

Univerzita Karlova v Praze
Lékařská fakulta v Hradci Králové

Pády pacientů z pohledu sestry

Bakalářská práce

Dita Pátková

Vedoucí práce: Mudr. Bohumil Skála Ph.D
Mgr. Ivana Vašátková

Hradec Králové 2006

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím citované odborné literatury.

V Pardubicích 28.4.2006

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé práce paní Mgr. Ivaně Vašátkové a MUDr. Bohumilu Skálovi, Ph.D za odborné vedení. Dále děkuji své rodině za jejich pomoc, podporu a trpělivost po celou dobu mého studia.

Obsah

1.	Úvod	5
1.1.	Cíle práce	5
2.	Teoretická část	6
2.1.	Příčiny pádů	6
2.2.	Rizikové faktory	8
2.2.1.	Samostatnost a závislost	8
2.2.2.	Posouzení rizika pádu	9
2.2.3.	Vyšetření pacienta s anamnézou častých pádů	11
2.3.	Základní dokumentace při pádu pacienta	15
2.4.	Ošetření pacienta po pádu	17
2.5.	Důsledky pádu	18
2.6.	Prevence	19
2.6.1.	10 rad jak neupadnout	20
2.6.2.	Fyzické omezení pacienta	20
2.7.	Pády jako indikátor kvality péče	23
2.7.1.	Definice kvality	23
2.7.2.	Kvalita ošetrovatelské péče	24
2.7.2.1.	Indikátory kvality	25
2.7.3.	Systémy řízení a zajišťování kvality	26
2.7.4.	Sdružení fakultních nemocnic	27
2.8.	Shrnutí	29
3.	Empirická část	30
3.1.	Cíl výzkumu	30
3.2.	Metodika výzkumu	30
3.3.	Zkoumaná skupina sester	30
3.4.	Výsledky a jejich zhodnocení	32
3.5.	Závěr výzkumu	41
4.	Seznam použité literatury	43
5.	Přílohy	45

1. Úvod

V současné době se v České republice stále více rozvíjí ošetrovatelství jako vědní obor i praktická disciplína, v jejímž centru se nachází nemocný či nemocí ohrožený člověk. Veškerý zdravotnický personál se snaží, aby naše péče byla účinná, efektivní a v souladu s moderním pojetím ošetrovatelství. Za tímto účelem se zlepšuje ošetrovatelská dokumentace, ošetrovatelské standardy a kvalita ošetrovatelské péče.

Některé nemocnice se snaží o splnění akreditačních kritérií.

Populace v České republice stárne a do popředí se dostávají problémy seniorů a následné péče. Zdá se však, že ne vždy známe všechny jejich potřeby a problémy, protože jim je často nedovolí signalizovat jejich zdravotní stav. Otázkou mnohdy zůstává, jaké mají životní zvyky a návyky a potřebnou míru pomoci.

Chceme-li našim seniorům účinně pomoci, musíme se snažit chápat jejich potřeby. Někdy nám v tom mohou významně pomoci jejich nejbližší. V nemocnicích se snažíme vytvořit po ně ty nejlepší podmínky, poskytnout jim kvalitní ošetrovatelskou péči bez zranění, které by jim zkomplikovalo další život.

Toto téma jsem si vybrala proto, že pracuji na geriatrickém oddělení jako všeobecná sestra a problematika pádů pacientů je mi blízká.

1.1. Cíle práce

Cíle teoretické části:

Definovat příčiny a rizikové faktory pádů pacientů, jejich důsledky a prevenci. Zaměřit se na specifická vyšetření pacientů s anamnézou pádu. Připomenout problematiku omezení pacienta. Upozornit na souvislost s kvalitou péče.

Cíle empirické části:

Popsat a analyzovat současný stav sledování pádů na různých oddělení Krajské nemocnice Pardubice. Zhodnotit vědomí sester v souvislosti pádů a kvality péče a zhodnotit rizikové faktory.

2. Teoretická část

Pád je definován jako změna polohy, která končí kontaktem těla se zemí a může být doprovázen poruchou vědomí a poraněním.

(Topinková, 2005)

Pády starých lidí jsou častým a závažným problémem. Asi 25-35% lidí starších 65 let utrpí pád v průběhu jednoho roku. Jejich výskyt narůstá s věkem, zhoršováním soběstačnosti a polymorbiditou. Asi u třetiny nemocných se jedná o pády opakované. Pády jsou hlavní příčinou úrazů ve vyšším věku (50 – 70%).

Starším pacientům s anamnézou pádu je třeba věnovat zvýšenou pozornost a cíleným vyšetřením a intervencí omezit riziko dalších příhod a komplikací.

(Jiráček, Kalvach, Zadák, 2005)

2.1. Příčiny pádů

Ve vzniku pádů se uplatňují jak zevní, tak vnitřní příčiny. Pády z čistě vnitřní příčiny (bez působení zevních faktorů) jsou vzácné. Udržení stability a chůze vyžadují neporušenou funkci smyslů, vestibulárního aparátu, centrálního i periferního nervového systému i výkonu motorických funkcí. Pády ve stáří mají souvislost s fyziologickými změnami orgánů v důsledku stárnutí.

Mechanické pády – vznikají nejčastěji při uklouznutí či zakopnutí o překážku. Je to asi 25% všech pádů. Bylo určeno několik nejrizikovějších oblastí, které přispívají k pádu. Patří sem povrch podlahy, osvětlení, schody, koupelna, postel, poličky a židle. Významně lze snížit výskyt těchto pádů dokonalým zhodnocením situace a vhodnými opatřeními. Náchylnost k těmto pádům zvyšují i některé fyziologické změny ve stáří. Především ty, které zpomalují a omezují schopnost vyrovnávat dostatečně rovnováhu, například při zakopnutí.

Symptomatické pády – z vnitřních příčin jsou příznakem či projevem celkového onemocnění, po kterém je nutné vždy pátrat. U starých lidí je to často kombinace několika chorob. Patří sem nejčastěji:

- cévní onemocnění mozku (mozkové příhody, parkinsonský syndrom)
- kardiovaskulární onemocnění a poruchy perfúze (ortostatická hypotenze, arytmie, synkopa)
- onemocnění pohybového aparátu (osteoporóza, osteoartróza, revmatická artritida)
- neurologická onemocnění (neuropatie, epilepsie, Parkinsonova choroba)
- psychiatrická onemocnění (deprese, demence, delirium)
- smyslová onemocnění (poruchy zrakového ústrojí, vestibulárního aparátu)
- metabolická onemocnění (diabetes mellitus, anémie, dehydratace)
- pády způsobené nežádoucím účinkem léků - iatrogenní (neuroleptika, antidepresiva, hypnotika, opiáty, hypotenziva a diuretika)

(Pacovský, 1993)

2.2. Rizikové faktory

- věk nad 65 let
- polymorbidita
- pády v anamnéze
- nesoběstačnost
- poruchy stability a chůze
- 3 D (demence, deprese, delirium)
- užívání léků (psychofarmaka, hypotenziva, diuretika, inzulín aj.)
- užívání lokomočních pomůcek (chodítka, berle, protézy aj.)
- nevhodná obuv
- nevhodné prostředí (špatné osvětlení, kluzká podlaha, cizí objekty v cestě, neznalost terénu, nově rozmístěný nábytek)

Udává se, že nejčastější příčinou pádů pacientů v ústavní péči je vysoké lůžko a nestabilní nábytek.

2.2.1. Samostatnost a závislost

Samostatný je člověk, který nemá podstatné omezení duševních a tělesných funkcí a sám (bez pomoci, bez asistence jiných) zvládá potřebné aktivity denního života v prostředí, v němž žije. Opakem samostatnosti je závislost. Závislost hodnotíme testem ADL.

Závislost má různé stupně:

- lehká závislost – nemocný vyžaduje podporu a motivaci k denním činnostem a kontrolu jejich provádění. Je nutný jen občasný dohled a výpomoc druhé osoby a občasná lékařská a ošetrovatelská péče.
- závislost středního stupně – je potřebný pravidelný dohled a stálá pomoc při provádění některých (ne všech) běžných denních činností. Nemocný potřebuje pomoc při zajištění základních potřeb jinou osobou.

- úplná (těžká) závislost – nemocný vyžaduje stálý dohled a péči jak laickou, tak i odbornou (lékařkou, ošetrovatelskou i sociální). Handicap je tak velký, že jej nelze kompenzovat běžnou pomocí. Všechny základní životní potřeby nebo jejich podstatná část musí být zajišťovány někým jiným. Tito nemocní vyžadují většinou trvalou ústavní péči ve vhodných zařízeních.

Pády jsou nejvíce ohroženi nemocní se závislostí lehkého a středního stupně. Tito pacienti si často nechtějí nebo nemohou přiznat, že pomoc potřebují. (Sestra informuje pacienta o tom, že pokud bude něco potřebovat, má použít signalizaci. Pacient se ale pokusí sám). V opačném případě se může stát, že pacient ví, že pomoc potřebuje, ale nemá ji k dispozici.

