetnek gazdasági, politikai, közigazgatási szervezetek és közszolgáltató jellegűek, mint az egészségügyi tevékenységet végző szervezetek, köztük a kórházak. [47 p.153]

Minden szervezet céljainak elérését különböző kockázatok fenyegetik, amelyeket azok jellemzői szerint csoportosíthatunk, így beszélhetünk környezeti, pénzügyi, működési, humán kockázatokról. A kockázatok kivédése, hatásainak csökkentése a hosszú távú, fenntartható fejlődést maximálisan szem előtt tartva szintén a különböző alrendszerek feladata, amelyek közül a biztonsági rendszer funkciója, feladata a biztonsági kockázatok kezelése. Biztonsági kockázat alatt azokat, a korábban már vizsgált veszélyeztető tényezőkből származó kockázatokat értem, amelyek hatása a biztonságtechnikában alkalmazott eszközökkel és eljárásokkal csökkenthető, vagy megszüntethető. A biztonsági kockázatok negatív hatásukat mind az egészségügyi szolgáltatással, mind a humán erőforrás-gazdálkodással, mind a pénzügyi-gazdasági tevékenységgel kapcsolatosan kitűzött célok tekintetében kifejthetik a tárgyi-személyi erőforrásokban okozott közvetlen kár, vagy a folyamatokban keletkezett diszfunkcionalitáson keresztül. **Éppen ezért lényeges a kórház számára olyan biztonsági rendszer működtetése, amely a célok elérését a lehető leghatékonyabban támogatja a biztonsági kockázatok kiküszöbölésén, csökkentésén keresztül.**

2.5.2A biztonsági rendszer környezetének értelmezése

A biztonsági rendszer egyik leglényegesebb tulajdonsága, hogy nyitott rendszernek tekinthető, a környezetével kölcsönhatásban áll, azzal anyag vagy információcserét valósít meg. A rendszer környezete olyan elemek és lényeges tulajdonságok halmaza, amelyek megváltozása a rendszer állapotának megváltozását is jelenti, más megfogalmazásban a környezet a rendszer elemeivel aktív kapcsolatban álló elemek halmaza. A biztonsági rendszer hatékonysága bár alapvetően a belső folyamatok, az elemek közt fennálló kapcsolatok milyenségének függvénye, azonban a további, funkcionális alrendszerekből, valamint a kórházi szervezetet, mint befogadó rendszert érő külső környezeti hatásokból származó inputok is számottevő mértékben képesek befolyásolni annak működését. A rendszer határainak konkrét elkülönítése a gyakorlatban ritkán lehetséges. Annak eldöntése, mi tartozik a biztonsági rendszerhez, mit azonosítunk külső környezeti elemként, szintén az adott vizsgálati cél függvénye. Egyes kutatók a rendszerek környezetét általános és különös külső környezetre osztják fel, amely megközelítésben az általános környezethez azok az elemek tartoznak, amelyek paramétereit a vizsgált rendszer érdekében befolyásolni nem képes, azokhoz alkalmazkodnia szükséges. A különös környezet azokat a speciális külső elemeket jelenti, amelyek az adott rendszerrel közvetlen kapcsolatban állnak és a legnagyobb hatást gyakorolják annak működésére, továbbá köztük a kölcsönhatások mértéke a közvetlen hatás miatt magasabb. [55 pp.53–57]

A rendszerek környezeti szintjeinek ezen elhatárolása, illetve egyáltalán maga a környezet elhatárolása nem könnyű feladat, azt mindig esetileg, a vizsgálati cél sajátosságainak megfelelően szükséges megtenni. A kórházi biztonsági rendszer esetében általános külső környezetként a kórházi szervezet, mint befogadó rendszer jogi, gazdasági, társadalmi, műszaki-technológiai környezetét célszerű meghatározni, amelyeket a továbbiakban a biztonsági rendszer makrokörnyezeteként azonosítok. A befogadó szervezeten belüli alrendszerek a biztonsági rendszerre lényegesen jelentősebb hatást gyakorolnak, így annak különös környezeteként, mikrokörnyezeteként funkcionálnak, melynek elemeit a teljesség igénye nélkül a szervezet struktúrája, a döntéshozatali, irányítási folyamata, a tevékenységi kör, a szolgáltatást igénybe vevők, a munkavállalók sajátosságai, a feladatok ellátásához szükséges műszaki infrastruktúra alkotja. A biztonsági rendszer makro- és mikrokörnyezeteként ily módon azonosított elemek tartalmukban lefedik a bevezetőben vázolt működési sajátosságként azonosított tényezőket.

2.6 A biztonságsszervezési nehézségek minőségi jellege

A biztonságsszervező szakemberek körében mára axiómaként elfogadott, hogy a biztonságot komplexen kell értelmezni és megteremteni, a működést veszélyeztető tényezőkkel szembeállított védelmi intézkedések minden esetben a feltárt kockázatokkal arányos mértékűek legyenek, és egyenlő szilárdságú védelmet valósítsanak meg. Szintén alapvetés, hogy a biztonság szintje nem hosszú távon adott, statikus állapot, egyes esetekben az akár percről-percre változhat, amelyet a felelős személynek erő-eszköz bővítésével, csoportosításával, átszervezésével le kell tudnia követni. A szakembereknek így minden biztonsági rendszer tervezésénél maximálisan szem előtt kell tartani és érvényesíteni a komplexitás, az egyenszilárdság, és a megfelelő rugalmasság követelményeit. A fogalmak további pontosítása miatt lényeges kitérni rá, hogy a biztonság komplex értelmezése, komplex szemlélettel történő megközelítése a gyakorlatban nem jelentheti célként egy, rendszerelméleti megközelítésben komplex biztonsági rendszer létrehozását.

A komplex rendszerek alapvető tulajdonsága ugyanis az alrendszerek, elemek között létrejövő szinergia, „a részek közötti kölcsönhatás, amelynek eredményeképpen viselkedésük megváltozik, az egész rendszer minőségileg új, a részek tulajdonságaitól eltérő

viselkedésmintát követ. [...] A részek vizsgálatából nem jósolható meg az egész viselkedése, a globális tulajdonságok új törvényszerűségeket³⁷ követnek.” [118]

A komplex biztonság elmélete az ember-technika-környezet egy rendszerként történő megközelítéséből indul ki. Komplex biztonsági szemlélettel mindazokat a kockázatokat kívánjuk felderíteni, „és az egzakt tudományosság mai lehetőségeinek felhasználásával meghatározni, számszerűsíteni, amelyek a rendszer (ember-technika-környezet) összetevőinek bármelyikétől származnak.” [116] Mindemellett a veszélyeztető tényezőkkel szembeállított intézkedések tervezésénél törekszünk az összes olyan elérhető védelmi megoldás felderítésére, felhasználására, meghatározott arányú kombinálására, amelynek alkalmazása segít az adott körülmények közt racionálisan megvalósítható, lehető legmagasabb biztonsági szint elérésében.

Ebben az aspektusban *komplexitáson* a szó hétköznapi használatban elterjedt jelentése szerinti teljes körűséget, mindenre kiterjedőséget értjük, mind a veszélyeztető tényezők feltárásban, mind a velük szembeállítható intézkedések tervezésében. A 7. ábrán látható háromszög példa egy adott vagyónvédelmi feladat megvalósítása során az elérhető védelmi elemek egymásra épülő, komplex alkalmazására:



7. ábra [104]
Védelmi háromszög

³⁷ Példaként említhető a sejt, amely „számos olyan, önmagában véve holt kémiai anyagból áll, amelyek külön-külön nem rendelkeznek az életmegnyilvánások teljességével, a kölcsönhatások sajátos módja révén azonban egységes egészet alkotnak, a sejtet, amely viszont már az élő anyag tulajdonságaival is rendelkezik, anyagcsere, ingerlékenység, növekedés és önreprodukció jellemzi.” [55 p.62]

Összefoglalóan a komplex biztonsági szemlélet a kockázatok teljes körű azonosítását és a védelem tervezése során minden olyan eszköz feltárását és számba vételét jelenti, amelyek segítségével az elvárt biztonsági szintet minél nagyobb mértékben vagyunk képesek megközelíteni.³⁸

Az *egyenszilárdság* kifejezés alatt a szakmai terminológiában általánosan elterjedt jelentésében azt értjük, hogy egy adott veszélyeztető tényezővel szembeállított védelem minden pontján a kockázattal arányos, egyforma erősségű, ellenálló képességű intézkedések alkalmazása valósul meg.

Rendszerszemléletű megközelítésben az egyenszilárdság adott védelmi funkciót megvalósító alrendszer rendszerlemeire vonatkoztatandó. A rendszerlemek, megoldástól függően, térben és időben elkülönülve, vagy logikailag vertikális rendbe szervezve, egymásra épülve teljesítik feladatukat. Egyes védelmi elemek szerepüket pedig csak egy másik elem kiesése esetén töltik be, az elem kiesése, leküzdése szolgálat inputként egy másik rendszerlem állapotának megváltozásához.³⁹ Ez a fajta logika természetesen helytálló, mindamelllett véleményem szerint magasabb fokú biztonságot tudunk megvalósítani, ha a biztonsági rendszerünk tervezésénél nem egy azonosított veszélyeztető tényező oldaláról, hanem mindig egy védelmi cél felől közelítjük meg a kérdést. Ebben az értelemben akkor beszélhetünk egyenszilárdságról, ha a védelmi célt tekintve az összes feltárt veszélyeztető tényezővel szemben megfelelő erősségű és hatékonyságú, kockázatarányos védelem van állítva, az egyenszilárdságot nem csak egy alrendszer elemeire, hanem az adott funkciót betöltő, vagy betölteni képes rendszerlemekekből álló alrendszerekre vonatkoztatjuk.

Az informatikai biztonságból hozott gyakorlati példával szemléltetve, ha védelmi cél egy adott információ bizalmosságának megőrzése, a szándékolt illetéktelen hozzáférés megakadályozására hozott szigorú intézkedések ellenére – határvédelem, fizikai biztonsági intézkedések – nem lehet a bizalmosság tekintetében a védelmet egyenszilárdságúnak tekinteni, ha például a gondatlanságból elkövetett cselekményeket figyelmen kívül hagyjuk, vagy az ellene való védelmet nem a kockázatokkal arányosan módon alakítjuk ki. Ezt a szakmában jellemzően adminisztratív eszközökkel (úgy mint szabályzás, oktatás, ellenőrzés, stb.) valósítják meg.

³⁸ A komplex biztonsági szemléletmód a gyakorlatban a biztonsági rendszer működésére vonatkoztatva azonban azt jelenti, hogy a rendszer elemeinek száma változik (határai közé egyre több dolgot vonunk be, illetve kevesebb tényezőt azonosítunk, mint a rendszer külső határa), az elemek közti aktív kapcsolatok száma megnő, azok egyre bonyolultabbá válnak, amely a rendszer összetettségi fokát is megnöveli. Ennek alapján elmondható, a komplex biztonsági szemlélettel megvalósított védelem szándékunktól függetlenül a rendszerelméleti értelemben vett komplex biztonsági rendszer kialakulását segít(het)i elő.

³⁹ Például elektronikus behatolásjelző rendszer.

További, a biztonságsszervezéssel kapcsolatban említett axióma, hogy a biztonság szintje nem hosszú távon adott, statikus állapot, az akár percről-percre változhat, amelyet a felelős személynek új erő-eszköz bevezetésével, a meglévők bővítésével, csoportosításával, átszervezésével le kell tudnia követni. Ezen jelenséget nevezik a biztonság dinamizmusának. A változásokat a biztonsági rendszerben történő események, vagy a rendszer környezetéből származó inputok okozzák. A korrekció, amire képesnek kell lennünk, pedig maga a rendszer vezérlése, amelynek célja annak kívánt állapotba történő visszaállítása.

Mint már tudjuk, száz százalékos biztonság nem létezik, de a felelős szakemberek elsődleges célja olyan rendszert tervezni és működtetni, amivel képesek lehetnek azt a lehető legjobban megközelíteni. Ehhez alapvető fontosságú a feladat komplex szemlélettel történő vizsgálata, a feltárt, veszélyeztető tényezőkkel szembeállított, mind elem, mind az alrendszerek szintjén egyenszilárdságú védelem kialakítása, és képesség a rendszerben végbemenő, annak lényegi működésére ható változások megfelelő kezelésére.

A kórházi biztonságsszervezési tevékenység során a célrendszer és egyes működési sajátosságok miatt ezen alapvető követelményeknek nem vagyunk képesek eleget tenni, a lényeges védelmi célokat tekintve nem tudjuk a védelmet egyenszilárdságúan kialakítani, illetve komplexen alkalmazni az egyébként rendelkezésre álló védelmi megoldásokat.

Gyakorlati példának egy, a biztonság dinamizmusával kapcsolatos, nagyon érdekes, más területen alig előforduló és ezért kiemelésre érdemes jelenséget mutatok be, amely az egyén szükségleteire vezethető vissza. Cselekedeteinek mozgatórugói mögött ugyanis különböző szükségletek kielégítésének igénye állhat, amelyek leggyakrabban biológiai, pszichés vagy társas okai lehetnek. Ez a szükséglet az, amely az egyén cselekvését aktiválja, irányítja és fenntartja. Minél erősebb a motiváció, annál hevesebb és annál fókuszáltabb lesz a cselekvés. A motivációval foglalkozó elméletek közül az egyik leghíresebb, és a legtöbbször hivatkozott Abraham Maslow nevéhez köthető, aki szerint az ember különböző biológiai, pszichés és társas szükségletei hierarchikus elrendeződést mutatnak. Ebben a hierarchiában a magasabb szinten elhelyezkedő igények kielégítése az alacsonyabban lévők kielégítettségének függvénye. Maslow a szükségletek öt szintjét különítette el, amelyeket a legtöbb esetben piramisszerűen ábrázolnak (8. ábra). Ezek közül számunkra az első kettő, a fiziológiai és a biztonsággal kapcsolatos szükségletek lényegesek. Az élettani, fiziológiai szükségleteknek nevezzük azokat, amelyek az ember biológiai fennmaradást szolgálják. Ezek közé tartozik a levegő, étel, ital, alvás, mozgás, megfelelő hőmérséklet, egészség, a fájdalom kerülése. A hierarchiának csak a következő szintjén helyezkednek el a biztonsági szükségletek, úgy mint

fizikai biztonság, stabilitás, rend, kiszámíthatóság, szervezettség, törvény, védelmező erő és hasonló iránti igény. Kielégítetlenségük esetén az egyénben félelem és szorongás jelenik meg. [85 pp.321–323]



8. ábra [91 p.68]
A maslowi szükséglet hierarchia

A kórház a célrendszer okán már eleve olyan személyek keresik fel, akiknek a testi vagy lelki épsége valamilyen mértékben, akár súlyosan is, károsodott, ezáltal válik a kórház maslowi értelmezésben a fiziológiai – élet, egészség – szükségletek kielégítésének fontos helyszínévé. Az pedig, hogy egy felső szintre való igény – biztonság – csak akkor kerül előtérbe, ha az alsóbb szinteken lévők maximálisan kielégítettek, a gyakorlatban rendkívül erősen érezhető is a szolgáltatást igénybe vevők hozzáállásában a biztonság szervezési, különösen a hozzáférést szabályzó (beléptetéssel kapcsolatos) intézkedésekkel szemben.

Kórházi körülmények között egy új értelem nyer ugyanis a biztonság dinamizmusa, amely ebben az aspektusban olyan tudati formaváltozást is jellemez, amit a védelmet szervezők csak igen nagy erőfeszítések árán, vagy sehogy sem tudnak lereagálni. A megváltozott, javult, fizikai, esetleg pszichés állapot után a beteg már fokozott érdeklődéssel fordul a biztonsági dimenziók és értékek felé (védelem a bántalmazással szemben, vagyontárgyainak védelme), hiszen megváltozott az a kóros testi, illetve lelki állapot, ami eddig ellene hatott, és amely igényeket erő, eszköz átcsoportosításával, szervezési intézkedésekkel nem, vagy csak nagyon nehezen vagyunk képesek kezelni. Az értekezés további fejezeteiben rámutatok, a megoldás egyes elemeiről éppen az egyén alacsonyabb

rendű igényei miatt mondunk le, hogy ne gátoljuk a kórház célrendszeréből származó alapfeladat hatékony ellátását, a szolgáltatás igénybevételét, hozzáférhetőségét. [107]

2.7 A fejezet összefoglalása, következtetések

Azon szakembereknek, akiknek feladata egy adott biztonsági rendszer kialakítása, tisztában kell lenniük a vonatkozó szakmai fogalmak működési területükre jellemző, pontos értelmezésével, valamint azzal, hogy egyetlen folyamat és jelenség sem vizsgálható, értékelhető, fejleszhető az összrendszeri kapcsolatok és külső összefüggések figyelembe vétele nélkül. Az interakciók jellegének feltárásával, minőségi, adott esetben mennyiségi elemzésével lehetünk képesek a szervezeten belüli alrendszerek összhangjának megteremtésére, a környezethez történő alkalmazkodóképesség kifejlesztésére, amely lényegi fontosságú a rendszer hatékony működése szempontjából. [55]

Minél jobban megértjük működési területünk sajátosságait, szervezetünk környezetét, annál jobb rendszert vagyunk képesek tervezni bele, [158] mely állítás különösen igaz egy olyan speciális területen, mint a kórház, ahol a környezetnek – a kórházi szervezet működési sajátosságainak – való kitettség a biztonságszervezési tevékenységre gyakorolt negatív hatásokon keresztül nagymértékben képes a biztonsági rendszer diszfunkcionalitását, elégtelen működését okozni. Ezért lényeges a biztonsági menedzsmentben megtanulni és alkalmazni a rendszerszemléletű gondolkodást, pontosan megismerni, helyesen azonosítani a rendszerünk külső környezetének határait, hogy a belőlük származó hatásokra adekvát válaszokat adhassunk.

Ennek elősegítése érdekében **a fejezetben célirányos elméleti megközelítésben vizsgáltam** a biztonság és kapcsolódó fogalmainak értelmezését kórházi környezetben, **elemeztem** a biztonsági rendszer helyét, szerepét, feladatát a célokat megvalósító kórházi folyamatok tekintetében.

Elméleti megközelítésben feltártam, a kórházi célrendszer és működési sajátosságok milyen interakciók útján, milyen módon okozzák a biztonságszervezéssel kapcsolatos problémákat, **vizsgáltam** azok általános, minőségi jellegét.

Betegbiztonsági **összefüggések feltárásával igazoltam**, hogy a kórházbiztonság kifejezés biztonságtechnikai szemléletű felfogása nem ad megfelelő értelmezést a gyakorlatra vonatkozóan, **meghatároztam** továbbá a kórházbiztonság egy lehetséges, egzakt, a célrendszert és a működési sajátosságokat teljes körűen figyelembe vevő fogalmát.

Az értekezés következő fejezetében a meghatározott logikai rend és szemléletű keret mentén a kórházi biztonsági rendszert érő, makrokörnyezetből származó hatásokat elemezve

mutatom be, melyek azon kórházi működési sajátosságok, amelyek jellegüknél fogva nagymértékben kihatnak az intézményi biztonságra, feltárom azok gyakorlati okát és elemzem hatásukat a védelem szervezésére.

„Uram, adj türelmet, hogy elfogadjam, amin nem tudok változtatni, adj bátorságot, hogy megváltoztassam, amit lehet, és adj bölcsességet, hogy a kettő között különbséget tudjak tenni”

/Assisi Szent Ferenc imája/ [133]

3. FEJEZET

A biztonsági rendszer makrokörnyezetének vizsgálata

A kórházi biztonsági rendszer fő feladata a biztonsági kockázatok kezelése, amelyek negatív hatásukat mind az egészségügyi szolgáltatással, mind a humánerőforrás gazdálkodással, mind a pénzügyi-gazdasági tevékenységgel kapcsolatosan kitűzött célok tekintetében kifejtetik a tárgyi-személyi erőforrásokban okozott közvetlen kár, vagy a folyamatokban keletkezett diszfunkcionalitáson keresztül. Ahhoz, hogy ezek a kockázatok a rendszer számára hatékonyan kezelhetők legyenek, első lépésben meg kell ismerni őket. A gyakorlatban ez az ún. kockázatértékelési eljárás keretein belül valósul meg, amely eljárás egy teljes körű veszélyazonosítási, megismerési folyamatként értelmezhető, és amelynek része a feltárt veszélyeztető tényezőkből származó kockázatok becslése, elemzése és elfogadhatóság szempontjából történő kiértékelése. A kockázatértékelés egy szélesebb körű tevékenység, a kockázatmenedzsment kiemelten fontos része, amely a kockázatok megismerésén kívül azok kezelésére, kézbe tartására hozott intézkedések összessége. A teljes kockázatmenedzsmenti folyamat általánosságban az alábbi főbb lépésekből áll:

- információgyűjtés, a kockázatértékeléshez alkalmazott módszer kiválasztása, hatásterület meghatározása;
- a veszélyek, veszélyforrások azonosítása;
- a veszélyeztetettek (személyi, tárgyi erőforrások) azonosítása;
- a kockázatok becslése, elemzése, kiértékelése;
- intézkedési terv meghatározása (elkerülés, csökkentés, elfogadás, megosztás, áthárítás stb.), a kockázatos súlyosság szerinti rangsorolása;
- az értékelés megállapításainak és az intézkedési terv írásba foglalása;
- a kockázatértékelés megállapításainak ismertetése az érintettekkel, kockázatkommunikáció;
- az intézkedési tervben foglaltak végrehajtása, leggyakrabban a kockázatok csökkentése műszaki, személyi, szervezési eszközökkel;
- a végrehajtás ellenőrzése;
- rendszeres felülvizsgálat.

A különböző kockázatértékelési eljárások tárgyalása nem képezi jelen értekezés témáját, a lehetséges módszerek fajtáját minden esetben a vizsgálandó tevékenység sajátosságai, az alkalmazott technológia, munkafolyamat és eszközök – tárgyi infrastruktúra – determinálják, illetve adott módszer alkalmazhatósága mellett meghatározzák a vizsgálat személyi körét, hatásterületének szervezeti és földrajzi kiterjedését.

Ahogy az a második fejezetben ismertettem, a kórházi célrendszerből származó feladatok ellátásához szükség van kiterjedt infrastruktúrára, azon belül létesítményekre, a gyógyításhoz, diagnosztikához, illetve a létesítmények üzemfenntartásához nélkülözhetetlen eszközökre, a betegellátással és intézményfenntartással összefüggő feladatokhoz rendelt pénzügyi és humán erőforrásra. Ezen eszközrendszer fizikailag nem elszeparáltan működik, hanem egy adott földrajzi régióra jellemző jogi és igazgatási környezetben, erőteljesen beágyazódva a működési terület gazdasági, társadalmi és műszaki-technológiai viszonyai közé, így elmondható, a kórházi, vagy bármely más egészségügyi szervezet, mint nyílt rendszer, környezeti kitettsége rendkívül nagy. Ennek megfelelően vizsgálatok és tanulmányok egész sora foglalkozik például az egészségügyi ellátórendszer sajátosságainak és a magyar lakosság egészségi állapota, a népegészségügyi mutatók közti összefüggések elemzésével, míg mások az aktuális társadalmi, gazdasági viszonyok tükrében vizsgálják egyes egészségügyi intézmények működésének jellemzőit, azok az ellátás színvonalára, különösen a megbízhatóságra gyakorolt hatásait.

A megbízhatóság és a biztonságszervezés közti összefüggések okán, továbbá a munkavállalók, a szolgáltatást igénybe vevők, az intézményi vagyon, a tevékenység folytonosságának biztonságával kapcsolatban a kockázatértékelési eljárás során is minden esetben vizsgálnunk kell a működési terület gazdasági, társadalmi, jogi és műszaki-technológiai viszonyait. Ennek oka, hogy a kórházi szervezetet érő külső környezeti hatásokból származó inputok számottevő mértékben képesek befolyásolni annak működését, így ugyanezen hatások a biztonsági rendszer tekintetében is magas fokú alkalmazkodási kényszert jelentenek, kellő rugalmasságot követelnek a megfelelő funkciók fenntartása érdekében, jelentősen érintve a kockázatmenedzsmentben alkalmazható eszközök és módszerek kiválasztását. A fejezetben a makrokörnyezeti elemek közül a mai Magyarországon tapasztalható néhány, az értekezés témájának szempontjából releváns szociológiai, demográfiai, pénzügyi-gazdasági, jogi folyamatot és sajátosságot vizsgálók⁴⁰ a

⁴⁰ A vizsgált sajátosságok közé tartozik a magyar lakosság egészségügyi helyzete, az egészségügy humán erőforrás helyzete, a lakosság főbb életkori mutatói, az egészségügyben fennálló tulajdonosi viszonyok, az infrastruktúra, továbbá a tevékenységre vonatkozó magas szintű jogi szabályozás.

biztonságszervezés egy-egy lényeges részterületének, a munkavédelem, a tűzvédelem és a személy- és vagyonvédelem dimenziójában. A fejezet tárgyalásakor a makrokörnyezet vizsgálata során az alábbi, saját munkám szövegeire támaszkodtam: [108; 109; 110; 112; 129]

3.1 A hazai lakosság egészségügyi helyzete, életkori mutatói, az egészségügyben foglalkoztatottak helyzete

Általánosságban megállapítható, hogy a magyar lakosság egészségi mutatói az elmúlt évtizedekben rendkívül hátrányosan alakultak, és ez a tendencia várhatóan folytatódni fog a közeljövőben is. Hazánk statisztikai adatai nemzetközi összehasonlításban is igen kedvezőtlenek, „jelentősen elmaradnak az ország gazdasági fejlettsége alapján várttól. Egy 2008-ban született magyar fiúgyermek 7,4 évvel, egy leánygyermek 5,1 évvel rövidebb életre számíthat, mint egy átlag európai, és életük 21, illetve 25%-át nem egészségesen fogják leélni, ha a jelenlegi népegészségügyi helyzet nem változik.” [83 p.100]

Az említett hátrányos egészségi mutatókban az ország különböző régiói között is jelentős eltérések fedezhetők fel. A társadalmilag és gazdaságilag elmaradottabb országrészekben (Észak-Alföld, Észak-Magyarország és Dél-Dunántúl) a lakosság egészségi állapota különösen rossz. A rossz egészségi állapot felmérések szerint leginkább a magyar lakosság körében tapasztalható egészségtelen életmóddal hozható összefüggésbe, melynek elemei közül a legnagyobb problémát a dohányosok nagy száma, a túlzott mértékű alkoholfogyasztás, a speciálisan magyar étkezési szokások, kiemelten a nehéz, zsíros, fűszeres és sós ételek fogyasztása, a testmozgás hiánya, és az egészséget károsító környezeti tényezők jelentik. Különösen kedvezőtlenül alakul a hátrányos helyzetű roma származású lakosság egészségi állapota. [62 pp.10–11]

További, régóta ismert probléma – nemcsak hazánkban, de az Európai Unió más tagállamaiban is – a lakosság nagymértékű elöregedése. A folyamat a jóléti társadalom vívmányaira gyakorolt negatív hatása főleg az egészségügyi ellátással összefüggésben rendkívül kritikus. Magyarországon 1990-ben a 65 éves és idősebb népesség aránya a teljes lakossághoz viszonyítva 13,2% volt, ez a szám 2009-re 16,4%-ra, míg a 2011-es népszámlálási adatok alapján 17 %-ra növekedett. Egyes előrejelzések szerint 2050-re 29,4%, 2060-ra 31,9% lesz az idősebb korosztályok aránya. Ezen öregedési folyamatokat kifejező mutatószámként az időskori függőségi ráta és az öregedési index használható. „Előbbi a 65 éves és idősebb népesség arányát a 15–64 éves korosztályhoz viszonyítva fejezi ki, az utóbbi az idősebb korosztályt a 14 éves és fiatalabb gyermekek létszámának százalékában adja meg. Mindkét mutató értéke erősen emelkedő tendenciát mutatott az utóbbi évtizedekben. 1990-ben

az időskori függőségi ráta értéke 20 százalék volt, 2009-ben 23,8 százalék. Ennél dinamikusabb az öregedési index értékének növekedése (64,5-ről 109,9 százalékra), ami a rendkívül alacsony termékenységgel, így a gyermekek népességben belüli arányának jelentős csökkenésével magyarázható.” [78 p.80]



9. ábra [78 p.80]
Öregedési index és időskori függőségi ráta

A lakosság egészségügyi ellátásáért felelős személyi állomány tekintetében megállapítható, hogy a hazánkban praktizáló orvosok száma nem mutat jelentős eltérést az uniós átlaghoz képest. A tízezer lakosra jutó orvosok száma Magyarországon 2015-ben a KSH statisztikái szerint 36,5 fő volt, ugyanakkor az orvosok területi megoszlása szintén egyenlőtlenségeket mutat. A hátrányos helyzetű régiókban gyakori, hogy a dolgozó orvosok száma tízezer lakosra az országos átlag alatt van (2015. évben Észak-Magyarország 24,5, Észak-Alföld 32,8). [147]

2012-ben a KSH által publikált Magyarország 2011 tanulmány megállapításai alapján 2010. évben a fekvőbeteg-ellátásban 7% orvoshiány volt tapasztalható. (Ez a szám 2015-ben az orvosok tekintetében 4,5%, azonban ez az érték az összes betöltetlen orvosi állásra vonatkozik az egészségügyben.) [77 p.79]

A hiány várhatóan a további években sem csökken, mert a Magyarországon diplomát szerző orvosok száma 2009 óta kevesebb, mint a külföldre távozóké. A migráció okaként a tanulmány a Magyarországon tapasztalható általános társadalmi bizonytalanságot, az európai átlagnál nagyságrendekkel rosszabb fizetést és a rosszabb hazai munkakörülményeket – kiemelve a túlórákat – jelöli meg. Ha figyelembe vesszük a tényt, miszerint a nyugdíjba vonuló orvosok száma már 2010-ben többszöröse volt a frissen szakképesítést szeretteknek, és az

orvosok korfája folyamatosan öregszik, akkor az orvoshiány akár hosszú éveken át is meghatározó tényezője lehet a magyar egészségügynek a jövőben. [76 p.68]

A szakdolgozók tekintetében a hiányt a 2015-es évre a KSH 3,5%-ban állapítja meg a betöltetlen álláshelyek arányában. Ezt a képet tovább árnyalja, ha a szükséges szakdolgozói létszámot nem a betöltetlen álláshelyek számához, hanem a ténylegesen szükségesnek vélt létszámhoz viszonyítjuk. A Foglalkoztatáspolitikai és Munkaügyi Minisztérium Humánerőforrás-fejlesztés Operatív Programja (2004–2006) szerint az egészségügyi szakdolgozók száma országos szinten 30–40%-os hiányt mutat, mely ápolószám fele az EU átlagának. [62 p.35] Bár a Program 2003. évben került publikálásra, megállapításai megfelelnek a kutatás során szerzett, friss gyakorlati tapasztalatoknak. A felkeresett magyarországi kórházi intézmények nagy részében egybecsengő volt az a vélemény a szakdolgozók részéről, hogy a megfelelő, a betegek és az ellátást végzők szempontjából is hatékony és biztonságos munkavégzéshez a szakdolgozói létszám kb. 25–30%-os emelése lenne indokolt.

Az egészségügy emberi erőforrás hiánya nemcsak hazánkban, hanem az Európai Unió országaiban, sőt, világszerte kihívás elé állítja az egészségügyi rendszereket. A WHO 2006. évi globális jelentése szerint a világon több mint 4,3 millió, csak az Európai Unióban pedig 970 ezer egészségügyi dolgozó fog hiányozni 2020-ra az ellátórendszerekből. A Magyarországon tapasztalt viszonyok, az Európai Unió belüli szabad munkaerő-áramlás, a diplomák kölcsönös elismerésének és az egyes tagállamokban elérhető jelentős jövedelmi különbségek okán évek óta egy fokozott, nyugati irányú mobilitás tapasztalható az orvosok és az egészségügyi szakdolgozók körében. Ennek enyhítésére az egészségügy helyzetének javítása érdekében tett kormányzati intézkedések közt prioritást élveztek a munkaerő megtartását elősegítő elemek. [58 p.46]

Példaként említhető a bérfejlesztés, amelyben az egészségügyben munkavállalóként, közalkalmazottként dolgozók 2012-ben és 2013-ban is részesültek. Az érintettek átlagkeresete a megelőző években folyamatosan alacsonyabb volt a közsféra átlagához viszonyítva, 2012-ben viszont az ágazati béremelésnek köszönhetően meghaladta azt, a nemzetgazdasági átlagot viszont még 2015-ben sem érte el. [58 p.49]

„Az egészségügyi dolgozók méltatlan bérhelyzetének javítása [...] a különböző kormányprogramok visszatérő célkitűzéseiként négyéves gyakorisággal megfogalmazódott,” de a tényleges intézkedések csak az előző években felhalmozódott bérelmaradások pótlására voltak alkalmasak. [86 p.87] Napjainkban az egészségügyi ágazatban a nominálkeresetek vonatkozásában 2007 és 2012 között közel 18%-os emelkedés figyelhető meg, reálértékben a

2012. évi ágazati átlagkereset⁴¹ a 2007. évi átlagkereset 95%-a, [58 p.49] tehát a nyugat elszívó hatása az eddigi intézkedések ellenére is rendkívül erős maradt, amivel sem munkakörülményekben, sem fizetésekben egyelőre nem tudunk versenyezni.

Az egészségügyben mértékadó szakmai szervezetek véleménye alapján megalapozottan állítható, hogy az egészségügyi ellátórendszer jelenlegi szerkezete és különösen humán erőforrás helyzete nem alkalmas a lakosság ellátásával összefüggő feladatainak hatékony és eredményes teljesítésére.⁴²

A magyar népesség gyenge, és folyamatosan romló egészségügyi állapota a napjainkban tapasztalható rendkívül súlyos szakemberhiánnyal párosulva az ellátást végző munkavállalók nagyfokú fizikai és pszichés leterheltségének jelentős forrása. Mivel az egészségügyi szolgáltatásokat legnagyobb százalékban a hatvan év felettek veszik igénybe, a lakosság rohamos előregedése csak tovább ront a helyzeten.

Azokon az egészségügyi munkahelyeken, ahol a gyógyítás szempontjából az időfaktor és ezáltal a döntési, cselekvési kényszer és felelősség kritikus tényező, a leterheltség és a gyakorlatlanság számos komoly baleset és megbetegedés, esetleg műhiba forrása lehet.

Fokozza a veszélyt, hogy az egészségügyben a hibás szolgáltatás vagy termék nem értelmezhető, az ellátás végén a beteg nem „selejtezhető le”. Egy megtörtént szolgáltatást már nem lehet semmissé tenni, egyedül a beavatkozást ismételhetjük meg, így a szolgáltatás minősége és eredményessége kritikus, annak ingadozása nem kívánatos jelenség. [47 p.245]

A krónikus létszámhiány miatt az ágazatban kiemelkedően magas a túlmunka aránya, a pihenőidő kiadása sok esetben nem megfelelő, ezáltal a betegbiztonságon kívül nagymértékben romlik a munkavállalók szociális és családi háttere, a fáradtságból, dekoncentráltagságból eredően pedig nő a munkabalesetek bekövetkezési valószínűsége. A nem megfelelő bérezés miatt a munkavállalók másodállásra, illetőleg olyan plusz műszakra kényszerülnek, amiről esetleg a munkáltató sem tud, illetve a munkaerő szűkössége miatt sok intézmény nem megfelelően képzett kollégák felvételével pótolja a hiányt, az ellenőrizetlen munkaerő pedig számos szakmai, és adott esetben bűnügyi kockázat forrása lehet. Ebben az állapotban a betegekkel való kommunikáció romlik, kevésbé hatékony, amely fokozza a verbális vagy nonverbális agresszió esélyét. Említhető még e helyütt az egészségügyben oly

⁴¹ „Az egészségügyi dolgozók bérjövödelme szempontjából nem hagyható figyelmen kívül az a tény, hogy [...] az átlagkeresetek egy jelentős túlmunkavégzés tartalmat is magukba foglalnak, hiszen a túlmunka, az ügyelet, a készenléti feladatellátás is megjelenik az átlagkereset vonatkozásában.” [94 p.32]

⁴² A munkaerő helyzetét jól tükrözi az egyik legfrissebb, a Magyar Rezipiens Szövetség és a Szinapszis Kft. által készített átfogó, betegbiztonsággal kapcsolatos kutatás melynek tanulságai szerint nem megfelelő az orvos és nővér/beteg arány a jelenlegi magyar egészségügyben, a szakdolgozók létszáma nem elegendő a biztonságos betegellátáshoz. A publikált kutatási jelentés egyik sarkos megállapítása volt, hogy csak a nővérek és az orvosok túlmunkája, és lelkiismerete miatt garantálható még a gyakorlatban a betegbiztonság. [148]

fontos infekciókontroll, a munkavállalóknak sok esetben nincs idejük, energiájuk minden, a megelőzéssel kapcsolatos, szakmai protokollokban rendkívül szigorúan és részletesen szabályozott folyamat pontos elvégzésére.

Látható, hogy a lakosság egészségügyi állapotával, a létszámhiánnyal és a bérezéssel összefüggésben sokféle kockázattal kell szembenéznünk a biztonságsszervezés területén is. E helyütt azonban részletesen csak a pszichoszociális kóroki tényezőkből⁴³ származó kockázatok kezelésével kapcsolatos problémákra térek ki, ugyanis számos felmérés, és az egészségügyben személyesen elvégzett, több tíz kockázateértékelés tanulsága alapján az egészségügyi dolgozók egészségét az említett pszichoszociális kóroki tényezők és a velük kapcsolatosan bekövetkező stressz rendkívül nagymértékben fenyegeti.

A munkahelyi stresszforrások különböző faktorokból, közülük is a legjelentősebbek a nem megfelelő munkahelyi környezetből, túlterheltségből, a munkahelyi hierarchiából, kapcsolatrendszerből származnak. Az egészségügyi dolgozók stressz terheltségével kapcsolatban gyakran emlegetett és igen súlyos jelenség a kiégés (burnout) szindróma, az őket ért pszichikai hatásokat, nem a megfelelő módon dolgozzák fel, és ennek pszichikai anomáliák a következményei.

„A kiégés krónikus érzelmi megterhelések nyomán fellépő fizikai, érzelmi és mentális kimerültség állapotát jelenti, melynek következménye az elszemélytelenedés, érzelmi kimerültség és az inkompetencia érzése.” Ez az általános negatív életérzés kihat többek között a munkavégzésre és a társas kapcsolatokra, gyakori következménye a munkával való elégedetlenség, ebből kifolyólag a pályaelhagyás, a testi-lelki egészség megromlása. [126 p.26]

A burnout, mint jelenség, rendszerszinten különösen súlyos következményekkel járhat az amúgy is létszámhiánnyal terhelt egészségügyben, ugyanis az általa okozott, hivatással való elégedetlenség majd pályaelhagyás, ezáltal a leterheltség további növekedése önmagát gerjesztő, rendkívül káros folyamat.⁴⁴ A menedzsmentben és a biztonságsszervezésben ismertek azok a módszerek és eszközök, amelyekkel a munkahelyi pszichoszociális kóroki tényezőkből származó kockázatok csökkenthetők. Ezek közül néhány, a teljesség igénye nélkül: a munka változatosságával, az előrelépési lehetőségekkel, bérezéssel, juttatással

⁴³ A munkavédelmi törvény vonatkozásában pszichoszociális kockázat:”a munkavállalót a munkahelyén érő azon hatások (konfliktusok, munkaszervezés, munkarend, foglalkoztatási jogviszony bizonytalansága) összessége, amelyek befolyásolják az e hatásokra adott válaszüreakcióit, illetőleg ezzel összefüggésben stressz, munkabaleset, lelki eredetű szervi (pszichoszomatikus) megbetegedés következhet be.” [2]

⁴⁴ Az anyagi és erkölcsi megbecsülés hiányán és a nagyfokú leterheltségen kívül természetesen még számos tényező vezethet a munkavállalók kiégéséhez. A beteg emberekkel való foglalkozás, különösen a súlyos, haldokló és krónikus betegek ellátása, gondozása már önmagában egy ilyen kritikus tényező.

kapcsolatos motivációs ösztönzők alkalmazása, rekreációs és egészségvédő programok szervezése, sportolási lehetőségek biztosítása, munkaszervezési intézkedések bevezetése, úgy mint több munkavállaló alkalmazása a leterheltség csökkentésére, megfelelő szünetek beiktatása, munkahelyi monitoring és jelentési rendszer kialakítása, a munkahelyi kultúra és kapcsolatrendszer fejlesztése, oktatások, segítő személyek alkalmazása.

A felsorolt eszközök egy jelentős részének alkalmazása kórházak esetében azonban nehézségekbe ütközik. Az egészségügyre jellemző kötött bér- és humán erőforrás-gazdálkodási szabályok miatt a biztonságos ellátáshoz szükséges, hiányzó létszám pótlása akkor is gondot okozna, ha egyébként lenne megfelelő képzettséggel és gyakorlattal rendelkező munkaerő, az anyagi ösztönzők bevezetése pedig a gazdálkodási sajátosságok miatt szintén csak korlátozottan lehetséges. A kockázatokat súlyosbítja még az esetleges munkahelyi egészségvédő, stresszkezelő programok hatékonyságának romlása azáltal, hogy az egészségügyi dolgozók nagy részének jelentősen beszűkülnek a munkahelyen kívüli rekreációs lehetőségei, amely pedig a fokozott munkahelyi stresszel és így a kiegészítő megelőzésével kapcsolatban az egyik legfontosabb tényező.⁴⁵ A már említett túlmunka, illetve másodállás vállalása mellett romlanak az egyén szociális, családi kapcsolatai, korlátozódik a szabadidő mennyisége, az eltöltésének módjára pedig jelentős hatással van az anyagi helyzet. A kevés szabadidő, a csökkenő társas támogatottság mértéke, az elégtelen pihenési, regenerálódási lehetőség felgyorsítja a kiegészítő folyamatát.

Tekintve, hogy a pszichoszociális kockázatok kezelését komplex módon szükséges megközelíteni, az egészségügyben tapasztalható nagymértékű létszámhiány, az ellátórendszert nyomás alá helyező egészségtelen életmódot folytató és rohamosan öregedő lakosság, az egészségügy bérvizonyai, a munkavállalók anyagi és szociális helyzete jelentősen ronthatja a munkahelyi törekvéseket és lehetőségeinket.

⁴⁵ Piczil Márta 2009-ben doktori kutatás keretén belül vizsgálta, egy magyarországi kórházban a szakdolgozók mekkora hányada kénytelen nélkülözni olyan fogyasztási cikkeket, amelyek az átlagos magyar háztartások nagy részében megtalálhatók, és amelyek lerövidítik az otthoni, háztartási munka idejét és segíthetik a feltöltődést (pl. szórakoztató elektronikai cikkek). Az értekezés szerint az alulfizettség rovására írható az a tény, hogy a felmérésben részt vevő válaszadók egy jelentős része nem rendelkezett automata mosógéppel (28,3%), fagyasztóládával (54,3%), mikrohullámú sütővel, mosogatógéppel (96,9%). Autót – mely adott esetben a szabadidő eltöltésének változatosabbá tételében is szerepet játszhat – a válaszadók 65,5%-a nem birtokolt. [126 p.116]

3.2 Tulajdonosi viszonyok és infrastruktúra

A biztonsági rendszer értelmezésénél korábban a kórházak és a profitorientált vállalkozások közt a működési felépítés tekintetében bizonyos párhuzamot vontam, hiszen ezen közszolgáltató intézmények is rendelkeznek azok általános jellemzőivel, azonban az üzleti élet szervezeteihez viszonyítva több, lényeges dologban különböznek is, amelyek hatása a biztonságsszervezési tevékenységre nem elhanyagolható. Ezek közül is talán a legfontosabb jellemző, hogy az állami kórházaknak nincs tényleges, magán tulajdonosa, vagy más megközelítésben, mivel az adófizetők pénzéből működnek, megszámlálhatatlan tulajdonosa van. Az ilyen intézményekben dolgozók és a vezetők nem a saját pénzüikkel, hanem az állam pénzével gazdálkodnak, ezért alapesetben nem érdekeltek kimagasló teljesítmény nyújtásában. A kórházak mindemellett működési területükön gyakorlatilag szolgáltatási monopóliummal rendelkeznek, köztük nincs tényleges, a piaci szituációhoz hasonló verseny, ami szintén a szervezeti és működési hatékonyság rovására megy. [84 pp.392–393]

A tulajdoni viszonyok és a monopolhelyzet miatt mind a tulajdonosok mind a szolgáltatást igénybe vevők felé történő, hatékonysági-eredményességi, illetve minőségi szempontból történő elszámoltathatóság nehézségekbe ütközik. Tényleges piaci verseny esetén a szolgáltatást igénybe vevők a nem megfelelő szolgáltatás ellen tiltakozva könnyebben fordulnak el a vállalkozástól, több a helyettesítő termék, az egészségügyi szolgáltatás nem kereslet rugalmas és emiatt csökkenhet a menedzsment, vezetőség motivációja a magasabb teljesítményre. **Az intézmények jelentős hányadában a klasszikus menedzserszemlélet és az érdekeltség hiánya miatt kevésbé érvényesül az egyébként helytálló tény, hogy a biztonságra fordítandó összeg a működési hatékonyságot pozitívan támogató tényező, mert kevesebb az üzemleállítás, a betegség vagy baleset miatt kiesett munkanapok száma, a baleseti kártérítések összege, csökken a fluktuáció.**

A kórházak működésének ciklikusságából adódóan (választási, költségvetési ciklusok) a ciklusokkal együtt változó, egymással sok esetben nem, vagy nem folyamatosan összekapcsolódó működési prioritások és az ezekkel sokszor együtt járó személycserék rendkívül változékony és bizonytalan környezetbe helyezik az intézményeket és azok vezetőit, emiatt nehéz hosszú távú, ciklusokon átívelő terveket, koncepciókat elkészíteni, illetve azokat végrehajtani, így a stratégiai tervezést hátráltatja az említett ciklikus működés. [84 pp.392–393]

Ennek megfelelően a szétaprózott biztonsági szempontú fejlesztések sem – amennyiben azokra sor kerül – egységes koncepció szerint mennek végbe, a tervek, lehetőségek és prioritások gyakran kormányzati, sőt, intézményi vezetési ciklusokon belül is jelentősen változnak, negatív hatást gyakorolva az egyébként elérhető biztonsági szintre és a költséghatékonyságra. A szakirodalom megállapításaival megegyező módon a kutatás gyakorlati tapasztalata, hogy biztonsági politika, biztonsági stratégia hiányában a vezetői döntésekbe kevés esetben épült be az előremutatás, előregondolkodás. Oly mértékben igaz ez, hogy még a szükséges és indokolt mértékű biztonsági kiadások vonatkozásában sem minden esetben jelentek meg azon racionalizálások, amelyek annak eredményességét hosszú távon, pótlólagos források felhasználása és bevonása nélkül is pozitívan befolyásolhatták volna.

A biztonsági kérdéseket érintően jellemzően rövid távú célokat szem előtt tartó, sokszor a kialakult helyzetnek megfelelő ad hoc jellegű döntések születtek, amelyek hosszú távon vélhetően gazdaságtalan üzemeltetéshez vezetnek. Jellemző példa a biztonságtechnikai eszközök tekintetében a bővíthetőségi, kompatibilitási szempontok tervezés során történő ignorálása, ezért a kiépült rendszereket jelentős, nem tervezett többletköltségekkel tudták csak utólag a technológiákba, folyamatokba illeszteni, bővíteni.

Pedig nagymértékű biztonsági fejlesztések sok intézményben továbbra is indokoltak lennének, ugyanis az egészségügyi létesítmények, épületek és berendezések jelentős része elavult és alkalmatlan a korszerű technológia és technika befogadására, illetve a benne tartózkodó személyek, anyagi javak biztonságának garantálására.

Különösen kritikus terület többek közt a menekülésükben korlátozott személyek mentésével kapcsolatos, a mai kornak és műszaki ismereteknek megfelelő követelmények érvényesülése. A jelenlegi állapotokat jól mutatja be a 2010. év végén született,⁴⁶ a főváros területén lévő, fekvőbeteg-ellátást biztosító intézmények tűzvédelmi helyzetének értékeléséről szóló jelentés.

A Fővárosi Tűzoltóparancsnokság által végzett, ötvenkilenc intézmény tűzvédelmi követelményeknek való megfelelésének ellenőrzéséről szóló dokumentum egyik lényeges megállapítása volt, „hogy a fekvőbeteg-ellátást biztosító intézmények legkritikusabb pontja a betegek tűzzel érintett, veszélyeztetett területről történő mentése, a terület kiürítése. A régebbi

⁴⁶ Bár a tanulmány 6 éves, a főváros területén nem készült újabb, összefoglaló jellegű anyag a kórházak tűzvédelmével kapcsolatban. A Fővárosi Katasztrófavédelmi Igazgatóság szakemberei viszont az elmúlt évek ellenőrzési tapasztalatai alapján megerősítették, hogy a tanulmány megállapításaival kapcsolatban lényeges előrelépés az érintett intézmények részéről nem történt.

tűzvédelmi előírások kiürítési fejezete (MSZ 595/6) nem szabályozta a mozgásukban, vagy cselekvőképességükben korlátozott személyek eltávozásának, eltávolításának feltételeit, a 9/2008. (II. 22.) ÖTM rendelettel kiadott Országos Tűzvédelmi Szabályzat pótolta ezt a hiányt.” Az ellenőrzéssorozaton megállapításra került, hogy az intézmények tűzvédelmi helyzete jól tükrözi az épületek, létesítmény korát, anyagi helyzetét, és nem tudták követni teljes mértékben az azóta bekövetkezett jogszabályi változásokat. Az egyes épületrészek kiüríthetősége, a betegek mentése nem felel meg a jelenlegi követelményeknek, a 2008-tól hatályos tűzvédelmi előírásoknak. [63]

A probléma természetesen nem csak a fővárosban okoz gondot. A legfrissebb, publikus forrásból hozzáférhető, összesített kimutatás, amely tartalmazza az egészségügyi intézmények életkorára vonatkozó adatokat az építés évének megosztása alapján, a KSH 2007 év végén közzétett, az önkormányzatok ingatlanvagyonára vonatkozó felmérése (2. táblázat). Annak ellenére, hogy az önkormányzati tulajdont érintő, nyolc éves adatokról van szó, a kimutatás mégis releváns lehet több szempontból is: a 2012-es „államosítást” megelőzően a fekvőbeteg-ellátó intézmények kb. 70%-a volt önkormányzati tulajdonban (tehát a kimutatásban szereplő intézmények ma már állami tulajdonban vannak) és az életkori arányok sem változtak, mert jelentős kórházépítési hullám a közzététel óta nem következett be.

Megnevezés	1900	1901– 1905	1946– 1959	1960– 1969	197 –1979	1980– 1989	1989
	és előtt	között					után

Területi egység szerint

Közép-Magyarország	12,9	22,9	10,7	13,8	20,4	11,1	8,2
Közép-Dunántúl	7,7	21,6	10,8	17,6	19,9	10,5	11,9
Nyugat-Dunántúl	4,1	17,8	9,9	24,4	17,9	15,1	10,9
Dél-Dunántúl	7,0	21,4	11,0	15,7	26,2	10,9	7,8
Észak-Magyarország	5,6	18,4	12,7	17,9	21,9	12,9	10,6
Észak-Alföld	4,3	18,8	10,9	18,2	23,2	12,5	12,0
Dél-Alföld	6,6	22,2	12,6	14,4	21,0	13,4	9,8
Ország összesen	6,9	20,3	11,2	17,5	21,5	12,4	10,2

2. táblázat [159]

Az egészségügyi célt szolgáló épületek százalékos megoszlása az építés éve szerint

A külön, fekvőbeteg intézmények állapotára vonatkozó felmérések szerinti legújabb adatok alapján a felújítandó és a rekonstruálandó épületek között a fekvőbeteg-ellátás részaránya magasabb, mint az összes épület átlaga (58,17%, illetve 57,11%). A fekvőbeteg-ellátáson belül az épített infrastruktúra 29%-a szorul felújításra, rekonstrukcióra vagy szanálásra. A hasznos alapterületek tekintetében ez az arány 39%. Az épületekhez hasonlóan nem sokkal jobb a helyzet a bennük üzemelő technológiák tekintetében sem. „Az ellátórendszer eszközeinek zöme (75,83%) 5 évnél idősebb, de 25 évnél fiatalabb. Az eszközpark 7,88%-a 5 évnél nem idősebb, de ez a technológiai elévülés miatt meglehetősen alacsony szám., A technikai fejlődés miatt nagymértékben felgyorsult ezen eszközöknek az erkölcsi avulási ideje, tehát az állomány elöregedettnek mondható. „A legtöbb eszköz a kórházi ellátást szolgálja (62,89%), és ezeknek a legmagasabb az 5 évnél fiatalabb állományon belüli aránya is (79,55%).” [58 pp.55–57]

A tényszerűség kedvéért meg kell említeni, a 2007–2014-es uniós ciklusban több mint 400 milliárd forint infrastruktúra-fejlesztés, illetve gép és műszer beszerzése valósult meg az egészségügyben. Ennek következményeként több olyan intézmény is van hazánkban, ahol valóban a 21. századnak megfelelő színvonalat képesek biztosítani a betegellátásban. Ez az egyébként elsőre nagynak tűnő érték önmagában azonban nem mutatja meg, az egészségügyre fordított források a fennálló hiányosságokat milyen mértékben voltak képesek orvosolni. A Magyar Kórházszövetség, mint szakmailag mértékadó, a kórházak érdekvédelmét és a jogszabályok tekintetében véleményező jogkört betöltő szervezet 2014 októberében javaslatokat fogalmazott meg az egészségügyi ellátórendszer további átalakításával kapcsolatban. A javaslatban felhívják a figyelmet, hogy „az uniós projektek csak kb. egynegyed részét oldották meg a működéshez nélkülözhetetlen fejlesztéseknek, különösen nagyok az elmaradások a fővárosban és a központi régióban. Ráadásul a 2014–2020-as uniós ciklusban előre láthatólag csak a korábbi források töredéke jut az egészségügynek, mely még az elöregedett eszközök pótlására sem lesz elegendő, míg a szükséges építészeti fejlesztések és műszer beszerzések fedezete jelenleg nem látható. Ennél is súlyosabb probléma, hogy az amortizáció nincs beépítve a finanszírozásba, továbbá a fenntartó nem rendelkezik erre forrásokkal, így az éves viszonylatban több tízmilliárd forintos eszköz-visszapótlási igény valójában az amúgy is szűkös dologi, működési kiadásokat terheli, ezzel is folyamatosan hozzájárul a kórházi adósság keletkezéséhez. A következő kormányzati ciklusban tehát mind a fejlesztések, mind az eszköz-visszapótlás kritikus terület lesz.” [130 pp.9–10]

Az említett kórházi adóssággal kapcsolatban meg kell jegyezni, hogy az eddig tárgyalt fejlesztési területeken fennálló forráshiány a működési költségek tekintetében is általános

jelenség az egészségügyben, az ellátórendszer fenntartása meglehetősen nagy terhet ró a társadalomra.

Hazánkban az ország fejlettségi szintjéhez képest az egészségügyi közkiadások mértéke alacsony. 2014-ben, az egészségügyi közkiadások GDP-hez viszonyított aránya 4,7% volt, amely lényegesen elmarad az OECD-országok átlagától. A Magyar Államkincstár adatai alapján az egészségügyi intézmények tartozása 2015. év novemberében meghaladta a 45 milliárd forintot, aminek jelentős része lejárt határidejű beszállítói állomány volt. Az összeg nagyságát annak tükrében szükséges értékelni, hogy a kormányzat 2015. év közepén hajtotta végre a kórházak tartozásának központi költségvetésből történő konszolidációját, azonban a célra fordított mintegy 60 milliárd forint láthatólag nem nyújtott elegendő forrást a fennálló pénzügyi hiányosságok megnyugtató rendezésére.

Az elavult infrastruktúra mind az épületek, mind a gépek, berendezések, technológiák tekintetében számos kockázati tényezőt hordoz magában. „Magyarországon az egészségügyi létesítmények többsége néhány nagyobb lépcsőben, a XIX. század második felétől az 1980-as évek végéig tartó időszakban épült. Az állomány kb.10%-a, mely az 1990-es évek eleje óta létesült.” [56 p.2] A régi építésű épületekkel kapcsolatban pedig, sok más egyéb mellett, azok tűzbiztonsága tekinthető a legnagyobb problémának az ellátást végzők és a szolgáltatást igénybe vevők védelmével kapcsolatban.

