Věstník MZd ČR, částka 2/2020

„NÁRODNÍ OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP PREVENCE VZNIKU DEKUBITŮ A PÉČE O DEKUBITY“

soubor doporučení a návod pro tvorbu místních ošetřovatelských postupů v zařízeních poskytovatelů zdravotních služeb

Vydává Ministerstvo zdravotnictví ČR

ve spolupráci

s Národním centrem ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů,

Českou asociací sester, Profesní a odborovou unií zdravotnických pracovníků, Asociací vysokoškolských vzdělavatelů nelékařských zdravotnických profesí, Spolkem vysokoškolsky vzdělaných sester a Českou společností pro léčbu rány

DEFINICE:

Dekubity (proleženiny, prosezeniny, tlakové vředy či tlakové léze) jsou rány vzniklé na podkladě lokálního působení tlaku na tkáně. 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, inkontinenění dermatitida) či jiné např. traumatické či tepelně indukované etiologie.

VYMEZENÍ VYBRANÝCH POJMŮ:

EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel (Evropský poradní panel pro otázky dekubitů)
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
PZS	Poskytovatel zdravotních služeb
SHNU	Systém hlášení nežádoucích událostí
UZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
Prevence	Ochrana zdraví, opatření zaměřená na předcházení vzniku nežádoucího jevu, v tomto postupu opatření předcházející vzniku dekubitů
Edukace	Výchova pacienta/osoby blízké pacientovi v péči o vlastní/pacientovo zdraví
Osoba blízká	Příbuzný v přímé řadě, sourozenec a manžel nebo partner (§22 Nového občanského zákoníku)

CÍL:

Identifikovat včas pacienty v riziku vzniku dekubitů, specifikovat individualizované rizikové faktory, realizovat opatření k minimalizaci rizika porušení pokožky a podpoře intaktní/neporušené pokožky vhodně zvolenými intervencemi dle doporučení EPUAP.
Zajistit v případě vzniku dekubitu vhodně zvolenou léčbu na základě správného určení stupně/kategorie dekubitu dle doporučení EPUAP .
Podpořit proces hojení vhodně zvoleným postupem dle doporučených pravidel „lege artis“.
Diagnostikovat/odlišit správně dekubitus od inkontinenční dermatitidy dle doporučení GLOBIAD.
Zajistit multioborovou péči v prevenci vzniku dekubitů a jejich léčbě, provádět edukaci pacientů a osob blízkých/pečujících v prevenci vzniku dekubitů a spolupráci při jejich léčbě.

Zajistit sběr dat o dekubitech a jejich analýzu.

KOMPETENTNÍ OSOBY:

Kompetence vychází z platné legislativy, zejména z vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. Doporučujeme stanovit kompetence podle oblastí, např. kdo hodnotí riziko pacienta a provádí prevenci, kdo hodnotí stupeň dekubitu a navrhuje následná léčebná opatření, kdo indikuje vhodné léčebné a krycí materiály, kdo navrhuje nutriční nebo rehabilitační péči, kdo provádí sběr dat na úrovni poskytovatele zdravotních služeb, analýzu dat a návrhy na opatření. Důležité je stanovit i odpovědnost za hlášení dat na ÚZIS či provádění školení zdravotnických pracovníků.

POMŮCKY:

zdravotnická dokumentace včetně ošetřovatelské v tištěné nebo elektronické formě, součástí ošetřovatelské dokumentace může být i samostatný záznamový formulář pro specifickou péči v oblasti prevence vzniku dekubitů a péče o rány, ev. fotodokumentace,
polohovací pomůcky, polohovací lůžka s pomocným zařízením a signalizací,
antidekubitní pomůcky/preventivní plošné materiály/matrace (aktivní, pasivní),
prostředky k hygieně a péči o kůži (např. emulze, krémy, hygienické ubrousky),
osobní a ložní prádlo,
osobní ochranné pracovní prostředky,
terapeutické a krycí materiály dle aktuálního stavu rány (fázového hojení ran),
pomůcky k převazu dle charakteru a stavu rány.

OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP:

1. Prevence vzniku dekubitů

Zhodnocení rizika pacienta provádějte pravidelně při přijetí každého pacienta ideálně do 8 hodin maximálně do 12 hodin od přijetí. Ke zhodnocení posouzení rizikových faktorů využívejte standardizované škály (např. Norton, Braden, Waterlow, Knoll). Mezi nejrozšířenější v České republice patří stupnice dle rozšířené škály Nortonové (Věstník MZ ČR č. 6/2009), viz příloha č. 1. Tato škála je doporučena pro používání z důvodu jednotného hodnocení rizika a v rámci provádění srovnání v ČR. V případě, že pacient zjevně riziko nemá, je označen/evidován jako pacient bez rizika, aby bylo možné hodnotit indikátor kvality = počet pacientů s dekubitem vzniklým při hospitalizaci na počet pacientů v riziku.

Opakovaná posouzení rizika provádějte dle aktuálního stavu pacienta a vždy při změně zdravotního stavu (vhodná frekvence je 1x za 7 dní, viz frekvence provádění záznamu epikrízy dle vyhlášky o zdravotnické dokumentaci). V ošetřovatelských záznamech jasně označte riziko vzniku dekubitů, pro komunikaci mezi zdravotnickými pracovníky.

Jinou frekvenci posuzování rizik pacienta doporučujeme realizovat u specifické skupiny pacientů (např. kriticky nemocných, geriatrických, bariatrických). Důležité je rovněž posouzení rizika v souvislosti s používáním zdravotnických prostředků. Více informací najdete v doporučení EPUAP Prevence a léčba dekubitů: příručka k Doporučení pro klinickou praxi na portálu www.dekubity.eu http://www.dekubity.eu/wp-content/uploads/2015/01/Czech-dekubity-preklad_uprava_Jan2016.pdf.

Edukace pacienta a osoby blízké/pečující o pacienta v riziku vzniku dekubitů je velmi důležitá. K tomuto účelu využívejte edukační materiály zpracované týmem odborníků dostupné na informačním portálu MZ ČR www.dekubity.eu.Tyto materiály je možné vytisknout či používat názorná edukační videa. Cílem edukace jsou změny v chování pacienta.

Lokální prevence se týká všech rizikových pacientů, zejména pacientů s inkontinencí, u kterých je nutná zvýšená péče o pokožku. Při mytí postižených míst je vhodné používat speciální mycí prostředky k tomu určené (např. mycí emulze či pěny s vyváženým pH), vodu používejte vlažnou ne horkou, pravidelně promazávejte pokožku pacienta vhodným krémem, zaměřte se na predilekční místa. Neprovádějte masáž pokožky! U pacientů ve vysokém riziku vzniku dekubitů upoutaných na lůžko nebo invalidní vozík, dále u vysoce rizikových pacientů před časově dlouhým operačním výkonem (> 2 hodiny) je doporučeno používat preventivní krycí materiály (profylaktické materiály z polyuretanové vícevrstvé pěny) na predilekčních místech.

Riziková (predilekční) místa pravidelně kontrolujte podle aktuálního stavu a míry rizika pacienta, důležitá je i kontrola míst, kde mohou vzniknout otlaky z důvodu použitého zdravotnického prostředku.

Polohování pacienta - technika polohování a pravidelné změny polohy pacienta patří mezi nejúčinnější preventivní opatření. Změnami polohy odstraníme významný nepříznivý faktor - dobu působení tlaku a střižných sil na tkáně, neboť při krátkodobém (do 60 minut) působení většinou dekubitus nevznikne. Cílem této prevence je odstranit tlak na predilekční místa, zamezit tření a působení střižných sil tak, aby bylo zachováno krevní zásobení a nedošlo k ischemii měkkých tkání.

