

Doporučení pro screening a stratifikaci rizika pádu u seniorů z pohledu nových „Celosvětových guidelines pro prevenci a management pádů u starších osob“

Recommendations for screening and risk stratification of falls in the elderly in the light of the new “World guidelines for falls prevention and management for older adults”

Eva Topinková

Geriatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Korespondenční adresa:

prof. MUDr. Eva Topinková, CSc.
Geriatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha
Londýnská 15
120 00 Praha 2

e-mail: eva.topinkova@vfn.cz

SOUHRN

Topinková E. Doporučení pro screening a stratifikaci rizika pádu u seniorů z pohledu nových „Celosvětových guidelines pro prevenci a management pádů u starších osob“

Pády a poranění s nimi spojená jsou ve vyšším věku časté a nepříznivě ovlivňují funkční nezávislost a kvalitu života. Je dostatek vědeckých důkazů o negativním vlivu pádů na morbiditu a zvýšenou mortalitu a vysoké celospolečenské náklady. Přes množství osvětových akcí a zdravotních programů cílených na snížení rizika a incidence pádů nedošlo za poslední desetiletí v rozvinutých zemích k jejich poklesu.

V článku přinášíme přehled doporučení včetně jejich GRADE klasifikace pro screening a stratifikaci rizika pádů z recentních „Celosvětových guidelines pro prevenci a management pádů u starších osob“. Globální iniciativa, 2022, určený zdravotnickým profesionálům, založený na evidenci a konsenzu expertů. Součástí je i nový algoritmus pro hodnocení rizika pádu. Ten umožní stratifikovat pacienty do tří rizikových skupin (nízké, střední a vysoké riziko pádu), pro něž se liší následný postup a rozsah vyšetření i další doporučení pro účelný a individualizovaný intervenční program. Stratifikace rizika pádu je tak – pokud bude implementována – prvním krokem pro úspěšný management pacientů, který

SUMMARY

Topinková E. Recommendations for screening and risk stratification of falls in the elderly in the light of the new “World guidelines for falls prevention and management for older adults”

Falls and fall-related injuries are common in old age and negatively influence functional independence and quality of life. There is sufficient scientific evidence on falls-associated negative outcomes – morbidity, mortality and increased societal costs. Despite many awareness campaigns and health programmes targeted at decreased risks and incidence of falls there is no evidence confirming decreased of falls in developed countries in the last decade.

In the article we overview the recommendations including their GRADE classification for the screening and stratification of fall risk in view of the recent “World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative” (2022) aimed at health professional based on scientific evidence and expert consensus. Part of the recommendations is a new fall risk algorithm. It enables to stratify patients into 3 risk groups (low, intermediate, and high fall risk) with specific recommendations for further assessment and for individualized intervention programs. Risk stratification thus represents the first step for successful management of patients

povede ke snížení incidence pádů a jejich zdravotních a celospolečensky nákladných důsledků.

Klíčová slova: pády, poranění spojená s pády, vyšší věk, stratifikace rizika pádu, prevence a management pádů, mezinárodní guidelines

which – if implemented – is expected to decrease the incidence of falls and their negative health and high resource-consuming outcomes.

Key words: falls, fall-related injury, older age, stratification of fall risk, falls prevention and management, world global guidelines

ÚVOD

Celosvětový doporučený postup pro prevenci a management pádů je v úvodu zahájen citátem britského lékaře Bernarda Isaacse (1924–1995), profesora geriatrie v Birminghamu, který kromě zájmu o problematiku pádů je znám také termínem „geriatric giants“ (geriatřičtí obři), kterým v roce 1992 pojmenoval typické geriatrické syndromy: imobilitu, instabilitu, inkontinenci a intelektové poruchy.

