

Následnou péči o defekty je potřeba nastavit s respektem k možnostem a schopnostem pacienta

Mgr. Hana Vlhová

Diabetologická ambulance Havířov

Článek má za cíl poukázat na větší provázanost a spolupráci zdravotní a sociální péče v oblasti hojení ran. Pochopení a respektování přesahu jednotlivých intervencí je klíčové nejen pro urychlení a kvalitu hojení, ale především pro větší pochopení souvislostí mezi doporučením lékaře a možnostmi či schopnostmi pacienta daná doporučení dodržet.

Klíčová slova: komplexní péče, mezioborová spolupráce, komunikace, motivace.

The subsequent care for wounds needs to be tailored concerning the patient's capabilities and abilities

The article aims to point to greater interconnectedness and cooperation between health and social care in the field of wound healing. It emphasizes understanding and respecting the mutual effects of individual interventions. This is crucial not only for accelerating and improving wound healing but also for better understanding the context between a doctor's recommendations and a patient's ability to follow them.

Key words: comprehensive care, interdisciplinary cooperation, communication, motivation.

Řadu let se věnuji péči o chronicky nemocné, mezi které patří i osoby s bérčovými ulceracemi. Léčba bérčových vředů je zdoluhavá, ekonomicky náročná a má významný dopad na kvalitu života postižených jedinců i na stav státní pokladny. Vedle bolestí, časově náročné péče a nemalých finančních nároků přináší nemocnému řadu omezení, která v konečném důsledku dané osobě vadí více, než defekty samotné. Vedle útrap klienta tato péče odčerpává i nemalé finanční částky ze státní pokladny.

Jako sestra s chirurgickou specializací a následně specializací v oblasti hojení ran jsem první zkušenosti získávala na lůžkovém oddělení, poté v ambulanci pro léčbu chronických ran, kde jsem působila ve funkci vedoucí sestry. Postupně jsme naši péči, a především spolupráci rozšiřovali o nejrozumnější léčebné i podpůrné metody, a dokonce jsme se stali

druhým pracovištěm v ČR, které začalo léčit pomocí tzv. magotterapie (léčba larvičkami). U nás v Moravskoslezském kraji též vzniklo první pracoviště, distribuující tento biologický materiál do ambulaní a nemocnic v celé ČR. Velmi úzce jsme tehdy spolupracovali se specialisty podiatrie IKEM. Poznávali jsme účinky vlhké terapie, měli možnost testovat nejrůznější roztoky, pasty a jiné moderní prostředky. Později jsme lokální léčbu doplnili také o podpůrnou léčbu – magnetoterapii, lymfatickou masáž, medicínskou pedikúru, oxygenoterapii, biolampu, enzymoterapii a další.

U mnoha pacientů byly tyto kombinace velmi efektivní, ale stále zůstávala řada těch, kterým se rány nehojily, případně k hojení docházelo pouze za hospitalizace. Krátce po propuštění velmi často docházelo k relapsům. Proto jsem tehdy zvolila jinou taktiku a začala navštěvovat tyto pacienty u nich doma. Cílem

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

Conflict of interest:

Not applicable.

Consent for publication:

Not applicable.

Cit. zkr: **Med. Praxi.** 2024;21(5):328-330
<https://doi.org/10.36290/med.2024.050>

Článek přijat redakcí: 17. 7. 2024

Článek přijat k tisku: 29. 10. 2024

Mgr. Hana Vlhová

hana.vlhova@seznam.cz

bylo zjistit podmínky, ve kterých žijí, jak zvládají péči o ránu, jaké mají podmínky.

Tehdy jsem velice brzy pochopila, že naše doporučení, předpisy materiálů a pomůcek, chirurgické intervence, podpůrné metody léčby, to vše je zcela zbytečné, neboť daná osoba buď nechce, neumí nebo nemůže dodržovat daná doporučení a postupy. Toto zjištění vedlo ke klíčovému kroku, a tím bylo zintenzivnění komunikace a spolupráce s pracovníky domácí péče. Časté konzultace, stáže, společné plánování, případová setkání, to vše vedlo k velmi efektivní změně v přístupu pacienta i samotného hojení. Přesah péče o osobu s chronickou ránou vedl postupně k většímu zapojení a komunikaci také s pracovníky pečovatelské služby především tam, kde zdravotní i sociální služby paralelně působily.

