

## WYWIAD

# Leczenie ran

## jest palącym problemem w ochronie zdrowia

Rozmawiała Iwona Kazimierska

Narodowy Fundusz Zdrowia zaproponował długo wyczekiwany i potrzebny zarówno pacjentom, jak i pracownikom ochrony zdrowia projekt KPLR-2, który po raz pierwszy ma szansę rozwiązać najważniejsze problemy dotyczące opieki nad chorymi z trudno gojącymi się ranami. O przemodelowaniu systemu leczenia ran przewlekłych w taki sposób, by było ono skuteczne i bezpieczne dla chorego, mówi dr hab. n. med. Beata Mrozikiewicz-Rakowska, prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran.

**Czeka nas rozbudowa świadczeń w zakresie leczenia ran w Polsce. W tym celu NFZ przygotował projekt KPLR-2, który tworzy podwaliny systemu organizacji tej sfery świadczeń. Czy są realne szanse na wdrożenie tego programu w obecnej sytuacji epidemiologicznej?**

Epidemia SARS-CoV-2 odsłoniła w pełni wiele nierozwiązanych do końca problemów medycznych, w tym związanych z leczeniem ran przewlekłych. Rany te, zgodnie ze współczesną nomenklaturą, nazywamy trudno gojącymi się. Należą do nich owrzodzenia goleni zarówno o etiologii żylniej, jak i tętniczej, zespół stopy cukrzycowej, odleżyny. Do grupy tej coraz częściej dołączają rany nowotworowe, w tym popromienne, a także powstałe w wyniku oparzeń czy w prze-



Fot. Archiwum własne

biegu terapii immunosupresyjnej. Utrudniony dostęp chorych do poradni specjalistycznych w ostatnich miesiącach wynikający z pandemii sprawił, że pacjenci z trudno gojącymi się ranami byli często zdani na opiekę rodziny, a nierzadko nawet samych siebie. Inicjatywa stworzenia projektu KPLR-2 w momencie zwiększania się dostępności placówek ochrony zdrowia daje szansę na zmianę perspektywy dla pacjentów z tym problemem zdrowotnym. Pamiętajmy bowiem, że konsekwencje nieleczonych ran mogą być poważne, łącznie z ryzykiem posocznicy, amputacji kończyny dolnej, a nawet utraty życia w wyniku powikłań stanu septycznego. Projekt KPLR-2 zakłada sytuację, w której personel pielęgniarski

”

Projekt KPLR-2 zakłada sytuację, w której personel pielęgniarski przychodzi do miejsca zamieszkania chorego. Ogranicza to możliwość kontaktu pacjentów z osobami potencjalnie zakażonymi koronawirusem

przychodzi do miejsca zamieszkania chorego. Z jednej strony ogranicza to możliwość kontaktu pacjentów z osobami potencjalnie zakażonymi koronawirusem, z drugiej zwiększa szansę na to, że osoba z raną doczeka się wizyty, na którą w normalnych warunkach musiałaby się zgłosić do poradni, pokonując szereg trudności

życia codziennego. Należy podkreślić, że osoby te niejednokrotnie poruszają się na wózkach inwalidzkich czy za pomocą specjalistycznych ortez i kul łokciowych.

**Czy projekt KPLR-2 w obecnym kształcie spełnia oczekiwania pacjentów i środowiska medycznego?**

Projekt jest niezwykle potrzebnym narzędziem w walce z trudno gojącymi się ranami w Polsce, jednak to narzędzie musi być tak skonstruowane, aby jego wdrożenie zakończyło się powodzeniem, co dla chorego oznacza zachowanie życia i utrzymanie kończyny dolnej lub jej fragmentu. Polskie Towarzystwo Leczenia Ran postuluje wprowadzenie do projektu szeregu rozwiązań, które mogłyby pozytywnie wpłynąć na jego ostateczny kształt. Jednym z postulatów jest zwiększenie kompetencji pielęgniarek środowiskowych w zakresie rozpoznawania i postępowania z ranami przewlekłymi. Przykładem może być wykorzystanie samego opatrunku bez zastosowania odciążenia u chorego z zespołem stopy cukrzycowej czy odleżyną, rezygnacja z zastosowania kompresjoterapii i leczenia chirurgicznego żyłaków czy też diagnostyki i leczenia zaburzeń ukrwienia tętniczego w owrzodzeniach goleni. Oznacza to, że projekt musi uwzględniać tzw. standard leczenia (*standard of care*), bez którego nie powinno się podejmować jakichkolwiek działań medycznych na rzecz pacjentów, szczególnie w grupie chorych, którym zagraża amputacja kończyn dolnych, posocznica czy nawet zgon z powodu ogólnoustrojowego zakażenia. Projekt KPLR-1 wskazuje wyraźnie, jakie kompetencje powinny mieć osoby biorące udział w procesie leczenia ran przewlekłych. Kompetencje środowiska medycznego przekładają się na bezpieczeństwo terapii, a więc ostateczny efekt leczenia chorego. Ma to także zasadnicze znaczenie dla finansowania wykonywanych procedur przez świadczeniodawcę.

