

# Dekubitus kao glavni indikator kvalitete zdravstvene njege na neurološkom odjelu

VALENTINA BELAS HORVAT I MARINA KOS

*Klinička bolnica Sveti Duh, Klinika za neurologiju, Zavod za cerebrovaskularne bolesti i intenzivnu neurologiju, Medicinskog fakulteta Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Zagreb, Hrvatska*

Prema definiciji EPUAP (*European Pressure Ulcer Advisory Panel*), dekubitus je lokalno oštećenje kože ili potkožnog tkiva nastalo zbog sile pritiska, tlaka ili trenja, odnosno njihovom kombinacijom. Dekubitusi su prisutni od nastanka čovjeka, a opisivani su u medicinskoj literaturi XIX. stoljeća. Dekubitus je veliki medicinski, socijalni i zdravstveno-ekonomski problem, jer sa sobom nosi različite komplikacije koje zahtijevaju multidisciplinarni pristup liječenju i skrbi. Dekubitus kod bolesnika uzrokuje smanjenu kvalitetu života, nelagodu, bol, emotivne poteškoće i socijalnu izolaciju. Ako se proces odumiranja tkiva ne zaustavi, oštećenje tkiva proširit će se u dubinu i širinu i ozbiljno narušavati bolesnikovo opće stanje. Najčešće nastaje na područjima izbočenja koje stvara slabinski dio kralježnice, sjedna kost, zglob kuka, gležanj, koljena ili laktovi kao i na područjima na kojima je slabije razvijeno masno tkivo. Svaku privremenu ili trajnu imobilnost treba shvatiti kao mogućnost nastanka dekubitusa. Napretkom medicine i općeg standarda produžio se životni vijek, a time je porasla i rizična populacija oboljelih od kroničnih bolesti pa tako i dekubitusa. Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi povezanost duljine ležanja i pojave dekubitusa kod bolesnika liječenih u Zavodu za cerebrovaskularne bolesti i intenzivnu neurologiju u razdoblju od 01. 01. 2012. do 31. 12. 2015. godine. U istraživanje su bili uključeni bolesnici kod kojih je dokazan dekubitus pri prijmu na bolničko liječenje, te u bolesnika kod kojih se dekubitus razvio tijekom liječenja. Kod najvećeg broja bolesnika dominirala je klinička slika teškog stupnja moždanog udara. Bolesnici su razvrstani u kategorije ovisno o potrebama za zdravstvenom njegom prema stupnjevanju Hrvatske komore medicinskih sestara (HKMS). Preliminarni rezultati su pokazali da je duljina ležanja povezana s pojavom kroničnih rana, a time s povećanim troškovima i duljinom liječenja. Metode i postupke zdravstvene njege potrebno je usmjeriti na smanjenje nastanka dekubitusa, dominantno na kvalitetnu zdravstvenu njegu, provedbu preventivnih mjera i stalnu edukaciju zdravstvenih djelatnika.

**KLJUČNE RIJEČI:** dekubitus, prevencija, edukacija

**ADRESA ZA DOPISIVANJE:** Marina Kos, bacc. med. techn.  
Klinička bolnica Sveti Duh  
Sveti Duh 64  
10 000 Zagreb, Hrvatska  
E-pošta: marina1.kos@gmail.com

## UVOD

Dekubitus je područje lokalizirane nekroze mekog tkiva nastale kao posljedica pritiska na koštano promijenjenju tijela zbog imobilizacije, trenja, hipostezijske/ anestezijske dijela tijela. Pritisak na tanki sloj između koštanih izbočina i tvrde podloge koji je veći od 25 mm Hg., a koji traje duže od 2 h uzrokuje ishemiju lokalnog tkiva (prekid kapilarne cirkulacije), a ona na posljeticu dovodi do trajnog propadanja stanica mekih tkiva. U nastanku dekubitusa sila ne mora uvijek djelovati oko-

mito na meka tkiva, već uzrok oštećenja tkiva može uzrokovati i klizanje i povlačenje bolesnika u krevetu (sile smika) (2). Najčešće lokalizacije dekubitalnog 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 imaju povećani rizik za nastanak dekubitusa (3).

Čimbenici rizika za nastanak dekubitusa su: unutarnji: poremećaji metabolizma i prehrane (pothranjenost,

pretilost), poremećaji cirkulacije, kronične i terminalne onkološke bolesti, gubitak senzibiliteta kože i vanjski: nečista ili vlažna koža, sredstva za imobilizaciju, neudoban krevet, nabori na posteljnom i osobnom rublju, mjesto pritiska (trajni urinarni kateter, trahealna kanila). Osim toga postoje čimbenici koji mogu ubrzati razvoj dekubitusa, a to su prije svega nepokretnost bolesnika, starija životna dob odnosno problemi vezani uz dob kao što su inkontinencija urina/stolice, oslabljeni turgor kože ili češći prijelomi.

Vrlo je važno detaljno i cjelovito procijeniti prisutnost i veličinu svih čimbenika rizika za nastanak dekubitusa od stanja motorike, osjeta i svijesti, pokretnosti i nepokretnosti, dobi, uhranjenosti, inkontinencije, stanja cirkulacije, bolesti koje utječu na metabolizam. Dekubitus je problem sam po sebi jer narušava brojne i važne funkcije kože, bolan je, a sa sobom nosi i druge probleme.