Role lékaře v procesu hojení

Při léčbě nehojící se rány se potkávají dva světy. Svět pacienta (případně jeho blízkých), kde je většina přesvědčena o tom, že medicína, jako obor, je tak daleko, že přece musí existovat metoda/lék, pilulka, která člověku s hojením pomůže, čímž veškerou zodpovědnost za hojení vkládá do rukou lékaře. To je ale velký omyl.

Dokud člověk s ránou i jeho blízcí nepochopí, že ne lékař, ne sestra, ale především oni sami svým přístupem k sobě, ke svému zdraví nedojdou ke změnám (stravování, pohyb, správná obuv, řádné bandážování a další), intervence ze strany lékaře budou marné nebo jejich účinek jen krátkodobý.

Každá mince má ovšem dvě strany. Takže stejně tak se můžeme ptát, zda-li lékaři dokáží vnímat pacienta jako bytost se svými příběhy, se svými zvyky, svými zkušenostmi vycházejícími z prostředí, ve kterém žije, z možností, které má, včetně těch kognitivních, fyzických a manuálních. Většina lékařů sice chápe souvislosti mezi četnými oblastmi, ovlivňujícími léčbu, ale ve své praxi tyto souvislosti neozvučují. Důvodem je časová náročnost, kterou si dle jejich vyjádření, nemohou při denním provozu ambulance dovolit. Pravdou je, že dnes existují sestry specialistiky pro hojení ran, kterým řada lékařů dává plnou kompetenci právě v oblasti edukace a mapování profilu pacienta. To je skutečně nutné, protože právě neustálý monitoring provázanosti všech potřebných úkonů a jejich dodržování

je klíčovým momentem efektivního hojení a dlouhodobého účinku.

Příklady špatné praxe

Příklad I.

Žena 78 let, ICHDK, revmatoidní artritida, Parkinsonova nemoc. Při hospitalizaci vždy zlepšení, po propuštění rychlá progresse. Při místním šetření v bytě klientky zjištěno, že paní nezvládá celkovou hygienu, proto ji chodí koupat PS. Zároveň je vždy po propuštění vystaven poukaz na DP k převazu rány. Toto vše funguje, jen o sobě navzájem tyto dvě služby neví. Výsledkem je, že sestra DP provede velmi kvalitní převaz, poté přijde pečovatelská, která jde paní koupat, takže obvaz zase sundá a velmi kvalitně paní osprchuje. Není ovšem oprávněna ránu znovu převázat, proto jí jen osuší a paní si pak převaz zajišťuje svépomocí (Obr. 1). Takto ošetřená končetina zůstává až do další návštěvy DP.

Příklad II.

Žena 64 let, ICHDK, DM na inz., bérková ulcerace kombinované etiologie Co 2. měsíc hospitalizace – vazodil. infuze, denně převazy, hyperbarická komora, protetika, magnetostimulace, magotterapie, vlhké hojení. Při propuštění čisté granulace, otisková sekrece (Obr. 2). Sjednána DP, mimo jiné doporučeno jen krátce sprchovat před příchodem sestry z DP. Během 14 dnů významné zhoršení (Obr. 3). Při mé návštěvě zjištěno, že se seniorka skutečně sprchuje, ale neodtéká jí odpad. Takže po celou dobu sprchování měla nohy ve vodě, pak se osušila, defekty kryla obvazem, který předtím (z důvodu finanční úspory) vyprala a rozložila na topení uschnout. Pak už jen čekala na příchod pracovníka DP.

Příklad dobré praxe

Příklad III.

