



Metodika Nežádoucí událost DEKUBITUS u Agentur domácí zdravotní péče (ADP)

Plná verze metodiky

Autor / Autoři: **Hlavní autor:** prof. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.
Spoluautoři: Ing. Veronika Štrombachová
Mgr. Jana Kučerová, Ph.D.
Mgr. Dana Dolanová, Ph.D.
PhDr. Petra Búřilová, BBA
Mgr. Michal Pospíšil

Recenzenti: Bc. Vlasta Doušková
Bc. Hana Pekárková
Andrea Turková
Mgr. Dana Součková

Verze: 01/2019
Plánovaná revize: 2021

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
Palackého nám. 4, 128 01, Praha 2
<http://www.uzis.cz/>



Obsah

Edukace personálu ADP.....	5
Posouzení rizika vzniku dekubitů	5
Posouzení rizikových faktorů.....	7
Edukace pacienta/klienta a jeho rodinných příslušníků v oblasti rizika vzniku dekubitů	8
Lokální prevence u pacientů/klientů v riziku dekubitu	8
Polohování u pacientů/klientů v riziku vzniku dekubitu	10
Výživa.....	11
Mobilizace	11
Základní informace	15
Pracoviště zjištění.....	15
Analýza nežádoucích událostí	15
Druh poškození.....	16
Úroveň poškození.....	16
Nejvyšší výkon	17
Soběstačnost pacienta	17
Spolupráce pacienta/klienta	18
Psychický stav	18
Nutriční stav dle BMI	18
Předchozí postižení, komplikace zdravotního stavu	18
Preventabilita	19
Stupeň závažnosti.....	21
Lokalita	21
Největší rozměr v mm	22
Velikost dekubitu změřena.....	22
Velikost – délka/šířka/hloubka (v mm)	22
Datum nálezu	22
Místo vzniku a zjištění dekubitu	22
Souvislost s operačním výkonem (do 72 hod. po operaci)	22
Škála rizika dekubitu.....	22
Strana	23



Podezření na sororigenní/iatrogenní ránu	23
Prevence před zjištěním	23
Druh matrace.....	23
Polohování.....	23
Lokální prevence.....	23
Péče po zjištění.....	24
Terapie po zjištění dekubitu	24
Stav při ukončení domácí zdravotní péče	24
Zaznamenejte Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové a Bradenové při propuštění/ukončení terapie, velikost dekubitu a stav rány.	24
Seznam zkratk.....	26
Literatura	26



Úvod

Metodická doporučení jsou určena pro poskytovatele zdravotních služeb Agentury domácí zdravotní péče (dále jako ADP) k evidenci pádů v rámci lokálního systému hlášení nežádoucích událostí (SHNU) tak, aby bylo hlášení na lokální úrovni jednotné a bylo možno na centrální úroveň předávat data agregovaná¹, která budou srovnatelná mezi jednotlivými ADP. Cílem metodického pokynu je sjednotit proces sběru dat za účelem jejich objektivizace.

Dekubity se řadí k poměrně těžké a život ohrožující komplikaci postihující zejména pacienty se sníženou pohyblivostí. Vzhledem k jejich následkům a komplikacím, které mohou být velmi závažné, je v ošetrovatelské péči apelováno především na jejich prevenci. Včasná identifikace pacientů v riziku vzniku dekubitů je jedním ze základních preventivních kroků a měla by být nedílnou součástí standardizovaných postupů ošetrovatelské péče. Pacienti postižení dekubitální lézí prožívají emocionální i fyzické obtíže. Trpí bolestmi, nepohodou, sníženou kvalitou života a často dochází na základě této komplikace k prodloužení hospitalizace. Nejen v oblasti prevence, ale také v terapii dekubitů sehrává zásadní úlohu dobře organizovaná a vysoce profesionální ošetrovatelská péče, přičemž incidence tlakových lézí (dekubitů) v ADP do jisté míry vypovídá o kvalitě dané poskytované ošetrovatelské péče (NPUAP, 2016). V domácí péči jsou nejvíce ohroženi vznikem dekubitální léze pacienti vyššího věku, chronickým onemocněním, sníženou pohyblivostí, inkontinencí, špatným stavem kůže, nedostatečnou výživou a hydratací, nevhodnými hygienickými návyky a s nevyhovujícím domácím prostředím a sociálním zázemím.

Předkládaný metodický pokyn je vytvořen v plném rozsahu a obsahuje tyto části: **definice NU; popis sledovaných položek** a poznámky k jejich zadávání (vysvětlení, popis viz Taxonomický – definiční slovník) a závěr. Plná verze metodiky je rozsáhlá a měla by být k dispozici zejména nově nastupujícím pracovníkům v období adaptačního procesu a/nebo pracovníkům vracejícím se po delší absenci v zaměstnání (např. po dlouhodobé nemoci nebo mateřské/rodičovské dovolené).

Definice nežádoucí události (NU) – DEKUBITUS

Dekubity (proleženiny, prosezeniny, tlakové vředy či tlakové léze) jsou rány vzniklé na podkladě lokálního působení tlaku na tkáň. Velikost a hloubka dekubitu je dána vzájemnou intenzitou působení tlaku, dobou působení tlaku, celkovým stavem pacienta a vnějšími podmínkami, které při vzniku dekubitu sehrávají rovněž důležitou roli = jakékoliv poškození kůže, které je způsobeno přímým tlakem nebo třecími silami. Dekubitus je lokalizovaná oblast buněčného poškození způsobená poruchou mikrocirkulace a z ní vyplývající hypoxie. Je nutno ji odlišit od poškození kožního krytu v důsledku vlhka (opruzenina, inkontinenční dermatitida) či jiné např. traumatické či tepelně indukované etiologie.

Prevence vzniku dekubitů

Zahrnuje souhrn preventivních opatření realizovaných za účelem předcházení vzniku dekubitů a jejich účinné nastavení je v kompetenci nelékařského zdravotnického personálu ve spolupráci s managementem ADP. V prevenci vzniku dekubitu hraje významnou roli spolupráce s rodinnými příslušníky či blízkými osobami pacienta.

¹ Předávání agregovaných dat na centrální úrovni je aktuálně realizováno v rámci pilotního sběru dat.



Součástí preventivních opatření vedoucích k předcházení vzniku dekubitů jsou (NPUAP, EPUAP, PPIIA, 2014):

- Systematická edukace personálu.
- Posouzení rizikových faktorů.
- Zhodnocení rizika vzniku dekubitů.
- Edukace pacientů/klientů a rodinných příslušníků o riziku vzniku dekubitu a souvisejících okolnostech, způsobu prevence a o opatřeních snižujících riziko vzniku dekubitu.
- Lokální prevence.
- Polohování.
- Použití antidekubitních pomůcek.
- Dostatečná výživa.
- Včasná mobilizace.

Edukace personálu ADP

Kontinuální edukace profesionálních pečujících (nelékařských zdravotnických pracovníků, ale i lékařů) na různých funkčních úrovních musí být prováděna formou účelných vzdělávacích strategií v rámci celoživotního systému vzdělávání zdravotnického personálu (Věstník MZ ČR č. 16/2015). Nejvhodnější jsou interaktivní semináře s modelovými situacemi, uvádění kazuistik, využívání obrazové dokumentace a samozřejmě nesmí chybět zpětnovazební prvky (testy, ankety, audity apod.). Efektivní aktivitou je např. zapojení se do preventivních akcí (Mezinárodní den STOP dekubitům, představující edukační den pro zdravotníky, pacienty i rodinné příslušníky apod.

Posouzení rizika vzniku dekubitů

Slouží k identifikaci jedinců vyskytujících se v riziku vzniku dekubitů (tedy se zvýšenou pravděpodobností vzniku tlakové léze). Hodnocení rizika vzniku dekubitů musí být součástí základního posouzení u všech přijatých pacientů bez ohledu na věk. V podmínkách české ošetrovatelské praxe se nejčastěji využívá Rozšířená klasifikace dle Nortonové, viz Tab. 1, zatímco na Slovensku je uváděna častěji klasifikace dle Bradenové, viz Tab. 2 (Šáteková, Žiaková, 2014; Šáteková, Žiaková, Zeleníková 2015).

Postup při hodnocení rizika vzniku dekubitů:

- Posouzení rizik je nezbytné provést při první návštěvě pacienta/klienta. Aktualizace posouzení provádět v týdenním intervalu a dle aktuálního stavu pacienta/klienta dle příslušné SOP dané ADP. Při výrazné změně stavu pacienta/klienta provést nové posouzení rizik.
- K posouzení rizik využít standardizované škály poukazující na stupeň rizika vzniku dekubitů.
- Vytvořit a zavést plán prevence dekubitů.
- Zajistit dokumentování všech posouzených rizik (NPUAP, EPUAP, PPIIA, 2014).



