



õenduse õppetool

**MORSE SKAALA TESTIMINE JA KOHANDAMINE IDA-VIRU KESKHAIGLAS
ESIMESES SISEHAIGUSTE OSAKONNAS**

Arendusprojekt

Katrin Piirsoo

Tallinn 2021

Olen koostanud arendusprojekti iseseisvalt. Kõik arendusprojekti koostamisel kasutatud teiste autorite töödest, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud. Luban Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolil avalikustada oma arendusprojekti PDF-versiooni raamatukoguprogrammis.

Arendusprojekti autori allkiri:

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

Lubatud kaitsmisele.

Juhendaja: Ljudmila Linnik RN, MSc

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

KOKKUVÕTE

Katrin Piirsoo, 2021. Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, terviseteaduse õppekava. Morse skaala testimine ja kohandamine Ida-Viru Keskhaiglas esimese sisehaiguste osakonnas. Arendusprojekt, 38 lehekülge, 33 kirjandusallikat, 3 tabelit, 10 joonist ning 9 lisa.

Arendusprojekti eesmärk on testida ja kohandada Morse kukkumisriski hindamise skaalat MFS Ida-Viru Keskhaigla elektroonse dokumentatsiooni HEDA (*Health Enterprise Data and Applications*) rakenduse jaoks.

Teoreetilise osa meetodiks oli süstemaatiline kirjanduse ülevaade, kus kirjeldati MORSE skaala usaldusvärsust ja tõenduspõhisust. Kuna skaala on lahutamatu osa kukkumiste ennetamise strateegiast, on selles osas kirjeldatud ka kukkumiste ennetamise meetodeid.

Eesmärgi saavutamiseks teostati testimist kaks korda, arendusprojekt koosnes kahes etapist. Antud arendusprojekti läbiviimisel kasutati PDCA mudelit (Demingi ring). Arendusprojekti usaldusvärsuse tagamiseks valiti dokumendi vaatluse meetod, mis viidi läbi koos õdede käest tagasiside saamisega skaala kasutamise kohta.

Tulemustest selgus, et õdede tehtud vigade arv skaala täitmisel pärast teist korda skaala kasutamist oli väiksem, võrreldes esimesega etapiga, kuid ikkagi on punktid, mis vajavad selgitamist ja eraldi tähelepanu. Vigade parandamiseks ja väljaselgitamiseks tegi arendusprojekti autor ettepaneku viia õdede seas läbi täienduskoolitus, kus käsitletakse põhjalikult, kuidas on vaja täita iga skaala punkti.

Võtmesõnad: Morse skaala, testimine, kohandamine, kukkumise risk, kukkumiste ennetamine.

SUMMARY

Katrin Piirsoo 2021. Tallinn Health Care College, Health Science Curriculum. Morse scale testing and adaptation at Ida-Viru Central Hospital in the first department of internal medicine. Development project, 38 pages, 33 references, 3 tables, 10 figures and 9 appendices.

The purpose of the development project is to test and adapt the Morse fall risk assessment scale for the HEDA (*Health Enterprise Data and Applications*) application of the MFS Ida-Viru Central Hospital electronic documentation.

The method used in the theoretical part was a systematic literature review describing the reliability and evidence-based nature of the MORSE scale. As the scale is an integral part of the fall prevention strategy, fall prevention methods were also described in this section.

To achieve the goal, testing was performed twice, the project consisted of two stages. The PDCA model (Deming circle) was used in this project. To ensure the credibility of the project, the author chose a method of document review, which was accompanied by feedback from the nurses on the use of the scale.

The results showed that the number of mistakes made by the nurses in completing the scale after using the scale a second time was less than on the first stage, but there are still points that need to be clarified and given special attention. To improve and clarify this, the author of the project proposed to conduct a training among nurses, which will thoroughly address the issue of completing each point on the scale.

Keywords: Morse scale, testing, adaptation, fall risk, fall prevention.

SISUKORD

1. SISSEJUHATUS.....	6
2. KUKKUMISTE ENNETAMISE JA DOKUMENTEERIMISE TEOREETILISED LÄHTEKOHAD.....	9
2.1 Kukkumiste ennetamise meetodid.....	9
2.2 Morse kukkumisskaala (<i>Morse Fall Scale</i>).....	11
3. ORGANISATSIiooni DIAGNOSTIKA JA ARENDUSPROJEKTI MEESKOND.....	13
4. ARENDUSPROJEKT	15
4.1 Arendusprojekti metoodika ja skaala testimise tulemused	15
4.1.2 Morse skaala testimine esimene etapp: dokumendivaatluse ja skaala täitmise tulemused	17
4.1.3 Morse skaala testimise esimene etapp: küsitlustulemused skaala kasutamise kohta ..	21
4.1.4 Morse skaala testimise teine etapp: dokumendivaatluse ja täiendatud skaala täitmise tulemused	24
4.2 Kommunikatsioonikava ja meeskonnatöö planeerimine	27
4.3 Ressursside kaasamine, eelarve.....	29
4.4 Riskijuhtimise plaan	30
4.5 Arendusprojekti monitooring ja kvaliteedikontroll	31
5. ARUTELU JA JÄRELDUSED	32
KASUTATUD KIRJANDUS	36
LISAD	
Lisa 1. Probleemjuhtumi registreerimine IVKH	39
Lisa 2. Morse skaala inglise keeles	40
Lisa 3. Morse skaala vene keeles	41
Lisa 4. Morse skaala eesti keeles	42
Lisa 5. Janice Morse Kiri	43
Lisa 6. Õdede vead skaala täimisel esimeses etapis.....	45
Lisa 7. Tagasiside küsimustik	46
Lisa 8. Täiendatud Morse skaala.....	47
Lisa 9. Õdede tagasiside skaala kasutamise kohta	49