Prema klasifikaciji *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), koja se koristi od 2007. godine, dekubitus je klasificiran u VI. stupnjeva ovisno o dubini lezije. Poznavanje klasifikacije dekubitusa važno je u svrhu donošenja odluke o zbrinjavanju dekubitusa, o metodama i postupcima liječenja. S obzirom da je većinu dekubitusa moguće konzervativno liječiti, naglašena je uloga medicinske sestre u prevenciji, prepoznavanju i skrbi.

Liječenje dekubitalnih vrijedova dužnost je liječnika, a profilaktičke postupke primjenjuju dobro educirane medicinske sestre. Samo timski rad liječnik – sestra, uz ostale stručne profile zdravstvenih djelatnika daju zadovoljavajuće rezultate. Cijena liječenja dekubitusa ovisi o tome koliko smo uložili u sprječavanje njegova nastanka. Utvrđeno je da je posljednjih godina broj dekubitusa sve veći stoga nas ti podaci potiču na povećanje preventivnih mjera, intenziviranje zdravstvene njege i edukaciju osoblja, redukciju rizičnih čimbenika.

## CILJ

Opći cilj istraživanja je utvrditi postoji li povezanost duljine ležanja i drugih rizičnih čimbenika s pojavom dekubitusa kod bolesnika koji su hospitalizirani na Zavedu za cerebrovaskularne bolesti i Jedinici za intenzivno neurološko liječenje. Specifični cilj je evaluirati rezultate multidisciplinarnog pristupa zbrinjavanju bolesnika s dekubitusom.

## METODE I BOLESNICI

Posljednjih godina koriste se ljestvice za procjenu rizika nastanka dekubitusa potvrđene od strane Hrvatske

komore medicinskih sestara (HKMS) a svima im je zajednička procjena ugroženosti bolesnika od razvoja dekubitusa.

Danas se u kliničkoj praksi, uz Nortonovu i Knollovu ljestvicu najčešće upotrebljava Bradenova ljestvica za procjenu nastanka dekubitusa. Na Klinici za neurologiju KB Sveti Duh koristimo Bradenovu ljestvicu prema kojoj se procjenjuje stanje šest čimbenika rizika: senzorna percepcija, pokretljivost bolesnika u krevetu, stanje uhranjenosti, trenje i razvlačenje. Ljestvica je bodovana od 1 do 4. Dobiveni bodovi na Bradenovoj ljestvici kreću se u rasponu od 6 do 23 boda i ukazuju na stupanj rizika nastanka dekubitusa.

Manji broj bodova ukazuje na veći stupanj rizika za nastanak dekubitusa:

- nema rizika (19-23)
- prisutan rizik (15-18)
- umjeren rizik (13-14)
- visok rizik (10-12)
- vrlo visok rizik (manje od 9 bodova)

Klasifikacija dekubitusa određena je prema NPUAP:

I. stupanj - naziva se još i *non-blanche erythema*. Koža je intaktna, javlja se lokalizirana hipertermija, pojava boli ili svrbeža na mjestu nastanka patoloških promjena.

II. stupanj - dolazi do djelomičnog gubitka kože s pojavom rane koja zahvaća površinske slojeve i to u obliku mjehura, abrazije ili plitkog kratera.

III. stupanj - zahvaća sve slojeve kože s nekrozom supkutanog tkiva. Pojava infekcije je vrlo česta.

IV. stupanj - zahvaća sve slojeve tkiva, postoji potpuni gubitak kože i potkožnog tkiva, zahvaćeni su mišići sve do tetiva, zglobova i kostiju. U tom stupnju često se vidi samo manji otvor na površini kože ispod kojega se nalazi veliko područje destruiranog tkiva. Česte su infekcije koje mogu biti izrazito progresivne.

V. stupanj- neklasificirani - dubina nepoznata

VI. stupanj- sumnja na duboku tkivnu ozljedu - dubina nepoznata

U istraživanje su bili uključeni bolesnici oba spola različitih poremećaja svijesti, s više rizičnih čimbenika koji su hospitalizirani u JIL-u Klinike za neurologiju u razdoblju od 01.01.2012.-31.12.2015. godine. Najčešća sestrinska dijagnoza je visok rizik za nastanak dekubitusa. Procjenu sklonosti nastanka oštećenja kože medicinska sestra mora učiniti u roku od 24 sata od prijema bolesnika u bolnicu. U tu svrhu korištena je Bradenova ljestvica, dokumentirana su sva oštećenja kože, a svako

oštećenje kože fotografira se na način da se štiti dostojanstvo bolesnika i prijavljuje se u Jedinicu za kvalitetu i unapređenje zdravstvene njege te se uključuje specijalist, kirurg koji daje preporuku za daljnje zbrinjavanje kronične rane. Pri obradi podataka uvršteni su podaci o bolesnicima s razvijenim dekubitusom po prijemu na bolničko liječenje i bolesnici koji su razvili dekubitus tijekom boravka na drugim odjelima KB „Sv.Duh“. Nadalje bolesnici koji su došli iz drugih bolnica kao i domova za starije i nemoćne, a zaprimljeni su na Kliniku za neurologiju te svi oni bolesnici koji su razvili dekubitus tijekom boravka u JIL-u Klinike za neurologiju.

