

D.V.2.4 OKI KUTATÁSOK ELKÉSZÍTÉSE

A nyomási fekély kialakulásának okai és megelőzési lehetőségei

1. függelék

A NYOMÁSI FEKÉLY KOCKÁZATFELMÉRÉSE

v.1.

TARTALOMJEGYZÉK

1. Bevezetés	2
2. A nyomási fekély kockázatfelmérése	3
2.1. Rizikófaktorok és rizikófelmérés	3
2.1.1. Rizikófelmérő skálák – <i>Risk Assessment Tools</i>	4
2.1.2. A rizikófelmérő skálák megbízhatósága	8
2.1.3. A rizikófelmérő skálák alkalmazása	9
2.2. A bőr állapotfelmérése	11
2.2.1. A nyomási fekély klasszifikációja	12
3. Felhasznált szakirodalom	14
4. Mellékletek	16

1. BEVEZETÉS

Jelen függelékben *A nyomási fekély kialakulásának okai és megelőzési lehetőségek* címet viselő tanulmánnyal összhangban igyekeztünk tisztázni a felfekvés kialakulásához hozzájáruló, tudományos bizonyítékokkal alátámasztott fiziológiai jellemzőket és állapotokat, továbbá az ezek mentén meghatározott, a szisztematikus rizikófelmérés alapját képező szempontokat. Tesszük mindezt azért, hogy a klinikai munkát végző kollégák, illetve a szabályozásban szerepet vállaló, protokollokat készítő kollégák szakmai tevékenységét, valamint annak tudományos alapokra helyezését egyaránt elősegítsük.

Mindehhez elsősorban a European Pressure Ulcer Advisory Panel, a National Pressure Ulcer Advisory Panel és a Pan Pacific Pressure Injury Alliance közös gondozásában megjelent *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline* című kiadványt használtuk fel, de igyekeztünk további szakirodalmi forrásokat is bevonni a kutatásba.

2. A NYOMÁSI FEKÉLY KOCKÁZATFELMÉRÉSE

2.1. RIZIKÓFAKTOROK ÉS RIZIKÓFELMÉRÉS

A rizikófelméres alapvető komponense annak a klinikai gyakorlatnak, amelynek célja a nyomási fekély kialakulása szempontjából veszélyeztetett egyének azonosítása annak érdekében, hogy a nyomási fekélyek megelőzéséért végrehajtandó beavatkozások tervezhetők és időben kivitelezhetők legyenek. Éppen ezért a legnagyobb jelentőséggel bíró feladat egy olyan strukturált megközelítési mód alkalmazása a rizikófelméres során, amely képes azonosítani azokat a tényezőket, amelyek a legnagyobb hatást gyakorolják az egyéni rizikóra. Ez magában foglal egy tervezett rizikófelmérest (például egy rizikófelmérő eszközt), egy átfogó bőrállapot-felmérést, az egyéb, esetleges rizikótényezők megfontolását, valamint az egészségügyi szakember klinikai megítélését. (NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014)

A nyomási fekély kialakulási kockázatának felmérése többváltozós modellekben történik, legyen szó bármely szerzői „decubitus-skáláról”. Az utóbbi években az epidemiológiai kutatások jelentős fejlődésen mentek keresztül, ezzel pedig lehetővé vált a kialakulásban szerepet játszó kockázati tényezők jobb megértése. Azonban körültekintőnek kell lennünk, ha az epidemiológiai kutatási tanulmányokból származó eredményeket akarjuk felhasználni, mert azok nagymértékben múlnak azon, hogy éppen mely kockázati tényezőket vették figyelembe a tanulmányok elkészítésekor. (EPUAP-NPUAP, 2009)

A Clinical Practice Guideline a következő, általános szempontokat sorolja fel a nyomási fekély rizikójának jól megtervezett felméréséhez:

1. A páciens felvételét követően minél hamarabb (de legkésőbb nyolc órán belül) történjen meg a rizikófelméres, hogy a legnagyobb kockázatnak kitett egyéneket időben azonosíthassuk.
2. Ismételjük meg a felmérest olyan gyakorisággal, ahogy azt a páciens ellátási szükséglete/állapota megköveteli.
3. Végezzünk ismételt felmérest, ha a beteg állapotában bármilyen változás következik be.
4. Minden kockázatfelméres alkalmával végezzük el a bőr átfogó állapotfelmérését is annak érdekében, hogy felismerjünk minden, a bőr integritását megbontó állapotot/folyamatot.
5. Dokumentáljunk minden egyes rizikófelmérest.
6. Minden, a nyomási fekély szempontjából rizikónak kitett páciens esetén készítsünk az azonosított kockázatokra fókuszáló egyéni prevenciós tervet, amelyet valósítsunk is meg. (NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014)

A nyomási fekélyek többnyire megelőzhetőek, ám annak érdekében, hogy a legeredményesebben hasznosíthassuk mind a humán-, mind az eszköz-erőforrásainkat, és ezáltal biztosíthassuk a páciensek kényelmét és méltóságát, elengedhetetlen a legmagasabb rizikójú betegek kiemelése és időben megkezdett preventív jellegű ápolása. Számos eszköz áll rendelkezésre ezen páciensek azonosítására. Néhány közülük általánosan alkalmazható, minden betegcsoportban, míg mások specifikusak, azonban mindegyiknek vannak hiányosságai. Mindezek mellett mindig a klinikai megítélés kulcsfontosságú részét kell képeznie egy beteg rizikófelmérésének, ez ugyanakkor nehezen kommunikálható és

dokumentálható. Ezért mindenképp van helyük ezeknek a rizikófelmérő skáláknak a napi gyakorlatban. (Fletcher, 2017)

Számos kutatási eredmény tanulmányozását követően a szerző arra a megállapításra jutott, hogy a leggyakrabban előforduló, a nyomási fekély kialakulásában önálló prediktív tulajdonsággal rendelkező rizikófaktorok három, elsődleges területe:

- a mobilitás/aktivitás,
- a szöveti perfúzió (ideértve a diabéteszt is), valamint
- a bőr / nyomási fekély státusza. (Fletcher, 2017)

Az alábbi, 1. sz. táblázatban tüntettük fel összesítve a különböző epidemiológiai vizsgálatok által feltárt, a nyomási fekély kialakulásában biztosan, illetve vélhetően szerepet játszó fiziológiai tényezőket.

A különböző, azonosított tényezők összefüggéseit megjelenítő ábra a tanulmány 5.2.2. fejezetében tekinthető meg.