1. SISSEJUHATUS

Patsientide kukkumiste arv haiglas on üks sagedasemalt kasutatav õenduse kvaliteedi näitamise indikaator aktiivravis (Survo, 2020: 14). Kukkumiste ennetamine on üks olulistest patsiendi ohutuse tagamise meetmetest (Euroopa Parlament, 2013). Kukkumiste ennetamiseks on hädavajalik tuvastada kukkumisohus inimesed (Morse, 2009: 7). Kukkumist võib defineerida, kui kehaasendi iga liiki soovimatut muutust, mille tagajärjel inimene kukub põrandale või muule pinnale (Saks jt, 2015:127). Haigla on suure kukkumise riski keskkond. Kukkumised võivad patsiente negatiivselt mõjutada ning toovad endaga kaasa raskeid füüsilisi ja psühhosotsiaalseid tagajärgi, mis võivad viia iseseisvuse kaotamiseni ja patsientide funktsionaalsuse vähenemiseni. Vigastused, mis on saadud kukkumise tõttu, tekitavad täiendavat koormust lisaks patsiendile ja lähedastele kogu tervishoiusüsteemile ja suurendavad oluliselt tervishoiuteenuse maksumust. (Ali jt, 2018: 818). Mida väiksem on kukkumiste arv, seda kvaliteetsema haiglaga on tegu (Lim jt, 2016: 14; Barker jt, 2016: 2). Õed on eesliini spetsialistid, kellel on optimaalne positsioon selleks, et kasutada kõiki kukkumiste ennetamisega seotud meetmeid (Barker jt, 2016: 2).

Kukkumise riski või riskirühma hindamine on iga kukkumiste ennetamise programmi oluline komponent. Peamiseks eesmärgiks on tuvastada riskirühma kuuluvaid patsiente ja õigeaegselt rakendada ennetusmeetmeid. (Martins jt, 2014: 160). Patsientide kukkumisi saab ennetada kukkumisriski hindamise vahendite abil, näiteks Morse kukkumise riski skaalaga (*Morse Fall Scale*, edaspidi *MFS*) (Morse, 2009: 52), mis on maailmas laialt levinud (Cedraz jt, 2018: 2) ning ka Eesti tervishoiuasutustes enim kasutusel (Allas, 2019: 11, 54). Skaalade kasutamine lihtsustab õdede tööd (Lim jt, 2016:14). Allas väidab oma uurimistulemustele tuginedes, et Eestis töötavad õed pidasid oluliseks „täiendavaks ennetusmeetmeks ühtsete juhendite ja riskihindamiseskaalade kasutamist. Haiglates töötavad eri vanuses ning haridustasemega õed, kelle teadmised ja kogemused erinevad, mistõttu on oluline, et asutused reguleeriks töökorraldust ühtsete tegevusjuhendite abil“. (tsit Allas, 2019: 11, 55 järgi).

Iga tervishoiuorganisatsiooni jaoks on väga tähtis, et kukkumisriski hindamiseks kasutataks skaalasid, mis on kiiresti rakendatavad, usaldusväärsed ja kehtivad ning mis võimaldavad tuvastada riskirühma kuuluvaid patsiente ja rakendada õigeid ennetamismeetodeid. (Costa-Dias jt, 2014: 15). *MFS* on tõenduspõhine (Cangany jt, 2018: 380), kiire ja lihtne instrument patsiendi kukkumise tõenäosuse hindamiseks (Morse, 2009 :52). Ida-Viru keskhaiglas ei ole

seni kasutusele võetud ühtegi patsientide kukkumise riski hindamise meetodit. See asjaolu oluliselt takistab ka ennetamismeetodite rakendamise kontrollimist ja vähendab õe teadlikkust patsiendi kukkumise riski kohta. Patsiendi kukkumiste riski hindamine sõltub õe kogemustest ning paberil dokumenteeritakse ainult need kukkumised, millega kaasnes patsiendi vigastus. Kukkumise riski ega ka vigastusteta kukkumisi seega süstemaatiliselt ei hinnata ega panda ka kirja. See probleem on lahendatav vaid kukkumisriski skaala ja ennetusmeetmete juhendi kasutuselevõtu ning dokumenteerimise kohustusega. See annab võimaluse õendusjuhtidele ja uue vahetuse õdedele ka järjepidevalt kontrollida, kas personal on teadlik patsiendi kukkumisriskist ning kas ja millised ennetusmeetmed on varakult kasutusele võetud ja tõhusad.

