

2 A SZERZETT DECUBITUS KIALAKULÁSÁRA VONATKOZÓ ADATGYŰJTÉS MEGSZERVEZÉSE, AZ ADATGYŰJTÉS TAPASZTALATAI

Készítette: Dr. Udvardiné Horváth Szilvia

2011. november

2.1 HÁTTÉR

2.1.1 A SZENT IMRE KÓRHÁZ BEMUTATÁSA:

A Kórház 541 aktív és 137 krónikus ágygal rendelkezik, Dél-Buda két legnagyobb kerületének betegeit (XI.-XXII. kerület) látja el. A területi ellátási kötelezettségbe beletartozik Etyek és Mány lakosainak az ellátása is, így a két kerület lakosaival együtt kb. 200.000 fő tartozik a Kórház ellátási körzetébe. 2010. évben aktív fekvőbetegként 36.260 beteg ellátása történt meg.

A Kórház 1999-ben kezdett el felkészülni a minőségügyi rendszer bevezetésére, melynek első lépcsőjeként 2003. évben az MSZ EN ISO 9001:2001 szerinti tanúsítást szerezte meg. 2004 évben önerőből, külső segítség igénybe vétele nélkül sikeresen tanúsítottuk integrált minőségügyi rendszerünket (MSZ EN ISO 9001:2001, Kórházi Ellátási Standardok). A Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok megjelenésekor az integrált minőségügyi rendszerünkbe ezen követelményeket is beillesztettük és azóta is folyamatosan fenntartjuk tanúsítványainkat.

A Kórház vezetése elkötelezett a minőségügy iránt, amely lehetővé tette számunkra a nemzetközi és országos programokban való részvételt (WHO NEVES, PATH), valamint a minőségfejlesztés célzó intézkedéseinket, amelyek megvalósításában úttörő szerepet vállaltunk országos szinten is. Az országban elsőként dolgoztuk ki és tettük közzé a betegdokumentáció felülvizsgálatának benchmarking projektjében elért eredményeinket az Egri Markhot Ferenc Kórház, a Zala Megyei Kórház, a Jósa András Oktató Kórház, valamint a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum közreműködésével.

2003. évben a Kórház minőségügyi csapata IIASA-SHIBA díjban részesült a mátrix rendszerű kórház minőségügyi rendszerének kialakításában elért eredményeiért.

A szerzett és hozott decubitusok intézeti szintű felmérését, az érintett betegek állapotának nyomonkövetését Kórházunk Higiénés Osztálya már több, mint 10 éve folyamatosan vizsgálja. Ezen vizsgálatban szerzett tapasztalatainkat a WHO betegbiztonsági programjában kamatoztatni, illetve továbbfejleszteni tudtuk.



2/1. ábra: Szervezeti struktúra

A Kórház 2001-óta mátrix struktúrában működik, amely lényegesen különbözik a hagyományos kórházi struktúrától. A különbség egyrészt abban rejlik, hogy az egyes szakmák nem osztályszerkezetben működnek, hanem szakmai profilok és ápolási egységek kerültek kialakításra. A szakmai profilok és ápolási egység úgynevezett mátrix intézetekbe csoportosulnak az alapszakmák szerint (1. ábra).

A mátrix elhelyezési, hotelszolgáltatási, üzemeltetési alapegységei az ápolási egységek, amelyek önállóan működnek a szakmai profiloktól.

A mátrix rendszer strukturális felépítésének az előnye a betegellátás hatékonyságában mutatkozik meg (pl. az ellátottak, betegek rugalmas és optimális elhelyezése), működése pedig az ápolási terület önállósodásának eredményeképpen eredményesebb kommunikációt tesz lehetővé, illetve a területek partneri viszonyainak a kialakulása támogatja az erős hierarchikus rendszer fellazítását.

2.2 A NEVES ADATGYŰJTÉS CIKLUSAINAK RÖVID BEMUTATÁSA

Az adatgyűjtés tapasztalatainak a levonásához, a kezelendő problémák értelmezéséhez, a nem várt nehézségek feltárásához, és nem utolsósorban a kulcsfontosságú tanulságok levonásához a két lépcsős adatgyűjtési folyamat bemutatása szükséges.

