

Zakład Rehabilitacji Akademii Medycznej w Warszawie
Kierownik Prof. nadz.dr hab. Joanna Juskowa

WITOLD RONGIES

Preparing nurses to the co – operation with rehabilitation staff

Przygotowanie pielęgniarek do współpracy z zespołem rehabilitacyjnym

Gdy w 1972r, rozporządzeniem urzędującego Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, rehabilitacja stała się integralną częścią leczenia w naszym kraju, nikt chyba nie przypuszczał tak gwałtownego rozwoju i znaczenia tej dziedziny medycyny [1]. Potwierdzeniem powyższego stwierdzenia jest współczesny udział rehabilitacji w niemal wszystkich działach lecznictwa zamkniętego [2]. Poza powszechnym uznaniem roli leczenia usprawniającego w warunkach ambulatoryjnych, coraz częściej znajdujemy dowody na to, że również w warunkach hospitalizacji rehabilitacja jest ważnym, nieodzownym, a często podstawowym czynnikiem decydującym o końcowym wyniku leczenia. Przykładem jest udział w procesie leczenia w klinikach i oddziałach neurologii, neurochirurgii, ortopedii, reumatologii. Od dawna wiadomo, że nie tylko dobrze wykonany zabieg operacyjny czy też trafna decyzja postępowania lekarza internisty decydują o zdrowiu i życiu chorego. W wielu krajach o wysokiej kulturze medycznej tworzone są zespoły terapeutyczne, w których . specjaliści różnych profesji, w tym rehabilitacji, pielęgniarstwa, socjologii, psychologii klinicznej, terapii zajęciowej wraz z lekarzem prowadzącym, wspólnie ustalają program działań medycznych mających na celu optymalizację rehabilitacji.

Rehabilitacja, jest to kompleksowe, zespołowe działanie i postępowanie w odniesieniu do osób niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie (na skutek wad wrodzonych, schorzeń, urazów), które ma na celu przywrócenie tym osobom pełnej lub maksymalnej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym.

Przytoczona definicja jest jedną z wielu jakie stworzył człowiek. Podkreśla ona w sposób szczególny zasadę działania zespołowego i kompleksowego. Dlatego jeśli mówimy o wielu sukcesach współczesnej rehabilitacji, zapominamy często, iż sukcesy te, to właśnie wynik pracy zespołowej, a nie tylko specjalistów rehabilitacji. Szczególnie, jeśli dotyczą one procesu leczenia usprawniającego w warunkach hospitalizacji, a więc etapu, w którym prawidłowa diagnoza, zabiegi interwencyjne wykonywane przez lekarza oraz zabiegi z zakresu pielęgniarstwa stanowią nierozzerwalną całość [3]. Rehabilitacja jest, więc specjalnością interdyscyplinarną wnoszącą do procesu leczenia głęboki humanizm, a biorąc pod uwagę postępującą technicyzację działań medycznych przeciwstawia się zjawiskom dehumanizacji medycyny [4,5].

W prawdzie w ostatnich latach dokonano niewiele obserwacji klinicznych na temat skuteczności połączonych działań medycznych (w tym rehabilitacyjno – pielęgniarstkich), to codzienna praktyka szpitalna dowodzi, iż współpraca taka jest nieodzownym warunkiem uzyskania optymalnego i najlepszego również z punktu widzenia ekonomii wyniku leczenia [6,7]. Potwierdzeniem tak przedstawionej tezy mogą być uzyskiwane wyniki zespołu medycznego w klinikach chirurgicznych SP CSK. Dzięki wieloletnim próbom stworzenia wzorcowego modelu współdziałania w tych oddziałach w zakresie prowadzenia chorych po zabiegach operacyjnych w latach 1990 – 2001 nie stwierdzono istotnych dla procesu zdrowienia, powikłań w obrębie układu oddechowego, krążeniowego oraz narządu ruchu. Jednym z rezultatów tych obserwacji jest stałe skracanie średniego czasu hospitalizacji. W latach 1990