Ida-Viru Keskhaigla (edaspidi IVKH) läheb üle uuele programmile – HEDASse (*Health Enterprise Data and Applications*). Ülemineku ajal on peamiseks eesmärgiks viia kõik haigla kasutatavad dokumendid üle elektroonilisse keskkonda. See on õige hetk ka kukkumise riski hindamise meetodi juurutamiseks ja kasutuselevõtmiseks uues elektroonses õendusdokumentatsioonis. Blake ja Weststrate (2013) soovivad kasutusele võtta uut tööriista, ent iga haigla peaks uut skaalat kindlasti ka kohandama vastavalt selle üksuste spetsiifikale ja vajadustele.

Uuringud näitavad, et elektroonilise dokumentatsiooni juurutamine õenduses säästab aega, vähendab vigade tõenäosust (dokumenteerimisel) ning vähendab patsientide kukkumiste arvu, samuti vähendab ka haiglasisesse infektsiooni esinemist (Mccarthy jt, 2018: 500; Meißner jt, 2014). Õed tajuvad elektroonilist dokumendisüsteemi kui võimalust saada selgem, täpsem ja terviklikum informatsioon (Munysisia jt, 2011: 124). Lisaks peetakse infotehnoloogia kasutamise oskust ka õdede puhul üheks tähtsamatest oskustest 21. sajandil ja see edendab õendusabi mobiilsust, interaktsioone ja õendussekkumisi (Huston, 2013: 8). Elektroonilise dokumentatsiooni loomine õenduses parandab tervishoiuteenuse üleriigilist järjepidevust, kättesaadavust, kvaliteeti ja patsiendi ohutust (Eesti õenduse ..., 2020: 14). Seejuures on oluline, et seoses järkjärgulise üleminekuga paberdokumentidelt elektroonilisele õendusabile rakendatakse just rahvusvaheliselt tunnustatud mõõdikuid ja meetodeid, et tagada ühtlane teenuse kvaliteet ja patsiendi ohutus, olenemata riigist (Mccarthy jt, 2018: 491).

Arendusprojekti eesmärk on *MFS*-i testimine ja kohandamine IVKH elektroonse dokumentatsiooni rakenduse HEDA jaoks.

Lähtuvalt eesmärgist on püstitatud järgmised ülesanded:

- Koostada kirjanduse ülevaade, mis aitab arendada ja kohandada kukkumise hindamise skaalat MORSE vastavalt IVKH osakondade spetsiifikale.
- Tõlkida Morse skaala inglise keelest vene ja eesti keelde.
- Viia läbi skaala testimist kaks korda esimeses sisehaiguste osakonnas, kus testida MORSE skaala kasutamist paberil, juulist 2020 kuni septembrini 2020.
- Küsitleda ja analüüsida õdede tagasisidet skaala kasutamise ja tõhususe kohta.
- Vaadelda ja analüüsida skaala testimise ajal täidetud Morse skaala vastavust samas osakonnas viibinud patsientide õendusdokumentatsiooniga.
- Sisestada skaala haigla HEDA programmi ning kohandada skaala sõnastust ja/või disaini tuginedes testperioodi uurimistulemustele koostöös HEDA programmi meeskonna ja õendusjuhtidega ning MORSE skaala autoriga.

Antud arendusprojekt koosneb neljast osast. Esimene osa on kirjanduse ülevaade Morse kukkumise riski skaalast ja kukkumiste ennetamise tegevustest. Kuna skaala on lahutamatu osa kukkumiste ennetamise tegevustest, siis teoreetilises osas käsitletakse nii skaala kirjeldust kui ka kukkumiste ennetamistegevusi. Teiseks osaks on probleemide diagnoosimine. Selles osas viidi läbi organisatsiooni diagnostika probleemi väljaselgitamiseks. Kolmandaks etapiks oli andmete kogumine ja analüüsimine skaala testimisel ja kohandamisel ning tulemuste esitamine. Andmete kogumiseks ja analüüsimiseks kasutati dokumendi vaatlust ja õdede tagasisidet. Viimaseks osaks oli arutelu, kus autor kirjeldab olulisi tulemusi ja teeb järeldusi koos ettepanekutega.