Žena 68 let, ICHDK, ICHS, DM na inz., artróza, deprese, vaskulární demence. Přes všechnu naši snahu a péči bérkové ulcerace stagnují, u paní se prohlubují bolesti, a tím i duševní dekonidice. Defekty má při kontrolách vždy řádně ošetřeny, při kontrolách ji vždy doprovází syn. Ten je vždy i jejím mluvčím, paní vždy mlčí, případně jen přikyvuje. Lokální nález

Obr. 1. Svěpomocně provedená bandáž



Obr. 2. Stav defektu krátce před propuštěním z nemocnice



Obr. 3. Stav téhož defektu 14 dní po propuštění



Obr. 4. Dlouhodobá stagnace hojení v nevyhovujícím domácím prostředí



Obr. 5. Významný posun v hojení po změně prostředí a psychické stabilitě seniorky



i celkový stav seniorky se ale dlouhodobě horší (Obr. 4). Při jedné z hospitalizací ji navštěvuji a v soukromí se ptám, jak to funguje u nich doma. Zpočátku je paní rozpačitá, pak ale sdílí své zkušenosti ze soužití se synem. Pro objektivizaci sdělených informací po propuštění seniorku navštěvuji u ní doma. Žije

v malém RD společně se synem, který o ni pečuje. Dům je v rekonstrukci, je znát snaha o modernizaci. Paní má za domem velmi skromný výměnek. Jde o velmi malý, temný pokojík, s malým umývadlem, suchý záchod je venku na dvoře. Nutno říci, že i pro zdravého jedince toto prostředí není optimální. V případě seniorky je toto prostředí včetně sociální izolace vyloženě nepříznivé. Z rozhovoru se synem bylo patrné, že už v domě se svou matkou příliš nepočítá. Proto jsem se obrátila na soc. prac. magistrátu. V tuto dobu už paní žije v pobytovém zařízení, deprese a bolesti ustoupily, nastartovalo se hojení (Obr. 5). Ne každý příběh skončí happyendem, zde se to podařilo.

Shrnutí

V příkladu I šlo jen o domluvu mezi oběma službami (DP/PS). Jelikož nebyly z jedné společnosti, tak o sobě zkrátka nevěděly a pacientka vše ponechala „jen“ na službách, nenapadlo ji, že by to mohlo být jinak.

Zjištění/zkušenost – zlepšit komunikaci všech zúčastněných, včetně pacientky.

Příklad II poukazuje na několik důležitých faktorů, které lze při ošetření pacienta v ambulanci jen stěží odhalit. Mnohé věci zkrátka zjistíte až při místním cíleném šetření. Tento příklad však naráží i na velké rezervy v současném systému. Ten častokrát přetěžuje sestry z DP a neposkytuje takové ohodnocení, aby jich v agenturách domácí péče bylo dostatek a měly na pacienta potřebný čas. Právě nedostatečná časová dotace na výkon ze strany ZP bývá příčinou různých improvizací tak, aby sestry zvládly výkon ve stanoveném časovém limitu. V praxi to znamená např. zapojení samotného pacienta tím, že si sám sejme obvaz, ránu osprchuje a pak čeká na příchod sestry. Sestra tak získá větší prostor pro řádné ošetření rány. Tento postup však sestře neumožňuje odborně posoudit stav krytí, barvu a množství sekrece či případný zápach. Nemůže tak správně posoudit, zda-li zvolený primární prostředek/krytí je pro daný defekt vhodný či nikoliv. Stejně tak, zdali je dostačující frekvence převazů.

Zjištění/zkušenost – vždy je potřeba prověřit situaci v místě poskytování péče. Navíc je zkrátka nutné, aby sestra DP byla přítomna po dobu celého výkonu (zhodnotí celkový stav

končetiny před převazem, sejmутí krytí, toaleta rány, samotný převaz, případně bandáž).

V příkladu III je patrná klíčová intervence, kterou bylo šetření v místě poskytované péče a možnost se seniorkou hovořit bez přítomnosti jejího syna. Nikdo neanalyzoval její zdrženlivost během kontrol v nemocnici. Dominantní byl vždy syn a jeho vyjádření.

Zjištění/zkušenost – vnímat také nonverbální projevy pacienta, případně i jeho doprovodu. V případě pochybností požádat o spolupráci praktika či pracovníky terénních zdravotních či sociálních služeb, v krajním případě i sociální pracovníky magistrátu.