1. táblázat: **A nyomási fekély kialakulásának hátterében álló fiziológiai tényezők** (NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014 alapján)

Epidemiológiai vizsgálatok által azonosított rizikótényezők		
Kulcsfontosságú rizikótényezők	Figyelembe veendő rizikótényezők	Lehetséges rizikótényezők
Aktivitás, és a mobilitást korlátozó tényezők	Szövetek perfúziója és oxigenizációja	Emelkedett testhőmérséklet
Bőr állapota	Tápláltsági állapot	Előrehaladott életkor
	Magas nedvesség a bőrön/környezetében (mikroklíma)	Szenzoros érzékelés/tapintás zavara, neurológiai sérülések
		Hematológiai státusz
		Általános állapot

2.1.1. Rizikófelmérő skálák – *Risk Assessment Tools*

Az Európai Nyomási Fekély Tanácsadó Testület (*European Pressure Ulcer Advisory Panel – EPUAP*) a rizikófelméreéshez 2009-ben még a Braden-skálát (1. melléklet) ajánlotta általánosan, mégpedig abból a megfontolásból, hogy Európa-szerte ez a legelterjedtebben alkalmazott rizikófelmérő skála, és az eredmények összehasonlíthatóságát segíti elő, ha egységes eszközöket használunk. A nemzetközi szakirodalom java is a Braden-skála alkalmazását ajánlja az általános ellátások terén, Magyarországon azonban a Norton- (2. melléklet), illetve a bővített Norton-skálák használata terjedt el. (Gődény et al., 2017; Kádárné, 2011; EPUAP-NPUAP, 2009)

A 2014-ben aktualizált európai irányelvben további szempontok is megnevezésre kerültek a nyomási fekélyek rizikófelmérő eszközeivel kapcsolatban, amelyek a következők:

1. A kockázatfelméres struktúrájára való tekintet nélkül, a *klinikai megítélés* alapvető fontosságú.
2. Fontos a kiegészítő (egyéb) kockázati tényezők felismerése, és a klinikai megítélés is, amikor rizikófelmérő skálát használunk.

Figyelem: Soha ne támaszkodjunk pusztán a rizikófelméres eredményére, amikor felmérjük az egyének nyomásifekély-rizikóját!

3. Amikor rizikófelmérő skálát használunk, olyan eszközt válasszunk, amely megfelelő a populáció számára, valid és megbízható. (NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014)

Az alábbi, 2. sz. táblázatban foglaltuk össze, hogy az ápolás különböző területein mely rizikófelmérő skálák vannak használatban jelenleg.

2. táblázat: **Nyomásifekély-rizikóskálák, ápolási területenként** (Fletcher, 2017)

Betegcsoport	Felmérő skálák	Referencia
általánosan használt	Waterlow	Waterlow, 2005
	Braden	Bergstorm & Braden, 1992
	Norton	Norton et al., 1975
	Shape	Soppi et al., 2014
	PURPOSE T	Nixon et al., 2015
gyermekápolás	Braden Q	Curley et al., 2003
	Glamorgen	Willock et al., 2007
	PPUPET	Sterken et al., 2015
palliatív/hospice	Hunter's Hill	Chaplin 2000
ortopédia	PSPS	Lowthian, 1989
közösségi ápolás	Walsall	Chaloner & Fanks, 2000
intenzív terápiás ápolás	Cubbin	Jackson, 1999
	COMHON	Fullbrook & Anderson, 2016
	Sunderland	Lowery, 1995
	CALCULATE	Richardson and Barrow, 2015 Richardson and Straugham, 2015
gerincvelő-sérültek	SCIPUS	Delparte et al., 2015

A következőkben a fenti táblázatban látható rizikóskálák közül igyekszünk bemutatni néhány kevésbé ismert eszközt.

Elsőként a PURPOSE T rizikófelmérő eszközt (NHS 2015) tekintjük át. Ez egy három lépésből álló, nem pontrendszer, hanem színekódokat alkalmazó eszköz. Első lépésként két kategória gyors áttekintésével (a mobilitás és a bőr állapotának jellemzői) segít eldönteni, hogy szükséges-e részletes rizikófelmérest végezni vagy sem. Amennyiben erre nincs szükség,

nincs további teendő, ha viszont van, akkor a skála iránymutatásai szerint továbblépünk a második lépcsőre, amelynek során a megvizsgált tényezők az alábbiak:

- az önálló mozgásképeség;
- a szenzoros érzékelés és az arra adott válasz;
- a szöveti perfúzió;
- a tápláltsági állapot;
- a bőr mikroklímája;
- fennáll-e cukorbetegség;
- a bőr aktuális állapota (részletes állapotfelmérés alapján); valamint
- anamnézisben korábbi *decubitus*.

Harmadik lépésben pedig azt határozza meg, hogy a páciens melyik esetekben tartozik az alábbi három kategória egyikébe:

- I. vagy magasabb stádiumú nyomási fekély;
- Nincs nyomási fekély, de a rizikó fennáll;
- Nem áll fenn a nyomási fekély rizikója,

valamint előíranyozza a besoroláskor követendő cselekvéseket. A felmérőskála megtalálható a 3. mellékletben. (Feltcher, 2017; NHS, 2015)

A felnőttkorú páciensekhez hasonlóan, az akut betegségben szenvedő újszülöttek, csecsemők és gyermekek is ki vannak téve a nyomási fekély kockázatának. Ugyanakkor – az eltérő anatómiai és fiziológiai jellemzőkből adódóan – esetükben különböznek a jellemző kialakulási helyek. Annak ellenére, hogy bizonyítékok sora áll rendelkezésre a gyermekgyógyászati populáció körében kifejlődő nyomási fekélyek előfordulásának alátámasztására, meglehetősen kevés kutatást végeztek korábban azzal a céllal, hogy egy, a csecsemő- és gyermekellátásban alkalmazható rizikófelmérő skálát alkossanak. Ezt a hiányt igyekeztek pótolni Sterken és munkatársai, akik egy 2015-ben megjelent publikációban igazolják a *Pediatric Pressure Ulcer Prediction and Evaluation Tool* (PPUPET) validitását. A PPUPET skála alapvetően pontrendszert alkalmaz a páciensek rizikócsoportha való besorolására, és kilenc témakört foglal magában. Ezek a következők:

- mobilitás;
- aktivitás;
- szenzomotoros érzékelés;
- nedvesség;
- külső (orvostechnikai) eszközök;
- súrlódás/nyíróerők;
- tápláltság;
- szöveti perfúzió és oxigenizáció;
- bőr állapota.

