

## A betegeltűnések, azaz az elkóborlások és önkényes távozások legfontosabb általános okai és a kockázatfelmérés szerepe a megelőzésben

*Patient disappearance, namely the primary general causes of wandering and unauthorized leave, and the role of risk assessment in preventing these*

Sinka Lászlóné Adamik Erika<sup>1,2</sup> ✉, Dr. habil. Belicza Éva<sup>1,2</sup>, Grézló Orsolya<sup>3</sup>, Farkas Szilvia<sup>1,2</sup>, Ugrin Irina<sup>1</sup>, Dr. Dombrádi Viktor<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest

<sup>2</sup>NEVES Egyesület a Betegbiztonságért, Budapest

<sup>3</sup>Országos Kórházi Főigazgatóság, Budapest

✉ sinka.erika@emk.semmelweis.hu

A betegek eltűnése balesetkez vezethet, elesés, sérülés, eltévedés lehet a következménye, ami akár a beteg életét is veszélyeztetheti. Ezért az ilyen események megelőzése fontos megoldandó probléma és kihívás.

Az időskori demenciában szenvedő, valamint a pszichiátriai betegek alkotják a betegeltűnések által érintett két legnagyobb betegcsoportot, közleményünkben velük foglalkozunk. A betegek eltűnésének a demenciában jellemző formáját elkóborlásnak nevezi a szakirodalom. Élesen megkülönböztethető azoktól az esetektől, amikor a pszichiátriai betegek határozott célt követve, sok esetben tiszta tudatállapotban, önkényesen távoznak az ellátó intézményből. Az elkóborlást és az önkényes távozást jelen dolgozatban együttesen a betegeltűnés fogalmával jelöljük.

Dolgozatunk célja, hogy az országos NEVES (Nem Várt események) jelentési rendszerbe érkezett adatok elemzéséből kiindulva bemutassuk a fekvőbeteg-ellátásban részesülő betegek eltűnésének, azaz elkóborlásának vagy önkényes távozásának általános okait és az azok megelőzése érdekében hozható intézkedéseket.

A jelentett adatok önkéntes és anonim adatszolgáltatás keretében kerültek be az országos adatbázisba, a tanulmány elkészítéséhez 133 felnőtt eltűnésének adatait dolgoztuk fel.

Az oki kutatás eredményeként 10 csoportot alkotunk az eltűnéshez vezető általános okokból, ezek a következők: a szabályozás hiányosságai; a munkatársak nem követik a szabályokat; kockázatfelmérés hiánya; nem megfelelő kockázatfelmérés; prevenció eszköz/eljárások alkalmazásának hiánya; nem megfelelő prevenció módszer alkalmazása; a portaszolgálat nem megfelelő működése; nem megfelelő ellátási környezet; kommunikáció hiányosságai; nem hasznosulnak a korábbi eseményekből szerzett ismeretek/ tapasztalatok.

Közleményünkben bemutatjuk, hogy az egyes okok esetében milyen konkrét intézkedések segíthetik a probléma megoldását.

**Kulcsszavak:** elkóborlás, önkényes távozás, eltűnés, kockázatfelmérés, jelentési rendszer

*Disappearance of patients can lead to accidents, falls, injuries, or getting lost, which can even endanger the patient's life. Therefore, the prevention of such events is an important problem and challenge to be solved.*

*The two largest groups of patients affected by patient disappearances are elderly patients with dementia and psychiatric patients, who we deal with in our announcement. The typical form of patients' disappearance regarding dementia is called wandering within the literature. It can be sharply distinguished from cases where psychiatric patients leave the medical institution unauthorized with a definite goal, in many cases in a clear state of consciousness. Wandering and leaving unauthorized are denoted together in this paper by the concept of patient disappearance.*

*The aim of our study is to present the general reasons for disappearance, namely wandering or unauthorized leave of patients receiving inpatient care, and the possible actions that can be taken to prevent them, based on the analysis of the data received by the national NEVES (Unexpected Events) reporting system.*

*The reported data were entered into the national database in the context of voluntary and anonymous data provision. In this study we processed the data of 133 adults who disappeared. In the reported cases, 75.2% (n=100) of those affected were men, and 24.8% (n=33) were women. Most reports (73.7%) were from patients aged 20–49. Among the factors contributing to disappearance, psychological illness was mentioned in the largest proportion (79.7%).*

*In 62.4% of the reported cases, this was the first disappearance, while in 17.3% of the cases, this had already happened before. 46.8% of the inpatients (n=124) among whom the disappearance event was reported were regularly visited. 75.9% of the data were reported from active wards, while 19.5% of the reports were from*

*rehabilitation wards and 1.5% from nursing/chronic wards. The other category (3.0%) included case reports from addictionology, adult psychiatry, and unknown locations. According to the professional breakdown, the largest proportion of reports came from psychiatric departments (92.5%). There is no noteworthy difference in the type of department providing patient care (closed: 45.9%; open: 49.6%). Based on the reports, the patient care at the time of the disappearance was typically carried out with the usual number of care providers (91.7%). According to the reported data within the NEVES reporting system the nursing staff checked the missing patients every 15–60 minutes in 66.9% of cases, and every 1–3 hours in 23.3% of cases.*

