

Skrb za pacijente s dekubitusom kao primjer suradnje liječnika i medicinske sestre

Care of patients with bedsores as an example of cooperation between physicians and nurses

Ljerka Pavković¹, Taša Lacković²

¹ Specijalna bolnice za medicinsku rehabilitaciju Lipik, Ulica Marije Terezije 13, 34551 Lipik, Hrvatska

² Studentica 5. godine medicine, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, 10000 Zagreb, Šalata 3, Hrvatska

Sažetak

Uvod: Dekubitus kao kronična rana uzrokovana dugotrajnim pritiskom koji djeluje na meka tkiva u današnjem zdravstveno ekonomskom sustavu predstavlja značajan problem. U svrhu povećanja stupnja kvalitete liječenja bolesnika sa dekubitusom, potrebno je uvođenje metoda/postupaka prevencije i kurative, i to od strane multidisciplinarnog zdravstvenog tima, u kojem aktivno mjesto imaju liječnici i medicinske sestre. Prepoznali smo zdravstveno osoblje Specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju Lipik kao dobar primjer suradnje liječnika i medicinskih sestara u pružanju zdravstvenih usluga pacijentima s dekubitusom. Cilj ovog istraživanja je evaluacija rezultata zdravstvenog tima u prevenciji i liječenju pacijenata sa dekubitusom.

Materijali i metode: Prikupili smo podatke iz sestrinske dokumentacije 4031 pacijenata primljenih u Specijalnu bolnicu za medicinsku rehabilitaciju Lipik, koji su liječeni u vremenskom razdoblju od siječnja 2011. do veljače 2012. godine. U istraživanje su uključeni pacijenti kod kojih je verificiran dekubitus pri prijemu na bolničko liječenje, te pacijenti kod kojih je nastao dekubitus u tijeku bolničkog liječenja. Rezultati su analizirani prema indikatoru „Dekubitus“ u sklopu PATH [Performance Assessment Tool for Hospital] programa u Republici Hrvatskoj.

Rezultati: U istraživanje je uključeno 4031 pacijenata koji su zaprimljeni na bolničko liječenje u specijalnu bolnicu [SB] Lipik, i to u vremenskom razdoblju od 1. siječnja 2011. do 29. veljače 2012. godine. On navedenog broja 1.4% [58 pacijenata] je imalo otprije razvijen dekubitus. U 64% (37) pacijenata dekubitus je nastao tijekom bolničkog liječenja u drugoj zdravstvenoj ustanovi, u 31% [18] pacijenata u tijeku kućnog režima liječenja i u 5% [3] pacijenata u domu za starije i nemoćne. Prosječna starosna dob zaprimljenih pacijenata bila je 64 godine. Kod nijednog pacijenta nije došlo do nastanka dekubitusa u tijeku bolničkog liječenja u specijalnoj bolnici [SB] Lipik. Udio pacijenata sa dekubitusom pri otpustu sa bolničkog liječenja bio je 1% [44], što znači da je 16 pacijenata [28%] razvijenim dekubitusom prije provedenog bolničkog liječenja uspješno izliječeno. Konzervativne metode liječenja dekubitusa uporabljene su kod 18 pacijenata [31%], uporabe specijaliziranih antidekubitalnih obloga uporabljena je kod 25 pacijenata [43%], a kombinacija navedene dvije metode bila je u uporabi kod 15 pacijenata [26%].

Zaključak: Kod nijednog pacijenta nije došlo do nastanka dekubitusa u tijeku bolničkog liječenja u SB Lipik. Kod 28% bolesnika, dekubitus je u tijeku bolničkog liječenja u cijelosti izliječen. Multidisciplinarni zdravstveni tim SB Lipik, iznalazi da su uporabljene metode/postupci liječenja pacijenata sa dekubitusom zadovoljavajući. Postoji značajan stupanj potrebitosti edukacije studenata medicine o dužnostima liječnika i važnosti uporabe odgovarajućih metoda/postupaka, kao i o metodama zdravstvene njege pacijenata kod kojih postoje rizični čimbenici za nastanak dekubitusa, te kod pacijenata kod kojih je razvijen dekubitus.

Ključne riječi: dekubitus • edukacija • prevencija dekubitusa

Kratki naslov: Dekubitus i liječenje

Abstract

Introduction: Pressure ulcers are chronic wounds caused by prolonged pressure which are acting on the soft tissues. In today's economic health system, this issue represents a significant problem. In order to increase the level of quality of treatment of patients with pressure ulcers, it is necessary to introduce the methods of prevention and curing by the multidisciplinary health team, in which the active site have doctors and nurses. We have recognized the medical staff of Special Hospital for Medical Rehabilitation Lipik, as a good example of cooperation between doctors and nurses in providing health services to patients with pressure ulcers. The aim of this study was to evaluate the health team results in the prevention and treatment of patients with pressure ulcers.

