

Szymon Manasterski, Agnieszka Mastalerz-Migas

Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Upadki domowe wśród pacjentów 65+. Rola lekarza POZ w zapobieganiu i ograniczaniu skutków

Home accidents among elderly patients.
The role of the GP in prevention and mitigation
of their consequences

Streszczenie

Upadki domowe są jedną z ważnych przyczyn pogorszenia jakości życia lub śmierci wśród osób po 65. roku życia. Spośród wszystkich śmiertelnych wypadków w tej grupie wiekowej połowę stanowią upadki, które zdarzają się w domu. Upadek może być jednym z najgorszych urazów w życiu osoby starszej, głównie u kobiet. Zdarzenia te często prowadzą do całkowitej reorganizacji życia oraz do nieodwracalnych skutków zdrowotnych, psychicznych i społecznych. Czynniki sprzyjające wypadkom dzielą się na biologiczne, behawioralne, środowiskowe i socjoekonomiczne. Lekarze POZ mają szczególną rolę w zmniejszaniu częstości upadków wśród osób po 65. roku życia. Za pomocą skali HOME FAST oraz przy współpracy z terapeutami zajęciowymi mogą wpłynąć na zmniejszenie częstości upadków i ich konsekwencji wśród swoich pacjentów.

Słowa kluczowe

upadki, wypadki w domu, osoby starsze

Abstract

Home falls are one of the major causes of deterioration of the quality of life or death among people over 65-years of age. Among all causes of deaths in this age group, half of them are falls occurring at home. Fall can be one of the worst injuries in the life of an elderly person, especially among women. These events often lead to a complete reorganization of life and irreversible health, psychological and social effects. Risk factors contributing to accidents are divided into biological, behavioural, environmental and socio-economic category. GPs have a special role in reducing the incidence of falls among people over 65 years old. With the help of the HOME FAST scale and cooperation with occupational therapists they may reduce the incidence of falls and their consequences among their patients.

Key words

accidental falls, home, aged

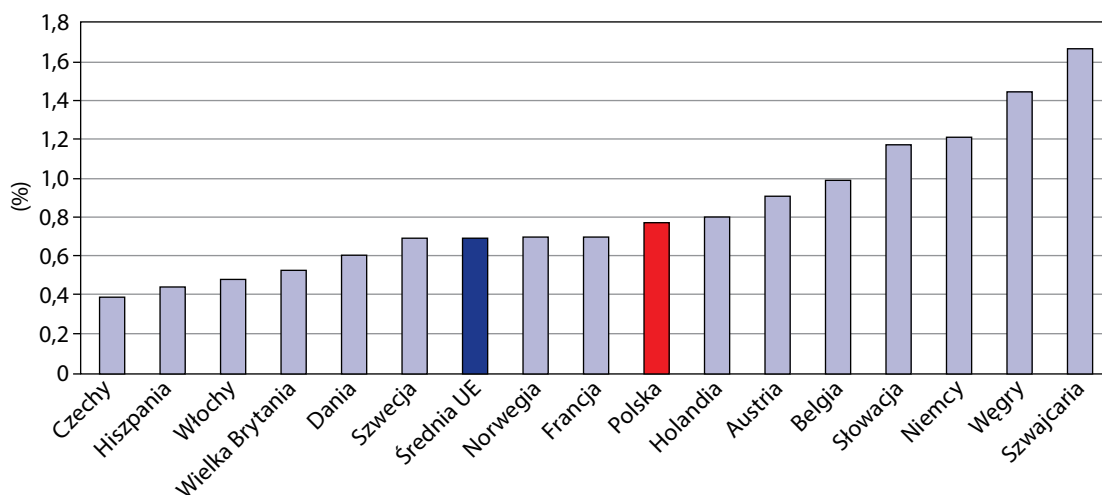
Wstęp

Upadki domowe są dzisiaj jedną z ważnych przyczyn pogorszenia jakości życia lub śmierci wśród osób po 65. roku życia [1]. W 1940 r. ukazała się pierwsza praca opisująca upadki domowe i już wtedy stanowiły one większość wśród wszystkich urazów doznanych w domu przez Amerykanów. W tamtym czasie śmiertelność na skutek urazu w domu była porównywalna z wypadkami komunikacyjnymi i sięgała 33 tys. zgonów rocznie [2]. Obecnie proporcje wyglądają inaczej, jednak nadal jest to ważny problem w populacji starszych pacjentów.

