



Dokument EWMA: Péče o rány v domácím prostředí

Souhrn, výzvy a hlediska

Dokument EWMA
vytvořený ve spolupráci s



Dr. Sebastian Probst,¹ (redaktor) DCLinPrac, RN Lecturer, předseda skupiny autorů dokumentu

Salla Seppänen,² (spoluredaktorka) MNsc, specializace na ošetrovatelství v chirurgických oborech, registrovaná sestra (RN), ředitelka na fakultě sociálních služeb, zdravotní péče a podniků na venkově, prezidentka organizace European Wound Management Association

Veronika Gerber³ sestra se specializací na péči o rány; prezidentka iniciativy Initiative Chronische Wunden e.V.

Alison Hopkins,⁴ MSc, RGN, DN Cert, výkonná ředitelka organizace Accelerate CIC, společnost Tissue Viability Society

Prof. Rytis Rimdeika,⁵ MD, PhD, vedoucí oddělení plastické a rekonstrukční chirurgie

Georgina Gethin,⁶ PhD, PG Dip Wound Care, RCN, Dip Anatomy, Dip Applied Physiology, FFMRCSE, Senior Lecturer
1 Univerzita Zurich University of Applied Sciences, ZHAW, Department of Health (katedra zdravotní péče),
Technikumstrasse 71, CH-8401 Winterthur, Švýcarsko.

2 Univerzita Savonia University of Applied Sciences, Mikrokatu 1, 70201 Kuopio, Finsko.

3 Organizace ICW, Spelle, Německo

4 Nemocnice Mile End Hospital, Londýn, Spojené království

5 Univerzitní nemocnice „Kauno Klinikos“, Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas, Litva

6 Fakulta School of Nursing & Midwifery, Nui Galway, Galway, Irsko;

S podporou: organizací HomeCare Europe a The European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) - Poradní sbor pro otázky dekubitů

Autoři by rádi poděkovali následujícím přispěvatelům za jejich cenný přínos k tomuto dokumentu:

Pia-Sisko Grek-Stjernbergová, Finsko; Magdalena Annesten-Gershaterová, Švédsko; Anne Rasmussenová, Dánsko;

Gabriella Bonová, Itálie; Zita Kis Dadaraová, Rakousko; Mark Collier, Spojené státy; všichni členové rady EWMA Council.

Redaktorská podpora a koordinace: Søren Riisgaard Mortensen, sekretariát EWMA

Korespondující autor: Dr. Sebastian Probst, redaktor, probst@zhaw.ch

Tento dokument je podpořen bezpodmínečnou dotací společností BSN Medical, Convatec, Ferris/Polymem, Flen Pharma, KCI, Lohmann & Rauscher, Nutricia a Welcare.

Odkazy na tento článek by měly mít následující formát: *Probst S., Seppänen S., Gethin G. et al., EWMA Document: Home Care-Wound Care, J Wound Care 2014;23 (5 Suppl.): S1-S44.*

©EWMA 2014

Všechna práva vyhrazena. Bez písemného povolení je zakázáno tuto publikaci rozmnožovat, přenášet či kopírovat. Žádná část této publikace nesmí být rozmnožována, ukládána v systémech umožňujících přístup k informacím ani žádným způsobem a žádnými prostředky přenášena (ať už mechanicky, elektronicky, fotokopii, nahráváním či jinak) bez předchozího písemného souhlasu organizace European Wound Management Association (EWMA) nebo v souladu s příslušnými právními předpisy o autorských právech.

Přestože redaktor, společnost MA Healthcare Ltd. a organizace EWMA věnovali velkou péči zajištění správnosti dokumentu, nenese společnost MA Healthcare Ltd. ani organizace EWMA odpovědnost za jakékoli chyby v podobě vynechávek či nepřesností v této publikaci.

Organizace EWMA ani časopis Journal of Wound Care nenesou žádnou odpovědnost za možné odchylky tohoto překladu od originálního dokumentu (EWMA Document: Home Care – Wound Care, JWC Vol. 24, No. 5, 2014).

Publikováno jménem organizace EWMA společností MA Healthcare Ltd.

Vydavatel: Anthony Kerr

Redaktor: Karina Huynhová

Grafický návrh: Milly McCullochová

Vydavatel: MA Healthcare Ltd, St Jude's Church, Dulwich Road, Londýn, SE24 0PB, Spojené království

Tel: +44 (0)20 7738 5454 E-mail: anthony.kerr@markallengroup.com Web: www.markallengroup.com

Obsah

Úvod	5	Organizace péče o rány v domácím prostředí	19
Cíle tohoto dokumentu	5	Financování a platby za krytí a další materiál	19
Definice péče o rány v domácím prostředí	5	Škála zapojených odborných pracovníků	19
Struktura a obsah dokumentu	6	Strategie a pokyny	20
Proces vytváření dokumentu	7	Shrnutí	20
Akronymy a zkratky	6	Klíčové body	20
Přehled domácí péče o rány v Evropě	8	Organizace péče	21
Výskyt a etiologie ran v prostředí domácí péče	8	Nejlepší praxe(Best practice)	21
Příjemci domácí péče	9	Postupy v domácí péči	22
Poskytování služeb – přehled péče o rány v domácím prostředí organizací spolupracujících s EWMA	10	Model péče o chronicky nemocné	23
Řízení domácí péče	11	Týmový přístup	24
Shrnutí	11	Péče s podporou elektronického zdravotnictví (eHealth)	25
Modely domácí péče o rány – praktické příklady	12	Shrnutí	26
Služba NHS England	12	Péče o rány v domácím prostředí: Výzvy a hlediska	27
Organizace péče o rány v domácím prostředí v Anglii	12	Holistické posouzení	27
Strategie a pokyny pro organizaci péče o rány v domácím prostředí v Anglii	13	Výživa a péče o rány v domácím prostředí	28
Škála odborných pracovníků zapojených do péče o rány v domácím prostředí	14	Rizikové faktory	29
Řízení a vedení	14	Podvýživa	29
Kdo platí za krytí a vybavení?	15	Živiny/nutrienty	29
Shrnutí	15	Hlediska v péči o rány v domácím prostředí	29
Klíčové body	15	Hledisko pacientů	30
Německo	16	Hledisko neformálních pečovatелů	30
Organizace péče o rány v domácím prostředí v Německu	16	Hledisko zdravotnických pracovníků	31
Řízení a vedení	17	Hledisko sester a lékařů	32
Kdo platí za krytí a další materiál?	18	Technologický pokrok (sebeřízení, online konzultace a monitorování)	32
Shrnutí	18	Závěry a doporučení	35
Klíčové body	18	Model péče o chronicky nemocné	35
Severské státy	18	Minimální doporučení ohledně znalostí a dovedností zdravotnických pracovníků	36
		Minimální úroveň vzdělání	36
		Doporučení ohledně produktů, pomůcek a materiálů v oblasti prevence ran a řízení péče o rány	37
		Literatura	39

Shrnutí

Tento dokument poskytuje přehled hlavních přístupů k organizaci péče o rány v domácím prostředí po celé Evropě, včetně příkladů z Anglie, Německa a severských zemí. Upozorněním na možné překážky pro nejlepší praxi při péči o rány v domácím prostředí a nalezením předpokladů potřebných pro poskytování bezpečné a vysoce kvalitní péče pacientům s ranami a podpory jejich rodinám předkládají autoři seznam minimálních doporučení pro péči o pacienty s ranami v jejich domácím prostředí.

Klíčová slova / výrazy pro vyhledávání:

Domácí péče, péče o rány, management péče o rány (wound management), péče o rány v domácím prostředí, posílení pozice pacientů, neformální pečovatel, týmová práce, organizace péče, model péče o chronicky nemocné, multidisciplinární týmová práce, interdisciplinární, vzdělání, nejlepší praxe, spolupráce mezi profesemi, péče s podporou elektronického zdravotnictví (eHealth), celostní posouzení, hledisko pacientů, zavedení pokynů do praxe, postup péče.

Úvod

Během posledních deseti let došlo v Evropě k zásadní změně místa, kde probíhá management péče o rány: to se přesunulo z nemocnic do prostředí domácí péče. Zároveň s touto změnou se snížil počet nemocničních zařízení i počet nemocničních lůžek, přesto investice na přeměrování zdrojů do domácí péče jsou ale nedostačující^{1, 2}.

Po celá desetiletí rostly náklady na zdravotní péči v Evropě geometrickou řadou¹. Aby se zabránilo kolapsu zdravotnického sektoru, zkoumají vlády po celé Evropě možnosti, jak náklady snížit. Tyto ekonomické aspekty zdravotnictví přinášejí snahu o dřívější propouštění hospitalizovaných pacientů² a v důsledku toho je více pacientů s komplexními patologickými stavy (včetně těch s ranami) ošetřováno v domácím prostředí³. Problémy vznikající při péči o rány v domácím prostředí ještě podtrhuje chronická povaha stavu pacientů, kdy 76 % pacientů s chronickými ranami zároveň trpí 3 nebo více komorbidními onemocněními včetně hypertenze, cévních onemocnění a artritidy a až 46 % z nich má cukrovku⁴. Objem výzkumu zaměřeného na domácí péči o rány z klinického hlediska je nedostatečný^{3, 5-8}. Tento nedostatek lze nejlépe ilustrovat na skutečnosti, že neexistují žádné pokyny či doporučené minimální požadavky pro poskytování nejlepší péče pacientům s ranami a jejich rodinám v domácím prostředí. Některé důkazy navíc naznačují, že u mnoha pacientů, kterým se dostává služeb domácí zdravotní péče, nikdy není diagnostikována etiologie jejich ran^{3, 5}.

Za této situace zahájila organizace EWMA práci na dokumentu Péče o rány v domácím prostředí. Ve

snaze přinést komplexní pohled na to, jakým způsobem je poskytována domácí péče o rány v různých evropských zemích, jsme spolupracovali s německým sdružením pro léčbu ran Initiative Chronische Wunden e.V. (ICW) a britskou společností Tissue Viability Society (TVS), s podporou neziskové organizace HomeCare Europe.

Cíle tohoto dokumentu

- Stát se podnětem pro kritickou diskuzi a debatu ohledně předpokladů, podmínek a znalostí či dovedností zdravotnických pracovníků potřebných pro péči o rány v pacientově domácím prostředí.
- Poskytnout doporučení pro péči o rány v domácím prostředí. Doporučení jsou předkládána z pohledu organizace, pacientů a zdravotnických pracovníků.

Definice péče o rány v domácím prostředí

Podle Øvretveita je „domácí péče“ modelem služby poskytování péče, jejímž cílem je poskytnout kvalifikovanou pomoc v domácím prostředí za odpovídající cenu⁹, spolupracuje se zdravotnickým systémem, je poskytována organizací formálně zřízenou v rámci systému a je součástí sítě služeb, jejímž cílem je vyhovět potřebám uživatelů¹⁰.

Pro účely tohoto dokumentu jsme definovali „péči o rány v domácím prostředí“ jako péči, kterou poskytují zdravotničtí pracovníci a rodiny

(jimž se také někdy říká „neformální pečovatelé“) pacientům s ranami žijícími doma^{11,12}. „Domov“ v tomto případě nezahrnuje pečovatelské domy a další zařízení, která poskytují péči svým obyvatelům. Takto definovaná péče o rány v domácím prostředí může být podpůrná, rehabilitační nebo paliativní^{5,11}.

Struktura a obsah dokumentu

Dokument sestává z šesti kapitol:

- Kapitola 1: poskytuje podrobnější informace o důvodech vypracování tohoto dokumentu, a to z evropského úhlu pohledu.
- Kapitola 2: podává přehled domácí péče v Evropě a zkoumá komplexní povahu ran a poskytování služeb zdravotní péče v domácím prostředí. Předkládá informace o různých metodách organizace péče o rány v domácím prostředí v rámci Evropy.

Tabulka I.

Akronymy a zkratky	Význam
CCG (Anglie)	Clinical Commissioning Group, organizace v rámci systému NHS, které organizují poskytování služeb zdravotní péče v Anglii.
CCM	Model péče o chronicky nemocné (Chronic Care Model).
DRG	Diagnosis Related Group, statistický klasifikační systém sloužící k zařazení pobytu hospitalizovaných pacientů do stanovených skupin pro účely platby.
HDP	Hrubý domácí produkt představuje tržní hodnotu veškerého oficiálně uznávaného zboží a služeb vyrobených v dané zemi za rok nebo jiné stanovené časové období.
GP	Praktický lékař (General Practitioner)
IHA	Interaktivní komunikační aplikace ve zdravotnictví (Interactive Health Communication)
Index spotřebitelských cen	Měří změny v cenách spotřebního koše zboží a služeb nakupovaných domácnostmi.
Neformální pečovatel	Lidé (laici) v domácí sféře poskytující bezplatnou péči někomu, kdo vzhledem ke svému zdravotnímu stavu potřebuje pomoc s každodenními úkony.
NHS (Anglie)	Národní zdravotní služba (National Health Service), státem sponzorovaný systém zdravotní péče v Anglii.
NHS Trust (Acute Trust)	Organizace NHS Trust poskytují služby jménem anglické národní zdravotní služby NHS.
PHI	Soukromé zdravotní pojištění (Private Health Insurance).
Sestra pracující v ordinaci praktického lékaře	Sestry pracují v ordinacích praktických lékařů jako součást týmu poskytujícího primární zdravotní péči, v němž mohou být také lékaři, lékárníci či dietetikové. Ve větších ordinacích může být více sester, které sdílí povinnosti a odpovědnost.
SHI	Zákonné zdravotní pojištění (Statutory Health Insurance).
Sociální stát	Sociální stát je koncept vlády, v němž hraje stát klíčovou roli v ochraně a podpoře ekonomické a společenské prosperity svých občanů. Je založen na principech rovnosti příležitostí, rovnoměrného rozdělení bohatství a veřejné odpovědnosti za ty, kteří si nedokáží zajistit nejnutnější potřeby pro dobrý život. Tento obecný termín může zahrnovat celou škálu různých forem uspořádání ekonomiky a společnosti. Mezi moderní sociální státy patří severské země, tedy Island, Švédsko, Norsko, Dánsko a Finsko, které používají systém známý pod názvem „severský model“.
TVN	Sestra se specializací pro péči o rány (Tissue Viability Nurse).
Zdravotnický asistent (ošetřovatel, pomocný personál)	Zdravotnický asistent pracuje v nemocničním nebo komunitním prostředí pod vedením kvalifikovaného zdravotnického pracovníka. Jeho role se může různit v závislosti na prostředí, v němž je zdravotní péče poskytována.

Tento postup vznikl na základě konzultací s členy rad národních organizací, s nimiž EWMA spolupracuje.

- Kapitola 3: popisuje tři rozdílné příklady organizace péče o rány v domácím prostředí z Anglie, Německa a severovýchodních zemí.
- Kapitola 4: rozvíjí diskuzi o nejlepší praxi, klinických postupech, modelu péče o chronicky nemocné, přístupu týmové spolupráce a zdraví v kontextu managementu péče o rány v domácím prostředí.
- Kapitola 5: shrnuje problémy a hlediska, které je třeba vzít při zavádění domácí péče o rány v úvahu, včetně hlediska zdraví veřejnosti a zdravotnické ekonomiky. Tato kapitola také pojednává o možnostech využití systému elektronického zdravotnictví (eHealth) a mobilních technologií pro management péče o rány v domácím prostředí.
- Kapitola 6: pojednává o metodách managementu péče o rány, produktech určených k péči o rány a vzdělávání pacientů. Poskytuje také doporučení ohledně toho, co je třeba vzít v úvahu při přípravě nebo hodnocení péče o rány v domácím prostředí.

Proces vytváření dokumentu

Byl proveden průzkum literatury prostřednictvím následujících databází: Pubmed, CINAHL, British Nursing Index, EMBASE, Cochrane Library a Joanna Briggs Institute. Hledání probíhalo s pomocí následujících klíčových slov a termínů z databáze MeSH (Medical Subject Headings): péče o rány, management péče o rány, domácí péče, komunitní péče, domácí prostředí, pokyny, terapie.

Proběhl také průzkum šedé literatury a ruční prohledávání článků ve vědeckých časopisech s cílem získat další relevantní zdroje.

Členové rady EWMA vytvořili skupinu pro vypracování dokumentu. Tato skupina konzultovala radu Homecare Europe Council a také organizaci European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). Finální verze dokumentu prošla nezávislým hodnocením (tzv. peer review) členy rady EWMA.

Akronymy a zkratky

V této části jsou uvedeny akronymy a zkratky používané v celém dokumentu.

Přehled domácí péče o rány v Evropě

Navzdory rostoucí poptávce pro zdravotní péči došlo v mnoha evropských zemích k 6% poklesu v počtu nemocnic¹³. Cílem tohoto posunu ve zdravotní péči od poskytování sekundární péče k poskytování služeb primární péče je podpora komunitní a domácí zdravotní péče a zároveň poskytování lepších služeb, zvýšení produktivity, zlepšení bezpečnosti pacientů a lepší kvalita péče¹³.

Z evropského úhlu pohledu jsou důvody pro posun od nemocniční péče k domácí péči ovlivněny čtyřmi hlavními faktory. Prvním z nich je změna demografického profilu populace napříč celou Evropou, kde jsme nyní svědky procesu stárnutí obyvatelstva. Odhaduje se, že do roku 2025 se bude více než 20% všech Evropanů nacházet ve věkové skupině 65 a více let a vzroste také počet osob starších 80 let¹⁴. Druhým faktorem je exponenciální růst nákladů na zdravotní péči, které v kontextu hospodářské recese nutí vlády k posuzování efektivity a účinnosti zdravotní péče. Například ve Spojeném království vzrostly celkové výdaje na zdravotnictví ze 7,2 % HDP v roce 2001 na 9,8 % HDP v roce 2009. Během tohoto období vzrostl index spotřebitelských cen o 21 %, zatímco inflace zdravotní péče vzrostla o 30 %. Největší podíl na tomto nárůstu mají nemocniční služby, které samy o sobě zdražily o 72 %. K podobnému vývoji dochází i v dalších evropských zemích¹⁵.

Třetím faktorem jsou změny v životním stylu, mezi něž patří menší velikost rodin, více jednočlenných domácností a větší rozptýlení širší rodiny, což s sebou nese určité narušení přirozené sítě podpory.

Posledním faktorem, jenž má vliv na posun od nemocniční péče k domácí, je potom rostoucí počet žen na trhu práce. Většinu neformálních pečovatелů tvoří ženy ve věku 45–65 let¹⁶. Současným trendem ve společnosti je to, aby ženy rozvíjely své kariéry a byly aktivnější na trhu práce, což vede ke snížení počtu neformálních pečovatелů¹⁶.