“It takes a child one year to acquire independent movement and ten years to acquire independent mobility. An old person can lose both in a day.”
„Dítěti trvá jeden rok získat schopnost nezávislého pohybu a deset let k získání nezávislé mobility. Starý člověk může ztratit oboje během jediného dne.“

Ikdyž se pády objevují v všech věkových kategoriích, v populaci starší 65 let se jejich výskyt zvyšuje (až 30% seniorů utrpí pád během jednoho kalendářního roku) a jejich důsledky na zvýšení morbidit, disabilit, hospitalizací a dlouhodobých ústavních pobytů a úmrtí jsou alarmující se všemi ekonomickými důsledky.⁽¹⁾ Odhaduje se, že ve vyspělých zemích asi 1% všech zdravotnických výdajů je vynaloženo na zdravotní ošetření spojené s pády.⁽²⁾ Od roku 1990 v Evropě stoupá počet úmrtí spojených s pády i počet let prožitých s disabilitou a očekává se, že v důsledku demografického stárnutí, ale i narůstající multimorbidity, rizikové polyfarmakoterapie i křehkosti budou počty pádů a s nimi spojených zdravotních komplikací nadále stoupat.⁽³⁾

V souvislosti s nahromaděním nových vědeckých důkazů ohledně stratifikace rizika pádů, vztahu mezi kognitivní poruchou a pády, využívání e-health – na těle nositelných senzorů, virtuální reality a environmentálních monitorovacích

systémů, které dosud nebyly v doporučených postupech zohledněny, bylo třeba aktualizovat doporučené postupy tak, aby reflektovaly nové poznatky, zohledňovaly také regionální potřeby a ekonomické možnosti jednotlivých zemí.^(3,4)

Tyto nové celosvětové doporučené postupy pro prevenci a management pádů u starších osob („World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative“, dále jen w-DP) byly publikovány mezinárodní pracovní skupinou v září 2022 v časopise Age and Ageing jako jedna z iniciativ pro Dekádu zdravého stárnutí vyhlášenou pro léta 2021–2030 Spojenými národy.⁽⁵⁾ Cílovou skupinou uživatelů jsou nejen lékaři, ale i další nelékařští zdravotničtí pracovníci – zdravotní sestry, fyzioterapeuti a ergoterapeuti, farmaceuti a další profese. w-DP naplňují hlavní zásady tzv. personalizované medicíny.⁽⁶⁾

1. Být **prediktivní** – u seniora vyhodnotit individuální riziko pádu a s pádem spojených poranění.
2. Být zaměřené na **prevenci** pádů, úrazů a poranění a na optimalizaci funkčních schopností.
3. Být **personalizované**, tj. využívat všech informací o individuálních rizikových faktorech pádu, údajů z klinického vyšetření a e-health informací k navržení vysoce individualizovaného plánu prevence.
4. Podporovat **participaci** pacienta při návrhu a realizaci preventivních opatření.

Očekává se, že implementace těchto w-DP do širší klinické praxe může u seniorské populace snížit incidenci nových pádů a úrazů, zejména fraktur a úrazů hlavy, umožní zachovat funkční mobilitu a sníží u nemocných strach z pádu. w-DP je určen pro používání u seniorů žijících nezávisle v komunitě, ale i pro akutní nemocniční

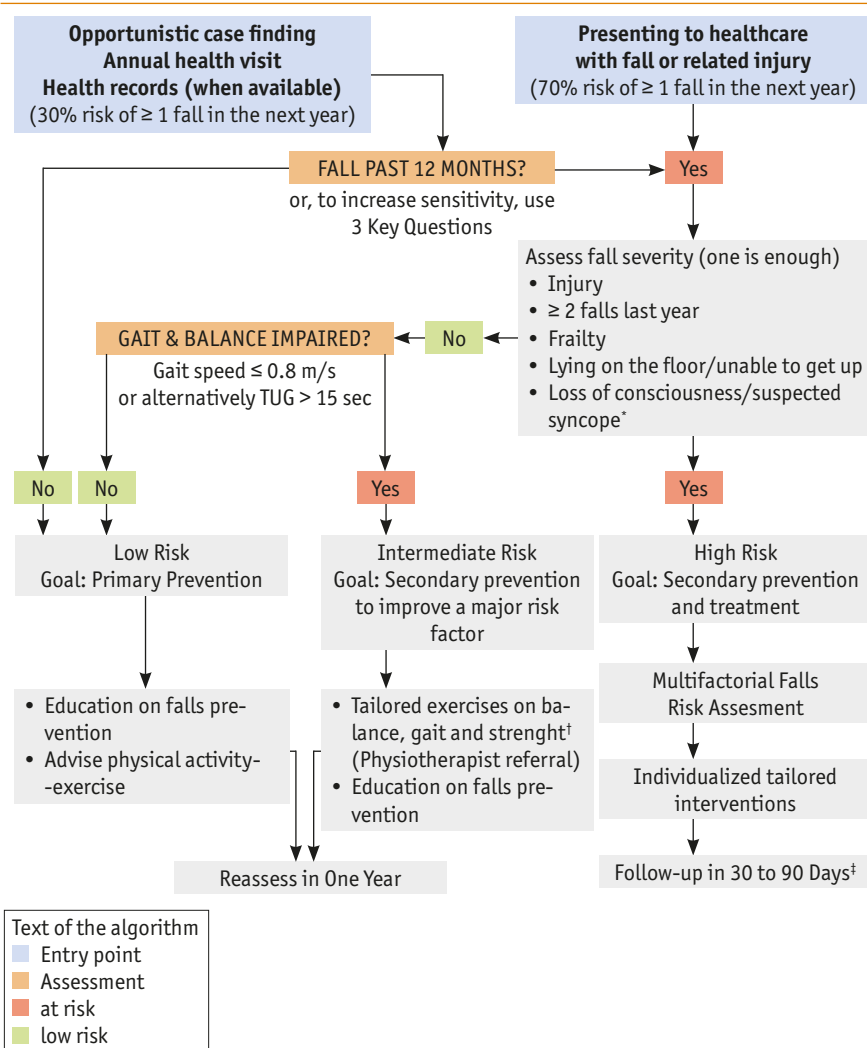
péči, rehabilitační, následnou a dlouhodobou péči.

