

Удружење здравствених радника Зајечар
www.uzrzajecar.rs

Штампани материјал за медицинске сестре и здравствене
техничаре кандидате за решавање теста на тему

ДОБРА КЛИНИЧКА ПРАКСА У ПРЕВЕНЦИЈИ ПАДА ПАЦИЈЕНАТА У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА

Припремила
Даниела Гречић

Интерни материјал Удружења здравствених радника Зајечар
2019

ДОБРА КЛИНИЧКА ПРАКСА У ПРЕВЕНЦИЈИ ПАДА ПАЦИЈЕНАТА У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА

УВОД

Још пре 2500 година, Хипократ је рекао: „када су у питању болести, учинити две ствари - помоћи или бар не нанети штету...“, и тиме поставио један од основних постулата лекарске професије. Са технолошким развојем и увођењем сложених дијагностичких и терапијских процедура у свакодневну клиничку праксу расту и ризици од потенцијалних јатрогених ефеката који могу настати током њихове примене. Професор Chantler истиче да је „медицина раније била једноставна, неефикасна и релативно безбедна, а да је сада комплексна, ефикасна и потенцијално опасна“.

Безбедност пацијента се може дефинисати као „смањење или ублажавање небезбедних активности и радњи, у оквиру здравственог система, као и кроз коришћење најбоље праксе, што доводи до оптималних исхода по пацијента“. Другачије речено, активности на обезбеђивању безбедности пацијента обухватају „идентификацију, анализу и корекцију ризичних догађаја, са циљем да се здравствена заштита учини безбеднијом и да се ризици по здравље пацијента сведу на минимум“.

Нежељени догађаји, који могу настати током пружања здравствених услуга пацијенту, су веома важни показатељи квалитета здравствене заштите. Њихово идентификовање и проучавање имплицира промену праксе која је до тада била заступљена током рада, доприноси смањењу њиховог појављивања, побољшању безбедности пацијента и унапређењу квалитета здравствене заштите. Ови догађаји, који се другачије зову јатрогене повреде, могу се дефинисати и као „ненамерне повреде или штете по пацијента, узроковане пруженом здравственом заштитом много више него самим процесом болести, а које доводе до продуженог боравка у болници, оболевања или неспособности пацијената или чак до смртног исхода“. У њих спадају, пре свега, падови пацијената и интрахоспиталне инфекције, који широм света, чак и у најсавременијим здравственим установама, веома често представљају горући проблем, затим постоперативне инфекције, декубитуси, постоперативна плућна емболија, нежељени догађаји који настају за време анестезије, током трансфузије крви, грешке у ординирању или апликовању терапије, самоубиства на одељењима за ментално здравље, као и неочекивани смртни исход.

Дефиниција пада

Светска здравствена организација пад дефинише као догађај којим се особа невољно нађе на поду те не може вољно да промени положај а проузрокован је бројним факторима који утичу на стабилност. Код пацијената који су хоспитализовани, пад се дефинише као неочекивано и нехотимично спуштање на земљу или неку другу нижу површину, а није последица синкопе или неке спољашње силе. Пад се такође дефинише као медицинска грешка која представља неуспех или неизвршавање планираних поступака. Падови у здравственим установама су најчешћи нежељени догађаји. Управо они чине већину свих нежељених болничких догађаја. Сваки пад представља могућност додатних материјалних оптерећења и правне последице за установу и здравственог радника.

ЦИЉ РАДА

Примарни циљ овог рада је испитати знања и ставове медицинских сестара и техничара о сигурности и паду пацијената у болничким условима. Секундарни циљ је указати на значај вођења медицинске документације о паду пацијента.

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ

Да би се успоставила култура безбедности у некој организацији здравствене заштите, први корак је процењивање постојеће културе, тј. процена ставова здравствених радника према безбедности пацијента. У ту сврху је спроведено је истраживање типа студије пресека у ЗЦЗ током августа месеца 2018. год. анкетањем медицинских сестара и техничара. Узорак је чинило 60 медицинских сестара и техничара запосених на различитим одељењима у болничком сектору. Учешће у истраживању је било анонимно и добровољно.

Инструмент истраживања

Као инструмент истраживања коришћен је анкетни упитник са 13 затворених и једним отвореним питањем. Упитник је креиран за потребе овог истраживања на основу доступних података из литературе и личног дугогодишњег радног искуства у клиничкој пракси.

РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

У полној структури доминирале су особе женског пола /88%/, док је мушкараца било 12%(графикон 1). Исти број испитаника /22%/ био је у старосној доби од 25-35 и више од 50 година, док је највећи број био у старосној доби од 35-40 година старости и то 33%. У старосној доби од 40-50 год је било 18% а у групи мање од 25 године живота 5%.

Највише испитаника је имало преко 21 годину рада у професији /42%/, затим од 16-20 година рада 22%, од 6-10 год.18%, од 11-15 год 10% и најмање од 1-5год 8%. По питању образовања највећи број је био средња стручна спрема 93%, виших медицинских сестара –техничара је било 7% а дипломираних медицинских сестара није било 0%.

На питање како оцењују бригу о сигурности пацијената на одељењу, врло добро се изјаснило 48%, прихватљиво 32%, слабо 20% а јако лоше 0%. Када је у питању активни рад на побољшању сигурности пацијената пратећи протоколе, 53% се изјаснило да то увек раде, 28% већину времена, 10% понекад, 7% ретко, и 2% никад. На питање да ли се сусрећу са падом пацијената на свом одељењу, 61% се изјаснило веома ретко, повремено и никад 7% а свакодневно 2%.

Пад пацијената се евидентирао писмено, у свесци примопредаје код 34%. Већи број одговора када је у питању евидентирање пада усмено, писмено и у протоколу је било 17%. За писмено евидентирање кроз посебне протоколе се изјаснило 10%. Само усмено евидентирање током примопредаје реализује 8%. О постојању документације о евиденцији пада пацијената није упознато 3%. Већи број одговора на питање евидентирања примопредајом усменом или писменом, протоколу и историји болести је 2%. Само евидентирање пада у историји болести пацијента видљиво је у 0%.

Медицинска документација се попуњава зато што је то део радне обавезе у 27%, а зато што радници спроводе протоколе, радну обавезу и штите себе 23%, док зато што се спроводи протокол о безбедности пацијента 20%. О важности радне обавезе и заштите себе изјаснило се 10% а о заштити себе 7%. Документацију не попуњава 0%.

Када пацијент доживи пад, сестре су осећале грижу савести због пада пацијента у 27%, лично доживљава пад 21%, док могућу реакцију породице и нелагоду везану за то осећа 18%. Грижу савести и нелагоду је осетило 10% испитаника. Страх да ће пад пацијента оставити траг у професионалном досјеу осећа 8%. Већи број заокружених одговора као грижа савести, нелагода и траг у досјеу био је присутан код 4%. Прозивање породице, нелагоду, грижу савести доживело је 2%. На питање да ли нам је свеједно није било одговора - 0%.

На састанцима колектива о превенцији грешака које се догађају углавном разговара 51%, увек када постоји могућност да се грешка догоди 25%, ретко и понекад 11% а никад са понашањем као да се ништа није догодило 2%. Сигурност пацијената без обзира на посао је увек у 97%, понекад 2,4%, ретко 0,6% и никад 0%.

Безбедност пацијената је одговорност свих запослених у здравственим установама у 23%, медицинског и помоћног особља 21%, само сестара 20%, медицинске сестре, помоћног особља, главне сестре и лекара 18%, медицинске сестре, помоћног особља и главне сестре 11%, самог менаџмента 5%, главне сестре одељења 2%, медицинског и помоћног особља 0%.

