

Celostátní soutěž „Bezpečná nemocnice“ zastřešující téma soutěže
„Co můžeme udělat (děláme) pro zdravotníky, aby mohli poskytovat bezpečnou péči“

„PROSÍM, POLKNĚTE SI.“

**Screening dysfagie u pacientů s Dg. akutní CMP
jako bezpečná metoda prevence pochybení personálu
při poskytování péče v iktovém centru Nemocnice Blansko.**

Nemocnice Blansko

Projektový tým:

Mgr. Jana Klesková, náměstkyně pro nelékařskou péči, kontaktní osoba
Bc. Lenka Kalužová, staniční sestra odd. neurologie JIP
Martina Vágnerová, manažerka kvality

Blansko 29.10.2015

Osnova:

1.	Úvod.....	2
2.	Stručná charakteristika organizace	3
3.	Zdůvodnění projektu a jeho řešení.....	4
4.	Cíle projektu.....	4
5.	Analýza	5
a.	Strategická analýza (SWOT)	5
b.	Analýza lidských zdrojů	5
c.	Finanční analýza	6
6.	Časový plán zajištění projektu.....	6
7.	Udržitelnost a opakovatelnost projektu	7
8.	Monitorování a hodnocení projektu.....	7
9.	Závěr	8
10.	Zkratky.....	9
11.	Přílohy.....	9

1. Úvod

Dysfagie je častá a velmi závažná komplikace cévní mozkové příhody (**CMP**). V mnoha případech může být jejím jediným nebo prvořadým symptomem⁽¹⁾. Podle statistiky Mezinárodní zdravotnické organizace (WHO) byla v roce 2012 CMP druhou nejčastější příčinou úmrtí na světě⁽²⁾. CMP je jedním z onemocnění s nejvyšší incidencí rovněž v ČR – roční výskyt je okolo 258 - 300 případů na 100 000 obyvatel^(3,4). Výskyt dysfagie v akutním stádiu CMP je uváděn v rozmezí od **37 do 78%**. Příčin rozmanitosti uváděných údajů je celá řada (doba od začátku CMP, čas kdy bylo vyšetření provedeno, typ CMP, kritéria pro přidělení diagnózy dysfagie nebo odlišné metody, které se ve studiích pro identifikaci dysfagie užívají – od screeningových po objektivní zobrazovací metody). Navzdory variabilitě uváděných údajů se velká část odborníků shoduje, že dysfagie se v akutním stadiu CMP týká přinejmenším **50% pacientů**. Nezjištěná dysfagie může vést k **aspirační pneumonii**, dehydrataci a malnutrici. Následkem zvýšené morbidity ve skupině včas neidentifikovaných dysfagií po CMP je kromě delší doby hospitalizace i větší mortalita pacientů.

Proto by jedním ze základních zdravotnických úkonů u pacientů po CMP měla být **včasná identifikace dysfagie**, která může rozvoji jejích negativních následků zabránit. Dysfagie se může rozvinout v prvních hodinách nebo až v prvních dnech po nástupu CMP. Přibližně do dvou až tří týdnů od vzniku CMP má velká část dysfagií tendenci ke spontánní úpravě. V některých případech ale může přetrvávat po dlouhou dobu s následky v oblasti nutričního managementu a psychosociální oblasti.

Aspirace znamená průnik sousta do dolních dýchacích cest. Aspirace často není u neurogenických dysfagií spojena s reflexním kašlem, a proto může uniknout naší pozornosti. Předstupněm aspirace je **penetrace**, tedy průnik sousta nad hlasivky, nikoliv však pod jejich úroveň. Zatímco každá aspirace byla penetrací, nemusí to platit obráceně. Je-li penetrované sousto vykašláno, nemusí k jeho průniku do dolních etází hrtanu a dýchacích cest dojít. Následkem aspirace, kromě stavů akutního dušení, může být **pneumonie**. Pacienti po CMP trpící dysfagií mají až třikrát vyšší riziko rozvoje pneumonie než pacienti bez dysfagie.

