

DOI: 10.4467/29567610PIB.26.010.23482

dr Damian Wąsik

Wyższa Szkoła Kształcenia Zawodowego

ORCID: 0000-0002-2781-8641

damian.wasik@wskz.pl

SAMOWOLNE ODDALENIE SIĘ PACJENTA Z PODMIOTU LECZNICZEGO JAKO WYZWANIE DLA SŁUŻB POSZUKIWAWCZYCH – ANALIZA PROCEDUR I SKUTECZNOŚCI DZIAŁAŃ

A PATIENT'S VOLUNTARY DEPARTURE FROM A HEALTHCARE FACILITY AS A CHALLENGE FOR SEARCH SERVICES – ANALYSIS OF PROCEDURES AND EFFECTIVENESS OF ACTIONS

Streszczenie

Artykuł podejmuje problematykę samowolnego oddalenia się pacjenta z podmiotu leczniczego jako zdarzenia niepożądanego generującego wysokie ryzyko dla zdrowia i życia. W opracowaniu dokonano analizy obowiązujących regulacji prawnych oraz standardów akredytacyjnych, wskazując na obowiązki szpitala w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa i ciągłości opieki. Autor identyfikuje luki w komunikacji między podmiotem leczniczym a Policją oraz błędy operacyjne, które mogą opóźnić działania poszukiwawcze. Artykuł kończy się sformułowaniem rekomendacji mających na celu usprawnienie współpracy służb medycznych i mundurowych w celu ochrony pacjentów z grup wysokiego ryzyka.

Słowa kluczowe: samowolne oddalenie się pacjenta, bezpieczeństwo pacjenta, zdarzenie niepożądane, poszukiwania osób zaginionych, procedury ratunkowe, standardy akredytacyjne

Abstract

This article addresses the issue of a patient's unauthorized departure from a healthcare facility as an adverse event that poses a high risk to health and life. The study analyzes applicable legal regulations and accreditation standards, highlighting the hospital's obligations to ensure safety and continuity of care. The author identifies gaps in communication between healthcare providers and the police, as well as operational errors that can delay search operations. The article concludes with recommendations aimed at improving cooperation between medical and uniformed services to protect high-risk patients.

Keywords: patient's unauthorized departure, patient safety, adverse event, missing persons search, rescue procedures, accreditation standards

Wprowadzenie

Samowolne oddalenie się pacjenta z podmiotu leczniczego stanowi istotny problem bezpieczeństwa publicznego i systemu ochrony zdrowia. Zjawisko to generuje bezpośrednie zagrożenie dla życia i zdrowia osoby poszukiwanej, która często wymaga nieprzerwanej opieki medycznej, farmakoterapii lub znajduje się w stanie ograniczonej poczytalności. Szczególnym wyzwaniem są przypadki pacjentów oddziałów psychiatrycznych oraz osób z zaburzeniami neurologicznymi, których nieprzewidywalne zachowanie utrudnia typowanie kierunków przemieszczania się. Sytuacje te angażują znaczne siły i środki Policji oraz innych służb poszukiwawczych. Brak jednolitych, międzyresortowych standardów postępowania w ww. przypadkach często prowadzi do opóźnień w przekazywaniu informacji, co krytycznie obniża szansę na szybkie odnalezienie pacjenta. Co więcej, incydenty te stawiają personel medyczny przed dylematami prawnymi dotyczącymi odpowiedzialności za nadzór oraz ochronę dóbr osobistych pacjenta¹.

Niniejszy artykuł ma na celu dokonanie wieloaspektowej analizy obowiązujących procedur zgłaszania i prowadzenia poszukiwań w kontekście ich rzeczywistej skuteczności. W publikacji podjęto próbę zidentyfikowania luk systemowych oraz wskazania rekomendacji, które mogą usprawnić współpracę między szpitalami a służbami mundurowymi w ww. zakresie.