*90 patients (67.7%) were found on the day of disappearance, in 6 cases (4.5%) the patient was found the next day, in one case (0.8%) it took a month to find the patient. In one case, the patient was found (0.8%), but it was not recorded on the data sheet when. In 35 cases (26.3%), the patient could not be found until the report was sent. Mild injury occurred in 3.1%, moderate injury in 4.1%, severe injury in one case (1.0%).*

*As a result of the causal research, we formed 10 groups of general causes leading to disappearance, these are: deficiencies in the regulation; employees do not follow the rules; lack of risk assessment; inadequate risk assessment; lack of application of prevention tools/procedures; use of an inappropriate prevention method; inadequate operation of the concierge service; inadequate care environment; communication gaps; the knowledge/experience gained from previous events is not used.*

*In our paper, we present what concrete measures can help solve the problem for each cause.*

**Keywords:** *wandering, unauthorized leave, disappearance, risk assessment, reporting system*

## BEVEZETÉS

Szakirodalmi adatok szerint az egészségügyi ellátás során minden tizedik beteg esetében előfordul olyan nemkívánatos esemény, amely nem a beteg állapotából vagy betegségéből adódik, hanem az ellátáshoz köthető ártalom [1]. Ezen eseményekhez sorolható a betegek eltűnése is az ellátó intézményekből. Az időskori demenciában szenvedő, valamint a pszichiátriai betegek alkotják a betegeltűnések által érintett két legnagyobb betegcsoportot, közleményünkben velük foglalkozunk. A betegek eltűnésének a demenciában jellemző formáját elkóborlásnak nevezi a szakirodalom az ilyen esetekben megfigyelhető motoros nyugtalanság, zavart tudatállapot alapján. Ez a fajta 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.

Az elkóborlást és az önkényes távozást jelen dolgozatban együttesen a betegeltűnés fogalmával jelöljük.

A betegek eltűnése balesethez vezethet, elesés, sérülés, eltévedés lehet a következménye, amely miatt a beteg akár további kórházi ellátást igényelhet, és/vagy az életét is veszélyeztetheti ez az esemény. Ezért az egészségügyi személyzet számára ennek a megelőzése fontos megoldandó probléma és kihívás.

A nemzetközi irodalom alapján általánosságban öt demens betegből egy elkóborol, valamint akinek már volt ilyen eseménye, azok közül 72% ismét elkóborol [2]. A pszichiátriai osztályokról történő engedély nélküli, önkényes távozás előfordulásának gyakorisága 2–38% közé tehető [3].

A megelőzés érdekében fontos a kockázat mielőbbi felismerése, azok kiszűrése, akik a későbbiekben nagyobb valószínűséggel kóborolnak el. A kockázati csoportba tartozók azonosítását követően megfelelő intézkedésekkel jelentősen csökkenthető az eltűnés valószínűsége.

2017-2020 között zajlott az EFOP 1.8.0 – VEKOP 17, „Az egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” megnevezésű projekt, amelynek keretében lehetőségünk volt arra, hogy a hazai nemkívánatos események – köztük a betegeltűnések – adatait gyűjtő NEVES (Nem Várt Események) jelentési rendszerben található információkat feldolgozzuk [1,4]. Az elemzett országos adatok segítségével meghatároztuk a jelentett elkóborlások és önkényes távozások legfontosabb, az ellátás nyújtásához kötődő okait, és ajánlásokat fogalmaztunk meg az elkerülésükre. Jelen dolgozat ezen – a cikk megjelenésével egy időben publikált – tanulmány legfontosabb eredményeit ismerteti A hibákból és a nemkívánatos eseményekből való tanulás – módszertani áttekintés a témaspecifikus tanulmányokhoz címmel indított cikksorozat részeként [5, 6]. A több témában végzett kutatás közös eredményeire vonatkozó következtetésekről, a nemkívánatos események hátterében azonosított általános okokról önálló közlemény számolt be [7].

## CÉLKITŰZÉS

Dolgozatunk célja, hogy az országos NEVES jelentési rendszerbe érkezett adatok elemzéséből kiindulva bemutassuk a fekvőbeteg-ellátásban részesülő betegek eltűnésének, azaz elkóborlásának vagy önkényes távozásának általános okait és az azok megelőzése érdekében hozható intézkedéseket, illetve ajánlásokat fogalmazzunk meg mind az intézményi menedzsmentet érintően, mind pedig a szervezeti egységek szintjére vonatkozóan.

## MÓDSZEREK

A jelentési rendszerben annak indulása óta van lehetőség a bekövetkezett betegeltűnések jelentésére, amelynek adatlapja a NEVES jelentési rendszer beteg eltűnése, elkóborlása jelentési lapja címet viseli. Az adatlapon olvasható

definíció szerint ennél az eseménytípusnál a következő esetek jelenthetők: „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 fogyatékkal vagy anélkül.” [8]

A jelentett adatok önkéntes és anonim adatszolgáltatás keretében kerültek be az országos adatbázisba.

A tanulmány elkészítéséhez végzett statisztikai elemzés során – a NEVES online jelentési rendszerbe 2020. március 1-ig beérkezett – 133 felnőtt (18 éves vagy idősebb) eltűnési eset adatait dolgoztuk fel és elemeztük statisztikai módszerekkel, amelyet kiegészítettünk hazai és nemzetközi szakirodalmi adatok szisztematikus feldolgozásával, valamint a szakértőkkel folytatott egyeztetések eredményeivel.