2. KUKKUMISTE ENNETAMISE JA DOKUMENTEERIMISE TEOREETILISED LÄHTEKOHAD

2.1 Kukkumiste ennetamise meetodid

On ülimalt oluline, et õed teaksid ja oskaksid kukkumise riske välja selgitada ning valida tõhusa ja õigeaegse sekkumise, pakkudes kvaliteetset hooldust ja õendusabi (Aguiar jt, 2019: 699). Patsientide kukkumised võivad juhtuda erinevatel põhjustel. Haiglas viibivate patsientide kukkumisriski määramisel tuleb arvesse võtta selliseid tegureid, nagu patsiendi vanus, tervislik seisund, kasutatavad ravimid, kaasuvad haigused ja füüsiline võimekus. Oluline on teada eelmiste kukkumiste põhjuseid, et määrata kindlaks patsiendi jaoks individuaalsetest vajadustest lähtuvalt kõige sobivamad kukkumist ennetavad strateegiad. (Cox jt, 2015: 80).

Kukkumiste ennetamine on multidistsiplinaarne strateegia. Kukkumiste ärahoidmiseks peavad õed, arstid, apteekrid, füsioterapeudid, tegevusterapeudid, patsiendid ja perekonnad tegema koostööd. Kukkumiste ennetamine tuleb individualiseerida. Igal patsiendil on erinev kukkumisriski faktorite kogum, seetõttu peab ennetusmeetod olema valitud iga patsiendi ainulaadsetest vajadustest lähtuvalt. (Perry jt, 2018: 362).

Ennetusmeetodi esimese sammuna on oluline tagada, et kukkumisriski hindamine teostati 24 tunni jooksul pärast patsiendi haiglasse vastuvõtmist (Ganz jt, 2013: 78). Morse oma raamatus jagab kukkumisi kolmeks: füsioloogiline (eeldatav), füsioloogiline (ettenägematu) ja juhuslik. Füsioloogiline – sellesse kategooriasse kuulub enamik haiglasisesid kukkumisi. Need on kukkumised, mis esinevad patsientidel, kellel on eelnevalt tuvastatud riskifaktorid, näiteks muutunud vaimne seisund, ebanormaalne kõnnak, sagedased tualetivajadused või kõrge riskiga ravimid. Peamine ennetusmeetod on hoolikas järelevalve. Füsioloogiline – kukkumised, mis tekivad patsiendil, kellel on madal kukkumisrisk sündmuse tõttu, mille aegumist ei olnud võimalik ette näha, nagu krambid, insult või süngoopiline episood. Nende patsientide jaoks on võtmetähtsusega asjakohane abi pärast kukkumist koos kukkumise riski ümberhindamisega. Juhuslikud – need kukkumised ilmnevad keskkonnaohu tõttu madala riskiga patsientidel. Keskkonnaohutuse parandamine aitab vähendada nende patsientide kukkumisriski ning rakendatavad meetmed on abiks kõigile patsientidele (Morse, 2009: 9–11).

AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) soovib rakendada kõikide patsientide jaoks universaalseid ennetusmeetodeid. Universaalseid kukkumist ennetavaid meetodeid

nimetatakse "universaalseteks", kuna need kehtivad kõigi patsientide jaoks, sõltumata kukkumiskeskkonnast. Universaalsed kukkumist ennetavad meetodid põhinevad patsiendi keskkonna ohutul ja mugaval hoidmisel. (Ganz jt, 2013: 30).

Nelikeist protsenti kõigist kukkumistest peetakse juhuslikuks ja nende põhjuseks on patsiendi libisemine, komistamine või mõni muu äpardus. Need kukkumised on sageli põhjustatud keskkonnateguritest, milleks võivad olla näiteks põrandale voolanud vesi või uriin. (Morse, 2009: 10).

Väga olulised on tutvumine patsiendi keskkonnaga ja kutsenupu kasutamise õpetus. Kutsenupp annab patsiendile võimaluse kiiresti abi kutsuda. On vaja näidata ja õpetada, kuidas töötab voodipult. Kui patsient oskab voodipulti käsitseda, siis saab ta voodi enda jaoks mugavaks teha. (Perry jt, 2018: 341). Kutsenupp ja patsiendile vajalikud isiklikud asjad peavad olema talle käeulatuses. Vannitoas, ruumis ja esikus peavad olema tugevad käsipuud. Kui patsient puhkab voodis, siis peab haiglavoodi olema madalas asendis, kui patsient tõuseb voodist, tõstetakse voodi mugavale kõrgusele. Voodipidurid ja ratastooli rattad peavad olema lukustatud. Kasutatakse ainult libisemiskindlaid ja mugavaid jalatseid. Palatis on vaja kasutada öövalgustit või lisavalgustust. Põrandapinnad peavad alati puhtad ja kuivad olema. Kõik lekkes puhastatakse viivitamatult. Jälgitakse patsiendi ohutut käitlemist. (Ganz jt, 2013: 30).

