



Egészségügyi Ellátórendszer
Szakmai Módszertani Fejlesztése
EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001

D.V.2.4 OKI KUTATÁSOK ELKÉSZÍTÉSE

A DOLGOZÓK BÁNTALMAZÁSÁNAK OKAI ÉS A MEGELŐZÉS
LEHETŐSÉGEI

v.1.

***Az eredménytermék elkészítésének dátuma:
2020. 11. 09.***

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

Készítette az EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001
„Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” című projekt

Betegbiztonsági alprojekt NEVES munkacsoportja.



A projekt a Széchenyi 2020 program keretében valósul meg.

Eredménytermék készítője:

Valasek-Vincze Ildikó

Dr. Belicza Éva

Sinka Lászlóné Adamik Erika

Lektorok:

Szakmai lektor: Mészáros István

Anyanyelvi lektor: Pályi Márk

Előterjesztő:

Aláírás

Munkacsoport vezető neve: Sinka Lászlóné Adamik Erika

Jóváhagyó:

Aláírás

Alprojekt vezető neve: Dr. Belicza Éva

.....

Szakmai vezető: Dr. Oroszi Beatrix

.....

Konzorcium vezető: Nemzeti Népegészségügyi Központ

(Konzorciumi tag: Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ)

TARTALOMJEGYZÉK

1. Vezetői összefoglaló	5
2. Háttér és előzmények.....	8
2.1. A téma hazai szabályozásának áttekintése	10
2.2. A szakirodalom egyéb megállapításai a témában.....	12
2.3. A bántalmazások hatásai a szakirodalmi források alapján	12
3. Célkitűzés.....	15
4. Alkalmazott módszerek	16
4.1. A szakirodalom áttekintése.....	16
4.2. A NEVES-jelentések elemzése	17
4.3. Az okok és hozzájáruló tényezők keresése	18
4.3.1. Fókuszcsoporthoz megbeszélés	18
4.3.2. A gyökérok kutatása	20
4.3.3. A kockázatok értékelése	21
4.3.4. A megelőzési lehetőségek összegyűjtése	22
4.3.5. A bevezetendő intézkedések kiválasztása	22
5. Eredmények.....	23
5.1. Az okok listázása	23
5.1.1. A NEVES jelentőlapokból származó adatok.....	23
5.1.1.1. Demográfiai és alapadatok.....	23
5.1.1.2. A vizsgált minta jellemzői	24
5.1.1.3. Az esemény helyszínének jellemzői	26
5.1.1.4. Az esemény leírása	27
5.1.1.5. Az esemény következményei	36
5.1.2. Okok és hozzájáruló tényezők a szakirodalmi források alapján	39
5.1.3. Okok és hozzájáruló tényezők a fókuszcsoporthoz megbeszélés alapján	45
5.2. A gyökérok keresése	47
5.3. A releváns megoldások keresése	52
5.3.1. A kezelendő gyökérok kiválasztása	52

5.3.2. Megoldási javaslatok	54
5.3.2.1. Megoldási javaslatok a NEVES adatlap alapján.....	54
5.3.2.2. Megoldási javaslatok a szakirodalmi források alapján.....	56
5.3.2.3. A szakértők által megfogalmazott megoldási javaslatok	60
5.4. A változtatási javaslatok kiválasztása	61
5.5. A változtatás bevezetése	63
5.6. Hatásvizsgálat.....	63
6. Megbeszélés, következtetések és javaslatok	64
6.1. Megbeszélés.....	64
6.1.1. A módszertani ismeretek alkalmazása	64
6.1.2. A NEVES jelentési rendszer.....	65
6.2. Következtetések.....	68
6.3. Javaslatok	69
7. Ábrák és táblázatok jegyzéke	74
8. Köszönetnyilvánítás.....	76
9. Felhasznált szakirodalom	77
10. Mellékletek.....	81
11. Függelékek.....	114

1. VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

Világszerte egyre több olyan kutatás jelenik meg, amely az egészségügyi dolgozók ellen elkövetett agresszív cselekményeket vizsgálja. A *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH) állásfoglalása szerint a munkahelyi erőszaknak leginkább az egészségügyi dolgozók vannak kitéve. Az egyes szakmák közül az Munkakörülmények Európai Szervezetének felmérései alapján is az egészségügy a legveszélyeztetettebb. A szervezet adatai alapján az egészségügyi személyzetet 14,6%-ban éri valamilyen (fizikai, pszichés) típusú erőszak. Ezért nem meglepő, hogy az utóbbi években a nyugat-európai országok és az Amerikai Egyesült Államok egyre nagyobb figyelmet fordítanak az egészségügyi munkatársak bántalmazásának a megelőzésére. Irányelveket, útmutatókat fogalmaznak meg arra vonatkozóan, hogy az egészségügyi ellátás során előforduló erőszakos cselekmények számát csökkentsék, a személyzetre irányuló erőszakos viselkedést elkerülhetővé tegyék. (Besenyő & Deák, 2010; Alsaleem et al., 2018)

A nemkívánatos események megelőzése során kiemelten fontos tényező, hogy az eseményekhez vezető okokat feltárjuk, és azok ismeretében érdemi, hosszú távon hatással bíró intézkedéseket vezessünk be. Ezt segítheti elő az, ha a már bekövetkezett eseményekkel kapcsolatos adatokat egy jelentési rendszer segítségével összegyűjtjük és kellő számú adat esetén elemezzük. Ennek segítségével megtalálhatjuk azokat az ismétlődéseket, jellemző körülményeket, amelyek megváltoztatásával elérhetjük az újabb események bekövetkezésének megelőzését.

A 2010-es EU-irányelv megfogalmazása szerint „a váratlan események jelentésére szolgáló eljárásoknak a rendszertényezőkre kell összpontosítaniuk, nem pedig az egyéni hibákra.” (2010/32/EU irányelv, 2010) Hazánk betegbiztonsággal foglalkozó szakértői is hangsúlyozták, hogy „[h] a rendszer és a folyamatok javítása nem történik meg, »csak« a felelős azonosítása és esetleges megbüntetése, akkor hasonló ellátási hiba a jövőben egy másik ellátóval és egy másik beteggel ugyanúgy előfordulhat. Fel kell ismerni tehát, hogy a nemkívánatos események csökkentésének legeredményesebb eszköze a rendszerhibák és -gyengeségek feltárása és ezek kezelése.” (Belicza & Lám, 2013)

A WHO Magyarországi Irodájának felkérésére, valamint az Egészségügyi Minisztérium megbízásából a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központja 2006-ban kialakította és azóta is működteti a hazai nemkívánatos események jelentési és tanulórendszerét, amelynek elnevezése a NEVES (Nem Várt Események) jelentési rendszer. A jelenthető nem várt események között szerepel a dolgozók bántalmazása is. (Lám et al., 2016)

A saját kutatási eredményeink, a hazai és nemzetközi szakirodalmi adatok szisztematikus feldolgozása, valamint a szakértőkkel folytatott egyeztetés alapján célunk módszertani támogatást nyújtani egyrészt a hazai egészségügyi szolgáltatók számára a dolgozókat ért bántalmazások megelőzéséhez, másrészt az egészségügyi intézményeknek, hogy saját maguk

számára megtalálhassák a legmegfelelőbb megelőzési lehetőségeket. A tanulmány segítséget nyújthat továbbá a bekövetkezett nem várt eseményekből való tanuláshoz is.

A jelen tanulmány a fekvő- és járóbeteg-ellátás során bekövetkezett dolgozói bántalmazásra fókuszál, tekintettel arra, hogy az elemzett adatokat ezen adatszolgáltatói körből jelentették. Az oki kutatás alapjául a NEVES jelentési rendszerbe a dolgozók bántalmazásának témájában érkezett (n=137) események adatainak összesített elemzése szolgál, ez egészül ki a már említett szakirodalmi forrásokból és szakmai egyeztetésekből származó információkkal.

Elemzéseink során a dolgozókat érő bántalmazások hátterében többnyire az emberekkel, a környezettel, a módszerekkel, valamint a kommunikációval kapcsolatos hiányosságokat azonosítottunk (lásd a 3. melléklet A–D táblázatait).

Tanulmányunkban hangsúlyozzuk továbbá a bántalmazások bekövetkezésének hátterében álló olyan okokat és hozzájáruló tényezőket, amelyek a hazai egészségügy „specifikumai”.

A szakértőink által kiemelt okok és hozzájáruló tényezők az alábbiak:

- a minimumfeltételek alatti létszám;
- a személyzethiány miatt a bérnővérek és vendégorvosok magas számú alkalmazása, ami horizontálisan és vertikálisan is konfliktusforrást jelent a rendszerben;
- a nem megfelelő munkakörülmények;
- az egészségügyi dolgozók hivatásból, egy foglalkoztatásból történő megélhetése nem minden esetben biztosított;
- a munkavállalók motiválásának elmaradása;
- jelentősek a korlátozó intézkedések helytelen használatából adódó problémák (lásd az 1. függelék);
- a betegfelvétel során – a pszichiátriai osztályokat leszámítva – nincs lehetőség a beteg kockázatfelmérésére, valamint a kockázatbesorolására (hazánkban nem használatosak a kockázatmeghatározó modellek);
- a személyzet stílusából adódó problémák: az egészségügyi munkatársak sok esetben nem érzékelik a szavak súlyát, gyakran ők maguk gerjesztenek felesleges vitát;
- a transzkulturális ellátás hiánya (lásd a 2. függelék);
- a kompetenciahatárok ismeretének hiánya.

A beazonosított okok és hozzájáruló tényezők teljes listáját a tanulmány vonatkozó részeiben bővebben is megtalálhatják.

Egy probléma hátterében több gyökérok, illetve hozzájáruló tényező is állhat. Ezek azonosítása azért fontos, hogy ki tudjuk választani azokat, amelyek a legjelentősebb problémát okozzák. Elsőként ezekre célszerű megoldási javaslatot keresni és intézkedési tervet készíteni, hogy a jövőben megelőzhetővé tegyük az újabb nem várt események előfordulását.

A tanulmány készítése során meghatározott, elsődleges megoldási lehetőségek, intézkedési tervek a következők:

- a helyes fájdalommenedzsment;
- az agresszivitás előjeleinek felismerése és kezelése;
- az eltérő kultúrák figyelembevétele;
- a munkatársak kommunikációs készségének fejlesztése.

A felsorolásunk nem teljeskörű, a vezetői összefoglalóban csupán a leghangsúlyosabb megoldási javaslatokat soroltuk fel. A teljes lista a tanulmány vonatkozó részeiben bővebben megtalálható.

A nem várt események bekövetkezését ugyan nem minden esetben lehet elkerülni, előfordulásuk részben mégis megelőzhető, számukat a megfelelő intézkedésekkel csökkenteni lehet. Amennyiben egy adott intézmény úgy dönt, hogy a tevékenysége során hangsúlyt helyez a dolgozók bántalmazásának megelőzésére, a jelen tanulmány segítségül szolgálhat ehhez az okok feltárásában és a legcélszerűbb teendők kiválasztásában, továbbá ismerteti az ehhez szükséges lépéseket és eszközöket, valamint ötleteket ad és mintákat mutat be az érdeklődők számára.

A dolgozók bántalmazása kapcsán végzett oki kutatás során az EFOP-1.8.0-VEKOP-17 „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” c. kiemelt projekt keretében készült, D.V.2.3 OKI KUTATÁSOK ELŐKÉSZÍTÉSE, MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓ AZ OKI KUTATÁSOK KÉSZÍTÉSÉHEZ (a továbbiakban: MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓ) című összefoglaló alapján jártunk el. (Sinka et al., 2019)

2. HÁTTÉR ÉS ELŐZMÉNYEK

Az Egészségügyi Világszervezet 2005-ben fogalmazta meg azt az irányelvet, amely az egészségügyi intézményekben az ellátás során keletkezett nemkívánatos eseményekből való tanulást tűzte ki célul. Az irányelv tartalmazza azokat a kulcsfontosságú üzeneteket, amelyek segítséget nyújtanak a tagországoknak a saját jelentési rendszerük kialakításához. (WHO, 2005)

A WHO Magyarországi Irodája és az Egészségügyi Minisztérium felkérésére a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központja (SE-EMK) 2006-ban kezdte meg a nemkívánatos események jelentési rendszerének kialakítását, amelyet azóta is működtet. (Lám et al., 2016)

A hazai intézményeknek 21 témában van lehetőségük a bekövetkezett nemkívánatos események online rendszerben történő rögzítésére, illetve saját adataik összevetésére az országos statisztikával. A jelentési rendszer elnevezését a NEVES (NEM Várt Események) betűszóból alakították ki.

A témával kapcsolatos, feltétlenül megemlítenő körülmény, hogy 2016. január 1-én hatályba lépett az egészségügyi törvény módosítása, amely a belső minőségügyi rendszer működtetésének részeként elvárásaként fogalmazza meg az egészségügyi szolgáltatók felé „a betegbiztonsággal összefüggő kockázatok, a nemkívánatos események áttekintését, elemzését, értékelését és a megelőző intézkedések megfogalmazását.” (1997. évi CLIV. törvény, 2018) A NEVES Program e cél megvalósulását segíti elő (<https://info.nevesforum.hu/>).

A program két fő elemet tartalmaz:

- az ellátás során bekövetkezett nemkívánatos események adatainak gyűjtését és elemzését támogató, a hazai egészségügyi szolgáltatók számára ingyenesen elérhető NEVES online jelentési rendszert; valamint
- a negyedévenként megrendezett betegbiztonsági témájú NEVES Fórumot.

Az EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001 „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” című kiemelt projekt keretében összesen nyolc, a NEVES rendszerbe jelentett, az egészségügyi ellátással kapcsolatos nemkívánatos esemény témájában készül részletes elemzés, ezek közül az egyik az egészségügyi dolgozókat ért bántalmazások okait és megelőzési lehetőségeit vizsgálja.

Bár a NEVES rendszerben jelentett esetek száma a dolgozókat ért bántalmazások vonatkozásában csekély (n=137), a nemkívánatos esemény bekövetkezésének potenciális súlyossága és a nemzetközi kutatások által jelzett előfordulási gyakoriság miatt azonban

különösen fontosnak tartottuk a témakör mélyreható vizsgálatát, valamint a kapott eredményeink bemutatását.

A munkahelyi agresszió kérdése nem egydimenziós. A betegek vagy a hozzátartozók által elkövetett bántalmazásokat rendszerint nem lehet csupán egyetlen okkal megmagyarázni. Sok esetben a támadásnak előzményei vannak, így erőszakspirál alakulhat ki. Nem ritka, hogy a nem megfelelő kommunikáció és/vagy testbeszéd félreértéshez vezet. A betegek az állapotuk miatt – mint például az idegrendszeri és/vagy mentális zavarok, alkohol-, kábítószer- vagy gyógyszerfüggőségek – agresszívan reagálhatnak. A fentiekből adódóan nehéz elérni a teljes biztonságot. Az utóbbi években megfigyelhető változások, az agresszív viselkedés egyre gyakoribb előfordulása, a dolgozók bántalmazása a betegbiztonságot is nagymértékben befolyásolja. (Európai Bizottság Foglalkoztatás..., 2011)

Az Amerikai Kórházzövetség számára készített 2017. évi jelentésben szereplő adatok szerint az Egyesült Államok kórházainak és egészségügyi rendszereinek munkahelyi erőszak miatti költségei 2016-ban mintegy 2,7 milliárd dollárt tettek ki. Ebből 280 millió dollár fedezte a személyzet felkészítését és a megelőzéssel kapcsolatos intézkedések kidolgozását, 852 millió dollár az áldozatok visszatérítetlen orvosi ellátásával kapcsolatos költségeket, 1,1 milliárd dollár pedig a biztonsági és képzési költségekkel kapcsolatos kiadásokat. További 429 millió dollárt áldoztak orvosi ellátásra, kártalanításra és egyéb költségekre. Ezért nem meglepő, hogy az utóbbi években a nyugat-európai országok és az Amerikai Egyesült Államok egyre nagyobb figyelmet fordítanak a kórházi alkalmazottak elleni erőszak kivédésére. Irányelveket és útmutatókat fogalmaznak meg arra vonatkozóan, hogy csökkentsék az egészségügyi ellátás során előforduló erőszakos cselekmények számát és elkerülhetővé tegyék a személyzetre irányuló erőszakos viselkedést. (American Hospital Association, 2018)

A kórházak személyzetének többsége a munkája során találkozott már feszült, indulatos, vagy akár agresszív beteggel. Az ilyen helyzetek sok esetben konfliktushoz, bántalmazáshoz vezethetnek. A bántalmazásnak számtalan formáját ismerjük, lehetnek enyhe bántalmazások, mint a testi sértéssel való fenyegetés, vagy lehetnek súlyos testi sértések, amikor az elkövető megüti az áldozatot, amivel esetenként az egészségügyi ellátó komoly sérülését is okozza. A publikált adatok alapján a munkavégzéssel összefüggésbe hozható erőszakos események 75%-a az egészségügyi szférához kapcsolódik. A bántalmazások leggyakrabban az intézeten belül, a kórtermekben és a rendelőkben történnek, de az intézet udvarán is előfordulnak. A súlyos támadások a vezetőktől azonnali intézkedést követelnek. (Besenyő & Deák, 2010; Pilling, 2018)

Egy Írországban megjelent tanulmány szerint a lejelentett esetek 15%-ában az ellátót olyan mértékű pszichikai vagy fizikális bántalmazás érte, amely miatt nem tudott dolgozni. Írországban a munkahelyi erőszakkal összefüggésbe hozható költségeket 300.000 euró fölé becsülik. (Albert & Dudás, 2017)

A bántalmazás kimutathatóan szoros összefüggésben áll az agresszivitással. Sato és munkatársai az egészségügyi személyzetet ért agresszió definícióját a következőképpen fogalmazták meg: „A páciens úgy viselkedik az ápolóval, hogy az az ápolónak fizikai és mentális stresszt okoz.” (Sato et al., 2013)

Az Angliában elterjedt definíció szerint a kórházban „a munkahelyi erőszak minden olyan cselekedetet felölel, amely során az egészségügyi intézetben dolgozó személyeket bántalmazás éri, megfenyegetik vagy megtámadják a betegek, illetve olyan személyek, akik kapcsolatban állnak az alkalmazottakkal”. (Besenyő & Deák, 2010)

A NEVES jelentőlapon olvasható meghatározás szerint: a **„dolgozót ért bántalmazás: valamennyi előre nem látható, szóbeli és fizikai cselekedettel járó, a személyzetet feladata ellátásában hátrányosan befolyásoló esemény, amelyet az egészségügyi személyzet sérelmére a beteg vagy hozzátartozója követ el.”** (Lásd az 1. mellékletet.)

A tanulmány elkészítése során a dolgozót ért bántalmazás NEVES jelentőlapon megfogalmazott definícióját vettük alapul.

A jelen tanulmány a fekvő- és járóbeteg-ellátás keretében az egészségügyi dolgozókat ért bántalmazásokra fókuszál, tekintettel arra, hogy az elemzett adatok ezen adatszolgáltatási körből kerültek ki.

2.1. A TÉMA HAZAI SZABÁLYOZÁSÁNAK ÁTTEKINTÉSE

Nem lehet figyelmen kívül hagyni a dolgozók bántalmazásának témájához kapcsolódó hatályos hazai törvényi szabályozásokat és rendelkezéseket. Az alábbiakban az összegyűjtött főbb hazai jogszabályokat tekintjük át.

A munkavédelemről szóló 1993-as törvény megfogalmazása szerint „[a] munkáltató felelős az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés követelményeinek megvalósításáért.” (1993. évi XCIII. törvény, 2019)

Az 1997. évi CLIV., egészségügyről szóló törvény 139. paragrafusa foglalkozik az egészségügyi dolgozók védelmével. Eszerint „[a]z egészségügyi dolgozó egészségügyi szolgáltatás nyújtásával összefüggő tevékenység végzése során, valamint az egészségügyi szolgáltatóval munkavégzésre irányuló jogviszonyban álló más személy ezen jogviszony alapján végzett, betegellátással és a betegirányítással közvetlenül összefüggő feladatai tekintetében közfeladatot ellátó személynek minősül.” (1997. évi CLIV. törvény, 2018)

A rendelkezés elsősorban büntetőjogi védelmet jelent, hiszen a közfeladatot ellátó személy sérelmére bűncselekményt elkövető személy úgy felel, mintha hivatalos személy ellen követte volna el a bűncselekményt. (2012. évi C. törvény, 2019)

„Aki hivatalos személyt a, jogszerű eljárásában erőszakkal vagy fenyegetéssel akadályoz, b, jogszerű eljárásban erőszakkal vagy fenyegetéssel intézkedésre kényszerít, vagy c, eljárás alatt, illetve emiatt bántalmaz, büntett miatt... szabadságvesztéssel büntetendő.” (2012. évi C. törvény, 2019)

Az egészségügyi törvény 27. §-ának (2) bekezdése a jogvédelemmel kapcsolatos rendelkezést fogalmaz meg. Eszerint a beteg és a hozzátartozók jogai nem sérthetik az egészségügyi dolgozók törvényben foglalt jogait. (1997. évi CLIV. törvény, 2018)

A törvényi szabályozáson túl helyi szinten minden egészségügyi intézménynek rendelkeznie kellene olyan házirenddel, amely tartalmazza az egészségügyi dolgozók jogait és védi a munkatársakat. A munkáltatónak minden eszközzel biztosítania kell a munkavállalója egészségének és biztonságának védelmét. (Albert & Dudás, 2017)

Ebben a kérdésben a Magyar Orvosi Kamara is szerepet vállal. A hazai egészségügyben is egyre többször tapasztalható az erőszak, amely a betegbiztonságot is jelentős mértékben fenyegeti. A kamara ezért fontos feladatának tartja biztosítani tagjai számára a védelmet és a betegellátás biztonságának a felügyeletét.

2.2. A SZAKIRODALOM EGYÉB MEGÁLLAPÍTÁSAI A TÉMÁBAN

A szakirodalmak áttekintése során szerzett tapasztalataink alapján a szakirodalmak többsége csak az események tényével foglalkoztak, de nem törekedtek azok oki hátterének feltárására. Az alábbiakban tekintsük át a nemzetközi és a hazai szakirodalom azon publikációit, amelyek tovább bizonyítják a téma fontosságát, relevanciáját.

Több tanulmány egységesen hangsúlyozza, hogy a mentálhigiénés, geriátriai és tartós ápolásban dolgozók nagyobb eséllyel éltek át fizikai támadást. Egy európai tanulmány azt hangsúlyozza, hogy a kórházi ápolók 80%-át érte valamilyen agresszió, erőszak a munkavégzése során. Egy svédországi kutatás adatai szerint a nővérek 85%-a szenvedett már el bántalmazást, ami 57%-uknál a megelőző egy éven belül történt. Írországban is komoly problémát jelent az egészségügyben jelen lévő erőszak, a dolgozókat ért bántalmazás. A dublini kórház ápolóinak és segédápolóinak 50%-át már érte fizikai vagy verbális támadás. Egy másik tanulmány szerint a jelentett esetek 15%-ában olyan mértékű pszichikai vagy fizikális bántalmazást szenvedett el a dolgozó, hogy amiatt hosszabb ideig nem tudott dolgozni. (Albert & Dudás, 2017; Edward et al., 2014)

A fentiekkel jól összecsengenek Vörösmarty hazai vizsgálatának eredményei. A megkérdezett hazai ápolók 7%-a nyilatkozott úgy, hogy rendszeresen éri bántalmazás a munkája során. Az ápolók 51%-a a pályája alatt egy-két alkalmat nevezett meg, 29%-uk pedig kettőnél több átélt bántalmazásról is beszámolt. (Vörösmarty A., 2015)

El-Gilany és munkatársai a bántalmazó betegek nemét, valamint a bántalmazást elszenvedő egészségügyi munkatársak korát vizsgálta. A férfi betegekkel foglalkozó személyzet 59%-a, a női betegeket ellátók 49%-a számolt be az őket ért bántalmazásról. A tanulmányban a fiatalabb munkatársak nagyobb arányban nyilatkoztak arról, hogy a munkájuk során gyakrabban érte őket verbális bántalmazás. Egy másik, 19 egészségügyi intézményben végzett törökországi keresztmetszeti vizsgálat eredményei szerint a megkérdezettek 47,2%-a nyilatkozott úgy, hogy a munkája során erőszak áldozata lett, 45,8%-uk pedig verbális bántalmazást szenvedett el. A tanulmány hangsúlyozza, hogy a fiatalabb, alacsonyabb képzettséggel rendelkező férfi egészségügyi dolgozók nagyobb valószínűséggel érintettek a kérdésben. (El-Gilany et al., 2010; Edward et al., 2014)

2.3. A BÁNTALMAZÁSOK HATÁSAI A SZAKIRODALMI FORRÁSOK ALAPJÁN

Említést kell tennünk arról is, hogy a munkahelyi bántalmazásoknak igen jelentős kedvezőtlen hatásai vannak a személyzetre, ami jelentősen ronthatja az egészségügyi ellátás minőségét. A betegbiztonság szempontjából magas kockázatot rejt, ha az ápoló személyzet fél a

munkavégzése során, nem érzi magát biztonságban, bizalmatlan a beteggel szemben és ezért nem tud teljes odaadással koncentrálni a munkájára.

A bántalmazást átélt szakemberek gyakran tapasztaltak meg negatív pszichológiai hatást, amely súlyos következményekkel járhat az ápolóra és a betegre egyaránt. A bántalmazások negatív hatással lehetnek az egészségügyi munkatársak teljesítményére, ami kedvezőtlenül befolyásolhatja a betegellátás minőségét, a betegbiztonságot, valamint a betegelégedettséget. Kutatások hangsúlyozzák, hogy súlyos esetben a bántalmazott félben lezajló negatív érzések, a harag és a félelem érzése akár a szorongás és a depresszió kialakulásához is vezethet, vagy pályaelhagyást vonhat maga után.

Egy 2010-es tanulmány külön kiemeli, hogy az ápolók több mint 70%-a aggódott a munkahelyi erőszak miatt, valamint úgy nyilatkoztak, hogy ez az egyik olyan tényező, amely erőteljesen csökkenti az ápolónők munkával való elégedettségét és a munka minőségét. (El-Gilany et al., 2010; Edward et al., 2014; Vörösmarty A., 2015)

A Vörösmarty kutatásában bemutatott dolgozói bántalmazások hatásai igen aggasztóak. A megkérdezett hazai ápolók 3,7%-ának már betegállományt is igénybe kellett vennie a munkahelyi bántalmazás következtében. A megkérdezett ápolók 31%-a hangsúlyozta, hogy az átélt bántalmazás jelentős mértékben, kedvezőtlenül befolyásolja a további munkavégzésben. 15%-uknál ez a hatás olyan mértékű, hogy felmerült bennük a pályaelhagyás gondolata. A téma súlyosságát bizonyítja továbbá, hogy hazánkban is voltak már törvénymódosítások, a jogszabályváltozások azonban nem jártak megfelelő eredménnyel. Az egészségügyi dolgozók 81%-a nem érez semmilyen változást, és csupán 5%-uk szerint nyújt számukra kellő védelmet a jogszabályi háttér. Sajnálatos, hogy a válaszoló hazai ápolók arról számoltak be, hogy agresszió esetén elsősorban a kollégáktól kapnak segítséget. Rendőrségi feljelentést döntő többségük nem tesz. (Vörösmarty A., 2015)

A munkahelyi erőszak áldozatainak a tényleges fizikai tényezőkön túl számos más következménnyel kell számolniuk.

Ide tartozhatnak:

- a rövid és hosszú távú pszichológiai trauma;
- a munkához való visszatérés félelme;
- a kiégés;
- a motivációhiány vagy csökkent önbecsülés fellépése a munkavégzés közben;
- a poszttraumás stressz-szindróma;
- a változások a munkatársakkal és a családdal fennálló kapcsolatokban;
- az inkompetencia, bűntudat vagy tehetetlenség érzése;

- a felügyeletek vagy a vezetők kritikájától való félelem.

Következésképpen az ilyen események folyamatos nyomon követése és a munkavállalók támogatása nem csak segíteni tudja a dolgozókat a már átélt bántalmazások negatív hatásainak kezelésében, hanem hozzájárul az esetleges jövőbeni erőszakos események eredményesebb megelőzéséhez vagy kezeléséhez is. (Samson & Tavernero, 2011)

Ennek a témakörnek a bővebb kifejtésére a „Megoldási javaslatok a szakirodalmi források alapján” című fejezetben (5.3.2.2.) kerül sor.

3. CÉLKITŰZÉS

Saját adatgyűjtésünkől (a NEVES jelentési rendszer alapján), valamint a szakirodalmi forrásokból tájékozódva feltérképeztük a hazai egészségügyi intézményekben – a szakrendelőkben, valamint a kórházakban – a dolgozókat ért bántalmazások háttérében előforduló, a szervezeti működés jellemzőiből adódó okokat.

A jelen tanulmány célja az egészségügyi intézményekben bekövetkező bántalmazások háttérében álló tényezők széleskörű feltárása, feldolgozása, valamint ajánlások megfogalmazása a megelőzésre.

Az eredményeink és az alkalmazott módszereink bemutatásával célunk módszertani támogatást nyújtani a hazai egészségügyi szolgáltatók számára a dolgozókat ért bántalmazások megelőzéséhez, valamint segítséget adni az egészségügyi intézményeknek ahhoz, hogy megtalálhassák saját maguk számára a legmegfelelőbb megelőzési lehetőségeket. A tanulmányban bemutatott példákon keresztül megismerhető az az eszköztár és szemléletmód, amelynek alkalmazásával lehetőség nyílik a bekövetkezett nem várt eseményekből való tanulásra, ezzel pedig az újabb hasonló események előfordulási esélyének csökkentésére.

4. ALKALMAZOTT MÓDSZEREK

A dolgozók bántalmazásának oki kutatása során az „EFOP-1.8.0-VEKOP-17 Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” c. kiemelt projekt keretében készült, D.V.2.3 OKI KUTATÁSOK ELŐKÉSZÍTÉSE, MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓ AZ OKI KUTATÁSOK KÉSZÍTÉSÉHEZ (a továbbiakban: Módszertani Útmutató) című összefoglaló alapján jártunk el. (Sinka et al., 2019)

A kutatás alapját a NEVES jelentési rendszerben rögzített, a dolgozók bántalmazásával kapcsolatos események adatai képezték. A jelentésekhez kialakított adatlap címe: **NEVES Dolgozót ért bántalmazás adatlapja v1**. Érvényes: 2014. október 31-től (lásd az 1. mellékletet). A jelentőlapon álló útmutatás szerint „[a] jelentőlapot a beteg intézményi ellátása során bekövetkezett agresszió esetén kell kitölteni, mely nem terjed ki a vagyon ellen elkövetett károkozás jelentésére.” (NEVES adatlap)

A fentiek alapján az adatlapot kitöltő egészségügyi munkatárs pontos meghatározást kap arról, hogy melyik események tartoznak ebbe a témakörbe.

4.1. A SZAKIRODALOM ÁTTEKINTÉSE

A dolgozók bántalmazásához kapcsolódó folyamatok alapos megismeréséhez, a kockázatok és a gyökérokok beazonosításához, valamint a lehetséges megelőző intézkedések feltárásához szakirodalom-kutatást végeztünk.

Húsz évre visszamenőleg kerestük elő az angol és magyar nyelvű szisztematikus tanulmányokat, metaanalíziseket, publikációkat és előadásokat a dolgozók bántalmazásának témakörében. A hazai szakirodalmak áttekintése során a megadott kulcsszavak a *munkahelyi bántalmazás, szakdolgozók bántalmazása, agresszió, munkahelyi konfliktus, munkahelyi agresszió, bántalmazás, pszichés bántalmazás, fizikai bántalmazás és erőszak*, valamint a *kiégés* voltak.

A szakirodalmak kivonatolása során az egyes témakörökben kigyűjtött információkhoz kulcsszavakat rendeltünk, amelyek nagyban segítették a megtalált szakirodalmak rendszerezését, valamint a hivatkozások elkészítését. A szakirodalom összegyűjtését kétféle módszerrel végeztük: először szisztematikus feltárással, amit a keresőszavak meghatározása előzött meg; második lépésben pedig hólabda-módszerrel, a már megtalált közleményekben található információk után kutatva tovább. Az egészségügyben előforduló bántalmazásokkal kapcsolatos magyar nyelvű szakirodalom-kutatást a MATARKA és a MOB adatbázisaiból végeztük. A külföldi publikációkat a kézi keresés mellett nagyobb hangsúllyal a *PubMed*, a *Cochrane*, az *Ovid* és az *EBSCO host Cinahl* adatbázisokban kerestük, a következő kulcsszavak alapján: *patient safety, satisfaction, violence, quality of hospital care, aggression in health care*.

A hazai adatbázisokban a fenti keresőszavak alapján összesen 31 találatunk volt. Duplikátumszűrést követően cím alapján közülük összesen 23 szakirodalmat választottunk ki és tekintettünk át. A témában megjelent külföldi szakirodalom tekintetében a keresőszavak 57 találatot adtak, amelyek közül duplikátumszűrés után 33 releváns szakirodalmat választottunk ki. Emellett kézi kereséssel további – általunk fontosnak tartott – szakirodalmakat is beválogattunk. Az irodalomkutatásunk során leginkább az áttekintő tanulmányokat igyekeztünk felhasználni.

A szakirodalom áttekintése során a releváns forrásokból főként az alábbi témakörökben gyűjtöttünk információkat:

- a dolgozók bántalmazásának definíciója;
- az esemény kialakulásában szerepet játszó okok és hozzájáruló tényezők;
- a javasolt megelőző intézkedések;
- a bántalmazások következményei (lelki hatások, keletkezett költségek)
- a megelőző intézkedések bevezetésének korlátozó tényezői;
- a korlátozó intézkedések alkalmazásának szabályai, ill. alapelvei (ennek részletes eredményeit az 1. függelék tartalmazza);
- a transzkulturális ellátás jelentősége (ennek részletes eredményeit a 2. függelék tartalmazza).

A szakirodalom áttekintése során kapott, a kutatásunk szempontjából releváns információkat Excel-táblázatba gyűjtöttük.

4.2. A NEVES-JELENTÉSEK ELEMZÉSE

A dolgozók bántalmazása adatlap 2014-ben, a NEVES jelentési rendszer továbbfejlesztésekor került kialakításra.

A dolgozók intézményekben bekövetkezett bántalmazásának elemzéséhez a NEVES adatbázisban található országos adatokat használtuk fel, a 2019. szeptember 9-i állapot szerint. Ezen időszak alatt összesen 137 rekordot rögzítettek a rendszerben. A NEVES jelentési rendszer jellemzője, hogy az egészségügyi szolgáltatók munkatársai anonim módon, önkéntesen tudják jelenteni a bekövetkezett nem várt eseményeket. Az adatok elemzésekor tehetünk ugyan megállapításokat, de a vizsgálat korlátjaként meg kell említenünk, hogy az önkéntes (nem kötelező) adatszolgáltatásra való tekintettel az események előfordulása alapján a gyakoriságra vonatkozóan nem lehet következtetéseket levonni, így az elemzett minta sem tekinthető reprezentatívnak.

A NEVES adatlap előre meghatározott kérdéseket tartalmaz. Az adatlap a bekövetkezett bántalmazások oki hátterét és hozzájáruló tényezőit kívánja feltárni, továbbá a bántalmazások következményeire és megelőzési lehetőségeire keresi a választ, strukturált és szabadszöveges válaszadási lehetőségekkel.

A NEVES jelentési rendszerbe érkező adatokat módosítás nélkül xlsx fájlba exportáltuk, ezt követően pedig az adatokat statisztikai módszerekkel ellenőriztük. A jelentőlapok kitöltöttsége mellett megvizsgáltuk az adatmezők logikai kapcsolatait is. Duplikációt nem találtunk. Ennek alapján valamennyi jelentést, tehát mind a 137 esetet alávetettük a statisztikai elemzésnek.

A halmozódások felkutatására gyakoriság-elemzéseket készítettünk. A könnyebb feldolgozhatóság érdekében kategorizáltuk a szöveges válaszokat. Az egyéb kategóriába írt szöveges válaszokat egyértelmű megfogalmazás esetén a már meglévő kategóriákba soroltuk, ahol pedig erre nem volt lehetőségünk, ott új kategóriákat alkottunk. Az adatok bemutatása leíró statisztikai módszertannal, valamint keresztátlák alkalmazásával készült.

Az adatfeldolgozás során az elemzéshez IBM SPSS szoftvert használtunk, valamint Ms Excel grafikonokat készítettünk.

4.3. AZ OKOK ÉS HOZZÁJÁRULÓ TÉNYEZŐK KERESÉSE

A dolgozókat ért bántalmazás okainak feltárásához kigyűjtöttük a NEVES jelentőlapon beérkezett adatokból a releváns információkat, továbbá listáztuk a szakirodalom-kutatás során feltárt okokat és hozzájáruló tényezőket.

A minél teljesebb körű oki feltárás érdekében fókuszcsoportos megbeszélést is tartottunk. Az okok rendszerezéséhez az ok–hatás-diagramot használtuk, és a szakértőink által azonosított okokat kockázati mátrixba illesztettük.

4.3.1. Fókuszcsoportos megbeszélés

A tanulmány elkészítése során a felmerülő szakmai kérdések tisztázása érdekében, valamint a további információgyűjtés céljából fókuszcsoportos megbeszélést szerveztünk. (A fókuszcsoportos interjú módszertanát a MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓ 2. függelékének 2. fejezete mutatja be). (Sinka et al., 2019)

A fókuszcsoportos megbeszélés főbb jellemzői, előnyei:

- Rövid időn belül nagy mennyiségű információt lehet gyűjteni.
- Olyan témák is előkerülhetnek, amelyek addig rejtettek voltak.

- Ezzel a módszerrel biztosítani lehet, hogy az adatgyűjtés közvetlenül a kutatói kérdésekre fókuszáljon.
- A fókuszcsoportos megbeszélés lehetőséget ad arra is, hogy felfigyeljünk a résztvevők birtokában álló eltérő tapasztalatokra. Megtudhatjuk, hogy az egyes szereplők ugyanazt a folyamatot más és más szemszögből hogyan látják, és ez nagyon érdekes és értékes következtetésekhez vezethet. (Sinka et al, 2019)

A megbeszélésre két ülésben került sor. A személyes egyeztetésen a hazai intézményekből különböző végzettségű és szakterületen dolgozó szakértők vettek részt. A szakértők kiválasztásához iránymutatásul a szakirodalomban fellelt hivatkozások szolgáltak, így a résztvevők körét úgy határoztuk meg, hogy a témában érintett ellátók széles körben képviselve legyenek.

