



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

D.V.2.4 OKI KUTATÁSOK ELKÉSZÍTÉSE

A BETEGEK ELKÓBORLÁSÁNAK ÉS ÖNKÉNYES TÁVOZÁSÁNAK OKAI,
ILLETVE A MEGELŐZÉS LEHETŐSÉGEI

v.1.

***Eredménytermék készítésének dátuma:
2020. 10. 13.***

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:

Dr. Dombrádi Viktor

Grézló Orsolya

Sinka Lászlóné Adamik Erika

Valasek-Vincze Ildikó

Dr. Belicza Éva

Lektorok:

Szakmai lektor: Horváth Anikó

Anyanyelvi lektor: Pályi Márk

Előterjesztő:

Aláírás

Munkacsoportvezető neve: Sinka Lászlóné Adamik Erika

Jóváhagyó:

Aláírás

Alprojekt-vezető neve: Dr. Belicza Éva

Szakmai vezető: Dr. Oroszi Beatrix

Konzorciumvezető: Nemzeti Népegészségügyi Központ

(Konzorciumi tag: Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ)

TARTALOMJEGYZÉK

1. Vezetői összefoglaló	5
2. Háttér és előzmények	8
3. Célkitűzés	15
4. Alkalmazott módszerek	16
4.1. A szakirodalom áttekintése	17
4.2. A NEVES-jelentések elemzése	18
4.3. Szakértői egyeztetés	19
4.4. Gyökérok-kutatás	20
4.5. A kockázatok értékelése	20
4.6. A megelőzési lehetőségek összegyűjtése	21
4.7. A bevezetendő intézkedések kiválasztása	22
5. Eredmények	23
5.1. Az okok listázása	23
5.1.1. A NEVES jelentőlapokból származó adatok	24
5.1.1.1. Demográfiai és alapadatok	24
5.1.1.2. A vizsgált minta jellemzői	25
5.1.1.3. Az ellátást végző szervezeti egységek jellemzői	26
5.1.1.4. Az esemény leírása	29
5.1.1.5. Az esemény következményei	33
5.1.2. Okok és hozzájáruló tényezők szakirodalmi források alapján	36
5.1.3. Okok és hozzájáruló tényezők a fókuszcsoportos megbeszélés alapján	43
5.2. A gyökérokok keresése	46
5.3. A releváns megoldások keresése	50
5.3.1. A kezelendő gyökérokok kiválasztása	50
5.3.2. Megoldási javaslatok	52
5.3.2.1. Megoldási javaslatok a NEVES adatlap alapján	52
5.3.2.2. Megoldási javaslatok a szakirodalmi források alapján	53
5.3.2.3. Megoldási javaslatok a szakértői vélemények alapján	56
5.4. A változtatási javaslatok kiválasztása	59

5.5.	A változtatás bevezetése	62
5.6.	Hatásvizsgálat	62
6.	Megbeszélés, következtetések és javaslatok	63
6.1.	Megbeszélés	63
6.2.	Következtetések.....	65
6.3.	Javaslatok.....	66
7.	Köszönetnyilvánítás	69
8.	Felhasznált szakirodalom.....	70
9.	Mellékletek	74
10.	Függelékek.....	110

1. VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

A megbiztonság területén végzett kutatások megállapításai szerint a nemkívánatos események számának csökkentése nem az egyéni felelősök keresésével érhető el. Ez a megközelítés az EU-irányelvbe is beépült: „A váratlan események jelentésére szolgáló eljárásoknak a rendszertényezőkre kell összpontosítaniuk, nem pedig az egyéni hibákra. A rendszeres jelentéstételt szokásos eljárásnak kell tekinteni.” (Az Európai Unió Tanácsa, 2010)

Az egészségügyi ellátás során bekövetkező nem várt események egyik formája a betegeltűnés. A betegek eltűnésének a demenciában jellemző formáját elkóborlásnak nevezi a szakirodalom. Az elkóborlás a betegek részéről nem határozott céllal történik, hanem inkább a belső feszültség levezetésére szolgál. Élesen megkülönböztethető azoktól az esetektől, amikor a pszichiátriai betegek határozott célt követve, sok esetben tiszta tudatállapotban, önkényesen távoznak az ellátó intézményből. A jelen dolgozatban az elkóborlást és az önkényes távozást együttesen a betegeltűnés fogalmával jelöljük.

A kutatás keretén belül készített fókuszcsoporthozos beszélgetés alapján az eltűnésben érintettek legnagyobb arányát a demens betegek teszik ki. Magyarországon jelenleg 150–300 ezer főt érint a demencia. Mivel leggyakrabban időskorban alakul ki, nagy számban kerülnek a betegek az egészségügyi ellátórendszerbe és a szociális ellátásba az egyéb, korral járó betegségeik miatt. Az európai társadalmak elöregedése következtében ez egy növekvő betegcsoport, az ellátásukra való felkészülés, a nemzeti cselekvési tervek kidolgozása több európai országban napirenden van. (Fekete, 2019) Hazánkban az állami férőhelyeken belül nappali ellátási formában 7%, a bentlakásos formánál a férőhelyek 23%-a demens férőhely. (Gyarmati, 2019) A nemzetközi irodalom alapján általánosságban öt demens betegből egy elkóborol, valamint akinek már volt ilyen esete, azok közül 72% ismét elkóborol. (Wick & Zanni, 2006) A pszichiátriai osztályokról történő engedély nélküli, önkényes távozás előfordulásának gyakorisága pedig 2–38% közé tehető. (Bowers et al., 1998a)

A betegek elkóborlásából és az önkényes távozásokból következő, olykor halállal végződő események megelőzése kiemelten fontos, életvédelmi kérdés. Az ilyen esetek egy részénél kötelező a rendőrség közreműködése, egy másik részénél ez nem kötelező, de szükségessé válik, az esetek visszhangja pedig gyakran megjelenik a sajtóban és a közösségi médiában is. Mindez nagy nyomást helyez az ellátókra, amelyek így maximálisan érdekeltek az ilyen esetek elkerülésében, de – mint látni fogjuk – az egyszerű megoldásoknak jogszabályi, emberi jogi korlátai vannak. A túlzott korlátozás (beteg rögzítése, bezárás, fenyegetettség érzése a beteg részéről) esetei alkalmanként napvilágra kerülve szintén súlyos következményekkel járnak. Ez két tűz közé szorítja a személyi felelősséget is viselő ellátókat.

A jelenlegi tanulmány célja, hogy azonosítsa az eltűnéshez vezető főbb gyökérokotokat, valamint olyan javaslatokat tegyen, amelyekkel csökkenteni lehet ezeknek az eseteknek az előfordulását.

Az eltűnés hátterében álló okok felkutatásának érdekében szisztematikus szakirodalomkutatást végeztünk, továbbá statisztikai módszerekkel elemeztük a NEVES rendszerbe érkezett jelentéseket, valamint – releváns szakemberekkel – fókuszcsoportos beszélgetést készítettünk.

A statisztikai elemzés során – a NEVES online jelentési rendszerbe 2020. március 1-ig beérkezett – 133 felnőtt (18 éves vagy idősebb) betegeltűnési ügy adatait dolgoztuk fel.

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

A fókuszcsoport résztvevőinek véleményét tükröző, a sokéves hazai egészségügyi intézményekben szerzett szakmai tapasztalatokon alapuló, gyakorlatias megközelítéssel készült feltárás rövid összefoglaló eredménye szerint a betegeltűnési esetek általában a következő **gyökérokokra** vezethetők vissza:

- szabályozatlanság;
- az oktatás hiánya;
- a gondoskodás hiánya;
- a hibákból való tanulás hiánya;
- a személyzethiány;
- bizalmatlanság;
- a tájékoztatás hiánya.

A NEVES jelentőlap elemzése, a szakirodalom-kutatás és a fókuszcsoportos beszélgetések alapján a **következő intézkedések bevezetését javasoljuk** az eltűnés megelőzése érdekében:

- rizikófelmérés elvégzése a felvételkor és a beteg állapotának változásakor;
- kockázatértékelő lap kialakítása és alkalmazása a rizikófelmérés segítésére;
- annak kiderítése, milyen otthoni kötelezettségek nyomasztják a beteget (pl. kisállat ellátása, hozzátartozónak gyógyszer beszerzése stb.), és lehetőség szerint megoldás keresése ezen problémákra;
- betegfelvételkor ne hagyjuk magára a beteget;
- a beteg megfelelő hidratáltságának biztosítása a kiszáradás miatti zavartság megelőzése érdekében; szabályozások kialakítása és betartatása, továbbá szükség szerint átdolgozása;
- amennyiben lehetséges, a kockázatos betegek rendszeres, akár óránkénti és véletlenszerű ellenőrzése;

- jó minőségű, nehezen letéphető, megfelelő adattartalmú karszalag használata a betegazonosításhoz;
- a portaszolgálatnál ellenőrző rendszer létrehozása és működtetése;
- a portaszolgálat megfelelő elhelyezése a kijárat és az osztályok között;
- a portaszolgálat oktatása;
- az egészségügyi személyzet oktatása és támogatása;
- a beteg megnyugtatása és a bizalom elnyerése a megfelelő kommunikációval;
- amennyiben a beteg unatkozik, akkor napközben foglaljuk le különböző tevékenységekkel és mozgásos terápiával;
- érdemes a látogatási időt rugalmasabbá tenni és külön beteghívó telefont biztosítani, hogy a betegek szorosabb kapcsolatot tudjanak tartani a rokonaikkal;
- a magas kockázatú betegeknek a kijárattól távoli kórterembe való elhelyezése;
- célszerű a magas kockázatú betegeket olyan betegtárs mellé helyezni, aki szükség esetén esetleg tud szólni a személyzetnek, hogy régen nem látta már a szobatársát (ilyen esetben fontos bevonni a betegtársat és tájékoztatni őt arról, mit kérünk tőle, mikor jelezzen);
- szükség esetén és a jogszabályok betartása mellett korlátozó eljárások vagy korlátozó intézkedések alkalmazása, közben a betegmegfigyelés folyamatos biztosítása;
- az eltűnést követően az eset átbeszélése, a tanulságok levonása.

Mivel az egészségügyi intézmények infrastruktúrája, humán- és anyagi erőforrása, valamint működése eltérő lehet, így a javaslatok bevezetésénél fontos figyelembe venni a helyi adottságokat.

2. HÁTTÉR ÉS ELŐZMÉNYEK

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2005-ben jelentette meg azt az irányelvét, amely az egészségügyi ellátással összefüggésben kialakult nemkívánatos eseményekből való tanulást tűzte ki célul. Ebben megfogalmazta azokat a kulcsfontosságú üzeneteket, amelyek fontos alapot adnak az egyes tagországok számára a saját jelentési rendszereik kialakításához. (WHO, 2005)

A téma szempontjából fontos magyar vonatkozású körülmény, hogy az egészségügyi törvény 2016. január 1-jén hatályba lépett módosítása 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)

Hazánkban a nemkívánatos események jelentési és tanulmányrendszerét, amely a NEVES (NEM Várt Események) Program nevet viseli, a WHO Magyarországi Irodája és az Egészségügyi Minisztérium felkérésére a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központja (SE-EMK) alakította ki és működteti 2006 óta. (Lám et al., 2016) Ez a program a törvény által kihirdetett céllal összhangban annak megvalósulását segíti elő. (<https://info.nevesforum.hu/>)

A NEVES Program két fő eleme:

- az ellátás során bekövetkezett nemkívánatos események adatainak összegyűjtése és az adatok elemzését támogató NEVES online jelentési rendszer, amely a hazai egészségügyi szolgáltatók számára ingyenesen elérhető;
- a kéthavonként megrendezett, betegbiztonsági témájú NEVES Fórum.

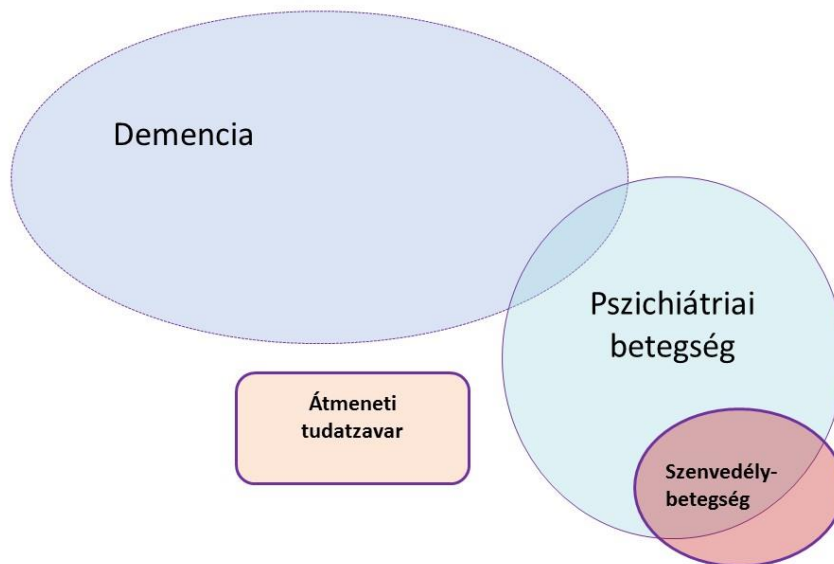
Az egészségügyi ellátás során bekövetkező nem várt események egyik formája a betegeltűnés, amely a jelen kutatás témája. A betegek eltűnésének a demenciában jellemző formáját elkóborlásnak nevezi a szakirodalom. Az elkóborlás a demens betegek részéről nem határozott céllal történik. Élesen megkülönböztethető a pszichiátriai betegek határozott célú, tiszta tudatállapotban történő önkényes távozásától. A jelen dolgozatban az elkóborlást és az önkényes távozást együttesen a betegeltűnés fogalmával jelöljük.

Az egészségügyi ellátás jogi kereteinek alapja Magyarországon az Egészségügyi Törvény, amelynek X. fejezete külön tárgyalja a pszichiátriai ellátás jogi feltételrendszerét. (1997. évi CLIV. törvény) A törvény 188. §. d) pontja határozza meg, hogy e törvény – és az erre épülő további jogszabályok – alkalmazása során pszichiátriai betegek minősül minden olyan személy, „akinél a kezelőorvos a Betegségek Nemzetközi Osztályozása X. Revíziója szerinti Mentális és Viselkedészavar (F00-F99), illetve szándékos önártalom (X60-X84) diagnózisát állítja fel.” (1997. évi CLIV. törvény) Az „F” BNO tartományba tartozó mentális zavarok és betegségek sokféle, eltérő súlyosságú, átmeneti vagy tartós mentális állapot leírására szolgáló diagnózisokat fognak át, a hangulatzavaroktól kezdve a nagy pszichiátriai kórképekig. A jogi szabályozás a demenciát és a pszichiátriai betegségeket a fent megjelölt intervallumszerű,

átfogó definícióval egy csoportban kezeli, a betegeltűnések jellemzői alapján ugyanakkor mi külön kezeljük ezeket a betegcsoportokat.

A szakirodalmi források alapján a betegeltűnések által érintett legnagyobb betegcsoport az idős, *demens betegek*, a második legnagyobb pedig a *pszichiátriai betegek* csoportja. Röviden kitérünk a demencia orvosi és társadalmi megközelítésére és a pszichiátriai betegek ellátásának rövid történeti áttekintésére is, mivel a betegeltűnések kezelése erősen függ attól, hogy az adott társadalom miként vélekedik egy betegségről, annak kezelési lehetőségeiről és az érintett személyekről. A betegcsoportok arányainak szemléltetését az 1. ábrán ábrázoljuk.

1. ábra: A betegeltűnéssel érintett betegcsoportok
(a fókuszcsoportos megbeszélések alapján készített saját szerkesztésű ábra)



A betegek eltűnésének a *demenciában* jellemző formáját „elkóborlásnak” nevezzük a szakirodalom és az ilyen esetben a betegeken megfigyelhető motoros nyugtalanság (pl. nyelvi kifejezés zavara, motoros cselekvések és mozgások kivitelezési zavara), zavart tudatállapot alapján (pl. tárgyak, szimbólumok felismerési zavara vagy tervezés, szervezés, sorrendiség, absztrakció zavara). Ez a fajta elkóborlás a beteg részéről nem határozott céllal történik, hanem inkább belső feszültség levezetésére szolgál. Jól megkülönböztethető azoktól az esetektől, amikor a pszichiátriai betegek határozott célt követve, sok esetben tiszta tudatállapotban, önkényesen távoznak az ellátó intézményből.

A szakirodalom a demens elkóborlás esetében másképp használja a „megelőzés” fogalmát, mint ahogyan azt a nemkívánatos események megelőzését illetően értjük. A megelőzésre való törekvést egyenértékűnek tekintik azzal, hogy az ellátás során egyszerűen korlátozni fogják a beteget. Ezzel szembeállítják az „intervenció” fogalmát, amely azt az attitűdöt jelenti, hogy a demenciával együttjáró kóborlási hajlamot tényként fogadjuk el, és nem próbáljuk

megakadályozni. Ehelyett lehetőséget biztosítunk a motoros nyugtalanságból fakadó mozgásra, s jól megtervezett módon és gyakran beavatkozunk annak érdekében, hogy ez a mozgás biztonságos legyen. Ilyen esetekben arra is oda kell figyelni, hogy a motoros nyugtalanságra adott gyógyszerek (pl. antipszichotikumok) méginkább növelhetik a beteg mozgásigényét, így a várt eredménnyel szemben a kockázat mértéke növekedni fog.

Ezzel a megközelítéssel találkozhatunk a gyakorlatban is, a demencia társadalmi kezelésére létrehozott Alzheimer-kávézóknál és a demenciabarát városi környezet kialakítását célzó kezdeményezéseknél.

A demencia jelenleg 150–300 ezer főt érint Magyarországon (Fekete, 2019), a vizsgált betegcsoportok közül ez a legnagyobb csoport. Mivel gyakrabban idős korban alakul ki, a betegek nagy számban kerülnek be az egészségügyi ellátórendszerbe és a szociális ellátásba az egyéb, korral járó betegségeik gyakorisága miatt. Az európai társadalmak elöregedése következtében ez egy növekvő betegcsoport, az ellátásukra való felkészülés, a nemzeti cselekvési tervek kidolgozása több európai országban napirenden van. Az elsők között Franciaország tett közzé stratégiát erre vonatkozóan 2001-ben, a WHO pedig 2018 júniusában útmutatót tett közzé a nemzeti stratégiák kidolgozásához *Towards a dementia plan: a WHO guide* címmel. (WHO, 2018)

A demencia diagnózisának felállításában 2008 óta nyújt segítséget a szakmai irányelv, amelyet a Pszichiátriai Szakmai Kollégium készített (Egészségügyi Szakmai Kollégium, 2008). Ez egy szakmai ajánlás, főként a differenciáldiagnózis támogatásához, a szükséges vizsgálómódszerek alkalmazásához és a felesleges vizsgálatok kerüléséhez nyújt segítséget szakorvosoknak.

A normál öregedéshez képest a demencia először a rövid távú memóriát érinti, később a nyelvi és végrehajtó funkciók is sérülnek. A demencia betegsége az emberi idősor miatt van jelen nagy számban, a várható élettartam növekedésével és azon belül az idősor megnyúlásával a betegség előfordulása gyakoribbá válik. Életkori csoportonként lineárisan növekszik, a 90 éves kor feletti idősök körében már 30%-ban van jelen. (Katzman & Karias, 1994)

A demencia észlelése külön vizsgálómódszereket igényel, a kognitív funkciók zavara első ránézésre többnyire nem szembeötlő. A demens betegek egyszerűen időseknek látszanak, a hétköznapi helyzetekben rutinosan viselkednek. Az elkóborlási eseteknél sok esetben megneveznek egy helyet, ahová éppen tartanak, és csak a közeli hozzátartozók képesek felismerni, hogy például egy gyerekkori helyszínről van szó, amely a jelenben nem adekvát utazási célpont, noha egy kívülálló számára annak tűnik. Emiatt nem csak a betegség észlelése nem történik meg magától, hanem még az elkóborlás észlelése is problémás a tágabb környezet számára. Az általános segítőkészség nem a visszatalálást segíti elő, hanem a bolyongást, akár egy buszjegy megvásárlásához nyújtott segítséggel, a forgalmas úton való átkíséréssel vagy az útbaigazítással. Ugyanígy az egészségügyi ellátás során, a személyzet jó szándéka és az idős betegek fordított kiemelt figyelem és előzékenységgel nem elegendő az elkóborlás megakadályozásához.

A gyógyító eljárások kutatásában eddig nem érték el áttörést, de léteznek igazoltan hatásos folyamatlassító terápiák. A jelenlegi szerek is sokkal hatásosabbak lennének, ha a terápiát 10–15 évvel korábban kezdenék; emiatt a kutatók korai jelzőmódszereket keresnek. (Mauricio et al., 2019) A betegelkóborlási eset kórházi környezetben sok esetben az első komoly jel, otthoni környezetben a rutinok és a családi segítség miatt a beteg eligazodik, a kognitív funkciókban bekövetkező hanyatlás sokáig nem szembetűnő. A család által észrevétlenül végzett funkciópótlás több szempontból is jelentős tényező és nehezíti a területen végzett orvosi kutatásokat, mivel az egyén önálló képességeinek vizsgálatát befolyásolja, miközben komoly terhet vesz le az ellátórendszerrel a gondozási feladatok ellátásával. Az otthoni ellátásnak is megvan a maga rendszere, amely a szokásokon alapul, és a két rendszer összeillesztése, az otthoni és az intézményes rend különbségei, illetve az átmenetek kezelése kiemelt figyelmet igényel. (Brodaty & Donkin, 2009)

Hazánkban átfogó stratégia és cselekvési terv egyelőre nem került kidolgozásra a demencia társadalmi kezelésére, jóllehet a szociális ellátásban vannak dedikált férőhelyek: az állami férőhelyeken belül a nappali ellátási formában 7%, a bentlakásos formánál a férőhelyek 23%-a demens férőhely. (Gyarmati, 2019)

A *pszichiátriai betegek* eltűnési eseteinél az „önkéntes távozás” kifejezést használjuk, mivel a beteg ebben az esetben határozott szándékkal és céllal hagyja el a betegellátó osztályt vagy szociális intézményt. Sok esetben hiányzik a betegség belátása és a betegségtudat, a beteg nem ért egyet azzal, hogy neki kezelésre van szüksége, ezért indokolatlannak éli meg a kórházi tartózkodást.

Ebbe a csoportba tartoznak azok a magas kockázatú esetek, amikor a távozást szuicid szándék motiválja, és az önkéntes távozás befejezett öngyilkossággal ér véget. Ennek a veszélynek a felismerése orvosi feladat, a fekvőbeteg-osztályon történő kezelés ilyenkor éppen arra irányul, hogy a beteg önkárosító szándékát megakadályozza, és a kiváltó állapotot a kezeléssel megszüntesse. A kiemelt kockázatú, súlyos depresszióban szenvedő betegek kiszűrésében a háziorvosok is részt vehetnek.

Az önkéntes távozás szempontjából alapvető kérdés, hogy a beteg a felvételnél önkéntes besorolást kapott-e, vagy a kezelését elrendelték. Az utóbbi esetben a felvételt követő 72 órán belül bírói szemlén kell felülvizsgálni a kezelés elrendelésének jogosságát, amit a szemlét végző háromfős bizottság vagy jóváhagy, vagy pedig eltöröl. A kötelező kezelésnek alávetett betegeknek minden esetben értesíteni kell a rendőrséget, ha a beteg önkényesen távozott. A pszichiátriai osztályokat két fő típusba lehet sorolni a biztonsági rendszer szempontjából: a nyílt és zárt osztályokra (vagy részlegekre). A betegeltűnések túlnyomó többségben a nyílt osztályokról való távozást jelentik; a zárt osztályon jellemzően felvétel közben, a betegátadásnál fordulhat elő a szökés. Megjegyzendő, hogy a zárt osztályos kezeléseket időtartama 2–3 hét, ennek leteltével a már éppen nem veszélyeztető állapotú beteget minden további nélkül el lehet bocsátani, a háziorvos vagy a területi szociális ellátó értesítése nélkül. A betegek kórházi távozást követő eltűnése nem jelenik meg az egészségügyi rendszer adataiban.

A pszichiátriai osztályokon nagyságrendileg évente 50 ezer fekvőbeteg-eset van Magyarországon, ez a második legnagyobb érintett betegcsoport. (NEAK, 2018)

A pszichiátriai ellátás jogi környezete a rendszerváltáskor új alapokra került, ami a korlátozással való visszaélés lehetőségét jelentősen csökkentette. (1997. évi CLIV. törvény) A jogi környezet azóta változatlan, előtérben van a személyiségi jogok védelme, indokolatlanul elrendelt kötelező kezelés gyakorlatilag nem fordul elő. A szükséges kezelés kikerülésére a betegeknek nagy mozgástér áll rendelkezésükre, sokkal könnyebben fordul elő alulkezelt eset, mint indokolatlan fekvőbeteg-ellátás.

A két nagy betegcsoport között nagyon kicsi az átfedés, a pszichiátriai betegek többsége ugyanolyan arányban válik demenssé időskorban, mint az átlagpopuláció tagjai. (Bottino et al., 2011). A skizofénia elsődleges tünetei az affektív zavar (érzelmek ellaposodása, az összhang hiánya), az asszociációs zavar (logikai összefüggések fellazulása), az ambivalencia (elfogadás és elutasítás között ingadozik) és autizmus (visszavonulás a realitásból a belső világba). Mind a társadalmi észlelésben, mind a kórházi környezetben az a jellemző, hogy a pszichiátriai beteg anamnézise ismert, nem a betegeltűnés kapcsán fog kiderülni, hogy skizofrén vagy egyéb pszichiátriai betegsége van. A demenciánál ez épp fordítva van, a leggyakoribb eset a kórházi ellátásban valószínűleg az, hogy a felvételnél a demencia diagnózisa még nem áll rendelkezésre.

A betegeltűnési eseteknél a nyilvánosságban akkor segítőkészek az emberek, ha idős, demens emberről van szó, ilyenkor az együttérzés általános. A pszichiátriai betegek eltűnése általában nem jelenik meg a nyilvánosságban, szinte csak kizárólag bűnelkövetéssel összefüggésben.

A betegeltűnési kockázat kezelése szempontjából viszont jelentős különbség van a két nagy betegcsoport között a kórházi kezelés teljes folyamatában. (Lyketsos et al., 2000; Mayou & Hawton, 1986) A pszichiátriai betegek is igénybe vesznek belgyógyászati és egyéb szakorvosi ellátást, de a legtöbb esetben konzíliumkéréssel, így amikor nem pszichiátriai ellátóhoz érkeznek, akkor is az ellátók figyelmének a középpontjában áll az alapbetegség.

A gyermekek vagy idős betegek elkóborlása és a pszichiátriai betegek önkényes, a környezet számára váratlan távozása olyan problémákat jelentenek, amelyeket minden társadalom minden korban kezel valahogyan, az otthoni környezetben is. Az egészségügyi ellátás során is kezelni kell ezeket, és a legnagyobb különbség a módszereket illetően abban áll, hogy mekkora árat vagyunk hajlandóak fizetni a biztonságért, és kivel fizettetjük ezt meg? Az esetszámot akár nullára is lehet csökkenteni a drasztikus korlátozó eljárásokkal vagy korlátozó intézkedésekkel, amit azonban ma már a fejlett társadalmakban nem tartunk elfogadható módszernek. A személyi szabadság túlzott és/vagy folyamatos korlátozása olyan ár, amit az érintett fizet a biztonságért, de ilyen áron számára nem marad értéke a saját biztonságának. A finom módszerek viszont emberigényesek, és az ellátói oldalról több időráfordítást követelnek, mind az otthoni, mind az intézményes környezetben. A technikai eszközök használata pedig anyagi ráfordítást és tanulást igényel. A kérdés tehát az, hogy az emberi jogi alapok szem előtt tartásával milyen módon lehet csökkenteni az ilyen nemkívánatos események számát, és ezek

közül melyek azok, amelyek forráshiányos környezetben is megvalósíthatóak? (Exworthy & Wilson, 2010)

A *szenvedélybetegek* a pszichiátriai betegcsoportot részben átfedő, de eltérően viselkedő, kisebb csoportot alkotnak. Az önkényes távozás oka itt a leggyakrabban a függőség: a szerhez való hozzájutás miatt szegi meg a beteg a szabályokat, és szinte minden esetben visszatér. A kezelésben tartás elősegítésére az ellátók gyakran alkalmaznak könnyítéseket, a drogbetegek esetében erre épül az alacsony küszöbű ellátások és az ártalomcsökkentés filozófiája. Az általános kórházi szabályokat illetően pedig ez az oka annak, hogy bár Magyarországon a kórházak teljes területén tilos a dohányzás, a pszichiátriai osztályok kivételt képeznek, a dohányzásra kijelölt helynek az osztály területén vagy ahhoz nagyon közel kell lennie. A szabályszegő magatartás szempontjából eleve magas kockázatú csoport az illegális szerfogyasztóké, ők a szer birtoklásával is szabályt szegnek és kockázatot vállalnak.

