

Padci – nadzor in dokumentiranje

Marinka Djurič, Andrej Koncilja, Damjana Raztočnik

Uvod

Najpogostejša nezgoda, ki jo bolnik doživi v bolnišnici, je padec. Pasti pomeni zaradi izgube ravnotežja, opore, priti iz pokončnega položaja na tla, zlasti v ležeči položaj. Za padce v našem primeru velja naslednja definicija: padec je nezgoda, ko bolnik nenadoma, ne po svoji volji, pade iz višjega položaja na nižjega. Pade lahko iz stoječega, sedečega ali ležečega položaja, lahko zdrsne s stola, lahko pade skupaj z osebjem, ali pa bolniku osebje pri padcu pomaga (kontroliran spust na tla, kadar ga spremljevalec ne more zadržati), lahko pa je bolnik najden na tleh in ne vemo, kaj se je zgodilo. Pri tem se lahko poškoduje ali pa posledic ne čuti. Padec bolniku povzroči fizične in psihične težave, bolnišnici pa poveča stroške. Fizične posledice so poškodbe bolnika in inventarja. Psihične posledice se kažejo predvsem v strahu pred ponovnim padcem. Običajno se bolnik boji novega padca in je zato pri opravljanju življenjskih in terapevtskih aktivnosti bolj previden. To dostikrat pomeni nesodelovanje s fizioterapevtom ali z medicinsko sestro, ki tako težje opravljata svoje delo. Stroškovne posledice so: podaljšano zdravljenje zaradi poškodb, rehabilitacija po poškodbah ali morebiten sprejem v domsko varstvo. Bolnik pa trpi zaradi slabše kakovosti življenja po padcu s poškodbo. Število padcev bolnikov glede na število oskrbnih dni je tudi pomemben kazalnik kakovosti dela bolnišnice. Vse bolnišnice naj bi zbirale podatke o padcih bolnikov v svoji ustanovi in na podlagi le-teh podatkov sprejele ukrepe za njihovo zmanjšanje. Padce sistematično spremljamo tudi pri nas na Onkološkem inštitutu Ljubljana.

Najpogostejši vzroki padcev pri bolnikih

Večina padcev se zgodi v bolniških sobah, ostali pa najpogosteje v kopalnici, na stranišču in na poti do tja. V drugih prostorih so padci zelo redki. Najpogostejši vzrok padcev je želja bolnikov iti na stranišče ali opraviti potrebo na sobnem stranišču. Vsak zdrav človek se boji bolezni in predvsem odvisnosti od drugih, če ne bo zmožel več

*Marinka Djurič, dipl. m. s., Andrej Koncilja dipl. zn.,
Damjana Raztočnik, dipl. m. s.*

Onkološki inštitut Ljubljana

skrbeti sam zase. Bolnik se pogosto počuti razčlovečenega, če ima nameščeno plenico, ali če potrebo opravlja sredi sobe s sobolniki, zato običajno preceni svoje zmožnosti hoje ali premikanja in želi iti na stranišče. Če se to dogaja ponoči, je verjetnost padca še večja. Bolnik se v novem okolju težko znajde in hitro naleti na kakšno oviro in pade.

Bolniki večinoma padejo po svoji krivdi. Padci zaradi malomarnosti osebja so zelo redki tudi v literaturi. S tem v zvezi je najpogostejši nadzorovan padelec, ko oseba, ki spremlja bolnika, ne more zadržati bolnika stoje. Skupaj se spustita na tla tako, da je kar najmanjša možnost, da se kdo poškoduje. Ko pride še kaka oseba, bolnika poberejo in mu pomagajo do postelje.

Uživanje zdravil, kot so pomirjevala in hipnotiki, antiaritmiki, sredstva za zdravljenje sladkorne bolezni, nenarkotični analgetiki in različna druga zdravila, ki delujejo na centralni živčni sistem, lahko poveča tveganje za padelec in pogostnost padcev pri tej skupini bolnikov. Narkotični analgetiki v nasprotju s splošnim prepričanjem ne vplivajo pomembno na pogostnost padcev.