A fókuszcsoportba a következő szakmák képviselőit hívtuk meg:

- pszichiáter szakorvos;
- traumatológus szakorvos;
- általános orvos;
- mentőápoló;
- sürgősségi ápoló;
- krónikus belgyógyászati főápoló;
- ápoló;
- gyógytornász.

Az első találkozás során szakértőink segítségével meg kívántuk határozni a dolgozók bántalmazásának hátterében álló okokat és hozzájáruló tényezőket. A második alkalom pedig lehetőséget adott a megoldási javaslatok, valamint a NEVES jelentési rendszerbe beérkezett és feldolgozott eredmények szakmai megbeszélésére.

A fókuszcsoportos interjúról részletes jegyzőkönyv készült. Az interjú során nyert információkat beépítettük a kutatásunkba.

A fókuszcsoportos megbeszélés tematikájának mintája a 4. mellékletben található.

4.3.2. A gyökérokok kutatása

Az okok és hozzájáruló tényezők keresése során a MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓ című összefoglaló alapján jártunk el. (Sinka et al., 2019)

A minőségfejlesztési elemzési technikák közül a nemkívánatos események okainak feltárására az egyik legfontosabb módszer a gyökérokok kutatása, illetve elemzése. Az okok rendszerezéséhez mi is az ok–hatás-diagramot használtuk, amelyet a tanulmány készítői dolgoztak ki a szakirodalmi források, a NEVES jelentési rendszer adatainak feldolgozása, valamint a szakértői egyeztetéseket követően.

A jelen tanulmányban a grafikus ábrázolás során – a könnyebb áttekinthetőség kedvéért – csak a főágak kerülnek bemutatásra. Minden főágot külön táblázatban jelenítünk meg (ezt a 3. mellékletben találják). Az okok meghatározása során találtunk olyanokat is, amelyeknek az előfordulása gyakori, ugyanakkor önmagukban is nagyon szerteágazó oki struktúrát rejtettek. Ilyenek voltak az **oktatás, a szabályozás, a szabályozás bevezetésének, az ellenőrzésnek, valamint a szervezeti kultúrának a hiányosságai**. Ezeket az előfordulásuk helyén csupán a gyűjtőfogalommal hivatkoztuk meg, és a témaköröket külön táblázatokban fejtettük ki részletesen.

4.3.3. A kockázatok értékelése

A kockázati mátrix segítségével értékelni tudjuk a fellelt gyökérokokat és hozzájáruló tényezőket abban a tekintetben, hogy a mindennapi működés során milyen gyakorisággal fordulnak elő, és ha előfordulnak, akkor rendszerint milyen súlyosságú következményekkel járnak. Az egyes okok és hozzájáruló tényezők mértékét a dolgozókat érő bántalmazásokban szakértőink segítségével értékeltük és kockázati mátrixba illesztettük. Tanulmányunk elkészítése során azokra az okokra és hozzájáruló tényezőkre igyekeztünk megoldási javaslatokat és intézkedési lehetőségeket megfogalmazni, amelyeket a mátrix piros mezőibe soroltunk be (lásd az 1. táblázatot).

1. táblázat: **Kockázati mátrix** (Módszertani Útmutató, 2019; eredeti táblázat)

E L Ő F O R D U L Á S	SÚLYOSSÁG				
		Katasztrofális (4 pont)	Súlyos (3 pont)	Mérsékelt (2 pont)	Kicsi (1 pont)
	Gyakran (4 pont)	16	12	8	4
	Alkalomszerűen (3 pont)	12	9	6	3
	Ritkán (2 pont)	8	6	4	2
	Elvétve (1 pont)	4	3	2	1

A felkért szakértőink az egészségügy különböző területeiről érkeztek. Annak érdekében, hogy minden szakértő egységesen tudja kategorizálni a megnevezett okokat, egy mindenki által elfogadott, egységes csoportbesorolást tartottunk szükségesnek. A jelen tanulmányban az alábbiakban bemutatott új kategória-definíciókat alkottuk meg.

Az eset súlyosság szerinti csoportbesorolása

- **katasztrofális:** olyan fizikai vagy verbális bántalmazás, amely vagy 8 napon túl gyógyuló sérüléssel jár, vagy tartós hatással bír a munkakörre;
- **súlyos:** bekövetkezik a bántalmazás, s bár a mértéke a katasztrofális kategóriához képest enyhébb, hatással van a munkatársra és pszichésen terheli őt;
- **mérsékelt:** verbális bántalmazások, amelyek csekély hatással vannak a munkatársakra;
- **enyhe:** a munkatárs figyelmen kívül tudja hagyni, szinte nincs is hatással rá.

Az eset előfordulás szerinti csoportbesorolása

- **gyakran:** naponta akár többször;
- **alkalomszerűen:** legalább hetente egyszer;
- **ritkán:** havi előfordulással;
- **elvétve:** néhány esetben.

A kockázati mátrix elkészítésekor a Módszertani Útmutató javaslata szerint jártunk el (lásd a MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓ 2. függelékének 11. fejezetét).

4.3.4. A megelőzési lehetőségek összegyűjtése

A megelőzési lehetőségekre vonatkozó adatokat, ill. információkat a NEVES munkacsoport szakértői számos forrásból gyűjtötték össze.

A munka során áttekintettük a nemzetközi és hazai szakirodalmak idevonatkozó ajánlásait, és kigyűjtöttük a NEVES jelentési rendszerből a jelentéseket küldő személyektől érkezett megelőzési javaslatokat is. Mindezeket még a saját gyakorlati tapasztalatainkkal kiegészítettük.

A listázott megelőzési lehetőségekből intézkedési csomagokat alakítottunk ki.

4.3.5. A bevezetendő intézkedések kiválasztása

A megelőzési lehetőségekből összeállított intézkedési csomagokat prioritási mátrix segítségével értékeltük az intézkedés várható eredményességének szempontjából. Ezt annak érdekében is tettük, hogy az összegyűjtött megoldási lehetőségek, ill. javaslatok közül azokat válasszuk ki, amelyekkel érdemes foglalkozni és átültetni a gyakorlatba, mivel a legtöbb eredmény ezekről az intézkedésekről várható.

Az intézkedési javaslatcsomagok rendszerszintű értékelését segítő prioritási mátrixot mindenképpen érdemes elkészíteni. Ez a módszer hasznos eszköz a döntési lehetőségek közötti fontossági sorrend meghatározásához. Az alkalmazásával egyértelmű és többé-kevésbé objektív sorrendet állíthatunk fel a lehetőségek között.

A prioritási mátrixot a MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓ-ban ismertetett módon készítettük el.

A prioritási mátrix elkészítésekor – a szakértőink értékelését felhasználva – konszenzusos véleményt alakítottunk ki.

5. EREDMÉNYEK

Az oki kutatás eredményeit a MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓBAN leírt folyamat lépésein keresztül mutatjuk be. Az egyes alfejezetek felvezetéseként az alábbiakban is látható jelölőszávon az aktuálisan tárgyalt folyamatlépést sötét színnel jelöltük.



5.1. AZ OKOK LISTÁZÁSA

5.1.1. A NEVES jelentőlapokból származó adatok

A beérkezett adatok feldolgozása során – az anonim jelentések jellegéből fakadóan – konkrét intézményekre vonatkozó megállapításokat nem lehet tenni. Kizárólag az események előfordulása alapján a gyakoriságra vonatkozóan sem vonhatunk le következtetéseket, hiszen a jelentések önkéntesek, nem kötelező azokat jelenteni, és nem ismert az ellátásban résztvevő dolgozók és betegek száma sem.

5.1.1.1. DEMOGRÁFIAI ÉS ALAPADATOK

A nemek tekintetében megfigyelhető, hogy a bántalmazó személy 68,4%-ban férfi, 31,6%-ban pedig nő volt. A korcsoportok vizsgálatára három életkori kategóriát alkottunk. Azt találtuk, hogy a jelentett esetek közel felében a bántalmazó 39 év alatti, fiatal személy volt (lásd a 2. táblázatot).

2. táblázat: **A bántalmazást elkövetők életkor szerinti megoszlása** (n=133* ; saját szerkesztés)

korcsoport (életév)	Férfi n (%)	Nő n (%)	Együtt n (%)
x–39	45 (49,5)	15 (35,7)	60 (45,1)
40–59	27 (29,7)	15 (35,7)	42 (31,6)
60–x	19 (20,9)	12 (28,6)	31 (23,3)
együtt	91 (100,0)	42 (100,0)	133 (100,0)

* Négy fő esetén nem áll rendelkezésre adat a nemre vonatkozóan

A jelentett esetek elkövetőinek közel fele a legfiatalabb korosztályból került ki, jóllehet a nők körében valamivel magasabb volt az idősebbek aránya a férfiak körében tapasztaltakhoz képest.

5.1.1.2. A VIZSGÁLT MINTA JELLEMZŐI

A NEVES jelentési rendszerbe érkezett adatok szerint a bántalmazást elkövetők 89,1%-a beteg minőségben volt jelen az intézményben, a hozzátartozók és látogatók aránya a bántalmazók körében alig haladja meg a 10%-ot. A 3. táblázat adatai szerint a hozzátartozók és a látogatók körében egy kivétellel verbális bántalmazást jeleztek (n=13), míg a betegeknek a fizikai (n=51), illetve a fizikai és a verbális együttesen (n=44) a jelentett 122 eset 77,9%-át tette ki.

3. táblázat: **Az agresszió típusa a bántalmazó személyek szerint** (n=137; saját szerkesztés)

	Bántalmazó személy			Összesen (n, %)
	Beteg (n, %)	Hozzá tartozó, látogató (n)	Nem ismert (n)	
Fizikai agresszió	51 (41,8)	0	0	51 (37,3)
Verbális agresszió	27 (22,1)	13	1	41 (29,9)
Fizikai és verbális agresszió együtt	44 (36,1)	1	1	45 (32,8)
Összes agresszió	122 (100,0)	14	1	137 (100,0)

A bántalmazó személyek 67,9%-ának a pszichés betegség volt az az ismert jellemzője, amely hozzájárulhatott az esemény bekövetkezéséhez.

A bántalmazó személy agresszióra hajlamosító állapotát 22 esetben gyógyszerhatás, 13 alkalommal droghatás, 17 esetben pedig alkoholos állapot befolyásolta. A jelentések egyharmadában (43 fő) nem találtunk erre vonatkozó releváns információt. Az összes eset döntő részében (94,2%) egyetlen befolyásoló tényezőt jelöltek meg (lásd a 4. táblázatot).

4. táblázat: **Az agresszióra hajlamosító tényezők a bántalmazó személyek szerint (137 jelentett esemény, többszörös választás; saját szerkesztés)**

Agresszióra hajlamosító tényező	Bántalmazó személy			
	Beteg (n, %)	Hozzá tartozó, látogató (n)	Nem ismert (n)	Összesen (n, %)
Gyógyszeres befolyásoltság	22 (18,0)	0	0	22 (16,1)
Alkoholos állapot	17 (13,9)	3	0	20 (14,6)
Droghatás	13 (10,7)	0	0	13 (9,5)
Pszichés hatás	12 (9,8)	0	0	12 (8,8)
Gyógyíthatatlan beteg	5 (4,1)	0	0	5 (3,6)
Delírium	2 (1,6)	0	0	2 (1,5)
Megvonás	2 (1,6)	0	0	2 (1,5)
Egyéb	4 (3,3)	0	0	4 (2,9)
Nincs módosító tényező	11 (9,0)	0	0	11 (8,0)
Nem ismert	43 (35,2)	11	1	55 (40,1)
Összes eset	122	14	1	137

5.1.1.3. AZ ESEMÉNY HELYSZÍNÉNEK JELLEMZŐI

Az elkövetett bántalmazások jelentős százaléka két különböző típusú osztályról érkezett. A legtöbb lejelentett eset az aktív, nem műtétes osztályon, illetve a pszichiátrián történt. Fontos hangsúlyozni, hogy ezek az eredmények jelentős mértékben függnek attól, kik és honnan küldték a jelentéseket, és nem utalnak arra, hogy hol fordul elő gyakrabban a bántalmazás (lásd az 5. táblázatot).

5. táblázat: **A bántalmazások megoszlása a bántalmazó személy és az ellátási egység szerint**
(n= 137; saját szerkesztés)

Egység	A bántalmazó személy minősége (n)			
	Beteg	Hozzá tartozó, látogató	Nem ismert	Összesen
Aktív, nem műtétes	54	3	0	57
Pszichiátriai	53	1	0	54
Sürgősségi	5	2	0	7
Ápolási/krónikus osztály	3	2	0	5
Képalkotó diagnosztika	2	1	1	4
Műtétes	3	0	0	3
Járóbeteg	0	3	0	3
Betegfelvétel	1	1	0	2
Egyéb	1	1	0	2
Összesen	122	14	1	137

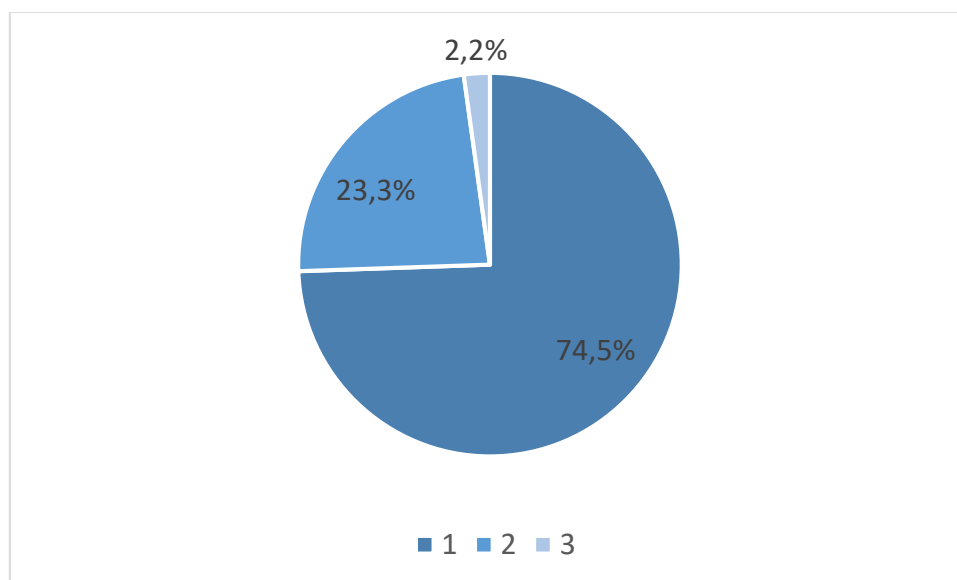
A NEVES jelentési rendszerbe érkező adatok szerint az érintett esetekben megfelelő létszám mellett zajlott a betegellátás – a 137 jelentésből 126 esetben (92%-ban) a szokásos létszám volt jelen. A beérkezett jelentések szerint 81,8%-ban volt érvényben szabályozás a bántalmazó személy kezelésére.

Az egység dolgozóinak védelmét az esetek jelentős részében (76,6%) a telefonos biztonsági szolgálat látta el, 19,7%-ban pedig a portaszolgálat biztosította a munkatársak védelmét. A jelentések szerint a biztonsági szolgálat 70 esetben 5–15 percen belül érkezett a bántalmazás helyszínére.

5.1.1.4. AZ ESEMÉNY LEÍRÁSA

A jelentett esetek szerint az ellátókat jellemzően egy típusú bántalmazás érte (74,5%), egynegyedüknél azonban kettő vagy több típusú volt a bántalmazás módja (lásd az 1. ábrát).

1. ábra: **Az átélt bántalmazások megoszlása aszerint, hogy hányféle bántalmazás érte a dolgozót (n=137; saját szerkesztés)**



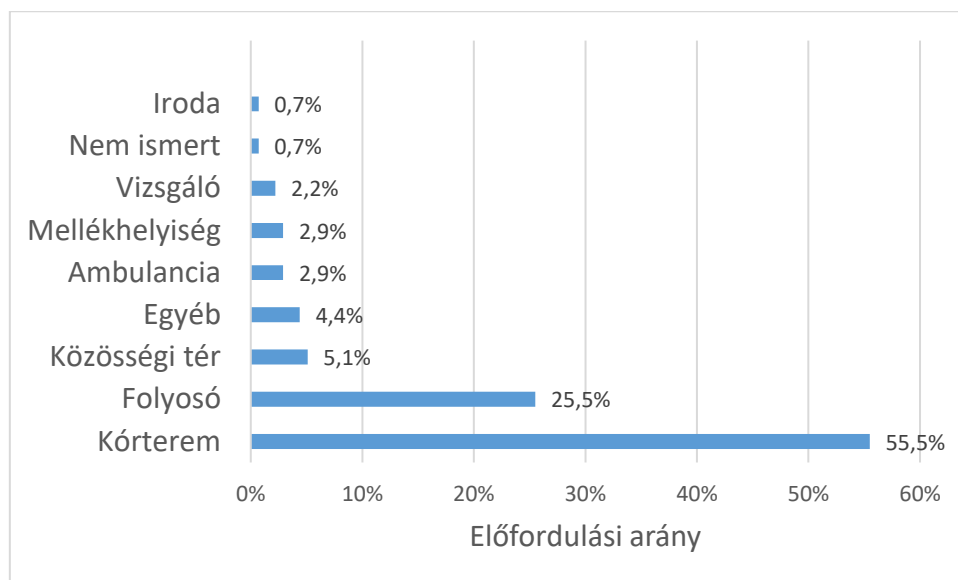
Meglepő, hogy a jelentések szerint a fizikai bántalmazást elkövető személyek 51,6%-a 60 év fölötti. Ezzel szemben a 39 év alattiak körében inkább a verbális bántalmazás (38,3%) volt a jellemző. Érdekes megfigyelés, hogy a nők a fizikai és verbális bántalmazást együttesen nagyobb arányban (44,2%) használták a férfitársaikhoz képest (lásd a 6. táblázatot).

6. táblázat: **Az agresszió típusa és a kor viszonya (n=137; saját szerkesztés)**

A bántalmazás típusa	A vizsgált személyek kora				
	Nincs adat	x–39 éves (n)	40–59 éves (n)	60–x éves (n)	Összesen (n)
Fizikai	2	19	14	16	51
Verbális	2	23	12	4	41
Mindkettő	0	18	16	11	45
Összesen	4	60	42	31	137

A NEVES jelentési rendszerbe beérkezett adatok alapján a dolgozókat ért bántalmazások elkövetési helye szerinti megoszlásából látható, hogy azok fele a kórteremben, negyedük pedig a folyosón történt. A 2. ábrán részletezzük valamennyi lejelentett bántalmazás helyszínét.

2. ábra: A bántalmazások elkövetési hely szerinti megoszlása (n=137; saját szerkesztés)



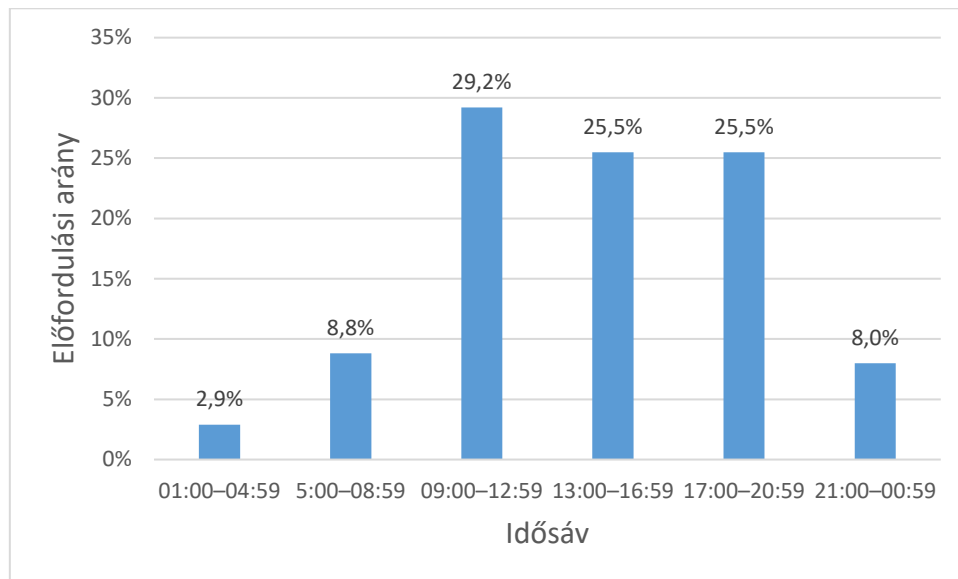
A hét napjainak vonatkozásában az egyes napok között nem találtunk jelentős különbségeket. A bántalmazások időpontjait elemezve azt látni, hogy a hét egyes napjai között gyakorlatilag nincs különbség az előfordulásukat illetően. Tény ugyanakkor, hogy több az esemény a nappali időszakban, mint az ügyeleti időben. Az esemény idejére vonatkozó adatokat a 7. táblázatban gyűjtöttük össze.

7. táblázat: A bekövetkezett események időpontjának megoszlása a hét napjainak vonatkozásában (n=137)

Napok	Az esemény ideje		
	Nappal (n)	Ügyeletben (n)	Összesen (n)
Hétfő	11	8	19
Kedd	16	4	20
Szerda	13	6	19
Csütörtök	12	5	17
Péntek	19	4	23
Szombat	10	8	18
Vasárnap	9	12	21
Összesen	90	47	137

A NEVES adatlapon a jelentést tevőknek lehetősége van a bántalmazás időpontjának megjelölésére is. Látható, hogy napközben és az esti órákban (9:00–20:59) egységesen magas előfordulást jelentettek, ugyanakkor a nyugalmi időszakban is előfordulnak esetek (lásd a 3. ábrát).

3. ábra: A jelentett bántalmazások négyórás időszavok szerinti megoszlása (n=137; saját szerkesztés)



A bántalmazó betegek (n=122) mintegy fele (58 fő) sürgősséggel, harmada (29 fő) pedig tervezett felvétellel került be az intézménybe (lásd a 8. táblázatot).

8. táblázat: A bántalmazást elkövető betegek megoszlása a kórházi felvétel jellege szerint (n=122; saját szerkesztés)

A bántalmazó személy	A kórházi felvétel jellege				
	Sürgősségi n (%)	Tervezett n (%)	Nem történt felvétel n (%)	Nem ismert n (%)	Összesen n (%)
Beteg	58 (47,5)	29 (23,8)	9 (7,3)	26 (21,3)	122 (100,0)

Az osztályon belüli kórtermi elhelyezés tekintetében az látható, hogy a jelentett esetek 40,9%-ában a bántalmazó 5-6 fős kórteremben volt elhelyezve.

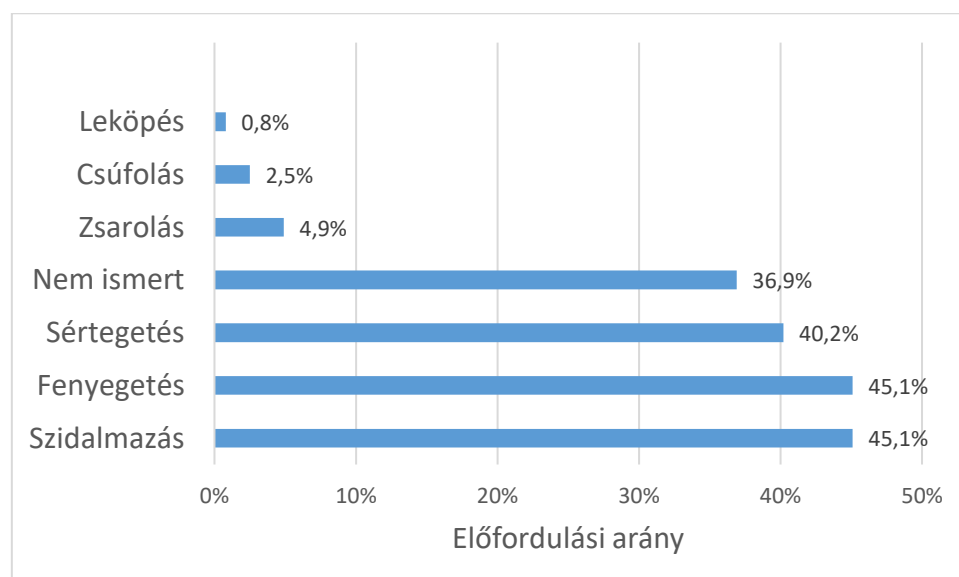
A bántalmazást elkövetők közel felének részéről (66 fő; 48,2%) az ellátás során korábban már tapasztalható volt agresszió. A jelentések szerint az érintett betegek – azaz az elkövetők – többsége (közel 70%-a) agresszivitásuk ismert ténye mellett is többágyas kórteremben került elhelyezésre (lásd a 9. táblázatot).

9. táblázat: **A beteg kórtermi elhelyezése agresszivitásának ismerete esetén**
(n=137; saját szerkesztés)

Kórterem típusa (ágyszám [db])	Ismert a korábbi agresszió (n, (%))			
	Igen	Nem	Nem ismert	Összesen
>6	12 (18,2)	10 (20,4)	4	26 (19,0)
5-6	34 (51,5)	18 (36,9)	4	56 (40,9)
2-4	17 (25,8)	11 (22,4)	1	29 (21,2)
Nem helyezték el	3 (4,5)	10 (20,4)	12	25 (18,2)
Nem ismert	0 (0,0)	0 (0,0)	1	1 (0,7)
Összesen	66 (100,0)	49 (100,0)	22	137 (100,0)

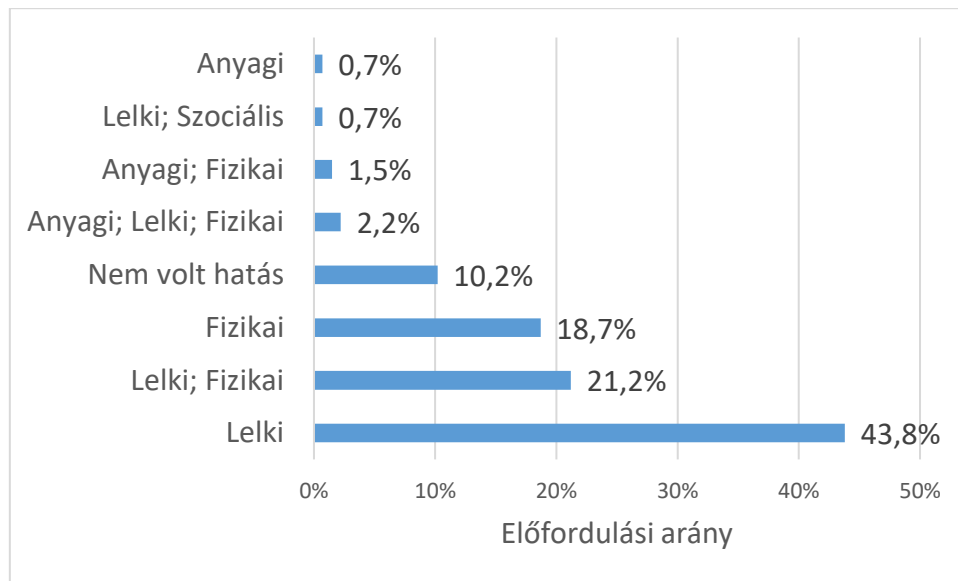
A verbális bántalmazások megoszlását a 4. ábra szemlélteti. Erre a kérdésre 71 jelentés érkezett a NEVES jelentési rendszerbe. Azonos arányban, 45,1%-ban tettek jelentést szidalmazásról és fenyegetésről. A harmadik leggyakoribb verbális bántalmazási forma a sértegetés (40,2%) volt, azonban ilyen esetekben egyszerre többféle megnyilvánulás volt jellemző.

4. ábra: **A verbális bántalmazások megoszlása a főbb típusok szerint** (n=71; többszörös választás; saját szerkesztés)



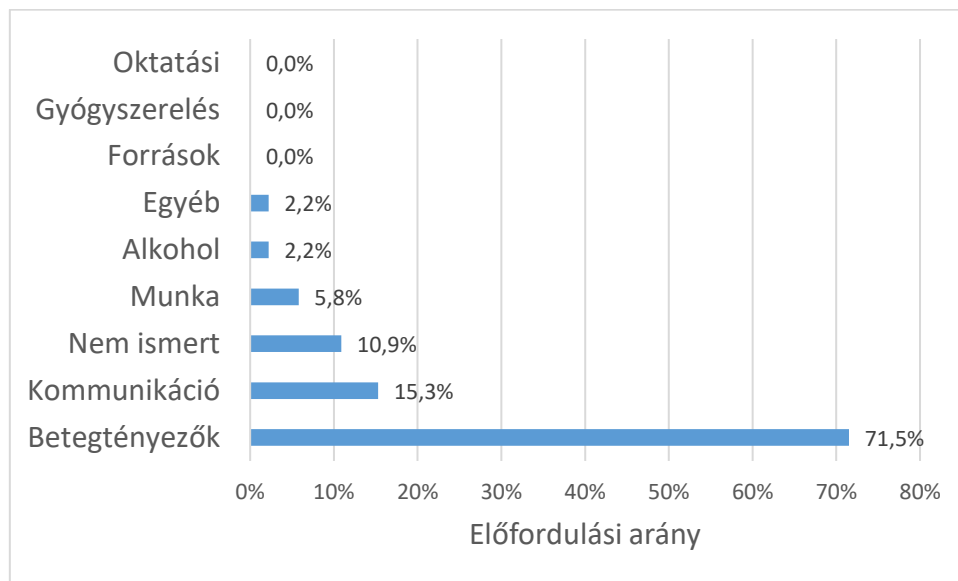
A 137 eset 43,8%-a (n=60) az őt ért lelki agresszióról tett jelentést. Ha megfigyeljük az 5. ábrát, jól látható, hogy a lelki bántalmazás több helyen is szerepel. Így a lelki bántalmazások előfordulási aránya a 43,8%-hoz képest még magasabb, hiszen 21,2%-ban (n=29) a fizikai és a lelki agresszió, 2,2%-ban (n=3) az anyagi, a fizikai és a lelki, 0,7%-ban (n=1) pedig a lelki és a szociális agresszió együttes előfordulását jelentették. A lelki bántalmazások előfordulási aránya volt a legmagasabb.

5. ábra: **A bántalmazás dolgozóra tett hatásának fajtája** (n=137; saját szerkesztés)



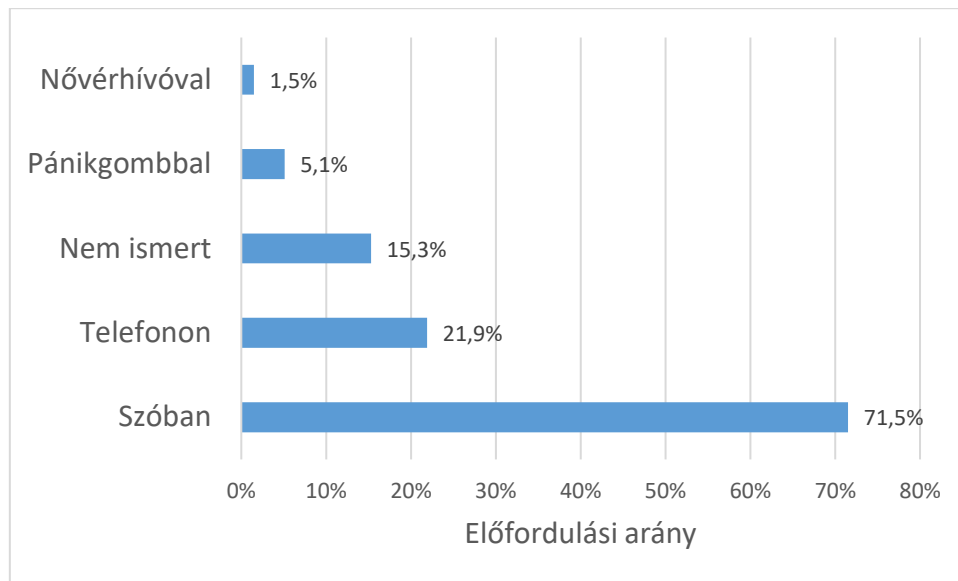
A jelentések szerint az agresszió bekövetkeztét 129 alkalommal egyetlen hozzájáruló tényező segítette. A 137 jelentett esetből 98-szor a betegjellemzők – a klinikai állapot, az iskolázottság, a szociális, fizikai, pszichés, illetve a kapcsolati tényezők – járultak hozzá a bántalmazáshoz, 21 esetben pedig a nem megfelelő – egyének, csoportok, ill. szervezetek közötti szóbeli, írott és/vagy nonverbális – kommunikációt tették felelőssé az agresszió bekövetkezéséért (lásd a 6. ábrát).

6. ábra: **A bántalmazás létrejöttét támogató tényezők** (137 jelentett esemény, de többszörös választás; saját szerkesztés)



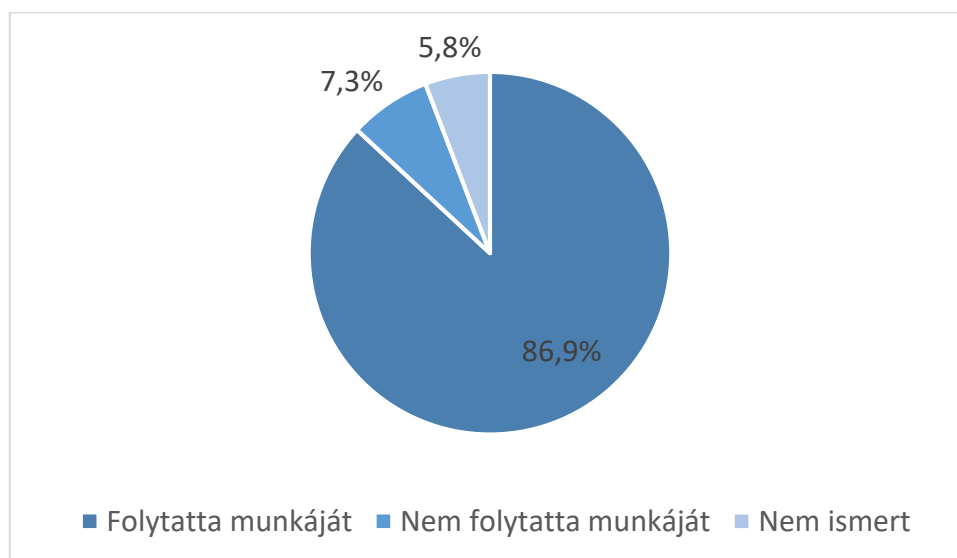
A jelentések szerint a bántalmazást követően 108 munkatárs (78,8%) szeretett volna segítséget kérni. Arra a kérdésre, hogy szükség esetén volt-e a dolgozónak segítségkérési lehetősége, 99 személy igennel válaszolt. A bántalmazott fél az esetek 65%-ában a munkatársától tudott segítséget kérni. A jelentők háromnegyede (71,5%) szóban, minden hatodik érintett (21,9%) telefonon kért segítséget (lásd a 7. ábrát). A bántalmazottak közel felének (48,9%) nem volt lehetősége a helyszín elhagyására.

7. ábra: **A bántalmazást követő segítségkérés módja** (137 jelentett esemény, többszörös választás; saját szerkesztés)



A jelentett esetek 86,9%-ában a bántalmazott egészségügyi munkatárs az őt ért agressziót követően folytatta a munkavégzést (lásd a 8. ábrát).

8. ábra: **A bántalmazottak agressziót követő munkavégzése** (n=137; saját szerkesztés)

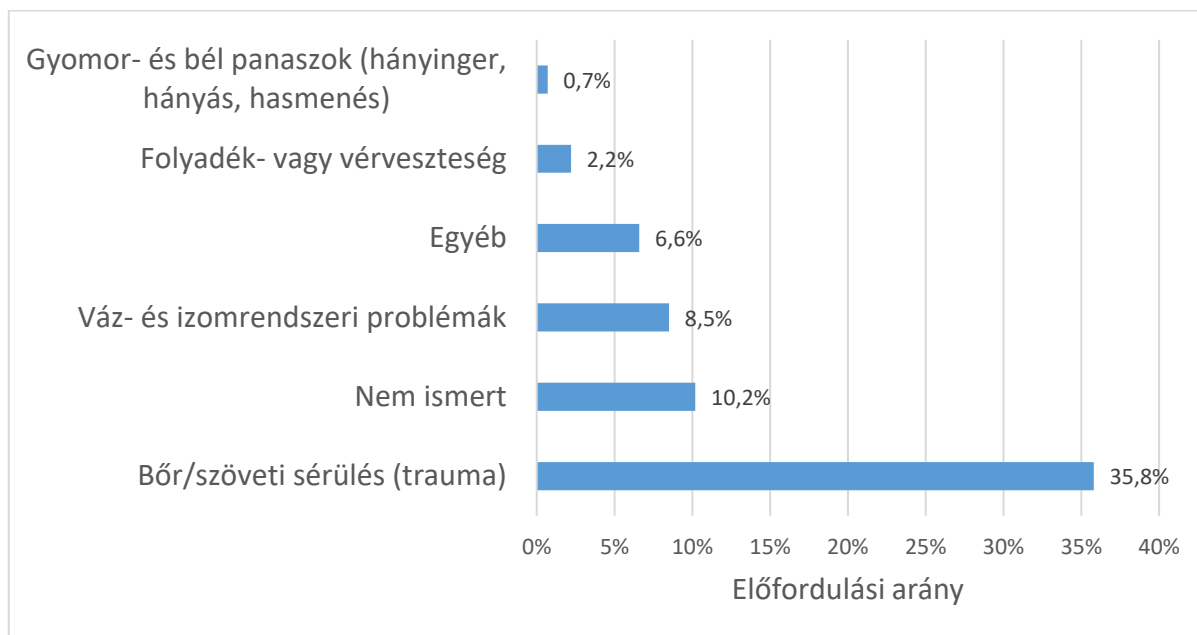


A végzett tevékenység vonatkozásában az látható, hogy a bántalmazó személy 30,7%-a az eseményt megelőzően pihent, és nem tapasztalt semmilyen ráutaló magatartást, amely alapján számíthatott volna a bántalmazásra.