**Czy osoby sprawujące opiekę nad chorym z raną w ośrodkach rejonowych są w stanie zabezpieczyć jego potrzeby zdrowotne?**

Projekty kierowane do osób sprawujących opiekę nad chorymi znajdującymi się pod opieką lekarza POZ czy ZOL-u powinny uwzględniać sposób komunikacji, a więc współpracy środowiska pielęgniarskiego



PAP/Stach Leszczyński

## Komentarz

### Zofia Małas prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych w oparciu o opinie środowisk pielęgniarskich specjalizujących się w leczeniu ran przewlekłych jest zdania, iż propozycja wprowadzenia nowego świadczenia Kompleksowego Leczenia Ran Przewlekłych 2 (KLRP-2), z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, opracowanego na założeniach obecnie funkcjonującego świadczenia Kompleksowego Leczenia Ran Przewlekłych 1 (KLRP-1), jest dobrym początkiem. Jednak projekt wymaga uzupełnienia o uwagi, jakie wnosi środowisko zawodowe pielęgniarek i położnych wyspecjalizowane w leczeniu ran przewlekłych. Należy zauważyć, iż projekt nie spełnia naszych oczekiwań i jest niezgodny z najnowszą wiedzą medyczną i rekomendacjami międzynarodowymi, co odzwierciedlono w przesłanych do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia uwagach do przedmiotowego projektu.

i lekarskiego. Powinny nakładać na pielęgniarkę środowiskową obowiązek przekazania informacji o stanie zdrowia chorego do właściwej placówki wyższego stopnia, a więc poradni lub szpitala. Polskie Towarzystwo Leczenia Ran postuluje, aby proces leczenia chorego z raną przewlekłą był monitorowany i zarządzany przez wielodyscyplinarny zespół specjalistów, od których będzie zależał przebieg opieki nad chorym. W skład takiego zespołu powinni wchodzić co najmniej: chirurg, chirurg naczyniowy, diabetolog, radiolog, ortopeda, technik ortopedyczny, psycholog, pielęgniarka ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa chirurgicznego i/lub z 3-letnim doświadczeniem w pracy na oddziale albo w poradni zajmującej się leczeniem ran, a także dietetyk.

#### ! Czy pielęgniarka przeprowadzająca wizytę u chorego z raną powinna wykonać szczególne zabiegi lub procedury?

W celu zapewnienia bezpieczeństwa choremu z trudno gojącą się raną należy wykonać podstawowe badania diagnostyczne, takie chociażby jak wskaźnik kostka-ramię czy ocena zaburzeń czucia powierzchniowego. Rana powinna być regularnie oceniana zgodnie z obowiązującymi skalami, a następnie oczyszczana z zastosowaniem leczenia miejscowego zgodnego z fazą gojenia rany oraz stanem ogólnym chorego. Edukacja w zakresie odciążania ran czy utrzymywania kompresjoterapii to element, bez którego nie ma szans na zagojenie rany. Nadzrędnym celem jest jednak ocena stanu ogólnego pacjenta wy-

kluczająca cechy subklinicznego stanu septycznego, okresowe wykonywanie badań laboratoryjnych, a u chorych na cukrzycę stałe monitorowanie glikemii. Zapewnienie takiego standardu jest możliwe, jeśli współdziałanie personelu lekarskiego i pielęgniarskiego zostanie właściwie określone.

#### ! Czy takie działania jak projekt KPLR-2 mogą się przyczynić do długotrwałej poprawy wyników leczenia trudno gojących się ran?

Jak najbardziej. Muszą być jednak spełnione określone warunki. Oceny efektywności kosztowej danej metody terapeutycznej nie mogą dokonywać osoby niecertyfikowane w zakresie leczenia ran, GCP i niezające zasad *evidence based medicine*. Dotyczy to również proponowanej oceny przez tzw. podwykonawców. W założeniach projektu nie wpisano, jakie są wymagane kwalifikacje osób przystępujących, oraz nie zdefiniowano, według jakich standardów ma być prowadzone leczenie, dlatego tym bardziej ocena wyników tego leczenia pozostawia wiele niepewności co do rzetelności. Ewaluacja gojenia rany nie może się opierać na niesprawdzonych technologiach. Przykładem są rany tunelowe, bardzo często obserwowane w zespole stopy cukrzycowej czy w przypadku odleżyn, gdzie wskazane jest użycie nie tylko systemów do oceny 3D, lecz także badania USG czy CT/NMR. Należy podkreślić, że projekt nie przewiduje oceny rany pod kątem biofilmu, czyli materiału biologicznego trwale zasiedlającego ranę, uniemożliwiającego jej zagojenie. Zakładanie opatrunku bez jego usunięcia jest błędem w sztuce, ponieważ naraża chorego