Minden alkategória legkisebb pontszáma 1 (ez jelenti a legcsekélyebb mértékű kockázatot) és a legnagyobb pontszáma 2 vagy 3 (magasabb kockázat esetén). Az összesített pontérték 9–26

terjedelemmel születhet meg; és a 18-26 közötti értékek jelzik a nyomási fekély kialakulásának kockázatát. Figyelembe kell venni ugyanakkor azt is, hogy bármely alkategória esetén elért 3 pont azonnal a rizikócsoportha sorolja a páciens. A PPUPET skála esetén tehát a magasabb pontérték magasabb rizikót jelöl, szemben például a Braden- és a Braden Q skálákkal, amelyeknél az alacsonyabb pontszám jelöli a magasabb rizikót, és fordítva. Ez a típusú pontozás megkönnyíti az ágy mellett dolgozó ápolók munkáját, hiszen a pontérték és a hozzárendelt kockázati kategória lineáris kapcsolatban állnak. A tanulmány alapját három vizsgálat képezte, igaz, ezeket egyetlen ellátó intézményben végezték. A PPUPET skála szenzitivitása (*valós pozitív eredmény*) felvételnél >74%, elbocsátáskor >76%. A specificitása (*valós negatív eredmény*) betegfelvételnél közel 58%, míg elbocsátáskor >75% volt. (Sterken et al., 2015)

A kritikus állapotban lévő, intenzív terápiás ellátásban részesülő betegek a nyomási fekély kialakulásának szempontjából magas kockázatnak vannak kitéve. Egy nagyobb kórházban előforduló *decubitusok* esetében a szerzők azt találták, hogy az intenzív ellátást biztosító osztályokon magasabb annak incidenciája (vagyis a meghatározott idő alatt kialakult, új esetek aránya a kockázatnak kitett populációhoz viszonyítva) a többi, akut ellátást nyújtó osztályhoz képest, ezt a magasabb arányt pedig a nemzetközi szakirodalmi források is alátámasztják. Ennek ellenére a szerzők nem találtak olyan validált nyomásifekély-rizikófelmérő skálát, amely kifejezetten az intenzív terápiás ellátásban részesülő betegek esetén lenne alkalmazható. A Braden-skála például a legtöbb ICU- (*intenzív terápiás egység*) beteg esetében alacsony rizikót azonosított, a Norton-skála pedig azonnal magas rizikójú csoportba sorolja ezeket a betegeket, a különbségtétel lehetősége nélkül. Így sem ezek, sem a Waterlow-skála nem ajánlott a szóban forgó populáció rizikófelmérséhez. A szerzők azt találták, hogy nem volt elérhető a nyomási fekély rizikófelmérsére olyan alkalmazható skála, amely az ICU-betegekre szabva lett volna megfelelően validálva. (Richardson & Barrow, 2015)

Ezen szakirodalmi találatok mentén indították el egy, kifejezetten a kritikus állapotban lévő betegek esetén alkalmazható eszköz fejlesztését, amely a *Critical Care Pressure Ulcer Assessment Tool made Easy* (CALCULATE) nevet viseli. További szakirodalmi kutatás során hét tényezőt azonosítottak, amelyek a nevezett páciensek esetén fokozott kockázatot jelentenek a nyomási fekély kialakulása szempontjából – ezek a következők:

- túl instabil a forgatáshoz (*fennállása esetén automatikusan a „nagyon magas rizikócsoportha”-ba sorolja a beteget*);
- instabil keringés (*keringési betegség vagy diabétesz az anamnézisben; IV. pozitív inotrope-kezelés*);
- hemodialízis (*intermittáló vagy folyamatos*);
- mesterséges lélegeztetés (*a lélegeztetés bármely formája, a non-invazív lélegeztetést is beleértve*);
- elhúzó műtét (*a megelőző 24 órában végrehajtott, 4 órán át tartó műtét*);

- alacsony fehérjeszint (*alacsony összfehérje- és serum albumin szint – albumin 35g/l alatt – és/vagy rossz tápláltsági állapot*);
- székletinkontinencia (*hasmenés*). (Richardson & Barrow, 2015)

A fentiekben részletesen bemutatott, a szerzők által azonosított rizikótényezőket tartalmazó eredeti skála az alábbi, 1. ábrán látható.

1. ábra: **Critical Care Pressure Ulcer Assessment Tool made Easy (CALCULATE)** (Richardson & Barrow, 2015)

Too Unstable to Turn	• Automatically into Very High Risk group
Impaired Circulation	• Includes: history of Vascular Disease, IV inotropes, diabetes
Dialysis	• IHD or CVVH
Mechanical Ventilation	• Any type of Ventilation including CPAP
Long Surgery	• Length of surgery >4 hours in last 24 hours
Low Protein	• Low protein and albumin serum (albumin below 35 g/l) and/or poor nutritional state
Faecal incontinence	• Diarrhoea

A skála alapján két csoport-besorolást alakítottak ki, ezek a „magas rizikó” és a „nagyon magas rizikó” csoportok. Azok a páciensek, akik négy vagy ennél több rizikótényezővel rendelkeznek (illetve akik a forgatáshoz instabil állapotban vannak), a „nagyon magas rizikójú”, míg azok, akik három vagy kevesebb rizikótényezővel rendelkeznek, a „magas rizikójú” besorolást kapták. Az alkalmazott kutatás során az érintett betegek körében a nyomási fekély incidenciája 3,4–5% volt; a két leggyakoribb rizikótényező pedig a csökkent keringés (82%) és a mesterséges lélegeztetés (75%). A skálában szereplő minden egyes rizikótényező egy pontot jelent az érintett beteg besorolása szempontjából. A betegek átlagosan 4 pontot, 65% pedig 4 vagy több, mint 4 pontot ért el a skálán. (Richardson & Barrow, 2015; Richardson & Strughan, 2015).

2.1.2. A rizikófelmérő skálák megbízhatósága

Egy Magyarországon végzett retrospektív vizsgálat során a Braden-, a Norton- és a Knoll-skálák érzékenységét és specificitását igyekeztek meghatározni. A specificitás kapcsán a szerzők megállapították, hogy rendkívül magas az álpozitív esetek száma, ha a szűrést a bővített Norton- és Knoll-skálákkal végezték. A Braden-skála hozta a legkevesebb álpozitív esetet, viszont az érzékenységi vizsgálaton alulmaradt a másik két skálával szemben. Az álpozitív esetek magas aránya miatt nagyobb a dokumentációs kötelezettségből fakadó munkaigény, aminek következtében csökken a ténylegesen a beteg ellátására fordítható idő. Továbbá

hangsúlyozzák az országos szinten egységes *decubitus*-rizikófelmérő skálák alkalmazásának fontosságát, ami elősegítené az összehasonlíthatóságot. (Kádárné et al., 2011)

