

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ПАЃАЊА: ПРОЦЕНКА И ПРЕВЕНЦИЈА НА ПАЃАЊА КАЈ ПОСТАРИ ЛУЃЕ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при паѓања: проценка и превенција на паѓања кај постари луѓе.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при паѓања: проценка и превенција на паѓања кај постари луѓе е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при паѓања: проценка и превенција на паѓања кај постари луѓе по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-3124/1
09 март 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

Паѓања: проценка и превенција на паѓања кај постари луѓе

Објавено: јуни 2013 год.

NICE клинички упатства 161
guidance.nice.org.uk/cg161

Содржина

Вовед	1
За кого е наменето ова упатство	1
Популација, опфатена со ова упатство	1
Грижа насочена кон пациентот	2
Клучни приоритети за имплементација	3
Превенција на паѓања кај постари луѓе	3
Превенција на паѓања кај постари луѓе во текот на хоспитализацијата	3
1. Препораки	4
Термини, користени во ова упатство	4
1.1 Превенција на паѓања кај постари луѓе	4
1.2 Превенција на паѓања кај постари луѓе за време на престој во болница	9
2. Препораки за истражување	11
2.1 Нови препораки за истражување	11
2.2 Препораки за истражување од упатствата од 2004 година	12
3. Други информации	14
3.1 Обем и како ова упатство беше развиено	14
3.2 Поврзани NICE упатства	14
4. Група за развој на упатствата 2013, Тим за интернистички клинички упатства и тим за NICE проект 2013	15
4.1 Група за развој на упатствата 2013 (14 члена)	15
4.2 Технички тим за интернистички клинички упатства (9 члена)	16
4.3 NICE Центар за клиничка пракса (9 члена)	16
5. Група за развој на упатствата, национален центар за соработка и дополнителна помош 2004	18
5.1 Група за развој на упатствата 2004 (15 члена)	18
5.2 Национален центар за соработка за сестринска нега и потпорна грижа (9 члена)	19
5.3 Дополнителна помош (3 члена)	19
Околу ова упатство	20
Ажурирана информација	20
Јачина на препораките	20
Други верзии на ова упатство	21
Имплементација	21
Ваша одговорност	22
Contact NICE	22

Вовед

Ова упатство го ажурира и заменува 'Паѓања' (NICE клиничко упатство 21). Препораките се означени според тоа кога биле оригинално објавени (видете Околу ова упатство за детали).

Паѓањата и повредите, поврзани со паѓањата, се чест и сериозен проблем кај постарите луѓе. Луѓето на возраст од 65 години и постари имаат највисок ризик од паѓање, така што 30% од луѓето постари од 65 години и 50% од луѓето постари од 80 години паѓаат барем еднаш во годината.

Човечката цена на паѓањето вклучува мачнина, болка, повреда, загуба на самодоверба, загуба на самостојност и смрт. Паѓањето, исто така, влијае и на членовите на семејството и на старателите на луѓето кои паднале. Проценето е дека цената на паѓањата го чинат NHS повеќе од 2.3 билиони фунти годишно. Поради тоа, паѓањето има влијание на квалитетот на живот, здравјето и на трошоците за здравствена заштита.

Ова упатство ги одредува препораките за проценка и превенција на паѓањата кај постари луѓе. Ова е продолжување на надлежноста на NICE клиничкото упатство 21 (објавено во ноември 2004), за да ги вклучи проценката и превенцијата на паѓањата кај постари луѓе во текот на престојот во болницата (хоспитализирани пациенти). Новите препораки за постарите луѓе во болницата (2013) седат рамо до рамо со оригиналните препораки со упатствата од 2004 година. Важно е да се потенцира дека сите препораки од 2004 година се исто така применливи и важни сега, како и кога беа првобитно објавени.

За кого е наменето ова упатство

Овој документ е наменет за здравствените работници и други професионалци и персоналот кој се грижи за постарите луѓе кои се со зголемен ризик од паѓање.

Популација, опфатена со ова упатство

Сите луѓе над 65 години и постари се опфатени со препораките на ова упатство. Ова е поради тоа што луѓето над 65 години и постари имаат највисок ризик од паѓање. Според препораките од упатството, сите луѓе од 65 години или постари, кои се примени во болница, би требало да се проценуваат според мултифакторијалната проценка за нивниот ризик од паѓање во текот на хоспитализацијата. Би требало, исто така, да им се предложи мултифакторијалната проценка за ризикот од паѓање во општеството, ако е тоа соодветно. Овие проценки може да се направат заедно или посебно.

Луѓето на возраст од 50 до 64 години кои се примени во болница и кои се проценети од страна на клиничкиот доктор дека се со повисок ризик од паѓање поради основната состојба, се исто така опфатени со препораките на упатството околу проценката и превенцијата на паѓања кај постари луѓе во текот на хоспитализацијата.

Грижа насочена кон пациентот

Ова упатство го предлага најдобриот практичен совет за грижата за постари луѓе кои се со ризик од паѓање.