Na pogostnost padcev vplivata tudi bolezensko stanje in telesna kondicija bolnika. Anemija pomembno zviša nevarnost padca. Na to vplivajo tudi: oslabelost zaradi bolezni, visoka telesna temperatura, duševna obolenja, demenca, nevrološke motnje, psihoorganske spremembe itd. Onkološki bolniki z bolezenskim procesom na možganih so v večji nevarnosti, da padejo. Pri bolnikih z rakom ali pri bolnikih s kostnimi metastazami pa je večja možnost poškodb. Bolniki, ki padejo, se večinoma težje gibajo. Viri navajajo, da jih veliko doma uporablja pripomočke za hojo – bergle in hodulje. V bolnišnico svoje pripomočke velikokrat pozabijo prinesiti, zgodi se, da jih v bolnišnici ni na voljo dovolj, da bolniki zanje ne zaprosijo ali da osebje ne ugotovi, da jih potrebujejo. Pri načrtovanih sprejemih v bolnišnico je koristno bolnike opozoriti, naj te pripomočke prinesejo s seboj. Ta zahteva je vključena v pisna navodila bolniku pred sprejemom.

Padci, ki jih je povzročila neustrezna, pokvarjena ali malomarno vzdrževana oprema, so redki. Mokra tla zaradi pomivanja so v večini bolnišnic jasno označena. Več nesreč se zgodi v kopalnicah, ki jih uporablja veliko ljudi. Brisanja tal za vsakim uporabnikom ni mogoče zagotavljati. Ovire v sobah in neurejena okolica pridejo do izraza ponoči, ko je v sobah tema ali le malo svetlobe. Svetloba moti spanec, predvsem pa manj ogrožene bolnike. Nekatere bolnišnice ne morejo zagotoviti medle svetlobe v bolniških sobah. Bolniki se v temi in novem okolju težje znajdejo, poleg tega je večina pohištva na kolesih in če ni zavrto, se hitro premakne. Ob bolniških posteljah so pogosto infuzijska stojala in različne aparature, ki predstavljajo oviro bolniku.

Neustrezna obutev se pojavlja zelo redko, predvsem obutev z višjo peto. Bolniki vedo, da takšna obutev ni primerna za bolnišnico, sicer jim mora svetovati medicinska sestra ali fizioterapevtka.

Nekateri bolniki so nemirni in niso zmožni upoštevati navodil in opozoril osebja, zato so varovani z zaščitnimi posteljnimi ograjami ali so privezani s pasovi, ki so najpogosteje v uporabi v psihiatričnih ustanovah in na operacijskih mizah. V literaturi ni podatkov o padcih z operacijske mize. Uporaba varnostnih ograj predstavlja veliko tveganje. Velikokrat se zgodi, da bolnik ograjo podre in pade skupaj z njo na tla ali pa pade preko ograje ša z večje višine na tla. Padci preko ograje so vzrok več težjim poškodbam kot padci samo s postelje. Priporoča se uporaba ograj, ki so dolge polovico dolžine postelje. S tem se prepreči plezanje preko nje. Ograja mora biti tako trdno pritrjena, da se ne more odtrgati od postelje.

Spremljanje ogroženosti bolnikov za padec in spremljanje padcev pri hospitaliziranih bolnikih

Ogroženost bolnikov glede nevarnosti padca se lahko ugotavlja po različnih obrazcih. Bolnišnice po svetu uporabljajo različne obrazce, vendar niso zelo zanesljivi. V nekaterih bolnišnicah ogroženost bolnikov za padec ocenjujejo zgolj glede na izkušnje medicinskih sester. V takšnih bolnišnicah bolnikom medicinska sestra prepove samostojno vstajanje in jim pove, da lahko vedno pokličejo na pomoč. Klub temu bolniki tega velikokrat ne upoštevajo, večinoma ne namenoma, zato taki bolniki potrebujejo pogostejši nadzor. Obstajajo tudi naprave, ki zaznavajo prisotnost bolnika na postelji.

Za primerjavo med bolnišnicami in oddelki se računa število padcev na 1000 oskrbnih dni. Običajno se to število giblje med 2,3 in 7. Veliko padcev se konča s poškodbo bolnika. Različni viri navajajo številko okrog 30 %, 4-6 % padcev pa se konča z resno poškodbo. Padec se lahko konča tudi s smrtjo bolnika. Večina literature se nanaša na padce v večjih bolnišnicah s številnimi oddelki.

Padci v psihiatričnih bolnišnicah so obravnavani drugače in niso zajeti v statistike skupaj z ostalimi bolnišnicami. Če je del splošne bolnišnice psihiatrični oddelek, padcev pri njih ne obravnavajo skupaj z ostalimi oddelki. Padci so pogostejši v posebnih ustanovah za rehabilitacijo invalidov in za varstvo starejših oseb.

