

Úvod

Pády jsou významným problémem zejména u osob vyššího věku a bývají často důvodem přijetí do zdravotnického zařízení (1, 2). Zároveň pacienti přijatí do nemocnice jsou vystaveni většímu riziku pádu ve srovnání s pacienty v komunitě kvůli neznámému prostředí, souběžným komorbiditám, akutním onemocněním a léčbě. K pádům dochází v důsledku změn zdravotního a psychologického stavu pacientů a v důsledku užívání léků, které vedou k dezorientaci či ztrátám rovnováhy. Kognitivní poškození s poruchami chování, poruchami pohyblivosti a užíváním léků, které zvyšují riziko pádu, představuje rizikovou kombinaci faktorů přispívajících k pádům křehkých geriatrických pacientů (3). U nemocných s demencí nebo přítomným kognitivním deficitem se uvádí dvakrát až třikrát vyšší riziko pádu v průběhu hospitalizace než u ostatních pacientů (4). Nejčastějšími faktory pro riziko pádu jsou: užívání více léků (polypragmázie nebo polyfarmakoterapie), zmatenost, nestabilní chůze a pády v anamnéze (5).

Pády hospitalizovaných pacientů patří mezi nejčastější nežádoucí události, ke kterým dochází v nemocničním prostředí (6). Pád může způsobit závažné zranění pacienta i s možnými fatálními následky. Pokud při pádu dojde ke krvácení do centrálního nervového systému, může nastat i smrt nemocného. Z tohoto důvodu má prevence pádu vysokou prioritu. Bezpečnost pacientů patří mezi hlavní priority také v ošetrovatelské péči (7, 8). Nemocniční zařízení mají ve svých standardech definován postup prevence pádu hospitalizovaných pacientů. Důležité je posoudit rizikové faktory každého pacienta a poté integrovat tyto zjištěné informace do prevence vzniku pádu. Standardní postup zahrnuje zvýšenou pozornost již od přijetí pacienta, kdy je nutné zhodnotit riziko pádu, stanovit preventivní opatření a zajistit jejich realizaci. Nezbytné je informovat pacienta o důvodu a způsobu prevence a o opatřeních snižujících riziko pádu a získat jej pro spolupráci při prevenci. V průběhu hospitalizace je nutné informovat všechny členy týmu o riziku pádu, zajistit u rizikových pacientů zvýšený dohled a zajistit realizaci preventivních opatření.

V prevenci pádů u osob s opakujícími se pády (ale také jejich pečovateli) je nutná jejich systematická a opakovaná edukace. U osob s poruchami chůze anebo rovnováhy se rovněž doporučuje začlenit fyzioterapii. Pravidelná fyzická aktivita by měla být prováděna při cvičení s nízkou až střední intenzitou. Doporučuje se provádět rehabilitační cvičení s odborníkem, mezi terapeutickými sezeními a po každém sezení, aby se přínos rehabilitace odrazil v kvalitě každodenního života (9).

Cílem výzkumu byl monitoring pádů hospitalizovaných pacientů a analýza rizikových faktorů pádů.

Metodika

V rámci projektu Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a Farmaceutické fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové byla vytvořena webová databáze „Monitoring rizikových faktorů pádů a jejich analýza“.

Navrhovaná databáze obsahovala komplex rizikových faktorů pádů hospitalizovaných pacientů a nápravně preventivní opatření. Databáze byla tematicky rozdělena do devíti oblastí:

- Rizikové faktory (pády v anamnéze, riziko pádu při příjmu, hodnota testu dle Barthelové, psychologický stav před pádem (zmatenost, demence), kompenzační pomůcky, preventivní intervence – postranice, polohovací lůžko, rehabilitace... Rehabilitace byla indikována po odeznění akutní fáze somatického onemocnění a po odeznění stavu zmatenosti, který znemožnil spolupráci s fyzioterapeutem. U pacienta byl zaznamenán stav zmatenosti v případě nově vzniklé dezorientace v čase, místě a osobě, dále pokud nebyla možná slovní komunikace a spontánní řeč pacienta postrádala smysl, popřípadě při takové mobilitě pacienta, která postrádala účel.
- Popis pádu (lékař, který pád do databáze vkládal, popsal okolnosti pádu, jeho příčiny, následky, nápravná opatření, typ zranění, vliv pádu na hospitalizaci).
- Fyzikální a laboratorní vyšetření (TK, pulz, váha, výška, BMI, hemoglobin, glykémie v reálném čase pádu).
- Osobní anamnéza pacienta (byly zaznamenány choroby, které pacient prodělal a ty, kterými trpí v současnosti, prodělané operace a úrazy, alergie v anamnéze).
- Léčivé přípravky užívané pacientem (do databáze byla zadána všechna léčiva, která měl pacient předepsána v medikačním listě v posledních 24 hodinách před pádem).
- Léčivé přípravky bez SÚKL kódu.
- Zhodnocení zdravotního stavu pacienta lékařem (lékař zhodnotil, zda dle jeho názoru pád pacienta souvisí s jeho diagnózou, užívanými léky a vlivem okolního prostředí).
- Analýza farmaceuta (farmaceut vyhodnotil farmakologickou příčinu pádu a v případě potřeby navrhl lékaři změnu lékové preskripce).
- Nápravná opatření realizovaná lékařem, včetně zpětné vazby lékaře na intervence farmaceuta (lékař v databázi uvedl, zda navrženou změnu medikace ze strany farmaceuta přijal či nepřijal včetně zdůvodnění nepřijetí doporučené změny reskripce).

Do databáze vkládaly v letech 2017 až 2019 kontaktní osoby (sestra – lékař) z klinických pracovišť vybraných nemocnic údaje o pádech pacientů. Údaje z databáze umožnily určení rizikových faktorů pacienta před pádem a zhodnocení pacienta po pádu včetně navržených opatření. Nespornou výhodou navržené elektronické databáze byla její interaktivita. Informace týkající se rizika pádu ve vztahu k užívané farmakoterapii byly bezprostředně vyhodnoceny klinickým farmaceutem. Farmaceut určil potenciální vliv farmakoterapie na vznik pádu a své závěry elektronicky v rámci databáze odeslal lékaři, který danou nežádoucí událost (pád pacienta) vložil do dokumentace.

Limity získaných údajů

Laboratorní hodnoty byly získány v době co možná nejblíží okamžiku pádu, přesný čas však nebyl standardizován. Hodnoty byly získány z různých laboratoří, které všechny sice splňovaly zásady správné laboratorní praxe, ale referenční rozmezí se u jednotlivých látek mohly lišit. Porucha kognitivních funkcí ve stadiu demence nebyla za hospitalizace diagnostikována či ověřována, šlo o anamnestický údaj, který však během klinických vyšetření ošetřujícím lékařem za hospitalizace nebyl zpochybněn. Funkční stav pacientů byl zhodnocen při přijetí a opakovaně za hospitalizace. Nicméně každodenně monitorován nebyl.