Na tvorbě doporučení se podílelo 96 expertů ze 39 zemí v 11 pracovních skupinách, kteří reprezentovali 36 odborných a vědeckých společností. Každé doporučení má uvedenou sílu důkazu (1 silná, 2 slabá) a kvalitu vědecké evidence (A–C, vysoká – nízká) podle GRADE kritérií (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation). V tomto článku přinášíme doporučení pro screening rizika pádu v populaci seniorů žijících nezávisle v domácím prostředí a dále u seniorů v akutní nemocniční péči a v institucionální (dlouhodobé) péči.

STRATIFIKACE RIZIKA PÁDU A ALGORITMUS JEHO VYHODNOCENÍ U SENIORŮ ŽIJÍCÍCH VE VLASTNÍ DOMÁCNOSTI

Stratifikace rizika je standardizovaný proces, který umožňuje u pacienta odhadnout riziko pádu, aby mohl být proveden potřebný rozsah vyšetření a navržena opatření úměrná výši rizika a co nejefektivnější. Následující algoritmus (schéma 1) určený pro starší osoby žijící ve vlastní domácnosti stratifikuje riziko pádu do tří kategorií:⁽⁷⁾

1. **Starší osoby s nízkým rizikem pádu**, které nevyžadují intervenci nad rámec edukace o prevenci pádů a o obecných cvičebních aktivitách zlepšujících celkové zdraví a – pokud mají zájem – i o cvičeních snižujících riziko pádu.
2. **Starší osoby se středním rizikem pádu**, kterým by navíc mělo být nabídnuto cílené cvičení nebo by měly být odeslány na rehabilitaci/k fyzioterapeutovi s cílem zlepšit rovnováhu a svalovou sílu.



Notes: 3 Key Questions (3KQ) any positive answer to a) Has fallen in the past year? b) Feels unsteady when standing or walking? or c) Worries about falling? prompts to “fall severity” step. **Fall severity:** fall with injuries (severe enough to consult with a physician), laying on the ground with no capacity to get up, or a visit to the emergency room, or loss of consciousness/suspected syncope. **Frailty.** Commonly used frailty assessment tools include the Frailty Phenotype and the Clinical Frailty Scale.

*Syncope suspicion should trigger syncope evaluation/management.

†Exercise on balance/leg strength should be recommended for the intermediate group. Evidence shows that challenging balance exercise are more effective for fall prevention. In several settings, this intermediate group is referred to a physiotherapist.

‡High risk individuals with falls can deteriorate rapidly, and close follow up is recommended and should be guided on the frequency of consequent health service utilization. **TUG:** timed up and go test

Schéma 1 Algoritmus pro stratifikaci rizika pádu, vyšetření pacienta a management u starších nemocných žijících v komunitě/vlastním domácím prostředí⁽⁵⁾

3. **Starší osoby s vysokým rizikem pádu**, u nichž by mělo být provedeno multifaktoriální zhodnocení rizikových faktorů podílejících se na vysokém riziku jako východisko pro následnou cílenou intervenci.

