

PROCEDURA PROFILAKTYKI ODLEŻYN JAKO NARZĘDZIE DO OCENY JAKOŚCI OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

Procedure of bedsore prophylactic as a tool of nurse care quality assessment



Lucyna Kiełbasa

Miejski Szpital Zespolony im. Mikołaja Kopernika w Olsztynie

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2010; 3: 85–89

Adres do korespondencji:

Lucyna Kiełbasa, Miejski Szpital Zespolony im. Mikołaja Kopernika, ul. Niepodległości 44, 10-045 Olsztyn

Streszczenie

Wstęp: Odleżyna należy do ran przewlekłych i występuje u pacjentów długotrwale unieruchomionych, z poważnymi problemami zdrowotnymi. Wprowadzenie do praktyki pielęgniarstwa wystandardyzowanej procedury profilaktyki odleżyn wpływa na uzyskanie korzystnych efektów jakościowych zarówno dla pacjenta, jak i szpitala.

Cel pracy: Ocena wpływu zastosowania procedury profilaktyki odleżyn na poziom wyników opieki pielęgniarstwa, wyrażonej wskaźnikiem profilaktyki odleżyn.

Materiał i metody: W badaniu do oceny zagrożenia odleżyną wykorzystano skalę Doren-Norton. Przeanalizowano dokumentację zespołu ds. profilaktyki odleżyn oraz indywidualną dokumentację 10 762 pacjentów hospitalizowanych w latach 2004–2009.

Wyniki: W ciągu 6 lat objętych badaniem wyodrębniono grupę 10 762 pacjentów zagrożonych odleżyną, co stanowi 13,75% wszystkich hospitalizowanych. Z grupy tej przed odleżyną uchroniono 10 014 chorych, co pozwoliło na osiągnięcie wskaźnika profilaktyki odleżyn na poziomie 93,04%.

Wnioski: Wprowadzenie procedury pozwala na wyodrębnienie grupy pacjentów zagrożonych odleżyną, a zastosowanie schematu postępowania wpływa na uchronienie dużej liczby pacjentów przed powstaniem odleżyny. Uzyskany wskaźnik profilaktyki świadczy o wysokim poziomie opieki pielęgniarstwa.

Słowa kluczowe: odleżyna, profilaktyka, opieka pielęgniarstwa, wskaźnik.

Wstęp

Odleżyny są bardzo często przykrym i bolesnym powikłaniem unieruchomienia chorego. Wpływają na obniżenie jego samopoczucia, powodują dolegliwości

Summary

Introduction: Bedsore is a type of chronic wound and concerns long term immobilized patients with serious health ailment. Implementation, into nurse practice, standardized procedure of bedsore prophylactic affects favorable quality, effects for both, patients and hospital.

Aim: The main goal of this research is assessment of influence of application of bedsore prophylactic on level of nurse care effectiveness, expressed in bedsore prophylactic indicator.

Material and methods: The Doren Norton scale was used to assess the risk of bedsore. Documentation of bedsore prophylactic team and individual patients documentation of 10 762 patients hospitalized in years 2004–2009 were analyzed.

Results: During the six years encompassing researching period of time, the number of 10 762 patients with the risk of bedsore was separated. That makes up 13.75% all patients hospitalized in hospital. From this group of patients there were 10 014 patients who were preserved from bedsore. This allowed to achieve the bedsore prophylactic indicator on the level 93.04%.

Conclusions: It has been established, that implementation of procedure allows to separate group of patients with the risk of bedsore, and putting the pattern into practice allows to preserve a big group of them from bedsore. High level of prophylactic indicator points at high level of nurse care.

Key words: bedsore (pressure ulcer), prophylactic, nurse care, indicator.

ból, a w rozległej postaci niosą niebezpieczeństwo zakażenia. Leczone goją się trudno i długo, nieleczone mogą prowadzić do powikłań, a nawet zgonu. Tylko dobre pielęgnowanie może uchronić chorego przed wystąpieniem odleżyny, a we wczesnych okresach powstania, sto-

sunkowo łatwo można je wyleczyć. Z kolei zmiany te – szczególnie u przewlekle chorych w podeszłym wieku – mogą prowadzić do licznych i ciężkich następstw klinicznych [1–4].

