

Beszámoló a decubitus prevenció és ellátó tevékenység, valamint a beteg hozzátartozóinak értesítése és felkutatása és az értékleltár kezelése célvizsgálati ellenőrzés eredményeiről 2007. évben.

2007. évben kiemelt feladatként, célvizsgálat keretében a fekvőbeteg ellátásban, 10 szakmában felmérésre került a decubitus prevenció és ellátó tevékenység, a betegjogok érvényesülése tekintetében a beteg hozzátartozóinak értesítése és szükség esetén felkutatása, valamint a beteg értékleltár kezelés folyamata. Az ellenőrzött egységek száma az alábbi táblázatban látható:

Régió megnevez	Dél-alföldi régió	Dél-dunántúli régió	Észak-magyarországi régió	Közép-dunántúli régió	Nyugat-dunántúli régió	Észak-alföldi régió	Közép-magyarországi régió	Össz.
Ellenőrz. egységek száma								
	81	76	71	78	68	76	216	666

A szakmai részlegek megoszlása a vizsgálatokban a következők szerint történt: országosan **188 általános belgyógyászati, 83 krónikus belgyógyászati, 44 ápolási, 8 geriátriai, 102 általános sebészeti, 68 traumatológiai, 76 neurológiai, 10 stroke, 13 hospice, 77 pszichiátriai osztály** került szakmai felügyeletre a fekvőbeteg ellátó osztályok közül.

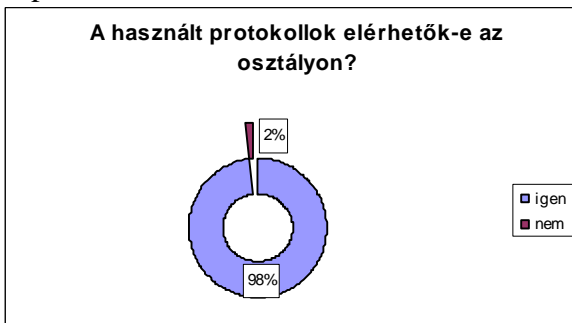
A felmérés módszere helyszíni vizsgálat, előre meghatározott, és megfogalmazott szakmai kérdésekkel, amelyeket a jegyzőkönyv tartalmazott, valamint az Egészségügyi Minisztérium minőségügyért felelős munkatársa által kiadott ún. esetelemző adatlapok kerültek kitöltésre. Az esetelemző adatlapok kitöltése tekintetében az volt a rendező elv, hogy a vizsgálat idejében bent fekvő (2007. 02. 15 től -2007. 04. 15-ig), ápolat/ gondozott betegekről, akkor kerüljön kitöltésre az adatlap, akiknél decubitust észleltek- akár hozottan, akár az intézményben alakult ki. A feladat végrehajtáshoz szükség volt retrospektív beteg dokumentáció elemzésére, valamint a még bent fekvő betegeknél az ellátás megtekintésére is.

A felmérés alapján megállapítható **hiányosságok okai egyfelől szervezésből, szabályozásból adódóak, másfelől a helytelen szakmai gyakorlat következményeként nevesíthető.** A szakmai szabályozás hiányossága, hogy a decubitus megelőzésre, ellátásra szinte minden intézmény rendelkezik protokollal, azonban ez nem, vagy nem minden esetben felel meg az Egészségügyi Minisztérium által kiadott protokollban megfogalmazott követelményeknek, valamint a jogszabályi előírásoknak.

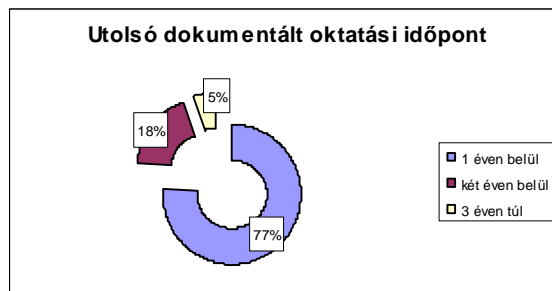
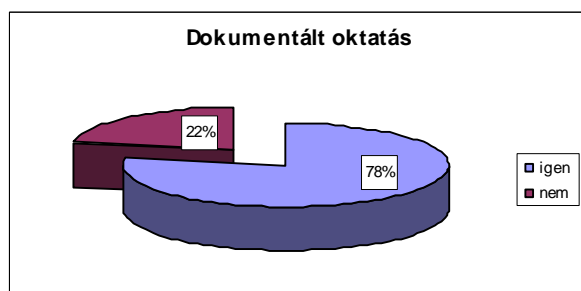
A kiadott protokollok esetenként nem tartalmazzák az ellátásra, valamint a prevencióra vonatkozó pontos szabályozásokat, elnagyoltak, nem jeleníthetők meg benne a felelősségi és hatáskörök.