Statistička obrada obuhvatila je 102 bolesnika oba spola koji su imali i razvili dekubitus u odnosu na: dob, stupanj rizika za razvoj dekubitusa, stupanj dekubitusa pri prijemu i otpustu iz JIL-a, učestalost i stupnjevi dekubitusa u bolesnika iz drugih ustanova i odjela bolnice, najčešća mjesta javljanja dekubitusa, učestalost i stupnjevi dekubitusa u JIL-u tijekom godina, način zbrinjavanja odnosno skrbi.

Provedena je analiza kod bolesnika koji su imali ili su razvili dekubitus prema čimbenicima i to: dob, vrsta ustanove u kojoj je dekubitus nastao, stupanj dekubitusa pri prijemu i otpustu iz JIL-a, najčešća mjesta nastanka dekubitusa, načinu zbrinjavanja, stanju dekubitusa kod otpusta i ukupan broj dana boravka bolesnika u JIL-u.

U studiju je uključeno 102 bolesnika od čega 64 ispitanika ženskog spola i 38 ispitanika muškog spola. Prosječna dob bila je 77,7 godina. Prosječna duljina hospitalizacije praćenih bolesnika bila je 19,72 dana (tablica 1).

Tablica 1. Opći demografski podatci

Ukupan broj bolesnika	102
Spol-Žene/Muškarci	64/38
Prosječna dob (godine)	77,7
Prosječno trajanje hospitalizacije (dani)	19,72

## POSTUPAK S BOLESNIKOM

Prigodom prijma bolesnika u bolnicu intervencije su usmjerene na uzimanje detaljne sestrinske anamneze, koristeći sve raspoložive izvore podataka. Podatci se sakupljaju u roku 24 sata od zaprimanja bolesnika u bolnicu. Temeljiti fizikalni pregled bolesnika koji uključuje inspekciju integriteta kože, turgor kože, pojavu edema, stanje sluznica i prokrvljenosti. U okviru fizikalnog pregleda mjere se vitalni znakovi kako bi se uočili potencijalni rizični čimbenici, npr. hipotenzija, hipertenzija, hipertenzija, dehidracija, inkontinencija.

Kategorizacija bolesnika radi se svakodnevno počevši od dana prijma u bolnicu kojoj je sastavni dio Bradenova ljestvica a uz nju prate se i drugi parametri; higijena, odijevanje, hranjenje, eliminacija, hodanje, sjedenje, premještanje, rizik pada, komunikacija, edukacija, stanje svijesti, vitalni znakovi, specifični postupci, dijagnostički postupci, terapijski postupci, okretanje i stajanje. Zdravstvena njega prilagođava se svakome individualno uzimajući u obzir sve raspoložive resurse sa strane bolesnika i ustanove. Nakon završne faze prikupljanja podataka definira se sestrinska dijagnoza. Većina neuroloških bolesnika svrstana je u treću i četvrtu kategoriju te im je procijenjen vrlo visok rizik za nastanak dekubitusa. Tako je definirana sestrinska dijagnoza visokog rizika za dekubitus. Nakon toga slijedi izrada plana zdravstvene njege sa zadanim ciljevima, postupcima i evaluacijom.

Područje rada medicinske sestre je zdravstvena njega, pa je tako i zadaća medicinske sestre upravljanje kvalitetom zdravstvene njege, ali i suradnja s ostalim zdravstvenim profesionalcima na ostvarivanju i unaprjeđenju kvalitete sustava. Upravljanje kvalitetom je mjerenje i ispravljanje svih postupaka u cjelokupnom procesu rada, u skladu s prihvaćenim planom i ciljevima zdravstvene njege. Osnovni temelj praćenja i procjene procesa upravljanja kvalitetom zdravstvene njege je korištenje kliničkih indikatora, mjerljivih podataka, koji su odraz kvalitete skrbi. Oni su dijelovi skrbi koji se mogu mjeriti i pokazuju stupanj u kojem je ta skrb učinjena ili nije učinjena (4).

Osiguranje kvalitetne zdravstvene njege zahtijeva ulaganje svakodnevnog napora da bi se pružila usluga prema profesionalnim standardima i svakom bolesniku pristupilo individualno. Svakodnevno se susrećemo s procjenom kvalitete, mjerenjima i evaluacijom postignutog da bi konačno preispitali jesmo li zadovoljili standarde i norme zdravstvene njege. Unaprjeđenje kvalitete je složen proces koji zahtijeva vrijeme, a uključuje prikupljanje podataka, statistiku, analizu i primjenu znanja u rješavanju problema.