A beérkezett jelentéseket leíró statisztikai módszerekkel elemeztük. Az ennek alapján azonosított okok kezelésére fókuszcsoporthoz megbeszélést szerveztünk gyakorló szakemberek (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 triázsápoló; betegbiztonsági témájú kutatásban részt vevő szakértő; gyógytornász) közreműködésével, illetve szakirodalmi kutatást végeztünk. Mindezen információforrásokra támaszkodva összegeztük és rendszereztük az eltűnésekhez vezető szervezeti, általános okokat és azokat az intézkedéseket, amelyek lehetőséget teremtenek ezen események elkerülésére.

## EREDMÉNYEK

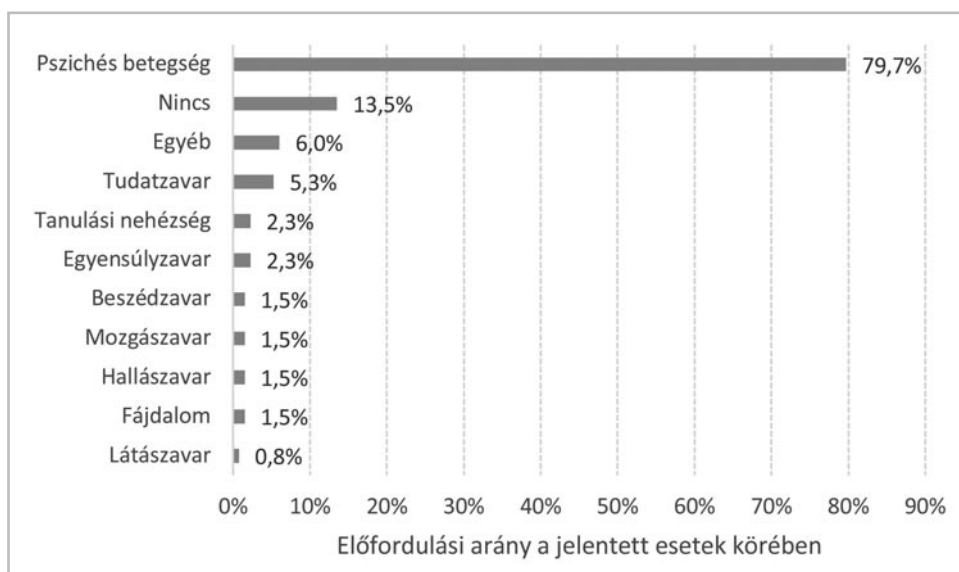
A NEVES jelentési rendszerbe a hazai intézményekből összesen 133 esetben érkezett jelentés a beteg eltűnésére vonatkozóan. A jelentett esetekben az érintettek 75,2%-a (n=100) férfi, 24,8%-a (n=33) pedig nő volt. A NEVES adatokból az látható, hogy a legtöbb jelentés (73,7%) 20–49 év közötti betegekről érkezett. A jelentőlapon egy esetben nem jelölték meg a beteg korát.

Annak érdekében, hogy megismerjük az egyes esetek hátterében lévő közös, az elkóborláshoz és az önkényes távozáshoz vezető okokat, a jelentett események kapcsán elemeztük az eltűnt személy, valamint az esemény idején az ellátásért felelős szervezeti egység jellemzőit, továbbá az esemény körülményeiről rendelkezésre álló adatokat.

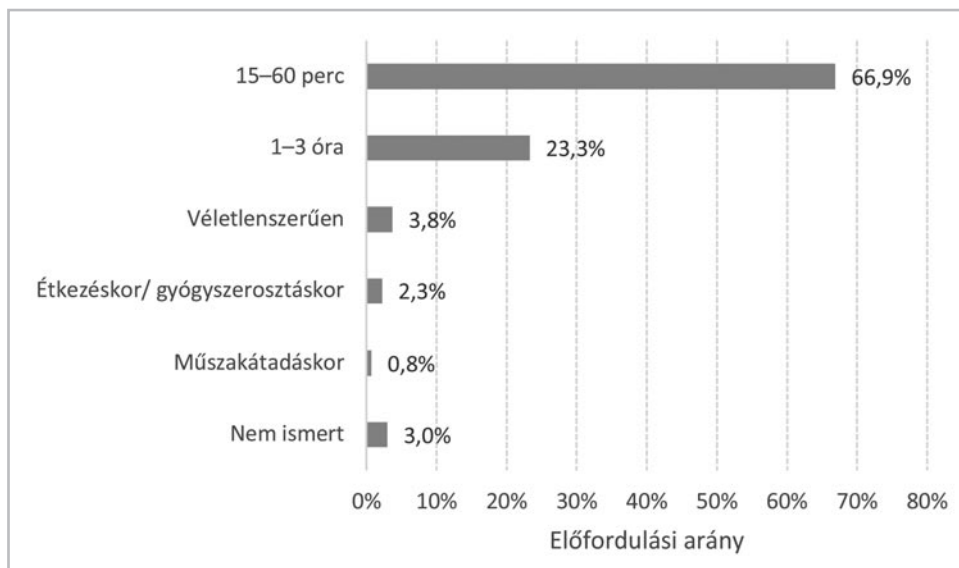
Az eltűnéshoz hozzájáruló tényezők közül a legnagyobb arányban, 79,7%-ban a pszichés betegség került megnevezésre. Az esetek 13,5%-ában a jelentés készítői nem jelölték meg ilyen jellemzőt (1. ábra).