Пациентите и здравствените работници имаат права и одговорности како се утврдени во NHS во Уставот на Англија– сите NICE упатства се напишани така што ги одразуваат нив.. Лекувањето и грижата би требало да ги земат предвид индивидуалните потреби и приоритети на пациентите. Пациентите би требало да ја имаат можноста да донесуваат одлуки откако ќе бидат информирани околу грижата и лекувањето, во соработка со нивните здравствени работници. Здравствените работници би требало да го следат советот од Совет за согласност при одделот за здравство. Ако некој нема капацитет да одлучува, здравствените работници би требало да го следат кодот на пракса кој го придружува Актот за ментален капацитет и дополнителниот код на праксата за лишување на мерки за заштита на слободата. Во Велс, здравствените работници би требало да го следат советот од совет за согласност од Владата во Велс.

NICE има произведено упатство врз база на компонентите од доброто искуство на пациентите во услугите на NHS за возрасни. Сите здравствени работници би требало да ги следат препораките во искуства на пациентите во услугите за возрасни во NHS.

Клучни приоритети за имплементација

Следните препораки се идентифицирани како приоритети за имплементација.

Превенција на паѓања кај постари луѓе

- Здравствените работници би требало рутински да ги прашуваат постарите луѓе дали имаат паднато во последната година и да прашуваат за честотата, контекстот и карактеристиките на паѓањето/паѓањата. **[2004]**
- Мултифакторијална проценка за ризикот од паѓања би требало да им се предложи на постарите луѓе кои се јавуваат за медицинска помош поради паѓање, или повторувани паѓања во последната година, или кои покажуваат неправилности во одот и/или во рамнотежата. Оваа проценка би требало да биде изведена од здравствен работник со соодветни вештини и искуство, нормално во услови на специјалистичка служба за пациенти со паѓања. Оваа проценка би требало да е дел од индивидуализирана, мултифакторијална интервенција. **[2004]**

Превенција на паѓања кај постари луѓе во текот на хоспитализацијата

- Земете ги предвид следниве групи хоспитализирани пациенти дека се со ризик од паѓање во болница и управувајте со нивната грижа според препораките 1.2.2.1 и 1.2.3.2:
 - Сите пациенти на 65 години или постари.
 - Пациенти на возраст од 50 до 64 години кои се проценети од клинички доктор дека се на повисок ризик за паѓање поради основната состојба. **[ново 2013]**
- За пациентите со ризик за паѓање во болница (видете препорака 1.2.1.2), земете ги во предвид мултифакторијална проценка и мултифакторијална интервенција. **[ново 2013]**
- Обезбедете дека која било мултифакторијална проценка ги идентификува индивидуалните ризик фактори за паѓање на пациентот и тие можат да бидат третирани, подобрани или справени во текот на нивниот очекуван престој. Овие можат да ги вклучуваат:
 - Когнитивно нарушување.
 - Проблеми со континенција.
 - Анамнеза за паѓањата, вклучувајќи ги причините и последиците (како повреди и страв од паѓање). Обувки кои не се соодветни или недостигаат.
 - Здравствени проблеми кои може да го зголемат нивниот ризик од паѓање.
 - Лекови.
 - Постурална нестабилност, проблеми со движење и/или проблеми со рамнотежа.
 - Синдром на синкопа.
 - Оштетување на видот. **[ново 2013]**

1. Препораки

Следново упатство е базирано на најдобрите достапни докази. Целосното упатство ги дава деталите на методите и доказите користени за развивање на упатството.

Начинот на изразување користен во препораките во ова упатство (на пр. зборовите како 'предложи' и 'зема во предвид') ја означува сигурноста со која препораката е направена (јачината на препораката). Видете во Околу ова упатство за деталите.

Термини, користени во ова упатство

Продолжена грижа

Место на згрижување како старачки дом или потпомогнато сместување.

Мултифакторијална проценка или мултифакторијална проценка на ризик од паѓање

Проценка со повеќе компоненти кои имаат за цел идентификација на ризик факторите за паѓање на лицето.

Мултифакторијална интервенција

Интервенција со повеќе компоненти кои имаат за цел да ги одредат ризик факторите за паѓање кои се идентификувани во мултифакторијалната проценка на лицето.

Постари луѓе

Во делот 1.1, постари луѓе се луѓе на 65 години и постари. Во делот 1.2, постари луѓе се луѓе на возраст од 50 години и постари.

Постари луѓе кои живеат во заедница

Постари луѓе кои живеат во нивниот сопствен дом или во место со продолжена нега.

Алатка за предвидување на ризикот

Алатка која има за цел да го пресмета ризикот за паѓање на лицето, или во термините 'ризични/неризични', или во термините 'низок/среден/висок ризик', итн.

1.1 Превенција на паѓања кај постари луѓе

1.1.1 Случај/идентификација на ризик

1.1.1.1 Постари луѓе во контакт со здравствените работници би требало да бидат рутински прашувани дали имаат паднато во последната година и околу честотата, контекстот и карактеристиките на паѓањето/а. [2004]

1.1.1.2 Постари луѓе кои пријавуваат паѓање или за кои се смета дека се со ризик за паѓање би требало да бидат опсервирани за рамнотежа и недостатоци во одот и да се процени нивната способност за добивање корист од интервенциите за подобрување на нивната снага и рамнотежа. (Тестови на рамнотежа и од, кои често се употребуваат во Обединетото Кралство, дадени се во детали во делот 3.3 на Целосното упатство.) [2004]