5.1.1.5. AZ ESEMÉNY KÖVETKEZMÉNYEI

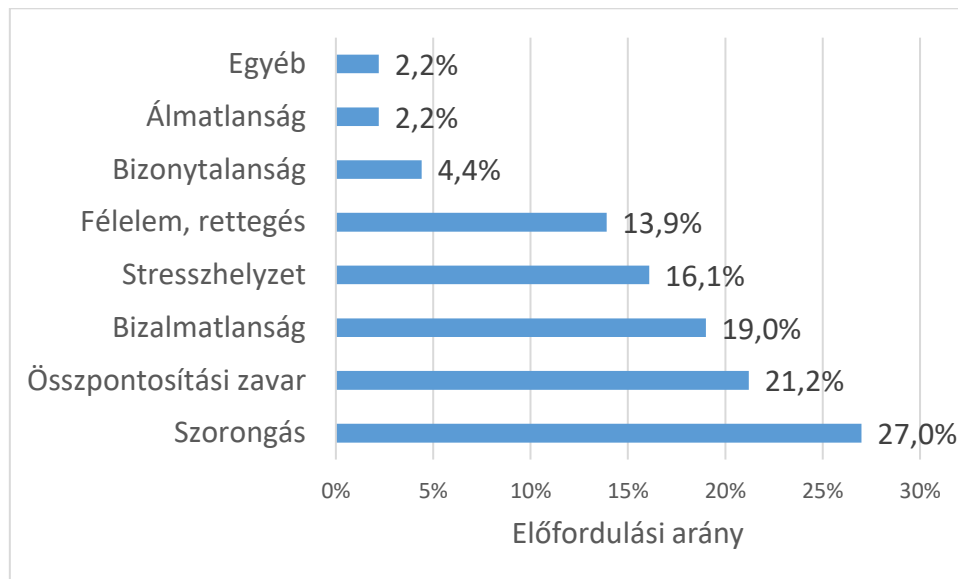
A sérülés az esetek több mint 35%-ában hámhiánnyal járó sérülést jelentett, a váz- és izomrendszert érintő problémák pedig meghaladták a 7%-ot (lásd a 9. ábrát).

9. ábra: **A bántalmazottak sérülésének típusai** (137 jelentett esemény, többszörös választás; saját szerkesztés)



A dolgozót ért bántalmazás következményeit vizsgálva azt találtuk, hogy az érintettek közül 37 fő a szorongást, míg 29 fő a munkájára való összpontosítás nehézségét, 26 fő pedig a bizalmatlanságot nevezte meg az agresszió legsúlyosabb következményeként (lásd a 10. ábrát).

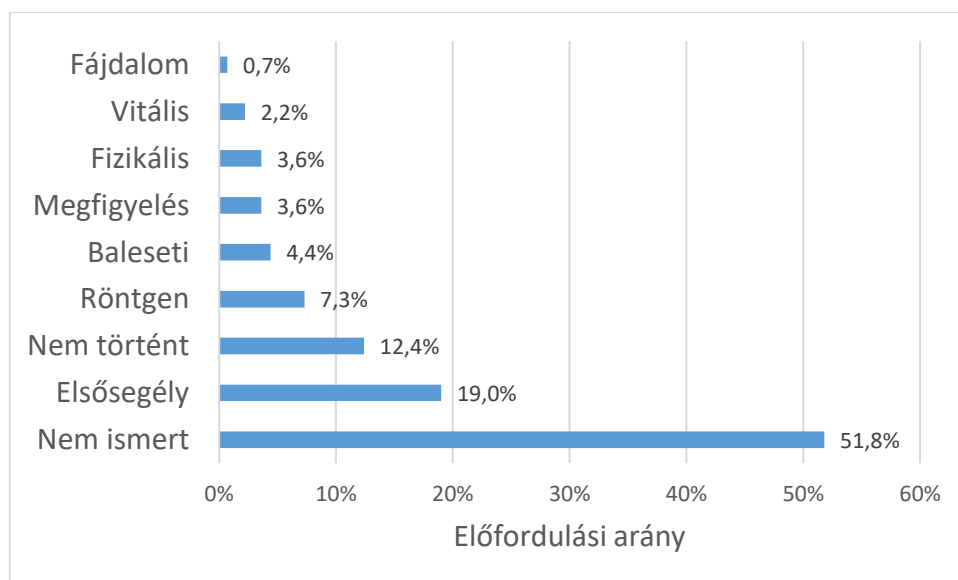
10. ábra: **A bántalmazás következményének lelki hatásai, típus szerint** – megoszlás (137 jelentett esemény, többszörös választás; saját szerkesztés)



A többszörös válaszadási lehetőséget biztosító kérdésre jellemzően – a fenti ábrán jelölt lelki bántalmazási formák közül 65 esetben – egy típusú problémát jelöltek meg, de volt olyan munkatárs, aki öt különböző típusú lelki hatásról is beszámolt.

A NEVES jelentési rendszerbe érkezett adatok alapján azt is meg lehet vizsgálni, hogy a bántalmazást követően milyen arányban volt szükség a bántalmazott félnél valamilyen típusú vizsgálat vagy beavatkozás elvégzésére. A jelentett esetek felében (51,8%) nincs erre vonatkozó adatunk, 19%-ban ugyanakkor szükségessé vált az elsősegély nyújtása (lásd a 11. ábrát).

11. ábra: **A bántalmazást követően szükségessé vált vizsgálatok és beavatkozások típusai**
(137 jelentett esemény, többszörös választás; saját szerkesztés)



5.1.2. Okok és hozzájáruló tényezők a szakirodalmi források alapján

Az egészségügyben dolgozók bántalmazása nem újszerű. 1889-ben írták le először, és azóta is a tendencia jelentős mértékű emelkedése tapasztalható. Az utóbbi évtizedekben az agresszió már a nyugati társadalmak egészségügyi intézményeiben is jelen van. Megfigyelhető, hogy az egészségügyi szakemberekkel szembeni erőszak és bántalmazás egyre gyakoribb, és egyre nagyobb mértéket ölt. (Albert & Dudás, 2017)

Egy 2011-es amerikai szakirodalom szerint a munkahelyi erőszaknak leginkább az egészségügyi dolgozók vannak kitéve. Pilling is hangsúlyozza könyvében, hogy az egészségügyi szféra a második legveszélyesebb terület, ahol a munkavállalót a munkavégzése során bántalmazás érheti. Az egészségügyi dolgozók négyszer nagyobb arányban, az ápolók pedig tizenkétszer gyakrabban szenvednek el erőszakos támadást más iparágakhoz képest. (Samson & Tavernero, 2011; Pilling, 2018)

A dolgozókat ért atrocitások hátterében számos rizikótényezőt tudunk azonosítani. A 10. táblázat összegzi a leggyakrabban előforduló okokat. (Besenyő & Deák, 2010)

10. táblázat: **Az egészségügyi személyzet bántalmazásának hátterében feltételezhető rizikótényezők a munkavégzésük során** (Besenyő & Deák, 2010 alapján; saját szerkesztés)

A beteg fájdalma, helytelen fájdalommenedzsment
Alacsony a személyzet létszáma a műszakban
Hosszú a várakozási idő
A munkavégzés elszigetelt helyen zajlik
Bérnővérek vannak a rendszerben (nincs mindig jelen az osztályon, ezért nem ismeri a helyi viszonyokat, szokásokat, és ezek a tényezők konfliktushoz vezethetnek)
A személyzet oktatásának hiánya
Elégtelen a betegtájékoztatás
Nem megfelelő a kommunikáció
A betegnek agresszív hajlama van
A pszichiátriai beteget túl korán elbocsátották
A betegnek zavart a tudatállapota
Drog-, alkohol- vagy gyógyszerhatás
Egyéb pszichés betegségek

A bántalmazások okaként kiemelt helyen szerepel az emberi tényezőhöz, a személyiségjegyekhez kapcsolható agresszió. Ennek hátterében a betegjellemzők közül a különböző típusú megbetegedések, szenvedélybetegségek, függőségek állhatnak, de nem hagyható figyelmen kívül a betegek erőszakosságát kiváltó személyzeti magatartásformák közé tartozó arrogancia és kíméltség sem. (Pilling, 2018)

Az egyes szerzők különbözőképpen definiálják és kategorizálják az egészségügyi intézményekben jelen lévő agresszivitást, s így a hasonlóságok mellett számos különbségre is rávilágítanak. Az egyik legelterjedtebb meghatározás szerint, „[a]gressziónak nevezünk minden olyan szándékos cselekvést, amelynek indítéka, hogy – nyílt vagy szimbolikus formában – valakinek vagy valaminek kárt, sérelmet vagy fájdalmat okozzon”. (Ranschburg, 1983) Winstanley és Whittington az agresszió három csoportját különböztették meg. A fizikai

agresszió csoportjába tartoznak a fizikai erő használatával, a fizikai kontaktussal járó viselkedések, mint pl. a rúgás, ütés, lökés, csípés vagy rángatás. A második csoport a szóbeli fenyegetés, illetve a fenyegető viselkedés, amely félelmet okoz a bántalmazottban. A harmadik csoportba sorolható a sértegetés vagy a rágalom, ami szintén szóbeli viselkedést takar, de ebben az esetben megalázó, a tisztelet hiányára utaló formáról van szó.

Gerberich és munkatársai például ugyanakkor az agresszió fajtáit csupán két csoportba sorolták. Testi támadásról van szó, ha a személy a bántalmazó által fizikai kontaktusnak van kitéve, és ezzel szándékosan sebesülést okoz. Ilyenek a csípés, az ütés, a rúgás, a tolás, a fojtogatás vagy épp a rángatás. Ezzel szemben határozzák meg a fenyegetést és a szóbeli bántalmazást mint nem fizikai támadásokat. (Harmat & Czárán, 2008; Irinyi, 2018; Gerberich et al., 2004; Winstanley & Whittington, 2002)

Egy dán felmérésben a vizsgált egészségügyi állományban a nővérek számoltak be a legmagasabb arányban sérelmükre elkövetett támadásról (fizikai erőszakról 52%, szóbeli inzultusról 83%), emellett az orvosoknál ez az arány alacsonyabb (22% és 40%) és az adminisztrátoroknál pedig inkább a szóbeli inzultusokra korlátozódik (4% és 75%). (Kirkegaard et al., 2018) Ezzel összhangban egy 2014-es szisztematikus tanulmány szerint a verbális agresszió a visszaélés leggyakoribb formája, ami jellemzően az ápolók ellen irányul. A bántalmazást elkövetők nagy százalékban (Kanada: 94%, Törökország: 91%, Egyesült Királyság 90%) a betegek, illetve azok hozzátartozói. A verbális bántalmazás a fizikai bántalmazáshoz képest háromszor gyakoribb. Legjellemzőbb megjelenési formái a kiabálás, a megfélemlítés és a zaklatás. A fizikai támadások körébe sorolják az ütést, a tolást, a rúgást vagy a karcolást. A szakirodalom azt sugallja, hogy érdemes megvizsgálni az összefüggéseket a bántalmazó fél alkohol- és/vagy drogfogyasztása, valamint a helytelen kommunikáció között. (Edward et al., 2014)

A témában hazai kutatások is fellelhetők. Az Ápolási Szakmai Kollégium felkérésére készült vizsgálat 2420 ápolót megkérdezve arra szeretett volna választ kapni arra, hogy a testi és lelki fenyegetettség mennyire van jelen a magyar egészségügyi ellátórendszerben. Az eredményekből jól látni, hogy hazánk egészségügyi személyzetét is igen nagy számban éri bántalmazás a munkája során. A megkérdezettek mindössze 13%-a nem vált eddig agresszió áldozatává. Az atrocitások típusait elemezve még aggasztóbb a helyzet. A nemzetközi adatokhoz képest a hazai ápolószemélyzet magasabb számban jelentett fizikai bántalmazást. Az ápolók 37%-a fizikai támadással, közel 8%-uk pedig szexuális zaklatással is szembesült. Az utóbbi kategóriába a szóban és a tettelesen előforduló zaklatás is beletartozik, jelezvén a probléma komolyságát. (Vörösmarty A., 2015)

Több szakirodalom szerint a vizsgált munkavállalók köréből az ápolószemélyzet magasabb számban érintett (63,2%) az orvosokhoz, valamint a rezidensekhez (50%) képest. Irakban egy egyéves megfigyelési időszak alatt a 116 ápoló 42%-át érte fizikai erőszak, 14,3%-uknak egyenesen löfegyveres támadásról van „élménye”. Egy 2008-as ausztrál vizsgálat három hónapos időszakában a 300 ápoló 62,8%-ánál írtak le verbális bántalmazást, 25,7%-uknál

szóbeli fenyegetést, 10,4%-uknál pedig fizikai bántalmazást, míg 3,1%-uk tényleges fizikai erőszakot is elszenvedett. A bántalmazás az esetek közel 3%-ában olyan súlyos következménnyel járt, hogy a munkatársak 1-től 60 napig terjedő időszakra táppénzes állományba kerültek.

Egy másik ausztrál felmérésben vizsgált 1495 ápoló és szülésznő 36%-a élt át valamilyen típusú bántalmazást egy hónapon belül. A szóbeli bántalmazás előfordulási gyakorisága a kétszerese volt a fizikai bántalmazásénak. További érdekesség, hogy hiába az ápolónők vannak kitéve a nagyobb munkahelyi erőszaknak, mégis jóval gyakoribb a férfi ápolókkal szembeni fizikai támadás. (El-Gilany et al., 2010; Farrell & Shafiei, 2012; Irinyi, 2008)

A pszichiátriai betegek szerepét az egészségügyi dolgozók bántalmazásában több tanulmány is vizsgálta.

Az ellátó osztály típusát elemző lengyel vizsgálatban a pszichiátriai osztályon dolgozó ápolók tapasztalatait hasonlították össze ugyanazon intézmény más osztályán dolgozó ápolókéval. Az eredmény igen elgondolkodtató. A pszichiátrián dolgozók 100%-át érte szóbeli bántalmazás, de más osztály ápolóinál is magas előfordulási arány (89,5%) figyelhető meg. A fizikai bántalmazás terén igen nagy az eltérés. A pszichiátrián dolgozók 79,5%-át érte valamilyen fizikai bántalmazás a munkája során. Harmaték is hangsúlyozza publikációjában, hogy a mentális betegekkel foglalkozók nagyobb veszélynek vannak kitéve. Emellett azt is kiemelték, hogy a sürgősségi osztályon, az idősgondozásban, valamint a dialízis-osztályokon is igen magas számban fordulnak elő a személyzet ellen irányuló bántalmazások. (Harmat & Czárán 2008; Irinyi 2018; Merecz et al., 2006)

Egy francia kutatás szerint a megkérdezett mentődolgozók 23%-a tapasztalt meg pályafutása során egy vagy több, vele szemben elkövetett erőszakos cselekményt, melyeknek 4%-a végződött a sérülésükkel és 4% poszttraumás stressz (PTSD) terápiára szorult a későbbiekben. (Duchateau et al., 2002)

Egy 2014-es áttekintő tanulmány arra mutat rá, hogy legerősebben a sürgősségi ellátás területén figyelhetők meg a betegek, illetve hozzátartozóik által elkövetett erőszakos cselekmények. A fizikai erőszak leginkább a sürgősségi osztályokon, és a pszichiátriai intézményekben terjedt el. A fizikai erőszak és a szexuális zaklatás leginkább angolszász országokban, a nem fizikai erőszak és a zaklatás a Közel-Keleten volt a legelterjedtebb. Az angolszász régióban és Európában a betegek okozták a legtöbb fizikai erőszakot, a Közel-Keleten pedig a beteg családja és a barátai. A szerzők publikált eredményei szerint az erőszakot elszenvedők aránya a fizikai erőszak esetében 36,4%, a nem fizikai erőszak esetében 66,9%, a zaklatásért 39,7%, a szexuális zaklatásért pedig 25% volt, az ápolók 32,7% -a számolt be arról, hogy testi sértés történt. (Spector et al., 2014)

Az amerikai Sürgősségi Ápolók Szövetsége által 2009-ben elvégzett felmérés eredményei a fentiekkel összhangban azt mutatták, hogy – a pszichiátriai osztályhoz hasonlóan – a sürgősségi osztályon dolgozó ápolóknak is jelentős része (több mint 50%-uk) szenvedett már el a munkahelyén erőszakot a betegektől. (Samson & Tavernero, 2011)

Kutatásukban a következő okokat, illetve hozzájáruló tényezőket nevesítették:

- a sürgősségi osztály 24 órás elérhetősége;
- a megfelelően képzett fegyveres vagy látható biztonsági őrök hiánya;
- a beteg fájdalma és kellemetlensége;
- a családtagok stressze a beteg állapota és az ismeretlentől való félelem miatt;
- a családtagok haragja a kórházi protokollokkal és általában az egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatban;
- a zsúfolt tér;
- a hosszú várakozási idő. (Samson & Tavernero, 2011)

Jól ismert tény, hogy a bántalmazások hátterében számos esetben az ellátás során tapasztalt elégtelen vagy nem megfelelő kommunikáció is szerepet játszik. Pilling hangsúlyozza, hogy „[a] hatékony gyógyítás nélkülözhetetlen eleme a megfelelő kommunikáció. Ez teremti meg az orvos és a páciens közötti bizalomteljes kapcsolatot, ez teszi lehetővé, hogy az orvos megismerje a diagnózist megalapozó információkat, s ez szükséges ahhoz is, hogy a beteg megfelelően együttműködjön az orvossal.” (Pilling, 2008) Napjainkban már mind a négy hazai orvosi egyetemen nagy hangsúlyt kap a hallgatók betegekkel való helyes kommunikációjának az oktatása. Ennek ellenére a dolgozók bántalmazásának gyakori oka a helytelen kommunikáció. Nagy kockázatot jelent, ha az egészségügyi munkatárs nem ismeri fel az agresszivitás előjeleit, és a helyes kommunikációval nem képes elkerülni, megelőzni az ebből adódó konfliktushelyzeteket. A téma szakértői publikációjukban hangsúlyozzák, hogy minél korábban fel tudjuk ismerni a bántalmazások hátterében álló okokat, valamint hozzájáruló tényezőket, annál hamarabb képesek lehetünk beavatkozni és a helyes kommunikációval megnyugtatni a beteget, ezzel pedig elkerülni a nem várt események bekövetkezését. Ismertek azok a feszültség fokozódására utaló kommunikációs jelek, amelyeket az egészségügyi szakembereknek a betegellátás során észre kell venniük. (Pilling, 2018)

Ilyen könnyen felismerhető jelek:

- a beteg testtartása;
- a beteg szaporább légzése;
- a tágabb pupillák;
- az elnyújtott szemkontaktus;
- a beszéd stílusa, hangereje;
- a nagyobb, koordinálatlan végtagmozgások;
- a legenyhébb – akár verbális – fenyegető viselkedés. (Pilling, 2018)

A szakirodalomban fellelt okok között szerepel az is, ha a bántalmazó személy (a beteg vagy hozzátartozója) a hétköznapi életétől eltérő pszichés vagy fizikai állapotban kerül az intézménybe. Ezt a tényt fokozhatja az egészségügyi dolgozók feszültsége és fáradt állapota, illetve kiszolgáltatott helyzetük, így ezen tényezők következményeként előfordulhat, hogy nem a megfelelő módon megy végbe a betegek tájékoztatása. Ezek közé tartozhat tehát:

- a kommunikációs probléma;
- a hosszú várakozás;
- a nem megfelelő tájékoztatás; valamint ha
- nem tudják objektíven megítélni az orvos vagy a szakdolgozó tudását. (Albert & Dudás, 2017; Mina, 2016)

Az egyes irodalmakban a már felsorolt okokhoz hozzájáruló tényezőként jelenik meg a megelőző intézkedések hiánya, mint például ha nincs vészhelyzeti terv, vagy nincsenek kijelölve a menekülő útvonalak. Kialakulásukban hangsúlyos szereppel bírnak a kulturális különbségek, a média negatív kommunikációja, a betegek jogainak változása, a hosszú várakozási idő, a munkaerőhiány, valamint a túlzsúfoltság. A publikációk az sugallják, hogy az éjszakai és a hétvégi műszak dolgozói nagyobb veszélynek vannak kitéve. Ennek egyik oka az lehet, hogy ezekben az említett időszakokban az egészségügyi szolgáltatók részben elszigetelten, kis létszámban dolgoznak, és vannak olyan részei az épületnek vagy folyosónak, amelyek nehezen beláthatóak, így módon pedig a bántalmazások helyszínéül szolgálhatnak. (Edward et al., 2014; Samson & Tavernero, 2011)

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyért Felelős Államtitkársága és az Egészségügyi Szakmai Kollégium által közösen kiadott szakmai irányelv szerint a pszichiátriai osztályon megjelenő erőszak okai között a beteg állapotán túl a nem megfelelő személyzet–beteg-arány, a képzetlen személyzet és a szabályozás hiányosságai is szerepelnek. (EMMI – ESzK, 2018)

Mint láthattuk, számos okot és hozzájáruló tényezőt lehet azonosítani a dolgozókat ért bántalmazások hátterében.

Az agresszivitást és a nem megfelelő kommunikációt szinte minden publikációban megemlíti. Ugyancsak gyakori a sokszor a létszámhiányból eredő hosszú várakozási idő, illetve a túlterheltség. További kockázatot jelent a különböző kultúrák találkozása, a szenvedélybetegek magas száma, valamint a stressz jelenléte is. (Edward et al., 2014; Pilling, 2018; Vörösmarty A., 2015)

5.1.3. Okok és hozzájáruló tényezők a fókuszcsoportos megbeszélés alapján

Az előző fejezet a dolgozókat ért bántalmazások hátterében álló okokat és hozzájáruló tényezőket tekintette át. Az okok és hozzájáruló tényezők szélesebb körű feltárása érdekében szakértőink meglátásaira is kíváncsiak voltunk. Fókuszcsoportos megbeszélés keretein belül igyekeztünk kideríteni, hogy a szakértőink egyetértenek-e a dolgozók bántalmazásának hátteréről a szakirodalomban, valamint a NEVES jelentési rendszerben rögzített okokkal, illetve hozzájáruló tényezőkkel, valamint a segítségükkel igyekeztünk további okokat és hozzájáruló tényezőket is beazonosítani.

Szakértőink hangsúlyozták, a tendencia tulajdonképpen érthető, hiszen egy-egy rendkívüli esemény során, egy kárhelyszínen a beavatkozó erők sokkal inkább találkoznak erős stressz, vagy sokkhatás következtében megváltozott tudatállapotú egyénnel, akik előbbi helyzetüket nem megfelelő módon kezelik. De megfigyelhető az emberekben felgyülemelő szorongásokból, napi problémákból táplálkozó elfojtott erőszak is, mely mindig a legkisebb ellenállás (a segítő) irányába igyekszik kitörni, így az egészségügyi személyzetet „csattan”.

A szakirodalmi adatokkal és/vagy a NEVES jelentési rendszer adataival összhangban szakértőink kiemelték a nem megfelelő kommunikációt mint a bántalmazások egyik nagyon jelentős tényezőjét. Egybehangzó véleményük szerint a megfelelő kommunikáció használatával a személyzetnek is óriási felelőssége van a bántalmazások megelőzésében. Problémaként jelenik meg azonban, hogy noha az orvosok, illetve az egészségügyi szakdolgozók kapnak ugyan kommunikációs készségüket fejlesztő képzést az alapképzésük során, azt mégsem tudják megfelelően alkalmazni a gyakorlatban. Megfogalmazásuk szerint a kommunikáció oktatása a képzési idő elején, túl korán történik, emellett nem gyakorlatorientált. Szakértőink hangsúlyozták, hogy a hazai intézményekben dolgozó munkatársak kommunikációja, stílusa és konfliktuskezelése szinte minden esetben a személy egyéni ismeretétől, személyiségétől függ. A dolgozók még igény esetén sem kapnak olyan irányú képzést, amely a kommunikációjukat, a konfliktuskezelésüket fejlesztené. A kommunikációval összefüggésben továbbá hangsúlyozták, hogy a személyzet sok esetben egymásnak ellentmondó információt ad a betegnek/hozzátartozónak, amivel további feszültséget generál. Ugyanakkor az is jellemző, hogy elmarad a betegek vagy a hozzátartozók megfelelő tájékoztatása, és ez szintén hozzájárulhat a bántalmazáshoz. Ezek oka akár az is lehet, hogy a jelenlegi egészségügyi szektorra jellemző nagymértékű fluktuáció miatt hiányoznak az összeszokott munkatársak a rendszerből. A beteg az ellátása során számtalan munkatárssal kerül kapcsolatba, viszont ezek a viszonyok felületesek, érintőlegesek.

A verbális agresszivitás egyik kiváltó oka sok esetben a beteg fájdalma. A megbeszélés során hangsúlyozták szakértőink a fájdalommenedzsment fontosságát. Kiemelték, hogy bár véleményük szerint a fájdalomcsillapítás hazai oktatása megfelelő és mind az orvosok, mind a szakdolgozók megfelelő képzést kapnak, a gyakorlatban mégsem fordítanak kellő figyelmet a betegük megfelelő fájdalomcsillapítására.

A bántalmazások bekövetkezésének hátterében továbbá olyan okokat és hozzájáruló tényezőket is kiemeltek, amelyek a hazai egészségügy „specifikumai”. Ilyenek:

- a minimumfeltételek alatti létszám;
- a személyzethiány miatt a bérnövérek és vendégorvosok magas számú alkalmazása, ami horizontálisan és vertikálisan is konfliktusforrást jelent a rendszerben;
- a nem megfelelő munkakörülmények;
- az egészségügyi dolgozók hivatásból, egy foglalkoztatásból történő megélhetése nem minden esetben biztosított;
- a munkavállalók motiválásának elmaradása;
- jelentősek a korlátozó intézkedések helytelen használatából adódó problémák (lásd az 1. függelék);
- a betegfelvétel során – a pszichiátriai osztályokat leszámítva – nincs lehetőség a beteg kockázatfelmérésére, valamint a kockázatbesorolására (hazánkban nem használatosak a kockázatmeghatározó modellek);
- a személyzet stílusából adódó problémák: az egészségügyi munkatársak sok esetben nem érzékelik a szavak súlyát, gyakran ők maguk gerjesztenek felesleges vitát;
- a transzkulturális ellátás hiánya (lásd a 2. függelék);
- a kompetenciahatárok ismeretének hiánya.

A fentiekben bemutatott tényezőkön túl számtalan további okot is megneveztek, amelyeknek a teljes listája a 4. mellékletben található.

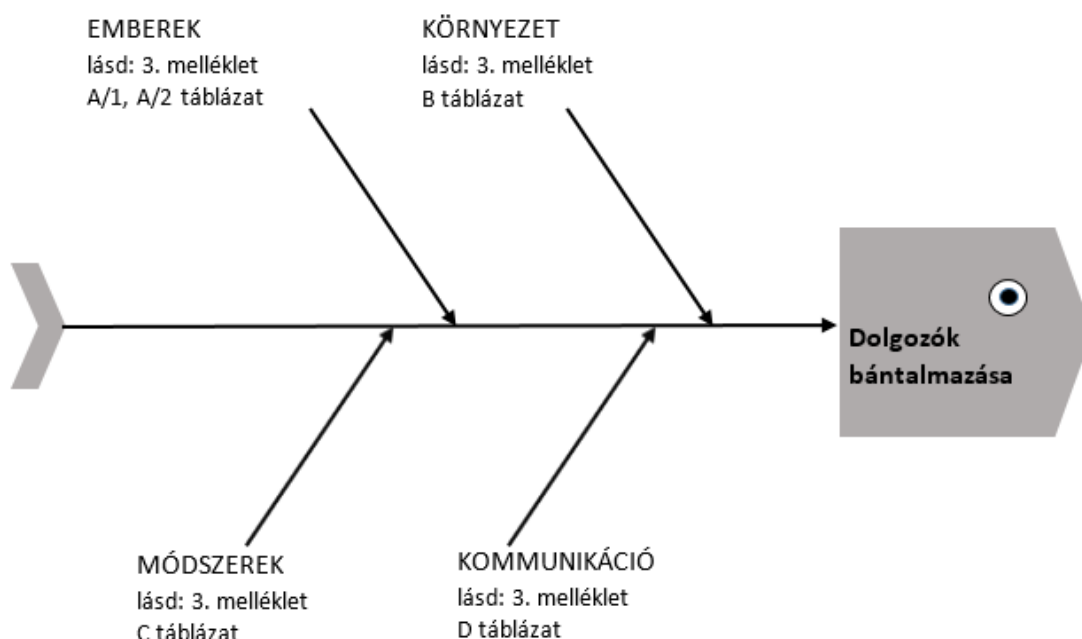


5.2. A GYÖKÉROKOK KERESÉSE

A dolgozók bántalmazásával kapcsolatos oki kutatás során az eseményhez vezető okokat és a hozzájáruló tényezőket igyekeztünk feltárni annak érdekében, hogy megfelelő intézkedési javaslatokat tudjunk tenni az újabb hasonló esetek előfordulásának megelőzésére. Tekintettel arra, hogy országos adatokból dolgoztunk, és nem egy adott intézmény eseteit vizsgáltuk, nem állt módunkban az intézményi specialitások figyelembevételével meghatározni a valódi gyökérokot, csupán az általános okokat tudtuk listázni. Ezek struktúráját ugyanakkor a rendelkezésünkre álló forrásokból szerzett információk alapján igyekeztünk minél jobban kibontani, hogy az így összeállított, ok–okozati összefüggéseket is tartalmazó lista hasznos segítségül szolgálhasson a témában elmélyülni kívánók számára. Az ok–hatás-diagram elkészítésekor a Módszertani Útmutató 2. függelékének 10. fejezete alapján jártunk el.

Az alábbi, 12. ábrán a problémához vezető okok közül a fő kategóriákat (főágakat) ábrázoltuk. Azokat a tényezőket, okokat és alokakat, amelyek a dolgozók bántalmazásának hátterében állhatnak, táblázatba rendeztük. A 12. ábrán meghivatkozott, A–D jelű táblázatok a 3. mellékletben találhatók.

12. ábra: **A dolgozók bántalmazásának ok–hatás-diagram-váza** (saját szerkesztés)



Az *emberekkel* kapcsolatos tényezőket két külön táblázatban – az ellátó személyzetre és a betegekre vonatkozóan – gyűjtöttük össze.

Az egészségügyi személyzettel összefüggésbe hozható legfontosabb okokként a következőket azonosítottuk (lásd a 3. melléklet A/1 táblázatát):

- a szabályok nem követése;
- figyelmetlenség;
- ismerethiány;
- nem megfelelő kommunikáció;
- a személyzet személyiségének jellemzői.

A betegekkel összefüggésbe hozható legfontosabb okokként a következőket azonosítottuk (lásd a 3. melléklet A/2 táblázatát):

- a beteg állapota;
- a beteg magatartása;
- a beteg kultúrájával kapcsolatos preferenciák figyelmen kívül hagyása;
- a hosszú várakozás miatti feszültség;
- a félelem vagy bizonytalanság érzése;
- a kiszolgáltatottság érzése;
- a betegtársak;
- a nem megfelelő kommunikáció;
- a beteg helyismeretének hiánya.

A *környezettel* kapcsolatban azonosított okok az alábbiak lehetnek (lásd a 3. melléklet B táblázatát):

- a nem megfelelő építészeti megoldások;
- a segélyhívó rendszer hiánya;
- a segélyhívó rendszer meghibásodása.

A *módszerekkel* kapcsolatos legfontosabb okok a vizsgálat alapján (lásd a 3. melléklet C táblázatát):

- a betegek nem megfelelő kockázatbesorolása;
- szervezési hiányosságok;
- a személyzet információhiánya;
- a beteg, ill. a hozzátartozó nem megfelelő tájékoztatása;
- a korlátozó intézkedések nem megfelelő alkalmazása;
- a megfelelő fájdalommenedzsment hiánya;
- a nem megfelelő (felkészületlen, szakmaiatlan) biztonsági szolgálat;
- a nem megfelelően szervezett intézményi beléptetés, bent tartózkodás;
- a dolgozó nem értesül a megjelenő új szabályzatokról vagy azok módosításáról.

A *kommunikációval* kapcsolatban azonosított okok a következők (lásd a 3. melléklet D táblázatát):

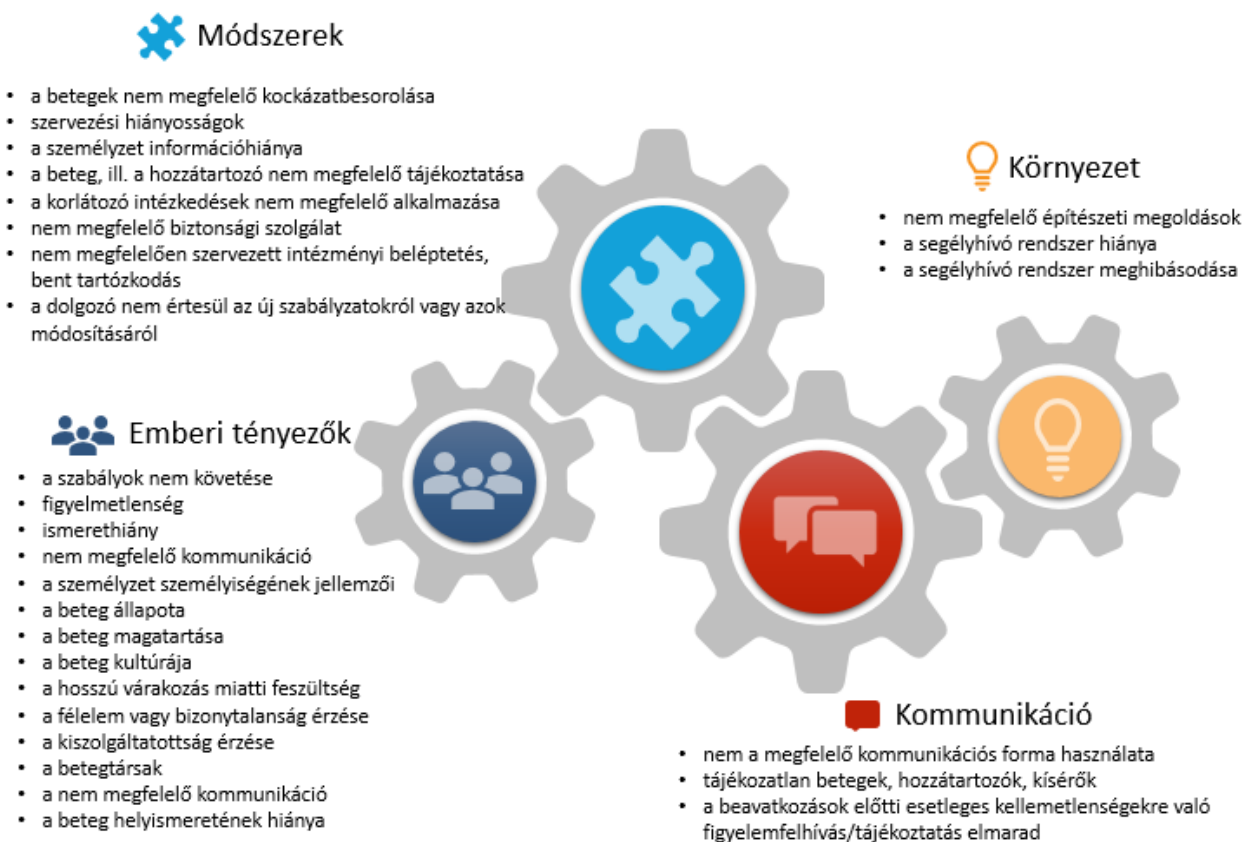
- nem a megfelelő kommunikációs forma használata;
- a tájékoztatlan betegek, hozzátartozók, kísérők;
- a beavatkozások előtti esetleges kellemetlenségekre való figyelemfelhívás/ tájékoztatás elmarad.

A fentiekben felsorolt okok általános okok, eredményes kezelésük érdekében célszerű megkeresni ezek intézményi gyökérokait, amelyek azonosításához a 3. mellékletben megtalálható A–G jelű táblázatok nyújthatnak segítséget.

Az okok alaposabb feltárásakor (gyökérok elemzés során) azt találtuk, hogy azok hátterében nagyon gyakran előfordul az oktatás hiányossága, a szabályozás hiánya, a szabályozás megfelelő bevezetésének elmaradása, az ellenőrzés hiánya, valamint a nem megfelelő szervezeti kultúra. Ezek a tényezők olyan gyakran fordultak elő az elemzés során, hogy azokat külön táblázatban, a 3. melléklet E–H táblázataiban bontottuk ki. Javasoljuk ezek alapos áttekintését is, különösen azoknak, akik a fejlesztési tevékenységet végzik.