Tab. 1 Riziko vzniku dekubitů – rozšířená klasifikace podle Nortonové (Věstník MZ ČR č. 6/2009)

Posuzovaná oblast	1 bod	2 body	3 body	4 body
Motivace a ochota ke spolupráci	Žádná	Částečná	Malá	Plná
Věk	> 60	30–60	10–30	<10
Stav kůže	Těžké změny	Střední změny	Lehké změny	Intaktní
Souběžná onemocnění	Těžká forma	Střední forma	Lehká forma	Žádné
Somatický stav	Velmi špatný	Špatný	Obstojný	Dobrý
Duševní stav	Stupor až bezvědomí	Zmatený	Apatie	Jasně vědomí
Aktivita	Ležící	Závislý na invalidním vozíku	Chodící s pomocí	Chodící bez pomoci
Pohyblivost	Zcela omezená	Velmi omezená	Částečně omezená	Plná
Inkontinence	Moč a stolice	Převážně moč	Občasná	Žádná
Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové				Celkem bodů

Hodnocení:

- Nad 25 bodů Bez rizika
- 25–24 bodů Nízké riziko
- 23–19 bodů Střední riziko
- 18–14 bodů Vysoké riziko
- 13–9 bodů Velmi vysoké riziko

Nebezpečí vzniku dekubitů je při 25 bodech a méně, v tom případě se musí naplánovat profylaktická opatření.



Tab. 2 Škála rizika vzniku dekubitů – skóre Bradenové (Bergstrom, 1987)

Posuzovaná oblast	1 bod	2 body	3 body	4 body
Citlivost	Vymizelá	Velmi omezená	Mírně snížená	Normální
Vlhkost	Neustále	Často	Občas	Zřídka
Aktivita	Upoután na lůžko	Neschopen chůze	Chodí zřídka	Chodí pravidelně
Mobilita	Imobilní	Velmi omezená	Lehce omezená	Bez omezení
Výživa	Velmi špatná	Slabší	Adekvátní	Výborná
Tření/střih	Změna polohy s plnou asistencí	Neschopen chůze, minimální pomoc při změně polohy	Chodí zřídka, pohyb na lůžku bez dopomoci	Chodí
Riziko vzniku dekubitů podle Bradenové				Celkem bodů

Hodnocení:

- 15–16 Nízké riziko
- 12–14 Střední riziko
- méně než 12 Vysoké riziko

Posouzení rizikových faktorů

Jedná se o vstupní posouzení rizikových faktorů u pacienta/klienta, které by se mohly podílet na vzniku dekubitů nebo jejich riziko vzniku zvyšovat. Především jde o posouzení aktivity/mobility pacienta/klienta, stavu kůže a dále celkového stavu nemocného (věk, přidružená onemocnění apod.). Jednotlivé intervence a postupy jsou shrnuty níže:

- Zhodnotit, v jakém rozsahu je pacient/klient omezen v aktivitě (např. je-li upoután na lůžko nebo křeslo) a v pohyblivosti (např. má-li sníženou frekvenci pohybu nebo schopnost se pohybovat).
- Jedince s dekubitem I. stupně považovat za rizikového pro zhoršení dekubitu nebo vznik nového dekubitu II. nebo vyššího stupně.
- Jedince, kteří mají dekubitus jakéhokoli stupně, považovat za rizikové pro vznik dalších dekubitů.
- Posoudit celkový stav kůže, provádí se při první návštěvě pacienta/klienta a při jakémkoli zhoršení celkového stavu pacienta/klienta a při ošetřovatelských činnostech.
- Komplexně posoudit stav kůže, který zahrnuje techniky k identifikaci blednoucí hyperemie (reakce kůže na tlak působený transparentním plastovým diskem, nebo prsty zdravotníka na postiženou lokalitu), lokalizované zvýšení teploty kůže, otoku a indurace/zatvrdnutí.
- Zhodnotit přítomnost bolesti v posuzované oblasti.
- Zhodnotit vliv dalších faktorů, jako jsou prokrvení a okysličení tkání, špatný stav výživy a zvýšená vlhkost kůže.
- Zhodnotit potenciální vliv dalších faktorů, jako jsou zvýšená tělesná teplota, vyšší věk, smyslové vnímání, hematologické parametry a celkový zdravotní stav.
- Dokumentovat výsledky všech komplexních posouzení stavu kůže (AWMA, 2012).



Edukace pacienta/klienta a jeho rodinných příslušníků v oblasti rizika vzniku dekubitů

Spolupráce pacientů/klientů a jejich rodinných příslušníků je nepostradatelnou součástí preventivních opatření vzniku dekubitu a proto je důležitá časná edukace a pravidelná reedukace, která by měla být prováděna u všech pacientů/klientů v riziku vzniku dekubitu.

Je potřebné důkladně edukovat o:

- Kontrole stavu kůže – minimálně jednou denně, všimnout si změny barvy a citlivosti kůže, zvýšená pozornost predilekčním místům, udržování suché a čisté pokožky (zejména u inkontinentních pacientů), nemasírovat kostní výčnělky a minimalizovat třecí síly.
- Nutnosti polohovacího režimu – změny polohy těla, přenosy rovnováhy, vhodné frekvenci polohování,
- Efektivním využívání vhodných (antidekubitních) pomůcek.
- Dostatečné hydrataci a příjmu vyvážené stravy a možných potravinových doplňků (s ohledem na dietu pacienta/klienta např. poskytnout seznam vhodných potravin s doporučeným poměrem jejich příjmu, skladbu stravy a vhodné tekutiny).
- Včasné mobilizaci – aktivní změny polohy, RHB, cvičení na lůžku, možná pomocná zařízení lůžka, vysazování do křesla.
- Nutnosti spolupráce.
- Nutnosti pochopení významu příčin způsobujících dekubitus a zapojení se do preventivních opatření.

Lokální prevence u pacientů/klientů v riziku dekubitu

- Zaměřuje se na péči o pokožku u pacientů/klientů v riziku vzniku dekubitů. Hlavním cílem je udržovat neporušený kožní kryt a/nebo zabránit dalším sekundárním traumatizacím.
- Pravidelně posuzovat stav kůže pacienta/klienta – zvýšenou pozornost věnovat predilekčním místům.
- Udržovat čistou a suchou pokožku – je vhodné používat prostředky s vyváženým pH.
- Dodržovat zvýšenou péči o pacienta/klienta s inkontinencí (udržovat kůži čistou, suchou, ale vláčnou).
- Dodržovat zvýšenou kontrolu kůže pod zdravotnickou pomůckou a v jejím okolí pro přítomnost známek poškození místa tlakem – častěji u pacientů/klientů s rizikem otoků nebo známkami lokalizovaného/generalizovaného otoku, špatně viditelná místa kontrolovat před zrcadlem nebo pomocí malého zrcátka.
- Zamezit zvýšené vlhkosti kůže nanesením ochranného prostředku (např. Cavilon, Opsite, Linovera, Cutimed krém).
- V případě rizika poškození suché kůže je možno použít hydratační prostředek na kůži.
- U pacienta/klienta v riziku vzniku dekubitu nemasírovat a silně netřít kůži, využívat spíše tapování (způsob šetrného osušování kůže jemným dotekem ručníkem, či jinou textilií, aby se zabránilo tření kůže a jejímu potenciálnímu poškození) po vysušení kůže je nezbytná důsledná kontrola, zda nezůstává kůže vlhká zejména v kožních záhybech).
- Je doporučováno používat silikonové plošné krytí jako prevenci střížných sil a působení dlouhodobého tlaku (NPUAP, EPUAP, PPIA, 2014) a preventivní krycí materiály, viz také Tab. 3.
- Pravidelně zaznamenávat změnu stavu kůže do zdravotnické dokumentace (International review, 2010).



Tab. 3 Vliv různých vlastností krytí na tlak, střížné síly, tření a mikroklima (WUWHS, 2016)

Faktor	Vlastnost krytí, která může mít na faktor vliv	Příklady
Tlak	Velká vzdušnost (tloušťka „polštářku“ obsahujícího vzduch), která má tlumicí účinek.	Krytí s větší tloušťkou, např. ta s více vrstvami (mezi nimiž mohou být i pěnové vrstvy). Dostatečná velikost přesahující ohroženou oblast.
Střížné síly	Schopnost vstřebat a rozptýlit střížné síly díky dobré přilnavosti k pokožce, velké vzdušnosti a pohybu vrstev krytí do stran.	Vícevrstvá krytí, která obsahují vysoce vzdušný materiál či materiály (jako například pěnové elastické adhezivní krytí) a umožňují tak vstřebání střížných sil. Dostatečná velikost na pokrytí ohrožené oblasti s přesahem na zdravou pokožku, což umožní rozptýlení střížných sil mimo ohroženou oblast.
Tření	Vnější povrch s nízkým koeficientem tření* k omezení tvorby střížných sil.	Film. Krytí s vnějším povrchem s nízkým třením.
Mikroklima** (vlhkost)	Schopnost absorpce, která umožní odvádět pot od kůže. Vysoká míra paropropustnosti (Moisture Vapour Transmission Rate – MVTR), která umožní odpařování vlhkosti z vnějšího povrchu krytí. Nepropustnost pro tekutiny, např. moč.	Pěna, hydrokoloid. Vnější vrstva s vysokým stupněm MVTR. Voděodolná vnější vrstva; krytí je adhezivní, chrání lokální mikroprostředí a brání působení vnějších faktorů.
<p>*Pozn.: Pokud je krytí s velmi nízkým koeficientem tření aplikováno například na sakrální oblast, může být pro pacienta/klienta těžké udržet polohu.</p> <p>**Výzkum in vitro naznačuje, že přestože některá krytí mohou mírně zvyšovat teplotu kůže, není nárůst teploty dostatečně velký na to, aby mohl způsobit poškození tkání (Call, 2013).</p>		



Polohování u pacientů/klientů v riziku vzniku dekubitu

Hlavní úlohou polohování je odlehčování tlaku na predilekční místa u imobilních pacientů/klientů.

