



Fakulteta za zdravstvo *Angele Boškin*
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**SPREMLJANJE KAZALNIKOV KAKOVOSTI
S PODROČJA ZAGOTAVLJANJA VARNOSTI**

**MONITORING SAFETY-RELATED QUALITY
INDICATORS**

Mentorica: doc. dr. Saša Kadivec

Kandidatka: Elena Ribič

Jesenice, maj, 2018

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici, doc. dr. Saši Kadivec, za nasvete, pomoč in konstruktivno kritiko pri pisanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se vodstvu zdravstvene nege v bolnišnicah Kirurški sanatorij Rožna dolina v Ljubljani in Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik, ki sta sodelovali pri raziskavi.

Zahvaljujem se tudi recenzentki Katji Vrankar, pred. in lektorici Teji Gregorčič.

Zahvaljujem pa se predvsem družini in prijateljem za pomoč, podporo in neomajno potrpljenje tekom študijskih let in pri pisanju diplomskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Padci kot eden osnovnih kazalnikov kakovosti zdravstvene obravnave so v bolnišničnem okolju najpogostejši vzrok za zaplete pri pacientih, zato bistveno vplivajo na izid zdravstvene obravnave ter s tem na njeno kakovost.

Cilj: Cilji raziskave so bili ugotoviti, kateri so preventivni ukrepi za preprečevanje padcev pacientov v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina v Ljubljani in na Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinika Golnik) in preveriti, ali jih zdravstveni delavci upoštevajo in izvajajo.

Metoda: Izvedena je bila raziskava z vprašalnikom zaprtega tipa. Anketiranje je potekalo septembra in oktobra 2015 v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina in aprila 2016 na Kliniki Golnik. Vzorčenje je bilo neverjetnostno, priložnostno, vzorec pa je zajemal 70 anketirancev. Realizacija vzorca je bila 63 %. Podatki so bili obdelani z orodji opisne statistike s programom SPSS Statistics 22 in Microsoft Excel.

Rezultati: Rezultati kažejo, da se pri preprečevanju padcev uporabljajo lestvice in obrazci za izračun stopnje tveganja za padec (PV=1,3 in 1,2), fizična varovala in pripomočki, ki preprečijo padce, (PV=2,4 in 2,7), prilagojeni bolnišnični prostori (PV=2,6 in 2,7), zagotavljanje zadostnega števila članov negovalnega tima (PV=3,7) ter kontinuirano izobraževanje in usposabljanje članov negovalnega tima (PV=4,2). Medicinske sestre opažajo, da je ključni dejavnik tveganja za padce starost ter da se največ padcev zgodi ponoči (7,4 in 76,9 %) ter ob vstajanju s postelje ali usedanju nanjo (77,4 in 76,9 %). Medicinske sestre so mnenja, da je ključen dejavnik tveganja za padce tudi jemanje antidepressivov, diuretikov, antihipertenzivov in hipnotikov.

Razprava: Rezultati raziskave kažejo, da so medicinske sestre mnenja, da so ukrepi za preprečevanje padcev pacientov natančno določeni ter da se pri načrtovanju in izvajanju preprečevanja padcev pacientov uporabljajo standardi, obrazci, navodila ter sheme. Izobraževanja po mnenju medicinskih sester zagotavljajo potrebno teoretično in praktično usposabljanje.

Ključne besede: pogostost padcev, dejavniki tveganja za padec, vpliv zdravil, poškodbe strategije preprečevanja padcev

SUMMARY

Background: Falls are the most common cause of injury in patients older than 65 years in the hospital setting, serving as the reason for the empirical study conducted in the context of the diploma thesis.

Aims: The aims of the research were to determine the frequency of falls and risk factors as well as to examine healthcare professionals' qualifications and strategies on preventing falls at the Surgical Center Rožna Dolina in Ljubljana and at the University Clinic of Respiratory and Allergic Diseases Golnik.

Methods: A close-ended questionnaire was conducted. The survey was conducted at the Surgical Center Rožna Dolina in September and October 2015 and at the University Clinic of Respiratory and Allergic Diseases Golnik in April 2016. A non-random, convenience sample included 70 respondents, the response rate was 63%. Data were processed using descriptive statistics with SPSS Statistics v. 22 and Microsoft Excel programs.

Results: The results revealed that the elements most frequently used for the prevention of patient falls are the scales and forms for calculating the risk of a fall (M=1.3 and 1.2), physical safety catches and devices (M=2.4 and 2.7), adapted hospital facilities (M = 2.6 and 2.7), provision of a sufficient number of nursing team members (M=3.7), and continuous training of nursing team members (M=4.2). Nurses reported age as being the key risk factor for patient falls, with most falls occurring at night (7.4 and 76.9%) and when getting up from the bed or sitting down on it (77.4 and 76.9%). Furthermore, nurses believe that antidepressants, diuretics, antihypertensives and hypnotics are a key risk for patient falls as well.

Discussion: The results of the research indicate that nurses believe existing measures for preventing patient falls to be relevant, standardized and precise. Forms, instructions and diagrams for patient fall prevention are most frequently used. Moreover, according to nurses, proper education on patient fall prevention is provided through theoretical and practical training.

Key words: frequency of falls, risk factors for falls, impact of drugs, injuries, fall prevention strategies

KAZALO

1	UVOD	1
2	PADCI KOT KAZALNIK KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU	3
2.1	KAKOVOST V ZDRAVSTVU	3
2.2	PADCI	5
2.2.1	Dejavniki tveganja za padeč pacienta	6
2.2.2	Posledice padcev	8
2.2.3	Epidemiologija padcev	10
2.2.4	Strategije preprečevanja padcev in njihova učinkovitost.....	12
2.2.5	Negovalne aktivnosti medicinske sestre pri zagotavljanju pacientove varnosti.....	18
3	EMPIRIČNI DEL.....	20
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	20
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	20
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	21
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov.....	21
3.3.2	Opis merskega instrumenta.....	21
3.3.3	Opis vzorca	21
3.3.4	Metode obdelave podatkov	24
3.4	REZULTATI	24
3.5	RAZPRAVA.....	34
4	ZAKLJUČEK	40
5	LITERATURA	42
6	PRILOGE	

KAZALO SLIK

Slika 1: Standardizirani ukrepi za načrtovanje in izvajanje preprečevanje padcev pacientov na Kliniki Golnik	25
Slika 2: Standardizirani ukrepi za načrtovanje in izvajanje preprečevanje padcev pacientov v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina.....	25
Slika 3: Pogostost padcev po starosti na Kliniki Golnik	28
Slika 4: Pogostost padcev po starosti v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina	28
Slika 5: Čas padcev pacientov na Kliniki Golnik.....	29
Slika 6: Čas padcev pacientov v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina.....	29
Slika 7: Razlogi za padeč pacientov na Kliniki Golnik.....	30
Slika 8: Razlogi za padeč pacientov v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina.....	30
Slika 9: Pacienti, ki se na Kliniki Golnik zdravijo z diuretiki, antihipertenzivi, antidepresivi in/ali hipnotiki, padejo pogosteje kot pacienti, ki ne prejemajo teh zdravil	31
Slika 10: Pacienti, ki se v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina zdravijo z diuretiki, antihipertenzivi, antidepresivi in/ali hipnotiki, padejo pogosteje kot pacienti, ki ne prejemajo teh zdravil	31
Slika 11: Organizirana izobraževanja o problematiki padcev v bolnišničnem okolju in o njihovem preprečevanju na Kliniki Golnik	32
Slika 12: Organizirana izobraževanja o problematiki padcev v bolnišničnem okolju in o njihovem preprečevanju v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina	32
Slika 13: Izobraževanja na Kliniki Golnik poleg teoretičnih predavanj obsegajo tudi praktično usposabljanje v obliki različnih delavnic	33
Slika 14: Izobraževanja v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina poleg teoretičnih predavanj obsegajo tudi praktično usposabljanje v obliki različnih delavnic	33

KAZALO TABEL

Tabela 1: Spol anketiranih s Klinike Golnik	22
Tabela 2: Starost anketirancev na Kliniki Golnik	22
Tabela 3: Izobrazba anketirancev na Kliniki Golnik.....	23
Tabela 4: Spol anketiranih v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina.....	23

Tabela 5: Starost anketiranih v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina.....	23
Tabela 6: Izobrazba anketiranih v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina	24
Tabela 7: Povprečna vrednost najpogosteje uporabljenih ukrepov za preprečevanje padcev pacientov	26
Tabela 8: Vpliv spola na zaznavo ukrepov za preprečevanje padcev pacientov na Kliniki Golnik	27
Tabela 9: Vpliv spola na zaznavo ukrepov za preprečevanje padcev pacientov v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina	27

SEZNAM KRAJŠAV

RZP	Razjeda zaradi pritiska
MRSA	Meticilin rezistenten stafilokok aureus
BOD	Bolnišnično oskrbni dnevi
MZ	Ministrstvo za zdravje
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
UKC	Univerzitetni klinični center

1 UVOD

Z vstopom Slovenije v Evropsko unijo (EU) smo v zdravstvu prevzeli nove odgovornosti, med katerimi je vodenje sistema kakovosti v zdravstvu (Poldrugovac & Simčič, 2010). Kakovost na splošno je skupek pozitivnih lastnosti, v zdravstveni negi pa skladnost med dejansko zdravstveno nego in predpisanimi kriteriji (Lubi, 2009). V oblikovanju strategij zagotavljanja kakovosti v zdravstvu sledimo stališčem priporočilom in zahtevam Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), Sveta Evrope, Evropske unije in Evropske komisije. V Sloveniji smo oblikovali Nacionalno strategijo kakovosti in varnosti v zdravstvu z mednarodno sprejetimi načeli kakovosti, tj. uspešnost, pravočasnost, učinkovitost, enakopravnost, osredotočanje na pacienta in varnost (Tušar, et al., 2016; Poldrugovac & Simčič, 2010).

Dvig kakovosti zdravstvenih storitev zahteva varstvene ukrepe, kot so strateško uvajanje varnostne kulture ter spremljanje kazalnikov varnosti (poškodbe z ostrimi predmeti, prenos meticilin rezistentnega staphylococusa aureusa (MRSA), tujek v telesu po posegu, nenamerni poseg, RZP, padci) (Vrabič, 2011).

V bolnišničnem okolju so padci dokaj pogost pojav, njihove posledice so velik problem javnega zdravstva in pomemben kazalnik kakovosti zdravstvene oskrbe (Hvala & Velikanje, 2016; Vrabič, 2011). Vzroki za padce so različni, ne glede na vzrok pa sodijo med opozorilne neželene dogodke, ki niso povezani z naravnim potekom pacientove bolezni, ampak pomenijo nepredvideno odstopanje v procesu zdravljenja (Vrabič, 2011). Najbolj dovzetne za padce so rizične skupine pacientov, kot so otroci, starostniki, nepomični in delno pomični pacienti (Prah, 2008).

Zaradi staranja prebivalstva se ob neizvajanju preventivnih ukrepov povečuje število poškodb starejših zaradi padcev. V zdravstvu zato intenzivno raziskujemo vzroke in dejavnike padcev in oblikujemo strategije za zmanjševanje tveganja njihovega nastanka (Tomšič & Rugelj, 2011). V empiričnem delu diplomskega dela raziskujemo padce pacientov (tj. pogostost, dejavnike in posledice) v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina v Ljubljani in na Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinika Golnik). Naš cilj je ugotoviti, kateri so preventivni ukrepi za preprečevanje padcev

pacientov in preveriti, ali jih zdravstveni delavci upoštevajo in izvajajo. V diplomskem delu se bomo osredotočili na eno od komponent kakovosti v bolnišničnem okolju, in sicer na zagotavljanje varnosti.

2 PADCI KOT KAZALNIK KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU

2.1 KAKOVOST V ZDRAVSTVU

Na različnih področjih družbenega delovanja v ospredje in kot eno temeljnih strategij postavljamo pojem kakovosti. V zadnjih dveh desetletjih postaja kakovost vse pomembnejši princip tudi v zdravstveni dejavnosti. S svojo implementacijo v zdravstveni sistem predstavlja kakovost temeljni gradnik sodobne zdravstvene obravnave na vseh ravneh zdravstvenega varstva ter hkrati vse bolj tudi ključno konkurenčno prednost posamezne organizacije (Pristavec, 2016). Kakovost v zdravstvu pomeni, da zdravstvene storitve dosledno dosegajo z mednarodnimi standardi ali najboljšimi praksami primerljive izide zdravljenja. Je posledica in rezultat različnih virov in dejavnosti vseh deležnikov (Tušar, et al., 2016).

V Sloveniji je za področje kakovosti v zdravstvenih dejavnostih Ministrstvo za zdravje leta 2010 objavilo Nacionalno strategijo kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015). Namen strategije je bil razviti sistematične in strokovne aktivnosti, s katerimi bi izboljšali zdravstveno obravnavo in varnost slovenskih uporabnikov zdravstvenih storitev. Strategija je vsebovala štiri strateške cilje, in sicer (Ministrstvo za zdravje, 2010):

- doseči sistematično vodenje kakovosti v slovenskem zdravstvenem sistemu,
- razviti kulturo kakovosti v slovenskem zdravstvenem sistemu,
- vzpostaviti sistem izobraževanj in usposabljanj na področju kakovosti ter
- razviti sisteme optimizacije zdravstvenih storitev.

Pristojni zavod, pristojne zbornice, združenja zdravstvenih zavodov in drugih zavodov ter organizacij, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, ter ministrstvo, pristojno za zdravstvo, na podlagi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 20/04) vsako leto tudi odločajo o spornih vprašanjih ter določijo Splošni dogovor za tekoče leto. Obveznost izvajalcev zdravstvenih storitev, da spremljajo šest kazalnikov kakovosti, je bil s Splošnim dogovorom v Sloveniji uveden leta 2006, leta 2010 pa je bil s Priročnikom o kazalnikih kakovosti (Poldrugovac & Simčič, 2010) uveden razširjen nabor več kot 70 kazalnikov kakovosti. Skladno s temi

smernicami so izvajalci zdravstvenih storitev obvezani k objavi rezultatov spremljanja nekaterih kazalnikov kakovosti, na primer incidenc razjed zaradi pritiska (v nadaljevanju RZP), incidenc padcev pacientov, incidence okužb z na meticilin rezistentnim stafilokokom aureus (v nadaljevanju MRSA) itd.

Število padcev pacientov je eden od pomembnih kazalnikov kakovosti zdravstvene nege v posamezni zdravstveni ustanovi, saj je število padcev mogoče natančno beležiti, hkrati pa jih je mogoče primerjati v času in med bolnišnicami samimi (Boyle, et al., 2016). Slovenske bolnišnice morajo zato Ministrstvu za zdravje (v nadaljevanju MZ) vsake tri mesece poročati vrednosti kazalnika pojavnosti padcev. Ta se izračuna tako, da se število vseh padcev pacientov v posameznem četrtletju pomnoži s 1000 in nato deli s številom bolnišnično oskrbnih dni (v nadaljevanju BOD) pacientov v več kot zgoj dnevni ali enodnevni obravnavi (MZ, 2010). Zadnje poročilo MZ-ja o kazalnikih kakovosti v slovenskih bolnišnicah, ki je bilo objavljeno marca 2016, zajema obdobje 2012–2013.

Na kakovost zdravstvene storitve vplivajo različni dejavniki. Kakovost zdravstvenih storitev je namreč produkt sodelovanja različnih deležnikov, kot so izvajalci zdravstvenih storitev, upravljalci zdravstvenih institucij in organizacij, snovalci politik in plačniki. Ključna deležnika in faktorja kakovosti v mikrookolju izvajanja zdravstvene storitve sta pacient in izvajalec zdravstvene storitve. Na kakovost pri tem vplivajo osebni dejavniki izvajalca in osebni dejavniki pacienta, poleg tega pa tudi dejavniki zdravstvene organizacije, zdravstvenega sistema ter širšega okolja (Mosadeghrad, 2014a). Primerjava razlik v notranjih in zunanjih dejavnikih kakovosti kažejo, da na kakovost zdravstvenih storitev v praksi najbolj vplivata dostopnost virov in sodelovanje med pacientom in zaposlenimi (Mosadeghrad, 2014b).

Kljub sklopu številnih dejavnikov lahko na kakovost zdravstvene storitve ključno vplivamo z ustreznim vodenjem, natančnih načrtovanjem, izobraževanjem in usposabljanjem, zagotavljanjem dostopnosti virov, učinkovitim ravnanjem z viri, kot so zaposleni in delovni procesi, ter zagotavljanjem dobrega sodelovanja med izvajalci (Mosadeghrad, 2014a). Na kakovost zdravstvenih storitev v praksi najmočneje vplivajo

podporno vodenje, učinkovito načrtovanje, izobraževanje in usposabljanje zaposlenih, učinkovito razporejanje virov (Mosadeghrad, 2014b).

Pomembna sestavina kakovosti zdravstvene storitve je tudi stališče uporabnika glede posameznih dejavnikov kakovosti. Ross in Venkatesh (2015) kot ključne dejavnike kakovosti v zdravstvu ocenjujeta vedenje zaposlenih, fizično okolje, diagnostične storitve, prehrano in čistočo. Z raziskavo med uporabniki zdravstvenih storitev ugotavljata, da ti kot najbolj pomemben dejavnik kakovosti ocenjujejo fizično okolje, čemur sledijo prehrana, vedenje zaposlenih ter postopek sprejema.

2.2 PADCI

Definicija padca vključuje: spotik, zdrs, padec pri hoji, padec ali zdrs s postelje, zdrs s stola na tla, padec brez prič, ali "najden na tleh" (to je padec, ko niti pacient niti kdo drug ne ve, kako je pacient padel), torej vsak dogodek, pri katerem se pacient nenadoma znajde bodisi na tleh bodisi na drugi nižji površini od prvotne, pa tudi prestrežene padce, ko pacienta zadržimo ali omilimo posledice padca (Aberg, et al., 2009; Blagojevič, 2009; Poldrugavac & Simčič, 2010; Voljč, 2011; Vrabič 2011; Mencej, 2011; Hill, et al., 2017). Padci nazaj v sedeč položaj pri nameri vstajanja oziroma presedanja se ne smatra za padec (Aberg, et al., 2009).