A jelentett esetek 62,4%-ánál ez volt az első eltűnés, miközben az esetek 17,3%-ánál ez már korábban is megtörtént, 20,3%-ban ez az adat nem ismert. Azokat a fekvőbetegeket (n=124), akiknek a körében az eltűnés eseménye jelentésre került, 46,8%-ban rendszeresen látogatták. 16,9%-ukat nem látogatták, 36,3% esetében ez az adat nem ismert.

A legmagasabb arányban, 75,9%-ban aktív osztályról érkeztek az adatok. A rehabilitációs osztályokról 19,5%-ban, ápolási/krónikus osztályokról 1,5%-ban érkeztek jelentések. Az egyéb kategóriába (3,0%) kerültek besorolásra az addiktológiáról, a felnőtt pszichiátriai osztályról, valamint a nem ismert helyről származó esetbejelentések. Szakmai bontás szerint a legnagyobb arányban a pszichiátriai osztályokról érkezett jelentés (92,5%). A betegellátást végző részleg típusában (zárt: 45,9%; nyílt: 49,6%) nem található kiemelkedő különbség. A jelentések alapján a betegellátás az eltűnés idő-



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



2. ábra  
A betegek ellenőrzésének gyakorisága az egységben (n=133)

pontjában jellemzően a szokásos ellátói létszám mellett zajlott (91,7%).

A NEVES rendszerbe jelentett eltűnt betegek ellenőrzését az ápolószemélyzet 66,9%-ban 15–60 percenként, 23,3%-ban pedig 1–3 óránként végezte (2. ábra).

A 133 eltűnt beteg közül 90 (67,7%) aznap előkerült, 6 esetben (4,5%) viszont a beteget csak másnap találták meg, illetve egy esetben (0,8%) egy teljes hónap kellett az eltűnt személy megtalálására. Egy esetben ugyan megtalálták a beteget (0,8%), viszont nem rögzítették az adatlapon, hogy mikor. A maradék 35 alkalommal (26,3%) nem sikerült megtalálni a beteget a jelentés elküldéséig.

A 97 megtalált beteg többségében (n=67; 69,1%) rendszeresen, 15–60 percenként, 22 esetben (22,7%) 1–3 óránként történt meg az ellenőrzés. Ez az arány megegyezik a teljes esetszámmal (n=133) talált aránnyal.

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

Az esemény következtében a megtalált betegek többségénél nem történt sérülés (91,8%). Enyhe sérülésről 3,1%-ban, közepes mértékű sérülésről 4,1%-ban számoltak be. Súlyos sérülés (maradandó vagy hosszútávon fennálló károsodás) egy esetben (1,0%) került bejelölésre.

A NEVES jelentőlap lehetőséget nyújtott az adatrögzítő számára, hogy szabad szöveges formában is megfogalmazza azt, hogy véleménye szerint milyen okok álltak az adott beteg eltűnésének hátterében. E kérdés megválaszo-

lása során néhány esetben megemlítették, hogy a látogatónak, a honvágnak, a család hiányának szerepe volt az eltűnésben, vagy a beteg vásárlási céllal hagyta el az intézmény területét, illetve több esetben a műszakátadáskor a személyzet elfoglaltságát kihasználva távozott a beteg az ellátó osztályról.

Az elemzési eredmények, a fókuszcsoportos elemzések és a szakirodalmi áttekintés alapján kapott eredményeket az 1. táblázat tartalmazza.

A teljes oki struktúra részletesen kifejtve A betegek elköborlásának és önkényes távozásának okai, illetve a megelőzés lehetőségei [5] című tanulmányban tekinthető meg. Az egyes okokhoz rendelt megelőzési lehetőségeket az Útmutató a betegelköborlás és önkényes távozás megelőzéséhez [9] című, vezetőknek szánt összefoglaló taglalja nagyobb alapossággal.

## MEGBESZÉLÉS

A minőségfejlesztési célokat igazoltan segítik a szolgáltatói körben gyűjtött, elemzett, és a munkatársak számára közvetlenül visszajelzett indikátorok. Sokszor elvárás nem csak a laikusok, hanem a szakemberek körében is, hogy ezekkel az indikátorokkal vizsgáljuk és bemutassuk egy-egy esemény előfordulási gyakoriságát [10]. A nemkívánatos események elemzésekor azonban nem a gyakoriság megismerése az elsődleges cél, hanem az eseményhez vezető okok azonosítása és erre alapozva a kiküszöbölésük lehetőségeinek feltárása [1]. Ebben ad támogatást a NEVES jelentési rendszer, ahová az előforduló, egészségügyi ellátással kapcsolatos nemkívánatos események jelentésekor nem csupán az előfordulás ténye kerül rögzítésre, hanem az egyes események részletei is, lehetőséget teremtve ezzel a közös pontok, a több esemény hátterében is felfedezhető működési gyengeségek azonosítására.

