

Danuta Sternal

Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku-Białej

Wprowadzanie zmian w organizacji opieki pielęgniarskiej w szpitalu na przykładzie programu profilaktyki odleżyn

The implementation of changes in the organization of hospital nursing care on the basis of a decubitus ulcers prevention program

Adres do korespondencji:

mgr piel. Danuta Sternal
 Wydział Nauk o Zdrowiu
 Akademii Techniczno-
 -Humanistycznej w Bielsku-Białej
 ul. Willowa 2,
 43-300 Bielsko-Biała
 tel./faks: (0 33) 827 94 03
 e-mail: dsternal@ath.bielsko.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Wprowadzanie zmian organizacyjnych poprawiających jakość opieki pielęgniarskiej należy do elementarnych zadań personelu medycznego zarządzającego oraz bezpośrednio sprawującego opiekę nad pacjentem. Obok opieki i terapii związanej z chorobą podstawową, działania medyczne powinny obejmować szeroko rozumianą profilaktykę przeciwoodleżynową.

Cel pracy. Celem pracy była próba pokazania procesu wprowadzania zmian w organizacji opieki pielęgniarskiej w szpitalu na przykładzie programu profilaktyki odleżyn.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono przy wykorzystaniu metody analizy dokumentów stanowiących dokumentację komisji ds. profilaktyki odleżyn oraz indywidualną dokumentację medyczną dotyczącą 4570 pacjentów, u których występowało ryzyko powstania odleżyn, hospitalizowanych w okresie od maja 2002 do grudnia 2007 roku.

Wyniki i wnioski. Stwierdzono, że wprowadzenie zmian w systemie postępowania z pacjentem od chwili przyjęcia na oddział dało wynik pozytywny, w postaci niewielkiej liczby odleżyn powstałych w trakcie pobytu, mimo dużej liczby chorych zagrożonych ich wystąpieniem. Pozwoliło również na dokonywanie systematycznej analizy poziomu świadczonej opieki, poprawę warunków związanych z organizacją pracy oraz wyposażeniem pielęgniarskich stanowisk pracy.

Problemy Pielęgniarstwa 2008; 16 (1, 2): 9-15

Słowa kluczowe: wprowadzanie zmian, odleżyna, program profilaktyki, opieka pielęgniarska

ABSTRACT

Introduction. Implementing organizational changes that improve the quality of nursing care is among the elementary tasks of executive as well as nursing hospital staff.

Apart from the care and treatment connected with the primary illness, medical attention should also include the prevention of decubitus ulcers in the broad meaning of the term.

Aim. The aim of the study was to present the process of implementation of changes in the organization of hospital nursing care on the basis of a decubitus ulcers prevention program.

Material and methods. The research was conducted using a method for analyzing the documentation of a medical board for the prevention of decubitus ulcers and individual medical records of 4570 patients at risk of developing decubitus ulcers, who were hospitalized between May 2002 and December 2007.

Results and conclusions. It has been established that the implementation of changes in the methods of handling the patient from the moment of admittance to the ward had a positive outcome, resulting in the development of a small number of decubitus ulcers during the stay in hospital, despite a large number of patients at risk of developing decubitus ulcers. The implemen-

tation of changes allowed also for a systematic assessment of the quality of medical care, and an improvement in work organization and the equipment of the nurse's station.

Nursing Topics 2008; 16 (1, 2): 9–15

Key words: implementation of changes, decubitus ulcer, prevention program, nursing care

Wstęp

Wprowadzenie zmian organizacyjnych w zarządzaniu opieką pielęgniarską w szpitalach to zmiana dotycząca pewnej filozofii działania w podejściu do modelu opieki nad pacjentem [1]. Wynika ona z przekształceń jakościowych zachodzących w systemie ochrony zdrowia w Polsce ukierunkowanych na zapewnienie skuteczności świadczeń i ekonomizację systemu, co stawia pracownikom ochrony zdrowia, a więc i pielęgniarkom, wysokie wymagania [1–3]. System ochrony zdrowia podlega wpływom w szczególności takich czynników jak: szybki rozwój wiedzy naukowej i techniki medycznej, ograniczenia finansowe, niezadowolenie medycznych profesjonalistów z warunków pracy, coraz wyższe oczekiwania pacjentów i ich rodzin. Siła nacisku ostatniego czynnika stale rośnie, w miarę jak społeczeństwo uświadamia sobie wielkość ponoszonych kosztów opieki, a pacjenci i ich rodziny coraz wyraźniej i silniej artykułują prawo do opieki zdrowotnej opartej na aktualnej wiedzy medycznej i zgodnej z zasadami etyki zawodowej, wykonywanej ze szczególną starannością [1–2]. Dlatego istnieje konieczność poszukiwania skutecznych sposobów poprawy opieki pielęgniarskiej poprzez wprowadzanie zmian i doskonalenie procesu pracy.