Státy EU zavedly nejrůznější reformy ve snaze mobilizovat zdroje a dosáhnout nákladově efektivnějších výsledků kombinací veřejných, soukromých a tržních zdrojů. Tyto nové plány péče se více spoléhají na domácí péči a na výraznější roli rodin a příbuzných. Je tedy třeba vypracovat modely pro poskytování formální, profesionální péče a podpory v domácím prostředí. Tento koncept je navíc nejen nákladově efektivní, ale pro mnoho pacientů také vítaný¹¹.

Výskyt a etiologie ran v kontextu domácí péče

Nehojící se rány představují pro zdravotnické systémy závažný problém. Odhaduje se, že 1 až 1,5 % obyvatel průmyslových zemí trpí ranou či ranami a v Evropě představuje management péče o rány 2-4 % celkových výdajů na zdravotní péči¹⁷.

V Evropě je dnes podle odhadů 70–90 % péče o rány poskytováno v rámci komunity, přičemž většinu této péče poskytují sestry^{11,12}. Nejméně 50 % pracovní zátěže sester v oblasti primární péče představuje péče o rány; studie provedená v Irsku dokonce dospěla k podílu 68 %¹⁸.

Rozdíly v metodologii průzkumů a nejednotné definice domácí péče neumožňují provést konečný odhad počtu osob s ranami, jimž je poskytována péče v domácím prostředí. Je ale možné pozorovat určité opakující se vzorce, kdy například studie ve Spojeném království, Kanadě a USA ukázaly, že o 25–35 % všech osob s ranami v dané komunitě je pečováno v jejich domácím prostředí^{4,7,13}. Rozdíly mohou být způsobeny organizací péče, poskytováním služeb a komorbiditou pacientů, jelikož mnoho z nich možná není schopno docházet za péčí na kliniky. Narůstající tlak na brzké propuštění z nemocnic poskytujících neodkladnou péči nepochybně znamená, že stále větší objem péče o rány, která byla dosud poskytována v rámci neodkladné péče, se nyní přesouvá do komunitního a domácího prostředí pacientů.

Etiologický profil ran v nedávné dánské studii ukázal, že až 35 % ran v komunitním prostředí (tedy nejen v rámci domácí péče) spadá do kategorie akutních/operačních ran; dále následují dekubity – 24 %, bérčové vředy – 19 %, vředy na chodidlech – 11 % a jiné – 10 %. Stejná studie

ukázala, že hlavními náklady při poskytování péče o rány jsou hospitalizace a čas vynaložený na ošetřování¹⁹.

Rozsáhlá studie 2 779 pacientů místních ošetrovatelských jednotek v Belgii stanovila podíl výskytu dekubitů mezi pacienty na 6,8 % (n=188), přičemž u 26,8 % pacientů (n=744) hrozilo riziko jejich vzniku [20]. Výsledky irské studie výskytu ran v komunitním prostředí včetně domácí péče ukázaly výskyt ran u 15,6 % všech pacientů. Z těchto ran bylo 38 % akutního typu a doba jejich trvání byla kratší než čtyři týdny, dekubity ale představovaly celkově nejčastější typ chronických ran²¹. Rozdíly v míře výskytu mohou souviset s tím, že do této poslední studie byly zařazeny služby poskytované ve věznicích či lidem s duševní poruchou i služby klinik a domácí péče.

Příjemci domácí péče

Dokument „Stručný pohled na zdraví: Evropa 2012“ („Health at a Glance: Europe 2012“) upozornil na výrazné pokroky ve zdravotním profilu evropských občanů v oblastech, jako je střední délka života, předčasná úmrtnost a počet let prožitých ve zdraví¹. Zároveň ale také ukazuje obrázek stárnoucí populace spojený se zvýšeným výskytem chronických onemocnění, jako je například cukrovka či kardiovaskulární onemocnění, a výrazné rozdíly ve střední délce života a přístupu ke zdravotní péči¹. Některé rizikové faktory chronických onemocnění

jsou na ústupu. Patří mezi ně například procento dospělých osob, které denně kouří, což je nyní ve Švédsku a na Islandu 15 % obyvatel, oproti době největšího rozmachu kouření v 80. letech 20. století, kdy to bylo více než 30 %. Na druhé straně ale stojí více než 30% podíl kuřáků v Řecku a také vysoké procento kuřáků v populaci Irska, Lotyšska a Bulharska. Konzumace alkoholu také v některých zemích poklesla, ovšem zároveň výrazně narostla v jiných, například ve Finsku a na Kypru.

V Evropě ale nyní více než 52 % dospělého obyvatelstva trpí nadváhou, přičemž 17 % je obezních¹. To má výrazný dopad na výskyt nehojících se ran, protože mezi nehojícími se ranami a chronickými onemocněními existuje přímé spojení a lze tedy zastávat názor, že jakákoli diskuze na toto téma musí vzít v úvahu vzájemný dopad těchto dvou faktorů.

Zhodnocení stavu pacientů ve věku nad 65 let, kterým byla v různém prostředí, včetně domácího, poskytována péče v rámci komunitního ošetřovatelství, ukázalo, že 55 % z nich bylo vystaveno riziku geriatrické křehkosti (*frailty*), 16,4 % riziku kognitivní poruchy, 20,2 % riziku špatné výživy a 30,8 % riziku pádu, přičemž výskyt závislosti na pomoci druhých s přidruženým rizikem křehkosti byl 23,5 %²². Autoři se domnívají, že závislost na druhé osobě v každodenních činnostech výrazně souvisí se sníženou pravděpodobností toho, že daný člověk žije sám, a zvýšenou pravděpodobností toho, že se daný člověk obrátí na komunitní ošetřovatelské služby. Profil pacientů žijících v domácím prostředí ukazuje, že více než polovina z těch, kterým je poskytována komunitní ošetřovatelská péče, žijí sami (56,7 %) ²³.

Dalším hlediskem v této převážně starší skupině obyvatel s ranami, jimž je poskytována péče v domácím prostředí, je chudoba. Přezkoumání dopadu chudoby na zátěž způsobenou bércovými vředy a na řízení péče o bércové vředy, které bylo provedeno ve Spojeném království s využitím databáze praktických lékařů mezi roky 2001 a 2006, ukázalo, že 16 500 osobám z celkového počtu 13 514 289 obyvatel byl diagnostikován bércový

vřed²⁴. Míra výskytu bércových vředů se přitom při každém posunu do vyšší úrovně chudoby zvyšovala oproti míře výskytu na úrovni, která je chudobě nejvíce vzdálená. Údaje úřadu Eurostat ohledně rizika chudoby u lidí ve věku 65 a více let napříč 27 členskými státy EU ukazují průměrné riziko 19 %²⁵.

Poskytování služeb – přehled péče o rány v domácím prostředí spolupracujících organizací EWMA

V rámci práce na tomto dokumentu o péči o rány v domácím prostředí jsme rozeslali internetový dotazník všem 48 spolupracujícím organizacím EWMA. Anonymní odpovědi byly sesbírány v období od června do září 2013. Cílem dotazníku bylo získat lepší představu o tom, jakým způsobem je v Evropě péče o rány v domácím prostředí poskytována. Od každé organizace se požadovalo, aby dotazník vyplnili její vlastní členové z různých prostředí a profesí. Neměli jsme přístup k žádným seznamům e-mailových adres v rámci daných organizací, ani jsme jej nepožadovali, proto nejsme schopni určit, kolika osobám byl dotazník rozeslán.

Obrželi jsme odpovědi z 25 zemí. Dotazovaní uvedli, že péče o rány v domácím prostředí je poskytována buď z veřejných zdrojů, soukromých neziskových zdrojů, soukromých komerčních zdrojů nebo jejich kombinací, převažovalo ale financování z veřejného rozpočtu. V oblasti péče o rány v domácím prostředí existují enormní rozdíly v modelech financování, poskytování služeb a produktů i regulaci.

Níže jsou uvedena některá hlavní zjištění:

- V rámci celé Evropy je domácí péče financována převážně z veřejného rozpočtu. Ve střední Evropě jsou hlavním zdrojem financování poskytovatelé zákonného zdravotního pojištění.
- Strategie a pokyny pro domácí péči jsou všeobecně dostupné. Nebylo nicméně upřesněno, zda zahrnují i péči o rány v rámci domácí péče.

Byly pozorovány odlišnosti mezi různými zeměmi a oblastmi Evropy.

- Obecně lze říci, že v celé Evropě existují modely kompenzace nákladů či peněžité pomoci pro krytí, další materiál anebo služby domácí péče, pacienti ale často musí část nákladů hradit sami.
- Péči o rány v domácím prostředí poskytují především sestry, nicméně odpovědi ze střední a východní Evropy naznačují vývoj směrem k péči vedené praktickým lékařem.

Řízení domácí péče

Nejaktuálnější zprávu o zapojení evropských vlád do domácí péče přináší autoři Genet, Kroneman a Boerma [26]. Tato studie zahrnovala 31 evropských zemí a zjistila, že domácí péče se v Evropě různí. Uvádí dva typy domácí péče:

- Domácí zdravotní péče včetně ošetrovatelské péče je většinou součástí zdravotnického systému.
- Péče sociálních zařízení zahrnuje domácí výpomoc a je součástí systému sociální péče.

Tato zpráva ukazuje, že v 16 z 31 zkoumaných zemí je domácí zdravotní péče a péče sociálních zařízení řízena odlišnými vládními ministerstvy. Výjimkami byla Skandinávie, Francie, Anglie, Irsko,

Nizozemí a další menší země. Ve většině zemí byly služby domácí péče alespoň částečně financovány z veřejného rozpočtu; výjimkou bylo Bulharsko, Chorvatsko a Rumunsko.

Regulace domácí péče se v jednotlivých evropských zemích značně liší. Nejprísnejší vládní regulace je zavedena v Německu a Norsku a nejmírnější v Irsku, Polsku a Bulharsku. Obecně je domácí zdravotní péče regulována více, než péče sociálních zařízení, není ale dobře propracována regulace kontrolující kvalitu poskytované péče²⁶.

Shrnutí

Demografický profil evropského obyvatelstva vykazuje posun k nárůstu stárnoucí populace a zvýšenému výskytu chronických onemocnění a chronických ran. Zároveň dochází ke zvýšení závislosti na péči, snižování počtu nemocničních lůžek a nárůstu nákladů na zdravotní péči. Objevují se nové a nákladově efektivnější metody organizace zdravotní péče, včetně poskytování péče pacientům v jejich domovech.

Pacienti s ranami jsou dříve propouštěni z nemocnic a je tedy nutné, aby existoval rozvinutý sektor domácí péče, který dokáže pokrýt poptávku rostoucího počtu osob závislých na péči. Domácí péči je obecně možné rozdělit na dva typy: péči sociálních zařízení a domácí zdravotní péči.

Modely péče o rány v domácím prostředí – praktické příklady

Podrobnější popis poskytování domácí péče o rány napříč Evropou přesahuje možnosti tohoto dokumentu. Ve snaze poskytnout určitou perspektivu, nicméně nabízíme tři příklady: jedná se o anglickou zdravotnickou službu National Health Service (NHS) England, Německo a severské státy.

Služba NHS England

Zdravotní péče o obyvatele Spojeného království je financována prostřednictvím centrálně řízeného zdanění a poskytována prostřednictvím čtyř nezávislých systémů NSH: NHS England, NHS Wales, NHS Scotland a Health and Social Care Northern Ireland.

Organizace péče o rány v domácím prostředí v Anglii

V Anglii musí péče o rány splnit následující očekávání: vysoce kvalitní služby péče o rány musí být poskytovány různorodému obyvatelstvu a musí být přístupné všem, musí zajistit rovnost péče, být zaměřeny na pacienta a přinášet vynikající výsledky. Abychom porozuměli tomu, kdo jsou poskytovatelé domácí péče, podívali jsme se na tuto problematiku z hlediska pacienta.

Péče o rány je v Anglii často organizována podle typu či etiologie ran, délky jejich trvání a mobility pacienta. Proto v případech, kdy chybí organizační

vedení, může být poskytování péče o rány namísto poskytování komplexních a proaktivních služeb omezeno na skupiny praktických lékařů.

Mobilita pacienta je často prvním faktorem, který určí postup péče u pacienta. Jestliže se jedná o osobu mobilní, prohlédne je jejich praktický lékař, sestra pracující v ordinaci praktického lékaře nebo je vyšetří na místní podiatrické klinice nebo návštěvním středisku (tzv. *walk-in centre*). V tomto prostředí je možné poskytovat efektivní péči o nekomplikované či operační rány. Jestliže je rána výrazně hluboká nebo vyžaduje podtlakovou terapii, přebírají často péči o pacienty vedoucí obvodní sestry (*district nurses*) s podporou sester specializovaných na péči o rány (TVN).

Služba NHS je financována prostřednictvím všeobecných daní a zdravotní služby jsou na regionální úrovni poskytovány prostřednictvím organizací Clinical Commissioning Groups (CCG). Objem financí vyčleněný pro daný region je závislý na počtu obyvatel a na úrovni chudoby. Komunitní služby v oblasti managementu péče o rány zajišťují poskytovatelé primární péče, ordinace praktických lékařů či služby Community Health Services, jako například podiatrické či obvodní sestry, jež jsou součástí organizace NHS Trust pro neodkladnou péči nebo pro péči o větší komunitu. Místní služby

v oblasti péči o rány mohou být založeny na službách neodkladné péče, službách komunitní péče nebo na obou. Zatímco většina nemocnic poskytuje alespoň v nějaké míře služby v oblasti péči o rány, komunitních služeb, které mají přístup k TVN pečující o pacienty doma či v rámci komunitní kliniky, je menší počet.

Náklady spojené s poskytováním péče o rány byly doposud víceméně opomíjeny vzhledem k různorodosti dotčených pacientů a služeb, které tuto péči poskytují, povědomí o této problematice se ale mění. Na politické úrovni bylo rozhodnuto o zvýšení kvality vytvořením konkurenčního prostředí a otevřením trhu v rámci konkrétních oblastí, aby měli pacienti na výběr z více možností. Tak vznikl systém „jakéhokoli kvalifikovaného poskytovatele“ – Any Qualified Provider (AQP)²⁷.

Strategie a pokyny pro organizaci péče o rány v domácím prostředí v Anglii

Klíčovými pokyny pro management péče o rány používanými ve Spojeném království jsou:

- Pokyny RCN pro management péče o bércové vředy (1998, 2000)^{28, 29},
- Pokyny SIGN pro řízení péče o chronické veózní bércové ulcerace (2010)³⁰,
- Pokyny NICE pro případy infekce v místě chirurgického zákroku (2008)³¹, problémy spojené s diabetickou nohou (2011)³² a řízení léčby dekubitů (2005)³³.

Očekává se, že všechny organizace budou postupovat v souladu s těmito národními pokyny, neexistují ale žádné komplexně využívané soubory dat, které by mohly poskytnout srovnání výsledků. Skutečnost je bohužel taková, že s výjimkou dekubitů jen velmi málo všeobecných zdravotnických služeb shromažďuje údaje o výsledcích. Výrazná část organizací NHS Trust stále používá papírové záznamy a nezaznamenává údaje digitálně. Na údaje z auditů, data o výskytu ran či projekty zaměřené na výsledky tedy dohlíží především sestry TVN, odborníci na bércové vředy nebo sestry zaměřené na oblast výzkumu. Neexistují žádné národní nástroje pro audit nebo zaznamenávání dat o výskytu. Některé organizace NHS Trust zaznamenávají údaje o hojení bércových vředů po 12 a 24 týdnech, ale tyto údaje nejsou sdíleny napříč regiony.

Organizace Venous Forum of the Royal Society of Medicine³⁴ doporučuje odkazování osob s žilní nedostatečností na cévní chirurgii, aby bylo možné začít řešit onemocnění, které tuto nedostatečnost způsobuje. V rámci zdravotnického systému, kde jsou některé regiony ve finančním deficitu a kde mnoho organizací CCG vnímá léčbu křečových žil jako léčebný postup s nízkou klinickou prioritou, se jedná o nelehký úkol. Ve většině oblastí napříč Anglií je tento přístup v rozporu se zaměřením na snižování počtu pacientů odesílaných do systému

sekundární péče a vyžadoval by změnu postupů pro doporučení pacientů. V reakci na tento problém mnoho organizací CCG zařazuje do primární péče služby ve vaskulární oblasti, které se zaměřují na ranou péči, a zvyšuje důraz kladený na cévní a žilní onemocnění v rámci komunity, včetně péče v domácím prostředí.

Autoři Vowden a Vowden³⁵ jsou toho názoru, že efektivní kompresivní terapie, základní stavební kámen efektivních postupů při péči o bérčové vředy, stále není všeobecně dostupná, a přestože zůstává určitý omezený přístup ke skutečně multidisciplinárnímu týmu, není tato terapie v maximální možné míře využívána k užtku pacienta. Studie autorů Petherick et al zjistila, že míra využití kompresivní léčby je 20 % (na škále od 0 do 100 %)²⁴, existují nicméně doklady o tom, že v rámci specializovaných center se její využití může zvýšit na 88 %³⁶. Zatím stále chybějí údaje o využití této léčby v rámci domácí péče.

Škála odborných pracovníků zapojených do péče o rány v domácím prostředí

V domácím prostředí poskytují péči o rány sestry, podiatři a řada zdravotnických asistentů. V rámci úsilí o dosažení nákladově efektivních řešení pro poskytování péče o rány došlo k nárůstu vzdělávání a certifikovaných kurzů pro zdravotnické asistenty. Tento přístup není zcela bezproblémový. Jsou zde rizika spojená s hodnocením a vedením: je třeba zajistit, aby bylo jasné, na kom leží odpovědnost.

Podiatrické služby jsou neoddelitelnou součástí služeb domácí péče a je jich poskytována celá řada. Do poskytování péče se stále více zapojují podiatřičtí asistenti. Jejich role se vyvíjí a péče, kterou poskytují, navazuje na posouzení a léčebný plán vytvořený kvalifikovaným podiatrem. V Anglii není výjimkou spolupráce s TVN, což vede k inovativnímu vývoji a propracovanějším postupům. Vyšetření

chůze je obvyklé u vředů na chodidlech, ale nikoliv při tvorbě vředů jinde na nohou.