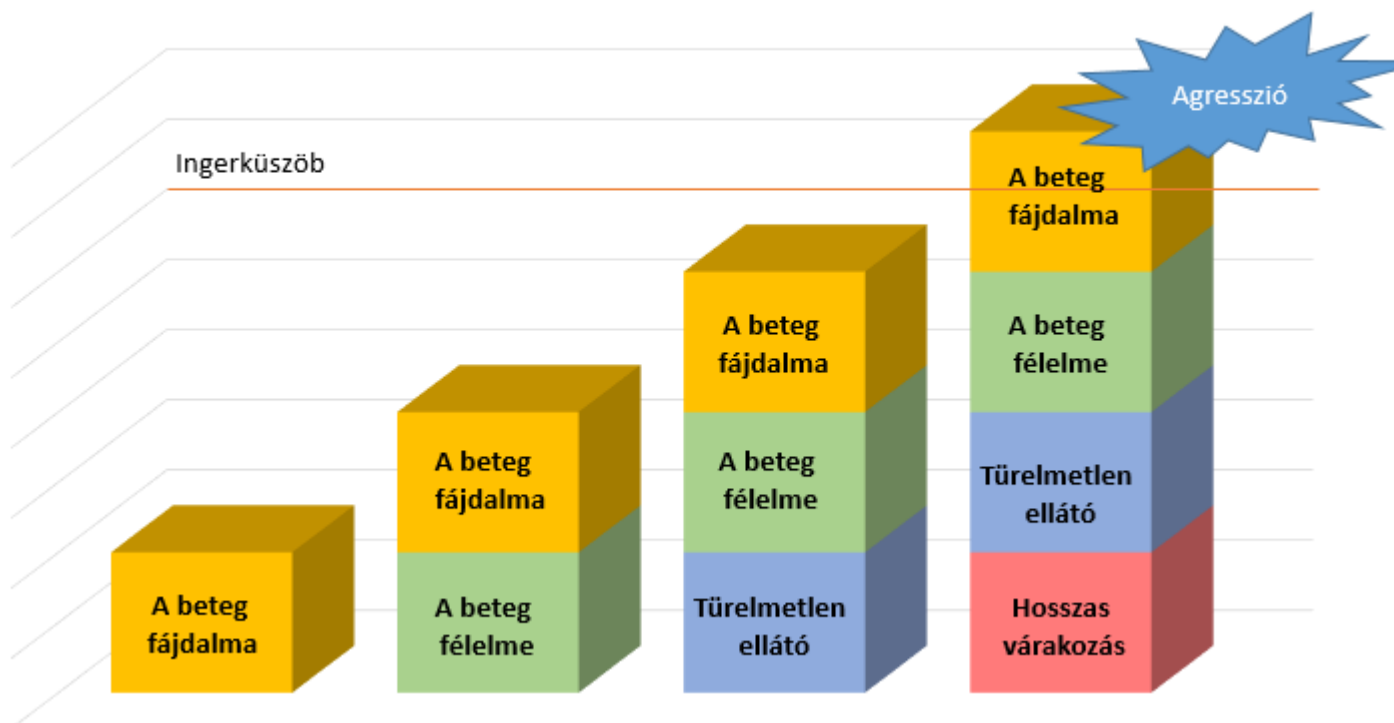
A fenti tényezők közvetlen hatásai mellett számítani kell arra is, hogy ezek a tényezők egymásra is hatva még tovább ronthatnak a helyzeten. Például ha a személyzet nem megfelelő létszámú, kisebb kapacitás marad a kockázatértékelés elvégzésére, így pedig romlik az esélye annak, hogy időben sikerül beavatkozni a nemkívánatos esemény elkerülése érdekében (lásd. 13. ábra).

13. ábra: A dolgozók bántalmazásának hátterében álló okok, hozzájáruló tényezők egymásra való hatása (saját szerkesztés)



Fontos hangsúlyozni, hogy bár az egyes gyökérokok nem feltétlen váltanak ki agresszív cselekedetet, de a különböző okok együttes előfordulásakor ezek hatása összeadódhat. Így végül bekövetkezhet a bántalmazás akkor is, ha az egyes jelenlévő okok önmagukban nem vezettek volna agresszív cselekedethez. A bántalmazások hátterében álló okok összeadódását egy hipotetikus példán keresztül az alábbi ábrán szemléltetjük (lásd a 14. ábrát).

14. ábra: **Példa a dolgozók bántalmazásához vezető okok összeadódására** (saját szerkesztés)





5.3. A RELEVÁNS MEGOLDÁSOK KERESÉSE

5.3.1. A kezelendő gyökérokok kiválasztása

Az előző fejezetben számos okot és hozzájáruló tényezőt azonosítottunk be a dolgozókat ért bántalmazások háttérben. Összegyűjtésük után ki kell választani azokat, amelyek a legjelentősebb problémát okozzák (a leggyakrabban fordulnak elő, vagy az előfordulásuk nagyon súlyos kimenetellel jár), és elsőként ezekre célszerű megoldási javaslatot keresni.

Az első fókuszcsoportos megbeszélés során arra kértük a szakértőinket, hogy határozzák meg azokat az okokat és hozzájáruló tényezőket, amelyeket a dolgozókkal szemben elkövetett bántalmazások háttérében álló legfontosabb kockázatoknak lehet tekinteni.

A felkért szakértőink által beazonosított okokat és hozzájáruló tényezőket azok előfordulása és súlyossága szerint kategorizáltuk. Annak érdekében, hogy minden szakértő – akár kórházból, akár szakrendelőből érkezett – egységesen tudja kategorizálni a megnevezett okokat, egy mindenki által elfogadott, egységes csoportbesorolást tartottunk szükségesnek. Ennek érdekében az okok súlyosságának megítélésére új kategóriadefiníciókat alkottunk (lásd az alkalmazott módszereket tartalmazó, 4.3.3., *Kockázatok értékelése* című fejezetet), amelyeket kockázati mátrixba rendeztünk. A kapott teljes eredményt az 5. melléklet tartalmazza.

Az alábbiakban a szakértőink által kiválasztott azon okokat és hozzájáruló tényezőket mutatjuk be, amelyeket a fókuszcsoporthoz megbeszélés során tovább vizsgáltunk, akár a gyakoriságuk, akár a következtükben kialakuló sérülések súlyossága okán. Az országos kutatásunk eredményei alapján a megoldási javaslatok keresése során első körben ezekre célszerű fókuszálni (lásd az 1. dobozt). Megjegyzendő azonban, hogy egy adott intézmény adatait elemezve más tényezők kerülhetnek előtérbe, ezért minden esetben célszerű intézményre szabottan is elvégezni a vizsgálatot, és annak megfelelő meghozni az intézkedéseket.

1. doboz: A továbbiakban példaként használt, a kockázati mátrix eredménye alapján listázott legjelentősebb okok (saját szerkesztés)

- a személyzet összetétele
- bérnövérek
- időhiány
- a helytelen betegút
- a nem megfelelő szervezeti kultúra
- az oktatás hiányossága
- az elégtelen beteg tájékoztatás
- ha a munkatárs nem ismeri fel az agresszivitás előjeleit
- a korlátozó intézkedések helytelen alkalmazása
- drogos beteg
- a beteg fájdalma
- ha nincs biztonsági szolgálat
- ha a biztonsági szolgálatot nem lehet elérni
- fáradtság
- személyzethiány
- a munkatárs stílusa
- ha zavart a beteg
- ha ittas a beteg
- várakozás

5.3.2. Megoldási javaslatok

A gyökérokok pontos meghatározása sok esetben a megoldási javaslat megfogalmazását is magával hozza. A kezelendő okokhoz további megoldási javaslatokat gyűjthetünk:

- a NEVES adatlap megfelelő kérdésére adott válaszok feldolgozásával,
- a szakirodalmi források alapján (lásd a MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓ 2. függelékének 8. fejezetét), valamint
- fókuszcsoport bevonásával (lásd a MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓ 2. függelékének 2. fejezetét).

Az alábbiakban bemutatásra azokat a megoldási javaslatokat és gyakorlati ajánlásokat mutatjuk be, amelyek alapját az országosan gyűjtött NEVES jelentési rendszer adatai, a hazai és nemzetközi szakirodalom, valamint a szakértői megbeszélések adják.

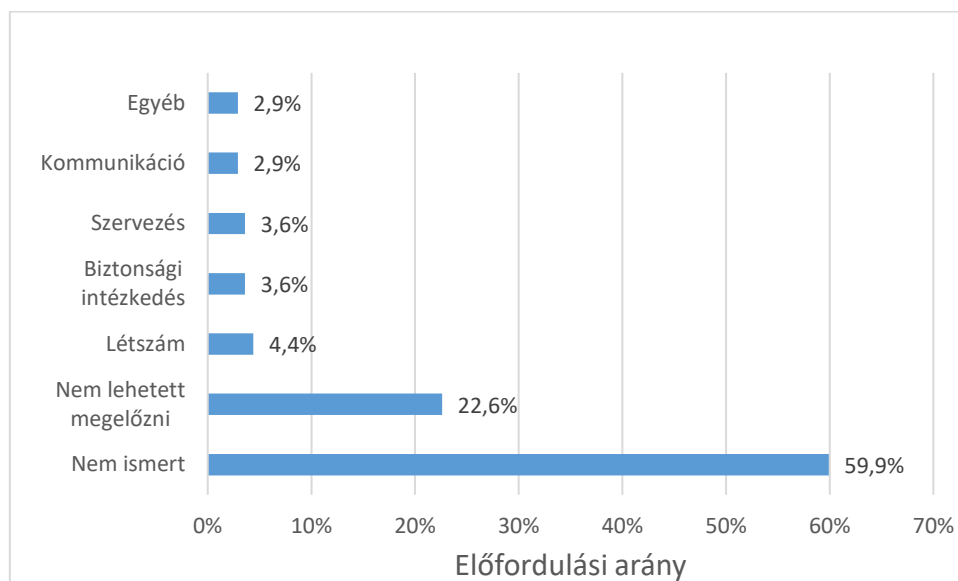
5.3.2.1. MEGOLDÁSI JAVASLATOK A NEVES ADATLAP ALAPJÁN

A NEVES jelentőlap lehetőséget nyújt az adatrögzítő számára, hogy szabad szöveges formában is megfogalmazza, véleménye szerint milyen intézkedésekkel lehetett volna elkerülni a dolgozókat ért bántalmazásokat.

A legtöbb esetben a dolgozók bántalmazásával az alább ismertetett szabad szöveges válaszokat lehet összefüggésbe hozni.

A jelentésekben szereplő szabad szöveges válaszok több mint a felében (59,9%) nem kerültek meghatározásra az azok megelőzését támogató, segítő tényezők, míg a kitöltők 22,6%-a úgy nyilatkozott, hogy nem lehetett volna elkerülni a bántalmazást. A megnevezett tényezők teljes listája a 15. ábrán kerül bemutatásra.

15. ábra: A bántalmazások elkerülésének lehetőségei a szabad szöveges válaszok alapján
($n=137$; saját szerkesztés)



5.3.2.2. MEGOLDÁSI JAVASLATOK A SZAKIRODALMI FORRÁSOK ALAPJÁN

Az egészségügyi személyzet – különösen az ápolók – ellen irányuló agresszív viselkedés egyre gyakoribb, ezért az egészségügyi intézményekben az erőszakos események megelőzése a dolgozói biztonság és a betegbiztonság kulcsfontosságú kérdésévé vált.

A dolgozók bántalmazása és a munkahelyi erőszak megelőzése érdekében megjelent átfogó programok igen fontos eleme a politikai akarat. Kiemelendő mind a betegek, mind a munkatársak számára az erőszakkal szembeni zéró tolerancia. Hangsúlyozásra kerül továbbá, hogy ennek az álláspontnak mindenki (a menedzsment, a munkatársak, a betegek és a hozzátartozók) előtt egyértelműnek kell lennie. Gondoskodni kell arról is, hogy a munkahelyi erőszakról beszámoló munkavállaló nem kerülhet olyan helyzetbe, hogy őt nevezzék meg bűnbaknak. Ösztönözni kell az alkalmazottakat, hogy haladéktalanul jelentsék az eseményeket, és tegyenek megelőzési javaslatokat a bántalmazások bekövetkezésének csökkentése vagy elkerülése érdekében. A program hangsúlyozza a kockázat felmérésének fontosságát, valamint kiemeli a munkatársak ez irányú képzését. Javaslatuk szerint gondoskodni kell arról, hogy rendelkezésre álljanak a megfelelő erőforrások a csapat vagy a felelős személyek szakértelmének fejlesztésére. (Samson & Tavernero, 2011)

A megoldási javaslatokról is fellelhető hazai szakirodalom. Az Ápolási Szakmai Kollégium felkérésére végzett vizsgálat eredményeit 2015-ben Vörösmarty publikálta. (Vörösmarty, 2015)

A könnyebb átláthatóság érdekében táblázatba gyűjtöttük a nemzetközi és a hazai publikációkban felsorolt lehetőségeket (lásd a 11. táblázatot).

11. táblázat: **A munkahelyi erőszak megelőzési lehetőségeinek nemzetközi és hazai megoldási javaslati** (OSHA, 2015; Samson & Tavernero, 2011; Vörösmarty, 2015 alapján)

Az OSHA és a Massachusetts Nurses Association hatékony biztonsági és egészségvédelmi programja	A hazai Ápolási Szakmai Kollégium felkérésére végzett vizsgálat megoldási javaslati
Vezetői elkötelezettség és az alkalmazottak bevonása	Kockázatértékelés készítése (intézményi és/vagy osztályszinten) az okok és a hozzájáruló tényezők feltárása érdekében
Munkahelyi veszélyelemzés	A személyzet oktatása
A veszélyek megelőzését célzó intézkedések és ellenőrzések	A társadalmi, szakmai és erkölcsi presztízs erősítése
A munkavállalók, a vezetők és a biztonságiak biztonsági és egészségügyi képzése, ideértve, hogy hol és hogyan kell bejelenteni és kezelni a bántalmazásokat	A kultúrákról és szubkultúrákról szóló oktatás
A tájékoztató tevékenységek elvégzése az eseményt követően	A betegek és hozzátartozók megfelelő tájékoztatása
Pontos nyilvántartás vezetése	A látogatási idő szabályozása
A bántalmazással foglalkozó politika	A törvényi szabályozás, szigorítás
A lőfegyverek és fegyverek észlelése, elkobzása	
Nemzetközi szabványok szerint kiképzett biztonsági őrök	

Az átfogó programokon túl az is bizonyított tény, hogy már magával a **megfelelő kommunikációval** is jelentősen javítani lehet a betegelégedettséget, ily módon pedig csökkenthető az egészségügyi személyzettel szembeni agresszív viselkedés is. Az egészségügyi munkatársak munkavégzésének jelentős részét a kommunikáció teszi ki. Sok esetben nem is tudatosul bennük, hogy az ellátói tevékenység egyik nagyon fontos eleme a helyes kommunikáció. Ha jól kommunikálnak a beteggel, az mind az ellátás szempontjából, mind a nem várt események elkerülése szempontjából jelentős hozadékkal bír. A betegek megfelelő

tájékoztatásával s rájuk irányuló figyelemmel elérhető, hogy a pácienseket együttműködésre bírjuk, türelmesebbek, nyugodtabbak és kevésbé agresszívak legyenek. Az orvos vagy az egészségügyi szakdolgozó és a beteg közötti megfelelő kommunikáció jelentőségét jól érzékeltetni lehet „a kommunikáció gyógyít és öl” kifejezéssel. A szakemberek hangsúlyozzák, hogy ha az egészségügyi munkatársak nagyobb figyelmet fordítanak a megfelelő kommunikációra, az jelentősen csökkenthetné a dolgozókkal szemben elkövetett bántalmazások előfordulását. Ezért is kiemelten fontos az egészségügyi szolgáltatók kommunikációs képzése. Napjainkban az orvosegyetemeken nagy hangsúlyt fektetnek a megfelelő kommunikáció elsajátítására, a mindennapi gyakorlatban ugyanakkor az ellátók többsége az idősebb korosztályhoz tartozik, akik még nem részesültek ilyen jellegű alapképzésben. Kíváncsú és kiemelten fontos, hogy a pályakezdő munkatársak mellett a korábban végzett, idősebb, valamint a hosszabb távollét után visszatért személyzet oktatása, képzése, illetve továbbképzése is megtörténjen és rendszeressé váljon. (Albert & Dudás, 2017; Mina, 2016; Pilling, 2004)

Összességben kijelenthető, hogy eredményesebb védekezést biztosít az agresszió, valamint a dolgozói bántalmazások megelőzésére az aszertív kommunikáció, mely képzettséget, önuralmat és rengeteg gyakorlatot igényel. Hiszen ne feledjük, hogy a beavatkozó fél is ember. Esetenként, olyan ember, aki a napi problémáival, frusztráltságával, vagy akár az előítéleteivel együtt, egy számára is stresszes helyzetben nehezebben képes uralni az indulatait. (Major, 2010)

Az oktatással fejleszthető, alkalmazandó verbális technikák:

- mutasson nyugalmat és tiszteletet;
 - beszéljen nyugodtan, lassan;
 - tartson kellő távolságot;
 - legyen udvarias;
 - a halk beszéd különösen akkor hatékony, ha a beteg hangos és agresszivitást mutat;
 - maradjon ítélettelen, ne vonódjon be a konfliktusba;
 - ne próbálja „helyesbíteni” a beteg észlelését;
 - ne vegye személyes sértésnek az ember haragját;
 - mondja el a betegnek egyértelműen, hogy mit szeretne tőle;
 - adjon választási lehetőségeket a beteg számára, hogy a kérést ne érezze ultimátumnak.
- (Pilling, 2018)

A dolgozók bántalmazásának megelőzésében egyre nagyobb teret nyer a transzkulturális ápolás/ellátás szemlélete. „A transzkulturális ápolás egy meghatározott irány, amely speciálisan az eltérő kultúrák szemléletére, értékeire, életmódjára fókuszál. A megszerzett ismeretek felhasználásával hatékonyabbá lehet tenni a különböző identitású egyének, családok, csoportok ápolását.” (Cserkész, 2006)

Hazánkban újszerű a transzkulturális ellátás fogalma. Elterjedéséhez az egészségügyi személyzet ismereteinek, szemléletének és hozzáállásának változtatására volna szükség. A XXI. században az országok közötti szabad átjárhatóság azt vonja magával, hogy az egyes államokban – így Magyarországon is – egyre szélesebb a különböző nemzetiségű népesség köre. Emellett a turizmus növekedése vagy az ideiglenesen hazánkban dolgozó külföldi munkavállalók is jelentős szerepet tölthetnek be abban, hogy egyre többféle kultúrájú és vallású ember jelenik meg az egészségügyi ellátásban is. A szakirodalom hangsúlyozza, hogy „amikor két különböző identitás találkozik – ha csak rövid időre is –, ott a különbség feszültséget idézhet elő.” A helyzet megoldásához nagyban hozzájárul az egészségügyi személyzet alkalmazkodása, a transzkulturális ellátás elvének követése. Az ún. „napkelte-modell” speciálisan az eltérő kultúrájú betegek ellátásában nyújthat segítséget. A módszerrel először az 1960-as években Madeleine Leininger kezdett el foglalkozni. Leininger hangsúlyozta, hogy az ellátó személyzetnek nyitottnak kell lennie az ápolást, ellátást befolyásoló tényezőkre. A betegek érdekeit, nézeteit, értékeit a saját nézetük elé kell helyezniük. Ma már a szakszerű ápolás elengedhetetlen részének számít a beteg vallásának, etnikai hovatartozásának, világnézetének és kultúrájának a széleskörű ismerete és tiszteletben tartása, emellett pedig kiemelten fontos az empátia, a türelem, az aktív figyelem, valamint az érdeklődés. (Balogh, 2012; Balogh, 2014; Cserkész, 2006)

Ezért az ápolóknak a beteggel kapcsolatban az alábbi tényezőket kell felmérniük:

- világnézet – a beteg világlátása;
- kulturális és társadalmi szerkezet – honnan, hogyan jött, tapasztalatok, nyelvi készségek;
- nemzeti értékek, hit, életmódok;
- rokonsági és szociális faktorok – ki a gondoskodó, ki a nem gondoskodó személy, a család hatása az egészség megtartásában;
- az elvárt gondoskodás mértéke a családtól és az ápolótól;
- vallás/spiritualitás, filozófiai faktorok – étkezés, imádkozás stb.;
- technológiai faktorok – a mindennapos életben használt technikai eszközök vagy ezek nélkülözése;
- politikai, jogi tényezők – a politikai és jogi cselekvések hatása az egészségre;

- gazdasági tényezők – kik a családban a keresők;
- oktatási tényezők – iskolai végzettség, információk az egészség–betegség témakörében;
- nyelvi és kommunikációs faktorok – milyen nyelven ért, milyen nyelvi korlátjai vannak az ellátásnak, milyen verbális és nonverbális problémák merülnek fel;
- szakmai és ellátási hiedelmek – a páciens javaslata az ápolónak a jó ellátási gyakorlatról;
- általános és specifikus ápolói gyakorlatok – az otthoni vagy a kórházi ellátás preferálása, az ápolás jelentése a páciens számára, a jó és elvárt ápoláshoz kapcsolódó értékek és hiedelmek. (Kálmánné, 2018)

A szakirodalmi forrásokat áttekintő összegzésként a megoldási javaslat két szintjét lehet megfogalmazni: az első szint alapvető célja az erőszakos cselekedetek megelőzése vagy legalább csökkentése; a második szinten pedig – ha már bekövetkezett az erőszak – a bántalmazást elszenvedő alany védelmére van szükség. (Samson & Tavernero, 2011)

5.3.2.3. A SZAKÉRTŐK ÁLTAL MEGFOGALMAZOTT MEGOLDÁSI JAVASLATOK

A megoldási javaslatok körének teljesebbé tételéhez a szakértőink is hozzájárultak (lásd a 2. dobozt).

2. doboz: Példák a kockázati mátrix eredménye alapján listázott okokhoz rendelhető megoldási lehetőségekre (saját szerkesztés)

A szakértők által beazonosított dolgozói bántalmazások hozzájáruló tényezői és okai	A szakértők által megfogalmazott megoldási javaslatok
Helytelen kommunikáció	A munkatársak kommunikációs készségének fejlesztése
Nem megfelelő betegutak	Az orvoskollégák (házi orvosok, szakorvosok, valamint szakorvosok) egymás közötti szakmai és kollegiális együttműködésének megvalósítása. A betegutak egyértelmű és helyes kommunikálása.
Bérnővérek a rendszerben	A cégeknek érdemes lenne figyelnie arra, hogy melyik munkatárs melyik intézménybe volt korábban kirendelve, és törekedni arra, hogy az adott bérnővér ugyanarra az osztályra kerüljön beosztásra, ahol már korábban volt –

	ezzel esélyt adva a stabil csapatok megjelenésére is a rendszerben
Várakozás	A beteg/hozzá tartozó tájékoztatásával elkerülhető az ebből adódó feszültség
A munkatárs nem ismeri fel az agresszivitás előjeleit	A munkatársak ez irányú képzésének fejlesztése akár intézményi szinten; esetmegbeszélések biztosítása
A beteg fájdalma	Megfelelő fájdalomcsillapítás, a fájdalommenedzsment helyes alkalmazása
Elégtelen beteg tájékoztatás	A betegnek/hozzá tartozónak igénye van arra, hogy az orvosától megkapja az állapotával kapcsolatos tájékoztatást (az orvosoknak ezt az igényt szem előtt tartva be kell illeszteniük ellátási folyamataikba a beteg megfelelő tájékoztatását)
Nem megfelelő korlátozó intézkedés alkalmazása	A korlátozó intézkedések szabályok szerinti, megfelelő kivitelezése: a munkatársak figyeljenek arra, hogy ezzel ne fokozzák a beteg agresszióját

5.4. A VÁLTOZTATÁSI JAVASLATOK KIVÁLASZTÁSA

A fentiekben ismertetett módszertan segítségével ki tudtuk választani azokat az intézkedéseket, amelyek bevezetése jó eséllyel csökkentheti az egészségügyi intézményekben bekövetkezett dolgozói bántalmazások számát. A hozzájáruló tényezők és gyökérok beazonosításával számos esetben a megoldási javaslatokra is fény derült. Ezeket a második fókuszcsoportos megbeszélés során szakértőink közreműködésével tartalmuk alapján csoportosítottuk, és intézkedési javaslatcsomagokat fogalmaztunk meg. Egyidejűleg nem tudunk – és nem is láttuk szükségét – minden területre intézkedéseket bevezetni. Annak érdekében, hogy az összegyűjtött megoldási lehetőségek és javaslatok közül kiválasszuk azokat, amelyeket leginkább érdemes bevezetni, szűkítettük a listát és prioritási (döntési, megoldási) mátrixot használva rangsoroltuk azokat. Szakértőink véleménye szerint az orvos által végzett részletes, személyre szabott beteg tájékoztatással, az új munkatársak mentorálásával, a gyakorlatorientált kommunikációs képzéssel, valamint az esetmenedzserek alkalmazásával csökkenthető lenne az intézményekben bekövetkezett egészségügyi munkatársakkal szemben elkövetett bántalmazások száma. A kapott eredményeket a 3. dobozba gyűjtöttük össze.

3. doboz: Példa a megoldási javaslatok kiválasztására a prioritási mátrix alkalmazásával (saját szerkesztés)

Megoldási javaslat	Érdek	Hatás	Megvalósíthatóság	Szorzat
Új munkatársak, bérnővérek mentorálása	5	3	3	45
Esetmegbeszélés	5	5	1	25
Intézményi szintű szakértői támogatás	3	3	1	9
Gyakorlatorientált képzés	3	5	3	45
Oktatás/képzés	1	3	3	9
Esetmenedzser alkalmazása	3	5	3	45
Orvosi betegtájékoztató	5	5	3	75

Magyarázat:

Az itt látható prioritási mátrixot a fókuszcsoporthoz megbeszélés szakértőinek konszenzusos véleménye alapján állítottuk össze. A tételek meghatározásában és értékelésében a résztvevők véleménye egységes volt. Ennek ellenére az egyes kategóriák (az érdek, a megvalósíthatóság és a hatás) pontozásában jelentős eltérések figyelhetők meg.

A prioritási mátrix értékei azt mutatják, hogy a hazai intézményekben bekövetkezett bántalmazások számának csökkentése **az orvosi betegtájékoztatással** lenne leginkább megvalósítható. A priorálás során két ezt érintő tényezőt (az érdeket, valamint a hatást) a maximális pontszámmal, a megvalósíthatóságot ugyanakkor 3 ponttal értékelték szakértőink.

A megbeszélés résztvevőinek konszenzusos véleménye továbbá, hogy a megoldási javaslatok közül az **új munkatársak és bérnővérek mentorálása**, illetve a **gyakorlatorientált képzés**, amely kitér a megfelelő kommunikációra, valamint a beteg agresszív viselkedésének felismerésére, kiemelt jelentőséggel bír. Szakértőink – az előzőekhez hasonlóan – 45 ponttal értékelték az **esetmenedzser alkalmazását** is. A betegre és a hozzátartozókra irányuló figyelem – a várakozási idő, valamint a beteg

fájdalmának megfelelő kezelésével – kedvező eredményt hozna a bántalmazások megelőzésében, elkerülésében.

Érdekes, hogy a megvalósíthatóság szempontjából minden tétel alacsony pontszámot kapott. Ez is azt mutathatja, hogy a gyakorlatban aktívan résztvevő munkatársak nem igazán bíznak abban, hogy a javasolt megoldások működőképesek és megvalósíthatók a gyakorlatban.

A fentiek alapján a hipotetikus példában a legeredményesebb intézkedésnek az orvosi betegtájékoztató ígérkezik. A több egyszerre bevezetett intézkedés erősítheti egymás hatását, ezért érdemes ezeket kombinálni egymással.



5.5. A VÁLTOZTATÁS BEVEZETÉSE

A változtatások bevezetésével kapcsolatos részletes leírás a MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓ 3. függelékében található.



5.6. HATÁSVIZSGÁLAT

A javasolt intézkedések bevezetését követően – az eredményesség ellenőrzése céljából – érdemes ismételt adatgyűjtést végezni a dolgozói bántalmazások alakulásáról. Célszerű megvizsgálni, hogy az okok felszámolását célzó intézkedések megvalósultak-e, és ennek eredményeként hogyan változik a bekövetkezett nemkívánatos események háttérében álló okok vagy hozzájáruló tényezők összetétele.

Amennyiben azt találjuk, hogy nem csökkent a probléma előfordulási gyakorisága, vagy a probléma háttérében ugyanolyan arányban áll a kezelni kívánt ok, meg kell vizsgálni, hogy miért nem sikerült elérni a kívánt eredményt, és szükség esetén további intézkedéseket kell hozni. (Példa a MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓ 2. függelékének 9. fejezetében.)

6. MEGBESZÉLÉS, KÖVETKEZTETÉSEK ÉS JAVASLATOK

6.1. MEGBESZÉLÉS

A jelen tanulmány az első, amely hazánkban részletesen foglalkozik a hazai ellátórendszerben bekövetkezett, az egészségügyi munkatársakat ért bántalmazások okaival és megelőzési lehetőségeivel. Valós, társadalmi jelenségről beszélünk, mely az egészségügyi szakdolgozók (tehát a legoperatívabban munkát végzők) és a sürgősségi ellátás (tehát a leginkább rendkívüli eseményeket kezelők) irányába súlyosbodik. A szakirodalmi kutatáson túl kvantitatív és kvalitatív elemzést is végezünk, és ezzel átfogó képet tudunk nyújtani a témában.

6.1.1. A módszertani ismeretek alkalmazása

A dolgozókkal szemben elkövetett bántalmazások jelentős hatást gyakorolnak az ellátásra – nemcsak az atrocitások közvetlen elszennedői, hanem az egészségügyi intézmények és a menedzsment szempontjából is. Eredményeink alapján látható, hogy bár ezeknek az eseményeknek a bekövetkezését nem minden esetben lehet elkerülni, az előfordulásuk részben megelőzhető, a számuk pedig a megfelelő intézkedésekkel csökkenthető.

Hangsúlyozni kell, hogy az egészségügyi ellátással kapcsolatos nemkívánatos események oki kutatása során fontos a jól használható technikák módszertanának ismerete. Általánosságban elmondható, hogy a bemutatott és alkalmazott módszereknek több formája is létezik, ezek közül jelen tanulmányunk készítésekor az oki kutatás szempontjából legcélszerűbbnek tartott változatokat alkalmaztuk és mutattuk be.

- Az ok–hatás-diagram elkészítésének jelentősége:

Mivel az események oki struktúráját illetően a különböző intézmények és szervezeti egységek között jelentős eltérések tapasztalhatók, így a fejlesztési tevékenység során kiemelt jelentőségű az adott ellátó egység jellemzőinek megismerése és figyelembevétele. Ugyanazon okok a különböző ellátási helyszíneken eltérő sajátossággal bírhatnak, ezért – a módszertani anyagra visszautalva – hangsúlyozni szeretnénk, hogy az egyes okok hátterében álló gyökérokokat teljes biztonsággal csak a helyi sajátosságok ismeretében lehet megállapítani.

- A kockázati mátrix elkészítésének jelentősége:

A kockázati mátrix segítségével szolgálhat az intézmények munkatársai számára a saját intézményi környezetükben kezelendő okok kiválasztásához.

Amennyiben helyesen határozzák meg a gyökérokokat és készítik el a kockázatok értékelését, akkor a legnagyobb eredményességgel a mátrix segítségével kiválasztott, a legkockázatosabb okokra meghozott intézkedésekkel lehet csökkenteni a dolgozókkal szembeni bántalmazások előfordulását.

- A prioritási mátrix elkészítésének jelentősége:

Minden jelentősnek tartott feltárt okra érdemes megoldást keresni a bemutatott módszerek felhasználásával. A konkrét javaslatokat alapul véve intézkedéscsomagokat állíthatunk össze. A prioritási mátrix hasznos eszközként segíti az intézkedési lehetőségek közötti fontossági sorrend meghatározását, amely hasznos támogatást ad a döntések meghozatalához.

6.1.2. A NEVES jelentési rendszer

A NEVES jelentési rendszerben lehetőség van azoknak az adatoknak az összegyűjtésére, amelyek elemzésével fény derülhet arra, hogy milyen okok állnak a dolgozók bántalmazásának hátterében. A NEVES jelentési rendszert használó intézmények beszámolói alapján a program legnagyobb haszna – az adatgyűjtésnek köszönhetően –, hogy átfogó képet kapunk a lejelentett nem várt eseményekről. Tekintettel arra, hogy a NEVES rendszerben egy adott intézmény kizárólag a saját adatait látja, az elemzések eredményei a saját környezetének specifikumait tükrözik.

Ezen túlmenően ugyanakkor az intézmények össze tudják hasonlítani a saját adataikat az országos adatokkal is, és a rendszerből exportálni lehet az eredményeket.

Az aggregált adatok elemzésének egyik alapfeltétele, hogy megfelelő számú és minőségű adat álljon rendelkezésre. A jelentési hajlandóság ebben a témakörben jelenleg még nem túl magas, hiszen országos kutatásunkban összesen 137 jelentett adat kerülhetett elemzésre. Igaz, hogy ezekből az adatokból nem tudjuk megállapítani, hogy milyen arányban fordul elő és kerül jelentésre a dolgozót ért bántalmazás – hiszen nem ismerjük az összes dolgozóval szemben elkövetett bántalmazások számát –, ahhoz mégis elegendő mennyiségű adat gyűlt össze, hogy már érdemi következtetéseket tudjunk levonni a hazai intézményekben bekövetkezett, dolgozókkal szemben elkövetett bántalmazások ügyében.

Az oki kutatásunk eredményei igazolják a NEVES jelentési rendszerbe beküldött adatok relevanciáját, hiszen a kapott eredmények sok esetben összhangban állnak az irodalomban közölt főbb megállapításokkal.

A nemek tekintetében megfigyelhető, hogy 68,4%-ban férfi, 31,6%-ban pedig nő volt az elkövető. Tudva azt, hogy az eredmények jelentős mértékben függnak attól, hogy kik és honnan jelentettek, az elkövetők nemét nem lehet párhuzamba állítani a bántalmazást elszenvedők nemével. Azonban az agresszivitás, a bántalmazás és a nemek közötti összefüggések vizsgálatának eredményei összhangban állnak El-Gilany és munkatársainak a témában megjelent publikációjával. A szerzők a betegek neme szerint találtak különbséget: a férfi betegekkel foglalkozó személyzet 59%-a, a női betegeket ellátóknak pedig 49%-a számolt be az őket ért bántalmazásról. (El-Gilany et al., 2010)

A NEVES jelentési rendszerbe érkezett adatok alapján a bántalmazók közel fele 39 év alatti, rájuk a verbális bántalmazás elkövetése jellemző (38,3%). A fizikailag bántalmazók 51,6%-a 60 év fölötti. Mivel a kórházakban inkább az idősebb betegek felvétele jellemző, a fiatalok magas aránya a fiatal életkor magasabb kockázatát is jelenti az agresszív fellépés tekintetében. A vizsgált mintában a fiatalabb korosztályhoz tartozó bántalmazók többsége férfi, az idősebbek inkább nők.

Érdekes megfigyelés még, hogy a nők a férfitársaikhoz képest nagyobb arányban (44,2%) használták *együttesen* a fizikai és verbális bántalmazást. A fókuszcsoport résztvevői – a NEVES jelentési rendszerbe érkező adatokkal ellentétben – azt tapasztalták, hogy a hozzátartozók negatív fellépésének magasabb az előfordulása a betegekéhez képest.

A szakirodalmi eredményekkel megegyezően a bántalmazást elkövetők 89,1%-a betegként volt jelen az intézményben. Egy 2014-es szisztematikus tanulmány is nagy gyakorisággal (Kanada: 94%, Törökország: 91%, Egyesült Királyság 90%) említi a bántalmazás elkövetőiként a betegeket. (Edward et al., 2014)

A beteg agresszióra hajlamosító állapotát több jelentett esetenél is befolyásolta gyógyszerhatás (22 esetben), az alkoholfogyasztás (17 esetben) vagy a droghatás (13 alkalommal). A bántalmazó személyek 76,2%-ának a pszichés betegsége volt az az ismert jellemzője, amely hozzájárulhatott a nem várt esemény bekövetkezéséhez. Ezzel összhangban a szakirodalom a betegekkel összefüggésbe hozható legfontosabb okok között a drog- és alkoholfogyasztásukat, valamint a pszichiátriai megbetegedéseiket említi. (EMMI – ESzK, 2018; El-Gilany et al., 2010)

A jelentések többsége a pszichiátriai osztályokról, illetve az aktív, nem műtétes osztályokról érkezett. A bántalmazást elkövető betegek 47,5%-a sürgősségi felvétellel került az intézménybe. Fontos hangsúlyozni, hogy ezek az országos adatokból származó eredmények jelentős mértékben függnak attól, hogy kik és honnan jelentettek eseményeket, ezért az elemzés eredményei alapján nem feltétlen vonhatók le következtetések arra vonatkozóan, hogy egy adott intézményben hol fordulna elő gyakrabban a bántalmazás. Ehhez az adott intézményben készített elemzésre van szükség, amelyhez az itt ismertetett információk hasznos támpontul szolgálhatnak. Egy 2011-es publikáció szerint – a pszichiátriai osztályhoz hasonlóan – a sürgősségi osztályon dolgozó ápolók jelentős része (>50%) is tapasztalt már a munkahelyén a betegek részéről erőszakot. (Samson & Tavernero, 2011)

A szakirodalmi források is hangsúlyozzák, hogy a bántalmazások megelőzésében nagy szerepe van a személyzet és a betegek megfelelő aránynak, valamint a megfelelően képzett személyzetnek. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyért Felelős Államtitkársága és az Egészségügyi Szakmai Kollégium által közösen kiadott szakmai irányelv is felhívja a figyelmet arra, hogy az erőszak okai között a beteg állapotán túl a nem megfelelő személyzet-beteg-arány, a képzetlen személyzet és a szabályozás hiányosságai is szerepet játszhatnak. (EMMI – ESzK, 2018) A NEVES jelentési rendszerbe érkezett adatok szerint az

esetek 92%-ában a szokásos dolgozói létszám volt jelen, ez azonban nem feltétlenül jelenti azt, hogy ez a létszám ideális lett volna.

A hazai intézményekből származó jelentéstevők 81,8%-a úgy nyilatkozott, hogy volt az intézményben szabályozás a bántalmazó személy kezeléséről. Arról azonban nincs információ, hogy ezek a szabályozások mennyire voltak megfelelőek, illetve az érintettek mennyiben ismerték és alkalmazták az abban foglaltakat. A témában megjelenő ajánlások egyértelműen hangsúlyozzák a szabályozás fontosságát, a pontos dokumentáció vezetését és a nem várt események jelentését. (EMMI – ESzK, 2018; OSHA, 2015; Samson & Tavernero, 2011; Vörösmarty, 2015)

A jelentett esetek szerint az ellátókat jellemzően egyféle bántalmazás érte (74,5%), egynegyedüknél azonban kettő vagy több típusú módja is volt a bántalmazásnak. A szakirodalommal összhangban a leggyakrabban (37,2%) a fizikai bántalmazásokat említették, amit a fizikai és verbális agresszió együttesen (32,8%), valamint a csak verbális agresszivitás (29,9%) követett. A szakirodalom ebben ugyanakkor ellentmondásos. Egy 2014-es szisztematikus tanulmány szerint a verbális bántalmazás háromszor gyakoribb a fizikai bántalmazáshoz képest. (Edward et al., 2014) Ezt az arányt tapasztalták a fókuszcsoport résztvevői is. A nemzetközi adatokhoz képest Vörösmarty hazai tanulmánya szerint viszont a magyar ápolók körében a fizikai bántalmazások előfordulása a legmagasabb (37%). (Vörösmarty, 2015) A hazai adatok hátterében azonban az is előfordulhat, hogy a szervezeti kultúra fejletlensége okán nem merül fel a dolgozóknál, hogy a szóbeli bántalmazást sem kellene jelentéktelen tényként kezelniük. Elképzelhető, hogy leginkább a fizikai bántalmazások érik el azt az ingerküszöböt, amelyet követően a dolgozók már jelentik az eseményeket a feletteseiknek.