Pokud je to možné, vyvarujte se polohování pacienta na zarudlé místo (hyperémie/erytém) a na již vzniklý dekubitus (více na www.dekubity.eu).
Pacienta polohujte podle harmonogramu, v němž si stanovíte frekvenci podle jeho aktuálního stavu / míry rizika i vhodně zvolené antidekubitní matrace. Doporučený interval je po 2 hodinách, ale např. pacientům po cévní mozkové příhodě by měla být poloha měněna každých 40 minut. U pacientů s transverzální míšní lézí se doporučuje polohování každé 2-3 hodiny, u pacientů s těžkým poškozením mozku je doporučován interval polohování každé 3-4 hodiny. Frekvence polohování nelze určovat podle diagnóz, vždy je to o individuálním přístupu, pokud to vyžaduje stav pacienta, polohuje se častěji např. metodou mikropolohování á 30 minut.
Je-li polohování pacienta obtížné pro bolest, informujte lékaře a podávejte analgetika dle ordinace.
O provedeném polohování včetně časového údaje proveďte záznam v dokumentaci.
V některých případech není možné měnit polohu pacienta např. z důvodu hemodynamické nestability, po úrazech/operacích páteře apod. Alternativou je použití antidekubitní matrace pro pacienty s velmi vysokým rizikem vzniku dekubitů.
U ležících pacientů nezvyšujte horní část lůžka více než 30°. Pokud je vyšší poloha nutná pro snazší dýchání, prevenci ventilátorové pneumonie apod., preferujte semi-Fowlerovu polohu (zvýšení hlavy a trupu do úhlu 15 - 45°). Pacienti by měli být polohováni a podepřeni tak, aby se zabránilo jejich sesunutí v lůžku a působení střižných sil zejména v sakrální oblasti.
Pozornost věnujte také patám, které je potřeba nadlehčit vhodnými polohovacími pomůckami, aby se rozložil tlak v oblasti lýtka bez působení tlaku na Achillovu šlachu.
Polohujte pacienta tak, aby působením třecí síly nedošlo k porušení kůže a ke vzniku dekubitů. Ukázky správného polohování pacienta viz dokument na www.dekubity.eu.
Nepolohujte pacienty přímo na zdravotnické prostředky, jako jsou katétry, drenážní systémy nebo cizí tělesa. Nenechávejte pacienta na podložní míse déle než je potřeba.
U pacienta sedícího v křesle nebo na invalidním vozíku musí nohy spočívat na podlaze nebo stoličce, případně na opěrce vozíku.
Při posouvání/přesouvání pacienta minimalizujte třecí síly používáním vhodných rolovacích podložek a technik, aby nedošlo k poškození kůže.
Při návrhu preventivních opatření je nutné zohlednit míru rizika pacienta (nízké, střední, vysoké či velmi vysoké) viz http://www.dekubity.eu/wp-content/uploads/2015/05/Konsensus.pdf.

Příklady individualizovaných preventivních opatření dle míry rizika

Pacient v nízkém riziku: preventivní pasivní antidekubitní matrace, event. polohovací pomůcky, polohování pacienta, standardní péče o kůži.
Pacient ve středním riziku: preventivní pasivní či aktivní antidekubitní matrace, polohovací pomůcky, polohování pacienta, standardní péče o kůži.
Pacient ve vysokém nebo velmi vysokém riziku: aktivní či pasivní antidekubitní matrace určená pro velmi rizikové pacienty, polohovací pomůcky, preventivní krycí materiály na nejvíce ohrožená predilekční místa, polohování pacienta, standardní péče o kůži.

Používání vhodných matrací a antidekubitních pomůcek

Antidekubitní matrace - každého rizikového pacienta uložte na antidekubitní matraci (dále matrace). Zvolte matraci odpovídající riziku pacienta. Není-li odpovídající matrace k dispozici, je lepší řešení použít matraci pro nižší stupeň rizika, než ponechat pacienta na standardní matraci. Matrací existuje řada typů určených pro různá pásma rizika. Zvolení správného typu matrace je proto klíčové. Čím vyšší je riziko vzniku dekubitů u pacienta, tím více záleží na charakteru matrace, na které je uložen.
Matrace pasivní (statické) - jsou určeny převážně pro pacienty v nízkém, středním případně vysokém riziku.
Matrace aktivní (dynamické) - jsou určeny převážně pro pacienty ve středním, vysokém nebo velmi vysokém riziku, zejména pro pacienty v bezvědomí, i ostatní, kteří nejsou schopni žádného aktivního pohybu nebo tam, kde je kontraindikováno polohování. Při výběru matrace je důležité dbát i na vhodné vlastnosti potahů aktivních i pasivních matrací (omyvatelnost a dezinfikovatelnost, nepropustnost pro vodu, paropropustnost).
Poznámka: Výrobce stanoví u každého typu aktivní i pasivní matrace, pro jaké riziko je určena. Uvádí další údaje nutné pro správné používání matrací, např. maximální hmotnost pacienta. Proto je nutné návod od výrobců vyžadovat a prostudovat.