На отворено питање о виђењу предлога мера када је сигурност пацијената у питању као и пријава нежељених догађаја на одељењу, предлози су следећи:

1. обезбедити кревете са заштитним оградама
2. повећати број сестара и помоћног особља
3. повећати безбедност пацијената а и сестара

1. Ког сте пола?		
а) женски пол	53	88%
б) мушки пол	7	12%

Графикон 1.



2. Колико имате година?		
а) мање од 25	3	5%
б) између 25 и 35	13	22%
в) између 35 и 40	20	33%
г) између 40 и 50	11	18%
д) више од 50	13	22%



Графикон 2.

3.Колико дуго радите у својој професији?		
а)од 1 до 5 година	5	8%
б)од 6 до 10 година	11	18%
в)од 11 до 15 године	6	10%
г)од 16 до 20 година	13	22%
д)21 годину и више	25	42%



Графикон 3.

4.Какво је ваше образовање?		
а)средња стручна спрема	56	93%
б)виша медицинска сестра-техничар	4	7%
в)дипломирана медицинска сестра-техничар.	0	0%



Графикон 4.

5.Оцените укупну бригу о сигурности пацијената на Вашем одељењу:		
а)врло добро	29	48%
б)прихватљиво	19	32%
в)слабо	12	20%
г)јако лоше	0	0%

Графикон 5.

6. Активно радите на побољшању сигурности пацијената пратећи протоколе:		
а) никада	1	2%
б) ретко	4	7%
в) понекад	6	10%
г) већину времена	17	28%
д) увек.	32	53%



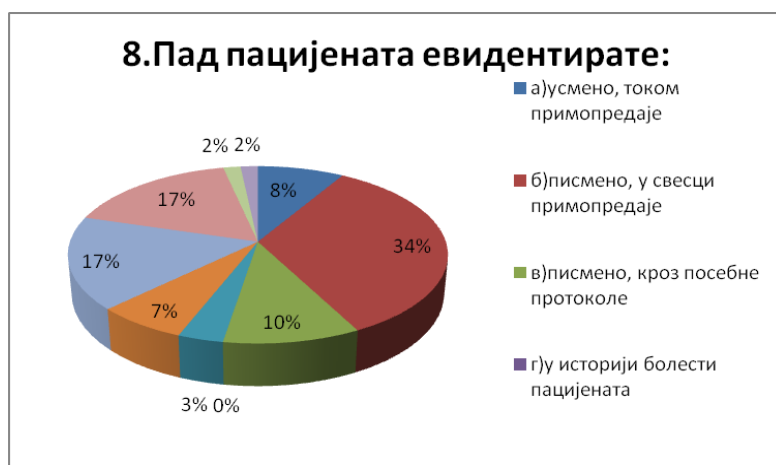
Графикон 6.

7. Колико често се срећете са падом пацијената на Вашем одељењу?		
а) свакодневно	1	2%
б) повремено	18	7%
в) веома ретко	36	61%
г) никада.	4	7%



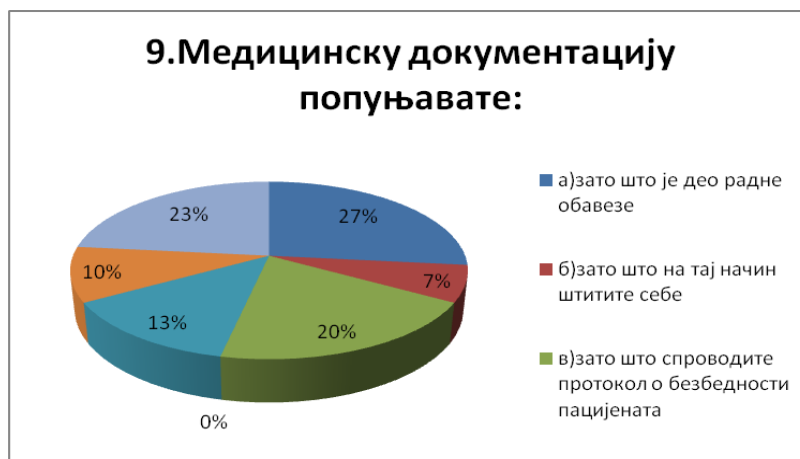
Графикон 7.

8.Пад пацијената евидентирате:		
а)усмено, током примопредаје	5	8%
б)писмено, у свесци примопредаје	20	34%
в)писмено, кроз посебне протоколе	6	10%
г)у историји болести пацијената	0	0%
д)нисте упознати са документацијом.	2	3%
ђ)усмено и писмено, током примопредаје	4	7%
е)писмено, у свесци примопредаје и протоколу	10	17%
ж)усмено, примопредаја, писмено, у свесци примопредаје и протоколу	10	17%
з)примопредаја, усмена и писмена, и у историји болести пацијената	1	2%
и)примопредаја, усмено и писмено,протокол и у историји болести пацијената.	1	2%



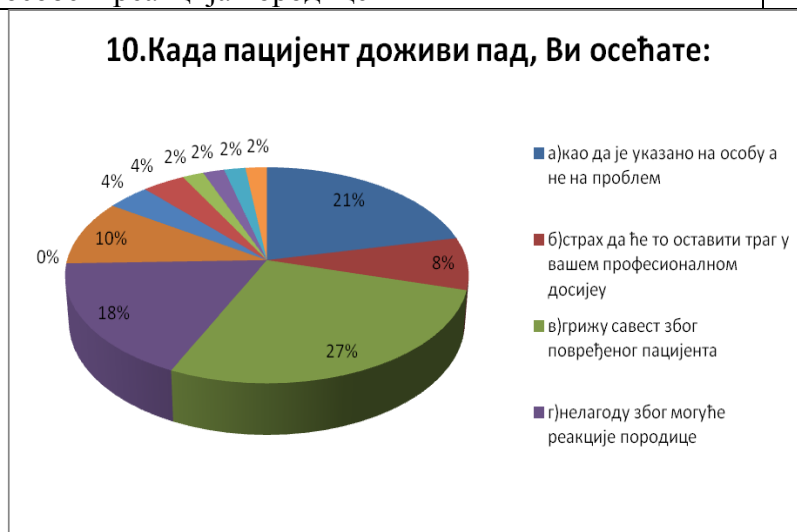
Графикон 8.

9.Медицинску документацију попуњавате:		
а)зато што је део радне обавезе	16	27%
б)зато што на тај начин штитите себе	4	7%
в)зато што спроводите протокол о безбедности пацијената	12	20%
г)не попуњавате документацију о паду пацијената.	0	0%
д)радна обавеза и штитите себе	8	13%
ђ)штитите себе и спроводите протокол	6	10%
е)радна обавеза, штитите себе и спроводите протокол.	14	23%



Графикон 9.

10. Када пацијент доживи пад, Ви осећате:		
а) као да је указано на особу а не на проблем	11	21%
б) страх да ће то оставити траг у вашем професионалном досијеу	4	8%
в) грижу савест због повређеног пацијента	14	27%
г) нелагоду због могуће реакције породице	9	18%
д) свеједно Вам је.	0	0%
ђ) грижу савест и нелагоду	5	10%
е) грижа савести, нелагода и траг у досијеу	2	4%
ж) грижа савест и траг у досијеу	2	4%
з) прозивање особе, гриже савести и нелагода	1	2%
и) прозивање особе, гриже савести, нелагода и прозивање породице	1	2%
ј) прозивање особе и гриже савести	1	2%
к) прозивање особе и реакција породице	1	2%



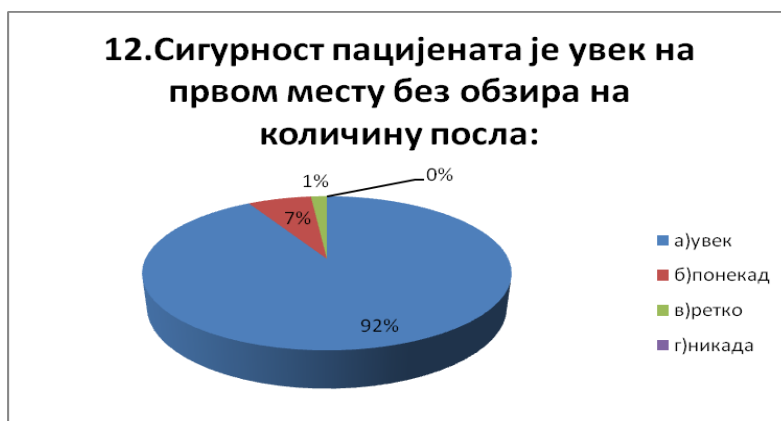
Графикон 10.