Pacienty s ranami jakékoli etiologie, s výjimkou některých vředů souvisejících se syndromem diabetické nohy, lze doporučit k TVN. TVN plní úlohu odborného poradenství a řízení ve většině organizací NHS Trust napříč celou Anglií a jsou výraznou silnou stránkou této sítě: představují základ pro organizaci péče o rány a pro její vedení. TVN řídí léčbu všech typů ran a koordinují poskytování vzdělávání a uvádění pokynů do praxe. Některé organizace NHS Trust namísto toho disponují odborníky na bérčové vředy, kteří jsou důležití v procesu řízení péče a sledování této konkrétní skupiny pacientů.

V oblasti prevence a řízení léčby dekubitů se rozvíjí role fyzioterapeutů a ergoterapeutů, zejména co se týče polohování, odlehčení, sezení a poskytnutí invalidního vozíku. K dispozici jsou přenosné technologie pro mapování tlaku, jež slouží ke zhodnocení sezení a rizika a představují cenný nástroj pro klinické pracovníky i pečovatele.

Řízení a vedení

Petherick, Cullum [24] Peterick a kol. uvádí, že „většinu bérčových vředů diagnostikují a léčí praktičtí lékaři“.[24] V Anglii je realita většinou jiná: praktický lékař není hlavní postavou péče o rány v rámci primární péče, ale slouží spíše jako prostředník při doporučení pacienta do sekundární péče. Péče o rány v Anglii je tedy řízena sestrami, které u této skupiny pacientů plní zásadní vedoucí úlohu. V rámci domácí péče je vedení především na specializovaných sestřích – TVN. Pokud není TVN součástí komunitní péče, mohou pacienti získat přístup k TVN v rámci sekundární péče. TVN hraje vedoucí úlohu při zajišťování pokynů a vzdělávání a také při koordinaci péče o pacienta.

Přístup k poradenství TVN je součástí pokynů pro doporučení pacientů. V poslední době se ale objevily důkazy o tom, že u některých pacientů se tento postup pro doporučení neprojevuje.

Nedávné přezkoumání 439 pacientů s žilními bérčovými vředy zjistilo, že pouze 23 % z nich bylo odesláno ke specialistovi v rámci sekundární péče a pouze 3 pacienti navštívili TVN³⁷. Počet TVN potřebných pro určitý počet obyvatel nebyl stanoven, na rozdíl např. od sester se specializací na kontrolu infekcí.

Veškeré pokyny uvedené v části 3.2.2 poukazují na potřebu multidisciplinárního přístupu, ten ale v mnoha anglických organizacích ve skutečnosti chybí: i když pacienti postupně navštíví řadu příslušných klinických pracovníků, jen zřídka se vyšetření koná za spoluúčasti více zdravotníků. Organizace Venous Forum uvádí, že pacienti s bérčovými vředy by měli být odesláni na pracoviště cévní chirurgie pro posouzení stavu žil a zvážení případného chirurgického zákroku, existuje ale jen velmi málo dokladů o tom, že by se tak v souladu s tímto doporučením skutečně dělo^{35, 37}.

Jakmile již pacient trpí chronickou ranou a je v rámci sekundární péče vyšetřen na oddělení plastické či cévní chirurgie nebo dermatologie, očekáváni je takové, že tato oddělení povedou přímou péči o pacienta. Pokud ale tento lékařský či chirurgický tým neposkytuje zároveň terénní služby, bude se s pacientem setkávat pouze v klinickém prostředí. Ve složitějších případech tato situace omezuje klinické pracovníky v možnosti porozumět psychologickým a sociálním vlivům na pacienta, přijetí léčby pacientem a výsledkům. Síla role TVN spočívá v tom, že se jako součást ošetrovatelského personálu, který ve většině případů zajišťuje průběžnou péči, s pacientem setkávají v různých prostředích.

Další překážkou společné práci jsou nedostatečné záznamy o pacientech a chybějící integrace záznamů napříč primární a sekundární péčí. U pacientů, jejichž situace je složitější nebo kteří jsou chronicky nemocní, je tedy proces rozhodování a souvisejících problémů nejasný, což vede k nedostatku jistoty ohledně poskytované péče z pohledu klinického pracovníka i z pohledu pacienta, bez ohledu na to, kde daný klinický pracovník pracuje.

Kdo platí za krytí a za vybavení?

Vybavení, které pomáhá odlehčit tlak, většinou nakupují komunitní zdravotnické služby. O škále vybavení a přístupu k položkám vyráběným na zakázku se rozhoduje na místní úrovni a opět zde tedy chybí rovnost přístupu. Zajištění protetik a obuvi se také liší, přičemž některé TVN k nim nemají přímý přístup; běžný je požadavek doporučení protetik od praktického lékaře.

Krytí na rány potřebné pro péči v domácím prostředí je poskytováno buď prostřednictvím předpisů, nebo prostřednictvím centralizovaného systému. Předepisování krytí provádí pacientův praktický lékař nebo sestra s oprávněním vydávat předpisy; od nedávné doby mohou tyto předpisy vydávat také fyzioterapeuti a podiatři. Vzhledem k opožděnému získávání dat neposkytuje tento systém předepisování možnost adekvátního sledování výdajů. Předpisy na krytí jsou stále více využívány ke zvládnutí zvyšujících se nákladů a pro přístup k antimikrobiálním obvazům.

Podtlaková terapie ran je používána v celé Anglii, dostupnost této léčby se ale různí. Některé organizace NHS Trust si zařízení pronajímají, zatímco jiné je nakupují pro vlastní využití. Hyperbarická kyslíková terapie není pro léčbu ran proplácena, možné je pouze individuální financování³⁸.

Shrnutí

Péče o rány v domácím prostředí je v Anglii primárně řízená a vedená sestrami. Tato organizace péče přispívá k péči zaměřené na pacienta, kdy se zdravotní pracovník s pacientem setkává v různých prostředích, nikoli pouze v klinickém prostředí.

Služba National Health Service v Anglii podporuje v rámci komunitního prostředí komplexní péči o rány založenou na stanovených postupech. O poskytování této péče a s tím spojenými výsledky se ale často rozhoduje na místní úrovni a možnosti porovnání jednotlivých regionů jsou velmi omezené. Existují doklady o značně různorodé praxi a postupech při doporučování pacientů ke specializovanému poradenství a řízení léčby, kterému navíc stojí v cestě další překážka v podobě nedostatečné

integrace primární a sekundární péče. Na druhou stranu už ale vznikla iniciativa usilující o standardizaci údajů o výsledcích a jejich zaznamenávání, aby bylo porovnání jednotlivých oblastí spolehlivé a přispívalo k poznatkům o poskytování vynikající péče o rány.

Klíčové body

- Postup se u jednotlivých pacientů často řídí jejich mobilitou, etiologií rány a délkou jejího trvání.
- Hlavní roli v těchto postupech často hrají sestry se specializací na péči o rány, které v rámci dané oblasti poskytují potřebné zaměření a vedení.
- Existují národní pokyny ohledně nejlepší praxe, ale jejich realizace a postoj k nim závisí na vedoucích osobách v daném místě; chybí rutinní zaznamenávání výsledků.
- Je potřeba prohloubit integraci primární a sekundární péče.
- Soubory dat o výsledcích jsou obecně nedostačující a nelze je použít ke spolehlivému porovnání jednotlivých regionů.

Německo

V německém zdravotnickém systému musí být každý občan povinně přihlášen ke zdravotnímu pojištění. Více než 90 % obyvatel je součástí plánu zákonného zdravotního pojištění. Všichni ale mají možnost pořídit si plán soukromého zdravotního pojištění, přičemž toto rozhodnutí závisí především na výši příjmu daného jednotlivce. Společnosti nabízející zákonné zdravotní pojištění vytvořily katalogy služeb, které jsou nabízeny jako minimální služby každému pojištěnci. Tyto minimální standardy jsou koordinovány se zdravotnickou politikou vlády a jsou akceptovány jako „standardy lékařské péče“. Na tyto příspěvky mají nárok všechny pojištěné osoby. V tomto kontextu je tedy péče o rány včetně krytí na rány

placena ze zákonného zdravotního pojištění.

Zákonné zdravotní pojištění upřednostňuje poskytování péče pacientům v ambulantním prostředí. Menší chirurgické zákroky jsou tedy prováděny v chirurgických ordinacích nebo na ambulantních klinikách. Podle údajů Federálního statistického úřadu ve Wiesbadenu podstoupilo v roce 2011 ambulantní chirurgický zákrok 1,9 milionu (1 865 319) pacientů. Pro srovnání – v roce 2002 to bylo pouze 575 613 pacientů⁵⁸. Po zavedení klasifikačního systému DRG (Diagnosis Related Groups) pro platby nemocnicím v roce 2005 a s nimi souvisejících finančních výhod v posledních letech prudce poklesla doba pobytu v nemocnici⁵⁹. Podle druhé největší instituce poskytující veřejné zdravotní pojištění klesla průměrná délka pobytu v roce 2012 na 8,3 dnů oproti více než 13 dnům v roce 1992. Výsledkem je brzké propouštění pacientů s akutními nebo nehojícími se ranami, o něž je dále pečováno v ordinacích lékařů nebo na ambulantních klinikách. Organizace a kvalita těchto zařízení se v rámci celého Německa různí.

Organizace péče o rány v domácím prostředí v Německu

Pacienti, kteří jsou mobilní, většinou docházejí za péčí o rány do ordinace lékaře, a to buď k praktickému lékaři, nebo ke specialistovi podle vlastního výběru. Péče o rány nicméně není spojena s žádným konkrétním lékařským oborem a jsou do ní zapojeni praktičtí lékaři i všeobecní a cévní chirurgové, dermatologové, diabetologové či angiologové. V závislosti na zaměření těchto specializací se také značně liší jejich vzdělání a znalosti o péči o rány. Obecně přijímaná akreditace pro lékaře zaměřeného na léčbu nehojících se ran nebyla dosud v Německu zavedena. Speciální školicí kurzy o péči o rány pro lékaře byly zahájeny v roce 2013.

Specializovaní lékaři pracují v Německu v nemocnicích, ale také mimo ně v lékařských ordinacích, takže kvalifikovaná lékařská péče je k dispozici i ambulantně. Praktický lékař může pacienta doporučit ke specializovanému lékaři, ale

pacient může také sám navštívit jiného specialistu, aniž by musel kontaktovat svého praktického lékaře. Klinické postupy pro nalezení nejlepší péče ale obecně nejsou pacientům známé.

Péči o rány se v Německu dostává stále větší pozornosti a počet „klinik specializovaných na rány“ či „středisek péče o rány“ stoupá. Tyto kliniky a střediska se snaží nabídnout vyšší kvalitu péče o rány v souladu s diagnostickými a terapeutickými standardy. Některé z nich spolupracují s praktickými lékaři a pečovatelskými službami.

Ve venkovských oblastech péči většinou poskytuje rodinný lékař, který ale může převazováním rány pověřit zdravotnického asistenta. Ti mají jen zřídka dodatečnou kvalifikaci v oblasti péče o rány a bez znalosti posuzování ran a vhodného používání různých materiálů se zvyšuje riziko nevhodných a nedostatečných služeb. Lékař může také zapojit ambulantní službu péče o pacienty. Ambulantní pečovatelské služby přebírají odpovědnost za dlouhodobou domácí péči poskytovanou proškolenými sestrami a také za péči o domácnost a lékařskou péči.

Péči o rány řídí lékař v předem stanovených časových intervalech. Kromě zhodnocení rány a jejího lokálního ošetření je pro úspěch terapie zásadní také diagnóza a léčba její etiologie. Diagnostická práce na nalezení etiologie stojí za vznikem rány v ambulantním sektoru často chybí, zejména u pacientů s bérčovými vředy. Stanovení diagnózy může zahrnovat biopsii tkáně, změření indexu kotníkových tlaků (ABPI), dopplerovského a duplexního ultrazvukového vyšetření a také vyšetření lymfatického systému. V důsledku toho není zahájena příslušná kauzální terapie, jako například kompresivní terapie nebo opatření k podpoře krevního oběhu. Tyto nedostatky jsou ještě výraznější u imobilních pacientů, o něž je pečováno v jejich domácím prostředí.

Lékař poskytující primární péči je odpovědný za lokální terapii a předepisování potřebného materiálu.

Péči o ránu provádí pečovatelské služby. Pacienti si mohou vybrat mezi soukromými a veřejnými poskytovateli pečovatelských služeb. Pro provádění předepsané léčby musí být daná osoba držitelem uznávané kvalifikace, jako je například ošetřovatelství nebo geriatrická sestra, udělené na základě tříletého státem akreditovaného vzdělávacího programu.

Onemocnění, které je příčinou rány, a dostupnost lékařů a sester budou mít vliv na rozhodnutí ohledně škály profesionálů zapojených do léčebného plánu. U pacientů s vředy souvisejícími se syndromem diabetické nohy by měli být zapojeni vyškolení podiatři a specializovaní výrobci ortopedické obuvi pro individuální úpravy obuvi. Dietetik může poskytnout cenné rady ohledně optimalizace stravy pacientů s ranami.

Všechny tyto služby jsou financovány ze zákonného zdravotního pojištění na základě lékařského předpisu. Jejich realizace proto významně závisí na úrovni znalostí a motivaci lékaře. Na tyto služby je bohužel stanoven rozpočet a v důsledku toho lékaři nemusí nezbytná opatření předepsat ze strachu z překročení povolených výdajů, za něž by byli finančně odpovědní.

Řízení a vedení

V Německu neexistuje jednotný standardní pracovní postup. Rozlišují se dvě úrovně: řídicí a provádění. Za řízení jsou odpovědní výhradně lékaři. Provádění většinou připadne za úkol sestrám, které jsou zaměstnány u domácích pečovatelských služeb. Ty obdrží lékařský předpis na domácí péči s přesnými informacemi ohledně typu a četnosti poskytování služeb.

V Německu existuje „Norma odbornosti pro péči o osoby s chronickými ranami“, které se týká sester³⁹. Tato norma nařizuje zapojení specializované sestry do zhodnocení anamnézy a plánování léčby. Tento specializovaný odborník či odbornice v oblasti ošetřovatelství disponuje odbornými znalostmi

ohledně koordinace péče o rány a komunikace mezi různými profesemi a často pracuje jako ve společnostech poskytujících domácí péči. Jsou zde ale značné rozdíly v kvalitě a regulační orgány nesledují, zda byl takovýto odborně specializovaný ošetrovatelský pracovník do procesu skutečně zapojen. Požadavky normy odbornosti tedy s největší pravděpodobností nejsou v Německu ve všech případech dodrženy.

Kdo platí za krytí a další materiál?

Ošetrovatelská péče je financována z fondů zdravotního pojištění a fondů péče. Péče o rány spadá do takzvané „terapeutické péče“ a je financována ze zákonného zdravotního pojištění. Opět je ve všech případech vyžadován předpis lékaře. Také materiály, jako například krytí na rány, jsou financovány ze zákonného zdravotního pojištění. Všechny předpisy jsou zahrnuty do individuálního rozpočtu každého lékaře. Překročení rozpočtu může vést k požadování náhrady ze strany místního sdružení lékařů, politické zájmové skupiny smluvních lékařů a psychologů na regionální úrovni, která odpovídá za dodržování plánovaných výdajů za dané období. Každý ambulantní lékař je tedy osobně odpovědný za překročení svého rozpočtu.

Výjimkou je použití některých antiseptik, produktů určených k ochraně pokožky a čisticích roztoků, které si pacienti musí hradit sami. Momentálně vzniká řešení této situace v podobě nových forem péče pro pojištěnce. Zvláštní smlouvy mezi konkrétním pojištěním a lékaři, sestrami a dalšími odbornými pracovníky umožňují zlepšení pro všechny zúčastněné strany. Existují smlouvy o integrované péči (§ 140 a–d, SGB V.) a selektivní smlouvy (§ 63, 73 SGB V.). V obou typech smluv je definována kvalita a typ služeb a stanovena výše úhrady. Pacient musí souhlasit s typem smlouvy a uvést, že splňuje dané specifikace. Na oplátku nemusí platit žádné doplatky.

Shrnutí

Vzhledem k zavedení povinného pojištění je sociální ochrana v případě nemoci je v Německu z velké části zabezpečena zákonným zdravotním pojištěním. Léčebné výlohy a náklady na materiál a péči nese pojišťovací společnost, což zajišťuje pojištěncům přístup k adekvátní léčbě. Kvalitu péče zajišťují relevantní zainteresované strany, chybí ale mechanismy pro kontrolu úrovně dovedností a znalostí lékařů, sester a poskytovatelů domácí péče.

V posledních letech se mezi stranami zapojenými do tohoto procesu zvyšuje povědomí o tom, že současný systém není zcela adekvátní pro léčbu osob s nehojícími se ranami. Momentálně tedy probíhá hledání nových metod jak v oblasti organizace, tak v oblasti financování.

Klíčové body

- Zákonné zdravotní pojištění zaručuje přístup ke zdravotní péči pro všechny pojištěné osoby, ale organizace procesů poskytování péče je z velké části neregulovaná a decentralizovaná.
- Péče o osoby s chronickými ranami se vyznačuje velkými rozdíly v kvalitě.
- Pro všechny zapojené profesní skupiny existují různé koncepty školení.
- Narůstá zájem o koncepty školení týkající se adekvátní péče o pacienty s chronickými ranami.
- V současné době se zavádí nové potřebné struktury prostřednictvím klinik specializovaných na rány, středisek péče o rány a zvláštních typů smluv.

Severské státy

Severské země jsou známy jako sociální státy, které svým občanům poskytují vysoce kvalitní služby veřejné sociální a zdravotní péče. V posledních letech se na poskytování a dostupnosti sociálních a zdravotnických služeb v severských státech podepsala hospodářská recese. Současný vývoj

směřuje od neinstitucionální péče k domácí péči.

Organizace péče o rány v domácím prostředí

Domácí péče je v severských státech organizována především prostřednictvím veřejné sociální a zdravotní péče v místní komunitě (Dánsko) nebo v rámci obecní samosprávy (Finsko a Švédsko). Přibližně 50 % z 270 samosprávných obcí ve Švédsku má kromě odpovědnosti za sociální služby, které po konzultaci se sestrou zajišťuje rada kraje, také plnou odpovědnost za lékařské služby. Zbývajících 50 % obcí zodpovídá za sociální služby, ale lékařskou péči zajišťuje rada kraje a registrované sestry nejsou na úrovni obcí do domácí péče zapojeny. Budoucí vize je taková, že všechny obce přejdou na systém organizace domácí péče zajišťovaný regionální radou po konzultaci se sestrou. Ve Finsku existuje 320 samosprávných obcí. Sociální a zdravotní péče představuje největší oblast jejich činnosti a hraje ústřední roli ve finském systému služeb sociálního státu. Obce jsou odpovědné za základní práva obyvatel na zdravotní a sociální služby a mohou tyto služby buď poskytovat samy, nebo zapojit soukromé dodavatele služeb.