Materials and Methods: We collected data from nursing documentation of 4031 patients admitted to the Special Hospital for Medical Rehabilitation Lipik, who were treated in the time period from January 2011., to February 2012. The study included patients who had a pressure ulcer verified at admission to inpatient treatment, and patients who had developed pressure ulcers during hospital treatment. The results were analyzed according to the indicator "pressure ulcer" in the PATH [Performance Assessment Tool for Hospital] program in the Republic of Croatia.

Results: The study included 4031 patients who received inpatient treatment at a specialized hospital [SB] Lipik, in the period from 1 January 2011. to 29 February 2012 year. Of this number, 1.4% [58 patients] had already developed a pressure ulcer. In 64% [37] patients bedsores were occurring during hospital treatment in other medical institutions, in 31% [18] of patients during home treatment regimen and in 5% [3] of patients in a home for the elderly and infirm. The average age of the patients received was 64 years. Neither one patient developed bedsores during the hospitalization. Proportion of patients with bedsores at discharge from hospital treatment was 1% [44], which means that 16 patients [28%] developed bedsores before completion of inpatient treatment successfully cured. Conservative methods of treatment of pressure ulcers were used in 18 patients [31%], the use of specialized antidecubital coating was used in 25 patients [43%], and the combination of these two methods was used in 15 patients [26%].

Conclusion: Neither one patient developed bedsores during the hospitalization. In 28% of patients, decubitus during the hospital treatment completely cured. Multidisciplinary health team of SB Lipik, finds that usage of the methods / procedures, which they used for the treatment of patients with bedsores were satisfactory. There is a significant degree of necessity of education of medical students on the duties of doctors and the importance of using appropriate methods / procedures, and methods of health care to patients who have risk factors for developing pressure ulcers, and in patients who already developed pressure ulcers.

Keywords: Bedsores • education • prevention of pressure sores

Running head: Decubitus and treatment

Autor za korespondenciju/Corresponding author:

Ljerkica Pavković, dipl. ms., pomoćnica ravnateljica za sestriinstvo Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Lipik, Ulica Marije Terezije 13, 34551 Lipik, Hrvatska
Tel: +385-34-440 749
Fax: +385-34-440 758
E-mail: ljerkica.pavkovic@bolnica-lipik.hr

Uvod

Dekubitus, dekubitalni ulkus ili tlačni vrijed [lat. decumbere – ležati] je lokalizirano oštećenje mekih tkiva [kože i potkožnog masnog tkiva, teški stupnjevi-mišići i kosti] koje je uzrokovano dugotrajnim pritiskom. Pritisak na tanki sloj tkiva između koštanih izbočina i tvrde podloge koji je veći od 25mmHg, a koji traje duže od 2 sata uzrokuje ishemiju lokalnih tkiva [prekid kapilarne cirkulacije], a ona na poslijetku dovodi do trajnog propadanja stanica mekih tkiva. U nastanku dekubitusa sila ne mora uvijek djelovati okomito na meka tkiva, već uzrok oštećenja tkiva može uzrokovati i klizanje i povlačenje bolesnika u krevetu [sile smika] [1]. Povećani rizik za nastanak dekubitusa imaju pacijenti koji ne mogu samostalno mijenjati položaj tijela, te tako smanjili pritisak na koštana izbočenja [2].

Najčešće lokalizacije dekubitalnih ulkusa su glutealna i presakralna regija, područje kuka iznad velikog trohantera, koljeno te peta. Nepokretni, bolesnici koji dugotrajno leže, pothranjeni, te bolesnici sa značajnim komorbiditetom [npr. inkontinencija, oskudniji mentalni status], imaju povećani rizik za nastanak dekubitusa. Dvije trećine bolesnika u kojih nastaju dekubitusi su bolesnici na bolničkom liječenju, i to starije životne dobi od 70 godina. U bolesnika mlađe životne dobi dekubitusi nastaju ukoliko takvi bolesnici imaju značajna neurološka oštećenja [paraplegija, tetraplegija]. Slabo prokrvljeno tkivo dekubitusa podložno je bakterijskoj infekciji koja pogoduje širenju ulkusa [3,4].

Dekubitalni ulkusi se prema stupnju oštećenja tkiva dijele [klasifikacija] na četiri [4] stupnja, i to:

I stupanj: Zahvaćen epidermis, djelomice i dermis. Prisutni su crvenilo, toplina i induracija. Blaga erozija epidermisa.

Crvenilo blijedi na pritisak.

II stupanj: Zahvaćen epidermis, dermis i djelomice potkožni sloj. Prisutno crvenilo, toplina i blaga ulceracija. **Crvenilo ne blijedi na pritisak.**

III stupanj: Zahvaćeni svi dijelovi kože i mišićno tkivo. Rana je duboka, nekrotična i zaudara. Okolina je hiperpigmentirana.

IV stupanj: Zahvaćeni svi dijelovi kože i mišić sve do kosti. Rana je duboka, zaudara, prisutna je nekroza, a rubovi su tamno pigmentirani.

