

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

**Bc. Markéta Koutná**

**Institucionalizace sestry specialistky pro hojení ran**

*Diplomová práce*

**Vedoucí práce doc. Iva Holmerová PhD.**

Řízení v sociálních a zdravotnických organizacích

Praha 2009

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v depozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 12.5. 2009

Markéta Koutná

Velmi ráda bych poděkovala doc. Ivě Holmerové za odborné vedení diplomové práce a za množství praktických rad.

Děkuji své rodině za trpělivost a pomoc při řešení technických problémů.

## **OBSAH**

### **ABSTRAKT**

### **ABSTRACT**

<b>1. ÚVOD</b> .....	1
<b>2. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	3
2.1. MODERNÍ HOJENÍ RAN.....	3
2.1.1. Historie moderního hojení ran.....	4
2.2. INSTITUCIONALIZACE SESTRY SPECIALISTKY.....	5
2.2.1. Důvody institucionalizace.....	6
2.3. SITUACE HOJENÍ RAN V ČESKÉ REPUBLICE.....	8
2.3.1. Odborné společnosti věnující se hojení ran.....	8
2.3.1.1. Česká společnost pro léčbu rány.....	8
2.3.1.2. Česká asociace sester - sekce hojení ran.....	8
2.3.2. Vzdělávání v hojení ran v České republice.....	10
2.3.2.1. Certifikované kurzy pro hojení ran.....	10
2.3.2.2. Kurzy zaštitěné produktovými společnostmi.....	11
2.3.2.3. Publikace, časopisy.....	12
2.4. SITUACE HOJENÍ RAN V ZAHRANIČÍ.....	13
2.4.1. Tissue viability nurse.....	13
2.4.2. Zahraniční společnosti pro hojení ran.....	14
2.4.2.1. Národní asociace specialistek ve Skotsku.....	14
2.4.2.2. Asociace specialistek pro hojení ran Velká Británie.....	14
2.4.2.3. Tissue viability society.....	15
2.4.2.4. Evropská asociace pro hojení ran.....	15
2.4.2.5. Evropský panel pro léčbu dekubitů.....	16
2.4.2.6. Světová unie hojení ran.....	16
2.4.2.7. Americká profesionální asociace pro hojení ran.....	16
2.4.2.8. Kanadská asociace pro hojení ran.....	17
2.4.3. Výzkumný ústav pro hojení ran v Cardiffu.....	17
2.4.4. Kompetence sester v hojení ran v zahraničí.....	18

2.4.4.1. Francie.....	19
2.4.4.2. Chorvatsko.....	20
2.4.4.3. Island.....	20
2.4.4.4. Izrael.....	22
2.4.4.5. Maďarsko.....	23
2.4.4.6. Německo.....	24
2.4.4.7. Portugalsko.....	24
2.4.4.8. Rakousko.....	25
2.4.4.9. Slovensko.....	25
2.4.4.10. Velká Británie.....	26
<b>2.5. KOMPETENCE SESTER.....</b>	<b>27</b>
2.5.1. Kompetence sester v hojení ran.....	28
2.5.2. Novelizace vyhlášky 424/2004 Sb.....	29
2.5.2.1. § 53 Sestra pro péči o pacienty ve vybraných klinických oborech.....	30
2.5.2.2. Modely kompetencí .....	33
<b>2.6. MŘÍŽKA KOMPETENCE.....</b>	<b>36</b>
2.6.1. Příklady hodnocení rány podle mřížky kompetence.....	39
2.6.2. Hodnocení mřížky kompetence jako pilotní studie.....	42
2.6.3. Hodnocení mřížky kompetence ve fakultní nemocnici Olomouc.....	43
2.6.4. Hodnocení pozice a odpovědnosti sestry specialistky.....	44
2.6.5. Péče o stárnoucí populaci s ránou.....	46
<b>3. PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>48</b>
3.1. CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÁ OTÁZKA.....	48
3.2. METODOLOGIE.....	48
3.3. KVANTITATIVNÍ VÝZKUM.....	49
3.3.1. Hypotézy.....	49
3.3.2. Dotazníkové šetření a výběr respondentů.....	51
3.3.3. Výsledky výzkumu.....	53
3.3.3.1 Vztah respondentů k pozici sestry specialistky.....	54
3.3.3.2. Kompetence a samostatnost v práci sestry specialistky.....	56

3.3.3.3. Vzdělání, praxe a systém kontroly.....	61
3.3.3.4. Spolupráce sestry specialistky s lékařem.....	68
3.3.4. Závěr kvantitativního výzkumu.....	72
3.4. KVALITATIVNÍ VÝZKUM.....	73
3.4.1. Důvody kvalitativního výzkumu a jeho design.....	73
3.4.2. Výzkumná otázka.....	74
3.4.3. Cílová populace.....	74
3.4.4. Vedení rozhovorů.....	74
3.4.5. Způsob zpracování.....	75
3.4.6. Podmínky k práci sestry specialistky.....	75
3.4.6.1. Kategorie 1 – Pozice.....	75
3.4.6.2. Kategorie 2 – Odpovědnost.....	76
3.4.6.3. Kategorie 3 – Spolupráce.....	77
3.4.6.4. Kategorie 4 – Kontrola.....	78
3.4.7. Vytvoření celorepublikového dokumentu na hojení ran.....	79
3.4.7.1. Kategorie 1 – Návrh.....	79
3.4.7.2. Kategorie 2 – Skupina.....	80
3.4.7.3. Kategorie 3 – Struktura.....	81
3.4.7.4. Kategorie 4 – Nebezpečí.....	82
3.4.8. Mřížka kompetence .....	83
3.4.8.1. Kategorie 1 – Použitelnost.....	83
3.4.8.2. Kategorie 2 – Pravidla.....	84
3.4.9. Legislativní úpravy pro změnu sestry specialistky.....	85
3.4.9.1. Kategorie 1 – Obhajoba.....	85
3.4.9.2. Kategorie 2 – Změny.....	86
3.4.10. Výsledky kvalitativního výzkumu.....	87
3.4.11. Závěr kvalitativního výzkumu.....	87
3.5. Diskuze.....	87
4. ZÁVĚR.....	90

5. POUŽITÉ ZDROJE..... 91

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ..... 95

#### PŘÍLOHY:

Příloha č. 1 Projekt magisterské práce

Příloha č. 2 Logický rámec projektu institucionalizace

Příloha č. 3 Dotazník kvantitativního výzkumu

Příloha č. 4 Dotazník odpovědnosti sester specialistek

Příloha č. 5 Transkripce rozhovoru

#### REJSTŘÍK

## **ABSTRAKT**

Vývoj situace v oblasti moderního hojení ran vyvolává potřebu zamyslet se nad zavedením některých změn v postavení sester specialistek. Zdravotní sestry již řadu let vykonávají činnosti týkající se ošetřování různých ran, avšak nemají k těmto výkonům dostatečné legislativní zázemí. Zvláště v praxi se ukazuje jako důležité vytvoření systému sesterských kompetencí na celostátní úrovni spolu se specializovaným vzděláním a následným zaškolením.

Teoretická část diplomové práce mapuje současný systém vzdělávání v hojení ran v České republice. Za kolébku moderního hojení je považovaná Velká Británie. Proto také práce předkládá jednu z možností vzdělávacího systému z této země a popisuje činnost sestry specialistky zvané „Tissue viability nurse“. Soubor doplňuje seznam zahraničních společností pro hojení ran a nastavení kompetencí sester z desíti států.

Hlavním námětem teoretické části byl návrh mřížky kompetence jako nástroje, který by mohl v praxi nastavit hranice kompetence. Hodnocení mřížky ve formě pilotní studie probíhalo v ambulantním i nemocničním zařízení.

Praktická část prezentuje názory lékařů a sester pomocí kvantitativního a kvalitativního výzkumu. Ve výsledcích kvantitativního výzkumu byl navržen vzdělávací systém a vyjádřena podpora pozici budoucí specialistky. Jedním z hlavních cílů diplomové práce bylo najít odpověď na základní téma, která provázelo oba výzkumy. Kvalitativní výzkum tuto otázku definoval a našel odpověď i pro doplňující témata.

**Klíčová slova:** moderní hojení ran, sestra specialistka, mřížka kompetence



## **ABSTRACT**

The progress of situation in the area of moist wounds healing evokes a need of taking a think about introduction of changes in specialized nurses' position. Although the nurses have been exercising activities relating to the healing process for several years, there has not been any corresponding legislative support for this kind of nurses' activities so far. Particularly in practice we can see how important is to set up the nationwide nurses' competency system together with the specialized education and following job training.

The theoretical part of this diploma work surveys the present educational system in the Czech Republic. Origin of the moist wound healing is considered in Great Britain. This diploma work submits therefore one of the possibilities of the educational system and describes activities of the specialized nurse. The file is coupled with the list of the foreign companies for wounds healing and with description of the system of nurses' competency in ten countries. The major topic of the theoretical part is proposal of a competency "grid" as an instrument for setting up the limits of competency in practice. Evaluation of the proposed and submitted "grid" was made as a pilot study in ambulatory and hospital conditions.

The practical part provides the doctors' and nurses' opinions by means of quantitative and qualitative research. In results of the quantitative research an educational system was proposed and support of position of the future specialized nurse was expressed. One of the major objectives of this diploma work was to find the answer to the essential question which went through the two researches. The qualitative research defined this question and found also the answers to the supplemental topics.

Key words: moist wound healing, specialized nurse, competency „grid“

Motto:

Člověk miluje to, pro co pracuje,  
a pracuje pro to, co miluje.

E. Fromm

## 1. ÚVOD

Nový způsob hojení ran - „moist wound healing“, se objevil v České republice před patnácti lety s příchodem zahraničních společností, které ve své široké nabídce mají takzvané terapeutické obvazy. Trvalo však ještě několik let, než byla metoda vlhkého hojení ran zavedena do praxe. Tímto způsobem je úspěšně léčena řada pacientů, zdravotníci pracující s novou filosofií dokladují dobré léčebné výsledky. Vztah zdravotníků k modernímu hojení ran však není jednotný. Chybí systémový přístup, který by byl výrazným přínosem pro zvýšení kvality léčebného procesu i ekonomickému profitu. Zatím existují spíše jednotlivá pracoviště, která standardně pracují s novou metodou již mnoho let, avšak převažují zařízení, kde z různých důvodů tuto metodu nepoužívají. Vystává tak problém s návazností terapie a mezioborové spolupráce.

Léčba ran v České republice je přiřazována dle akutní nebo chronické situace do oborů chirurgie a dermatologie. V zahraničí se během dvaceti let problematika hojení ran stala samostatným oborem. Společně se v něm angažují lékaři a sestry všech oborů. Specialisté hledají řešení problematiky každý ze svého úhlu pohledu a dohromady vytvářejí systém komplexní léčby a péče o nemocného a jeho ránu. S novým oborem souvisí i model takzvané sestry ranhojičky. Vzorem se stala pozice sestry z Velké Británie, která po absolvování specializačního studia získává titul „Tissue viability nurse“. Tento výraz je možné pouze volně přeložit jako sestra specialista pro hojení ran, ale obecně ve světě i v České republice je pojem používán bez překladu. Sestra má na základě této specializace možnosti širokého působení v hojení ran, autoritu, podporu a pochopitelně odpovědnost.

Také u nás se od počátku v léčbě ran více profilyovaly sestry. Jejich zájmu, dalšímu rozvoji a aktivitám bránila chybějící legislativa. Významným legislativním přínosem se stalo vydání vyhlášky číslo 424 ze dne 30. června 2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.[41] Zcela pochopitelně v této vyhlášce nejsou

zodpovězeny otázky týkající se kompetence sestry, etiologie, rozsahu ran, hloubky nebo přítomnosti lékaře u převazu. Dnes, po čtyřech letech od přijetí vyhlášky, se ukazuje jako potřebné, a to nejen v oblasti hojení ran, rozšíření pravomocí a formulování jasných kompetencí sester.

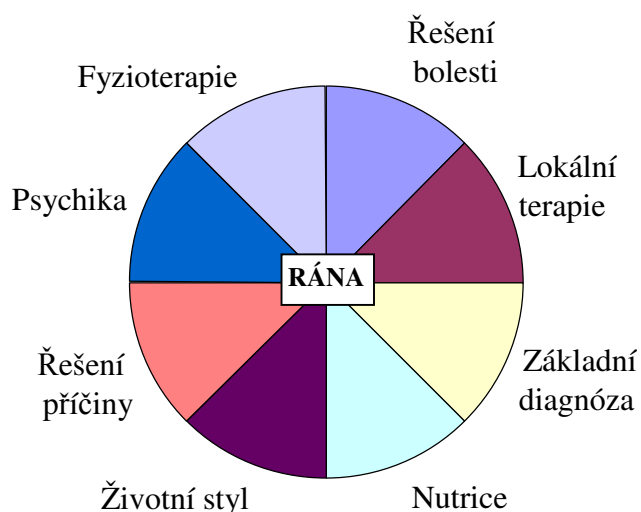
Ve své diplomové práci bych chtěla navrhnout koncepci spolupráce lékaře a sestry ve specializaci hojení ran, vzdělávací systém a kompetence pro práci budoucích sester specialistek.

## 2. TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1. Moderní hojení ran

Pod pojmem moderní hojení nebo také hojení ve vlhkém prostředí si lze představit aplikaci speciálních terapeutických materiálů, které vytvářejí optimální podmínky pro rychlejší a účinnější hojení ran. V roce 1962 anglický profesor George Winter na základě výzkumů zjistil, že ve vlhkém prostředí dochází rychleji k reepitelizaci, ale i k růstu granulační tkáně. [13] Tento profesor je mezi odborníky v hojení ran považován za zakladatele moderní terapie. Vlhké hojení však není pouze aplikace materiálů. Je to celá nová filosofie v přístupu k řešení ran. Samotné materiály, které jsou sice velmi účinné, vzhledově velmi rozličné a praktické, jsou však pouhou částí celé problematiky hojení. Ke správnému přístupu je nutné řešit základní diagnózu pacienta s příčinou, která ránu způsobila. Mezi další ovlivňující faktory, často podceňované pacienty, patří péče o výživu a dostatečný přísun tekutin. Silná bolest, nedostatek spánku, stresové situace způsobují prodloužené hojení nebo zhoršení situace. Léčbu rány v pozitivním i negativním smyslu ovlivňuje sám pacient svým přístupem.

**Obrázek č. 1** Podíl jednotlivých faktorů na léčbě rány [21]



Léčba ran je odvětvím medicíny s multioborovou působností. Lékař a sestra musí sledovat ránu dle etiologie i z pohledu různých specializací. Základní léčbu doplňuje spolupráce s dalšími obory. V nové koncepci bude ranhojičem jak chirurg nebo dermatolog, ale i internista, cévní lékař, fyzioterapeut, plastický lékař, diabetolog, angiolog, onkolog, geriatr, praktický lékař a mnohé další specializace. Ti všichni jsou schopni vytvořit spolupracující tým, pracující pod jednotnou filosofií léčby rány.

### **2.1.1. Historie moderního hojení ran v České republice**

Počátky moderního hojení ran v České republice se datují kolem roku 1991. V té době se zde profilyovaly tři zahraniční společnosti, které měly v široké nabídce zdravotnických produktů také materiály k hojení ran. Jednou z nich byla společnost 3M (Minnesota Mining and Manufacturing Company), která již před rokem 1989 dodávala na trh výrobek Tegaderm, jenž patří do skupiny takzvaných filmových obvazů. V devadesátých letech tato společnost nabídla hydrokoloidní materiál s názvem Tegisorb, který se vyrábí dodnes, avšak pod jiným názvem a alginátové krytí Tegaden.[25]

Druhou společností, která se snažila změnit způsoby hojení ran v České republice, byla společnost Convatec. Tato společnost původně začínala jako divize společnosti Bristol Myers Squibb a dnes působí jako samostatný subjekt. Na český trh zástupci společnosti přišli původně s pomůckami k ošetření stomíí. K ošetření ran měli k dispozici rovněž, jako společnost 3M, hydrokoloidní obvaz s názvem Granuflex, který již v tu dobu měl ve Velké Británii svoji tradici. [25]

Třetím zástupcem v propagaci vlhkého hojení ran byla společnost Johnson & Johnson. Tato americká společnost přišla s nabídkou ojedinelých produktů s antiseptickými a baktericidními účinky, které jsou dosud svým způsobem originální. Nabídku těchto produktů doplňovaly neadherentní silikonové materiály a polymerové krytí. V dalších letech jsme měli možnost sledovat nejen příchod dalších společností, ale i rozšiřující se nabídku nových terapeutických krytí. Otevřený trh byl lákavý. Společnost Rauscher, později Rauscher -

Lohmann, Hartmann - Rico, Coloplast, B - Braun, Mölnlycke a další - přicházely s novými materiály k léčbě ran.

Přestože chirurgické obory měly rozsáhlé spektrum ran, kde by se moderní materiály daly plně využít, byla to právě geriatrická oddělení a lůžka intenzivní péče, která se stala prvními propagátory účinků moderních materiálů a moderního hojení ran.

## **2.2. Institucionalizace sestry specialistky**

Od začátku se moderním hojením ran více zabývaly sestry. Jejich angažovanost v této problematice podpořilo zjištění rychlých a pozitivních změn v hojení rány. Současně sestra měla možnost sledovat subjektivní pocity pacienta, zlepšení jeho komfortu i pozitivní reakce rodiny, která byla často problémy okolo ošetřování rány ovlivněna. První zkušenosti s moderním ošetřením ran získávaly sestry v péči o dekubity, kde jim lékaři všech oborů dodnes u nekomplikovaných proleženin nechávají prostor. Praktické zkušenosti sester byly teoreticky podpořeny absolvováním kurzů natolik, že mohly předávat znalosti týkající se lokální léčby lékařům. Nejednou byla sestra lékařem pověřena k ošetření rány a indikaci krytí bez jeho přítomnosti. V těchto situacích nastával první legislativní rozkol v tom, že sestra prováděla úkon patřící do kompetence lékaře. Lékař, který sestru k takovému výkonu požádal, nesl odpovědnost, aniž by byl fyzicky přítomen.

Významným legislativním přínosem se stalo přijetí zákona číslo 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonům činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)[47] a přijetí vyhlášky číslo 424 ze dne 30. června 2004, kde se v paragrafu 4, odstavci 1, písmeno g píše: „*Sestra hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže, chronické rány a stomie, a v odstavci 3 písmeno d: „všeobecná sestra provádí ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů.“* [41]

Zcela pochopitelně v této vyhlášce nejsou zodpovězeny otázky týkající se kompetence sestry, etiologie, rozsahu ran, hloubky nebo přítomnosti lékaře u převazu. Dnes po více než čtyřech letech od přijetí vyhlášky se ukazuje jako potřebné, a to nejen v oblasti hojení ran,

rozšíření pravomocí a formulování jasných kompetencí sester. Dokazuje to i výzva České asociace sester (ČAS) z června roku 2008, kde prezidentka Dana Jurásková píše: *„Společenská diskuse se stále intenzivněji v oblasti zdravotnictví zaměřuje na postavení sester a ostatních nelékařů v systému zdravotnických služeb. Do popředí těchto debat se dostává i dilema, jak dál řešit činnosti sester. Ani lékařská ani ošetrovatelská veřejnost není jednotná v tom, zda je nutné a dobré zvyšovat odpovědnost sester a rozšiřovat jejich pravomoci. Zjednání skupiny pro poskytovatele zdravotních služeb vyplynula nutnost zahájení této diskuse i na půdě ČAS. Záměrem ČAS je nejen pojmenovat další činnosti, které by sestry mohly vykonávat, ale také vazba těchto výkonů na úhradu: sestry se musí stát nositelkami výkonů, které provádějí.“* [42]

O rozšíření kompetencí hovořil i ministr zdravotnictví Tomáš Julínek 1. listopadu 2008 na sněmu předsedkyň a předsedů ČAS v Luhačovicích. Jeho záměry vyjádřila Dana Jurásková těmito slovy: *„Připravuje se novela příslušné vyhlášky, kde je možné dohodnout se s ostatními organizacemi, včetně lékařských společností, na výkonech, kterými lze pověřit absolventa s vysokoškolským studiem nebo se specializací.“* [31]

Tato revize kompetencí sester jako novela vyhlášky č. 424/2004 Sb. [41] ještě letos projde do připomínkového řízení. Všechny profesní organizace mají možnost podat návrh další nové úpravy a dohodnout se na výkonech, kterými je možné pověřit absolventa vysokoškolským studiem nebo se specializací.

### **2.2.1. Důvody institucionalizace**

Co si představit pod pojmem institucionalizace sestry specialistky pro hojení ran? Na první pohled se může zdát, že se sestry snaží prosadit a podporují realizaci legislativních změn, tak aby mohly pracovat co nejvíce samostatně. Zkušená sestra však dobře ví, jak je důležité mít u sebe dobrého lékaře, který ji bude záštitou, rádcem, rozhodujícím činitelem.

Cílem této diplomové práce jsou konkrétní návrhy tak, aby sestra mohla uplatnit své kompetence a aby tyto kompetence byly jasně ohraničené. V celkovém pohledu jde spíše o rozšíření a stanovení konkrétních pravomocí sester ve specializaci hojení ran. Se stanovením

kompetencí souvisí i odborná kvalifikace budoucích sester specialistek v hojení ran v České republice, kontrola jejich práce a nastavení spolupráce s lékařem a lékaři různých oborů.

Jakou úlohu by měl v hojení ran plnit lékař a v kterých oblastech může pracovat budoucí sestra specialista jsem se pokusila zobrazit pomocí nákresu nazvaného zastřešení práce sestry specialisty pro hojení ran lékařem. Lékař v pozici praktického lékaře, lékař na oddělení při hospitalizaci pacienta, lékař ve specializované ambulanci nebo lékař jako odborník různých specializací, ti všichni hodnotí celkový stav pacienta v prvním a dalších kontaktech z celkového pohledu.

Tato pozice zahrnuje diagnostiku základních a přidružených nemocí, verifikovanou různými typy vyšetření. Standardní přístup doplňuje příslušná medikace. U polymorbidních pacientů je nemocný sledován z různých úhlů dle zaměření specialisty. Lékař jako konzultant sestry řeší situace týkající se jakékoli komplikace stavu pacienta i rány samotné. Na tuto situaci jej upozorní sestra, která je s pacientem v pravidelném a úzkém kontaktu. Obraz pozice lékaře v hojení ran doplňuje výuka a výzkum.

Sestra specialista v hojení ran komunikuje v nastaveném systému s lékařem. Konzultace probíhá oběma směry. Sestra diagnostikuje ránu z pohledu etiologie, na základě hodnocení markerů navrhuje lokální terapii, plán péče, doporučuje další postupy. Svoji práci dokumentuje písemnou formou dle nastaveného systému. Jako důležité se v hojení ran ukazuje pořízení fotozáznamu, alespoň při zahájení léčby rány. Úzký a pravidelný kontakt sestry s empatickým přístupem může kompenzovat pacientovi část psychoterapie. Úspěšnost léčby doplňují činnosti týkající se návaznosti léčby na úrovni zdravotnického zařízení nebo po dimisi nemocného.

Do týmu všech aktérů hojení ran patří jako důležitá doplňující součást rodina pacienta, případně instituce agentur domácí péče, ale i zajištění a racionální využívání různých možností sociální péče.



## **2.3. Hojení ran v České republice**

### **2.3.1. Odborné společnosti věnující se hojení ran**

#### **2.3.1.1. Česká společnost pro léčbu rány**

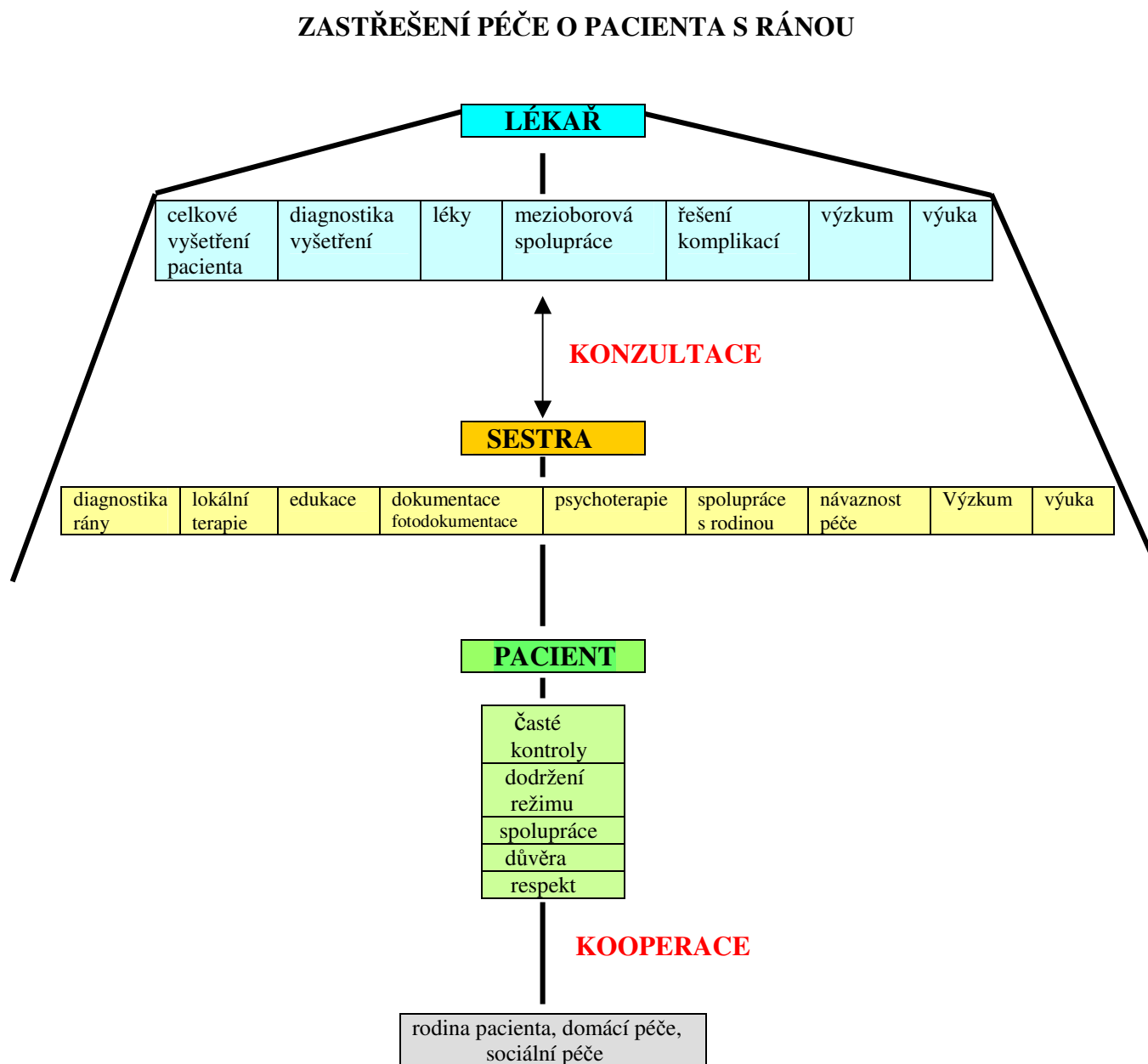
Od roku 1999 se začala koncipovat společnost zdravotníků z nejrůznějších oborů. Lékaři či sestry, kteří se zabývali hojením ran, zejména chronických, si chtěli na vzájemných setkáních vyměňovat zkušenosti a odborné informace na toto téma. Věděli, že pohled na problematiku léčby rány jen z jedné strany je v určitých případech nedostatečný a dále, že se objevují nové a nové postupy a materiály. Tři proběhlá sympózia a hlavně velký nárůst počtu jejich účastníků potvrdil zájem o možnosti organizované mezioborové a meziprofesní komunikace o této problematice a zároveň potřebu edukace a komunikace s pacienty a laickými pečovateli. V září 2001 byla oficiálně registrována formou občanského sdružení Česká společnost pro léčbu rány (ČSLR). Jejím cílem je podílet se na komplexním řešení problému hojení rány, na zlepšování kvality péče o nemocné s chronickými ránami v nemocniční, ambulantní i domácí sféře.

Společnost se chce podílet na tvorbě odborných standardů v péči o nemocné s chronickými defekty. Ve své činnosti zahrnuje výuku a edukaci zdravotníků i laiků. Členové jsou lékaři z různých oborů, zdravotní sestry z nemocnic, ambulancí, ale i domácí péče, ostatní vysokoškoláci, vědečtí pracovníci. Členy se mohou stát i laičtí pečovatelé. Od roku 2002 pořádá společnost každý rok dvoudenní celorepublikový kongres s mezinárodní účastí na téma: Mezioborová spolupráce při léčbě ran a kožních defektů. Tyto kongresy se konají vždy v Pardubicích. Zde paralelně probíhají přednášky i četné workshopy na aktuální témata. Od roku 2003 je ČSLR kooperující organizací EWMA (European Wound Management Association). [9]

#### **2.3.1.2. Česká asociace sester - sekce hojení ran**

Česká asociace sester je odborná, dobrovolná, nezisková, nepolitická organizace s právní subjektivitou. Je to největší odborná profesní organizace sester a jiných odborných pracovníků. Je otevřena pro všechny sestry a ostatní nelékaře působící v resortu zdravotnictví,

Obrázek č. 2 Zastřešení péče o pacienta s ránou



sociálního zabezpečení, školství a ve všech oblastech soukromého, nebo jiného podnikání bez ohledu na národnost, nebo náboženské vyznání působností po celé České republice.

Sídlem České asociace sester je Praha. Organizace je dělena na regiony a sekce. Problematiku hojení ran zastupuje od roku 1999 sekce hojení ran.[26] Z mého pohledu je tento úsek společnosti teprve ve vývoji a v budoucnosti bude nutné více rozšířit aktivity této sekce. Vzorem pro práci jednotky se mohou stát sesterské zahraniční organizace zaměřené na hojení ran, které působí ve všech větších státech celého světa.

Dalšími odbornými společnostmi participující na hojení ran jsou Česká chirurgická společnost, společnost všeobecného lékařství, diabetologická společnost, společnost popáleninové medicíny, společnost pro studium a léčbu bolesti, flebologická společnost, dermatovenerologická společnost, geriatrická a gerontologická společnost.

### **2.3.2. Vzdělávání v hojení ran v České republice**

Zdravotníci, kteří v devadesátých letech začínali pracovat s principy moderního hojení ran, byli ve specializovaném vzdělání odkázáni na podklady získané od společností s terapeutickými obvazy. K dispozici byly obvykle propagační materiály a překlady textů zaměřené na účinky a složení ob vazů. Základní pravidla tak byla předávána standardní komunikací během léčby pacienta a jeho rány. Vzdělání na organizované úrovni několik let neexistovalo. Nedostatek informací mezi zdravotníky působil nedorozumění týkající se dalšího postupu léčby rány pacienta. Na tuto situaci začaly opět reagovat společnosti s krycími obvazy, které pomocí edukace měly prostor k propagaci svých materiálů. Byly to obvykle jednodenní semináře bez praxe, které pouze částečně nahrazovaly potřebné informace.

#### **2.3.2.1. Certifikované kurzy pro hojení ran**

V současné době působí v České republice několik certifikovaných kurzů zaměřených na vzdělávání na hojení ran. Liší se od sebe délkou trvání, rozsahem informací a také praxí, která u všech kurzů není v nabídce.

Jako první certifikovaný program vznikl v roce 2004 Kurz hojení ran při Národním centru ošetrovatelství nelékařských zdravotnických oborů (NCONZO). První část probíhá

dvakrát po třech dnech, pak následuje 6 dní praxe. Druhá teoretická část má stejné trvání a opět následuje praktická část. Teorii poskytují odborníci v NCONZO Brno, praxi si mohou účastníci vybrat na dvou akreditovaných pracovištích Geriatrického centra Pardubice nebo ve Fakultní nemocnici Brno Bohunice. Zájem zdravotníků o vzdělání ve této specializaci je veliký.

Pod názvem Repetitorium komplexní léčby chronických ran působí dva roky vzdělávací kurz v Nemocnici Podlesí. Nabídka témat se průběžně mění dle aktualizace problematiky. Kurz trvá dva dny a je určen pro lékaře a sestry všech oborů.

Od roku 2008 působí při Masarykově universitě v Brně na Katedře ošetrovatelství kurz s názvem Specifická ošetrovatelská péče o chronické rány a defekty. Kurz je zaměřen na vzdělání zdravotních sester a je ukončen zkouškou.

Pro dermatology je určen kurz Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praxe. Jednodenní akce jsou zaměřeny na různá onemocnění ve spojitosti s hojením ran. Po absolvování kurzu je možné domluvit individuální praxi na ambulanci dermatologické kliniky.

Vzdělání v podiatrické problematice dosud v České republice neexistovalo. Na základě vzrůstající potřeby léčby a ošetřování pacientů se syndromem diabetické nohy, ale i pacientů s chronickými problémy v této oblasti začíná v letošním roce Podiatrický kurz v Institutu klinické a experimentální medicíny zaštitěný Českou diabetologickou společností. Kurz obsahuje kvalitní teoretické informace s následnou praxí v podiatrické ambulanci a je ukončen zkouškou.

#### 2.3.2.2. Kurzy zaštitěné produktovými společnostmi

Tyto kurzy se staly prvními vlaštovkami v organizovaném vzdělání v hojení ran. Již v roce 1998 vzniklo při Všeobecné fakultní nemocnici v Praze Vzdělávací centrum pro hojení ran pod záštitou společnosti Johnson & Johnson. Kurz stále působí a oproti jiným firemním kurzům nabízí celkový pohled na všechny produkty, které jsou v současné době na trhu. S podporou téže společnosti pracuje 4 roky kurz hojení ran v Jihlavě.