Általános okok	Megelőzési lehetőségek az általános ok mögötti gyökérokok függvényében
1 A szabályozás hiányosságai	Protokoll készítése; a meglévő protokoll tartalmának aktualizálása a szakmai irányelvek és evidenciák alapján; a szabályozás napi gyakorlattal való harmonizálása; egyéb szabályozókkal való összhang biztosítása; jól követhető, könnyen értelmezhető tartalom kialakítása
2 A munkatársak nem követik a szabályokat	A munkatársak oktatása; a szabályok követésének fontosságára való figyelemfelhívás, meggyőzés; példamutatás; a szabályszerű munkavégzéshez szükséges eszközök és egyéb feltételek biztosítása; emlékeztető eszközök használata (pl. plakátok, ellenőrzőlisták); ellenőrzés; visszajelzés
3 Kockázatfelmérés hiánya	A kockázatfelmérés szabályainak kialakítása (kinek, hogyan, mikor, kinél kell kockázatfelmérést végeznie); a munkatársak oktatása; a tevékenység beillesztése a napi rutinba
4 Nem megfelelő kockázatfelmérés	A kockázatfelmérés megfelelő módszerének oktatása, gyakoroltatása; az elvégzett kockázatfelmérések megfelelőségének ellenőrzése; szükség szerint újbóli oktatás; esetmegbeszélések; a munkatársak számára segítségkérés lehetőségének a biztosítása; munkatársak támogató hozzáállása; a beteg állapotváltozásához igazodó gyakoriságú kockázatfelmérés a beteg pszichés állapotának és környezetének felméréssel együtt; klinikai szempontok figyelembevétele
5 Prevenációs eszközök/eljárások alkalmazásának hiánya	Prevenációs intézkedési csomagok kialakítása a kockázati szinthez rendelt; prevenációs intézkedések meghatározásához szükséges ismeretek oktatása; egyéni szabott prevenációs terv készítése a kockázatfelmérés eredménye alapján; a tervben meghatározott intézkedések végrehajtása; szükséges eszközök biztosítása; az eszközök beszerzésekor az azok alkalmazásában érintett munkatársak véleményének kikérése és figyelembevétele
6 Nem megfelelő prevenációs módszer alkalmazása	A betegek elhelyezésénél a kockázat és az építészeti adottságok figyelembe vétele; az új beteg számára az ellátó környezet bemutatása; betegtársak bevonása (jelezzék, ha a szobatársuk indokolatlanul hosszú ideje távol van); nappali foglalkoztatás és mozgásterápiák alkalmazása; a beteget aggasztó otthoni problémák feltárása, lehetőség szerint intézkedés a megoldás érdekében; a beteg tájékoztatása, megnyugtatása; a betegek megfelelő folyadékellátásának biztosítása; a korlátozáselejtés és -alkalmazás szabályainak egyértelmű meghatározása; a szabályok oktatása; a szükséges eszközök/feltételek biztosítása; a korlátozás szabályszerű alkalmazása; korlátozó intézkedés alatt álló beteg szoros ellenőrzése, megfigyelése; nyugtató adása esetén pontos dozírozás; a gyógyszerhatások és gyógyszerkölsönhatások megfigyelése, erre az ellátók oktatása; az alkalmazott gyógyszerek áttekintése, szükség szerinti módosítása; az eltűnés szempontjából magas kockázatú betegek rendszeres ellenőrzése; a családtagokkal való kapcsolattartás lehetőségének biztosítása
7 A portaszolgálat nem megfelelő működése	A portaszolgálat oktatása arra, hogy milyen gyanújelei vannak az elköborlásnak, és mi a teendő ilyen esetben; betegazonosítók használata; regisztrált belépés az épületbe/intézménybe; elektronikus be- és kiléptető rendszer alkalmazása (anyagi lehetőségek függvényében érzékelő kapuk és RFID azonosítókból álló biztonsági rendszer); betegágyra szerelhető mozgásérzékelő használata az elköborlás szempontjából magas kockázatú betegeknél
8 Nem megfelelő ellátási környezet	Új ellátó egységek kialakításakor a portaszolgálat elhelyezési szempontjainak érvényesítése, ellátási környezetből adódó kockázatok tudatosítása a munkatársakban; az intézményi infrastruktúrához igazodó megelőző intézkedések; tájékoztató segítő feliratok, jelölések, eszközök; egyértelmű, jól látható jelölések használata; kísérő biztosítása a nehezen tájékozódó betegek mellé; szervezeti átalakítások esetén a tájékoztató segítő feliratok aktualizálása
9 Kommunikáció hiányosságai	Az ellátók kommunikációjának fejlesztése; a bizalom elnyerése és megtartása; odaforduló, empatikus kommunikáció; a beteg tájékoztatása az ellátásával kapcsolatos tudnivalókról; lehetőség biztosítása a kérdésre, a felmerülő kérdések megválaszolása
10 Nem hasznosulnak a korábbi eseményekből szerzett ismeretek/ tapasztalatok	Az események kivizsgálásához szükséges ismeretek elsajátítása; az elköborlások, önkényes távozások jelentése; megtörtént események kivizsgálása; a problémák őszinte megbeszélése, büntetés kerülése; a feltárt problémák és okok ismeretében megelőző intézkedések bevezetése

1. táblázat  
A betegeltűnés általános okai és megelőzési lehetőségei (saját szerkesztés)

Hazánkban ez az első olyan tanulmány, amely részletesen foglalkozik a betegelkőborlás és önkényes távozás okával és megelőzési lehetőségeivel. A NEVES-jelentések elemzése során kapott eredmények túlnyomórészt 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 megállapításával, hogy a férfiak körében gyakoribb az elköborlás [11].

A szakirodalom alátámasztja, hogy azok a betegek, akik egyszer már eltűntek, hajlamosabbak ezt újból megtenni [2]. 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 [2,12]. A fókuszcsoporthoz 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 eseményhez vezető tényezőnek.