Poznavanje klasifikacija dekubitusa važna je u svrhu donošenja odluke o uporabi metoda/postupaka za liječenje dekubitusa. Dekubitusi stadija I do III mogu uspješno zacijeliti agresivnim lokalnim liječenjem kronične rane, te odgovarajućom nutritivnom potporom. Dekubitus IV. stupnja potrebno je liječiti kirurškim metodama. Kirurško liječenje uključuje incizije, drenaže, čišćenja i nekrektomije, te razne oblike presađivanja [kožni, mišićno-kožni transplantati i sl.]. S obzirom da je najveći udio dekubitusa moguće konzervativno liječiti, naglašena je uloga medicinske sestre u prevenciji, uočavanju i liječenju oštećenja mekih tkiva, tj. dekubitusa [5].

Specifični cilj ovog rada bio je evaluirati rezultate rada multidisciplinarnog zdravstvenog tima Specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju Lipik u svrhu prevencije i liječenja pacijenata sa dekubitusom.

U širem kontekstu cilj nam je bio ukazati na potrebu kontinuirane edukacije medicinskih sestara i liječnika, postojanju smjernica i podjele radnih zaduženja u preventivnim i terapijskim mjerama koje se provode na bolničkim odjelima, a sve kako bi se poboljšao stupanj zdravstvene njege pacijenata s dekubitusom, te povećao stupanj kvalitete života pacijenata [6,7].

Materijal i metode /Materials and Methods

Najčešća sestrinska dijagnoza kod dugoležećih bolesnika je visok rizik za nastanak oštećenja kože. Procjenu sklonosti nastanka oštećenja kože, medicinska sestra mora učiniti u tijeku od 24 sata od prijema bolesnika u bolnicu. Za opisane svrhe u uporabi su posebne skale [npr. Braden, Norton ili Waterlow skala]. Na daljnjem tekstu prikazan je izgled Braden-ove mjerne skale.

Prema zbroju bodova [koji je dobiven uporabom mjernih skala] procjenjuje se rizik nastanka dekubitusa i upisuje se u sestrinsku dokumentaciju [lista praćenja dekubitusa].

Braden-ova skala za praćenje pacijenata s dekubitusom sastoji se od 6 čimbenika, i to:

ČIMBENIK [1]. Senzorna percepcija-sposobnost osobe da izvijesti o nelagodnosti uslijed pritiska na tvrdu podlogu

Kompletno ograničenje	Značajno ograničenje	Laki stupanj ograničenja	Bez oštećenja
Ne reagira na bolne podražaje zbog poremećaja stanja svijesti; ograničena sposobnost osjeta boli na velikoj površini tijela.	Reagiranje samo na bolne podražaje; bol se iskazuje jaukanjem i nemirom; postoji senzorno oštećenje koje smanjuje sposobnost osjeta boli u značajnoj površini tijela.	Reagiranje na verbalne podražaje; ne može se uvijek iskazati nelagoda ili potreba za mijenjanjem položaja tijela; postoji senzorno oštećenje koje smanjuje sposobnost osjeta boli u jednom ili u dva ekstremiteta.	Reagiranje na verbalne podražaje; nema senzornih oštećenja, može iskazati bol i nelagodu.

ČIMBENIK [2]. Vlažnost-stupanj izloženosti kože vlažnim uvjetima

Koža-stalno vlažna	Koža-često vlažna	Koža-povremeno vlažna	Koža-rijetko vlažna
Koža je stalno vlažna (znoj; urin);vlažnost je prisutna kod okretanja pacijenta.	Koža je često vlažna, ali ne uvijek;posteljina je potrebno mijenjati jednom tijekom smjenskog rada.	Koža je povremeno vlažna;posteljina je potrebno dodatno (jednom) mijenjati tijekom dana.	Koža je suha;posteljina se mijenja rutinski.

ČIMBENIK [3]. Aktivnost-stupanj fizičke aktivnosti

U postelji	U stolici	Povremeno hoda	Često hoda
Pacijent je stalno u krevetu.	Hodanje je značajno ograničeno;potrebna je pomoć za premještanje pacijenta na stolicu i/ili u kolica.	Povremeno hoda tijekom dana (sa ili bez pomoći) ali je crta hoda značajno mala;veći dio dana provodi u krevetu ili u stolici.	Dva puta tijekom smjene hoda izvan bolesničke sobe;hoda unutar bolesničke sobe svakih dva sata.

ČIMBENIK [4]. Pokretljivost-sposobnost osobe da mijenja i kontrolira položaj tijela

Potpuno nepokretan	Značajno ograničenje	Laki stupanj ograničenja	Nema ograničenja
Pacijent ne mijenja položaj tijela i ekstremiteta bez pomoći.	Povremeno učini male promjene položaja tijela ili ekstremiteta; ne može samostalno učiniti značajnije promjene položaja tijela ili ekstremiteta	Samostalno, povremeno radi promjene položaja tijela ili ekstremiteta, malih ekscurzija.	Velike i značajne promjene položaja tijela i ekstremiteta.