V některých zemích nedokáží obce naplnit všechny požadavky na domácí péči, a to především vzhledem ke stárnutí obyvatelstva, s nímž je spojena zvýšená potřeba služeb. Za poskytování služeb domácí péče jsou tedy odpovědné soukromé společnosti, sdružení a nadace. Ve Švédsku nicméně existují soukromé služby domácí péče, které jsou propláceny prostřednictvím veřejných služeb, čímž se smazává rozdíl mezi službami v soukromém a veřejném sektoru domácí péče.

Domácí péče o pacienty s ranami je v severských státech koordinována různými způsoby. Ve Švédsku například péči o rány koordinuje nemocnice, zdravotní středisko či obecní sestra nebo dokonce zkušený zdravotnický asistent.

Ve Finsku může koordinaci péče řídit lékař pracující v oblasti domácí péče nebo zdravotním středisku. V některých případech může domácí péči o pacienty s ranami koordinovat také nemocniční lékař nebo klinický odborník.

Financování a platby za krytí a další materiál

Náklady na domácí péči hradí v severských zemích převážně stát a samosprávné obce, takže jsou placeny z daní. Ve Finsku a Švédsku platí pacienti za domácí péči nominálně stanovenou sazbu. Výše platby za péči se odvíjí od pacientova příjmu. Je stanovena maximální výše doplatku, která ve Švédsku činí 1 100 SEK (přibližně 124 EUR) za rok a ve Finsku je to minimálně 15 % a maximálně 35 % příjmu v závislosti na množství času, který je na péči každý měsíc potřeba vynaložit. Výše platby za domácí návštěvu zdravotnického pracovníka činí 9,30 EUR při návštěvě sestry a 14,7 EUR při návštěvě lékaře. Tento systém financování zajišťuje dostupnost služeb domácí péče pro všechny pacienty.

V oblasti péči o rány existují rozdíly mezi proplácením krytí a dalšího materiálu potřebného k péči o rány. Ve Švédsku a Dánsku pacienti za produkty potřebné k péči o rány neplatí, ale ve Finsku záleží na rozhodnutí obce, zda produkty k péči o rány pacientům dodává služba domácí péče nebo zda si je musí kupovat sami. Ve Finsku není na krytí a většinu dalších produktů určených k péči o rány potřeba předpis, takže nejsou zahrnuty do státního systému proplácení.

Škála zapojených odborných pracovníků

Péči o pacienty s ranami v domácím prostředí poskytuje primárně ošetrovatelský personál: může to ale být celá řada pracovníků v ošetrovatelství, od registrovaných sester s akreditací v oblasti péče o rány, jako je tomu ve Finsku, až po zdravotnické asistenty, jejichž role je zejména ve Švédsku stále důležitější. Vytváří se také vzorec domácí péče, který stále více

spoléhá na neformální pečovatele. Tato skutečnost byla zdůrazněna ve švédské publikaci, která uvedla, že kdyby všichni neformální pečovatelé přestali dělat to, co dělají, systém veřejné zdravotní péče by se do 24 hodin zhroutil⁴⁰.

Strategie a pokyny

Obecné strategie či pokyny pro organizaci péče o rány v rámci domácí péče v severských státech neexistují, s výjimkou národních pokynů ohledně řízení péče o ulcerace spojené se syndromem diabetické nohy v Dánsku. Tyto pokyny je možné adaptovat i na péči v domácím prostředí.

V rámci konzultací při přípravě tohoto dokumentu byli účastníci ze severských států požádáni, aby popsali tři nejdůležitější problémy, na které je třeba se v oblasti péče o rány v domácím prostředí dále zaměřit. Účastníci zdůraznili potřebu posílit znalosti odborných pracovníků v oblasti péče o rány prostřednictvím vzdělávání, a to zejména u ošetrovatelského personálu; účastníci z Finska potom kladli důraz na potřebu bezplatného přístupu k produktům určeným k péči o rány pro všechny pacienty. Důležitým hlediskem, na němž se shodli všichni respondenti, byla potřeba diagnostikovat etiologii rány.

Shrnutí

V severských státech jsou pacienti s ranami ošetřováni v rámci domácí péče, která pokrývá především sociální a zdravotní domácí péči.

Domácí péče je převážně financována státem a samosprávnými obcemi, vznikají ale i soukromí poskytovatelé péče, zejména ve Finsku. Náklady na produkty určené k péči o rány jsou pacientům také hrazeny.

Výjimkou je Finsko, kde produkty k péči o rány hraří v mnoha případech pacienti. Tím se zvyšuje riziko, že kvůli ceně produktů nebude možné rány ošetřovat tím nejlepším možným způsobem.

Mezi pracovníky zapojené do domácí péče o rány patří zejména ošetrovatelští a zdravotničtí asistenti. Kompetence těchto pracovníků v oblasti péče o rány se liší podle osobních zájmů a zkušeností. V severských státech je potřeba dalšího vzdělávání i pokynů pro oblast péče o rány.

Klíčové body

- Domácí péče je součástí národního systému péče a je tedy dostupná všem pacientům s ranami.
- Na domácí péči jako na součást národní sociální a zdravotní péče dohlíží zdravotnické orgány, které ji také regulují.
- Pacienti s ranami jsou bráni jako zvláštní skupina pacientů v domácí péči, přestože pro tuto péči neexistují žádné pokyny na národní úrovni.
- Se stárnutím populace severských států se bude potřeba domácí péče zvyšovat a je velice pravděpodobné, že stoupne i počet pacientů s ranami, čímž se zvýší poptávka po dovednostech a kompetencích pracovníků i role neformálních/rodinných pečovatelů, na které by mělo být pohlíženo jako na součást týmu poskytujícího péči.
- Ve Finsku nejsou pro pacienty produkty k péči o rány vždy zdarma a patřičný management péče o rány může tedy záviset na pacientově příjmu.

Organizace péče

Většina starších lidí dává přednost tomu, aby mohli žít u sebe doma a aby jim byly služby podpory poskytovány takovým způsobem, který jim umožní zůstat ve svých domovech a komunitách, co nejdéle to bude možné. Poskytování vyšší úrovně péče a podpory pro starší osoby, zejména pro rostoucí počet těch, kteří žijí o samotě, se vzhledem k tomu, jak s věkem narůstá závislost na jiných, stává nutností⁴¹. Co se týče přístupu ke službám, má se za to, že nejdůležitější službou je ordinace praktického lékaře, následovaná komunitními ošetrovatelskými službami, domácí výpomocí, denní péčí a dalšími komunitními zdravotními službami⁴¹.

Je důležité správně identifikovat starší osoby, pro které by byla přínosem domácí péče ošetrovatelských služeb, protože domácí ošetrovatelská péče může vyžadovat asistenci lékařských pracovníků vzhledem ke složitosti a komorbidním stavům křehkých starších osob, kterým je tato péče poskytována²³.

Nejlepší praxe (Best practice)

Cílem všech zdravotnických pracovníků a institucí je poskytování nejvyšší možné péče, a to v souladu s nejlepší praxí založenou na důkazech, která přispívá k lepším výsledkům pacientů a zároveň je pro poskytovatele zdravotní péče ekonomicky únosná. Ústředním bodem tohoto přístupu je koncept praxe založené na důkazech, který je definován jako „svědomité, explicitní a uvážené používání aktuálních nejlepších důkazů při rozhodování o péči o konkrétní pacienty“⁴².

Termín „nejlepší praxe“ (*best practice*) je široce

používán v literatuře, často ve smyslu používání postupů založených na důkazech. Nejlepší praxe se nicméně odvíjí od kontextu a může záviset na mnoha faktorech, včetně organizace pečovatelských struktur, místních zdrojů, dostupnosti odborných znalostí, vzdělávání a školení zdravotnických pracovníků, porozumění pacientům a cílech léčby. Přes výše uvedenou výhradu se ale nejlepší praxe může vyvinout na základě nejrůznějších pokynů a strategických dokumentů, jejichž cílem je ovlivnit rozhodnutí o péči a léčbě a které lze adaptovat pro místní potřeby.

Přestože v nemocničním prostředí existuje mnoho pokynů, jen velmi málo výzkumů se věnovalo tomu, jak je realizovat a šířit a jak po jejich realizaci hodnotit výsledky pacientů. Práce kanadských badatelů^{4, 43, 44} upozorňuje na zdroje potřebné pro zavedení nejlepší praxe s konkrétním odkazem na řízení péče o žilní bérkové vředy v komunitním prostředí. Práce této skupiny zaznamenává více než desetileté úsilí o pochopení prostředí praxe, navázání kontaktů a vytvoření skupin pro rozvoj postupů, vzdělávání, realizace péče založené na pokynech a hodnocení výsledků. Výsledkem této práce je plán Queen's University Research Roadmap for Knowledge Implementation (QuRKI), který představuje cenný pohled na změny v postupech poskytování péče^{44, 45}.

Má se stále více za to, že realizaci pokynů není možné jednoduše ponechat na týmech a jednotlivcích. Britská studie popisuje příklad situace, kdy strategický orgán převzal odpovědnost za tuto realizaci na sebe⁴⁶. Tato organizace pochopila, že snaha o eliminaci dekubitů, kterým lze předejít, vyžaduje kreativní marketingový přístup a že je do přípravy kampaně potřeba zapojit personál přímo

z praxe, aby tak byla zajištěna její relevantnost a pocit odpovědnosti za její výsledky. Koordinace služeb napříč organizacemi sociální a zdravotní péče je prosazována zejména v oblasti preventivních opatření a rozvoje dekubitů u zranitelné dospělé populace. Přístup k oznamování případů v rámci Spojeného království nicméně i nadále způsobuje nejednotnou míru jejich zachycení, což vedlo k vypracování široce podporovaného dokumentu⁴⁷, který prosadila společnost Tissue Viability Society a posléze jej podpořilo ministerstvo zdravotnictví.

Jsou hlášeny případy nedodržování pokynů pro klinickou praxi v domácí péči, přičemž v jedné studii byla v 64,8 % (n=482) případů prováděna preventivní opatření proti vzniku dekubitů, která neodpovídala pokynům pro klinickou praxi, a ve 30,8 % (n=229) případů, kdy existovalo riziko vzniku dekubitů, prevence zcela chyběla [20]. Kromě toho ukázal výzkum v oblasti řízení péče o bércové vředy slabé celkové výsledky v oblasti zajištění péče, protože pouze 11 % pacientů byl změřen index ABPI. Zajímavostí je, že zatímco u starších osob (78–87 let) byla nižší pravděpodobnost, že jim byl měřen index ABPI, byla u nich zároveň vyšší pravděpodobnost, že se jim dostalo kompresivní terapie, než u osob ve věku 68–77 let (poměr šancí 1,39)²⁴. Bylo prokázáno, že nevyrovnaná úroveň praxe se podílela na kolísání výsledků z více než 30 %²⁴.

Nedodržování pokynů může být částečně způsobeno jejich nedostatečným šířením a chybějící podporou pro jejich realizaci. V tomto ohledu mohou zdravotnické organizace a organizace pro péči o rány hrát ústřední roli v procesu šíření pokynů, a v minulosti už se na tom také aktivně podílely⁴⁸. Mezi překážky pro používání nejlepší praxe při léčbě bércových vředů mezi komunitními sestrami patří: chybějící dohoda mezi zdravotníkem a pacientem (tzv. konkordance), zdravotní stav pacienta, nedostatečné zdroje, špatné domácí prostředí, chybějící aktuální vzdělání a neadekvátní komunikace^{49,50}.

Je také potřeba zhodnotit přijatelnost a používání pokynů v praxi, protože průzkum mezi 132

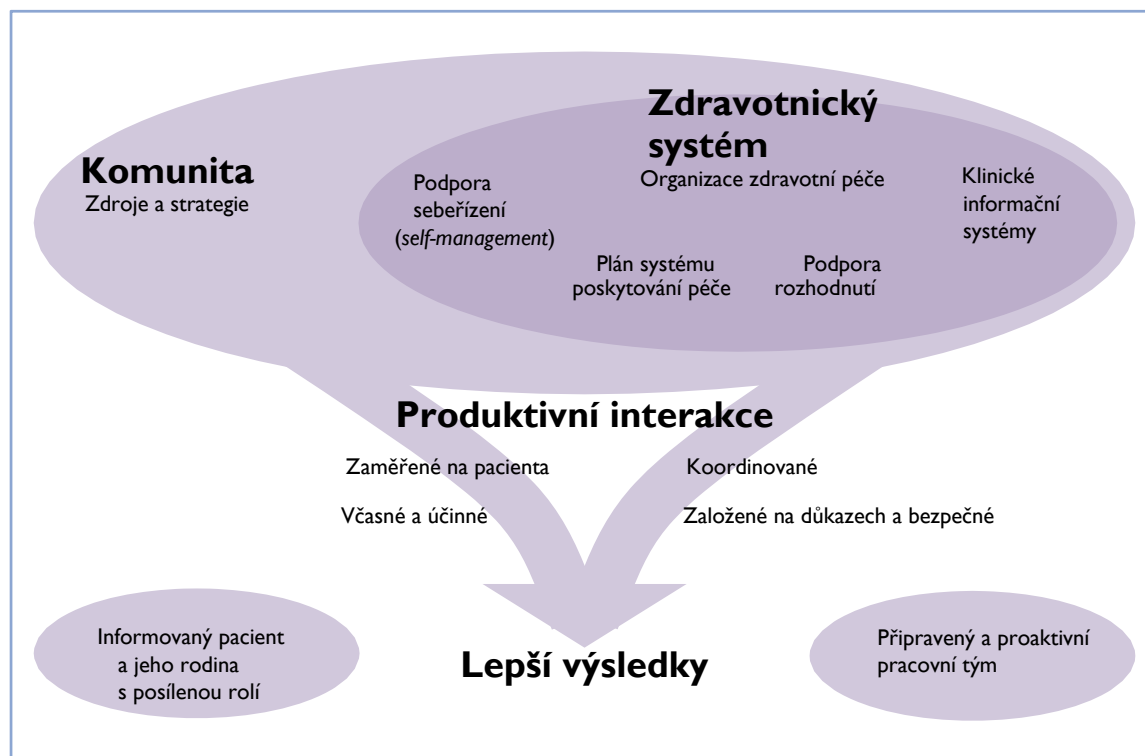
komunitními sestrami ukázal, že konzultace zveřejněných pokynů byla pátým nejčastějším zdrojem informací, přičemž prvním zdrojem informací byly specializované sestry⁴⁹.

Zajištění pokynů pro klinickou praxi založených na důkazech a přizpůsobených místním potřebám může poskytnout stabilní základ pro kontrolu a hodnocení postupů. Prostřednictvím tohoto procesu mohou kliničtí pracovníci porozumět současným postupům, určit oblasti, kde stávající praxe neodpovídá moderním pokynům, a vypracovat strategii na zlepšení postupů a výsledků pacientů. Tento proces zahrnuje také měření a porovnávání (tzv. *benchmarking*) vlastních postupů s postupy jiných či s očekávaným standardem. Benchmarking je definován jako průběžné systematické hledání a zavádění nejlepší praxe, což vede k lepším výkonům⁵¹. Je navrženo rozdělení benchmarkingu do tří hlavních fází: určení toho, co chceme měřit, sběr a analýza dat a opatření a realizace⁵¹. Srovnávací měření je ústředním bodem tohoto procesu, a přestože standardní nastavení je ve zdravotnictví velmi dobře zavedeno, standard neposkytuje žádnou jistotu ohledně toho, zda je dosahováno nejlepší možné praxe. Kvantitativní standardy samy o sobě nic nevyovídají o kvalitativních aspektech věci, což ozřejmuje problémy aplikovatelnosti standardů⁵¹.

Postupy v domácí péči

Při prosazování nejlepší praxe v péči o rány je zásadním faktorem komunikace mezi zdravotnickými pracovníky⁶. Pro její usnadnění mohou být vypracovány klinické postupy. Neexistuje žádná univerzálně platná definice toho, co je a co není součástí klinického postupu, lze jej ale definovat jako metodu řízení péče o pacienta u dobře definované skupiny pacientů během dobře definovaného časového období⁵². Takovýto postup výslovně stanoví cíle a klíčové prvky péče na základě pokynů založených na důkazech, nejlepší praxi a očekávání pacientů prostřednictvím

Obrázek I. Model péče o chronicky nemocné adaptovaný ze studie Wagner et al. (2001)⁵³



usnadnění komunikace, koordinace rolí a stanovení pořadí činností multidisciplinárního týmu poskytujícího péči, pacientů a jejich příbuzných, prostřednictvím dokumentování, sledování a vyhodnocování odchylek a konečně prostřednictvím poskytování nezbytných zdrojů a výsledků⁵². Cílem klinického postupu je zlepšit kvalitu péče, omezit rizika, zvýšit spokojenost pacientů a zvýšit efektivnost využití zdrojů⁵².

Model péče o chronicky nemocné

Život s chronickou ránou vyžaduje trvalé přizpůsobení ze strany postižené osoby a také interakci se zdravotnickým systémem. Téměř polovina všech osob s chronickými ranami zároveň vykazuje více komorbidit¹⁷. Mnoho integrovaných systémů poskytování péče a řízené péče se proto

velice zajímá o nápravu nedostatků v současném řízení léčby u onemocnění, jako je cukrovka, onemocnění srdce, deprese, astma a další⁵³. Překonání těchto nedostatků bude vyžadovat přeměnu zdravotnictví ze systému, který je v zásadě reaktivní – reaguje především tehdy, když člověk onemocní – na systém, který je proaktivní a zaměřený na to, aby člověka udržel při co nejlepším zdraví. Komplexní modely péče, jako je například model péče o chronicky nemocné (Chronic Care Model, CCM)^{53, 54} jsou zde použity pro názornost: mají ukázat, jak může tento přístup fungovat v kontextu péče o rány v domácím prostředí. Model CCM byl vyvinut před více než deseti lety a je často používaným přístupem ke zlepšení ambulantní péče: stal se pomůckou pro iniciativy na zlepšení kvality klinické péče v USA a po celém světě. Tento dokument zkoumá doklady o účinnosti modelu CCM prostřednictvím přezkoumání článků vydaných od roku 2000, které v seznamu

literatury uvádějí jeden z pěti klíčových článků o CCM. Zdá se, že nashromážděné důkazy podporují CCM jako integrovaný rámcový model pro změnu praxe. Přestože je třeba provést ještě další výzkumy, například v oblasti nákladové efektivity, naznačují tyto studie, že přeměna systému péče s využitím modelu CCM vede k lepší péči o pacienty a lepším zdravotním výsledkům⁵⁵.