¹ Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia. A national clinical guideline. June 2010, ISBN 978 1 905813 65 0

² <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>

³ Mikulík R. et al. Standard pro diagnostiku a léčbu pacientů s mozkovým infarktem [online] 2006, [cit. 2009-05-01]

⁴ www.icta.cz

2. Stručná charakteristika organizace

Nemocnice Blansko je poskytovatelem zdravotních služeb s lůžkovým fondem **183 lůžek**. Z celkového lůžkového fondu je **98 lůžek** součástí akreditovaného **iktového centra II. typu** (8 lůžek neurologie JIP – 4 lůžka vyššího stupně, 4 lůžka nižšího stupně, 30 lůžek neurologie, 30 lůžek rehabilitace, 30 lůžek následné péče, navazující ambulantní neurologická, rehabilitační a logopedická péče). Statut iktového centra byl nemocnici udělen v roce 2013 a následně akreditačním řízením MZ ČR prodloužen do 31.12.2020. Za období 1.1.- 30.9.2015 bylo přijato **na neurologickou JIP s dg. akutní CMP 264 pacientů** z toho 40 pacientům byla provedena trombolýza. Většina z těchto pacientů je přeložena na neurologické oddělení (221) nebo oddělení rehabilitace (28) a oddělení následné péče (15).

O pacienty na lůžkovém oddělení neurologie JIP se stará kolektiv 3 lékařů, 18 všeobecných sester ZPBD (z toho 9 s PSS ARIP/IP), 1 zdravotnický asistent, 2 ošetrovatelky, logoped, fyzioterapeut, ergoterapeut, nutriční terapeut a klinický psycholog.