1.1.2 Мултифакторијална проценка на ризик од паѓање

1.1.2.1 Мултифакторијална проценка на ризик од паѓања би требало да им се предложи на постари луѓе кои се пријавуваат за медицинска грижа поради паѓање или даваат податок за повторувани паѓања во претходната година или покажуваат недостатоци во одот и/или во рамнотежата. Оваа проценка би требало да биде спроведена од здравствен работник со соодветни вештини и искуство, нормално во институција со услуги на специјалист за пациенти со паѓања. Оваа проценка би требало да е дел од индивидуализирана мултифакторијална интервенција. [2004]

1.1.2.2 Мултифакторијалната проценка може да го вклучува следново:

- Идентификација на историја на паѓањата.
- Проценка на одот, рамнотежата и подвижноста и слабоста на мускулите.
- Проценка на ризик за остеопороза.
- Проценка на функционална способност за забележување на постарите лица и стравот, поврзан со паѓање.
- Проценка на оштетување на видот.
- Проценка на когнитивни оштетувања и невролошко испитување
- Проценка на уринарна инконтиненција.
- Проценка на домашни опасности.
- Кардиоваскуларно испитување и медицински преглед. [2004]

1.1.3 Мултифакторијални интервенции

1.1.3.1 Сите стари луѓе со повторувани паѓања или проценети како лица со зголемен ризик за паѓање би требало да се земат во предвид за индивидуализирана мултифакторијална интервенција. [2004]

Во успешен програм за мултифакторијална интервенција следниве специфични компоненти се чести (наспроти позадината на општата дијагноза и справувањето со причините и признаените фактори на ризик):

- Вежбање на сила и рамнотежа.
- Проценка на домашни опасности и интервенција.
- Проценка на видот и упатување.
- Преглед на лековите со модификација/повлекување. [2004]

1.1.3.2 Следно по лекувањето на пациентите со повреда при паѓање, на постарите луѓе би требало да им се предложи мултидисциплинарна проценка за да се открие и да се означи идниот ризик и индивидуализирана интервенција, со цел да се

промовира самостојност и подобрување на физичката и на психичката функција. [2004]

1.1.4 Вежби за сила и рамнотежа

1.1.4.1 Се препорачуваат вежби за сила и рамнотежа. Оние кои најверојатно би имале корист се постари луѓе кои живеат во заедница со анамнеза за повторувани паѓања и/или недостатоци во одот или рамнотежата. Би требало да се предложи програм за јакнење на мускулите и рамнотежата. Ова треба да биде индивидуално препишувано и следено од соодветно обучени здравствени работници. [2004]

1.1.5 Вежби во сместување со продолжена нега

1.1.5.1 Мултифакторијална интервенција со компоненти на вежби во сместувањата со продолжена нега се препорачани за постари луѓе со ризик за паѓање. [2004]

1.1.6 Опасности во домот и интервенции за безбедност

1.1.6.1 Соодветно обучени здравствени работници би требало да предложат на постарите луѓе кои се лекувани во болница по паѓање, проценка на опасностите во домот и интервенции за безбедност/модификации. Нормално ова би требало да биде дел од планирањето на исписот и да биде извршено во одредена временска рамка, договорена со оној кој се грижи за пациентот и со соодветниот член на тимот за здравствена нега. [2004]

1.1.6.2 Проценката на опасноста во домот се покажало дека е ефективна само во врска со следењето на пациентите и интервенцијата, а не одвоено. [2004]

1.1.7 Психотропни лекови

1.1.7.1 Потребно е да се прегледаат лековите на постарите луѓе кои се на психотропни лекови, дури и од страна на специјалист и да се исклучат ако е можно, за да се намали ризикот од паѓање. [2004]

1.1.8 Постапувањена расе-maker

1.1.8.1 Кај постари луѓе со кардиоинхибиторна хиперсензитивност на каротидниот синус, кои имале необјаснети паѓања, би требало да се земе во предвид постапување на расе-maker. [2004]

1.1.9 Поттикнување на постарите луѓе за учество во програмите за превенција од паѓања

1.1.9.1 За да се промовира учеството на постарите луѓе во програмите за превенција од паѓања, следново би требало да се земе во предвид:

- Здравствените работници, вклучени во проценката и во превенцијата од паѓања би требало да дискутираат какви промени едно лице е подготвено да ги направи за да спречи паѓања.
- Информациите би требало да се релевантни и достапни и во други јазици, освен англискиот.
- Програмите за превенција од паѓања би требало да ги покажуваат потенцијалните бариери како ниска самоефикасност и страв од паѓање и да се потпомага промената во активностите како е договорано со учесникот. [2004]

1.1.9.2 Здравствените работници кои се вклучени во развојот на програмите за превенција од паѓања би требало да се осигураат дека ваквите програми се доволно флексибилни за да се приспособат на различните потреби и предности на учесниците и би требало да ја промовираат социјалната вредност на ваквите програми. [2004]

1.1.10 Едукација и давање на информации

1.1.10.1 Сите здравствени работници кои работат со пациенти за кои се знае дека се со ризик од паѓање, би требало да развијат и задржат основна професионална надлежност во проценка на паѓањата и нивна превенција. [2004]

1.1.10.2 На индивидуалците со ризик од паѓање и оние кои се грижат за нив, би требало да им се предложат информации усни или напишани околу:

- Кои мерки да се преземат за да се спречат понатамошни паѓања.
- Како да се остане мотивиран ако се примат за стратегија за спречување на паѓања кои вклучуваат вежби или компоненти за сила и балансирање.
- Превентивна природа на некои паѓања.
- Физички и психофизички подобности од модифицирање на ризикот од паѓање.
- Каде тие можат да побараат понатамошен совет и помош.
- Како да издржат ако паднат, вклучително и како да повикаат помош и како да избегнат долго лежење. [2004]