Model CCM se skládá z 6 součástí, které mají podle hypotézy mít vliv na funkční a klinické výsledky spojené s řízením léčby nemoci. Podle popisu autorů Wagner, Austin⁵³ se jedná o následujících šest součástí:

1. Zdravotnictví – organizace zdravotní péče (tedy poskytování vedení pro zajištění zdrojů a odstraňování překážek péče).
2. Podpora sebeřízení (tedy zprostředkování nových dovedností a posilování pozice pacientů).
3. Podpora rozhodnutí (tedy poskytování vedení pro realizaci péče založené na důkazech).
4. Plán systému poskytování péče (tedy koordinace procesů péče).
5. Klinické informační systémy (tedy sledování pokroku oznamováním výsledků pacientům a poskytovatelům).
6. Komunitní zdroje a strategie (tedy udržování péče pomocí komunitních zdrojů a strategie veřejné zdravotní péče).

Jako celek mají tyto součásti modelu CCM vytvářet efektivnější systémy poskytování zdravotní péče, které zavádí mechanismy pro podporu rozhodnutí, spojují systémy zdravotní péče s komunitními zdroji a strategiemi, poskytují pacientům komplexní služby pro podporu sebeřízení a provozují

a spravují klinické informační systémy zaměřené na pacienta. Navzdory dokladům o širokém využívání modelu CCM u více onemocnění, mimo jiné například u cukrovky, může být tento model použit i u pacientů s chronickými ranami.

Týmový přístup

Výrazy „multidisciplinární“ a „interdisciplinární“ jsou vykládány a chápány různě, spadají ale do rámce „spolupráce různých profesí“ (Interprofessional Collaboration, IPC)⁵⁶. IPC je definována jako proces, v němž různé profesní skupiny spolupracují s cílem pozitivně ovlivnit zdravotní péči, a zahrnuje vyjednanou dohodu mezi jednotlivými pracovníky⁵⁶. Jedná se tedy o další potvrzení a ocenění odborných znalostí a přispění různých zdravotnických pracovníků ke zlepšení péče o pacienty⁵⁶. Podle článku Oxman 2008⁵⁶ existuje pět klíčových znaků koordinace péče: zapojení více účastníků do koordinace péče, nezbytnost koordinace, důležitost toho, aby si účastníci byli vědomi své vlastní role a rolí ostatních, a důležitost výměny informací. Není snadné uvést tento přístup do souladu s poskytováním konkrétní služby, tedy péče o rány, v domově pacienta.

Dokument EWMA „Managing Wounds as a Team“⁵⁷ navrhuje tzv. univerzální model pro týmový přístup k péči o rány (Universal Model for the Team Approach to Wound Care) a upřesňuje pět základních znaků tohoto přístupu:

- Zaměření na pacienta s využitím osoby prosazující zájmy pacienta.
- Mechanismy doporučování pacienta, které jsou schopny se přizpůsobovat.
- Shromažďování dat hodnocení pro vytvoření jediného plánu.
- Přiměřené systémy odměňování.
- Zdravotnický systém umožňující modely týmové práce.

Model týmového přístupu je považován za praktický krok k tomu, aby zdravotníci při péči o rány pracovali jako tým, zatímco model péče o chronicky nemocné představuje teoretický (a důkazy podložený) základ pro tento dokument o péči o rány v domácím prostředí, protože je vypracován pro poskytování péče a sociálních služeb v domácím prostředí.

V rámci poskytování péče v domácím prostředí je důležité, aby se mezi pacientem anebo neformálním pečovatelem a zdravotnickým pracovníkem vytvořily dobré vztahy, zejména vzhledem k tomu, že pacient (klient) se může postupem času setkat s mnoha různými pracovníky. Rozvoj těchto mezilidských vztahů pozvedává terapeutickou péči a může mít přímý vliv na její kvalitu⁵⁸. Přestože je cenný přínos mezilidských vztahů známou skutečností, je zároveň pravda, že domácí péči poskytuje řada pracovníků, kteří ne vždy pracují jako tým. To prokázal výzkum autorů Kapp a Annells⁵⁹, v němž jednotliví pacienti uváděli, že se setkávají s řadou klinických pracovníků, ale každý z nich je zaměřen pouze na oblast své specializace a prakticky se nezajímá o pacientovy ostatní problémy.

Výzkum ukázal, že u 79 pacientů, které navštěvovali zdravotníci za účelem poskytování domácí péče (nikoli konkrétně péče o rány), se počet denních návštěv různých pracovníků pohyboval od 1 do 7 (průměr 2,3) a v průběhu 4 týdnů se počet různých návštěvníků konkrétního pacienta pohyboval od 5 do 35 s průměrným počtem 17^[58]. Důsledkem byla nízká úroveň návaznosti mezilidských vztahů a obecně se pacienti při opakování návštěv jen zřídka setkávali se stejným pečovatelem. Podobné trendy se projeví i v péči o rány, kdy během čtyřtýdenního období navštívila pacienty s ranami sestra v průměru 10krát až 12krát, a to navíc k případným dalším návštěvám jiných zdravotníků^{4, 19}. Zjištění těchto studií nemusí být nutně obecně aplikovatelná na všechny situace poskytování zdravotní péče či na všechny evropské země, přesto ale zdůrazňují potřebu

dobré komunikace a systémů dokumentace a také nutnost vypracovat týmový přístup. V těchto zjištěních je také skryto nedostatečné zvážení vlivu, jaký může mít na pacienty návštěva tolika lidí v jejich domácnosti v jediném dni, a také toho, jaký to na ně má dopad z hlediska únavy a ztráty kontroly nad vlastním denním rozvrhem.

Dopad ran na jedince v prostředí domácí péče je poměrně výrazný. Zprávy ukazují opakující se témata izolace, omezené schopnosti vykonávat roli v domácnosti, bolesti a bolestivosti^{59, 60}. Další zkušenosti pacientů, kteří se vyrovnávají s podtlakovou terapií ran, ukazují strach ze spuštění alarmu, strach z toho, že budou v zařízení „uvězněni“, strach z toho, že si zařízení všimnou jiní lidé, a konečně strach z toho, že jejich vlastní schopnost pečovat o ránu bude omezená, vzhledem k tomu, že vyžaduje zásah zdravotnického pracovníka⁶⁰.

Vzhledem k tomu, že péče je poskytována v domově pacienta, často jediným pracovníkem, který hodnotí stav, rozhoduje se a provádí zásahy bez přítomnosti dalších kolegů, musí být dokumentace péče včetně jejího posouzení, zhodnocení a sledování velice důkladná⁶¹. Má se za to, že pečlivá dokumentace by měla učinit neviditelné viditelným a usnadnit tak návaznost péče vzhledem k informovanosti zdravotnických pracovníků, pacientů i jejich životních partnerů⁶¹.

Péče s podporou elektronického zdravotnictví (eHealth)

Pacientovi musí s managementem péče o rány pomoci lékařský personál, a to řádným posouzením, vědomostmi a odbornými znalostmi. Některé státy zavedly funkci sestry se specializací na rány, stomie a kontinenci (Wound, Ostomy and Continence Nurse, WOCN), která může poskytnout odborné znalosti v oblasti managementu péče o rány⁶² a podporovat kvalitu péče a pozitivní klinické i finanční výsledky.

Před členy týmu zdravotnických pracovníků také často stojí výzva řízení péče o pacienta

s různými komorbiditami. Vhodný plán péče s tím při péči o rány počítá, stejně jako zahrnuje i psychologickou podporu, řízení času a otázku nákladů. Od týmu poskytujícího domácí péči to nezřídka vyžaduje vynalézavost a flexibilitu. Komorbidity také často zvyšují neodkladnost ošetrovatelské péče. Ve všech případech a bez ohledu na obtížnost okolností je cílem plánu péče o pacienta dosáhnout optimálního výsledku.

Slibný vývoj představuje narůstající využití telekomunikačních technologií pro lepší dostupnost léčby, snižování nákladů a vyšší míru dodržení postupů při péči řízené pacientem. Telekomunikační technologie, zejména zaslání zpráv v reálném čase (tzv. instant messaging) a běžné telefonní spojení, umožňují osobám s chronickým onemocněním a jejich pečovatelům přístup k vzdělávacím programům pro sebeřízení. Tyto technologie jsou cenově dostupné a spolehlivé, běžně dostupné v rámci zdravotnických služeb a dokáží překonávat bariéru vzdálenosti. Většina pacientů bude mít pravděpodobně doma telefonní spojení pro koordinaci péče, udržení blízkých rodinných vztahů a usnadnění socializace. Díky nízké ceně a snadnému a všestrannému využití telefonního spojení jsou zásahy prostřednictvím této technologie obzvlášť atraktivní možností. Většina výzkumů v oblasti „telezdravotnictví“ (*telehealth*) u rodinných pečovatelů nebo osob s postižením byla provedena pomocí běžného telefonu a celkový výsledek těchto studií byl pozitivní⁶³.

Podle zpráv byla telekomunikace úspěšně použita při sledování velikosti ran⁶⁴, teploty chodidel,

operačních ran⁶⁵ a výskytu dekubitů⁶⁶ s tím závěrem, že telefonní kontakt může být užitečným nástrojem pro zjištění existence dekubitu, ale pro zhodnocení podobné úrovně, jako při domácí návštěvě, je zapotřebí videokonference. Jsou zde nicméně některá rizika: konzultanti v oblasti léčby (sestry se specializací na rány a stomie), kteří poskytují konzultace na dálku jiným sestřím, aniž by přímo viděli pacientovy rány prostřednictvím digitálních snímků, riskují, že budou pacienti s ranami léčit příliš intenzivně nebo naopak nedostatečně⁶⁷.

Všeobecně chybí důkazy o spolehlivosti „telelékařství“ při zajišťování dobrého standardu péče o pacienty s ranami. Přestože dílčí publikace použití tohoto cenově dostupného, snadno použitelného a všestranného komunikačního prostředku podporují, je třeba provést další studie pro stanovení jeho statistické a klinické významnosti.

Shrnutí

Současný systém zdravotnictví se rychle vyvíjí a mění. Lepší technologie, smluvní rozpočty, vyšší důraz na primární péči, měnící se profil obyvatelstva, prodloužení střední délky života, vyšší počet osob starších 65 let, zvýšený výskyt chronických onemocnění, jako je například cukrovka či kardiovaskulární onemocnění a zvyšující se výskyt obezity představují pro zdravotnické služby další výzvu. Všechny tyto faktory se týkají i poskytování péče o rány v domácím prostředí a znamenají výzvu pro plánování služeb a potřeby vzdělávání a výcviku v budoucnosti.

Péče o rány v domácím prostředí: Výzvy a perspektiva

Přesun péče z nemocnic do domácího prostředí vyvolává ekonomické a organizační otázky, jako je například nízká úroveň zapojení lékařů, vyšší míra používání technologií při domácí péči nebo výrazný nárůst soukromého financování^{12, 68}. To vše má dopad na osobní život pacientů i neformálních pečovateli⁶⁹. Ukazuje se, že neformální pečovateli, ať už partneři, rodina či přátelé, představují pro sektor zdravotnictví výrazný přínos v ekonomické sféře a v poskytování služeb, a to zejména co se týče domácí péče^{68, 70, 71}.

Holistické posouzení

Při managementu péče o rány se doporučuje přístup celostní péče⁷²⁻⁷⁶. Celostní (holistický) přístup jako filozofický základ péče zdůrazňuje zásadní „celost“ lidské bytosti a důležitost rovnováhy uvnitř člověka a rovnováhy mezi člověkem a jeho okolním prostředím⁷⁷. Celostní přístup tedy zahrnuje prvky fyziologie, sociologie, ekonomie, psychologie i duchovnosti a poskytuje tak příležitost posoudit pacienta jako celek a ve vztahu k tomu, co jej obklopuje.

V určitém směru se jedná o protiklad

k modernímu lékařskému modelovému přístupu ke zdraví a nemoci, který sleduje jednotlivé aspekty pacienta bez ohledu na kontext. V oblasti péče o rány v domácím prostředí zdůrazňuje celostní přístup pohled na pacienta jako na jediný celek. Středem zájmu tedy není jen rána a pacient⁷², ale v úvahu je brána také rodina a další faktory okolního prostředí⁷³. Součástí celostního přístupu k péči je tedy i samotná společnost a její ekonomický a kulturní rozměr a dále organizační faktory související s poskytovatelem péče, jako jsou pracovníci a jejich znalosti a dovednosti, a konečně dostupné materiální zdroje, například technologie, krytí a produkty k péči o rány.

Celostní přístup k posuzování pacientů s ranami optimalizuje hojení, bere v úvahu všechny faktory, které ovlivňují péči, a v nejvyšší možné míře využívá dostupné zdroje. Představuje prevenci fragmentované či nevhodné péče o jednotlivé pacienty a přispívá k zaměření na nákladovou efektivnost a vysokou kvalitu⁷⁴. Některé výzkumy vyzdvihly skutečnost, že se zdravotničtí pracovníci u pacientů s bércovými vředy zaměřují více na posuzování, plánování a realizaci řízení péče o ránu a faktorů hojení rány než na celostní přístup, který bere v úvahu jak samotnou ránu, tak pacienty a jejich prostředí. Stejná studie také

zjistila, že pacienti a příbuzní byli do řízení péče o chronické bércové vředy zapojeni jen zřídka nebo vůbec ne, přestože sestry vyjádřily pozitivní postoj k jejich zapojení. Je také známo, že pro celostní přístup k řízení péče o nehojící se rány je zásadní interdisciplinární spolupráce⁷⁴, ale tato skutečnost se jen zřídka odráží v praxi. Využití celostního přístupu v péči o rány je stále výzvou, s níž je třeba se utkat, zejména při péči o pacienty s ranami v domácím prostředí.

Přístup celostní péče se při posuzování pacientů s ranami, o něž je pečováno v domácím prostředí, zaměřuje na:

- fyzické, duševní, sociální, duchovní a ekonomické potřeby pacienta: nemoci, funkční schopnosti, postoje, obavy, očekávání, přesvědčení, sociální síť, koníčky a aktivity, každodenní náklady na živobytí, potřeba ekonomické podpory,
- osobní zdroje pacienta a posílení jeho pozice: příjem, schopnost zapojit se do péče o ránu,
- kontext života pacienta a jeho rodiny, včetně jeho fyzického, duševního, duchovního, sociálního a ekonomického rozměru: příjem rodiny, každodenní aktivity, očekávání nejbližší rodiny a dalších příbuzných, mezilidské vztahy a postoje, obavy a přesvědčení,
- pacientovy návyky a možná rizika pro hojení ran nebo opětovné vytvoření vředů: podvýživa, nadváha, kouření, stres, nedostatek spánku, nízká úroveň fyzické aktivity,
- stav a příznaky rány a jejího okolí: velikost, tkáň ve spodině rány, okolní pokožka, krvácení, množství, viskozita a barva exsudátu, zápach, bolest, otok,

- efektivní využití zdrojů: znalosti a dovednosti zdravotnických pracovníků, produkty a technologie k péči o ránu.

Výživa a péče o ránu v domácím prostředí

Přiměřená výživa je předpokladem pro snazší hojení rány. V institucionálním prostředí či prostředí akutní péče je možné pacienty s ranami nebo s rizikem vzniku ran monitorovat a posoudit jejich stav. V případě péče v domácím prostředí, kam zdravotnický pracovník „dochází“ například jednou týdně, je posouzení stavu výživy problematictější.

Studie deseti ordinací praktických lékařů, která zkoumala předepisování perorálních doplňků stravy (ONS), ukázala, že 82 % z těch, jimž byl ONS předepsán, měli jedno nebo více chronických onemocnění, 12,8 % se dokázalo posadit mimo postel, 6,4 % bylo upoutáno na lůžko a u 37 % (n=29) bylo zjištěno vysoké riziko podvýživy⁷⁸. Přestože podle závěrů studie bylo použití ONS ve většině případů vhodné, vysoké riziko podvýživy a jejich důsledků nelze při managementu péče o rány a prevenci ran ignorovat.

Mezi běžné příčiny podvýživy u starších osob patří: snížená chuť k jídlu, závislost na pomoci při jídle, zhoršené vnímání, špatná pozice, časté akutní onemocnění, léky snižující chuť k jídlu nebo zvyšující ztrátu živin, polypragmazie, snížená reakce na řízeň, monotónní stravování a záměrné omezování tekutin kvůli obavám z inkontinence či dušení, pokud je pacient dysfatický⁷⁹. Kombinace imobility, ztráty aktivní tělesné hmoty (sestavující ze svalů a kůže) a problémů s imunitním systémem zvyšuje riziko vzniku dekubitů u starší populace o 74 %⁷⁹. Pro zlepšení výživy je kromě provedení přiměřeného posouzení nutné zaměřit se na defekty chrupu a problémy s polykáním, fyzické či kognitivní nedostatky a také zrevidovat používané postupy.

Rizikové faktory

Mezi rizikové faktory, které ovlivňují hojení u starších osob, patří ztenčení a zploštění epidermis, atrofie dermis, snížená cévnatost dermis, ztráta kolagenních a elastických vláken, pokles růstu epidermis, snížený počet potních žláz, zhoršená cévní reakce a redukce podkožního tuku⁸⁰. Kromě toho je pro podporu optimálního hojení zcela zásadní výživový stav pacienta.

Podvýživa

Podvýživa je „stav výživy, kdy se nedostatek, přebytek či nerovnováha energie, bílkovin či dalších živin, včetně vitamínů a minerálů, projevuje měřitelným negativním dopadem na tělesné funkce a klinické výsledky“⁸¹. Kontrola případné podvýživy u starších lidí je součástí doporučení mnoha národních a mezinárodních pokynů souvisejících s ranami^{82, 83}. Nástroj pro univerzální odhalování podvýživy – Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) – je dobře validovaný a prokázal velice vysokou citlivost a specifickou použitelnost pro odhalení podvýživy či rizika podvýživy u starších osob^[84]. Posouzení výživových parametrů je důležitou součástí ošetřovatelského posouzení, zejména u pacientů s ranami nebo u pacientů, u nichž je vysoké riziko vzniku ran, a je zásadní pro prevenci komplikací u ran. Přestože sestra může být první osobou, která stav výživy pacienta posoudí, je důležité doporučit osoby, jimž vzhledem k výživovým nedostatkům hrozí špatné hojení ran, k dietetikovi pro komplexnější posouzení a stanovení výživového plánu.