Niewątpliwie zjawisko samowolnego oddalenia się pacjenta z podmiotu leczniczego stanowi zdarzenie niepożądane z perspektywy tworzenia bezpiecznych warunków udzielania świadczeń zdrowotnych osobom chorym. Tym samym zasadna jest w pierwszej kolejności syntetyczna, zwięzła prezentacja najważniejszych regulacji prawnych obowiązujących w omawianej materii.

Problematykę zasad funkcjonowania wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem w podmiotach leczniczych aktualnie regulują przepisy ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. z 2023r., poz. 1692 ze zm.). Zgodnie z art. 18 ust. 3 ww. ustawy podmiot wykonujący działalność leczniczą w ramach wewnętrznego systemu m.in. identyfikuje obszary priorytetowe dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, określa kryteria i metody potrzebne do zapewnienia skutecznego nadzoru

¹ Zob. m.in. L. Ferguson, *Profiling persons reported missing from hospitals versus mental health facilities*, "International Journal of Police Science & Management" 2021, vol. 23 (4), s. 372–384 wraz z cytowaną tam literaturą.

nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, okresowo monitoruje i ocenia jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, jak również zapewnia dostęp do szkolenia służącego uzyskaniu i podnoszeniu kompetencji personelu w zakresie jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń.

Kolejnym aktem prawnym mającym doniosłe znaczenie w powyższym względzie jest obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2024 r. w sprawie standardów akredytacyjnych dla działalności leczniczej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne (Dz. Urz. MZ z 2024 r., poz. 73). W obwieszczeniu podkreślono, że zdarzenia niepożądane w lecznictwie szpitalnym dotyczą około 10% hospitalizacji i stanowią jedną z głównych przyczyn zgonów na świecie. Przyjęto, że uznaną metodą poprawy bezpieczeństwa pacjenta, a także personelu oraz szpitala, jako organizacji opieki zdrowotnej, jest prowadzenie monitorowania zdarzeń niepożądanych. Szpital powinien szczególnie identyfikować te zdarzenia niepożądane, które wystąpiły i bezpośrednio spowodowały szkodę u pacjenta, jak również mogły w sposób pośredni przyczynić się do zaistnienia tej szkody. Obejmują one między innymi aspekty związane z działalnością kliniczną, farmakoterapią, przetaczaniem krwi i jej składników, sprzętem medycznym, wyposażeniem, a także zasobami ludzkimi. Ewentualne samowolne oddalenie się pacjenta przyjętego do leczenia szpitalnego, w kontekście powyższych obszarów ryzyka, traktować należy jako błąd w prowadzeniu szeroko pojętej działalności klinicznej wchodzącej w obręb działalności leczniczej sensu largo. Opuszczenie oddziału szpitalnego przez chorego wymagającego stałej i intensywnej opieki lekarskiej, korzystającego z niewagi personelu, która to sytuacja stwarza zagrożenie życia i zdrowia takiego pacjenta niezdolnego do samodzielnego funkcjonowania poza szpitalem, postrzegana bywa jako defekt ciągłości opieki medycznej. Diagnostyka, leczenie i opieka nad pacjentem w trakcie hospitalizacji oraz po wypisie są elementami kompleksowej opieki medycznej. Obejmuje ona sprawne przyjęcie i wypis ze szpitala oraz bezpieczne przekazywanie pacjenta pomiędzy oddziałami szpitalnymi lub do innych podmiotów leczniczych, z określeniem odpowiedzialności za pacjenta i zapewnieniem informacji zdrowotnych. Sposób przejmowania opieki powinien minimalizować ewentualne ryzyko niekorzystnych rezultatów, w tym wystąpienia zdarzeń niepożądanych. Konieczne jest określenie odpowiedzialności za pacjenta, jak też rodzaju i zakresu udzielanych informacji, koniecznych dla zachowania ciągłości opieki. Szpital powinien określić sposób postępowania przy przyjęciu, w sytuacjach szczególnych, wobec ofiar przemocy oraz w razie pogorszenia stanu zdrowia pacjenta po wypisie, a także sposób postępowania w przypadku odmowy leczenia. Należy ustalić zasady komunikacji z pacjentem i postępowania, gdy wynik badania jest uzyskiwany po wypisie ze szpitala.

