



**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 203/2018 z dnia 12 października 2018 r.  
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka  
i leczenie odleżyn w Jaworznie” realizowany przez gminę miasta  
Jaworzna**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka i leczenie odleżyn w Jaworznie”.

**Uzasadnienie**

Negatywna opinia przedstawionego projektu programu jest związana z faktem, że mimo odniesienia się do istotnego problemu zdrowotnego, jakim są odleżyny, interwencja oraz populacja docelowa, zostały określone na zbyt dużym poziomie ogólności. Ponadto w ramach populacji docelowej, w programie, znajdują się pewne rozbieżności. Program powinien zawierać opis sprecyzowanych i konkretnych interwencji, które będą w pełni zgodne z wytycznymi. Warto również podkreślić, że większość interwencji zawartych w programie, nie wykracza poza zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych, zatem brakuje w programie uzasadniania, powielania powyższych świadczeń.

Dodatkowo należy zwrócić uwagę na fakt, że:

- Cel główny jest niedostosowany do zasady SMART;
- Cele szczegółowe zostały sformułowane w postaci działania, nie zaś oczekiwanego efektu;
- Mierniki efektywności nie odnoszą się do wszystkich określonych celów;
- W ramach populacji docelowej, pojawiają się w programie rozbieżności.
- Monitorowanie oraz ewaluacja nie są w pełni poprawnie zaplanowane, co zostało szczegółowo opisane w dalszej części opinii;
- Budżet zawiera jedynie pierwszy rok funkcjonowania programu. Dodatkowo nie uwzględniono kosztów zakupu sprzętu medycznego, prowadzenia monitorowania i ewaluacji.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący profilaktyki odleżyn. Budżet zaplanowany na realizację programu wynosi około 50 000 zł w pierwszym roku funkcjonowania. Okres realizacji to lata 2019-2021.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1510.), wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.



## Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

### Znaczenie problemu zdrowotnego

Problem zdrowotny opisany w projekcie programu polityki zdrowotnej wpisuje się w priorytety zdrowotne zgodne z §1 ust. 1) oraz 5) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z 2018 r., poz. 469): „zwiększenie koordynacji opieki nad pacjentami starszymi, niepełnosprawnymi oraz niesamodzielnymi”. W projekcie opisano problem zdrowotny. Odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej w skali ogólnoświatowej oraz polskiej. Nie odniesiono się natomiast do Map potrzeb zdrowotnych.

W programie określono, że w Polsce problem odleżyn dotyczy, co roku, około 270 tysięcy chorych. Zapadalność określa się na poziomie 5-10% wśród pacjentów oddziałów szpitalnych i 13% wśród pensjonariuszy zakładów opiekuńczo-leczniczych. Bardzo wysoki odsetek występowania odleżyn w Polsce stwierdza się u pacjentów po uszkodzeniach neurologicznych (39% chorych) oraz u pacjentów internistyczno-geriatrycznych (25-30%). W Polsce odleżyny I stopnia stwierdza się u 52% chorych, II stopnia – 30%, III stopnia – 13% oraz IV stopnia – 5%.

Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób skóry dla województwa śląskiego zawierają zestawienia łączne dla oparzeń, odmrożeń, odleżyn oraz owrzodzeń. W województwie śląskim zapadalność wyniosła 11,9 tys. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności w 2014 r. wyniósł w województwie śląskim 259,8.

W województwie śląskim 10% hospitalizacji dotyczyło w 2014 r. oparzeń, odmrożeń, odleżyn oraz owrzodzeń. Ponad 2,5 tys. pacjentom udzielono 2,8 tys. hospitalizacji z czego 200 z nich trwało dłużej niż jeden dzień. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 62,18 i była to 3. najmniejsza wartość wśród województw. Najczęściej wykorzystywaną grupą JGP do sprawozdawania hospitalizacji w analizowanej grupie rozpoznań była J37, czyli „owrzodzenia skóry” (60,8% hospitalizacji sprawozdanych z JGP w województwie). Należy zaznaczyć, że w ramach tej grupy włączane są również odleżyny (L89 zgodnie z ICD-10).

### Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „zwiększenie efektywności profilaktyki przeciwoleżynowej, w szczególności w populacji osób w zaawansowanym wieku oraz zmniejszenie liczby występowania odleżyn”. Powyższy cel został sformułowany w nieprecyzyjny sposób. Ponadto w opinii ekspertów klinicznych, cel programu jest niemierzalny, ponieważ potencjalny uczestnicy programu są niejednorodną grupą, pod względem jednostek chorobowych skutkujących odleżynami, a które w różny sposób mogą wpływać na czas gojenia się ran. Cel ten powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) wytyczony, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań.

W procesie projektowania celów, warto uwzględnić zasadę SMART, która określa, że cel powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny oraz zaplanowany w czasie.

Ponadto sformułowano 9 celów szczegółowych, z których większość została sformułowana w postaci działania, nie zaś oczekiwanego efektu. Dodatkowo, eksperci kliniczni zwrócili uwagę na fakt, że cele wymagają doprecyzowania, ponieważ są trudno mierzalne oraz kosztochłonne. Warto również zdefiniować pojęcia użyte podczas formułowania celów: „nowoczesne formy profilaktyki” oraz „nowoczesne formy metody pielęgnacji”.

Przedstawione w projekcie trzy mierniki efektywności, nie uwzględniają wartości docelowych oraz sposobu pomiaru. Należy również dodać, że nie odnoszą się do wszystkich celów zdefiniowanych w programie oraz mają charakter jedynie ilościowy. Mierniki efektywności odnoszące się do edukacji pacjenta oraz jego rodziny, nie mogą mieć charakteru ilościowego, ponieważ nie umożliwią pomiaru poziomu wiedzy, przed i po uczestnictwie w działaniach edukacyjnych.

Przy formułowaniu mierników należy pamiętać, aby pozwoliły one na ocenę efektów programu, zaś wartości wskaźników były określane przed i po realizacji programu, ponieważ dopiero zmiana w zakresie tych wartości stanowi o wadze uzyskanego efektu programu. Tworzenie mierników,

powinno zaczynać się od określenia stanu istniejącego, opisanie spodziewanego efektu po wdrożeniu interwencji oraz wskazania sposobu pomiaru zmiany. Następnie miernik powinien zostać dopasowany do odpowiedniego celu.

#### Populacja docelowa

Populację docelową programu, miałyby stanowić osoby leżące zagrożone odleżynami oraz osoby, u których występują już odleżyny, zamieszkałe na terenie gminy miasta Jaworzno. W programie pojawiają się jednak rozbieżności w odniesieniu do populacji docelowej, ponieważ z jednej strony zawarto informację, że program powinien być skierowany do osób starszych, natomiast z drugiej strony w kryteriach włączenia do programu, wskazano że uczestnikiem może być każdy pacjent narażony na występowanie odleżyn. Eksperti kliniczni wskazali na brak przejrzystości w odniesieniu do zasad włączania pacjentów do programu, ponieważ nie zostały zdefiniowane inne czynniki warunkujące uczestnictwo w programie.

Całkowitą liczbę mieszkańców, na podstawie danych pochodzących z Głównego Urzędu Statystycznego, oszacowano na 19 740 osób. W programie nie wskazano szacunkowej ilości osób z ryzykiem odleżyn. Do programu zaplanowano włączenie 50 osób. Nie wskazano jednak na jakiej podstawie oszacowano taką liczebność uczestników programu.

Do programu zaplanowano również włączenie 500 osób, które miałyby wziąć udział w działaniach edukacyjnych. Kryterium włączenia miałyby stanowić sprawowanie opieki w domu nad osobą z odleżynami.

Ponadto, zaplanowano szkolenia dla personelu medycznego, jednak nie podano liczby osób, która mogłaby wziąć w nich udział.