Zemljič (2010) opisuje padec kot najpogosteje sporočen incident varnosti, ki se pojavlja v vseh kliničnih območjih, kjer so v stacionirani obravnavi odrasli nastanjeni. Zaposleni v zdravstvenih institucijah si prizadevajo uvesti preventivne strategije preprečevanja padcev z orodji za oceno tveganja. Pri tem je pomembno določiti skupne dejavnike tveganja in vzroke ter takojšnjo uvedbo aktivnosti za preprečevanje padcev.

Tudi Odbor za varnost Komisije za zagotavljanje kakovosti in interni strokovni nadzor Univerzitetnega kliničnega centra (UKC) Ljubljana, ki je odgovoren za izdelavo in vzdrževanje centralnega registra tveganj, oceno tveganj in izdelavo predlogov ter nadzorom izvedbe preventivnih in korektivnih ukrepov ter varnostnih politik, ugotavlja, da so padci pacientov najpogosteje evidentirani neželeni dogodki oz. varnostni zapleti (UKC Ljubljana, 2016).

Med rizične faktorje za nastanek padca Corcoran in Kinosian (2011) uvrščata socio-demografske (starost), fiziološke, biomehanske (mišična slabotnost), funkcionalne (ravnotežje), psihološke (strah pred padci), medicinske (uporaba zdravil) in faktorje okolja (slaba osvetljava). Faktorje tveganje lahko uvrščamo v zunanje in notranje. Notranji so osebnost in življenjski slog, starost in starostne spremembe ter obolenja in poškodbe. Zunanja pa so zdravila in okolje (Skrbinšek, 2011).

»Po svojih značilnostih padci sodijo med geriatrične sindrome, saj so najpogostejši pri starejših, imajo celostne, medsebojno prepletene vzroke in dejavnike tveganja ter večkrat resne posledice« (Mencej, 2011, p. 142). Padci so razumljeni kot eden izmed t. i. geriatričnih simptomov, med katere poleg padcev uvrščamo še urinarsko inkontinenco, razjede zaradi pritiska (RZP) in delirij. Geriatrični simptomi so posledica določenih faktorjev, kot so starost, upad kognitivnih funkcij in zmanjšana mobilnost ter povzročajo povečano smrtnost. Več, kot je teh dejavnikov, večja je tudi možnost padca (Corcoran & Kinosian, 2011). Slovenija, v kateri je po podatkih državnega Statističnega urada (Statistični urad Republike Slovenije, 2014) v prvi polovici leta 2014 živel 17,5 % oseb, starih vsaj 65 let, naj bi imela do konca tretjega desetletja 21. stoletja celo eno najstarejših prebivalstvenih struktur na svetu. Po Eurostatovih projekcijah prebivalstva po starosti (t. i. Europop 2013 projekcije) naj bi bilo namreč v Sloveniji do leta 2045 že 29,0 % prebivalcev starejših od 65 let, do leta 2055 kar 30 %, pri čemer je pričakovati, da bo med njimi skoraj 40 % oseb starih 80 let ali več (t. i. Europop 2013 projekcije).

Pomen javno-zdravstvenih stanj, kot so bolezni in poškodbe, ocenjujejo na osnovi njihove razširjenosti ter zdravstvenih, socialnih in ekonomskih posledicah. Poškodbe, ki so v največji meri posledica padcev, s tega stališča sodijo med najpomembnejša področja javnega zdravja (Voljč, 2016).

2.2.1 Dejavniki tveganja za padeč pacienta

V slovenskem prostoru je bilo v zadnjih letih opravljenih več raziskav, ki so pokazale, da na padeč vpliva več kompleksnih dejavnikov, za prepoznavanje katerih morajo imeti izvajalci zdravstvene nege »veliko znanja, izkušenj in kritičnega razmišljanja« (Klančnik Gruden, et al., 2011, p. 454), pa tudi, da glede na različne dejavnike tveganja,

večina oseb, starejših od 64 let (49 %), sodi v srednjo stopnjo tveganosti za padec, nekoliko manj (45 %) jih sodi v nizko stopnjo tveganosti, pri 6 % pa je tveganje za padec zelo visoko (Tomšič & Gunčar, 2012; Tomšič & Rugelj, 2011; Klančnik Gruden et al., 2011). Podobni rezultati so bili pridobljeni tudi v raziskavi v dveh domovih za starejše občane, kjer je bilo ugotovljeno, da je večina populacije v srednji stopnji tveganosti za padec (skoraj 50 %), v nizki skoraj 45 %, od 6–8 % pa jih je v visoki stopnji tveganosti za padec (Tomšič, 2014).

Po kategorizaciji Svetovne zdravstvene organizacije (v nadaljevanju SZO) so lahko dejavniki tveganja za padec biološki, vedenjski, okoljski, socialno-ekonomski (Rogers, et al., 2010).

Biološki dejavniki so večinoma nespremenljivi in so povezani predvsem s fizičnimi, miselnimi in zaznavnimi spremembami, ki so značilne za proces staranja (Rogers et al., 2010). Slednje namreč »postopno, a neizogibno vodijo do izgube funkcionalne sposobnosti posameznika«, oziroma v oslabitev bioloških funkcij in sposobnosti organizma, da se ustrezno odzove na nepričakovan dogodek (Mencej 2011; Voljč, 2010). Biološki dejavniki tveganja za padec so: starost, spol, rasa, starostno pešanje funkcij, kot so vid, sluh, telesna moč in vzdržljivost, kognitivno in čustveno delovanje, kronične bolezni, artritis, osteoporoza, Parkinsonova bolezen in druge nevrološke motnje, bolezni ožilja ter upadanje kognitivnih in čustvenih zmožnosti (Ambrose et al., 2013; Voljč, 2016). Več padcev beležimo pri ženskah, med drugim tudi zaradi daljše življenjske dobe (Voljč, 2016).

Vedenjski dejavniki tveganja so pogojen z dejanji, čustvi in odločitvami, mednje pa sodijo: stopnja ozaveščenosti o nevarnosti padcev, reakcija na dražljaje v različnih okoliščinah, čezmerno pitje alkohola, neustrezna prehrana, jemanje zdravil, pomanjkanje telesne aktivnosti in neustrezna obuvala. Mnogi avtorji trdijo, da med vedenjskimi dejavniki največje tveganje za padec predstavlja uživanje več vrst zdravil, predvsem pomirjeval, uspaval, antihipertonikov, diuretikov, antidepresivov in analgetikov, za katere je statistično dokazano, da povečajo tveganje za padec, saj povzročajo stranske učinke, kot so zamegljen vid, sedacija, zmanjšana pozornost,

zmedenost, zmanjšana zmožnost presoje, delirij, oslabela mišična funkcija v povezavi s strahom (De Winter, et al., 2016; Butala et al., 2011; Marinšek & Kramar, 2010; Modreker & von Renteln-Kruse, 2009; Rhalimi, et al., 2009, Prah, 2008).

Okoljski dejavniki tveganja za padec so: neurejeni ali neustrezno grajeni prostori (ozki hodniki in prehodi, visoki pragovi), drseča ali neravna tla in stopnice, nepritrjene preproge, nezadostna osvetlitev, poškodovana tla, odsotnost držal na stopnicah in v kopalnicah (Mencej, 2011). Okoljski dejavniki so lahko vzrok tudi za do 50 % padcev v bolnišnicah, in sicer pacienti padajo zaradi neustrezne opreme postelj, slabe osvetlitve, lahko tudi zaradi drsečih talnih oblog, pragov ali stopnic ipd. (Ambrose, et al., 2013).

Socialno-ekonomski dejavniki tveganja za padec so povezani s socialnimi razmerami in ekonomskim statusom posameznika, kot so nizki dohodki in nizka stopnja izobrazbe, slabe bivanjske razmere, odsotnost socialnih interakcij, omejen dostop do zdravstvenih in socialnih služb ter pomanjkanje ali odsotnost družbene pomoči (Mencej, 2011).

Vzroki za padce pacientov so večinoma kombinacija vseh naštetih dejavnikov, so pa nekateri bolj ali manj pomembni (Ambrose, et al., 2013). Marinškova in Kramarjeva (2008) sta dejavnike tveganja razvrstili v dve kategoriji: ovire v okolici in pacientovo zdravstveno stanje. Pacientovo stanje je pogosto vzrok za padec, zlasti kot gre za omejene zmogljivosti za zanesljivo gibanje (Poldrugovac & Simčič, 2010). Tomšič (2011 cited in Tideiksaar, 2010) povzema delitev dejavnikov tveganja za padec na intrinzične in ekstrinzične, pri čemer je med prvimi dejstvo, da ženske padajo pogosteje kot moški, da s staranjem raste možnost padca, starostne spremembe telesa, zdravila in bolezni. Med ekstrinzične dejavnike pa uvrsti okolje posameznika, njegovo obutev, menjavo bivalnega okolja in čas padca.

2.2.2 Posledice padcev

Padec ni preprost pojav in lahko prinese obsežne posledice, ki so za posameznika lahko direktne ali indirektno. Ni nujno, da padec povzroči resne telesne poškodbe, vendar so posledice za posameznika različne in lahko otežujejo prvotno oziroma primarno okrevanje (Fleming & Bryne, 2008). Dykes, et al. (2010) povedo, da padci povzročajo

poškodbe in tudi smrt pri ljudeh vseh starosti, vendar nevarnost narašča z višjo starostjo. Hospitalizacija pa nevarnost še poveča. Posamezni padec lahko povzroči strah pred nadaljnjimi padci, kar pa lahko pomeni spremenjeno mobilnost in motoriko, s tem pa možnost nadaljnjih padcev (Dykes, et al., 2010).

»Posledice padcev so zelo različne in se lahko kažejo z osebno, družbeno in ekonomsko škodo, zato se padcem v zdravstvenih ustanovah posveča posebna pozornost« (Vrabič, 2011, p. 56). Po Voljču (2011) imajo padci zdravstvene, socialne, psihološke in ekonomske posledice, pri čemer so »med zdravstvenimi najpogostejše komplikacije zlomov, operacije, izguba gibljivosti, zmanjšanje mišičevja in bolečine, socialne so zmanjšanje samostojnosti, zoženje življenjskega okolja, socialna osamitev ali odhod v negovalno ustanovo, osebne ali duševne posledice pa so strah pred ponovnim padcem in z njim povezane duševne obremenitve, znižana samozavest, depresija in posledična samoizolacija« (Voljč, 2011, p. 18). Najpogostejša posledica padca je sicer fizična poškodba, ki ji lahko »sledi hospitalizacija in ne nazadnje namestitev v socialni zavod (Tomšič & Rugelj, 2011, p. 99-100).

Poškodbe lahko namreč vodijo v izgubo mobilnosti in samostojnosti ter povečujejo tveganje za smrt, tretjina ljudi pa po poškodbi ostane trajno odvisnih od druge osebe pri vsakdanjih opravilih ali pa potrebujejo dolgotrajno zdravstveno nego (Blagojevič, 2009). Voljč (2011, p. 18) ob tem poudarja, da se v »večini primerov po padcu obravnava predvsem fizična poškodba, zanemarija pa se duševno stanje poškodovanca, ki kljub uspešnemu zdravljenju lahko povzroči izgubo samozaupanja, odvisnost in negibnost«.

T. i. zdravstvene oziroma fizične posledice padcev lahko v splošnem razdelimo »na poškodbe mehkih tkiv in na poškodbe kosti« (Blagojevič, 2009, p. 5). V *Priročniku o kazalnikih kakovosti* so definirani padci pacientov z manjšimi poškodbami, kot so »odrgnina, udarnina, zvin, rana, ki ne zahteva šivanja« (Poldrugovac & Simčič, 2010, p. 199), in padci pacientov z večjimi poškodbami, med katere sodijo »zlom, izpah, poškodbe mehkih tkiv, ki zahtevajo šivanje ali drug operativni kirurški poseg, poškodbe glave in hrbtenjače ter smrt« (Poldrugovac & Simčič, 2010, p. 200). Nekateri avtorji

navajajo drugačno kategorizacijo poškodb, nastalih ob padcu (Klančnik Gruden, et al., 2011; Farmer, et al., 2009 cited in Klančnik Gruden & Peternejl, 2010): brez poškodb, manjše/lažje poškodbe, zmerne poškodbe, večje/težje poškodbe in smrt.

Od 10 do 25 % ljudi nad 64 let pri padcu utrpi hude poškodbe (Blagojevič, 2009). Od 20 do 30 % ljudi, starejših od 64 let, pri padcu utrpi zmerne do hude poškodbe (Mencej, 2011). Petina starejših od 64 let po padcu potrebuje zdravstveno oskrbo (Rubenstein, 2006 cited in Tomšič & Rugelj, 2011). Tretjina padcev pacientov v bolnišnici se konča s poškodbami (Shorr, et al., 2008). Od 4 do 6 % padcev pacientov se konča s hujšo poškodbo ali celo s smrtjo (Ash, et al., 1998 cited in Klančnik Gruden & Peternejl, 2010). Od 656 padcev se jih je 32 % končalo s poškodbami, pri čemer je bilo zmernih poškodb, ki so zahtevale dodatno diagnostiko in/ali kirurško oskrbo 13 %, težjih (zlomi) pa 3 % (Klančnik Gruden & Peternejl, 2010).

V študiji Berry in Miller (2008) navajata, da se 31 % padcev v instituciji v Združenih državah Amerike konča s poškodbami, ki zahtevajo zdravniško obravnavo ali omejitve gibanja vsaj za en dan. Večina teh poškodb so poškodbe mehkih tkiv, 10-15 % posledic padcev predstavljajo zlomi in 5 % so kompleksnejše poškodbe mehkih tkiv in poškodbe glave. Poškodbe, kot so zlomi kolkov, ki pa so pogosto posledice padcev, bremenijo ameriško blagajno za 8.7 bilijonov ameriških dolarjev letno. V državah z nizko umrljivostjo otrok in odraslih umrljivost zaradi padcev pada, medtem ko pri nas, v Sloveniji, od leta 2002 naprej umrljivost celo raste in je 3,7-krat višja od povprečja evropskih držav (Inštitut za varovanje zdravja Slovenije, 2013).

2.2.3 Epidemiologija padcev

Na epidemiologijo padcev v veliki meri vpliva staranje prebivalstva, saj je incidenca padcev med starejšimi pacienti glede na preostalo prebivalstvo značilno povišana (Gabrijelčič Blenkuš, 2015). Čeprav so padci najpogostejši pri najmlajših in najstarejših, pacienti padajo pri različnih in vseh starostih (Rok Simon, et al., 2013). Določeni dejavniki tveganja so pogostejši pri mlajših (omedlevice, epileptični napadi, akutne bolezni, okrevanje po anestetikah, ...), vendar so padci pogostejši pri starejših, ki

imajo tudi večjo možnost resnejših poškodb. Glede na to je potrebno vsakega pacienta obravnavati individualno (Donaldson, et al., 2014).

Padci so najpogostejše in najresnejše poškodbe v starosti nad 65 let, ki posameznike od te starosti naprej najbolj ogrožajo. S starostjo narašča tudi verjetnost, da bodo posamezni starejši padli. Možnost padca je pomembno jemati zelo resno in jo obravnavati individualno. V Evropski uniji zaradi posledic padca vsakih pet ur umre en starejši človek, kar na letni ravni pomeni 35.000 do 40.000 smrti zaradi padcev. Verjetnost, da bodo padli najmanj enkrat na leto, je med tistimi nad 65 let 30 %, pri tistih nad 75 let 40 %, pri tistih nad 85 let pa kar 50 % (Voljč, 2016). Rogers in Mille (2012) potrjujeta pogostost padcev pri starejših od 65 let, pojasnjujeta pa tudi, da okoli 30 % starejših v skupnostih za starejše izkusi enega ali več padcev na leto. Starejši, ki so institucionalizirani, imajo večje možnosti za padec, kot tisti, ki živijo doma, vzroki oziroma rizični faktorji pa so številni. V Angliji bolnišnice beležijo več ko 240.000 padcev letno, kar pomeni več kot 600 padcev dnevno (Pearce, 2017).

Najnovejši podatki o kazalnikih kakovosti in s tem stopnjah padcev v slovenskih bolnišnicah, ki jih Ministrstvo za zdravje objavlja, so za leto 2013 (MZ, 2017). Stopnja padcev pacientov v slovenskih splošnih bolnišnicah v letu 2013 kaže, da so največ padcev zabeležili v Splošni bolnišnici Jesenice, slovensko povprečje, ki je znašalo nekaj več kot 1,1 padec na 1000 BOD, pa so presegli tudi v splošnih bolnišnicah v Šempetru pri Gorici in v Brežicah, v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana (v nadaljevanju UKC LJ) ter v splošnih bolnišnicah v Murski soboti in v Novem mestu. Najmanjšo stopnjo padcev pacientov so leta 2013 na MZ-ju izračunali v Splošni bolnišnici Ptuj, pod slovenskim povprečjem pa so bili tudi Univerzitetni klinični center Maribor (v nadaljevanju UKC MB) ter splošne bolnišnice v Izoli, Celju, Slovenj Gradcu in Trbovljah.

Stopnja padcev pacientov v specializiranih bolnišnicah v Sloveniji, med katere sodita tudi Kirurški sanatorij Rožna dolina in Klinika Golnik, v katerih smo izvedli raziskavo, kaže, da je stopnja padcev v letu 2013 na Kliniki Golnik le minimalno presegala povprečje, ki je bilo 1,8 padca na 1000 BOD, medtem ko je stopnja padcev v Kirurškem

sanatoriju Rožna dolina v istem letu znašala kar 2,5 padca na 1000 BOD. Daleč največ, tj. 6 padcev na 1000 BOD, so sicer leta zabeležili v Bolnišnici Topolšica, najmanj pa v Bolnišnici za ginekologijo in porodništvo Kranj oziroma v zdravstvenem centru Medicor (0 padcev na 1000 BOD).