Zasady wypisania pacjenta ze szpitala reguluje art. 29 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2025 r., poz. 450 ze zm.). Zgodnie z regulacjami ww. przepisu wypisanie pacjenta ze szpitala albo innego zakładu leczniczego podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej, następuje: 1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w tym zakładzie leczniczym; 2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego; 3) gdy pacjent w sposób rażąco narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób. W praktyce może zdarzyć się, że wypisu żąda przedstawiciel ustawowy pacjenta, mimo, że stan zdrowia chorego wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych. W tej sytuacji można odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych sąd opiekuńczy. Sąd ten o ww. okolicznościach powinien być zawiadomiony niezwłocznie. Pacjent występujący z żądaniem wypisu jest informowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych. Pacjent taki składa pisemne oświadczenie o wypisaniu na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej. Co więcej, wypisanie pacjenta, wobec którego jest uprawdopodobnione, że znajduje się w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli, następuje po uprzednim powiadomieniu osoby bliskiej o dacie i godzinie planowanego wypisu, jeżeli osoba bliska jest znana.

Jak wynika z powyższych unormowań w polskim porządku prawnym poza wyjątkami wyraźnie określonymi w przepisach (np. stosowanie w sprawach karnych środków zabezpieczających) nie ma bezwzględnego przymusu hospitalizacji. W tym względzie respektowana jest autonomia pacjenta i prawo wyrażenia zgody na leczenie. Istnieją jednak sytuacje, w których decyzja o odstąpieniu od leczenia odraczana jest do czasu uzyskania stanowiska sądu lub poinformowania osoby odpowiedzialnej za chorego. Następuje to głównie wtedy, gdy pacjent nie jest w stanie samodzielnie poradzić sobie w sprawach życia codziennego z uwagi na np. zaburzenia pamięci, utraty przytomności, tudzież może stwarzać zagrożenie dla osób trzecich (poprzez wykazywanie zachowań agresywnych lub ryzyko niekontrolowanego rozprzestrzenienia choroby zakaźnej). Z samowolnym oddaleniem się pacjenta ze szpitala mamy zatem do czynienia wtedy, gdy opuszcza on kompleks szpitalny w ww. okolicznościach bez wiedzy personelu medycznego i zgody właściwych podmiotów.

Podjęwając się stworzenia prostej charakterystyki pacjentów samowolnie opuszczających szpitale w pierwszej kolejności podnieść należy, że zjawisko to dotyczy w dużej mierze pacjentów tzw. geriatrycznych i neurologicznych, a wśród nich osób cierpiących na chorobę Alzheimera, demencję lub stany pomrocne. Przyjmuje się, że ich oddalenie ma najczęściej charakter niezamierzony i wynika z dezorientacji co do czasu i miejsca, pragnienia „powrotu do domu” lub realizacji nieadekwatnych do rzeczywistości potrzeb i oczekiwań. Kolejną grupą pacjentów, wśród których omawiane zjawisko występuje najczęściej, są chorzy hospitalizowani w szpitalach psychiatrycznych i oddziałach o tym profilu. Są to z reguły osoby dotknięte zaburzeniami psychotycznymi (np. schizofrenią) lub chorobą afektywną dwubiegunową. Często oddalają się oni w wyniku doświadczania omamów słuchowych (imperatywnych), lęku przed personelem lub poczucia bezprawnego uwięzienia, zwłaszcza w przypadku hospitalizacji przymusowej. Wreszcie jako trzecią grupę pacjentów wymienić można osoby uzależnione i młodzież, leczonych na oddziałach toksykologii lub terapii uzależnień. W tym przypadku silna potrzeba zażycia substancji psychoaktywnej (tzw. głód alkoholowy lub narkotykowy) przeważa nad poczuciem bezpieczeństwa zdrowotnego. Dodatkowo w przypadku młodzieży samowolne oddalenie się może wynikać z buntu przeciwko rygorowi szpitalnemu lub konfliktów z rówieśnikami na oddziale².