V običajnih bolnišnicah pade več moških kot žensk. Povprečna starost padlih je višja od povprečne starosti vseh bolnikov. Med bolnišničnimi oddelki prednjači nevrologija

in nevrokirurgija, sledita ortopedija in interna medicina. Če združimo različne kirurške oddelke, njihovi bolniki manj padajo od povprečja. Najmanj padcev se zgodi na otroških in ginekološko-porodniških oddelkih. Obstaja verjetnost, da se padci otrok ne beležijo tako vestno kot padci odraslih bolnikov. V običajnem življenju majhni otroci velikokrat padejo in se ne poškodujejo. Pogosteje padajo bolniki, premeščeni iz druge bolnišnice. Ležalna doba bolnikov, ki padejo (tudi če se ne poškodujejo), je pomembno daljša od povprečja bolnišnice.

Spremljanje padcev na Onkološkem inštitutu Ljubljana

Sistematično spremljanje padcev na Onkološkem inštitutu Ljubljana se je začelo leta 2006. Pred tem se padcev ni spremljalo niti dokumentiralo. Dokumentiralo se je le padce, pri katerih je prišlo do težjih telesnih poškodb bolnika. Zdravnik je poškodbe opisal v popisu bolezni, včasih pa se je nezgodo zabeležilo tudi na temperaturni list. Padci brez poškodb in taki z nepomembnimi poškodbami niso bili nikjer zabeleženi. V tujini padce bolnikov beležijo že okoli 10 let. Od leta 2006 dokumentiramo vsak padelec in pripravimo poročilo o njem. To je obrazec, ki smo ga oblikovali v dejavnosti zdravstvene nege inštituta.

Obrazec vsebuje naslednje podatke: bolnikove osebne podatke, kraj in čas dogodka, vrsto dogodka, kratek opis dogodka, opis z dogodkom povezanih dejavnikov, opis preventivnih ukrepov pred dogodkom, opis ukrepov po dogodku, opombe in podpise priči in za bolnika odgovornih oseb. Za bolnika odgovorni oseb sta sobna medicinska sestra in zdravnik. Priča je lahko zaposlena oseba, sobolnik ali obiskovalec. Medicinska sestra pričo prosi, da v obrazec kratko opiše svoje videnje dogodka in se podpiše. Če odkloni, medicinska sestra zapiše zgolj svoje in bolnikovo videnje dogodka. Večino obrazca izpolni medicinska sestra, ki je odgovorna za padlega bolnika. Ob vsakem padcu je potrebno vedno obvestiti zdravnika, ki bolnika pregleda, oceni njegovo stanje po poškodbi in zapiše predpisane ukrepe zanj. Na obrazec lahko opis dogodka zapiše tudi priča, ki ni zdravstveni delavec. Dogodek se zapiše tudi na terapevtski list. Poročila zaupne narave se ne hrani v bolnikovi dokumentaciji, ampak se ga odda v tajništvo Službe za zdravstveno nego in oskrbo.

Raziskava spremljanja padcev na Onkološkem inštitutu Ljubljana

Na Onkološkem inštitutu Ljubljana smo v drugi polovici leta 2007 izvedli raziskavo, katere namen je bil analizirati padce bolnikov, preučiti vzroke zanje, preveriti sistem prijavljanja in poročila ter predlagati ukrepe za izboljšanje stanja.

Onkološki inštitut Ljubljana je edina specializirana ustanova za zdravljenje onkoloških obolenj v Sloveniji. Število bolniških postelj je okrog 250. Inštitut se deli na tri glavna področja: kirurgijo, radioterapijo in interno medicino. V času raziskave je obstajalo 7 bolnišničnih oddelkov. Raziskavo smo opravili kasneje na podlagi že zbranih poročil o padcih bolnika. Preučevali smo obdobje od 1. oktobra 2006 do 30. septembra 2007. Vir podatkov je standardizirani obrazec Poročilo o padcu ali zdrsu bolnika.

Obrazec ločuje med padci in zdrsi. Ne postavlja pa definicije ne enega in ne drugega, zato smo oboje združili in vse enotno poimenovali kot padce. Mejo med padcem in zdrsem je določal vsak prijavitelj subjektivno. Ne moremo z gotovostjo trditi, da so bili vsi padci prijavljeni. Sistematičnega nadzora nad pisanjem poročil ni bilo. Pri analizi poročil smo upoštevali tiste podatke, ki so bili navedeni, saj vsi obrazci niso bili popolnoma izpolnjeni. Vsi podatki o posameznem padcu izhajajo zgolj iz tega vira. Ničesar nismo preverjali na kakršen koli drug način (intervju, pregled bolnikovega popisa bolezni, ...). Pri raziskavi je bila vseskozi ohranjena popolna tajnost osebnih podatkov bolnikov. Dostop do podatkov nam je odobrilo vodstvo zdravstvene nege. Bolniki, ki so padli dvakrat, so zabeleženi dvakrat.