ČIMBENIK [5]. Prehrana-uvriježen unos hrane i tekućine

Značajno slaba	Značajni stupanj neadekvatnosti	Adekvatna	Odlična
Nikada ne pojede cijeli obrok; rijetko pojede više od pola obroka; jede manje od dva obroka proteina; slab unos tekućine;ne uzima tekuće dodatke prehrane; prima infuzijske otopine kroz 5 dana u tjednu.	Rijetko pojede cijeli obrok; uvriježeno pojede pola obroka; dnevno unese tri obroka proteina;povremeno uzima dijetalne nadomjeske hrane.	Uzima više od polovice obroka; dnevno unosi 4 jedinice proteina;povremeno odbija broke, ali uzima nadomjeske hrane; hrani se uporabom nazogastrične sonde ili totalne parenteralne prehrane.	Uzima većinu svakog obroka; nikada ne odbija obrok; unosi više od 4 jedinice proteina dnevno;povremeno uzima hranu između obroka; nisu potrebni nadomjesci hrane.

ČIMBENIK [6]. Trenje i razvlačenje [sile smika]

Prisutni problemi	Potencijalni problemi	Nema problema
Potrebna je značajna pomoć pri kretanju; nemoguće je cjelovito dizanje bez klizanja pacijenta; česti isklizne iz kreveta ili stolice; potrebna je česta promjena položaja tijela uz maksimalnu pomoć;	Malaksalost pri kretanju;potrebna je minimalna pomoć;tijekom kretanja koža klizi po posteljini; održava relativno zadovoljavajući položaj tijela u stolici;	Kreće se samostalno;ima dovoljno mišićne snage za ustajanje; dobar položaj tijela u stolici; dobro držanje tijela.

RASPON BODOVA kreće se od 6 do 23. Manji broj bodova predstavlja veći stupanj rizika za nastanak dekubitusa.

19-23	Nema rizika
15-18	Prisutan rizik
13-14	Umjeren rizik
10-12	Visoki rizik
9 i manje	Vrlo visoki rizik

Metode procjene uključuju inspekciju kože na mjestima najčešćeg nastanka dekubitusa [područja pete, gluteusa, sakruma, i sl.]. Pritiskom na izabrano područje procjenjuje se kapilarno punjenje mekih tkiva, te se prati vrijeme reaktivne hiperemije. Treba procijeniti temperaturu kože, uočiti je li koža vlažna ili suha, te ima li na koži postojećih oštećenja. Palpiraju se periferne arterijske pulzacije radi procjene cirkulacijskog statusa istraživanog dijela tijela, procjenjuje se uhranjenost bolesnika [nutricijski status]. Bilježi se posto-

TABLICA [1] Lista okretanja pacijenta. U uporabi je na odjelima s većim brojem pacijenata, kod kojih postoji rizik za nastanak rane zbog pritiska.

Smjer okretanja	Raspored 1	Raspored 2	Raspored 3
Leđa (doručak)	7.00-9.00	7.30-9.30	8.00-10.00
Desna strana	9.00-11.00	9.30-11.30	10.00-12.00 podne
Leđa (ručak)	11.00-13.00	11.30-13.30	12.00-14.00
Lijeva strana	13.00-15.00	13.30-15.30	14.00-16.00
Desna strana	15.00-17.00	15.30-17.30	16.00-18.00
Leđa (večera)	17.00-19.00	17.30-19.30	18.00-20.00
Lijeva strana	19.00-21.00	19.30-21.30	20.00-22.00
Desna strana	21.00-23.00	21.30-23.30	22.00-24.00 ponoć
Leđa	23.00-01.00	23.30-01.30	24.00-02.00
Desna strana	01.00-03.00	01.30-03.30	02.00-04.00
Lijeva strana	03.00-05.00	03.30-05.30	04.00-06.00
Desna strana	05.00-07.00	05.30-07.30	06.00-08.00

janje popratnih bolesti [vaskularni sustav, sistemske bolesti i sl.], pušenje ili eventualna uporaba ortoza ili proteza. Važno je znati podatke o bolesnikovom apetitu, stanju hidracije i fiziološkim funkcijama [stolica, mokrenje], te o učestalosti uzimanja lijekova. Potom treba odrediti sestrinske intervencije koje će se primjenjivati u bolesnika, a sve u svrhu sprječavanja pojave oštećenja kože. Prvenstveno treba ukloniti djelovanje sila tlaka i smika na kožu, čime će se spriječiti dugotrajno zaustavljanje protoka krvi u oštećenom dijelu tijela. Stoga pacijenta treba okretati u intervalima od jednog do najviše dva sata [Tabela 1]. Pacijenta je potrebno postavljati u četiri položaja: trbuh, leđa, oba bočna položaja, uz uvjet da to stanje bolesnika dopušta.

Podlaganje dijelova tijela s malim odmicanjem opterećene zone je preporučljivo. U pristupu bolesniku treba izbjegavati djelovanje sila trenja na kožu, dakle izbjegavati povlačenje bolesnika po podlozi. Iste sile djeluju kad se podiže dio bolesnikovog ležaja. Treba uporabiti prozirne i antidekubitale madrace. Kožu bolesnika treba održavati čistom i neoštećenom, uz maksimalno izbjegavanje dugotrajnog vlaženja. U prehrani bolesnika potrebno je uporabiti visokoproteinsku prehranu, dovoljno vitamina i ugljikohidrata. Treba rehidrirati bolesnika, održavati balans elektrolita i sprječavati razvoj infekcije.