Veliko število padcev se opaža tudi na psihiatričnih klinikah po Sloveniji. V raziskavi Čuk (2008) je bilo ugotovljeno, da so padci v Slovenskih psihiatričnih bolnišnicah najpogosteje sporočen varnostni zaplet in predstavljajo 44,3 % vseh neželenih dogodkov v psihiatrični zdravstveni negi. Leta 2014 je bilo v psihiatrični bolnišnici Idrija 1,78 padcev na 1000 BOD, od tega 0,48 padcev s postelje in 6,48 % padcev s hudimi poškodbami (Kodela, 2014). Skozi leta ne prihaja do velikih sprememb, saj podatki za pomlad 2017 psihiatrične bolnišnice Idrija še vedno kažejo, da je v bolnišnici 1,42 padcev na BOD, od tega 0,32 padcev s postelje ter 9,10 % padcev s hudimi poškodbami. Podatki univerzitetne psihiatrične klinike v Ljubljani za pomlad 2017 kažejo, da je prevalenca vseh padcev hospitaliziranih pacientov 2,46 na 1000 BOD, od tega 0,13 padcev s postelje in 5,16 s hudimi poškodbami (Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, 2017).

2.2.4 Strategije preprečevanja padcev in njihova učinkovitost

Z ustreznimi strategijami preprečevanja padcev, ki jih upošteva celotna negovalna ekipa, naj bi bilo mogoče število padcev znižati za kar 30 % (Pearce, 2017). Večina sodobnih bolnišnic tako razvija različna orodja, s katerimi skuša izboljšati kakovost svojih storitev z vidika varnosti in padcev pacientov. Eden najpomembnejših in prvih korakov pri tem je oblikovanje ustreznih elevacijskih metod, ki omogočajo identifikacijo dejavnikov tveganja in njihovo obravnavo (Sano & Yoshida, 2017).

»Razumevanje vzrokov za padce in kako učinkovito intervenirati za preprečevanje le teh, je naloga raziskovalcev, zdravstvenih delavcev in politike« (Tomšič & Rugelj, 2011, p. 100). Za učinkovito preprečevanje padcev je nujen t. i. klinični pristop k padcem, ki obsega natančno analizo splošnega zdravstvenega stanja pacienta, poročanja morebitnih očitvidcev o padcu in dnevnika padca (Marck, et al., 2014). Tomšič (2011, p. 108) navaja ključne elemente tovrstne analize dogodka:

- »klasifikacija padca (trenutni ali pretekli padec),
- vzrok za padec (ni vzroka, okolje, izvajanje več aktivnosti hkrati, nevarno vedenje, neprimerna obutev),
- simptomi ob padcu (glavobol ali vrtoglavica, izguba zavesti, bolečina v prsih/zadihanost, nenadna nestabilnost nog),
- simptomi po padcu (nezmožnost vstati, izguba zavesti, fizična poškodba, strah pred padcem),
- sekundarna nemobilnost (uporaba pripomočkov za gibanje),
- zdravstvene težave (prejšnje/sedanje bolezni, psihoaktivna zdravila ali kombinacije zdravil, toksikacija – tudi alkohol),
- okolje (ovire: stopnice, osvetlitev, preproge; podpora: partner, sorodniki, prijatelji),
- zaščitni dejavniki (fizična kondicija, prilagojeno vedenje/izvajanje aktivnosti)«.

Avtorji navajajo naslednje preventivne strategije oziroma ukrepe za preprečevanje padcev pacientov, ki so jih v bolnišnicah uvedli na osnovi rezultatov, ki jih prinaša klinični pristop k padcem (Kopitar, et al., 2014; Palvanen, et al., 2014; Tomšič & Rugelj, 2011; Tomšič, 2011; Vrabič, 2011; Klančnik Gruden & Peternej, 2010; Šavli & Trtnik, 2010; Škerlj & Vidmar, 2010; Prah, 2008):

- uporaba vprašalnikov in obrazcev za oceno stopnje ogroženosti za padec pri posameznem pacientu,
- prilagoditve v okolju (namestitvev ograj in držal v prostorih in ustrezna osvetlitev prostorov, nedrseča in nepoškodovana tla, uporaba električnih dviznih postelj in posteljnih ograjic ter uporaba drugih varoval in gibalnih pripomočkov),
- bolj premišljeno predpisovanje zdravil in njihove kombinacije,
- poostren nadzor nad pacienti (uvedba varnostnih vizit v popoldanskem času, po možnosti videonadzor),
- ozaveščanje pacientov o tveganju za padec in informiranje o uporabi varoval in varovalnih pripomočkov,
- boljša komunikacija med izvajalci zdravstvene nege.

Spoelstra, et al. (2012) so identificirali več možnih komponent na dokazih podprtem programu za preprečevanje padcev. Prvi koraki so namenjeni razvoju kulture varnosti znotraj organizacije in uporabi na dokazih podprtega orodja za oceno ogroženosti za padec. Ko so določeni riziki za padec pri posamezniku, se lahko začnejo uvajati intervencije za preprečevanje. Glede na dognanja Lloyda (2011) in Oliverja, et al. (2010) so najboljši pristop za preprečevanje padcev v bolnišničnem okolju multifaktorske intervencije multidisciplinarnega tima.

Ključne organizacijske spremembe preventive padcev po Oliver, et al. (2010) vključujejo zadostno število kadra, njihovo aktivno prizadevanje za preprečevanje padcev, za njihovo stalno izobraževanje in ugotavljanje potreb po tem, dokazano učinkovite preventivne postopke, povezovanje teh s prakso, učenje iz primerov padcev, hitro obvladovanje in preprečevanje vzrokov v okolju, ki povečujejo možnost padca (neravna tla, slaba osvetlitev), zagotovitev pripomočkov za lažje gibanje tako po prostoru kot tudi za posameznike (hojice, bergle), tudi dementne. Potreben je tudi dostop do strokovnega nasveta osebe, kompetentne na področju preventive pred padci.

Obstajajo tri vrste obrazcev za ocenjevanje tveganja, da nastane padec (Maze & Plank, 2012, p. 144):

- »lestvice, ki predvidevajo verjetnost padcev in delijo paciente na ogrožene in manj ogrožene (neogrožene) za padec ter obenem usmerjajo strategijo za preprečevanje padca,
- orodja za ocenjevanje padcev, ki pomagajo zaposlenim odkriti možne vzroke padcev in so sestavljena iz ocenjevalnih točk okolja, pacientovega vedenja, strategije zdravstvene nege za zadovoljevanje potreb pacienta, terapevtskih posebnosti in že vnaprej pripravljenih strategij,
- obrazci za paciente, ki so že padli; ti obrazci vsebujejo podatke o padcu, opis padca, pacientovo vedenje v času padca in opis poškodb, ki jih je utrpel, lahko tudi kontrolna vprašanja za fizični pregled in oceno stanja ter priporočila za nadaljnjo preventivo.«

Ocenjevalne lestvice za ugotavljanje ogroženosti tveganja za padec so pomembna orodja za preprečevanje padcev in zagotavljanja varnosti pacientov. Z ocenjevalno lestvico ocenimo pacientove psihofizične sposobnosti in/ali druge dejavnike, ki vplivajo na možnost padca, določimo stopnjo ogroženosti pacienta. Različne ustanove v svetu so razvile različne ocenjevalne lestvice oziroma lestvice, ki vključujejo več različnih dejavnikov tveganja za padec. Vsaka lestvica za ocenjevanje ogroženosti za padec ima svoj sistem točkovanja, s pomočjo katerega se loči bolj ogrožene paciente od manj ogroženih oziroma neogroženih (Šprager, 2012).

Najbolj uporabljena lestvica za oceno ogroženosti za padec pri nas in tudi drugod je Morsejina lestvica, ki se jo izpolni ob prihodu pacienta na oddelek (Peternej, et al., 2009):

- ocenjuje se padec v anamnezi v zadnjih treh mesecih (DA=25, NE=0),
- sekundarna medicinska diagnoza (DA=25, NE=0),
- podpora, ki je potrebna, da se pacient lahko giblje (ne uporablja pripomočkov, leži v postelji, pomoč medicinske sestre (MS), bergle/palica/hodulje, pri hoji se oprijemlje pohoštva) (DA=15/30, NE=0),
- intravenozna terapija/heparinska "ključavnica" (DA=20, NE=0),
- hoja (normalna, stalno ležanje, na invalidskem vozičku, slabotna negotova hoja, hoja je zelo otežkočena) (DA=10/20, NE=0),
- možnost presojanja (se zaveda svojih zmožnosti, upošteva navodila, precenjuje zmožnosti, pozablja omejitve) (DA=15, NE=0).

Ocene posameznih dejavnikov tveganja seštejemo in jih zabeležimo v pacientovo dokumentacijo. Ugotovimo stopnjo ogroženosti in v obravnavo pacienta uvedemo aktivnosti, ki naj bi padec preprečile.

Preprečevanje padcev pacientov zahteva timski pristop. Zdravstveni delavci morajo s svojim strokovnim znanjem predvideti tveganja za padec in ga poskušati preprečiti. Raziskave kažejo, da je pozornost zaposlenih v zdravstveni negi za tveganje za padec in njihova strokovna ocena ogroženosti pacienta za padec celo eden od pomembnejših

dejavnikov pri preprečevanju teh (Aberg, et al., 2009; Meyer, et al., 2009; Oliver, 2008).

Medicinska sestra oceni tveganje za padec pacienta takoj ob njegovem sprejemu v bolnišnico, in sicer tako, da izpolni obrazec za oceno tveganja in po navodilih na obrazcu sešteje točke, katerih vsota pogojuje umestitev pacienta v eno od naslednjih treh skupin: 0 (tveganje za padec je minimalno), 1 (obstaja tveganje za padec) in 2 (velika verjetnost padca). Pri pacientih, ki sodijo v skupino 0, niso potrebni posebni preventivni ukrepi, ukrepi, za preprečitev padca pacienta, ki je umeščen v skupini 1 ali 2 pa so navedeni v nadaljevanju (Prah, 2008).

Bolniki s povečanim tveganjem za nastanek padca, ki so po oceni tveganja razvrščeni v rizično skupino 1, potrebujejo (Prah, 2008):

- poostritev nadzora nad pacientom in nudenje potrebne pomoči;
- uporabo obutve, ki pacientu zagotavlja stabilnost med hojo;
- izvedbo negovalne intervencije s ciljem zmanjšati pacientov strah in bolečino;
- informiranje pacienta o tveganju za padec glede na njegovo splošno stanje, stanje orientiranosti, učinke zdravil in/ali prizadetost okončin;
- ustrezno prilagoditev višine pacientove postelje in poduk o načinu uporabe in možnosti prilagajanja postelje, pa tudi o varnem načinu vstajanja s postelje.

Bolniki s povečanim tveganjem za nastanek padca, ki so po oceni tveganja razvrščeni v rizično skupino 2, pa potrebujejo (Prah, 2008):

- poostren nadzor nad pacientom;
- kontinuirano opozarjanje pacienta in njegovih svojcev na možnost padca in njegove posledice;
- uporabo vseh razpoložljivih zaščitnih sredstev oziroma varoval in pripomočkov, ki lahko preprečijo padec;
- namestitev posteljne ograjice pri pacientih, starih 65 let in več, pri čemer je pacientu in njegovim svojcem nujno pojasniti njen namen;
- namestitev klicne naprave in poduk o njeni uporabi in namenu;
- pomoč pacientu pri gibanju oziroma nadzor nad njim med gibanjem.

Nekatere zdravstvene ustanove v svetu so razvile različne ocenjevalne lestvice, ki stopnjo ogroženosti pacienta za padec določajo na osnovi različnih dejavnikov tveganja. Vsaka lestvica ima zato svoj sistem točkovanja, na osnovi katerega se določa tveganje za padec oziroma ločuje bolj ogrožene paciente od manj ogroženih ter neogroženih (Šprager, 2012). V Sloveniji je najbolj uporabljana lestvica za oceno tveganja pacienta za padec Morsejina ocenjevalna lestvica (Šemrl, 2013), katere prednost je, da je enostavna za izpolnitev in torej omogoča hitro ocenitev tveganja za padec pacienta. Vendar pa tudi pri ugotavljanju stopnje ogroženosti za padec s to lestvico obstaja določeno tveganje, saj na primer stanja po operacijah, stanja zaradi delovanja anestezije ali različna stanja odtegnitvenega sindroma predstavljajo zdravstveno stanje, v katerem se lahko pri pacientu tveganje za padec zelo hitro zelo poveča (Šemrl, 2013). Da z ocenjevalnimi lestvicami ne moremo povsem natančno oceniti stopnje ogroženosti za padec pri vseh pacientih oziroma da tovrstne ocene ne zagotavljajo uspešne preventive pred padci, v vseh primerih opozarjajo tudi drugi avtorji (Müller Staub, 2011 cited in Klančnik Gruden, et al., 2011; Marinšek & Kramar, 2008). Nekateri ob tem poudarjajo, da je zato zelo pomembno, da medicinska sestra pri analizi podatkov kritično razmišlja, saj so točkovanja in lestvice le osnovna orodja pri oceni določenih stanj, ki jim kakovost dasta šele senzibilna uporaba in individualen pristop (Müller Staub, 2011 cited in Klančnik Gruden, et al., 2011).

Učinkovitost aktivnosti za preprečevanje padcev pacientov na zmanjšanje števila teh med drugim dokazuje večletna raziskava, ki je bila v obdobju 2007–2012 izvedena na Oddelku za rehabilitacijo pacientov po možganski kapi v Univerzitetnem republiškem inštitutu Soča (v nadaljevanju URI Soča). Na tem oddelku so namreč leta 2006 najprej poostri izvajanje splošnih aktivnosti za preprečevanje padcev, jeseni 2010 pa so kot enega od preventivnih ukrepov uvedli tudi oceno tveganja za padec pacienta z ocenjevalno lestvico, ki so jo oblikovali Nakagawa, et al. (2008). Lestvica vsebuje sedem spremenljivk, med drugim o morebitnih predhodnih padcih, predpisanih zdravilih, morebitnih okvarah vida, pomičnosti pacienta in prisotnosti urinske inkontinence (Kopitar, et al., 2014). Pri pacientih, ki so bili na osnovi rezultatov te ocenjevalne lestvice uvrščeni med visoko ogrožene za padec, so v URI Soča uvedli dodatne ukrepe za preprečitev padca, ki jih je izvajal celoten rehabilitacijski tim.

Rezultati raziskave kažejo, da je zaradi tega prišlo do pomembnega upada števila padcev pacientov na tem oddelku, in sicer s 54 v letu 2007 na 33 v letu 2012 (Kopitar, et al., 2014).

Medicinske sestre v URI Soča s pomočjo lestvice za oceno tveganja padec pacienta spremlja protokol, s katerim medicinske sestre v vseh treh izmenah ugotavljajo ogroženost pacienta, katero nato spremljajo in beležijo nivo rizika padca pacienta. V to je vključeno spremljanje njegovega dojemanja, motorike, sensorike. O tem se nato diskutira z rehabilitacijskim timom (psiholog, diplomirana medicinska sestra, fizioterapevt, delovni terapevt, socialni delavec in logoped), ki po potrebi načrtuje nadaljnje ukrepe (Kopitar, et al., 2014).

2.2.5 Negovalne aktivnosti medicinske sestre pri zagotavljanju pacientove varnosti

Medicinska sestra prevzema ključno vlogo v realizaciji strategij za preprečevanje padcev in zaradi neposrednega stika s pacienti in dobrega vpogleda v dejavnike tveganja za padec v praksi tudi pri oblikovanju orodij in metod (Moyle, 2016). Padci pacientov v zdravstveni negi so strokovne narave, zato je potrebno, da se medicinske sestre zavedajo odgovornosti do pacientov, za katere skrbijo, ter svoje ključne vloge pri zagotavljanju njihove varnosti. Za pacientov padec smo zdravstveni delavci soodgovorni, ker s svojim strokovnim znanjem lahko predvidimo okoliščine, ki vodijo do padcev, in jih z ustreznim ukrepanjem lahko tudi preprečimo (Moyle, 2016).

Cilj zdravstvene nege je pacientu zagotoviti varno okolje, v katerem se bo lahko gibal, vendar mu moramo preprečiti padec ali samopoškodbo. Zelo pomembno je, da poznamo patologijo pacientove bolezni, njegovo fizično in psihično stanje, saj tako lažje ocenimo možnost tveganja za padec in poškodbe. Kadar je le mogoče, naprej izberemo ustrezno verbalno komunikacijo. Poskušamo najti prave besede, da si bo pacient lažje predstavljal tisto, kar mu želimo sporočiti. Kadar pacient ne prepozna nevarnosti, lahko uporabljamo varnostne pripomočke (ovirnice), s katerim ga lahko imobiliziramo in tako preprečimo padec s postelje, z invalidskega vozička ali kadar hodi. Pacienta, ki je neorientiran v času in prostoru, moramo imeti ves čas pod nadzorom, zlasti če gre za premičnega pacienta, ki bi lahko odšel iz ustanove, se izgubil ali poškodoval. Za

varovanje pacienta lahko uporabimo različne pripomočke. Kakšen pripomoček bomo uporabili ali ga svetovali pacientu, je odvisno od stanja pacienta. Pacient ima vso pravico do varnosti, kar zahteva od zdravstveno negovalnega tima sposobnost odgovornega mišljenja, odločanja in ravnanja. Zdravstveni delavec mora razmišljati o varnosti pacienta in poskrbeti za čim manjšo možnost padca (Škerlj & Vidmar, 2010).