W nauce o zarządzaniu zdefiniowano zmianę jako świadome przedsięwzięcie, mające na celu modyfikację istniejącego stanu rzeczy zgodnie z postępowaniem nauki, techniki, oczekiwań społecznych oraz wypełnienie luki między tym, co jest teraz niedoskonałe a pożądanym stanem przyszłym [2].

Problemem wszystkich oddziałów szpitalnych, w których przebywają pacjenci unieruchomieni, a więc „istniejącym stanem rzeczy”, są odleżyny. Termin „odleżyna” jest opisywany w publikacjach w bardzo różny sposób, między innymi jako:

- obszar martwicy tkanek, spowodowany przez długotrwały ucisk, powodujący niedokrwienie tkanek i śmierć komórki [4];
- uszkodzenie skóry o charakterze owrzodzenia, będące efektem ciągłego (znacznego) niedokrwienia tkanek, wywołanego przez długotrwały bądź powtarzający się ucisk, prowadzący do niedokrwienia tkanek, charakteryzujący się w pierwszym etapie zaczerwienieniem, a w końcowym efekcie obumieraniem tkanek [5].

Cierpienie spowodowane odleżyną ogranicza normalne funkcjonowanie organizmu, utrudnia leczenie, opóźnia rehabilitację i powrót do zdrowia oraz negatywnie wpływa na psychikę chorego. Wystąpienie odleżyn jest też źródłem pretensji, jakie zgłasza rodzina pod adresem personelu oddziału oraz obciążenia jej po wypisaniu chorego do domu uciążliwą pielęgnacją oraz kosztownym leczeniem odleżyn [3]. Zwalczanie i zapobieganie odleżynom jest jednym z podstawowych obowiązków, zarówno sprawujących opiekę zdrowotną, jak i kadry zarządzającej opieką zdrowotną. Szczególna odpowiedzialność spoczywa na pielęgniarce, która poprzez realizację funkcji zawodowych, w tym funkcji profilaktycznej, stara się zmniejszyć dolegliwości chorego oraz nie dopuścić do nowych bolesnych komplikacji i cierpienia [6]. Profilaktyka to szereg działań, zabiegów oraz stosowanie sprzętów, których celem jest zmniejszenie wpływu szkodliwych czynników i w efekcie minimalizacja ryzyka powstania odleżyn [6].

Cel pracy

Celem pracy była próba pokazania procesu wprowadzania zmian w organizacji opieki pielęgniarskiej w szpitalu na przykładzie programu profilaktyki odleżyn.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w Szpitalu Kolejowym w Wilkowicach. Zanalizowano dokumentację komisji ds. profilaktyki odleżyn w latach 2002–2007 oraz dokumentację pielęgniarską wchodzącą w skład programu profilaktyki odleżyn dotyczącą 4570 pacjentów, u których występowało ryzyko powstania odleżyn. Pacjentów tych hospitalizowano na oddziałach: opieki paliatywnej, neurologicznym, wewnętrznym z pracownią chemioterapii, rehabilitacyjnym, pulmonologicznym i kardiologiczno-internistycznym między majem 2002 a grudniem 2007 roku. Aby określić przebieg wprowadzania programu profilaktyki odleżyn, a także czynniki i poziom ryzyka oraz występowanie odleżyn, zanalizowano następującą dokumentację: protokoły posiedzeń zespołu roboczego, a następnie komisji ds. profilaktyki odleżyn, zarządzenia wewnętrzne dyrektora szpitala, zaświadczenia potwierdzające ukończenie kursu specjalistycznego w zakresie leczenia ran — odleżyn,

pilotażowe karty oceny ryzyka wystąpienia odleżyn według skali Norton, pilotażowe karty oceny ryzyka wystąpienia odleżyn według skali Waterlow, karty pacjentów zagrożonych odleżynami, comiesięczne rejestry pacjentów zagrożonych wystąpieniem odleżyny i pacjentów z odleżynami, roczne ewidencje pacjentów zagrożonych wystąpieniem odleżyny i pacjentów z odleżynami, karty informacyjne profilaktyki i leczenia odleżyny, standard zapobiegania odleżynom.

Wyniki

Potrzeba podjęcia zdecydowanych działań w kierunku zapobiegania odleżynom pojawiła się wśród pielęgniarek szpitala na początku 2002 roku. Źródłami wiedzy dla wyboru obszaru zmian były informacje ze szkoleń, doniesienia w piśmiennictwie oraz doświadczenie personelu — stwierdzenie, że „coś nie gra”.