Najbardziej narażeni na powstanie odleżyn są ciężko chorzy, z upośledzeniem krążenia, bezwładni, otyli oraz osoby bardzo wychudzone. Cierpienie spowodowane odleżyną ogranicza normalne funkcjonowanie organizmu, utrudnia leczenie i wydłuża pobyt pacjenta w szpitalu. Wymaga podejmowania wielu złożonych i często kosztownych działań leczniczo-pielęgnacyjnych, zwiększa zapotrzebowanie na opiekę całego interpersonalnego zespołu [4–7].

Jednym z czynników decydujących o możliwości podjęcia specjalistycznej opieki pielęgniarskiej w profilaktyce odleżyn jest wnikliwa znajomość omawianej tematyki przez zespół terapeutyczny. Obecny stan wiedzy medycznej, dostępność środków pielęgnacyjnych i sprzętu rehabilitacyjnego umożliwiają poprawę jakości świadczonych usług medycznych [7].

Odleżyna to martwica tkanek powstała w wyniku zaburzeń ukrwienia wywołanych uciskiem. W miarę oddzielania się tkanek martwiczych powstają trudno gojące się owrzodzenia, łatwo ulegające wtórnemu zakażeniu. Stan ten może dotyczyć naskórka, całej grubości skóry, tkanki podskórnej oraz mięśni i kości [8, 9].

W celu ujednoczenia obserwacji i stosowania odpowiedniego leczenia wprowadzono kilka podziałów stopnia zaawansowania odleżyn. W Miejskim Szpitalu Zespolonym w Olsztynie do oceny odleżyn stosowana jest 5-stopniowa klasyfikacja odleżyn wg Torrance'a [10]:

- stopień I – blednące zaczerwienienie – reaktywne przekrwienie i zaczerwienienie jako reakcja na działające ciśnienie. Lekki ucisk palcem powoduje zblednięcie zaczerwienienia, co wskazuje, że mikrokrążenie nie jest uszkodzone;
- stopień II – nieblednące zaczerwienienie – rumień utrzymuje się pomimo ucisku palcem. Spowodowane jest to uszkodzeniem mikrokrążenia, zapaleniem i obrzękiem tkanek. Może pojawić się powierzchniowy obrzęk, uszkodzenie naskórka i pęcherze. Zwykle objawom tym towarzyszy ból;
- stopień III – uszkodzenie pełnej grubości skóry do granicy z tkanką podskórną. Brzegi rany są dobrze odgraniczone, otoczone obrzękiem i rumieniem. Dno rany jest wypełnione czerwoną ziarniną lub żółtymi masami rozpadających się tkanek;
- stopień IV – uszkodzenie skóry, które obejmuje również tkankę podskórną. Martwica tkanki tłuszczowej jest spowodowana zapaleniem i zakrzepicą małych naczyń. Brzeg odleżyny jest zwykle dobrze odgraniczony, ale martwica może dotyczyć tkanek otaczających. Dno może być pokryte czarną martwicą;
- stopień V – zaawansowana martwica, sięga do powięzi i mięśni. Zniszczenie może obejmować także stawy i kości. Powstają jamy mogące komunikować się

między sobą. W ranie znajdują się czarno-brązowe masy rozpadających się tkanek.

Profilaktyka to szereg działań diagnostycznych i zabiegów prowadzących do zmniejszenia ryzyka powstawania odleżyn. Celem takiego działania jest zapobieganie i wczesne wykrywanie zmian.

We współczesnym środowisku medycznym zajmującym się pielęgnacją ran wzrasta świadomość, że profilaktyka i leczenie odleżyn wymaga podejścia interdyscyplinarnego. Złożoność problemów związanych z występowaniem ran odleżynowych zachęca do badań, dyskusji i publikacji koncentrujących się zarówno na profilaktyce, jak i skutecznym leczeniu ran przewlekłych [4, 7].

Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie prowadzenia profilaktyki odleżyn, wprowadzone w 2003 r., zobowiązują wszystkie zakłady opieki zdrowotnej do wdrożenia odpowiedniej strategii w celu zapobiegania powstawaniu odleżyn [1]. Profilaktyka i leczenie odleżyn jest jednym z podstawowych zadań pielęgniarki, które wpływają na jakość opieki pielęgniarskiej. Można ją określić m.in. poprzez ustalenie wskaźnika poziomu, na jakim będzie świadczony proces pielęgnowania ukierunkowany na profilaktykę odleżyn. Wdrażanie procedur, szkolenie i realizacja odpowiednio zaplanowanych innowacji należy do zadań kadry zarządzającej i jest wyznacznikiem pracy całego personelu sprawującego opiekę nad pacjentem.

Opracowanie i wdrożenie programu profilaktyki rozwoju odleżyn

Proces pielęgnowania obejmuje także podejmowanie działań profilaktycznych. Dlatego też w 2002 r. w Miejskim Szpitalu Zespolonym w Olsztynie podjęto usystematyzowane działania na rzecz profilaktyki odleżyn. Na wniosek przełożonej pielęgniarek powołano zespół ds. profilaktyki odleżyn, który miał za zadanie opracowanie i wdrożenie standardu profilaktyki odleżyn. Podstawą do podjęcia działań profilaktycznych było ustawiczne doksztalcanie, pozyskiwanie nowych doniesień nowoczesnego pielęgniarstwa, a także świadomość, że system oparty na współpracy dobrze przygotowanego personelu oraz ciągłe doskonalenie będzie w istotny sposób wpływać na jakość świadczonych usług. Interdyscyplinarny zespół ds. profilaktyki odleżyn tworzą pielęgniarki-liderki ze wszystkich oddziałów szpitalnych, lekarz chirurg, dietetyczka oraz pielęgniarka epidemiologiczna.

W późniejszym okresie standard stał się jedną z procedur jakościowych procesu doskonalenia opieki pielęgniarskiej. Przedmiotem zasadniczym pracy zespołu jest wczesna ocena i podjęcie działań terapeutycznych eliminujących lub minimalizujących ryzyko powstania i rozwoju odleżyn oraz monitorowanie efektów profilaktyki i leczenia odleżyn. Zastosowanie usystematyzowa-

nych działań profilaktycznych pozwala na odpowiednie postępowanie terapeutyczne u pacjentów z odleżynami, ciągłą obserwacją pod kątem powstawania odleżyn, ocenę stanu odleżyny, a także ich rejestrację [11, 12].

Zebranie dokładnego wywiadu oraz badanie umożliwiające ocenę stanu chorego, w celu oceny ryzyka zagrożenia powstania odleżyn, to pierwszy etap z 3 głównych elementów zasady postępowania z odleżynami. Drugi etap to wprowadzenie odpowiedniego systemu profilaktyki u chorych z rozpoznaniem zagrożeniem. Ostatni, III etap, dotyczy leczenia powstałej rany odleżynowej [8, 9].

Cel pracy

Celem pracy jest ocena wpływu zastosowania procedury profilaktyki odleżyn na poziom uzyskanych wyników opieki pielęgniarskiej wyrażony wskaźnikiem profilaktyki odleżyn.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w Miejskim Szpitalu Zespolonym w Olsztynie. Przeanalizowano dokumentację pielęgniarską wchodzącą w skład profilaktyki oraz dokumentację zespołu ds. profilaktyki odleżyn w latach 2004–2009. Szczegółowej analizie poddano karty rejestru odleżyn oraz sprawozdania zespołu ds. profilaktyki odleżyn.

