

A decubitus

A WHO-projektben résztvevő intézmények a gyűjtendő nemkívánatos események közé sorolták a kórházban szerzett decubitus is.

A kórházi ellátás egyik jelentős problémájának tekinthető a decubitus kialakulása. Következménye sokféle lehet (állapotromlás, szepikus állapot stb.), súlyos esetben további ellátási szükséglet léphet fel, ez a kórházi költségekre is hatással van. A kezelés magas költségei, a decubitusban szenvedő betegek csökkenő életminősége és az előfordulás gyakorisága alapján hazánkban népegészségügyi problémaként kezelendő. (1) A decubitus országonként, kórházanként, intézményenként, betegségcsoportonként változó gyakoriságú: az incidencia 1,5–13%, a prevalenciaérték 3–60% közöttire tehető. Hazánkban a SEBINKO-felmérések alapján a decubitusok száma megközelíti a 100 ezer főt (becsült adat!). (2)

Miért tekintendő nemkívánatos eseménynek a decubitus?

A hazai és külföldi kutatók írásos feljegyzéseit elemezve kiderül, hogy a nyomási fekély, a felfekvés az orvoslás kezdetétől (ókor) a gyógyítást nehezítő tényezőnek számít. Elsősorban az idősek (60 év feletiek), a potenciálisan kiszolgáltatott, magatehetetlen betegek szenvednek a decubitus okozta kellemetlenségektől, illetve annak szövődményeitől. Befolyásolja még az általános állapot, betegség, tápláltsági állapot stb. Külső kiváltó tényezők közé tartoznak: a tartós nyomás, nyíróerők, dörzsölés, nedvesség, inkontinencia, felülfertőződés, hőmérséklet, matrac.

Ezek a betegek – az egészségügyi ellátás különböző szintjein – a környezetükre vannak utalva, önmagukat nem tudják el látni. Az őket kiszolgálók felelősek azért, hogy a beteg és környezete „adottságait” (a hajlamosító, a kiváltó és súlyosbító tényezők, személyi és pénzügyi feltételek) felmérjék, folyamatosan figyeljék, és mindent megtegyenek a decubitus kialakulásának megakadályozására.

1996-ban megalakult az Európai Decubitus Tanácsadó Bizottság (EPUAP),

amelynek a legfontosabb céljai a figyelemfelkeltés a téma népegészségügyi jelentőségére, egységes definíciók, adatgyűjtési protokollok és adatlapok kialakítása és nemzetközi használata, valamint tudományosan megalapozott és költséghatékony prevenció és terápiás módszerek kialakítása, az európai ajánlások és standardok létrehozása és elterjesztése. (2)

Magyarországon az Egészségügyi Minisztérium gondozásában 2005-ben megjelent egy egységes szakmai protokoll, amelynek célja a decubitus kialakulásának megelőzése, illetve az előfordulási gyakoriság csökkentése, valamint a költséghatékony kezelési elv elterjesztése.

A prevenció munkai irányelvek szerinti végzése mellett a decubitus nem, vagy csak ritkán alakul ki, ezért a kórházi szerzett nyomási fekély nemkívánatos eseménynek tekinthető, és kialakulásának okai között ellátási hiba feltételezhető. Ellátási hiba lehet a prevenció tevékenység elmaradása vagy helytelen végzése ismerethiány, gondatlanság vagy a szükséges személyi vagy tárgyi feltételek hiánya miatt.

A szakirodalomban (3) leírtak szerint elsősorban a személyi (ápolói, otthonápolói) és tárgyi (decubitus megelőző eszközök) feltételek biztosításának megoldatlanságában keresendő az alapvető ok.

A decubitus kórházi kialakulása ezek alapján azért tekinthető nemkívánatos eseménynek, mert háttérben feltételezhető a megelőzést célzó irányelvtől való eltérés, azaz az ellátás minőségének sérülése. A szerzett decubitusok jelentésével lehetővé válik a kialakuláshoz vezető tényezők feltárása (ok-okozati elemzés) és ajánlások kidolgozására az esemény előfordulásának csökkentése érdekében.

A decubitus-jelentési lap tartalmának rövid ismertetése

A nemkívánatos események jelentési tartalmát az esemény kialakulását befolyásoló beteg- és betegséglelmezők, az ellátási körülmények, illetve a mérhető következmények alapján határozta meg a munkacsoport.

A decubitus jelentési lapja a következő kérdéscsoportokat tartalmazza:

- demográfiai adatok,
- betegjellemzők (ismert diagnózisok,

végezték-e műtétet a betegen, a beteg funkcióképesség-zavarai, mozgásképesség, testalkat, pelenka, illetve állandó katéter használata),

- az esemény idején a beteg ellátásáért felelős osztály jellemzői (osztály típusa, ágyszáma, ápolási műszak, a dolgozó ápoló/beteg arány műszakonként),
- az ellátás szakmai tartalmára vonatkozó kérdéskör (szűrőmódszer alkalmazása, fürdetési szokások, ágyneműcserre gyakorisága, az osztályon elérhető prevenció eszközök köre, gyakorlati alkalmazása, dokumentálása, pelenkakorlátozás),
- az esemény részletes leírása szabad szöveges formátumban,
- az esemény következményei (esetleges beavatkozások szükségessége, állapotromlás).

