Přidání služeb fyzikální terapie na pohotovostním oddělení k prevenci imobilizačního syndromu - studie proveditelnosti ve univerzitní nemocnici

*Yannick Tousignant-Laflamme1,2\*, Ann-Marie Beaudoin1, Anne-Marie Renaud1, Stephanie Lauzon1,Marie-Catherine Charest-Bossé1, Louise Leblanc3and Maryse Grégoire3*

Abstrakt:

Souvislosti: Souvislost mezi funkčním poklesem, ke kterému dochází u lůžek a hospitalizací u starších osob, je dobře známá. Rizikovým faktorem pro rozvoj imobilizačního syndromu je dlouhé čekání na pohotovostním oddělení , kde mohou být pacienti upoutáni na lůžko. IS je jedním z nežádoucích důsledků nečinnosti, která způsobuje patologické změny ve většině orgánů a systémů. Včasné pohybové intervence, jako je fyzikální terapie aplikovaná na pohotovostním oddělení, mohou zabránit jejímu rozvoji. Pokud je nám známo, nebyly k tomuto tématu uvedeny žádné předchozí studie. Cílem této studie bylo posoudit proveditelnost a prozkoumat potenciální klinickou hodnotu přidání služeb fyzikální terapie na pohotovostní oddělní ve spolupráci s ošetřujícím personálem, aby se zabránilo IS.

Metoda: Po dobu 12 týdnů byly služby fyzikální terapie poskytovány na pohotovostní oddělní u starších osob (> 65 let) vykazujících ≥1 klinické příznaky spojené s rozvojem IS. Pacienti byli vyšetřeni sestrami na pohotovostní oddělní a poté viděni fyzioterapeutem. Za účelem posouzení proveditelnosti byl měřen přístup k pacientům, procento pacientů, kteří splnili kritéria způsobilosti, přijatelnost intervence a překážky / zprostředkovatelé implementace. Abychom popsali klinické výhody časných fyzioterapeutických služeb, spočítali jsme počet nových případů IS mezi pacienty po jejich přijetí na oddělení.

Výsledky: Po 12 týdnech sestry na pohotovostní oddělní vyšetřily 187 potenciálních pacientů a 20 dostalo PT služby na pohotovostní oddělní (před jejich přijetím na oddělení). Přístupnost se nelíbila a byla pozorována dobrá přijatelnost od někoho. Nezjistili jsme velké problémy ani nepřekonatelné překážky při provádění intervence. Klinické výsledky ukázaly, že devět pacientů bylo léčeno PT na pohotovostní oddělní a na oddělení (po jejich přijetí). U dalších 11 pacientů nebyly provedeny žádné PT zákroky na pohotovostní oddělní po posouzení. Sledování těchto 11 pacientů ukázalo, že u dvou z nich se během pobytu v nemocnici vyvinul IS. Pokud jde o tehdejší pacienty, kteří zahájili léčbu PT na pohotovostní oddělní, žádný z nich nevyvinul IS.

Závěr: Na základě výsledků této studie proveditelnosti by bylo pravděpodobné a potenciálně výhodné implementovat PTservices na pohotovostní oddělní, což by mohlo mít pozitivní dopad na prevenci vývoj IS u starších osob představujících rizikové faktory. I když pouze malá část pacientů (11%) dostávala služby PT, měla by být vyvinuta lepší screeningová nářadí / metody.