A nyomási fekély rizikófelmérő eszközei vagy skálái az értékelési folyamatnak olyan komponensét képezik, amellyel lehetséges azon egyének azonosítása, akik kockázatnak vannak kitéve a nyomási fekély kialakulását illetően. A nyomási fekély megelőzésére vonatkozó számos nemzetközi irányelv ajánlja a rizikófelmérő eszközök használatát, viszont nem egyértelmű, hogy ezek bármit is változtatnának a beteggel kapcsolatos kimenetek terén. Messzenyúló gyakorlati következményei vannak annak, hogy nem ismerjük a nyomási fekély kockázatértékelő eszközeinek szenzitivitását és specifitását, mivel a klinikai döntések – hogy használjunk vagy ne használjunk megelőzési stratégiát a nyomási fekély ellen – gyakran ezeken a kockázatértékeléseken alapulnak. Továbbá figyelembe kell venni, hogy az ápolók sokszor a saját klinikai tudásukat használják (önmagában) annak érdekében, hogy eldöntsék, melyik megelőzési stratégiát alkalmazzák. A Cochrane kutatói arra keresték a választ, hogy a rizikófelmérés hatással van-e a nyomási fekély előfordulási gyakoriságára. Két releváns, randomizált-kontrollált vizsgálatot (2009 és 2011) találtak a témában. Az egyik vizsgálat a Braden-skálán alapuló intézkedések hatékonyságát hasonlította össze a klinikai tudáson alapuló döntéshozással, míg a másik a Waterlow-, illetve Ramstadius-skálákat ugyanezzel a tényezővel. Arra a megállapításra jutottak, hogy az eredmények alapján nem egyértelmű, hogy a Braden-skála használata módosítaná a nyomási fekély előfordulási arányát, továbbá a Waterlow- vagy a Ramstadius-skálák csak alacsony vagy semmilyen változást nem értek el sem az előfordulás, sem a súlyosság szempontjából, a klinikai tudáson alapuló döntéshozással összehasonlítva. (Moor & Patton, 2019)

Egy másik tanulmány során 29 vizsgálat eredményeit hasonlították össze, amelyek a Norton-, a Braden- és a Waterlow-skálák prediktív pontosságát vizsgálták az idős betegek ellátásában (ez az a mutató, amely azt jelzi, hogy a skálák által kockázatosnak értékelt betegek közül hányan tartoztak valójában is abba a csoportba). Ezzel kapcsolatban arra a megállapításra jutottak, hogy a nyomásfekély-kockázatok általános prediktív érvényessége az érzékenység és a specifitás terén mindhárom skálán hasonlóan mérsékelt pontosságú tartományt mutatott. Ugyanakkor a heterogenitás több, mint 80%-os variabilitást mutatott a vizsgálatok között, így nehéz megállapítani, hogy a jelenleg használt eszközök mennyire tudják pontosan „megbecsülni” a nyomási fekély kialakulásának kockázatát az idősebbek körében. (Park et al., 2016)

2.1.3. A rizikófelmérő skálák alkalmazása

A gyakorlatban a nyomásifekély-rizikófelmérő skálák használata számos kihívást rejt magában. Az egyik legjelentősebb ezek közül, hogy az eszközökben meghatározott kategóriákat az esetek túlnyomó részében többféleképpen lehet értelmezni. Több esetben is vizsgálták egy-egy felmérő skála esetén a kategóriák ápolók általi értelmezését. Ezeket úgy kiviteleztek, hogy az adott skálát használó ápolókat megkérdezték, hogy pontosan mit értenek az egyes kategóriák/meghatározások alatt (pl. „a beteg a műszak nagyobb részét ágyban vagy karosszékben tölti”), és azt találták, hogy ezek értelmezése egyénenként jelentős mértékben eltér. További kutatások alapján mondhatjuk, hogy a magas betegforgalmú ellátási egységekben gyakorta alacsony a rizikóskálák alkalmazásának aránya. További probléma ezekben az egységekben, hogy a rizikófelmérés nem a betegfelvétel napján történik, azt

elhalasztják a következő napra, vagy ennél is későbbi időpontra. Azt is megállapították, hogy előfordulnak olyan esetek, amikor az ápolók manipulálják a rizikóskálán elért pontértéket, annak érdekében, hogy az általuk választott prevenciós beavatkozást/eszközt igazoltan alkalmazhassák adott betegnek esetén. (Fletcher, 2017; Samuwiro & Dowding, 2014)

Egy Írországból és Norvégiából végzett kutatás során bizonyították, hogy az alacsony személyzeti létszám, az időhiány és a személyzet alacsony kompetenciaszintje negatívan befolyásolta a nyomási fekélyrel kapcsolatos dokumentáció mennyiségi és minőségi rátáját. Más kutatások azt állapították meg, hogy az ápolók ugyan rögzítették a dokumentációban a közepes vagy magas rizikócsoporthoz soroláshoz rendelt pontszámot, azonban a nyomási fekély megelőzését célzó preventív beavatkozások nem történtek meg. (Fletcher, 2017; Johansen et al., 2014; Creehan & Brindle, 2011)

Igencsak fontos elvárásként fogalmazható meg egy skálával szemben, hogy „felhasználóbarát” legyen, ezzel elősegítve mind az alkalmazását, mind pedig a gyakorlati hasznát. Az optimalizálás érdekében több kísérletet is tettek már – ilyen volt például az elektronikus formában történő rögzítés mobil eszközök (pl. tabletek) segítségével –, amely a gyors és azonnali felmérés dokumentációs lehetőségét biztosítja. Egy másik megközelítés a felhasználóbarát kivitelre a Braden-skála „életre keltése”, amelynek során alkategóriákat alakítottak ki, és a nyomtatványon minden kockázati alkategóriához feltüntetették a kapcsolódó prevenciós javaslatokat; vagy éppen a kategóriák szinkódolásával tették könnyebben átláthatóvá (a rizikómentes csoport zöld, a közepes rizikójú és alkategóriái sárga-narancssárga, a magas rizikócsoporthoz pedig piros színt kapott). Ezek a gondolatébresztő példák a skálák hozzáférhetősége és használata kapcsán mérlegelendővé teszik, hogy az alkalmazott skálákat felhasználóbarátabb kivitelben bocsássuk a gyakorló kollégák rendelkezésére, ezzel is növelve a használatuk valószínűségét. (Fletcher, 2017)

Az alapvető probléma az, hogy a felmérőskála olyan eszköz, amely önmagában nem képes megelőzni a nyomási fekély kialakulását – **a felmérést követő s annak eredményét figyelembe véve megfelelően megtervezett és kivitelezett ápolás az, ami megelőzi a felfekvés kialakulását.** Több vizsgálat is arra az eredményre jutott, hogy nincs bizonyíték arra, hogy a kockázatfelmérő skálák használata csökkentené a *decubitus* előfordulását. Mások kimutatták, hogy teljes mértékben elválik egymástól a rizikófelmérés eredménye és a prevencióként alkalmazott beavatkozások megválasztása. Ennek sok esetben az a nagyon egyszerű magyarázata lehet, hogy az ápolók egészen egyszerűen azokat az eszközöket alkalmazzák, amelyekre lehetőségük van, illetve amelyekről úgy érzik, hogy befolyással lehetnek rá. Ennek megfelelően a prevenció sok esetben a végletekig leegyszerűsítve megy végbe. A szerző felveti annak a lehetőségét, hogy ha az alkalmazott kockázatfelmérő skála kevesebb, ám annál lényegesebb tényezőket tartalmazna, könnyebbé válna a megfelelő prevenciós beavatkozások megválasztása. (Fletcher, 2017)