Rezultati raziskave spremljanja padcev na Onkološkem inštitutu Ljubljana

V opazovanem obdobju je bilo zabeleženih 114 padcev. Padel je samo en ambulantni bolnik in 113 hospitaliziranih. Največ padcev so zabeležili na radioterapevtskem oddelku H2: 38 ali 33 % vseh. Nobenega padca niso zabeležili na intenzivnem oddelku.

Tabela 1: Primerjava števila padcev med oddelki

| Oddelek | C1 | C2 | H1 | H2 | Preoperativni oddelek (POP) | Amb. kem. | Brahi-radio-terapija (BRT) | Ostalo | Skupaj |
|----------------------------|------|-------|-------|-------|-----------------------------|-----------|----------------------------|--------|--------|
| Število padcev | 8 | 31 | 17 | 38 | 17 | 1 | 1 | 1 | 114 |
| Število BOD | 7790 | 11946 | 13385 | 13731 | 12491 | 0 | 2018 | | 64027 |
| Število padcev na 1000 BOD | 1,03 | 2,60 | 1,27 | 2,77 | 1,36 | | 0,50 | | 1,76 |

Oddelek POP zasedajo kirurški bolniki. Oddelke BRT, H2, C2 in polovico C1 zasedajo bolniki, ki se zdravijo z radioterapijo. Oddelku C2 je priključen tudi paliativni oddelek. Oddelek H1 in polovico oddelka C1 pa zasedajo internistični bolniki. Samo na oddelku C1 je poleg običajnega bolnišničnega oddelka organiziran tudi »dnevni hospital«. Bolniki so hospitalizirani le nekaj ur in najkasneje zvečer odidejo.

Tabela 2: Čas padcev

| | Dopoldan | Popoldan | Ponoči | Ni podatka | Skupaj |
|---------|----------|----------|--------|------------|--------|
| Število | 33 | 19 | 59 | 3 | 114 |
| Delež | 28,9% | 16,7% | 51,8% | 2,6% | 100% |

Tabela 3: Število padcev po posameznih lokacijah

| Lokacija padca | Število | Lokacija padca | Število |
|--|---------|-----------------------------------|---------|
| s postelje | 46 | v kopalnici | 8 |
| z vozička za prevoz bolnikov | 0 | zaradi terapevtske opreme | 2 |
| na stranišču ali na sobnem stranišču | 27 | med opravljanjem zdrav. nege, | 0 |
| na stopnišču | 1 | fizioter. ali zdravniškim posegom | |
| bolnik toži o padcu, pri katerem ni bil nihče navzoč | 6 | drugo | 16 |
| | | bolnik najden na tleh | 56 |

Vsota vseh lokacij (106) ni enaka številu vseh padcev (114), ker so nekatera poročila (8) pomanjkljivo izpolnjena. Pod točko »drugo« so padci na hodniku ali zunaj pred stavbo ali ni podatka zakaj je bilo to označeno. Pod točko »bolnik najden na tleh« spadajo vse lokacije. Osebe so poklicali, medtem ko je padli ležal na tleh.

Tabela 4: Stanje bolnika pred dogodkom

| Stanje | Število | Stanje | Število |
|--------------|---------|----------------------------------|---------|
| zavesten | 95 | bolezenski proces | 19 |
| nezavesten | 0 | pod vplivom zdravil ali alkohola | 8 |
| orientiran | 66 | pokreten | 40 |
| neorientiran | 9 | delno pokreten, nepokreten | 55 |
| nemiren | 16 | uporablja pripomočke za gibanje | 20 |
| agresiven | 2 | drugo | 7 |

Veliko obrazcev ni bilo natančno izpolnjenih, zato so precejšnja odstopanja. Za 19 bolnikov ni podatka o zavesti in pokretnosti. Pri nekaterih točkah gre za subjektivno oceno prijavitelja. Opisano stanje ni dokazano. Zdravstveno osebe je stanje ocenilo na podlagi izkušenj in ga povežalo z nekaterimi dejstvi.