Klíčová slova: fyzioterapie, starší osoby, imobilizační syndrom, pohotovost, prevence

Pozadí

U starších osob je hospitalizace a období před ní často spojeno s prodlouženým spánkem . Toto významné snížení pohyblivosti během pobytu v nemocnici může mít několik příčin: použití močového nebo periferního intravenózního katétru, použití omezovacích prostředků nebo jednoduše méně času stráveného chůzí pacienta. Prodloužená postel je hlavním rizikovým faktorem ve vývoji imobilizačního syndromu (IS) . IS je jedním z nežádoucích důsledků prodlouženého odpočinku v posteli a nečinnosti, který způsobuje patologické změny ve většině orgánech a systémech těla a je způsoben hlavně dekompenzací nejisté fyziologické rovnováhy starší osoby po významném snížení jejich obvyklých denních činností . Klinické projevy IS jsou četné (zvýšená srdeční zátěž, plicní problémy, funkční pokles atd.) a ovlivňují téměř všechny tělesné systémy a mají také psychologické a metabolické následky . osoby, zejména osoby starší 75 let, existuje uznávaná souvislost mezi hospitalizací a funkčním poklesem v důsledku imobilizace . Před přijetím na oddělení převezme většinu starších osob pohotovostní služba , kde mohou čekat několik hodin nebo dokonce dní, než budou přeloženi na oddělení . Pacienti, kteří jsou na pohotovostní oddělní přijati z důvodu více zdravotních problémů nebo ztráty autonomie na fórech, mohou obvykle čekat v posteli. Jedna studie prokázala, že u starší osoby, která již má nedostatky nebo omezení pohyblivosti, je 24hodinový pobyt na lůžku dostatečně dlouhá na to, aby vyvolala dostatečný stupeň kondicionování, který pacientům znemožňuje bezpečnou chůzi. Tento prodlouženy a vyhnutelný pobyt na lůžku zvyšuje riziko vzniku IS. Na základě těchto úvah je nezbytně nutné přijmout opatření k prevenci IS v prostředí akutní péče, jako je pohotovostní oddělní . V nemocničním prostředí jsou hlavními klinickými příznaky spojenými se ztrátou funkce při každodenním životě a potenciální prodlouženou imobilizací omezení nebo potíže se samo-mobilizací v posteli, jako je otáčení v posteli nebo samostatné sedění na okraji postele, přičemž mají obojí chodidla na zemi, samostatně vstát a zůstat stát s malou pomocí samostatně, samostatně se posadit a vstát ze židle a bezpečně kráčet poblíž postele nebo bezpečně chodit na toaletu . V zařízeních akutní péče, jako je pohotovostní oddělní, je snadno proveditelné, aby ošetřující personál rychle vyhodnotil tyto činnosti každodenního života, které byly spojeny s funkčním poklesem počtu hospitalizovaných starších pacientů . Poskytování proaktivní péče, jako je časná péče mobilizace, aby splnily slib v prevenci IS . To by umožnilo včasnou identifikaci klinických příznaků spojených s vývojem IS a cílenými intervencemi zdůrazňujícími mobilizaci, jako je předepisování jednoduchých cvičení. Mělo by se proto usilovat o to, aby byla zajištěna přiměřená úroveň fyzické aktivity, zatímco pacient čeká na přijetí na pohotovostní oddělní. Vzhledem k tomu, že pobyt na pohotovostní oddělní může být dostatečně dlouhý na to, aby podpořil nebo dokonce vyvolal IS u starší osoby s rizikovými faktory, mělo by smysl tyto intervence využít co nejrychleji, tj. Hned od přijetí pacienta na pohotovostní oddělní. V tomto klinickém nastavení je nezbytná účast ošetřovatelského týmu a přístupem k okamžitému zásahu by byl přístup založený na spolupráci s fyzioterapeuty, který by poskytoval pohybové intervence nebo předepsané cvičení k udržení celkové mobility. Fyzičtí terapeuti mají klinické dovednosti, aby poskytli nejvhodnější a individualizovanou léčbu - přesto v provincii Que-bec je vzácné, aby byli fyzioterapeuti požádáni, aby poskytovali služby na pohotovostní oddělní, zejména pro nemuskuloskeletální péči . Tradičně jsou přivedeny až později během hospitalizace pacienta. Dokonce i v Austrálii, kde se na pohotovostní oddělní rozvíjí „nouzová fyzioterapie“, je role fyzioterapeutů spojena hlavně s řízením muskuloskeletálních podmínek a problémy rovnováhy pocházejícími z neurologických podmínky . Méně než 15 studií zkoumalo roli fyzioterapeuta jako součást týmu , který byl před několika lety přijat v Austrálii a Anglii , ale dosud nebyl proveden žádný výzkum týkající se služeb PT na pohotovostní oddělní zaměřených na péči starších pacientů, včetně IS . Před zahájením randomizované klinické studie k posouzení účinnosti těchto služeb je prvním krokem prozkoumání proveditelnosti integrace PT služeb na pohotovostní oddělní. Vzhledem k průzkumné povaze tohoto projektu byl zvolen popisný design, který odpovídá na následující otázky: 1) Jaké jsou bariéry a usnadňující prvky implementace služeb PT na pohotovostní oddělní a 2) Jaká je potenciální klinická hodnota přidání služeb PT na pohotovostní oddělní ve spolupráci s ošetřujícím personálem jako prostředek prevence IS u starších osob ve věku 65 let a starších s alespoň jedním klinickým příznakem zhoršené mobility?