Od roku 1998 působil několik let kurz hojení ran společnosti Hartmann Rico, který kromě vzdělávání v hojení ran byl zaměřen i na inkontinenci.

Kurz hojení ran společnosti Rauscher Lohmann je soustředěn specificky na materiály této firmy.

V letošním roce byl otevřen Kurz hojení ran se zaměřením na výživu v Thomayerově nemocnici v Praze pod záštitou společnosti Convatec. Tento nový specifický kurz probíhá jedenkrát měsíčně po dobu jednoho dne. Na základě potřeby vzdělání většího množství zdravotníků jsou pořádány obvykle jednodenní vzdělávací akce při nemocnicích.

Další možností k rozšíření vědomostí v oboru hojení ran je absolvování kongresů a konferencí. Mezi velmi prestižní patří kongres s mezinárodní účastí na téma Mezioborová spolupráce v hojení ran, který se koná každoročně již po dobu sedmi let v Pardubicích. Tento kongres je dvoudenní a každým rokem se ho účastní více a více zdravotníků. Mezi již tradiční jednodenní akce patří pracovní den pod záštitou ČSLR s názvem Rány a defekty.

Internetové vzdělání patří k dalšímu způsobu, jak získat v dnešní době informace. Na webových stránkách „Sestra in“ již tři roky jsou k dispozici kurzy zaměřené na hojení ran. Tři kurzy obsahují základy moderního hojení ran, prevenci a léčbu dekubitů a hojení ran pro farmaceutické asistenty.

#### 2.3.2.3. Publikace, časopisy

Při nakladatelství Geum vychází čtvrtletník s názvem Hojení ran. Tento kvalitní časopis je nabízen s podporou České společnosti pro léčbu rány (ČSLR) a vychází třetím rokem. Zájem zdravotních sester o hojení ran dokazují časté příspěvky ve formě kasuistik časopise Diagnóza, Florance nebo Sestra.

V České republice stále chybí dostačující množství literatury pro vzdělávání v hojení ran. Před deseti lety vyšla kniha Vladimíra Resla s názvem Hojení chronických ran, která je více zaměřena na fyziologii a etiologii ulcerací dolních končetin. [29] Pro individuální vzdělání jsou dodnes k dispozici sice vysoce kvalitní, nicméně pouze jednotlivé články v odborných českých a zahraničních časopisech.

Z mého pohledu se stalo velice přínosným uveřejnění pozičních dokumentů Evropské asociace pro hojení ran (EWMA) na internetových stránkách ČSLR. Jedná se o soubor osmi dokumentů se základními principy doplněné doporučenými postupy v určité oblasti hojení ran.[9]

V roce 2008 vyšla publikace Repetitorium pro hojení ran Jana Stryji, která je první odbornou publikací se souhrnným přehledem o moderním způsobu hojení ran. [33]

## **2.4. Situace hojení ran v zahraničí**

### **2.4.1. Sestra specialista pro hojení ran - Tissue viability nurse**

Pozice britské sestry, která je odbornicí v hojení ran, se před lety stala určitým vzorem v koncepci práce české sestry. Sestra specialista pro hojení ran (Tissue viability nurse) ve Velké Británii musí být registrovanou sestrou s příslušným vzděláním a praxí v hojení ran. Sestry specialistiky pracují na různých úrovních péče.

Sestra specialista vede management rány, kontroluje infekci v ráně, provádí drobné chirurgické výkony a ošetření kůže. Sestra konzultantka v hojení ran je sestra nejméně s magisterským vzděláním, zkušenostmi a praxí v daném oboru a zkušenostmi z provádění výzkumu. Konzultantka oproti sestře specialiste poskytuje specializovanou péči u pacientů s různými typy ran, zvláště pak u komplikovaných defektů, které nevykazují známky hojení. Provádí výzkum, který přispívá k dalším znalostem o vývoji v této složité oblasti péče. Sestra specialista a sestra konzultantka se ve své práci doplňují. Společně poskytují poradenství pro regionální ošetrovatelské týmy a pacienty v komunitní péči.

Filosofií sester specialistek pro hojení ran je propagace profesionální péče o rány s holistickým přístupem k pacientovi na základě důkazů. Prostřednictvím různých metod hojení ran, podporou oboustranné komunikace, dochází k předávání informací a znalostí mezi klinickými oblastmi a sestrou specialistikou.

Práci sestry konzultantky lze rozdělit čtyř různých oblastí - klinické, zahrnující asi 50% péče, vzdělávací, podpůrné, výzkumné. Klinická činnost zahrnuje hodnocení, plánování, spolupráci s koordinační skupinou, hodnocení programů péče o pacienty. Poradenskou činnost provádí u pacientů, kteří potřebují speciální péči či řešení některých komplikací. Sestra provádí péči též u ambulantních pacientů. Služba je poskytována na základě současných medicínských znalostí, znalecký posudků a výzkumů tak, aby zajistila, že všichni odborníci

jsou schopni zvládat standardní postupy léčby ran nebo tam, kde to není možné, aby byli schopni zmírnit příznaky týkající se poškozené tkáně.

Úkolem sestry specialistky je zajištění fotozáznamu ran pacienta, které následně využívá pro účel posouzení vývoje rány. Fotografie jsou uloženy jako součást pacientovy dokumentace. Tato služba také zahrnuje specializované poradenství pro pomůcky a přístroje určené k hojení ran.

Vzdělávání v oblasti hojení ran sestra specialistka poskytuje například v podobě individuální výuky. Kontinuální program je zajištěn pomocí e-learningu na webových stránkách nemocnic. Další formu nabízí vzdělávací programy pro studenty oboru hojení ran. [39]

#### **2.4.2. Zahraniční společnosti pro hojení ran**

Ve světě existují desítky společnosti, jejichž zájmem je hojení ran. V podstatně každá vyspělejší země má nejméně jednu asociaci zaměřenou na tuto oblast. Z rozsáhlého množství jsem uvedla takové, které svojí dimenzí přesáhly hranice země, jsou pro ostatní organizace vzorem nebo mají mezinárodní měřítko.

##### 2.4.2.1. Národní asociace sester specialistek v hojení ran ve Skotsku

The Nacional Association of Tissue Viability Nurses (NAZVNS) bylo založena na počátku devadesátých let první dvojicí sester specialistek, které ve Skotsku byly jmenovány. Od té doby se počet členů asociace postupně zvyšoval. Pracovní skupina se setkává čtyřikrát ročně, předává zkušenosti pro ostatní členy asociace, poskytuje motivaci a způsoby, jak zlepšit péči o pacienta. Skupina je velmi pro-aktivní a vytváří různé dokumenty jako jsou rámcové kompetence sester specialistek, seznamy vybavení pro ošetření povrchových ran, schéma managementu rány a další ošetrovatelské dokumenty.[36]

##### 2.4.2.2. Asociace sester specialistek pro hojení ran Velká Británie

Tissue Viability Nurses Association (TVNA) je ryze britskou asociací se zaměřením na velmi profesionální péči sester o rány. Členství v asociaci je rezervováno pouze pro

registrované sestry. Základními atributy společnosti jsou odpovědnost sester za zabezpečení, zajištění péče o ránu, odpovědnost za komplikace při léčbě rány, ale i důvěra v práci sester specialistek v jejich ošetřování. Primárním cílem TVNA na centrální úrovni je poskytnout profesionální a politickou reprezentaci jako výkonný zástupce jednání s vládou a dalšími provádějícími subjekty. Vzhledem ke strmému nárůstu starších lidí nad 65 věku vyvstává i v Británii problém, jak kvalitně zabezpečit péči o rány u těchto občanů. TVNA ve svém současném programu upozorňuje na tento vážný problém, vyžadující změny v celém Národním zdravotním systému se zaměřením na komunitní péči.[37]

#### 2.4.2.3. Společnost pro hojení ran

Tissue Viability Society (TVS) je pravděpodobně nejstarší na světě ze všech společností, které se zaměřují na problémy s ošetřováním ran. Byla založena v roce 1981 a je ve Velké Británii od roku 1996 registrovaná jako charitativní společnost. Získává členy ze všech zdravotnických profesí, kteří se zabývají hojením ran. Posláním společnosti je šíření informací, podpora výzkumu a zvýšení informovanosti klinické praxe v prevenci a léčbě ran. Společnost má přes 1500 členů z různých profesí, ale především sestry, ale i lékaře, inženýry, vědce, farmaceuty a další profese. V čele stojí rada společnosti, která je vůdčím elementem pro strategické řízení společnosti. [38]

#### 2.4.2.4. Evropská asociace pro hojení ran

European Wound Management Association (EWMA) byla založena v roce 1991 jako reakce na klinické a vědecké otázky spojené s péčí o rány. Je společností, která reprezentuje lékařské, ošetřovatelské, vědecké a farmaceutické zájmy pracovníků, zabývajících se o hojení ran. EWMA sdružuje organizace, které se zabývají hojením ran, z celé Evropy. Tyto multidisciplinární skupiny sdružují jednotlivce a organizace, které mají zájem na ošetřování ran. Jedním ze způsobů, jak EWMA dosahuje svých cílů, je pořádání konferencí, předávání informací a publikací o všech aspektech ošetřování ran. Cílem asociace je podpora rozvoje vzdělávání a výzkumu v oblasti epidemiologie, patologie, diagnostiky, prevence a managementu rány všech etiologií. Každoročně pořádá konference v celé Evropě.[12]



#### 2.4.2.5. Evropský panel pro léčbu dekubitů

European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) byl vytvořen k vedení a podpoře všech evropských zemí v prevenci a léčbě dekubitů. Společnost byla ustanovena na inauguračním setkání v prosinci roku 1996 v Londýně odborníky z různých zemí Evropy. Společnost vydává doporučené postupy v problematice proleženin, každoročně pořádá mezinárodní kongres na evropské úrovni.[11]

#### 2.4.2.6. Světová unie hojení ran

World Union of Wound Healing Societies (WUWHS) pořádá každé čtyři roky setkání odborníků pro hojení ran z celého světa. Poslední kongres se konal v červenci roku 2008 v kanadském Torontu. Další světový kongres je plánován na rok 2012 v Japonsku. Vizí unie je zlepšení kvality života osob s ránami po celém světě. WUWHS demonstruje a podporuje programy týkající se standardizované péče v hojení ran. Hledá způsoby, jak usnadnit přístup všem, kteří potřebují péči, do všech systémů zdravotní péče na světě. Zaměřuje se na vzdělávání všech zdravotnických pracovníků v interdisciplinárním týmu pomocí odborné přípravy. Unie koordinuje celosvětovou výměnu informací mezi společnostmi pro hojení ran a dalšími zúčastněnými stranami, včetně mezinárodních zdravotnických agentur.[46]

#### 2.4.2.7. Americká profesionální asociace pro hojení ran

Na vznik American Professional Wound Care Association (APWCA) měla vliv American College of Hyperbaric Medicine, jejíž členové vyjádřili názor na potřebu lékařského osvědčení v léčbě ran. Byla potřeba odlišit lékaře, kteří pracují s technikou moderních přístupů od ostatních lékařů užívajících konzervativní metody hojení ran.[1] Asociace udílí svým členům certifikát odborníka v hojení ran. Členství v asociaci je určeno pro lékaře, ale i ostatní zdravotnické specialisty, kteří se podílejí na hojení komplikovaných ran. Existuje pět typů členství v organizaci a dle toho jsou pro lékaře nebo nelékaře určeny základní a zásadní požadavky. Jedním z nich je lékařská licence, dva roky praxe v hojení ran, absolvování některých z doporučených vzdělávacích kurzů v počtu 21 hodin během tří let a placení členských příspěvků. Jiné požadavky jsou určeny pro nelékaře typu diplomovaného pracovníka nebo dalších takzvaně přidružených členů. Dodržení těchto povinností přináší

členské výhody určené pro všechny kategorie. Jsou jimi například bezplatné získávání publikací, informační servis, brožury pro pacienty, snížení poplatků na vzdělávacích akcích regionálních a národního charakteru, nebo legislativní zastupování.

#### 2.4.2.8. Kanadská asociace pro hojení ran

The Canadian Association of Wound Care (CAWC) je neziskovou organizací zdravotnických odborníků, pacientů a dalších příznivců zlepšení hojení ran v Kanadě. Asociace byla založena v roce 1995 a každý rok probíhá setkávání členů v rámci výroční konference. Posláním společnosti je vzestup oboru, standardizace a spolupráce s ostatními obory. Aktivity asociace se dělí do pěti klíčových oblastí: veřejné politiky, klinické praxe, vzdělání, výzkumu a propojení s mezinárodními organizacemi hojení ran.[35]

#### **2.4.3. Výzkumné centrum pro hojení ran v Cardiffu**

Výzkumný ústav pro hojení ran v Cardiffu je výrazným pojmem u odborníků zabývajících se touto zdravotnickou specifickou. Informace, publikace a doporučení tohoto střediska mají všeobecně velký respekt. Wound Healing Research Unit (WHRU) je součástí univerzitní nemocnice v Cardiffu ve Velké Británii. Již mnoho let si udržuje skvělou mezinárodní pověst v léčbě akutních i chronických ran. Centrum je zaměřeno především na obtížné a nehojící se defekty. Současně nabízí služby v klinické péči, výzkumu a vzdělávání. WHRU bylo založeno v roce 1991 jako první výzkumná jednotka na světě, která se specializuje na hojení ran. Hlavním cílem centra je poskytovat a dále rozvíjet na světové úrovni klinické, vědecké a vzdělávací poznatky ve prospěch nemocných s problémy s ránou. Jednotka funguje na rozhraní mezi poskytovateli zdravotní péče a akademické obce ve vypracování modelů vysoké kvality péče, které jsou podloženy vědeckými výzkumy. Dalším úkolem centra je přenos těchto nových poznatků do praxe. Před třemi lety proběhlo ve WHRU akreditační řízení CETIC (Centres of Excellence for Technology and Industrial Collaboration) Tento akreditační systém, který je sponzorován velšským správním sněmem a je částečně financován Evropskou unií ve prospěch místních, národních a mezinárodních společností, včetně

organizací, které podporují rozvoj Walesu. Kromě toho WHRU je členem CITER (Cardiff Institute of Tissue Engineering and Repair), Ústavu pro tkáňové inženýrství.

Úkoly Centra se dají rozdělit do tří oblastí – klinické praxe, výzkumu a vzdělání. Výzkum WHRU pomáhá hodnotit nové produkty pro hojení ran, vyjadřuje se k zavedení nových modelů a technik do praxe. Všechny tři složky prezentuje pořádání národních a mezinárodních konferencí. Oblast vzdělávání nabízí škálu různých vzdělávacích akreditovaných programů od krátkých základních kurzů a školení až po pokročilé dlouhodobé magisterské studium na velmi dobré úrovni. Vzdělávací moduly jsou k dispozici pro zájemce v hojení ran po celém světě. Tyto programy jsou úzce navázány na praxi v universitní nemocnici.

Postgraduální magisterské dvouleté vzdělávání představuje distanční studium v modulární podobě. Režim studia je rozdělen do dvou částí. V první části probíhá výuka a hodnocení studentů z jednotlivých vyučovaných modulů. Druhá část představuje předložení disertační práce se zadáním ve formě výzkumu. Blok jedna se skládá z osmi modulů, každý modul trvá 8 - 10 týdnů. Hodnocení probíhá kreditním systémem. Jednotlivé moduly obsahují základní i rozšířenou problematiku v tématice hojení ran. Jsou to například anatomie a fyziologie hojení ran, jednotlivé procesy hojení, psychické aspekty hojení ran, metody hojení ran, vnitřní a vnější faktory ovlivňující hojení ran, diagnostika, léčba akutní a chronické rány. Modul nazvaný hodnoty a priority v hojení ran představuje oblast alokace zdrojů, právní, etické a morální problémy v péči o rány.

Všichni budoucí studenti Cardiffské univerzity musí prokázat jazykové znalosti na úrovni, která jim umožní vyrovnat se s nároky vysokoškolského vzdělávání. Proto studenti, jejichž jazykem není angličtina, jsou povinni doložit své znalosti anglického jazyka. [44]

#### **2.4.4. Kompetence sester v hojení ran v zahraničí**

Při sbírání informací o kompetencích sester v hojení ran ze zahraničí jsem oslovila hlavně evropské společnosti, z nichž všechny jsou členy Evropské asociace pro hojení ran, ale i společnosti v USA, Kanadě a Izraeli. Celkem bylo pomocí internetu rozesláno 36 dopisů.

V textu jsem položila šest otázek týkajících se existence organizace pro hojení ran v dané zemi, kompetencí sester v hojení ran, samostatnosti v práci, pozice sestry a lékaře v procesu hojení ran, jejich ohraničení či definice a jak jsou kompetence legislativně ošetřeny. Odpovědi jsem získala ze společnosti Société Française et Francophone des Plaies et Cicatrisations, Iceland Wound Healing Society, Portuguese Association for The Treatment and Wounds, Austrian Wound Association, Four Seasons Health Care. Tyto podklady v odkazech jsou citovány jako osobní korespondence.[25]

Další data byla získána z rozhovorů s lidmi, kteří pracují ve zdravotnickém rezortu v dané zemi. Konečný výsledek skýtal informace z desíti států. Jednotlivé lokality jsou řazeny podle abecedního pořádku. Těmito zeměmi jsou Francie, Chorvatsko, Island, Izrael, Maďarsko, Německo, Portugalsko, Rakousko, Slovensko a Velká Británie.

#### 2.4.4.1. Francie

Ve Francii není zaveden obor hojení ran jako takový, ale zdravotníci mohou získat universitní diplom v této oblasti. Sestra může předepisovat materiál pro hojení ran, který je konkrétně specifikován, a antidekubitární pomůcky. Po preskripci sestra předává informaci o předepsání materiálu ošetřujícímu lékaři. V některých nemocnicích pracují konzultantky nezávislé na rozhodnutí lékaře na základě přenosu kompetencí. [25]

Vzdělávací program v hojení ran byl vyvinut ve Francii v roce 1998. Kurz trvá jeden rok a skládá se ze sto hodin interaktivního vzdělávání, obsahující principy hojení ran, managementu dekubitů, neuropatických vředů, syndromu diabetické nohy, popálenin a traumatů. Program zahrnuje teoretické a praktické problémy a je ukončen udělením diplomu, který zaručuje, že studenti mají dostačující úroveň odborných znalostí v oblasti hojení ran. Hodnocení každého studenta je založeno na práci, kterou student vyvinul v průběhu roku.

Dosud bylo vyškoleno 500 studentů z různých zdravotnických oblastí. Jsou to nejen zdravotní sestry a lékaři, ale i lékárníci, fyzioterapeuti a zaměstnanci z obchodní sféry. Vzdělávací program se během šesti let neustále vyvíjí a upravuje. Koncepce studia byla na základě dotazníkového šetření a telefonického průzkumu analyzována, aby se zhodnotil její vliv na hojení ran ve Francii. Výsledky průzkumu byly již uzavřeny a dokládají, že vzdělávání a odborná příprava hraje důležitou roli v rozvoji hojení ran a následných změn v praxi.[45]

Spolupráce sester a lékařů v hojení ran nevyvolává problémy, v podstatě se oba aktéři v práci doplňují. Lékaři respektují práci sester a v hojení ran řeší především komplikace v ráně. Je ale všeobecně známo, že sestry se o hojení ran zajímají více než lékaři. Sestry hodnotí ránu z celkového hlediska i podle místních známek. Vybírají materiál, provádějí drobné výkony. Doporučují nutriční podporu, předepisují materiál, edukují pacienta a rodinu. Lékař léčí nemocného komplexně, řeší infekci, komplikace, bolest, provádí chirurgické výkony. Tento multidisciplinární přístup se v praxi osvědčil. Legislativa umožňuje sestře možnost předepisování materiálu.

#### 2.4.4.2. Chorvatsko

Chorvatsko je zemí, kde se po dlouhém jednání podařilo zajistit systém úhrad v ambulantní péči. Jednání nebyla jednoduchá, probíhala na úrovni zdravotnických profesních organizací, ministerstvu zdravotnictví, v parlamentu, ale v podstatě bez silné podpory komerce by se tato změna neuskutečnila.

Pracují zde dvě sesterské organizace. Chorvatská komora sester (Croatian Nurses Chamber) je vládní instituce a je určená především registraci sester. „Croatian Nurses Association“ (CNA) je nevládní instituce, která sdružuje všechny sestry Chorvatska. Pracuje jako zájmové sdružení a na rozdíl od státní instituce je transparentní v prosazování nových metod, vzdělávání a podobně. Zastupuje chorvatské sestry na mezinárodním poli, účastní se mezinárodních setkání. Není zde dosud žádná organizace zaměřená na hojení ran. Formální pravomoce rozhodovat o léčbě rány sestry nemají. Výběr ran, kde se sestry angažují, záleží na etiologii. Ulcerace dolních končetin včetně syndromu diabetické nohy může provádět sestra dle indikace lékaře. Léčbu nekomplikovaných proleženin ponechávají lékaři plně na sestře. Je to podobný model jako v České republice.[25]

#### 2.4.4.3. Island

Zdravotnické služby na Islandu jsou založeny na principu všeobecného přístupu k co nejlepší zdravotní péči. Zákon zajišťuje, aby nedocházelo k diskriminaci nemocných na základě pohlaví, náboženského vyznání, přesvědčení, národnosti, rasy, barvy pleti, finančního postavení, rodinných vztahů nebo postavení v jiném ohledu. Zdravotnické služby na Islandu

jsou převážně financovány z ústřední vlády. Výdaje na zdravotnictví jsou asi z 85% hrazeny ze státního rozpočtu, zbývajících 15% je pokryto poplatky za zdravotnické služby. Zdravotní péče je rozdělena do regionů, z nichž každý má vlastní primární zdravotní péči v centrech. Některé jsou pořádány ve spolupráci s místní komunitou při nemocnici. Centra primární zdravotní péče mají obecnou odpovědnost za léčbu, péči, vyšetření a ošetřování v domácnosti, stejně jako preventivní opatření. Jsou to plánování rodiny, péče o matku a dítě, zdravotní péče a školní zdravotní péče. Jednotlivé nemocnice na Islandu se dají rozdělit na specializované, všeobecné a komunitní. Hospitalizace je bezplatná. Ve specializovaných nemocnicích je prováděna většina operací a vyšetření ve všech odborných lékařských oborech.[16]

Iceland Wound Management Association (SUMS) je asociace zaměřená na hojení ran a v současné době slaví své čtvrté narozeniny. Hlavním cílem organizace je zvýšení vědomostí v hojení ran a managementu rány v procesu zdravotní péče u specialistů oboru. K dosažení tohoto úkolu pořádá asociace konference na lokální i mezinárodní úrovni. Ve snaze podpořit vzdělávání zdravotníků v oboru hojení ran je každoročně vypsáno stipendium pro jednoho ze členů asociace. Každý rok se zájem o členství v asociaci zvyšuje, takže nyní organizace dosahuje 150 členů. Na podporu výzkumných projektů jsou díky sponzorům k dispozici určité finanční částky. SUMS je členem EWMA. [17]

Na Islandu jsou sestry podle právních předpisů nezávislé ve všech činnostech a samy odpovědné za svoji práci, to znamená i v oboru hojení ran. Sestry nemají žádné speciální vzdělání v hojení ran, proto některé specialistky studují tento obor v zahraničí. Hojení ran bylo dosud na Islandu na okraji pozornosti. Novým impulzem by se mohlo být zařazení sestry specialistky od ledna tohoto roku do systému universitní nemocnice a vytvoření nového oddělení pro hojení ran. Postoj lékařů k procesu hojení ran se liší podle nemocničního a ambulantního zařízení. V nemocnicích je jejich role výraznější, v primární péči spíše předepisují léčbu. To se týká především chirurgických oddělení. Neexistuje však žádný předpis nebo norma, která by jasně oddělila kompetence sestry a lékaře. Úroveň se liší od nemocnice k nemocnici. Zdravotní sestry jsou klíčové osoby, které se věnují léčbě ran, zvláště chronických. Chce-li sestra samostatně poskytovat péči v hojení ran, musí mít magisterské vzdělání a nejméně dva roky praxe v hojení ran.[25]

#### 2.4.4.4. Izrael

Přestože geograficky patří na střední východ, kulturně má vazbu na euro atlantské země. Systém školství je podoben spíše britskému. Je to země, která má přístup ke všem nejlepším technologiím a dostatečně velký hrubý domácí produkt, aby si mohli dopřát vysoký stupeň vzdělanosti a naprosto bezproblémovou komunikaci se zahraničím. Angličtina pro ně není problém, a tak na všech vedoucích pozicích, a to nejen ve zdravotnictví, jsou vedoucí klinik, kteří prošli studiem na nejlepších univerzitách v Izraeli nebo studovali v zahraničí. Rovněž v rámci postgraduálního vzdělávání není problém přístupu k zahraničním stážím. Izrael je trochu exotický tím, že historicky jsou tam jiné návyky než v jiných evropských zemích, ale vzdělávací systém je velice podobný britskému. Jestli někde funguje sestra jako partner lékaře, tak je to právě v Izraeli. Pokud sestra diskutuje s lékařem, tak je to porada dvou partnerů.

Organizace věnující se hojení ran se jmenuje The Israeli Wound Healing, Izraelská společnost pro léčbu ran a je určena pro lékaře a sestry. Dalšími organizacemi, které mohou mít spojení s léčbou ran jsou The Israeli Oncology Nursing Society, The Israeli Plastic Surgery Nursing Society, The Israeli Geriatric Nursing Society.

Sestry mají kompetence k rozhodnutí o výběru materiálu a léčbě rány, není to však otázka legislativního dokumentu na národní úrovni. Za výkon zdravotní péče jsou odpovědný zdravotní pojišťovny, nemocnice určuje rámec péče, ministerstvo zdravotnictví určuje požadavky týkající se registrace, akreditace, dalšího vzdělání a jiných dokumentů. Všechny otázky týkající se zdravotní péče řeší zdravotní pojišťovny. V Izraeli je několik pojišťoven. Největší je „Clavit Help Services“, která má postavení jako naše Všeobecná zdravotní pojišťovna. Pojišťovny nakupují od firem výrobky, které následně dodávají do centralizovaných nákupních oddělení. Dle požadavků nemocnic jsou materiály do nemocnic dodávány. Každá zdravotní pojišťovna má vlastní pravidla. Ta také definuje pozici „wound therapeutic professional nurses“ v dané oblasti. Na základě tohoto oprávnění v rámci pojišťovny a nemocnice, kde sestra pracuje, má právo ošetřovat rány, ale i předepsat poukaz na léčebný materiál. V procesu hojení ran lékař potvrzuje diagnózu, vyjadřuje názor na léčbu, stanoví dlouhodobý plán, léčebný cíl a čeho je třeba dosáhnout. V některých oblastech jsou i specializované ambulance pro hojení ran. V těchto zařízeních je vždy lékař a záleží na

etiologii rány, kde má prostor lékař a kde pracuje pouze sestra. Například dekubity jsou standardně v péči sestry. To se týká i managementu pacienta na lůžku.[25]

#### 2.4.4.5. Maďarsko

V Maďarsku je poměrně rozvinutý systém péče jako v České republice, rovněž jejich číselník hrazených prostředků je rozsáhlý jako u nás. Je to ale země, která má spoustu byrokratických předpisů a ty se výrazně promítají nejen v hojení ran.

V Maďarsku není žádná specifická organizace zaměřená na léčbu ran pouze pro sestry. Jsou tam však dvě asociace, které se zabývají hojení ran. První se jmenuje „Hungary Association for the Improvement of Care of Chronic Wound and Incontinentia“ a druhá „Hungarian Wound Management Society“. Navzájem si mezi sebou konkurují. Kromě toho je zde i maďarská komora zdravotnických pracovníků, profesionálů ve zdravotnictví, která je určena všeobecně pro všechny zdravotnické zaměstnance a sdružuje různé odborné sekce.

Sestry nemají přímé kompetence v hojení ran. Lékař musí zhodnotit ránu a rozhodnout o další péči, stanovit léčebný cíl. Lékaři s moderním hojením mají spíše malé zkušenosti a rovněž se o tento obor příliš nezajímají. Výsledkem této situace je, že sestry rozhodují o typu materiálu k léčbě a lékař jim dá možnost předepsat poukaz. Není to ale legální cesta. V moderním hojení ran se dosud angažuje pouze několik lékařů.

V Maďarsku funguje v předepisování poukazů systém podobný jako ve Slovenské republice. To znamená, že pokud chce mít pacient k léčbě rány moderní materiál, musí navštívit specialistu. Na základě protokolu od specialisty má po dobu tří měsíců právo předepisovat materiál i praktický lékař. Snahou tohoto systému je předejít plýtvání materiálem. Pokud je pacient klientem agentury domácí péče, je postup totožný. Sestry se starají a pečují o rány, ale oficiálně vždy za přítomnosti lékaře. Dvě hlavní asociace, o kterých bylo zmíněno výše, vypracovaly nedávno velký vzdělávací program. Tento program navrhuje některé kompetence pro sestry na základě zkoušek, které by měly podstoupit. Hlavním cílem těchto změn je však možnost indikace materiálu sestrou a převaz bez nutné přítomnosti lékaře. Legislativní návrh je v současné době předložen na Ministerstvu zdravotnictví. Chut' k zásadním změnám v hojení ran je v Maďarsku veliká. [25]



#### 2.4.4.6. Německo

V Německu pracuje od roku 1995 organizace pro lékaře a sestry, která se jmenuje „Initiative Chronische Wunden“ (ICW). Cílem organizace je zvýšení profylaxe a léčby ran v Německu. Přes 4 000 členů různých zdravotnických specializací má úspěšně ukončen certifikovaný kurz. Velký důraz organizace dává na vztah pacienta k hojení rány. Informace pro příbuzné a pacienty jsou poskytovány informačními brožurami a přes internetové fórum. [18]

Terapie hojení ran a výběr produktů náleží právně dle platné legislativy výhradně lékařům. Často je to však tak, že lékař své kompetence předává manažeru hojení ran. (V České republice je to konzultantka v hojení ran.) Hodnocení rány, expertizu a s tím související práce ve svých ordinacích od lékaře přebírá. Manažeři pro hojení ran na jednotlivých stanicích ke své běžné denní činnosti přebírají ještě péči o rány. Nebo jsou centrálními manažery v hojení ran a jsou na pozici managementu kvality nemocnice a nespádají pod žádné konkrétní oddělení. [25]

#### 2.4.4.7. Portugalsko

Portugalská asociace pro léčbu ran (APTF) Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas vyšla z kolektivní snahy sester, které chtěly zlepšit informace a přístup zdravotníků v hojení ran. Asociace, která byla založena v září roku 1998, je neziskovou organizací sdružující zdravotní sestry, lékaře a farmaceuty. V současnosti má kolem 500 členů. Jedním z úkolů asociace je dosažení úrovně předních evropských asociací věnující se hojení ran.

Cílem organizace je výzkum a šíření znalostí týkající se managementu a prevence ran za účelem podpory kvality nemocného a jeho rodiny a zvýšení kvality v ošetřování ran. Program organizace zahrnuje několik aspektů od hodnocení vědeckých poznatků, jejich implementace do praxe, zavedení systému vzdělávání a dokumentace. To vše je možné pouze při sjednocení spolupráce nemocnice, zdravotních středisek a jednotlivých komunit. Ke vzdělávání svých členů nabízí asociace každoroční kurzy letní školy a jedenkrát ročně pořádá konference. V rámci informování zdravotnické a laické veřejnosti jsou na internetových stránkách uveřejněny projekty, články, diskusní jednání, odkazy na další společnosti, novinky a možnosti pomoci. Dosud chybí doporučený postup pro hojení ran na národní úrovni.[2]

V Portugalsku mohou sestry léčit rány nezávisle na přítomnosti lékaře za základě předchozího vzdělání v hojení ran. Opět ale tato práce není jasně legislativně ošetřena. Specializované sestry mají postgraduální universitní vzdělání, ukončené titulem magistr pro hojení ran (Master in Tissue and viability nurse). Odborné vzdělání zdravotníků zde hraje velkou roli. Lékaři se o hojení ran příliš nezajímají. Spíše výjimečně existují lékaři, kteří se zabývají touto problematikou, a ti pak jsou špičkou v oboru. V léčbě ran se lékaři a sestry snaží spolupracovat, sestry více rozumí materiálům určeným k hojení ran a možnostem výběru. Dle platné legislativy je diagnostika a rozhodnutí o léčbě rány plně v pravomoci lékaře. [25]

#### 2.4.4.8. Rakousko

Rakouská asociace pro hojení ran, Austrian Wound Association (AWA) byla založena v roce 1998 a je součástí EWMA a WUWHS. Její úkolem je vědecký výzkum a výměna zkušeností v oblasti moderního hojení ran. Kromě předávání nových poznatků o akutních a chronických ranách je cílem společnosti poskytovat rady lékařů a zdravotních sester směrem k veřejnosti v rámci preventivních opatření.[3]

V Rakousku může sestra pracovat samostatně jen u výkonů v rámci ošetrovatelského procesu. V okruhu hojení ran léčí různé typy společně s lékařem. Avšak lékař může přenést své kompetence na sestru písemnou cestou zápisem do dokumentace. Tyto kompetence jsou i zaznamenány ve Federálním zákonu o zdraví a ošetrovatelském povolání. [25,14]

#### 2.4.4.9. Slovensko

Na Slovensku existuje Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek a Slovenská asociácia stomických sestier. Organizaci zaměřenou speciálně na hojení ran pro lékaře nebo sestry nemají, ale několik let se taková aktivita chystá. Proto také mnoho slovenských lékařů navštěvuje pravidelně kongres s mezinárodní účastí v Pardubicích. Čeští lékaři se účastní jako lektoři vzdělávacích akcí pořádaných na Slovensku. Více než 10 let slovenští lékaři navštěvují vzdělávací kurzy při Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. Ve Svidníku pořádá primářka Zelenková Kurz hojenia chronických rán při Dermatologickém oddělení sanatorního typu. Vyškolené „prevázové“ sestry se vyskytují zatím jen na některých odděleních. Kompetence

k ošetření ran pro sestry na Slovensku dosud nemají, takže dosud tyto aktivity fungují na úrovni dohody mezi hlavní a vrchní sestrou a převazovými sestrami. [25]

#### 2.4.4.10. Velká Británie

Mezi odborníky je Velká Británie považována za kolébkou hojení ran. Jedním z důvodů může být původ zakladatele vlhkého hojení George Wintera. Dalšími argumenty jsou práce prestižních center věnující se vzdělání, výzkumu a publikací svých výsledků.