Jako narzędzie do oceny pacjentów zagrożonych odleżyną zastosowano skalę Doren-Norton, która uwzględnia ocenę 5 elementów: stanu fizykalnego, stanu świadomości, aktywności i samodzielności przy zmianie pozycji oraz funkcje zwieraczy odbytu i cewki moczowej. Czynniki uznane za istotne w powstaniu odleżyn oceniano osobno w skali od 1 (przy złym funkcjonowaniu w danym obszarze) do 4 pkt (gdy zaburzenia lub odchylenia od stanu prawidłowego nie występują). Maksymalna liczba uzyskanych punktów to 20, i taki wynik wskazuje na korzystny stan pacjenta. Uzyskanie 14 pkt świadczy o wartości granicznej i oznacza zwiększone ryzyko rozwoju odleżyn [3, 6].

Ocena stanu chorego wg skali Norton dokonywana była od momentu przyjęcia pacjenta na oddział. Działania profilaktyczne były realizowane, gdy pacjent otrzymał mniej niż 14 punktów. Na tym etapie zakładano kartę profilaktyki odleżyn i wprowadzano strategię pielęgnowania przeciwodleżynowego. Proces pielęgnowania polegał na niwelowaniu czynników ryzyka rozwoju odleżyny poprzez: wpływ na aktywność chorego, regularną zmianę pozycji ciała, stabilizację pozycji chorego za pomocą odpowiednich podpórek, ocenę stopnia niedożywienia pacjenta, zapobieganie uciskowi tkanek oraz obserwację stanu skóry i jej pielęgnację.

W przypadku stwierdzenia odleżyny określano stopień jej zaawansowania z wykorzystaniem skali Thorrance'a i podejmowano leczenie odleżyny.

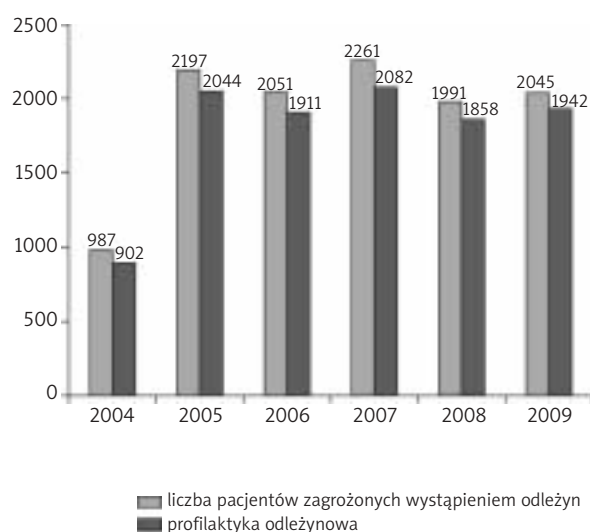
Ocena stanu zagrożenia odleżyną odbywała się pod koniec każdego dyżuru, a parametry zapisywane były w indywidualnej dokumentacji pacjenta. Na każdym oddziale prowadzony był zbiorczy rejestr pacjentów zagrożonych odleżyną. Materiał ten stanowi dane wyjściowe do comiesięcznej analizy statystycznej i jakościowej oraz jest podstawą do podejmowania działań na rzecz doskonalenia opieki pielęgniarskiej, stanowi także źródło bazy dydaktycznej.

Wyniki badań

W latach 2004–2009 w Miejskim Szpitalu Zespolonym w Olsztynie leczonych było ogółem 97 194 pacjentów. Dane dotyczące rejestru chorych zagrożonych odleżyną w poszczególnych latach przedstawiono na rycinie 1. W ciągu 6 lat wyodrębniono grupę 10 762 pacjentów zagrożonych powstaniem odleżyny, co stanowi 13,75% ogółu pacjentów hospitalizowanych w szpitalu. W wyniku podjęcia działań profilaktycznych i wdrożenia ustalonych procedur udało się uchronić 10 014 pacjentów, co stanowi wskaźnik profilaktyki 93,04%.

Wskaźnik ten w poszczególnych latach oscylował pomiędzy 91,38% a 94,96% (ryc. 2).