Metody

**Design**

jsme zvolili popisný design s kvalitativním (aspekt proveditelnosti) a kvantitativním komponentem (klinický aspekt). Projekt byl schválen Radou pro etickou kontrolu Centra recherche clini-que du CHUS (CRCHUS). Všichni účastníci poskytli písemný souhlas s účastí na studii.

Kvantitativní složka - klinický dopad intervencí

**Populace**

Přístupná populace se skládala z osob ve věku 65 a více let, které se prezentovaly na ED CHUS-Nemocnice Hôtel-Dieu (CHUS-HD) (Sherbrooke, QC) pro akutní zdravotní stav.

**Kritéria způsobilosti**

Pacienti, kteří se chtěli účastnit a potenciálně dostávat včasné ošetření PT, museli čekat na přijetí na jednotku rodinné medicíny CHUS-HD. Zvolili jsme jednotku FamilyMedicine, abychom zajistili, že všichni potenciální účastníci budou mít podobné zdravotní problémy a nebudou vyžadovat chirurgický zákrok. Pacienti navíc museli prokázat alespoň jeden klinický znak související s vývojem IS, jak je uvedeno v tabulce 1. Pacienti byli ze studie vyloučeni, pokud 1 ) čekali na přijetí do specializovaného oddělení, 2) nebyli schopni se pohybovat (samohybit) před vstupem na pohotovostní oddělní, 3) měli IS při přijetí na pohotovostní oddělní a 4) měli kontraindikace vstávat a pohybovat se (podezření na infarkt) , protože fyzioterapeutické procedury by primárně sestávaly z chůze, převozů a cvičení na aktivní mobilitu.

Nábor

Screening (na základě kritérií způsobilosti) provedli na pohotovostní oddělní sestry z hodnotící jednotky poté, co pacient podstoupil třídění. Sestry předem obdržely krátké pokyny k posouzení způsobilosti. Pacienti považovaní za přípustní byli následně předáni fyzioterapeutovi, který ověřil a potvrdil jejich způsobilost před provedením úplného posouzení a poskytnutím léčby na pohotovostní oddělní.

Proces studie

Z finančních důvodů (žádný konkrétní rozpočet pro PT honorar-ium) a akademických otázek (dostupnost stážista PT stu-dent), studie byla rozdělena do dvou 6týdenních období: od 31. října do 16. prosince 2011 a od 16. dubna do 1. června 2012. Všichni pacienti přítomní na pohotovostní oddělní CHUS-HD během těchto období byli potenciální