Ošetrování ran ve Velké Británii je do značné míry poskytované zdravotními sestrami. Sestry nemusí mít specializovanou kvalifikaci v hojení ran jako v jiných oborech, přestože se této péči věnují. Avšak v současné době hlavní řídicí kolegium – Nursing and Midwifery Council – hledá cestu k nastavení kompetencí založených na kvalifikaci specialistů z praxe.

Sestry mohou posuzovat a léčit rány nezávisle na přítomnosti lékaře. Některé zdravotní sestry mohou předepisovat materiály pro hojení ran, další dokonce antibiotika a jiné léky pro léčbu rány. Tyto úkony provádí jen část sester, proto dojde-li ke komplikaci jako je například infekce, řeší tuto situaci lékař. Kompetence sester nejsou jasně definovány, ale jak již bylo zmíněno, chystá se v tomto směru změna. V současnosti jsou zdravotní sestry a ošetrovatelé plně odpovědné za své činy a při jakémkoli selhání, zanedbání péče, může být jejich jméno vyřazeno z registru sester. V takovém případě již nemohou vykonávat práci zdravotní sestry.

Kupodivu i ve Velké Británii lékaři do značné míry nejsou obeznámeni s procesem hojení ran. Výjimkou je plastická chirurgie a dermatologie, kde je péče stále plně v rukou lékařů. V současné době zdravotní sestry poskytují péči většině pacientů s chronickými ránami. Lékaři se věnují akutním ranám typu akutních poranění a následně předávají léčbu do rukou sester. V podstatě zdravotní sestry, které mají dostačující kvalifikaci, mohou poskytnout kompletní péči o rány, včetně předepisování antibiotik a léků proti bolestí. Tato možnost se týká pouze sester se specializovaným vzděláním k těmto úkonům. V takových případech jsou kompetence sester podle právních předpisů. [25]

## **2.5. Kompetence sester**

Výraz kompetence vznikl z latinského con-petere, kdy vyjadřuje sloveso shodovat se nebo souhlasit. V překladu znamená oprávnění, způsobilost, pravomoc nebo rozsah působnosti. V běžné řeči jej obvykle používáme jako předpoklad pro úspěšný výkon, práci či funkci.[19] Kompetence ve své podstatě představují kritéria, podle nichž usuzujeme, zda daný člověk je schopný nebo zda-li vykonává dobře svoji činnost.[20]

Se vstupem České republiky do Evropské unie (EU) vyvstala potřeba provést změny v legislativě naší země. Jednou z podmínek či požadavků pro vstup České republiky do EU bylo vypracovat právní předpisy, které budou řešit specifické oblasti, jenž mají přímý vztah k výkonu povolání všeobecné sestry.[8] Jednou z nich je i reforma kompetencí pracovníků nelékařských zdravotnických profesí.[24] Se zvyšující se kvalitou práce ve zdravotnictví se mění rovněž původní ošetrovatelská role sestry. Její základ sice stále zůstává, ale k této platformě jsou přidávány další specializace jako nabídka lepší a individuální služby pacientovi. Ke tradiční ošetrovatelské roli přibyla sestra edukátorka, sestra koordinátorka výzkumných činností, sestra specialista v různých oborech, sestra manažerka, stoma sestra a další. S těmito novými „funkcemi“ souvisí problematika úpravy kompetencí, jejich případné rozšíření, nebo další vzdělávání nelékařských pracovníků. Převedení legislativy do praxe by mělo být vyjádřeno respektováním práce těchto sester, koordinací činností, spoluprací s lékaři a ostatními pracovníky.

Jako při všech změnách existují dva tábory příznivců i odpůrců změn v kompetencích sester. Nelékaři nové kompetence vnímají jako větší zodpovědnost, ale zároveň nízkou míru pravomocí. Někteří vidí negativní dopad rozšíření kompetencí jako přílišnou administrativní zátěž a z toho plynoucí nedostatek času pro pacienty. Jako další negativa je sestrami prezentován nízký počet personálu, který následně nemůže zajistit naplnění kompetencí. Finanční a časová zátěž spojená s povinností kontinuálního vzdělávání, špatná spolupráce s lékaři a časový stres doplňují výčet záporů z pohledu sester. Mezi výhody změn v kompetencích je jmenováno jasné definování, posílení reputace a možnost vzdělávat se.[8] Kompetence by sestram měly přinášet pocit vysoké úrovně práce, tak jak je vnímá určitá část

laické populace, prestiž povolání a kvalifikaci. Zvýšení kompetencí však pracovníci současně spojují s nutným finančním ohodnocením.

V blízké budoucnosti by takové změny v pravomocích skutečně mohly rozlišit postavení jednotlivých sester v ošetrovatelské péči. Je potřeba se zamyslet, zda dát příležitost těm, kteří mají zájem o prohloubení specializace a chtějí se realizovat. Eva Prošková, ředitelka odboru vzdělávání a vědy ministerstva zdravotnictví uvádí: „Sestra není jenom ten, kdo je dnes vzděláván v bakalářských a magisterských programech, ale také zdravotnice, která třeba už dvacet let dělá jeden rutinní výkon a o svůj osobní rozvoj se nijak dále nezajímá. Proto bych byla opatrná v rozšiřování kompetencí pro všechny sestry bez rozdílu, podle mého názoru by mělo být vázáno na další vzdělávání.“ [24]

Během pěti let došlo k významným krokům týkajících se koncepce ošetrovatelství, kompetencí a vzdělávání. Mezi stěžejní legislativní normy patří Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání, vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 424/2004 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, koncepce ošetrovatelství České republiky, novelizovaná v roce 2007 a vyhláška MZ ČR 321/2008 Sb. o kreditním systému. Novelizace těchto norem dokazuje, že ošetrovatelství se vyvíjí a vyžaduje příslušné legislativní kroky. V každém případě by sestra měla vnímat vyjádření kompetencí legislativním způsobem jako právní ochranu své osoby v pracovním procesu.

### **2.5.1. Kompetence sester v hojení ran**

Do roku 2004 neměly sestry žádné legislativní kompetence v hojení ran. Formulace ve vyhlášce 424/2004 Sb. „o hodnocení a ošetření chronických ran sestrou“ jim částečně v této činnosti rozvázala ruce. Toto slovní vyjádření je však dvousečné. Poskytuje sestře určitý prostor, nestanoví však hranice péče. Rovněž v praxi vyvstává problém z indikací materiálu sestrou. V interních oborech často lékaři nechávají zkušeným sestřám prostor ve výběru materiálů a ošetření rány bez přítomnosti lékaře. V takových případech je to však osobní domluva ošetřujícího lékaře nebo nepsané pravidlo zdravotnického zařízení, které však při komplikacích sestru právně nechrání.

Svým způsobem vystihuje tuto situaci Ivo Bureš, místopředseda České společnosti pro léčbu rány, který jako první v České republice realizoval v Geriatrickém centru systém moderního hojení ran: „Jednou z oblastí, kde se sestry mohou samostatně realizovat, je v poslední době léčba rány. Pokud ale tuto problematiku převzou zcela, ocitají se zde na tenkém ledě. Formálně vzato, není rozdíl mezi špatně zvoleným antibiotikem a špatně zvoleným krytím rány – obojí může pacienta poškodit. Rány lze léčit zbytečně dlouho a nebo i nezhojit při nesprávných postupech. Stačí například špatně vyhodnotit možnou přítomnost infekce. Lékař samozřejmě nemusí vidět každý převaz. Pokud má vedle sebe edukovanou a zkušenou sestru, může fungovat jako konzultant. Moudrá sestra jej včas upozorní, že něco není v pořádku. Jen těžko ale může znát všechny důvody a souvislosti, proč rána stagnuje, případně se horší. Není úkolem sester vyhodnocovat například hodnoty CRP, parametry koagulace, přítomnost anémie, míru kompenzace diabetu nebo negativní vliv medikace.“[24]

Podle mého názoru sestra ošetřující komplikovaného pacienta s ránou nebo stagnujícím defektem nebude řešit kroky týkající se systémové léčby pacienta. Je ale schopna na základě teoretických a praktických zkušeností a podle plánu péče upozornit včas na tuto situaci, případně navrhnou typ konziliárních vyšetření. To vše pochopitelně s vědomím ošetřujícího lékaře. Praxe ze zdravotnických zařízení ukazuje jako nutné, aby došlo k vyjádření konkrétních kompetencí sestry věnující se hojení ran, nastavení komplexního systému obsahující spolupráci s lékaři všech oborů, Pozice sestry „ranhojičky“, přestože se o ní neustále mluví, není oficiálně nikde stanovena.

### **2.5.2. Novelizace vyhlášky 424/2004 Sb.**

Vyhláška 424/2004 Sb. navazuje na zákonné definice povolání uvedené v zákoně č. 96/2004 Sb. a určuje regulované činnosti, to znamená činnosti vyhrazené daným zdravotnickým profesionálům. Vyhláška se týká výkladu pojmů, společných činností určených všem nelékařským povoláním, činností jednotlivých povolání a činností specialistů. [41] Odbor vzdělávání a vědy Ministerstva zdravotnictví České republiky (MZČR) chystá novelizaci této vyhlášky, kterou chce přeložit v květnu tohoto roku k projednání do parlamentu.

Z rozsáhlého dokumentu byly vybrány pouze odstavce, týkající se činnosti sestry ve spojitosti s hojení ran. V základních úkonech zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí se jedná o poskytování zdravotní péče v souladu s právními předpisy a standardy, zajištění dodržování hygienicko epidemiologického režimu, vedení zdravotnické dokumentace a další dokumentace vyplývající ze zvláštních právních předpisů, poskytování informací pacientovi v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře. Nelékařský pracovník se podílí na praktickém vyučování ve studijních oborech a na přípravě standardů.

Všeobecná sestra, která vykonává činnosti bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřících technik používaných v ošetrovatelské praxi, například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy. Zajišťuje ve spolupráci s nutričním terapeutem a na základě diety stanovené lékařem výživu pacienta, vyhodnocuje základní nutriční screening, hodnotí schopnost příjmu stravy pacientem.

Všeobecná sestra hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřuje atonie. Provádí ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování, to je zejména polohování. Edukuje pacienty i laickou veřejnost v ošetrovatelských postupech. Orientačně hodnotí sociální situaci pacienta, identifikuje potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkuje pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních. Zajišťuje činnosti spojené s přijetím, přemísťováním a propuštěním pacientů. Odebírá biologický materiál a orientačně hodnotí, zda jsou výsledky fyziologické. Provádí ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů, odstraňuje stehy u ran hojících se per primam a drény.[41]

#### 2.5.2.1. § 53 Sestra pro péči o pacienty ve vybraných klinických oborech

Velmi podstatně změny týkající se oblasti hojení ran jsou vyjádřeny v paragrafu 53, které se týkají specializovaných oborů. Opět pro účel diplomové práce byly vybrány pouze odstavce v kontextu péči o rány. Z návrhu novelizace vyhlášky 424/2004 Sb. § 53 je vyloučeno:

Sestra pro péči o pacienty ve vybraných klinických oborech vykonává činnosti podle § 48 podle svého zaměření; například v zaměření na ošetrovatelskou péči o pacienty s onkologickým onemocněním, ošetrovatelskou péči o pacienty s diabetem mellitem, ošetrovatelskou péči o pacienty s kardiovaskulárním onemocněním, ošetrovatelskou péči o pacienty s chronickým plicním onemocněním, ošetrovatelskou péči o pacienty s onemocněním zažívacího traktu, ošetrovatelskou péči o pacienty s infekčním onemocněním, ošetrovatelskou péči o pacienty s alergickým a imunodeficientním onemocněním, ošetrovatelskou péči o pacienty s dermatovenerologickým onemocněním, ošetrovatelskou péči o pacienty s neurologickým onemocněním, ošetrovatelskou péči v gerontologii, ošetrovatelskou péči v chirurgických oborech, ošetrovatelskou péči o pacienty s onemocněním pohybového aparátu.

a) sestra pro péči o pacienty ve vybraných klinických oborech s klinickým zaměřením na ošetrovatelskou péči o pacienty s diabetem mellitem

1. bez odborného dohledu a bez indikace zajišťuje specializovanou ošetrovatelskou péči u nemocných diabetem mellitem a nemocných s metabolickým syndromem, vyhledává známky počátečních komplikací nemoci a provádí kontrolní vyšetření z hlediska kompenzace diabetu mellitu, edukuje pacienty a jimi určené osoby a pořádá edukační soustředění ve všech oblastech prevence diabetu mellitu, přitom spolupracuje s fyzioterapeutem a nutričním terapeutem;

2. bez odborného dohledu na základě indikace lékaře se podílí na léčbě edukovaných diabetiků, učí pacienty upravovat léčbu podle výsledků sebekontroly a případně v rozsahu určeném lékařem provádí změny terapie (selfmonitoring, úprava výživových dávek), poskytuje specializovanou ošetrovatelskou péči zaměřenou na kompenzaci diabetu ženám nemocných diabetem mellitem plánujícím těhotenství a u pacientů se syndromem diabetické nohy a předepisuje obvazové materiály pro léčbu diabetické nohy

e) sestra pro péči o pacienty ve vybraných klinických oborech s klinickým zaměřením na ošetrovatelskou péči o pacienty s dermatovenerologickým onemocněním

1. bez odborného dohledu a bez indikace určuje vhodné postupy ošetření chronických ran, včetně předepisování obvazových materiálů, provádí poradenskou činnost pro pacienty s břišními stomiemi, seznamuje pacienty se sortimentem stomických pomůcek a doporučuje



vhodné pomůcky, provádí instruktáž o manipulaci s pomůckami, nacvičuje s pacienty, případně s osobami jimi určenými výplach stomie, připravuje pacienty a osoby jimi určené k soběstačnosti ve vlastním sociálním prostředí a doporučuje změny domácích podmínek

k) sestra pro péči o pacienty ve vybraných klinických oborech s klinickým zaměřením na ošetrovatelskou péči v chirurgických oborech

1. bez odborného dohledu a bez indikace určuje vhodné postupy ošetření chronických ran, včetně předepisování obvazových materiálů, provádí poradenskou činnost pro pacienty s břišními stomiemi, seznamuje pacienty se sortimentem stomických pomůcek a doporučuje vhodné pomůcky, provádí instruktáž o manipulaci s pomůckami, nacvičuje s pacienty, případně s osobami jimi určenými výplach stomie, připravuje pacienty a osoby jimi určené k soběstačnosti ve vlastním sociálním prostředí a doporučuje změny domácích podmínek

j) sestra pro péči o pacienty ve vybraných klinických oborech s klinickým zaměřením na ošetrovatelskou péči v geriatrii

1. bez odborného dohledu a bez indikace lékaře udržuje a popřípadě rozvíjí pohybové a mentální schopnosti pacientů se zohledněním jejich věku prostřednictvím cílených aktivit, zajišťuje paliativní péči, včetně specializované ošetrovatelské péče v poslední fázi života, zajišťuje péči o chronické rány včetně předepisování obvazových materiálů, podílí se na hodnocení specifických potřeb rizikových či křehkých pacientů vyššího věku, edukuje pacienta a určené osoby při udržení a návratu pacienta do vlastního sociálního prostředí a doporučuje úpravy tohoto prostředí. [31]

Jak již bylo zmíněno v úvodu diplomové práce v zahraničí existuje obor hojení ran a k tomuto oboru jsou následně směřovány doporučení, kompetence, koncepce a další dokumenty. V České republice existuje ČSLR jako občanské sdružení, které, bohužel, není respektováno ostatními lékařskými obory. V podstatě ale neexistuje obor jako takový, který by neměl spojitost s hojení ran. Rány se vyskytují se všemi diagnózami a tyto diagnózy ve většině případů ránu ovlivňují. I psychiatrie, obor, který zdánlivě je od ran vzdálen, řeší problémy pacientů, které vznikají jako důsledek bolesti, chronicity, stresu. Proto je domnívám, že by kompetence sestry k ošetrování ran neměly být vyhraněny pouze pro určité obory.

Je nutné, aby základní ošetření rány zvládaly všechny sestry, tak jak je uvedeno v legislativě. Speciální, rozšířené kompetence by měly mít sestry, které projdou příslušným vzděláním a budou mít určený systém práce a kontroly, systém kompetencí a odpovědností.

### 2.5.3. Modely kompetencí

Kompetence sester v hojení ran jsou obvykle vyjádřeny výčtem činností, které sestra provádí. Zajímavé rozdělení a současně odstupňování specializace předkládá sesterská organizace Nového Zélandu, New Zealand Nurse Organization (NZNO) v Klinických kompetencích v hojení ran pro rok 2005.[4] Jednotlivé kompetence jsou rozlišeny od základních znalostí a úkonů, které musí umět začátečník až k „expertovi“, který je odborníkem na nejvyšší úrovni specializace hojení ran. Názvy jednotlivých úrovní kompetence byly upraveny do výrazů, jak jsou většinou používány v České republice.

**Tabulka č. 1** Klinické kompetence v hojení ran pro rok 2005 – Distrikt Nurse Section (NZNO)

<p><b>ZAČÁTEČNÍK</b> (Beginning)</p>	<p>■ umí popsat a rozezná čtyři fáze hojení ran ■ rozeznává a popisuje různé typy ran jako jsou bércové vředy, dekubity, poranění, dehiscence, chirurgické rány a další ■ zná základní principy managementu rány ■ hodnotí riziko pacienta na vzniku dekubitů a plánuje příslušná preventivní opatření ■ prokazuje základní dovednosti týkající se pacienta a vedení rány ■ zná užití prostředků k ošetření rány ■ popisuje generické skupiny obvazů a ví, jak je použít ■ vybírá nejvhodnější materiál, který určuje podle typu exsudátu, typu tkáně, hloubky a rozsahu rány ■ vede dokumentaci rány podle doporučených standardů</p>
<p><b>POKROČILÝ</b> (Competent)</p>	<p>■ má znalosti o anatomii a fyziologii ve spojení s hojením ran a identifikuje znaky jednotlivých stádií hojení ■ prokazuje znalosti patofyziologie a principů hojení arteriálního, žilního vředu a diabetické nohy ■ umí použít bezpečně a efektivně kompresivní bandáže ■ hodnotí a řeší bolest vyskytující se ve spojení s ránou ■ umí vyměnit VAC systém ■ zná příslušná doporučení pro komplikované a nehojící se rány ■ sleduje plán péče týkající se komplexní terapie rány ■ účastní se kontrolních auditů ■ průběžně se vzdělává a vytváří si aktuální plán péče pro další vývoj</p>

<b>SPECIALISTA</b> (Proficient)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ umí komplexně posoudit vnější a vnitřní faktory, které ovlivňují hojení ran</li> <li>■ vytváří efektivní plán péče ke splnění požadavků týkajících se pacienta a jeho rány</li> <li>■ má znalosti o aplikaci speciálních materiálů k léčení ran</li> <li>■ je schopný rozlišit diferenciální diagnózu bérceových ulcerací a předepisování kompresivní terapie</li> <li>■ účastní se hodnocení materiálů pro hojení ran</li> <li>■ má znalosti o VAC systému a umí jej aplikovat</li> <li>■ je schopen odstranit problémy s VAC systémem a umí jej vyměnit</li> <li>■ má vědomosti týkající se tradiční a komplexní terapie spolu se strategií moderní léčby</li> </ul>
<b>KONZULTANT</b> (Expert)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ je hlavní odborník ve všech informacích týkajících se managementu rány</li> <li>■ je mentorem ve vzdělávání zdravotních sester a dalších odborníků</li> <li>■ umí rozlišit diferenciální diagnózu ulcerací dolních končetin a diabetické nohy a předepisuje kompresivní bandáž</li> <li>■ provádí poradenství v oblasti řízení rány</li> <li>■ povoluje používání speciálních terapeutických materiálů</li> <li>■ provádí chirurgický débridement</li> <li>■ je schopen posoudit klinický případ, zhodnotit situaci a udělat závěr</li> <li>■ kontroluje a zlepšuje kvalitu projektů a výzkumu</li> <li>■ doporučuje použití VAC systému</li> </ul>

Další možností, jak vyjádřit kompetence sestry předkládá tabulka č. 2 s výčtem znalostí a povinností specialisty v nemocničním zařízení v Northern Devon Healthcare Trust ve Velké Británii.[7] Tyto kompetence jsou navrženy k vytvoření odpovědných a úspěšných odborníků, kteří se starají o pacienty s rizikem vzniku dekubitů nebo mají jakékoli rány.

**Tabulka č. 2** Hlavní kompetence sestry věnující se hojení ran

<b>Úroveň 1</b> (novice)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Je si vědom potřeby rozšiřování vlastních znalostí a akceptuje nutnost se ptát v případě potřeby kvalifikovaného nebo zkušeného kolegy na vlastním oddělení nebo vlastním týmu</li> <li>2. Je si vědom nutnosti doplnění vědomostí v určitých oblastech a na těchto základech tvoří s vedoucím na oddělení osobní vývojový plán a systematické hodnocení ke zlepšení znalostí a dovedností</li> <li>3. Shromažďuje a studuje příslušné informace připravené pro užívání kompetencí odborníka 2. stupně, radí se se svým školitelem</li> <li>4. Ošetřuje trvale nemocné, když potřebují pomoc a se supervizí zkušených kolegů získává zkušenosti v praxi</li> <li>5. Má znalosti týkající se koncepce, doporučených postupů a souvisejících dokumentů: ví, kde se nacházejí, jak se jmenují, má přehled o jejich obsahu</li> <li>6. Zná typy hodnocení rizika vzniku dekubitů</li> <li>7. Je schopný správně spočítat riziko dekubitů u každého pacienta</li> <li>8. Umí nastavit vhodnou strategii prevence dekubitů</li> <li>9. Zná dokumentaci vztahující se k prevenci a léčbě</li> </ol>
-----------------------------	--

	<p>dekubitů 10. Umí prezentovat informace pacientovi, jeho rodině nebo pečovateli, který řeší prevenci dekubitů, podporuje svépomocné chování 11. Umí identifikovat příznaky prvního stupně dekubitu 12. Popisuje přesně definice 2.,3. a 4. stupně dekubitů 13. Poznává následující stádia poškození tkáně: nekrózu, povlak, granulaci, epitelizaci, zánět, maceraci 14. Zpětně hodnotí dokumentaci a jaké je spojení s prevencí dekubitů a léčbou ran 15. Umí si odůvodnit kdy a proč jsou užívány: hydrogely, hydrokoloidy, algináty, filmy, pěny, neadherentní 16. Zná práci s jednoduchými technikami a umí rozeznat, kdy jsou potřeba aseptické přístupy 17. Věnuje péči pokožce pacienta pomocí hygieny a ošetrovacích prostředků 18. Pečuje o uzavřené chirurgické rány 19. Rozumí a v praxi pracuje podle zásad vlhkého hojení ran</p>
<p><b>Úroveň 2</b> (competent) kompetence přidané k úrovni začátečníka</p>	<p>1. Přijímá úlohu supervizora pro členy týmu, kteří jsou méně zkušení 2. Přijímá všechny informace systému hojení ran zdravotnického zařízení a k hodnocení a tvorbě plánu péče 3. Hledá příčiny problémů v léčbě ran, navrhuje řešení, asistenci nebo supervizi, pracuje se zkušeností sester v týmu a zkušenosti dalších specialistů (podiatrů, chirurgů), pro komplexnost terapie vytváří plán péče 4. Zná způsoby předávání informací od managementu k dalším specialistům v hojení ran 5. Je schopen sestavit plán péče, kde objasňuje dosažitelné cíle, postup péče k dosažení krátkodobých cílů, určením termínů 6. Rozezná příčinu dekubitů podle jejich vzhledu 7. Zná různé preventivní pomůcky a dokáže je nahradit při jejich nedostačujícím množství 8. Je schopen vyjádřit ke stupni zátěže a dostačujícího vybavení potřebných antidekubitárních pomůcek 9. Zná hodnocení stavu výživy 10. Zná oblasti týkající se náhodné události, podává hlášení pomocí formuláře a navrhuje prozatímní strategii k zajištění bezpečnosti pacienta 11. Zná doporučené postupy pro otevřené rány 12. Posuzuje vhodnost krytí poskytovaný lékárnou a zdravotnickým systémem 13. Poznává následující problémy při hojení tkáně: ekzematizace, iritace, infekce, celulitis, excoriace, poranění, stagnující ránu, kriticky kolonizovanou ránu, onkologickou ránu 14. Zná různé techniky ošetření rány 15. zprostředkuje neodkladnou péči o pacienta s ulcerací dolních končetin, ulceracemi různé etiologie v nemocnici 16. Zná koncepci přípravy spodiny rány 17. Hodnotí a podává záznamy o výskytu dekubitů 18. Ví, že následující vědomosti a znalosti nemohou být universálně aplikovány do všech oblastí a že jsou použitelné v určitých případech: stanovení přítomnosti a kvality pulsu na noze pomocí vyšetření Dopplerem, stanovení ABPI pomocí vyšetřením Dopplerem, stanovení ulcerace bérce podle etiologie, zná management ulcerace dolní končetiny (ne bandáž) zná management ulcerace dolní končetiny (4 vrstevná bandáž) zná management ulcerace dolní končetiny a další systémy a techniky komprese, řeší ekzematizace, infekci s použitím baktericidních materiálů, drobná poranění, připravuje a ošetřuje rány, které je nutné řešit na operačním sále.</p>

<b>Úroveň 3</b> (experienced) Kompetence přidané k úrovni specialisty	1. Přijímá odpovědnost za své činy a roli zkušeného konzultanta v péči o rány, poskytuje poradenství kolegům na oddělení s menšími znalostmi a dovednostmi a dalším pracovníkům v rámci organizace, když požádají o radu 2. Je flexibilní a tvořivý v péči o pacienta s ránou, přijímá znalosti dobré praxe i doporučených postupů, věnuje se edukaci, rozvíjí vlastní vzdělání a zkušenosti 3. Dodržuje kompetence a nastavení limitů, tak jak jsou prezentovány ze strany managementu 4. Identifikuje oblasti pro osobní rozvoj a rozvoj ostatních členů týmu hojení ran 5. Hodnotí čtvrtletní hlášení výskytu dekubitů v organizaci, data na každém úseku, je schopný plánovat a vést strategii ke zmírnění jejich výskytu 6. Účastní se auditu prevence dekubitů s použitím antidekubitárních pomůcek 7. Pracuje ve spolupráci s organizací týmu hojení ran při používání nových prostředků, léčby, metody 8. Zná krytí v pozitivní listu 9. Provádí výměnu krytí na oddělení 10. Organizuje vzdělávací akce 11. Zajišťuje spojení se všemi sestrami v týmu 12. Přijímá doporučující postupy a nařízení vytvořená vedením organizace a užívá je konstruktivně ke zlepšení výkonů 13. Je odpovědný za stížnosti vztahující se k řešení ran 14. Rozumí speciálním přístupům jako je: chirurgický debridement, použití larev, použití VAC terapie 15. Je schopen identifikovat projevy v léčbě ran, které představují kancerogenní změny a umí je kvalifikovat
--	---

## **2.6. Mřížka kompetence**

Ve vyhlášce 424/2004 Sb. § 3, odstavec 1, písmeno g se nachází formulace „*všeobecná sestra hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže a chronické rány...*“ [41] a v návrhu novelizace této vyhlášky je napsáno „*sestra ve vybraných oborech bez odborného dohledu a bez indikace lékaře určuje vhodné postupy ošetření chronických ran, včetně předepisování obvazových materiálů, provádí poradenskou činnost pro pacienty s břišními stomiemi...*“ [22] Ačkoliv je formulace v novelizaci vyhlášky průkopnická, pokroková nebo vyzývající, stále nemůže nastavit kompetence týkající se etiologie, komplikací, rozsahu a dalších znaků určujících ránu.

Při hledání cesty, jak upřesnit hranice pravomoci sester specialistek, jsem dospěla k mřížce kompetence. Představení mřížky a způsobu jejího použití je jedním z cílů diplomové práce. Tato pomůcka by do praxe mohla být implementována jako součást metodického pokynu daného zdravotnického zařízení.

Má strukturu tabulky podle Nortonové určené ke zhodnocení rizika dekubitů. Mřížka v horizontální linii zobrazuje základní markery jakékoli rány počínaje etiologií, přidruženými diagnózami pacienta, trváním defektu, rozsahem, hloubkou, charakterem spodiny, sekrecí, zápachem, okraji, bolestí a okolím. Ve vertikálním směru je označena bodovou hodnotou jedna až čtyři k odstupňování závažnosti znaku. Pod tabulkou jsou vyjmenovány závažné komplikace ran, označené jako kritické markery.

Hodnocení rány se provádí označením nejzávažnějšího znaku a vepsáním této hodnoty od jedné do čtyřech do řádku pod tabulku. Tímto způsobem je postupně zmapováno všech jedenáct znaků v tabulce. Po těchto krocích se vypočte celková hodnota jednotlivých markerů. Pokud tato hodnota převýší číslo 30, musí sestra zavolat k řešení rány lékaře. Tento postup platí i v situaci, jestliže jakýkoli znak má hodnotu čtyři.

V souhrnu kritický marker, celková hodnota nad 30 a jakýkoli znak s bodovou hodnotou čtyři znamenají přítomnost lékaře v řešení rány.

Otázkou je, jak často toto hodnocení provádět? Tato situace rozhodně platí vždy při prvním kontaktu s pacientem s ránou, před překladem pacienta a před propuštěním do domácí péče. Pokud ránu převazuje vždy jeden odborník v krátkém intervalu, zhodnotí změny podle předchozí situace. V takovém případě by hodnocení mohlo být jedenkrát týdně. Při progresi rány by celkový počet bodů měl klesat. Mřížka kompetence by měla být součástí dokumentace.

Jméno pacienta:

rok narození:

datum:

oddělení:

**MŘÍŽKA KOMPETENCE sestry**

**(nad 30 bodů supervize lékaře)**

	etiologie	přidružené nemoci	trvání defektu	rozsah	hloubka	spodina	sekrece	zápach	okraje	bolest	okolí
4	diab. noha ischem.	diabetes mellitus	nad 5 let	nad 100 cm <sup>2</sup>	ke kosti - vždy při obnažené kosti	nekróza	silná	silný	navalité	silná VAS 8-10	erytém
	bércový vřed arteriální	4 a více diagnóz					purulentní	přítomnost Pseudomonáz aeruginóza	fyzická klaudikační	zánětlivá reakce	
	smíšený	onkologická diagnóza									
	popálenina 4.st.										
3	bércový vřed venózní	terapie kortikoidy	1- 5 let	od 30 cm <sup>2</sup> do 100 cm <sup>2</sup>	nad 5 cm	povlak	střední	střední	zhmožděné	střední	mykóza
	nádorová exulcerace	3 diagnózy				krusta	bez sekrece		kapsy	VAS 3-6	ekzém
	popálenina 3.stupně										
	neuropatický vřed										
2	popálenina 2. stupně	dvě nezávažné diagnózy bez samotného defektu	měsíce	od 10 cm <sup>2</sup> do 30 cm <sup>2</sup>	do 5 cm	granulace	malá	nevýrazný	ostré	malá	šupinaté
	dekubitus, píštěl									VAS 1-2	macerace
	traumata										jizevnaté
1	popálenina 1. stupně	žádná nebo jedna nezávažná diagnóza bez samotného defektu	dny	do 10 cm <sup>2</sup>	povrch	epitel	minimální	bez zápachu	slývané	bez bolesti	klidné
	dehiscence						serózní		růst epitelu		
<b>součet</b>											
<p><b>Kritické markery:</b> teplota pacienta, náhlé zhoršení celkového stavu, hnisavé ložisko, erysipel, gangréna, flegmóna, indurace, výrazný otok, fluktuace, zásah ke kosti, obnažení šlach, silné bolesti, cyanóza, paravenózní léze</p>											

### 2.6.1. Příklady hodnocení rány podle mřížky kompetence

Pro praktické znázornění práce s mřížkou uvádím dva skutečné příklady z praxe. První je pacientka ve věku 56 let s bérčovým vředem na vnitřním kotníku levé dolní končetiny. Na základě cévního vyšetření má potvrzenou diagnózu venózní insuficience, doporučeny bandáže obou končetin a vzhledem ke svému věku nemá diagnostikováno jiné onemocnění. Její defekt již trvá 3 měsíce a během této doby se postupně rozšířil na velikost 5x5 cm. Vřed se nachází v čistící fázi, je povleklý, se střední sekrecí, ale bez zápachu. Okraje rány vlivem sekrece a různých magistraliter, které si aplikovala, jsou zhmožděné. Udává bolesti v defektu a nárazově i v okolí, ustupují vždy v klidu a v noci spí dobře. Chronicita defektu, sekrece i samotná etiologie způsobily nevýrazné ekzematické projevy v okolí vředu, které se projevují pruritem.

