

PREPREČEVANJE RAZJED ZARADI PRITISKA – AKTIVNOST ZAGOTAVLJANJA KAKOVOSTI NA KLINIKI ZA PLJUČNE BOLEZNI IN ALERGIJO GOLNIK

PREVENTION OF DECUBITUS ULCERS – ACTIVITY OF QUALITY ASSURANCE AT
THE UNIVERSITY HOSPITAL FOR RESPIRATORY AND ALLERGIC DISEASES
GOLNIK

Saša Kadivec

UDK/UDC 616.5-002.44-083

DESKRIPTORJI: razjeda zaradi pritiska-preprečevanje in nadzor; kvaliteta zdravstvenega varstva; pljučne bolezni; bolnišnični oddelki

DESCRIPTORS: decubitus ulcer-prevention and control; quality of health care; lung diseases; hospital departments

Izvleček – V članku je prikazana prva stopnja aktivnosti zagotavljanja kakovosti: izbira predmeta obdelave in razvoj meril za dobro delo. Opisana je pilotska študija preprečevanja razjede zaradi pritiska v Kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik (KOPA). Rezultati so bili zbrani po metodi trenutnega opazovanja vseh bolnikov po izbranih merilih in s pregledom negovalne dokumentacije.

Dobljeni rezultati ne kažejo, da je kakovost dosežena. Zato so uvedeni nekateri akcijski koraki. Po določenem časovnem obdobju bodo meritve v KOPA ponovili, da bi ugotovili učinkovitost izvedenih sprememb.

Abstract – The first degree of quality assurance activity is presented, i.e. the selection of adequate processing and the development of standards for successful work.

The pilot study of the prevention of pressure sores at the University Hospital for Respiratory and Allergic Diseases Golnik is presented. The results were selected according to the method of moment monitoring of all patients due to the criteria selected and with review of nursing documentation.

The results obtained are not within the limits of quality, therefore several action steps have been introduced. After a certain time period the measures should be repeated in order to find out the effectiveness of the changes performed.

Uvod

Različne tuje raziskave o incidenci in prevalenci razjede zaradi pritiska (RZP) v bolnišnicah ali domovih za ostarele navajajo podatke v razponu od 2,7 – 29,5 %. Nekaterne med njimi so tudi dokazale, da pojavnost RZP narašča z dolžino bivanja v bolnišnici (1).

Pomemben element zdravstvene nege je ocena verjetnosti za nastanek RZP. Z nastankom RZP povezujejo več kot 100 dejavnikov. Med njimi so med najpomembnejšimi motnje gibanja, spremembe na koži, inkontinenca in spremembe v prehranjenosti (2).

Tudi v Sloveniji so RZP problem v večini bolnišnic. Zdravniki, medicinske sestre in ostali zdravstveni delavci morajo razviti dobro strategijo preprečevanja RZP in izboljšati proces zdravljenja.

Če želimo zagotoviti kakovost na tem področju, moramo slediti naslednjim korakom:

Določitev predmeta obdelave

Preprečevanje in zdravljenje RZP ima mnogo vidikov, ki so lahko predmet zagotavljanja kakovosti. Če RZP še niso bile vključene v aktivnosti zagotavljanja

kakovosti, je najbolje, da začnemo z oceno preprečevanja njihovega nastanka.

Pri vrednotenju preprečevanja RZP upoštevamo izvedbo dela in izid.

Dobiti moramo odgovore na tri vprašanja:

- kako opredelimo bolnike z večjim tveganjem za nastanek RZP;
- kakšne preventivne ukrepe bomo izvajali pri bolnikih z večjim tveganjem za nastanek RZP;
- kakšen je rezultat preventivnih ukrepov na incidenco in prevalenco RZP v bolnišnici.

Osnovanje baze podatkov

Naslednja stopnja raziskave je ugotovitev prevalence in incidence števila bolnikov z RZP v bolnišnici.

Določiti moramo metodologijo zbiranja podatkov (na primer):

- določiti način in čas zbiranja podatkov;
- določiti število in vrsto oddelkov, ki bodo vključeni v študijo;
- oblikovati kontrolno listo, s katero ocenimo bolnika.