2.2.2. Posouzení rizika pádu

Vzhledem k tomu, že pády způsobují mnoho problémů, je posouzení rizika pádu a snaha o důslednou prevenci nezbytností. Je nutné brát v úvahu věk, životní návyky, úroveň vědomostí i chápání a pohyblivost.

Problémem je, proč se známá potenciální rizika stávají u někoho reálnými a u jiného ne. Jsou k tomu jistě potřeba určité individuální předpoklady. Proto je třeba včas identifikovat člověka, u kterého má obecné riziko vysokou reálnost.

Dotaz na výskyt pádu v uplynulém půl roce a orientační vyšetření by měl provést praktický lékař u všech nemocných nad 75 let a u mladších nemocných, kde ví o riziku (porucha pohyblivosti, demence, deprese). Pokud lékař zjistí v anamnéze pád, provádí další vyšetření.

V nemocnici se u pacientů riziko pádu hodnotí při příjmu i během hospitalizace. Některá zařízení například vyžadují, aby pacienti měli formulář posouzení rizik. Ten se po vyplnění vkládá do chorobopisu.

Zjištění rizika pádu pacienta

<u>Rizikový faktor</u>	<u>Kategorie pacienta</u>	<u>Body</u>
Věk	80 a více	1
	70 až 79	2

Duševní stav	vždy orientovaný nebo komatózní	0
	vždy zmatený	2
	opakovaně zmatený	4
Doba hospitalizace	déle než 3 dny	0
	0 až 3 dny	2
Pády za posl. 6 měsíců	žádné	0
	1 až 2	2
	3 a více	5
Vylučování	soběstačný, udrží moč i stolici	0
	má PMK, stomii či obojí	1
	potřebuje pomoc při vyprazdňování	3
	soběstačný a inkontinentní	5
Chůze a rovnováha	velká míra opory	1
	ztráta rovnováhy při stojí i chůzi	1
	naklánění nebo kymácení	1
	při procházení dveřmi se drží nebo mění chůzi	1
	při otáčení je nestabilní	1
	potřebuje pomocné zařízení např. chodítka	1
Léky	Kolik různých léků bere?	
	žádné	0
	1	1
	2 a více	2
	alkohol, anestetika, antihistaminika	
	antihypertenziva, antikonvulziva, PAD	
	benzodiazepiny, projímadla, diuretika	
	narkotika, psychotropika, hypnotika	
Porucha zraku		1
Upoután na židli či křeslo		3
Tlak krve	pokles systolického tlaku mezi polohou v leže a ve stojí o 20 mm Hg nebo více	2

Výsledek 10 a více znamená riziko pádu.

(Kolektiv autorů, 2002)

2.2.3. Vyšetření pacienta s anamnézou častých pádů

1. Anamnéza pádu – ptáme se:

- na okolnosti, za kterých pacient upadl
- v kterou denní či noční dobu upadl
- na místo pádu
- zda pádu předcházely nějaké problémy
- zda došlo k poranění
- a zda požil alkohol

2. Anamnéza nemocného – ptáme se:

- předcházející a současné onemocnění – diabetes mellitus, poruchy srdečního rytmu, infarkt myokardu, aortální stenóza, epilepsie, demence, dlouhodobá imobilizace, parkinsonský syndrom, mozková příhoda, polyneuropatie, oční choroby, onemocnění pohybového aparátu apod.
- současné potíže – závratě, palpitace, parestezie apod.
- rozbor medikace – psychofarmaka, hypotenziva, diuretika

3. Fyzikální vyšetření

- stav sliznic a náplň krčních žil
- srdeční činnost a tepová frekvence,
- ortorstatický test (měření tlaku v sedě a ve stoje)
- orientační neurologické vyšetření
- síla svalů a pohyblivost na dolních končetinách
- citlivost dolních končetin
- psychický stav
- zrak

4. Laboratorní vyšetření

- KO
- biochemické vyšetření

5. Další vyšetření

- EKG
- CT
- EMG, EEG
- Holter
- neurologické vyšetření

6. Další testy

Je nutné zhodnotit soběstačnost při provádění běžných denních činností (koupání, oblékání, kontinence, pohyb po bytě), používání pomůcky (berle, hůl, brýle) a zjistit celkovou fyzickou aktivitu a pohyb mimo domov.

Existuje mnoho testů, které mají ověřit schopnost vstávání a sedání, zaklánění a ohýbání, chůze a otáčení při chůzi, vyšetření rovnováhy.

Nejčastěji jsou používány:

Vyhledávací test mobility

Aktivita

Posazení na židli

Vstávání ze židle

Stoj 30 sekund bez opory

Stoj 15 sekund se zavřenýma očima

Tlak na sternum v klidném stoji

Stoj se záklonem hlavy

Zdvihnutí předmětu ze země

Chůze po rovině 15 metrů

Otočení při chůzi

Provedení

Provede hladce, koordinovaně, bez pomoci rukou

Postavení provede na první pokus v jednom kontinuálním koordinovaném pohybu bez pomoci rukou

Klidný jistý stoj bez ztráty rovnováhy

Klidný jistý stoj bez titubací

Vyrovná přiměřeně vychýlení těžiště bez ztráty rovnováhy

Provede jistě bez ztráty rovnováhy

Provede jistě bez ztráty rovnováhy

Chůze jistá, koordinovaná, přiměřenou rychlostí

Otáčení je jisté, bez zaváhání a přešlapování.

Test ADL – Barthelův test základních všedních činností

<u>Činnost</u>	<u>Provedení činnosti</u>	<u>Body</u>
Najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
Oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
Koupání	samostatně nebo s pomoci	5
	neprovede	0
Osobní hygiena	samostatně nebo s pomoci	5
	neprovede	0
Kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
Kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
Použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	10
	s malou pomoci	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomoci 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0

Vyhodnocení testu:

0 – 40 bodů = vysoce závislý pacient

45 – 60 bodů = závislost středního stupně

65 – 95 bodů = lehká závislost

100 bodů = nezávislý

(Holmerová, 2001)

Test Marie Tinneti

<u>Činnost</u>	<u>Nález</u>	<u>Hodnocení</u>
Vstávání ze židle	kácení se při vstávání vstávání švihem	Slabost dolních kočetin koxartroza
Vykročení	přešlapování	parkinsonský syndrom
Chůze	rovnoměrnost kroků výška kroku 2-5 cm snížená zvýšená délka kroku minimálně délka chodidla rozchod chodidel	Poruchy inervace paréza n. fibularis parkinsonský syndrom zvýšené riziko zakopnutí porucha koordinace kratší krok zvyšuje riziko pádu širší baze naznačuje poruchu mechanizmů rovnováhy
Otáčení	celým trupem najednou netrefí se do středu sedadla	vyšší riziko pádu slabost dolních končetin a zhoršená pohyblivost kloubů

Po komplexním zhodnocení pacienta se zahájí intervence k omezení rizika dalších pádů.
(Holmerová, 2001)

2.3. Základní dokumentace při pádu pacienta

Pokud dojde k pádu či zranění pacienta, musí sestra vždy tuto událost zaznamenat. Je nutné zapsat objektivní posouzení bez vlastních názorů či hodnocení.

(Weber, 2000)

1. Hlášení mimořádné události - tento formulář slouží k zaznamenávání všech mimořádných událostí jako např. selhání zdravotnické techniky v rámci intenzivní péče či resuscitace, komplikace medikace (záměna léčiva vedoucí k poškození pacienta), sebepoškození, popáleniny, ohrožení zaměstnance, ztráta nebo poškození majetku nemocnice či pacienta, pády a zranění pacienta i jeho stížnosti.

Zaznamenává se:

- název či charakter události
- kdy a kde k události došlo
- doba zjištění události
- identifikace osob – postižený, původce, svědek
- popis události – stručně a výstižně
- komu byla událost nahlášena
- podpis svědka (sestry)

2. Do lékařské i ošetrovatelské dokumentace

Zaznamenává se:

- posouzení celkového stavu pacienta
- hematomy, tržné rány, odřenin
- jakékoliv bolesti či deformity končetin, především kyčle, paže, nohy nebo lumbální páteře
- základní životní funkce
- nesrozumitelná řeč, slabost v končetinách, změna mentálního stavu
- jméno informovaného lékaře a ostatních osob, jako jsou členové rodiny a čas oznámení
- pokyny či nařízení lékaře
- jakékoliv poučení pacienta

(Kolektiv autorů, 2002)

Pády jsou běžnou oblastí ošetrovatelské zodpovědnosti. K ublížení na zdraví pacienta při poskytování zdravotní péče může dojít jak zaviněně, tak bez zavinění zdravotnického personálu. Zdravotnické zařízení tedy odpovídá jak za škody způsobené protiprávním postupem, zpravidla nedbalostí zaměstnance, tak i za škody způsobené provozní činností, kdy zdravotnický pracovník postupoval správně.

