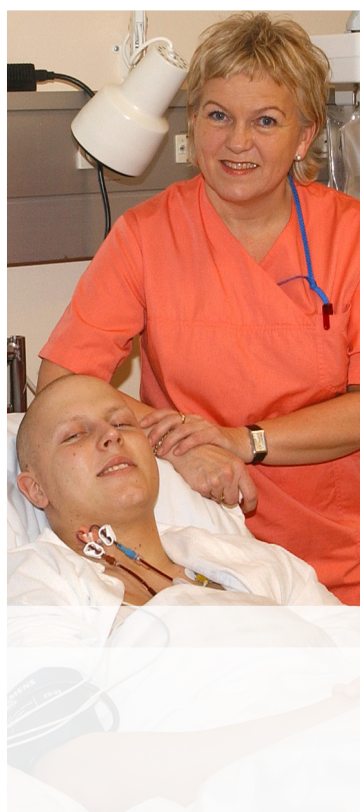




Hjúkrunarstýrð þjónusta fyrir einstaklinga með húðsýkingu: Þróun göngudeildar

Berglind Guðrún Chu BS MS
hjúkrunarfræðingur á smitsjúkdómadeild



Lyflækningasvið
Ágúst 2013

Efnisyfirlit

Formáli	4
Samantekt	5
Inngangur	6
Cellulitis	6
Umfang og alvarleiki	8
Þjónustan sem cellulitis-sjúklingar fengu á Landspítala	9
Skipulag nýrrar þjónustu	9
Tillaga að göngudeildarþjónustu	11
Mikilvægi nýrrar þjónustu	12
Mat á þjónustunni	12
Lokaorð	12
Heimildir	12

Formáli

Cellulitis er sýking í dýpri lögum húðar og húðbeði, oftast af völdum bakteríanna *S. aureus* og *Streptococcus*. Algengasti staðurinn er á fótleggjum. Helstu einkenni eru roði, verkur og bólga og í sumum tilfellum myndast vökvafylltar blöðrur sem springa og mynda sár. Fyrstu einkenni geta verið mjög óljós, flensulík með hita, hrolli, slappleika og jafnvel uppköstum. Fylgikvillar eru margir og ef sýkingin er ekki meðhöndluð í tíma getur það leitt til blóðsýkingar og dauða. Erlendis er cellulitis oft notað sem samheiti yfir bæði cellulitis og erysipelas og verður það einnig gert í þessu riti.

Talið hefur verið að sjúklingar með cellulitis þurfi minni þjónustu en aðrir vegna þess að sýkingin sé auðveld viðureignar. Eins hafa margir hverjir verið á fótum og því álitid að þeir geti séð um sig sjálfir. Sýkingin læknastr með sýklalyfjameðferð í töfluformi að öllu jöfnu. Stundum hefur verið þörf á sýklalyfjum í æð og innlögn en þær innlagnir hafa verið stuttar og stytast enn meir eftir því sem tíminn líður og meiri áhersla verður á hagræðingu í rekstri Landspítalans. Sjúklingarnir eru útskrifaðir það snemma að oft eru þeir ennþá með einkennum roða, bólgu og verki, og skert athafnaþrek fylgir oft á tíðum. Einkennin geta varað lengi og eru einstaklingarnir heima oft óöruggir og vita ekki hvort sýkingin sé í raun farin. Í kjölfarið leita þeir til læknavaktarinnar eða heilsugæslunnar og fá frekari sýklalyfjameðferð, sem gæti í raun verið óþörf. Þetta eykur hættuna á auknu ónæmi baktería og er það eitt af mikilvægari vandamálum í heiminum í dag vegna ofnotkunar á sýklalyfjum (Dryden o.fl., 2009).

Sjúklingahópurinn sem fær cellulitis er að eldast. Einstaklingarnir hafa fleiri undirliggjandi sjúkdóma sem geta haft áhrif á bataferlið og leggjast þeir endurtekið inn á spítalann. Rannsóknir sýna að í allt að 30-50% tilfella fá einstaklingar með cellulitis endurteknar sýkingar. Við hverja nýja sýkingu verður erfiðara að meðhöndla sjúklinginn. Kominn er tími til að huga að forvörnum svo hægt sé að sporna við endurteknum sýkingum og innlögnum. Því er mikilvægt að efla fræðslu til þessara einstaklinga og kenna þeim og fjölskyldum þeirra leiðir til sjálfshjálpar.

Í þessu riti er gerð grein fyrir húðsýkingum, í hverju þær felast og alvarleika þeirra. Komið er inn á algengi og alvarleika vandamálsins á Íslandi og rætt um hjúkrunarþarfir einstaklinganna. Fjallað verður um þjónustuna sem einstaklingarnir hafa fengið síðustu ár og rætt ítarlega um þörf þeirra á aukinni hjúkrunarþjónustu í formi hjúkrunarstýrðrar göngudeildar. Það er von mín að skýrslan sýni fram á mikilvægi þess að komið verði á fót nýrri þjónustu fyrir þennan skjólstaðingahóp og mikilvægi sérfræðings í hjúkrun til að sinna því hlutverki.