#### Interwencja

W ramach interwencji zaplanowano przeprowadzenie 2 modułów, z których pierwszy ma zawierać:

- Ocenę ryzyka rozwoju odleżyn w skali Norton:

W programie nie zawarto objaśnienia skali, ani czy ocena będzie prowadzona w trakcie kwalifikacji lekarskiej. Wskazano jednak, że pacjenci, którzy uzyskają powyżej 14 punktów w skali Norton, będą wykluczani z dalszego uczestnictwa w programie. Wytyczne oraz eksperci kliniczni nie wskazują jedynej możliwej do zastosowania skali i pozostawiają wolny wybór zespołowi terapeutycznemu w kwestii wyboru skali (np. Norton, Waterlow, CBO, Braden, Douglas) (PTLR 2010, NICE 2014). Warto również uwzględnić całościową ocenę kliniczną pacjenta, która zalecają wytyczne oraz eksperci kliniczni w profilaktyce p/odleżynowej (NICE 2014, NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014);

- Założenie dokumentacji p/odleżynowej:

Jest to działanie zgodne z wytycznymi, jednak nie opisano jej szczegółowo w programie;

- Zapewnienie specjalistycznego sprzętu p/odleżynowego:

Odnalezione wytyczne potwierdzają zasadność użycia zaproponowanego sprzętu;

- Zabiegi pielęgnacyjno-higieniczne:

W programie zaplanowano zapewnienie uczestnikom programu interwencji związane z pielęgnacją skóry z wykorzystaniem środków pielęgnacyjnych oraz leczniczych. Nie podano jednak rodzaju tych środków. Wytyczne wskazują na konieczność stosowania środków, które są dostosowane do indywidualnych potrzeb. W ramach zabiegów zaplanowano również masaż, co nie jest w pełni zgodne z odnalezionymi wytycznymi. Masaż jest przeciwwskazany w przypadku ostrego stanu zapalnego, gdy naczynia krwionośne mogą być uszkodzone, lub w przypadku delikatnej skóry. W programie zaplanowano również, że każdy pacjent będzie mógł liczyć na zmianę pozycji ułożenia ciała co 2 godziny, ale według części wytycznych częstotliwość zmiany pozycji, należy dostosować do potrzeb pacjenta. Należy zaznaczyć również, że w projekcie brakuje rozgraniczenia na pacjentów leżących i siedzących. W projekcie zaplanowano „zastosowanie udogodnień z „rehabu”. Nie wskazano jednak

na czym owe udogodnienia mają polegać. Nie określono również żadnych metod, które będą stosowane w ramach rehabilitacji pacjentów.

- Zastosowanie diety:

W programie pobieżnie odniesiono się do kwestii prawidłowego żywienia pacjentów. W projekcie nie wskazano, czy po przyjęciu pacjenta zostanie przeprowadzona początkowa ocena indywidualnych możliwości pacjenta do spożywania pokarmu oraz zapotrzebowania na poszczególne składniki odżywcze, co zalecają wytyczne. Brakuje w treści programu uszczegółowienia dotyczącego poziomu białka w diecie.

- Leczenie ran odleżynowych:

W treści projektu nie wskazano, jaki zakres będzie obejmować leczenie odleżyn, więc niemożliwe jest odniesienie się do tej części projektu.

- Działania edukacyjne w zakresie profilaktyki p/ odleżynowej:

W projekcie nie sprecyzowano jakie treści będą poruszane w ramach działań edukacyjnych prowadzonych wśród rodzin i opiekunów osób z ryzykiem wystąpienia odleżyn lub osób, u których już one powstały. Nie wskazano również kwalifikacji względem edukatorów.

Drugim modułem ma być szkolenie kadry medycznej w zakresie nowoczesnych metod profilaktyki p/odleżynowej. W przypadku tego modułu również należy zaznaczyć, że został on przygotowany w sposób pobieżny. Brak jest uszczegółowienia szkoleń w zakresie kadry, czasu trwania, zakresu tematycznego.

Warto podkreślić, że interwencje związane z oceną ryzyka występowania odleżyn, zapewnieniem specjalistycznego sprzętu p/ odleżynowego, zabiegami pielęgnacyjno-higienicznymi, suplementacją diety, leczeniem ran odleżynowych oraz działaniami edukacyjnymi w zakresie profilaktyki p/ odleżynowej, nie wykraczają poza zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Warto także zaznaczyć, że zgodnie z art. 9a i 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego, przy uwzględnieniu regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych, priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stanu dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane na podstawie umowy ze świadczeniodawcą. Biorąc pod uwagę powyższe, nie ma konieczności przygotowywania w tym zakresie programu polityki zdrowotnej.