1. Figyelembevétel, hogy a kockázatfelmérő skálák alkalmazása önmagában nem javítja a kimenetelt a nyomási fekélyek kialakulása szempontjából, érdemes felülvizsgálni azok alkalmazásának ajánlását. A felmérés és a gondos ápolás közötti hiányzó láncszem mindenesetre a gondozás megtervezése. Az ápolókat arra kellene bátorítani, hogy a nyomási fekélyek kialakulása rizikójának megítélésénél ne pusztán a skálákra támaszkodjanak, hanem kombinálják azt saját klinikai megítélésükkel, illetve az egyéb vizsgálatok vagy felmérések során gyűjtött információkkal, annak érdekében, hogy egy megfelelő ellátási terv kidolgozását megalapozó rizikófelmérést hajthassanak végre. A menedzsment feladata itt valószínűleg az lenne, hogy a rizikófelmérő skálák alkalmazása

mellett a megfelelő ápolási terv kidolgozását és végrehajtását is azonos mértékben támogassák / várják el a szakemberektől. (Fletcher, 2017; Johansen et al., 2014; Samuriwo & Dowding, 2014; Balzar et al., 2013)

2.2. A BŐR ÁLLAPOTFELMÉRÉSE

2. A bőr állapotának felmérése szerves részét kell képezze a nyomási fekély kockázat-megítélésének, hiszen egyaránt fontos szempontja a prevenciójának, klasszifikációjának, diagnózisának és kezelésének. Továbbá a bőr és a kötőszövetek állapota segítségünkre lehet a nyomási fekély korai jeleinek felismerésében. Számos, a bőr állapotában megfigyelhető változás áll összefüggésben a felfekvés kialakulásával, mint például a száraz, elvékonyodó vagy gyulladt terület, amelyek gyengítik a bőr barrier-funkcióját, és növelik az esélyét a komolyabb problémák kialakulásának, amilyen például a nyomási fekély is. A bőr felszínét érintő nedves környezet – amelynek éppúgy oka lehet a fokozott kipárolgás (pl. láz miatt), mint az inkontinencia – szintén fokozza a bőr nyomó- és nyíróerők általi sebezhetőségét. Több tanulmány is egyértelmű bizonyítékot szolgáltat arra vonatkozóan, hogy a nyomási fekély kialakulásának előjelzője az inkontinenciával kapcsolatban kialakult bőrgyulladás. (Alderden et al., 2017; Beeckman et al., 2014; NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014)
3. Amit ezen a téren intézményi szinten tehetünk, az elég jól körülhatárolható, tulajdonképpen két intézkedést igényel. Ezek egyike, hogy szabályozás útján biztosítsuk, hogy a rizikófelmérésnek részét képezze a bőr teljes állapotfelmérése. A következő teendők, hogy biztosítsuk az ellátó személyzet megfelelő oktatását azzal kapcsolatban, hogy hogyan tudják kivitelezni a bőr állapotának átfogó felmérését, amelynek azokat a technikákat is magában kell foglalnia, hogy hogyan tudják felismerni a „kifehéredő” bőrválaszt, a lokalizált melegséget, az ödémát és a beszűrődést. (NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014)

A bőr és az alatta meghúzódó kötőszövetek felmérésének kulcspontjai:

- Azon páciensek esetében, akik bármely fokú rizikócsoporthoz tartoznak a nyomási fekély tekintetében, meg kell ejteni a bőrállapot átfogó felmérésének kivitelezését
 - amint lehetséges, de mindenképp a felvételt követő nyolc órán belül;
 - minden rizikófelmérés részeként;
 - az ellátás folyamán, a beteg klinikai állapotának, és rizikócsoporthoz sorolásának megfelelő időközönként;
 - a páciens elbocsájtását megelőzően.
- Dokumentáljuk az észrevételeinket minden felmérés alkalmával!
- Azon páciensek esetén, akik közepes vagy magas rizikóval rendelkeznek, keressük a bőrpír jelenlétét. *(Figyelem: amennyiben lehetséges, kerüljük a bőrpír által érintett területek nyomás alá helyezését a pozicionálás során!)*
 - Különítsük el egymástól a bőrpírt az ok és a megjelenés alapján (kifehéredő vagy sem).
- A bőr állapotfelmérésekor a következő tényezőket minden alkalommal vegyük sorra:

- a bőr hőmérséklete,
- ödéma jelenléte,
- meghatározható területen a szövetek tapintásában (tömörség, állag) bekövetkező változás, a környező szövetekhez viszonyítva.
- Minden állapotfelmérésnek részét kell képezze a lokalizált fájdalom jelenlétének vizsgálata!
- Naponta legalább két alkalommal ellenőrizzük az ellátással összefüggő eszközök alatt és környezetében a bőrt, figyeljük meg, láthatók-e a nyomással összefüggő sérülés kialakulására utaló jelek!
 - Abban az esetben, ha a páciens egyértelműen lokalizált vagy generalizált ödéma jeleit mutatja, ismételjük meg ezt az ellenőrzést gyakrabban. (NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014)

2.2.1. A nyomási fekély klasszifikációja

4. Az Európai Nyomási Fekély Tanácsadó Testület által 2014-ben kiadott irányelv a hagyományos négy stádiumon túl megkülönböztet két egyéb állapotot, amelyeket szintén a nyomási fekélyek közé sorolunk. A következő, 3. táblázatban ezt a hat kategóriát mutatjuk be.

5.