Razvijanje meril

Merila lahko razvijamo za različne elemente preprečevanja RZP:

- Opredelimo bolnike z večjim tveganjem za nastanek RZP.
Izberemo eno od opredeljenih shem za oceno tveganja (na primer Waterlow, Norton). Hkrati z izbirom sheme za oceno tveganja določimo, kako pogosto bomo bolnike po izbrani shemi ocenjevali (le ob sprejemu, 1-krat na teden, pred operacijo).
- Določimo preventivne ukrepe, ki jih bomo uporabljali.
Lahko razvijemo protokol s preventivnimi ukrepi, ki jih bomo uporabili pri bolniku glede na oceno tveganja (visoka, srednje visoka stopnja tveganja).
- Oblikujemo merila za merjenje izida.
Določimo rezultat prevalence in incidence RZP, ki je za ustanovo sprejemljiv.

V razvijanje meril za spremljanje kakovosti preprečevanja RZP moramo zajeti vse zdravstvene delavce, ki bodo izvajali zdravstveno oskrbo ogroženih bolnikov. Tako zagotovimo, da res vsi razumejo in sprejemajo dogovorjen način dela.

Vrednotenje

Po uvedbi novih metod dela, počakamo 1 – 2 meseca in začnemo z vrednotenjem učinkov. Tako ugotovimo (npr):

- ali se shema za oceno tveganja tudi dejansko uporablja;
- ali so bolniki v času svojega bivanja v bolnišnici redno ocenjevani;
- ali se preventivni ukrepi uporabljajo pravilno.

Povratne informacije

Med uvajanjem novih metod je potrebno stalno spremljati izbrana merila. Vse izkušnje glede novih metod zbiramo in ocenjujemo že na ravni oddelka. Če uporabljamo nadzor nad pojavnostjo RZP v bolnišnici daljši čas, potem tudi učinki metod njihovega preprečevanja postanejo izrazitejši (3).

Ocena preprečevanja razjede zaradi pritiska na kliniki za pljučne bolezni in alergijo (KOPA) Golnik – pilotska študija kakovosti

V KOPA Golnik smo pričeli z zbiranjem podatkov o pojavnosti RZP leta 1997. Na vsakem kliničnem oddelku KOPA je medicinska sestra zadolžena za izpolnjevanje obrazca: Obvestilo o pojavu kronične rane,

ki jih zbiramo centralno. Obrazec izpolnimo ob vsaki pojavi kronične rane, torej tudi RZP.

Namen takšnega zbiranja podatkov je v poenoteni obravnavi kroničnih ran (timska obravnava) in poenoteni uporabi materialov za oskrbo ran.

Ker pa smo o pojavnosti določenih parametrov dolga leta lahko le ugibali, smo se odločili za oceno preventivnega delovanja pojavnosti RZP po določenih merilih. Izvedli smo raziskavo, ki jo predstavljam v nadaljevanju.

Namen raziskave

- Ugotoviti aktivnosti preprečevanja RZP v KOPA Golnik.
- Uvesti ustrezne akcijske korake za doseganje postavljenih mej kakovosti.

Material in metode

- Pregled vseh bolnikov, ki so bili dne 12.5.1999 nameščeni v postelji na vseh oddelkih KOPA Golnik v dopoldanskem času.
- Ocena po kontrolni listi za bolnike z RZP in za bolnike brez RZP.

Rezultati

12. 5. 1999 je bilo v posteljah KOPA Golnik v času opazovanja nameščenih **214 bolnikov**.

- Število bolnikov z RZP: 13
- Število RZP: 17
- Pojavnost RZP v KOPA Golnik na določen dan: 6 % (=število bolnikov z razjedo zaradi pritiska / število bolnikov v posteljah)

Starost bolnika

Tab. 1. Starost bolnikov.

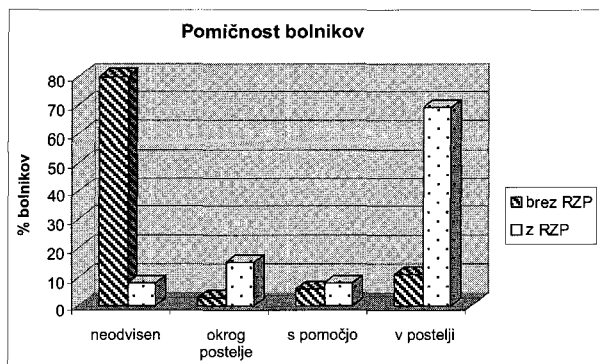
Starost	Boln. brez RZP	Boln. z RZP
0 – 43 let	23	0
44 – 64 let	56	3
65 – 69 let	35	1
70 – 79 let	63	4
80+	24	5
Skupaj	201	13

V povprečju so bili bolniki z RZP stari 73,5 let, bolniki brez RZP pa 64,5 let.