W zakresie motywacji pacjentów, którzy podejmują próby samowolnego oddalenia się z podmiotu leczniczego, można wyszczególnić czynniki wewnętrzne (tj. zależne od stanu zdrowia) i zewnętrzne (np. związane z funkcjonowaniem placówki). Wśród ważniejszych przyczyn opuszczenia szpitali, kwalifikujących się do pierwszej z ww. kategorii należy wymienić poczucie izolacji i utratę kontroli nad sposobem życia, poczucie obowiązków domowych i lęk o bliskich, negatywne postrzeganie leczenia i brak zaufania do personelu medycznego, sprzeciw wobec przyjmowanych leków lub lęk przed zabiegami chirurgicznymi. W przedmiocie czynników środowiskowych należy zwrócić uwagę na słabo zabezpieczone wyjścia ze szpitala, brak sprawnego monitoringu (martwe pola w systemie kamer lub brak bieżącego podglądu), niedobory kadrowe (uniemożliwiające stały nadzór), a także niejasne procedury dotyczące przepustek lub spacerów³.

² Por. L. Bowers, M. Jarrett, N. Clark, *Absconding: a literature review*, „Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing” 1998, vol. 5 (5), s. 343–353; L. Bowers, M. Jarrett, N. Clark, F. Kiyimba, L. McFarlane, *Absconding: outcome and risk*, „Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing” 1998, vol. 6, s. 213–218 oraz cytowana tam literatura.

³ Zob. R. Brook, M. Dolan, P. Coorey, *Absconding of patients detained in an English special hospital*, „The Journal of Forensic Psychiatry” 1999, vol. 10 (1), s. 46–58; J.L. Crammer, *The special characteristics of suicide in hospital in-patients*, „British Journal of Psychiatry” 1984,

Ryzyko wystąpienia zdarzenia samowolnego opuszczenia placówki medycznej z pewnością może być wynikiem niewłaściwej jego oceny przy przyjęciu pacjenta na leczenie, a sprzyja temu brak rzetelnego wywiadu klinicznego, np. w obszarze epizodów dezorientacji czy wcześniejszych prób oddalenia się. Niezapewnienie odpowiedniej infrastruktury w podmiotach leczniczych może przyjmować formę niezabezpieczonych wyjść ewakuacyjnych, okien bez blokad lub ogólnodostępnych klatek schodowych w sekcjach, które powinny być objęte kontrolą dostępu. W praktyce diagnozowania krytycznych błędów w organizacji środowiska opieki nad pacjentami w szpitalach obserwowane są również takie problemy, jak brak jasnych procedur reagowania po stwierdzeniu nieobecności pacjenta, zaniedbania w identyfikacji pacjenta, wadliwa komunikacja międzyzespołowa czy bagatelizowanie wypowiedzi pacjenta o chęci powrotu do domu czy poszukiwaniu wyjścia, traktowanych jako element choroby, a nie realne ryzyko incydentu⁴.