11. На састанцима колектива разговарате о превенцији грешака које се догађају:		
а) никада-понашате се као да се не догађају	1	2%
б) ретко	7	11%
в) понекад	7	11%
г) углавном разговарате	32	51%
д) увек када постоји могућност да се грешка догоди.	16	25%



Графикон 11.

12. Сигурност пацијената је увек на првом месту без обзира на количину посла:		
а) увек	55	92%
б) понекад	4	7%
в) ретко	1	1%
г) никада	0	0%



Графикон 12.

13.Безбедност и заштита пацијената на одељењу је, по Вашем мишљењу, одговорност:		
а)медицинске сестре-техничара	11	20%
б)медицинског и помоћног особља	12	21%
в)главне сестре одељења	0	0%
г)лекара	1	2%
д)самог менаџмента болнице.	3	5%
ђ) сви, запослени у здравственим установама	13	23%
е)М.С, помоћно особље,ГЛ. С. и лекари	10	18%
ж)М.С., помоћно особље и ГЛ.С.	6	11%



Графикон 13.

ДИСКУСИЈА

Пад пацијента у болничкој установи спада у нежељене догађаје у здравственој установи те је један од показатеља сигурности пацијента и индикатор квалитета у систему акредитације. Отприлике трећина падова узрокује неки облик повреде пацијента те директно доприноси смањењу квалитета здравствене неге уз различите психофизичке потешкоће. Стога је нужност превенције пада пацијената важна дужност свих здравствених радника, а посебно медицинских сестара и техничара. Један од алата за помоћ при процени ризика од пада јесу стандардизоване скале које се примењују у ту сврху.

Фактори који доводе до пада пацијената:

1. Неадекватна процена;
2. Проблеми у комуникацији;
3. Неадекватни и недостајући протоколи безбедности пацијената;
4. Недостаци у физичком окружењу;
5. Недостатак контроле рада особља.

Физиолошка стања која представљају ризик од пада:

1. Старост – старости се деле на рану старост (млади стари) – од 65 до 75 година, просечну старост (стари стари) – од 76 до 85 година и позну старост (веома стари) – преко 85 година;
2. Поремећена стања;
3. Депресија (представља стање безвољности, беспомоћности, безнађа, са успореном моторичком и менталном динамиком, изгубљеном мотивацијом, праћено суморним, тешким мислима као и телесним поремећајима);
4. Вртоглавица и Вертиго (поремећај оријентације који се манифестује снажном илузијом кретања у простору. То је неодређен израз који болесници употребљавају да би описали неколико различитих субјективних стања. Уз привид кретања често је присутан и функционални окуломоторички поремећај (нистагмус), рушење у стајању и ходању);
5. Ортостатска хипотензија (Ортостатска (постурална) хипотензија је превелики пад артеријског крвног притиска (>20/10 ммХг) приликом заузимања усправног положаја. Пресинкопа, вртоглавица, заносење, збуњеност или замаглење вида се јављају унутар неколико секунди од устајања);
6. Визуална погоршања (тешко опште стање пацијента);
7. Коришћење одређених лекова (бензодиазепини, антипсихотици, бенседини).

Године старости пацијената су директно пропорционалне са ризиком од пада као и добијања фрактура, унутрашњег крварења и контузија. 24% пацијената који доживе пад су старости од 74 година и више. Људи ових година су такође у опасности од поновних падова. Учесталост падова генерално се креће од 1.3 до 8.9 на сваких 1000 пацијената или на 1000 отпуста се креће стопа 0.562. Свака болница треба да води своју статистику падова пацијената на годишњем нивоу као на 1000 отпуста по одељењу. Исто тако треба да води статистику у погледу узрока пада: да ли је случајни пад, очекивани физиолошки пад и неочекивани физиолошки пад, пад услед непрописног понашања пацијената у болници или тако могући али врло ретки намерни или исценирани падови од стране болесника. Прва два типа пада могу се превенирати док друга два није могуће превенирати. Када су у болници учестали прва два типа пада, случајни и очекивани физиолошки то је јасан показатељ неадекватне неге као и неодговарајућег дизајна ентеријера (собе, амбуланте, ходника). И на њих се јасним мерама може деловати.

Пажљиви преглед лекова који употребљава болесник је важан део плана неге како би се спречио пад. У студији становника у три старачка дома, истраживачи на Универзитету Johns Hopkins открили да промене лекова имају огроман утицај на ризик од пада. Открили су да је након промене лекова ризик од падова био је три пута већи у данима након промене лекова.

Један од ризичних догађаја је свакако пад и повреда пацијента настали током хоспитализације. Праћење броја падова и повреда хоспитализованих пацијената као показатеља квалитета рада болнице из области безбедности пацијента захтева њихово правилно дефинисање.

Америчка асоцијација медицинских сестара (American Nurses Association - ANA) преузела је све дефиниције при чему пад дефинише као „непланирано спуштање на под или непланирано спуштање преко одложене, тј.неупотребљиве ствари или друге опреме, са или без повреде, која се догоди у одговарајућој болничкој јединици.

Сви облици падова су укључени било да су последица физиолошких узрока (несвестица) или амбијенталних узрока (клизав под) укључујући и асистирани пад.

Асистирани пад је пад код кога је неко од особља, нпр медицинска сестра, али не члан породице или посетилац, са пацијентом приликом пада и покушава да минимизира учинак пада, придржавајући пацијента или на неки други начин покушава да спречи пад. Помоћ пацијенту да се врати на столицу или постељу после пада није асистирани пад.

Пад је, дакле, пултифакторијалне етиологије и доскора су се узроци пада класификовали на унутрашње и спољашње факторе. Спољашњи фактори укључивали су амбијенталне, док су унутрашњи укључивали физиолошке факторе ризика који могу да провоцирају пад. Раздвајање унутрашњих од спољашњих фактора ризика требало је да олакша утврђивање превентивних стратегија. Морсе сматра да наведени класификациони систем само делимично одређује одговарајуће интервенције, те предлаже да се падови хоспитализованих пацијената класификују у три категорије: акцидентални, неантиципирани физиолошки и антиципирани физиолошки пад.

Акцидентални падови потичу од спољашњих фактора, као што су амбијентални, а дешавају се нехотице нпр. када пацијент запне, оклизне се или откаже опрема. Иако је око 14% свих падова акцидентално, већина превентивних стратегија је усмерена на спречавање ових падова. Треба истаћи да пацијенте који доживе акцидентални пад не можемо идентификовати пре пада и не треба процењивати ризик за пад применом неке предиктивне скале, као што је Морсеова скала пада (Morse Fall Scale).

Неантиципирани физиолошки пад догађа се када физиолошки узроци нису евидентирани као могући фактори ризика за пад. Ови падови узроковани су стањем пацијената које се не може предвидети све док пацијент не падне (нпр. несвестица, цереброваскуларни инсулт, конвулзије или патолошка фрактура кука). Неантиципирани физиолошки падови представљају 8% свих падова који се догађају у болницама. Антиципирани физиолошки пад се дешава код пацијената чији скор на предиктивној скали указује да су под ризиком падања. Према скали, ови пацијенти имају неке од следећих карактеристика: претходни пад, несигуран и ограничен ход, коришћење помоћних средстава за кретање, примена интравенске терапије или измењено ментално стање (конфузије). Према овој класификацији антиципирани физиолошки падови чине 78% свих падова хоспитализованих пацијената и могу да се успешно превенирају.