Živiny/nutrienty

Existuje mnoho živin, které jsou potřebné pro optimální hojení ran. U starších osob dochází ke zhoršení vstřebávání a metabolismu živin vzhledem k vlivu stárnutí na gastrointestinální trakt a játra⁸⁰. Během stárnutí se u jedince za normálních okolností snižuje úroveň bílkovin a množství vody v těle a dochází k redistribuci tukových zásob a ke ztrátě hustoty kostí. Mezi látky nezbytné pro zdravou pokožku a správné

hojení patří bílkoviny, sacharidy a mastné kyseliny, vitamíny C, A, B, E, K, zinek, železo, aminokyseliny a albumin.

Výživa a péče o ránu v domácím prostředí

Klienti domácí péče jsou v dnešní době stále vyššího věku, často trpí více onemocněními a hendikepy a jejich zdravotní potřeby jsou složitější, než tomu bylo dříve. Pacienti, jimž je poskytována domácí péče, proto často potřebují výraznou pomoc^{85, 86}. Náplň práce pečovatelských pracovníků je v důsledku toho stále složitější a vyžaduje větší spolupráci s pracovníky domácí péče, aby bylo možné zdravotní problémy klienta zvládnout⁸⁷.

Pracovníci poskytující domácí péči mají různorodé vzdělání a musí mezi sebou každý den úzce spolupracovat. Posouzení toho, jaké léky klient potřebuje, včasná diagnóza, opatření pro zabránění zhoršení onemocnění a raná péče: to všechno jsou důležité aspekty domácí péče a je zcela zásadní, aby lékaři pracující s klienty a dalšími pracovníky zajistili integrované posouzení a řízení péče⁸⁸.

V případě chronických ran pacient často vyžaduje péči po několik týdnů či měsíců nebo dokonce celoživotně. Plánování péče o rány proto vyžaduje posílení pozice pacientů a jejich neformálních pečovatelských týmů, že budou do procesu zapojeni, bude jim umožněno provádět rozhodnutí a bude zajištěna jejich spokojenost s péčí, které se jim dostává. Studie autorů Probst et al.⁶⁹ ukázala, že pacienti a jejich neformální pečovatelské od zdravotnických pracovníků dostávají velmi málo podpory a praktických informací. Další zdroje docházejí k závěru, že zdravotničtí pracovníci musejí zapojit pacienty a jejich neformální pečovatele do péče poskytováním informací a poradenství ohledně toho, jak postupovat při péči o rány v domácím prostředí, kde získat krytí, jak vybrat správné krytí na danou ránu a také jak se vyrovnat s příznaky souvisejícími s ránou⁸⁹⁻⁹¹.

Hledisko pacientů

Chronické rány se běžně vyskytují v prostředí primární péče (jak bylo uvedeno v bodě 2.1) a vyžadují vysokou míru zdrojů. Tyto rány mají významný dopad na kvalitu pacientova života, proto je důležitá spolupráce mezi pacientem a zdravotníkem. Život s nehojící se ránou v domácím prostředí může mít nicméně všudypřítomný a zásadní vliv na každodenní život pacientů⁹². Dopad fyzických, duševních a společenských faktorů na kvalitu života je ohromující. Pro většinu pacientů je péče o chronickou ránu v domácím prostředí výzvou, protože zasahuje do všech aspektů každodenního života. Pacienti popisují řadu omezení, mezi něž patří omezení v pohyblivosti a osobní hygieně stejně jako ve výběru obuvi a oblečení⁹¹. Pro mnoho pacientů je problém pokračovat ve svých každodenních činnostech, nebo je přestanou vykonávat a omezí svůj kontakt s ostatními, dokud se jejich stav nezlepší. Příznaky související s ranami, jako je například zápch či bolest, mohou zejména v domácím prostředí ovládnout život jednotlivce. Bolest může například rušit spánek, omezovat mobilitu a zhoršovat náladu. Příznaky spojené s ranami na ni člověku často nedovolují ani na chvíli zapomenout^{93, 94}.

Život s ránou může také změnit osobní vztahy a ztížit navazování nových vztahů. Spokojenost pacientů proto hraje důležitou roli při udržování dobrých vztahů mezi pacienty a zdravotnickými pacienty, dodržování předepsaného léčebného plánu a dalším používáním lékařských služeb¹².

Problémy s dosažením bezpečné péče o pacienty jsou spojeny se selháním procesů domácí péče a nekvalitními systémy. Pro dosažení dobré úrovně péče a spokojenosti a bezpečnosti pacienta je důležité, aby zdravotničtí pracovníci měli potřebné dovednosti a znalosti a měli k dispozici integrované standardy péče⁹⁵. Kromě toho může dobrá komunikace a týmová práce

vést k dosažení stabilní kultury bezpečnosti pacientů v rámci služeb domácí zdravotní péče.

Hledisko neformálních pečovatелů

Klíčovým členem multidisciplinárního týmu je neformální pečovatel, většinou rodinný příslušník. Role neformálních pečovatелů při prevenci a řízení problémů souvisejících s ranami by neměla být podceňována a je nutné brát ji v úvahu. Těmto pečovatелům, jimiž mohou být partneři, děti, sousedé či přátelé, často chybí znalosti a dovednosti pro zavedení strategií prevence a řízení do praxe. Autoři Pacqay et al.²⁰ ale zdůrazňují význam role neformálních pečovatелů při prevenci dekubitů. Studie zopakovala, že pouze omezený podíl pacientů, u nichž hrozí riziko vzniku dekubitů, a jejich neformálních pečovatелů obdržel od sestry informace a povzbuzení k aktivní účasti na prevenci dekubitů a jejich skutečná účast na prevenci byla nízká. Je na čase si toto uvědomit a zjistit, jaké mechanismy školení, vzdělávání a podpory lze těmto jednotlivcům poskytnout pro maximalizaci jejich přispění a zlepšení výsledků pacientů.

Dalším hlediskem je potom důležitost zdravotního stavu neformálního pečovatele. Výzkumy a analýza strategie ukazuje, že mnoho pečovatелů se ocitá v izolaci – geografické, sociální a emocionální⁴¹. Pečovatelé často popisují celou řadu vlastních potřeb a potřebují pomoc při získávání znalostí a dovedností potřebných pro roli pečovatele.

Je stále více zřejmé, že rodinní příslušníci hrají při poskytování domácí zdravotní péče důležitou roli. Příbuzní v roli neformálních pečovatелů jsou definováni jako „laici“, kteří přebírají podpůrnou úlohu v těsném vztahu s pacientem a kteří sdílí jeho prožitky spojené s onemocněním. Kromě toho také pacientovi

poskytují péči a emocionální podporu. Neformální pečovatelé potřebují získat dovednosti a znalosti v oblasti péče o nehojící se rány, aby dokázali pečovat o rány svého příbuzného. Při péči o člena rodiny zažívá většina neformálních pečovatelů posun ve vztahu od partnerského vztahu k roli pečovatele, který je pacientovi oporou. Nedávná studie ukázala, jakým břemenem je pro rodiny péče o pacienta s nehojící se ránou. Ze studie autorů Probst et al. jasně plyne, jak náročné je pro neformální pečovatele zvládnout příznaky spojené s ranami⁸⁹. Doprovodné příznaky ran zhoršují kvalitu života jak pacienta, tak neformálního pečovatele, vzhledem k tomu, že vyžadují fyzickou i psychologickou péči. Neformálním pečovatelům však často jejich ošetrovatelská role přináší uspokojení, vzhledem k tomu, že se jedná o osoby ochotné převzít odpovědnost za domácí péče o člena rodiny. Literatura ukazuje, že neformální pečovatelé jsou vystaveni řadě rizik, včetně poruchy spánku, úzkosti, deprese a ekonomických důsledků souvisejících s přímými výdaji při převzetí role pečovatele. Studie autorů Bee et al.⁷⁰ identifikovala nenaplněné základní potřeby rodin, včetně oblasti léků a tláčení bolesti, fyzických příznaků a pohodlí, výživy, osobní hygieny a vylučování, polohování, profesionální podpory a neodkladných opatření. To ukazuje, že neformálnímu pečovateli se musí dostat patřičné podpory, aby byl schopný provádět praktické úkony zdravotní péče, jako je například převaz rány⁷⁰.

K narušení života neformálního pečovatele nedojde okamžitě po té, co se u člena jejich rodiny rozvine rána, ale většinou poté, co se rána dotýká osoby zhorší⁹⁶. Pokud je péče příliš zatěžující, může dojít ke zhoršení zdraví rodiny a v důsledku toho k bezprostřední ztrátě podpory pro pacienta^{97,98}. Je tedy zásadní zajistit, aby měli neformální pečovatelé k dispozici dostatek informací a aby pro ně byla zajištěna podpora v jejich rozhodovací roli⁹⁹.

Hledisko zdravotnických pracovníků

Veřejnost ze své pozice příjemce péče očekává od těch, kdo ji poskytují, že budou kompetentní v posuzování, plánování, poskytování a hodnocení péče. Kompetentnost je proto rozhodujícím činitelem v oblasti kvality služeb přijímaných pacienty a klienty zdravotnického systému.

V rámci Evropy byly identifikovány klíčové kompetence sester specializovaných na péči o rány a podle odborníků jsou třemi nejdůležitějšími následující kompetence: použití vysoké úrovně znalostí o péči o rány v oblasti faktorů, jako je například etiologie rány, základní příčiny problémových ran a možnosti léčby při ošetřování pacienta; schopnost chránit informace poskytnuté pacientem či týkající se pacienta; a konečně upřímnost a čestnost při péči o pacienta¹⁰⁰. Mezi tři nejméně důležité kompetence naopak patří schopnost navrhnout randomizovanou kontrolovanou studii, schopnost psát vědecké články a schopnost komunikovat v angličtině¹⁰⁰. Zatímco schopnost navrhnout randomizovanou kontrolovanou studii je nejvíce relevantní pro odborníky v oblasti metodologie studií, 75 % panelu odborníků oceňovalo také schopnost konzultací s jinými zdravotnickými pracovníky a obhajovalo tuto volbu jako součást kompetencí a pouze 54 % souhlasilo, že sestra se specializací na péče o rány by měla být schopná rozumět organizačním strukturám. Tento názor představuje ve škále kompetencí zajímavý artefakt: lze mít za to, že aby byl člověk schopen vypracovat a používat dobré komunikační strategie, které jsou základem multidisciplinárního a týmového přístupu, měl by být také schopen porozumět organizačním strukturám, na nichž je tento přístup založen, a efektivně se radit s dalšími zdravotnickými pracovníky.

Je navrhováno zlepšení klinických kompetencí sester v oblasti posouzení rizika vzniku dekubitů a jejich klasifikace prostřednictvím vzdělávání a školení. Sestry by měly při posuzování rizika vzniku dekubitů postupovat pečlivě, aby byli pacienti, u nichž je zvýšené riziko, při posuzování

rizika klasifikování správně²⁰.

Mezi kompetence patří schopnost kritické analýzy, řešení problémů, rozhodování a reflektivní praxe. Tyto oblasti kompetencí představují obecný rámec sloužící k usnadnění posouzení zdravotních pracovníků ve vztahu k péči o rány v domácím prostředí. Kompetentnost vždy závisí na kontextu¹⁰¹ a bude se proto postupem času měnit společně s tím, jak se budou měnit role a funkce v reakci na celou řadu faktorů ovlivňujících poskytování zdravotní péče. Zdroje nezbytné pro posuzování kompetentnosti tedy musí být adaptabilní, aby se mohly měnit v průběhu doby i ve vztahu ke konkrétním místům a rolím.

Dalším prvkem v poskytování moderní péče o rány je vyšší míra využívání technologií, mezi něž patří například podtlaková terapie, intermitentní pneumatická komprese, polohovací postele či pomůcky pro redistribuci tlaku. Všechny tyto možnosti vyvíjí na tuto službu ještě vyšší tlak. Výsledkem je, že to, co bylo dříve výsadou akutní a dlouhodobé péče s 24hodinovou přítomností odborných pracovníků, se nyní odehrává v domácím prostředí v rámci služby, která je zřídka, pokud vůbec, poskytována mimo běžnou pracovní dobu. Dopad těchto pomůcek na zlepšení praxe v oblasti domácí péče je třeba zhodnotit z hlediska potřebného školení a záložní podpory.

Audit toho, v čem se zdravotničtí pracovníci pracující v domácí péči potřebují vyškolit a vzdělat, poskytnete základní kámen, na kterém bude možné postavit plány a realizaci budoucí modernizace vzdělání. Existuje studie, která stanovila tyto potřeby vzdělání a zaškolení u komunitních sester v oblastech nejlepší praxe při řízení péče o bércové vředy: pravidelné doplňování nových informací o řízení péče, přístup k odborným klinickým a jiným znalostem a informace o prevenci⁴⁹.

Hledisko sester a lékařů

Práce sester, které poskytují péči pacientům

a jejich neformálním pečovatelům v sektoru domácí péče, je složitá vzhledem k tomu, že se sestry musí vypořádat s fyzickými i psychickými potřebami pacientů a jejich neformálních pečovatelů. Podle zpětné vazby sester je péče o tyto pacienty často fyzicky i emocionálně náročná.

Sestry a zdravotničtí pracovníci musí pracovat v prostředí, ve kterém jsou hosty, a musí se vyznat v široké škále produktů, které obvykle používají v souladu s dostupnými důkazy¹⁰². Většina krytí nicméně není pro sektor domácí péče dostupná. Vysoké náklady na krytí spolu s psychologickými potřebami pacientů a jejich neformálních pečovatelů při snaze o řešení zápalu souvisejícího s ranou patří mezi další problémy, jimž musely sestry v domácí péči čelit^{102, 103}.

Sestry také uvádí, že pacienti mají vzhledem ke změně svého fyzického vzhledu tendenci izolovat se od okolí. Studie autorů Probst a kolektiv¹⁰⁴ uvádí, že sestry mají často snahu neukazovat své pocity tím, že při péči o pacienty s nehojícími se ranami zachovávají neměnný výraz v obličeji, zejména pokud rána nepříjemně zapáchá. Hlavními obtížemi, kterým musí sestry čelit, je převazování ran s nekontrolovatelnými doprovodnými příznaky, jako je zápach, bolest nebo exsudát. Přehled autorů Goode et al.¹⁰⁵ zaměřený na nehojící se rány uvádí, že tyto rány mají psychologický dopad na pacienty a že jsou si toho sestry vědomy, přesto to ale není ve výzkumech nezbytně zaznamenáno.

Technologický pokrok (sebeřízení, online konzultace a monitorování)

Nehojící se vředy i hojení akutních operačních či traumatických ran představuje v mnoha případech komplexní klinický problém, jehož řešení může trvat týdny či měsíce a je pro zdravotnické služby velmi nákladné. Domácí péče a sebeřízení jsou velmi důležitou součástí celého léčebného procesu, ale vyžadují metodologickou a technickou

podporu pacienta a poskytovatele domácí péče.

Při léčbě různých chronických onemocnění, mezi něž patří například hypertenze, srdeční a plicní choroby či diabetes, se používají různé prostředky technické podpory sebeřízení pacienta. Aplikace pro odesílání zpráv z mobilních telefonů, například služba odesílání textových zpráv (Short Message Service, SMS) a multimediálních zpráv (Multimedia Message Service, MMS), se při výzkumu ukázaly být praktickým a nákladově efektivním způsobem podpory sebeřízení pacienta a zvyšování efektivnosti sebeřízení například prostřednictvím upomínek na léky, úpravy terapie nebo zpráv vyjadřujících podporu. Systematickým přezkoumáním publikací na toto téma byly nalezeny přiměřeně kvalitní důkazy o tom, že za určitých podmínek mohou tyto aplikace skutečně mít pozitivní vliv na zdravotní stav pacienta i na jeho schopnost řídit péči o své onemocnění, přestože u některých výsledků nebyl pozorován žádný významný vliv¹⁰⁶.

Další technický postup pro zlepšení sebeřízení u léčby dlouhodobých onemocnění zahrnuje doručování sdělení zaměřených na psychoedukaci prostřednictvím médií. Přezkoumání literatury dospělo k závěru, že osobní terapie má klinicky větší přínos než terapie prostřednictvím médií, nicméně ekonomické faktory a dostupnost klinických pracovníků naznačuje, že svépomoc prostřednictvím médií může být užitečná pro osoby, které nemohou nebo nechtějí využívat jiné služby¹⁰⁷.

Dalším vyvíjejícím se směrem v léčbě chronických onemocnění je podpora založená na počítačích. Osoby s chronickým onemocněním mají mnoho potřeb, včetně získávání informací o svých nemocech a různých možnostech léčby, sociální podpory, podpory při rozhodování a pomoci při snaze o změnu chování (například změny ve stravování či cvičení). Takzvané interaktivní komunikační zdravotnické aplikace (Interactive Health Communication Applications, IHCA) jsou soubory zdravotnických informací dostupné

prostřednictvím počítače či na internetu, které zároveň slouží pro podporu v alespoň jedné oblasti – sociální oblast, oblast rozhodování či oblast změny chování^{108, 109}. Přezkoumání randomizovaných studií zjistilo, že aplikace IHCA měly významný pozitivní vliv na znalosti, sociální podporu a klinické výsledky. Aplikace IHCA měly také významný pozitivní efekt na trvalé výsledky v oblasti chování; v oblasti emocionálních či ekonomických výsledků nebylo možné vliv IHCA stanovit¹¹⁰.

Zajímavou alternativou k IHCA může být sdílení znalostí ohledně řízení péče o ránu na komunitní či národní úrovni. Nejznámějšími příklady jsou nadace Leg Club (známější pod názvem Lindsay Leg Club Model), která prosazuje dodržování návyků prostřednictvím socializace a podpory, a program Lively Legs, který prosazuje dodržování komprese, cvičení nohou a chůzi prostřednictvím poradenství a změn chování^{111, 112}. Přestože přezkoumání literatury bylo uzavřeno s tím, že na základě stávajících modelů neexistují žádné důkazy o tom, že tyto iniciativy výrazně zlepšují hojení žilních bérkových vředů či kvalitu života více než domácí návštěvy sester, je v této oblasti ještě potřeba provést další studie¹¹³.

Pomalou se objevují také studie zkoumající další možné zásahy, například vzdělávací programy. Posouzení proveditelnosti poskytování domácích programů progresivního odporového cvičení pro účastníky trpící žilními bérkovými vředy dospělo k závěru, že vzdělávací program je proveditelný, ale že mezi skupinami nebyl během času pozorován žádný statisticky významný rozdíl v hojení ran. Autoři studii uzavřeli s tím, že přestože se nejedná o statisticky významný výsledek, účastníci, kterým byl kromě běžné péče poskytnut také domácí program cvičení, měli o 32 % vyšší snížení velikosti vředu a 10% nárůst v počtu účastníků, u nichž došlo ke zhojení, v porovnání se skupinou, která dostávala pouze běžnou péči. Statistickou a klinickou významnost těchto výsledků je potřeba stanovit pomocí budoucích studií s většími vzorky¹¹⁴.