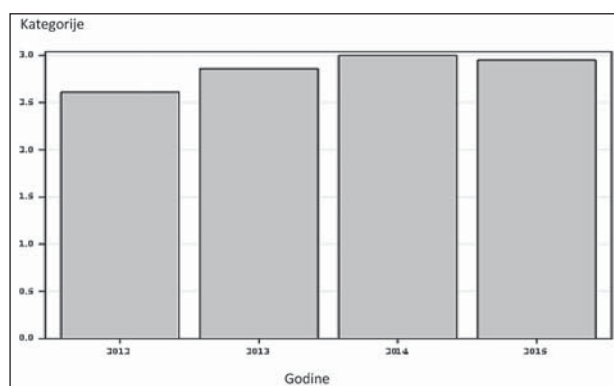
*American Nurses Association* (ANA) definirala je deset pokazatelja kvalitete zdravstvene njege u akutnoj bolničkoj skrbi, a u koju je uvršten dekubitus kao jedan od ključnih pokazatelja sigurnosti bolesnika i pokazatelja kvalitete zdravstvene njege (2). Sestrinska dokumentacija relevantan je izvor podataka o kvaliteti zdravstvene njege, omogućuje nam reviziju definiranih ciljeva, a ujedno pruža dokaze o učinkovitosti i financijskoj isplativosti pojedinih standardnih postupaka. Sve su to vrijedni podatci koji također mogu upozoriti na problem kvalitete i zahtijevaju daljnje korake.

## REZULTATI

Prema kategorizaciji HKMS, a uvidom u sestrinsku dokumentaciju, pokazalo se da je pri prijmu u KB Sv. Duh Klinike za neurologiju na Zavodu za cerebrovaskularne bolesti i intenzivnu neurologiju učinjena kategorizacija u prvih 24 h. Radi se o bolesnicima s ishemijskim moždanim udarom, hemoragijskim moždanim udarom, amiotrofičnom lateralnom sklerozom (ALS), starije životne dobi, lošeg općeg stanja, suhe kože i sluznice, s hipertenzijom ili hipotenzijom, povišenim upalnim biljezima, tahikardijom, dehidracijom ili febrilnim stanjima. Takav anamnestički status povećava potrebu za zdravstvenom njegom, a ujedno je i rizik za nastanak dekubitusa.

Kategorizacija pacijenata u Republici Hrvatskoj zasniva se na definiciji zdravstvene njege V. Henderson koja definira ulogu sestre kao pružanje pomoći bolesniku pri zadovoljavanju četrnaest osnovnih ljudskih potreba, te definiciji zdravstvene njege Dorothy Orem, koja se temelji na ideji samozbrinjavanja. Kategorizacijom bolesnici se razvrstavaju u četiri kategorije ovisno o potrebnoj pomoći, zadovoljavanjem osnovnih ljudskih potreba, dijagnostičkim i terapijskim postupcima koji se provode kod bolesnika i količini zdravstvene njege koju sestra pruža odnosno broju i kompleksnosti intervencija koje ona pruža.

Prema podacima dobivenima statističkom obradom u programu Sustava prijema bolesnika KB Sveti Duh u 2012. godini bolesnici na Zavodu za cerebrovaskularne bolesti svrstavaju se u kategoriju; 2,61, u 2013. godini u kategoriju 2,86, u 2014. godini kategorija je iznosila 3,00, a u 2015. godini kategorija je iznosila u prosjeku 2,95 (sl. 1).



Sl. 1. Kategorizacija bolesnika s dekubitusom

U 2012. godini u Jedinici intenzivnog liječenja i njege sveukupno je zaprimljeno 387 bolesnika od toga je 36 bolesnika imalo dekubitus; 12 bolesnika je došlo od kuće s postojećim dekubitusom, u 13 bolesnika dekubitus se razvio na odjelu, a 11 bolesnika je došlo sa drugog odjela ili ustanove s već razvijenim dekubitusom.

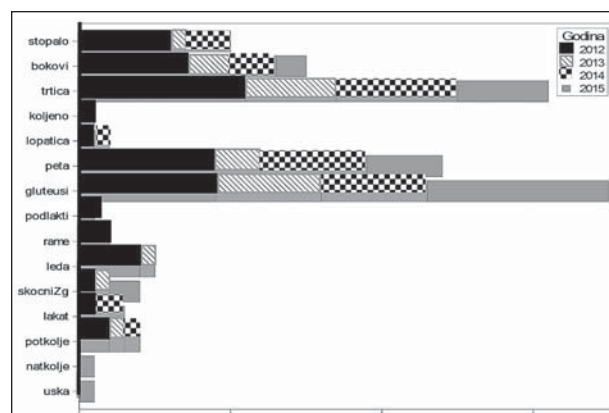
U 2013. godini zaprimljeno je 397 bolesnika, od toga je 18 bolesnika imalo već razvijen dekubitus; od kuće je došlo 3 bolesnika s razvijenim dekubitusom, u 5 slučajeva dekubitusi su se razvili na odjelu dok je 10 bolesnika došlo s razvijenim dekubitusom s drugog odjela ili ustanove.

U 2014. godini zaprimljeno je 359 bolesnika, od toga je 24 bolesnika imalo razvijen dekubitus; od kuće je 9 bolesnika došlo s razvijenim dekubitusom, dekubitus je razvijen na odjelu kod 5 bolesnika a s drugog odjela ili ustanove sveukupno je kod 10 bolesnika bio razvijen dekubitus.