Důležité je:

- Polohovat všechny pacienty/klienty s rizikem vzniku dekubitu, pokud to není kontraindikováno (např. v důsledku hemodynamické nestability, v takovém případě se pokusit využít alespoň mikropolohování, používání aktivních antidekubitních matrací).
- Používat vhodné polohovací pomůcky.
- Vypodložit predilekční místa.
- Zajistit vypodložení mezi kostními výčnělky v oblasti kolen a kotníků, aby nedocházelo k jejich vzájemnému kontaktu (tlaku).
- Dle možností a zdravotního stavu pacienta provádět mikropolohování pacienta/klienta i v průběhu výkonu.
- Vyvarovat se polohování pacienta/klienta na zarudlá místa (hyperemie/erytém) – jako příznaky prvního stupně dekubitů.
- Šetrně manipulovat s pacientem/klientem = prevence a minimalizace působení střížných sil na kůži.
- Nepolohovat pacienta přímo na zdravotnické prostředky/pomůcky (např. katétrý apod.) Zkontrolovat po polohování, zda neleží v přímém kontaktu s katétrý, postranicemi apod.
- V případě mobilizace mimo lůžko (např. křeslo) je nutné omezit dobu, kdy pacient/klient sedí bez možnosti zmírnění tlaku na predilekční místa.
- Vyvarovat se nepřirozeným polohám (zvolte polohu akceptovatelnou pro pacienta/klienta s minimalizací tlaku na měkké tkáně).
- Omezit množství prostěradel a podložek v lůžku a lůžkoviny udržovat vyrovnané a napnuté.
- Podložní mísu nechávat jen po nezbytně potřebnou dobu.
- Při každé manipulaci s pacientem/klientem zkontrolovat stav kůže – zejména v predilekčních místech.
- Frekvenci polohování volit na základě faktorů, kterými jsou stupeň aktivity a mobility, celkový zdravotní stav, stav kůže, odolnost tkání, pohodlí a léčebné cíle – ne dle jednotného harmonogramu – nutno individualizovat.
- V případě, že pacient/klient nereaguje podle očekávání na stávající polohovací režim, nebo je polohování doprovázeno negativními reakcemi pacienta/klienta (např. bolest), je žádoucí změnit frekvenci a metodu polohování.
- Do zdravotnické dokumentace zaznamenat frekvenci polohování, polohu pacienta/klienta a hodnocení výsledků režimu polohování (NPUAP, 2007). Pokud dojde ke zdravotním komplikacím, netoleranci polohování či jiným závažným stavům spojeným s polohováním, nutno vždy zaznamenat do dokumentace.

Antidekubitní pomůcky

Antidekubitní pomůcky slouží k odstranění/zmírnění působení tlaku na postiženou oblast – k dispozici je celá škála variant jak s ohledem na materiál, tak na tvar. Mezi tyto pomůcky patří i podložky a antidekubitní matrace, které umožňují rozložení tlaku kontrolou zátěže vyvíjené na tkáně, využitím mikroklimatu a dalšími terapeutickými funkcemi.

- Zvážit vhodné rozložení tlaku podle následujících faktorů: výška a váha pacienta, stupeň imobility a snížené aktivity, riziko vzniku dekubitů, snížení tření a střížných sil a potřeba kontroly mikroklimatu (Kang-Hee, Seung-Ho, Ho, 2010).
- Typy antidekubitních pomůcek:



- Rehabilitační polohovací pomůcky ze studené pěny či syntetického rouna např. klíny a opěrky, chrániče na lokty a paty – jsou uloženy v omyvatelném a dezinfikovatelném paropropustném obalu.
- Rehabilitační polohovací pomůcky perličkové – výhodou jsou polystyrénové kuličky/mikrokuličky, které se při sebemenším tlaku pohybují a dokonale přizpůsobují pacientovi. Kuličky jsou měkké, nenasákavé, nealergizují, vytvářejí tepelný efekt a jsou uloženy do bavlněného, flanelového nebo omyvatelného potahu.
- Gelové polohovací pomůcky – např. návleky na končetiny, chrániče pat a loktů, podložní kola bez otvoru uprostřed (není doporučováno používání podložních kroužků, věnečků a koblihových pomůcek - pomůcky kruhového tvaru s otvorem uprostřed, protože okraje těchto pomůcek vytváří oblasti působení velkého tlaku na poškozené tkáně) a speciální polohovací pomůcky na operační stůl (Miklošová, 2006).
- Preventivní plošné krycí materiály na kůži (NPUAP, EPUAP, PPIIA, 2014).

Výživa

Výživa má v prevenci důležitou roli z několika hledisek. Nedostatečný příjem stravy a tekutin má za důsledek úbytek tělesné hmotnosti a podkožního tuku, což vede k většímu vyčnívání kostních výčnělků, které více podléhají vzniku dekubitu. Dále může docházet k otoku tkáně a tím ke snížení prokrvení postižené tkáně a v neposlední řadě k úbytku svalů, což vede ke snížené pohyblivosti nemocného. Nadbytečný příjem stravy naopak vede k ukládání tuků, tuková tkáň je méně odolná proti tlaku a také méně prokrvená, což opět zvyšuje riziko vzniku dekubitů (Advanced Medical Nutrition, 2010). V případě zjištění stavu malnutrice, je vhodné zajistit konzultaci s nutričním terapeutem či nutricionistou, i přesto, že u pacienta/klienta není zjištěno riziko vzniku dekubitu. Ošetřující lékař může předepsat nutriční podporu (např. ve formě sippingu) (NPUAP, 2016). Vzhledem k doporučenému týdennímu přehodnocení rizika vzniku dekubitu je též doporučeno přehodnotit stav nutrice.

V oblasti výživy je doporučeno:

- Posoudit nutriční stav.
- Zajistit dostatečnou hydrataci.
- V případě potřeby zajistit podávání nutričních doplňků (konzultace s nutričním terapeutem, či lékařem nutricionistou).
- Podávat výživnou a bohatou stravu na vitamíny, bílkoviny a minerály dle ordinace lékaře či doporučení nutricionisty (Ranade, Collins, 2011).

Mobilizace

Jednou z nejzásadnějších intervencí je motivovat pacienta/klienta k včasné mobilizaci s ohledem na jeho aktuální zdravotní stav, případně zajištění pravidelné pasivní rehabilitace.

Je vhodné:

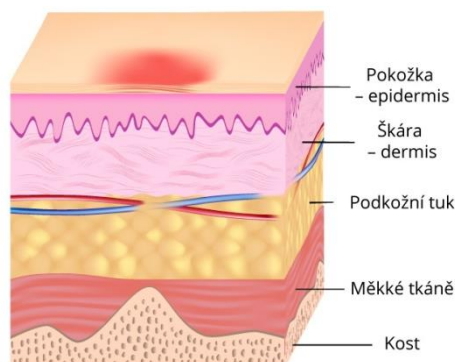
- Edukovat pacienta/klienta a jeho blízké o nutnosti včasné mobilizace.
- Edukovat pacienta/klienta a jeho blízké o možných cvicích prováděných v lůžku – např. zvedání pánve nad matraci, otáčení z boku na bok, různé cviky horních a dolních končetin.
- Zvyšovat aktivitu pacienta/klienta tak rychle, jak sám toleruje (NPUAP, EPUAP, PPIIA, 2014).

Mezinárodní NPUAP/EPUAP systém klasifikace dekubitů

Dřívější klasifikace dělí dekubitus podle stupně závažnosti postižení do 4 základních stupňů, ale v rámci NPUAP jsou tyto stupně rozšířeny na kategorii neklasifikovatelný a suspektní hluboké postižení tkání, viz dále (NPUAP, EPUAP, PPIIA, 2014).

Dekubitus I. stupně: Zarudnutí kůže /neblednoucí hyperemie – erytém

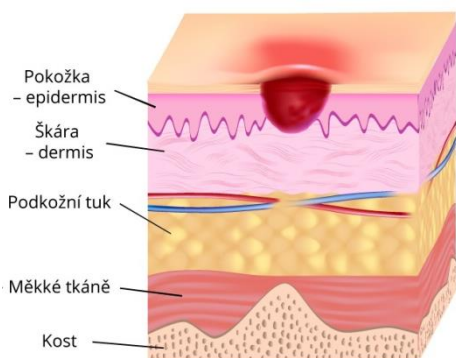
Neporušená kůže s lokalizovaným neblednoucím zarudnutím, obvykle nad kostním výčnělkem. U tmavě pigmentované kůže nemusí být změna barvy kůže (blednutí po zatlačení) viditelné. Od okolí se může barevně odlišovat. Místo může být bolestivé, tvrdé nebo měkké, teplejší nebo chladnější než ve srovnání s okolní tkání. Dekubitus I. stupně se hůře určuje u lidí s tmavší pletí. Hyperemie může být typická pro osoby, u kterých je riziko vzniku dekubitů (významná známka rizika), viz Obr. 1.