Samowolne oddalenie się pacjenta z podmiotu leczniczego niesie ze sobą wiele zagrożeń dla chorego i jego otoczenia. Wśród tych zdecydowanie najpoważniejsze skutki może nieść ze sobą przerwanie terapii i farmakoterapii. Dość wspomnieć, że nagłe, niekontrolowane odstawienie leków (np. przeciwzkrzepowych, przeciwpadaczkowych czy insuliny) może prowadzić do gwałtownego pogorszenia stanu zdrowia, wstrząsu lub zgonu. Przy opuszczeniu szpitala w opisywany sposób występuje na ogół ekspozycja na czynniki atmosferyczne, grożące pacjentom stanem hipotermii lub udaru (pacjenci często oddalają się w samej piżamie lub bez obuwia). Zagrożeniem dla pacjentów może być poruszanie się w przestrzeni publicznej, bowiem osoby w stanie dezorientacji, pod wpływem leków psychotropowych lub w epizodzie psychotycznym mają zaburzoną ocenę odległości i prędkości, co może skończyć się potrąceniem przez pojazdy. Kolejnym obszarem ryzyka jest zaostrzenie objawów choroby psychicznej, gdyż brak nadzoru medycznego w połączeniu ze stresem związanym z ucieczką może nasilić omamy, lęki lub skłonności do samookaleczeń i samobójstw. Innymi zagrożeniami są ryzyko infekcji i powikłań pooperacyjnych (np. oddalenie się z niezagojonymi ranami lub drenami może grozić krwotokiem wewnętrznym oraz ciężkim zakażeniem septycznym), upadki i urazy mechaniczne (zwłaszcza wśród pacjentów geriatrycznych lub

vol. 145, s. 460–463; G.L. Dickens, J. Campbell, *Abscinding of patients from an independent UK psychiatric hospital: a 3-year retrospective analysis of events and characteristics of absconders*, "Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing" 2001, vol. 8 (6), s. 543–550.

⁴ Zob. L. Ferguson, L. Huey, *Who Goes Missing from Canadian Hospitals and Mental Health Units?*, "Policing: An International Journal" 2022, vol. 43 (3), s. 525–540; L. Huey, L. Ferguson, L. Kowalski, *The „Power Few” of Missing Persons Cases*, "Policing: An International Journal" 2020, vol. 43 (2), s. 360–374.

z zaburzeniami błędniaka), zwiększenie poziomu predestynacji wiktyologicznej (pacjenci mogą stać się ofiarami kradzieży, oszustw lub przemocy fizycznej ze strony osób trzecich), brak możliwości wezwania pomocy (w przypadku np. nagłego zatrzymania krążenia lub ataku duszności poza szpitalem), interakcje z substancjami psychoaktywnymi, wreszcie trwała utrata zaufania na linii pacjent – personel medyczny, skutkująca trudnościami w dalszym leczeniu⁵.

Jak wcześniej podkreślono kluczowe znaczenie dla skuteczności poszukiwań pacjenta, który bez wiedzy personelu opuścił szpital, a może znajdować się w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia, jest sprawna, skoordynowana współpraca podmiotu leczniczego i jednostek Policji.

Po stwierdzeniu braku pacjenta w sali chorych personel medyczny powinien natychmiast dokonać sprawdzenia wszystkich pomieszczeń na oddziale i miejsc ogólnodostępnych, a zatem sal chorych, łazienek, pomieszczeń technicznych, brudowników, klatek schodowych oraz kaplicy. Równolegle powinien być dokonywany przegląd zapisu monitoringu z kamer przy wyjściach z oddziału i wyjściach głównych od momentu ostatniego potwierdzonego kontaktu z pacjentem. Na tym etapie niezwykle ważne jest przygotowanie opisu stopnia zagrożenia klinicznego, np. ryzyko śpiączki cukrzycowej, sepsy, czy samobójstwa, jak również opisu ryzyka farmakologicznego i czasu pozostałego do podania kolejnej dawki leku ratującego życie. Informacje te muszą być następnie przekazane służbom. W miarę możliwości należy też sprawdzić, czy pacjent zabrał ze sobą ubrania wierzchnie, dokumenty, telefon lub pieniądze, co pozwala określić, czy ucieczka była planowana. Oficjalne zgłoszenie zaginięcia pacjenta dyżurnemu jednostki Policji powinno obejmować informację, czy pacjent znajduje się w stanie zagrożenia życia. Szpital musi też przedstawić możliwie najdokładniejszy rysopis „szpitalny” pacjenta, w tym jego wzrost, budowę ciała, znaki szczególne widoczne na ciele (np. świeże blizny pooperacyjne, opatrunki, gips etc.), ubiór (piżama, obuwie), a także potencjalny kierunek oddalenia się na podstawie informacji z monitoringu lub od świadków. Kluczowe może okazać się przekazanie Policji informacji o stanie psychicznym pacjenta (np. agresja, dezorientacja) oraz o tym, czy ma on przy sobie telefon lub pieniądze. Działania operacyjne Policji powinny rozpocząć niezwłoczne skierowanie patroli w rejon szpitala, na dworce, przystanki komunikacji miejskiej oraz w okolice miejsca zamieszkania pacjenta. Równolegle powinna być uruchomiona procedura lokalizacji stacji bazowej telefonu