(Zákon č 65/1965 Sb., Vyhláška MZČR č. 440/2001)

2.4. Ošetření pacienta po pádu

- uložit pacienta ihned po úrazu na lůžko (popř. do stabilizované polohy)
- okamžitě nechat pacienta vyšetřit sloužícím lékařem
- zajistit vyšetření ordinované lékařem
- kontrolovat vitální funkce dle ordinace lékaře a provést jejich záznam do dokumentace
- sledovat celkový zdravotní stav a pozorování zapisovat do sesterské dokumentace
- informovat lékaře o každé změně zdravotního stavu pacienta a provést záznam včetně času
- poučit pacienta o použití signalizace
- snaha zabránit dalším pádům do budoucna
- zdůraznit informaci o mimořádné události střídající sestře

2.5. Důsledky pádu

Pády jsou hlavní příčinou (více než v 50%) všech úrazů ve vyšším věku. Často vedou přímo nebo přidruženými komplikacemi ke smrti. Délka hospitalizace je výrazně prodloužena až na dvojnásobek a téměř polovina nemocných následně potřebuje trvalou ústavní péči. Důležitý je i psychologický dopad, který vede ke strachu z dalšího pádu a pohybu, nežádoucímu omezování fyzické aktivity a zhoršení soběstačnosti a kvality života vůbec.

Nejčastějším a nejzávažnějším, ale i ekonomicky nejnákladnějším úrazem je fraktura horní části stehenní kosti, dále následují zlomeniny dlouhých kostí a žeber. Velmi časté jsou také úrazy hlavy, především tržné rány, komoče, subdurální hematom. Kontuze měkkých tkání bývá často podceňována, bývá však bolestivá a může být hlavní příčinou přechodné ztráty soběstačnosti.

Osaměle žijící osoby jsou často nalézány po pádu ležící delší dobu bez pomoci na zemi. To je ohrožuje dalšími komplikacemi a často vede k hospitalizaci.

Opakované pády patří k nejčastějším příčinám umístění seniora v trvalé ústavní péči.

(Kalvach, Zadák, 2004)

2.6. Prevence

Neexistují spolehlivé způsoby, jak u každého pacienta předejít pádu. Snahou je ovlivnit jak zevní, tak vnitřní faktory (úprava medikace). Existují však obecná opatření, které snižují výskyt pádů a jejich vážných důsledků.

Vhodná intervence závisí na zdravotním stavu a přítomnosti pádů v anamnéze.

U zdravých seniorů bez pádů je snahou udržet nebo zlepšit stoj, chůzi, svalovou sílu, flexibilitu kloubů, udržet pohyblivost, nezávislost a celkově příznivou kondici.

U seniorů, kteří mají v anamnéze pády nebo víme o rizikových faktorech, je snahou zamezit opakování pádů a tím snížit možnost následných komplikací.

(Weber, 2000)

Pokud se při vyhodnocení rizika pádu zjistí, že pacient je pádem ohrožen, je dobré:

- umístit nad postel oznámení „vysoké riziko pádu“
- snížit lůžko, zajistit brzdy lůžka a zvednout postranice
- umístit pacienta blízko sesterny a také toalety
- umístí signalizaci pacientovi na dosah, a vysvětlit jeho funkci
- zajistit vhodnou obuv
- aktivně nabízet dopomoc na WC
- odstranit překážky v okolí
- zajistit vhodné osvětlení v noci
- zajistit polohu nočního stolku a věci na něm tak, by byly v dosahu pacienta

Obuv – pevná, neklouzavá a nezadrhávající se podrážka na nižším podpatku, nechodit v ponožkách a volných pantoflích

Podlahy – protiskluzová úprava volně ložených rohoží a koberců, neklouzavý vosk na podlahách, odstranění různých kabelů a prahů z míst chůze. Drobné věci, vylité a vysypané nečistoty musí být urychleně uklizeny.

Schody – musí být dostatečně osvětleny, vypínače na obou koncích schodiště. Bezpečně ukotvené zábradlí na obou stranách, vrchní a spodní schod označený výraznou barvou. Žádné předměty nepokládat na schody.

Osvětlení – odstranění zdrojů stínů, lehce dosažitelné vypínače, noční světlo v pokojích, na chodbách a v koupelně.

Koupelna – madla a držáky u vany, sprch a WC, protiskluzové rohože ve vaně a sprše, ev. sedátko ve sprše, nástavec na WC. Dveře bez zámků pro možnost rychlého příchodu k pacientovi v případě potřeby

Lůžko – nesmí být ani příliš vysoko, ani nízko, používání vhodných pomůcek a invalidních vozíků, ergonomicky rozmístěné věci na nočním stolku.

2.6.1 10 rad jak neupadnout

1. Pravidelně cvičte, posílíte tak své svaly a zpevníte klouby.
2. Na nebezpečných místech svého bytu (jako je schodiště, koupelna) nechte nainstalovat záchytná madla.
3. Nenechávejte v místech, kde chodíte, na zemi ležet žádné věci (boty, krabice, kabely)
4. Mějte dostatečně osvětlená místa, kudy chodíte.
5. V koupelně mějte neklouzavé podložky, a to jak ve vaně, tak vedle ní. Nechte nainstalovat záchytná madla.
6. Svůj byt vybavte neklouzavými koberci. Volné okraje připevněte k podlaze nebo pod nábytek.
7. Z postele vstávejte opatrně. Nejdřív chvíli posed'te a až poté se pokuste vstát.
8. Nenoste oblečení, které se Vám při chůzi plete.
9. Nenoste boty s klouzavou podrážkou, pozor na pantofle.
10. Spěchejte pomalu. Raději přijďte o několik minut později, než abyste riskovali poranění.

2.6.2. Fyzické omezení pacienta

Omezovací prostředky jsou ochranná opatření, která se používají za účelem omezení aktivity nemocného nebo pohybu určité části jeho těla.

(Kozierová, 2004)

Omezovací prostředky jsou jakýkoliv způsob fyzicky omezující svobodu pohybu, fyzické aktivity nebo volný přístup k osobě.

(Tošnerová, 2005)

Omezovacími prostředky se rozumí pobyt na uzavřeném oddělení, umístění pacienta v ochranném lůžku, v izolační místnosti, omezení pacienta v pohybu (ochranné pásy, kurty), užití ochranných prostředků (svěrací kazajky), připoutání k lůžku nebo jinému prostředku (křeslo), parenterální podání psychofarmak.

(Metodické opatření MZČR 2005)

V poslední době je snaha rozlišit pojmy jako fixovaný pacient a pacient omezený v lůžku.

Omezení v lůžku – krátkodobé omezení pohybu pacienta za využití popruhů na obou horních a obou dolních končetinách. Za omezení je také pokládáno omezení pouze horních nebo pouze dolních končetin.

Indikace:

- závažné projevy psychomotorického neklidu, které ohrožují okolí
- autoagresivní projevy s rizikem sebepoškození či suicidality
- stavy, které pravděpodobně mohou to těchto stavů vyústit
- vlastní žádost pacienta

Rozhodnutí o omezení v lůžku je výhradně v kompetenci lékaře.

Fixace pacienta – postup směřující k ochraně zdraví a bezpečnosti pacienta, který se neprojevuje neklidem. Pacient je omezen břišním pásem v lůžku nebo v křesle, nebo je mu fixována jen jedna končetina.

Indikace:

- riziko pádu pacienta
- riziko související s pohybem nemocného při zavedení infúzní terapie

Neurčí-li lékař jinak, o použití fixace, jejím způsobu a délce trvání rozhoduje všeobecná sestra oprávněná pracovat bez odborného dohledu podle zákona č. 96/04 Sb. Používání fixace však probíhá pod dohledem vedoucího lékaře oddělení, který kontroluje účelnost tohoto postupu.

K fixaci by mělo být přistoupeno jako k poslední možné variantě řešení, aby nedošlo k pádu pacienta, vytržení periferního vstupu či jiné komplikaci související s pohybem nemocného.

(Petr, Miklós, 2004)

V poslední době v souvislosti se zájmem o etické problémy a práva pacientů vyvstává otázka fyzického omezení jako prevence před opakovanými pády a zraněními pacientů. Studie, která byla provedena v USA prokázala, že fyzické omezení nesnížilo výskyt závažných poranění.

2.7. Pády jako indikátor kvality ošetrovatelské péče

2.7.1 Definice kvality

Pojetí kvality je dáno sociálním a kulturním prostředím (převládající hodnoty ve společnosti, individuální hodnoty zdravotníků, tvůrců zdravotnické legislativy aj.)

Kvalita – je stupeň dokonalosti či přiblížení se k ideálu.

(Jarošová, 2000)

Kvalita – je hodnota, jakost, stav věci.

(Linhart, 2004)

Standard – dohodnutá profesní míra kvality.

Kvalita ošetrovatelské péče znamená, „do jaké míry se podaří oddělení ošetrovatelské péče za současného stavu vědomostí zvýšit pravděpodobnost žádoucích výsledků a snížit pravděpodobnost nežádoucích výsledků u pacienta“.

(JCAHO)

Kvalita zdravotní péče je stupeň, v němž péče poskytovaná zdravotnickými institucemi jednotlivcům nebo specifickým populacím zvyšuje pravděpodobnost žádoucích zdravotních výsledků, který je konzistentní se současnými odbornými znalostmi a současně přináší spokojenost pacientů i zdravotnických pracovníků.