Dostatečná hydratace a příjem vyvážené stravy hraje důležitou roli v prevenci i léčbě dekubitů. V případě zjištěného problému s příjmem stravy u pacienta nebo zjištění rizika malnutrice zajistěte konzultaci nutričního terapeuta, o vysoce rizikového pacienta by měl pečovat interdisciplinární nutriční tým. Cílem je zajistit pacientovi vyvážený příjem všech nezbytných složek potravy a odpovídající energetickou hodnotu tak, aby nedošlo k malnutrici.

Časná mobilizace odpovídající zdravotnímu stavu pacienta je rovněž velmi důležitá. Snažte se o maximální možnou mobilizaci pacienta, provádějte prevenci imobilizačního syndromu, provádějte rehabilitační ošetřování, spolupracujte s fyzioterapeutem a motivujte pacienta i jeho blízké/pečující k včasné mobilizaci.

Předání informace o riziku vzniku dekubitu u konkrétních pacientů při předání směny je důležité pro zajištění kontinuity péče. Předávání informací může mít různé formy, ale z hlediska průkaznosti aktuálního stavu jsou důležité písemné záznamy ve zdravotnické dokumentaci.

2. Péče o dekubitus/pacienta s dekubitem

Zajistěte volně dostupný (jednoduchý) protokol péče - algoritmus intervencí u pacienta s dekubitem. Nemusí být v rámci zdravotnické dokumentace zaveden samostatný formulář, pokud je v dokumentaci vytvořen prostor pro záznamy o provedené ošetřovatelské péči v oblasti dekubitů. Pro snadnou orientaci je vhodné tyto záznamy vést strukturovaně.

Hodnocení stupně dekubitu provádějte na základě objektivních parametrů (stupeň/kategorie, velikost, hloubka, lokalizace, okolní tkáň, spodina). Správné určení

stupně/kategorie dekubitu je nezbytné pro správnou volbu léčby. Podle níže uvedeného systému klasifikujte i dekubity vzniklé v souvislosti s používáním zdravotnických prostředků (např. sádrových a jiných obvazů, katétrů, drénů a jejich napojení, aj.).

Tabulka - Stupeň postižení/závažnosti dle EPUAP Prevence a léčba dekubitů - příručka k doporučení pro klinickou praxi, viz www.dekubity.eu.