⁵ T. Meehan, P. Morrison, S. McDougall, *Absconding behaviour: an exploratory investigation in an acute inpatient unit*, "Australian and New Zealand Journal of Psychiatry" 1999, vol. 33, s. 533–537; T. Wilkie, S.R. Penney, S. Fernane, A.I.F. Simpson, *Characteristics and motivations of absconders from forensic mental health services: a case-control study*, "BMC Psychiatry" 2014, vol. 14, s. 14–91.

(BTS) pacjenta oraz sprawdzona aktywność kart płatniczych. Zasadne jest sprawdzenie kamer monitoringu miejskiego. W razie potrzeby (np. istnienie ternu leśnego wokół szpitala) konieczne może się okazać wezwanie grup poszukiwawczo-ratowniczych z psami tropiącymi i dronami z termowizją. Ma to uzasadnienie szczególnie po zmroku, gdy ryzyko hipotermii pacjenta gwałtownie rośnie. Po skutecznym zakończeniu czynności poszukiwawczych każdy odnaleziony pacjent powinien trafić na Szpitalny Oddział Ratunkowy lub Izbę Przyjęć w celu wykonania badań pod kątem urazów, odwodnienia lub wychłodzenia, niezależnie od pierwotnej przyczyny hospitalizacji.

Efektywność działań operacyjnych w omawianych sprawach zależy od wielu czynników. Kluczowy wydaje się tu czas retencji informacji. Należy unikać istotnych opóźnień między stwierdzeniem braku pacjenta a zawiadomieniem Policji, gdyż wpływają one na wydłużanie promienia obszaru poszukiwań. Ważnym jest precyzyjne ustalenie miejsca i czasu, w którym pacjent był widziany po raz ostatni. Błędne informacje w tym zakresie mogą bowiem skierować służby poszukiwawcze w niewłaściwy rejon. Dużą rolę przypisuje się w praktyce dostępowi do danych teleinformatycznych i szybkości uzyskania zgody na geolokalizację telefonu komórkowego pacjenta oraz dostępu do monitoringu miejskiego i prywatnego (sklepy, stacje benzynowe). W przypadku zaginionych pacjentów znaczenie mają warunki środowiskowe i pora dnia. Zapadnięcie zmroku lub spadek temperatury wymuszają bowiem zmianę priorytetów i zaangażowanie specjalistycznych grup z termowizją. Nie bez znaczenia jest stopień mobilności pacjenta, gdyż inaczej planuje się działania poszukiwawcze dla osoby poruszającej się o kulach, a inaczej dla sprawnego fizycznie pacjenta w epizodzie maniakalnym.