A különféle szomatikus betegségek kísérő jelenségeként fellépő *átmeneti tudatzavar* medikális szempontból nem önálló kategória. A demencia diagnózisának felállítása több olyan esetet követően következik be, ahol az egyén kognitív képességeinek zavara megmutatkozik. Ez általában hosszú időt vesz igénybe, mert a funkcióvesztés lassú folyamat, és a családtagok észrevétlenül sokat átvesznek a kieső funkciókból.

Ezek az esetek betegbiztonsági szempontból külön csoportot alkotnak, mivel itt az ellátónak az aktuális, gyorsan változó szomatikus állapot alapján kell előrejelzést tennie az elkóborlás kockázatát illetően. A később demenciával diagnosztizált csoportnál pedig az első komoly jelek nagyon gyakran a más okból történő kórházi tartózkodás során tűnnek ki, egyszerűen a környezetváltozás és a stressz miatt, amelyet a kórházi tartózkodás előidéz. Az idegen környezetben kiesik a család által végzett észrevétlen funkciópótlás, és láthatóvá válnak a beteg önálló kognitív képességei.

A betegbiztonság szempontjából tehát ebbe a negyedik csoportba azok az esetek tartoznak, ahol az anamnézis, az életkor és a hozzátartozók jelzése nem adhat támpontot, s emiatt a nem várt esemény bekövetkezésének kockázata magas. Az átmeneti tudatzavart könnyen össze lehet keverni más pszichiátriai betegséggel, így érdemes tisztában lenni azzal, hogy mik azok a betegségek vagy állapotok, amelyek pszichiátriai tüneteket okozhatnak (lásd az 1. táblázatot).

1. táblázat: *Betegségek és állapotok, amelyek pszichiátriai tüneteket okozhatnak (saját szerkesztés)*

Belgyógyászat	vérképzőrendszeri betegségek, szívelégtelenség, szívinfarktus, ritmuszavarok, hipertónia, COPD, pneumónia, májbetegségek, veseelégtelenség, diabétesz, pajzsmirigybetegségek, mellékvesekéregbetegségek, daganatos betegségek, autoimmun betegségek
Sebészet	akut hasi történések, altatás utáni állapot, traumás sérülések
Neurológia	epilepszia, Parkinson-kór, akut agyi keringési zavarok, fejsérülések, gyulladások
Szülészet, nőgyógyászat	laktációs pszichózis, szülés utáni depressziók
Állapotok	láz, infekciók, kiszáradás, CH anyagcsere-, folyadékháztartás akut zavara, elektrolitzavar, érzékszervi károsodás, vérnyomás-ingadozás, vizeletretenció, mérgezések
Függőség	gyógyszermegvonás, alkoholemegvonás, drogmegvonás
Gyógyszerek	pl. szteroid

3. CÉLKITŰZÉS

Tanulmányunk célja, hogy a NEVES rendszerbe érkezett jelentéseket felhasználva azonosítsuk a betegeltűnések legfontosabb okait, és ajánlásokat fogalmazzunk meg az elkerülésükre.

A jelen tanulmány a fekvő-, és járóbeteg-ellátás során eltűnt felnőtt betegekre fókuszál, tekintettel arra, hogy az elemzésre került adatok ebből az adatszolgáltatói körből kerültek jelentésre.

A tanulmány elkészítésével elő kívánjuk segíteni a bekövetkezett nemkívánatos eseményekből való tanulást, illetve az ellátás biztonságának fejlesztését mind a betegeket, mind pedig a dolgozókat érintően. Módszertani támogatást kívánunk nyújtani a hazai egészségügyi szolgáltatók számára a saját lejelentett adataik elemzéséhez, valamint a saját maguk számára legmegfelelőbb megelőzési lehetőségek megtalálásához és kiválasztásához. Ugyan az elemzéseket és javaslatokat elsősorban a fekvő-, és járóbeteg-ellátás számára készítettük el, a leírtakat megfelelő adaptáció mellett a szociális ellátás dolgozói is hasznosíthatják.

4. ALKALMAZOTT MÓDSZEREK

A kutatás alapját a NEVES jelentési rendszerben rögzített betegeltűnések adatai képezték. A jelentésekhez kialakított adatlap címe: **NEVES jelentési rendszer beteg eltűnése, elkóborlása jelentési lapja** (lásd az 1. mellékletet).

Az adatlapon a következőképpen meghatározott események jelentésére van lehetőség (definíció): *„Elveszett, eltűnt, elkóborolt beteg: az a nagykorú vagy kiskorú beteg, aki az ellátó személyzet tudta és észlelése nélkül hagyja el folyamatban levő ellátásának helyét. Ez más kórterembe, osztályra, rendelésre, udvarra, az intézmény területén kívülre történő indokolatlan távozást jelent. Az esemény bekövetkezhet a beteg tudatállapotának átmeneti vagy végleges zavartsága, korlátozottsága miatt, vagy ép tudat mellett, testi fogyatékosággal vagy anélkül.”* Az adatlap ezen eseményekkel kapcsolatban támogatja a strukturált adatgyűjtést. Fontos kitétel, hogy a következő betegcsoportok nem értendők bele az elveszett, eltűnt, ill. elkóborolt betegek körébe, így nem tartoznak a jelentendők közé:

1. az engedélyezett adaptációs szabadságról szándékosan vissza nem térő pszichiátriai betegek;
2. az orvosi tanács ellenére távozó betegek;
3. azok a betegek, akiknek szakorvosi ellátási igénye van, de nem várják meg az ellátást.

A jelen tanulmányban az adatlapon szereplő definíciót használjuk azzal a kiegészítéssel, hogy az elkóborlás fogalmát a demens betegekkel összefüggésben, az önkényes távozást pedig az ép tudatú pszichiátriai betegek esetében alkalmazzuk. A két csoport esetében együttesen eltűnésnek nevezzük ezeket a nem várt eseményeket. (Ezzel összhangban, a kutatás tapasztalatait felhasználva az ide vonatkozó NEVES jelentési lap is megújításra kerül.)

A korlátozásnak több formája létezik: fizikai, kémiai vagy biológiai, pszichikai korlátozás, illetve ezek kombinációja. A témában jelenleg hatályos, vonatkozó jogszabályi kereteket az alábbi rendelkezések rögzítik:

- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 10. §
- 60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendelet a pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól

A jogszabályok szóhasználatával összhangban jelen tanulmány írása során korlátozó intézkedés alatt kizárólag a pszichiátriai betegek esetén alkalmazott korlátozásokat értettük. A korlátozó eljárás vagy korlátozó módszer fogalmát az egyéb, nem pszichiátriai betegek ellátásakor alkalmazott korlátozásokkal összefüggésben használtuk.

Az alábbi alfejezetekben részletesen bemutatjuk a kutatás során alkalmazott módszereket.

4.1. A SZAKIRODALOM ÁTTEKINTÉSE

Az elkóborolt betegek, illetve önkényesen távozóknak témájának alaposabb megismerése érdekében szakirodalom-feltárást végeztünk. A szakirodalom gyűjtését 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.

A hazai publikációkat a MATARKA (Magyar Folyóiratok Tartalomjegyzékeinek Kereshető Adatbázisa) és a MOB (Magyar Orvosi Bibliográfia) adatbázisaiban kerestünk. Tekintettel arra, hogy az előzetes keresés során meglehetősen kevés magyar szakirodalmat találtunk a témában, ezeknek a keresésénél nem állítottunk be szűrési feltételeket. A külföldi szakirodalmak áttekintéséhez a *PubMed*, a *Cochrane*, az *EBSCO host Cinahl* és a *Web of Science* adatbázisokat használtuk. Szűrőként a következő feltételeket állítottuk be: *Meta-analysis, Review, Systematic Reviews, Full text, published in the last 5 years, Humans, English*. A külföldi adatbázisokban az angol nyelvű irodalmak szűrését a nyelvi korlátok tették szükségessé.

A szisztematikus feltárást a keresőkifejezések meghatározásával kezdtük, az alábbiak szerint:

- *Milyen betegcsoportokat érint?*
inpatients (active, chronic, rehabilitative care)
- *Mi a probléma?*
patient stray (patient wandering, patient disappearance, patient vanishing, patient fade away, patient passing, patient evanescence)
- *Mikor/milyen tevékenységhez köthető a nemkívánatos esemény?*
before and/or after of medical examination; boredom of patient
- *Hogy lehet a kimenetelt befolyásolni?*
prevention, (root)cause, contributor factors

A beteg eltűnésének keresőszavai, szókapcsolatai a fentiek alapján:

- ***patient disappearance, patient's disappearance, patient disappear, patients disappear***
- ***patient vanishing, patient's vanishing, patient vanish, patient's vanish***
- ***patient wandering, patient wanderings, patients wanderings***

A fentiekből megalkotott keresési szóösszetételek:

- **patient* disappearance OR patient vanishing* AND (prevent* OR caus*)**
- **patient* disappear* OR patient vanish* AND (prevent* OR caus*)**
- **patient* wandering OR patient stray* AND (prevent* OR caus*)**

- patient* disappearance OR patient* wandering* AND (prevent* OR caus*)
- patient* disappearance OR mental health patient* AND (prevent* OR caus*)
- inpatient* disappearance OR inpatient* wandering* AND (prevent* OR caus*)
- inpatient* disappearance OR leaving hospital* AND (prevent* OR caus*)
- inpatient* disappearance OR psychiatry* AND (prevent* OR caus*)

Az angol nyelvű szakirodalmakból az említett külföldi adatbázisokban, a beállított szűrési feltételek mellett végeztünk keresést, majd az így talált szakirodalmak körét duplikátumszűréssel csökkentettük. Ezt követően a cím és az absztrakt alapján választottuk ki a releváns irodalmakat. Az így kapott irodalomgyűjteményt kézi keresés során még további irodalmakkal egészítettük ki.

A szakirodalmak kivonatolásához Excel-táblát állítottunk össze, ebbe a táblázatba gyűjtöttük ki a kutatás szempontjából releváns információkat. Egy irodalom kapcsán 34 információt rögzítettünk a táblázatban. A kivonatoláshoz készített táblázat tartalmának felsorolása a jelen tanulmány 2. mellékletében található.

4.2. A NEVES-JELENTÉSEK ELEMZÉSE

A betegek eltűnésének jelentésére szolgáló adatlap 2014-ben került kifejlesztésre. Módosítására a kutatás megkezdéséig nem került sor, az összefoglaló tanulmány elkészítésekor az első verzió volt érvényben. A NEVES-adatok elemzéséhez a rendszerben rögzített 137 eltűnési esetről beküldött jelentést használtunk fel a 2020. március 1-i állapot szerint.

A betegek eltűnését vizsgáló NEVES-adatlapon jelentett adatok információtartalma előre meghatározott (lásd az 1. mellékletet). A jelentőlap strukturált kérdéseket és szabad szöveges válaszadási lehetőségeket is tartalmaz. Kitér az eltűnt személy jellemzőire, az esemény idején a beteg ellátásáért felelős szervezeti egység jellemzőire, valamint az esemény leírására és következményeire.

Az adatokat a NEVES jelentési rendszerből .xls formátumban exportáltuk, módosítás nélkül. A megtörtént eseményekkel kapcsolatos adatok elemzésének megkezdése előtt fontosnak tartottuk az adatminőség ellenőrzését statisztikai módszerekkel. Ennek során megvizsgáltuk a jelentőlapok kitöltöttségét, teljességét, az adatmezők logikai kapcsolatait, helyességét, illetve az esetleges átfedéseket, duplikátumokat. A lejelentett adatsorok között nem találtunk duplikátumot. Tekintettel arra, hogy definíció szerint nem tartozik az eltűnés fogalomkörébe az, ha a beteg nem tér vissza az adaptációs szabadságról, két adatsort kizártunk a vizsgálatból. Továbbá, mivel az elemzés során kizárólag felnőtt betegek eseteit céloztuk feldolgozni, így további két, kiskorúra vonatkozó jelentési rekordot is kizártunk.

A kizárásokat követően a teljes feldolgozott elemszám 133 volt.

A halmozódások keresésére gyakorisági elemzéseket készítettünk. A szöveges válaszokat a további könnyebb feldolgozhatóság érdekében kategorizáltuk. Ahol az lehetséges volt, az egyéb kategóriába írt szöveges válaszokat átsoroltuk már létező kategóriákba, mellettük szükség esetén új kategóriákat alakítottunk ki. Az összes eseményre vonatkozó adatok bemutatására általános leíró statisztikákat készítettünk, az összefüggések elemzéséhez keresztábrákat alkalmaztunk.

A statisztikai elemzés elkészítése során az IBM SPSS és a Microsoft Excel szoftvereket használtuk.

A rendszer anonimitására való tekintettel a kutatás során az adatokat nem állt módunkban intézményekhez rendelni. Ebből következően a jelen kutatásban is az összesített, országos adatokkal dolgoztunk.

4.3. SZAKÉRTŐI EGYEZTETÉS

A kutatás során két alkalommal fókuszcsoportos megbeszélést tartottunk a felmerülő szakmai kérdések tisztázása, a betegcsoportok megkülönböztetése és a hazai kórházi gyakorlat megismerése céljából. Vizsgáltuk a betegeltűnés jelenségét és okait, valamint a megelőzés céljából alkalmazott módszereket. A résztvevőkkel közösen

- meghatároztuk az esemény szempontjából releváns betegcsoportokat,
- ok-hatás-diagram segítségével elemeztük az események hátterében rejlő okokat,
- kockázati mátrix alkalmazásával kiválasztottuk az okok közül azokat, amelyek a legjelentősebb kockázatot hordozzák az esemény szempontjából; valamint
- a felvetett megoldási javaslatok közül prioritási mátrix segítségével kiválasztottuk azokat az intézkedéseket, amelyek bevezetésétől a legtöbb eredmény várható.

A fókuszcsoportos megbeszélés technikájának, valamint az említett minőségfejlesztési eszközöknek a részletes leírása megtalálható a MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓ 2. függelékében. (Sinka et al., 2019)

A fókuszcsoport résztvevőinek körét úgy határoztuk meg, hogy a témában érintett ellátók képviselve legyenek. A résztvevők köre a következő személyekből állt össze:

- pszichiátriai profilú fekvőbeteg-ellátó intézmény főigazgatója;
- pszichiáter szakorvos;
- pszichiátriai osztály főnővére;
- neurológiai osztály főnővére;
- rehabilitációs és szociális intézmény ápolásvezetője;
- bentlakásos pszichiátriai szociális otthon vezetője;

- betegjogi képviselő;
- általános orvos;
- sürgősségi osztályos triázs-ápoló;
- betegbiztonsági témájú kutatásban részt vevő szakértő;
- gyógytornász.

A résztvevők nagy gyakorlati tapasztalattal rendelkező szakemberek, akik nemcsak a jelenlegi munkahelyük révén, hanem több korábbi ellátóhelyen szerzett munkatapasztalatuk birtokában rendkívül értékes tudás megosztását tették lehetővé.

4.4. GYÖKÉROK-KUTATÁS

Az eltűnések, elkóborlások, önkényes távozások kapcsán gyökérok-elemzés segítségével tártuk fel az események hátterében rejlő okokat és hozzájáruló tényezőket. A gyökérok-kutatás során a MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓ iránymutatásai alapján jártunk el. (Sinka et al., 2019)

Az oki struktúra ábrázolására az ok–hatás-diagramot választottuk. A grafikus megjelenítéskor – az áttekinthetőség kedvéért – csupán a főágakat ábrázoltuk, a főágak struktúráját pedig táblázatos formában készítettük el. Minden egyes főágot külön táblázatban jelenítettünk meg, amelyek megtalálhatóak a tanulmány 3. mellékletében.

Az okok meghatározása során olyan okokat is találtunk, amelyek gyakran fordultak elő, és önmagukban is nagyon szerteágazó oki struktúrát rejtettek. Ezek között említhető az oktatás, a szabályozás, a szabályozás bevezetésének, az ellenőrzésnek, valamint a szervezeti kultúrának a hiányosságai. Az ilyen, gyakran előforduló okokat előfordulásuk helyén csak a gyűjtőfogalommal hivatkoztuk meg, majd azokat külön táblázatokban részletesen kifejtettük.

Az elemzés elkészítésekor forrásként használtuk a NEVES jelentési rendszerbe beérkezett adatokat, a szakirodalom-kutatás eredményeit, a fókuszcsoportos megbeszélésből származó ismereteket, valamint a rendelkezésünkre álló gyakorlati tapasztalatokat és módszertani ismereteket. Ezen információk alapján a kutatást végző szakértők rendszerezték és ábrázolták az elemzés eredményét.

4.5. A KOCKÁZATOK ÉRTÉKELÉSE

Annak értékelésére, hogy a feltárt általános okok milyen mértékű kockázatot képviselnek az események súlyossága és gyakorisága szempontjából, kockázati mátrixot készítettünk. A mátrix módszertani leírása megtalálható a MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓ 2. függelékének 11. fejezetében.

A kockázati mátrix elkészítéséhez az alábbi, 2. táblázatban bemutatott sablont használtuk.

2. táblázat: Kockázati mátrix (Forrás: Sinka et al., 2019)

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

Tekintettel arra, hogy a jelen tanulmány országos adatokra támaszkodik, és ennek megfelelően a feltárt okok nem intézményspecifikusak, illetve nagymértékben szerteágazóak, lehetetlen vállalkozás lett volna ezek alapján egy általánosan igaz, minden intézményre egyformán értelmezhető kockázati mátrixot összeállítani. Az intézményekben külön kell elbírálni azt, hogy az adott ok náluk milyen gyakorisággal fordul elő, és milyen súlyosságú következményekkel jár.

A kockázati mátrix segítségével szolgálhat az intézmények munkatársai számára ahhoz, hogy saját intézményi környezetükben is kiválasszák a kezelendő okokat.

Amennyiben helyesen készítik el a gyökérokok meghatározását és a kockázatok értékelését, a mátrix segítségével kiválasztott legkockázatosabb okokra meghozott intézkedésekkel lehet a legnagyobb eredményességgel csökkenteni a probléma előfordulását.

4.6. A MEGELŐZÉSI LEHETŐSÉGEK ÖSSZEGYÚJTÁSA

A megelőzési lehetőségeket a NEVES munkacsoport szakértői gyűjtötték össze számos forrásból.

A munka során áttekintésre kerültek a szakirodalmak ide vonatkozó ajánlásai, és feldolgoztuk a NEVES jelentési rendszerből származó, a jelentéseket küldő személyektől érkezett megelőzési javaslatokat is. Mindezt kiegészítettük még a fókuszcsoporthoz megbeszélésen elhangzott tanácsokkal és a saját gyakorlati tapasztalatainkkal. Az így listázott megelőzési lehetőségekből intézkedési csomagokat alakítottunk ki.

4.7. A BEVEZETENDŐ INTÉZKEDÉSEK KIVÁLASZTÁSA

A megelőzési lehetőségekből összeállított intézkedési csomagokat az intézkedés várható eredményessége szempontjából prioritási mátrix segítségével értékeltük. A prioritási mátrixot a MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓban ismertetett módon készítettük el.

Minden egyes intézkedési csomagot értékeltünk az alapján, hogy a szervezetnek mennyire áll érdekében az adott intézkedés bevezetése, az adott intézkedés várhatóan mekkora hatást fejt ki a betegeltűnés megelőzésére, valamint értékeltük azt is, hogy az intézkedés mennyire könnyen vagy nehezen valósítható meg.

A prioritási mátrixot a MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓban ismertetett módon készítettük el.

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

5. EREDMÉNYEK

Az oki kutatás eredményeit a MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓBAN leírt folyamat lépésein keresztül mutatjuk be. Ennek szemléltetésére az egyes alfejezeteket megelőzően elhelyezett sávban, sötét színnel jelöltük az aktuálisan tárgyalt lépést.

Oki kutatásunk eredményei a következő lépéseken keresztül kerülnek bemutatásra:

- az okok listázása;
- a gyökérokok keresése;
- a releváns megoldások keresése;
- a változtatási javaslatok kiválasztása;
- a változtatások bevezetése;
- hatásvizsgálat.



5.1. AZ OKOK LISTÁZÁSA

Az oki kutatás alapjául a NEVES jelentési rendszerbe érkezett, a betegek eltűnésének témájában lejelentett események adatainak összesített elemzése szolgált.

Ezekből az adatokból információkat kaptunk az előforduló nem várt eseményeket kiváltó potenciális okokról, valamint az azok háttérében álló lehetséges további okokról is. A beérkezett adatlapok feldolgozása és elemzése kiválóan alkalmas arra, hogy bemutathassuk a hazai intézményekben az ellátás során eltűnt betegekkel kapcsolatos események háttérében álló okokat, amelyekkel kapcsolatban célszerű intézkedni, hogy a jövőben megelőzhetővé tegyük az újabb ilyen események előfordulását.

A saját adatok feldolgozásán túl az oki vizsgálat részeként áttekintettük a témában megjelent publikációkat, valamint szakértői egyeztetéseket végeztünk, amelyekből további hasznos információkat kaptunk a kiváltó okokra és a hozzájáruló tényezőkre vonatkozóan.

5.1.1. A NEVES jelentőlapokból származó adatok

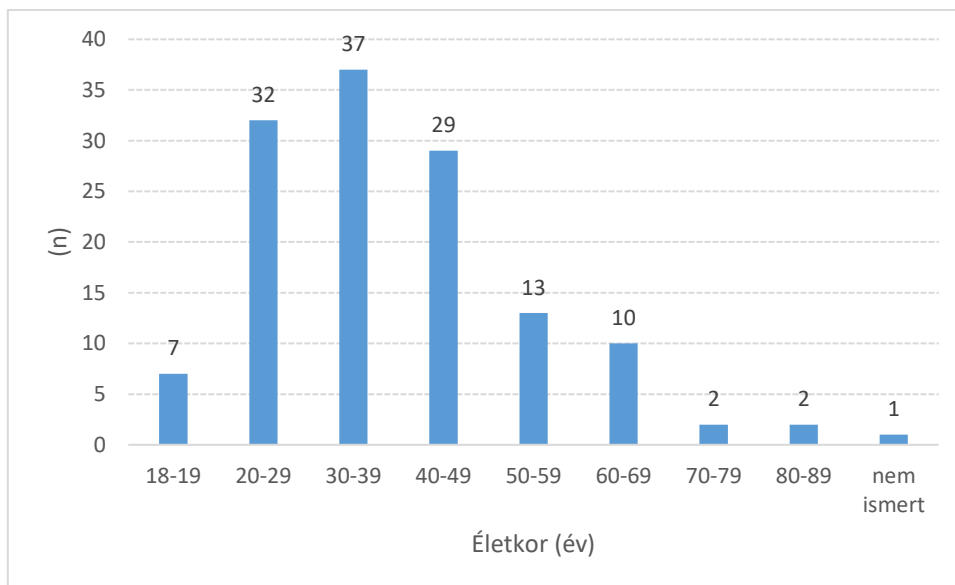
5.1.1.1. DEMOGRÁFIAI ÉS ALAPADATOK

A NEVES jelentési rendszerbe a hazai intézményekből – a kizárásokat követően – összesen 133 esetben érkezett jelentés a beteg eltűnésére vonatkozóan. Az adatlapok feldolgozása során azt tapasztaltuk, hogy voltak olyan esetek, amikor nem az egész adatlapot töltötték ki. Az ebből adódó eltéréseket a feldolgozott esetszámok feltüntetésével jelezzük.

A lejelentett esetekben az érintettek 75,2%-a (n=100) férfi, 24,8%-a (n=33) pedig nő volt.

A NEVES adatokból az látható, hogy a legtöbb jelentés (n=98; 73,7%) 20–49 év közötti betegekről érkezett. A jelentőlapon egy esetben nem jelölték meg a beteg korát. (Lásd a 2. ábrát)

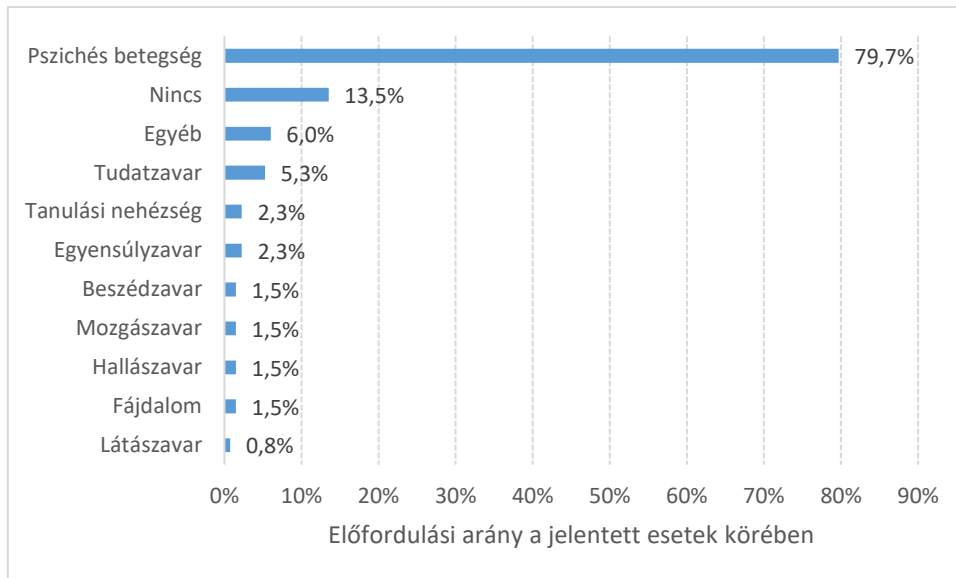
2. ábra: Életkor szerinti megoszlás (n=133; saját szerkesztés)



5.1.1.2. A VIZSGÁLT MINTA JELLEMZŐI

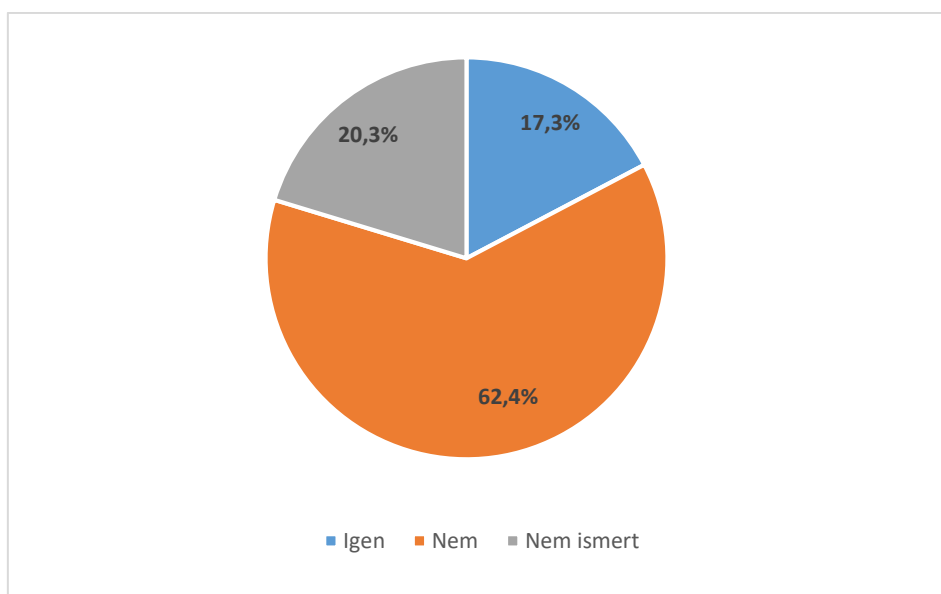
Az eseményhez hozzájáruló tényezők közül a legnagyobb arányban, 79,7%-ban (n=106) a pszichés betegség került megnevezésre. Az esetek 13,5%-ban (n=18) ugyanakkor a jelentés készítői nem jelöltek meg ilyen jellemzőt. (Lásd a 3. ábrát)

3. ábra: A beteg ismert jellemzője, ami hozzájárulhatott az esemény bekövetkezéséhez (n=133; többszörös választás; saját szerkesztés)



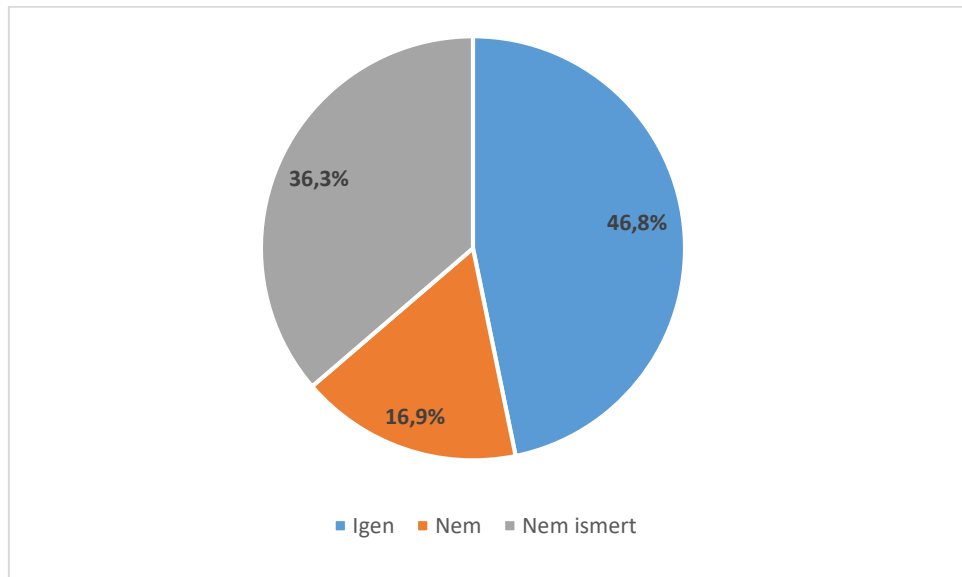
A jelentett esetek 62,4%-ánál (n=83) ez volt az első eltűnés, miközben az esetek 17,3%-ánál (n=23) ez már korábban is megtörtént. (Lásd a 4. ábrát)

4. ábra: A beteg korábban eltűnt-e már (n=133; saját szerkesztés)



A látogatásra vonatkozó adatokból azt találtuk, hogy azokat a fekvőbetegeket (n=124), akiknek a körében az eltűnés eseménye jelentésre került, 46,8%-ban (n=58) rendszeresen látogatták. (Lásd az 5. ábrát.)