Doporučuje se, aby zařazení do jedné z uvedených kategorií rizika bylo u seniorů žijících ve vlastní domácnosti provedeno při pravidelné preventivní prohlídce 1× ročně a také vždy, když pacient vyhledá pro pád ošetření ve zdravotnickém zařízení. Doporučení pro stratifikaci rizika jsou sumarizována v tabulce 1.

Navržený algoritmus (schéma 1) má dva vstupy pro screening.⁽⁵⁾ První zahrnuje celou starší populaci (oportunistický, populační screening u osob 65+), u níž provádíme cílené vyhledávání osob ohrožených rizikem pádu. Obvykle se tak děje během pravidelné každoroční preventivní prohlídky nebo s využitím informací z elektronického zdravotního záznamu. Důvodem je, že pády u starších osob jsou časté, ale významná část nemocných pády v anamnéze lékaři spontánně nesdělují (zvláště muži nebo pokud byl pád bez poranění a nevyžadoval ošetření). Druhý vstup v algoritmu pak zahrnuje osoby, které po pádu vyhledají kontakt se zdravotnickým zařízením. Doporučený postup tedy předpokládá pro populační screening osob samostatně žijících ve vlastní domácnosti vyhledávání rizikových osob v ordinaci praktického lékaře během preventivních prohlídek každý rok. Implementace tohoto doporučení je zatím v ČR obtížná, protože preventivní prohlídky jsou hrazeny pouze 1× za 2 roky a ani tak systematický screening pádů nezahrnují.

Při screeningu položená otázka „Upadl jste v uplynulých 12 měsících?“ je vysoce specifická pro predikci nových pádů, má ale nízkou senzitivitu (a tedy vysoký podíl falešně negativních nálezů).⁽⁷⁾ Proto w-DP algoritmus využívá tzv. „tři klíčové otázky“ v algoritmu označené jako 3KQ (3 key questions), které umožňují zachytit i další rizikové faktory pádu a zvyšují senzitivitu záhytu.⁽⁸⁾ Kromě otázky „Upadl jste v posledním roce?“ se dále ptáme „Cítíte se nestabilní, když stojíte nebo chodíte?“ a „Máte obavy z pádu?“ Při výběru nástroje pro screening hraje roli i věk sledované populace. Použijeme-li pouze jednu otázku, je senzitivita 43 % u osob 65–74letých, ale již 67 % u osob starších 85 let. Pokud je pozitivní odpověď alespoň na jednu ze tří klíčových otázek, doporučuje se doplnit vyšetření chůze a rovnováhy.⁽⁷⁾ Pro vyšetření chůze se doporučuje provést vyšetření rychlosti chůze. Jako patologická je rychlost chůze nižší než $< 0,8$ m/s, která má dobrou predikci rizika pádu.⁽⁹⁾ Alternativou je provedení testu „Vstaň a jsi“ (Timed Up and Go, TUG) v časovém limitu do 15 sekund, který však má ve srovnání s předchozím méně důkazů pro stratifikaci rizika.

Tab. 1. Mezinárodní doporučení pro stratifikaci rizika pádu u nezávisle žijících seniorů⁽⁶⁾

Doporučení	Síla důkazu
Při vyšetření má lékař/klinický pracovník položit dotaz, zda pacient upadl, protože pacienti tuto událost často spontánně nesdělují.	1A
Starší pacient při návštěvě zdravotnického zařízení z jakéhokoli důvodu by měl být alespoň jedenkrát ročně dotázán, zda (i) utrpěl jeden nebo více pádů v posledních 12 měsících a (ii) na frekvenci, charakter, kontext, závažnost a následek každého pádu.	Expertní doporučení
Pokud je z časových a ekonomických důvodů možné, můžeme doporučit doplnit informace o (iii) přítomnosti nestability/závratí, ztrátě vědomí, poruše chůze nebo rovnováhy (iv), zda má pacient obavy, že pád způsobí omezení jeho obvyklých činností.	Expertní doporučení
Pokud pacient udává některé z výše uvedeného pod (i) až (iv), mělo by být provedeno vyšetření chůze a rovnováhy pro upřesnění kategorie rizika pádu.	1A
Starší osoby, které v důsledku pádu nebo poranění při pádu vyhledají zdravotnické zařízení, by měly být dotázány na podrobnosti pádu, jeho následky, předchozí pády v anamnéze, přechodnou ztrátu vědomí nebo závrať a premorbidní poruchu mobility nebo obavy z omezení běžných činností způsobené pádem.	Expertní doporučení
Pacient, který vyžaduje lékařské ošetření (včetně operačního zákroku), udává opakované pády (≥ 2) v uplynulých 12 měsících, ležel po pádu ≥ 1 hodinu na zemi a nemohl se samostatně postavit, je křehký nebo je podezření na přechodnou ztrátu vědomí, je zařazen do kategorie vysokého rizika pádu.	Expertní doporučení
Z dostupných testů doporučujeme zahrnout do predikce rizika pádu test rychlosti chůze.	1A
Alternativně lze zvážit provedení testu „Timed Up and Go“ (TUG), i když evidence pro predikci pádu je méně konzistentní.	1B