Pomičnost bolnika

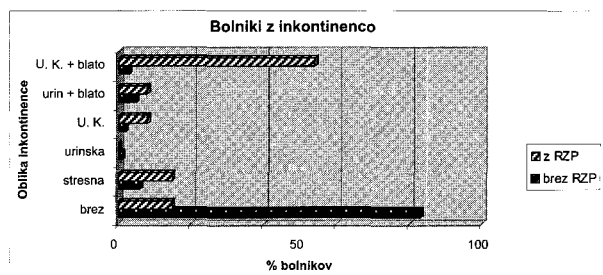
69 % bolnikov z RZP leži v postelji, 15 % je sposobnih gibanja okoli postelje, 8 % se jih giblje le s pomočjo.

Med bolniki brez RZP je 80 % neodvisnih, 11 % jih leži v postelji, 6 % se jih giblje le s pomočjo.



Graf 1. Pomičnost bolnikov.

Bolniki z inkontinenco



Graf 2. Bolniki z različnimi oblikami inkontinence.

5 % bolnikov brez RZP in 54 % bolnikov z RZP ima urinski kateter in inkontinenco blata. 8 % bolnikov z RZP in 6 % bolnikov brez RZP ima inkontinenco urina in blata.

Ocena bolnikov po Waterlow shemi (ocena tveganja bolnika za nastanek RZP).

Tab. 2. Ocena bolnikov po Waterlow shemi.

Ocena po Waterlow shemi	Boln. brez RZP	Boln. z RZP
Brez ocene	186	6
Ocena do 10 točk	1	0
10 – 15 točk	4	1
15+	10	6
Skupaj	201	13

46 % bolnikov z RZP je imelo oceno tveganja večjo od 15 točk (visoka stopnja tveganja) in 7 % bolnikov z RZP je imelo 10 – 15 točk.

5 % bolnikov brez RZP je imelo visoko stopnjo tveganja za nastanek RZP (15 točk), 2 % bolnikov pa srednjo stopnjo tveganja za nastanek RZP (10 – 15 točk).

Izvor nastanka rane zaradi pritiska

65 % RZP je nastalo v času zdravljenja bolnikov v KOPA, 24 % RZP so imeli bolniki že ob sprejemu v kliniko, 11 % ob premestitvi iz drugih bolnišnic.

Tab. 3. Kraj nastanka RZP.

Kraj nastanka RZP	Število RZP
Klinika	11
Že ob sprejemu	4
Drugo	2
Skupaj	17

Tab. 4. Bolniki z nastalo RZP.

Oddelek	Nameščeni bolniki	Bolniki z RZP	Boln. ki so dobili RZP v kliniki
A	30	1	1
B	34	1	1
C	37	1	0
D	9	4	2
E	20	2	1
F	37	2	2
G	24	2	1
H	23	0	0
Skupaj	214	13	8

62 % vseh bolnikov je dobilo RZP v KOPA Golnik.

Lokacija rane zaradi pritiska

Tab. 5. Lokacija RZP.

Lokacija	Število RZP
Trohanter	1
Peta	5
Gleženj	0
Sakralni predel	11
Skupaj	17

65 % vseh RZP je nastalo na sakralnem predelu, 30 % pa na petah.

Preventivi ukrepi

Tab. 6. Uporaba pripomočkov za preprečevanje RZP.

Načrt preventive	Boln. brez RZP	Boln. z RZP
Pasivna blazina	9	8
Aktivna blazina	2	1
Obračanje	10	5
Umetno krzno	1	2
Flexicair blazina		2

5 % bolnikov brez RZP ima načrtovano obračanje, 5 % bolnikov ima nameščeno pasivno ali aktivno blazino za razbremenitev.

38 % bolnikov z RZP ima načrtovano obračanje, 85 % jih je na pasivni blazini, aktivno gibajoči blazini ali na posebni zračni postelji.