A NEVES rendszerbe érkezett jelentések szerint a bántalmazás legsúlyosabb következményként a munkatársak többnyire szorongásról számoltak be (27%), 21,2%-uk nehezebben tudott a bántalmazást követően a munkájára összpontosítani, 19% pedig a bizalmatlanságot nevezte meg. A nemzetközi és hazai publikációk eredményei alapján az egészségügyi személyzet jelentős része (31%–70%) nyilatkozott úgy, hogy aggódik a munkahelyi erőszak miatt, sőt az egyik olyan tényezőként jelölték meg azt, amely erőteljesen csökkenti az ápolónők munkával való elégedettségét és a munka minőségét. A menedzsmentnek ismernie kell a kedvezőtlen hatásokat és rendelkeznie kell a megelőzéshez, illetve a már bekövetkezett bántalmazások kezeléséhez kidolgozott megoldási javaslatokkal. (El-Gilany et al., 2010; Edward et al., 2014; OSHA, 2015; Vörösmarty, 2015)

Szakértőink tapasztalatai alátámasztják a NEVES jelentési rendszerbe érkezett adatokat, amelyek szerint a dolgozókat ért bántalmazások helye jellemzően a kórterem, illetve a folyosó. A betegfelvétel során – az építészeti adottságok, a kórtermek mérete stb. miatt – korlátozottak a lehetőségek arra vonatkozóan, hogy az orvosok vagy az ápolók figyelembe tudják venni az osztályon való elhelyezéskor a beteg agresszivitásra való hajlamát.

A jelentett esetek közül a bántalmazásban érintett személy 67,9%-ban (n=93) egészségügyi munkatársként lett megjelölve. Adatainkból nem kapunk pontos képet arra vonatkozóan, hogy a személyzet végzettségét tekintve milyen mértékű a bántalmazás előfordulása. Több szakirodalom szerint a vizsgált munkavállalók körében az ápoló személyzet magasabb arányban érintett (63,2%) az orvosokhoz és a rezidensekhez (50%) képest. Egy 2014-es szisztematikus tanulmány megállapítása szerint az agresszió leggyakoribb formája a verbális visszaélés volt, és ez jellemzően az ápolók ellen irányult. (El-Gilany et al., 2010; Farrell & Shafiei, 2012; Irinyi, 2008; Edward et al., 2014)

86,9%-ban a bántalmazott egészségügyi munkatárs úgy nyilatkozott, hogy az őt ért bántalmazást követően képes volt a munkavégzésre, bár arra vonatkozóan nincs információ, hogy a bántalmazásnak hosszú távon milyen következményei voltak. Egy 2010-es tanulmányban külön hangsúlyozták a szerzők, hogy az ápolók több mint 70% -a aggódott a munkahelyi erőszak miatt. A hazai publikációk eredményei is összecsengenek ezekkel a megállapításokkal. (El-Gilany et al., 2010; Vörösmarty, 2015)

A jelentések szerint a bántalmazást követően a munkatársak háromnegyede (78,8%) szeretett volna segítséget kérni, amit jellemzően (65%) a munkatársától kapott meg. A hazai szakirodalom is arról számol be, hogy bántalmazás esetén a kollégák egymástól tudnak segítséget kérni. (Vörösmarty, 2015) Hasonló véleményt képviseltek a fókuszcsoporthoz megbeszélés szakértői is.

A magyarországi intézményekben a személyzet védelmét a biztonsági szolgálat, illetve a portaszolgálat biztosítja. A jelentések szerint a biztonsági szolgálat 67,9%-ban 5–15 perc között érkezik a bántalmazás helyszínére. Ezzel az eredménnyel a szakértőink is egyetértettek, és hangsúlyozták, hogy a hazai egészségügyi intézmények jelentős részében szükség van ennek a területnek a fejlesztésére.

6.2. KÖVETKEZTETÉSEK

A jelenlegi tanulmány a dolgozók bántalmazásának háttérben álló okok és hozzájáruló tényezők, illetve a megelőzési intézkedések azonosításán túl kutatásmethodikai szempontból is sok hasznos tanulsággal szolgál.

Az országos adatok elemzése során nyert tapasztalataink alapján elmondhatjuk, hogy a megfelelő következtetések levonása szempontjából kiemelt jelentősége van az adatok validitásának, valamint az egyes kérdések és válaszlehetőségek azonos értelmezésének. A szakirodalom-kutatás során több olyan releváns témát azonosítottunk, amelyre az adatlapunk nem tér ki – ennek javítása érdekében indokolt a NEVES jelentőlapok felülvizsgálata és módosítása.

A NEVES jelentési rendszer megbízhatóságát jelzi, hogy a kapott eredmények összhangban állnak az irodalomban közölt és a szakértőink által tett főbb megállapításokkal. Ezért is célszerű elérni a hazai intézmények szélesebb körű jelentéstételét. Ennek következményeképpen az adatok kellő mennyiségben állnának rendelkezésre akár az összetettebb statisztikai elemzések elvégzéséhez is.

Nem lehet figyelmen kívül hagyni a multikultúrák jelenlétét sem. A transzkulturális ápolás/ellátás jelentősége napjainkra megnőtt. A hazai intézmények vezetőinek is fel kell ismerniük ezt a helyzetet, és kezelniük kell azt a munkatársaik védelme, valamint a betegbiztonság érdekében.

6.3. JAVASLATOK

Országos kutatásunk eredményeként az alábbi javaslatokat fogalmaztuk meg az intézményi keretek között bekövetkezett dolgozói bántalmazások megelőzése, illetve negatív hatásuk mérséklése érdekében.

Az indulatos viselkedést megfelelő eszközökkel lehet és kell is kezelni. Napjainkban az agresszív viselkedést nem tudjuk teljesen kizárni az egészségügyi intézményekből sem, ugyanakkor kulcsfontosságú az agresszivitás jeleinek felismerése és a megelőzés. „Az agresszió kezelésével nem akkor kell elkezdni foglalkozni, amikor az már kialakult, hanem a hangsúlyt az agresszió megelőzésére érdemes helyezni”, fogalmaz Pilling. (Pilling, 2018)

Az intézményeknek célszerű oki kutatást és kockázatelemzést végezniük a dolgozói bántalmazások hátterében álló okok és hozzájáruló tényezők felderítése és megelőzése érdekében.

A jelenleg hatályos hazai törvényi szabályozások nem csökkentik a bántalmazások számát. A lakosság sok esetben az egészségügyi személyzetet nem tekinti közfeladatot ellátó személynek. Így aztán jogos igényként merülhet fel ennek tudatosítása vagy a törvények szigorítása.

Nagyban hozzájárulna az egészségügyi ellátások igénybevétele kapcsán keletkező feszültségek csökkentéséhez az, ha a betegek számára egyértelmű lenne, hogy milyen panasszal melyik ellátóhoz célszerű fordulniuk. Erre vonatkozóan hasznos lenne egy átfogó lakossági kampány, valamint a betegek ellátásának szervezése, a betegutak optimalizálása.

A munkáltató felelősségi körébe tartozó javaslatok:

Szervezeti szintű megelőzési intézkedési javaslatok:

- Intézményi szintű kockázatelemzés, amelynek részét kell képezze a munkatársak visszajelzéseinek a figyelembevétele, valamint a korábbi incidensek adatainak begyűjtése és azok elemzése.
- A tárgyi és biztonsági feltételek megteremtése.
- Funkcionális kórháztervezés előtérbe helyezése az új ellátóegységek kialakításakor, vagy meglévő egységek átalakításakor, többek közt a betegutak racionalizálása érdekében is (ezzel csökkenthető a betegek diszkomfortérzete az ellátás során).
- A kockázatok csökkentésére irányuló intézkedések megvalósítása (az agresszív viselkedés felismerését célzó és a kommunikációt fejlesztő képzések biztosítása, a szakképzett biztonsági szolgálat, az intézmény technikai hátterének fejlesztése).
- A biztonsági szabályzat, házirend kidolgozása.
- A porta-, és biztonsági szolgálat jelentéseinek elemzése.
- A munkabaleseti statisztikák elemzése (sérülés esetén sok esetben a dolgozókat ért bántalmazások munkabalesetként kerülnek feljegyzésre).
- A betegek és a személyzet jogainak, valamint felelősségének oktatása.
- A panaszkezelések módjának kidolgozása és oktatása.
- Az ellátotti kört érintően a különböző kultúrákról, szubkultúrákról szóló ismeretek átadása.

Megelőzési intézkedések a menedzsment, ill. vezetőség részéről:

- A menedzsmentnek képviselnie kell elkötelezettségét a munkatársak biztonságának irányában. Prioritást kell élvezniük a dolgozók bántalmazásának megelőzését célzó intézkedéseknek és a szervezeti kultúra ilyen irányú fejlesztésének.
- Megfelelő létszámú és összetételű személyzet biztosítása az ellátás nyújtásához.
- A bántalmazással kapcsolatos adatok összegyűjtése, a kivizsgálások megindítása és célzott intézkedések.
- A NEVES jelentési rendszer használatának támogatása.
- A dokumentálási hajlandóság növelése, valamint megfelelő forrás és támogatás biztosítása hozzá.

- A felső vezetésnek bele kell folynia az eseményekbe, az áldozattal együttérzőnek és támogatónak kell lennie.
- A bántalmazott személyt azonnal, illetve a későbbiekben esetlegesen fellépő poszttraumatikus stressz kialakulása esetén is lelki segélyben kell részesíteni.
- A jogi és adminisztratív eljárásokkal kapcsolatban támogatást kell nyújtani az áldozatnak.
- Meg kell vizsgálni a kockázati tényezőket, hogy tisztában legyünk a további szükséges intézkedésekkel.

Megoldási javaslatok a szervezeti egység szintjén:

- Az erőszakos cselekedetet ki kell vizsgálni, a vétlen bántalmazott semmilyen körülmények között nem kerülhet vesztes pozícióba. A tényeket rögzíteni kell, beleértve az esetleges lelki tényezőket is.
- A várakozási idő kezelése, ill. annak lerövidítése. Amennyiben a várakozási időt nem lehet csökkenteni, a beteg tájékoztatásával kell igyekezni kezelni az esetleg keletkező feszültségeket.
- Lehetőség szerint esetmenedzser és/vagy önkéntesek alkalmazása a várakozás megkönnyítése, a betegek és hozzátartozóik informálása érdekében.
- Átgondolt műszakbeosztás az esetleges létszámhiányból adódó problémák kezelésére.
- A stabil munkatársi csoportok kialakítására és alkalmazására való törekvés.
- Az egyedül végzett munkák kerülése, ha pedig ez nem lehetséges, a kockázat fennállása esetén kapcsolattartás az egyedül dolgozókkal.
- Az elzárt területen dolgozó munkatársak támogatásának biztosítása.
- Biztonsági munkatárs foglalkoztatása és rendszeres jelenléte az ellátóhelyen (pl. biztonsági ellenőrző körút).
- Segélyhívó rendszer kialakítása.
- Információs és jelentési rendszer biztosítása, a személyzettel való megismertetése és használatának támogatása.
- Szabályszerű panaszkezelés.

A munkavállaló felelősségi körébe tartozó javaslatok:

- Szakmai és kollegiális együttműködések.
- Kölcsönös odafigyelés a munkatársakra, támogatás, szükség esetén segítségkérés.
- Az elfogadhatatlan magatartás, az agresszió korai jeleinek felismerése.
- Az agresszió észlelése esetén követendő teendők, a segítségkérés módjainak elsajátítása és alkalmazása.
- A nehéz helyzetek kezelését oktató tréningeken, továbbképzéseken való részvétel.
- A kommunikációs készségek fejlesztése, megfelelő kommunikációs stílus alkalmazása.
- Megfelelő beteg tájékoztatás nyújtása a bizonytalanságból adódó feszültség csökkentése érdekében.
- A fájdalom felismerése és a megfelelő fájdalommenedzsment érdekében végzett szakmai tevékenység.
- A fájdalommal járó beavatkozás előtt a beteg figyelmének felhívása, ill. a fájdalom csökkentésére irányuló törekvések.
- A korlátozó intézkedések szabályok szerinti, megfelelő kivitelezése.
- A transzkulturális ellátás alkalmazására való törekvés.
- Az alkalmazottak védelmét szolgáló eljárások és szabályok figyelemmel kísérése, az előírások betartása.
- A helyzetből adódó stressz megfelelő kezelése.
- A saját feladatok és felelősségek ismerete.
- Bántalmazás esetén annak jelentése.
- Aktív részvétel a bántalmazási események elemzésében, a lehetséges megelőző intézkedések keresésében és azok napi gyakorlatban történő alkalmazásában.

A hazai egészségügyi szolgáltatók számára a fentiekben megfogalmazott javaslatok akkor lehetnek hasznosak, ha az országos kutatásunk eredményeihez rendelt javaslatokat a saját intézményi körülményeikhez igazítják. Bízunk benne, hogy ehhez kellő segítséget nyújt és hasznos útmutatóul szolgál ez a tanulmány, valamint az EFOP-1.8.0-VEKOP-17 „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” c. kiemelt projekt keretében készült, D.V.2.3 OKI KUTATÁSOK ELŐKÉSZÍTÉSE, MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓ AZ OKI KUTATÁSOK KÉSZÍTÉSÉHEZ c. kiadvány.

A tanulmánnyal kapcsolatos észrevételeket,
javaslatokat a neves@emk.sote.hu e-mail-címen
fogadjuk.

Köszönettel vesszük visszajelzését!

7. ÁBRÁK ÉS TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

Ábrák jegyzéke

1. Az átélt bántalmazások megoszlása aszerint, hogy hányféle bántalmazás érte a dolgozót	27
2. A bántalmazások elkövetési hely szerinti megoszlása	28
3. A jelentett bántalmazások négyórás időszavok szerinti megoszlása	30
4. A verbális bántalmazások megoszlása a főbb típusok szerint	31
5. A bántalmazás dolgozóra tett hatásának fajtája	32
6. A bántalmazás létrejöttét támogató tényezők	33
7. A bántalmazást követő segítségkérés módja	34
8. A bántalmazottak agressziót követő munkavégzése	35
9. A bántalmazottak sérülésének típusai	36
10. A bántalmazás következményének lelki hatásai, típus szerint	37
11. A bántalmazást követően szükségessé vált vizsgálatok és beavatkozások típusai.....	38
12. A dolgozók bántalmazásának ok-hatás-diagram-váza	47
13. A dolgozók bántalmazásának háttérben álló okok, hozzájáruló tényezők egymásra való hatása.....	50
14. Példa a dolgozók bántalmazásához vezető okok összeadódására	51
15. A bántalmazások elkerülésének lehetőségei a szabad szöveges válaszok alapján.....	55

Táblázatok jegyzéke

1. Kockázati mátrix	21
2. A bántalmazást elkövetők életkor szerinti megoszlása	23
3. Az agresszió típusa a bántalmazó személyek szerint	24
4. Az agresszióra hajlamosító tényezők a bántalmazó személyek szerint	25
5. A bántalmazások megoszlása a bántalmazó személy és az ellátási egység szerint	26
6. Az agresszió típusa és a kor viszonya	27
7. A bekövetkezett események időpontjának megoszlása a hét napjainak vonatkozásában.....	29
8. A bántalmazást elkövető betegek megoszlása a kórházi felvétel jellege szerint	30
9. A beteg kórtermi elhelyezése agresszivitásának ismerete esetén	31
10. Az egészségügyi személyzet bántalmazásának hátterében feltételezhető rizikótényezők a munkavégzésük során	40
11. A munkahelyi erőszak megelőzési lehetőségeinek nemzetközi és hazai megoldási javaslatai.....	57

8. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönetünket szeretnénk kifejezni azon elhivatott kollégák irányába, akik a NEVES jelentési rendszer keretein belül az adatlapok kitöltésével biztosították számunkra a jelen tanulmány alapjául szolgáló adatokat.

Hálával tartozunk a fókuszcsoportos egyeztetéseken való részvételért, illetve az eredményes együttműködésért

- Danka Georgina
- Dr. Jakab Judit
- Dr. Mikesy Gergely
- Pató Edit
- Dr. Péterfy Nóra
- Szabó Krisztina
- Szatmári János
- Tusa Eszter

kollégáknak, amiért megosztották velünk gyakorlati tapasztalataikat, fontos észrevételeiket, megoldási javaslatukat.

Köszönjük továbbá dr. Müller Annának a tanulmány végső formájának kialakításában nyújtott segítségét.

9. FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. (2018). Hozzáférhető: https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV (letöltés: 2018. 05. 28.)
1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről. (2019). Hozzáférhető: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300093.tv> (letöltés: 2019. 10. 03.)
2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről 311. §. Hozzáférhető: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1200100.tv> (letöltés: 2019. 10.03.)
- Albert István, Dudás Márta. (2017). Az egészségügyi dolgozókat védő speciális rendelkezések – Erőszak az egészségügyben. Konferenciaelőadás. (letöltés: 2019. 10. 03.)
- Alsaleem, A. A., Alsabaani, A., Alamri, R. S., Hadi, R. A., Alkhayri, M. H., Badawi, K. K., Badawi, A. G., Alshehri, A. A., Al-Bishi, A. M. (2018). Violence towards healthcare workers: A study conducted in Abha City, Saudi Arabia. J Family Community Med. 2018 Sep–Dec; 25(3): 188–193.
- American Hospital Association. (2017). Cost of community violence to hospitals and health systems. Hozzáférhető: <https://www.aha.org/system/files/2018-01/community-violence-report.pdf> (letöltés: 2018. 09. 27.)
- Az Európai Unió Tanácsa. (2010). A Tanács 2010/32/EU irányelve: a HOSPEEM és az EPSU közötti, a kórházakban és az egészségügyi ágazatban előforduló, éles vagy hegyes eszközök által okozott sérülések megelőzéséről szóló keretmegállapodás végrehajtásáról. Hozzáférhető: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/PDF/?uri=CELEX:32010L0032&from=LV> (letöltés: 2019. 10. 03.)
- Balogh, Z. (2012). A transzkulturális ápolás jelentősége a hazai egészségügyi ellátásban. Nővér 2012 (25. évfolyam, 1–6. szám)
- Balogh, Z. (2014). Eltérő kultúra, eltérő betegápolás? Élet és Tudomány, 69. évf. 1. sz. 16–18. o.
- Belicza, É. (2012). Oki kutatások lehetőségei. Hozzáférhető: http://info.nevesforum.hu/wp-content/uploads/2015/12/17.-Forum_oki_kutatasok.pdf (letöltés: 2018. 04. 10.)
- Belicza, É., Lám, J. (2013). Egészségügyi minőségbiztosítás. Hozzáférhető: <http://semmelweis.hu/dei/files/2013/11/Egészségügyiminőségbiztosítás.pdf> (letöltés: 2019. 10. 03.)

- Besenyő, J., Deák, G. (2010). A biztonság új aspektusai, a kórházi személyzet biztonsága – a kórházi erőszakos cselekedetek megelőzése. Az MH Összhaderőnemi Parancsnokság Tudományos Tanács Kiadványa, Székesfehérvár
- Cserkész, S. (2006). Korszerű szemlélet transzkultúra az ápolásban. Kórház, 12. évf., 11. sz. 12. o.
- Duchateau, F.X., Bajolet-Laplanche, M.F., Chollet, C., Ricard-Hibon, A., & Marty J. (2002). Exposure of French emergency medical personnel to violence. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, Vol. 21, 2002, pp. 775-778.
- Edward, K. L., Ousey, K., Warelow, P., Lui, S. (2014). Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British journal of nursing* (Mark Allen Publishing) June 2014 23(12):653–659.
- Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyért Felelős Államtitkárság, Egészségügyi Szakmai Kollégium [EMMI – ESzK]. (2018). Veszélyeztető és közvetlen veszélyeztető magatartást mutató 0–18 év közötti fiatalok esetében alkalmazott megelőző és korlátozó intézkedések személyi és tárgyi feltételei, valamint a betegellátás folyamata az egészségügyi intézményekben – különös tekintettel az emelt biztonságú ágyakra. Egészségügyi szakmai irányelv. Hozzáférhető: <https://kollegium.aEEK.hu> (letöltés: 2019. 12. 08.)
- El-Gilany, A. H., El-Wehady, A., Amr, M. (2010). Violence against primary health care workers in Al-Hassa, Saudi Arabia. *J Interpers Violence*. 2010 Apr;25(4):716–34.
- Európai Bizottság Foglalkoztatás, Szociális Ügyek és Társadalmi Befogadás Főigazgatósága B.3 Egység. (2011). Az egészségügyi ágazatban dolgozókat érintő munkahelyi egészségvédelmi és biztonsági kockázatok. Útmutató a megelőzéshez és a helyes gyakorlathoz. 5.fejezet Pszichoszociális kockázatok. Kézirat.
- Farrell, G. A., Shafiei, T. (2012). Workplace aggression, including bullying in nursing and midwifery: A descriptive survey (the SWAB study). *International Journal of Nursing Studies*, 49 (11): 1423–1431.
- Gerberich, S. G., Church, T. R., McGovern, P. M., Hansen, H. E., Nachreiner, N. M., Geisser, M. S., Ryan, A. D., Mongin, S. J., Watt, G. D. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 61 (6): 495–503.
- Harmat, Gy., Czárán, E. (2008). Erőszak az egészségügyben. Az ír helyzet egy nemzetközi probléma vonatkozásában. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2008/5: 34–35.

- Irinyi, T. (2018). Összefüggések az egészségügyi szakdolgozók kiégettsége, az általuk elszenvedett agresszió gyakorisága és a munkahelyi konfliktusaik között. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Doktori Iskola, Pécs.
- Kálmánné, S. M. (2018). ÁEEK. Egységes Ápolási Eszközpark Kialakítása EFOP-2.2.0-16-2016-00003 kiemelt projekt. AZONOS ESÉLYEGYENLŐSÉGET BIZTOSÍTÓ ÁPOLÁS e-learning szakmai továbbképzés.
- Kirkegaard, M. L., Kines, P., Nielsen, H. B., Garde, A. H. (2018). Occupational safety across jobs and shifts in emergency departments in Denmark. *Safety Science* 103 (2018) 70–75
- Kollár, J. (2016). Kommunikáció az egészségügyi teamen belül: orvosok és szakdolgozók, *Orv. Hetil.* 2016, 157(17), 659–663.
- Lám J., Sümegi V., Surján C., Kullmann L., Belicza É. (2016). A jelentési és tanulórendszerek szerepe a betegbiztonság javításában. *Orv. Hetil.* 2016 157. évfolyam, 26. szám 1035–1042. o.
- Major, L. (2010). A katasztrófa-készenlét, a reagálás és a beavatkozás biztonság egészségügyi alapjai, 5.fejezet: Speciális munka- és egészségvédelem a beavatkozó erőknél. ISBN: 9789633311172; Kiadó: Semmelweis Kiadó - E-könyv.
- Merecz, D., Rymaszewska, J., Moscicka, A., Kiejna, A., Jarosz-Nowak, J. (2006). Violence at the workplace – a questionnaire survey of nurses. *European Psychiatry*, 21 (7): 442–450.
- Mina, A. (2016). Kommunikáció az egészségügyben – jogi vonatkozások, *Orv. Hetil.*, 2016, 157(17),: 675–679. o.
- Oláh, A. (2012). Az ápolástudomány tankönyve. Medicina Kiadó Zrt., Budapest. 10. fejezet – Kivés Zsuzsanna: Transzkulturális ápolás.
- Occupational Safety Health Administration [OSHA]. (2015). Preventing workplace violence: a road map for helthcare facilities. Hozzáférés: <https://www.osha.gov/Publications/OSHA3827.pdf> (letöltés: 2020. 03. 12.)
- Pilling, J. (2004). Orvosi kommunikáció. Medicina Kiadó Zrt., Budapest.
- Pilling, J. (2018). Orvosi kommunikáció a gyakorlatban. Medicina Kiadó Zrt., Budapest.
- Ranschburg, J. (1983). Félelem, harag, agresszió. 6. kiadás, Tankönyvkiadó, Budapest.
- Samson, T. G., Tavernero, T. (2011). Emergency Department Directors Academy – Phase II. American College of Emergency Phisiciens.
- Sato, K., Wakabayashi, T., Kiyoshi-Teo, H. (2013). Factors associated with nurses' reporting of patients' aggressive behavior: A cross-sectional survey. *Int. J. Nurs. Stud.*, 2013, 50(10), 1368–1376.

- Sinka, L. A. E. (2013). Betegség megelőzése. Hozzáférhető: <http://info.nevesforum.hu/2015/12/sinka-erika-betegeses-megelozese> (letöltés: 2018. 05. 02.)
- Sinka, L. A. E., Pítás, E., Belicza, É. (2019). D.V.2.3 Oki kutatások előkészítése. Módszertani útmutató az oki kutatások készítéséhez. EFOP-1.8.0-VEKOP-17 projekt eredménytermék. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest.
- Spector, P. E, Zhou, Z. E., Che, X. X. (2014). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies* Volume 51, Issue 1, January 2014, Pages 72-84. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.01.010>
- The Joint Commission. (2018). „Workplace violence prevention: implementing strategies for safer healthcare organizations.” Accessed September 29, 2018.
- Vörösmarty, A. (2015). Nem szűnik hazánkban a kórházi erőszak. Hozzáférhető: http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/apolok_az_egeszsegugyben__nyolcbol_hetet_mar_ert_agresszio
- Winstanley, S., Whittington, R. (2002). Anxiety, burnout and coping styles in general hospital staff exposed to workplace aggression: A cyclical model of burnout and vulnerability to aggression. *Work and Stress*, 16 (4), 302–315.
- World Health Organization [WHO] (2005). World alliance for patient safety: WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action. Hozzáférhető: <http://www.who.int/iris/handle/10665/69797>

10. MELLÉKLETEK

1. NEVES – Dolgozót ért bántalmazás adatlapja	82
2. A szakirodalmak kivonatolásához használt táblázat tartalma	85
3. A dolgozók bántalmazásának lehetséges gyökérokai	87
4. A fókuszcsoporthoz megbeszélés tematikája	107
5. A szakértők által beazonosított okok és hozzájáruló tényezők (Kockázati mátrix)	108
6. Az OSHA és a <i>Massachusetts Nurses Association</i> munkahelyi erőszak-megelőzési programja	110
7. Fogalommagyarázat	111

1. melléklet



NEVES Dolgozót ért bántalmazás adatlapja v1 Érvényes: 2014. október 31-től

DOLGOZÓT ÉRT BÁNTALMAZÁS (AGRESSZIÓ) JELENTÉSI LAPJA

Dolgozót ért bántalmazás: Valamennyi előre nem látható, szóbeli és fizikai cselekedettel járó, a személyzetet feladata ellátásában hátrányosan befolyásoló esemény, amelyet az egészségügyi személyzet sérelmére a beteg vagy hozzátartozója követ el.

A jelentőlapot a beteg intézményi ellátása során bekövetkezett agresszió esetén kell kitölteni, mely nem terjed ki a vagyon ellen elkövetett kár-okozás jelentésére.

Adatszolgáltató intézmény* _____ **Az esemény azonosítója*** _____

Osztály azonosítója* _____

Az intézmény, az osztály és az esemény azonosítói a NEVES elektronikus felületén automatikusan generált kódok. Papír alapú adatgyűjtés esetén használható belső azonosítási rendszer, vagy a program által adott kódok. Utóbbi esetben az esemény azonosítója utólagosan, az elektronikus adatrögzítés alkalmával rögzíthető a papíron.

1. A bántalmazó személy jellemzői

1.1. Életkor (életév): _____ **1.2. Nem*** ☐ Férfi ☐ Nő

1.3. A bántalmazó személy milyen minőségében van jelen az ellátásban?*

☐ Beteg ☐ Hozzá tartozó, látogató ☐ Nem ismert ☐ Egyéb: _____

1.4. Van a bántalmazó személynek ismert, agresszióra hajlamosító állapota?* (több is jelölhető)

☐ Alkoholos állapot ☐ Gyógyíthatatlan betegség ☐ Nem ismert ☐ Egyéb: _____

☐ Droghatás ☐ Gyógyszeres befolyásoltság ☐ Nincs

1.5. Van a bántalmazó személynek ismert jellemzője, ami hozzájárulhatott az esemény

bekövetkezéséhez?* (több is jelölhető)

☐ Beszédzavar ☐ Halláskárosodás ☐ Nem ismert ☐ Tudatzavar
☐ Egyensúlyzavar ☐ Inkontinencia ☐ Nincs ☐ Egyéb: _____
☐ Érzészavar ☐ Látáskárosodás ☐ Pszichés betegség
☐ Fájdalom ☐ Mozgáskorlátozottság ☐ Tanulási nehézség

2. Az esemény helyszínének jellemzői

2.1. Milyen egységben történt az esemény?*

☐ Aktív, nem műtét ☐ Egynapos sebészet ☐ Laboratórium ☐ Pszichiátriai
☐ Ápolási/ krónikus osztály ☐ Járóbeteg ☐ Műtét ☐ Sürgősségi
☐ Betegfelvétel ☐ Képkeltő diagnosztika ☐ Nem ismert ☐ Egyéb: _____

2.2. Az esemény bekövetkezésekor a betegellátás a szokásos létszámmal történt az egységben?*

☐ Igen ☐ Kevesebb dolgozóval ☐ Nem ismert ☐ Több dolgozóval

2.3. Van lehetőség az osztályon az agresszív személy elkülönítésre?*

☐ Igen ☐ Nem ☐ Nem ismert ☐ Nem értelmezhető

2.4. Van szabályozás a bántalmazó személy kezelésére?*

☐ Igen ☐ Nem ☐ Nem ismert

2.5. Hogyan biztosítják az egységben a dolgozók védelmét szóbeli és fizikai bántalmazás esetén?* (több is jelölhető)

☐ Biztonsági szolgálat folyamatos jelenléte az egységben ☐ Nem ismert ☐ Rendszeres járőrzés az intézményben ☐ Telefonhívásra érkezik a biztonsági szolgálat
☐ Portaszolgálat ☐ Egyéb: _____

2.6. Ha van biztonsági szolgálat, mennyi idő alatt érkezik az egységbe?

☐ >30 perc ☐ 16-30 perc ☐ 5-15 perc ☐ Azonnal ☐ Nem értelmezhető

3. Az esemény leírása

3.1. Milyen típusú agresszió érte a dolgozót?* ☐ Fizikai ☐ Mindkettő ☐ Verbális

3.2. Az esemény helyszíne*

☐ Ambulancia ☐ Iroda ☐ Mellékhelyiség ☐ Váró
☐ Folyosó ☐ Kórterem ☐ Nem ismert ☐ Vizsgáló
☐ Igazgatóság ☐ Közösségi tér ☐ Orvosi szoba ☐ Egyéb: _____

3.3. Az esemény dátuma* (év, hónap, nap) _____ / _____ / _____

3.4. Az esemény időpontja (24 órás formátum) _____ óra/ _____ perc

3.5. Az esemény napja* ☐ Munkanap ☐ Munkaszüneti nap ☐ Nem ismert

3.6. Az esemény napszaka* ☐ Nappal ☐ Nem ismert ☐ Ügyeletben

3.7. Kórházi felvétel jellege*

☐ Nem ismert ☐ Nem történt felvétel ☐ Sürgős ☐ Tervezett

NEVES Dolgozót ért bántalmazás adatlapja v1 Érvényes: 2014. október 31-től

3.8. Hány ágyas kórteremben került elhelyezésre a bántalmazó?*

☐ >6 ☐ 1 ☐ 2-4 ☐ 5-6 ☐ Nem helyezték el kórteremben ☐ Nem ismert

3.9. Az ellátás során korábban tapasztalható volt agresszivitás az elkövető részéről?*

☐ Igen ☐ Nem ☐ Nem ismert

3.10. Ha verbális agresszió történt, milyen formában nyilvánult meg? (több is jelölhető)

☐ Csúfolódás ☐ Nem ismert ☐ Szidalmazás ☐ Egyéb: _____
☐ Fenyegetés ☐ Sértegetés ☐ Zsarolás

3.11. Ha fizikai agresszió történt, személyre irányult?

☐ Igen ☐ Nem ☐ Nem ismert

3.12. Ki volt a bántalmazás által érintett személy?* (több is jelölhető)

☐ Betegszállító ☐ Igazgatóság ☐ Műszaki személyzet ☐ Szakdolgozó
☐ Betegtárs ☐ munkatársa ☐ Műtősségéd ☐ Tanuló, hallgató
☐ Biztonsági szolgálat ☐ Látogató ☐ Orvos ☐ Egyéb: _____
☐ Hozzá tartozó ☐ Mentős ☐ Orvosírnok

3.13. Volt lehetősége a dolgozónak segítséget kérni?*

☐ Igen ☐ Nem ☐ Nem ismert

3.14. Szükséges volt a segítségkérés?*

☐ Igen ☐ Nem ☐ Nem ismert

3.15. Akart a dolgozó segítséget kérni?*

☐ Igen ☐ Nem ☐ Nem ismert

3.16. Ha igen, kitől tudott a dolgozó segítséget kérni? (több is jelölhető)

☐ Beteg ☐ Hozzá tartozó ☐ Mentős ☐ Nem ismert
☐ Biztonsági szolgálat ☐ Látogató ☐ Munkatárs ☐ Egyéb: _____

3.17. Milyen formában tudott a dolgozó segítséget kérni? (több is jelölhető)

☐ Nem ismert ☐ Nővérhívóval ☐ Szóban ☐ Egyéb: _____
☐ Nem tudott ☐ Pánikgomb megnyomásával ☐ Telefonon

3.18. Volt a dolgozónak lehetősége, hogy elhagyja az agresszió helyszínét?*

☐ Igen ☐ Nem ☐ Nem ismert

3.19. Hogyan és milyen körülmények között történt az esemény?* (több is jelölhető)

☐ Felkavaró tájékoztatás (pl. rossz hír közlése) ☐ Nem megfelelő hangnem az ellátó részéről
☐ Figyelemhiány az ellátó személyzet részéről ☐ Túlerhelt személyzet
☐ Gyógyszer hatása alatt álló beteg ☐ Türelmetlen beteg
☐ Hosszasan várakozott a beteg ☐ Türelmetlen személyzet
☐ Idegesítő személy jelenléte ☐ Zavart beteg
☐ Kötekedő betegtárs ☐ Zsúfoltság
☐ Nem a beteg elvárásainak megfelelő ellátás ☐ Egyéb: _____
☐ Nem ismert

3.20. Az agressziót követően a dolgozó folytatta a munkavégzést?*

☐ Igen ☐ Nem ☐ Nem ismert

3.21. Milyen tevékenységet végzett a bántalmazó az esemény bekövetkezése előtt?*

(több is jelölhető)

☐ Hosszasan várakozott az ellátásra ☐ Nem ismert ☐ Vizsgálatról/ beavatkozásról érkezett
☐ Látogató volt ☐ Pihent ☐ Vizsgálat/ terápiás beavatkozás ☐ Egyéb: _____
☐ Látogatókat fogadott során

3.22. Milyen intézkedésekkel sikerült a bántalmazót megfékezni?*

☐ Fizikai korlátozás ☐ Nem ismert ☐ Rendészeti beavatkozás ☐ Egyéb: _____
☐ Gyógyszeres korlátozás ☐ Nem sikerült ☐ Szóbeli/ pszichés ráhatás

4. Az esemény következményei

4.1. Fizikai bántalmazás esetén milyen mértékű károsodást szenvedett a dolgozó?

☐ Enyhe minimális károsodás (pl. hámbírány, felületes haematoma, fokozott megfigyelés igénye) ☐ Közepes (tartós fájdalom rövid ideig fennálló károsodás, – további kezelési igény, vagy beavatkozás szükségessége) ☐ Súlyos (törés, ízületi beverzés, maradandó, vagy hosszútávon fennálló károsodás)
☐ Halál (melyet az agresszió okozott) ☐ Nem történt károsodás

4.2. Milyen hatása volt az esetnek a dolgozóra?* (több is jelölhető)



NEVES Dolgozót ért bántalmazás adatlapja v1 Érvényes: 2014. október 31-től

☐ Anyagi ☐ Fizikai ☐ Lelki ☐ Nem volt hatás ☐ Szociális

4.3. Amennyiben lelki hatása volt az esetnek, akkor az alábbiak közül milyen tüneteket észlelték?
(több is jelölhető)

☐ Állandósult stresszhelyzet ☐ Bizalmatlanság ☐ Félelem, rettegés ☐ Szorongás
☐ Álmatlanság ☐ Bizonytalanság ☐ Összpontosítási zavar ☐ Egyéb: _____

4.4. Amennyiben sérülés történt, akkor az alábbiak közül milyen tüneteket észlelték?
(több is jelölhető)

☐ Ájulás/ eszméletvesztés ☐ Gyomor-bél panaszok ☐ Nem ismert
☐ Bőr/ szöveti sérülés (trauma) (hányinger, hányás, hasmenés) ☐ Neurológiai
☐ Folyadék/ vérvesztés ☐ Légzőrendszeri problémák ☐ Váz-izomrendszeri problémák
(fulladás, aspiráció) ☐ Egyéb: _____

4.5. Az esemény következtében szükségesé vált-e beavatkozás/ vizsgálat

(pl. elsősegély, szakorvosi ellátás, kontroll- és laborvizsgálatok)*

5. Az esemény részletes leírása

5.1. Az esemény és a körülményeinek részletes leírása, beleértve az eddig nem azonosított fontos körülményeket

5.2. Véleménye szerint mely tényezők vezethettek az agresszió bekövetkezéséhez?* (több is jelölhető)

☐ Beteg tényezők (pl. klinikai állapot, szociális/ fizikai/ pszichés tényezők, iskolázottság, kapcsolati tényezők) ☐ Munka és környezeti tényezők (pl. rossz/ túlzott adminisztráció, fizikai környezet, túlzott munkaterhelés vagy túlmunka, időnyomás)
☐ Felszerelésekkel és anyagi forrásokkal kapcsolatos tényezők (pl. szükséges eszközök elérhetősége, rögzítés, elkülönítés, berendezések mérete, elhelyezése) ☐ Nem ismert
☐ Gyógyszereléssel kapcsolatos tényezők (ha egy vagy több gyógyszer direkt módon hozzájárulhatott az eseményhez) ☐ Oktatási és továbbképzési tényezők (pl. az agresszió korai jeleinek felismerése, kommunikálás, monitorozás és dokumentálás)
☐ Kommunikációs tényezők (egyének, csoportok, ill. szervezetek között történő szóbeli, írott és/ vagy non-verbális kommunikációt) ☐ Egyéb: _____

5.2. Amennyiben az előző kérdésben felsorolt tényezők valamelyike szerepet játszott az esemény kialakulásában, kérjük, valamennyit részletezze az alábbiakban

5.3. Véleménye szerint milyen intézkedésekkel lehetett volna az agresszió bekövetkezését megelőzni (szervezési, adminisztratív intézkedések, munkakörülmények javítása, munkavédelmi szabályok betartása)

6. Kitöltés

6.1. Kitöltés dátuma (év, hónap, nap) _____ / _____ / _____

6.2. Adatlapot kitöltő(k) szakképzettsége: (pl. szakorvos, szakápoló, adminisztrátor, stb.) _____

2. melléklet

A szakirodalmak kivonatolásához használt táblázat tartalma**A táblázat fejlécében szereplő kategóriák:**

Cikkazonosító sorszám

ALAPINFORMÁCIÓK

Kivonatoló neve

Szerző

Év

Cím

Megjelenés helye

DOI- vagy ISBN-szám (Ha rendelkezik ilyennel.)