Samantekt

Cellulitis er algeng ástæða þess að einstaklingar leita þjónustu heilbrigðiskerfisins og getur oft á tíðum leitt til langra og endurtekinna innlagna og mikils kostnaðar. Cellulitis getur verið mjög alvarlegt og erfitt viðureignar. Afleiðingarnar geta verið lífshættulegar. Þeir sem þurfa innlögn á Landspítala eru nokkuð stór hópur, þeir liggja oft stutt inni og fá ekkert eftirlit eftir útskrift. Hættan á endurteknum sýkingum er mikil og því til mikils að vinna að bæta þjónustu við einstaklingana á allan hátt, allt frá innlögn til útskriftar af sjúkrahúsinu. Mjög mikilvægt er að þeir fái gæðahjúkrun og markvissa fræðslu, því með henni er hægt að vinna að forvörnum og koma í veg fyrir endurteknar sýkingar. Eins er mjög mikilvægt að efla eftirfylgni eftir útskrift til að styðja þá þegar heim er komið og mögulega koma í veg fyrir endurinnlagnir.

Lagt er til að:

- Komið verði formlega á fót göngudeild fyrir sjúklinga með húðsýkingar þar sem hjúkrunarfræðingar veita einstaklingunum fræðslu, stuðning og eftirfylgd eftir útskrift af sjúkrahúsinu.
- Komið verði á fót stöðu sérfræðings í hjúkrun, sem heldur utan um starfsemina og þróar hana áfram í þverfaglegri samvinnu við aðra sérfræðinga í hjúkrun, hjúkrunarfræðinga á legudeildum og bráðadeildum, lækna og aðra meðferðaraðila.
- Skapa þarf starfsemi göngudeildar rými á endurkomudeild G3 þar sem einstaklingarnir þiggja sýklalyfjameðferð í æð og eins þarf að tryggja fasta skrifstofuaðstöðu í húsnæði spítalans þar sem sjúklingarnir liggja inni (Fossvogur).
- Tryggja þarf samstarf við legudeildir og bráðadeildir spítalans.
- Kennsla í tengslum við Hjúkrunardeild Háskóla Íslands og fræðastörf er veigamikill þáttur starfseminnar og þarf að gera ráð fyrir henni frá upphafi.
- Huga þarf að því hvernig árangur af starfsemi göngudeildarinnar verður metinn. Líta þarf til markmiða með þjónustunni, sem er aðallega að koma í veg fyrir innlagnir og endurteknar sýkingar, auka gæði þjónustunnar og efla lífsgæði einstaklingsins.

Inngangur

Húðsýkingar hafa verið meðhöndlaðar með sýklalyfjum með góðum árangri. Fyrir flesta er töflumeðferð nóg en sumir þurfa innlögn á sjúkrahús og sýklalyf í æð í nokkra daga (Stevens og Eron, 2009). Einkennin geta verið væg og eingöngu staðbundin en einnig getur sýkingin farið út í blóðrásina og valdið system-einkennum. Fylgikvillar eins og bjúgur, blöðrur og grafrarkýli lengja legutíma um daga og jafnvel vikur. Tíðni endurtekinna sýkinga er mjög há. Þó svo að einstaklingur fái ekki sýkingu mörgum sinnum á ári er algengt að um sé að ræða á tveggja til fjögurra ára fresti og hver ný sýking er erfiðari viðureignar og tekur lengri tíma að jafnaði að ná tókum á henni.

Stuttur legutími vegna skorts á legudeildarplássum, hækkandi aldur sjúklinga og veikari sjúklingar gera hjúkrunarfræðingum erfiðara um vik að ná að sinna öllum þörfum skjólstæðinga sinna. Mikill hraði og álag veldur því að eitthvað verður útundan og hefur fræðsla til sjúklinga með húðsýkingar verið mjög takmörkuð fyrir vikið. Vegna skipulagsbreytinga á Landspítala er líka meira um að einstaklingar lendi ekki endilega á réttri sérgreinarlegudeild heldur leggist á aðrar deildir þar sem sérþekking á húðsýkingum er af skornum skammti. Þetta eitt og sér getur leitt til lengri legutíma. Til þess að koma í veg fyrir endurteknar sýkingar þarf fræðslu um áhættuþætti og forvarnir (Beasley, 2011; Hirschmann og Raugi, 2012; Nazarko, 2012). Eins þarf að vinna með orsakabáttum sýkingarinnar en það hefur oft gleymst á fyrri árum. Erlendis eru dæmi þess að göngudeildir fyrir húðsýkingar hafi verið stofnaðar til að sinna þessum þörfum og er áherslan þar að koma í veg fyrir innlagnir. Þörf er á nýjum úrræðum og því legg ég til að komið verði á fót hjúkrunarstýrðri göngudeildarþjónustu fyrir þennan skjólstæðingahóp.

Cellulitis

Cellulitis er hratt vaxandi bólga í dýpri lögum húðar og húðbeði sem er yfirleitt orsök sýkingar (mynd 1). Algengasta staðsetningin er á neðri hluta fótleggjar en þó getur hún verið á handleggjum, brjóstum, í andliti og á fleiri stöðum (Gunderson, 2011). Staðbundin einkenni eru roði, bólga, hiti og verkur (Napierkowski, 2013; Swartz, 2004). Bjúgur er stundum það mikill að vökvafylltar blöðrur myndast, springa og mynda stór sár (Beasley, 2011; Hirschmann og Raugi, 2012). Eins eru oft system-einkenni eins og hækkaður líkamshiti, hrollur og slappleiki (Nazarko, 2012; Wingfield, 2012). Einkenni flensu ásamt uppköstum eru ein ástæða seinkunar á greiningu og meðferð og vita einstaklingar oft ekkert hvað um ræðir fyr en þeir sjá roðann á fótleggnum sem dreifist hratt upp legginn. Sé sýkingin ekki meðhöndluð tímanlega geta fylgikvillar orðið eins og graftarkýlismyndun (e. abscess), beinsýking, drep í mjúkvæfjum, blóðsýking og dauði (Beasley, 2011; Wingfield, 2012).