Fyzioterapeutické intervence

Fyzioterapeutické ošetření poskytoval fyzioterapeut se zkušenostmi s prací se staršími osobami a absolvující fyzioterapeutický stážista (v závěrečném období školení). Služby PT byly poskytovány pouze během dne (8:00 - 16:00). Dvakrát až třikrát denně navštěvoval ED fyzikální terapeut nebo interní PT, aby posoudil pacienty, které sestry z ED identifikovaly jako potenciální kandidáty. Pokud nebyla k dispozici žádná kritéria pro vyloučení, provedl fyzioterapeut úplné posouzení na základě metod a nástrojů klinického prostředí, které se skládalo hlavně z: i) zjištění, zda tam pacient byl, a získání konkrétní anamnézy jejich stav; ii) posoudit aktivní pohyblivost a svalovou sílu horních a dolních končetin; iii) posoudit přítomnost bolesti (popisná slovní stupnice). Fyzioterapeut poté připravil individualizovaný intervenční plán a s pacientem bylo zacházeno odpovídajícím způsobem. U typické léčby PT se přímý čas strávený s každým pacientem pohyboval mezi 30 a 40 minutami. Terapeut také strávil u každého pacienta dalších 20–30 minut nepřímého času (tj. Mapování, konzultace se sestrami). Všichni pacienti, kteří byli přijati na <24 h, dostali 1–2 návštěvy, zatímco pacienti, kteří zůstali 24 až 36 h, absolvovali dvě návštěvy. Jakmile byl pacient přijat do Family MedicineUnit, služby PT pokračovaly a poskytovala je stejná osoba (fyzioterapeut nebo stážista PT). Je důležité poznamenat, že většina pacientů zůstala v ED 24 až 36 hodin před převedením na jednotku, maximálně 48 hodin. Obrázek 1 ilustruje typickou trajektorii / chronologii událostí.

Výstupní opatření

Abychom popsali klinickou hodnotu přidání služeb PT k ED pro rizikovou populaci, spočítali jsme počet nových případů IS mezi pacienty na rodinné medikinální jednotce, kteří po přijetí na ED obdrželi hodnocení PT. Poté jsme porovnali počet případů IS mezi těmi, kteří obdrželi PT v ED, a těmi, kteří ne. To bylo měřeno kontrolou lékařských záznamů všech pacientů přijatých na jednotku FamilyMedicine, kteří byli zahrnuti do studie po přijetí do ED. Kvantitativní analýza údaje byly čistě popisné a nebyly použity žádné inferenční statistiky.

Kvalitativní složka - aspekt proveditelnosti

Postupy a výsledky

Abychom mohli posoudit proveditelnost, měřili jsme i) přístup k pacientům / potenciálním účastníkům, ii) procento pacientů, kteří splnili kritéria způsobilosti, a iii) akceptovatelnost intervence. Z hlediska přijatelnosti byly změřeny překážky a zprostředkovatelé implementace služeb TP v ED, přičemž byl proveden krátký rozhovor s pohodlným vzorkem zapojeného personálu ED, který zahrnoval 1) tři sestry ED z hodnotící jednotky, 2) fyzioterapeut a stážista PT, kteří poskytovali služby v ED, 3) vrchní sestra ED a 4) jeden lékař v ED. Zeptali jsme se jich, podle jejich názoru, i) co se stalo s poskytováním služeb PT v ED a co byste viděli jako zprostředkovatel? ii) Co by mohlo být překážkou formální implementace PT služeb v ED? Analýza První dva výstupy byly hodnoceny pomocí přehledu grafů, zatímco bariéry a facilitátoři byly analyzovány jednoduchou analýzou obsahu (popisnou) doslovného (poznámky provedené výzkumným asistentem) po krátké rozhovory.