Az építéskor hatályos létesítési előírások nyomokban sem tükrözik a mai korszerű tervezési alapelveket. Az 54/2014 (XII.5) BM rendelettel kiadott Országos Tűzvédelmi Szabályzat (OTSZ) az általános tervezési alapelvek és tűzvédelmi célok mellett konkrétan kitér a kórházak, rendelőintézetek betegellátó funkciójú tűzszakaszaira, illetve a menekülésükben korlátozott személyek kiürítésére, mentésére vonatkozó követelményekre, megköveteli azok összhangját az orvostechnológiai szempontokkal. Átalakítás, felújítás, rekonstrukció esetében a létesítéssel kapcsolatos előírásokat a változások mértékéig és körében kell alkalmazni, így elmondhatjuk, bár az OTSZ megfelelően szabályozza a kórházakkal kapcsolatos követelményeket, ezeket csak a „zöldmezős” beruházásoknál lehet teljes körűen érvényesíteni. Mivel az egészségügy alufinanszírozottsága, az alacsony beruházási keretek miatt ilyen projekttel csak nagyon ritkán találkozunk, leginkább a már meglévőkhöz végeznek kisebb-nagyobb rekonstrukciót, az egyébként jól szabályozott előírások pedig csak apránként – vagy úgy sem – kerülnek megvalósításra, amely által számos, nehezen orvosolható kockázati tényező marad a rendszerben.

Mindamellet, hogy a korszerűtlen gép- és műszerállomány pedig a diagnózisok megbízhatóságát csökkenti, néhány eszköz már az ellátást végzők és a betegek biztonságát is

veszélyezteteti (például elavult és műszakilag alkalmatlan radiológiai berendezések, sterilizálók). Az egyébként is fokozott terhelés mellett dolgozó foglalkoztatottak munkakörülményein tovább ront az ápolást könnyítő eszközök hiánya, [62 p.35] amelyeket adott esetben nem is érdemes beszerezni, mert a meglévő építészeti adottságok miatt használatuk nem lehetséges.

A biztonságszervező szakembereknek a pénzügyi lehetőségek hiányában komoly problémákat okoz a rendszer megfelelő működtetéséhez szükséges személyi és dologi kiadások forrásainak biztosítása, és a kórházi menedzsmenttel kapcsolatos ismertett jellemzők miatt különösen nehéz elfogadtatni egy nagyobb összegű biztonsági beruházás szükségességét.

Ez egyébként sokszor a versenyszféra szervezeteinél sem egyszerű feladat. Amikor a vállalati, beruházásokra fordítható korlátozott erőforrásokért verseny folyik adott szervezet különböző funkcionális területei között, a források elosztása gyakorta egy pénzügyi kritériumrendszer alapján történik, melynek középpontjában a belső megtérülés áll. Ebben a rendszerben a felelős terület általában kötelezi a beruházási pénzekért folyamodókat arra, hogy a projektjavaslataik kidolgozásánál a megtérülést tegyék egyértelműen mérhetővé. [121 p.3] A biztonsági beruházások speciális tulajdonságai, hogy elhagyásuk javítja a vállalati eredményt, ugyanis a meg nem valósult beruházás működtetésének kiadásai nem terhelik a vállalat operatív működési cash flow-ját.⁴⁷ A termelő beruházásokkal ellentétben a hasznos élettartam alatt nem generálnak pozitív, explicit pénzáramlást. A vállalatgazdaságtanban bevett, a beruházási döntéseknél alkalmazott gazdaságossági számítások és megtérülési mutatók a biztonsági beruházások tekintetében, mint döntés-előkészítő módszerek, így önmagukban nem alkalmazhatók, azok túlságosan cash flow szemléletűek. A biztonsági beruházások gazdasági haszna csak áttételes módon, többek közt az elmaradt kár becslésével mutatható ki, emiatt elfogadtatásuk nem csak a közszolgáltató, de sok esetben a nem megfelelő szemlélettel vezetett piaci szervezetek tekintetében is nehézségekbe ütközik.

Kórházak esetében azonban tapasztalható egy, más területeken aligha előforduló jellegzetesség, amely miatt a versenyszféra szervezeteitől eltérően tekintetükben még kevesebb lehetőség van a biztonsági terület pénzügyi érdekeinek érvényesítésére. A vállalatgazdaságtan egyik alapvetése ugyanis, hogy egy vállalati rendszer outputja minden vezetési szinten a legmeghatározóbb tényező annak működése szempontjából. Versenyszférában működő szervezet esetén ez lehet termék, szolgáltatás, információ, amely

⁴⁷ Cash flow: a vállalat bevételeinek és kiadásaiból származó pénzáramlás folyamata. A működési cash-flow a vállalkozás szokásos tevékenységéből származó pénzeszköz változás.

kibocsátás mind a belső folyamatokra, mind a piaci tevékenységre vonatkozóan meghatározó szerepet tölt be. **Kórház tekintetében a jellemző output, mint szolgáltatás, a gyógyítás, a károsodott egészség visszaállítása, amely szolgáltatás sajátosságai alapvetően befolyásolják a menedzsment működését, döntési mechanizmusait, prioritizálási szokásait, így szintén hatással vannak a szervezeten belül a biztonság relatív fontosságára, megítélésre, a kockázatvállalási hajlandóságra.** [55 p.74]

A biztonsági kiadásokkal kapcsolatos döntések kimeneteleit a biztonságsszervezésben eltöltött munkám során több tíz, többségében közép- és nyugat-magyarországi, hazai, illetve nemzetközi tulajdonban működő, főleg gyártással/termeléssel foglalkozó vállalat esetében ismertem meg, amely ismereteket közgazdasági tanulmányaim során szakdolgozat keretében szintetizáltam.⁴⁸ A gyakorlatban többféle felsővezetői szándék, hozzáállás volt tetten érhető, amely a felmerülő biztonsági igények kielégítési mértékének tekintetében meglehetősen széles skálán mozgott. Az igények teljes ignorálásától a jogkövető magatartás által elvárt minimális szint megvalósításán keresztül egészen a fenntartható fejlődés, a vállalati társadalmi felelősségvállalás szempontjainak maximális figyelembe vételével is találkoztam. A biztonságot érintő döntési kategóriákat kimenetelük szerint az alábbi felosztásban mutattam be:⁴⁹

- Ignoráló döntések: közvetlenül nem a termeléssel összefüggő, értékteremtő folyamatként tekint a biztonságra, így annak szempontjait részben vagy egészben figyelmen kívül hagyja, a jogszabályok által előírt minimum követelményeket sem tartja be.
- Kényszer indokú döntések: A biztonsági jellegű szolgáltatások igénybevétele, beruházási döntések meghozatala a jogszabályok kényszerítő erejének köszönhető. A szolgáltatások, beruházások tartalmával, minőségével kapcsolatban nem jelennek meg konkrét elvárások, kizárólag az ár alapján hozzák meg a döntéseiket. Ebbe a csoportba tartoznak továbbá azok a döntések, amelyekből származó gazdasági előnyök mindenféle különösebb számítás nélkül igazoltnak tekinthetők.
- Kényszert hasznosító döntések: A döntések meghozatalát továbbra is alapvetően a jogszabályok előírásai indukálják, azonban a „ha már kötelező, legalább hasznomra válják” gondolat már tetten érhető. Konkrét minőségi, tartalmi igények jelennek meg, a vállalati gazdálkodás irányába történő továbbhasznosítás lehetősége jelentősen

⁴⁸ Lásd: [129]

⁴⁹ A besorolás alapját egy, a 90-es évek második felében végzett felmérés képezte. A felmérés a vevői magatartásformákat kutatta a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatókkal kapcsolatosan. Ezt Kapás Zsolt (2008) alapján, a témának megfelelően módosítva ismertetem. [69 pp.60-61]

módosítja az elfogadható ár nagyságát. Ebbe a csoportba tartoznak még azok a döntések, amelyek gazdasági haszna és megtérülési ideje megbízható számítási módokkal alátámasztott.

- Rendszerszemléletű döntések: A döntéshozó a jogszabályi előírásokon túl is felismeri jogos gazdasági érdekét, hosszú távú, fenntartható megoldásokban gondolkodik, döntésének kihatásait mérlegeli más vállalati funkcionális területekre is. Az ár sokadlagos tényező, szempont viszont a minőség, a fenntarthatóság, a megbízhatóság, az integráció, a sokrétű hasznosíthatóság, a munkavállalói és vevői elégedettség, a hatékonyabb teljesítmény, a vállalat megítélésének pozitív építése. Sok esetben konkrét, számszerűsített gazdasági haszon nem, vagy csak részben fogalmazható meg. A stratégiai hosszú távú döntések illeszkednek a vállalat komplex rendszerébe és determinálják a későbbi fejlesztési irányokat.

A vizsgált hazai kórházak tekintetében a biztonsággal kapcsolatos döntések egy kis része ignoráló, vagy kényszerrel hasznosító volt, legnagyobb részben a kényszer indokú döntések voltak tetten érhetőek, rendszerszemléletű döntésekkel egy intézmény esetében sem találkoztam. A döntések kimenetele, ismerve a kórházak anyagi lehetőségeit és vezetési sajátosságait, kevésbé volt meglepő, azonban a mögöttük húzódó okok lényeges működésbeli sajátosságra és egyben komoly biztonsági problémára ráirányították rá a figyelmet. Míg a vállalati szektorban az ignoráló vagy a kényszer alapú döntéseknél gyakori indok – még ott is, ahol a finanszírozásához szükséges források egyébként rendelkezésre álltak –, hogy nem, vagy csak a jogszabályok által előírt kötelező mértékben kívánunk támogatni olyan, számukra nem értékteremtőnek tekintett folyamatokat, amelyek okán vállalkozásuk értékesítési ár tekintetében piaci hátrányba kerülhet versenytársaikkal szemben.

A tevékenység értékmérője a kórházak esetében ezzel ellentétben nem a profit, hanem a pozitív társadalmi és egyéni haszon, [99] amely minden ember legfőbb alkotmányos alapjogához köthető. A munkáltatók, tekintve, hogy a működésre fordítható keretösszeg gyakran a betegek vizsgálatának, ellátásának költségét sem fedezi, az egészségügyi szolgáltatás kárára és hátrányára nem tudnak, nem akarnak forrást elkülöníteni a biztonsággal kapcsolatos fejlesztésekre, hiányosságok felszámolására, amikor sok esetben a cél a túlélés, az alapműködés biztosítása. Emiatt nemhogy a munkakörülmények fokozatos javítása, de néhány esetben az egyébként kötelező minimum, a jogszabályi előírások betartása is nehézségekbe ütközik. Sokszor hangzik el érvként a döntéshozók részéről a betegekkel és az intézményfenntartóval kapcsolatosan fennálló felelősségük, gyakori vélekedésük szerint a gyógyítástól „elvonott” források csak

áthelyezik a kockázatokat a munkavállalókról a betegek oldalára. A gyakorlatban a biztonságsszervező szakembernek valóban jelentős nehézséget okoz a bevett szakmai módszereket alkalmazva megfelelően érvelni adott esetben a jobb minőségű egyéni védőeszköz beszerzése mellett, mikor a másik oldalon ezzel szemben nem a kibocsátott termék árának változása, hanem a gyógyításhoz, az orvosi beavatkozásokhoz szükséges gyógyszerek, alap és segédanyagok beszerzési kényszere áll szemben.

3.3 Az egészségügyi tevékenységre vonatkozó, magas szintű szabályozási környezet

Az egészség a társadalom közjavainak egyike, fogyasztásából senki nem zárható ki. Az egészséghez való jog egyike a legfőbb emberi jogoknak, nemzeti szinten alkotmányos alapjogként biztosított, [72 p.322] amely alkotmányos alapjogok hierarchiájának csúcsán az élethez, valamint a testi és lelki egészséghez való jog áll. Minden egyéb alapjog csak a fentieknek alárendelve, azok függvényében érvényesíthető. [39] Az egészségügyi intézmények elsődleges jellemzője tehát, hogy az itt folyó tevékenység a testi és lelki egészséghez való jog érvényesítésének egyik fontos eszköze.⁵⁰

Magyarország Alaptörvényének Szabadság és felelősség fejezete foglalkozik azon további alapvető jogok tartalmával, amelyek minden embert egyaránt, egyenlő mértékben megilletnek. Ide tartoznak a már említett, „klasszikus” alapjogok ugyanúgy, mint az ún. harmadik generációs jogok közé sorolt személyes adatok⁵¹ védelméhez való jog. A személyes adatok az egészségügyi tevékenység során mind az ellátásban, mind a támogató tevékenységek során kiemelt szerepet kapnak. A személyes adatok feletti, ún. információs önrendelkezési jog védelme érdekében a 2011. évi CXII. az információs önrendelkezési jogról és az információs szabadságról szóló törvény (továbbiakban: Infotv.) [8] részletesen szabályozza az adatok kezelésének módját, az adatkezelés korlátait, és a védelmükre vonatkozó követelményeket.

Fő szabályként személyes adat csak abban az esetben kezelhető, ha azt törvény, vagy törvény felhatalmazása alapján önkormányzati rendelet írja elő, vagy ha ahhoz az érintett hozzájárul. A törvény további kezelési korlátokat rendel a különleges – így az egészségügyi állapotról vonatkozó – adatok mellé, generális esetben azok kezeléséhez az érintett írásos

⁵⁰ Magyarország Alaptörvénye, XX. cikk. „Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez.

A jog érvényesülését Magyarország [...] az egészségügyi ellátás megszervezésével segíti elő.” [1]

⁵¹ „Személyes adat: az érintettel kapcsolatba hozható adat – különösen az érintett neve, azonosító jele, valamint egy vagy több fizikai, fiziológiai, mentális, gazdasági, kulturális vagy szociális azonosságára jellemző ismeret –, valamint az adatból levonható, az érintettre vonatkozó következtetés; különleges adat:[...] az egészségi állapotról, a kóros szenvedélyre vonatkozó személyes adat.” [8]

hozzájárulása szükséges. Az egészségügyi tevékenységre vonatkozó szabályzók közül lényeges még megemlíteni az egészségügyi törvényt, amely alapelvei közt deklarálja, hogy az egészségügyi szolgáltatások és intézkedések során biztosítani kell a betegek jogainak védelmét. A törvényben ismertetett főbb betegjogok pedig az alábbiak:

- az egészségügyi ellátáshoz való jog;
- az emberi méltósághoz való jog;
- a kapcsolattartás joga;
- az intézmény elhagyásának joga;
- a tájékoztatáshoz való jog;
- az önrendelkezéshez való jog;
- az ellátás visszautasításának joga;
- az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga;
- az orvosi titoktartáshoz való jog. [5]

Számunkra fentiek közül lényegi pont az ellátáshoz, illetve a kapcsolattartáshoz való jog, melyek szerint minden betegnek joga van – jogszabályban meghatározott keretek között – az egészségi állapota által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és az egyenlő bánásmód követelményének megfelelő egészségügyi ellátáshoz. Az egészségügyi törvény szerint megfelelő az ellátás, ha az adott egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek megtartásával történik, illetve folyamatosan hozzáférhető, amennyiben az egészségügyi ellátórendszer működése napi 24 órán keresztül biztosítja annak igénybevehetőségét. Az egészségügyi szolgáltatáshoz való hozzáférés tehát időben és térben nem korlátozható. A kapcsolattartás joga alapján pedig a beteg gyógyintézeti elhelyezése során jogosult más személyekkel akár írásban, akár szóban kapcsolatot tartani, látogatókat fogadni, valamint általa meghatározott személyeket a látogatásból kizárni. [5]

A biztonságért felelős szakemberek jól tudják, egy adott objektum védelmét meghatározó körülmények közül kiemelkedő jelentőséggel bír az ott folyó tevékenység jellege, és nincs ez másképpen a kórházak esetében sem. Fontos azonban az is, hogy az Alaptörvény rendelkezéseivel egyetlen, a hierarchiában alacsonyabb helyet elfoglaló, így a biztonságszervezési tevékenységre vonatkozó jogszabály sem tartalmazhat ellentétes rendelkezéseket, azok előírásait pedig Alaptörvényben foglalt jogokat sértő módon fő szabály szerint alkalmazni nem lehet. A jogok lényeges tartalmának ismerete, maximális betartása a jogalkalmazás során, a belső védelmi szabályozás kialakításánál, az intézkedések tervezésénél és a feladat közvetlen ellátásakor is alapvető elvárás, így azok lényegesen

befolyásolják a biztonságtechnikában elterjedt eszközök, módszerek, eljárások alkalmazhatóságát. A fejezet további részében vizsgálatom tárgya a személy- és vagyonvédelmi, valamint a magánnyomozói tevékenység szabályairól szóló 2005. évi CXXXIII. törvényben [6] (továbbiakban: Szvtv.), mint a személy- és vagyonvédelmi tevékenység szempontjából legrelevánsabb jogforrásban meghatározott vagyonőri jogosultságok kórházi intézményekben történő alkalmazhatósága a bemutatott alapvető jogok érvényesülésének tükrében. Ehhez az állampolgári jogok biztosának, az adatvédelmi biztosnak és a 2012-ben, az ombudsmani időszak megszűnésével létrejövő, a személyes adatok védelméhez való jog érvényesülésének ellenőrzését ellátó Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság (NAIH) vonatkozó ajánlásait, valamint konkrét esetekre, panaszbeadványokra született állásfoglalásait elemzem.

3.3.1A belépési jogosultság megállapítása

Az Szvtv. a védelmet ellátó vagyonőr számára a megbízó közterületnek nem minősülő létesítményének őrzése során viszonylag széleskörű intézkedési jogosultságokat biztosít. Így munkája végzésekor jogosult a területre belépő vagy az ott tartózkodó személyt a belépés, illetőleg a tartózkodás céljának közlésére, jogosultságának igazolására felhívni, ennek megtagadása vagy a közölt adatok nyilvánvaló valótlansága esetén az érintett belépését, ott tartózkodását megtiltani, és távozásra felszólítani. [6]

Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának OBH 2985/1997. hivatkozási számú jelentése [24] egy panaszlevelet idéz, melyben a panaszos erős fejfájása miatt elvégzett vizsgálat eredményéért indult a kórházba. A portán megállították, mivel nem volt nála a beutaló. A panaszos elmondása alapján emiatt akarták korlátozni az egészségügyi intézménybe történő belépését, és vele szemben durva bánásmódot alkalmaztak. A vizsgálat eredményeképpen az ombudsman megállapította, a beutalóval, berendelési lappal, vizsgálati kísérelappal, vagy hozzájuk hasonló egyéb dokumentummal nem rendelkező *beteg* a belépési jogosultság szempontjából nem minősülhet illetéktelen személynek, a beutaló hiánya nem lehet indoka a beengedés megtagadásának. Amennyiben elzárják őt a kórház, illetve a rendelőintézet épületébe való bejutás lehetőségétől, az egészségügyi ellátás igénybevételének lehetőségétől is megfosztják, így sértik a beteg testi egészséghez való jogát, alkotmányos visszásságot okoz, hogy az egészségügyi intézet épületébe kizárólag beutaló felmutatásával lehet bejutni.

A belépési jogosultság – betegség, károsodott egészségi állapot – megállapítása kórház esetében nem tartozik a személy- és vagyonőr kompetenciájába, az ombudsmani állásfoglalás

szerint a beléptetés ezen szakaszában nem is rendelkezhet tehát a megbízó által előírt/biztosított olyan eszközzel, ami alapján ez számára egyértelműen megállapítható lenne. Azt a kérdést, hogy a betegségre hivatkozva a kórházba belépni szándékozónak valóban szüksége van-e orvosi ellátásra, és az ellátáshoz való hozzájárása indokolt-e, az orvoson, illetve az egészségügyi szakszemélyzeten kívül senki más nem döntheti el, ezért számára lehetővé kell tenni, hogy állapotát az arra jogosult személy mérhesse fel. Betegségre, romlott egészségi állapotra utaló nyilvánvaló tény, vagy csak arra való hivatkozás esetén bárminemű korlátozás, amely az egészségügyi szolgáltatás igénybevételét akadályozza, alkotmányos alapjogokat sérthet, és nem teljesülhet továbbá az egészségügyi törvényben meghatározott folyamatosan hozzáférhető, igénybe vehető ellátás követelménye.

A jogosultságok ellenőrzésével kapcsolatban az Szvtv. további lényeges rendelkezése, hogy a személy- és vagyonőr tevékenysége gyakorlása során jogosult az intézkedésében érintett személyt felhívni kilétének igazolására. Ha az általa erre felkért személy önként és hitelt érdemlően nem igazolja kilétét, a személyazonosság megállapítására – indokolt esetben – igazoltatásra jogosult hatósági személyt kérhet fel. [6]

Az Infotv. előírásai szerint személyes adat kizárólag meghatározott célból, jog gyakorlása és kötelezettség teljesítése érdekében kezelhető. Az adatkezelésnek minden szakaszában meg kell felelnie az adatkezelés céljának, az adatok felvételének és kezelésének tisztességesnek és törvényesnek kell lennie. Csak olyan személyes adat kezelhető, amely az adatkezelés céljának megvalósulásához elengedhetetlen, a cél elérésére alkalmas. A személyes adat csak a cél megvalósulásához szükséges mértékben és ideig kezelhető. [8]

A jogosultság ellenőrzésével és az adatkezeléssel kapcsolatban az Adatvédelmi Biztos 2002. évi beszámolója [27 pp. 158–159] egy konkrét panaszbeadványt idéz, amelyben a panaszos kifogásolta, hogy egy egészségügyi intézetben biztonsági szolgálat ellenőrzi a látogatók személyazonosságát és rögzíti adataikat. Az intézménnyel kapcsolatban az Adatvédelmi Biztos megállapította:

Az Szvtv.⁵² „lehetővé teszi azt, hogy a vagyonőr a megbízó közterületnek nem minősülő létesítményének őrzése során a területre belépő vagy az ott tartózkodó személyt kiléte igazolására, a belépés, illetőleg a tartózkodás céljának igazolására felhívja. [...] Ez a rendelkezés azonban nem jelent korlátlan felhatalmazást arra, hogy a vagyonőr meghatározott intézménybe látogatók személyazonosságát ellenőrizze. Az adatvédelmi törvény⁵³ alapján ugyanis személyes adatot kezelni csak meghatározott célból, jog gyakorlása és kötelezettség

⁵² Eredetileg 1998. évi IV. törvény.

⁵³ Jelenleg: Infotv.

teljesítése érdekében lehet; csak olyan személyes adat kezelhető, amely az adatkezelés céljának megvalósulásához elengedhetetlen, a cél elérésére alkalmas, és csak a cél megvalósulásához szükséges mértékben és ideig. Az, hogy a vagyonőr mikor ellenőrizheti a látogatók személyazonosságát, az általa védett intézmény jellege, elrendezése, valamint a személy- és vagyonvédelem szükségessége alapján határozható meg. Az [érintett intézmény] az egészségügyi ellátó hálózat része, közintézmény, ebből kifolyólag az intézet vezetőjének a jogköre a belépés rendjének meghatározását illetően szűkebb, mint egy magántulajdonban lévő létesítmény tulajdonosának. További korlátot jelent a látogatók személyazonosságának ellenőrzésére az, hogy az érintettek nagy része beteg. Az ő esetükben a látogatás ténye önmagában különleges adatnak minősül, hiszen abból, hogy ilyen minőségükben jelennek meg az intézetben, következtetni lehet betegségükre [...]. Ebből kifolyólag a szolgálat csak azokat a személyeket szólíthatja fel kilétük igazolására, akik nem betegként kívánnak belépni az épületbe.⁵⁴ Ha a látogató azt állítja, hogy ő az [intézmény] betege, személyazonosságát a vagyonőr nem ellenőrizheti, az érintettet nem szólíthatja fel kiléte igazolására. Ebben az esetben a vagyonőrnek a látogatót az intézmény dolgozójához kell irányítania, aki a nyilvántartásából, az előjegyzési naptárból, beutalóból meggyőződhet arról, hogy az érintett betegként tartózkodik az épületben; a nyilvántartásban nem szereplő betegek esetén pedig az érintett adatait az egészségügyi dokumentáció részeként rögzítheti.”

A hozzáférhetőséggel kapcsolatban egy másik területet is érinteni kell a gyalogosforgalmon kívül, ez pedig a kórház területére gépjárművel való behajtás szükségessége. Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának OBH 4152/2002 számú jelentésében [25] egy esetet vizsgál, ahol egy vidéki kórházban a belső szabályozás miatt súlyos beteget, életveszélyes sérültet személygépkocsival szállító magánszemélyek is csak adott pénzösszeg előzetes megfizetése esetén hajthattak be a kórház területére.

A vizsgálat tárgyát ezúttal is a már hivatkozott testi egészséghez való jognak és az egészségügyi ellátás folyamatos hozzáférhetőségének való megfeleléséig szolgáltatta. A vizsgálat eredményeként a biztos megállapította, hogy a deklarált alapvető emberi jogok

⁵⁴ Az egészségügyi törvény alapján a kapcsolattartás joga megilleti a beteget annak fekvőbeteg-gyógyintézeti elhelyezése során, így jogosult más személyekkel akár írásban, akár szóban kapcsolatot tartani, látogatókat fogadni, valamint általa meghatározott személyeket a látogatásból kizárni. A látogatók fogadásának jogát a beteg az intézetben meglévő feltételektől függően, betegársai jogainak tiszteletben tartásával és a betegellátás zavartalanosságát biztosítva gyakorolhatja. Ennek részletes szabályait, a jogok tartalmának korlátozása nélkül, a fekvőbeteg-gyógyintézet házirendje határozza meg. [5] Ezen előírások azt jelentik, hogy bár a kapcsolattartás joga minden beteget megillet, a látogatók személyazonosságának ellenőrzése mellett azok fogadási idejének és helyének korlátozására a kórházi intézményeknek joga van. A gyakorlatban a látogatók ellenőrzése sehol nem történik, sok esetben pedig nem tartják be a látogatási időre vonatkozó saját, belső szabályozást sem. A látogatási rend sokszor azért is ennyire rugalmas, mert a hozzátartozók nagy mennyiségű munkát levesznek az ellátást végzők válláról.

semmilyen módon nem korlátozhatóak, az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés nem tehető függővé az ún. kapupénz megfizetésétől. Ezen alapjogok érvényesülése nem függhet attól sem, a beteg mentővel, vagy személygépkocsival érkezik-e az egészségügyi szolgáltatóhoz. A panaszolt intézmény főigazgatói utasítása előidézti a testi és lelki egészséghez való joggal összefüggésben az egészségügyi ellátáshoz való jog sérelmének a közvetlen veszélyét. Az ombudsman ajánlást tett továbbá arra, hogy az intézmény a behajtás rendjét a hivatkozott jogszabályoknak megfelelően alakítsa át úgy, hogy az maradéktalanul megfeleljen egészségügyi intézmény funkciójának. A vizsgált kérdéskörben nem hagyható figyelmen kívül az az igény sem, hogy az egészségügyi intézmények területén éppen az egészségügyi ellátás zavartalansága érdekében a gépjárművek forgalmát és a várakozást – akár várakozási díj megállapításával – szabályozni kell.⁵⁵

A belépési/hozzáférési jogosultságok vagyonőr által történő alkalmazhatóságával kapcsolatban összefoglalóan megállapítható, hogy a közterületnek nem minősülő létesítmények őrzése során a belépők adatainak rögzítése, a biztosított belépési jogosultság megállapításának lehetősége, így az illetéktelen személyek távoltartása a védett létesítménytől kórházak esetében a gyakorlatban nem, vagy csak igen komoly megkötésekkel lehetséges. A belépési jogosultság és a személyazonosság ellenőrzése bár elméletben csak a beteg, vagy egészségükben károsodott személyek tekintetében ütközik korlátokba – beszállítók vagy látogatók esetében erre joga van a feladatot ellátó vagyonőrnek – a gyakorlat mégis azt mutatja, az intézmények nagy részében gyakorlatilag szabadon, jelentős korlátozások nélkül lehet a betegekhez hasonlóan a látogatóknak is belépni, és a területen mozogni. Megoldást jelenthet a vagyonőr, vagy más, erre megbízott személy általi személyes kíséret, azonban, tekintve egy kórházi intézmény napi személyforgalmát, sem a vagyonőr általi, objektumon belüli személyes kíséret és felügyelet, sem a szolgáltatást igénybe vevő személy kórház részéről történő, fogadó oldali kísérete nem megoldható.

Az ombudsmani ajánlásoknak eleget téve, az érintett intézmény dolgozójához történő irányítás után a személyek mozgása a kiterjedt területű intézmények esetében ellenőrizetlen, a kórházak nagy részében azok építési ideje és kialakítása miatt a betegek mozgása kevésbé irányított módon történik, az elszórt ellátó, diagnosztikai és kiszolgáló területek közt állandó a belső mozgás igénye. Megoldásként joggal merülhet fel a személyes kíséret pótlására és a belső mozgások ellenőrzésére a biztonságsszervezésben

⁵⁵ A beteget szállító járművekkel kapcsolatban, a gyakorlatban sokszor találkozunk azzal az elterjedt megoldással, miszerint a gépjárművek be- és kihajtását minden esetben térítésmentesen biztosítják az intézmények, a behajtás és az első negyed/félóra ingyenes, a további benntartózkodásért pedig már az előre megállapított parkolási/várakozási díjat kell fizetni.

gyakran alkalmazott elektronikus megfigyelő rendszerek telepítése, azonban kórház esetében használatuk során szintén komoly megkötésekkel kell számolnunk.

3.3.2 Elektronikus megfigyelőrendszer alkalmazása

Az Szvtv. felhatalmazza a vagyonőrt a megbízó közterületnek nem minősülő létesítményének őrzése során elektronikai vagyonvédelmi rendszer alkalmazására. A törvény rendelkezései szerint a vagyonőr azt kizárólag magánterületen, illetve a magánterületnek a közönség számára nyilvános részén alkalmazhatja abban az esetben, ha ehhez a természetes személy kifejezetten hozzájárul. A hozzájárulás ráutaló magatartással is megadható. Ráutaló magatartásnak számít, ha az ott tartózkodó természetes személy a magánterület közönség számára nyilvános részén a megfelelően elhelyezett ismertetés ellenére a területre bemegy, kivéve, ha a körülményekből egyértelműen más következik. A vagyonőr az elektronikus megfigyelőrendszer működése útján kép- és hangfelvételt a kötelezettségeit meghatározó szerződés keretei között, a szerződésből fakadó kötelezettségei teljesítése céljából, az Infotv.-ben szereplő adatvédelmi jogok érvényesítése mellett, illetve a törvényben meghatározott korlátozó rendelkezések betartásával készíthet, illetve kezelhet. E tevékenysége során vagyonőrzési feladatokat ellátó személy adatkezelőnek minősül. [6]

Az elektronikus megfigyelőrendszer tényleges kórházi alkalmazhatóságának megállapítása érdekében a vagyonőri feladatokat ellátó személyek elektronikus megfigyelőrendszer üzemeltetési jogát szintén szükséges összevetnünk a tárgykörben keletkezett ombudsmani ajánlásokkal.⁵⁶ Az adatvédelmi biztos a témában, 2000-ben kiadott ajánlásában [26] kifejti, hogy törvény eltérő rendelkezésének, illetve az érintettek hozzájárulásának hiányában közterületen, közintézményben, hivatali időben, nyilvános magánterületen, a hivatalos nyitva tartás ideje alatt csak megfigyelést végző képfelvevő, illetve személyazonosításra alkalmatlan képeket rögzítő berendezések üzemeltethetők, a megfigyelés tényéről és módjáról tájékoztatni kell az érintetteket.

Az épített környezet alakításáról és védelméről szóló 1997. évi LXXVIII. törvény (továbbiakban: Étv.) [3] értelmező rendelkezései alapján a kórházak közhasználatú

⁵⁶ Bár az adatvédelmi biztos intézménye megszűnt, funkcióját átvéve a feladatokat jelenleg a NAIH látja el, mely a korábbi biztosi ajánlások alkalmazhatóságával, hivatkozhatóságával kapcsolatos megkeresésekre hivatalból arról tájékoztatott, hogy az egészségügyi intézményekben végzett kamerás megfigyelések terén a Hatóság osztja az ombudsmani időszakban kialakított álláspontot.

építmények,⁵⁷ amelyek használata nem korlátozható. Ezeknek egyik fontos jellemzője azonban, hogy a tulajdonos vagy használó a funkció és a működőképesség megtartása érdekében bizonyos területek igénybevételét megtilthatja, korlátozhatja,⁵⁸ ami teljesen érthető is, hiszen egy kórház esetében a műtők, raktárak, gyógyszerek elhelyezésére szolgáló területek nyilvánvalóan nem azok a területek, amelyeket bárki korlátozás nélkül igénybe vehet. Más értelmezés szerint a tulajdonos az építmény csak egyes, a célrendszer betöltéséhez elengedhetetlenül szükséges részeit teszi mindenki által látogathatóvá. Ezen nyitott épületrészek az elektronikus megfigyelőrendszer alkalmazása szempontjából a Szvtv. értelmező rendelkezései szerint leginkább a magánterület közönség számára megnyitott részeként értelmezhetők.⁵⁹

Fentiekkel összefüggésben az adatvédelmi biztos 2572/K/2007-3 ügyszámú ajánlása [28] említendő, melyben egy beadvány kapcsán azt vizsgálja, hogy önkormányzati fenntartású rendelőintézet folyosóin, váróhelyegekben felszerelhető-e elektronikus megfigyelőrendszer vagyonvédelmi és bűnmegelőzési célból. Az ügyel kapcsolatban a biztos kifejti: „a rendelőintézetbe látogató állampolgárok számára egy kezelésen vagy vizsgálaton való megjelenés már önmagában is kellemetlenséget, nehézséget jelenthet, ezért indokolt, hogy személyes adataik kezelésével összefüggésben különleges érzékenységgel járjanak el. Az adatvédelmi törvény⁶⁰ szabálya alapján az érintett adatkezeléshez történő hozzájárulása akkor teljes, ha megfelelő tájékoztatáson alapul és önkéntes. Az egészségügyi intézménybe való belépéskor az érintettnek nincs választási lehetősége, hogy hozzájárul vagy sem a képfelvételhez, hiszen valamilyen egészségügyi oknál fogva szükséges felkeresnie a kérdéses rendelőintézetet. Ebből viszont az következik, hogy az önkéntes hozzájárulás elve sérülne abban az esetben, ha elektronikus megfigyelőrendszer venné fel és rögzítené az érintett állampolgár jelenlétét, tevékenységét az egészségügyi intézmény folyosóján, váróhelyegekben.” Szintén ezen ajánlásában kinyilvánítja, hogy ellenzi a térfigyelő

⁵⁷ „Közhasználatú építmény: az olyan építmény (építményrész), amely a település vagy településrész ellátását szolgáló funkciót tartalmaz, és használata nem korlátozott, illetve nem korlátozható (pl. alap-, közép-, felsőfokú oktatási, egészségvédelmi, gyógyító, szociális, kulturális, művelődési, sport, pénzügyi, kereskedelmi, biztosítási, szolgáltatási célú építmények mindenki által használható részei), továbbá:

- használata meghatározott esetekben kötelező, illetve elkerülhetetlen (pl. a közigazgatás, igazságszolgáltatás, ügyészség építményeinek mindenki által használható részei), valamint, amelyet
- törvény vagy kormányrendelet közhasználatúként határoz meg... [3]

⁵⁸ Kérdésként merül fel, melyek ezek a területek, és a használat szabályait ki, és milyen formában állapíthatja meg. A gyakorlatban ezek már kialakultak, de jogi szabályozásban még hiányosságok tapasztalhatók. A testi-lelki egészség megőrzése, helyreállítása, az egészségügyi ellátás zavartalansága érdekében definiálni kell egészségügyi intézmények esetében a forgalomtól elzárt területek típusait és szabályozni kell azok használatát.

⁵⁹ Ezt a megközelítést támasztja alá egyébként az adatvédelmi biztos 1223/P/2008-6 ügyszámon kiadott állásfoglalása is. [29]

⁶⁰ Jelenleg: Infotv.

kamerarendszer kiépítését bármely egészségügyi intézmény területén, mivel az érintettek személyes adatok védelméhez fűződő joga sérülne, hiszen nincs lehetőségük önkéntesen beleegyezni személyes adataik ilyen módon történő kezelésébe. Vagyonvédelem céljából olyan megoldás alkalmazását tartja elfogadhatónak, mely a legkevésbé sérti az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevők privát szféráját. Ennek egyik módja lehet, hogy humán erővel – például biztonsági szolgálat felállításával – oldják meg a vagyonvédelmi és bűnmegelőzési feladatokat.⁶¹

Összefoglalóan az adatvédelmi biztos ellenzi az elektronikus megfigyelőrendszerek kiépítését az egészségügyi intézmények területén. Azonban, ha mégis elhelyeznek ilyeneket, hivatali időben, a nyitva tartás ideje alatt csak megfigyelést végző képfelvevő, illetve személyazonosításra alkalmatlan képeket rögzítő berendezések üzemeltethetők, egészen addig, amíg az üzemeltetők valamilyen úton nem szerzik be minden egyes beteg írásos hozzájárulását a személyazonosításra alkalmas képek rögzítéséhez. A megfigyelés tényéről és módjáról szükséges tájékoztatni az érintetteket, kérésükre lehetővé kell tenni a rájuk vonatkozó felvételek soron kívüli törlését.

A kizárólag személyes megfigyelést végző elektronikus rendszerek üzemeltetése bár nem számít adatkezelésnek,⁶² de a kamerák elhelyezésénél tekintettel kell lennünk az Alaptörvény rendelkezésére, miszerint az emberi méltóság sérthetetlen. Ezzel összhangban vannak az Szvtv. azon rendelkezései is, miszerint nem alkalmazható elektronikus megfigyelőrendszer olyan helyen, ahol a megfigyelés az emberi méltóságot sértheti, így különösen öltözőben, próbafülkében, mosdóban, illemhelyen, kórházi szobában és szociális intézmény lakóhelyiségében. [6] Ezen rendelkezés azonban csak a vagyonvédelmi célból üzemeltett berendezéseket érinti, életvédelmi célból, megkötötten alkalmazható megfigyelőrendszer. A NAIH az Szvtv. rendelkezésein túl az előírást kiterjeszti az orvosi szobákra és a hozzájuk tartozó várókra is. [31 p.5]

Mindezekből következik, ha pusztán személyes megfigyelés céljából, illetve azonosításra alkalmatlan képeket rögzítő eszközöket helyezünk is el a kórház területén, azt is differenciáltan, az emberi méltóságra tekintettel kell megtennünk. Az intézmények területén tehát – akár történik rögzítés, akár nem – a következő helyeken lehet elfogadható az elektronikus megfigyelőrendszer használata: főbejárat, egyéb, a betegek, látogatók be- és

⁶¹ Kórházak esetében már rámutattam, ennek jelenleg nincs létjogosultsága.

⁶² Abban az esetben nem minősül adatkezelésnek, ha a megfigyelés során az alkalmazott technika nem kínál lehetőséget arra, hogy a megfigyelést végző személy többletinformáció birtokába jusson az érintett természetes személlyel kapcsolatban. Ennek további feltétele, hogy a kamerák valóban ne titkos megfigyelési eszközként, hanem az ellenőrzésre jogosult jelenlétének helyettesítőjeként szolgáljanak. [30]

kiléptetésére szolgáló bejáratok, liftek előterei, büfé. A közlekedő folyosókkal már körültekintőbben kell eljárnunk, éppúgy, ahogy a mentőbejáráshoz vezető útvonalakkal is, hiszen sok esetben súlyos sérülteket, magatehetetlen állapotban lévő embereket szállítanak, ezért a telepítés helyét minden intézménynél alapos mérlegelés után, az intézményen belüli részeknél egyedileg kell meghatározni, tekintettel a betegellátás természetére, módjára, jellegére. Természetesen a betegek, látogatók által igénybe nem vett, nem vehető helyeken (szervizbejárat, anyagmozgatási útvonalak, személyzeti bejárat) elhelyezhető kamera, de itt is figyelembe kell lenni az általános előírásokat, amelyek a munkavállalók személyes adatainak védelméhez való jogát érintik.

A kutatás során vizsgált intézményi statisztikák, illetve személyesen végzett felmérések szerint a kórházakban leginkább azokon a helyeken követik el a betegek, látogatók értékei, testi épsége elleni cselekményeket, ahol a védelmet szervezők számára nincs lehetőség elektronikus megfigyelőrendszert alkalmazni (fekvőbeteg osztályok, krónikus rehabilitáció). Emiatt, és a fentiekben összefoglaltak okán elmondható, hogy az a szabályosan kialakított kamerás megfigyelés, ahol az eszközök elhelyezésével és rögzítési módjával kapcsolatos ombudsmani ajánlásokban és a jogszabályban foglaltakat maximálisan betartjuk, a betegforgalom által érintett területeken az utólagos azonosításra, a folyamatban lévő bűnesetek észlelésére, megszakítására rendkívül korlátozottan használható, a belépési jogosultság megállapítására, személykövetésre pedig kórházak esetében egy-két nyilvánvaló esettől eltekintve egyáltalán nem alkalmas. Mindemellett ez azt is jelenti, a megszakításban, az utólagos rekonstrukcióban betöltött szerepük mellett nem tudjuk kihasználni a rendszerek demonstratív és ezáltal prevenciós célokat szolgáló jellegéből származó, bűnelkövetés lehetőségét csökkentő hatását sem.

Belátható, hogy az egészségügy speciális célrendszere és a tevékenységhez kapcsolódó magas szintű jogi szabályozás lehetetlenné teszik az előzőekben tárgyalt, viszonylag egyszerűen megvalósítható kockázatcsökkentő intézkedések hatékony alkalmazását, pedig a személy- és vagyonvédelem ezen általános szakmai módszereinek és eszközeinek megfelelő használatával többek közt a betegek vagyontárgyainak védelme és az ellátó személyzetet ért erőszak egy része megelőzhető lenne vagy azok negatív hatásainak csökkentése lehetségessé válhatna.

Ez különösen kritikus, tekintve, hogy hazai intézményeinkben a szakmai szervezetek véleménye, a vonatkozó szakirodalom és személyesen készített felmérések adatai alapján a munkavállalók egészségét és biztonságát jelentős mértékű fizikai és verbális erőszak

fenyegeti, mely bántalmazás nagy része az emberekkel való érintkezésből ered. A fizikai és verbális erőszakon kívül a közterületeken megjelenő bűnözés széles spektrumával szembesülünk egészségügyi intézményeinkben is, melynek elszenvedői azok jelentős hányadában az ellátást végző személyzet tagjai és a szolgáltatás igénybe vevői. Bár statisztikák és személyesen végzett felmérések igazolják, hogy a kórházak területén a szolgáltatást igénybe vevők és a munkavállalók, illetve a kórház kárára elkövetett bűncselekmények száma nem kiugróan magas, ellenben minden egyes felszínre került eset érzékenyebben érinti a közvéleményt, és negatívan hat a betegek biztonságérzetére. Tekintve, hogy a kórház a sérült egészségünk visszaállításának helyszíne, a biztonságérzet csökkenése az intézményi ellátás során a gyógyulással kapcsolatban is problémákat okozhat.

Az előerős védelem hiányosságait, a kamerarendszer kiépítetlenségét, a nyitott helyszínek biztonsági hatásait a kórházi célrendszer egy igen jellegzetes sajátosságának aspektusából is érdemes megvizsgálni. Az egészségügy, a tevékenység jellegéből adódóan ugyanis a közösség és az egyén szintjén is érzékeny terület, a benne folyó tevékenység számos esetben súlyos társadalmi viták (abortusz, eutanázia) és még gyakrabban személyes tragédiák helyszíne. [88] Az elszenvedett, vélt vagy valós sérelmek önmagukban elég motivációt nyújthatnak egy, a kórház ellen elkövetett bűnös szándékú cselekményhez.

Ennek egyik jellemző, az intézményben zajló tevékenység működésfolytonosságát érintő módja lehet a robbantással való fenyegetés, amelynek elkövetőjeként a gyakorlatban azonosítottak már szolgáltatással elégedetlen személyt, munkakörülményeivel, vezetőivel elégedetlen kórházi alkalmazottat, [138] pszichés problémákkal küzdő beteget, [139] de olyan eset is ismert, amely során valaki a párja abortuszát, s ez által gyermekének elvesztését próbálta megakadályozni ily módon, [145] néhány intézmény pedig gyermekek rossz tréfájának esett áldozatul.

A megtörtént események az elkövetők személyére és motivációira tekintettel rendkívül vegyes képet mutatnak. **A kórházak működését és célrendszerét figyelembe véve elmondható, a robbantással való fenyegetés szempontjából lehetséges motivációk köre szélesebb, mint egy átlagos, például ipari funkciójú objektumban.** Bár a köztudatban a robbantással való fenyegetések eredetét legtöbbször terrorista célzattal azonosítják, az elkövetők motivációi a valóságban ennél lényegesen eltérőbbek lehetnek.

Természetesen kórházak esetében a terrorista célzattal végrehajtott eseményeket sem lehet teljesen kizárni, sőt, napjainkban a bekövetkezés esélye nem lebecsülendő, különös tekintettel az intézmények, jelen alfejezetben is tárgyalt alábbi sajátosságaira:

- A kórházak terrorista cselekmények szempontjából tipikusan „puha” célpontnak számítanak. A működési sajátosságok okán a belépés jogosságának, szükségességének ellenőrzésére kevés kivétellel nincs lehetőség sem a személyek, sem a gépjárművek tekintetében. Az elektronikus vagyónvédelmi rendszerek és a megfigyelési célból üzemeltetett kamerarendszerek kiépítettségi szintje alacsony, alkalmazásuk sok esetben személyiségi és/vagy betegjogi korlátokba ütközik, a belépők jelentős részének anonimitása garantált.
- A bent tartózkodás helye és időtartama általában ellenőrizhetetlen, a közönség számára nyitott területek magas részaránya miatt az intézmény rendkívül könnyen, feltűnésmentesen feltérképezhető, aránylag egyszerű a biztonsági szempontból kritikus területek azonosítása és a napi rutin megfigyelése.
- Közintézmény lévén az építészeti tervek könnyebben hozzáférhetőek, amelyek birtokában az elkövető nem csak a területen üzemelő veszélyes technológiákat képes azonosítani, hanem az intézmény tartószerkezetének azon pontjait, ahol már egy kevesebb szakértelemmel, házilag készített eszköz is rendkívüli mértékű károkat képes okozni, vagy azokat az elsődleges épületszerkezeteket, amelyek megsemmisítése adott esetben az épület teljes összeomlását okozhatja. [120 pp.60–62]
- Az élőrős védelmet ellátók létszáma, képzettségi szintje és intézkedési jogosultsága sok esetben alacsony.
- A bent tartózkodó személyek száma minden napszakban magas, az intézmények teljes kiürítésre egyes esetekben lehetetlen.
- Egy kórházi bombariadó vagy robbantás kiemelt nyilvánosságot kap, demoralizáló hatása a lakosságra nagyfokú.
- Egy esetleges robbantás, illetve annak másodlagos hatásai, a szerkezetek megbomlása, tűz, elektromos hibák éppen azt az intézményt bénítják meg, amelynek egyik funkciója a hasonló események során bekövetkező sérülések kezelése, a sérült személyek ellátása, mentése, ezáltal az áldozatok száma az elégtelen vagy késleltetett beavatkozás miatt jelentősen megnövekedhet.
- A kórházakban eleve legyengült szervezetű, menekülésre sokszor önállóan képtelen személyek tartózkodnak, köreikben nagyobb halálozási arányra lehet számítani, mint egészséges társaik esetében. [122 p.47]

3.4 A munkáltatói felelősség vizsgálata

Mindamellet, hogy a biztonsági rendszer feladata a biztonságos és korlátozásoktól mentes munkavégzés garantálása, azonban a biztonságszervező ezirányú személyi felelőssége nem váltja ki vagy helyettesíti a munkáltató objektív, jogszabályokban foglalt felelősségét, amelyek közül az egyik leglényegesebb az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkakörülmények megvalósításával kapcsolatos követelményeknek való megfelelés. Kórházak tekintetében az egyszemélyi felelős a főigazgató, akinek – a munkáltatói jogkörök gyakorlójaként – a jogszabályokban előírtak betartása és betartatása deklarált feladata.

Az előző alfejezetekben számos olyan működési sajátosságot tárgyaltam, amely a munkáltató számára mintegy adottságként kezelendő, azokra közvetlen ráhatással a legkritább esetben és/vagy a legkisebb mértékben rendelkezik. Társadalmi oldalról ezek közé tartozik az egészségügyben tapasztalható nagymértékű létszámhiány, az ellátórendszert nyomás alá helyező, egészségtelen életmódot folytató és rohamosan öregedő lakosság, gazdasági szempontból az egészségügy bérvizonyai, a munkavállalók anyagi és szociális helyzete, az intézményi forráshiány illetve az ezzel közvetlenül összefüggésbe hozható technológiai hiányosságok, a jog oldaláról pedig a magas szintű szabályozási környezet egyes elemei. A célrendszert tekintve a felelősség vizsgálatánál lényeges további sajátosság, hogy a biztonsággal kapcsolatos döntések számos esetben nem pusztán a munkáltató akaratát, hozzáállását, kockázatvállalási hajlandóságát tükrözik. Döntéseiket ugyanis nem profitvezérelt módon hajtják végre, tevékenységük értékmérője, intézményi felelősségük forrása nem a pénzben kifejezett, hanem a pozitív társadalmi és egyéni haszon, [99] amely minden ember legfőbb alkotmányos alapjogához, az egészséghez való joghoz köthető.

Az egészségügy ezen speciális célrendszere, továbbá a kórházak működési területének társadalmi, gazdasági, műszaki-technológiai, és jogi viszonyai az állami fenntartás alá eső intézményeknél olyan nehézségeket okoznak a hatékony kockázatmenedzsmenttel kapcsolatban, amelyek már bizonyos tekintetben szükségessé teszik a munkáltatói felelősség határainak újraértelmezését.

Jól érzékeltethető ez, ha néhány jellemző példán keresztül összevetjük tényleges lehetőségeiket a munkavédelmi törvény egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés érdekében állított alapvető elvárásaival, mely szerint a munkáltató a munkavédelemmel kapcsolatos intézkedései tekintetében köteles figyelembe venni a következő, általános követelményeket:

- „[...] a veszélyek keletkezési helyükön történő leküzdése;
- az emberi tényező figyelembevétele a munkahely kialakításánál, a munkaeszközök és munkafolyamat megválasztásánál, [...] a munkaidő beosztására, a munkavégzéssel járó pszichoszociális kockázatok okozta igénybevétel elkerülésére;
- a műszaki fejlődés eredményeinek alkalmazása;
- a veszélyes helyettesítése veszélytelennel vagy kevésbé veszéllyessel;
- egységes és átfogó megelőzési stratégia kialakítása, amely kiterjed a munkafolyamatra, a technológiára, a munkaszervezésre, a munkafeltételekre, a szociális kapcsolatokra és a munkakörnyezeti tényezők hatására;
- a kollektív műszaki védelem elsőbbsége az egyéni védelemhez képest;
- a munkavállalók megfelelő utasításokkal történő ellátása., [2]

A leterheltségből, létszámhiányból eredően a munkáltató számos esetben a szabályokat maximálisan betartó munkaidő beosztással képtelen megfelelő számú munkavállalót biztosítani a folyamatok biztonságos elvégzéséhez, különösen az ápolók körében tapasztalt rendkívül magas fokú túlmunka nélkül az egészségügyi ellátás nem lenne biztosítható. A konstans forráshiány miatt magyar viszonylatban utópiának tűnik többek közt az OSHA által meghirdetett „no lift” gyakorlatba ültetése, melynek célja műszaki intézkedésekkel, berendezésekkel kiváltani a manuális betegmozgatásból származó kockázatokat, így jelentősen sérül a műszaki fejlődés eredményeinek folyamatos alkalmazási követelménye. A már említett elégtelen munkavállalói létszám okán pedig a teheremelési és mozgatási folyamatok során a veszélyek keletkezési helyén történő leküzdése sem lehetséges.

A tevékenység sajátosságaiból kifolyólag a kórházi munkavállalók biztonságát fenyegető fizikai és verbális agresszióból származó kockázatok csökkentésére számos olyan hatékony vagyoni védelmi módszer nem, vagy csak komoly megkötésekkel alkalmazható, amelyek pedig kockázatok csökkentésnek fő záloga lehetne. Az OTSZ-ben foglalt, menekülésükben korlátozott személyekkel kapcsolatos, jelen kor technológiai színvonalának megfelelő feltételeknek sok intézmény még hosszú ideig képtelen lesz önerőből megfelelni, így esetükben a kollektív védelem elsőbbségi alkalmazására vonatkozó követelményen kívül nem biztosítható megnyugtatóan a hatókörben tartózkodók védelme sem.

Mindazok mellett, hogy a munkáltató felelős az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkakörülmények megvalósításáért, közszolgáltató szervezet vezetője révén számos olyan, néha kevésbé konkrét elvárásnak is meg kell felelnie, mint például a közvélemény gyors és pontos tájékoztatása, a közérdekű adatokkal kapcsolatos

adatszolgáltatási kötelezettség teljesítése, a demokratikus működés, az egyenlő elbánás, méltányosság, nyitottság biztosítása, az előírt bürokratikus rend betartása. A kórházi működés az üzleti élet szervezeteinek jó részével ellentétben a média érdeklődésének középpontjában és ellenőrzése mellett zajlik, ugyanis tevékenységük következményei számos aspektusból átléphetik a munkahely határait, jelentős közvélemény-befolyásoló hatásai lehetnek, [49 p.83] így a jó hírnévért, az intézménybe vetett bizalomért való felelősség szintén elsőrangú elvárás és követelmény. [99] Ezen jellemzők könnyen kerülnek konfliktusba nemcsak a hatékonyság, eredményesség, de a biztonság követelményeivel is, amely azonban csak egy a számos lényeges elvárás közül.

Mindezek okán az ellátást végzők és a szolgáltatást igénybe vevők egészségét és az intézmény biztonságát fenyegető kockázatok forrásainak kezelését állami, jogalkotói szinten kell elkezdni, amely ez által válik igen komplex és bonyolult feladattá. Megoldásában a biztonságszervezési szakma, a kórház menedzsmentje mellett kormányzati és társadalmi szinten is van teendő, mert intézményi kereteken belül nem áll elegendő lehetőség a munkáltató rendelkezésre vonatkozó kötelezettségeinek maradéktalan teljesítéséhez.

Az egészségügyi finanszírozási rendszerek kialakításánál, a megfelelő színvonalú ellátáshoz és infrastruktúra üzemeltetéséhez nélkülözhetetlen pénzüsszegek államháztartáson belüli forrásainak megteremtésén túl a munkáltatóra háruló, azon egyéb kötelezettségek teljesítéséhez szükséges anyagi lehetőségeket is biztosítani kell, amely által képessé válhat a biztonságos és egészséget nem veszélyeztető munkakörnyezet kialakítására, mind a munkavállalók, mind a hatókörben tartózkodók védelme tekintetében. Ahogyan vállalati szinten is akkor kezelik megfelelő helyén a biztonságot, ha az bizonyítottan nem ellenkezik az adott cég alapvető gazdasági érdekeivel, [49 p.22] a kórházak tekintetében is akkor válhat lényegi tényezővé, ha a biztonsági érdekek semmilyen téren nincsenek összeütközésben a tevékenységük értékmérőjének tekintett ellátási folyamatokkal. A pénzügyi megkötések mellett a kórházaknak a plusz költségvetési forrás nélkül, pusztán a munkáltató által végzett szervezeti szintű hatékonyságjavításból, saját bevételi források megteremtéséből, racionalizálásából a konszolidált, adósságmentes kórházi működéshez szükséges pénz megteremtése jelenleg nem realitás, [150] és az sem, hogy a jelentős jogi megkötések mellett a gazdálkodó szervezetektől megkövetelt biztonsági színvonalat legyenek képesek megteremteni, fenntartani. **Ezen sajátosságok különösen aláhúzzák a mindenkori kormányzat felelősségét, akik a kórházak gazdasági és jogi környezetének egyedüli jelentős formálói.**

Ugyanígy kormányzati szinten lehetne kiemelten fontos lépéseket tenni az egészségügyben dolgozók presztízsének növelése, stabil, biztonságos, kiszámítható életfeltételeinek elősegítése érdekében. A megfelelő bérrendezés több területen pozitív eredményt hozhatna: „egyrészt csökkenne vagy visszaszorulna a túlmunka végzésének kényszere, másrészt a szabadidő tartalmasabb eltöltése válna lehetővé, amely hozzájárulhatna ahhoz, hogy pozitívan gondolkodó, kipihent és egészséges munkavállalók végezhesék a társadalom számára nélkülözhetetlen munkát,” [126 p.119] mindemellett megfelelő oktatással, képzéssel, hosszú távon perspektívát nyújtó életpályamodell bevezetésével lehetne enyhíteni az egészségügyre a humánerőforrás szűkösségével kapcsolatban ránehezedő nyomást.

A társadalom tagjainak felelőssége az egészséget támogató egyéni életvezetésért való felelősség, és annak elfogadása, hogy a kórházi biztonságszervezési intézkedések minden esetben az ő érdeküket szolgálják, egyes jogaikról való önkéntes lemondásuk, aktív közreműködésük nélkül lehetetlen megfelelni azon paradoxonnak tűnő elvárásnak, mely szerint a kórház legyen nyitott, mindenki által hozzáférhető, otthonos, de mindemellett biztonságos környezetet is nyújtson a szolgáltatást igénybe vevők számára.