Mynd 1. Cellulitis

Ein eigindleg rannsókn fannst sem fjallar um upplifun einstaklinga með húðsýkingu. Í þeirri rannsókn kom í ljós að sýkingin veldur slæmum verkjum, sem heftir hreyfigetu, hún veldur kvíða, óvissu og skertri líkamsímynd. Einstaklingarnir í þeirri rannsókn töldu sig fá lélegri þjónustu en aðrir vegna þess að þeir voru taldir sjálfbjarga og á fótum. Það varð oft seinkun á réttri sjúkdómsgreiningu og bata vegna þess hversu flensulík einkennin voru í byrjun en um leið og staðbundin einkenni roða og bólgu komu í ljós var þróunin mjög ör og olli það einstaklingunum kvíða. Útlit fótar með bjúg, blöðrur og vessa hafði áhrif á líkamsímynd þeirra. Þeim fannst vanta betri upplýsingar og meiri stuðning frá heilbrigðisstarfsfólki (Carter, Kilburn og Featherstone, 2007).

Ljóst er, samanber umfjöllun hér að ofan, að húðsýking er ekkert einfalt mál. Áhættuþættir eru margir (sjá töflu 1) (Bailey og Kroshinsky, 2011; Gunderson, 2011; Sigríður Björnsdóttir o.fl., 2005; Stevens og Eron, 2009; Wingfield, 2012) en á Landspítala er tilfinningin sú að það séu einna helst áverkar og sár hjá öldruðum. Eins eru undirliggjandi sjúkdómar og langvarandi bjúgur oft undanfari sýkingarinnar. Bjúgur hefur sýnt sig vera bæði orsök og afleiðing cellulitis og sýnt hefur verið fram á tengsl langvinnis bjúgs og endurtekinna sýkinga (Cox, 2006). Yngri einstaklingar eru með lélega fóthirðu, sprungur milli taa og örverugróður, oftast í formi sveppa á húð og á tánögglum. Einstaklingarnir fá sveppi oft vegna reglulegra sundferða og notkunar heitra potta.

Tafla 1. Áhættuþættir cellulitis

• Örverugróður á fótum (sveppir)
• Áverki á húð (bruni, skrámur, brot, skurður, tattú)
• Offita
• Aðgerðir
• Fyrri sýkingar
• Bláæða- og/eða sogæðasjúkdómur
• Sár
• Ónæmisbæling/næringarskortur
• Bjúgur
• Bit og klór
• Exem og psoriasis
• Þurr húð
• Alkóhólismi og sprautufíkn

Meðferð við húðsýkingum hefur eingöngu beinst að sýklalyfjum og hálegu. Gleymst hefur að meðhöndla undirliggjandi orsakabætti eins og sveppasýkingar og bjúg, en aukin áhersla er á meðhöndlun þessara þátta til þess að koma í veg fyrir endurteknar sýkingar (Bailey og Kroshinsky, 2011; Cox, 2006; Gunderson, 2011; Hirschmann og Raugi, 2012; Napierkowski, 2013; Wingfield, 2009). Hver ný sýking er erfiðari viðureignar en sú síðasta. Þetta leiðir til aukins kostnaðar og endurtekinna innlagna.

Umfang og alvarleiki

Cellulitis er algeng ástæða þess að einstaklingar leita þjónustu heilbrigðiskerfisins. Algengast er að þeir leiti til síns heimilislæknis vegna einkenna og eru sendir heim með lyfseðil. Alls voru 2.702 komur til heilsugæslulæknis árið 2010 vegna cellulitis, þar af 2.514 með staðfest cellulitis í útlimum. Einstaklingarnir fá vafningameðferð samhliða töflumeðferð veitta af heilsugæsluhjúkrunarfræðingi ef mikill bjúgur er til staðar (Heilsugæsluhjúkrunarfræðingar í fræðslu um cellulitis, munnleg heimild, Landspítali 7. nóvember 2013). Oft dugir töflumeðferð ekki, einkennin fara versnandi og endar með innlögn á sjúkrahús. Einstaklingarnir leggjast inn yfirleitt til stutts tíma ef engir fylgikvillar koma upp. Legurnar geta þó verið mislangar því skv. tölum úr klínísku vöruhúsi gagna Landspítalans árið 2010 voru legur allt frá einum til 72 daga langar.