Tabela 5: Dejavniki okolja, ki so verjetno vplivali na padec.

| Dejavnik | Število | Dejavnik | Število |
|-------------------------|---------|-----------------------|---------|
| zdrsna tla | 6 | na poti je bila ovira | 4 |
| neustrezna razsvetljava | 3 | napake na opremi | 8 |
| neurejena okolica | 1 | drugo | 5 |
| neustrezna obutev | 9 | | |

Dejavnike okolja je ocenil prijavitelj. Pod točko drugo spadajo dejstva (4), ki bi jih prijavitelj moral zapisati v druge rubrike, vendar jih je tukaj. Pri enem bolniku je prišlo do aplikacije odvajala prepozno popoldan.

Tabela 6: Preventivni ukrepi, izvedeni pred dogodkom

| Izvedeni ukrepi | Število |
|---|---------|
| predhodno ugotovljena ogroženost bolnika | 35 |
| bolniška postelja (voziček) je bila zavrta | 54 |
| bolnik je bil varovan z zaščitno posteljno ograjo | 26 |
| bolnik je bil pod neprestanim nadzorom / pri transportu je imel spremstvo | 18 |
| bolnik je bil varovan s pasovi | 0 |
| klicna naprava je bila v bolnikovem dosegu | 71 |
| bolnik je bil poučen, da ne sme vstajati in hoditi samostojno | 56 |
| drugo | 8 |

Na vseh poročilih to poglavje ni bilo izpolnjeno. Pod točko drugo spadajo bolniki, ki niso bili ogroženi in zanje niso bili izvedeni nobeni preventivni ukrepi.

Tabela 7: Posledice padca

| | DA | NE |
|--|-----|----|
| Ali je bil o dogodku obveščen zdravnik? | 113 | 1 |
| Ali je bil dogodek dokumentiran na terapevtski list? | 109 | 5 |
| Ali so bile prisotne vidne posledične poškodbe? | 45 | 69 |
| Ali bolnik toži o nevidnih simptomih? (bolečina, slabost, ...) | 28 | 86 |
| Ali je bila bolniku nudena prva pomoč? | 24 | 90 |

Zdravnik v enem primeru ni bil takoj obveščen na izrecno željo bolnika, ki ni navajal nobenih poškodb. Obveščen je bil na prvi naslednji viziti. Prva pomoč ni nikoli bila oživljanje. Največkrat je šlo za oskrbo krvaveče rane in hladne obkladke na mesto udarca.

Tabela 8: Število vidnih poškodb in nevidnih simptomov

| Poškodba | Število | Simptom | Število |
|---------------------------|---------|---------------------------|---------|
| podplutba | 16 | bolečina | 19 |
| odrgnina | 13 | vrtočlavičica | 5 |
| razpočna rana | 5 | slabost | 1 |
| krvavitev iz nosu | 2 | bolečina in vrtočlavičica | 1 |
| podplutba in odrgnina | 5 | mravljinčasta roka | 1 |
| odrgnine in razpočna rana | 1 | neznano | 1 |
| neznano | 3 | | |
| skupaj | 45 | skupaj | 28 |

Bolniki imajo lahko istočasno vidne in skrite poškodbe. Pri vseh poškodbah je bolnika pregledal sobni ali dežurni zdravnik. Na Onkološkem inštitutu Ljubljana so oskrbeli 40 poškodb, pet so jih poslali na pregled k travmatologu v Univerzitetni klinični center Ljubljana. V proučevanem času na Onkološkem inštitutu Ljubljana ni bilo mogoče opravljati radioloških preiskav popoldan, ponoči, ob sobotah in nedeljah. Teh pet bolnikov lahko opredelimo kot resno poškodovane. Nobena od teh poškodb ni ogrožala življenja bolnika. Šlo je za šivanja in CT preiskave zaradi nekajsekundne nezavesti v enem primeru, ali pa zaradi udarca v glavo. Padcev s poškodbo je bilo 39,4 odstotka. Padcev z resno poškodbo je bilo 4,4 odstotka.

Tabela 9: Primerjava števila padcev z nekaterimi drugimi bolnišnicami

| Bolnišnica | Leto | Št. padcev /1000 BOD |
|---|------|----------------------|
| Onkološki inštitut Ljubljana | 2007 | 1,76 |
| Splošna bolnišnica Jesenice* | 2006 | 0,9 |
| Caulfield General Medical Centre, Melbourne, Avstralija | 2003 | 10,1 |
| Barnes – Jewish Hospital St. Louis, Missouri, ZDA | 2002 | 3,29 |
| Stadtspital Waid, Zürich, Švica | 2003 | 8,9 |
| Fliman Rehabilitation Geriatric Hospital, Haifa, Izrael | 2003 | 1,33 |
| Tama - Nagayama Hospital Tama - City Tokyo, Japonska | 2004 | 1,3 |

*V bolnišnici Jesenice so šteli samo padce s postelje.