W piśmiennictwie zwraca się uwagę na to, że program zakładowego wdrażania zmian organizacyjnych do praktyki powinien być poprzedzony ogólną diagnozą sytuacji w zakładzie [1–3]. W szpitalu powstał zespół roboczy ds. profilaktyki odleżyny, w skład którego weszły: przełożona pielęgniarek oraz po jednej przedstawicielce zainteresowanej wyżej omawianą problematyką z każdego oddziału. Zespół dokonał analizy, uznając za kluczowe dla problemu takie obszary jak:

1. Charakterystyka kadry pielęgniarskiej — liczba pielęgniarek i ich kwalifikacje.
2. Zasoby rzeczowe:
 - ustawienie łóżek z dostępem z trzech stron oraz regulacją wysokości,
 - wyposażenie w urządzenia do pielęgnowania, materace łóżkowe i zmiennociśnieniowe, udogodnienia, łatwoślizgi, podnośniki dla chorych, wózki do przewożenia chorych w pozycji leżącej/siedzącej, kabiny prysznicowe, uchwyty i poręcze, żaluzje przyłóżkowe,
 - wyposażenie w materiały do pielęgnowania: bieżąca pościelowa i osobista pacjenta, środki o działaniu miejscowym na skórę pacjenta,
 - wyposażenie pielęgniarskich stanowisk pracy w środki ochrony osobistej (fartuchy foliowe, rękawice jednorazowe, kalosze itp.).
3. Wyposażenie oddziałów w dokumentację pielęgniarską umożliwiającą rejestrację przebiegu pielęgnowania.
4. System motywowania pielęgniarek.
5. Częstość występowania odleżyny w roku poprzedzającym wprowadzenie programu oraz stopnie odleżyny.
6. Stosowane metody profilaktyki odleżyny.

Na podstawie dokonanej diagnozy organizacyjnej wypracowano kierunki dalszych działań. W pierwszym etapie zapoznano pielęgniarki oddziałowe z wynikami

analizy oraz przedstawiono koncepcję pielęgnowania zgodną z aktualną wiedzą medyczną, zaprezentowano zalety indywidualnej odpowiedzialności pielęgniarek za wyniki działań w ramach profilaktyki odleżyny, wskazano również na znaczenie pozyskiwania do planowanego przedsięwzięcia przychylności pracowników, jakim było opracowanie i wdrożenie programu profilaktyki odleżyny. Zdecydowano, że pięciu członków zespołu roboczego weźmie udział w organizowanym kursie specjalistycznym „Leczenie ran — odleżyny”, jaki odbywał się w Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich. Zaplanowano dalszy udział pielęgniarek w kursie specjalistycznym z zakresu omawianej dziedziny. Aktualnie kwalifikacje specjalistyczne posiada 16 pielęgniarek, co stanowi 18,4% zespołu. W trakcie diagnozy organizacji największą trudność stanowiła konieczność oceny częstości występowania odleżyny oraz stosowanych metod profilaktyki. Jedyne źródłem informacji były raporty pielęgniarskie zawierające informacje o zbyt wysokim stopniu uogólnienia i bardzo czasochłonne w pozyskiwaniu wybranych informacji. W efekcie możliwe było uzyskanie tylko szacunkowej liczby odleżyny, wątpliwej pod względem wiarygodności. Sytuacja ta pozwalała wysnuć wniosek o konieczności wypracowania zarówno indywidualnej, jak i zbiorczej dokumentacji pacjenta, która pozwoli na skuteczne monitorowanie i ocenę opieki pielęgniarskiej dotyczącej profilaktyki odleżyny. Następnie po określeniu potrzeb rzeczowych dla realizacji programu i możliwości finansowych szpitala przystąpiono do sukcesywnego wyposażania oddziałów w potrzebny sprzęt i środki. Proces wyposażania był wstępnie rozłożony na 3 lata, każdy etap miał określony termin realizacji, jednak nie trzymano się ich ściśle i dopuszczano przesunięcia terminów realizacji w zależności od bieżących możliwości. Efektem procesu uzupełniania i wymiany zasobów rzeczowych jest wymiana około 30–50 % zwykłych łóżek szpitalnych, w zależności od specyfiki oddziału, na łóżka z regulowaną wysokością.

W patomechanizmie powstawania odleżyny istotną rolę odgrywa ucisk [4–7]. Ważnym elementem w profilaktyce jest odciążenie miejsc narażonych na ucisk, co uzyskano poprzez wymianę około 80 % materacy łóżkowych na materace grube, 15-centymetrowe, oraz zakup 22 materacy zmiennociśnieniowych dynamicznych, co stanowi 12% bazy łóżkowej. Dodatkowe wyposażenie stanowią udogodnienia, takie jak pneumatyczne poduszki przeciwoodleżynowe na wózki inwalidzkie, kółka z pianki poliuretanowej, specjalistyczne podkłady oraz półprzepuszczalne pokrowce na materace. Niezwykle ważne w profilaktyce odleżyny utrzymanie czystości skóry możliwe jest szczególnie dzięki zakupowi wózków pielęgnacyjnych na każdy oddział szpitalny i wyposażenie ich we wszystkie środki nie-