Porucha chůze nebo rovnováhy jsou oblasti, které podle recentního systematického přehledu nejkonzistentněji predikují budoucí pády.⁽¹⁰⁾ Chůze byla zvolena pro největší množství důkazů, ale také pro svou jednoduchost provedení. Pro další doplnění vyšetření je k dispozici řada dalších standardizovaných testů, například stoj na jedné noze, Škála pro hodnocení rovnováhy podle Bergové (Berg Balance Scale), Test vstávání ze židle (Chair Stand Test) nebo komplexnější Krátká škála pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů (Short Physical Performance Battery, SPPB).^(11,12) Pro jednotlivé nástroje není konzistentní evidence, že predikují riziko pádů. Jejich význam spočívá v podrobnějším hodnocení možných příčinných faktorů pádů. Jejich rozpoznání umožní navrhnout individuálně prospěšné intervenční programy – nejvhodnější cvičení, určení stupně obtížnosti balančních cvičení apod. Timed Up and Go a SPPB jsou oblíbené nástroje pro svou citlivost k monitorování změn při hodnocení efektu intervenčních programů. Výběr nástrojů je také ovlivněn celkovou zdatností a mobilitou pacienta. Pro zdatnější lze využít

Berg Balance Scale, stoj na jedné noze, pro pacienty s limitovanou soběstačností nástroje hodnotící například pohyblivost v lůžku a transfery. Může být také užitečné ověřit schopnost pacienta postavit se z lehu na zemi (Floor Transfer Test) a nástroje hodnotící chůzi při kognitivní zátěži (např. Dual Task Test), který je vhodný pro pacienty se suspektní nebo již přítomnou poruchou kognice. Pro zájemce může být zajímavý podrobnější odkaz na databázi rehabilitačních testů (www.sralab.org/rehabilitation-measures).

Senioři, kteří nemají pád v anamnéze nebo měli pouze jeden nezávažný pád a nemají potíže s rovnováhou nebo chůzí, jsou zařazeni do nízkého rizika pádu. To však neznamená „žádné riziko“, a proto w-DP doporučuje primárně preventivní strategie (zdravý životní styl) a kontrolu po roce.

Senioři ve středním riziku pádu (jeden nezávažný pád a potíže s rovnováhou nebo chůzí) budou profitovat z edukačních aktivit a cvičebních programů zaměřených na rovnováhu a posilovací cvičení/odporový trénink, které podle EBM snižují riziko pádu.⁽¹⁰⁾ Pokud je dostupné, lze odeslat pacienta do péče fyzioterapeuta.

Osoby se závažným pádem jsou zařazeny do skupiny s vysokým rizikem.

Jako závažný pád je definován pád, pokud:

- a) je doprovázen poraněním vyžadujícím ošetření lékařem nebo návštěvu urgentního příjmu,
- b) je opakovaný (2 pády a více v posledním roce),
- c) jde o pád, po kterém není pacient schopen samostatně vstát z podlahy hodinu a více,
- d) je u pacienta známa diagnóza křehkosti,
- e) je doprovázen přechodnou poruchou vědomí.