Według prowadzonego rejestru grupa pacjentów z odleżyną w badanym okresie to 3806 przypadków, co stanowi 4,86% wszystkich hospitalizowanych pacjentów. W grupie tej znajdują się zarówno chorzy przyjęci z odleżyną z domu lub innego zakładu opieki zdrowot-

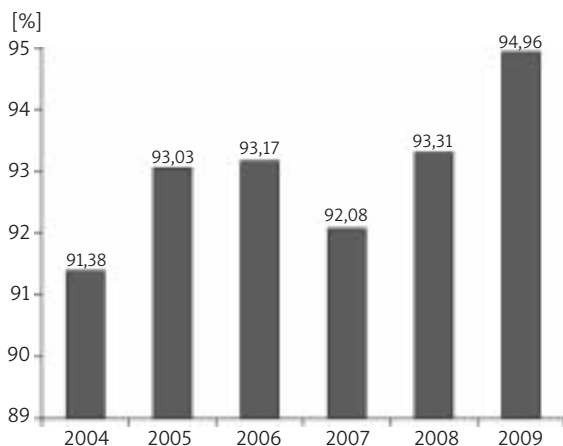


Ryc. 1. Porównanie liczby pacjentów zagrożonych z liczbą pacjentów uchronionych

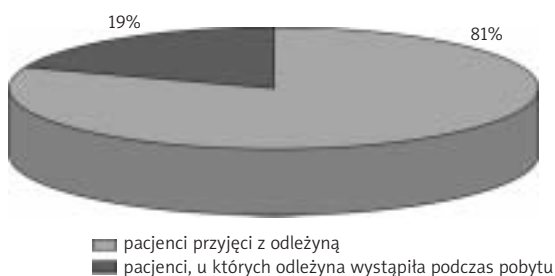
nej (dotyczy to 3070 pacjentów, tj. 80,66% wszystkich odleżyn), jak i 736 chorych, u których odleżyna powstała w trakcie pobytu w szpitalu (19,44%) (ryc. 3).

Analizie poddano także kategoryzację wg stopnia zaawansowania odleżyn oraz częstotliwości ich występowania (ryc. 4.) i uzyskane efekty pielęgnacyjno-lecznicze odleżyn w okresie od lutego 2008 r. do grudnia 2009 r.

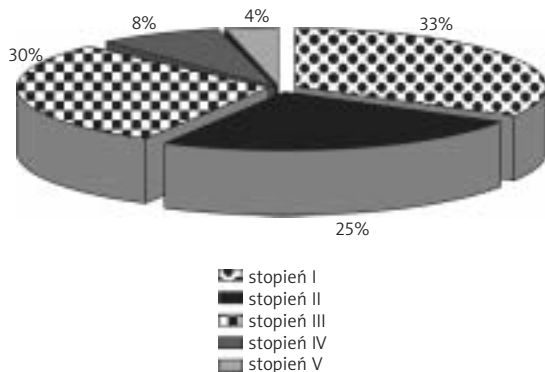
Najliczniejszą grupę stanowią pacjenci z odleżyną stopnia I, jednakże zarazem w tej grupie uzyskano najwyższą skalę wyleczenia. Na rycinie 5. przedstawiono porównanie wyleczenia odleżyn w poszczególnych stopniach ich zaawansowania. Ogółem z odleżyn wyleczono 1679 pacjentów, co stanowi 22% zdiagnozowanych wszystkich odleżyn.