Juhuslikku kukkumist hoiab ära turvalise keskkonna tagamine. (Morse, 2009: 13). Riskid, mis on seotud ümbritseva keskkonnaga, võib jagada kolmeks: füüsilisest keskkonnast tingitud, koristamine ja töövahendid. Kõikidele neile valdkondadele tuleb pöörata tähelepanu. (Falls Awareness ..., 2015: 6). Väga tihti juhtuvad kukkumistega seotud õnnetused palatis või trepil. Kukumised võivad juhtuda, kui patsient hakkab voodist üles tõusma või voodisse heitma, toas käimisel vaiba ääre taha takerdudes või astudes üle lävepaku, märjal põrandal, vannitoas või tualettruumis libastudes, kasutades ebamugavaid jalatseid ning riideid, trepist üles minnes või sealt laskudes. Sageli on mitmed tegurid koos. Raskemate tagajärgedega kukkumised on sageli patsientidel, kes kasutavad käimise hõlbustamiseks abivahendeid, või nendel, kes on peale pikka lamamisperioodi taas iseseisvalt liikuma hakanud. (Andersen jt, 2012:35). Esimest ootamatut füsioloogilist kukkumist ei saa ennustada ja seetõttu ei saa seda ka ära hoida, kuna personal ja patsient ei pruugi mõista, et patsiendil on seisund, mis põhjustab ootamatu kukkumise. See tähendab, et personal ei pruugi aru saada, et patsiendil on krampihooge kuni esimese krampi ilmnemiseni. Seega toimub sekkumine patsiendi kaitsmiseks võimalike vigastuste eest, mis võivad tekkida teise kukkumise ajal. (Morse, 2009: 35).

Hoolikalt hinnatakse patsiente, kellel on suur või keskmine kukkumisoht, et näha, kas kukkumise võimalikku põhjust saab alandada või üldse vältida. Näited hõlmavad ravimite muutmist segaduse vähendamiseks, hooldusravi plaani kasutamist kukkumise riski vähendamiseks, näiteks patsiendi äratamine öösel tualetti minemiseks või järelvalve tugevdamine. Kui patsient tõuseb voodist ilma valgust kasutamata, võivad patsiendi jälgimisel abiks olla voodialarmid. (Morse, 2009: 14). Kui on tegemist voodihaigega, siis tuleb võimaldada voodile vaba juurdepääs kahelt poolt. Voodihaige turvalisuse tagamiseks tuleb voodipiirded üles tõsta. (Andersen jt, 2012: 35).

2.2 Morse kukkumisskaala (*Morse Fall Scale*)

Lim ja Yam uurimuses 2014. aastal tuvastati, et ainult 4% osalejast oskasid Morse skaala üldskoori õigesti arvutada. 50% vastanutest teadsid Morse skaala eesmärgi. Uurimistöö autorid väidavad, et see on murettekitav punkt ja sellega tuleb tegeleda. Patsiendi ohutus on ülimalt oluline ning õde peab omama teadmisi ja kompetentsi *MFS* kasutamiseks. Seetõttu soovitatakse erinevaid koolitusprogramme *MFS*-i kasutamiseks, et parandada teadmiste ja pädevuse taset. (Lim jt, 2016: 23).

Patsientide kukkumisi ei saa täielikult vältida. Kukkumine haiglas võib põhjustada tõsisemaid vigastusi, mille tulemuseks võivad olla pikaajalised tagajärjed. Kukkumise edukaks vältimiseks tuleb korrektselt riskitegureid hinnata ja tõhusalt rakendada ennetusstrateegiaid. Uurimuses selgus, et kukkumisriski hindamise tööriist on väga efektiivne vahend kukkumiste ennetamiseks. Kukkunute hulgas olid peamiselt patsiendid, kelle puhul ei kasutatud kukkumisriski hindamise tööriista. (Cox jt, 2015: 82).

Mitme valideerimisuuringu põhjal on kõrge kukkumisriskiga patsientide kindlakstegemiseks soovitatav *MFS*. Riski ennustamine sõelumisvahendi abil ei ole lõplik, kuna haiglaravi ajal on kukkumisriski multifaktoriline olemus muutuv. Enne konkreetse haiglaosakonna jaoks tööriista rakendamist tuleb kindlaks määrata optimaalne piirväärtus, et ennetatavad strateegiad ei nõuaks töötajatelt tarbetuid pingutusi ega haiglakulude kasvu. Vaatamata kukkumisriski kiire sõeluuringu teatavatele eelistele on tööriista kasutamine ainult osa kukkumise riskifaktorite tervikhinnangust ega tohiks asendada kliinilist otsust. (Bóriková jt, 2017: 594).