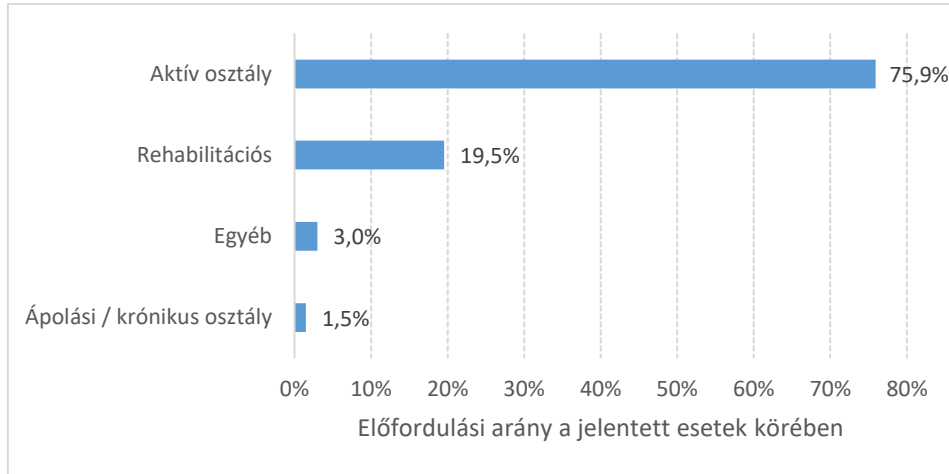
5. ábra: Amennyiben fekvőbeteg, volt-e rendszeres látogatója (n=124; saját szerkesztés)



5.1.1.3. AZ ELLÁTÁST VÉGZŐ SZERVEZETI EGYSÉGEK JELLEMZŐI

A 6. ábrán osztálytípusonként kerül bemutatásra a jelentett eltűnések előfordulása. A legmagasabb arányban, 75,9%-ban (n=101) aktív osztályról érkeztek az adatok. Az egyéb kategóriába (n=4; 3,0%) kerültek besorolásra az addiktológiáról, a felnőtt pszichiátriai osztályról, valamint a nem ismert helyről származó esetbejelentések.

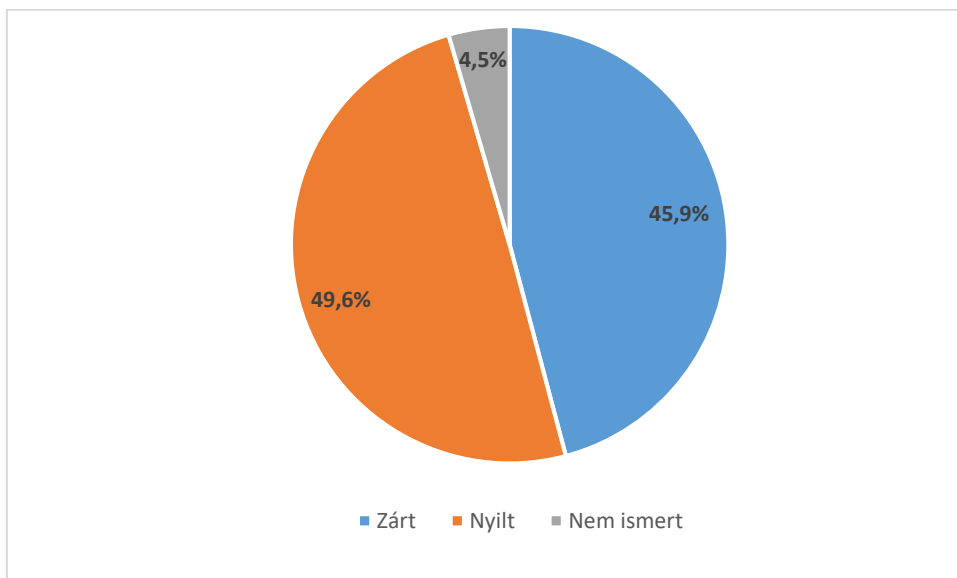
6. ábra: A lejelentett eltűnt betegek megoszlása az osztály típusa szerint (n=133; saját szerkesztés)



Szakmai bontás szerint a legnagyobb arányban a pszichiátriai osztályokról jött jelentés (n=123; 92,5%).

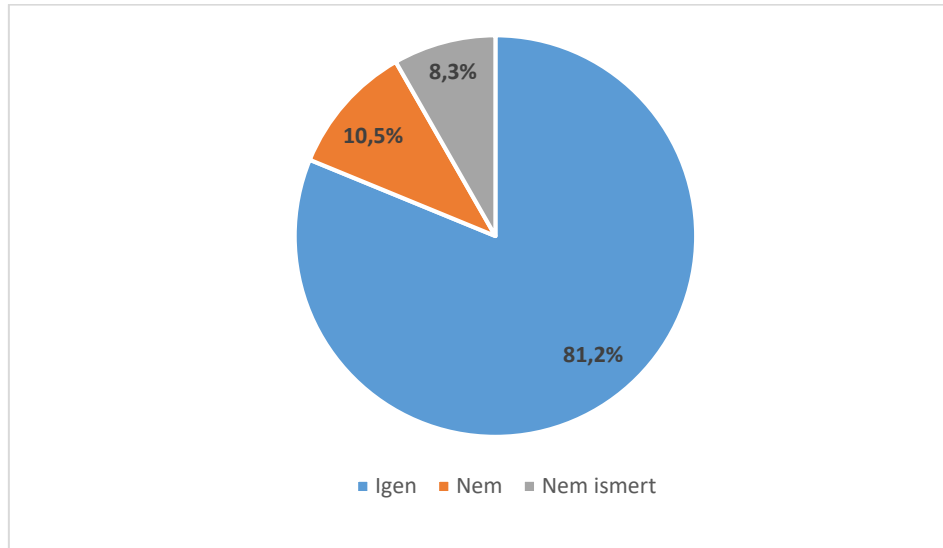
A betegellátását végző részleg (zárt: 45,9%; nyílt: 49,6%) szerinti előfordulásban nem található kiemelkedő különbség. (Lásd a 7. ábrát.) A jelentésekből az is kiderül, hogy a betegellátás a nem várt esemény bekövetkezésének időpontjában a szokásos létszám mellett zajlott (n=122; 91,7%).

7. ábra: Az ellátást végző részleg zárt-e vagy nyílt (n=133; saját szerkesztés)



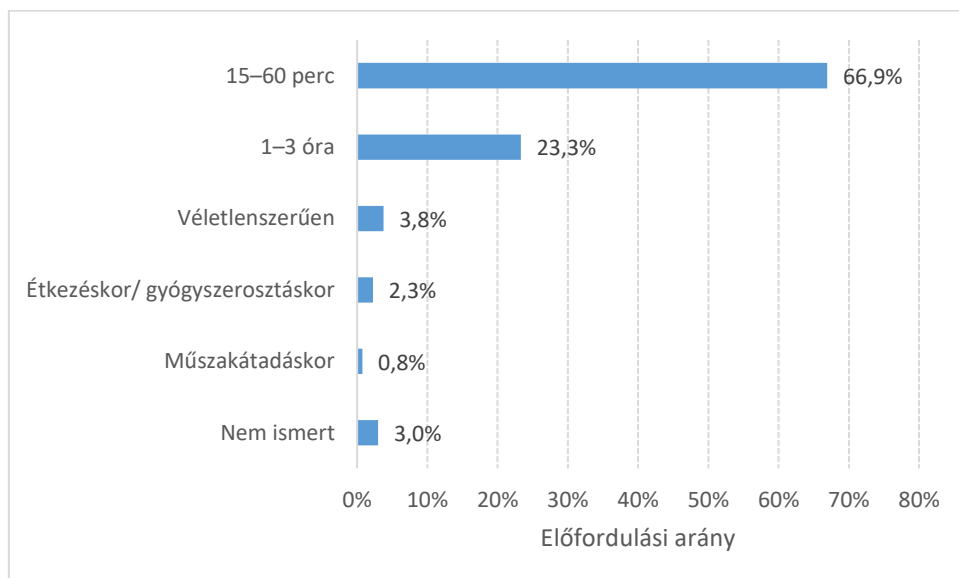
A jelentések 81,2%-ában (n=108) volt az egységben az eltűnés szempontjából kockázattal rendelkező betegek kiszűrésére, azonosítására, felügyeletére és megtalálására vonatkozó szabályozás. (Lásd a 8. ábrát.)

8. ábra: Volt-e szabályozás az egységben belül (n=133; saját szerkesztés)



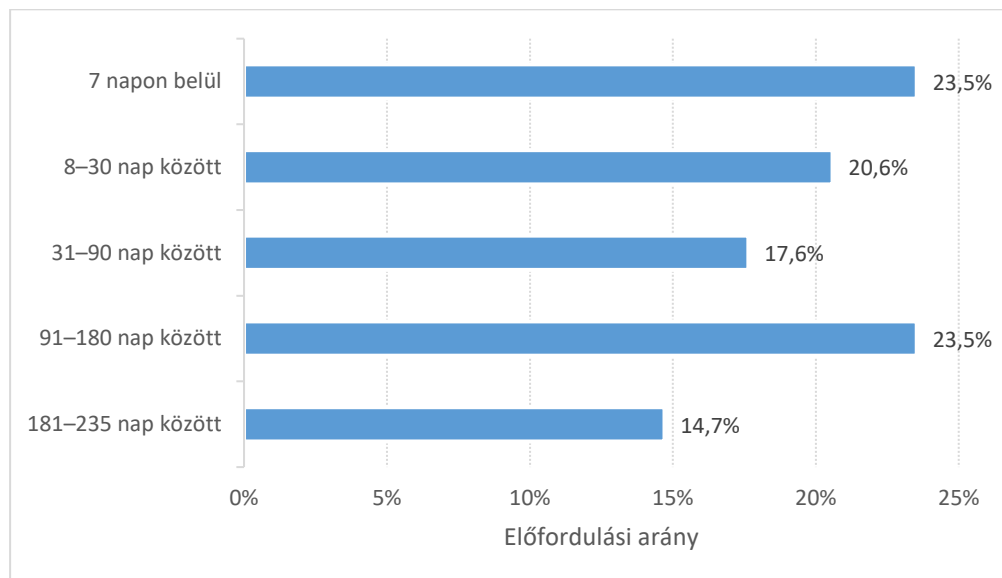
Az eltűnés szempontjából kockázattal rendelkező betegek ellenőrzése az egységekben 66,9%-ban (n=89) 15–60 percenként, 23,3%-ban (n=31) pedig 1–3 óránként ment végbe. (Lásd a 9. ábrát.)

9. ábra: Az eltűnés szempontjából kockázattal rendelkező betegek ellenőrzésének gyakorisága az egységben (n=133; saját szerkesztés)



A 133 eltűnt beteg közül 90 (67,7%) aznap előkerült, 6 esetben (4,5%) viszont csak másnap találták meg, illetve egy esetben (0,8%) egy teljes hónap kellett a megtalálására. Egy esetben ugyan megtalálták a beteget (0,8%), viszont nem rögzítették az adatlapon, hogy mikor. A maradék 35 esetben (26,3%) nem sikerült megtalálni a beteget a jelentés elküldéséig. A megtalálásig eltelt idő értelmezése érdekében azt is megvizsgáltuk, hogy a jelentés az eltűnés időpontjához képest mikor készült. A 10. ábrán lehet látni, hogy a nem megtalált betegek körében 8 esetben (23,5%) küldték el egy héten belül a jelentést az eltűnés észlelését követően. Egy esetben 235 napot vártak a jelentés elküldésével. Ennél későbbi kitöltés nem történt.

10. ábra: Az eltűnés észlelése és a jelentőlap elküldése között eltelt idő azoknál a betegeknél, akiket nem sikerült megtalálni (n=34; saját szerkesztés)

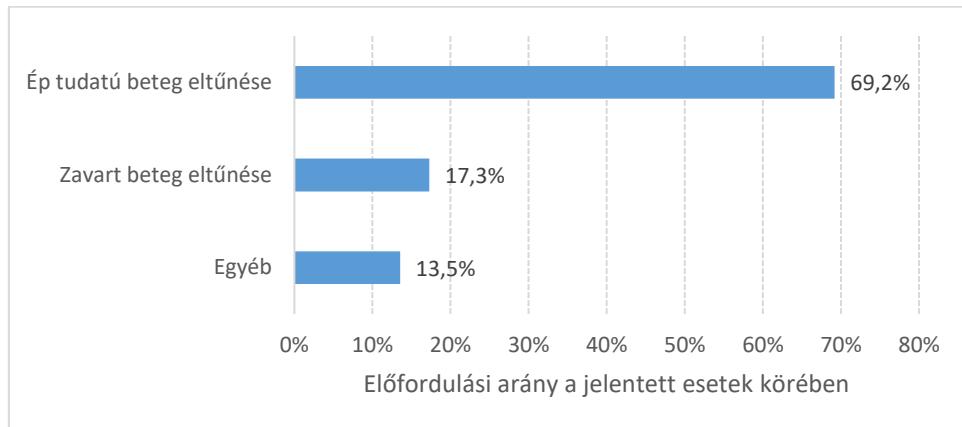


A 97 megtalált beteg többségében (n=67; 69,1%) rendszeresen, 15–60 percenként, 22 esetben (22,7%) 1–3 óránként történt meg az ellenőrzés.

5.1.1.4. AZ ESEMÉNY LEÍRÁSA

Az esemény típusát tekintve látható, hogy a jelentéstevők az eltűnt betegek több mint kétharmadát (n=92; 69,2%) az „ép tudatú” betegek csoportjába sorolták. (Lásd a 11. ábrát.)

11. ábra: Az esemény típusa (n=133; saját szerkesztés)

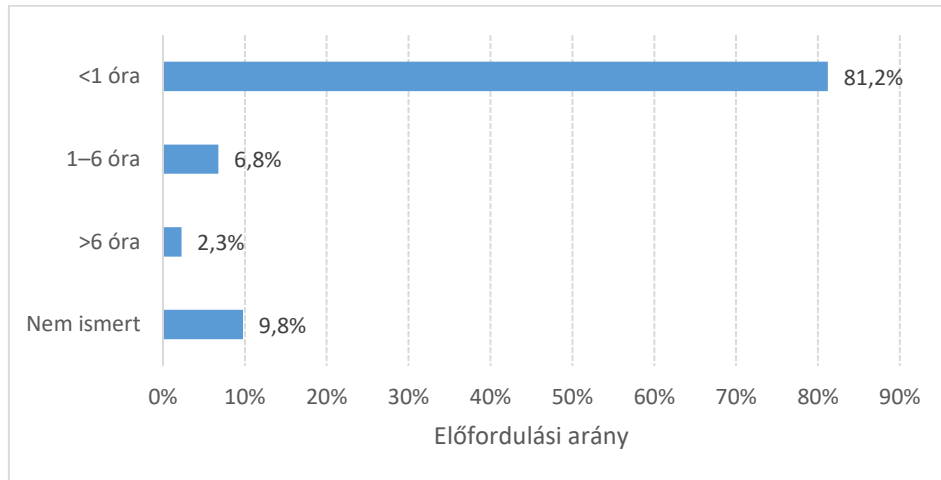


Azokat az eseteket alapul véve, amikor ismert volt az eltűnést követő megtalálás napja (n=97), a NEVES-jelentések adatai szerint a betegek eltűnése 69,1%-ban (n=67) egy munkanap során történt. Mivel közel két és félszer annyi munkanap van, mint munkaszüneti nap, így ez az arány nem tekinthető kimagaslóan nagyoknak.

Hasonlóan, az esetek többségében (n=71; 73,2%) nappal észlelték az utólag megtalált beteg eltűnését. Érdekes, hogy az aznap megtalált betegek eltűnését többségében nappal (nappal: 70,1%; ügyelet: 22,7%), míg a másnap megtalált betegek eltűnését többségében ügyeleti időben (nappal: 2,1%; ügyelet: 4,1%) vették észre.

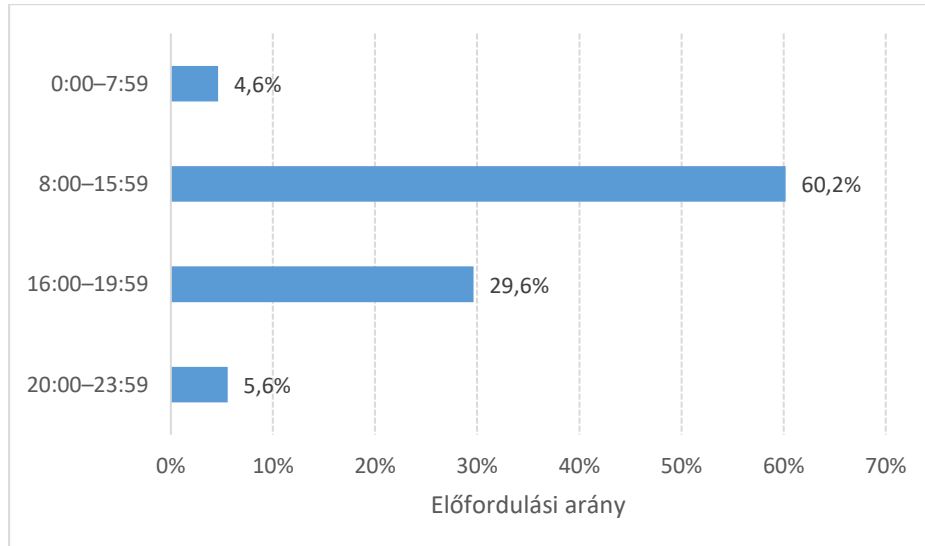
Az eltűnés és az észlelés között eltelt becsült időt a 12. ábrán mutatjuk be. Az esetek többségében (n=108; 81,2%) egy órán belül észlelték a beteg eltűnését. Mindössze három esetben (2,3%) volt ez az idő 6 órán túli. 13 jelentésnél (9,8%) a kitöltő azt jelölte be, hogy nem tudják megbecsülni az eltűnés és az észlelés között eltelt időt.

12. ábra: Az eltűnés és az észlelés közötti becsült idő (n=133; saját szerkesztés)



Azoknál az eltűnt betegeknél, akiket egy órán belül sikerült megtalálni, többségükben (n=65; 60,2%) munkaidőben (8:00 és 15:59 között) észlelték az eltűnésüket. (Lásd a 13. ábrát.)

13. ábra: Az egy órán belül megtalált betegek észlelésének az időpontja (n=108; saját szerkesztés)



A jelentések alapján a betegek 56,4%-a (n=75) az egészségügyi ellátást saját akaratából vette igénybe, 37,6%-uknál (n=50) ez fordítva volt, 6%-uknál (n=8) pedig nincsen erre vonatkozó adatunk. A 3. táblázatban látható, hogy a számok hogyan oszlanak meg, ha figyelembe vesszük, hogy akarták-e az ellátást és hogy végül sikerült-e megtalálni őket.

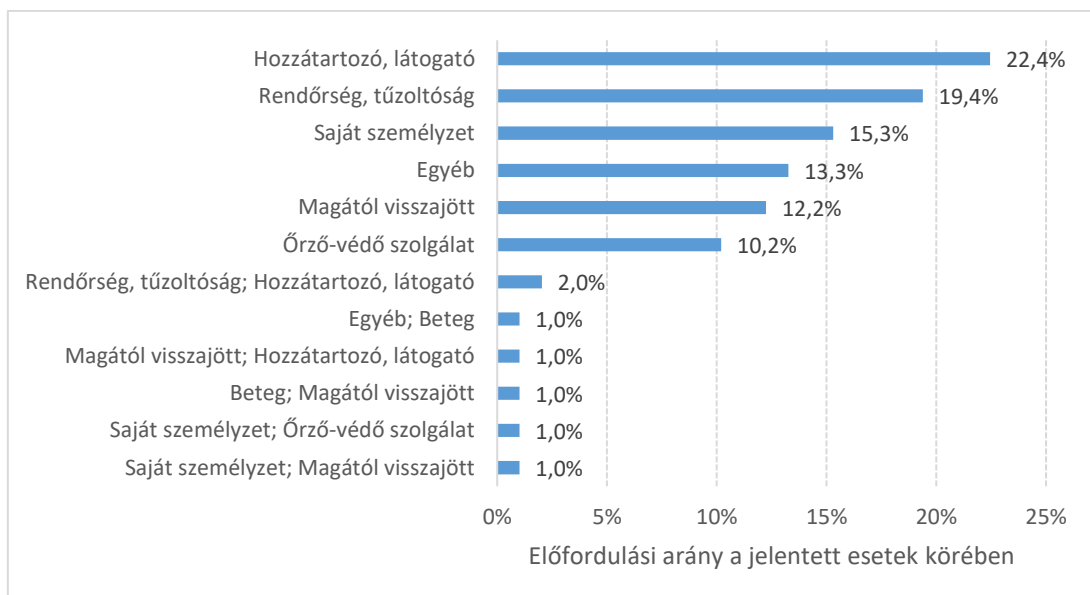
3. táblázat: Az ellátáshoz való hozzáállásnak és a beteg megtalálásának a keresztábrája (n=133; saját szerkesztés)

A beteg akarta az ellátást	A beteget megtalálták		
	Igen (n)	Nem (n)	Összesen (n)
Igen	48	27	75
Nem	42	8	50
Nem ismert	8	0	8
Összesen	98	35	133

A lejelentett betegek 58,6%-a (n=78) státusz alapján nem tartozott az eltűnés szempontjából kockázattal rendelkező betegek közé. Az eltűnt betegek magas arányban, 74,4%-ban (n=99) a távozásukkor nem vittek magukkal iratokat vagy pénzt. Az esetek többségében egy egészségügyi dolgozó vette észre a beteg hiányát (n=129; 97,0%). A megtalált betegek 66,3%-a (n=65) a megtalálás pillanatában az intézményen kívül volt.

A 14. ábrán látható, hogy leggyakrabban a hozzátartozó vagy látogató (n=22; 22,4%), a rendőrség vagy a tűzoltóság (n=19; 19,4%), valamint az intézmény személyzete (n=15; 15,3%) egyedül találta meg a beteget. Hét esetben a kitöltő több személyt is bejelölt megtalálónak.

14. ábra: Az eltűnt beteg megtalálója (n=98; többszörös választás; saját szerkesztés)

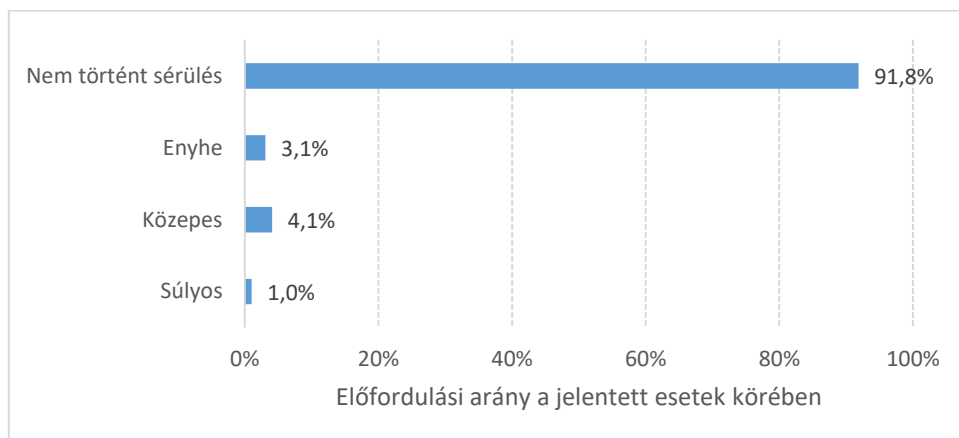


Az érintett betegek több mint fele (igen: 56,4%; nem: 18,8%; nem ismert: 24,8%) kísérővel jutott el a vizsgálatokra, beavatkozásokra. A betegek többsége előzetesen nem kapott tudatmódosító hatású vagy mellékhatású gyógyszert (igen: 34,6%; nem: 50,4%; nem ismert: 15,0%). Az esetek döntő többségénél a „nem” (n=48; 36,1%) vagy a „nem ismert” (n=63; 47,4%) kategória került megjelölésre arra vonatkozóan, hogy a beteget távozás előtt érte-e valamilyen érzelmi hatás. A jelentések több mint felénél a beteg személyes tárgyai (táska, ruházat, cipő, iratok) a személyzet által kulccsal elzárt helyiségben voltak (n=88; 66,2%).

5.1.1.5. AZ ESEMÉNY KÖVETKEZMÉNYEI

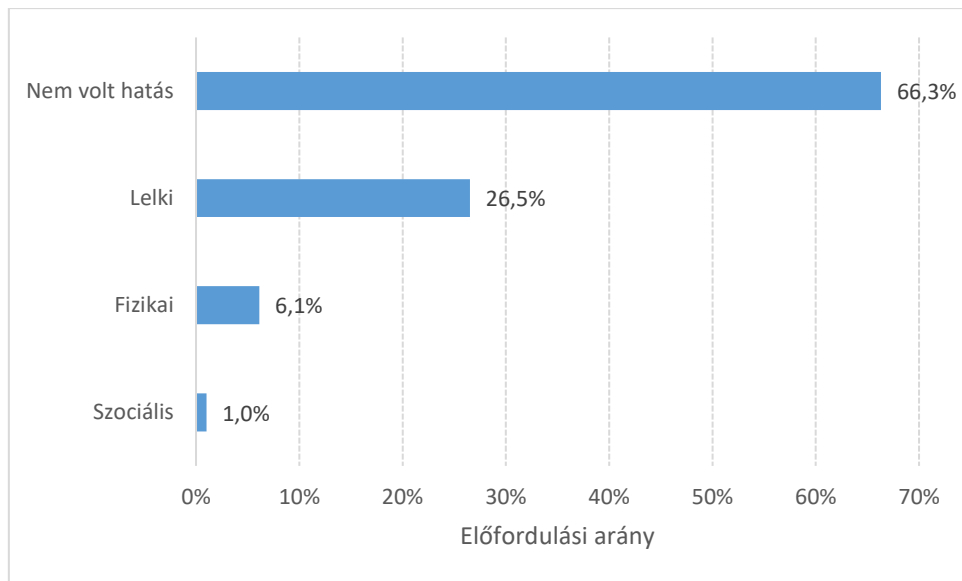
Az esemény következtében a megtalált betegek többségénél nem történt sérülés (n=90; 91,8%). Súlyos sérülés (maradandó vagy hosszú távon fennálló károsodás) egy esetben (1,0%) került bejelölésre. (Lásd a 15. ábrát.)