zbędne do pielęgnacji, w tym profesjonalne środki o miejscowym działaniu na skórę pacjenta. Systematyczne zaopatrzenie pielęgniarskich stanowisk pracy w wyżej wymienione środki uzyskano przez wprowadzenie ich do receptariusza szpitalnego. Będące już na wyposażeniu oraz dodatkowo zakupione wózki do przewożenia chorych w pozycji leżącej/siedzącej oraz zintegrowany system do higieny osobistej, transportu i hydroterapii ułatwiają kąpiel chorych oraz bezpieczny i bezurazowy transport. Na dokładną obserwację skóry pacjentów pozwalają żaluzje, które osłaniają łóżka z każdej strony.

Istotnym problemem w profilaktyce odleżyn jest właściwa technika przemieszczania pacjenta, eliminująca otarcie naskórka. W tym celu zakupiono łatwoślizgi, podkładki obrotowe oraz wykorzystano stanowiące wcześniejsze wyposażenie szpitala podnośniki dla chorych.

Równoległe ze wszystkimi wyżej wymienionymi działaniami odbywały się cykliczne spotkania zespołu roboczego ds. profilaktyki odleżyn, którego członkowie posiadali wysoką wiedzę specjalistyczną, co pozwalało na twórczą i merytoryczną pracę zespołową. W pierwszej kolejności przystąpiono do próby doboru sposobów oceny występowania czynników ryzyka odleżyn.

W piśmiennictwie istnieje podział czynników ryzyka na wewnętrzne (wynikające ze stanu pacjenta) i zewnętrzne (wynikające z wiedzy i umiejętności pracowników ochrony zdrowia, organizacji pracy, wyposażenia oddziału w sprzęt i środki) [4–10]. W celu określenia czynników charakteryzujących chorego zagrożonego rozwojem odleżyn opracowano szereg skal oceny ryzyka [4, 5, 8, 11].

Znanych jest również w literaturze około 30 skal uwzględniających czynniki uznane przez autorów za istotne w powstawaniu odleżyn [8]. Podlegają one krytycznej ocenie w kontekście ich wiarygodności, jednak są użyteczne do szybkiej oceny narażenia i planowania opieki nad pacjentem. Spośród wielu prezentowanych skal, zespół do programu pilotażowego wybrał dwie — Norton i Waterlow. Zaproponowano również kartę pacjenta zagrożonego odleżynami. Działania pilotażowe przeprowadzono w ciągu miesiąca na oddziałach: opieki paliatywnej i neurologicznym. Ocenę ryzyka rozwoju odleżyn poprzedzono szkoleniem pielęgniarek pilotażowych oddziałów. Tematyka szkoleń dotyczyła kryteriów oceny czynników ryzyka, doboru sposobów profilaktyki odleżyn, formułowania problemów pielęgnacyjnych, dokumentowania działań. Ponadto dostarczono pielęgniarkom literaturę pozwalającą na uzupełnienie wiedzy na temat patogenezы i profilaktyki odleżyn. Za wdrożenie procesu na oddziale odpowiedzialna była pielęgniarka oddziałowa. Istniała codzienna możliwość konsultacji, szczególnie z liderką zespołu ds. profilaktyki odleżyn. W wyniku prac pilotażowych, po dokonaniu analizy danych oraz zebraniu

opinii pielęgniarek z oddziałów objętych pilotażem, przyjęto do stosowania w celu oceny ryzyka rozwoju odleżyn skalę Waterlow. Uznano jej większą przydatność w szpitalu, gdyż pozwalała nie tylko na ocenę ryzyka, ale i różnicowanie jego stopni, co ułatwiało dobór działań profilaktycznych dostosowanych do indywidualnych potrzeb pacjenta. Ocena według skali Waterlow pozwala również na dobór działań celowanych na konkretne czynniki ryzyka. Zaś skala Norton została uznana za zbyt mało precyzyjną w stosunku do potrzeb pacjentów szpitala, chociaż miała też swoich zwolenników ze względu na prostotę i szybkość oceny.

Zespół ds. profilaktyki odleżyn ustawicznie gromadził podręczniki, ulotki, informatory dotyczące odleżyn oraz razem z pielęgniarską kadrą kierowniczą podejmował próby kształtowania umiejętności dostrzegania problemów i zachęcał do ich rozwiązywania poprzez akceptację zmian.

