# Teorie ošetřovatelství III.

Zpracovala: Zuzana Klikarová, VBO, 2. ročník

# **Přidání služeb fyzioterapeutů na urgentní oddělení kvůli prevenci imobilizačního syndromu – proveditelnost studovat ve fakultní nemocnici**

ABSTRAKT

Článek se zabývá problematikou imobilizačního syndromu na akutních oddělení u starších lidí nad 65 let, kteří jsou rizikovou skupinou. Cílem této studie bylo posoudit proveditelnost a prozkoumat potenciální klinický přínos přidání služeb fyzioterapeutů na akutní příjmy ve spolupráci s ošetřujícím personálem, aby se zabránilo imobilizačnímu syndromu.

ÚVOD

Souvislost mezi funkčním poklesem vyskytujícím se u klidu na lůžku a hospitalizací u starších osob je dobře známo. Dlouhé čekání na pohotovostním oddělení (ED), kde mohou být pacienti upoutáni na lůžku, představuje rizikový faktor pro rozvoj imobilizačního syndromu (IS). Může to mít několik příčin: užívání močového nebo periferního katetru, použití omezovacích prostředků nebo jednoduše méně času stráveným dopomocí chůzí pacienta, který již není schopný chodit bez pomoci. IS je jedním z nežádoucích důsledků nečinnosti a může nastat již po několika hodinách, jsou způsobeny patologické změny ve většině orgánů a systémů. Hrají zde roli i psychologické účinky a metabolické následky. Klinických projevů IS je mnoho (zvýšená srdeční zátěž, plicní problémy, funkční pokles atd.). U starších osob, zejména u osob starších 75 let, je znatelná asociace mezi hospitalizací a funkčním poklesem v důsledku imobilizace. Před přijetím na oddělení je většina starších osob transportována na pohotovostní oddělením (ED), kde mohou čekat několik hodin, než budou převezeni na oddělení. Jedna studie ukazuje, že u starší osoby, která již má deficit mobility nebo omezení, 24hodinový klid na lůžku je dostatečně dlouhá doba na to, aby byl vyvolán dostatečný stupeň zhoršení, který může zabránit pacientům v bezpečné chůzi bez pomoci. Tímto prodlouženým a vyhnutelným klidem na lůžku se zvyšuje riziko rozvoje IS.

Včasné zásahy do mobility, jako např. fyzioterapeuti (PT) dodáni na ED, mohou zabránit jejímu rozvoji. Poskytování proaktivní péče, jako je časná mobilizace, je slibná prevence IS. To by zahrnovalo včasnou identifikaci klinických příznaků spojených s rozvoj IS a cílené zásahy s důrazem na mobilizaci, předepisování jednoduchých cvičení. V tomto klinickém prostředí je nezbytná účast ošetřovatelského týmu a přístup založený na spolupráci s fyzioterapeuty.

METODA VÝZKUMU

Výzkumnými otázkami se staly: 1) V čem spočívají překážky implementace služeb fyzioterapeuta v ED? a 2) Jaká je potenciální klinická hodnota přidání služeb fyzioterapeutů do ED, ve spolupráci s ošetřujícím personálem, jako prostředkem prevence IS u starších osob nad 65 let s minimálně jedním klinickým příznakem zhoršené pohyblivosti? Abychom odpověděli na naše výzkumné otázky, vybrali jsme si popis struktury s kvalitativním (aspekt proveditelnosti) a kvantitativním složkou (klinický aspekt). Projekt byl schválen radou pro etickou kontrolu Centre de recherche clinique du CHUS (CRCHUS). Všichni účastníci poskytli písemný souhlas s účastí na studii.

Pacienti museli předložit alespoň jeden klinický znak spojený s vývojem IS. Pacienti byli vyloučeni ze studie, pokud 1) čekali na přijetí na specializační oddělení, 2) nebyli dříve schopni se pohybovat (mobilizovat) před přijetím na ED, 3) měl IS při přijetí ED, a 4) měl kontraindikace vstávat a pohybovat se (např. podezření na infarkt), protože fyzioterapeutické léčby by primárně sestával z chůze, přepravy a aktivního pohybová cvičení.

Screening (na základě kritérií způsobilosti) byl proveden v ED sestrami z hodnotící jednotky poté, co pacient prošel tříděním. Sestry obdržely krátké pokyny předem posoudit způsobilost. Pacienti považováni za přípustné, byly následně odkázány na fyzioterapeuta, který předtím ověřil a potvrdil jejich způsobilost k provedení úplného posouzení a poskytnutí léčby v ED.