Po označení všech jednotlivých markerů, viz obrázek č. 2, dosahuje součet čísla 27. Při této hodnotě by sestra nemusela k řešení defektu volat lékaře. Situací pro další zamyšlení je otázka ekzematizace, kdy na základě vývoje projevů konzultuje sestra specialistka tento problém s dermatologem.

Druhou kasuistiku představuje muž s dekubitem v sakrální oblasti, viz obrázek číslo 3. Jeho základní diagnózu určuje paraplegie trvající 30 let po úrazu na lyžích. Další přidružené nemoci nemá. Dosud měl pouze zkušenosti s povrchovými defekty v křížové oblasti, které se dobře zhojily. Nyní přichází s komplikovaným defektem, trvajícím více než 2 měsíce. Dekubitus je v rozsahu 2x3 cm při vstupu, hloubka 6 cm ke kosti, se silnou sekrecí, kapsami a macerovanými okraji. Vzhledem k paraplegii pociťuje občas nepříjemné vjemy, které nejsou bolestivé.

Přestože celkový součet jednotlivých znaků je 28, ve dvou případech, v hloubce a v množství sekrece, dosahují tyto projevy na mřížce kompetence stupně 4. To znamená přivolání lékaře ke zhodnocení situace. Lékař a sestra si domluví postup lokální péče, plán celkové léčby a případných vyšetření. Lékař se rovněž vyjádří jakým způsobem a jak často bude na takové léčbě participovat. Pokud se bude rána hojit, bude celkový součet hodnot na mřížce klesat. V případě tohoto muže se během týdne zmínila sekrece ke stupni tři a defekt začal výrazně granulovat. Při nastaveném systému koncepce ve zdravotnickém zařízení bude dále stanoven interval kontroly lékaře a způsob podání informace o stavu defektu



Jméno pacienta:

rok narození:

datum:

oddělení:

**MŘÍŽKA KOMPETENCE sestry**

(nad 30 bodů supervize lékaře)

	etiologie	přidružené nemoci	trvání defektu	rozsah	hloubka	spodina	sekrece	zápach	okraje	bolest	okolí	
4	diab. noha ischem.	diabetes mellitus	nad 5 let	nad 100 cm <sup>2</sup>	ke kosti - vždy při obnažené kosti	nekróza	silná	silný	navalité	silná VAS 8-10	erytém	
	běrcový vřed arteriální	4 a více diagnóz					purulentní	přítomnost Pseudomonáz aeruginóza	pištěle	fyzická kladivková	zánětlivá reakce	
	smíšený	onkologická diagnóza										
	popálenina 4. st.											
3	běrcový vřed venózní	terapie kortikoidy	1- 5 let	od 30 cm <sup>2</sup> do 100 cm <sup>2</sup>	nad 5 cm	povlak	střední	střední	zhmožděné	střední	mykóza	
	nádorová exulcerace	3 diagnózy					krusta		bez sekrece	kapsy	VAS 3-6	ekzém
	popálenina 3. stupně											
	neuropatický vřed											hyperkeratóza
2	popálenina 2. stupně	dvě nezávažné diagnózy bez samotného defektu	měsíce	od 10 cm <sup>2</sup> do 30 cm <sup>2</sup>	do 5 cm	granulace	malá	nevýrazný	ostré	malá	šupinaté	
	dekubitus, pištěl									VAS 1-2	macerace	
	traumata										jizevnaté	
1	popálenina 1. stupně	žádná nebo jedna nezávažná diagnóza bez samotného defektu	dny	do 10 cm <sup>2</sup>	povrch	epitel	minimální	bez zápachu	slývané	bez bolesti	klidné	
	dehiscence						serózní		růst epitelu			
<b>součet</b> <b>27</b>	3	1	2	3	2	3	3	1	3	3	3	
<p><b>Kritické markery:</b> teplota pacienta, náhlé zhoršení celkového stavu, hnisavé ložisko, erysipel, gangréna, flegmóna, indurace, výrazný otok, fluktuace, zásah ke kosti, obnažení šlach, silné bolesti, cyanóza, paravenózní léze</p>												

Jméno pacienta:

rok narození:

datum:

oddělení:

**MŘÍŽKA KOMPETENCE sestry**

**(nad 30 bodů supervize lékaře)**

	etiologie	přidružené nemoci	trvání defektu	rozsah	hloubka	spodina	sekrece	zápach	okraje	bolest	okolí	
4	diab. noha ischem.	diabetes mellitus	nad 5 let	nad 100 cm <sup>2</sup>	ke kosti - vždy při obnažené kosti	nekróza	silná	silný	navalité	silná VAS 8-10	erytém	
	bércový vřed arteriální	4 a více diagnóz					purulentní	přítomnost Pseudomonáz aeruginóza	píštěle	fyzická klaudikační	zánětlivá reakce	
	smíšený popálenina 4.st.	onkologická diagnóza										
3	bércový vřed venózní	terapie kortikoidy	1- 5 let	od 30 cm <sup>2</sup> do 100 cm <sup>2</sup>	nad 5 cm	povlak	střední	střední	zhmožděné	střední	mykóza	
	nádorová exulcerace	3 diagnózy					krusta		bez sekrece	kapsy	VAS 3-6	ekzém
	popálenina 3.stupně											
neuropatický vřed									hyperkeratóza			
2	popálenina 2. stupně	dvě nezávažné diagnózy bez samotného defektu	měsíce	od 10 cm <sup>2</sup> do 30 cm <sup>2</sup>	do 5 cm	granulace	malá	nevýrazný	ostré	malá	šupinaté	
	dekubitus, píštěl traumatu									VAS 1-2	macerace	
1	popálenina 1. stupně	žádná nebo jedna nezávažná diagnóza bez samotného defektu	dny	do 10 cm <sup>2</sup>	povrch	epitel	minimální	bez zápachu	slývané	bez bolesti	klidné	
	dehiscence						serózní		růst epitelu			
<b>součet</b> <b>28</b>	2	1	2	3	4	3	4	2	3	2	2	
<p><b>Kritické markery:</b> teplota pacienta, náhlé zhoršení celkového stavu, hnisavé ložisko, erysipel, gangréna, flegmóna, indurace, výrazný otok, fluktuace, zásah ke kosti, obnažení šlach, silné bolesti, cyanóza, paravenózní léze</p>												

## 2.6.2. Hodnocení mřížky kompetence v ambulantním provozu

Pilotní studie mřížky kompetence byla prováděna v poradně pro léčbu rány Všeobecné fakultní nemocnice (VFN) a na interním oddělení Fakultní nemocnice Olomouc. Úkolem studie bylo identifikovat chybějící data v tabulce, ověřit hraniční počet bodů a použití mřížky v praxi. V poradně pro léčbu rány bylo takto zhodnoceno posledních přijatých 132 pacientů.

**Tabulka č. 3** Počet pacientů v procentech s nutnou supervizi a bez supervize lékaře a s výskytem bolesti vzhledem k základní diagnóze N = 132

diagnóza	<b>lékař ano</b>	lékař ne	celkový počet	<b>bolest ano</b>	bolest Ne
bércový vřed	<b>45</b>	29	74	59	15
onkologické	<b>4</b>	1	5	5	0
dehiscence	<b>1</b>	2	3	2	1
dekubitus	<b>8</b>	3	11	5	5
ischemické defekty	<b>2</b>	0	2	1	1
léze	<b>2</b>	1	3	2	1
neuropatický vřed	<b>2</b>	0	2	1	1
píštěle	<b>1</b>	0	1	1	0
popáleniny	<b>0</b>	1	1	1	0
celkový počet	<b>64</b>	36	100	77	23

Z tabulky číslo 3 vychází, že 64 % pacientů z poradny pro léčbu rány musí vidět lékaře a participuje na jejich léčbě. Tříletá statistika z tohoto zdravotnického zařízení udržuje celkem stabilní hodnotu 70% výskytu pacientů s bércovými vředy. Proto i tato diagnóza je v souboru onemocnění nejvíce zastoupena. Celkový počet pacientů (N) byl 132, z toho 82 žen a 50 mužů, jejich průměrný věk byl 67 let (8 - 97). Z tohoto počtu mělo při přijetí bolest 66 % žen a 34 % mužů, bez bolesti bylo 45 % žen a 55 % mužů. Důvodem hodnocení bolesti spolu s mřížkou kompetence je fakt, že často v tabulce docházelo k výskytu stupně 4 a tudíž automaticky k přizvání lékaře u silné bolesti s vizuální analogovou škálou 8 -10. Diagnóza bércový vřed je podle pozičních dokumentů považována za nejbolestivější ze všech etiologií

[32] a tato diagnóza je v souboru zastoupena oproti jiným onemocněním ze 74 procent. Průměrný počet bodů všech pacientů podle hodnocení mřížky kompetence je 27.

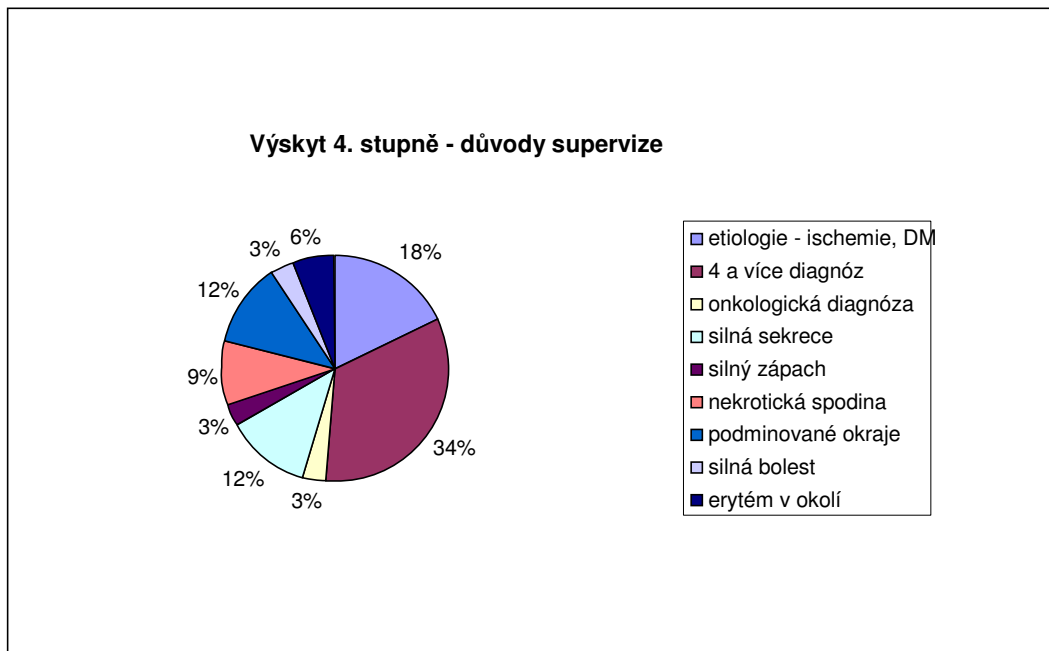
Supervize lékaře může představovat různý rozsah kontroly v hodnocení situace pacienta a jeho rány. Minimálně jde o rozhovor s pacientem, shlednutí defektu a vyslechnutí hlášení sestry s plánem péče a vyjádření lékaře k další kontrole pacienta.

### **2.6.3. Hodnocení mřížky kompetence během hospitalizace pacienta**

Ve Fakultní nemocnici Olomouc byla hodnocena mřížka kompetence jako pilotní studie v době od 7.2 do 17.3. 2009. Studie byla prováděna na interní klinice s celkovým počtem šedesáti dvou lůžek. Klinika se zaměřuje na gastroenterologii, diabetologii a všeobecnou internu. Nejčastějšími chronickými ránami, které se na oddělení vyskytují, jsou defekty při diabetu mellitu, bércové ulcerace a dekubity.

Celkem bylo pořízeno podle mřížky kompetence 36 záznamů u 13 hospitalizovaných pacientů s různými typy ran. Průměrný věk pacientů byl 72 let (56-94). V souboru sledovaných bylo šest pacientů s ischemickými defekty při diabetu mellitu, čtyři nemocní s dekubitem, jedna pacientka s dehiscencí chirurgické rány a dva nemocní s traumatickou ránou. U jednotlivých nemocných byly během hospitalizace pořízeny minimálně dva záznamy, maximální počet záznamů u jedné nemocné byl proveden pětkrát po jednom týdnu. Hodnota jednotlivých záznamů začínala od čísla 17, nejvyšší součet dosáhl hodnoty čísla 34. Je všech případech musel být k řešení lokální terapie přizván lékař. Důvody supervize lékaře ke zhodnocení rány a plánu péče odpovídají závažnosti situace, pro kterou pacient je hospitalizován v nemocnici.

**Graf č. 1** Důvody supervize lékaře ke zhodnocení rány



Graf číslo 1 ukazuje jednotlivé ukazatele umístěné na stupnici 4, pro které sestra musela přivolat k řešení rány lékaře. V některých záznamech jsou varující projevy zastoupeny znakem závažná diagnostika nebo etiologie, u ostatních se vyskytují problémy typu nekrotické spodiny, silné sekrece, erytému v okolí, bolesti a dalších.

Pilotní studie ke hodnocení ran podle mřížky kompetence u hospitalizovaných pacientů potvrdila dostačující výčet znaků k popisu rány i vhodný stupeň závažnosti jednotlivých markerů. [25]

#### **2.6.4. Hodnocení pozice a odpovědnosti sestry specialistky**

Dne 28.4. 2009 byla uskutečněna orientační studie na vzdělávacím kurzu sester specialistek v nemocnici Teplice. Dotazník [příloha č.4], který byl účastníkům kurzu předložen, obsahoval pět uzavřených otázek zaměřených na význam pozice sestry

specialistky, ochotu nést odpovědnost za svoji práci, míru odpovědnosti hodnocenou na škále do jedné do sedmi a názor na preskripci léčebných materiálů prováděných sestrou. Sestry byly na setkání seznámeny s použitím mřížky kompetence. Studie se účastnilo všech 33 účastníků kurzu s praxí ve svém oboru od 2 do 36 let (medián 12 let) z deseti odborností.

Výsledky studie jsou předloženy podle pořadí jednotlivých otázek:

■ Co pro vás znamená pozice sestry specialistky?

60 % respondentů hodnotí pozici sestry specialistky jako možnost seberealizace, uplatnění práce, která je zajímavá.

24 % sester vnímá pozici sestry specialistky jako provozní nezávislost na lékaři.

8 % vidí možnost finančního ohodnocení a rovněž 8 % ji bere jako prestižní záležitost. Ani v jednom případě nebyl označen návrh ve znění - odborná nezávislost na lékaři.

N = 33, N<sub>valid</sub> = 29

■ Jste ochotna nést odpovědnost za vykonávání práce jako sestra specialista při nastavených kompetencích?

Na tuto otázku odpověděla většina sester - 96 %, že jsou ochotny nést odpovědnost za práci specialistky.

■ Jaká je míra vaší odpovědnosti na škále od jedné do sedmi? (1 znamená plná odpovědnost lékaře, 7 plná odpovědnost sestry s použitím mřížky kompetence)

Sestry z interního, chirurgického oddělení, geriatrické a intenzivní péče jsou ochotny nést plnou odpovědnost za svoji práci jako sestra specialista na hojení ran. Z celkového počtu zvolilo tuto možnost 32 %. V číselné řadě směrem dolů od šesti do čtyřech následují hodnoty 18 %, 25 % a 18 % respondentů.

N = 33, N<sub>valid</sub> = 28

■ Mohla by sestra specialista v ambulanci pro hojení ran předepisovat materiál na ošetření rány?

Tato otázka reaguje na návrh novelizace vyhlášky 424/2004 Sb. k možné preskripci sester. 73 % sester nevidí problém v preskripci terapeutického materiálu z důvodu, že sestra zná dobře účinky krytí a zvládne spotřebu podle konkrétního pacienta. 12 % považuje přebrání tohoto úkonu za ušetření práce lékaři. 3 % sester chce ponechat tuto práci na odpovědnosti

lékaře a 12 % nevidí důvod ke změně v nastaveném systému, protože nemají s preskripcí problém.

$N = 33, N_{\text{valid}} = 29$

Zhodnocení výsledků orientační studie:

Většina sester je ochotna nést odpovědnost za svoji práci jako sestra specialista při nastavených kompetencích. Na škále rozsahu odpovědnosti (1-7) převládá skupina od pěti do sedmi s dodatkem, že bude použita mřížka kompetence. 60 % vnímá tuto pozici jako možnost realizace zájmu o hojení ran. Provozní nezávislost na lékaři, která byla hodnocena v druhém pořadí, reaguje na situace z praxe. Lékaři v rámci svých pracovních povinností plní jiné prioritní záležitosti než je řešení rány a to se pak obvykle odsouvá na poslední pořadí. V preskripci léčebného materiálu se sestry domnívají, že tuto práci zvládnou z důvodu dostatečných vědomostí o účincích obvazů.

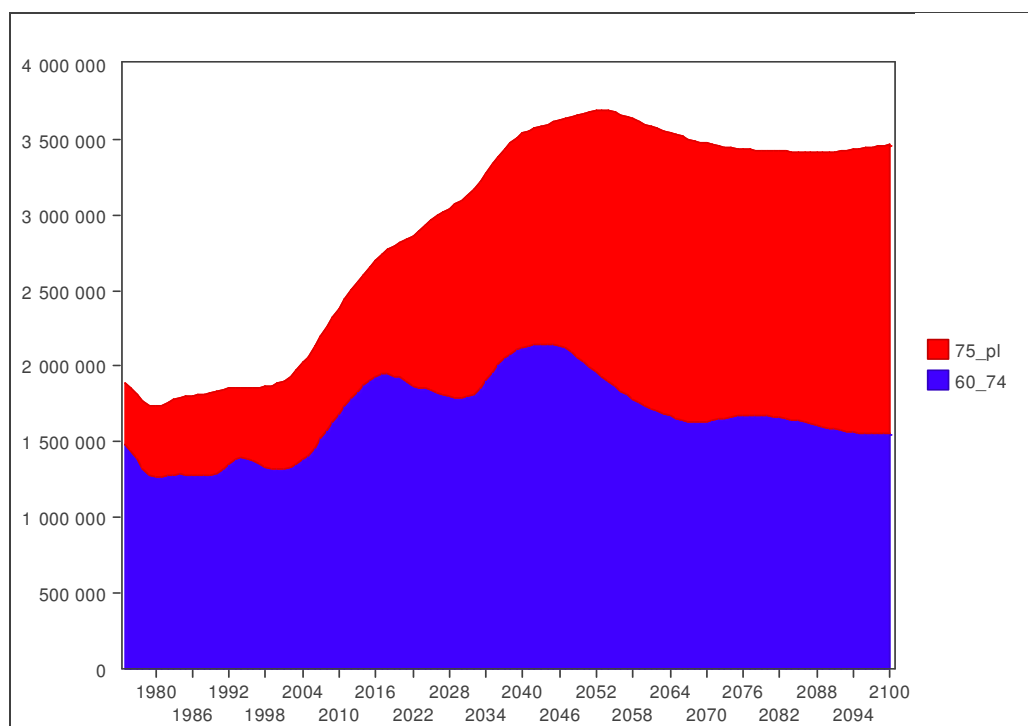
### **2.6.5. Péče o stárnoucí populaci s ránou**

Výskyt pacientů s diagnózou „ulcus cruris“ má celosvětově nezanedbatelnou hodnotu. Jednotlivé zdroje jej udávají v rozmezí 0.5-5% v závislosti na věku pacienta.

- Prevalence bércových vředů v populaci dospělého věku se pohybuje mezi 0,3-1 %, ve věkových skupinách nad 70 let se zvyšuje až na 5 %. [6] Například ve Velké Británii stojí léčba bércových vředů podle údajů z roku 1992 veřejné zdravotnictví asi 400 milionů liber ročně. [27]
- Výskyt ulcerací dolních končetin se zvyšuje s věkem z 0,5% u pacientů přes 40 let a na 2% mezi pacienty přes 80 let.[43]
- Okolo 1% lidí ve vyspělých zemích potřebuje péči spojenou s výskytem bércového vředu.[5]

Možný vývoj situace do roku 2020 znázorňuje graf 2. Počet obyvatel ve věku od 60 do 74 let by dle předpokladů mohl být 1 800 000 a nad 75 let 1 000 000. Lze odhadnout, že

**Graf č. 2** Vývoj a prognóza počtu seniorů v České republice [40]



při výskytu 1% pacientů s chronickými ulceracemi dolních končetin bude těchto nemocných v České republice přibližně 30 000. Budu-li vycházet ze závěru kapitoly 2.5.4.1. – hodnocení mřížky kompetence, mohly by sestry specialistiky v budoucnosti samostatně ošetřovat 10 tisíc pacientů. Odhad počtu seniorů se specifickými potížemi znamená do budoucna nejen nutnou podporu práce sester specialistek, ale i zvýšení počtu ambulancí pro chronickou ránu.



### 3. PRAKTICKÁ ČÁST

#### 3.1. Cíl výzkumu a výzkumná otázka

Vývoj situace v oblasti hojení ran vyvolává potřebu zamyslet se nad zavedením některých změn v postavení sester specialistek. Zdravotní sestry již řadu let vykonávají činnosti týkající se ošetřování různých ran, avšak nemají k těmto výkonům dostatečné legislativní zázemí. Zvláště v praxi se ukazuje jako důležité vytvoření systému sesterských kompetencí na celostátní úrovni spolu se specializovaným vzděláním a následným zaškolením. Problém v kompetencích, který je zde předkládán, se týká rovněž zdravotních sester v zahraničí.

V České republice všeobecně panuje názor, že této změně budou bránit lékaři především z chirurgických oborů, vzhledem ke své tradiční konzervativnosti. Naopak lékaři z interních oborů tuto aktivitu podporují tím, že nechávají sestřím příležitost ošetřovat nemocné s ránami. Angažovanost sester v oboru hojení ran má přednosti ve zlepšení kvality života pacientů, přináší v celkovém hodnocení ekonomické úspory a šetří čas lékařů.

Od prvních aktivit sester v lokální terapii ran (zhruba před deseti lety) docházelo k určitému napětí a nedorozumění mezi lékaři a sestrami, které pramenilo z malé informovanosti o vývoji hojení ran. Zdá se, že tyto vztahy mají zlepšující se tendenci. Určitou mírou zde hraje ochota lékařů přenechat část práce aktivitám sester. Proto zvláště názory lékařů k podpoře práce specialitky v tomto výzkumu mají velký význam.

Výzkumná otázka zní: *Za jakých podmínek by mohla pracovat samostatně specialistka pro hojení ran?*

#### 3.2. Metodologie

V řešení výzkumné otázky jsem postupovala nestandardním způsobem. Nejprve jsem zvolila možnost získání informací pomocí kvantitativního výzkumu a na základě výsledků šetření byly vybrány otázky pro analýzu ve výzkumu kvalitativním. K tomuto postupu mě vedla představa, že u diskutabilních odpovědí respondentů v dotazníku budu hledat hlubší

odpověď pomocí rozhovoru se specialisty v oboru. Dotazy týkající se kvantitativního výzkumu byly koncipovány na základě zkušeností z praxe v různých zdravotnických zařízeních. Data získaná při rozhovorech během kvalitativního výzkumu mi pomohla v doplnění návrhu na řešení základního tématu diplomové práce.

### **3.3. Kvantitativní výzkum**

Úkolem kvantitativního výzkumu bylo zjistit následující okruhy informací:

- účelnost zavedení pozice specializované sestry pro hojení ran
- ochotu respondentů podporovat sestry specialistky v hojení ran
- názor na pracovní samostatnost sestry specialistky v ambulantním provozu
- spolupráci sestry s dalšími specializovanými obory
- názory týkající se dosaženého vzdělání, praxe a dalšího studia
- nastavení systému kontroly pro sestru specialistku

Cílem kvantitativního výzkumu bylo navrhnout projekt týkající se vzdělání, praxe a kontroly pro postavení sestry specialistky v hojení ran.

#### **3.3.1. Hypotézy**

V rámci pracovní přípravy kvantitativního výzkumu byly stanoveny jedna obecná a 6 pracovních hypotéz. Obecná hypotéza shrnuje základní cíl této diplomové práce:

- *Jestliže budou nastaveny jasné kompetence, bude mít sestra v samostatné práci podporu lékařů.*

Argumentace hypotézy: Obecná hypotéza vzešla z dlouhodobých tvrzení lékařů z praxe. Protože sestry ovládají velmi dobře práci s terapeutickými materiály, dostávají od lékařů pracovní prostor v ošetřování ran. Tato důvěra je velmi individuální a je závislá na oboru, typu zdravotnického zařízení i osobnosti lékaře. Vzhledem k tomu, že v České republice je pouze lékař nositelem výkonu, odpovídá tak za vývoj rány a zdravotní stav pacienta. Při legislativně nastavených kompetencích by konkrétní úkony i odpovědnost za ně přešly na stranu sester.

Toto částečné vyrovnání kompetencí by mohlo mít vliv na kvalitu spolupráce mezi lékařem a sestrou.

Pracovní hypotézy by měly potvrdit nebo vyvrátit výsledky dotazníků:

■ *Zdravotníci pracující v chirurgickém oboru odmítají možnost samostatné práce sestry specialistky více než pracovníci v interním oboru.*

Argumentace: Přestože se akutní a chronické rány standardně vyskytují v chirurgickém oboru, v praxi se chirurgové projevují určitou konzervativností při použití moderních metod. Na druhé straně neradi vidí aktivitu u jiných oborů v tomto zájmu.

■ *Čím je menší odborná praxe sester, tím jsou větší obavy z odpovědnosti v práci.*

Argumentace: Sestry se rády angažují v hojení ran, nejsou však dosud zvyklé na odpovědnost při této práci. Při nastaveném typu vzdělání a příslušné praxi v oboru by sestry mohly získat větší sebedůvěru ve vlastní práci.

■ *Jestliže sestra bude pracovat v ambulanci společně s lékařem, předejde tím závažným problémům.*

Argumentace: Tento argument vychází z tradiční role lékaře jako vzdělaného, zkušeného odborníka řešícího nečekané komplikace.

■ *Bude-li pravidelně prováděn vnitřní audit práce sestry specialistky, bude dostatečně nastaven systém zpětné kontroly.*

Argumentace: Systém kontroly musí být nastaven v každém systému. Pravidelný audit bude pro sestru motivací v udržení i zlepšení kvality práce a možností, jak prezentovat své výsledky.

■ *Zdravotníci z nemocnic vyššího typu (fakultních a krajských) více podporují práci samostatné sestry specialistky.*

Argumentace: V nemocnicích vyššího typu je dávana sestřám větší důvěra i v jiných odborných úkonech. První výsledky a vzdělávací kurzy byly prezentovány a následně předávány jako vzor právě z těchto nemocnic.

■ *Zkušenější sestry schvalují více změny v postavení sestry specialistky než sestry s kratší praxí.*

Argumentace: Zkušenost s sebou přináší radost z práce, nové podněty i motivaci. Dá se předpokládat, že zkušená sestra se bude chtít více realizovat a současně i nést odpovědnost za svoji práci.

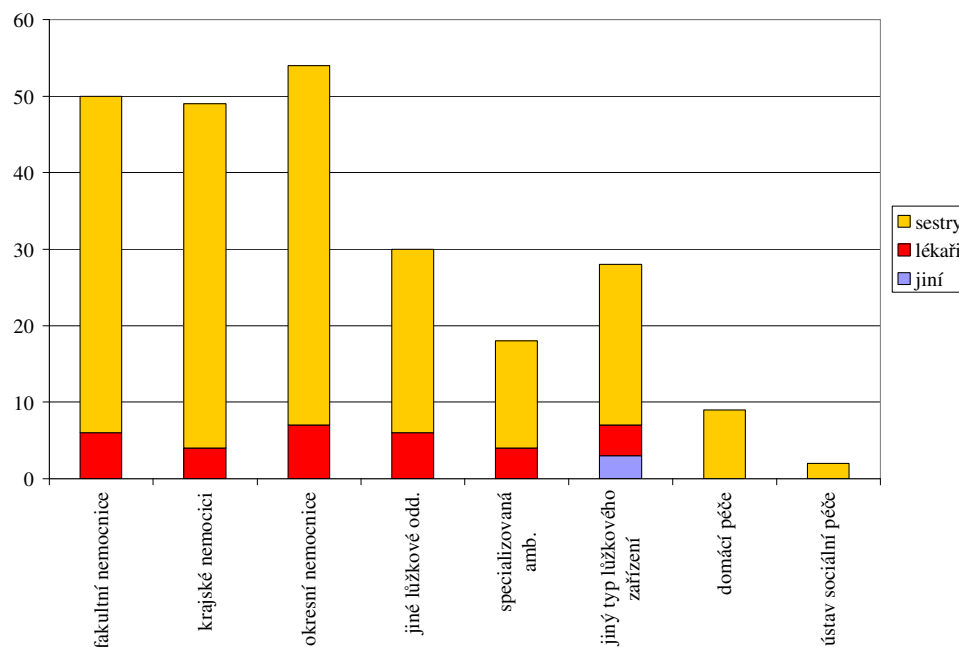
### **3.3.2. Dotazníkové šetření a výběr respondentů**

K získání dat pro kvantitativní výzkum bylo použito dotazníkové šetření. Navržený dotazník byl přepracován na základě výsledků pilotního dotazníku použitého 3. listopadu 2008 na setkání specialistek pro hojení ran ve Všeobecné fakultní nemocnici. Formulář obsahoval 17 položek s uzavřenými odpověďmi. [příloha č. 3]

Výběr respondentů byl zaměřen na setkání příznivců hojení ran kongresu s mezinárodní účastí, který se koná každoročně již sedm let v Pardubicích. Tato akce si u lékařů a sester získává čím dále větší respekt a zdravotníci, kteří se v České republice zabývají hojením ran, navštěvují pravidelně toto setkání. Proto také bylo na kongres původně přihlášeno 900 zájemců. Dotazník byl předložen každému účastníkovi 29.1.2009 při vstupu na základě registrace. Kongres navštívilo 650 účastníků z toho 98 lékařů. Z celkového množství sester bylo 30 s bakalářským vzděláním a 16 s magisterským titulem. Návratnost dotazníků byla 39,4 %. Z 255 dotazníků bylo pro neúplnost údajů 6 dotazníků vyřazeno.

Účastníci pracují ve velkých i menších nemocnicích, v ambulantních složkách a domácí péči. Většina těchto zdravotníků se denně setkává s problematikou hojení ran a vysoce se v tomto oboru specializuje.

**Graf č. 3** Zastoupení respondentů podle typu zdravotnického zařízení



$N = 249$ ,  $N_{\text{valid}} = 245$

**Zdroj:** Podmínky k samostatné práci specialistky pro hojení ran [Koutná 2009]

Graf číslo 3 ukazuje celkový počet účastníků kongresu vzhledem ke zdravotnickému zařízení, kde pracují. Jednotlivé typy jsou řazeny chronologicky a první tři v pořadí mají v celkovém součtu zhruba stejné procentuální zastoupení.

Při úvaze ve výběru vzorku populace, která by vyjádřila svůj názor na návrh změn v postavení sestry specialistky, bylo vhodné hledat skupinu odborníků z různých oborů, kteří již mají zkušenosti s moderním hojením ran a současně pracují v různých zdravotnických zařízeních. Tuto možnost nabízel pardubický kongres. Námitkou k výběru respondentů bylo získání informací další skupiny k původnímu vzorku, která se naopak kongresu neúčastnila, k porovnání jednotlivých výsledků. Aby tato druhá skupina byla stejně vypovídající, musela by mít zkušenosti s hojením ran, musela by být multidisciplinární a současně by neměla být pouze z jedné lokality. K tomuto účelu by mohl být použit náhodný stratifikovaný výběr respondentů uskutečněný po kongresu, kdy by byli náhodně vybráni lékaři a sestry věnující se

hojení ran v jednotlivých nemocnicích a městech. Hojení ran moderní metodou není v České republice plně rozvinuto a dosud neexistuje seznam takových odborníků. Nalezení validního vzorku respondentů, který by byl roven respondentům kongresu, není dosud realizovatelné.

**Obrázek č. 6** Lokality zdravotnických zařízení účastníků kongresu



Obrázek číslo šest znázorňuje rozsah jednotlivých zdravotnických zařízení z celé republiky, odkud respondenti přijeli a současně dokazuje velký zájem o kongres.