Stupeň	Popis
1	**Zarudnutí kůže 1 neblednoucí překrvení.** Neporušená kůže s lokalizovaným neblednoucím zarudnutím, obvykle nad kostním výčnělkem. Místo může být bolestivé, tvrdé nebo měkké, teplejší nebo chladnější než okolí. Zarudnutí přetrvává, i když je pod slabým tlakem přiložen prst. Oblast zůstává červená více než pět minut poté, co je odstraněno působení tlaku, což ukazuje na poškození mikrocirkulace. Poznámka: zpočátku nelze vždy rozlišit, zda se nejedná o reaktivní hyperémii - což je reverzibilní stadium, které může trvat polovinu až tři čtvrtiny času předchozího tlakového zatížení. V případě pochybností ošetřujeme jako dekubitus 1. stupně.
2	**Částečná ztráta kožního krytu.** Projevuje se jako mělký vřed (lesklý nebo suchý) s růžovočervenou spodinou bez povlaku či zhmoždění (zhmoždění ve formě modřiny/podlitiny ukazují na možné poškození hlubokých tkání). Označení dekubitus 2. stupně se nemá používat pro strženou kůži, poškození kůže náplastí, perineální dermatitidu, maceraci nebo exkoriaci kůže.
3	**Úplná ztráta kožního krytu.** Na spodině je možné vidět podkožní tuk, ale svaly, šlachy a kosti nejsou odhalené. Může být přítomen povlak, nezabraňuje to však hodnocení hloubky rány. Mohou být přítomna podminování a sinusy. Hloubka rány se liší podle lokalizace. Na místech jako je hřbet nosu, ucho, týl, a kotník může být dekubitus mělký. Naopak v oblastech s velkou vrstvou tukové tkáně se mohu tvořit velmi hluboké dekubity.
4	**Úplná ztráta kůže a podkoží** s obnaženou/viditelnou kostí, šlachou nebo svalem. Na spodině rány může být povlak nebo černá krusta. Časté je podminování a sinusy. Hloubka rány se liší podle lokalizace stejně jako u 3. stupně. Tyto dekubity se mohou rozšířit do svalu a/nebo pojivových tkání (např. fascie, šlachy, kloubního pouzdra), což může způsobit osteomyelitidu.
Bez určení stupně	**Neznámá hloubka rány/vředu.** Úplná ztráta tkáně s povlakem (žlutým, bronzovým zeleným, šedým nebo hnědým) pokrývajícím spodinu rány. Na spodině rány může být také nekróza/krusta (bronzová, hnědá nebo černá). Hloubku rány a stupeň dekubitu není možné určit, dokud se povlak nebo nekróza ze spodiny rány neodstraní. Stabilní (suchá, adherentní, neporušená bez zarudnutí nebo změny) nekróza na patách slouží jako „přirozený“ (biologický) kryt, a neměla by se odstraňovat.
Podezření na hluboké poškození tkání	Neznámá hloubka rány/vředu. Lokalizovaná oblast fialově nebo tmavě červeně zbarvené kůže nebo puchýř naplněný krví. Příčinou je poškození měkkých tkání tlakem nebo střižným efektem. Postižená oblast může být bolestivá, tuhá nebo rozměklá, teplejší nebo chladnější než okolí. Poškození může začít malým puchýřem nad tmavou spodinou rány. Rána může být pokrytá tenkou krustou, může se i přes optimální léčbu dále rychle vyvíjet do hloubky.

Pro dekubity je v Mezinárodní klasifikaci diagnóz (MKN-10) používané pro jednotlivé stupně následující označení stupeň 1 - L89.0, stupeň 2 = L89.1, stupeň 3 = L89.2, stupeň 4 = L89.3.

Odlišení inkontinenční dermatitidy (IAD) od dekubitu - vzhledem ke skutečnosti, že v klinické praxi je jedním z největších problémů odlišení tlakové léze (dekubitu) od vlhké léze (inkontinenční dermatitidy - IAD), připravili odborníci EPUAP v rámci dvouletého projektu nástroj pro klinické hodnocení IAD Ghentský globální klasifikační nástroj pro IAD GLOBIAD. Tento klasifikační nástroj byl přeložen do českého jazyka v rámci realizace projektu Ministerstva zdravotnictví ČR s reg. č. 15-29111A a je k dispozici volně ke stažení na portálu www.dekubity.eu. Dokument zcela jasně popisuje rozdíly mezi těmito dvěma typy ran a pomocí vysoce kvalitních fotografií pomáhá sestrám tyto rány rozlišovat.

Uložení pacienta s dekubitem na odpovídající typ matrace a použití vhodných antidekubitních pomůcek - u pacientů se vzniklým dekubitem platí stejné pravidlo jako u pacientů v riziku, viz kapitola výše.

Polohování pacienta s dekubitem je stejně důležité jako u pacientů v riziku, může být doporučena změna frekvence, polohy vzhledem k lokalitě vzniku dekubitu. Důležité je dbát na to, aby kontakt s podložkou byl u dekubitu co nejmenší, viz kapitola výše.

Péče o dekubitus a o okolní tkáň - péče o dekubitus závisí na jeho kategorii a vývoji (fázové hojení ran). Pro lepší orientaci v množství nabízených materiálů na současném trhu byl zpracován v rámci realizace projektu Ministerstva zdravotnictví ČR s reg. č. 15-29111A přehled nejčastěji užívaných kategorií terapeutického krytí a materiálů, který je rovněž k dispozici na portálu www.dekubity.eu pod názvem **Výběr vhodného krycího materiálu pro fázové hojení ran - základní přehled. Dostatečná hydratace a odpovídající příjem stravy**, viz kapitola prevence vzniku dekubitu. Při volbě vhodné výživy při léčbě dekubitu je důležitý zejména dostatečný příjem bílkovin, který lze zajistit individuálně sestaveným jídelníčkem s možnou podporou přípravky určenými k enterální výživě například ve formě sippingu nebo modulárních dietetik.