Tíðni sjúkrahúsinnlagna vegna sýkinga af völdum *S. Aureus* er í örum vexti, en inni í því er cellulitis af völdum bakteríunnar. Í Bretlandi er talað um 77% aukningu á cellulitis síðustu sjö árin og er það talið einna helst vegna aukinnar offitu, hækkandi aldurs, sykursýki og fótasára (Nazarko, 2012). Rannsókn Karppelin o.fl. (2010) sýndi fram á að langvinnur bjúgur, áverki á húð og offita yki áhættuna á innlögn af völdum cellulitis. Eins sýndi sú rannsókn fram á að lengd legu var í beinum tengslum við endurteknar sýkingar þannig að hver ný sýking var erfiðari viðureignar og tók lengri tíma að ná á henni tökum. Erlendis er talið að meðallegutími einstaklinga með cellulitis sé sjö til tíu dagar (Dutton, Paulik og Jones, 2009; Nazarko, 2012). Einu tíðnitölur um húðsýkingar á Íslandi er að finna á heimasíðu Landlæknisembættisins. Síðustu tölur eru frá 2009 og voru legur á sjúkrahúsum vegna sýkingar í húð og húðbeði 455 talsins en meðallegutími á sjúkrahúsum 5,3 dagar. Legudagar á Landspítala árið 2012 voru 1.394, sem gerir fjóra legudaga á hverjum degi. Þetta má túlka þannig að einstaklingar með cellulitis taki fjögur legudeildarpláss á hverjum degi. Ef teknar eru saman útskriftargreiningar á Landspítalanum má sjá að 181 einstaklingur var útskrifaður með ICD-flokkunina L03 árið 2012 sem tekur til cellulitis af ýmsum toga. Af 218 legum árið 2012 fengu 105 þeirra einstaklinga ekkert eftirlit eftir útskrift, sem gerir tæp 50% tilfella. Sömu sögu er að segja ef tölur eru skoðaðar síðastliðin þrjú ár aftur í tímann. Ef skoðað er þriggja ára tímabil frá 2007-2010 þá eiga flestar endurinnlagnir sér stað innan eins mánaðar.

Tafla 2. Cellulitis L03: legur, legudagar og lengd lega (úr klínísku vöruhúsi gagna Landspítalans)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Fjöldi lega	178	167	250	249	179	218
Legudagar	1450	1192	1734	1702	1219	1394
Lengd lega	8,1	7,1	6,9	6,8	6,8	6,4

Miðað við skráningu og upplýsingar frá sjúklingum er mjög algengt að einstaklingar hafi fengið endurteknar sýkingar í gegnum árin. Þó er mjög mismunandi hve langur tími líður á milli sýkingartilfella, mjög algengt með eins til þriggja ára millibili (Hirschmann og Raugi, 2012; Wingfield, 2009). Af framansögðu er ljóst að hópur sjúklinga sem leggjast inn á LSH er nokkuð stór, legudagar eru margir og allt of fáir fá eftirlit eftir útskrift af spítalanum. Með því að bæta eftirfylgni og fræðslu er mögulegt að fækka endurinnlögnum og endurteknum innlögnum á Landspítala. Þannig fæst rekstrarhagræðing og sparnaður.

Þjónustan sem cellulitis-sjúklingar fengu á Landspítala

Fyrir 2012 var meðferð við innlögðum cellulitis sýklalyf í æð í nokkra daga og svo voru sjúklingarnir útskrifaðir á töflumeðferð heim. Staðbundna meðferðin var hálega á sýkta útlimnum og húðmeðferð var ómarkviss. Sjaldan var hugsað út í orsakabætti og þeir meðhöndlaðir. Fræðsla til þessara einstaklinga var óformleg og hugsanlega engin. Með aukinni hagræðingu og sparnaði hefur legutími styst (tafla 1) og því gefst enn minni tími til þess að huga að þörfum þeirra. Einstaklingar með einfalda sýkingu fá ekki endurkomutíma á Landspítala eins og sjá má á tölum hér að framan.

Eftir að hafa hugsað um þennan hóp sjúklinga og rætt við þá um þarfir þeirra kemur í ljós að margt má betur fara í þjónustunni sem þeir fá. Í augum heilbrigðisstarfsmanna er kannski um einfalda sýkingu að ræða en í augum sjúklingsins er svo miklu meira í gangi en eingöngu einföld sýking. Einstaklingarnir eru með slæma verki, þeir eru með kvíða og skerta líkamsímynd og svo hafa þeir takmarkaða þekkingu á því hvernig hægt er að stuðla að heilbrigði húðar. Þessir einstaklingar þurfa markvissari hjúkrunarmeðferðir, fræðslu og eftirfylgni.

Skipulag nýrrar þjónustu

Haustið 2011 byrjaði ég í starfsnámi til sérfræðiviðurkenningar í hjúkrunarfræði. Markmiðið með því námi var að koma á fót nýrri hjúkrunarþjónustu og hefur allur minn tími til dagsins í dag verið helgaður sjúklingum með cellulitis. Síðustu árin hef ég kafað í rannsóknir og fræðigreinar um cellulitis og skoðað þær klínísku leiðbeiningar sem til eru úti í heimi (CREST, 2005; CRNBC, 2010; Sydney West, 2006). Í framhaldi af því hefur verið reynt að koma á fót og innleiða markvissari hjúkrunarmeðferð fyrir þessa sjúklinga. Sú meðferð hefur falist í staðbundinni húðmeðferð. Áhersla er á hálegu eins og áður en auk þess reynt að ítreka mikilvægi hreinlætis, notkunar olíu og/eða krema vegna þurrks og gera sárameðferð markvissari (Beasley, 2011; Nazarko, 2012; Stevens og Eron, 2009).