Az egészségügyi ellátórendszer és az egészségügyi dolgozó mindannyiunk számára közös érték, hivatásuk biztonságos gyakorlását a szakmának, a munkáltatónak, az államnak, és a társadalomnak együttesen, cselekvésüket összehangolva kell biztosítani.

3.5 A fejezet összefoglalása, következtetések

A fejezetben a biztonsági rendszer makrokörnyezetének vizsgálatával, védelemre gyakorolt hatásainak **elemzésével bizonyítottam**, hogy a biztonságszervezés számos részterületét érintően azonosíthatók olyan, adottságként kezelendő kórházi működési sajátosságok, amelyek lényeges nehézségek elé állítják a felelős szakembereket.

Bizonyítottam, hogy a betegek, látogatók és a munkavállalók testi épségének, személyes javainak, illetve az ingatlan és ingóságok védelme, a tevékenység zavartalanságának, az infrastruktúra rendelkezésre állásának biztosítása során a biztonságtechnika eszköz- és eljárásrendszerének egyes lényeges elemei kórházak tekintetében nem, vagy csak részben alkalmazhatók, amely tény – kiemelten a kockázatmenedzsment eszközeinek és módszereinek korlátozott alkalmazhatóságán keresztül – szükségessé teszi a jogszabályokban deklarált munkáltatói felelősség határainak újraértelmezését.

A Magyarországra napjainkban általánosan jellemző gazdasági-politikai viszonyok ismerete a mértékadó szakmai szervezetek véleményét is tekintetbe véve egyértelművé teszi, hogy a feltárt állapotok még sokáig alapvető sajátosságai maradnak hazánk egészségügyi

rendszerének. Az ágazat emberi erőforrás szükségessége elvitathatatlan, és bár az egészségügyi technológia szerepe az ellátásban kiemelkedő, fejlődése folyamatos, egyes folyamatokat gépesítenek, automatizálnak, jellegéből adódóan, különösen ápolási területen még sokáig az egyik leginkább humánerőforrás-igényes terület marad, amely erőforrás megfelelő szintű rendelkezésre állása nem csak a szolgáltatások minőségének, de a munkavállalók és a szolgáltatást igénybe vevők biztonságának is az egyik legfontosabb alapfeltétele.

A lakosság demográfiai viszonyainak, egészségügyi állapotának, az egyén életvezetési szokásainak gyökeres megváltozása rövid távon szintén nem lehetséges, mint ahogyan az egészségügyi dolgozók körében jelenlévő migráció okaként említett, hazánkban tapasztalható általános társadalmi bizonytalanság, az európai átlagnál nagyságrendekkel rosszabb fizetés és a rosszabb munkakörülmények felszámolása, [76 p.68] jelentős javulása a legjobb kormányzati szándék mellett is várhatóan túlmutat a következő néhány választási cikluson.

Közszolgáltató szervezetek révén a kórházak működtetésére vonatkozó döntéseket számos olyan szabály fogja korlátozni a jövőben is, mint a költségvetési gazdálkodásra, a közszolgálati tisztviselői, közalkalmazotti jogviszonyra, személyiségi jogi és adatvédelemre vonatkozó szabályozás, amelyek a piaci szervezetekhez képest kevesebb mozgási lehetőséget adnak az intézmények vezetése számára mind a pénzügyi, mind a humánerőforrás-gazdálkodással kapcsolatos területeken, továbbá a kockázatmenedzsmentben alkalmazható eszközök, módszerek megválasztásának tekintetében.

A változásokhoz szükséges egészségügyi reformok végrehajtásának halogatása kapcsán az egyik gyakran emlegetett sajátosság a lényegi, strukturális változásokkal szembeni ellenállás mind az ellátás szereplői, mind az aktuális politikai döntéshozók részéről. Az országos politika oldaláról nézve egy, az ágazatra vonatkozó, különösen intézménybezárással, kapacitáscsökkentéssel, elbocsátásokkal vagy a finanszírozási rendszer megváltoztatásával járó komolyabb struktúraváltás számos érdeksérellemmel, adott esetben nagyfokú népszerűségvesztéssel járhat a kormányzat tekintetében, ez is oka lehet annak, hogy a nagy ellátórendszerek gyökeres átalakítása a nyilvánvaló problémák és a megkezdett folyamatok ellenére még várat magára.

Nem jobb a helyzet önkormányzati szinten sem, ahol a döntéshozók a helyi lakosság természetes igénye előtt meghajolva ragaszkodnak a már elért, meglévő egészségügyi

szolgáltatási szint fenntartásához, még akkor is, ha az nem megfelelő körülmények közt, nem kielégítő hatékonysággal működik.⁶³

Mindezek mellett a változásokkal kapcsolatos intézményen belüli ellenállás is erőteljesen tetten érhető, amelyet kiemelten az ún. paraszolvencia (hálapénz) jelensége erősít. A Magyar Kórházzövetség becslése szerint éves viszonylatban 40–70 milliárd forintot tesz a lakosság az egészségügyi dolgozók egy szűk rétegének zsebébe adómentesen, amiért semmiféle garantált szolgáltatást vagy ellátást nem kap cserébe. [130 p.22] Az egészségügy átláthatóságának egyik alapfeltétele pedig éppen a hálapénz intézményének felszámolása lenne, „amely komoly reform-fék, ellenérdekeltté teszi a vélemény-vezér orvosokat a szerkezet átalakításában, ésszerűsítésében – intézmény és osztályok összevonása – és torzítja/kioltja a finanszírozási rendszer alapüzeneteit (túlápolás, esetszám növelés [...])” [73]

Ezen okokból kifolyólag a biztonságsszervező szakmának el kell fogadnia, hogy a jelen fejezetben feltárt nehézségek még hosszú időre meghatározzák a kórházi intézményekben tevékenykedő szakemberek munkáját, akiknek szükségszerűen olyan alternatív, ellensúlyozó intézkedésként is alkalmas megoldások kifejlesztésén és implementálásán kell dolgoznia, amellyel a körülmények ismeretében biztosítható ezen kiemelt fontosságú intézményrendszerünk védelme.

⁶³ Jellemző, és közelmúltból hozható példa erre a 2015-ben lefolytatott tapolcai időközi választás, ahol minden jelöltnek, pártállástól függetlenül kiemelt kampánytémája volt a helyi kórházban 2012-ben – egyébként éppen a működés racionalizálásának jegyében – megszüntetett orvosszakmák visszaállítása. Mindemellett az egészségügyi intézmények az adott térség legnagyobb foglalkoztatói. A létesítmény fenntartása kapcsán helyi szolgáltatókat és helyi kereskedőket vesznek elsősorban igénybe, amely szintén erős érv sok esetben a status quo fenntartása mellett. [125]

4. FEJEZET

A biztonsági rendszer mikrokörnyezetének vizsgálata

Az értekezés előző fejezetében vizsgáltam, hogyan, milyen interakciókon keresztül kerül a biztonsági szervezet kapcsolatba a kórházi rendszer makrokörnyezetével, releváns példákon keresztül elemeztem, a mindennapi működés tekintetében mely nehézségekkel kell szembenéznünk a kockázatmenedzsment területén. **A biztonsági rendszer mikrokörnyezete a rendszer működésére lényegesen jelentősebb befolyással bír, így e tekintetben is számos, a kockázatmenedzsmentet igen jelentősen befolyásoló hatás azonosítható.** Azért, hogy a kutatómunka hatékonyságát maximalizáljam, jelen fejezetben az egészségügyre legjellemzőbb veszélyforrások kezelésével kapcsolatos azon nehézségeket és vonatkozó megoldási javaslataimat mutatom be, amelyek a kórházak három igen fontos szervezeti elemének – a humán résztvevők, a szervezeti kultúra, a feladatok ellátásához szükséges épületek – releváns sajátosságaival állnak összefüggésben. A fejezet tárgyalásakor a mikrokörnyezet vizsgálata során főleg az alábbi, saját munkám szövegeire támaszkodtam: [92; 109; 110; 111; 112; 113; 114; 115; 129]

4.1 A jellemző kórházi veszélyeztető tényezők vizsgálata, a kockázatok mértéke

Bármilyen jellegű szervezetről elmondható, hogy "a működésében fellelhető veszélyek, kockázatok, problémák okai rendszerint nem mutatnak egyenletes eloszlást. [...] A szervezet életét befolyásoló, meghatározó tényezők viszonylag kis hányada okozza a legtöbb tapasztalható problémát, hibát, eltérést." Kórház tekintetében sincs ez másképpen, a biztonsági kockázatok legnagyobb része mögött viszonylag kevés ok húzódik, amelyek esetében is a már tárgyalt Pareto-elv az egyik leghasználhatóbb módszer a kulcsfontosságú problémák azonosítására. A megállapítást, mely szerint a következmények 80%-a az okok mindössze 20%-ára vezethető vissza, a kockázatok rendezett halmazára⁶⁴ alkalmazva, lehetővé válik, hogy a szükséges intézkedések meghozatalakor a vezetés vállalt erőfeszítései a kulcsterületekre tudjanak összpontosulni, irányulni. A befektetett energiák, erőforrások ez a fajta, hatékony hasznosulása különösen fontos egy olyan súlyos működésbeli problémákkal terhelt területen, mint az egészségügy. [70 pp.78–80]

A kutatás helyszíni tapasztalatai alapján a kórházi tevékenységgel kapcsolatos biztonsági kulcskockázatok közé tartozik a munkavállalók munkabaleseti kockázata, nagyfokú pszichés

⁶⁴ A Pareto-elv a veszélyeket kiváltó okok elemzésére, és nem magára a veszélyazonosításra alkalmas.

megterhelése, azon belül a megterhelések következtében bekövetkező kiégés jelensége, az ún. burnout szindróma kialakulása. A vagyonvédelmi terület tekintetében a betegek és az intézményi vagyon ellen elkövetett bűncselekmények érdemelnek kiemelt figyelmet, míg a működésfolytonosság szempontjából a különböző természeti és civilizációs katasztrófák negatív hatásai tekinthetők lényeges biztonsági megfontolásnak. A felsoroltak közül a pszichés megterhelés jelentős százaléka az egészségügyben nagymértékben jelen lévő verbális és fizikai erőszaknak való kitettségre vezethető vissza, a balesetek leginkább a kézi teheremelésből, mozgatásból továbbá az éles-hegyes eszközök használatát igénylő munkafolyamatokból származnak. Az intézményi vagyon és szolgáltatást igénybe vevők ellen elkövetett bűnesetek jelentős hányada kis értékre elkövetett lopás, rongálás, a csalás egyszerű módoszatai, a működésfolytonosságot pedig a katasztrófák/rendkívüli helyzetek tekintetében a tüzesetek és a robbantással való fenyegetések veszélyeztetik. Ezen veszélyforrások fókuszpontba állítása a gyakorlatban tapasztaltakon túl különösen indokoltnak tűnik továbbá az alábbi szakirodalmi adatok függvényében:

A munkahelyi erőszakos cselekmények mértékének és módjának megállapítására az Ápolási Szakmai Kollégium⁶⁵ felkérésére, 2420 ápoló megkérdezésével 2015-ben kérdőíves felmérés készült, amelyből kiderült, a válaszadó szakdolgozók több mint felét, 51%-át egy-két alkalommal, 29%-át ennél több esetben érte már atrocitás. Hét százalékuk számolt be arról, hogy ez rendszeresen fordul elő munkája során.⁶⁶ Az agresszió formáját tekintve az ápolók 37%-a fizikai támadással, közel 8%-a pedig már szexuális zaklatással is találkozott. Megdöbbentő számok ezek különösen annak tükrében, hogy az egészségügyi dolgozók több éve közfeladatot ellátó személynek minősülnek, így fokozottabb büntetőjogi védelemben részesülnek. [149] Ennek megfelelően a Magyar Kórházszövetség 2014-ben közleményben állt ki a kórházakban egyre fenyegetőbb testi és lelki agresszióval szemben és cselekvést sürgetett az egészségügyi dolgozókat érő erőszak visszaszorításáért.⁶⁷ [130 p.5]

⁶⁵ Ápolási Szakmai Kollégium: Az egészségügyért felelős miniszter javaslattevő, véleményező és tanácsadó szakmai testülete.

⁶⁶ 2010-ben a Személy-, Vagyonvédelmi és Magánnyomozói Szakmai Kamara és a Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem hallgatóinak közreműködésével ajánlás készült az Uzsoki utcai kórház vagyonvédelmi tervéhez. Ennek keretében készült kérdőíves felmérések tapasztalatai alapján a megkérdezett kórházi dolgozók közül verbális és nem verbális erőszakos cselekedeteknek több mint nyolcvan százalékuk volt elszenvedője. Bántalmazásnak tíz százalékuk, verbális erőszaknak több mint hetven százalékuk volt kitéve. Ezen felmérés eredménye egybecseng egyébként azon nemzetközi szakmai fórumok megállapításaival, amelyek az egészségügy veszélyeztetettségét vizsgálják és értékelik többek közt a munkavállalókat ért verbális erőszak szempontjából. [43]

⁶⁷ A munkavédelmi hatóság útmutatójában deklarálta, hogy minden szervezetnek kötelessége megakadályozni, előfordulása esetén pedig minél korábban felismerni a munkahelyi erőszakot, ennek érdekében aktív lépéseket tenni és kidolgozni a szervezet specifikus megelőzési stratégiát. [37]

A bűncselekményi statisztikák tekintetében a kutatás során gyűjtött intézményi adatok azt mutatják, a kórházak területén a szolgáltatást igénybe vevők, illetve a kórház kárára elkövetett bűncselekmények száma nem kiugróan magas, ellenben minden egyes felszínre került eset érzékenyebben érinti a közvéleményt, negatívan hat az egyén biztonságérzetére. A betegeket – különösen a fekvőbeteg-ellátás során – az esetek túlnyomó többségében pontosan azoktól az értékeiktől fosztják meg, amelyek a kórházi létüket elviselhetőbbé hivatottak tenni,⁶⁸ az intézmények tekintetében pedig a gyógyításhoz, ellátáshoz sokszor nélkülözhetetlen eszközök, anyagok pótlása nem, vagy csak nehezen megoldható, amelyek közé leginkább orvosi műszerek, alkatrészek, nem beépített szaniter eszközök, kábelek, textíliák tartoznak.

A kiterjedt tüzesetek és a robbantással való fenyegetés a kórházakban szerencsére ritkák hazánkban, azonban, ha bekövetkeznek, jelentős kockázatot hordoznak magukban az élet és a testi épség szempontjából. A rendkívüli esemény fajtájától függetlenül az egyik legfőbb biztonsági kérdést a menekülésükben korlátozott személyek mentése okozza, akik a tevékenység jellege következtében kiemelten nagy számban tartózkodnak az intézmények területén, így ezen esetek megelőzése, a megfelelően megtervezett és kivitelezett reagálás szintén kiemelt figyelmet érdemel a biztonságsszervező részéről.

A munkahelyi balesetek tekintetében a legfrissebb felmérések szerint az egészségügyben a munkával összefüggő esetek előfordulási aránya 34%-kal magasabb az EU iparágankénti összesített átlagnál. Itt fordulnak elő második legnagyobb gyakorisággal – az építőipar után – váz- és izomrendszeri problémák. [135 p.2]

A WHO becslései szerint a világ 35 millió egészségügyi dolgozója közül évente körülbelül hárommillióan vannak kitéve vér útján terjedő fertőzéseknek, Európában pedig megközelítőleg egymillió, injekciós tű által okozott sérülés történik. Magyarországi felmérések tanulsága szerint a megkérdezett egészségügyi dolgozók 83–86%-a munkája során megszurta/megvágta magát.⁶⁹ [35 p.2]

A baleseti okok gyakoriságát, jelentőségét jól mutatja az a korábbi munkahelyemen, a Semmelweis Egyetemen készült felmérés is, amelynek célja annak megállapítása volt, hogy a

⁶⁸ Az érintett tárgyak főleg kis értékű kommunikációs eszközök, készpénz, és nehezen pótolható személyes okmányok. Számukra mobiltelefonjuk sokszor az egyetlen kapcsolatot jelenti a családdal, készpénzüket a már kimondva is jelen lévő paraszolvencia és a kórházi ellátás egyhangúsága miatt az eltérő szükségletek kielégítésének forrása. [39]

⁶⁹ A probléma a jogalkotók figyelmét sem kerülte el, a fokozott számban bekövetkezett, éles-hegyes eszközök használata során történt baleset megelőzése érdekében a közelmúltban ágazatspecifikus jogszabály jelent meg. A munkavédelmi hatóság céll ellenőrzés keretében 2014-ben vizsgálta a megelőzési gyakorlatot, amely célvizsgálatot szintén az a tény indokolt, hogy az egészségügy területén dolgozó munkavállalóknál kiemelten nagy számban fordulnak elő tű vagy más éles vagy hegyes eszközök által okozott sérülések, a munkavállaló pedig a sérülés során a vér útján terjedő betegségeknek több mint húsz fajtájával fertőződhet meg. [35 p.2]

betegek mozgatása során milyen gyakran következnek be balesetek a vizsgált intézményekben. A vizsgálat alapját a 2001–2010 között, az Egyetem Munkavédelmi Csoportja által nyilvántartott munkabaleseti naplók és munkabaleseti jegyzőkönyvek képezték, amelyek közül összesen 995 munkabaleseti jegyzőkönyv adatait dolgozta fel. Az összes baleset körülbelül 52%-ában, 518 esetben szúrásos, vágásos sérülés, míg váz- és izomrendszert érintő sérülésre 409 esetben került sor, amely az összes vizsgált sérülés mintegy 41%-a. Ebből a betegmozgatással összefüggő sérülések száma 5% körül alakult. [123]

Az objektív tényeken és mért adatokon kívül a biztonság szintjével, a kockázatok nagyságával kapcsolatban gyakran emlegetett jelző a szubjektivitás. Érintőlegesen már szó volt róla, hogy pszichológiai értelmezésében a biztonság nem más, mint egy szubjektív érzet, amely az egyén szintjén képes befolyásolni annak cselekedeteit, hatással van környezeti és társas viszonyaira, interakcióira. [127 p.12]

A biztonság érzete egyenes arányban összefügg az egyén szubjektív kockázatérzékelésével, amely egyszerű megfogalmazásban az egyén álláspontja egy adott tevékenységgel kapcsolatos (itt: egészségkárosító) kockázat mértékével. A biztonság szubjektív érzete, a kockázat egyénileg észlelt mértéke és a szakértői vélemények alapján készített objektív értékelések, a mért értékek a munkafolyamatok tényleges veszélyességével kapcsolatban jelentősen eltérhetnek egymástól, hiszen az emberek kockázatérzékelése rendkívül összetett jelenség. Fellelhető azonban néhány olyan törvényszerűség, amelynek mentén azok többsége konzisztens módon eltérően ítéli meg a környezetből őt fenyegető és objektíve azonos kockázatok mértékét. Ilyen szempont lehet a kényszerből vagy önként vállalt kockázatok megítélése, ugyanis az önként vállalt kockázatokat az emberek relatíve alacsonyabbra becsülik, de ugyanezen analógia mentén lehet beszélni különbségekről a mindennapos, vagy a hirtelen megjelenő kockázat tekintetében, illetve az egyén által ellenőrizhető/nem ellenőrizhető kockázat esetében. Kiemelt befolyásoló tényezőként említhető még a nem megfelelő informáltság a kockázattal kapcsolatban, mint például az objektív tényezők hiányos ismerete, a túlzott magabiztosság az elhárítási képességet illetően, vagy maguknak a helyzeteknek a nem megfelelő megítélése. [49 p.75]

A szervezet vezetése és a biztonságsszervező számára általában a kockázatok mértékének meghatározásánál az objektív adatok⁷⁰ a fontosabbak, azok segítségével könnyebben indokolhatók anyagi investíciót is igénylő intézkedések, az intézkedések eredményét a pedig

⁷⁰ Objektív az adott adat, ha mérhető, számítható, ellenőrizhető. Szubjektív az adott adat, ha az fizikai érzet („úgy érzem, hogy”) egyéni vagy csoportos vélemény („szerintem”). [70 p.77]

konkrét és mérhető értékek változásán keresztül lehet leginkább megmutatni, elemezni, értékelni. Néhány típusú veszélyforrás – amilyen például a pszichoszociális kockázatokat okozó hatások jelentős része – kockázatainak megállapításához azok sajátosságai miatt azonban a szervezeteknek a szubjektív adatgyűjtésre is szükséges hangsúlyt fektetni. [70 pp.77–78]

A szubjektív adatgyűjtés során a fő információforrás maguk a munkavállalók, akik nagyban segíthetik a szakembereket, hiszen általában jól ismerik a gyakorlati problémákat, a munkavégzés közben szerzett tapasztalatok alapján felismerhetnek rejtett veszélyeket, továbbá az őket érő megterhelésekről, azok mértékéről sokszor ők maguk tudják a legpontosabb információt adni. [36 p.7]

Az egészségügyben eltöltött munkavégzésem alatt, a kockázatértékelések készítésénél és az ellenőrzések során általános volt, hogy a megkérdezett munkavállalók igen magasnak ítélték meg az őket fenyegető egészségkárosító kockázat mértékét ritkábban egy, vagy több résztevékenység konkrét veszélyforrásaival kapcsolatban, gyakrabban pedig magáról az egészségügyi tevékenységről gondolták úgy, az összességében, az őket érő – az általuk észlelt – kumulált kockázatok okán rendkívül veszélyes mind lelki, mind fizikai biztonságuk szempontjából. **Továbbmenve, az iparban, szolgáltatásban azonos vizsgálati területen tapasztaltak alapján feltételezhetővé vált, hogy az egészségügyi munkavégzés során jelenlévő, testi és lelki egészségkárosító kockázatok mértékét az érintettek többsége számottevően magasabbra értékeli, mint a más nemzetgazdasági ágazatokban foglalkoztatott munkavállalók.** Amennyiben ez a jelenség valóban általános és elterjedt az egészségügyi dolgozók körében, annak hatása mind az egyén tekintetében, mind a szervezetek számára rendkívüli jelentőséggel bír, ezért részletes vizsgálata a jellemző kockázatok elemzése során indokoltá vált.

A vizsgálatot saját szerkesztésű kérdőíves felmérés segítségével végeztem, melynek fentebb megfogalmazott hipotézis ellenőrzésén túl célja volt, hogy segítségével következtetéseket legyek képes levonni bizonyos, az egészségügyben foglalkoztatottakra jellemző kockázati magatartások, attitűdök tekintetében.⁷¹

További célként tűztem ki annak vizsgálatát, az egészségügyben foglalkoztatottak jelen fejezetben ismertetett egészségkárosító kulcskockázatokat magukra nézve mennyire érzik relevánsnak, képes legyek ezáltal – a személyes tapasztalatok és a szakirodalmi adatokon

⁷¹ A kérdőíves vizsgálat eredményeiből levont következtetéseimet a vonatkozó fejezetrészek tárgyalásakor ismertetem.

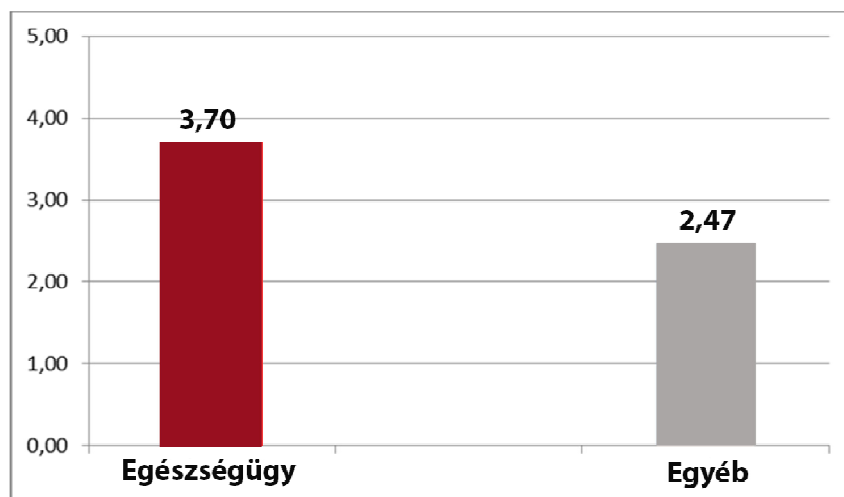
túlmenően – az érintettek véleményére alapozott forrásból is igazolni az általam kijelölt, intézkedést igénylő fókuszpontok létjogosultságát.

A nem reprezentatív, kényelmi mintavétellel végrehajtott információgyűjtés elsődleges oka a minél nagyobb mintavételi arány elérése volt. A lekérdezés online formában és papír alapon történt, önkitöltős módszerrel. Az érintett válaszadókat elsősorban személyes megkeresés útján értem el, de kihasználtam a közösségi oldalakban rejlő terjesztési lehetőségeket, és szakmai szervezetek segítségét vettem igénybe a kérdőív propagálásához, melyre összesen 496 válasz érkezett. A felméréshez standardizált kérdőívet használtam, amely az alapadatok felvételén túl 4 db, egy kivétellel zárt kérdést tartalmazott, egyéb válasz megjelölésének lehetőségével.⁷² A hivatkozott hipotézisemre a választ az alábbi két kérdés feltételével kerestem:

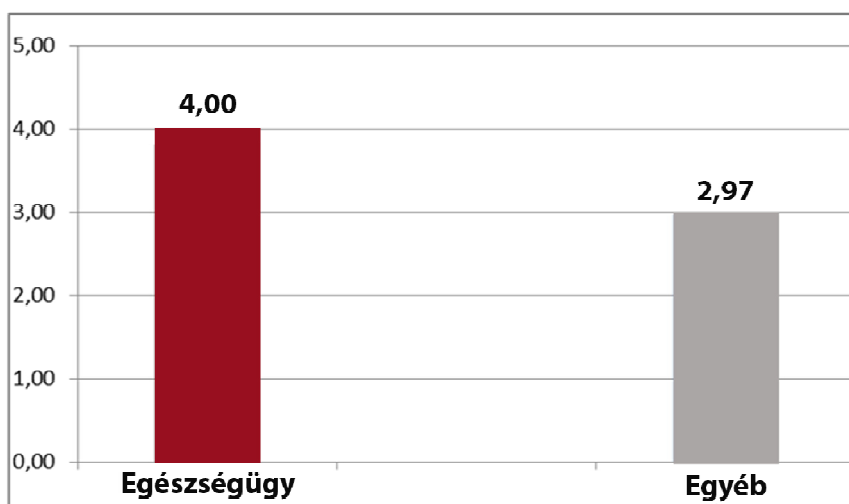
- lelki egészségem szempontjából, egyéb hétköznapi tevékenységem során tanúsított magatartással összehasonlítva munkám végzése közben az alábbi mértékben vállalok többletkockázatot;
- fizikai biztonságom szempontjából, egyéb hétköznapi tevékenységem során tanúsított magatartással összehasonlítva munkám végzése közben az alábbi mértékben vállalok többletkockázatot.

A válaszadóknak az általuk észlelt lelki és fizikai egészségkárosító kockázat mértékét 1–5-ig terjedő Likert-skálán kellett értékelniük, ahol az 1 az egyáltalán nem, míg az 5 fokozat a nagymértékű kockázatvállalást jelentette. **Az összesítések alapján jól látható, az egészségügyben foglalkoztatott válaszadók szubjektív kockázatvállalási szintje mind a fizikai biztonságuk, mind a lelki egészségük szempontjából lényeges mértékben meghaladja a más nemzetgazdasági ágban munkát vállalókéét, amely alátámasztja a hipotézisben megfogalmazott feltételezést.** (10–11. ábra)

⁷² A kérdőív mintája, a kitöltőkre vonatkozó és a további összesítő adatok az 1. számú mellékletben található.

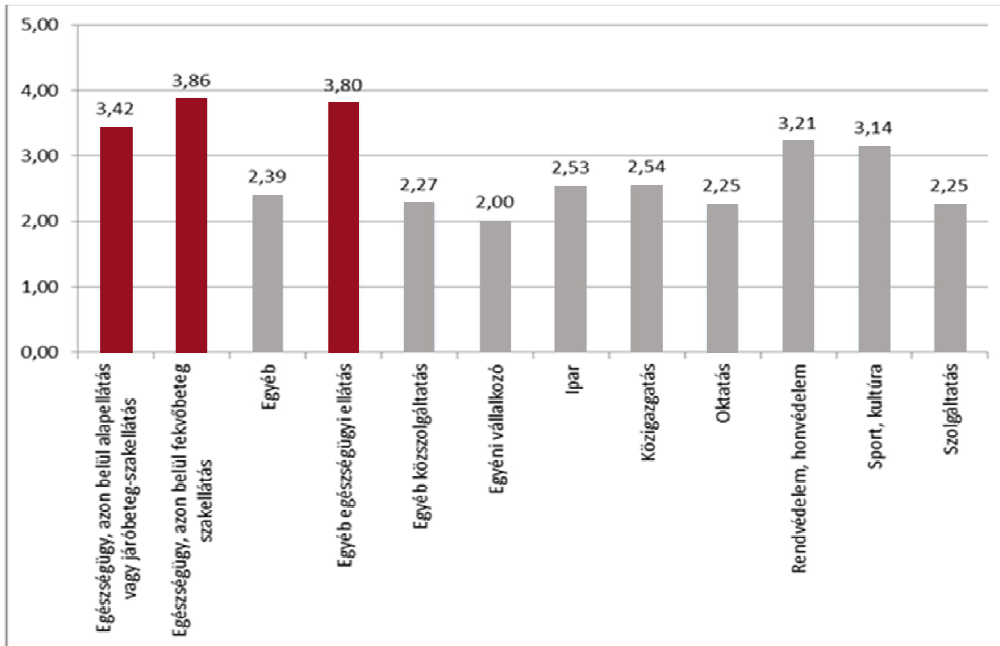


10. ábra
Fizikai biztonság szempontjából vállalt többletkockázat összesített, átlagos mértéke



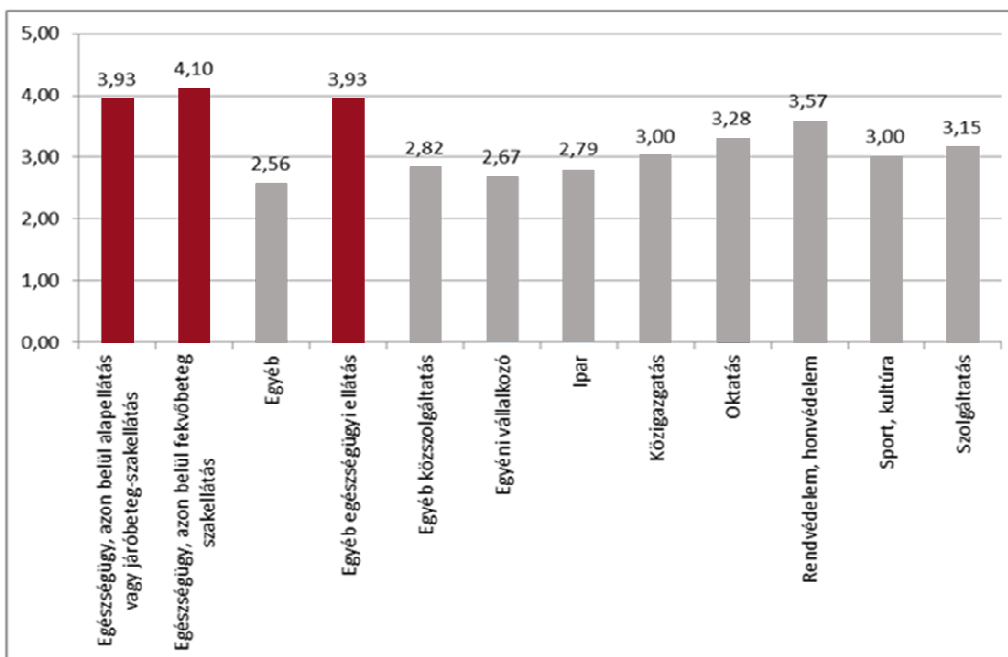
11. ábra
Lelki egészség szempontjából vállalt többletkockázat összesített, átlagos mértéke

Az átlagok ágazati szintű vizsgálatából kiderül, hogy a foglalkoztatottak által észlelt kockázatok mértéke mind a fizikai biztonság, mind a lelki egészség szempontjából mindkét esetben a három vizsgált egészségügyi ellátási forma tekintetében a legmagasabb. A kórházakra leginkább jellemző fekvőbeteg-ellátás pedig mindkét típusú kockázat esetében a legmagasabb átlagos kockázati szintet mutatja. (12–13. ábra)



12. ábra

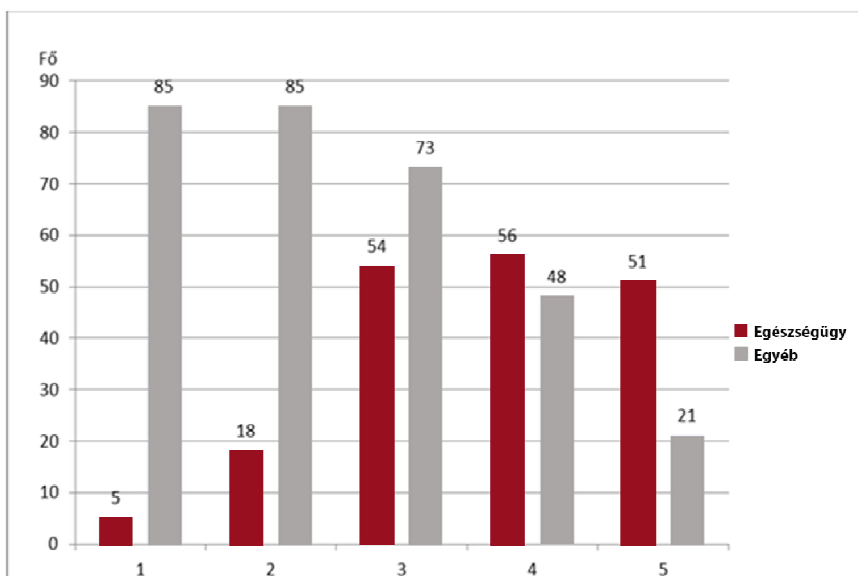
Fizikai biztonság szempontjából vállalt többletkockázat átlagos mértéke ágazatonként



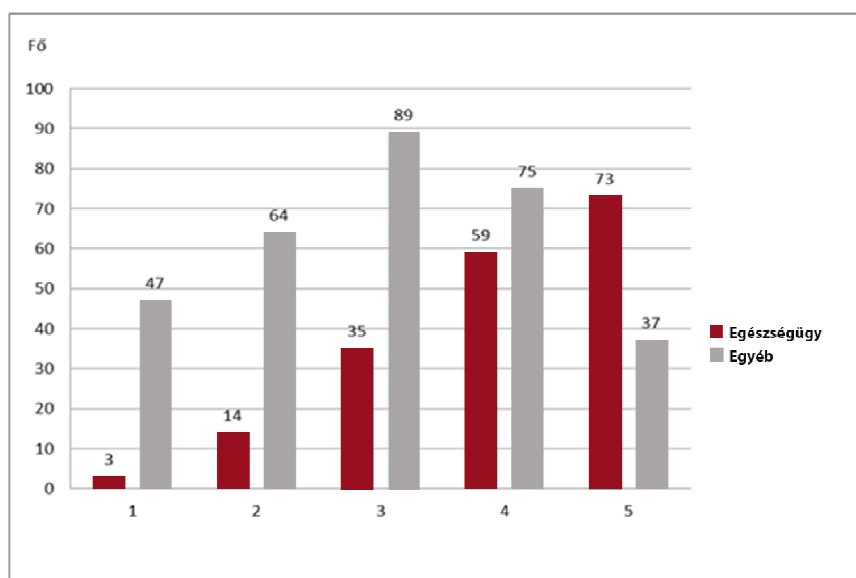
13. ábra

Lelki egészség szempontjából vállalt többletkockázat átlagos mértéke ágazatonként

A kockázati szint érték szerinti megoszlása megmutatja, hogy a legmagasabb kockázati szintet jelentő értéket mind a fizikai biztonság, mind a lelki egészség szempontjából a leggyakrabban az egészségügyben foglalkoztatottak jelölték meg. (14–15. ábra)



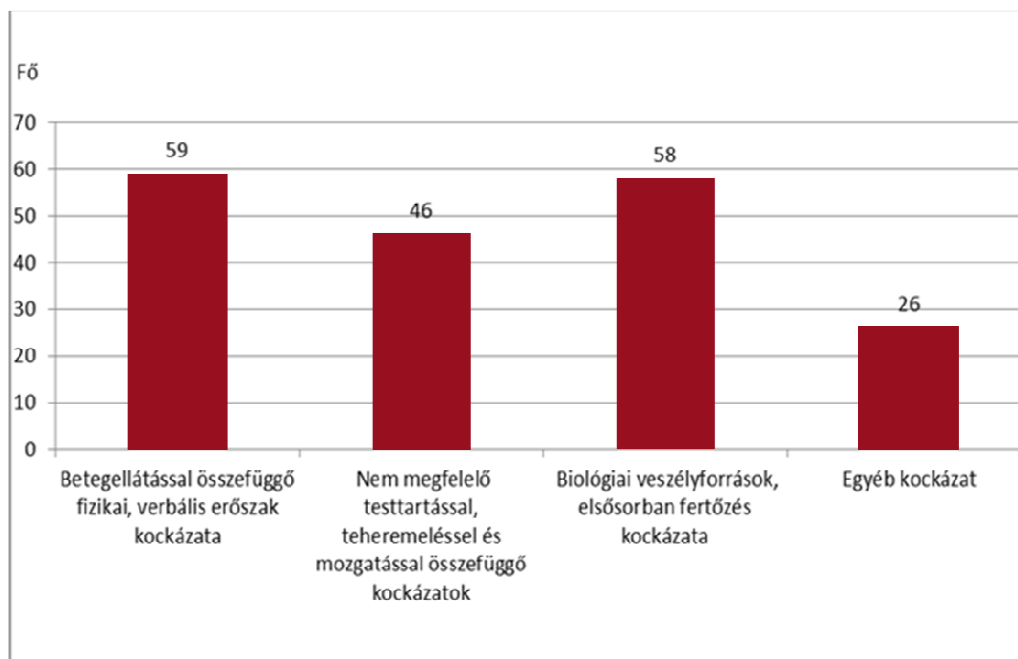
14. ábra
A vállalt kockázati szint érték szerinti megoszlása a fizikai biztonságot veszélyeztető kockázatok tekintetében



15. ábra
A vállalt kockázati szint érték szerinti megoszlása a lelki egészséget veszélyeztető kockázatok tekintetében

Az egészségügyben foglalkoztatott, a kérdésre választ adó 139 fő 42,4%-a jelölte meg a legjellemzőbb kockázati tényezők között a betegellátással összefüggő fizikai és verbális erőszaknak való kitettséget, a nem megfelelő testtartással, teheremeléssel és mozgatással összefüggő kockázatokat 33%-ban tüntették fel a válaszok között, míg 41,7% mondta azt, hogy a biológiai veszélyforrásokat jellemző kockázatnak érzi. Összességében az általam vizsgált egészségkárosító kulcskockázatok valamelyike a kérdésre választ adók 81,3%-ánál jelent meg jellemző kockázatként (16. ábra). **Ezen munkavállalói vélemények is**

alátámasztják a gyakorlati tapasztalatokat és a szakirodalmi adatokat az egészségügy legjellemzőbb egészségkárosító kockázataival kapcsolatban.



16. ábra
Jellemző kockázatok megoszlása a válaszadók között

Az egészségügyi dolgozók által észlelt és egy szakértői elemzés során megállapított kockázati szint mértéke természetesen eltérhet egymástól, azonban a 16. ábrán látható esetekben az érintettek kockázatészlelési hatékonyságát tekintve kevés olyan tényező azonosítható, amely azt számottevő mértékben képes lenne befolyásolni. A veszélyek észlelését nem nehezítik rejtett technológiai összefüggések, a munkavállalók képzettségük és gyakorlatuk alapján nagy biztonsággal képesek azonosítani azokat, a kockázatokkal kapcsolatos objektív tényezők, mint például bekövetkezési valószínűségek, gyakoriságok és súlyosság pedig megfelelően dokumentáltak és/vagy az egyén számára jól megbecsülhetők, így szubjektív ítéletük a kockázati mérték tekintetében alapvetően pontosnak feltételezhető.

A tényleges veszélyforrások által okozható egészségkárosodáson kívül a velük kapcsolatos kockázatok mértékének ez a fajta fokozott egyéni megélése további kockázatok eredményez, melyeket a biztonságszervezőnek és a kórházi menedzsmentnek mind a munkát végző, mind az ellátás biztonsága tekintetében figyelembe kell vennie, kiemelten alábbiak miatt:

Egyes pszichogén betegségek kialakulásában, mint például a neurózis, a munkatevékenység idegrendszer terhelő hatásai, kiemelten a munkafolyamat veszélyessége, (a kockázat megjelenési formájától függetlenül) mint foglalkozási eredetű neurotizáló tényező

nagy szerepet játszhatnak.⁷³ A neurózis jellemzője, hogy általában nem egy nagy trauma, hanem ismétlődő, vagy tartós feszültségek, állandó stresszhelyzetek idézik elő, a személyiség valamilyen gyenge pontját érinti, amely gyenge pont az ember életében elszenvedett és fel nem dolgozott tapasztalatot jelöl. A baleset, de különösen a fizikai agresszió elszenvedése (a megkérdezett ápolók 37%-a!), amely kórházak tekintetében oly nagy számban fordul elő, sokaknál rendkívül kedvezőtlen pszichikus utóhatást vált ki, növelheti az egyén hajlamát a szorongásra, pánikszerű cselekvésre. Fontos tény továbbá, „hogy a betegségokozó konfliktus nem annak valódi súlyától, hanem szubjektív átélésétől függ,” így a testi vagy lelki veszélyeztetettség esetében is a szubjektív kockázatterzet, a veszély nagyságának megélése is kiemelt fontosságú. [46 pp.71–72]

A kockázatmenedzsment kockázatértékelési fázisában a potenciális veszélyek azonosítását követően következik a velük kapcsolatos konkrét adatok gyűjtése, melynek fő célja a veszély tényleges meglétének, valódiságának egyértelmű igazolásával cselekvést indikálni a kockázat megszüntetésre a döntéshozónál, valamint bemutatni számára az adott kockázat mértékén kívül annak fontosságát. [70 pp.77–78] A kockázatok vizsgálatakor a munkavégzők egészségének, testi épségének nyilvánvaló fontosságán túl vissza kell utalnunk a biztonsági rendszer működésének értelmére, amely nem más, mint a szervezet céljainak támogatása, többek közt a humán erőforrás-gazdálkodással kapcsolatos biztonsági kockázatok kiküszöbölésén, csökkentésén keresztül.

A humán erőforrással, az ellátást végzőkkel kapcsolatban mind a szolgáltatást igénybe vevők, mind a kórházi menedzsment részéről elvárásként jelentkezik, hogy tevékenységüket, a beteg érdekeit és állapotát maximálisan figyelembe véve, megfelelő szemlélettel lássák el, tehetségüket, képességeiket, teljes figyelmeiket a gyógyítás, az ellátás szolgálatába állítsák. A céltudatosságnak, önmegvalósításnak igénye egyébként az egyén természetes sajátja, a már ismertett maslowi motivációs hierarchiarendszerben a szükségletek csúcsán szerepel. A maslowi szükségletpiramis ezen szintje azonban csak akkor érhető el, ha az alacsonyabb rendű igények már kielégítésre kerültek.

Könnyű belátni, irreális elvárás az ellátást végzőkkel szemben, hogy szakértelmüket, képességeiket osztatlan figyelemmel a betegek igényeinek rendeljék alá, ha ezzel egy időben saját, alapvető szükségleteik kielégítése hiányt szenved, adott esetben a miatt aggódnak, hogy bármelyik pillanatban balesetet szenvedhetnek, vagy netalán fizikai erőszak érheti őket a

⁷³ A neurózis szorongással járó funkcionális mentális zavar, amit sem hallucinációk, sem téveszmék nem kísérnek, így nem esik kívül a társadalmilag elfogadott viselkedési normákon. A neurózisnak több formája ismert, köztük kényszer-cselekvések, szorongásos neurózis, hisztéria (melyben a szorongás fizikai tünetekkel párosulhat). [160]

tevékenység során. A biztonsági igények kielégítetlensége esetén nem várhatjuk el joggal, hogy maximális odafordulással segítsenek másokat. [117] Ennek elmaradása türelmetlenséget, pszichés problémákat eredményez, romlik a kommunikáció, a beteggel való kapcsolat, a beteg részéről történő visszahatás miatt pedig, ahogy a későbbiekben rámutatok, kockázati spirálba kerülhetünk.

A problémakör kapcsán érdemes megemlíteni még egy másik, szintén gyakran hivatkozott motivációs elméletet, amely Frederick Herzberg nevéhez köthető, „aki azt vizsgálta, hogy mitől elégedettek munkájukkal az emberek. Azt találta, hogy ezek a tényezők két csoportra oszthatók. Különböznek azok a tényezők, melyek a munkával való elégedettséget okozzák (motivátorok) azoktól, amelyek miatt az emberek elégedetlenek (higiéniás tényezők). Motivátorok az elért teljesítmény, a felelősség, a fejlődési lehetőségek, az elismerés és maga a munka érdekessége, tartalma.” Ezek egybeesnek a Maslow által megfogalmazott magasabb rendű szükségletekkel. „A higiénias szükségletekhez tartoznak a munkakörnyezet fizikai jellemzői, valamint a fizetés, juttatások, a beosztás, *a munkavégzés biztonsága*,⁷⁴ az ellenőrzés és az emberek közötti kapcsolatok, más megközelítésben az alacsonyabb rendű szükségletek. Ezek hiánya elégedetlenséget okoz, de meglétük nem vezet elégedettséghez, nem okozzák a viselkedés vagy a teljesítmény javulását, nem teszik az állást érdekesebbé.” [47 p.95]

A higiénias tényezők felelősek azonban az esetek legnagyobb részében a munkahely elhagyásáért, vagy a munkából való hiányzásokért. A jelenséggel azért is érdemes foglalkozni, mert a szakirodalmi kutatások alapján a munkával való elégedetlenséghez leginkább a kiégés jelensége járul hozzá, amely jellemző probléma az egészségügyben. [126 p.27]

Véleményem szerint a burnout, mint következmény, a higiénias szükségletek tekintetében fennálló hiányosságok eredőjeként jöhet létre, hiszen kialakulásában szerepet játszhatnak a munkahellyel kapcsolatos anyagi, erkölcsi problémák, az intézményi kultúrából származó hiányosságok, és természetesen a munkakörnyezet biztonságával kapcsolatos negatív tapasztalat. Ezen megközelítés azt is feltételezi, a kiégés megelőzésére tervezett válaszokat komplexen, minden hatótényező tekintetében értékelni kell, az okok feltárásakor kritikusan kell szemlélni a különböző közrehatások mértékét, így a fókuszpontok megállapítása szervezeti típusonként eltérő lehet. A burnout megelőzési programok kulcsszavaiként a leggyakrabban a csapatépítés, a relaxációs technikák, kapcsolatok megerősítése, a személyes támogatás, a munkahelyi

⁷⁴ Szerző általi kiemelés.

légkör fejlesztése fordul elő, elvértve találkozhatunk a munkakörnyezeti biztonságának javítására irányuló megfontolásokkal. Ennek fontossága pedig kiemelkedő lenne, hiszen nincs a nemzetgazdaságnak még egy olyan foglalkoztatási ágazata, ahol a munkahelyi fizikai és/vagy szóbeli erőszak ennyire előre jelezhető és ekkora mértékű lenne, mint a kórházak esetében.

A már hivatkozott, az Ápolási Szakmai Kollégium megbízásából elvégzett kutatás tapasztalatai alapján az ápolók 15 %-a (!) már arra is gondolt, távozik az egészségügyből, mert a munkakörülményeit nem tartja biztonságosnak. **Rendszerszemléletben megközelítve a problémát látható, hogy a biztonsági rendszer milyen interakciók útján képes hatni a szervezeti célok elérésére. Megfelelő működése kritikus fontosságú, így semmiképpen sem tekinthető perifériás, másodrendű funkciónak sem a vezetői figyelem, sem a forrásallokáció szempontjából.**⁷⁵

4.2 A biztonságsszervezési problémák megoldási lehetőségeinek elméleti megközelítése

A biztonsági szempontból legjelentősebb kockázatok tárgyalása után jelen alfejezet keretében néhány szóban kitérek a kezelésükkel kapcsolatos nehézségek elvi megoldási lehetőségeire, vizsgálom, mely módszerekre érdemes koncentrálni a feladattervezés során. A javaslatok megfogalmazásakor azt az alapelvet követem, amely szerint a prevenció intézkedéseket minden szervezet a működési területéhez, terjedelméhez, létszámához, a tevékenység veszélyességéhez, lényegi sajátosságaihoz, a működési környezethez leginkább illeszkedő, saját, egyedi, lehetőségeihez mért módon tervezze és valósítsa meg, természetesen a vonatkozó jogszabályi kereteken belül. [71 p.9]

Az első fejezetben leírt működési sajátosságok alapján a jelen Magyarországnak kórházi környezetében mind a biztonsági kockázatok kezelése, mind a kockázatok kezelése során felmerülő nehézségek leküzdésének tekintetében az adminisztratív, szervezési módszereknek van túlnyomó többségben létjogosultsága.

A kockázatkezelés ezen lényegi elemei közül munkautasítások, szervezetszabályzó eszközök kiadásával, képzési, fejlesztési programok indításával, oktatással, ellenőrzésekkel, és egyéb vezetői funkciók előtérbe helyezésével, megfelelő kockázatelemzési eljárások alkalmazásával lehet a leginkább a biztonságot fokozni, [71 p.10] amelyek kidolgozásának középpontjába a javaslattétel során sok esetben az embert, annak fizikai és lelki jellemzőit

⁷⁵ Természetesen a biztonsági rendszer a munkaerőforrás kiáramlásának csökkentésén, a tevékenység hatékonyságának javításán keresztül számos egyéb módon tudja még a szervezeti célokat támogatni, azonban e helyütt nincs mód azok részletes vizsgálatára.

szükséges állítani. Ennek fő oka, – ahogy a kórházi rendszer makrokörnyezetének vizsgálata során feltártam – hogy számos olyan kockázati tényező azonosítható, amit a kórházi célrendszer és a jelenleg fennálló működési sajátosságok okán a munkáltató nem tud megfelelő kollektív műszaki vagy szervezési kontroll alatt tartani, az ellene való védelem hatékonysága így a legnagyobb mértékben emberi tényezőkön múlik, mind az egészségvédelem, mind a bűnmegelőzés tekintetében.

A bűnmegelőzés része annak fogalma szerint „minden olyan intézkedés és beavatkozás, amelynek célja vagy eredménye a bűnözés mennyiségi csökkentése, az állampolgárok biztonságérzetének minőségi javítása, történjék az a bűnalkalmak csökkentésével, a bűnözést előidéző okok hatásának mérséklésével, vagy a sértetté válás megelőzésével.” [21]

Napjaink kriminológiai gondolkodásában a bűnözés értelmezésére vonatkozóan három megközelítésmód létezik: társadalmi, individuális és szituációs. A társadalmi megközelítés a bűnözést társadalmi jelenségként értelmezi. „Ez egyaránt jelenti azt, hogy a bűnözés bizonyos szociális, gazdasági, kulturális tényezőkre visszavezethető jelenség, és azt, hogy a bűncselekmény és a büntető igazságszolgáltatás maga is társadalmi konstrukció. Az individuális perspektíva a bűnelkövetővé válás egyéni folyamataira, a szituációs pedig a bűnelkövetési szituációkra, bűnalkalmakra koncentrál.” [42 p.91]

A társadalmi és individuális okok bár nagyban befolyásolják a bűnelkövetői attitűdöt, de a végső és legmeghatározóbb motívumot a bűnelkövetésre a környezet elkövetésre felhívó feltételei, a kedvező szituáció teremti meg.⁷⁶ A szituációs bűnmegelőzés fogalma Marcus Felson nevéhez köthető, aki munkássága során a bűncselekményi szituációkat modellezve megállapította, hogy a bűncselekményi helyzetek kialakulása, a bűnelkövető és az áldozat szerepbe kerülés rutintevékenységek eredménye. Megközelítése a bűncselekményi helyzetek három kulcselemre koncentrált: az elkövetőre, az alkalmas céltárgyra/célszemélyre és a bűncselekményi folyamat megakasztására alkalmas felügyelet hiányára. Elméletének lényege, hogy a bűncselekmény megelőzhető, ha a potenciális elkövetőt és sértettet egymástól távol, vagy folyamatosan kontroll alatt tartjuk. [103] Ennek megvalósítására a biztonságsszervezés területén módszerek széles választéka áll rendelkezésünkre. Ilyen lehet többek közt az elkövetéshez szükséges erőfeszítés növelése a fizikai akadályozáson keresztül, az elkövetéssel járó kockázat fokozása megfigyelés, kontroll révén, illetve hatékony lehet még a bűncselekménnyel elérhető előnyök csökkentése, a vonzerő mérséklése.

⁷⁶ A kórházi biztonságsszervezés tekintetében a megelőzés során számunkra a bűnelkövetés valamennyi komponense közül hatékonyan csak közvetlen bűnalkalom alakítható. [103]

A kutatás során vizsgált kórházi intézmények mindegyike alkalmazza a szituatív megelőzés egyes elemeit, ám a kívánt biztonsági szint elérése egy ponton nehézségekbe ütközik. Értem ezalatt, hogy a kórház működési jellegéből adódóan egyes kritikus részeken lehetetlen átfogó műszaki, illetve szervezési intézkedésekkel a potenciális bűnelkövetők szűrése, távoltartása. Adatvédelmi, személyiségi- és betegjogi előírások miatt az egyes területekre belépők és ott tartózkodók nagy részének anonimitása garantált, és az állandó, folyamatos kontroll technikai eszközökkel ezen okokból szintén megvalósíthatatlan. **A tevékenység jellege sem teszi lehetővé az elkövetők távoltartását a potenciális sértettektől, amely különösen nagy kihívást okoz az indulati bűncselekmények kezelésében. Az egészségügy „munkatárgya” ugyanis maga az ember, a munkavállalók szempontjából pedig még tovább fokozza a fizikai erőszak veszélyét az egészségügyi ellátás azon jellemzője, mely szerint követelmény a beteg számára a megfelelő, betegségük jellegétől függő, intim környezet kialakítása a vizsgálatok során.**

Az emberi tényező szerepének hangsúlyozása a bűnmegelőzésen túl az egészségvédelmet tekintetve is lényeges, ugyanis a témával kapcsolatos szakirodalmi kutatások megállapításai alapján – bár nem mindenhol találkozunk azonos számokkal – a balesetek 70–90%-a emberi tényezőkön múlik, túlnyomó többségük személyi hibára vezethető vissza. A kockázatmenedzsmentben természetesen nem elhanyagolható szempont annak vizsgálata sem, hogy más veszélyforrás, gép, berendezés, technológia, anyag játszott-e közre a bekövetkezett eseményekben, de ha belátjuk, hogy „tulajdonképpen a műszaki hiba sem vezet feltétlenül balesetbe minden esetben, csak bizonyos személyeknél, bizonyos helyzetekben, s más személyek hasonló helyzetben elkerülik a balesetet, a személyi tényezők balesetben játszó szerepének vizsgálata kulcsfontosságúvá válik.” [100]

Az egészségügy pedig nagymértékben emberi erőforrás igényes és annak ellenére, hogy napjainkban a technológia folyamatosan fejlődik, egyes folyamatokat gépesítenek, automatizálnak, mégis, jellegéből adódóan még sokáig az egyik leginkább humán erőforrás igényes szektor marad a jövőben is.

A fentiekben foglalt okok miatt a biztonságsszervezési nehézségek leküzdésével és ez által a kockázatok hatékonyabb kezelésével kapcsolatos javaslatok megfogalmazásánál főleg – de nem kizárólag – az embert állítom a középpontba, annak személyes tulajdonságait vizsgálom.

Ezzel a megközelítéssel nem állítom azt azonban, hogy pusztán az emberi viselkedés befolyásolása, oktatás, képzés, tájékoztatás, szabályzás révén, továbbá a személyiségjegyek figyelembe vétele az intézkedések gyakorlatba ültetése során az ember-technika-környezet

minden összetevőjének alakítása nélkül megvalósítható lenne a vizsgált kockázatok elfogadható szintűre történő csökkentése.