### 3.3.3. Výsledky kvantitativního výzkumu

Dotazníkové šetření bylo rozděleno do čtyřech oblastí, které se zaměřily na:

- vztah respondentů k pozici budoucí sestry specialistky
- kompetenci a práci specializované sestry
- vzdělání, praxi a kontrolní systém
- spolupráci s lékařem

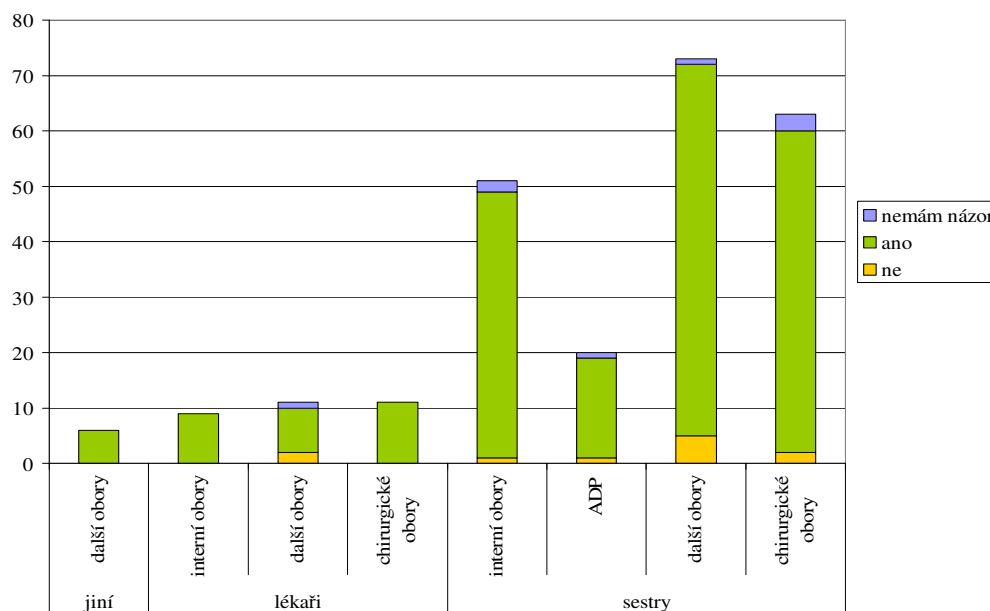
### 3. 3. 3. 1. Vztah respondentů k pozici budoucí sestry specialistky

- Považujete za účelné, aby se samostatně profilovala sestra specialista pro hojení ran?
- Jste ochoten pracovně takovou sestru podpořit?

První dvě otázky v dotazníku spolu souvisely. První se týkala reálnosti zavedení statutu specializované sestry, druhá se zaměřila na ochotu respondentů v pracovní podpoře takové sestry a k respektu k její práci.

Zdravotní sestry v České republice se lokální terapii ran věnují více než deset let, v některých zdravotnických zařízeních je jejich pozice běžná. To se týká především velkých nemocnic fakultního a krajského typu. Existují však také pracoviště, kde si nedovedou představit, že by sestra mohla vnést vlastní invence do procesu hojení rány ve smyslu výběru materiálu, ošetření a výběru další kontroly. Otázka účelu samostatnější práce sestry specialistky byla zaměřená na realizaci do blízké budoucnosti.

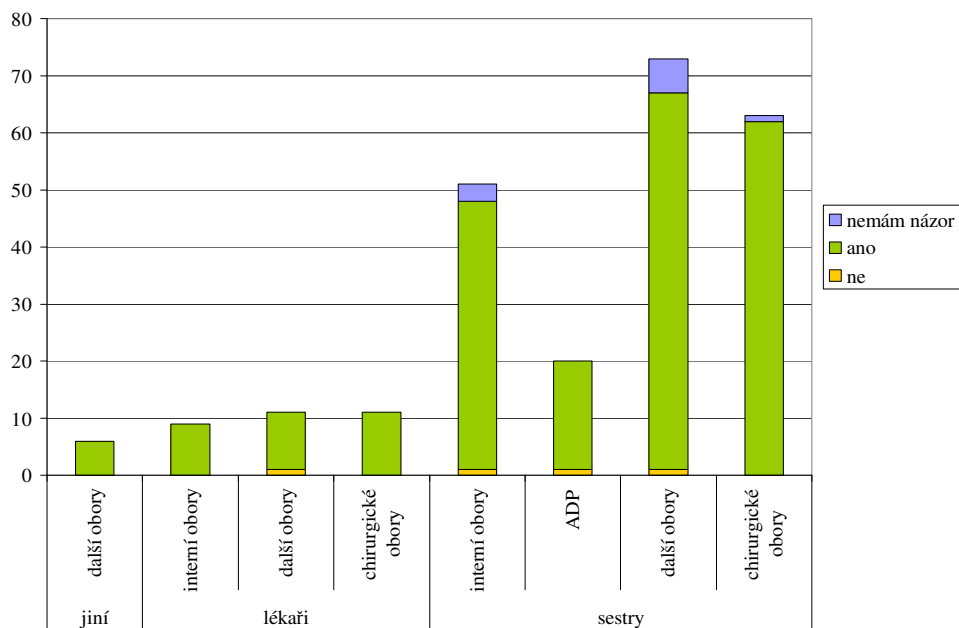
**Graf č. 4** Názor na účelnost pozice sestry specialistky pro hojení ran



N = 249, N<sub>valid</sub> = 244

**Zdroj:** Podmínky k samostatné práci specialistky pro hojení ran [Koutná 2009]

**Graf č. 5** Podpora práce sestry specialistky



N = 249, N<sub>valid</sub> = 244

**Zdroj:** Podmínky k samostatné práci specialistky pro hojení ran [Koutná 2009]

Jak lze vyčíst z grafů č. 4 a 5 lékaři z interních a chirurgických oborů jednoznačně odpověděli, že souhlasí s institucionalizací sestry specialistky a jsou ochotni ji podpořit v její práci. Pouze ve skupině nazvané jako jiné obory je 18 % těch, kteří s angažováním sestry nesouhlasí a rovněž 9 %, kteří nejsou ochotni ji podpořit. Dle seznamu účastníků kongresu byly vyhledány obory patřící do tohoto zařazení. Skupina respondentů označena jako jiný obor pracuje v oblasti dermatologie, rehabilitace, ordinace praktického lékaře, protialkoholní záchytné stanice. Výčet těchto specializací současně dokazuje, jak rozsáhlý je obor hojení ran.

Skupina sester byla rozdělena do čtyřech oddílů dle zaměření specializace. I když se v každém z oborů objevilo několik záporných odpovědí, celkově je pouze 5 % sester, které nevidí zavedení pozice samostatné sestry specialistky jako účelné.

Podíváme-li se na výsledky podle typu zdravotnického zařízení, nelze jednoznačně říci, že by někde byla podpora zavedení pozice samostatné sestry specialistky menší nebo větší.



Přibližně 8 % respondentů, kteří nezastupují jednoznačně pozitivní názor, je rovnoměrně rozděleno mezi jednotlivé kategorie zdravotnických pracovišť.

Výsledky výzkumu týkající se případného poskytování podpory samostatně pracujícím sestřám specialistkám kopírují hodnoty zjišťující účelnost této pozice. Dobrá podpora ze strany lékařů a sester i byla z chirurgického oboru. Hypotéza, že lékaři z chirurgických oborů budou bránit profilování sestry specialistky, se v tomto bodu nepotvrdila. Vyjádření chirurgů znamená, že lékaři, kteří se v tomto oboru věnují novému způsobu hojení ran, mění i všeobecně přijímané názory. V takovém případě by role chirurga v hojení ran byla progresivní, tak jak si i tento obor zaslouží. Současně je i naděje, že při tvorbě celorepublikových doporučených postupů, by tito zástupci mohli pozitivně ovlivnit kvalitu takového dokumentu.

V celkovém hodnocení považuje většina respondentů za účelné, aby se profilovala sestra specialistka na hojení ran a jsou ochotni ji pracovně podpořit

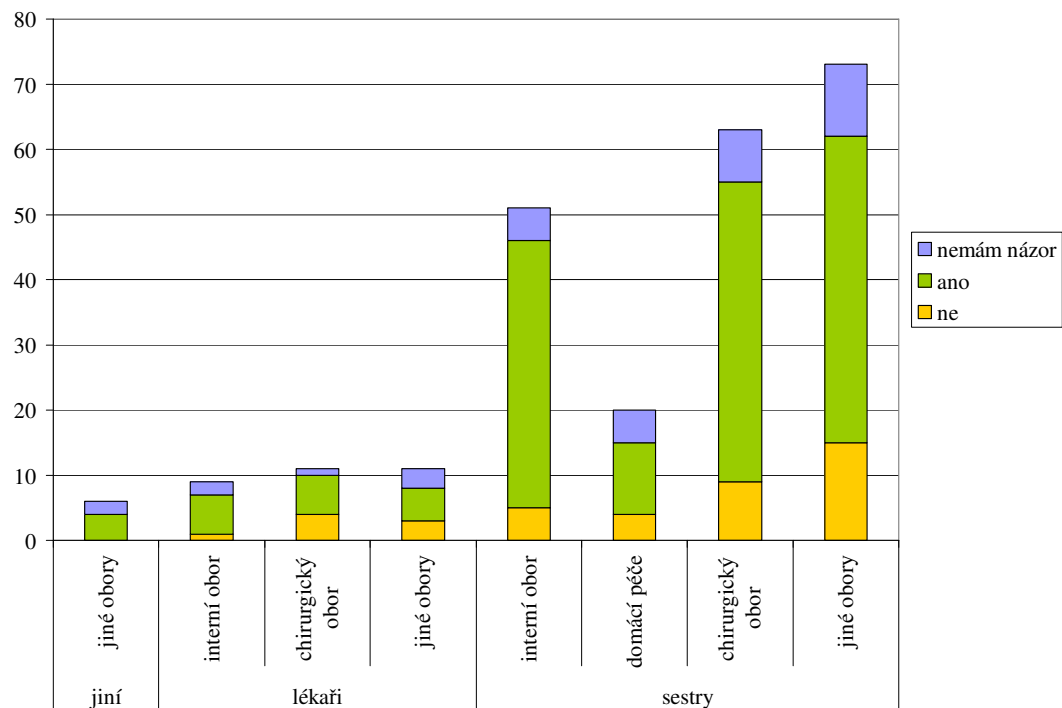
### 3.3.3 2. Kompetence a samostatnost v práci sestry specialistky

#### ■ Lze nastavit hranici kompetence mezi sestrou a lékařem?

Otázka nastavení kompetencí je jednou ze základních témat diplomové práce. Není problém vytvořit sesterské kompetence na legislativní úrovni, problémem je nastavení hranice těchto kompetencí. Detailní úpravy koncepce systému budou řešeny zřejmě až na lokální úrovni konkrétního zdravotnického zařízení například způsobem metodického pokynu.

V České republice jsou kompetence zdravotní sestry ve spojení s ošetřením rány (v příslušné vyhlášce) vyjádřeny velmi neurčitě. Proto odpověď na tuto otázku, směřující k samotné realizaci konkrétních kompetencí, byla náročná. Problém by mohl vyřešit návrh mřížky kompetence, který je uveden v kapitole 2.6.

**Graf č. 6** Názor na nastavení hranice kompetence mezi sestrou a lékařem



N = 249. N<sub>valid</sub> = 244

**Zdroj** Podmínky k samostatné práci specialistky pro hojení ran [Koutná 2009]

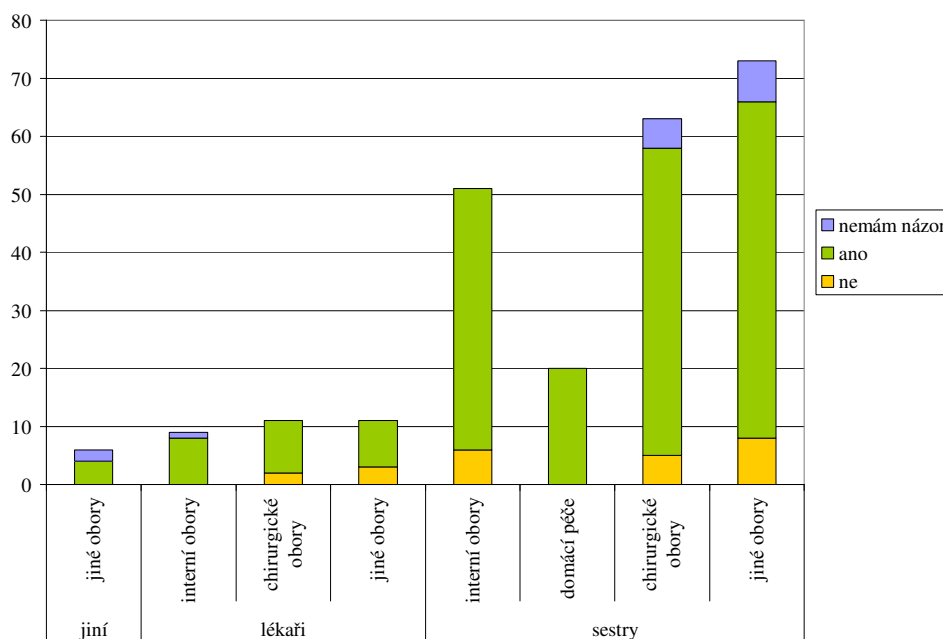
Názory lékařů a sester na téma hranice kompetence jsou vyjádřeny v grafu č. 6. Zdravotníci z chirurgických a jiných oborů jsou v otázce nastavení kompetencí nejvíce skeptičtí. Zřejmě je k tomu vede rozsáhlost etiologie chirurgických ran od traumatických lézí, komplikací vznikajících v původně aseptické ráně, u dermatologů výskyt chronických ran v různých lokalitách. V celkovém hodnocení je však 2/3 respondentů přesvědčeno, že lze nastavit hranici kompetencí mezi lékařem a sestrou specialistkou.

■ Mohla by být zdravotnická zařízení obsazena samostatně pracující sestrou?

Otázka samostatné práce sestry se vztahuje k obecné hypotéze kvantitativního výzkumu. Prvním problémem ve vývoji moderního způsobu hojení ran bylo přijmout myšlenku, že sestra bude zasahovat do procesu rozhodování o použití prostředků. Jak bylo výše zmíněno, dosud

není tato aktivita všeobecně ve zdravotnických zařízeních akceptována. Otázka samostatné práce sestry za určitých podmínek je další nadstavbou v diskuzi o pracovním prostoru a kompetencích budoucí sestry specialistky. V České republice pracují samostatně sestry agentur domácí péče, v určitých dnech sestry na podiatrických ambulancích, v jedné je otevření nejednoho pracoviště ambulantního typu, kde by sestry věnovaly specifickým pacientům zvýšenou péči. Vzhledem k tomu, že i v jiných specializacích je postupně dáván sestrám prostor ke konzultaci a řešení dříve pouze lékařských záležitostí, tak i v oboru hojení ran se situace přizpůsobí přirozenému vývoji vycházejícímu z praxe.

**Graf č. 7** Názor na samostatnost sestry specialistky při jasně daných kompetencích



N = 249, N<sub>valid</sub> = 244

**Zdroj:** Podmínky k samostatné práci specialistky pro hojení ran [Koutná 2009]

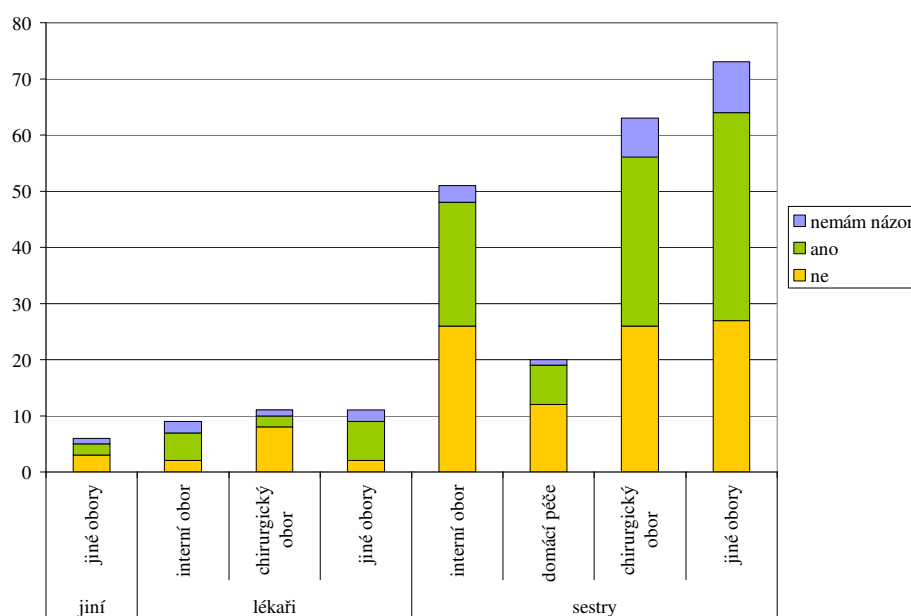
Optimistické výsledky byly shromážděny ve vyjádření k samostatné práci sestry specialistky. Ve skupině sester jsou pozoruhodné jednoznačné odpovědi sester z domácí péče. Jak bylo výše zmíněno, tyto sestry jsou nuceny v terénu pracovat velmi samostatně. Profesionální potřebu samostatnosti potvrzuje jejich stoprocentní vyjádření.

V celkovém hodnocení má sestra specialista s nastavenými kompetencemi důvěru v samostatné práci 84 % respondentů. Tento výsledek potvrzuje obecnou hypotézu výzkumu.

■ Je nutné, aby v ambulanci pro hojení ran vždy pracoval lékař se sestrou specialistikou?

Role lékaře a sestry v léčbě pacienta má své historické kořeny. Jejich vztah ve smyslu nadřízeného a podřízené se postupně vyvinul do úrovně kolegiality na stejném stupni každý v rámci své profese. Otázka samostatné práce sestry specialistky v ambulanci hojení ran je v České republice velmi netradiční, ale není nová a ojedinělá. Samostatnost sestry se liší podle jednotlivých etiologií ran, pracoviště a interně nastavených pravidel. Koncepce zdravotnických zařízení by následně měla zodpovědět otázku kdy, kde a v jakých situacích může sestra se specializovaným vzděláním pracovat.

**Graf č. 8** Názor na přítomnost lékaře v ambulanci hojení ran



N = 249, N<sub>valid</sub> = 244

**Zdroj:** Podmínky k samostatné práci specialistky pro hojení ran [Koutná 2009]

Skoro 50 % respondentů považuje přítomnost lékaře v ambulanci pro hojení ran za nutnou záležitost. V těchto výsledcích je výrazný rozdíl v názoru na podporu práce specializované sestry v různých zdravotnických zařízeních a sestry se stejným zázemím v ambulantním provozu. Důvody takové situace jsou znázorněny v tabulce č. 4.

Otázka samostatné práce sestry specialistky bez přítomnosti lékaře měla prověřit určitou vyspělost, přehled a osobní zkušenost respondentů v moderním hojení ran. Tak, jak by se mohlo zdát, že obě otázky vyjadřují stejnou myšlenku, výsledky dotazníků ukázaly, že respondenti správně pochopili zadání otázky. Zatímco první odkaz nechává sestře určitý pracovní prostor, druhý dotaz vylučuje přítomnost lékaře. Opět překvapili lékaři z chirurgických oborů kdy 8 z 11 souhlasí se samostatnou prací sestry v ambulanci hojení ran.

**Tabulka č. 4** Důvody nesouhlasu se samostatnou prací sestry specialistky v ambulanci pro hojení ran

Počet jednotlivých odpovědí

Profese	obor	A	B	C	D	E
Lékaři	interní	1		2	4	1
	chirurgický			3		
	jiný	3		9	4	1
Sestry	interní	2	2	17	6	3
	chirurgický	6		29	4	6
	domácí péče	2		5		
	jiný	11		27	9	4
Neudáno	chirurgie	1		2		
celk. součet		26	2	97	28	16

N = 249, N<sub>valid</sub> = 169

**Zdroj:** Podmínky k samostatné práci specialistky pro hojení ran [Koutná 2009]

A = je to legislativně dané    B = je to tradice    C = předcházení většině závažných problémů  
D = příliš velká odpovědnost samostatné sestry    E = jiné

Důvody, proč by sestra neměla samostatně pracovat v ambulanci jsou uvedeny pod písmeny A až E. 97 respondentů potvrzuje pracovní hypotézu s vyjádřením, že pokud bude lékař v ambulanci pracovat se sestrou, předejde se závažným problémům. Tuto situaci by opět měla v budoucnosti řešit mřížka kompetence sestry specialistky.

Další pracovní hypotéza se váže k větší podpoře práce sestry specialistky zdravotníky z fakultních a krajských nemocnic. Celkové rozložení kladných odpovědí vzhledem k typu nemocnic ukázalo rovněž výraznou podporu zdravotníky z okresních nemocnic. Znamená to, že určitá progresse sice přichází z velkých nemocnic, protože se zde hodnotí nové přístupy, materiály, provádí výzkum, který je následně předáván na další pracoviště. Podpora zdravotníků z menších zdravotnických zařízení vyjadřuje individuální vyspělost respondenta, případně pokrokové myšlení managementu nemocnice.

Pracovní hypotéza, že specialista bude více podporována zdravotníky z velkých nemocnic, se nepotvrdila.

V celkovém zhodnocení nastavení kompetencí a samostatnosti sestry v praxi většina respondentů věří v možnost rozlišení pravomocí mezi lékařem a sestrou v hojení ran a podporuje její samostatnost v různých zdravotnických zařízeních. V otázce samostatnosti sestry v ambulanci hojení ran převládá záporný názor na tuto situaci.

#### 3.3.3.3. Vzdělání, praxe a systém kontroly

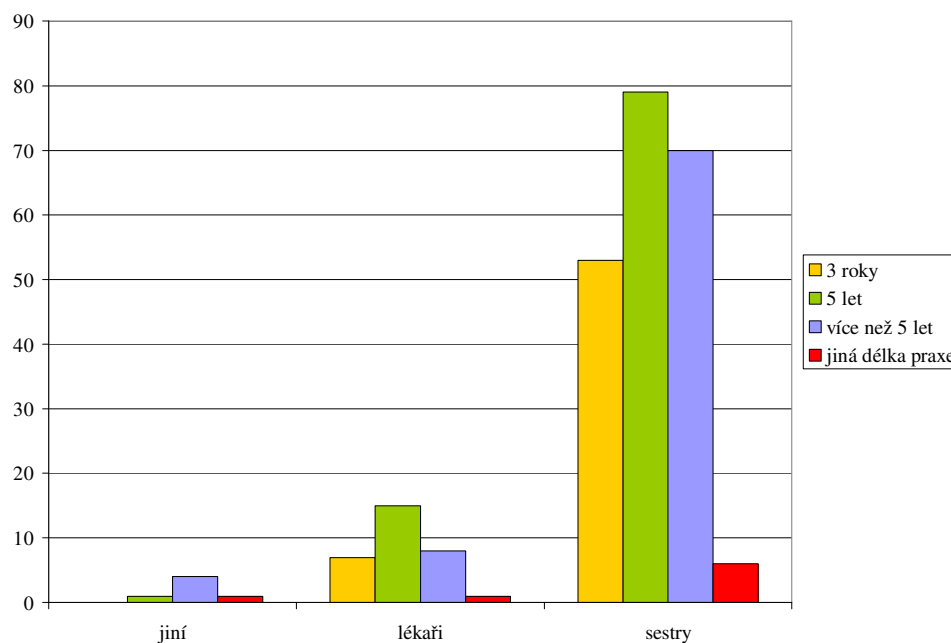
##### ■ Kolik let praxe v oboru ošetřovatelství by měla mít samostatná sestra specialista?

V grafu 9 - 14 jsou vyjádřeny názory respondentů na budoucí vzdělávací systém specialistky, který začíná praxí v ošetřovatelství a základním vzděláním před následnou specializací. Další otázky v dotazníku se týkaly certifikovaných kurzů, další praxe a systému zpětné kontroly práce sestry. V hodnocení odpovědí byly rovněž sledovány rozdíly v názorech mezi lékaři a sestrami.

Podle obou skupin těchto zdravotníků by specialista měla mít 5 let praxe v oboru ošetřovatelství, aby se následně mohla ucházet o další vzdělání v oboru hojení ran.

Lékaři by si představovali, aby sestra specialista měla minimálně bakalářské vzdělání. Tuto jejich představu jim v budoucnu splní nastavený vzdělávací systém pro zdravotní sestry, kdy všechny budou muset absolvovat vysokou školu s ukončeným bakalářským titulem. Sestry zastávají názor, že k dalšímu vzdělávání „ranhojičky“ stačí titul diplomované sestry. K tomu je mohou vést dva důvody. Jedním z nich jsou obavy z vysokoškolského studia, druhým naopak větší prostor pro ostatní sestry, kdy kromě nutného vzdělání a praxe je k výkonu této práce potřeba nadšení a trpělivost.

**Graf. č. 9** Názor na minimální praxi sestry v ošetřovatelství pro následnou specializaci v hojení ran

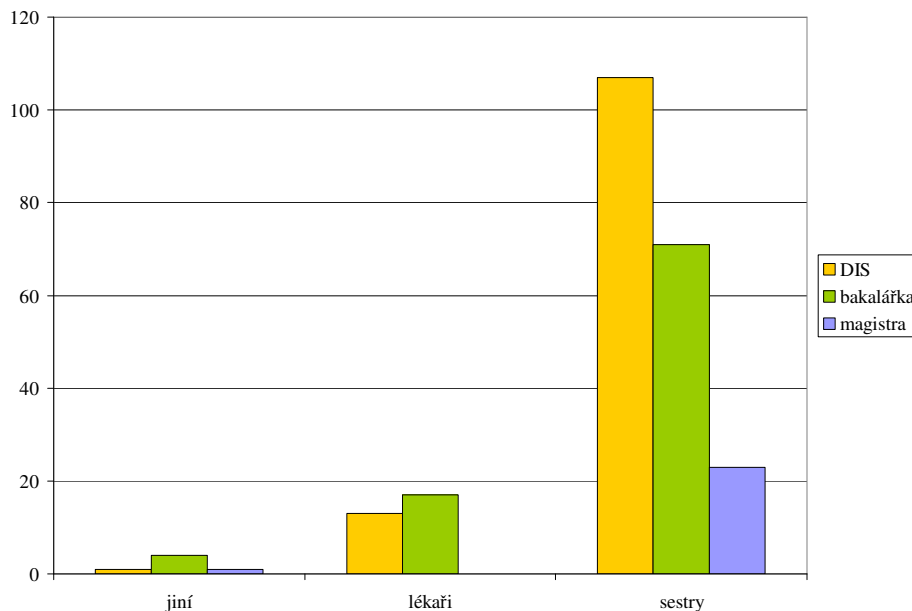


N = 249, N<sub>valid</sub> = 245

**Zdroj:** Podmínky k samostatné práci specialistky pro hojení ran [Koutná 2009]

■ Jaké vzdělání by v budoucnosti měla mít sestra specialista pro hojení ran?

**Graf č. 10** Názor na minimální vzdělání v ošetrovatelství pro následnou specializaci v oboru hojení ran



N = 249, N<sub>valid</sub> = 237

**Zdroj:** Podmínky k samostatné práci specialistky pro hojení ran [Koutná 2009]

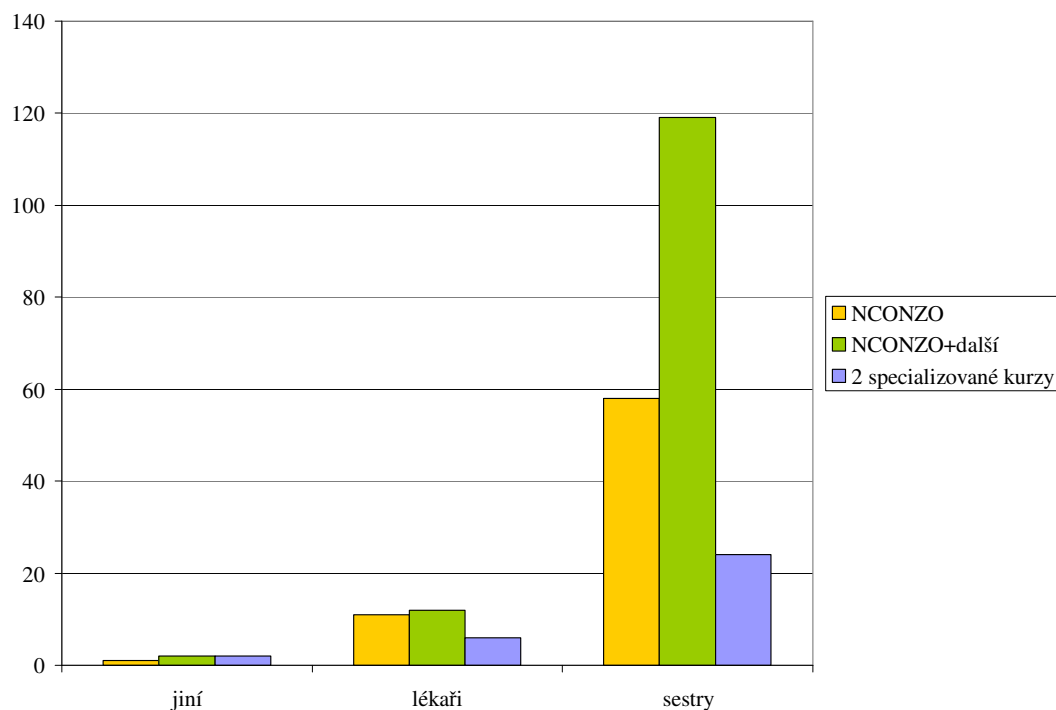
■ Jakou specializaci by měla mít sestra specialistka pro hojení ran, která by za určených kompetencí prováděla ošetření některých ran samostatně?

Z možných podob dalšího vzdělávání byl zvolen certifikovaný kurz, který pořádá Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCONZO). Tato prestižní akreditovaná instituce, která se zabývá celoživotním vzděláváním pracovníků ve zdravotnictví [40], byla vybrána jako první varianta pro absolvování postgraduálního vzdělání. Druhými alternativami se stal kurz NCONZO jako základní model a další certifikovaný v jiném zařízení, případně dva jiné certifikované kurzy.



Lékaři, sestry a skupina jiných podporují absolvování kurzu v NCONZO a dalšího certifikovaného kurzu. Dokazuje to respekt respondentů k brněnskému institutu, ale současně potřebu účastníků v dalším rozšířeném studiu.

**Graf č. 11** Názor na nutnou specializaci v oboru hojení ran



N= 249, N<sub>valid</sub> = 235

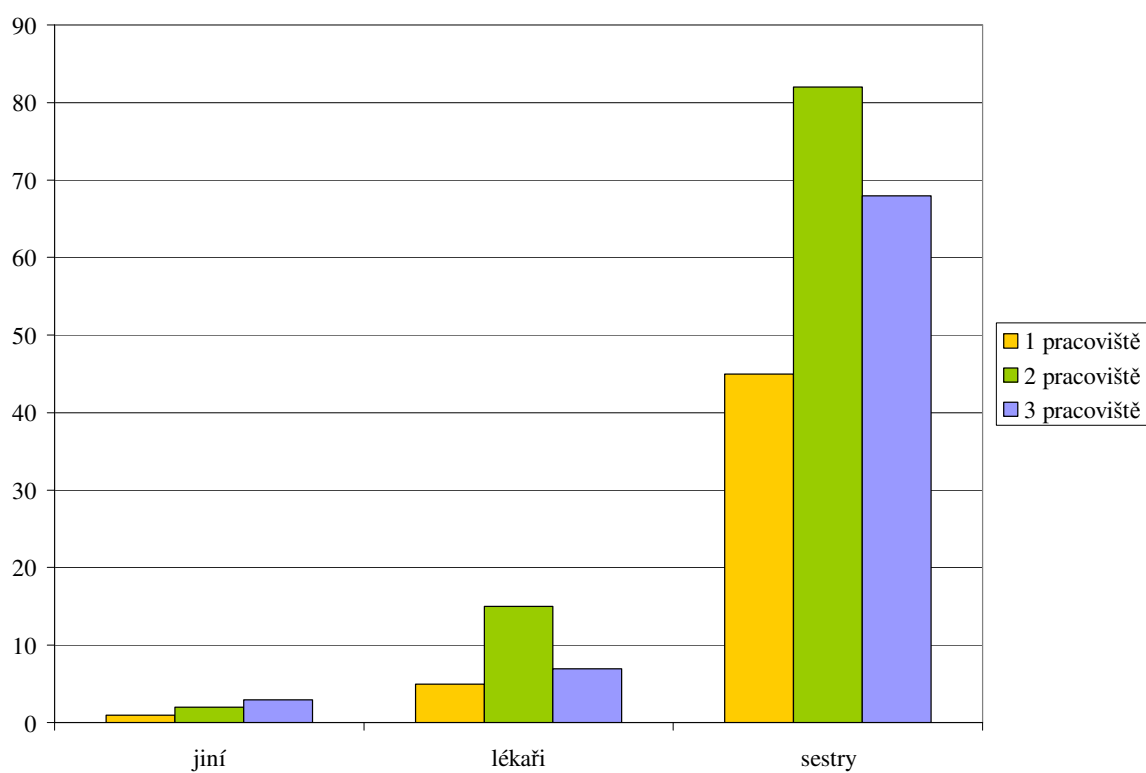
**Zdroj:** Podmínky k samostatné práci specialistky pro hojení ran [Koutná 2009]

■ Na kolika specializovaných pracovištích hojení ran a jak dlouhou praxi po teoretickém vzdělání by měla mít sestra specialistka pro hojení ran?

Vzdělávací systém v hojení ran se skládá kromě teorie i z následné praxe, která se může prolínat mezi teoretickými přednáškami nebo po teoretickém základu následuje praktická výuka se školitelem v určitém počtu hodin. Respondenti měli možnost vyjádřit svůj názor k počtu zdravotnických zařízení určených k praxi a množství takto strávených hodin ve

vzdělávacím zařízení. Všechny tři skupiny zavrhly variantu s jediným pracovištěm. U lékařů a sester převládá názor o vhodnosti dvou pracovišť pro získání praktických zkušeností. Jako v mnoha případech i zde vybočují „jiní“. Tato malá skupina podporuje praxi na třech certifikovaných ambulancích hojení ran. Všichni respondenti se shodli v nejvyšším návrhu skýtajícím 100 hodin.