Blazine za preventivo RZP

Medicinske sestre imajo v kliniki za preprečevanje RZP na voljo:

- Pasivna zračna blazina: 23.
- Aktivno gibajoča zračna blazina: 3.
- Posebni postelji z zrakom: 2.
- Skupaj: 28.

Le na 12 % vseh postelj je možno uporabiti posebno blazino za preprečevanje RZP.

Zaključek

Pojavnost RZP v času opazovanja v KOPA je 6 %.

1. Bolniki brez RZP:

- 11 % jih stalno leži v postelji,
- 6 % se jih giblje le s pomočjo,
- 17 % ima eno od oblik inkontinence,
- 5 % ima urinski kateter in inkontinenco blata,
- 7 % je bilo ocenjenih po shemi za oceno tveganja za nastanek RZP po Waterlow shemi,
- 5 % ima v listu ZN načrtovano obračanje,
- 5 % ima nameščeno pasivno ali aktivno blazino za razbremenitev delov telesa.

2. Bolniki z razjedo zaradi pritiska:

- 69 % jih stalno leži v postelji.
- 8 % se jih giblje le s pomočjo.
- 85 % ima eno od oblik inkontinence.
- 54 % je bilo ocenjenih kot rizičnih za nastanek RZP, pri ostalih ocena po Waterlow shemi ni bila narejena.
- 65 % RZP je nastalo v bolnišnici.
- 38 % bolnikov ima v listu ZN načrtovano obračanje.
- 85 % jih je na pasivni ali aktivni blazini za razbremenitev prizadetih delov.

3. Meje kakovosti:

- Ocena tveganja za nastanek RZP po Waterlow shemi: meje kakovosti > 90 % bolnikov mora biti ocenjenih po Waterlow shemi.
- Obračanje bolnika: meje kakovosti: > 90 % ogroženih bolnikov.
- Uporaba raznih preventivnih blazin: meje kakovosti > 90 % ogroženih bolnikov.

V času merjenja v KOPA Golnik smo ugotovili rezultate, ki niso v mejah kakovosti.

4. Ukrepi:

- Vpeljava obrazca: Negovalna anamneza in protokola za izpolnjevanje obrazca (september 1999). Vsak sprejeti bolnik bo ocenjen tudi glede na ogroženost za nastanek RZP po shemi Waterlow. Tako bo medicinska sestra že na podlagi ocene takoj pričela z načrtom preprečevanja RZP.
- Oblikovanje standarda za preprečevanje razjede zaradi pritiska in poslabšanja razjede zaradi pritiska (junij 1999).
- Vključitev ocene izvajanja osebne higiene pri ogroženih bolnikih v kontrolno listo pri naslednjih merjenjih.
- Oblikovanje standardov: Namestitvev pripomočkov za inkontinenco (junij 1999).
- Predstavitev standarda v obliki majhnih skupin vsem medicinskim sestram na kliniki (september 1999) in ocene izvajanja dela v soglasju s sprejetim standardom v določenih časovnih intervalih.
- vpeljava obrazca: Preventiva razjede zaradi pritiska in protokola za izpolnjevanje obrazca (september 1999). Obrazec bo dopolnil dosedanja karton s shemo Waterlow in bo del bolnikove dokumentacije. Protokol določa ponavljajoče se ocene ogroženih bolnikov 1x na določen dan v tednu. Ta način omogoča kasnejšo oceno kakovosti izvedenih aktivnosti.
- zagotavljanje vsem oddelkom boljše materialne pogoje za izvajanje preventivnih ukrepov nastanka RZP – pripomočki za razbremenitev ogroženih bolnikov (leto 2000).

5. Za spremljanje učinka vpeljanih metod dela, bomo ocene preventive razjede zaradi pritiska ponavljali na redno določene časovne intervale.

Literatura

1. Assessing risk and preventing pressure ulcers. Patient care 1993; 15: 36–61.
2. Perez D. Pressure ulcers: Updated guidelines for treatment and prevention. Geriatrics 1993; 48: 39–44.
3. Berg JMJ, Boer ML, Cucic S et al. Prevention of bedsores as a topic for a quality assurance study. In: Concerted action programme on quality assurance in hospitals II. Utrecht: CBO, 1994: 1–3.