Ponadto pacjenci w zależności od stanu zdrowia mogą korzystać z różnych form opieki: hospicjów w warunkach stacjonarnych/domowych, z zakładów opiekuńczo-leczniczych, pielęgniarstwa, domowej opieki długoterminowej oraz w ramach świadczeń pielęgniarstwa wykonywanych samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. Na terenie gminy miasta Jaworzno poza wskazanymi w projekcie 2 placówkami stacjonarnymi świadczącymi interwencje z zakresu profilaktyki przeciwodleżynowej funkcjonują również inne podmioty, które mają podpisane umowy z NFZ na opiekę nad pacjentem z przewlekłymi ranami w ramach opieki domowej (pielęgniarstwa, domowa opieka długoterminowa oraz hospicjum w warunkach domowych).

#### Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji.

Ocena zgłaszalności przeprowadzana ma być w oparciu o:

- liczbę przeszkolonych osób z grupy personelu;
- liczbę przeszkolonych osób z grupy opiekunów;
- liczbę pacjentów objętych opieką z punktacją według skali Norton o wyniku równym 14 pkt i mniej;

W ramach oceny zgłaszalności należy również uwzględnić: liczbę osób, która wzięła udział w programie oraz liczbę osób, która zrezygnowała z udziału w programie wraz z podaniem przyczyny. Ekspert kliniczny sugeruje wykorzystanie również innego wskaźnika tj. „liczby pacjentów z rozpoznaniem ryzykiem rozwoju odleżyn, według zastosowanych narzędzi oceny (skal oceny ryzyka odleżyn, podanie nazw narzędzi) oraz pielęgniarskiej oceny klinicznej”.

Ocena jakości świadczeń zostanie przeprowadzona na podstawie wyników ankiet satysfakcji uczestników (pacjentów i ich rodzin). Do projektu nie załączono wzoru ankiety, więc nie było możliwości weryfikacji jej poprawności.

W ramach ewaluacji zaplanowano przeprowadzenie analizy na podstawie wyszczególnionych w projekcie mierników efektywności, uwzględniających „zmniejszenie liczby występowania odleżyn I, II, III i IV stopnia”, „zmniejszenie nakładów finansowych związanych z leczeniem odleżyn”, „zmniejszenie nakładów finansowych związanych z leczeniem ran zakaźnych”, „zmniejszenie ryzyka zgonów pacjentów z powodów rozległych odleżyn”. Należy zaznaczyć, że wskaźniki nie zostały poprawnie sformułowane. Swoją konstrukcją przypominają cele szczegółowe programu. Brakuje odniesień do ewaluacji działań edukacyjnych i szkoleniowych prowadzonych wśród rodzin i personelu medycznego.

Warto zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, z wykorzystaniem, co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom programu.

#### Warunki realizacji

Projekt zawiera ogólny opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Przedstawiono ogólne informacje nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych, które nie zawierały informacji odnośnie osób odpowiedzialnych za działania edukacyjne oraz informacji o specjalizacji lekarzy. Realizatorem programu będzie podmiot leczniczy wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi.

W ramach budżetu oszacowano jedynie koszty funkcjonowania programu w roku 2019, na 50 000 zł. Koszt akcji informacyjno-edukacyjnej ma wynieść 1000 zł. Koszt konsultacji medycznych w dziedzinie profilaktyki i leczenia odleżyn ma wynieść 12 000 zł. Największy udział kosztów w projekcie ma stanowić pozycja związana z zabiegami profilaktyki i leczenia odleżyn. Jej koszt to 33 000 zł. Brakuje uszczegółowienia zakresu poszczególnych składowych tego kosztu. Edukacja i szkolenia mają pochłonąć koszt w wysokości 3 700 zł w skali roku. Nie wskazano co zostanie zawarte w tym koszcie. Nie odniesiono się do kosztów zakupu sprzętu oraz kosztów monitorowania oraz ewaluacji.

Program ma być w całości finansowany z budżetu Gminy Miasta Jaworzno.

#### **Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję**

##### Problem zdrowotny

Odleżyny są konsekwencją długotrwałego, nie zmieniającego się ucisku na tkankę. Poprzez ciągły ucisk dochodzi do zaburzenia ukrwienia, a tym samym niedotlenienia i niedożywienia tkanek. W wyniku takiego procesu powstaje martwica, czyli miejscowe obumarcie tkanek lub narządów. W miarę oddzielania się tkanek martwiczych powstają trudno gojące się owrzodzenia (rany), ulegające zakażeniu.