Már csak a rendszerszemléletű megközelítés miatt is fontos, hogy a védelem szervezésénél ne ragadjuk ki egy-egy témát, és bár tudomásul kell vennünk, hogy a legtöbb esetben az emberi tényező a végső ok, amely kiváltója lehet például egy balesetnek, azonban az egyéni tényezőkn kívül vizsgálni kell az adott környezeti körülményeknek, a folyamatok, a munka szervezettségének bekövetkezésben betöltött szerepét. [74 p.41] Mindazonáltal az általam javasolt adminisztratív és szervezési megoldások azok, amelyek képesek lehetnek gyorsan és hatékonyan nagyban javítani a jelenleg fennálló állapotokon, tekintve a kórházi szervezet reakcióképességét és reakcióidejét, amely a biztonságsszervezés eredményessége szempontjából igen fontos jellemző.⁷⁷

Ezen elvi megközelítések bevezetése után a témát a továbbiakban a bevezetőben deklarált módon tárgyalom, a legjellemzőbb veszélyforrások kezelésével kapcsolatos azon biztonságsszervezési nehézségeket és a hozzájuk kapcsolódó megoldási javaslataimat mutatom be, amelyek a kórházak három igen fontos szervezeti elemének – a humán résztvevők, a szervezeti kultúra, a feladatok ellátásához szükséges épületek – releváns sajátosságaival állnak összefüggésben.

4.3 A tevékenység humán résztvevőivel kapcsolatos biztonsági kérdések vizsgálata

A feltárt kulcskockázatokkal kapcsolatban a rendelkezésre álló adminisztratív, szervezési kockázatkezelési lehetőségeket, azok legfontosabb elemeit a kutatás során vizsgált intézmények mindegyike valamilyen módon és mértékben már alkalmazta. A kórházak többségében dokumentált kockázatértékeléssel rendelkeztek, mind az előzetes, mind az ismétlődő munkavédelmi/tűzvédelmi/vagyonvédelmi oktatásokat elvégezték, a biztonsági szabályzók rendelkezésre álltak, a biztonsági szervezetet létrehozták, feladatait meghatározták. A vezetés alkalmazta az ellenőrzések és a motivációs technikák egyes módszereit. **A biztonsági szakemberek azonban a megtett intézkedések alacsony hatásfokáról számoltak be, az oktatások ellenére számos olyan, főleg éles-hegyes eszközök által okozott, illetve teheremelésből, mozgatásból származó baleset történt, amely viszonylag egyszerűen elkerülhető lett volna a vonatkozó előírások betartásával,**

⁷⁷ A javaslatok megfogalmazásakor nem elhanyagolható ugyanis annak vizsgálata sem, hogy azokat a szervezet prevencióos tevékenysége milyen módon és milyen időtávon belül képes megvalósítani. [70 p.18] Az ember, mint „eszköz”, gyakorlatilag már rendelkezésre áll az egészségügyben, aránylag kis anyagi invesztícióval és megfelelő intézkedésekkel azonnal mobilizálható, bevonása mérhető, gyors eredményeket produkálhat, amely mind fontos és lényeges szempont a már ismertetett kórházi működési sajátosságokat tekintve.

és amelynek okaként a kivizsgálást végzők elsősorban az érintett figyelmetlenségét jelölték meg.

Az elvégzett ellenőrzések gyakori megállapítása volt, hogy az egyébként szigorú szabályzás és a be nem tartásból származó felelősségre vonás lehetősége ellenére a munkavállalók nem hajtották végre a szükséges védelmi intézkedéseket, számos esetben nem használták a kiadott egyéni védőeszközöket, figyelmen kívül hagyták a vagyonsvédelmi előírásokat, nem tettek eleget a tevékenységre vonatkozó protokollok biztonsági fejezeteiben foglaltaknak. **Ezekben az esetekben a szakemberek a munkavállalók nem megfelelő hozzáállását, felelőtlenységét, gondatlanságát említették a szabályszegő magatartás okaként.**

A vizsgált intézményekben az elkövetett bűncselekményeket feldolgozó statisztikákat elemezve megállapítható volt, hogy főleg a kórház, illetve a szolgáltatást igénybe vevők kárára, kisebb értékre, általában eszköz nélkül elkövetett lopások, továbbá a megtevesztések alapvető, elviekben könnyen felismerhető formái fordultak elő. Ezen esetek többségében a megelőzéséhez már egy zárható ajtó vagy szekrény használata, illetve egy teljesen egészséges szintű bizalmatlanság a másik személy irányába elegendő lett volna ahhoz, hogy ne alakuljon ki az elkövető szempontjából olyan kedvező cselekvési szituáció, amit kis túlzással még az is kihasználta volna, aki egyébként nem bűnelkövetési szándékkal tartózkodott az intézmények területén. Mivel a kórházakban az értékek megőrzése többek közt védett, központi helyen is megoldható lenne, a bűnalkalmakat potenciálisan kontroll alatt tartó személyek, így a munkavállalók, betegek, látogatók, őrszemélyzet helyszíni jelenléte is folyamatosan biztosított, a megelőzéshez szükséges magatartásra vonatkozó tájékoztatásokat elhelyezték, a védekezés lehetőségeit oktatták, **így a cselekvési szituációk kialakulását a védelmet szervezők és az esetekben eljáró hatóságok az érintettek nemtörődömségével, könnyelműségével, gondatlanságával, hanyagságával magyarázták.**

Ezekből a példákban látható, a szakemberek a problémákat, ha nem is tudományos oldalról, de minden esetben valamilyen pszichológiai szemléletmóddal közelítették meg, hiszen mind a figyelmetlenség, mind a nem megfelelő hozzáállás, vagy éppen a nemtörődömség, gondatlanság valamilyen egyéni viselkedési sajátosságot tükröz, amelynek leküzdésével kapcsolatban komoly nehézségekkel kell szembenézniük mindennapi munkájuk során.

Napjainkban sok tudományág foglalkozik problémáinak megoldásánál az emberi tényező vizsgálatával. Ezek közül a biztonságszervezőnek különösen fontos megérteni és

alkalmaznia az ún. viselkedés-központú megközelítéseket,⁷⁸ melyeknek közös jellemzője, hogy modellt kínálnak az emberi információfeldolgozás, a döntéshozás és a kognitív kontroll mechanizmusaira és működésmódjaira. Ezen viselkedés-központú megközelítések – vagy baleset-elméletek⁷⁹ – a munkavállalót némileg leegyszerűsítve információ-feldolgozó csatornának tekintik, és a balesetet azzal magyarázzák, hogy az érzékelés, észlelés, felismerés, értékelés, döntés és végrehajtás egymást követő fázisai közül valamelyikben hiba történik.

Az egyik ilyen, széles körben ismert elmélet Rasmussen nevéhez fűződik, aki megalkotta az információ-feldolgozás hierarchikus kognitív szintjeit leíró modelljét, amely jól alkalmazható különböző munkatevékenységek esetére. A modell alapfeltevése, hogy az emberi tevékenység célok által vezérelt. A célok érkehetnek kívülről, többek közt feladat, utasítás, vagy kényszerhelyzet formájában, de származhatnak a személy belső igényeiből is. A modell azt írja le, az adott cél végrehajtására az embernek milyen mechanizmusok állnak rendelkezésére.

Rasmussen modelljében a *gyakorlottságon alapuló viselkedés* tudatos kontroll nélküli, összerendezett egységes egészként lezajló, automatikus szenzomotoros cselekvési mintázatokból szerveződő tevékenységet jelent. Ilyen egy ceruza felemelése, vagy a begyakorlott kerékpározás. Ezen tevékenységek elvégzése közben a tudatos kontroll szintje alacsony, a külvilágból érkező információk ilyenkor jelek, melyeknek a konkrét és közvetlen folytonos téri-idői mivoltukon túlmenően semmiféle mögöttes jelentésük nincs.⁸⁰ A jelek közvetlenül kiváltják a megfelelő akciókat, amelyek a tevékenység olyan kisebb egységei, amelyek még tudatosan is értelmezhető célok elérésére irányulnak. Az akciók hierarchiába rendeződnek, az összetettebb akciók egyszerűbbekből állnak, és egymással változatos módon kapcsolódhatnak, egymásba ágyazódhatnak. A legegyszerűbbek azonban, amelyekre még alkalmazható a tudatos értelmezhetőség definíció szerinti feltétele, már nem bonthatók fel továbbiakra, mert ezek már csak nem tudatosítható műveletekből épülnek fel.⁸¹ A gyakorlottságon alapuló viselkedés jellemzője az elemi műveletek meghatározott szekvenciáiból szerveződött akciókra épülés, ahol szükség esetén az automatikusan lefutó cselekvéssort egy magasabb szintű kontroll modulálhatja. Erre abban az esetben van szükség,

⁷⁸ Az értekezés 95–97 oldalán bemutatott viselkedés-központú megközelítéseket Dr. Izsó Lajos „Ergonómia, a munkabiztonság emberi tényezői” c. munkája alapján ismertetem. [49 pp.18–20; 63–67]

⁷⁹ A későbbiekben rámutatok, hogy ugyanezen megközelítés alkalmas a balesetek okain kívül az áldozattá válás bizonyos formáinak vizsgálatára is, amelyekkel a kórházakban tapasztalt problémák gyakorlati oldalról jól megközelíthetők.

⁸⁰ Amikor automatikusan gépkocsit vezetünk, az út kanyarulatát jelző vizuális ingereknek semmilyen más jelentése nincs azon túl, hogy az út kanyarodik.

⁸¹ Egy ceruza felemelése általában olyan elemi akció, ami csak önmagában már nem tudatos és nem értelmes izomműködésekre bontható fel.

ha a környezetből származó üzenet már túlmutat az inger közvetlen fizikai mivoltán, azon túlmenő információt közöl számunkra.⁸²

A tevékenység szabályozása ekkor már a *szabályokon alapuló szinten történik*, ahol először megtörténik a jelzés felismerése, majd annak a rendszerállapothoz, illetve a feladathoz viszonyítása, végül pedig a jelzéshez kapcsolódó tárolt szabályok alapján a megfelelő viselkedésformák elindítása. Ezeket a tárolt szabályokat kaphattuk készen, például oktatás, tájékoztatás formájában, vagy korábbi tapasztalataink alapján kialakíthattuk mi magunk. A szabályokon alapuló szintet ugyanaz jellemzi, hogy ismert szabályok alapján rendelkezésre álló akciókat mozgósítunk.

Előfordulhat azonban, hogy olyan döntési helyzetbe kerülünk, amelynek a megoldására nem rendelkezünk előre lerögzített szabállyal. Ilyen esetben a tevékenység szabályozása ismét magasabb szintre, *a tudáson alapuló szintre* tevődik át.⁸³ Az információ ilyenkor szimbólummá válik,⁸⁴ amely több mint egyszerű jel, de több a jelzésnél is, mert komplex jelentést hordoz. Ezen a legfelső szinten először a szimbólum azonosítása történik meg, majd a fölérendelt cél⁸⁵ megvalósítása érdekében olyan új tervet kell készíteni, amihez a lehetőség szerint rendelkezésre állnak ismert eljárások, ill. szabályok. Ennek azonban előfeltétele a tevékenység tárgyának alapos ismerete, annak átfogó tudása. Ha a megoldás nem vezethető vissza az új megoldási terv létrehozása során már rendelkezésre álló szabályokra, akkor magukat a végrehajtási szabályokat is a megoldási terv megalkotása során kell létrehozni. A tudáson alapuló tevékenység jellemzője, hogy a fölérendelt célok által megkívánt cselekedet végrehajtása érdekében megtervezi a feladat-megoldás részletes programját; vagy úgy, hogy visszavezeti ismert szabályokra, amelyekhez rendelkezésre állnak a megfelelő akciók, vagy úgy, hogy magukat a szabályokat is megalkotja.

Azt, hogy valamilyen közölt információ a munkát végző számára jel, jelzés vagy szimbólum, azt nem az információ formája szabja meg elsősorban, hanem az információközlés helyzete. Amennyiben ezek a mentális vagy fizikai cselekvések megtervezett sorozata nem éri el előre eltervezett szándékozott célját és ez a kudarc nem tulajdonítható valamilyen rendkívüli véletlenszerű körülménynek, akkor emberi hibáról beszélünk.

⁸² A gépkocsivezetés példáját folytatva útitársunk így szól "Most figyelj, az út csúszós!", akkor tudatosan is odafigyelünk a vezetésre, nagyobb figyelmet szentelünk neki. Ha ezek után egy városba érve közlekedési táblákat látunk meg, ezek már jelzések lesznek számunkra, mert egyértelmű és egyezményesen ismert szabályok szerint tájékoztatnak például arról, hogy megállni vagy parkolni tilos.

⁸³ Ha a gépkocsivezetés közben egy váratlan akadály, például egy híd lezárása miatt hirtelen kiderül, hogy úti célunk az eredetileg tervezett módon nem érhető el.

⁸⁴ A lezárt híd látványa ekkor számunkra a hirtelen kialakult probléma szimbóluma lesz.

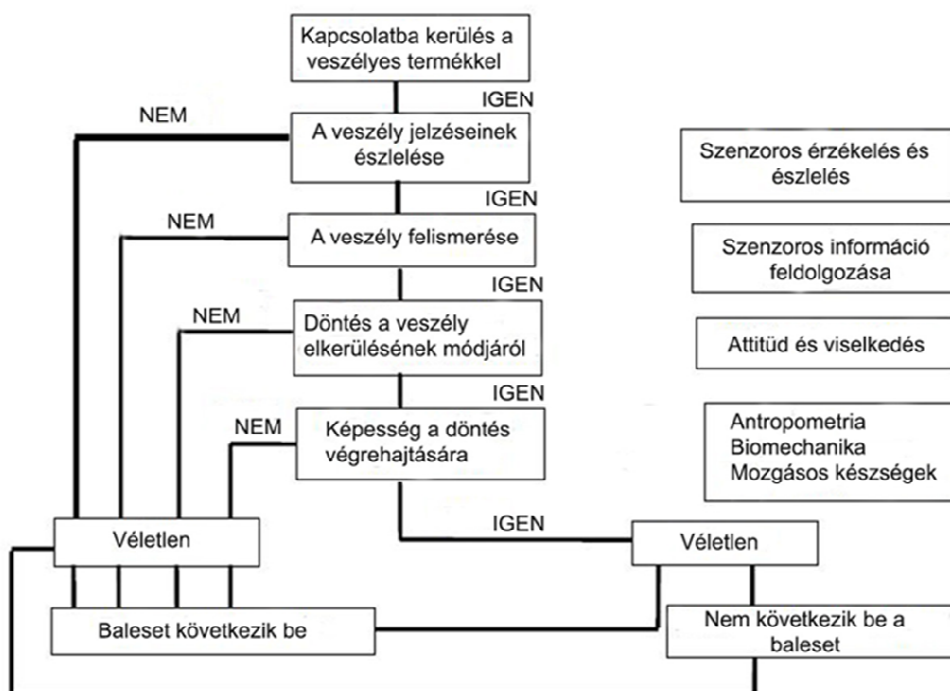
⁸⁵ Mint például az úti cél elérése.

Az emberi hibázás Reason-féle modelljében a hibák két alapvető típusát különböztetjük meg. Az első esetben a cselekvések nem a terv szerint futnak le, függetlenül attól, hogy maga a terv helyes-e vagy nem. Ezek a végrehajtási vagy/és tárolási hibák, mivel a megfelelő cselekvések sorozata vagy rosszul lett végrehajtva, vagy/és már az eltárolásukban is hiba volt. Ezek az ún. elvétések és kihagyások. Az elvétések potenciálisan megfigyelhető, nem terv szerint lefutó cselekvés-sorozatok (tehát végrehajtási hibák), félrefutott mozgásos akciók, például a munkát végző személy, aki mellényúl és rossz gombot nyom meg. A kihagyások közvetlenül nem megfigyelhető, többnyire az emlékezés működési zavarával, kimaradásával kapcsolatos, az elvétéseknél mélyebben gyökerező, tárolási hibák.

A második esetben maga a cselekvési terv hibás, függetlenül attól, a cselekvések a terv szerint futnak-e le vagy nem. Ezek a tervezési hibák, amelyeket tévedéseknek⁸⁶ nevezünk. A tévedések az ítéletalkotási és következtetési folyamatok hiányosságai a célok és az azok elérésére kiválasztott eszközök meghatározása során.

Reason modelljét a Rasmussen-féle feldolgozási szintekkel kiegészítve elmondható, az elvétések és kihagyások mindig a gyakorlottságon alapuló szinten fordulnak elő, míg a tévedéseknek két fajtája különböztethető meg: tévedések a szabályokon alapuló szinten, illetve tévedések a tudáson alapuló szinten. Az 17. ábrán látható, *Ramsey-féle modell* mutatja szemléletesen, az információfeldolgozás és cselekvés különböző szinteken bekövetkező zavarai a véletlenül kombinálódva milyen mechanizmusok révén vezethetnek nem kívánt eseményekhez, balesetekhez. [49]

⁸⁶ A tévedések lényegesen komplexebbek, nehezebben megérthetőek és tetten érhetőek, mint az elvétések vagy a kihagyások és ezért azoknál sokkal nagyobb potenciális veszélyt képviselnek. Míg az elvétések és a kihagyások a tervezettől való eltérést jelentik és ezért viszonylag könnyebben felfedezhetőek és így tudatosíthatóak, addig a tévedések lényege a rossz tervezés és ezért akár hosszú ideig észrevétlenek maradhatnak.



17. ábra⁸⁷

Ramsey baleset-kialakulási modellje

Az ember közrehatásának mértéke, módja, annak folyamatai és interakcióinak figyelembevétele azonban nem csak a balesetek elkerülésében lényeges. A bűnügyi tudományokban is régóta ismeretes már, hogy a bűnözés csökkentése érdekében végzett tevékenység nem lehet eléggé hatásos, amennyiben nem vizsgálják azokat az okokat, amelyek a sértetté váláshoz vezetnek. A bűncselekmény bekövetkezésében, az elkövetést lehetővé tevő, azt megkönnyítő feltételek összefüggő láncolatában pedig jelentős szerepe van többek közt a sértett személyiségének, az elkövetővel való kapcsolatának és a bűnügyi szituációban tanúsított magatartásának. Ezen problémakörrel behatóan a viktimológia tudománya foglalkozik, amely többek közt feltárja a sértettek bűncselekmény-fajtánkénti jellemzőit, biológiai, pszichológiai és szociológiai személyiségvonásainak főbb sajátosságait. [53]

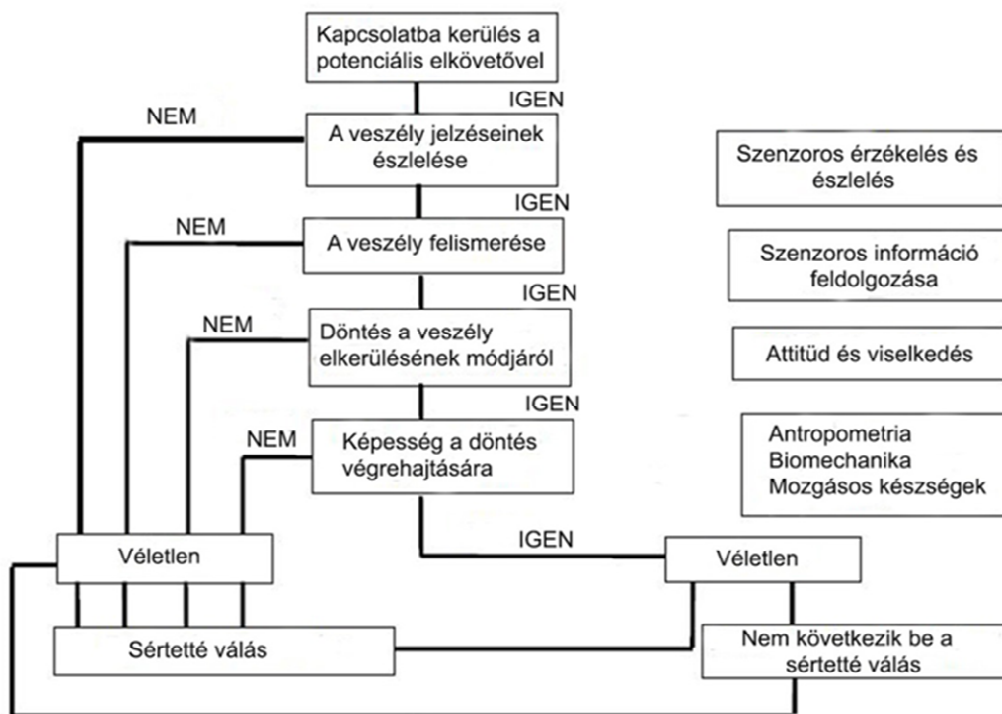
A viktimológia jellegű összefüggések ismerete a biztonságszervező számára a preventív intézkedések tervezése szempontjából rendkívüli jelentőséggel bír, amely által a bűnözés jelentős csoportjainak megelőzésére széles körben lehetőség van a potenciális áldozatok vonatkozásában. Figyelemmel az egyes áldozatokat jellemző tulajdonságokra és a bűnügyi szituációkra, lehetőség nyílik a gyakorlatban elterjedt védelmi módszerek hatékonyabbá tételére, ezáltal nagyobb mértékben megóvni többek közt a lopások, a csalások,

⁸⁷ [49 p.64] alapján a szerző által módosított ábra.

valamint a fizikai agresszióknak való kitettség tekintetében az emberek adott csoportjait a sértetté válástól. [53 pp.47–52]

A kórházakban mind a szolgáltatást igénybe vevők, mind az egészségügyi tevékenységet ellátók sajátos viktimizációs kockázattal rendelkeznek, mindkét csoportnál aránylag homogén módon jelenlévő, személyiségpszichológiai és fizikai tulajdonságok azonosíthatók, melyek közvetlenül alakíthatóak a munkáltató számára, így azokat mindenképpen fel kell tárni, és figyelembe kell venni az intézkedési javaslatok megfogalmazásánál. Ahogy a balesetek bekövetkezésében, úgy az áldozattá válás vizsgálatánál is releváns mentális tényező a gyakorlottság és a tudás által meghatározott gondolkodás, a kockázat-érzékelés, a veszély azonosításának képessége, az attitűdök, a motiváció, egyes időleges vagy állandónak tekinthető személyiségvonások. [49 p.72]

A 17. ábrán szereplő Ramsey-féle modellt némileg átalakítottam, hogy bemutassam, a kutatási tapasztalatok alapján az elkövetővel való kapcsolatba kerülés milyen mechanizmusok révén vezethet a kedvező cselekvési szituáció kialakulásához, az áldozattá, sértetté váláshoz.



18. ábra
Ramsey viktimológiai összefüggések figyelembevételével módosított modellje

A biztonságsszervező szakembernek mind a baleset-megelőzés, mind az áldozattá válás szempontjából az általa a munkahelyen alkalmazott, műszaki, szervezési, munkaegészségügyi védekezési módszereken belül meg kell találnia azokat a pontokat, amelyekben a tárgyalt pszichológiai szemléletmód leginkább érvényesíthető. Ez

biztosíthatja ugyanis, hogy a gyakorlatba ültetett intézkedések az érintettek információfeldolgozási és viselkedési sajátosságainak, illetve az egyéni különbségek ignorálása miatt ne váljanak formálissá, rutinszerűvé, ezáltal sok esetben hatástalanná.⁸⁸ [50 p.1]

Véleményem szerint a feltárt nehézségek egy jelentős részét ezen szemléletmód hiánya okozza, a vizsgált intézmények biztonságszervezési tevékenysége jelenleg ugyanis anélkül működik, hogy mélységeiben feltárnák és megértenék a problémát, részleteiben vizsgálnák annak okait. E nélkül a más területen esetleg már sikerrel alkalmazott intézkedések kórházi környezetben annak célrendszerét és működési sajátosságait tekintve további módosítás nélkül rossz hatásfokkal adaptálhatók.

4.3.1 A szolgáltatást igénybe vevők

A konkrét gyakorlati problémákat és a megoldáshoz szükséges javaslatokat a továbbiakban a szolgáltatást igénybe vevők majd az ellátást végzők tekintetében tárgyalom.⁸⁹

A szolgáltatást igénybe vevők esetében a viktimizációs kockázatot vizsgálom, azon belül is kiemelten foglalkozom a betegekkel,⁹⁰ akik, állapotuk és helyzetük miatt, a védelem szempontjából rendkívül fontos csoport. Az intézményi bűnügyi statisztikák szerint ugyanis a betegek kárára elkövetett bűncselekmények és szabálysértések – különösen a kis értékre elkövetett lopások és a csalás egyszerű módozatai – az összes eset mintegy 80–85%-át teszik ki. [39] Személyi összetételük, előfordulásuk intézményenként más és más, de alapvetően, mint csoport, a hozzájuk kapcsolódó védelmi célok és elvek homogénnek tekinthetők.

A betegekkel kapcsolatosan egyik ilyen, kiemelten fontos védelmi cél – különösen a kórházi tevékenységükre, cselekedetükre való korlátozott ráhatási lehetőségek miatt – igényt támasztani, hatékonyan motiválni őket arra, maguk is vállaljanak felelősséget és aktívan

⁸⁸ A munkahelyi kockázatkezelésben természetesen a pszichológus, ergonómus, vagy más, az említett tudományterületeken dolgozó humán szakember feladata jellemző módon az érintett területek, így a viktimológia, ergonómiai, viselkedéstudományi szemlélet képviselője, azonban a biztonságszervezőnek éppoly fontos ezek alapvető ismerete és alkalmazási lehetőségeinek figyelembevétele a vizsgált problémák megoldása során. [50 p.1]

⁸⁹ Érintem még – mint lényeges humán szereplői a kórházi tevékenységnek – az őrzés-védelmi feladatokat ellátó személy- és vagyonőröket.

⁹⁰ Bár a szolgáltatást igénybe vevők alatt a legtöbb esetben a betegeket értjük, de ezen fogalomba beleértendők olyanok is, akik nem ezen minőségben tartózkodnak az intézmények területén (látogatók, újszülöttek). Ezen csoportosításon túlmenően vizsgálendő biztonsági jellemzők, igények és védelmi megfontolások tekintetében további kategóriák is képezhetők, így beszélhetünk gyermekekről, idősekről, szellemi fogyatékosokról, mozgásukban korlátozottokról, intenzív ellátásra szorulókról, de speciális megfontolásokat igényelnek például a többségtől eltérő kultúrkörből származó személyek is.

cselekedjenek saját értéktárgyaik, személyük biztonsága érdekében.⁹¹ Az érintettek ezen fajta védelmi tudatosságának fejlesztése a kórházak működési sajátosságait tekintve az egyetlen alkalmazható eszköz a vizsgált bűncselekmények megelőzése tekintetében az intézmény vezetése számára,⁹² akik a – sokszor a védelem szempontjából kedvezőtlen – viselkedésformák alakítására, megváltoztatására a gyakorlatban alapvetően három fő stratégia közül választhatnak, úgy, mint: a tapasztalat viselkedésformáló hatása, az ösztönzők kiváltotta magatartásváltozás és a meggyőző kommunikáció. [134]

A tapasztalat hatása nem szorul magyarázatra, nyilvánvaló, ha valaki sértetté vált, már könnyebben felfogja, megéri a vagyoni védelmi kockázatokat, tehát, akit egyszer már megloptak kórházban, az nagyobb eséllyel bevonható értékeinek védelmébe, azonban a betegek ilyen irányú tapasztalatának elősegítésére az intézmény nem törekedhet. Ösztönzők kiváltotta magatartásváltozással kapcsolatban sincs nagy mozgástér, (munka)jogi, és egyéb intézkedések bevezethetőségének hiányában a szolgáltatást igénybe vevők reakcióit, viselkedését a biztonsági kérdések tekintetében így gyakorlatilag csak a kommunikáció útján történő meggyőzéssel lehetünk képesek befolyásolni.

Ezen kommunikációs folyamat első és alapvető lépése egy üzenet közlése, amely üzenet érkezik a befolyásolótól közvetlen személyközi kommunikáció útján vagy valamilyen közvetítő médiumon keresztül. Kórházakban jelentősebb személyközi kommunikáció főleg az orvos-beteg, ápoló-beteg kapcsolatban alakul ki, azonban annak jellege kizárja a védelmi tudatosság fejlesztésének lehetőségét. Megoldásként így a közvetítő médium említhető, amelyeknek számos formáját már alkalmazzák az intézmények területén, többek közt plakátok, szórólapok, újságcikkek formájában, kevés sikerrel, mert azok a legkritikább esetben mutatnak túl az ad hoc jelleggel kihelyezett "vigyázzon az értékeire" feliratokon.

A kommunikációnak, mint fogalomnak, számos megközelítése létezik, azonban a védelem számára annak személyiségpszichológiai megközelítése a fontos, amely a kommunikációt a viselkedés befolyásolásának alapvető módszerének tekinti. Olyan fogalom, amely a hagyományos pszichológiai dimenziók, mint például az észlelés, érzékelés, motiváció, attitűd

⁹¹ Ezen cél egyébként egybecseng a jelenleg hatályos bűnmegelőzési stratégia azon megállapításával, mely szerint az egyén maga tehet a legtöbbet biztonsága érdekében, és a bűnmegelőzés akkor sikeres, ha a szereplők mindent megtesznek az áldozattá és elkövetővé válás megelőzéséért, a bűnalkalmak csökkentéséért és a bűnisméltés megelőzéséért. [23]

⁹² Mindamellett, hogy a fejezetben a lehetséges események egy viszonylag behatárolt körével foglalkozom, a különböző vagyontárgyakra irányuló lopások és csalások megelőzéséhez szükséges ismereteket tárgyalom, a védelmi tudatosság fejlesztését is komplex módon szükséges megvalósítani. A gyakorlatban a biztonságsszervezőnek kockázatértékelés keretében azonosítani kell azokat a területeket, ahol a különböző védelmi sajátosságok más-más megfontolásokat, prioritásokat hozhatnak felszínre a tudatosságfejlesztés tekintetében is.

számos lényeges vonását integrálja, ezért a kommunikáció gyakorlati problémáinak megoldása a pszichológia feladata. [74 pp. 276–277]

Ebben a megközelítésben a közvetített üzenet célja egy adott, szándékolt hatást elérése, amihez pedig az szükséges, hogy az érintett személy figyeljen fel az üzenetre, vegye azt észre és értse is azt meg, méghozzá éppen a mi szándékainknak megfelelően (befogadás). Következő lépés az üzenetben foglalt információk feldolgozása, amelynek eredményessége esetén (megfelelés a befolyásoló szándéknak) elfogadásról beszélhetünk. Ha a meggyőzést közvetítő, ezen két alapvető folyamat valamelyike nem megy végbe, a meggyőzés nem érheti el hatását. [96]

A védelem nyelvére lefordítva a meggyőző kommunikáció célja, hogy az érintett észlelje, és felismerje a veszélyt, és ez által hozzon megfelelő döntést az elkerülés módjára. **A biztonságsszervezőnek ismernie kell a feladat megoldáshoz azokat a személyiségpszichológiai tényezőket, amelyek elősegítik vagy hátráltatják ezt a fajta kommunikációt, hiszen az nem működhet megfelelően, ha a kulcsfontosságú pontokon megszegjük annak pszichológiai törvényszerűségeit, vagy egyszerűen csak figyelmen kívül hagyjuk azokat.** [74 p. 277]

A kommunikációs folyamat hatótényezőit összehasonlítva a 18. ábrán szereplő, módosított Ramsey-féle modellel láthatjuk, milyen mechanizmusokon keresztül játszhat szerepet a rosszul kialakított, megelőző kommunikációs folyamat a sértetté válás bekövetkezésében. A tervezés során ezért fel kell tárnunk tehát minden, a célcsoporttal, jelen esetben a betegekkel kapcsolatos tényezőt, amely kihatással lehet érzékelésük, észlelésük hatékonyságára, a védelmi intézkedésekkel kapcsolatos hozzáállásukra, nézeteikre, befolyásolja érzelmi megnyilvánulásait, akadályozó tényező lehet bizonyos cselekmények végrehajtásánál.

A kutatás során feldolgozott szakirodalom és az intézményi tapasztalatok alapján széles körben voltam képes feltérképezni a betegek személyiségének azon lényegi vonásait, amelyek viselkedésük előrejelzőiként szolgálhatnak a kommunikációs folyamat során. Tájékoztatásuk egyik legfőbb nehezítője a gyakorlatban a betegek speciális fizikai, és érzelmi helyzete, viszonyulása a világ egyéb, olyan külső dolgai felé, amik túlesnek a betegségük által kijelölt szűk ösvényen. Bármilyen befogadás ugyanis valamilyen szintű érdeklődő mentális aktivitást, szellemi erőfeszítést feltételez, így az, hogy miféle üzenetet milyen hatékonysággal képes befogadni a célszemély, képességei, érzelmei és motivációi együttesen határozzák meg. [96]

Ilyen tekintetben a különböző osztályok, területek betegek különböző sajátosságokkal bírnak. A legrosszabb a helyzet ott, ahol a betegek egy része, elsősorban az intézményi fekvőbeteg-ellátás során időszakosan, részben, vagy egészében cselekvőképtelen.

Elképesztően kiszolgáltatott környezet ugyanis a kórház egy fekvőbeteg számára, amelyben a fizikai okokon kívül közrejátszhatnak a betegséggel összefüggő lelki jelenségek, továbbá az intézményi környezet hatása. Jellemzően az éjszakákat teljesen ismeretlenekkel kénytelenek egy térben tölteni, fizikai védelmüket zár nélküli ajtó biztosítja, saját ruházatuk helyett olyan öltözéket használnak, amiben diszkomfortosan érzik magukat. Sokak közülük gyógyszereket, fájdalomcsillapítókat kapnak, ami kiegyensúlyozatlan állapotot idéz elő. [88 pp.51–53]

Huzamosabb kórházi tartózkodás esetén a tér és az idő kötöttsége okán csak úgy cselekedhetnek és reagálhatnak, ahogy azt a mindenkori speciális életterük megengedi, így rövidebb vagy hosszabb időre a tartózkodási helyüket jellemző viszonyok alapvetően befolyásolhatják kriminális veszélyeztetettségüket. [53 p.31].

Értékítéletüket, gondolkodásukat nagymértékben befolyásolhatja továbbá az egyedüllét, az ismeretlentől, a jövőtől, az önállóság és az egészség romlásától, esetleg végleges elvesztésétől, legrosszabb esetben a haláltól való félelem, [39] de alapvetően minden beteg, fizikai állapotától és az igénybe vett ellátási formától függetlenül kisebb-nagyobb mértékben krízisállapotba⁹³ kerül. Az ehhez hasonló érzelmi, emocionális hangulathelyzetekben lévő személyek csökkent ellenállásúvá és ez által könnyebben áldozatokká válnak. [53 p.31]

A kételyekkel, szorongással esetleg dühvel teli beteg ember, amint belép bármilyen egészségügyi intézménybe, vagy éppenséggel beteg lesz, egyfajta beszűkült-módosult tudatállapotba kerül. [90 p.2] A krízishelyzet, és a vele kapcsolatos beszűkült tudatállapot hatással van a környezetből származó információk érzékelésére és értelmezésére, meggátolhatja, hogy a számukra fontos információt közvetítő ingerek az érzékszerveiken keresztül eljussanak hozzájuk, miáltal az információt nem is lesznek képesek kiemelni az észlelési folyamatok során a fizikai és a társas környezetből. [68 p.13]

A fogalmakat tekintve az érzékelés az érzékszerveinkben található receptorok segítségével történő ingerek felvétele, míg az észlelés azon pszichológiai folyamatok összessége, amelyek útján felismerjük, szervezzük, és jelentéssel ruházzuk fel a környezeti ingerekből érkező észleleteket. A külvilágból származó hatások közül nem vagyunk képesek azonban mindent érzékelni. Érzékelésünknek megvannak a biológiai és pszichés határai, ezek a küszöbök, amelyek közt megkülönböztetünk alsó és felső, valamint különbségi küszöböt. Alsó

⁹³ A krízisállapot valamilyen külső esemény hatására lélektanilag kritikus állapot – mint például a betegség – amelyben egyrészt az egyén kénytelen a veszélyeztető helyzettel szembenézni, annak megoldása számára mindennél fontosabbá válik, másrésztől nem rendelkezik olyan technikákkal, amelyekkel ezt képes lenne megoldani. [89 p.3]

ingerküszöb az a legkisebb ingerintenzitás, amelyet az egyén érzékelni képes, felső ingerküszöbnek nevezzük azt a legnagyobb erősségű ingert, amelyet még képesek vagyunk fájdalom nélkül érzékelni, míg a különbségi küszöb a két inger közötti még éppen észlelhető eltérés. A különbségi küszöb az ingerek intenzitásától függ, minél nagyobb a kezdő inger, annál nagyobb mértékben kell azt változtatni ahhoz, hogy ezt a személy érzékelje. Az ingerküszöbök azonos biológiai-érzékszervi jellemzőkkel bíró személyek esetében is változhatnak attól függően is, mennyire fáradtak, milyen a hangulatuk, érdeklődésük, mire irányul figyelmünk intenzitása, így egy inger érzékelésére való képesség jelentősen eltérhet a különböző egyének tekintetében. [48]

A betegek esetében az ismertetett sajátosságaik, különösen a beszűkült tudatállapot, a figyelem más irányú lekötése, az érzelmi hangulathelyzetek miatt az alsó ingerküszöbük különösen magas a nem betegségük enyhítésével kapcsolatos, ún. perifériás ingerek irányában.

A biztonságunk szempontjából lényeges továbbá, hogy pontos és hiteles képet tudjunk alkotni nemcsak a környezetünkről, hanem a velünk kapcsolatba lépő emberek viselkedéséről, szándékairól, érzelmeiről, gondolatairól és egészében véve személyiségéről, mások észlelése ezért egyike a legfontosabb, és egyben a legbonyolultabb feladatoknak, amelyekkel a hétköznapi életben is találkozunk. A személyek esetében az észlelés a környezeti tárgyaktól eltérően történik, amelynek fő oka, hogy mások viselkedésében szándékosságot feltételezünk, amelyek mögött célok és motivációk húzódnak meg. [68 p.153] Az észlelés pontossága több tényezőtől nagymértékben függ, így az észlelő intellektuális, emocionális jellemzőitől, empátiájától, önértékelésétől, származásától, előzetes ismereteitől, tapasztalataitól, de kiemelkedő fontossággal bír az adott pillanatnyi hangulati állapota és a helyzet is. [87]

A (főleg súlyos) betegek körében sokszor az állapotuk következtében tartósan felülíródnak és háttérbe szorulnak még a legracionálisabb világnéző emberek egyénre jellemző személyiségi jellemzői is, ennek egyik legfőbb eleme, hogy egyes tárgyak irányában értékítéletük jelentősen romlik, például túldimenzionálhatják az őket ért vélt, vagy valós sérelmeket, ami agresszióhoz vezethet, vagy tévesen ítélik meg adott egyének szándékát önmagukkal kapcsolatban. Az egészséges emberekre is elmondható, hogy az olyan alapérzelmek, mint például a harag észlelése megfelelő, míg az árnyaltabb érzelmeké, a jellemtulajdonságoké rosszabb hatásfokú. Abban a speciális hangulati helyzetben, amit egy betegség jelent, a megfelelő észlelés még nehezebbé válik.

Mindezeket súlyosbítva az észlelt személy szándékosan vagy szándékolatlanul is befolyásoló hatással bírhat az észlelőre. [51] Az észlelt személyek, az elkövetők sokszor ismerik és akaratlagosan képesek kihasználni azokat a hatásokat, amelyek egy adott személy észlelését torzíthatják (szándékos benyomás-alakítás). Kórházi körülményekre szakosodott csalók rendszeresen betegnek adják ki magukat, s ennek köszönhetően a sorstársiasság feltételezése olyan prekoncepciókat szül az érintett személlyel kapcsolatban, aminek köszönhetően a beteg az őt megvezetni szándékozót még inkább hajlamosabb olyannak látni, mint amilyenek a saját elvárásai irányában. [87 p.10] Sokszor ők azok, akiknek a betegek elmondhatják a betegségükkel kapcsolatos félelmeiket, illetve megoszthatják a kórházi ellátás esetleges hiányosságaiból eredő bosszúságaikat, és a csalók pedig kifelé rendkívüli empátiát mutatnak. Az egyébként is értékítéletének híján lévő személyt egyre inkább tudatos módszerekkel befolyásolják, még inkább megnehezítik a tényleges személyiségjellemzők, illetve a valódi szándék racionális észlelését. Egy állandóan változó környezeti szituációval és a potenciális áldozatok kiszámíthatatlan éberségi szintjével ellentétben a kórházi környezet viszonylagos állandósága és a betegek reakcióinak megjósolhatósága a nyitott és könnyen elérhető színtér mellett a másik fő ok, ami miatt a tolvajok és a csalók szeretnek a kórházi légkörben tevékenykedni.

Ezen tulajdonságok ismeretében könnyebben megérthető, miért adja oda valaki a kórház folyosóján egy néhány perce megismert alkalmi beszélgetőpartnernek az összes nála lévő értéket abban bízva, hogy a beavatkozás végén maradéktalanul visszakapja a megőrzésre átadott tárgyakat, miért adja kölcsön könnyelműen mobiltelefonját betegtársának a kórházi folyosón, hogy az föl tudja hívni otthon maradt, és érte rendkívüli módon aggódó kiskorú gyermekét.⁹⁴ Gyakran megesik továbbá, hogy a tolvajok magukat betegnek kiadva szóba elegyednek a vizsgálatra várakozókkal, érdeklődnek hogylétükről, mindeközben kitudakolják, merre van a szobájuk, sőt, a tolvajnak éppen a vizsgálaton lévő beteg szobatársai segítenek összepakolni különböző tárgyakat, azt gondolván, ezzel segítenek betegtársuknak. [131]

Az észlelés, érzékelés hatékonyságát determináló pszichológiai sajátosságokon kívül fontos további tényező a védelem számára, hogy milyen reakció, cselekvés követ egy adott ingert, amely reakció jellege főleg a célszemély dolog iránti beállítódásaitól függ. Ezeket a beállítódásokat a vonatkozó szakirodalom attitűdöknek nevezi. Az attitűd fogalmát

⁹⁴ Széles körben is ismert olyan, szerencsére extrémnek tekinthető eset, hogy egy ismeretlen nő arra hivatkozva, hogy „a főnővér küldte az italt, amit még a hátralévő vizsgálatok előtt el kell fogyasztani”, bódítószert itatott egy beteggel, akivel csak pár perccel korábban ismerkedett meg, majd elkábulását követően kirabolta. [154]

sokféleképpen lehet értelmezni, de leegyszerűsítve az attitűd egyfajta pozitív, negatív, vagy semleges érzelmi beállítódást jelent valamely tárgy, személy vagy dolog irányában, [96] így az attitűdök a viselkedés előrejelzőiként is szolgálnak, megváltoztatásuk értelmes kiindulópontnak látszik annak alakításához. [87 p.34] Attitűdjeink befolyásolják figyelmünket, észlelésünket, a környezetből olyan tárgyakra fókuszálunk, amelyek számunkra valamilyen szempontból fontosak, meghatározóak. [68 p.165]

A betegek speciális érzelmi és fizikai állapota miatt viszonyulásuk általában érdektelen a világ egyéb, olyan külső dolgai felé, amelyek túlesnek a betegségük által kijelölt szűk ösvényen,⁹⁵ sokszor semlegesen viselkednek a legtöbb olyan információ iránt, ami nem a betegségükkel összefüggő, illetve nem remélnék semmilyen hasznot vagy új információt a gyógyulással kapcsolatban. Állapotuk miatt gyakran nem képesek racionálisan mérlegelni az érveket, megérteni az információ hasznát és értékét, nem érzik relevánsnak a közölt tájékoztató információt, alábecsülik a bekövetkezés valószínűségét vagy jelentéktelenebbnek ítélik meg a cselekvés elmaradásából származó következményeket, mint amilyen az valójában, emiatt nem is éreznek személyes késztetést, illetve motivációt eleget tenni a közölni kívánt felszólításnak. [134]

A betegek biztonságtudatosságának fejlesztésére javaslom a kórházakban olyan folyamatos kommunikációs kampány beindítását, amely figyelembe veszi jelen fejezetben ismertetett tényeket, és amely a kommunikáció és a pszichológia módszereit és eredményeit felhasználva hatékonyan és konzekvensen segíti elő a tájékoztatást.⁹⁶ A kampány elsősorban a tömegkommunikáció azon eszközeire építhet, amelyek minden kórházban széles körben rendelkezésre állnak. Ezek közé a plakátok, szórólapok, zárt láncú TV, újságok tartoznak.

Bár a konkrét megvalósítás a megfelelően képzett szakemberek feladata, szükségszerűnek tartom e helyütt annak néhány gyakorlati aspektusát a teljesség igénye nélkül ismertetni, hogy a tervezés során a tájékoztatás mellett a betegbiztonsági és egyéb biztonságsszakmai szempontok érvényesítésének szükségességére is felhívjam a figyelmet. A konkrét

⁹⁵ Az attitűdök kialakulását természetesen egyéb más tényezők is befolyásolják, amelyek ismertetése túlmutat jelen értekezés keretein.

⁹⁶ A kommunikációs folyamatot adott célcsoportra és célra tervezzük, így annak tényezőit egy szándéknak rendeljük alá. Ilyen jellegű, nagyméretű, tervezett kommunikációs kampánnyal, amely a szolgáltatást igénybe vevők biztonságtudatosságának fejlesztését célozza, még nem találkoztunk az egészségügyben. Kísérleti jellege miatt valószínűsíthetően sok hasznos tapasztalathoz juthatunk, hatékonyságát az intézményi kárstatisztika alakulásából relatíve pontosan mérhetjük. A szakemberek komoly tapasztalatokkal rendelkeznek az attitűdmérések területén, és az eredményeiket átvéve még több releváns információhoz juthatunk a betegek biztonsággal kapcsolatos magatartási sajátosságaival kapcsolatban, és ez által pontosabb és jobb védekezési módszereket dolgozhatunk ki.

követelményeken belül is csak a plakátok kialakításával foglalkozom, mert tapasztalatom szerint a plakát a legnépszerűbb és így a legtöbbet alkalmazott figyelemfelhívó eszköz a kórházak területén.

A kommunikációs anyagok tervezésénél biztonsági szempontból mindenekelőtt három lényeges alapelvet szükséges szem előtt tartani. Egyrészt a kommunikátumok semmilyen szempontból nem lehetnek alkalmasak az adott kórház megítélésének negatív befolyásolására. Az, hogy egy intézmény életében előfordulnak lopások, illetve más jellegű szabálysértések vagy bűncselekmények, semmiképpen sem lehet előidézője olyan asszociációknak, amelyek szerint a betegellátás minősége is a megszüntetni kívánt állapottal analóg módon alakul.

Másrészt a betegek fizikai és érzelmi állapotában különösen kiemelt szerepe van a segítő szándékú emberi kapcsolatoknak, azonban az is világosan látható, ez milyen veszélyeket rejt magában. Éppen a kapcsolatok fontossága miatt lényeges a tájékoztatás során elkerülni, hogy az emberekben teljes bizalomvesztés álljon be a kórházi szereplőkkel, például a betegtársakkal szemben, a jó szándékú odafordulás agresszív megváltoztatásának kísérlete súlyos hiba lenne. Semmilyen eszközzel nem vizualizálhatjuk, hogy a betegekkel kapcsolatba kerülő embereknek rossz szándékaik *vannak*, a cél annak tudatosítása, a másik személynek *esetleg lehetnek* negatív jellemzői, tulajdonságai is, így egy bizonyos bizalmi határt semmiképp sem szabad átlépniük, mint amilyen például az értékek könnyelmű átadása. Az emberi kapcsolatok nagyban segíthetnek a betegség és az ezzel járó kényelmetlen körülmények elviselésében, nem fordulhat elő, hogy a beteg a fenyegetettség érzetének hatására teljesen magába zárkózzon a kórházi környezetben.

Harmadrészt figyelembe kell venni, hogy egy kórházban egészségükben károsodott emberek tartózkodnak, őket semmiképpen sem szabad agresszív, rosszul megválasztott formai és tartalmi elemekből összeállított tájékoztató anyagokkal nyugalmukban zavarni, esetleg gyógyulásukat hátráltatni.

Minden olyan lehetőséget szükséges kihasználni azonban, amely az érzékelés-észlelés hatékonyságát befolyásolja, és hatással van a cselekedetre, így például a méret meghatározásának esetében a környezetbe való illeszkedés, felismerési távolság rendkívül lényeges. Ahol a megfigyelési távolság kicsi, zavaró és átláthatatlan lehet egy nagyméretű plakát, de nagyobb terekben indokolt lehet akár az A2–A1 méret alkalmazása is.

A méretbeli tulajdonságok mellett számolnunk kell az alkalmazott színek jelentőségével. Megfelelő megválasztással jobb hatásfokkal érhetjük el a célközönség megszólítását, a szem megfelelő irányba terelését. A színek továbbá az érzékeinkre és a testünkre is egyaránt

hatást gyakorolnak, döntéseinket, érzéseinket is befolyásolni tudják, egyes színek a figyelemfelkeltő tulajdonságaikon túl nagymértékben hatnak közérzetünkre, [161] sőt adott esetben vegetatív idegrendszerünkre is, ezért egy rossz színválasztás extrém esetekben az egészségi, ill. a kedélyállapotot is rossz irányban befolyásolja, ami kihathat a gyógyulási folyamatra. Másrészt viszont az eredeti cél mellett megfelelő színválasztással elérhetjük, hogy a kissé barátságtalan kórházi környezet némiképp enyhüljön, és ez által kiválthassunk egy minimális hangulati javulást. Az alkalmazott színösszeállítást első sorban a kommunikátumok kihelyezési pontjai befolyásolják. Azokon a helyeken, ahol csak pár másodperc áll rendelkezésre, mindenképpen egy nagyon erős színre, ingerre van szükségünk, a beteg figyelmének felkeltéséhez, amely túlnyomó részt grafikai elemeket tartalmaz. A huzamosabb tartózkodásra vagy kényszervárakozásra szolgáló helyeken azonban nem a figyelemfelkeltés a lényeg, ott a tartózkodási idő hossza miatt egy kevésbé feltűnő kommunikátumot is jó hatékonysággal észrevesznek, ezért a képi mellett nagyobb hangsúlyt fektethetünk a szöveges tartalomra.

Ha a tartalommal valamilyen meggyőzés útján akarjuk megváltoztatni az attitűdöket, akkor a szubjektív valószínűségek vagy értékek megváltoztatása egy olyan megoldás lehet, amellyel célt érhetünk. [134 p.12] Ennek lényege úgy meggyőzni a befogadókat bizonyos magatartásuk, hozzáállásuk megváltoztatásáról, ha fölismertetjük velük, hogy például az értékeiket fenyegető helyzet súlyossága, illetve az esetleges káresemény negatív következményei nagyobbak, és bekövetkezési valószínűségük magasabb, mint gondolják. Ebben az esetben az érvek minősége lényeges, feltétlenül olyan tartalmi elemeket használjunk, ami kézzelfogható, és mindenképpen a racionalizmusra hat.

Azon túl, hogy az emberek a képi információkra jobban emlékeznek, jelentős hatásként említhetjük, hogy a képekkel együtt az azokhoz fűződő érzelmeket, hangulatokat is tároljuk, amely tulajdonsággal a többi inger nem rendelkezik. Emiatt a képekkel észlelésük után tudatalattinkban még tovább dolgozunk és adott pillanatban olyan asszociációkat hozhatunk létre, amelyek bizonyos szituációk során igen jelentős mértékben befolyásolják magatartásunkat. A vizuális emlékképeket arra alkalmas külső ingerek hatására automatikusan előhívhatjuk, az észlelt valósághoz olyan tudati képi formákat párosíthatunk, amelyek tartalma jelentős hatással van a viselkedésre. [54]

Egyik hatékony módszerünk lehet tehát a képeken olyan vagyoni védelmi szempontból jelentős helyzeteket, elkövetési szituációkat, motívumokat ábrázolni a hozzájuk tartozó eszközökkel, berendezési tárgyakkal együtt, amivel a célszemély a kórházban töltött idő alatt a fizikai környezetben is szembesül. A helyzetekhez természetesen a megoldást is csatolnunk

kell. Ha a kép alkalmas az adott pillanatban a tartalmát aktivizálni, a célszemélyben nagyobb eséllyel kiváltja az észlelt szituációhoz az általunk hozzárendelt helyes cselekvést.

A leírtak összefoglalásaként és a jelenlegi gyakorlat ellentételezésére, a különbségek érzékeltetése céljából összeállítottam egy plakáttervet, ami segít megjeleníteni vizuálisan is az itt összegyűjtött alapelveket. Az elkészült munka alkalmas arra, hogy az elméletnek valamiféle gyakorlati példájául szolgáljon, de nem egyenértékű a szakemberek által megtervezett, profi nyomdatechnikával kivitelezett megoldásokkal.

Az 19. számú ábrán a kórházakban elterjedten alkalmazott figyelemfelhívó közlemény látható, míg a 20. ábra általam készített. A fényképet a feltételezett észlelési távolságból készítettem, figyelemfelkeltő „hatékonysága” jól érzékelhető, tartalma az észlelési távolságból nem olvasható.⁹⁷ A 20. ábrán ezt kívánom ellensúlyozni a színösszeállítással és a tartalmi elemekkel, melynek központi eleme a sárga-fekete rendőrségi szalag, amely valós élethelyzetekben is erősen figyelemfelkeltő és az emberi természetből eredő kíváncsiság miatt érdeklődésre számot tartó eseményt indikál. Rendhagyó, szokatlan ábrázolási módja miatt nagyobb hatékonysággal érhetjük el az emlékezetbe történő bevésődést. Ez a típusú plakát olyan helyeken alkalmazható, ahol kevés időnk van a célszemélyek figyelmének felkeltésére.

⁹⁷ „Kedves Betegek! Kérjük, hogy kabátjaikat, csomagjaikat és értékeiket NE hagyják a folyosón őrizetlenül!”



19. ábra
Kórházakban alkalmazott figyelemfelhívó közlemény



20. ábra
Saját készítésű plakátterv

Összehasonlítva az általam javasolt, és a gyakorlatban alkalmazott megoldást az ismertetett elméleti összefüggésekkel, láthatóvá válik, a védelmi intézkedések tervezésénél és kivitelezésénél a betegek tekintetében milyen széleskörű megfontolásokat kell figyelembe vennünk ahhoz, hogy az egyén és környezetének jellemzőiből származó biztonsági problémákat részben vagy egészben kiküszöböljük a védelmi tudatosság fejlesztése, az áldozattá válás kockázatainak csökkentése során.

Ezen a ponton is a már sokat hivatkozott komplexitás követelményeinek eleget téve ki kell térnem arra, hogy a célcsoport ezen adottságainak, tulajdonságainak előzetes vizsgálata nem csak a kommunikációs folyamatok, hanem bármilyen jellegű védelmi feladat tervezésénél lényeges. Találhatunk jól ismert, való életből vett példát arra vonatkozóan, mi történik, ha mégis ignoráljuk ezeket a sajátosságokat.

A kétezres évek végén az elharapódzó, főleg betegek kárára elkövetett kórházi lopások megakadályozására az akkori politika döntéshozói elhatározták elektronikus zárral ellátott széfek telepítését a kórházi ágyak mellé, amely utólag rendkívül sok tanulsággal szolgált számunkra, több szempontból is. Maga a kezdeményezés teljes kudarcnak bizonyult, pedig nem feltétlenül kellett volna annak lennie. A sokszor idős, beteg emberek, akiknek a mindennapi technológia kezelése is nehézséget okozott, nem voltak képesek boldogulni az elektronikus zárral, ezért nagymértékben idegenkedtek tőle, akik pedig használták, sokszor elfelejtették a kódot, a vészkulcsokkal történő gyakori nyitások nagymértékű felesleges adminisztrációt eredményeztek a kórház részéről, ezért nem is propagálták annak használatát. Néhány osztályon, mint például rehabilitáció, vagy a baleseti sebészet, a páciensek a széf használatához szükséges legelemibb mozdulatokat sem voltak képesek elvégezni. Az ellátást végzők segítsége sokszor késett, leterheltségük miatt nem minden esetben tudtak azonnal segíteni a rászorulóknak a használatban. További hiányossága volt az intézkedésnek, hogy nem kínált megoldást többek közt azon személyek számára, akik nem fekvőbetegként tartózkodtak az érintett intézmény területén.

4.3.2 Az ellátást végzők

Az egyénre jellemző sajátosságok feltárása nem kerülhető meg abban az esetben sem, ha az ellátást végzők tipikus kockázatairól és az ellenük való védekezésről beszélünk. Tekintetükben a munkahelyi balesetek, továbbá az erőszak fizikai és szóbeli formáinak megelőzése, mint prioritás, a betegektől eltérően más irányú beavatkozást indokol, azonban a védekezési módszerek tervezésénél szintén nagy hangsúlyt kell fektetnünk minden olyan személyi tényező feltárására, amelyek ronthatják a gyakorlatba ültetett módszerek

hatékonyaságát.⁹⁸ Esetükben az egyén aktuális fizikai állapota, képességei, magatartása, gondolkodása, értékrendje szintén meghatározó jelentőséggel bír a prevenció tervezése és megvalósítása során.