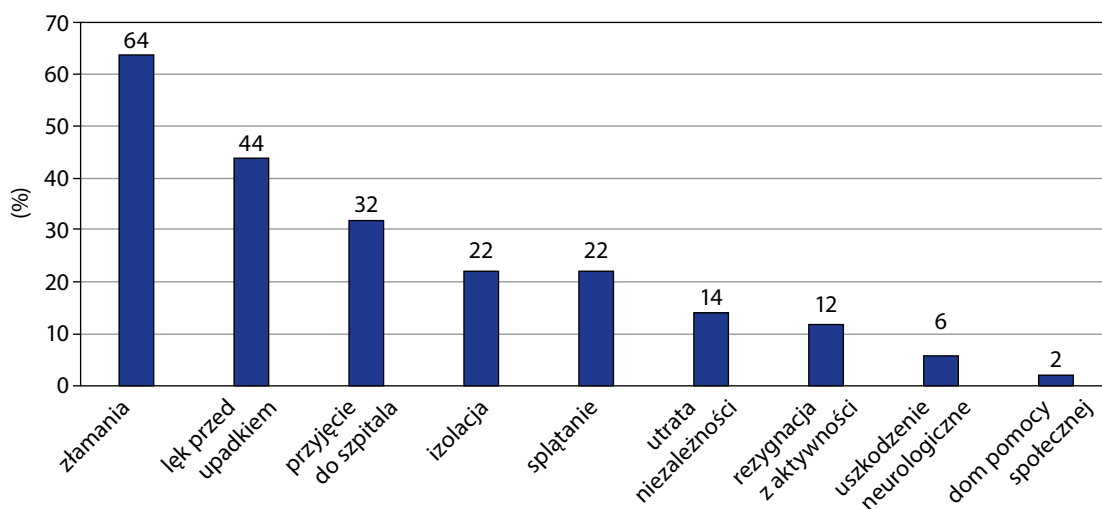
Epidemiologia

Upadek domowy został zdefiniowany przez Robbinsa jako „nagłe, nieprzymuszone i niespodziewane uderzenie o podłoże lub przyjęcie pozycji horyzontalnej z/bez utraty przytomności lub urazu” [3]. Obecnie upadki zostały wyodrębnione w kla-

syfikacji ICD-10 w sekcji W00-W19 i od tej pory są uwzględniane w większości statystyk. Niniejsza praca skupia się na upadkach zakończonych urazem lub pogorszeniem stanu zdrowia, pominięto natomiast upadki bez wpływu na aktualny stan zdrowia. Amerykańskie Centrum Zwalczenia i Zapobiegania Chorobom (*Centers for Disease Control and Prevention* – CDC) podaje, że rocznie jeden na trzech dorosłych po 65. roku życia upada, jednak tylko mniej niż połowa rozmawia na ten temat ze swoim lekarzem. W 2013 r. do amerykańskich szpitali zgłosiło się 2,5 mln pacjentów po upadku, z czego ok. 650 tys. wymagało hospitalizacji. Spośród wszystkich śmiertelnych wypadków w tej grupie wiekowej 50% stanowią upadki, do których dochodzi w domu. Z badań wynika, że 40% spośród kobiet w wieku 65+ upadnie przynajmniej raz w ciągu roku, a wiele z nich dozna poważnego urazu [4]. Amerykanie podają, że niezamierzone urazy są ósmą przyczyną zgonu w tej grupie wiekowej, a upadki stanowią



Rycina 1. Upadki zakończone zgonem w populacji w wieku 65+ w poszczególnych krajach (opracowanie własne wg danych Eurostatu na rok 2012 [19])



Rycina 2. Skutki społeczne złamań (wg E. Czerwiński [21])

55% ich przyczyn [5, 6]. Dane Eurostatu z 2012 r. wskazują natomiast na urazy jako dziewiątą przyczynę śmierci Europejczyków, z czego same upadki są na miejscu trzynastym.