Odleżyny mogą być określane w międzynarodowym systemie klasyfikacji odleżyn NPUAP/EPUAP:

Stopień I: Nieblednący rumień:

Nieuszkodzona skóra z nieblednącym zaczerwienieniem o ograniczonym zasięgu, które zwykle pojawia się nad wypukłością kostną. Miejsce może być bolesne, twarde, miękkie, cieplejsze lub chłodniejsze od sąsiedniej tkanki. U osób o ciemnej skórze stopień I może być trudny do zdiagnozowania. Jego obecność może wskazywać osoby „zagrożone”.

Stopień II: Zmniejszona grubość:

Częściowa utrata grubości skóry właściwej o wyglądzie płytkiego otwartego wrzodu z czerwono-różowym dnem, bez tkanki martwiczej wilgotnej oddzielającej się od tkanki zdrowej. Możliwy jest także nienaruszony lub otwarty/pęknięty pęcherzyk z płynem surowicznym lub surowiczno-krwistym. Stopień II nie powinien być używany do opisanego rozdartej skóry, podrażnień od plastra, zapalenia skóry spowodowanego nietrzymaniem moczu lub stolca, maceracji lub otarcia naskórka.

Stopień III: Pełna utrata grubości skóry:

Pełna utrata grubości tkanki. Tłuszcz podskórny może być widoczny, ale kość, ścięgno lub mięsień nie są odsłonięte. Może się pojawić tkanka martwicza wilgotna, która jednak nie zastąpi głębokości utraconej tkanki. Może wystąpić się podminowanie i tunelowanie.

Stopień IV: Pełna utrata grubości tkanki:

Pełna utrata grubości tkanki z odsłonięciem kości, ścięgna lub mięśnia. Może pojawić się oddzielająca się tkanka martwicza wilgotna lub strup. Częste są podminowanie lub tunelowanie.

Przyczyny powstawania odleżyn:

- Czynniki wewnętrzne:
  - stan ogólny i odżywienie (wyniszczenie, otyłość)/typ budowy ciała, ograniczenie ruchomości lub unieruchomienie, nietrzymanie moczu lub stolca, zaburzenie lub brak czucia bólu itp., dodatkowe choroby np. cukrzyca, miażdżycy, stosowanie leków: sterydoterapia, chemioterapia, leki uspokajające i przeciwbólowe, duszność, zmiany pH skóry, zakażenia wewnętrzne, zakażenie bakteryjne skóry.
- Czynniki zewnętrzne:
  - długotrwały nie zmieniający się ucisk na tkanekę np. długotrwałe leżenie na plecach, tarcie - przesuwanie ciała po podłożu np. chory stara się przesunąć pośladki nie unosząc ich, przesuwanie części lub całego ciała chorego względem podłoża w sposób powodujący fałdowanie skóry, Pofałdowanie skóry powoduje skrócenie i zamykanie światła naczyń, uszkodzenie tkanek wywołane urazem, stłuczeniem np. podczas wypadku, który spowodował uraz lub w czasie zabiegów pielęgnacyjnych.

#### Alternatywne świadczenia

W Polsce opieka nad pacjentem z odleżynami może być prowadzona wielotorowo. Istnieje kilka ścieżek postępowania:

- Hospicja w warunkach stacjonarnych:

Na podstawie załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej Dz.U. 2013 poz. 1347 z późn. zm.) określono, że do „nieuleczalnych, postępujących, ograniczających życie chorób nowotworowych i nienowotworowych, w których są udzielane świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej” zalicza się owrzodzenia odleżynowe (kod ICD-10: L89).
- Hospicja w warunkach domowych:

świadczenia dostępne w ramach tego rodzaju opieki są bardzo zbliżone do warunków oferowanych w ramach opieki stacjonarnej w hospicjach z tą różnicą, że w warunkach domowych nie jest oferowane wsparcie farmakologiczne. Możliwe jest natomiast bezpłatne wypożyczenie wyrobów medycznych takich jak np. kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie.
- Zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL):

Lekarz może wydać skierowanie do zakładu opiekuńczego, w przypadku, gdy pacjent spełnia kryteria objęcia świadczeniami gwarantowanymi udzielanymi w warunkach stacjonarnych,

które realizowane są w zakładach opiekuńczych dla osób dorosłych lub dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia.