(Kolektiv autorů, 2003)

Kvalita zdravotnictví může být definována jako „souhrn výsledků dosažených v prevenci, v diagnostice a v léčbě, které jsou určeny potřebami obyvatelstva na základě poznatků lékařských věd a praxe“.

(WHO, 1966)

- nebo jako „stupeň dokonalosti poskytované péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje“.

(WHO, 1984)

Princip kvality poskytovaných zdravotních služeb může být vyjádřen i takto: konat správné věci ve správném čase, a to již napoprvé.

(Kolektiv autorů, 2003)

2.7.2. Kvalita ošetrovatelské péče

Kvalitní ošetrovatelská péče je charakterizována těmito znaky:

- v zemi, ale i v konkrétním zařízení je jasná koncepce ošetrovatelství
- péče je poskytována prostřednictvím ošetrovatelského procesu
- péče je odvozená od potřeb pacienta
- práce ošetrovatelského personálu je týmová
- ošetrovatelský personál je dobře motivovaný a odborně připravený
- ošetrovatelský tým si stanovil reálné cíle
- ošetrovatelský personál dodržuje profesionální etický kodex
- poskytovaná péče (praxe) je vědecky podložena
- do ošetrovatelské péče jsou aktivně zapojeni klienti/pacienti
- existuje účinná mezioborová spolupráce

(Kolektiv autorů, 2005)

Kvalita ošetrovatelské péče může být posuzována podle různých měřítek.

Lékař – hodnotí kvalitu ošetrovatelské péče většinou především podle toho, jak je zajišťován diagnosticko-terapeutický plán u nemocného (plnění lékařských ordinací).

Pacient – má pro hodnocení kvality ošetrovatelské péče nejen objektivní, ale především subjektivní kritéria. Kvalitu péče posuzuje většinou podle míry svého strádání v uspokojování základních potřeb v době nemoci, podle míry profesionální citlivosti a všímavosti sester, podle jejich jednání a aktivity, celkové úpravy zevnějšku a kultivovanosti projevu.

Sestra – hodnotí kvalitu ošetrovatelské péče a své práce podle pojetí ošetrovatelství, se kterým se ztotožnila. Pokládá-li za hlavní např. plnění ordinací, hodnotí většinou jen toto kritérium. Ztotožnila-li se s individualizovanou péčí a koncepcí ošetrovatelského procesu, jsou její kritéria kvality daleko širší.

(Jarošová, 2000)

2.7.2.1 Indikátory kvality

Kvalita ošetrovatelské péče a její měření představují jeden z nejdůležitějších aspektů akreditací nemocnic, ať se již jedná o JCAHO, JCI či SAK ČR.

10 indikátorů sledujících kvalitu ošetrovatelské péče:

- Procento nozokomiálních nákaz – specificky se sleduje počet infekcí močového ústrojí (které vzniknou během prvních 72 hodin hospitalizace a jejichž vznik lze před hospitalizací vyloučit) na 1000 lůžkodnů.
- Procento úrazů pacientů (pády) – celkový počet pádů pacientů, při kterých došlo ke zranění, na 1000 lůžkodnů.
- Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí – prostřednictvím dotazníku, který je dán 2x ročně vzorku pacientů.
- Spokojenost pacientů s managementem bolesti – prostřednictvím dotazníku, který je dán 2x ročně vzorku pacientů.
- Spokojenost pacientů s edukací – s poskytováním informací a výuky ošetrovatelským personálem. Dotazník je předložen vzorku pacientů 2x ročně.
- Spokojenost pacientů s celkovou péčí – prostřednictvím dotazníku, který je dán 2x ročně vzorku pacientů.
- Výskyt dekubitů – počet dekubitů na 1000 lůžkodnů (počítají se pouze dekubity vzniklé nejdříve za 72 hodin po přijetí pacienta).
- Spokojenost sester – nemocnicí jsou určena kritéria, která vyhodnotí postoje sester k jejich práci a pracovnímu prostředí.
- Mix sester a pomocného ošetrovatelského personálu – vztahuje se pouze na akutní zdravotnická zařízení a na personál, který má odpovědnost za poskytování přímé péče pacientům.
- Celkový počet ošetrovatelských hodin na lůžkodnů – jsou počítány hodiny ošetrovatelského personálu, který poskytuje přímou péči pacientům.

(www.intermed.cz/index.php?p=preview&sekce=6_3&id=209)

2.7.3. Systémy řízení a zajišťování kvality

V současné době existuje ve světě několik systémů, které se zabývají vyhodnocováním a kontrolou kvality zdravotní péče a akreditací ve zdravotnictví.

1. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)

Spojená komise pro akreditaci zdravotnických zařízení

JCAHO byla založena v USA v roce 1951 a sleduje úroveň a kvalitu zdravotnictví. Zabývá se akreditacemi zdravotnických zařízení. Je to nezisková nestátní nezávislá organizace.

Provádí akreditace v těchto oblastech:

- ambulantní/primární péče
- domácí péče a péče v hospicích
- nemocnice
- laboratoře
- zařízení dlouhodobé péče

Dceřinou společností je Joint Commission International Accreditation (JCIA)

JCIA vydala v červenci 1999 mezinárodní standardy pro akreditaci nemocnic. Standardy se člení na:

- standardy týkající se bezprostředně potřeb pacienta
- standardy týkající se funkce zdravotnického zařízení jako instituce

2. Spojená akreditační komise (SAK)

SAK vznikla v roce 1997 v ČR jako zájmové sdružení právnických osob. Stanovila standardy, které jsou členěny do 10 oblastí.

3. International Organisation for Standardization (ISO)

ISO je mezinárodní organizace pro standardizaci. Účelem ISO je vytvořit jednotná hodnotící kritéria pro nezávislou certifikaci výrobků, dodavatelů či služeb.

4. Total Quality Management (TQM)

TQM klade důraz na neustálé zlepšování. Celkové řízení kvality je navrženo tak, aby fungovalo maximálně výkonně, a s co možná nejnižšími náklady, aby co nejvíce využívalo lidské a materiální zdroje ve všech oblastech.

5. European Foundation for Quality Management (EFQM)

EFQM je Evropská nadace pro řízení kvality.

Jednotlivé organizace jsou posuzovány v těchto oblastech:

- řízení organizace
- strategie rozvoje organizace, její poslání
- řízení lidských zdrojů
- finanční management
- řízení provozu organizace
- spokojenost zákazníků/klientů
- vliv činnosti organizace na společnost
- výstupy činnosti organizace

(Mastiliaková, 2002)

2.7.4. Sdružení fakultních nemocnic ČR

SFN ČR - se věnuje sledování indikátorů kvality péče – pády pacientů při hospitalizaci.

V tomto projektu se účastní:

- FN Brno
- FN Na Bulovce Praha
- FN Hradec Králové
- FN Motol Praha
- FN Olomouc
- FN Ostrava
- VFN Praha
- FN Plzeň
- FN U sv. Anny Brno
- FN Thomayerova Praha
- KN Liberec
- Nemocnice Nymburk
- Nemocnice Pelhřimov

- Nemocnice Prostějov
- Nemocnice Šternberk
- Nemocnice Třebíč
- Nemocnice Třinec
- PL Bohnice Praha

Každé zdravotnické zařízení dostalo pro hlášení soubor pro vyplňování dat, po zpracování a kontrole ve FTNsP byl soubor odeslán zpět, včetně vyhodnocovacích tabulek a grafů. Oddělení jsou rozdělena na interní, chirurgické, pediatrické a lůžka následné péče.

Zdravotnická zařízení vyplňují:

- celkový počet hospitalizovaných na jednotlivých oddělení
- z toho pacientů starších 65 let
- počet pádů u pacientů starších 65 let
- typ zranění (bez zranění, lehké zranění, těžké zranění)

Za lehká zranění jsou považovány: povrchové odřeniny, hematomy a blíže nespecifikované bolesti končetin, případně dalších částí těla.

Za těžká zranění jsou považovány: bezvědomí, koma a kontuze mozku vzniklé v přímé souvislosti s pádem (někdy je velmi obtížné identifikovat), fraktury, tržné rány včetně těch, které jsou šity náplastovými stehy.

Výhodou tohoto sledování je:

- použití stejné metodiky
- sledování a porovnávání ukazatelů
- společná opatření a prevence

2.8. Shrnutí

Pády jsou typickým komplexním problémem ve stáří. Jsou velmi časté, léčba komplikací je velmi nákladná a postižení pacienti se pak často stávají vysoce závislými. Proto je velmi důležité znát příčiny a rizikové faktory, abychom mohli pádu u pacienta v co nejvyšší míře předejít. Pokud již k pádu pacienta dojde, je nutné správné ošetření a správně vedená dokumentace pro případ dalších možných soudních sporů. Pády a jejich souvislost s kvalitou péče je jasná a nezpochybnitelná.

Neméně důležitá je osvěta pacientů. Čas věnovaný radám a doporučením z oblasti prevence bude přínosným i v případě, že se nám podaří zabránit i nepatrnému množství pádů...