Ryc. 2. Wskaźnik profilaktyki odleżyn w poszczególnych latach



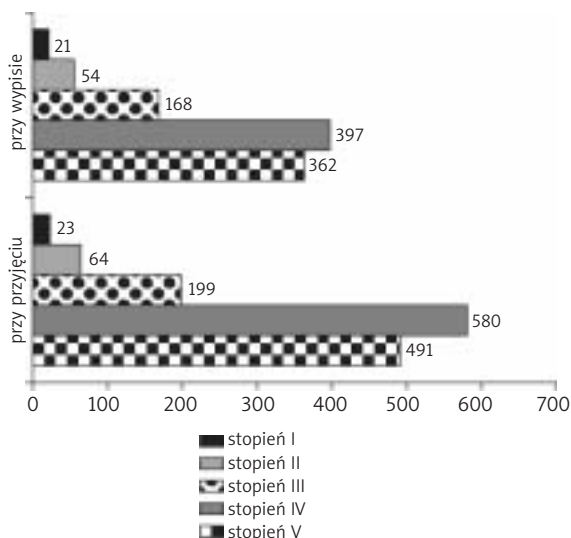
Ryc. 3. Porównanie liczby pacjentów przyjętych z odleżyną z liczbą pacjentów z odleżyną powstałą w trakcie hospitalizacji



Ryc. 4. Statystyka odleżyn wg stopnia kategoryzacji

Omówienie

Występowanie odleżyn jest na tyle poważnym problemem, że wymaga rozwiązań systemowych. Badania dowodzą, że adekwatne – a więc ukierunkowane bezpośrednio na czynniki etiologiczne – działania medyczne pozwalają zmniejszyć częstość występowania odleżyn. Za pierwszą i podstawową zasadę profilaktyki uznaje się więc rozpoznanie tych czynników [3, 4, 7]. Osiągnięcie wysokich wskaźników profilaktyki niesie za sobą niewspółmierne korzyści zarówno dla pacjenta (zminimalizowanie powikłań, uniknięcie cierpienia, krótszy pobyt w szpitalu), jak i dla szpitala (wysoka jakość usługi, zmniejszenie nakładów finansowych) [11–13]. W badaniu własnym uzyskano wskaźnik profilaktyki odleżyn powyżej 91,38%. W dostępnym piśmiennictwie istnieją dane na temat wskaźnika dotyczącego liczby odleżyn występujących u pacjentów przed przyjęciem i powstałych w trakcie pobytu w placówce [11], w zależności od rodzaju ośrodka medycznego. W badaniu własnym od 2004 r. do 2009 r. w grupie chorych z odleżynami aż 81% osób zostało przyjętych do szpitala z odleżynami. Pozostałe 19% odleżyn powstało w czasie pobytu w placówce i najczęściej były to odleżyny od I do III stopnia. Smith [13] dokonał przeglądu piśmiennictwa na temat przyczyn, epidemiologii, profilaktyki i leczenia odleżyn, np. w do-



Ryc. 5. Statystyka odleżyn przy przyjęciu pacjenta do szpitala i przy wypisie

mach opieki na podstawie badań opublikowanych w latach 1980–1994, i podaje, że do 35% pacjentów z odleżynami rejestruje się w momencie przyjęcia chorych do domu opieki, a częstość występowania odleżyn wśród mieszkańców domów opieki waha się od 7% do 23%. Kolejne badania z 2004 r. mówią [14], że w Stanach Zjednoczonych na 159 000 osób mieszkających w domu opieki poddanych ocenie, aż 11% pacjentów miało odleżyny. Bergstrom i Braden podają, że 34% odleżyn powstaje podczas pierwszych 7 dni pobytu chorego w szpitalu (badania dotyczyły populacji osób starszych), natomiast 90% owrzodzeń odleżynowych rozwija się w trzecim tygodniu hospitalizacji. Wysznuo zatem wniosek, że krytycznym dla chorego okresem, w którym jest on najbardziej narażony na rozwój odleżyn, jest 14. dzień pobytu w szpitalu [14]. Z kolei jedno z nielicznych badań polskich [11] potwierdza, że hospitalizacja dłuższa niż 10 dni zwiększa ryzyko i zapadalność w grupie chorych zagrożonych rozwojem odleżyn. W badaniach tych największe zagrożenie rozwojem odleżyn stwierdzono u chorych przebywających na oddziałach neurologicznych. Mimo krótkiego okresu hospitalizacji ryzyko w tej grupie było wysokie i spowodowane specyficznym obrazem jednostek chorobowych, wpływających na znaczne obniżenie własnej aktywności chorego. Są to przede wszystkim zaburzenia neurologiczne, niedowłady i porażenia uniemożliwiające kontrolę motoryczną i wykonywanie ruchów oraz zaburzenia percepcji uniemożliwiające rejestrację bodźców, zwłaszcza bólowych, sugerujących miejscowe niedokrwienie wskutek ucisku [11].