Vedení záznamů o vzniku a léčbě dekubitu do zdravotnické/ošetřovatelské dokumentace - chronologický přehled s možností fotodokumentace dekubitu. Obrazový záznam je vhodný zejména pro sledování vývoje rány i z hlediska ochrany PZS v případě, že dekubitus vznikl mimo vlastní pracoviště.

Edukace pacienta a osoby blízké/pečující o příčinách a způsobu prevence vzniku dalších dekubitů, léčby již vzniklého dekubitu (konzultace podpory ve vlastním sociálním prostředí). Edukací chceme docílit toho, aby se pacient/blízký aktivně zapojil do preventivních/léčebných zásahů, a aby prevence/léčba dekubitů probíhala po propuštění pacienta ve stejné míře a kvalitě jako v době hospitalizace. Edukaci přizpůsobujte aktuálnímu stavu a schopnostem pacienta. Pacienty schopné samostatného pohybu, k němu vytrvale motivujte. Při neochotě pacienta měnit polohu pátrejte po příčině. Brání-li pacientovi ve změnách polohy bolest, zajistěte podání analgetik.

Využívejte edukační materiály a videa volně dostupná na portálu www.dekubity.eu.

KOMPLIKACE:

Komplikace mohou nastat z různých příčin jak v oblasti prevence, tak i v průběhu ošetřovatelské péče či léčby dekubitů např.:

nespolupracující pacient/osoba blízká (psychické poruchy, poruchy chování, kognitivní poruchy apod.),
těžký zdravotní stav pacienta (závažné komplikace základního onemocnění, terminální stav, závažné poruchy imunity, malnutrice, kachexie),
nižší sociální status pacienta,
faktory bránící změnám polohy (bolest, kontraindikace polohování apod.),

nedostatek antidekubitních pomůcek nebo antidekubitních matrací,
infekce rány,
neznalost dané problematiky,
nesprávně zvolená léčba,
nesprávně prováděná ošetřovatelská péče,
nedostatek erudovaného ošetřovatelského personálu.

ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ:

Antidekubitní matrace nedokáže zabránit rozvoji dekubitů, je NUTNÉ správné a pravidelné polohování včetně správně prováděné hygienické péče a péče o pokožku.

Správné hodnocení stupně dekubitů a jejich odlišení od inkontinenční dermatitidy je důležité i z hlediska vykazování zdravotní péče pro účely kódování v systému DRG.

U určitého typu pacientů ve velmi vysokém riziku může dojít ke vzniku dekubitů i přes veškerou kvalitní péči, jedná se o tzv. nevyhnutelné dekubity a nelze to považovat za selhání zdravotnického personálu.

Doporučení pro management poskytovatelů zdravotních služeb

zajistěte vyškolení všeobecné sestry se zvláštní odbornou způsobilostí pro prevenci a léčbu dekubitů (certifikovaný kurz); koordinace činností a dobrá spolupráce lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků v rámci poskytovatele zdravotních služeb může mít vliv na celkové výsledky při výskytu nežádoucích událostí v oblasti výskytu dekubitů,
zajistěte pravidelné školení zdravotnických pracovníků - prevence vzniku dekubitů a péče o pacienta s dekubitem/y, diferenciální diagnostika dekubitů je nezbytná pro udržování a rozvoj znalostí a dovedností zdravotnických pracovníků a je požadavkem rezortního bezpečnostního cíle č. 8 viz http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-_2922_29.html,
dbejte na vzdělávání laické veřejnosti - edukaci je důležité provádět nejen u pacientů a jejich blízkých/pečujících, ale též pro laickou veřejnost. Za tímto účelem využívejte portál www.dekubity.eu a edukační materiály či videa určená laické veřejnosti. Téma prevence vzniku dekubitů je potřeba zviditelnit - zapojujte se do mezinárodní akce STOP dekubitům,
pověřte odpovědnou osobu pro hlášení nežádoucích událostí (dekubitů) do SHNU, nastavte systém sledování pacientů v riziku vzniku dekubitů a pacientů s dekubitem tak, aby hlášení nežádoucí události odpovídalo metodice SHNU a platné legislativě,
provádějte interní audity - pro ověření naplňování doporučeného postupu můžete používat kritéria uvedená v příloze č. 2,
vytvořte podmínky kompetentnímu ošetřovatelskému personálu pro dostatečný časový prostor k provádění převazu, který je nezbytný zejména u dekubitů vyššího stupně.