Obr. 1 Dekubitus I. stupně (Manfred-Sauer-Stiftung, 2013)

Dekubitus II. stupně: Částečná ztráta kožního krytu

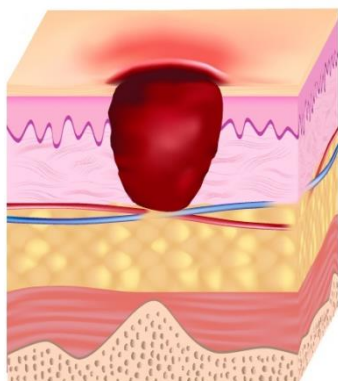
Částečná ztráta kožního krytu se projevuje jako mělký vřed s růžovočervenou spodinou bez povlaku. Může se také projevovat jako neporušený nebo prasklý puchýř naplněný serózní tekutinou. Projevuje se jako lesklý nebo suchý mělký vřed bez povlaku či zhmoždění (zhmoždění ve formě hematomu, podlitiny poukazují na možné poškození hlubokých tkání), viz Obr. 2. Tento termín/označení dekubitu II. stupně nesmí být používán pro strženou kůži, poškození kůže náplastí, perineální dermatitidu, maceraci nebo exkoriaci kůže.



Obr. 2 Dekubitus II. stupně (Manfred-Sauer-Stiftung, 2013)

Dekubitus III. stupně: Úplná ztráta kožního krytu

Úplná ztráta kožního krytu. Na spodině je možné vidět podkožní tuk, ale kosti, šlachy a svaly nejsou odhaleny. Může být přítomen povlak, nezabraňuje to však hodnocení hloubky rány. Mohou být přítomná podminování a sinusy. Hloubka rány se u dekubitu III. stupně liší podle místa výskytu (anatomické lokalizace). Hřbet nosu, ucho, zátylek a kotník nemají podkožní tkáň, dekubitus tedy může být mělký. Naopak v oblastech s velkým množstvím tukové tkáně se mohou tvořit velmi hluboké dekubity. Kost či šlacha nejsou viditelné nebo přímo hmatné, viz Obr. 3.



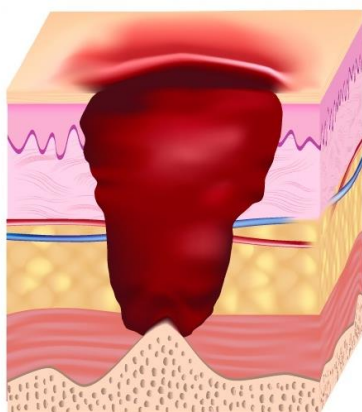
Kožní defekt zasahuje
k podkožnímu tuku, k cévám.

Obr. 3 Dekubitus III. stupně (Manfred-Sauer-Stiftung, 2013)

Dekubitus IV. stupně: Úplná ztráta kůže a podkoží

Úplná ztráta tkání s obnaženou kostí, šlachou nebo svaelem. Ve spodině rány mohou být přítomny povlak nebo černá krusta. Často jsou přítomná podminování a sinusy, viz Obr. 4.

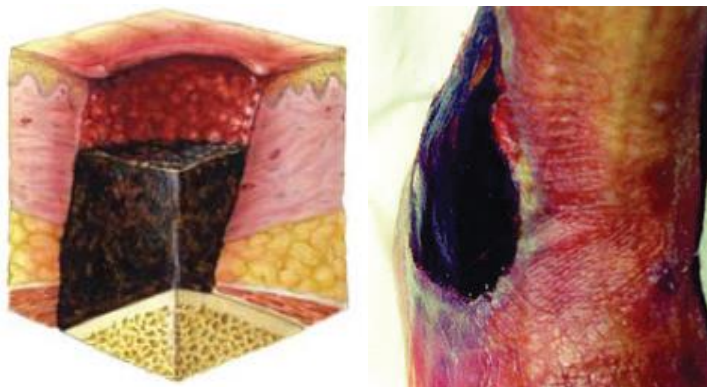
Hloubka rány se u dekubitu IV. stupně liší podle místa vzniku (anatomické lokalizace). Hřbet nosu, ucho, zátylek a kotník nemají podkožní tkáň, dekubitus tedy může být mělký. Tyto dekubity se mohou rozšířit do svalů a/nebo pojivových tkání (například fascie, šlachy nebo kloubního pouzdra), což může způsobit osteomyelitidu. Obnažená kost nebo šlacha je viditelná nebo přímo hmatná.



Defekt zasahuje a destruuje
kostní tkáň.

Obr. 4 Dekubitus IV. stupně (Manfred-Sauer-Stiftung, 2013)

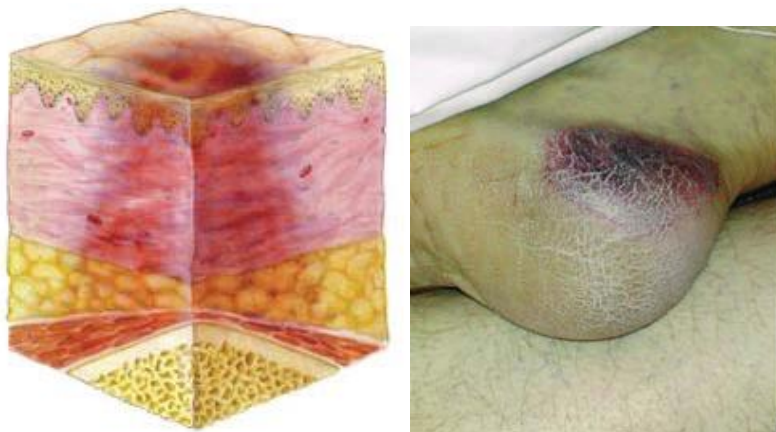
Neklasifikovatelný – Bez určení stupně – neznámá hloubka rány/vředu. Úplná ztráta tkáně s povlakem (žlutým, bronzovým, šedým, zeleným nebo hnědým) pokrývajícím spodinu rány. Ve spodině rány může být také nekróza/krusta (bronzová, hnědá nebo černá), viz Obr. 5. Hloubku rány a stupeň dekubitu není možné určit, dokud se neodstraní dostatečné množství povlaku nebo nekrózy, které pokrývají spodinu rány. Stabilní (suchá, adherentní, neporušená bez zarudnutí nebo změny) nekróza na patách slouží jako „přirozený“ (biologický) kryt těla a neměla by se odstraňovat.



Obr. 5 Neklasifikovatelný dekubitus (NPUAP, EPUAP, PPIIA, 2014)

Suspektní hluboké poškození tkání – Podezření na hluboké poškození tkání – neznámá hloubka rány/vředu. Lokalizovaná oblast fialově nebo tmavě červeně zbarvené neporušené kůže nebo puchýř naplněný krví. Příčinou je poškození podkožních měkkých tkání tlakem nebo střížným efektem. Postižená část může být bolestivá, tuhá, rozměklá, teplejší nebo chladnější než okolní tkáň, viz Obr. 6.

Toto poškození může být obtížně rozpoznatelné u osob s tmavou pletí. Může začít malým puchýřem nad tmavou spodinou rány. Rána se dále vyvíjí a může být pokryta tenkou krustou. I přes optimální léčbu se může rána dále rychle vyvíjet a odhalit další vrstvy tkání.



Obr. 6 Suspektní hluboké poškození tkání (NPUAP, EPUAP, PPIIA, 2014)

V případě vzniku NU Dekubitus je doporučeno postupovat dle algoritmu nápravných opatření.



Návrh doporučených parametrů pro sledování nežádoucích událostí na lokální úrovni²

Při hlášení nežádoucí události na lokální úrovni, je důležité zadat dostupné stručné a strukturované informace o stavu před vznikem dekubitu a dále o realizovaných opatřeních po vzniku dekubitu. Pouze informace, které jsou na lokální úrovni zaznamenávané strukturovaně, umožní následnou analýzu a předávání dat na úroveň centrální/národní. Výčet doporučených parametrů je formulován jako součást datového standardu pro sběr informací. Jedná se o maximalistickou verzi, která může být modifikována dle potřeb konkrétního poskytovatele zdravotních služeb.

Základní informace

Při zadávání NU je nutné zadat datum nahlášené události, stav a typ nežádoucí události. Tyto informace slouží ke zpětnému vyhledání nahlášené NU.

Pracoviště zjištění

Agentura domácí zdravotní péče – Uvedou se identifikační údaje zpravodajské jednotky (ZJ), jako je název ADP, adresa a IČ.

Pracoviště – Uvede se místo poskytování domácí zdravotní péče (adresa pacienta/klienta).

Datum zjištění – Napiše se datum, kdy došlo k zjištění NU, datum zjištění události se může lišit od data uvedeného ve slovním popisu události (incident může být zjištěn se zpožděním, proto se data mohou lišit).

Přesnost času (čas zjištění) – Neznámý čas – Čas NU není znám

Přesný čas – Napiše se přesný čas – např. 14.25 hod.

Časový interval – Napiše se časový interval vzniku NU – např. 14.00–14.30 hod.

Analýza nežádoucích událostí

Doporučení pro hlásícího – Prosím, vždy popište co nejvíce detailně situaci a skutečnosti související s jejím vznikem dle lokálních předpisů a směrnic, viz popis.

Popis – Zde napište celý popis NU – pokuste se uvést vyčerpávající přehled dostupných informací – důležitých pro následnou analýzu NU – kdy, kde a jak k ní došlo (důležité pro analýzu na lokální úrovni), v případě, že NU vznikla v souvislosti s technickým zdravotnickým prostředkem – uveďte jeho, název, typ a další upřesnění.

Okamžité řešení – Napište, jak byla NU na pracovišti na lokální úrovni řešena.

Výsledek analýzy – Napište, jaké byly vyvozeny důsledky z analýzy NU – důležité spíše pro lokální evidenci, než pro centrální systém hlášení NU (agregovaný sběr dat).