Þrýstingsmeðferð í formi vafninga hefur verið innleidd fyrir þá sem hafa mikinn bjúg (mynd 2). Bjúgur þrýstir á æðarnar sem leiðir til minna blóðflæðis á svæðið og lélegra aðgengis næringar, súrefnis, sykra, ónæmisvaka og sýklalyfja að svæðinu. Þetta seinkar græðslu húðar. Vefja má einstaklinginn meðan hann liggur inni til þess að ná bjúgnum niður, vísa honum svo til heilsugæslunnar til áframhaldandi meðferðar, þar til viðkomandi getur notað teygjusokka. Teygjusokkar eru langtíma meðferð og skiptir miklu máli að stuðla að meðferðarheldni einstaklingsins. Oftar en ekki kemur í ljós þegar þeir leggjast inn með sýkingu að þeir eiga teygjusokka heima, en eru löngu hættir að nota þá vegna erfiðleika við að færa sig í þá. Fyrir þessa einstaklinga skiptir miklu máli þjónusta heimahjúkrunar sem getur aðstoðað þá við að komast í og úr sokkunum. Umræðan um notkun vafninga og teygjusokka hjá cellulitis-sjúklingum er vaxandi úti í heimi (Bailey og Kroshinsky, 2011; Beasley, 2011; Dutton, Paulik og Jones, 2009; Gunderson, 2011; Nazarko, 2012; Stalbow, 2004; Stevens og Eron, 2009; Wingfield, 2012). Í Norfolk and Norwich University Hospital í Bretlandi er starfrækt göngudeild cellulitis-sjúklinga og stuðla sérfræðingar í hjúkrun þar að teygjusokkanotkun hjá einstaklingunum í lok bráðafasans til þess að vinna gegn bjúgnum, sem er bæði undanfari sýkingarinnar og afleiðing hennar, með góðum árangri. Eins er þar gífurlega mikil áhersla lögð á heilleika húðar og viðhald hans með rakameðferð (Wingfield, 2011).

Komið var á fót ráðgjafarþjónustu innan Landspítala og hefur verið farið vítt og breitt um stofnunina til þess að veita ráðgjöf, bæði varðandi greiningu og meðferð. Auglýsing var send á alla deildarstjóra lyflækningasviðsins og nú síðast til göngudeildar G3. Vísa ég þar í vinnusíma og geta allir heilbrigðisstarfsmenn hringt í mig. Í kjölfarið leiðbeini ég í gegnum síma en oftast nær kem á staðinn. Þjónustan skiptir miklu máli, sérstaklega þegar einstaklingarnir leggjast inn á deildir þar sem sérfræðipækkingin er ekki fyrir hendi. Mikil áhersla hefur verið á fræðslu þar sem bæði sjúklingar, ættingjar og starfsfólk hefur verið markhópurinn. Fræðslan hefur bæði verið munnleg og skrifleg og hefur verið þróaður útskriftarpakki fyrir einstaklinga sem eru læsir á íslensku. Eins gerði ég fræðslubækling sem heitir Húðsýking: upplýsingar fyrir sjúklinga og aðstandendur og hefur honum verið dreift á deildir A7, A2, A3 og G3. Í honum er víðtæk fræðsla um sjúkdóm og meðferð og lögð gífurleg áhersla á forvarnarþætti. Markmiðið með fræðslunni er að efla sjálfsbjörg einstaklingsins heima fyrir og koma í veg fyrir innlagnir af völdum sýkingarinnar. Tilgangurinn er að halda einstaklingnum heima, efla lífsgæði hans og stuðla að sparnaði fyrir heilbrigðiskerfið sem og einstaklinginn sjálfan.



Mynd 2. Þrýstingsmeðferð

Tafla 3. Markmið nýrrar þjónustu

Markmið þjónustunnar
• Að efla gæði þjónustunnar
• Að efla fræðslu
• Að efla lífsgæði
• Að bæta líðan
• Að auka öryggi
• Að efla sjálfsumönnun
• Að stuðla að gagnreyndri þjónustu
• Að stuðla að forvörnum
• Að minnka líkur á endurtekinni sýkingu

Símaeftirfylgd hófst í byrjun árs 2012. Byrjað var með einstaklinga frá smitsjúkdómadeildinni og svo hefur einnig náðst til einstaklinga frá bráðadeild A2. Þjónustan hefur verið auglýst á lyf- og handlækningadeildum Landspítala. Símaeftirfylgdin felst í því að hringt er í sjúkling um það bil viku eftir útskrift af sjúkrahúsinu. Símtalið er notað sem tæki til að veita sjúklingnum stuðning eftir að heim er komið. Fræðslu er haldið áfram í þeim símtölum, ráðgjöf og andlegur stuðningur veittur. Sé viðkomandi ekki skýr er gripið til þess ráðs að ræða við ættingja í staðinn og hafa þeir lýst ánægju sinni með það. Hafi viðkomandi flust yfir á hjúkrunarheimili eða á aðrar deildir spítalans hefur verið rætt við hjúkrunarfræðinga þar, veitt ráðgjöf og stuðningur. Eins hafa mikil og góð samskipti verið við heimahjúkrun vegna sameiginlegra skjólstæðinga.