Az első adatgyűjtési ciklus a NEVES program pilot fázisában zajlott, 2007-ben. Az adatgyűjtést megalapozó adatlap kidolgozására 2007. június hónapban került sor. Az adatgyűjtést ezután meghatározott időintervallumban (2007 novemberéig, azaz 5 hónapig), célzottan végeztük, az elkészült jelentési lap alapján, kiválasztott szervezeti egységek bevonásával.

Az adatgyűjtésbe bevont szervezeti egységek kiválasztásánál fő szempont volt,

- hogy a kórházi ellátási struktúrát lefedje, azaz minden mátrix intézetből vegyen részt legalább egy szervezeti egység
- hogy az adott ápolási egységben az átlagos ápolási napok száma 5 napnál hosszabb legyen,
- az adott ápolási egység elkötelezettsége a kórházi minőségfejlesztési tevékenységben, a minőségfejlesztési tevékenységet támogató szervezeti kultúrája.

A második adatgyűjtési ciklust 2008. évben kezdtük el olyan módon, hogy a NEVES adatgyűjtés mellett kialakítottuk a Kórház Belső Jelentési rendszerét, amelybe a szerzett decubitus jelentési rendszerén kívül bevontunk egyéb, a betegbiztonság javítását célzó eseményeket is (pl. betegesések, azonosító karszalag használata stb.)

A Belső Jelentési Rendszer kialakítása összhangban volt a NEVES programmal, azaz a szerzett decubitusos esetek belső jelentésénél a NEVES program jelentési lapját alkalmaztuk.

A szerzett decubitus adatgyűjtését és jelentését kiterjesztettük a Kórház összes ápolási egységére, amelyben hangsúlyoztuk, hogy a jelentések megküldése (a NEVES program szellemének megfelelően) szintén az önkéntességen alapul.

A Belső Jelentési Rendszerről, annak céljáról tájékoztattuk a vezető ápolókat, akiknek a feladata volt a munkatársak további tájékoztatása. A munkatársak tájékoztatását elősegítvén a Minőségügyi Iroda készített a jelentési rendszerről egy összefoglaló előadást, amelyet a kórházi belső hálózaton tettünk elérhetővé a vezető ápolók számára.

A jelentési rendszer időintervallumának egy éves periódust határoztunk meg.

2.3 HELYZET/KEZELENDŐ PROBLÉMA BEMUTATÁSA

A második adatgyűjtési ciklus lezárásakor szembesültünk azzal, hogy a szerzett decubitus intézeti szintre kiterjesztett adatgyűjtési rendszere nem működött elégségesen, **a jelentési hajlandóság ennél az eseménynél a vártnál alacsonyabbnak bizonyult.**

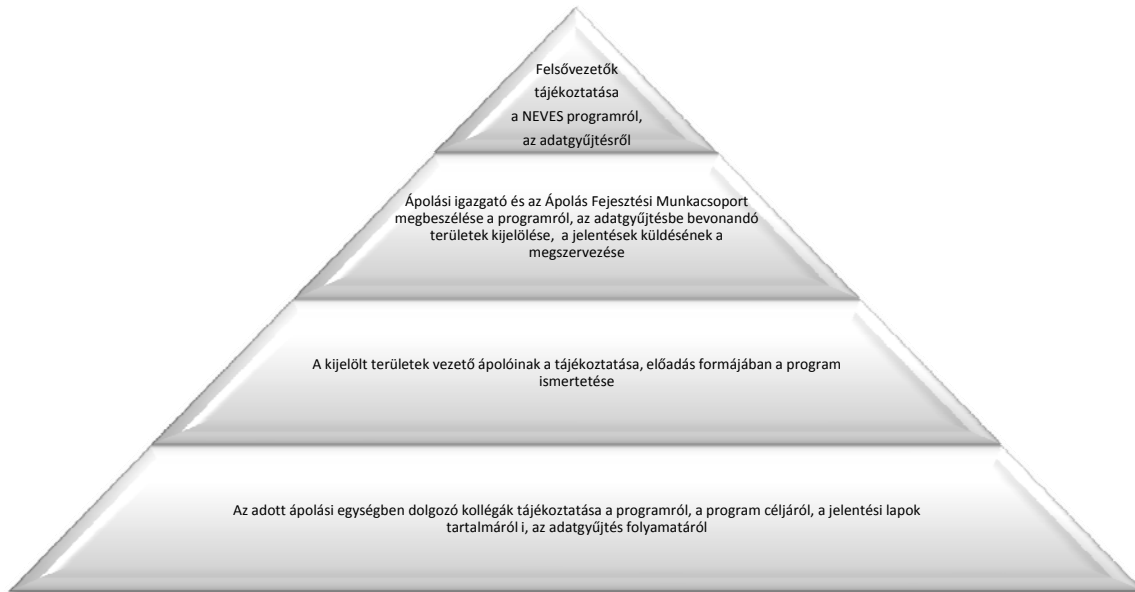
Míg 2007-ben az **5 hónap alatt** (tehát a pilot ciklusban) **20 db** eseményt jelentő adatlapot küldtünk el a NEVES program koordinátorainak, addig 2008. évben, a teljes évet tekintve mindössze **10 adatlap** érkezett.