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

Egy Angliában végzett, öt akut pszichiátriai osztályra kiterjedő, az eltűnések gyakoriságának csökkentését célzó vizsgálat eredményeit mutatja be Bowers és munkatársainak közleménye. Az öt osztályból kettőnél bevezettek egy új intézkedéscsomagot, majd a személyzet oktatását követően három hónapon át minden egyes eltűnési esetet feljegyeztek és kielemeztek. A másik három osztálynál nem vezettek be külön intézkedéseket, de a személyzet tudott róla, hogy most nagyobb figyelemmel követik az ilyen eseteket az intézményben. A két kiemelt osztályon bevezetett intézkedések a következők voltak:

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

A vizsgált időszak alatt összességében 25%-kal csökkent az engedély nélküli távozások aránya. Az egyes osztályok között nagy különbségek voltak, és nem egyértelműen a bevezetett intézkedések hatása tükröződött bennük. A két kiemelt osztály egyikén jelentős csökkenés fordult elő, a másikon ugyanakkor már eleve alacsony volt az eltűnések 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 kettőnél kismértékű növekedésnek voltak tanúi a kutatás készítői [13].

A kockázatelemzés fontosságát több szakirodalom is hangsúlyozza. Rowe 2008-ban közölt tanulmányában a betegfelvétel folyamatához fogalmaz meg ajánlásokat. Mivel a demenciát gyakran évekkal az első tünetek megjelenése után diagnosztizálják, a betegfelvétel során az idősebb felnőttek családját meg kell kérdezni, hogy az elmúlt időszakban fordult-e elő súlyos emlékezetvesztés, felejtés (pl. bekapcsolva hagyott tűzhely), túl korai lefekvés, nem megfelelő ruházat viselése. Esetleg volt-e olyan, hogy a beteg nehezen találta meg az utat ismerős környezetben, nehézséget jelentett valamilyen rutinszerű feladat elvégzése stb. [14].

2011-es tanulmányában McGinley is fontos elemként említette az eltűnés szempontjából magas kockázatú betegek azonosítását. 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 gyökérokákat és kezelni kell azokat. A betegfelvételnél végzett kockázatbecslés mellett javasolja a jó gyakorlatok összegyűjtését, megosztását és adaptálását, valamint a betegágyra szerelt mozgásérzékelő alkalmazását is [15].

Az elkóborlás valószínűségének felmérésére a nemzetközi gyakorlatban több kockázatelemzési módszer is ismert, például Algase Wandering Scale (AWS), Revised Memory and Behavior Problem Checklist (RMBPC), Risk of Wandering (RoW) [16].

Az elkóborlás megelőzését sok esetben egyenértékűnek tekintik a betegek korlátozásával, ami gyógyszeres kezelést (nyugtatók adását) vagy fizikai korlátozást jelent. Ezek hatásosak, de minden formájuknak ára és mellékhatása van, ezért komoly mérlegelést kívánnak. A korlátozás a fejlett társadalmakban már nem elfogadható módszer, noha akár nullára is lehet vele csökkenteni az elkóborlásos esetek számát. A korlátozással szembeállítható megoldás – hogy a kóborlási hajlamot nem próbáljuk megakadályozni, hanem lehetőséget biztosítunk a mozgásra, és biztonságos keretek között tartjuk – emberigényes, és több időráfordítást igényel az ellátóktól.

Adekoya és munkatársai interjúkat készítettek enyhe és közepesen súlyos demenciában szenvedő idősekkel a saját elkóborlásukkal kapcsolatos véleményükről, hogy jobban megértsék ezt a viselkedést. Arra az eredményre jutottak, hogy a kóborlást a betegek több szempontból is előnyösnek tartják. A betegek számára a séta élvezetes, jó időtöltés a friss levegőn, egészségügyi előnyökkel jár, formában tartja őket. Többeknek egész életükön át tartó szokása volt a rendszeres séta, és csak ezt folytatták, másoknak a szocializáció egyik formáját jelentette, mert lehetőséget kínál arra, hogy találkozzanak másokkal, beszélgessenek, és említették a családdal való találkozást, valakinek vagy valaminek a keresését is, mint a kóborlásuk célját. Emellett a séta során lehetőség nyílik állatokkal való találkozásra is. Ezek alapján a szerzők gondoskodó környezet megteremtését, szabályozott sétaútvonalak kiépítését javasolják [17].

Egy 2015-ös átfogó vizsgálat az elérhető biztonsági eszközöket tekintette át és azok alkalmazását hasonlította össze a másféle intervenciókkal. A technológiai biztonsági rendszerek körében huszonnolcfajta 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 eseményor elindulhat, de a megfelelő közbeavatkozással a káros következmények kivédhetők. A technikai eszközök alkalmazása az egyéb intervenciókkal kombinálva történik. Négy nagyobb intervenció eszközcsoportot azonosított:

- a mozgás követése;
- a magatartás befolyásolása;
- a kognitív rehabilitáció; valamint
- a környezet módosítása [18].

## KÖVETKEZTETÉSEK

A NEVES adatok elemzéséből származó eredmények – amelyek szerint az eltűnt, majd később megtalált betegek 8,2%-ánál történt valamilyen szintű lelki vagy fizikai sérülés, 26,5%-uknál egyedül lelki eredetű hatást tapasztaltak, valamint a fekvőbeteg-ellátottak 11,7%-ánál meghosszabbodott az ellátás ideje – alátámasztják az esemény megelőzésének a fontosságát.