Wstępne prace pilotażowe były punktem wyjścia do opracowania i wdrożenia programu profilaktyki odleżyn, który składa się z następujących części:

1. Standard zapobiegania odleżynom — pozwala na znormalizowanie działań pielęgniarskich oraz podnosi na wyższy, pożądany poziom jakość sprawowanej opieki.
2. Karta oceny ryzyka wystąpieniem odleżyn według skali Waterlow — pozwala w pierwszych 2 godzinach od przyjęcia chorego określić pacjentów z ryzykiem wystąpienia odleżyny oraz jest punktem wyjściowym dla planowania indywidualnych działań profilaktycznych.
3. Karta pacjenta zagrożonego odleżynami — zakładana u każdego chorego, który uzyskał więcej niż 10 punktów w skali Waterlow, pozwala na pełne dokumentowanie czynności wykonywanych przez pielęgniarki, wskazuje na indywidualną kompleksową opiekę dostosowaną do potrzeb pacjenta oraz indywidualną odpowiedzialność pielęgniarki za wyniki opieki.
4. Comiesięczny rejestr pacjentów zagrożonych wystąpieniem odleżyn i pacjentów z odleżynami.
5. Roczna ewidencja pacjentów zagrożonych wystąpieniem odleżyn i pacjentów z odleżynami.

Pielęgniarki w formułowaniu planu profilaktyki odleżyn mogą korzystać z materiałów pomocniczych w postaci informatora. Zawiera on zalecenia dotyczące środków i sposobów pielęgnacji w każdej potencjalnej sytuacji, foldery środków higienicznych, sposoby przemieszczania i podnoszenia pacjenta oraz zmiany pozycji.

Piśmiennictwo zwraca uwagę na potrzebę pozyskiwania przychylności dyrektora placówki i lekarzy przy wdrażaniu procesu zmian [1–3]. W szpitalu koncepcja programu profilaktyki odleżyn została przedstawiona na spotkaniu ordynatorów, uzasadniono istotę i zasadność planowanych zmian, co spotkało się z dużym poparciem i ciekawością.

1 maja 2002 roku program profilaktyki odleżyn został wprowadzony na wszystkich oddziałach szpitalnych, a zespół roboczy przekształcił się w komisję ds. profilaktyki odleżyn powołaną zarządzeniem dyrektora placówki wraz z określeniem zadań.

W grudniu 2002 roku pojawiły się Zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa w sprawie prowadzenia profilaktyki odleżyn. Pozwala to komisji na weryfikację działań prowadzonych w szpitalu, porównanie ich do zaleceń oraz uzupełnienie odstępstw.

Po roku monitorowania prowadzonego programu udało się wyłonić największe trudności i błędy popełniane przez pielęgniarki. Dotyczyły one niejednorodnej interpretacji czynników ryzyka, co skutkowało różnym przydzielaniem punktacji dla poszczególnych kryteriów. Efektem było doprecyzowanie kryteriów oceny czynników ryzyka i zdefiniowanie dla potrzeb szpitala w celu uniknięcia dowolnej interpretacji, a następnie przeszkolenie pielęgniarek. Kłopoty z interpretacją pojawiały się, gdy w grę wchodziły takie czynniki, jak zawał serca czy palenie tytoniu — jaki okres zawału wziąć pod uwagę, jaki okres po ustąpieniu zawału oraz jaki okres wziąć pod uwagę po zaprzestaniu palenia?

Innym problemem okazał się brak możliwości przekazania kompleksowej informacji w celu zachowania ciągłości działań profilaktycznych oraz leczniczych odnośnie pacjenta przekazywanego do innego zakładu opieki zdrowotnej lub wypisywaniu do domu. W tym celu opracowano kartę informacyjną zawierającą następujące informacje: ocena ryzyka rozwoju odleżyn, informacje dotyczące podjętych na oddziale działań pielęgnacyjno-leczniczych oraz zalecenia pielęgnacyjno-lecznicze do realizacji po wypisaniu z oddziału. Kartę informacyjną otrzymali pacjenci wymagający dalszej profilaktyki przeciwoodleżynowej oraz pacjenci z odleżynami.

Równoległe ze wszystkimi wyżej wymienionymi działaniami prowadzone były szkolenia pielęgniarek. Tematyka szkoleń skupiała się wokół patomechanizmu powstawania odleżyn, działań profilaktycznych, stanu klinicznego pacjentów narażonych na odleżyny, samych odleżyn, sposobów leczenia oraz prowadzenia dokumentacji. Szkolenia były prowadzone przez przeszkolone i doświadczone pielęgniarki oraz specjalistów z zewnątrz.

Bardzo ważnym elementem szkoleniowym była informacja zwrotna do personelu dotycząca występowania rodzajów czynników ryzyka, stopni ryzyka, ilości pacjentów narażonych oraz występowania odleżyn na poszczególnych oddziałach, czyli ocena efektywności podejmowanych działań na podstawie programu. Informacje te również były przekazywane corocznie na spotkaniach ordynatorów.

