

# Bolesnik s dekubitusom u Objedinjenom hitnom bolničkom prijemu - naša realnost

MARINA FRIŠČIĆ<sup>1,2</sup>, GORDANA ŠANTEK-ZLATAR<sup>1,2</sup> i MIRNA ŽULEC<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Opća bolnica "dr. Tomislav Bardek", Koprivnica i <sup>2</sup>Visoka tehnička škola u Bjelovaru, Studij sestrinstva, Bjelovar, Hrvatska

Bolesnik s dekubitusom u Objedinjeni hitni bolnički prijem (OHBP) dolazi najčešće zbog drugih bolesti, iz obitelji ili iz ustanova socijalne skrbi. Nakon procesa trijaže i tretmana u OHBP-u bolesnik biva hospitaliziran ili se otpušta kući. Cilj rada bio je ispitati pojavnost, razloge dolaska, te daljnje postupanje s bolesnicima koji su zaprimljeni na OHBP, a imali su dekubitus. Podatci su analizirani restrospektivno u Bolničkom informacijskom sustavu (BIS) za bolesnike s dekubitusom zaprimljene na OHBP Opće bolnice "Dr. T. Bardek" u Koprivnici u razdoblju od 1. siječnja do 31. svibnja 2016. godine. Uključeni su demografski podatci, mjesto odakle je bolesnik upućen, trijažna kategorija te daljnje postupanje s bolesnikom. Podatci su analizirani metodama deskriptivne statistike. U OHBP je zaprimljeno ukupno 18 bolesnika s dekubitusom, 13 (72 %) žena i 5 (28 %) muškaraca. Iz ustanova socijalne skrbi upućeno je 5 (28 %) bolesnika, a iz obitelji 13 (72 %). U trijažnu kategoriju 2 ušlo je 7 (38,8 %) bolesnika, 4 (22 %) u 3. i 4. kategoriju te 3 (16 %) u 5. trijažnu kategoriju. Hospitalizirano je 10 (55,5 %), a otpušteno kući 8 (44,4 %) bolesnika. Samo je jedan bolesnik zaprimljen u prvom redu zbog komplikacija dekubitusa. Suprotno pretpostavci, manji broj bolesnika upućen je iz ustanova socijalne skrbi, a veći iz obitelji. Podatci su rezultat dugogodišnje aktivne edukacije medicinskih sestara i implementacije Sestrinskog otpusnog pisma.

**KLJUČNE RIJEČI:** dekubitus, objedinjeni bolnički prijam

**ADRESA ZA DOPISIVANJE:** Marina Friščić  
Opća bolnica "Dr. Tomislav Bardek"  
Ž. Selinger bb  
48 000 Koprivnica, Hrvatska  
E-pošta: friscic.ma@gmail.com

## UVOD

Način prijma hitnog bolesnika doživio je mnoge promjene tijekom zadnjih 20-ak godina, kako u Hrvatskoj, tako i u svijetu. Uz brojne dileme koje postoje i danas, u Hrvatskoj je 2002. g. usvojen koncept Objedinjenog hitnog bolničkog prijma (OHBP) u okviru pilot projekta reforme zdravstva Ministarstva zdravstva. OHBP je centralno mjesto za prijam i obradu hitnih bolesnika. Prva osoba koju bolesnik susreće u OHBP-u je medicinska sestra na trijaži. Trijažu u OHBP-u rade iskusne i posebno educirane medicinske sestre iz procesa trijaže. Medicinska sestra na trijaži procjenjuje bolesnika prema australo-azijskoj trijažnoj ljestvici (ATS) i određuje trijažnu kategoriju. Trijažom se za svakog bolesnika u OHBP-u određuje maksimalno sigurno vrijeme čekanja do početka pregleda liječnika. Procjena bolesnika

na trijaži u OHBP-u kreće od glavne tegobe bolesnika, uzimanja kratke anamneze, mjerenja vitalnih parametara i ne obuhvaća procjenu bolesnika s dekubitusom prema Bradenovoj ljestvici. U OHBP-u se prate pokazatelji učinkovitosti koji opisuju minimalni postotak bolesnika prema kategoriji australo-azijske ljestvice (ATS) za koje se očekuje da će postići idealni kriterij vremena potrebnog za početak pregleda liječnika (1).

U Hrvatskoj danas postoji 21 OHBP, a OHBP u OB "Dr. T. Bardek" osnovan je 2002. g., kao prvi u Hrvatskoj te zapošljava 9 liječnika i 17 medicinskih sestara, godišnje zaprimi oko 24 000 bolesnika od kojih je 21,87 % hospitalizirano, dok je preostali dio bolesnika upućen na kućnu skrb. Medicinske sestre koje rade trijažu sukladno Standardu osnovnog treninga za radnike koji provode trijažu u odjelu hitne medicine imaju završen

Trening trijaže u odjelu hitne medicine, dok su tri medicinske sestre nacionalni instruktori trijaže u RH.

Bolesnik s dekubitusom zaprima se u OHBP ponajprije zbog komorbiditeta (poteškoća s disanjem, dehidracije, gastrointestinalnih tegoba), rjeđe zbog komplikacija dekubitusa. Bolesnik može biti upućen iz obitelji ili ustanova socijalne skrbi (domova za starije i nemoćne). Tradicionalno, u hitnom prijmu se skrbi o životno ugrožavajućim stanjima, dok su ostali aspekti zdravstvene njege zanemareni. Donedavno, vrlo malo se istraživalo o incidenciji bolesnika s dekubitusom u OHBP (2). Danas sve više istraživača navodi potrebu cjelovite procjene bolesnika tijekom boravka u OHBP-u, kao i edukacije osoblja u cilju smanjivanja pojavnosti dekubitusa (3,4), posebice kod bolesnika čiji je boravak u OHBP-u dulji od 2 sata (5).

## CILJ RADA

Cilj rada bio je ispitati razloge dolaska bolesnika s dekubitusom na OHBP.

## METODE I ISPITANICI

Restrospektivnom analizom podataka iz Bolničkog informacijskog sustava identificirani su bolesnici koji su zaprimljeni na OHBP u razdoblju od 1. siječnja do 31. svibnja 2016. godine. Promatrani su demografski podatci (dob, spol), mjesto s kojeg su upućeni (obitelj, dom za starije i nemoćne), razlog upućivanja, trijažna kategorija, vitalni znakovi te učinjeni postupci (nekrektomija) te prijam ili otpust.

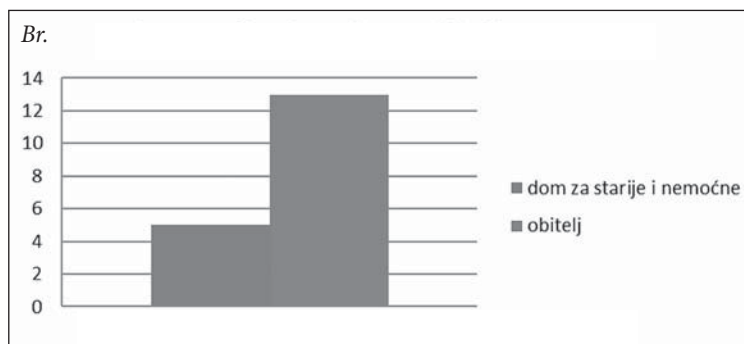
Podatci su analizirani metodom deskriptivne statistike te hi-kvadrat testom aproksimacije.

## REZULTATI

Analiza dobivenih podataka pokazala je da je 18 bolesnika s dekubitusom bilo zaprimljeno u OHBP, od kojih je samo jedan bolesnik zaprimljen zbog komplikacija dekubitusa. Većina su bile žene (13), isto toliko je upućeno iz obitelji (72 %), a 10 bolesnika je upućeno na daljnju hospitalizaciju. U tablici 1. prikazani su demografski podatci i razlozi hospitalizacije.

Tablica 1. Prikaz demografskih podataka te karakteristika bolesnika

	Br.	%
<b>Spol</b>		
Muški	5	28
Ženski	13	72
<b>Mjesto upućivanja</b>		
Obitelj	13	72
Ustanova socijalne skrbi	5	28
<b>Trijažna kategorija</b>		
1.	0	0
2.	7	38
3.	4	22
4.	4	22
5.	3	16
<b>Razlog prijma</b>		
Otežano disanje	6	33,3
Proljev	2	11
Povraćanje	2	11
Dekubitus	1	5
Ostalo (nije u kontaktu, ne jede, osjećaj slabosti, upalni proces na stopalu)	7	38,8
<b>Vrsta otpusta</b>		
Hospitalizacija	10	55,5
Kućna skrb	8	44



Sl. 1. Mjesto upućivanja bolesnika s dekubitusom u OHBP

Hi-kvadrat test aproksimacije pokazao je da nema statistički značajne razlike između ovih skupina: Alfa = 0.05, df = 1,  $hi^{2*} = 3,841$