POUŽITÁ LITERATURA:

1. GEFEN, A. How much time does it také to get a pressure ulcers? Integrated evidence form human, animal, and in vitro studies. Ostomy Wound Manage. 2008;54(10);26-35 Dostupné také z: https://www.o-wm.com/content/how-much-time-does-it-take-get-a-pressure-ulcer-integrated-evidence-human-animal-and-in-vitr.

2. HELLEROVÁ, M. Metodika prevalenčního sledování dekubitů na národní úrovni. Metodické doporučení. In: Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. 2009, částka 6, s. 69-82. ISSN 1211-0868. Dostupné také z:

http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/1155-vestnik-062009.html.

3. KOLÁŘ, P. a kol. Rehabilitace v klinické praxi. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.

4. KOUTNÁ, M. a kol. Manuál hojení ran v intenzivní péči. 1. vyd. Praha: Galén, 2015. 200 s. ISBN 978-80-7492-190-2.

5. LIPPERTOVÁ-GRUNEROVÁ, M. Neurorehabilitace. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 350 s. ISBN 80-7262-317-6.

6. MIKULA, J. a N. MULLEROVÁ. Prevence dekubitů. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 96 s. ISBN 978-80-247-2043-2.

7. Metodika Nežádoucí událost DEKUBITUS, verze 01/2019. Dostupné také z: https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/Dekuby_plna_verze_.pdf

8. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance a E. HAESLER, ed. Prevention andtreatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. 2nd ed. Perth: Cambridge Media, 2014. 292 s. ISBN 978-0-9807396-5-7.

9. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance a E. HAESLER, ed. Prevence a léčba dekubitů: příručka k Doporučení pro klinickou praxi. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2015. 94 s. ISBN 978-0-9579343-6-8.

10. POKORNÁ, A. Úvod do wound managementu: příručka pro hojení chronických ran pro studenty nelékařských oborů. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012. 112 s. ISBN 978-80-210-6048-7.

11. POKORNÁ, A. a kol. Souhrn doporučení a postupů v prevenci a péči o pacienty s tlakovou lézí (dekubitem). 1. vyd. Plzeň: Euroverlag, 2018. 31 s. ISBN 978-80-7177-944-5.

12. POKORNÁ, A. a R. MRÁZOVÁ. Kompendium hojení ran pro sestry. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 191 s. ISBN 978-80-247-3371-5.

13. STRYJA, J. Repetitorium hojení ran. 1. vyd. Semily: Geum, 2008. 199 s. ISBN 978-80-86256-60-3.

14. STRYJA, J. a kol. Repetitorium hojení ran 2. 2. vyd. Semily: Geum, 2016. 377 s. ISBN 978-80-87969-18-2.

15. VYTEJČKOVÁ, R. a kol. Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. 303 s. ISBN 978-80-247-3421-7.

16. WORLD HEALTH ORGANIZATION: Rehabilitace po cévní mozkové příhodě. Přeloženo z originálu: Promoting independence following a stroke. WHO, 1999.

V textu použité standardní postupy, zdroje:

Fakultní nemocnice Plzeň

Fakultní nemocnice Hradec Králové

Vojenská nemocnice Olomouc

Oblastní nemocnice Kolín, a.s.