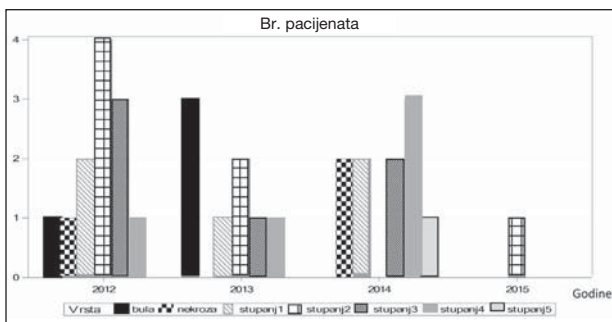
U 2015. godini zaprimljeno je ukupno 340 bolesnika, od toga je kod 24 bolesnika bio razvijen dekubitus; od kuće došlo 7 bolesnika s razvijenim dekubitusom, a dekubitus razvijen na odjelu primijećen je kod 1 bolesnika, 16 bolesnika došlo je s drugog odjela ili druge ustanove s već razvijenim dekubitusom. (tablica 2). Svi su im zajednička mjesta javljanja a to su; gluteusi, pete i trtica. Najčešća mjesta gdje se pojavio dekubitus prikazani su tablici 2 a detaljni podaci prikazani su u slikama 2, 3, 3/1, 3/2, 4, 4/1-4/4.

Tablica 2. Prikaz incidencije dekubitusa u praćenom razdoblju

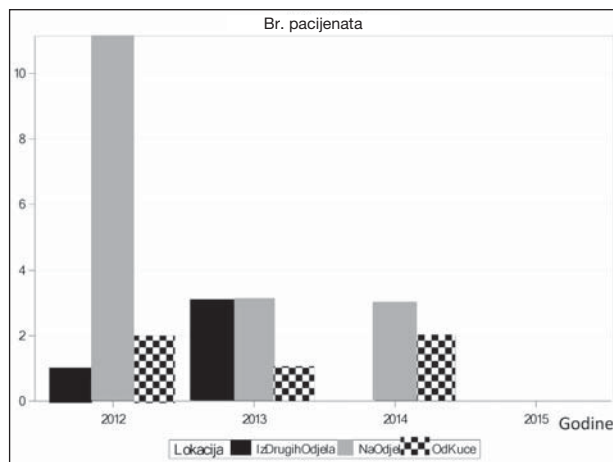
Godine	2012	2013	2014	2015
Ukupno liječenih bolesnika	387	397	359	340
Došli s dekubitusom od kuće	12	3	9	7
Došli s dekubitusom s drugog odjela ili ustanove	11	10	10	16
Dekubitus razvijen u Zavodu	13	5	5	1
Ukupan broj dekubitusa	36	18	24	24



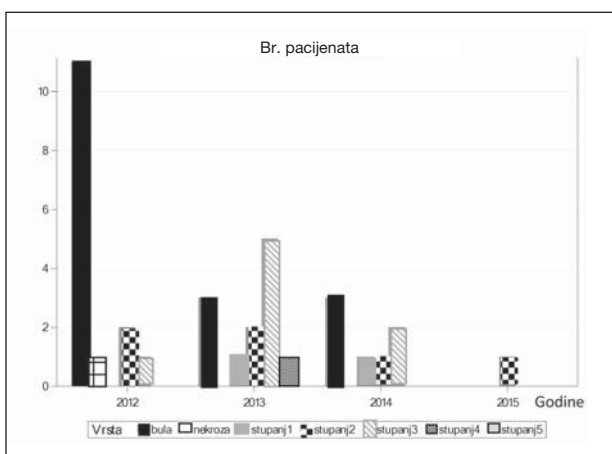
Sl. 2. Mjesta javljanja dekubitusa tijekom godina



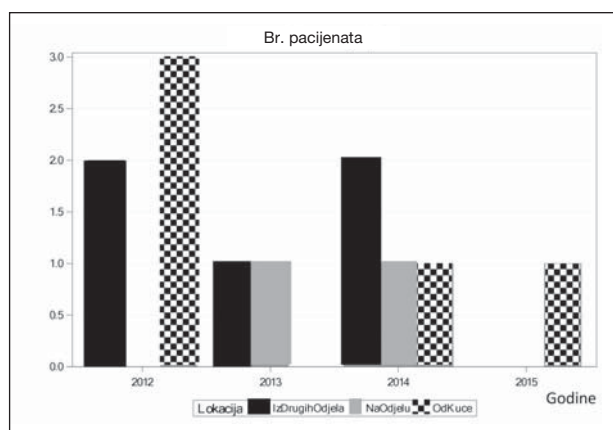
Sl. 3. Učestalost dekubitusa koji su se razvili na drugim odjelima ili ustanovi



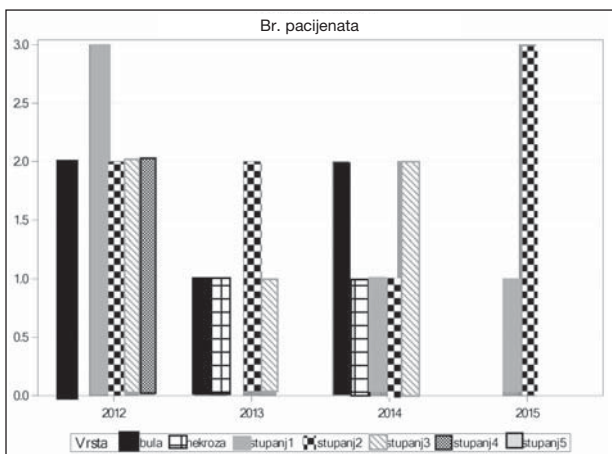
Sl. 4. Učestalost pojave bule (intaktnog mjehura) tijekom godina s obzirom na ustanovu