1.1.11 Интервенции кои не можат да бидат препорачани

1.1.11.1 **Брзо одење.** Нема докази^[1] дека брзото одење го намалува ризикот од паѓање. Едно испитување покажа дека програмите за брзо одење без надзор го зголемуваат ризикот од паѓање кај постменопаузални жени со скршеница на рака во претходната година. Како и да е, има други здравствени бенефити од брзо одење кај постари луѓе. [2004]

1.1.12 Интервенции кои не можат да бидат препорачани поради недостаток на докази

Засега не препорачуваме имплементација на следниве интервенции. Тоа не е поради тоа што има јаки докази против нив, туку поради тоа што има недоволни или противречни докази кои ги поддржуваат.^[1] [2004]

- 1.1.12.1 **Вежби со мала сила, комбинирани со неиздржани програми.** Нема ^[1] докази дека интервенции како вежби со мала сила, комбинирани со издржани промотивни програми, ја намалуваат инциденцата на паѓања кај постари луѓе во институциите со продолжена нега. [2004]
- 1.1.12.2 **Групни вежби (ненасочени).** Групните вежби не би требало да бидат отстранети како средство за здравствена промоција, но има малку докази^[1] дека вежбите кои не се индивидуално препишани за постари луѓе кои живеат во домови, се ефективни во превенција на паѓањата. [2004]
- 1.1.12.3 **Интервенции за сфаќање/однесување.** Нема докази ^[1] дека само интервенциите за сфаќање/однесување ја намалуваат инциденцата на паѓања кај постари луѓе кои живеат во домови, со непозната состојбата за ризици. Вакви интервенции вклучуваа проценка на ризикот со повратен одговор и советување и индивидуални едукативни дискусии. Нема докази ^[1] дека сложени интервенции во кои групните активности вклучуваа едукација, модифициран програм на однесување, со цел намалување на ризикот, совет и интервенции со вежби се ефективни во превенција на паѓањата кај постари луѓе кои живеат во домови. [2004]
- 1.1.12.4 **Упатување за корекција на оштетување на видот.** Нема докази^[1] дека упатувањето за корекција на видот како самостојна интервенција за постари луѓе кои живеат во домови е ефективна во намалувањето на бројот на паѓања на луѓето. Како и да е, проценката на видот и упатувањето се компоненти на успешни повеќефакторски програми за превенција на паѓањата. [2004]
- 1.1.12.5 **Витамин Д.** Има докази ^[1] дека недостигот и недоволните количества на витамин Д се чести кај постарите луѓе и дека, кога се присутни, тие ја намалуваат мускулната снага, а можно и невромускуларна функција, преку ЦНС- посредувани патеки. Во додаток, има докази дека употребата на комбинирана суплементација со калциум и витамин Д3 го намалува процентот на скршеници кај постари луѓе во домови за сместување/згрижување и институции за заштитено сместување. Иако има појава на нови докази^[1] дека корекцијата на недостатокот или недоволната количина на витамин Д може да ја намали склоноста за паѓање, постои несигурност околу релативниот придонес за намалувањето на скршениците преку овој механизам (наспроти коскената маса) и околу дозата и потребниот начин на администрација. Засага не може да се даде цврста препорака за употребата на витаминот за оваа индикација.^[2] [2004, изменето 2013]
- 1.1.12.6 **Штитници за колкот.** Пријавените обиди кои користеа рандомизирани индивидуални пациенти не дадоа докази^[1] за ефективноста на штитниците за колкот во превенција на скршеници кај постарите луѓе кои живеат во институции со продолжено згрижување или во сопствените домови. Податоците од купишта рандомизирани обиди даваат некои докази^[1] дека штитниците за колкот се ефективни во превенцијата од скршеници кај постарите луѓе кои живеат во институции со продолжено згрижување, а кои се сметаат за луѓе со висок ризик. [2004]

1.2 Превенција на паѓања кај постари луѓе за време на престој во болница

1.2.1 Предвидување на ризикот за паѓање кај пациентите во болница

1.2.1.1 Не користете алатки за предвидување на ризикот за паѓање за да го предвидите ризикот за паѓање кај хоспитализирани пациенти во болницата. **[ново 2013]**

1.2.1.2 Земете ги во предвид следниве групи хоспитализирани пациенти како да се со ризик за паѓање во болница и раководете ја нивната грижа според препораките 1.2.2.1 и 1.2.3.2:

- Сите пациенти на 65-годишна возраст или постари.
- Пациенти на возраст од 50 до 64 години кои се проценети според докторот дека се со повисок ризик за паѓање поради постоење на основна состојба. **[ново2013]**

1.2.2 Проценка и интервенции

1.2.2.1 Обезбедете дека сите аспекти на окружувањето на хоспитализираните пациенти (вклучително под, осветлување, намештај и удобства како држачи за раце) кои би можеле да влијаат на ризикот за паѓање на пациентите се систематски идентифицирани и упатени. **[ново 2013]**

1.2.2.2 За пациентите со ризик за паѓање во болница (видете препорака 1.2.1.2), земете во предвид мултифакторијална проценка и мултифакторијална интервенција. **[ново 2013]**