2.3.1 A KÜLÖNBÖZŐ ÉRTEKEZLETEK, DOLGOZÓKKAL TÖRTÉNT EGYEZTETÉSEK ÉS AZ OKI KUTATÁS ALAPJÁN ELEMZETT ÉS AZONOSÍTOTT PROBLÉMÁK A KÖVETKEZŐEK VOLTAK:

- a második adatgyűjtési periódus párhuzamosan zajlott az intézeti decubitus surveillance programmal, amely ugyan más célokat szolgál, de mégis hátrányként jelentkezett az adatgyűjtés szempontjából
- az ápolók a decubitus surveillance program kapcsán biztosítottak érezték a folyamat felügyeletét, ezért nem voltak teljes mértékben elkötelezettek az adatgyűjtés mellett
- a fent említett belső jelentési rendszer keretén belül több adatgyűjtés is zajlott egy időben (pl. betegesések, azonosító karszalag alkalmazása, stb.), így feltételezhetően az időhiány is szerepet játszhatott az adatgyűjtési hajlandóság csökkenésében
- az úgynevezett osztályértekezletek rendje átalakult, így nem volt kellőképpen biztosított az egységeken belüli információk maradéktalan átadása
- a második adatgyűjtési kör intézeti koordinációjába nem lett bevonva higiénés szakember
- az adatgyűjtések beindításakor nem vettük kellően figyelembe a szakápolói terület humán erőforrás elégtelenségét, a párhuzamosan folyó adatgyűjtések megnövekedett adminisztrációs terhet róttak az így is túlterhelt ápolókra.

2.4 TERVEZETT/VÉGREHAJTOTT INTÉZKEDÉSEK BEMUTATÁSA

Az adatgyűjtés első lépcsőjében, a jelentési rendszer előkészítését az ápolási igazgató asszony vezetésével célzottan végeztük a kiválasztott ápolási egységek főnövéreinek a bevonásával. A vezető ápolókkal ismertettük a program célját, az adatgyűjtési lap tartalmát, a kitöltés kritériumait, illetve megszerveztük a kitöltött adatlapok elektronikus feldolgozását. A tájékoztatási folyamatot a 2. ábra szemlélteti.



2/2. ábra. A munkatársak tájékoztatási szintjei

A **második adatgyűjtési folyamat** előkészítése esetén a programról történő tájékoztatás részben megegyezett a fent látható ábrában bemutatottal, azzal a különbséggel, hogy

- a kórházi főnövéri értekezleten minden vezető ápolóval ismertetésre került az adatgyűjtési rendszer (NEVES) célja, maga a program, valamint a bevezetendő Belső Jelentési Rendszer is.
- az előadást oktatási célokra történő felhasználás érdekében a belső hálózaton közzétettük, hogy ezzel segítsük a vezető ápolókat a dolgozók eredményes tájékoztatásában, a jelentési rendszer sikeressége érdekében.