Výsledky

Výsledky proveditelnosti

Přístup k účastníkům

V průběhu 12 týdnů implementace přistupovalo k ED celkem 2527 pacientů ve věku 65 let a více. Všichni tito pacienti podstoupili třídění, ale méně než 10% bylo převedeno do hodnotící jednotky a splnilo kritéria pro zařazení - sestry hodnotící jednotky ED identifikovaly celkem 187 potenciálních pacientů. Hlavní důvody pro přijetí (tj. Lékařské diagnózy) se velmi lišily, od bronchitidy po časté pády. Z tohoto počtu bylo 111 rychle převedeno z ED na jednotku rodinné medicíny a PT je neviděl. Tato 59% míra indikuje efektivní proces vypouštění a přenosu z ED. Zbývajících 76 potenciálních pacientů bylo vyšetřeno pomocí PT. Po důkladném přezkoumání kritérií přijatelnosti jsme zjistili, že 21% nesplnilo všechna kritéria přijatelnosti před odesláním na PT (16 bylo mladších 65 let a 23 nepředstavovalo žádné klinické příznaky nebo rizikové faktory IS). Kromě toho PT vyloučila devět pacientů, protože měli lékařské kontraindikace proti pohybu, a tři byli buď převezeni na speciální oddělení, nebo jsme o nich ztratili přehled. Nakonec bylo pět pacientů před přijetím k ED neschopných se hýbat (samohybně). To ponechalo 20 vhodných pacientů, kteří byli hodnoceni PT v ED a poté zahrnuti do studie, což představuje 11% z celkového počtu potenciálních účastníků (viz obr. 2) .

Facilitátoři a bariéry

Z krátkých rozhovorů jsme shromáždili následující aspekty:

Facilitátoři implementace Zaměstnanci fyzioterapie uvedli, že měli snadný přístup k potenciálním pacientům na pohotovostním odděl, a zjistili, že je relativně snadné sledovat je poté, co byli pacienti převedeni. Také díky přítomnosti promující stážistky obě jednotky (rodinné lékařství a ED), fyzikální terapeut měl dostatek času na poskytování PT služeb v ED při pokračování ve svých pravidelných povinnostech na oddělení rodinné medicíny. Ve fázi nastavení jsme neměli potíže se získáním pomoci od vedoucího jednotky ED k realizaci projektu. Sestry ocenily meziprofesní spolupráci a příspěvek fyzioterapeuta. Lékaři a zdravotní sestry z ED viděli výhodu toho, že má poblíž fyzioterapeuta, který každý pracovní den přicházel do ED pro tuto zvlášť zranitelnou populaci. Také vidění fyzioterapeuta na ED s pacienty by mělo usnadnit další vzdělávání pacientů na PT.

Implementační bariéry Jedna z hlavních překážek souvisela s dostupným fyzickým prostorem: nedostatek fyzického prostoru a vybavení ED (invalidní vozíky a chodítka) pro optimální služby PT. I když jsme obdrželi 187 referencí, nebylo vždy snadné dostat sestry hodnotící jednotky k systematickému screeningu potenciálních účastníků. Důvodem byla zejména nedostatečná komunikace mezi směnami a fluktuace zaměstnanců mezi dvěma obdobími provádění. Některé ze sester viděly formu skríningu jako další úkol, ke kterému neměli vždy čas, i když to bylo rychlé a jednoduché. Několik zdravotních sester také uvedlo, že nemají znalosti o IS, aby plně pochopily význam časné mobilizace, což by mohlo snížit jejich motivaci k screeningu a doporučování potenciálních pacientů. Zdravotničtí pracovníci (zdravotní sestry a lékaři) pracující v ED vyjádřili, že potřebují pomoc (lidské a materiální zdroje ) udržovat pacienty s ED v pohybu, aby nedošlo k rozvoji IS. EDnurses se domnívali, že nabízené služby PT byly přínosné, protože mobilizaci pacientů bylo možné zahájit včas a o rizikové pacienty bylo možné náležitě pečovat. Samotný vývoj intervence rovněž zvýšil povědomí pečovatelů a zdravotnického personálu o důležitosti mobilizace a udržování autonomie starších pacientů po přijetí ED. Komplexnější seznam facilitátorů a bariér uvedený v tabulce 2.