Liczba upadków różni się w zależności od rejonu świata i kraju. Na rycinie 1 przedstawiono, jaki jest odsetek upadków zakończonych zgonem w populacji powyżej 65 lat w poszczególnych krajach. Analiza ta pokazuje, jak dużym zagrożeniem dla starszego społeczeństwa są wypadki domowe. Polska plasuje się w tym zestawieniu nieco powyżej średniej europejskiej. Należy zaznaczyć, że na ten współczynnik mogą mieć wpływ m.in. położenie geograficzne i uwarunkowania klimatyczne, takie jak średnia temperatura w sezonie zimowym.

Dodatkowym problemem związanym z upadkami są koszty hospitalizacji, rozpatrywane zarówno od strony finansowej, jak i społecznej. W 2010 r. Amerykanie wydali na samą tylko hospitalizację pacjentów po niezamierzonych upadkach w domu 16 mld dolarów, co – dla porównania – stanowiło 67% wszystkich wydatków na ochronę zdrowia w Polsce. Po doliczeniu kosztów społecznych i pacjentów niewymagających hospitalizacji otrzymamy kwotę ponad dwukrotnie większą.

Czym grozi upadek?

Upadek może być jednym z najgorszych urazów w życiu osoby starszej, głównie u kobiet [7]. Zdarzenia te często prowadzą do całkowitej reorganizacji życia oraz do nieodwracalnych skutków zdrowotnych, psychicznych i społecznych (ryc. 2). Do najczęstszych przyczyn przyjęć do szpitala po upadku należą: złamanie kości udowej, urazy mózgowia oraz urazy kończyny górnej [8]. Częste są także złamania miednicy, których leczenie wiąże się z długim okresem zmniejszonej aktywności ruchowej. Każda z tych jednostek chorobowych zwiększa ryzyko zgonu w zależności od metody terapii, jednak same w sobie niosą one ryzyko śmierci, niezależnie od możliwych powikłań pourazowych, takich jak powikłania zakrzepowo-zatorowe.

U pacjentów po upadku może się rozwinąć tzw. zespół poupadkowy (*postfall syndrome*), który skutkuje wystąpieniem szeregu zaburzeń natury psychofizycznej, do których należy m.in. uczucie zależności, utrata autonomii, splątanie, unieruchomienie i depresja. Wszystkie te czynniki nieuchronnie mogą prowadzić do dalszych ograniczeń ruchomości. Ponadto statystyki pokazują, że 20% spośród osób po upadku umiera w ciągu roku od tego zdarzenia [9].

Czynniki sprzyjające upadkom

Czynniki ryzyka upadków są od wielu lat przedmiotem licznych badań. Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) podjęła próbę ich usystematyzowania i podzieliła je na cztery grupy. Każdy z czynników może występować niezależnie lub mogą one współistnieć, wzajemnie potęgując swój wpływ [8].

Do czynników biologicznych zaliczono przede wszystkim wiek. Według WHO odsetek osób, które upadają, wzrasta z wiekiem i wynosi 28–35% w wieku 65 lat i zwiększa się do 32–42% w wieku 70 lat [8]. Z wiekiem spada także odsetek osób przeżywających upadek. Kolejnym czynnikiem jest płeć. Kobiety ogólnie są przeszło dwukrotnie bardziej narażone na upadek, jednak to wśród mężczyzn notuje się większą śmiertelność [10].

Tabela 1. Czynniki ryzyka upadku oraz urazów związanych z upadkiem na podstawie raportu *Seniors' Fall in Canada* [13]

Biologiczne/medyczne	Behawioralne
<ul style="list-style-type: none"> • zaawansowany wiek • płeć żeńska • choroby przewlekłe: <ul style="list-style-type: none"> – udar – choroba Parkinsona – choroba niedokrwienna serca – niemożność utrzymania moczu – depresja • ostre stany chorobowe • upośledzenie funkcji poznawczych • zaburzenia chodu i równowagi • zaburzenia postawy • osłabienie siły mięśniowej • upośledzenie wzroku • upośledzone czucie i propriocepcja 	<ul style="list-style-type: none"> • terapia wielolekowa • nadużywanie alkoholu • zachowania ryzykowne • brak ćwiczeń fizycznych • wcześniejszy upadek, strach przed kolejnym upadkiem • nieprawidłowe obuwie • brak lub niewłaściwe użycie środków wspomagających poruszanie • niedożywienie
Środowiskowe	Socjoekonomiczne
<ul style="list-style-type: none"> • złe zaprojektowanie budynku, pomieszczeń i schodów • brak poręczy, ramp, drążków i miejsc odpoczynku • słabe oświetlenie, mocny kontrast • śliskie lub nierówne podłogi • przeszkody lub objekty zwiększające ryzyko potknięcia • urządzenia pomocowe 	<ul style="list-style-type: none"> • niski dochód • niskie wykształcenie • analfabetyzm, bariera językowa • złe i niebezpieczne warunki życiowe • ubogie środowisko społeczne • samotność • brak grup wsparcia i interakcji społecznych