3. Empirická část

3.1. Cíl výzkumu

- zjistit, zda se u pacientů hodnotí riziko pádu
- zhodnotit, jak a kdy se pád či zranění pacienta hlásí lékaři
- zjistit, kdy a jak se pád či zranění zapisuje do dokumentace
- zjistit, zda je používán formulář „Hlášení mimořádných událostí“
- zhodnotit, zda mají sestry strach z postihu při pádu či zranění pacienta
- zjistit, zda sestry vědí o projektu Sdružení fakultních nemocnic
- zhodnotit znalosti o pádech jako indikátoru kvality ošetrovatelské péče
- zhodnotit důvody pádu pacientů z pohledu sester

3.2. Metodika výzkumu

Z možných metod výzkumu jsem zvolila metodu dotazníku. Vypracovala jsem originální dotazník pro sestry pracující na lůžkových oddělení Krajské nemocnice Pardubice.

V dotazníku jsem položila 15 otázek. Všeobecnými údaji o dotazované sestře zabývá otázka 1-4. V otázce č.5-8 se ptám na zápis pádů do dokumentace. Otázka č.9 se zabývá postihem sester při pádu pacienta. Povědomím o projektu Sdružení fakultních nemocnic a kvalitě péče se věnují otázky č.10-12. Otázka č.13-15 je zaměřena na rizikové faktory a možnost jejich ovlivnění. (Plné znění dotazníku je v příloze).

3.3. Zkoumaná skupina sester

Oslovila jsem těchto 9 oddělení Krajské nemocnice v Pardubicích:

- geriatrické centrum
- chirurgické oddělení
- interní oddělení
- kardiologické oddělení

- neurochirurgické oddělení
- neurologické oddělení
- oční oddělení
- ortopedické oddělení
- porodnicko-gynekologické oddělení

Tato oddělení jsem vybrala proto, že jsem předpokládala nejvyšší zkušenosti s pády pacientů.

Před rozdáním dotazníků jsem informovala ředitelku ošetrovatelské péče Krajské nemocnice v Pardubicích a vrchní sestry jednotlivých oddělení.

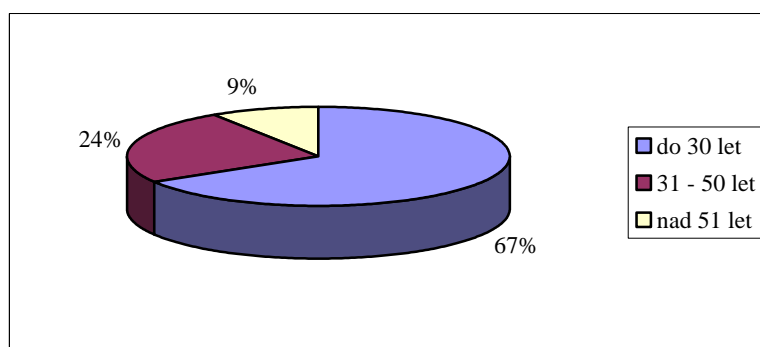
Celkem jsem rozdala 100 dotazníků, vrátilo se mi jich 86. Návratnost byla 86%.

3.4. Výsledky a jejich hodnocení

Otázka č.1: Věkové složení sester

Z grafu č.1 je zřejmé, že 67% sester je ve věku do 30 let, 24% sester ve věku 31-50 let a 9% sester je starších než 51 let.

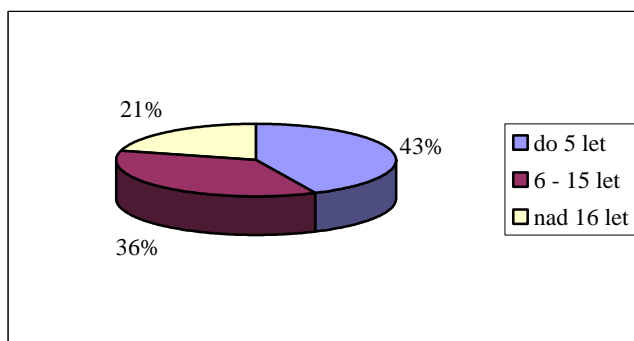
Graf č.1: Věkové složení sester



Otázka č.2: Délka praxe ve zdravotnictví

Z grafu č.2 je viditelné, že 43% sester má délku praxe do 5 let, 36% sester 6-15 let a 21% sester má praxi delší než 16 let.

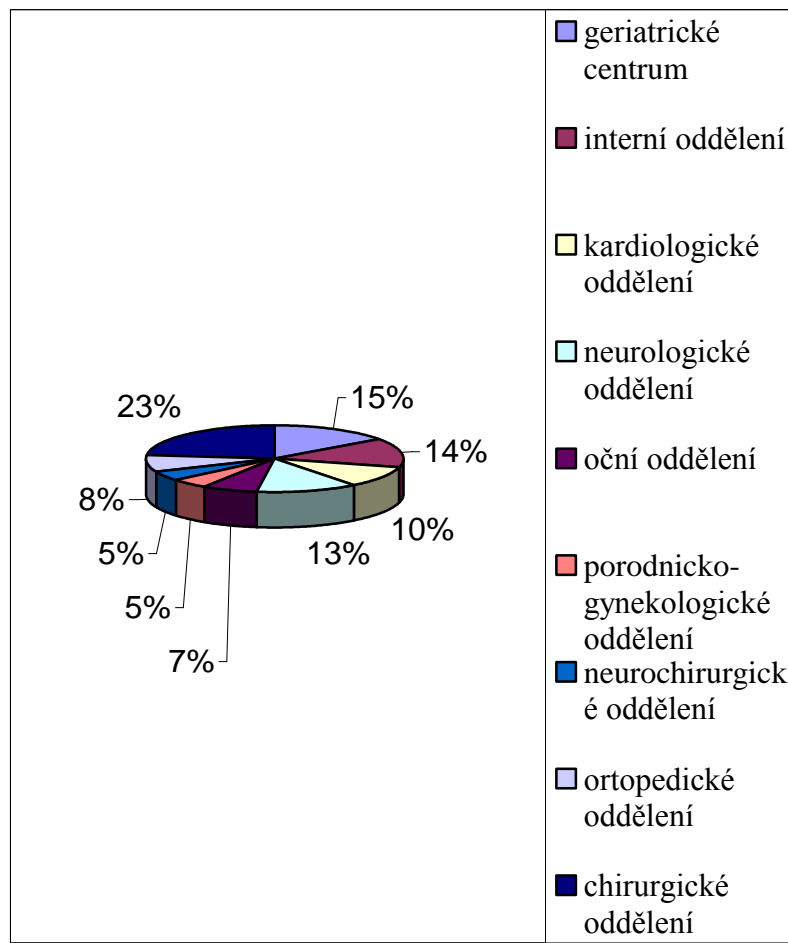
Graf č. 2: Délka praxe ve zdravotnictví



Otázka č.3: Oddělení, na kterém pracujete

Na grafu č.3 je patrné, že 23% dotázaných sester pracuje na chirurgickém oddělení, 15% sester na geriatrickém centru, 14% na interním oddělení, 13% sester na neurologickém oddělení, 10% na kardiologickém oddělení, 8% na ortopedickém oddělení, 7% na očním oddělení a 5% na neurochirurgickém a porodnicko-gynekologickém oddělení.

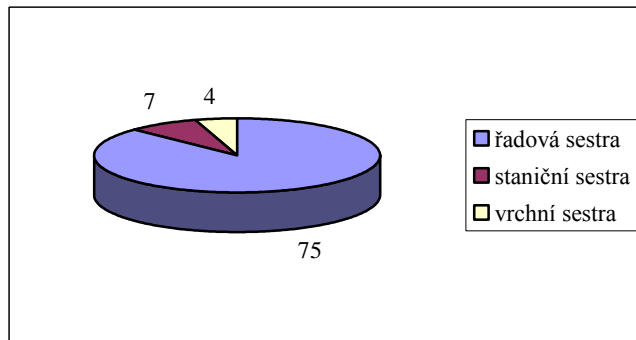
Graf č.4: Oddělení, na kterém pracujete



Otázka č.4: Pracovní zařazení

75 sester pracuje jako řadová sestra, 7 jako staniční sestra a 4 jako vrchní sestra

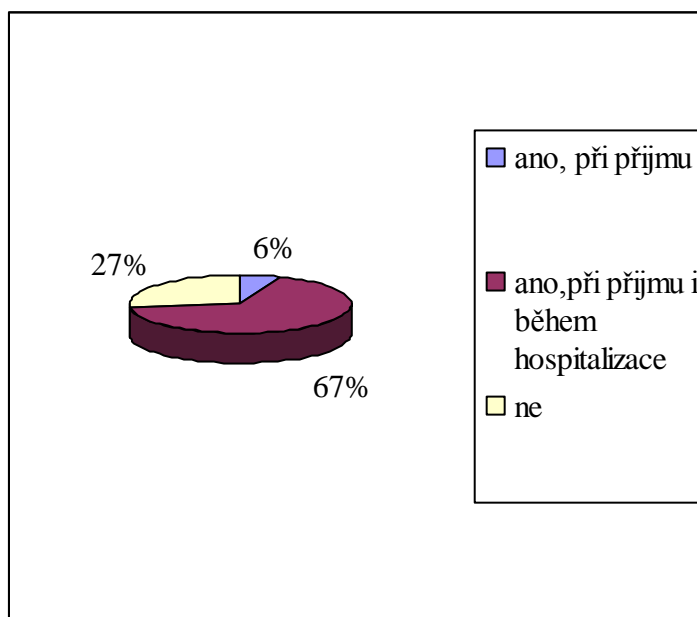
Graf č.4: Pracovní zařazení



Otázka č.5: Hodnocení rizika pádu

Z grafu č.5 je vidět, že 67% sester hodnotí riziko pádu při příjmu i během hospitalizace, 6% jen při příjmu a 27% sester nehodnotí riziko pádu vůbec.