- Pielęgniarska, domowa opieka długoterminowa:  
Zgodnie z zapisami zawartymi w rozporządzeniu Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2013 poz. 1480 z późn. zm.) pacjent może skorzystać z pielęgniarskiej opieki długoterminowej realizowanej w warunkach domowych.
- W ramach świadczeń pielęgniarskich wykonywanych samodzielnie bez zlecenia lekarskiego:  
Zgodnie z zapisami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. 2017 poz. 497) należy zauważyć, że pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń leczniczych obejmujących dobór sposobów leczenia ran. Warunkiem koniecznym jest ukończenie przez nią kursu specjalistycznego lub kursu kwalifikacyjnego lub posiadanie tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa.

#### Ocena technologii medycznej

W toku analizy odnaleziono następujące rekomendacje kliniczne:

- Polskie Towarzystwo Leczenia Ran – PTLR 2010;
- American College of Physicians – ACP 2015;
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance – NPUAP/ EPUAP/PPPIA 2014;
- National Institute for Health and Care Excellence – NICE 2014;

Podsumowanie rekomendacji klinicznych

Skale oceny ryzyka:

Najpowszechniejszą metodą wyodrębnienia chorych narażonych na wystąpienie odleżyn jest ocena punktowa, dokonana w oparciu o standaryzowane narzędzia predykcyjne - punktowe skale oceny ryzyka rozwoju odleżyn (PTLR 2010, NICE 2014, NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014). Zaleca się wykorzystywanie skal: Norton, Waterlow, CBO, Braden, Douglas (PTLR 2010, NICE 2014). Rekomenduje się przeprowadzenie oceny skóry przez przeszkolonego pracownika ochrony zdrowia wśród pacjentów, u których występuje duże ryzyko odleżyn (NICE 2014). Należy przeprowadzić uporządkowaną ocenę ryzyka tak szybko, jak to możliwe (w ciągu maksymalnie ośmiu godzin po przyjęciu), aby zidentyfikować osoby zagrożone wystąpieniem odleżyn (NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014). Zaleca się podjęcie ponownej oceny w przypadku gdy u pacjenta dojdzie do poważnych zmian w stanie zdrowia (PTLR 2010, NICE 2014, NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014). Rekomenduje się opracowanie i wdrożenie opartego na ocenie ryzyka, planu profilaktycznego dla osób zidentyfikowanych jako zagrożone wystąpieniem odleżyn (PTLR 2010, NICE 2014, NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014). Należy uwzględnić wpływ następujących czynników na ryzyko powstania odleżyn u pacjenta: wskaźniki dotyczące odżywienia, czynniki wpływające na perfuzję i utlenowanie, wilgotność skóry (NICE 2014, NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014). Przy ocenie ryzyka odleżyn należy rozważyć również następujące czynniki: podwyższoną temperaturę ciała, zaawansowany wiek, percepcję czuciową, ogólny stan zdrowia (NICE 2014, NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014).

Pielęgnacja skóry:

Należy unikać układania pacjenta na częściach ciała zaczerwienionych po poprzednim ucisku. Zaczerwienienie wskazuje, że tkanka nie zregenerowała się po poprzednim ucisku i musi odpocząć, zanim

znów zostanie obciążona (PTLR 2010, NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014). Nie rekomenduje się masażu jako formy profilaktyki odleżyn. Masaż jest przeciwwskazany w przypadku ostrego stanu zapalnego, gdy naczynia krwionośne mogą być uszkodzone, lub w przypadku delikatnej skóry. Masażu nie należy zalecać jako metody zapobiegania odleżynom (NICE 2014, NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014). Nie zaleca się energicznego pocierania skóry zagrożonej odleżynami. Tarcie skóry jest nie tylko bolesne, ale może także spowodować lekkie uszkodzenie tkanki lub wywołać stan zapalny, szczególnie u słabych starszych osób (PTLR 2010, NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014). Do nawilżania suchej skóry należy stosować środki zmiękczające skórę, aby zmniejszyć ryzyko jej uszkodzenia. Sucha skóra jest istotnym i odrębnym czynnikiem ryzyka przyczyniającym się do powstawania odleżyn (PTLR 2010, NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014). Należy stosować opatrunki barierowe chroniące skórę przed nadmiernym zawilgoceniem, aby zmniejszyć ryzyko jej uszkodzenia przez ucisk. Wilgoć i temperatura zmieniają mechaniczne właściwości warstwy rogowej (PTLR 2010, NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014).