Tabela 2. Uproszczona skala HOME FAST w tłumaczeniu własnym, na podstawie [14]

		Tak	Nie	Nie dotyczy
PODŁOGI	Czy korytarze są wolne od przewodów elektrycznych i innych zalegających obiektów?			
	Czy pokrycie podłogi jest w dobrym stanie?			
	Czy podłogi mają antypoślizgową powierzchnię?			
MEBLE	Czy dywany i maty są przymocowane na stałe do podłogi?			
	Czy wejście do łóżka i wyjście jest łatwe i bezpieczne dla pacjenta?			
OŚWIETLENIE	Czy pacjent może wstać z miejsca odpoczynku, np. fotela, łatwo i bezpiecznie?			
	Czy światła w mieszkaniu są wystarczająco jasne, aby dobrze oświetlić mieszkanie w nocy?			
	Czy pacjent może łatwo włączyć światło ze swojego łóżka?			
ŁAZIENKA	Czy oświetlenie poza mieszkaniem obejmuje ścieżki, schody i wejście do budynku?			
	Czy pacjent jest w stanie usiąść i wstać z toalety łatwo i bezpiecznie?			
	Czy pacjent jest w stanie wejść i wyjść z wanny łatwo i bezpiecznie?			
	Czy pacjent jest w stanie wejść i wyjść z kabiny prysznicowej łatwo i bezpiecznie?			
	Czy kabina prysznicowa i wanna są wyposażone w mocne uchwyty?			
	Czy w łazience są maty antypoślizgowe?			
KUCHNIA	Czy toaleta jest w niewielkiej odległości od sypialni?			
	Czy pacjent jest w stanie łatwo sięgnąć do często używanych przedmiotów w kuchni bez wspinania, schylania lub zaburzenia równowagi?			
SCHODY	Czy pacjent jest w stanie łatwo przenieść posiłek z kuchni do miejsca spożycia posiłku?			
	Czy schody wewnątrz mieszkania są wyposażone w mocną poręcz na całej swojej długości?			
	Czy schody na zewnątrz mieszkania są wyposażone w mocną poręcz na całej swojej długości?			
	Czy pacjent może łatwo poruszać się po schodach zarówno w mieszkaniu, jak i poza nim?			
	Czy krawędzie stopni są wyraźnie zaznaczone?			
RUCH	Czy pacjent jest w stanie użyć drzwi wejściowych łatwo i bezpiecznie?			
	Czy ścieżki wokół domu są w dobrym i uporządkowanym stanie?			
	Czy pacjent nosi dobrze dopasowane obuwie?			
	Jeżeli pacjent posiada zwierzęta, to czy może się nimi opiekować bez schylania lub narażania się na upadek?			

Na częstość upadków wpływa także rasa i stosunek społeczeństwa do osób starszych określany przez kulturę. Do dodatkowych czynników zalicza się ogólny stan kliniczny pacjenta, obejmujący m.in. stan po udarze, chorobę Parkinsona, chorobę niedokrwienną serca oraz depresję. Nie można także pominąć biologicznych czynników ryzyka, takich jak: zaburzenia postawy i utrzymania równowagi, upośledzenie wzroku czy też słaba siła mięśniowa. Czynniki biologiczne często są tylko częściowo modyfikowalne i są związane ze wzrostem ogólnej śmiertelności wraz z wiekiem.

Do czynników behawioralnych zalicza się: przyjmowanie wielu leków jednocześnie bez uwzględnienia możliwych interakcji i efektów ubocznych, stosowanie leków z grupy antydepresantów, nadużywanie alkoholu, niską aktywność fizyczną i noszenie nieodpowiedniego obuwia. Dużą rolę odgrywa także brak lub nieprawidłowe użycie środków pomocniczych, np. chodzików. Strach przed upadkiem także ma niebagatelne znaczenie i paradoksalnie zwiększa ryzyko upadku [8, 11–13].