Mám-li shrnout, co se snažím svým příspěvkem říci, tak pro efektivní hojení jakékoliv chronické rány musí být splněny všechny faktory, potřebné k dosažení cíle (zhojení) a těmi je: **chtít, mít potřebné dovednosti a mít možnosti**. Nutno podotknout, že tyto faktory jsou nezbytné jak u pacienta, tak u samotného poskytovatele péče, ať je to lékař, sestra, pečovatelka, sociální pracovník či kterákoliv jiná osoba, která se má na péči podílet.

A jak na to?

AD1 Je pacient ochoten spolupracovat? „CHCE?“

Vzbudit zájem pacienta a pracovat s ním tak, aby pochopil, že hlavní zdroj pomoci musí najít sám u sebe, je těžké, ne však nemožné. Vždy lze nalézt v jeho životě místo, situaci, vzpomínku, osobu, na které lze začít budovat důvěru, zájem a aktivní přístup. Někdy zabírají vnoučata, někdy dávno odložené koníčky, někdy nesplněná přání. Jsou případy, ve kterých se osvědčuje spíše negativní motivace. Pak je velmi efektivní demonstrovat pár příkladů z praxe, či reálně hovořit o tom, čeho všeho se bude muset dotyčný vzdát, když se stav nepodaří zvrátit. Tento způsob ale volíme výhradně u chronických „odmítačů“ čehokoliv.

Ad2 Má pacient potřebné dovednosti a zručnosti? „UMÍ?“

Dnešní doba nabízí spoustu edukačního materiálu i intervenčních kurzů. Proto je nejvhodnější pacienta, případně pečující osobu, nasměrovat na Centra hojení ran, pobytová zařízení či odborné společnosti v daném regionu, které takové kurzy zajišťují. K dispozici je i řada

poraden, sester specialisek i v řadách domácí péče. Cílem je, aby si dotyčný osvojil dovednosti potřebné k zajišťování péče.

Ad3 Má pacient podmínky pro realizaci daných doporučení? „MŮŽE?“

Akceptovat možnosti a limity pacienta, případně i pečující osoby (zručnost, pohybová kondice, kognitivní schopnosti, komunikační bariéry, nedoslýchavost, zrakový handicap apod.). Důležité je správně posoudit finanční možnosti, poměry a podmínky v domácnosti, dostupnost pomoci druhé osoby. Zcela liché se totiž mohou stát námi vyčtená doporučení (zdravá strava, doplňky stravy, hodně ovoce a zeleniny apod.) pokud dotyčný má např. dluhy a žije jen na polévkách. Nebo denně procházky, když pacient žije ve 4. patře v domě bez výtahu a nemá nikoho, kdo by mu pomohl.

Závěr

Léčba chronických ran, tedy i bércových defektů, je především o trpělivosti, aktivním přístupu a multidisciplinární spolupráci. Pro její efektivitu je velmi důležitá důvěra, a to jak mezi poskytovateli a pacientem, tak mezi lékařem, nastavujícím léčbu a sestrami DP, které samotný převaz provádějí. Jejich vzájemná komunikace, sdílení aktuálních informací, fotodokumentace rány apod. to vše je zcela nezbytné jak pro pochopení souvislostí a samotné hojení, tak v neposlední řadě finanční zátěž pacienta i zdravotního systému.

Především na počátku léčby je nezbytné naslouchat, získat si důvěru a postupně dotyčného v rámci jeho možností aktivizovat a povzbuzovat ke spolupráci, společně hledat řešení apod. Během své mnohaleté praxe jsem pochopila, že jiná efektivní cesta prostě není. Pokud s námi pacient nespupracuje, nepochopí svou klíčovou roli v procesu hojení a spoléhá jen na zdravotníky, léčebné postupy či drahé materiály, pak je jen malá pravděpodobnost, že se defekty zhojí. Pak jde o „pouhé“ převazování defektu, které je ekonomicky nákladné a kýžený cíl nezajistí.

Naopak v případě skutečné komplexní péče s respektem k hodnotám a prioritám daného člověka, k jeho životnímu stylu, kvalitě spánku, sociálním vazbám, finančním možnostem a dalším atributům jsou léčba a její výsledky mnohem stabilnější a efektivnější.