Baumann (2011) je ugotovil, da je zadostno število in ustrezna usposobljenost negovalnega kadra bistvena za izpolnjevanje zahtev sodobnih delovnih okolij. Iz tega razberemo, da je pomembno upoštevanje priporočil za izogibanje padcem oziroma za oceno tveganja in predvsem je pomembna ustrezna izbira ukrepov za pomoč pacientom. Prah (2008) je iz letnih poročil treh bolnišnic (Šempeter pri Gorici, Izola, Novo Mesto) ugotovila, da medicinske sestre pri svojih pacientih zaznavajo veliko notranjih dejavnikov za padec, da je zaznavanje okoljskih in medikamentoznih vplivov na možnost padca prisotno na številnih oddelkih, da je število hidravličnih postelj v primerjavi s številom ostalih postelj še vedno sorazmerno majhno in so pogosto obstoječe postelje še vedno previsoke, bolnišnice se srečujejo s pomanjkanjem pručk ali pa so neprimerne (drsijo) in pomanjkanjem oz. odsotnostjo posteljnih zvoncev v prenatrpanih sobah (nameščanje pacientov izven standarda). Na podlagi tega je potrebno uvajati posebne ukrepe, ki bi preprečevali taka dejanja in posledično manj ogrožali same paciente. Tudi Callis (2016) ugotavlja podobno, da lahko medicinske sestre od vseh članov medicinske ekipe najučinkoviteje prepoznavajo dejavnike tveganja pri posameznem pacientu, kot so negotova hoja, spremembe v mentalnem stanju ter nevarnosti v okolju.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Ker so padci ključen pokazatelj zagotavljanja varnosti pacientov in s tem kakovosti zdravstvenih storitev, je namen raziskave diplomskega dela pridobiti podatke o preprečevanju padcev, s katerimi negovalno osebje na različnih bolnišničnih oddelkih skrbi za varnost pacientov in/ali zmanjšuje tveganje za njihov padec, ter na podlagi zbranih podatkov oceniti učinkovitost strategije preprečevanja padcev, ki jo izvajajo na teh oddelkih. Na osnovi namena smo si zastavili naslednje raziskovalne cilje:

- raziskati, kako so člani negovalnega tima, tj. diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege na različnih bolnišničnih oddelkih poučeni o strategijah preprečevanja padcev pacientov,
- raziskati, kako oziroma s kakšnimi ukrepi člani negovalnega tima na različnih bolnišničnih oddelkih zagotavljajo varnost pacientom,
- raziskati, na kakšen način člani negovalnega tima na različnih bolnišničnih oddelkih poročajo o padcih pacientov.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Kot vodilo pri doseganju namena si zastavljamo naslednja raziskovalna vprašanja:

- kakšna je strategija preprečevanja padcev pacientov na raziskovanih bolnišničnih oddelkih oziroma katere preventivne ukrepe in aktivnosti izvajajo s tem ciljem,
- kakšne so značilnosti padcev pacientov na različnih bolnišničnih oddelkih (pogostost, dejavniki tveganja, posledice) in kateri dejavniki povečujejo tveganje za padec pacienta,
- kako na različnih bolnišničnih oddelkih izobražujejo kader o problematiki padcev pacientov v bolnišničnem okolju in kako poteka uvajanje novih oziroma nadgradnja obstoječih ukrepov za preprečevanje padcev pacientov.

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V teoretičnem delu diplomske naloge smo uporabili opisno oziroma deskriptivno metodo. Podatke smo pridobili iz domače in tuje strokovne literature in podatkovnih baz Pub Med, Springer Link, ScienceDirect, Cobiss, pri čemer smo za iskanje literature uporabili naslednje ključne besede: falls, falls in hospitals, risk factors for patient falls, preventing falls in hospitals (slov. padci, padci v bolnišničnem okolju, dejavniki tveganja za padec pacienta, ukrepi za preprečevanje padcev pacientov). V empiričnem delu diplomske naloge smo uporabili kvantitativno metodo raziskovanja, in sicer smo podatke pridobili s pomočjo vprašalnika.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Kot instrument za pridobivanje podatkov smo v raziskavi uporabili strukturiran vprašalnik, ki je obsegal 33 vprašanj in 70 spremenljivk oziroma možnih odgovorov, oblikovali pa smo ga predvsem na osnovi poročil slovenskih bolnišnic o načinih preprečevanja padcev pacientov (Kopitar, et al., 2014; Palvanen, et al., 2014; Tomšič & Rugelj, 2011; Tomšič, 2011; Vrabič, 2011; Klančnik Gruden & Peternelj, 2010; Šavli & Trtnik, 2010; Škerlj & Vidmar, 2010; Prah, 2008; Fonda, et al, 2006). Vprašalnik je razdeljen v štiri sklope, in sicer: demografski podatki, pogostost padcev pacientov, tveganja za padce, strategije za preprečevanje padcev, ozaveščenost negovalnega osebja o pomenu preprečevanja padcev, usposobljenost negovalnega osebja za izvajanje preventivnih aktivnosti in ukrepov. Vprašanja so zaprtega tipa, vsako vprašanje pa ponuja različno število odgovorov. Pet vprašanj zajema 5-stopenjske ocenjevalne lestvice, na katerih anketiranci ocenjujejo svoje strinjanje od *sploh se ne strinjam* do *popolnoma se strinjam*.

3.3.3 Opis vzorca

Vzorec je naključni. V okviru empirične raziskave smo 20 vprašalnikov naključno razdelili negovalnemu osebju dveh bolniških oddelkov v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina v Ljubljani (bolniški oddelek za abdominalno kirurgijo in oddelek za ortopedijo),

50 vprašalnikov pa negovalnemu osebju različnih naključnih oddelkov na Kliniki Golnik. Pravilno in v celoti je bilo izpolnjenih 44 anket, od katerih so jih 13 izpolnili zaposleni v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina, 31 pa zaposleni na Kliniki Golnik, kar predstavlja 63 % realizacijo vzorca. Raziskovalni vzorec so naključno izbrani člani negovalnega tima, tj. medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege dveh oddelkov v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina (kirurški sanatorij) v Ljubljani in različnih oddelkov na Kliniki Golnik.

V nadaljevanju so prikazani demografski podatki za Kliniko Golnik in za Kirurški sanatorij Rožna dolina.

Iz tabele 1 vidimo, da je bilo na Kliniki Golnik največ anketirancev ženskega spola (84,4 %, n=42).

Tabela 1: Spol anketiranih s Klinike Golnik

	Prikaz po spolu za Kliniko Golnik
Moški	15,6 %
Ženska	84,4 %

Tabela 2 prikazuje podatke za starostno skupino anketirancev na Kliniki Golnik. Največ anketirancev spada v starostno skupino od 18 do 30 let (46,9 %, n=23) in od 31 do 48 let (46,9 %, n=23). Najmanj anketirancev spada v starostno skupino več kot 49 let (6,2 %, n=3).

Tabela 2: Starost anketirancev na Kliniki Golnik

	Prikaz starostnih skupin za Kliniko Golnik
Od 18 do 30 let	46,9 %
Od 31 do 48 let	46,9 %
Več kot 49 let	6,2 %

Iz tabele 3 vidimo, da ima na Kliniki Golnik največ anketirancev visokošolsko izobrazbo (62,4 %, n=31), sledijo anketiranci s srednješolsko izobrazbo (25 %, n=13).

Tabela 3: Izobrazba anketirancev na Kliniki Golnik

	Prikaz dosežene izobrazbe za Univerzitetno kliniko za pljučne bolezni in alergijo Golnik
Srednješolska	25 %
Visokošolska	62,4 %
Univerzitetna	6,3 %
Magisterij	6,3 %

V nadaljevanju so prikazani še demografski podatki za Kirurški sanatorij Rožna dolina.

Tabela 4 nam pokaže, da je bilo v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina največ anketirancev ženskega spola (76,9 %, n=15).

Tabela 4: Spol anketiranih v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina

	Prikaz po spolu za Kirurški sanatorij Rožna dolina
Moški	23,1 %
Ženska	76,9 %

Tabela 5 nam pokaže podatke za starostno skupino anketirancev za Kirurški sanatorij Rožna dolina. Največ anketirancev spada v starostno skupino od 31 do 48 let (84,6 %, n=17).

Tabela 5: Starost anketiranih v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina

	Prikaz starostnih skupin za Kirurški sanatorij Rožna dolina
Od 18 do 30 let	15,4 %
Od 31 do 48 let	84,6 %

Iz tabele 6 vidimo, da ima največ anketirancev v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina srednješolsko izobrazbo (61,5 %, n=12), sledijo anketiranci z univerzitetno izobrazbo (23,1 %, n=5).

Tabela 6: Izobrazba anketiranih v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina

	Prikaz dosežene izobrazbe za Kirurški sanatorij Rožna dolina
Srednješolska	61,5 %
Visokošolska	15,4 %
Univerzitetna	23,1 %

3.3.4 Metode obdelave podatkov

Anketiranje je potekalo v januarju 2016 po predhodni pridobitvi soglasja raziskovalnega okolja, torej Kirurškega sanatorija Ljubljana in Klinike Golnik. Pri izpolnjevanju vprašalnika je bila upoštevana anonimnost. Dosežena je bila 63 % realizacija vzorca.

Podatke, pridobljene na podlagi vprašalnika, smo obdelali s pomočjo statističnega računalniškega programa SPSS Statistics 22 in programa Microsoft Excel. Uporabili smo osnovne deskriptivne metode. Statistično značilno povezanost smo preverjali s Hi kvadrat testom na stopnji 5 % tveganja oz. s statistično pomembnostjo 0,95. Zanesljivosti in notranje konsistentnosti vprašalnika nismo preverjali, saj vprašanja v vprašalniku ne merijo istih konceptov.

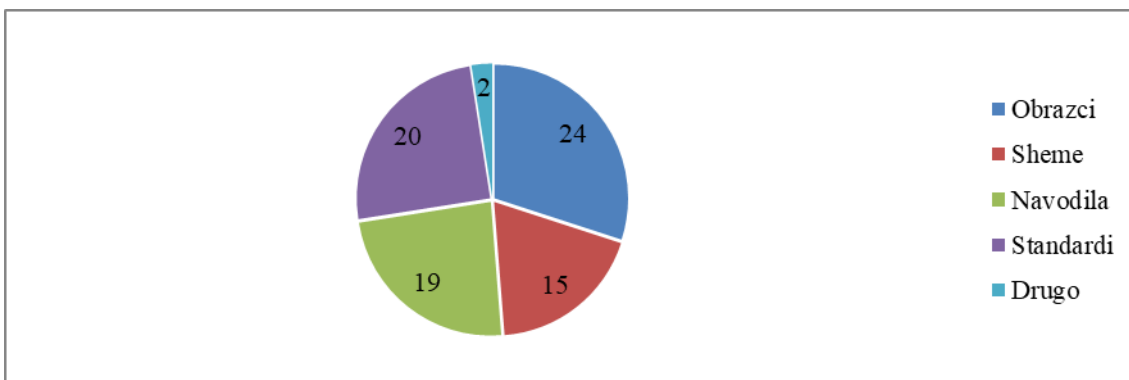
3.4 REZULTATI

V rezultatih so podatki za Kliniko Golnik in za Kirurški sanatorij Rožna dolina prikazani posebej.

Raziskovalno vprašanje 1: Kakšna je strategija preprečevanja padcev pacientov na raziskovanih bolnišničnih oddelkih oziroma katere preventivne ukrepe in aktivnosti izvajajo s tem ciljem.

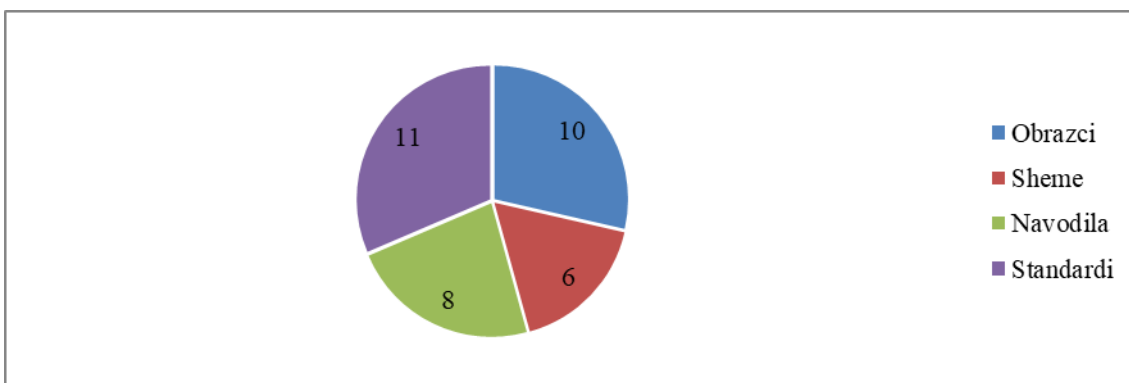
Na Kliniki Golnik imajo za strategijo načrtovanja in izvajanja preprečevanja padcev standarde, obrazce, sheme in navodila, kar je razvidno iz spodnje slike 1, ki prikazuje število posameznih ukrepov. Poleg zgoraj naštetih ukrepov uporabljajo tudi Morsejino lestvico za oceno tveganja padca pacienta. S slike 1 vidimo, da na Kliniki Golnik na

področju preprečevanja padcev pacientov kot strategije največ uporabljajo standarde (n=31), sledijo obrazci (n=24) in navodila (n=19).



Slika 1: Standardizirani ukrepi za načrtovanje in izvajanje preprečevanje padcev pacientov na Kliniki Golnik

V Kirurškem Sanatoriju Rožna dolina imajo za strategijo načrtovanja in izvajanja preprečevanja padcev standarde, obrazce, sheme in navodila, kar je razvidno iz spodnje slike 2. Poleg zgoraj naštetih ukrepov uporabljajo tudi Morsejino lestvico za oceno tveganja padca pacienta. S slike 2 vidimo, da v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina zdravstveni delavci na področju preprečevanja padcev pacientov največ uporabljajo standarde (n=11), sledijo obrazci (n=10) in navodila (n=8).



Slika 2: Standardizirani ukrepi za načrtovanje in izvajanje preprečevanje padcev pacientov v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina

Po pogostosti uporabe ukrepov za preprečevanje padcev pacientov so medicinske sestre na Kliniki Golnik mesta od 1 do 5 razvrstile tako: na prvem mestu so lestvice in obrazci,

ki omogočajo izračun stopnje tveganja za padec (PV=1,3), sledijo fizična varovala in pripomočki, ki lahko preprečijo padec (PV=2,4), sledijo ustrezno prilagojeni bolnišnični prostori (PV=2,6) ter zagotavljanje zadostnega števila članov negovalnega tima, ki omogoča stalni nadzor in oskrbo pacienta (PV=3,7). Na zadnje mesto je po pogostosti razvrščen ukrep kontinuirano izobraževanje in usposabljanje članov negovalnega tima ter razvoj njihovih kompetenc (PV=4,0) (Tabela 1).

Medicinske sestre v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina so ukrepe za preprečevanje padcev pacientov po pogostosti uporabe razvrstile tako: na prvem mestu so lestvice in obrazci, ki omogočajo izračun stopnje tveganja za padec (PV=1,2), sledijo ustrezno prilagojeni bolnišnični prostori (PV=2,7), zagotavljanje zadostnega števila članov negovalnega tima (PV=2,8), fizična varovala in pripomočki, ki lahko preprečijo padec (PV=2,9), in kontinuirano izobraževanje ter usposabljanje članov negovalnega tima (PV=4,2). Kot vidimo, gre za določene spremembe, saj so bila na Kliniki Golnik na drugem mestu pod pogosto uporabljenimi ukrepi fizična varovala (Tabela 1).

Tabela 7: Povprečna vrednost najpogosteje uporabljenih ukrepov za preprečevanje padcev pacientov

	Klinika Golnik (PV)	Kirurški center Rožna dolina (PV)
Lestvice in obrazci za izračun stopnje tveganja za padec	1,3	1,2
Fizična varovala in pripomočki, ki preprečijo padec	2,4	2,8
Prilagojeni bolnišnični prostori	2,6	2,7
Zagotavljanje zadostnega števila članov negovalnega tima	3,7	2,9
Kontinuirano izobraževanje in usposabljanje članov negovalnega tima	4,0	4,2

Legenda: 1=najpogostejši ukrep, 6=najmanj pogost ukrep

(Iz ocen smo izračunali povprečno vrednost ocen pogostosti ter nato ukrepe razvrstili po povprečnih vrednostih), PV= povprečna vrednost.

V nadaljevanju sledi prikaz rezultatov po spolu, saj nas je zanimalo, ali obstajajo razlike med moškimi in ženskami pri oceni in ali so na njihovem oddelku ukrepi za preprečevanje padcev pacientov natančno določeni.

Iz tabele 2 je razvidno, da so medicinske sestre na Kliniki Golnik mnenja, da so na njihovem oddelku ukrepi za načrtovanje in izvajanje preprečevanje padcev pacientov natančno določeni in standardizirani, saj je kar 30 medicinskih sester izbralo odgovor *da*, medtem, ko je bil odgovor *ne* izbran samo enkrat. Vrednost p je 0,161, razlika med spoloma ni statistično pomembna.

Tabela 8: Vpliv spola na zaznavo ukrepov za preprečevanje padcev pacientov na Kliniki Golnik

		Na našem oddelku so ukrepi za načrtovanje in izvajanje preprečevanje padcev pacientov natančno določeni in standardizirani.		Skupaj
		Da	Ne	
Spol:	Moški	4	1	5
	Ženski	26	0	26
Skupaj		30	1	31

Legenda: $p=0,161$

Iz tabele 3 je razvidno, da je večina medicinskih sester v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina pritrdilno odgovorila na trditev *na našem oddelku so ukrepi za načrtovanje in izvajanje preprečevanja padcev pacientov natančno določeni in standardizirani*. Tudi p -vrednost razlike med spoloma je bila večja od 0,05 (0,569), kar pomeni, da ni statističnih razlik glede na spol in da ni razlik med Kliniko Golnik in Kirurškim sanatorijem Rožna dolina.