Piśmiennictwo zwraca uwagę na konieczność motywowania pracowników w procesie wprowadzania zmian [1–3]. Katz i Kahn wyodrębniają cztery ogólne wzorce motywacyjne [2]:

1. Podporządkowanie się prawom polegające na akceptacji przepisów instytucjonalnych lub stosowaniu się do reguł i norm organizacyjnych jako pochodzących z prawowitych źródeł zwierzchnictwa.
2. Satysfakcja instrumentalna polegająca na wzbudzeniu zainteresowania nową metodą pracy za pomocą nagród.
3. Autoekspresja i samostanowienie — istotą jest złożoność pracy, wymagana jest duża samodzielność i odpowiedzialność pracowników.
4. Internalizacja celów organizacji, czyli przyjmowanie za własne poglądów, wartości, norm, postaw narzuconych z zewnątrz, co zapewnia wysoki poziom działań pracowników i innowacyjność.

Wykorzystanie wyżej wymienionych wzorców motywacyjnych, dobranych odpowiednio do pracowników, pomogło w uzyskaniu pożądanego zachowań. W motywowaniu zastosowano również techniki modyfikowania zachowań pracowników poprzez pozytywne wzmocnienie za pomocą zachęcania do powtórzenia zachowania, pochwały, premie pieniężne. Członkowie komisji oraz osoby najbardziej zaangażowane miały pierwszeństwo w otrzymywaniu skierowań i refundacji na szkolenia.

Rezultatem wdrożonego programu jest możliwość wnikliwego monitoringu występującego ryzyka odleżyn w szpitalu.

Ustalono, że w analizowanym okresie od maja 2002 do grudnia 2007 roku grupa pacjentów narażonych na ryzyko wystąpienia odleżyny wynosiła 4570 osób, co stanowiło 16,2% wszystkich hospitalizowanych. Szczegółowe dane dotyczące ilości narażonych pacjentów i stopni ryzyka rozwoju odleżyn w poszczególnych latach zawiera rycina 1.

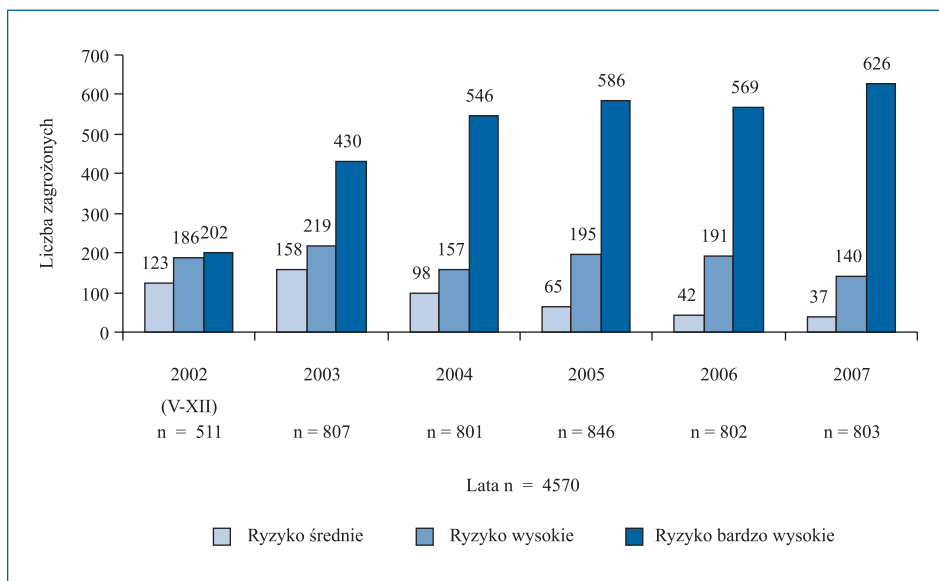
Jak wynika z analizy danych zawartych na rycinie 1, znaczny poziom ryzyka odleżyn utrzymuje się na wysokim, porównywalnym poziomie od 2004 roku. Można przypuszczać, że zdefiniowanie kryteriów w 2003 roku oraz przeszkolenie personelu pozwoliło na bardziej precyzyjną ocenę.

W praktyce największa kumulacja czynników ryzyka występowała na oddziale opieki paliatywnej, w którym 100% pacjentów to pacjenci zagrożeni powstaniem odleżyn, w tym 87,5% pacjenci zagrożeni w stopniu bardzo wysokim.