Należy oczekiwać, że w najbliższych latach w Polsce w większym zakresie niż dotychczas zarówno w ośrodkach leczenia szpitalnego, jak i domach opieki będzie wdrożona rejestracja odleżyn – tych nabytych w placówkach opieki zdrowotnej oraz w domu chorego.

Wnioski

1. Wprowadzenie procedury pozwala na wyodrębnienie grupy pacjentów zagrożonych odleżyną, na ujednoczenie działań profilaktycznych oraz profesjonalne podejście do problemu odleżyn.
2. Monitorowanie wskaźników jest wyznacznikiem dla prowadzonej rejestracji, a w przypadku ich niekorzystnego wyniku – wyznacznikiem zakresu doskonalenia opieki pielęgniarskiej.
3. Wskaźnik profilaktyki odleżyn powyżej 91,38% świadczy o korzystnym, kompleksowym i zadowalającym działaniu wdrożonej procedury.

Piśmiennictwo

1. Kruk-Kupiec G. Zalecenia konsultanta krajowego w sprawie odleżyn. *Pielęg Chirur i Angiol* 2007; 4: 171-172.
2. Kwapisz U, Szewczyk MT. Postrzeganie zdrowia a poziom wiedzy zdrowotnej pacjentów w podeszłym wieku z odleżynami w badaniach SF-36. *Pielęg Chirur i Angiol* 2007; 4: 172-173.
3. Szewczyk MT. Ocena czynników ryzyka rozwoju odleżyn u chorych po amputacji kończyny dolnej na tle porównawczym. *Materiały konferencyjne*. Kraków 2000; 47-55.
4. Sopata M, Tomaszewska E, Głowacka A. Odleżyny – ocena ryzyka zagrożenia i profilaktyka. *Pielęg Chirur Angiol* 2007; 4: 165-9.
5. Szewczyk MT, Cwajda J, Cierznikowska K, Jawień A. Odleżyny – profilaktyka i leczenie zachowawcze. *Lekarz* 2007; 6: 79-80, 82-90.
6. Głowacka A, Kruk G, Sopata M. Odleżyny. Zapobieganie i leczenie. *Poradnik dla pielęgniarek i lekarzy*. NRPiP, Warszawa 1996.
7. Szewczyk MT, Cwajda J, Cierznikowska K. Zasady prowadzenia skutecznej profilaktyki ran odleżynowych. *Wiad Lek* 2006; 59: 842-7.
8. Sopata M, Głowacka A, Tomaszewska E. Odleżyny – profilaktyka i nowoczesne metody leczenia zachowawczego (cz. 1). *Zakażenia* 2008; 8: 89-94.
9. Sopata M, Głowacka A, Tomaszewska E. Odleżyny – profilaktyka i nowoczesne metody leczenia zachowawczego (cz. 2). *Zakażenia* 2008; 8: 82-90.
10. Torrance C. *Pressure Sores: aetiology, treatment and prevention*. Croom Helm, London 1983.
11. Dopierała L, Szewczyk MT, Cierznikowska K i wsp. Level of preparation for preventive procedures and pressure ulcer treatment in health care units from the Kujawsko-Pomorski region. *Adv Med Sci* 2007; 52 suppl.: 181-84.
12. Fogerty MD, Abumrad NN, Nanney L i wsp. Risk factors for pressure ulcers in acute care hospitals. *Wound Repair Regen* 2008; 16: 11-8.10
13. Smith DM. Pressure sores in the nursing home. *Ann Inter Med* 1995; 123: 433-42.
14. Park-Lee E, Caffrey C. Pressure ulcers among nursing home residents: United States, 2004. *NCHS Data Brief* 2009; 14: 1-8.