Az egészségügy célja, a gyógyítás okán az ellátást végzőket az emberekkel való törődés, a segítség vágya motiválja. Ezen segítő attitűd az egyén számára bizonyos mértékben és bizonyos ideig ellensúlyozza a hivatással együtt járó negatívumokat, [126 p.18] biztonsági szempontból azonban olyan hozzáállási, viselkedési formák kialakulását eredményezi, amelyek lényegesen befolyásolják a prevenciós módszerek hatékony alkalmazását. A munkavállalókat ért pszichés és fizikai terhelésekből, személyiségi jegyeikből, munkakörülményeikből származóan pedig számos olyan jellemző sajátosság azonosítható, amelyek jelentősen növelik mind a balesetek bekövetkezésének, mind a sértetté válás esélyét, netán – bár ezen jelenséggel jelen értekezés keretein belül nem foglalkozom – közrejátszanak a szándékos bűnelkövetővé válásban.

Ilyen jellemző sajátosságként említhető már az általuk végzett egészségügyi tevékenység is, amely mind fizikai, mind lelki értelemben egyaránt megterhelő, nehéz munka. Alapvetően jellege miatt fokozott felelősségvállalási kényszer, feszített munkatempó, gyors reagálás szükségessége jellemzi. A munkafolyamatok kockázatainak súlyosbító tényezőjeként értékelhető a több műszakos munkarend, a működési és szervezési bizonytalanságok, a létszám- és eszközhiány, a merev hierarchia, a túlzott adminisztrációs kötelezettség, az alacsony bérekből származó alulmotiváltság, megélhetési bizonytalanság, ami miatt sokan több műszakban, munkahelyen dolgoznak, már a munkaidő elején fáradtak, egyes esetekben a munkahellyel összefüggő, vagy azon kívüli problémák lekötik munkahelyen töltött figyelmük egy jelentős részét.

Az egészségügyi munkatevékenységek jelentős hányadáról elmondható a nagy akaratlagos figyelem igénye. Az éles-hegyes eszközökkel és a tehermozgatással járó feladatokkal kapcsolatban ez kiemelten igaz, így megléte és fenntartása alapvető feltétele a biztonságos

⁹⁸ Az erőszak formáinak szóbeli és fizikai jellegű megkülönböztetése jelentésében némileg eltér annak büntetőjogi értelmezésétől, mely az erőszak alatt általában magát a közvetlen testi ráhatást érti, míg az általam használt szóbeli erőszak a büntetőjogban értelmezett valamely fenyegető magatartási formának felel meg. A fizikai erőszak jellegét tekintve – ahogyan nevében is benne van – a fizikai egészségkárosító kockázatok közé sorolható, míg a szóbeli erőszak a pszichoszociális kockázatok egyik jellemző formája. Az erőszak kezelését a kórházakban általában főleg személy- és vagyonvédelmi tevékenységnek minősítik, az áldozattá válás megelőzését kiemelten ezen szakterület feladatának tekintik, jogi szempontból azonban, a munkavédelmi törvény vonatkozó rendelkezései alapján a személyek támadása során elszenvedett testi-lelki egészségkárosodás munkabaleseti eseménynek minősül, így ezen kockázatok felderítése, kézben tartása, a szükséges intézkedések meghatározása több biztonsági szakterület komplex együttműködését, együttgondolkodását igényli.

munkavégzésnek.⁹⁹ **A figyelem fenntartását elősegítő munkakörnyezet kialakítása, a munkafolyamatok szervezése lényeges biztonsági kérdéssé válik azon külső tényezők elkerülése tekintetében, amelyek figyelemkiváltó hatásai szerepet játszhatnak a balesetet okozó kihagyások, vagy elvétések bekövetkezésében.** [46 p.28]

A baleset-elméletek tárgyalásánál azonban láthattuk, a figyelemmel kapcsolatos humán, „belső” tényezőket is fokozottan figyelembe kell venni a folyamatok, a berendezések és a munkakörnyezet veszélyeinek azonosításakor. [70 p.17] Még az érzékelő funkciók problémamentes működése esetén is aktuálisan különféle hatások nyomán átmenetileg olyan idegrendszeri elváltozások jöhetnek létre ugyanis a munkavégzők szervezetében, amelyek lassítják, pontatlanná teszik cselekedeteiket. [100] Az idegrendszer ingerfelfogó képességét nagymértékben befolyásolja különösen a munkát végző stressz állapota, kimerülése, fáradtsága. A kórházi foglalkoztatottak, főleg az ápolási területen dolgozók hosszú ideig fennálló, túlzott megterhelése – különösen a megfelelő regeneráció hiányában – jelentős igénybevétellel jár, elfáradáshoz, kimerüléshez vezethet, munkateljesítményt rontó hatásán túl pedig a gyakorlottság szintjén bekövetkező hibázások, elvétések számát is megnöveli, megsokszorozva a munkabalesetektől származó egészségkárosodások kockázatát. [82 pp.16–17]

Az elfáradásból származó egyéni baleseti veszély fokozottabban fennáll az éjszakai műszakban, ahol a teljesítőképeség huzamosabb ideig mélyponton van, az egyén rövidebb ideig képes figyelmét összpontosítani, tovább nő a figyelmetlenség okozta balesetek lehetősége. [46 p.32]

A szakdolgozói hiányból származó kapkodás, sietség, súlyosbítva az esetszám fokozatos növekedésével, különösen balesetnövelő hatású, sőt, adott esetben információs túlterheléshez is vezethet, amely megnöveli nem csak gyakorlottsági szinten előforduló elvétéseket, de a téves beavatkozás típusú hibákat is, amely a betegbiztonság szempontjából is kiemelt probléma.

Az eddig tárgyalt munkatevékenységgel kapcsolatos jellemzőket, mint a nagyfokú stressz, fáradtság, sietség kiegészíthetik a munkán kívüli életkörülményekben bekövetkező konfliktusok, például a szociális, társas kapcsolatok romlása, vagy a rossz anyagi körülményekkel, megélhetéssel összefüggő nehézségek, amelyek szintén előidézhetik a figyelem dekoncentrációját, így az egészségügyi dolgozók jelentős hányadánál a balesetet okozó cselekvési hibák különböző terhelő hatások összegződésének a következményei.

⁹⁹ Ezen akaratlagos figyelem fenntartása a munkavállaló részéről már önmagában erőteljesen igénybe veszi a pszichés terhelhetőségét.

[46 p.81] Szintén ezen okból még az automatikusan végzett tevékenységek során is jelentősen nő a baleseti kockázat, ha az egyén figyelmét a munkával össze nem függő, mindennapi gondokkal való foglalkozás köti le. [46 p.30]

A munkabiztonság szempontjából kiemelt feladat tehát annak elérése, hogy a munkát végző munkája közben mindig tudja, mire kell figyelnie, a mozgásairól és a környezete egészéről folyamatosan tájékoztató észlelésén belül milyen mozzanatokra kell különös figyelmet fordítania. Ennek kialakítása a munkáltató részéről megfelelő oktatásokkal, fenntartása a környezeti feltételek kialakításával, a munkaszervezési rend biztosításával érhető el. [46 pp.28–30] A megfelelő figyelem és koncentráció fenntartása rendkívül nagymértékben múlik továbbá azon, a munkavállaló önmaga mennyire tud uralkodni a lelki működésének megosztását eredményező folyamatokon, **így az oktatások során törekednünk kell az önnevelésre, a munkavállaló biztonság tudatosságára vonatkozó igényének feltámasztására, a motiváció kialakításán, a szemléletmód formálásán keresztül.** [46 p.36]

A képzés, oktatás fontosságánál meg kell említeni még egy igen érdekes jelenséget, ami a környezetből származó jelzések megfelelő felvételével és értelmezésével függ össze, és igen lényeges mind baleseti mind sértetté válási szempontból. Az egyének cselekvéseit nagyrészt ugyanis az határozza meg, „hogyan értelmezik a környezetet, illetve a környezet egyes vonásait, de ez az értelmezés nem feltétlenül felel meg a tényleges körülményeknek.” [61 p.7]

A környezet esetében beszélhetünk annak tényszerű és jelképi természetű összetevőiről, amelyeket egymástól élesen elválasztani nem lehet, az mind tényszerű, mind szimbolikus természetű elemeket egyaránt tartalmaz. Tényszerűnek az olyan létezőket nevezzük, amelyek az egyének tudatán kívül és önmagukban léteznek. Vannak azonban olyan létezők, amelyek nem önmagukban, hanem azon hordozott jelentésük révén lényegesek, amelyekben más, nem egyszer velük szöges ellentétben álló létezőkre utalnak. Egy adott létező, illetve annak egy adott vonatkozása egyes személyeknek valamilyen jelként szolgálhat, míg mások számára azzal szöges ellentéttel bír, esetleg semmit nem jelent. [61 pp.8–9]

A tevékenység során gyakori, hogy a kórházi környezetben előforduló jelképi természetű tényezőket teljesen másként értelmezi a kórházszemélyzet, és teljesen más jelentéssel ruházza fel azokat a bűnelkövető. Például egy adott munkafolyamat természetéből adódóan gyakran igénybe vett ajtó szabálytalanul nyitott állapota a gyorsabb, egyszerűbb és ez által a gyógyítás szempontjából hatékonyabb munkavégzés lehetőségét jelenti a munkavállalóknak, a potenciális elkövető tudatában ezzel szemben a besurranás esélye és a megszerezhető érték képe tudatosul. **Amit a szakemberek az egyén nemtörődömségével, gondatlanságával,**

felelőtlen magatartásával magyaráznak, azok sok esetben valójában – különösen a fizikai erőszaknak való kitettség, vagy egyes szituatív bűnmegelőzési helyzetek felismerésének tekintetében – a környezet jelzéseinek nem megfelelő felismerésével, vagy nem megfelelő értelmezésével függnek össze, szintén egyfajta tudáshiányra utalnak,¹⁰⁰ amelyet az oktatások keretén belül orvosolni kell.

Ezen oktatási követelményeknek való megfelelés részeként a biztonsággal kapcsolatos elméleti ismeretek átadása a vizsgált intézményekben az esetek túlnyomó többségében előadás formájában, jelenléti képzés keretében valósul meg, amely **elfogadható lehet abban az esetben, ha az a tényleges szükségleteknek megfelelő tartalommal készül, és olyan, naprakész tudással rendelkező, felkészült oktatók végzik, akik előadása releváns információkból tervszerűen felépített és nem nélkülözi a didaktikai szempontból fontos elemeket.** Ezen követelményeknek való megfelelés a gyakorlatban azonban sérül, több szempontból is.

A biztonsági oktatásokat végző előadók – leggyakrabban a munka- és tűzvédelem, ill. a vagyónvédelem területén – jelenleg regnáló képzésében nem jelenik meg az oktatás módszertana, mint önálló terület, a szakemberképzési rendszer ez irányú hiányosságai érződnek, az oktatások a legtöbb esetben sokszor még a minimális pedagógiai elemeket is nélkülözik. Néhány szerencsés esetben az oktatást végzők ösztönösen ráéreznek a hatékonyság szempontjából bizonyos pozitívumokra, de a legtöbbször nincsenek azzal tisztában, ez az oktatás mely elemének és milyen hatásmechanizmusnak köszönhető. Az oktatók nem használják ugyanis tudatosan a különböző oktatási módszereket, stratégiákat és a rendelkezésre álló eszközöket, pedig nyilvánvalóan csak a tervszerűen felépített, hatékony, minőségi oktatás jelenti a garanciát az elsajátított ismeretek tartósságára.

Ezek közül az oktatás során, annak céljának elérése érdekében a szakmai tartalom mellett alapvető elvárás a figyelem, az érdeklődés folyamatos fenntartása, az elhangzottak tekintetében a pozitív attitűd kialakítása, vélemények, érzelmek provokálása, az elsajátítandó elmélet konkretizálására, tárgyiasítása, az audiovizuális eszközök és a különböző prezentációs technikák hatékony, készségszintű használata. [60] Az alkalmazás a szilárd, biztosan megértett ismeretekre épülhet, így lehet alapja az oktatás annak, hogy a későbbiekben az előírások megfelelő betartásával és az átadott ismeretek gyakorlati alkalmazásával akár a balesetek számát, akár az áldozattá válás esélyét csökkentjük.

¹⁰⁰ A környezeti jelzések felismerése az információfeldolgozás során a szabályokon alapuló tevékenységi szinten történik, ugyanitt megy végbe annak a rendszerállapothoz, illetve feladathoz viszonyítása, végül pedig a jelzéshez kapcsolódó tárolt szabályok alapján a megfelelő viselkedésformák elindítása. [49 p.18]

A kapcsolódó elméleti ismeretek oktatásán túl a gyakorlati oktatás, képzés milyensége is lényeges, hiszen a biztonság sokszor azon múlik, hogy az egyén a munkafolyamaton, folyamaton belül meghatározott hatásokra pontosan, minél gyakrabban és mindig a megfelelő módon reagáljon. Ennek előfeltétele, hogy a tudatában rögződjenek azok az előzetesen átadott elméleti ismeretek, amelyek a különböző szituációban felhasználhatók. Fontos, hogy készségei kimunkáltak legyenek, az ismeretek minél rövidebb formákban raktározódjanak el, az érzékelés, észlelés és a megfelelő mozdulatok, cselekedetek közé a problémamegoldó gondolkodás, mérlegelés, az ismeret-felújítás minél rövidebb szakasza iktatódjon be. [46 p.27]

A teheremelési, mozgatási feladat biztonságos megoldásánál ezen alapelvek érvényesülése kiemelten fontos. Ennek megfelelően a különböző egészségügyi szakképzések során a biztonságos tevékenység alapjai elsajátíthatók, sőt, a kórházak sok esetben maguk is szerveznek gyakorlati oktatásokat, házi továbbképző, ismeretfelújító tanfolyamokat. Ezek keretében az elméleti ismételten túl szituációs feladatokkal, illetve eszközök segítségével többek közt a betegemeléshez, mozgatáshoz szükséges technikákat sajátítják el, ismétlik át az érintett munkavállalók.

A jelenlegi gyakorlat egyik hátrányaként említhető, hogy az oktatások általában egyszeri, vagy időszakosan ismétlődő „tantermi” foglalkozások, amelyek nem tudnak kiterjedni a való életben előforduló szituációk egy részére, az elrendezések, a környezeti sajátosságok következtében kialakuló különböző testhelyzetek nem dolgozhatók fel teljes körűen, a betegek mozgása nehezen modellezhető. A ciklikusság okán, még ha a szükséges ismereteket a kollégák „magukkal is viszik” a gyakorlatba, nagy az esélye, hogy nem válik rutinná a mozdulatok helyes kivitelezése, két képzési ciklus közt fokozatosan romlik az alkalmazási készség. [123]

A folyamatos visszajelzés hiánya a hajlandósággal kapcsolatban is okozhat problémát, főleg új metódusok, technikák bevezetése után, ugyanis ha nincs megfelelő visszajelzés a munkavállalóknak arról, amit elsajátítottak, amit csinálnak, jól csinálják-e, akár vissza is térhetnek a már korábban bevett és alkalmazott technikákhoz. Mindezen tényezők lényegesen hozzájárulnak a teheremeléssel, tehermozgatással kapcsolatos balesetek magas számához. **Ebben a tekintetben megoldást az ún. viselkedés-alapú biztonsági programok indítása jelentheti, akár a szokásos oktatások kiegészítéseként, akár önállóan.**

A viselkedés-alapú módszerek a problémák azonosítására, a helyes gyakorlat kialakítására, a folyamatos ismeretfenntartásra és fejlesztésre épülnek, főbb hatótényezői a bevonás és a motiváció, visszacsatolás. A program tervezése során kerülnek meghatározásra az elérni

kívánt munkahelyi viselkedésformák, melyek tevékenységektől,¹⁰¹ preferált módszerektől függetlenek, lényegük a biztonságos munkavégzést elősegítése.

A gyakorlati megvalósítás során kockázatértékelési eljárás keretében szükséges megállapítani a kívánt viselkedési formától való azon leggyakoribb eltéréseket, amelyek baleset veszélyét hordozzák magukban, majd a megfelelő tevékenységre a munkavállalókat oktatni kell, számukra a továbbiakban folyamatos megfigyelés révén visszacsatolást kell biztosítani a helyes és helytelen viselkedésről.

A program lebonyolítható tanácsadók bevonásával, mind a szakmai tartalom kialakítása, mind a bevezetéssel kapcsolatos feladatok tekintetében. Ahol a kórházi intézményben a megfelelő rutint ismerő, felkészült munkavállalók rendelkezésre állnak, ott a szakmai részek kidolgozása az ő feladatukat is képezheti, azonban legalább a tervezéshez, gyakorlatba ültetéshez mindenképpen javasolt tanácsadók igénybevétele.¹⁰²

A végrehajtás során a folyamatos megfigyeléshez és visszacsatoláshoz már hatékonyabb megoldás lehet olyan kórházi munkavállalók felkészítése, akiknek feladata a tevékenységek során a baleseti veszély lehetőségét hordozó gyakorlat azonnali, helyszíni jelzése, hozzásegítve ez által a kollégákat a helyes gyakorlat fenntartásához. A munkavállalók maguk is azonosíthatnak a munkavégzés során újabb veszélyes tevékenységformát vagy helyzetet, akár az ún. majdnem balesetek révén is, amelyek mindegyike – megfelelő jelentési fegyelem mellett – esély a tapasztalatok gyűjtésére, a megelőző intézkedések hatékonyságának javítására. További előnyként említhető, hogy a munkavállalók aktív bevonásával a munkáltató képes a jogszabályban előírt ellenőrzési kötelezettségét megosztani, helyszínen biztosított annak ellenőrzése, a tevékenység megfelel-e az egészséget nem veszélyeztető, biztonságos munkavégzés követelményeinek, amelyre egyébként a biztonságszervező szakembernek nem minden esetben van lehetősége, kifejezetten egyes betegellátási tevékenységek esetében.

A viselkedés alapú programok lényegi jellemzője, hogy csak akkor lehetnek hatékonyak, ha megfelelő kommunikációval sikerül leküzdeni a velük kapcsolatos egyéni és szervezeti ellenállást, tudatosul a munkavállalókban, hogy a vizsgálatot végzők tényeket és nem hibákat keresnek, nem alakul ki bennük a megfigyeltség érzése, elfogadják a bevezetett intézkedések szükségszerűségét és proaktívan részt vesznek a megvalósításban. [102]

¹⁰¹ A program a munkatevékenységek jelentős számára adaptálható, így hasznos lehet az éles-hegyes eszközökkel végzett munkafolyamatok biztonságosabbá tételé során is.

¹⁰² A külsős szakértők más intézményeknél, projekteknél szerzett tapasztalatai nélkülözhetetlenek, olyan megoldásokat is javasolhatnak, amelyeket máshol már sikerrel alkalmaztak, elfogulatlanok, szervezetenként függetlenek, hajlamosabbak kimondani az esetleges negatívumokat, feltesznek olyan kérdéseket, amelyet egy régóta kórházban dolgozó, csőlátással rendelkező szakember esetleg nem tesz föl. [59 p.148]

Az attitűdök ezen jellegű formálása a harmadik olyan nagy terület, amelyet a baleseti veszélyesség szempontjából vizsgálat alá kell vennünk, ugyanis az egyén aktuális állapotának és a környezethez való viszonyán túl a munkavégző tevékenysége során tanúsított magatartását nagymértékben befolyásolják a személyiségét jellemző intellektuális, érzelmi és adott esetben indulati tényezők. Ahogy minden munkavállaló, úgy a kórházban dolgozók is, munkakörükből eredően cselekvésükben tudatosan, illetve tudat alatt bizonyos személyes prioritások, illetve egyéni jellemzők alapján végzik tevékenységüket. A baleseti veszélyesség szempontjából ezért lényeges szerep jut olyan szubjektív tényezőknek, mint a veszélytudat, vagy éppen a túlzott magabiztosság, illetve olyan objektívnek tekinthető adottságoknak, mint a tevékenység ismert veszélyeinek elhárításához szükséges tárgyi tudás. Ugyancsak lényeges balesetveszélyt növelő tényezőként kell értelmeznünk a pozitív erkölcsi tulajdonságok, különösen a felelősségtudat, a szabályok betartásának hiányát, ami felelőtlen magatartáshoz vezethet. [100]

A munkavégzéshez kapcsolódó ezen attitűdöket, mint amilyen például a biztonsági szabályok elfogadása, betartása, nagymértékben meghatározza a személyiség munkájához kapcsolódó értékorientációja. Az értékorientáció szintén magatartás-szabályozó funkcióval bír, ugyanis azok az értékek, amelyeket az egyén ismer és fontosnak tart, meghatározzák a jellemző reakcióit, a tevékenységének irányát. [80 p.24]

Ebből a szempontból a jellemző személyiségjegyek közül ki kell emelni a munkavégzés során tanúsított fokozott kockázatvállalási hajlandóságot. Az egyéni kockázatvállalási szint egyik lényeges jellemzője, hogy a munkát végző az adott, átlagosnál magasabb kockázat vállalásával számára érdemes, értékes dolgot ér el. [66 p.11] Sokat hivatkozott példa erre a teljesítménybérezés esete, különösen az ipari termelés néhány területén, ahol a munkafolyamat során egyes gépek biztonsági berendezéseinek kiiktatásával, megkerülésével vagy a folyamatokba épített biztonsági protokollok figyelmen kívül hagyásával az egyén gazdasági haszna növelhető.¹⁰³ A biztonságsszervező szakma ezért nem is javasolja az anyagi érdek és a biztonság olyan téren való szembeállítását, amelynek következtében az egyén a szabályok megszegésére érez motivációt. Egyéni gazdasági haszonról az egészségügyi tevékenység esetében ugyan nem beszélhetünk, azonban a fokozott kockázatvállalásnak létezik egy másik oka, amelyet mindenképpen figyelembe kell vennünk a baleseti veszélyeztetettség mértékének vizsgálatakor.

¹⁰³ Ez különösen abban az esetben veszélyes, ha munkavégző nincs teljesen tisztában a munkavédelmi előírások megszegésének egészségkárosító kockázati mértékével, annak nagyságát nem tudja megállapítani, amely nagymértékben hozzájárul a számára kedvezőtlen döntés meghozatalához.

A higiénias faktorokról már tudjuk, hogy hiányuk elégedetlenséget okoz, ha viszont az emberek valamilyen tekintetben magasan motiváltak, érdekesnek, fontosnak tartják a feladatukat, képesek elviselni a munkakörnyezet és a tevékenység hiányosságait. [47 p.95]

Az egészségügyben foglalkoztatottak jelentős részét az emberekkel való törődés, a segítség vágya motiválja, a tevékenység fontosságával kapcsolatos pozitív attitűd, az oly sokszor emlegetett és nyilvánvalóan jelenlévő hivatástudat az esetek nagy részében sikeresen ellensúlyozza a munkavégzéssel együtt járó negatívumokat, többek közt a munkahely veszélyességével kapcsolatban is, amelyet az általam elvégzett kérdőíves felmérés eredményei is alátámasztanak. [126 p.18]

Azon egészségügyben foglalkoztatottak, akik tevékenységük során saját megítélésük alapján valamilyen mértékű egészségkárosító többletkockázatot vállalnak, 39,45%-a mondta azt, hogy munkája jellegére vagy a munkakörülményekre való tekintettel az őt érő többletkockázatok egy részét vagy egészét önként hajlandó vállalni, mert ezáltal számára értékes dolgot valósít meg vele és/vagy ez számára örömet okoz. A kórházi tevékenységet leginkább érintő fekvőbeteg-ellátásban ez az arány magasabb, nagyságrendileg 44% körül alakult. **Ez a legtöbbször pozitívként értékelhető hivatástudat nehezen kezelhető problémákat is képes azonban okozni a biztonságsszervezés tekintetében.**

A gyógyítás, a gyógyító tevékenységre, és annak mindenekelőtti fontosságára való hivatkozás sokszor ultima ratio-ként hangzik el olyan viták lezárásaképp, amelyek arról szólnak, hogy az egészségügyi ellátást végző személy miért nem viseli a számára előírt védőeszközt, miért nem végzi el a szükséges biztonsági intézkedéseket, vagy éppen miért nem jelenti a kötelező eseményeket, hajtja végre a szükséges adminisztrációt. Válaszaikban az egyéni védőeszköz rontja a beteggel való kommunikációt, megnehezíti a hatékony ellátást, egyéb cselekedetei tekintetében egyszerűen nem tud a betegellátástól időt elvenni, a kért intézkedés a betegek nyugalma, mindennapi rendjét zavarja, esetleg a beteg fájdalma, szenvedésének látványa nem enged lehetőséget semmilyen késedelemre, még akkor sem, ha így a tevékenység a vonatkozó biztonsági protokollok előírásaiba ütközik. A vagyonsvédelmi intézkedésekkel kapcsolatban is széles körben elterjedt a nézet, miszerint azért vannak a technikai eszközök, és az élőerős védelem, hogy ezeket a feladatokat megoldja. Kötelességeikből adódóan nekik sem idejük, sem energiájuk nincs másra a gyógyító munkán kívül. Fokozva azzal, hogy a munkavállalók indokai mögött néha nem valódi meggyőződés húzódik, azokkal bármilyen ellenérzést, vagy kényelmetlenséget a biztonsági intézkedésekkel, eszközökkel kapcsolatban el lehet rejteni, belátható, hogy ezen attitűdök, viselkedési formák, nagymértékben hozzájárulnak a megnövekedett balesetveszély kialakulásához.

A védelmi tevékenységekbe történő bevonással kapcsolatos nehézségek különösen élesen jönnek ki az orvosok tekintetében, amelyben még a gyógyítás mellett a kórházi szervezet működési sajátosságai is szerepet játszanak. A kórházi intézmény egyik jellegzetessége ugyanis, hogy jelentős mértékben az orvosok képességeire, szaktudására épül, a vezetőség a hatalmának egy részéről lemond, hogy az orvosok bizonyos szakmai ügyek tekintetében szabad kezet kapjanak. Ennek következtében, a struktúra decentralizált lesz, számos, főleg operatív döntés vonatkozásában a hatalom leszáll a hierarchián az orvosok szintjére, [119 pp.23–24] akik esetében a gyógyítás kapcsán különlegesen nagy a felelősség az emberekért és az ebből eredő stressz nyomja rá markánsan bélyegét a munkavégzésre. Hivatástudatukból és felelősségérzetükből eredően többségüket és így a képviselt területüket különösen nehezen lehet bevonni a biztonsággal kapcsolatos feladatok ellátásába, nehezen viselik a korlátként értékelt intézkedéseket, ellenállók a megszokott rend, illetve a sajátosan kialakított munkamódszereik átalakítási kísérleteivel szemben. [39]

A felelős vezetőnek a második fejezetben vizsgált működési sajátosságoknak köszönhetően, nagyon kevés eszköze, ráhatása van ezen jellegű viselkedések megváltoztatására, különösen a pozitív ösztönzők tekintetében. Ahol ezt egyáltalán megkísérlik, ott ezért a legtöbb esetben negatív munkahelyi következmények kilátásba helyezésével próbálnak változásokat elérni. Ez azonban annak is következménye, hogy a gyakorlatban nem fordítanak megfelelő gondot a munkatársakra, nem ismerik cselekedeteik mozgatórugóit, rosszul határozzák meg a tartalomelemeket, amelyekről feltételezik, hogy foglalkoztatják a kollégákat. [71 p.60]

Véleményem szerint ez a fajta a negatív munkahelyi kilátásokkal való motiváció sem lehet igazán hatékony, különösen, hogy az egészségügyben tapasztalható egyre növekvő fokú elégedetlenség, a munkaerőhiány és a nyugat felszívó hatása egyébként is ellenállóbbá és dacosabbá teszi a munkavállalókat a negatív ösztönzők által kiváltani kívánt intézkedésekkel szemben.¹⁰⁴

Napjainkban, a munkavégzés egyén számára minden értékes motiváló tulajdonsága ellenére, egyre növekvő azon kórházi dolgozóknak a száma, akik „pályán maradásukat attól teszik függővé, hogy történnek-e változások, mert a jelenlegi helyzet már nem sokáig bírja őket maradásra.” Az anyagi és erkölcsi megbecsülés hiányát, a napról napra nehezedő munkafeltételeket, [126 pp.16–17] továbbá a pozitív kilátásokat az elhelyezkedési

¹⁰⁴ A kutatás során az ellátást végzőkkel folytatott beszélgetésekben a negatív munkahelyi ösztönzőkkel kapcsolatos reakciókban a „ha kirúg, legfeljebb elmegyek nyugatra” , „máshol szívesen látnak”, „lehet, ez kellene hozzá, hogy végre pályát váltsak” mondatok sokszor visszatérők voltak, ez a fajta gondolkodás pedig jól érzékelteti a velük kapcsolatos munkavállalói attitűdöt és előrevetíti hatékonyságukat.

lehetőségekkel kapcsolatban mindenképpen tekintetbe kell vennünk, amikor a biztonsági intézkedések betartatása érdekében negatív ösztönzők alkalmazását javasoljuk, azok hatását komplexen, minden tényező együttes figyelembevételével kell vizsgálnunk. Pozitív ösztönzők használatára kevés a munkáltató lehetősége, a kizárólag hatalmi arroganciából fakadó, engedelmesség előidézésére szolgáló üzenetek pedig nem irányulnak a megfelelő kognitív változás elérésére, [71 pp. 46–47] tehát nem elegendő a biztonsági szabályok betartatására, ha a munkáltató parancsot ad rá, és valamilyen negatív munkahelyi következményt helyez kilátásba.

A személyiségjegyekből, és a munkához kapcsolódó értékorientációból származó nehézségek kezelésére ebben az esetben a meggyőző kommunikáció lehet a hatásos intézkedés, ám azt a munkatársak mozgatórugóinak, a tevékenységgel és a munkahelyi környezettel kapcsolatos attitűdjeinek megfelelő feltárásával kell kialakítani. Összefoglalóan elmondható, hogy az egészségügyi dolgozók egy jelentős részének egyéni veszélyeztetettségét negatív irányba befolyásolja a gyógyítással kapcsolatos beállítódottsága, amelynek formálása, attitűdjeik megváltoztatása, saját egészségük központba kerülésének elérése kiemelten fontos a saját biztonságukat szolgáló magatartásformák alkalmazásában.

A betegekre megítélésük szerint bizonyos fokú hatással járó tevékenységek során felmerülő kockázatokkal szemben az egészségügyi tevékenységet végzők sok esetben rezisztensen viselkednek, a megfelelő védekezés gyakorta elmarad, még akkor is, ha egyébként rendelkeznek a szükséges tudással és eszközökkel. A veszélyek tudatosításával, és annak szerves kapcsolásával az elhárító tevékenység előzőekben tárgyalt készségeinek kialakításához elérhető, hogy az emlékezetben, a gondolkodásban is szerves egységet képezzen a veszélytudat¹⁰⁵ és a veszély ellen való védekezés szükségességének tudata, amely így együtt a védettség egyik alapfeltétele. Ennek egyik bevett módja a munkavédelmi szakmai oktatásban, amikor összekapcsoljuk a biztonsági intézkedések megszegéseit, azok következményeit magukkal a biztonsági intézkedésekkel. [46 p.38]

Általánosságban főképp az egyénre, és az őt magát érő negatív következmények hangsúlyozására szükséges koncentrálni, azonban az egészségügyi dolgozók tekintetében az ismert attitűdjeikre tekintettel jobb eredményeket lehet elérni, ha a veszélyek tudatosítása során a kommunikációkkal a motivációik más lényegi elemeire tapintunk rá. Nagyobb

¹⁰⁵ Az általános értelemben vett veszélytudat összességében azon információk nyomán alakul ki, amit az egyén a szakma tanulása, a szakmai gyakorlat megszerzése és ezen biztonsági intézkedések elsajátítása révén szerez. [46 p.86]

eséllyel érhetjük el szándékunknak megfelelően a viselkedés változását, ha megfelelő módon rámutatunk, hogy az eszközökből, technológiákból, a munkafolyamatból származó veszélyforrások nem csak magát a munkavállalót veszélyeztetik, a munkavállaló cselekedeteinek következményei nem csupán őt magát érinthetik, hanem kihatással vannak a tevékenység szűkebb és tágabb környezetére is. [49 p.83]

A veszélytudat hangsúlyozásakor elsősorban a betegek biztonságát szükséges előtérbe helyezni, betegbiztonsági összefüggéseken keresztül kell rámutatni, a munkavédelmi szabályok arra is szolgálnak, hogy a munkavállalókon keresztül a betegek, a hatókörben tartózkodók egészségét is megvédjük. Ahogyan nyilvánvalóan nem kívánja a beteg, hogy alkohol, drog vagy egyéb tudatmódosító szer hatása alatt álló személy foglalkozzon vele, feltételezhetően azt sem szeretné, hogy extrém fáradt, a figyelmét és az érdeklődését veszített, vagy koncentrálni képtelen, esetleg nem hajlandó, hibának fokozottan kitett egészségügyi dolgozó lássa el őt, vagy hozzátartozóját. Meg kell értetni a kollégákkal, hogy azon cselekedeteik, amelyek saját egészségvédelmüket szolgálják, éppúgy két irányba hatnak, védik nemcsak őket, de ugyanennyire fontosak az ellátást igénybe vevők tekintetében is. Ha sietni kell, ha kényelmetlen, ha némileg zavaró is, vagy a beteg szenved, akkor is figyeljünk magunkra, gondolatainkra, azokon belül a munkafolyamat és annak célja legyen a meghatározó tényező, figyeljünk mozdulatainkra, a biztonsági protokollok betartására, az eszközök megfelelő használatára. Ha nem így teszünk, akár nagyobb károkat is okozhatunk, mint aminek az elhárítására, megakadályozására törekedtünk, még ha adott esetben nem is közvetlenül a beteg szempontjából, akit gyógyítunk, ellátunk, de közvetlenül mindenképpen, hiszen elvesztésünkkel, munkából való kiesésünkkel még inkább leterheljük a már e nélkül is teljesítőképesége határán lévő ellátórendszert.

Azokon a területeken, ahol viselkedés alapú programokat indítanak, a megfelelő kommunikációval elérhető, hogy az említett, biztonságra vonatkozó jelzéseivel a munkavállaló érezze, tett valamit munkatársa biztonságáért, szűkebb közösségéért, ezáltal tevékenysége eredőjeként a fokozott betegbiztonságon túl újabb értékeket képes azonosítani az elsőnek kötelezettségnek tűnő feladatok mögött. [38 p.4]

Szintén az egészségügyi tevékenységgel összefüggő sajátosság az ellátást végzők erős szakmai érdeklődése, amely szakmai érdeklődést ugyancsak fel lehet használni a biztonsági követelményekhez való pozitív viszonyulás kialakításra. Ha az oktatás során sikerül elérni, hogy a munkavállaló a védelmi intézkedéseket a szakmai követelmények integráns és szükségszerű mozzanataként fogja fel, akkor azok betartása sokkal kisebb megterhelést jelent az egyén számára. [46 p.63]

Ennek egy lehetséges módja olyan, széles körben elfogadott, elkötelezett, hiteles munkavállalók bevonása, akik szakterületükön tekintélynek számítanak, ismerik és gyakorlati oktatás keretében, adott esetben a tevékenység végzése közben átadni is képesek a munkavégzés során felmerülő, munkavállalói biztonsággal kapcsolatos helyes gyakorlatot kollégáik számára.

Az ő fejlesztésüket a munkáltatónak kiemelten kell kezelni, akár a tevékenységgel kapcsolatos munkavédelmi szakképesítések, továbbképzések tekintetében is, amely több járulékos haszonnal is járhat számára. Egyrészt remek motivációt jelent, érzik, szükség van rájuk, kipróbálhatják magukat egy másik területen, szélesedik a munkakörük. Kötődnek a csoportjukhoz, jobban elfogadják őket és az általuk átadottakat a mindennapi munkában, mint adott esetben olyan külsős vagy belsős biztonsági szakemberek tanácsait, akik néha megjelennek, rövid ideig megfigyelnek, tanácsot adnak, és nyilvánvalóan nem hitelesek annyira, hogy el tudják fogadtatni az általuk elmondottakat, mint az egészségügyi tevékenység szükségszerű és fontos szakmai elemei. [59 p.144]

A munkatársak szívesebben fordulnak segítségért, tanácsért, megerősítésért a velük azonos hierarchiai szinten álló kollegákhoz, mint külsős szakértőkhöz, vagy a hierarchiában felettük álló vezetőkhez, esetleg az alattuk levő szinten elhelyezkedő beosztottaikhoz, főleg, ha a kapcsolat emberi vagy szakmai megbecsülésen, bizalmon alapszik. Ők lehetnek azok, akik könnyebben meggyőzik kollégáikat, akik általuk jobban hajlanak az üzenet befogadására és elfogadására, megértik annak szükségszerűségét. [71 p.60]

Ezen kommunikációs stratégiákkal nagyobb eséllyel küzdhetjük le azt a gyakorlatban tapasztalt biztonsági problémát, hogy az egészségügyi tevékenységet végzők kötelességérzete a betegek iránt nem csak bizonyos cselekvések végrehajtását eredményezi, hanem bizonyos cselekvések elkerülését is, mert azokat a munka eredményes folytatását megakadályozó, a munka céljával ellentétes, vagy a cél elérést nehezítő tevékenységnek tekintik. [46 p.63]

A biztonságot szolgáló magatartásformák fejlesztése során az általános veszélytudat alakításán és formálásán kívül foglalkoznunk kell továbbá az egyén aktuális veszélytudatának kérdésével is. Az aktuális veszélytudat azt jelenti, „hogyan meghatározott helyzetben, meghatározott körülmények közt mennyire van tudatában az esetleges veszélyforrásoknak, illetve mennyire van birtokában a veszélyt megakadályozó ismereteknek. Az aktuális, pillanatnyi veszélytudatban azok az információk játszanak fontos szerepet, amelyeket a dolgozó a munka során szerez, és amelyek a munkafolyamat rendszerében beálló változásokról, kritikus helyzetek létrejöttéről, a veszély realizálódásának lehetőségéről

tájékoztatják.” A veszély fellépését sokszor specifikus változások, jelenségek jelzik, ezek információértéke pedig összefügg a dolgozó előzetes ismereteivel, felkészültségével. Kiküszöbölése pedig függ attól, képes-e időben felismerni a veszélyt jelentő tényezőket és rendelkezésre állnak-e a cselekvés irányítását biztosító ismeretek. [46 p.86] Ezen készségek megléte és fejlesztése különösen fontos akkor, ha a munkahelyen előforduló erőszak kezelése és megelőzése a célunk.

A munkahelyi erőszak a kórházakban sem annak formáját, sem résztvevőit tekintetbe véve nem egydimenziós. A már sokat említett, betegek munkavállalókkal szembeni szóbeli vagy fizikai támadásai a tapasztalt erőszaknak pusztán az egyik, bár kétségkívül a legjelentősebb és legtöbb biztonsági problémát okozni képes oldalát jelentik. Mint minden munkahelyen természetesen itt is jelen vannak az egymást zaklató munkavállalók vagy a beosztottakat zaklató felettesek, [59 p.186] tehát a probléma bár valós és kezelendő, a legjellemzőbb konfliktusforrás azonban mégis az ellátást végzők és a betegek, illetve hozzátartozóik relációjából ered, az ebből származó kockázatok kiküszöbölése kiemelt prioritás minden érintett intézmény számára.

A gyakorlatban megtörtént eseteket megvizsgálva nyilvánvaló, hogy az erőszak, formájától függetlenül az elkövető és az áldozat közötti bonyolult interakciók során kialakuló konfliktusok következménye, [41 p.39] szerepet kap benne a résztvevők személyes tulajdonsága, érzelmi helyzete, egymáshoz és a környezethez való viszonya. A megelőzéshez, a kockázatok csökkentéséhez meg kell ismerni és elemezni kell a lehetséges kiváltó okok mindegyikét, e nélkül a védekezési javaslatok sem lehetnek megalapozottak, teljes körűek.

A biztonságszervező szakemberek a gyakorlatban leginkább a betegek magatartásával magyarázzák az erőszakot, általánosságban az egészség romlása miatti értékítélet-vesztés, a várakozás és az ellátás zavarai, a fennálló fájdalom enyhítetlensége miatti türelmetlenség, ítélőképességük romlása, ami miatt a nem megfelelő bánásmód észlelése esetén túldimenzionálják az őket vagy családtagjukat ért vélt, vagy valós sérelmeket. Lényegesnek ítélik az erőszak kialakulásában azon helyzeteket, amelyek nagyobb fokú fizikai kontaktust igényelnek az ellátást végzők és az ellátottak közt, adott esetben az ellátást végző tevékenysége fájdalommal jár vagy különösen kiszolgáltatottá és emiatt érzékenyebbé teszik a pácienseket (mozgásban, evésben szükséges segíteni stb.). Számos esetben merülnek fel kiváltó okként különböző kórtörténetek, mentális zavarok vagy kábítószer-függőség.

Az ellátást végzők azonban sok esetben nem csak passzív alanyai a betegek lelki állapotából és a környezeti feltételek elégtelenségéből származó erőszaknak, egyes tudatos,

vagy nem szándékolt magatartásformák szintén előidézői, kiváltói, súlyosbítói lehetnek annak.

A betegek erőszakosságát kiváltó személyzeti magatartásformák közé tartozik különösen az arrogancia és a kimertség, [59 p.188] de fontos megemlíteni továbbá ebben a kontextusban is a burnout szindrómát. A kiégett munkavállaló ugyanis személytelenül áll hozzá a beteghez, felléphetnek közöttük kommunikációs zavarok, bizonytalanabbak a döntések, csökken az egyén konfliktuskezelési és problémamegoldó képessége. [126 p.200] Olyan, a burnout tünetei közé sorolható viselkedésformák, mint a cinikusság, a közömbösség a betegek irányába különösen veszélyesek. Az ellátást végzőt, abban az esetben is, ha mentálisan egészséges és motivált, egyes erős érzelmeket kiváltó események nagymértékben befolyásolják abban, mit érez, hogyan cselekszik. Amikor a beteg goromba, követelőző és indulatos, nehezebb teljesíteni számára azon munkahelyi elvárásokat, amelyek szerint az orvos vagy ápoló legyen nyugodt, kedves és empatikus a beteggel. Ilyenkor egészségesen is nagyobb erőfeszítést igényel az érzelmeik szabályozása, a helyes kommunikáció fenntartása. [128 pp.43–44]

A már említetteken kívül sok összetevő okozhatja még a kommunikáció zavarát. Ezek a legtöbbször a környezeti hatásokra vezethetők vissza, mint például a világítás, a háttérzajok, vagy a más személyek által okozott zavar. Nem ritka, hogy a testbeszéd nem megfelelő értelmezése vezet kommunikációs félreértéshez, [59 p.188] de ugyanúgy gátló tényező lehet, ha a küldő és fogadó tudása nincs azonos szinten. [47 p.166] Az egészségügyben, az orvos-beteg kapcsolatban a régi porosz hagyományokon alapuló, sokak által már nem elfogadható, és emiatt feszültségforrássá váló autokrata vezetési stílus az elterjedt, amit főleg a felek közti információs aszimmetria tart fenn. [47 p.69] A tanultsági szinten kívül szociokulturális, etnikai okok is közrejátszhatnak a küldő és a fogadó közti tudásbeli különbségben, egyazon üzenet másként értelmezése, egymás szándékainak, motivációinak nem ismerete, a viselkedési formák idegensége meg nem értéshez, negatív érzelmeik, esetleg félelem kialakulásához vezet. [47 p.166]

Ebben a tekintetben az intézmények jelentős részében komoly problémákat okoz a roma lakosság ellátása, akik a többségi társadalom tagjaitól eltérő habitust képviselnek, kulturális szokásaikból eredően nehezen viselik a korlátozást, kötöttséget. A származásukkal kapcsolatos negatív előítéletek sok esetben komoly konfliktusok forrásai, így a velük kapcsolatba kerülő munkavállalók fokozott erőszak veszélyéről számolnak be. Körükben gyakori, hogy a számukra nem megfelelő színvonalú ellátást, a bárkivel előforduló várakoztatást hajlamosak származásuknak tulajdonítani, és ennek határozottan hangot is adni. A gyermekosztályok kiemelt figyelmet érdemelnek az agresszió megelőzése tekintetében,

főleg azon gyermekek esetében, ahol a kórházi ellátás szükségességét a szociális, családi háttér indokolja, az ő szüleikkel különösen gyakori a konfrontáció. A fiatal betegek tekintetében pedig főleg a 16–18 év közötti roma származású fiatalok viselkedése igényel többségi kortársaiktól eltérő másfajta megfontolást.

A betegek és az ápoltak személyes tulajdonságaiból származó kockázatnövelő tényezőkön kívül a környezeti hatásokat és szervezeti okokat is figyelembe kell venni az agresszió kiváltó okainak elemzése során. Ilyen lehet a betegek és a látogatók mozgásának indokolatlanul nagyfokú korlátozása többek közt túl szigorú házirend kialakításával, a munkaerő hiányából vagy az ellátáshoz szükséges technológia elégtelen rendelkezésre állásából származó várakozás, a várakozási feltételek nem megfelelő kialakítása, az információhiány, egyes esetekben a kórházi ellátás minőségével kapcsolatos kifogások. [59 p.188]

Az erőszak esélyét bizonyos jól elkülöníthető időszakok, helyek és helyzetek is fokozhatják. A különböző elkövetési formák jellemző tulajdonságainak, azok időszükségletének ismeretével aránylag jól lehet azonosítani a potenciálisan veszélyt jelentő szituációkat. Ilyen lehet többek közt, ha túl kevés (szeparáció) vagy túl sok ember (tömeg) tartózkodik egy helyen. A tömegben tovább nőhet a várakozás miatti feszültség, amely verbális vagy fizikai erőszak forrása lehet, de a tulajdon ellen elkövetett bűncselekmények számát is emelheti. Az őrizetlenül hagyott munkavállalók pedig könnyebben ki vannak téve támadásnak, így izolációjukat mindenképpen el kell kerülni, vagy minimálisra kell csökkenteni, az egyedül végzett munkát limitálni kell.¹⁰⁶

A védekezéshez szervezeti szinten nagyon fontos feljegyezni a kiemelkedően agresszív helyzeteket, adott esetben a betegek személyes nyilvántartásaiban dokumentálni kell az általuk végrehajtott erőszakos cselekményt. Deklarálni szükséges azokat a körülményeket, világosan körülírt magatartásformákat, aminek észlelése vagy elszenvedése esetében a munkavállaló megtagadhatja az ellátást. Bár az ellátás megtagadására az egészségügyi törvény lehetőséget is ad, gyakorlati tapasztalat, hogy az érintettek jelentős része próbálja e nélkül megoldani a helyzetet. Az Ápolási Szakmai Kollégium által készített, már hivatkozott felmérés alapján a bántalmazást elszenvedő ápolók 56%-a mondta, hogy a személyes megoldási kísérlet mellett döntött a helyzet kezelésekor, 30%-uk hívott segítséget, míg a többi esetben az érintettek vagy elhagyták a helyszínt, vagy agresszívan léptek fel a beteggel szemben. **A kialakult konfliktushelyzet megoldására való**

¹⁰⁶ A kórházi specialitásokon túl olyan általános megfontolásokat is figyelembe kell venni az erőszak lehetséges kiváltó okainak elemzésénél, mint az értékes személyes tárgyak viselete, közösségi területeken történő használata, vagy a figyelemfelkeltő, egyes személyek által kihívónak ítéltető öltözködés.

hajlandóság az egészségügyi dolgozók esetében igen erős, ezt támogatni szükséges és érdemes a munkáltató részéről erőszakmentes kommunikációs tréningek, konfliktuskezelési és deeszkalációs képzések szervezésével.

Egy támadásnak, bár nem minden esetben, de a legtöbbször előzményei és egyértelműen észlelhető jelei vannak, így első lépésben lényeges a korai figyelmeztető jelzések felismerése. [59 pp.193–195] Ilyenek lehetnek a verbális fenyegetés, a testbeszéd, vagy olyan egyéb testi jelek, mint például az izzadás, a szemkontaktus kerülése, gyors, mély lélegzetvételek, izmok megfeszülése, a kérdések teljes ignorálása, defókuszáltság vagy az alkohol és drogfogyasztásra utaló jelek. A tartós szemkontaktus után a tekintet különböző testtájékokra történő irányítása ütést vagy rúgást készíthet elő. Ezen helyzetek, szándékok felismerésére leginkább szituációs gyakorlatokon, csoportfoglalkozások keretében lehet felkészülni.

Kommunikációs tréningek során lehetséges oktatni a szükségletek felismerésének technikáit, a releváns, problémával összefüggő, empátiát feltételező kérdések feltevését, illetve azon szavak, kifejezések elkerülését, ami agressziót válthat ki, vagy fokozhatja annak veszélyét a betegek részéről. A megfelelő kommunikáció részeként foglalkozni kell a helyes testbeszéddel, a mozgás megfelelő koordinálásával, a túl gyors mozdulatok, az érintés vagy a hangos beszéd kerülésével, a pozitív, empátiát sugárzó viselkedési formák kialakításával, a nyugalom megőrzésével, a szemkontaktus nem zavaró módon történő fenntartásával, a védekezés és a személyes tér szempontjából megfelelő testhelyzetek és távolságok megválasztásával. [88 pp.483–504]

Oktatás keretében kell megismertetni az ellátást végzőket a különböző kultúrkörből származó ellátottak sajátosságaival, különös tekintettel a cigányság kultúrájára, szokásaira, hagyományokon alapuló viselkedési módjaira, mindemellett a velük kapcsolatos előítéletek, sztereotípiák megélési formáira, hogy azok felszínre kerülése esetén a hatékony kommunikáció gátját ne képezze ez a fajta felkészületlenség.¹⁰⁷ A helyzetek kezelésének a környezet irányába történő megfelelő prezentálása,¹⁰⁸ a védekezést nehezítő, vagy erőszakot

¹⁰⁷ Egy vidéki kórházban bevett gyakorlat roma képviselő felkérése közvetítésre, meditáció keretében próbálták a komolyabb konfliktusok kialakulását megelőzni. A közös nyelv, a megfelelő fókuszpontok, a motivációk ismerete, az empátia a beszámolóik alapján sok esetben sikerrel előzte meg a helyzet eszkalálódását.

¹⁰⁸ A nyilvánosság előtt kiváltott szégyenérzet szándékunkkal ellentétes hatást érhet el, ezért lehetőleg intímabb környezetben kell kezelni.

fokozó környezeti jelzések felismerése és megelőzése szintén kiemelten fontos oktatási szempont, a munkavállalóknak tisztában kell lennie a védekezés alapvető lehetőségeivel.¹⁰⁹

4.3.3 Az őrzés-védelmi feladatokat ellátók

A kórházi erőszak megelőzése, kezelése érdekében a szükséges oktatások, tréningek, kommunikációs stratégiák tárgyalása mellett figyelmet kell fordítani az egészségügy egy további, a biztonsági rendszer működése szempontjából jelentős humán résztvevőjére, az őrzés-védelmi feladatokat ellátó személyekre. Az intézmények nagy részében ugyanis személy- és vagyonőrök alkalmazásával próbálják megoldani a védelmi feladatok egy részét, így az intézmény számára lényeges, hogy megfelelő ismeretekkel rendelkezzenek munkaterületük jellemző veszélyforrásaival kapcsolatban.

A személy- és vagyonvédelmet ellátók¹¹⁰ fő tevékenységi körébe a kórházi objektum működési rendjének fenntartása, a betegek, látogatók és a munkavégzők személyi biztonsága, értéktárgyainak védelme és az intézményi vagyon megóvása tartozik. Ezen klasszikus őrzés-védelmi feladatrendszer azonban napjainkban számos működési területen lényegesen kibővült,¹¹¹ specializálódott. Példa lehet erre a foglalkoztatási létszám tekintetében igen jelentős banki szektor, amelynek védelméhez szükséges ismeretek jól dokumentáltak, széles körű szakirodalommal rendelkezik.

Kórházak esetében a személy- és vagyonőrök feladatukat az eredeti rendeltetéssel együtt, attól elválaszthatatlanul, szoros kölcsönhatásban végzik, a tevékenységet ellátó annak egyedi veszélyforrásai által a munkavállalókhöz és a szolgáltatást igénybe vevőkhöz hasonlóan ugyanúgy érintett, így el kell sajátítania a tudnivalókat, amelyek ahhoz szükségesek, hogy saját maga ne legyen biztonsági események negatív hatásainak elszenvedője, esetleg okozója. Az értekezés során eddig tárgyalt kórházi működési sajátosságok okán az őrzés-védelem alapvető feladatain túl ismeretekkel kell rendelkeznie az adat és információvédelem, a

¹⁰⁹ A munkakörnyezet kialakítása során a bútorzat megfelelő elhelyezése úgy, hogy az ellátást végző és a menekülési út vagy ajtó közé ne kerüljön akadály, vagy más irányú kijárati lehetőség is biztosítva legyen. A környezetben a fegyverként használható, súlyos testi sérülés okozására képes tárgyakat el kell távolítani, a várókban pedig a székek, bútorok rögzítése javasolt. A ruházat vagy a hajviselet ne, vagy kevésbé tegye lehetővé a különböző fogásokat, húzásokat, a zárt, szűk helyeken, liftben idegenekkel való együtt tartózkodás, utazás kerülendő, mint ahogy az éjszakai műszakokban is az egyedül való közlekedés, különösen a nagy kiterjedésű pavilonrendszerű kórházak udvarain.

¹¹⁰ Személy- és vagyonőr. A továbbiakban ezen megnevezés mellett védelmet ellátóként, személy- és vagyonvédelmi tevékenységet végzőként is hivatkozom rájuk.

¹¹¹ Már a kilencvenes évek végén publikált, „Az európai biztonsági őri alapképzés kézikönyve” c. kiadvány is kifejti, az alapképzésben részesült biztonsági őri feladatainak részét képezheti – felelősségének határain belül – többek közt az egészségre és biztonságra ártalmas veszélyek elhárítása, illetve annak jelentése. [79]

munkavédelem, a tűzvédelem, a sugárvédelem területéről,¹¹² az infekciókontroll tekintetében az egyes területek jellemző higiéniés előírásairól, az egészségügyi gépek, berendezések, a hulladékkezelés biztonsági szabályairól.

Munkáját közterülethez hasonló körülmények közt végzi, ahol a folyamatosan változó személyi kör és védelmi helyzet mellett a szolgáltatást igénybe vevők pszichés állapota, érzelmi helyzete sajátos, több értelemben véve is. Amellett, hogy nagyobb arányban fordulhatnak elő esetleg még nem is diagnosztizált, düh és agresszió fokozott kockázatával járó személyiségzavarok vagy más pszichiátriai kórképek a munkavégzés hatókörében, az intézménybe érkezők egészségükben károsodott, akár súlyos betegségben szenvedők is lehetnek, akik érzelmi állapota messzemenőig kihat az egyén interperszonális kapcsolataira, konfliktustűrő-kezelő képességeit jelentősen befolyásolhatja, azokra negatív hatással lehet.

Ezen okok miatt az említett szakmai ismereteken túl a személy- és vagyónvédelmi tevékenységet ellátónak az általánostól eltérő, és/vagy magasabb szintű társas és személyes kompetenciákkal, intézkedési kultúrával is rendelkeznie kell. Egy nem megfelelően kivitelezett intézkedés ugyanis nagyban ronthat a beteg érzelmi állapotán, kiszámíthatatlan reakciókhoz, és az elhárítani kívánttól is fokozottabb agresszióhoz vezethet. Az őrsemélyzet részéről is szükség van azonosítani és hatékonyan kezelni ezeket a konfliktusszituációkat, az intézkedéseik minőségét eljárás-szakmailag „de humane” modernizálni szükséges, amely csak megfelelő kiválasztással, fejlesztéssel, képzéssel érhető el. A problémás viselkedési mintákat felismerve, adott helyzetben a szükséges kompetenciát tudatosan előtérbe helyezve – meggyőzőési képesség, kompromisszumkészség – lehet egyik záloga annak, hogy a személy- és vagyónőr intézkedése a kialakult helyzet hatékony és erőszakmentes megoldását biztosítsa. Sok beteg fizikai és pszichés állapotából adódóan nem, vagy csak korlátozott mértékben képes öngondoskodásra, kevésbé tud felelni saját testi épségéért, anyagi javainak védelméért, így a személyi biztonságukért, jogaik maradéktalan érvényesüléséért való különleges felelősség fennáll mind az egészségügyi, mind a védelmi feladatot ellátó személyek tekintetében, a fejlett etikai-erkölcsi érzék és humánus beállítódás alapvető elvárás minden érintett fél részéről.