Review típusa (Javasolt választási lehetőségek: nem *review*, *meta-analysis*, *review*)

Absztrakt (A szakirodalom rövid összefoglalója.)

ÁTTEKINTÉS

Cikk célja

Cikk tárgya (Amennyiben több részterület is van a kutatott témában, érdemes jelölni, hogy az adott irodalom ezek közül melyikkel foglalkozik.)

Definíció a kutatás fogalmai tárgyában

MÓDSZERTANSzakirodalom-keresési módszertan (*Review* típusú szakirodalmaknál értelmezhető.)Beválogatott cikkek száma (*Review* típusú szakirodalmaknál értelmezhető.)Összefoglaló táblázat a *review*-k eredményeiből (*Review* típusú szakirodalmaknál értelmezhető. Annyit érdemes feltüntetni, hogy van, vagy nincs ilyen összefoglaló táblázat az irodalomban.)Egyéb alkalmazott módszertan (*Review* típusú szakirodalmaknál értelmezhető.)

Következtetések minősége

SZAKMAI SZEMPONTOK

Adatok köre (Javasolt a kategóriákat előre meghatározni, pl. nemzetközi, országos, intézményi szintű.)

Érintett munkakörök (Javasolt a kategóriákat előre meghatározni.)

Érintett tevékenységek, folyamatok, egység

Érintett témakörök a cikkben (Javasolt kategóriák: gyökérok, hozzájáruló tényező.)

Feltárt okok és hozzájáruló tényezők

Van-e említve jelentési rendszer (Válaszlehetőségek: igen, nem.)

Intézkedések (Ide célszerű kimásolni szövegkörnyezetével együtt a tárgyhoz kapcsolódó intézkedéseket.)

Kulcsszó az intézkedéshez (Az előző cellában említett intézkedések felsorolása kulcsszavak használatával (pl. oktatás, védőeszköz).

Költségek

Támogató erők

Korlátozó erők

Az intézkedés limitációi és fenntarthatósága

ÖSSZEGZÉS

Eredmény

Konklúzió, tanulság

A cikk limitációi, érdekeltségek

3. melléklet

A dolgozók bántalmazásának lehetséges gyökerei

Az alábbi felsorolás a fő tényezőkhöz tartozó leggyakoribb okok alábontásait, lehetséges gyökereit tartalmazza.

A táblázat részletes, de nem teljes körű! Az intézményi sajátosságok ismeretében további újabb tényezők is felmerülhetnek.

A jelen melléklet a következő táblázatokat tartalmazza az oki kutatás fő ágainak megfelelően:

- A táblázat: Emberek (88. oldal)
- B táblázat: Környezet (93. oldal)
- C táblázat: Módszerek (95. oldal)
- D táblázat: Kommunikáció (99. oldal)

Az oktatás, a szabályozás és a szabályozás bevezetésének hiányosságait, valamint a szervezeti kultúrához kapcsolódó hiányosságokat nagyon sok alkalommal lehet azonosítani a probléma hátterében. Ezeket előfordulásuk helyén összefoglaló néven tüntettük fel. Az oktatással, a szabályozásokkal és a szervezeti kultúrával kapcsolatos hiányosságokat külön táblázatokban részleteztük, azok oki struktúráját az E, F, G és H táblázatokban bontottuk ki.

- E táblázat: Az oktatás hiányosságainak oki struktúrája (100. oldal)
- F táblázat: A szabályozással kapcsolatos hiányosságok oki struktúrája (102. oldal)
- G táblázat: Az ellenőrzés hiányosságainak oki struktúrája (104. oldal)
- H táblázat: A szervezeti kultúrával kapcsolatos hiányosságok oki struktúrája (106. oldal)

A/1. táblázat

Az emberekkel kapcsolatos okok és gyökérokok a dolgozókat ért bántalmazások hátterében (oki kutatás alapján, a NEVES munkacsoport szerkesztése; saját szerkesztés)

Fő tényező	Ok 1. szint	Ok 2. szint	Ok 3. szint	Ok 4. szint	Ok 5. szint	Ok 6. szint	Ok 7. szint
EMBEREK – EGÉSZSÉGÜGYI SZEMÉLYZET							
	A szabályok nem követése						
		Nem akarja a szabály szerint végezni a feladatát					
			Emberi tényező				
				Nem ért egyet vele			
				A motiváció hiánya			
				Megszokás			
				A csoport nyomása			
					A szervezeti kultúra hiányosságai ^G		
			Nem érti a szabályok létjogosultságát				
				Ismerethiány			
					Az oktatás hiányosságai ^E		
		Nem tudja a szabály szerint végezni a feladatát					
			Nincsenek biztosítva a szabályok követésének feltételei				
				Eszközhiány			
				Kedvezőtlen körülmények			
					Kedvezőtlen környezet		
						Nagy kórterem	
						Távol eső kezelő	
						Beláthatatlan folyosó	
					Személyzethiány		
						Időkényszer	
						Hirtelen esemény	

^E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (100. oldal)

^F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (102. oldal)

^G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (104. oldal)

^H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (106. oldal)

							Sürgősségi beavatkozás
							Fáradtság
							Túlterheltség
							Személyzethiány
							Az ellátó személyzet valamelyik tagja átmenetileg távol van
							A munkavállaló több munkahelyen is dolgozik
							Túlóra
							Az állandó napirend hiánya (több műszak, változó munkaidő)
							Stressz
							Emberi tényezők
							Rossz szervezeti légkör
							A szervezeti kultúra hiányosságai ^G
							Nem tudja, hogyan kellene szabályszerűen végezni a feladatát
							Ismerethiány
							Az oktatás hiányosságai ^E
							A szabályozás és bevezetésének hiányosságai ^F
							Figyelmetlenség
							Rutintalanság vagy helytelen rutin
							Gyakorlatlanság
							Ismerethiány
							Az oktatás hiányosságai ^E
							Fáradtság
							Stressz
							Az ápolók túlterheltsége

^E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (100. oldal)

^F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (102. oldal)

^G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (104. oldal)

^H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (106. oldal)

			Személyzethiány
			Fluktuáció
	Ismerethiány		
			Régen végezte a tanulmányait
			Az oktatás hiányosságai ^E
			A beteg kultúrájának, vallásának a nem ismerete
			Nem tartja fontosnak
			Az oktatás hiányosságai ^E
	Nem megfelelő kommunikáció		
			Az oktatás hiányosságai ^F
			Fáradtság
			Túlterheltség
			Személyzethiány
			A munkavállaló több munkahelyen is dolgozik
			Túlóra
			Stressz
			Emberi tényezők
			Rossz szervezeti légkör
			A szervezeti kultúra hiányosságai ^G
			Nem tartja fontosnak
			Az oktatás hiányosságai ^E
			Rövid ideig van kapcsolatban a beteggel
	A személyzet személyiségének jellemzői		
			A személyzet intelligenciája
			A személyzet stílusa

^E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (100. oldal)

^F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (102. oldal)

^G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (104. oldal)

^H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (106. oldal)

A/2. táblázat

Az emberekkel kapcsolatos okok és gyökérokok a dolgozókat ért bántalmazások hátterében (oki kutatás alapján, a NEVES munkacsoport szerkesztése; saját szerkesztés)

Fő tényező	Ok 1. szint	Ok 2. szint	Ok 3. szint	Ok 4. szint	Ok 5. szint
EMBEREK – BETEG					
	A beteg állapota				
		Függőségek (gyógyszer, drog, alkohol)			
		Fájdalom			
			A megfelelő fájdalommenedzsment hiánya (részletezve a módszereknél)		
		Pszichés jellemzők, agresszív hajlam			
	A beteg magatartása				
		Az együttműködés hiánya			
			Nem akar együttműködni		
				A felkészítés hiánya	
				A bizalom hiánya	
				A beteg kultúrájával kapcsolatos preferenciák	
			Nem tud együttműködni		
				A beteg ismerethiánya	
				Egészségi állapot	
				Függőségek	
	A beteg kultúrájával kapcsolatos preferenciák figyelmen kívül hagyása				
		A beteg világnézetével/vallásával kapcsolatos ismeretek hiánya			
			Nem kérnek az ellátás során erre vonatkozó információt		
				Nem része a napi gyakorlatnak	
				Nem érik fontosnak	

^E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (100. oldal)

^F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (102. oldal)

^G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (104. oldal)

^H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (106. oldal)

			Nem ismerik az ellátók a különböző kultúrák egészségügyi ellátást befolyásoló jellemzőit		
				Az oktatás hiányosságai ^E	
	A hosszú várakozás miatti feszültség				
		A tájékoztatás hiánya			
	A félelem vagy bizonytalanság érzése				
		Kiszolgáltatott helyzet			
		A beteg nem érti az orvosi szakkifejezéseket			
			Nem fordítanak kellő figyelmet az egyéniesített kommunikációra		
		A beteg nem kap kellő felvilágosítást			
			Tájékoztatás hiánya		
				A személyzet túlterheltsége	
				Nincs kialakított rendje a tájékoztatásnak	
	A kiszolgáltatottság érzése				
		A megfelelő tájékoztatás hiánya			
	A betegtársak				
		Személyes konfliktusok			
	A nem megfelelő kommunikáció				
		Kulturális hiányosságok			
	A beteg helyismeretének hiánya				
		Új számára a környezet			
			Nem tudja, hogy mit hol talál, nem ismeri a távolságokat		
				Nem történik felkészítés	
					Nem része a napi gyakorlatnak
					Nem érzik fontosnak

^E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (100. oldal)

^F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (102. oldal)

^G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (104. oldal)

^H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (106. oldal)

B. táblázat

A környezettel kapcsolatos okok és gyökérokok a dolgozók bántalmazásának hátterében (oki kutatás alapján, a NEVES munkacsoport szerkesztése; saját szerkesztés)

Fő tényező	Ok 1. szint	Ok 2. szint	Ok 3. szint	Ok 4. szint
KÖRNYEZET				
	A nem megfelelő építészeti megoldások			
		A nővérszoba távol esik a kórteremtől		
			A munkatárs nem tud segítséget kérni	
		A kórtermek mérete		
			Idegen emberek „együttélése”	
			Különböző kultúrájú emberek „találkozása”	
		Nincs lehetőség a betegek elkülönítésére		
			A pszichés betegek elhelyezésének nehézségei	
		A „nagy forgalomtól” kieső sarkok, folyosók		
			Nem tudnak segítséget kérni	
				Nem lát rá a személyzet
		A jelzőcsengő hiánya		
			Nem lehetséges a segítségkérés	
		Nem megfelelő a portaszolgálat		
			Nincsenek tisztázva a kompetenciák	
			Nem naprakészek az ismeretek	
				Az oktatás hiányosságai ^E
			A szabályozás és annak bevezetésének hiányosságai ^F	
		Pavilonos rendszer		
			Nagy távolságok	
				Késve érkezik a biztonsági szolgálat
		Nehéz a tájékozódás az intézményen belül		

^E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (100. oldal)

^F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (102. oldal)

^G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (104. oldal)

^H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (106. oldal)

			Hiányoznak, vagy nem egyértelműek a tájékoztató táblák, feliratok
			Nem racionalizáltak a betegutak
			Funkcionális kórháztervezés hiánya
	A segélyhívó rendszer hiánya		
			Régiek az építészeti megoldások
			Forrás- (anyagi) hiány
	A segélyhívó rendszer meghibásodása		
			Forrás- (anyagi) hiány gátolja a javítást
			Rendszeres karbantartás hiánya
			Nem kerül jelentésre a meghibásodás
			Hanyagosság

^E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (100. oldal)

^F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (102. oldal)

^G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (104. oldal)

^H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (106. oldal)

C. táblázat

A módszerekkel kapcsolatos okok és gyökérokok a dolgozók bántalmazásának hátterében
(oki kutatás alapján, a NEVES munkacsoport szerkesztése; saját szerkesztés)

Fő tényező	Ok 1. szint	Ok 2. szint	Ok 3. szint	Ok 4. szint	Ok 5. szint	Ok 6. szint
MÓDSZEREK						
	A betegek nem megfelelő kockázatbesorolása					
		Nem történik tudatos kockázatbecslés a bántalmazási/agresszív hajlamot érintően				
			A személyzetnek nincs ideje a kockázatbecslésre			
				Személyzethiány		
			A személyzetnek nincs megfelelő ismerete a kockázatbecslés elvégzéséhez			
				Az oktatás hiányosságai ^E		
			Nem része a napi rutinnak			
		Nem ismerik fel a hajlamosító tényezőt/tényezőket				
			A személyzet ismerethiánya			
				Az oktatás hiányosságai ^E		
			A beteg aktuális állapota nem utal kockázatra			
				Elmarad a beteg állapotváltozásának követése		
					Időhiány	
						Személyzethiány
			Nincs kockázatértékelési „modell”			
				Az oktatás hiányosságai ^E		
				A szabályozás és bevezetésének hiányosságai ^F		
				Az ellenőrzés hiányosságai ^G		
	Szervezési hiányosságok					
		Elmarad az új munkatárs betanítása				
			A szabályozás és bevezetésének hiányosságai ^F			

^E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (100. oldal)

^F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (102. oldal)

^G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (104. oldal)

^H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (106. oldal)

			A felelős hiánya	
				Nem tiszták a feladatok/felelősségek
				A szabályozás és bevezetésének hiányosságai ^F
				Az ellenőrzés hiányosságai ^G
			Nincs idő rá	
				Túlterheltség
				Személyzethiány
		Helytelen betegirányítás		
			A beteg nem az állapotának megfelelő osztályon jelenik meg	
				Nem megfelelő a betegút
	A személyzet információhiánya			
		Hiányos adatfelvétel a betegfelvételnél		
			A beteg nem együttműködő, elhallgat információkat, vagy torzítja azokat	
			A beteg kísérlője korlátozott információk birtokában van	
			Nincs idő alapos kikérdezésre	
				Sürgősségi beavatkozás
				Túlterheltség
				Személyzethiány
				Munkaszervezési problémák
			Hiányoznak a releváns betegdokumentációk	
				A beteg nem hozta magával
				A medikai rendszerben nem érhető el
		Nem megfelelő a betegátadás		
			Nem strukturált információátadás zajlik	
				Nincs erre vonatkozó protokoll/ bevett gyakorlat
				A szabályozás és bevezetésének hiányosságai ^F
			Nem összehozott csapat dolgozik	
				A szervezeti kultúra hiányosságai ^H

^E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (100. oldal)

^F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (102. oldal)

^G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (104. oldal)

^H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (106. oldal)

	A beteg, ill. a hozzátartozó nem megfelelő tájékoztatása		
		Nem egyértelműek a feladatok, felelőségek	
			A szabályozás és bevezetésének hiányosságai ^F
		Nincs összeszokott csapatmunka	
		Nincs idő a tájékoztatásra	
			Túlterheltség
			Sürgősségi beavatkozás
			Rossz munkaszervezés
	A korlátozó intézkedések nem megfelelő alkalmazása		
		Protokoll hiánya	
			A szabályozás és bevezetésének hiányosságai ^F
		A kapcsolódó szabályok be nem tartása	
			Ismerethiány
			Az oktatás hiányosságai ^E
			Az ellenőrzés hiányosságai ^G
	A megfelelő fájdalommenedzsment hiánya		
		Protokoll hiánya	
			A szabályozás és bevezetésének hiányosságai ^F
		A kapcsolódó szabályok be nem tartása	
			A személyzet ismerethiánya
			Az oktatás hiányosságai ^E
		Nem érnek rá ezzel foglalkozni	
			Személyzethiány
			Túlterheltség
		Nem tartják fontosnak	
			Az oktatás hiányosságai ^E
			Az ellenőrzés hiányosságai ^G
	Nem megfelelő (felkészületlen, szakmaiatlan) biztonsági szolgálat		

^E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (100. oldal)

^F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (102. oldal)

^G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (104. oldal)

^H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (106. oldal)

		Naprakész ismeretek hiánya	
			A biztonsági szolgálat tevékenységét érintő intézményi változásokkal kapcsolatos információk nem jutnak el az érintettekhez
			Kommunikációs probléma
			Nincs kialakított rendszere
			A szabályozás és bevezetésének hiányosságai ^F
			Akut humánerőforrás-hiány megoldására külsős munkatársak alkalmazása
			Biztonsági szolgálat szakmai ismereteinek hiányosságai (nem megfelelő fellépés, túlzó intézkedés, alulintézkedés)
			Az oktatás hiányosságai ^E
			Akut humánerőforrás-hiány megoldására külsős munkatársak alkalmazása
	A nem megfelelően szervezett intézményi beléptetés, bent tartózkodás		
			Házirend hiánya, vagy hiányossága
			A szabályozás és bevezetésének hiányosságai ^F
			Látogatási idők be nem tartása
			Egyértelmű szabályok hiánya
			Ismerethiány
			Tájékoztatás hiánya vagy elégtelensége
			Fegyelmezetlenség
			Következetlenség
			A betegek, látogatók által megközelíthető területek kijelölésének hiánya
			Szervezési hiányosság
	A dolgozó nem értesül a megjelenő új szabályzatokról vagy azok módosításáról		
			A szabályozás és bevezetésének hiányosságai ^F

^E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (100. oldal)

^F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (102. oldal)

^G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (104. oldal)

^H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (106. oldal)

D. táblázat

A kommunikációval kapcsolatos okok és gyökérokok a dolgozókat ért bántalmazások hátterében (oki kutatás alapján, a NEVES munkacsoport szerkesztése; saját szerkesztés)

Fő tényező	Ok 1. szint	Ok 2. szint	Ok 3. szint	Ok 4. szint
KOMMUNIKÁCIÓ				
	Nem a megfelelő kommunikációs forma használata			
		Türelmetlenség		
			Túlterheltség	
		Az asszertív kommunikációval kapcsolatos ismerethiány		
			Az oktatás hiányosságai ^E	
	A tájékozatlan betegek, hozzátartozók, kísérők			
		A betegek informálása elmarad		
			Túlterheltség	
			Nem egyértelmű, kinek lenne a feladata	
	A beavatkozások előtti esetleges kellemetlenségekre való figyelemfelhívás/tájékoztatás elmarad			
		A munkatársak nem értik, hogy ez miért lenne hasznos		
			Az oktatás hiányosságai ^E	
		A szervezeti kultúra hiányosságai ^H		

^E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (100. oldal)

^F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (102. oldal)

^G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (104. oldal)

^H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (106. oldal)

E. táblázat

Az oktatás hiányosságainak oki struktúrája (oki kutatás alapján, a NEVES munkacsoport szerkesztése; saját szerkesztés)

Fő tényező	Ok 1. szint	Ok 2. szint	Ok 3. szint
AZ OKTATÁS HIÁNYOSSÁGAI			
	Nincs oktatás a témában		
		Nem ismerték fel az intézményi események kapcsán felmerülő oktatási szükségleteket (pl. új szabályozás bevezetése, új eszköz használatba vétele, régóta használt eszköz helytelen alkalmazása)	
		Nem észlelték a folyamatban rejlő kockázatot	
			Nem történik meg rendszerszinten a kockázatok értékelése
			Nem értékelték helyesen a folyamatban rejlő kockázatot
	Nincs tematikája az oktatásnak, az oktatott tartalom esetleges		
	Nem tartalmazza a tematika az összes szükséges ismeretet		
	Elmarad az új dolgozók és az ideiglenesen ott dolgozó munkatársak oktatása (pl. rezidens, helyettesítő munkatárs)		
		Nincs kialakított rendszere az oktatásoknak (ki, mikor, miről, kit, hol, hogyan oktat)	
		Az érintettek nem értesülnek az oktatás időpontjáról	
		Nincs biztosítva az oktatáson való részvétel lehetősége	
	Nem történik meg a régóta ott dolgozó munkatársak ismétlő oktatása		
		Nincs kialakított rendszere az oktatásoknak (ki, mikor, miről, kit, hol, hogyan oktat)	
		Az érintettek nem értesülnek az oktatás időpontjáról	
		Nincs biztosítva az oktatáson való részvétel lehetősége	
	Elmarad a máshonnan áthelyezett vagy új munkakörbe átsorolt munkatárs új feladatkörhöz tartozó oktatása		
		Nincs kialakított rendszere az oktatásoknak (ki, mikor, miről, kit, hol, hogyan oktat)	
		Az érintettek nem értesülnek az oktatás időpontjáról	
		Nincs biztosítva az oktatáson való részvétel lehetősége	
	Az oktató nem kellően eredményes		
		Nem kellően felkészült	

^E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (100. oldal)

^F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (102. oldal)

^G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (104. oldal)

^H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (106. oldal)

		Nem rendelkezik a megfelelő kvalifikációval és gyakorlattal
		Nem jól kommunikál
	Az oktatás nem kellően eredményes	
		Nincs jól összeállítva a tematika
		Az oktatás módszere nem jól lett megválasztva
		Nem gyakoroltatták az elsajátítandó képességeket
		Az oktatáshoz szükséges eszközök nem állnak rendelkezésre
	Nem ellenőrzik az oktatások megvalósulását	
	Nem ellenőrzik az oktatások eredményességét, az ismeretek és képességek/készségek elsajátítását	
	Nem értékelik a megtörtént oktatásokkal kapcsolatos elégedettséget	
	Nem fejlesztik az oktatásokat az értékelések, visszajelzések alapján	

^E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (100. oldal)

^F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (102. oldal)

^G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (104. oldal)

^H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (106. oldal)

F. táblázat

A szabályozással kapcsolatos hiányosságok oki struktúrája (oki kutatás alapján, a NEVES munkacsoport szerkesztése; saját szerkesztés)

Fő tényező	Ok 1. szint	Ok 2. szint	Ok 3. szint
A SZABÁLYOZÁS HIÁNYOSSÁGAI			
	Nincs szabályozás a témában		
		Nincs kialakított rendje a szabályozások elkészítésének (pl. kezdeményezés lehetőségei, felelősök, kapcsolódó feladatok)	
		Nem merült fel az igény a szabályozás elkészítésére	
	Elavult a szabályozás tartalma		
		Nem aktualizálták	
			Nincs kialakított rendje az aktualizálásnak (pl. felelősök, kapcsolódó feladatok)
			Nem követik figyelemmel a megjelenő új rendelkezéseket (pl. jogszabályok, irányelvek)
			Nem tartják nyilván az intézményi szabályozásokat, azok érvényességi idejét vagy kapcsolódásait az egyéb szabályozásokhoz
	Helytelen a szabályozás tartalma		
		Nem vettek figyelembe minden kapcsolódó előírást a szabályozás elkészítésekor	
		Nem vonták be az érintett munkatársakat a szabályozás elkészítésébe	
		Nincsenek biztosítva a szabályozás betartásához szükséges munkafeltételek	
		A szabályozást annak teljes bevezetése előtt nem véleményeztették a leendő alkalmazókkal, nem tesztelték a közreműködésükkel	
	Hiányos a témában a szabályozás		
		A szabályozás nem tér ki minden szükséges részletre	
		Nem vonták be a szabályozás készítésébe az érintett munkatársakat	
	A szabályozás módszertanilag nem megfelelő		
		Túl hosszú	
		Nehezen érthető a szövegezése	

^E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (100. oldal)

^F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (102. oldal)

^G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (104. oldal)

^H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (106. oldal)

		A logikai felépítése nehezen követhető
		Nem az intézményre szabott
		Túl általános a tartalma
		A módosításai nem követhetőek
	Nem ellenőrzik a szabályozás megfelelőségét	
	Nem fejlesztik a szabályozást az alkalmazási tapasztalatok, visszajelzések alapján	
A SZABÁLYOZÁS BEVEZETÉSÉNEK HIÁNYOSSÁGAI		
	A dolgozó nem értesül a megjelenő új szabályzatokról vagy azok módosításáról	
		Nincs kialakított rendje a szabályzatok megjelenéséről, módosításáról történő értesítésnek
		Hiányosan van szabályozva a megjelenő szabályzatokról történő tájékoztatás rendje
		Nem a kialakított rendszer szerint történik a tájékoztatás
		Olyan közzétételi módot használnak, ami nem jut el mindenkihez
		Nem gondoskodnak az átmenetileg távol lévő munkatársak tájékoztatásáról
		Az új dolgozók oktatásában nem jelenik meg az ismeret
	Az oktatás hiányosságai ^E	
	Betarthatatlan elvárások	
		A szabályozás érvénybelépési dátuma korábbi, mint ahogy azt a munkatársak megismerhették volna
		Nincsenek biztosítva a szabályok betartásához szükséges munkafeltételek (pl. még nem érhető el a dolgozók számára a szabályozás szerint használandó eszköz)

^E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (100. oldal)

^F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (102. oldal)

^G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (104. oldal)

^H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (106. oldal)

G. táblázat

Az ellenőrzéssel kapcsolatos hiányosságok oki struktúrája (oki kutatás alapján, a NEVES munkacsoport szerkesztése; saját szerkesztés)

Fő tényező	Ok 1. szint	Ok 2. szint	Ok 3. szint	Ok 4. szint	Ok 5. szint
AZ ELLENŐRZÉS HIÁNYOSSÁGAI					
	Nem történik meg az ellenőrzés				
		Nincs megnevezve a felelős személy			
			Nincs kialakított rendje az ellenőrzésnek		
				A szabályozás és bevezetésének hiányosságai ^F	
			Nincs kapacitás		
				Leterheltség	
				Létszámhiány	
		Nincs kialakított rendje az ellenőrzésnek			
			A szabályozás és bevezetésének hiányosságai ^F		
		Nincs kapacitás az ellenőrzés elvégzésére			
			Időhiány		
				Létszámhiány	
			A szabályozás és bevezetésének hiányosságai ^F		
			A szervezés hiányosságai		
			A tervezés hiányosságai		
		Nincs motiváció az ellenőrzés elvégzésére			
			A felelős személy nem érti a fontosságát		
				Ismerethiány	
					Az oktatás hiányosságai ^E
				Kommunikációs probléma	
		A plusz feladat mellé nincs plusz juttatás rendelve			
				Anyagi nehézségek	
				A szervezés hiányosságai	
				A szabályozás és bevezetésének hiányosságai ^F	
		Nem végzik el az ellenőrzést			

^E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (100. oldal)

^F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (102. oldal)

^G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (104. oldal)

^H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (106. oldal)

			Emberi tényező
	Az ellenőrzés hiányosan megy végbe		
			Nem kellően részletes az ellenőrzés rendjének szabályozása
			A szabályozás és bevezetésének hiányosságai ^F
			Nincs kapacitás az ellenőrzés teljes körű elvégzésére
			Időhiány
			Létszámhiány
			A szabályozás és bevezetésének hiányosságai ^F
			A szervezés hiányosságai
			A tervezés hiányosságai
			Nincs motiváció az ellenőrzés elvégzésére
			A felelős személy nem érti a fontosságát
			Ismerethiány
			Az oktatás hiányosságai ^E
			Kommunikációs probléma
			A plusz feladat mellé nincs plusz juttatás rendelve
			Anyagi nehézségek
			A szervezés hiányosságai
			A szabályozás és bevezetésének hiányosságai ^F
			Nem végzik el teljeskörűen az ellenőrzést
			Emberi tényező
			A motiváció hiánya
			Nem érti, hogy miért fontosak a részletek
			Az oktatás hiányosságai ^E
			A szabályozás és bevezetésének hiányosságai ^F
			A kommunikáció hiányosságai

^E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (100. oldal)

^F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (102. oldal)

^G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (104. oldal)

^H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (106. oldal)

H. táblázat

A szervezeti kultúrával kapcsolatos hiányosságok oki struktúrája (oki kutatás alapján, a NEVES munkacsoport szerkesztése; saját szerkesztés)

Fő tényező	Ok 1. szint	Ok 2. szint	Ok 3. szint	Ok 4. szint	Ok 5. szint
A SZERVEZETI KULTÚRA HIÁNYOSSÁGAI					
	A motiváció hiánya				
		A helyes viselkedést megerősítő intézkedések hiánya			
			A példamutatás hiánya		
			Az elismerés hiánya		
			Az ellenőrzés hiányosságai ^H		
		A bevonás hiánya			
		A megértetés és a téma iránti érzékenyítés hiánya			
	A problémák eltitkolása				
		Megszokás			
			A munkatársak által mutatott minta követése		
			Nincs kialakított gyakorlata a problémák megbeszélésének		
			Az ellenőrzés hiányosságai ^H		
		Bizalmatlanság			
			A büntetéstől való félelem		
				Kellemetlen tapasztalat	
				Megszokás	
		Érdektelenség			
			Az érdeklődés hiánya a vezetés részéről		
			A probléma jelentőségének alulbecslése az érintett munkatárs részéről		
				Ismerethiány	
					Az oktatás hiányosságai ^E

^E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (100. oldal)

^F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (102. oldal)

^G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (104. oldal)

^H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (106. oldal)

4. melléklet

A fókuszcsoport-megbeszélés tematikája
(minta)

Fókuszcsoport-megbeszélés: a meghirdetett témában

Helyszín:

Időpont:

Résztvevők:

A fókuszcsoportot vezeti:

Jegyzőkönyvvezető(k):

Kezdési időpont: ... óra

A megbeszélés célja:

xxx

Napirend, főbb témák, vezérfonal:

Megbízások/szerződések aláírása

Köszöntés

Saját bemutatkozás

Napirend ismertetése

Formai egyeztetnivalók (jelenléti ív; hangfelvétel készítése a bemutatkozásokat követően és kizárólag jegyzőkönyvkészítési céllal, utána törlésre kerül; tegeződés/magázódás)

Résztvevők bemutatkozása (név, munkahely, tevékenység, hogyan kapcsolódik a témakörhöz)

A tevékenység céljának bemutatása

A témában végzett eddigi tevékenység rövid ismertetése

A fókuszcsoport tagjaitól várt együttműködés részleteinek bemutatása

Tájékoztatás az alkalmazandó munkamódszerekről és a kapcsolódó szabályokról

A szakmai kérdések egyeztetése

Megállapodás az otthon elvégzendő feladatról, annak visszaküldési határidejéről és a következő találkozó időpontjáról (amennyiben szükséges és értelmezhető)

Köszönetnyilvánítás

5. melléklet

A szakértők által beazonosított okok és hozzájáruló tényezők (Kockázati mátrix)A felkért szakértőink által összeállított kockázati mátrix *(saját szerkesztés)*

Gyakran – Katasztrofális 16p	Gyakran – Súlyos 12p	Gyakran – Mérsékelt 8p	Gyakran – Kicsi 4p
• személyzet összetétele • bérnövérek	• időhiány • helytelen betegút • a szervezeti kultúra hiánya • betegek/ hozzátartozók agresszív fellépése elleni eszköztelenség • az oktatás hiányosságai • elégtelen betegtájékoztatás • a beteg/ hozzátartozó egészségkultúrája • érdektelen a kolléga • sürgős / sürgető állapotú beteg fogadása/ellátása	• egyedüli munkavégzés • fáradtság • személyzethiány • a szociális támogatottság hiánya • a munkatárs stílusa • zavart a beteg • ittas a beteg • várakozás	• a képzés hiányossága
Alkalomszerű – Katasztrofális 12p	Alkalomszerű – Súlyos 9p	Alkalomszerű – Mérsékelt 6p	Alkalomszerű – Kicsi 3p
• nem ismerik fel az agresszivitás előjeleit	• a korlátozó intézkedések helytelen alkalmazása • drogos a beteg • agresszív a beteg • fájdalom • nincs biztonsági szolgálat • nem érhető el a biztonsági szolgálat	• a kommunikációs készség hiánya • túlterheltség • kommunikációs hiányosságok • szervezési hiányosságok • elmaradt rendelések • a páciens állapotának nem megfelelő felmérése	

Ritkán – Katasztrofális 8p • a vezetők érdektelensége	Ritkán – Súlyos 6p • az ellátás elégtelensége • a munkatársak nem érzik a szavaik súlyát	Ritkán – Mérsékelt 4p • nem megfelelő a környezet • a beteg általános állapota	Ritkán – Kicsi 2p • kiégés • a szabályzat hiánya • protokollhiány • nincs felelős • a munkatárs tájékozatlansága
Elvétve – Katasztrofális 4p • a munkatárs agresszív fellépése	Elvétve – Súlyos 3p • a munkatárs magatartása	Elvétve – Mérsékelt 2p • a csapatmunka hiánya	Elvétve – Kicsi 1p

6. melléklet

Az OSHA és a *Massachusetts Nurses Association* munkahelyierőszak-megelőzési programja

(Amerikai sürgősségi ajánlás: *Emergency Department Security and Safety*, Tracy G. Sanson, MD, FACEP, Theresa Tavernero, RN, CEN, MBA)

	Munkahelyierőszak-megelőzési program (OSHA)
1.	A vezetői elkötelezettség és az alkalmazottak bevonása
2.	Munkahelyi veszélyelemzés
3.	A veszélyek megelőzését célzó intézkedések és ellenőrzések
4.	A munkavállalók, a vezetők és a biztonságiak biztonsági és egészségügyi képzése, ideértve, hogy hol és hogyan kell a bántalmazásokat bejelenteni, kezelni
5.	Az eseményt követően a tájékoztató tevékenységek elvégzése
6.	Pontos nyilvántartás vezetése
7.	A bántalmazással foglalkozó politika
8.	A lőfegyverek és fegyverek észlelése, elkobzása és ellenőrzése – azok feladata, akik munkavégzést folytatnak az egészségügyi intézményben
9.	A nemzetközi szabványok szerint kiképzett biztonsági őrök

7. melléklet

Fogalommagyarázat**Agresszió:****szinonimák:** bántalmazás, erőszak, atrocitás**angol:** *aggression***definíció:** „A páciens viselkedése az ápoló felé, ami az ápolónak fizikai és mentális stresszt okoz.”**forrás:** (Sato, et al, 2013)**Betegbiztonság****szinonimák:** biztonságos ellátás**angol:** *patient safety***definíció:** „A betegek ellátása olyan módon történik, hogy közben a beteg védett a lehetséges veszélyektől és akaratlan ártalmaktól. Mindez magában foglalja a károsodások elkerülése, megelőzése és csökkentése érdekében hozott intézkedéseket az egészségügyi ellátás területén.”**forrás:** MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓ (Sinka et al., 2019)**Dolgozók bántalmazása****szinonimák:** agresszió, agresszivitás, erőszak, testi sértés, terror, atrocitás, tettlegesség**angol:** *abuse of workers***definíció:** „Valamennyi előre nem látható, szóbeli és fizikai cselekedettel járó, a személyzetet feladata ellátásában hátrányosan befolyásoló esemény, amelyet az egészségügyi személyzet sérelmére a beteg vagy hozzátartozója követ el.”**forrás:** NEVES-adatlap**Gyökérok****szinonimák:** alapvető ok**angol:** *root cause*

definíció: „A gyökérok az adott probléma alapvető oka, eredete, melynek kiküszöbölésével annak ismételt előfordulása megelőzhető, vagy gyakorisága jelentős mértékben csökkenthető. További jellemzője, hogy kiküszöböléséhez egyértelmű megoldási javaslatot lehet rendelni, azaz a lehetséges megoldások megfogalmazásához nincs szükség további »miért?« kérdésekkel mélyebbre fújni, az okokat keresve (ld. gyökérok kutatás).”

forrás: MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓ (Sinka et al., 2019)

Gyökérok kutatás

szinonimák: gyökérokelemzés

angol: *Root Cause Analysis – RCA*

definíció: „A gyökérok kutatás (RCA) egy olyan problémamegoldó/feltáró folyamat része, amelyet egy adott eseményhez/tevékenységhez kapcsolódó kudarcok, hibák, problémák kiváltó okainak megvizsgálására és meghatározására használnak. A gyökérokhoz »miért?« kérdések ismételt felvetésével jutnak el (lásd gyökérok). Ismert formái az egyedi esemény elemzése és az aggregált (összesített) események vizsgálata.”

forrás: MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓ (Sinka et al., 2019)

Kommunikáció

szinonimák: beszélgetés, konzultáció, információcsere

angol: *communication*

definíció: „Az adó és a vevő közötti csatornákon keresztül közvetített, meghatározott kódokban történő információátadás, információcsere. A kommunikációban részt vevők között kapcsolat, közösség alakul ki.”

forrás: Orvosi kommunikáció (Pilling, 2004)

NEVES jelentési rendszer:

szinonimák:

angol: –

definíció: „A nemkívánatos események anonim jelentési rendszere.”

forrás: NEVES-adatlap

Nemkívánatos esemény:**szinonimák:****angol:** *adverse event***definíció:** „Az ellátás nyújtásához köthető károsodás, és nem a betegségből eredő komplikáció.”**forrás:** NEVES-adatlap**Ok–hatás diagram:****szinonimák:** ok–okozati diagram, Ishikawa-diagram, halszákladigram**angol:** *fishbone diagram, cause and effect diagram***definíció:** „Minőségfejlesztési elemzési módszer a problémák (okozat) ok–okozati összefüggéseinek megállapítására a lehetséges okok összegyűjtésével, csoportosításával és ábrázolásával.”**forrás:** Betegbiztonsági koordinátor (e-learning tananyag, 2012) alapján**Prioritási mátrix:****szinonimák:** elsőbbségi, elsődleges**angol:** *priority matrix***definíció:** „A prioritási mátrix hasznos eszköz a döntési lehetőségek közötti fontossági sorrend meghatározásához, alkalmazásával egyértelmű és többé-kevésbé objektív sorrendet állíthatunk fel a lehetőségek között.”**forrás:** MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓ (Sinka et al., 2019)

11. FÜGGELÉKEK

1. függelék: A korlátozó intézkedések helyes alkalmazása

2. függelék: A transzkulturális ellátás jelentősége

D.V.2.4 OKI KUTATÁSOK ELKÉSZÍTÉSE
A DOLGOZÓK BÁNTALMAZÁSÁNAK OKAI ÉS
A MEGELŐZÉS LEHETŐSÉGEI

1. függelék

A KORLÁTOZÓ INTÉZKEDÉSEK HELYES
ALKALMAZÁSA

v.1.