Letecké foto Nemocnice Blansko

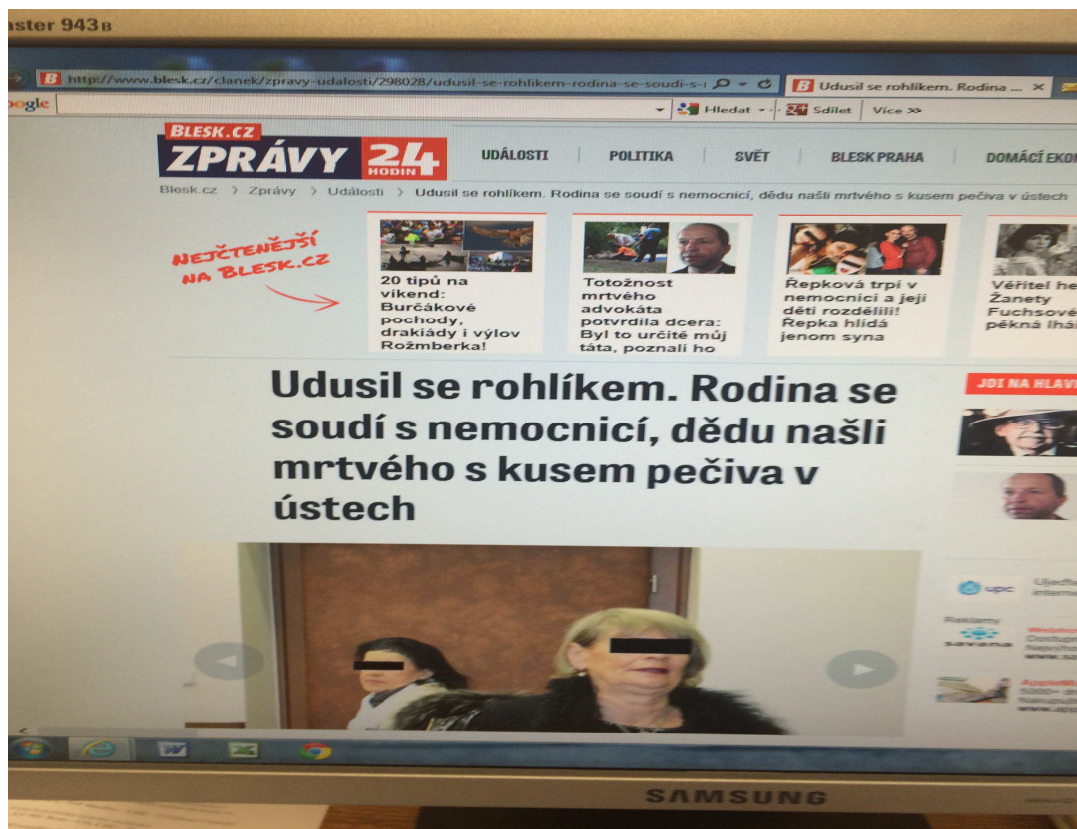


Neurologie JIP- stanice A



3. Zdůvodnění projektu a jeho řešení

Otázka dysfagie je v současné době opomíjená a **dosud komplexně a jednotně mezioborově a multidisciplinárně neřešená problematika**, která vykazuje možnost vysokého rizika poškození, případně až úmrtí hospitalizovaného pacienta (aspirace a následné udušení), tímto se současně **stává vysoce rizikovou i pro personál, který je vystaven případným následkům souvisejícím se zanedbáním péče** (viz. zpráva z denního tisku ze dne 22.1.2015). Významným doprovodným pozitivním efektem při řešení problematiky dysfagie je prevence vzniku malnutrice v důsledku poruchy polykání při příjmu potravy. V rámci iktových center není stanovena a neexistuje jednotná screeningová metoda hodnocení pacientů.



4. Cíle projektu

Stanovení, výběr a zavedení do praxe jednotné, finančně nenáročné metody a metodiky identifikující pacienty s dysfagií při akutním CMP, stanovení **kompetencí jednotlivých členů** týmu při řešení této problematiky, stanovení jednotného postupu, sběru a vyhodnocování dat účelnosti projektu, proškolení osob v jednotném přístupu a terminologii u pacientům s dysfagií, jednotné označení dokumentace a pacientů v riziku dysfagie vč. pravidel předávání informací mezi členy týmu, zajištění adekvátní péče po propuštění z hospitalizace.

Maximální důraz na kontinuitu péče, týmovou a mezioborovou spolupráci u dysfagického pacienta jako prevence poškození pacienta a ochrana personálu před sankcemi vyplývajícími ze zanedbání péče.

5. Analýza

a. Strategická analýza (SWOT)

S (silné stránky)	W (slabé stránky)
Ochrana personálu před případnými následky pochybení z důvodu zanedbání péče.	Absence navazujících opatření a jednotného postupu po přeložení pacienta mimo neurologickou JIP.
Posílení role týmové spolupráce a kontinuity v péči o pacienta.	
Pomocí jednoduché a rychlé screeningové metody identifikovat riziko .	
Stanovení jednotných preventivních opatření aspirace a případného následného udušení pacienta.	
Jednotné proškolení personálu v identifikaci rizika a ve stanovování preventivních opatření.	
Zařazení pacienta do ambulantního sledování logopeda/nutričního terapeuta po ukončení hospitalizace.	
O (příležitosti)	T (hrozby)
Zařazení metody GUSS mezi všeobecné screeningové metody.	Nedostupnost logopeda v mimopracovní dny.
Získání nových dat pro obhájení statutu iktového centra.	Nemožnost zajištění plné zastupitelnosti logopeda při jeho nepřítomnosti (DPN, ŘD, apod.)
Dovybavení pracoviště dílčími opatřeními zvyšujícími rozpoznání rizikového pacienta- piktogramy, značení identifikačního náramku terčíkem rizika, revize vnitřní dokumentace, apod.	
Prevence malnutrice.	
Zřízení pozice konzultanta pro oblast dysfagie.	

b. Analýza lidských zdrojů

základní tým:

skupinová sestra/zdravotnický asistent, ošetřující lékař, logoped

rozšířený tým:

základní tým, dostupnost na vyžádání - nutriční terapeut, lékař nutričník, specialista lékař ORL