У клиничко - болничким условима повреде у вези са падом се углавном категоришу у 5 група:

- нема повреде;
- блага повреда;
- умерена повреда;
- озбиљна повреда;
- смртоносна повреда.

Оне се дефинишу као :

- Нема повреда: указују да пацијент није претрпео повреду након пада;
- Блага повреда (модрице, огуљотина): указује на повреду која захтева једноставне интервенције као што су чишћење ране, постављање завоја, апликација хладног облога или локално неког медикамента или једноставно елевације екстремитета;

- Умерена повреда (раздеротине, уганућа или преломи): указују на повреду која захтева ушивање ране или постављање удлаге/имобилизације;
- Озбиљна повреда је она која захтева хирушку интервенцију или тракцију, пријем у јединицу интензивне терапије због мониторинга или захтева допунска испитивања, нпр. повреда главе;
- Летална повреда је она код које наступа смрт због повреде која је настала од претрпљеног пада.

Фактори ризика за пад

Падови настају због општег здравственог стања болесника и реакције на лечење. Постоје многобројни фактори ризика за настанак пада у болничкој установи. Општи фактори ризика за пад су: претходни падови, употреба инвалидских колиџа, старост изнад 65 година, протеза доњих екстремитета и употреба помагала за кретање.

Физиолошки фактори ризика за пад су: смањена покретљивост болесника, самостално устајање из кревета, хроничне болести и стања. У физиолошке факторе убрајају се активности које болесник изводи без тражења помоћи, а једна од њих је одлазак у купатило. Осим претходно наведених општих и физиолошких фактора, постоје и фактори околине а то су: слабо осветљење у болничким собама, удаљеност тоалета, кревет без заштитних ограда, неадекватне површине за кретање, клизав и мокар под, коришћење неприкладне одеће и обуће. Уз многобројне факторе који су претходно наведени, сматра се да постоји још фактора и да се они конкретно односе на здравствене раднике. Преостали могући фактори су: смањење броја сестара, радна преоптерећеност сестара и замена медицинских сестара мање едукованом радном снагом. Ове факторе ризика потребно је познавати како би се спречио пад и његове последице.

Висок ризик за пад

Због могућих симптома можданог удара попут вртоглавице, главобоље, парезе и плегије, код болесника је повећан ризик за пад и додатно повређивање. Висок ризик за пад дефинише се и као стање у коме је повећан ризик од пада услед међусобног деловања пацијента и околине. Падови могу значајно повећати ризик од оштећења ткива и тиме додатно продужити хоспитализацију. Између 2 до 12% хоспитализованих болесника падну током боравка у болници. На неуролошким одељењима где су хоспитализоване особе с можданим ударом, тај број се повећава чак и до 46% болесника. Хоспитализације повећавају ризик за пад због присутности болести, непознавања околине, сметености и уплашености болесника.

У болницама постоје различити инструменти процене ризика за пад – score лествице, које се користе свакодневно за процену ризика за пад.

Кратке су и процењују вероватност пада према коме се прилагођавају сестринске интервенције. Једна од чешће употребљаваних инструмената процене ризика за пад је Морсеова скала.

Морсеова скала свакодневно се користи у болницама, обзиром да захтева врло мало времена а осетљивост и усмереност су релативно високи. Морсеова скала за пад бодује се од 0-125 а садржи 6 ставки: претходни падови, друге медицинске дијагнозе, помагала при кретању, инфузија, став/премештање и ментални статус. Свака ставка има одређени број бодова који се додељује уколико болесник има неки од наведених, а већи број бодова интерпретира се као већи ризик за пад. Број бодова од 0-24 интерпретира се као низак ризик, од 25-44 као умерен ризик а 45 и више бодова као висок ризик за пад.

Како зауставити пад

У великим здравственим центрима су развијени такозвани мултидисциплинарни програми превенције падова који су показали и доказали смањење пада болесника за чак 30% у првој години имплементације. Овај програм се спроводи од стране мултидисциплинарног тима који формира руководство здравствениг центра и то искључиво у циљу елиминације и смањења падова пацијената на готово свим одељењима. Основа деловања овог превентивног тима јесте да се осталим запосленима покаже и докаже да је могуће смањити или готово елиминисати падове, као и дада преокрене свест запослених који често мисле да се падови не могу избећи.

Такође, овај тим се фокусира на пацијенте високог ризика од пада и подизању њихове свести о могућности пада као и могућим последицама. Такође, запослени се едукују да они само подижу свест пацијената о овој теми.

Постоји све више доказа о инверзној вези између укупних сати пружене сестринске неге и стручних квалификација запослених медицинских сестара и повећане учесталости падова пацијената. Међутим у скорашњој case – control студији Krauss-ове и сарадника, већина пацијената који су претрпели пад, устајали су из постеље и шетали сами, без надзора и помоћи која им је била неопходна. С обзиром на ту чињеницу, Krauss указује да су падови учесталији у случају смањења болничара, а не медицинских сестара.

Имплементација програма превенције падова хоспитализованих пацијената није нешто сто особље може једноставно „додати,, својим свакодневним радним обавезама а да установа не обезбеди додатна средства за набавку неопходне опреме. Имплементација мора да буде планирана и систематска уз континуирану обуку особља. Тим за имплементацију програма превенције падова пацијената мора да буде мултидисциплинаран и мултипрофесионалан. Зависно од величине болнице, тим је састављен од представника неких или свих следећих дисциплина и професија: лекара, медицинских сестара, фармацеута, физиотерапеута и техничког особља.

Из угла Морса при одабиру интервенција ради превенције падова хоспитализованих пацијената требало би узети у обзир етиолошке факторе. Акцидентални падови се спречавају обезбеђењем сигурне опреме и безбедног амбијента. Неантиципирани падови који су према дефиницији неочекивани, не могу да се превенирају, као ни поновни падови. Међутим, за поновне падове зависно од узрока могу да се примене протективне стратегије, ако и за пацијенте чији укупни скор на предиктивним скалама указује да су под ризиком од антиципираног физиолошког пада. За ове пацијенте могу се применити и превентивне стратегије.

Евалуација падова и повреда хоспитализованих пацијената као показатељи рада болница, али и пружене сестринске неге, главни су предмет интересовања медицинских сестара из клиничко - болничких установа већ читаву деценију. У нашој земљи не поклања се још довољно пажње овом нежељеном догађају због чега не постоје прецизни епидемиолошки подаци што ствара проблеме у процени квалитета здравствене неге и целокупног третмана.

На основу изнетих резултата, постојећих студија предлаже се формирање и едукација мултидисциплираног тима за имплементацију превентивног програма који би у сарадњи са комисијом за унапређење рада здравствене установе био задужен и за месечни и за годишњи мониторинг. То би представљало добру основу за остваривање сигурне и ефикасне здравствене заштите уз минималне трошкове.

Приликом пада пацијената у болници најчешћи исходи су накнадне повреде у виду: фрактура, унутрашњих крварења, контузија. Истраживања су показала да је сваки

трећи пад могао бити превениран. Превентива се најбоље огледа у оптимизацији болесничког простора и дизајна унутрашњости соба и ходника као и санитарног чвора.

Пад пацијената се дефинише као неочекиван и непланиран нагли пад пацијената на под собе, амбуланте, ходника са или без накнадних повреда. Свака физички настала повреда пацијената за време његовог боравка у болници се класификује као пад пацијената. Запослени у болници морају имати унапред развијен план у случају пада пацијената. Најбоља превентива се огледа у спречавању самих падова као и физичка бригаа о пацијентима о њиховој безбедности, као и бригаа о опоравку пацијената како за време болести тако и после акцидентног пада. Такође је јако битна и ментална нега пацијента у случају пада, а далеко битнија је ментална нега након самог пада као и елиминација узрока пада.