## RASPRAVA

OHBP predstavlja ulazna vrata u akutnu zdravstvenu skrb, a u mnogim zemljama postaje sve opterećeniji

s bolesnicima starije populacije te duljim vremenima čekanja (2). Problematika kao takva spominje se i u smjernicama NPUAP (6). Broj bolesnika s dekubitom koji dolaze u OHBP manji je od sličnih istraživanja gdje je incidencija oko 4,9 %, dok bi prema našim podacima incidencija iznosila 0,15 % (2). Autori su predviđali veću pojavnost bolesnika s dekubitom iz nezdravstvenih lokacija, no suprotno nekim istraživanjima, rezultati su drugačiji (7). Razlozi za to vjerojatno se nalaze u kontinuiranoj edukaciji medicinskih sestara iz sestrinske dokumentacije kao i pisanje Sestrinskog otpusnog pisma. Naime, većina tih bolesnika bila je hospitalizirana te je pri otpustu u drugu ustanovu ili u kuću za takvog bolesnika bilo napisano Sestrinsko otpusno pismo. Ovakav način komunikacije između medicinskih sestara u našoj se ustanovi provodi od 2002. g. te je aktivan čimbenik u smanjenju rizika nastanka dekubitusa. Bolesnici za koje postoji procjena da im je potreban nastavak skrbi nakon otpusta iz bolnice uključeni su u uslugu planiranja otpusta.

Adekvatnim pismenim i usmenim prijenosom informacija sa sekundarne na primarnu zdravstvenu zaštitu o aktualnim i potencijalnim zdravstvenim problemima bolesnika treba pripremiti primarnu zdravstvenu zaštitu za prihvatanje takvih bolesnika. O tome koju vrstu skrbi je potrebno nastaviti odlučuje tim za planirani otpust u bolnici: liječnik, glavna sestra odjela i medicinska sestra za planirani otpust. Bolesnici kojima se planira otpust dobivaju, osim liječničkog, i Sestrinsko otpusno pismo, koje sadrži evaluaciju zdravstvene njege kod otpusta kao i plan zdravstvene njege u zajednici.

## IZAZOVI ZA BUDUĆNOST

Spomenuti povećani zahtjevi koji su pred OHBP-om donose i nove izazove za zbrinjavanje bolesnika s dekubitom. To su:

- *Procjena dekubitusa pri prijmu*  
Trenutno se pri prijmu bolesnik procjenjuje prema glavnoj tegobi zbog koje dolazi. Za bolesnike koji u OHBP-u ostaju na opservaciji te za trijažnu kategoriju 1 i 2 otvara se sestrinska dokumentacija te procjenjuje dekubitus prema Bradenovoj ljestvici bez obzira je li dekubitus razlog zbog kojeg je bolesnik dovezen u OHBP ili ne.
- *Procjena rizika za sve bolesnike koji su na odjelu dulje od 2 sata*  
Rizik za nastanak dekubitusa povećava se s dobi, pothranjenošću i pritiskom (nepokretnošću). Bolesnici u OHBP-u često leže na neprimjerenim površinama dulje od 2 sata, te je ovdje prisutan rizik za nastanak dekubitusa (8,9). Pham i sur. predvidjeli su da bi tijekom prosječnog boravka od 15,4 sati

u OHBP-u incidencija dekubitusa iznosila 1,48 % (10). Prosječno zadržavanje bolesnika u OHBP-u Opće bolnice "Dr. Tomislav Bardek" Koprivnica za 2015. g. uzimajući u obzir sve trijažne kategorije iznosi 1:27:13 što je izvrstan rezultat, no svakako treba imati na umu da je produljeni boravak u neadekvatnim uvjetima rizik za nastanak dekubitusa. Prema nekim autorima uočena je veća pojavnost dekubitusa nakon 2. dana hospitalizacije kod osoba koje su dulje vrijeme provele u OHBP-u (10).

- *Edukacija osoblja*  
Osoblje se redovito educira na području trijaže te održavanja života bolesnika. Primjena alata za procjenu rizika kao i ostalih preventivnih mjera trebala bi biti sastavnica kontinuirane edukacije (4,12).
- *Primjena mjera prevencije*  
Istraživanja su također pokazala da nakon procjene rizika kod svih zaprimljenih bolesnika trebaju uslijediti mjere prevencije u smislu primjene specijaliziranih površina kod bolesnika s rizikom, što može smanjiti učestalost pojave dekubitusa tijekom hospitalizacije (8).

## ZAKLJUČAK

Objedinjeni hitni bolnički prijemni odjeli su suočeni s velikim pritiscima, opterećenjima, ali i izazovima 21. stoljeća u pogledu zbrinjavanja hitnih bolesnika. Trijaža kao formalni proces rada odjela i uloga trijažne sestre u procesu trijaže postaju prepoznatljiviji i sve važniji. Iako previđen za akutna stanja, OHBP treba pružati cjelovitu skrb, posebice za bolesnike s povećanim rizikom od razvoja dekubitusa ili s dekubitom te one s produljenim boravkom u OHBP-u.

## LITERATURA

1. Australasian College for Emergency medicine, Policy on the Australasian Triage Scale. ACEM publication 2006. Dostupno na : <https://www.acem.org.au/getattachment/d19d5ad3-e1f4-4e4f-bf83-7e09cae27d76/G24-Implementation-of-the-Australasian-Triage-Scale.aspx>
2. Dugaret E, Videau M, Faure I, Gabinski C, Bourdel-Marchasson I, Salles N. Prevalence and incidence rates of pressure ulcers in an Emergency Department. *Int Wound J* 2012; 11: 386-91.
3. He J. Demand for hospital emergency departments: a conceptual understanding. *World J Emerg Med* 2011; 2: 253.
4. Naccarato M, Kelechi T. Pressure Ulcer Prevention in the Emergency Department. *Advanced Emerg Nursing J* 2011; 33: 155-62.
5. Denby A. Stop them at the door; Should pressure ulcer prevention protocols be initiated in the emergency department? *J Wound, Ostomy Continence Nursing*. 2008; 35(Supplement): S62.

6. <http://www.npuap.org/updated-research-priorities-identified-for-pressure-ulcer-prevention-treatment-policy/>
7. Keelaghan E, Margolis D, Zhan M, Baumgarten M. Prevalence of pressure ulcers on hospital admission among nursing home residents transferred to the hospital. *Wound Repair Regen* 2008; 16: 331-6.
8. Comfort E. Reducing Pressure Ulcer Incidence through Braden Scale Risk Assessment and Support Surface Use. *Advances Skin Wound Care* 2008; 21: 330-34.
9. Baumgarten M, Margolis D, Localio A i sur. Pressure Ulcers Among Elderly Patients Early in the Hospital Stay. *J Gerontol Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2006; 61: 749-54.
10. Pham B, Teague L, Mahoney J i sur. Early Prevention of Pressure Ulcers Among Elderly Patients Admitted Through Emergency Departments: A Cost-effectiveness Analysis. *Ann Emerg Med*. 2011; 58: 468-78.e3.
11. Rich SE, Shardell M, Margolis D i sur. Pressure ulcer preventive device use among elderly patients early in the hospital stay. *Nurs Res* 2009; 58: 95-104.
12. Rafiei H, Abdar M, Iranmanesh S, Lalegani H, Safdari A, Dehkordi A. Knowledge about pressure ulcer prevention, classification and management: A survey of registered nurses working with trauma patients in the emergency department. *Int J Orthop Trauma Nursing* 2014; 18: 135-42.

## SUMMARY

### PATIENTS WITH PRESSURE ULCERS IN THE UNIFIED EMERGENCY ADMISSION DEPARTMENT – OUR REALITY

M. FRIŠČIĆ<sup>1,2</sup>, G. ŠANTEK-ZLATAR<sup>1,2</sup> and M. ŽULEC<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dr. Tomislav Bardek General Hospital, Koprivnica and <sup>2</sup>High Technical School, Nursing Study, Bjelovar, Croatia

Patients with pressure ulcers usually arrive to the Unified Emergency Admission Department (UEAD) due to other illnesses, from the family or social care institutions. After triage and treatment at UEAD, the patient is hospitalized or discharged from the hospital. The objective of this study was to examine the incidence, reasons for presenting to UEAD and further procedure that patients with pressure ulcers admitted to UEAD were subjected to. Data in the Hospital Information System on patients with pressure ulcers admitted to UEAD, Dr Tomislav Bardek General Hospital in Koprivnica in the period between January 1, 2016 and May 31, 2016 were retrospectively analyzed. The analysis included demographic data, location from which the patient arrived, triage category and further procedure the patient was subjected to. Data were analyzed by using the methods of descriptive statistics. A total of 18 patients with pressure ulcers were admitted to UEAD, 13 (72%) women and five (28%) men. Five (28%) patients were referred from social care institutions and 13 (72%) from the family. Triage category 2 included 7 (38.8%) patients, four (22%) patients were included in triage categories 3 and 4, while three (16%) patients were included in triage category 5. Ten (55.5%) patients were hospitalized, while eight (44.4%) patients were discharged from the hospital. Only one patient was admitted primarily due to pressure ulcer complications. Contrary to our assumptions, a lower number of patients were referred from social care institutions, i.e. more patients were referred from the family. These data resulted from a long lasting active training of nurses and implementation of the nurse's discharge letter.

**KEY WORDS:** pressure ulcer, emergency department