Mint láthattuk, a betegek elkóborlásának, illetve önkényes távozásának a hátterében számos okot és hozzájáruló tényezőt lehet azonosítani.

A NEVES jelentőlap elemzése, a szakirodalom-kutatás és a fókuszcsoportos beszélgetések alapján a fentiekben bemutatott intézkedések közül a következők fontosságát emeljük ki az eltűnés megelőzése érdekében:

- rizikófelmérés elvégzése felvételtkor 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;
- betegfelvételtkor 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 kijáratról távoli körterembe 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 bevonnai 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.

A bevezetendő intézkedések meghatározásakor fontos figyelembe venni, hogy az adott intézményben milyen problémák vannak jelen. Ebben segít a bekövetkezett eseményekkel kapcsolatos adatgyűjtés és az így kapott információk elemzése. A fentiekben bemutatott intézkedések közül azokat célszerű kiválasztani és bevezetni, amelyek a meglévő problémákra reflektálnak. A munkához segítséget jelenthet a témában írt tanulmányon túl a „Módszertani útmutató az oki kutatások készítéséhez” című összefoglaló [19].

A cikk megjelenésével egy időben a részletes tanulmányt közzétesszük a <https://info.nevesforum.hu/category/oki-kutatasok/weboldalon>.

**A kutatás korlátai:** A NEVES jelentési rendszerbe jelentett adatok önkéntes adatszolgáltatásból származnak, így az események előfordulási gyakoriságára vonatkozóan következtetéseket nem tudunk levonni. Tekintettel arra, hogy a kutatásokban az események oki hátterét és megelőzési lehetőségeit vizsgáltuk és nem azok gyakoriságát, az említett korlátok a kutatás eredményeit nem befolyásolták. A vizsgálatban elemzett mintaszám alacsony volt, és a jelentésben lévő adatok feltehetően nem voltak reprezentatívak az összes hazai eltűnésre nézve az esetek önkéntes jelentése okán.

**Anyagi támogatás:** A dolgozat alapjául szolgáló kutatás az Európai Unió által támogatott EFOP 1.8.0 – VEKOP 17 kiemelt pályázati konstrukció keretében készült. A publikáció elkészítése anyagi támogatás nélkül történt.

**Szerzői munkamegosztás:** SLAE.: Irodalomkeresési stratégia meghatározása, a közlemény megszövegezése. GO: Közreműködés az irodalomkutatásban és a közlemény megszövegezésében. FSz, UI és DV: Közreműködés az irodalomkutatásban és a közlemény fő üzeneteinek meghatá-

rozásában. BÉ: Statisztikai adatfeldolgozás. A kézirat véglegesítése.

A kézirat végső változatának elkészítése a szerzők közös munkájának eredménye. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

**Érdekeltségek:** A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

**Köszönetnyilvánítás:** A szerzők ezúton mondanak köszönetet a cikk alapjául szolgáló kutatásban való közreműködésért a következőknek: Horváth Anikó, Valasek-Vincze Ildikó.

## IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] Lám J, Sümegi V, Surján C et al.: The role of reporting and learning systems in improving patient safety. [A jelentő- és tanulórendszerek szerepe a betegbiztonság javításában.] *Orv. Hetil.*, 2016; 157(26):1035–1042. [Hungarian] doi: 10.1556/650.2016.30448
- [2] Wick JY, Zanni GR: Aimless excursions: wandering in the elderly. *Consult Pharm.* 2006; 21(8):608-12, 615-8. doi: 10.4140/tcp.n.2006.608. PMID: 17076588.
- [3] Bowers L, Jarrett M, Clark N: Absconding: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1998; 5(5):343–353. doi: 10.1046/j.1365-2850.1998.00149.x
- [4] Belicza É, Kullmann L: NEVES (adverse events). Implementation of a patient safety program in Hungary. [NEVES (nem várt események). Betegbiztonsági program hazai megvalósítása.] *Kórház*, 2008; 3:32-35. [Hungarian]
- [5] Dombrádi V, Grézló O, Sinka LAE et al.: Causes and prevention of patient wandering and unauthorized leave. [A betegek elkoborlásának és önkényes távozásának okai, illetve a megelőzés lehetőségei.] Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest. 2020. Kézirat. [Hungarian] <https://info.nevesforum.hu/category/oki-kutatasok/>
- [6] Belicza É, Sinka LAE: Learning from mistakes and adverse events – methodical overview for the topic-specific studies. [A hibákból és a nemkívánatos eseményekből való tanulás – módszertani áttekintés a témaspecifikus tanulmányokhoz.] *IME*, 2021; 20(4):13-17. doi: 10.53020/IME-2021-402 [Hungarian]
- [7] Belicza É, Dombrádi V, Mikesy G et al.: Aggregate causes of adverse events and possible methods to mitigate them within healthcare. [A nemkívánatos események általános okai és kezelési lehetőségei az egészségügyben.] *Orv. Hetil.*, 2022; 163(6):237–246. [Hungarian]
- [8] NEVES reporting system datasheets. [A NEVES jelentési rendszer adatlapjai.] 2023. <https://info.nevesforum.hu/adatlapok/> (megtekintve: 2023. július 04.) [Hungarian]
- [9] Lukács A, Mikesy G, Dombrádi V et al.: Guidelines for preventing patient wandering and unauthorized leave. [Útmutató a betegelkóborlás és önkényes távozás megelőzéséhez.] Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest. 2021. Kézirat. [Hungarian] <https://info.nevesforum.hu/category/oki-kutatasok/>
- [10] Belicza É, Takács E: Objective assessment of the quality of hospital care: dream or reality? [A kórházi ellátás minőségének objektív megítélése: álom vagy realitás?] *Orv. Hetil.*, 2007; 148(43):2033-2041. [Hungarian]
- [11] Bowers L, Jarrett M, Clark N et al.: Determinants of absconding by patients on acute psychiatric. *Journal of Advanced Nursing*, 2000; 32(3):644–649. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01523.x
- [12] Song JA, Algase D: Premorbid characteristics and wandering behavior in persons with dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2008; 22(6):318–327. doi: 10.1016/j.apnu.2007.10.008
- [13] Bowers L, Alexander J, Gaskell C: A trial of an anti-absconding intervention in acute psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2003; 10(4):410–416. doi: 10.1046/j.1365-2850.2003.00619.x
- [14] Rowe M: Wandering in hospitalized older adults: identifying risk is the first step in this approach to preventing wandering in patients with dementia. *Am J Nurs.* 2008; 108(10):62-70; quiz 71. doi: 10.1097/01.NAJ.0000336968.32462.c9
- [15] McGinley, P: Wander-risk patients: Best practices for hospitals and assisted-living facilities. *Patient safety & quality healthcare.* 2011 Hozzáférhető: <https://www.psqh.com/analysis/wander-risk-patients-best-practices-for-hospitals-and-assisted-living-facilities/> (letöltve: 2023. július 06.)
- [16] Agrawal AK, Gowda M, Achary U et al.: Approach to Management of Wandering in Dementia: Ethical and Legal Issue. *Indian J Psychol Med.* 2021; 43(5 Suppl):S53-S59. doi: 10.1177/02537176211030979
- [17] Adekoya AA, Guse L: Wandering Behavior From the Perspectives of Older Adults With Mild to Moderate Dementia in Long-Term Care. *Research in Gerontological Nursing*, 2019; 12(5):239–247. doi: 10.3928/19404921-20190522-01
- [18] Lin G: Nursing interventions in managing wandering behavior in patients with dementia: a literature review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2015; 29(6):454–457. doi: 10.1016/j.apnu.2015.06.003
- [19] Sinka LAE, Pitás E, Belicza É: Methodological guide for the preparation of causal research. *Professional Methodological Development of the Healthcare System (EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001)*. [Módszertani útmutató az oki kutatások előkészítéséhez. Egészség-



ügyi Ellátórendszer Szakmai Módszertani Fejlesztése (EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001).] Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ.

2020. <https://info.nevesforum.hu/2020/02/modszertani-utmutato-ok-kutatasok-vegesehez/> (megtekintve: 2023. július 05.) [Hungarian]

## A SZERZŐK BEMUTATÁSA



**Grézló Orsolya** egészségügyi szakmenedzser, továbbá szociológiai és pedagógiai tanulmányokat folytatott. 1996 óta dolgozik a közfinanszírozott egészségügyi ellátásért, hosszabb ideig az

Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, majd szintén hosszú ideig a NEAK munkatársa volt. Adatgyűjtéssel, elemzéssel és finanszírozással foglalkozott a járó- és fekvőbeteg szakellátás, a gondozás és az alapellátás területén. Jelenleg az Országos Kórházi Főigazgatóság munkatársa.



**Farkas Szilvia** biológus (mikrobiológus és ökológus), a Betegbiztonsági Tanzéki Csoport munkatársa, a NEVES

Egyesület alapító tagja, AMR témájú EU-projektek szakmai szakértője és koordinátora.



**Ugrin Irina** 2017-ban végzett a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán népegészségügyi ellenőrként. Korábban a Magyar Honvédség Egészségügyi Központjában dolgozott közegészségügyi és járványügyi felügyelői

feladatkörökben. 2019. júniusa óta a Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Közszolgálati Kar, Egészségügyi Menedzserképző Központ munkatársa. Munkája során közreműködik projektekben, kutatási-tudományos, valamint publikálási és az azokhoz kapcsolódó szakmai feladatokban.



**Dr. Dombrádi Viktor** 2010-ben szerezte egészségügyi szervező diplomáját a Debreceni Egyetem, Egészségügyi Karán, ezután fél évig a Meditcom Kft.-nél dolgozott, mint support munkatárs. 2012-ben a Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar egészségpolitika, tervezés és finanszírozás mesterszakán

oklevelet szerzett. 2019-ben szerezte meg tudományos fokozatát a Debreceni Egyetem, Egészségtudományok Doktori Iskolájában. 2016-2020 között a Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Egészségügyi Menedzserment és Minőségirányítási Tanszéken dolgozott, mint tudományos segédmunkatárs. 2020-tól a Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központ főállású munkatársa. 2021-ben kapta meg egyetemi adjunktusi kinevezését.

**Sinka Lászlóné Adamik Erika** és **Dr. habil. Belicza Éva** szerzői bemutatása megtalálható a Mikesy G. et al: *Hogyan segítsük a beavatkozásokat? – Az elmaradt tervezett műtétek okainak, és a megelőzés lehetőségeinek vizsgálata* című közleményben az IME 2023/3. szám 37. oldalán.