Régió	Délkelet régió	Délnyugat régió	Északnyugati régió	Középnyugat régió	Északnyugat régió	Északkelet régió	Középnyugati régió	Célszám
A szolgáltatói protokoll az EÜM által kiadott protokollal azonos?								
Prevenció								
igen	0	0	10	7	7	0	16	40
nem	81	76	61	71	61	76	103	529
Ellátás								
igen	0	0	11	6	4	0	15	36
nem	81	76	60	72	64	76	104	533
Egységes szerkezetben								
igen	1	0	12	6	4	0	12	35
nem	80	76	59	72	64	76	133	560
A szolgáltatói protokoll saját fejlesztésű, figyelembe veszi EÜM által kiadott protokollt?								
Prevenció								
igen	37	64	38	47	44	22	90	342
nem	44	12	33	31	24	54	59	257
Ellátás								
igen	36	63	39	48	44	22	79	331
nem	45	13	32	30	24	54	59	257
Egységes szerkezetben								
igen	38	45	33	47	47	20	51	281
nem	43	31	38	31	21	56	105	325
Saját fejlesztésű szakmailag nem megfelelő								
db	21	6	4	0	0	23	6	60

További szabályozásból adódó problémák, hogy az adott intézmény/ osztály orvos szakmai vezetője által nem jóváhagyottak a sajátképzítésű protokollok, és adott esetben nem elérhetőek.

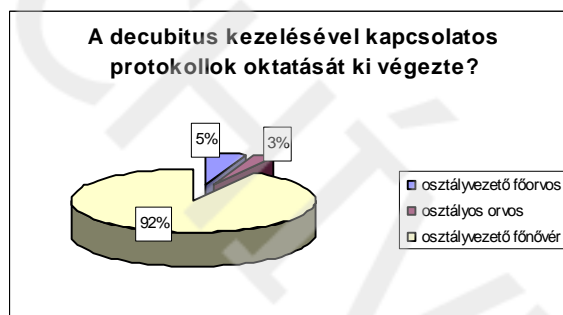
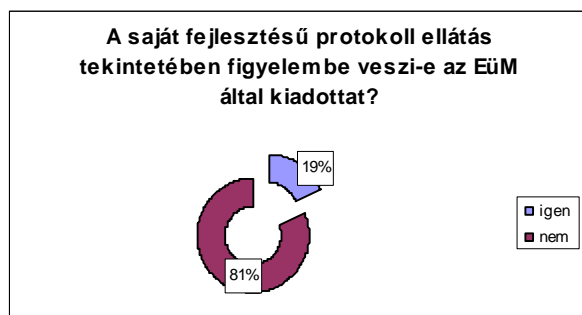


A protokollok tartalmáról az oktatás 25%-ban nem dokumentált, az utolsó dokumentált időpont 27 esetben három éven túli, 94 esetben két éven belüli, és csak 391 esetben egy éven belüli, (154 esetben egyáltalán nem dokumentált).



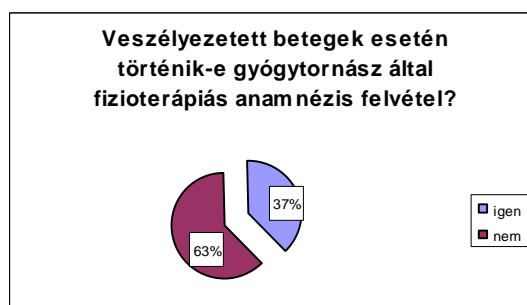
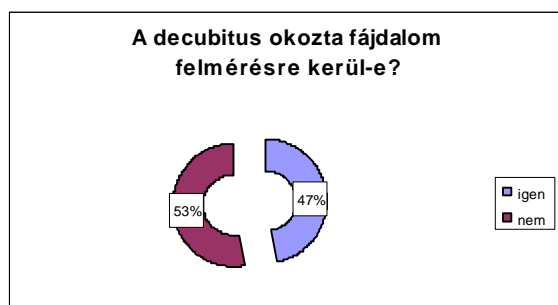
A betegségekhez társuló malnutrició megelőzésére, és kezelésére vonatkozó protokoll zömében intézményi szintű, és szintén nem azonos az Egészségügyi Minisztérium által

kiadottal. Jellemző még, hogy **mind a prevencióval, mind a kezeléssel kapcsolatos protokollok oktatását az osztályvezető ápoló végzi, mintegy 92%-ban**, az osztályvezető főorvos 5%-ban, és az osztályos orvos 3%-ban.



Ápolási anamnézis három esetben nem készült, a decubitusra vonatkozó anamnézis felvétele **607 egységnél 24 órán belül megtörténik, 11 egységnél 48 órán belül történik meg, és 47 egységnél az anamnézis pontos ideje nem beazonosítható**. Ugyan így nem azonosítható 2 esetben az anamnézist felvevő szakdolgozó neve. Az **ápolási anamnézis nem tartalmazza esetenként az alábbiakat: általános állapotra vonatkozó információk: 1. 95%, a bőr állapotára vonatkozó információk: 1. 8%, a beteg mobilitására vonatkozó információk: 0. 9%, a váladékozásra vonatkozó információk: 10. 8%. Nincs információ az inkontinenciáról: 1. 35%-ban, a beteg kooperációjáról: 4. 8%-ban, a táplálkozásra vonatkozóan: 4. 95%-ban, a testmagasságra: 45. 7%-ban, a testtömegre pedig: 19. 8%-ban, és a fogyás-hízás mértékét nem regisztrálják 65. 7%-ban.**