– 1998 po zabiegach operacyjnych, średni czas pobytu w klinikach chirurgicznych wynosił 18,2 dni. Dla porównania w roku 1999 wyniósł 14,1, w roku 2000 12,8, a w roku 2001 już tylko 10,87 dnia (informacje Działu Analiz Ekonomicznych SP CSK). Analizując powyższe dane, należy sądzić, iż osiągnięty rezultat to wynik między innymi ściślejszej współpracy lekarza prowadzącego z zespołem pielęgniarsko – rehabilitacyjnym. Potwierdzeniem przytoczonego przypuszczenia jest zdecydowanie większa i stale rosnąca liczba skierowań lekarskich z prośbą o włączenie zabiegów rehabilitacyjnych w latach poddanych obserwacji. Dla przykładu w latach 1990 – 1998 u ok. 41% hospitalizowanych w oddziale chirurgicznym wprowadzono tzw. rehabilitację przyłóżkową do procesu leczenia, a w latach 1998 – 2001 aż u ok. 62% operowanych. Ta zmiana poniekąd wymusiła szerszą współpracę zespołu pielęgniarsko – rehabilitacyjnego i dotyczyła takich wspólnych działań jak:

- a) Prowadzenie ćwiczeń oddechowych
- b) Stosowania pozycji drenażowych
- c) Ćwiczeń ze wspomaganym odkształcaniem
- d) Szybkiej pionizacji
- e) Ćwiczeń czynnych kkd w ramach profilaktyki przeciwzakrzepowej
- f) Aktywizacji pacjenta do czynności samoobsługi
- g) Działań przeciwoleżynowych
- h) Działań psychoterapeutycznych, ze szczególnym uwzględnieniem terapii motywacyjnej
- i) Synchronizacji zabiegów pielęgnacyjnych, opatrunkowych z działalnością rehabilitacyjną
- j) Przestrzegania zasad profilaktycznych w zakresie stosowania wkłuc dożylnych,
- k) Przestrzegania zasad pionizacji
- l) Przestrzegania zasad higieny wewnątrzszpitalnej

Częstsze angażowanie zespołu rehabilitacyjnego w oddziałach chirurgicznych, było rezultatem coraz lepszych ocen tego postępowania przez lekarzy – chirurgów. Musiało ono również zaowocować doskonaleniem zasad współpracy zespołu rehabilitacyjno – pielęgniarskiego. Założono, iż osiągnięcie tego celu umożliwi wspólne uczestnictwo pielęgniarek i rehabilitantów w:

- a) Posiedzeniach chirurgicznych,
- b) Wykładach prowadzonych przez specjalistów rehabilitacji o tematyce z zakresu działania biologicznego wybranych zabiegów rehabilitacyjnych, wpływu hipokinezy na organizm ludzki,
- c) Prezentacjach nowych osiągnięć z zakresu leczenia fizykalnego (np. ENDOLAMP), które przyczyniają się do przyspieszenia procesu gojenia się ran pooperacyjnych, ran oparzeniowych oraz ran zakażonych i trudno gojących się,
- d) Szkoleniach na temat zakażeń wewnątrzszpitalnych,
- e) W pracach klinicznych prowadzonych przez specjalistów rehabilitacji.

Poszukiwania nowych rozwiązań rozwoju współpracy zespołu pielęgniarsko – rehabilitacyjnego wynikały wyłącznie z woli uzyskania postępu w zakresie lepszej opieki medycznej nad chorym, podnoszenia kwalifikacji zawodowych jak również obniżania kosztów leczenia szpitalnego.

Przytoczone wyniki w zakresie skrócenia czasu pobytu chorego w oddziałach chirurgicznych SP CSK AM, które osiągnięto przede wszystkim lepszej i zespołowej współpracy całego zespołu medycznego, nie umniejsza zapewne fakt wprowadzania w życie coraz nowocześniejszych i doskonalszych technik operacyjnych (np. z zastosowaniem techniki laparoskopowej) jak również skuteczniejszego leczenia farmakologicznego.

W dobie systemowych przemian funkcjonowania polskiej służby zdrowia poszukujemy rozwiązań, które przyczynią się do szybszego, bardziej efektywnego i ekonomicznego sposobu leczenia chorych [8,9]. Przytoczone, bardzo korzystne zmiany w systemie leczenia w oddziałach chirurgicznych, wynikały jak wspomniałem wyłącznie z woli zespołu medycznego i stanowią przykład zmian ewolucyjnych. Nowy system kształcenia pielęgniarek, studia licencjackie w ramach Akademii Medycznych, zawierający w nowym programie kształcenia również przedmioty z dziedziny rehabilitacji, umożliwią zmiany o charakterze rewolucyjnym.

WNIOSKI KOŃCOWE

1. Nowoczesne metody, z których korzysta medycyna niosą ze sobą koszty, które zwłaszcza w zakresie lecznictwa zamkniętego można obniżyć poprzez zmiany w systemie kształcenia personelu medycznego.