Fyzioterapeutické procedury byly poskytovány fyzioterapeuty se zkušenostmi s prací se staršími osobami a absolventem fyzioterapeutické stáže (v posledním roku školy). Služby fyzioterapeutů byly poskytovány pouze v průběhu dne (8:00 - 16:00). Dvakrát až třikrát denně navštívil buď fyzioterapeut, nebo stážista ED posoudit pacienty, které sestry s ED měly identifikovány jako potenciální kandidáti. Fyzioterapeut poté připravil individualizovaný plán a pacient byl odpovídajícím způsobem léčen. Pro typické fyzioterapeutické léčbě, přímý čas strávený s každým pacientem lišil mezi 30 a 40 min. Terapeut také strávil dalších 20–30 minut nepřímého času (tj. mapování, poradenství se sestrami) pro každého pacienta. Všichni pacienti, kteří byli přijati na <24 h, absolvovali 1–2 návštěvy, zatímco pacienti kteří zůstali 24 až 36 hodin, obdrželi dvě návštěvy.

VÝSLEDKY

Za 12 týdnů implementace celkem 2527 pacientů ve věku 65 se dostalo na ED. Všichni tyto pacienti podstoupili třídění, ale méně než 10% byli přiřazeni do hodnotící jednotky a splnily zařazení kritéria - sestry hodnotící jednotky ED identifikovaly celkem 187 potenciálních pacientů. Hlavní důvody pro přijetí (tj. lékařské diagnózy) se velmi lišily, od bronchitidy k častým pádům. Z tohoto počtu bylo 111 rychle převedeno z ED na jednotku Family Medicine Unit a fyzioterapeut je neviděl. Tato 59% sazba naznačuje efektivní proces zpracování a propuštění z ED. Zbývajících 76 potenciálních pacientů bylo vyšetřeno fyzioterapeutem. Po důkladném přezkoumání kritérií přijatelnosti se zjistilo, že 21% nesplňovalo všechna kritéria přijatelnosti před odesláním do fyzioterapie (16 bylo mladších 65 let a 23 nevykazovali žádné klinické příznaky ani rizikové faktory IS). Kromě toho fyzioterapeut vyloučil devět pacientů, protože měli lékařské kontraindikace proti pohybu, a tři byli buď převezeni do speciálního oddělení, nebo jsme o nich ztratili přehled. Nakonec bylo pět pacientů neschopných pohybu (samohybný) před vstupem do ED. Zbývalo 20 vhodných pacientů, kteří byli posouzeni fyzioterapeutem v ED a poté zahrnuto do studie, což představuje 11% z celkového počtu potenciálních účastníků.

.

Z 20 pacientů, kteří splnili všechna kritéria způsobilosti a byli hodnoceni fyzioterapeuty na ED, 9 dostalo minimálně jedno ošetření fyzioterapii v ED a poté byli převezeni na oddělení, kde se pokračovalo v léčbě. Pro 11 dalších hodnocených pacientů nedošlo k žádné fyzioterapeutické intervenci po posouzení fyzioterapeuta na ED. To bylo způsobeno buď krátkým ED pobytem, nebo vývoj stavu, který vylučuje léčbu PT. Ze skupiny, která neobdržela žádný zásah na ED, jsme si všimli, že u 2 pacientů se během jejich hospitalizace vyvinul IS. Pokud jde o dalších 9 pacientů, kteří začali PT léčbu na ED, u žádného z nich se nevyvinul IS ve stejném časovém rámci.

DISKUZE

Fyzioterapeuti měli snadný přístup k rizikovým pacientům a pomohlo to k následné léčbě. Sestry ocenily mezioborovou spolupráci a fyzioterapeutický příspěvek. Lékaři a sestry ED viděli přínos mít poblíž fyzioterapeuta, který přišel na ED každý pracovní den za účelem pomoci obzvláště zranitelné populaci. Jednou z hlavních překážek bylo s nedostupným fyzickým prostorem: nedostatek ED fyzického prostoru a vybavení (invalidní vozíky a chodítka) pro optimální služby fyzioterapeutů. Dalším problémem byla někdy neochota sester vyplňovat další formuláře, což braly jako další úkol, který musí splnit. Také docházelo k nekomunikaci mezi výměnou směn. Někteří zdravotníci také uvedli, že chybí hlubší podvědomí o IS

ZÁVĚR

Na základě výsledků této studie proveditelnosti by bylo pravděpodobné a potenciálně výhodné implementovat fyzioterapeutické služby na ED, což by mohlo mít pozitivní dopad na prevenci rozvoje IS u starších osob představující rizikovou skupinu. I když pouze malá část pacientů (11%) dostávala fyzioterapeutické služby, měl by být vyvinut lepší screeningový nástroj / metoda.