Preventivní opatření – Napište, jaké bylo provedeno preventivní opatření, aby opakovaně nedošlo k NU (je-li možno NU v budoucnu předejít či zabránit).

Závěr – Napište shrnutí NU, včetně doporučení pro klinickou praxi – na lokální úrovni.

Další informace – V případě potřeby možno doplnit další informace důležité pro analýzu situace či její vysvětlení.

² Přesné vymezení jednotlivých pojmů je uvedeno v Taxonomickém slovníku, zde je uveden výčet a zdůvodnění sledovaných položek.



Dále uváděné dopady a důsledky NU Dekubitus nebudou/nemohou být ve většině ADP hodnoceny vzhledem na charakter poskytované péče a kompetence pracovníků ADP. Přesto jsou jednotlivé informace ponechány v takovém rozsahu, aby v rámci edukačních aktivit v ADP byl zajištěn přenos poznatků a byla předávána možná míra a úroveň poškození. Není tedy nutné (a mnohdy ani reálné) individuální posuzování aktuálního stavu pacienta, ale metodické dokumenty slouží ke zkvalitňování péče a mají významný edukativní dopad.

Druh poškození

Tato informace identifikuje druh poškození pacienta/klienta v důsledku hlášené NU. U dekubitů existuje předpoklad fyzického postižení – protože se uvádí hlavní typ postižení – pokud se tedy jedná o dekubitus poškozující kůži – s přechodným či trvalým postižením, je nezbytné zadat fyzické postižení. U jiných NU lze však také uvažovat o poškození psychickém, či materiálním, ale to v přesně vymezených případech (např. omezení sociálních kontaktů).

- **Žádné** – Bez jakéhokoliv poškození pacienta/klienta.
- **Materiální** – Poškození či ztráta majetku, ale také ušlý zisk nebo náklady na uzdravení.
- **Psychické** – Vychází ze způsobu a obsahu komunikace např. srororigenie – psychické poškození pacienta/klienta způsobené sestrou. Pacient/klient může být např. poškozen neprozřetelným či neuctivým výrokem aj. Narušení psychické pohody okolnostmi nebo událostmi, které nejsou žádoucí.
- **Fyzické** – Poškození mechanickou, chemickou, tepelnou a jinou energií, jehož rozsah překračuje odolnost těla. Narušení fyzické integrity od lehčího zranění po těžké ublížení na zdraví až usmrcení.
- **Neznámé** – Není jasná situace a jak k ní došlo, ale je znám výsledek – nežádoucí události. Takové poškození, které se nedá v danou chvíli jednoznačně určit.

Úroveň poškození

Úroveň poškození vychází z celkové metodiky platné pro hlášení NU. Riziko je identifikováno u pacienta/klienta, u něž byl zjištěn např. dekubitus 1. stupně a je riziko dalšího poškození kůže a tkání. Skorochyba – situace, kdy byl zjištěn nedostatek např. při polohování a/nebo využití antidekubitních pomůcek – situace pacienta/klienta nepoškodila trvale, ale NU byla odhalena před vznikem ireverzibilních změn – u dekubitů pouze u 1. stupně – např. při přivezení pacienta/klienta z vyšetření – dlouho nemohl změnit polohu – nalezen erytém/hyperémie. Skorochybu nelze uvádět u dekubitů, které byly zjištěny ve stupni 2. a vyšším (i při tzv. „přineseném“ dekubitu). Nepoškozující – došlo k identifikaci NU, ale ta nepoškodila zdraví pacienta/klienta. Monitorován – u stavů, u nichž není nutno zavést další intervence a postačí sledování. Hospitalizace je uvedena v případě, že došlo k takovému poškození, že vznikla potřeba pacienta/klienta hospitalizovat. Trvalé následky jsou uváděny u dekubitů, u nichž je zřejmé, že není možné vyhojení bez následků (3. a 4. stupeň). Ohrožení života bude uvedeno u dekubitů, které byly odhaleny jako 3. a 4. stupně a existuje podezření na celkovou dekubitální sepsi (viz vyjádření lékaře). Smrt uvést u dekubitů pouze v případě, že je zjištěna a lékařem ověřena přímá souvislost s tlakovým vředem – dekubitem. Volbu Neznámé je možno využít v případě, že nebylo možno odhalit stupeň/úroveň postižení.

- **Riziko** – Událost nebo okolnosti, které by mohly vést k poškození – byly odhaleny před vznikem incidentu.
- **Skorochyba** – Nedokonané pochybení (near miss), nedošlo k incidentu.
– Došlo k incidentu, ale nedotkl se pacienta/klienta (nedošlo k jeho poškození).
- **Nepoškozující** – Došlo k incidentu, který se dotkl pacienta/klienta, ale ten nebyl poškozen.
- **Monitorován** – Došlo k NU, dotkla se pacienta/klienta a bylo nutno jej monitorovat.



- Nutný výkon – Došlo k NU, která vedla k dočasnému poškození pacienta/klienta, a bylo v té souvislosti nutno provést nějaký výkon.
- Hospitalizace – Došlo k NU, která vedla k dočasnému poškození pacienta/klienta a bylo v té souvislosti nutno pacienta/klienta hospitalizovat.
- Trvalé následky – Došlo k NU, která vedla k trvalému poškození pacienta/klienta, pokud jsou informace k dispozici.
- Ohrožení života – Došlo k NU, bylo nutno provést život zachraňující výkon.
- Smrt – Došlo k NU, která vedla k úmrtí pacienta/klienta, nebo k tomu přispěla.
- Neznámé – Není jasná situace a jak k ní došlo, ale je znám výsledek – nežádoucí událost. Taková úroveň poškození, kterou nelze v danou chvíli jednoznačně určit.

Diagnóza poškození – doplňte diagnózu, kterou lékař stanovil při zahájení terapie před vznikem NU (jedná se o původní diagnózu pacienta/klienta, pokud je k dispozici).

Nejvyšší výkon

Zahrnuje druhy výkonu, které se v případě nutnosti uskutečňují na základě následku NU.

- Ošetření otevřené rány – Nutnost ošetření otevřené rány.
- Zobrazovací vyšetření – Např. akutní provedení např. RTG, CT, MRI či UZV.
- Nasazení ATB – Nasazení antibiotické terapie nově v důsledku NU v rámci nové medikace.
- Konzilium – Nutnost zajištění akutního konzilia (např. wound manažera, chirurga aj.).
- Neplánovaná (re)operace – Např. nutnost operace – vztahující se k NU.
- Jiný terapeutický výkon – Např. nutnost podání léčiv – vztahující se k NU, pokud jsou informace k dispozici.
- Jiný diagnostický výkon – Nutnost provést odběry biologického materiálu – stěr z dekubitu, odběry krve ke zhodnocení zánětlivých markerů apod. – vztahující se k NU.

Skóre rizika – vyhodnocení rizik u pacienta/klienta na základě standardizovaných škál.

Soběstačnost pacienta/klienta je hodnocena dle kapitoly 6 vyhlášky č. 467/2012 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

Pohybový režim, který má pacient/klient uveden v dokumentaci.

- Pacient na propustce – Pacient propuštěn na určený časový úsek do domácího prostředí (využitelné pouze v případě, že v době propustky za hospitalizace, je zároveň indikována péče ADP v podobě návštěvní služby, převazové služby apod.).
- Pacient soběstačný – Pacient soběstačný (nezávislý na péči, dítě ≥ 10 let).
- Pacient částečně soběstačný, schopen pohybu mimo lůžko – Pacient částečně soběstačný, schopen pohybu mimo lůžko (spolupracující dítě od 6–10 let věku), (pacient používající kompenzační pomůcky).
- Lucidní pacient, neschopný pohybu mimo lůžko – Lucidní pacient, neschopný pohybu mimo lůžko (dítě od 2 do 6 let).
- Lucidní pacient zcela imobilní – Lucidní pacient zcela imobilní (dítě od 0 do 2 let).



Spolupráce pacienta/klienta

Hodnocení míry spolupráce bylo dříve založeno na subjektivním úhlu pohledu posuzující osoby. Jedná se o pomocnou kategorizaci.

Pro přesnější posouzení soběstačnosti a schopnosti spolupráce lze využít Barthelové test.

Hodnoceno dle Barthelové testu (Pokorná, 2019)

- Vysoce závislý – 0–40 bodů
- Závislost středního stupně – 45–60 bodů
- Lehká závislost – 65–95 bodů
- Nezávislý – 100 bodů

Psychický stav

- Posouzení psychického stavu je důležité s ohledem na možnost sebepoškození, frikčních lézí a drobných traumat. Jednoduchá identifikace kategorií vychází z posouzení celkové reaktivity jedince (je vhodné, aby v případě nejistoty provedly posouzení dvě osoby). U seniorů lze využít MMSE.
- Orientovaný/klidný – pacient orientován osobou, časem, místem. Klidný, bez psychomotorického neklidu.
- Dezorientovaný/klidný – pacient dezorientován v jedné ev. více oblastech – osoba, místo, čas (zmatený = dezorientovaný). Např. u pacienta s Alzheimerovou demencí.
- Dezorientovaný/neklidný – pacient dezorientován ve více oblastech – osoba, místo a čas, s psychomotorickým neklidem (zmatený = dezorientovaný). Např. delirantní stav.
- Úzkostný – patří k neurotickým poruchám. Zahrnuje doprovodné tělesné (vegetativní) příznaky, fobie a několik forem nadměrné úzkosti a strachu, které nastupují náhle a brání vykonávání běžných denních činností.
- Apatický – apatii můžeme definovat jako kompletní nedostatek citu a motivace např. pacient, který rezignoval a odmítá nadále spolupracovat a léčit se.
- Depresivní – stav psychiky projevující se dlouhodobě pokleslými náladami pacienta.
- Agresivní – sklon k útočnému jednání, které se transformuje do různých podob.