Očuvanost integriteta kože se koristi kao indikator kvalitete zdravstvene njege, te se kao pokazatelj kvalitete skrbi prati prevalencija oštećenja kože uslijed dugotrajnog pritiska [dekubitus] u zdravstvenim ustanovama. Unatoč modernim tehnologijama i dostupnim pomagalicama za prevenciju, prevalencija dekubitusa nije u padu. Dekubitus ima za posljedicu patnju, bol, utječe na kvalitetu života, značajno produljuje hospitalizaciju, povećava zdravstvene troškove, a povećana je i stopa smrtnosti.

U Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju u Lipiku od 2008. godine Povjerenstvo za rane [Marica Topić, dr. med. spec. fizikalne medicine i rehabilitacije, Ljerka Pavković, dipl. ms., Mirjana Cahun, ms., Darko Roban, mt.], kontinuirano prati indikatore kvalitete zdravstvene njege – dekubitus

i ostala oštećenja kože. U RH se od 2009. provodi projekt PATH [Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals], kojeg je inicirao Regionalni ured Svjetske zdravstvene organizacije za Europu 2003. godine. Izradila ga je skupina međunarodnih stručnjaka za kvalitetu u zdravstvu koji su prepoznali važnost i korist pokazatelja kvalitete. Prikupljanje podataka o tim pokazateljima provodi se prospektivno u bolnicama 20 europskih zemalja. SB Lipik se 2010. uključila u radnu grupu medicinskih sestara u sklopu PATH programa te se stoga kontinuirano provode slijedeći postupci, i to:

- Procjena rizik za nastanak dekubitusa kod svakog bolesnika (Braden skala);
- Dokumentiraju se sva oštećenja kože/dekubitusa u obrazac HKMS;
- Svako oštećenje kože/dekubitus fotografira se na način da se štiti dostojanstvo bolesnika, a na fotografiji treba biti vidljivo s kojom oblogom je rana previjena;
- Svaki bolesnik dobiva pisanu preporuku o liječenju dekubitusa;
- Ako je moguće, educira se obitelj o načinu primjene obloga koje bolesnik koristi.

Povjerenstvo za rane SB Lipik je nakon analize dokumentacije i podataka prikupljenih od 2008. godine, dana 17. siječnja 2011. godine izradilo protokol za prevenciju nastanka dekubitusa [Tablica 2] te pisane preporuke za liječenje dekubitusa [Tablica 3].

Prikupljeni su podatci iz sestrinske dokumentacije od 4031 pacijenta primljenih u Specijalnu bolnicu za medicinsku rehabilitaciju Lipik, i to u vremenskom razdoblju od 1. siječnja 2011. do 29. veljače 2012. Pri obradi podataka uvršteni su podatci o pacijentima s razvijenim dekubitusom po prijemu na bolničko liječenje, te o pacijentima koji su razvili dekubitus tijekom boravka u SB Lipik [indikator „Dekubitus“ u sklopu PATH programa kojeg u Hrvatskoj provodi Grupa za praćenje dekubitusa pri Društvu za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite]. Analizirali su pacijenti s razvijenim

TABLICA [2] Protokol za prevenciju dekubitusa SB Lipik [17.1.2011].**Cilj:** Bolesnikova koža biti će neoštećena, bolesnik neće dobiti dekubitus.