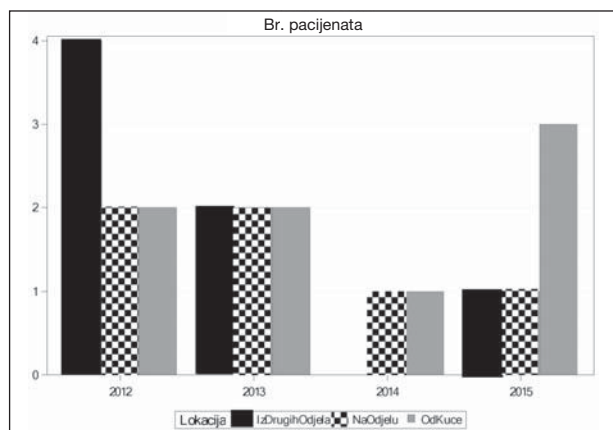
Sl. 3/1. Učestalost dekubitusa i vrste koji su se razvili na Zavodu za cerebrovaskularne bolesti i intenzivnu neurologiju kroz godine



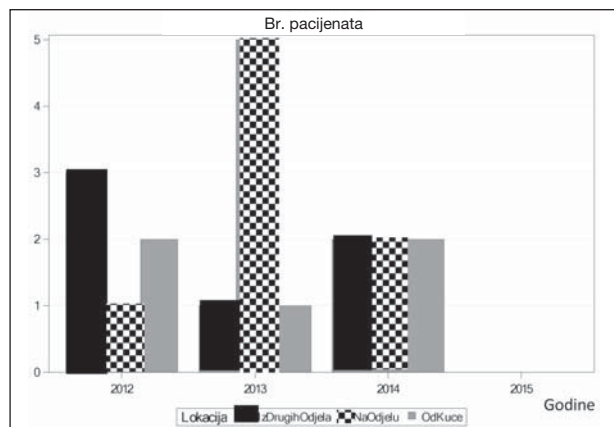
Sl. 4/1. Učestalost javljanja I.stupnja dekubitusa kroz godine s obzirom na ustanovu



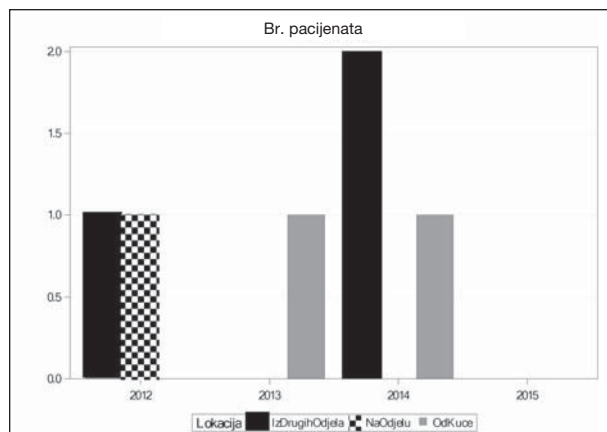
Sl. 3/2. Učestalost dekubitusa koji su se razvili kod kuće i vrste tijekom godine



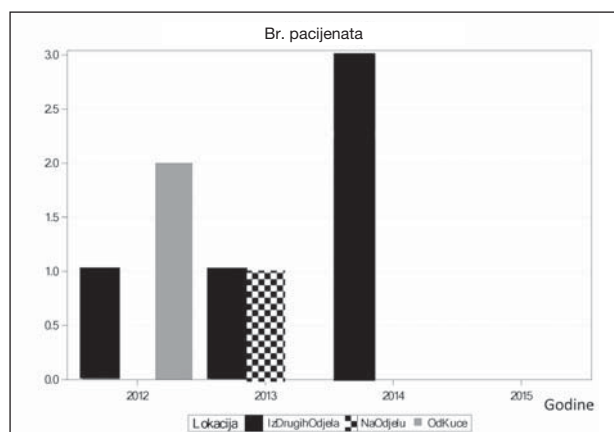
Sl. 4/2. Učestalost javljanja II. stupnja dekubitusa tijekom godina s obzirom na ustanovu



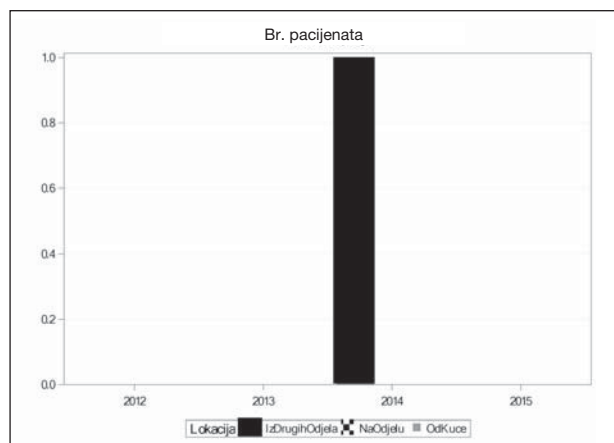
Sl. 4/3. Učestalost javljanja III. stupnja dekubitusa tijekom godina s obzirom na ustanovu