Pro diagnózu křehkosti mají být využity validované nástroje (např. Kritéria frailty podle Friedové nebo Frailty Index). U pacientů s vysokým rizikem se doporučuje provést podrobné multifaktoriální zhodnocení rizikových faktorů pádu včetně vyšetření synkopy (je-li podezření). Intervenční programy pak jsou cíleně zaměřeny na tyto rizikové faktory. Rozsah multifaktoriálního hodnocení může být individualizovaný. Doporučuje se však vyšetřit následující oblasti/domény: chůzi a rovnováhu, svalovou sílu, kardiovaskulární onemocnění včetně ortostatické hypotenze, závrať, funkční stav/soběstačnost, používání pomůcek při chůzi, zrak a sluch, přítomnost muskuloskeletálních onemocnění, podiatrické problémy a vhodnost obuvi, neurokognitivní poruchy, neurologická onemocnění a další akutní a chronické choroby a posoudit užívání léků s rizikem pádu (fall risk increasing drugs, FRID) a nutriční stav (příjem proteinu, vitamínu D, spotřeba alkoholu). Na základě multifaktoriálního vyšetření indikujeme u pacientů v kategorii vysokého rizika cílený plán péče zaměřený na zjištěné ovlivnitelné rizikové faktory pádu (multidoménová intervence).

RIZIKO PÁDU U HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ

Vzhledem ke zvýšenému výskytu pádů u akutně hospitalizovaných pacientů, zejména seniorů, jsou hospitalizovaní

Tab. 2. Doporučené oblasti multifaktoriálního zhodnocení rizika pádu v nemocničním prostředí

Doporučené oblasti
Anamnéza pádu/ů
Zhodnocení chůze a mobility
Zhodnocení rovnováhy
Posouzení fyzické aktivity
Zhodnocení svalové síly, udávaná slabost
Posouzení funkčních schopností (sebeobsluha pokročilejší činnosti, IADL)
Přítomen strach z pádu, omezení aktivit pro strach z pádu
Zhodnocení rizika fraktur (FRAX)/osteoporózy, popř. osteosarkopenie
Kontrola zraku a sluchu
Přítomnost kognitivní poruchy, deliria a demence
Neurologické vyšetření
Přítomnost inkontinence
Vyšetření kardiovaskulárního systému (ortostatická hypotenze, synkopa, arytmie, aortální stenóza, srdeční selhání)
Revize medikace s ohledem na FRIDs (fall risk-increasing drugs)

Tab. 3. Mezinárodní doporučení pro stratifikaci rizika pádu u hospitalizovaných a institucionalizovaných seniorů⁽⁶⁾

Doporučení	Síla důkazu
Doporučujeme, aby u všech hospitalizovaných pacientů > 65 let bylo provedeno multifaktoriální hodnocení s ohledem na rizika pádu. Nedoporučujeme nahradit multifaktoriální hodnocení jednoduchým skórovacím systémem pro riziko pádu.	2B
U seniorů v rezidenčních zařízeních/dlouhodobě institucionalizovaných nedoporučujeme jednoduché skórovací systémy hodnocení rizika pádu. Naopak doporučujeme zařazení všech rezidentů do skupiny s vysokým rizikem pádu.	1A
Doporučujeme provést u všech rezidentů multifaktoriální hodnocení rizika pro identifikaci faktorů zapříčínujících pád či přispívajících k pádu při přijetí do institucionální péče a zařadit vhodné intervence ke snížení pádů a s pády spojených poranění.	1C
U všech rezidentů, kteří upadli, doporučujeme provádět vyšetření také po pádu k přehodnocení rizikových faktorů, modifikovat intervenci a omezit překlady na akutní nemocniční lůžka.	E

pacienti řazeni do nejvyšší skupiny rizika pádů. Obvykle se při přijetí (v ČR vždy v rámci vstupní ošetřovatelské anamnézy) provádí různě rozsáhlé zhodnocení přítomnosti vybraných rizikových faktorů pádu. Vědecké studie ukazují, že používání takovýchto zjednodušených skórovacích systémů v nemocničním prostředí neklasifikuje optimálně pacienty s různým stupněm rizika pádu⁽¹³⁾ a nevede ani k redukci pádů během hospitalizace.⁽¹⁴⁾ Ani randomizovaná studie, která porovnávala výskyt pádů během hospitalizace při použití „fall risk score“, neprokázala změnu v incidenci hospitalizačních pádů, pokud toto skórování nebylo provedeno.⁽¹⁵⁾

Na základě této evidence w-DP pro prevenci a management pádů použití těchto skórovacích nástrojů bez podrobného vyšetření pacienta nedoporučuje.