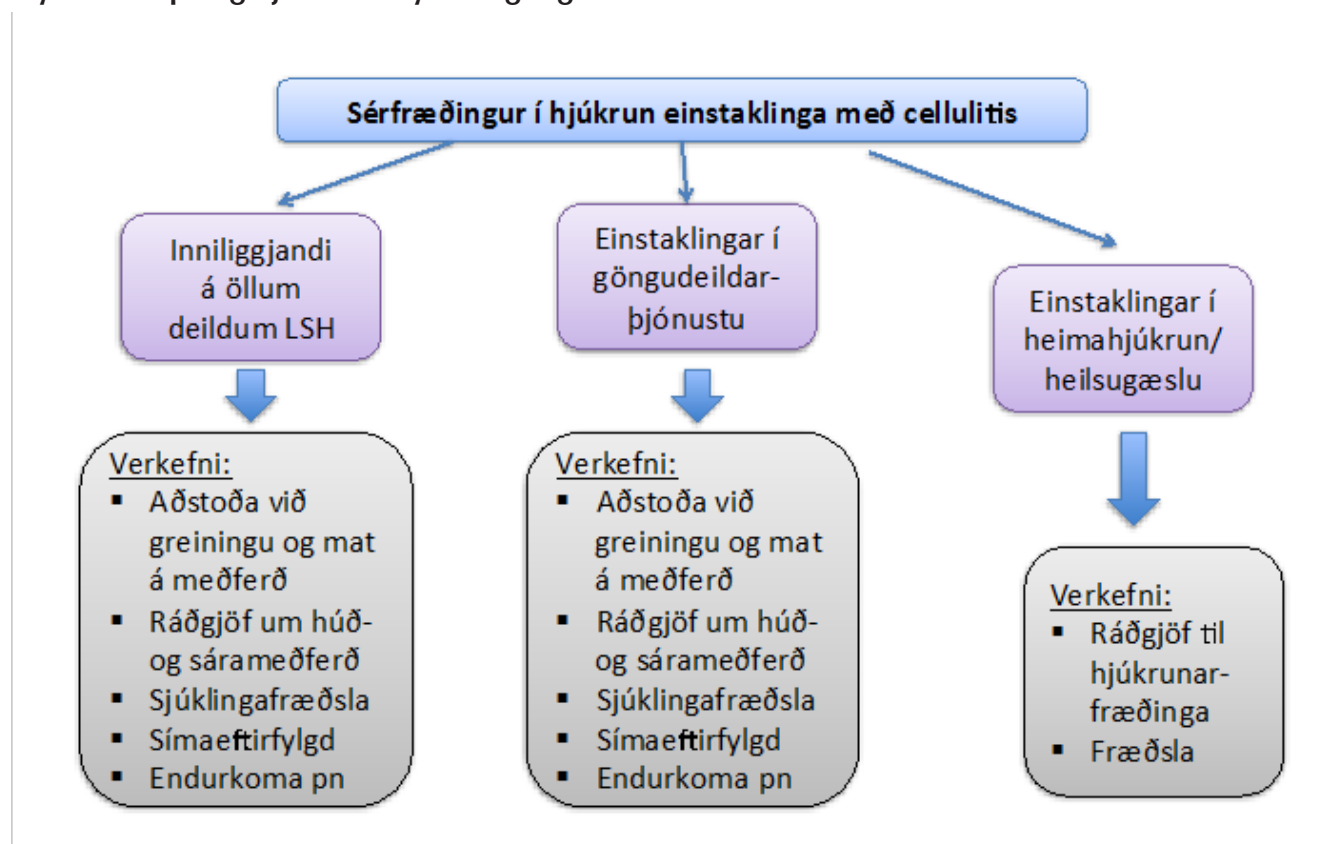
Stundum hefur þurft að hringja oftast en einu sinni vegna sjúklings og er það mat í hverju tilfelli fyrir sig hver þörfin er. Margir hafa beinlínis beðið um fleiri símtöl vegna þess að einkennin eru ennþá svo mikil, einstaklingnum líður illa og hann er óöruggur. Þetta er í samræmi við erlendar rannsóknir. Dæmi um það er rannsókn Perelló-Alzamora o.fl. (2012) sem sýndi fram á að 75% einstaklinganna voru enn með roða við útskrift og 21% var með verki. Þegar einkennin hafa

ekki rénað eftir útskrift og í sumum tilfellum aukist hefur stundum verið þörf á að hafa samráð við sérfræðing viðkomandi, stundum hefur verið þörf á endurkomu til sérfræðings og stundum hafa sjúklingar verið boðaðir upp á deild til eftirlits. Aðstæður eru metnar hverju sinni, sem og þörf fyrir frekari þjónustu. Eins hefur símtal stundum leitt til þess að þörf hefur verið á að hafa samband við utanaðkomandi þjónustu, svo sem heimahjúkrun og tryggingastofnun. Stundum hefur þurft að senda hjúkrunarbréf og panta heimahjúkrun eða senda skjólstæðingi skriflega fræðslu sniðna að þeirra þörfum. Svona símaeftirfylgd hefur verið veitt á fleiri deildum Landspítalans, viðsvegar erlendis og alltaf með mjög góðum árangri (Cox og Wilson, 2003; Cusack og Taylor, 2010; Steinunn Þorsteinsdóttir, 2009).