A kórházak az említett pszichés sajátosságok mellett az egyén fizikai állapotával kapcsolatosan is tartogatnak sajátos veszélyforrásokat. Az intézmény látogatói közt az

¹¹² Az egészségügyben széles körben alkalmaznak különböző radioaktív izotópokat, közöttük olyanokat is, amelyek alkalmasak arra, hogy piszkos bomba alapanyagaként szolgáljanak. Éppen ezért fontos feladat ezen anyagok eltulajdonítási, szabotálsági kísérletének detektálása, megszakítása, a fizikai hozzáférés megakadályozása, a velük kapcsolatos rendkívüli helyzetek kezelése. Ezen feladatokkal kapcsolatban a védelmet ellátókra is jelentős szerep hárul(hat).

átlagosnál gyakrabban fordul elő olyan, akár komoly, például HIV fertőző beteg, akivel szemben testi erőt igénylő intézkedés során a vagyonőr egy karmolás, vagy harapás révén komoly egészségkárosító kockázatnak lehet kitéve. Egy irányító-recepciós feladatkörben foglalkoztatottnak pedig fizikai kontaktus nélkül is nagyobb a veszélyeztetettsége a cseppfertőzéssel terjedő betegségek tekintetében (influenza, TBC), mint adott esetben egy átlagos, banki objektumban. A vagyonőrök mentési feladataik során sokszor menekülésükben korlátozott személyekkel találkoznak, de nagyobb hangsúly helyeződik az elsősegélynyújtás/újraélesztési képességeik megszerzésére és szinten tartására, kórházi környezetben a gyakorlati alkalmazásra nagyobb eséllyel van szükség.

Beavatkozásukra nem csak klasszikus biztonsági esemény, hanem egészségügyi válsághelyzetben is szükség lehet, különösen járványveszély vagy tömeges szerencsétlenség esetén. Az egészségügyi katasztrófavédelmi tervek gyakran rónak rájuk területzárási, vagy területbiztosítási – legtöbbször triage terület – vagy személyirányítási feladatokat. A vagyonőrnek ismernie kell a rendkívüli helyzet esetén követendő jogi és szakmai lehetőségeket, a speciális védekezési lehetőségeket, például az egyéni védőeszközök használatát.

Összefoglalva, a kórházak működési sajátosságai okán a kibővült vagyonvédelmi feladatrendszernek megfelelni kívánó személy- és vagyonőrnek az általános szakmai, jogi, és etikai ismereteken túl rendelkeznie kell továbbá

- átfogó ismeretekkel a biztonságsszervezés különböző részterületeit illetően;
- speciális elméleti és gyakorlati pszichológiai, eljárás-módszertani és egészségügyi ismeretekkel;
- tisztában kell lennie az alapvető és a betegjogok tartalmával, azok gyakorlati értelmezésével kórházi környezetben;
- ismernie és alkalmaznia kell a hatályos adatvédelmi szabályozás előírásait.

Ezen ismeretek birtokában a feladatot végző, képzett szakemberek minőségi garanciát jelenthetnek arra vonatkozóan, hogy a szolgálatellátás megfelelő szakmai színvonala biztosított, összhangban van a kórházi célrendszer és a működési sajátosságok által támasztott többletelvárásokkal.

Ezen szakemberek rendelkezésre állása tekintetében a kórházakban védelmet szervezőknek azonban súlyos nehézségekkel kell szembenézni, amelynek több, sajátos oka van. **Alapvetően a személy- és vagyonőr szakképesítés jelenleg hatályos szakmai és vizsgakövetelményei**

közt¹¹³ az elméleti oktatás során kevésbé hangsúlyosan jelennek meg a kórházi feladatellátáshoz szükséges kompetenciák. A képzés utolsó szakaszában ugyan elvárás egy negyven órás, összefüggő munkahelyi szakmai gyakorlat elvégzése és igazolása, mellyel kapcsolatban képzési cél a tanuló munkahelyi környezetének, körülményeinek általános megismertetése, és fontos gyakorlati követelmény a munkabiztonsági, foglalkozási és bizonyos személyes, többek közt a stresszkezeléssel kapcsolatos kompetenciák fejlesztése tantermen kívüli, tényleges munkakörnyezetben. [34] A hivatalos képzési program során ez lenne az a lehetőség és időtartam, amikor gyakorlatilag a feladatellátáshoz szükséges összes kompetencia komplex fejlesztésére sort kellene keríteni.

A vagyonvédelmi szakma foglalkoztatással összefüggő sajátosságai okán¹¹⁴ nem rendelkezünk pontos statisztikai adattal arról, ténylegesen mennyi személy- és vagyonőr lát el szolgálatot jelenleg az egészségügyben, de **az intézmények számából, kiemelt társadalmi jelentőségükből továbbá az ismertett sajátosságaikból adódóan indokoltnak tartom, ha nem is egy külön szakképesítés-ráépülést, de egy önálló, egészségügyre jellemző szakmai ismereteket átadó modul létrehozását az alapképzésen belül. Ezen célirányos, minden szükséges elméleti és gyakorlati ismeretre kiterjedő képzési anyag összeállítása sokrétű szakértelmet igényel a jog, az adatvédelem, a pszichológia, a viselkedéstudomány területéről, de elkészítésébe biztonságsszervező szakemberek, orvos, orvostechnológus, kórház-higiénés, egyéb gyakorlati kórházi szakember bevonására is szükség.**

A hivatalos szakképesítés mellett a szükséges tudás megszerzésének forrásai lehetnek az egészségügyi területen tevékenykedő vagyonvédelmi vállalkozások,¹¹⁵ nekik elvben a terület igényeinek megfelelő minőségi szolgáltatásnyújtáshoz ugyanezen széles körű szakmai, jogi, pszichológiai ismeretekre koncentrálnó tréningeket kellene tartaniuk munkavállalóik részére. A minőségi szolgáltatásnak azonban ára van, a kórházak költségvetésében pedig nincs fedezet annak megrendelésére, a szolgáltatási területen elérhető alacsony haszon miatt a cégek nem érdekeltek a kollégák ezirányú fejlesztésében.

A napjainkban tapasztalható rendkívül nyomott vállalási árral összefüggésben nem tudok nem kitérni a megrendelő azon felelősségére, mely szerint a fizetési hajlandóság mellett neki kellene igényeket, többletkövetelményeket támasztania és ez által a szolgáltatói oldalon

¹¹³ 20/2013. (V. 28.) BM rendelet a belügyminiszter ágazatába tartozó szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményeiről, valamint egyes, szakmai és vizsgakövetelmények kiadásáról szóló miniszteri rendeletek hatályon kívül helyezéséről [19]

¹¹⁴ Kiemelkedő ezek közül a nagyfokú fluktuáció és a feketemunka magas részaránya.

¹¹⁵ Az egészségügyben a személy- és vagyonvédelmi területen nem jellemző a munkajogi jogviszonyban történő foglalkoztatás, amelynek főleg gazdasági okai vannak. A tevékenységet az esetek jelentős többségében vagyonvédelmi szolgáltatás igénybevételével látják el.

elkötelezettséget generálnia a minőségi szolgálatellátásra vonatkozóan. 2015-ben, kormányrendeletben szabályozták a minimális vagyónvédelmi rezsióradíj mértékét,¹¹⁶ amelyhez a közbeszerzési eljárás keretében kiválasztott vagyónvédelmi szolgáltatónak igazodnia szükséges. A minimális rezsióradíjtól várta a szakmai érdekképviselő¹¹⁷ a bérszintek emelkedését, és a minőségi szolgáltatás pénzügyi alapjainak megteremtését. Az intézkedés gyakorlati hasznosságára nem kitérve elmondható, hogy az 1929 forintos óradíj körülbelül duplája a jelenleginek, pedig már ezen árszint mellett is rákényszerülnek az intézmények őrzési költségeik további csökkentésére. A kutatással érintett kórházakban több helyen tapasztaltam azt az igen káros és kerülendő gyakorlatot, hogy megváltozott munkaképességű személyeket foglalkoztattak olyan munkakörben, amely megnevezésében nem igényelt személy- és vagyónvédelmi szakképesítést, azonban munkaszerződésük vizsgálatkor egyértelműen kiderült, a gyakorlatban az érintettek személy- és vagyónvédelmi szakfeladatot látnak el. **A szakmai követelmények sérülésén túl a gazdasági nehézségek már közvetlenül a munkavállalókat és a szolgáltatást igénybe vevőket is veszélyeztetik, ugyanis a legtöbb vészhelyzeti beavatkozás végrehajtása csak minden érzékszerv megfelelő működése mellett és a mozgási képesség teljes birtokában történhet.**

Napjainkban tömegesen végeznek személy- és vagyónvédelmi tanfolyamot olyan személyek, akiknek ez a szakma sok esetben kényszerpálya, emiatt kellő motiváció nélkül fogják ellátni feladatukat, alulfizetve, motiválatlanul pedig még az önképzésben sem bízhatunk, nincs igényük a minőségibb szolgálatellátásra, a szakmai ismereteik önálló fejlesztésére, bővítésére. A kórházak szempontjából ebben a tekintetben még súlyosabb problémaként jelentkezik a vagyónvédelmi szakmában tapasztalható, rendkívül magas fluktuáció. Célirányos képzés hiányában a vizsgált intézményekben a szolgálatot adók ugyanis legtöbbször munkavégzésük során, viszonylag hosszabb idő alatt, gyakorlati tapasztalatok alapján szerezték meg a kórházi feladatellátáshoz szükséges egyes kompetenciákat, a mindennapi munka során sajátították el az intézmények védelmi jellemzőiből származó specialitásokat és tanulták meg valamilyen szinten kezelni a betegek, látogatók, érzelmi és fizikai állapotából származó konfliktushelyzeteket a gyakorlatban bevált használható viselkedési minta alkalmazásával.¹¹⁸

¹¹⁶ 360/2014. (XII. 30.) Korm. rendelet a 2015. évre vonatkozó, a személy- és vagyónvédelmi, valamint a magánnyomozói tevékenység szabályairól szóló törvény szerinti minimális vagyónvédelmi szolgáltatási rezsióradíj mértékéről [15]

¹¹⁷ Személy- Vagyonvédelmi és Magánnyomozói Szakmai Kamara

¹¹⁸ Ahhoz, hogy tudjuk, mi számít normálisnak egy intézmény életében, ismernünk kell azt, hogy fel tudjunk figyelni a hiányosságokra. A magas fluktuáció ezt nem segíti elő.

A vagyoni védelmi szakma felelőssége így a képzési követelmények fejlesztésén, szigorításán kívül olyan intézkedések kidolgozása, amelyek növelik a tevékenység presztízsét, anyagi megbecsülését, és valós életpályát kínálnak a szakmát hivatásszerűen választóknak. Az egészségügyi intézmények pénzügyi környezetét formáló felelőssége, hogy rendelkezésre álljanak azok a források, amelyek a minőségi szolgálatellátás megszervezéséhez szükségesek, kiküszöbölik a rendkívül egészségtelen, és a minőségi szolgálatellátás ellen ható árversenyt. Ezen intézkedések nélkül nem biztosítható a megfelelően képzett, motivált, feladatellátás iránt elkötelezett őrszemélyzet rendelkezésre állása a kórházi intézményeinkben.

4.4 A szervezeti kultúrával kapcsolatos biztonsági kérdések vizsgálata

Az egészségügy humán résztvevőivel szoros összefüggésben lévő szervezeti kultúra meghatározó tényező a biztonsággal kapcsolatos értékek és érdekek érvényre juttatása tekintetében, így az előző alfejezetben feltárt biztonságszervezési nehézségek okait az egyéni sajátosságokon kívül annak dimenziójában is szükséges vizsgálni.

Alapvető kérdésként merül fel ugyanis a biztonsági rendszer működését tekintve, hol helyezkedik el az értékrendben a munkahelyi egészség és biztonság, milyen egy szervezet biztonsági kultúrája, melyek azok, a biztonsági szempontból is jelentős, az egyén felé közvetített kívánalmak, amelyek befolyásolják annak magatartását és cselekedeteit. [71 p.36]

Maga a szervezeti kultúra jelentése alatt „a tagok által osztott alapvető előfeltevések, hiedelmek, értékek rendszerét értjük, amelyek segítségével meghatározzuk önmagunkat és környezetünket,” [156 p.2] azaz egyszerűbben a kultúra részeként értelmezhető mindazon sajátosság, ahogy az adott szervezetben általában intézik az ügyeket. Az egyének közt fennálló különbségek miatt azonos célú szervezetek is eltérő jellemzőkkel fognak rendelkezni a szervezeti kultúra tekintetében, kórházak esetében definiálható azonban néhány, biztonsági szempontból igen lényeges sajátosság, [71 p.33] amelyek közül az egyik legfontosabb a szervezeti kultúra által elvárt, közvetített magatartásforma.

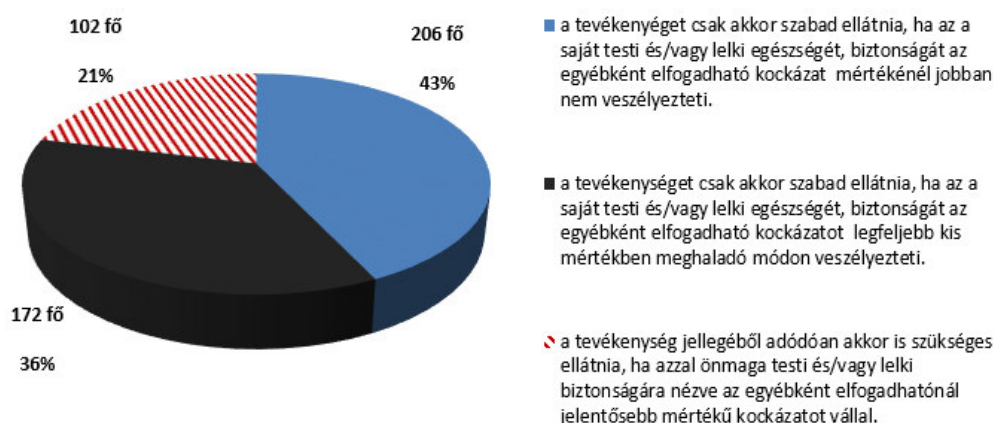
Már Arisztotelész is az embert zoon politikon-nak, társadalmi-társas lénynek nevezte, akinek szocializálódása nagyobb súllyal szabályozza az életmódotok megjelenését, mint biológikuma, szemben az állatvilággal. [46 p.17] A szervezeti kultúra által megjelenített magatartásforma az egyén sikere szempontjából fontos tényező, hiszen az, aki ennek nem tud, vagy nem akar megfelelni, kevésbé tud alkalmazkodni, vagy lesz hosszú életű az adott munkahelyen belül. Mivel a szervezetek célja általában valamilyen társadalmi csoport igényének kielégítése, a tagoké mellett a kiszolgált célcsoport vélekedései, elvárásai is

visszatükröződnek annak kultúrájában. **A kórház, mint munkahely, és rajta keresztül a társadalom által közvetített szociális nyomás az ellátást végzők irányába rákényszeríthetik őket olyan magatartásformákra, vagy meggyőzhetik őket azok szükségességéről, melyek lényeges biztonsági problémákat okoznak a mindennapok gyakorlatában.**

Minden ember életében egyszer eljön az a pont, amikor szükséges igénybe vennie a kórházak által nyújtott egészségügyi szolgáltatást, a tevékenység jellege miatt pedig nagyon határozott elképzelésekkel és ennek megfelelő elvárásokkal rendelkeznek többek közt az ellátást végzők személyes és viselkedései sajátosságaival kapcsolatban.

A humán szférában, így az egészségügyben oly jellemző, és egy szintig a munkavégzéshez valóban nélkülözhetetlen attitűd a segítő attitűd, mely a kórházakban dolgozó szakemberek jó részének sajátossága. A beteg érdekeinek előtérbe helyezése, saját szükségleteik háttérbe szorítása, az emberi értékek melletti elköteleződés velük szemben általános elvárások. [126 p.5]

Azt, hogy a beteg érdekeinek előtérbe helyezése vajon akkor is elvárás-e a társadalom részéről, amikor az szembekerül az ellátást végzők biztonságának és egészségének követelményével, a kérdőíves felmérés keretében vizsgáltam, megkérdezve a válaszadókat arról, véleményük szerint egy egészségügyi dolgozónak gyógyító tevékenységét milyen körülmények között szabad ellátnia. Az eredményeket a 21. ábra összefoglalóan szemlélteti.



21. ábra
Az egészségügyi dolgozóktól elvárt kockázatvállalási hajlandóság

A felmérés eredményéből látható, a válaszadók több mint fele (57%) gondolja úgy, hogy az egészségügyi dolgozónak munkáját akkor is el kell látnia, ha azzal biztonságára nézve az

egyébként elfogadhatónál nagyobb mértékű kockázatot vállal. Külön kiemelendő közülük az a 21%, aki szerint az elfogadhatónál jelentősebb kockázat vállalása is a tevékenység szükségszerű velejárója. Feltételezhető, hogy ezen, a tevékenység jellegéből adódó társadalmi elvárás számos munkavállaló fokozott kockázatvállalási hajlandóságában szerepet játszik, melyet alátámaszt a kérdőíves felmérés eredménye is. Azon egészségügyben foglalkoztatottak ugyanis, akik tevékenységük során saját megítélésük alapján valamilyen mértékű egészségkárosító többletkockázatot vállalnak, 35,67%-a mondta azt, hogy munkája jellegére vagy a munkakörülményekre való tekintettel az őt érő többletkockázatok egy részét vagy egészét önként hajlandó is vállalni, mert meg akar felelni a tevékenységével kapcsolatos munkahelyi vagy külső (társadalmi) elvárásoknak.¹¹⁹

Az elvart és közvetített magatartás, a fokozott kockázatvállalás szükségessége, adott esetben igénye mellett a szervezeti kultúra jelentősen közreműködik további olyan jelenségek kialakulásában is, mint a biztonsági szempontból rendkívül negatív, több területen jelen lévő látencia, amely kórházak esetében három fő okra vezethető vissza.

Egyrészt az egészségügyi ágazatban dolgozók nem szívesen beszélnek panaszaiukról, mert a betegséget sokan nem tartják összeegyeztethetőnek a gyógyító folyamatban való részvétellel, úgy vélik, szerepük fontos kelléke a jó egészségi állapot. [126 p.83]

Másrészt az alacsony jelentési hajlandóság – különösen az éles-hegyes eszközök által okozott balesetek tekintetében – bizonyos attitűdbeli hiányosságokra vezethető vissza, mely szerint nem tartják fontosnak az esetek jelentését, vagy időhiányra hivatkozva utasítják el azt, esetleg el szeretnék kerülni az általuk feleslegesnek vélt adminisztrációt. [124 p.10]

Harmadrészen a magyar egészségügy a túlélésre törekszik, a kórházak vezetőségének figyelme főleg a gazdasági, pénzügyi problémák pillanatnyi, egészen rövid távú kezelésére és nem a munkavállalók testi és lelki állapotára irányul. [128 p.10] Ez a jelenség a már ismertetett problémákon túl kihat a panaszkezelés folyamatára is, hiszen a beérkező, anyagi investíciót igénylő panaszokra, fejlesztési javaslatokra nem történik reagálás, a munkavállalókban kialakul egy „minden felesleges” hozzáállás, ami miatt sokszor már rezisztensen viselkednek a problémákkal szemben, hiszen panaszuk, fellépésük érdemi változás generálására nem alkalmas. Főként emiatt, de összességében az értekezés keretében tárgyalt működési sajátosságok eredőjeként kialakult egyfajta, általam hibásnak és rendkívül károsnak vélt szemlélet az egészségügyi tevékenységgel kapcsolatban, mely szerint annak

¹¹⁹ Ez a fajta vélekedés a nemzetgazdasági ágazatok összességének tekintetében a válaszadók 28,9 %-ánál volt jelen úgy, hogy az általuk észlelt kockázati szint mértéke az egészségügyi dolgozóknál lényegesen alacsonyabb (10–11. ábra).

jellege miatt a kockázatok egy része eleve kiküszöbölhetetlen, azok a tevékenység integráns részeként, szükségszerű velejárójaként tekintendők.

A kérdőíves felmérés eredménye alapján egyébként ez a fajta mentalitás a megkérdezett egészségügyi dolgozók jelentős részénél, több mint ötven százalékánál tetten érhető. A valamilyen mértékű egészségkárosító többletkockázatot vállaló megkérdezettek ezen arányban válaszolták azt, hogy munkájuk jellegére vagy a munkakörülményekre való tekintettel a többletkockázatok egy részét vagy egészét kényszerből kell vállalniuk, mert a munkahelynek nincs megfelelő technológiai vagy anyagi lehetősége a védelem megvalósítására vagy a többletkockázat a munkavégzés jellegéből adódóan kiküszöbölhetetlen. Ez a fajta hozzáállás egyébként a gyakorlatban legerősebben és legjellemzőbben a munkahelyi erőszakot a tevékenység részeként elfogadó dolgozói kultúrában csúcsosodik ki. [41 p.52]

A látencia elkerülése a biztonsági rendszer működése, a kockázatok kezelésének megfelelősége szempontjából alapvető. Meghatározó fontossággal bírnak számára ugyanis a bekövetkezett egészségkárosodásokkal, balesetekkel, az ún. majdnem balesetekkel, továbbá a bűnesetekkel, általánosságban a biztonsággal kapcsolatos személyi jellegű információk, mert éppen azoktól a munkatársaktól érkeznek, akiket ez a rendszer meg akar óvni az őket érő munkahelyi kockázatoktól. Ezek alapvetően a biztonsággal kapcsolatosan kialakult helyzetekre, viselkedésekre, magatartásokra, cselekvési mintákra vonatkoznak, például melyik munkatárssal mi történt, hogyan járt el, mit csinált helytelenül, mi a panasza. [71 p.61]

Az adatok rendelkezésre állása kiemelten a majdnem balesetek vizsgálata szempontjából fontos, amelyek egy olyan eseménysorra világítanak rá, amely során egy potenciálisan súlyos következményeket előidézni képes eseménylánc valamilyen okból nem fut le teljesen, a lehetséges következmények nem következnek be, így a baleset elmarad. [49 p.79]

Hiányuk gátja többek közt az általam is javasolt viselkedés-alapú munkavédelmi programok működésének, de a majdnem balesetekből, a veszélyes helyzetek jelentéséből származó adatok inputként szolgáltatnak minden területen a hatékony megelőző intézkedések kidolgozásához. Az események és a helyzetek megfelelő, előzetes elemzése a teheremelés, tehermozgatás területén igen lényeges, ugyanis „a hát és derék problémák elég alattomosak és gyakran úgynevezett néma betegségeként hosszú idő alatt alakulnak ki, és már csak akkor okoznak fájdalmat, amikor a gerincben bekövetkezett degeneratív elváltozások visszafordíthatatlan állapotokat idéznek elő.” [123 p.27]

A megfelelő jelentési fegyelem és hajlandóság azonban nem csak az egészségkárosodások, balesetek megelőzésének szempontjából indokolt, segítségével a bűnmegelőzés tekintetében

is képesek lehetünk értékelni és elemezni a potenciálisan veszélyes helyeket, helyzeteket, ami által lényegesen javulhat az intézményi bűnmegelőzési programok hatékonysága.

Fejlett biztonsági kultúráról akkor beszélhetünk, ha a szervezetben mindenki, a legfelsőbb vezetéstől kezdve a munkavállalókon át folyamatosan törekszik a veszélyforrások feltárására, és a kapcsolódó kockázatok csökkentésére. A biztonság egyik lényeges garanciája, ha a deklaráció szintjén túlmenően megjelenik az operatív döntések során és prioritása van akár a pillanatnyi gazdasági érdekekkel szemben is. A biztonsági kultúra fejlesztésnek egyik legfontosabb eszköze a javaslatokat figyelembe véve a már bekövetkezett emberi hibázásokról történő adatgyűjtés és adatfeldolgozás. [49 p.79] Az adatgyűjtés és elemzés alapvetően csak olyan szervezetben lehetséges megfelelően, ahol a senkit nem hibáztatunk politikája van életben, hiszen csak így lehet elvárni, hogy a munkavállalók minden lényegéről beszámoljanak. [49 p.82]

A kérdőíves felmérés alapján a válaszadó egészségügyi dolgozók közt a tíz százalékot sem érte el azoknak a száma, akik őket érő többletkockázatokat azért kénytelenek vállalni, mert erős bennük a munkahely elvesztésétől, vagy az egyéb negatív következményektől való félelem, **így tekintetükben fontosabbnak tűnik annak elérése, ne csak merjenek, hanem akarjanak is beszámolni. Ismerjék fel a közös érdeket és célt, bízzanak benne, hogy bejelentésüknek értelme van, az képes intézkedések generálására.**

A kutatás során tapasztaltakat a fejlett biztonsági kultúra fő ismérveivel összehasonlítva megállapítható, hogy kórházak tekintetében attól nagyon messze vagyunk, sőt, számos, a kultúrával kapcsolatos hatás eredőjeként egy olyan biztonsági problémával is szembe kell néznünk, amely a biztonsági alrendszer tekintetében jelentős diszfunkcionalitást okoz.

Ennek oka, hogy a rendszer működésének egyik fundamentumára van hatással, amely nem más, mint a szervezeti rendszer által elfogadhatónak ítélt kockázat mértéke. Az elfogadható szintűnek ítélt kockázat mértékéről szóló döntés képezi ugyanis a kockázatok kézben tartására vonatkozó intézkedések alapjait, tehát a biztonságsszervezés szempontjából kiemelt jelentőséggel bír.¹²⁰ Véleményem szerint, az egyén által érzékelt kockázatok mértékéhez hasonlóan a szervezeti, rendszerszintű kockázatérzékelés is szubjektív, amit számos tényező torzíthat. Kórházak esetében a torzító hatások egyik legfőbbike maga a célrendszer, hiszen ahogy az egyénre, úgy a szervezetre is igaz, hogy hajlandó nagyobb kockázatot vállalni, ha tevékenységével számára értékes dolgot ér el. A célrendszeren kívül a fokozott kockázatvállalás irányába mutat, hogy a szervezetet alkotó egyének a kockázatokat sok

¹²⁰ A szervezet számára elfogadható kockázat az olyan szintű, illetve olyan szintűre csökkentett kockázat, amelyet az már hajlandó magára vállalni, képes azok kezelésére. [70 p.21]

esetben önként hajlandók vállalni, illetve egyes esetekben azokat ők maguk is a tevékenység integráns és el nem választható részének tekintik, amelyben kiemelten befolyásolja őket a tevékenységgel kapcsolatos munkahelyi és társadalmi vélekedés, a javaslatokra, igényekre válaszul elmaradó szervezeti reakció. A látencia önmaga továbbá sok esetet elfed, csökkentve ez által az észlelt kockázatok mértékét. Mindezen okok miatt a szervezet rezisztensebbé válik a veszélyeztető tényezők lehetséges hatásaival kapcsolatban, a beavatkozáshoz szükséges ingerküszöb egyre magasabbra tolódik, jelentős nehézségeket okozva ezzel a biztonsági értékek és érdekek érvényesítésének tekintetében.

A kutatás tapasztalatai, a vonatkozó szakirodalom és a munkavállalók szerint is nyilvánvalóan jelen lévő magas egészségkárosító kockázati szint (10–11. ábra) az egészségügy vonatkozásában mind szervezeti szinten, sőt hovatovább, társadalmilag is még mindig az elfogadhatatlan szint alatt van. Erre a legnyilvánvalóbb bizonyíték, hogy a kórházi tevékenység az ismert körülmények tükrében változatlanul üzemel, sem szervezeti, sem társadalmi szinten nem történnek lényeges kockázatcsökkentő lépések.¹²¹

Ez a fajta fokozott szervezeti és társadalmi kockázatvállalás kórházak tekintetében mind között a legjelentősebb, és ráadásul rendszerszintű biztonsági probléma. Gyakorlatban megjelenő hatása a biztonsági szervezet akcióival kapcsolatos bizalmatlanság, a javasolt intézkedéseik szükségességének megkérdőjelezése, a jobbító szándék, az igyekezet feleslegesnek tekintése. A magyarországi kórházak biztonsági kultúrájának kulcsszavai napjainkban a muszáj, úgysem lehet mit csinálni, ezt kell elfogadni, ez így nélkülözhetetlen, nem megoldható, nem lényeges, felesleges. Ez a fajta szervezeti sajátosság sajnálatos módon nem a megoldások, hanem a beletörődés, a beleszokás és ez által még inkább a jelenség normálisnak tekintett mivoltának irányába visz, egyre fokozottabb veszélynek kitéve a munkavállalókat, és a szolgáltatást igénybe vevőket. Ennek megoldására nem létezik egyetlen javaslat, mivel több tényező együttes eredőjeként alakult ki. Mindazonáltal, ha a kiváltó okok egyesével lebontásra kerülnek, ebben a tekintetben is visszaállhat a normális működés, amihez azonban először alapjaiban kell újragondolni az egészségügyi tevékenység jelenlegi formáját.

Egy fentínél kevésbé jelentős, de azért említésre méltó, szervezeti kultúrával összefüggő jelenség, hogy a kórházak biztonsági szervezete mind a feladatot ellátók

¹²¹ Fontos kockázatkezelési alapelv ugyanis, hogy amennyiben a feltárt kockázatok mértékét nem tekintik elfogadhatónak, intézkedéseket kell tenni annak csökkentésére, vagy ha ez nem lehetséges, be kell szüntetni a teljes tevékenységet.

létszáma, mind szerepük értelmezése tekintetében nehézségekkel küzd, amelynek fő oka, hogy a célrendszert tekintve kiszolgáló tevékenységként van jelen.

A vezetés prioritásai közt, egyéb irányú problémáikból kifolyólag a terület ezáltal hátul van az értékrendben, a munkahelyi egészséget és biztonságot sokszor abszolút periférián kezelik, a munkavállalók, kiemelten az orvosok pedig tevékenységük jellegéből adódóan nem tekintik egyenrangúnak magukkal a biztonsági szervezet tagjait. A biztonságsszervezői létszám megválasztása vagy a foglalkoztatási forma meghatározásának tekintetében a kórházak nem a ténylegesen szükséges számú – különösen a tűz- és munkavédelmi terület tekintetében – munkavállaló foglalkoztatására, vagy az elégséges szintű biztonsági szolgáltatás igénybevételére, hanem legjobb esetben a jogszabályokban előírt minimumra törekszenek,¹²² de néhány igen sajnálatos esetben még ez sem teljesül.

Egy kórházban az egészségügyi tevékenység és a sokrétű kiszolgálórendszer okán megtalálható a lehetséges veszélyeztető tényezők összessége, a belőlük származó kockázatok kezelése így széles körű szakértelmet igényel. **Az alacsony létszámból származó fokozott munkaterhelés miatt nehéz specializálódni, a kevés számú szakembernek kell napi szinten tisztában lenni a veszélyeztető tényezőkkel kapcsolatos védekezési módszerekről, nincs idejük megfelelően elmerülni egy témában, érdemben foglalkozni valamivel, emiatt sok a látszatintézkedés, mindezek együtt pedig végső soron a munkavállalók és a szolgáltatást igénybe vevők veszélyeztetéséhez vezethetnek.**

Leterheltségüket fokozva, a létszámhiányt súlyosbítva a biztonságsszervező szakemberek feladatainak pontos értelmezésével, annak tartalmával sok esetben képzavar keletkezik, amely jelenségnek egyik jellemző példája lehet e helyütt a katasztrófavédelmi tervezés folyamata.¹²³ Néhány dedikált időszakban, havária, katasztrófa esetén jellemző az egészségügyi szolgáltatás keresletének nagyfokú megemelkedése, tömegesen jelentkező sérültek (mérgezettek, sugársérültek stb.) vagy járványidőszak esetén fertőző betegek megjelenésén keresztül. Erre a megnövekedett keresletre közgazdasági szóhasználatlalt rövid időtávon szükséges reagálni, a szolgáltatásból senkit nem lehet kizárni,¹²⁴ tehát további közgazdaságból hozott példával élve a termelési tényezők¹²⁵ közül nemcsak a munkaerő mennyiségét kell megnövelni, hanem

¹²² Persze pozitív példa is akad, korábbi munkahelyemen, a Semmelweis Egyetemen Biztonságtechnikai Igazgatóságának keretén belül megoldották a szakterületenként szükséges számú munkavállalói létszám foglalkoztatását, de nem ez a jellemző példa.

¹²³ A katasztrófának minősülő esemény időszakára rendelet kötelezi katasztrófaterv készítésére többek közt valamennyi fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatót.

¹²⁴ Az egészségügyi szolgáltatások egyik igen fontos jellemzője, hogy azokat nem lehet tárolni, elraktározni, hanem azonnal fel kell használni. Igénybevétele sok esetben nem halasztható, keletkezése, maga a szolgáltatás egybeesik a fogyasztással, tehát egymástól elválaszthatatlan. [47 p.245]

¹²⁵ Munkaerő, tőkejavak, információ, természeti erőforrások.

sürgős esetben technológiai váltásra, új technológia telepítésére is gyorsan sort kell keríteni, gondoljunk csak járvány esetén egy adott osztály átprofilozására vagy a szükségkórház létrehozására. A tervek elkészítése, különösen a többlétszolgáltatás ellátása, az ellátás fenntartásának, és az egészségügyi anyagbiztosítás tervének elkészítése műszaki, gazdasági feltételek és a logisztikai háttér szervezése nagyfokú, speciálisan orvosi, egészségügyi menedzseri ismereteket kíván.

A katasztrófatervezésnek egy további sajátossága, hogy a feltételezett biztonsági esemény hatására az ellátási folyamatban részt vevő erőforrások sérülnek, a folyamat megáll, vagy csak részlegesen működik. A folyamat nem megfelelő működése csak részben előzhető meg vagy kezelhető a biztonságtechnikában alkalmazott eszköz és eljárásrendszerrel. A diszfunkcionális működés megtörténhet például tápfeszültség kimaradásból is, vagy, mert nincs olyan személy, aki ellátna egy adott tevékenységet, esetleg rossz alapanyag-felhasználás tervezés miatt alapanyag hiány keletkezik, azonban ezen okok kezelése nem a biztonságsszervezési terület felelőssége. **A működés folytonosságának biztosítása komplex műszaki kérdés, több funkcionális terület feladataként oszlik meg. Mindazonáltal, hogy a gyakorlatban a tervek elkészítése széles körű szakmai kooperáció keretén belül valósul meg, a tervek elkészítés sikeréért intézményen belül a fő felelősséget sok esetben a vezető a katasztrófavédelemért (is) felelő biztonsági szakemberre delegálja. Tagadhatatlan a biztonsági szakember érintettsége és felelőssége, azonban a tervek elkészítés során a biztonsági koordináció helyét egyértelműen a gazdasági vagy a technológiai koordinációnak kell(ene) átvennie.**

4.5 Az épületek jellemzőivel kapcsolatos biztonsági kérdések vizsgálata

Az épületek fizikai kialakítása lényeges szerepet játszik a megfelelő bűnalkalom létrejöttében, a szituatív bűnmegelőzés szempontjából kiemelt jelentősége van mind a vagyon elleni, mind az indulati bűncselekmények tekintetében, de érintenünk kell az építészeti jellemzőket akkor is, ha a működésfolytonosság biztosításáról, a rendkívüli helyzetek kezeléséről, megelőzéséről beszélünk.

A klasszikus objektumvédelem mellett napjainkban egyre erősödik a bűncselekmények építészeti eszközökkel történő megelőzésének¹²⁶ fontossága, amely két terület inkább módszereiben, semmint céljaiban tér el egymástól. Az objektumvédelem fizikai, mechanikai védelem kiépítésével, elektronikus jelző- és megfigyelőrendszerek telepítésével, míg az építészeti bűnmegelőzés építészeti, táj- és kertépítési, forgalomtechnikai, fénytechnikai,

¹²⁶ Angolul Crime Prevention Through Environmental Design (CPTED)

pszichológiai és kommunikációs módszerek együttes alkalmazásával, az épített környezet utólagos átalakításával igyekszik csökkenteni, megszüntetni a bűnelkövetés lehetőségeit. [40 p.110] A gyakorlatban a védelem tervezése és megvalósítása során a legjobb eredmény eléréséhez mindkét módszer együttes, integrált alkalmazása szükséges.

Az objektumvédelem eszközeiről már sok szó esett, a CPTED eszköztárhoz a teljesség igénye nélkül pedig a jó megvilágítás biztosítása, a gyors áthaladást, közlekedést, könnyű tájékozódást lehetővé tevő kialakítás, a bűncselekmények észlelését nehezítő természetes vagy épített akadályok elkerülése, a megnyugtató környezet kiépítése, kiemelten a terek és a színválasztás megfelelő alkalmazásával, a körülöttünk zajló események felismerésének lehetővé tétele, a menekülés többirányú biztosítása tartozik. A CPTED eszközök hatékonyságához szükséges még azok folyamatos ellenőrzése, az állagfenntartás, a működésben bekövetkező, biztonságot befolyásoló zavarok gyors elhárítása. [45 p.53]

Az építészeti bűnmegelőzés aránylag új fogalom, megjelenése hazánkban a '90-es évek közepére tehető, tervezéskori alkalmazásáról a korábbi építésű kórházi épületeknél így nem beszélhetünk. A biztonságtechnikai eszközök kiépítettségének nem megfelelő szintje, esetleg teljes hiánya pedig már önmagában bűnelkövetést befolyásoló tényező, ezért a kórházi épületek napjainkban tapasztalható jellemzői komoly nehézségek elé állítják a felelős szakembereket mind a klasszikus objektumvédelmi eszközök, mind az építészeti bűnmegelőzés eszközeinek rendelkezésre állása, alkalmazása tekintetében.

„Magyarországon az egészségügyi létesítmények többsége ugyanis néhány nagyobb lépcsőben, a XIX. század második felétől a 1980-as évek végéig tartó időszakban épült, az állomány kb.10%-a pedig az 1990-es évek eleje óta létesült.” [56 p.2] Az épületek egy része ún. pavilonrendszerű, amelyek fő jellemzője a tagoltság, az egymástól elkülönült, különböző távolságra lévő épületek, épületegyüttesek. Tervezésük idején a fertőzések elkerülésének egyik lehetséges módját látták a különböző osztályok, vagy hasonló funkciójú helyiségek pavilonokba történő elhelyezésének. Ez a fajta kialakítás napjaink fejlettségi szintjén gazdaságtalan üzemeltetést tesz lehetővé, a modern orvostechológia befogadására nem alkalmas, védelmük tekintetében pedig szintén problémákat okoz.

A különálló épületeket általában nagy kiterjedésű, zöld területek veszik körül, jelentősen megnehezítve a személyes és az elektronikus megfigyelés, a területellenőrzés hatékonyságát, lekerítésük nehezen megoldható, a terep megtisztítása ellen pedig a zöldfelület jótékony hatása a gyógyulásra a legfőbb orvosszakmai ellenérv. A közlekedési és járőrútvonalak hosszúak, nagyobb a kültéri védelmi és élőerő igény, a beavatkozás idő megnövekszik. A gépjárművel történő közlekedés miatt forgalomszabályozási és parkoltatási feladatok

keletkeznek, a közlekedés rosszul strukturált, a gyalogosforgalom és a gépjárműforgalom nehezen szeparálható el egymástól, megnő a baleset elleni védelem és a különböző technológiák (oxigéntartályok, trafóházak, kazánház) fizikai védelmének jelentősége. A több gazdasági bejárat, több porta, több potenciális ellenőrzési pontot jelent, a betegek és a látogatók közlekedése rendezetlen, amely által a személykövetés a jelenlegi lehetőségek mellett ellenőrizhetetlenné válik. A gyengeáramú biztonságtechnikai rendszerek kiépítése költségesebb, és sokszor kompromisszumokra is kényszerül. A mechanikai védelem telepítése szintén jelentős többletköltséggel jár, amelynek oka az épületek számossága miatti több, segédeszköz nélkül elérhető nyílászáró és belépési pont. A pavilonrendszerű kórházakban a terület elhagyásának számtalan lehetősége miatt rendkívül nehéz hatékony, központosított és ellenőrzött kulcskezelést megvalósítani, az épületenként felügyelt helyen megvalósított elektronikus kulcstárolásra nincs lehetőség.

A pavilonrendszer hátrányait kiküszöbölendő, az 1950-es évek elejétől az 1980-as évek végéig megvalósult létesítmények döntő része már tömbös struktúrában épült, fő jellemzőjük, hogy a funkcionális egységek egy összefüggő épületegyüttesben kerültek kialakításra. [56 p.3] Tekintetükben az objektumvédelem könnyebbé, költséghatékonyabbá vált. Belvárosi környezetű, tömbös rendszerben a határoló falak közvetlenül már az első védelmi vonalat jelentik, a kültéri védelem egyszerűsödött. Kiépíthetők bennük centralizált biztonságtechnikai rendszerek, csökkennek a mechanikai védelemre és az élőerőre fordítandó költségek, egyszerűbbek és átláthatóbbak a betegek közlekedési útvonalai, betarthatóbbá váltak az objektumból való be- és kiléptetés szakmai szabályai. Hátrányként említhető többek közt a kisebb, koncentráltabb területek kialakítása, többször alakul ki zsúfoltság, ami az ellátási szempontok mellett a személy- és vagyonvédelem tekintetében is hátrányos.

Akár pavilon, akár tömbös rendszerű intézményről beszélünk, mindkét esetben elmondható, hogy nagy számban közülük anyagi források hiányában nem képesek a megfelelő állagfenntartásra, a lepusztult, elhanyagolt intézményi környezet pedig tovább fokozza a bűnelkövetés valószínűségét.¹²⁷ Nem elhanyagolható szempont ez már csak azért sem, mert „az elmúlt években felerősödött a nézet, hogy nem elég a bűnt megelőzni, hanem ugyanilyen fontos a bűnözéstől való félelmet csökkenteni.” [45 p.20] Mindazok mellett, hogy a környezet állapota nagyban befolyásolja az emberek hangulatát, biztonságérzetét – például kiégett közvilágítás, elhanyagolt, szemetes közterek – ami általános szorongást válthat ki, [23]

¹²⁷ Egy érdekes elmélet az ún. betört ablak elmélet szerint, ha egy házban, közterületen, városrészben elromlik valami, ha falfirka jelenik meg vagy bármilyen rendellenesség alakul ki, és azt azonnal nem hozzák rendbe, úgy a probléma gyorsan elharapódzik, az egész épület, terület állapota leromlik, tönkremegy, a bűnözés beköltözik a területre. [45 p.15]

a bűnözés erősödésének érzetét kelthetik az egészségügyi intézményekben egyre szaporodó kisebb devianciák, mint például a graffitik, hajléktalanok, vagy a rendezetlen környezet, piszok, zaj, állagromlás is. [45 p.32] Kiemelten káros jelenséggént kezelendő ez kórházak esetében, ahol a nyugtató, gyógyulást gyógyítást elősegítő, külső stresszforrástól mentes környezet kialakítása és fenntartása kiemelten fontos.

Mint minden szakterületre, úgy a bűncselekmények építészeti eszközökkel történő megelőzésére és a biztonságsszervezésre is igaz, hogy eszközeit és módszereit költséghatékony és jól működő módon leginkább a létesítés folyamán, vagy átfogó rekonstrukció során tudjuk alkalmazni, megvalósítani, amelyre a kórházi létesítmények tekintetében (is) az Étv. és a 253/1997. (XII. 20.) Korm. rendelet az országos településrendezési és építési követelményekről (továbbiakban: OTÉK) [10] adja meg a lehetőséget és kötelezettséget. A jogszabályi előírások szerint az építménynek meg kell felelnie a rendeltetési célja szerint többek közt a tűzbiztonság, a higiénia, az egészség- és a környezetvédelem, az *élet- és vagyonvédelem*, alapvető követelményeinek. A törvény az építményekkel kapcsolatban deklarálja, hogy azokat csak úgy szabad elhelyezni, hogy együttesen feleljenek meg a településrendezési, településképi, illeszkedési, az egészség-, a tűz-, a köz- és más biztonsági követelményeknek.

A követelmények érvényesítésében az építtető mellett az önkormányzatok, és a területrendezésért, az építési engedélyek kiadásáért felelős hatóságok elengedhetetlen szerepet játszanak. [45 p.22] Az OTÉK rendelkezései szerint a tervezési program részeként kell meghatározni az alapvető követelményekkel, így az élet- és vagyonvédelemmel kapcsolatos építtetői elvárások mennyiségi és minőségi részletezését. **Ellentétben azonban a biztonságsszervezés más részterületeivel, például a munka- és tűzvédelemmel, a személy- és vagyonvédelemre vonatkozóan a kórházak esetében nem, vagy csak egyes részterületekre vonatkozóan találunk olyan, kötelezően alkalmazandó előírásokat, vagy ajánlásokat, amelyek a területtel kapcsolatban biztonsági szintet, minimumkövetelményeket, vagy konkrét teljesítményjellemezőkkel rendelkező technológiákat határoznak meg.**¹²⁸ A jelenlegi gyakorlatban a tervezésbe bevont biztonsági szakember tapasztalatán múlik az intézmény védelmének biztosítása, az általa javasolt megoldás megfelelőségének ellenőrzésére pedig a tulajdonos, az üzemeltető számára kevés lehetőség adódik taxatív követelmények vagy vonatkozó

¹²⁸ Találhatunk például a radioaktív sugárforrásokkal kapcsolatos fizikai biztonsági követelményeket, illetve említhető a Magyar Biztosítók Szövetségének ajánlásrendszere, amely a vagyonbiztosítások tekintetében a betöréses lopások, rablások megelőzésének a minimális biztonságstechnika követelményeit tartalmazza, de ide tartozhatnak a különböző biztonságstechnika szabványok egyes védelmi fokozatokra vonatkozó követelményei.

ajánlások hiányában. Hasznosnak és előremutatónak tartom egy, a kórházi épületek személy- és vagyonvédelmére vonatkozó ajánlás kidolgozását, amely komplex módon összegzi az objektumvédelemi, a CPTED eszközök általános alkalmazási lehetőségeit, továbbá a kórházi célrendszert, a működési sajátosságokat, különösen a létesítmények használati jellemzőit, a technológiát és a benne folyó tevékenységet, a működésre vonatkozó jogszabályokat, amely segítségével egységes szemléletben lehet kezelni a kórházi intézmények védelmét már a létesítési folyamat során.

Ezen komplex megközelítésre vonatkozó követelmények közvetve az OTÉK-ból is kiolvashatók, mely szerint a vagyonbiztonsági követelményeket az egész *építményre vonatkozó összefüggések figyelembevételével* – így különösen az elhelyezés, a megközelítés, a falazatok, a födém szerkezetek, [...] közlekedési részek és a helyiségek, a közös használatú helyiségek, valamint a kiegészítő helyiségek – kell meghatározni és érvényre juttatni. [10] Az OTÉK kiemeli továbbá, hogy az érintett épületet *rendeltetési célja* szerint kell megfeleltetni az élet- és vagyonvédelem alapvető követelményeinek, amely elvárás a fizikai kapcsolatokon túl már a célrendszer és a működési sajátosság figyelembe vételének is értelmezhető. **Ez a gyakorlati értelmezés pedig azt is jelenti, hogy az elsődleges cél szerinti tervezési alapelvek prioritást élveznek, ezt kiegészítve kell megtalálnunk azokat az eszközöket és módszereket, amellyel a biztonsági érdekek érvényesíthetők.**

Napjaink kórháztervezési alapelvei közül pedig továbbra is a leglényegesebbek, hogy azok a betegközpontúság miatt a nyitott jelleget, a könnyen elérhetőséget preferálják. Sőt, az új tervezési igények még inkább előtérbe hozzák a könnyű megközelíthetőséget, nyitottságot, a mindenki által könnyen igénybevehetőséget. Orvosszakmai szempontok indokolják az anyag és személyforgalom – ambuláns kontra személyzeti, mentő, gazdasági bejárat, szennyes-tiszta forgalom – funkcionális elválasztását ez pedig fokozza az objektum nyitott jellegét, több be- és kilépési pontot, többirányú mozgást jelent.¹²⁹ Az új alapelvek a kórházhoz tartozó zöld részeket, egyéb területeket igyekeznek az objektumnak helyet adó környezetbe minél inkább beintegrálni, annak szerves részévé tenni, így adva neki közterület jelleget. Az egészségügy és így az ellátásra szolgáló épületek így olyan kiemelt társadalmi csomópontnak tekinthetők, ahol szükségszerűen és elkerülhetetlenül találkoznak egymással különböző szociális helyzetű, képzettségű, háttérű, eltérő kultúrkörből származó csoportok.¹³⁰ [45 p.10]

¹²⁹ Am mindamelllett, hogy az objektumba való bejutást megkönnyítjük, a kialakításnak köszönhetően a betegek, látogatók mozgása is lényegesen átláthatóbbá válik, ami vagyonvédelmi szempontból egy vállalható kompromisszum lehet.

¹³⁰ Így e tekintetben is fokozottan ki vannak téve a konfliktushelyzetek kialakulásának. [45 p.10]

A tervezési alapelveken túl a jövőben sem változnak azok a sokat emlegetett intézményi sajátosságok, hogy a kórházak közfunkciót ellátó középületek, ahol a személy- és vagyonvédelmi szempontokkal egyszerre kell biztosítanunk a betegjogok és a személyiségi jogok érvényre jutását. **Ennek elősegítése érdekében szakértők bevonásával ajánlás formájában javaslom olyan védelmi célok és a hozzájuk kapcsolódó alapelvek meghatározását, amely a személy- és vagyonvédelem érdekeinek szempontjából vizsgálja a helyiségeket, azok funkcióit, kapcsolatait, felszereltségét, üzemelési körülményeit, a vonatkozó jogszabályi előírásokat és szakmai elvárásokat, ez alapján tesz javaslatot a műszaki és szervezési feltételek kialakítására oly módon, hogy abból a konkrét részmegoldásokat az egyes intézmények eltérő sajátosságai ismeretében le lehessen vezetni.**

Létrejöhet ez által olyan optimalizált alaprajzi és funkcionális elrendezés, amely a betegellátás folyamata és az egészségügyi technológiák gazdaságos és hatékony kihasználása, mint fő tervezési cél mellett a személy- és vagyonvédelmi, működésfolytonossági célokat is támogat, biztosítja a jogszabályoknak való megfelelést és elősegíti a biztonsági rendszer jobb illeszkedését az alaptévékenységbe. Az ajánlás kidolgozása a gyakorló kórházbiztonsági szakemberek, valamint a szakmai szervezetek és hatóságok, főleg a Személy-, Vagyonvédelmi, és Magánnyomozói Szakmai Kamara, a rendőrség, bizonyos tekintetekben a katasztrófavédelem feladata lehet. Az ajánlás zöldmezős beruházások, vagy átfogó jellegű rekonstrukciók során történő, igazolt alkalmazásával megvalósítottak lehetne tekinthető az OTÉK-ban előírt, a létesítmények tekintetében a vagyonvédelemre vonatkozó követelmények teljesülése.

Jelen értekezés keretében nem célok konkrét javaslatokat tenni az ajánlás tartalmával kapcsolatban, azonban néhány alapelvet példaként szükséges ismertetni, amelyet figyelembe lehet venni a kidolgozás során. Az ajánlás a különböző funkcionális területek védelmi szempontú értelmezésére, sajátosságaik azonosítására építhet, amely meghatározza azok elhelyezését, és az alkalmazott védelmi elemeket.

Ennek keretében fel kell tárnunk az orvostechnológiai tervvel összhangban az ellátás kapcsán felmerülő helyszínek funkcióit, logikai kapcsolatait, azokat a személy- és vagyonvédelem oldaláról szükséges definiálni. Egy lehetséges módszer a területek megközelíthetőség és felügyelet szempontjából történő megkülönböztetése. Külön kategóriába tartozhatnak a betegek, látogatók, beszállítók, munkavállalók által korlátozás nélkül igénybe vehető területek, az ún. nyílt területek, míg egy másikba a korlátozásokkal, csak az arra jogosultsággal rendelkező személyek által látogatható, használható elzárt, vagy részlegesen

elzárt területek. A zárt területek további felosztása a felügyelet jellege alapján lehetséges, megkülönböztethetünk felügyeletlen, időszakosan felügyelhető, illetve napszaktól és munkaidő-beosztástól függetlenül személyesen vagy elektronikus vagyónvédelmi rendszerekkel – például behatolásjelző – felügyelhető helyiségeket. [64 pp.17–18]

A felügyelet típusától függetlenül azonosítani kell azokat a területeket, amelyek az élet- és vagyónvédelem szempontjából kiemelt kockázatot jelenthetnek. Ilyenek többek közt az orvosi oxigéntartály, kazánház, központi hulladéktároló, vegyi anyag vagy veszélyes hulladék raktárak, radioaktív anyagok tároló helyiségei. Ide tartoznak továbbá azon helyszínek, ahol a funkció alapján egy esetleges kiürítés nem, vagy csak nagy körülményekkel, magas időigénnyel végrehajtható, például intenzív osztály, újszülött osztály, pszichiátriai osztályok. Ebben a megközelítésben elérhetjük, hogy a lehető legkevesebb és lehetőleg egymással minél jobban összefüggő nyílt területet legyünk képesek kialakítani, ahová koncentrálnak a szűkösen rendelkezésre álló élőerős védelmet, a betegek, látogatók közlekedési útvonalát egyszerűsíteni, csökkenteni tudjuk, könnyebben megoldhatjuk, hogy biztonságtechnikai rendszerek hiányában a mozgást és az eseményeket azok tarthassák természetes kontroll alatt, akiknek ellátási feladata egyébként is az előírt helyeken való tartózkodást igényli. A zárt részekben a kedvezőbb jogszabályi lehetőségek miatt nagyobb teret nyithatunk az elektronikus megfigyelőrendszerek használatának. A kapcsolatok összerendezésével gazdaságosabbá és átláthatóbbá válik a biztonságtechnikai rendszerek kiépítése és fenntartása, könnyebben menedzselhetők a rendkívül események, egy esetleges robbanószerkezet utáni kutatás, stb. Egyszerűbbé válik továbbá a helyiségekbe belépő személyek körének korlátozása, ellenőrzése és nyilvántartása.

Fentiekben túl megkülönböztethetjük a helyiségeket vagyónvédelem, életvédelem és működésfolytonosság szempontjából is. A vagyónvédelem tekintetében ide sorolhatók a gyógyszerárak, a laborok, a pénzkezelő helyiségek, radioaktív anyagok tárolási helyei, nagy értékű orvostechonikai berendezések helyiségei, amelyek főleg az elektronikus és mechanikus biztonságtechnikai eszközök telepítését determinálják.

Életvédelem szempontjából figyelmet érdemelnek azok a területek, ahol gyakori az izolált, esetleg egyedül végzett munka, azon terek, ahol nagyobb tömeg kialakulására lehet számítani, [67] vagy a kiemelten konfliktusveszélyes helyszínek, ahol a személyek támadásának kockázata magas, például sürgősségi betegellátás, a fiatalok ellátása, olyan személyek elhelyezése, akik az életkori, illetve fizikai sajátosságaik miatt kiemelten ki vannak téve áldozattá válás kockázatának. Megfelelő elrendezésükkel és kialakításukkal optimalizálható a szükséges őrzési pontok száma, a járőrútvonalak, a fizikai támadás hatásainak csökkentése

vagy megelőzése céljából alkalmazandó fix telepítésű személyi támadásjelző berendezések vagy elektronikus beléptetési pontok elhelyezése. Azonosíthatjuk, hol szükséges a betegek és látogatók érzelmi helyzetét – többek közt a tágas terek, nyugtató színek, alkalmazásával, a várakozási idő hasznossá tételével, [157] illetve a megfelelő tájékoztatási rendszerek kialakításával, a kényelmes elhelyezési lehetőség biztosításával – befolyásolni képes belső környezet kialakítása. [95 p.66] Segítségükkel vizsgálni tudjuk, hol és milyen építészeti és biztonságtechnikai eszközök kellenek ahhoz, hogy az ellátást végzők és a szolgáltatást igénybe vevők közt a lehető legalacsonyabb szintre korlátozzuk a fizikai érintkezés szükségességét.¹³¹

Működésfolytonosság tekintetében lényegesek számunkra azok a területeket, amelyek általunk nem, vagy nehezen ellenőrizhetők (utcafront).¹³² Ezen területek közelébe nem tervezünk és telepítünk fekvőbetegek ellátásra szolgáló részeket, esetleg olyan technológiát, amelynek az időszakos leállása, vagy kiürítése is komoly működésfolytonossági problémákat okozhat. Ugyanez fordítva is igaz, a veszélyeztetettebb technológiákat – például robbantással való fenyegetés tekintetében a központi levél és csomagérkeztető – nem szabad egy épületbe tenni kritikus infrastruktúrákkal.