Kukkumisriskiga või riskirühma kuuluva patsiendi hindamine on iga kukkumisenNETamise programmi oluline komponent. Ideaalis peaks kukkumisriski hindamine toimuma patsiendi

vastuvõtul ja vähemalt iga 3 päeva tagant haiglaravi perioodil. Seda tuleks teha ka siis, kui patsienti viiakse teise osakonda, kui tema seisund muutub ja kindlasti pärast kukkumist. Kukkumisriski hindamiseks on olemas mitu hindamisvahendit. Vaatamata mitme erineva skaala olemasolule on vähe teavet selle kohta, kuidas valida konkreetse analüüsitava osakonna või patsiendi jaoks kõige sobivam töörist. Soovitatav on kasutada ainult selliseid instrumente, mille usaldusväärsust ja kehtivust on empiiriliselt testitud. *MFS* on rahvusvahelisel tasandil enim uuritud skaala ja seda rakendatakse erinevates olukordades. (Costa-Dias jt, 2014: 160). Sargas jt tulid oma uurimuses järeldusele, et haiglaravil olevate patsientide kukkumise riski hindamine Morse skaala abil aitab parandada õendusabi kvaliteeti (Sarges jt, 2017: 865).

MFS-i tuleb kasutada kriitiliselt. On väga tähtis mõista selle piiranguid. Costa-Dias jt väidavad enda ja teiste uurimustele tuginedes, et *MFS*-il on mõõdukas võime ennustada kukkumise riske. Skaala on hea vahend kõrge kukkumisriskiga patsientide kindlakstegemiseks, eriti kirurgilise, pikaajalise ja palliatiivse ravi korral statsionaarsetes osakondades. (Costa-Dias jt, 2014: 71).

MFS on tõenduspõhine tööriist patsientide kukkumisriski hindamiseks. *MFS*-i raames hinnatavate muutujate hulka kuuluvad kukkumised anamneesis, haigused, ambulatoorsete abivahendite kasutamine, intravenoosne ravi, liikumisvõime ja vaimne seisund. Maksimaalne punktisumma on 115. Kasutatakse laialdaselt erakorralise abi osutamisel nii haiglas kui ka statsionaarsetes tingimustes pikaajalise hoolduse etapis (Cangany, jt 2018: 380).

3. ORGANISATSIOONI DIAGNOSTIKA JA ARENDUSPROJEKTI MEESKOND

Arendusprojekti vajaduse väljaselgitamiseks tegi käesoleva arendusprojekti autori eelvaatluse, mille käigus uuris, kas IVKH osakondades on piisavad tingimused ja vahendid selleks, et ennetada patsientide kukkumisi. Vaatluse tulemusena selgus, et patsientide füüsiline keskkond haiglas on kukkumise ennetamiseks väga hea. Haiglas kõikides palatides on piirdega ja reguleeritava kõrgusega voodid. Iga voodi kõrval on patsiendi käeulatuses kutsenupud. Palatid on avarad, on tagatud vaba juurdepääs voodile. Palatis ja koridoris on piisav valgustus, tagatud on ka valgustus öösel. Põrand ei ole libe, kui koristaja peseb ja põrand on märg, on olemas spetsiaalne märgistus. Haiglas on olemas kõik vajalikud liikumise abivahendid. On ka tagatud vaba liikumine ratastoolidega.

Kui autor uuris õdede töövahendeid kukkumise ennetamiseks, ilmnes, et IVKHs ei ole kasutusel ühtegi standardiseeritud vahendit kukkumiskirje hindamiseks. Selle teabe saamiseks küsis arendusprojekti autor suuliselt osakondade töötajatelt „Kas te kasutate kukkumise riski hindamisskaalat?“. Küsimus esitati ühele sisehaiguste osakonna õele, õendusjuhile, sisekliiniku õendusjuhile, ühele kirurgia osakonna õendusjuhile ning haigla õendusjuhile. Kõik, kellele küsimus esitati, vastasid „ei“. Sama küsimuse esitas arendusprojekti autor ka teiste haiglate õdedele. Selgus, et Tartu Ülikooli Kliinik, Põhja-Eesti Regionaalhaigla ja Lääne-Tallinna Keskhaigla kasutavad Morse skaalat.

Hetkel ei ole läbipaistev, kuidas IVKH osakondades teostatakse kukkumise riski hindamist ning missugused olid kasutusele võetud ennetusmeetodid. Õdede dokumentatsioonist ei kajastu kukkumise riski hindamist. Õed fikseerivad juhtumeid, kus patsient on juba kukkunud spetsiaalse paberil vormi abil (vaata Lisa 1). Vorm koosneb järgmisest andmetest: kuupäev, kellaeg, kukkumise juhtumi kirjeldus, põhjus, saadud vigastused. Andmeid analüüsitakse statistiliselt. Kuid statistika näitab ainult neid kukkumisi, mille tagajärjel patsient sai vigastusi. Ülejäänud kukkumisi ei fikseerita ega dokumenteerita. Kõikide kukkumiste riski fikseerimiseks on vajalik Morse skaala kohustuslik kasutuselevõtmine, mis annab võimaluse kontrollida, kas on teada patsiendi kukkumise riskid ning millised ennetamisemeetodid peaks valima, et riski vähendada.