Превентива пада се огледа и у менаџменту ризика за настанак пада који су:

1. проблеми при кретању болесника;
2. проблеми при транспорту болесника;
3. споредни ефекти медикаментозне терапије као и нежељена дејства (вртоглавица, дрхтавица, отезана циркулација);
4. конфузије;
5. учестала употреба тоалета.

Комуникација и размена информација између клиничког као и неклиничког особља о стању готово сваког пацијента доводи у великој мери до смањења ризика од пада пацијената. Веома је битан континуитет у спровођењу овакве комуникације - дакле сваког радног дана, у свакој смени је неопходна комуникација о тренутном физичком стању пацијента, као и процедурама рада са овим пацијентима. Најбитније код превентиве пада пацијената јесте интрадисциплинарни приступ нези болесника као и избегавање самосталног рада запослених са оваквим пацијентима. Најчешће се препоручује рад у двоје при нези оваквих болесника. Такође битно је да је тим радника са оваквим пацијентима мултидисциплинаран. Мултидисциплинарни тимови морају бити унапред припремљени, увежбани на све ситуације као и унапред увежбане процедуре рада са таквим пацијентима. У самом раду истраживања су показала да је тимски рад најбитнији фактор при превенцији настанка пада.

Поступак након пада у здравственој установи

Уколико пад не успе да се спречи, потребно је знати поступак након пада. Падове болесника током хоспитализације здравствена установа мора да мери, анализира и прати као нежељени догађај за болеснике. Основни поступак након пада је пружање непосредне прве помоћи, а затим средње и дуже здравствене неге. Пад обавезно мора да се документује. Детаљи извештаја морају да садрже: механизме пада, време пада, место, околности пада, информације о простору у којем се пад догодио.

Извештај такође мора да садржи доказ о евентуалној повреди која се може десити за време пада и морају бити наведене одређене радње које су предузете у вези с догађајем. Сви учесници у нежељеном догађају морају бити информисани о исходу пада. Потребно је израдити план неге болесника након што се пад деси. Здравствена установа (односно одељење или служба) у којој се догодио пад, мора да анализира могуће узроке пада.

Последице падова

Падови и повреде проузроковане падовима су нежељени догађаји у здравственим установама. Они могу имати правне последице за установу и здравствене раднике.

Последице падова које се односе на пацијенте:

- повреде;
- депресија;
- тескоба;
- губитак самопоуздања;
- продужена хоспитализација;
- повећан број отпуста у установама за продужену здравствену негу;
- смањен квалитет живота;
- зависност од туђе помоћи;
- смрт.

Улога медицинске сестре у превенцији пада и едукацији болесника

Медицинска сестра је самостални здравствени радник чија је основна делатност здравствена нега, а степен самосталности условљен је врстом активности којом се бави. Будући да је подручје здравствене неге јасно одређено, од медицинске сестре се очекује да препозна и решава пацијентове проблеме из тог подручја. Медицинска сестра прикупља податке, тумачи их и чува у одговарајућој документацији, а њиховом даљом обрадом добијају се информације које чине основу за унапређење квалитета и развој здравствене неге. Медицинске сестре у свом свакодневном раду се сусрећу са великим бројем података које настају у подручју здравствене неге. Посматрање болесника и његовог целокупног стања се данас не може замислити без сестринске документације. Документација здравствене неге темељи се на теоретским основама и потпомогнута је процесом здравствене неге.

При коришћењу података употребљавамо папирну и рачунарски обрађену документацију. Сестринска документација се разликује од лекарске. Обе врсте документације и документовања су повезане, а различите у смислу лечења пацијената и одговорности. Висок ризик за пад је честа сестринска дијагноза која се прати и документује и уједно је и честа тема на сестринским стручним усавршавањима где се прате нова сазнања о спречавању падова.

Осим последица за болесника сваки пад представља и могућност додатних материјалних оптерећења за установу са сврхом надокнађивања евентуалне штете. У здравственим установама Републике Српске значајан је број инцидената који завршавају с падом те се тако створила потреба континуираног праћења на том подручју. Процена ризика за пад се врши помоћу Морсоеве скале. Морсоева скала је лествица којом процењујемо ризик за пад, бодује се неколико категорија при чему већи број бодова (45 и више) представља већи ризик за пад. Морсоева скала се састоји од шест честица које се процењују (претходни падови, друге медицинске дијагнозе, помагала при кретању, инфузија, став/премештање, ментални статус) те је могући распон бодова од 0 до 125 на темељу чега се утврђује ниво потенцијалног ризика.

Северноамеричка асоцијација за сестринске дијагнозе (NANDA) уврстила је ризик од пада у сестринску дијагнозу. Сестринска дијагноза је специфичан закључак о реаговању појединца, породице или заједнице на актуелни или потенцијални здравствени проблем који особље службе здравствене неге може самостално да спречи, ублажи или реши. Сестринска дијагноза треба да буде исказана у оквиру

законских компетенција медицинске сестре. Ризик од пада дефинише се као „стање повећане осетљивости за пад и настанак телесних повреда,,. Та чињеница обавезује медицинске сестре на спровођење одређених самосталних и зависних интервенција, по налогу лекара у превенцији пада.

Пад се дефинише и као медицинска грешка која представља „неуспех или неизвршавање планираних поступака како је намеравано (нпр. грешка у извођењу) или „примена погрешног плана у постизању циља,, (нпр. грешка у планирању).

Пад се као медицинска грешка према препоруци Заједничке комисије за акредитацију здравствених установа (ЈСАНО) може отклонити благовременом проценом ризика применом наведених скала код свих хоспитализованих пацијената и имплементацијом програма превенције.

Превенција падова је од посебне важности у стандарду сигурности болесника. Дужност свих здравствених радника а највише медицинских сестара и техничара је спречити пад болесника. Здравствени радници проводе највећи део времена у директном контакту с болесником. Медицинска сестра је дужна да процени ризик за пад. Процену ризика потребно је извршити одмах при пријему. Током хоспитализације, ризик за пад се процењује зависно од стања болесника свакодневно односно при свакој промени у општем стању болесника. Процена ризика за пад процењује се Морсеовом скалом. Једном утврђен узрок пада омогућава специфичан приступ и израду одговарајућег превентивног плана. Превенција пада започиње проценом и бодовањем болесника Морсеовом скалом.

По процени и постојању ризика за пад односно постављања сестринске дијагнозе ризика за пад следи план здравствене неге и спровођење плана. У зависности од покретљивости болесника и процени ризика за пад бирају се најприкладније интервенције и помагала за кретање. Цели поступак спроводи се у складу са сестринским компетенцијама и ресурсима који су доступни у здравственој установи.

Сестринска дијагноза треба да буде исказана у оквиру законских компетенција медицинске сестре. Ризик од пада дефинише се као „стање повећане осетљивости за пад и настанак телесних повреда”. Пад се дефинише и као медицинска грешка која представља „неуспех или неизвршавање планираних поступака - како је намеравано” (нпр. грешка у извођењу) или „примена погрешног плана у постизању циља” (нпр. грешка у планирању). Заједничке комисије за акредитацију здравствених установа могу отклонити благовременом проценом ризика применом наведених скала код свих хоспитализованих пацијената и имплементацијом програма превенције.

Медицинска сестра има важну улогу у едукацији болесника и његове породице. Едукација у току хоспитализације од велике је важности за болесника, посебно ако се отпушта кући. Сама болест и њене последице додатно отежавају нормално функционисање болесника али и његове породице. Кроз едукацију треба тежити указивању на евентуалне баријере које ометају болесничково функционисање а самим тиме и повећавају ризик за пад. Едукацијом је неопходно што више указати породици да прилагоди простор болеснику.