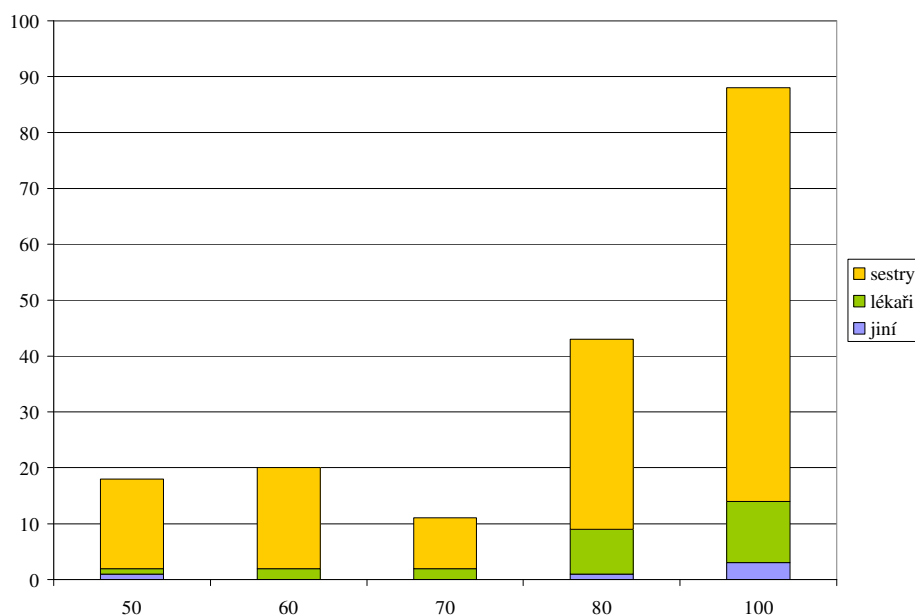
**Graf č. 12** Názor na praktickou stáž po teoretickém vzdělání sestry specialistky



N = 249, N<sub>valid</sub> = 228

**Zdroj:** Podmínky k samostatné práci specialistky pro hojení ran [Koutná 2009]

**Graf č. 13** Navrhovaný počet hodin praktické stáže



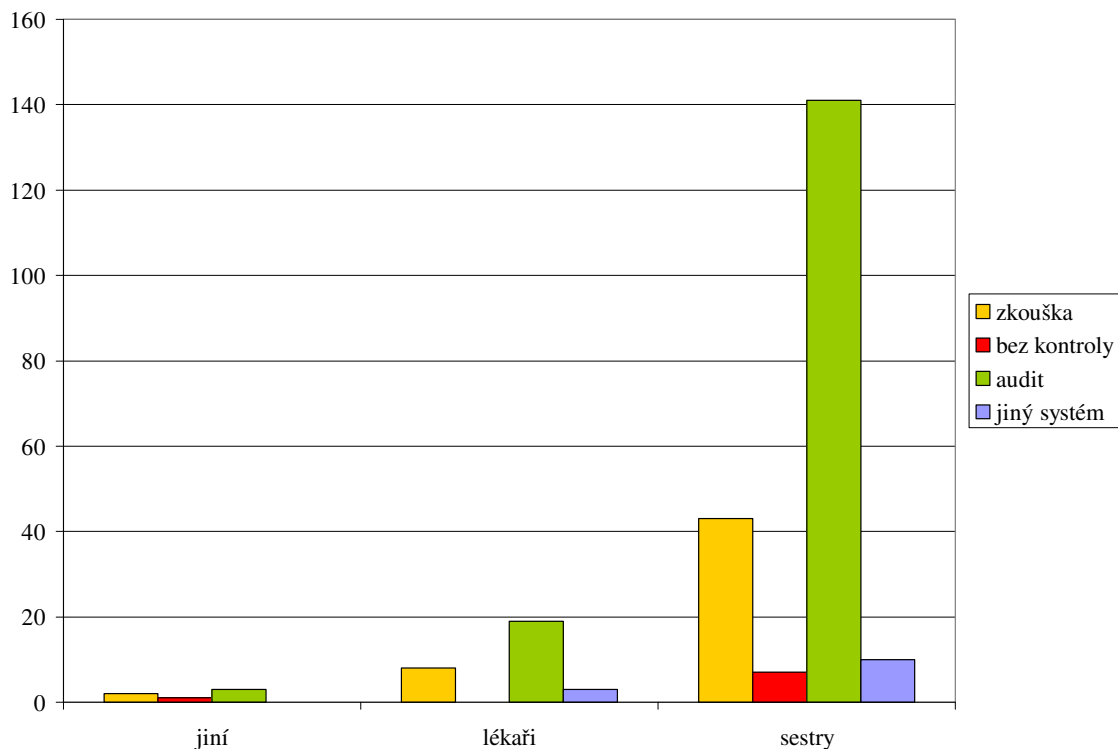
N = 249, N<sub>valid</sub> = 180

**Zdroj:** Podmínky k samostatné práci specialistky pro hojení ran [Koutná 2009]

I toto zhodnocení týkající se praktických stáží potvrzuje logické myšlení a zkušenosti respondentů z praxe. Dvě pracoviště byla zřejmě vybrána pro porovnání jednotlivých úrovní a získání dalších zkušeností. Sto hodin praxe znamená zhruba 12 pracovních směn a jejich absolvování může být pro sestru začátečnici dobrým základem pro další studium.

■ Jaký by měl být podle Vás systém zpětné kontroly práce sestry?

**Graf č. 14** Návrh na systém zpětné kontroly sestry specialistky



N = 249, N<sub>valid</sub> = 237

**Zdroj:** Podmínky k samostatné práci specialistky pro hojení ran [Koutná 2009]

Zpětná vazba ve formě kontroly sestry specialistky v pracovním procesu znamená pro všech 64 % respondentů audit v rámci zdravotnického zařízení. Třetina z tohoto množství má představu o zkoušce sestry před speciální komisí. Ostatní varianty systému nebo návrh bez zkoušky má minimální zastoupení počtu hlasů.

V celkovém hodnocení všech odpovědí k tématu vzdělání, praxe a kontrolního systému odpovídali respondenti zcela realisticky podle zkušeností ze svých pracovišť. Je potěšující, že sestry, které vyjadřovaly názory samy k sobě, měly tendence spíše zvýšit hranici kvality jednotlivých částí této oblasti. Dokazuje to jejich určitou profesionální vyspělost, která je

typická u všech lidí zaměřených na určitou oblast specializace. V mnoha výsledcích se objevovala shoda mezi lékaři a sestrami. Tyto závěry dokazují reálnou možnost uskutečnění studijního specializačního systému.

#### 3.3.3.4. Spolupráce sestry s lékařem

- Pokud by sestra pracovala v ambulanci pro hojení ran samostatně, s kterými obory by měla úzce spolupracovat?

Pokud by sestra pracovala v některých případech v ambulantním provozu samostatně, bude potřeba nastavit systém spolupráce s dalšími specialisty. Tento systém by měl následně zaručit i respekt k vyjádření a doporučení takové sestry. Respondenti měli možnost si vybrat ze deseti oborů úzce spojených s hojením ran, případně doplnit další návrhy. Výsledky této otázky potvrzují zkušenosti z praxe, kdy obvykle akutní nebo chronickou ránu při různých komplikacích i standardních situacích řeší chirurg nebo dermatolog. Jejich úloha spočívá od jednorázového vyšetření, výkonu nebo převzetí pacienta z jiného oddělení do své péče.

V chronologickém pořadí spolupracujících oborů byl jako první zařazen chirurg, na druhém místě respondenti dali hlas pro dermatologa a třetím v pořadí byl nutriční specialista.

**Tabulka č. 5** Návrhy spolupracujících oborů se sestrou specialistkou

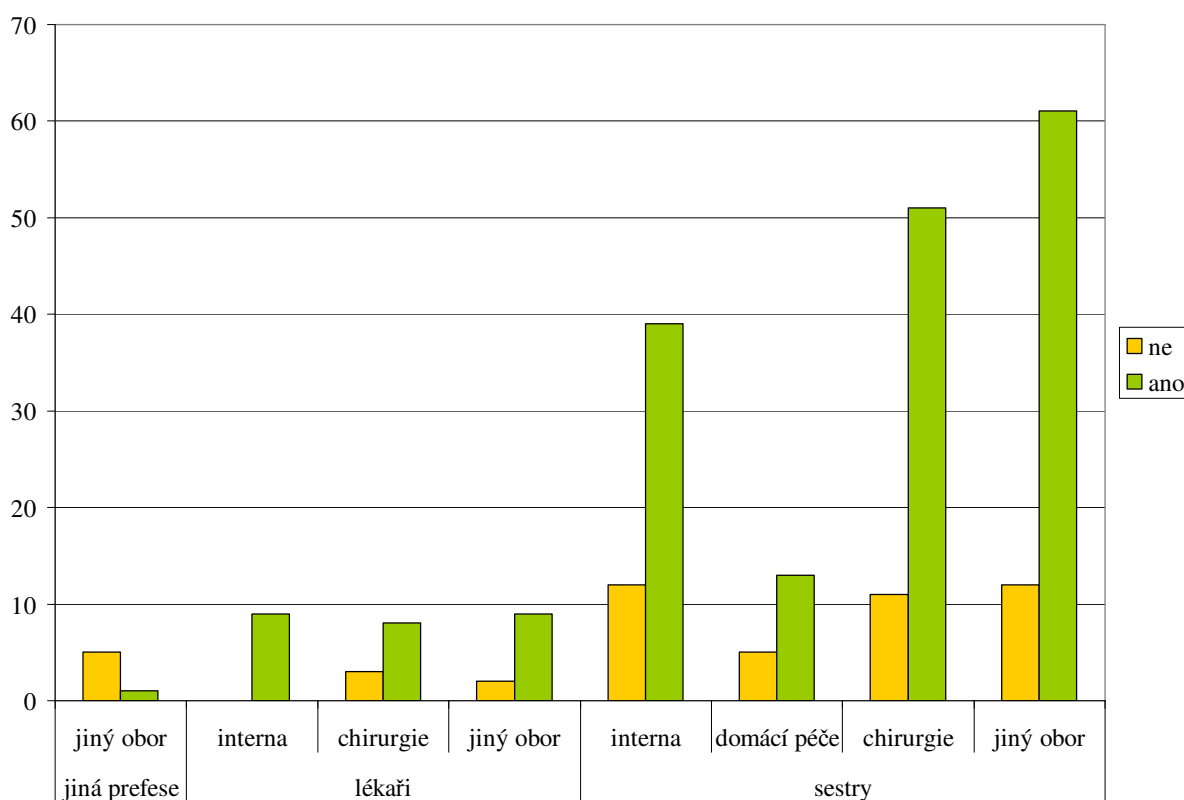
Obor	Chirurg	psycholog	Nutricionista	angiolog	biochemik	Angiochirurg	Neurolog	Algeziolog	Fyzioterapeu ↑	Dermatolog	Diabetolog
Celkový počet Hlasů	<b>222</b>	99	<b>181</b>	104	42	82	36	96	67	<b>187</b>	10

**Zdroj:** Podmínky k samostatné práci specialistky pro hojení ran [Koutná 2009]

Tyto tři obory výrazně v počtu hlasů převyšují ostatní specialisty. Přestože se takové výsledky z dotazníku daly předpokládat, současně potvrzují představu do budoucni o smluvním vztahu spolupráce konkrétního lékaře odborníka a sestry specialistky. Pokud by v budoucnu sestra pracovala v rámci edukace a lokální terapie v ambulanci hojení ran, měl by být nastavený systém spolupráce se všemi jmenovanými odborníky. Výběr jednotlivých specialistů se liší podle etiologie rány, základní diagnózy, komplikací celkového stavu nebo lokálního nálezu v ráně.

- Setkali jste se ve své práci s případem, kdy lékař požádal o konzultaci v hojení rány sestru?

**Graf č. 15** Počet případů, kdy lékař požádal o konzultaci v řešení rány sestru



N = 249, N<sub>valid</sub> = 241

**Zdroj:** Podmínky k samostatné práci specialistky pro hojení ran [Koutná 2009]

Všechna předcházející vyjádření k jednotlivým otázkám dotazníku může podpořit, vyvrátit a případně dohromady shrnout dotaz týkající se žádosti lékaře směrem k sestře o konzultaci v hojení rány. Tento projev vyjadřuje důvěru lékaře k sestře, jejím znalostem a zkušenostem.

U jiné profese, kterou reprezentují například zástupci firem, převládá záporná odpověď ve zkušenosti s žádostí lékaře o pomoc s ránou. Může to být výsledek minimálních kontaktů v praxi. Sto procentní kladné odpovědi lékařů z interního oboru dokazují plnou důvěru a dobrou zkušenost s prací sestry v hojení ran. Zdá se, jako by neexistovala jiná varianta. Lékaři z chirurgických a jiných oborů (převážně dermatologové a praktičtí lékaři) mají takovou zkušenost více než v 75 procentech. Vzhledem k tomu, že obě tyto specializace jsou považovány za hlavní zástupce v hojení ran, je převaha kladných odpovědí a tudíž ponechání prostoru sestře v konzultaci hojení rány velkým úspěchem.

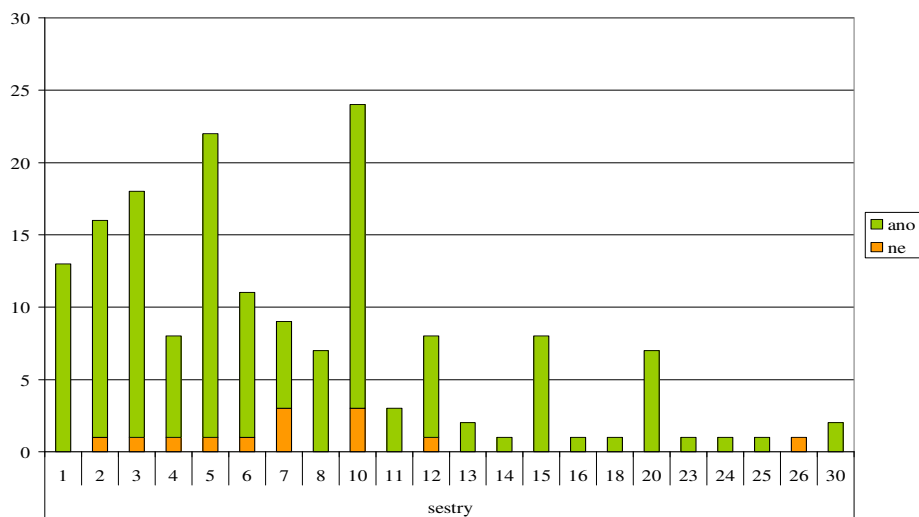
Ve všech skupinách sester převládají kladné odpovědi s výraznou převahou. Záporný výsledek zdravotnic z domácí péče může vyjádřit situaci, kdy tyto specialistky sice provádějí ošetření ran, lékař jim nechává pracovní volnost v rozhodování, ale aktivně je nepožádal o konzultaci. 80% kladné vyjádření sester z oboru chirurgie a jiných lze považovat za velmi pozitivní. Současně nebyla nalezena souvislost mezi délkou praxe a zápornou zkušeností respondentů v konzultaci rány.

#### 3.3.3.5. Délka praxe a odpovědi v dotazníku

V dotazníku nebyla položena otázka týkající se věku respondentů. Tuto informaci měl nahradit dotaz na délku praxe v hojení ran. Dá se předpokládat výskyt situace, kdy zdravotní sestra sice pracuje mnoho let ve zdravotnickém zařízení, ale praxi v hojení ran má například pouze jeden rok. Právě pro své schopnosti byla následně na tuto práci určena, případně přešla na jiné oddělení, kde se rány vyskytují více. Její věk nám v takovém případě nevyjadřuje zkušenost ve specializaci.

Byla posuzována korelace jednotlivých odpovědí respondentů s délkou praxe. Ze sledování byli vyloučeni respondenti s kratší délkou praxe než jeden rok. Z možných porovnání, kde se tato souvislost nepotvrdila, byly vybrány otázky vztahující se k pracovní hypotéze.

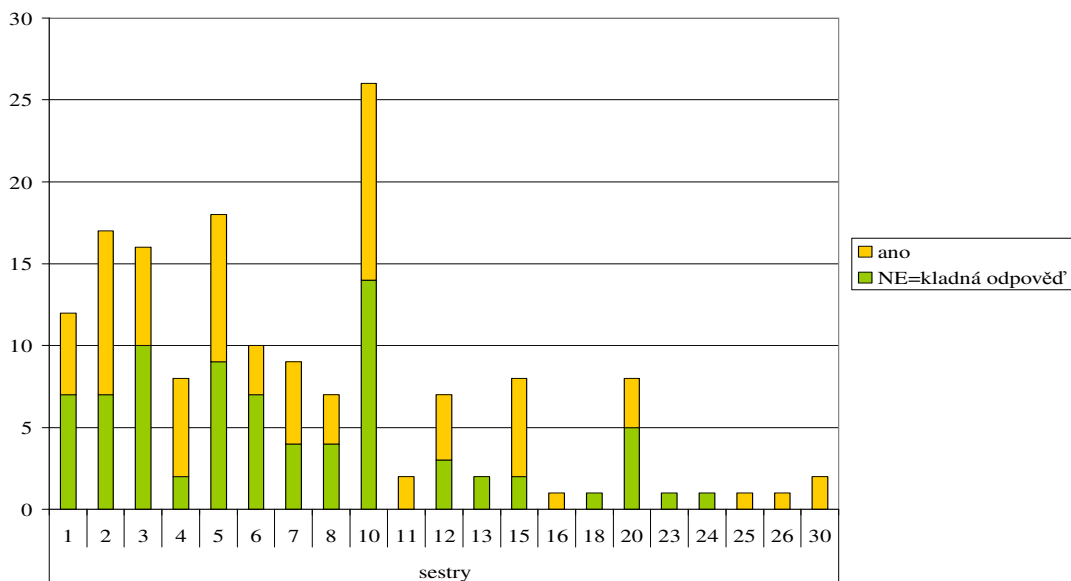
**Graf č. 16.** Poměr délky praxe sester v hojení ran k názoru na samostatnou práci specialistky



N = 188, N<sub>valid</sub> = 165

**Zdroj:** Podmínky k samostatné práci specialistky pro hojení ran [Koutná 2009]

**Graf č. 17** Poměr délky praxe sester v hojení ran k názoru na nepřítomnost lékaře v ambulantním provozu



N = 188, N<sub>valid</sub> = 158

**Zdroj:** Podmínky k samostatné práci specialistky pro hojení ran [Koutná 2009]



V grafu číslo 16 a 17 je znázorněna délka praxe sester od jednoho roku do třiceti let. Ani v jednom případě nebyla shledána shoda mezi zkušeností ve specializaci s typem odpovědi. Otázka týkající se obsazení zdravotnických zařízení samostatně pracující sestrou až na jeden případ by mohla potvrdit tuto hypotézu. (V záporné odpovědi jde o sestru z chirurgického oboru z krajské nemocnice.) Od deseti let praxe výše se však počet respondentů výrazně snižuje a tím není porovnání dostatečně validní.

Otázka, která i v celkovém počtu respondentů byla velmi diskutabilní a nejednoznačná, se týkala přítomnosti lékaře v ambulanci hojení ran. V rozložení jednotlivých odpovědí nelze najít souvislost s délkou praxe v hojení ran.

Pracovní hypotéza, že zkušenější sestry schvalují více změny v postavení sestry specialistky se nepotvrdila.

#### **3.3.4. Závěr kvantitativního výzkumu**

Účelem kvantitativního výzkumu bylo zjištění názorů respondentů, kteří se zabývají moderním způsobem hojení ran. Dosud nebyla zpracována v České republice studie, která by vyjádřila náhled těchto zdravotníků. Ze strany sester i lékařů odpovědělo na otázky dotazníku 1/3 účastníků kongresu. O to více je v hodnocení výzkumu přínosné, že tento poměr byl u obou stěžejních skupin stejný. Počet respondentů lékařů a respondentů sester byl 1:7. Tento zdánlivý nepoměr kopíruje i situaci z pracovního procesu, kdy jeden lékař obvykle spolupracuje s větším množstvím sester. Kromě otázky přítomnosti lékaře v ambulanci hojení ran, se dotazovaní shodli v názoru na ustanovení pozice sestry specialistky v hojení ran a jsou ochotni s ní za nastavených podmínek spolupracovat.

Respondenti doporučují sestře pětiletou praxi v oboru ošetrovatelství a po tomto období absolvování alespoň dvou certifikovaných specializačních kurzů. Jeden z nich by měl být úrovně postgraduálního vzdělání v instituci jako je Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Praktická výuka jako součást studia bude probíhat na dvou certifikovaných pracovištích v počtu alespoň sta hodin. Kontrolní systém bude nastaven ve formě auditu na pracovišti specialistky.

Tato studie názorů by mohla stát odrazovým můstkem pro získání dalších informací v přístupu zdravotníků k tématu moderního hojení ran.

### **3.4. Kvalitativní výzkum**

#### **3.4.1. Důvody kvalitativního výzkumu a jeho design**

Důvodem použití metody kvalitativního výzkumu byla příležitost získání detailních informací od představitelů moderního způsobu hojení ran v České republice. Tito zástupci jsou současně mými kolegy v představenstvu České společnosti pro léčbu rány a znám je řadu let. Téma samostatnosti sestry v hojení ran nebylo nikdy na fóru předsednictva otevřeně prezentováno a ještě nedávno jsem jej osobně vnímala jako citlivou otázku. Proto také jsem pro kvalitativní výzkum nezvolila metodu focus group, jak by se u takové specifické skupiny nabízelo, z obavy, že by někteří členové plně nevyjádřili svoje názory. O to více mě zajímaly výsledky rozhovorů.

Systém podle metody grounded theory s otevřeným kódováním jsem měla možnost aplikovat během studia v rámci seminární práce. Byla to jediná zkušenost se zpracováním kvalitativního výzkumu, a proto jsem tento model využila i v diplomové práci.

#### **3.4.2. Výzkumná otázka**

Hlavní výzkumná otázka, která provází celou diplomovou práci, vyjadřuje představu: „*Za jakých podmínek by mohla pracovat sestra specialista pro hojení ran?*“. Souvisí s ní další témata, která byla přeložena během rozhovorů s informanty.

#### **3.4.3. Cílová populace**

K rozhovorům byli vybráni členové předsednictva České společnosti pro léčbu rány (ČSLR). Tito odborníci v oblasti hojení ran – sestry i lékaři – stáli u založení společnosti před osmi lety a mají dlouholeté zkušenosti v tomto oboru. Často jsou konfrontováni s problémy,

kteří předkládá diplomová práce. Současně mohou prezentovat pohledy z různých odvětví medicíny. Rozhovory byly uskutečněny s dvanácti informanty, kteří pracují v oboru chirurgie, dermatologie, geriatric, plastické chirurgie, diabetologie, podiatrie, domácí péče a vnitřního lékařství. Všichni jsou uznávanými znalci ve své specializaci. Jejich publikační a prezentační činnost ovlivňuje názory ostatních příznivců hojení ran. Rovněž aktivity, které předkládají, působí na vývoj moderního hojení ran v České republice.

#### **3.4.4. Vedení rozhovorů**

Kromě výzkumné otázky byly na základě zjištěných dat z kvantitativního výzkumu informantům předloženy další dotazy. Jednotliví členové předsednictva pracují v různých nemocničních zařízeních Čech a Moravy. Rozhovory měly časový rozsah od 15 do 90 minut. Dotazovaní neznali předem znění otázek, byla jim dopředu zaslána jen mřížka kompetence. Dialog byl veden způsobem polostrukturovaného rozhovoru, který dával informantům prostor v rozšíření tématu. K základní otázce byly členům předsednictva ČSLR prezentovány další okruhy témat spojených s námětem institucionalizace sestry specialistky:

■ *Jaký je Váš názor na vytvoření celorepublikového standardu nebo doporučeného postupu na hojení ran?*

Argumentace: Otázka vytvoření dokumentu, který by byl vodítkem nebo ke kterému by se sestry a lékaři mohli odvolat, dosud není všeobecně zodpovězena. Existence takového pozičního textu v praxi by mohla předejít mnohým forezním problémům mezi sestrami a lékaři.

■ *Kdo by se měl takového projektu účastnit?*

Argumentace: Ani tato otázka dosud není jednoznačně vyslovena. Mnohé silné odborné společnosti by měly zasáhnout do řešení dokumentu, avšak jejich znalosti v moderním hojení ran jsou minimální. Je určité opodstatnění, že by vznikl dokument, který v praxi nebude mít v konečné fázi uplatnění.

■ *Jaký je Váš názor na mřížku kompetence?*

Mřížka kompetence je návrhem této diplomové práce (kapitola 2.6) k řešení hranic pravomocí mezi lékaři a sestrami. Názor odborníků na její použitelnost, doplnění znaků a případný přínos byl vstupem, který nebylo možno prezentovat v rámci kvantitativního výzkumu.

■ *Jaké legislativní úpravy by měly nastat pro změnu v postavení sestry specialistky?*

Argumentace: Otázka ke změnám legislativy předpokládá určitou znalost v zákonech. Proto i tento dotaz byl ponechán pro diskuzi v kvalitativním výzkumu.

### 3.4.5. Způsob zpracování

Z jednotlivých záznamů s informanty byla provedena transkripce rozhovorů. Vzhledem k mému zapojení do problematiky jsem použila metody zvyšování teoretické citlivosti technikou kladení otázek a porovnání se vzdálenými jevy. Dílčí pojmy v textu byly pro názornost barevně rozlišeny. První rozhovory nabízely množství dat, z následných záznamů byla pak doplněna pouze ta spojení, která se lišila od ostatních.

Ve zpracování pojmů jsem využila dvou variant. První varianta předkládá pojmenování kategorií, určení jejich vlastností a nastavení dimenzí. V druhém případně jsem využila větného úseku, který byl pojmenován a k němu přiřazeny příslušné dimenze. Tato podoba doplnila a rozšířila obraz každé kategorie. Před analýzou byla jednotlivá pojmenování kategorií seřazena podle logické návaznosti.

### 3.4.6. Za jakých podmínek by mohla pracovat sestra specialista?

#### 3.4.6.1. Kategorie 1 - POZICE

kategorie	vlastnosti	dimenze
<i>Pozice</i>	trvání jistota	dlouhotrvající - krátkodobá pevná - vratká

význam složitá - jednoduchá  
stav současná - budoucí

### **Pozice**

bude vzdělaná	inteligence	vrozená - získaná
praxe	zkušenosti	dlouhodobé - krátkodobé
bude znát	vědomosti	rozsáhlé - minimální
režim	systém	dokonalý - narušený
erudice a edukace	profesionalita	vysoká - nízká
přebírat více aktivity	vývoj	rychlý - pomalý
povinnosti	principy	základní - druhotný
aby nás vzali na vědomí lékaři	prestiž	získaná - přirozená

„Uzpůsobení nebo prostě statut sestry konzultantky by pro nás lékaře měl dost podstatné výhody“[30]

Budování pevné pozice budoucí sestry specialistky bude náročný a dlouhodobý proces. Jistotu takového statutu podpoří kvalitní a dobře nastavený plán postgraduálního vzdělání. Praktické stáže musí mít vyšší procentuální zastoupení než teoretická část. Edukační úsek by měl mít dostatečně široký modulární systém. Práce sestry specialistky znamená přebírání mnohých aktivit, ale i povinností. Její erudice podpořená výsledky práce by měla během času zajistit sestře prestiž lékařů a ostatních kolegů.

#### 3.4.6.2. Kategorie 2 – ODPOVĚDNOST

kategorie	vlastnosti	dimenze
<b><i>Odpovědnost</i></b>	míra	nastavená - žádná
	intenzita	vysoká - nízká
	rozsah	individuální - hromadná
	místo	pracovní - soukromé

### ***Odpovědnost***

kdo nastaví míru	rozhraní	volné - omezené
budou situace, kdy se bude muset zastavit	kontrola	mimořádná - pravidelná
nedostat se do forezních problémů	prevence	dostatečná - žádná
když chci rozhodovat, musím přijmout zodpovědnost	charakter	silný - slabý
především neuškodit	pomoc	kvalitní - podřadná

„Je to nová dimenze ta odpovědnost. Ony mají svou určitou a tohle je něco navíc. Ty, který jsou opravdu zodpovědné, tak se začnou bát, ty který ne, tak to jsou střelci.“[30]

Otázka odpovědnosti se týká jakékoli práce sestry v její profesi. V oblasti hojení ran převládá určitá tradice, kdy léta se této specializaci věnoval pouze lékař. Obavy z odpovědnosti mohou též vycházet z nedokonalé teoretické a praktické znalosti. Tyto problémy by mohl vyřešit navrhovaný edukační systém a nastavení hranic kompetence. V zahraničí mají takto zaměřené sestry kompetence odstupňované podle vzdělání. Když se sestra na samostatnou práci necítí, může zůstat na bazální úrovni a vystačí s několikadenním kursem. Základní ošetření rány by měla umět každá sestra, to vyplývá i z legislativy.

#### 3.4.6.3. Kategorie 3 - SPOLUPRÁCE

kategorie	vlastnosti	dimenze
<b><i>Spolupráce</i></b>	způsob	osobní - kolektivní
	míra	úzká - rozsáhlá
	výsledky	žádané - nevyhovující
	kvalita	vysoká - nízká
	systém	nastavený - volný

### *Spolupráce*

měla by si vydobýt důvěru lékaře	strategie	dobrá - špatná
musí se na ni spolehnout	důvěra	plná - žádná
lékař ji bude znát	spolehlivost	stoprocentní
přenášet kompetence	transfer	v plném rozsahu - částečné
nutná intervence	zásah	potřebný - zbytečný
spolupráce s odborným pracovištěm	komunikace	úzká - vzdálená
ulehčilo by práci v mnohém	přínos	velký - žádný
to prostě bude pomoc	zlepšení	výrazné - mdlé
odbourá to spoustu práce	prospěch	mimořádný - obvyklý

„V první řadě by si měla vydobýt důvěru toho lékaře s kterým bude spolupracovat. Čili počátku by měla být skromnější a on by měl vidět, že se na ni může spolehnout.“[30]

Úzká spolupráce sestry specialistky s lékaři různých odborností je jednou ze základních podmínek úspěšné léčby a zhojení rány. V budoucnosti musí být nastaven kvalitní systém součinnosti, kdy lékař bude ochoten respektovat vyjádření sestry specialistky k nutnosti konziliárního vyšetření. V mnoha zemích je nastaven systém předávání kompetencí. Tento další způsob spolupráce může být obhájen při plné důvěře lékaře k sestře. Lékařům systém dělení péče o pacienta s ránou odstraní mnoho práce.

#### 3.4.6.4. Kategorie 4 - KONTROLA

kategorie	vlastnosti	dimenze
<b><i>Kontrola</i></b>	typ	nárazová - plánovaná
	rozsah	vnitřní - vnější
	místo	ze strany vedení
	období	častá - dlouhodobá
	pravidelnost	nárazová - pravidelná

### ***Kontrola***

zavolat lékaře	vazba	silná - slabá
přestane s ní pracovat	nedůvěra	velká - malá
stanovena indikační kritéria	měřítka	přesné
supervize, konzultace s odborníkem	porada	profesionální - laická
pravidelná kontrola	kvalita	vysoká - nízká
mít za zády lékaře	zajištění	trvalé - bezprostřední

„Pokud by nastala situace, kdy by to bylo nad rámec, bylo by to nějaké závažné, kritické, tak je potřeba, aby byla nějaká supervize, nebo spíš konzultace s odborníkem, s tím konkrétním lékařem.“[30]

Pravidelná kontrola například ve formě auditu by měla přinášet zvýšení kvality práce, aktualizaci nastavených systémů, může být pro mnohé sestry motivující. Kontrola lékaře ve smyslu porady o stavu pacienta a jeho rány je způsobem, jak předcházet jakýmkoli komplikacím v léčbě.

Na základě kvalitativního výzkumu byla stanovena hypotéza a současně odpověď na výzkumnou otázku: *Sestra specialista bude moci pracovat samostatněji, jestliže si vybuduje pozici s odpovědností za svoji práci a bude-li spolupracovat s lékaři při kvalitním systému kontroly.*

### **3.4.7. Vytvoření celorepublikového dokumentu na hojení ran? Kdo by se měl projektu účastnit?**

#### **3.4.7.1. Kategorie 1 – NÁVRH**

kategorie	vlastnosti	dimenze
<b><i>Návrh</i></b>	kvalita	vysoká - nízká
	rozsah	široký - úzký



způsob	praktický - teoretický
diskuze	konstruktivní - rozvratná
schvalování	svorné - rozporné

### *návrh*

převzít iniciativu a být první	aktivita	zdravá - škodlivá
kulatý stůl	dohoda	ústní - písemná
potřebovali je vzít zpátky	odchycení	pevné - vratké
Konsensus	rozhodnutí	přímé - nepřímé

„Kdyby se někde něco stalo a šlo by se do soudu, tak se zeptají, proč jste do dělali takhle a ty se nemáš o co opřít, ale mohla bys říci, ano v pozičním dokumentu.“[30]

Vytvoření závazného nebo doporučeného dokumentu v České republice by bylo velkým přínosem. Otázkou zůstává, kdo by měl převzít aktivitu, svolat důležité aktéry a vyvolat jednání například ve formě kulatého stolu. Jedním z prvních návrhů k řešení by měla být diskuze týkající se typu dokumentu.