TARTALOMJEGYZÉK

1. Előszó.....	2
2. Bevezetés.....	2
3. Fogalommeghatározás	4
4. A hazai szabályozás, valamint a jogi háttér bemutatása.....	5
5. A korlátozás alkalmazásának általános alapelvei	6
5.1. A korlátozás főbb alapelvei	6
5.2. A korlátozó módszerek és eljárások alkalmazásának elrendelésére vonatkozó szabályok az egészségügyi ellátásban	8
6. A szabályos korlátozás lehetőségei	9
6.1. A felügyelet szabálya	10
6.2. A korlátozó eszközök alkalmazásának dokumentálása, jelentése	11
6.3. Jogorvoslati lehetőségek	11
6.4. A korlátozó intézkedések alkalmazásának szakmai és etikai vonatkozásai	12
7. Felhasznált irodalom	13
8. Mellékletek.....	15

1. ELŐSZÓ

Az EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001 „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” című kiemelt projekt keretében A dolgozók bántalmazásának okai és a megelőzés lehetőségei című tanulmány elkészítése során fókuszba került a korlátozó intézkedések alkalmazásának hatása. Az egészségügyi személyzet a betegellátás során gyakran kerülhet olyan helyzetbe, hogy a beteget nem tudja rávenni az együttműködésre. Napjainkban az agresszív viselkedések, az elutasító magatartások előfordulása is jelentős, emelkedő tendenciát mutat. (Európai Bizottság Foglalkoztatás..., 2011)

A betegjogokat abban az esetben lehet korlátozni, amikor a beteg az állapotából kifolyólag képtelen kontrollálni a viselkedését, nem ura a cselekedetének, s a saját maga helyzetét, valamint az egészségi állapotát tévesen ítéli meg. Összegezve: a beteg önmagára vagy másokra (a személyzetre vagy a betegtársra) nézve veszélyeztető vagy közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsít.

Tekintettel arra, hogy a korlátozó intézkedések témaköre nem képezte szorosan a kutatás tárgyát, ezért a tanulmányban ezt nem állt módunkban részletesen kifejteni.

A korlátozó módszerek alkalmazása azonban nemcsak a dolgozók bántalmazásának okaként, hanem a megelőző intézkedések terén is kiemelt jelentőséggel bír, ezért fontosnak tartottuk a függelék elkészítését az alkalmazható korlátozó intézkedésekkel kapcsolatban. **A jelen függelékben felhasználtuk A betegek esésének okai és megelőzési lehetőségei című tanulmány A korlátozó intézkedések alkalmazásának szabályai című függelékét.** (Valasek-Vincze et al., 2020)

2. BEVEZETÉS

A szakirodalmi hivatkozások szerint már az 1700-as években alkalmaztak korlátozó intézkedéseket a betegeknél az agresszivitás, az erőszak megfékezése érdekében. A XIX. században Anglia és az Amerikai Egyesült Államok ellentétes nézetet vallott a témában. Míg Angliában szigorúan tiltották a betegeknél a korlátozás alkalmazását, addig Amerikában a mechanikai korlátozást alkalmazó intézkedések terápiás hasznát hangsúlyozták. A későbbi években már közeledtek az álláspontok. A XX. századtól a korlátozó eszközök és módszerek elfogadottá váltak a magukat és/vagy másokat veszélyeztető betegek esetén. „Az idevágó nemzetközi irodalom továbbra is tartalmaz ellentmondásokat a korlátozó intézkedések tekintetében. Egyes szerzők álláspontja alapján a korlátozás és elkülönítés alkalmazása etikai, jogi, szakmai szempontok alapján igen kérdéses, ezért alkalmazásuk jelentős csökkentése és későbbiekben a klinikai gyakorlatból történő teljes kivezetése javasolt. Véleményüket azzal is alátámasztják, hogy a korlátozás nem veszélytelen, egyes esetekben akár súlyos sérülésekhez, ritkán a beteg halálához vezető beavatkozás.” (EMMI, 2018)

A publikációk azt sugallják, hogy még a nemzetközi szervezetek – mint az ENSZ, a WHO vagy az EU – állásfoglalása sem egységes a témában.

Hazánkban a beteg korlátozásának kritériumait jogszabályok szabályozzák, viszont a törvényi szabályozáson túl figyelembe kell venni az etikai és a személyiségi jog szempontokat is. (EMMI, 2018)

A betegeknel alkalmazott korlátozó intézkedések felülvizsgálata rendszeres. Az Európa Tanács Kínzást és az Embertelen vagy Megalázó Bánásmódot vagy Büntetést Megelőzni Hivatott Európai Bizottsága (CPT) 2017-ben felülvizsgálta a korlátozási módszerek használatára vonatkozó követelményrendszert. A betegellátás során a korlátozó intézkedés elrendelése minden esetben súlyos döntés. Az elrendelésen belül is különös figyelmet kell fordítani arra, hogy a korlátozásnak mely eszközei kerülnek elrendelésre. „A CPT már kezdetkor hangsúlyozni kívánja, hogy a végső cél mindig az, hogy megelőzzük a korlátozás eszközeinek használatát, a használat gyakoriságának és időtartamának a lehetőségek szerinti korlátozásával.” (CPT, 2017) Ennek elengedhetetlen része, hogy az ellátó intézmények rendelkezzenek megfelelő stratégiával, amelyik magában foglalja a megfelelő korlátozó intézkedés módját, biztosítja a biztonságos és balesetmentes környezetet, meghatározza és biztosítja a megfelelő számú munkatárs alkalmazását, valamint lehetőséget ad az ellátó személyzet rendszeres képzésére. (CPT, 2017)

A korlátozó intézkedéseket kizárólag veszélyeztető vagy közvetlenül veszélyeztető magatartás esetén lehet alkalmazni. A „korlátozó intézkedés” egy összefoglaló meghatározás, amelyet szigorú szabályok szerint lehet alkalmazni a pszichiátriai betegeknel, szenvedélybetegeknel és fogyatékkal élőknel, valamint a demens betegek ellátása során. (SzGyFEF, 2019)

A korlátozást elrendelő orvosnak a korlátozó intézkedés megkezdése előtt kötelessége a beteg pszichés megnyugtatója. Ha mégis el kell rendelnie a korlátozást, a beteget vagy a törvényes képviselőt tájékoztatni kell a korlátozásról, annak típusáról és időtartamáról. A korlátozó intézkedést minden esetben szigorúan dokumentálni kell, és ennek a dokumentumnak a másolatát át kell adni a betegnek vagy a törvényes képviselőjének. (SzGyFEF, 2019)

Az intézmények házirendjének tartalmaznia kell a korlátozó intézkedésekkel kapcsolatos szabályokat, illetve adminisztrációs teendőket. Ennek ellenére sok esetben azt tapasztaljuk, hogy a korlátozó intézkedés nem megfelelő módon megy végbe. (SzGyFEF, 2019)

3. FOGALOMMEGHATÁROZÁS

Korlátozó intézkedés: „mindazon intézkedések összefoglaló elnevezése, amelyeket pszichiátriai betegeket, szenvedélybetegeket és fogyatékossgal élők, valamint demens ellátottakat ápoló/gondozó intézményekben lehet alkalmazni veszélyeztető vagy közvetlenül veszélyeztető magatartás esetén.” (SzGyFEF, 2019)

Veszélyeztető magatartás: „az, amikor az ellátott mentális állapotának zavara következtében saját vagy mások életére, egészségére, testi épségére jelentős veszélyt jelenthet, de a megbetegedés jellegére tekintettel a sürgős intézeti gyógykezelésbe vétel nem indokolt.” (SzGyFEF, 2019)

Közvetlen veszélyeztető magatartás: „az, amikor az ellátott mentális állapotának akut zavara következtében saját vagy mások testi épségére, egészségére, életére közvetlen, súlyos veszélyt jelent és az azonnali – intézeti – kezelés hiánya állapotának további romlását eredményezné.” (SzGyFEF, 2019)

Korlátozás: egy személy akarata ellenére történő immobilizálása, mely lehet: pszichés, fizikai, kémiai, biológiai vagy komplex. (EMMI – ESzK, 2018)

Pszichikai korlátozás: a beteg pszichés megnyugtató a veszélyeztető vagy közvetlen veszélyeztető magatartás elhárítása érdekében. (EMMI – ESzK, 2018)

Fizikai korlátozás: fizikai és mechanikai eszközökkel és/vagy elkülönítéssel a beteg korlátozása szabad mozgásában. (EMMI – ESzK, 2018)

Kémiai vagy biológiai korlátozás: olyan gyógyszeres ellátás, amelyhez nincs szükség a beteg beleegyezésére. (EMMI – ESzK, 2018)

Komplex korlátozás: a fizikai és kémiai korlátozások egyidejű alkalmazása. (EMMI – ESzK, 2018)

4. A HAZAI SZABÁLYOZÁS, VALAMINT A JOGI HÁTTÉR BEMUTATÁSA

- Magyarország Alaptörvénye.
- Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény.
- A pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól szóló 60/2004. (VII. 6.) ESZCSM rendelet.
- 381/2016. (XII. 2.) Korm. rendelet az Integrált Jogvédelmi Szolgálatról.
- A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény.
- A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet.
- A kínzás és más kegyetlen, embertelen vagy megalázó bánásmód vagy büntetés elleni egyezmény fakultatív jegyzőkönyvének kihirdetéséről szóló 2011. évi CXLIII. törvény.
- Az intézmény házirendje.

5. A KORLÁTOZÁS ALKALMAZÁSÁNAK ÁLTALÁNOS ALAPELVEI

5.1. A KORLÁTOZÁS FŐBB ALAPELVEI

Az Európa Tanács Kínzást és az Embertelen vagy Megalázó Bánásmódot vagy Büntetést Megelőzni Hivatott Európai Bizottság előírása a következő főbb megállapításokat tartalmazza (CPT előírás).

- A korlátozó intézkedések törvényes szabályozására van szükség.
- A korlátozó intézkedés kizárólag akkor alkalmazható, ha a beteg saját vagy mások életét, testi épségét vagy egészségét veszélyezteti.
- Az ilyen állapotot a szakorvosnak fel kell ismernie és a szabályzat szerint az eljárást el kell rendelnie.
- Szem előtt kell tartani a korlátozás elveit, melyek a szabályosság, a szükségesség, a törvényesség, az arányosság és az elszámolhatóság.
- Az emberi méltóság nem korlátozható.
- Az egészséghez és a testi épséghez való jogot tiszteletben kell tartani.
- A korlátozás során szigorúan tilos a kínzás, a bántalmazás, a megalázás, de akár a büntetés is.
- A korlátozás minden esetben csak a legrövidebb ideig tarthat.
- A korlátozó intézkedést minden esetben a beteg állapotához kell igazítani, és mindig a legkisebb mértékű kell, hogy legyen.
- A korlátozás ideje alatt a beteg állapotát, fizikai, higiénés és egyéb szükségleteit folyamatosan ellenőrizni kell.
- A korlátozás elrendelésének minden esetben az utolsó megoldási lehetőséget kell jelentenie, és a lehető legrövidebb ideig alkalmazható.
- A korlátozás eszközeit semmilyen esetben nem szabad büntetésként alkalmazni.
- Az egészségügyi intézménynek, különösen a pszichiátriai ellátást nyújtó létesítményeknek rendelkezniük kell egy mindenre kiterjedő, gondosan kidolgozott korlátozási szabályzattal.
- A szabályzat elkészítésébe a személyzet bevonása is indokolt, hiszen ők fontos gyakorlati tapasztalatokkal rendelkeznek.
- A szabályzat fő pillére kell legyen a megelőzés, azoknak a helyzeteknek az elkerülése, amelyek magukkal vonhatják a korlátozó intézkedések elrendelését.

Egyértelműnek kell lennie, hogy:

- milyen típusú korlátozó eszközt lehet használni;
- milyen körülmények között lehet ezeket alkalmazni;
- milyen legyen a gyakorlati alkalmazásuk;
- milyen felügyeletre van szükség hozzájuk;
- milyen intézkedést kell tenni akkor, ha már befejezték a korlátozást.

A szabályzat fontos elemét kell képeznie:

- a személyzet képzésének;
- a nyilvántartások vezetésének;
- a belső és külső jelentési rendszereknek;
- az esetmegbeszélésnek; valamint
- a panaszkezelési eljárásoknak. (CPT, 2017)

5.2. A KORLÁTOZÓ MÓDSZEREK ÉS ELJÁRÁSOK ALKALMAZÁSÁNAK ELRENDELÉSÉRE VONATKOZÓ SZABÁLYOK AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSBAN

„Korlátozó módszerek vagy eljárások alkalmazását - ha e törvény kivételt nem tesz - a beteg kezelőorvosa rendeli el. A kezelőorvos az alkalmazást megelőzően, - amennyiben ez nem lehetséges az alkalmazás megkezdését követően a lehető legrövidebb időn belül - rögzíti az egészségügyi dokumentációban a korlátozó módszereket vagy eljárásokat, megjelölve azok indítékát és alkalmazásuk időtartamát.” (1997. évi CLIV. törvény, 2018)

„Állandó orvosi felügyelet hiányában - kivételesen indokolt esetben - ideiglenesen szakápoló is elrendelheti a korlátozást. A korlátozásról a kezelőorvost haladéktalanul értesíteni kell, akinek azt tizenhat órán belül írásban jóvá kell hagynia. Ennek hiányában a korlátozást meg kell szüntetni.” (1997. évi CLIV. törvény, 2018)

A korlátozó eszközöket úgy kell megválasztani, hogy az a betegre nézve a legkevésbé legyen ártalmas, az esetleges fájdalom kockázatát minimalizálják, valamint a beteg méltóságában ne okozzanak kárt.

„A betegeket nem szabad más betegek szeme láttára korlátozásnak alávetni.” (CPT, 2017)

A beteg ellátásában részt vevő személyzet tagjainak megfelelő képzésben kell részesülniük. Az ellátási gyakorlatban csak ezt követően alkalmazhatnak korlátozó eszközöket, végezhetnek korlátozó eljárást.

Az esetleges sérülések elkerülése érdekében a személyzetnek ismernie kell a manuális/fizikai korlátozások helyes technikáit.

„Ha kémiai korlátozáshoz kell folyamodni, kizárólag jóváhagyott, kipróbált és rövid hatásidejű gyógyszerek használhatók. Folyamatosan ügyelni kell arra, hogy egyes gyógyszereknek mellékhatásai lehetnek a betegre, különösen akkor, ha a gyógyszert mechanikai korlátozással vagy elzárással együtt alkalmazzák.” (CPT, 2017)

A beteg életfunkcióinak korlátozása – mint például a légzésé – tilos.

Korlátozó módszerek és eljárások alkalmazása esetén a beteg állapotát és testi szükségleteit rendszeresen - a szakmai szabályoknak megfelelően - ellenőrizni kell. A beteg egészségügyi dokumentációjában az ellenőrzés tényét és eredményét fel kell tüntetni. (1997. évi CLIV. törvény, 2018)

6. A SZABÁLYOS KORLÁTOZÁS LEHETŐSÉGEI

Pszichikai korlátozások: amennyiben a beteggel szemben korlátozás alkalmazására van szükség, először mindig a pszichikai korlátozást kell választani. A beteget fel kell szólítani a veszélyeztető magatartástól való tartózkodásra. Amennyiben nem érünk el eredményt, fontos figyelmeztetni őt, hogy egyéb korlátozó intézkedés alkalmazása következik. A pszichikai korlátozás tényét minden esetben rögzíteni kell az ápolási dokumentációban. (Földi & Pápai, 2020)

A fizikai korlátozásnak két típusa van.

- **A manuális korlátozás** a személyzet által megtanulható fogási technikákat jelenti, amelyekkel az ellátás során a beteg lefogása sérülésmentesen megvalósítható. Tilos minden olyan fogás alkalmazása, amely a betegnek fájdalmat okoz, valamint kerülni kell azokat a fogásokat, amelyek elzárhatják a beteg légutait. A személyzet ez irányú oktatására, továbbképzésére az intézmény menedzsmentjének lehetőséget kell biztosítani. (CPT, 2017)

- **A mechanikai korlátozás** esetén kizárólag olyan eszközöket szabad használni, amelyekkel minimalizálják a káros hatásokat, sérüléseket. Lehetőség szerint a használt eszközök, szíjak párnázott textillel legyenek bélelve. A korlátozás során kézi bilincset vagy láncot soha nem szabad alkalmazni. Figyelni kell a beteg fektetésére is, amelynek szabályos helyzete a háton fekvés, a karok test melletti elhelyezkedésével. A szíjak felhelyezésekor ügyelni kell arra, hogy azok ne legyenek túl szorosak, és úgy kell őket alkalmazni, hogy a végtagok (a karok és a lábak) számára a lehető legnagyobb, legszabadabb mozgást biztosítsák. A beteget hálós ágyba fektetni szigorúan tilos. A korlátozás során a beteg életfunkcióit nem szabad akadályozni, ahogyan őt magát sem a kommunikációban. Továbbá figyelni kell a beteg megfelelő öltözetére, és amennyiben a beteg állapota lehetővé teszi, biztosítani kell számára az önálló étkezés lehetőségét. A mechanikai korlátozó eszközök használata csak a legrövidebb szükséges időtartamra szólhat (ez általában inkább perceket, mint órákat jelent). A beteg több órás mechanikai korlátozását is szigorú dokumentálásnak, folyamatos állapotváltozásnak kell kísérnie. Elnyúló mechanikai korlátozás esetén szükség lehet más orvos bevonására is. A CPT véleménye szerint a mechanikai korlátozás semmilyen esetben nem alkalmazható napokon keresztül. A beteg többnapos mechanikai korlátozása bántalmazásnak minősül. (CPT, 2017)

A témában végzett kutatásunk során, a fókuszcsoportos megbeszélés alkalmával elhangzott szakértői vélemények szerint a mechanikai korlátozás nem rendelhető el kémiai korlátozás nélkül, mert az kínzásnak minősül. Ezzel ellentétben a CPT megfogalmazása szerint „[n]éha az elzárást, a mechanikai vagy fizikai korlátozást kémiai korlátozással együtt alkalmazzák. Ezt a gyakorlatot kizárólag azzal lehet indokolni, ha így valószínűsíthetően csökkenteni lehet a korlátozás időtartamát, vagy azért válik szükségessé, mert így lehet elkerülni, hogy a beteg vagy mások súlyos sérülést szenvedjenek el.” (CPT, 2017)

Kémiai korlátozásnak nevezzük a beteg számára történő olyan gyógyszer beadását, amellyel a viselkedése és a mozgása az érintett hozzájárulása és engedélye nélkül befolyásolható. Ez egy olyan típusú gyógyszerelés, amelyhez szigorúan és kizárólag csak jóváhagyott, kipróbált és rövid hatásidejű gyógyszereket lehet alkalmazni. Szem előtt kell tartani az egyes gyógyszerek mellékhatásait, különösen akkor, ha azt/azokat mechanikai korlátozással vagy elzárással együtt alkalmazzák. Különösen nagy figyelmet kell fordítani a szedált betegek életfunkcióinak ellenőrzésére, táplálására, ürítési szükségleteire. „A kémiai korlátozást széleskörűen alkalmazzák például az invazív vagy nyugalmat megkövetelő beavatkozásoknál (procedurális korlátozás, bódítás). Abban viszont minden idevágó közlemény, irányelv egyetért, hogy a korlátozást, elkülönítést csak megfelelően képzett, gyakorlott, lehetőség szerint multidiszciplináris személyzet végezze a szakmai és jogi protokollok szigorú betartása mellett.” (EMMI, 2018)

A kémiai korlátozás alkalmazása gyors, nem jár sérülésveszéllyel, ezen kívül pedig sem a személyzetet, sem a betegtársakat nem viseli meg annyira, mint akármelyik fizikai korlátozási mód.

A kémiai korlátozás során a leggyakrabban használt hatóanyagok:

- *haloperidol* (típusos antipszichotikum);
- *risperidone, olanzapine* (atípusos antipszichotikum);
- *diazepam, midazolam* (benzodiazepine-szerek);
- *hydroxyzine* (antihisztamin). (EMMI, 2018)

Komplex korlátozás: a fent felsorolt korlátozási eszközök közül egynél több együttes alkalmazása.

6.1. A FELÜGYELET SZABÁLYA

Azoknál a betegnél, akiknél mechanikai korlátozást alkalmaztak, folyamatos felügyeletet kell biztosítani. Mechanikai korlátozás esetén a szakképzett személyzetnek folyamatosan jelen kell lennie a helyiségben, vagy annak közelében kell tartózkodnia. A CPT ajánlása alapján egyértelmű, hogy a videós megfigyelés nem helyettesítheti a személyzet folyamatos jelenlétét. (CPT, 2017)

6.2. A KORLÁTOZÓ ESZKÖZÖK ALKALMAZÁSÁNAK DOKUMENTÁLÁSA, JELENTÉSE

A kórház vezetése számára nagy jelentőséggel bír, hogy részletes és pontos nyilvántartást vezessen a betegekkel szemben alkalmazott korlátozásokról. A rendszeres és szabályos dokumentálás lehetőséget ad az intézményekben elrendelt korlátozás számának követésére, valamint a szükséges intézkedések meghatározására. A CPT felülvizsgálat-ajánlása szerint „külön nyilvántartást kell vezetni, ahová feljegyeznek minden olyan esetet, amikor korlátozást kellett alkalmazni (beleértve a kémiai korlátozást is). Ezeket csatolni kell a beteg személyes egészségügyi dossziéjában lévő anyagokhoz. Ebben a nyilvántartásban az egyes bejegyzéseknek tartalmazniuk kell az időpontot, amikor az intézkedés megkezdődött, illetve befejeződött, az eset körülményeit; az okot, amiért az intézkedéshez kellett folyamodni; az orvos nevét, aki elrendelte vagy jóváhagyta; valamint azoknak az esetleges sérüléseknek a felsorolását, amelyeket a beteg vagy a személyzet elszenvedett. A betegek számára lehetővé kell tenni, hogy megjegyzéseket fűzzenek a nyilvántartáshoz, és erről a jogukról tájékoztatni kell őket; ha pedig kéri, másolatot kell nekik adni a teljes bejegyzésből”. (CPT, 2017)

6.3. JOGORVOSLATI LEHETŐSÉGEK

„A korlátozó intézkedésekkel kapcsolatban az ellátottnak, illetve törvényes képviselőjének joga van panaszt tenni, ezen jogáról a korlátozás elrendelése esetén tájékoztatni kell az ellátottat, kivéve ha ezt a korlátozó intézkedés alkalmazását szükségessé tevő körülmények vagy a beteg állapota kizárják. Utóbbi esetben a kizáró körülmények elhárultával kell a tájékoztatást pótolni.” (SzGyFEF, 2019)

„Az ellátott vagy törvényes képviselője panaszát az intézményvezetőnek, illetve a fenntartónak teheti meg, aki ebben az esetben köteles soron kívül eljárni.” (SzGyFEF, 2019)

„A panasz kivizsgáláshoz és a döntéshez a fenntartó szakértőként pszichiáter szakorvost vesz igénybe.” (OBDK, 2014)

A betegjogi képviselő „a beteg írásbeli meghatalmazása alapján – a beteg gyógykezelésével összefüggő ügyekben – panaszt tehet az arra hatáskörrel és illetékességgel rendelkező hatóságnál, és az eljárás során képviseli a beteget,” valamint „rendszeresen tájékoztatja az egészségügyi dolgozókat a betegjogokra vonatkozó szabályokról, azok változásáról; különös figyelmet fordít a kiszolgáltatott helyzetben lévők betegjogi védelmére.” (IJSZ, 2020)

6.4. A KORLÁTOZÓ INTÉZKEDÉSEK ALKALMAZÁSÁNAK SZAKMAI ÉS ETIKAI VONATKOZÁSAI

Ebben a témában különös jelentőséggel bír a szakma, a jog és az etika találkozása. A korlátozó intézkedések során ennek a három területnek a követelményeit kell szem előtt tartani. Ez egyaránt nagy kihívás elé állítja az egészségügyi intézmények vezetőit, orvosait és szakdolgozóit. A Magyar Egészségügyi Szakdolgozó Kamara (MESZK) Etikai Kollégiumának állásfoglalása szerint a betegek személyes szabadságának korlátozására vonatkozóan minden olyan hazai intézményben meg kell határozni és alkalmazásba kell helyezni az eljárásrendet, ahol betegellátás folyik. (MESZK-EK, 2007)

7. FELHASZNÁLT IRODALOM

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. Hozzáférhető: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.TV> (letöltés: 2018. 05. 28.)
- 60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendelet a pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól. Hozzáférhető: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A0400060.ESC&searchUrl=/gyorskereso%3Fkeyword%3D60/2004%2520eszcsm> (letöltés: 2019. 12. 08.)
- Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyért Felelős Államtitkárság, Egészségügyi Szakmai Kollégium [EMMI – ESzK]. (2018). Veszélyeztető és közvetlen veszélyeztető magatartást mutató 0–18 év közötti fiatalok esetében alkalmazott megelőző és korlátozó intézkedések személyi és tárgyi feltételei, valamint a betegellátás folyamata az egészségügyi intézményekben – különös tekintettel az emelt biztonságú ágyakra. Egészségügyi szakmai irányelv. Hozzáférhető: <https://kollegium.aek.hu> (letöltés: 2019. 12. 08.)
- Európai Bizottság Foglalkoztatás, Szociális Ügyek és Társadalmi Befogadás Főigazgatósága B.3 Egység. (2011). Az egészségügyi ágazatban dolgozókat érintő munkahelyi egészségvédelmi és biztonsági kockázatok. Útmutató a megelőzéshez és a helyes gyakorlathoz. 5.fejezet Pszichoszociális kockázatok. Kézirat.
- Földi, N., Pápai, T.: A korlátozó intézkedések alkalmazásának ápolási specialitásai. Hozzáférhető: [https://tankortem.wordpress.com/2019/03/28/a-korlatozo-intezkedesek-alkalmazasanak-apolasi-specialitasai/](https://tankort terem.wordpress.com/2019/03/28/a-korlatozo-intezkedesek-alkalmazasanak-apolasi-specialitasai/) (letöltés: 2020. 01. 20.)
- Integrált Jogvédelmi Szolgálat [IJSZ]. (2020). Betegjog. Hozzáférhető: http://www.ijsz.hu/betegjog.html?fbclid=IwAR2pCzW13f00UzpM9dt_L6x2ME9aGplfrM_ferQuqAQa5IdS8ljgR88UXRc (letöltés: 2020. 08. 17.)
- Jogtár (2019). Hozzáférhető: www.jogtar.hu (letöltés: 2019. 10. 03.)
- Kínzást és az Embertelen vagy Megalázó Bánásmódot vagy Büntetést Megelőzni Hivatott Európai Bizottság [CPT]. (2017). A korlátozás módjai felnőtteknek fenntartott pszichiátriai létesítményekben (Felülvizsgált CPT-előírások)
- Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Etikai Kollégiuma [MESZK-EK]. (2007). A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Etikai Kollégiuma 2007/02. számú állásfoglalása a MESZK elnöksége számára. A betegek személyes szabadságának korlátozása tárgyában. Hozzáférhető: http://meszk.hu/upload/meszk/document/2007_02_etikai_allasfoglalas.pdf (letöltés: 2019. 12. 08.)

Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ [OBDK]. (2014).
Tájékoztató a pszichiátriai betegek jogairól. Hozzáférhető:
<http://www.ijsz.hu/katalogus.php?catalogid=8> (letöltés: 2019. 12. 08.)

Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság Esélyteremtési Főosztály [SzGyFEF]. Tájékoztató a
korlátozó intézkedésekről. Hozzáférhető:
https://szgyf.gov.hu/phocadownload/eselyteremtes/Korlatozo_intezkedesek_tajekoztato0707.pdf (letöltés: 2019. 12. 08.)

Valasek-Vincze, I., Megléczné, O. M., Sinka L.A.E, Belicza, É. (2020). A korlátozó intézkedések
alkalmazásának szabályai. In A betegek esésének okai és megelőzési lehetőségei.
Semmelweis Egyetem Menedzserképző Központ, Budapest.

8. MELLÉKLETEK

1. Adatlap a pszichiátriai beteggel szemben alkalmazott, egyéb korlátozó intézkedés dokumentálásához F1_17
2. Betétlap a korlátozó intézkedés időtartama alatt végzett ellátás dokumentálásához..... F1_19
3. EMMI szakmai irányelv ajánlásai..... F1_21

1. melléklet

Adatlap

pszichiátriai beteggel szemben alkalmazott, egyéb korlátozó intézkedés dokumentálásához
(3. számú melléklet a 60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendelethez)

A beteg neve:

TAJ szám:

Az alkalmazott korlátozó intézkedés formája és leírása

A) Az alkalmazott fizikai korlátozás:

(a szabad mozgás megtagadása, elkülönítés, testi kényszer, rögzítés, lekötés stb.)

.....
.....

A korlátozó intézkedés alkalmazásának rövid indokolása:

.....
.....

Az alkalmazás kezdeti időpontja: év hó nap óra perc

Az alkalmazás befejező időpontja: év hó nap óra perc

Az elrendelő neve:

beosztása:

Ha szakképzett ápoló rendeli el, akkor

az orvosi jóváhagyás időpontja: év hó nap óra perc

B) Kémiai, biológiai: a beteg beleegyezése nélkül alkalmazott gyógyszer(ek)

A korlátozó intézkedés alkalmazásának rövid indokolása:

.....
.....

Gyógyszer neve	Adagolási mód (po, im, iv)	Dózis	Elrendelő neve	Beadást végző neve	Időpont (év, hó, nap, óra, perc)	

A korlátozó intézkedés ellenőrzésével megbízott személy:

Neve: beosztása:

Neve: beosztása:

Neve: beosztása:

Neve: beosztása:

A betegjogi képviselőhöz eljuttatva:

Dátum:

.....

az elküldő aláírása

A beteg törvényes vagy meghatalmazott képviselője, illetve a 4. § (8) bekezdés szerinti esetben a beteg által megjelölt személy tájékoztatása megtörtént:

Dátum:

.....

tájékoztatást végző aláírása

A felelős vezető tájékoztatásának időpontja:

Dátum:

.....

felelős vezető aláírása

2. melléklet

Betétlap
a korlátozó intézkedés időtartama alatt végzett ellátás dokumentálásához

Név:

Születési idő:

Szobaszám:

Diagnózis:

Terápiás terv elkészítésének időpontja veszélyeztető, illetve közvetlen veszélyeztető állapotra:

.....

1. Az intézkedés elrendelését megelőző állapotváltozás, tünetek feljegyzése:

.....

2. A korlátozás folyamata, eredménye:

.....

Ápolási diagnózis:

Ápolási cél:

Ápolási terv:

Ápolási eredmény:

Aláírás

3. Eseménynapló:

.....

Dátum, idő:

Esemény leírása:

Aláírás:

4. A lezajlott esemény megbeszélésének időpontja, illetve a fenti eseményre készült terápiás terv módosítása az ellátottal:

.....

5. A korlátozás eredményességének rövid összefoglalása:

.....

6. Ellátottjogi képviselőhöz eljuttatva:

.....

.....
intézményvezető aláírása

.....
az intézmény orvosának aláírása

A korlátozó intézkedés során szolgálatot teljesítő egészségügyi, szociális dolgozó(k) aláírása:

.....

3. melléklet

EMMI szakmai irányelv ajánlásai

(Kivonat a „Veszélyeztető és közvetlen veszélyeztető magatartást mutató 0–18 év közötti fiatalok esetében alkalmazott megelőző és korlátozó intézkedések személyi és tárgyi feltételei, valamint a betegellátás folyamata az egészségügyi intézményekben – különös tekintettel az emelt biztonságú ágyakra.” című egészségügyi szakmai irányelvből)

- 1. Ajánlás:** „Agresszív viselkedés veszélyének felmérésekor, annak megelőzése érdekében, továbbá amennyiben szükséges, a korlátozó intézkedések alkalmazásánál mindig figyelembe kell venni a beteg életkorát, szellemi és testi fejlettségét, szomatikus állapotát. Ugyancsak a kulturális, vallási tényezőket és az anamnézis és mentális státus alapján felmerülő rizikó- és hajlamosító tényezőket. Ajánlás szintje: A, erős ajánlás”. (EMMI, 2018)
- 2. Ajánlás:** „Korlátozó intézkedések alkalmazásánál mindig figyelembe kell venni a fokozatosság elvét. Mindig a helyzetnek megfelelő legenyhébb módszert kell alkalmazni. Ajánlás szintje: A, erős ajánlás.” (EMMI, 2018)
- 3. Ajánlás:** „A (közvetlen) veszélyeztető magatartást jelentő agresszív viselkedés menedzselésének első szintjén nem restriktív intervenciókat kell alkalmazni. Ajánlás szintje: A, erős ajánlás.” (EMMI, 2018)
- 4. Ajánlás:** „Amennyiben a nem restriktív intervenciók alkalmazása hatástalan, áttérhetünk a restriktív intervenciókra. Ajánlás szintje: A, erős ajánlás.” (EMMI, 2018)
- 5. Ajánlás:** „Amennyiben a nem restriktív és a restriktív intervenciók hatástalanok a (közvetlen) veszélyeztető magatartás megfékezésére, a legrestriktívebb intervencióhoz kell folyamodnunk. Ajánlás szintje: A, erős ajánlás.” (EMMI, 2018)
- 6. Ajánlás:** „A (közvetlen) veszélyeztető magatartás megszüntetésére alkalmazott restriktív technikát az *ADATLAP pszichiátriai beteggel szemben alkalmazott egyéb korlátozó intézkedés alkalmazásáról* című dokumentum kitöltésével és vezetésével kell adminisztrálni. Ajánlás szintje: A, erős ajánlás.” (EMMI, 2018)
- 7. Ajánlás:** „A restriktív intézkedésről a szülőt / törvényes vagy meghatalmazott képviselőt dokumentáltan tájékoztatni kell, és az ADATLAP másolatát el kell küldeni az intézmény betegjogi képviselőjének. Ajánlás szintje: A, erős ajánlás.” (EMMI, 2018)
- 8. Ajánlás:** „A legrestriktívebb intervenciók csak megfelelő indikációk esetén és a beteg autonómiájának és lehetőség szerint méltóságának a maximális megőrzése mellett alkalmazhatók. Ajánlás szintje: A, erős ajánlás.” (EMMI, 2018)
- 9. Ajánlás:** „Korlátozó intézkedések alkalmazásánál mindig figyelembe kell venni, hogy a korlátozás, elkülönítés nem a terápia része, nem lehet büntetésként vagy a személyzet kényelme miatt alkalmazni. Ajánlás szintje: A, erős ajánlás.” (EMMI, 2018)

10. Ajánlás: „Az agresszív betegek ellátására alkalmas elkülönítő szoba egy- vagy kétágyas lehet. Külön fürdőszoba tartozzon hozzá. Ajánlás szintje: A, erős ajánlás.” (EMMI, 2018)

11. Ajánlás: „A betegeket az elkülönítő szobában rendszeresen monitorozni kell, a kapott értékeket a megfelelő adatlapon folyamatosan rögzíteni kell. Ajánlás szintje: A, erős ajánlás.” (EMMI, 2018)

12. Ajánlás: „Korlátozó intézkedések alkalmazásánál mindig figyelembe kell venni a beavatkozások hosszú távú testi és szellemi negatív hatásait, és azok minimalizációjára kell törekedni. Ajánlás szintje: A, erős ajánlás.” (EMMI, 2018)

13. Ajánlás: „Az agresszív viselkedés megfelelő megelőzésére és kezelésére a személyzetet képezni és folyamatosan tovább képezni szükséges. Ajánlás szintje: A, erős ajánlás.” (EMMI, 2018)

14. Ajánlás: „Az agresszív viselkedés megfelelő megelőzésére és kezelésére az intézetben aktuálisan kezelt betegek agressziópotenciáljának megfelelő számú személyzet biztosítása szükséges, melyet műszakról műszakra értékelni kell. Ajánlás szintje: A, erős ajánlás.” (EMMI, 2018)

15. Ajánlás: „Amint a beteg visszanyerte önkontrollját, a korlátozó intézkedést haladéktalanul meg kell szüntetni. Ajánlás szintje: A, erős ajánlás.” (EMMI, 2018)

D.V.2.4 OKI KUTATÁSOK ELKÉSZÍTÉSE

A DOLGOZÓK BÁNTALMAZÁSÁNAK OKAI ÉS A MEGELŐZÉS LEHETŐSÉGEI

2. függelék

A TRANSZKULTURÁLIS ELLÁTÁS JELENTŐSÉGE

v.1.