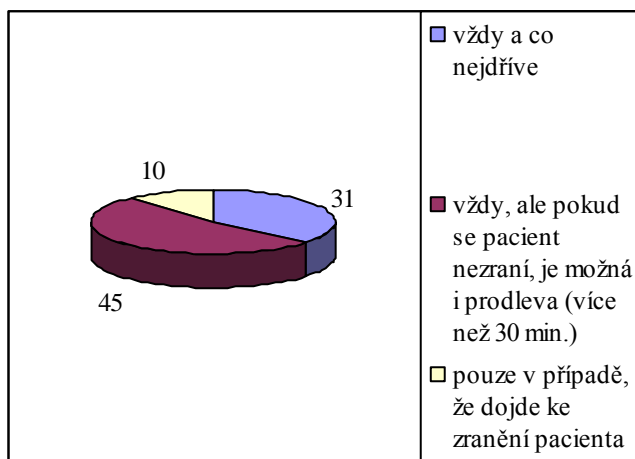
Graf č. 5: Hodnocení rizika pádu



Otázka č.6: Hlášení pádu lékaři

45 sester hlásí pád lékaři vždy, ale pokud se pacient nezraní i s prodlevou delší než 30 minut, 31 sester hlásí pád vždy a co nejdříve a 10 sester pouze v případě, že se pacient zraní

Graf č.6:Hlášení pádu lékaři



Otázka č.7: Zápis o pádu či zranění pacienta

Z tabulky č.1 je zřejmé, že 63 sester zapisuje pád či zranění pacienta vždy do lékařské i ošetřovatelské dokumentace, 19 sester vždy do ošetřovatelské dokumentace, 3 pouze, když se pacient zraní do lékařské i ošetřovatelské dokumentace, 1 sestra pouze v případě, že se pacient zraní jen do ošetřovatelské dokumentace.

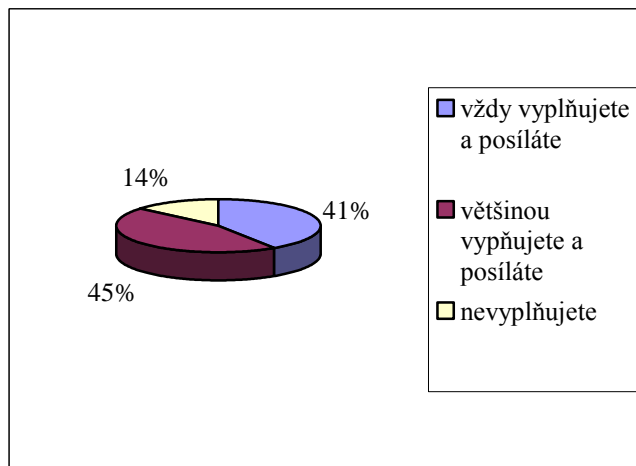
Tabulka č.1: Zápis o pádu či zranění pacienta

Zápis o pádu či zranění pacienta	vždy	pouze, když se pacient zraní	neprovádíme
do lékařské dokumentace	0	0	0
do ošetřovatelské dokumentace	19	1	0
do lékařské i ošetřovatelské dokumentace	63	3	0

Otázka č. 8: Vyplňování formuláře „Hlášení mimořádných událostí“

45% sester tento formulář většinou vyplňuje a posílá, 41% sester vždy vyplňuje a posílá a 14% sester nevyplňuje

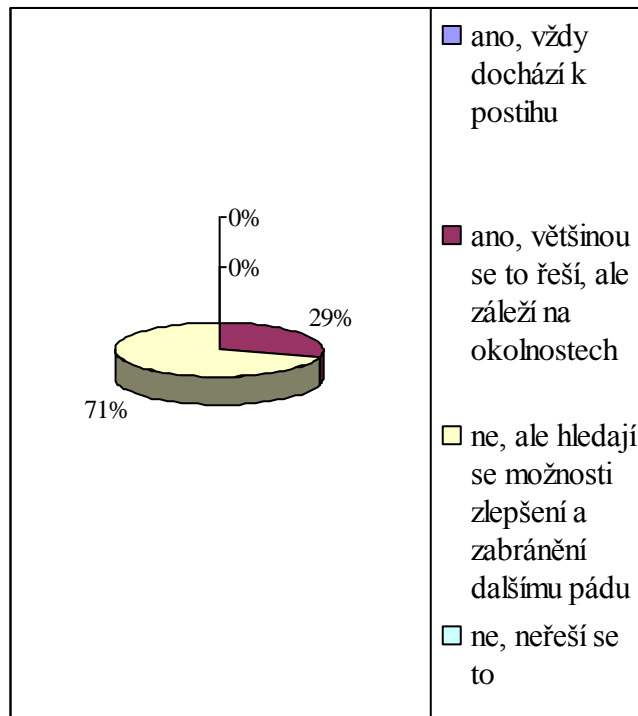
Graf č. 7: Vyplňování formuláře hlášení mimořádných událostí



Otázka č. 9: Strach z postihu

Z grafu č.9 je zřejmé, že 71% sester nemá strach z postihu a hledají se možnosti, jak zabránit dalšímu pádu a 29% sester strach má, protože se to řeší, ale záleží na tom, za jakých okolností pacient upadne.

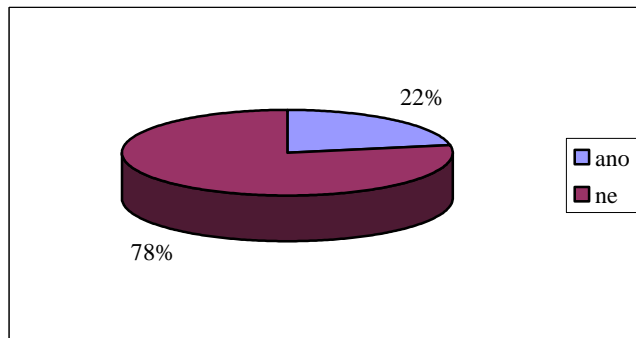
Graf č.8: Strach z postihu



Otázka č.10: Vědomosti o projektu Sdružení fakultních nemocnic

78% sester o tomto projektu neví a 22% sester o tomto projektu ví

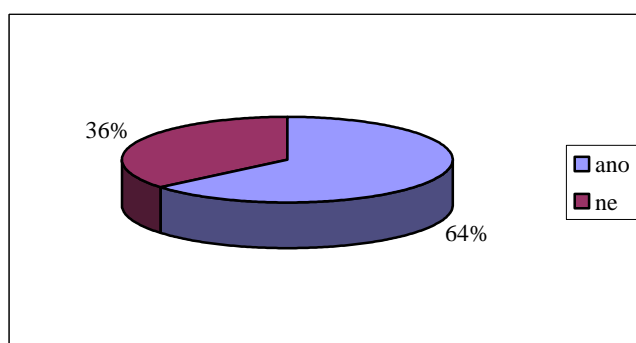
Graf č. 9: Vědomosti o projektu Sdružení fakultních nemocnic



Otázka č.11: Přínos pro naši nemocnici

64% sester si myslí, že zapojení naší nemocnice by bylo přínosem. 36% sester si myslí, že by to přínosné nebylo.

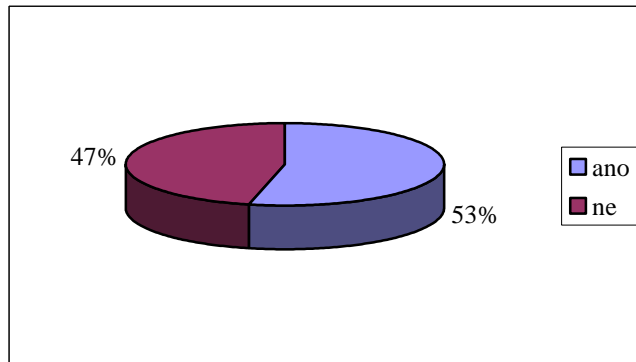
Graf č.10: Přínos pro naši nemocnici



Otázka č.12: Pády jako indikátor kvality péče

Z grafu č.11 je viditelné, že 53% sester si myslí, že pády patří k indikátorům kvality ošetrovatelské péče a 47% si myslí, že tomu tak není.