Nutriční stav dle BMI

Hodnocení nutričního stavu odpovídá Body Mass Indexu /BMI/ (viz Tab. 4):

Tab. 4 Klasifikace hodnoty BMI (WHO, 2017)

BMI	Klasifikace
< 18,5 kg/m ²	Podváha
18,5–24,9	Normální váha
25,0–29,9	Nadváha
30,0–34,9	Obezita 1. stupně
35,0–39,9	Obezita 2. stupně
≥ 40,0	Obezita 3. stupně

Předchozí postižení, komplikace zdravotního stavu

Pro posouzení vstupního stavu pacienta/klienta je nutné posoudit také jeho celkový stav a omezující faktory. V případě výskytu více než jednoho postižení, uvedou se v popisu analýzy. Postižení smyslová zdánlivě s dekubity nesouvisí, ale při jejich výskytu může být ovlivněna schopnost signalizace problému pacientem a tím vyšší riziko vzniku dekubitu.



- Žádné – Bez jakýchkoliv předchozích postižení a komplikací zdravotního stavu v anamnéze.
- Fyzické – porucha hybnosti – Např. z důvodu zlomeniny, z důvodu hemiplegie u pacientů/klientů s cévním onemocněním mozku, amputace dolní končetiny aj.
- Psychické – neklid/apatie – Např. u pacienta/klienta s Parkinsonovou demencí, jiným psychickým onemocněním aj.
- Smyslové – řeč – Např. němý pacient/klient, dysartrie, globální afázie, sensorická nebo motorická porucha řeči aj.
- Smyslové – sluch – Např. hluchoněmý pacient/klient, s nedoslýchavostí, ale i pacient/klient využívající kompenzační pomůcky (naslouchadlo) aj.
- Smyslové – zrak – Např. pacient/klient s úplnou slepotou, slabozrakostí, šedým zákalem, ale i pacient/klient využívající kompenzační pomůcky (brýle, čočky) aj.

Informován o NU

- Ano – ano, o NU byl informován pacient/klient
- Ne – ne, o NU nebyl informován pacient/klient

Preventabilita

Preventabilní (Ano/Ne) – Napište, zda ano či ne (tzn., zda bylo možno NU předejít za současného stavu poznání a celkového stavu pacienta)

Nejvyšší možné poškození pacienta/klienta

- Zanedbatelné – Minimální poškození nevyžadující žádnou a/nebo minimální intervenci. Nevyžaduje absenci v práci – pracovní neschopnost.
- Dočasné – Mírné poškození/zranění či nemoc, vyžadující minimální intervenci. Pracovní neschopnost ≤ 3 dny. Prodloužení hospitalizace o 1–3 dny.
- Hospitalizace – Střední poškození vyžadující profesionální intervenci. Pracovní neschopnost 4–14 dní. Prodloužení hospitalizace o 4–15 dní. Dopad incidentu na malé množství pacientů/klientů.
- Trvalé/závažné postižení – Vážné poškození vedoucí k prodloužení závislosti či invaliditě. Pracovní neschopnost > 14 dní. Prodloužení hospitalizace > 15 dní. Nesprávná organizace péče o pacienty/klienty s dlouhodobým dopadem.
- Smrt – Incident vedoucí ke smrti. Několikanásobné trvalé poškození a/nebo nezvratné postižení zdraví s následkem smrti.
- Neznámé – Nelze vyhodnotit nejvyšší možné poškození pacienta/klienta.

Pravděpodobnost opakování události

- Zanedbatelná – Pravděpodobně se nikdy nestane/nebude opakovat. Míra pravděpodobnosti $\leq 0,1$ %. Vzácné. Neočekává se výskyt po celá léta.
- Nízká – Neočekává se, že se stane/bude opakovat, ale je zde možnost, že se to může stát. Míra pravděpodobnosti $> 0,1$ –1 %. Nepravděpodobné. Očekává se, že se vyskytnou alespoň jednou ročně.
- Střední – Mohlo by se stát/občas opakovat. Míra pravděpodobnosti > 1 –10 %. Možné opakování. Očekává se, že se vyskytnou nejméně měsíčně.
- Vysoká – Pravděpodobně se stane/bude opakovat, ale nejedná se o přetrvávající problém/okolnosti. Míra pravděpodobnosti > 10 –50 %. Pravděpodobné. Očekává se, že se vyskytnou alespoň jednou týdně.
- Extrémní – Nepochybně se stane/bude opakovat, možná často. Míra pravděpodobnosti vyšší než 50 %. Téměř jisté. Očekává se, že se vyskytnou alespoň jednou denně.
- Neznámá – Nelze odhadnout pravděpodobnost opakování NU.



Obtížnost včasného zjištění

Zahrnuje akce nebo okolnosti, které umožní objevení/odhalení incidentu např. chyba monitoru, alarm, změna stavu pacienta/klienta, posouzení rizik.

- **Minimální** – Událost lze předpokládat s ohledem na celkový stav individuálního pacienta/klienta, lze nastavit preventivní mechanismy (např. riziko pádu – identifikace škálou rizika – využití edukace a pomůcek k lokomoci, je možné ji identifikovat pomocí technických prostředků a mechanismů např. alarm, informace na monitoru, zvukový signál. (možnost zjištění vyšší než 50 %).
- **Nízká** – Událost lze předpokládat u obdobné skupiny pacientů/klientů, lze nastavit preventivní postupy pouze do určité míry, např. pacient/klient má bariéru v příjmu informací, ale je v riziku vzniku NU (např. riziko pádu – identifikace škálou rizika – využití edukace a pomůcek k lokomoci, ale je třeba pacienta/klienta zvýšeně sledovat a jeho kognitivní funkce mohou možnost zjištění a prevence ovlivnit (možnost zjištění > 10–50 %).
- **Střední** – Událost nelze jednoznačně předpokládat u dané skupiny pacientů/klientů (jednotlivce), preventivní postupy nelze jednoznačně nastavit, pacient/klient není v riziku, anebo v nízkém riziku, není vždy možné využít technologické prostředky k identifikaci NU, nejasné známky změny stavu pacienta/klienta – subjektivně vnímané (možnost zjištění > 1–10 %).
- **Vysoká** – Vznik události lze předpokládat pouze hypoteticky, nejedná se o pacienta/klienta v riziku, netrpí komorbiditou, neabsolvoval vyšetření či terapeutický výkon ovlivňující jeho stav, často příčina vzniku NU způsobená třetí stranou, nelze identifikovat pomocí přístroje (možnost zjištění 0,1–1 %).
- **Extrémní** – Pravděpodobně nelze vůbec předpokládat vznik události, tedy zjistit včas, nejedná se o pacienta/klienta v riziku, možnost zjištění $\leq 0,1$ %).
- **Neznámá** – Nelze určit možnost včasného zjištění.

Specifikace sledovaných parametrů

Stupeň závažnosti

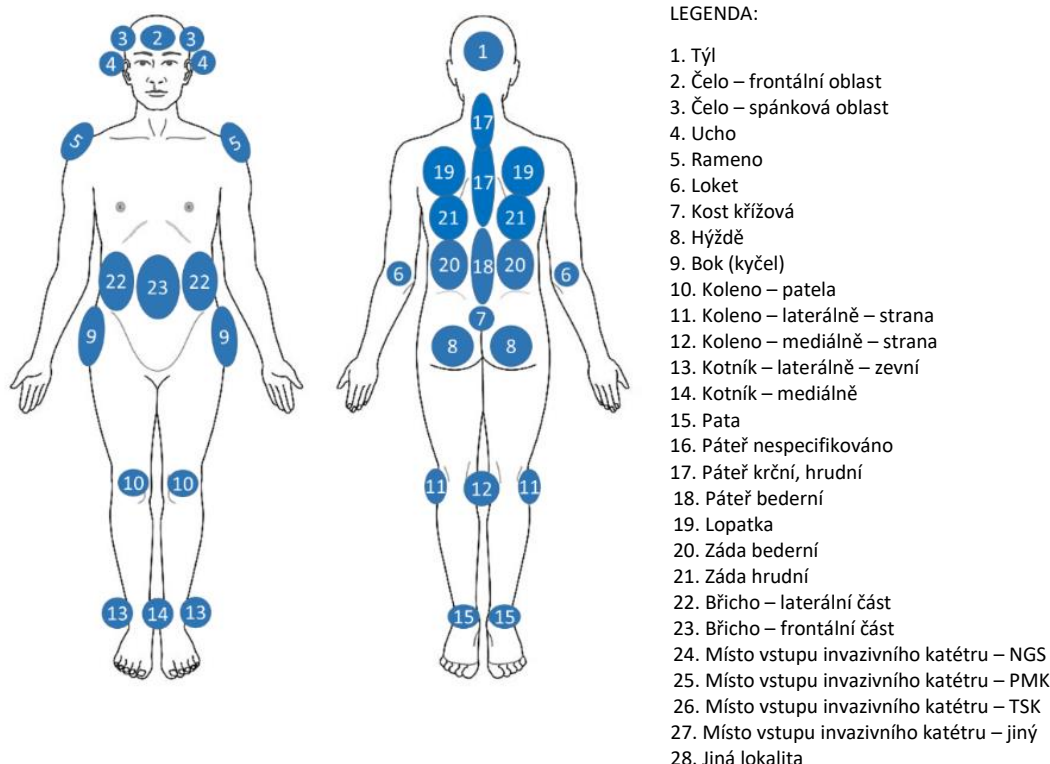
Na většině pracovišť je v současné době využívána škála dle Hibbsové, která ale nesplňuje požadavky odpovídající posledním výzkumům. Klasifikace dle EPUAP a NPUAP se od Hibbsové příliš neliší, ale byla doplněna dalšími stupni, které umožní identifikovat také stavy, které byly dříve podhodnoceny z toho důvodu, že posuzující hodnotili pouze situaci na povrchu kožního krytu. Vzhledem k tomu, že přesné určení stupně dekubitů je obtížné, je vhodné, aby aktuální situaci posuzovaly dvě osoby. Konkrétní klasifikace stupňů dekubitů byla uvedena u popisu NU Dekubitus/y. Navíc jsou uvedeny tyto kategorie:

- **Frikční léze** – postižení na akrálních částech těla (třením) – Viditelná příčina oděrek, např. pata – třením.
- **Plenková dermatitida (IAD – Incontinence associated dermatitis)** – Není přítomna nekróza, rána není hluboká, pouze zarudnutí, pálení, přítomnost inkontinence – podobná opruzenině s poškozením kožního krytu. ZÁMĚRNĚ JE UVÁDĚNA K ODLIŠENÍ DEKUBITÁLNÍCH LÉZÍ.
- **Neznámý** – Není jasná situace a jak k ní došlo, ale je znám výsledek – nežádoucí událost.

Stupeň dekubitu je nutno zapsat při primárním zhodnocení a následně při ukončení péče.

Lokalita

K přesnému určení místa dekubitu je k dispozici piktogram – tzv. Tělesná mapa – číslice označuje příslušnou lokalitu (viz obr. 7).



Obr. 7 Tělesná mapa (Schott, 2010)



Největší rozměr v mm

Identifikace rozsahu poškození kůže, podkoží a svalů.

Velikost dekubitu změřena

Vzhledem k faktu, že na všech pracovištích není měřena velikost dekubitu, je v této části možnost volby ano a ne.

- Ano
- Ne

Velikost – délka/šířka/hloubka (v mm)

V případě měření je nutno zadat velikost v milimetrech u těch parametrů, které byly změřeny (délka, šířka, hloubka). Měření by mělo být prováděno dvěma jednorázovými měřítky, která jsou orientována kolmo – v místě největší délky a šířky. U rozsáhlých dekubitů je možno použít páskovou míru (krejčovský metr). Hloubku je vhodné měřit takovým nástrojem, aby nedošlo k poškození spodiny rány.

Datum nálezu

Při výskytu dekubitu je nutno zaznamenat datum jeho zjištění. Toto datum zaznamenáváme u každého nově vzniklého dekubitu zvlášť. V případě „přineseného“ dekubitu (u pacienta, který je přijat odjinud; z místa mimo ADP) uveďte „dekubit vzniklý mimo ADP“, pokud je informace k dispozici, je vhodné uvést datum a místo vzniku.

Místo vzniku a zjištění dekubitu

Tento parametr slouží k identifikaci místa vzniku dekubitu proto, aby bylo možno zpětně posoudit počet dekubitů vznikajících na posuzovaném pracovišti a počet dekubitů tzv. „nekmenových – přinesených“ – vzniklých mimo pracoviště, které NU hlásí. Podrobnější rozdělení lokalit vzniku dekubitu mimo ADP umožní identifikaci frekvence výskytu dekubitů ve vztahu k předchozímu pobytu pacientů/klientů. Z daného důvodu se místo vzniku a místo zjištění mohou lišit.

- Ze zdravotnického zařízení akutní péče.
- Ze zdravotnického zařízení dlouhodobé péče.
- Ze zařízení sociální péče.
- Z jiné domácí zdravotní péče.
- Z domácího ošetřování (laické péče).
- Nezjištěno.

Souvislost s operačním výkonem (do 72 hod. po operaci)

Dle dostupných odborných zdrojů je u dekubitů vzniklých do 72 hodin po operačním výkonu předpoklad, že se jedná o dekubitus vzniklý v perioperačním období. Pokud pacient absolvoval operační výkon a v době do 72 hodin po něm byl zjištěn dekubitus, označte ano, viz níže. Pokud pacient absolvoval operační výkon a dekubitus nebyl zjištěn, označte ne, stejně jako pokud neabsolvoval operační výkon. Pokud absolvoval operaci a nelze zjistit počet hodin – uveďte nelze zjistit.

Škála rizika dekubitu

Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové a Bradenové viz kapitola NU Dekubitus.



Strana

Místo vzniku dekubitu ve vztahu ke straně těla je důležité s ohledem na možnost kořenové analýzy NU např. u pacienta/klienta s hemiparézou. Z toho důvodu je zde tento parametr sledován.

- Pravá
- Levá
- Obě
- Střed/ centrálně
- Jiné (doplňte)

Podezření na sororigenní/iatrogenní ránu

Některé rány vznikají v souvislosti se zavedením invazivního vstupu a/nebo v důsledku užívání určité zdravotnické pomůcky či prostředku. Samozřejmě, že finální rozhodnutí, zda se jedná o sororigenní ránu je otázkou účelně provedené kořenové analýzy NU, ale zde lze vyjádřit podezření na souvislost s péčí a vznikem rány jako důsledku využití pomůcky (např. TSK, NGS apod.). Pro případ, kdy nelze tento předpoklad potvrdit je nutno zapsat – Nelze zjistit.

Prevence před zjištěním

V případě, že je možno zjistit způsob preventivních opatření před vznikem dekubitu, zaznamenejte jej. Preventivní opatření jsou rozdělena do 3 kategorií – *matrace, polohování, lokální prevence*. Pokud jste použili více možných lokálních preventivních opatření – zaznamenejte všechny použité metody.

Druh matrace

Možnost *neznámá* označuje stav, při němž data chcete zadat, ale informaci nemáte k dispozici. Možnost *statický systém* označte, pokud se jedná např. o matraci z paměťové pěny, ale bez externího zdroje, který mění tlak v matraci aktivně. *Dynamický systém* označte, pokud máte matraci s externím napájením, která umožní změny tlaku v matraci (komorové vzduchové matrace apod.) viz prevence před zjištěním.

Polohování

Možnosti uvádějí interval – načasování polohování. Volba *nepolohován záměrně*, bude nejčastěji využívána u pacientů, kteří nemohou být polohováni vzhledem k jejich aktuálnímu zdravotnímu stavu (hemodynamická nestabilita, poranění páteře a míchy apod.).

- Žádné
- Nepolohován záměrně
- < á 1 hod.
- ≤ á 2 hod.
- á 2 hod.
- Jiné doplňte číselný údaj – počet hodin
- Nepravdělné – polohování rodinou, které nelze ověřit

Lokální prevence

Zde je nutno označit způsob péče o pokožku u pacientů v riziku vzniku dekubitů a/nebo i u pacientů/klientů bez rizika, pokud je u nich lokální prevence uplatňována. Možnost *polymery – krémy* např. při použití Cavilon krému. *Filmové krytí amorfni* např. ve formě sprejů (př. Cavilon, Opsite). *Filmová krytí plošná* (např. Suprasorb F, Hydrofil apod.). *Silikonové plošné krytí* např. Mepilex apod.



Neznámá hodnota opět označuje situaci, kdy nebyla položka z nějakého důvodu vyplněna a může ovlivnit analýzu dat.

- žádná – bez lokálního ošetření
- polymery – krémy – např. při použití Cavilon krému (Menalind krém nelze považovat za ochranný krém)
- filmové krytí amorfní – např. ve formě sprejů (např. Cavilon, Opsite)
- filmové krytí plošné – např. Suprasorb F, Hydrofil apod.
- silikonové krytí plošné – např. Mepilex apod.
- nezjištěno – označuje situaci, kdy nebyla položka z nějakého důvodu vyplněna a může ovlivnit analýzu dat

Péče po zjištění

Tyto položky slouží ke srovnání toho, zda byl po zjištění dekubitu pacient/klient uložen na jiný typ matrace a došlo ke změně metody a/nebo frekvence polohování. Položka také zahrnuje zvolenou terapii dekubitu. Doporučené položky jsou uvedeny výše v části prevence před zjištěním.

Terapie po zjištění dekubitu

Sledování způsobu terapie umožní identifikovat pracoviště, která využívají materiály fázového hojení a srovnat je s pracovišti, která používají standardní a tradiční převazy pro nehojící se rány (běžný obvazový materiál – např. gáza) a srovnat možný terapeutický efekt. Materiály vlhkého hojení nejsou odlišeny, protože s ohledem na rozdílný přístup k terapii různých typů dekubitů by vznikalo mnoho možností a voleb.