Neznamená to však, že hospitalizovaným pacientům nebude věnována stran rizika pádů potřebná pozornost. Provedení podrobnějšího a cíleného vyhodnocení rizik umožní u každého pacienta posoudit konkrétní rizika a zaměřit se na ně. Cochrane analýza 24 RCT (97 790 účastníků; průměrný věk 78 let) potvrdila přínos multifaktoriálního vyšetření a z něho vycházející intervence na snížení incidence pádů a poranění.⁽¹⁶⁾ Proto w-DP doporučuje, aby multifaktoriální

zhodnocení (rizika) pádu bylo provedeno u všech pacientů po přijetí do nemocnice, optimálně multidisciplinárním týmem, jehož členové by měli ovládat potřebné dovednosti a mít zkušenosti s tímto hodnocením. Tabulka 2 shrnuje doporučený obsah multifaktoriálního vyšetření v nemocničním prostředí. Následně je vytvořen společný plán péče – lékařské, ošetřovatelské a rehabilitační k adresnému ovlivnění rizik pádu. Podobný postup se uplatňuje i u pacientů, u nichž důvodem hospitalizace byl pád a jeho komplikace. V případech změn zdravotního stavu nebo pádu během hospitalizace je třeba rizika znovu revidovat. Doporučení w-DP jsou shrnuta v tabulce 3.

DLOUHODOBÁ PÉČE, DOMOVY SENIORŮ

Vysoký výskyt pádů a také vysoký stupeň křehkosti, disability a demence činí rezidenty zvýšeně rizikovými a tato populace má nejvyšší výskyt pádů. Všichni pacienti v následné a dlouhodobé péči a také rezidenti domovů pro seniory jsou proto řazeni do skupiny s vysokým rizikem pádů a jednoznačně profitují z multifaktoriálního vyšetření zaměřeného na rizika pádu. Vyšetření má být realizováno při přijímání seniora do institucionální péče ve srovnatelném rozsahu, který uvádí tabulka 2. Doporučuje se vyšetření opakovat jedenkrát ročně a také vždy v případě pádu anebo při významné změně zdravotního stavu, pokud je to v těchto zařízeních možné.

Podobně jako u hospitalizovaných pacientů skórovací systémy běžně užívané v (ošetřovatelské) praxi nemají postačující senzitivitu ani specifitu v identifikaci nejrizikovějších osob a dosavadní evidence neumožňuje doporučit žádný z používaných nástrojů.⁽¹⁷⁾ To ostatně podporuje i Cochrane review, které uvádí: „Používání nástrojů pro hodnocení rizika pádu v porovnání s posouzením rizika zdravotní sestrou nemělo žádné výhody na výskyt pádů nebo vyšší rizika.“^(16,18) Proto w-DP žádné z necílených nástrojů skórujících riziko pádů nedoporučuje (tab. 3). To zatím neodpovídá současné praxi v našich zdravotnických zařízeních ani sociálních

institucích, kde se stále provádí a bude potřeba v rámci oboru ošetřovatelství tuto změnu prosadit.

ZÁVĚREČNÉ SHRNUÍ

Nově v roce 2022 publikované doporučené postupy World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative reagují na stárnutí celosvětové populace a předpokládaný nárůst pádů a s nimi spojených poranění. Vzhledem k preventabilitě

významné části pádů a novým poznatkům EBM přináší doporučení pro prevenci a management pádů. Prvním krokem je zhodnocení rizika pádu a stratifikace seniorů podle výše rizika (nízké – pravděpodobnost pádu během kalendářního roku 30 %, střední a vysoké až 70% riziko v následujícím kalendářním roce). Posouzení rizika má být provedeno zdravotníkem u všech seniorů 1× ročně a revidováno vždy po proběhlém pádu. Seniorům se středním, a zejména vysokým rizikem (kam se řadí i všichni senioři akutně hospitalizovaní a žijící v zařízeních

dlouhodobé péče) má být nabídnuto (a provedeno) klinické vyšetření zaměřené na individuální posouzení rizik pádu multidisciplinárním týmem (označované v doporučeném postupu jako multifaktoriální s definovaným „minimálním“ rozsahem vyšetřovaných oblastí). Současný způsob hodnocení pro identifikaci pádem ohrožených pacientů v podstatě již „zastaralými“ skórovacími systémy, jak je prováděn v našich zařízeních, se na základě EBM nedoporučuje. Proto je žádoucí, aby byly tyto nové doporučené postupy uváděny do praxe i v ČR. ■



prof. MUDr. Eva Topinková, CSc.