Podsumowanie

Analiza regulacji prawnych, w tym w szczególności ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, wskazuje, że samowolne oddalenie się pacjenta musi być interpretowane jako krytyczne zdarzenie niepożądane, podlegające obowiązkowemu monitorowaniu i analizie przyczyn źródłowych. Choć polski system prawny silnie akcentuje autonomię pacjenta i prawo do odmowy leczenia, to w przypadku osób niezdolnych do świadomego powzięcia decyzji w ww. zakresie, na placówkach medycznych spoczywa szczególna odpowiedzialność za zapewnienie ciągłości opieki i bezpieczeństwa fizycznego. Skuteczność działań poszukiwawczych prowadzonych przez Policję jest w takim kontekście bezpośrednio uzależniona od sprawności wewnętrznych systemów nadzoru szpitalnego oraz szybkości przepływu informacji. Luka w systemie bezpieczeństwa często wynika nie z braku przepisów,

lecz z niedoskonałości procedur komunikacyjnych w sytuacjach szczególnych. Wewnętrzne systemy zarządzania jakością w szpitalach powinny zawierać precyzyjną ścieżkę reagowania „krok po kroku”, która wyeliminuje zwłokę w zawiadamianiu służb mundurowych o zaginięciu pacjenta z grupy wysokiego ryzyka. Niezbędne jest również doprecyzowanie odpowiedzialności prawnej personelu w sytuacjach, gdy prawo do wolności pacjenta koliduje z obowiązkiem ochrony jego życia i zdrowia w stanach nagłych. Tylko poprzez integrację standardów medycznych z procedurami operacyjnymi Policji możliwe jest ograniczenie tragicznych skutków samowolnych oddaleń, takich jak wychłodzenia czy wypadki komunikacyjne. Wnioski z niniejszej analizy wskazują na potrzebę stworzenia ogólnokrajowych wytycznych współpracy, które ujednoczą sposób przekazywania profilu klinicznego pacjenta na potrzeby działań poszukiwawczych. Finalnie, podniesienie bezpieczeństwa pacjenta w tym obszarze wymaga nie tylko nakładów na infrastrukturę monitorującą, ale przede wszystkim systematycznego szkolenia personelu w zakresie rozpoznawania sygnałów zwiastujących zamiar ucieczki.

Bibliografia

- Bowers L., Jarrett M., Clark N., *Absconding: a literature review*, "Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing" 1998, vol. 5 (5), s. 343–353.
- Bowers L., Jarrett M., Clark N., Kiyimba F., McFarlane L., *Absconding: outcome and risk*, "Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing" 1998, vol. 6, s. 213–218.
- Brook R., Dolan M., Coorey P., *Absconding of patients detained in an English special hospital*, "The Journal of Forensic Psychiatry" 1999, vol. 10 (1), s. 46–58.
- Crammer J.L., *The special characteristics of suicide in hospital in-patients*, "British Journal of Psychiatry" 1984, vol. 145, s. 460–463.
- Dickens G.L., Campbell J., *Absconding of patients from an independent UK psychiatric hospital: a 3-year retrospective analysis of events and characteristics of absconders*, "Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing" 2001, vol. 8 (6), s. 543–550.
- Ferguson L., Huey L., *Who Goes Missing from Canadian Hospitals and Mental Health Units?*, "Policing: An International Journal" 2022, vol. 43 (3), s. 525–540.
- Ferguson L., *Profiling persons reported missing from hospitals versus mental health facilities*, "International Journal of Police Science & Management" 2021, vol. 23 (4), s. 372–384.
- Huey L., Ferguson L., Kowalski L., *The „Power Few” of Missing Persons Cases*, "Policing: An International Journal" 2020, vol. 43 (2), s. 360–374.
- Meehan T., Morrison P., McDougall S., *Absconding behaviour: an exploratory investigation in an acute inpatient unit*, "Australian and New Zealand Journal of Psychiatry" 1999, vol. 33, s. 533–537.
- Willkie T., Penney S.R., Fernane S., Simpson A.I.F., *Characteristics and motivations of absconders from forensic mental health services: a case-control study*, "BMC Psychiatry" 2014, vol. 14, s. 14–91.