- Standardní převazy chronické rány – mulové krytí, bez materiálu vlhkého/fázového hojení.
- Materiály vlhkého hojení, spray, plošné, silikonové krytí – tuto volbu neuvádějte, pokud aplikujete Menalind krém/pastu (jedná se o běžné postupy). Pokud používáte jiné – netransparentní – materiály – např. Chlorophyl, nejedná se o protektivní účel, ale potenciálně poškozující.
- Chirurgická intervence – nekrektomie, debridement.
- Chirurgická intervence – plastika.
- NPWT – Negative Pressure Wound Therapy – podtlaková terapie zajištěná přístrojem.
- Amputace postižené části těla.
- Jiná – možnost, kterou nelze zařadit do žádné z nabízených položek.
- Žádná – nezahájena žádná péče.

Stav při ukončení domácí zdravotní péče

Při ukončení domácí zdravotní péče pacienta/klienta je vhodné zaznamenat stav kožního krytu.

Zaznamenejte Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové a Bradenové při propuštění/ukončení terapie, velikost dekubitu (délka/šířka/hloubka – viz výše) a stav rány.

Stav rány

Finální posouzení rány před propuštěním by mělo zahrnovat informaci o výsledku terapie. Pro účelné hodnocení jsou v klinické praxi doporučovány objektivizující škály jako např. DESIGN, PUSH tool, PSS tool aj. Jejich využití ale v České republice nestandardní a spíše raritní. Přesto, že systém hodnocení dekubitů je poměrně dobře implementován a většina sester je schopna dekubitus identifikovat adekvátním způsobem, existuje stále problém s hodnocením procesu zhojení dekubitu. 4. stupeň



dekubitu se hojí granulací, kontrakcí tkání a reepitelizací. Proto přehodnocení dekubitu stupně č. 4 na stupeň 3, či nižší není korektní a pro hodnocení incidence a prevalence dekubitů je nezbytné, aby hodnocení stupně dekubitu bylo konzistentní.

- Zhojeno (intaktní kožní kryt) – např. možnost intaktní neporušený kožní kryt bude zvolena spíše u prvního stupně dekubitu.
- Částečně zhojeno – např. měla by být volena v případě, že došlo ke zmenšení dekubitu alespoň o jeden centimetr a/nebo ke změně spodiny dekubitu alespoň o jeden stupeň dle kontinua pro hojení ran (Wound Healing Continuum – WHC) – tedy z nekrotické na povleklou či granulující, z povleklé na granulující a z granulující na epitelizující (toto je spíše nereálné u dekubitů vyšších stupňů).
- Nezhojeno – v případě, že nedošlo ke změně spodiny rány ani změně velikosti rány.
- Amputace postižené části těla – v případě, že byla část těla s dekubitem amputována či byla provedena resekce postižené tkáně.
- Nehodnoceno – nebylo provedeno hodnocení.



Pojmy

Režimová opatření – Systém nastavených pracovních postupů.

Rizikové faktory – Faktory, které zvyšují pravděpodobnost vzniku dekubitu.

Všeobecná bezpečnostní opatření – Opatření realizovaná v prostorách domácí péče se záměrem zvýšit bezpečnost pacientů a snížit riziko dekubitů na minimum.

Seznam zkratk

ADP – Agentury domácí zdravotní péče

ATB – Antibiotika

BMI – Body Mass Index – Index tělesné hmotnosti

CT – Computerised tomography – Počítačová tomografie

DESIGN – (Depth, Exudate, Size, Inflammation/Infection, Granulation tissue, and Necrotic Tissue) – Hloubka, exudát, velikost, záněť/infekce, granulační a nekrotická tkáň – škála pro posouzení rány

EPUAP – European Pressure Ulcer Advisory Panel – Evropský poradní panel pro otázky dekubitů

IČ – Identifikační číslo

MMSE – Mini Mental State Exam – Test kognitivních funkcí

MRI – Magnetická rezonance

MVTR – Moisture Vapour Transmission Rate – Míra paropropustnosti

NGS – Nasogastrická sonda

NPUAP – National Pressure Ulcer Advisory Panel – Národní poradní panel pro dekubitální léze

NU – Nežádoucí událost

NPWT – Negative Pressure Wound Therapy – Podtlaková terapie zajištěná přístrojem

PSS tool – Prescribed Specialised Services – Předepsaná specializovaná služba – digitální škála pro posouzení rány

PUSH tool – The Pressure Ulcer Scale for Healing – škála pro posouzení rány

RTG – Rentgen

SHNU – Systém hlášení nežádoucích událostí

SOP – Standardizovaný operační protokol = doporučený pracovní postup

TSK – Tracheostomická kanyla

UZV – Ultrazvuk

WHC – Wound Healing Continuum – Kontinuum pro hojení ran

Literatura

- Advanced Medical nutrition. Výživa v prevenci a léčbě dekubitů: Praktická příručka pro pacienty. *Advanced Medical nutrition* [online]. 2010 [cit. 2015-10-10]. Dostupné z: http://www.vyzivavnemoci.cz/fileadmin/pub/doc/Cubitan_brozura.pdf
- AWMA. Pan Pacific Clinical Practice Guideline for the Prevention and Management of Pressure Injury. *Australian Wound Management Association* [online]. 2012 [cit. 2016-02-02]. ISBN 978-0-9807842-9-9. Dostupné také z: http://www.woundsaustralia.com.au/publications/2012_AWMA_Pan_Pacific_Abridged_Guideline.pdf
- BERGSTROM, N. et al. The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Journal of Nursing Research* [online]. 1987, **36(4)**, 205-10. [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <http://www.bradenscale.com/images/bradenscale.pdf>
- CALL, E. et al. Microclimate impact of prophylactic dressings using in vitro body analog method. *Wounds* [online]. 2013, **25(4)**, 94-103 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z:



<http://www.woundsresearch.com/article/microclimate-impact-prophylactic-dressings-using-vitro-body-analog-method>

- International review. Pressure ulcer prevention: pressure, shear, friction and microclimate in context. A consensus document. *Wounds International* [online]. 2010 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: http://www.woundsinternational.com/media/issues/300/files/content_8925.pdf
- KANG-HEE, CH., SEUNG-HO, Y., HO, L. Effects of Mattresses and Positioning on Interface Pressure and Skin Blood Flow. *Annals of Rehabilitation Medicine* [online]. 2010, 34(2), 214-219 [cit. 2018-06-08]. Dostupné z: http://www.koreascience.or.kr/article/ArticleFullRecord.jsp?cn=DJHOB7_2010_v34n2_214
- MANFRED-SAUER-STIFTUNG. Entstehung von Druckstellen – Dekubitus. *Der-Querschnitt.de Das informationsportal der Manfred-Sauer-Stiftung* [online]. 2013 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <https://www.der-querschnitt.de/archive/789/sh-89369113-alila-medical-images-gross>
- MIKLOŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče* I. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1442-6.
- NPUAP. Terms and definitions related to support surfaces. *National pressure ulcer advisory panel Support surface standards initiative* [online]. 2007 [cit. 2015-10-10]. Dostupné z: http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2012/03/NPUAP_S3I_TD.pdf
- NPUAP. Pressure Injury Prevention Points. ©2016 National Pressure Ulcer Advisory Panel [online]. 2016 [cit. 2019-05-20]. Dostupné z: <https://www.npuap.org/wp-content/uploads/2016/04/Pressure-Injury-Prevention-Points-2016.pdf>
- NPUAP, EPUAP, PPIA. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. National pressure ulcer advisory panel, European pressure ulcer advisory panel and Pan pacific pressure injury alliance. 2nd ed. Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia, 2014. ISBN-13: 978-0-95793436-8.
- POKORNÁ, A. Barthelové test [online]. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*, © 2010-2019 [cit. 2019-04-09]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/barthelove-test>
- RANADE, D., COLLINS, N. Children with wounds: the importance of nutrition. *Ostomy Wound Management* [online]. 2011 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: http://www.o-wm.com/files/owm/pdfs/OWM_October2011_Collins.pdf
- SCHOTT, G.D. The cartography of pain: The evolving contribution of pain maps. *European Journal of Pain* [online]. 2010, 14(8), 784-791 [cit. 2018-06-20]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.12.005>
- ŠÁTEKOVÁ, L., ŽIAKOVÁ, K. Validity of pressure ulcer risk assesment scales: review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2014, 5(2), 85-92. ISSN 2336-3517.
- ŠÁTEKOVÁ, L., ŽIAKOVÁ, K., ZELENÍKOVÁ, R. Predictive validity of the Braden scale, Norton scale and Waterlow scale in Slovak Republic. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. 2015, 6(3), 283–290 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <http://periodika.osu.cz/cejnm/dok/2015-03/17-satekova-ziakova-zelenikova.pdf>
- Věstník MZ ČR č. 16/2015 ze dne 26. října 2015 Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. In: *Věstník MZ ČR* [online]. 2015, částka 16. s. 2 [cit. 2018-04-16]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c16/2015_10927_3242_11.html
- Věstník MZ ČR č. 6/2009 ze dne 12. srpna 2009 Sledování dekubitů jako indikátoru kvality ošetrovatelské péče na národní úrovni. In: *Věstník MZ ČR* [online]. 2009, částka 6. s. 69 [cit. 2018-04-16]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3628_1779_11.html
- WHO. Body mass index – BMI. © 2017 WHO [online]. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>.
- WUWHS. World Union of Wound Healing Societies. Consensus Document. Role of dressings in pressure ulcer prevention. *Wounds International* [online]. 2016. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z:



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



MUNI Institut
MED biostatistiky
a analýz

<https://prep.molnlycke.com/globalassets/micro-sites/pup/downloads/role-of-dressings-in-pressure-ulcer-prevention.pdf>