A biztonsági szint hosszú távú és folyamatos fenntartása érdekében már a tervezésnél figyelembe kell venni, hogy az építmény életében eljön az a pont, amikor valamilyen szintű felújítást, rekonstrukciót kell rajta végezni. Működő kórházak esetében az építési tevékenységgel érintett területet nem minden esetben lehet teljesen hermetikusan elzárni a kórház munkavállalói és a betegforgalom elől. Ennek tipikus példája az olyan, több ütemben megvalósított átalakítás, amikor a kivitelezési munkák egyszerre egy szárnyra vagy egy emeletre, illetve azok részeire terjednek ki, ahol lehetnek működő ellátó vagy diagnosztikai helyiségek. A fekvőbetegek elhelyezésére szolgáló kórtermekben végzett munkálatok idejére gyakori, hogy a bent tartózkodók ideiglenesen másik, hasonló funkciójú helyiségekbe kerülnek át.¹³³ Alapvető követelmény, hogy biztonsági szint ezekben az esetekben se sérüljön, folyamatosan fenntartható legyen, amihez minimálisan szükséges, hogy a tevékenység

¹³¹ Például a várók épületszerkezetekkel történő elhatárolásával, beléptető pontok segítségével, információs pultokon elhelyezett mechanikai védelmet biztosító üveg használatával, ennek hiányában mély pultok alkalmazásával. Mindemellett még a frekvenciált helyeken lévő vizsgálószobák kialakításának olyannak kell lenni, hogy biztosítsák a szükséges diszkréciót, de nyomon követhető legyen a bent zajló esemény.

¹³² Zsúfolt, belvárosi környezetben, ahol az épületek külső térelhatároló falszerkezetei közvetlenül közterületekkel határosak, a kockázatok lényegesen magasabbak, amit tovább fokoz, hogy ezen területek elektronikus megfigyelése a vonatkozó jogi szabályzás miatt rendkívül körülményes.

¹³³ Ugyanez előfordulhat egy bombariadó vagy tüzeseti kiürítés során is. Az ellátotti létszám növekedésén kívül figyelembe kell venni, hogy átmenetileg nő az adott szárny, emelet, tűzszakasz forgalma is, gondolnunk kell a látogatói létszámra.

ideiglenes veszélyforrásaitól a szolgáltatást igénybe vevők és a munkavállalók védve legyenek, a kiürítési, mentési feltételek, az ellátáshoz szükséges technológiai terület, gépek, berendezések csatlakozási lehetőségei megfelelő méretben, illetve számban rendelkezésre álljanak, a különböző funkciójú helyiségek megközelítése épületen belül, védett téren keresztül történjen. Az ajánlásban biztonsági oldalról meg kell fogalmazni ezeket az elvárásokat, hiszen nem biztos, hogy az építész, a gépész, vagy bármilyen más szakági tervező, esetleg orvostechnológus tisztában van például a rendkívül helyzetek kezelésének biztonságtechnikai szempontjaival, ismeri a szükséges műszaki igényeket.

Az ajánlásnak figyelembe kell vennie továbbá, hogy más előírásokban megfogalmazott szakmai tartalom nem mindig van összhangban a kórházi célrendszerrel és működési sajátosságokkal, az ellentmondások feloldására törekednünk kell. Gyakori vagyonzvédelmi intézkedés például a segédeszköz nélkül elérhető nyílászárókra rács felhelyezése, azonban kórházak esetében ez ellen jogos ellenérv, hogy a rácsok börtönhatást keltenek, és adott esetben a mentési lehetőségeket is szűkítik, így amennyiben a tervezésnél megoldható, a kórtermek elhelyezésének tekintetében olyan irányokat kell meghatározni, vagy kiegészítő intézkedéseket kell tenni, ami által csökken a vagyonzvédelmi kockázat, így a rácsok felhelyezése részlegesen vagy teljesen elhagyható.¹³⁴

A vagyonzvédelmen kívül az épületek jellemző sajátosságait még egy kiemelt biztonságsszervezési részterület, a tűzvédelem tekintetében is vizsgálunk kell. Bár a kiterjedt kórházi tüzesetek szerencsére ritkák hazánkban, azonban, ha bekövetkeznek, jelentős kockázatot hordoznak magukban az élet és a testi épség szempontjából, amellyel kapcsolatban az egyik legjelentősebb biztonsági kérdést mindenképpen a menekülésükben korlátozott személyek menekülése/mentése okozza.

A 2011. évi népszámlálás adatai szerint körülbelül 456.000 fogyatékos (mozgássérült, értelmi fogyatékos, látás illetve hallássérült) ember él Magyarországon, ami a népesség, kb. 4,6%-a. Intézményi tapasztalatok alapján ennél az aránynál magasabb számban vesznek igénybe egészségügyi szolgáltatást, becslések szerint létszámarányuk egy időben akár 7–8% körül is lehet. Az időlegesen – betegség, baleseti esemény – vagy életkoruk miatt ide sorolt bent tartózkodók számával együtt az intézmény jellegétől függően adott időpontban átlagosan 15–35% arányban változik a menekülésükben korlátozott személyek száma.

Az érintettek egy része életkora, fizikai vagy szellemi állapota miatt önállóan menekülésre egyáltalán nem képes, esetleg korlátozottan képes, de a befogadó szintet segítség nélkül

¹³⁴ Például egy jól megvilágított és forgalmas belső udvari frontra történő elhelyezés, vagy kiegészítésként elektronikus megfigyelőrendszerek telepítése.

elhagyni már nem tudja, míg egy másik része állapota miatt tartósan helyhez kötött, akik sokszor nem menekíthetők az ellátásukhoz szükséges gépek, berendezések nélkül.

Közös jellemzőjük, hogy esetükben a menekülés/mentés ideje az önállóan menekülésre képes személyek normaidejéhez képest jelentősen megnövekszik. Ez adódhat a lassabb haladási sebességből, az előkészítés szükségességéből, a segítő személyzet helyszínre érkezésének idejéből, abból, hogy nem áll rendelkezésre a megfelelő segítői létszám vagy eszközpark a hatékony mozgathoz, vagy egy észlelt tüzet az érintettek nem képesek megfelelően gyorsan jelezni, idejében segítséget kérni. Mindez azt vonja maga után, hogy megfelelő védelmi intézkedések nélkül ezen személyeknek egészséges társaikhoz képest tűz esetén jóval tovább kellene tartózkodni a veszélyeztetett területen, amely bizonyos idő után már visszafordíthatatlan károsodással járhat,¹³⁵ ráadásul életkori vagy fizikai sajátosságaik miatt az égés során felszabaduló égéstermékek még kisebb mennyiségben lehetnek rájuk veszélyesek, különösen a gyermekek vagy időskorúak esetében. A tüzesetek során a legfőbb veszélyt ugyanis nem a közvetlen lánghatás, hanem az égés során felszabaduló égéstermékek jelentik, ezek közül is főleg a füst és a különböző égési gázok. Ismert tulajdonságuk a rendkívül gyors terjedés, emiatt megfelelő műszaki intézkedések nélkül a veszélyeztetett terület nagysága is hamar többszörösére nő.

A tűzvédelmi koncepciót általában minden egyes típusú objektum esetén ugyanazon alapelvekre lehet építeni, viszont a megtett intézkedések hatékonyságát többféle cél mentén tudjuk értékelni, vizsgálni. Tekintve, hogy az önálló menekülésre képesekhez hasonlóan a menekülésükben korlátozott személyek mentési hatékonyságának is egyik legfőbb indikátora az időfaktor, ezért a védelmüket biztosító műszaki-szervezési intézkedéseket a kritikus idők lezorítására vonatkozó hatásaik alapján érdemes megvizsgálni.¹³⁶ Ezen tekintetben kritikus időn mindazon intézkedések/cselekvések időszükségletét értem, melyek végrehajtásának célja, hogy az érintettek személyek még a tűz károsító hatásainak megjelenése, vagy a hatások menekülési zónába való kerülése előtt a veszélyeztetett terület elhagyhassák, vagy onnan kivonhatók legyenek.¹³⁷ A kritikus időkre rendkívül sok tényező gyakorol hatást, ilyen lehet többek közt a teljesség igénye nélkül:

- a tűz detektálási, jelzési hatékonysága;
- az épületszerkezetek állékonysága;

¹³⁵ Az ember számára a már elviselhetetlen hőmérsékleti szintet 140–150 °C jelenti, a tűz keletkezési helyén ennek a hőmérsékletnek a kialakulásához 2–11 perc közötti idő szükséges. [75 p.6]

¹³⁶ Természetesen a többcélúság okán ugyanazon technikai-szervezési intézkedéseket lehet vizsgálni többek közt a beavatkozó állomány védelmére, illetve az épületszerkezetek megóvására gyakorolt hatása alapján is.

¹³⁷ Például a tűz észlelési gyorsasága, a védett tér elérése, a mentést biztosító személyzet helyszínre érkezése, a megfelelő létszám biztosítása, a mentés végrehajtásának konkrét időszükséglete.

- a tűzterjedés módja és sebessége, a veszélyeztetett területet érő, illetve az ott felszabaduló egészségkárosító hatások tartózkodási/menekülési zónába történő bejutásának lehetősége;
- a mentéshez szükséges eszközök, technikai berendezések rendelkezésre állása;
- a veszélyeztetett területek nagysága, a kiürítési útvonalak hossza;
- a kiürítési útvonalak használhatósága;
- információátadás, tájékoztatás hatékonysága;
- külső beavatkozási feltételek, oltási lehetőségek;
- üzemmenet folytonosság, a további ellátáshoz szükséges kritikus berendezések, eszközök üzemképességének megóvása.¹³⁸

Ahhoz, hogy kompenzálni tudjuk a bent tartózkodók fizikai és szellemi képességeiből, származó hátrányokat, ezekhez a képességekhez szükséges adaptálni a létesítési előírásokat, illetve meghatározni a sajátos használati szabályokat, úgy, hogy az épületek kialakítása, és a bennük alkalmazott technológia és eljárások biztosítsák a helyes gyakorlatot.

A tűzvédelmi szakma általános szabályai szerint a tűz korai és automatikus detektálása, jelzése beépített tűzjelző rendszerekkel biztosítható, a menekülési útvonalak hő- és füstelvezetése pedig hozzájárul a füstmentes zóna kialakulásához, az útvonalak meghatározott ideig tartó használhatóságához. Ha az épületek kiürítése nem tehető folyamatossá, mert a bent tartózkodók fizikai állapotuk miatt csak a tartózkodási szinten tudnak mozogni, akkor a tűz által veszélyeztetett és a biztonságos tartózkodási hely közé átmeneti védett tereket kell beiktatni úgy, hogy a további mentésük biztosítva legyen, esetleg meg kell vizsgálni a tűzszakaszolás lehetőségeit. Azokban az esetekben, ha a kiürítés nem kezdhető meg azonnal, esetleg egyéb feltételekhez, időigényes intézkedésekhez kötött, akkor szükségessé válhat a tartózkodási hely védett térként való kialakítása. [52 p.235]

A menekülési utak használhatóságát megfelelő kialakítással, a használati szabályok betartásával, a vertikális mozgás lehetőségét a tűz esetén is működőképes, biztonsági felvonók telepítésével érhetjük el, elkerülve ez által az időigényes manuális mozgatási technikák alkalmazását. A helyismerettel nem rendelkezők számára menekülési útirányjelző rendszerekkel tudjuk biztosítani a megfelelő tájékozódási lehetőségeket, amellyel az érintett területet hamarabb elhagyhatják.

¹³⁸ Az egészségügy célrendszeréből adódóan, az, ha a menekítés a veszélyeztetett területről sikeres, az egyén jólléte, biztonsága szempontjából mindenképp szükséges, de sok esetben még nem elégséges feltétel. Tekintettel egyes betegek állapotára, a mentés akkor mondható sikeresnek, ha az érintettek további egészségügyi ellátása a lehető legrövidebb időn belül újra biztosítva van.

Mindezen elvárások ismeretében elmondható, a tűzvédelmi szempontból létesítési előírásokat tartalmazó hatályos OTSZ rendelkezéseiben kellő súllyal veszi figyelembe a menekülésükben korlátozott személyek mentésének/mentítésének speciális követelményeit, világos elvárásokat fogalmaz meg a tervezésben résztvevők számára. Fontos megemlíteni azonban, hogy az egészségügy jelenlegi viszonyait ismerve a legtöbb kórház esetében még súlyos éveknek, akár 20–30 évnél is el kell telnie ahhoz, hogy ezen előírások alkalmazása a gyakorlatban teljes körűen megvalósuljon.¹³⁹

Nagy felelősség hárul a mindenkori üzemeltetőre, mivel a követelményeket az intézményi lehetőségeknek megfelelően, részleteiben, azonban lehetőség szerint egységes koncepció mentén kell megvalósítani, tekintettel a zöldmezős beruházások és a komolyabb, átfogó rekonstrukciók alacsony számára.

A kórházak az alaptevékenység kiemelt fontosságát tekintve a leginkább alulfinanszírozott, forráshiányos közösségi intézmények hazánkban, az eseti építési munkákkal járó rekonstrukciók, átalakítások esetében mind a beruházó, mint a tervező hajlamosak az alultervezésre, és alacsonyabb tűzvédelmi követelményeket megállapítani, mint amit adott esetben az átalakítás köre és mértéke vagy szakmai okok indokoltá tennének, és próbálják azt a hatósággal elfogadtatni, akinek az óvatosságára és szakértelmére nagy szükség van. Sőt, egyes esetekben nem végeznek el egyébként indokolt, ám építési engedély köteles munkálatokat, vagy az építési engedély köteles tevékenységek megvalósítását későbbre halasztják, eljárásokat különbontanak, még akkor is, ha azok egy időben elvégezhetőek lennének, hogy a szakhatósági tervellenőrzés során véletlenül se jelenjenek meg olyan tűzvédelmi igények, amelyek jelentősen megnövelnék a beruházás költségét.

Ha egy építési tevékenység nem engedélyköteles, ez nem azt jelenti azonban, hogy a tűzvédelem érdekei bármilyen mértékben is sérülhetnek. A nem engedélyköteles átalakítások, felújítások esetén is alkalmazni kell a vonatkozó jogszabályok fejezeteit azok körében és mértékéig, azonban hiányzik a tervellenőrzés és a használatbavételi eljárás a hatóság részéről, így ha még a bejelentéshez szükséges feltételek sem teljesülnek – például kockázati osztály megváltozása – az esetleges problémák, hiányosságok általában már későn, egy tűzvizsgálati eljárás során derülnek ki. **Kórház esetében különösen nem engedhető meg, hogy a beruházói költségek optimalizálására, csökkentésére való törekvés akár csak minimálisan is, de hátrányosan érintse az adott létesítmény, a benne tartózkodó**

¹³⁹ A legjellemzőbb problémákat a régi építésű épületekben a tűzszakaszolás, a védett terek és a vertikális kiürítési lehetőségek hiánya, a menekülési útvonalak elégtelen szélessége okozza, különös tekintettel a mentéshez szükséges eszközök, berendezések helyigényére. A tűzjelző rendszerek sok helyütt hiányoznak, a műtők, intenzív részlegek tűzszakaszolása sem megoldott.

személyek és az üzemeltetéshez szükséges technológia és felszerelések elvárt tűzbiztonságát.

A jogszabályalkotónak figyelembe kell vennie, hogy a sajnálatos gyakorlatban a beruházó csak azon előírások teljesítésével hajlandó érdemben foglalkozni, amelyek egyértelműen írásban kifejezésre jutnak, taxatív meghatározott teljesítményjellemzőkkel bírnak, és amelyeket megvalósulását az arra jogosult szervek szigorúan ellenőrzik és számon kérik. Ahol az elvárt követelmények kielégítésére alkalmazott megoldás – vagy akár már annak szükségessége – a megfelelőség értékelésénél szakmai vitára, eltérő értelmezésekre adhat okot, ott a költségnövekedéssel járó biztonságsszakmai szempontok és érvek kevésbé fognak érvényesülni, illetve a tűzvédelmi tervező kevésbé fogja azokat érvényesíteni.¹⁴⁰

Ezen szemlélet okán az olyan, kiemelt funkciójú létesítmények esetében, mint egy kórház is, indokolt nagy hangsúlyt fektetni a világosan értelmezhető és számon kérhető követelményrendszerre, a hatóság általi tervellenőrzésre. A menekülésükben korlátozott személyek menekülési/mentési feltételeinek minél előbbi megvalósulását már a meglévő építmények esetében is a hatóság tudja érdemben felgyorsítani azáltal, hogy a jogalkotó valamilyen előre meghatározott funkció, méret, vagy a végzendő tevékenység jellege mentén kiszélesíti a kórházak tekintetében kizárólag építési engedély alapján, vagy bejelentés megtétele mellett folytatható építési tevékenységek körét, vagy hasonlóan a kockázati osztály megváltozásához, a tervezett munkálatok megkezdését hatósági bejelentéshez köti.

A bejelentést olyan tartalommal kell elkészíteni, hogy abból ellenőrizni lehessen a megfelelőséget, például a tervezett építési tevékenység körének és mértékének leírásával, a jogszabályok követelményeit kielégíteni szándékozó műszaki megoldások rövid ismertetésével. Kiemelt életvédelmi megfontolások néhány jellegű tevékenység, mint például a zenés-táncos rendezvények esetén már kötelezővé tették a szorosabb hatósági kontrollt, személy szerint nem tartom szakmailag elfogadhatónak, hogy adott esetben egy több száz ágyon megvalósított fekvőbeteg-ellátási tevékenységet érintő építési tevékenység enélkül is megvalósítható.

Kiemelt életvédelmi okokból kórházakban a létesítési követelményeken kívül a használati szabályok oldaláról is szigorítani szükséges azon adminisztratív előírásokon, amelyek az üzemeltető üzemfenntartási, nyilvántartási és változáskövetési

¹⁴⁰ A beruházói igények maximális kielégítése ugyanis a tervező fő bevételi forrása, éppen ezért a tervezői felelősség mellett a szakmai etika, a megfelelő érdekérvényesítő képesség és kommunikáció fontossága is rendkívül felerősödik, amelyre a tűzvédelmi tervezők képzésénél nagy figyelmet kell fordítani.

kötelezettségeit szabályozzák. Kevesen vitathatják azt a fennálló gyakorlatot, miszerint egy új beruházás után néhány éven belül az építész-műszaki, köztük a tűzvédelmi dokumentációk egy része fellelhetetlen, hiányossá válik, a létesítéskori tűzvédelmi paraméterek és célok feledésbe merülnek, vagy a meglévő dokumentációk nem követik nyomon az időközben bekövetkezett változásokat.

Minimálisan a létesítéskor érvényes tűzvédelmi előírások, védelmi képesség hosszú távú fenntartása érdekében pontos nyilvántartást kell vezetni a tűzvédelmi célú épületszerkezetek, eszközök, berendezések és egyéb megoldások működéséről, tulajdonságairól, főbb paramétereik létesítéskori tervezési értékeiről. Az OTSZ által 2015-ben bevezetett tűzvédelmi műszaki megfelelőségi kézikönyv ezen problémára megoldást jelenthet, azonban ennek rendelkezésre állásával is alapvető probléma, hogy meglétét csak az új létesítések esetén követeli meg a jogszabály.

Fontos ez abban a tekintetben, hogy az intézmények megelőzési és tűzeseti stratégiáját mindig a vonatkozó előírások továbbá a meglévő tényleges (!) védelmi szint és képesség teljes ismeretében kell meghatározni,¹⁴¹ az alapján pedig olyan döntéseket kell a felelős szakembereknek meghozni, amely, különösen a menekítendő/menekülő személyek és a mentést végző állomány testi épségére nézve a legkisebb kockázattal jár. A tényleges védelemi szint megállapítása és az esetleges hiányosságok feltárása a működő épületben végzett kockázatértékelési eljárással lenne lehetséges, melynek elmaradása, nem megfelelő kivitelezése, a kockázatmenedzsment elégtelensége kórházakban azok célrendszerét és működési sajátosságait tekintve súlyos következményekkel járhat mind a működés biztosítása mind a munkavállalók, mind a szolgáltatást igénybe vevők biztonságának tekintetében.

Hazánkban kötelezés alapján, implicit módon jelenleg egy olyan munkavédelmi szempontú eljárás részét képezi a tűzvédelmi kockázatok azonosítása (is), amelyben a munkavédelmi törvény előírásai szerint kizárólag munkabiztonsági és munkaegészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy részvételét kell biztosítani. A legtöbb esetben a munkahelyi kockázatértékelések tartalmazzák is a különböző tűzvédelmi hiányosságok felmérését és intézkedési tervet azok felszámolására, több tucat egészségügyi intézmény kockázatértékelési dokumentációját megvizsgálva azonban megállapítható, hogy azok főképp csak az általános és nyilvánvaló tűzvédelmi vizsgálati szempontokra terjednek ki, úgy, mint:

¹⁴¹ A tényleges védelmi szint hangsúlyozása elengedhetetlen, számos kórház tűzvédelmét vizsgálva megállapítható volt, hogy egyes tűzvédelmi célú eszközök, berendezések, adott esetben épületszerkezetek esetében a tűzvédelmi koncepciónál a rendeltetésszerű működésre terveztek, de az alaposabb vizsgálat megállapította, hogy azok műszaki állapotuk, életkoruk, vagy a létesítés óta időközben megváltozott kapacitások bővülése miatt már nem, vagy nem megfelelően lettek volna képesek ellátni funkciójukat egy esetleges tűzeset során.

- a tűzvédelemmel kapcsolatos dokumentációk megléte;
- a közlekedési utak és az anyagtárolás megfelelősége;
- a munkavállalók tűzvédelmi ismereteinek ellenőrzése.

Fentiekén kívül nem történik meg a tűz kialakulásának veszélyét magukban hordozó tényezők és összefüggések a tűz kimenetelét befolyásoló, főleg műszaki jellegű hatásláncok feltárása, továbbá a veszélyeztetettek azonosítása sem teljes körű, aminek okán a származtatott súlyosbító tényezők egy jelentős része sem kerül meghatározásra és ez által a kockázat csökkentésére hozott intézkedések sem alkalmasak feladatuk betöltésére.

A tűzvédelmi kockázatok azonosítása és a kockázatcsökkentő intézkedésekre történő javaslattétel nagy szakértelmet és gyakorlatot igényel, ami egyes esetekben meghaladhatja a munkabiztonsági/munkaegészségügyi szakember potenciálját, hacsak nincs tűzvédelmi szakképesítése és megfelelő gyakorlata.

Bár a tűzvédelmi szempontú kockázatértékelés végrehajtása sem különbözik sokban egy kórházban az egyéb rendeltetésű objektumokban végzendőktől, de lényegesen eltérőek a megfontolások és a prioritások az egészségügyi célrendszer és a működési sajátosságok okán. Ez egyrészt adódik a tevékenység jellegéből, másrészt az épületeket használók életkorának, helyismeretének, cselekvési hatékonyságának, továbbá fizikai és szellemi állapotának diverzitásából származó faktorokból. Könnyen beláthatjuk, mely esetben jelent nagyobb kockázatot a menekülési útirányjelző rendszer hiánya vagy megtévesztő jelek üzemen tartása: egy olyan irodaépületben, ahol a használók köre hosszú ideig állandó vagy alig változik, ahol a menekülési körülményeket, feltételeket oktatni, próbálni lehet, vagy egy olyan kórházi objektumban, ahol a látogatók köre naponta fluktuál, és sok közülük nem is képes befogadni teljes körűen a környezet minden jelzését.

Igen fontos, hogy a tevékenység jellemzőinek ismeretében, mindig komplexen, a teljes hatásláncot vizsgálva kell eljutnunk egy adott esemény kockázati szintjének meghatározásához, mert a kórházi rendszer működési sajátosságai miatt a vizsgálat néhány eleme hangsúlyosabban, nagyobb jelentőséggel esik latba, mint egy más funkciójú intézmény esetében. Példának hozható az automatikus tűzjelző rendszeren elmulasztott karbantartás miatti téves tűzjelzés kockázati szintjének meghatározása. Humán oldalról megközelítve a kérdést, a kórházban tartózkodó, különböző szellemi, érzelmi és fizikai állapotban lévő emberek különbözőképpen reagálhatnak az esetenként 90–95 dB-t is elérő hangjelzésekre. Legrosszabb helyzetben talán azok vannak, akik hallják a jelzést, ismerik is annak jelentését és következményeit, de fizikai állapotuk miatt nem tudnak arra megfelelően reagálni, mint

például a fekvő, ágyhoz kötött betegek. Számukra maga a helyzet és az abból adódó esetleges információhiány meglehetősen nagy stresszfaktor lehet. A pszichés betegeknél a kavarodás, a kapkodás, a szokatlan körülmények kiszámíthatatlan érzelmi reakciót válthatnak ki, mint ahogyan adott esetben gyermekeknél is. Ide sorolhatók azok a kollégák is, akik a jelzés idején kritikus munkafolyamatot végeznek, és szintén nem tudnak időben reflektálni a váratlan helyzetre (műtétet végző orvosok).¹⁴²

A téves jelzések a technika oldaláról is komoly problémákat vethetnek fel. Ha egy sürgős beteget kell a harmadik emeleti műtőbe szállítani, nem elfogadható, ha a lift lejön a földszintre, és a jelzés törléséig használhatatlan, vagy ha feleslegesen leállítunk olyan központi légtechnikai berendezéseket, amelyek orvostechnológiai vagy betegellátási szempontból vitális rendszereket, helyiségeket látnak el friss levegővel. A tevékenység sajátosságai okon a karbantartás elmaradása, és így az abból származó téves tűzjelzés lényegesen magasabb kockázati szintet hordoz az egészség és a biztonság szempontjából, mint egy átlagos, például irodai objektumban, ahol a gyakori téves jelzések jellemző kockázata a munkavállalók jelzéssel szembeni érdektelenségének kialakulása.

A tűzvédelmi szakmának indokolt meghatározni és bevezetni a tűz megelőzési szempontból kiemelt intézmények fogalmát és körét,¹⁴³ mint például a kórházak, és a jogalkotónak törvény erejénél fogva kötelezni őket a tűzvédelmi szempontú kockázatértékelési eljárás lefolytatására, jogszabályokban meghatározni annak tartalmi és formai követelményeit, amelyek egyrészt az általános tűz megelőzési irányelveken, másrészt a speciális technológiai, üzemeltetési sajátosságokon alapulnak. Alapfeltételként kell megfogalmazni, hogy a tűzvédelmi szempontú kockázatértékelés tűzvédelmi szaktevékenységnek minősüljön. Alternatív megoldásként elő lehet írni tűzvédelmi szakképesítéssel és megfelelő gyakorlattal rendelkező személy bevonását a tűz megelőzési szempontból kiemelt intézmények esetében a munkavédelmi törvényben előírt kockázatértékelés lefolytatásába.¹⁴⁴

¹⁴² Az intézmény kellően átgondolt cselekvési tervvel kell rendelkezzen a téves – de akár a valós – jelzésekből eredő, ismertetett problémák elkerülésére, ki kell alakítaniuk a megfelelő kommunikációs csatornákat, hogy a felügyeletet ellátók képesek legyenek megnyugtanni, elmagyarázni az érintett személyeknek mi történik ilyenkor, és mi fog történni velük a későbbiekben. Számukra érdemes alternatív riasztási módszereket kidolgozni, vagy az ebből származó stresszhatásokat a minimumra csökkenteni.

¹⁴³ Léteznek még más típusú objektumok is, ahol indokolt lehet a kötelező tűzvédelmi kockázatértékelés elvégzése.

¹⁴⁴ Ennek gyakorlati megvalósulását elősegítheti az az üdvözlésre méltó tény, hogy a 2015-ös tűzvédelmi szabályzás már sok esetben kötelezővé teszi bizonyos óraszámú tűzvédelmi szakember foglalkoztatását kórházak esetében.

4.6 A fejezet összefoglalása, következtetések

A fejezet kidolgozása során azon, az egészségügyben legjellemzőbb veszélyforrásokat és kezelésükkel kapcsolatos nehézségeket, a hozzájuk kapcsolódó megoldási javaslataimat mutattam be, amelyek a biztonsági rendszer mikro környezetének három releváns elemével, a kórházi tevékenység humán résztvevőivel, a szervezeti kultúrával, és a feladatok ellátásához szükséges épületek egyes sajátosságaival állnak kapcsolatban.

A bevezetőben deklaráltam, hogy a Pareto-elv az egyik leghasználhatóbb módszer a kulcsfontosságú problémák azonosítására, ennek figyelembe vételével **feltártam** azokat a biztonsági kockázatokat, amelyekre a szervezetnek koncentrálnia szükséges a védekezés során a befektetett energiák hatékony hasznosulása érdekében.

A kockázatok azonosítása folyamán a szakirodalmi források elemzésén, a kutatás gyakorlati tapasztalatának szintetizálásán túl **önálló primer kutatás keretében igazoltam**, hogy az egészségügyi munkavégzés során jelenlévő, testi és lelki egészségkárosító kockázatok mértékét az érintettek többsége számottevően magasabbra értékeli, mint a más nemzetgazdasági ágazatokban foglalkoztatott munkavállalók.

Megállapítottam, hogy a veszélyforrások egészségkárosító kockázatának fokozott egyéni megélése olyan, eleddig nem kellően vizsgált további kockázatokat eredményez, amelyek figyelembe vétele alapvető elvárás mind a biztonságsszervező, mind a kórházi menedzsment részéről a biztonságos kórházi környezet kialakításához.

A kérdőíves felméréssel végzett vizsgálattal összefüggésben **megállapítottam**, hogy az egészségügyben oly gyakran jelenlévő burnout szindróma kezelésénél a komplexitás követelményeit figyelembe véve a megelőző programok szervezése során értékelni kell az egyént fenyegető kockázatokat és szükség szerint integrálni kell a munkakörnyezet biztonságát javító elemeket.

Az egészségügyi ellátást végzők körében jelen lévő nagymértékű fluktuáció kiváltó okainak elemzésével, a fluktuáció biztonsági aspektusainak feltárásával **rámutattam**, hogy a biztonsági rendszer milyen interakciók útján képes hatni a szervezeti célok elérésére.

A kockázatok tárgyalását követően ismertettem a kezelésükkel kapcsolatos nehézségek elvi megoldási lehetőségeit, **vizsgáltam**, mely módszerekre érdemes koncentrálni a feladattervezés során.

Megállapítottam, hogy a humán résztvevők kockázatainak kezelésével kapcsolatosan feltárt problémák egy jelentős részét az egyén fizikai és személyiségpszichológiai

sajátosságainak figyelmen kívül hagyása okozza a védelmi intézkedések tervezése és végrehajtása során. A biztonságsszervező szakembernek mind a baleset-megelőzés, mind az áldozattá válás szempontjából az általa a munkahelyen alkalmazott, műszaki, szervezési, munkaegészségügyi védekezési módszereken belül meg kell találnia azokat a pontokat, amelyekben az általam a fejezetben ismertetett pszichológiai szemléletmód leginkább érvényesíthető. [50 p.1]

A szolgáltatást igénybe vevők, azon belül kiemelten a betegek tekintetében a viktimizációs kockázatot **vizsgáltam**. A releváns fizikai és személyiségpszichológiai tényezők szintetizálásával, továbbá az ismert Ramsey-féle baleset kialakulási modell **átalakításával, témára adaptálásával feltártam**, hogy az elkövetővel való kapcsolatba kerülés milyen mechanizmusok révén vezethet a betegek esetében sértetté váláshoz.

Megállapítottam, hogy a szolgáltatást igénybe vevők tekintetében a védelmi tudatosság fejlesztése a kórházak működési sajátosságait tekintve az egyetlen gyakorlatban alkalmazható eszköz az általam vizsgált, legjellemzőbb bűncselekmények megelőzése tekintetében az intézmény vezetése számára. Ennek figyelembe vételével **konkrét, gyakorlati ajánlásokat tettem** egy folyamatos, nagyméretű kommunikációs kampány elindítására az egészségügyben, a tervezés és a kivitelezés során előtérbe helyezve a feltárt fizikai és személyiségpszichológiai jellemzőket. Saját készítésű plakátterv **elemzésén keresztül összefoglaltam** egy konkrét kommunikátum kialakításával és elhelyezésével kapcsolatos főbb követelményeket.

Alapvetésként fogalmaztam meg, hogy az ellátást végzők tipikus kockázatainak kezelésénél szintén nagy hangsúlyt kell fektetnünk minden olyan személyi tényező feltárására, amelyek ronthatják a gyakorlatba ültetett védelmi módszerek hatékonyságát. Ennek megfelelően a munkavállalókat ért pszichés és fizikai terhelésekből, személyiségi jegyeikből, munkakörülményeikből származóan számos olyan jellemző sajátosságot **azonosítottam**, amelyek jelentősen növelik mind a balesetek bekövetkezésének, mind a sértetté válás esélyét. Megoldásként a **viselkedés alapú programok bevezetését javasoltam**, kiemelten a teheremelésből, mozgatásból, és az éles-hegyes eszközök használatából származó balesetek elkerülésére.

Felhívtam a figyelmet a megfelelő oktatás, képzés fontosságára, összefoglalóan **ismertettem** az oktatással kapcsolatosan alkalmazandó főbb didaktikai alapelveket. Az egészségügyi ellátást végzők motivációinak, mozgatórugóinak, az egészségügyi tevékenységgel és a munkahelyi környezettel kapcsolatos attitűdjeinek elemzése után

meggyőző kommunikációs stratégiákat javasoltam a feltárt kockázatkezelési nehézségek leküzdésére.

A gyakorlatban megtörtént eseteket megvizsgálva és szakirodalmi forrásokat összegezve **megállapítottam**, hogy az egészségügyben nagymértékben jelen lévő fizikai és verbális erőszak az elkövető és az áldozat közötti bonyolult interakciók során kialakuló konfliktusok következménye. Az agresszió megelőzéséhez **elemeztem** a kiváltó helyzeteket, okokat, **rámutattam**, hogy adminisztratív módszerek bevezetésével, erőszakmentes kommunikációs tréningek, konfliktuskezelési és deeszkalációs képzések szervezésével, a munkakörnyezet megfelelő fizikai kialakításával, munkaszervezési intézkedésekkel lehetünk képesek csökkenteni a fennálló kockázatokat. **Konkrét javaslatokat tettem** a képzések gyakorlati tematikájával és a munkakörnyezet kialakításával kapcsolatban.

Az egészségügyben őrzés-védelmet ellátó személy- és vagyonőri állomány feladatellátási körülményeinek elemzésével **azonosítottam**, hogy a kórházi feladatrendszernek megfelelni kívánó vagyonőrnek az általános szakmai, jogi, és etikai ismereteken túl milyen speciális ismeretekkel, személyes és szakmai kompetenciákkal kell rendelkeznie. **Konkrét képzési irány megjelölésével ajánlást tettem** a jelenlegi szakképzési rendszer átalakítására, egy, speciálisan egészségügyre jellemző szakmai ismereteket átadó modul létrehozására az alapképzésen belül.

A szervezeti kultúra biztonsági aspektusainak vizsgálata során **megállapítottam**, hogy a gyakorlatban tapasztalható fokozott szervezeti és társadalmi kockázatvállalás kórházak tekintetében mind között a legjelentősebb, és ráadásul rendszerszintű biztonsági probléma. A kórházak biztonsági szervezete mind a feladatot ellátók létszáma, mind szerepük értelmezése tekintetében nehézségekkel küzd, amelynek fő oka, hogy a biztonságszervezés az egészségügyi célrendszert tekintve kiszolgáló tevékenységként van jelen az intézmények életében.

Feltártam, hogy a kórházi funkciót ellátó épületek fizikai kialakítása lényeges szerepet játszik a megfelelő bűnalkalom létrejöttében, kiemelt jelentősége van mind a vagyon elleni, mind az indulati bűncselekmények megelőzése, mind a működésfolytonosság tekintetében.

Megállapítottam, hogy a kórházi létesítmények életkoruk és műszaki sajátosságaikból adódóan nem felelnek meg a modern CPTED alapelveknek, a szolgáltatást igénybe vevők tekintetében pedig komoly tűzvédelmi kockázatokat jelentenek. Az épületek sajátosságaiból származó kockázatok kezelésére olyan, a védelmi célokat és a hozzájuk kapcsolódó alapelvek meghatározását tartalmazó **ajánlás kidolgozását javasoltam**, amely a személy- és vagyonvédelem érdekeinek szempontjából vizsgálja a kórházi helyiségeket, azok funkcióit,

kapcsolatait, felszereltségét, üzemelési körülményeit, a vonatkozó jogszabályi előírásokat és szakmai elvárásokat, ez alapján tesz javaslatot a műszaki feltételek kialakításra. Az ajánlás egyes tartalmi elemeire vonatkozóan magyarázó, bemutató jelleggel **konkrét javaslatokat fogalmaztam meg.**

A tűzvédelmi kockázatok csökkentésének egyik fontos feladatáként a hatóság által elvárt, világosan értelmezhető és számon kérhető követelményrendszer kialakítását **fogalmaztam meg. Javasoltam**, hogy a jogalkotó előre meghatározott funkció, méret, vagy a végzendő tevékenység jellege mentén szélesítse ki a kórházak tekintetében kizárólag építési engedély alapján, vagy bejelentés megtétele mellett folytatható építési tevékenységek körét, vagy hasonlóan a kockázati osztály megváltozásához, a tervezett munkálatok megkezdését kösse hatósági bejelentés megtételéhez.

A célrendszerből és a működési sajátosságokból származó kockázatértékelési sajátosságok ismertetése után **javaslatot tettem** a jogalkotó számára meghatározni és bevezetni a tűzmelegelőzési szempontból kiemelt intézmények fogalmát és körét – amelybe a kórházak is beletartoznak – és törvény erejénél fogva kötelezni őket a tűzvédelmi szempontú kockázatértékelési eljárás lefolytatására. **Jogszabályokban javasoltam meghatározni** annak tartalmi és formai követelményeit, amelyek egyrészt az általános tűzmelegelőzési irányelveken, másrészt a speciális technológiai, üzemeltetési sajátosságokon kell, hogy alapuljanak. **Alapfeltételként fogalmaztam meg**, hogy a tűzvédelmi szempontú kockázatértékelés tűzvédelmi szaktevékenységnek minősüljön. **Alternatív megoldásként javasoltam** tűzvédelmi szakképesítéssel és megfelelő gyakorlattal rendelkező személy bevonását a tűzmelegelőzési szempontból kiemelt intézmények esetében a munkavédelmi törvényben előírt kockázatértékelés lefolytatásába.

A fejezetben vizsgált nehézségek megoldására javaslataimat az értekezés céljainak megfelelően, az ott deklarált elvek és prioritások mentén fogalmaztam meg. A biztonságra ható működési sajátosságok közül azokkal foglalkoztam részletesen, amelyek a magyarországi kórházi intézmények jelentős részében jellemzőek, a lehetséges megoldások ajánlásokor pedig maximálisan szem előtt tartottam azok gyakorlati alkalmazhatóságát az egészségügyi ellátórendszer jelenlegi állapotának gondos mérlegelésével.

A fejezetben igazoltam, hogy a biztonságszervezőnek, gyakorlati problémáinak megoldásához szemléletmódját fejlesztenie szükséges, ennek egyik leglényegesebb része, hogy a máshol már sikerrel alkalmazott, bevett módszereit új feladatra csak alkalmazhatóságuk kritikai értékelése után adaptálja, a problémákat minden esetben rendszerszemléletben közelítse meg, lehetőség szerint a kiváltó okokra, cselekedetek esetében

pedig az alapvető motivációkra fókuszáljon. A kórházi körülmények közt tevékenykedő biztonságszervezőnek nagy szüksége van szakmai készségeinek, tárgyi tudásának folyamatosan fejlesztésére, a biztonságszervezéshez eleddig csak elméleti síkon vagy sehogy sem kapcsolt tudományterületek eredményeit be kell engednie a mindennapok gyakorlatába, ugyanis számos nehézség megoldásának tekintetében a klasszikus védelmi módszerek és eszközök bár nélkülözhetetlenek, de önmagukban sokszor nem elégségesek. A fejezet tárgyalása során **számos ilyen területet azonosítottam**, ezek közé főleg a viselkedéstudományok, a pszichológia, a munkapszichológia, a viktimológia, a didaktika, szociológia tartoznak, de a szakembereknek egyes esetekben a problémák eredményes megoldásához elengedhetetlen lehet a marketing, a szervezetfejlesztés és a vezetés-szervezés módszertanának és eszköztrendszerének adaptálása is. Ezen segítséggel hatékony módszereket és eszközöket kaphatnak továbbá ahhoz is, hogy bizonyos fokig ellensúlyozni tudják a jogszabályok, személyiségi jogi előírások miatt nem alkalmazható, vagy nem teljes körűen alkalmazható védelmi elemek kiesését, nem megfelelő hatékonyságát.

Záró (összegzett) következtetések

Ha összefoglalóan számba vesszük jelen értekezésben tárgyalt, a kórházak esetében a biztonságra ható összes tényezőt, akkor láthatjuk, **az optimális biztonsági szint garantálását néhány tekintetben ki kell mozdítani a biztonságsszervezési szakfeladat sztereotípiájából.** [71 p.65]

Ezen nyilvánvaló tényre már a kórházzal kapcsolatos biztonságfogalom megalkotása során fény derült, ugyanis annak gyakorlati jelentését tekintve pusztán szakmám értelmezési keretén belül maradva, terminológiájának kizárólagos használatával nem jártam volna sikerrel. A szolgáltatást igénybe vevő szempontjából egy biztonságos kórházban ugyanis nem kizárólag értékeire vigyáznak, vagy személyek támadásaitól, baleset elszenvedésétől védik, hanem ott az őt ellátó egészségügyi szakszemélyzet kipihenten áll munkába, korszerű gépeivel és berendezéseivel humánus és megfelelő szakmai ellátást nyújt számára, minimális hátrányokkal képes átvészelni azt a különösen kiszolgáltatott időszakot, amit egy kórházi benttartózkodás jelent.

A szakfeladati sztereotípián túlmutat továbbá az a tény, hogy egyes kockázatok elleni védelem kevésbé a biztonságtechnikai eszközrendszer alkalmazásán múlik, ugyanis a sok várakozás elkerülése, a megfelelő intézményi környezet kialakítása, a betegek információval történő ellátása főleg ellátás-szervezési kérdés, ami a betegekkel és a hozzátartozókkal való megfelelő módon kivitelezett kommunikációval együtt sokat javíthat többek közt az erőszaknak való kitettségen, nagyban csökkentheti a kapcsolódó kockázatokat.

Az eszközrendszeren túl személyi oldalról kétségtelen a biztonságsszervezési terület felelőssége abban, hogy katalizátora legyen a szükséges változásoknak, azonban a siker kulcsa sok esetben a menedzsment, különösen az orvosok lehetnek. Ők azok, akik tudatosan meggyorsíthatják a kedvező jelenségek beépülését, magatartásformák alkalmazását, amire nagy szükség is lenne, hiszen a tárgyalt orvosi dominancia egyben a beosztottakért vállalt felelősséget is jelenti. [126 p.195] A beosztottakért vállalt felelősség pedig a betegekért vállalt felelősség legfőbb forrása is, hiszen láthattuk, nagy hányadban az ellátást végzőkön múlik azok biztonsága.

Ezen tények figyelembevételével a szervezeteknek, céljaik elérése érdekében át kell gondolniuk a biztonságsszervezést érintő, valamennyi, a biztonsági teljesítményre bármilyen módon hatással bíró tényezőt, még akkor is, ha esetleg korábban nem találták köztük a kapcsolatot. [71 p.65]

Az értekezés részeként feltártam, a biztonsági rendszer milyen interakciók útján – többek közt a fluktuáció csökkentésén keresztül – képes hatni a szervezeti célok elérésére. A rendszerszintű megközelítés okán a különböző funkcionális területek ezen fajta egymásra hatásának figyelembevételét nem lehet eléggé hangsúlyozni. Az általam bemutatott példán túl említhetők még itt a biztonságsszervezés egyes vizsgálati módszerei, mint például a pszichoszociális kockázatok feltárására elvégzett kockázatértékelések. A tevékenységből származó ezen speciális ismeretek információkat szolgáltatnak többek közt a kiválasztási kritériumrendszer megalkotásához, a személyzet-fejlesztési feladatok meghatározásához. A kiválasztás során természetesen az egészségügyi tevékenységre való alkalmasság prioritást kell, hogy élvezzen, azonban döntőek lehetnek a munkavégzés során az alkalmassághoz olyan speciális személyiségjegyek is, amelyek a munkakörhöz szorosan nem tartozó, jellegükből adódóan velejáráként megjelenő ún. perifériás feladatok, helyzetek megoldására, megfelelő kezelésére is alkalmassá teszik a munkavállalót. Ilyen lehet többek közt a stressztűrésre vagy a konfliktuskezelésre való képesség. **Megfelelő együttműködés kialakításával azon túl, hogy más funkcionális szervezeti egységet segít feladatainak hatékony megoldásához, a biztonságsszervezési terület már a lehető legkorábbi szakaszban, a kiválasztás során csökkentheti a munkavállalók baleseti kockázatát és áldozattá válásuk esélyét.**

Az értekezés eredményeinek alapján meg kell kérdőjeleznem annak az általánosságban elterjedt vélekedésnek a létjogosultságát, amely azt mondja, hogy a kórházak biztonsági problémáinak megoldására pusztán az ideális anyagi körülmények biztosítása elegendő lenne. Ennek nyilvánvaló fontosságát nem tagadva **rámutattam** azonban, hogy a gazdasági nehézségeken túl számos olyan, egyéb más működési sajátosság is azonosítható az egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatban, amelyek feltételezhetően még hosszú időre meghatározzák a kórházi intézményekben tevékenykedő szakemberek munkáját, **akiknek így folyamatosan olyan alternatív, ellensúlyozó intézkedésként alkalmas megoldások kifejlesztésén és implementálásán kell dolgoznia, amellyel biztosítható ezen kiemelt fontosságú intézményrendszerünk védelme.**

Erőfeszítéseiket a szakmai szervezeteken kívül a hatósági feladatokat ellátó szerveknek is támogatni szükséges, egyrészt munkájukat megkönnyítő, kész szakmai megoldások ajánlásával, másrészt a létesítésre és az üzemeltetésre vonatkozó egyes szabályok szigorításával, amivel felgyorsíthatják a kockázatok egy jelentős részének felszámolási folyamatát, csökkentik a fennálló kockázatok szintjét. Eljárásaikkal és ajánásaikkal hozzájárulhatnak, hogy a kórházi gyakorlatban dolgozó szakemberek a biztonsággal kapcsolatos érdekeket és értékeket minél hatékonyabban érvényesíteni tudják, amire

vonatkozó törekvések egyébiránt néhány szakterületen már láthatóak napjaink gyakorlatában.¹⁴⁵

A jogszabályi környezet felülvizsgálata a biztonság garantálása szempontjából kiemelten fontos feladat, különösen azon tényt tekintve, hogy a fokozott kockázatvállalás az egészségügyi intézményekben rendszerszintű probléma, megoldásához főleg a jogalkotó szándéka szükséges. **Mindemellett lényeges a társadalom megértése, elfogadása,** hiszen az egyéneknek biztonságuk érdekében valamilyen szintű alapjog-korlátozást szükséges elfogadni. A bűnmegelőzéssel kapcsolatban ugyanis minden jogállamban érzékenyen merül fel annak kérdése, hol húzódnak meg a (köz)biztonsági céllal megvalósított beavatkozások határai. Megengedhető-e, és ha igen, milyen szinten a bűnözés, az áldozattá válás elleni fokozott küzdelem során az emberi vagy éppen a betegjogok korlátozása? [42 p.70]

A kérdést nyilvánvalóan nem megválaszolva felmerül azonban néhány, a jelenlegi szabályzással kapcsolatos megfontolás, amelyekre pusztán a problémafelvetés szintjén e helyütt, zárszóként érdemes kitérni:

- a) A kórházak erősen nyitott jellege miatt valójában megfelelően tud-e érvényesülni az ellátást végzők, és a szolgáltatást igénybe vevők tekintetében a testi és lelki egészséghez, a gyógyulást támogató, egészséges környezethez való jog?
- b) Az intézmények speciális célrendszeréből adódóan területükön sok a szenzitív, különleges adat (kórlapok, betegnyilvántartások, stb.) Nem a személyes adatok védelmének egyik alapvető követelménye lenne, hogy a jogosulatlan megismerés megakadályozása érdekében illetéktelenek számára a hozzáférést a lehető legjobban korlátozzuk?

¹⁴⁵ A Magyar Ergonómia Társaság 2016-ban javaslattétellel élt a budapesti kórházfejlesztés döntéshozóinak irányába, megfogalmazva számukra a betegek és a szolgáltatást igénybevevők biztonsága érdekében a kórházfejlesztések során alkalmazandó, ergonómiai szempontú műszaki-technika alapelveket, kezdeményezték egy korszerű, magyar betegmozgatói ajánlás megalkotását, annak rendszerszintű alkalmazását.

Új tudományos eredmények

Kutatómunkám eredményeit összegezve, új tudományos eredménynek tekintem a következőket:

1. Értekezésemben **bizonyítottam**, hogy a kórházbiztonság biztonságtechnikai szemléletű felfogása nem ad megfelelő értelmezést a gyakorlatra vonatkozóan. A betegbiztonsági szempontok integrálásával a kórházbiztonságnak egy új, a célrendszert és a működési sajátosságokat kellő súllyal figyelembe vevő **megfogalmazását határoztam meg**, amely megfelelően tükrözi vissza annak hétköznapi értelmezését.
2. A gyakorlatban tapasztalható biztonsági kérdések, problémák részletes feltárásával, rendszerbe foglalásával, okaik elméleti vizsgálatával és a védelem szervezésére gyakorolt konkrét hatásaik elemzésével **bizonyítottam**, hogy a kórház célrendszere és működési sajátosságai olyan nehézségeket okoznak a hatékony biztonsági szempontú kockázatmenedzsmenttel kapcsolatban, amelyek bizonyos tekintetben szükségessé teszik a jogszabályokban deklarált munkáltatói felelősség határainak újraértelmezését.
3. A biztonság szervezési nehézségek okainak elméleti megalapozásával **feltártam és igazoltam**, hogy a biztonságtechnika mely tudományok eddig még általánosan nem, vagy nem kellő mértékben/módon alkalmazott eredményeinek szorosabb integrálását igényli a kórházi védelem szervezése során felmerülő problémák megoldásához. **Az értekezés során számos területet azonosítottam**, amelyhez kiemelten a viselkedéstudományok, a pszichológia, a munkapszichológia, a viktimológia, a didaktika, és a szociológia egyes, gyakorlatban is alkalmazható eredményei tartoznak.
4. Kiemelten a kórházakra vonatkozó jogszabályi környezet módosítására, a betegek és az egészségügyi tevékenységet ellátók védelmi tudatosság fejlesztésére, a személy- és vagyonőrök szakképzési rendszerének átalakítására, a kórházak létesítéskori biztonsági kialakítására, a tűzvédelmi kockázatértékelési kötelezettség bevezetésére vonatkozó ajánlásaimmal a kórházi célrendszert és működési sajátosságokat figyelembe vevő konkrét **megoldási javaslatokat fogalmaztam meg és dolgoztam ki**, amelyekkel a gyakorlatban tapasztalható biztonsági problémák egy része intézményi szinten kezelhetővé válik.

További kutatási területek kijelölése

Értekezésem céljaira és eredményeire tekintettel az alábbi területeken javaslom részletes kutatás végrehajtását:

1. A kórházak védelmét befolyásoló jogszabályi környezet vizsgálata, a fejlesztés lehetőségei.
2. Védelmi tudatosság fejlesztő programok kidolgozása az egyéni és a szervezeti különbségek figyelembe vételével.
3. A személy- és vagyonőrök képzése, továbbképzése, gyakorlati oktatása során alkalmazható képzési anyag összeállítása az értekezésben tárgyalt szakmai szempontok alapján.
4. Ajánlás kidolgozása a kórházi létesítmények kialakításával kapcsolatos személy- és vagyonvédelmi alapelvekről, műszaki megoldásokról.
5. Az általam javasolt tűzvédelmi szempontú kockázatértékeléshez kapcsolódóan olyan gyakorlati, metodikai és tartalmi ajánlások kidolgozása, amely figyelembe veszi a kórházi célrendszert és működési sajátosságokat.
6. Ajánlás kidolgozása a kórházi tevékenység biztonságával kapcsolatos Ágazati Biztonsági Szabályzathoz.

Az értekezés gyakorlati felhasználhatósága, ajánlások

Értekezésem eredményeit a következő okokból és területeken tartom hasznosíthatónak:

1. Az értekezés hiánypótlónak tekinthető, miután eddig hazai viszonylatban ilyen átfogó jellegű mű a témakörben nem született. Ezért, az értekezés – miután rendszerezettebbé teszi a téma általános ismereteit – kellő alapot biztosít a témával foglalkozó szakemberek számára további kutatásaikhoz.
2. Az értekezés kiinduló alapot szolgáltat a biztonságtechnikával foglalkozó felsőoktatási tanintézetekben a témával kapcsolatos tantárgyak, tantárgyrészek meghatározásához és az oktatási témák kialakításához, valamint a tankönyvek, jegyzetek kidolgozásához.
3. Az értekezésben szereplő elemzések és javaslatok forrásanyaggá válhatnak és felhasználhatóak a kórházbiztonság területén döntési jogkörrel rendelkező, valamint a biztonságsszervezési területen dolgozó gyakorlati szakemberek számára egyaránt.
4. Az értekezésben tárgyalt elméleti megközelítésekkel a kórházbiztonság területén dolgozó nagyszámú szakember juthat közelebb a biztonsági problémái mögött húzódó jelenségek mélyebb megismeréséhez, az általam javasolt megoldásokkal eszközt kap számos beavatkozási lehetőség kórházi menedzsment felé történő felmutatásához és gyakorlati alkalmazásához.

Az értekezés áttekintését és eredményeinek hasznosítását ajánlom:

1. a magyarországi kórházi intézményeknek, továbbá a bennük tevékenységet végző biztonsági szakembereknek;
2. azon képző és továbbképző intézeteknek, akiknek fő feladata a kórházak védelmét (is) ellátó biztonsági szakemberek oktatása, képzése, különös tekintettel a Nemzeti Közszolgálati Egyetem Katonai Műszaki Doktori Iskola biztonságtechnika kutatási területén tevékenykedő oktatókra és doktoranduszokra, az Óbudai Egyetem Bánki Donát Gépész és Biztonságtechnikai Mérnök Karán folyó biztonságtechnikai mérnök és munkavédelmi szakmérnök képzésre, továbbá a Budapesti Műszaki Egyetem Munkavédelmi Továbbképző Központja által szervezett munkavédelmi szakmérnök képzésre;
3. az egészségügyben kiemelt szerepet betöltő, és változásokat indukálni képes szakmai szervezetek számára, kiemelten a Magyar Kórházszövetségnek, a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamarának és a Magyar Orvosi Kamarának.

Köszönetnyilvánítás

Köszönetemet fejezem ki feleségemnek, **Tiszolczy-Balázs Nikolettnek** éveken át tartó támogatásáért és türelméért, amivel hozzájárult a kutatómunka sikeréhez.

Köszönet illeti továbbá témavezetőmet, **Dr. Bartha Tibor ny. ezredes Urat**, aki szakértelmével és iránymutatásával segítette értekezésem elkészítését.

Az értekezés lezárásának helye és ideje:

Budapest, 2016. október 18.