Klinické výsledky po intervenci

Z 20 pacientů, kteří splnili všechna kritéria způsobilosti a byli vyšetřeni PT v ED, dostalo devět alespoň jednu léčbu PT v ED a poté byli převedeni na jednotku, kde léčba pokračovala. U 11 dalších hodnocených pacientů nedošlo k žádnému zásahu PT po posouzení fyzioterapeuta v ED. Bylo to buď kvůli krátkému pobytu ED (n = 10) nebo rozvoji stavu, který vylučoval léčbu PT (jeden pacient byl diagnostikován s delirium krátce po počátečním posouzení PT). Ze skupiny, která neobdržela žádný zásah do ED, jsme zaznamenali, že u dvou pacientů se během pobytu v nemocnici vyvinulo IS (zatímco byli přijati do Family MedicineUnit). Pokud jde o dalších devět pacientů, kteří zahájili léčbu PT v ED, žádný z nich nevyvinul ISv průběhu časového rámce

Diskuse

Prohlášení hlavních zjištění

Výsledky této studie ukazují, že by bylo možné zavést služby PT v ED pro tuto konkrétní populaci, ale pouze 11% všech přijatých potenciálních pacientů by se mohlo kvalifikovat pro příjem těchto služeb. Navíc služby PT poskytované na počátku přijímacího procesu mají pozitivní klinický vliv. Naše pozorování také naznačují, že identifikované bariéry jsou překonatelné a že by mohla být proveditelná studie účinnosti. Kromě toho jsme zjistili, že místní prostředí vyjadřuje významnou potřebu služeb PT v ED fakultní nemocnice, což naznačuje, že i v malých dávkách mají tyto služby své místo v Quebecově zdravotním systému. Získali jsme cenné informace o bariérách a facilitátorech implementace těchto služeb. Zjistili jsme, že hlavním zprostředkovatelem je mezioborová spolupráce mezi ošetřujícím personálem (manažeři a obr. 2 Flowchart pacientů po počátečním screeningu Tousignant-Laflammeet al. BMC Emergency Medicine (2015) 15:35 Strana 5 ze 7 lékařů) a odborníci v PT. Fyzioterapeut zapojený do této studie nemohl provést takové cílené, organizované intervence bez screeningu prováděného sestrami hodnotící jednotky ED a podpory manažerů (prostřednictvím připomínek a připomenutí pro screening). implementace služby ED PT nepochybně byla: 1) nedostatek vybavení a fyzického prostoru pro poskytování léčby PT v samotném ED; 2) obtížnost screeningu pacientů systematicky ve třech pracovních směnách (screening prováděli zdravotní sestry). Aby byl program efektivní, je nezbytný důkladný screening a dobrá komunikace mezi ošetřujícím personálem a fyzioterapeuty. Vzhledem k tomu, že naše studie proveditelnosti byla rozdělena do dvou samostatných období, byla pravděpodobně narušena kontinuita a přivlastnění nového způsobu dělání věcí bylo omezeno. Vzhledem k tomu, že 75 sester pracovalo v ED, kde jsme studii prováděli, bylo velkým problémem udržení povědomí o ISover po dlouhou dobu. Domníváme se, že všechny tyto překážky lze snadno překonat. Klinické výsledky naznačují, že přidání včasných PT zásahů do ED u starších osob, u nichž existuje riziko kondicionování, by mohlo mít pozitivní dopad na prevenci IS. Vzhledem k povaze studie nemůžeme v podskupině pacientů stanovit příčinnou souvislost ani souvislost mezi službami PT a nižším počtem případů IS. Naše výsledky nicméně podporují potenciální hodnotu implementace služeb PT pro starší osoby s rizikem IS, na základě jejich přijetí do ED.