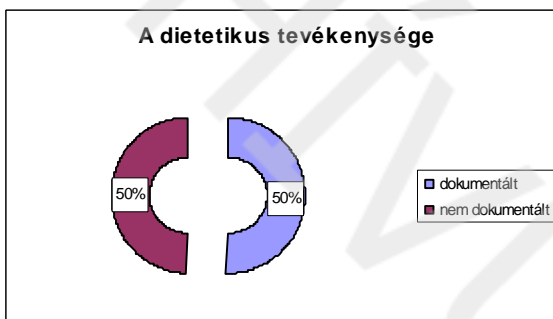
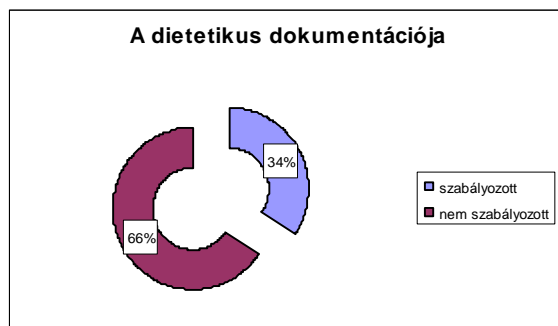
A veszélyeztetett betegek rizikó felmérésére elsősorban Norton skálát alkalmaznak, 81. 3 %-ban, illetve Braden skálát 6. 45%-ban. **A decubitus okozta fájdalom, nem kerül felmérésre 53%-ban**, és ha felméri, akkor 18. 6%-ban numerikus skálát alkalmaznak, 26. 4%-ban subjektív skálát, 6. 3%-ban egyéb módon történik a felmérés.



Veszélyeztetett beteg esetén a gyógytornász által fizioterápiás anamnézis felvétel 63%-ban nem történik meg, továbbá mozgás állapot felmérés 54%-ban nem történik meg. A kezdeti állapot felmérésnél a betegeket 40%-ban nem szűrik táplálkozási kockázatra.

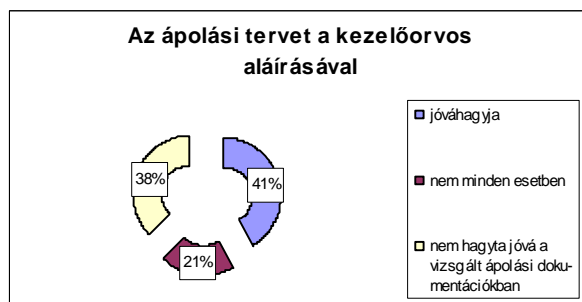


Súlyos problémákat és hiányosságokat észleltünk a dietetikus tevékenységével kapcsolatban, ugyanis veszélyeztetett betegek esetén **dietetikus által táplálkozási anamnézis felvétel nem történik 65. 4%-ban, tápláltsági állapot felmérés 67%-ban, a táplálkozási zavarok (nyelési nehezítettség, ízérzés változás, stb.) nem dokumentáltak 46%-ban, és táplálási terápiai terv nem készül 62%-ban. A dietetikus dokumentációja nem szabályozott 66%-ban, és a tevékenysége az ápolási dokumentációban nem dokumentált 50%-ban.**

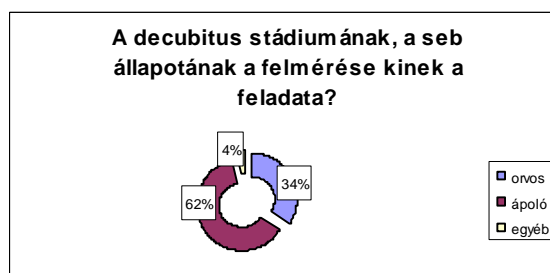
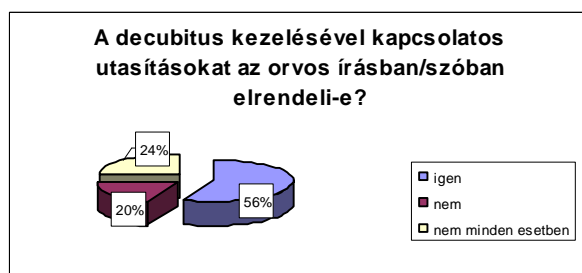


A dietetikus, amennyiben végzi a tápláltsági állapottal kapcsolatos felméréseket, akkor elsősorban a testtömeg indexet alkalmazza (BMI), de derék/csípő körfogat hányadost is mérnek, illetve antropometriai- bőrredő méréseket végeznek.