1.2.2.3 Обезбедете дека која било мултифакторијална проценка ги идентификува индивидуалните ризик фактори за паѓање на пациентот во болница и тие можат да бидат третирани, подобрени или решени во текот на нивниот очекуван престој. Тие може да вклучуваат:

- Когнитивно влошување.
- Проблеми со воздржување.
- Историја на паѓања, вклучувајќи причини и последици (како повреда и страв од паѓање).
- Обувки кои се несоодветни или недостигаат.
- Здравствени проблеми кои може да го зголемат нивниот ризик за паѓање.
- Лекови.
- Нестабилност при стоење, проблеми при движење и/или одржување на рамнотежа.
- Синдром на синкопа.
- Влошување на видот. **[ново 2013]**

1.2.2.4 Обезбедете дека која било мултифакторијална интервенција:

- Веднаш ги увидува утврдените индивидуални ризик фактори за паѓање на пациентот во болница.

- Зема во предвид дали ризик факторите може да бидат третирани, подобрани или решени во текот на очекуваниот престој на пациентот. **[ново 2013]**

1.2.2.5 Не понудувајте интервенции за превенција на паѓањата кои не се скроени за да ги увидат индивидуалните ризик фактори за паѓање на пациентот. **[ново 2013]**

1.2.3 Информација и потпора

1.2.3.1 Обезбедете релевантна усмена и писмена информација и потпора за пациентите и за членовите на нивното семејство и на негувателите, ако се слага пациентот. Земете ја предвид способноста на пациентот да ја разбере и да ја задржи информацијата. Информацијата би требало да вклучува:

- Објаснување за индивидуалните ризик фактори за паѓање на пациентот во болница.
- Покажување на пациентот како да го употребува системот за повикување на медицинската сестра и поттикнување да го употребуваат кога им треба помош.
- Информирање на членовите на семејство и на негувателите околу тоа кога и како да ги подигаат и спуштаат креветските шини.
- Обезбедување согласни пораки околу тоа кога би требало пациентот да бара помош пред станување или придвижување наоколу.
- Помагање на пациентот да учествува во која било мултифакториелна интервенција која има за цел утврдување на нивните индивидуални ризик фактори. **[ново 2013]**

1.2.3.2 Обезбедете дека релевантни информации се делат преку службите. Применете ги принципите во искуствата на пациентот во NHS службите за возрасни (NICE клиничко упатство 138) во врска со континуитетот на негата. **[ново 2013]**

[1] Ова се однесува на доказите, ревидирани во 2004 год.

[2] Следниот текст е избришан од препораката од 2004: 'Упатството за употреба на витамин Д за превенција на скршеници ќе биде содржан во следното NICE клиничко практично упатство за остеопороза, кое е засега во развивање.' Засега не постои NICE упатство за употреба на витамин Д за превенција на скршеници.

2. Препораки за истражување

Групата за развој на упатствата ги има направено следниве препораки за истражување, базирани на нејзината ревизија на доказите, за да се подобри упатувањето од NICE и идната грижа за пациентот. Целиот сет на препораки за истражување на Групата за развој на упатствата детално е изнесен во целосното упатство.

2.1 Нови препораки за истражување

Приспособувања на околината, насочени кон намалување на ризикот за паѓање на постарите хоспитализирани пациенти

Какви приспособувања на околината може да се направат во постоечките болнички оддели и што би требало да се земе во предвид кога болнички оддели се градат, за да се намали ризикот од паѓање и повреди кај постарите хоспитализирани пациенти?

Зошто е ова важно

Деменција, делириум, слаба подвижност и рамнотежа, итни или чести потреби за тоалет или инконтиненција и нарушувања на видот се чести кај постарите хоспитализирани пациенти. Неколку мултифакторијални истражувања ги имаат вклучено приспособувањата на околината на одделите кои имаат веродостојни механизми за намалување на паѓањата кај пациенти со овие ризик фактори (како подобро осветлување, промени на подот, намештајот, држачите за раце, рути на прошетки, линии за гледање, патокази), но влијанието на овие промени не се снимени. Има потреба да се разбере кои подобрувања на болничката околина се најефикасни и според цената на чинење за спречување на паѓањата и повредите во болницата и факторите кои архитектите би требало да ги земат во предвид кога дизајнираат нови болници.

Преваленца на ризик фактори за паѓање кај постари хоспитализирани пациенти

Кои ризик фактори за паѓање, кои може да бидат третирани, подобри или решени за време на болничкиот престој, се најчести кај постарите пациенти кои паднале во болнички услови во Обединетото Кралство?

Зошто е ова важно

Многу постоечки истражувања ги идентифицираат ризик факторите за паѓање во болнички услови, но овие истражувања не се сите релевантни за сегашната болничка популација во Обединетото Кралство. Додатно, постоечките истражувања често се фокусираат на факторите кои предвидуваат паѓања, но не можат да бидат третирани, подобри или решени (како хронолошка возраст).

Развојот на многу поефикасни и подобро насочени мултифакторијали проценки и интервенции се заснова врз идентификувањето на ризик факторите за паѓање кои преовладуваат во сегашната постара хоспитализирана популација.

Причини за паѓања без сведоци меѓу постарите хоспитализирани пациенти

Кои се причините за паѓања без сведоци меѓу постарите хоспитализирани пациенти?