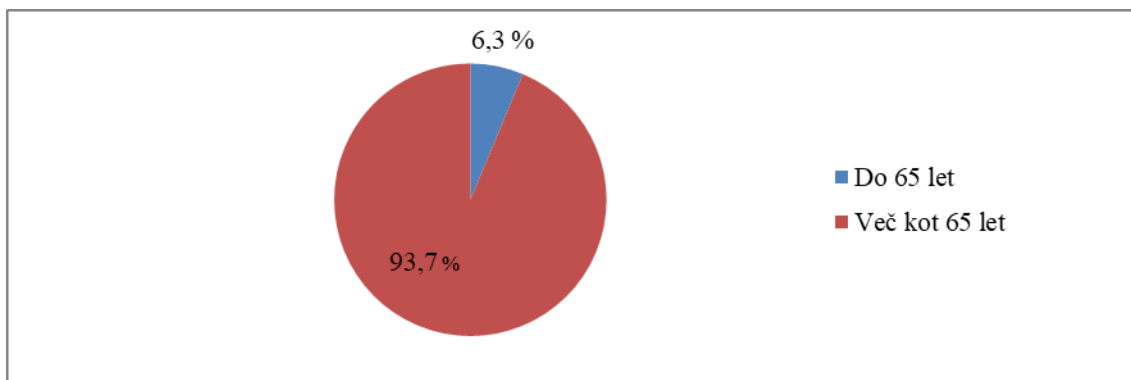
Tabela 9: Vpliv spola na zaznavo ukrepov za preprečevanje padcev pacientov v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina

		Na našem oddelku so ukrepi za načrtovanje in izvajanje preprečevanja padcev pacientov natančno določeni in standardizirani.		Skupaj
		Da	Ne	
Spol:	Moški	3	0	3
	Ženski	9	1	10
Skupaj		12	1	13

Legenda: $p=0,569$

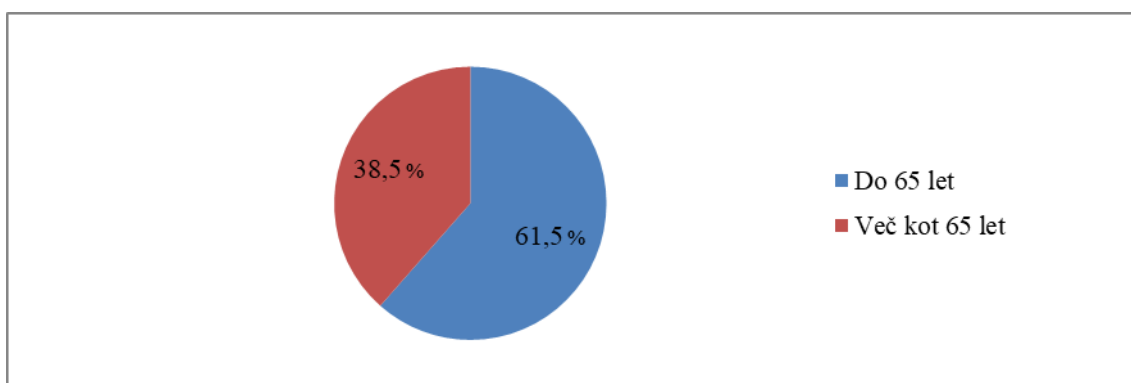
Raziskovalno vprašanje 2: Kakšne so značilnosti padcev pacientov na bolnišničnih oddelkih (pogostost, dejavniki tveganja, posledice) in kateri dejavniki povečujejo tveganje za padec pacienta.

S slike 3 vidimo, da so na Kliniki Golnik po ocenah medicinskih sester padci pogostejši pri pacientih starejših od 65 let.



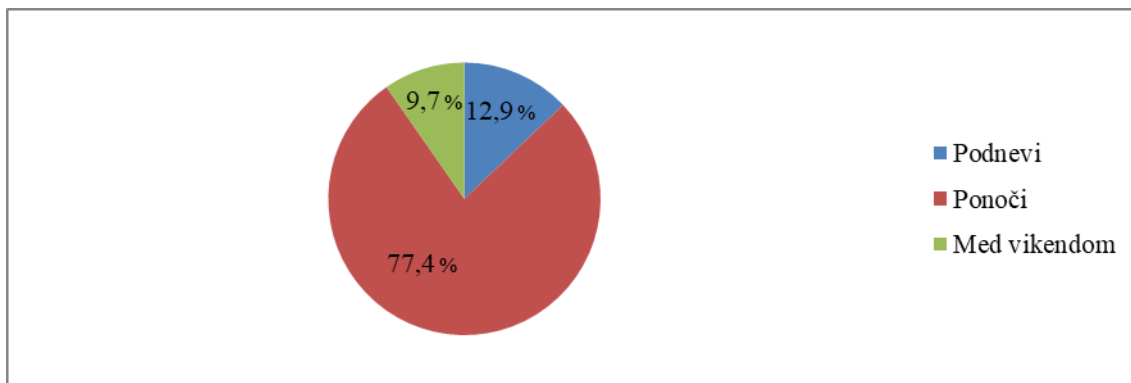
Slika 3: Pogostost padcev po starosti na Kliniki Golnik

S slike 4 vidimo, da so padci pri pacientih starejših od 65 let pogostejši tudi v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina.

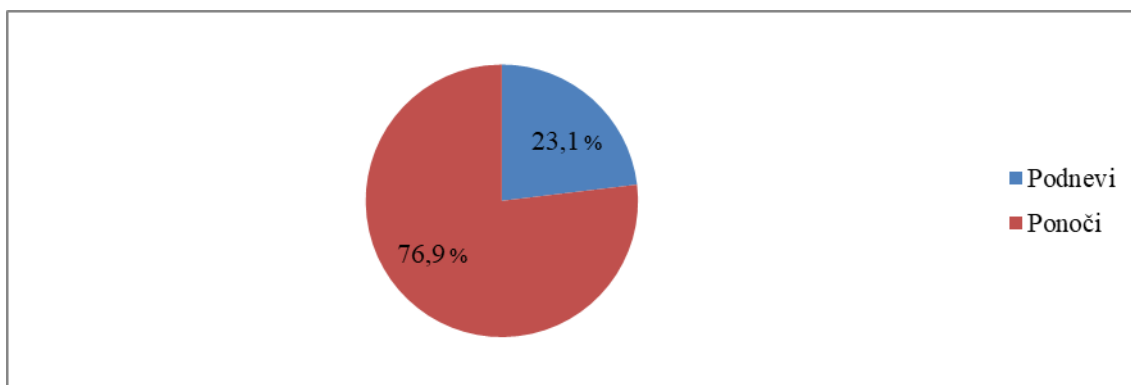


Slika 4: Pogostost padcev po starosti v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina

S slik 5 in 6 vidimo, da se po oceni medicinskih sester največ padcev na Kliniki Golnik in v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina zgodi ponoči.

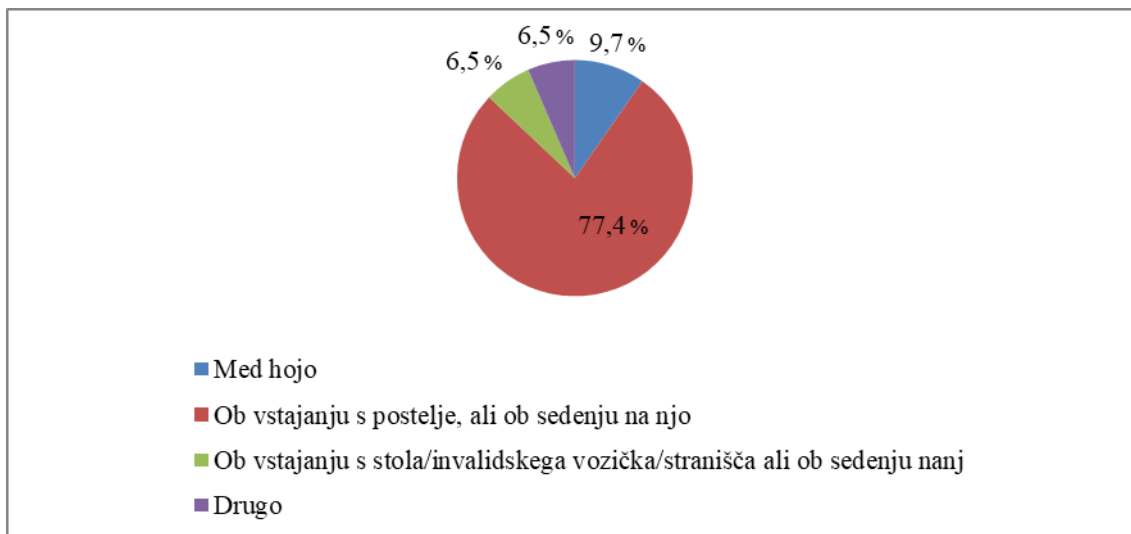


Slika 5: Čas padcev pacientov na Kliniki Golnik

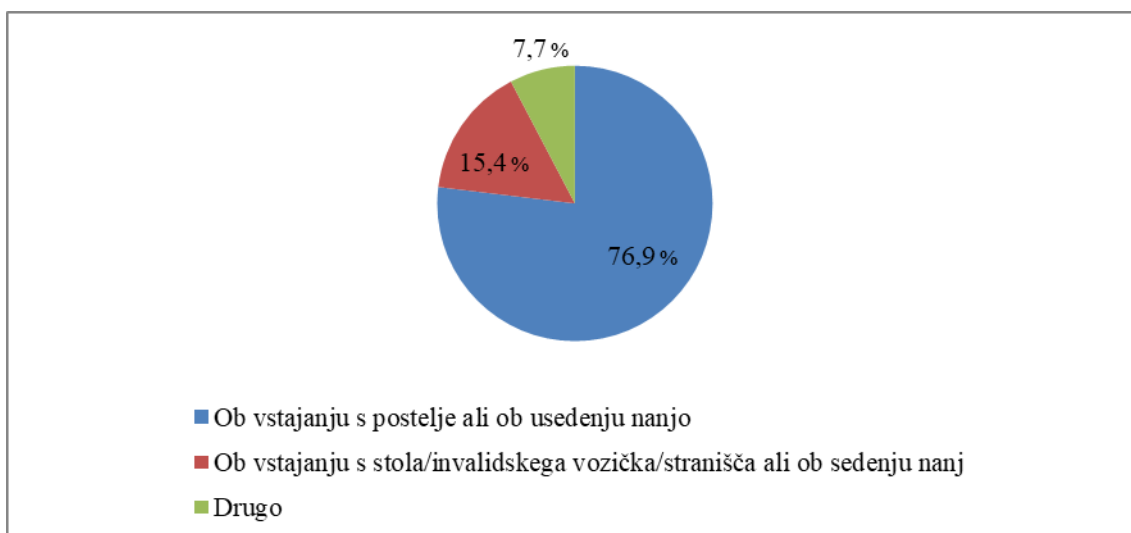


Slika 6: Čas padcev pacientov v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina

S slik 7 in 8 je razvidno, da medicinske sestre menijo, da največ pacientov na Kliniki Golnik in v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina pade ob vstajanju s postelje ali ob usedanju nanjo.

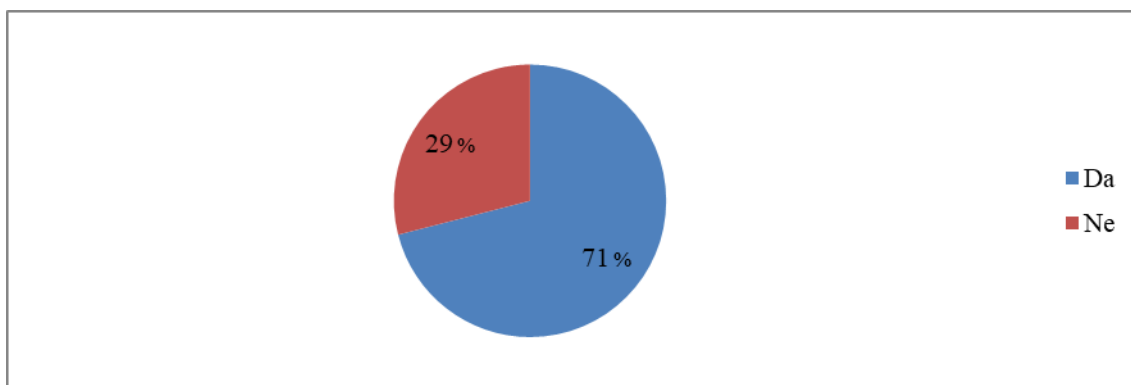


Slika 7: Razlogi za padec pacientov na Kliniki Golnik



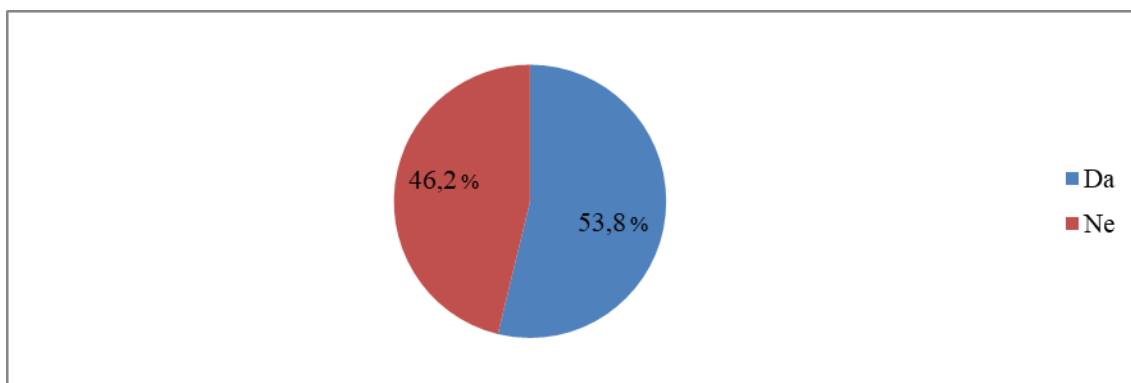
Slika 8: Razlogi za padec pacientov v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina

S slike 9, vidimo, da so zdravstveni delavci na Kliniki Golnik mnenja, da kar 71 % pacientov, ki se zdravijo z diuretiki, antihipertenzivi ali hipnotiki, pade pogosteje kot pacienti, ki se ne zdravijo z omenjenimi zdravili.



Slika 9: Pacienti, ki se na Kliniki Golnik zdravijo z diuretiki, antihipertenzivi, antidepresivi in/ali hipnotiki, padejo pogosteje kot pacienti, ki ne prejemajo teh zdravil

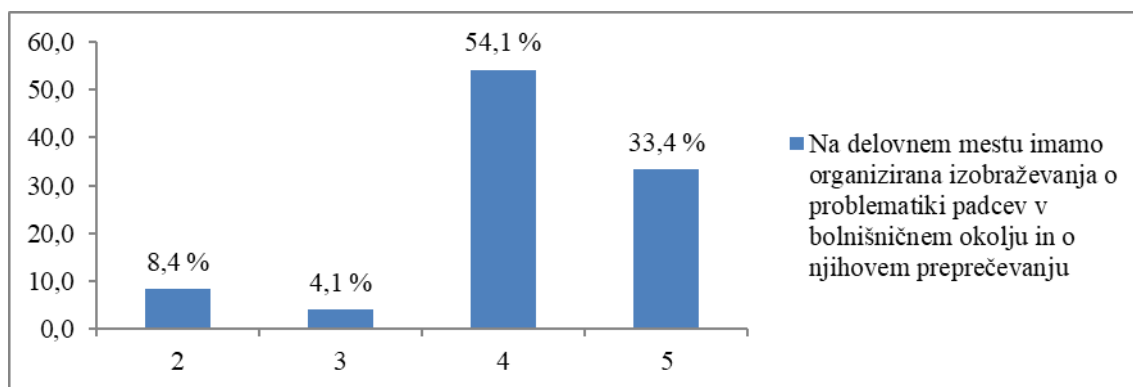
Podobno lahko razberemo tudi s slike 10, ki kaže, da so zdravstveni delavci v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina mnenja, da kar 53,8 % pacientov, ki se zdravijo z diuretiki, antihipertenzivi ali hipnotiki, pade pogosteje kot pacienti, ki se ne zdravijo z omenjenimi zdravili.



Slika 10: Pacienti, ki se v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina zdravijo z diuretiki, antihipertenzivi, antidepresivi in/ali hipnotiki, padejo pogosteje kot pacienti, ki ne prejemajo teh zdravil

Raziskovalno vprašanje 3: Kako na izbranih bolnišničnih oddelkih medicinske sestre izobražujejo o problematiki padcev pacientov v bolnišničnem okolju in kako poteka uvajanje novih oziroma nadgradnja obstoječih ukrepov za preprečevanje padcev pacientov.

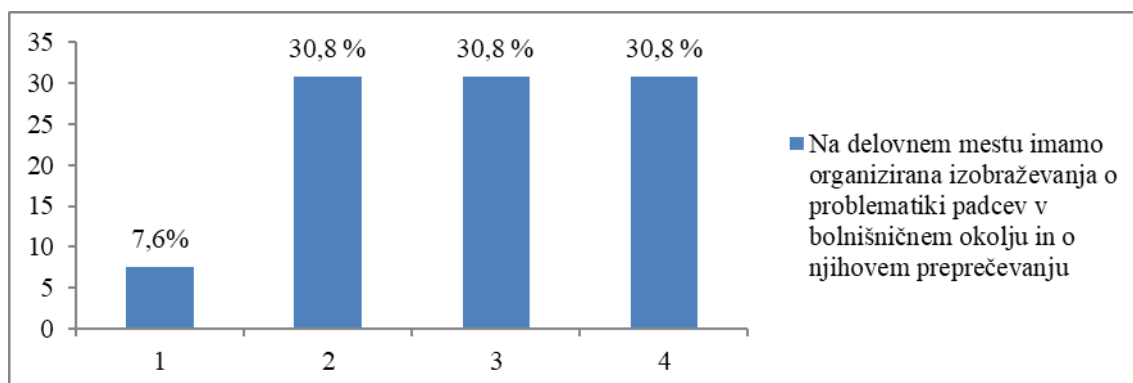
S slike 11 razberemo, da so zdravstveni delavci na Kliniki Golnik na lestvici od 1 do 5, pri čemer je 1 pomenilo *sploh se ne strinjam* in 5 *popolnoma se strinjam* za trditev *na delovnem mestu imamo organizirana izobraževanja o problematiki padcev v bolnišničnem okolju in o njihovem preprečevanju* največkrat izbrali odgovor 4 – *se strinjam* (54,1 %, n=22), sledi odgovor 5 – *popolnoma se strinjam* s 33,4 % (n=13).