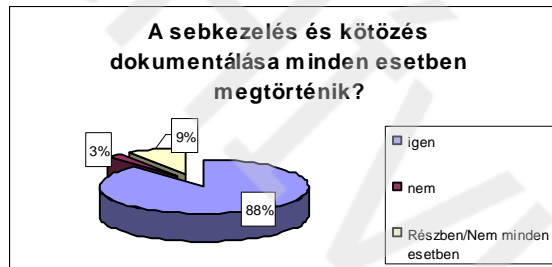
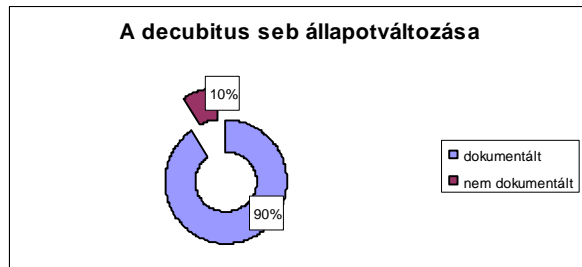
A szakmai tevékenység végrehajtásánál, a prevenció és ellátó tevékenység szervezésénél az ápoló önálló kompetenciája szerint 31%-ban nem készít decubitus prevenció tervet, a megfelelő nyomáscsökkentő készülékek alkalmazása a prevenció tervben nem dokumentált 32%-ban, decubitus ellátási tervet nem készítenek 25%-ban, és a tervet 14%-ban nem a szakápoló készíti. Az elkészített ápolási tervet a kezelőorvos nem hagyta jóvá 38%-ban. Szintén problémát látunk a gyógytornász szakmai tevékenysége körül, ugyanis gyógytorna-fizioterápiás kezelési terv nem készül 59%-ban, és a folyamatos monitorozás és jelentési kötelezettség nem szabályozott 68%-ban.



A decubitusos beteg ellátásánál a kezeléssel kapcsolatos utasításokat az orvos nem minden esetben rendeli el megfelelő módon, a decubitus stádiumát, a seb állapotát 62%-ban az ápoló méri fel, 34%-ban az orvos, a decubitusból kiinduló nosocomiális fertőzések (lágyszövet, csontinfekciók, sepsis) 78%-ban regisztrálásra kerülnek.

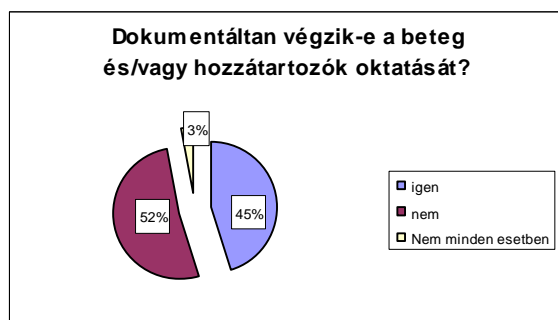


Problémát tapasztaltunk a dokumentáció vezetése tekintetében, amely érinti az ápoló tevékenységét, de ugyan így problémás a gyógytornász, és a dietetikus tevékenységének a dokumentálása is. **A decubitus seb állapotváltozása nem dokumentált 10%-ban, a kezelés nem dokumentált 3%-ban, és 9%-ban részben dokumentált.** A dokumentálás helye elsősorban az ápolási dokumentáció, a decubitus lap, a sebkezelő lap, továbbá a lázlap, és decursus lap.



Ugyan így a gyógytornász ellátó, terápiás tevékenysége 39%-ban nem dokumentált, a dietetikus ellátó tevékenysége, pedig 60%-ban nem dokumentált.

A gyógyításban nagyon fontos elem a **beteg edukáció**, így vizsgáltuk azt, hogy a **beteg oktatási szükségleteinek felméréséhez és megértéséhez van-e felmérő eljárás és azt tapasztaltuk, hogy 77%-ban nincs ilyen eljárás**, és ugyan így probléma, hogy az oktatásra vonatkozó információk rögzítésére 71%-ban szintén nincs megfelelő módszer. **Ennek megfelelően a beteg és hozzátartozók oktatása 52%-ban nem dokumentáltan történik.**

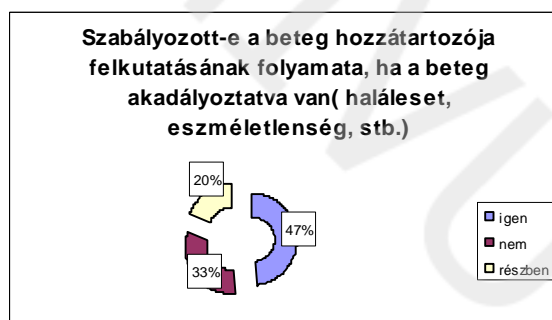
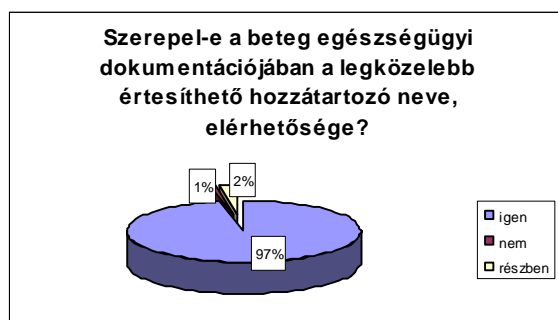


Az egészségügyi intézményből történő **elbocsátás esetén 66%-ban készül ápolási zárójelentés**, amely **74%-ban tartalmazza a sebellátás további teendőit, 68%-ban a mobilizálás további teendőit, és 59%-ban a táplálkozásra vonatkozó további javaslatokat.** Az intézmények 56%-ban működik decubitus team, amely 60%-ban kapcsolatot tart a kórház higiéné szakembereivel, és 68%-ban működik surveillance tevékenység, amelyet zömében a kórház higiénikus irányít (67%-ban), és 31%-ban az ápolási igazgató.