Зошто е ова важно

Еден широк размер на болнички паѓања не се со сведоци. Иако персоналот може да заклучи кои се причините за паѓањето и/или пациентот (ако е способен и ако е замолен) може да ја опише неговата сопствена перцепција за она што станало, истражување е потребно за да се постави пообјективно како и зошто се случиле овие паѓања. Истражувањето ќе треба да опфати квалитативна експлорација зошто постарите хоспитализирани пациенти кои се лесно ранливи за паѓање се движат без да замолат за помош.

Интервенции за спречување на паѓања кај постарите хоспитализирани пациенти

Како може да се спречат паѓањата кај постарите хоспитализирани пациенти? Кои се пациентите кои најверојатно ќе имаат бенефит од интервенциите за спречување на паѓањата и дали ефективноста од интервенциите имаат врска со должината на престојот на пациентот?

Зошто е ова важно

Различни единечни и мултифакторијални интервенции за спречување на паѓања биле предмет на истражување, но нивната севкупна ефективност во различни болнички услови (како одделенија за ментално здравје за постари луѓе), не била воспоставена. Не е јасна релативната ефективност на различни компоненти од мултифакторијалната проценка и мултифакторијална интервенција и кои постари хоспитализирани пациенти би имале најмногу бенефит од секоја интервенција или од секоја компонента во склоп на мултифакторијалната проценка и интервенција. Не е воспоставена ниту ефективност на интервенциите за спречување на паѓања кај пациенти со краток болнички престој и ниту нивната ефективност кај специфични подгрупи, како пациенти со деменција. Потребни се високо квалитетни рандомизирани контролирани истражувања, извршени во УК, за да ја подобрат постоечката база на докази.

2.2 Препораки за истражување од упатствата од 2004 година

Следниве празнини во истражувањето беа идентификувани од GDG. Следејќи ги барањата на NICE, првите пет се со приоритет од GDG. [2004]

- Понатамошна анализа на постоечките податоци од истражувањето за да се идентификуваат кои компоненти од мултифакторијалните интервенции се важни во различни услови и меѓу различни групи пациенти. [2004]
- Идни истражувања, дизајнирани и анализирани со намера да се откријат рентабилните компоненти на мултифакторијалните програми за одредени групи луѓе во различни услови. [2004]
- Евалуација на програми за спречување на паѓања од повеќе агенции за да се измери влијанието на тие програми на намалувањето на паѓањата, паѓања со повреда и скршеници кај постари луѓе. [2004]

- Истражувања за спречувања на паѓањата со фокусирање на намалување на повредите, како резултати од скршениците и резултати, поврзани со паѓањата. **[2004]**
- Истражување за оптималните методи за проценка на ризикот за паѓања кај постари луѓе и евалуација на тоа дали лицата склони кон паѓање може да бидат со раслоен ризик, во смисол на тоа кој ќе има најмногу бенефит од проценката и интервенцијата. **[2004]**
- Истражувања за најефективната стратегија за спречување на паѓања кај постари луѓе со когнитивни нарушувања и деменција. **[2004]**
- Истражувања, базирани на рентабилноста за интервенции за спречување на паѓања во УК. **[2004]**
- Истражувања да се испита ефективноста на штитниците за колкот, споредени со други интервенции за спречување на скршеници на постари луѓе со висок ризик од паѓање. **[2004]**

3. Други информации

3.1 Обем и како ова упатство беше развиено

NICE упатствата се развиени во согласност со обемот кој дефинира што упатството ќе покрие или нема да покрие.

Како беше развиено ова упатство

NICE нарача да се развијат препораки за хоспитализирани пациенти од ова упатство од програмот на интернистички клинички упатства (означено [**ново 2013**]) и препораки за заедницата од ова упатство од Националниот центар за соработка за сестринска нега и потпорна грижа (NCC-NSC) (означено [**2004**]). Секој тим основа група за развој на упатствата GDG (видете секции 4 и 5), кои ги ревидираа доказите и ги развија препораките.

Методите и процесите за развивање на NICE клинички упатства се опишани во Прирачник со упатства.

3.2 Поврзани NICE упатства

Деталите се точни во времето на објавување (јуни 2013 год.). Понатамошни информации се достапни на NICE website.

Објавени

Општи

- Patient experience in adult NHS services. NICE clinical guidance 138 (2012).
- Service user experience in adult mental health. NICE clinical guidance 136 (2011).
- Medicines adherence. NICE clinical guideline 76 (2009).

Специфични според состојбата

- Osteoporosis: assessing the risk of fragility fracture. NICE clinical guideline 146 (2012).
- Hip fracture. NICE clinical guideline 124 (2011).
- Delirium. NICE clinical guideline 103 (2010).
- Mental wellbeing and older people. NICE public health guidance 16 (2008).
- Stroke. NICE clinical guideline 68 (2008).
- Head injury. NICE clinical guideline 56 (2007).
- Dementia. NICE clinical guideline 42 (2006).
- Parkinson's disease. NICE clinical guideline 35 (2006).

Во развој

NICE ги развива следните упатства (детали се достапни на NICE website):

- Повреди на глава (ажурирано). NICE клиничко упатство. Објавување се очекува во јануари 2014 год.
- Постари луѓе со повеќе болести. NICE упатство од јавно здравство. Објавување се очекува во септември 2014 год.

4. Група за развој на упатствата 2013, Тим за интернистички клинички упатства и тим за NICE проект 2013

4.1 Група за развој на упатствата 2013 (14 члена)

Damien Longson (Chair)

Consultant Liaison Psychiatrist, Manchester Mental Health & Social Care Trust.