Lena: 1 – Sploh se ne strinjam; 2 – Ne strinjam se; 3 – Delno se strinjam; 4 – Strinjam se; 5 – Popolnoma se strinjam

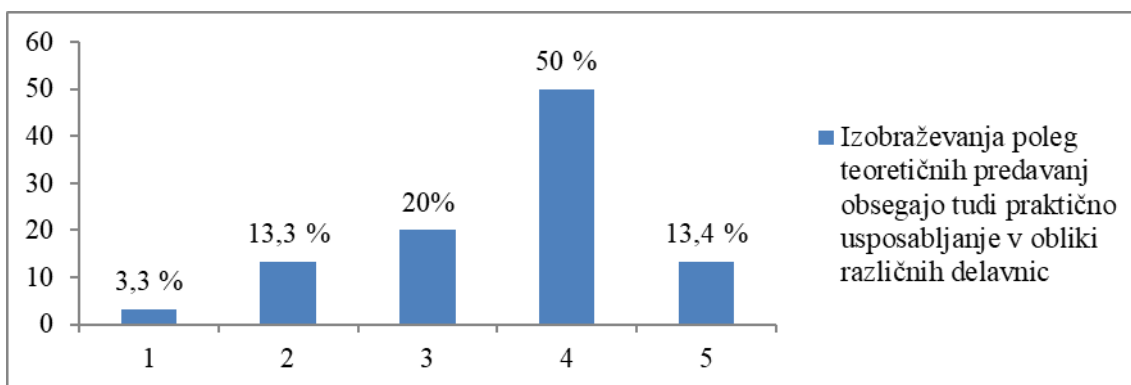
Slika 11: Organizirana izobraževanja o problematiki padcev v bolnišničnem okolju in o njihovem preprečevanju na Kliniki Golnik

S slike 12 lahko razberemo, da so zdravstveni delavci v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina na isti lestvici največkrat izbrali ocene strinjanja 2 (*se ne strinjam*), 3 (*niti se ne strinjam, niti se strinjam*) in 4 (*se strinjam*). Vsi izbrani odgovori imajo enak odstotni delež (30,8 %, n=6).



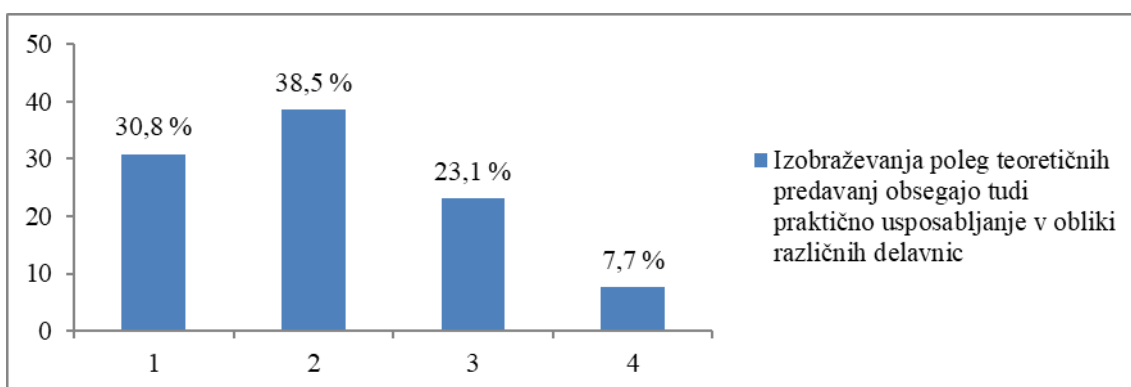
Slika 12: Organizirana izobraževanja o problematiki padcev v bolnišničnem okolju in o njihovem preprečevanju v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina

S slike 13 je razvidno, da so zdravstveni delavci na Kliniki Golnik na trditev *izobraževanja poleg teoretičnih predavanj obsegajo tudi praktično usposabljanje v obliki različnih delavnic* na lestvici od 1 do 5, pri čemer je 1 pomenilo *sploh se ne strinjam* in 5 *popolnoma se strinjam*, največkrat izbrali odgovor 4 – *se strinjam* (50 %, n=25). Sledi ocena 3 z 20 % (n=10) in odgovor 5 z 13,4 % (n=7).



Slika 13: Izobraževanja na Kliniki Golnik poleg teoretičnih predavanj obsegajo tudi praktično usposabljanje v obliki različnih delavnic

S slike 14 je razvidno, da so zdravstveni delavci v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina na isti lestvici največkrat izbrali oceno 2 (50 %, n=10). Sledita ocena 1 z 38,8 % (n=8), in odgovor 3 z 23,1 % (n=5).



Slika 14: Izobraževanja v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina poleg teoretičnih predavanj obsegajo tudi praktično usposabljanje v obliki različnih delavnic

3.5 RAZPRAVA

Padci pacientov so v slovenskih smernicah za zagotavljanje kakovosti zdravstvene oskrbe predstavljeni kot 67. kazalnik kakovosti. Priročnik o kazalnikih kakovosti za slovenske izvajalce zdravstvenih storitev navaja, da mora zdravstvena organizacija v namen zagotavljanja kakovosti v program vključiti strategije za preprečevanje padcev. Padci pacientov niso slučajni, ampak so odvisni od pacientovih omejenih zmogljivosti za zanesljivo gibanje (Poldrugovac & Simčič, 2010). Na raziskovalno vprašanje *kakšna je strategija preprečevanja padcev pacientov na raziskovanih bolnišničnih oddelkih, oziroma katere preventivne ukrepe in aktivnosti izvajajo s tem ciljem* lahko odgovorimo, da so na Kliniki Golnik in v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina ukrepi za načrtovanje in izvajanje preprečevanja padcev natančno določeni in standardizirani, saj zdravstveni delavci pri prepoznavi ogroženosti pacientov za padec in pri preprečevanju padcev pacientov uporabljajo standarde, obrazce, navodila in sheme. Prah (2008) navaja, da lahko prav z uporabo ocenjevalnih lestvic, standardov, obrazcev, navodil in shem, bistveno zmanjšamo ogroženost pacienta za padec, saj tako že ob sprejemu pacienta s pomočjo standardov in ukrepov določimo varovalne ukrepe. Kopitar, et al. (2014) ugotavljajo, da se v primerjavi z zgolj splošnimi aktivnostmi za preprečevanje padcev po uvedbi dodatnih ukrepov, kot sta uvedba lestvice za oceno tveganja za padec ter uvedba sistematičnega delovanja celotnega rehabilitacijskega tima, pomembno zmanjša incidenca padcev pacientov. Buzzeti (2016) glede tega navaja, da v Sloveniji v obdobju 2010–2013 preventiva padcev med starejšimi ni bila med prednostnimi programi ZZZS-ja, usmeritve za obdobje 2014–2019 pa med prednostnimi cilji uvajajo tudi preprečevanje padcev oziroma obvladovanje poškodb. Preventiva padcev med starejšimi je vključena med razvojne naloge in projekte ZZZS-ja do leta 2020.

Na zastavljeno raziskovalno vprašanje *kakšne so značilnosti padcev pacientov na izbranih bolnišničnih oddelkih (pogostost, dejavniki tveganja, posledice) in kateri dejavniki povečujejo tveganje za padec pacienta* smo do odgovora prišli s pomočjo zbranih mnenj zdravstvenih delavcev na Kliniki Golnik in v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina. Največ padcev pacientov se na Kliniki Golnik po mnenju medicinskih sester zgodi ponoči, manj pa podnevi in med vikendom, kar lahko pomeni, da pacienti, ponoči ne upoštevajo navodil zdravstvenih delavcev ali medicinskih sester, ko na

primer želijo na stranišče in zdravstvenih delavcev ne pokličejo, da slabo vidijo zaradi omejene vidljivosti (slabe svetlobe), so zmedeni zaradi zdravil (večja količina analgetikov, diuretiki, zdravil ...), ne nataknejo obutve, ko vstanejo ipd. (American Geriatrics Society's Health in Aging Foundation, 2017; National Institute for Health and Care Excellence, 2013; Rubenstein, 2016). Podajanje informacij in učenje je za pacienta ključnega pomena in medicinska sestra ima pri tem veliko odgovornost, saj mora za preprečitev morebitnih poškodb prepoznati tudi dejavnike tveganja. Predvsem je pomembno informiranje starostnikov, ki so rizična skupina (Hostnik, 2010). Za starostnika je sprememba okolja velika sprememba, kar poveča možnost padca, saj mu je okolje neznano, zato se je z njim treba pogovoriti in uvideti, kako se v bolnišničnem okolju odziva, ali razume pomen previdnosti in kje mora biti previden, da bi se poškodbe zaradi morebitnega padca lahko preprečile (spolzka tla, vstajanje s postelje) (Hostnik, 2010). Informiranje in vzgoja pacientov glede padcev in načinov preprečevanja je ena ključnih strategij za preprečevanje padcev, izboljšanje kliničnih izidov ter s tem za izboljševanje kakovosti zdravstvene obravnave (Haines, et al., 2011). Zdravstvena vzgoja starostnika obsega učenje pravilnega jemanja predpisane zdravila, učenja pravilne telesne vadbe, kar pripomore k preprečevanju padcev, podajanje nasvetov ob pravilni obutvi, načinu oblačenja in uporabi pripomočkov za hojo. Pomeni pa lahko tudi, da je ponoči manj medicinskih sester za nadzor pacientov. V Kirurškem sanatoriju Rožna dolina je situacija padcev podobna, s to razliko, da so medicinske sestre mnenja, da se padci dogajajo tako ponoči kot tudi podnevi.

Mnenja medicinskih sester na Kliniki Golnik in v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina so si podobna, pacienti najpogosteje padejo ob vstajanju s postelje ali posedanju na postelji z nogami navzdol, medtem ko med hojo, ob usedanju na ali ob vstajanju s stola, invalidskega vozička, stranišča padejo malokrat. Tako lahko zaključimo, da postelje, ki jih uporabljajo pacienti, niso dovolj varne, nimajo dovolj varovalnih mehanizmov, pripomočkov. Problem je lahko nastavljivost postelje po višini (starejši modeli postelj se ročno nastavijo na najnižjo višino, pri elektronskih posteljah osebje pacientu pokaže mehanizem delovanja), lahko ni priključena luč v elektriko ali je nedelujoča, kar je potrebno pri sprejemu vedno preveriti (Chu, 2017; Healey, et al., 2008; Health and Safety Executive, 2018). Glede tega bi veljalo razmisliti o izboljšavah, saj raziskava

Ross in Venkatesh (2015) kaže, da uporabniki fizično okolje tudi opredeljujejo kot enega najpomembnejših dejavnikov kakovosti zdravstvenih storitev. Po drugi strani pa lahko pogostost padcev ob vstajanju s postelje pomeni tudi, da pacienti ne upoštevajo navodil medicinskih sester – da bi morali ob vstajanju s postelje ali ob usedanju nanjo poklicati in počakati na pomoč medicinske sestre, saj so postelje za starejše in nepokretne paciente lahko zelo nevarne. Pacienti morda pri usedanju na posteljo ali ob vstajanju z nje nimajo nadzora medicinskih sester oziroma morda velika večina pacientov navodil medicinskih sester enostavno ne upošteva. Druga možnost je lahko tudi, da medicinske sestre načrta zdravstvene nege pri pacientu, ki je podvržen padcem, ne upoštevajo. Možen vzrok za to bi lahko bila preobremenjenost medicinskih sester ali njihovo neznanje. Poleg raziskanih vzrokov bi lahko vzroki bili tudi telesno stanje bolnika (oslabelelost), raba drsečih copat ali nogavic ter postelj, ki so visoke in jih ni možno regulirati po višini (American Hospital Association, 2016; Chu, 2017). Glede na mnenja medicinskih sester je v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina več padcev ob usedanju ali vstajanju s stola, invalidskega vozička in stranišča (15,4 %) kot pa na Kliniki Golnik (6,5 %). Na osnovi podanih mnenj medicinskih sester lahko predvidevamo, da so rezultati pogojeni s primeri pacientov, ki se zdravijo v obeh bolnišnicah oz. da so razlike pogojene z vzroki hospitalizacije. V Kirurškem sanatoriju se po operacijah paciente najverjetneje prej aktivira, zato se prej posedajo, hodijo na sobno stranišče ipd. Na Kliniki Golnik se zdravijo pretežno starejši pacienti, slabše pokretni, imajo dodatne dejavnike tveganja, ki se vežejo tudi na diagnoze. To potrjujejo tudi rezultati v nadaljevanju o zdravljenju z zdravili.

Sklepamo lahko, da pacienti na Kliniki Golnik ukrepe za preprečevanje padcev bolj upoštevajo kot pacienti v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina, po drugi strani pa lahko tak podatek nakazuje, da so medicinske sestre na Kliniki Golnik ustrezneje strokovno podkovane. Voljč (2011) navaja, da svetovna statistika padcev pacientov sicer kaže, da se jih med 100, ki padejo, tretjina spotakne, četrtini spodrsne, desetina jih "narobe stopi" oziroma nepravilno oceni višino tal, še desetina jih pade zaradi motenj ravnotežja, štirje padejo zaradi šibkih nog, štirje zaradi kolapsa in slabosti, trije zaradi drsečih tal, devet padcev pa je povezanih z ostalimi vzroki. Tveganje za padec je višje, če »pacient slabo oceni ali preceni svoje sposobnosti, ne razume ali ne uboga navodil zdravstvenega

osebja, so navodila zdravstvenega osebja pomanjkljiva oziroma je stopnja pacientove ogroženosti slabo ocenjena, (če) je nadzor pacienta zdravstvenega osebja pomanjkljiv (in če) so bolniške sobe prepolne» (Prah, 2008, p. 15). Vrabič (2011) z raziskavo padcev pacientov v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu RS ugotavlja, da so z vidika medicinskih sester najpogostejši dejavnik tveganja za padec spremljajoča stanja starosti oz. osnovne bolezni oz. poškodbe (85 %), tretjina anketiranih medicinskih sester pa je mnenja, da je treba znotraj rehabilitacijske obravnave pacienta uvesti dodatne posebne ukrepe za zmanjševanje nevarnosti padcev.

Pacienti, ki se zdravijo z diuretiki, antihipertenzivi, antidepresivi in/ali hipnotiki, po mnenju medicinskih sester padajo pogosteje kot ostali pacienti, ki ne prejemajo omenjenih zdravil. Poraja se vprašanje, ali pacienti, ki prejemajo diuretike, antihipertenzive, antidepresive in hipnotike, prejemajo ustrezna navodila in opozorila glede njihovega stanja, ki predstavlja pomemben dejavnik tveganja za padce. Vprašanje je tudi, ali medicinske sestre upoštevajo vse preventivne ukrepe, ali se ukrepi za preprečevanje padca pacientov izvajajo vsakodnevno, dosledno in strokovno in ali so medicinske sestre dosledne pri izvajanju ukrepov za preprečevanja padcev pacientov pri tistih pacientih, ki se zdravijo z diuretiki, antihipertenzivi, antidepresivi in/ali hipnotiki, saj omenjena zdravila najbolj vplivajo na padec pacienta (American Hospital Association, 2016). Ti ukrepi so uporaba ocenjevalne lestvice dejavnikov tveganja za padec, individualna obravnava pacienta, edukacija pacienta o tveganju za padec, pomoč pri osebni higieni, uporaba postelj s hidravličnim mehanizmom, vgrajenimi posteljnimi ograjicami ter delujočimi signalnimi napravami, uporaba pripomočkov z alarmi in senzorji, segufix pasovi in mehanskimi ščitniki (Nagy & Gomboc, 2012). Vrabič (2011) ugotavlja, da je več kot polovica medicinskih sester (64 %) menja, da je med smiselnimi dodatnimi ukrepi za preprečevanje padcev uvedba ocenjevalne lestvice za oceno ogroženosti pacientov. Glede na mnenja medicinskih sester je v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina manj padcev pacientov (54 %) kot na Kliniki Golnik (71 %).

Na zastavljeno raziskovalno vprašanje *kako na izbranih bolnišničnih oddelkih izobražujejo kader o problematiki padcev pacientov v bolnišničnem okolju in kako poteka uvajanje novih oziroma nadgradnja obstoječih ukrepov za preprečevanje padcev*

pacientov je velika večina medicinskih sester odgovorila, da imajo organizirana izobraževanja o problematiki padcev v bolnišničnem okolju in njihovem preprečevanju ter poleg teoretičnih predavanj tudi praktična usposabljanja v obliki delavnic. V Kirurškem sanatoriju Rožna dolina je velika večina medicinskih sester mnenja, da na delovnem mestu nimajo organiziranih izobraževanj o problematiki padcev v bolnišničnem okolju in njihovem preprečevanju, prav tako pa nimajo organiziranih praktičnih usposabljanj v obliki delavnic. Izobraževanja medicinskih sester imajo lahko dolgoročen vpliv na preprečevanje padcev pacientov, s tem pa tudi na dvig zdravstvene nege. Izobraževanja zaposlenim nudijo razne praktične delavnice, na katerih se naučijo, kako ukrepati ob padcih pacientov ter kako ustrezneje in strokovno izvajati ukrepe za preprečevanje padcev pacientov (Medscape, 2018; Royal College of Physicians, 2017). Izobraževanja imajo lahko tudi pozitiven vpliv na medicinske sestre, saj jih lahko motivirajo, kjer izboljšujejo lastne kompetence, se razvijajo in seznanijo z novimi ukrepi za preprečevanje padcev pacientov (Royal College of Physicians, 2017; Royal College of Physicians, 2012). Izobraževanja zaposlenih v katerikoli organizaciji pomenijo dolgoročni uspeh tako v ugledu določene organizacije kot tudi v samem načinu dela organizacije (profesionalnost, korektnost, doslednost, odgovornost do zaposlenih in strank/pacientov), saj gre za upravljanje s človeškim kapitalom, ki pa je v današnjih časih nepogrešljiv (Marinšek & Kramar, 2010). Visoko korelacijo med usposabljanjem zaposlenih in kakovostjo storitev potrjujejo tudi drugi avtorji (Dhar, 2015; Carayon, et al., 2014; Mpofu & Hlatywayo, 2015). Teresi, et al. (2013) ugotavljajo, da imajo vsa izobraževanja pozitiven učinek na zmanjšanje števila, še posebej pozitivno pa vplivajo obširnejša in bolj specializirana izobraževanja, ki temeljijo na raziskavah o padcih pacientov. S primerjavo stroškov tudi ugotavljajo, da stroški zaradi posledic padcev pacientov pomembno presegajo stroške izobraževanj, zato je izobraževanje kadrov torej upravičeno tudi s stroškovnega vidika.