Основни циљ едукације је превенција пада и додатног повређивања.

У целокупни програм едукације укључен је и сам болесник. Учествовање у едукацији зависи од његовог општег стања, неуролошког дефицита као и спремности на сарадњу и едукацију. Превенција падова је од посебне важности у стандарду сигурности болесника.

Израда плана - Висок ризик за пад

Број падова и повреда пацијената насталих током хоспитализације показатељи су квалитета из области безбедности пацијента за здравствене установе које обављају стационарну делатност. Пад је мултифакторијалне етиологије, а његови узроци се обично класификују на унутрашње и спољашње факторе.

Ценис Морс падове хоспитализованих пацијената према етиолошким факторима класификује у три категорије: акцидентални, неантиципирани физиолошки и антиципирани физиолошки пад.

Повреде у вези са падом, у клиничко-болничким условима углавном се категоришу у 5 група: нема повреде, блага повреда, умерена повреда, озбиљна повреда и смртоносна повреда. Смањење броја падова хоспитализованих пацијената, ради унапређења квалитета пружене здравствене неге али и целокупне здравствене заштите, постиже се имплементацијом програма превенције.

Кључне превентивне стратегије и за остваривање безбедне и ефикасне здравствене неге укључују: редовну процену ризика за пад применом предиктивних скала, визуелно обележавање пацијената који су под високим ризиком, разговор са пацијентом и едукацију пацијената, чланова њихове породице и особља о превентивним интервенцијама.

Идеална лествица за процену ризика пада требало би да буде једноставна за употребу, прецизна, да не изискује превише времена за испуњавање, као и да буде лако уклопива у клиничку праксу без додатног оптерећивања већ преоптерећеног особља.

Једна од најчешће коришћених скала за процену пада јест Морсеова скала (Morse Fall Scale - MSF), која је уједно једна од најчешће истраживаних у литератури. Скала се темељи на шест основних елемената на основу којих се процењује ризик од пада: претходни падови, друге медицинске дијагнозе, помагала при кретању, примена инфузија, став / премештање и ментални статус. Свака од наведених категорија се бодује па се зависно од добијеног резултата (максимални број поена је 125) пацијент сврстава у једну од три групе: 0-24 поена - низак ризик, 25-44 поена - умерен ризик а више од 45 поена - висок ризик .

Како бисмо израдили план здравствене неге морамо да прикупимо потребне податке као што су:

1. Процена ризика за пад - Морсеова скала;
2. Старост пацијента;
3. Процена покретљивости;
4. Процена когнитивно-перцептивног стања;
5. Прикупити податке о лековима које болесник узима а који би могли да утичу на стабилност;
6. Прикупити податке о условима околине.

Након прикупљања података и процене на score лествицама постављамо циљ.

Циљеви могу бити:

1. Болесник неће пасти током хоспитализације;
2. Болесник ће знати који фактори повећавају ризик за пад;
3. Болесник ће се придржавати одређених сигурносних мера како би се спречио пад.

Зависно од физичког, психичког и когнитивног стања болесника бирамо одговарајући циљ и према њему бирамо интервенције. Интервенције треба да буду индивидуализоване и одабране како би одговарале болесниковом стању.

Неке од интервенција могу бити:

1. Едуковати пацијента о постојању ризика за пад;
2. Упознати пацијента с околином која је нова и непозната;
3. Едуковати пацијента о коришћењу система за помоћ;
4. Осигурати пацијенту звоно на дохват руке;
5. Поставити пацијенту на дохват руке све потребне ствари;
6. Уклонити све препреке из околине у којој пацијент борави;
7. Поставити кревет на удаљености која је с пацијентом договорена;
8. Пацијента сместити што ближе тоалету;
9. Помоћи пацијенту при одласку до тоалета;
10. Током ноћи користити оријентационо светло;
11. Надzirати пацијента при устајању након медицинских и дијагностичких интервенција;
12. Подучити пацијента да пре устајања из кревета неколико минута седи, а потом полако устане придржавајући се;
13. Препоручити пацијенту коришћење прикладне одеће и обуће;
14. Породици препоручити доношење одговарајуће одеће и обуће;
15. Едуковати пацијента о коришћењу ортопедских помагала;
16. Договорити с пацијентом коришћење наочара и других потребних помагала;
17. Договорити с пацијентом кретање на најсигурнији начин;
18. Користити заштитне оградице које се налазе на кревету;
19. Едуковати пацијента и његову породицу о факторима ризика, паду и мерама превенције;
20. Подучити пацијента о коришћењу одређених помагала;
21. Пријавити и документовати спречени инцидент;
22. Евидентирати све поступке;
23. Планирати физиотерапеута у нези болесника;
24. Проверити да ли пацијент схвата упутства;
25. Проверити да ли се пацијент придржава одређених упутстава;
26. Понављати упутства по потреби.

Улога медицинске сестре током хоспитализације је процена болесниковог стања и евалуација на скалама, конкретно Морсеовој лествици за пад. На темељу добијених резултата и прикупљених података поставља се сестринска дијагноза која условљава израду плана здравствене његе. Планом се одређује циљ на темељу којег се спроводе интервенције које су прилагођене болеснику. По спроведеним интервенцијама израђује се евалуација циља. Сваки спречени или настали пад се евидентира у сестринску документацију, као и на посебне обрасце.

Циљ пријаве нежељеног догађаја је унапређивање сигурности пацијента, учењем из насталих грешака, као и развијање радног окружења у коме запослени имају прилику да уче из претходних лоших искустава и на темељу тога поправљају учињене грешке.

Предлози за побољшање квалитета здравствене неге

Квалитет здравствене заштите данас је препознат као једна од најважнијих карактеристика система здравствене заштите. Безбедност пацијената заузима централно место у погледу квалитетне здравствене заштите, те је неопходно да постоји директно и јавно бављење питањем безбедности пацијената. Најчешће дефинисани показатељи безбедности пацијента су: култура безбедности, стопа инциденције болничких инфекција, број падова и повреда у болничким условима, број лежећих пацијената са декубиталним ранама, грешке у спровођењу терапије лековима и други. Култура безбедности пацијената подразумева препознавање ризика за настанак грешака од стране запослених. Да би се успоставила култура безбедности у некој организацији здравствене заштите, први корак је процењивање постојеће културе, односно процена ставова здравствених радника према безбедности пацијената.

Здравствену установу са позитивном културом безбедности карактерише: отворена хоризонтална и вертикална комуникација, заједнички став о значају безбедности пацијената и поверење у ефикасност спроведених превентивних мера. Унапређење културе безбедности унутар здравствене установе је основна компонента спречавања или смањења грешака и побољшања општег квалитета здравствене заштите. За развој културе безбедности пацијената потребно је снажно лидерство, планирање и редовна евалуација. Унапређење безбедности пацијената захтева посвећеност, темељно познавање техничких процеса, отворену размену информација, разумевање узрока грешака и ефикасног начина да се смање грешке.

Многобројне болнице широм Европе и Америке су доказале да права комбинација технологије и неге у знатном броју смањују број падова пацијената али још битније, далеко више се смањује број насталих повреда приликом самог пада. Такође, истраживања су доказала да сваки пад пацијента у болници са или без новонасталих повреда резултује продужежтак самог боравка пацијента у болници за 6.27 дана, као и увећање болничког рачуна за око 4000€. У Америци је пракса да приликом пада пацијената, ако пацијент доживи накнадне повреде, цео рачун сноси болница. Такође, статистика је показала да сваки 30и пад узрокује неку нову повреду а сваки 51 пад узрокује тешку телесну повреду. Иако је велики број падова могао бити избегнут, сама превентива пада је јако комплекса због великог броја чиниоца који могу да доведу до пада као што су фактори стања пацијента: слабост мускулатуре, хронична стања, употреба помоћне апаратуре при ходању као и неадекватна нега и неправовремени одзив и закаснела реакција сестара.