3. táblázat: **A nyomási fekély klasszifikációja** (NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014 alapján)

Besorolás	Meghatározás
I. Stádium/ Kategória	Nem kifehéredő bőrpír: Ép bőrfelület, amelyen nem kifehéredő, jól körülírható területre lokalizálódó pirosság látható, általában csontos alap felett. Pigmentált bőr esetén előfordulhat, hogy csak annyit látunk, hogy a terület színe eltér a környezetétől. Ez a terület lehet a beteg számára fájdalmas, keményebb, puhább, melegebb vagy hűvösebb tapintatú, mint a környező szövetek. Előjele a nyomási fekélynek, így, akinél észrevesszük, egyértelműen a kockázati csoportba kell sorolnunk.
II. Stádium/ Kategória	Részleges hámhiány / Bőrfolytonossági hiány: A részleges hámhiány / bőrfolytonossági hiány egy sekély, felszínes fekély formájában jelentkezik, pirosas-rózsaszínes sebalappal, amely nem váladékozik. Ugyanakkor jelentkezhet ép felszínű vagy kifakadt hólyag képében is. Fényes vagy száraz sekély fekélyként jelenik meg, váladékozás nélkül. Ez a kategória/stádium nem használható egyéb bőrsérülések leírására, úgymint szakadások, gáttájéki kontakt dermatitis, horzsolás stb.
III. Stádium/ Kategória	Bőrhíány, annak teljes vastagságában: Ebben az állapotban a bőralatti zsírszövet igen, de a csont, ín, szalag vagy izom nem látható. Váladékozás előfordulhat, de nem csökkenti a hámhiány látható

	mélységét. A III-as kategóriájú/stádiumú nyomási fekély mélysége az anatómiai elhelyezkedés függvényében változhat.
IV. Stádium/ Kategória	<i>Szövetelhalás, annak teljes mélységében:</i> Teljes szövetelhalás, amelynek során láthatóvá válik a csont, az ín vagy az izom. Váladékozás vagy varképződés jelenhet meg a sebalap néhány területén. Gyakran előfordulhat sipoly is. Mélysége a nyomási fekély anatómiai elhelyezkedésétől függ. A IV stádiumú/kategóriájú nyomási fekély kiterjedhet az izomra és/vagy a támasztószövetekre is, amely <i>osteomyelitis</i> -hez vezethet. A nyomási fekély alatt elhelyezkedő csont vagy ín látható, vagy közvetlenül tapintható.
Nem besorolható	<i>A mélység nem ismert:</i> Teljes szövetelhalás lehetséges, amelyben a fekély alapja váladékkal fedett (ez lehet sárga, barna, szürke, zöld) és/vagy varral (barna vagy fekete) a sebalapban. Amíg ezt el nem távolítjuk, nem ítéltető meg a valódi mélysége. A stabil (száraz, egybefüggő, avagy pirosság- és fluktuáció-mentes) varasodás a test természetes takarójaként funkcionál, így ezt nem célszerű eltávolítani.
Feltételezett mélyszöveti sérülés	<i>A mélység nem ismert:</i> Lila vagy barnás színű, körülírt területű, ép felszínű bőr vagy vérhólyag, amit a mélyebben elhelyezkedő szövetek sérülése eredményez a nyomó- vagy nyíróerő következtében. Ez a területet körülvevő szövet a környező szövetekhez képest lehet fájdalmas, kemény, puha, meleg vagy hideg tapintású.

3. FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

- Alderden, J., Rondinelli, J., Pepper, G., Cummins, M., Whitney, J. (2017). Risk factors for pressure injuries among critical care patients: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2017 Jun;71:97–114. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.03.012.
- Balzar, K., Kremer, L., Junghans, A. et al. (2014) What patient characteristics guide nurses' clinical judgement on pressure ulcer risk? A mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies* 51(5): 703–16. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.09.005>
- Beeckman, D., Van Lancker, A., Van Hecke, A., Verhaeghe, S. (2014). A systematic review and meta-analysis of incontinence-associated dermatitis, incontinence, and moisture as risk factors for pressure ulcer development. *Research in Nursing & Health*. 2014 Jun;37(3):204–18. doi: 10.1002/nur.21593.
- Creehan, M. S., Brindle, C. T. (2011). Stoplight system for pressure ulcer risk assessment. *Nursing* 41(9): 67, quiz 68 doi: 10.1097/01.NURSE.0000403275.14170.4b.
- EPUAP-NPUAP (2009). European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
- Fletcher, J. (2017). An overview of pressure ulcer risk assessment tools. *Wounds UK*. Mar2017; 13(1): 18-26. 7.p. ISSN: 1746-6814. Hozzáférhető: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=e9f3ea15-4cb6-4492-90c4-11613958af74%40pdc-v-sessmgr02>
- Gődény, S., Margitai, B., Dombrádi, V., Gáll, T. (2017). Az Állami Egészségügyi Ellátó Központ alá tartozó kórházak minőségirányításra és szervezetfejlesztésre vonatkozó felmérése, 2016, Összesítő eredmények. Debrecen, 2017.
- Johansen, E., Moore Z., van Etten, M., Strapp, H. (2014) Pressure ulcer risk assessment and prevention: What difference does a risk scale make? A comparison between Norway and Ireland. *Journal of Wound Care* 23(7) 369–78.
- Kádárné, Sz. I., et al. (2011). Decubitus felmérés – De hogyan? *Nővér* 2011 24(3) 34–40.
- Moore, Z. E., Patton, D. (2019). Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers (Review) *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Jan 31;1:CD006471. doi: 10.1002/14651858.CD006471.pub4. Hozzáférhető: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30702158>
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (NPUAP-EPUAP-PPPIA) (2014). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2014. Hozzáférhető: <http://www.internationalguideline.com/static/pdfs/NPUAP-EPUAP-PPPIA-CPG-2017.pdf>

- NHS (2015). The Introduction of the Purpose T Pressure Ulcer Risk Assessment Tool in an Acute Hospital NHS Trust; POSTER. Wounds UK Annual Conference 2015.
Hozzáférhető: <https://www.epostersonline.com/wnds2015/node/296?page=1>
- Park, S. H. et al. (2016). Predictive Validity of Pressure Ulcer Risk Assessment Tools for Elderly: A Meta-Analysis. *Western Journal of Nursing Research*. 2016 Apr;38(4):459–83. doi: 10.1177/0193945915602259. Hozzáférhető: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26337859>
- Richardson, A., Barrow, I. (2015). Part 1: Pressure ulcer assessment – the development of Critical Care Pressure Ulcer Assessment Tool made Easy (CALCULATE). *Nursing in critical Care*, 2015 20(6) p. 308–314. DOI: <https://doi.org/10.1111/nicc.12173>
- Richardson, A., Straughan, C. (2015). Part 2: pressure ulcer assessment: implementation and revision of CALCULATE. *Nursing in Critical Care*, 2015 20(6) p. 315–321. DOI: <https://doi.org/10.1111/nicc.12172>
- Samuriwo, R., Dowding, D. (2014). Nurses' pressure ulcer related judgements and decisions in clinical practice: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 51(12): 1667–85. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.04.009>
- Shirodkar, M., Mohandas, K. M. (2005). Subjective global assessment: a simple and reliable screening tool for malnutrition among Indians. *Indian Journal of Gastroenterology* 2005, 25(6) p.246–250. Hozzáférhető: http://www.indianjgastro.com/IJG_pdf/nov2005/icat05i6p246.pdf
- Sterken, D. J., Mooney, J., Ropele, D., Kett, A., Vander Laan, K. J. (2015). Become the PPUPET Master: Mastering Pressure Ulcer Risk Assessment With the Pediatric Pressure Ulcer Prediction and Evaluation Tool (PPUPET). *Journal of Pediatric Nursing* 2015 30(4), p. 598–610. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.10.004>

4. Mellékletek

F1_1. melléklet: BRADEN-SKÁLA <i>decubitus</i> -kockázat felméréshez	17
F1_2. melléklet: Decubitus-kockázatfelmérő lap	20
F1_3. melléklet: Pressure Ulcer Risk Assessment – Purpose T (V2).....	21

7. BRADEN- SKÁLA decubitus kockázat felméréshez

8. Beteg neve:

9. Születési dátuma:

10. TAJ száma:

11. Felmérés dátuma:

16. Rizikó faktor ok	17. 1 pont	18. 2 pont	19. 3 pont	20. 4 pont	21. Eredménye k						
22. SZEN ZORO S ÉRZÉ KELES 23. hogyan reagál a nyomás hatására érzett kényelmetlenségre	24. Teljesen korlátozott: az öntudatlanság vagy nyugtatók következtében fájdalomingerekre érzéketlen (nem nyög, nem rándul, vagy nem szorít) 25. vagy 26. szinte az egész testfelszínen korlátozott fájdalomérző képesség	27. Erősen korlátozott: csak fájdalmas ingerekre reagál, csak nyögéssel és nyugtalansággal tudja rossz közérzetét kifejezni 28. vagy 29. olyan érzékeléscsökkenés, amely az egyik testfélén korlátozza a fájdalom vagy kellemetlen inger érzékelését	30. Enyhén korlátozott: szóbeli utasításra válaszol, de a kényelmetlenségről vagy a forgás iránti igényéről nem mindig szól 31. vagy 32. bizonyos mértékű érzékelészavar, amely egy vagy két végtagján korlátozza a fájdalom és kényelmetlen inger érzékelését	33. Nincs károsodás: szóbeli utasításra válaszol, nincs olyan érzékszervi hiányossága, amely korlátozná azt a képességét, hogy érezze vagy hangot adjon a fájdalom vagy kényelmetlenség érzetének							
34. NEDV ESSÉ G 35. milyen mértékben	36. Állandóan nedves: a bőrt a verejték, vizelet, stb. állandóan nedvesen tartja, a beteg minden	37. Nagyon nedves: a bőr gyakran, de nem mindig nedves, minden műszakban legalább egyszer	38. Alkalmanként nedves: a bőr alkalmanként nedves, ezért naponta egyszer rendkívüli ágyhúzást igényel	39. Ritkán nedves: a bőr rendszerint száraz, ágyneműcserére csak a megszokott időközökben van szükség							

ékbe n van a bőr nedv es- ségne k kitév e	mozgatásakor vagy forga-tásakor érezkelhető a nyirkosság	ágyneműt cserélni kell						
40. AKTIV ITÁS 41. a fizikai aktivi tás foka	42. Ágyhoz kötött: ágyban fekvő	43. Székhez kötött: járásképpessége erősen korlátozott, vagy megszűnt, nem bírja el a saját súlyát és/vagy segítségre szorul a székbe vagy a toloszékbe ülésekor	44. Alkalmanként jár: napközben, alkal- manként segítséggel vagy anélkül jár, azon-ban csak nagyon rövid távon, a műszakok nagy részét ágyban vagy székben tölti	45. Gyakran jár: szobán kívül naponta legalább kétszer jár, szobán belül a sétaidőben legalább kétóránként				
46. MOZ GÉKO NYSÁ G testh elyzet változ - tatási és befol yáso-	47. Teljesen mozdulatlan: segítség nélkül még kis mozdulatokat sem képes a törzsén vagy végtagjaiban végezni	48. Nagyon korlátozott: alkalomszerűen a törzs vagy a végtagok kis helyzetváltoz- tatására képes, de egyedül nem képes gyakori vagy jelentős változtatásra	49. Enyhén korlátozott: képes egyedül a törzs és a végtagok gyakori és erőteljes helyzetváltoztatására	50. Nincs korlátozás: nagy és gyakori változtatásokat képes segítség nélkül végrehajtani				

lási képes ség								
51. TÁPLÁLKOZÁS 52. megszozott táplálkozási séma	53. Nagyon rossz: soha nem fogyaszt el egy teljes étkezést, a felkínált ételből ritkán eszik egyharmadánál többet; naponta legfeljebb két adag vagy ennél kevesebb fehérjét (hús vagy tejtermék) fogyaszt; kevés folyadékot iszik; nem fogyaszt folyékony táplálékpótlást 54. vagy 55. szájon át nem fogyaszt semmit és/vagy teljes mértékben üres folyadékon vagy infúzióon él, 5 napnál hosszabb időn át	56. Valószínűleg elégtelen: ritkán eszik meg egy teljes étkezést, és a felajánlott tápláléknak csak kb. felét fogyasztja el; fehérjefelvétele naponta csak három húsfogásból vagy tejtermékből áll; alkalmanként kiegészítő ételt fogyaszt 57. vagy 58. az optimálisnál kevesebb folyékony vagy szondatáplálásban részesül	59. Megfelelő: Az étkezések több, mint felét elfogyasztja, fehérjéből naponta 4 adagot fogyaszt (hús, tejtermék); alkalmanként visszautasítja az ételt, azonban a felkínált kiegészítést elfogadja 60. vagy 61. szondán át, ill. a teljes parenteralis táplálás formájában tápanyagigényeit valószínűleg nagyjából fedezi	62. Kitűnő: a legtöbb étel nagy részét megeszi, soha nem utasítja vissza az ételt; húsból vagy tejtermékből 4 fogást fogyaszt el; alkalmanként a főétkezések között is eszik, kiegészítésre nincs szüksége				

63. SÚRL ÓDÁS ÉS HÚZÓ DÁS	64. Probléma: közepes-maximális segítségre van szüksége a mozgásban; felemelése a lepedőn csúsztatás nélkül lehetetlen, gyakran lecsúszik az ágyban vagy a székben, ezért teljes mértékű segítség igénybevételekor sokszor kell újra elhelyezni; görcsei, izom-össze- húzódásai vagy izgalmi állapotai miatt csaknem állandó bőrének súrlódása	65. Potenciális probléma: erőtlenül mozog, vagy kevés segítséget igényel, mozgása folyamán bőre bizonyos mértékben súrlódik a lepedőn, a széken, a támasztó- vagy egyéb eszközön; általában jól megtartja a helyzetét a székben vagy az ágyban, de időnként azért lecsúszik	66. Nincs látható probléma: az ágyban vagy a székben segítség nélkül mozog, és megfelelő izomereje van, hogy mozgása során felüljön; az ágyban vagy a székben mindig meg tudja tartani a megfelelő helyzetet	67.				
68. ÉRTÉ KELÉS	69. SÚLYOS KOCKÁZAT: ≤ 9 pont	70. MAGAS KOCKÁZAT: 10-12 pont	71. MÉRSÉKELT KOCKÁZAT: 13-14 pont	72. Összesített pontszám:				
	73. ENYHE KOCKÁZAT: 15-18 pont	74. NINCS KOCKÁZAT: ≥ 19 pont	75.	76. Felmérés készítője:				