Ob sprejemanju rezultatov je treba upoštevati tudi omejitve naše raziskave. Ključna omejitev raziskave je nereprezentativnost vzorca, ki ne zagotavlja statistične značilnosti in iz katerega ni mogoče sklepati na populacijo. Vzorec je namreč potekalo neverjetnostno, in sicer priložnostno, le v dveh bolnišnicah, velikost vzorca pa obsega le 70 anketirancev. Če bi želeli zagotoviti boljšo reprezentativnost vzorca za slovensko

populacijo, bi morali uporabiti verjetnostno vzorčenje s stratifikacijo po vseh slovenskih bolnišnicah ter zajeti bistveno večje število anketirancev. Druga omejitev se nanaša na subjektivnost rezultatov, saj so anketiranci podajali ocene in lastno presojo stanja, ne pa podatkov, pridobljenih z evidencami. Podatke o času padcev, razlogih za padce, kot so starost, zdravila, dejavnost med padcem, bi lahko namesto z anketo zbirali z obrazci in neposredno ob dogodku v določenem časovnem intervalu. Tudi rezultati o vplivu izobraževanj medicinskih sester na incidence padcev so vezani na subjektivno oceno in presojo anketirancev. Korelacijo med izobraževanji in incidenco padcev bi lahko preverjali tudi z realnimi podatki o vrsti in obsegu izobraževanj ter realno incidenco padcev, katere statistiko vodi vsaka bolnišnica.

4 ZAKLJUČEK

Zaradi omejitev v naši raziskavi (premajhen vzorec mnenj medicinskih sester) težko podajamo splošne ključne zaključke in ugotovitve glede padcev pacientov kot dejavnika kakovosti slovenskih bolnišničnih storitev. Zaključke za možnosti, kako na ravni padcev kot ključnega kazalnika izboljšati kakovosti zdravstvenih storitev, bomo zato podali za okolje naše analize.

Težava padcev pacientov predstavlja ogromen izziv za zdravstveno nego, saj se o problematiki premalo govori in se ji posveča premalo pozornosti. Premalo se osredotoča na vzroke za padce, ki pomembno vplivajo na izide in kakovosti bolnišnične obravnave. Potrebne so tehnološke, kadrovske in varnostne smernice ter primeri dobrih praks iz tujine. Ko smo omenili tehnologijo kot novo smernico pri reševanju problematike padca pacientov, smo imeli v mislih tehnologijo v obliki elektronskih zapestnic, ki bi delovale kot neko nadomestilo za medicinsko sestro, ki bi pacientu prikazalo oziroma govorilo, kako se mora vesti, hoditi.

Število padcev je eden ključnih indikatorjev varnosti in kakovosti v bolnišničnem okolju. Manj, kot je padcev, varnejše je bolnišnično okolje in boljši so klinični izidi storitev ter obratno. S tega vidika predstavljajo padci pacientov varnostno problematiko v bolnišničnem okolju in obenem izziv na področju optimizacije kakovosti zdravstvenih storitev. Izvajanje preventivnih ukrepov, standardov, obrazcev, navodil, shem, ocenjevalnih lestvic, rednih teoretičnih in praktičnih izobraževanj veliko pripomore k izboljšanju preprečevanja padcev pacientov v bolnišničnem okolju ter s tem k dvigu kakovosti zdravstvene obravnave. Velik pomen imajo redna teoretična izobraževanja in praktične delavnice, na katerih se medicinske sestre seznanijo z nevarnostmi padcev, oceno tveganja, razlogi in pogostostjo padcev, kot tudi kako preprečiti padce pacientov, katere ukrepe izvajati in kako pacientu podati navodila, obrazce in sheme. Vse to pa v končni fazi vpliva na oceno ogroženosti.

Naše mnenje je, da mora med pacienti in medicinskimi sestrami obstajati tudi neka vez, komunikacija, saj se s komunikacijo prenesejo navodila, sheme, obrazci, pacienti pa dobijo zaupanje v strokovnost medicinskih sester in občutek varnosti. Velik pomen

sodelovanja med pacienti in zaposlenimi v zdravstveni negi poudarjajo tudi empirične študije kakovosti zdravstvene nege. Da pa je komunikacija med pacienti in medicinskimi sestrami uspešna, so potrebna redna izobraževanja in praktične delavnice, saj se medicinske sestre tako naučijo, kako odreagirati ob določenih situacijah, kdaj dati navodila, kdaj spremljati pacienta ipd.

Glede na dobljene podatke oziroma podana mnenja medicinskih sester lahko zaključimo, da medicinske sestre tako na Kliniki Golnik kot v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina svoje delo opravljajo korektno in profesionalno ter da na ta način pomembno doprinašajo h kakovosti zdravstvene obravnave pacientov. K preprečevanju padcev pacientov veliko pripomore strokovna usposobljenost medicinskih sester, saj če medicinske sestre niso ustrezno usposobljene, ne more pomagati noben standardiziran ukrep, shema, obrazec, navodila pacientom, prav tako pa se ne moreta vzpostaviti potrebna komunikacija in zaupanje med pacienti in medicinskimi sestrami. Usposabljanje in delo medicinskih sester na področju preprečevanja padcev s tem predstavlja ključni dejavnik in kazalnik zdravstvenih storitev. Potrebno pa je poudariti omejitve raziskave, torej da je bil naš vzorec premajhen in nereprezentativen. Rezultate lahko posplošimo samo na populacijo zajeto v raziskavi in ne na celotno populacijo medicinskih sester. Omejitve se nanašajo tudi na dejstvo, da podatke zbiramo z anketo, in da gre za zbir mnenj medicinskih sester, ne pa za točne evidence analize padcev (koliko jih je, kje in kdaj jih je največ) in ukrepe po padcih. Ne vemo, kakšna je razlika pri pacientih v obeh kliničnih okoljih (starost, obolevnost, dodatni dejavniki tveganja), ki so nedvomno povezani s pojavnostjo padcev in s katerimi bi lažje razložili določene vrednosti, dobljene v raziskavi. Obstoječa raziskava lahko tako služi zlasti kot pilotna raziskava za oblikovanje obširnejše in natančnejše raziskave padcev v slovenskih bolnišnicah.

5 LITERATURA

Aberg, A.C., Lundin-Olsson, L. & Rosendahl, E., 2009. Implementation of evidence-based prevention of falls in rehabilitation units: a staff's interactive approach. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(13), pp. 1034-1040. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19893998> [Accessed 16 October 2017].

Ambrose, A.F., Paul, G. & Hausdorff, J.M. 2013. Risk factors for falls among older adults: a review of the literature. *Maturitas*, 75(1), pp. 51-61.

American Geriatrics Society's Health in Aging Foundation, 2017. *Falls prevention: causes & symptoms*. Available at: <http://www.healthinaging.org/aging-and-health-a-to-z/topic:falls/info:causes-and-symptoms/> [Accessed 21 January 2018].

American Hospital Association, 2016. *Preventing Patient Falls: A Systematic Approach from the Joint Commission Center for Transforming Healthcare Project*. Chicago: Health Research & Educational Trust.

Bilban, M., 2011. Preventiva poškodb starejših. In: F. Kresal, ed. *Gerontologija – izzivi in priložnosti v fizioterapiji. I. znanstveni simpozij fizioterapevtov Slovenije: konferenčni zbornik. Radenci, 29. september – 1. oktober 2011*. Ljubljana: Zbornica fizioterapevtov Slovenije, pp. 194-217.

Blagojevič, S., 2009. Padci in starostniki. *Spominčica: glasilo slovenskega združenja za pomoč pri demenci*, 7(1), p. 5.

Boyle, D.K., Jayawardhana, A., Burman, M.E., Dunton, N.E., Staggs, V.S., Bergquist-Beringer, S., & Gajewski, B. J., 2016. A pressure ulcer and fall rate quality composite index for acute care units: A measure development study. *International journal of nursing studies*, 63(1), pp. 73-81.

Butala, M., Eržen, T., Plos, A. & Benko, E., 2011. Tveganje za padce med starostniki v domu upokojencev. In: M. Lahe & A. Lovrenčič, eds. *Razvijanje medpoklicnega*

sodelovanja v času študija na področju zdravstvenih ved. 3. študentska konferenca s področja zdravstvenih ved: zbornik predavanj z recenzijo. Maribor, 15. september 2011. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 249-256.

Buzzeti, T., 2016. Stališče ZZZS do demografskih sprememb v zvezi s poškodbami in padci. In: B. Voljč, ed. *Javno-zdravstveni pomen padcev med starejšimi in preventivne usmeritve v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut Emonicum za zdravo in aktivno življenje, pp. 34-35.

Callis, N., 2016. Falls prevention: Identification of predictive fall risk factors. *Applied nursing research*, 29(1), pp. 53-58.

Carayon, P., Wetterneck, T.B., Rivera-Rodriguez, A.J., Hundt, A.S., Hoonakker, P., Holden, R. & Gurses, A.P., 2014. Human factors systems approach to healthcare quality and patient safety. *Applied ergonomics*, 45(1), pp. 14-25. Available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003687013000963> [Accessed 16 October 2017].

Chu, R.Z., 2017. Preventing in-patient falls: The nurse's pivotal role. *Nursing*, 47(3), pp. 24-30.

Corcoran, A.M. & Kinosian, B., 2011. Falls. In: J.R. Pignolo, M.A. Keenan & N.M. Hebel, eds. *Fractures in the Elderly*. New York: Humana Press, pp. 55-68.

De Winter S., Vanwynsberghe S., Foulon V., Dejaeger E., Flamaing J., Sermon A., Van der Linden, L. & Spriet, I., 2016. Exploring the relationship between fall risk-increasing drugs and fall-related fractures. *International Journal of Clinical Pharmacy*. January 9. [Epub ahead of print]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26749341> [Accessed 28 January 2016].

Dhar, R.L., 2015. Service quality and the training of employees: The mediating role of organizational commitment. *Tourism Management*, 46, pp. 419-430. Available at:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261517714001538> [Accessed 16 October 2017].

Donaldson, L.J., Panesar, S.S., & Darzi, A., 2014. Patient-safety-related hospital deaths in England: thematic analysis of incidents reported to a national database, 2010-2012. *Plos medicine*, 11(6), pp. 16-67.

Haines, T.P., Hill, A.M., Hill, K.D., Brauer, S.G., Hoffmann, T., Etherton-Ber, C. & McPhail, S.M., 2013. Cost effectiveness of patient education for the prevention of falls in hospital: economic evaluation from a randomized controlled trial. *BMC medicine*, 11(1), pp. 135-142. Available at: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-11-135> [Accessed 16 October 2017].

Haines, T.P., Hill, A.M., Hill, K.D., McPhail, S., Oliver, D., Brauer, S., Hoffmann, T. & Beer, C., 2011. Patient education to prevent falls among older hospital inpatients: a randomized controlled trial. *Archives of internal medicine*, 171(6), pp. 516-524. Available at: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/226901> [Accessed 16 October 2017].

Healey, F., Oliver, D., Milne, A., Connelly, J.B., 2008. The effect of bedrails on falls and injury: a systematic review of clinical studies. *Age and ageing*, 37(4), pp. 368-378.

Health and Safety Executive, 2018. *Safe use of bed rails*. Available at: <http://www.hse.gov.uk/healthservices/bed-rails.htm> [Accessed 21 January 2018].

Hempel, S., Newberry, S., Wang, Z., Booth, M., Shanman, R., Johnsen, B., Shier, V., Saliba, D., Spector, W.D. & Ganz, D.A., 2013. Hospital fall prevention: a systematic review of implementation, components, adherence, and effectiveness. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(4), pp. 483-494. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.12169/full> [Accessed 16 October 2017].

Hill, A., Waldron, N., Francis-Coad, J., Haines, T.P., Etherton-Beer, C., Flicker, L., Ingram, K. & McPhail, S., 2017. Staff respond positively when older patients are provided with falls prevention education. *Innovation in Aging*, 1(1), pp. 523-523.

Hostnik, B., 2010. *Veljavnost napovednih hitrih testov za povečano tveganje zloma kolka pri starostniku*. Maribor: Univerza Maribor, Fakulteta za zdravstvene vede.

Klančnik Gruden, M. & Peternelj, K., 2010. Značilnosti in okoliščine padcev v bolnišničnem okolju – prospektivna študija. In: B. Skela Savič, B. M. Kaučič, J. Zorc & S. Hvalič Touzery, eds. *Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi – na raziskovanju temelječ razvoj zdravstvene nege. 3. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu: zbornik predavanj z recenzijo. Ljubljana, 16. in 17. september 2010*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 141-152.

Klančnik Gruden, M., Peternelj K. & Cotič Anderle, M., 2011. Analiza vzrokov padcev pacientov z večjimi poškodbami v bolnišnici. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery, J. Zorc & K. Skinder Savič, eds. *Na dokazih podprta zdravstvena obravnava – priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj. 4. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu: zbornik predavanj z recenzijo. Ljubljana, 9. in 10. junij 2011*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 446-454.

Kodela, A., 2014. *Obvezni kazalnik kakovosti število vseh padcev v psihiatrični bolnišnici Idrija za leto 2014*. Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija.

Kopitar, N., Goljar, N. & Mlinarič, V., 2014. Aktivnosti za preprečevanje padcev v rehabilitaciji pacientov po možganski kapi in njihov učinek na incidenco padcev. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(3), pp. 206-214.

Kramar, Z. & Marinšek, N., 2008. Varnostne vizite in razgovori o varnosti pomemben element pri zagotavljanju varnosti bolnikov. In: Z. Kramar & A. Kraigher, eds. *Dejstvo*

za kakovost. 2. strokovni seminar Dnevi Angele Boškin: zbornik predavanj. Bled, 10. in 11. april 2008. Jesenice: Splošna bolnišnica, pp. 80-84.

Lloyd, T., 2011. Creation of a multi-interventional fall-prevention program: Using evidence-based practice to identify high-risk units and tailor interventions. *Orthopaedic Nursing*, 30(4), pp. 249-257.

Lubi, T., 2009. *Kakovost v zdravstveni negi*. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor.

Marck, M.A., Klok, M.P.C., Okun, M.S. & Giladi, N., 2014. Consensus-based clinical practice recommendations for the examination and management of falls in patients with Parkinson's. *Parkinsonism and Related Disorders*, 20(4), pp. 1-10. Available at: https://www.researchgate.net/publication/259521760_Consensus-based_clinical_practice_recommendations_for_the_examination_and_management_of_falls_in_patient_s_with_Parkinson%27s_disease [Accessed 28 January 2016].

Marinšek, N. & Kramar, Z., 2010. Volga zdravil v preprečevanju padcev. In: B. Skela Savič, B.M. Kaučič, J. Zorc & S. Hvalič Touzery, eds. *Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi – na raziskovanju temelječ razvoj zdravstvene nege. 3. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu: zbornik predavanj z recenzijo*. Ljubljana, 16. in 17. september 2010. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 284-293.

Maze, H. & Plank, D., 2012. *Zdravstvena nega in raziskovanje*. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju.

Medscape, 2018. *A Nursing Guide to the Prevention and Management of Falls in Geriatric Patients in Long-term Care Settings*. Available at: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:w1kUe7F1qtoJ:www.medscape.org/viewarticle/504373_2+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=si&lr=lang_de%7Clang_en%7Clang_sl [Accessed 21 January 2018].

Mencej, M., 2011. *Kaj lahko storim, da ne padem?* Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, Sekcija seniorjev.

Meyer, G., Köpke, S., Haastert, B. & Mühlhauser, I., 2009. Comparison of a fall risk assessment tool with nurses' judgement alone: a cluster-randomised controlled trial. *Age and Ageing*, 38(4), pp. 417-23. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19435759> [Accessed 8 January 2016].

Ministrstvo za zdravje, 2010. *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu 2010–2015*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Ministrstvo za zdravje, 2017. *Kazalniki kakovosti*. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19435759> [Accessed 24 November 2017].

Modreker, M.K. & von Renteln-Kruse, W., 2009. Medication and falls in old age. *Internist (Berl)*, 50(4), pp. 493-500. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19300975> [Accessed 28 January 2016].

Mosadeghrad, A.M., 2014a. Factors influencing healthcare service quality. *International journal of health policy and management*, 3(2), pp. 77-79. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4122083/> [Accessed 16 October 2017].

Mosadeghrad, A.M., 2014b. Factors affecting medical service quality. *Iranian journal of public health*, 43(2), pp. 210-220. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4450689/> [Accessed 16 October 2017].

Moyle, S. 2016. Falls Prevention. *Australian Nursing and Midwifery Journal*, 24(1), p. 32.