15. ábra: A megtalált beteg sérülésének mértéke (n=98; saját szerkesztés)



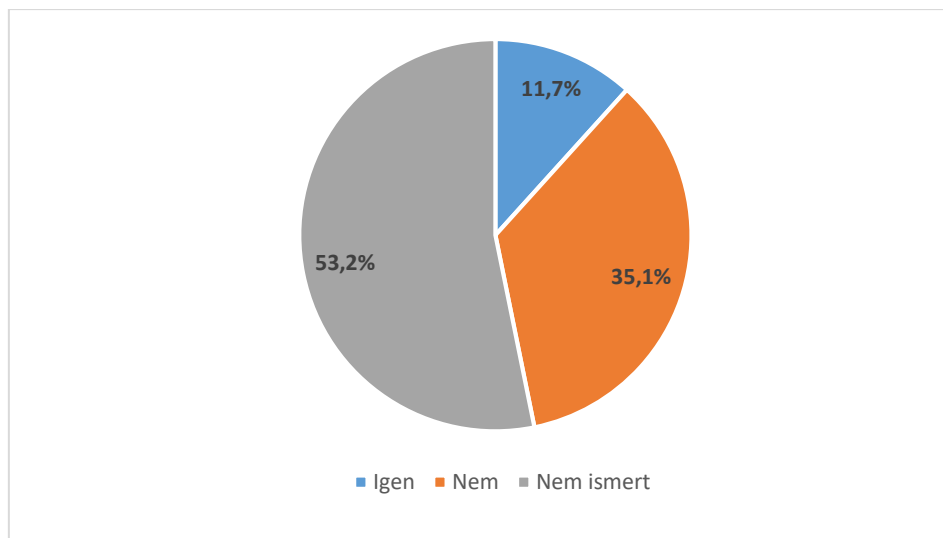
A bekövetkezett nem várt esemény a megtalált betegek 66,3%-ára (n=65) nem volt hatással, viszont 26,5%-uk esetében (n=26) lelki hatásról számoltak be. (Lásd a 16. ábrát.)

16. ábra: Az esemény hatása a megtalált betegre (n=98; saját szerkesztés)



Az eltűnés következményeként jellemzően nem növekedett meg a fekvőbeteg ellátási ideje, viszont az látható, hogy e téren igen magas (n=50; 53,2%) a nem ismert esetek aránya. (Lásd a 17. ábrát.)

17. ábra: Az esemény következményeképpen hosszabbá vált-e a megtalált beteg fekvőbeteg-ellátási ideje (n=94; saját szerkesztés)



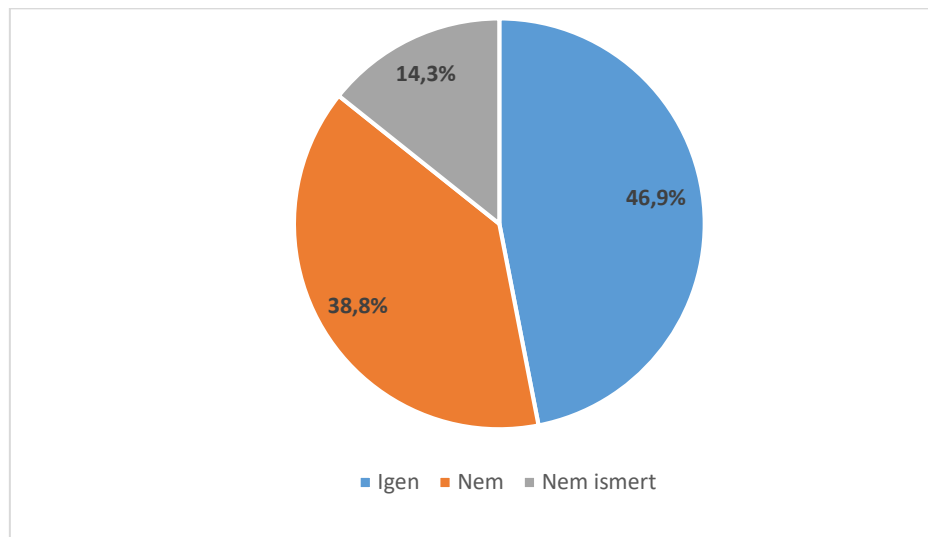
Mivel a jelentések többsége az eltűnés napján készült (lásd a 4. táblázatot), a fekvőbeteg-ellátás hosszára vonatkozó megállapítást fenntartásokkal kell kezelni.

4. táblázat: A fekvőbeteg-ellátás meghosszabbodásának és a jelentőlap kitöltési idejének kapcsolata (n=91; saját szerkesztés)

A fekvőbeteg-ellátás meghosszabbodott	Már aznap kitöltötték a NEVES jelentőlapot		
	Igen (n)	Nem (n)	Összesen (n)
Igen	9	2	11
Nem	30	3	33
Nem ismert	44	3	47
Összesen	83	8	91

Az adatok alapján a megtalált betegek 46,9%-ánál (n=46) volt szükség korlátozás bevezetésére, a 38,8%-uknál (n= 38) ugyanakkor nem. (Lásd a 18. ábrát.)

18. ábra: Az esemény következményeképpen a megtalált betegnél szükségessé vált-e korlátozás (n=98; saját szerkesztés)

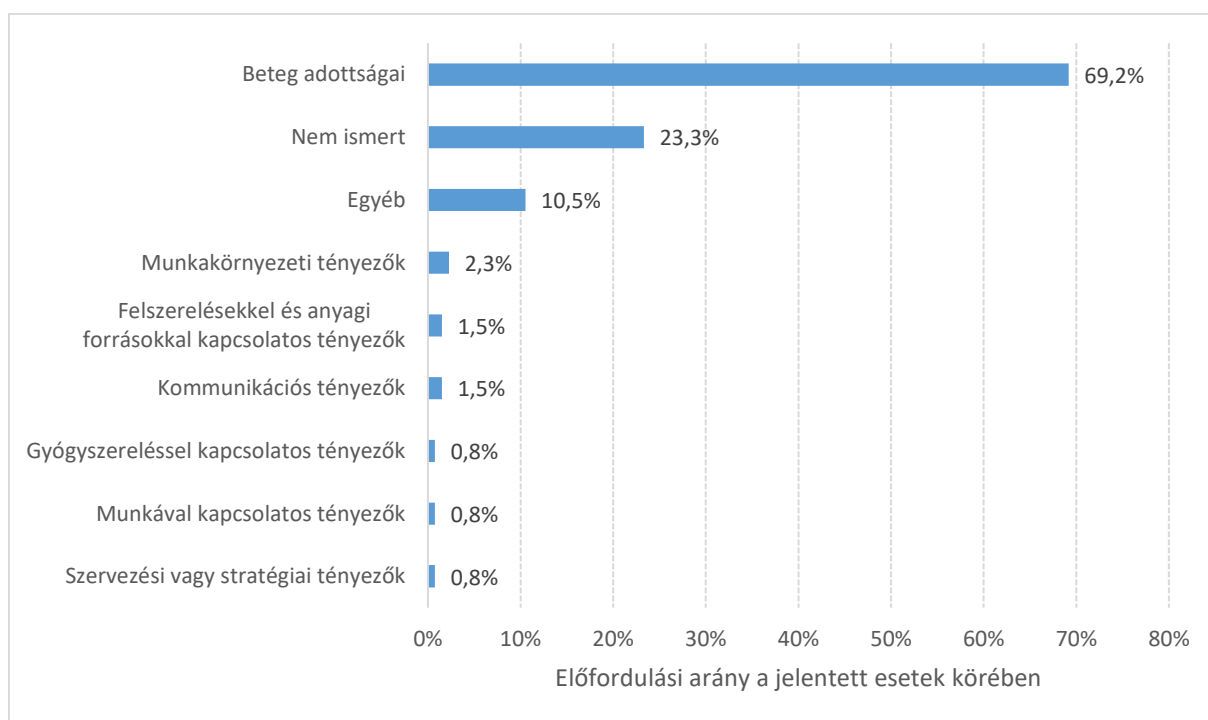


A NEVES jelentőlap lehetőséget nyújt az adatrögzítő számára, hogy szabad szöveges formában is megfogalmazza azt, hogy véleménye szerint milyen okok álltak a beteg eltűnésének hátterében. Ez alapján kiderült, hogy a betegek 54,9%-ban (n=73) az osztályról, 14,3%-ban (n=19) az udvarról tűntek el. 27,8%-nál (n=37) nem adtak meg erre vonatkozóan érdemi választ.

Néhány esetben megemlítették, hogy a látogatónak, a honvágynak, a család hiányának szerepe volt az eltűnésben, vagy a beteg vásárlási céllal hagyta el az intézmény területét, illetve több esetben a műszakátadaskor a személyzet elfoglaltságát kihasználva távozott a beteg az ellátó osztályról.

Végül a 19. ábrán összegeztük, hogy a személyzet tagjainak megítélése szerint milyen tényezők vezettek az esemény bekövetkezéséhez. Az esetek több mint kétharmadánál (n=92; 69,2%) a beteg adottságait említették meg.

19. ábra: A tényezők, amelyek az esemény bekövetkezéséhez vezettek (n=133; szabad szöveges válaszok alapján; saját szerkesztés)



5.1.2. Okok és hozzájáruló tényezők szakirodalmi források alapján

A szakirodalmi közleményekben, különösen a több közlemény áttekintésével készült *review*-ekben a szerzők többsége megkísérli összefoglalni, véleménye szerint milyen okok állnak a betegeltűnések hátterében, és milyen eszközökkel lehetne javítani a helyzeten. A szakirodalmi összefoglalóban láttuk, hogy a két nagy betegcsoport, a demensek és a pszichiátriai betegek eltűnési esetei külön közleményekben szerepelnek, és a feltárt okok is különbözőek.

Az alábbiakban áttekintjük, mire hívják fel a figyelmünket a *demens betegek* elkóborlásával kapcsolatos jelenségek tárgyában közzétett nemzetközi publikációk, segédletek és irányelvek. Az egyes közlemények a problémakör más-más részeire fókuszálnak.

A demencia szakirodalmából kirajzolódik, hogy a demensek ellátása során **kevés hiba is elég ahhoz, hogy a nem kívánt események egész sorozata alakuljon ki**. Például a folyadékpótlás elégtelensége átmeneti tudatzavar kialakulásához vezet, ez az időseknél kórházi felvétel indokává válhat. A kórházi környezet megzavarja a beteget és nyugtalaná válik, miközben otthon jól eligazodott, ezzel az elkóborlás kockázata is fokozódik. Az elkóborlás sok esetben

eleséssel jár. Ha a beteg csonttörést szenved, további kórházi tartózkodás válik szükségessé. A fizikai sérülés miatt fizikai vagy kémiai korlátozó eljárásra vagy -intézkedésre lehet szükség a további balesetek megelőzése végett.

Patton McGinley 2011-ben közzétett tanulmánya a kórházak és a bentlakásos otthonok dolgozóinak szól, az idős emberekre és az Alzheimer-betegségben szenvedőkre fókuszál, s fő célja a jó gyakorlatok megosztása. A betegek elkóborlását gyakori problémaként írja le, és a következmények miatt tekinti súlyosnak: a betegek elesése, a közúti baleset, illetve a bűncselekmény áldozatává váló érintettek miatt. **Kiemelt kockázatúnak tekinti az új beteget, és kulcsponként értékeli a betegfelvétel folyamatát.** (McGinley, 2011)

Egy 2013-ban közzétett, tíz tanulmányon alapuló metaanalízis azt vizsgálta, hogy melyek a kórházi felvétel okai a demens és a nem demens betegek körében. Az analízisbe bevont tanulmányokban közölt vizsgálatok alapján összehasonlították a kórházi felvételre került demens és nem demens betegeknél a kórházba kerüléshez vezető okokat, és összevetették a kórházba került és oda nem került demensek jellemzőit is. A kórházi felvételek számát **növelő tényezőnek találták** a fizikai problémák mellett – ami a várakozásnak megfelelő felvételi ok – a demensek magatartási problémáit is, **a motoros nyugtalanságot, az agított viselkedést és az elkóborlást, továbbá a memória, a beszéd és az egyéb kognitív funkciók zavarát.** A kórházba kerülést növelő tényezőnek találták a napi rutin vagy a környezet megváltozását és a mindennapi szükségletek kielégítésében a másokra való ráutaltság fokozódását is. A fizikai okok között szerepel a kiszáradás is, ami önmagában is növeli a zavart tudatállapot kialakulásának valószínűségét. (Toot et al., 2013)

Egy 2014-ben közzétett *review* áttekintette az összes releváns publikációt, amely 1975 óta megjelent a demencia és betegelkóborlás tárgykörében, és összefoglalja a fontosabb eredményeket. (Cipriani et al., 2014) Egy 2006-os tanulmányra (Wick & Zanni, 2006) utalva, amely ismerteti a demens betegek körében tapasztalható elkóborlások gyakoriságát, megállapítja, hogy

- öt demens betegből átlagosan egy elkóborol;
- az **esetek gyakorisága korrelál a demencia súlyosságával**, az enyhe, a középsúlyos és a súlyos demencia egyre nagyobb elkóborlási gyakorisággal jár;
- a demens betegek 65%-a élete során egyszer elkóborol;
- akiknek **már volt elkóborlási** esetük, azok közül 72% ismét elkóborol.

A kockázatfelmérés tehát fontos, de vajon vannak-e használható módszerek, amelyekkel kiszűrhetjük a később valószínűbben elkóborló betegeket, és így differenciált intézkedéseket tehetünk? Ehhez ad eszközt a kezünkbe az a tanulmány (Song & Algase, 2008), amely azonosítja azokat a premorbid személyiségjegyeket, amelyek előre jelzik, kikből válik majd elkóborló beteg, vagyis **kapcsolatot mutat ki a személyiségvonások és a későbbi elkóborlás között**, és ezzel eszközt ad a rizikóbecsléshez. Az eredmények alapján három vonás járul hozzá az elkóborló viselkedés kialakulásához:

1. Extrovertált személyiség – ez olyan személyiségvonás, amely tartósan jellemző az egyénre, időben nem változik a felnőttkor során.
2. Motoros aktivitás – ez állapotfüggő tulajdonság, gyógyszerek és sok egyéb hatás befolyásolja.
3. Negatív verbalizáció – ez tartós attitűd, azt jelenti, hogy a stressz levezetését nem tudja vagy nem szokta verbális úton megoldani, nem zsörtölődik vagy panaszkodik, hanem inkább megpróbál kilépni a kellemetlen szituációból.

Az 1. számú függelékben megtalálhatók a Magyarországon jelenleg kockázatszűrésre használt tesztek – ezek nem a személyiségjegyeket vizsgálják, hanem a demenciát szűrik ki és annak a mértékét állapítják meg.

A szakirodalomban teljesen elkülönül a *pszichiátriai betegek önkényes távozása*, szinte egyáltalán nincsenek olyan közlemények, amelyekben a demens elkóborlással együtt említenek. Ennek oka valószínűleg az, hogy a közlemények eltérő betegcsoportokon végzett vizsgálatokon alapulnak. Amikor az idősellátásban tapasztalt elkóborlás kutatása motiválja egy-egy vizsgálat elvégzését, az esetek beválogatásánál a kórházi környezetből vagy a bentlakásos otthonokból válogatják be az eseteket, és az életkor jelenik meg fő beválogatási és elemzési szempontként. Ettől teljesen függetlenül vizsgálják a pszichiátriai osztályokról való önkényes távozást, ahol szinte minden esetben egy vagy több pszichiátriai osztály eltűnési eseteinek vizsgálata szolgáltatja a kiindulópontot, sőt akár országos szinten is bevonják az összes pszichiátria adatait, más úton azonban nem kerülnek további esetek a képbe.

A pszichiátriai osztályokról történő engedély nélküli, önkényes távozás előfordulásának gyakoriságát a különböző tanulmányok tág határok közé teszik, az egészen alacsony 2%-tól a 38%-ig terjedően. (Bowers et al., 1998a) Nem minden közleményből derül ki, hogy az alapsokaságot hogyan határozzák meg, amihez az eltűnési esetek számát is viszonyítják. A többféle intézménytípus különböző ellátási formáiban részt vevő pszichiátriai betegek száma eltérő lehet attól függően, hogyan határozzák meg, ki számít pszichiátriai betegnek. Az engedély nélküli távozást a forenzikus pszichiátriai, vagyis őrzött ellátó egységek betegforgalmához is lehet viszonyítani, így az alapsokaság szűkebb lesz, és magasabb arányszám jön ki. Az általános pszichiátriai osztályok közül a zárt osztályok forgalmához viszonyítva az arány alacsonyabb lesz, a nyílt osztályokat is magában foglalóan pedig még alacsonyabb, mivel megnő az alapsokaság. Ezzel szemben az eltűntek beválogatási kritériumai a közleményekben általában világosak, ámde nem egységes a definíció, amellyel az eltűnési

eseteket meghatározzák. Tehát az aránypárok mindkét oldalán eltérően meghatározott esetszámok szerepelnek, így a különböző vizsgálatok eredményeit nem is lehet összevetni egymással a gyakoriság tekintetében, eközben ugyanakkor az okok és a megoldási lehetőségek tekintetében hasonló képet mutatnak.

Angliában 2001 júniusától 2002 áprilisáig öt akut pszichiátriai osztály bevonásával végeztek vizsgálatot a szökések okait kutatva és hatásos beavatkozásokat keresve a probléma mérséklésére. Az öt osztály mindegyike egy londoni kórház része volt, de fizikailag elkülönültek. A vizsgálatba bevont betegek 65 év alatti felnőttek voltak. A többi tanulmányban felsorolt negatív hatások mellett, amelyek elsősorban az önkényes távozással a betegre nézve káros kockázatok miatt foglalkoznak, ez a tanulmány megemlíti, hogy az önkényes távozás a személyzetre is terhet ró és aggodalmat kelt bennük. (Bowers et al., 2003)

Az egyik szerző korábbi kutatásában részletesen vizsgálta az engedély nélküli, önkényes távozás okait, amelyekre visszautalva itt is kiemelik, hogy szinte minden esetben van racionális indoka a távozásnak. (Bowers et al., 1998a) **A fő okok:**

- unalom;
- a beteg megijed a többi betegtől;
- tőrbe csalva és korlátozva érzi magát;
- a háztartással kapcsolatos kötelezettségek;
- elvágva érzi magát a rokonoktól és barátoktól;
- aggódik az otthona és egyéb tulajdona miatt.

A korábbi kutatásokban statisztikai elemzéssel is keresték az önkényes távozás valószínűségénövelő jellemzőket, és ilyenek találták (Bowers et al., 2000)

1. a **korábbi kórházi felvétel során történt szökést;**
2. a **gyógyszerelés visszautasítását a megelőző 48 órában;**
3. azt, ha a beteg életkora **35 év vagy idősebb;**
4. azt, ha a beteg **férfi;** valamint
5. azt, ha a betegnél **skizofréniát diagnosztizáltak.**

Ezek a tényezők mind szignifikáns hatással voltak az önkényes távozásra. Az egyes tényezők a felsorolásban a kimutatott összefüggés erőssége szerinti sorrendben szerepelnek, első helyen a legerősebb tényezővel, amit a korábbi szökés jelent.

Ugyancsak Angliában végeztek országos felmérést azokról az esetekről, amikor a pszichiátriai osztályról eltűnt beteg öngyilkos lett (Hunt et al., 2010). Az adatbázis az 1997 és 2006 között öngyilkosságot elkövetett és meghalt személyeken alapult Anglia és Wales területén, ezt egészítették ki azzal, hogy a halál előtti egy évben pszichiátriai osztályon kezelték a beteget. A kezelési adatokat összekapcsolták a haláleseteket tartalmazó adatbázissal, ezt követően pedig

kiküldték az intézményekbe az egyes vizsgált esetekre vonatkozó kérdőíveket, amelyeket a pszichiáterek töltöttek ki. A kérdések között szerepeltek tényadatok és a kezelő szubjektív megítélésén alapuló adatok is, a beteg klinikai történetéről, a kezelésről, vagy épp az utolsó kontaktusáról az ellátó osztállyal. Külön kérdés irányult arra, hogy a válaszadó véleménye szerint megelőzhető lett volna-e a haláleset, és milyen eszközökkel. Összesen 13.066 esetet tudtak összekapcsolni a halálozási és a kórházi adatbázisból, a kérdőíves felmérésnél a válaszadók 98%-a küldte vissza a kérdőívet. Ebből 1851 esetben a halál idején a beteg pszichiátriai osztályon kezelés alatt állt, 30% az osztályon követett el öngyilkosságot, 70% pedig miután távozott az osztályról. A pszichiátriai osztályról távozó, majd öngyilkosságban meghalt betegek **38%-a engedély nélkül**, 62%-a viszont engedéllyel távozott. **Az engedély nélkül távozók között több volt a fiatal, gyakoribb volt a hajléktalanság, a munkanélküliség, az alkohol- és a droprobléma, valamint az erőszakos cselekmények, és több volt köztük a skizofrén.** A kérdőívek alapján az ellátás körülményeiben nem lehetett különbséget kimutatni az engedély nélkül távozóknál, de az együtt nem működés (*non-compliance*) az ellátók szerint jellemző volt. Több olyan kezelésre kötelezett volt köztük, aki **nem egyezett bele önként a pszichiátriai osztályos ellátásba.** A kitöltött kérdőívekben – tehát utólag – sokszor szerepelt a betegeknek aktuális zavar, érzelmi stressz, hallucináció és öngyilkossági szándék, amelyet bár le tudtak írni, nem tudtak rá megfelelően reagálni a személyzet részéről.

Az engedély nélkül távozók motivációit vizsgálta a fent idézett kutatáshoz (Bowers et al., 1998b) hasonló módon, a páciensekkel utólag felvett interjúkban egy ausztrál vizsgálat is (Muire-Cohrane et al., 2012), a hangsúlyokat ugyanakkor máshová tette, amikor a beteg és környezet közötti kölcsönhatást vizsgálta, és azt a kérdést járta körbe, hogy a pszichiátriai osztály kockázatos környezetnek számít-e a betegek számára. A pszichiátriai osztályokon több korábbi kutatás megállapításai szerint jogos félelem alakulhat ki a betegekben, főként a többi beteg miatt, előfordulhatnak erőszakos cselekmények és szexuális visszaélések is. A vizsgálatban 12 beteggel vettek fel félig strukturált interjút, miután megszöktek egy pszichiátriai osztályról; ezeket az eseteket fél év alatt gyűjtötték össze. Az interjú idején a beteg visszatekint arra a korábbi cselekményére, amikor engedély nélkül távozott. Az interjúk leiratát kvalitatív kutatáshoz használt szövegelemző szoftverrel szempontlista alapján elemezték, majd a redukált eredményeket szakmai workshopon is megvitatták. A közleményben csoportosítva adják közre az eredményeket, idézve a betegek saját szavait is. (Muire-Cohrane et al., 2012) Az alábbiakban ezek közül ismertetünk néhányat.

- A betegben rejlő egyéni faktornak találták a **saját hallucinációk elől való menekülést**, ilyenkor az utólagos beszámolóknál így írja le a beteg az eseményt: „Pszichotikus pánikban voltam, de nem tudtam, mi az. Hallucináltam, és megjelent egy személy a szobában, nem tudtam onnan eltávolítani... nem gondolkodtam semmin, csak futottam le az utcára”. Ide sorolták a **diagnózissal való egyet nem értést**, a **betegségbeállítás hiányát** is: „Tagadásban voltam, annak a része volt a szökés... nem volt világos, mi a betegségem. Nem akartam a négy fal közé zárva lenni, vagy

kórházban lenni, borzalmasan rosszul éreztem magam. Csak ki akartam szabadulni.” (Muire-Cohrane et al., 2012)

- A **személyzet kommunikációs hiányosságai** közé sorolták a beteg által megtapasztalt figyelemhiányt: „...ülök itt és azon gondolkodom, ha ők egész nap nem szólnak hozzám, mégis mit gondolnak, hogy vagyok?” Vagy az ilyen beszámolókat: „nem segített semmit, egyáltalán semmit (a kórházban tartózkodás); és a megválaszolatlan kérdéseket-kéréseket: „úgy éreztem, semmihez nincs jogom, mert senki nem hallgatott meg, amikor próbáltam segítséget kérni”. Valamint az ilyen végletesnek tűnő értékelést is: „ha felnőttként kezeltek volna, akkor szívesen maradtam volna... ha emberszámba vettek volna.” (Muire-Cohrane et al., 2012)
- Az okok másik csoportját képezi a **betegtársakkal való kapcsolat vagy a más betegeknél látott negatív események**. „Azért mentem el, mert néhány férfibeteg szexuálisan zaklatott, még ha csak szavakban is, ez sértő volt”. Egy másik beszámoló szerint „behozta a mentő egy betegtársamat, az erei fel voltak vágva és bekötve, öngyilkos akart lenni, ez világos volt... nagyon megijedtem... és arra gondoltam, na nem, én nem akarok ezen az úton járni... és elmentem.” (Muire-Cohrane et al., 2012)
- A **fizikai környezet hatása** a betegekre nem egyértelmű, ugyanazokat a dolgokat a betegek egy része biztonságosnak élte meg, más részük pedig nem. A privátszféra például valakinek megnyugtatót, másnak félelmet keltő magányt jelent. A nővérpult elhelyezése és a kommunikáció közti összefüggés valószínűleg általános, azaz lehet úgy is elhelyezni a pultot, hogy elválasztó hatású legyen, ami azt sugallja a betegnek, hogy „mi és ők” felállás van. (Muire-Cohrane et al., 2012)
- A **környezet szimbolikus hatása** alatt azt értik, hogy a konkrét eseményektől függetlenül a pszichiátriai osztály maga mit vált ki a betegekből. Pl. a szabadság hiányával azonosítják, ahol utasítva vannak és megfosztják őket az autonómiától. „...hogyan valaki totális kontroll alatt tart, mikor zuhanyozhatsz, mikor fekédj le, mikor mehatsz ki egy cigit elszívni, ez nekem erős, nagyon erős.” Ide tartozik a tétlenség miatti frusztráció is „...nem csinálsz semmit, csak dohányzol és azon gondolkodsz, hogy ki akarsz menni onnan, hogy csinálj valamit”. A környezet családi kialakítása a vizsgálat idején Ausztráliában is célkitűzés, ahogy a legtöbb fejlett országban, a nagy tömegintézmények felől a kisebb, közösségi ellátási formák felé törekszenek. Ezért külön rákérdeztek erre is, és azt találták, hogy az étkezések és a foglalkozások idején a betegek családi légkört tapasztaltak, de ez a napi 24 órának kis részét teszi ki. (Muire-Cohrane et al., 2012)

Egy kanadai vizsgálat (Wilkie et al., 2014) kifejezetten a *forenzikus pszichiátriáról* való szökést vizsgálta, egy 180 ágyas intézményben Torontóban, ahol különböző fokozatú őrzött egységek találhatóak, és a kezeltek mindegyike a büntetőeljárás részeként vagy alternatívájaként elrendelt kötelező kezelés alatt állt. A vizsgálatba 57 olyan személyt vontak be, akik esetében a megelőző 24 hónapban önkényes távozás történt. Ehhez képeztek egy kontrollcsoportot is

a szökés nélküli betegekből, ahová egyenként válogattak be hasonló betegeket, mint amilyenek az első mintában szerepelnek, nem és életkor szerint, valamint az őrzési szint alapján. A kontrollcsoportból kizártak mindenkit, akinek valaha volt önkényes távozása. Az önkényes távozást úgy definiálták, hogy magában foglalja azt a szökést, amikor az örökön átjutott a beteg, továbbá tartalmazza az engedélyezett időnél későbbi visszatérést is. Az esetekre vonatkozó összes adat a felhasznált dokumentáció része volt, nem végeztek külön adatgyűjtést és a vizsgálat céljából nem készültek olyan újabb feljegyzések sem az esetekről, amilyeneket a napi gyakorlat nem tartalmazott egyébként is. Viszont a vizsgálatba vont dokumentációba beleértették az egyes esetek ügyében elküldött e-maileket és a kéthetente tartott megbeszélésekről készülő jegyzőkönyveket is. Az önkényesen távozott betegektől minden esetben megkérdezték, hogy miért szöktek el.