Tiszolczy Balázs Gergely

Az értekezés témájával összefüggő publikációk jegyzéke

1. Tiszolczi Balázs Gergely: Robbantással való fenyegetés kezelésének lehetőségei kórházi objektumokban. In: Honvédorvos, 2014. LXVI. évf. 34. szám, p.36–48. ISSN 0133-879X
2. Tiszolczi Balázs Gergely: Gondolatok a kórházi személy és vagyonvédelemről. In: Hadmérnök, 2013. VIII. évf. 1. szám p.43–54. ISSN 1788-1919
3. Tiszolczi Balázs Gergely: Svájci kórházak biztonsága magyar szemmel. In: Bolyai Szemle, 2013. XXII. évf. 1. szám, p.35–50. ISSN 1416-1443
4. Tiszolczi Balázs Gergely: A kórházi tűzvédelem néhány aspektusa az Országos Tűzvédelmi Szabályzat előírásainak tükrében. In: Florian Express, Magyar Tűzbiztonsági Szakfolyóirat, 2013. XXII. évf. 7–8. szám, p.296–302. ISSN 215 492X
5. Tiszolczi Balázs Gergely: Protection and Safety of the Application of Radiation Sources in Medicine. In: Academic and Applied Research In Public Management Science, 2013. vol.12. No.2. p.369–383.
6. Tiszolczi Balázs Gergely: Globális gazdasági és társadalmi folyamatok hatása a kockázatmenedzsment hatékonyságára az egészségügyben. In: Bolyai Szemle, 2012. XXI. évf. 2. szám, p.87–106. ISSN 1416-1443
7. Tiszolczi Balázs Gergely: Kórházi objektumok védelmének sajátosságai. In: Bolyai Szemle, 2012. XXI. évf. 1. szám, p.151–168. ISSN 1416-1443
8. Tiszolczi Balázs Gergely: Tűzvédelmi vizsgálati szempontok kórházakban végzett kockázatértékelési eljárások során. In: Florian Express, Magyar Tűzbiztonsági Szakfolyóirat, 2012. XXI. évf. 6. szám, p.256–264. ISSN 215 492X
9. Tiszolczi Balázs Gergely: Biztonságos kórház? In: Hadmérnök, 2011. VI. évf. 1. szám, p.115–119. ISSN 1788-1919
10. Tiszolczi Balázs Gergely: Tűzvédelmi követelmények érvényesítése kórházak rekonstrukciójánál I. In: Védelem, katasztrófa- és tűzvédelmi szemle, 2011. XVIII. évf. 3. szám, p.17–19. ISSN 1218-2958
11. Tiszolczi Balázs Gergely: Tűzvédelmi követelmények érvényesítése kórházak rekonstrukciójánál II. In: Védelem, katasztrófa- és tűzvédelmi szemle, 2011. XVIII. évf. 4. szám, p.29–31. ISSN 1218-2958
12. Tiszolczi Balázs Gergely: Az Uzsoki utcai Kórház személyzetének és a szolgáltatást igénybevevők védelmi tudatosságának fejlesztési módszerei. In: Dr. Bartha Tibor (szerk): Ajánlás az Uzsoki Utcai Kórház személy- és vagyonvédelmi tervéhez. Budapest, a Személy-, Vagyonvédelmi és Magánnyomozói Szakmai Kamara Budapesti Szervezete és a Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem Bolyai János Katonai Műszaki Kar közös kiadványa, 2010

Felhasznált irodalom

Jogszabályok, szabványok, állásfoglalások, hatósági útmutatók

1. Magyarország Alaptörvénye
2. 1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről
3. 1997. évi LXXVIII. törvény az épített környezet alakításáról és védelméről
4. 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól a végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelettel egységes szerkezetben
5. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
6. 2005. évi CXXXIII. törvény a személy- és vagyonvédelmi, valamint a magánnyomozói tevékenység szabályairól
7. 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről
8. 2011. évi CXII. törvény az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról
9. 2012. évi CLXVI. törvény a létfontosságú rendszerek és létesítmények azonosításáról, kijelöléséről és védelméről
10. 253/1997. (XII. 20.) Korm. rendelet az országos településrendezési és építési követelményekről
11. 43/1999. (III. 3.) Korm. Rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól
12. 6/2003. (VII. 15.) Korm. Rendelet az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról
13. 37/2008. (XII. 30.) Korm. Rendelet az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásáról
14. 323/2010. (XII. 27.) Korm. Rendelet az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról, a népegészségügyi szakigazgatási feladatok ellátásáról, valamint a gyógyszerészeti államigazgatási szerv kijelöléséről
15. 360/2014. (XII. 30.) Korm. rendelet a 2015. évre vonatkozó, a személy- és vagyonvédelmi, valamint a magánnyomozói tevékenység szabályairól szóló törvény szerinti minimális vagyonvédelmi szolgáltatási rezsiorádij mértékéről
16. 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről
17. 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről
18. 2/2004. (XI. 17.) EüM rendelet az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról, valamint az egészségügyi szakmai jegyzékről
19. 20/2013. (V. 28.) BM rendelet a belügyminiszter ágazatába tartozó szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményeiről, valamint egyes, szakmai és vizsgakövetelmények kiadásáról szóló miniszteri rendeletek hatályon kívül helyezéséről
20. 54/2014. (XII.5) BM rendelet az Országos Tűzvédelmi Szabályzatról

21. 115/2003. (X. 28.) OGY határozata társadalmi bűnmegelőzés nemzeti stratégiájáról
22. 2080/2008. (VI. 30.) Korm. Határozat a Kritikus Infrastruktúra Védelem Nemzeti Programjáról
23. 1744/2013. (X. 17.) Korm. határozat a Nemzeti Bűnmegelőzési Stratégiáról (2013-2023)
24. Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának OBH 2985/1997. hivatkozási számú jelentése
25. Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának OBH 4152/2002. hivatkozási számú jelentése
26. A megfigyelés, adatgyűjtés céljából üzemeltetett képfelvevő-, rögzítő berendezésekkel kapcsolatos adatvédelmi biztosi ajánlás, 2000
27. Az Adatvédelmi Biztos 2002-es beszámolója ISSN 1416-9762
28. Az adatvédelmi biztos 2572/K/2007-3 ügyszámon kiadott állásfoglalása
29. Az adatvédelmi biztos 1223/P/2008-6 ügyszámon kiadott állásfoglalása
30. A Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság 4384-2/2012/V ügyszámú állásfoglalása
31. A Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság ajánlása a munkahelyen alkalmazott elektronikus megfigyelőrendszer alapvető követelményeiről, 2014
32. Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok, Kézikönyv, 1.0 változat, Egészségügyi Minisztérium, 2006
33. MSZ EN ISO 9000:2005 Minőségirányítási rendszerek. Alapok és szótár
34. Képzési program a személy- és vagyonőr (32 861 01) szakképesítés megszerzésére irányuló szakképzés összefüggő munkahelyi szakmai gyakorlati képzés megvalósításához.
http://szakmaikamara.hu/files/images/Orszagos/Kabinet/minosites/14_szamu_melleklet.pdf (2016.02.12)
35. A Nemzeti Munkaügyi Hivatal Munkavédelmi és Munkaügyi Igazgatóságának összefoglaló jelentése az egészségügyi szolgáltatás keretében használt éles vagy hegyes munkaeszközök által okozott sérülések és fertőzések kockázatával járó tevékenységek célvizsgálatáról, 2014. március 3–április 30.
www.ommf.gov.hu/letoltes.php?d_id=5870 (2015.10.02)
36. A Nemzetgazdasági Minisztérium Munkafelügyeleti Főosztályának szakmai segédlete a munkahelyi kockázatértékelés elvégzéséhez
http://www.ommf.gov.hu/index.html?akt_menu=221 (2015.12.01)
37. Munkavédelmi hatósági útmutató a pszichoszociális kockázatok értékeléséhez
http://www.ommf.gov.hu/index.html?akt_menu=221 (2015.03.01)
38. Health and Safety Authority, Ireland: Behaviour Based Safety Guideline. 2013 ISBN 978-1-84496-175-7

Könyvek, tanulmányok

39. Agócs Béla: Az egészségügyi intézmények védelmének sajátosságai, Budapest, kézirat, 2007
40. Barabás Tünde (szerk.): Épített környezet – bűnözés – szituációs bűnmegelőzés. A lakótelepi bűnmegelőzés alapkérdései. Budapest, Országos Kriminológiai Intézet, 2008. ISBN 978 963 7373 15 2
41. Besenyő János-Deák Gabriella: A biztonság új aspektusai. A kórházi személyzet biztonsága – a kórházi erőszakos cselekedetek megelőzése. Székesfehérvár, MH Összhaderőnemi Parancsnokság Tudományos Tanács, 2010. ISBN 978-963-06-9219-9
42. Borbíró Andrea-Kerecsi Klára (szerk.): A kriminálpolitika és a társadalmi bűnmegelőzés kézikönyve – 2009 I. Budapest, 2009. ISBN 978-963-88445-1-4
43. Deák Gabriella: Közvélemény kutatás. Az Uzsoki Utcai Kórház alkalmazottainak körében elkövetett személy- és vagyonvédelmi bűncselekmények bemutatása. Személy és vagyonvédelmi oktatás szükségességének felmérése. In: *Dr. Bartha Tibor (szerk.): Ajánlás az Uzsoki Utcai Kórház személy- és vagyonvédelmi tervéhez.* Budapest, a Személy-, Vagyonvédelmi és Magánnyomozói Szakmai Kamara Budapesti Szervezete és a Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem Bolyai János Katonai Műszaki Kar közös kiadványa, 2010.
44. Dobák Miklós-Antal Zsuzsanna: Vezetés és szervezés, szervezetek kialakítása és működtetése. Budapest, Aula Kiadó Kft, 2010. ISBN 978-963-9698-89-5
45. Dr. Barabás Tünde et al.: Biztonságos város. Kézikönyv a városi bűnmegelőzés lehetőségeiről. Budapest, Belügyminisztérium, 2011.
<http://www.veilig-ontwerp-beheer.nl/publicaties/biztonsagos-varos> (2015.09.15)
46. Dr. Bereczky László: A munkabiztonság pszichológiája. Budapest, Népszava Könyv Kft., 1998. ISBN 963 323 102 7
47. Dr. Boncz Imre (szerk.): Egészségügyi finanszírozási, menedzsment és minőségbiztosítási alapismeretek. Egyetemi tankönyv. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt., 2011.
48. Dr. Estefánné dr. Varga Magdolna, Dr. Dávid Mária, Dr. Hatvani Andrea, Dr. Héjja-Nagy Katalin, Taskó Tünde: Pszichológia elméleti alapok.
<http://www.ektf.hu/hefoppalyazat/pszielmal/index.html> (2013.11.23)
49. Dr. Izsó Lajos: Ergonómia, a munkabiztonság emberi tényezői. Budapest, Országos Munkavédelmi Képző és Továbbképző Intézet, 1997.
50. Dr. Izsó Lajos: Munkabiztonság, kockázatelemzés. In: Dr. Antalovits Miklós et al. (szerk.): A munka- és szervezetpszichológia szakmai protokollja. Budapest, 2003
<http://www.pszichoerdek.hu/Protokollok/Munkap/Default.aspx> (2015.09.15)
51. Dr. Simon Péter, dr. Takács Ildikó (szerk.): Pszichológia műszaki menedzser és közgazdász hallgatóknak. Oktatási segédlet, második, átdolgozott kiadás. Budapest, Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, 2003.
52. Dr. Takács Lajos Gábor-Wagner Károly: Akadálymentes munkahelyek tűzvédelme. In: Mahadi Kft.: Akadálymentes munkahelyek speciális munkavédelme. Oktatási segédlet. Budapest, 2010.
http://rekore.hu/dokumentumok/munkavedelem_no_video.pdf (2013.03.24)

53. Dr. Tóth Tihamér: A viktimológia ismeretelmélete. A viktimológia története és vizsgálódásának tárgya. Budapest, Magyar Elektronikus Könyvtár, 2003.
<http://mek.oszk.hu/04100/04169/html/> (2015.02.02)
54. Dr. Töröcsik Mária: Imagery – avagy a mentális képek jelentősége a marketingben.
www.dr-torocsik.hu/tanulmanyok/imagery.pdf (2010.02.27)
55. Dr. Zeller Gyula: Bevezetés a menedzsmentbe. Pécs, Janus Pannonius Tudományegyetem, 1995. ISBN 963 482 1278
56. Egészségügyi Minisztérium: A kórház, mint műszaki létesítmény. Tanulmány. 2008.
www.eum.hu/download.php?docID=2838 (2011.03.01.)
57. Egészségügyi Minisztérium: Betegbiztonság az egészségügyben. Tájékoztató kiadvány. 2007.
<http://www.eum.hu/betegbiztonsag-kiadvany> (2013.12.01)
58. Emberi Erőforrások Minisztériuma, Egészségügyért Felelős Államtitkárság: „Egészséges Magyarország 2014–2020”, Egészségügyi Ágazati Stratégia. Budapest, 2015.
http://www.kormany.hu/download/5/60/40000/Eg%C3%A9szs%C3%A9ges_Magyarorsz%C3%A1g_e%C3%BC_strat%C3%A9gia.pdf (2015.01.15)
59. Európai Bizottság: Az egészségügyi ágazatban dolgozókat érintő munkahelyi egészségvédelmi és biztonsági kockázatok. Útmutató a megelőzéshez és a helyes gyakorlathoz. Luxembourg, az Európai Unió Kiadóhivatala, 2013. ISBN 978-92-79-26829-8
60. Falus Iván (szerk.): Didaktika – Elméleti alapok a tanítás tanuláshoz. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó, 2007. ISBN 9789631952964
61. Farkas Zoltán: Az egyén, a környezet és a cselekvés. Magyar Elektronikus Könyvtár, Miskolci Egyetem, 2004.
<http://mek.oszk.hu/02400/02472/html/> (2014.04.27)
62. Foglalkoztatáspolitikai és Munkaügyi Minisztérium: Humán erőforrás-fejlesztés Operatív Program (2004–2006). 2003.
<http://www.hefop.hu/download.php?PPID=690> (2011.05.01.)
63. Fővárosi Tűzoltóparancsnokság jelentése a főváros területén lévő fekvőbeteg ellátást biztosító intézmények tűzvédelmi helyzetének értékeléséről. Budapest, 2010.
64. Frank György, Eur. Ing.: Bevásárlóközpontok készenléti állapota és közveszéllyel (robbantással) való fenyegetése. Egyetemi jegyzet. Budapest, Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem, Bolyai János Katonai Műszaki Kar, Info Nyomdaipari Kft., 2007. ISBN: 978 963 06 2055 0
65. Géher Pál, Jávor András: Egészségügyi szervezetelmélet és rendszertudomány. E-Book, Budapest, Semmelweis Egyetem, 2014.
<http://semmelweis.hu/dei/files/2013/11/Eg%C3%A9szs%C3%A9g%C3%BCgyi%E2%80%93szervezetelm%C3%A9let%E2%80%93rendszertudom%C3%A1ny.pdf> (2015.02.01)
66. Haubert Gábor: A munkahelyi kockázatértékelés- és kezelés gyakorlati kézikönyve. Budapest, Munkavédelmi Kutatási Közalapítvány, 1999. ISBN 963-03-8161-3
67. International Association for Healthcare Security and Safety Foundation: Security Design Guidelines for Healthcare Facilities. 2012.

<http://www.iahss.org> (2014.12.01)

68. Juhász Márta-Takács Ildikó (szerk.): Pszichológia. Budapest, Typotex kiadó, 2006. ISBN 963 9664 05 7
69. Kapás Zsolt: Munkahelyi egészségvédelmi és biztonsági irányítási rendszerek. Budapest, OMKT Kft., 2008.
70. Kapás Zsolt: Pszichoszociális kockázatértékelés. Budapest, OMKT Kft., 2012. ISBN 978-963-89058-7-1
71. Kapás Zsolt: Szakmai kommunikáció és módszertan a munkavédelemben. Budapest, OMKT Kft., 2012. ISBN 978-963-89058-6-4
72. Kató és Társa 2003. Tanácsadó Kft: Az egészség és egészségügyi rendszer fejlesztésének makrogazdasági szempontjai. Budapest, Lélegzet alapítvány, 2010 <http://www.levego.hu/sites/default/files/9-egeszseg-gszt2010.pdf> (2013.03.04)
73. Kincses Gyula: Az egészségügyi rendszer jellegzetességei. In: Szántó Zsuzsa-Susánszky Éva (szerk): Orvosi szociológia. Budapest, Semmelweis kiadó, 2006
74. Klein Sándor: Munkapszichológia. Budapest, Gondolat Kiadó, I-II. kötet, 1980. ISBN 963-280-814-2
75. Kórházi tűzoltási tervek <http://www.vedelem.hu/letoltes/tanulmany/tan03.pdf> (2013.05.02)
76. Központi Statisztikai Hivatal: Magyarország 2011. Budapest, 2012. ISSN 1416-2768 <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2011.pdf> (2014.03.01)
77. Központi Statisztikai Hivatal: Magyarország 2015. Budapest, 2016. ISSN 1416-2768 <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2015.pdf>
78. Központi Statisztikai Hivatal, Népeségtudományi Kutató Intézet: Demográfiai Portré 2009. Jelentés a magyar népesség helyzetéről. Budapest, 2009. ISSN 2061 3741 http://www.demografia.hu/letoltes/kiadvanyok/portre/honlap_teljes.pdf (2011.05.12.)
79. Louis Spaninks, Larry Quinn, John Byrne: Az európai biztonsági őr alapképzés kézikönyve, 1999. december http://www.coess.org/_Uploads/dbsAttachedFiles/European_vocational_training_manual_basic_guarding_HU.pdf (2012.09.01)
80. Mahadi Kft.: Akadálymentes munkahelyek speciális munkavédelme. Oktatási segédlet. Budapest, 2010. http://rekore.hu/dokumentumok/munkavedelem_no_video.pdf (2013.03.24)
81. Nagy Margit: Vegyipari folyamatok és műveletek biztonságtechnikája. Tanfolyami jegyzet. Budapest, OMKT Kft.
82. Nemzetgazdasági Minisztérium „Munkabalesetek bekövetkezése és pszichikai megterhelés kapcsolata, munkabaleset bekövetkezésére gyakorolt hatása” c. kiadott tanulmánya. Készítette: Komplet-Expert Egészségügyi Kft., Békéscsaba, 2012. http://tamop248.hu/download/15.10.22/Munkabalesetek_bekovetkezese.pdf (2015.01.12)
83. Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Egészségügyért Felelős Államtitkárság: Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére. Szakmai koncepció. 2011. http://www.gyemszi.hu/conf/upload/BEK451_001.pdf (2012.06.01.)

84. Nemzeti Közigazgatási Intézet: Közigazgatási szakvizsga, általános közigazgatási ismeretek, tankönyv, hetedik, javított kiadás. Budapest, Nemzeti Közigazgatási Intézet, 2012.
85. Oláh Attila: Pszichológiai alapismeretek. Budapest, Bölcsész konzorcium, 2006. ISBN 963 9704 73 3
86. Pulay Gyula: Bevezetés az egészségügy gazdaságtanába. E-book, Budapest, Semmelweis Egyetem, 2011.
<http://semmelweis.hu/eii/files/2013/11/Bevezet%C3%A9s-az-eg%C3%A9szs%C3%A9g%C3%BCgy-gazdas%C3%A1gtan%C3%A1ba.pdf>
 (2015.02.11)
87. Rozgonyi Tiborné: Személypercepció és attitűd, a társas világ kognitív és érzelmi vonatkozásai.
www.nyf.hu/others/docs/pszicho/az_attitud.doc (2010.03.26)
88. Russel L. Colling, Tony W. York: Hospital and Healthcare Security, 5th edition. 2010. ISBN 978-1-85617-613-2
89. Schlager Zoltánné: Lélektan, ápoláslélektan I. Budapest, Nemzeti Szakképzési és Felnőttképzési Intézet
http://www.kepzesevolucioja.hu/dmdocuments/4ap/1_2321_013_101115.pdf
 (2015.03.02)
90. Schlager Zoltánné: Lélektan, ápoláslélektan II. Budapest, Nemzeti Szakképzési és Felnőttképzési Intézet
http://www.kepzesevolucioja.hu/dmdocuments/4ap/1_2321_014_101115.pdf
 (2015.03.02)
91. Soósné Göböl Ildikó: Humántőke Menedzsment II. Magyar Elektronikus Könyvtár, Eszterházy Károly Főiskola, Eger, 2013.
<http://mek.oszk.hu/14000/14060/pdf/14060.pdf> (2015.07.01)
92. Tiszolczy Balázs Gergely: Az Uzsoki utcai Kórház személyzetének és a szolgáltatást igénybevevők védelmi tudatosságának fejlesztési módszerei. In: Dr. Bartha Tibor (szerk.): Ajánlás az Uzsoki Utcai Kórház személy- és vagyónvédelmi tervéhez. Budapest, a Személy-, Vagyonvédelmi és Magánnyomozói Szakmai Kamara Budapesti Szervezete és a Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem Bolyai János Katonai Műszaki Kar közös kiadványa, 2010.
93. Vasváry György, Lengyel Csaba, Valádi Zoltán: A vállalati biztonság keretrendszere. Vagyonbiztonság, Üzembiztonság, Informatikai Biztonság. Ajánlás, 6.0 változat. 2006.
http://infota.org/biztmen/docs/vallalati_biztonsag_keretrendszere_6.0.pdf
 (2013.11.11)
94. Vízvári László-Gyetzai Györgyi (szerk.): Az egészségügy humán erőforrás stratégiája (munkapéldány). Budapest, Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, 2010.
<http://elitmed.hu/riports/HRST.pdf> (2014.07.11)
95. Work Safe BC: Preventing Violence In Health Care – five steps to an effective program. 2005. ISSN 1718-1909
http://www.worksafebc.com/publications/health_and_safety/by_topic/assets/pdf/viol_healthcare.pdf (2015.07.03)

96. Zentai István: A meggyőzés útjai, a mindennapi élet meggyőzés pszichológiája. Budapest, Typotex, 2000. ISBN 978-963-9132-14-6

Cikkek

97. Dió Mihály, dr. Forgács Lajos: Egészségügyi-kórháztechnikai alapfogalmak (3. rész). In: *Orvos és kórháztechnika*, 2007. XLV. évf. 3. szám, p.4–9. ISSN 1585-7360
98. Dr. Karner Cecília: Gazdálkodás az egészségügyben – közgazdasági alapok. In: *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2007. 45. évf. 2. szám, p.9–14. ISSN 0013-2276
99. Gajduschek György: A „Run like a business” jelszó ideológiakritikája. In: *Politikatudományi Szemle*, 2010. XIX. évf. 1. szám, p.125–148
100. Hódi Sándor: A balesetveszély személyiség háttere. In: *A HÍD*, irodalmi, művészeti, és társadalomtudományi folyóirat, 1978. XLII. évf. 6. szám, p.776–782. ISSN 0350-9079
101. Karim H. Vellani: The gentle art of threat assessment in: *Journal of Health Care Protection Management*, 2011. vol. 23. No.1. p.107–114. ISSN 0891-7930
102. Karl Cates: Reducing employee injuries through preventing at – risk behaviors. In: *Journal of Health Care Protection Management*, 2001. vol. 17. No.2 p. 62–67. ISSN 0891-7930
103. Kerecsi Klára: Közösség és bűnmegelőzés: közösségi bűnmegelőzés. In: *Magyar Tudomány*, 2001. XLVIII. évf. 8. szám, p.929–946. ISSN 0025-0325
104. Kuris Zoltán: A biztonságtechnika tudományszak tárgya és eredményei. In: *Hadmérnök*, 2010. V. évf. 1. szám, p.39–49. ISSN 1788-1919
105. Makai Péter, Dr. Gulácsi László: A betegbiztonság alapjai és a dán betegbiztonsági rendszer I. rész. In: *Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, 2005. IV. évf. 5. szám, p.22–25. ISSN 1789-9974
106. Szabó Lajos: Mi a biztonság? In: *Pécsi határőr, tudományos közlemények*, 2012. XIII. p.73–86. ISSN 1589-1674
107. Tiszolczi Balázs Gergely: Biztonságos kórház? In: *Hadmérnök*, 2011. VI. évf. 1. szám, p.115–119. ISSN 1788-1919
108. Tiszolczi Balázs Gergely: Globális gazdasági és társadalmi folyamatok hatása a kockázatmenedzsment hatékonyságára az egészségügyben. In: *Bolyai Szemle*, 2012. XXI. évf. 2. szám, p.87–106. ISSN 1416-1443
109. Tiszolczi Balázs Gergely: Gondolatok a kórházi személy és vagyonvédelemről. In: *Hadmérnök*, 2013. VIII. évf. 1. szám p.43–54. ISSN 1788-1919
110. Tiszolczi Balázs Gergely: Kórházi objektumok védelmének sajátosságai. In: *Bolyai Szemle*, 2012. XXI. évf. 1. szám, p.151–168. ISSN 1416-1443
111. Tiszolczi Balázs Gergely: A kórházi tűzvédelem néhány aspektusa az Országos Tűzvédelmi Szabályzat előírásainak tükrében. In: *Florian Express, Magyar Tűzbiztonsági Szakfolyóirat*, 2013. XXII. évf. 7–8. szám, p.296–302. ISSN 215 492X
112. Tiszolczi Balázs Gergely: Robbantással való fenyegetés kezelésének lehetőségei kórházi objektumokban. In: *Honvédtörvény*, 2014. LXVI. évf. 3–4. szám, p.36–48. ISSN 0133-879X
113. Tiszolczi Balázs Gergely: Tűzvédelmi követelmények érvényesítése kórházak

rekonstrukciójánál I. In: *Védelem, katasztrófa- és tűzvédelmi szemle*, 2011. XVIII. évf. 3. szám, p.17–19. ISSN 1218-2958

114. Tiszolczi Balázs Gergely: Tűzvédelmi követelmények érvényesítése kórházak rekonstrukciójánál II. In: *Védelem, katasztrófa- és tűzvédelmi szemle*, 2011. XVIII. évf. 4. szám, p.29–31. ISSN 1218-2958
115. Tiszolczi Balázs Gergely: Tűzvédelmi vizsgálati szempontok kórházakban végzett kockázatértékelési eljárások során. In: *Florian Express, Magyar Tűzbiztonsági Szakfolyóirat*, 2012. XXI. évf. 6. szám, p.256–264. ISSN 1215 492X
116. Turcsányi Károly-Vasvári Ferenc: A biztonságtudományról és szerepéről a korszerű menedzserszemlélet kialakításában. In: *Hadtudomány*, 1999. IX. évf. 1. szám, p.93–100. ISSN 1215-4121
117. Scott A. Hill: Linking hospital security to customer service, making the case for „world class” security. In: *Journal of Health Care Protection Management*, 2011. vol. 27. No.2. p. 71–75. ISSN 0891-7930
118. Vicsek Tamás: Komplexitás-elmélet. In: *Magyar Tudomány*, 2003. XLVIII. kötet, 3. szám. p.305–307 ISSN 0025-0325

Értekezések, szakdolgozatok, előadások

119. Atkány Katalin: A mátrixkórház orvosszakmai és gazdasági előnyei – A Szent Imre Kórház mátrixstruktúrája. Szakdolgozat. Budapesti Corvinus Egyetem, Gazdálkodástudományi Kar, Vezetéstudományi Intézet. Budapest, 2010.
120. Balogh Zsuzsanna: Objektumok robbantásos cselekmények elleni védelmének lehetőségei. Doktori értekezés. Nemzeti Közszerződési Egyetem, Katonai Műszaki Doktori Iskola. Budapest, 2013.
121. Boda György: A tudástőke kialakulása és hatása a vállalati menedzsmentre. Doktori értekezés. Budapesti Műszaki és Gazdálkodástudományi Egyetem, Gazdálkodás- és Szervezéstudományi Doktori Iskola. Budapest, 2005.
122. Dr. Bedros J. Róbert: Kiemelt fontosságú egészségügyi intézmények bioterror-támadások elleni védelmének néhány alapkérdése. Doktori értekezés. Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem, Katonai Műszaki Doktori Iskola. Budapest, 2004.
123. Flack Melinda: A betegmozgatás váz- és izomrendszerre kifejtett hatásainak munkavédelmi szempontú vizsgálata. Szakdolgozat. Országos Munkavédelmi Képző és Továbbképző Kft. Budapest, 2011.
124. László Etelka: Tűszúrásos balesetek elleni védelem az egészségügyben. Szakdolgozat. Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Közlekedésmérnöki és járműmérnöki Kar. Budapest, 2014.
125. Molnár Attila, az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete elnökének 2015.06.03-án „Kórházi létesítménygazdálkodás a gyakorlatban” címmel a Létesítménygazdálkodás az egészségügyben elnevezésű konferencián elhangzott előadása
126. Piczil Márta: Az ápolói hivatás magatartástudományi vizsgálata és egészségvédelme. Doktori értekezés. Szegedi Tudományegyetem, Neveléstudományi Doktori Iskola. Szeged, 2009.
127. Taksás Balázs: Gazdasági biztonsági kihívások napjaink globalizált világában.

Doktori értekezés. Nemzeti Közszerológálati Egyetem, Hadtudományi Doktori Iskola. Budapest, 2013.

128. Tandari-Kovács Mariann: Érzelmi megterhelődés, lelki kiégés az egészségügyi dolgozók körében. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola. Budapest, 2010.
129. Tiszolczi Balázs Gergely: A vállalati biztonságtechnika gazdaságtani megközelítése. Szakdolgozat. Budapesti Gazdasági Főiskola, Pénzügyi és Számviteli Kar. Budapest, 2015.

Egyéb Internetes források

130. A Magyar Kórházszövetség javaslatai az egészségügyi ellátórendszer további átalakításáról. Budapest, 2014
<http://www.korhazszovetseg.hu/ci/assets/pdf/uploads/MKSZJavaslat20141006.pdf> (2015.02.15)
131. Amíg a beteget vizsgálták, a tolvaj összepakolt
<http://nol.hu/archivum/archiv-408232-219470> (2016.02.12)
132. A Pallas Nagy Lexikona/Cél
<http://mek.oszk.hu/00000/00060/html/019/pc001911.html#6> (2013.08.10)
133. Assisi Szent Ferenc Imája
http://www.szentkeresztplebania.hu/Assisi_Szent_Ferenc_imaja.html (2015.09.15)
134. Attitűdök I., Struktúra, mérés és funkciók
http://www.napkozi.hu/dl.php?p=/5eves_szociologia/attitud_es_viselkedes&i=attitud.doc. (2010.04.01)
135. Az egészségügyi ágazatban dolgozó munkavállalók egészségét és biztonságát veszélyeztető munkahelyi kockázatok
<http://tamop248.hu/download/eredmenyek/kiadvanyok/eu-agazat.pdf> (2015.12.11)
136. Az egészségügyi ellátórendszer átalakítása – Dr. Török Krisztina előadása 2013.04.03
http://www.gyemszi.aek.hu/gyemszi/home/rolunk/foigazgato/gyemszi/egeszssegszervezes/upload/gyemszi_eredm_tk_eloadasa_ppt (2014.03.01)
137. Állami Számvevőszéki jelentés a kórházi ellátás működtetésére fordított pénzeszközök felhasználásának ellenőrzéséről, 2013. február
<https://www.asz.hu/storage/files/files/%C3%96sszes%20jelent%C3%A9s/2013/13012j000.pdf?download=true> (2015.03.01)
138. Bombariadó a megyei kórházban
<http://www.szekelyhon.ro/archivum/offline/cikk/4221/bombariado-a-megyei-korhazban> (2015.08.07.)
139. Bombariadóval szökött volna
http://www.delmagyar.hu/mako_hirek/bombariadoval_szokott_volna_/2106747/?mredirect=1 (2015.08.07)
140. Egészségtudományi Fogalomtár
http://fogalomtar.eski.hu/index.php/Progressz%C3%ADv_ell%C3%A1t%C3%A1s (2015.04.02)
141. Egészségtudományi Fogalomtár

- <http://fogalomtar.eski.hu/index.php/HBCs> (2015.04.02)
142. Egészségtudományi Fogalomtár
<http://fogalomtar.eski.hu/index.php/TVK> (2015.04.02)
143. Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ: OSAP 1626 Bér- és létszámstatisztika, Egészségügyi ágazat. Vezetői összefoglaló. 2015.
<http://www.enkk.hu/hmr/documents/beresletszam/2015/teljes/2015.vezetoiosszefoglalo.pdf> (2016.11.10)
144. Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség: Munkavédelmi helyes gyakorlat online az egészségügyi ágazat számára
http://osha.europa.eu/hu/publications/factsheets/hu_29.pdf (2011.05.04)
145. Guest: When bomb threat at an abortion clinic is not about the politics of choice
http://seattletimes.com/html/opinion/2022458505_mercedessanchezopeddomesticviolence14.xml.html (2014.09.14)
146. Központi Statisztikai Hivatal: Egészségügyi kiadások alakulása (2003–2014)
http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fec001.html (2016.11.10)
147. Központi Statisztikai Hivatal: Dolgozó orvosok száma (2002–2015)
http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fer001.html (2016.11.10)
148. Magyar Rezidens Szövetség és a Szinapszis Kft. által 2015-ben készített betegbiztonsági kutatás
http://www.szinapszis.hu/kutatasi_eredmenyek/123 (2015.10.12)
149. Majláth Ronald: Nem szűnik hazánkban a kórházi erőszak, Magyar Nemzet Online
http://mno.hu/magyar_nemzet_belfoldi_hirei/nem-szunik-hazankban-a-korhazi-eroszak-1282602 (2015.10.11)
150. Nagyon keveset kapnak az államtól a kórházak
<http://hirlevel.egov.hu/2014/11/26/nagyon-keveset-kapnak-az-allamtol-a-korhazak/> (2015.10.02)
151. A Nemzeti Együttműködés Programja
<http://www.parlament.hu/irom39/00047/00047.pdf> (2015.05.16)
152. Országos Egészségbiztosítási Pénztár: Kórházi ágyszám és betegforgalmi kimutatás, 2015
http://www.oep.hu/data/cms1001947/Korhazi_agyszamkimutatas_2015.pdf (2016.11.10)
153. Obuch László: Informatikai rendszerek tervezése
http://aktivitas-tizsk.hu/elearning/Obuch_Laszlo/Tervezesi_alapismeretek.pdf (2015.10.04)
154. Sok kívánnivalót hagy maga után a kórházak biztonsága
<http://nol.hu/belfold/kabito-koktella-rabolt-1480077> (2016.02.12)
155. Sógor András: Kockázatértékelés egy nagyvállalatnál, a kockázatértékelés nagyvállalati tapasztalatai
http://www.ommf.gov.hu/index.php?akt_menu=390 (2014.02.01)
156. Szegény György: A pszichoszociális környezet, a szubkultúrák jelentősége a pszichoszociális kockázatok azonosítása érdekében
http://portal.zmne.hu/download/konyvtar/digitgy/publikacio/Szegeny_Gy7.pdf (2015.09.15)

157. Veréssel fenyegetett orvosok, ápolónők
http://nol.hu/belfold/20100511-veressel_fenyegetett_orvosok__apolonok-657221
(2015.02.16)
158. <http://hu.wikipedia.org/wiki/Rendszer> (2013.11.11)
159. http://www.ksh.hu/docs/hun/xtabla/onking/tablonk07_02_17.html (2014.01.11)
160. <http://www.pszichoterapia.eu/fogalmak.html> (2016.01.12)
161. <http://szivarvanyorszag.gportal.hu/gindex.php?pg=13906041> (2015.11.12)

Az értekezés ábráinak és táblázatainak jegyzéke

Ábrák

1. számú ábra: A lakosság egészségi állapotát befolyásoló tényezők aránya
2. számú ábra: A 20-80 szabály egészségügyi értelmezése
3. számú ábra: Progresszív ellátás
4. számú ábra: Az ÁEEK (Gyemszi) fenntartásában lévő egészségügyi intézmények az integráció után
5. számú ábra: A biztonság szintjének értelmezése
6. számú ábra: A betegbiztonság összetevői
7. számú ábra: Védelmi háromszög
8. számú ábra: A maslowi szükséglethierarchia
9. számú ábra: Öregedési index és időskori függőségi ráta
10. számú ábra: Fizikai biztonság szempontjából vállalt többletkockázat összesített, átlagos mértéke
11. számú ábra: Lelki egészség szempontjából vállalt többletkockázat összesített, átlagos mértéke
12. számú ábra: Fizikai biztonság szempontjából vállalt többletkockázat átlagos mértéke ágazonként
13. számú ábra: Lelki egészség szempontjából vállalt többletkockázat átlagos mértéke ágazonként
14. számú ábra: A vállalt kockázati szint érték szerinti megoszlása a fizikai biztonságot veszélyeztető kockázatok tekintetében
15. számú ábra: A vállalt kockázati szint érték szerinti megoszlása a lelki egészséget veszélyeztető kockázatok tekintetében
16. számú ábra: Jellemző kockázatok megoszlása a válaszadók között
17. számú ábra: Ramsey baleset-kialakulási modellje
18. számú ábra: Ramsey viktimológiai összefüggések figyelembevételével módosított modellje
19. számú ábra: Kórházakban alkalmazott figyelemfelhívó közlemény
20. számú ábra: Saját készítésű plakátterv
21. számú ábra: Az egészségügyi dolgozóktól elvárt kockázatvállalási hajlandóság
22. számú ábra: Válaszadók nemének eloszlása
23. számú ábra: A válaszadók foglalkoztatási ágazata

24. számú ábra: A válaszadók legmagasabb befejezett iskolai végzettsége
25. számú ábra: Válaszadók munkaköre
26. számú ábra: A vállalt kockázati szint érték szerinti megoszlása a fizikai biztonságot veszélyeztető kockázatok tekintetében (válaszadók összessége)
27. számú ábra: A vállalt kockázati szint érték szerinti megoszlása a lelki egészséget veszélyeztető kockázatok tekintetében (válaszadók összessége)

Táblázatok

1. számú táblázat: A 2015. december 31-én működő kórházak száma fenntartók szerinti bontásban
2. számú táblázat: Az egészségügyi célt szolgáló épületek százalékos megoszlása az építés éve szerint

Mellékletek

1. számú melléklet - Kérdőív a munkavállalók kockázatvállalási hajlandóságának felméréséhez

Tisztelt Kérdőív Kitöltő!

Jelen felmérés célja, hogy egy PhD (doktori) kutatás keretében, széleskörű adatgyűjtésen alapulva összehasonlítsuk a különböző területeken munkát végzők kockázatvállalási hajlandóságát, megállapítsuk annak mértékét, és meghatározzuk a lehetséges okokat. Az így nyert információkat a munkavállalók (talán éppen az Ön) biztonságának javítása érdekében használjuk fel. Kérem, az alábbi kérdések megválaszolásával támogassa ezen törekvésünket.

A kérdőív természetesen önkéntes és anonim, az alapadatok felvételén kívül 4 kérdést tartalmaz, kitöltése körülbelül 7-9 percet vesz igénybe. A kérdőív kitöltője a válaszokat feldolgozók számára sem azonosítható. Biztosítjuk arról, hogy az Ön által megadott adatokat bizalmasan kezeljük, harmadik fél számára nem tesszük hozzáférhetővé, és csakis a megjelölt cél érdekében dolgozzuk fel őket.

A kitöltésnél kérem, ügyeljen a csillaggal (*) jelölt, a továbblépéshez mindenképpen szükséges kérdésekre!

Amennyiben a kérdőívvel kapcsolatban kérdése lenne, esetleg észrevételt tenne, az alábbi e-mail címen teheti meg: kockazatfelmeres2015@gmail.com

*Kötelező

A válaszadó neme *

- Nő
- Férfi

A válaszadó életkora *

- 20 év alatt
- 20-25 év között
- 25-30 év között
- 30-35 év között
- 35-40 év között
- 40-45 év között
- 45-50 év között
- 50-55 év között
- 55-60 év között
- 60 év felett

A válaszadó foglalkoztatási ágazata *

- Ipar
- Egészségügy, azon belül alapellátás vagy járóbeteg-szakellátás
- Egészségügy, azon belül fekvőbeteg-szakellátás
- Egyéb egészségügyi ellátás
- Közigazgatás
- Egyéb közszolgáltatás
- Szolgáltatás
- Mezőgazdaság
- Oktatás
- Sport, kultúra
- Rendvédelem, honvédelem
- Egyéni vállalkozó
- Egyéb:

A válaszadó legmagasabb, befejezett iskolai végzettsége *

- 8 általános
- Szakmunkásképző
- Gimnázium/szakközépiskola
- Főiskola/egyetem
- Egyéb:

A válaszadó munkakörének jellege *

- Adminisztratív
- Informatikai
- Vezetői
- Rendészeti
- Ügyfélkapcsolati
- Pénzügyi
- Mérnöki, vagy egyéb műszaki
- Orvosi
- Egészségügyi szakdolgozó
- Egyéb fizikai
- Egyéb szellemi
- Egyéb:

1. Fizikai biztonságom szempontjából, egyéb hétköznapi tevékenységem során tanúsított magatartásommal összehasonlítva munkám végzése közben az alábbi mértékben vállalok többletkockázatot: *

Kérem, a kérdés megválaszolása előtt olvassa el az oldal alján található, az 1. kérdéshez tartozó kitöltési segédletet!

	1	2	3	4	5	
Egyáltalán nem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nagymértékben

2. Lelki egészségem szempontjából, egyéb hétköznapi tevékenységem során tanúsított magatartásommal összehasonlítva munkám végzése közben az alábbi mértékben vállalok többletkockázatot: *

Kérem, a kérdés megválaszolása előtt olvassa el az oldal alján található, a 2. kérdéshez tartozó kitöltési segédletet!

	1	2	3	4	5	
Egyáltalán nem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nagymértékben

3. Amennyiben a fenti skálák közül legalább az egyiken 1-től eltérő értéket választott, kérem, állapítsa meg, az alábbi két állítás közül melyik igaz leginkább Önre, és kérem, válasszon a felsorolt lehetőségek közül.

Amennyiben az állítások alatt felsorolt egyik kijelentés sem igaz Önre, kérem, az egyéb sor alatt saját szavaival fogalmazza meg válaszát.

a) A munkám jellegére és a munkakörülményekre való tekintettel a többletkockázatot önként vagyok hajlandó vállalni, azért, mert:

- számomra értékes dolgot valósítok meg vele és/vagy örömet okoz.
- nem foglalkozom a lehetséges következményekkel.
- valamilyen munkahelyi előnyt remélek tőle.
- meg akarok felelni a tevékenységemmel kapcsolatos munkahelyi vagy külső (társadalmi) elvárásoknak.
- Egyéb:

b) A munkám jellegére és a munkakörülményekre való tekintettel a többletkockázatot egyéb, kényszerítő körülmények hatására vagyok kénytelen vállalni, azért, mert:

- erős bennem a munkahely elvesztésétől vagy egyéb negatív következményektől való félelem.
- a többletkockázat a munkavégzés jellegéből adódóan kiküszöbölhetetlen.

- a munkahelynek nincs megfelelő technológiai vagy anyagi lehetősége a védelem megvalósítására.
- rendelkezésre állnak ugyan a védelmi eszközök, de azok alkalmazása nagymértékben rontja a munkavégzés hatékonyságát.
- a kockázat vállalása hivatásomból származó kötelezettség.
- Egyéb:

c) Kérem, néhány példával, saját szavaival írja le, megítélése szerint melyek a munkavégzése során Önt érő, legjellemzőbb testi és/vagy lelki egészségét fenyegető kockázatok. Kérem, a leírásnál a legjellemzőbb kockázattól a kevésbé jellemző felé haladjon.

A kérdés megválaszolásában a kitöltési segédlet 1-2. pontja nyújthat segítséget.

4. Véleményem szerint egy egészségügyi dolgozónak gyógyító tevékenységét csak olyan körülmények között szabad ellátnia,

Kérem, a kérdés megválaszolása előtt olvassa el az oldal alján található, a 4. kérdéshez tartozó kitöltési segédletet!

- a) ha az a saját testi és/vagy lelki egészségét, biztonságát az egyébként elfogadható kockázat mértékénél jobban nem veszélyezteti.
- b) ha az a saját testi és/vagy lelki egészségét, biztonságát az egyébként elfogadható kockázatot legfeljebb kismértékben meghaladó módon veszélyezteti.
- c) a tevékenység jellegéből adódóan akkor is szükséges ellátnia, ha azzal önmaga testi és/vagy lelki biztonságára nézve az egyébként elfogadhatónál jelentősebb mértékű kockázatot vállal.

Kitöltési segédlet

1. kérdéshez: Fizikai biztonságot veszélyeztető többletkockázatok tekintetében elsősorban a következőkre gondoljon:

- a) fizikai sérülés veszélye, azon belül is, vágás, szúrás, el- vagy leesés, csúszás, ütés, extrém meleg vagy hideg, nagyfokú zaj vagy rezgés stb. egészségkárosító hatása;
- b) személyek támadása, fizikai erőszak;
- c) nem megfelelő testtartásban végzett munkából származó mozgásszervi panaszok kialakulásának veszélye (pl. számítógépes munkakör);
- d) por, aeroszol vagy szilárd megjelenési formájú vegyi anyag károsító hatása, elsősorban mérgezés, vagy felületi vegyi sérülések formájában;
- e) biológiai anyag egészségkárosító kockázata, elsősorban fertőzésveszély;
- f) ionizáló sugárzásból eredő sugárbetegség vagy sugársérülések kialakulásának veszélye.

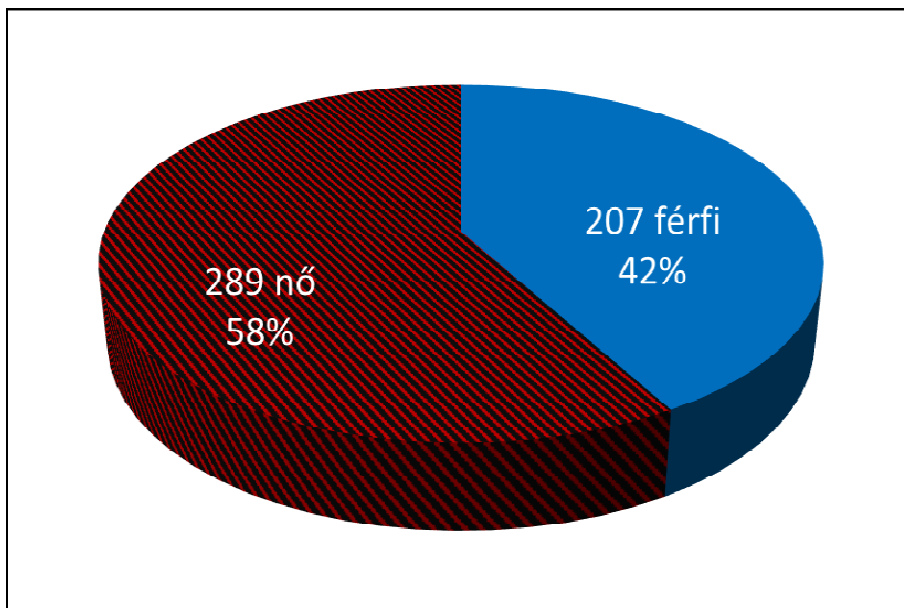
2. kérdéshez: Lelki egészséget veszélyeztető többletkockázatok tekintetében elsősorban a következőkre gondoljon:

- a) képernyős munkahelyeken történő munkavégzés;
- b) emberekkel foglalkozás kötelezettsége konfliktusveszélyes helyzetben;

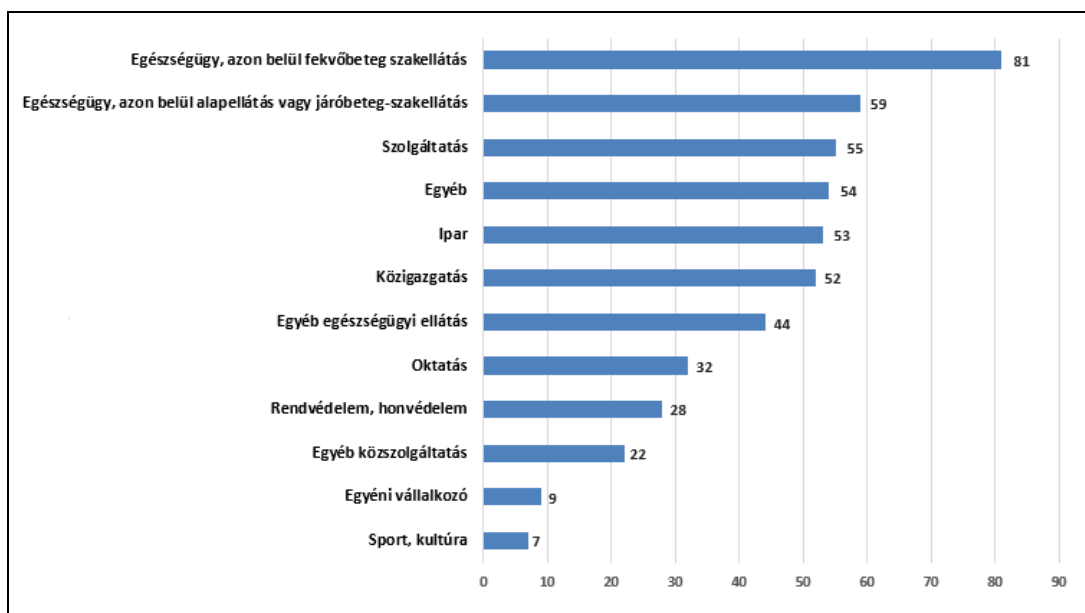
- c) verbális agresszió, munkahelyi zaklatás; d) társas, családi kapcsolat romlásának kockázata; e) a munkahely hierarchizáltságából, belső kapcsolatrendszeréből adódó konfliktusszituációk; f) fokozott felelősség emberekért és/vagy tárgyakért;
- g) döntés szükségessége nehezen áttekinthető helyzetben, hiányos vagy ellentmondó információk alapján, bonyolult szabályok, összefüggések utasítások alapján, vagy egymást gyorsan követő problémákban;
- h) rutin szellemi munka időkénszer viszonyai között, rövid idejű, egyszerű feladat változtatás nélküli állandó ismétlésével, tartósan szükséges akaratlagos figyelemmel;
- i) különböző munkaeszközök, technológiai folyamatok pontos, gyors váltogatása időkénszer vagy különleges figyelmi követelmény, illetve fokozott felelősség eseteiben;
- j) testi, érzékszervi, értelmi, beszéd- és más fogyatékos személyek nevelési-oktatási, ápolási-gondozási, rehabilitációs intézményeiben, javító intézetekben nevelési, oktatási tevékenység végzése;
- k) szakképzett ápolói munka végzése elmeosztályokon, elmeszociális otthonokban, súlyos fogyatékosok szociális intézményeiben, szociális otthonok munkavállalói, traumatológiai, intenzív osztályokon, krónikus és baleseti belgyógyászati osztályokon (öngyilkossági kísérletet tett betegeket ellátó osztályokon), onkológiai osztályokon, detoxikálóknban, krónikus elmeógyógyászati osztályokon, valamint drogambulancián, illetve -osztályokon.

4. kérdéshez: Elfogadható kockázat az azonosított kockázat azon része, amely további csökkentés nélkül is megengedett. Például: igen kis kockázata van a súlyos következményeknek vagy kissé nagyobb kockázata a kevésbé súlyosoknak.

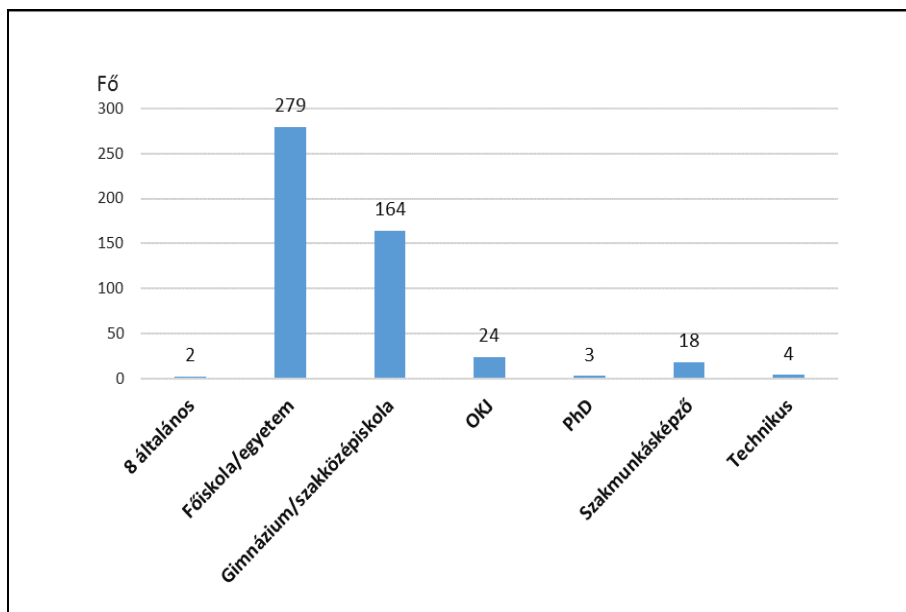
2. számú melléklet - A kérdőív összesített adatai



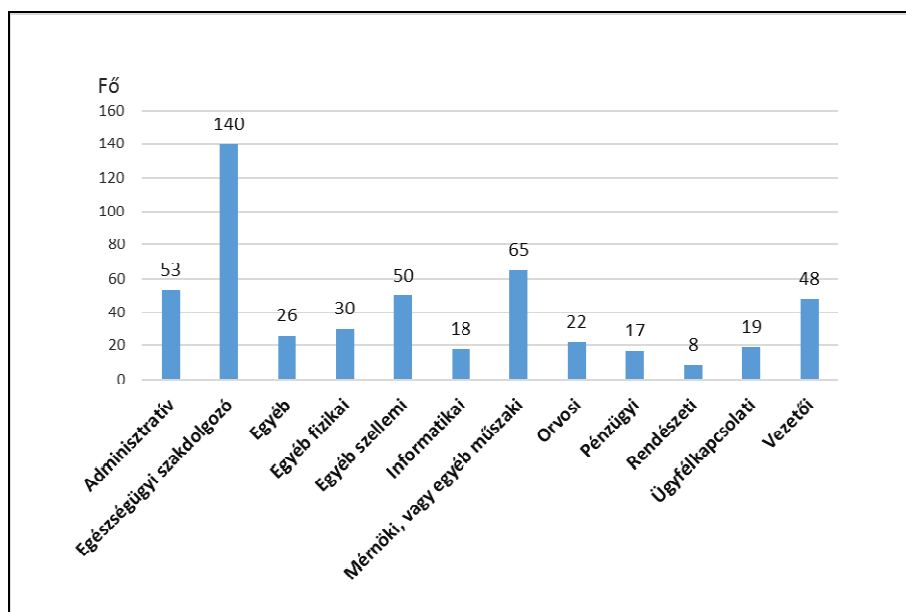
22. ábra
Válaszadók nemének eloszlása



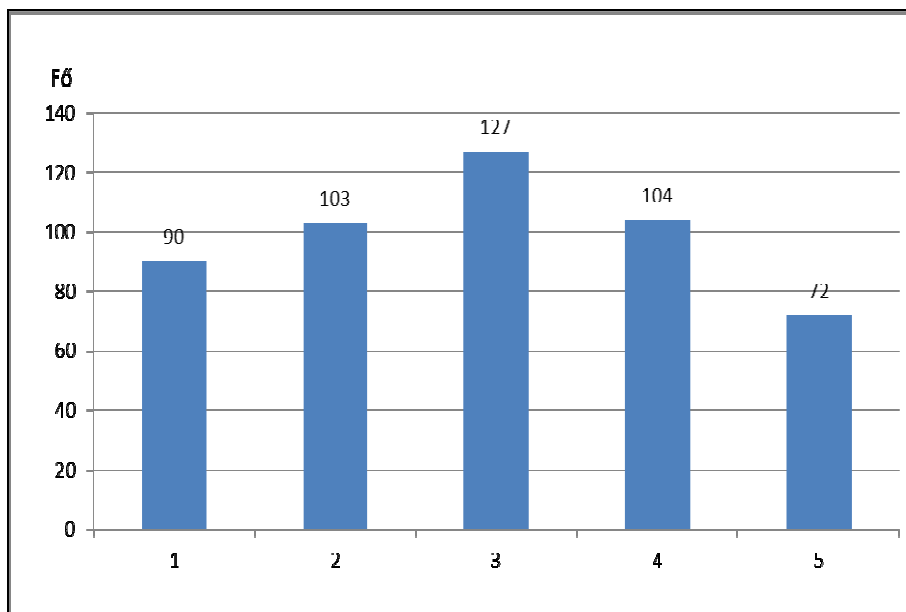
23. ábra
A válaszadók foglalkoztatási ágazata



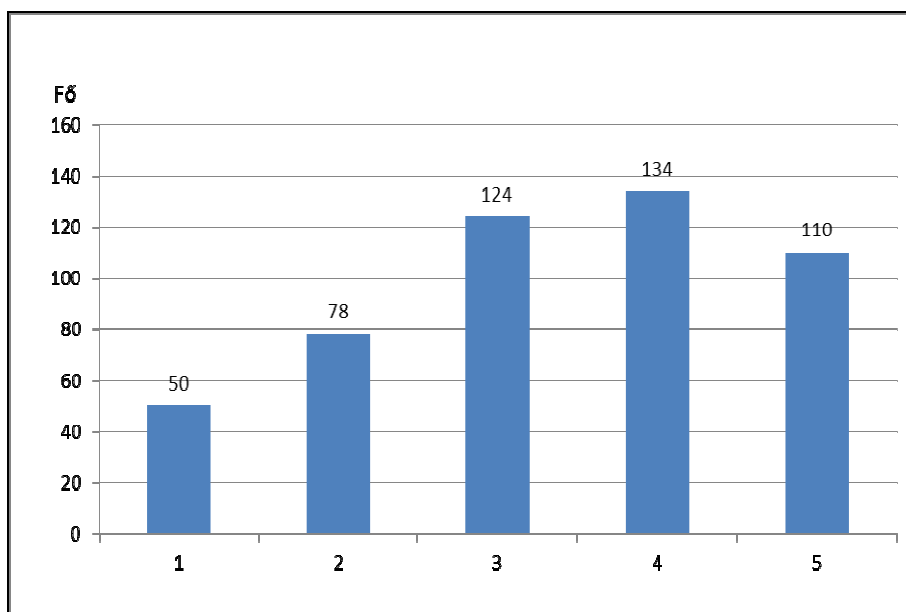
24. ábra
A válaszadók legmagasabb befejezett iskolai végzettsége



25. ábra
Válaszadók munkaköre



26. ábra
 A vállalt kockázati szint érték szerinti megoszlása a fizikai biztonságot veszélyeztető kockázatok tekintetében
 (válaszadók összessége)



27. ábra
 A vállalt kockázati szint érték szerinti megoszlása a lelki egészséget veszélyeztető kockázatok tekintetében
 (válaszadók összessége)