Polskie Towarzystwo Leczenia Ran postuluje, aby proces leczenia chorego z raną przewlekłą był monitorowany i zarządzany przez wielodyscyplinarny zespół specjalistów, od których będzie zależał przebieg opieki nad chorym

na utrzymywanie się cech zakażenia, a nawet indukcję zakażenia ogólnoustrojowego (posocznicy), z możliwością zgonu włączanie. Nie zawsze biofilm może być usunięty w warunkach ambulatoryjnych, dotyczy to szczególnie owrzodzeń żylnych. Mamy nadzieję, że wiele z przedstawionych postulatów znajdzie wyraz w ostatecznym kształcie projektu.

#### ! Program KPLR-2 jest kontynuacją programu KPLR-1. Czy spełnił on swoje zadanie?

Program KPLR-1 powstał jako pierwsze narzędzie do walki z problemem ran przewlekłych w Polsce. W pierwotnym zamiśle miał łączyć zadania poradni i oddziałów, gdzie chory z raną miał być leczony w sposób kompleksowy, tj. uwzględniający wsparcie wszystkich jednostek zaangażowanych w prawidłowo przebiegający proces gojenia ran, np. oddziałów chirurgii naczyniowej. Ostatecznie jedynie pięć ośrodków w Polsce podpisało umowy na te świadczenia. Dlaczego tylko pięć, skoro projekt idealnie odpowiadał na rosnące potrzeby środowiska – zarówno pacjentów, jak i lekarzy oraz pielęgniarek? Jak

zwykle problem tkwił w szczegółach: projekt promował zagojenie rany, które było związane z finansowaniem cyklu procedur. Wiele szpitali obawiało się złego wyniku finansowego w przypadku niepowodzenia w gojeniu rany. Powstaje zatem pytanie, jak motywować potencjalnego wykonawcę takiego projektu, aby finalny efekt był dla obydwu stron satysfakcjonujący.

#### ! Jakie działania podejmuje Polskie Towarzystwo Leczenia Ran, aby poprawić sytuację chorych z trudno gojącymi się ranami?

Polskie Towarzystwo Leczenia Ran jest gremium osób, dla których losy chorych z trudno gojącymi się ranami są szczególnie ważne. Regularnie organizujemy kongresy, konferencje, szkolenia, obecnie w formie webinarów, podczas których prezentowane są zasady diagnostyki i terapii trudno gojących się ran. 22–25 września zorganizowaliśmy VI Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran, w trakcie którego zaprezentowanych zostało 67 wystąpień poświęconych wielu aspektom leczenia ran. Kongres był skierowany do szerokiego grona specjalistów – lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów i wszystkich tych, którzy w swojej codziennej pracy muszą sprostać niełatwemu zadaniu, jakim jest leczenie ran. Regularnie przygotowujemy także wytyczne dotyczące poszczególnych ran, które są drogowskazem dla lekarzy i pielęgniarek, jak postępować w konkretnych przypadkach klinicznych. Naszym zadaniem jest współpraca z organami świadczeniodawcy, aby takie narzędzia jak np. projekt KPLR-2 przyniosły jak najlepsze efekty dla chorych. ■

## Komentarz

### Arkadiusz Jawień prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran

Z wielkim zainteresowaniem przyjąłem propozycję nowego projektu KLRP-2, ponieważ ośrodek bydgoski od samego początku brał udział w programie KLRP-1, i to z dużym sukcesem.

Obecna propozycja jest wysoce uzasadniona i pomysł polegający na zapewnieniu dwóch różnych specjalistów, z których jednym ma być lekarz o specjalności zabiegowej (chirurg ogólny, naczyniowy, plastyczny), a drugim specjalista diabetologii z co najmniej 3-letnim doświadczeniem w leczeniu ran przewlekłych, powinien zostać jak najszybciej wdrożony. Oczywiście powodzenie tego programu, o ile ma on poprawić obecną sytuację z dostępem do leczenia ran przewlekłych, będzie zależało od możliwości kadrowych. Moją wątpliwość budzi skromna na rynku polskim liczba specjalistów z zakresu chirurgii naczyniowej i diabetologii. O ile liczba pielęgniarek ze specjalizacją z leczenia ran przewlekłych w ostatnim czasie znacznie wzrosła, to sytuacja wśród lekarzy nie jest już tak optymistyczna. Czy będziemy więc w stanie efektywnie wprowadzić skądinąd bardzo dobry projekt? Myślę, że najbliższy czas pokaże.



PAP/Tyruś Zmijewski