#### Repozycjonowanie pacjenta:

Najprostszym, a zarazem najbardziej znaczącym sposobem ograniczenia ucisku jest zmiana pozycji ciała chorego w łóżku nie rzadziej niż co dwie godziny (PTLR 2010). Wytyczne NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014 wskazują, że częstotliwość zmiany pozycji powinna być regulowana stosownie do tolerancji tkanki pacjenta, jego aktywności i mobilności, ogólnego stanu medycznego, ogólnych celów leczenia oraz wyników oceny stanu skóry. Z kolei rekomendacje NICE 2014 wskazują, że zmiana pozycji ciała powinna następować co najmniej co 4 godziny (pacjenci z wysokim ryzykiem powstania odleżyn) lub co najmniej co 6 godzin (pacjenci, u których istnieje mniejsze ryzyko rozwoju odleżyn). Chorzy korzystający z wózka inwalidzkiego również powinni regularnie zmieniać pozycję siedzenia i unosić ciężar ciała co około 15-20 minut, by chwilowo odciążyć miejsca poddane uciskowi (PTLR 2010). Nie należy układać pacjenta na wypukłościach kostnych z objawami nieblednącego rumienia (NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014). Zmiany pozycji należy dokonywać stosując odchyłoną o 30 stopni boczną pozycję leżącą (przemienne prawy bok, plecy, lewy bok) lub pozycję na brzuchu, jeśli pacjent ją toleruje i pozwala na nią stan jego zdrowia. Należy unikać pozycji zwiększających ucisk, takich jak leżenie na boku pod kątem 90 stopni, czy pozycja półleżąca (PTLR 2010, NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014).

#### Stosowanie materaców przeciwoleżynowych:

Zaleca się prewencyjne stosowanie sprzętu pomocniczego (podkłady, ślizgi, podnośniki), a także materace przeciwoleżynowe różnych klas, dostosowane do stopnia zagrożenia. Należy wykorzystywać materace wykonane z pianki wysokiej jakości (PTLR 2010, NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014). Najwyższym stopniem skuteczności zapobiegania odleżynom charakteryzują się tzw. łóżka fluidalne (PTLR 2010, ACP 2015). Nie zaleca się stosowania zwykłych materaców u pacjentów z odleżynami (PTLR 2010, NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014). Nie należy stosować materaców pneumatycznych o zmiennym ciśnieniu z małymi komorami powietrznymi lub nakładek (NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014).

#### Odżywianie:

Szczególnie narażone na niedobory pokarmowe są osoby starsze, chorzy z wieloukładowym obrazem chorób oraz chorzy na nowotwory (PTLR 2010). Zaleca się udokumentowanie oceny wagi każdego pacjenta i zidentyfikowanie pacjentów u których doszło do znaczącego spadku masy ciała (PTLR 2010, NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014). W razie konieczności należy modyfikować dietę i dostosowywać ją do pacjenta szczególnie w przypadku gdy dochodzi do zmniejszenia spożycia pokarmów i płynów (PTLR 2010, NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014). Należy starać się zachęcać osoby, u których istnieje ryzyko rozwoju odleżyn lub też, u których już stwierdzono występowanie odleżyn, do spożywania zbilansowanej diety, która zawiera bogate źródła witamin i minerałów (PTLR 2010, NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014). Przed podjęciem interwencji dietetycznych należy ocenić indywidualne zdolności pacjenta do spożywania pokarmu oraz zapotrzebowanie na poszczególne składniki odżywcze (PTLR 2010, NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014). Rekomenduje się indywidualnie określone wsparcie suplementami diety w zakresie podaży białka, aminokwasów, witamin/mikroelementów, oraz odpowiedniego nawodnienia wśród pacjentów z objawami niedożywienia (PTLR 2010, NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014, ACP 2015). Profilaktyka powinna opierać się o: systematyczną ocenę stanu odżywienia, zwiększenie podaży białka maksymalnie do 1,5 g/kg m.c./dobę, wyrównanie podaży kalorii do 25-30 kcal/kg m.c./dobę, stosowanie diety adekwatnej