Tillaga að göngudeildarþjónustu

Síðastliðin tvö ár hefur verið starfrækt þjónusta sem er fjölbreytt, byggð á klínískum leiðbeiningum og nýjustu fræðiritum. Þjónustan er mikilvæg og skiptir máli til þess að efla gæði hjúkrunar við þennan skjólstæðingahóp. Eins er markmiðið með þjónustunni að halda einstaklingnum heima frá spítalaumhverfinu, sem er bæði kostnaðarsamt og hefur sína áhættu í för með sér eins og ýmsar spítalasýkingar. Nú þegar starfsnáminu er lokið er mikilvægt að þjónustan haldi áfram og því er þörf á að stofna nýja hjúkrunarstýrða göngudeild þar sem þjónustan er í boði. Mikilvægt er að sérfræðingur í hjúkrun stýri þeirri þjónustu þar sem sérþekking og framhaldsmenntun er til grundvallar. Tillögu að þjónustuformi má sjá á mynd 3 en þar má sjá starfsemi sem tengist þremur vettvöngum. Þjónustan á að ná til allra inniliggjandi sjúklinga, þeirra sem eru á göngudeild og þeirra sem eru úti í samfélaginu. Mikilvægt er að nálgast einstaklinginn sem allra fyrst, jafnvel áður en hann þarf að þiggja þjónustu hjá spítalanum, svo forvarnarstarfsemi geti hafist snemma og komið í veg fyrir alvarlega sýkingu.

Mynd 3. Skipulag hjúkrunarstýrðrar göngudeildar



Það skal tekið fram að þetta skipurit er eingöngu miðað við núverandi ástand þjónustunnar við þessa einstaklinga. Í raun hefur á síðastliðnum tveimur árum komið í ljós aukin þörf á þjónustu og er vettvangurinn á göngudeild G3 til dæmis óþekktur að svo stöddu. Grunur leikur á um að stór hópur einstaklinga með cellulitis fái þar sýklalyf í æð en leggist aldrei inn. Árið 2012 var fjöldi koma með cellulitis á G3 1.263, sem er ansi há tala. Þörf er á að ná til einstaklinganna til þess að geta komið í veg fyrir innlagnir. Framtíðarsýnin er sú að fleiri hjúkrunarfræðingar taki þátt í starfsemi göngudeildarinnar og fer það eftir stærð hópsins hve þörfin verður mikil. Einna helst er séð fram á þörf fyrir fleiri hjúkrunarfræðinga til að koma að eftirfylgninni og sérstaklega ef þörf er á að fá einstaklinga á göngudeild til eftirlits þegar símtal er ekki fullnægjandi.

Mikilvægi nýrrar þjónustu

Hjúkrunarstýrð göngudeildarþjónusta með fræðslu, stuðningi og eftirfylgni getur komið í veg fyrir frekari innlagnir en þannig fæst sparnaður. Í leiðinni er komið í veg fyrir spítalasýkingar og líkur á sýklalyfjaónæmi minnkaðar (Wingfield, 2008; 2009). Til er fyrirmynd á Bretlandi og hefur sú þjónusta komið í veg fyrir óþarfa innlagnir, rangar sjúkdómsgreiningar og þar af leiðandi meðferðir og eins komið í veg fyrir endurteknar sýkingar (Wingfield, 2009). Mikilvægi sérfræðings í hjúkrun sem fer um missérhæfðar deildir og útteilir þekkingu sinni getur stýtt legu enn frekar með því að koma í veg fyrir ranga greiningu og meðferð þar að lútandi.

Mat á þjónustunni

Nauðsynlegt er að meta starfsemi nýrrar þjónustu með tilliti til árangurs. Ánægja sjúklinganna er einn gæðastaðall sem hægt væri að mæla en margir núverandi skjólstaðingar hafa tjáð ánægju með eftirfölgningu í gegnum síma. Þjónustan hefur einnig komið þeim skammtilega á óvart. Eins væri hægt að kanna hvort þjónustan hefði aukið lífsgæði einstaklinganna en til eru ýmis góð mælitæki eins og EQ-5D. Hlutlægsti mælikvarðinn væri þó fjöldi innlagna. Markmiðið með þjónustunni er að fækka endurteknum sýkingum og endurteknum komum og innlögnum. Raunhæft væri að fara út í slíka rannsókn þegar um fjögur ár eru liðin frá upphafi þjónustunnar þar sem einstaklingar fá oft endurteknar sýkingar með eins árs millibili og allt upp í þriggja og fjögurra ára millibili. Öll þjónusta er skráð í sögukerfið og því hefur verið hægt að taka saman upplýsingar um magn þjónustu sem hefur verið veitt. Í dag eru símtöl 131, bréf 70, meðferðarseðlar 153 og ráðgjafar 92 frá því í janúar 2012.

Lokaorð

Í þessari skýrslu hefur komið fram hversu flókin og alvarleg sýking cellulitis getur verið. Hjúkrunarþarfir einstaklinganna hafa verið skilgreindar og er ljóst að þjónustan við þá hefur verið ófullnægjandi. Þörf er á breytingum og nýrri þjónustu með breyttu skipulagi á Landspítala. Þörf er á sérfræðingi í hjúkrun til þess að veita ráðgjöf og fræðslu til heilbrigðisstarfsmanna og einstaklinga með cellulitis þar sem þeir geta legið á hvaða deild spítalans sem er þar sem sérþekking er ekki fyrir hendi. Skortur á sérþekkingu leiðir til lengri legu á spítala og aukins kostnaðar. Með fræðslu um áhættuþætti og forvarnir má koma í veg fyrir endurteknar sýkingar og endurteknar innlagnir. Fræðsla, andlegur stuðningur og eftirfylgni til einstaklingsins minnkar kvíða, eykur lífsgæði hans og eflir sjálfsbjörg heima fyrir. Til mikils er að vinna með þróun á hjúkrunarstýrðri göngudeildarþjónustu fyrir sjúklinga með cellulitis.