POSTUPAK	SVRHA
Procjena rizika prema Braden skali.	Utvrđiti stupanj rizika za dekubitus.
Pregledavati rizična mjesta.	Pravodobno uočavati crvenilo kože. Registrirati kako dugo je prisutna hiperemija nakon promjene položaja. Utvrditi da li je došlo do oštećenja kože.
Pritisnuti rizična mjesta na koži.	Provjeriti blijedi li crvenilo na pritisak ili ne.
Palpirati rizično područje	Procjena topline.
Mijenjanje položaja svakih 1-2 sata (unutar tog vremena mijenjati položaj samo nekih dijelova tijela: ruke, noge, ramena).	Smanjiti pritisak.
Koristiti sve položaje (leđni, bočni, potrbušni), ako nisu kontraindicirani.	Smanjiti pritisak.
Naizmjenice stavljati podloške (ručnike, male jastučice) ispod ramena bokova i sl.	Preraspodjela pritiska.
Podučiti bolesnika ako je moguće da samostalno bar malo promijeni položaj sjedi li ili leži.	Preraspodjela i smanjenje pritiska.
Upotreba antidekubitalnih: jastuka, kreveta i madraca	Smanjenje pritiska i ravnomjerna raspodjela pritiska, podizanje koštanih izbočenja od madraca.
Bolesnika kod promjene položaja podizati, a ne povlačiti, podučiti bolesnika isto.	Sprječavanje trenja i razvlačenja kože.
Izbjegavati Fowlerov položaj.	Spriječiti isklizavanje iz tog položaja.
Upotreba podupirača uz posebnu zaštitu peta.	Spriječiti i ublažiti isklizavanje iz tog položaja
Redovito i savjesno održavanje higijene.	Spriječiti maceraciju kože
Pranje kože blagim sapunom i vodom, dobro posušiti mekim ručnikom te izbjegavati trljajuće pokrete. Po mogućnosti upotreba krema i losiona za njegu kože.	Sačuvati integritet kože
Perianalno područje prati dva puta dnevno i nakon svake epizode inkontinencije.	Održati higijenu kože.
Uspostavljanje kontrole nad inkontinencijom.	Održati higijenu kože, spriječiti maceraciju, povećati samopoštovanje bolesnika.
Nokte na rukama i nogama održavati čistim i podrezanim. Područje među prstima dobro posušiti.	Spriječiti mogućnost infekcije i ozljeđivanje vlastitim noktima.
Maknuti nepotrebne predmete sa kreveta, dobro zategnuti plahtu (bez nabora).	Spriječiti oštećenje kože.
Uključiti bolesnika u održavanje kože prema vlastitim mogućnostima.	Održati samopoštovanje bolesnika.
Održavati svijest, budnost i orijentaciju.	Održati samopoštovanje bolesnika.
Savjetovati bolesniku da nježno masira i lupka područja oko koštanih izbočenja.	Poboljšati cirkulaciju, smanjenje edema, povećanje vaskularnog tonusa.
Aktivne i pasivne vježbe, ustajanje iz kreveta.	Poboljšavanje cirkulacije te poboljšavanje tonusa mišića i kože.
Visoko proteinska prehrana, hrana bogata željezom i C-vitaminom (ne davati megadoze).	Dekubitus se brže razvije ukoliko postoji neki poremećaj prehrane ili je bolesnik previše mršav. Željezo i vitamin C doprinose vitalnosti stanica.
Bolesniku davati dovoljno tekućine.	Održavati hidraciju organizma.
Podučavanje bolesnika i obitelji načelima i postupcima prevencije dekubitusa.	Sprječavanje nastanka dekubitusa.

dekubitusom prema čimbenicima, i to: dob, stadij dekubitusa pri prijemu i otpustu iz SB Lipik, vrsta ustanove u kojoj je dekubitus nastao, te vrsta liječenja dekubitusa. Podatci o karakteristikama dekubitusa dobiveni su iz Obrasca za praćenje dekubitusa Hrvatske komore medicinskih sestara koji je dio standardne sestrinske dokumentacije.

Za sve izdvojene parametre računali smo prosječne vrijednosti u odnosu na ukupan broj pacijenata, odnosno ukupan broj pacijenata s dekubitusom zaprimljenih u SB Lipik u vremenskom tijeku od 1. siječnja 2011. do 29. veljače 2012.

TABLICA [3] Preporuke za liječenje dekubitusa SB Lipik [17.1.2011.]

° DEKUBITUSA	OPIS RANE	EKSUDACIJA	CILJ POSTUPKA	PREPORUČLJIVA OBLOGA*
I °	Promjene u boji kože, crvenilo	Nije prisutna	Prevenција produbljenja defekta, zaštita oštećene kože i koštanih izbočenja.	GRANUFLEX EXTRA THIN
II °	Ulceracija	Slaba do srednja	Zaštita i poticanje zacjeljivanja te stvaranje epiderma.	GRANUFLEX, COMBIDERM
III,IV °	Rana duboka, nekroza, zaudara	Srednja jaka	Upijanje i kontrola sekrecije te poticanje granulacije.	COMBIDERM ILI KALTOSTAT GRANUFLEX PASTA+GRANUFLEX COMBIDERM
III,IV °	Infekcija rane s i bez vidljivog gnoja, zaudara	Slabija, srednja, jaka	Liječenje infekcije te kontrola sekreta i mirisa	AQUACEL AG+COMBIDERM G.GEL+ KALTOSTAT
III, IV °	Duboke fibrinske naslage bez infekcije	Srednja do jaka	Čišćenje rane, zaštita zdravog tkiva, upijanje sekreta i kontrola mirisa.	G.GEL+ KALTOSTAT
IV °	Crna nekroza	Nema sekrecije	Zaštita daljnjeg produbljenja defekta, rehidracija tkiva, debridman nekroze	G.GEL+GRANUFLEX EXTRA THIN
IV °	Crna nekroza	Slaba do srednje jaka, izrazito jaka	Debridman i zaštita tkiva te upijanje sekreta	GRANUGEL+ GRANUFLEX GRANUGEL+ KALTOSTAT AQUACEL+ COMBIDERM

* preporuke za liječenje mijenjaju se ovisno o oblogama za liječenje koje prođu na javnoj nabavi za tekuću godinu

Rezultati / Results

od 4031 pacijenta primljenog u Specijalnu bolnicu za medicinsku rehabilitaciju Lipik, u vremenskom razdoblju od 1. siječnja 2011. do 29. veljače 2012. godine, 1,4% [58 pacijenata] je imalo otprije razvijen dekubitus [Tablica 4]. Od navedenog broja bolesnika kod 64% (37) pacijenata dekubitus je nastao tijekom boravka u drugoj ustanovi, kod 31% (18) pacijenata u kućnom režimu liječenja, te kod 5% (3) pacijenta u tijeku boravka u domu za starije i nemoćne [tablica 5].