do stanu klinicznego, optymalne nawodnienie, stosowanie suplementacji witaminowej i mineralnej wyłącznie przy występowaniu wyraźnych objawów niedoboru. (PTLR 2010). Wytyczne NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014 zalecają podaż białka na poziomie od 1,25 do 1,5 g/kg m.c./ dobę, a zapotrzebowanie kaloryczne zostało określone na poziomie od 30 do 35 kcal / kg masy ciała osób dorosłych z odleżynami, u których stwierdzono niedożywienie.

Opatrunki:

Dobór opatrunku powinien być dokonywany indywidualnie, z uwzględnieniem następujących kryteriów: postać rany i jej etiologia, faza gojenia, obecność lub brak wysięku oraz intensywność wydzielania, głębokość uszkodzenia tkanek, obecność lub brak zakażenia (PTLR 2010, NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014). W zależności od powyższych czynników można stosować m.in. opatrunki hydrożelowe, hydrokoloidowe, alginianowe, gąbki poliuretanowe, opatrunki poliuretanowo-piankowe (PTLR 2010, NICE 2014, NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014, ACP 2015). Należy unikać używania opatrunków z gazy dla otwartych odleżyn, ponieważ powodują ból po usunięciu, mogą również prowadzić do wysychania żywej tkanki w przypadku gdy opatrunek jest suchy (NICE 2014, NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014).

Leczenie przy pomocy biofizycznych metod:

Terapia w podczerwieni, laseroterapia, terapia wibracyjna, hiperbaryczna terapia tlenowa oraz miejscowa terapia tlenowa nie są zalecane do rutynowego stosowania ze względu na obecnie niewystarczającą jakość dowodów (NICE 2014, NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014). Basen wirowy nie powinien być brany pod uwagę podczas rutynowego stosowania w leczeniu odleżyn z powodu możliwości dodatkowego skażenia rany (NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014). Można rozważyć zastosowanie metody elektrostymulacji aby ułatwić gojenie się ran w opornych odleżynach w II stopniu zaawansowania, a także we wszystkich odleżynach w III i IV stopniu (ACP 2015, NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014).

Edukacja rodziny w zakresie stosowania profilaktyki przeciwodleżynowej:

Rodzinę należy zapoznać z zasadami profilaktyki, nauczyć opiekunów jak skutecznie ją prowadzić w warunkach domowych. Należy przeprowadzić instruktaż zmiany pozycji ułożeniowej, zapoznać z rodzajami i zasadami stosowania udogodnień (PTLR 2010, NICE 2014, NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014). W razie konieczności osoba prowadząca działania edukacyjne powinna powtórzyć wszelkie informacje i czynności w celu lepszego zapamiętania przez rodzinę/opiekunów (PTLR 2010). Zaleca się wykorzystywanie ulotek, broszur informacyjnych, które rodziny/opiekunowie będą mogli wykorzystać w codziennej praktyce (PTLR 2010).

Szkolenia personelu medycznego:

Należy szkolić specjalistów w przeprowadzaniu kompleksowej oceny skóry, określania grup wysokiego ryzyka rozwoju odleżyn, a także w technikach wykrywania objawów takich jak blednięcie, miejscowo podwyższona ciepłota ciała, obrzęk i stwardnienie (NICE 2014, NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014). Szkolenie na temat prawidłowych metod zmieniania pozycji i wykorzystania sprzętu powinno być dostępne dla wszystkich osób opiekujących się pacjentami zagrożonymi odleżynami, włącznie z samym pacjentem i innymi właściwymi osobami (kiedy jest to możliwe i potrzebne) (NICE 2014, NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014).

**Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.**

#### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1510.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.174.2018 „Profilaktyka i leczenie odleżyn w Jaworznie” realizowany przez: gminę miasto Jaworzno, Warszawa, październik 2018 oraz Opinia Rady Przejrzystości nr 274/2018 z dnia 8 października 2018 roku o projekcie programu „Profilaktyka i leczenie odleżyn w Jaworznie”