További fontos eleme volt a felmérésünknek a betegek értékleltár, pénz és értékkezelésére vonatkozó szabályozás. A felmérésből látható, hogy **97%-ban szabályozott a pénz és értékkezelés**, amely szabályozás összehasonlítható szintű, azonban a szabályozásban vannak hiányzó elemek, amelyek az alábbiak: esetenként **nem tartalmazza az értékek átvételének folyamatát, mintegy 3. 9%-ban, az értékek átadásának folyamatát, 4. 8%-ban.** Nem tartalmazza a leltárkészítés szabályait, **8. 3%-ban, a használható formanyomtatványokat 8, 5%-ban, és a beteg jogorvoslati lehetőségét 25. 3%-ban.** Az ellenőrzött egységekben a megtekintett utolsó 5 értékleltárban **2%-ban nem azonosítható az értékleltár készítésének ideje, 2%-ban nem azonosítható az értékleltár készítőjének a személye, ugyan így 2%-ban nem azonosítható az exitált beteg értékeinek átadása, 13%-ban az átadás ideje, 5%-ban az átadó személye.** További probléma, hogy **23%-ban nem**

dokumentált, hogy a beteg az értékeit nem adta át, és a vizsgált osztályokon az értékezeléssel kapcsolatos panaszügyek száma az elmúlt két évben 63 volt.

A betegjogok megvalósulásából a beteg tájékoztatás, és kapcsolattartáshoz való betegjog érvényesítése kapcsán a beteg egészségügyi dokumentációjában nem szerepel 2%-ban a legközelebb értesíthető hozzátartozó neve, elérhetősége, továbbá nem szabályozott a beteg hozzátartozója felkutatásának a folyamata, mintegy 33%-ban, akkor, ha a beteg akadályoztatva van a jogainak gyakorlása során.



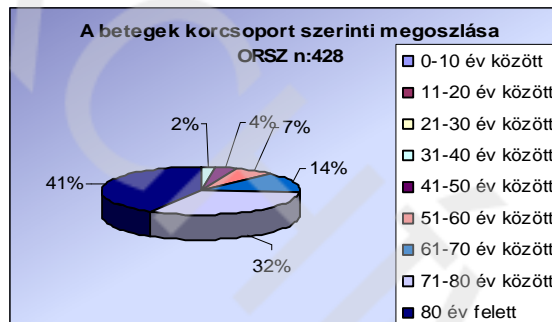
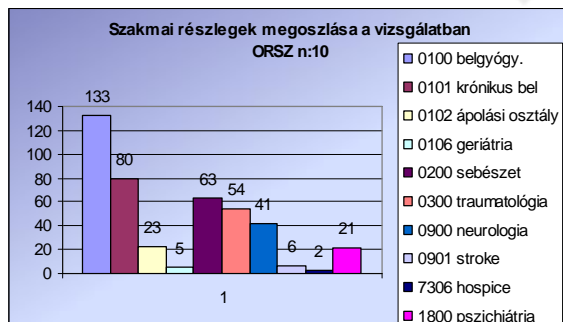
A betegjogok érvényesítése zömében a házirendben került szabályozásra, de az intézeti SZMSZ is tartalmaz szabályokat, valamint önálló dokumentumként is megjelenik a szabályozás. A szabályozás hiányosságaként az idegen nyelvű betegtájékoztatás módja nevesíthető, ugyanis 82%-ban ez nem található a szabályokban, továbbá fontos, hogy 80%-ban nem áll rendelkezésre idegen nyelvű beteg tájékoztató.



Biztosítható-e a betegek részére – szükség szerint – tolmács/jeltolmács?	
Nyelvtolmács igen	428
Nyelvtolmács nem	238
Jeltolmács igen	441
Jeltolmács nem	232