Az 57 beteg 102 szökést produkált a vizsgált két év során, amelyek közül a legtöbb átlagosan két napig tartott, a legrövidebb húszpercestől a leghosszabb 38 napos engedély nélküli távollétig. Az adatok elemzése részben statisztikai módszerrel, részben kvalitatív módszerrel ment végbe. Az összes változó közül az önkényes távozásra ható tényezőket statisztikai módszerrel keresték, de utána az egy esetben található több ok közül kiválasztották a fő okot, egymástól függetlenül három kutató mérlegelése alapján. A szezonaritást vizsgálva arra a megállapításra jutottak, hogy **a nyári hónapokban és a téli ünnepi időszakban több eset fordult elő.** Az őrzött egység őrzési szintje szerint a szökések 92%-a a **gyengébben őrzött egységben fordult elő**, és csak a 8%-ának a helyszíne volt a közepesen őrzött egység (az erősen őrzött harmadik szint ebben az intézményben nem található meg). A szökött betegek 57%-a magától tért vissza, 27,5%-ukat a rendőrség vitte vissza, a fennmaradó kevés esetben pedig a betegek a személyzet vagy a családtagok közreműködésével kerültek vissza az intézménybe. (Wilkie et al., 2014)

A szökéseket megelőző történéseket vizsgálva **39%-ban találtak változást a gyógyszerelésben, 26%-ban együtt nem működést a kezelés során, 32%-ban a betegség tünetei változtak és erről feljegyzés is készült, 39%-ban pedig valami olyan esemény történt, ami stresszt vagy ellenséges érzéseket keltett a betegben.** Az esetek 80%-ában éppen megváltozott a beteg besorolása a számára engedélyezhető, jutalomnak tekinthető eltávozás szempontjából, vagyis az első adandó alkalommal szegte meg a szabályokat, amikor először mehetett ki a zárt intézetből. Ezek a betegek átlagosan 15 hónapja voltak már kezelésben az első szökési kísérlet előtt. A kontrollcsoporttal összevetve ez az idő hosszabb, ezért a szerzők szerint felmerül az a lehetőség is, hogy a kontrollcsoport tagjai egyszerűen csak *még* nem szöktek meg, de később majd meg fognak. A már megszökött csoportban több szerhasználót találtak és több olyat is, akinek volt már szökés a kórtörténetében, viszont az alapbetegséget tekintve nem találtak különbséget a kontrollcsoportéhoz képest. A viselkedés vizsgálatára irányuló, az **erőszakos cselekményeket elkövető személyek** jövőbeni magatartásának kockázatát mérő, húsz részből álló tesztben (*HCR-20: Historical, Clinical and Risk Management*; Kórtörténeti, Klinikai, Kockázatmenedzment) a magasabb pontértékek szignifikáns összefüggést mutattak az önkényes távozásokkal. (Wilkie et al., 2014)

A kutatók a betegek motivációi szerint csoportokba rendezték az eseteket. A **célirányos szökések csoportjába azok kerültek, akik a cél elérése után gond nélkül visszatértek**. Például haját akart vágatni, elment egy fodrászatba, majd visszatért. Vagy meg akarta ünnepelni a 60. születésnapját. Ezek a betegek kisebb szabályszegéseket korábban is elkövettek az intézményben töltött idejük alatt, képesek megtervezni dolgokat, csak épp nem kérnek engedélyt. A **frusztráció és/vagy unalom motiválta szökés a nehéz természetű betegekre jellemző**, akik gyakran kerülnek konfliktusba, és nyíltan szegülnek szembe a szabályokkal. A **szimptomás szökést** a beteg aktuális egészségi állapota idézi elő: hangokat hall, gyógyszerváltás történt, a mentális állapota instabil. A szerzők kiemelik, hogy eredményeik a forenzikus pszichiátria területén érvényesek, nem vethetők össze az általános pszichiátriai osztályokon tapasztalt esetekkel. Megjegyzik, hogy a vizsgált két évben egyetlen olyan esetet sem találtak, ahol a beteg a szökés közben újabb erőszakos cselekményt követett volna el, bár ezek a betegek mind ilyen cselekmények miatt álltak kötelező kezelés alatt. (Wilkie et al., 2014)

5.1.3. Okok és hozzájáruló tényezők a fókuszcsoportos megbeszélés alapján

Az előző fejezetekben számos okot és hozzájáruló tényezőt azonosítottunk be azok közül, amelyek a betegek eltűnésének a hátterében állhatnak. A minél alaposabb feltárás érdekében szakértői egyeztetést is szükségesnek tartottunk, így fókuszcsoportos megbeszélés keretein belül igyekeztünk a hazai intézményekben jellemző további okokat és hozzájáruló tényezőket találni. A szakértőinket arra kértük, hogy határozzanak meg minden olyan okot és hozzájáruló tényezőt, amellyel a munkavégzésük során már találkoztak, és a betegek eltűnéséhez vezetett.

Az első fókuszcsoporton a résztvevőkkel ismertettük a szakirodalom egy-egy megállapítását és a NEVES-adatokból nyert legfontosabb információt a különböző betegcsoportok eltérő viselkedéséről, s ezekhez az információkhoz kapcsolva kérdeztünk rá az ellátók gyakorlati tapasztalataira. A betegfelvétel, az osztályos munka, az eltűnés, a riasztás és a keresés, a megtalálás, valamint az eset utólagos visszhangja és kezelése mint időbeli folyamat volt a másik vezérfonal, amelynek minden pontját igyekeztünk érinteni.

A fókuszcsoportos megbeszélés eredményeként megállapítható, hogy a szakirodalomból ismert összefüggés, miszerint a **személyiségjegyek alapján szűrhető az elkóborlás kockázata** a demens betegekénél, kevésbé jelenik meg a hazai ellátási gyakorlatban. Általánosságban a bentlakásos szociális intézmények vannak a leginkább tudatában a felvételnél/bekerülésnél alkalmazható kockázatbecslés jelentőségének, és alkalmazzák is. A belgyógyászati, sebészeti osztályoktól meglehetősen idegen ez a szemlélet, „nem törődnek a beteg személyiségével”. A krónikus belgyógyászatok nem alkalmaznak differenciált intézkedéseket, inkább kulcsra zárják az ajtót. A pszichiátriai ellátásban viszont külön ezt célzó kockázatfelmérés nélkül is, már a betegfelvételnél támaszkodnak a személyiségről nyerhető információkra. A családtól kapható

információk egyes személyiségjegyekről (pl. „makacs”) befolyásolják a döntést a zárt osztályon történő elhelyezésről.

Az engedély nélküli távozás és az elkóborlás a gyakorlatban is elkülönül, egy-egy esetről is meg kell tudni mondani, mi történt valójában. A *demensek* körében is meg lehet különböztetni ezt a két, eltűnést eredményező viselkedést, bár általában elkóborlásról beszélünk, mivel a körükben ez a gyakori, hiszen ez erre a betegcsoportra jellemző viselkedés. Ezzel szemben a fókuszcsoporton képviselt állami fenntartású szociális otthonban, ahol kimenőre is van lehetőség, sokkal több az engedély nélküli távozás, mint az elkóborlás. Az elkóborlás nagyságrendileg havonta egyszer fordul elő, míg a szökési kísérlet mindennapos.

Az engedély nélküli eltávozások és az elkóborlás megkülönböztetéséhez nem célszerű azt vizsgálni, hogy a beteg tiszta tudatállapotban volt-e. A pszichózis például nem tiszta tudatállapot, ennek ellenére a világos célkitűzés jellemző rá. A demens elkóborlás esetén, ha van cél, az egy belső világ szerinti cél, amely a külső szemlélő számára gyakran nem érthető, és nem lehet a külső körülményekből levezetni. Az esetek besorolásához – a gyakorlatban is használható módon – a fókuszcsoporton felállított jellemzőket az alábbi, 5. táblázatban foglaljuk össze.

*5. táblázat: Az engedély nélküli eltávozás és az elkóborlás jellemzői
(a fókuszcsoportos megbeszélések alapján készített saját szerkesztésű táblázat)*

Engedély nélküli távozás	Elkóborlás
Szándékos	Nem szándékos
A kapott tájékoztatást megértette	A kapott tájékoztatást nem értette meg
Tájékozott, céltudatos	Tájékozatlan, zavart (dezorientált)

A viselkedést leíró fogalmak és a nagy betegcsoportok tehát nem feleltethetők meg egy az egyben egymásnak, az esetükben inkább jellemző mintázatról lehet beszélni. A demens betegekhez kapcsolódó elkóborlás jellegzetes viselkedés, rajtuk kívül a belgyógyászati kórképekhez társuló átmeneti tudatzavar esetén fordul elő leginkább. Ez azonban nem jelenti azt, hogy egy demenciával élő személy konkrét távozási kísérletét mindig ide kell sorolnunk, ugyanis a körükben – az aktuális állapotuktól függően – előfordul a szándékos, tájékozott és céltudatos engedély nélküli távozás is. Ugyanígy, az átmeneti tudatzavarnál is mindkét viselkedés előfordulhat, a beteg állapota gyorsan változik.

A *pszichiátriai betegek*re inkább a fentiekben meghatározott engedély nélküli távozás a jellemző, de vannak komorbid esetek, pszichiátriai betegségben és demenciában egyaránt szenvedő betegek. A skizofrénia mellett például időskorra gyakrabban alakul ki demencia, mint az átlagpopulációban. A betegeltűnés szempontjából a **kórházi tartózkodás**

időtartamának kritikus pontja a betegfelvétel folyamata: miként történik, és végeznek-e valamilyen kockázatbecslést. A betegátadás, a konzílium, a mentős szállítás önmagában is azt a kockázatot rejti magában, hogy a stressz növekedése miatt a *demens* beteg nyugtalanává válik, és esetleg megpróbál kilépni a helyzetből.

A *pszichiátriai betegek* esetében pedig kézenfekvő alkalom elkerülni a bezárást, a kórházi kezelést, ha azzal a beteg nem ért egyet, mivel a betegségbelátás hiányában indokolatlan korlátozásként éli meg. **Az engedély nélküli távozás a zárt osztályról leginkább a betegfelvétel, illetve az átszállítás alkalmával történik. A nyílt osztályoknál az ellátás folyamán bármikor megeshet, itt viszont – főként a felvételkor és az átadáskor – jelentősen csökkenteni lehet az engedély nélküli eltávozás kockázatát a kommunikációval, amelynek során a beteget informálni kell arról, hogy miben meddig lesz korlátozva, és hogyan tervezik az ő ellátásának folyamatát.** A betegfelvételnél el kell kérni a beteg saját mobilszámát is, nem csak a hozzátartozókét, mivel az engedély nélküli eltávozás esetén a kezelőorvossal történő telefonbeszélgetés hatására egyes betegek visszatérnek.

A beteg olyan körülményeinek figyelembevételére, amelyek nem kapcsolódnak az egészségi állapotához, megelőzheti a betegeltűnési eseteket. A *pszichiátriai betegeknél* gyakori, hogy **a beteg egy fennálló problémát teljesen adekvát módon szeretne megoldani, erre azonban az intézményben való tartózkodás miatt nincs módja.** Például meg kell etetnie a kuttyát, vagy tiszta ruhát szeretne behozni magának. Ezeket a folyamatban lévő vagy időközben szükségessé váló dolgokat a kommunikációval a felszínre kell hozni, és segíteni kell a megoldásában is – ezzel az engedély nélküli távozás is megelőzhető.

A *demens* betegeknél bizonyíthatóan csökkenti a zavartságot, ha ismerős, személyes tárgyak veszik körül, erről a hozzátartozók többsége szívesen gondoskodik. Az általános kórházi gyakorlatban a kommunikáció a személyes tárgyakról abban merül ki, hogy a kórház nem vállal felelősséget azok eltűnéséért, emiatt **gyakran kérdés nélkül leltárba helyezik a beteggel érkező tárgyakat.** Ennek a gyakorlatnak van oka és relevanciája, mivel az idős betegek nem ritkán komoly összegű készpénzt tartanak maguknál, többmillió forint egy nejlonszatyorban nem ritka jelenség a kórházi felvételnél. Ebben a gyakorlatban ugyanakkor a vagyonvédelmen kívül helyet kell biztosítani az egyéb szempontoknak is. A betegfelvételnél sok döntést kell egyidejűleg meghozni, sok esetben pedig gyors orvosi beavatkozásról, valamint minden esetben elhelyezésről kell döntenet, így a későbbi zavartság megelőzése ilyenkor nem feltétlenül prioritás.



5.2. A GYÖKÉROKOK KERESÉSE

A második fókuszcsoportos megbeszélésen – a résztvevők egyéni szakmai tapasztalatainak összegzésével – közösen tártuk fel a **betegeltűnés háttérében álló okok láncolatát**.

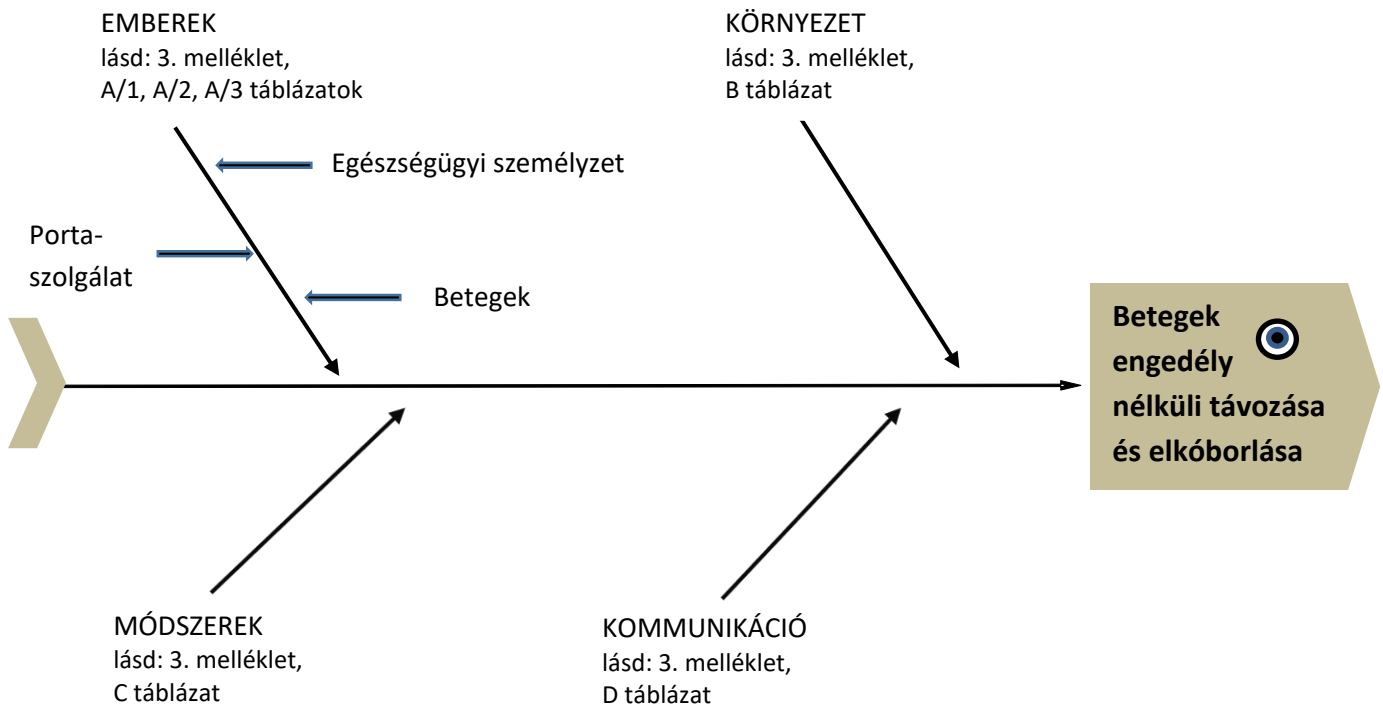
Az intézményekben előforduló, az engedély nélküli távozással és az elkóborlással kapcsolatos oki kutatás során igyekeztünk feltárni az eseményhez vezető alapvető okokat (gyökérokokat) és a hozzájáruló tényezőket. Ezt annak érdekében tettük, hogy megfelelő intézkedési javaslatokat tudjunk tenni az újabb hasonló esetek, nem várt események előfordulásának megelőzésére.

A rendelkezésünkre álló szakirodalmi források, illetve a szakértőkkel folytatott egyeztetések segítségével listáztuk az okokat, a köztük lévő ok–okozati összefüggések vizsgálatát követően pedig beazonosítottuk a gyökérokot.

Az ok–hatás-diagram elkészítésekor a MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓ 2. függelékének 10. fejezete alapján jártunk el.

Az alábbi, 20. ábrán csak a problémák háttérében álló fő kategóriákat (főágakat) ábrázoltuk. Azokat a tényezőket, okokat és alokakat, amelyek az intézményekben előforduló engedély nélküli eltávozás és az elkóborlás háttérében állhatnak, táblázatba rendeztük. A 20. ábrán meghivatkozott, A–D jelű táblázatok a 3. mellékletben találhatóak meg.

20. ábra: Az engedély nélküli távozás és az elkóborlás ok-hatás-diagram váza
(saját szerkesztés)



Az emberekkel kapcsolatos tényezők három külön táblázatban kerültek összegyűjtésre. Külön kerülnek bemutatásra az ellátó személyzetre, a betegekre, valamint a portaszolgálatra vonatkozó okok.

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

- a szabályok nem követése;
- a figyelmetlenség;
- a hanyagság;
- az ismerethiány;
- a *teammunka* hiánya.

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

- a beteg állapota;
- a beteg magatartása;
- félelem, bizonytalanság érzése;
- a kiszolgáltatottság érzése;
- a beteg helyismeretének hiánya.

A *portaszolgálattal* összefüggésbe hozható legfontosabb általános okokként a következőket azonosítottuk (lásd a 3. melléklet A/3 táblázatát):

- nem ismeri fel a beteget annak távozásakor;
- hanyagság;
- ismerethiány;
- általános és/vagy a betegazonosító rendszer használatának hiánya.

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

- a porta nem az osztály és a kijárat között található;
- az eltűnésre hajlamos betegeket a kijárhoz közeli kórteremben helyezik el;
- nehéz figyelemmel kísérni a beteget;
- könnyű eltévedni az intézményben;
- a fizikai környezet túlságosan eltér az otthoni környezettől.

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

- helytelen betegállapotfelmérés;
- rizikófelmérés hiánya;
- helytelen rizikófelmérés;
- betegfelvételkor a beteg nem megfelelő tájékoztatása és érzelmi támogatása;
- a korlátozó eljárások vagy korlátozó intézkedések helytelen alkalmazása;
- a betegek nem megfelelő felügyelete;
- a nem megfelelő gyógyszerelés.

A *kommunikációval* kapcsolatban azonosításra került általános okok (lásd a 3. melléklet D táblázatát):

- elmarad a rizikófelmérés dokumentálása;
- nem megfelelő a kommunikáció;
- a tájékoztatás hiánya.

A probléma háttérében gyakran azonosítani lehet az *oktatás, a szabályozás, az ellenőrzés hiányosságait*, valamint a *nem megfelelő szervezeti kultúrát* is. Ezeket a tényezőket sem lehet figyelmen kívül hagyni, tehát:

- az oktatás hiányosságait;
- a szabályozás bevetésének hiányosságait;
- az ellenőrzés hiányosságait; illetve
- a szervezeti kultúrából adódó hiányosságokat.

A felsorolt, összetett háttérű hiányosságok részleteit az E–H táblázatokban bontottuk ki. Javasoljuk ezeknek a táblázatoknak az áttekintését, különösen azok számára, akik a fejlesztési tevékenységet végzik. (Lásd a 3. melléklet E–H táblázatait.)

A fentiekben felsorolt okok eredményes kezeléséhez célszerű megkeresni ezeknek az okoknak az intézményi gyökérokait, amelyek azonosításához segítséget nyújthatnak a 3. mellékletben megtalálható A–G jelű táblázatok.



5.3. A RELEVÁNS MEGOLDÁSOK KERESÉSE

5.3.1. A kezelendő gyökérokok kiválasztása

Az előző fejezetből jól látható, hogy az engedély nélküli távozás és az elkóborlás háttérben számos ok és hozzájáruló tényező is azonosítható. A beazonosított okok összegyűjtését követően ki kell választani közülük azokat, amelyek a legjelentősebb problémát okozzák (a leggyakrabban fordulnak elő, vagy az előfordulásuk nagyon súlyos kimenetellel jár). Elsőként ezekre célszerű fókuszálni és megoldási javaslatokat keresni.

A második fókuszcsoportos megbeszélés során arra kértük a szakértőinket, hogy határozzák meg azokat az okokat és hozzájáruló tényezőket, amelyek meglátásuk szerint a legnagyobb mértékben állhatnak a betegek engedély nélküli távozásának és elkóborlásának a háttérben.

A fókuszcsoport résztvevőinek véleményét tükröző, a hazai egészségügyi intézményekben szerzett sokéves szakmai tapasztalatokon alapuló, gyakorlatias megközelítéssel készült feltárás rövid összefoglaló eredménye szerint a betegeltűnési eseteket általában a következő **gyökérok**okra lehet visszavezetni:

- szabályozatlanság,
- az oktatás hiánya,
- a gondoskodás hiánya,
- a hibákból való tanulás hiánya,
- személyzethiány,
- bizalmatlanság,
- a tájékoztatás hiánya.

A szakértőink által megnevezett 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.

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

Az alábbi, 6. táblázat piros mezőiben szerepelnek azok az okok, amelyeket a szakértők a legfontosabbnak jelöltek meg a betegek eltűnésének kockázata szempontjából. Első körben ezekre célszerű fókuszálni a megoldási javaslatok keresése során.

6. táblázat: A betegek eltűnésének háttérében álló gyökérokok kockázati mátrixa a fókuszcsoporthoz megbeszélés alapján (saját szerkesztés)

		SÚLYOSSÁG			
		Katasztrofális (4 pont)	Súlyos (3 pont)	Mérsékelt (2 pont)	Kicsi (1 pont)
E L Ő F O R D U L Á S	Gyakran (4 pont)		Szabályozatlanság Oktatás hiánya Gondoskodás hiánya		
	Alkalm- szerűen (3 pont)		Elmarad a hibákból való tanulás Személyzet hiánya	Tájékoztatás hiánya Bizalmatlanság	
	Ritkán (2 pont)				
	Elvétve (1 pont)				

Példaként tüntetjük fel az 1. dobozban azokat az okokat, amelyekre a gyakoriságuk és/vagy a súlyosságuk miatt megoldást célszerű keresni.

1. doboz: A továbbiakban példaként használt, a kockázati mátrix eredménye alapján listázott legjelentősebb okok (lásd a 6. táblázat piros mezőit):

- a szabályozás hiánya (12 pont);
- az oktatás hiánya (12 pont);
- a gondoskodás hiánya (12 pont);
- a hibákból való tanulás hiánya (9 pont);
- a személyzet hiánya (9 pont).

A kockázati mátrix eredményei alapján beazonosítottuk a betegek engedély nélküli távozásának és elkóborlásának háttérében álló legjelentősebb okokat. A továbbiakban ezekhez kerestünk javaslatokat a megelőzést célzó intézkedésekre.

5.3.2. Megoldási javaslatok

A gyökérok pontos meghatározása azért jelentős, mert sok esetben a megoldási javaslat megfogalmazását is magával hozza.

A kezelendő okokhoz rendelhető megoldási javaslatokat az alábbi módon gyűjtöttük össze:

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

Az alábbiakban bemutatjuk mindazokat a megoldási javaslatokat és gyakorlati ajánlásokat, amelyeknek az alapját az országosan gyűjtött NEVES jelentési rendszer adatai, a hazai és nemzetközi szakirodalom, valamint a szakértői megbeszélés adja.

5.3.2.1. MEGOLDÁSI JAVASLATOK A NEVES ADATLAP ALAPJÁN

A NEVES jelentőlap alapján a következő megállapításokat lehet tenni a sikeres megelőzés és a gyorsabb megtalálás érdekében:

- az eltűnési esteek túlnyomó többségében a beteg adottságait, azon belül is a pszichés betegség meglétét jelölték meg fő okként, így **javasolt rizikófelmerést kivitelezni** a betegeknél, és a magasabb kockázatú egyénekre fokozottabban odafigyelni;
- az eltűnések közel kétharmadánál a betegnek korábban nem volt ilyen eseménye, így fontos, hogy ezeknél a betegeknél is ugyanolyan szigorú ellenőrzést alkalmazzunk, mint azoknál, akik egyszer már eltűntek;
- azoknál az intézményeknél, ahol nincs **szabályozás**, javasoljuk annak kialakítását;
- az eltűnés gyors észlelése növeli annak az esélyét, hogy a beteget még aznap sikerül megtalálni, így azoknál az intézményeknél, ahol egy órán túl vagy nem rendszeresen kerül sor ellenőrzésre, javasoljuk az **óránkénti és véletlenszerű ellenőrzés** bevezetését;
- az, hogy a beteg akarta az ellátást, nem jelenti azt, hogy nem fog engedély nélkül eltávozni vagy elkóborolni, illetve hogy utána könnyebb lesz megtalálni, így ezeknél a betegeknél is ugyanolyan szigorú ellenőrzést alkalmazzunk, mint akik nem akarják az ellátást;
- mivel nagy arányban a hozzátartozók vagy a rendőrség találta meg az eltűnt beteget, így **az eltűnés észlelését fontos telefonon jelezni** feléjük is.

5.3.2.2. MEGOLDÁSI JAVASLATOK A SZAKIRODALMI FORRÁSOK ALAPJÁN

Egy 2015-es átfogó vizsgálat az elérhető biztonsági eszközöket tekintette át és azok alkalmazását hasonlította össze a másféle intervenciókkal. (Lin, 2015) A technológiai biztonsági rendszerek körében huszonnyolcfajta rendszert hasonlított össze. Alaptézise, hogy az elkóborlást nem a korlátozással kell megelőzni, hanem egyéb intervenciókat kell eszközölni. **Az elkóborlás kivédése nem reális célkitűzés, legalábbis humánus eszközökkel és a személyes szabadság meghagyásával nem, ezért azokra a megoldásokra fókuszál, ahol az esemény sor elindulhat, de a megfelelő közbeavatkozással a káros következmények kivédhetők.** A technikai eszközök alkalmazása az egyéb intervenciókkal kombinálva történik.

Négy nagyobb intervenciós eszközcsoporthoz azonosított:

- a mozgás követése;
- a magatartás befolyásolása;
- a kognitív rehabilitáció; valamint
- a környezet módosítása.

Egy másik tanulmány ugyancsak a biztonsági rendszerre fókuszált, ez azonban statisztikai elemzést is használt, amikor az otthoni, éjszakai elkóborlási eseteket vizsgálta kontrollcsoport képzésével, és szignifikáns hatást mutatott ki az esetszám csökkenésében az otthoni **biztonsági rendszer alkalmazásával, ami az ágy melletti és a kijáráshoz felszerelt érzékelőkből és jelzőkészülékekből áll.** (Rowe et al., 2009)

Egy 2017-ben kiadott „patient safety alert” (*Patient Safety Alert*, 2017) arra hívja fel a figyelmet, hogy a meglévő biztonsági rendszerek mellett is előfordul betegeltűnés, mivel **a technikai eszközök használata önmagában nem jelenti, hogy már kezeltük is a problémát.** Az okokat három tényezőben azonosítja, amelyek a meglévő biztonsági rendszer és eljárásrend nem megfelelő alkalmazásához köthetőek, ezek:

- a **kockázatfelmérés** hiánya;
- a hatástalan **ellenőrző rendszer**; illetve
- ha a **személyzet nem reagál** azonnal a jelzésre.

Egy esettanulmány egy nyolcvanéves férfi esetén keresztül vizsgálta azt, hogy a különböző lehetséges intervenciós módszerek milyen hatással voltak az elkóborlást kiváltó esemény sor beindulására. (Padilla et al., 2013) Kétféle nem gyógyszeres intervencióval próbálkoztak a nappali ellátási formában, s ezek együttes alkalmazása hozta meg a legjobb eredményt: a kognitív magatartást befolyásoló intervenciók és a környezet kialakítását érintő beavatkozások. Előbbi önmagában is erősebb eszköznek bizonyult, mint a csak a környezetre fókuszáló megoldási módok. Ehhez hasonló módszer a hazai szakemberek gyakorlatában a demens betegek napközbeni foglalkoztatása az éjszakai nyugtalanság megelőzésére.

Végül egy intézményi ellátáshoz készült irányelv alapján (Futrell et al., 2010) most áttekintjük, milyen tényezőkre fókuszál a demensek ellátásában egy felkészült intézmény. Az irányelv az

USA-ban, Iowa államban készült, és a fenti szakirodalmi megállapításokkal összhangban az alábbi területeken javasol intervenciókat az elkóborlás negatív következményeinek kivédésére:

1. az **okok feltárása** egyedileg, **kockázatbecslés**;
2. a **környezet** módosítása;
3. **technológiai eszközök** alkalmazása;
4. **fizikai és pszichológiai intervenciók**; továbbá
5. a személyzet **oktatása** és támogatása.