A fentiek alapján látható, hogy a kérdések összeállításánál a cél az volt, hogy minél teljesebb képet tudjunk alkotni a beteg állapotáról, az ellátás minőségéről, valamint oki kutatást tudjunk végezni a kialakuláshoz vezető tényezőkről.

Az első adatgyűjtési időszak eredményei

A decubitus monitorozása kizárólag a kórházban kialakult eseményekre terjedt ki. A jelentési lap definíciója szerint: „Decubitus: olyan nemkívánatos esemény, amelyen a tartós nyomásnak kitett területen a bőr és a bőr alatti szövetek lokális sérülésének, elhalásának kialakulását értjük. Kitöltendő: olyan betegekről, akik decubitus szempontjából bizonyítottan ép bőrrel érkeztek és az osztályos ellátás során decubitus alakult ki”.

A jelentési lap 2007 júniusában készült el, és jelen feldolgozás megkezdéséig (2007. november) 101 adatlap érkezett. Mivel a jelentések anonimek, nem ismert a kórházankénti adatlapok száma és a jelentésben közreműködő osztályok szakmai összetétele. Az sem ismert, hogy a közreműködő osztályok valamennyi esetről készítették-e jelentést. Ezért az adatok morbiditási, epidemiológiai elemzésre nem alkalmasak. A következtetések megfogalmazásánál azt is figyelembe vettük, hogy a vizsgálat nem reprezentatív és az esetszám alacsony.

A jelentett esetek 75%-a volt 70 évnél idősebb, 54% volt nőbeteg. Megelőzően a betegek 35%-ánál történt valamilyen műtéti beavatkozás. A legtöbb betegnél legalább egy funkcionális zavar rögzítésre került, elsősorban inkontinencia (81%), fájdalom (59%) és tudatzavar (58%).

Mozgásképeség szempontjából a betegek 88%-a fekvőbeteg volt. Testalkukat tekintve 38% volt túlsúlyos, 19% sovány, 6% erősen leromlott. A betegek 70%-a viselt pelenkát, 50%-nak volt katétere.

Majd minden betegnél elvégezték a decubitusra vonatkozó kockázatfelmérést (93%), ez általában a Norton-skála alkalmazásával történt. A besorolás szerint a betegek 46%-a került a legmagasabb kockázatú csoportba, 23% magas, míg 31% a közepes kockázathoz tartozott.

A jelentett decubitusok 71%-a aktív osztályon alakult ki. A prevenció eszközök közül az osztályokon elsősorban a decubitus-matrac volt elérhető (83%), míg a sarokgyűrű 76%, a pozicionáló párna 59%, a könyökgyűrű 57%-ban. Ágyneműcsere általában napi gyakorisággal történt. A pelenka korlátozása nem volt jellemző (15%).

A prevenció munka vizsgálata során a nővérek által ellátandó betegek számát a kérdőív alapján nem tudtuk egyértelműen meghatározni az adatlap időközbeni változása miatt. Prevenció eszköz használatát 80%-ban jelölték az adatlapokon.

Mobilizálásra a betegek 83%-ánál volt szükség, de az érintett 84 beteg közül dokumentáltan csak 42 esetben történt meg a kétóránkénti forgatás (50%). Az elmaradás okaként a jelentést készítő 32 esetben a beteg együttműködésének hiányát (ez a nem mobilizált 42 eset 76%-a), a kevés nővért (26 eset, 62%) és a pozicionáló eszközök hiányát (5 eset, 12%) jelölték.

A betegek több mint felénél alkalmaztak korlátozó intézkedést (57 fő), ez elsősorban ágyrácsot jelentett (48 fő, 84%).

Az eredményekből levonható következtetések

Anyagunk nem alkalmas arra, hogy az eredményekből a decubitus előfordulási gyakoriságát, kialakulásának általános okait vizsgáljuk. Mégis észre kell vennünk, hogy az idős életkor, az ágyhoz kötöttség, a funkcióképeségi zavarok előfordulása, amelyek mind a decubitus ismert hajlamosító tényezői, anyagunkban magas arányokat mutatnak és összhangban vannak a szakirodalmi adatokkal.

Fontos pozitívumként tekintjük, hogy a jelentett esetek 95%-ában alkalmazták a decubitus felmérésre szolgáló szűrőmódszerek valamelyikét. Ez bizonyítja, hogy az intézetek nagy gondot fordítanak a prevencióra. Ehhez a tárgyi feltételrendszer is biztosítottnak tekinthető. Mivel pelenkakorlátozás a vizsgált osztályok 82%-ában nincsen, feltételezhető az inkontinens betegek (81%) szükségleteik szerinti ellátása.