Mpofu, M. & Hlatywayo, C.K., 2015. Training and development as a tool for improving basic service delivery; the case of a selected municipality. *Journal of Economics, Finance and Administrative Science*, 20(39), pp. 133-136. Available at:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2077188615000633> [Accessed 16 October 2017].

Nagy, A. & Gomboc, A., 2012. Preventivni pristopi preprečevanja padcev. In E. Kavaš, I. Šumak, Z. Lebar, S. Šemrl & D. Jošar, eds. *Zbornik strokovnega seminarja 2012*. Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja.

National Institute for Health and Care Excellence, 2013. *Falls in older people: assessing risk and prevention*. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161/resources/falls-in-older-people-assessing-risk-and-prevention-35109686728645> [Accessed 21 January 2018].

Oliver, D., 2008. Falls risk-prediction tools for hospital inpatients. Time to put them to bed? *Age and Ageing*, 37(3), pp. 248-250. Available at: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/37/3/248.long> [Accessed 8 January 2016].

Palvanen, M., Kannus, P., Piirtola, M., Niemi, S., Parkkari, J. & Järvinen, M., 2014. Effectiveness of the Chaos Falls Clinic in preventing falls and injuries of home-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *Injury*, 45(1), pp. 265-271. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23579066> [Accessed 28 January 2016].

Pearce, L., 2017. Preventing falls in hospital. *Nursing Management*, 23(10), pp. 11-11.

Poldrugovac, M. & Simčič, B., 2010. *Priročnik o kazalnikih kakovosti. Različica 1.0*. [pdf] Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Available at: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/kazalniki_kakovosti_dec_2010/Prirocnik_kazalniki_kakovosti.pdf [Accessed 8 January 2016].

Prah, A., 2008. *Vzroki in posledice padcev*. Ljubljana: Fakulteta za zdravstvene vede.

Pristavec, T., 2016. Uvodne misli. In: M. Bahun & B. Pavlenč, eds. *10 let vodenja kakovosti v slovenskem zdravstvu: izkušnje, dobre prakse, ovire*. Jesenice: Splošna bolnišnica, pp. 1-2.

Rhalimi, M., Helou R. & Jaecker, P., 2009. Medication use and Increased risk of falls in hospitalized Elderly patients. *Drugs and aging*, 26(10), pp. 847-852. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19761277> [Accessed 28 January 2016].

Rogers, R.G., Everett, B.G., Saint Onge, J.M., & Krueger, P.M., 2010. Social, behavioral, and biological factors, and sex differences in mortality. *Demography*, 47(3), pp. 555-578.

Ross, D.S. & Venkatesh, R., 2015. An Empirical Study of the Factors Influencing Quality of Healthcare and Its Effects on Patient Satisfaction. *International Journal of Innovative Research in Science, Engineering and Technology*, 4(2), pp. 54-59. Available at: https://www.ijirset.com/upload/2015/february/9_AN_EMPIRICAL.pdf [Accessed 16 October 2017].

Royal College of Physicians, 2012. *Implementing FallSafe: Care bundles to reduce inpatient falls*. London: Royal College of Physicians.

Royal College of Physicians, 2017. *Why FallSafe? Care bundles to reduce inpatient falls*. London: Royal College of Physicians.

Rubenstein, L. Z., 2016, *Falls in the Elderly* Available at: <http://www.msmanuals.com/professional/geriatrics/falls-in-the-elderly/falls-in-the-elderly> [Accessed 21 January 2018].

Sano, M., & Yoshida, M., 2017. A Study on the Falls Prevention System in an Acute Hospital. *Theory and Practice of Quality and Reliability Engineering*, 12(3), pp. 127-134.

Shorr, R., Mion, L.C., Chandler, A.M., Rosenblatt L.C., Lynch D. & Kessler, L.A., 2008. Improving the capture of fall events in hospitals: combining a service for evaluating inpatient falls with an incident report system. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(4), pp. 701-704. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18205761> [Accessed 28 January 2016].

Skrbinšek, M., 2011. Padci pacientov, hospitaliziranih v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije - vidik zdravstvenih delavcev. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(1), pp. 55-60.

Spoelstra, S.L., Given, B.A., & Given, C.W., 2012. Fall prevention in hospitals: an integrative review. *Clinical nursing research*, 21(1), pp. 92-112.

Statistični urad Republike Slovenije, 2014. *Mednarodni dan starejši. Posebna objava*. Available at: <http://www.stat.si/letopis/letopisprvastran.aspx> [Accessed 8 January 2016].

Svetovna zdravstvena organizacija, 2017. *Falls. Fact sheet*. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/> [Accessed 16 October 2017].

Šavli, J. & Trtnik, R., 2010. Analiza padcev po možganski kapi s stališča medicinske sestre. In: R. Petkovšek-Gregorin, ed. *Varnost in rehabilitacijska zdravstvena nega: zbornik predavanj. Ljubljana, 15. april 2010*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti, pp. 53-58.

Šemrl, S., 2013. *Uvedba delavnic posebnih varovalnih ukrepov*. In: D. Klemenc, S. Majcen Dvoršak & T. Štemberger Kolnik, eds. *Moč za spremembe - medicinske sestre in babice smo v prvih vrstah zdravstvenega sistema. 9. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije: zbornik predavanj z recenzijo. Brdo Pri Kranju, 9. in 10. maj 2013*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev

medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic, pp. 369-373.

Škerlj, J. & Vidmar, V., 2010. Načini varovanja pacientov pred padci na rehabilitaciji. In: R. Petkovšek-Gregorin, ed. *Varnost in rehabilitacijska zdravstvena nega: zbornik predavanj. Ljubljana, 15. april 2010*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti, pp. 36-39.

Šprager, P., 2012. *Poškodbe starostnikov v domskem varstvu: diplomsko delo*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

Teresi, J.A., Ramirez, M., Remler, D., Ellis, J., Boratgis, G., Silver, S., Dichter, E., 2013. Comparative effectiveness of implementing evidence-based education and best practices in nursing homes: effects on falls, quality-of-life and societal costs. *International journal of nursing studies*, 50(4), pp. 448-463.

Tideiksaar, R., 2010. *Falls in older people: prevention and management*. Baltimore: Health Profession Press.

Tomšič, M., 2011. Zakaj starejši padejo in kako padce preprečiti. In: D. Rugelj & F. Sevšek, eds. *Posvetovanje Aktivno in zdravo staranje: zbornik predavanj. Ljubljana, 10. marec 2011*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, pp. 107-114.

Tomšič, M., 2014. Dejavniki tveganja za padce pri starejših. In: A. Mihelič Zajec & M. Jakovljevič, eds. *Zdravje starejših ljudi – izziv za zdravstvene delavce (mednarodna delavnica za študente 2014): zbornik prispevkov z recenzijo. Ljubljana, 15.–19. september 2014*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, pp. 102-118.

Tomšič M. & Gunčar M., 2012. Tveganost za padce v domačem okolju. In: M. Tomšič, ed. *Posvetovanje Delovna terapija – stroka sedanjosti: zbornik prispevkov z recenzijo. Ljubljana, 2. februar 2012*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, pp. 115-123.

Tomšič, M. & Rugelj, D., 2011. Ugotavljanje dejavnikov tveganja za padce pri starejših v domačem okolju. In: D. Rugelj & F. Sevšek, eds. *Posvetovanje Aktivno in zdravo staranje: zbornik predavanj. Ljubljana, 10. marec 2011.* Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, pp. 99-106.

Tušar, S., Kociper, B. & Zupančič, V., 2016. Pogled ministrstva na zadnjih 10 let kakovosti v zdravstvu. In: M. Bahun & B. Pavlenč, eds. *10 let vodenja kakovosti v slovenskem zdravstvu: izkušnje, dobre prakse, ovire.* Jesenice: Splošna bolnišnica, pp. 11-16.

UKC Ljubljana, 2016. *Letno poročilo 2016.* Ljubljana: UKC Ljubljana.

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, 2017. *Kazalci kakovosti.* Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana.

Voh Boštich, A., 2016. Zakaj je varnost bolnikov v naših bolnišnicah vedno bolj ogrožena. *Zdravstvo*, 16(6), p. 11.

Voljč, B., 2010. *Zmanjšajmo padce v starosti. Priročnik za širitelje.* Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.

Voljč, B., 2011. *Preprečevanje padcev v starosti. Priročnik za člane skupin.* Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.

Voljč, B., 2016. *Javno-zdravstveni pomen padcev med starejšimi in preventivne usmeritve v Sloveniji.* Ljubljana: Inštitut Emonicum za zdravo in aktivno življenje.

Vrabič, M., 2011. Padci pacientov, hospitaliziranih v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije – vidik zdravstvenih delavcev. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(1), pp. 50-60.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ), 2006. Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C in 47/15 – ZZSDT.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2006. *Splošni dogovor za pogodbeno leto 2006*. Available at: <http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/o/59A6D0712DC2D192C125716A0029CCCA?OpenDocument> [Accessed 16 October 2017].

Zemljič, B., 2010. Ali in koliko lahko z izbiro orodja, ki ugotavlja tveganje nastopa padcev pri pacientih v bolnišnicah, zaposleni v zdravstvenem timu pripomoremo k preprečevanju le-teh. In: Z. Kramar & A. Kraigher, eds. *Učimo se varnosti od najboljših: zbornik predavanj / 3. dnevi Angele Bokin. Gozd Martuljek, 22. in 23. 4. 2010*. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, p. 68.

6 PRILOGE

ANKETA

Sem Elena Koković, absolventka visokošolskega strokovnega študijskega programa Zdravstvena nega na Fakulteti za zdravstvo Jesenice. V diplomski nalogi, ki jo pripravljam pod mentorstvom višje predavateljice dr. Saše Kadivec, bom raziskala problematiko padcev pacientov v bolnišničnem okolju, in ker bo empirični del raziskave temeljil na analizi podatkov, ki jih želim zbrati s to anketo, vas prosim za sodelovanje. Anketa je anonimna, rezultati pa bodo uporabljeni etično in zgolj za potrebe diplomskega dela. Hvala za sodelovanje.

Pozorno preberite vprašanja in označite oziroma vpišite ustrezen odgovor.

1 Spol:

- moški,
- ženska.

2 Starost: _____ let

3 Dosežena stopnja izobrazbe:

- srednješolska,
- višješolska,
- visokošolska,
- univerzitetna,
- magisterij,
- doktorat.

4 Delovna doba na področju zdravstvene nege: _____ let.

5 Pri svojem delu se s padci pacientov srečujem:

- vsak dan,
- večkrat tedensko,
- enkrat tedensko,
- redkeje.

6 V zadnjih petih letih število padcev pacientov na našem oddelku:

- upada,
- ostaja enako,
- narašča,
- ne vem, ne poznam podatka.

7 Padci so pogostejši pri pacientih starih:

- do 65 let,
- več kot 65 let.

8 Padci so najpogostejši:

- podnevi,
- ponoči,
- med vikendom.

9 Pacienti najpogosteje padejo:

- med hojo,
- ob vstajanju s postelje ali ob sedanju na njo,
- ob vstajanju s stola/invalidskega vozička/stranišča ali ob sedanju nanj,
- drugo _____.

10 Razvrstite navedene posledice padcev pacientov po pogostosti na vašem oddelku

(1 = najbolj pogosta posledica, 7 = najmanj pogosta posledica):

- brez posledic,
- lažje poškodbe (hematom, udarnine, odrgnine, ureznine mehkih tkiv),
- težje poškodbe (zlom kosti, nateg, natrganje ali pretrganje mehkih tkiv),
- kompleksne poškodbe (poškodbe glave, hrbtenice in/ali notranjih organov),
- kronične bolečine v telesu,
- strah pred ponovnim padcem,
- drugo: _____.

11. Pacienti, ki jih zdravimo z diuretiki, antihipertenzivi, antidepresivi, in/ali hipnotiki, padejo pogosteje kot pacienti, ki ne prejemajo teh zdravil.

- Da.
- Ne.

12. Razvrstite navedene skupine zdravil glede na to, kako po vaših izkušnjah povečujejo tveganje za padec (1 = največje tveganje, 4 = najmanjše tveganje):

- diuretiki,
- antihipertenzivi,
- antidepresivi,
- hipnotiki,
- drugo: _____.

13. Razvrstite dejavnike, ki povečujejo tveganje za padec, glede na izkušnje s padci na vašem oddelku (1 = dejavnik, ki največkrat pogojuje padec, 7 = dejavnik, ki najmanjkrat pogojuje padec):

- starost pacienta,
- osnovna bolezen pacienta,
- uporaba gibalnih pripomočkov,
- zdravljenje pacienta z večjim številom medikamentozne terapije,
- pacientova slabovidnost,
- neprimerno prilagojen prostor za svobodno gibanje pacienta,
- drugo: _____.

14 Število padcev pacientov v bolnišničnem okolju je pomemben kazalnik ustreznosti preventivnih ukrepov in kakovostnega dela negovalnega tima na posameznem oddelku.

- Da.
- Ne.

15 Na našem oddelku so ukrepi za preprečevanje padcev pacientov natančno določeni in standardizirani.

- Da.
- Ne.

16 Standardizirani ukrepi za preprečevanje padcev pacientov obsegajo:

- obrazce,
- sheme,
- navodila,

- standarde,
- drugo: _____.

17 Razvrstite navedene ukrepe za preprečevanje padcev v bolnišničnem okolju po pogostosti uporabe na vašem oddelku (1 = najbolj pogost ukrep, 6 = najmanj pogost ukrep):

- lestvice in obrazci, ki omogočajo izračun stopnje tveganja za padeč,
- fizična varovala in pripomočki, ki lahko preprečijo padeč,
- ustrezno prilagojeni bolnišnični prostori (široki hodniki, nederseča tla, držala na stenah,
ustrezna osvetlitev),
- zagotavljanje zadostnega števila članov negovalnega tima, ki omogoča stalni nadzor in
oskrbo pacienta,
- kontinuirano izobraževanje in usposabljanje članov negovalnega tima ter razvoj njihovih kompetenc,
- drugo: _____.

18 Razvrstite navedena fizična varovala, ki lahko preprečijo padeč, po pogostosti uporabe na vašem oddelku (1 = najbolj pogosto varovalo, 6 = najmanj pogosto varovalo):

- nederseča obutev,
- zaščitne ograjice na posteljah,
- ograje oziroma držala na hodnikih in v sanitarnih prostorih,
- klicna naprava ob pacientovi postelji,
- varnostni pripomoček za imobilizacijo pacienta (fiksacija s pasovi – Segufix),
- drugo: _____.

19 Kako ocenjujete uspešnost preventivnih ukrepov na vašem oddelku?

- So nezadostni in neučinkoviti.
- Lahko bi bili boljši in bolj učinkoviti.
- So zadostni in učinkoviti.
- Drugo: _____.

20 Organizacija dela na oddelku mi dopušča, da natančno in dosledno izvajam vse preventivne ukrepe, ki lahko preprečijo padec pacienta.

Da.

Ne.

21 Če bi imel/a na delovnem mestu manj zadolžitev, bi lahko preventivne ukrepe izvajala bolj kvalitetno.

Da.

Ne.

22 Mislim, da si za oceno tveganja za padec na našem oddelku vzamemo dovolj časa.

Da.

Ne.

23 Ob hospitalizaciji pacienta na našem oddelku vedno izpolnimo lestvice, ki omogočajo izračun tveganja za padec pri posameznem pacientu.

Da.

Ne.

24 Na našem oddelku za oceno tveganja za padec pacienta uporabljamo:

Morsejino lestvico,

Stratify,

Harrogate,

RAFS II,

FRASE,

AHRFRI,

ne uporabljamo nobene lestvice ali sheme,

drugo: _____.

25 Izbrano lestvico ustrezno spreminjamo glede na stanje pacienta:

vsak dan,

vsak drugi dan,

enkrat tedensko,

redkeje.

26 Na podlagi izkušenj s padci pacientov zaposleni na oddelku razvijamo nove in izboljšujemo obstoječe preventivne ukrepe.

- sploh se ne strinjam,
- se ne strinjam,
- niti se ne strinjam, niti se strinjam,
- se strinjam,
- popolnoma se strinjam.

27 Na delovnem mestu imamo organizirana izobraževanja o problematiki padcev v bolnišničnem okolju in o njihovem preprečevanju.

- sploh se ne strinjam,
- se ne strinjam,
- niti se ne strinjam, niti se strinjam,
- se strinjam,
- popolnoma se strinjam.

28 Izobraževanja poleg teoretičnih predavanj obsegajo tudi praktično usposabljanje v obliki različnih delavnic.

- sploh se ne strinjam,
- se ne strinjam,
- niti se ne strinjam, niti se strinjam,
- se strinjam,
- popolnoma se strinjam.

29 Tovrstna izobraževanja so zanimiva in kvalitetna:

- sploh se ne strinjam,
- se ne strinjam,
- niti se ne strinjam, niti se strinjam,
- se strinjam,
- popolnoma se strinjam.

30 V zadnjih treh letih sem se izobraževanja udeležil/a:

- dvakrat na leto ali pogosteje,
- enkrat letno,

- vsaki dve leti,
- redkeje,
- drugo: _____.

31 Menim, da je izobraževanj:

- premalo,
- dovolj,
- preveč.

32 Zadnjega izobraževanja sem se udeležil/a:

- pred manj kot šestimi meseci,
- v zadnjem letu dni,
- pred več kot enim letom,
- se ga še nisem udeležil/a.

33 Označite trditve, s katerimi se strinjate.

- Na izobraževanjih ne pridobim novih znanj, zato se mi zdijo nepotrebna.
- Izobraževanja pomenijo nadgradnjo mojega znanja in kompetenc.
- Izobraževanja pomembno vplivajo na moje delo.
- Na izobraževanjih se naučim konkretnih ukrepov, s katerimi lahko preprečim padece pacienta.
- Zaradi stalnega izobraževanja in usposabljanja imam večjo samozavest in verjamem, da lahko ustrezno poskrbim za varnost pacientov.
- Menim, da zaradi tovrstnih izobraževanj število padcev pacientov na našem oddelku upada.