2011-es tanulmányában McGinley négy lépésből álló javaslatot tett a folyamat megfelelő menedzselésére: (1) a **magas rizikójú betegek azonosítása**; (2) az így **azonosított betegek felügyelete**; (3) a kórházi környezetben **azonosítani kell és kontroll alatt kell tartani az eltűnést kiváltó okokat**; (4) valamint **meg kell találni a gyökérokat és kezelni kell azokat**. A betegfelvételnél végzett kockázatbecslés mellett javasolja a jó gyakorlatok összegyűjtését, megosztását és adaptálását, valamint a **betegágyra szerelt mozgásérzékelő alkalmazását** is. (McGinley, 2011)

Egy öt akut pszichiátriai osztályra kiterjedő vizsgálatban az eltűnést úgy definiálták, hogy a beteg engedély nélkül távozott az osztályról, és a távolléte egy óránál tovább tartott. (Bowers et al., 2003) Az adatok forrása az ápolók által írt napi jelentés az eltűnésekről, amely azt is tartalmazza, hogy mikor volt nyitva és mikor zárva az osztály ajtaja. Ezt egészítették ki a kórházi adatbázisból az életkorra, a diagnózisra és egyéb tényezőkre vonatkozó adatokkal. Bázisnak tekintették a vizsgálat kezdete előtti három hónapot, majd az öt osztályból kettőnél bevezettek egy intézkedéscsomagot, és az utána következő három hónapban a **személyzet oktatását** követően minden egyes **eltűnési esetet feljegyeztek és kielemezték**. A másik három osztálynál nem vezettek be külön intézkedéseket, de a személyzet tudott róla, hogy most nagyobb figyelemmel követik az eltűnési eseteket. A dolgozók közül 56 személy kapott képzést, a vizsgálat után pedig interjúkat is készítettek, összesen 21 dolgozóval, amelyekből információkat próbáltak kinyerni arról, hogy az egyes osztályokon betartották-e az elvárt lépéseket, és mit tapasztaltak. A bevezetett intézkedések a következők voltak:

1. **távozási napló használata** – ki van bent és ki ment el (egyértelműsíti az engedélyt);
2. **támogatás** a rossz hírek elfogadásához (pl. nem mehet haza);
3. a **betegek kikérdezése és megnyugtatósa** az osztályon történt hangos vagy agresszív események után;
4. a már **többször eltűnt betegeknél multidiszciplináris vizsgálat**;
5. a **magas kockázatú személyek azonosítása** a korábbi szakirodalmi adatok alapján;
6. célzott idő az ápolók napi rutinjában **olyan problémák gyakorlati megoldására, amelyek miatt a beteg aggódik**;
7. a **személyes kapcsolattartás erősítése** (pl. telefonon is) az ideiglenes eltávozás alatt.

Az ideiglenes eltávozás alatt valószínűleg az engedélyezett és ütemezett eltávozásokat értik, amelyek során a beteg az eredeti környezetébe megy, ahol folyó ügyei és esetleg konfliktusai vannak. Ilyenkor a hazai gyakorlatban a beteg az osztály létszámában szerepel azzal a megjelöléssel, hogy adaptációs szabadságon van.

A Bowers és munkatársai által közzétett publikációban a vizsgált időszak alatt összességében 25%-kal csökkent az engedély nélküli távozások aránya. Mivel az ajtó bezárásának idejét pontosan feljegyezték, kimutatható volt, hogy az eltűnések számának csökkenése nem azért ment végbe, mert gyakrabban zárták az ajtót, sőt éppenséggel ritkábban zárták. A 25%-os csökkenést ágynapban mutatták ki (egy személy többször is eltűnhet): a vizsgálat előtt 100 ágynapra 1,68 eltűnés jutott, a vizsgálat végére pedig már csupán 1,26.

Az egyes osztályok között nagy különbségek voltak, és nem egyértelműen a bevezetett intézkedések hatása tükröződik bennük. A két kiemelt osztály egyikén jelentős csökkenés fordult elő, a másikon ugyanakkor már eleve alacsony volt az eltűnési esetek aránya, és itt az utólagos interjúkban is azt mondták, hogy ők már korábban is alkalmazták a bevezetett intézkedéseket. A három kontrollosztály közül az egyikén az intézkedések nélkül is jelentős csökkenés fordult elő, míg a másik kettőn kismértékű növekedésnek voltak tanúi a kutatás készítői. (Bowers et al., 2003)

Simpson és munkatársai (Simpson et al., 2015) a döntési folyamatot tették vizsgálat tárgyává, és a forenzikus pszichiátriai osztályról történő szökések számának csökkentését tűzték ki célul. A kiinduló állapotra az volt jellemző, hogy a betegek eltávozásáról való döntés során nem végeztek kifejezetten a szökésre vonatkozó kockázatbecslést, és a jóváhagyó vezető nem tartózkodott az ellátó egységben. Ebben a vizsgálatban a HCR-20 (*Historical, Clinical, Risk Management-20*; Körtörténeti, Klinikai, Kockázatmenedzment-20) elnevezésű, az agresszív viselkedés azonosítására alkalmas, húsz kérdésből álló validált kérdőív kérdéseire a szakirodalmi adatok alapján továbbiakat adtak hozzá, és 18 hónapon át mérték az eredményt, a megelőző 18 hónapot tekintve bázisnak. Az új döntési mechanizmus támogatására **új kockázatbecslő listát dolgoztak ki és vezettek be** „*Leave Application Form*” néven (lásd a 4. mellékletet), és a vizsgálat ideje alatt az **új eltűnési esetek tapasztalatait beépítve folyamatosan fejlesztették** azt. Ehhez multidiszciplináris *team*et alkottak, és senior pszichiátereket kértek fel az esetek áttekintésére és a kockázatbecslő lista fejlesztésére, miközben a különböző egységekben az ellátó személyzet megbeszéléseket tartott, valamint az új eszköz használatát beépítette a napi munkába is. Így a „*Leave Application Form*” már csak a szökésre nézve releváns kockázatokat tartalmazta a HCR-20 listából, és további kérdésekkel egészült ki. A **döntési folyamatba beépítettek egy kockázat-előny-mérlegelést, ahol azt vizsgálják, hogy mekkora a kockázata a szökésnek**, és ez milyen olyan előnnyel áll szemben, amely a beteg rehabilitációját és társadalmi reintegrációját érinti. Ezen belül külön vizsgálták az erőszakos cselekmény valószínűségét, ami az főleg áldozattá válást vagy az önsértést jelenti.

Végül Hunt és munkatársai szerint a pszichiáterek többsége az engedély nélkül eltávozott betegek halálát megelőzhetőnek vélte a **szorosabb betegfelügyelettel, a kezelés során a jobb**

együttműködéssel, a személyzet létszámának növelésével, valamint az ellátók kommunikációjának javításával és az ellátók képzésével. (Hunt et al., 2010) A szerzők ehhez még hozzáfűzték, hogy a pszichiátriai osztályokon történt öngyilkossági esetek száma a vizsgált tíz év folyamán egyre csökkent, az engedély nélküli távozással összefüggő eseteké viszont stagnált. A javaslatok között megfogalmazódott, hogy **a betegek szorosabb megfigyelésének következtében a zárt osztályos elhelyezés szükségességét időben és jól kell felismerni**, a nyílt osztályokon pedig esetleg belépőkártyák alkalmazását kell bevezetni. A nagyobb számú, engedéllyel távozott csoporttal a tanulmány nem foglalkozott.

5.3.2.3. MEGOLDÁSI JAVASLATOK A SZAKÉRTŐI VÉLEMÉNYEK ALAPJÁN

A portaszolgálattal kapcsolatban általános tapasztalat, hogy nagyon sokféle szinten lehet működtetni. Van olyan intézmény, ahol a portán csak regisztrációval lehet átjutni, és ez a látogatóknak is kötelező, így onnan gyakorlatilag nem lehetséges a portán át engedély nélkül távozni. Ez a **portaszolgálat kis forgalmú helyeken működtethető eredményesen**. A porta regisztráció nélküli változata erősen személyfüggő, az eltűnés kockázata függ attól, ki – és milyen figyelemmel – van szolgálatban a portán.

A karszalagoknak az a típusa, amely a költségek hozzárendelését célozza az egyes eset ellátásához, nem feltétlenül alkalmas betegbiztonsági célokra is. A **biztonsági rendszerek beszerzése** a kórház vezetésének kompetenciája, a különböző betegcsoportokra szabott megoldások csak akkor fognak megjelenni az építészeti megoldásokban és beszerzésekben, ha a betegágy melletti személyzet jól kommunikálja az erre irányuló igényeket és kéréseket.

Az **érzékelő kapukból és karszalagokból álló komplett rendszerek** úgy működnek, mint az áruházakban a lopásgátló kapuk, csak itt nem a terméken van elhelyezve a „csipogó”, hanem valahol a betegen. Ilyen rendszer mellett is előfordul az eltűnés, de van visszatartó ereje, és egyre több helyen alkalmazzák.

Van példa arra, hogy a kezelőorvos a beteggel egyeztetve állatvédők segítségét kéri és ezzel megoldódik a probléma, a betegnek nem kell önkényesen távoznia ahhoz, hogy felelős módon gondoskodhasson a háziállatairól. Ehhez **odafigyelésre van szükség, valamint jó kommunikációra és a bizalom kialakítására a betegekben**. Már a **betegfelvételnél a felszínre kerülhetnek ezek a kérdések, különösen a nem tervezett, hirtelen kórházba szállításnál**. A beteg ilyenkor nagy stresszt él át, de a személyzet számára nem kell meglepő körülményt jelentenie, hogy az emberek nagy része háziállatokat tart, ezért erre rá lehet kérdezni az első alkalommal, amikor a beteggel nyugodt körülmények között kommunikálni lehet. Előre tisztázható az is, hogy kit lehet bevonni segítségként a tiszta ruha, speciális élelmiszer és egyéb otthoni tárgyak beszállításába.

A szerző a **személyközpontú ellátásban** látja a lehetőségét annak, hogy az eltűnési eseteket megelőzzék, kiemelve, hogy az egyes tényezők a betegekre nem egyformán hatnak. Csak az adott személy megismerése és a kommunikáció teszi lehetővé, hogy a beteg saját megélése szerinti állapota világossá váljon a kezelő személyzet számára.

A betegbiztonságra irányuló eljárásrendek kidolgozása lehetővé teszi, hogy a sürgős döntések mellett a **nem sürgős, de fontos intézkedések is helyet kapjanak a beteg körülményeit és személyes tárgyait illetően**. Ezeket a kérdéseket indokolt a **betegfelvétel folyamatába építve kezelni**, már csak azért is, mert a felvételnél kötelező a hozzátartozók elérhetőségének rögzítése a dokumentációban, és a beteg közérzetét javító személyes ügyeket gyakran jól el lehet intézni a családtagok bevonásával.

Szintén a betegfelvételhez tartozik az elhelyezésről meghozott döntés: a nővérpult helyéhez képest a demens **beteget úgy kell elhelyezni, hogy az ajtó felé el kelljen haladnia a pult előtt**. Más esetekben a kijárat ajtótól távolabb eső szobák az alkalmasabbak, hogy nagy utat kelljen megtenniük, s ezalatt a betegtársak, a takarító személyzet is észlelhetik a távozási szándékot.

Az **alkalmazott korlátozó eljárások vagy korlátozó intézkedések** mindegyikét dokumentálni kell, az elrendelés okát, az elrendelő személy nevét, a kezdő időpontot és a várható feloldás időpontját rögzíteni kell az egészségügyi dokumentációban egy erre szolgáló adatlapon. A fizikai és kémiai korlátozás hatásos az eltűnés megelőzése szempontjából, de minden válfajának ára és mellékhatásai vannak, ezért alkalmazása komoly mérlegelést kíván. Ideális esetben minden intézményben helyi szabályzat rendelkezik a korlátozó eljárások és -intézkedések alkalmazásáról. Minden korlátozó eljárás vagy -intézkedés alatt álló beteget szoros ellenőrzés, megfigyelés alatt kell tartani. Az ellenőrzések gyakoriságát a helyi szabályzatnak kell tartalmaznia, általánosságban pszichiátriai osztályokon a zárt részlegen negyedóránként, a nyílt részlegen félóránként ajánlott ellenőrizni minden beteget. A körbejárás időpontjait és rendszerét gyakran kell változtatni ahhoz, hogy ne legyen kiismerhető és kijátszható azok számára, akik tudatosan tervezik az engedély nélküli távozást.

- A **kémiai korlátozás** demens betegeknél elterjedt, ilyenkor nyugtatók adásával reagál az ellátó személyzet a motoros nyugtalanságra és a beteg feszült állapotára. A felüldozó szakmai hibának számít, ilyen esetekben előfordulhat, hogy légzésdepriváció miatt egyéb orvosi beavatkozások válnak szükségessé. Kevésbé feltűnő negatív mellékhatása a nyugtatók beadásának, hogy növeli az elesés kockázatát, noha ezekben az esetekben nem mindig egyértelmű az oksági kapcsolat a kémiai korlátozás és a baleset között. A kémiai korlátozás előtt ellenőrizni kell, hogy a zavartságot kiszáradás okozza-e. Ennek megelőzésére a demens részlegeken jól bevált módszer az innivaló folyamatos kihelyezése. Segítség lehet tájékozódni a hozzátartozóktól, hogy a beteg milyen folyadékot fogyaszt szívesen. Többféle folyadék kihelyezésével elérhető, hogy legyen köztük olyan, amelyet a beteg szívesen fogyaszt. Ezen kívül a demenseknél szükség lehet külső impulzusra is, sok idős ember ugyanis elfelejt inni, de ha figyelmeztetik rá, akkor szívesen iszik. Az éjszakai nyugtalanság megelőzéséhez fontos eszköz a betegek foglalkoztatása is: beszélgetést, programot kell biztosítani ahhoz, hogy a nappali órákban a betegek elfáradjanak. Az itatás és a beszélgetés nem igényel egészségügyi szakmai szereplőket, a tanfolyamot végzett önkéntesek és a hozzátartozók bevonásával ezek a feladatok a szakszemélyzet túlterhelése nélkül is megoldhatók.

- A **fizikai korlátozások** közös jellemzője, hogy jól láthatóak, és ezek váltják ki a legtöbb ellenérzést, a helytelen alkalmazás pedig megalázó bánásmódhoz vezet és időnként botrányokat okoz. Általános célkitűzés, hogy a fizikai korlátozást csak céleszközzel szabad végezni. Például a fizikailag sérült betegeknél a székől történő kiesés megelőzésére szükség lehet a kerekesszékekben ülő beteg felsőtestének rögzítésére a széktámlához. Előfordul, hogy a kórházakban nem áll rendelkezésre a formatervezett heveder, így az ápolók lepedőkből és gézcsíkokból saját maguk kényszerülnek elkészíteni az ilyen eszközöket. Ezek a forráshiányos helyzetben születő szükségmegoldások a szakápolók jobb meggyőződése ellenére alakulnak ki, és az alkalmazásuk nagy pszichés terhet ró a személyzetre. Az adott helyzetben döntést kell hozni és a konkrét balesetveszélyt el kell hárítani, de az eszközök rendelkezésre állásáról mások döntenek. A beteget érintő megalázó bánásmód gyakran azért alakul ki, mert a személyzet sem kapja meg az őt megillető szakmai tiszteletet azzal, hogy a legjobb tudása szerint alkalmazhassa a megfelelő eszközöket.

Az **eltűnési esetek kezelése** a fókuszcsoportban résztvevők beszámolóí alapján ad hoc módon megy végbe, minden résztvevő szakember beszámolt több vagy kevesebb személyesen átélt eltűnési esetről. Az esetben érintett szakszemélyzet szubjektív megélése szerint az eltűnést gyorsan észlelik. Minden munkahelyükről fel tudták idézni az épület sajátosságait és hogy hol volt az a határ, amelyen túl a beteg eltűntnek számított – például ha kiment az osztályról, vagy ha eljutott a portáig; ez helyenként változó. Az udvaron keresni a beteget általános gyakorlat. Ha a személyzet által uralt területen belül a beteget nem találják meg, a további kiterjedt keresés módszerére nincs protokoll. Egyetlen főszabály van, amit kötelező betartani az eltűnt pszichiátriai betegek keresésekor, hogy a nem önkéntes betegnél, tehát ahol a kezelést a beteg akarata ellenére elrendelték, a keresésbe be kell vonni a rendőrséget. Az ebbe a körbe nem tartozó eseteknél nincs szabályozva, hogy ki, mikor és milyen információk alapján dönt a rendőrség bevonásáról. A hozzátartozók értesítése általában megtörténik. Mivel az **eltűnési esetek rendszeres megbeszélése osztályos értekezleten** nem szokás, így érdemes lenne ezen változtatni és ezt is az általános gyakorlat részévé tenni.



5.4. A VÁLTOZTATÁSI JAVASLATOK KIVÁLASZTÁSA

Ahhoz, hogy az eltűnések megelőzése érdekében a legeredményesebb és leginkább célravezető intézkedéseket ki tudjuk választani, a tanulmány korábbi fejezeteiben ismertetett információkra alapozva szükséges továbbhaladni.

A fentiekben összegyűjtöttük – az országos kutatás adataiból dolgozva – azokat az általános okokat, amelyek az engedély nélküli távozáshoz és elkóborláshoz vezethetnek. Ezek közül a kockázati mátrix segítségével kiválasztottuk azokat, amelyek a szakértőink szerint a leggyakrabban fordulnak elő vagy a legnagyobb kockázattal járnak. Az így listázott legkockázatosabb okokhoz összegyűjtöttük a megoldási javaslatokat.

A korábbi példát továbbvezetve az alábbiakban bemutatjuk, hogy a kockázati mátrixszal kiválasztott okokhoz milyen megelőző intézkedéseket rendeltek szakértőink (lásd a 2. dobozt).

2. doboz: A kockázati mátrix alapján legjelentősebbnek jelölt okokhoz rendelt megoldások

– a szabályozás hiánya (12 pont)

→ a szabályozás elkészítése és bevezetése a gyakorlatba

– az oktatás hiánya (12 pont)

→ a dolgozók rendszeres oktatása a témával kapcsolatban

→ a nem pszichiátriai osztályok felkészítése

– a gondoskodás hiánya (12 pont)

→ betegtájékoztatás

→ odaforduló kommunikáció

→ a bizalom kialakítása

– a hibákból való tanulás hiánya (9 pont)

→ a hibákból való tanulás

– a személyzet hiánya (9 pont)

→ munkaerő-szervezés

Az összegyűjtött megoldási javaslatokat a prioritási mátrix segítségével érdemes rangsorolni annak eldöntéséhez, hogy azok közül melyeket célszerű bevezetni. Több intézkedés együttes bevezetése erősítheti egymás hatását.

A fókuszcsoport véleményének figyelembevételével a szerzők a következő prioritási mátrixot készítették (lásd a 3. dobozt). Hangsúlyozzuk azonban, hogy az itt bemutatott eredmények az országos adatokra épülnek, így nem feltétlenül illeszkednek minden intézményhez. Egy adott egészségügyi szolgáltatónál végzett fejlesztési folyamat során meg kell vizsgálni, hogy az ő esetükben milyen okok rejlenek a megtörtént eltűnések hátterében. Ennek meghatározásakor fontos tisztában lenni az adott intézmény napi gyakorlatával, működési rendjével, építészeti kialakításaival, humánerőforrásra vonatkozó adataival stb. Mindezek ismeretében lehet csak meghatározni az adott intézménynél a kezelendő gyökérok(ok)at, amihez a jelen tanulmány is kínál számos ötletet. Bár törekedtünk arra, hogy minden képbe kerüljön megelőzési lehetőséget bemutassunk, minden bizonnyal lehetnek további, főként a helyi sajátosságokból adódó intézkedések, amelyek megtalálására ezúton is bátorítanánk a tisztelt érdeklődőket. Az általunk bemutatott prioritási mátrix leginkább azt a célt szolgálja, hogy szemléltessük, hogyan lehet használni ezt az eszközt a legmegfelelőbb megelőző intézkedések kiválasztásához.

3. doboz: A javasolt intézkedések prioritási mátrixa (a fókuszcsoportos megbeszélések alapján)

	Érdek	Hatás	Megvalósít-hatóság	Szorzat
A szabályozás elkészítése és bevezetése a gyakorlatba	5	5	3	75
A dolgozók rendszeres oktatása témával kapcsolatban	5	5	3	75
A nem pszichiátriai osztályok felkészítése	3	5	3	45
Odaforduló kommunikáció	3	5	3	45
A hibákból való tanulás	5	5	5	125
Betegtájékoztatás	5	3	3	45
A bizalom kialakítása	4	5	5	100
Munkaerő-szervezés	5	5	1	25

Magyarázat:

Érdek:

A nem pszichiátriai osztályok felkészítésének, az odaforduló kommunikációnak és a bizalom kialakításának kivételével az összes többi tevékenységre az érdek tekintetében öt pontot adtunk, mivel ezeket a tevékenységeket az intézménynek érdekében áll elvégeznie, függetlenül a betegek eltűnésétől.

Hatás:

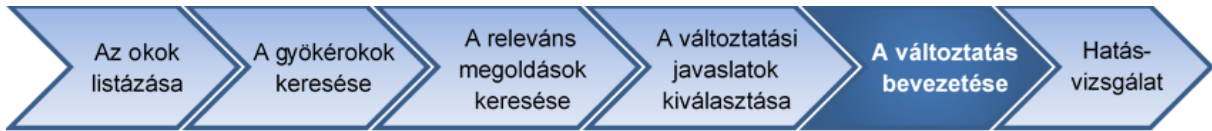
Az értékeléskor a hatás szempontjából – gyakorlati tapasztalatok alapján – a betegtájékoztatás kivételével minden intézkedésre öt pontot adtunk. Ez azt jelenti, hogy az azonosított intézkedések majdnem mindegyike jelentős mértékben meg tudná előzni a betegek eltűnését. Mivel a betegtájékoztatás nem feltétlenül eredményes minden esetben (jelentősen függ a beteg egyéni sajátosságaitól), így a betegtájékoztatási tevékenységére mindösszesen 3 pontot adtunk.

Megvalósíthatóság:

Tekintettel arra, hogy a hibákból való tanulás és a bizalom kialakítása nem igényel anyagi befektetést, ellenben viszonylag könnyen és gyorsan megvalósítható, a megvalósíthatóság szempontjából ezeket az intézkedéseket 5 pontra értékeltük. A többi tevékenység nagyobb erőforrás befektetést és több időt igényel, így azok 3 pontot kaptak. A munkaerő szervezése azért kapott csupán 1 pontot, mert ez ugyan egy nagyon fontos tényező lenne, de a humánerőforrás hiánya miatt nehezen lehet javítani rajta.

A fentiek alapján a prioritási mátrixban a legkevesebb pontot a munkaerő-szervezés kapta. Bár ennek is igen jelentős hatása lenne a megelőzésre, a megvalósíthatóság szempontjából a legelőnytelenebb besorolásba került. Éppen ezért ha intézkedéseket hozunk, nem ezt érdemes elsőként választani.

A prioritálás eredménye szerint elsősorban a hibákból való tanulást és a beteggel való bizalom kialakítását lenne a legcélszerűbb bevezetni az eltűnések számának csökkenése érdekében. Továbbá a megfelelő szabályozások bevezetésével és betartásával, valamint a releváns oktatások rendszeres megtartásával-is érdemes lenne foglalkozni.



5.5. A VÁLTOZTATÁS BEVEZETÉSE

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



5.6. HATÁSVIZSGÁLAT

Előfordulhat, hogy az intézkedések nem hozzák meg a kívánt hatást. Ezért fontos hangsúlyozni, hogy a javasolt intézkedések bevezetését követően célszerű az eredményesség ellenőrzése céljából ismételt adatgyűjtést végezni a betegek eltűnésének vonatkozásában. Érdeemes megvizsgálni, hogy az okok felszámolását célzó intézkedések megvalósultak-e, helyesen valósultak-e meg, és ennek eredményeként milyen arányban csökkentek a nemkívánatos események, vagy az események háttérében csökkent-e azoknak az okoknak az aránya, amelyekre az intézkedések irányultak.

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

6. MEGBESZÉLÉS, KÖVETKEZTETÉSEK ÉS JAVASLATOK

6.1. MEGBESZÉLÉS

Hazánkban ez az első olyan tanulmány, amely részletesen foglalkozik a betegelkóborlás és önkényes távozás okaival és megelőzési lehetőségeivel. A szakirodalmi kutatáson túl kvantitatív és kvalitatív elemzést is végzetünk, így egyrészt egy átfogó képet tudunk nyújtani a témát illetően, másrészt láthatjuk, hogy hogyan jelenik meg ez a probléma a magyar egészségügyben.

A NEVES-jelentések elemzése során kapott eredmények többségében megegyeznek a nemzetközi szakirodalomban is leírtakkal. Például a jelentés alapján az eltűnt betegek 75,2%-a férfi volt, ami – feltételezve, hogy a jelentő osztályokon az ellátottak körében a nemek aránya közel azonos – összhangban áll Bowers és munkatársainak megállítással, hogy a férfiak körében gyakoribb az elkóborlás. (Bowers et al., 2000)

A szakirodalom alátámasztja, hogy azok a betegek, akik egyszer már eltűntek, hajlamosabbak ezt újból megtenni (Wick & Zanni, 2006). A NEVES-jelentések alapján az eltűnt betegek 17,3%-ánál nem ez volt az első eset. Ugyanakkor fontos kiemelni, hogy 62,4%-ban a jelentett eseteknél a betegnél nem következett be korábban ilyen esemény (az esetek 20,3%-nál pedig ez nem ismert).

A nemzetközi kutatások kiemelik a beteg személyiségének és pszichés állapotának jelentőségét, amely nagy mértékben befolyásolja az elkóborlás és önkényes távozás esélyét (Wick & Zanni, 2006; Song & Algase, 2008). A fókuszcsoportos megbeszélésnél is felmerült, hogy az eltűnésre hajlamos egyéneket ki lehetne szűrni a betegek személyiségjegyei alapján, s ezzel összhangban áll az is, hogy a NEVES jelentési rendszerben is magas arányban, 69,2%-ban a beteg adottságait jelölték meg az esemény bekövetkezéséhez hozzájáruló tényezőnek.

Említésre méltó, hogy az esetek 10,5%-ánál az eltűnés pillanatában nem volt releváns szabályozás az intézményben. Mivel a betegek elkóborlása és önkényes távozása egy fontos megbiztonsági kérdés, amennyiben egy intézménynek nincsen erre vonatkozó szabályozása, akkor javasoljuk annak bevezetését, illetve a meglévő szabályozás időközönkénti felülvizsgálatát.

A NEVES adatok elemzésének eredetileg ugyan nem az volt a célja, hogy az eltűnések következményeivel foglalkozzon, viszont az a megállapítás, hogy az eltűnt, majd később megtalált betegek 8,2%-ánál történt valamilyen szintű sérülés (enyhe 3,1%, közepes 4,1%, súlyos 1%), alátámasztja az esemény megelőzésének a fontosságát. Bár 91,8%-ban nem történt sérülés, de 26,5%-uknál lelki eredetű hatást, 6,1 %-ban fizikai hatást jeleztek, 1%-ban szociális jellegű hatás érte a beteget. A fekvőbeteg-ellátottak 11,7%-ánál meghosszabbodott az ellátás ideje.

Végezetül a fókuszcsoportos megbeszélésen résztvevők a betegfelvételt jelölték meg kritikus pontként a megelőzés terén. Ez a megállapítás összhangban áll McGinley kutatásának egyik fő üzenetével. (McGinley, 2011)

A megbeszélés zárásaként fontos megemlíteni, hogy a jelenlegi tanulmánynak számos olyan korlátja van, amely befolyásolja a kapott eredmények értelmezését. Ilyen korlátokat sorolunk föl most az alábbiakban:

- A NEVES rendszerbe történő jelentés önkéntes alapon megy végbe, így a rendelkezésre álló adatokat feltehetőleg nem tekinthetjük reprezentívnek a Magyarországon előforduló eltűnések tekintetében.
- Az alacsony mintaszám miatt nem lehetett összehasonlító statisztikai elemzést végezni, így a különböző csoportok és körülmények között nem tudtuk megvizsgálni a kapcsolatokat.
- Csak azokat a lejelentett eseteket tudtuk feldolgozni, ahol az elkóborlás vagy önkényes távozás bekövetkezett, így a próbálkozásokról és sikeres megelőzésekről nincsen adat.
- A jelenlegi tanulmány csak a felnőtt betegekkel tudott foglalkozni, mivel mindösszesen két esetben szólt a jelentés kiskorúról – amelyek közül az egyik 17 éves volt, a másikra vonatkozóan pedig nem töltötte ki a kort az adatszolgáltató.
- A betegek eltűnése nem csupán a pszichiátriai osztályoknál probléma, a NEVES jelentési rendszerbe elsősorban mégis az ilyen jellegű szervezetek jelentettek. Ez feltehetően arra vezethető vissza, hogy az eltűnés esetén nekik amúgy is van jelentési kötelezettségük, így kevesebb időt és energiát kell rászánni egy hasonló jelentés feltöltésére.
- Ugyan a nemzetközi szakirodalom áttanulmányozását követően számos hasznos okot és javaslatot tudtunk feltárni, bizonyos tanulmányok az egészségügy egy nagyon specifikus területéhez kapcsolódtak, mint a például forenzikus pszichiátriához (Wilkie et al., 2014), így nem teljesen egyértelmű, hogy a feltárt tanulságokat mennyire lehet az egészségügyi ellátás más területeire is értelmezni.
- Hasonló probléma, hogy néha specifikus betegek – például demens betegek (Futrell et al., 2010) – körében végezték a vizsgálatot, így nem biztos, hogy az alkalmazott intézkedések a más betegségben szenvedők körében is működnének, vagy hasznosak lehetnének az engedély nélküli tudatos távozás megelőzésére.
- Azt is figyelembe kell venni, hogy nagyon sok tanulmányt a fejlett nyugati országokban végeztek. Mivel ezeknél az országoknál az egészségügyi rendszer más jogi és kulturális környezetben működik, valamint kedvezőbb erőforrásokkal rendelkezik, így felmerülhet a kérdés, hogy az amúgy sikeres intézkedéseket be lehetne-e Magyarországon is vezetni, illetve ha igen, akkor milyen módosításokkal.
- A fókuszcsoportos megbeszélés elején a megbeszélés vezetője ismertette a szakirodalomkutatás legfontosabb eredményét, így ez befolyásolhatta a résztvevők véleményét és elképzelését.