#### 3.4.7.2. Kategorie 2 - SKUPINA

kategorie	vlastnosti	dimenze
<i>Skupina</i>	zařazení	trvalé - přechodné
	rozsah	stanovený - volný
	zkušenost	krátkodobá - dlouhodobá
	rozlišení	detailní - povšechné
	odbornost	vysoká - nízká

#### *Skupina*

zaštitěna nějakými osobnostmi	vážnost	vysoká - malá
lidi, kteří s tím mají zkušenost	odborníci	konkrétní – neurčití
ČSLR by měla zasáhnout	společnost	odborná – laická

otázka MZ a pojišťoven	podpora	výrazná - slabá
sestry, lékaři	aktéři	přední - poslední
odborné společnosti, praktiční lékaři	osoby	klíčové - nevýznamné
pouze formální zastřešení	záštita	pevná - volná

„ČSLR by měla zasáhnout a potom jednotlivé obory, kterých se to týká. To znamená chirurgie, interna, kožní, diabetolog, to by tam muselo být přímo vyjmenováno, kdo se k tomu má právo vyjádřit. Bude to muset být i otázka MZ a pojišťoven, aby to mělo nějakou tu legislativní podporu.“[30]

Výsledky rozhovorů předkládají konkrétní i neurčité návrhy pro sestavení pracovní skupiny, která by se podílela na vytváření dokumentu. Shoda panuje v přizvání klíčových osobností k zaštitění vážnosti textu a propagaci mezi dalšími obory. Dalšími aktéry by měli být specialisté sestry a lékaři z chirurgie a dermatologie, zástupci praktických lékařů, ČSLR, zdravotních pojišťoven a ministerstva zdravotnictví.

#### 3.4.7.3. Kategorie 3 – STRUKTURA

kategorie	vlastnosti	dimenze
<b>Struktura</b>	typ	základní - druhotný
	rozsah	ohraničený - volný
	model	rozsáhlý - stručný

#### **Struktura**

maximum odbornosti	znak	podstatný - podřadný
mělo by to být co nejvolnější	rozsah	ohraničený - volný
poziční dokumenty se dají zapracovat	vzor	výrazný - slabý
mohu se obhájit	vodítko	přesné - vágní
schválené a doporučené odbornou společností	návrh	ohraničený - volný

bude to závazné	doporučení	závazné - předběžné
dá se to modifikovat	úprava	celková - částečná

„Proto to nemůže být konkrétně, ale mělo by to být co nejvolnější a měly by se na tom podílet všechny skupiny a pokud možno maximum odbornosti.“[30]

Struktura dokumentu by měla mít volný prostor pro modifikace s minimálním ohraničením. Takové uspořádání nabízí více model doporučeného postupu než závazný standard. Odrazovým můstkem pro vytváření by se mohly stát poziční dokumenty Evropské asociace pro hojení ran, ke kterým se mnozí odborníci v zahraničí obracejí. Dokument by mohl přinést kromě zdroje informací i možnost obhajoby léčebného postupu pro lékaře a sestry specialistiky.

#### 3.4.7.4. Kategorie 4 - NEBEZPEČÍ

kategorie	vlastnosti	dimenze
<i>Nebezpečí</i>	rozsah	velké - malé
	řešení	nutné - postradatelné
	aktuálnost	urgentní - vleklá
	míra	silné - slabé
	ochrana	dostatečná - nevyhovující

#### *nebezpečí*

něco se nastaví, ostatní jim to odkývají	nezájem	dlouhodobý - přechodný
problém je u dodržování	plnění	závazné - předběžné
mluví o tom dlouho a k ničemu to nevede	stagnace	trvalá - přechodná
starý názory, starý metody	konzervatismus	ustálený - proměnlivý
nejsou schopni zajistit tu návaznost	souvislost	přímá - nepřímá
kdo to bude dělat, bude smeten někým jiným	konkurence	tvrdá - žádná

Předchozí zkušenosti s předložením písemných návrhů v oboru hojení ran ukázaly problémy, které jsou zřejmě typické při vývoji většiny dokumentů. Patří mezi ně nezáměr ostatních, bagatelizace doporučeného postupu nebo předkládání konzervativních postupů. Jinou otázkou může být i náhlá pozornost více odborných společností k vytvoření příslušných textů s podmínkou jejich priority ve zpracování dokumentu.

### 3.4.8. Jaký je váš názor na mřížku kompetence?

#### 3.4.8.1. Kategorie 1 - POUŽITELNOST

kategorie	vlastnost	dimenze
<b>Použitelnost</b>	praxe	dlouhodobá - krátkodobá
	respekt	velký - malý
	způsob	praktický - teoretický
	množství	velké - malé
	kontrola	funkční - nefunkční
	metodický pokyn	doporučený - nedoporučený
	uznání MZ	jisté - možné

#### **Použitelnost**

nejsou podchyceny stagnace a zhoršení	záznam	složitý - jednoduchý
záchytný bod	místo	konkrétní - neurčité
obhájilo by více samostatnosti	nezávislost	plná - částečná
lékaři ušetří čas a urychlí hojení	přínos	výrazný - nepatrný
schopnost specialistky zhodnotit stav rány	způsobilost	ohraničená - volná
model a systém je dobře podchycen	cíl	důležitý

„Sestry by měly pro sebe nějaký záchytný bod a zároveň by je to i vedlo.“[30]

Cílem při vytváření mřížky bylo předložit nástroj k nastavení hranice kompetencí sestry ošetřující rány. Ověření funkce schématu a nastavených pravidel bude vyžadovat velké

množství prověřených případů z různých zdravotnických zařízení. Zvláště začínající sestry by mohly vnímat pomůcku ke zhodnocení rány jako záchytný bod v časném řešení problémů. Pro lékaře i sestru může být tabulka jedním ze způsobů doplňující dokumentace. Zavedení této pomůcky do praxe souvisí s podporou a schválením příslušných rezortů Ministerstva zdravotnictví. Do jednotlivých zařízení by mřížka mohla být implantována pomocí metodického nařízení.

#### 3.4.8.2. Kategorie 2 - PRAVIDLA

kategorie	vlastnosti	dimenze
<b><i>Pravidla</i></b>	míra	složitá - jednoduchá
	způsob	nastavený - volný
	hodnota	uznávaná - kritizovaná

#### ***Pravidla***

nějaký rámec to musí mít	rozsah	přesný - volný
součástí dokumentace	záznam	přehledný - nepřehledný
když je první rána v anamnéze, tak by pacienta měl vidět lékař	nastavení	povinné - dobrovolné
vyžadují intervenci lékaře	zásah	domluvený

Nastavená pravidla určují hodnotu mřížky. Souvisí s předložením srozumitelného manuálu pro práci s mřížkou. Je nutné zdůraznit kontrolu lékaře při výskytu prvního defektu v anamnéze pacienta a nastavení častosti kontrol dle mřížky při stagnující ráně nebo regresi.

### 3.4.9. Jaké legislativní úpravy by měly nastat pro změnu v postavení sestry specialistky?

#### 3.4.9.1. Kategorie 1 – OBHAJOBÁ

kategorie	vlastnosti	dimenze
<i>obhajoba</i>	účinnost	od - do
	cílová skupina	specialistky - sestry
	motivace	výrazná - minimální
	legislativa	doplněná - ponechaná

#### *Obhajoba*

musí být nastaveno, co sestra může udělat	kompetence	nastavené - volné
když překročí kompetence	přestupek	legislativní
tím je chráněná	norma	zákonná
ty pravomoce by tam měli být	obsah	plnohodnotný
zpětně mít napsané, co jsem udělala	dokumentace	lékařská - sesterská
když máš nějaký spor	rozhodnutí	dobré - špatné

„Je potřeba sestry vychovávat, ale ony k tomu musí mít chuť, vztah a podporu vedení.“[30]

Situace v praxi je nastavená pro změny v systému léčby rány. Chybí vytvoření celého systému kompetencí, mezioborové návaznosti, doporučených postupů a dalších souvislostí. Ve zdravotnických zařízeních sestry vykonávají činnost, ke které jim chybí nastavené legislativní kompetence. V rámci předcházení forezních případů je nutné kompetence řešit jako prioritní záležitost.

### 3.4.9.2. Kategorie 2 - ZMĚNY

kategorie	vlastnosti	dimenze
<i>Změny</i>	typ	zásadní - podružné
	očekávání	splnitelné - nesplnitelné
	přístup	aktivní - pasivní
	uznání MZ	ano - ne
	postoj zdravotní pojišťovny	vstřícný - neochotný
	postoj zdravotnického zařízení	vítaný - nevhodný
	potřeba	silná - žádná
	finance	otevřené - nastavené

#### *Změny*

školitel	pomoc	stálá - přechodná
zavedení studijního oboru	průlom	zásadní - okrajový
mělo být zaneseno, kdo by taková kritéria splňoval	specializace	úzká - široká
umožnit uplatnění sestry specialistky	profese	důležitá - nevýznamná
doložit, že je odborník	osvědčení	profesní
legislativní úpravy	novelizace	očekávaná
kompetence musí být daný zase nějakou zákonnou normou	instituce	hlavní - vedlejší
pokud to sama uzná, tak ona ho musí obhájit	postoj	jasný - nejednoznačný
je otázka, kam se jí pustí	kompetence	ohraničené - volné

„Musí být nastaveno, co sestra může udělat, a když toto překročí, tak už to všechno bere na vlastní zodpovědnost.“[30]

Typ změn, které by měly nastat, se týkají odborného certifikátu pro specialitku po příslušném vzdělání. Úloha školitele v praxi by mohla přinést možnost zvýšení osobní

odpovědnosti za budoucího specialistu v hojení ran. Se vzděláním a praxí však souvisí finanční zajištění celého projektu.

#### **3.4.10. Výsledky kvalitativního výzkumu**

Z dvanácti rozhovorů na základě větných spojení byly vybrány kategorie týkající se jednotlivých otázek. Tyto třídy byly následně seřazeny podle logických pořadí. K základnímu tématu, který se týkal podmínek práce sestry, byly vybrány kategorie - pozice, odpovědnost, spolupráce a kontrola. Téma celorepublikového dokumentu představují skupiny - návrh, skupina, struktura, nebezpečí. Mřížka kompetence sester specialistek byla prezentována kategoriemi - použití a pravidla. Legislativní nastavení je základní podmínkou úspěchu celého projektu institucionalizace sestry specialistky. Bylo vyjádřeno kategoriemi – obhajoba a změny. Názvy kategorií v každé oblasti představují pracovní postupy jak dosáhnout cíle a konkrétní zaměření na specifický problém.

#### **3.4.11. Závěr kvalitativního výzkumu**

Rozhovory se členy předsednictva České společnosti pro léčbu rány byly pro zpracování kvalitativního výzkumu velice přínosné. Obávala jsem se, jak budou reagovat zástupci oboru chirurgie a dermatologie, kteří jsou považováni za odborníky specializace léčba rány, ale mnohdy jsou prezentováni jako konzervativní představitelé. Je vidět, že i tyto obory budou nuceny se přizpůsobit určitému vývoji, který probíhá v celé Evropě, ale i dalších zemích. Rozhovory stanovily hypotézu výzkumného problému a konstruktivně odpověděly na doplňující otázky výzkumu.

### **3.5. Diskuze**

Při plánování projektu diplomové práce jsem měla představu o zpracování uceleného souboru, který by obsahoval systémové návrhy změn, standardy péče a pravidla pro práci



sestry v ambulantním zařízení. Tento komplex by však rozsahem přesahoval možnosti diplomové práce a bude zpracován při jiné příležitosti.

Rovněž do hloubky nebyly vypracovány všechny návrhy pro legislativní změny, které bude nutné provést k transformaci pozice sestry specialistky. Tyto možnosti byly diskutovány s čelními odborníky v ošetrovatelství. Z rozhovorů vyplynulo, že mají reálnou představu o nastavení změn například typu vykazování výkonů sestrou při ambulantním vyšetření nebo vykazování konziliárního ošetření sestrou, návrhy se týkaly i preskripce terapeutického materiálu a doporučených vyšetření. I když se tyto kroky zdají revoluční, reagují na situaci v praxi. Dá se předpokládat, že jednání budou dlouhodobá, budou vyžadovat zkušenost v mnohých odbornostech a opakované intervence na příslušných institucích. Dle mého názoru by bylo vhodné vytvořit pracovní skupinu se zastoupením členů České asociace sester, pracovníků Odboru vzdělávání a výzkumu v ošetrovatelství při Ministerstvu zdravotnictví, přizvat i další odborníky z praxe k vytvoření kompaktního plánu koncepce. Návrh novelizace vyhlášky č. 424/2004 Sb. je řešením pouze jedné částí projektu.

Oba typy výzkumů přinesly povzbuzující výsledky. Hodnocení na této úrovni nebylo dosud v České republice zpracováno. Dotazníkové šetření i rozhovory byly provedeny s odborníky, kteří se zajímají o hojení ran a mají určitý názor na vývoj situace dle reality v praxi. Pro větší objektivní náhled mohly být uskutečněny i rozhovory s lékaři a sestrami, kteří se o hojení ran nezajímají a nebo kteří samostatnost sestry nepodporují. Jejich názory by pravděpodobně nepřispěly k přímému rozvoji postavení sestry, ale určitý odstup by možná přinesl zajímavé návrhy. I tuto neúplnost si plánuji jako důležitý úkol k celistvému zhodnocení tématu.

Jeden z návrhů ve změně postavení se týká specializačního studia budoucí sestry zaměřené na hojení ran. Pokud má být taková sestra respektována lékaři, musí předložit dostačující vědomosti získané při typu vzdělání jako je například v britském Cardiffu. Při rozhovorech s informanty zaznělo, že působení postgraduálního typu studia bude finančně velmi náročné a tudíž neuskutečnitelné. Jak bylo předloženo v kapitole 2.3.2. máme v České republice několik vzdělávacích center, z nichž asi největší je při NCONZO. Stále se jedná pouze o kurzy hojení ran, ale ne o studium v oboru. Vzhledem k tomu, že tato odbornost je u nás ještě spíše na začátku, není dosud ani hodnotný vzdělávací systém v problematice určený

pro lékaře. Zavedení kvalitního studia dříve nebo později bude nutné uskutečnit, tak jako je nastaveno vzdělávání i v jiných specializacích.

Posledním tématem do diskuze je otázka odpovědnosti sester za svoji práci v ošetření rány. Názory specialistek byly shromážděny v krátké studii. Výsledky potvrdily odhodlání sester nést při nastavených kompetencích odpovědnost za péči o ránu. I tato otázka jistě bude zajímavá k dalšímu zpracování v širším měřítku.

### 3.6. Závěr

Téma institucionalizace sestry specialistky pro hojení ran bylo vybráno na základě dlouhodobých osobních zkušeností s aplikací moderního hojení ran do praxe. V České republice, tak jako v mnoha zemích okolo nás, převládá systém, kdy lékaři nechávají prostor sestřím v lokální péči o ránu. V tomto postoji je přesvědčuje velmi dobrá teoretická a praktická znalost sester o účincích terapeutických materiálů a zvýšený zájem k problematice.

Ve Vyhlášce č. 424/2004 Sb. jsou formulovány pravomoce ve smyslu ošetření chronické rány. Není zde vyjádření k indikaci krytí ani hranice kompetencí. Představou specialistek je, aby při nastavených kompetencích mohly v některých výkonech pracovat samostatněji s plnou odpovědností. Těmito úkony jsou například indikace terapeutického materiálu a rozhodnutí o další lokální péči.

Hlavním námětem teoretické části byl návrh mřížky kompetence jako nástroje, který by mohl v praxi nastavit hranice kompetence. Hodnocení mřížky ve formě pilotní studie probíhalo v ambulantním i nemocničním zařízení. Písemné podklady byly získány a jsou v práci doloženy z interní kliniky Fakultní nemocnice Olomouc. Bez podkladů, s pozitivními výsledky, probíhalo ověření mřížky kompetence v Nemocnici České Budějovice a.s. Ambulantní výsledky poskytla Poradna pro léčbu rány při Klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze 2.

Dalšími tématy teoretické části jsou informace o kompetencích sester specialistek v hojení ran z desíti států a dva zahraniční modely kompetencí. Práce rovněž čerpá z návrhu novelizace Vyhlášky č. 424/2004 Sb., z které jsou vyjmuty oddíly zaměřené na práci sestry ve spojení s řešením rány.

Praktická část prezentuje názory lékařů a sester pomocí kvantitativního a kvalitativního výzkumu. Ve výsledcích kvantitativního výzkumu byl navržen vzdělávací systém a vyjádřena podpora pozici budoucí specialistky. Jedním z hlavních cílů diplomové práce bylo najít odpověď na základní téma, které provázelo oba výzkumy: „Za jakých podmínek by mohla samostatněji pracovat sestra specialistka pro hojení ran?“ Kvalitativní výzkum tuto otázku definoval a našel odpověď i pro doplňující témata.

## Použitá literatura:

1. American College of Hyperbaric Medicine [cit. 2.3. 2009] dostupné na: <http://www.hyperbaricmedicine.org/>
2. Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas [cit. 3.4. 2009] dostupné na: <http://www.aptferidas.com/portal/>
3. Austrian Wound Association [cit. 1.5. 2009] dostupné na: <http://www.a-w-a.at/>
4. Beginning Competent Proficient Expert [cit. 22.3. 2009] dostupné na: <http://www.nzno.org.nz/includes/download.aspx?ID=20120> -
5. BELL– SYER, S. Compression for venous leg ulcers, *Ewma Journal* 9. 1. January 2009, 44
6. Bércový vřed – standard ČSLR [cit. 27.3. 2009] dostupné na <http://www.cslr.cz/informace-pro-praxi/doporucene-lecebne-postupy.php>
7. Core competencies for tissue viability nursing [cit. 31.3. 2009] dostupné na: <http://www.northdevonhealth.nhs.uk/index.php/annual-health-check/core-standards/>
8. CZEFFER, L., PAPEŽOVÁ, M. Role a kompetence sestry v multidisciplinárním týmu, Otrokovice 2008, prezentace [cit. 22.3. 2009] dostupné na: <http://www.nemocnice-vs.cz/download/PP%20role%20a%20kompetence%20sestre.ppt>
9. Česká společnost pro léčbu rány [cit. 27.11. 2008] dostupné na: <http://www.cslr.cz>
10. DISMAN, M. Jak se vyrábí sociologická znalost, Karolinum, Praha 2006, ISBN 80- 246-0139-7
11. European Pressure Ulcer Advisory Panel [cit.2.3. 2009] dostupné na: <http://www.epuap.org/>
12. EWMA - European Wound Management Association [cit.2.3. 2009] dostupné na: <http://www.ewma.org/> - 9k - Cached
13. George Winter – Wikipedia, the free encyclopedia [cit. 3.2. 2009] dostupné na <http://www.en.wikipedia.org/wiki/GeorgeD.Winter>
- 1 4. GuKG Verordnungen [cit. 1.5. 2009] dostupné na: <http://www.oegkv.at/index.php?id=140>

15. HAVELKOVÁ, H. Odpovědnost sestry při výkonu povolání.[cit. 22.3. 2009]  
dostupné na: <http://theses.cz/id/s7j5cz/> - 28k
16. Health Services Iceland [cit. 22.3. 2009] dostupné na:  
<http://www.iceland.is//people and-society/Health/>
17. Iceland Wound Management Association (SUMS) [cit. 23.3. 2009] dostupné na:  
[http://ewma.org/fileadmin/user\\_upload/EWMA/pdf/supplements/2008-01/Journal\\_Electr\\_1\\_08\\_SUMS.pdf](http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA/pdf/supplements/2008-01/Journal_Electr_1_08_SUMS.pdf)
18. Initiative chronische Wunden [cit. 3.4.2009] dostupné na: <http://www.ic-wunden.de>
19. Kompetence - Wikipedie, otevřená encyklopedie, [cit. 22.3. 2009] dostupné na:  
<http://cs.wikipedia.org/wiki/Kompetence> - 20k
20. Kompetence vedoucího pracovníka [cit. 22.3. 2009] dostupné na: [http://www.vedeme.cz/index.php?option=com\\_content&task=view&id=329&Itemid=181](http://www.vedeme.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=329&Itemid=181) - 50k
21. KOUTNÁ, M. Co to znamená, když se řekne hojení ran, prezentace 9.1. 2007
22. MÜLLEROVÁ, N. osobní korespondence, Odbor vzdělávání a vědy Ministerstva zdravotnictví České republiky
23. Národní centrum pro ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů [cit. 29.4.2009] dostupné na: <http://www.nconzo.cz/web/guest/nconzo.jsessionid>
24. OLDŘICHOVÁ, L. Chceme větší kompetence, otázka je jaké, Medical tribune, 25.2. 2008
25. Osobní korespondence autorky
26. O společnosti Česká asociace sester [cit.2.2. 2008] dostupné na <http://www.cna.cz/o-spolecnosti/>
27. POSPÍŠILOVÁ, A. Bércový vřed [cit.2.4. 2009] dostupné na: [http://www.Alphabet.cz/7783/pls/portal/AHS\\_PROVIDER.rdh\\_apress\\_portlet.ShowApress\\_Clanek](http://www.Alphabet.cz/7783/pls/portal/AHS_PROVIDER.rdh_apress_portlet.ShowApress_Clanek) 16.2.2009
28. Poziční dokument EWMA Bolest při převazu, dostupné na: <http://www.cslr.cz/>
29. RESL, V. Hojení chronických ran, Grada Publishing Praha 1997, ISBN 80-7169-239-5
30. Rozhovory se členy předsednictva České společnosti pro léčbu rány

31. Sněm České asociace sester Luhačovice 1.11. 2008 [cit. 5.2. 2009] dostupné na:  
[http//zpravy.kurzy.cz/156460-zdravotni-sestry-dostanou-pridano-a-zvysi-se-jejich-kompetence-slibuje-ministr-julinek](http://zpravy.kurzy.cz/156460-zdravotni-sestry-dostanou-pridano-a-zvysi-se-jejich-kompetence-slibuje-ministr-julinek)
32. STRAUSS A., CORBINOVÁ J. Základy kvalitativního výzkumu, postupy a zakotvené teorie, Boskovice, nakladatelství Albert 1999, ISBN 80 – 85834 -60-X
33. STRYJA, J. Repetitorium hojení ran, Geum 2008 ISBN 978-80-86256-60-3
34. ŠEDOVIÁ, K. Designy kvalitativního výzkumu [ cit. 2.5. 2009] dostupné na:<http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=24161>
35. The Canadian Association of Wound Care [cit. 2.3. 2009] dostupné na: [http//www.cawc.net/](http://www.cawc.net/)
36. The Nacional Association of Tissue Viability Nurses, Scotland (NAZVNS) [cit. 2.3. 2009] dostupné na: [http// ewma.org/fileadmin/user\\_upload EWMA/pdf/supplements/ 2009-01/NATVNS.pdf](http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA/pdf/supplements/2009-01/NATVNS.pdf) - Cached
37. TWNA – Tissue Viability Nurse Association [cit.1.12. 2008] dostupné na: [http//www.tvna.org/about.asp?c=con - 20k](http://www.tvna.org/about.asp?c=con-20k) - Cached
38. Tissue Viability society [cit. 3.3. 2009] dostupné na:  
[http//www.patient.co.uk/showdoc/26739973/](http://www.patient.co.uk/showdoc/26739973/) - 22k - Cached
39. Tissue viability [cit. 2.3. 2009] dostupné na: [http//www. bhrhospitals. nhs.uk/aboutus/servicesb.php?id=76](http://www.bhrhospitals.nhs.uk/aboutus/servicesb.php?id=76)
40. VACHEK, S. Komunitní rozvoj, prezentace FHS, Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích 26.2. 2009
41. Vyhláška 424/2004 Sb. ze dne 30.června 2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků [cit. dne 21.4. 2009] dostupné na: [http://www.cszt.cz/96/424\\_znenie.htm](http://www.cszt.cz/96/424_znenie.htm)
42. Výzva České asociace sester ze dne 3.6. 2008 [ cit. 1.12. 2008] dostupné na: [http//www.cnaa. cz](http://www.cnaa.cz)
43. WOLFE, H.N.J. ABC cévních onemocnění, Sciectia medica, Praha 1994, ISBN 80-85526 -27-1  
=1C386DD9B6A45381AFC39D1BAF6F800C
44. Wound Healing Research Unit [cit. 23.3. 2009] dostupné na:

<http://www.whru.co.uk/>

45. Wound healing university diplomas in France [cit. 23.3. 2009] dostupné na:  
[www.advitech.com/en/voir/press-releases/wound-healing--advitech-announces-an-agreement-with-urgo-laboratories-](http://www.advitech.com/en/voir/press-releases/wound-healing--advitech-announces-an-agreement-with-urgo-laboratories-)
46. World Union of Wound Healing Societies [cit. 2.3. 2009] dostupné na:  
<http://www.wuwhs.org/>
47. Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) [cit. 3.1. 2009] dostupné na: [http://www.sagit.cz/\\_texty/sb0496.htm-155k](http://www.sagit.cz/_texty/sb0496.htm-155k)

## SEZNAM TABULEK, OBRÁZKŮ A GRAFŮ

### 1. tabulky

<b>Číslo:</b>	<b>Název tabulky:</b>	<b>Strana:</b>
1.	Klinické kompetence v hojení ran pro rok 2005 – Distrikt Nurse Section	33
2.	Hlavní kompetence sestry věnující se hojení ran	34
3.	Počet pacientů v procentech s nutnou supervizi a bez supervize lékaře a s výskytem bolesti vzhledem k základní diagnóze	42
4.	Důvody nesouhlasu se samostatnou prací sestry Specialistky v ambulanci pro hojení ran	60
5.	Návrhy spolupracujících oborů se sestrou specialistkou	68

### 2. obrázky

<b>Číslo:</b>	<b>Název obrázku:</b>	<b>Strana:</b>
1.	Podíl jednotlivých faktorů na léčbě rány	3
2.	Zastřešení péče o pacienta s ránou	9
3.	Mřížka kompetence sestry v hojení ran	38
4.	Hodnocení bércového vředu dle mřížky kompetence	40
5.	Hodnocení dekubitu podle mřížky kompetence	41
6.	Lokality zdravotnických zařízení účastníků kongresu	53

### 3. grafy

<b>Číslo</b>	<b>Název grafu</b>	<b>Strana:</b>
1.	Důvody supervize lékaře ke zhodnocení rány	44
2.	Vývoj a prognóza počtu seniorů v České republice	47
3.	Zastoupení respondentů podle typu zdravotnického zařízení	50
4.	Názor na účelnost pozice sestry specialistky pro hojení ran	54
5.	Podpora práce sestry specialistky	55
6.	Názor na nastavení hranice kompetence mezi sestrou a lékařem	57
7.	Názor na samostatnost sestry specialistky při jasně daných kompetencích	58
8.	Názor na přítomnost lékaře v ambulanci hojení ran	59
9.	Názor na minimální praxi sestry v ošetrovatelství pro následnou specializaci v hojení ran	62
10.	Názor na minimální vzdělání v ošetrovatelství pro následnou specializaci v oboru hojení ran	63
11.	Názor na nutnou specializaci v oboru hojení ran	64
12.	Názor na praktickou stáž po teoretickém vzdělání sestry specialistky	65
13.	Navrhovaný počet hodin praktické stáže	66
14.	Návrh na systém zpětné kontroly sestry specialistky	67



### 3. grafy

<b>Číslo:</b>	<b>Název grafu:</b>	<b>Strana:</b>
15.	Počet případů, kdy lékař požádal o konzultaci v řešení rány sestru	69
16.	Poměr délky praxe sester v hojení ran k názoru na samostatnou práci sestry specialistky	71
17.	Poměr délky praxe sester v hojení ran k názoru na nepřítomnost lékaře v ambulantním provozu	72

## **PŘÍLOHY:**

Příloha č. 1 Projekt diplomové práce

Příloha č. 2 Logický rámec projektu institucionalizace

Příloha č. 3 Dotazník kongres Pardubice 2009

Příloha č. 4 Dotazník odpovědnosti sester Teplice

Příloha č. 5 Transkripce rozhovoru

## **Příloha č. 1 Projekt diplomové práce**

### **Projekt diplomové práce**

Jméno studenta: Bc. Markéta Koutná

**Osobní číslo studentky:** 14201

**Imatrikulační ročník:** 2007

Předběžný název diplomové práce:

#### **Institucionalizace sestry specialistky pro hojení ran**

Vedoucí práce: MUDr. Iva Holmerová PhD

#### **Formulace a vstupní diskuze do problému**

Nový způsob hojení ran - „moist wound healing“, se objevil v České republice před patnácti lety s příchodem zahraničních společností, které ve své široké nabídce mají takzvané terapeutické obvazy. Speciální metoda „vlhkého hojení ran“ je do našeho zdravotnictví zaváděna více než deset let. Tímto způsobem byla a je úspěšně léčena řada pacientů, rovněž zdravotníci pracující s novou filosofií dokladují velmi dobré výsledky. Vztah zdravotníků k modernímu hojení ran však není jednotný. Chybí systémový přístup, který by byl obrovským přínosem pro zvýšení kvality léčebného procesu i ekonomickému profitu. Zatím existují spíše jednotlivá pracoviště, která standardně pracují s novou metodou již mnoho let, avšak převažují zařízení, kde z různých důvodů tuto metodu nepoužívají. Vystává tak problém s návazností terapie a mezioborové spolupráce. Léčba ran v České republice je přiřazována dle akutní nebo chronické situace do oborů chirurgie a dermatologie. V zahraničí se během dvaceti let problematika hojení ran stala samostatným oborem. Společně se v něm angažují lékaři a sestry všech oborů. Specialisté hledají řešení problematiky každý ze svého úhlu pohledu a dohromady vytvářejí systém komplexní léčby a péče o nemocného a jeho ránu.

S novým oborem souvisí i model takzvané sestry ranhojičky - sestry specialistky pro hojení ran. Vzorem se stala pozice sestry z Velké Británie, která po absolvování specializačního studia získává titul „Tissue viability nurse“ a má na základě této specializace možnosti širokého působení v hojení ran, autoritu, podporu a pochopitelně odpovědnost. Tyto sestry dnes působí nejen v Británii, ale zcela standardně ve všech zemích západně od hranic České republiky.

I u nás se od počátku v léčbě ran více profilyovaly sestry. Jejich zájmu, dalšímu rozvoji a aktivitám bránila chybějící legislativa. Obrovským legislativním přínosem se stalo vydání vyhlášky číslo 424 ze dne 30. června roku 2004, kde se v paragrafu 4, odstavci 1, písmeno g píše: „*Sestra hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže, chronické rány a stomie, centrální a*

periferní žilní katétry“ a v odstavci 3 písmeno d: „všeobecná sestra provádí ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů.“

Zcela pochopitelně v této vyhlášce nejsou zodpovězeny otázky týkající se kompetence sestry, etiologie, rozsahu ran, hloubky nebo přítomnosti lékaře u převazu. Dnes po čtyřech letech od přijetí vyhlášky se ukazuje jako potřebné, a to nejen v oblasti hojení ran, rozšíření pravomocí a formulování jasných kompetencí sester. Dokazuje to i výzva České asociace sester (ČAS) z června roku 2008, kde prezidentka Dana Jurásková píše: „Společenská diskuse se stále intenzivněji v oblasti zdravotnictví zaměřuje na postavení sester a ostatních nelékařů v systému zdravotnických služeb. Do popředí těchto debat se dostává i dilema, jak dál řešit činnosti sester. Ani lékařská ani ošetrovatelská veřejnost není jednotná v tom, zda je nutné a dobré zvyšovat odpovědnost sester a rozšiřovat jejich pravomoci. Z jednání skupiny pro poskytovatele zdravotních služeb vyplynula nutnost zahájení této diskuse i na půdě ČAS. Záměrem ČAS je nejen pojmenovat další činnosti, které by sestry mohly vykonávat, ale také vazba těchto výkonů na úhradu: sestry se musí stát nositelkami výkonů, které provádějí.“

Byla jsem jedna z prvních, které měly možnost vyzkoušet si účinky moderní terapie v hojení ran. Díky podpoře managementu Všeobecné fakultní nemocnice (VFN) a kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (KARIM), kde pracuji, mohu vykonávat samostatnou práci jako sestra specialista v Poradně pro léčbu rány. Více než deset let poskytuji konzultace na ostatních odděleních VFN jako hlavní konzultantka pro hojení ran. V koncepci, která byla pro tyto účely vytvořena, máme stanoveny podmínky pro samostatnou práci sestry v hojení ran ve VFN a spolupráce s lékaři různých oborů. Tato koncepce je však pouze vnitřním řešením dohodnutého systému.

Ve své diplomové práci bych chtěla navrhnout legislativní možnosti pro práci sester specialistek v hojení ran v České republice, kdy specializovaná sestra bude moci za daných podmínek pracovat bez přítomnosti lékaře u převazu a rozhodovat o lokální terapii. Mým úkolem je vytvořit jasně ohraničené kompetence sester, současně s dalšími doprovodnými návrhy, které se týkají systému hojení ran.