Bolnišnice so izbrane povsem naključno iz literature. Vse med seboj niso primerljive. Dve bolnišnici sta specialni – onkološka in bolnišnica za rehabilitacijo, ostale so splošne in imajo vse osnovne oddelke.

Razprava

Število padcev na Onkološkem inštitutu Ljubljana je nizko. 1,76 padca na 1000 bolnišničnih oskrbnih dni je eno od nižjih števil glede na dostopno literaturo o tej temi. Na intenzivnem oddelku padca ni bilo, na oddelku za brahiradioterapijo so

zabeležili samo enega. Intenzivni oddelek je bil majhen, osebje pa je bilo ves čas prisotno v bolniških sobah.

Na oddelku za brahiradioterapijo bolnike pred sprejemom razvrstijo na podlagi smernic zdravljenja glede njihove primernosti za zdravljenje. Težko pokretni, dementni, stari, bolniki z veliko spremljajočimi boleznimi in duševni bolniki za tak način zdravljenja niso primerni. Manjše stopnje padcev sta zabeležila tudi internistični in kirurški oddelek. Za agresivno zdravljenje s sistemsko terapijo ali z operacijo so primerni bolniki v dobri splošni kondiciji. Zdravniki pred sprejemom pregledajo bolnike in presodijo o njihovi primernosti za zdravljenje. Najvišji stopnji padcev sta na dveh radioterapevtskih oddelkih. Oddelka imata veliko bolnikov v slabi splošni kondiciji, tudi umirajočih. V primerjavi z bolnišnico Jesenice na Onkološkem inštitutu Ljubljana beležimo manj padcev (0,72 na 1000 BOD s postelje). V letu 2004 so jih na Jesenicah zabeležili 1,75, v letu 2005 1,81, v letu 2006 pa 0.90 na 1000 BOD. Tega leta so začeli izvajati sistematične ukrepe za preprečevanje in zamenjali so metodologijo štetja padcev. V viru vseskozi navajajo zgolj padce s postelje in ločujejo med padci in zdrsi. Zanimivi bi bili združeni podatki.

Čas padcev se ujema z ugotovitvami v literaturi. Največ se jih zgodi ponoči, najmanj pa popoldan. Manjše število popoldan je verjetno zaradi prisotnosti obiskovalcev v bolniških sobah. Bolnikov nismo intervjuvali, zakaj so vstajali iz postelje in padli. Verjetno je bila pri veliko padcih vzrok želja iti na stranišče. Te domneve žal ni mogoče dokazati, je pa zelo verjetna. Takoj na drugem mestu po pogostnosti so padci s sobnega stranišča in stranišča. Bolnišnica Jesenice je umaknila sobna stranišča iz uporabe, ker to poveča nevarnost padcev. O rezultatih ni poročil.

Naše poročilo je v tem delu pomanjkljivo sestavljeno, tako da ni mogoče razbrati, ali se je padelec zgodil na sobnem stranišču ali na stranišču. Poročilo bi bilo dobro popraviti tako, da bi se ta podatek lahko jasno ugotovil. Samostojno odvajanje je ena od najosnovnejših človekovih potreb. Kdor le more, si želi odvajati samostojno. Pri tem obstaja dostikrat velika nevarnost padca, še posebno, če bolnik precenjuje svoje moči. Odstranitev sobnih stranišč pomeni odvzeti možnost samostojnega odvajanja precejšnjemu številu bolnikov. Odvajanje blata v plenico izredno znižuje samopodobo bolnika. Druga posledica pa je lahko izguba bolnikove volje do samooskrbe. Bolnik se lahko prepusti osebju v negovanje in obleži v postelji. Takega bolnika je težko odpustiti domov, kjer naj bi aktivnosti zopet opravljal sam. Postavlja se nam dilema: nekaj več padcev ali »proizvajanje nepokretnih« in stres pri bolnikih, ki so neprostovoljno v plenica. Enostavnega odgovora na to ni. V tej smeri so potrebne nadaljnje raziskave.