Srovnání s jinými studiemi Bylo by obtížné porovnat naše výsledky s literaturou, protože jsme nenašli žádné studie týkající se dopadu služeb ED PT na prevenci IS. Jiné studie však zkoumaly účinnost služeb EDPT při léčbě muskuloskeletálních problémů. Systematický přehled provedený Kilnerem [15] uvádí, že byl proveden důkladný výzkum, který by tvrdil, že poskytování PTin ED (pro všechny populace kombinované, které není specifické pro starší populaci) by významně prospělo systému zdravotní péče (pokud jde o náklady na nemoc ). Na druhé straně vědecké důkazy jasně ukazují, že pro pacienty existují velké výhody, protože takové služby zlepšují spokojenost pacientů a ještě důležitěji, snižují krátkodobé postižení a omezují funkčnost [15, 16]. Naše výsledky se přidávají k malému počtu studií, které ukazují, že by bylo možné přidat do služby PT služby. Naše výsledky také naznačují, že fyzikální terapeuti by skutečně mohli být součástí Quebecových ED careteamů. V zemích, jako je Austrálie a Anglie, dochází k rostoucímu uznání role PT v ED [12,17–19] a věříme, že začlenění klinického přístupu fyzioterapeutů ve spolupráci s EDnurses by mohlo být přínosem pro pacienty s muskuloskeletálním onemocněním problémy.

Potenciální zkreslení a omezení Hlavním omezením kvantitativního aspektu studie je malý počet přijatých pacientů, kteří dostávali léčbu PT v rámci ED (n = 20). Vzhledem k tomu, že 2527 pacientů ve věku 65 let a více prošlo ED během období 12 týdnů, je celkový počet přijatých pacientů poměrně nízký (n = 20). Zdá se, že k ospravedlnění těchto služeb je nutné konzultovat ED s velkým počtem pacientů. Ačkoli zobecnitelnost našich výsledků nebyla stanoveným cílem, předčasný přenos na jednotku zahrnoval více než 50% potenciálních pacientů. Také bychom nemohli rozlišit, zda to byly intervence PT, které se uskutečnily po přijetí do jednotky, nebo časné PT během pobytu v ED, které pomohly zabránit rozvoji IS. Jako kvalitativní složka naší studie je proto velmi pravděpodobné, že na konci implementačního období proběhne krátký rozhovor a bude zkresleno volání všech. Vzhledem k velkému počtu pacientů, kteří ani po screeningu nesplnili všechna kritéria n = 56) zpochybňujeme účinnost triageprocesu naší studie. Dále jsme měli nějaké potíže s identifikací jasné diagnózy IS ve zdravotnických souborech 20 zbývajících pacientů. Informační zkreslení je proto pravděpodobné, vzhledem k nedostatečné soudržnosti ve znění použitém pro diagnózu IS. Může to být způsobeno používáním mnoha termínů a synonym pro popis IS, což komplikuje revizi grafů pacientů a možná způsobuje, že výskyt IS je v našich výsledcích podceňován. Ve výzkumu budoucnosti by bylo zásadní získat podporu fyziky (např. Předepsat předčasné PT po přijetí do ED) a prosazovat jasnou a konkrétní definici termínů, které se mají použít při diagnostice IS. A konečně by bylo důležité měřit výhody, které vnímají zdravotní sestry po přijetí pacientů na jednotku, a dotazování pacientů, pokud jde o jejich spokojenost s poskytnutými službami.

Závěr

Starší osoby tvoří stále rostoucí segment hospitalizované populace a často mají složité zdravotní problémy. Křehkost je obvykle spojována se stárnutím, což je vystavuje mnohem většímu riziku rozvoje IS, a to i během krátkého pobytu v ED. Na základě výsledků této studie proveditelnosti by bylo pravděpodobné a pravděpodobně prospěšné zavést PT služby do ED, což by mohlo mít pozitivní dopad na prevenci rozvoje IS u pacientů ve věku 65 let a starších, u nichž jsou přítomny klinické příznaky poruchy mobility. IS během hospitalizace lze snížit podporou systematické identifikace těchto pacientů, jejich mobilitou ještě před jejich přijetím na oddělení a zajištěním dobrého následného sledování hospitalizace. Naše výsledky ukazují, že by bylo proveditelné provedení rozsáhlé nebo multicentrické studie.

ED- pohotovostní oddělení

PT- Fyzioterapie