Sl. 4/6. Učestalost javljanja VI. stupnja dekubitusa tijekom godina s obzirom na ustanovu



Sl. 4/4. Učestalost javljanja IV. stupnja dekubitusa tijekom godina s obzirom na ustanovu



Sl. 4/5. Učestalost javljanja V. stupnja dekubitusa tijekom godina s obzirom na ustanovu

## RASPRAVA

Provedena je analiza prikupljenih podataka o dekubitusima kod bolesnika koji su dekubitus već imali ili su ga razvili tijekom hospitalizacije na našem odjelu. Mjesta na kojima se dekubitus najviše javljao su: gluteusi, trtica i pete. Dokazujemo da su se tek u 2015. godini pojavili dekubitusi na natkoljenici i uški. U 2015. godini dekubitalne rane razvile su se i na mjestima poput ramena, podlaktice, koljena (sl. 2).

Zaključujemo da je u 2012. godini bilo najviše bolesnika koji su došli iz drugih odjela ili ustanove sa razvijenim II. stupnjem dekubitusa, dok je kod jednog slučaja u 2014. godini zabilježen razvijen dekubitus V. stupnja (sl. 3).

U 2012. god. bilježimo porast bolesnika s razvijenim I. stupnjem dekubitusa i bulom (intaktni mjehur). God. 2013. dokazujemo porast III. stupnja dekubitusa što možemo potkrijepiti tvrdnjom o nedostatku osoblja u smislu dugih bolovanja i porodiljnih dopusta pa su posljedično preventivne mjere zbrinjavanja bile oslabljene (sl. 3.1). Isto tako nakon analize podataka 2013 godine traži se uzrok ovakve incidencije dekubitusa te se još više pozornosti obraća preventivnim mjerama.

Analizom podataka zaključujemo kako je u 2012. godini najviše bolesnika došlo od kuće s razvijenim I. stupnjem dekubitusa, a u 2015. godini najviše bolesnika je od kuće došlo s razvijenim II. stupnjem dekubitusa (sl. 3/1).

Tijekom istraživanja pratili smo najčešći stupanj dekubitusa koji se razvio kod naših bolesnika. U 2012. godini zaprimljeno je 387 bolesnika, a 36 bolesnika razvilo je dekubitus. Najviše bolesnika, (10) razvilo je intaktni mjehur (bulu) koji se pojavio za vrijeme ležanja na odjelu (sl. 4).

Iz podataka dobivenih u 2012. god. kod bolesnika koji su praćeni u Jedinici za intenzivno liječenje zaključujemo da je najviše njih bilo sa razvijenim intaktnim mjehurom što je posljedica manjka antidekubitalnih pomagala, nedostatka posteljine i osoblja (sl. 4).

Isto je tako 2012.godine najveći broj bolesnika došao od kuće s razvijenim I. stupnjem dekubitusa. U 2012. god. i u 2014. god. imamo isti broj bolesnika koji su s drugih odjela došli s razvijenim I. stupnjem dekubitusa (sl. 4/1).

Uvidom u analizirane podatke u 2012. godini najviše bolesnika je došlo s razvijenim II. stupnjem dekubitusa iz drugih odjela, dok u 2015. godini bilježimo porast bolesnika koji su došli od kuće s razvijenim II.stupnjem dekubitusa. U 2014. godini najviše bolesnika koji su zaprimljeni s drugih odjela imali su već razvijeni IV. stupanj dekubitusa (sl. 4/2, 4/3, 4/4.).

Dobiveni podatci iz navedenog razdoblja ukazuju nam da je jedan slučaj V. stupnja dekubitusa zabilježen kod bolesnika koji je došao iz druge ustanove (sl. 4/5).

U 2013. god. najviše bolesnika koji su imali razvijeni VI. stupanj dekubitusa došli su s drugog odjela ili ustanove (sl. 4/6).

Na temelju dobivenih rezultata iz podataka tijekom praćenog razdoblja možemo zaključiti kako je najveći broj bolesnika koji su imali razvijeni dekubitus bio premješten s drugog odjela KB Sveti Duh ili iz drugih zdravstvenih ustanova na nastavak liječenja osnovne bolesti s prisutnošću komorbiditeta.

U razdoblju od 1. siječnja 2012. do 31.12.2015. godine u Jedinici za intenzivno liječenje neuroloških bolesnika praćeno je ukupno 102 bolesnika: 2012. godini ukupno 36 bolesnika, u 2013. god. ukupno 18 bolesnika, u 2014. god. ukupno 24 bolesnika i u 2015. god ukupno 24 bolesnika kod kojih je evidentiran dekubitus. Ovi bolesnici kategorizirani su u treću i četvrtu kategoriju i zahtijevaju najveću potrebu za zdravstvenom njegom (sl. 1).

Analizom podataka u 2013. god uzimajući u obzir stupanj razvijenog dekubitusa dobivamo lošije rezultate naspram 2012. god., a sve se to može objasniti i potkrijepiti složenosti bolesnikovog općeg stanja, visoke životne dobi (prosjeck životne dobi u 2013.god. iznosi 78,8 god.) kao i stanjem bolesnika pri prijmu kao i već prije spomenutim nedostatkom osoblja i antidekubitalnih pomagala. Kod nekih bolesnika zbog tijeka bolesti može se vrlo malo učiniti unatoč svim provedenim sestriškim postupcima.