TARTALOMJEGYZÉK

1. Bevezetés.....	2
2. Az eltérő kultúrák megjelenése az egészségügyben	4
2.1. A Magyarországon megjelenő leggyakoribb kultúrák, vallások.....	6
2.1.1. A roma kultúrkör	6
2.1.2. A közel-keleti népcsoport kultúrköre.....	7
2.1.3. A zsidóság, izraelita vallásúak közössége	8
2.1.4. Az iszlám	8
2.1.5. Az ázsiai kultúrkör	9
2.1.6. A fekete-amerikai kultúrkör	9
3. A transzkulturális ellátás jelentősége.....	10
3.1. Az egészségügyi szakemberek és a beteg/hozzá tartozó „találkozása”	10
3.2. A kultúrák közötti kommunikáció	11
3.3. A transzkulturális ellátás	13
4. Konklúzió	16
5. Felhasznált irodalom	17

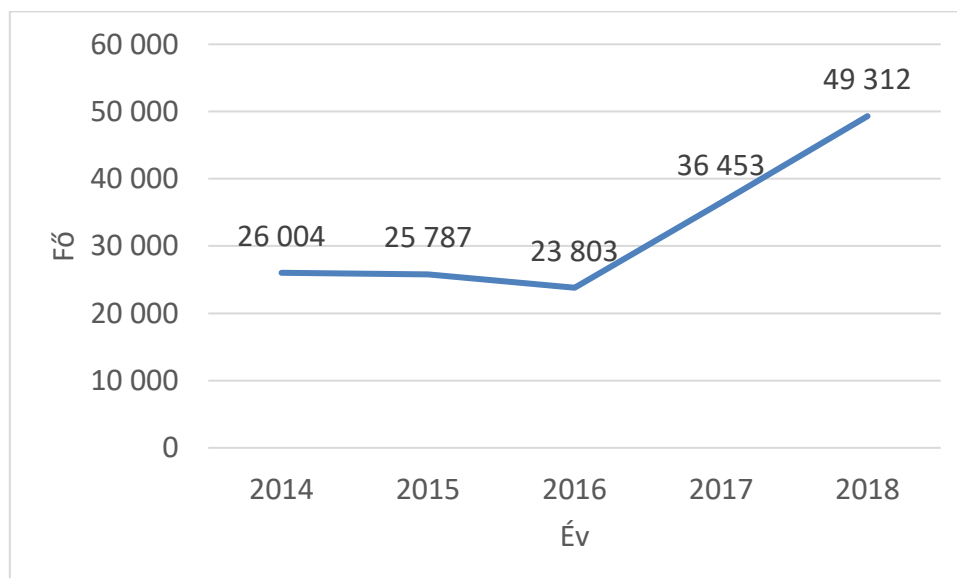
1. BEVEZETÉS

Az Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) 2009-es adatai alapján körülbelül 190 millió ember, a világ népességének mintegy 3%-a él szülőhazáján kívül. 2004-ben az Európai Unióban 34–37 millió bevándorlót regisztráltak. Néhány nyugat-európai országban az arányuk elérheti a 23%-ot. Magyarországon a népesség alig 3%-át teszik ki, de az emelkedő tendenciával hazánkban is számolni kell. (Oláh, 2012)

A XXI. században az országok közötti szabad átjárhatóság azt vonja magával, hogy az egyes országokban, így Magyarországon is egyre szélesebb a különböző nemzetiségű lakosok köre. Az EACEA adatai alapján „2019. január 1-jén a jogszerűen és huzamosan Magyarországon tartózkodó külföldi állampolgárok száma 172 600 fő volt, akik az ország népességének 1,8%-át tették ki. Az itt élő külföldiek túlnyomó többsége, 64%-a Európából, ezen belül a környező országokból, főképp Romániából (12%), Ukrajnából (12%), Németországból (9,3%), valamint Szlovákiából (5,4%) érkezett. További 28%-uk Ázsiából, 3,9%-uk Afrikából, 3,5%-uk pedig az amerikai kontinensről származott. Ázsiából elsősorban kínaiak és vietnamiak vándoroltak be Magyarországra.” (EACEA, 2020)

A KSH 2018-as adatai jól mutatják a hazánkba történő bevándorlások számának évről évre való emelkedését (lásd az F2_1. ábrát).

F2_1. ábra: **A külföldi állampolgárok bevándorlása a KSH 2018-as adatai alapján** (EACEA, 2020)



Emellett a turizmus növekedése vagy az ideiglenesen hazánkban dolgozó külföldi munkavállalók is jelentős szerepet tölthetnek be abban, hogy egyre többféle kultúrájú, vallású emberek jelennek meg az egészségügyi ellátásban is. A szakirodalom hangsúlyozza, hogy „amikor két különböző identitás találkozik – ha csak rövid időre is –, ott a különbség feszültséget idézhet elő.” (Cserkész, 2006) Ezt az egészségügyi személyzetnek kezelnie kell tudni, amihez jó megoldási lehetőséget nyújt a transzkulturális ellátás módszerének követése.

A transzkulturális ápolás modellje Leininger nevéhez fűződik, elméletét úgy mutatják be, mint a napfelkeltét. A modell olyan tényezőknek a hangsúlyos szerepére tér ki – mint a technológia, a vallás, a rokonság, a társadalom, a kulturális értékek és az életvitel, a politika és a jog, a gazdaság vagy épp az oktatás –, amelyek nagymértékben befolyásolják az egyének, a családok, illetve a népességcsoportok egészségi állapotának alakulását.

A kulturális különbségeket megismerve és azokat figyelembe véve sok esetben lehetőség van rá, hogy csökkentsük az ellátás során keletkező feszültséget, és ezzel pozitív hatást tegyünk az ellátást nyújtó dolgozók biztonságára is. A betegről és hozzátartozóitól származó kulturális vonatkozású igények lehetőség szerinti figyelembevételével, illetve teljesítésével megelőzhetjük a konfliktusok vagy akár az agresszió kialakulását is. Ezért is tartottuk fontosnak, hogy készítsünk egy összefoglalót, amely felhívja a figyelmet a téma fontosságára, jelentőségére.

A függelék elkészítéséhez **A dolgozók bántalmazásának okai és a megelőzés lehetőségei** című tanulmány készítése során fellelt, a témára vonatkozó szakirodalmak, valamint szakértői vélemények és tapasztalatok szolgáltak forrásul. A jelen függelék elkészítését azért tartottuk fontosnak, mert a különböző nemzetiségek, ill. kultúrák egészségügyi intézményekben való megjelenése növekszik. Az eltérő nemzetiségű, kultúrájú betegek ápolása új kihívás elé állítja az ellátó személyzetet. A függelékben a transzkulturális ellátás témakörének kidolgozása nem teljes körű, viszont tartalmazza azokat az elemeket, amelyeknek az ismerete a legfontosabb.

A jelen függelék egyes elemei tartalmazzák az EFOP-1.8.0-VEKOP-17 „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” c. kiemelt projekt keretében készült, D.V.2.3 OKI KUTATÁSOK ELKÉSZÍTÉSE – A DOLGOZÓK BÁNTALMAZÁSÁNAK OKAI ÉS A MEGELŐZÉS LEHETŐSÉGEI című tanulmány megállapításait. (Valasek et al., 2020)

2. AZ ELTÉRŐ KULTÚRÁK MEGJELENÉSE AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

Az egészségügyi dolgozók és a más nemzetiségű, eltérő etnikai hovatartozású páciensek közötti félreértések többsége elsősorban a kulturális különbségek ismeretének hiányában gyökerezik.

„A kultúra olyan átfogó fogalom, amely magában foglalja mindazt a tudást, szokásrendszert, képességet és sajátosságokat, valamint hitet, erkölcsöt, törvényeket, amelyekre egy adott társadalom tagjai szert tesznek, elsajátítanak szocializációjuk során.” (Pilling, 2004)

Az egyik legelterjedtebb meghatározása a kultúrának Taylor nevéhez fűződik: „A kultúra egy olyan komplex egész, amely magába foglalja a tudást, a hitet, a művészetet, az erkölcsöket, a törvényt, a szokást és minden olyan képességet és rögzült viselkedést, amelyet az ember a társadalom tagjaként magáévá tesz.” (Oláh, 2012)

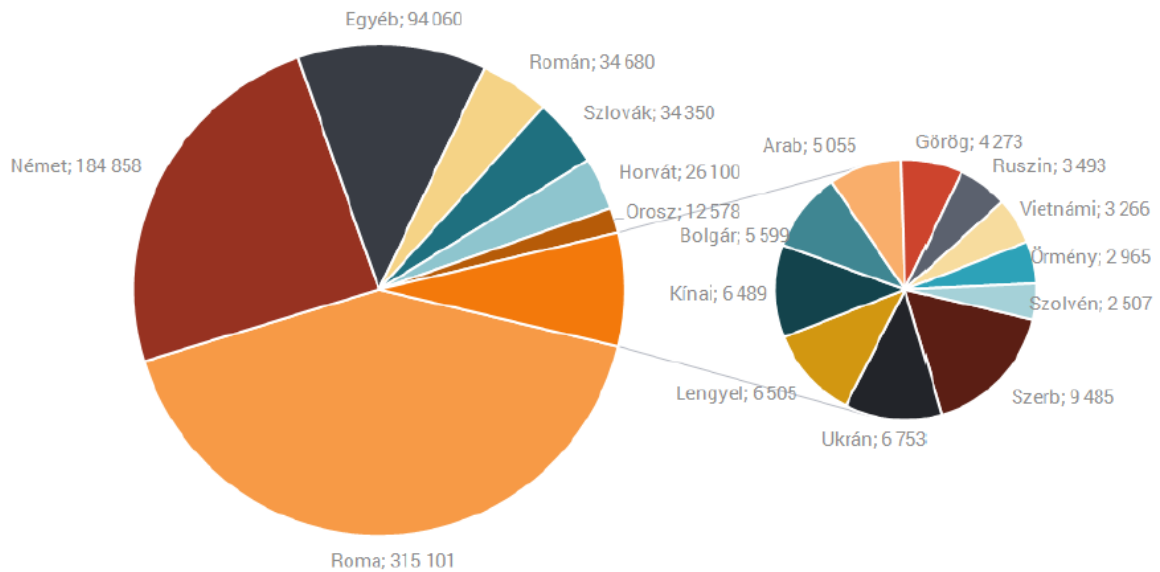
A kultúra fő jellemzői:

- tanult folyamat;
- szimbolikus;
- általános;
- szoros kapcsolatban áll a természettel;
- szintekre tagolható;
- nem homogén; és
- nem statikus.

A kultúra jelentős hatással van az emberek életére – a hiedelmekre, magatartásra, világnézetre, vallásra, rítusra, családszerkezetre, táplálkozásra, öltözködésre, sőt a **betegségre** és a **fájdalomhoz** való viszonyulásra. Ezek a tényezők jelentősen befolyásolják az egészséget és az egészségügyi ellátáshoz való viszonyulást is. Tudatában kell lennünk annak, hogy az eltérő kultúrákból érkező páciensek ellátása ma már a munkánk szerves része, és ha egymás kulturális értékeit nem ismerjük vagy nem tartjuk tiszteletben, az problémák és félreértések sorát vonhatja maga után.

A magyarországi nemzetiségek megoszlását az alábbiakban ábrázoljuk a Központi Statisztikai Hivatal 2011-es népszámlálási adatai alapján (lásd az F2_2. ábrát).

F2_2. ábra: A nemzetiségek megoszlása Magyarországon (Forrás: Portfolio, 2015; eredeti ábra)



Egy jól képzett ápolónak tisztában kell lennie azzal, hogy az általa ellátott betegek hite, szokása, világnézete eltérő lehet, ami részéről nagyfokú nyitottságot, rugalmasságot követel.

2.1. A MAGYARORSZÁGON MEGJELENŐ LEGGYAKORIBB KULTÚRÁK, VALLÁSOK

Hazánkban a zsidósággal és a roma népcsoporttal való együttélés hosszú múltra nyúlik vissza. Az elmúlt években számos más népcsoport megjelenése, léte figyelhető meg. Ez a tény egyre nagyobb kihívások elé állítja az ellátórendszert. A szakértői egyeztetés során is hangsúlyozásra kerültek azok a konfliktushelyzetek, amelyek a más kultúrához, nemzethez tartozó betegek ellátása során keletkeznek. Évek óta tapasztalhatók törekvések az ellátó személyzet ismereteinek széles körű bővítésére. Szakértői vélemények szerint a legnagyobb problémát a más kultúrák ismeretének hiánya, illetve a kulturális érzéketlenség okozza.

2.1.1. A roma kultúrkör

Hazánkban a legjellemzőbb transzkulturális csoport a romáké. A hosszú közös múlt ellenére sok munkatársnak nincs megfelelő ismerete a romák kultúrájáról.

Jellemző vonásuk, hogy nem hisznek a prevencióban, nehezen győzhető meg a betegségek megelőzésének létjogosultságáról. Gyakran alkalmaznak öngyógyítást. A szűrővizsgálatokat is feleslegesnek tartják, ez magával vonja azt, hogy a betegség felismerése nem történhet meg időben. Jellemzően elismerik, tisztelik az egészségügyi munkatársak munkáját, az egészségügyi ellátásra történő várakozás során sok esetben mégis hangosak, tiszteletlenek, ami számos esetben komoly feszültségforrást jelent. A konfliktusok elsősorban a roma kultúra jelentős eltéréseiből és előítéletes gondolkodásmódjukból fakad. (Oláh, 2012)

„Ha a roma közösségben valakinek sürgősségi ellátásra van szüksége, és orvost kell hívni, akkor 2-5 személyt is küldenek a rendelőbe. Ilyenkor a szabályokat felrúgván sokszor nem is kopognak, hanem ijedten dörömbölnek az orvosi szoba ajtaján. Számukra ez a segítségkérés módja. Jellemző, hogy egyszerre többen beszélnek és a beteg állapotát túlozva írják le.” (Cserkész, 2006) Ilyen helyzetben a legidősebb vagy a leghangosabban beszélő személyhez kell intézni a mondanivalót, nyugodt hangnemben. Legtöbbször ez elegendő a megnyugtathoz, ezt követően könnyebben egyeztethető a probléma.

„A helyszínre érkezvén tapasztalható, hogy a beteg körül annyian tolonganak, ahányan csak odaférnek. Ilyenkor vagy a helyi vajdát, vagy valamelyik idősebb személyt kell felszólítani, hogy küldjön ki a legközelebbi hozzátartozókon kívül mindenkit.” (Cserkész, 2006)

Ha a beteg a saját lábán is el tud menni az orvoshoz, akkor is többen kísérik el. A váróban hangosabban kommunikálnak, mint a többiek, és a várakozást nehezen viselik. Ilyenkor meg kell nyugtatni őket, és fel kell hívni a figyelmüket a házirend betartására. (Cserkész, 2006)

A kórházba kerülő romákról érdemes tudni, hogy nehezen viselik a családjuktól való elszakadást. Ennek is tudható be, hogy a látogatás idején jellemzően nagy létszámban jelennek meg a hozzátartozók. (Cserkész, 2006)

„El kell fogadnunk, hogy a romák érzelmi kitörései az átlagnál erősebbek, ezért ha a családban haláleset történik, akkor többen egyszerre jajveszékelnek, hangosan zokognak, a nők sokszor megtépik ruhájukat, a férfiak késsel megvagdalthatják alkarjukat, hasukat, mellkasukat. Ezek láttán nem szabad megijedni, felháborodni, megbotrálni, vagy akár megszólítani őket, mert végzetes következményei lehetnek. Ilyen esetben nyugodtan, higgadtan kell viselkedni, és a csendesebben reagálókkal kell szóba elegyedni.” (Cserkész, 2006)

Ellátásuk során a főbb ütközési pontok:

- a sürgősségi ellátás során;
- a napi ápolás során;
- a higiénés eltérésekből adódóan;
- az étkezési szokások eltérései miatt;
- a gazdag hiedelemvilág, babonák miatt;
- a más típusú családi kapcsolatok miatt. (Oláh, 2012)

2.1.2. A közel-keleti népcsoport kultúrköre

Jellemzően nagyon vallásosak. A konzervatív vallási meggyőződésük több síkon is – étkezési szokásokban, öltözködésben, hiedelmekben – érezteti hatását. Úgy vélik, hogy az egészségre, illetve a betegségekből való kigyógyulásra nagy hatással van a hit. Félnek a betegségektől, panasz esetén mernek segítséget kérni és orvoshoz fordulni. Jellemzően bíznak is az orvostudományban, megfogadják és betartják az orvosi előírásokat. A férfi orvosok jelenléte a női betegek, szülő nők körében nem elfogadott. Vannak olyan helyzetek (pl. szülés), ahol a férfi jelenléte nem megengedett. Ismernünk kell az ápoló személyzethez való különleges viszonyulásukat, pl. nem tartják be a nővérek, ápolók tanácsait, javaslatait, mert nem tekintik őket egészségügyi szakembernek. Tudatában kell legyünk annak is, hogy ramadán idején nagyon szigorúan tartják az étkezési szokásaikat, olyannyira, hogy sok beteg még az előírt gyógyszereit sem veszi be ebben az időszakban. (Oláh, 2012)

A család fontos szerepet tölt be az életükben. Különösen fontos személyeket képeznek az idős családtagok, a véleményüket is sok esetben kikérik. Ha valaki a családból kórházba kerül, társadalmi kötelezettség a beteg meglátogatása, ajándékokkal való elhalmozása. (Oláh, 2012)

2.1.3. A zsidóság, izraelita vallásúak közössége

Zárt közösséget alkotnak, az egészségügyi ellátást általában saját köreiken belül oldják meg. Leginkább sürgősségi esetek miatt kerülnek a „hagyományos ellátásba”. (Cserkész, 2006)

Jellemzően a vallási előírásokból eredő kulturális eltérések miatt jelentkezhetnek problémák az egészségügyi ellátásuk során.

Az ellátás során a főbb ütközési pontok:

- az étkezési szokások eltérései miatt (kóser ételek);
- az öltözködési szokások miatt;
- a mindennapi szokásokban meglévő különbségek;
- a beteg halála esetén. (Oláh, 2012)

A vallási követelményekből eredő nehézségek kezelésével kapcsolatban érdemes felvenni a kapcsolatot a szakmai-vallási szervezetekkel (pl. MAZSIHISZ). (Cserkész, 2006)

2.1.4. Az iszlám

Az iszlám kultúra és az ahhoz tartozó vallási nézetek nagyban összefonódtak. Nehéz számukra az iszlám kultúrához, illetve valláshoz illeszkedni, a hagyományaikat szem előtt tartva megfelelő, szakszerű egészségügyi ellátást nyújtani.

Ebben a kultúrában fontos, hogy a beteg nemével megegyező ápolószemélyzet álljon a beteg rendelkezésére, valamint hogy tiszteletben tartsák az imádsághoz, a tisztálkodáshoz, valamint a speciális étkezési szokásokhoz, bőjthöz való jogot. (Fizesán, 2017)

Egy muszlim vallású haldokló esetében a hagyományok szerint kiemelt jelentősége van annak, hogy a rokonai mellette legyenek és kimondja nekik a tanúságtételt, valamint egyeztessen velük esetleges tartozásait. E vallás követői csendben búcsúztatják halottaikat, nem jajgatnak, nem elégedetlenkednek. Fontos ugyanakkor számukra, hogy a halottakat minél hamarabb megmosdassák és eltemessék. A halottat lehetőleg azonos nemű családtagja mosdatja meg. (Alkaysi, 2008)

Az ellátás során a főbb ütközési pontok:

- az étkezési szokások eltérései miatt;
- a mindennapi ápolásban;
- a szigorú vallási előírások miatt.

2.1.5. Az ázsiai kultúrkör

Az ázsiai népek jellemzően a természetgyógyászatot, az alternatív gyógyászatot részesítik előnyben. A kínai orvoslás tanítása szerint az egészség a fizikai és a szellemi harmónia a természettel. A nyugati orvoslással szemben sokan – főleg az idősebb generáció – bizalmatlan. Ha valamivel elégedetlenek, annak nem adnak hangot. Sosem panaszkodnak, csak visszahúzódnak. Ennek felismerését tovább nehezíthetik a nyelvi nehézségek. (Oláh, 2012)

Az ellátás során a főbb ütközési pontok:

- az étkezési szokások miatti eltérések;
- az életmódbeli eltérések miatt;
- a nyugati orvoslásban való bizalom hiánya miatt;
- a hiedelemviláguk nagyban eltér.

2.1.6. A fekete-amerikai kultúrkör

Elsősorban a vallás gyógyító erejében hisznek. Az egészséget Isten ajándékának, a betegséget Isten büntetésének tekintik. „A hagyományos fekete hit az egészséggel kapcsolatban nem különíti el az elmét, a testet és a spiritualitást.” (Oláh, 2012)

3. A TRANSZKULTURÁLIS ELLÁTÁS JELENTŐSÉGE

3.1. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZAKEMBEREK ÉS A BETEG/HOZZÁTARTOZÓ „TALÁLKOZÁSA”

A sikeres ellátás érdekében az egészségügy szereplői között is konszenzusnak kell létrejönnie. Ennek elemei a diagnosztika megnevezése, a prognózis, az optimális kezelés, valamint a fiziológiai folyamatok. (Oláh, 2012)

A konzultáció során számos probléma jelentkezhethet, amely akadályozhatja a konszenzus kialakulását, és tudnunk kell róla.

Ilyenek:

- „Eltérések a »beteg« meghatározásában.” (Oláh, 2012) A nyugati orvoslásra jellemző, hogy sok esetben kizárólag csak a páciens fizikális vizsgálata alapján állít fel diagnózist. Az egyéb kockázati tényezőket (család, környezet, pszichoszociális háttér stb.) figyelmen kívül hagyja.
- „A »panasznyelv« félreértése.” (Oláh, 2012) A kommunikáció »félresiklásához« hozzájárulhat például a munkatársak és a betegek közötti eltérő kultúra, vallási hovatartozás, a társadalmi különbség, generációs eltérések stb.
- „Az orvosi és a laikus modellek eltérően értelmezik a betegség okát, a diagnózist és a megfelelő kezelést.” (Oláh, 2012)
- „Kórfolyamat beteg állapot nélkül.” Jelentősen megnehezítik a kezelést, amikor a beteg nem érzékeli (nincsenek panaszai, tünetei) a betegségét. (Oláh, 2012)
- „Beteg állapot kórfolyamat nélkül.” Az előző ellentéte. A páciens betegnek érzi magát, de az orvosi vizsgálatok ezt nem igazolják. (Oláh, 2012)
- „Terminológiai problémák. A konzultációt az orvosi nyelv és az orvosi zsargon keveredése jellemzi.” (Oláh, 2012)
- „A kezelés során felmerülő problémák.” Annak érdekében, hogy az elrendelt kezelést, terápiát a beteg kövesse, betartsa, az ellátó személyzetnek el kell nyernie a beteg bizalmát. Ehhez megfelelő módon kell tájékoztatni, felvilágosítani a beteget, valamint fel kell ismerni a beteg félelmét, aggályait. (Oláh, 2012)
- A kontextus szerepe. Zavarforrás lehet az orvos és a beteg találkozásának kontextusa. Ennek két aspektusát szokták megnevezni: „Előző tapasztalatok, elvárások, kulturális alapokon nyugvó feltevések, magyarázó modellek és az előítéletek belső kontextusa, amit mindkét fél eleve hordoz magával.” Illetve „a külső kontextus, ami a találkozás aktuális körülményeit és a két félre ható tágabb társadalmi hatásokat foglalja magába.

Ide sorolható az aktuális társadalmi ideológia, a vallás, a gazdasági rendszer, a társadalom osztály-, nemi és etnikai szerkezete.” (Oláh, 2012)

3.2. A KULTÚRÁK KÖZÖTTI KOMMUNIKÁCIÓ

Az alkalmazandó verbális technikák, amelyek az oktatással fejleszthetők:

- mutasson nyugalmat és tiszteletet;
- beszéljen nyugodt, lassú hangon;
- tartson kellő távolságot;
- legyen udvarias;
- a halk beszéd különösen akkor hatékony, ha a beteg hangos és agresszivitást mutat;
- maradjon ítélettelen, ne vonódjon be a konfliktusba;
- ne próbálja „helyesbíteni” a beteg észlelését;
- ne vegye személyes sértésnek az ember haragját;
- mondja el a betegnek egyértelműen, hogy mit szeretne tőle;
- adjon választási lehetőségeket a beteg számára, hogy a kérést ne érezze ultimátumnak. (Pilling, 2018)

A transzkulturális kommunikáció a betegellátás nagyon fontos részévé vált. A verbális és nonverbális kommunikáció megértése a mai multikulturális világban elengedhetetlen. Az orvosoknak, ápolóknak ezért hasznos, ha több idegen nyelven is tudnak beszélni. A nyelvi készségek fejlesztésének már az alapképzés során hangsúlyt kell kapnia. Az egészségügyi személyzetnek is meg kell ismernie a transzkulturális nonverbális kommunikáció különböző formáit és jelentéseit, különösen ha nem beszélnek a kliens nyelvén. (Oláh, 2012)

Nézzünk néhány példát:

- Számos kultúrában a közvetlen szemkontaktus durvának, kerülendőnek és kulturális tabunak minősül.
- Az arab mohamedánok körében a hátra mért ütés általában sértő és tiszteletlen.
- Japánban és Kínában a fej és a test mély meghajlása az üdvözlés és a tisztelet jele a vendég vagy más kultúrából érkező idegen iránt. A kézfogás és a széles mosoly azonban – eltérően sok nyugati kultúrától – sértő lehet.

- A nem nyugati népeknél gyakran tekintik ellenségességnek, ha karunkat a mellkason keresztbe fonjuk, illetve ha keresztbe fektetjük a lábainkat.

A fentiekben említett nonverbális kifejezésekkel csupán néhányat soroltunk föl a sok közül, ezért az ellátóknak tanulmányozniuk célszerű az olyan kultúrák kifejezésrendszerét leíró irodalmat, ahová tartozók páciensekkel találkoznak a munkájuk során. (Oláh, 2012)

3.3. A TRANSZKULTURÁLIS ELLÁTÁS

A szakirodalom hangsúlyozza, hogy „amikor két különböző identitás találkozik – ha csak rövid időre is –, ott a különbség feszültséget idézhet elő.” Az ezzel járó feladat megoldásához az egészségügyi személyzetnek is alkalmazkodnia kell. (Cserkész, 2006) A dolgozók bántalmazásának megelőzésében egyre nagyobb teret nyer a transzkulturális ellátás szemlélete. „A transzkulturális ellátás egy meghatározott irány, amely speciálisan az eltérő kultúrák szemléletére, értékeire, életmódjára fókuszál.” (Cserkész, 2006) A megszerzett ismeretek felhasználásával eredményesebbé lehet tenni a különböző identitású egyének, családok, csoportok ápolását és a velük való kommunikációt.

A szakszerű ápolásnak ma már elengedhetetlen része a beteg vallásának, etnikai hovatartozásának, világnézetének, kultúrájának a széleskörű ismerete és tiszteletben tartása. Emellett elengedhetetlen az empátia, a türelem, az aktív figyelem, valamint az érdeklődés is. A transzkulturális ellátás elterjedéséhez az egészségügyi személyzet ismereteinek, szemléletének, hozzáállásának változtatására is szükség van. (Balogh, 2012; Balogh, 2014; Cserkész, 2006)

Ezért az ápolónak fel kell mérnie a beteggel kapcsolatban az alábbi tényezőket (Kálmánné, 2018):

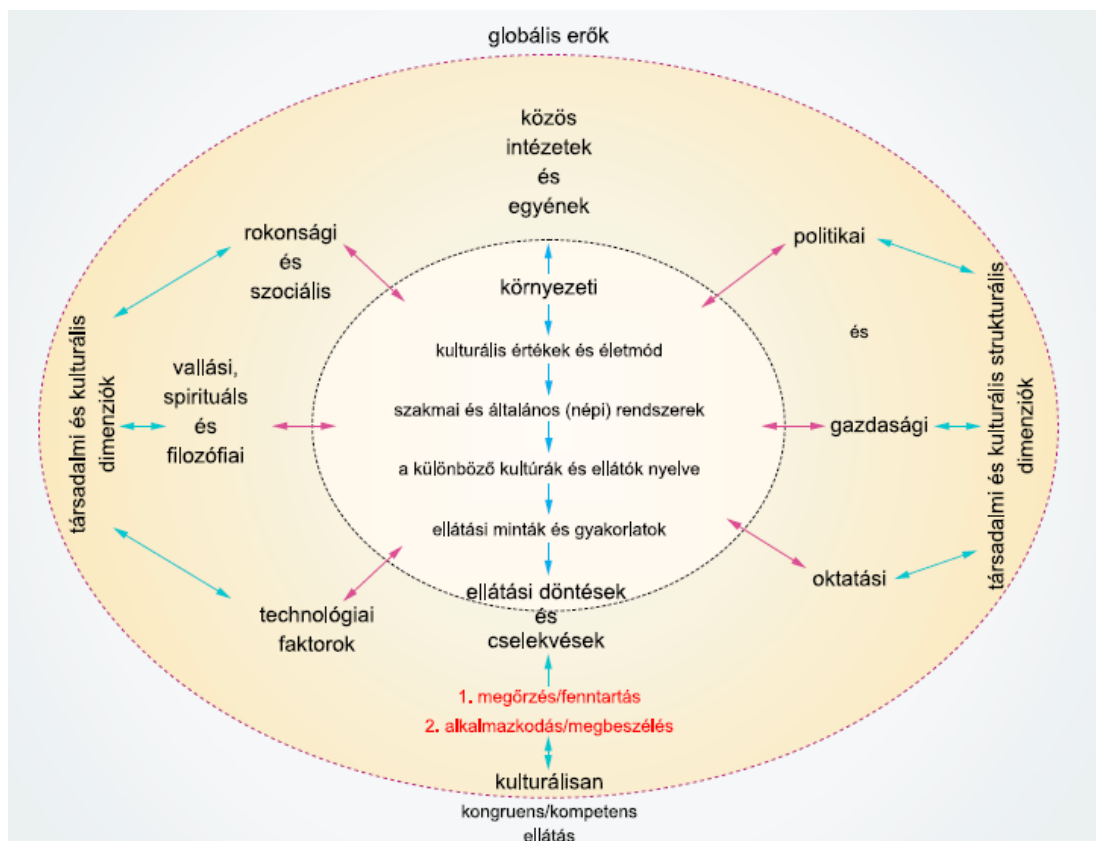
- a beteg élettani kulturális vonatkozásait (pl. a testalkatát és más biológiai faktorokat);
- a beteg világlátását, nézeteit;
- a beteg társadalmi/kulturális szokásait;
- a beteg hitét, életmódját;
- a beteg táplálkozásának kulturális vonatkozásait;
- a rokonsági és szociális faktorokat;
- a beteg vallását;
- a technológiai faktorokat;
- a politikai, jogi tényezőket;
- a beteg iskolai végzettségét és ismereteit az egészség–betegség témakörében;
- a nyelvi és kommunikációs faktorokat.

A kulturális befolyásoló tényezők az ápolásban, amelyekre figyelni érdemes:

- A betegnek milyen szokásai és értékei befolyásolják az egészséggel kapcsolatos magatartását és az ápolás véghezvitelét?
- Mennyire és miben érintheti a beteg kommunikációs képessége vagy nyelvismerete az ápolást?
- A beteg egészséggel és betegségekkel kapcsolatos nézetei és szokásai hogyan befolyásolhatják a betegség tényének elfogadását és a rá adott reakcióit?
- Érinthetik-e az ápolást a beteg táplálkozási szokásai, ízlése vagy étkezési tilalmai?

A Leininger-modell (lásd az F2_3. ábrát) szerint a megfelelő ápolás megköveteli a beteg világának és tapasztalatainak teljes mélységű és széleskörű megismerését, beleértve az olyan dolgokra vonatkozó otthoni gyakorlatot és tapasztalatokat is, amelyek az ápolást, az ellátást befolyásolhatják. (Kálmánné, 2018)

F2_3. ábra: Madeleine Leininger *napkelte-modellje* (Oláh, 2012; eredeti ábra)



A modell elemei segítséget nyújtanak az ápolási terv kidolgozásában vagy a döntések meghozatalában.

Az ellátás során a következő fázisokat kell követni:

Első fázis: a beteg megfigyelése (ide sorolható minden, amit látunk, hallunk, tapasztalunk a beteggel kapcsolatban, beleértve a ruházatot, a megjelenést, a testi állapot jellemzőit, a nyelvet, a modort és az általános viselkedést, az attitűdöket és a kulturális jellemzőket). (Oláh, 2012)

Második fázis: a beteg kulturális értékei (ide tartoznak a beteg hiedelmei, napi/éjszakai gyakorlatai, amelyek a beteg környezeti kontextusában összefüggésben állhatnak az ellátással és az egészséggel). (Oláh, 2012)

Harmadik fázis: azonosítsuk és dokumentáljuk a beteg vonatkozásában látott, hallott vagy tapasztalt információkat. (Oláh, 2012)

Negyedik fázis: az első három fázis információit felhasználva összegezzük a témaköröket és az ellátási lehetőségeket. (Oláh, 2012)

Ötödik fázis: az előző fázisok információi alapján készítsünk átfogó ellátási tervet. (Oláh, 2012)

Amennyiben az ellátás során követjük a modellt, átfogó képet kaphatunk a betegről, és ezzel segíthetjük a beteg transzkulturális ellátásának megvalósítását.

4. KONKLÚZIÓ

A dolgozók bántalmazásának okai és a megelőzés lehetőségei című tanulmány elkészítése során mind a szakirodalmi (Oláh, 2012; Pilling, 2004) források, mind pedig a hazai szakértőkkel folytatott megbeszélések rávilágítottak a téma fontosságára. Magyarországon is egyre több különböző nemzetiségű beteg jelenik meg az ellátórendszerben. Napjainkban a hazai egészségügyi felsőoktatásban hangsúlyt kap a transzkulturális ellátás, a gyakorlatban mégis a hiányosságokat lehet meg tapasztalni. A fókuszcsoportos megbeszélés résztvevői hangsúlyozták, hogy az egészségügyi dolgozók bántalmazásának okai közül nem szabad figyelmen kívül a nemzetiségek különbségeiből fakadó eltéréseket. A nem megfelelő kommunikáció, a nyelvi nehézségek, valamint az eltérő szokások, életvitel és hiedelmek, sok esetben konfliktushoz vezetnek, de ezt a feszültséget ugyancsak sok esetben jelentősen csökkenteni lehet.

A Leininger-féle transzkulturális modell szerint a megfelelő ápolás során törekedni kell a beteg nézetének, kultúrájának és tapasztalatainak teljes mélységű és széleskörű megismerésére. Az egészségügyi személyzetnek (az orvosnak, illetve a szakdolgozónak) fel kell ismernie a más kultúrából adódó speciális igényeket, szokásokat és viselkedést, amelyeket be kell lehet az ellátás folyamatába.

Ezeknek az ismereteknek a bővítése és fejlesztése időszerű és sürgető. Meg kell ismerni a Magyarországon növekvő gyakorisággal előforduló különböző etnikai hovatartozású, vallású népcsoportok szokásait, ezzel ugyanis az egészségügyi ellátásuk során nagyobb eséllyel lehet megelőzni a kulturális és/vagy vallási különbözőségekből fakadó konfliktushelyzeteket. A magas színvonalú betegellátáson túl a transzkulturális szemlélet érvényesítésével a konfliktusok számát is csökkenthetjük, tehát elkerülhetővé tehetjük a dolgozókkal szembeni bántalmazásokat, ezzel javítva a dolgozói és a betegbiztonságot is.

5. FELHASZNÁLT IRODALOM

- Alkaysi, A. A. (2008). Halál és temetkezés az iszlámban. Thanatológiai Szemle. 2008/3–4. Hozzáférés: http://epa.oszk.hu/02000/02002/00030/pdf/2008-3-4_alkaysi-halal.pdf (letöltve: 2020. 08. 17.)
- Balogh, Z. (2012). A transzkulturális ápolás jelentősége a hazai egészségügyi ellátásban. Nővér, 2012 (25. évfolyam, 1–6. szám).
- Balogh, Z. (2014). Eltérő kultúra, eltérő betegápolás? Élet és Tudomány, 69. évf. 1. sz.: 16–18. o.
- Cserkész, S. (2006). Korszerű szemlélet – transzkultúra az ápolásban. Kórház, 12. évf., 11. sz.: 12. o.
- EACEA (2018). Hozzáférés: https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/population-demographic-situation-languages-and-religions-35_hu (letöltve: 2020. 08. 17.)
- Fizesán, H. (2017). A multikulturalitás jelentése a mindennapi ápolás során. 48. Egészségügyi Szakdolgozók Országos Kongresszusa. Hozzáférés: <https://ogk.hu/intezetunkrol/sajto/sajtokozlemenyek/2017/20170821-multikulturalitas-az-apolasba/> (letöltve: 2020. 08. 17.)
- Kálmánné, S. M. (2018). ÁEEK. Egységes Ápolási Eszközpark Kialakítása EFOP-2.2.0-16-2016-00003 kiemelt projekt. Azonos esélyegyenlőséget biztosító ápolás e-learning szakmai továbbképzés. Hozzáférés: https://www.aEEK.hu/documents/20182/651864/Azons_eselyegyenloseget_biztos%C3%ADto_apolas_osszefuzott.pdf/cf438469-52e5-ef1e-0442-b2cc0cecee36 (letöltés dátuma: 2020. 02. 29.)
- Oláh, A. (2012). Az ápolástudomány tankönyve. Medicina Kiadó Zrt., Budapest. Kivés Zsuzsanna: Transzkulturális ápolás – 10. fejezet. (245–264. o.)
- Pilling, J. (2004). Orvosi kommunikáció. Medicina könyvkiadó, Budapest.
- Portfolio (2015). Elkészült Magyarország nemzetiségi térképe. Hozzáférés: <https://www.portfolio.hu/ingatlan/20150610/elkeszult-magyarorszag-nemzetisegi-terkepe-215337> (letöltve: 2020.08.17.)
- Udvarhelyi, É. T. (2014). Kultúra a gyógyításban, gyógyítás a kultúrákban. Kiadó: Artemisszió Alapítvány, Budapest.
- Valasek-Vincze, I., Belicza, É., Sinka, L. A. E., (2020). A dolgozók bántalmazásának okai és a megelőzés lehetőségei. SE EMK, Budapest.