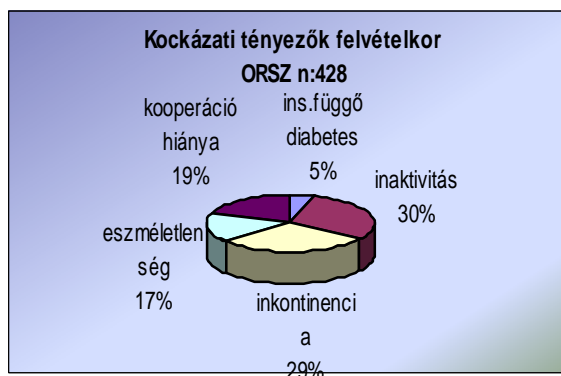
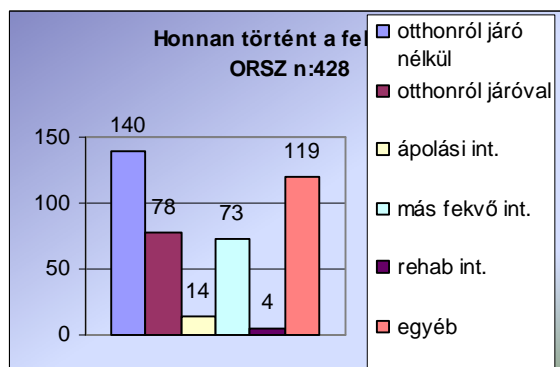
Ha azt vizsgáljuk, hogy biztosítható-e tolmács/jeltolmács a betegellátás során, akkor látható, hogy nyelvtolmács 36%-ban nincs, nem érhető el, jeltolmács 34%-ban nem biztosított. A tételesen ellenőrzött dokumentumok száma a szakfelügyeleti tevékenység alkalmával 5415 db.

Az esetelemző adatlapok feldolgozásából látható, hogy hány szakmai részlegen volt található decubitusos beteg, valamint milyen a betegek korcsoportos megoszlása, melyet az alábbi ábrák szemléltetnek:

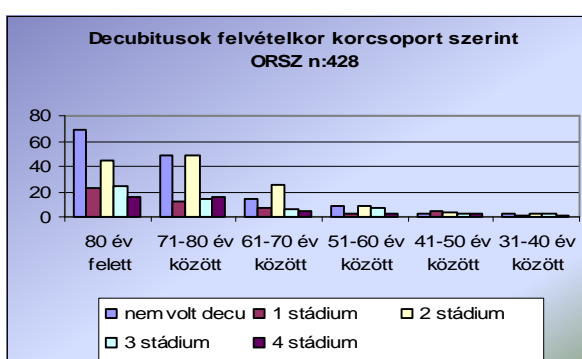
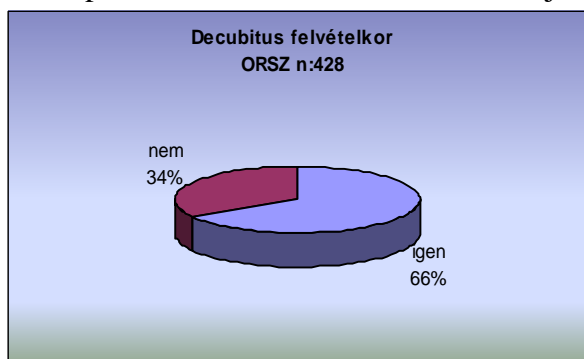


Így 133 általános belgyógyászati, 80 krónikus belgyógyászati, 23 ápolási, 5 geriátriai, 63 általános sebészeti, 54 traumatológiai, 41 neurológiai, 6 stroke, 2 hospice, 21 pszichiátriai osztályon észleltünk decubitusos beteget, mintegy 1400 főt, azonban a felvett adatlapok értékelhető mintaszáma 428 fő. A **korcsoportos megoszlást** tekintve a betegek **41% -a 80 év feletti, 32%-a 71-80 év közötti, 14%-a 61-70 év közötti, 7%-a 51-60 év közötti, 4%-a 41-50 év közötti, és 2% -a 31-40 év közötti.**

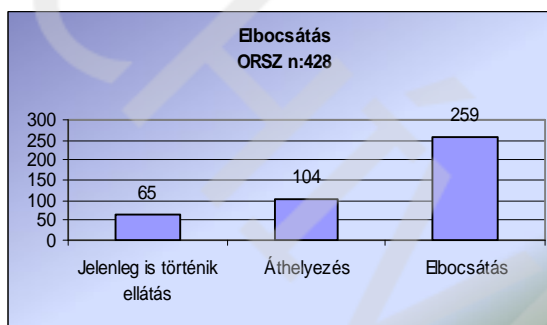
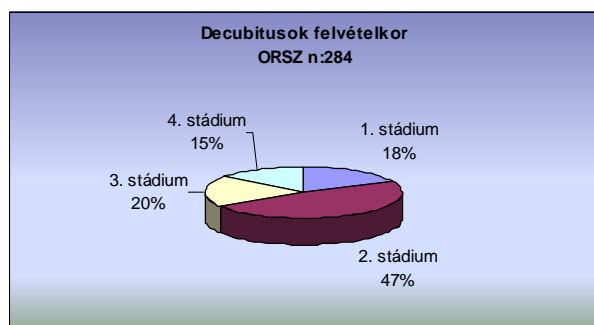
Vizsgáltuk, hogy a beteg otthonából, vagy intézményi formából került-e fekvőbeteg ellátásra, és tapasztalat szerint: **140 esetben az otthonából** érkezett a fekvőbeteg ellátó intézménybe, **70 esetben járóbeteg szakellátó egység** utalta be, **14 esetben ápolási intézetből, 73 esetben más fekvőbeteg ellátó intézményből, 4 esetben rehabilitációról, és 119 esetben, pedig egyéb egységből** került ellátásra.