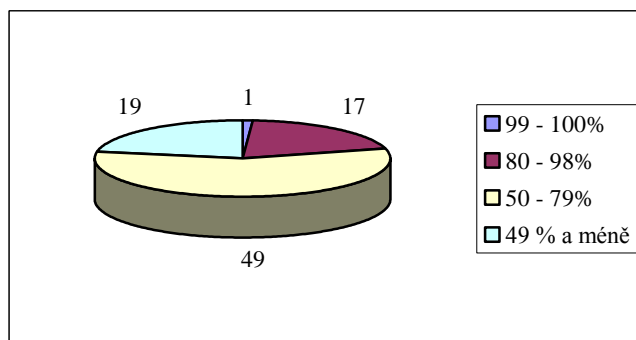
Graf č. 11: Pády jako indikátor kvality péče



Otázka č.13: Jak může prevence ze strany zdravotníků ovlivnit množství pádů

49 sester je toho názoru, že prevence ze strany zdrav. personálu může ovlivnit 50–79% pádů pacientů, 19 sester ,že v méně než 49%, 17 sester si myslí, že 80-90% a 1 sestra ve 100%.

Graf č.12: Jak může prevence ze strany zdravotnického personálu ovlivnit množství pádů



Otázka č.14: Nejčastější důvod pádu pacienta

Z 86 dotazníků se v 63 objevil jako nejčastější důvod pádu pacienta zmatenost a neklid, ve 40 případech je to paréza, plegie nebo chybění končetiny a v 34 případech přecenění vlastních sil a neuposlechnutí příkazu sestry.

Tabulka č.2: Nejčastější důvod pádu pacienta

Nejčastější důvod pádu pacienta	počet odpovědí
zmatenost a neklid	62
paréza, plegie a chybění končetiny	40
přecenění vlastních sil a neuposlechnutí příkazu sestry	34

Otázka č.15: Rizikové faktory pro pád pacienta

Z 86 dotazníků se zmatenost a neklid vyskytují v 38, přecenění vlastních sil a neuposlechnutí příkazu sestry v 31, imobilizace ve 29, závratě ve 27, mokrá podlaha a nevhodná obuv ve 26 dotaznících.

Tabulka č.3: Rizikové faktory pro pád pacienta

Rizikové faktory pro pád pacienta	počet odpovědí
zmatenost a neklid	38
přecenění vlastních sil a neuposlechnutí příkazu sestry	31
imobilizace	29
závratě	27
mokrá podlaha a nevhodná obuv	26

3.5. Závěr výzkumu

Pády pacientů jsou problémem, který se vyskytuje více či méně na každém oddělení v nemocnici. Cílem mého výzkumu bylo zjistit současný stav sledování pádů na různých oddělení Krajské nemocnice Pardubice.

Z výzkumu jsem zjistila, že více než polovina sester hodnotí riziko pádu pacienta při příjmu i během hospitalizace, ale také že více než čtvrtina dotazovaných sester nehodnotí riziko pádu vůbec.

Asi polovina sester hlásí pád pacienta lékaři vždy, ale v případě, že se pacient nezraní i s prodlevou delší než 30 minut. Stejně překvapivá je i odpověď několika sester, že pád hlásí lékaři pouze v případě, že se pacient zraní.

Je potěšitelné, že většina dotazovaných sester pád pacienta zaznamenává vždy do lékařské i ošetrovatelské dokumentace a asi čtvrtina sester jen do dokumentace ošetrovatelské.

Více než tři čtvrtiny sester formulář „Hlášení mimořádných událostí“ vyplňuje a posílá vždy anebo většinou. Tomuto výsledku odpovídá i další bod dotazníku. Strach z postihu při pádu pacienta nemá téměř tři čtvrtiny sester, pád je řešen formou prevence. Zbytek jich strach má, protože se zjišťuje za jakých okolností pacienta upadne. Vysvětlením by mohlo být, že sestry si uvědomují možný podíl svého pochybení při pádu pacienta.

Většina sester, které se zúčastnily dotazníku neví o projektu Sdružení fakultních nemocnic a jen o něco méně sester si myslí, že by zapojení naší nemocnice bylo přínosem.

Nejvíce mě překvapila odpověď na otázku týkající se pádů pacientů a souvislosti s kvalitou péče. Počet odpovědí pro i proti byl téměř stejný. Vysvětlují si to malou informovaností sester o kvalitě péče.

Většina sester si myslí, že prevence ze strany zdravotníků může ovlivnit množství pádů více než v polovině případů. To svědčí pro to, že jsou si sestry vědomy vlastních rezerv v této oblasti.

Nejčastější důvody pádů pacientů a rizikové faktory jsou si podle očekávání velmi podobné. Často je velmi obtížné zjistit hlavní důvod, proč pacient upadl. Ve velké většině dotazníků se objevuje zmatenost a neklid, stejně jako přecenění vlastních sil a neuposlechnutí příkazu sestry. Vysvětlením by mohlo být, že zmatenost a neklid se obvykle objevují jako důsledek změny prostředí, vlastního onemocnění nebo vlivu medikace. Přecenění vlastních sil a neuposlechnutí příkazu sestry by se dalo vysvětlit snahou pacienta o co nejvyšší soběstačnost. Bohužel, ale také nemožnost dovolat se pomoci.

Uvědomuji si, že výzkum tohoto rozsahu nemůže kvalitně zhodnotit vědomosti sester o pádech pacientů a správnost vedení dokumentace v případě pádu pacienta v Krajské nemocnici Pardubice. Přesto však doufám, že výzkum pomohl nastínit problematiku pádů a jejich sledování.

Věřím, že se s postupem času předevšímlepší vědomí sester o tom, že pády patří mezi indikátory kvality ošetrovatelské péče.

4. Seznam použité literatury

1. Erbová G., Kozierová B., Olivierová R.: Ošetrovatelstvo sv.1, Martin Osveta 1995, ISBN 80-217-0528-0
2. Grohar-Murray M. E., DiCroce H. R.: Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče, Praha Grada 2003, ISBN 80-247-0267-3
3. Holmerová I.: Testovník, soubor testů pro gerontologii, Praha GEMA 2001
4. http://www.intermed.cz/index.php?p=preview&sekce=6_3&id=209
5. http://www.tiapridal.cz/pdf/test_adl.xls
6. Jarošová D.: Teorie moderního ošetrovatelství, Praha ISV nakladatelství 2000, ISBN 80-85866-55-2
7. Jiráček J., Kalvach Z., Zadák Z.: Geriatrie a gerontologie, Praha Grada 2004, ISBN 80-247-0548-6
8. Joint Commission International: Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči, Praha Grada 2005, ISBN 80-247-1001-3
9. Joint Commission International: Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice, Praha Grada 2004, ISBN 80-247-0629-6
10. Kolektiv autorů: Management ve zdravotnictví, Praha Computer Press a.s. 2003, ISBN 80-7226-996-8
11. Kolektiv autorů: Průvodce ošetrovatelskou dokumentací, Praha Grada 2002, ISBN 80-247-0278-9
12. Kolektiv autorů: Základy ošetrování nemocných, Praha Karolinum 2005, ISBN 80-246-0845-6
13. Linhart J. a kol.: Slovník cizích slov pro nové tisíciletí, Litvínov Dialog 2004, ISBN 80-85843-61-7
14. Madar J. a kol.: Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení, Praha Grada 2004, ISBN 80-247-0585-0
15. Mastiliaková D.: Úvod do ošetrovatelství 2. díl, Praha Karolinum 2002, ISBN 80-246-0428-0
16. Nevšimalová S., Růžička E., Tichý J.: Neurologie, Praha Karolinum 2005, ISBN 80-246-0502-03
17. Pacovský V.: Geriatrická diagnostika, Praha Scintia medica 1994, ISBN 80-85526-32-8

18. Pacovský V.: Pády ve stáří, Praktický lékař 73, č.6/1993, str. 252-254, ISSN 0032-6739
19. Petr T., Mikloš T.: Restriktivní opatření v psychiatrii – standardy ošetrovatelské péče, Praha 2004
20. Staňková, M.: České ošetrovatelství 2, Brno IDVPZ 1998, ISBN 80-7013-270-1
21. Topinková E.: Geriatrie pro praxi, Praha Galén 2005, ISBN 80-7262-356-6
22. Weber P. a kol.: Minimum z klinické gerontologie, Brno IDVPZ 2000, ISBN 80-7013-314-7

5. Přílohy

1. Dotazník pro sestry
2. Metodický pokyn Krajské nemocnice Pardubice – Postu při omezování a imobilizaci pacienta
3. Metodický pokyn Krajské nemocnice Pardubice – Postup při pádu hospitalizovaného pacienta
4. Směrnice a pokyny ředitele č.3/2002

Vážená kolegyně,

jmenuji se Dita Pátková a studuji 4. ročník bakalářského studia ošetřovatelství. Moje závěrečná bakalářská práce se zabývá zajišťováním bezpečnosti pacientů před pády a úrazy. Proto si Vás dovoluji požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní a bude použit jakou součástí mé práce.