F1_2. melléklet

Decubitus kockázatfelmérő lap

Név:

Születési idő:

Szervezeti Egység megnevezése:

Kezelőorvos neve:

TAJ szám:

Felvétel

időpontja:

NORTON skála, dekubitusz kialakulásának szűrő módszere

Általános állapot:

4	jó
3	elfogadható
2	gyenge
1	nagyon rossz

Mozgásképeség/helyváltoztatás

4	teljes
3	segédeszközzel járóképes
2	segítséggel járóképes
1	mozgásképtelen

Mobilitás/helyzetváltoztatás:

4	megfelelő
3	csökkent
2	minimális
1	mozdulatlan

Kísérőbetegség:

4	nincs
3	enyhe
2	középsúlyos
1	súlyos

Tudatállapot:

4	tiszta
3	közünyös
2	zavart
1	öntudatlan

Bőr állapota:

4	ép, egészséges
3	ép, de elvékonyodott, száraz
2	ép, de gyakran nyírkos, izzadt
1	folyamatosan nyírkos v. sérült

Táplálék és folyadékfelvétel:

4	megfelelő
3	kielégítő
2	csökkent
1	nincs

Inkontinencia:

4	nincs
3	alkalomszerű
2	vizelet
1	vizelet/széklet

Az összeszámolt pontok alapján határozható meg a rizikó kategória:

10 pont alatt kritikus helyzet

10-14 pont között magas kockázat

14-18 pont között közepes kockázat

18 pont felett nagy alacsony kockázat

Össz.pontszám:

Forrás

BELLA segédanyag

77.

F1_3. melléklet

Pressure Ulcer Risk Assessment – PURPOSE T (V2)

Patient name	DOB	Hospital / NHS number	Ward
--------------	-----	-----------------------	------

Step 1 – screening

Mobility status – tick all applicable Needs the help of another person to walk ☐ Spends all or the majority of time in bed or chair ☐ Remains in the same position for long periods ☐ Walks independently with or without walking aids ☐ If ANY yellow boxes are ticked, go to Step 2	Skin status – tick all applicable Current PU category 1 or above? ☐ Reported history of previous PU? ☐ Vulnerable skin ☐ Medical device causing pressure/shear at skin site e.g. O ₂ mask, NG tube ☐ Normal skin ☐ If ANY yellow or pink boxes are ticked, go to Step 2	Clinical Judgment – tick as applicable Conditions/treatments which significantly impact the patient's PU risk e.g. poor perfusion, epidurals, oedema, steroids ☐ No problem ☐ If ONLY blue box is ticked, go to Step 2	No pressure ulcer not currently at risk Tick if applicable ☐ Not currently at risk pathway
---	--	--	--

Step 2 – full assessment

Complete ALL sections

Analysis of independent movement Tick the applicable box (where frequency and extent categories meet) <table border="1"> <tr> <th>Extent of all independent movement</th> <th>Doesn't move</th> <th>Slight position changes</th> <th>Major position changes</th> </tr> <tr> <td>Frequency of position changes</td> <td>Doesn't move</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>Moves occasionally</td> <td>N/A</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Moves frequently</td> <td>N/A</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Extent of all independent movement	Doesn't move	Slight position changes	Major position changes	Frequency of position changes	Doesn't move	N/A	N/A	Moves occasionally	N/A	☐	☐	Moves frequently	N/A	☐	☐	Sensory perception and response – tick as applicable No problem ☐ Patient is unable to feel and/or respond appropriately to discomfort from pressure e.g. CVA, neuropathy, epidural ☐	Moisture due to perspiration, urine, faeces or exudate – tick as applicable No problem / Occasional ☐ Frequent (2–4 times a day) ☐ Constant ☐ Diabetes – tick as applicable Not diabetic ☐ Diabetic ☐
Extent of all independent movement	Doesn't move	Slight position changes	Major position changes															
Frequency of position changes	Doesn't move	N/A	N/A															
Moves occasionally	N/A	☐	☐															
Moves frequently	N/A	☐	☐															
Perfusion – tick all applicable No problem ☐ Conditions affecting central circulation e.g. shock, heart failure, hypotension ☐ Conditions affecting peripheral circulation e.g. peripheral vascular / arterial disease ☐	Nutrition – tick all applicable No problem ☐ Unplanned weight loss ☐ Poor nutritional intake ☐ Low BMI (less than 18.5) ☐ High BMI (30 or more) ☐	Medical device – tick as applicable No problem ☐ Medical device causing pressure/shear at skin site e.g. O ₂ mask, NG tube ☐																
Current Detailed Skin Assessment – tick if pain, soreness or discomfort present at any skin site as applicable. For each skin site tick applicable column – either vulnerable skin, normal skin or record PU category			Previous PU history – tick as applicable No known PU history ☐ PU history – complete below ☐ Number of previous pressure ulcer(s) Detail of previous PU (if more than 1 previous PU give detail of the PU that left a scar or worst category). <table border="1"> <tr> <th>Approx date</th> <th>Site</th> <th>PU cat</th> <th>Scar</th> <th>No scar</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table> Other relevant information (if required):	Approx date	Site	PU cat	Scar	No scar			☐	☐	☐					
Approx date	Site	PU cat	Scar	No scar														
		☐	☐	☐														

Step 3 – assessment decision

If ANY pink boxes are ticked / completed, the patient has an existing pressure ulcer or scarring from previous pressure ulcer. PU Category 1 or above or scarring from previous pressure ulcers Tick if applicable ☐ Secondary prevention and treatment pathway	If ANY orange boxes are ticked (but no pink boxes), the patient is at risk. No pressure ulcer but at risk Tick if applicable ☐ Primary prevention pathway	If only yellow and blue boxes are ticked, the nurse must consider the risk profile (risk factors present) to decide whether the patient is at risk or not currently at risk. No pressure ulcer not currently at risk Tick if applicable ☐ Not currently at risk pathway
---	--	--

Nurse printed name	Nurse signature	Date	Time
--------------------	-----------------	------	------