## **Cíl práce**

- Legislativní návrh na institucionalizaci sestry pro hojení ran
- Kompetence sestry specialistky pro hojení ran
- Vzdělávací systém sestry specialistky pro hojení ran
- Kontrolní systém pro sestru specialistku pro hojení ran
- Projekt zavedení nového systému hojení ran do zdravotnického zařízení
- Administrativa v systému hojení ran
- Vybavení pracoviště pro hojení ran
- Hygienicko – epidemiologický režim na pracovišti s ránami

## **Pracovní postup**

Diplomová práce bude rozdělena do několika částí.

1. ■ Úvod do problematiky, současný stav v České republice a v zahraničí (Velká Británie, Slovensko, Německo, Polsko), diagnostika situace pomocí SWOT analýzy a řešení projektu pomocí logického rámce.

2. ■ Výzkum:

• kvantitativní

- informace získané pomocí patnácti položkového dotazníku, dotazník bude předložen účastníkům setkání sester - kulatý stůl konzultantek pro hojení ran VFN, dotazník je zaměřen na otázky týkající se kompetencí sester, vzdělání sestry specialistky, spolupráce s dalšími odborníky, akce proběhne jako pilotní studie pro úpravu a rozšíření dotazníku na kongres hojení ran

- informace získané pomocí dotazníku, na základě pilotní studie bude dotazník přepracován, rozšířen a předložen účastníkům celostátního kongresu pro hojení ran České republiky, Pardubice 29. ledna 2009

• kvalitativní

- strukturované rozhovory s odborníky hojení ran v české republice lékaři i sestrami z oborů chirurgie, interny, geriatric, diabetologie, dermatologie.

3. ■ Návrhy legislativních změn a kompetencí sester specialistek pro hojení ran.

Návrhy vzdělávacího a kontrolního systému

4. ■ Přílohy:

Logický rámec

**LOGICKÝ RÁMEC – projekt  
INSTITUCIONALIZACE SESTRY SPECIALISTKY PRO HOJENÍ RAN  
Předkladatel projektu: Markéta Koutná**

	<b>Popis projektu</b>	<b>Ověřitelné ukazatele</b>	<b>Zdroje ověření ukazatelů</b>	<b>Předpoklady / Rizika</b>
<b>Obecný cíl</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ zvýšené využívání moderního způsobu hojení ran v České republice se zapojením sester specialistek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ nižší náklady na lokální a celkovou terapii v hojení ran</li> <li>■ zkrácení intervalů kontrol ve specializovaných ambulancích pro hojení ran</li> <li>■ včasné propuštění pacientů s ránami do domácího ošetření</li> <li>■ ušetření pracovního času lékařů k provádění jiné specializované práce</li> <li>■ zkrácení doby léčby ran</li> <li>■ předcházení vzniku proleženin v nemocničních zařízeních</li> <li>■ snížení počtu komplikovaných ran</li> <li>■ prodloužení kontrol méně mobilních pacientů v péči agentur domácí péče na specializovaných ambulantních zařízeních</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ekonomické výsledky daného zdravotnického zařízení</li> <li>■ roční statistické údaje jednotlivých zařízení - nemocnice, ambulance, ADP</li> <li>■ dotazníkové studie</li> <li>■ výsledky výzkumu ... EWMA – bércové vředy</li> <li>■ změna v organizaci práce lékařů – informace u managementu oddělení</li> <li>■ medián a průměrná doba léčby vyléčených pacientů v daných zařízeních</li> <li>■ roční statistické údaje výskytu dekubitů celé nemocnice</li> <li>■ cena za recepty na ATB v hojení ran</li> <li>■ počet převozů sanitními vozy na kontrolu do specializovaného pracoviště</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Širší zapojení specializovaných sester do procesu hojení ran s legislativně uznaným zázemím</li> <li>■ Zapojení agentur domácí péče do systému, na základě nastaveného systému vzdělávání, vytvoření zpětné kontroly, nastavení systému spolupráce</li> <li>■ Nezájem managementu o práci specializovaných sester v hojení ran</li> <li>■ nerespektování sester specialistek lékaři především z chirurgických oborů</li> </ul>

<b>Účel projektu. Konkrétní cíl</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ legislativní uznání specializované sestry pro hojení ran a její uvedení do praxe s konkrétními kompetencemi a termínem realizace do dvou let.</li> <li>■ legislativní uznání pozice sestry specialistky v hojení ran MZČR</li> <li>■ samostatná práce sester s ohraničenými kompetencemi po získání specializačního vzdělání</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ návrh textu a zveřejnění ve vyhlášce</li> <li>■ předložení tezí</li> <li>■ předložení koncepce dalšího vzdělávání</li> <li>■ předložení návrhu kompetencí</li> <li>■ počet sester specialistek v každé nemocnici vykonávající lokální léčbu ran</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ novelizace Zákona č. 96/2004 Sb. a Vyhlášky 424/2004 Sb.</li> <li>■ Zákon (vyhláška) o provádění lokální terapie rány bez přítomnosti "lékaře"</li> <li>■ informace hlavní sestry nemocnice</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Novelizace zákona č. 96/2004 Sb. vyhlášky 424/2004 Sb.</li> <li>■ nepřijetí vyhlášky"</li> <li>■ jednání se zástupci ČAS, MZČR, NCONZO</li> <li>■ přístup a vyjádření lékařských fakult</li> </ul>
<b>Výstupy</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ novelizace vyhlášky nebo přijetí nové vyhlášky</li> <li>■ stanovení podmínek pro získání specializace s garancí České asociace sester</li> <li>■ získání sesterských kódů pro vykazování výkonů</li> <li>■ manuály pro specializované sestry, guide lines, poziční dokumenty</li> <li>■ návrh kompetence</li> <li>■ systém dalšího kontinuálního</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ schválení novely a její zápis do rejstříku zákonů</li> <li>■ koncepce práce sestry na primární, sekundární a terciární úrovni</li> <li>■ schválení předložených sesterských kódů pojišťovnou</li> <li>■ schválení předložených manuálů na odboru vědy a vzdělávání MZČR a ČAS, ČSLR</li> <li>■ postgraduální program NCONZO Brno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sbírka zákonů</li> <li>■ ČAS – stanovy.....</li> <li>■ seznam výkonů pojišťovny</li> <li>■ sbírka dokumentů ČAS</li> <li>■ metodický pokyn MZČR</li> <li>■ seznam vzdělávacích aktivit NCONZO Brno ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <input type="checkbox"/> nutnost změny dalších zákonů</li> <li>■ <input type="checkbox"/> zapojení specializovaných sester v dalších odbornostech</li> <li>■ <input type="checkbox"/> odmítání pojišťovny</li> <li>■ odpor lékařských a odborných lékařských společností</li> <li>■ podpora NCONZO Brno</li> <li>■ vytvoření a</li> </ul>

	<p>vzdělávání</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ kontrola práce specializovaných sester na úrovni nemocnice a zdravotnických zařízení, předkládání výsledků</li> <li>■ vytvoření modelového národního standardu pro vybavení pracoviště poskytující péči o rány</li> <li>■ sesterská dokumentace</li> <li>■ vytvoření národního standardu pro hygienicko-epidemiologický režim na pracovištích, kde jsou ošetřovány rány</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ustanovení Komise při MZČR pro kontrolu práce a výsledků sestry specialistky, spolupráce s ČSLR</li> <li>■ metodické pokyny</li> <li>■ seznam a vzor sesterské dokumentace</li> <li>■ seznam zdravotnických zařízení pro vykonávání praxe sester specialistek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Komise při MZČR .odbor pro vědu a další vzdělání <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Komise kvality při ČSLR</li> </ul> </li> <li>■ Sbírká metodických pokynů Odboru vědy a vzdělání při MZČR</li> <li>■ metodický pokyn Odboru vědy a vzdělání při MZČR</li> <li>■ statistické údaje o počtu účastníků, plán praktické výuky</li> </ul>	<p>podpora dalších vzdělávacích pracovišť s akreditací</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nezájem zástupců odboru pro vědu a další vzdělávání při MZČR</li> <li>■ Spolupráce s dalšími odborníky</li> </ul>
<b>Aktivity</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>aktivita 1:</b> prostudování zahraniční právní úpravy a zahraničních modelů</li> <li>■ <b>aktivita 2:</b> vytvoření základních tezí pro navrhovaný projekt</li> <li>■ <b>aktivita 3:</b> sestavení pracovní skupiny</li> <li>■ <b>aktivita 4:</b> schůzky pracovní skupiny, jednání, tvorba a schvalování</li> </ul>	<p><b>Náklady:</b></p> <p>Mzdové náklady Cestovné Nákup materiálu Pronájmy jednacích místností Občerstvení Ubytování a stravné Studie Publikace Překlady Právní služby</p>	<p><b>Časový rámec aktivit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ září 2008</li> <li>■ říjen 2008</li> <li>■ říjen + listopad 2008</li> </ul>	<p><b>Prostředky:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ společnosti nabízející produkty k hojení ran</li> </ul>



	<p>dokumentů, právnické konzultace</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>aktivita 5</b> vytvoření struktury kompetence</li> <li>■ <b>aktivita 6</b> koncepce zavádění moderního hojení ran do zdravotnického zařízení</li> <li>■ <b>aktivita 7</b> návrh spolupráce ADP se specializovanými ambulancemi na hojení ran</li> <li>■ <b>aktivita 8</b> - standard hygienicko epidemiolog. režimu na pracovišti hojení ran</li> <li>■ <b>aktivita 9</b> standard vybavení specializovaného pracoviště pro hojení ran</li> <li>■ <b>aktivita 10</b> návrh dokumentace pro samostatnou práci sestry specialistky pro hojení ran</li> </ul>	<p>Náklady na poradenství, konzultační služby</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ leden 2009</li> <li>■ leden – listopad 2009</li> </ul>	
--	---	---	---	--

## Příloha č. 3 Dotazník pro kvantitativní výzkum Pardubice 2009

### Institucionalizace sestry specialistky pro hojení ran

Vážené kolegyně a vážení kolegové.

Vývoj situace v oblasti hojení ran vede k zamyšlení nad zavedením některých změn v postavení sester specialistek. Je vhodné vytvořit systém sesterských kompetencí spolu se vzděláním a následnou praxí. Ráda bych zjistila Váš názor na tuto problematiku, a proto se na Vás obracím s prosbou o vyplnění tohoto anonymního dotazníku. Získaná data budou použita pro výzkum v rámci diplomové práce, ale i pro další jednání s organizacemi, které by mohly změny ovlivnit. Předem moc děkuji za pomoc. Markéta Koutná.

**1. Považujete za účelné, aby se samostatně profilevala sestra specialista pro hojení ran?**

- ano       ne       nemám vyhraněný názor

**2. Jste ochoten(a) takovou sestru pracovně podpořit?**

- ano       ne       nemám vyhraněný názor

**3. Domníváte se, že lze stanovit hranici, kde končí kompetence sestry specialistky pro hojení ran a začíná kompetence lékaře?**

- ano       ne       nemám vyhraněný názor

**4. Mohla by být zdravotnická zařízení (ambulantní provoz, oddělení, ústav sociální péče a další) obsazena za jasně daných podmínek (kompetencí) sestrou specialistkou pro hojení ran, která by pracovala samostatně?**

- ano       ne       nemám vyhraněný názor

**5. Je podle Vás nutné, aby v ambulanci pro hojení ran vždy pracoval lékař se sestrou specialistkou?**

- ano       ne       nemám vyhraněný názor

**6. Pokud ano, uveďte, prosím důvod:**

- je to legislativně dané  
 je to tradice  
 předcházení většině závažných problémů  
 příliš velká odpovědnost samostatné sestry  
 jiné.....prosím doplňte

**7. Pokud by sestra pracovala v ambulanci pro hojení ran samostatně, s kterými obory, dle Vašeho názoru, by měla úzce spolupracovat?**

- chirurg       angiochirurg  
 psycholog       neurolog  
 nutricionista       algésiolog  
 angiolog       fyzioterapeut  
 biochemik       dermatolog  
 jiný.....(prosím doplňte)

**8. Kolik let praxe v oboru ošetrovatelství by měla mít samostatná sestra specialista?**

- 3 roky       5 let       více než 5 let       jiná délka praxe

**9. Jaké vzdělání by v budoucnu měla mít sestra specialista pro hojení ran?**

- DIS                       sestra bakalářka                       sestra magistra

**10. Jakou specializaci by měla mít sestra specialista pro hojení ran, která by za určených kompetencí prováděla ošetření některých ran samostatně?**

- specializační kurz pro hojení ran v NCONZO Brno  
 specializační kurz v NCONZO + další akreditovaný kurz pro hojení ran  
 dva a více specializovaných kurzů  
 další možnosti (prosím doplňte).....

**11. Na kolika specializovaných pracovištích hojení ran a jak dlouhou praxi po teoretickém vzdělání by měla mít sestra specialista pro hojení ran, která by pak prováděla ošetření některých ran samostatně?**

- praxe na 1 spec. pracovišti v celkovém počtu 

50 - 60 - 70 - 80 - 90 - 100
------------------------------

 hodin  
 praxe na 2 spec. pracovištích v celkovém počtu 

50 - 60 - 70 - 80 - 90 - 100
------------------------------

 hodin  
 praxe na 3 spec. pracovištích v celkovém počtu 

50 - 60 - 70 - 80 - 90 - 100
------------------------------

 hodin  
 .....doplňte

**12. Jaký by měl být podle Vás systém zpětné kontroly práce sestry?**

- zkouška speciál. komisí zdrav. zařízení, kde sestra pracuje, periodicita: 

1 - 2 - 3
-----------

 roky  
 kontrola v rámci vnitřního auditu zdravotnického zařízení  
 jiný systém.....(prosím doplňte)  
 bez kontroly

**13. Setkali jste se ve své práci s případem, kdy lékař požádal o konzultaci (pomoc) v hojení rány sestru?**

- ano                       ne

**14.  Jste lékař(ka)                       zdravotní sestra                       jiná profese**

**15. V jakém oboru pracujete?**

- v chirurgickém oboru                       v interním oboru  
 v jiném oboru                       domácí péče, sociální péče

**16. Jste zaměstnán ve:**

- Fakultní nemocnici     krajské nemocnici     okresní nem.     jiném lůžkovém zařízení  
 spec. ambulanci     v jiném typu zdravotnického zařízení     agentuře domácí péče  
 v ústavu sociální péče

**17. Délka praxe v oboru hojení ran .....let**

- v nemocnici .....odd.  
 ve specializované ambulanci ..... obor  
 v domácí péči  
 v jiném zařízení

## Příloha č. 4 Dotazník odpovědnosti sester specialistek Teplice 27.4. 2009

### Pozice sestry specialistky po hojení ran

1. Co pro Vás znamená nebo by znamenala pozice sestry specialistky pro hojení ran?  
Označte pořadí od 1 do 5 dle významnosti.

- prestiž
- finanční ohodnocení
- provozní nezávislost na lékaři
- odborná nezávislost na lékaři
- možnost seberealizace (uplatnění práce, která Vás zajímá)

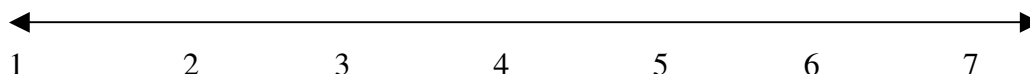
2. Jste ochotni nést odpovědnost za vykonávání práce jako sestra specialistka při nastavených kompetencích?

- ano  ne

3. Pokud jste odpovědni nést odpovědnost na svoji práci, jaká je míra této odpovědnosti na škále od 1 do 7.

1 = plnou odpovědnost nese za ošetření rány lékař

7 = plná odpovědnost sestry specialistky při daných kompetencích a například s použitím mřížky kompetence



4. Prosím, o zaznamenání obecných údajů:

- obor, ve kterém pracujete.....
- délka praxe .....

Věk  20-29  30-39  40-49  50-59  60-69

5. Mohla by sestra v ambulantním provozu ( např. v ambulanci hojení ran) předepisovat materiál k ošetření rány?

- ano, sestra zná dobře účinky materiálu a spotřebu u konkrétního pacienta
- ano, sestra ušetří lékaři práci
- ne, za tyto úkony má být odpovědný lékař
- nevidím důvod ke změně v předepisování, nemáme s tím problém
- další důvod.....prosím doplňte

## Příloha č. 5 Kvalitativní výzkum - rozhovor s informantem 25.3. 2009

Transkripce rozhovoru

### Kritéria zápisu:

(.)	zcela krátká přestávka v projevu
(..)	krátká pauza
(...)	střední pauza
(pauza)	dlouhá pauza
hm	pauza
(.)	poklesnutí hlasu
(^)	zdvížení hlasu
(?)	tázací intonace
<u>jistě</u>	nápadné zdůraznění
[ ]	protahovaně
...	nedokončená věta
SLOVO	pronesené vyšším hlasem
šslovoš	slovo pronesené s úsměvem
,-	klesající intonace
( )	nesrozumitelné slovo
[	začátek překrývající se výpovědi

*Rychlý sled slov nebo vět*

Markéta Koutná: Chtěla bych se tě zeptat, jaký je tvůj názor na práci budoucí sestry specialistky v hojení ran? Za jakých podmínek, si myslíš, že by mohla pracovat samostatněji?

Informant: Já to vezmu z druhého konce.(pauza) já si myslím, že by v první řadě si měla vydobýt důvěru toho lékaře s kterým bude spolupracovat.(..) Čili(..) zpočátku by měla být skromnější a *on by měl vidět, že se na ni může spolehnout* a pak ji může nabalovat.(...) Stalo se mi několikrát, že holky, o kterých jsem si myslel, prostě že jsou úplně vynikající, (..)tak občas (.) zazmatkovaly a udělaly něco co neměly, (...) *ale to nevadí, to prostě asi k tomu patří*. Asi uděláme každý, jó? Ale jsem přesvědčený o tom, že by měly mít tu důvěru. Pak by měla by být vzdělaná, což se jasný, musí mít kurzy, ale kurzy nevytvoří z člověka znalce. Čili musí mít praxi, *a to je o tom, že zase bude znát. O ničem jiném to není. Vzdělaná a bude ji ten lékař znát – dá jí důvěru. A bude vědět, že jsou situace, že se musí (.) zastavit, shodit krytí a dát tam něco proti infekci a tlačit toho doktora a zpátky, zavolat ho k tomu. On třeba řekne - zbytečný poplach, jedeme dál. Ale musí mít zpětnou vazbu ta sestra. KDYŽ JI NEBUDE MÍT, tak ten doktor s ní přestane pracovat. Ona odléčí řadu věcí velice dobře, ale pak ho dovede do průšvihů. Já jsem přesvědčen, že by to mělo být vzdělání, zkušenost, zpětná vazba na doktora, a důvěra s doktorem. Získat si. Což nejde hned po skončení, zvláště tady u nás.*

Markéta Koutná: Mě to překvapilo (..) a z těch dotazníků vyznělo, že ty sestry jakoby mají tu tendenci (...), ale bojí se té odpovědnosti. Ony už tu odpovědnost na sebe jakoby nechťejí brát. Nemyslím celkové, jo? Ale v těch dotaznicích tam poměrně dost tohleto zaznělo.

Informant: Je to nová dimenze ta odpovědnost. Ony mají svou určitou a tohle je něco navíc.(..) Ty, který jsou fakt zodpovědný, tak se začnou bát, ty který ne, tak to jsou střelci, ty jedou.

Jaký je Tvůj názor na vytvoření celorepublikového standardu nebo guide line, případně, kdo by se v tom měl participovat?

(pauza) No, to je věc, o který se mluví strašně dlouho a k ničemu to zatím nevede, (´), protože kdo to bude dělat, vždycky bude smeten někým jiným. Alespoň já si to osobně myslím,-  
(..)Proto to nemůže být konkrétně, ale mělo by to být co nejvolnější (..) a měly by se na tom podílet (..) všechny skupiny a pokud možno maximum odbornosti. (pauza) Dobře, nechť jeden tam ty odbornosti svolá, ale nechá je, aby vznikl nějaký konsenzus. Jedna společnost (.) nemůže podle mě nastavit (...) tenhle guideline nebo doporučení. A musí to být volný.

*Průšvih je v tom, jestli to bude dělat společnost, která by to tvořila, která je silná, což ČSLR určitě v tomhle není, to mohou být jedině chirurgové nebo dermatologové, že něco nastaví, a ti ostatní jim to odkývají, protože tomu nebudou rozumět a my k tomu nebudeme pozváni. Tam vidím velký průšvih, že se může stát, že vyjde něco, co bude ptákovina. Čili otázka je, jestli nepřevzít iniciativu (...) a nebýt my ti první, kteří je svolají. To je to, co já si myslím, že o toto by měly některé firmy zájem. My jsme přece kdysi udělali kulatý stůl, že jo, tam všichni tvrdili, jak to dělají a zjistili jsme, že to nedělají a teď bychom je potřebovali dokopat zpátky. Musíme to mít zaštitěno nějakými osobnostmi.*

Markéta Koutná: Tím, že jsme takoví mezioborový, tak možná by ta aktivita (´)....

Informant: My takový ty osobnosti, (...) protože rány jsou vždycky ty Popelky, my zase takový osobnosti nejsme. Tady by musela trochu pomoci (..) vědecký hodnosti musejí pomoci, což je .....ová, což je profesorka.

Markéta Koutná: Je to běh na dlouhou trať, jak říkáš, (..) ale mohlo by to být dobré. Každý ví, že kromě pozičních dokumentů, které jsou také kritizovaný, ....

Informant: ze všech společností...

Markéta Koutná: Tady nic hmatatelného nemáme....

Informant: Ty poziční dokumenty nejsou špatný. *Kdyby oni si vzali, jen z toho něco, tak je to úspěch, protože oni si to dělají podle sebe, chtějí slyšet krok A, krok B, krok C. Což nejde.*

Markéta Koutná: Mně právě v rámci těch pozičních dokumentů vyhovuje, že je to pro všechny.

Informant: to je v pořádku

Markéta Koutná: Je to odrazový můstek, kam chci jít dál...Je sice vidět, že to, co vytvořili před x lety již nestačí, na základě toho asi musí vytvořit další dokument a určitý věci tam stejně nenajdeš, já se k tomu opakovaně vracím a odvolávám, protože nic hmatatelnějšího v podstatě není.

Informant: Není a je to hlavně to, že *kdyby se někde něco stalo a šlo by se do soudu, tak se zeptají, proč jste do dělali takhle a ty se nemáš o co opřít, ale mohla bys říci ano v pozičním dokumentu, Mohou k tomu pak přihlédnout, že jsem pracoval podle toho* Tohle je jako s dekubitama, protože Epuap vydal doporučení taky.(..) Který taky nejsou špatný, jsou volný a s tím se dá dělat. kdybych šel do toho na tuho, tak se mohu opřít o toto, protože jinak nic neexistuje. A já si myslím, že u těch společnosti je to strašně o ješitnosti.

Tady by mělo zaznít, že standard, co by mělo být standard a když používám materiály pro klasičnou ne vlhkou, takovou tu běžnou tak bych měl mít pro to zdůvodnění.To si myslím, že by bohatě mělo stačit, aby se začaly používat nové prostředky, tak jak se mají podle výzkumu. *Víc bych se do toho nemotal, kdyby se nám toto podařilo, tak by to mělo být dobré.* Oni se pak o to musí více zajímat. Já si myslím, že se už o to snažíme teďka, bavil jsem se s nějakými

lidma o tom teďka a oni říkali, že si to nějaký projít hlavou, zkusíme přes Hojení 21. Že na ně by slyšeli, víc než na nás. Je to o médiích, každý se chce zviditelnit....

Markéta Koutná: Slyšel jsi na kongresu, jak jsem měla prezentaci o mřížce kompetence? Je to ještě jako pilotní studie a mohl by to být nástroj na řešení kompetencí...

Informant: To, co mi říkáš, se mi líbí, to je geniální myšlenka, (..) to jsem na to zvědavej, ale musíš tam zhodnocený, že ...tak dobře. *Tobě vyjde, že to musí vidět lékař, doktor to uvidí, bude převazovat za 3 dny a zas Ti to vyjde, že to musí vidět lékař.* Protože tam budou kritéria stejný. *Ted' jde o jednu věc, jestli po týdnu je dostatečná doba na ránu, jestli je stabilizovaná.*

Markéta Koutná: To se mi líbí tahleta tvoje myšlenka....

Informant: *Když je to stabilizovaný tak ten týden je dobrá doba*, když se to zlepšuje, tak ty body budou stále klesat a klesat, ale ten doktor by to měl stejně vidět alespoň jednou za týden. Takže(...) nemáme tam podchycený vývoj, stagnaci a zhoršení.(...) To víš ty, ale řada lidí to neví..To by měly pro sebe nějaký záchytný bod, ale aby je to ochránilo, ale i vedlo. Zkušenost v praxi v léčbě ran. Dva, tři roky by měla mít zkušenost. Jde o to, aby ty holky to dělaly samy, to by mohl být výstup tvé práce, aby se pro ty holky vyhánilo více samostatnosti. Sestry by mohly dělat nekrektomie (...) proč by ne, ty shnilý, odpadlý, určitě to umí. (..) Lékaři ušetří čas a urychlí hojení....

Markéta Koutná: A (..) nyní vzdělání té budoucí sestry? Jak bychom mohli uchopit vzdělání budoucích sester?

Informant: Ve vzdělávání máme první část, pak mohou mít praxi, mají 6 dní praxe a pak mají druhou část.(..) je to 2x tři dny teorie a 2x tři dny praxe. Teorii mají v Brně v doškolovákú a praxi mají na akreditovaných pracovištích při MZ, což jsme my a FN Bohunice. Já si myslím, že to stačí.. Měl by tam být následný modul, aby ty ženské mohly prezentovat ony, abychom si mi s nimi povídali, vzájemný učení. Například po roce. Aby ukazovaly spíše neúspěchy.

Markéta Koutná: Já bych si představovala návrh modulu, který by byl nějaký delší...s obrovskou praxí.

Informant: Půlroční studium to nikdo neudělá, to bude problém finanční. V Brně běží nějaký takovýhle věci. Běží tam ischemický nohy, žíly, a my co tam jezdíme, tak si s nimi povídáme už o lokále. Nutrice tam ještě běží. Oni mají moduly ze všech oblastí a pak s nima dělám každý kurz lokál.

Povídáme zvlášť fixaci, zvlášť bolest a vždycky to pak doplácáme kazuistikama.

Markéta Koutná: Jaké legislativní úpravy by měly být nastaveny pro práci specialistky?

Informant: Musí být nastaveno, co sestra může udělat, a když překročí, tak už to všechno bere na vlastní triko. *Což ty vlastně tvoříš.* Tím je chráněná, že nesmí překročit to kam jsou vpuštěny kompetence. A teď je otázka, kam se jí vpuštějí . Já si myslím že bys tam měla mít napsaný nekrektomie, jaký by mohla udělat, debridement lžičkou, u granulační rány.To je základní věc, Preskribuje to asi neprojde – spíš bych dal doporučuje.

Lékař se musí na sestru spolehnout, protože mu bude sahat na peníze.fakt musí tu holku znát. A musí znát toho pacienta. Ona by měla ta holka v podstatě PL dávat hlášení každý týden, zpětně mít napsaný, co jsem udělala, co jsem spotřebovala, přibude ji hodně práce, ale musí to tam být, já vyžadují od našich holek, aby nám napsaly co s tím dělají a denně.

Přibude ji hodně práce.

Markéta Koutná: Tak děkuji hodně moc za tvůj čas.

## REJSTŘÍK VÝRAZŮ

- **A**

Analogová škála - měření subjektivních pocitů (bolesti) pomocí měřítka od 0 -10

Aseptické přístupy - sterilní, bez přítomnosti mikroorganismů

Angiolog - cévní lékař

Atonie - ztráta napětí

Alginát - generická skupina obsahující výtažky z mořských řas

Antidekubitární pomůcka - typ pomůcky řešící prevenci proleženin

- **B**

Baktericidní - ničící bakterie

- **C**

Cardiff - město s universitní nemocnicí ve Walesu ve Velké Británii, ve světě známé rovněž Výzkumným centrem pro hojení ran

Celulitis - zánět podkožního vaziva způsobený například streptokoky

- **D**

Débridement - způsob odstranění mrtvé tkáně z rány

Dehiscence - rozestup obvykle operační rány

Dermatolog - kožní lékař

Defekt - porucha, vada, chronická rána, nedostatek

Dekubity - proleženina, porušení kůže a struktur pod kůží v důsledku působení déleodobého tlaku

Diabetolog - lékař zabývající se výzkumem, léčbou a diagnostikou cukrovky

Diabetes mellitus - úplavice cukrová, cukrovka

Diabetická noha - syndrom s vážným porušením tkáně nohy, vzniká u diabetu na základě zhoršeného prokrvení tkáně nohy

Diferenciální diagnóza - postup, při kterém se zjišťuje diagnóza výběrem z několika nemocí

Dimise - propuštění z nemocnice

Drény - pomůcky k odvádění tekutin například z ran

- **E**

Etiologie - příčiny

Ekzematizace - druhotný vznik ekzému u jiného kožního onemocnění

Ergoterapie - metoda léčby a rehabilitace nemocných pomocí vykonávání přiměřené práce

Erytém - červené zbarvení kůže způsobené rozšířením krevních cév a zvýšeným prokrvením

Exsudát - zánětlivý výpotek

Excoriace - oděrka

- **F**

Filmy - typ ob vazů určených k modernímu hojení ran

Flebologie - nauka o žilách, lékařský obor zabývající se onemocněním žil

Fyzioterapie - způsob léčby fyzikálními metodami



- **G**

Gastroenterologie - lékařský obor zabývající se výzkumem, diagnózou a léčbou chorob trávicího systému

Generické skupiny - rozdělení na skupiny podle specifických účinků

Geriatric - lékařský obor zabývající se diagnózou a léčbou chorob starých lidí a péčí o ně

George Winter - zakladatel moderního hojení ran

Gerontologická společnost - společnost zabývající se studiem změn lidského organismu ve stáří a zdravotními, psychologickými, sociálními důsledky ve stáří

Granulační tkáň - tkáň složená z nově tvořených cév a vaziva, která přerůstá přes poškozená místa (rány)

- **H**

Hydrogel - amorfní gel určený k hydrataci tkáně

Hydrokoloid - druh moderního krytí určeného k hojení ran

- **CH**

Chronické rány - rány, které nevykazují známky hojení déle než šest týdnů

- **I**

Indikace - rozhodný důvod či soubor okolností vyžadující určitý léčebný nebo diagnostický postup

Inkontinence - neschopnost udržet moč

Institucionalizace - oficiální ustanovení pozice

Iritace - podráždění

Ischemie - místní nedokrevnost tkáně a orgánu, které vede k jejich poškození až odumření

- **K**

Kapsa - dutina v ráně

Kasuistika - popis konkrétního případu určitého onemocnění, který má často zajímavý a poučný charakter

Kompetence - pravomoc

Kompresivní bandáž - vyvázání dolní končetiny elastickým obinadlem

Kriticky kolonizovaná rána - rána s vysokým výskytem bakterií bez známek zánětu

Krytí - všeobecný výraz pro typ moderního materiálu určeného k hojení ran

- **L**

Léze - poškození orgánu nebo tkáně

Lokální péče - péče o ránu pomocí materiálů, místní přímé ovlivnění rány

- **M**

Macerace - změknutí vzniklé působením tekutiny

Magistraliter - lék, který je připravován v lékárně

Management rány - řešení rány komplexním způsobem

Moist wound healing - vlhké hojení, způsob hojení ran za vlhkých podmínek

Multioborová - mezi jednotlivými lékařskými obory například chirurgie, interna atd.

- **N**

Neadherentní - nepřilnavý

Nekrotická spodina - odumřelá tkáň v lůžku rány  
Neuropatický vřed - vzniká v oblasti chodidla v místě tlaku nebo nášlapku  
Nortonová - vyvinula škálu pro pacienty v dlouhodobé péči, odstupňování podle závažnosti  
Nutrice - výživa

- **P**

Paraplegie - úplné ochrnutí poloviny těla  
Per primam - prvního záměru, hojení rány napoprvé, bez komplikací

Pěna - typ moderního materiálu určeného k hojení ran  
Pištěl - abnormální kanálek tvořící komunikaci mezi dutinou a jejím povrchem.  
Pediatrie - obor zabývající se problematikou chorob nohou  
Polymorbidní - přítomnost více chorob současně  
Prevalence - počet existujících nemocí či zdravotních problémů ve vybrané populaci k určitému datu  
Preskripce - předpis léků  
Profylaxe - ochrana před určitou nemocí, která by mohla nastat  
Proleženina - poškození kůže a podkožních tkání, které je způsobeno tlakem na hmatné kostní výčnělky těla  
Pruritus - svědění

- **R**

Reepitelizace - růst nové kůže

- **S**

Sakrální oblast - oblast křížové kosti  
Sekrece - prosakování z rány  
Sestra specialista - sestra, která se specializuje na určitou oblast ošetrovatelství  
Spodina rány - lůžko rány  
Stagnující rána - nehybnost bez vývoje

- **T**

Terapeutické obvazy - typy obvazů určené k modernímu hojení ran  
Tissue viability nurse - sestra specialista pro hojení ran v britských zemích

- **U**

Ulcerace - vřed, vznik vředu  
Ulkus cruris - bérkový vřed

- **V**

VAC systém - vakuový uzavřený systém, využívá podtlaku, používá se hlavně u rozsáhlých ran, většinou operačních  
Venózní insuficience - žilní nedostatečnost  
Verifikace - potvrzení  
Vyšetření Dopplerem – Dopplerův ultrazvukový průtokoměr, přístroj využívající ultrazvuku k měření krevního tlaku zejména v dolních končetinách