Процена ризика за пад је важан инструмент за контролу квалитета рада у сестринству. Медицинске сестре су највећа група даватеља здравствених услуга, те је посебна препорука извештаја Института за медицину Washington 2010 „Будућност сестринства - заправо позив медицинским сестрама да буду водећи фактор промена у здравству и развијају моделе неге за решавање критичних проблема у здравству”. Кроз праксу утемељену на доказима и из сестринских истраживања, морају се стећи знања и вештине која ће омогућити трансформацију и побољшање здравствене неге и бриге за болесника.

Настојања да се нежељени догађаји као што су падови пацијената који се догађају током хоспитализације редукују, укључују развој инструмената за процену и идентификацију пацијената под ризиком. Процену ризика од пада треба извршити приликом пријема и периодично током хоспитализације. Најчешће коришћене скале су Морсова скала (MFS) и STRAFITY скала и Хендрихова скала (Hendrich II Risk Fall).

Како би се смањило број ових нежељених инцидената потребно је радити на континуираној медицинској едукацији здравствених радника и сарадника. Континурана едукација је дефинисана као синоним целоживотног учења или стручног усавршавања. Остале дефиниције укључују професионални развој или професионално учење као наставне активности дизајниране да повећају знање, вештине и ставове медицинских сестара и тиме обогате допринос медицинских сестара квалитету здравствене заштите.

Према подацима Joint Commission Center for Transforming Healthcare, десетине хиљада пацијената годишње падне у америчким болницама. Као последицу ових падова, велики број пацијената задобије умерене до тешке повреде, услед којих се, у просеку, број болничких дана повећа за 6,3, а трошкови лечења увећају за око 14 056 америчких долара по пацијенту. Према истраживању које је спровела Rand Corporation, учесталост пада у болницама у Америци се креће од 1 до 9 на 1000 пацијената и да се имплементирањем програма који обухватају вишекомпонентне интервенције (подршка руководству, додатно ангажовање запослених, промена нихилистичког става према падовима...) ова учесталост може смањити и до 30%.

Један од примарних циљева свих активности које се спроводе у оквиру здравственог система, управо је побољшање безбедности пацијената. Посматрано у целини, један од главних аспеката у дефинисању квалитета је правилан одабир приступа и метода којима ће се он мерити. Због тога су истраживања која се баве овом тематиком од непроцењивог значаја и резултати сваке нове студије буде пажњу и осветљавају нове путеве у дефинисању и избору параметара, чијом ће се квантификацијом смернице за унапређивање квалитета рада у здравственом систему даље унапређивати.

ПРИМЕРИ ДОБРЕ ПРАКСЕ

12

USTANOVA

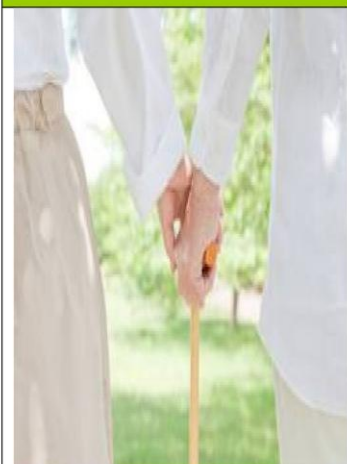
**IZVJEŠĆE O INCIDENTU
(SPRIJEČENOM ILI NASTALOM)**

Ime i prezime	Matični broj	Odjel
Datum izvješća	Datum incidenta	Vrijeme incidenta
MJESTO INCIDENTA:		
Opis incidenta (spriječenog ili nastalog):	<input type="checkbox"/> bolnička soba <input type="checkbox"/> kupaonica <input type="checkbox"/> hodnik <input type="checkbox"/> operacijska soba <input type="checkbox"/> drugo mjesto:	
	Uzrok incidenta:	Vrsta incidenta:
	<input type="checkbox"/> pad <input type="checkbox"/> terapija <input type="checkbox"/> opekotina <input type="checkbox"/> drugo:	
Izvešće medicinske sestre		
Izvešće bolesnika		
Izvešće druge osobe		
Odredbe liječnika po incidentu	Terapija:	
	Potpis liječnika	
Odredbe i postupci medicinske sestre		
Potpis medicinske sestre		
OSTALE NAPOMENE (materijalna šteta i slično):		
Obavijest dostaviti:		

Potpis med. sestre Radno mjesto Datum

Sprječavanje pada bolesnika u bolnici

Sanja Ljubičić, dipl. med. techn.



Procijenite svoj rizik

1. Da li ste pali u posljednjih 12 mjeseci?
2. Imate li više od 65 godina?
3. Uzimate li više od tri vrste lijekova?
4. Imate li problema s vidom?
5. Da li Vam je sve napornije hodati?
6. Imate li problema s odlaskom na zahod na vrijeme?
7. Osjećate li strah od pada?



KLINIČKA BOLNICA
SVETI DUH

Postoji li kod
Vas rizik
za pad?

Odgovor DA na bilo koje od navedenih pitanja govori da je kod Vas povećan rizik za pad!






Postupci kojima možete spriječiti pad:

1. nosite sigurnu obuću
2. provjerite svoj vid
3. provjerite djelovanje lijekova koje uzimate
4. ukoliko je potrebno služite se pomagalima za hodanje
5. u kupaonici budite pažljivi i izbjegavajte žurbu
6. tražite pomoć pri hodu, provjerite da li Vam je zvono na dohvata ruke
7. obavijestite svoju medicinsku sestru o prethodnim padovima

Odabirom
i provođenjem
odgovarajućih
postupaka
možete spriječiti
pad.



 <p>KLINIČKA BOLNICA SVETI DUH Oznaka: OB - ZNJ 2.1.-1.2. Brošura za pacijente Prevenција pada Stranica: 1/6</p>	 <p>KLINIČKA BOLNICA SVETI DUH Oznaka: OB - ZNJ 2.1.-1.2. Brošura za pacijente Prevenција pada Stranica: 2/6</p>	 <p>KLINIČKA BOLNICA SVETI DUH Oznaka: OB - ZNJ 2.1.-1.2. Brošura za pacijente Prevenција pada Stranica: 3/6</p>
<p>UNAPRIJEDITE SVOJU SIGURNOST Sprječavanje pada bolesnika u bolnici</p>  <p>Padovi i njima uzrokovane ozljede uobičajeni su kod bolničkih pacijenata, naročito kod starijih osoba. Zbog toga Vas želimo obavijestiti o važnosti ovog problema. Uz zdravstvene djelatnike i Vi sami važan ste čimbenik zdravstvenog tima. Možete aktivno djelovati na podizanju razine vlastite sigurnosti te nam pomoći u prepoznavanju rizika i sprječavanju pada.</p> <p>Provođenjem postupaka sprječavanja pada, cilj nam je, unaprijediti kvalitetu naše zdravstvene usluge kako bi se Vi osjećali sigurno za vrijeme svog boravka u Bolnici.</p>	<p>Pad je najčešći uzrok ozljeda u bolnici. Negativne posljedice pada su:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pomak ili prijelom kostiju i zglobova • ozljeda glave • ogrebotina kože i podljev • produljenje oporavka i rehabilitacije • smanjenje samopouzdanja i neovisnosti 	<p>Pomoću upitnika za procjenu procijenite razinu svog rizika za pad:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Da li ste pali u posljednjih 12 mjeseci? 2. Imate li više od 65 godina? 3. Uzimate li više od tri vrste lijekova? 4. Imate li problema s vidom? 5. Da li Vam je sve napornije hodati? 6. Imate li problema prilikom odlaska na zahod na vrijeme? 7. Osjećate li nesigurnost ili strah od pada? <p>Odgovor DA na bilo koje od navedenih pitanja govori da kod Vas postoji povećan rizik za pad.</p> <p>Odabirom i provođenjem odgovarajućih postupaka većina padova se može spriječiti!</p>