Najčešća lokalizacija nastalih dekubitusa bila je na sakrumu, i to u 45% pacijenata [26], zatim na peti [26%; 15 pacijenata], na kuku [3%; 2 pacijenta], na gležnju [9%; 5 pacijenata], a

u njih 17% dekubitus je bio prisutan na više mjesta [10 pacijenata]. [Tablica 6].

Prosječna starosna dob svih pacijenata bila je 64 godine. Ni jedan pacijent nije razvio dekubitus u SB Lipik, iako je udio nepokretnih pacijenata bio 12% [475 pacijenata] tablica 3.). Udio dekubitusa na otpustu iz SB Lipik bio je 1% [44 pacijenata], što znači da je kod 28% [16] bolesnika dekubitalni ulkus uspješno izliječen.

Liječenje dekubitusa provedeno je konzervativnim metodama [31%; 18 pacijenata], uporabom posebnih obloga [43%; 25 pacijenata], ili kombinacijom navedene dvije metode [26%; 15 pacijenata].

TABLICA [4] Opći podatci o pacijentima.

Podatci o provedenom liječenju	Broj bolesnika	Postotak (%)
Premještaj iz druge bolnice	514	13
Iz doma za starije	19	0,5
Iz udomiteljstva	13	0,3
Kućno liječenje	3485	86
Prosječna starosna dob	64	
Nepokretni bolesnici	475	12
Učinjen operacijski zahvat 14 dana prije hospitalizacije	93	2,3
Dekubitus kod prijema	58	1,4
Dekubitus nastao u SB Lipik	0	0
Dekubitus pri otpustu	44	1
UKUPNO	4031	100

TABLICA [5] Udio ustanova iz kojih su primljeni pacijenti s dekubitusom i postotak izlječenja dekubitusa

Izlječenje	Broj bolesnika	%
Izlječenje	16	28%
Kućni režim liječenja	18	31%
Bolnička ustanova	37	64%
Dom za starije osobe	3	5%
udomiteljstvo	0	0%

TABLICA [6]. Lokalizacija dekubitalnih ulkusa.

Mjesto nastanka	Broj bolesnika	%
Sakrum	26	45
Peta	15	26
Kuk	2	3
Gležanj	5	9
višestruko	10	17

Iznalaze se razlike u uspješnosti liječenja uporabljene tri metode liječenja. Konzervativnim metodama liječen je dekubitus u 18 pacijenata, od toga je potpuno izliječeno 5 pacijenata [28%], a stupanj dekubitalnog ulkusa je ostao isti u 8 pacijenata [44%]. U preostalih pacijenata praćeno je poboljšanje stanja dekubitalnog ulkusa, osim u jednog pacijenta kod kojeg je zabilježeno pogoršanje. Kombinacijom metoda liječenja konzervativnim metodama i oblogama, liječeno je 15 pacijenata s dekubitusom. Metoda se pokazala uspješnom s potpunim izljećenjem dekubitusa u 5 pacijenata [33%], dok je stanje dekubitusa ostalo nepromijenjeno u 4 [27%] pacijenata. Isključivo oblogama liječeno je 25 pacijenata s dekubitusom, od čega je potpuno izliječeno njih 6 [24%], a u 8 pacijenata [32%] stupanj dekubitusa ostao je nepromijenjen. Iz navedenog zaključujemo da su bolji rezultati liječenja dekubitusa uporabom obloga, samostalno ili u kombinaciji s konzervativnim metodama, nego isključivo konzervativnim metodama liječenja.

Rasprava / Discussion

U Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju Lipik dobra klinička praksa sastoji se od sustavnog i predanog rada medicinskih sestara i liječnika te njihove međusobne suradnje i praćenja protokola i smjernica Povjerenstva za rane od dana 17. siječnja 2011. godine.

Prevenција i zbrinjavanje dekubitusa započinje odmah po prijemu u bolnicu. Medicinske sestre pregledavaju bolesnika, te procijene rizik oštećenja kože ili stupanj postojećeg dekubitusa. Postavljaju se sestrinske dijagnoze i odlučuje o daljnjim mjerama liječenja. Za procjenu rizika za nastanak dekubitusa medicinske sestre koriste skale [Braden skala]. Na osnovu stupnja rizika procjenjuju se i donosi odluka o metodama liječenja. Svaki 48 do 72 sata provodi se evaluacija provedenih sestrinskih intervencija i opetovano procjenjuje stupanj dekubitusa, te se prema potrebi mijenjaju ili nadopunjuju metode liječenja. Prilikom promjene pojedinih parametara navedenih u Braden ljestvici, unose se i te promjene s nadnevkom. Svakodnevno se bilježe provedene intervencije i upisuju opaske i uočeni problemi s potpisom medicinskih sestara koje su intervencije provodile [6,8,9].