2. Włączenie do programu nauki na kierunkach pielęgniarstwa przedmiotów z zakresu rehabilitacji, stwarza szansę na poprawę współpracy zespołu pielęgniarско – rehabilitacyjnego.
3. Realne korzyści rozszerzenia współpracy zespołu pielęgniarско – rehabilitacyjnego to: optymalizacja opieki nad chorym, skrócenie czasu jego hospitalizacji i w efekcie obniżenie kosztów leczenia. Osiągnięcie tych celów będzie możliwe poprzez: uniknięcie wielu powikłań wynikających często z wymuszonej stanem chorobowym niedocenianej hipokinezji hospitalizacyjnej.
4. Prawidłowa współpraca zespołu pielęgniarско – rehabilitacyjnego pozwala na kontynuację procesu rehabilitacji leczniczej w godzinach popołudniowych (np. stosowanie właściwej terapii ułożeniowej).

BIBLIOGRAFIA

1. Milanowska K.: Podstawy rehabilitacji ruchowej. Wyd. Sport i Turystyka, 1981, s. 19.
2. Delisa JA, Martin GM, Currie DM. Rehabilitation Medicine: Past, Present and Future. In Delisa JA, ed. Rehabilitation Medicine: Principles and Practice. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1988, pp.3-24.
3. Bahrynowska – Fic J.: Usprawnianie lecznicze – rola pielęgniarki. Pielęgniarka i Położna. 1981 nr. 2.
4. Garrison S. J.: Podstawy rehabilitacji i medycyny fizykalnej. PZWL Warszawa 1997 s. 3.
5. Rejzner C., Szczygielska – Majewska M. Wybrane zagadnienia z rehabilitacji. Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1992, s. 62 – 63.
6. Bartzak A.: Rola pielęgniarki w kształtowaniu postaw pacjentów wobec zdrowia i choroby. W: Wołowicka L. (red.): Wybrane zagadnienia pielęgniarstwa klinicznego. IV. AM Poznań, 1989, s. 145.
7. Książek M.: Rola pielęgniarki w procesie rehabilitacji osób ze schorzeniami narządu ruchu. Szkoła Medyczna 1971,s.4.
8. Morrissy A. B.: Pielęgniarstwo rehabilitacyjne. PZWL. Warszawa 1970.
9. Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem: Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie. Materiały II Kongresu TWK red. Hulek A. PZWL 1986 s. 7 – 9.

STRESZCZENIE

W dobie systemowych przemian funkcjonowania polskiej służby zdrowia poszukujemy rozwiązań, które przyczynią się do szybszego, bardziej efektywnego i ekonomicznego sposobu leczenia chorych. Nowoczesne metody, z których korzysta medycyna niosą ze sobą koszty, które zwłaszcza w zakresie lecznictwa zamkniętego można obniżyć poprzez zmiany w systemie kształcenia personelu medycznego. Pierwsze kroki w tym kierunku poczyniono tworząc wydziały licencjackie w akademiach medycznych dla pielęgniarek i położnych, radykalnie zmieniając program nauczania, a także włączając do nauki na tych kierunkach studiów przedmioty z zakresu rehabilitacji. Fakt ten stwarza szansę na poprawę współpracy zespołu pielęgniarско i rehabilitacyjnego, czego wynikiem będą realne korzyści takie jak: poprawa opieki nad chorym, skrócenie czasu jego hospitalizacji i w efekcie obniżenie kosztów leczenia. Osiągnięcie tych celów będzie możliwe poprzez: uniknięcie wielu powikłań wynikających często z wymuszonej stanem chorobowym hipokinezji hospitalizacyjnej, stosowanie właściwej terapii ułożeniowej, jak również egzekwowanie zaleceń rehabilitacyjnych w godzinach popołudniowych.

SUMMARY

Nowadays, during the time of changes in the Polish health care system we are looking for solutions, which will result with better, more effective and more economical way of treating the patients. The modern methods, the medicine is currently using carry the costs. These costs may be decreased, especially in case of the hospital treatment, through the changes in educational system for medical staff. The first steps are already taken by establish of licentiate departments in the medical academies for nurses and midwife, fundamentally changing the educational programme and including the subject of rehabilitation. This fact makes the chance for improving the co – operation between nurses and rehabilitation staff with real profits ie.: improving the way of nursing a patient, short time of hospitalisation and in consequence making lower the total costs of treatment. Achieving these goals is possible through: avoid of many complication related to constrain by state of the hospital' hypokinesion, using of the appropriate position in the bed and exact the performance of the rehabilitation' prescriptions in the afternoon hours.