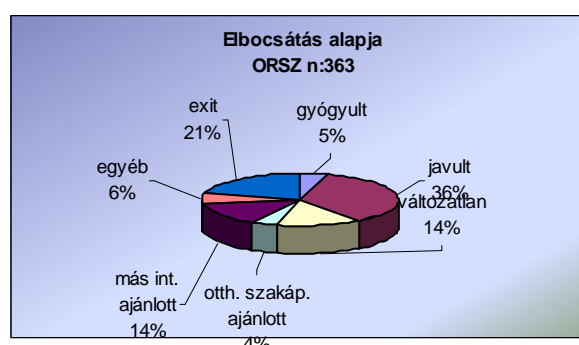
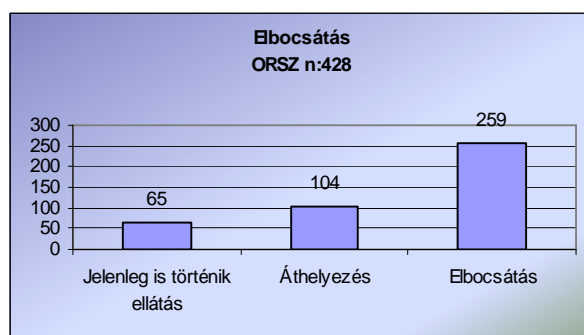
A beérkezéskor fennálló **kockázati tényezők** között elsősorban az **inaktivitás nevesíthető, mintegy 30%-ban, továbbá inkontinencia 29%-ban, kooperáció hiánya 19%-ban, eszméletlenség 17%-ban, és inzulin függő diabetes megléte 5%-ban.** A 428 fő beteg felvételi státusában **66%-ban már felvételkor megtalálható a decubitus, melynek korcsoportos bontását az alábbi ábra mutatja be.**



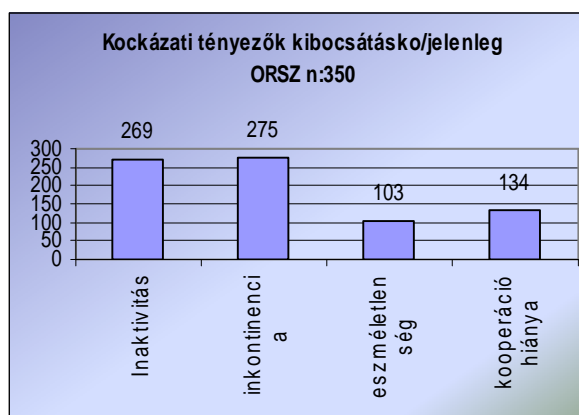
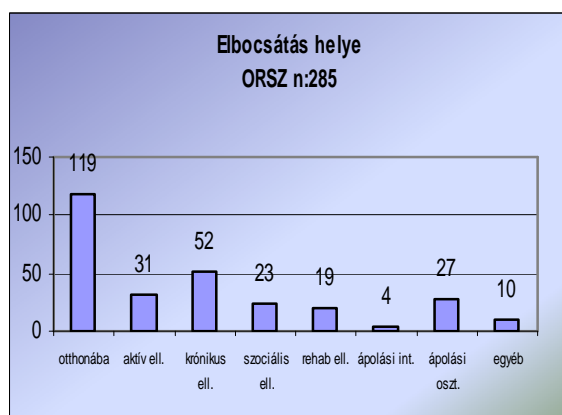
A felvételkori stádium beosztást tekintve I-es stádiumú 18%-ban fordult elő, II-es stádium 47%-ban fordult elő, és III-IV-es stádium is megtalálható volt 20%, és 15%-ban.



Az elbocsátások tekintetében látható, hogy 65 fő ellátása a szakfelügyelet befejezésekor is folyt még, 36%-ban javult állapotban hagyták el az intézményt, 14%-ban változatlan állapotban, és 5%-ban gyógyultan hagyták el az intézményt. A betegek 21%-a exitált, 14%-a más intézetbe került, 1%-a otthoni szakápolásba, és 6%-a egyéb ellátást kapott.

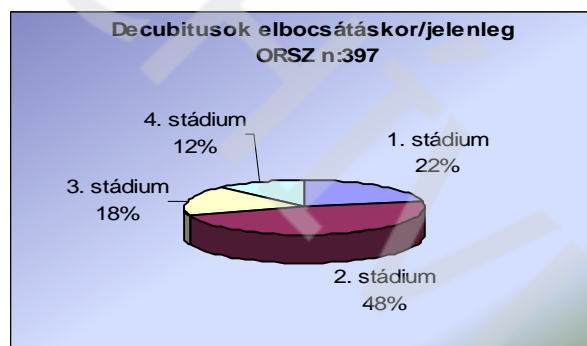
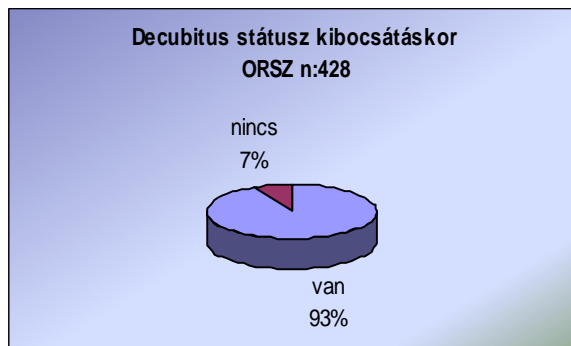