Nadalje, medicinske sestre educirane su i u metode prevencije, a svako oštećenje kože potrebno je prijaviti liječniku, sa svrhom da dekubitus ne prijeđe u viši stupanj. Naime, potrebno je liječiti i osnovnu bolest od koje bolesnik boluje i mnogobrojne komplikacije bolesti koje se javljaju zbog osnovne bolesti. Prvi stupanj dekubitusa medicinske sestre mogu svojim intervencijama vrlo brzo izliječiti ako je bolesnik svrstan u kategoriji malog rizika za nastanak dekubitusa. No, ako je rizik za dekubitus visok, bez liječničkih intervencija nije moguće spriječiti daljnje pogoršanje stupnja dekubitusa [9,10].

Za svrhe poboljšanja krajnjih ishoda liječenja dekubitalnih ulkusa potrebno je osigurati dovoljan broj zdravstvenog osoblja i bolničke odjele opremiti antidekubitalnim pomagalima. Dekubitus je liječnička dijagnoza, te liječnik treba procjenjivati stupanj i indicirati metode liječenja. Za uspješno liječenje dekubitusa potrebna su specifična znanja, i to: liječnici trebaju poznavati najsuvremenije metode liječenja, a medicinske sestre se trebaju educirati kako bi ih

mogle pravilno primjenjivati. Iz rezultata SB Lipik vidimo da su bolji krajnji ishodi liječenja dekubitusa, kad su u uporabi obloge ili kombinirane metode liječenja. Medicinske sestre u svojim otpusnim pismima trebaju navesti specifičnosti o metodama liječenja dekubitusa [npr. koliko dana je pojedina obloga trajala, kako dekubitus utječe na samozbrinjavanje i na ostale potrebe u kojima medicinska sestra pomaže bolesniku]. Budućnost zbrinjavanja dekubitusa je u stvaranju smjernica za skrb bolesnika s visokim rizikom za nastanak ili već razvijenim dekubitusom, te sustavnoj uporabi tih smjernica, a sve u cilju da se dekubitus spriječi, izliječi ili da se bolesniku poveća kvaliteta života [1,2,6,8,9,10].

Zaključak / Conclusion

Na temelju dobivenih rezultata rada zdravstvenog osoblja Specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju Lipik na prevenciji i liječenju dekubitusa zaključujemo da njihova dobra klinička praksa može poslužiti kao primjer za uporabu opisanog modela u drugim zdravstvenim ustanovama.

Zahvala / Acknowledgement

Zahvaljujemo se svom medicinskom i nemedicinskom osoblju Specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju Lipik zaduženom za brigu i praćenje pacijenata, na predanom i sustavnom prikupljanju i pohranjivanju podataka potrebnih za nastajanje ovog rada, ustupljenim materijalima i pomoći pri njihovoj obradi.

Hvala i doc.dr.sc. Jasni Mesarić, predsjednici Društva za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite, te Hrvatskom liječničkom zboru na stručnom savjetovanju i pomoći.

Zahvalu zaslužuje i dr. sc. Aleksandar Džakula sa Škole narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ za stručno savjetovanje i pruženu pomoć.

Literatura / References

- [1] Bradley M. When healing is not an option: Palliative care as a primary treatment goal. *Advance for Nurse Practitioner* 2004;7: 50-57.
- [2] Horn SD, Bender SA, Ferguson M L, Smout R J, Bergstrom N, Taler G. The national pressure ulcer long-term care study: Pressure ulcer development in long-term care residents. *Journal of the American Geriatric Society*, 2004;52(3):359-367.
- [3] Moore Z. Risk factors in the development of pressure ulcers. *Acta Med Croatica*. 2008; (Suppl.2): 9-15.
- [4] Keast D H, Bowering K, Evans AW, Mackean G L, Burrows C, D'Souza, L. MEASURE: A proposed assessment framework for developing best practice recommendations for wound assessment. *Wound Repair and Regeneration* 2004;12(3), S1-17.
- [5] Sibbald RG. Topical antimicrobials. *Ostomy and Wound Management*. 2003;49(5A[suppl]): 14-18.
- [6] Sibbald RG, Woo K, Ayello EA. Increased bacterial burden and infection: The story of NERDS and STONES. *Advances in Skin & Wound Care* 2006;19,447-461.
- [7] Brown G. Long-term outcomes of full-thickness pressure ulcers: Healing and mortality. *Ostomy Wound Management*. 2003;49(10),42-50.
- [8] Chizek M. Wound care & lawsuits., *Advance for Nurses (MD/DC/VA)*, 2003;17:31-32.
- [9] Garcia AD, Thomas DR. Assessment and management of chronic pressure ulcers in the elderly. *The Medical Clinics of North America*, 2006;90,924-944.
- [10] European pressure ulcer advisory panel (EPUAP) & National pressure ulcer advisory panel (NPUAP). *Pressure Ulcer Treatment: Quick Reference Guide*. Washington DC; 2009.