U 2015. godini bilježimo odlične rezultate naspram 2014. godine gdje smo uspjeli spriječiti da postojeći stupanj dekubitusa ne prijeđe u viši stupanj, odnosno uspjeli smo poboljšati postojeće stanje primjenom preporučanih mjera zbrinjavanja kao i preventivnih mjera.

## ZAKLJUČAK

Dekubitus spada u najčešće komplikacije dugotrajnog ležanja a posljedica je pritiska prilikom kojeg dolazi do smanjenja cirkulacije i slabijeg dotoka kisika i hranjivih tvari u tkivo te posljedično do njegovog oštećenja.

Zdravstvena njega se prilagođava svakom bolesniku individualno uzimajući u obzir sve raspoložive resurse od strane bolesnika i ustanove što zahtijeva profesionalnost u pristupu, a uključuje prikupljanje podataka, statistiku, analizu i primjenu znanja u rješavanju problema.

Svakodnevno se susrećemo s procjenom kvalitete, mjerenjima i evaluacijom postignutog da bismo konačno preispitali jesmo li zadovoljili standarde i norme te potrebe pacijenta za zdravstvenom njegom. Najvažniji faktor u prevenciji dekubitusa je provođenje preventivnih mjera. Na temelju prikupljenih podataka iz sestrišne anamneze izdvajaju se najrizičniji bolesnici za koje se izrađuje plan preventivnih mjera uz jasno definirane ciljeve i planiraju se sestrišne intervencije. Rezultati istraživanja nam ukazuju da se radi o bolesnicima teškog kliničkog stanja, starije životne dobi kojima je potrebna kontinuirana zdravstvena skrb odnosno multidisciplinarni pristup zbrinjavanju. Vođenje sestrišne dokumentacije, stalna edukacija medicinskog osoblja, kritičko razmišljanje, provođenje zadanih intervencija i na kraju evaluacija zadanih ciljeva doprinijela boljim rezultatima. Dobrom organizacijom provođenja zdravstvene njega umanjili su se nedostaci antidekubitalnih pomagala za nastanak dekubitusa.

## LITERATURA

1. Margolis DJ. Definition of a pressure ulcer. *Adv Wound Care* 1995; 8: 8-10.
2. Horn SD, Bender SA, Ferguson M L, Smout R J, Bergstorm N, Taler G. The national pressure ulcer development in long-term care study; Pressure ulcer development in long-term care residents. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 359-67.
3. Moore Z Risk factors in the development of pressure ulcers. *Acta Med Croatica* 2008; 62(Suppl.2): 9-15.
4. Werner KM. *Nursings Role in Improving the Quality of Health Care*. U: Chery B, Jacob SR, ur. *Contemporary Nursing*. Missouri, St.Louis: Mosby, 2005,467-91.

## SUMMARY

### PRESSURE ULCER AS THE PRINCIPAL INDICATOR OF HEALTH CARE QUALITY AT NEUROLOGY DEPARTMENT

V. BELAS HORVAT and M. KOS

*Sveti Duh University Hospital, Clinical Department of Neurology, Department of Cerebrovascular Diseases and Intensive Neurology, School of Medicine, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Zagreb, Croatia*

According to the European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) definition, pressure ulcer is a local skin or subcutaneous tissue damage due to the force of pressure or friction or their combination. Pressure ulcers have accompanied humans since the beginning and respective descriptions are found in the 19th century literature. Pressure ulcer is a major medical, social and health-economic problem because it is associated with a number of complications that require multidisciplinary approach in care and treatment. In affected patients, pressure ulcer causes quality of life reduction, discomforts, pain, emotional problems and social isolation. If the process of tissue decay is not halted, tissue damage will spread involving deep and wider structures, thus seriously compromising the patient general condition. Pressure ulcer usually develops at the sites of protrusions formed by lumbar spine, ischium, hip, ankle, knee or elbow, as well as in the areas with less developed adipose tissue. Any temporary or permanent immobility should be perceived as a milieu favoring the onset of pressure ulcer. Advances in medicine and standards of living in general have prolonged life expectancy, thus also increasing the population at risk of chronic diseases including pressure ulcer. The aim of the study was to determine the relationship between the length of bed-ridden condition and the occurrence of pressure ulcers in patients treated at Department of Cerebrovascular Diseases and Intensive Neurology from January 1, 2012 until December 31, 2015. The study included patients with pressure ulcer verified on admission and those having developed pressure ulcer during hospital stay. Clinical picture of severe stroke predominated in the majority of study patients. Patients were divided into groups according to health care requirements as classified by the Croatian Chamber of Nurses. Preliminary results indicated the length of bed-ridden condition to be associated with the occurrence of chronic wounds, and thus with increased cost and length of hospital treatment. Therefore, health care methods and procedures should be focused on reduction of pressure ulcer development, quality health care, implementation of preventive measures, and continuous education of health care professionals.

**KEY WORDS:** pressure ulcer, prevention, education