Käesoleva arendusprojekti eesmärgi elluviimiseks moodustati arendusprojekti meeskond, kuhu kuulusid haigla õendusjuht; HEDA õenduse töörühma juht, kes on ka esimese kirurgia kliiniku

õendusjuht ja omab magistrikraadi, sisekliiniku õendusjuht, esimese sisehaiguste osakonna õendusjuht ning EMO õde (arendusprojekti autor).

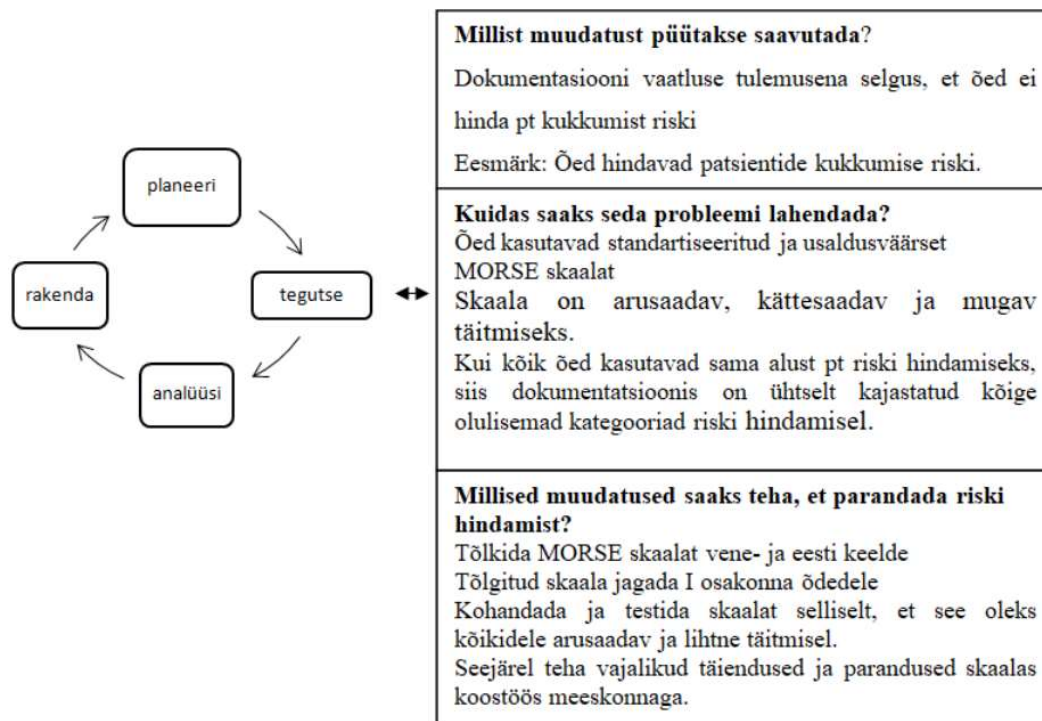
Skaala testimine otsustati läbi viia esimeses sisehaiguste osakonnas, kus on kokku 23 voodikohta. IVKH statistika andmetel oli aastatel 2017–2019 kõige rohkem kukkumisi just antud osakonnas. 2017. a oli 10 kukkumist, 2018. a oli 29 kukkumist ja 2019. a oli 15 kukkumist, mis moodustab 69% (2018. a) kogu haigla kukkumistest. Antud osakonnas viibivad erinevate haiguste ja profiiliga patsiendid. Väga sageli paigutatakse osakonda erinevate profiilidega patsiente, kui haigla osakondades ei ole vabu kohti. See asjaolu annab suurepärase võimaluse testida skaala kasutamist erinevate profiilidega patsientide seas.

4. ARENDUSPROJEKT

4.1 Arendusprojekti metoodika ja skaala testimise tulemused

4.1.1 PDCA mudel

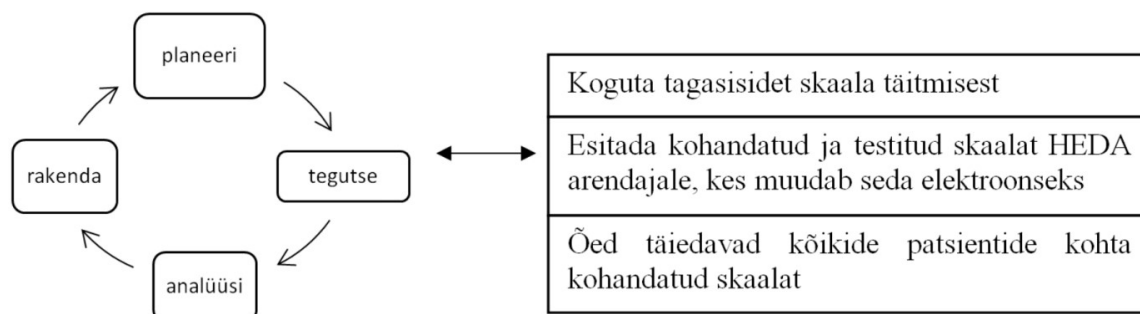
„MODEL FOR IMPROVEMENT“ mudel on üks võimalustest tervishoiusüsteemi töö parandamiseks ja täiustamiseks kindla skeemi järgi (Langley jt 2009: 15). Mudel koosneb kahest osast. Esimene osa on muudatuste planeerimine ja teine muudatuste testimine. **Esimeses osas** kirjeldatakse olukorda ja leitakse probleemid. Selleks esitatakse kolm küsimust (vt joonis 1).