Studie hodnotící komunitní vzdělávací projekty zaměřené na zlepšení postupů při péči o rány

zjistila významné snížení u následujících položek: podíl nehojících se ran, podíl ran vyžadujících každodenní výměnu krytí, zvýšená frekvenci měnění obvazů, průměrný čas, který sestry každý týden strávily péčí o rány, a průměrné týdenní náklady na péči o rány⁸. Tato studie tedy dospěla

k závěru, že je možné zlepšit postupy péče o rány a snížit náklady na péči o rány prostřednictvím systematického programu vzdělávání a školení připraveného na míru pro místní komunity⁸.

Závěry a doporučení

Domácí péče je v různých evropských zemích organizována a financována různými způsoby. Při péči o pacienty s chronickými ranami musí být posouzeny pacientovy potřeby a toto posouzení musí provádět odborníci, přestože v domácí péči směřuje vývoj k využívání služeb neregistrovaných sester. Od zdravotnických pracovníků je tedy požadováno získání dovedností a znalostí v oblasti managementu péče o rány v domácím prostředí. Do procesu managementu péče o rány musí být zapojeni i pacienti a neformální pečovatelé.

Model péče o chronicky nemocné

K zajištění péče zaměřené na pacienta se doporučuje využít model péče o chronicky nemocné (Chronic Care Model, CCM) a poskytnout tak pacientům a jejich rodinám dovednosti pro sebeřízení a systémy pro záznam vývoje. Model CCM představuje způsob, jak zprostředkovat partnerství mezi zdravotnickými systémy a komunitami.

Model CCM je založen na šesti součástech, které jsou popsány výše v tomto dokumentu (viz část 4.4). Pro ovlivnění funkčních a klinických výsledků spojených s řízením léčby nemoci každého pacienta s ránou a tím i umožnění efektivní spolupráce mezi primární a sekundární péčí je zapotřebí všech šest součástí.

1. Zdravotnický systém – organizace zdravotní péče:

- a. Pro poskytování lepší péče je zásadní efektivní komunikace. Prozkoumejte stávající postupy a struktury pro komunikaci i možnosti, jak je dále rozvinout.
- b. Komunikaci usnadňuje přesná, včasná a kompletní dokumentace. Proveďte revizi postupů pro dokumentování a najděte oblasti, kde je možné dokumentaci sdílet, aby se zabránilo opakování.
- c. Identifikujte klíčové odborné pracovníky, kteří jsou zapotřebí pro poskytování péče o rány v domácím prostředí. Jakmile se to podaří, je vaším cílem navázat spojení a dosáhnout týmového přístupu.

2. Podpora sebeřízení:

- a. Podporujte otevřený a přístup k péči o pacienty založený na dohodě (konkordanci) a zahrnujte pacienty a jejich neformální pečovatele do rozhodování o léčbě a stanovování cílů.

3. Podpora rozhodnutí:

- a. Zjistěte, jaké jsou vzdělávací potřeby osob, které poskytují domácí péči o rány. Tyto informace by měly vytvořit základ pro budoucí plánování a poskytování péče.

-
- b. Definujte možnosti zdravotnického systému v oblasti poskytování vysoce specializovaných znalostí a posouzení založených na spolupráci více profesí pro rozhodování v prostředí domácí péče.

4. Plán systému poskytování péče:

- a. Přizpůsobte pokyny pro klinickou praxi tak, aby vyhovovaly potřebám péče v domácím prostředí.
- b. Stanovte etiologii rány.

5. Klinické informační systémy:

- a. Základní data o výskytu domácí péče o rány v určité oblasti mohou představovat zásadní kvantitativní údaje, které přispějí k budoucímu vývoji služeb a mohou se stát zdůvodněním potřeby odborných služeb ve vaší oblasti.
- b. Průběžná revize vývoje praxe, péče založené na pokynech a výsledků pacientů je zásadním bodem potřebným pro sledování a hodnocení výsledků péče a pro budoucí plánování.

6. Komunitní zdroje a strategie (tedy udržování péče pomocí komunitních zdrojů a strategie veřejné zdravotní péče).

- a. Stanovte, jaké jsou možnosti komunitních zdrojů v oblasti podpory rozvoje služeb péče o rány v domácím prostředí.
- b. Hodnoťte a dokumentujte kvalitu, náklady a efektivitu domácí péče o rány a pravidelně podávejte hlášení osobám či orgánům s rozhodovací pravomocí.

Minimální doporučení ohledně znalostí a dovedností zdravotnických pracovníků

Pro léčbu, podporu a vzdělávání pacientů a neformálních pečovatелů v oblasti prevence a managementu péče o rány by si měli pracovníci osvojit alespoň minimální soubor dovedností.

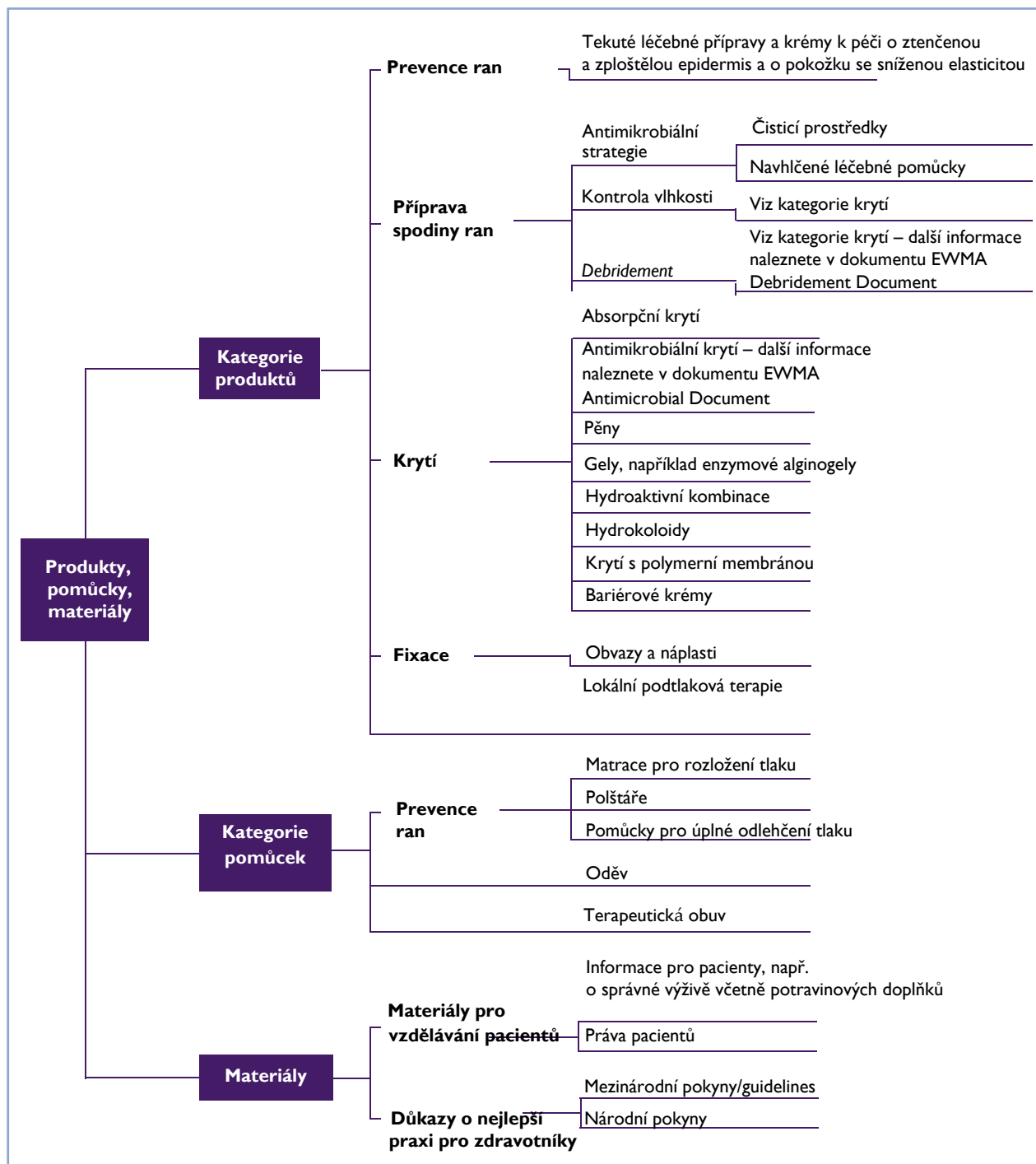
Minimální úroveň vzdělání

Zdravotničtí pracovníci, kteří poskytují domácí péči o rány, by měli mít takovou úroveň vzdělání, která jim umožňuje samostatně pracovat za následujících okolností:

- Komplexní okolnosti souvisejících s ranami:
 - komplexní hodnocení problematických ran a hojení ran,
 - management péče o rány na základě nejlepší praxe a důkazů (best practice),
 - výběr nejlepších dostupných produktů k péči o rány v rámci holistické péče,
 - podpora pacientovy nezávislosti a jeho účasti na rozhodování,
 - vzdělávání pacientů a neformálních pečovatелů v oblasti péče o sebe sama a prevence ran,
 - dokumentace hojení ran, příznaků a léčby ran i souhlas (konkordance) pacienta a neformálního pečovatele s péčí
 - zajištění návaznosti péče za všech okolností či podmínek,
 - integrace znalostí z více profesí pro péči o pacienta prostřednictvím konzultací a elektronického zdravotnictví.

Zdravotnický pracovník poskytující domácí péči o rány by měl mít přinejmenším následující kompetence:

Obrázek 2. Doporučení ohledně produktů, pomůcek a materiálů dostupných pro péči o rány v domácím prostředí^{116, 117}



- schopnost navštěvovat pacienty a/nebo jejich prostředí během různých fází jejich onemocnění,
- zajišťovat pacientům a jejich neformálním pečovatelům vzdělání v rámci jejich sociálního prostředí,
- koordinovat péči o rány v souladu s preventivními a terapeutickými zásadami,
- zapojovat se do průběžného profesního rozvoje k udržení znalostí a dovedností.

Doporučení ohledně produktů, pomůcek a materiálů v oblasti prevence ran a managementu péče o rány

Další informace týkající se dokladů v oblasti měření výsledků při hodnocení postupů v léčbě ran včetně míry infekcí, bakteriální kontaminace, bolesti související s ranami, využití zdrojů a ekonomických nákladů jsou k dispozici v dokument EWMA Patient Outcome Document (2010)¹⁵.

Za účelem podpory pacientů a jejich neformálních pečovatelů v provádění požadované prevence ran a managementu péče o rány (jinak řečeno, za účelem vyšší míry dodržování léčebných postupů ze strany pacienta):

- používejte bezpečné produkty (s minimem vedlejších účinků),
- používejte jednoduše použitelné produkty (pro snížení rizika a úzkosti/obav ze strany neformálního pečovatele či pacienta),
- kdykoli je to možné, používejte jednorázové produkty (pro snížení rizika přenosu infekcí mezi domácnostmi),
- používejte produkty, které tlumí bolest (pro snížení rizika a úzkosti ze strany neformálního pečovatele či pacienta),
- používejte produkty s širokou škálou uplatnění (tedy nikoli pouze vysoce specializované produkty určené k péči o obtížné rány, ale produkty, které je možné používat denně a které mají, pokud je to potřeba, i vlastnosti požadované pro péči ve složitějších případech).

Při výběru produktů pro domácí péči o rány jsou pro zdravotnické pracovníky zásadní následující vlastnosti:

- krytí na rány je možné efektivně používat v průběhu více stádií hojení rány,
- krytí na rány by nemělo ulpívat na spodině rány a mělo by zabránit nebo omezit nutnost čistit spodinu rány,
- produkty k péči o rány jsou snadno použitelné a dostupné, zejména pokud se pacienti či neformální pečovatelé podílí na managementu péče o rány,
- produkty k péči o rány umožňují dosáhnout nejnižších možných celkových nákladů, včetně nákladů na služby domácí péče a nákladů pro pacienta,
- produkty k péči o rány jsou ekologické.

Literatura

- 1 OECD, Health at a glance: Europe 2012, in OECD Publishing 2012. Available from: <http://www.oecd.org/healthataglance/europe.htm> [Accessed May 2014].
- 2 Bartkowski, R. Length of hospital stay due to DRG reimbursement. *Ther Umsch* 2012; 69: 1, 15–21. [Article in German].
- 3 Bliss, D.Z., Westra, B.L., Savik, K., Hou, Y. Effectiveness of wound, ostomy and continence-certified nurses on individual patient outcomes in home health care. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2013; 40: 2, 135–142.
- 4 Friedberg, E., Harrison, M.B., Graham, I.D. Current home care expenditures for persons with leg ulcers. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2002; 29: 4, 186–192.
- 5 Westra, B.L., Bliss, D.Z., Savik, K., et al. Effectiveness of wound, ostomy, and continence nurses on agency- level wound and incontinence outcomes in home care. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2013; 40: 1, 25–53.
- 6 Pieper, B., Templin, T., Dabal, M., et al. Home care nurses' ratings of appropriateness of wound treatments and wound healing. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2002; 29: 1, 20–28.
- 7 Pieper, B., Templin, T., Dabal, M., et al. Wound prevalence, types, and treatments in home care. *Adv Wound Care* 1999; 12: 3, 117–126.
- 8 Jorgensen, S.F., Nygaard, R., Posnett, J., Meeting the challenges of wound care in Danish home care. *J Wound Care* 2013; 22: 10, 540–545.
- 9 Øvretveit, J., Health Service Quality. An Introduction to Quality Methods for Health Services. Blackwell Scientific Publications, 1992.
- 10 Bon, G. L'assistenza domiciliare come strumento di trasformazione sociale. In: Serra, R. (ed) Fiori di Campus. Ricerche di sociologia e servizio sociale. FrancoAngeli, 2013.
- 11 Genet, N., Boerma, W.G., Kringos, D.S., et al. Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Serv Res* 2011; 11: 207.
- 12 Romagnoli, K.M., Handler, S.M., Ligons, F.M., Hochheiser, H. Home-care nurses' perceptions of unmet information needs and communication difficulties of older patients in the immediate post-hospital discharge period. *BMJ Qual Saf* 2013; 22: 4, 324–332.
- 13 Vowden, K., Vowden, P., Posnett, J., The resource costs of wound care in Bradford and Airedale primary care trust in the UK. *J Wound Care* 2009; 18: 3, 93–100.
- 14 EU Public Health Policy, 2013. Available at http://ec.europa.eu/health/index_en.htm [Accessed May 2014].
- 15 Kielstra, P., Future-proofing Western Europe's healthcare. In: Aviva Freudmann, S.S. (ed) The Economist Intelligence Unit Ltd, 2011.
- 16 Simonazzi, A., Time, cash and services: Reforms for a future sustainable long-term care. *Futures* 2012; 44: 7, 687–695.
- 17 Posnett, J., Gottrup, F., Lundgren, H., et al. The resource impact of wounds on health-care providers in Europe. *J Wound Care* 2009; 18: 4, 154–161.
- 18 O'Keeffe, M., Evaluation of a community based wound care programme in an urban area. Poster presented at: Innovation Education Implementation. (EWMMA Conference, Prague) 2006; 127.
- 19 Gottrup, F., Henneberg, E., Trangbaek, R., et al. Point prevalence of wounds and cost impact in the acute and community setting in Denmark. *J Wound Care* 2013; 22: 8, 413–422.
- 20 Paquay, L., Wouters, R., Defloor, T., et al. Adherence to pressure ulcer prevention guidelines in home care: a survey of current practice. *J Clin Nurs* 2008; 17: 5, 627–636.
- 21 McDermott-Scales, L., Cowman, S., Gethin, G. Prevalence of wounds in a community care setting in Ireland. *J Wound Care* 2009; 18: 10, 405–417.
- 22 Ballard, J.L., Bergan, J.J. (eds). Chronic venous insufficiency. Diagnosis and treatment. 2000, Springer-Verlag: London.
- 23 Ballard, J., Mooney, M., Dempsey, O. Prevalence of frailty-related risk factors in older adults seen by community nurses. *J Adv Nurs* 2013; 69: 3, 675–684.
- 24 Petherick, E.S., Cullum, N.A., Pickett, K.E. Investigation of the effect of deprivation on the burden and management of venous leg ulcers: A cohort study using the THIN database. *PLoS One* 2013; 8: 3, 1–7.
- 25 European Commission Eurostat. Available from: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/themes>. [Accessed May 2014].
- 26 Genet, N., Kroneman, M., Boerma, W.G., Explaining governmental involvement in home care across Europe: an international comparative study. *Health Policy* 2013; 110: 1, 84–93.
- 27 Any Qualified Provider. Available from: <http://www.nhs.uk/choiceintheNHS/Yourchoices/any-qualified-provider/Pages/aqp.aspx>.
- [Accessed May 2014].
- 28 Royal College of Nursing, U.o.L., Management of patients with venous leg ulcer: Audit protocol. Royal College of Nursing, 2000.
- 29 Royal College of Nursing, U.o.L., The management of patients with venous leg ulcers. Royal College of Nursing, 1998.
- 30 (SIGN), T.S.I.G.N., Management of chronic venous leg ulcers. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010.
- 31 Excellence, N.I.f.H.a.C., Surgical site infection: Prevention and treatment of surgical site infection. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008.
- 32 Excellence, N.I.f.H.a.C., Inpatient management of diabetic foot problems, 2011, National Institute for Health and Clinical Excellence.
- 33 Excellence, N.I.f.H.a.C., Pressure Ulcers - Prevention and Treatment, 2005, National Institute for Health and Clinical Excellence.
- 34 Berridge, D., Bradbury, A.W., Davies, A.H., et al. Recommendations for the referral and treatment of patients with lower limb chronic venous insufficiency (including varicose veins). *Phlebology* 2011; 26: 3, 91–93.
- 35 Vowden, K., Vowden, P., Are we fully implementing guidelines and working within a multidisciplinary team when managing venous leg ulceration? *Wounds UK* 2013; 9: 2, 17–23.
- 36 Hopkins, A., Worboys, F. The results of a comprehensive wound audit in a primary care trust. *EWMA Journal* 2012; 12: 1, 18–19.
- 37 Panca, M., Cutting, K., Guest, J.F. Clinical and cost-effectiveness of absorbent dressings in the treatment