školitel pracovníka v adaptačním procesu na pracovišti iktového centra

c. Finanční analýza

vstupní školení personálu iktového centra v celkovém rozsahu 8 hodin (dle metody Mandysové, osmipoložkový test- zdarma, dle metody GUSS- odměna pro školitele 1000 Kč)

pomůcky pro provádění screeningu (v průměru 25 Kč/pacienta, tj. 2100 Kč za období 7-9/2015)
záznamové archy, lžičky, kalíšky, piškoty, zahušťovač, náklady související s úpravou tekuté a pevné stravy

vyčlenění logopeda v rozsahu pracovního úvazku cca 0,2 pro iktové centrum (činnost v rámci platby za ošetrovací den, cca 3000 Kč/měsíc, tj. 9000 Kč za období 7-9/2015)

dostupnost nutričního terapeuta v rozsahu konzultační služby na lůžkových odděleních (činnost v rámci platby za ošetrovací den)

celkem cca 12100 Kč za období 7-9/2015

další očekávané náklady - **piktogamy rizika, identifikační náramky** – plánované zavedení (možný typ značení), cca 5 Kč/pacienta



6. Časový plán zajištění projektu

- 4/2014- 6/2014: proškolení personálu iktového centra ve dvou screeningových metodách (osmipoložková metoda- P. Mandysová Univerzita Pardubice; metoda GUSS^(5,6,7)- Mgr. Naděžda Lasotová, logoped neurologické kliniky FN Brno)
- 9/2014- 12/2014: praktické odzkoušení dvou screeningových metod, porovnání, zvolení metody GUSS-
úprava na podmínky Nemocnice Blansko
- 3/2015 – 5/2015: příprava a vydání vnitřní řízené dokumentace, materiální a personální zajištění, 2. úprava screeningové metody na specifika Nemocnice Blansko
- 7/2015- dosud: zahájení screeningu u pacientů s akutním CMP, sběr dat, průběžné hodnocení

⁵ Lasotová, N. Screening dysfagie GUSS. Fakultní Nemocnice Brno. [online]. 2014 [cit. 2014-12-29]. Dostupné z: <http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunic/neurologicka-klinika/screening-dysfagie-guss/t4943?page=11>

⁶ Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., Brainin, M. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. Stroke 2007,38 (11): s. 2 948–2 952.

⁷ Václavík, D. a kol., Péče o pacienty s dysfagií po cévní mozkové příhodě. Dostupné z databáze odborných textů pro zdravotnictví MEDprofi <http://www.medprofi.cz//>, Standard léčebného plánu 1.4.2015

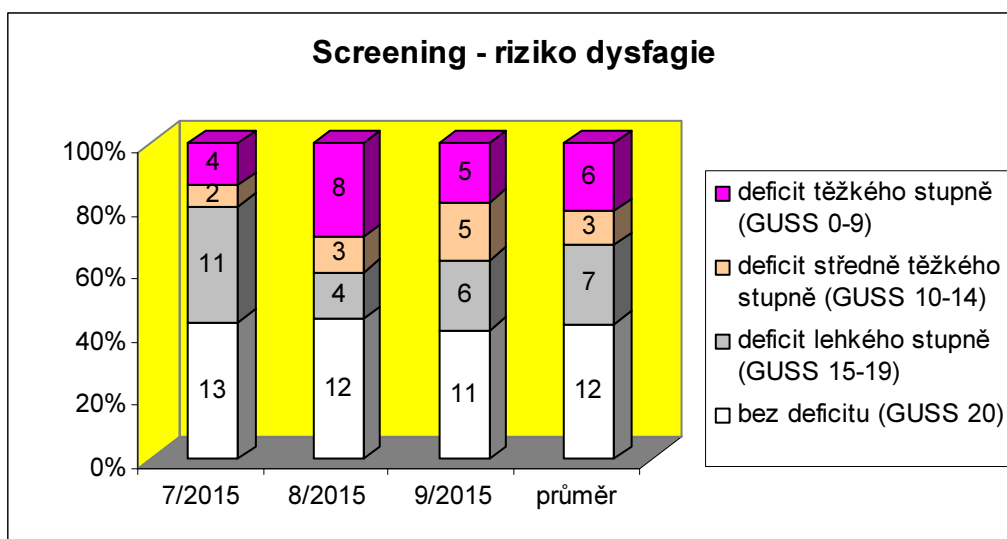
7. Udržitelnost a opakovatelnost projektu

Udržitelnost projektu minimálně 5 roků. Frekvence využití při nástupu nových zaměstnanců do dílčích provozů iktového centra v rámci vstupního adaptačního procesu.

8. Monitorování a hodnocení projektu

Přehled přijatých pacientů s dg. akutní CMP za období 1.7.-30.9.2015				
	7/2015	8/2015	9/2015	průměr/měsíc
počet přijatých pacientů s dg. akutní CMP na odd. neurologie JIP	30	27	27	28
počet mužů	13	9	12	11
počet žen	17	18	15	17
věk do 65 let	7	10	4	7
věk nad 65 let	23	17	23	21
screening dysfagie				
bez deficitu (GUSS 20)	13	12	11	12
deficit lehkého stupně (GUSS 15-19)	11	4	6	7
deficit středně těžkého stupně (GUSS 10-14)	2	3	5	3
deficit těžkého stupně (GUSS 0-9)	4	8	5	6
počet pacientů s dysfagií a příp. dalším problémem řešeným logopedem				
	5	5	7	6
počet pacientů s dysfagií přeložených v rámci IKT centra NB				
	10	11	10	10
počet pacientů s dysfagií přeložených mimo IKT centrum NB				
	4	2	2	3
počet pacientů s dysfagií při hospitalizaci delší jak 7 dnů na NEU JIP				
	0	6	3	3

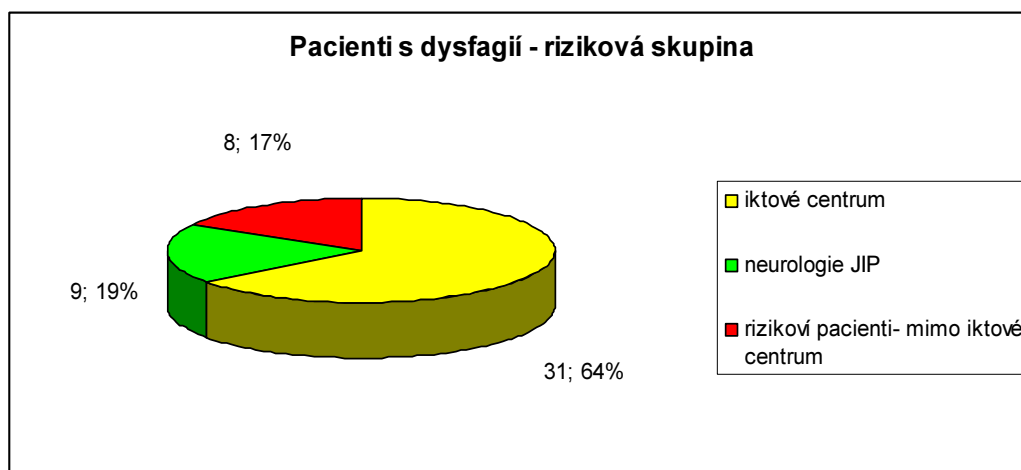
Celkový počet přijatých pacientů s dg. akutní CMP za období 7 – 9/2015 byl 84. Z tohoto počtu bylo 34 mužů a 50 žen. 63 pacientů bylo starších 65 let, z toho **více jak polovina byla starší 80 let**- u všech těchto pacientů starších 80 let byla zjištěna porucha polykání. Celkově byl zjištěn určitý stupeň deficitu polykání u 48 pacientů, tj. **57%**.



Pomocí GUSS testu upraveného na podmínky Nemocnice Blansko, byla tato porucha polykání u všech 57% pacientů **odhalena ihned při příjmu (průměrná doba screeningového šetření u 1 pacienta 4 minuty)**. Včasným zjištěním deficitu polykání byla zajištěna adekvátní strava pro pacienty, čímž bylo eliminováno riziko aspirace tekutin či stravy. Úprava stravy byla na základě testu GUSS indikována i u těch pacientů, kteří byli přijati k hospitalizaci v mimopracovní den a nedošlo tak k vstupnímu lékařskému a ošetrovatelskému šetření současně se šetřením logopeda. V těchto případech bylo šetření logopedem provedeno nejdéle do 72 hod od příjmu. U žádného pacienta nenastala aspirace. Tímto opatřením byl ochráněn personál před možným způsobením poškození pacienta aspirací a následným poškozením zdraví či zavinění úmrtí.

Zvolená metoda a postup je hodnocena pro potřebu iktového centra jako vyhovující a dostatečná.

Celkový počet pacientů přeložených s určitým deficitem polykání v rámci iktového centra byl 31, tj. u 64% pacientů byla zavedena preventivní účinná opatření a jednotný postup péče. Dalších 9 pacientů, tj. 19% setrvalo v hospitalizaci na oddělení NEU JIP. **8 pacientů, tj. 17% bylo přeloženo mimo iktové centrum a jedná se tak o skupinu pacientů, která nepodléhá jednotnému přístupu v péči o dysfagického pacienta a může být označena jako riziková z pohledu možného pochybení personálu v poskytované péči.** Zde je jasně viditelné, že pacienti se i nadále po opuštění iktového centra potýkají s deficitem polykání a tato skupina pacientů by měla být monitorována stejným způsobem a za stejných podmínek jako pacient hospitalizovaný v rámci iktového centra.



Monitorovací ukazatele:

1. Kontrola dodržování správného postupu stanoveného vnitřní dokumentací.
2. Osoba odpovědná za zasílání dat do registru iktových center za organizaci:
 - Monitorování počtu pacientů s dysfagií z celkového počtu pacientů přijatých k hospitalizaci s Dg. Akutní CMP.
 - Monitorování počtu pacientů s dysfagií odcházejících mimo pracoviště iktového centra.
 - Monitorování počtu komplikací souvisejících s dysfagií – aspirace.

9. Závěr

Proškolený, kvalifikovaný, kompetentní, týmově a mezioborově spolupracující personál je základním předpokladem prevence pochybení a poškození pacienta při poskytování zdravotních služeb. Výše uvedeným šetřením je prezentováno, jak lze jednoduchým, rychlým a cenově nenáročným postupem tato rizika poškození pacienta eliminovat a v návaznosti na ně chránit personál nemocnice před sankcemi vyplývajícími z možného pochybení a zanedbání péče. V podmínkách městské nemocnice byla uvedena do praxe možná metoda screeningového šetření, která stejně tak jako např. screeningová metoda rizika vzniku pádu (dle Juráskové) a rizika vzniku dekubitu (dle rozšířené stupnice Northonové)

by mohla být součástí běžného vstupního šetření prováděného nelékařským personálem u pacientů s Dg. akutní CMP.

10. Zkratky

CMP	cévní mozková příhoda
ČR	Česká republika
Dg.	diagnóza
DPN	dočasná pracovní neschopnost
FN	fakultní nemocnice
GUSS	Gugging Swallowing Screen
JIP	jednotka intenzivní péče
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
ORL	otorhinolaryngologie (ušní, nosní, krční)
PSS ARIP/IP	pomaturitní specializační studium anesteziologie, resuscitace, intenzivní péče/intenzivní péče – absolvováním se získává specializovaná způsobilost
ŘD	řádná dovolená
SWOT	strengts (silné stránky), weaknesses (slabé stránky), opportunities (příležitosti), threats (hrozby)
WHO	World Health Organization
ZPBD	zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu činnosti bez odborného dohledu
ZPOD	zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu činnosti pod odborným dohledem

11. Přílohy

- Příloha č. 1. Postup při screeningu poruch polykání metodou GUSS
- Příloha č. 2. Screeningová metoda GUSS upravená na podmínky Nemocnice Blansko

Blansko, 29.10. 2015

Za projektový tým: Martina Vágnerová, manažerka kvality