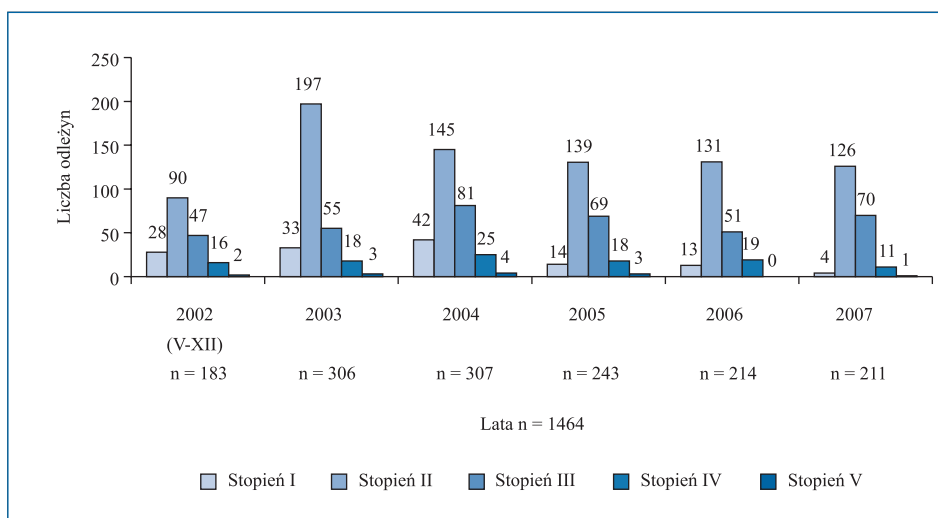
Rany odleżynowe oceniane są na podstawie przyjętej w szpitalu pięciostopniowej skali Thorrance'a.

W analizowanym okresie u 1024 chorych wykryto 1464 przypadki odleżyn, z czego 129 odleżyn powstało w trakcie pobytu w szpitalu, co stanowi 8,8%, a z pozostałymi odleżynami chorzy zostali przyjęci z domu lub innego zakładu opieki zdrowotnej. Szczegółowe dane dotyczące ilości i stopni odleżyn w poszczególnych latach zawiera rycina 2.

W doniesieniach na temat częstości występowania odleżyn podawane są różne dane w zależności od rodza-



Rycina 1. Stopnie ryzyka odleżyn w poszczególnych latach
Figure 1. Degree of risk of decubitus ulcers each year



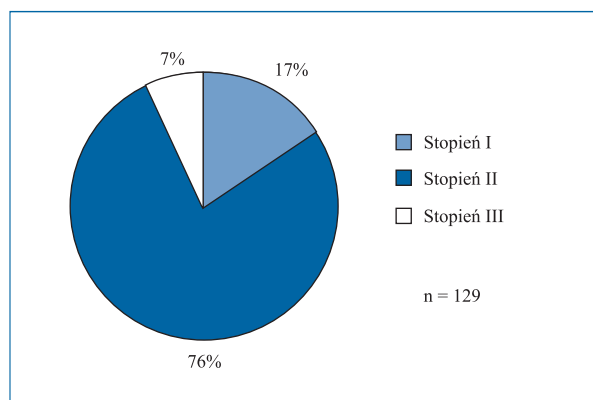
Rycina 2. Stopnie odleżyn w poszczególnych latach
Figure 2. Grade of decubitus ulcers each year

ju ośrodka medycznego. Smith, analizując doniesienia z lat 1980–1994 dotyczące powstawania, zapobiegania i leczenia odleżyn u pensjonariuszy w domach opieki, stwierdził ich obecność u 17–35% pacjentów przed przyjęciem, a ich powstawanie podczas pobytu u 7–23% [12]. W opublikowanym opracowaniu dotyczącym ponad 3000 pacjentów w szpitalach w Wielkiej Brytanii częstość występowania odleżyn wynosiła 14,4–22,8%, średnio 18,6% [12]. Erwin Toth podaje, że liczba odleżyn

w Stanach Zjednoczonych ulega systematycznemu spadkowi z 12% do około 4% obecnie [12].

Jak wynika z analizowanych dokumentów pacjentów szpitala, odleżyny występowały u 3,2% przed przyjęciem, a powstały u 0,4% pacjentów w trakcie pobytu.

Badania własne potwierdzają związek między występowaniem odleżyn a narażeniem na ryzyko ich rozwoju, ponieważ 100% odleżyn dotyczyło chorych ze stwierdzonym zagrożeniem odleżynami.



Rycina 3. Stopnie odleżyn powstałych w szpitalu od maja 2002 do grudnia 2007 roku

Figure 3. Grade of decubitus ulcers developed at the hospital between May 2002 and December 2007

Występowanie odleżyn dotyczyło 23,2% narażonych na ryzyko ich wystąpienia, zaś odleżyny powstałe w czasie pobytu w szpitalu dotyczyły tylko 2,7% pacjentów znajdujących się w grupie ryzyka. Odleżyny powstałe w szpitalu nie przekroczyły III stopnia, najwięcej, bo 76%, to odleżyny II stopnia, czyli ograniczone do naskórka. Szczegółowe wskaźniki stopni odleżyn powstałych w czasie pobytu w szpitalu zawiera rycina 3.