Heimildir

- Bailey, E. og Kroshinsky, D. (2011). Cellulitis: diagnosis and management. *Dermatologic Therapy*, 24, 229-239.
- Beasley, A. (2011). Management of patients with cellulitis of the lower limb. *Nursing Standard*, 26(11), 50-55.
- Björnsdóttir, S., Gottfredsson, M., Thórisdóttir, A.S., Gunnarsson, G.B., Ríkardsdóttir, H., Kristjánsson, M. o.fl. (2005). Risk factors for acute cellulitis of the lower limb: a prospective case-control study. *Clinical Infectious Disease*, 14, 1416-22.
- Carter, K., Kilburn, S. og Featherstone, P. (2007). Cellulitis and treatment: a qualitative study of experiences. *British Journal of Nursing*, 16(6), 22-28.
- Crest (2005). Guidelines on the management of cellulitis in adults. Sótt 3. maí 2012 af: <http://www.acutemed.co.uk/docs/Cellulitis%20guidelines,%20CREST,%202005.pdf>
- CRNBC (2010). Adult cellulitis. Remote nursing certified practice adult decision support tools. Sótt 3. maí 2012 af: <https://www.crNBC.ca/Standards/CertifiedPractice/Documents/RemotePractice/745AdultCelulitisDST.pdf>
- Cox, N.H. (2006). Oedema as a risk factor for multiple episodes of cellulitis/erysipelas of the lower leg: a series with community follow-up. *British Journal of Dermatology*, 155, 947-50.
- Cox, K. og Wilson, E. (2003). Follow-up for people with cancer: nurse-led services and telephone interventions. *Journal of Advanced Nursing*, 43(1), 51-61.
- Cusack, M. og Taylor, C. (2003). A literature review of the potential of telephone follow-up in colorectal cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2394-2405.
- Dryden, M. S., Dailly, S. og Crouch, M. (2004). A randomized, controlled trial of Tea tree topical preparations versus a standard topical regimen for the clearance of MRSA colonization. *Journal of Hospital Infection*, 56, 283-286.
- Dutton, M., Paulik, O. og Jones, P. (2009). A new concept for managing lower limb cellulitis. *Australian Nursing Journal*, 16(10), 40-1.
- Gunderson, C.G. (2011). Cellulitis: definition, etiology and clinical features. *American Journal of Medicine*, 124(12), 1113-22.
- Hirschmann, J.V. og Raugi, G.J. (2012). Lower limb cellulitis and its mimics. Part I. Lower limb cellulitis. *J Am Acad Dermatol*, 67(2), 163e1-12.
- Karppellin, M., Siljander, T., Vuopio-Varkila, J., Kere, J., Huhtala, H. o.fl. (2010). Factors predisposing to acute and recurrent bacterial non-necrotizing cellulitis in hospitalized patients: a prospective case-control study. *Clinical Microbiology and Infection*, 16(6), 729-34.
- Napierkowski, D. (2013). Uncovering common bacterial skin infections. *The Nurse Practitioner*, 38(3), 30-37.
- Nazarko, L. (2012). An evidence-based approach to diagnosis and management of cellulitis. *British Journal of Community Nursing*, 17(1), 6-12.
- Perelló-Alzamora, M.R., Santos-Duran, J.C., Sánchez-Barba, M., Canueto, J., Marcos, M. og Unamuno, P. (2012). Clinical and epidemiological characteristics of adult patients hospitalized for erysipelas and cellulitis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, 31(9), 2147-52.
- Stalbow, J. (2004). Preventing cellulitis in older people with persistent lower limb oedema. *British Journal of Nursing*, 13(12), 725-32.
- Steinunn A. Þorsteinsdóttir (2009). Sjúklingafræðsla: símaeftirfylgd eftir hjartaskurðaðgerð. Í Herdís Sveinsdóttir (ritstj.), *Hjúkrun aðgerðasjúklinga II* (209-218). Reykjavík: Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands og Landspítala háskólasjúkrahús.
- Stevens, D.L. og Eron, L.L. (2009). Cellulitis and soft-tissue infections. *Annals of Internal Medicine*, 150(1), ITC11.

- Swartz, M.N. (2004). Cellulitis. *The New England Journal of Medicine*, 350(9), 904-912.
- Sydney West (2006). Nurse practitioner clinical practice guidelines for the management of cellulitis. Sótt 3. maí 2012 af: http://www.health.nsw.gov.au/resources/nursing/practitioner/pdf/management_cellulitis_swahs.pdf
- Wingfield, C. (2008). Cellulitis: reduction of associated inpatient admissions. *Dermatological Nursing*, 7(2), 44-50.
- Wingfield, C. (2009). Lower limb cellulitis: a dermatological perspective. *Wounds UK*, 5(2), 26-36.
- Wingfield, C. (2011). Skin care in the older person: a focus on the use of emollients. *British Journal of Community Nursing*, 16(10), 470-78.
- Wingfield, C. (2012). Diagnosing and managing lower limb cellulitis. *Nursing Times*, 108(27), 18-21.