- A hazai szakirodalom kutatása során azzal szembesültünk, hogy nagyon kevés olyan szakirodalom áll rendelkezésre, amely az adott kérdéskörrel – akár indirekt formában is – foglalkozik. (Gyarmati 2019; Fekete, 2019)

Ugyanakkor fontos kiemelni, hogy mivel az eredmények összhangban állnak a nemzetközi szakirodalommal, a NEVES adatok és a fókuszcsoportos elbeszélgetés során szerzett információk alkalmasnak tekinthetők az oki kutatás elvégzésére.

6.2. KÖVETKEZTETÉSEK

Ahogy azt a Megbeszélés alfejezetben is láthattuk, a NEVES jelentőlap adatai, a nemzetközi szakirodalom és a fókuszcsoportos megbeszéléseken elhangzottak a legfontosabb területeken átfedésben állnak egymással. Ezeket figyelembe véve a tanulmányban azonosított legérdemibb intézkedés az eltűnés megelőzésére a rizikófelmérés kivitelezése a betegeknél. Ugyanakkor számos egyéb intézkedés is előjött, amelyeket az intézmény vezetőinek és az érintett egészségügyi személyzetnek érdemes bevezetniük vagy újból átgondolniuk (lásd a következő alfejezetet).

A jelenlegi tanulmány nem csak azt a célt szolgálta, hogy az elkóborlás és önkényes távozás tekintetében azonosítsuk a releváns okokat és megelőzési intézkedéseket, hanem ezen túlmenően a kutatás metodikai szempontjából is sok hasznos tanulságot tudtunk levonni. Ezek között szerepel a NEVES jelentőlap átdolgozása, mivel a szakirodalom-kutatás során több olyan releváns témát azonosítottunk, amely a jelenlegi jelentőlapon nem szerepel kérdésként. Ilyen például a portaszolgálat elhelyezésére vonatkozó kérdés, vagy hogy működtetnek-e valamilyen elektronikus be- és kiléptető rendszert. Továbbá a NEVES Program fontos célkitűzésének kell lennie, hogy több olyan intézményt bevonjanak a rendszeres adatszolgáltatásba, ahol az eltűnés a betegek sajátosságai miatt gyakrabban előfordulhat. Ennek követelményeképpen az adatok kellő mennyiségben állnának rendelkezésre akár összetettebb statisztikai elemzések elvégzéséhez.

Mivel viszonylag kevés hazai szakirodalom állt rendelkezésre a tanulmány elkészítése idején, és mivel a nemzetközi kutatások folyamatosan újabb bizonyítékokat és ajánlásokat hoznak felszínre az elkóborlás és önkényes távozás sikeres megelőzése tárgyában, így öt éven túl megfontolandó egy hasonló tanulmány elkészítése. Addigra több adat fog rendelkezésre állni a NEVES jelentési rendszerben, ezért várhatóan az aktualizált szakirodalmi kutatáson túl részletesebb statisztikai módszerrel is támogatni lehet majd a hazai intézményvezetőket, egészségügyi dolgozókat és szakembereket munkájukat.

6.3. JAVASLATOK

Annak érdekében, hogy intézményi szinten csökkenteni lehessen az eltűnés gyakoriságát, elsősorban fontos az esemény bekövetkezésének az okait tisztázni. A jelenlegi tanulmányban **a következő lehetséges gyökérokot sikerült azonosítani:**

- a szabályozatlanságot;
- az oktatás hiányát;
- a gondoskodás hiányát;
- a hibákból való tanulás hiányát;
- a személyzethiányt;
- a bizalmatlanságot;
- valamint a tájékoztatás hiányát.

Az elkóborlás és az önkényes távozás orvoslására továbbá – a NEVES adatlapok elemzése, a szakirodalom kutatása és a hazai szakemberekkel folytatott fókuszcsoportos beszélgetések alapján – **a következő lépések bevezetését vagy újragondolását javasoljuk:**

- rizikófelmérés elvégzése a felvételnél és a beteg állapotának változásakor;
- kockázatértékelő lap kialakítása és alkalmazása a rizikófelmérés segítésére;
- annak kiderítése, milyen otthoni kötelezettségek nyomasztják a beteget (pl. kisállat ellátása, hozzátartozónak gyógyszer beszerzése stb.), és lehetőség szerint megoldás keresése ezen problémákra;
- betegfelvételnél ne hagyjuk magára a beteget;
- a beteg megfelelő hidratáltságának biztosítása a kiszáradás miatti zavartság megelőzése érdekében;
- szabályozások kialakítása és betartatása, továbbá szükség szerint átdolgozása;
- amennyiben lehetséges, a kockázatos betegek legalább óránkénti és véletlenszerű ellenőrzése;
- olyan karszalag használata a betegazonosításhoz, amelyet nehéz eltávolítani és amelyen minden releváns adat szerepel;
- ellenőrző rendszer létrehozása és működtetése a portaszolgálatnál;
- a portaszolgálat megfelelő elhelyezése a kijárat és az osztályok között;
- a portaszolgálat oktatása;
- az egészségügyi személyzet oktatása és támogatása;
- a beteg megnyugtató és a bizalom elnyerése a megfelelő kommunikációval;

- amennyiben a beteg unatkozik, akkor napközben foglaljuk le különböző tevékenységekkel és mozgásos terápiával;
- érdemes a látogatási időt rugalmasabbá tenni és külön beteghívó telefont biztosítani, hogy a betegek szorosabb kapcsolatot tudjanak tartani a rokonaikkal;
- a magas kockázatú betegek a kijárattól távoli kórteremben való elhelyezése;
- célszerű a magas kockázatú betegeket olyan betegtárs mellé helyezni, aki szükség esetén esetleg tud szólni a személyzetnek, hogy régen nem látta már a szobatársát (ilyen esetben fontos bevonni a betegtársat és tájékoztatni őt arról, mit kérünk tőle, mikor jelezzen);
- szükség esetén és a jogszabályok betartása mellett korlátozó eljárások vagy korlátozó intézkedések alkalmazása, közben a betegmegfigyelés folyamatos biztosítása;
- az eltűnést követően az eset átbeszélése és a tanulságok levonása.

Fontos kiemelni, hogy ezek a javaslatok nem veszik figyelembe a rendelkezésre álló infrastruktúrát, személyi állományt és anyagi erőforrást vagy a megszokott intézményi működést, így a menedzsment feladata, hogy ezeket a **helyi adottságoknak megfelelően adaptálja, szükség szerint módosítsa.**

Ezek a javaslatok továbbá csak akkor fogják elérni a kívánt hatást, ha a szervezetben a **megfelelő szervezeti kultúra** is jelen van. (Halligan & Zecevic, 2011) Ez azt jelenti, hogy az eltűnés következtében ne rögtön az érintett egészségügyi dolgozókat hibáztassuk, hanem a rendszerszemléleten keresztül tárjuk fel az eseményhez vezető összes lehetséges okot és azok kapcsolatait, és a gyökérokok megváltoztatásával próbáljuk meg kezelni a problémát. Ennek hiányában a problémák valódi okai sohasem fognak a felszínre kerülni, és újból ugyanazokkal a problémákkal és azok következményeivel kell majd szembesülnünk.

A hibákból való tanulást nem csak intézményi szinten, hanem országos szinten is érdemes kihasználni. A NEVES jelentési rendszer (<https://neves.nevesforum.hu/>) lehetőséget biztosít rá, hogy online felületen, anonim módon jelentsük a bekövetkezett elkóborlásokat és önkényes távozásokat, valamint a releváns körülményeket. Az így elküldött adatok segíthetnek a gyökérokok felkutatásában mind a beküldő intézmény számára, mind pedig országos szinten. Továbbá érdemes a kéthavonta megszervezett NEVES Betegbiztonsági fórumon (<https://info.nevesforum.hu/>) megosztani a sikereket vagy éppen nehézségeket. A fórumon részt vevő hazai szakemberek és más intézmények munkatársai akár a már a jól működő gyakorlatok továbbfejlesztésében is segíthetnek.

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

Köszönettel vesszük visszajelzését!

7. 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:

Bednár Andrásné,

Gróf Kinga,

Horváth Anikó,

Dr. Jakab Judit,

Megléczné Ocsenás Mária,

Dr. Mikesy Gergely

és Pató Edit

kollégáknak, amiért megosztották velünk gyakorlati tapasztalataikat, fontos észrevételeiket és megoldási javaslataikat.

8. FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (2018) Hozzáférhető: https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV (letöltve: 2020. 06. 19.)

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> (letöltve: 2020. 06. 30.)

Bottino, C. M. C. et al. (2011) Differential diagnosis between dementia and psychiatric disorders: Diagnostic criteria and supplementary exams Recommendations of the Scientific Department of Cognitive Neurology and Aging of the Brazilian Academy of Neurology. *Dement Neuropsychol* 5(4):288–296 doi: 10.1590/S1980-57642011DN05040006.

Bowers, L., Jarrett, M., Clark, N. (1998a) Absconding: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 5(5):343–353. doi: 10.1046/j.1365-2850.1998.00149.x

Bowers L., Jarrett M., Clark N., Kiyimba F., McFarlane L. (1998b) *Runaway Patients*. City University, London. Hozzáférhető: <https://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/hspr/archive/mhn/projects/runaway.pdf> (letöltve: 2020. 06. 20.)

Bowers L., Jarrett M., Clark N., Kiyimba F., McFarlane L. (2000) Determinants of absconding by patients on acute psychiatric. *Journal of Advanced Nursing* 32(3):644–649. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01523.x

Bowers, L., Alexander, J., Gaskell, C. (2003) A trial of an anti-absconding intervention in acute psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10(4):410–416. doi: 10.1046/j.1365-2850.2003.00619.x

Brody, H., Donkin, M. (2009) Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 11(2):217–228. doi: 10.1201/b13196-17

Cipriani, G., Lucetti, C., Nuti, A., Danti, S. (2014) Wandering and dementia. *Psychogeriatrics* 14(2):135–142. doi: 10.1111/psyg.12044

Egészségügyi Szakmai Kollégium (2008) Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja – A demencia kórismézése, kezelése és gondozása. Hozzáférhető:

- <https://kimittud.atlatszo.hu/request/10092/response/15180/attach/4/E%20M%20demencia%20ir%20nyelv.pdf> (letöltve: 2020. 06. 19.)
- Exworthy, T., Wilson, S. (2010) Escapes and absconding from secure psychiatric units. *The Psychiatrist* 34:81–82. doi: 10.1192/pb.bp.108.024372
- Fekete, M. (2019) Demencia és társadalmi fenntarthatóság. *Esély: társadalom- és szociálpolitikai folyóirat* 30(2):31–53.
- Futrell, M., Melillo, K.D., Remington R., Butcher H.K. (2014) Evidence-based practice guideline: wandering. *Journal of Gerontological Nursing* 36(2):6–16. doi: 10.3928/00989134-20100108-02
- Gyarmati, A. (2019) Idősödés, idősellátás Magyarországon – Helyzetkép és problémák. Hozzáférhető: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/budapest/15410.pdf?fbclid=IwAR1LOHE4TelOIfuSEJSlyCUEvnQVICIOzhf425yIOn2FkajkyjfbFcxknE> (letöltve: 2020. 06. 20.)
- Halligan, M., Zecevic, A. (2011) Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Quality and Safety* 20(4):338–343. doi: 10.1136/bmjqs.2010.040964
- Hunt, I. M., Windfuhr, K., Swinson, N., Shaw, J., Appleby, L., Kapur, N. (2010) Suicide amongst psychiatric in-patients who abscond from the ward: a national clinical survey the. *BMC Psychiatry* 10(1):14. doi: 10.1186/1471-244X-10-14
- Katzman, R., Karias, C. (1994) The epidemiology of dementia and Alzheimer disease. In: Alzheimer disease. Terry, R. D., Katzman, R., Bick, and K. L. Eds. Raven Press: New York. 105–122.
- Lám, J., Sümegi, V., Surján, C., Kullmann, L., Belicza, É. (2016) A jelentési és tanulórendszerek szerepe a betegbiztonság javításában. *Orvosi Hetilap* 157(26):1035–1042. doi: 10.1556/650.2016.30448
- Lin, G. (2015) Nursing interventions in managing wandering behavior in patients with dementia: a literature review. *Archives of Psychiatric Nursing* 29(6):454–7. doi: 10.1016/j.apnu.2015.06.003
- Lyketsos, C. G. et al. (2000) Dementia in elderly persons in a general hospital. *American Journal of Psychiatry* 157(5):704–7. doi: 10.1176/appi.ajp.157.5.704
- Mauricio, R., Benn, C., Davis, J., Dawson, G., Dawson, L. A., Evans, A., Fox, N. et al. (2019) Tackling gaps in developing life-changing treatments for dementia. *Alzheimer's & dementia (New York, N. Y.)*, 5:241–253. doi: 10.1016/j.trci.2019.05.001

- Mayou, R., Hawton K. (1986) Psychiatric disorder in the general hospital. *The British Journal of Psychiatry* 149:172–90. doi: 10.1192/bjp.149.2.172
- McGinley, P. (2011) Wander-risk patients: Best practices for hospitals and assisted-living facilities. *Patient safety & quality healthcare*. Hozzáférhető: <https://www.psqh.com/analysis/wander-risk-patients-best-practices-for-hospitals-and-assisted-living-facilities/> (letöltve: 2020. 06. 21.)
- Muir-Cochrane, E., Oster, C., Grotto, J., Gerace, A., Jones, J. (2012) The inpatient psychiatric unit as both a safe and unsafe place: Implications for absconding. *International Journal of Mental Health Nursing* 22(4):304–312. doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00873.x
- Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (2018) Kórházi ágyszám- és betegforgalmi kimutatás 2017. Hozzáférhető: http://www.neak.gov.hu/data/cms1020087/Korhazi_agyszamkimutatas_2017.pdf (letöltve: 2020. 06. 22.)
- Padilla, D. V., González, M. T., Agis, I. F., Strizzi, J., Rodríguez R. A. (2013) The effectiveness of control strategies for dementia-driven wandering, preventing escape attempts: a case report. *International Psychogeriatrics* 25(3):500–504. doi: 10.1017/S1041610212001810
- Patient Safety Alert (2017) Monitoring of residents and patients at risk of wandering. Hozzáférhető: <https://www.ehealthsask.ca/services/resources/Resources/PSA-16-17-08-Wanderguard-Testing%20final.pdf> (letöltve: 2020. 06. 26.)
- Rowe, M. A., Kelly, A., Horne, C., Lane, S., Campbell, J., et al. (2009) Reducing dangerous nighttime events in persons with dementia by using a nighttime monitoring system (NMS). *Alzheimer's Dementia* 5(5):419–426. doi: 10.1016/j.jalz.2008.08.005
- Simpson, A. I. F., Penney, S. R., Fernane, S., Wilkie, T. (2015). The impact of structured decision making on absconding by forensic psychiatric patients. *BMC Psychiatry* 15(1):103. doi: 10.1186/s12888-015-0474-1
- Sinka, L. A. E., Pitás, E., Belicza, É. (2019) D.V.2.3 Oki kutatások előkészítése. Módszerani útmutató az oki kutatások készítéséhez. EFOP-1.8.0-VEKOP-17 projekt eredménytermék.
- Song, J. A., Algase D. (2008) Premorbid characteristics and wandering behavior in persons with dementia. *Archives of Psychiatric Nursing* 22(6):318–327. doi: 10.1016/j.apnu.2007.10.008

- Toot, S., Devine, M., Akporobaro, A., Orrell, M. (2013) Causes of hospital admission for people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association* 14(7). doi: 10.1016/j.jamda.2013.01.011
- Wick, J. Y., Zanni G. R. (2006) Aimless excursions: wandering in the elderly. *Consult Pharm* 21(8):608–612, 615–618. doi: 10.4140/TCP.n.2006.608
- Wilkie, T., Penney, S. T., Fernane, S., Simpson, A. I. F. (2014) Characteristics and motivations of absconders from forensic mental health services: a case-control study. *BMC Psychiatry* 14(1):91. doi: 10.1186/1471-244X-14-91
- World Health Organization (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> (letöltve: 2020. 06. 19.)
- World Health Organization (2018) Towards a dementia plan: a WHO guide. Hozzáférhető: https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/policy_guidance/en/ (letöltve: 2020. 06. 22.)
- World Health Organization (2020a) Dementia. Hozzáférhető: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia> (letöltve: 2020. 07. 14.)
- World Health Organization (2020b) Mental health. Hozzáférhető: https://www.who.int/mental_health/management/en/ (letöltve: 2020. 07. 14.)

9. MELLÉKLETEK

1. melléklet: A NEVES jelentési rendszer <i>Beteg eltűnése és elkóborlása</i> adatlapja V1	72
2. melléklet: A szakirodalmak kivonatolásához használt táblázat tartalma	76
3. melléklet: A beteg eltűnésének és elkóborlásának lehetséges gyökérokai.....	78
4. melléklet: CAMH – <i>Leave application form</i> (Simpson et al., 2015).....	101
5. melléklet: Fogalommagyarázat	103



NEVES Beteg eltűnése, elkóborlása adatlap v1 Érvényes: 2014. október 31-től

NEVES JELENTÉSI RENDSZER BETEG ELTŰNÉSE, ELKÓBORLÁSA JELENTÉSI LAPJA V1

Elveszett, eltűnt, elkóborolt beteg: az a nagykorú vagy kiskorú beteg, aki az ellátó személyzet tudta és észlelése nélkül hagyja el folyamatban levő ellátásának helyét. Ez más kórterembe, osztályra, rendelésre, udvarra, az intézmény területén kívülre történő indokolatlan távozást jelent. Az esemény bekövetkezhet a beteg tudatállapotának átmeneti vagy végleges zavartsága, korlátozottsága miatt, vagy ép tudat mellett, testi fogyatékossgal vagy anélkül.

Kivéve: 1. az engedélyezett adaptációs szabadságról szándékosan vissza nem térő pszichiátriai betegek
2. az orvosi tanács ellenére távozó betegek
3. azok a betegek, akiknek szakorvosi ellátási igénye van, de nem várják meg az ellátást

Adatszolgáltató intézmény* _____ Osztály azonosítója* _____

Az esemény 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. Az eltűnt személy jellemzői

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

1.3. Van-e a betegnek olyan ismert jellemzője, ami hozzájárulhatott az esemény

bekövetkezéséhez?* (több is jelölhető)

Beszédzavar Hallászavar Nincs Egyéb: _____
 Egyensúlyzavar Inkontinencia Pszichés betegség _____
 Érzékszavar Látászavar Tanulási nehézség _____
 Fájdalom Mozgáskorlátozottság Tudatzavar

1.4. A beteg korábban elkóborolt már?* Igen Nem Nem ismert

1.5. Ha fekvőbeteg, van rendszeresen látogatója?*

Igen Nem Nem ismert

1.6. Van a betegnek ismert, eltűnésre, kóborlásra hajlamosító állapota?* (több is jelölhető)

Alkoholizmus Delírium Egyéb pszichiátriai betegség Kognitív zavar
 Alzheimer kór Demencia Gyógyszer mellékhatás Nincs
 Autizmus Drogfogyasztás Idegsebészeti beavatkozás Egyéb: _____

2. Az esemény idején a beteg ellátásáért felelős szervezeti egység jellemzői

2.1. Milyen egységből tűnt el az elkóborolt beteg?*

Aktív osztály Dialízis Járóbeteg Rehabilitációs
 Ápolási/ krónikus osztály Egynapos ellátás Nappali kórház Egyéb: _____

2.2. Milyen szakterületen dolgozó részlegről kóborolt el a beteg?*

Aktív, műtétes Csecsemő és gyermekgyógyászat ITO Sürgősségi
 Aneszteziológia Diagnosztikai Műtő Szülészeti és nőgyógyászat
 Belgyógyászati Geriátria Pszichiátria Egyéb: _____

2.3. A beteg ellátását végző részleg zárt?* Igen Nem Nem ismert

2.4. A betegellátás a szokásos létszámmal történt az esemény bekövetkezésekor?*

Igen Kevesebb dolgozóval Nem ismert Több dolgozóval

2.5. Van az egységben az elkóborlás szempontjából veszélyeztetett beteg kiszűrésére, azonosítására, felügyeletére és megtalálására vonatkozó szabályozás?*

Igen Nem Nem ismert

2.6. Az egységben általában milyen gyakran ellenőrzik az elkóborlás szempontjából veszélyeztetett beteget?*

1-3 óra Étkezéskor/ gyógyszerosztáskor Nem ellenőrzik Véletlenszerűen
 15-60 perc Műszakátadáskor Nem ismert

3. Az esemény leírása

3.1. Az esemény típusa*

Ép tudatú beteg eltűnése Kiskorú beteg eltűnése Zavart beteg eltűnése Egyéb: _____

3.2. A beteg felvételének dátuma* (év, hónap, nap) _____ / _____ / _____

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

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

3.4. Az esemény észlelésének napja* Munkanap Munkaszüneti nap Nem ismert

3.5. Az esemény észlelésének napszaka* Nappal Nem ismert Ügyeletben



NEVES Beteg eltűnése, elkóborlása adatlap v1 Érvényes: 2014. október 31-től

3.6. Az eltűnés és az észlelés között eltelt becsült idő*

- >1 óra >6 óra Nem ismert 1-6 óra

3.7. Ki észlelte az eseményt?* (több is jelölhető)

- A menedzsmen tagja Ápoló hallgató Dietetikus Orvostanhallgató Technikai munkatárs
 Asszisztens Gyógytornász Rezidens
 Adminisztrátor Beteghordó Látogató Szakorvos Egyéb:
 Ápoló Betegtárs Műtőssegéd Szülésznő _____

3.8. Az érintett beteg veszélyeztetett státuszú volt? *

- Igen Nem Nem ismert

3.9. Az egészségügyi ellátás a beteg saját akaratából és beleegyezésével történt?*

- Igen Nem Nem ismert

3.10. A beteg az időjárásnak megfelelő ruházatban távozott?*

- Igen, kórházi ruhában Igen, utcai ruházatban Nem Nem ismert

3.11. A beteg magával vitte az iratait, pénztét?* Igen Nem Nem ismert

3.12. Megtalálták a beteget?* Igen Nem

3.12.1. Ha igen, a beteg megtalálásának dátuma (év, hónap, nap) _____ / _____ / _____

3.12.2. Ha igen, a beteg megtalálásának időpontja (24 órás formátum) _____ óra/ _____ perc

3.12.3. A beteg megtalálásának helye

- Intézményen kívül Lépcsőház Park, udvar
 Kiszolgáló egység Más ellátó egység Saját egység

3.12.3.1. Ha az intézményen kívül, kérjük, adja meg a megtalálás helyét _____

3.12.4. Kinek a segítségével találták meg a beteget?*

- Betegtárs Magától visszajött Őrző-védő szolgálat Saját személyzet
 Hozzá tartozó, látogató Nem keresték Rendőrség, tűzoltóság Egyéb: _____

3.13. Ki ellenőrizte/felügyelte a beteget az egységben tartózkodása alatt?*

- Egészségügyi személyzet Hozzá tartozó Betegtárs Senki Egyéb: _____

3.14. Milyen gyakran ellenőrizték/figyelték az érintett beteget?*

- 1-3 óra Étkezéskor/gyógyszerosztáskor Műszakatadáskor Nem ismert
 15-60 perc Folyamatosan Nem ellenőrizték Véletlenszerűen

3.15. Az érintett beteg kíséreléssel jutott el a vizsgálatokra, beavatkozásokra?*

- Igen Nem Nem ismert

3.16. Kapott a beteg tudatmódosító hatású vagy mellékhatású gyógyszert?*

- Igen Nem Nem ismert

3.17. Érte a beteget az elkóborlás előtt fokozott érzelmi hatás?* (több is jelölhető)

- Fájdalmas vizsgálatra várakozás Konfliktus családdal Nem ismert
 Kellemetlen hír közlése az ellátók részéről Konfliktus egészségügyi személyzettel Váratlan hír munkahelyről/családtól
 Konfliktus betegtársakkal Nem Egyéb: _____

Kérjük, a 3.18-3.22. kérdéseket csak fekvőbeteg esetén töltsse ki!