Razveseljivo je dejstvo, da nihče od bolnikov ni padel zaradi malomarnosti osebja pri prevozu ali pri izvajanju terapevtskih in negovalnih posegov. Več je padcev zaradi napak na opremi in ostalih ovirah, ki jih je povzročilo osebje. Posteljne ograjice se slabo pritrjujejo na posteljo in so velikokrat uničene. Najboljša možnost so že vgrajene ograjice na posteljo, ki se uporabljajo na novejših posteljah. Z uporabo novih postelj se bo skoraj povsod ta nevarnost zmanjšala. Čistilke redno označujejo mokre površine z opozorilno tablo. Zdrсна tla nastanejo v kopalnici, ki jo uporablja veliko ljudi. Nove stavbe imajo več kopalnic, kar bo verjetno zmanjšalo možnost padca.

Ovire na poti so obposteljne mizice, infuzijska stojala, nočne omarice, kolesa postelj obrnjena navzven, itd. Priporočljivo je vse pripomočke takoj po uporabi odpeljati iz sobe oziroma iz neposredne bolnikove okolice. Na večini oddelkov je ponoči v bolniških sobah tema, na hodnikih pa zgolj minimalna svetloba ali tema. Bolniki želijo temo, da lahko mirno spijo. Mnogi želijo imeti odprta vrata, zato jih moti tudi razsvetljen hodnik. O tem, kje se nahaja stikalo za nočno lučko, bolniki niso sistematično poučeni. Poučeni so o uporabi klicne naprave. Ker veliko bolnikov klicne naprave ne uporabi, je vprašanje, koliko bi jim nočna lučka pomagala, oziroma, ali bi jo prižgali. Razsvetljena luč v sobi ni dobra rešitev, saj dokazano slabo vpliva na spanje. Boljša rešitev je šibka razsvetljava hodnika in priprta vrata v bolniške sobe.

Na Onkološkem inštitutu Ljubljana sistematično ne ocenjujemo nevarnosti padca pri vsakem bolniku. Medicinska sestra ob sprejemu na podlagi negovalne anamneze in izkušenj oceni stanje in načrtuje ukrepe (posteljna ograjica, sobno stranišče, prepoved samostojnega vstajanja). Bolnika o ukrepih tudi pouči. Med hospitalizacijo medicinske sestre spremljajo stanje bolnika in si poročajo med izmenami. Ukrepe se sproti prilagaja bolnikovemu stanju. Število padcev ni veliko, vendar se zagotovo lahko število še zniža. V literaturi ni zaznati nobene ocenjevalne lestvice z veliko zanesljivostjo. Nekatere bolnišnice so izvajale sistematično preprečevanje padcev. Ponekod so bili rezultati dobri, drugje niso zabeležili sprememb. Na Onkološkem inštitutu Ljubljana bo potrebna strokovna razprava o tej temi. Potrebno bi bilo določiti metodo ocenjevanja nevarnosti in določiti ukrepe za posamezne stopnje ogroženosti.

Zanesljivost pisanja poročil lahko zgolj ocenjujemo, s tem so se ukvarjali tudi tuji avtorji. Naši podatki se dobro ujemajo z ugotovitvami tujih študij. Sklepamo lahko, da so se pisala enako vestno kot v literaturi. Verjetno je, da je bila večina padcev s poškodbo bolnika popisana. Za tak padec ve več oseb, tudi svojci, in medicinske sestre tak dogodek zanesljivo vestneje popišejo. Bolj vprašljivi so padci, pri katerih ni prišlo do poškodbe, niti ni bilo potrebno bolniku pomagati vstati. Načrtne kontrole vestnosti pisanja tega poročila ni. Prijava padca za prijavitelja nima nobenih posledic.

Kaznovani niso ne posamezniki, niti skupine – oddelek. Številna poročila so bila pomanjkljivo izpolnjena. Potrebno bo preveriti jasnost in razumljivost obrazca in črtati nepotrebne reči.

40 % vseh padcev se je končalo s poškodbo, 4 % vseh padlih se je resneje poškodovalo. Tudi v literaturi so objavljeni podobni podatki. Več virov navaja življenjsko nevarne poškodbe, kot so možganske poškodbe, zlomi stegenice, medenice, idr. Pri nas k sreči ni bil nihče hudo poškodovan. Posteljne ograjice nekateri označujejo kot vzrok težkih poškodb, ki se zgodijo kadar bolnik spleza preko ograjice. Zabeležili smo 26 takih padcev (23 % vseh), 13 bolnikov se je poškodovalo, 13 ne. Enega so napotili na urgenco Kliničnega centra na šivanje. Zaznati je nekoliko višji delež poškodb pri padcih preko ograjice.