A kibocsátás vonatkozásában elmondható, hogy 119 fő otthonába távozott, 31 fő további aktív ellátásra került, 52 fő krónikus ellátásba került, 23 fő szociális ellátásba, 19 fő rehabilitációra, 4 fő ápolási intézetbe, 27 fő ápolási osztályra, és egyéb ellátást 10 fő kapott.

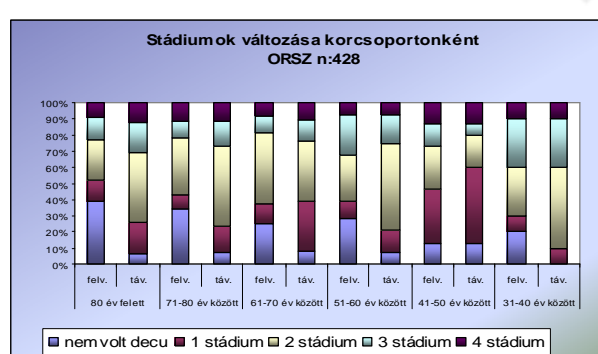
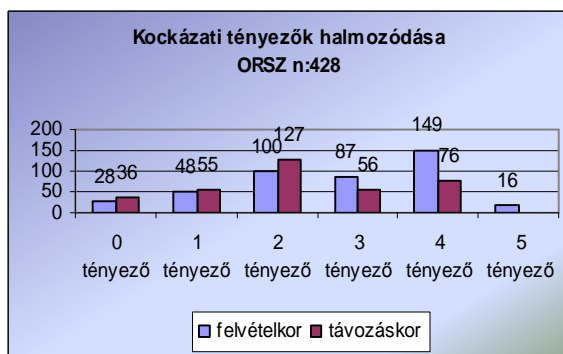


A kibocsátáskori kockázati tényezők között megemlítendő 269 főnél az inaktivitás, 275 főnél az inkontinencia, 103 főnél az eszméletlenség, és 134 főnél a kooperáció hiánya. A kibocsátáskori decubitus státusz változott, az eredmények romlottak, ugyanis felvételkor 66%-nak volt decubitus, azonban kibocsátáskor már 94%-nak. A stádium beosztás is negatív

irányba tolódott el, ugyanis míg felvételnél 18% I-es stádiumú decubitus volt található, addig elbocsátáskor 22% -nál található meg az I-es stádium. A II-es stádium tekintetében az arány szintén romlott, felvételnél 47%-os volt, elbocsátáskor 48%. Javult azonban a III-as és a IV-es stádiumok tekintetében, a felvételnél 20%, és 15% helyett elbocsátáskor 18%, és 12%-ra.



Ezek az arányváltozások, valamint a decubitus előfordulási gyakorisága a helytelen szakmai gyakorlatot jelentik, elsősorban a megelőzés tekintetében, míg a III-as, IV-es stádium előfordulási gyakoriságának a csökkenése a kezelés hatékonyságát támasztják alá.



Ha tovább vizsgáljuk a kapott eredményeket a kockázati tényezők halmozódása összefüggések tekintetében, akkor azt látjuk, hogy távozáskor a felvételhez képest növekedtek a kockázati tényezők, úgymint az inzulinfüggő diabetes, inaktivitás, inkontinencia, ugyanakkor csökkent az eszméletlenség, valamint egy, vagy több felfekvéses fekély megjelenése. A stádiumonkénti változást korcsoportonként, felvételnél és eltávozáskor a fenti ábra szemlélteti.

Javaslatunk a problémák felszámolására, a minőségi ellátásra való törekvés jegyében:

- szükséges az ápoló kompetenciáit bővíteni, mind a tevékenység, mind a gyógyászati segédeszköz alkalmazása tekintetében
- szükséges decubitus koordinátorokat alkalmazni az ellátásban
- szükséges az ápolási dokumentáció tartalmi követelményeit megjeleníteni jogszabályi szinten, akár a minimum feltétel követelményeiben, akár önálló jogszabályban
- szükséges a minimum feltételeket újra gondolni, és módosítani, hogy megfelelő eszközrendszer álljon rendelkezésre mind a megelőzés, mind a kezelés tekintetében (modern sebelltató kötszerek alkalmazása, melynek legyen finanszírozási háttere)
- decubitus megelőzés, kezelés, gondozás oktatása, kiemelt programban,
- országos decubitus program indítása
- dietetikus szakfelügyelet kialakítása