Czynniki środowiskowe również wpływają na częstość upadków, często będąc bezpośrednią i zarazem możliwą do uniknięcia ich przyczyną. Zalicza się do nich m.in. wąskie i śliskie powierzchnie schodów i podłóg, luźne dywany i niewystarczające oświetlenie, a także brak poręczy, ramp czy podpór [13, 14]. Ostatnią grupę czynników ryzyka stanowią czynniki socjoekonomiczne. Udowodniono wpływ niskiego dochodu oraz niskiego wykształcenia na wzrost częstości upadków [11]. Trudne i niebezpieczne warunki mieszkaniowe także zwiększają to ryzyko, a dodatkowo mieszkanie samotnie oraz brak wsparcia ze strony szeroko rozumianej społeczności [13]. Osoby mieszkające w domach opieki upadają częściej niż mieszkające w domach prywatnych [15].

Jak zapobiegać?

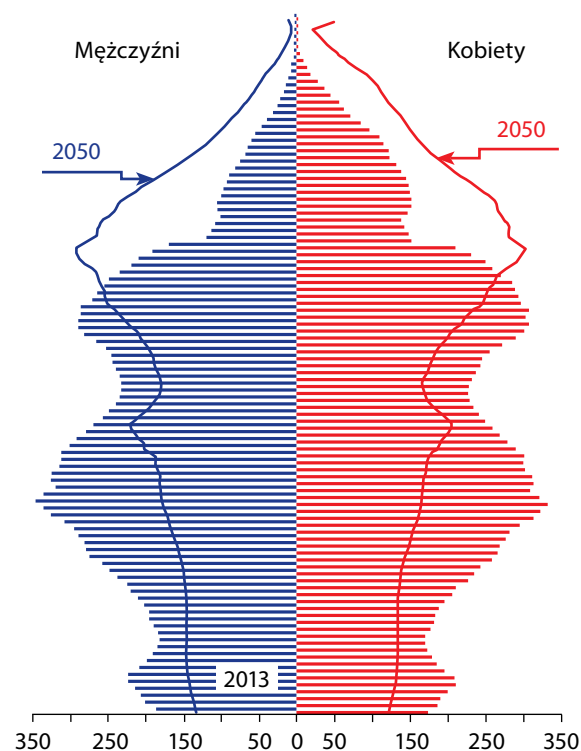
Lekarze POZ odgrywają szczególną rolę w zmniejszeniu częstości upadków wśród osób po 65. roku życia, gdyż mają możliwość oddziaływania na pacjenta na wielu płaszczyznach. W krajach o ugruntowanej strategii zapobiegania upadkom wśród seniorów zadanie edukacji pacjenta i jego rodziny należy do terapeutów zajęciowych współpracujących z lekarzem POZ [16, 17]. Polskie uczelnie w Krakowie i Wrocławiu dopiero kilka lat temu rozpoczęły kształcenie personelu medycznego gotowego do pracy w terenie na rzecz profilaktyki upadków. Warto poznać lokalne ośrodki skupiające terapeutów zajęciowych i rozpocząć z nimi współpracę.

Ważnym elementem jest mobilizowanie pacjentów i/lub ich rodzin do podjęcia kroków w celu zmodernizowania otoczenia seniora, aby wyeliminować lub złagodzić niebezpieczeństwa. Terapeuta dobierze metody i rozwiązania dopasowane do pacjenta, często niewymagające nakładów finansowych, takie jak przyklejenie lub przybicie dywanów do podłogi, zwiększenie mocy źródeł światła w mieszkaniu czy zamontowanie uchwytów w łazience.

Najnowsze badania pokazują niebagatelne znaczenie stosowania leków z grupy inhibitorów konwertazy angiotensyny i blokerów kanału wapniowego w zmniejszeniu rocznego prawdopodobieństwa upadku [16, 17]. Informowanie pacjenta i jego rodziny o negatywnych konsekwencjach stosowania leków upośledzających koordynację ruchową także mieści się w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Dodatkowo zachęcanie do zmiany trybu życia na bardziej aktywny zmniejsza prawdopodobieństwo upadku. Zalicza się tu głównie zaprzestanie palenia, umiarkowane spożycie alkoholu, utrzymanie odpowiedniej wagi ciała i wprowadzenie rutynowych aktywności ruchowych [8].