Predlogi za izboljšanje

- Obrazci niso bili popolno izpolnjeni. Potrebno jih je izboljšati in poenostaviti.
- Uvesti sistematično ocenjevanje padcev ob sprejemu.
- Uvedba trdno pritrdjenih posteljnih ograjic. Bolnik nikakor ne sme pasti skupaj z ograjo. Poostren nadzor nad bolniki, varovanimi z ograjico.
- Spodbujanje bolnikov, da prinesejo s seboj svoje pripomočke za hojo in jih uporabljajo.
- Svetovanje bolnikom o pravilni obutvi za hojo v bolnišnici.
- Poenostaviti prižiganje nočne lučke bolnikom in omogočiti vsem bolnikom delujočo klicno napravo.
- Starejše in obnemogle bolnike je potrebno večkrat seznaniti z možnostjo pomoči pri odvajanju in s tem, da je osebje vedno na voljo za pomoč.
- Čistilno osebje naj vedno zavaruje svoje delovišče z opozorilnimi tablami. Pogostejši nadzor v straniščih in kopalnicah (suha tla) bi bil koristen.
- Beleženje padcev naj se ne sprevrže v tekmovanje med oddelki. To poveča nevarnost prikrivanja podatkov.

Zaključek

Padci na Onkološkem inštitutu Ljubljana kljub odsotnosti preventivnih programov niso prepogosti. Ker je potrebno stanje še izboljšati, bi se bilo treba pogovoriti o tem. Prijava in zbiranje podatkov o padcih mora potekati še naprej. Le tako se lahko ugotovijo kritične točke in pripravijo ukrepi. Največjo nevarnost predstavlja

bolnikova želja skrbeti sam zase pri odvajanju. Osebjem mora biti s tem seznanjeno, znati mora teke bolnike prepoznati in mora biti nanje posebej pozorno.

Literatura in viri

- Aizen E., Shugaev I., Lenger R. Risk factors and characteristics of falls during inpatient rehabilitation of elderly patients. *Archives of gerontology and geriatrics* 2007; 44: 1-12.
- Dharmarajan T. S., Avula S., Norkus EP. Anemia increases risk for falls in hospitalized older adults: An evaluation of falls in 362 hospitalized, ambulatory, long term care, and community patients. *J Am Med Dir Assoc* 2007; 8: E.9-E.15.
- Fonda D., Cook J., Sandler V., Bailey M. Sustained reduction in serious fall-related injuries in older people in hospital. *MJA* 2006; 184: 379-382.
- Freis C., Williams P., Narayanan S., Gariballa S. E. Iatrogenic causes of falls in hospitalized elderly patients: a case control study. *Postgrad Med J* 2002; 78: 487-489.
- Hitcho E. B., Krauss M. J., Birge S., Claiborne Dunagan W., Fischer I., Johnson S., Nast PA, Costantinou E., Fraser V. J. Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting. *J Gen Intern Med* 2004; 19: 732-739.
- Krauss M. J., Evanoff B., Hitcho E., Ngugi K. E., Claiborne Dunagan W., Fischer I., Birge S., Johnson S., Costantinou E., Fraser V. J. A case control study of patient, medication, and care-related risk factors for inpatient falls. *J Gen Intern Med* 2005; 20: 116-122.
- Longo R., Hewett J. E., Ge B., Schubert S. The long road to patient safety. A status report on patient safety systems. *JAMA* 2005; 294: 2858-2865.
- Marinšek N., Kramar Z., Ažman R. Kazalnik kakovosti – padci bolnikov iz postelje za obdobje 2004 – 2006. Interni dokument Splošne bolnišnice Jesenice.
- Nakai A., Akeda M., Kawabata I. Incidence and risk factors for inpatient falls in an academic acute-care hospital. *J Nippon Med Sch* 2006; 73: 265-270.
- Schwendimann R., Bühler H., De Geest S., Milisen K. Falls and consequent injuries in hospitalized patients: effects of an interdisciplinary falls prevention program. *BMC Health Service Research* 2006; 6:69.
- Schwendimann R, De Geest, Milisen K. Evaluation of the morse fall scale in hospitalised patients. *Age Ageing* 2006; 35: 311-313.
- Walker P. C., Alrawi A., Mitchell J. F., Regal R. E., Khanderia U. Medication use as risk factor for falls among hospitalized elderly patients. *AM J Health-Syst Pharm* 2005; 62: 2495-2499