Harry Allen

Consultant Psychiatrist for the Elderly, Manchester Mental Health and Social Care Trust.

Senel Arkut

Strategic & Operational Social Care Manager, London Borough of Brent.

Elizabeth Caroline Brown

Principle Physiotherapist in Medicine, University Hospital of North Staffordshire.

Harm Gordijn

Falls Prevention Co-ordinator, South Warwickshire NHS Foundation Trust.

Frances Healy

Head of Clinical Review and Response, National Patient Safety Agency.

Ray Jankowski

Deputy Director of Public Health, NHS Hertfordshire PCT.

Rosemary Leaf

Patient and carer member.

JoAnne Panitzke-Jones

Senior Commissioning Manager, Torbay Care Trust.

Opinder Sahota

Professor in Orthogeriatric Medicine & Consultant Physician

Lindsay Smith

GP, East Somerset Research Consortium.

Cameron Swift

Emeritus Professor of Health Care of the Elderly & Honorary Emeritus Consultant Physician in General Internal Medicine.

John Taylor

Patient and carer member.

Julie Windsor

Clinical Nurse Specialist, Portsmouth Hospitals NHS Trust.

4.2 Технички тим за интернистички клинички упатства (9 члена)

Технички тим за интернистички клинички упатства беше одговорен за ова упатство низ целиот негов развој. Тој ги подготви информациите за групата за развој на упатствата, нацртот на упатството и одговорите на коментарите на консултантите.

Nicole Elliott

Associate Director.

Michael Heath

Programme Manager.

Dylan Jones

Technical Adviser.

Jenny Kendrick

Information Specialist.

Stephanie Mills

Project Manager.

Gabriel Rogers

Technical Adviser (Health Economics).

Toni Tan

Technical Adviser.

Steven Ward

Technical Analyst (Health Economics).

Sheryl Warttig

Technical Analyst.

4.3 NICE Центар за клиничка пракса (9 члена)

Phil Alderson

Associate Director.

Ben Doak

Guideline Commissioning Manager (from January 2013).

Elaine Clydesdale

Guideline Coordinator (from February 2013).

Laura Donegani

Guideline Coordinator (until February 2013).

Jasdeep Hayre

Technical Lead (Health Economics).

Lyn Knott

Editor.

Rachel Ryle

Guideline Commissioning Manager (until January 2013).

Nichole Taske

Technical Lead.

Erin Whittingham

Project Manager, Public Involvement Programme.

5. Група за развој на упатствата, национален центар за соработка и дополнителна помош 2004

5.1 Група за развој на упатствата 2004 (15 члена)

Professor Gene Feder (Group leader)

Department of General Practice & Primary Care, St Bartholomew's and the London Queen Mary's School of Medicine and Dentistry.

Miss Margaret Clark

Alzheimer's Society.

Dr Jacqueline Close

Royal College of Physicians, King's College Hospital, London.

Dr Colin Cryer

Centre for Health Services Studies, University of Kent at Canterbury.

Ms Carolyn Czoski-Murray

School of Health and Related Research, University of Sheffield.

Mr David Green

Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. The Pharmacy, Colchester Hospital.

Dr Steve Illiffe

Royal College of General Practitioners. Department of Primary Care & Population Sciences, Royal Free Hospital.

Professor Rose Anne Kenny

Institute for Health of the Elderly, University of Newcastle upon Tyne.

Dr Chris McCabe

School of Health and Related Research, University of Sheffield.

Mrs Eileen Mitchell

Clinical Effectiveness Forum for Allied Health Professionals, North Dorset Primary Care Trust.

Dr Sarah Mitchell

Clinical Effectiveness Forum for Allied Health Professionals. Glasgow Royal Infirmary.

Dr Peter Overstall

British Geriatrics Society. County Hospital, Hereford.

Mrs Mary Preddy

National Osteoporosis Society.

Professor Cameron Swift

King's College Hospital (Link Guideline Development Group member for the Osteoporosis Guideline).

Mrs Deidre Wild

Royal College of Nursing.

5.2 Национален центар за соработка за сестринска нега и потпорна грижа (9 члена)

Ms Sue Boyt
Administrator

Ms Jacqueline Chandler-Oatts
Research Associate.

Ms Elizabeth Gibbons
Research and Development Fellow.

Dr Gill Harvey
Director.

Ms Jo Hunter
Information Specialist.

Ms Elizabeth McInnes
Senior Research and Development Fellow.

Ms Emma Nawrocki
Administrator.

Mr Robin Snowball
Information Specialist (seconded from Cairns Library, John Radcliffe Hospital, Oxford).

Mr Edward Weir
Centre Manager.

5.3 Дополнителна помош (3 члена)

Dr Phil Alderson
Cochrane Centre, UK.

Dr Lesley Gillespie
Cochrane, Musculo-skeletal injuries group, UK.

Dr Lesley Smith
Centre for Statistics in Medicine.

Околу ова упатство

NICE клиничките упатства се препораки околу лекувањето и грижата за луѓето со специфични болести и состојби во NHS во Англија и во Велс.

Упатството е развиено од Националниот центар за соработка за хронични состојби. Центарот за соработка работеше со група на здравствени работници (вклучително консултанти, општи лекари и медицински сестри), пациенти и старатели и технички персонал, кој ги ревидираше доказите и ги изготви препораките. Препораките беа завршени по јавна расправа.