Thomayerova nemocnice Praha

Příloha č. 1

Riziko dekubitů - rozšířená klasifikace dle Nortonové

Posuzovaná oblast	**1 bod**	**2 body**	**3 body**	**4 body**
Schopnost spolupráce (motivace a ochota ke spolupráci)	Žádná	Omezená/částečná	Omezená/malá	Plná
Věk (let)*	> 60	30 - 60	10 - 30	< 10
Stav kůže (pokožky)	Významné změny (Rány, alergické reakce, exkoriace kůže)	Střední změny (Vlhká)	Lehké změny (Suchá, šupinatá)	Intaktní (Normální)
Přidružená / souběžná onemocnění**	Těžká forma	Střední forma	Lehká forma	Žádná
Fyzický (somatický) stav	Velmi špatný	Špatný	Obstojný (Zhoršený)	Dobrý
Psychický (duševní) stav/vědomí	Stupor až Bezvědomí	Zmatený	Apatie	Jasné vědomí (Bdělý)
Aktivita	Ležící	Závislý na invalidním vozíku (Upoután na vozík)	Chodící s pomocí (doprovodem)	Chodící bez pomoci (Plná)
Pohyblivost	Žádná	Velmi omezená	Částečně omezená	Plná (Bdělý)
Inkontinence	Moč a stolice	Převážně moč	Občasná (omezená)	Žádná (není)
Riziko dekubitů dle Nortonové				Celkem bodů

Poznámka:

* Pro zařazení do dané kategorie je hranicí dosažení věku (tedy v kategorii věku 2 bodů jsou zařazeni pacienti ode dne dosažení 30 let).

** Určení lehké až těžké formy onemocnění se hodnotí podle stupně projevu: např. cukrovka bez poškození až po těžká poškozeni, střední forma - místní léčitelný karcinom až generalizovaný karcinom atd.

Hodnocení:

Nad 25 bodů Bez rizika

EPIS

25-24 bodů Nízké riziko

23-19 bodů Střední riziko

18-14bodů Vysoké riziko

13-9 bodů Velmi vysoké riziko

Při zhodnocení méně než 25 bodů = riziko vzniku dekubitů - nutnost intervence. Podrobnější informace viz aktuálně platný Věstník MZ ČR 6/2009.

Příloha č. 2

KONTROLNÍ KRITÉRIA	
1)	Je provedeno posouzení rizika vzniku dekubitů při příjmu pacienta dle doporučené škály a zaznamenáno do ošetřovatelské dokumentace?
2)	Odpovídá míra rizika v záznamu skutečnému stavu pacienta?
3)	Byl dodržen časový limit (do 8 max. 12 hod) pro zápis?
4)	Provedl zápis do ošetřovatelské dokumentace kompetentní NLZP?
5)	Je riziko vzniku dekubitů pravidelně hodnoceno při změně zdravotního stavu pacienta popř. v intervalu 1 x za7 dní?
6)	Ošetřovatelská péče o pacienta v riziku vzniku dekubitů je v souladu s platným vnitřním předpisem: a) Rizikový pacient je uložen na antidekubitní matraci podle míry rizika. b) Polohování pacienta je prováděno podle stanoveného plánu. c) Jsou použity vhodné polohovací pomůcky. d) Je zajištěna vhodná péče o kůži. e) Je zajištěna vhodná výživa a tekutiny, případně konzilium nutričním terapeutem.
7)	Ošetřovatelská péče o pacienta s dekubitem je prováděna dle doporučení v platné vnitřním předpisem. a) Zhodnocení stupně dekubitu odpovídá hodnotící škále dle EPUAP. b) Pacient s dekubitem je uložen na antidekubitní matraci podle míry rizika. c) Polohování je prováděno podle stanoveného plánu. d) Ošetřující NLZP dbá na odlehčení místa, kde vznikl dekubitus. e) Jsou použity vhodné krycí a léčebné materiály. f) Je zajištěna vhodná péče o kůži. g) Je zajištěna vhodná výživa a tekutiny.
8)	Sběr dat o dekubitech (hlášení) provádí odpovědná osoba PZS: a) Na lokální úrovni. b) Na národní úrovni.
9)	Údaje o dekubitech jsou pravidelně analyzovány ajsou přijímána opatření.
10)	NLZP zná rozdíl mezi dekubitem a inkontinenční dermatitidou?
11)	NLZP zná odlišnosti v ošetřování dekubitu a inkontinenční dermatitidy.
12)	Je pacient/blízká osoba edukován/a o stavu a léčbě dekubitu?

Pro ověření kritérií jsou používané metody:

Pohledem do dokumentace nebo dotazem na NLZP/pacienta, lékaře, pozorováním.
Přímá kontrola poskytnuté péče u pacienta v riziku/s dekubitem.