- of highly exuding VLU. *J Wound Care* 2013; 22: 3, 109–110, 112–118.
- 38 NHS, Clinical Commissioning Policy: Hyperbaric Oxygen Therapy, 2013. Available at: <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/04/d11> [Accessed May 2014].
- 39 Panfil, E.M. Nursing expert- standard care of people with chronic wounds. *Wundmanagement* 2008; 8.
- 40 Thome, B., Dykes, A.K., Hallberg, I.R., Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. *J Clin Nurs* 2003; 12: 6, 860–872.
- 41 Barry, U., Elderly care in Ireland- Provisions and Providers, in UCD School of Social Justice Working Papers Series. Barry, U. (ed). University College Dublin, 2010.
- 42 Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., et al. Evidence-Based Medicine. How to practice and teach EBM. (2nd ed) London: Harcourt, 2000.
- 43 Graham, I.D., Lorimer, K., Harrison, M.B. et al. Evaluating the quality and content of international clinical practice guidelines for leg ulcers: preparing for Canadian adaptation. *CAET J* 2000; 19: 3, 15–19.
- 44 Harrison, M.B., Graham, I.D., Lorimer, K., et al. Leg-ulcer care in the community, before and after implementation of an evidence-based service. *Can Med Assoc J* 2005; 172: 11, 1447–1452.
- 45 Harrison, M.B., Graham, I.D., Friedberg, E., et al. Assessing the population with leg and foot ulcers. *Canadian Nurs* 2001; 97: 2, 18–23.
- 46 Guy, H., Downie, F., McIntyre, L., et al. Pressure ulcer prevention: making a difference across a health authority? *Br J Nurs* 2013; 22: 12, 4–13.
- 47 Dealey, C., Chambers, T., Beldon, P., et al. Achieving consensus in pressure ulcer reporting. *J Tissue Viability* 2012; 21: 3, 72–83.
- 48 Gethin, G., McIntosh, C., Cundell, J. The dissemination of wound management guidelines: a national survey. *J Wound Care* 2011; 20: 7, 340–345.
- 49 Barrett, S., Cassidy, I., Graham, M.M. National survey of Irish community nurses leg ulcer management practices and knowledge. *J Wound Care* 2009; 18: 5, 181–182.
- 50 Walsh, E., Gethin, G. The lived experience of community nurses treating clients with leg ulcers. *Br J Community Nurs* 2009; 14: 9, S24–S29.
- 51 Pantall, J., Benchmarking in healthcare. *NT Research* 2001; 6: 2, 568–580.
- 52 De Bleser, L., Depreitere, R., De Waele, K., et al. Defining pathways. *J Nurs Manage* 2006; 14: 7, 553–563.
- 53 Wagner, E.H., Austin, B.T., Davis, C., et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)* 2001; 20: 6, 64–78.
- 54 Wagner, E.H., Davis, C., Schaefer, J., et al. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Manag Care Q* 1999; 7: 3, 56–66.
- 55 Coleman, K., Austin, B.T., Brach, C., et al. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)* 2009; 28: 1, 75–85.
- 56 Zwarenstein, M., Goldman, J., Reeves, S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 3.
- 57 Moore, Z., Butcher, G., Corbett, L.Q., et al. Managing Wounds as a Team - Exploring the concept of a Team Approach to Wound Care. *J Wound Care* 2014; 23: 5.
- 58 Gjevjon, E.R., Eika, K.H., Romøren, T.I., Landmark, B.F. Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services. *J Adv Nurs* 2014; 70: 3, 553–563.
- 59 Kapp, S., Annells, M. Pressure ulcers: home-based nursing. *Br J Community Nurs* 2010; 15: S6–S13.
- 60 Bolas, N., Holloway, S. Negative pressure wound therapy: a study on patient perspectives. *Br J Community Nurs* 2012; Suppl: S30–S35.
- 61 Gjevjon, E.R., Hellesø, R. The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *J Clin Nurs* 2010; 19: 1–2, 100–108.
- 62 Appleby, J. Which is the best health system in the world? *BMJ* 2011; 343: d6267.
- 63 Glueckauf, R.L., Noel, L.T., Telehealth and family caregiving: Developments in research, education, and health care policy, 2011.
- 64 Ladyzynski, P., Foltynski, P., Molik, M., et al. Area of the diabetic ulcers estimated applying a foot scanner-based home telecare system and three reference methods. *Diabetes Technol Ther* 2011; 13: 11, 1101–1107.
- 65 Martinez-Ramos, C., Cerdan, M.T., Lopez, R.S., Mobile phone-based telemedicine system for the home follow-up of patients undergoing ambulatory surgery. *Telemed J E Health* 2009; 15: 6, 531–537.
- 66 Hill, M.L., Cronkite, R.C., Ota, D.T., et al. Validation of home telehealth for pressure ulcer assessment: a study in patients with spinal cord injury. *J Telemed Telecare* 2009; 15: 4, 196–202.
- 67 Buckley, K.M., Adelson, L.K., Agazio, J.G., Reducing the risks of wound consultation: adding digital images to verbal reports. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2009; 36: 2, 163–170.
- 68 Woodward, C.A., Abelson, J., Tedford, S., et al. What is important to continuity in home care? Perspectives of key stakeholders. *Soc Sci Med* 2004; 58: 1, 177–192.
- 69 Probst, S., Arber, A., Faithfull, S., Malignant fungating wounds: the meaning of living in an unbounded body. *Eur J Oncol Nurs* 2013; 17: 1, 38–45.
- 70 Bee, P.E., Barnes, P., Luker, K.A. A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end-of-life care to people with cancer. *J Clin Nurs* 2009; 18: 10, 1379–1393.
- 71 Greenwood, N., Habibi, R., Mackenzie, A. Respite: carers' experiences and perceptions of respite at home. *BMC Geriatr* 2012; 12: 42.
- 72 Bowker, J.H. An holistic approach to foot wound healing in diabetic persons with or without dysvascularity. *Wounds: a Compendium of Clinical Research and practice* 2000; 12: (6 Suppl b), B72–B76.
- 73 Engle, V.F., Comprehensive care: the healthcare provider's perspective. *Ostomy Wound Manage* 2000; 46: 5, 40–44.
- 74 Popoola, M.M. A Paradigm Shift. A clarion call for a holistic approach to chronic wound management. *Adv Skin Wound Care* 2000; 13: 1, 47–48.
- 75 Kunimoto, B.T. Management and prevention of venous leg ulcers: a literature-guided approach. *Ostomy Wound Manage* 2001; 47: 6, 36–42, 44–49.
- 76 Hjelm, K., Rolfe, M., Bryar, R.M., et al. Holism in community leg ulcer management: a comparison of nurses in Sweden and the UK. *Br J Community Nurs* 2003; 8: 8, 353–363.
- 77 Aggleton, P., Chalmers, H. Models of nursing, nursing practice and nurse education (2nd ed), 2000.
- 78 Kennelly, S., Kennedy, N.P., Rughoobur, G.F., et al. The use of oral nutritional supplements in an Irish community setting. *J Hum Nutr Diet* 2009; 22: 6, 511–520.
- 79 Harris, C.L., Fraser, C., Malnutrition in the institutionalized elderly: the effects on wound healing. *Ostomy Wound Management* 2004; 50: 10, 54–63.
- 80 Myer, A. The Effects of Aging on Wound Healing. *Topics in Geriatric Rehabilitation* 2000; 16: 2, 1–10.
- 81 Kopelman, P., Lennard-Jones, J. Nutrition and patients: a doctor's responsibility. *Clin Med* 2002; 2: 391–394.
- 82 EPUAP Guide to pressure ulcer grading. *EPUAP review 3, 2009*. 75.
- 83 HSE, National best practice and evidence based guidelines for wound management. Health service Executive, 2009.
- 84 Harris, D.G., Davies, C., Ward, H., et al. An observational study of screening for malnutrition in

- elderly people living in sheltered accommodation. *J Hum Nutr Diet* 2008; 21: 1, 3–9.
- 85 Aylward, S., Stolee, P., Keat, N., et al. Effectiveness of continuing education in long-term care: a literature review. *Gerontologist* 2003; 43: 2, 259–271.
- 86 Axelsson, J., Elmstahl, S. Home care aides in the administration of medication. *Int J Qual Health Care* 2004; 16: 3, 237–243.
- 87 Perälä, M.-L., Grönroos, E., Sarvi, A. HC personnel's work and well-being. Stakes (National Research and Development Centre for Welfare and Health) Reports, Finland 2006.
- 88 Sommers, L.S., Marton, K.I., Barbaccia, J.C., et al. Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. *Arch Intern Med* 2000; 160: 12, 1825–1833.
- 89 Probst, S., Arber, A., Trojan, A., et al. Caring for a loved one with a malignant fungating wound. *Support Care Cancer* 2012; 20: 12, 3065–3070.
- 90 Grocott, P., Gethin, G., Probst, S. Malignant wound management in advanced illness: new insights. *Curr Opin Support Palliat Care* 2013; 7: 1, 101–105.
- 91 Probst, S., Arber, A., Faithfull, S. Coping with an exulcerated breast carcinoma - an interpretative phenomenological study. *J Wound Care* 2013; 22: 7, 352–360.
- 92 Green, J., Jester, R., McKinley, R., et al. Patient perspectives of their leg ulcer journey. *J Wound Care* 2013; 22: 2, 58, 60-2, 64–66.
- 93 Ebbeskog, B., Ekman, S., elderly people's experiences: the meaning of living with venous leg ulcer. *EWMA Journal* 2001; 1: 1, 21–23.
- 94 Hopkins, A. Disrupted lives: investigating coping strategies for non-healing leg ulcers. *Br J Nurs* 2004; 13: 9, 556–563.
- 95 Jha, A.K., Prasopa-Plaizier, N., Larizgoitia, I., et al. Patient safety research: an overview of the global evidence. *Qual Saf Health Care* 2010; 19: 1, 42–47.
- 96 Thomas, C., Morris, S.M., Harman, J.C. Companions through cancer: the care given by informal carers in cancer contexts. *Soc Sci Med* 2002; 54: 4, 529–544.
- 97 Silveira, M.J., Given, C.W., Given, B., et al. Patient-caregiver concordance in symptom assessment and improvement in outcomes for patients undergoing cancer chemotherapy. *Chronic Illn* 2010; 6: 1, 46–56.
- 98 Given, B., Given, C.W., Cancer treatment in older adults: implications for psychosocial research. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57 (Suppl 2): S283–S285.
- 99 McConigley, R., Halkett, G., Lobb, E., et al., Caring for someone with high-grade glioma: a time of rapid change for caregivers. *Palliat Med* 2010; 24: 5, 473–479.
- 100 Eskes, A.M., Maaskant, J.M., Holloway, S., et al. Competencies of specialised wound care nurses: A European Delphi study. *Int Wound J* 2013.
- 101 Carr, S.J. Assessing clinical competency in medical senior house officers: how and why should we do it? *Postgrad Med Journal* 2004; 80: 63–66.
- 102 Wilkes, L., White, K., Smeal, T., et al. Malignant wound management: what dressings do nurses use? *J Wound Care* 2001; 10: 3, 65–69.
- 103 Wilkes, L.M., Boxer, E., White, K., The hidden side of nursing: why caring for patients with malignant malodorous wounds is so difficult. *J Wound Care* 2003; 12: 2, 76–80.
- 104 Probst, S., Arber, A., Faithfull, S. Malignant fungating wounds: a survey of nurses' clinical practice in Switzerland. *Eur J Oncol Nurs* 2009; 13: 4, 295–298.
- 105 Goode, M.L., Psychological needs of patients when dressing a fungating wound: a literature review. *J Wound Care* 2004; 13: 9, 380–382.
- 106 de Jongh, T., Gurol-Urganci, I., Vodopivec-Jamsek, V., et al., Mobile phone messaging for facilitating self-management of long-term illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 12: CD007459.
- 107 Mayo-Wilson, E., Montgomery, P. Media-delivered cognitive behavioural therapy and behavioural therapy (self-help) for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 9: CD005330.
- 108 Grimsbo, G.H., Engelsrud, G.H., Ruland, C.M., et al. Cancer patients' experiences of using an Interactive Health Communication Application (IHCA). *Int J Qual Stud Health Well-being* 2012; 7.
- 109 Weymann, N., Harter, M., Dirmaier, J. A tailored, interactive health communication application for patients with type 2 diabetes: study protocol of a randomised controlled trial. *BMC Med Inform Decis Mak* 2013; 13: 24.
- 110 Murray, E., Burns, J., See, T.S., et al. Interactive Health Communication Applications for people with chronic disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 4, CD004274.
- 111 Lindsay, E. The Lindsay Leg Club Model: a model for evidence-based leg ulcer management. *Br J Community Nurs* 2004; Suppl: S15–S20.
- 112 Heinen, M., Borm, G., van der Vleuten, C., et al. The Lively Legs self-management programme increased physical activity and reduced wound days in leg ulcer patients: Results from a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2012; 49: 2, 151–161.
- 113 Weller, C.D., Buchbinder, R., Johnston, R.V. Interventions for helping people adhere to compression treatments for venous leg ulceration. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 9: CD008378.
- 114 O'Brien, J., Edwards, H., Stewart, I., et al. A home-based progressive resistance exercise programme for patients with venous leg ulcers: a feasibility study. *Int Wound J* 2013; 10: 4, 389–396.
- 115 Gottrup, F., Apelqvist, J., Price, P., et al. Outcomes in controlled and comparative studies on non-healing wounds: recommendations to improve the quality of evidence in wound management. *J Wound Care* 2010; 19: 6, 237–268.
- 116 Strohal, R. The EWMA document: debridement. *J Wound Care* 2013; 22: 1, 5.
- 117 Gottrup, F., Apelqvist, J., Bjansholt, T., et al., EWMA document: Antimicrobials and non-healing wounds. Evidence, controversies and suggestions. *J Wound Care* 2013; 22: (5 Suppl), S1–S89.



“JWC publishes independent, accessible, high-quality, evidence-based articles that fulfil the needs of the multidisciplinary team, and provides a forum for the worldwide wound-care community.”

Journal of Wound Care (JWC) is the definitive wound-care journal and the leading source of tissue viability research and clinical information. Launched in 1992, it is designed to meet the needs of the multidisciplinary team. The journal is essential reading for all wound-care specialists — nurses, doctors and researchers — who are keen to keep up-to-date with all developments in wound management and tissue viability, but also appeals to generalists wishing to enhance their practice.

JWC is internationally renowned for its cutting edge and state-of-the-art research and practice articles. The journal also covers management, education and novel therapies. Articles are rigorously peer-reviewed by a panel of international experts.

For information on how to subscribe, call 0800 137 201 or visit our website www.journalofwoundcare.com Here you can also search and access all articles published in the journal since 1999.

Journal of Wound Care (JWC) is the leading source of tissue viability research and information. JWC is essential reading for all specialists who wish to enhance their practice and stay ahead of developments in wound management and tissue viability.

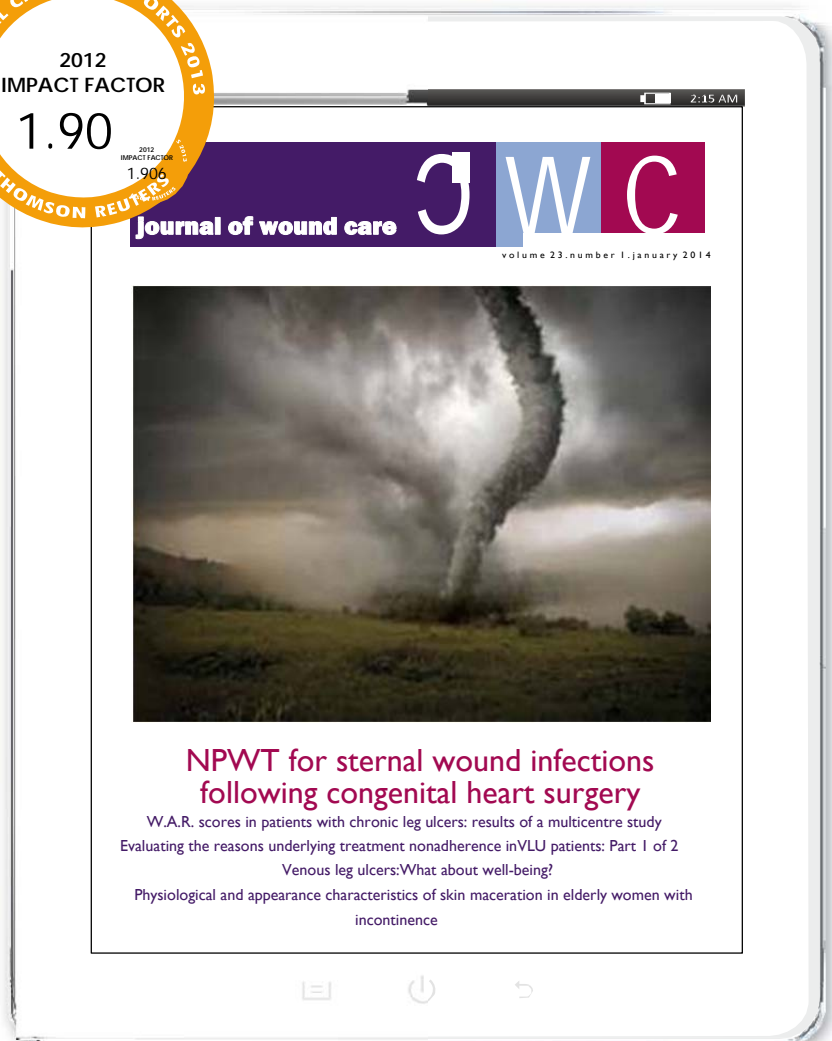
The journal is internationally renowned for its cutting edge and state-of-the-art research and clinical articles, as well as its coverage of management, education and novel therapies.

JWC has been associated with an Impact Factor (IF) of 1.906 for 2012, corresponding to a total number of citations of 1327.

The journal is indexed on Medline, Scopus, CINAHL and the Thomson Reuters' Science Citation Index-Expanded and Current Contents/Clinical Medicine

"The Journal of Wound Care is an extremely valuable resource that contains a wealth of peer-reviewed papers detailing the latest advances in wound care research. A must read for clinicians, academics and researchers who want to advance their own knowledge/practice and keep abreast of the wound care literature."

Caroline McIntosh, Head of Podiatry,
National University of Ireland



SUBSCRIBE TODAY

Obtain access to the online archive containing all content published in JWC since 1999 with an online subscription[†].

[†]Online archive accessible only via a online only OR print and online subscription.

Visit:

www.magsubscriptions.com/jwc

or call us on: +44 (0) 1722 716 997

Join us for debate and discussion:



Journal of Wound Care

