



מבדק איכות

פצעי לחץ בבתי חולים בישראל הימצאות, מניעה וטיפול

האגף להבטחת איכות

המחלקה למבדקי איכות

יולי 2018

תשע"ח



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

חטיבת הבריאות

האגף להבטחת איכות | המחלקה לייזום וביצוע מבדקי איכות

Quality Survey Department

מבדק איכות

פצעי לחץ בבתי חולים בישראל

הימצאות, מניעה וטיפול

האגף להבטחת איכות
המחלקה למבדקי איכות

ד"ר יפה עין-גל
גב' אסתי ידי
גב' איילת צדיק
ד"ר ענת עקה-זוהר

תוכן עניינים

8.....	תקציר
15.....	חברי ועדת היגוי
16.....	1. רקע
17.....	1.1 גורמי סיכון ואמדן הסיכון להתפתחות פצעי לחץ
19.....	1.2 אומדן פצעי לחץ
19.....	1.3 שיעורי היארעות פצעי לחץ
20.....	1.4 שיעור הימצאות פצעי לחץ
22.....	1.5 תכנית מניעה וטיפול בפצעי לחץ
24.....	2. מטרות ושיטות
24.....	2.1 מטרות המבדק
24.....	2.2 שיטות
24.....	2.2.1 הליך המבדק
24.....	2.2.2 כלי הסקר
25.....	2.2.3 אוכלוסיית הסקר
26.....	2.3 ניתוח סטטיסטי
26.....	2.4 מגבלות הסקר
27.....	3. ממצאים בבתי חולים כלליים
27.....	3.1 הימצאות מטופלים עם פצעי לחץ בבתי חולים כלליים
30.....	3.2 תיאור הנבדקים בסקר בבתי חולים כלליים
32.....	3.3 תיאור המקרים - מטופלים שרכשו פצע לחץ בבתי חולים כלליים
32.....	3.3.1 מאפייני רקע המטופלים - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי חולים כלליים
33.....	3.3.2 מאפייני רקע בתי החולים - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי חולים כלליים
33.....	3.3.3 מצב תזונתי - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי חולים כלליים
33.....	3.3.4 תכנית למניעה טרם הופעת הפצע הנרכש - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי"ח כלליים
34.....	3.3.5 גורמי סיכון - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי חולים כלליים
42.....	3.4 תיאור פצעי לחץ נרכשים בקרב נבדקים בבתי חולים כלליים
42.....	3.4.1 תכנית הטיפול לאחר הופעת פצע הלחץ הנרכש בקרב נבדקים בבתי חולים כלליים
48.....	3.5 תיאור פצעי לחץ בקבלה לבתי חולים כלליים
48.....	3.5.1 תיאור מאפייני רקע המטופלים עם פצעי לחץ בקבלה בבתי חולים כלליים
48.....	3.5.2 תיאור מאפייני רקע בתי החולים בקרב מטופלים עם פצעי לחץ בקבלה בבתי"ח כלליים
48.....	3.5.3 תיאור פצעי הלחץ בקבלה בבתי חולים כלליים

4.	ממצאים בבתי חולים גריאטריים.....	53
4.1	הימצאות מטופלים עם פצעי לחץ בבתי חולים גריאטריים.....	53
4.2	תיאור הנבדקים בבתי חולים גריאטריים.....	57
4.3	תיאור המקרים - מטופלים שרכשו פצעי לחץ בבתי חולים גריאטריים.....	58
4.3.1	מאפייני רקע המטופלים - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי חולים גריאטריים.....	58
4.3.2	מאפייני רקע בתי החולים - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי החולים הגריאטריים.....	59
4.3.3	מצב תזונתי - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי חולים גריאטריים.....	59
4.3.4	תכנית מניעה טרם הופעת פצע לחץ נרכש, השוואה מקרים - בקורות בבתי"ח גריאטריים.....	59
4.3.5	גורמי סיכון - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי חולים גריאטריים.....	60
4.4	תיאור פצעי לחץ נרכשים בקרב נבדקים בבתי חולים גריאטריים.....	60
4.4.1	תכנית הטיפול לאחר רכישת פצעי לחץ בקרב נבדקים בבתי חולים גריאטריים.....	61
4.5	תיאור פצעי לחץ בקבלה בבתי חולים גריאטריים.....	72
4.5.1	תיאור רקע המטופלים עם פצעי לחץ בקבלה בבתי חולים גריאטריים.....	72
4.5.2	תיאור רקע בתי חולים בקרב מטופלים עם פצעי לחץ בקבלה בבתי חולים גריאטריים.....	72
4.5.3	תיאור פצעי הלחץ בקבלה בבתי חולים גריאטריים.....	72
5.	מאפיינים בבתי חולים כלליים.....	79
5.1	מאפיינים מוסדיים.....	79
5.1.1	אומדן לקביעת רמת מסוכנות להתפתחות פצעי לחץ.....	79
5.1.2	מאפייני כח אדם.....	79
5.1.3	צוות ייעוץ לטיפול בפצע קשה ריפוי.....	81
5.2	מאפיינים מחלקתיים.....	82
5.2.1	אומדן לקביעת רמת מסוכנות להתפתחות פצעי לחץ.....	82
5.2.2	ניטור פצעי לחץ.....	83
5.2.3	צוות המחלקה.....	83
5.2.4	עוזרים ופעילויות למניעת פצעי לחץ.....	83
5.2.5	אמצעי שקילה.....	85
5.2.6	חומרי הסברה.....	85
6.	מאפיינים בבתי חולים גריאטריים.....	86
6.1	מאפיינים מוסדיים.....	86
6.1.1	אומדן לקביעת רמת מסוכנות להתפתחות פצעי לחץ.....	86
6.1.2	מאפייני כח אדם.....	86
6.1.3	צוות ייעוץ לטיפול בפצע קשה ריפוי.....	88
6.2	מאפיינים מחלקתיים.....	89
6.2.1	אומדן לקביעת רמת מסוכנות להתפתחות פצעי לחץ.....	89
6.2.2	ניטור פצעי לחץ.....	90
6.2.3	צוות המחלקה.....	91
6.2.4	עוזרים ופעילויות למניעת פצעי לחץ.....	91
6.2.5	אמצעי שקילה.....	92
6.2.6	חומרי הסברה.....	92

93.....	7. דיון, מסקנות והמלצות.....
93.....	7.1 סיכום ודיון בתי חולים כלליים.....
93.....	7.1.1 הימצאות מטופלים עם פצעי לחץ בבתי חולים כלליים.....
94.....	7.1.2 תיאור המקרים (פצע לחץ נרכש) בבתי חולים כלליים.....
94.....	7.1.3 מצב תזונתי - השוואה בין מקרים לבקורות.....
94.....	7.1.4 תכנית מניעה טרום רכישת הפצע - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי חולים כלליים.....
95.....	7.1.5 גורמי סיכון להתפתחות פצע לחץ - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי חולים כלליים.....
95.....	7.1.6 תיאור פצעי לחץ נרכשים בקרב הנבדקים בבתי חולים כלליים.....
95.....	7.1.7 תכנית הטיפול לאחר רכישת פצעי הלחץ בקרב נבדקים בבתי חולים כלליים.....
96.....	7.1.8 פצעי לחץ בקבלה.....
96.....	7.2 סיכום ודיון בתי חולים גריאטריים.....
96.....	7.2.1 הימצאות מטופלים עם פצעי לחץ בבתי חולים גריאטריים.....
97.....	7.2.2 תיאור המקרים (פצע לחץ נרכש) בבתי חולים גריאטריים.....
97.....	7.2.3 מצב תזונתי - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי חולים גריאטריים.....
98.....	7.2.4 תכנית מניעה טרום הופעת הפצע הנרכש, השוואה מקרים - בקורות בבתי"ח גריאטריים.....
98.....	7.2.5 גורמי סיכון להתפתחות פצע לחץ - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי חולים גריאטריים..
98.....	7.2.6 תיאור פצעי לחץ נרכשים בקרב הנבדקים בבתי חולים גריאטריים.....
99.....	7.2.7 הטיפול בפצעי לחץ נרכשים בקרב נבדקים בבתי חולים גריאטריים.....
99.....	7.2.8 פצעי לחץ בקבלה לאשפוז בבתי חולים גריאטריים.....
100.....	7.3 סיכום כללי והמלצות.....
100.....	7.3.1 המלצות לבתי חולים כלליים.....
101.....	7.3.2 המלצות לבתי חולים גריאטריים.....
102.....	8. מקורות ספרות.....
107.....	9. נספחים.....
108.....	נספח 1: מקרא - שיוך בתי"ח כלליים שנכללו במבדק לפי גודל ובעלות.....
109.....	נספח 2: מקרא - שיוך בתי"ח גריאטריים שנכללו במבדק לפי גודל ובעלות.....
110.....	נספח 3: חישוב מדד תחלואה נלווית - Charlson's Co-Morbidity Index.....
111.....	נספח 4: כלי המבדק – שאלוני המבדק.....
129.....	נספח 5: שאלון מאפיינים מוסדי.....
131.....	נספח 6: שאלון מאפיינים מחלקתי.....

28	תרשים 1: הימצאות מטופלים עם פצעי לחץ בבת"ח כלליים - דירוג לפי עשירונים
28	תרשים 2: הימצאות מטופלים עם פצעי לחץ בריבוד לפי מחלקות בבת"ח כלליים
29	תרשים 3: הימצאות מטופלים עם פצעי לחץ בריבוד לפי גודל בת"ח כלליים
29	תרשים 4: הימצאות מטופלים עם פצעי לחץ בריבוד לפי בעלות בבת"ח כלליים
30	תרשים 5: הימצאות מטופלים עם פצעי לחץ בריבוד לפי מדד פריפריאליות בבת"ח כלליים
37	תרשים 6: התפלגות נבדקים לפי משך אשפוז כולל בימים בבת"ח כלליים
37	תרשים 7: זמן גילוי פצע הלחץ הנרכש מיום הקבלה לבית החולים (N=145)
44	תרשים 8: צבע פצע הלחץ הנרכש (N=145)
49	תרשים 9: צבע פצע הלחץ בקבלה בקרב מאושפזים בבת"ח כלליים (N=360)
54	תרשים 10: הימצאות מטופלים עם פצעי לחץ בבת"ח גריאטריים דרוג לפי עשירונים
55	תרשים 11: הימצאות מטופלים עם פצע לחץ בריבוד למחלקות בבת"ח גריאטריים
55	תרשים 12: הימצאות מטופלים עם פצעי לחץ בריבוד לגודל בבת"ח גריאטריים
56	תרשים 13: הימצאות מטופלים עם פצע לחץ בריבוד לפריפריאליות בבת"ח גריאטריים
56	תרשים 14: הימצאות מטופלים עם פצעי לחץ בריבוד לבעלות בבת"ח גריאטריים
64	תרשים 15: התפלגות נבדקים לפי משך אשפוז כולל בימים בבת"ח גריאטריים
64	תרשים 16: משך זמן עד גילוי פצע לחץ נרכש בבת"ח גריאטריים (N=164)
75	תרשים 17: צבע פצעי הלחץ שנרכשו בבת"ח גריאטריים (N=164)
77	תרשים 18: צבע פצעי הלחץ בקבלה בבת"ח (N=384)
80	תרשים 19: ממוצע אחיות בעלות קורס מוכר לגמול ל- 1000 מיטות - ריבוד לפי גודל ב"ח
80	תרשים 20: ממוצע אחיות בעלות קורס מוכר לגמול ל- 1000 מיטות - ריבוד לפי בעלות ב"ח
81	תרשים 21: ממוצע מספר המטופלים במחלקות האשפוז ל- 1000 מיטות להם ניתנה הכשרה בשנה האחרונה
81	תרשים 22: משרות צוות ייעוץ ל- 1000 מיטות - ריבוד לפי גודל ב"ח
82	תרשים 23: משרות צוות ייעוץ ל- 1000 מיטות - ריבוד לפי בעלות ב"ח
82	תרשים 24: תדירות ביצוע האומדן החוזר כשגרה
83	תרשים 25: תדירות ניטור פצעים
84	תרשים 26: שכיחות הפעילויות למניעת פצעי לחץ במחלקות השונות
84	תרשים 27: שכיחות השימוש בעזרים למניעת פצעי לחץ במחלקות השונות
85	תרשים 28: שכיחות השימוש באמצעי השקילה השונים במחלקות השונות
86	תרשים 29: ממוצע אחיות בעלות קורס מוכר לגמול ל- 1000 מיטות - ריבוד לפי גודל ב"ח
87	תרשים 30: ממוצע אחיות בעלות קורס מוכר לגמול ל- 1000 מיטות - ריבוד לפי בעלות ב"ח
87	תרשים 31: ממוצע מספר המטופלים במחלקות האשפוז ל- 1000 מיטות להם ניתנה הכשרה בשנה האחרונה
88	תרשים 32: משרות צוות ייעוץ ל- 1000 מיטות - ריבוד לפי גודל ב"ח
88	תרשים 33: משרות צוות ייעוץ ל- 1000 מיטות - ריבוד לפי בעלות ב"ח
89	תרשים 34: אומדן לקביעת רמת מסוכנות להתפתחות פצעי לחץ
90	תרשים 35: תדירות ביצוע האומדן החוזר כשגרה
90	תרשים 36: תדירות ניטור פצעים
91	תרשים 37: שכיחות הפעילויות למניעת פצעי לחץ במחלקות השונות
92	תרשים 38: שכיחות השימוש בעזרים למניעת פצעי לחץ במחלקות השונות
92	תרשים 39: שכיחות השימוש באמצעי השקילה השונים במחלקות השונות

רשימת טבלאות

31	טבלה 1: תיאור הנבדקים לפי סוג השאלונים
31	טבלה 2: התפלגות נבדקים על פי גודל בית החולים
31	טבלה 3: התפלגות נבדקים לפי בעלויות בתי החולים
31	טבלה 4: התפלגות הנבדקים במחלקות השונות
32	טבלה 5: התפלגות נבדקים לפי מגדר בבתי חולים כלליים
32	טבלה 6: התפלגות נבדקים לפי מקום ההגעה לבתי החולים הכלליים
36	טבלה 7: מאפייני רקע של מטופלים - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי"ח כלליים
38	טבלה 8: מאפייני רקע בתי החולים - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי"ח כלליים
39	טבלה 9: מצב תזונתי - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי"ח כלליים
40	טבלה 10: תכנית מניעה טרם הופעת הפצע הנרכש - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי"ח כלליים
41	טבלה 11: גורמי סיכון - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי"ח כלליים
41	טבלה 12: ימי אשפוז עד גילוי פצע נרכז במחלקות בבתי"ח כלליים
45	טבלה 13: תיאור פצע לחץ נרכש בקרב נבדקים בבתי"ח כלליים (N=145)
46	טבלה 14: תכנית הטיפול לאחר הופעת פצע הלחץ הנרכש (N=145)
50	טבלה 15: תיאור מאפייני רקע מטופלים עם פצע לחץ בקבלה בבתי"ח כלליים (N=360)
51	טבלה 16: תיאור מאפייני רקע בתי החולים בקרב מאושפזים עם פצע לחץ בקבלה (N=360)
52	טבלה 17: תיאור פצעי לחץ בקבלה בקרב מאושפזים בבתי"ח כלליים (N=360)
57	טבלה 18: תיאור הנבדקים לפי סוגי השאלונים נבדקים
57	טבלה 19: התפלגות הנבדקים במחלקות השונות
57	טבלה 20: התפלגות נבדקים על פי גודל בתי"ח גריאטריים
58	טבלה 21: התפלגות נבדקים לפי בעלויות בתי"ח גריאטריים
58	טבלה 22: התפלגות נבדקים לפי מגדר בבתי"ח גריאטריים
58	טבלה 23: התפלגות נבדקים לפי מקום ההגעה לבתי"ח גריאטריים
63	טבלה 24: מאפייני רקע של מטופלים - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי"ח גריאטריים
65	טבלה 25: מאפייני רקע בתי החולים - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי"ח גריאטריים
66	טבלה 26: מצב תזונתי - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי"ח גריאטריים
67	טבלה 27: תכנית מניעה טרם הופעת פצע לחץ נרכש - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי"ח גריאטריים
68	טבלה 28: גורמי סיכון - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי"ח גריאטריים
68	טבלה 29: ימי אשפוז עד גילוי פצע נרכש במחלקות בבתי"ח גריאטריים (N=164)
69	טבלה 30: תיאור פצעי לחץ נרכשים בקרב נבדקים בבתי"ח גריאטריים (N=164)
70	טבלה 31: תכנית הטיפול לאחר הופעת פצע לחץ נרכש (N=164)
73	טבלה 32: מאפייני רקע מטופלים עם פצעי לחץ בקבלה בבתי"ח גריאטריים (N=384)
74	טבלה 33: תיאור רקע בתי"ח גריאטריים בקרב מאושפזים עם פצע לחץ בקבלה (N=384)

רשימת איורים

25	איור 1: תרשים הזרימה של הליך איסוף הנתונים במבדק
44	איור 2: מיקום פצעי לחץ נרכשים בקרב מטופלים בבתי"ח כלליים
49	איור 3: מיקום פצעי לחץ בקבלה בבתי"ח כלליים
75	איור 4: מיקום פצע נרכש בבתי"ח גריאטריים
77	איור 5: מיקום פצע בקבלה בבתי"ח גריאטריים

תקציר

רקע

פצעי לחץ גורמים לחולים סבל רב הניתן למניעה, ולכן שיעורי התפתחות של פצע לחץ משמש כמדד איכות הטיפול. פצעי לחץ גורמים לאיכות חיים ירודה וסיבוכים רפואיים. כ- 72% ממקרי פצעי לחץ בבתי חולים מופיעים אצל חולים קשישים בגיל 65 ומעלה. אחוז הקשישים המאושפזים בבתי חולים גבוה. כ- 29% מהחולים בטיפול ארוך טווח יסבלו מפצע לחץ. פצעי לחץ מהווים נטל כלכלי כבד על מערכת הבריאות. במטרה לבחון את ממדי התופעה בבתי חולים כלליים וגריאטריים בישראל בוצע המבדק הנוכחי.

מטרות

1. לאמוד את שיעורי ההימצאות של מטופלים הסובלים מפצעי לחץ בבתי חולים כלליים וגריאטריים.
2. לאתר גורמי סיכון הקשורים ליצירת פצעי לחץ.
3. לתאר תהליכי מניעה וטיפול בפצעי לחץ.

שיטות

סקר חתך חד יומי נערך במתודולוגיה של מבדק עמיתים. נדגמו מטופלים במחלקות רלוונטיות ב- 27 בתי חולים כלליים ו- 14 מרכזים גריאטריים. נסקרו 1,575 מטופלים מתוכם 744 מטופלים שהתקבלו לאשפוז עם פצעי לחץ. בנוסף, נערכה דגימה מזווגת ל- 309 מטופלים (מקרים) שרכשו פצעי לחץ במהלך האשפוז. להם זווגו 522 חולים ללא פצע לחץ (לפי מין, גיל, מחלקה). איסוף נתונים נערך ברבעון אחרון של שנת 2015. חושבו נקודות ההימצאות פצעי לחץ בבתי חולים כלליים וגריאטריים ונערכו ריבוי ההימצאות על פי גודל בית החולים, בעלות בית החולים, סוגי המחלקות, רמת פריפריאליות. חושבו ההבדלים בין המקרים לבקורות במשתני הסקר השונים כגון מאפייני מטופלים, מאפייני בתי החולים, אומדן תזונתי, תכנית המניעה, גורמי סיכון, תכניות טיפול.

1. בתי חולים כלליים

בסקר נדגמו 766 נבדקים מ- 27 בתי חולים כלליים ב- 121 מחלקות שונות.

הימצאות מטופלים עם פצעי לחץ בבתי חולים כלליים

שיעור ההימצאות בבתי החולים הכלליים היא 9% בממוצע כאשר טווח נרחב בין 0%-32%. ממצא זה דומה לנקודות הימצאות במדינות אחרות בעולם ואף גבוה מהם. הימצאות גבוה יותר נמדדה בבתי חולים בגודל קטן, בבעלות ציבורית ובבתי חולים באזור המרכז יחסית לפריפריה.

בניסיון לבדוק תרומת ההכשרה וצוותי הייעוץ להימצאות המטופלים עם פצעי הלחץ ניתן לפי דיווח בתי החולים לציין כי מספר האחיות בעלות קורס מוכר לגמול השתלמות ל- 1000 מיטות הוא 82 במרכזי העל, 78 בבתי חולים גדולים בינוניים ו- 64 בקטנים. 88 בממשלתיים, 74 בשב"כ ו- 62 בציבוריים.

במחלקות טיפול נמרץ כללי ההימצאות גבוהה מאד, מחלקות אלו בהן עומס תחלואה גבוה ומוביליות ירודה החולים מרותקים למיטתם ואף מחוסרי הכרה לעיתים קרובות.

תיאור המקרים (פצע לחץ נרכש) בבתי חולים כלליים

מתוך 766 הנדגמים 145 פיתחו פצעי לחץ (להלן המקרים) במהלך האשפוז אליהם זווגו 261 בקרות (יחס 1 ל-1.8).

המקרים בגיל ממוצע 65.1 s.d 72 רובם גברים. מעניין וחשוב לציין כי רובם 70% הגיעו לאשפוז מביתם בקהילה. ול- 70% קיים מטפל עיקרי.

משך האשפוז היה ארוך פי 3 בקרב המקרים לעומת הבקרות. כמו כן, עומס תחלואה גבוה יותר בקרב המקרים ורוב המקרים אושפזו במחלקות פנימיות במחלקות אלו צריכים להכין תכניות טיפול ומניעה.

מצב תזונתי - השוואה בין מקרים לבקרות

הזמן החציוני של הסיקור התזונתי מהקבלה לאשפוז יום אחד בקרב המקרים. מעניין כי, מטופלים שפיתחו פצע לחץ באשפוז קיבלו ייעוץ תזונתי בחציון של 6 ימים והמטופלים ללא פצע תוך חציון של 3 ימים ($p < 0.001$). בנוסף, חשוב להדגיש כי חלפו 2.5 ימים אצל מחצית מהמקרים מיום גילוי הפצע ועד קבלת ייעוץ תזונתי.

ראוי לציין כי, כשכבר ניתן ייעוץ תזונתי 89% מהמקרים זכו לו לעומת 44% בלבד בקרב הבקרות.

40% מקרב המקרים מתועדים כבעלי סטטוס של תת תזונה לעומת 24% מהבקרות ($p = 0.006$).

ל- 100% מהמקרים להם ניתן ייעוץ תזונתי קיימת תכנית תזונתית לעומת 94% מהבקרות.

תכנית מניעה - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי חולים כלליים

בתכנית הטיפול המניעתית בולטים הטיפולים הניתנים במובהק יותר למקרים לעומת הבקורות. התערבויות כגון תנוחה בזווית 30° , שינויי תנוחה מדי 2-3 שעות, תכנית פיזיותרפיה, תכנית דיאטנית ואף שימוש רב יותר במזרון דינמי. למרות זאת, כשניתנים טיפולי המניעה הם ניתנים באופן חלקי. מבין 145 המקרים (31%) 45 הגיעו עם פצע לחץ בקבלה. לא נמצאו הבדלים מובהקים כאשר הם הושאו ל-100 המקרים שהגיעו ללא פצע לגבי מידת טיפולי המניעה שקיבלו לפני רכישת פצע הלחץ הנוסף באשפוז.

גורמי סיכון להתפתחות פצע לחץ- השוואה בין מקרים לבקורות בבתי חולים כלליים

עד גילוי פצע לחץ נרכש חדש חולף זמן חציוני של 15 ימים. מדד נורטון הממוצע בקרב המקרים (10.6) נמוך יותר במידה מובהקת לעומת הבקורות (15.6) ($p < 0.001$). כמו כן, נרשמה מוגבלות קבועה בקרב 74% מהמקרים לעומת 29% מהבקורות. כ-80% מרותקים למיטתם לעומת 33% מהבקורות. רמת המוגלובין ורמת אלבומין נמצאו נמוכות יותר בקרב המקרים לעומת הבקורות. מדדים אלו קשורים למרכיבי ההזנה ומשפיעים על ריפוי הפצעים.

תיאור פצעי לחץ נרכשים בקרב הנבדקים בבתי חולים כלליים

26% פיתחו לפחות 2 פצעי לחץ במהלך האשפוז. בתיאור מיקום הפצעים הנרכשים התייחסנו לכלל הפצעים שנרכשו. שני שליש ממוקמים בסקרום שהוא האזור השכיח ביותר המועד לפורענות. 19% באזור הראש. ייתכן שבבתי חולים כלליים הטיפול הכולל טובוס, זונדה וכד' באזור הראש מגדיל את שכיחות ההופעה באזור הראש. 16% מהפצעים באזור העקבים גם הוא אזור ידוע כפגיע הדורש התייחסות ייחודית בתכנית הטיפול המניעתית. כ-70% מהמקרים פצעים בדרגה 2. ביתר המקרים דרגה 3 ומעלה, בהם יש להשקיע מאמצים גדולים יותר בטיפול וריפוי הפצע שנוצר.

הטיפול בפצעי לחץ נרכשים בקרב נבדקים בבתי חולים כלליים

בתכנית הטיפול שתועדה לאחר יצירת הפצע החדש נמצא כי התכנית נרשמה לרוב המטופלים (92%) אולם הביצוע תועד ב-78% מהמקרים. יש לציין, כי כל בתי החולים דיווחו כי יש להם חומרי הסברה לחולה ולמשפחתו. למרות שרק 75% מהמקרים ובני משפחתם זוכים להדרכה בנושא מניעה וטיפול בפצעים.

בתי החולים הכלליים דיווחו כי ישנו צוות ייעוץ מוסדי לטיפול בפצע קשה ריפוי. למרות זאת, תועדו (23%) 34 מהמקרים בלבד שזכו לייעוץ של צוות ייעודי לריפוי פצעים. בבדיקת פרופיל המקרים שזכו לביקור הצוות המייעץ, הפרופיל תאם את אפיון המקרים ולא הסתמנה נטייה ברורה להחלטה על ביקור הצוות הייעודי המייעץ.

75% מהמקרים זכו לייעוץ אחות פצעים ושליש בלבד זכו לייעוץ פיזיותרפיסטית. נתון זה אף משתקף מתוך המאפיינים שנמסרו על ידי המוסדות בולטת נוכחות האחיות בצוות המייעץ ונוכחות דלה ביותר של דיאטנים ופיזיותרפיסטים.

בטיפול בפצעים ישנם מזרונים ומוצרים רבים. מזרון דינמי נצפה בקרב 43% מהמטופלים שרכשו פצעי לחץ. כרית הושבה מותאמת נצפתה ב-19% מהמקרים בלבד כאשר 17% מהמקרים אובחנו כמרותקים

לכיסא גלגלים. הצוות הייעודי והצוות במחלקה עליו לפעול להתאמת אביזרים כמו מזרונים וכריות מותאמות למטופלים. אביזרים למניעה הם כלים חשובים ומשמעותיים המסייעים במאמצים למניעה וטיפול בפצעים. ההשפעה על פצע הלחץ היא עקב גורמים חיצוניים ועלינו לצמצמה.

פצעי לחץ בקבלה

במבדק נדגמו (47%) 360 מתוך 766 נבדקים שנדגמו בבתי חולים כלליים עם פצע לחץ בקבלה. אצלם נאספו נתוני רקע בלבד של הנבדקים ותיאור הפצע. למעלה ממחציתם נשים וכשליש עם מדד תחלואה גבוה צ'רלטון חציוני 4 ומעלה. מעניין כי מחציתם של מטופלים אלו אשר התקבלו עם פצע לחץ מגיעים מביתם שבקהילה.

2. בתי חולים גריאטריים

בבתי חולים גריאטריים ומוסדות לאשפוז ממושך היארעות וההימצאות גבוהה יותר יחסית בתי החולים הכלליים. בהם העומס הטיפולי גבוה ביותר על הצוות והטיפול בפצע לחץ מהווה הן סבל רב למטופלים והן מעמסה רבה על הצוות. מתוך נתוני המבדק שנערך ב- 14 בתי חולים גריאטריים נעשה ניסיון ללמוד על התופעה.

בפרק המאפיינים נבדקו מאפייני התשתיות לטיפול בפצעי לחץ בהם מאפייני כח אדם ייעודי, מאפייני הכשרה והתארגנות המוסדות להענקת טיפול מונע בפצעי לחץ. בסקר נדגמו 809 נבדקים מ- 14 בתי חולים גריאטריים ב- 47 מחלקות סיעוד מורכב, מונשמים, פנימית גריאטרית ושיקום.

הימצאות מטופלים עם פצעי לחץ בבתי חולים גריאטריים

שיעור ההימצאות בבתי החולים הגריאטריים היא 19.8% בממוצע כאשר טווח נרחב בין 1%-31%. נמצא כי בישראל בבתי חולים גדולים ההימצאות הגבוהה ביותר יחסית לבתי חולים בינוניים. כמו כן הימצאות גבוהה יותר בבתי חולים בפריפריה לעומת אזור המרכז. בבחינת המאפיינים המוסדיים נמצא כי סך אחיות בעלות קורס פצעים מוכר לגמול השתלמות. משרות אחיות בעלות קורס מוכר לגמול ל- 1000 מיטות בממוצע 117 בבתי חולים בינוניים ו- 105 בבתי חולים גדולים. בשירותי בריאות כללית ניתנה ההכשרה המרבית בהשוואה ליתר הבעלויות. סך משרות בצוות יעוץ ל- 1000 מיטות הוא קרוב ל- 9 אחיות בבתי חולים גדולים ו- 6 משרות אחיות בבתי חולים בינוניים. בבתי חולים בינוניים צוות הייעוץ מצומצם יותר אך הם זוכים יותר להכשרות.

תיאור המקרים (פצע לחץ נרכש) בבתי חולים גריאטריים

מתוך 809 הנדגמים 164 פיתחו פצעי לחץ במהלך האשפוז אליהם זווגו 261 בקרות (יחס 1 ל- 1.6). המקרים בטווח גילאים 29-103 בגיל ממוצע 75 s.d 14 רובם נשים. חשוב לציין כי רובם, 87% הגיעו לאשפוז מבית חולים אחר ול- 38% בלבד קיים מטפל עיקרי. בנתוני רקע אלו לא היה הבדל מובהק בין המקרים לבקרות אך משך האשפוז היה פי 1.5 בקרב המקרים לעומת הבקרות. רוב המקרים אושפזו במחלקות סיעוד מורכב ומונשמים.

מצב תזונתי - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי חולים גריאטריים

ממצא מעניין הוא ההבדל המובהק בזמן החציוני של הסיקור התזונתי מהקבלה לאשפוז 5.5 ימים בקרב המקרים לעומת יום אחד בקרב הבקורות. ההפרש בין מועד גילוי הפצע לבין הייעוץ התזונתי היה 21 יום זמן חציוני. למרות העיכוב במתן הייעוץ ראוי לציין כי, ניתן ייעוץ תזונתי וקיימת תכנית תזונתית אשר נרשמה כמתבצעת אצל רובם המוחלט של הנבדקים. מעניין כי, לא נמצא הבדל מובהק בסטטוס של "תת תזונה" בין המקרים לבקורות אם כי נרשמה ירידה מובהקת במשקל ב- 3-6 חודשים אחרונים בקרב 26% מהמקרים לעומת 16% מהבקורות ($p=0.003$).

תכנית מניעה - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי חולים גריאטריים

בתכנית המניעה הכולל פעולות למניעת פצע לחץ לא תמיד נמצא הבדל בין המקרים לבקורות. ההבדל הבולט הוא הקפדה על תנוחה בזווית 30° יותר בקרב הבקורות לעומת המקרים. לעומת זאת, שמירה על שינויי תנוחה מדי 2-3 שעות ושימוש במזרון דינמי בולט יותר בקרב המקרים לעומת הבקורות. אם כי יש לציין שעדיין השימוש מועט במזרון הדינמי ובאמצעי מניעה אחרים. (45%) 73 כמחצית ממקרים הגיעו לאשפוז עם פצע לחץ פעיל בקבלתם לאשפוז. בבדיקה נמצא כי מקרים שהגיעו לאשפוז עם פצע פעיל לא קיבלו יותר טיפול מונע באופן שיטתי ועקבי לפני רכישת הפצע החדש בזמן האשפוז.

גורמי סיכון להתפתחות פצע לחץ- השוואה בין מקרים לבקורות בבתי חולים גריאטריים

לפי הממצאים ביום המבדק, פצע הלחץ החדש נרכש תוך זמן חציוני של 169 ימים מיום הקבלה לאשפוז. זמן גילוי הפצע הקצר ביותר נמצא במחלקות שיקום 20 ימים ו- 101 ימים במחלקות הפנימיות, והממושך ביותר במונשמים.

מדד נורטון הממוצע בקרב המקרים (9.3 ± 2.7) נמוך יותר לעומת הבקורות (11 ± 3.4) ($p < 0.001$).

כמו כן נרשמת מוגבלות קבועה בקרב 91% מהמקרים לעומת 78% מהבקורות. 82% מרותקים למיטתם לעומת 57% מהבקורות. נוקשות וספסטיות נאמדה אצל 45.5% מהמקרים לעומת 23.4% מהבקורות. רמת המוגלובין אינה שונה בין המקרים לבקורות ואילו רמת האלבומין נמוכה יותר בקרב המקרים לעומת הבקורות.

תיאור פצעי לחץ נרכשים בקרב הנבדקים בבתי חולים גריאטריים

15% פיתחו 2 פצעי לחץ חדשים במהלך האשפוז ו- 6% מהמקרים פיתחו 3 פצעים ויותר. בתיאור מיקום הפצעים הנרכשים התייחסנו לכלל הפצעים שנרכשו. 43% ממוקמים בסקרום ו- 29% באזור העקבים. כ- 55% מהמקרים פצעים בדרגה 2. 26% בדרגה 3 והיתר דרגה 4 או אינם ניתנים להגדרה.

הטיפול בפצעי לחץ נרכשים בקרב נבדקים בבתי חולים גריאטריים

בתכנית הטיפול שתועדה לאחר יצירת הפצע החדש נמצא כי התכנית נרשמה לרוב המטופלים (96%) אולם הביצוע תועד ב- 85% מהמקרים. 68% מהמקרים ובני משפחתם זוכים להדרכה בנושא מניעה וטיפול בפצעים. פחות מאשר ההדרכות הניתנות בבתי חולים כלליים.

צוות ייעודי לריפוי פצעים דווח במאפיינים כמעט בכל בתי החולים אך תועדו רק (38%) 63 מקרים שזכו לביקור ייעוץ של הצוות הייעודי לריפוי פצעים. למרות מספר לא גבוה של נבדקים שזכו לביקור צוות ייעודי עדיין מספר מטופלים אלו רב יחסית לבתי חולים כלליים. בבדיקת הייעוצים 83% מהמקרים זכו לייעוץ אחות פצעים וכשני שלישים זכו לייעוץ פיזיותרפיסטית ו- 74% לתכנית פיזיותרפיה.

מזרון דינמי נצפה בקרב 18% מהמטופלים שרכשו פצעי לחץ. כרית הושבה מותאמת נצפתה ב- 46% מהמקרים כאשר 54% מהמקרים אובחנו כמרותקים לכיסא גלגלים. הצוות הייעודי והצוות במחלקה עליו לפעול להתאמת אביזרים כמו מזרונים וכריות מותאמות למטופלים. צוין כי אותרו גורמי הלחץ בקרב 88% מהמקרים אולם הגורם הוסר ב- 51% מהמקרים בלבד.

פצעי לחץ בקבלה לאשפוז בבתי חולים גריאטריים

במבדק נדגמו 384 נבדקים בבתי חולים גריאטריים עם פצע לחץ בקבלתם. למעלה ממחציתם נשים וכשליש עם מדד תחלואה גבוה צ'רלסון חציוני 4 ומעלה.

84% מנבדקים אלו התקבלו מבתי חולים אחרים. בעיקר בתי חולים כלליים. שליש אושפזו בבתי חולים ממשלתיים וכשליש בשב"כ. מעל למחצית במחלקות סיעוד מורכב וחמישית במונשמים. במחלקות אלו ראוי להיערך באופן ייעודי לתכניות טיפול ומניעה בפצעי לחץ.

מסקנות והמלצות

- שכיחות פצעי לחץ בבתי חולים כלליים דומה בארץ לפרסומים בעולם.
- ההימצאות גבוהה במחלקות טיפול נמרץ בדומה לעולם. מומלץ בבתי חולים כלליים ל:
 - ✓ לשים דגש על מניעה בשבועיים הראשונים לאשפוז ובעיקר במחלקות טיפול נמרץ ופנימיות.
 - ✓ להקפיד על מתן הדרכות לטיפול ומניעה למטופלים ובני משפחתם תוך שימת דגש על הדרכה מותאמת אישית.
 - ✓ על המחלקות הרלוונטיות ומחלקות התזונה ליצור קשר בלתי אמצעי ביניהן כך שהדיאטניות יוכלו להיות מעודכנות באופן מיידי במצבם של המטופלים עם רמת סיכון גבוהה.
 - ✓ להיערך באופן ייעודי לתכניות טיפול ומניעה לפצעי לחץ במחלקות השונות ובעיקר טיפול נמרץ ופנימית גריאטרית.
 - ✓ להקפיד יותר על רישום ודיווח רפואי פצעי לחץ בקרב מטופלים אשר אושפזו עם פצע לחץ בקבלתם. כמו כן, להקפיד על מניעה אצל המטופלים שהתקבלו לאשפוז עם פצע לחץ.
 - ✓ להרחיב את הצוותים הייעודיים הרב מקצועיים לריפוי פצעים ולהעלות מספר הייעוצים במחלקות השונות, בעיקר בטיפול נמרץ ובפנימית גריאטרית.
 - ✓ לקבוע קריטריונים לקריאה לצוות הייעוץ בנושא מניעה וריפוי פצעים במחלקות השונות.
 - ✓ להעלות מספר דיאטניות ופיזיותרפיסטים למתן טיפול וייעוץ למטופלים עם פצעי לחץ פעילים בבתי"ח כלליים.
 - ✓ לשתף יותר בימי העיון, בלומדות ובהכשרות צוותים ממקצועות הבריאות השונים כגון דיאטנים ופיזיותרפיסטים.

ההימצאות בבתי חולים גריאטריים דומה לטווח ההימצאות בפרסומים בעולם.
מומלץ בבתי חולים גריאטריים ל:

- ✓ להקפיד על **סיקור וייעוץ תזונתי** קרוב לקבלה לאשפוז בקרב מאושפזים שנמצאו בסיכון תזונתי לתת תזונה ו/או מדד נורטון נמוך ומי שכבר הגיע עם פצע לחץ פעיל.
- ✓ להקפיד על ייעוץ תזונתי בסמוך לזמן גילוי הפצע הנרכש.
- ✓ על הצוות המטפל להיות ערניים למצב של **ירידה במשקל**.
- ✓ להגביר את הדרכת המטופל ומשפחתו בנושא הטיפול והמניעה.
- ✓ להעלות את ההתאמה והשימוש במזון דינמי, כריות הושבה ו/או אביזרים נוספים למי שבסיכון לפתח פצע ולמי שרכש פצע בזמן האשפוז.
- ✓ להעלות אחוז הטיפולים המניעתיים בטרם רכישת הפצע במיוחד לאור העובדה כי ניתן באמצעות גורמי סיכון לאתר את המטופלים עתירי הסיכון.
- ✓ במחלקות סיעוד מורכב ובמונשמים יש להיערך באופן ייעודי לתכניות טיפול ומניעה לפצעי לחץ.
- ✓ לשם גם מתקבלים יותר מטופלים עם פצע לחץ פעיל בקבלה.
- ✓ להרחיב את הצוותים ייעודיים לריפוי פצעים ולקבוע קריטריונים לקריאה לצוותים במחלקות השונות ובעיקר בסייעוד מורכב ובמונשמים.
- ✓ לאמוד הימצאות מטופלים עם פצעי לחץ והפניית משאבים לבתי חולים גריאטריים **בפריפריה**.

לסיכום,

ממצאי המבדק שופכים אור על התופעה בארץ ומעלים המלצות למניעה וטיפול במטופלים הסובלים מפצעי לחץ. רוב המטופלים מגיעים עם פצעי לחץ מהקהילה יש לערוך תכנית התערבות כוללנית בקהילה. מומלץ לערוך מבדק איכות בנושא מניעת פצעי לחץ בקהילה משמעותי מבחינת המטופלים המתקבלים לבתי החולים הכלליים. מומלץ לערוך מחקר פרוספקטיבי, סקר ארוך טווח המותאם לאופי האשפוז בבתי חולים גריאטריים. לעקוב אחר גורמי סיכון לאורך זמן ולחשב היארעות. יש להמשיך ולהשקיע מאמצים חינוכיים קליניים מחקרים וניהוליים בנושא ניהול הטיפול בפצעי לחץ. בפרק הדיון מובאות בפירוט המלצות קליניות, מנהליות, חינוכיות ומחקריות לניהול המניעה והטיפול במטופלים הסובלים מפצעי לחץ.

חברי ועדת היגוי

ד"ר ענת עקה-זוהר, ראש מינהל איכות שירות ובטיחות, משרד הבריאות
ד"ר יפה הארון, מנהלת מערך סקרים ומחקרים בסיעוד, מינהל הסיעוד, משרד הבריאות
ד"ר יאול אפרים, מנהל מח' גריאטרית לסיעוד מורכב, בי"ח הרצוג
ד"ר ונזלבאום אהרון, מרפאת פצע, קופ"ח מאוחדת ולאומית
גב' מיכל פנצ'ק, מרכזת תחום טיפול בפצעים חטיבת בתי חולים, שירותי בריאות כללית
גב' איריס ממון, מנהלת סיעוד מחלקה ו-1, רכזת תחום פצעים, בית רבקה
ד"ר אביבה אבן זהב, מנהלת המרכז לריפוי פצעים במרכז אלצהיימר, מרכז אלצהיימר
גב' רוחמה פרידמן, מפקחת קלינית ביה"ח השיקומי, מרכזת תחום פצעים וחבישות, בי"ח תל השומר
גב' ויקי גינזבורג, אחות אחראית, מרכזת תחום מניעת פצע לחץ, בי"ח דורות נתניה
מר אוסמה ברדאו, אח הדרכה האגף החדש ואח כללי, בי"ח הרצוג
גב' גלית שניר, דיאטנית, מרכז אלצהיימר
גב' יוספה כחל, רכזת בכירה תחום תזונה בגריאטריה, משרד הבריאות
גב' אנה גרבר, מפקחת קלינית אחראית נושא כאב ופצעים, אסף הרופא
גב' אסתי דידי, מרכזת בכירה מבדקי איכות, משרד הבריאות

1. רקע

פצעי לחץ הנרכשים בבית חולים הם אזורים ממוקמים של נזק עורי, שכבות תת עוריות או שני המצבים כתוצאה מלחץ. פצעי לחץ הנרכשים בבית חולים מופיעים בקרב 3%-34% מהמטופלים המאושפזים ברחבי העולם וגורמים להארכת משך האשפוז, תחלואה מוגברת וסבל רב למטופלים

(Cremasco et al. 2013, Alderden, 2017)

פצעי לחץ מהווים סיבוך שכיבה משמעותי ושכיח ביותר. הערכה כי 2.5 מיליון אנשים מפתחים פצעי לחץ מדי שנה. פגיעה בשלמות העור מעלה את הסיכון לזיהומים, כאב ולחץ נפשי ומהווה אתגר טיפולי. פצעי לחץ גורמים לעלויות טיפול גבוהות ומהווים נטל כלכלי כבד על מערכת הבריאות. מחקרים שנערכו בארה"ב, קנדה, הולנד ובריטניה מצאו כי פצעי לחץ מהווים נטל כספי משמעותי גם לחולים וגם למערכות בריאות (Dealy et al., 2013; Woodbury&Houghton, 2004; Severens et al., 2002) העלות המוערכת לטיפול בפצעי לחץ למקרה בודד הינה 37,800-70,000 דולר ועד עלות כוללת למערכת הבריאות של 11 ביליון דולר לשנה (Gardiner et al., 2014) ישנן מדינות בהן לא ניתן פיצוי ביטוחי

לעלות טיפולים בפצעי לחץ כיון שנחשבים לאירוע הניתן למניעה (Galvin & Curley, 2012).

פצע לחץ מוגדר כפצע או כיב הנוצר בדרך כלל כתוצאה מלחץ מקומי, בעיקר אצל חולים שתנועתם מוגבלת, כמו חולים המרותקים למיטה או לכיסא גלגלים. פצעי לחץ נוצרים לרוב באזורים בגוף שבהם מופעל לחץ מול עצם במצב שכיבה או ישיבה. מופיעים בעיקר באזור הסקרום, גפיים תחתונות, עקבים ועצמות גולגולת.

כ- 72% ממקרי פצעי לחץ בבתי חולים מופיעים אצל חולים קשישים בגיל 65 ומעלה, כ- 15% מהחולים המאושפזים בבתי חולים. כ- 29% מהחולים בטיפול ארוך טווח יסבלו מפצע לחץ (Sen et al., 2009).

התופעה שכיחה בכל מסגרות האשפוז השונות: בתי חולים כלליים, בתי אבות ובתי פרטיים. מחקרים רבים מצאו גורמי סיכון שונים להתפתחותם של פצעי לחץ הכוללים גיל, סוכרת, תת-תזונה, אי-מוביליות, תת-לחץ דם, ומחלות כלי דם היקפיים. (Grey et al., 2006, Shahin, et al. 2010, Qaseem, 2015)

(Qaseem, 2015)

פצעי לחץ גורמים לחולים סבל רב הניתן למניעה, ולכן שיעורי התפתחות של פצע לחץ משמש כמדד איכות הטיפול. פצעי לחץ גורמים לאיכות חיים ירודה וסיבוכים רפואיים, במיוחד אצל קשישים. מחקר (review) סקירה מצא כי פצעי לחץ גורמים לאי נוחות, הפרעה לחיי היום יום, ועיכוב לתהליך הריפוי של הקשיש (Schbert, 1991). הסיבוך הרפואי הקשה ביותר של פצע לחץ הוא ספסיס. הפצע, שלא טופל או טופל באופן שגוי, יכול להוות מקור לזיהום. בנוסף לספסיס, יש סיכון להתפתחות זיהום מקומי כגון צלוליטיס, או אוסטאומייליטיס. מספר מחקרים מצאו קשר בין פצעי לחץ ושיעורי תמותה בבתי חולים ובמוסדות גריאטריים (Gorecki, 2009). סיבוכים נוספים כוללים כאבים ודיכאון, המיוחסים להפחתה בשיעור ריפוי הפצע. כמו כן, פצע לחץ גורם להפחתה במוביליות החולה וביכולת

לטיפול עצמי. התפתחות של פצע לחץ בדרך כלל מאריכה את משך האשפוז. מחקר שנערך באוסטרליה מצא כי האשפוז התארך בחציון של 4.31 יום. (Brem&Curley 2012, Galvin & Curley, 2012). ככלל, מניעה היא הטיפול החשוב ביותר שנעשה על-ידי הערכת החולה. הגישה הטיפולית בפצעי לחץ בקשיש שונה מטיפול בחולה צעיר, עקב מצבו הרפואי של הקשיש, שמושפע רבות ממחלות נלוות לתהליך ההזדקנות. כתוצאה מכך, האוכלוסייה הקשישה פגיעה יותר, ומצויה בסיכון גבוה יותר להתפתחות פצעי-לחץ (Graves,N et al. 2005, Gardiner et al 2014).

1.1 גורמי סיכון ואמדת הסיכון להתפתחות פצעי לחץ

Barker et al. (2013) הדגים כי פרוטוקול מובנה להערכת סיכון מפחית סיכון ליצירת פצעי לחץ בזמן אשפוז.

להתפתחות פצעי לחץ גורמי סיכון רבים ישנם הקשורים למאפייני המטופל וישנם הקשורים למאפייני סביבה בבית החולים. חלקם הוכחו מחקרית וחלקם עדיין שנויים במחלוקת.

גורמי סיכון מבוססי ראיות הם: גיל מבוגר, אי שליטה על סוגרים, $BMI < 19 \text{ kg/m}^2$ (Van Gilder,2009;Baumgarten et al.,2008)

ההיארעות גבוהה יותר אצל מטופלים שסבלו מפצע לחץ בעבר (Tescher et al.,2012) ונמוכה יותר בקרב בעלי עודף משקל ($BMI < 30 \text{ kg/m}^2$) והשמנת יתר ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$), (VanGilder,2009 ;Drake,2010).

מדד צ'רלסון לתחלואה נלווית הוא סיכום של מספר מצבי תחלואה הקשורים לסיכון לתמותה (Charlson et al. 1987). השימוש בצ'רלסון לנבא תמותה אצל מטופלים עם פצע לחץ הראה רמת סיכון בינונית לתמותה כאשר התחלואה כללה מחלות וסקולריות כגון אי ספיקת לב, סכרת וסרטן גרורתי (Flattau&Blank, 2014). נמצא כי הקשישים פגיעים במיוחד ואי לכך מחקרים רבים נערכים במוסדות לאשפוז ממושך (Shannon & Brown & Chakravarty, 2012).

באשפוז אקוטי, מחקרים רבים מראים כי היארעות נמוכה יותר בבתי חולים בגודל בינוני בהם 400-499 מיטות ומעניין כי גבוהה בבתי חולים קטנים בהם 100-199 מיטות בלבד (5). בנוסף לגודל בית החולים, צוות רב יותר ומיומן ובעל הכשרה מתאימה תורמים להפחתה בשיעורי ההיארעות ורמות הסיכון למטופל (Gardiner et al 2014; Lahmann et al.(2012) ; Pearson et al.,2006).

במקסימום, בהשוואה שנערכה בין מחלקות גריאטריה אקוטית למחלקות פנימיות נמצא ששיעור היארעות של פצעי לחץ במהלך האשפוז נמוך יותר באופן מובהק במחלקות הגריאטריה 5.7% לעומת 8.6% בפנימית, לאחר תיקנון לפי משתנים כמו גיל, השכלה, מדד צ'רלסון. אחד ההסברים לכך הוא הצוות המקצועי המכוון לטיפול בזקנים במחלקות הגריאטריה וכן התהליך הטיפולי הכולל הממוקד בבעיות מורכבות אצל הזקנים במחלקות הגריאטריה לעומת המחלקות הפנימיות (Perez- Zepeda, 2012).

Gardner et al. (2014) חקרו במחקר קוהורט רטרוספקטיבי גורמי סיכון להיארעות פצעי לחץ בקרב מטופלים מאושפזים ב- 15 בתי חולים בארה"ב. נמצא קשר מובהק למין, גיל, תחלואה נלווית, BMI, קבלה לפרוצדורה ניתוחית, מקור ההגעה לבית החולים והשנה הנמדדת. מטופלים מבוגרים יותר עם עומס של תחלואה נלווית אשר התקבלו לפרוצדורה ניתוחית היו בסיכון הגבוה ביותר לרכישת פצע לחץ בזמן האשפוז.

Bell (2016) מתייחס לשילוב של גורמי הסיכון כמעלה את הסבירות להתפתחות סיבוכים לרבות פצע לחץ בקרב זקנים מאושפזים. נמצא ששיעור ההימצאות של פצעי לחץ בקרב גברים מבוגרים מאושפזים הסובלים משני גורמי סיכון נוספים ירידה במשקל ואיבוד תאבון הוא 9% בבתי חולים כללים אקדמיים בסן פרנסיסקו. על כן חשוב להתייחס לשילוב של גורמי הסיכון ולא לכל גורם סיכון בנפרד.

Alderson et al. (2017) בסקירת ספרות שיטתית, סקרו 1,753 תקצירים בנושא גורמי סיכון לפצעי לחץ בקרב מטופלים במצב קריטי. נמצאו 18 מאמרים בעלי ערך מדעי כלשהו ברמות שונות. גורמי הסיכון שנמצאו להם קשר מובהק להתפתחות פצעי לחץ הם גיל מתקדם, תנועתיות מופחתת, פרפוזיה ירודה וקבלת עירוי עם זופרסורים.

שימוש באומדנים מהווה כלי טיפולי משמעותי במניעה וטיפול בפצעי לחץ. עקב תופעות לוואי וסיבוכים קשים הקשורים לפצעי לחץ, סטנדרט הטיפול כולל המלצות לערוך אומדן סיכון ואומדן עור כוללני בזמן הקבלה לאשפוז ובכל שינוי במצבו של המטופל (National Pressure Ulcer Advisory Panel et al., 2014).

במטרה להעריך את הסיכון להתפתחות של פצע לחץ אצל מטופל, פותחו מספר כלים מתוקפים שמקובלים לשימוש הערכת סיכון – סקאלות בראדן (Braden Scale), נורטון (Norton Scale) ווטרלאו (Waterlow, 2006).¹ סקלת בריידן (Lyder, c.2003) בודקת 6 מרכיבים ע"פ סקאלה שנעה בין 1 (ציון נמוך) ל- 4 (ציון גבוה): לחות, פעילות (עד כמה החולה הוא אקטיבי), מוביליות, תזונה, תחושה וחיכוך. ככל שהציון נמוך יותר, כך עולה הסיכון לפיתוח פצע לחץ. סקאלת בריידן נמצאה בשימוש בעיקר בארה"ב. סקלת נורטון, שבעיקר בשימוש בבריטניה ובישראל, בודקת 5 מרכיבים: מצב פיזי, מצב מנטלי, פעילות, מוביליות ואי שליטה על סוגרים, על סקאלה שנעה בין 1 ל- 4 לכל קטגוריה. ככל שהציון נמוך יותר, כך הסיכון עולה. סקאלת ווטרלאו מורכבת מ- 9 מימדים: מבנה גוף/משקל בהתאם לגובה, הערכה ויזואלית של העור, מגדר, גיל, בריחת שתן, מוביליות, ציון הערכה תזונתית, וגורמי סיכון מיוחדים (כגון טראומה, ניתוח, מצב מנטלי) (Bergstrom, 1998). על אף שקיימות הנחיות קליניות רבות הדוגלות בשימוש בסקאלה להערכת סיכון, כמעט ולא נערכו מחקרים בנושא (Waterlow, 2005).

1.2 אומדן פצעי לחץ

ישנן שתי מערכות לסיווג פצעי לחץ: סיווג ה- National Pressure Ulcer Advisory Panel (2014) האמריקאי וסיווג של ה- European Pressure Advisory Panel האירופאי. שני הסיווגים מדרגים את פצעי לחץ ל- 4 רמות, אבל הסיווג האמריקאי מוסיף שני סיווגים נוספים של פגיעה עמוקה ברקמות (deep tissue injury), ואי יכולת לסווג (עקב זיהום).

Moore&Cowman (2014) מציינים כי, לפי הסיווגים רמה אחת מוגדרת כעור שלם (intact) עם אודם שלא נעלם בהפעלת לחץ. העור באזור שונה מהעור סביבו (חם / קר יותר, כואב, רך / קשה יותר). רמה 2 מאופיינת באיבוד כלשהו של עובי הדרמיס (נראה כפתח שטחי עם אודם). רמה 3 מהווה איבוד שלם של עובי הרקמה. ייתכן ששומן תת-עורי יהיה גלוי אבל עצם או שריר עוד לא גלויים לעין. הרמה הקשה ביותר היא רמה 4, כאשר אצל חולה עם פצע רמה 4 העצם כבר גלויה לעין. הרמות הנוספות של הסיווג האמריקאי הן אי יכולת סיווג במקרה שאין יכולת לראות את בסיס הפצע, ופגיעה עמוקה ברקמות כאשר העור סגול או נוצרה שלפוחית בעקבות נזק הנגרם לרקמה רכה (DeFloor et al 2005).

1.3 שיעורי היארעות פצעי לחץ

שיעור ההיארעות משתנה בהתאם למוסד הרפואי – בבתי חולים ישנו שיעור היארעות גבוה יחסית. מהספרות עולה טווח שיעורים נרחב כאשר הוא משתנה ממחלקה למחלקה. שיעור ההיארעות גם משתנה בהתאם לתקנון החולים, חומרת המחלה, שלב הפצע, ועוד גורמים שונים.

מידת שיעור היארעות פצעי לחץ נותנת הערכה מדויקת יותר של שיעור פצעי הלחץ שהתפתחו במהלך האשפוז בקרב הקבוצה הנמדדת בתקופה מסוימת. מידת היארעות מספקת מידע היכול לשמש כבסיס להתפתחות פרוטוקולים למניעה, ומספקת תמונת מצב על השפעת טיפולי מניעה על התפתחות פצעי לחץ בקרב החולים. אולם, מידת היארעות מורכבת מאד לביצוע וגם יקרה יותר (Black et al.2007).

Shahin et al., (2008) מציינים כי, לפי ה- AHRQ וההנחיות של Wounds International יש למדוד היארעות עם המשוואה הבאה: מספר החולים שפיתחו פצע לחץ לאחר אשפוז (יש לספור חולים ולא פצעים – חולה עם יותר מפצע אחד ייחשב פעם אחת בלבד) לחלק למספר החולים, שהתאשפזו בתקופה הנמדדת.

שיעור היארעות בבריטניה - נמצא כי שיעור ההיארעות של פצעי לחץ בבתי חולים נע בין 1% ל- 5%. שיעור ההיארעות עולה ל- 8% כאשר החולה מרותק לכיסא גלגלים או למיטה ליותר משבוע (Agency of Health care Research and Quality).

שיעור היארעות בארצות הברית - במוסדות טיפול ארוכי טווח ההיארעות נעה בין 2.2% ל- 23.9%. היארעות אצל חולים בטיפול ביתי ידועה פחות, אבל מעריכים כי השיעור נע בין 0% ל- 17% (Vanderwee et al.,2007).

Grey et al. (2006) ערכו מחקר בארה"ב במשך 6 שנים רצופות (1999-2004) אשר בדק את שיעורי הימצאות והיארעות של מטופלים עם פצעי לחץ במחלקות כירורגיות וטיפול נמרץ ב- 116 בתי חולים אקוטיים ב- 34 מדינות. שיעור ההיארעות נבדק בהתבסס על משך אשפוז ממוצע של כל בית חולים.

ה- N של המחקר נע בין 17,510 ב- 1999 ל- 31,969 ב- 2004. שיעור היארעות היה 8% ב- 1999, 9% ב- 2000, 7% ב- 2001, 8% ב- 2002, 7% ב- 2003 ו- 2004. אחוז החולים הקשישים (גיל 65 - 94) נע בין 68% ל- 73%, לעומת אחוז החולים בגילאי 0 עד 64 שנע בין 27% ל- 31% (Woodbury&Houghton, 2004).

במחקר קוהורט רטרוספקטיבי שנערך בין 2009-2011 ובחן 242,745 מטופלים שהשתחררו מאשפוז ב- 15 בתי חולים כלליים ושלישונים. המקרים היו מטופלים עם אשפוז אחד שהוביל ליצירת פצע לחץ והבקורות מטופלים ללא פצע לחץ בכל אשפוז שהוא בשנתיים רצופות אלו. נמצא כי 2-68% רכשו פצע בזמן האשפוז (Gardner et al. 2014).

שיעור היארעות בצרפת - מחקר שנערך בחדר מיון של בית חולים צרפתי מצא שיעור היארעות של 4.9%, כאשר השיעור היה 15.7% אצל חולים מעל גיל 75. נמדד שיעור צפיפות ההיארעות של 5.4 ל-1,000 חולים (Keelaghan, et al, 2008).

שיעור היארעות ביחידות טיפול נמרץ - חקר סקירה שנערכה ב- 2008 על מחקרים במקומות שונים בעולם בדק מחקרים שנערכו בנושא שיעורי היארעות של פצעי לחץ ביחידות טיפול נמרץ. נמצא כי שיעור ההיארעות ביחידות טיפול נמרץ נע בין 3.8% ל-12.4% (Dugaret et al., 2012).

על אף השונות בין המחלקות, בשנים האחרונות ניכרת מגמת ירידה בשיעור ההיארעות של פצעי לחץ במחלקות לטיפול נמרץ בארה"ב משיעור של 10% בשנת 2011 ל- 3% בשנת 2013 (Swafford, 2016), כאשר גורמי הסיכון העיקריים שנמצאו קשורים להיארעות במחלקות לטיפול נמרץ הם המשתנים הנכללים במודלים של pressure, perfusion, oxygenation (Bly, 2016).

1.4 שיעור הימצאות פצעי לחץ

שיעור הימצאות תורם לקבלת תמונת מצב עדכנית על פצעי לחץ קיימים וכך מסייע בתכנון הפניית המשאבים למקומות הנכונים (Berlowitz, 2014).

מהספרות עולה טווח שיעורים נרחב בין 0.4%-38% בבתי חולים כלליים, 2%-24% במוסדות סיעודיים לאשפוז ממושך (Qaseem, 2015, VanGilder, 2009, Lyder, 2003).

VanGilder et al. (2009) מציינים כי לפי לפי ה-AHRQ, יש למדוד את כל החולים עם פצע לחץ במחלקה / בית חולים הנמדד עם פצע לחץ (יש לספור חולים ולא פצעים – חולה עם יותר מפצע אחד ייחשב פעם אחת בלבד) ולחלק במספר החולים הנמצאים במחלקה / בית החולים בחודש. כדי לקבל אחוז, יש להכפיל את התוצאה ב- 100.

עפ"י ההנחיות של Wounds International, ניתן למדוד point prevalence. כלומר, מספר החולים המאושפזים במחלקה/בית חולים מסוים עם פצע לחץ בנקודה מסוימת בזמן לחלק למספר האנשים המאושפזים באותה מחלקה/בית חולים באותה זמן, ועל מנת לקבל אחוזים יש להכפיל ב- 100.

באירופה נערך מחקר פיילוט שנועד לפיתוח מתודולוגיה אחידה לסקרי הימצאות פצעי לחץ, החוקרים טענו כי ישנן מדינות רבות ברחבי העולם המבצעות סקרי הימצאות של פצעי לחץ, אבל לא ניתן להשוות ביניהם, כיון שהן משתמשות במתודולוגיות שונות. לכן, החוקרים החליטו לפתח מתודולוגיה אחידה שתשמש את כל המדינות. החוקרים פיתחו שאלון שכולל 5 קטגוריות מידע: כללי (אודות הבית חולים, מדינה), חולה (מגדר, היסטוריה), הערכת סיכון (ע"י ה-Braden Scale), הערכת העור (ע"י ה-EPUAP Classification System), ומניעה. החוקרים ערכו את הפיילוט ב- 5 מדינות (n=5,947; 25 בתי חולים השתתפו). שיעור הימצאות כללי - 18.1%. כחצי מכלל האוכלוסייה הנמדדת (49.1%) היה מעל גיל 70.

בבלגיה, שבדיה, ובריטניה – שיעור ההימצאות נע בין 21.1% ו- 23%. בפורטוגל שיעור ההימצאות עמד על 12.5%, ובאיטליה שיעור ההימצאות היה הנמוך ביותר - 8.3% (Tannen et al., 2008).

בשבדיה שיעורי ההימצאות בבתי החולים הכלליים נעים בין 14.4% ל- 16.6% בשנים 2011-2012 (Baath, 2014), ובגרמניה ב- 225 בתי החולים הכלליים שיעור ההימצאות הממוצע הינו 10.2% בין השנים 2001 לבין 2007, כאשר חלה ירידה ברוב המחלקות מ- 13.9% ל- 7.3%. נצפתה ירידה משמעותית גם בשיעור ההימצאות של פצעי לחץ במחלקות הגריאטריה לעומת מחלקות נירולוגיה וטיפול נמרץ שבהם השיעור נשאר קבוע (Kottner, 2009).

שיעור הימצאות בקנדה - מחקר שנערך בקנדה ב- 2003 בדק את כל מחקרי ההימצאות שנערכו בקנדה משנת 1990 ועד 2003. המחקר מצא כי ההימצאות הממוצעת של פצעי לחץ במוסדות אקוטיים היא 25.1%. הימצאות של פצעי לחץ במוסדות הבריאות השונים בקנדה נע מ- 15% ל- 30%, כאשר הממוצע הוא 26% (Tubaishat et al., 2011).

שיעור הימצאות בארה"ב - מחקר שנערך בפילדלפיה (Barrois et al., 2008) בדק שיעור הימצאות של פצעי לחץ אצל חולים גריאטריים מאושפזים שמגיעים ממוסד גריאטרי (בית אבות) לשיעור ההימצאות של פצעי לחץ אצל חולים גריאטריים מאושפזים שמגיעים מביתם. החולים היו בני 65 ומעלה. נמצא כי אצל חולים גריאטריים המגיעים ממוסד גריאטרי שיעור הימצאות היה 26.2%, לעומת חולים המגיעים מביתם, שאצלם שיעור ההימצאות עמד על 4.8%. כדי לבדוק הימצאות, החולים נבדקו ביום השלישי לאשפוז לנוכחותם של פצעי לחץ. בנוסף, נאסף מידע לגבי ההיסטוריה הרפואית של החולה, ומידע אישי כדי להעריך אם פצע הלחץ התפתח בבית החולים או לפני האשפוז.

מחקר אחר שנערך בארה"ב בתקופה של 6 שנים רצופות (1999-2004) המוזכר לעיל, בדק שיעורי הימצאות והיארעות של פצעי לחץ במחלקות כירורגיות וטיפול נמרץ ב- 116 בתי חולים אקוטיים ב- 34 מדינות. שיעורי ההימצאות לתקופה זו נעו בין 14% ל- 17%, כאשר אחוז החולים מגיל 65 ומעלה נע בין 69% ל- 72%, ושיעור החולים מתחת ל- 65 נע בין 26% ל- 31% (Jiang et al., 2014).

מחקר נוסף, שבדק שיעורי הימצאות של פצעי לחץ בארה"ב היה ה- International Pressure Ulcer Prevalence Survey, סקר point prevalence שנערך בשלושה ימים בין השנים 2008 ו- 2009. שיעור ההימצאות הכללי היה 13.5% בשנת 2008 (6% נרכש בבית החולים), ו- 12.3% ב- 2009 (5% נרכש בבית חולים). שיעור ההימצאות הכי גבוה בשנתיים בהם נערך הסקר היה במחלקות סיעודיות במוסד אקוטי (long-term acute care) (31.9% ב- 2008, ו- 29.3% ב- 2009). שיעור ההימצאות במחלקות הקרדיולוגיות היה 8.8% ובמחלקות טיפול נמרץ כירורגי 10.3% כשלמעשה הטווח במחלקות השונות לטיפול נמרץ נע בין 15-20% (VanGilder et al. 2009).

ה- National Pressure Ulcer Prevalence Survey (1997), מצא שיעור הימצאות כולל של 10.1% בבתי חולים בארצות הברית.

שיעור הימצאות בגרמניה והולנד - מחקר השוואתי שנערך בבתי חולים ובמוסדות גריאטריים בגרמניה והולנד ב- 2008 מצא, כי שיעור ההימצאות של פצעי לחץ בבתי חולים בהולנד (28.8%-41.4%) גבוהים יותר משיעור ההימצאות בגרמניה (18.8%-28.8%). גם שיעור ההימצאות של פצעי לחץ במוסדות גריאטריים היו גבוהים יותר בהולנד (36.9%-43.3%) משיעור ההימצאות במוסדות גריאטריים גרמניים (9.1%-12.6%). המחקר מצא פער בין ההנחיות הקליניות וההמלצות המקצועיות בנושא לבין הטיפול הניתן. החוקרים מסבירים כי אחת הסיבות להבדל בשיעור ההימצאות הוא מתן טיפול מניעתי שנעשה

יותר בגרמניה. בנוסף, החוקרים משערים שסיבות נוספות הם חוסר זמן, מחסור בצוות והכשרה לא מספקת (Tannen et al. 2008).

שיעור הימצאות במדינות אחרות נוספות: בירדן 12% (Tubaishat, A. et al. 2011), בצרפת 8.1% ב-776 בתי חולים, 7.8% בקרב נשים ו-8.6% בקרב גברים (Barrois, B. et al. 2014), בסין 1.58% בבתי חולים כלליים כאשר 52% מהחולים המאושפזים עם פצעי הלחץ הם בגילאים 70-89 (Jiang, et al. 2014).

1.5 תכנית מניעה וטיפול בפצעי לחץ

בתוכניות מניעה והתערבות נכללים המרכיבים הבאים: תמיכת ההנהלה בארגון, מינוי צוות מוביל לתכנון ויישום תכנית ההתערבות, שיתוף צוות רב מקצועי, שימוש במערכות מידע לתמיכה בתכנית הטיפול, הכשרת הצוות המטפל והנחלת גישה חיובית בקרב הצוותים להצלחת התכנית. בהתייחס לטיפול הישיר בפצעי הלחץ מקובל להשקיע מאמצים במניעה או הפחתת לחץ מעל בליטות גרמיות, זהו תפקיד מכריע במניעה וטיפול בפצע לחץ. אומדן פרואקטיבי של הסיכון לפצע לחץ (לדוגמה סקלת ברדן) מומלץ בכל בית חולים לכל המטופלים המאושפזים. שינויי תנוחה תכופים ושימוש באביזרים המסייעים בהפחתת הלחץ (מזרונים עם מנגנון לפיזור לחצים) מאזורי הפצע והפחתת כוחות גזירה.

בארה"ב חלה ירידה בשיעור הממוצע של הימצאות פצעי לחץ בין השנים 2004 ל-2014 הן בבתי חולים אקוטיים והן במרכזים לטיפול ממושך, משיעור של 7.8% ל-1.4%, ירידה שהוסברה ע"י שימוש בכלי אומדן, הכשרת הצוותים, הקפדה על תיעוד, ועשייה קלינית מבוססת ראיות (Beal, 2016). מגמת הירידה ניכרת בבתי חולים לטיפול ממושך, זאת לאחר התערבות שכללה הקפדה על תיעוד, והקצאת צוות ייעודי לטיפול בפצעים (Milne, 2009).

ביפן, שיעורי ההימצאות בבתי חולים כלליים 2.2% ובבתי חולים לטיפול ממושך 9.6%, הבדל שמוסבר בעיקר על רקע המחסור בצוות מתאים למניעת פצעי לחץ בבתי החולים לטיפול ממושך (2013 Iggarashi).

אחד הגורמים להופעת פצע לחץ בטיפול הממושך הינו מחסור בצוות סיעודי. הבעיה אף עלולה להחמיר לאור העובדה ששיעור הזקנים יעלה באוכלוסייה בעשורים הקרובים כשידוע ש-70% מהיארעות של פצעי לחץ היא בקרב זקנים מעל גיל 70 (White- Chu, 2011).

היווצרות והימצאות פצע לחץ במהלך האשפוז בבית החולים מהווה קריטריון לטיב הטיפול ולאיכותו, ועל כן נחשב כמדד איכות בטיפול הסיעודי.

מרבית פצעי הלחץ ניתנים למניעה ולכן יש חשיבות משמעותית להתנהלות מערכתית למניעתם ע"י הטמעת מדיניות והנחיות כתובות, התאמת ציוד והעלאת המודעות בקרב האחיות והצוותים האחרים המטופלים. הטיפול המניעתי הניתן על ידי האחיות הוכח כבעל משמעות בהיבט של איכות חיי המטופל ובהיבט הכלכלי. הטיפול בפצעים מחייב מעורבות של צוות רב מקצועי מתחומים שונים וביניהם כירורגית כלי דם, פלסטיקה, אורתופדיה ועוד.

אמצעי נוסף בעל חשיבות גבוהה למניעת פצעי לחץ הינו סוג המזון. משטח להפחתת לחץ הינו משטח שבו לחצים באופן עקבי נמוכים מ- 25 מ"מ כספית (Butler, 2007). התערבות מוקדמת מהווה אמצעי יעיל ביותר למניעת פצעי לחץ במטופלים שזוהו בסיכון גבוה להתפתחות הפצע. הרכיבים העיקריים להתערבות מוקדמת כוללים זיהוי מטופלים בסיכון, שמירה ושיפור של סבילות הרקמות לפגיעה ופציעה, הגנה מפני השפעה שלילית של הלחץ, חיכוך וגזירה, הפחתה בשיעור פצעי לחץ דרך תכניות הדרכה (Qaseem, 2015, Butler, 2007). הצוות המטפל צריך לדעת ולהכיר את התכנית למניעת פצעי לחץ. יש להתאים את תכנית ההתערבות המובנית באופן אישי בהתאם למאפייני: גיל, משקל, מצב רפואי, שימוש בצידוד רפואי שיבוא במגע עם עור המטופל ועלול להגביל את האפשרות לשינויי תנוחה. יש לזכור שלעיתים גם כאשר ננקטו כל אמצעי המניעה עדיין עלולים להתפתח פצעי לחץ. חשיבות גבוהה קיימת בהתעדכנות הצוות המטפל בכל הנוגע לחידושים בתחום העוסקים בקידום מניעת פצעי לחץ. כמו כן, חשוב לרענן ולהטמיע את הנחיות ונהלי העבודה בנושא. השקעה ופיתוח תכניות למניעת פצעי לחץ משתלמות יותר למערכת הבריאות מהטיפול בפצעי לחץ.

Qaseem (2015) מדגיש כי, כלי האומדן השונים להערכת סיכון להתפתחות פצע לחץ (Waterlow Braden, Cubbin, Norton, Jackson) הם בעלי רגישות נמוכה עד בינונית ולמעשה אינם מבחינים בין החולים במחלקות לטיפול נמרץ לבין חולים במחלקות האחרות לניבוי היארעות פצע לחץ, ועל כן ההתערבויות למניעה אינן יכולות להיות מבוססות רק על ממצאי כלי האומדן אלא על שורה של הנחיות להתערבות.

תכניות התערבות כוללניות הוכחו כיעילות להורדת שיעור היארעות פצעי לחץ בקרב חולים במחלקות האקוטיות (McBride, 2015, Heywood, 2015).

לסיכום

פצעי לחץ הם מהמצבים הנרכשים בבתי החולים להם ישנה השפעה מכרעת על איכות הטיפול, שביעות רצון המטופלים ועלויות הטיפול בבית החולים (Gardiner et al. 2014). קיימים הבדלים בשיעורי ההימצאות והיארעות בין המחלקות השונות בתוך בתי החולים האקוטיים הכללים, וכן בין בתי החולים הכללים לבין בתי חולים לטיפול ממושך, זאת על אף מגמת הירידה בשנים האחרונות.

למרות חשיבותה ושכיחותה הנרחבת של התופעה טרם נעשה מחקר מקיף בנושא בכל בתי החולים הכלליים והגריאטריים בישראל. על מנת לאמוד את שכיחות התופעה, גורמי הסיכון וניהול המניעה והטיפול בפצעי לחץ נערך הסקר הנוכחי.

2. מטרות ושיטות

2.1 מטרת המבדק

1. לאמוד שיעורי ההימצאות של פצעי לחץ בבתי חולים כלליים וגריאטריים בסקר חתך;
2. לאתר גורמי סיכון הקשורים ליצירת פצעי לחץ;
3. לתאר תהליכי מניעה וטיפול בפצעי לחץ.

2.2 שיטות

מבדק האיכות נערך תחת סעיף 22 לחוק זכויות החולה "ועדת בקרה ואיכות" בה מחויבים עורכי המבדק לשמירת סודיות וחסינות הנתונים. גובשו שאלוני מבדק ע"י ועדת היגוי בה חברו נציגים בכירים העוסקים בתחום או נושקים לו. לאחר שחברי ועדת ההיגוי הגיעו להסכמה על התכנים, השאלונים תוקפו בפיילוט שנערך ב- 3 בתי חולים (2 כלליים ו- 1 גריאטרי) ובקבוצות מיקוד במהלך סדנת הכשרה לעורכי המבדק. איסוף הנתונים נערך בשיטה של בקרת עמיתים בסקר חתך חד יומי.

2.2.1 הליך המבדק

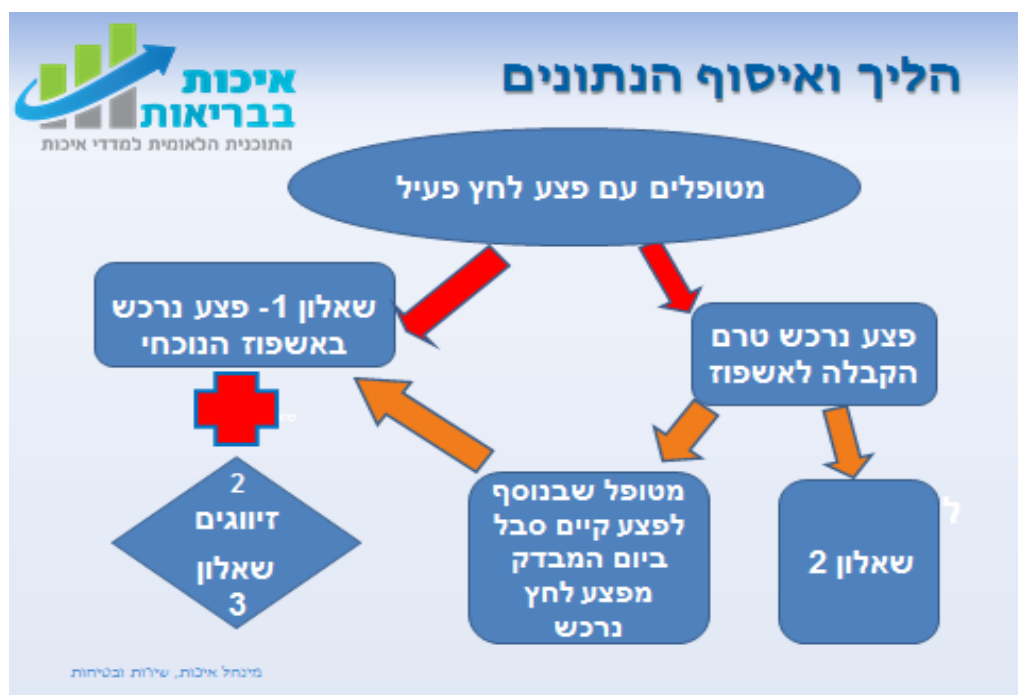
איסוף הנתונים בוצע על ידי מבדק בקרת עמיתים ברבעון אחרון של שנת 2015. בוצע סקר חתך חד יומי לאיתור מטופלים הסובלים מפצע לחץ הנרכש במהלך האשפוז. דגימה מזווגת נערכה – לכל חולה שנמצא עם פצע לחץ נרכש ביום המבדק, זווגו 2 חולים שלא פיתחו כל פצע לחץ מאותו מין וגיל (+/-) שנתיים או הכי קרוב שנמצא) ומאותה מחלקה. כמו כן, בוצע איסוף נתונים למטופלים שהתקבלו עם פצע לחץ פעיל בכניסה לאשפוז ולא פיתחו פצע נוסף במהלך האשפוז נכון ליום ביצוע הסקר.

2.2.2 כלי הסקר

השאלונים מתבססים על סולמות מדידה המקובלים בתחום.

• 3 שאלוני מבדק:

- שאלון 1 - לחולה עם פצע לחץ נרכש בבית החולים ביום המבדק (נכללו גם מקרים של פצע לחץ בכניסה שרכשו בבית החולים פצע נוסף). שאלון מתייחס למרכיבים דמוגרפיים ופרטי רקע של המטופלים, אבחנות רפואיות, מצב תזונתי, גורמי סיכון ותיאור הפצע ואמצעי המניעה והטיפול.
- שאלון 2 - לחולה עם פצע לחץ פעיל שנרכש טרם הכניסה לאשפוז (ללא פצע נרכש באשפוז). שאלון כולל פרטים דמוגרפיים, אבחנות רקע (מדד צ'רלסון) ותיאור הפצע.
- שאלון 3 - לחולים ללא פצע שזווגו לחולים עם פצע נרכש. בשאלון קיימים כל המרכיבים הנמצאים בשאלון 1 למעט מרכיבים המתארים את הפצע והטיפול בו.



בנוסף מולאו:

- שאלון מאפיינים – מוסדי ומחלקתי. הכולל התייחסות לפעילות במוסד ובמחלקות הספציפיות בנושאי אומדנים, מניעה וטיפול הנהוגים במטופלים בסיכון לפתח פצע ו/או מטופלים הסובלים מפצע פעיל ומאפייני כח אדם והכשרתם הייעודית לנושא.
- טופס מיפוי מאושפזים - **בכל מחלקות** בית החולים ביום המבדק, הכולל מידע על כלל המאושפזים במחלקות בית החולים ולא רק למחלקות הנסרקות.

2.2.3 אוכלוסיית הסקר

במבדק נדגמו 1,575 מאושפזים ב- 41 בתי חולים מהם: 27 בתי חולים כלליים ו- 14 מרכזים רפואיים גריאטריים. למטרת המבדק נדגמו מטופלים במחלקות בהן שכיחות פצעי לחץ גבוהה יחסית.

בבתי חולים הכלליים נכללו במבדק המחלקות (מספר המחלקות):

- פנימית (27)
- פנימית-גריאטרית (11)
- אורתופדיה (27)
- נירולוגיה (14)
- נירוכירורגיה (8)
- טיפול נמרץ (26)

בנוסף, מחלקות סיעוד מורכב ושיקום (7) בבתי חולים כלליים בהם קיימות מחלקות אלו. בסה"כ נבדקו 121 מחלקות.

בבתי החולים הגריאטריים נכללו במבדק המחלקות (מספר מחלקות):

- סיעוד מורכב (12)
 - גריאטריה אקוטית (7)
 - מונשמים (12)
 - שיקום (גריאטרי ואחר) (16)
- בסה"כ נבדקו 47 מחלקות.

2.3 ניתוח סטטיסטי

עקב מאפיינים שונים בבתי חולים כלליים לעומת גריאטריים ותמהיל שונה של החולים ומשך אשפוז שונה, עיבוד הנתונים נערך בנפרד למטופלים בבתי החולים הכלליים ולמטופלים בבתי החולים הגריאטריים. חושבו נקודות הימצאות לפי wound international ונערך חישוב לריבודים של בתי החולים לפי גודל ובעלות.

חושבו ההבדלים בין קבוצות המטופלים שרכשו פצע לחץ במהלך האשפוז לעומת מטופלים שאושפזו במחלקות הנדגמות מאותו מין ובגיל קרוב של עד שנתיים ולא פיתחו פצע במהלך הבקורות. למרות שנמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית העדפנו לא להסיק על סיבתיות בסקר חתך חד יומי, ולכן בוצע ניתוח תיאורי בלבד.

המשתנים הבלתי תלויים נבדקו ביחס אליהם באמצעות מבחני חי בריבוע (עבור משתנים קטגוריאליים כגון מין, מקום הגעה של המטופל) או מבחני t בלתי מזווגים (עבור משתנים בלתי תלויים רציפים כגון גיל, מדד תחלואה צ'רלסון וכו'). ומבחן מאן וויטני עבור משתנים המתפלגים לא נורמלית או שמספר הנבדקים בקבוצה קטן מ-30. עיבוד הנתונים נערך בתוכנת spss גרסה 23.

משך האשפוז בבית החולים חושב מיום הקבלה לבית החולים. היות והמבדק נערך במהלך האשפוז של הנבדקים ברבעון אחרון של 2015, הושלמו הנתונים על משך האשפוז מאגף המידע של משרד הבריאות ומבתי החולים. במקרה ובסיום תקופת עיבוד הנתונים המטופל הנבדק עדיין מאושפז נרשם משך אשפוז של שנתיים.

בחישוב נתונים לפי מחלקות הוחלט לאחד מחלקות שמספר הנבדקים היה קטן במיוחד כמו אורתופדיה ונוירוכירורגיה ומחלקה נוירולוגית בשל אופי דומה של המטופלים אוחדה עם פנימיות.

2.4 מגבלות הסקר

- סקר חתך חד יומי מאתר בעיקר את החולים הממושכים הקשים במיוחד וכמעט אינו כולל את החולים בעלי אשפוזים קצרים.
- זיווג הבקורות למקרים נערך לפי גיל ומין במחלקות הנבדקות. היה קושי במציאת 2 בקורות לכל מטופל ולכן בחלק מהמקרים זווג רק מטופל 1.
- כיון שהסקר חתך חד יומי, לא ניתן לעקוב אחר גורמי סיכון לאורך זמן ולחשב גורמים ותוצאות. לכן הסקר תיאורי בלבד.
- שאלון 1 מולא גם לנבדקים אשר התאשפזו עם פצע לחץ (בקבלה) ורכשו פצע חדש במהלך האשפוז. אלו היוו כשליש מהמקרים. במקרים אלו קשה היה להביט על מניעה באופן טהור מאחר וההליך היה מעורב גם בטיפול בפצע קיים.

3. ממצאים בבתי חולים כלליים

בפרק הממצאים נתאר את התפלגות הנבדקים בבתי חולים כלליים. חישוב ההתפלגויות והריבודים לפי מאפייני בתי החולים מסתמך על הנתונים כפי שנמסרו על ידי בתי החולים. בהמשך, ניתוח הנתונים בהתייחס למקרים ולבקורות מבוסס על איסוף הנתונים שנערך על ידי עורכי המחקר במבדק העמיתים. נשווה בין המקרים שהם המטופלים שרכשו פצעי לחץ במהלך אשפוזם בבית החולים לעומת הבקורות שהם המאושפזים במחלקות הנבדקות אך אינם סובלים מפצעי לחץ. כמו כן, נתאר את המטופלים שהגיעו לאשפוז עם פצע לחץ ועדיין סובלים ממנו בזמן האשפוז.

3.1 הימצאות מטופלים עם פצעי לחץ בבתי חולים כלליים

שיעור הימצאות תורם לקבלת תמונת מצב עדכנית על פצעי לחץ קיימים וכך מסייע בתכנון הפניית המשאבים למקומות הנכונים. בחישוב ההימצאות התייחסנו להנחיות של **Wounds International**, על פיהן ניתן למדוד את נקודת ההימצאות **point prevalence**. כלומר, מספר החולים המאושפזים במחלקה/בית חולים מסוים עם פצע לחץ בנקודה מסוימת בזמן לחלק למספר האנשים המאושפזים באותה מחלקה/בית חולים באותה זמן, ועל מנת לקבל אחוזים יש להכפיל ב-100.

בחישוב נקודת ההימצאות (point prevalence) בבתי חולים כלליים נמצא שיעור לאומי של 9%.

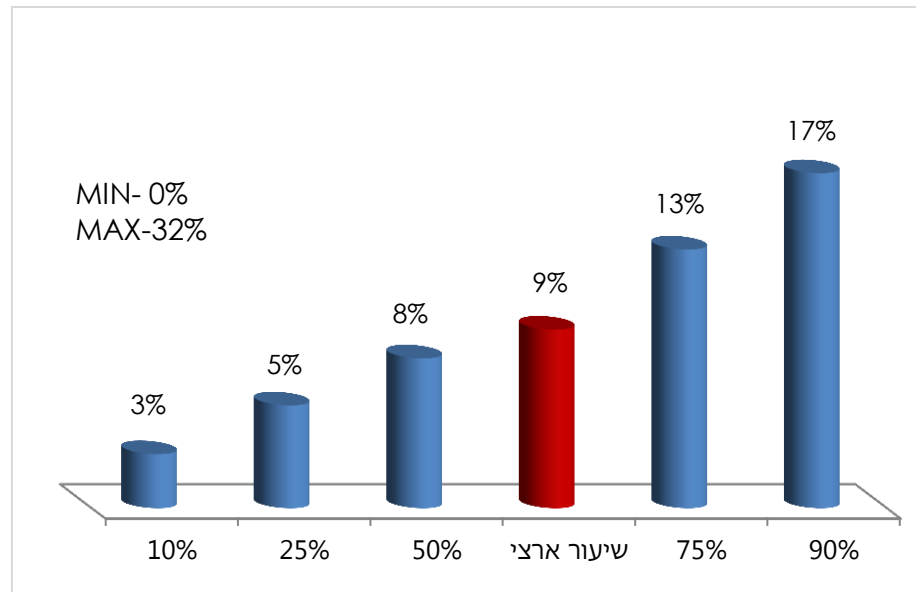
$$\text{בתי חולים כלליים - שיעור לאומי } 9\% = \frac{426(\text{קבלה}) + 145(\text{נרכש})}{6,361 \text{ מאושפזים במחלקות הנבדקות}} \times 100 = 9\%$$

יש להדגיש כי חישוב שיעור נקודת ההימצאות בפרק זה מתבסס על דיווחי בתי החולים והמחלקות הרלוונטיות לגבי נוכחות מטופלים עם פצעי לחץ פעילים ביום המבדק.

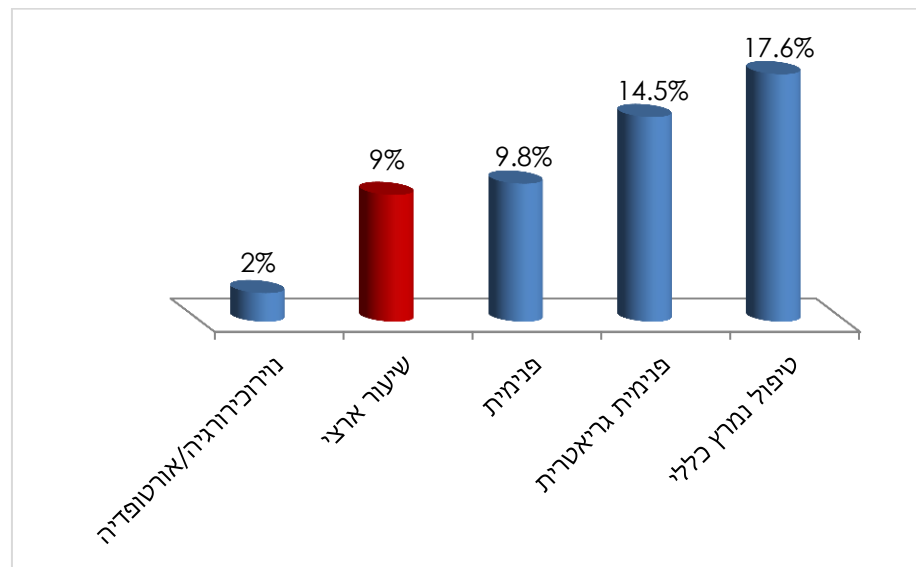
שיעורי נקודות ההימצאות נעו בטווח נרחב בין 0% ועד 32%. בחישוב ההימצאות על פי עשירונים, בעשירון התחתון ההימצאות 3% ובעשירון העליון 17% כאשר החציון עומד על 8% (תרשים 1).

בהתפלגות לפי מחלקות ביה"ח ההימצאות נמוכה נמצאה במחלקות נירורכיורגיה ואורתופדיה, 2% בלבד. השיעור גבוה מעל המדד הלאומי במחלקות פנימית ופנימית גריאטרית ומטפסות בטיפול נמרץ כללי ל- 17.6% (תרשים 2). שיעור גבוה במחלקות טיפול נמרץ דווח גם בעולם בשיעורים דומים שבין 15%-20%.

תרשים 1: הימצאות מטופלים עם פצעי לחץ בבת"ח כלליים - דירוג לפי עשירונים
(n=571 מטופלים עם פצעים פעילים)



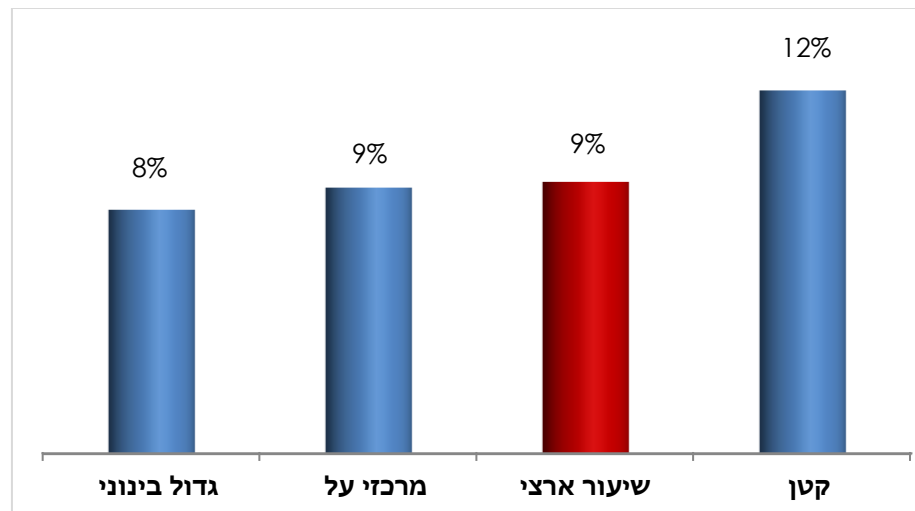
תרשים 2: הימצאות מטופלים עם פצעי לחץ בריבוד לפי מחלקות בבת"ח כלליים
(n=571 מטופלים עם פצעים פעילים)



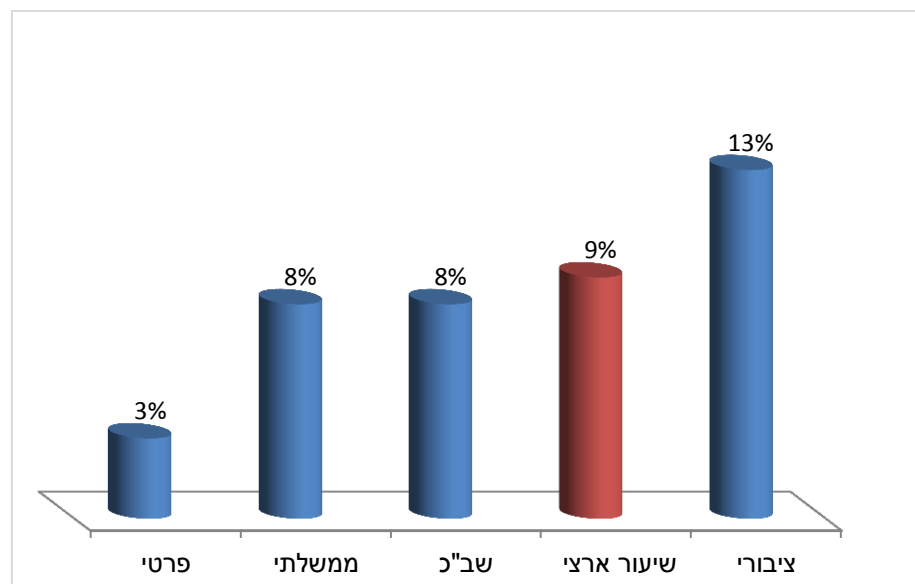
בהתפלגות לפי גודל ביה"ח נראה נקודת הימצאות הנמוכה יותר מהשיעור הלאומי בבתי חולים גדולים בינוניים 8%. לעומת השיעור הגבוה ביותר בבתי חולים קטנים של 12%. כאשר במרכזי העל נקודת ההימצאות דומה לשיעור הלאומי. (תרשים 3).

בהתפלגות על פי בעלות בתי החולים נמצא השיעור הנמוך ביותר בבתי החולים הפרטיים (3%) והגבוה ביותר בציבוריים (14%). כאשר נקודות ההימצאות בממשלתיים ובשב"כ קרובים לשיעור הלאומי (תרשים 4). בהתפלגות לפי מיקום גיאוגרפי שנמדד על פי מדד הפריפריאליות (המקובל בלמ"ס). מעניין כי, הימצאות נמוכה יותר בבתי חולים בפריפריה ואילו בתי חולים המוגדרים כמרכזיים בהם שיעור ההימצאות הגבוהה ביותר 10% (תרשים 5).

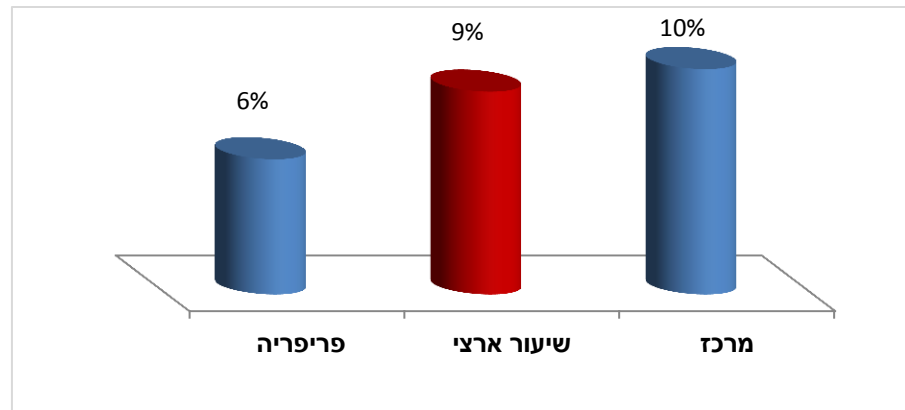
תרשים 3: הימצאות מטופלים עם פצעי לחץ בריבוד לפי גודל בת"ח כלליים
(n=571 מטופלים עם פצעים פעילים)



תרשים 4: הימצאות מטופלים עם פצעי לחץ בריבוד לפי בעלות בבת"ח כלליים
(n=571 מטופלים עם פצעים פעילים)



**תרשים 5: הימצאות מטופלים עם פצעי לחץ בריבוד לפי מדד פריפריאליות בבת"ח כלליים
(n=571 טופלים עם פצעים פעילים)**



לסיכום, שיעור ההימצאות הממוצע הלאומי 9% והשיעורים נעים בטווח נרחב שבין 0%-32%. בדירוג הממוצעים נמצא כי ברבעון העליון (ברבע מבתי החולים) שיעור ההימצאות 13% ומעלה. שיעורים גבוהים בדומה לפרסומים בעולם ובארצ"ב נמצאו ביחידות לטיפול נמרץ (18%). שיעורי הימצאות ממוצעים גבוהים יחסית נמצאו בבתי חולים קטנים (12%) ובבתי החולים הציבוריים (13%) יחסית לבעלויות האחרות.

3.2 תיאור הנבדקים בסקר בבתי חולים כלליים

פרק זה מחושב על בסיס נתונים שנאספו ביום המבדק.

בבתי החולים הכלליים נדגמו 766 נבדקים. 360 נבדקים, קרוב למחציתם (47%) הגיעו לבית"ח עם פצע לחץ פעיל. כחמישית (19%) פיתחו פצע לחץ במהלך האשפוז בבית"ח הם זוגו ל- 34% מהנבדקים כבקרות (טבלה 1). רוב הנבדקים נדגמו בבתי חולים גדולים בינוניים (42.6%) ומרכזי על (36.7%) (טבלה 2).

כמחציתם מבתי חולים ממשלתיים (49.2%). קרוב לשליש משירותי בריאות כללית (28.6%) וכחמישית מבתי חולים ציבוריים (22%), (טבלה 3). הנבדקים נדגמו במחלקות פנימית, פנימית גריאטרית, נירולוגיה, טיפול נמרץ כללי, אורטופדיה ונירורכיורגיה, סיעוד מורכב ושיקום. רוב הנבדקים 71.5% נדגמו במחלקות פנימיות. לעומת זאת, עקב מיעוט נבדקים במספר מחלקות אחרות אוחדו הקטגוריות. הנבדקים מנירולוגיה אוחדו עם הפנימית ונבדקים מנירורכיורגיה עם האורתופדיה. ממצאים של סיעוד ושיקום ימסרו באופן פרטני לבתי החולים הרלוונטיים אך עקב מיעוט משתתפים ואפיון שאינו מייחד את בתי החולים הכלליים לא נפרט ממצאים עבורם בדו"ח הלאומי, (טבלה 4). למעלה ממחצית הנבדקים הינם גברים (55%) וקרוב למחצית נשים (45%) (טבלה 5). שני שלישים (67%) הגיעו מביתם בקהילה וכרבע (27%) ממוסדות סיעודיים (טבלה 6).

טבלה 1: תיאור הנבדקים לפי סוג השאלונים

כלליים		
סוג מטופלים	שכיחות	%
פצע לחץ בקבלה	360	47%
פצע לחץ נרכש	145	18.9%
בקריות	261	34.1%
Total	766	100%

טבלה 2: התפלגות נבדקים על פי גודל בית החולים

כלליים		
גודל בית החולים	שכיחות (פצע נרכש, בקריות, פצע בקבלה)	%
קטן (10)	159 (88 /45 /26)	20.8%
גדול בינוני (11)	326 (169/100/57)	42.6%
מרכזי על (6)	281 (103/116/62)	36.7%
Total (27)	766 (360/261/145)	100%

טבלה 3: התפלגות נבדקים לפי בעלויות בתי החולים

כלליים		
בעלות	שכיחות (פצע נרכש/ בקריות/ פצע בקבלה)	%
ממשלתי (11)	376 (163/140/73)	49.1%
ציבורי (7)	168 (92/47/29)	21.9%
שב"כ (8)	219 (105/72/42)	28.6%
פרטי (1)	3 (2/0/1)	0.4%
Total (27)	766 (360/261/145)	100%

טבלה 4: התפלגות הנבדקים במחלקות השונות

כלליים		
מחלקה	שכיחות	%
פנימית	548	71.5%
טיפול נמרץ כללי	61	8%
פנימית גריאטרית	53	6.9%
אורתופדיה	41	5.4 %
סיעוד מורכב	36	4.7%
נירורכיורגיה	12	1.86%
שיקום (גריאטרי/ אחר)	10	1.3%
נירולוגיה	5	0.8%
Total	766	100%

טבלה 5: התפלגות נבדקים לפי מגדר בבתי חולים כלליים

כלליים		
מין	שכיחות	%
זכר	421	55%
נקבה	345	45%
Total	766	100%

טבלה 6: התפלגות נבדקים לפי מקור ההגעה לבתי החולים הכלליים

כלליים		
מקור הגעה	שכיחות	%
בית	508	66.3%
מוסד סיעודי	206	26.9%
בי"ח אחר	43	5.6%
לא ידוע	9	1.2%
Total	766	100%

3.3 תיאור המקרים - מטופלים שרכשו פצע לחץ בבתי חולים כלליים

3.3.1 מאפייני רקע המטופלים - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי חולים כלליים

בבתי חולים כלליים נדגמו במבדק 766 נבדקים, מתוכם 145 פיתחו פצע לחץ במהלך האשפוז (להלן המקרים). אליהם זווגו 261 נבדקים מן המחלקה הנסרכת ומאותו מין ובגיל קרוב של עד שנתיים הפרש (להלן הבקורות).

בקר המקרים, טווח הגילאים בין 19-101 הגיל הממוצע mean 72 s.d 16.5 רובם גברים (63%). מדד תחלואה צ'רלסון חציוני הוא 3. בקרב 41% מדד תחלואה 4 ומעלה. מדד צ'רלסון הוא מדד תחלואה נלווית תיאור הכלי והשימוש בו מתוארים בנספח 3.

במאפייני הרקע האישיים ומדד התחלואה הנלווית לא נמצאו הבדלים מובהקים בין המקרים לבקורות. חשוב לציין כי, לא נמצא הבדל בפרופיל הקליני בין המקרים לבקורות.

לגבי מקור ההגעה לבית החולים, 70% מהמקרים הגיעו מביתם לעומת 87% מהבקורות. חשוב להדגיש את ההבדל בהגעה ממוסד סיעודי, כאשר קרוב לרבע מהמקרים הגיעו ממוסד סיעודי לעומת כ- 10% בלבד מהבקורות. כך שיש להתייחס למקור ההגעה של המטופלים כמקור לנטייה לסיכון. ל- 70% ישנו מטפל עיקרי לעומת 57% מהבקורות, נתון שעשוי לעודד בגיוס התמיכה החברתית והסיוע מבית.

הבדל מובהק נמצא במשך האשפוז בבית החולים כאשר משך האשפוז החציוני של המקרים 52 ימים פי 5 ממשך האשפוז של הבקורות (10 ימים חציוני) ($p < 0.001$).

יש לציין כי נאספו נתונים לגבי משך האשפוז גם לאחר יום הסקר חתך חד יומי כך שמשך האשפוז הוא כולל יום קבלה לאשפוז עד יום שחרור מבית החולים. כך שאפשר להתרשם מתמונה כוללת של ההבדל בין המקרים לבקורות (טבלה 7). בחודש הראשון לאשפוז נדגם מספר רב יותר של מקרים לעומת בקורות (תרשים 6).

3.3.2 מאפייני רקע בתי החולים - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי חולים כלליים

מבין 145 המטופלים שרכשו פצע לחץ בבתי חולים כלליים למעלה מ- 40% נדגמו ממרכזי העל קרוב ל- 40% מבתי חולים גדולים - בינוניים ו- 18% בלבד מבתי חולים קטנים. מחציתם מבתי חולים ממשלתיים, כשליש מהשב"כ וחמישית מהציבוריים. רובם במחלקות עתירות הסיכון, שני שלישים מהמחלקות הפנימיות ו- 16% ביחידות טיפול נמרץ (טבלה 8).

3.3.3 מצב תזונתי - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי חולים כלליים

למחצית מהמקרים נערך סיקור תזונתי תוך יממה מרגע קבלתם לאשפוז, הבקורות המתינו אף פחות מיממה ($p < 0.001$).

בבתי החולים הכלליים נפוץ יותר השימוש בכלי הסיקור התזונתי MUST. לפי נאמד סיכון גבוה לתת תזונה בקרב 36% מהמקרים לעומת 18% מהבקורות ($p = 0.006$). לסיכום, הסיקור התזונתי בהתייחס לכלל כלי הסיקור דומה בממצאיו לציוני שהתקבלו בכלי ה-MUST.

חלפו 5 ימים (חציון) עד שהתקבל ייעוץ תזונתי בקרב המקרים לעומת 3 ימים (חציון) בלבד בקרב הבקורות. אך יחד עם זאת 89% מהמקרים קיבלו ייעוץ תזונתי לעומת 44% בלבד מהבקורות ($p < 0.001$). מעניין הפרש הזמן בין הייעוץ התזונתי לבין תאריך גילוי הפצע שהוא זמן חציוני של 2.5 (0-8) ימים. BMI mean 26.2 s.d 6.8 בקרב המקרים בדומה לבקורות, ציון שהוא מעל הנורמה. נתון המדגיש כי יש לשים לב מחד, לעלייה במשקל בקרב המטופלים המועדים לפתח פצעי לחץ ומאידך, למטופלים המפחיתים ממשקלם עקב הדרדרות במצבם. קרוב לרבע מהמטופלים (23%) עם פצע נרכש ירדו במשקל ב- 3-6 חודשים אחרונים ו- 40% מהמקרים תווגו כסובלים מתת תזונה לעומת 24% מהבקורות ($p = 0.006$). בהתחשב בסטטוס תזונתי הרגיש והדינמי יש לציין כי, כמעט לכול המקרים והבקורות תועדה רישום וקיום תכנית תזונתית (טבלה 9).

3.3.4 תכנית למניעה טרם הופעת הפצע הנרכש - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי"ח כלליים

במבדק נאמדה תכנית המניעה המיועדת למנוע התפתחות פצעי לחץ כוללת שמירה על תנוחה בזווית 30° בכדי למנוע השפעת כוחות הגזירה, שינויי תנוחה, תכנית פיזיותרפיה, תכנית דיאטנית, שימוש בעזרים כגון מזרון דינאמי, כריות הושבה ושימוש בסדיניות למניעת חיכוך. נמצא כי בכל האמצעים הקפידו להשתמש באופן מובהק ביותר בקרב המקרים לעומת הבקורות (טבלה 10).

ייתכן ומתייחסים ומיישמים יותר את תכנית המניעה כאשר מדד נורטון נמוך יותר כמו שנמצא בקרב המקרים לעומת הבקורות. יחד עם זאת, יש לציין כי שינויי התנוחה ותכנית הדיאטה יושמו במידה בינונית-רבה אם כי לא על פי הנדרש במידה מלאה. לעומתם נעשה שימוש מועט מדי בתכנית

פיזיותרפיה שנרשמה בפחות מ- 40% מהמקרים ושימוש בעזרים מיוחדים ומזרונים כמו מזרון דינמי בו השתמשו ב- 31% מהמקרים בלבד טרם יצירת הפצע החדש.

(31%) 45 מתוך 145 מטופלים עם פצע נרכש הגיעו לאשפוז עם פצע בזמן הקבלה. ייתכן ובמקרים אלו אצל המטופלים כבר ישנו פצע פעיל מהקבלה ולכן השתמשו יותר בטיפולים מניעתיים ובאביזרים מתאימים.

על מנת לבדוק הנחה זו נבדקו ההבדלים במתן טיפול מניעתי ל- 45 מטופלים עם פצע פעיל בקבלה שפיתחו פצע נוסף במהלך האשפוז לבין 100 מטופלים אשר אושפזו ללא פצע לחץ פעיל בקבלתם אך רכשו פצע בזמן האשפוז.

לא נמצא הבדלים בביצוע תכנית המניעה טרום התפתחות פצע באשפוז. למשל: לא נמצאו הבדלים מובהקים בשינויי תנוחה ($p=0.57$), קיום תכנית פיזיותרפיה ($p=0.184$). שימוש במזרון דינמי ($p=0.287$).

לסיכום, לא קיימת נטייה ברורה ועקבית של טיפול מונע רב יותר בקרב מטופלים שהגיעו עם פצע ורכשו פצע נוסף לעומת מטופלים שהגיעו ללא פצע ורכשו פצע במהלך האשפוז. כך שלא ניתן להסביר כי בקרב המקרים רמת הטיפול המונע גבוהה יותר יחסית לבקורות על רקע הימצאות פצע לחץ פעיל. כנראה התייחסו לרמת הנורטון הנמוכה בהקפדה על המניעה. אך זאת עדיין לא במידה מספקת, יש לשפר את רמת המניעה בבתי חולים כלליים.

3.3.5 גורמי סיכון - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי חולים כלליים

מדד נורטון הוא המדד המקובל בישראל להערכת הסיכון להתפתחות פצעי לחץ בקרב מטופלים מאושפזים. בולט ההבדל בין המקרים לבקורות בסולם הנורטון כאשר הציון של המקרים הוא $10.6 \pm s.d$ 3.6 בממוצע המראה על מידת סיכון גבוהה ביותר להתפתחות פצע לעומת הבקורות שקיבלו ציון $15.6 \pm s.d$ 4.7 בממוצע שהם במידת סיכון בינונית. ($p<0.001$).

ל- 62% מהמקרים סבלו מהפרעה בשלמות העור לעומת 34% מהבקורות ($p<0.001$). באומדן **המצב התפקודי** בקרב המקרים נמצא מצב תפקודי נמוך יותר במובהק לעומת הבקורות. ל- 74% מהמקרים מוגבלות קבועה לעומת 29% מהבקורות. 80% מרותקים למיטתם, 43% לכיסא גלגלים, 15% סבלו מנוקשות וספסטיית לעומת 4% מהבקורות. **אומדן כאב** נערך לרוב המוחלט של המקרים והבקורות. אם כי לא נאספו נתונים לגבי ממצאי האומדן והמעקב הטיפולי הרלוונטי.

אנמיה היא אחד מגורמי הסיכון המשמעותיים בהתפתחות פצעי לחץ. ממוצע רמת ההמוגלובין $mean \pm 5.7 \text{ mg\%}$ 10.12 נמוך במובהק בקרב המקרים לעומת הבקורות להן נמדד $7.1 \pm s.d \text{ mg\%}$ 12 ($p<0.001$). **יצירת הפצע כמו גם ריפוי הפצע ואיחוי הרקמות מושפע מרמת האלבומין.** רמת האלבומין נמוכה יותר בקרב המקרים לעומת הבקורות. 70% מתחת לרמה 3.

ייתכן והמאושפזים בבית חולים כללי מצבם אקוטי מה שמתבטא בבדיקות המעבדה ברמות נמוכות של המוגלובין ואלבומין.

ברוב המדדים שקשורים לגורמי הסיכון קיים הבדל מובהק בין מקרים לבקורות מה שמדגיש את חשיבות המעקב אחר גורמים משמעותיים אלו בטרם הופעת פצע לחץ נרכש בזמן האשפוז ובניסיון למנוע את התפתחות פצעי הלחץ במהלך האשפוז (טבלה 11).

משך אשפוז ממושך ידוע כגורם סיכון להתהוות פצע לחץ. חלפו (8-26) 15 ימים אצל מחצית הנבדקים עד שגילו אצלם פצע לחץ נרכש חדש. זאת בדומה למחלקה פנימית. בטיפול נמרץ כללי גילוי הפצע היה בזמן החציוני הקצר ביותר תוך 11 יום (טבלה 12).

בהתפלגות זמנים נמצא כי 78% מהמקרים רכשו את הפצע בחודש הראשון לאשפוז, 14% בין חודש לחודשיים, 4% בין חודשיים לחצי שנה, 1% בין חצי שנה לשנה ו-2% בטווח של שנה ויותר (תרשים 7).

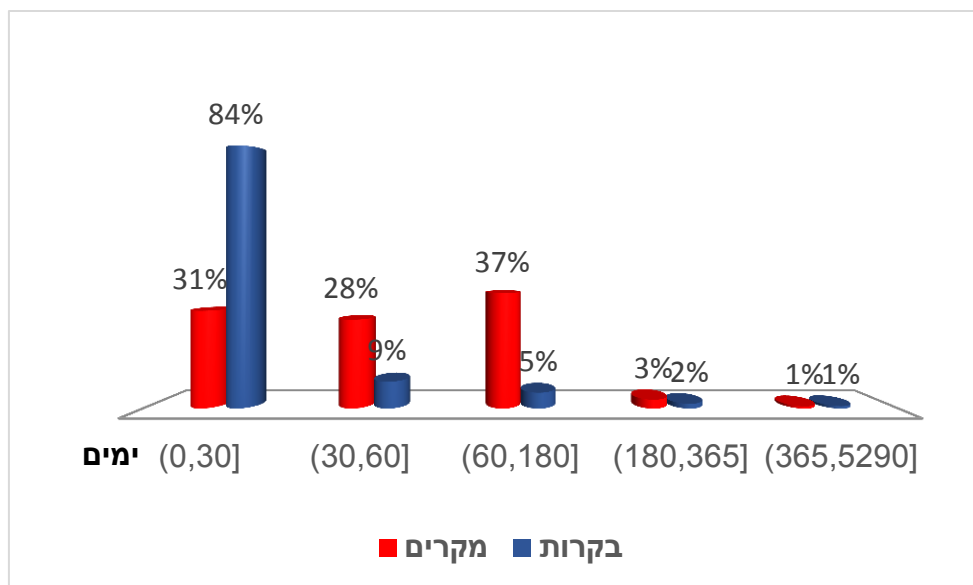
לאור הנ"ל ניכר כי יש ביכולתנו לאתר את המקרים בסיכון. הבעיה היא שלא תמיד נותנים את הטיפול המונע בזמן ובאופן שיטתי ומלא.

טבלה 7: מאפייני רקע של מטופלים - השוואה בין מקרים לבקורות בבת"ח כלליים

מובהקות	בקורות n=261		מקרים (מטופלים עם פצע נרכש) n=145		מדד
	%	מספר	%	מספר	
מין					
0.47	61.7%	161	62.8%	91	זכר
	38.3%	100	37.2%	54	נקבה
0.862	mean 71.74 s.d 15.4		mean 72.02 s.d 16.5		גיל
0.189	Median3(1-5)		Median3(1-4)		מדד צ'רלסון
0.055					מדד צ'רלסון דיכוטומי
	68.9%	142	59.5%	75	תחלואה נמוכה > 3
	31.1%	64	40.5%	51	תחלואה גבוהה < 4
מהיכן הגיע המטופל					
0.001	86.5%	225	70.3%	102	בית
	3.8%	10	5.5%	8	בי"ח אחר
	9.6%	25	22.8%	33	מוסד סיעודי
	0.4%	1	1.4%	2	לא ידוע
0.004	56.5%	147	70.3%	102	קיים מטפל עיקרי
p<0.001	Median10(5-21)		Median52(27-77)		משך אשפוז כולל בימים בבית החולים

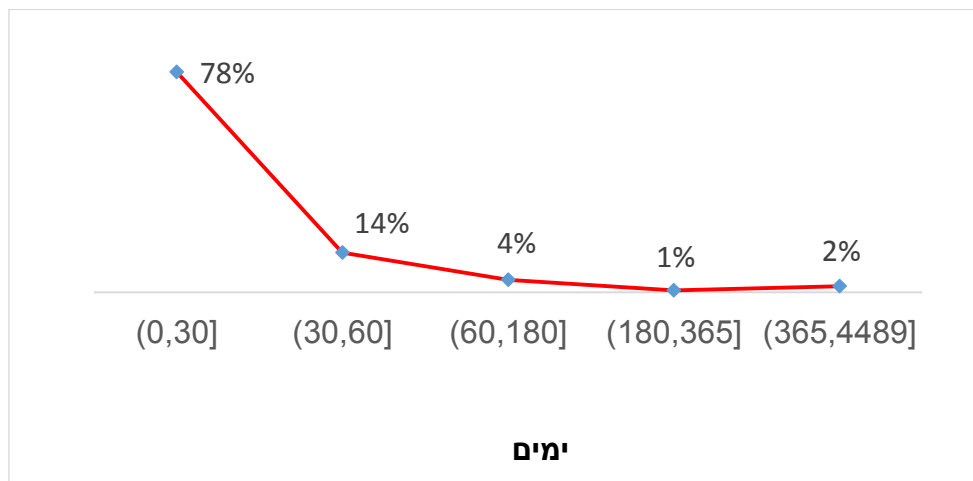
חשוב לציין כי, לא נמצא הבדל בפרופיל הקליני בין המקרים לבקורות.

תרשים 6: התפלגות נבדקים לפי משך אשפוז כולל בימים בבת"ח כלליים
(N=145 מקרים ו-N=261 בקרות)



בהשוואת משך זמן האשפוז הכולל של הנבדקים נראה אשפוז קצר יחסית בעיקר של הבקרות שרובם מאושפדים בחודש הראשון ומחציתם מאושפדים עד 10 ימים לעומת המקרים שאשפוזם ארוך יותר. מחצית מהמקרים מאושפדים עד 52 ימים.

תרשים 7: זמן גילוי פצע הלחץ הנרכש מיום הקבלה לבית החולים (N=145)



78% מהמקרים רכשו פצע לחץ בחודש הראשון לאשפוז ו- 50% מהמקרים רכשו פצע לחץ בתוך שבועיים.

טבלה 8: מאפייני רקע בתי החולים - השוואה בין מקרים לבקורות בבת"ח כלליים

מובהקות	בקורות n=261		מקרים (מטופלים עם פצע נרכש) n=145		מדד
	%	מספר	%	מספר	
			גודל בית חולים		
0.86	44.4%	116	42.8%	62	מרכז על
	38.3%	100	39.3%	57	גדול בינוני
	7.2%	45	17.9%	26	קטן
			בעלות בית חולים		
0.89	53.6%	140	50.3%	73	ממשלתי
	18%	47	20.0%	29	ציבורי
	27.6%	72	29.0%	42	שב"כ
	0.8%	2	0.7%	1	פרטי
			סוג מחלקה		
0.295	5.4%	14	6.9%	10	פנימית גריאטרית
	1.9%	5	2.8%	4	סיעוד מורכב
	69%	1180	66.2%	96	פנימית
	10.7%	28	15.9%	23	טיפול נמרץ כללי
	10.7%	28	6.2%	9	נירורכיורגיה/אורטופדיה
			פריפריאליות		
0.972	18.4%	48	17.9%	26	פריפרי
	26.4%	69	26.9%	39	בינוני/מרכזי
	55.2%	144	56.6%	80	מרכזי מאד

טבלה 9: מצב תזונתי - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי"ח כלליים

מובהקות	בקרות n=261		מקרים (פצע נרכש) n=145		מדד
	%	מספר	%	מספר	
p<0.001	median-0 (0-1)		median-1 (0-6)		משך זמן הסיקור תזונתי מהקבלה לאשפוז (בימים)
סיקור לפי MUST					
0.006	75.8%	122	60.5%	52	טיפול מקובל
	6.2%	10	3.5%	3	חשש לתת תזונה
	18%	29	36%	31	תת תזונה
0.001	median-3 (1-8)		median-5 (2-17)		משך זמן ייעוץ תזונתי מהקבלה לאשפוז (בימים)
p<0.001	43.7%	111	89.4%	126	ניתן יעוץ תזונתי
0.689	mean 26.5 s.d 5.9		mean 26.2 s.d 6.8		BMI
0.242	16.6%	40	23.2%	32	ירידה במשקל ב- 3-6 חודשים אחרונים
0.269	7%	17	9.3%	13	צום מוחלט (5 ימים)
0.006	24.1%	41	39.8%	37	סטטוס תת תזונה
0.002	93%	117	100%	128	קיימת תכנית תזונתית
0.512	94.4%	101	95.9%	117	תכנית תזונתית מתבצעת

* הפרש הזמן בין תאריך גילוי הפצע לבין הייעוץ התזונתי הוא זמן חציוני של (0-8) 2.5 ימים.

טבלה 10: תכנית מניעה טרם הופעת הפצע הנרכש - השוואה בין מקרים לבקורות בבת"ח כלליים

מובהקות p	בקורות n=261		מקרים (מטופלים עם פצע נרכש) n=145		מדד
	%	מספר	%	מספר	
p<0.001	33.7%	88	68.3%	99	תנוחה בזווית 30°
p<0.001	45.2%	118	86.2%	125	שינוי תנוחה (כל 2-3 שעות)
p<0.001	18.8%	49	37.9%	55	תכנית פיזיותרפיה
p<0.001	35.2%	92	71.0%	103	תכנית דיאטנית (diet_plan)
שימוש בעזרים לפני פצע נרכש					
p<0.001	25%	65	47.6%	69	שימוש בעזרים מיוחדים
p<0.001	16.9%	44	31.0%	45	מזרון דינאמי
0.489	18%	47	18.6%	27	מזרון ביצים
0.05	26.8%	70	35.2%	51	מזרון אחר
0.23	12.6%	33	15.9%	23	כרית הושבה
p<0.001	33.7%	88	61.4%	89	סדיניה למניעת חיכוך
0.016	18.5%	48	28.3%	41	אחר

בטבלה 10 מפורטת השוואת הטיפול המניעתי בין המקרים לבין הבקורות.

בכל אמצעי המנע טרם הופעת הפצע הנרכש הקפידו להשתמש באופן מובהק ביותר בקרב המקרים לעומת הבקורות. על מנת להבין לעומקה תופעה זו החלטנו לבדוק האם הטיפול המונע ניתן בשל העובדה כי (31%) 45 כשליש ממקרים הגיעו לאשפוז עם פצע לחץ פעיל בקבלתם לאשפוז. בבדיקה נמצא כי מטופלים שהגיעו עם פצע פעיל לא קיבלו יותר טיפול מונע באופן שיטתי ועקבי ולעיתים אף פחות. כך שמתן טיפול מונע כנראה ניתן למטופלים עם רמת סיכון גבוהה יותר וגם זאת לא באופן שיטתי ובמידה האופטימלית.

טבלה 11: גורמי סיכון - השוואה בין מקרים לבקורות בבת"ח כלליים

מובהקות p	בקרות n=261		מקרים (מטופלים עם פצע נרכש) n=145		מדד
	%	מספר	%	מספר	
p<0.001	mean 15.6 s.d 4.7		mean 10.6 s.d 3.6		מדד נורטון
p<0.001	34.4%	87	61.8%	89	בעיה בשלמות העור
מוגבלות					
p<0.001	29.4%	73	74.1%	100	קבועה
	22.2%	55	23.7%	32	זמנית
	48.4%	120	2.2%	3	ללא מוגבלות
p<0.001	33.2%	71	79.9%	107	מרותק למיטה
0.006	24%	41	16.6%	24	מרותק לכסא גלגלים
0.001	3.9%	9	15.3%	20	ספסטיות/קונטרקטורות
0.31	99%	208	97.8%	135	ביצוע אומדן כאב
0.006	mean 12mg% s.d 7.1		mean10.12mg%s.d 5.7		רמת המוגלובין
רמות אלבומין (mg/d)					
p<0.001	4.1%	9	22.2%	32	<2 mg/d
	20.9%	46	47.9%	69	2.1-2.9 mg/d
	32.3%	71	24.3%	35	3-3.4 mg/d
	42.7%	94	5.6%	8	3.5-5 mg/d

טבלה 12: ימי אשפוז עד גילוי פצע נרכש במחלקות בבת"ח כלליים

median (q1-q3)	מספר נבדקים	סוגי מחלקות
median 15 (8-26)	145	ימי אשפוז כולל בבית החולים
median 22 (5-38)	11	נוירוכירורגיה / אורטופדיה
median 12 (9-25)	10	פנימית גריאטרית
median 11 (6-18)	23	טיפול נמרץ כללי
median 15 (8-30)	95	פנימית

3.4 תיאור פצעי לחץ נרכשים בקרב נבדקים בבתי חולים כלליים

מתוך 145 הנבדקים אשר פיתחו פצע לחץ חדש במהלך האשפוז, 70% סבלו מפצע לחץ נרכש אחד בלבד ו- 19% מ- 2 פצעים בעוד 8% מהמקרים פיתחו 3 פצעים ויותר. כאשר למטופל היו יותר מפצע אחד תיאור הפצע התייחס לפצע הנרכש החמור ביותר.

69% רכשו את הפצע מעצם השכיבה במיטה והיתר מגורמים חיצוניים אחרים כגון: טובוס, משקפי חמצן, זונדה ועירוי. נתון המצביע על חשיבות המעקב וההסרה של כל גורם חיצוני העלול לגרום לפצע. במיקום הפצעים חושבו כל פצעי המטופל גם כאשר למטופל מספר פצעים. רוב הפצעים ממוקמים בסקרום בקרב 66% מהמקרים ובאזור הראש בקרב 19% ואצל כ- 16% מהמקרים בעקבים, במבדק נכללו מטופלים עם פצע לחץ מדרגה 2 ומעלה (איור 2).

ב- 69% מהמקרים דרגת הפצע 2 כלומר באזור הפצע שכבת העור חלקית וב- 17% מהמקרים דרגת הפצע 3. ב- 7% מהמקרים ישנו אבדן מלא של הרקמה ויותר 8% מהמקרים לא היו ניתנים להגדרה. צבע הפצעים גם הוא מדד באומדן הפצע הנרכש. נמצא צבע אדום ב- 55% מהמקרים, ב- 18% צבע צהוב וב- 15% שחור (תרשים 8).

במבדק הוכנס פרמטר של צילום הפצע כגורם טיפולי המסייע באומדן הפצע ועוזר במעקב הטיפולי. בקרב 2% בלבד מהמקרים תועד צילום הפצע.

3.4.1 תכנית הטיפול לאחר הופעת פצע הלחץ הנרכש בקרב נבדקים בבתי חולים כלליים

במבדק נאספו נתונים לגבי תכנית הטיפול שדווחה לאחר הופעת הפצע החדש. תכנית טיפול הכוללת התערבות וטיפול מניעתי בפצעי לחץ נרשמה ל- 92% מהמטופלים ואילו יישום התכנית תועד ב- 78% מהמקרים בלבד.

מעבר לטיפול המניעתי של הצוות במטופל קיימת חשיבות רבה להדרכת המטופל ומשפחתו, ההדרכה יכולה לקדם משמעותית את יעילות הטיפול ולסייע רבות במניעה. דווח ברשומות המטופל כי ל- 75% מהמקרים נערכה הדרכה למטופל ולמשפחתו ו/או משמעותיים אחרים.

תכנית הטיפול כוללת ורב מקצועית צריכה לכלול יעוצים לאחר הופעת הפצע הנרכש, ב- 94% מהמקרים תועד ייעוץ כלשהו. ב- 75% מהמקרים ניתן ייעוץ מקצועי של אחות מומחית פצעים ואילו בשליש ייעוץ של פיזיותרפיסט. מעניין כי, יעוצים מקצועיים כגון פלסטיקאי, מחלות זיהומיות, גריאטר, רופא כף רגל, רופא עור וכד' כמעט ולא דווחו.

ב- (23%) 34 מהמקרים בלבד תועד ייעוץ של צוות ייעודי לנושא הפצעים.

בבדיקה מעמיקה יותר לאפיון המטופלים אשר זכו לביקור של הצוות הייעודי נמצא כי אלו מטופלים עם רמת תחלואה בינונית ציון חציוני צ'רלסון (1-4) median 3. 11.8 ± 3.4 . ציון נורטון ממוצע 11.8 ± 3.4 . 61% מרותקים למיטה (לעומת 80% מקרים מרותקים במדגם), 29% מרותקים לכיסא גלגלים (לעומת 17% במדגם) 41% התקבלו לאשפוז עם פצע פעיל (לעומת 31% מקרים שהתקבלו עם פצע), 85% עם פצעי בסקרום (לעומת 66% עם פצע בסקרום במדגם), חלפו בממוצע 10 ± 12 ימים עד גילוי פצע נרכש. 73.5% בדרגה 2, 12% בדרגה 3, ו- 14% בדרגה 4 או לא ניתנים להגדרה. מבחינת פצעים נרכשים לא נראית מגמה של ביקור הצוות הייעודי אצל מטופלים עם פצעים בדרגה חמורה יותר.

הביקור נערך בעיקר (74%) במחלקות הפנימיות אם כי 66% מהמקרים אושפזו בפנימיות ורק 6% מהביקורים נערכו בטיפול נמרץ שם אושפזו 16% מהמקרים. אלו מעט מדי ביקורים יחסית ל-18% שיעור ההימצאות הממוצע הגבוה מאד שנמדד ביחידות טיפול נמרץ.

מאפייני המטופלים שנמצאו דומים לכלל המטופלים עם פצע נרכש בבתי החולים הכלליים כך שלא נמצאה נטייה ברורה לקריטריונים על פיהם נערכו ביקורי הצוות הייעודי.

מבחינת תכנית הטיפול המטופלים אותם ביקרו הצוות הייעודי זכו יחסית לשאר המטופלים עם פצע נרכש למעט יותר טיפול מבחינת: 91% שימוש בסדיניה, 94% הדרכת המטופל ו/או משפחתו, 85% שמירה על תנוחה בזווית 30° , 56% פיזיותרפיה ו- 97% שינויי תנוחה.

מבחינת מאפייני בתי החולים נמצא כי זכו לביקור הצוות הייעודי במידה רבה יותר 53% במרכזי העל לעומת ביקור מצומצם יותר ובמידה נמוכה יותר (29%) בגדולים בינוניים ובקטנים 18% (שיעור ההימצאות הגבוהה בקטנים). במידה רבה יותר (53%) בממשלתיים, 27% בשב"כ, 21% בציבוריים (בממשלתיים ובשב"כ ההימצאות פצעי הלחץ הייתה נמוכה יחסית).

בתכנית הטיפול לאחר רכישת הפצע לכלל המקרים מעניין לציין כי, מבחינת אביזרי עזר נצפו: 43% מזרון דינמי, 19% כרית הושבה (17% מרותקים לכיסא גלגלים). מבחינת תכנית הטיפול: תנוחה מוגבהת ל-23%, שינויי תנוחה ל-95%. דיווח מצב הפצעים במעקב הרפואי נרשם בקרב 69% מהנבדקים עם פצע נרכש. תכנית הטיפול לאחר התפתחות הפצע בזמן האשפוז כללה הקפדה על תנוחה ב- 30° , שינויי תנוחה, תכנית פיזיותרפיה, תכנית דיאטנית.

שינויי התנוחה ותכנית דיאטנית תועדה אצל מרבית המקרים, תכנית פיזיותרפיה אצל פחות ממחצית (43%). ואילו תנוחה בזווית 30° אצל כרבע מהמקרים (23%).

במבדק נערכה תצפית של הסוקרים על עזרים ייחודיים לטיפול ומניעה. מזרון דינמי נצפה רק ב- 43% מהמקרים כאשר מזרון ביצים נצפה רק ב- 14% מהמקרים. כרית הושבה נצפתה בכחמישית מהמקרים (19%).

משמעותי ביותר לאתר את גורם הלחץ ולהסירו וזהו פרמטר נוסף שנבדק. ב- 86% מהמקרים אותר גורם הלחץ אך רק ב- 50% מהמקרים הוסר.

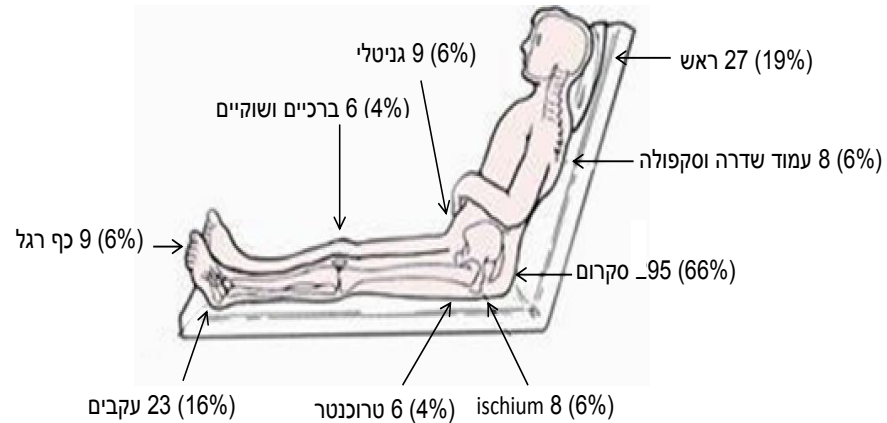
ייתכן שלא ניתן תמיד למנוע ולהסיר את הגורם אך יש להיות ערים לגורמים זרים הניתנים להסרה ולריפוד של צנרת ואביזרי טיפול הכרחיים.

69% דווחו על רישום ודיווח במעקב הרפואי לגבי הפצע הנרכש. תיעוד ברשומה הרפואית משלים את הטיפול בפצע הנרכש ומצביע על הקפדה על טיפול כוללני. (טבלה 14)

איור 2: מיקום פצעי לחץ נרכשים בקרב מטופלים בבתי"ח כלליים

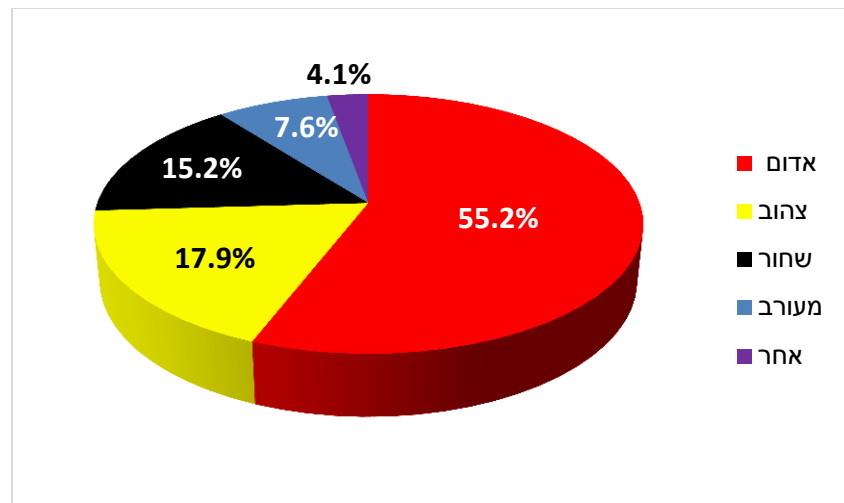
מיקום פצע נרכש - בתי"ח כלליים

N=145



באיור 2 - מתואר מיקום הפצעים שנרכשו בקרב 145 המטופלים. ישנם מטופלים שרכשו למעלה מפצע אחד. סה"כ מתואר מיקומם של 203 פצעים. הנתונים לעיל מייצגים את סה"כ מספר הפצעים ולא מספר הנבדקים.

תרשים 8: צבע פצע הלחץ הנרכש (N=145)



בתרשים 8 - מתוארים צבעי פצעי הלחץ הנרכשים בקרב 145 המטופלים שרכשו פצעי לחץ במהלך האשפוז. במידה ונרכש יותר מפצע אחד ההתייחסות היא לפצע בעל הדרגה החמורה יותר. ניתן לראות כי למעלה ממחצית מהפצעים הם בצבע אדום, 18% צבע צהוב ו- 15% שחור.

טבלה 13: תיאור פצע לחץ נרכש בקרב נבדקים בבתי"ח כלליים (N=145)

משתנה	מספר	%
מיקום הפצע		
עמוד שדרה	6	4.1%
sacrum	95	65.5%
ischium	8	5.5%
עקבים	23	15.9%
ראש	27	18.6%
סקפולה	2	1.4%
אזור גניטלי	9	6.2%
ברכיים	2	1.4%
כף רגל	9	6.2%
טרוכנטר	6	4.1%
שוק	4	2.8%
מספר פצעי נרכשים		
1	101	69.7%
2	27	18.6%
3+	12	8.3%
רכישה מגורם חיצוני		
מיטה	100	69%
גורמים אחרים (עירו, זונדה, משקפי חמצן, טובוס, גבס ועוד..)	34	23.4%
דרגת הפצע		
2- שכבת עור חלקית	99	68.8%
3- אבדן מלא של העור	24	16.7%
4- אבדן מלא של הרקמה	10	6.9%
5- לא ניתן להגדרה	11	7.6%
צבע הפצע		
אדום	80	55.2%
צהוב	26	17.9%
שחור	22	15.2%
מעורב	11	7.6%
אחר	4	2.8%

טבלה 14: תכנית הטיפול לאחר הופעת פצע הלחץ הנרכש (N=145)

משתנה	מספר	%
ייעוצים לאחר הופעת פצע לחץ נרכש		
קיום ייעוץ	133	94.3%
צוות ייעודי לפצעים קשיי ריפוי	34	23.4%
תכנית דיאטנית	126	86.9%
אחות פצעים	109	75.2%
פיזיותרפיסט	53	36.6%
פלסטיקאי	26	17.9%
יעוץ אחר	14	9.7%
מחלות זיהומיות	10	6.9%
רופא גריאטר	10	6.9%
ריפוי בעיסוק	8	5.5%
אורטופד כף רגל	7	4.8%
רופא עור	3	2.1%
רופא כלי דם	2	1.4%
תצפית עזרים		
מזרון דינמי	63	43.4%
מזרון ביצים	20	13.8%
מזרון אחר	57	39.3%
כרית הושבה	28	19.3%
סדיניה	122	84.1%
עזרים אחרים	78	53.8%
הדרכה לחולה ולמשפחתו	108	74.5%
קיום תכנית התערבות ומניעה	133	91.7%
יישום תכנית הטיפול	113	77.9%
תכנית טיפול לפצעי לחץ		
תנוחה בזווית עד 30°	34	23.4%
שינוי תנוחה (כל 2-3 שעות)	137	94.5%
תכנית פיזיותרפיה	62	42.8%
תכנית דיאטנית	123	84.8%
איתור גורם הלחץ	121	85.8%
הסרת גורם הלחץ	68	50.4%
רישום ודיווח במעקב רפואי	96	69.1%

*בבדיקת פרופיל (23.4%) 34 הנבדקים שזכו לביקור צוות ייעודי לפצעים קשיי ריפוי לא ניכרה מגמה ברורה של העדפה לבחירת המטופלים לביקור. למשל ניכר מיעוט ביקורים ביחידות לטיפול נמרץ בעוד שבהן נמדד שיעור ההימצאות הגבוה ביותר. מומלץ לקבוע קריטריונים לזימון הצוות הייעודי במחלקות השונות.

לסיכום, פצעי הלחץ הנרכשים, מתוך 766 נבדקים 145 נבדקים (19%) פיתחו פצע לחץ במהלך האשפוז. אליהם זווגו 261 בקרות. הפצע נרכש בעיקר בתחילת האשפוז כאשר פצע נרכש ראשון התגלה אצל מחצית מהנבדקים תוך 15 ימים. שני שלישים מהמקרים נדגמו במחלקות פנימיות. למחצית מהמקרים נערך סיקור תזונתי תוך יממה מהאשפוז אך חלפו 2.5 ימים אצל מחצית מהמקרים מגילוי הפצע ועד קבלת ייעוץ תזונתי ו- 40% הוגדרו כסובלים מתת תזונה. בכל טיפולי המנע השתמשו יותר בקרב המקרים לעומת הבקרות אך עדיין לא במידה מספקת במיוחד לאור העובדה כי ניתן לאמוד את מידת הסיכון להתפתחות הפצעים ואת גורמי הסיכון הרלוונטיים. גורמי הסיכון בלטו יותר אצל המקרים לעומת הבקרות. הפצעים שנרכשו היו 31% בדרגה 3 ומעלה. שני שלישים באזור הסקרום. כמעט שליש רכשו יותר מפצע לחץ אחד. מזרון דינמי נצפה בקרב 43% מהמטופלים שרכשו פצעי לחץ כאשר 80% הוגדרו כמרותקים למיטתם. ביצוע תכנית הטיפול לאחר יצירת הפצע החדש תועד ב- 78% מהמקרים. לעומת זאת, רישום ודיווח במעקב הרפואי תועד רק ב-69%. בתי חולים הכלליים דיווחו כי ישנו צוות ייעוץ מוסדי לטיפול בפצע קשה ריפוי. למרות זאת, תועדו 23% מהמקרים בלבד שזכו לייעוץ של צוות ייעודי לריפוי פצעים. בבדיקת פרופיל המטופלים שקיבלו ביקור מצוות הייעוץ לא נצפתה מגמה וקריטריונים ברורים לביקור זה. 75% מהמקרים זכו לייעוץ אחות פצעים ובשליש זכו לייעוץ פיזיותרפיסטית.

3.5 תיאור פצעי לחץ בקבלה לבתי חולים כלליים

במבדק נדגמו 360 נבדקים אשר אושפזו עם פצע לחץ בקבלתם ולא רכשו פצע נוסף עד ליום המבדק. למטופלים אלו עם פצע פעיל בזמן האשפוז נאספו נתונים לגבי מאפייני רקע אישיים ומאפיינים הקשורים לאשפוז ולתיאור הפצע.

3.5.1 תיאור מאפייני רקע המטופלים עם פצעי לחץ בקבלה בבתי חולים כלליים

למעלה ממחצית הנבדקים נשים, בטווח הגילאים 19-101 גיל ממוצע 78.4 ס.ת.13.6. כשני שליש, 68% עם מדד תחלואה חציון 3 ומטה והיתר כשליש סובלים מתחלואה גבוהה יחסית של חציון 4 ומעלה. מעניין כי, מחצית מהנבדקים שהגיעו לאשפוז בבית החולים מביתם שבקהילה סבלו מפצע לחץ פעיל ו- 41% מהם הגיעו ממוסדות סיעודיים. הנבדקים שהתקבלו לאשפוז עם פצע לחץ פעיל אושפזו בבית החולים זמן חציוני 16 ימים (זמן בינרבעוני 8-36). הזמן החציוני הקצר ביותר נמצא במחלקות אורתופדיה ונוירוכירורגיה – 10 ימים בשאר המחלקות שנבדקו זמן אשפוז חציוני של כשבועיים. הזמן הממושך ביותר נמצא במחלקות סיעוד מורכב כ-5 חדשים. (טבלה 15)

3.5.2 תיאור מאפייני רקע בתי החולים בקרב מטופלים עם פצעי לחץ בקבלה בבתי חולים כלליים

מחצית מהמטופלים אשר התקבלו לבית החולים עם פצע לחץ פעיל נדגמו בבתי חולים גדולים- בינוניים, למעלה מרבע במרכזי על ורבע בבתי חולים קטנים. קרוב למחציתם בבתי חולים ממשלתיים, פחות משליש מבתי חולים של השב"כ ורבע מבתי חולים ציבוריים. שלושת רבעי (76%) אושפזו במחלקות פנימיות מחציתם מבתי חולים מרכזיים מאד וכשליש מבתי חולים בפריפריה. (טבלה 16)

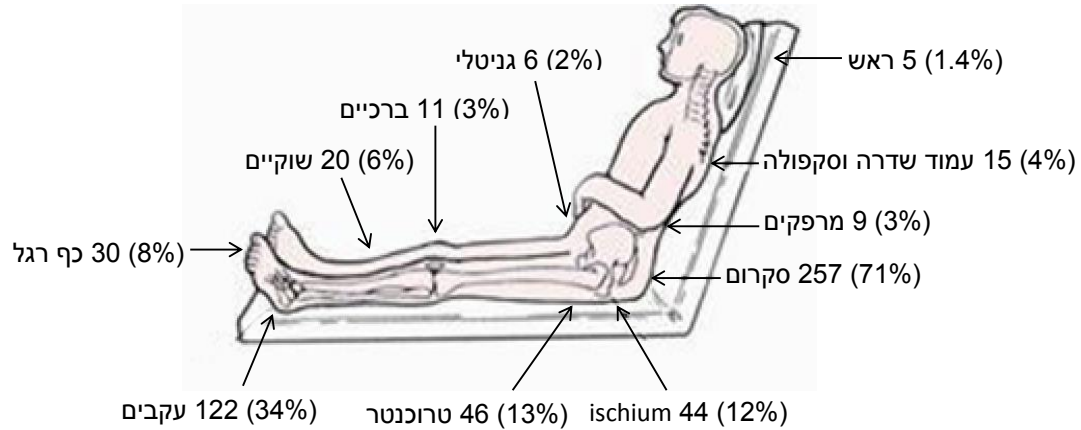
3.5.3 תיאור פצעי הלחץ בקבלה בבתי חולים כלליים

למחצית מהנבדקים התקבלו לאשפוז עם פצע לחץ פעיל אחד, חמישית עם שני פצעים, 14% עם 3 פצעים ו- 14% עם 4 פצעים ויותר. מחציתם סבלו מפגיעה חלקית בשכבת עור (דרגה 2), רבע סבלו מאבדן מלא של העור (דרגה 3) ורבע נוספים עם אבדן מלא של הרקמה (דרגה 4). מחצית הנבדקים סבלו מפצע בצבע אדום, כרבע פצע בצבע צהוב וכחמישית מפצע בצבע שחור (תרשים 9). 71% מהפצעים ממוקמים באזור הסקרום ושליש בעקבים. תיאור מיקומי הפצע בגוף מתואר באיור 3. רישום ודיווח פצעי הלחץ בקבלה במעקב הרפואי נמצא ב- 78% של המטופלים. מעניין כי יותר מאשר בקרב המטופלים עם פצעים נרכשים שם נמצא דיווח רק בקרב 69% מהמטופלים הנבדקים. (טבלה 17)

איור 3: מיקום פצעי לחץ בקבלה בבתי"ח כלליים

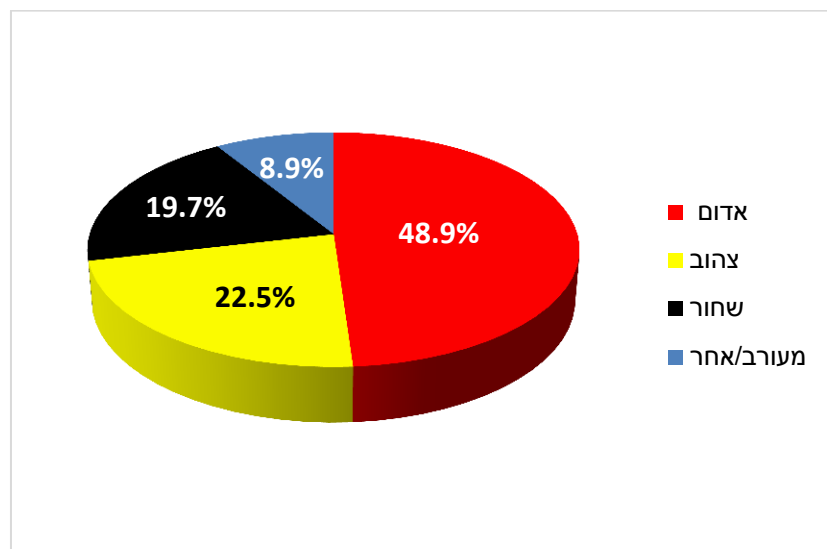
מיקום פצע בקבלה – בתי"ח כלליים

N=360



באיור 3 - מתואר מיקום הפצעים בקרב 360 המטופלים שהתקבלו לאשפוז עם פצע לחץ פעיל. ישנם מטופלים שהגיעו עם יותר מפצע אחד. סה"כ מתואר מיקומם של 565 פצעים. הנתונים לעיל מייצגים את מספר הפצעים ולא את מספר הנבדקים.

תרשים 9: צבע פצע הלחץ בקבלה בקרב מאושפזים בבתי"ח כלליים (N=360)



בתרשים 9 - מתוארים צבעי פצעי הלחץ בקרב 360 המטופלים שהגיעו לאשפוז עם פצעי לחץ פעילים. במידה והתקבלו עם יותר מפצע אחד ההתייחסות היא לפצע בעל הדרגה החמורה יותר.

תיאור מאפייני רקע מטופלים עם פצע לחץ בקבלה בבתי חולים כלליים (N=360)

טבלה 15: תיאור מאפייני רקע מטופלים עם פצע לחץ בקבלה בבתי"ח כלליים (N=360)

רקע המטופלים	מספר	%
מין		
זכר	169	47%
נקבה	191	53.1%
גיל	mean 78.4 s.d 13.6 (range 19-101)	
מדד צ'רלסון	mean 2.5 s.d 1.9 (range 0-10)	
צ'רלסון דיכטומי תחלואה נמוכה 3 ומטה	212	68.4%
צ'רלסון דיכטומי תחלואה גבוהה 4 ומעלה	98	31.6%
מקום הגעת המטופל לביה"ח		
בית	181	50.3%
בי"ח אחר	25	6.9%
מוסד סיעודי	148	41.1%
משך אשפוז בימים בבית החולים	360	median 16 (8-32)
משך אשפוז במחלקות		
כירורגיה/ אורטופדיה	29	median 10 (6-22)
פנימית גריאטרית	10	median 13 (7-20)
טיפול נמרץ כללי	27	median 13 (9-31)
סיעוד מורכב	275	median 152 (51-280)
פנימית	19	median 14 (7-28)

טבלה 16: תיאור מאפייני רקע בתי החולים בקרב מאושפזים עם פצע לחץ בקבלה (N=360)

רקע המטופלים	מספר	%
גודל בית חולים		
מרכזי על	103	28.6%
גדול בינוני	169	46.9%
קטן	88	24.4%
בעלות בית חולים		
ממשלתי	163	45.3%
ציבורי	92	25.6%
שב"כ	105	29.2%
סוג מחלקה		
פנימית גריאטרית	29	8%
סיעוד מורכב	27	7.5%
פנימית	277	76.9%
טיפול נמרץ כללי	10	2.8%
נוירוכירורגיה/ אורתופדיה	16	4.4%
פריפריאליות		
פריפרי	109	30.3%
בינוני/מרכזי	77	21.4%
מרכזי מאד	174	48.3%

טבלה 17: תיאור פצעי לחץ בקבלה בקרב מאושפזים בבתי"ח כלליים (N=360)

תיאור הפצעים	מספר	%
מספר פצעי לחץ בכניסה לאשפוז		
1	180	50.7%
2	77	21.7%
3	49	13.8%
4+	49	13.8%
דרגת הפצע		
2-שכבת עור חלקית	174	49.2%
3-אבדן מלא של העור	85	24%
4-אבדן מלא של הרקמה	82	23.2%
5-לא ניתן להגדרה	13	3.7%
צבע הפצע		
אדום	176	48.9%
צהוב	81	22.5%
שחור	71	19.7%
מעורב/אחר	32	8.9%
מיקום הפצע (לפי n=567 הפצעים)		
sacrum	257	71.4%
עקבים	122	33.9%
טרוכנטר	46	12.8%
ischium	44	12.2%
כף רגל	30	8.3%
שוק	20	5.6%
ברכיים	11	3.1%
עמוד שדרה	10	2.8%
מרפק	9	2.5%
אזור גניטלי	6	1.7%
ראש	5	1.4%
סקפולה	5	1.4%
אחר	2	0.6%
רישום ודיווח במעקב רפואי	278	78.1%

לסיכום, פצעי לחץ בקבלה, במבדק נדגמו 360 נבדקים בבתי חולים כלליים עם פצע לחץ בקבלה. כשליש עם מדד תחלואה גבוה, צ'רלסון חציוני 4 ומעלה. רישום ודיווח פצעי לחץ בקבלה במעקב הרפואי נמצא בקרב 78% מרשומות המטופלים. 71% מהפצעים ממוקמים בסקרום. 51% בדרגה 2, 24% בדרגה 3, 28% בדרגה 4 ומעלה. מעניין כי מחציתם של מטופלים אלו מתקבלים מביתם בקהילה וכ- 41% ממוסדות סיעודיים. קרוב למחצית אושפזו בבתי חולים ממשלתיים מרכזיים, 77% במחלקות פנימיות. מטופלים אלו מהווים חלק משמעותי מהעומס הטיפולי על הצוות במחלקות הרלוונטיות.

4. ממצאים בבתי חולים גריאטריים

עקב אפיון מטופלים ייחודי לבתי החולים הגריאטריים ומשך אשפוז ארוך טווח, בהם המטופלים נמצאים בסיכון גבוה בנושא התפתחות פצעי לחץ כחלק ממכלול סיבוכי השכיבה, מוקדש פרק נפרד לתיאור ממצאי הסקר למרכזים רפואיים גריאטריים. במבדק נדגמו 14 בתי חולים גריאטריים. בפרק ממצאים זה נתאר את ההתפלגויות הנבדקים בריבודים שונים לפי מאפייני בתי החולים בהסתמך על הנתונים כפי שנמסרו על ידי בתי החולים. בהמשך, ניתוח הנתונים בהתייחס למקרים ולבקורות מבוסס על איסוף הנתונים שנערך על ידי עורכי המחקר במבדק העמיתים. נשווה בין המקרים אלו המטופלים שרכשו פצעי לחץ במהלך אשפוזם לעומת הבקורות שהם המאושפזים במחלקות הנבדקות אך אינם סובלים מפצעי לחץ. כמו כן, נתאר את המטופלים שהגיעו לאשפוז עם פצע לחץ ועדיין סובלים ממנו בזמן האשפוז.

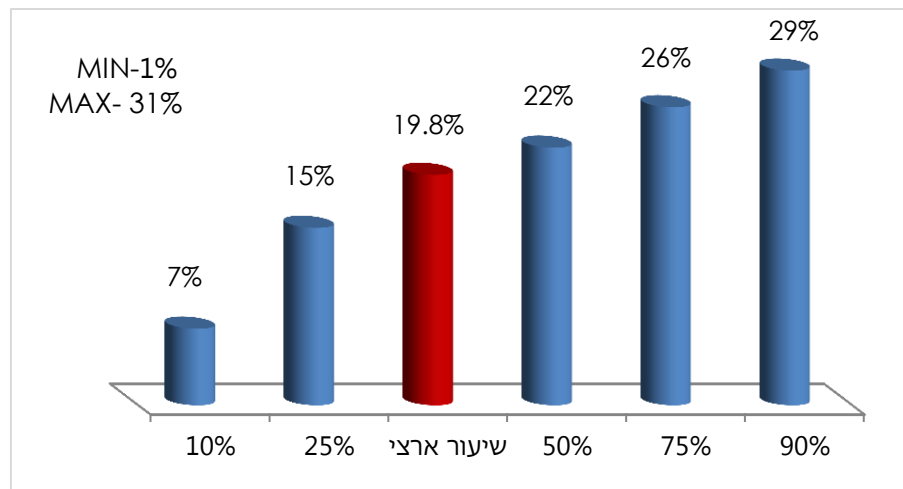
4.1 הימצאות מטופלים עם פצעי לחץ בבתי חולים גריאטריים

בחישוב נקודת ההימצאות (point prevalence) בבתי חולים גריאטריים נמצא השיעור הלאומי 19.8%.

$$\frac{433(\text{קבלה}) + 180(\text{נרכש}) = 613}{3,094 \text{ מאושפזים במחלקות הנבדקות}} \times 100 = 19.8\% \text{ שיעור לאומי בתי חולים גריאטריים}$$

החישובים מבוססים על נתונים ומידע כיפי שדווח על ידי בתי החולים. התפלגות נקודות ההימצאות בבתי חולים גריאטריים נעה בטווח רחב מאד שבין 1% ועד ל-31%. בדירוג בתי החולים נמצא כי בעשרה אחוז של בתי החולים השכיחות היא 29% בממוצע (תרשים 10).

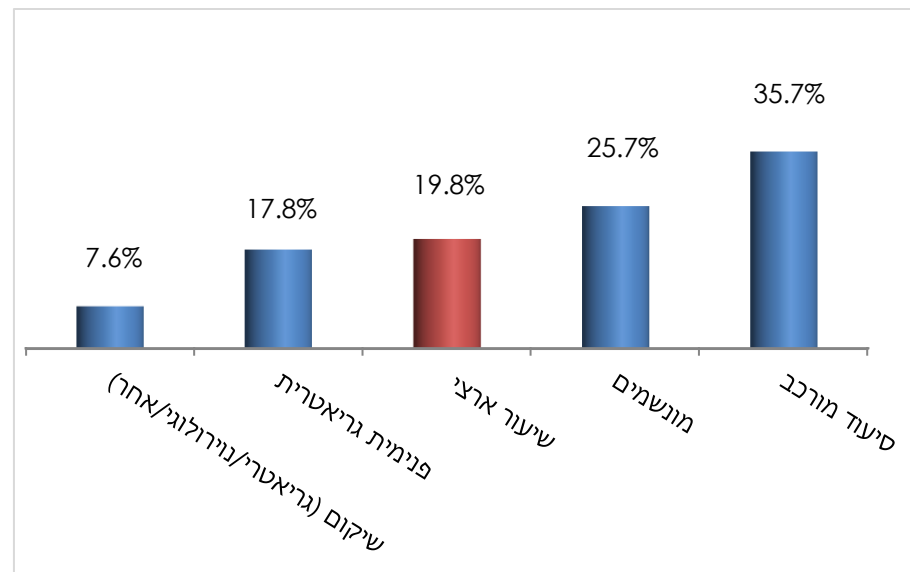
**תרשים 10: הימצאות מטופלים עם פצעי לחץ בבתי"ח גריאטריים דרוג לפי עשירונים
(n=613 מטופלים עם פצעים פעילים)**



בהתפלגות לפי מחלקות נמצא דירוג בטווח רחב בהן נקודת ההימצאות הנמוכה ביותר במחלקות שיקום שונות (7.6%), כאשר בפנימיות גריאטריות נקודת ההימצאות מתחת לשיעור הלאומי ובמחלקות מונשמים מעליה. שיעור ההימצאות הגבוה ביותר נמדד במחלקות סיעוד מורכב (תרשים 11). בהתפלגות לפי גודל בית החולים שיעור ההימצאות עולה לפי העלייה במספר המיטות בבית חולים כאשר נקודת ההימצאות נעה בין 19% בבתי חולים בינוניים עד ל- 21% בבתי חולים גדולים (מר"גים), (תרשים 12).

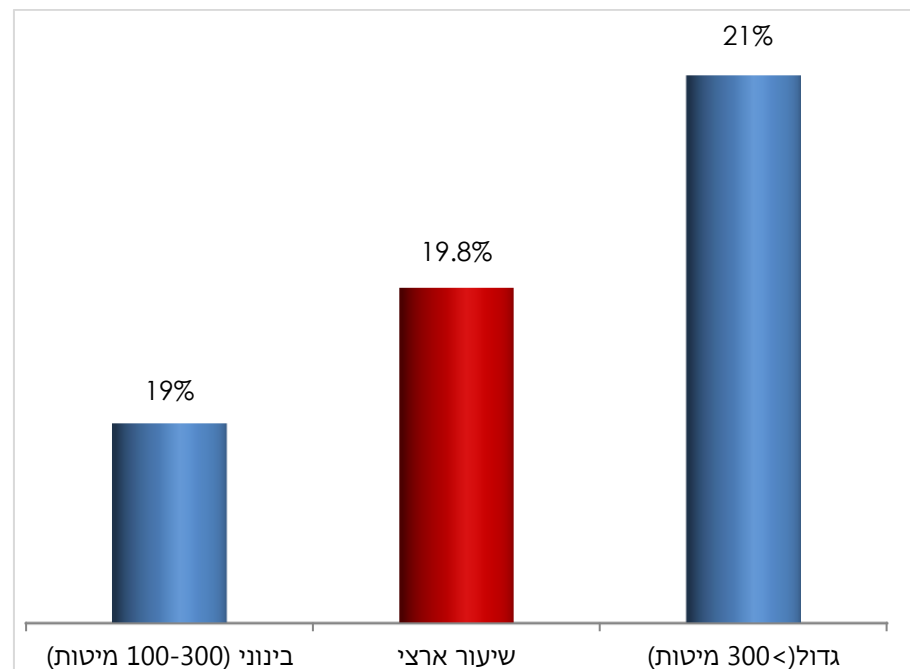
בתיאור נקודות ההימצאות לפי מדד פריפריאליות בולטת נקודת ההימצאות גבוהה ביותר בבתי חולים בפריפריה כאשר כרבע מהמטופלים (24.3%) ביום המבדק סבלו מפצעי לחץ פעילים (תרשים 13). בריבוד לפי בעלות ביה"ח נמצא שיעור ההימצאות הנמוך ביותר בבתי חולים ציבוריים (15%) ובשב"כ (19%) מתחת לשיעור הלאומי לעומת בתי חולים ממשלתיים ופרטיים בהם נקודת ההימצאות הגבוהה ביותר 21% (תרשים 14).

תרשים 11: הימצאות מטופלים עם פצע לחץ בריבוד למחלקות בבתי"ח גריאטריים (n=613 מטופלים עם פצעים פעילים)

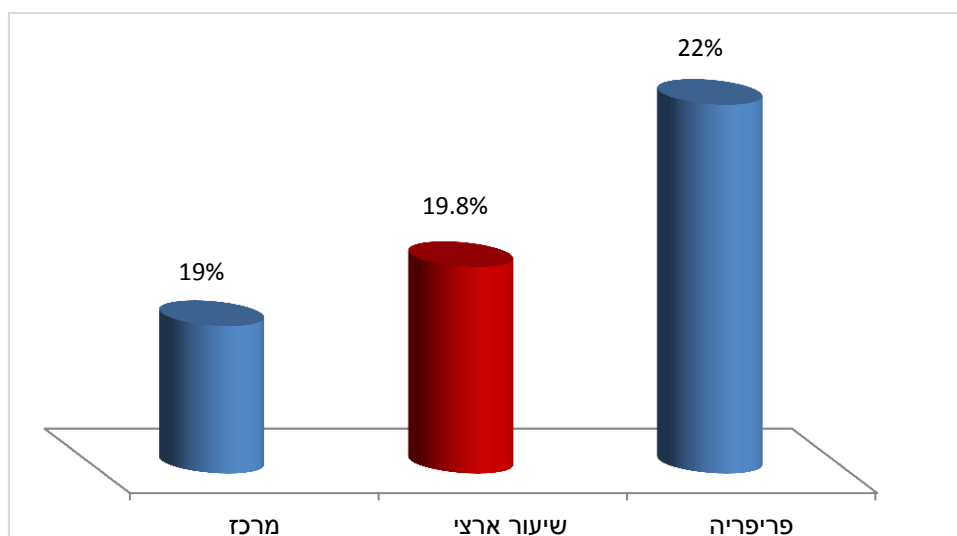


הימצאות מטופלים עם פצעי לחץ בריבוד לפי גודל בבי"ח גריאטריים (n=613 מטופלים עם פצעים פעילים).

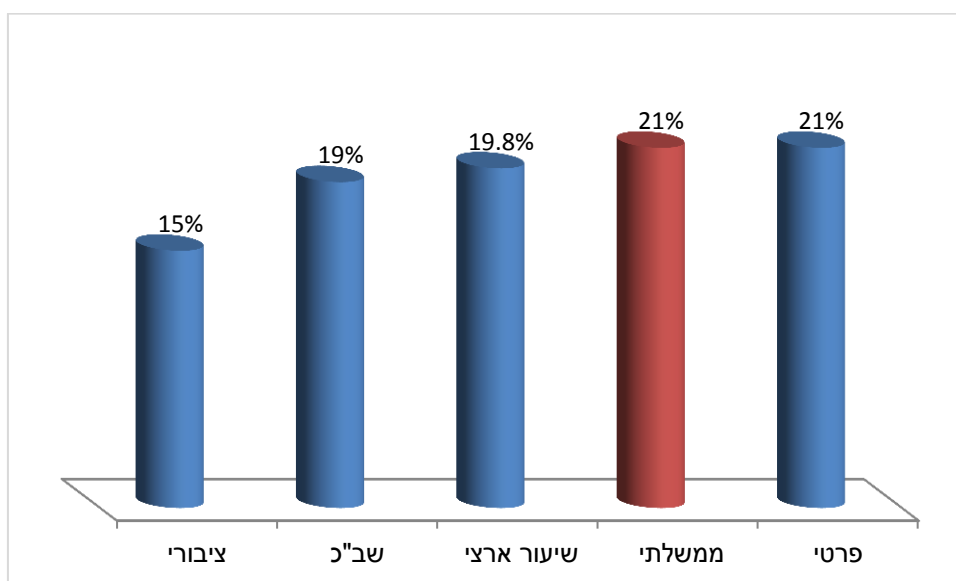
תרשים 12: הימצאות מטופלים עם פצעי לחץ בריבוד לגודל בבתי"ח גריאטריים (n=613 מטופלים עם פצעים פעילים)



תרשים 13: הימצאות מטופלים עם פצע לחץ בריבוד לפריפריאליות בבת"ח גריאטריים (n=613 מטופלים עם פצעים פעילים)



תרשים 14: הימצאות מטופלים עם פצעי לחץ בריבוד לבעלות בבת"ח גריאטריים (n=613 מטופלים עם פצעים פעילים)



לסיכום, שיעור ממוצע ההימצאות הלאומי הוא 19.8% ונע בטווח נרחב שבין 1%-31%. בדירוג הממוצעים נמצא כי ברבעון העליון (ברבע מבתי החולים) שיעור ההימצאות 26% ומעלה. השיעורים הגבוהים ביותר במחלקות מונשמים וסיעוד מורכב. שיעורי הימצאות בממוצעים גבוהים יחסית נמצאו בבת חולים בפריפריה (22%) ובמרכזים הגדולים (21%) ובבת חולים בבעלות פרטית/קופות וממשלתיים (21%).

4.2 תיאור הנבדקים בבתי חולים גריאטריים

בבתי חולים גריאטריים נדגמו 809 נבדקים. כמחציתם הגיעו לאשפוז עם פצע לחץ פעיל, חמישית רכשו פצע לחץ במהלך האשפוז ושליש היוו בקרות (טבלה 18). כשני שליש (62%) מבתי חולים בינוניים ולמעלה משליש (38%) ממרכזים רפואיים גדולים. קרוב לשליש (29%) מבתי חולים בבעלות פרטית, 28% מבתי חולים ממשלתיים, כרבע (26%) מבתי חולים בבעלות השב"כ והיתר מציבוריים. קרוב למחצית מהנבדקים נדגמו במחלקות סיעוד מורכב, קרוב לשליש במחלקות המונשמים והיתר מחלקות השיקום (גריאטרי/נוירולוגי/אחר) ופנימיות גריאטריות (בטבלה 19). למעלה ממחצית נשים (55.4%) וקרוב למחצית גברים (44.6%). רוב הנבדקים (86.6%) הגיעו מבית חולים אחר (טבלה 23).

טבלה 18: תיאור הנבדקים לפי סוגי השאלונים נבדקים

גריאטריים		
%	שכיחות	סוג מטופלים
20.3%	164	פצע לחץ נרכש
32.3%	261	בקרות
47.5%	384	פצע לחץ בקבלה
100%	809	Total

טבלה 19: התפלגות הנבדקים במחלקות השונות

גריאטריים		
%	שכיחות	מחלקה
46.4%	375	סיעוד מורכב
29.8%	241	מונשמים
15.9%	129	שיקום (103 גריאטרי/25 נוירולוגי/1 אחר)
7.9%	64	פנימית גריאטרית
100%	809	Total

טבלה 20: התפלגות נבדקים על פי גודל בתי"ח גריאטריים

גריאטריים		
%	שכיחות (נרכש, בקרות, קבלה)	גודל בית החולים
62.1%	502 (242 /168 /92)	בינוני (9) (100-300 מיטות)
37.9%	307 (142 /93 /72)	גדול (5) (300< מיטות)
100%	809 (384 /261 /164)	Total (14)

טבלה 21: התפלגות נבדקים לפי בעלויות בת"ח גריאטריים

גריאטריים		
בעלות	שכיחות (נרכש, בקרות, קבלה)	%
פרטי/ קופות (4)	236 (108 /80 /48)	29.2%
ממשלתי (4)	232 (131 /58 /43)	28.7%
שב"כ (3)	209 (125 /56 /28)	25.8%
ציבורי (3)	132 (20 /67 /45)	16.3%
Total (14)	809 (384 /261 /164)	100%

טבלה 22: התפלגות נבדקים לפי מגדר בבתי"ח גריאטריים

גריאטריים		
מין	שכיחות	%
זכר	359	44.4%
נקבה	450	55.6%
Total	809	100%

טבלה 23: התפלגות נבדקים לפי מקום ההגעה לבתי"ח גריאטריים

גריאטריים		
מקום הגעה	שכיחות	%
בי"ח אחר	695	85.9%
מוסד סיעודי	51	6.3%
בית	35	4.3%
לא ידוע	28	3.5%
Total	809	100%

4.3 תיאור המקרים - מטופלים שרכשו פצעי לחץ בבתי חולים גריאטריים

4.3.1 מאפייני רקע המטופלים - השוואה בין מקרים לבקרות בבתי חולים גריאטריים

בבתי חולים גריאטריים נדגמו 809 נבדקים, מתוכם 164 רכשו פצע לחץ במהלך האשפוז (המקרים). נמצא כי בקרב המקרים הגיל הממוצע mean 74.85 s.d 13.7 רובם נשים 54%. בקרב 39% מהמקרים מדד תחלואה צ'רלסון גבוה יחסית עם חציון 4 ומעלה. 87% הגיעו מבית חולים אחר (רובם מבתי חולים כלליים). ל- 38% ישנו מטפל עיקרי. בכל המאפיינים הנ"ל לא נמצאו הבדלים מובהקים בין מקרים לבקרות. הבדל מובהק נמצא בין המקרים לבקרות במשך האשפוז החציוני בבית החולים ($p < 0.001$). (טבלה 24). בתרשים 15 מתוארת התפלגות משך אשפוז כולל בימים של הנבדקים, מקרים לעומת בקרות. מחצית מהמקרים והבקרות נדגמו בתקופה של שנה ויותר לאשפוז. 49% מהמקרים לעומת 40% מהבקרות. מספר מקרים מועט לעומת בקרות נדגמו עד חודשיים לאשפוז, 27% מקרים לעומת 21% בקרות בין חודשיים לחצי שנה לאשפוז.

4.3.2 מאפייני רקע בתי החולים - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי החולים הגריאטריים

במבדק נדגמו 164 מטופלים מתוך המטופלים אשר רכשו פצעי לחץ בבתי חולים גריאטריים, מהם למעלה ממחצית נדגמו מבתי חולים בגודל בינוני (100-300 מיטות) ולמעלה מ- 40% ממרכזים גריאטריים גדולים.

קרוב לשליש מבתי חולים בבעלות פרטית, 27% מבתי חולים ציבוריים, למעלה מרבע ממשלתיים והיתר מבתי חולים בבעלות שב"כ. מחצית מהמקרים מבתי חולים מרכזיים מאוד ומיעוטם מבתי חולים בפריפריה. המקרים נדגמו בעיקר במחלקות סיעוד מורכב (45.5%) ומונשמים (38.4%), (טבלה 25).

4.3.3 מצב תזונתי - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי חולים גריאטריים

המקרים נאלצו להמתין זמן חציוני של 5.5 ימים מיום קבלתם לאשפוז ועד ביצוע סיקור תזונתי לעומת הבקורות שהמתינו יום אחד בלבד, ($p < 0.001$).

לפי סיקור MUST בקרב 80% מהמקרים נמצא סיכון נמוך לתת תזונה ואילו ל- 15% סיכון גבוה.

לפי סיקור SNAQ 65% סיכון נמוך ול- 26% סיכון גבוה לתת תזונה.

BMI mean 25.6 s.d 5.6 בקרב המקרים גבול עליון של הנורמה.

הפרש זמנים בין תאריך גילוי פצע הלחץ הנרכש לבין הייעוץ התזונתי הוא זמן חציוני של 21 ימים (טווח בינרבעוני 3-156).

רבע מהמטופלים (26%) עם פצע נרכש ירדו במשקל ב- 3-6 חודשים אחרונים וזאת בהבדל מובהק יותר מהבקורות.

34% מהמקרים תוגו כמטופלים הסובלים מתת תזונה ויחד עם זאת, כמעט לכל המקרים והבקורות תועדה תכנית תזונתית המתבצעת בפועל (טבלה 26)

4.3.4 תכנית מניעה טרם הופעת פצע לחץ נרכש, השוואה מקרים - בקורות בבתי"ח גריאטריים

תכנית המניעה המיועדת למנוע התפתחות פצעי לחץ בקרב מטופלים מורכבים וברי סיכון להתפתחות פצעי לחץ. התכנית כוללת מרכיבים המתייחסים לכלל צרכי המטופל פיזיים ורב מערכתיים כגון: שמירה על תנוחה בזווית 30° , שינויי תנוחה מדי שעתיים שלוש, תכנית פיזיותרפיה, תכנית דיאטטית, שימוש בעזרים כגון מזרון דינאמי, כריות הושבה ושימוש בסדיניות למניעת חיכוך. באופן כללי הקפידו יותר על שינויי תנוחה ורישום תכנית תזונתית אך מבחינת השימוש באביזרי עזר למניעה מיעטו להשתמש במזרון דינמי.

נמצא כי על תנוחה בזווית 30° הקפידו יותר בקרב הבקורות אולם על שימוש שינוי תנוחה ושימוש במזרון דינמי הקפידו במובהק יותר בקרב המקרים, ($p < 0.001$). לגבי השימוש בכל האמצעים האחרים לא היה הבדל מובהק בשימוש בין המקרים לבקורות (טבלה 27).

כמחצית (44.5%) 73 מהמטופלים שהתקבלו עם פצע פיתחו פצע לחץ אחד לפחות במהלך האשפוז ייתכן ובמקרים אלו אצל המטופלים כבר ישנו פצע פעיל מהקבלה ולכן השתמשו יותר בפעילויות ואביזרי מניעה.

על מנת לבדוק הנחה זו נבדקו ההבדלים במתן טיפול מניעתי ל- 73 מטופלים עם פצע פעיל בקבלה שפיתחו פצע נוסף במהלך האשפוז לבין 91 שאושפזו ללא פצע לחץ פעיל בקבלתם אך רכשו פצע בזמן האשפוז. לא נמצאו הבדלים מובהקים בשינויי התנוחה, שימוש במזרון דינמי ויתר הטיפולים המניעתיים למעט הבדל בשימוש בסדיניה למניעת חיכוך שנמצא (52%) 46 בקבוצה בה התקבלו עם פצע לעומת (48%) 43 שרכשו פצע בהמשך ($p = 0.031$).

לסיכום, לא קיימת נטייה ברורה ועקבית של טיפול מונע רב יותר בקרב מטופלים שהגיעו עם פצע ורכשו פצע נוסף לעומת מטופלים שהגיעו ללא פצע ורכשו פצע במהלך האשפוז. כך שלא ניתן להסביר כי בקרב המקרים רמת הטיפול המונע גבוהה יותר יחסית לבקורות על רקע הימצאות פצע לחץ פעיל. ייתכן ודווקא אם היו מקפידים יותר בקרב אלו שהגיעו עם פצע היה נמנע הפצע החדש. אולי התייחסו לרמת הנורטון בהקפדה על המניעה בכלל המטופלים. אך יחד עם זאת מידת המניעה אינה מספקת. יש לשפר את רמת המניעה בבתי חולים גריאטריים.

4.3.5 גורמי סיכון - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי חולים גריאטריים

מדד נורטון הוא המדד המקובל בישראל להערכת הסיכון להתפתחות פצעי לחץ בקרב מטופלים מאושפזים. בולט ההבדל בין המקרים לבקורות בסולם הנורטון כאשר הציון של המקרים הוא 9.3 בממוצע המראה על מידת סיכון גבוהה להתפתחות פצע לעומת הבקורות שקיבלו ציון 11 בממוצע. ($p < 0.001$).

ל- 60% מהמקרים נרשמה הפרעה בשלמות העור לעומת 26% בלבד מהבקורות ($p < 0.001$). באומדן המצב התפקודי נמצאו הבדלים מובהקים בין המקרים לבקורות. ל- 91% מהמקרים מוגבלות קבועה לעומת 78% מהבקורות. 82% מרותקים למיטתם, 54% לכיסא גלגלים, קרוב למחצית (46%) מהמקרים סובלים מנוקשות וספסטיות לעומת כרבע מהבקורות. לרוב המוחלט של המקרים והבקורות בוצע אומדן כאב. ממוצע רמת ההמוגלובין $11.2\text{mg}\% \pm 6.3$ mean נמוך יותר בקרב המקרים אך ההבדל אינו מובהק סטטיסטי לעומת הבקורות.

רמת האלבומין נמוכה יותר בקרב המקרים לעומת הבקורות. 29% מתחת לרמה 3. (טבלה 28) מתוך גורמי הסיכון המפורטים לעיל, ניכר כי ישנם כלי אומדן זמינים המאפשרים איתור מוקדם של בעלי הסיכון לפתח פצע לחץ כך שניתן לתת מיידית טיפול מונע.

לגבי זמן אשפוז כגורם סיכון יש לציין כי חלף זמן חציוני של 169 ימים מיום האשפוז ועד גילוי פצע נרכש. זמן של קרוב ל 6 חדשים אצל מחצית מהנבדקים המאושפזים ביום הסקר. יש לזכור כי הנתונים נאספו לגבי פצע פעיל שנרכש ביום הסקר ואינו בהכרח מלמד על פצעים שייתכן ונרכשו קודם לכן ונרפאו, מה שייתכן באשפוז ממושך. הזמן הקצר ביותר לרכישה נמצא במחלקות שיקום והארוך ביותר במחלקות המונשמים. ממצא מתאים לאורך האשפוז במחלקות אלו. ולאו דווקא מלמד על השפעת המחלקה על התהוות הפצע (טבלה 29).

בתרשים 16 מתוארת התפלגות יחסית מתונה של זמני גילוי פצע נרכש לאורך האשפוז בבית החולים הגריאטרי. כאשר הגילוי הרב ביותר של קרוב לשליש מהמקרים 32% התגלה בזמן של שנה ומעלה מיום האשפוז וחמישית 20% מהמקרים התגלו בחודש הראשון לאשפוז.

4.4 תיאור פצעי לחץ נרכשים בקרב נבדקים בבתי חולים גריאטריים

למעלה משלושת רבעי המקרים (77%) סבלו מפצע לחץ נרכש אחד בלבד ו- 15% מ- 2 פצעים בעוד ל- 6% מהמקרים 3 פצעי ומעלה. כאשר למטופל היו יותר מפצע אחד תיאור הפצע התייחס לפצע הנרכש החמור מביניהם.

79% רכשו את הפצע מעצם השכיבה במיטה והיתר מגורמים חיצוניים אחרים כגון: טובוס, משקפי חמצן, זונדה, עירוי ועוד.

רוב הפצעים ממוקמים בסקרום בקרב 43% מהמקרים ובעקבים בקרב 29% ואצל כ- 15% מהמקרים בעצם השת (ischium), (איור 4).

בלמעלה ממחצית מהמקרים דרגת הפצע 2 כלומר באזור הפצע שכבת העור חלקית ובלמעלה מרבע מהמקרים דרגת הפצע 3. 13.5% מהמקרים ישנו אבדן מלא של הרקמה. ויתר המקרים אינם ניתנים להגדרה. נראה כי כמחצית מהפצעים בדרגה חמורה יחסית מ- 3 ומעלה. (טבלה 30) בנוסף לדרגה צבע הפצעים מהווה גם הוא מדד באומדן הפצע הנרכש. 64% מהמקרים הצבע היה אדום ומעניין כי ב- 20% מהמקרים הצבע היה מעורב. (תרשים 17) במבדק הוכנס פרמטר של **צילום הפצע** כגורם טיפולי המסייע באומדן הפצע ועוזר במעקב הטיפולי. בקרב 21% מהמקרים תועד צילום הפצע ו- 98% דווחו על רישום במעקב הרפואי על הפצע הנרכש.

4.4.1 תכנית הטיפול לאחר רכישת פצעי לחץ בקרב נבדקים בבתי חולים גריאטריים

תכנית טיפול הכוללת התערבות ומניעת פצעי לחץ נרשמה ל- 96% מהמטופלים ואילו יישום התכנית תועד ב- 85% מהמקרים.

מעבר לטיפול המניעתי קיימת חשיבות רבה להדרכת המטופל ומשפחתו. ההדרכה יכולה לקדם משמעותית את יעילות הטיפול ולסייע רבות במניעה. דווח ברשומות המטופל כי ל- 68% מהמקרים נערכה הדרכה למטופל ולמשפחתו ו/או משמעותיים אחרים.

תכנית הטיפול כוללת ורב מקצועית צריכה לכלול ייעוצים לאחר הופעת הפצע הנרכש, ב- 94% מהמקרים תועד ייעוץ כלשהו. (83%) 163 מהמקרים זכו לייעוץ מקצועי של אחות פצעים. (67%) 110 לייעוץ פיזיותרפיסט.

ב- (38.4%) 63 מהמקרים בלבד תועד ייעוץ של צוות ייעודי לנושא.

בבדיקה מעמיקה יותר לאפיון המטופלים אשר זכו לביקורו של הצוות הייעודי נמצא כי אלו מטופלים עם רמת תחלואה בינונית ציון חציוני צ'רלסון 3(2-4). median. ציון נורטון ממוצע 9.2 ± 2.7 . 90% מרותקים למיטה, 44% עם קונטרקטורות, 48% עם פצע בקבלה, 49% עם פצעים בסקרום ו- 22% בעקבים. חלפה בממוצע שנה עד גילוי הפצע הנרכש ביום המבדק. 43.5% בדרגה 2, 37% בדרגה 3 (לעומת 26% בשכיחות הפצעים הנרכשים), ו- 19% בדרגה 4 או לא ניתנים להגדרה בדומה לשכיחות הפצעים הנרכשים בקרב המקרים. מבחינת פצעים נרכשים נראית מגמה קלה של ביקור הצוות הייעודי אצל מטופלים עם פצעים בדרגה חמורה יותר (בעיקר דרגה 3).

הביקור נערך בעיקר (46% מטופלים) בסיעוד מורכב ו- (41%) במונשמים.

מאפייני המטופלים נמצאו די דומים לכלל המטופלים עם פצע נרכש בבתי החולים הגריאטריים כך שלא נמצאה נטייה ברורה לקריטריונים על פיהם נערכו ביקורי הצוות הייעודי.

מבחינת הטיפול הנבדקים אותם ביקר הצוות הייעודי זכו יחסית לשאר המטופלים עם פצע נרכש ליותר טיפול מבחינת: 81% הדרכה לחולה ולמשפחתו, 76% תנוחה 30, 71% ייעוץ פיזיותרפי אך לא יותר טיפולים או אביזרים אחרים.

מבחינת מאפייני בתי החולים נמצא כי זכו לביקור הצוות הייעודי 44% במרכזים גדולים, 56% בבינוניים. 35% בממשלתיים (יחסית ל- 26% מקרים במדגם) ו- 22% בשב"כ (יחסית ל- 17% מקרים במדגם). 22% בציבורי ו- 21% בפרטי/קופות נערכו פחות ביקורים יחסית לשכיחות המקרים במדגם הכללי.

הביקור של הצוות הייעודי נמצא בדומה להתפלגות המקרים מבחינת מאפייני רקע אישיים וגורמי סיכון (מין, מקור הגעה, נורטון, מוגבלות קבועה, ירידה במשקל, קונטרקטורות, דרגת הפצע) ויותר ביקורים מבחינת מיקום הפצע (סקרום, מספר פצעי לחץ, פצע בקבלה, ריתוק למיטה, פצע בדרגה 3).

לאחר רכישת הפצע תכנית הטיפול לכלל המקרים כללה:

שינויי התנוחה ותכנית דיאטנית תועדה אצל מרבית המקרים ואילו תנוחה בזווית 30° אצל כשני שלישי (65%) ותכנית פיזיותרפיה אצל כשני שלישים המטופלים (67%).

במבדק נערכה תצפית של הסוקרים על עזרים ייחודיים לטיפול ומניעה. מזרון דינמי נצפה רק ב- 18% מהמקרים כאשר מזרון ביצים נצפה רק ב- 1% מהמקרים.

כרית הושבה נצפתה בכמעט ממחצית מהמקרים (46%) כאשר למעלה ממחצית (54%) מרותקים לכיסא גלגלים.

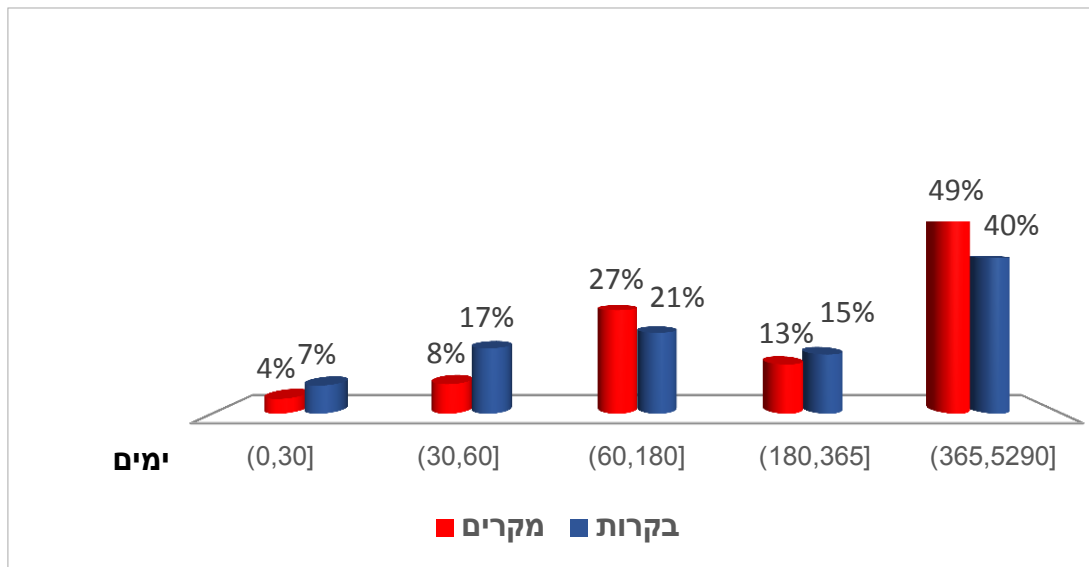
משמעותי ביותר לאתר את גורם הלחץ ולהסירו וזהו פרמטר נוסף שנבדק. ב- 88% מהמקרים אותר גורם הלחץ אך רק ב- 50% מהמקרים הוא הוסר. ייתכן שלא ניתן למנוע ולהסיר את הגורם אך יש להיות ערים לכך ולהסיר במידת האפשר. (טבלה 31)

טבלה 24: מאפייני רקע של מטופלים - השוואה בין מקרים לבקורות בבת"ח גריאטריים

p value	בקורות n= 261		מקרים (מטופלים עם פצע נרכש) n=164		מדד
	%	מספר	%	מספר	
מין					
0.231	41.4%	108	45.7%	75	זכר
	58.6%	153	54.3%	89	נקבה
0.939	mean 74.75 s.d 12.8		mean 74.85 s.d 13.7		גיל
0.757	median-3 (0-11)		median-2 (0-11)		מדד צ'רלסון
0.478	61.7%	142	61.1%	91	מדד צרלסון נמוך <3
	38.3%	88	38.9%	58	מדד צרלסון גבוה >4
מקום הגעת המטופל					
0.89	4.2%	11	3.7%	6	בית
	87.7%	229	87.2%	143	בי"ח אחר
	4.6%	12	4.3%	7	מוסד סיעודי
	3.4%	9	4.9%	8	לא ידוע
0.163	32.8%	85	37.9%	61	ישנו מטפל עיקרי
p<0.001	median-251 (63-790)		median-365 (114-319)		משך אשפוז בבית החולים (ימים)

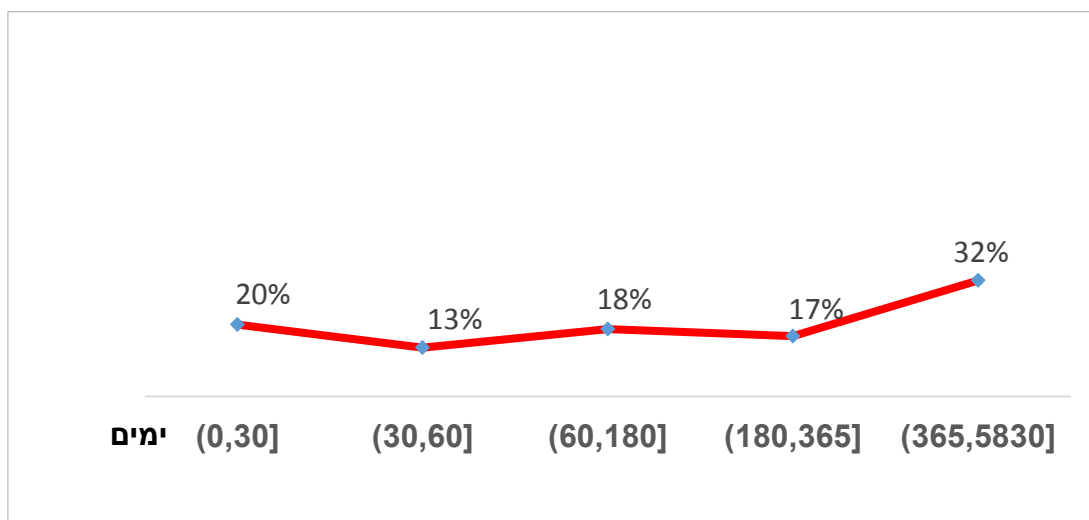
הדמיון בין המקרים לבקורות מחזק את תוקף דגימת הנבדקים בסקר ומצביע על חשיבות גורמי הסיכון.

**תרשים 15: התפלגות נבדקים לפי משך אשפוז כולל בימים בבתי"ח גריאטריים
(n=164 מקרים ו- n=261 בקרות)**



בהשוואת משך זמן האשפוז הכולל של הנבדקים נראה אשפוז ממושך בעיקר של המקרים שמחציתם מאושפדים עד 159 ימים. בקרב המקרים למעלה מרבע מאושפדים כחודשיים ועד חצי שנה וקרוב למחצית שנה ויותר.

תרשים 16: משך זמן עד גילוי פצע לחץ נרכש בבתי"ח גריאטריים (N=164)



רכישת הפצע היא לאורך כל משך האשפוז. מחצית מהמקרים שנדגמו רכשו פצע לחץ לאחר 169 ימי אשפוז (קרוב לחצי שנה). יתכן כי הנבדקים רכשו פצעי לחץ קודם לכן במשך האשפוז אך הפצעים נרפאו ולכן לא נכללו כ"מקרים" במבדק.

טבלה 25: מאפייני רקע בתי החולים - השוואה בין מקרים לבקורות בבת"ח גריאטריים

מובהקות	בקרות n=261		מקרים (מטופלים עם פצע נרכש) n=164		מדד
	%	מספר	%	מספר	
גודל בית חולים					
0.052	35.6%	93	43.9%	72	גדול
	64.4%	168	56.1%	92	בינוני
בעלות בית חולים					
0.598	22.2%	58	26.2%	43	ממשלתי
	25.7%	67	27.4%	45	ציבורי
	21.5%	56	17.1%	28	שב"כ
	30.7%	80	29.3%	48	פרטי/קופות
פריפריאליות					
0.848	11.5%	30	9.1%	15	פריפרי
	39.1%	102	39.6%	65	בינוני/מרכזי
	49.4%	129	51.2%	84	מרכזי מאד
סוגי מחלקות					
0.338	40.1%	105	44.5%	73	סיעוד מורכב
	35.5%	93	38.4%	63	מונשמים
	17.6%	46	11.6%	19	שיקום
	6.9%	18	5.5%	9	פנימית גריאטרית

טבלה 26: מצב תזונתי - השוואה בין מקרים לבקורות בבת"ח גריאטריים

מובהקות p	בקרות n=262		מקרים (פצע נרכש) n=164		מדד
	%	מספר	%	מספר	
אומדן תזונתי					
p<0.001	median-1(0-8)		Median 5.5(1-242)		משך זמן הסיקור תזונתי מהקבלה לאשפוז (ימים)
לפי סיקור MUST					
0.901	81%	30	80%	16	סיכון נמוך
	2.7%	1	5%	1	סיכון בינוני
	16.2%	6	15%	3	סיכון גבוה
סיקור לפי SNAQ					
0.841	60%	36	64.5%	20	סיכון נמוך
	8.3%	5	9.7%	3	סיכון בינוני
	31.7%	19	25.8%	8	סיכון גבוה
0.046	95.4%	247	98.8%	162	קיים ייעוץ תזונתי
0.572	mean 25.9 s.d 6.2		mean 25.6 s.d 5.6		bmi
0.644	mean 69.2 s.d 16.9		mean 70 s.d 17.5		משקל
0.26	mean 162.2 s.d 11		mean 163.3 s.d 9.4		גובה
0.003	16.3%	41	25.5%	41	ירידה במשקל ב: 3-6 חודשים אחרונים
0.381	37.7%	40	33.9%	19	תת תזונה
0.065	99.6%	239	98%	159	קיימת תכנית תזונתית
0.307	99.6%	225	98%	150	התכנית מתבצעת

* הפרש זמנים בין גילוי הפצע הנרכש לבין הייעוץ התזונתי שלאחריו הוא זמן חציוני של (3-156) 21 ימים.

טבלה 27: תכנית מניעה טרם הופעת פצע לחץ נרכש - השוואה בין מקרים לבקורות בבת"ח גריאטריים

מובהקות p	בקורות n=262		מקרים (מטופלים עם פצע נרכש) n=164		מדד
	אחוז	מספר	אחוז	מספר	
p<0.001	48.9%	128	36.6%	60	תנוחה בזווית 30°
p<0.001	77.5%	203	92.5%	150	שינוי תנוחה (2-3 שעות)
0.506	71.8%	188	71.3%	117	תכנית פיזיותרפיה
0.126	87.4%	229	91.5%	150	תכנית דיאטנית
0.027	59.2%	155	68.9%	113	עזרים מיוחדים
p<0.001	4.2%	11	16.5%	27	מזרון דינאמי
0.111	72.5%	190	66.4%	109	מזרון אחר
0.437	34.7%	91	36.0%	59	כרית הושבה
0.085	46.9%	123	54.3%	89	סדיניה למניעת חיכוך
0.049	25.6%	67	33.5%	55	אמצעי מניעה אחרים

בטבלה 27 מפורטת השוואת הטיפול המניעתי בין המקרים לבין הבקורות. בכל אמצעי המנע טרם הופעת הפצע הנרכש הקפידו להשתמש באופן מובהק ביותר בקרב המקרים לעומת הבקורות. על מנת להבין לעומקה תופעה זו החלטנו לבדוק האם הטיפול המונע ניתן בשל העובדה כי (45%) 73 כמחצית ממקרים הגיעו לאשפוז עם פצע לחץ פעיל בקבלתם לאשפוז. בבדיקה נמצא כי מטופלים שהגיעו לאשפוז עם פצע פעיל לא קיבלו יותר טיפול מונע באופן שיטתי ועקבי ולעיתים אף פחות. כך שמתן טיפול מונע כנראה ניתן למטופלים עם רמת סיכון גבוהה יותר וגם זאת לא באופן שיטתי ובמידה האופטימלית.

טבלה 28: גורמי סיכון - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי"ח גריאטריים

מובהקות	בקרות n=262		מקרים (מטופלים עם פצע נרכש) n=164		מדד
	אחוז	מספר	אחוז	מספר	
p<0.001	mean 11.1 s.d 3.4		mean 9.3s.d 2.7		מדד נורטון
p<0.001	25.5%	65	60.4%	99	בעיה בשלמות העור
מוגבלות					
0.001	77.5%	193	90.5%	143	קבועה
	13.7%	34	8.2%	13	זמנית
	8.8%	22	1.3%	2	ללא מוגבלות
p<0.001	57.4%	124	82.2%	125	מרותק למיטה
0.008	72%	103	53.8%	35	מרותק לכסא גלגלים
p<0.001	23.4%	57	45.5%	70	נוקשות/ספסטיות
0.411	98.4%	190	99.3%	149	ביצוע אומדן כאב
0.515	mean 11.7mg%±7.7		mean 11.2mg%±6.3		רמת המוגלובין
רמת אלבומין					
0.049	2%	5	3.1%	5	<2
	17.7%	44	25.8%	42	2.1-2.9
	36.3%	90	39.9%	65	3-3.4
	44%	109	31.3%	51	3.5-5

טבלה 29: ימי אשפוז עד גילוי פצע נרכש במחלקות בבתי"ח גריאטריים (N=164)

זמן חציוני (טווח בינרבעוני)	מספר נבדקים	סוגי מחלקות
median 169 (46-512)	164	ימי אשפוז עד גילוי פצע נרכש פעיל
median 101 (30-219)	9	פנימית
median 260 (60-992)	63	מונשמים
median 222 (56-478)	73	סיעוד מורכב
median 20 (10-52)	19	שיקום

טבלה 30: תיאור פצעי לחץ נרכשים בקרב נבדקים בבת"ח גריאטריים (N=164)

משתנה	מספר	%
מיקום הפצע		
עמוד שדרה	6	3.7%
sacrum	70	42.7%
ischium	24	14.6%
עקבים	47	28.7%
ראש	13	7.9%
סקפולה	1	0.6%
אזור גניטלי	5	3%
ברכיים	5	3%
כף רגל	19	11.6%
טרוכנטר	10	6.1%
שוק	3	1.8%
מספר פצעי נרכשים		
1	127	77.4%
2	24	14.6%
3 +	10	6.1%
רכישה מגורם חיצוני		
מיטה	130	79.3%
גורם אחר (עירוי, זונדה, משקפי חמצן, טובוס, גבס, אחר..)	34	21.7%
דרגת הפצע		
2- שכבת עור חלקית	90	55.2%
3- אבדן מלא של העור	42	25.8%
4- אבדן מלא של הרקמה	22	13.5%
5- לא ניתן להגדרה	9	5.5%
צבע הפצע		
אדום	106	64.6%
צהוב	22	13.4%
שחור	21	12.8%
מעורב	34	20.7%
אחר (ורוד)	4	2.8%
צילום הפצע		
רישום ודיווח במעקב רפואי	156	97.5%

טבלה 31: תכנית הטיפול לאחר הופעת פצע לחץ נרכש (N=164)

משתנה	מספר	%
ייעוצים לאחר הופעת פצע לחץ נרכש		
קיום ייעוץ	151	93.8%
צוות ייעודי לפצעים קשיי ריפוי	63	38.4%
רופא כלי דם	3	1.8%
פלסטיקאי	5	3%
אחות פצעים	136	82.9%
אורתופד כף רגל	1	0.6%
מחלות זיהומיות	4	2.4%
גריאטר	85	51.8%
פיזיותרפיסט	110	67.1%
ריפוי בעיסוק	52	31.7%
תכנית דיאטנית	142	86.8%
רופא עור	5	3%
יעוץ אחר	17	10.4%
תצפית עזרים		
מזרון דינמי	30	18.3%
מזרון ביצים	2	1.2%
מזרון אחר	108	65.9%
כרית הושבה	76	46.3%
סדיניה	108	65.9%
עזרים אחרים	81	49.4%
הדרכה לחולה ולמשפחתו	112	68.3%
קיימת תכנית התערבות ומניעה	157	95.7%
יישום תכנית הטיפול	140	85.4%
תכנית טיפול לפצעי לחץ		
תנוחה בזווית עד 30°	107	65.2%
שינוי תנוחה (בין שעותיים לשלוש)	154	93.9%
תכנית פיזיותרפיה	121	73.8%
תכנית דיאטנית	155	94.5%
איתור גורם הלחץ	141	88.1%
הסרת גורם הלחץ	72	50.7%

*בבדיקת פרופיל (38.4%) 63 הנבדקים שזכו לביקור צוות ייעודי לפצעים קשיי ריפוי נמצא בדומה להתפלגות המקרים במדגם מבחינת מאפייני רקע אישיים וגורמי סיכון (מין, מקור הגעה, נורטון, מוגבלות קבועה, ירידה במשקל, קונטרקטורות) ונטייה ליותר ביקורים מבחינת מאפייני הפצע ומצב המטופל (מיקום בסקרום, מספר פצעי לחץ, קיום פצע בקבלה, ריתוק למיטה, פצע בדרגה 3).

לסיכום, פצעי הלחץ הנרכשים בבתי החולים הגריאטריים, מתוך 809 נבדקים 164 נבדקים (19%) פיתחו פצע לחץ במהלך האשפוז.

88% הגיעו מבית חולים אחר. מחצית מהנבדקים מאושפדים במשך שנה והפצעים נרכשים מסמוך לקבלה ולכל אורך משך האשפוז. פצע נרכש ראשון התגלה אצל מחצית מהנבדקים תוך 169 ימים. הרוב מאושפדים במחלקות סיעוד מורכב (40%) ומונשמים (36%).

הפצעים שנרכשו היו למעלה ממחצית (55%) דרגה 2, 26% בדרגה 3, 19% דרגה 4 ומעלה. 43% באזור הסקרום ו- 29% באזור העקבים. כרבע רכשו יותר מפצע לחץ אחד. מזרון דינמי נצפה בקרב 18% מהמטופלים שרכשו פצעי לחץ כאשר 82% הוגדרו כמרותקים למיטתם.

למחצית מהמקרים נערך סיקור תזונתי תוך 5.5 ימים מקבלה לאשפוז אך חלפו 21 ימים אצל מחצית מהמקרים מגילוי הפצע ועד קבלת ייעוץ תזונתי ו- 34% הוגדרו כסובלים מתת תזונה.

בטיפול המנע הקפידו יותר על שינויי תנוחה, תכנית דיאטנית, עזרים מיוחדים מזרון דינמי ואמצעי מניעה אחרים בקרב המקרים לעומת הבקורות אך עדיין לא במידה מספקת במיוחד לאור העובדה כי ניתן לאמוד את מידת הסיכון להתפתחות הפצעים ואת גורמי הסיכון הרלוונטיים.

בתי חולים הגריאטריים דיווחו כי ישנו צוות ייעוץ מוסדי לטיפול בפצע קשה ריפוי. למרות זאת, תועדו 38% מהמקרים בלבד שזכו לייעוץ של צוות ייעודי לריפוי פצעים. בבדיקת פרופיל המטופלים שקיבלו ביקור מצוות הייעוץ נמצא בחלקו תואם להתפלגות המקרים נטייה גבוהה יותר במקרים של ריתוק למיטה, רמת תחלואה גבוהה יותר, פצעי לחץ בקבלה, מספר פצעים רב יותר, bmi גבוה.

המקרים שזכו לביקור צוות הייעוץ זכו גם ליותר הדרכה למטופל ולמשפחתו.

4.5 תיאור פצעי לחץ בקבלה בבתי חולים גריאטריים

במבדק נדגמו 384 נבדקים אשר אושפזו עם פצע לחץ בקבלתם ולא רכשו פצע לחץ נוסף עד ליום המבדק.

למטופלים אלו עם פצע פעיל בזמן האשפוז נאספו נתונים לגבי מאפייני רקע אישיים ומאפיינים הקשורים לאשפוז ולתיאור הפצע.

4.5.1 תיאור רקע המטופלים עם פצעי לחץ בקבלה בבתי חולים גריאטריים

מקרב הנבדקים למעלה ממחצית נשים (54%) בדומה לבתי החולים הכלליים, בטווח גילאים של 101-19 בגיל ממוצע 76.4 ס.ת. 14.4 כשליש בלבד עם מדד תחלואה צ'רלסון גבוה יחסית בחציון 4 ומעלה. רובם (84%) הגיעו לאשפוז מבית חולים אחר.

מחצית מהמטופלים שהתקבלו לאשפוז עם פצע לחץ פעיל ולא פיתחו פצע לחץ חדש אושפזו במשך כ-4 חודשים בביה"ח. משך האשפוז החציוני הקצר ביותר של מטופלים אלו נמצא במחלקות פנימיות גריאטריות אך יש לציין כי שם נדגמו 37 נבדקים בלבד. לעומת זאת, האשפוז החציוני הארוך ביותר במחלקות סיעוד מורכב שם נדגמו 198 מטופלים עם פצעים בקבלה (טבלה 32).

4.5.2 תיאור רקע בתי חולים בקרב מטופלים עם פצעי לחץ בקבלה בבתי חולים גריאטריים

כשני שלישי מהנבדקים אשר התקבלו לבית החולים עם פצע לחץ פעיל נדגמו בבתי חולים בגודל בינוני ושליש במר"גים.

שליש בבתי חולים ממשלתיים, כשליש בבתי חולים של השב"כ, למעלה מרבע בבתי חולים פרטיים/בעלות קופות והיתר בציבוריים.

למעלה ממחצית (52%) אושפזו במחלקות סיעוד מורכב, חמישית במחלקות מונשמים, פחות מחמישית במחלקות שיקום וכעשרה אחוזים במחלקות פנימיות גריאטריות. למעלה ממחציתם מבתי חולים מרכזיים מאד וכשליש מבתי חולים באזור מרכזי בינוני. (טבלה 33).

4.5.3 תיאור פצעי הלחץ בקבלה בבתי חולים גריאטריים

למעלה ממחצית מהנבדקים שהתקבלו עם פצע פעיל לאשפוז סבלו מפצע לחץ אחד, חמישית משני פצעים, 11% מ-3 פצעים ו-14.9% מ-4 פצעים ויותר.

23% סבלו מפגיעה חלקית בשכבת עור (דרגה 2), פחות משליש סבלו מאבדן מלא של העור (דרגה 3) 38% מאבדן מלא של הרקמה (דרגה 4). 8% מפצע בדרגות מעורבות.

44% הנבדקים סבלו מפצע בצבע אדום, פחות מרבע מפצע בצבע צהוב ורבע מפצע בצבע שחור, מעניין כי כשליש סבלו מפצע בצבעים מעורבים. (תרשים 18)

70% מהפצעים ממוקמים באזור הסקרום ופחות משליש בעקבים. תיאור מיקומי הפצע בגוף מתואר באיור מס' 5.

רישום ודיווח פצעי הלחץ בקבלה במעקב הרפואי נמצא בתיקיהם של 96% מהמטופלים. צילום הפצע מתועד אצל למעלה משליש מהנבדקים עם פצע בקבלה. (טבלה 34)

טבלה 32: מאפייני רקע מטופלים עם פצעי לחץ בקבלה בבתי"ח גריאטריים (N=384)

רקע מטופלים	מספר	%
מין		
זכר	176	45.8%
נקבה	208	54.2%
גיל	Mean 76.4 s.d 14.4	
מדד צ'רלסון	mean 2.82 s.d 2.1 (range 0-12)	
מדד צ'רלסון דיכוטומי חציון > 3	239	67.7%
מדד צ'רלסון דיכוטומי חציון < 4	114	32.3%
מהיכן הגיע המטופל		
בית	18	4.7%
בי"ח אחר	323	84.1%
מוסד סיעודי	32	8.3%
לא ידוע	11	2.9%
משך אשפוז בימים בבית החולים	Median 119 (48-286)	
משך אשפוז (בימים) במחלקות		
פנימית	37	Median 34 (21-159)
מונשמים	85	Median 171 (83-282)
סיעוד מורכב	198	Median 199 (58-360)
שיקום	64	Median 62 (34-98)

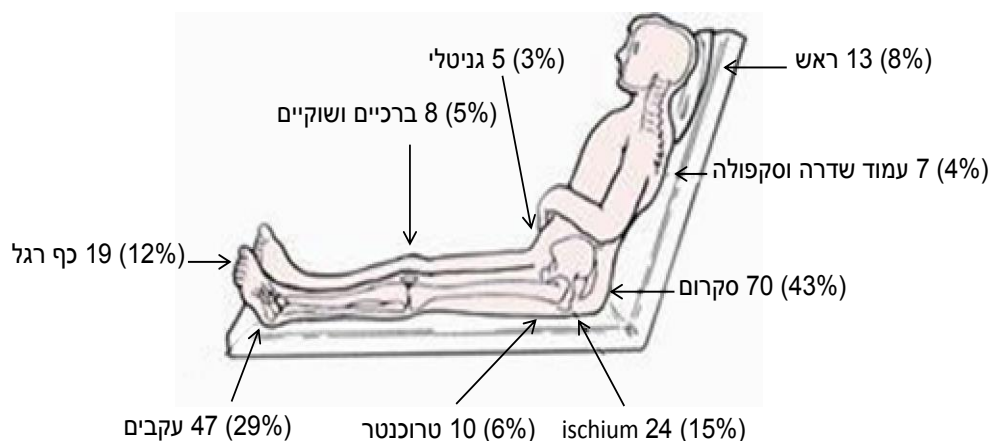
טבלה 33: תיאור רקע בת"ח גריאטריים בקרב מאושפזים עם פצע לחץ בקבלה (N=384)

רקע מטופלים	מספר	%
גודל בית חולים		
גדול	142	37%
בינוני	242	63%
בעלות בית חולים		
ממשלתי	131	34.1%
ציבורי	20	5.2%
שב"כ	125	32.6%
פרטי/ קופות	108	28.1%
סוג מחלקה		
סיעוד מורכב	198	51.6%
מונשמים	85	22.1%
שיקום	64	16.7%
פנימית גריאטרית	37	9.6%
פריפריאליות		
פריפרי	48	12.5%
בינוני/מרכזי	140	36.5%
מרכזי מאד	196	51%

איור 4: מיקום פצע נרכש בבת"ח גריאטריים

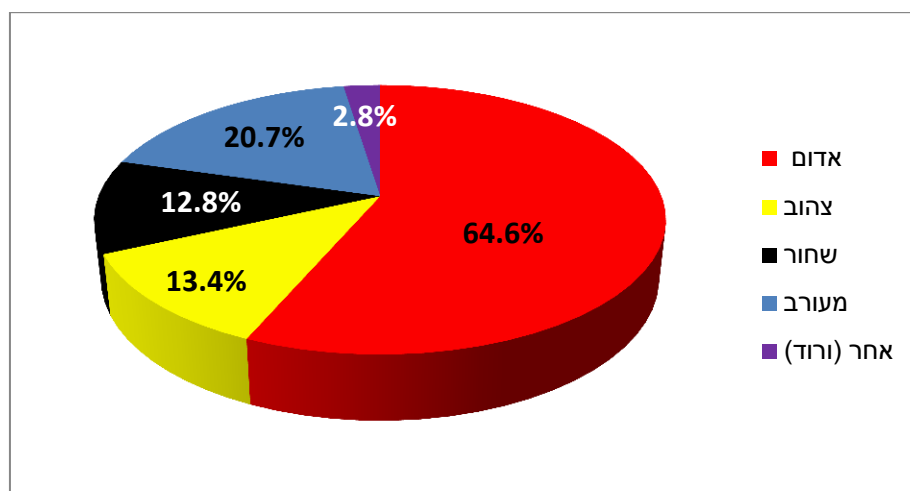
מיקום פצע נרכש – בת"ח גריאטריים

N=164



באיור 4 - מתואר מיקום הפצעים שנרכשו בקרב 164 המטופלים. ישנם מטופלים שרכשו למעלה מפצע אחד. סה"כ מתואר מיקומם של 203 פצעים. הנתונים לעיל מייצגים את סה"כ מספר הפצעים ולא מספר הנבדקים.

תרשים 17: צבע פצעי הלחץ שנרכשו בבת"ח גריאטריים (N=164)



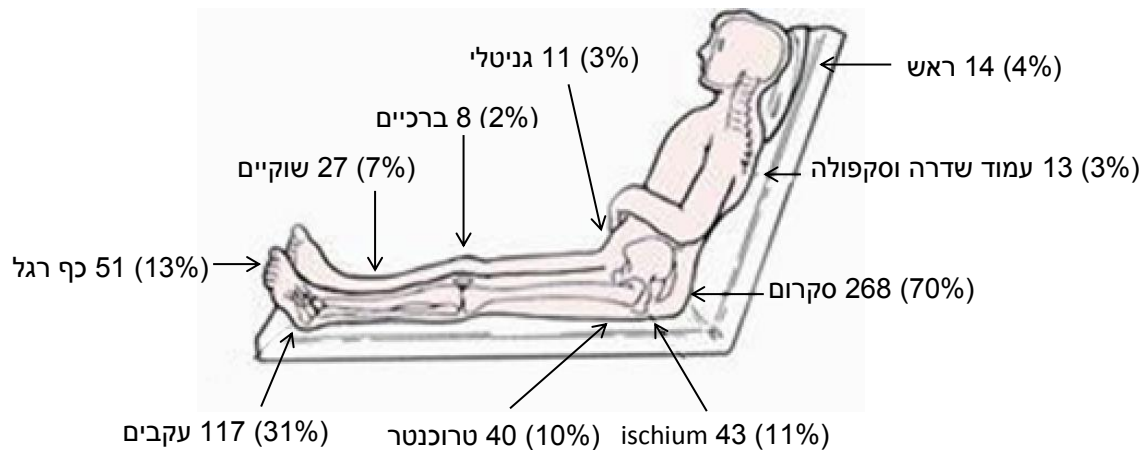
בתרשים 17 - מתוארים צבעי פצעי הלחץ הנרכשים בקרב 164 המטופלים שרכשו פצעי לחץ במהלך האשפוז. במידה ונרכש יותר מפצע אחד ההתייחסות היא לפצע בעל הדרגה החמורה יותר.

טבלה 34: תיאור פצעי לחץ בקבלה בקרב מאושפזים בבתי"ח גריאטריים (N=384)

רקע מטופלים	מספר	%
מספר פצעי לחץ בכניסה לאשפוז		
1	202	53.2%
2	79	20.8%
3	42	11.1%
4+	57	14.9%
דרגת הפצע		
שכבת עור חלקית	88	23%
אבדן מלא של העור	121	31.6%
אבדן מלא של הרקמה	144	37.6%
לא ניתן להגדרה	31	7.8%
צבע הפצע		
אדום	169	44%
צהוב	87	22.7%
שחור	98	25.5%
מעורב	122	31.8%
מיקום הפצע (לפי n=602 סה"כ פצעים)		
עמוד שדרה	9	2.3%
sacrum	268	69.8%
ischium	43	11.2%
עקבים	117	30.5%
ראש	14	3.6%
סקפולה	4	1%
מרפק	10	2.6%
אזור גניטלי	11	2.9%
ברכיים	8	2.1%
כף רגל	51	13.2%
טרוכנטר	40	10.4%
שוק	27	7%
אחר		
צילום הפצע	143	37.2%
מעקב רפואי	363	95.8%

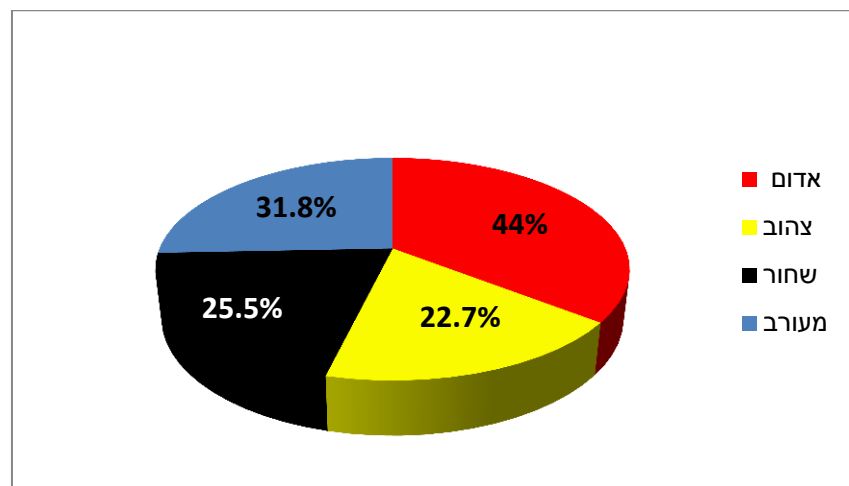
מיקום פצע בקבלה – בתי"ח גריאטריים

N=384



באיור 5 - מתואר מיקום הפצעים בקרב 384 המטופלים שהתקבלו לאשפוז עם פצע לחץ פעיל. ישנם מטופלים שהגיעו עם יותר מפצע אחד. סה"כ מתואר מיקומם של 592 פצעים. הנתונים לעיל מייצגים את סה"כ מספר הפצעים ולא מספר הנבדקים.

תרשים 18: צבע פצעי הלחץ בקבלה בבתי"ח (N=384)



בתרשים 18 - מתוארים צבעי פצעי הלחץ בקרב 384 המטופלים שהגיעו לאשפוז עם פצעי לחץ פעילים. במידה והתקבלו עם יותר מפצע אחד ההתייחסות היא לפצע בעל הדרגה החמורה ביותר.

לסיכום, פצעי הלחץ בקבלה, מתוך 809 הנבדקים במבדק נדגמו (47.5%) 384 מטופלים בבתי חולים גריאטריים עם פצע לחץ בקבלתם. 84% מנבדקים אלו התקבלו מבתי חולים אחרים. שליש אושפזו בבתי חולים ממשלתיים וכשליש בשב"כ. מעל למחצית במחלקות סיעוד מורכב וחמישית במונשמים. הפצעים בדרגות גבוהות יחסית, שליש בדרגה 3 ו- 45% בדרגה 4 ומעלה. מעניין כי גם הצוות מקפיד לצלם לפחות ב- 37% מהמקרים את פצע הלחץ בקבלה. רישום ודיווח במעקב רפואי לגבי פצע הלחץ בקבלה נמצא בקרב 96% מרשומות המטופלים.

5. מאפיינים בבתי חולים כלליים

בשאלוני המאפיינים בתי החולים התבקשו לדווח על התשתיות העומדות לרשותם, על מאפייני הפעילות שלהם ומאפייני כח אדם. לפיכך הנתונים בפרק זה הם עפ"י דיווח בתי החולים ובאחריותם. בשאלון המאפיינים המוסדי דווח על הפעילות בתחום ברמה המוסדית ובשאלון המחלקתי דווחו הנתונים ברמה המחלקתית. סה"כ השיבו לשאלון המוסדי 27 בתי חולים כלליים ו- 14 בתי חולים גריאטריים. לשאלון המחלקתי השיבו 121 מחלקות מבתי חולים כלליים ו- 47 מחלקות מבתי חולים גריאטריים.

5.1 מאפיינים מוסדיים

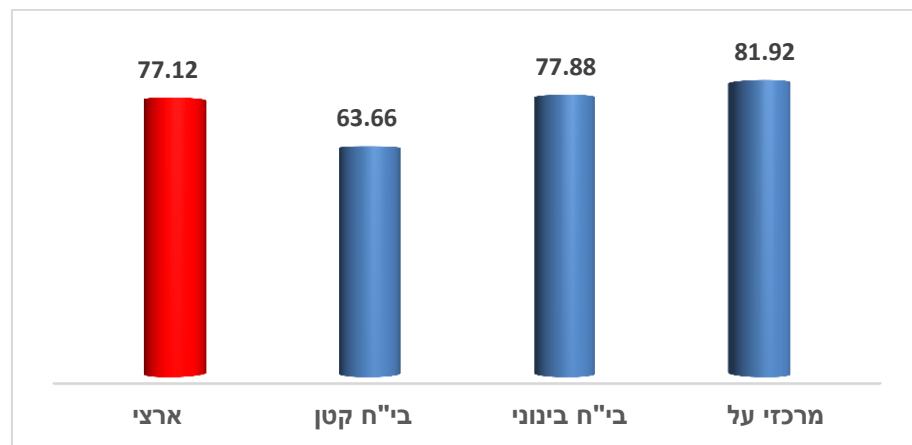
5.1.1 אומדן לקביעת רמת מסוכנות להתפתחות פצעי לחץ

81% מבתי החולים משתמשים ב- NORTON לקביעת רמת המסוכנות להתפתחות פצעי לחץ. 8 בתי חולים (30%) כבר משתמשים ב- NORTON MODIFIED. מספר רמות הסיכון של הכלי שבשימוש השכיח הוא שלוש (54%). כל בתי החולים הצהירו שהאומדן מתבצע אצלם תוך 24 שעות מהקבלה לבית החולים. חומרי הסברה כתובים לחולה ולמשפחתו ישנם בכל בתי החולים למעט בבית חולים קטן אחד.

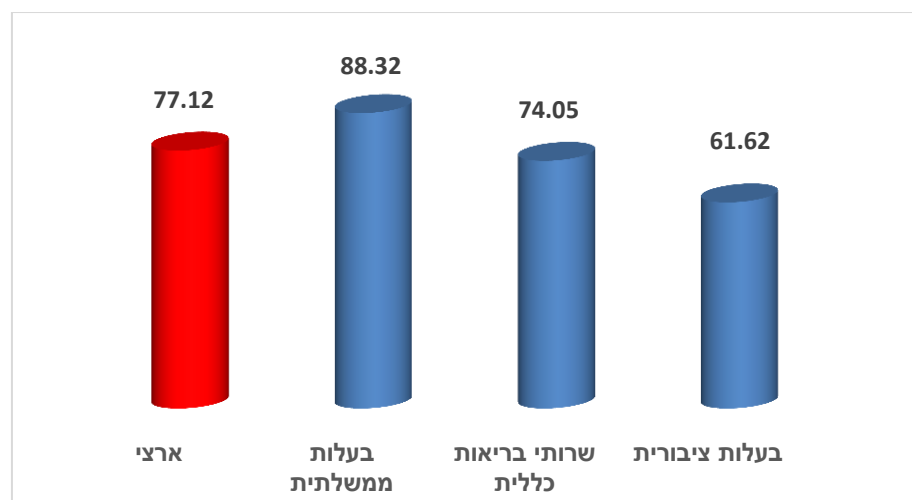
5.1.2 מאפייני כח אדם

סך אחיות בעלות קורס פצעים מוכר לגמול השתלמות 963, חציון 32 מינימום 1 מקסימום 123. משרות אחיות בעלות קורס מוכר לגמול ל- 1000 מיטות בממוצע 77.12, חציון 55.5, מינימום 7.56 מקסימום 213.46. בקבוצות הגודל הגדולות יותר סך משרות אחיות אלה גדול יותר מקבוצות הגודל הקטנות מהן, ובבתי החולים הממשלתיים נמצא השיעור הגבוה ביותר של אחיות בעלות קורס מוכר לגמול השתלמות.

תרשים 19: ממוצע אחיות בעלות קורס מוכר לגמול ל- 1000 מיטות - ריבוד לפי גודל בי"ח

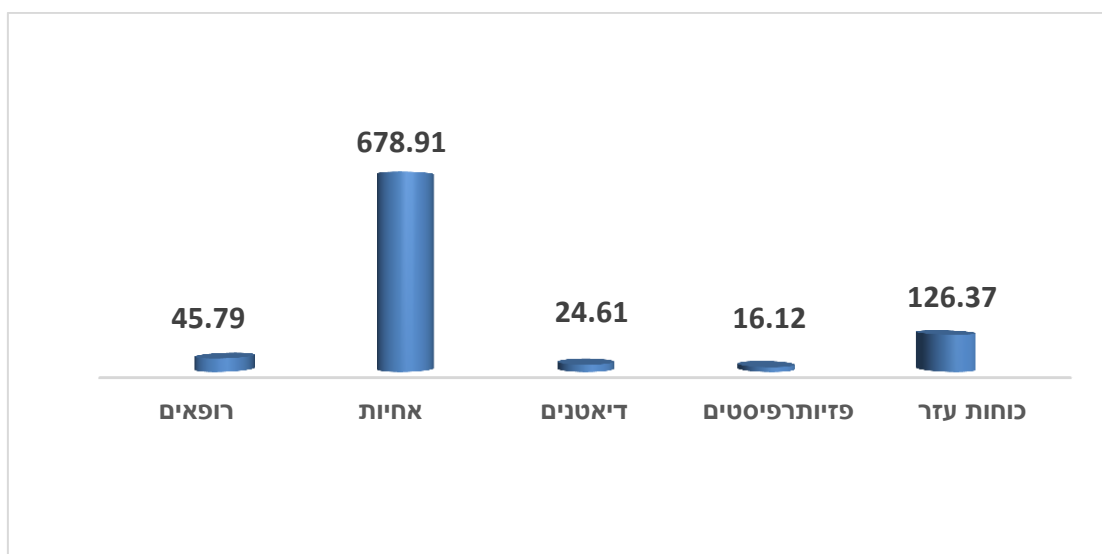


תרשים 20: ממוצע אחיות בעלות קורס מוכר לגמול ל- 1000 מיטות - ריבוד לפי בעלות בי"ח



הסקטור שעבר את ההכשרה הרבה ביותר למניעת פצעי לחץ בשנה האחרונה, כגון ימי עיון, לומדה, ישיבות צוות הוא האחיות. 678 אחיות ל- 1000 מיטות אשפוז. יש לציין כי בבתי חולים גריאטריים גם לכוחות עזר ניתנה הכשרה בנושא, 126 כוחות עזר ל- 1000 מיטות אשפוז. לעומתם מקצועות הבריאות האחרים, דיאטנים ופיזיותרפיסטים אשר השתתפו במידה מועטה ביותר בהכשרות בנושא.

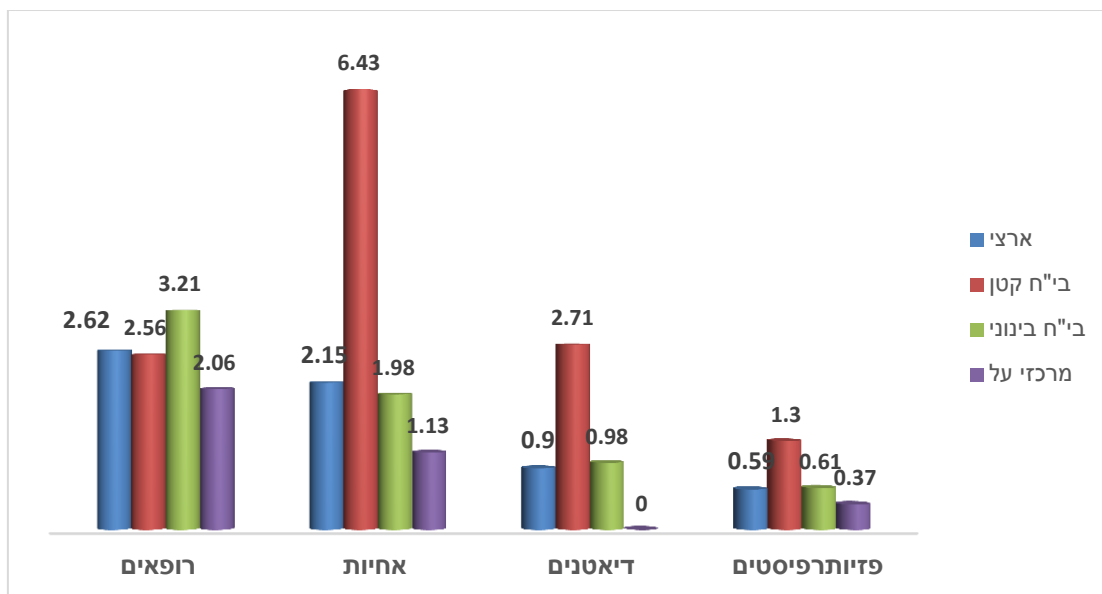
תרשים 21: ממוצע מספר המטפלים במחלקות האשפוז ל- 1000 מיטות להם ניתנה הכשרה בשנה האחרונה



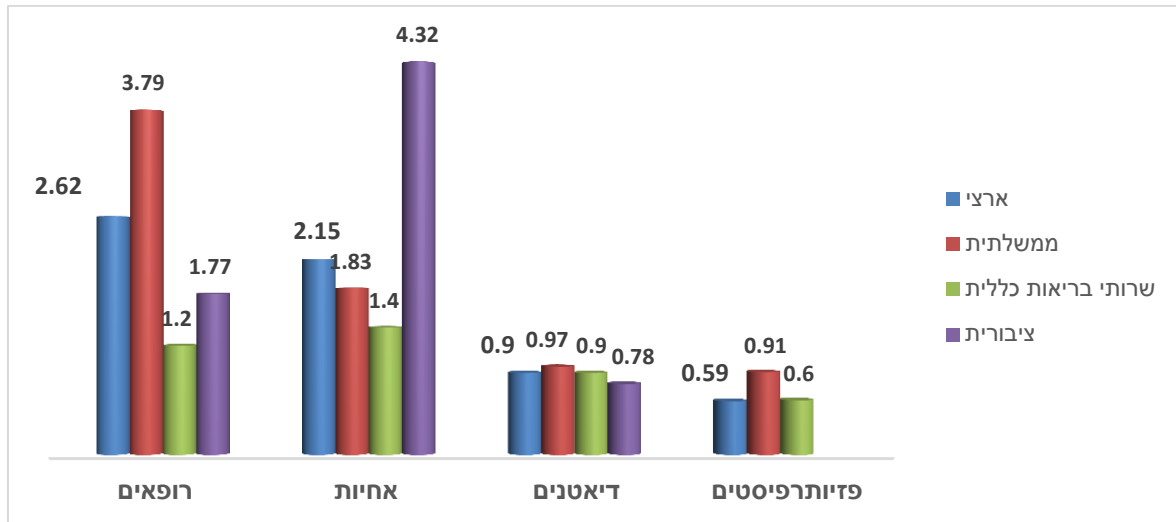
5.1.3 צוות ייעוץ לטיפול בפצע קשה ריפוי

בכל בתי החולים למעט בית חולים קטן אחד ישנו צוות ייעוץ מוסדי לטיפול בפצע קשה ריפוי. משרות רופא מייעץ לאלף מיטות דומה למשרות אחות מייעצת לאלף מיטות בממוצע הארצי. נוכחות האחיות המייעצות ומקצועות הבריאות בצוות בולטת בבתי החולים הקטנים.

תרשים 22: משרות צוות ייעוץ ל- 1000 מיטות - ריבוד לפי גודל בי"ח



תרשים 23: משרות צוות ייעוץ ל- 1000 מיטות - ריבוד לפי בעלות ב"ח

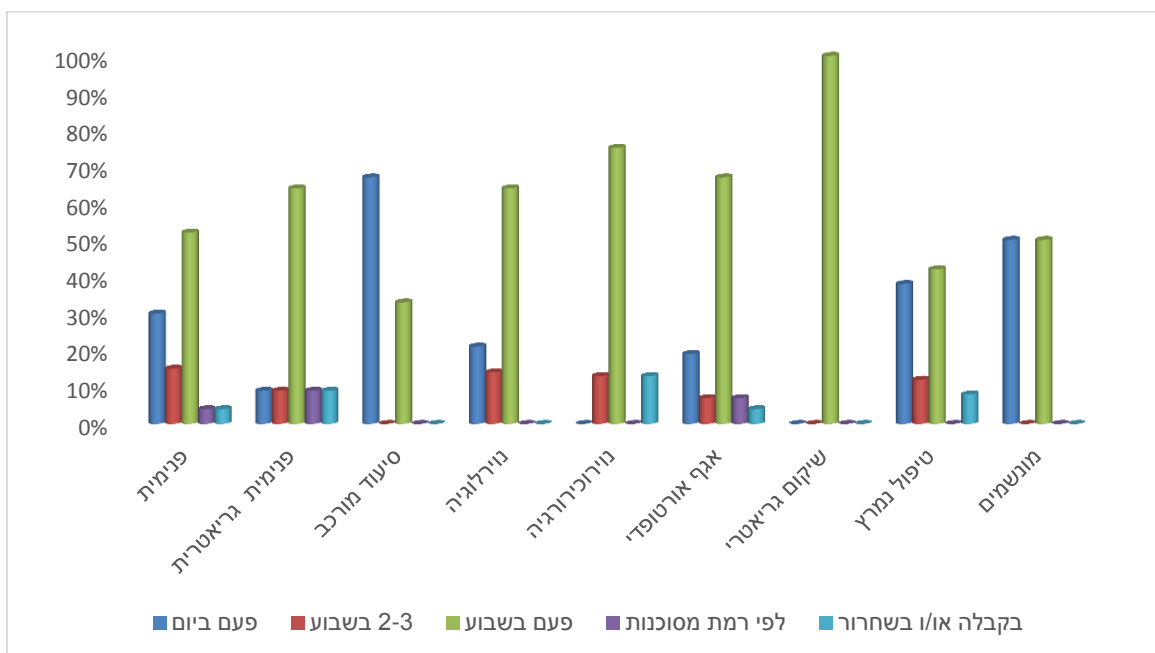


5.2 מאפיינים מחלקתיים

5.2.1 אומדן לקביעת רמת מסוכנות להתפתחות פצעי לחץ

ב- 6 מחלקות (18%), השייכות לשני מרכזי על, מאפשרים גם לאחות מעשית לבצע אומדן לקביעת מסוכנות להתפתחות פצעי לחץ. לפי דיווח בתי החולים האומדן להערכת הסיכון לפיתוח פצעי לחץ כגון נורטון, מתבצע תוך 24 שעות מהקבלה לביה"ח בכל המחלקות. אומדן חוזר מבוצע כשגרה במרבית המקרים (57%) פעם בשבוע.

תרשים 24: תדירות ביצוע האומדן החוזר כשגרה

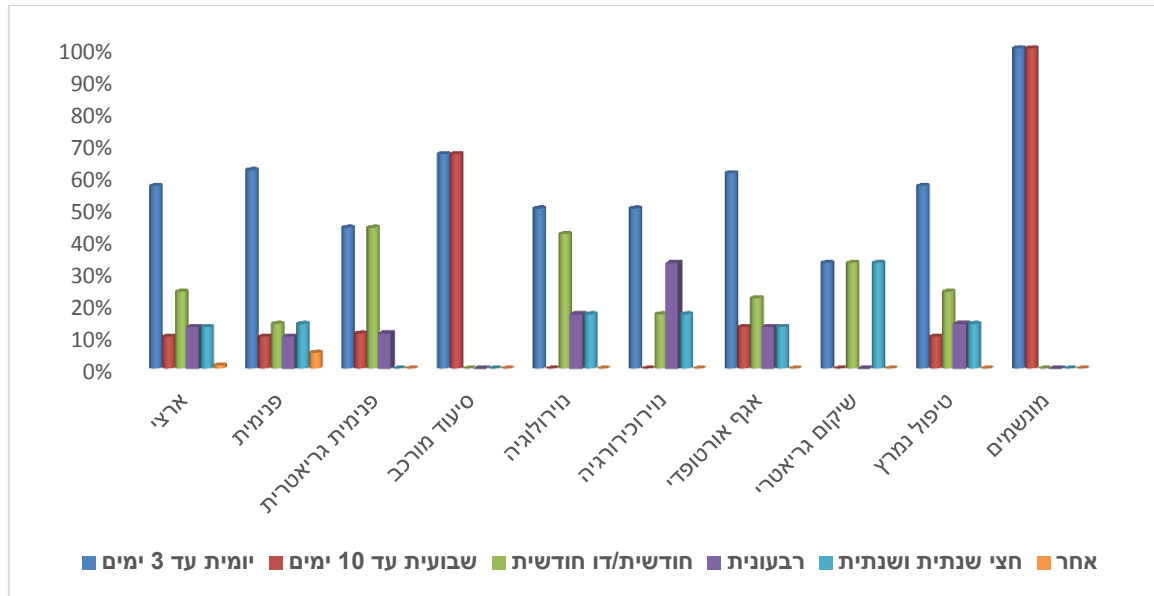


בשינוי במצבו של חולה שבסיכון מתקיים אומדן חוזר בתדירויות: מיידי ועד 4 שעות (52%), 8 שעות (24%), 24-48 שעות (32%).

5.2.2 ניטור פצעי לחץ

2 מחלקות מבתי חולים קטנים אינן מנטרות פצעי לחץ אופן שוטף: מחלקה אחת של טיפול נמרץ ופנימית אחת. יתר המחלקות מבצעות ניטור פצעי לחץ באופן שוטף בתדירות: יומית עד 3 ימים, שבועית עד 10 ימים, אחת לשבועיים, חודשית/דו חודשית, רבעונית, חצי שנתית ושנתית.

תרשים 25: תדירות ניטור פצעים



הופעת פצע לחץ מדווחת ליחידה לניהול סיכונים ב- 67% מהמחלקות.

בכל המחלקות (100%) בתכנית השחרור לחולה קיימת התייחסות לטיפול בפצע לחץ.

5.2.3 צוות המחלקה

בכל המחלקות שדיווחו (116) למעט מחלקה אורתופדית אחת ונירוכירורגית אחת במרכז על ישנו נאמן פצעים.

ל- 90 מחלקות מתוך 94 מחלקות שדיווחו (96%) ישנו דיאטן שעומד לרשותן. 4 מחלקות הצהירו על מחסור בדיאטן: אורתופדיה, נירולוגיה, נירוכירורגיה, טיפול נמרץ. כולן באותו מרכז על.

מתוך 119 מחלקות שדיווחו 116 (97%), הצהירו שהן מקיימות תכנית הכשרה תקופתית לצוות המחלקה. במחלקה אחת מכל הסוגים הבאים לא מציעים הכשרה תקופתית לצוות המחלקה: אורתופדיה, מונשמים, פנימית. כולן בבתי חולים קטנים.

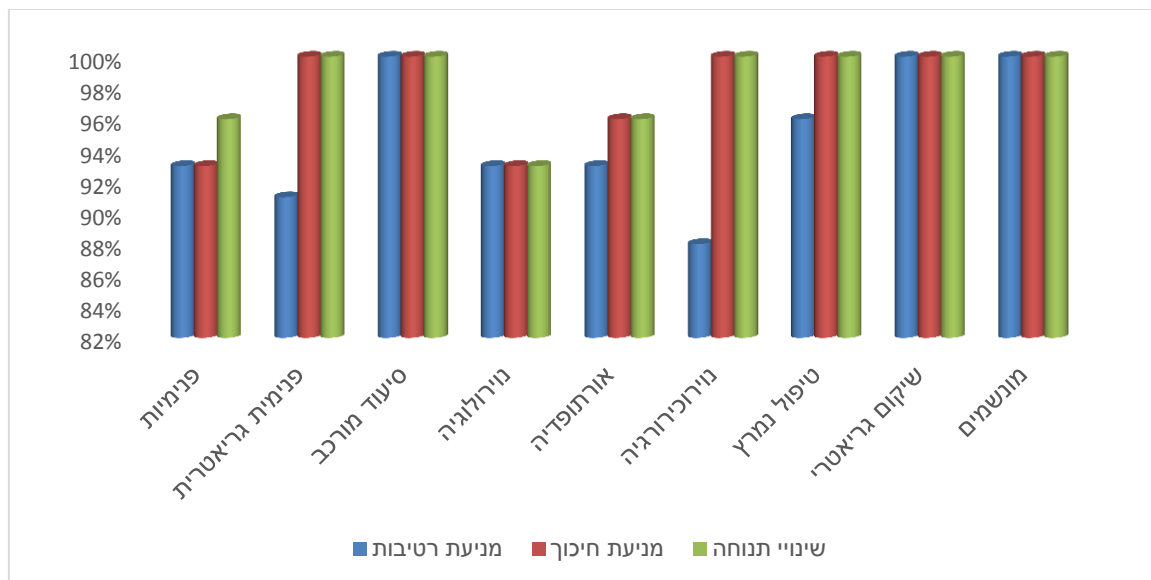
5.2.4 עוזרים ופעילויות למניעת פצעי לחץ

בכל המחלקות, למעט מחלקה פנימית אחת בבית חולים קטן, דיווחו על שימוש בעוזרים למניעת פצעי לחץ ובהם גם הפעילויות הנקטות למניעה.

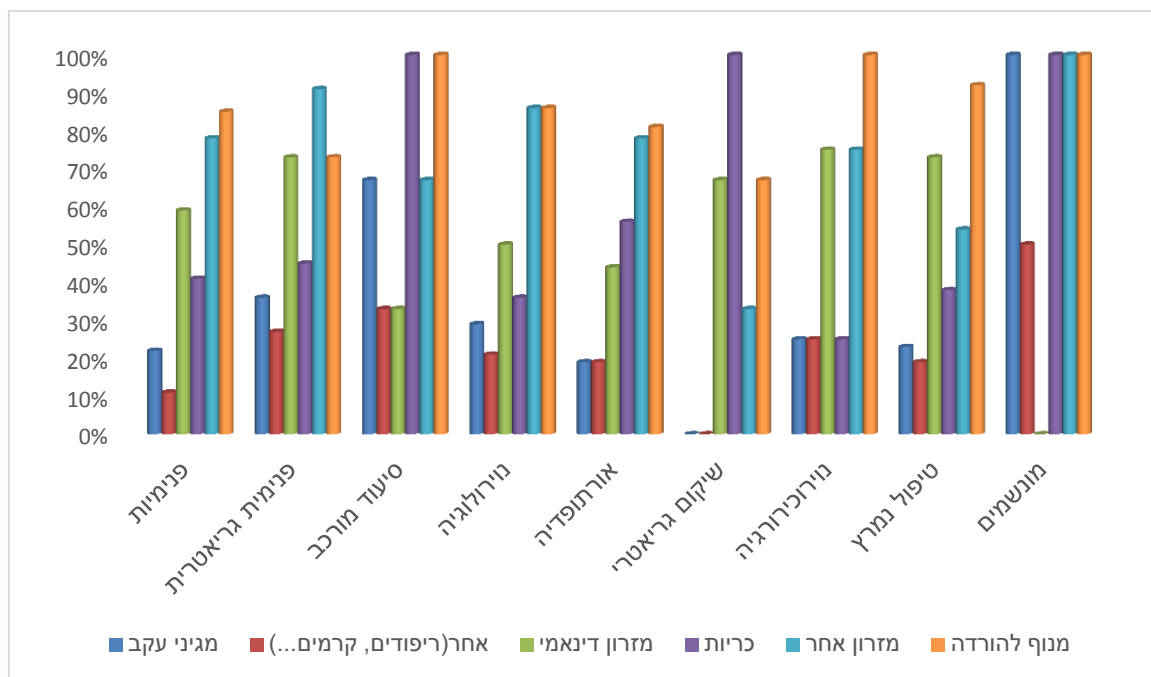
הפעילויות השכיחות הן: שינוי תנוחה (98%), מניעת חיכוך, שימוש בסדיניה למניעת חיכוך (97%), מניעת רטיבות (93%).

לגבי אביזרים - מזרון דינאמי נמצא בשימוש רק ב- 59% מהמחלקות. שימוש מרבי במזרון זה נמצא דווקא במחלקות נירוכירורגיה וטיפול נמרץ. מגני עקב/אביזרים לעקב נמצאו בשכיחות הנמוכה ביותר (26%).

תרשים 26: שכיחות הפעילויות למניעת פצעי לחץ במחלקות השונות



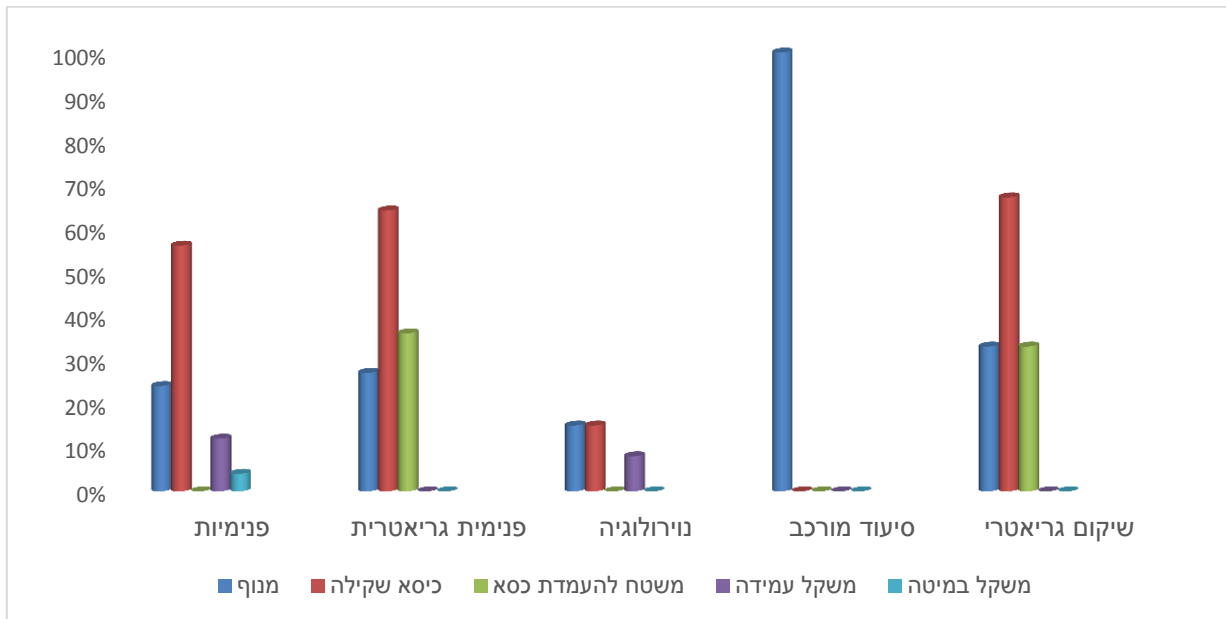
תרשים 27: שכיחות השימוש בעזרים למניעת פצעי לחץ במחלקות השונות



5.2.5. אמצעי שקילה

משקל המטופל מהווה גורם סיכון משמעותי להתפתחות פצע לחץ, לכן זמינות כלי שקילה במחלקה חשובה כאמצעי מעקב מניעה וטיפול בפצעים. כמו כן, אמצעי השקילה מהווים כלי חיוני בין מרכיבי האומדן הקליני והתזונתי של המטופל המורכב הנמצא בסיכון לפתח פצע לחץ. 63% מהמחלקות דיווחו (75/120) על קיום אמצעי שקילה לחולים מוגבלים. השכיח ביותר מבין אמצעי השקילה הוא כיסא שקילה/עגלה (34%) ולאחריו מנוף (25%).

תרשים 28: שכיחות השימוש באמצעי השקילה השונים במחלקות השונות



5.2.6. חומרי הסברה

לשאלה בדבר הימצאות חומרי הסברה כתובים לחולה ומשפחתו השיבו 93 מחלקות בחיוב. מחלקת טיפול נמרץ בבית חולים קטן הצהירה, כי אין לה חומרי הסברה.

6. מאפיינים בבתי חולים גריאטריים

6.1 מאפיינים מוסדיים

6.1.1 אומדן לקביעת רמת מסוכנות להתפתחות פצעי לחץ

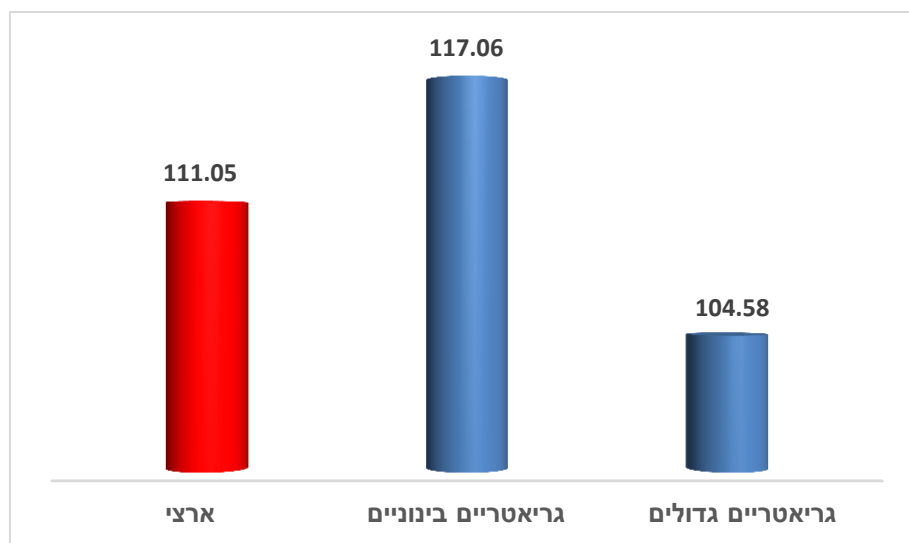
כל בתי החולים הגריאטריים משתמשים ב-NORTON לקביעת רמת המסוכנות להתפתחות פצעי לחץ. מספר רמות הסיכון של הכלי שבשימוש השכיח הוא שלוש (50%). כל בתי החולים הצהירו שהאומדן מתבצע אצלם תוך 24 שעות מהקבלה לבית החולים.

חומרי הסברה כתובים לחולה ולמשפחתו ישנם רק ב- 3 בתי חולים גריאטריים בינוניים.

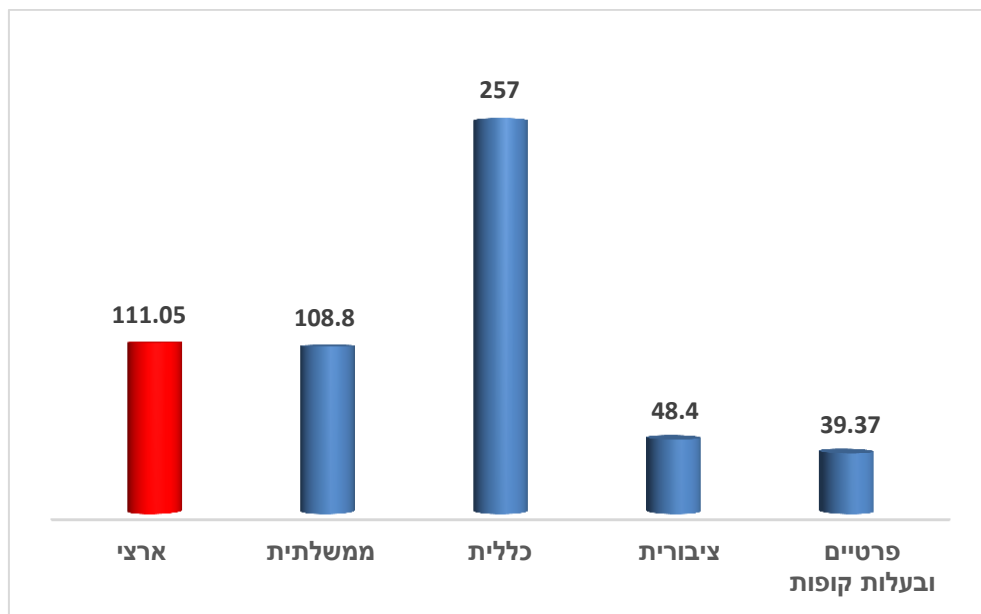
6.1.2 מאפייני כח אדם

סך אחיות בעלות קורס פצעים מוכר לגמול השתלמות 428, חציון 18 מינימום 0 מקסימום 109. משרות אחיות בעלות קורס מוכר לגמול ל- 1000 מיטות בממוצע 111, חציון 56.91, מינימום 0 מקסימום 373.13. בשירותי בריאות כללית ניתנה ההכשרה המרבית בהשוואה ליתר הבעלויות.

תרשים 29: ממוצע אחיות בעלות קורס מוכר לגמול ל- 1000 מיטות - ריבוד לפי גודל בי"ח

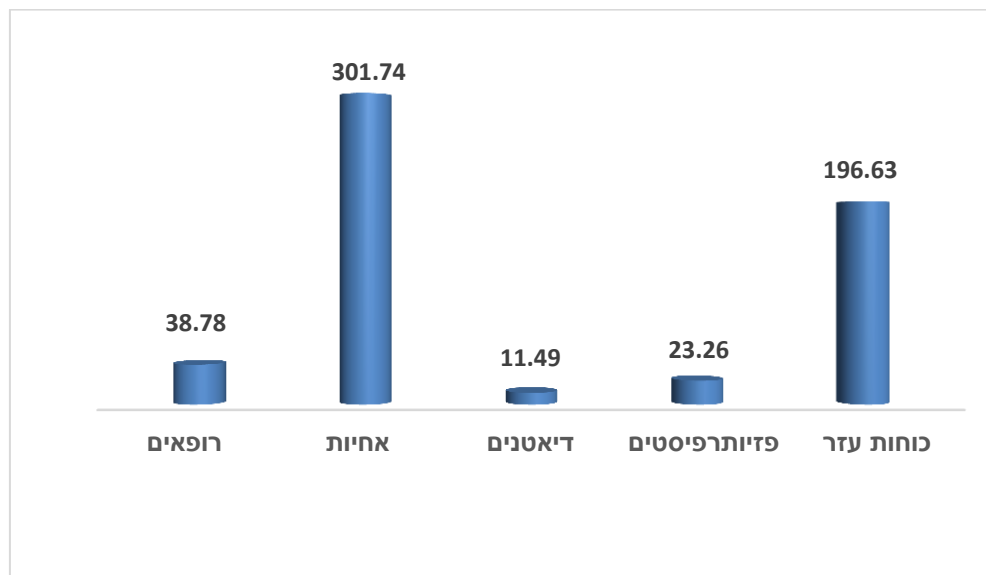


תרשים 30: ממוצע אחיות בעלות קורס מוכר לגמול ל- 1000 מיטות - ריבוד לפי בעלות ב"ח



הסקטור שעבר הכי הרבה הכשרה למניעת פצעי לחץ בשנה האחרונה, כגון ימי עיון, לומדה, ישיבות צוות הוא האחיות. מקצועות הבריאות, דיאטנים ופיזיותרפיסטים משתתפים מעט בהכשרות בנושא.

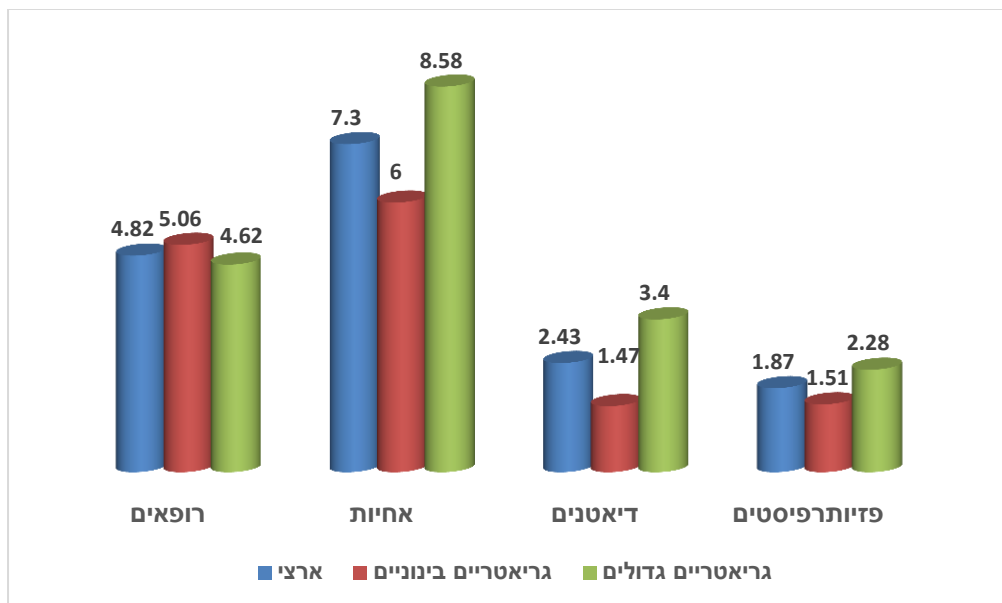
תרשים 31: ממוצע מספר המטפלים במחלקות האשפוז ל- 1000 מיטות להם ניתנה הכשרה בשנה האחרונה



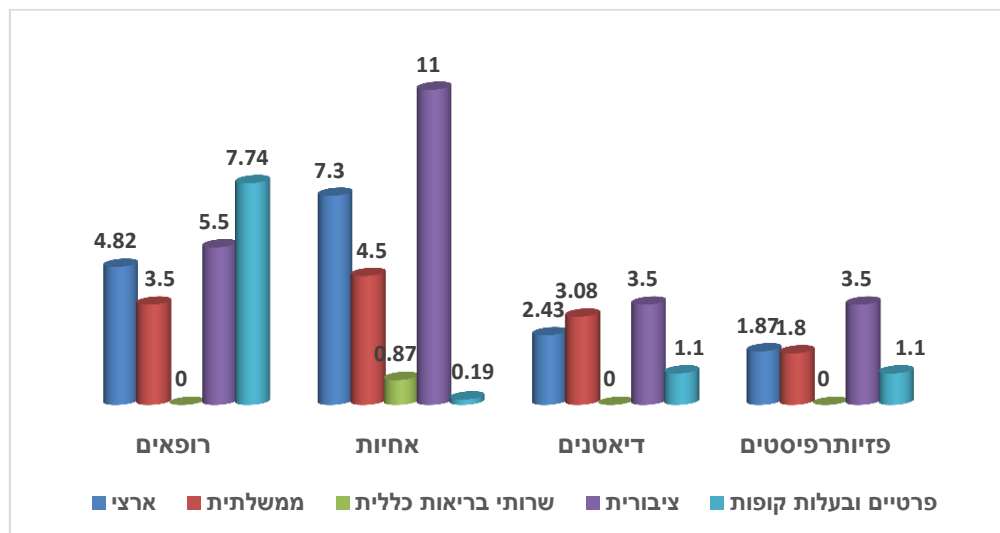
6.1.3 צוות ייעוץ לטיפול בפצע קשה ריפוי

בכל בתי החולים למעט בית חולים בינוני אחד ישנו צוות ייעוץ מוסדי לטיפול בפצע קשה ריפוי. עיקר הייעוץ ניתן ע"י אחיות.

תרשים 32: משרות צוות ייעוץ ל-1000 מיטות - ריבוד לפי גודל ב"ח



תרשים 33: משרות צוות ייעוץ ל-1000 מיטות - ריבוד לפי בעלות ב"ח



6.2 מאפיינים מחלקתיים

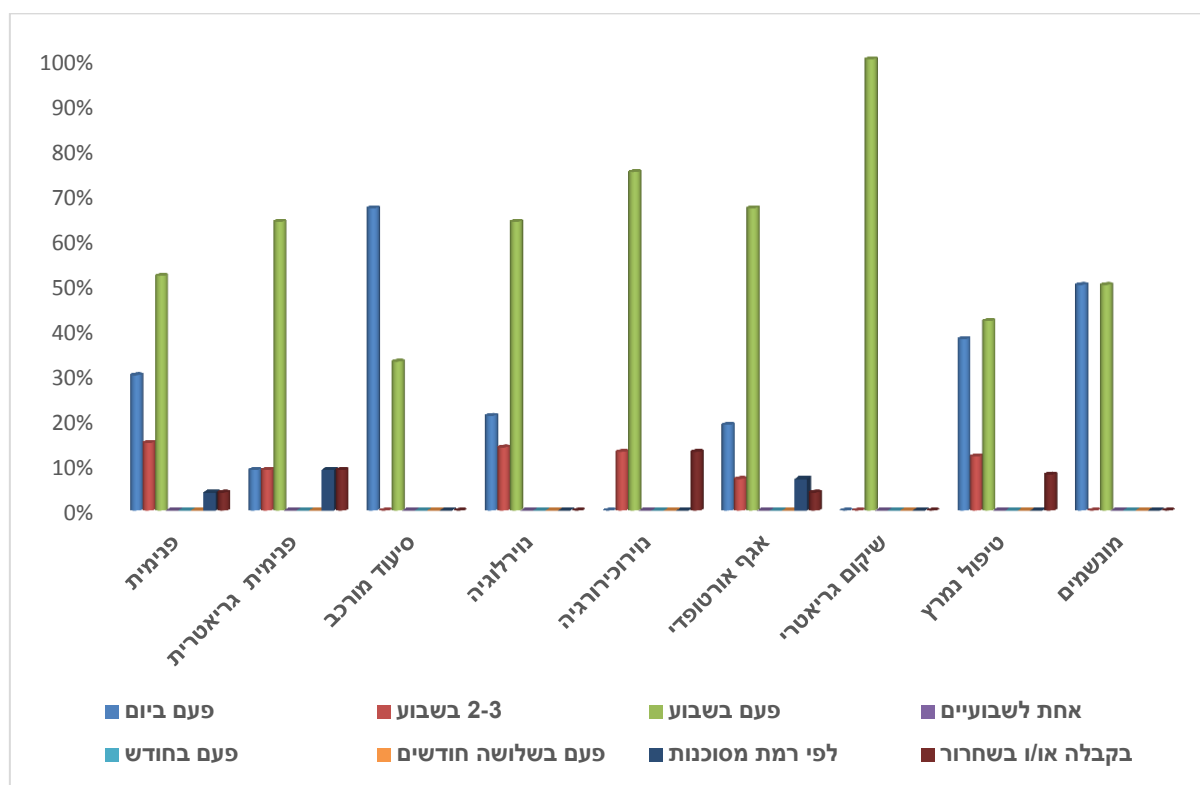
6.2.1 אומדן לקביעת רמת מסוכנות להתפתחות פצעי לחץ

ב-13 מחלקות (28%), כולן בבתי החולים הבינוניים, מאפשרים גם לאחות מעשית לבצע אומדן לקביעת מסוכנות להתפתחות פצעי לחץ.

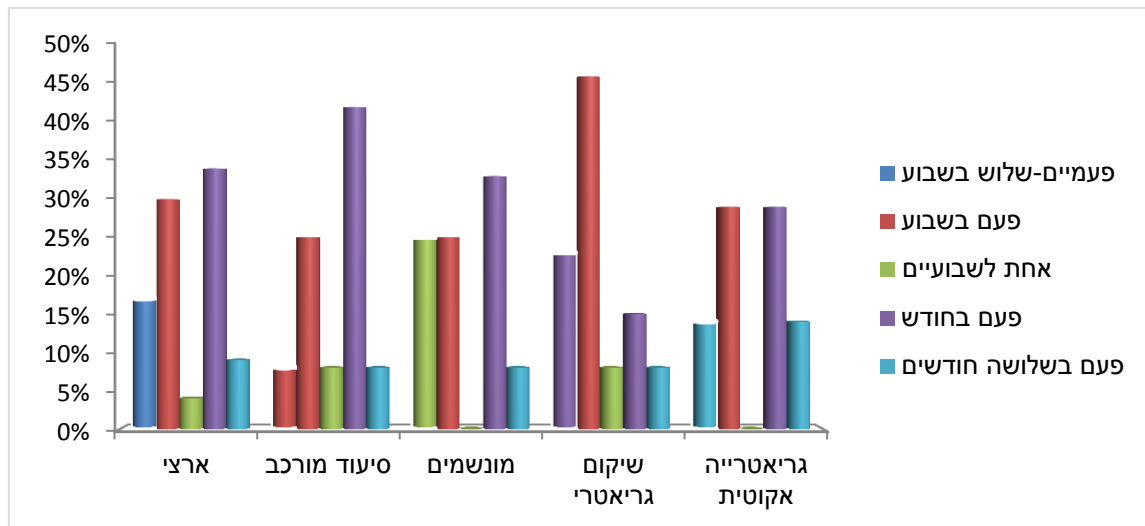
האומדן מתבצע תוך 24 שעות מהקבלה לביה"ח בכל המחלקות למעט במחלקת מונשמים אחת בבית חולים בינוני.

אומדן חוזר מבוצע כשגרה במרבית המקרים (34%) פעם בחודש וב-30% פעם בשבוע.

תרשים 34: אומדן לקביעת רמת מסוכנות להתפתחות פצעי לחץ



תרשים 35: תדירות ביצוע האומדן החוזר כשגרה

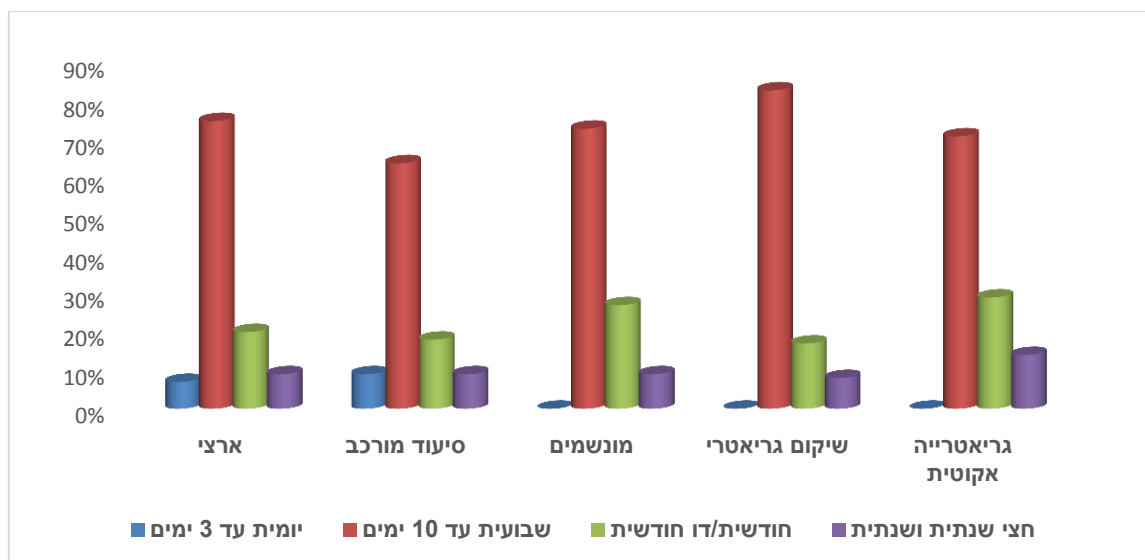


בשינוי במצבו של חולה שבסיכון מתקיים אומדן חוזר בתדירויות: מידי ועד 4 שעות (29%), 8 שעות (29%), 24-48 שעות (41%).

6.2.2 ניטור פצעי לחץ

כל המחלקות מבצעות ניטור פצעי לחץ באופן שוטף בתדירות. תדירות שכיחה שבועית עד 10 ימים (75%).

תרשים 36: תדירות ניטור פצעים



הופעת פצע לחץ מדווחת ליחידה לניהול סיכונים ב- 60% מהמחלקות. בכל המחלקות (100%) בתכנית השחרור לחולה קיימת התייחסות לטיפול בפצע לחץ.

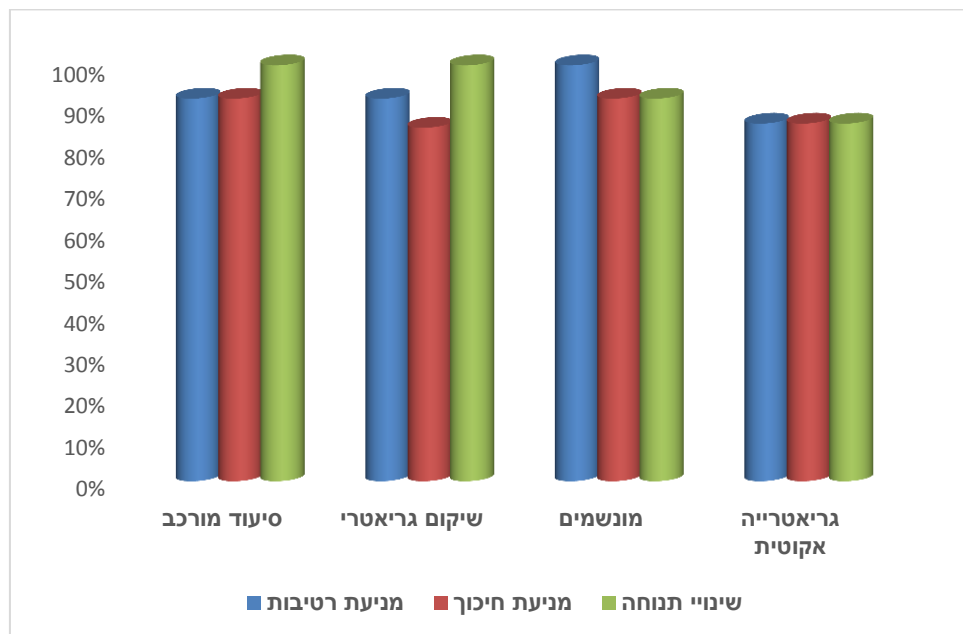
6.2.3 צוות המחלקה

בכל המחלקות ישנו נאמן פצעים. לרשות כל המחלקות עומד דיאטן. מתוך 47 מחלקות שדיווחו 45 (96%), הצהירו שהן מקיימות תכנית הכשרה תקופתית לצוות המחלקה. 2 מחלקות בבית חולים קטן דיווחו שאין הכשרה תקופתית לצוות.

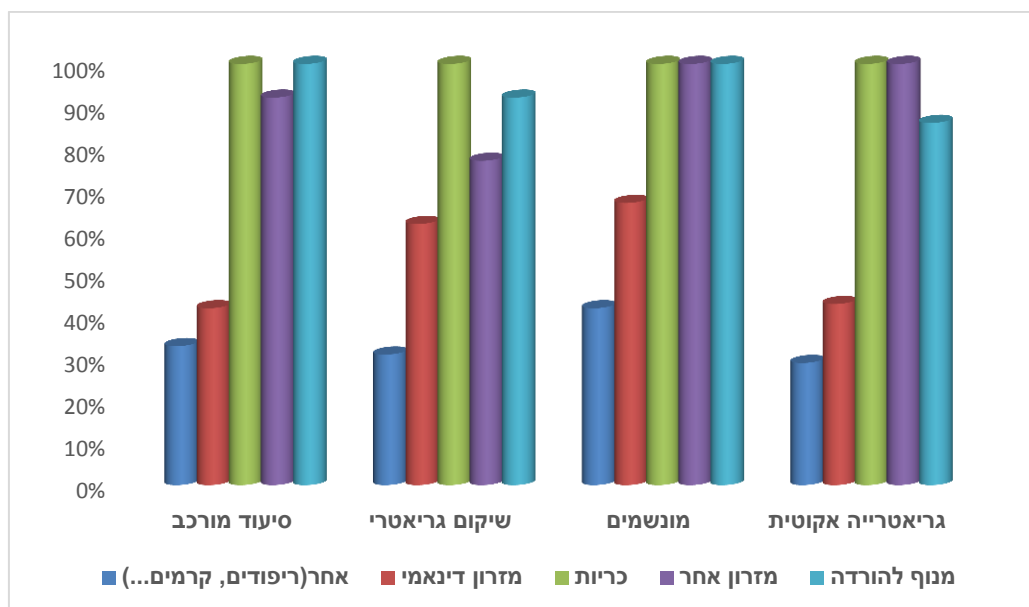
6.2.4 עוזרים ופעילויות למניעת פצעי לחץ

בכל המחלקות דיווחו על שימוש בעוזרים למניעת פצעי לחץ ובהם גם הפעילויות הננקטות למניעה. הפעילויות/העוזרים השכיחים הם: שינוי תנוחה (96%), מניעת רטיבות (94%), מניעת חיכוך, שימוש בסדינה למניעת חיכוך (89%).
מזרון דינאמי נמצא בשימוש רק ב- 57% מהמחלקות.
מגני עקב/אביזרים לעקב נמצאו בשכיחות הנמוכה ביותר (6%).

תרשים 37: שכיחות הפעילויות למניעת פצעי לחץ במחלקות השונות



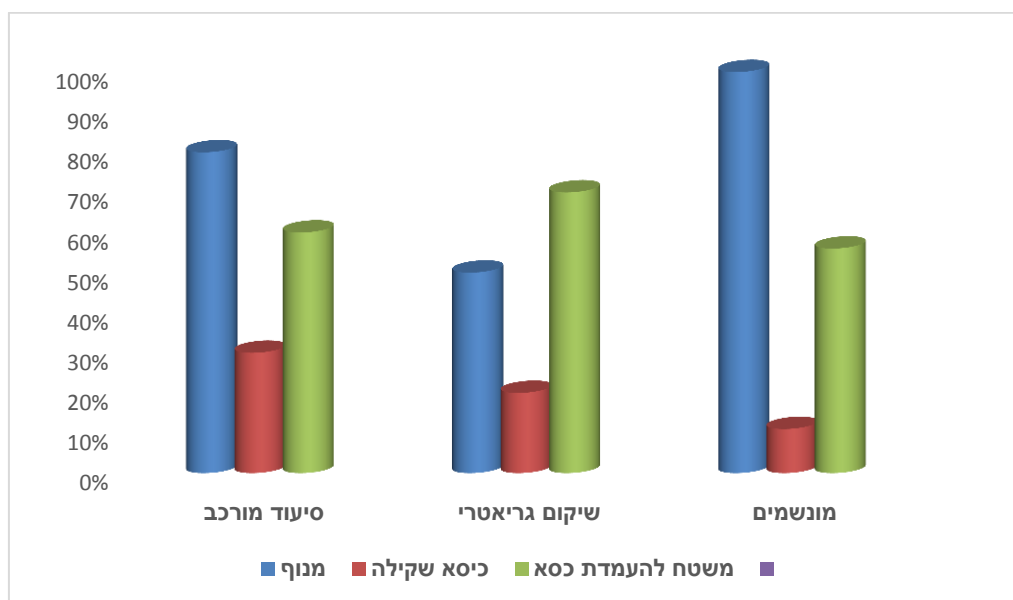
תרשים 38: שכיחות השימוש בעזרים למניעת פצעי לחץ במחלקות השונות



6.2.5 אמצעי שקילה

כל המחלקות דיווחו על קיום אמצעי שקילה לחולים מוגבלים. השכיח ביותר הוא מנף / מנף משקל / זרוע (76%) ולאחריו משטח לכיסא גלגלים (66%).

תרשים 39: שכיחות השימוש באמצעי השקילה השונים במחלקות השונות



6.2.6 חומרי הסברה

הימצאות חומרי הסברה כתובים לחולה ומשפחתו דווחו ע"י 33 מחלקות מתוך 46 משיבים (72%).

7. דיון, מסקנות והמלצות

מטרת הסקר הייתה לאמוד שיעורי הימצאות ולאמוד גורמי סיכון ותכניות מניעה וטיפול הקשורים למטופלים עם פצעי לחץ פעילים בבתי חולים כלליים וגריאטריים ברחבי ישראל. בפרק המאפיינים נבדקו מאפייני התשתיות לטיפול בפצעי לחץ בהם מאפייני כח אדם ייעודי, מאפייני הכשרה והתארגנות המוסדות להענקת טיפול מונע בפצעי לחץ.

7.1 סיכום ודיון בתי חולים כלליים

בסקר נדגמו 766 נבדקים מ- 27 בתי חולים כלליים ב- 121 מחלקות שונות.

7.1.1 הימצאות מטופלים עם פצעי לחץ בבתי חולים כלליים

שיעור ההימצאות בבתי החולים הכלליים היא 9% בממוצע כאשר טווח נרחב בין 0%-32%. ממצא זה דומה לנקודות הימצאות במדינות אחרות בעולם ואף גבוה מהם. בבתי חולים קטנים ההימצאות הגבוהה ביותר יחסית לבתי חולים גדולים בינוניים ומרכזי על. הימצאות גבוהה יותר בבתי חולים ציבוריים לעומת בעלויות אחרות. בבתי חולים כלליים באזור המרכז נקודות הימצאות גבוהות יותר יחסית לפריפריה.

בניסיון לבדוק תרומת ההכשרה וצוותי הייעוץ להימצאות המטופלים עם פצעי הלחץ ניתן לפי דיווח בתי החולים לציין כי מספר האחיות בעלות קורס "טיפול בפצעים קשיי ריפוי" המוכר לגמול השתלמות ל- 1000 מיטות הוא 82 במרכזי העל, 78 בבתי חולים גדולים בינוניים ו- 64 בקטנים. השיעור נבחן בריבוד לפי בעלות ונמצאו אחיות בעלות קורס מוכר לגמול השתלמות: 88 בממשלתיים, 74 בשב"כ ו- 62 בציבוריים.

סך משרות אחיות בצוות הייעוץ ל- 1000 מיטות אשפוז הוא: 6.4 בקטנים, 2 בגדולים-בינוניים ו- 1.1 במרכזי העל. 4.3 בציבוריים, 1.8 בממשלתיים, 1.4 בשב"כ.

במחלקות טיפול נמרץ כללי ההימצאות גבוהה מאד מחלקות אלו בהן עומס תחלואה גבוה ומוביליות ירודה חולים מרותקים למיטתם ואף מחוסרי הכרה לעיתים קרובות. גם בספרות העולמית בולטת השכיחות הגבוהה של פצעי לחץ במחלקות אלו. כמו גם בפנימית גריאטרית לעומת מחלקות נוירוכירורגיה ואורטופדיה שם ההימצאות נמוכה מאד יחסית.

7.1.2 תיאור המקרים (פצע לחץ נרכש) בבתי חולים כלליים

מתוך 766 הנדגמים 145 פיתחו פצעי לחץ במהלך האשפוז אליהם זווגו 261 בקרות (יחס 1 ל-1.8). המקרים בגיל ממוצע 72 s.d 16.5 רובם גברים. מעניין וחשוב לציין כי רובם (70%) הגיעו לאשפוז מביתם בקהילה ול-70% קיים מטפל עיקרי. נתון המצביע על חשיבות חקר הנושא בקהילה וריכוז מאמצים בקהילה למניעה, בדיקת גורמי סיכון והדרכת המטופלים ובני משפחתם. באנגליה הבחינו כי הטיפול והמניעה באשפוז ובקהילה אינם עקביים ושיטתיים והוציאו הנחיות קליניות לשמירת האחידות בטיפול ובמניעה הן ברמת מנע ראשונית ושניונית.

National Clinical Guidelines Center (UK) (2014)

בנתוני הרקע לא היה הבדל מובהק בין המקרים לבקרות אך משך האשפוז היה פי 5 בקרב המקרים לעומת הבקרות. משך אשפוז ממושך הוא אחד מגורמי הסיכון כמו גם הסיבוכים הבולטים והמהווים עומס על המערכת אצל מטופלים עם פצע לחץ פעיל באשפוז. רוב המקרים אושפזו במחלקות פנימיות במחלקות אלו צריכים לתת דגש על תכניות טיפול ומניעה. כמו כן, נמצא עומס תחלואה גבוה יותר בקרב המקרים.

7.1.3 מצב תזונתי - השוואה בין מקרים לבקרות

ממצא מעניין שהזמן החציוני של הסיקור התזונתי מהקבלה לאשפוז יום אחד בקרב המקרים ופחות מיום בקרב הבקרות. יתכן שמצבם היה חמור יותר והצוות היה עסוק בטיפול הרפואי לפני עריכת אומדנים נוספים.

מעניין כי, מטופלים שפיתחו פצע לחץ באשפוז קיבלו ייעוץ תזונתי בחציון של 6 ימים והמטופלים ללא פצע תוך חציון של 3 ימים. $(p<0.001)$. בנוסף, חשוב להדגיש כי חלפו 2.5 ימים אצל מחצית מהמקרים מיום גילוי הפצע ועד קבלת ייעוץ תזונתי. מומלץ כי, השירות הדיאטני יתעדכן ויהיה מודע לרמת הסיכון לפיתוח פצע לחץ (נורטון) ולהעניק למטופלים בסיכון ייעוץ בדחיפות רבה יותר. יחד עם זאת ראוי לציין כי, כשכבר ניתן ייעוץ תזונתי 89% מהמקרים זוכים לו לעומת 44% בלבד בקרב הבקרות. ממצא זה חשוב במיוחד לאור הנתון ש-40% מקרב המקרים מתועדים כבעלי סטטוס של תת תזונה לעומת 24% מהבקרות $(p=0.006)$.

ל-100% מהמקרים להם ניתן ייעוץ תזונתי קיימת תכנית תזונתית לעומת 94% מהבקרות.

המצב התזונתי נחשב כגורם סיכון חיצוני הניתן להשפעה. Shain et al. (2010) ערכו סקר ב-22 בתי חולים כלליים ו-29 בתי אבות בגרמניה ומצאו קשרים מובהקים בין פרמטרים של תת תזונה כמו אבדן לא רצוי של ירידה במשקל, $(BMI<18.5)$ והזנה ירודה לבין הימצאות פצעי לחץ.

7.1.4 תכנית מניעה טרום רכישת הפצע - השוואה בין מקרים לבקרות בבתי חולים כלליים

טרם רכישת פצע הלחץ החדש בבית החולים נרשמה עבורם תכנית טיפול מניעתית. בתכנית זו בולטים הטיפולים הניתנים במובהק יותר למקרים לעומת הבקרות.

התערבויות כגון תנוחה בזווית 30° , שינויי תנוחה מדי 2-3 שעות, תכנית פיזיותרפיה, תכנית דיאטנית. ואף שימוש רב יותר במזרון דינמי.

חלק מההסבר לממצא טמון אולי בעובדה כי 31% מהמטופלים שרכשו פצע חדש סבלו גם מפצע לחץ נוסף עמו התקבלו לאשפוז או שמא מטופלים אלו עם הערכת סיכון גבוהה יותר להתפתחות פצע לחץ ולכן זוכים לטיפול מניעתי רב יותר. בבדיקת ההבדלים בין המטופלים שהתקבלו עם פצע לאלו שהתקבלו בלי ורכשו לא הסתמנה הנטייה לטיפול יתר מונע בקרב מטופלים שהתקבלו עם פצע.

7.1.5 גורמי סיכון להתפתחות פצע לחץ - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי חולים כלליים

יש לשים לב במיוחד לשבועיים הראשונים לאשפוז במיוחד לאור הממצא כי חולף זמן חציוני של 15 ימים עד גילוי פצע נרכש חדש בבית החולים. במחלקות טיפול נמרץ שם המטופלים נמצאים בסיכון גבוה במיוחד, חולף זמן חציוני של 10 ימים בלבד עד לגילוי פצע נרכש חדש.

מדד נורטון הממוצע בקרב המקרים (10.6) נמוך יותר לעומת הבקורות (15.6), ($p < 0.001$). כמו כן, נרשמת מוגבלות קבועה בקרב 74% מהמקרים לעומת 29% מהבקורות. כ- 80% מרותקים למיטתם לעומת 33% מהבקורות.

ישנם חוקרים המתייחסים לגורם המוביליות כמשתנה מערפל כיון שחוסר מוביליות קשורה לפצעי לחץ וגם לירידה במשקל והפחתה בקבלת תזונה. ירידה במשקל ובהזנה קשורים לאי מוביליות כיון שמרכיבי התת תזונה משפיעים על יכולת התפקוד של המטופלים. (Shahin et al. (2010).

רמת המוגלובין ורמת אלבומין נמצאו נמוכות יותר בקרב המקרים לעומת הבקורות. מדדים אלו קשורים למרכיבי ההזנה ומשפיעים על ריפוי הפצעים. והממצא דומה למופיע בספרות ומדגיש את הצורך לעקוב אחר מדדי מעבדה אלו ולדאוג לשיפור ברמתם.

מתוך גורמי הסיכון המפורטים לעיל, ניכר כי ישנם כלי אומדן זמינים המאפשרים איתור מוקדם של בעלי הסיכון לפתח פצע לחץ כך שניתן לתת מיידית טיפול מונע.

7.1.6 תיאור פצעי לחץ נרכשים בקרב הנבדקים בבתי חולים כלליים

19% פיתחו 2 פצעי לחץ במהלך האשפוז ו- 8% מהמקרים פיתחו 3 פצעים ויותר. בתיאור מיקום הפצעים הנרכשים התייחסנו לכלל הפצעים שנרכשו. שני שליש ממוקמים בסקרום שהוא האזור השכיח ביותר המועד לפורענות. 19% באזור הראש. ייתכן שבבתי חולים כלליים הטיפול הכולל טובוס, זונדה וכד' באזור הראש מגדיל את שכיחות ההופעה באזור הראש. 16% מהפצעים באזור העקבים גם הוא אזור ידוע כפגיע הדורש התייחסות ייחודית בתכנית הטיפול המניעתית. כ- 70% מהמקרים פצעים בדרגה 2. ביתר המקרים דרגה 3 ומעלה, בהם יש להשקיע מאמצים גדולים יותר בטיפול וריפוי הפצע שנוצר.

7.1.7 תכנית הטיפול לאחר רכישת פצעי הלחץ בקרב נבדקים בבתי חולים כלליים

בתכנית הטיפול שתועדה לאחר יצירת הפצע החדש נמצא כי התכנית נרשמה לרוב המטופלים (92%) אולם הביצוע תועד ב- 78% מהמקרים. ייתכן שיש להקפיד יותר על הרישום או שמא להקפיד יותר על ביצוע התכנית במטרה לטפל ללא דיחוי ולמנוע יצירת פצע נוסף.

יש לציין, כי כל בתי החולים דווחו כי יש להם חומרי הסברה לחולה ולמשפחתו. למרות שרק 75% מהמקרים ובני משפחתם זוכים להדרכה בנושא מניעה וטיפול בפצעים. הדרכת המטופלים ומשפחתם היא מרכיב משמעותי בטיפול בפצעים, שכן המטופל בעצמו היכול לשנות תנוחה ובני המשפחה היכולים לסייע לו בכך, צריכים להיות מודעים לסיכון ולאפשרויות הטיפול והמניעה.

ידוע מהספרות כי צוות ייעודי לריפוי פצעים מהווה כלי יעיל בצמצום שכיחות פצעי הלחץ. בתי חולים הכלליים דיווחו כי ישנו צוות ייעוץ מוסדי לטיפול בפצע קשה ריפוי. למרות זאת, תועדו 23% מהמקרים בלבד שזכו לייעוץ של צוות ייעודי לריפוי פצעים. בבדיקת פרופיל המטופלים שזכו לביקור הצוות הייעודי לא הסתמנה נטייה ברורה לקריטריונים לביקור.

75% מהמקרים זכו לייעוץ אחות פצעים ובשליש זכו לייעוץ פיזיותרפיסטית.

מתוך המאפיינים שנמסרו על ידי המוסדות בולטת נוכחות האחיות בצוות המייעץ ונוכחות דלה ביותר של דיאטנים ופיזיותרפיסטים. ממצא שיוכל להסביר את הפער בין הטיפולים והייעוצים של אנשי הצוות השונים.

בטיפול בפצעים ישנם מזרונים ומוצרים רבים. אחד המזרונים המומלצים הוא מזרון דינמי. מזרון דינמי נצפה בקרב 43% מהמטופלים שרכשו פצעי לחץ. כרית הושבה מותאמת נצפתה ב- 19% מהמקרים בלבד כאשר 43% מהמקרים אובחנו כמרותקים לכיסא גלגלים. הצוות הייעודי והצוות במחלקה עליו לפעול להתאמת אביזרים כמו מזרונים וכריות מותאמות למטופלים. אביזרים למניעה הם כלים חשובים ומשמעותיים המסייעים במאמצים למניעה וטיפול בפצעים. ההשפעה על פצע הלחץ היא עקב גורמים חיצוניים ועלינו לצמצמה.

7.1.8 פצעי לחץ בקבלה

במבדק נדגמו 360 נבדקים בבתי חולים כלליים עם פצע לחץ בקבלה. אצלם נאספו נתוני רקע בלבד של הנבדקים ותיאור הפצע. למעלה ממחציתם נשים וכשליש עם מדד תחלואה גבוה, צ'רלסון חציוני 4 ומעלה.

מעניין כי מחציתם של מטופלים אלו מתקבלים מביתם בקהילה וכ- 41% ממוסדות סיעודיים. נראה כי ראוי לבדוק בקהילה את הימצאותם של מטופלים עם פצעי לחץ וגורמי הסיכון הרלוונטיים. טיפול מודגש בקהילה עשוי לסייע בצמצום ומניעת התופעה ואף לשפר מצבם הפיזי של המטופלים כך שיוכלו להתמודד טוב יותר עם מצבם בזמן האשפוז.

קרוב למחצית אושפזו בבתי חולים ממשלתיים מרכזיים ושלושת רבעי אושפזו במחלקות פנימיות. במחלקות אלו יש להיערך באופן ייעודי לתכניות טיפול ומניעה לפצעי לחץ. רישום ודיווח פצעי לחץ בקבלה נמצא בקרב 78% מרשומות המטופלים. למידה מתיאור מטופלים אלו משמעותי כיוון שחלק ניכר מהעומס הטיפולי על הצוות במחלקות הרלוונטיות מהווים המטופלים אשר התקבלו עם פצע לחץ.

7.2 סיכום ודיון בתי חולים גריאטריים

בבתי חולים גריאטריים ומוסדות לאשפוז ממושך היארעות וההימצאות גבוהה יותר יחסית לבתי החולים הכלליים. בבתי חולים אלה עומס הטיפולים גבוה ביותר על הצוות והטיפול בפצע לחץ מהווה הן סבל רב למטופלים והן מעמסה רבה על הצוות.

מתוך נתוני המבדק שנערך ב- 14 בתי חולים גריאטריים בארץ נעשה ניסיון ללמוד על התופעה. בפרק המאפיינים נבדקו מאפייני התשתיות לטיפול בפצעי לחץ בהם מאפייני כח אדם ייעודי, מאפייני הכשרה והתארגנות המוסדות להענקת טיפול מונע ומרפא בפצעי לחץ. בסקר נדגמו 809 נבדקים מ- 14 בתי חולים גריאטריים ב- 47 מחלקות: סיעוד מורכב, מונשמים, פנימית גריאטרית ושיקום.

7.2.1 הימצאות מטופלים עם פצעי לחץ בבתי חולים גריאטריים

שיעור ההימצאות בבתי החולים הגריאטריים הוא 19.8% בממוצע כאשר קיים טווח נרחב בין 1%-31%. ממצא זה דומה ואף נמוך מעט לעומת נקודות הימצאות במדינות אחרות בעולם. נמצא כי בישראל בבתי חולים גריאטריים גדולים ההימצאות גבוהה יותר יחסית לבתי החולים הגריאטריים בגודל בינוני.

ייתכן ודיווחי המאפיינים יכולים להסביר חלק מממצא זה. כמו למשל רמת הכשרת הצוות והיקף הצוות הייעוץ המוסדי. בבחינת המאפיינים המוסדיים נמצא כי סך משרות אחיות בעלות קורס מוכר לגמול השתלמות ל- 1000 מיטות במוצע: 117 בבתי חולים בינוניים ו- 105 בבתי חולים גדולים. בשירותי בריאות כללית ניתנה ההכשרה המרבית בהשוואה ליתר הבעלויות.

סך משרות בצוות הייעוץ לפצעים ל- 1000 מיטות הוא קרוב ל- 9 אחיות בבתי חולים גדולים ו- 6 משרות אחיות בבתי חולים בינוניים. בבתי חולים בינוניים צוות הייעוץ מצומצם יותר אך הם זוכים להכשרות רבות יותר.

הימצאות גבוהה יותר בבתי חולים ממשלתיים, פרטיים ו/או בתי חולים בבעלות קופות החולים לעומת בעלויות אחרות כאשר ההימצאות הנמוכה ביותר נמצאה בבעלות ציבורית. בבתי חולים בפריפריה נקודות הימצאות גבוהות יותר יחסית לבתי חולים במרכז הארץ. לממצא זה יש להקדיש תשומת לב ייחודית בחשיבה על שוויון בבריאות לפריפריה.

במחלקות סיעוד מורכב ומונשמים ההימצאות גבוהה מאד. במחלקות אלו עומס התחלואה גבוה והמוביליות ירודה, חולים מרותקים למיטתם ואף מחוסרי הכרה לעיתים קרובות. לעומת זאת, באופן לא מפתיע ההימצאות הנמוכה ביותר נמצאה במחלקות שיקום שם המטופלים ניידים יותר ומקבלים עידוד להגברת המוביליות וכמובן שמצבם הולך ומשתפר.

7.2.2 תיאור המקרים (פצע לחץ נרכש) בבתי חולים גריאטריים

מתוך 809 הנדגמים 164 פיתחו פצעי לחץ במהלך האשפוז אליהם זווגו 261 בקרות (יחס 1 ל- 1.6). המקרים בטווח גילאים 29-103 בגיל 75 ± 14 במוצע רובם נשים. חשוב לציין כי רובם, 87% הגיעו לאשפוז מבית חולים אחר לרוב ב"ח כללי. ל- 38% בלבד קיים מטפל עיקרי. ידוע כי, מיעוט בתמיכה חברתית וסיוע אישי תורמים להידרדרות במצב ופיתוח פצע לחץ.

בנתוני רקע אלו לא היה הבדל מובהק בין המקרים לבקרות אך משך האשפוז היה פי 1.5 בקרב המקרים לעומת הבקרות. משך אשפוז ממושך הוא אחד מגורמי הסיכון כמו גם הסיבוכים הבולטים והמהווים עומס על המערכת אצל מטופלים עם פצע לחץ פעיל באשפוז.

רוב המקרים אושפזו במחלקות סיעוד מורכב ומונשמים. במחלקות אלו צריכים להכין תכניות טיפול ומניעה מובנות רב מקצועיות ומותאמות אישית. כצפוי ניכר עומס תחלואה גבוה יותר על פי מדד צ'רלסון בקרב המקרים.

7.2.3 מצב תזונתי - השוואה בין מקרים לבקרות בבתי חולים גריאטריים

ממצא מעניין הוא ההבדל המובהק בזמן החציוני של הסיקור התזונתי מהקבלה לאשפוז, 5.5 ימים בקרב המקרים ויום אחד בקרב הבקרות. ממצא שעומד בניגוד חמור לנהלים במשרד הבריאות והדרישות למדדי איכות לפיהם יש לערוך סיקור תזונתי תוך 36 שעות מהקבלה לאשפוז. יתכן שמצבם היה חמור יותר והצוות היה עסוק בטיפול הרפואי לפני עריכת אומדנים נוספים. עדיין הפער גבוה מדי ויש לחקור נתון זה יותר לעומק.

בבדיקת הפרש הזמן בין מתן הייעוץ לבין גילוי של הפצע הנרכש נמצא כי חלפו 21 ימים (זמן חציוני). מומלץ כי, השירות הדיאטני יתעדכן והיה מודע לרמת הסיכון לפיתוח פצע לחץ (נורטון) ויעניק למטופלים בסיכון גבוה ייעוץ בדחיפות רבה יותר.

מעניין כי, לא נמצא הבדל מובהק בסטטוס של "תת תזונה" בין המקרים לבקורות אם כי נרשמה ירידה מובהקת במשקל ב- 3-6 חדשים אחרונים בקרב 26% מהמקרים לעומת 16% מהבקורות ($p=0.003$). על הצוות המטפל להיות ערני לירידה במשקל של המטופלים ולהמשיך מעקב אחר סטטוס תזונתי. סטטוס תזונתי ירוד פוגע במצבו הפיזי, מצבו החיסוני ויכולת ריפוי הפצעים של המטופל ולפי הספרות מנבאה התפתחות פצעי לחץ בזמן האשפוז.

7.2.4 תכנית מניעה טרום הופעת הפצע הנרכש, השוואה מקרים - בקורות בבתי"ח גריאטריים

בתכנית המניעה הכוללת פעולות למניעת פצע לחץ דווח על שימוש רב יותר בשינויי תנוחה ובהתאמת תכנית דיאטה למטופלים. לעומת שימוש מופחת בתכנית פיזיותרפיה (71%-72% מהחולים) ומופחת עוד יותר באביזרים ייעודיים למניעה. לא תמיד נמצא הבדל בין המקרים לבקורות. וההבדל הבולט הוא הקפדה על תנוחה בזווית 30° יותר בקרב הבקורות לעומת המקרים. ייתכן כי מצבם הפיזי של המטופלים ללא פצע לחץ אפשר תנוחה מוגבהת יותר. לעומת זאת, שמירה על שינויי תנוחה מידי 2-3 שעות ושימוש במזרון דינמי בולט יותר בקרב המקרים לעומת הבקורות. אם כי יש לציין שעדיין השימוש מועט במזרון הדינמי ובאמצעי מניעה אחרים. לאור האפשרות לאמוד מטופלים בסיכון גבוה מומלץ להקפיד יותר על תכנית המניעה לפני רכישת הפצע. קרוב למחצית מהמקרים הגיעו עם פצע פעיל מביתם. בבדיקת ההבדל במניעה בין מי שהתקבל עם פצע לבין מי שרכש פצע במהלך האשפוז לא נמצאה נטייה ברורה ועקבית של טיפול מונע רב יותר בקרב מטופלים שהגיעו עם פצע ורכשו פצע נוסף לעומת מטופלים שהגיעו ללא פצע ורכשו פצע במהלך האשפוז.

7.2.5 גורמי סיכון להתפתחות פצע לחץ - השוואה בין מקרים לבקורות בבתי חולים גריאטריים

פצע לחץ חדש נרכש תוך זמן חציוני של 169 ימים מיום הקבלה לאשפוז. זמן גילוי הפצע הקצר ביותר נמצא במחלקות שיקום 20 ימים ו- 101 ימים במחלקות הפנימיות, והממושך ביותר במונשמים. מדד נורטון הממוצע בקרב המקרים (9.3 ± 2.7) נמוך יותר לעומת הבקורות (11 ± 3.4) ($p<0.001$). כמו כן נרשמת מוגבלות קבועה בקרב 91% מהמקרים לעומת 78% מהבקורות. 82% מקרים מרותקים למיטתם לעומת 57% מהבקורות. נוקשות וספססיות נאמדה אצל 45.5% מהמקרים לעומת 23.4% מהבקורות. רמת המוגלובין אינה שונה בין המקרים לבקורות ואילו רמת האלבומין נמוכה יותר בקרב המקרים לעומת הבקורות. יש להקפיד במעקב אחר רמות האלבומין על מנת לצמצם את הסיכון ליצירת פצע ומניעת ריפוי. מתוך גורמי הסיכון המפורטים לעיל, ניכר כי ישנם כלי אומדן זמינים המאפשרים איתור מוקדם של בעלי הסיכון לפתח פצע לחץ כך שניתן לתת מיידית טיפול מונע.

7.2.6 תיאור פצעי לחץ נרכשים בקרב הנבדקים בבתי חולים גריאטריים

מבין המקרים 15% פיתחו 2 פצעי לחץ חדשים במהלך האשפוז ו- 6% פיתחו 3 פצעים ויותר, לכן בתיאור מיקום הפצעים הנרכשים התייחסנו לכל הפצעים שנרכשו. 43% ממוקמים בסקרום שהוא האזור השכיח ביותר המועד לפורענות. 29% באזור העקבים. כ- 55% מהמקרים פיתחו פצעים בדרגה 2, 26% בדרגה 3 והיתר דרגה 4 או שאינם ניתנים להגדרה. בבתי חולים גריאטריים אחוז המטופלים עם פצע בדרגה מתקדמת וקשה יותר גבוה מאד יחסית לבתי החולים הכלליים.

7.2.7 הטיפול בפצעי לחץ נרכשים בקרב נבדקים בבתי חולים גריאטריים

בתכנית הטיפול שתועדה לאחר יצירת הפצע החדש נמצא, כי התכנית נרשמה לרוב המטופלים (96%) אולם הביצוע תועד ב- 85% מהמקרים. ייתכן שלמרות העומס הטיפולי והקושי יש להקפיד יותר על ביצוע התכנית במטרה לטפל ללא דיחוי ולסייע בריפוי הפצע הפעיל שנוצר.

68% מהמקרים ובני משפחתם זוכים להדרכה בנושא מניעה וטיפול בפצעים. פחות מאשר ההדרכות הניתנות בבתי חולים כלליים. אך בהתחשב בעובדה שרק ל- 38% מהמקרים ישנם קרובים או משמעותיים אחרים המטופלים בהם לעומת 70% מהמקרים בבתי חולים כלליים ממצא זה ראוי לציון. יחד עם זאת יש לזכור כי הדרכת המטופל ומשפחתו הוא כלי משמעותי בטיפול ומניעה ולהכניסו לתכנית הטיפול באופן מובנה ושיטתי יותר.

קיום צוות ייעודי לריפוי פצעים דווח במאפיינים כמעט בכל בתי החולים אך תועדו 38% מהמקרים בלבד הזוכים לייעוץ של צוות ייעודי לריפוי פצעים. 83% מהמקרים זכו לייעוץ אחות פצעים וכשני שלישים זכו לייעוץ פיזיותרפיסטית. ו- 74% לתכנית פיזיותרפיה. אך בפועל מספר יעוצים אלו עדיין גבוה ממספר היעוצים הניתנים בבתי חולים כלליים. לאור דרגתם החמורה יותר של הפצעים יש להעלות יותר את מספר ביקורי הצוות הייעודי המייעץ.

בבדיקת פרופיל מטופלים ומצב הפצע שלהם אצל חולים שזכו לביקור של הצוות הייעודי ניכרה נטייה רבה יותר אצל מטופלים המרותקים למיטתם עם יותר: פצעים באזור הסקרום, אבדן מלא של העור (דרגה 3), עם מספר פצעי לחץ ושהתקבלו עם פצעי לחץ בקבלה לאשפוז. מבחינת מאפייני רקע אישיים וגורמי סיכון התפלגות המקרים שזכו לביקור הייתה דומה להתפלגות כלל המקרים במדגם.

על הרכב הצוות המייעץ ניתן להתרשם מתוך המאפיינים שנמסרו על ידי המוסדות. בצוות המייעץ לטיפול בפצעי לחץ סך משרות ל- 1000 מיטות אשפוז הוא: 4.8 רופאים, 7.3 אחיות, 2.4 דיאטנים ו- 1.87 פיזיותרפיסטים. בולט מספר האחיות בצוות הייעוץ, 9 אחיות במרכזים רפואיים גריאטריים גדולים לעומת 6 אחיות בבינוניים.

בטיפול בפצעים קיימים מזרונים ומוצרים רבים אחרים, אחד המזרונים המומלצים הוא מזרון דינמי. מזרון דינמי נצפה בקרב 18% מהמטופלים שרכשו פצעי לחץ. כרית הושבה מותאמת נצפתה ב- 46% מהמקרים כאשר 54% מהמקרים אובחנו כמרותקים לכיסא גלגלים. הצוות הייעודי והצוות במחלקה עליו לפעול להתאמת אביזרים כמו מזרונים וכריות מותאמות למטופלים. צוין כי אותרו גורמי הלחץ בקרב 88% מהמקרים אולם הגורם הוסר ב- 51% מהמקרים בלבד. יש לפעול יותר לאיתור הגורמים ולהסרתם אם כי ברור שאחד הגורמים הבולטים הוא מיטת המטופל וזהו גורם שלא ניתן להסרה.

7.2.8 פצעי לחץ בקבלה לאשפוז בבתי חולים גריאטריים

במבדק נדגמו 384 נבדקים בבתי חולים גריאטריים עם פצע לחץ בקבלתם. למעלה ממחציתם נשים וכשליש עם מדד תחלואה גבוה צ'רלסון חציוני 4 ומעלה.

84% מנבדקים אלו התקבלו מבתי חולים אחרים. בעיקר מבתי חולים כלליים.

שליש אושפזו בבתי חולים ממשלתיים וכשליש בשב"כ. מעל למחצית במחלקות סיעוד מורכב וחמישית במונשמים. במחלקות אלו יש להיערך באופן ייעודי לתכניות טיפול ומניעה לפצעי לחץ. רישום ודיווח פצעי לחץ בקבלה נמצא בקרב 96% מרשומות המטופלים. יותר מאשר בבתי חולים כלליים.

ייתכן שהטיפול ממוקד יותר עקב שכיחות הרבה יותר של התופעה במוסדות הגריאטריים.

מעניין כי גם הצוות מקפיד לצלם לפחות ב- 37% מהמקרים את פצע הלחץ.

7.3 סיכום כללי והמלצות

7.3.1 המלצות לבתי חולים כלליים

המלצות קליניות

- ✓ להקפיד על מתן הדרכות לטיפול ומניעה למטופלים ובני משפחתם תוך שימת דגש על הדרכה מותאמת אישית.
- ✓ להעלות את ההתאמה והשימוש במזרון דינמי וכריות הושבה או ו/ אביזרים נוספים למי שבסיכון לפתח פצע ולמי שרכש פצע בזמן האשפוז.
- ✓ מומלץ להעלות תדירות ביקורים וייעוצים של אחות מומחית פצעים ושל פיזיותרפיסטית ודיאטנית כמו גם של צוות ייעוץ ייעודי לריפוי פצעים.
- ✓ על המחלקות הרלוונטיות ומחלקות התזונה ליצור קשר ישיר ובלתי אמצעי ביניהן כך שהדיאטניות יוכלו להיות מעודכנות באופן מיידי במצבם של המטופלים עם רמת סיכון גבוהה לפיתוח פצע לחץ (נורטון) ולהעניק למטופלים אלו ייעוץ בדחיפות רבה יותר.
- ✓ יש להקפיד יותר על רישום ודיווח רפואי פצעי לחץ בקרב מטופלים אשר אושפזו עם פצע לחץ בקבלתם.
- ✓ יש להיערך באופן ייעודי לתכניות טיפול ומניעה לפצעי לחץ במחלקות השונות ובעיקר במחלקות עתירות הסיכון: טיפול נמרץ ופנימית גריאטרית.
- ✓ לשים דגש על מניעה בשבועיים הראשונים לאשפוז ובעיקר במחלקות טיפול נמרץ.
- ✓ ישנם כלי אומדן זמינים המאפשרים איתור מוקדם של בעלי הסיכון לפתח פצע לחץ כך שניתן לתת מיידית טיפול מונע.

המלצות מנהליות

- ✓ למנות צוותים ייעודיים לריפוי פצעים במחלקות השונות ובעיקר במחלקות עתירות הסיכון טיפול נמרץ ופנימית גריאטרית.
- ✓ להעלות מספר דיאטניות ופיזיותרפיסטים למתן טיפול וייעוץ למטופלים עם פצעי לחץ פעילים בבתי חולים כלליים.
- ✓ להקפיד על דיווח ליחידה לניהול סיכונים על הופעת פצעי לחץ.
- ✓ להקפיד על רצף הטיפול בהעברת מידע על המטופל לקהילה או למוסד אחר.

המלצות חינוכיות

- ✓ לשתף יותר בימי העיון, בלומדות ובהכשרות צוותים ממקצועות הבריאות השונים כגון דיאטנים ופיזיותרפיסטים.

המלצות למחקר

- ✓ מומלץ לערוך מבדק איכות בנושא מניעת פצעי לחץ בקהילה

7.3.2 המלצות לבתי חולים גריאטריים

המלצות קליניות

- ✓ להקפיד על סיקור תזונתי תוך 36 שעות מהקבלה לאשפוז!!!
- ✓ להקפיד על ייעוץ תזונתי קרוב לקבלה לאשפוז בקרב מאושפזים שנמצאו בסיכון תזונתי לתת תזונה ו/או מדד נורטון נמוך ומי שמועד לפתח פצע לחץ או שכבר הגיע עם פצע לחץ פעיל.
- ✓ להקפיד על ייעוץ תזונתי קרוב לזמן גילוי הפצע הנרכש.
- ✓ על הצוות המטפל להיות ערניים למצב של ירידה במשקל בתקופה של 3-6 חודשים לפני או במהלך האשפוז מה שמגביר את הסיכון להתפתחות פצעי לחץ.
- ✓ להקפיד על הדרכת המטופל ומשפחתו בנושא הטיפול והמניעה.
- ✓ בתכנית המניעה להקפיד על תנוחה בזווית 30° בקרב הסובלים מפצע לחץ פעיל.
- ✓ להעלות את ההתאמה והשימוש במזרון דינמי וכריות הושבה ו/או אביזרים נוספים למי שבסיכון לפתח פצע ולמי שרכש פצע בזמן האשפוז.
- ✓ ביקור צוות ייעוץ משמעותי לא רק בטיפול אלא גם במניעת הפצעים. יש להגביר מעורבות הצוות המייעץ עוד בטרם רכישת הפצע.
- ✓ במחלקות עתירות הסיכון סיעוד מורכב ובמונשמים יש להיערך באופן ייעודי לתכניות טיפול ומניעה לפצעי לחץ. לשם גם מתקבלים יותר מטופלים עם פצע לחץ בקבלה.
- ✓ להשתמש בכלי האומדן הזמינים המאפשרים איתור מוקדם של בעלי הסיכון לפתח פצע לחץ כך שניתן לתת מיידית טיפול מונע.

המלצות מנהליות

- ✓ למנות צוותים ייעודיים לריפוי פצעים במחלקות השונות ובעיקר סיעוד מורכב ומונשמים.
- ✓ לאמוד הימצאות מטופלים עם פצעי לחץ והפניית משאבים לבתי חולים גריאטריים בפריריה.
- ✓ להקפיד על משאבים למניעה וטיפול בבתי חולים גריאטריים גדולים.

המלצות חינוכיות

לשתף יותר בימי עיון, לומדות והכשרות מלבד אחיות מצוותי ממקצועות הבריאות השונים כגון דיאטנים ופיזיותרפיסטים.

המלצות למחקר

מומלץ מחקר עוקבה, סקר ארוך טווח המותאם לאופי האשפוז בבתי חולים גריאטריים. לעקוב אחר גורמי סיכון לאורך זמן ולחשב היארעות.

לסיכום, מומלץ לגבש תכנית לאומית למניעה וטיפול בפצע קשה ריפוי במטרה לפעול לקידום המניעה וטיפול איכותי ובטיחותי בקרב מטופלים הסובלים מפצעי לחץ ופצעים קשיי ריפוי, באשפוז ובקהילה בישראל.

8. מקורות ספרות

1. חוזר מנכ"ל 2012 איתור מטופלים בסיכון לתת תזונה בבתי חולים כלליים
2. חוזר מינהל סיעוד מניעה וטיפול בפצעי לחץ 2006
3. Agency for Healthcare Research and Quality: [How Do We Measure Our Pressure Ulcer Rates and Prevalence?](#)
4. Agency for Healthcare Research and Quality: Preventing Pressure Ulcers in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care.
5. Alderden, J. et al. (2017). Risk factors for pressure injuries among critical care patients: A systematic review. *International Journal Nursing Studies*, Jun; 71.
6. Bååth, C., Idvall, E., Gunningberg, L., & Hommel, A. (2014). Pressure-reducing interventions among persons with pressure ulcers: results from the first three national pressure ulcer prevalence surveys in Sweden. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(1), 58-65.
7. Barker, A.L., Kamar, J., Tyndall, T.J., White, L., Hutchinson, A., Klopfer, N., Weller, C. (2013). Implementation of pressure ulcer prevention best practice recommendations in acute care: an observational study. *Int Wound Journal*, 10, 313–20.
8. Barrois, B. et al. (2008). "A National Prevalence Study of Pressure Ulcers in French Hospital Inpatients". *Journal of Wound Care*; 17: 373-379.
9. Barrois, B. Colin, C. Allaert, F-A. 2014. Prevalence, characteristics and risk factors of pressure ulcers in public and private hospitals care units and nursing homes in France. *HOSPITAL PRACTICE*, 46;1, 30-36.
10. Baumgarten, M., Margolis, D.J., Localio, A.R., Kagan, S.H., Lowe, R.A., Kinoshian, B., Abbuhl, S.B., Kavesh, W., Holmes, J.H., Ruffin, A., Mehari, T. (2008). Extrinsic risk factors for pressure ulcers early in the hospital stay: a nested case-control study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 63, 408–13.
11. Baumgarten, M., Margolis, D.J., Localio, A.R., Kagan, S.H., Lowe, R.A., Kinoshian, B., Holmes, J.H., Abbuhl, S.B., Kavesh, W., Ruffin, A. (2006). Pressure ulcers among elderly patients early in the hospital stay. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 61, 749–54.

12. Beal, M. E., & Smith, K. (2016). Inpatient Pressure Ulcer Prevalence in an Acute Care Hospital Using Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(2)112-7.
13. Bell, S. P., Vasilevskis, E. E., Saraf, A. A., Jacobsen, J. M. L., Kripalani, S., Mixon, A. S., ... & Simmons, S. F. (2016). Geriatric syndromes in hospitalized older adults discharged to skilled nursing facilities. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(4), 715-722.
14. Bergstrom, N. et al. (1998). "Predicting Pressure Ulcer Risk: A Multisite Study of the Predictive Validity of the Braden Scale". *Nursing Research*; 47(5): 261-269.
15. Berlowitz, D. (2014). Chapter 2: Incidence and Prevalence of Pressure Ulcers in D.R. Thomas and G.A. Compton (eds.), *Pressure Ulcers in the Aging Population: 19 A Guide for Clinicians, Aging Medicine 1*, Springer Science+Business Media New York.
16. Black, J. et al. (2007). "National Pressure Ulcer Advisory Panel's Updated Pressure Ulcer Staging System". *Dermatology Nursing*; 19(4): 343-349.
17. Bly, D., Schallom, M., Sona, C., & Klinkenberg, D. (2016). A model of pressure, oxygenation, and perfusion risk factors for pressure ulcers in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 25(2), 156-164.
18. Brem, H. & Lyder, C. (2004). "Protocol for the Successful Treatment of Pressure Ulcers". *The American Journal of Surgery*; 188: 9S-17S.
19. Dealey, C. et al. (2013). "The Cost of Pressure Ulcers in the UK". *Journal of Wound Care*; 21(6).
20. DeFloor, T. et al. (2005). "[Pressure Ulcer Classification Differentiation Between Pressure Ulcers and Moisture Lesions](#)". *European Pressure Ulcer Advisory Panel*, 6(3), 81-85.
21. Drake, D.J., Swanson, M., Baker, G., Pokorny, M., Rose, M.A., Clark-Reed, L., Waters, W., Watkins, F.R. Jr, Engelke, M.K. (2010). The association of BMI and Braden total score on the occurrence of pressure ulcers. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 37,367-71.
22. Dugaret, E. et al. (2012). "Prevalence and Incidence Rates of Pressure Ulcers in an Emergency Department". *International Wound Journal*; 11(4): 386-391.
23. Eman, Shain.M. et al. (2010). The relationship between malnutrition parameters and pressure ulcers in hospitals and nursing homes. *Nutrition* , 26 (2010), 886-889.
24. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide.(2009) Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.

25. Flattau, A., Blank, AE. (2014). Risk factors for 90-day and 180-day mortality In hospitalised patients with pressure ulcers. *Int Wound journal*, 11,14–20.
26. Gardiner,J.C.,Reed,P.L., Bonner,J.D., Haggerty, D.k.&Hale, D.G. (2014). Incidence of hospital-acquired pressure ulcers – a population-based cohirt study. *International Wound Journal* ,809-820.
27. Gorecki, C. et al. (2009). "Impact of Pressure Ulcers on the Quality of Life in Older Persons: A Systematic Review". *JAGS*; 57(7): 1175-1183.
28. Graves, N. et al. (2005). "Effect of Pressure Ulcers on Length of Stay". *Infection Control and Hospital Epidemiology*; 26(3): 293-297.
29. Grey, J. et al. (2006). "[ABC of Wound Healing: Pressure Ulcers](#)". *BMJ*; 332: 472-475.
30. Heywood N. Arrowsmith M. Poppleston A. (2015). Using rapid spread methodology to reduce the incidence of hospital-acquired pressure ulcers. *Wounds*, 11(2) 42-50.
31. Hommel,A., Gunningberg,L., Idvall, E., Baath,C. (2016). Successful factors to prevent pressure ulcers – an interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 182–189.
32. Igarashi, A., Yamamoto-Mitani, N., Gushiken, Y., Takai, Y., Tanaka, M., & Okamoto, Y. (2013). Prevalence and incidence of pressure ulcers in Japanese long-term-care hospitals. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56(1), 220-226.
33. Jiang, Q. et al. (2014). "[The Incidence, Risk Factors and Characteristics of Pressure Ulcers in Hospitalized Patients in China](#)". *International Journal of Clinical and Experimental Pathology*; 7(5): 2587-2594.
34. Keelaghan, E. et al. (2008). "[Prevalence of Pressure Ulcers on Hospital Admission Among Nursing Home Residents Transferred to the Hospital](#)". *Wound Repair Regen*; 16(3): 331-336.
35. Kottner, J., Wilborn, D., Dassen, T., & Lahmann, N. (2009). The trend of pressure ulcer prevalence rates in German hospitals: results of seven cross-sectional studies. *Journal of Tissue Viability*, 18(2), 36-46.
36. Lindgren, M. et al. (2004). "[Immobility – A Major Risk Factor for Development of Pressure Sores Among Adult Hospitalized Patients: A Prospective Study](#)". *Scandinavian Journal of Caring*; 18: 57-64.
37. Lyder, C. (2003). "[Pressure Ulcer Prevention and Management](#)". *JAMA*; 289 (2): 223-226.
38. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan-Pacific Pressure Injury Alliance (2014) . Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide (Haesler E ed.). Cambridge Media, Perth, Australia. Available at: <http://www.epuap.org> (accessed 22 July 2015).

39. NICE (2014) Pressure Ulcers: Prevention and Management. NICE guidelines.
40. Pancorbo-Hidalgo, P. et al. (2006). "Risk Assessment for Pressure Ulcer Prevention: A Systematic Review". *Journal of Advanced Nursing*; 54(1): 94-110.
41. Perez-Zepeda, M. U., Gutierrez-Robledo, L. M., Sanchez-Garcia, S., Juarez-Cedillo, T., Gonzalez, J. J. G., Franco-Marina, F., & García-Peña, C. (2012). Comparison of a geriatric unit with a general ward in Mexican elders. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(3), e370-e375.
42. Pressure Ulcer Prevention: Prevalence and Incidence in Context – A Consensus Document (2009).
43. Qaseem, A., Mir, T. P., Starkey, M., & Denberg, T. D. (2015). Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers. *Annals of Internal Medicine*, 162(5), 359-369.
44. Schubert, V. (1991). "Hypotension as a Risk Factor for the Development of Pressure Ulcers in Elderly Patients". *Age and Aging*; 20: 255-261.
45. Sen, C. et al. (2009). "[Human Skin Wounds: A Major and Snowballing Threat to Public Health and the Economy](#)". *Wound Repair Regen*; 17(6): 763-771.
46. Severens, J.L. et al. (2002). "The Cost of Illness of Pressure Ulcers in the Netherlands". *Adv Skin Wound Care*; 15(2): 72-77.
47. Shahin, E. et al. (2008). "Pressure Ulcer Prevalence and Incidence in Intensive Care Patients: A Literature Review". *Nursing in Critical Care*; 13(2): 71-79.
48. **Shahin** E.S., Meijers, J.M., Schols, J.M., Tannen, A., Halfens, R.J., Dassen, T.(2010). The relationship between malnutrition parameters and pressure ulcers in hospitals and nursing homes. [Nutrition](#). 26(9):886-9.
49. Shannon,RJ,Brown,L.&Chakravarthy,D. 2012 Pressure Ulcer Prevention Program Study; a randomized, controlled prospective comparative value evaluation of 2 pressure ulcer prevention strategies in nursing and rehabilitation centers .*Advanced skin Wound Care*,25;450-464.
50. Successful factors to prevent pressure ulcers – an interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 182–189.
51. Swafford, K., Culpepper, R., & Dunn, C. (2016). Use of a comprehensive program to reduce the incidence of hospital-acquired pressure ulcers in an intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 25(2), 152-155.

52. Tannen, A. et al. (2008). "Differences in Prevalence of Pressure Ulcers Between Netherlands and Germany - Associations between Risk, Prevention and Occurrence of Pressure Ulcers in Hospitals and Nursing Homes". *Journal of Clinical Nursing*; 17(9): 12-37-1241.
53. Tescher, A.N., Branda, M.E., Byrne, T.J., Naessens, J.M.(2012) . All at-risk patients are not created equal: analysis of Braden pressure ulcer risk scores to identify specific risks. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 39,282–91.
54. Tubaishat, A. et al. (2011). "Pressure Ulcers in Jordan: A Point Prevalence Study". *Journal of Tissue Viability*; 20(1): 14-19.
55. Vanderwee, K. et al. (2007). "[Pressure Ulcers Prevalence in Europe: A Pilot Study](#)". *Journal of Evaluation of Clinical Practice*; 13(2): 227-235.
56. VanGilder, C. et al. (2009). "Results of the 2008-2009 International Pressure Ulcer Prevalence Survey and a 3-Year, Acute Care, Unit Specific Analysis". *Ostomy Wound Management*; 55(11): 39-45.
57. Waterlow, J. (2005). "Waterlow Pressure Ulcer Prevention/Treatment Policy Card". Available at:
<http://www.judywaterlow.co.uk/downloads/Waterlow%20Score%20Card-front.pdf>
58. White-Chu F. Flock P. Struck b. Aronson L. (2011). Pressure ulcers in long term care. *Clin Geriatric Med*. 27. 241-258.
59. Whittington, K., & Briones, R. (2004). "National Prevalence and Incidence Study: 6-Year Sequential Acute Care Data" . *Advances in Skin Wound Care*; 17(9): 490-494.
60. Whittington K, Patrick M, Roberts JL. (2000). A national study of pressure ulcer prevalence and incidence in acute care hospitals. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 27:209–15.
61. Woodbury, MG. & Houghton, PE. (2004). "[Prevalence of Pressure Ulcers in Canadian Healthcare Settings](#)". *Ostomy Wound Management*; 50(10): 22-38.

9. נספחים

108.....	נספח 1: מקרא - שיוך בת"ח כלליים שנכללו במבדק לפי גודל ובעלות.
109.....	נספח 2: מקרא - שיוך בת"ח גריאטריים שנכללו במבדק לפי גודל ובעלות.
110.....	נספח 3: חישוב מדד תחלואה נלווית - Charlson's Co-Morbidity Index
111.....	נספח 4: כלי המבדק – שאלוני המבדק
129.....	נספח 5: שאלון מאפיינים מוסדי
131.....	נספח 6: שאלון מאפיינים מחלקתי

נספח 1: מקרא - שיוך בתי"ח כלליים שנכללו במבדק לפי גודל ובעלות

שם בית חולים	גודל בית חולים	בעלות בית חולים
אלישע	קטן	פרטי
אסף הרופא	גדול בינוני	ממשלתית
בלינסון	מרכז על	שירותי בריאות כללית
בני ציון	גדול בינוני	ממשלתית
ברזילי	גדול בינוני	ממשלתית
הדסה הר הצופים	קטן	ציבורית
הדסה עין כרם	מרכז על	ציבורית
הכרמל	גדול בינוני	שירותי בריאות כללית
הלל יפה	גדול בינוני	ממשלתית
המשפחה הקדושה	קטן	ציבורית
הסקוטי	קטן	ציבורית
העמק	גדול בינוני	שירותי בריאות כללית
השרון	קטן	שירותי בריאות כללית
וולפסון	גדול בינוני	ממשלתית
זיו צפת	קטן	ממשלתית
יוספטל	קטן	שירותי בריאות כללית
לניאדו	קטן	ציבורית
מאיר	גדול בינוני	שירותי בריאות כללית
מעייני הישועה	קטן	ציבורית
נהריה	גדול בינוני	ממשלתית
סוראסקי	מרכז על	ממשלתית
סורוקה	מרכז על	שירותי בריאות כללית
פוריה	קטן	ממשלתית
קפלן	גדול בינוני	שירותי בריאות כללית
רמב"ם	מרכז על	ממשלתית
שיבא	מרכז על	ממשלתית
שערי צדק	גדול בינוני	ציבורית

נספח 2: מקרא - שיוך בתי"ח גריאטריים שנכללו במבדק לפי גודל ובעלות

שם בית חולים	גודל בית חולים	בעלות בית חולים
בית בלב בת ים	בינוני	פרטית
בית בלב נשר	בינוני	פרטית
בית הדר אשדוד	בינוני	ציבורית
בית לוינסטין	בינוני	שירותי בריאות כללית
בית רבקה	בינוני	שירותי בריאות כללית
הרצוג	גדול	ציבורית
הרצפלד	בינוני	שירותי בריאות כללית
מרכז גריאטרי דורות	גדול	ממשלתית
מרכז גריאטרי פרדס חנה	גדול	ממשלתית
מרכז רפואי רעות	גדול	ציבורית
נווה עמית רחובות	בינוני	מאוחדת
עמל אדומים	בינוני	פרטית
פלימן	בינוני	ממשלתית
שמואל הרופא	גדול	ממשלתית

נספח 3: חישוב מדד תחלואה נלווית - Charlson's Co-Morbidity Index

קטגוריה	ניקוד	ממצאים
CHF	1	CHF סמפטומטי עם תגובה לטיפול ספציפי
PVD	1	צליעה לסירוגין, גנגרינה
CVA	1	היסטוריה של CVA או TIA ללא ממצאים
דמנציה	1	חסך קוגניטיבי כרוני
COPD	1	קושי בנשימה כולל אסמה
CTD	1	מחלות ראומטיות, מחלות רקמת חיבור
ULCERATIVE DIS.	1	נדרש טיפול לכיב פפטי
MILD LIVER DIS.	1	צירוזיס ללא י.ל.ד פורטלי, הפטיטיס כרונית
D.M ללא סיבוכים	1	סכרת מאוזנת תרופתית
D.M עם סיבוכים	2	רטינופטיה, נפרופטיה, נאורופטיה
המיפלגיה	2	המיפלגיה או פרפלגיה
מחלה כלייתית בינונית עד קשה	2	Creatinine>3mg/dl, דיאליזה, השתלה, סינדרום אורמי
גידול משני סולידי	2	טופל לראשונה ב-5 שנים אחרונות
לויקמיה	2	CML, CLL, AML, ALL, PV
לימפומה	2	נון הודגקין לימפומה
מחלת כבד בינונית-חמורה	3	צירוזיס עם י.ל.ד פורטלי
גידול מטסטטי סולידי	6	תלונות המטופל
AIDS	6	AIDS וסיבוכים מ-AIDS
סה "כ ניקוד		

מדד המסכם ניקוד עבור רשימת מחלות כרוניות המנוקדות על פי האינדקס. למשל אי ספיקת לב מזכה בנקודה 1, סוכרת עם נזק לאיברי מטרה - 2 נקודות, וכו'. לכל נבדק נערך סיכום הניקוד המחובר מסה"כ הניקוד הכללי של האבחנות הרפואיות מה שמצביע על חומרת מצבו הרפואי של הנבדק

מינהל איכות ושירות
משרד הבריאות
סקר פצעי לחץ
בבתי החולים בישראל, 2015

**שאלון למטופל עם פצע לחץ נרכש בבית החולים באשפוז הנוכחי –
החל מדרגה 2**

שאלון מס' 1

===== לשימוש משרדי

=====

_____	נרשם:
_____	קודד:
_____	הוקלד:
_____	נסרק FULL:

פרק רקע אישי / נתוני קבלה: |_0_| |_1_|

מספר אישי בסקר (לשימוש המשרד): | | | | | | | |

שם ממלא השאלון: _____

מקום למדבקה גדולה
עם פרטי המטופל

קוד בי"ח (לשימוש המשרד)

שם בית חולים

תאריך ביצוע המבדק

תאריך קבלה לבי"ח

| | | / | | | / | | |
 יום / חודש / שנה

יום / חודש / שנה

תאריך קבלה למחלקה הנסרכת

המחלקה הנסרכת

שנה / חודש / יום

נתונים סוציו-דמוגרפיים

מספר קבלה לא שפוז: _____ (נא מלא משמאל לימין)

ת.י.:

שם בראשי תיבות: | | | |

שם אב: _____ כתובת: _____

תאריך לידה: _____
שנה מלאה / חודש / יום

אם אין, ציין גיל (בשנים) | | | |

מיון: ☐ זכר ☐ נקבה

☐ בית / קהילה ☐ בי"ח אחר ☐ מוסד סיעודי ☐ לא ידוע

מהיכן הגיע החולה לבית החולים ?

**האם קיים מטפל עיקרי / משמעותי
אחר / בן משפחה שנמצא עם החולה
ומסייע לו בתפקוד היומיומי בבית
החולים
(יש לברר בראיון עם אחות אחראית
מחלקה)**

לא ☐ כן ☐

תיאור מצב המטופל בכניסה לאשפוז

להלן הגדרות לפיהן יש למלא את הטבלה הבאה:

מחלות רקע – מדד צ'רלסון:

➤ מחלת כבד קלה: סימון אבחנה זו יעשה במידה ולחולה יש אנזימי טרנסאמינזות AST/ALT לפחות פי 2 מהנורמה או הפטיטיס אקוטי

➤ מחלת כבד בינונית עד קשה: סימון אבחנה זו יעשה רק במקרה של שחמת כבד (צירוזיס) המלווה בהפרעות בתפקודי קרישה או מימית.

➤ מחלת כליות בינונית עד קשה: סימון אבחנה זו יעשה במידה ולחולה ישנו קריאטנין מעל 3.

➤ **נטילת סטרואידים כרוני:** סימון מצב זה יעשה במקרה והחולה סובל ממחלת קולגן, מחלת פרקים כרונית, מחלת כליות קשה ומחלת ריאות המקבל סטרואידים באופן קבוע (מעל 3 שבועות)

➤ מדוכא חיסון (הקרנות, כימותרפיה, וכדו'): סימון מצב זה יעשה במידה והמטופל קיבל כימותרפיה או הקרנות בחצי השנה שלפני הניתוח.

➤ מחלת כיב קיבה: הכוונה לכיב כרוני או כיב אקוטי שהצריך טיפול

<u>אבחנות סיכון בכניסה לאשפוז (Charlson - co-morbidity score)</u>		
סמן (אפשר לסמן יותר מ-1) מחלות רקע של המטופל		
Peripheral vascular disease (PVD) ☐	מחלת כבד קיבה ☐	אוטם לבבי (MI) ☐
(COPD) מחלת ריאה כרונית ☐	סרטן ממוקדם ללא גרורות ☐	Congestive heart failure (NYHA 3-4) ☐
סכרת ללא סיבוכים ☐	סרטן עם גרורות ☐	שבץ מוחי (CVA) ☐
סכרת עם סיבוכים ☐	לימפומה (Lymphoma) ☐	המיפלגיה/פרהפלגיה/טטרהפלגיה ☐
דמנציה ☐	לויקמיה (Leukemia) ☐	מחלת כבד קלה ☐
IHD (מחלת לב איסכמית) ☐	Rheumatic disease ☐	מחלת כבד בינונית עד קשה ☐
מונשם כרוני/אקוטי ☐	זיהום אחר כלשהו (אבחנה של pneumonia/UTI....) ☐	ספסיס ☐
HTN ☐	דכאון ☐	מחלת כליות סופנית (ESRF) ☐
	נוירופתיה ☐	חולה לאחר ניתוח באשפוז הנוכחי ☐

☐ אף אחת מהאבחנות המופיעות לעיל **סמן X**

אבחנות סיכון אחרות בכניסה

אבחנות עיקריות בקבלה לאשפוז בבית החולים (סיבות לאשפוז)

אם עבר מחלקות ציין אבחנות עיקריות בקבלה למחלקה בה נרכש הפצע (אם לא צוין לעיל)

פצע לחץ בכניסה לאשפוז					
1א. האם יש לחולה פצע לחץ בכניסה לאשפוז? ☐ כן, ציין מספר פצעי לחץ ☐ לא					
2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	99 ☐	1ב. אם כן, ציין את הדרגה: (של הפצע החמור ביותר)
שכבת עור חלקית	אבדן מלא של שכבת עור	אבדן מלא של הרקמה	לא ניתן להגדרה (אי אפשר לדרג)	לא ידוע/ לא דורג	
1ג. צבע רקמת הפצע (אם קיים): ☐ אדום ☐ צהוב ☐ שחור ☐ מעורב ☐ (ניתן לסמן יותר מ-1) אחר, פרט: _____					

הערכה תזונתית		
בתקופה שלפני הופעת הפצע הנרכש (עדיפות לערך האחרון שלפני הופעת הפצע הראשון)		
2א. האם נעשה איתור סיקור תזונתי ☐ כן, בתאריך _____ ☐ לא	2ב. אם כן, באמצעות איזה כלי MNA ☐ MUST ☐ NRS ☐ SNAQ ☐ אחר, פרט: _____ ☐ 2ג. ציון ☐	
3א. האם ניתן ייעוץ תזונתי ☐ כן ☐ לא	3ב. אם כן, ציין תאריך מתן ייעוץ ☐	3ג. אם כן, האם קיימת תכנית תזונתית ☐ כן ☐ לא 3ד. האם התכנית מתבצעת ☐ כן ☐ חלקי ☐ לא
4. דרך הזנה בתקופה שלפני הופעת הפצע ☐ Oral feeding - דרך הפה בין התאריכים ☐ - ☐ ☐ Tube feeding - דרך צנרת למערכת העיכול נא סמן: זונדה/פג בין התאריכים ☐ - ☐ ☐ TPN - הזנה תוך ורידית בין התאריכים ☐ - ☐		
5א. BMI ☐ מחושב/אומדן משקל בק"ג ☐ גובה בסנטימטרים ☐	5ב. ירידה במשקל ב- 3-6 חודשים האחרונים: ☐ לא ☐ כן ☐ לא ידוע ☐ אם כן, ב- ☐ ק"ג, ב- % ☐	5ג. האם המטופל בצום מוחלט (לא אכל 5 ימים / לא יאכל 5 ימים) ☐ כן ☐ לא

6. תכנית לטיפול מונע פצעי לחץ במהלך האשפוז, שקדם להופעת הפצע הנרכש הראשון, כללה: ☐ תנוחת שכיבה בזווית עד 30° ☐ שינוי תנוחה בין שעתיים לשלוש ☐ עזרים מיוחדים ☐ תכנית פיזיותרפיה ☐ תכנית דיאטנית ☐ אחר _____	
7א. האם היו לחולה עזרים למניעת פצע לחץ והידרדרותו בכניסה לאשפוז במהלך האשפוז, שקדם להופעת הפצע הנרכש הראשון (לבדוק ברשומה הרפואית)? כן ☐ לא ☐	7ב. אם כן, פרט: ☐ מזרון דינאמי ☐ מזרון אחר (מזרון סטאטי למניעה כגון ויסקואלאסטי/טמפור/סיליקון) ☐ כרית הושבה ☐ מניעת חיכוך, שימוש בסדיניה למניעת חיכוך ☐ אחר, פרט: _____

גורמי סיכון לפצע לחץ נרכש

גורמי סיכון: ציין ערך אחרון לפני הופעת הפצע הנרכש הראשון (המועד הסמוך ביותר לפני הופעת הפצע)

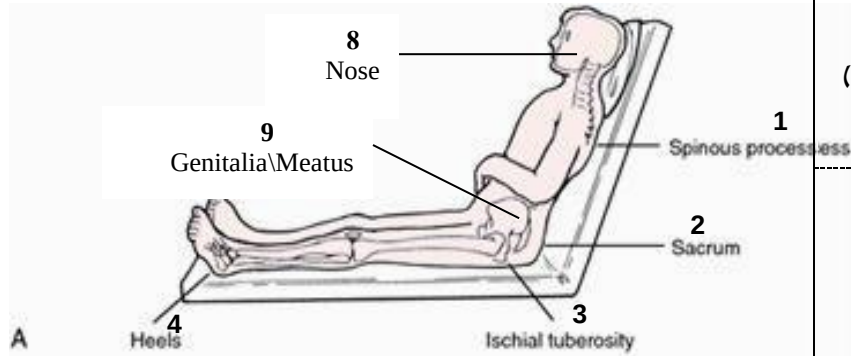
8. סולם נורטון ציון | | | | | סמן: Norton \ Norton modified
תאריך: _____
אם נעשה שימוש בסולם אחר, שם הכלי _____ ציון | | | | |

9. מצב העור		האם קיימת בעיה בשלמות העור (לפי אומדן עור) ☐ כן ☐ לא	
10. מצב תפקודי		10. נוקשות / ספסטיות חמורה (קונטרקטורות) ☐ כן ☐ לא ☐ אין התייחסות 10. ריפיון שרירים ☐ כן ☐ לא ☐ אין התייחסות	
11. האם מתבצע אומדן כאב באופן שוטף ☐ כן ☐ לא			
12. Hb		ציין המוגלובין שנמדד בסמוך למועד הופעת הפצע	
13. אלבומין		האם קיים רמת האלבומין בתיק הרפואי? ☐ כן ☐ לא	
		☐ 3.5 – 5 mg\ dl ☐ 3 – 3.4 mg\dl ☐ 2.1 – 2.9 mg\dl ☐ > 2 mg\dl	
14. CRP		(ציין ערך במידה שנבדק) 	

פצע שנרכש בבית החולים באשפוז הנוכחי

15. מיקום: _____ (ציין לפי המיקומים על הציור כולל סימון הצד. ניתן לסמן יותר מ-1)

אחר, פרט: _____



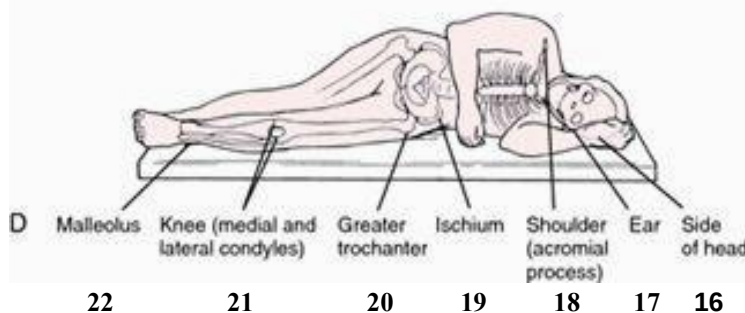
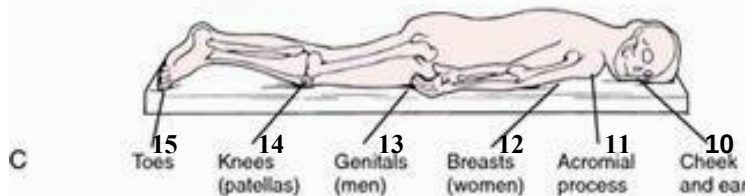
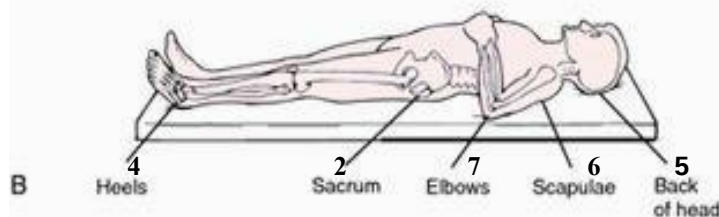
16. ציין סך פצעי לחץ למטופל ביום הבדיקה (לא רק נרכשים)

17. מועד תיעוד ראשון של קיום הפצע הראשון הנרכש

_____/_____/_____
שנה / חודש / יום

18. מחלקה בבית החולים בה נרכש הפצע

קוד מחלקה (לשימוש המשרד)



19. מכלל הפצעים הנרכשים מהו מספר פצעי הלחץ הנובעים מאביזרים רפואיים (זונדה, קטטר, וכדו..)

20. סמן מהו גורם הלחץ:

☐ מיטה

☐ עירוי

☐ זונדה

☐ משקפי חמצן

☐ טובוס

☐ גבס

אחר: _____

תיאור הפצע הנרכש

21א. ציין את דרגת הפצע:

אם יש יותר מאחד, יש לסמן דירוג הפצע הקשה ביותר.

99 ☐

לא ידוע
לא דורג

5 ☐

לא ניתן להגדרה
(אי אפשר לדרג)

4 ☐

אבדן מלא של הרקמה

3 ☐

אבדן מלא של שכבת עור

2 ☐

שכבת עור חלקית

מעורב ☐

שחור ☐

צהוב ☐

אדום ☐

21ב. ציין צבע רקמת הפצע (אם קיים)

(ניתן לסמן יותר מ-1)

☐ אחר, פרט: _____

21ג. האם קיים צילום של הפצע ברשומה (תמונה) כן / לא

21ד. האם קיימת התייחסות כלשהי לפצע ב- follow-up הרפואי? כן / לא

פרט: _____

הטיפול בפצע לחץ נרכש

ייעוצים לאחר הופעת פצע לחץ נרכש

22. האם התקיימו ייעוצים? כן ☐ לא ☐

אם כן, ניתן ייעוץ על ידי הגורמים הבאים (ניתן לסמן יותר מ-1):

- ☐ צוות ייעודי מטפל בפצעים ☐ אחות מטפלת בפצעים ☐ גריאטר ☐ תכנית דיאטנית
☐ רופא כלי דם ☐ פלסטיקאי ☐ אורתופד כף רגל ☐ פיזיותרפיסט ☐ רופא עור
☐ רופא תא לחץ ☐ פודיאטר ☐ מומחה למחלות זיהומיות ☐ ריפוי בעיסוק
☐ אחר, פרט: _____

23א. האם יש לחולה עוזרים למניעת פצע לחץ והידרדרותו?
יש לבדוק בתצפית (ניתן להשתמש בדף עזר לתצפית)

כן ☐ לא ☐

23ב. אם כן, פרט:

- ☐ מזרון דינאמי
☐ מזרון אחר
 (מזרון סטאטי למניעה כגון ויסקואלאסטי/טמפור/סיליקון)
☐ כרית הושבה
☐ מניעת חיכוך, שימוש בסדיניה למניעת חיכוך
☐ אחר, פרט: _____

24א. האם ניתנה הדרכה לטיפול ומניעת פצעי לחץ לחולה ומשפחתו? כן ☐ לא ☐ לא, מתועד שלא ניתן להדריך

24ב. האם קיימת תכנית התערבות ומניעה? כן ☐ לא ☐ האם התכנית לטיפול בפצע מיושמת? כן ☐ חלקי ☐ לא ☐

24ג. תכנית טיפול לפצעי לחץ כוללת:

- ☐ תנוחת שכיבה בזווית עד 30° ☐ שינוי תנוחה בין שעותיים לשלוש ☐ עוזרים מיוחדים
☐ תכנית פיזיותרפיה ☐ תכנית דיאטנית ☐ אחר: _____

25א. האם אותר גורם הלחץ שגרם להופעת הפצע? כן ☐ לא ☐

25ב. אם כן, האם הוסר גורם הלחץ? כן ☐ לא ☐

מינהל איכות ושירות
משרד הבריאות
סקר פצעי לחץ
בבתי החולים בישראל, 2015

שאלון למטופל ללא פצע לחץ – מזווגים למטופלים עם פצע לחץ נרכש

*אותו מין ואותו גיל הפרש עד שנתיים או הגיל הקרוב ביותר (בטיפול נמרץ אפשר לזווג על פי מין בלבד)
** הדיווג ייערך במחלקה בה נרכש פצע הלחץ בבית החולים

שאלון מס' 3 [דיווג ראשון+שני]

===== לשימוש משרדי

=====

נרשם: _____
קודד: _____
הוקלד: _____
סרק FULL: _____

נמ

מספר אישי בסקר (לשימוש המשרד): _____ פרק רקע אישי/נתוני קבלה: 1_0_

שם ממלא השאלון: _____

מדבקה גדולה פרטי המטופל

שם בית חולים	קוד בי"ח (לשימוש המשרד)
_____	_____
תאריך קבלה לבי"ח	תאריך ביצוע המבדק
שנה / חודש / יום	שנה / חודש / יום
_____	_____
המחלקה הנסרכת	תאריך קבלה למחלקה הנסרכת
_____	שנה / חודש / יום
_____	_____

נתונים סוציו-דמוגרפיים	
מספר קבלה לאשפוז: _____ (נא מלא משמאל לימין) (מהמדבקה של המחלקה הנסרכת ולא של המיון)	
שם בראשי תיבות: _____	ת.ז.: _____
שם אב: _____ כתובת: _____	
תאריך לידה: _____ שנה מלאה / חודש / יום	מין: ☐ זכר ☐ נקבה
אם אין, ציין גיל (בשנים) _____	
מהיכן הגיע החולה לבית החולים?	☐ בית / קהילה ☐ בי"ח אחר ☐ מוסד סיעודי ☐ לא ידוע
האם קיים מטפל עיקרי / משמעותי אחר / משפחה שנמצא עם החולה ומסייע לו בתפקוד היומיומי בבית החולים (יש לברר בראיון עם אחות אחראית מחלקה)	☐ כן ☐ לא

ציין את מספר הקבלה לאשפוז של המטופל אליו הוא מזווג:

(מהמדבקה של המחלקה הנסרכת ולא של המיון) (נא מלא משמאל לימין)

פרק רקע רפואי / נתוני קבלה: | 2 | | 0 |

תיאור מצב המטופל בכניסה לאשפוז

להלן הגדרות לפיהן יש למלא את הטבלה הבאה:
מחלות רקע – מדד צ'רלסון:

➤ מחלת כבד קלה: סימון אבחנה זו יעשה במידה ולחולה יש אנזימי טרנסאמינזות AST/ALT לפחות פי 2 מהנורמה או הפטיטיס אקוטית

➤ מחלת כבד בינונית עד קשה: סימון אבחנה זו יעשה רק במקרה של שחמת כבד (צירוזיס) המלווה בהפרעות בתפקודי קרישה או מימית.

➤ מחלת כליות בינונית עד קשה: סימון אבחנה זו יעשה במידה ולחולה ישנו קריאטנין מעל 3

➤ נטילת סטרוואידים כרוני: סימון מצב זה יעשה במקרה והחולה סובל ממחלת קולגן, מחלת פרקים כרונית, מחלת כליות קשה ומחלת ריאות המקבל סטרוואידים באופן קבוע (מעל 3 שבועות)

➤ מדוכא חיסון (הקרנות, כימותרפיה, וכדו'): סימון מצב זה יעשה במידה והמטופל קיבל כימותרפיה או הקרנות בחצי השנה שלפני הניתוח.

➤ מחלת כיב קיבה: הכוונה לכיב כרוני או כיב אקוטי שהצריך טיפול

<u>אבחנות סיכון בכניסה לאשפוז (Charlson- co-morbidity score)</u>					
סמן (אפשר לסמן יותר מ- 1) מחלות רקע של המטופל - ראה הגדרות בחוברת ההדרכה נספח ב'					
Peripheral vascular disease (PVD)	☐	מחלת כיו קיבה	☐	אוטם לבבי (MI)	☐
COPD)	☐ מחלת ריאה כרונית (COPD)	סרטן ממוקם ללא גרורות	☐	Congestive heart failure (NYHA 3-4)	☐
סיכונים	☐ סכרת ללא סיבוכים	סרטן עם גרורות	☐	שבץ מוחי (CVA)	☐
סיבוכים	☐ סכרת עם סיבוכים	לימפומה (Lymphoma)	☐	המיפלגיה/פרהפלגיה/טטרהפלגיה	☐
דמנציה	☐	לויקמיה (Leukemia)	☐	מחלת כבד קלה	☐
IHD	☐ (מחלת לב איסכמית)	Rheumatic disease	☐	מחלת כבד בינונית עד קשה	☐
מונשם כרוני/אקוטי	☐	זיהום אחר כלשהו (אבחנה של pneumonia/UTI ...)	☐	ספסיס	☐
HTN	☐	דכאון	☐	מחלת כליות סופנית (ESRF)	☐
		נוירופתיה	☐	חולה לאחר ניתוח באשפוז הנוכחי	☐
אף אחת מהאבחנות המופיעות לעיל סמן X <u>אבחנות סיכון אחרות בכניסה</u>					

אבחנות עיקריות בקבלה לאשפוז (סיבות לאשפוז)

הערכה תזונתית בכניסה לאשפוז

בכניסה לאשפוז (עדיפות תוך 48 שעות מהכניסה לאשפוז או הראשון שבוצע)

1א. האם נעשה איתור סיכון תזונתי כן, בתאריך: / / ☐ לא ☐	1ב. אם כן, באמצעות איזה כלי MNA ☐ MUST ☐ NRS ☐ SNAQ ☐ אחר, פרט _____ ☐ 1ג. ציון	2א. האם ניתן ייעוץ תזונתי כן ☐ לא ☐
2ג. אם כן, האם קיימת תכנית תזונתית כן ☐ לא ☐ 2ד. האם התכנית מתבצעת כן ☐ חלקי ☐ לא ☐	2ב. אם כן, ציין תאריך מתן ייעוץ / /	3. דרך הזנה (ניתן לסמן יותר מאחד) Oral feeding – דרך הפה ☐ Tube feeding – דרך צנרת למערכת העיכול זונדה / פג ☐ TPN – הזנה תוך ורידית ☐
4א. האם המטופל בצום מוחלט (לא אכל 5 ימים / לא יאכל 5 ימים) כן ☐ לא ☐	4ב. ירידה במשקל ב- 3-6 חודשים האחרונים לא ☐ לא ידוע ☐ אם כן, ב- ק"ג ב- %	4א. BMI מחושב / אומדן משקל בק"ג גובה בסנטימטרים

5. תכנית לטיפול מונע פצעי לחץ בכניסה לאשפוז כללה:

- ☐ תנחות שכיבה בזווית עד 30° ☐ שינוי תנוחה בין שעתיים לשלוש ☐ עזרים מיוחדים ☐
- ☐ תכנית פיזיותרפיה ☐ תכנית דיאטנית ☐

אחר _____

6א. האם היו לחולה עזרים למניעת פצע לחץ והדרדרותו בכניסה לאשפוז (לבדוק ברשומה הרפואית)?

כן ☐ לא ☐

6ב. אם כן, פרט:

- ☐ מזרון דינאמי ☐ מזרון אחר (מזרון סטאטי למניעה כגון ויסקואלאסט/טמפור/סיליקון) ☐
- ☐ כרית הושבה ☐ מניעת חיכוך, שימוש בסדיניה למניעת חיכוך ☐
- ☐ אחר, פרט: _____

גורמי סיכון לפצע לחץ

בכניסה לאשפוז (תוך 48 שעות מהכניסה לאשפוז או הראשון שנעשה)

7. סולם נורטון ציון סמן : Norton \ Norton modified תאריך: _____	אם נעשה שימוש בסולם אחר, שם הכלי _____ ציון
---	---

	8. מצב העור האם קיימת בעיה בשלמות העור (לפי אומדן עור) ☐ כן ☐ לא					
9. נוקשות / ספסטייות חמורה (קונטרקטורות) ☐ כן ☐ לא ☐ אין התייחסות 9. ד. ריפיון שרירים ☐ כן ☐ לא ☐ אין התייחסות	9. מצב תפקודי 9. א. מוגבלות : ☐ קבועה ☐ זמנית ☐ ללא מוגבלות 9. ב. מרותק באופן מלא למיטה ☐ כן ☐ לא מוגבל בניידות (כסא גלגלים) ☐ כן ☐ לא					
10. האם מתבצע אומדן כאב באופן שוטף ☐ כן ☐ לא						
	 Hb 11.					
☐ כן ☐ לא	12. האם קיים רמת האלבומין בתיק הרפואי? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">> 2 mg\dl ☐</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">2.1 – 2.9 mg\dl ☐</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">3 – 3.4 mg\dl ☐</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">3.5 – 5 mg\ dl ☐</td> </tr> </table>	> 2 mg\dl ☐	2.1 – 2.9 mg\dl ☐	3 – 3.4 mg\dl ☐	3.5 – 5 mg\ dl ☐	
> 2 mg\dl ☐	2.1 – 2.9 mg\dl ☐	3 – 3.4 mg\dl ☐	3.5 – 5 mg\ dl ☐			
	 CRP 13. (ציון ערך במידה שנבדק)					

מינהל איכות ושירות
משרד הבריאות
סקר פצעי לחץ
בבתי החולים בישראל, 2015

שאלון למטופל עם פצע לחץ בכניסה לאשפוז (ללא פצע נרכש) –
החל מדרגה 2

שאלון מס' 2

לשימוש משרדי

נרשם:	_____
קודד:	_____
הוקלד:	_____
נסרק FULL:	_____

נרשם: _____

מספר אישי בסקר (לשימוש המשרד): | | | | | | | | | | פרק רקע אישי/נתוני קבלה: |_0_|_1_|

שם ממלא השאלון: _____

מדבקה גדולה עם פרטי המטופל

שם בית חולים										קוד בי"ח (לשימוש המשרד)									
תאריך קבלה לבי"ח שנה / חודש / יום										תאריך ביצוע המבדק שנה / חודש / יום									
המחלקה הנסרקת שנה / חודש / יום										תאריך קבלה למחלקה הנסרקת שנה / חודש / יום									

נתונים סוציו-דמוגראפיים	
מספר קבלה לאשפוז: _____ (מהמזכרה של המחלקה הנסרקה <u>ולא של המיון</u>) (נא מלא משמאל לימין)	
שם בראשי תיבות: _____ ת.ז.: _____	
שם אב: _____ כתובת: _____	
מין ☐ זכר ☐ נקבה ☐	תאריך לידה: _____ שנה מלאה / חודש / יום אם אין, ציין גיל (בשנים) _____
מהיכן הגיע החולה לבית החולים? ☐ בית / קהילה ☐ ביי"ח אחר ☐ מוסד סיעודי ☐ לא ידוע ☐	

תיאור מצב המטופל בכניסה לאשפוז

להלן הגדרות לפיהן יש למלא את הטבלה הבאה:

מחלות רקע – מדד צ'רלסון:

מחלת כבד קלה: סימון אבחנה זו יעשה במידה ולחולה יש אנזימי טרנסאמינזות AST/ALT לפחות פי 2 מהנורמה או הפטיטיס אקוטי

➤ מחלת כבד בינונית עד קשה: סימון אבחנה זו יעשה רק במקרה של שחמת כבד (צירוזיס) המלווה בהפרעות בתפקודי קרישה או מימית.

אין הכוונה כאן לסימון היפרליפדמיה או הפטיטיס על כל סוגיו.

➤ מחלת כליות בינונית עד קשה: סימון אבחנה זו יעשה במידה ולחולה ישנו קריאטנין מעל 3

➡ נטילת סטרואידים כרוני: סימון מצב זה יעשה במקרה והחולה סובל ממחלת קולגן, מחלת פרקים כרונית, מחלת כליות קשה ומחלת ריאות המקבל סטרואידים באופן קבוע (מעל 3 שבועות)

➡ מדוכא חיסון (הקרנות, כימותרפיה, וכדו'): סימון מצב זה יעשה במידה והמטופל קיבל כימותרפיה או הקרנות בחצי השנה שלפני הניתוח.

➤ מחלת כיב קיבה- הכוונה לכיב כרוני או כיב אקוטי שהצריך טיפול

[illegible]

אבחנות עיקריות בקבלה לאשפוז (סיבות לאשפוז)

פצע לחץ בכניסה לאשפוז

1א. ציין מספר פצעי לחץ בכניסה לאשפוז | | |

1ב. אם כן, ציין את הדרגה: (של הפצע החמור ביותר)

2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 99 ☐

שכבת עור חלקית אבדן מלא של שכבת עור אבדן מלא של הרקמה לא ניתן להגדרה (אי אפשר לדרג) לא ידוע/לא דורג

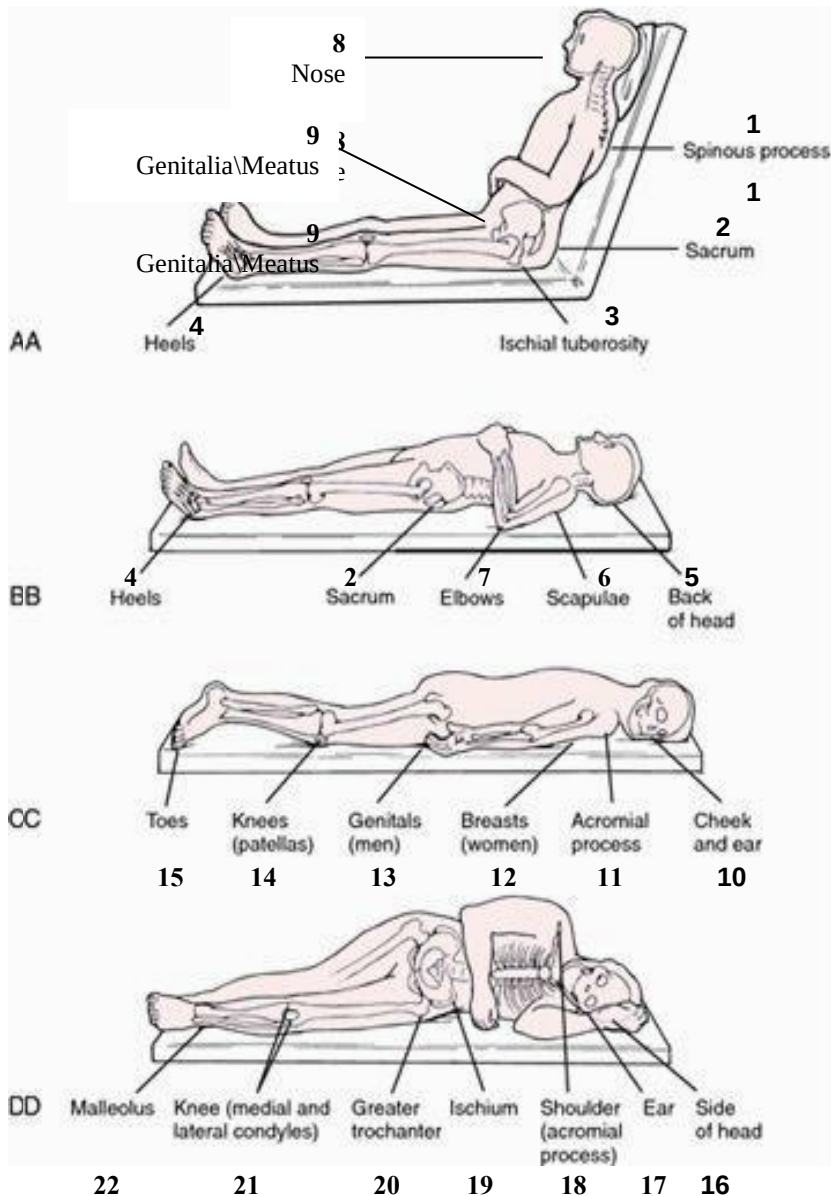
1ג. צבע רקמת הפצע (אם קיים): ☐ אדום ☐ צהוב ☐ שחור ☐ מעורב
(ניתן לסמן יותר מ-1) ☐ אחר, פרט: _____

1ד. האם קיים צילום של הפצע ברשומה (תמונה) כן / לא

1ה. האם קיימת התייחסות כלשהי לפצע ב- follow-up הרפואי? כן / לא
פרט: _____

2. מיקום הפצע/ים: | | | L/R | | | L/R | | | L/R | | | L/R | | | L/R | | | L/R

אחר, פרט: _____ (ציין לפי המיקומים על הציור כולל סימון הצד. ניתן לסמן יותר מ-1)



שאלון מאפיינים – מוסדי
טיפול בפצעי לחץ

שם המוסד: _____

(1) במוסד קיים כלי אומדן לקביעת רמת המסוכנות להתפתחות פצעי לחץ כן/לא

פרט את הכלי: NORTON MODIFIED / NORTON / WATERLOW / BRADEN.
אחר, פרט _____

(2) כמה רמות מסוכנות כולל הכלי שבשימושכם _____

(3) האומדן לקביעת רמת המסוכנות להתפתחות פצעי לחץ מתבצע על ידי
אחות מוסמכת / מעשית / אחר _____

(4) א. האומדן מתבצע תוך 24 שעות מהקבלה לבי"ח כן/לא
ב. בשינוי במצבו של חולה שבסיכון, האם מתקיים אומדן חוזר כן/לא

(5) ישנם עזרים לטיפול בפצעי לחץ כן/לא

- ☐ מזרון דינאמי
- ☐ מזרון אחר
- ☐ כרית הושבה
- ☐ שינויי תנוחה (רישום בכל משמרת)
- ☐ מניעת רטיבות
- ☐ מניעת חיכוך, שימוש בסדיניה למניעת חיכוך
- ☐ מנוף להורדה
- ☐ אחר, פרט _____

(6) ניתנת הדרכה למניעת פצעי לחץ לחולה בסיכון ולמשפחתו כן/לא

(7) ישנם חומרי הסברה כתובים לחולה ומשפחתו כן/לא

אם כן פרט: _____
פרט באילו שפות: _____

הכשרות

(8) א. מספר אחיות בעלות קורס פצעים מוכר לגמול השתלמות _____

ב. ניתנה הכשרה לצוותים המטפלים במחלקות האשפוז למניעת פצעי לחץ בשנה האחרונה
(12 חודשים אחרונים) כן / לא

כמפורט:

מספר רופאים שהוכשרו _____, סוג הכשרה _____ (כגון: ימי עיון/לומדה/ישיבות צוות),
מספר שעות הכשרה _____

מספר אחיות שהוכשרו _____, סוג הכשרה _____ (כגון: ימי עיון/לומדה/ישיבות צוות),
מספר שעות הכשרה _____

מטפל דיאטניות שהוכשרו _____, סוג הכשרה _____, (כגון: ימי עיון/לומדה/ישיבות צוות), מספר שעות הכשרה _____

מטפל פיזיותרפיסטיות שהוכשרו _____, סוג הכשרה _____, (כגון: ימי עיון/לומדה/ישיבות צוות), מספר שעות הכשרה _____

מטפל אחר שהוכשר, פרט: _____, מס' אנשים _____,
סוג הכשרה _____, (כגון: ימי עיון/לומדה/ישיבות צוות), מספר שעות הכשרה _____

כח אדם ייעודי לטיפול בפצעי לחץ

9) א. האם יש בבית החולים צוות לטיפול בפצע קשה ריפוי כן/לא

פרט מספר משרות:

רופאים _____

אחיות _____

דיאטניות _____

פיזיותרפיה _____

אחר, פרט _____

ב. האם ישנם נאמני פצע במחלקות בית החולים כן/ חלקי/לא

אם יש, פרט באילו חלקות _____

10) בית החולים מנטר פצעי לחץ באופן שוטף כן/לא
אם כן, באיזו תדירות _____

שאלון מאפיינים - מחלקתי
טיפול בפצעי לחץ

שם המוסד: _____

שם המחלקה/אגף: _____

(1) האומדן לקביעת רמת המסוכנות להתפתחות פצעי לחץ מתבצע על ידי
אחות מוסמכת / מעשית / אחר _____

(2) א. האומדן מתבצע תוך 24 שעות מהקבלה לבי"ח כן/לא

ב. ציין באיזו תדירות מתבצע אומדן חוזר:

פעם ביום / פעם בשבוע / פעמיים בשבוע / יותר / אחר _____

ג. בשינוי במצבו של חולה שבסיכון, תוך כמה זמן מתקיים אומדן חוזר? _____

(3) ישנם עזרים לטיפול בפצעי לחץ כן/לא

☐ מזרון דינאמי

☐ מזרון אחר

☐ כרית הושבה

☐ שינויי תנוחה (רישום בכל משמרת)

☐ מניעת רטיבות

☐ מניעת חיכוך, שימוש בסדיניה למניעת חיכוך

☐ מנוף להורדה

☐ אחר, פרט _____

(4) ציין מספר ימי אשפוז ממוצע במחלקה _____

(5) במחלקה קיימים אמצעי שקילה לחולים מוגבלים כן/לא, אם כן פרט איזה: _____

(6) ניתנת הדרכה למניעת פצעי לחץ לחולה בסיכון ולמשפחתו כן/לא

(7) ישנם חומרי הסברה כתובים לחולה ולמשפחתו כן/לא

אם כן פרט: _____

פרט באילו שפות: _____

(8) ישנה דיאטנית לרשות המחלקה כן/לא

(9) האם ישנה תכנית הכשרה תקופתית לצוות המחלקה כן/לא

(10) האם יש נאמן פצעים במחלקה כן/לא

(11) האם הופעת פצע לחץ מדווחת ליחידה לניהול סיכונים כן/לא

(12) האם בתכנית השחרור לחולה קיימת התייחסות לטיפול בפצעי לחץ כן/לא

(13) המחלקה מנטרת פצעי לחץ באופן שוטף
באיזו תדירות _____