 <p>KLINIČKA BOLNICA SVETI DUH Oznaka: OB - ZNJ 2.1.-1.2. Brošura za pacijente Prevenција pada Stranica: 4/6</p>	 <p>KLINIČKA BOLNICA SVETI DUH Oznaka: OB - ZNJ 2.1.-1.2. Brošura za pacijente Prevenција pada Stranica: 5/6</p>	 <p>KLINIČKA BOLNICA SVETI DUH Oznaka: OB - ZNJ 2.1.-1.2. Brošura za pacijente Prevenција pada Stranica: 6/6</p>
<p>Kako smanjiti rizik i spriječiti pad?</p> <p>Slijedeći ponuđene savjete možete nam pomoći smanjiti rizik i unaprijediti svoju sigurnost.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ako ste nedavno pali kod kuće svakako o tome obavijestite svoju medicinsku sestru ili liječnika 2. Uzmite u obzir da lijekovi koje uzimate, operacija ili bolest od koje bolujete mogu utjecati na vašu ravnotežu i siguran hod 3. Kad se smjestite u postelju ili ste u kupaonici provjerite da li vam je zvono na dohvat ruke 4. Ukoliko je vaša medicinska sestra procijenila da vam je potrebna pomoć pri kretanju uvijek je pozovite ako želite ustati iz postelje 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Nosite sigurne papuče koje su stabilne, ne klizu se i koje se daju učvrstiti 6. Nosite odjeću koja je komotna i ne sputava kretanje (dužine do gležnjeva) 7. U kupaonici budite pažljivi i uzmite si dovoljno vremena za toaletu kako bi izbjegli žurbu koja predstavlja rizik za pad 8. Ukoliko ste kod kuće koristili hodalice ili neka druga pomagala zamolite obitelj da vam ih donese ili zamolite medicinsku sestru da vam pokuša nabaviti zamjensko pomagalo dok ste u bolnici 9. Ukoliko ste zabrinuti za svoju sigurnost kod kuće upitajte svoju medicinsku sestru o dostupnosti informacija o prevenciji pada kod kuće 	<p>Važno za članove obitelji</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Molimo, obavijestite nas o prethodnim padovima svog člana obitelji kod kuće ili ako ste zabrinuti za njegovu /njezinu sigurnost kod kuće od medicinske sestre zatražite informacije o prevenciji padova <p>Ukoliko Vam nedostaju neke od ovih stvari, osigurajte da ih Vaši najbliži dostave što hitnije u bolnicu.</p> <ul style="list-style-type: none"> • kućna obuća (neklizauće papuče s gumenim potplatom) • naočale • slušni aparat • rezervna baterija za slušni aparat • pidžama ili spavaćica, kućna haljina (ne smije biti duže od gležnja) • pomagalo pri hodu (štap, štaka, hodalice)

12. PRILOZI

Morseova skala za procjenu rizika za pad

- 0 do 24 bodova: NIZAK RIZIK
- 25 do 44 bodova: UMJEREN RIZIK
- 45 i više bodova: VISOK RIZIK

ČIMBENIK RIZIKA	OPIS	BODOVI
Prethodni padovi	DA	25
	NE	0
Druge medicinske dijagnoze	DA	15
	NE	0
Pomagala pri kretanju	Namještaj	30
	Štake, štap, hodolica	15
	Ne koristi pomagala, mirovanje u krevetu, kretanje uz pomoć medicinske sestre/tehničara, invalidska kolica	0
Infuzija	DA	20
	NE	0
Stav / premještanje	Oštećenje (nestabilan, poteškoće pri uspravljanju tijela)	20
	Slab	10
	Normalan, miruje u krevetu, nepokretan	0
Mentalni status	Zaboravlja ograničenja	15
	Orijentiran u odnosu na vlastitu pokretljivost	0

ЗАКЉУЧАК

Неопходна је трајна едукација медицинских сестара о теми сигурности пацијената, а нарочито схватање важности правилне комуникације. Иако је промишљање о овој теми новијег датума, професионална будућност медицинских сестара никако неће моћи да се планира ван фокуса управо сигурности пацијената.

Сестринство дуги низ година негује традицију пружања максимално квалитетне здравствене неге за болеснике, развијајући модел најбоље праксе. Модел најбоље праксе укључује холистички приступ болеснику, вођење сестринске документације и организацију сестринске неге уз поступке контроле квалитета

Овакав начин рада омогућиће даљу анализу којој је циљ смањивање инцидената у болници. Постоји идеја да се у догледно време у болницама изради „Програм за превенцију падова”, који ће допринети бољем квалитету здравствене неге и резултовати мањим бројем инцидената што ће, најзад, смањити новчана средства за лечење компликација које настају након пада. Све чешће се сусрећемо с оптужбама болесника или њихових породица који су оптерећени сумњом да се нису извеле интервенције које би спречиле настанак инцидента са насталим компликацијама. Овај начин документовања пружа могућност увида у настале догађаје који доприносе сигурности рада свих здравствених радника који учествују у збрињавању болесника.

Дефинисање показатеља, процена и унапређење квалитета интегрални је део свакодневног рада свих запослених и свих организација унутар здравственог система, јер време у којем живимо је време квалитета. За здравствене установе које обављају стационарну делатност, поред показатеља квалитета рада за установу у целини и по гранама медицине, значајни су и показатељи из области безбедности пацијената.

Безбедност пацијената представља идентификацију, анализу и корекцију ризичних догађаја, са циљем да се здравствена заштита учини безбеднијом и да се ризик по пацијента сведе на најмањи могући ниво.

Доминантан утисак који се стиче увидом у поједина истраживања о акредитацији је да у болницама, у извесној мери, наступају одређене промене током припрема за акредитацију, у смислу организационих промена и боље усклађености са препорученим смерницама и стандардима, али да нема доказа о томе да акредитација доприноси побољшању квалитета здравствене заштите која се пружа корисницима. Из тог разлога, неопходно је спроводити нове студије, на основу којих се могу извести конкретни узрочно-последични закључци о директном утицају акредитације на квалитет и безбедност пацијената, а у оквиру којих се врши динамичка анализа фокусирана на ефекте акредитације током времена. И поред тога што су програми акредитације прихваћени као важан покретач за побољшање квалитета и безбедности у здравственим организацијама, транспарентан преглед различитих аспеката акредитације и објављивање добијених резултата, нису постали стандард.

То може бити један од разлога који доприносе чињеници да здравствени радници често изражавају значајну скепсу у односу на ефекте процеса акредитације. Неки од њих сматрају читав процес акредитације захтевним, бирократизованим и скупим, са примесом маркетиншких метода и стратегија.

Медицинска сестра прикупља податке, тумачи их и чува у одговарајућој документацији, а њиховом даљом обрадом добијају се информације које чине основу за унапређење квалитета и развој здравствене неге.

У нашој земљи се не поклања довољно пажње овом нежељеном догађају. Велику улогу за професионално процењивање ризика за пад имају медицинска сестра, радни терапеут, физиотерапеут и они могу радити процену болесниковог окружења за сигурност. Потребно је усвојити посебан протокол за спречавање пада. Овај протокол је један од начина којим болеснике треба обавестити о важности овог проблема, о ризицима и спречавању падова. Битно је унапредити квалитет сестринске услуге како би се болесници осећали сигурно за време свог боравка у болници. Применом Морсоеве скале се може увелико допринети очувању сигурности пацијента и подићи квалитет рада медицинских сестара на виши ниво, а уједно учествовати и у смањењу нежељених догађаја.