Pozwala to stwierdzić, że szybkie wprowadzenie skutecznych działań profilaktycznych opartych na wcześniejszej ocenie czynników ryzyka w znacznym stopniu zapobiega powstaniu odleżyn.

Wielu specjalistów zwraca uwagę, że szczególnie narażeni na ryzyko rozwoju odleżyn są chorzy w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej. De Conno [12] stwierdził występowanie odleżyn u około 14% takich chorych. Z danych Hospicjum Św. Krzysztofa w Londynie przedstawiających częstość występowania różnych objawów u 7000 chorych w terminalnej fazie choroby nowotworowej wynika, że odleżyny dotyczą 18% chorych. W badaniach prowadzonych w Klinice Opieki Paliatywnej w Poznaniu w latach 1994–1996 występowanie odleżyn stwierdzono u 21% chorych.

Na podstawie przeprowadzonych na oddziale opieki paliatywnej badań własnych potwierdzono wysoki odsetek występowania odleżyn, dotyczący 42,2% chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową, z czego odleżyny powstałe w czasie pobytu dotyczą 4,4% chorych.

Można przypuszczać, że przyczyną niskiego wskaźnika odleżyn powstałych na analizowanym oddziale opieki paliatywnej jest wyposażenie w zasoby rzeczowe według najnowszych standardów oraz fakt, że oddział posiada tylko sześć łóżek, co pozwala na sprawowanie opieki pielęgniarskiej według aktualnej wiedzy medycznej oraz zgodnie z wprowadzonym programem profilaktyki odleżyn.

Wnioski

1. Wprowadzenie zmian w systemie postępowania z pacjentem od chwili przyjęcia na oddział dało wynik pozytywny w postaci niewielkiej liczby odleżyn powstałych w trakcie pobytu, mimo dużej liczby chorych zagrożonych ich wystąpieniem.
2. Cykl szkoleń na temat profilaktyki odleżyn spowodował zwrócenie szczególnej uwagi przez pielęgniarki na pacjentów narażonych na ryzyko powstania odleżyn i wdrożenie odpowiedniego postępowania zapobiegawczego.
3. Wprowadzenie programu pozwoliło na wyposażenie oddziałów w nowoczesny sprzęt i środki do pielęgnacji chorych pozwalające na skuteczne działania profilaktyczne i znacznie poprawiające warunki pracy pielęgniarek.
4. Wprowadzenie dokumentacji ułatwia kontrolę pracy personelu oraz pozwala określić skalę problemu, jakim są odleżyny.
5. Dobrze prowadzony program profilaktyki odleżyn i związana z nim dokumentacja zabezpiecza pielęgniarki przed skutkami ewentualnych oskarżeń pacjentów i ich rodzin.
6. Zastosowanie nowej metodyki rozwiązywania problemów dało możliwość poznania problemów jakości w szpitalu, również na innych obszarach.

Piśmiennictwo

1. Ksykiewicz-Dorota A., Rusecki P. (red.). Doskonalenie organizacji opieki pielęgniarskiej w lecznictwie stacjonarnym. Abrys, Kraków 1996; 43–60: 163–172.
2. Ksykiewicz-Dorota A., Rusecki P. (red.). Zarządzanie w pielęgniarstwie. Czelej, Lublin 2005: 333–347.
3. Piątek A. (red.). Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny. NIPiP, Warszawa 1999: 7–71.
4. Kruk-Kupiec G. Odleżyny. Poradnik dla pielęgniarek i położnych. Piekary Śląskie 1999: 9–77.
5. Rosińczuk-Tenderys J., Uchmanowicz I., Arendarczyk M. Profilaktyka i leczenie odleżyn. Continuo, Wrocław 2005: 11–83.
6. Sternal D. Jakość życia pacjentów w oddziale opieki paliatywnej po wprowadzeniu programu profilaktyki odleżyn. Biuletyn Krajowych Konsultantów Medycznych 2004; 5: 28–30.
7. Kruk-Kupiec G. Odleżyny — współczesne podejście do problemu, profilaktyka i leczenie. Biuletyn Krajowych Konsultantów Medycznych 2004; 7–8: 8–14.
8. Kózka M. Aktualne spojrzenie na patogenezę odleżyn i sposoby profilaktyki. Biuletyn Krajowych Konsultantów Medycznych 2005; 5: 6–14.
9. Derejczyk J. Warunki powstawania odleżyn u osób w podeszłym wieku. Służba Zdrowia 2002; 83–86.
10. Kruk-Kupiec G. Odleżyny, powstanie i zapobieganie. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2001; 1: 34–35.
11. Waterlow J. A risk assesment card. Nursing Times 1985; 81: 48–55.
12. Łuczak J., Sopata M. Odleżyny — profilaktyka i leczenie. Przewodnik Lekarza 2001; 7: 120–126.