3.18. Az érintett beteg kórtermi környezete (több is jelölhető)

- Csendes Forgalmas Nővérállomás közelében Vizesblokk közelében
 Egyágyas Kijárat közelében Zajos
 Egyik sem Lift, mozgólépcső, lépcsőház Szűrt fény
 Éles fény közelében Többágyas

3.19. Költöztették másik kórterembe a beteget a kórházi tartózkodása alatt?*

- Igen Nem Nem ismert

3.20. Kulccsal zárt helyen tartották a beteg bőröndjét, ruháit, cipőit?*

- Igen, beteg zárja el Igen, személyzet zárja el Nem Nem ismert

3.21. Ha a beteg tárolja, hol helyezkedik el a táskáját, ruháit, cipőit tartalmazó szekrény?*

- Betegágy mellett Folyosón Kórteremben Egyéb: _____

3.22. Volt rendszeres elfoglaltsága a kórházi tartózkodása során?* (több is jelölhető)

- Betegsége miatt nem igényelte Figyelemterelő elfoglaltságok (kézimunka, keresztrejtvény, stb.) Nem ismert Olvasás
 Fényképek nézegetése Kültéri séta Nyugtató zene hallgatása Egyéb: _____



NEVES Beteg eltűnése, elköborlása adatlap v1 Érvényes: 2014. október 31-től

4. Az esemény következményei

4.1. Milyen mértékű károsodást szenvedett beteg?*

- A beteg elhunyt (a megbízhatósági incidens következtében) Közepes (rövid ideig fennálló károsodás – további kezelési igény, vagy beavatkozás szükségessége) Súlyos (maradandó, vagy hosszútávon fennálló károsodás)
- Enyhe (minimális károsodás – a beteg fokozott megfigyelést, hosszabb kezelést igényelt) Nem történt sérülés

4.2. Milyen hatása volt az esetnek a betegre?*

- Anyagi Fizikai Lelki Nem volt hatás Szociális

4.3. Amennyiben fizikai hatása volt, akkor az alábbiak közül melyeket észlelték? (több is jelölhető)

- Ájulás, eszméletvesztés Halál Nem tervezett szövet vagy szervpunkció
- Bőr/szöveti sérülés (trauma) Hypothermia (<35 °C) Neurológiai
- Fájdalom Láz (>38 °C) Váratlan állapotromlás
- Fertőzés Légzőrendszeri problémák (fulladás, aspiráció) Váz-, izomrendszeri problémák
- Folyadék-, vérvesztés Nem ismert Egyéb: _____
- Gyomor-bél panaszok (hányinger, hányás, hasmenés)

4.4. Az eseményt követően szükséges beavatkozás/ vizsgálat

(pl. szakorvosi ellátás/ konzílium, kontroll és kiegészítő laborvizsgálatok, radiológiai vizsgálatok)

4.5. Fekvőbeteg esetén, az esemény miatt hosszabbá vált a kórházi ápolás?

- Igen Nem Nem ismert

4.6. Szükségessé vált a betegre vonatkozó korlátozó intézkedés?*

- Igen Nem Nem ismert

4.7. Milyen hatása volt az eseménynek az intézményre?* (több is jelölhető)

- Nem volt hatás Személyzet bántalmazása Jogi
- Fertőző betegség terjesztése Betegtárs bántalmazása Egyéb: _____

5. Az esemény részletes leírása

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

5.2. Véleménye szerint mely tényezők vezethettek az esemény kialakulásához?* (több is jelölhető)

- Beteg tényezők (pl. klinikai állapot, szociális/ fizikai/ pszichés tényezők, kapcsolati tényezők) Munka és környezeti tényezők (pl. rossz/ túlzott adminisztráció, fizikai környezet, túlzott munkaterhelés vagy túlmunka, időnyomás)
- Csapat és szociális tényezők (pl. szerep- és feladat meghatározás, vezetési, szervezeti, kulturális tényezők) Munkával kapcsolatos tényezők (pl. munkautasítások, folyamatleírások hozzáférhetősége)
- Felszerelésekkel és anyagi forrásokkal kapcsolatos tényezők (pl. megfelelő méretű, típusú műszerek, eszközök hozzáférhetősége, használatának bonyolultsága) Nem ismert
- Gyógyszereléssel kapcsolatos tényezők (pl. ha egy vagy több gyógyszer direkt módon hozzájárulhatott az eseményhez) Oktatási és továbbképzési tényezők (pl. a gyakorlati oktatás hozzáférhetősége)
- Kommunikációs tényezők (pl. egyének, csoportok, ill. szervezetek közötti szóbeli, írott és/ vagy non-verbális kommunikáció) Szervezeti és stratégiai tényezők (pl. szervezeti struktúra, szerződő fél/ügynökség alkalmazása, szervezeti kultúra)
- Egyéb: _____

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

5.4. Véleménye szerint milyen intézkedésekkel lehetett volna a beteg eltűnését, elköborlását megelőzni? (szervezési, adminisztratív intézkedések, munkakörülmények javítása, munkavédelmi szabályok betartása)

1. melléklet

NEVES Beteg eltűnése, elkóborlása adatlap v1 Érvényes: 2014. október 31-től

**6. Kitöltés**

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

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

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

MÓDSZERTAN

Szakirodalom-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, hozzájáruló tényezők

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

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

2. melléklet

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

A beteg eltűnésének lehetséges gyökérokai

Az alábbi felsorolás a fő tényezőkhöz tartozó leggyakoribb okok alábontásait, lehetséges gyökérokait 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/I táblázat:** Emberek – egészségügyi személyzet (79. oldal)
- **A/II táblázat:** Emberek – beteg (81. oldal)
- **A/III táblázat:** Emberek – portaszolgálat (83. oldal)
- **B táblázat:** Környezet (85. oldal)
- **C táblázat:** Módszerek (86. oldal)
- **D táblázat:** Kommunikáció (90. 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 az 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 hiányosságai (92. oldal)
- **F táblázat:** A szabályozás meglétének és bevezetésének hiányosságai (94. oldal)
- **G táblázat:** Az ellenőrzés hiányosságai (97. oldal)
- **H táblázat:** A szervezeti kultúra hiányosságai (99. oldal)

3. melléklet

A/I. táblázat: Emberek – egészségügyi személyzet

Az egészségügyi személyzettel kapcsolatos okok és gyökérokok a betegeltűnés hátterében

Fő tényező	Ok 1. szint	Ok 2. szint	Ok 3. szint	Ok 4. szint	Ok 5. szint	Ok 6. szint	Ok 7. szint
EMBEREK – AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZEMÉLYZET (A/I. táblázat)							
	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		
					Személyzethiány		
					Stressz		
						Emberi tényezők	
						Rossz szervezeti légkör	
						A szervezeti kultúra hiányosságai ^G	
			Nem tudja, hogyan kellene szabályszerűen végezni a feladatot				
				Ismerethiány			
					Az oktatás hiányosságai ^E		

E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (92. oldal)

F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (94. oldal)

G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (97. oldal)

H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (99. oldal)

3. melléklet

			A szabályozás hiányosságai ^F
	Figyelmetlenség		
		Rutintalanság vagy helytelen rutin	
		Gyakorlatlanság	
		Ismerethiány	
			Az oktatás hiányosságai ^E
	Fáradtság		
	Stressz		
	Az ápolók túlterheltsége		
		Személyzethiány	
			Fluktuáció
	Hanyagság		
		Kiegészítés	
		Az elismerés hiánya	
		A személyzet hiánya	
	Ismerethiány		
		A tananyagok nem tértek ki erre a területre	
			Az oktatás hiányosságai ^E
	Teammunka hiánya		
		Személyzethiány	
			Fluktuáció
			Bérművérek
		A kommunikáció hiányosságai	
		Információhiány	
		A szervezeti kultúra hiányosságai ^G	

E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (92. oldal)

F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (94. oldal)

G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (97. oldal)

H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (99. oldal)

3. melléklet

A/II. táblázat: Emberek – betegekA **betegekkel** kapcsolatos okok és gyökérokok a betegeltűnés hátterében

Fő tényező	Ok 1. szint	Ok 2. szint	Ok 3. szint	Ok 4. szint	Ok 5. szint
EMBEREK – A BETEG (A/II. táblázat)					
A beteg állapota					
		Függőségek			
			Gyógyszer		
			Drog		
			Alkohol		
		Pszichés tényezők			
		Unatkozik			
			Nincs kellően lefoglalva		
A beteg magatartása					
		Az együttműködés hiánya			
			Nem akar együttműködni		
				A felkészítés hiánya	
				Hosszú várakozás	
				A beteg kultúrája	
			Nem tud együttműködni		
				A beteg ismerethiánya	
				Pszichés tényezők	
				Függőségek	
				A betegségbelátás hiánya	
Félelem, bizonytalanság érzése					
		Kiszolgáltatott helyzet			
		A beteg nem érti az orvosi szakkifejezéseket			
			Feszültség érzése		
		A beteg nem kap felvilágosítást			

E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (92. oldal)

F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (94. oldal)

G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (97. oldal)

H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (99. oldal)

3. melléklet

			Nem egyértelmű, hogy kinek a felelőssége felvilágosítást nyújtani
			A szabályozás hiányosságai ^F
			Ismeret hiánya
			Az oktatás hiányosságai ^E
			Megszokás
		Betegtársakkal való kapcsolat	
			Más betegnél látott negatív esemény
	Kiszolgáltatottság érzése		
		Feszültség érzése	
		A rokonokkal nem tud rendszeresen kommunikálni	
	A beteg helyismeretének hiánya		
		Ismeretlen környezet	
		Nem ismeri a helyi viszonyokat, távolságokat	
		Nem történik felkészítés	
			Bizonytalanság
			Kiszolgáltatottság érzése

E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (92. oldal)

F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (94. oldal)

G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (97. oldal)

H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (99. oldal)

3. melléklet

A/III. táblázat: Emberek – portaszolgálat

A portaszolgálattal kapcsolatos okok és gyökérokok a betegeltűnés hátterében

Fő tényező	Ok 1. szint	Ok 2. szint	Ok 3. szint	Ok 4. szint
EMBEREK – A PORTASZOLGÁLAT (A/III. táblázat)				
	Nem ismeri fel távozáskor a beteget			
		Figyelmetlenség		
			Fáradtság	
				Túlterheltség
		Stressz		
			Emberi tényezők	
			Rossz szervezeti légkör	
	Nem ismeri a személyzet tagjait			
		Fluktuáció		
	Nem megfelelő ki- és beléptető rendszer			
		A szabályozás hiányosságai ^F		
		Az ellenőrzés hiányosságai ^G		
	A beteg eltávolítja az azonosító karszalagot			
		A karszalag gyenge minőségű (kényelmetlen, könnyen szakad)		
			Forráshiány	
	A betegben nem tudatosult, hogy miért fontos a karszalag			
			Nem megfelelő a kommunikáció	
			A beteg pszichés állapota nem teszi lehetővé	
	Hanyagosság			
		Kiegészítés		
		Az elismerés hiánya		
		A személyzet hiánya		
	Ismerethiány			
		Az oktatás hiányosságai ^E		

E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (92. oldal)

F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (94. oldal)

G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (97. oldal)

H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (99. oldal)

3. melléklet

	Általános és/vagy betegazonosító rendszer használatának hiánya		
		Forráshiány	
		A vezetői szándék hiánya	
			Megszokás
			Csoportnyomás

E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (92. oldal)

F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (94. oldal)

G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (97. oldal)

H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (99. oldal)

3. melléklet

B táblázat

A környezettel kapcsolatos okok és gyökérokok a betegeltűnés hátterében

Fő tényező	Ok 1. szint	Ok 2. szint	Ok 3. szint
KÖRNYEZET (B táblázat)			
	A porta nem az osztály és a kijárat között található		
		A porta nem a megfelelő helyen lett kialakítva	
	Az elkóborlásra hajlamos betegek a kijárhoz közeli kórteremben találhatóak		
		Felvételnél nem a megfelelő kórterembe lett elhelyezve az elkóborlásra hajlamos beteg	
		Az elkóborlást követően a beteget nem rakták át egy másik kórterembe	
		Nincs lehetőség a beteget távolabbi kórterembe rakni	
			Az osztályon sok a beteg
	A beteget nehéz figyelemmel kísérni		
		Az ellátóhely nem megfelelően van kialakítva	
	Az intézményben könnyű eltévedni		
		Az intézmény részlegei hasonlóan néznek ki	
		A részlegek elnevezései nem egyértelműek	
			A részlegek elnevezése nincsen elhelyezve
			A részlegek elnevezése nem jól látható helyen van elhelyezve
		A részlegek elhelyezkedései nem egyértelműek	
			Az intézmény térképe nincs elhelyezve
			Az intézmény térképe nem jól látható helyen van elhelyezve
			Az intézmény térképe nem informatív
	A fizikai környezet túlságosan eltér az otthoni környezettől		

E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (92. oldal)

F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (94. oldal)

G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (97. oldal)

H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (99. oldal)

3. melléklet

C táblázat

A módszerekkel kapcsolatos okok és gyökérokok a betegeltűnés hátterében

Fő tényező	Ok 1. szint	Ok 2. szint	Ok 3. szint	Ok 4. szint	Ok 5. szint
MÓDSZEREK (C táblázat)					
	A betegfelvételkor a beteg nem megfelelő tájékoztatása vagy érzelmi támogatása				
		A munkatársak nem értik, ez miért lenne hasznos			
			Az oktatás hiányosságai ^E		
		Megszokás			
		Időhiány			
			Létszámhiány		
			A szervezés problémái		
			Megnövekedett feladatmennyiség		
		A beteg állapota nem teszi lehetővé			
		A szabályozás hiányosságai ^F			
		Az ellenőrzés hiányosságai ^G			
	Helytelen betegállapotfelmérés				
		Helytelen obszerváció			
			Időhiány		
			Helyhiány		
			Személyzethiány		
			Az oktatás hiányosságai ^E		
	A rizikófelmérés hiánya				
		Időhiány			
			Túlterhetség		
			Létszámhiány		
			A plusz feladatot a személyzetre hárítják		
		Ismerethiány			
			Az oktatás hiányosságai ^E		

E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (92. oldal)

F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (94. oldal)

G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (97. oldal)

H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (99. oldal)

3. melléklet

		A szabályozás hiányosságai ^F
		A motiváció hiánya
		A szabályozás hiányosságai ^F
		Az ellenőrzés hiányosságai ^G
		Az idősebb kollégák ellenállása
		Megszokás
		Nemtörődömség
		Túlterhetség
		Nem érti, hogy miért fontos
		Ismerethiány
		Az oktatás hiányosságai ^E
		Ideiglenes munkatárs (bérnővér)
		Az oktatás hiányosságai ^E
		Az ellenőrzés hiányosságai ^G
		A szervezeti kultúra hiányosságai ^H
	Helytelen rizikófelmérés	
		Ismerethiány
		Az oktatás hiányosságai ^E
		Kapkodás
		Időhiány
		Létszámhiány
		Túlterheltség
		Nem elég részletes rizikófelmérés
		A szabályozás hiányosságai ^F
		A szabályozás bevezetésének hiányosságai ^F
		Ismerethiány
		Az oktatás hiányosságai ^E
		A motiváció hiánya
		A szabályozás hiányosságai ^F

E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (92. oldal)

F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (94. oldal)

G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (97. oldal)

H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (99. oldal)

3. melléklet

		A szabályozás bevezetésének hiányosságai ^F	
		Kommunikációs hiba	
		Elégtelen dokumentáció	
			Időhiány
			Ismerethiány
			A szabályozás hiányosságai ^F
			Az ellenőrzés hiányosságai ^G
	Korlátozó eljárások vagy korlátozó intézkedések helytelen alkalmazása		
		Ismerethiány	
			Az oktatás hiányosságai ^E
			A szabályozás hiányosságai ^F
		Hiányzó, nem megfelelő eszközök	
		Anyagi nehézségek	
			A szabályozás hiányosságai ^F
		A jogi kérdések tisztázásának a hiánya	
		Nem egyértelmű a jogszabály	
			A szabályozás hiányosságai ^F
		Helytelen döntés	
		Ismerethiány	
			Az oktatás hiányosságai ^E
		Megszokás	
		Ismerethiány	
		A szervezeti kultúra hiányosságai ^H	
	A betegek nem megfelelő felügyelete		
		Időhiány	
		Túlterheltség	
			Létszámhiány
			A szervezés problémái
		A motiváció hiánya	

E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (92. oldal)

F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (94. oldal)

G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (97. oldal)

H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (99. oldal)

3. melléklet

		A szabályozás hiányosságai ^F
		Az infrastrukturális tényezők figyelmen kívül hagyása
		A szabályozás hiányosságai ^F
	Nem megfelelő gyógyszerelés	
		Gyógyszerhiány
		Anyagi nehézségek
		A szabályozás hiányosságai ^F
		Ismerethiány
		Az oktatás hiányosságai ^E

E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (92. oldal)

F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (94. oldal)

G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (97. oldal)

H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (99. oldal)

3. melléklet

D táblázat

A **kommunikációval** kapcsolatos okok és gyökérokok a betegeltűnés hátterében

Fő tényező	Ok 1. szint	Ok 2. szint	Ok 3. szint	Ok 4. szint	Ok 5. szint	Ok 6. szint
KOMMUNIKÁCIÓ (D táblázat)						
Elmarad a rizikófelmérés dokumentálása						
		A munkatársak nem értik, ez miért lenne hasznos				
			Az oktatás hiányosságai ^E			
		Megszokás				
		Időhiány				
			Létszámhiány			
			A szervezés problémái			
			Megnövekedett feladatmennyiség			
		A szabályozás hiányosságai ^F				
		Az ellenőrzés hiányosságai ^G				
Nem megfelelő kommunikáció						
		Az oktatás hiányosságai ^F				
		Fáradtság				
			Túlterheltség			
			A személyzet hiánya			
				A munkavállaló több munkahelyen dolgozik		
				Túlóra		
			A személyzet beosztása			
				Hosszú műszak		
					Túlterheltség	
				Stressz		
				Emberi tényezők		
				Rossz szervezeti légkör		

E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (92. oldal)

F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (94. oldal)

G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (97. oldal)

H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (99. oldal)

3. melléklet

						A szervezeti kultúra hiányosságai ^G
		Nem tartja fontosnak				
			Az oktatás hiányosságai ^E			
			Rövid ideig van kapcsolatban a beteggel			
			Személyzethiány			
				Nincs saját beteghordó az osztályon		
				Bérművelek		
		Kulturális hiányosságok				
	Tájékoztatás hiánya					
		A személyzet hiánya				
		Az empátia hiánya				
		Az oktatás hiányosságai ^E				

E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (92. oldal)

F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (94. oldal)

G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (97. oldal)

H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (99. oldal)

3. melléklet

E táblázatAz **oktatás hiányosságaival** kapcsolatos okok és gyökérokok a betegeltűnés hátterében

Fő tényező	Ok 1. szint	Ok 2. szint	Ok 3. szint
AZ OKTATÁS HIÁNYOSSÁGAI (E táblázat)			
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			
A tematika nem tartalmazza az összes szükséges ismeretet			
Elmarad az új dolgozók és az ideiglenesen ott dolgozó munkatársak (pl. rezidens, helyettesítő munkatárs) 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	
Nem történik meg a régóta ott dolgozó munkatársak ismétlődő 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	
		Nem jól kommunikál	

E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (92. oldal)

F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (94. oldal)

G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (97. oldal)

H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (99. oldal)

3. melléklet

	Az oktatás nem kellően eredményes
	Nincs jól összeállítva a tematika
	Nem jól lett megválasztva az oktatás módszere
	Nem gyakoroltatták az elsajátítandó ismereteket
	Az oktatáshoz szükséges eszközök nem állnak rendelkezésre
	Nem ellenőrzik az oktatások megvalósulását
	Nem ellenőrzik az oktatások eredményességét, az ismeretek elsajátítását
	Nem értékelik a megtörtént oktatásokkal kapcsolatos elégedettséget
	Nem fejlesztik az oktatásokat az értékelések, visszajelzések alapján

E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (92. oldal)

F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (94. oldal)

G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (97. oldal)

H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (99. oldal)

3. melléklet

F táblázat

A szabályozás meglétének vagy bevezetésének hiányosságaival kapcsolatos okok és gyökérok a betegeltűnés hátterében

Fő tényező	Ok 1. szint	Ok 2. szint	Ok 3. szint	Ok 4. szint	Ok 5. szint
A SZABÁLYOZÁS MEGLÉTÉNEK ÉS BEVEZETÉSÉNEK HIÁNYOSSÁGAI (F táblázat)					
A szabályozás meglétének a hiányosságai					
		Nincs szabályozás a témában			
			Nincs kialakított rendje a szabályozások elkészítésének (pl. a kezdeményezés lehetőségei, a felelősök vagy a 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 és kapcsolódásait az egyéb szabályozásokhoz	
		Helytelen a szabályozás tartalma			
			Nem vettek figyelembe minden kapcsolódó előírást a szabályozás elkészítésekor		
			Nem vonták be a szabályozás elkészítésébe az érintett munkatársakat		
			Nincsenek biztosítva a szabályozás betartásához szükséges munkafeltételek		
			A szabályozást teljes bevezetése előtt nem tesztelték, nem véleményeztették a leendő alkalmazók közreműködésével		

E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (92. oldal)

F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (94. oldal)

G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (97. oldal)

H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (99. oldal)

3. melléklet

		Hiányos a témában a szabályozás	
			A szabályozás nem tér ki minden szükséges részletre
			Nem vonták be a szabályozás elkészítésébe az érintett munkatársakat
		A szabályozás módszertanilag nem megfelelő	
			Túl hosszú
			Nehezen érthető a szövegezése
			Nehezen követhető a logikai felépítése
			Nem az intézményre van szabva
			Túl általános a tartalma
			Nem követhetők a módosításai
		Nem ellenőrzik a szabályozás megfelelőségét	
			Az ellenőrzés hiányosságai ^G
		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 megy végbe a tájékoztatás
			Olyan közzétételi módot használnak, ami nem jut el mindenkihez
			Nem gondoskodnak az átmenetileg távol lévő munkatársak tájékoztatásáról

E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (92. oldal)

F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (94. oldal)

G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (97. oldal)

H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (99. oldal)

3. melléklet

				Az új dolgozók oktatásában nem jelenik meg az ismeret
				Az oktatás hiányosságai ^E
		Az oktatás hiányosságai ^E		
		Betarthatatlan elvárások		
		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 (92. oldal)

F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (94. oldal)

G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (97. oldal)

H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (99. oldal)

3. melléklet

G táblázat

Az ellenőrzés hiányosságaival kapcsolatos okok és gyökérokok a betegeltűnés hátterében

Fő tényező	Ok 1. szint	Ok 2. szint	Ok 3. szint	Ok 4. szint	Ok 5. szint
AZ ELLENŐRZÉS HIÁNYOSSÁGAI (G táblázat)					
Nem történik meg az ellenőrzés					
		Nincs megnevezve a felelős személy			
		Nincs kialakított rendje az ellenőrzésnek			
			A szabályozás és annak bevezetésének hiányosságai ^F		
		Nincs kapacitás			
			Leterheltség		
			Létszámhiány		
		Nincs kialakított rendje az ellenőrzésnek			
			A szabályozás hiányosságai ^F		
		Nincs kapacitás az ellenőrzés elvégzésére			
		Időhiány			
			Létszámhiány		
		A szabályozás 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 hiányosságai ^F		
		Nem végzik el az ellenőrzést			
		Emberi tényező			
		Hiányosan megy végbe az ellenőrzés			

E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (92. oldal)

F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (94. oldal)

G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (97. oldal)

H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (99. oldal)

3. melléklet

		Nem kellően részletes az ellenőrzés rendjének szabályozása	
		A szabályozás hiányosságai ^F	
		Nincs kapacitás az ellenőrzés teljeskörű elvégzésére	
		Időhiány	
		Létszámhiány	
		A szabályozás 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 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 hiányosságai ^F	
		A kommunikáció hiányosságai	

E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (92. oldal)

F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (94. oldal)

G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (97. oldal)

H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (99. oldal)

3. melléklet

H táblázat

A szervezeti kultúrával hiányosságaival kapcsolatos okok és gyökérokok a betegeltűnés hátterében

Fő tényező	Ok 1. szint	Ok 2. szint	Ok 3. szint	Ok 4. szint	Ok 5. szint
A SZERVEZETI KULTÚRA HIÁNYOSSÁGAI (H táblázat)					
	A motiváció hiánya				
		A helyes viselkedést megerősítő intézkedések hiánya			
			A példamutatás hiánya		
			Az elismerés hiánya		
			Az ellenőrzés hiányosságai ^H		
		A bevonás hiánya			
		A megértetés, 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	

E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (92. oldal)

F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (94. oldal)

G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (97. oldal)

H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (99. oldal)

3. melléklet

		Érdektelenség		
		Az érdeklődés hiánya a vezetés részéről		
		A probléma jelentőségének alulbecslése az érintett munkatárs részéről		
		Ismerethiány		
		Az oktatás hiányosságai ^E		
	Kommunikációval kapcsolatos problémák			
		Az információáramlás hiányosságai a hierarchia egyes szintjei között		
		Erős tekintélyelvűség		
		Nincs vagy helytelen a kétirányú kommunikáció		
		A dokumentálás hiányosságai		
		Megszokás		
		A szabályok nem követése		
		A szabályozás hiányosságai ^F		
		Az ellenőrzés hiányosságai ^G		
		Nem egyértelmű az átadandó információk köre		
		A szabályozás hiányosságai ^F		
		A szabályozás bevezetésének hiányosságai ^G		
		Az oktatás hiányosságai ^E		
		Túlterheltség, kapkodás		

E További részletek: E táblázat – Az oktatás hiányosságai (92. oldal)

F További részletek: F táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (94. oldal)

G További részletek: G táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (97. oldal)

H További részletek: H táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (99. oldal)

4. melléklet

CAMH – Leave application form (Simpson et al., 2015)

Client/Patient ID Label

**LEAVE APPLICATION FORM
(ORB PRIVILEGE REQUEST)****Must be accompanied by an ORB Privilege Authorization.**Client/Patient Name: _____
(last name, first name)

Date of Team Discussion: _____

Unit/Clinic/Service: _____

Health Record #: _____

Index Offence (with date):	
Date of last AWOL:	
Pass Request (what are they asking for): *attach ORB Privilege Authorization form with details of request.	<input type="checkbox"/> New Pass <input type="checkbox"/> Reinstatement
Dynamic Risk Assessment (HCR-20, V2)	Score /Context /Comments (see HCR-20 manual for scoring guide)
H5 - Substance Use Problems (please comment)	
H10 - Prior Supervision Failure (please comment)	
C1 - Lack of Insight (please comment)	
C2 - Negative Attitudes (please comment)	
C5 - Unresponsive to Treatment (please comment)	
R4 - Noncompliance with Remediation Attempts (please comment)	
Current Clinical Situation	Context/Comments
1. Given the above risk factors, what strategies have been put in place to mitigate the risk?	
2. What is their current level of privilege, and how long have they been successfully using it?	
3. If past AWOL, how does the client/patient view it now?	
4. Are there other recent incidents or concerns that need to be considered (i.e. increased agitation, changes in behaviour)?	
5. Possible negative impacts of not granting the pass request?	

4. melléklet



Client/Patient ID Label

ORB PRIVILEGE REQUESTClient/Patient Name: _____
(last name, first name)

Date of Team Discussion: _____

Unit/Clinic/Service: _____

Health Record #: _____

Purpose of Pass	Context/Comments
1. What is the purpose of the pass request?	
2. How does the person view the request?	
3. Is it part of a clear rehab plan that they are engaged in?	
4. What are the related goals in the IPCC?	
Comments from team discussion:	

Request recommended by:**Attending Physician/Resident:**

(signature) _____
(print name and credentials) Date: _____
(dd/mm/yyyy)

Assigned Nurse:

(signature) _____
(print name and credentials) Date: _____
(dd/mm/yyyy)

Manager:

(signature) _____
(print name and credentials) Date: _____
(dd/mm/yyyy)

Please submit to the Office of the Person in Charge (OPIC) with a completed and signed ORB Privilege Authorization form. The team will receive OPIC approval or further questions within one week.

Comments and feedback from OPIC

Fogalommagyarázat

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)

betegeltűnés

szinonimák: betegelkóborlás, elveszett beteg

angol: *patient absconding, patient disappearance, patient wandering*

definíció: „Elveszett, eltűnt, elkóborolt beteg: az a nagykorú vagy kiskorú beteg, aki az ellátó személyzet tudta és észlelése nélkül hagyja el folyamatban levő ellátásának helyét. Ez más kórterembe, osztályra, rendelésre, udvarra, az intézmény területén kívülre történő indokolatlan távozást jelent. Az esemény bekövetkezhet a beteg tudatállapotának átmeneti vagy végleges zavartsága, korlátozottsága miatt, vagy ép tudat mellett, testi fogyatékossgal vagy anélkül.”

forrás: NEVES adatlap, 2014

demencia

szinonimák:

angol: *dementia*

definíció: A demencia egy olyan szindróma – általában krónikus vagy progresszív jellegű –, amely során a kognitív funkciók (gondolkozás) gyorsabban károsodnak, mint ahogy a kor azt indokolttá tenné.

forrás: WHO, 2020b alapján

5. melléklet

demens férőhely**szinonimák:****angol:** *dementia bed***definíció:** Olyan fekvőbeteg-férőhely, amely kifejezetten a demens betegek számára lett kialakítva.**forrás:** saját megfogalmazás**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 fúrni az okokat keresve (ld. gyökérokutatás).”**forrás:** MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓ (Sinka et al., 2019)**gyökérokutatás****szinonimák:** gyökérokelemzés**angol:** *Root Cause Analysis – RCA***definíció:** „A gyökérokutatás (RCA) egy olyan problémamegoldó/-feltáró folyamat része, amelyet egy adott eseményhez/tevékenységhez kapcsolódó kudarok, hibák, problémák kiváltó okainak megvizsgálására és meghatározására használnak. A gyökérokhoz »miért?« kérdések ismételt felvetésével jutnak el (ld. gyökérok). Ismert formái az egyedi esemény elemzése és az aggregált (összesített) események vizsgálata.”**forrás:** MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓ (Sinka et al., 2019)

5. melléklet

korlátozó eljárás

szinonimák: korlátozó módszer

angol: *restrictive procedure*

definíció: A beteg egészségi állapota által indokolt, kezelőorvos által elrendelt – vagy ha ez nem lehetséges, akkor az alkalmazás megkezdését követően a lehető legrövidebb időn belül jóváhagyott – olyan tevékenységek, amelyek a beteg személyes szabadságát korlátozzák. A korlátozás lehetséges formái: fizikai, kémiai vagy biológiai, pszichikai korlátozás, illetve ezek kombinációja.

forrás: 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 10. § alapján

korlátozó intézkedés

szinonimák:

angol: *restrictive measure*

definíció: Pszichiátriai beteg esetén – a vonatkozó jogszabályoknak, a szakma szabályainak és a beteg aktuális állapotának megfelelően – alkalmazott olyan tevékenységek, amelyek a beteg személyes szabadságát korlátozzák. A korlátozás lehetséges formái: fizikai, kémiai vagy biológiai, pszichikai korlátozás, illetve ezek kombinációja.

forrás: 60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendelet alapján

megelőzhető nemkívánatos esemény

szinonimák:

angol: *preventable adverse event*

definíció: „Olyan, az egészségügyi ellátás során kialakuló nemkívánatos esemény, melynek hátterében az ellátási hiba áll (ld. ellátási hiba).”

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

5. melléklet

nem megelőzhető nemkívánatos esemény**szinonimák:****angol:** *unpreventable adverse event*

definíció: „Olyan, az egészségügyi ellátás során kialakuló nemkívánatos esemény, melynek bekövetkezése az előzmények alapján nem várható, nem védhető ki, háttérében ellátási hiba nem azonosítható.”

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

ok–hatás-diagram**szinonimák:** ok–okozati diagram, Ishikawa-diagram, halszálkadiagram**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: MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓ (Sinka et al., 2019)

pszichiátriai betegség**szinonimák:** mentális zavarok**angol:** *psychiatric disorder, mental disorder*

definíció: A mentális zavarok szerteágazó problémákból állnak, különböző tünetekkel. Általánosságban abnormális gondolatok, érzelmek, viselkedés és személyes kapcsolatok valamilyen kombinációjával lehet körülírni.

forrás: WHO, 2020b alapján

10. FÜGGELÉKEK

1. függelék: A demencia kockázatának kiszűrésére használt tesztek Magyarországon