Методите и процесите за развој на NICE клинички упатства се опишани во [прирачник со упатства](#).

Ажурирана информација

Ова упатство е продолжено и го заменува NICE клиничкото упатство 21 (објавено во ноември 2004 год.).

Обележување на препораките

Нови препораки се додадени околу спречување на паѓањата на постари луѓе во текот на болнички престој (обележено [2013]).

Оригинаалните препораки од NICE клиничко упатство 21 се инкорпорирани непроменети (освен мали зборовни промени, само со цел за појаснување). Тие се обележени [2004] или [2004, сменето 2013].

Јачина на препораките

Некои препораки може да бидат направени со повеќе сигурност од другите. Групата за развој на упатствата ја прави препораката, базирана на размена меѓу бенефитот и штетата од интервенцијата, земајќи ги во предвид квалитетот на поддржувачките докази. За некои интервенции, Групата за развој на упатствата е убедена дека, ако е дадена на пациентите да ја погледнат, најголем дел од нив би одбрале интервенција. Текстот, употребен во препораките на ова упатство ја одредува сигурноста со која препораката е направена.

За сите препораки, NICE очекува дека постои дискусија со примателите на услуги околу ризиците и бенефитот на интервенциите и нивната вредност и приоритети. Дискусијата има за цел да им помогне да донесат целосно информирана одлука (видете, исто така, [Грижа насочена кон пациентот](#)).

Интервенции кои мораат (или не смеат) да бидат употребени

Ние обично употребуваме 'мора' или 'не смее' само кога има законска обврска да се примени препораката. Повремено ние употребуваме 'мора' или 'не смее' ако

последниците кога не се следи препораката би можеле да бидат екстремно сериозни или потенцијално животозагрозувачки.

Интервенции кои би требало (или не би требало) да бидат употребени-'јака' препорака

Ние употребуваме 'нуди' (и слични зборови како 'се однесува' или 'се советува') кога сме убедени дека, за најголемиот број пациенти, интервенцијата ќе направи повеќе добро од лошо и ќе биде рентабилна. Ние употребуваме слични зборови (на пример, 'не нудете...') кога сме убедени дека интервенцијата нема да биде од бенефит за повеќето пациенти.

Интервенции кои би можело да бидат употребени

Ние употребуваме 'зема во предвид' кога сме убедени дека интервенцијата ќе направи повеќе добро отколку штета за најголемиот дел од пациентите, ќе биде рентабилна, но и други можности може да се слично рентабилни. Изборот на интервенцијата и дали или не да има интервенција воопшто, повеќе зависи од вредностите и приоритетите на пациентот отколку од јачината на препораката и здравствениот работник би требало да помине повеќе време размислувајќи и дискутирајќи ги можностите со пациентот.

Текстот од 2004 препораките

NICE почна да го употребува овој пристап за да ја означи јачината на препораките во упатствата кои започнаа со развој по објавувањето на верзијата од 2009 год. 'прирачник со упатства' (јануари 2009 год.). Ова не се однесува на оние препораки кои завршуваат со [2004] (видете ја кутијата 'Означување на препораките' околу деталите како препораките се означени). Особено, за препораките означени [2004], зборот 'зема во предвид' не може неопходно да биде употребен за да ја означи јачината на препораката.

Други верзии на ова упатство

Целосно упатство, 'Паѓања: проценка и превенција на паѓањата кај постари луѓе' содржи детали за методот и за доказите, употребени да се развие упатството. Тоа е објавено од Програмата со интернистички клинички упатства.

Препораките од ова упатство се инкорпорирани во NICE патеки.

Ние направивме информација за јавносат околу ова упатство.

Имплементација

Алатки и извори за имплементација се достапни за да ви помогнат да го ставите упатството во пракса.

Ваша одговорност

Ова упатство го претставува ставот на NICE, до кој е пристигнато по внимателно разгледување на достапните докази. Се очекува од здравствените работници да го земат целосно во предвид кога го вежбаат своето клиничко просудување. Како и да е, упатството не ја надминува индивидуалната одговорност на здравствените работници за да донесуваат решенија соодветни на состојбата на секој индивидуален пациент, во консултација со пациентот и/или старателот или згрижувачот и да се информирани од резимето на карактеристиките на продуктот за кој било лек што се зема во предвид.

Имплементацијата на ова упатство е одговорност на локалните комисии и /или давателите на услугите. Се потсетуваат комисиите и давателите на услугите дека е нивна одговорност да го имплементираат упатството, во нивниот локален контекст, во рамките на нивните должности да се избегнат незаконска дискриминација и да се има во предвид промовирање на еднакви можности. Ништо во ова упатство не би требало да се интерпретира на начин кој би бил недоследен во извршувањето на овие должности.

Авторски права

© Национален институт за здравје и клиничка извонредност 2008. Сите права задржани. NICE авторските права за материјалот може да се преземаат за приватно истражување и студирање и може да бидат репродуцирани за едукативни и непрофитни цели. Никаква репродукција од или за комерцијални организации или за комерцијални цели, не е дозволена без писмена дозвола од NICE.

Contact NICE

National Institute for Health and Care Excellence
Level 1A, City Tower, Piccadilly Plaza, Manchester M1 4BT

www.nice.org.uk
nice@nice.org.uk
0845 003 7780

ISBN: 978-1-4731-0132-6