Od roku 2005 je přednostkou Geriatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze, od r. 1997 vedoucí Subkatedry geriatry Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. Na 1. LF UK zavedla výuku geriatry do magisterského studia lékařství a řady bakalářských studijních programů, je předsedkyní oborové rady postgraduálního doktorandského studia Gerontologie, které iniciovala, předsedkyní specializační oborové rady geriatry 1. LF UK. Je vědeckou sekretářkou České gerontologické a geriatrické společnosti, past-prezidentkou klinické sekce IAGG-ER (International Association of Gerontology and Geriatrics European Region) a Akademické rady EuGMS (European Geriatric Medicine Society) a dalších mezinárodních organizací (interRAI, UEMS, SIOG). Je řešitelkou a koordinátorkou řady mezinárodních výzkumných projektů v oblasti epidemiologie, disability, klinických a sociálních aspektů geriatrické péče. Dále je autorkou a spoluautorkou více než 20 monografií a vysokoškolských učebnic a více než 450 odborných a vědeckých publikací.

LITERATURA

- James SL, Lucchesi LR, Bisignano C, et al. The global burden of falls: global, regional and national estimates of morbidity and mortality from the global burden of disease study 2017. *Inj Prev* 2020; 26: 3–11.
- Haagsma JA, Olij BF, Majdan M, et al. Falls in older aged adults in 22 European countries: incidence, mortality and burden of disease from 1990 to 2017. *Inj Prev* 2020; 26: 67–74.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Surveillance of Falls in Older People: Assessing Risk and Prevention (NICE Guideline CG161). London: National Institute for Health and Care Excellence, 2019.
- Montero-Odasso MM, Kamkar N, Pieruccini-Faria F, et al. Evaluation of clinical practice guidelines on fall prevention and management for older adults: a systematic review. *JAMA Netw Open* 2021; 4(12): e2138911.
- Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: A global initiative. *Age Ageing* 2022; 51(9): afac205.
- Fougere BMJ, Arai H, Bauer JM, et al. Precision medicine: the future management of geriatric conditions. *J Nutr Health Aging* 2018.
- Burns ER, Lee R, Hodge SE, et al. Validation and comparison of falls screening tools for predicting future falls among older adults. *Arch Gerontol Geriatr* 2022.
- Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med* 1988; 319: 1701–1707.
- Jepsen B, Robinson K, Ogliairi G, et al. Predicting falls in older adults: an umbrella review of instruments assessing gait, balance, and functional mobility. *BMC Geriatr* 2022; 22.
- Ganz DA, Latham NK. Prevention of falls in community-dwelling older adults. *N Engl J Med* 2020; 382: 734–743.
- Berková M, Topinková E, Mádlová P, et al. Krátká baterie pro testování fyzické zdatnosti seniorů. *Vnitř Lék* 2013; 59 (4): 256–263.
- Topinková E. Mobilita jako klíčový faktor zdravého stárnutí. *Geri a gero* 2021; 10(1): 15–22.
- Haines TP, Hill K, Walsh W, et al. Design-related bias in hospital fall risk screening tool predictive accuracy evaluations: systematic review and meta-analysis. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007; 62(6): 664–672.
- Morris ME, Haines T, Hill AM, et al. Divesting from a Scored Hospital Fall Risk Assessment Tool (FRAT): A cluster randomized non-inferiority trial. *J Am Geriatr Soc* 2021; 69(9): 2598–604.
- Jellett J, Williams C, Clayton D, et al. Falls risk score removal does not impact inpatient falls: A stepped-wedge, cluster-randomised trial. *J Clin Nurs* 2020; 29(23–24): 4505–4513.
- Cameron ID, Dyer SM, Panagoda CE, et al. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 9: CD005465.
- Nunan S, Brown Wilson C, Henwood T, et al. Fall risk assessment tools for use among older adults in long-term care settings: A systematic review of the literature. *Australas J Ageing* 2018; 37(1): 23–33.
- Vlaeyen E, Poels J, Colemonts U, et al. Predicting falls in nursing homes: A prospective multicenter cohort study comparing fall history, staff clinical judgment, the care home falls screen, and the fall risk classification algorithm. *J Am Med Dir Assoc* 2021; 22(2): 380–387.