Pomocny może być także formularz HOME FAST, którego celem jest wskazanie obszarów stanowiących największe zagrożenie w otoczeniu pacjenta (tab. 2) [14]. Identyfikacja tych zagrożeń przez lekarza lub terapeutę zajęciowego, a następnie ich redukcja przynosi wymierne efekty w zmniejszaniu częstości upadków wśród osób starszych [8, 16, 17].



Rycina 3. Prognoza ludności wg GUS [18]

Podsumowanie

Problem upadków i związanych z nimi kosztów społecznych niestety nie zniknie z czasem, ale będzie się nasilał. Główny Urząd Statystyczny przewiduje znaczące zwiększenie populacji osób starszych przy jednoczesnym zmniejszeniu liczby osób w wieku produkcyjnym (ryc. 3) [18]. Już teraz należy wprowadzić rozwiązania systemowe i lokalne zmniejszające ryzyko upadków i koszty z nimi związane.

Piśmiennictwo

- Bauer R, Steiner M, Kisser R i wsp. Accidents and injuries in the EU. Results of the EuroSafe Reports. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz 2014; 57: 673-680.
- Cole WG. Study of Home Accidents: Their Public Health Significance. Am J Public Health 1940; 31: 1135-1142.
- Robbins AS, Rubenstein LZ, Josephson KR i wsp. Predictors of falls among elderly people. Arch Intern Med 1989; 149: 1628-1633.
- Leslie WD, Roe EB. Preventing falls in elderly persons. N Engl J Med 2003; 348: 1816-1818.
- leading_causes_of_death_by_age_group_2013-a.gif (1180x900). [Online]. Available: http://www.cdc.gov/injury/images/lc-charts/leading_causes_of_death_by_age_group_2013-a.gif. [Accessed: 03-Jan-2016].
- WISQARS (Web-based Injury Statistics Query and Reporting System)|Injury Center|CDC." [Online]. Available: <http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>. [Accessed: 03-Jan-2016].
- Moller J. Changing health resource demands for injury due to falls in an ageing population. N. S. W. Public Health Bull 2002; 13: 3-6.
- WHO. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Community Health (Bristol) 2007: 53.
- Zuckerman JD. Hip fracture. N Engl J Med 1996; 334: 1519-1525.
- Fransen M, Woodward M, Norton R i wsp. Excess mortality or institutionalization after hip fracture: men are at greater risk than women. J Am Geriatr Soc 2002; 50: 685-690.
- Hu J, Xia Q, Jiang Y i wsp. Risk factors of indoor fall injuries in community-dwelling older women: a prospective cohort study. Arch Gerontol Geriatr 2015; 60: 259-264.
- Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. Age Ageing 2006; 35 Suppl 2: ii37-ii41.
- Division of Aging and Seniors. Seniors' falls in Canada. Public Health Agency of Canada 2005.
- Mackenzie L, Byles J, Higginbotham N. Designing the Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST): Selecting the Items. Br J Occup Ther 2000; 63: 260-269.
- Tinetti ME. Factors associated with serious injury during falls by ambulatory nursing home residents. J Am Geriatr Soc 1987; 35: 644-648.
- Vroman K, Stewart E. Occupational Therapy Evaluation for Adults: A Pocket Guide. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2013; 18.
- Lipsitz LA, Habtemariam M, Gagnon M i wsp. Reexamining the effect of antihypertensive medications on falls in old age. Hypertension 2015; 66: 183-189.
- Główny Urząd Statystyczny. Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2013 roku. GUS, Warszawa 2014; 1-18.
- Database – Eurostat [Online]. Available: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>. [Accessed: 05-Jan-2016].
- Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Społecznych i Warunków Życia. Notatka informacyjna. Narodowy Rachunek Zdrowia za 2010 rok. GUS, Warszawa 2012; 1-7.
- Czerwiński E, Białoszewski D, Borowy P i wsp. Epidemiology, clinical significance, costs and fall prevention in elderly people. Ortop Traumatol Rehabil 2008; 10: 419-428.