Děkuji za spolupráci

Dita Pátková

1. Váš věk je:

- a) do 30 let
- b) 31 – 50 let
- c) nad 51

2. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví:

- a) do 5 let
- b) 6 – 15 let
- c) nad 16 let

3. Na jakém oddělení pracujete?

.....

4. Pracujete jako.

- a) řadová sestra
- b) staniční sestra
- c) vrchní sestra

5. Hodnotíte u Vašich pacientů riziko pádu?

- a) ano, při příjmu
- b) ano, při příjmu i během hospitalizace
- c) ne

6. Pád či zranění pacienta lékaři hlásíte:

- a) vždy a co nejdříve
- b) vždy, ale pokud se pacient nezraní, je možná i prodleva (více než 30 minut)
- c) pouze v případě, že dojde ke zranění pacienta

7. Zápis o pádu či zranění pacienta provádíte:

- a) vždy
 - * do lékařské dokumentace
 - * do ošetřovatelské dokumentace
 - * do lékařské i ošetřovatelské dokumentace
- b) pouze když se pacient zraní
 - * do lékařské dokumentace
 - * do ošetřovatelské dokumentace
 - * do lékařské i ošetřovatelské dokumentace
- c) neprovádíme

8. Dojde-li k pádu či zranění pacienta, formulář „Hlášení mimořádných událostí“:

- a) vždy vyplňujete a posíláte
- b) většinou vyplňujete a posíláte
- c) nevyplňujete

9. Pokud dojde k pádu či zranění pacienta při Vaší směně, máte strach z postihu?

- a) ano, vždy dochází k postihu
- b) ano, většinou se to řeší, záleží ale na tom, za jakých okolností pacient upadne
- c) ne, ale hledají se možnosti zlepšení a zabránění dalšímu pádu
- d) ne, neřeší se to

10. Víte o projektu sdružení některých nemocnic v ČR, který se zabývá pády pacientů při hospitalizaci a vedou jejich statistiku?

- a) ano
- b) ne

11. Myslíte si, že zapojení naší nemocnice by bylo přínosem?

- a) ano
- b) ne

12. Patří, podle Vás, množství pádů a zranění mezi indikátory kvality ošetrovatelské péče na daném oddělení?

- a) ano
- a) ne

13. Kolik % pádů a zranění, podle Vás, může ovlivnit prevence ze strany zdravotnického personálu?

- a) 99 – 100%
- b) 80 – 98 %
- c) 50 – 79 %
- d) 49 % a méně

14. Jaké jsou 3 nejčastější důvody pádu či zranění pacienta na Vašem oddělení?

- a) ...
- b) ...
- c) ...

15. Napište 5 rizikových faktorů pro pád či zranění pacienta. Z Vašeho pohledu je seřad'te dle rizikivosti.

- a) ...
- b) ...
- c) ...
- d) ...
- e) ...

Děkuji za vyplnění dotazníku.

METODICKÝ POKYN

- Věc:** Postup při pádu hospitalizovaného nemocného
- Vyřizuje:** Věra Moserová, ředitelka ošetrovatelské péče
MUDr. Eva Sansevičová, vedoucí oddělení pro kontrolu kvality léčebné péče
- Zodpovídá:** vedoucí pracovníci jednotlivých oddělení Krajské nemocnice Pardubice
- Platnost:** ihned

Při pádu hospitalizovaného pacienta musí být ihned informován ošetřující nebo službu konající lékař, který neprodleně zjistí příčinu pádu, zkontroluje zdravotní stav pacienta a určí vyšetřovací a léčebné postupy.

Ve zdravotnické dokumentaci nemocného je nutné provést zápis s uvedením času, místa události a popisu situace.

O pádu i případném přeložení pacienta na jiné oddělení musí být informována blízká osoba, která je uvedena v dokumentaci.

Při zjištění možnosti cizího zavinění, vážného sebepoškozování nebo nejasného mechanismu zranění je nutné informovat spádové oddělení Policie ČR – pro Krajskou nemocnici Pardubice přísluší obvodní oddělení Policie ČR v Pardubicích 3 - Dubina, J. Zajíce 946, tel. č. 466 261 272, při nebezpečí z prodlení tel. č. 158.

Je rovněž nutné vyplnit formulář "Hlášení mimořádné události" viz Směrnice a pokyn ředitele č. 3/2002.

Upozornění:

K nahlášení Policii ČR je možné využít přímé telefonní linky číslo 466 261 272, v případě nebezpečí z prodlení č. tel. 158. Pokud není k dispozici provolba 0, zajistí spojení telefonní spojovatelky nemocnice na čísle 1111.

Pardubice 10. 11. 2003

MUDr. Jan Feřtek, MBA
ředitel Krajské nemocnice Pardubice

NEMOCNICE PARDUBICE

Směrnice a pokyny ředitele

č. 3/2002

Věc: Hlášení mimořádných událostí

Vyřizuje: MUDr. Eva Sansevičová, vedoucí oddělení kontroly kvality
Lenka Rejdová, vedoucí organizačního a kontrolního oddělení

Platnost: ihned

MIMOŘÁDNÉ UDÁLOSTI jsou události týkající se pacientů, návštěv nebo zaměstnanců a majetku nemocnice, které se neslučují s rutinní praxí nebo platnými zákony či směrnicemi s důsledkem, který vede k poškození zdraví a pověsti pacienta, personálu a návštěvníků nemocnice nebo poškození, zcizení majetku osob a majetku nemocnice. Mimořádné události jsou i ty, které mohou vést k poškození pověsti Nemocnice Pardubice jako právního subjektu. Režimu mimořádné události v intencích této směrnice podléhají i situace, které jako dosud bude řešit škodní komise.

Tato směrnice s příloženými formuláři na hlášení mimořádných událostí představuje jednoduchý a současně dostatečně vypovídající způsob hlášení příhod a nežádoucích odchylek v provozu nemocnice. Poslouží k nutnému šetření a vyhodnocení dané situace, následně pak povede ke sledování kvality a bezpečnosti poskytované péče, služeb a k ochraně majetku fyzických osob i nemocnice.

Účelem hlášení mimořádných událostí není snaha získat podklady pro disciplinární řízení, ale získat přesnou evidenci, nalézt optimální řešení a zejména zajistit prevenci těchto událostí.

Příklady mimořádných událostí:

- zranění či poškození pacienta, návštěvníků během pobytu v areálu nemocnice;
- medikační incidenty;
- škoda na majetku pacientů, personálu, nemocnice (havárie, zcizení, poškození);
- události, které by mohly vést k poškození dobré pověsti našeho zařízení apod.

Postup hlášení:

1. Zaměstnanec, který zjistil mimořádnou událost nebo byl jejím svědkem, je povinen ihned nahlásit tuto skutečnost svému vedoucímu (přednosta kliniky, primář oddělení, vrchní sestra, vedoucí odboru, oddělení či úseku), při jejich nepřítomnosti jejich zástupci. V případě, kdy je podezření ze spáchání trestného činu, je nutná součinnost orgánu policie.

2. Vedoucí zaměstnanec provede neprodleně důkladné prošetření mimořádné události s účastníkem či svědkem události, vyplní formulář „Hlášení mimořádné události“ a předá jej k zaevidování řediteli nemocnice prostřednictvím sekretariátu.
3. Dle dané situace ředitel nemocnice určí zodpovědného zaměstnance či komisi k dořešení události. Jejich povinností je shromáždit doklady o vzniklé škodě a nákladech na odstranění této škody, případně shromáždit protokoly součinných orgánů (např. Policie, IBP, KHS) a navrhnout opatření se stanovenými termíny plnění – viz formulář „Řešení mimořádné události“.
4. Hlášení mimořádných událostí se budou evidovat na sekretariátu ředitele, kde budou k dispozici i potřebné tiskopisy.

Příloha:

- formulář „Hlášení mimořádné události“
- formulář „Řešení mimořádné události“

Pardubice 6. 9. 2002

MUDr. Jan Feřtek, MBA
ředitel nemocnice



Oddělení:
(razítko)

Evidenční číslo:
(vyplní asistentka ředitele)

I. HLÁŠENÍ MIMOŘÁDNÉ UDÁLOSTI

Název či charakter události:

.....
.....

Kdy k události došlo – datum - hodina:

Kde - místo:

Doba zjištění události – datum - hodina:

Identifikace osob, kterých se událost týká:

Postižený - jméno: R.č.:

Bydliště:

Původce - jméno:

Bydliště:

Svědék - jméno:

Bydliště:

Popis události (stručně a výstižně):

.....
.....
.....
.....

Událost byla nahlášena:

komu: datum: hodina:

Pardubice dne:

Podpis účastníka-svědka:

Podpis vedoucího:

II. ŘEŠENÍ MIMOŘÁDNÉ UDÁLOSTI evid. č.:

Název či charakter události:

Určená zodpovědná osoba k řešení – komise:

Návrh řešení události:	zodpovídá:	termín:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Návrh předložen dne:

Podpis zodpovědné osoby:

Závěrečné zhodnocení události:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Na sekretariát předáno dne:

Podpis zodpovědné osoby:

Schválil: