



משרד הבריאות – האגף לגריאטריה
נהלי בתי חולים גריאטריים
תחום מקצועי: סיעוד

עמוד 1
מתוך 3
מספר נספחים 0

פרק:	ניהול הטיפול הסיעודי	שם הנוהל:	שמירה על שלמות העור
תאריך אישור	01/07/2007	מהדורה	2
תאריך בתאריך:	עודכן בתאריך:	01/11/2019	מס' נוהל: 2.3.13

בכל מקום בו נכתב המסמך בלשון זכר או נקבה, הכוונה היא גם למיגדר השני

[עבור/י לדף פתיחה ראשי](#) [עבור/י ל"תוכן" נהלי רחב](#)

חזור ל"תוכן" נהלי סיעוד

1 רקע:

שמירה על שלמות העור הינה אחת מאבני היסוד בטיפול הסיעודי בכלל ובגריאטריה בפרט. שמירה על שלמות העור ומניעה פצעי לחץ הינם מדדי איכות חשובים בטיפול במטופלים קשישים המצויים במסגרת המוסדית. הפצע נוצר כתוצאה מלחץ או כתוצאה משילוב של לחץ עם מאמץ גזירה על האזור. בנוסף, ישנם מספר גורמים נוספים המעורבים בהתפתחות פצעי לחץ אשר חשיבותם טרם הובהרה.

פגיעה בשלמות העור והיווצרות פצע לחץ מהווה גורם סיכון משמעותי העלול לגרום להידרדרות כללית במצב המטופל ובאיכות חייו.

ניהול הטיפול הסיעודי באדם הקשיש מחייבת יישום פעולות מניעה וטיפול אשר יבטיחו לקדם את השמירה על שלמות העור ומניעת היווצרותם של גירויים בעור ופצעי לחץ.

2 מטרת הנוהל:

- 2.1 להנחות את הצוות הסיעודי ביישום אמצעים שיתרמו לשמירה על שלימות העור ומניעת התהוותם של פצעי לחץ אצל מטופלים סיעודיים.
- 2.2 להנחות את הצוות הסיעודי ביישום שיטות טיפול בעור ובפצעי לחץ ובבניית תוכניות טיפול מקצועיות לביצוע הטיפולים בפצעי לחץ והמעקבים הנדרשים.

3 הגדרת מושגים:

- 3.1 **פצע לחץ** - חבלה ברקמות הנובעת מליקוי באספקת הדם לאזור, עקב לחץ ישיר וממושך על אזורים בהם העצם סמוכה לעור. כאשר הרקמה הרכה נדחסת בין בליטה גרמית לבין משטח קשיח, לפרק זמן ממושך, יכול להיווצר נמק ברקמות הרכות.
- 3.2 **דרגות חומרה של הפצעים** - מקובל לדרג את כל פצעי הלחץ על פי 4 דרגות:
 - דרגה 1 - אודם שאינו חולף לאחר הקלה בלחץ, בשלב זה האפידרמיס מעורב.
 - דרגה 2 - איבוד רקמות חלקי, בצורת שפשוף או שיש שלפוחיות, בשלב זה גם הדרמיס מעורב.
 - דרגה 3 - איבוד רקמות בשכבות עור עמוקות יותר או היווצרות גלד שחור, איבוד השכבה התת-עורית.
 - דרגה 4 – הרס עמוק ורחב של כל שכבות העור, בשלב זה ישנה מעורבות של שריר או עצם.
- 3.3 **כלים לזיהוי רמות סיכון** - כלים מבוססים על סולם להערכת חולים בסיכון לפיתוח פצעי לחץ.
 - (1) סולם ע"ש ברדן
 - (2) סולם ע"ש ווטרלו
 - (3) סולם ע"ש נורטון

4 סמכות ואחריות:

- 4.1 הנהלת הסיעוד - האחיות הראשית בבית חולים גריאטרי, אחראית לפיתוח תוכניות הדרכה, להעלאת מודעות הצוות לאיתור, מניעה וקביעת דרכי טיפול בפצעי לחץ.
- 4.2 האחיות הראשית בבית חולים גריאטרי אחראית להכין נהלים פנימיים לאיתור פצעי לחץ והטיפול בהם ותוודא ישומם הלכה ולמעשה.
- 4.3 האחיות האחראית במחלקה וכל אחות שהתמנתה מטעמה ומופקדת על הטיפול בחולים, מוסמכת לתת ההנחיות להתערבות הסיעודית בהתאם לתוכניות הטיפול שנקבעו ובאחריותה לוודא ביצוען.
- 4.4 הנהלת בית החולים הגריאטרי בהיוועצות עם הצוות הסיעודי והפיזיותרפיסטים, אחראית לרכוש ציוד ואביזרים מתאימים למניעת פצעי לחץ כגון מזרונים, כריות הושבה וכו'.



פרק:	ניהול הטיפול הסיעודי	שם הנוהל:	שמירה על שלמות העור
תאריך אישור	01/07/2007	מהדורה	2
עודכן בתאריך:	01/11/2019	מס' נוהל:	2.3.13

בכל מקום בו נכתב המסמך בלשון זכר או נקבה, הכוונה היא גם למיגדר השני

5 עקרונות:

5.1 מודעות ומיומנות הצוות

- 5.1.1 בבתי חולים גריאטריים יתקיימו תהליכים לזיהוי גורמי סיכון לפיתוח פצעי לחץ.
- 5.1.2 האחות הראשית תנחה את הצוות הסיעודי להשתמש בכלים מובנים לאיתור ומניעה.
- 5.2 **רכישת אביזרים וציוד מתאים**
בתי חולים גריאטריים ירכשו וישתמשו באביזרים וציוד מתאימים, המשמשים למניעת פצעי לחץ.
- 5.3 **נוהל פנימי**
בבית חולים גריאטרי יוכן נוהל שמתווה הנחיות לטיפול במטופלים שנמצאים בסיכון לפיתוח פצעי לחץ וכן לטיפול במטופלים עם פצע לחץ.

6 תהליך ושיטה:

6.1 ביצוע אומדן

- 6.1.1 האחות תבצע אומדן לזיהוי מטופלים שהם בסיכון לפיתוח פצע לחץ בזמן קבלתם לבית חולים גריאטרי, ובאופן קבוע כחלק מהאומדן התקופתי.
- 6.1.2 בכל מקרה תגדיר האחות במהלך האומדן את דרגת החומרה של פצעי לחץ אם אותרו.
- 6.2 **תוכנית טיפול**
האחות תבנה תוכנית טיפול סיעודית למטופלים בבית החולים הגריאטרי, המצויים בסיכון לפיתוח פצעי לחץ ו/או אשר סובלים מפצעי לחץ על בסיס האומדן שבוצע.
- 6.3 **עקרונות ההתערבות אצל מטופלים המצויים בסיכון לפיתוח פצעי לחץ**
 - 6.3.1 ביצוע הערכה יומיומית של מצב העור.
 - 6.3.2 מניעת יובש, חיכוך ולחץ ממושך בעור.
 - 6.3.3 מתן טיפול יומיומי בעור.
 - 6.3.4 שימוש בציוד, מכשור ואביזרי עזר מתאימים.
 - 6.3.5 שיפור המצב התזונתי של המטופל.
 - 6.3.6 ביצוע שינויי תנוחה ושמירה על נייחות ותנועתיות.
- 6.4 **עקרונות ההתערבות אצל מטופלים עם פצעי לחץ**
 - 6.4.1 טיפול יומיומי בפצע על פי פרוטוקולים מקובלים והוראות הרופא.
 - 6.4.2 הקפדה על אחידות ורצף הטיפול.
 - 6.4.3 התייעצות עם גורמים רפואיים מתאימים.

6.5 תיעוד הטיפול

- 6.5.1 תיעוד הטיפול בפצע לחץ והמעקב יבוצע אחת לשבוע לפחות.
בתיאור הפצע תציין האחות ב"דף הפצעים" את הפרטים הבאים:
 - (1) קוטר הפצע.
 - (2) דרגת חומרה של הפצע (סעיף 3.2)



פרק:	ניהול הטיפול הסיעודי	שם הנוהל:	שמירה על שלמות העור
תאריך אישור	01/07/2007	מהדורה	2
עודכן בתאריך:	01/11/2019	מס' נוהל:	2.3.13

בכל מקום בו נכתב המסמך בלשון זכר או נקבה, הכוונה היא גם למיגדר השני

(3) תיאור הפצע.

(4) הטיפול הניתן לפצע.

6.5.2 יש ליידע את לשכת הבריאות הנפתית על כל התפתחות פצע לחץ מעל דרגה 2.
בשיתוף השלכה יוחלט אם המטופל יוכל להישאר במוסד או שיש להעבירו למחלקה לסיעוד מורכב.

7 אסמכתאות

7.1 [הנחית מינהל הסיעוד מס' 153/2019 מניעה וטיפול בפצע לחץ.](#)

7.2 [חוזר מנהל הסיעוד 126/2017 - החלטה על טיפול בחבישות ומשחות בפצעי לחץ מדרגה ראשונה ושנייה.](#)