A kialakuláshoz vezető okok közül ki kell emelni a beteg együttműködési hiányát (32 eset) amely összefüggésbe hozható a különböző funkcióképeségi zavarokkal, a 32 eset közül a tudatzavarral 22, a fájdalommal 19, az inkontinenciával 26 esetben került említésre. Az együttműködési hiány értelmezése érdekében a jelentési lapon a kérdést pontosítottuk.

További adatgyűjtés és elemzés szükséges ahhoz, hogy az elmaradt mobilizálás okai között jelzett alacsony ápolói létszám értelmezhetővé váljon, és mélyebb oki elemzéseket lehessen végezni.

Az első eredmények szerint a decubitus kialakulása elsősorban a mobilizálás elmaradása miatt következik be, ami a betegek ellenállására, vagy nővérhiányra vezethető vissza. Az okok kiküszöböléséhez jobb kommunikáció, a beteg pszichés vezetése, a hozzátartozók bevonása, oktatása a mozgás kivitelezéséről, az ápolói létszám felülvizsgálata, újjászervezése jöhet szóba.

Az adatgyűjtés összefoglalása, gyakorlati tapasztalatai

A WHO programjában részt vevő kórházak képviselői együttes véleményét megfogalmazva mondhatjuk, hogy a projekt kapcsán

- szakmaiság szempontjából azért volt pozitív kicsengése ennek a munkának, mert a projekt tagjainak összetétele miatt nem csak a gyakorlati területek (kórházak) oszthatták meg egymással jó, vagy kevésbé jó tapasztalataikat, hanem az elméleti alapokat a WHO irányelvei alapján az Egészségügyi Menedzserképző Központ és a Magyar Kórházszövetség képviselői erősítették meg.
- Jelentési lapok továbbítása első körben nehézkes volt (Word formátumban), de az Excel táblázat elkészítését követően ez a munka rugalmassá vált és kevés időráfordítást igényelt.
- A kutatás végén saját intézeteinkben a Decubitus Jelentési Lap kidolgozása során, a többszöri találkozásoknak köszönhetően, naprakész információcserre történt a tagok között.
- Megvalósult a „tanuló-szervezet” filozófiája (folyamatos tapasztalatcsere, a többféle gyakorlati megvalósítás egységesítése, új módszerek elsajátítása).
- A téma gyakorlati jelentőségéhez kapcsolódóan elméleti alapjainkat is bővítettük.

- Szerzett gyakorlati tapasztalatainkat a saját intézeteinkben is tovább tudtuk fejleszteni.
- Az elemzések segítségével azonosításra kerültek a decubitus kialakulásában szerepet játszó konkrét tényezők, melyek alapján az intézetekben a prevenció tevékenységet újragondoltuk (ahol szükséges volt, változtattunk azokon).
- Egy remek kutatási módszert sajátítottunk el, amelyet más területeken is tudunk hasznosítani.
- Összehasonlíthatóvá váltak eredményeink, a résztvevő tagok között a benchmarking-tevékenység új alapokra helyeződött (elősegíti a folyamatos fejlesztést nem csak a decubitus témakörében).
- Kapcsolatépítés szempontjából kiemelkedő az a partnerkapcsolat, amely a csapatok között kialakult. Ez nem csak az egyének, hanem a kilenc szervezethez kapcsolódó, együttműködésére is értendő. A kilenc csapat folyamatos elérhetőségének köszönhetően más szakmai konzultációt is lebonyolít, jó ötleteit egymásnak átadja. Követjük az egymástól tanulás elvét.
- Végül, de nem utolsósorban a nemzetközi kapcsolatok alapján a határon kívüli szakmai kitekintés lehetősége is bővült.

A kórházi decubitus előfordulásáról nincsenek országos adatok. A munkacsoport véleménye szerint a jelentések országos szintre történő kiterjesztése elősegítené a problémakör jobb megismerését, a kiváltó okok feltárását és megelőzését, ezzel is elősegítve az ápolási idő rövidítését és az elkerülhető kórházi költségek visszaszorítását.

Irodalomjegyzék

1. A decubitus rizikófelmérése, prevenciója és kezelése. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja. www.eum.hu (Egészségpolitika/Minőségfejlesztés/Ápolás)
2. Baksa J.: Decubitus. Sebkezelés – sebgyógyulás. 2001/4/1:4-9.
3. Pusztai E., Salczerné Hok M., Balatoni E.-né: Országos decubitus prevenció program. IME. 2006/5/7:23-25.

CSIKAI SÁNDORNÉ, NAGY KATALIN

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei
Jósa András Oktató Kórház, Nyíregyháza

UDVARDINÉ HORVÁTH SZILVIA

Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórháza, Budapest