Lényeges volt a jelentési rendszer kórház szintű működése szempontjából az, hogy az egyes jelentési eseményekhez témafelelősöket (koordinátorokat) rendeltünk, akik segítséget nyújtottak a jelentési lapok kitöltésében, az egyes kérdések megválaszolásában.

A koordinátorokat az Ápolás Szakmai Munkacsoport tagjai közül jelöltük ki, akik egyben az egyes mátrix intézetek vezetői ápolói funkcióját is betöltötték.

Mindkét fázisban a kitöltött adatlapok a Minőségügyi Irodára érkeztek vissza. Az iroda munkatársainak volt a feladata az adatlapok elektronikus feldolgozása, a jelentések továbbítása. Az adatlapok elektronikus feldolgozása a második adatgyűjtés esetében kétféleképpen történt:

1. A NEVES program által megadott jelentési felületen
2. A Belső Jelentési Rendszer által létrehozott excel adatbázisban.

2.5 SIKEREK, KUDARCOK, NEM VÁRT NEHÉZSÉGEK

Az **első adatgyűjtési periódusban** sikerként könyveltük el Intézeti szinten, hogy

- a jelentési rendszert be tudtuk vezetni, a vezetés elkötelezett volt a minőségfejlesztés és betegbiztonság javítása érdekében
- a kiválasztott szervezeti egységek nyitottak voltak az adatgyűjtésre,
- a jelentési hajlandóság jó volt, tehát a dolgozók fogékonyak voltak a betegbiztonság fejlesztésére, megértették a NEVES program célját.

Az adatgyűjtési periódus lezárásakor a kapott eredményeket ismertettük a vezetőséggel, tájékoztattuk a kórház vezető ápolóit, valamint célzottan egyeztetést folytattunk az adatgyűjtésben résztvevő szervezeti egységek vezető ápolóival.

A vezető ápolókkal és a szakmai igazgatókkal közösen kerültek megfogalmazásra azok a konkrét intézkedések, amelyek a betegbiztonság javítását célozták (pl. az ápolási dokumentáció bizonyos szempontokkal történő kiegészítése, a magas kockázatú betegek állapotának nyomon követésére szolgáló megfigyelőlap kidolgozása és bevezetése stb.) (melléklet).

Ezen sikerekre alapozva, illetve az Ápolás Szakmai Munkacsoport tagjai felől érkező igény motivált bennünket a második adatgyűjtéskor arra, hogy az adatgyűjtést több eseményre kiterjesszük, illetve az adatgyűjtésbe bevonjuk a Kórház összes ápolási egységét.

A lelkesedésünk azonban nem várt nehézséget eredményezett és nem várt kudarcokat is tartogatott.

2.5.1 NEHÉZSÉGEK, KUDARCOK:

- Nem számoltunk azzal a ténnyel, hogy az intézeti szintre kiterjesztett adatgyűjtés, a jelentési lapok kitöltése milyen plusz időráfordítást eredményez az ápolók esetében.
- Nem hívtuk fel kellően a munkatársak figyelmét a párhuzamosan folyó higiénés surveillance vizsgálat és a jelentési rendszer céljai közti különbségre.
- Bevontunk az adatgyűjtésbe olyan ápolási egységeket is, ahol az átlagos ápolási idő rövid (pl. Fül-Orr-Gégészet), ezért az esemény előfordulása minimális, vagy egyáltalán nincs. Ez a tény magában hordozta az egyes szervezeti egységek egyenlőtlen terhelését az adatgyűjtésben, hiszen volt olyan egység ahol több jelentendő esemény nagy számban fordult elő.
- Az adatgyűjtésbe nem vontunk be higiénés szakembert, aki a jelentési hajlandóságot befolyásolni tudta volna, vagy szakmailag segíti a jelentést tévő személyeket.

- Nem iktattunk be a jelentési rendszerbe időszakos ellenőrzési pontokat, amely a nehézségek időben történő kezelésében segítség lehetett volna.

2.6 KULCSFONTOSSÁGÚ TANULSÁGOK, JAVASLATOK

- A sikeres adatgyűjtési és jelentési rendszer bevezetésénél hatékonyabb módszerek bizonyult az általam is említett első adatgyűjtési periódus, mert meghatározásra került az adatgyűjtés konkrét időintervalluma, valamint bizonyos kritériumok alapján kiválasztásra kerültek a bevonandó szervezeti egységek.
- Figyelembe kell venni az adatgyűjtés megszervezésekor, hogy nincs-e más jellegű adatgyűjtés folyamatban, mert ez nagymértékben befolyásolhatja a jelentési hajlandóságot.
- Konkrét témavezetők kijelölése szükséges az adatgyűjtés folyamatában és meg kell határozni bizonyos ellenőrzési pontokat az adatgyűjtések és jelentések sikeressége érdekében, a felmerülő problémák és nehézségek orvosolására.
- Figyelembe kell venni az adatgyűjtés, illetve jelentés adminisztrációs terheit és ezek mentén ügyelni kell az egyes szervezeti egységek, dolgozók egyenlő terhelésére.
- Meg kell győződni arról, hogy a dolgozói tájékoztatások megtörténtek-e, ha igen, milyen mélységben, az adatlapok elemeit, kitöltési kritériumait értelmezni kell a kitöltőkkel. Így feltételezhetően biztosított lesz a program melletti elkötelezettség.

A jelentési rendszer bevezetésének pontos előkészítése, a célok definiálása, a dolgozók célzott bevonása és egyértelmű tájékoztatása, az adatok hasznosulása, az eredmények visszacsatolása együttesen meghatározza az adatgyűjtés sikerességét.

2.7 JÖVŐBENI CÉLOK

A második adatgyűjtési periódus nehézségeit és kudarcainak okát elemezve nagyobb hangsúlyt fektettünk a jelentést tévő dolgozók tájékoztatására. Ezt elősegítvén kidolgozásra került egy programfüzet, amely tartalmazza a jelentési rendszer célját, felépítését, az eddig elért eredményeket, intézkedéseket és a jövőbeli célokat. Ezt a tájékoztatást mindenki számára elektronikusan elérhetővé tettük, valamint körlevélben megjelenítettünk.

Egyeztetéseket folytattunk a higiénés szakemberekkel és konkretizáltuk feladataikat az adatgyűjtésben.

2.7.1 CÉLUNK A JÖVŐRE NÉZVE

- a nem várt események jelentési rendszerének az átalakítása oly módon, hogy az adatgyűjtést az eddigi tapasztalatok alapján csak bizonyos (a fentiekben említett) szempontok alapján kiválasztott szervezeti egységekre és meghatározott adatgyűjtési időre (negyedéves ciklusok) terjesztjük ki,
- az egyes események jelentéséhez adott szervezeti egységek bevonása
- a visszacsatolások optimális idejének meghatározása
- célzott tájékoztatások és oktatások szervezése a jelentési rendszerről, eredményekről, szükséges intézkedésekről.

Magas Kockázatú Betegek Megfigyelő Lapja

Név:	TAJ szám:
Születési idő:	Felvétel időpontja:
Szervezeti Egység megnevezése:	Kezelőorvos neve:

Hónap, nap	Óra	Vitalis paraméterek ellenőrzése				Folyadék bevitel (ml)		Folyadék kiadás (ml)		Megelőzés		Megjegyzések Gyógyszerelés, dekubitus megelőzés eszközei, ágynemű csere, pelenka csere, egyéb... (kézjegy)
		Pulzus	Vérmennyiség (Hgmm)	Légtérés	Hőmérséklet (C)	Intravénás	Szájon át	Vizelés	Egyéb	Tiszt. helyzet változtatás	Erfolyasztott táplálék mennyisége	

Rövidítések: **Á:** ágyneműcsere, **PE:** pelenkacsere, **PR:** prevenció eszközök alkalmazása, **B:** branül behelyezve, **AK:** állandó katéter bekötve
VCstix: vércukormérés tesztsíccal, **Korlátozó intézkedés:VR:** végtag rögzítés, **VF:** végtag felengedés, **AR:** ágyrács

A szerzett dekubitus kialakulására vonatkozó adatgyűjtés megszervezése, az adatgyűjtés tapasztalatai
 Készült a WHO támogatásával, 2011., SE EMK, NEVES munkacsoport vezetésével és koordinálásával