Joonis 1. PDCA mudeli esimene osa

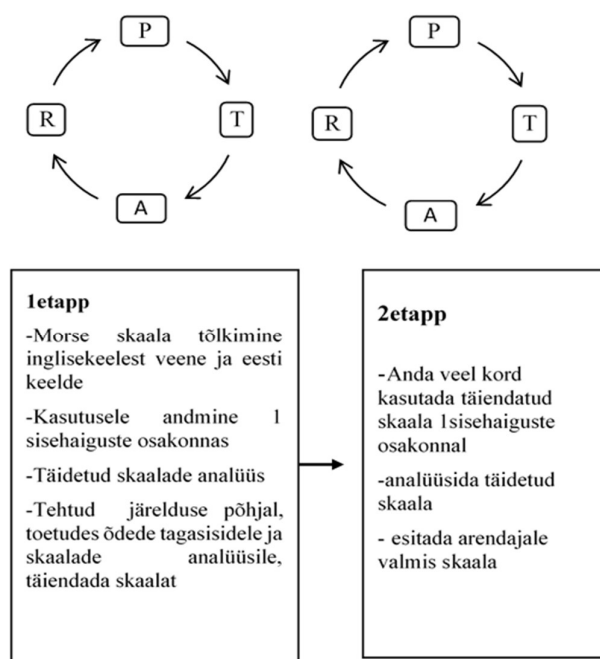
Esimene küsimus: mida püütakse saavutada? Meeskond peab seadma selged ja sihtotstarbelised eesmärgid ning tagama nende täitmise hinnatavuse. Teine küsimus: kuidas saada teada, kas muudatus tähendab ühtlasi ka paremaks muutumist? Kui rakendatakse muudatusi, siis peaks see mõjutama vastavaid meetmeid ja aja jooksul näitama, kas muudatus on viinud jätkusuutliku arenguni. Kolmas küsimus: milliseid muudatusi saaks teha, et tulemus näitaks paranemist? Siinkohal võiks meeskond teha palju potentsiaalseid muudatusi (vt joonis 1).

Mudeli **teine osa** on muudatuste testimine, kasutades ringikujulist skeemi „plaan-tegevus-kontroll-reageerimine“ (Taylor, 2013: 290). PDCA ring (Demingi ring) koosneb neljast etapist: planeeri (*plan*), tee (*do*), kontrolli (*check*) ja reageeri (*act*). Faasid on kirjanduses määratletud erinevate versioonidena, kuid nende eesmärk on sama: Planeeri (*plan*): protsessi eesmärkide püstitamine ja nende saavutamiseks vajalikud tegevused. Teosta (*do*): Muudatuste rakendamine. Kontrolli (*check*): analüüsimine ja kontrollimine. Rakenda (*act*): reageerimine ja muudatuste tegemine sõltuvalt tulemustest (vt joonis 2). (Lodgaard jt, 2013: 644).



Joonis 2. PDSA mudeli 2. osa

Antud arendusprojekt viidi läbi, kasutades kahte PDCA ringi, mis on esitatud joonisel 3.



Joonis 3. Arendusprojekti etapid

4.1.2 Morse skaala testimine esimene etapp: dokumendivaatluse ja skaala täitmise tulemused

Selles etapis käesoleva arendusprojekti autor analüüsis IVKH õdede poolt patsientide kohta täidetud õendus- ja haiguslugusid. Dokumendivaatlus on odav, kuid ajamahukas viis empiiriliste andmete saamiseks. Sageli on see meetod ühendatud intervjuerimisega/küsitlusega ja vaatlusega, et tagada usaldusväärsust (Bowen, 2009: 38). Analüüsimiseks vaadati patsiendi õendusanamneesi, õenduse epikriisi, õendusdiagnoose ja statsionaarseid epikriise ning haiguslugusid. Käesoleva arendusprojekti autor täitis kõik eetilised nõudmised, kasutades patsiendi kohta käivaid andmeid konfidentsiaalselt.

Dokumentatsioonianalüüsiga paralleelselt otsis käesoleva arendusprojekti autor erialasest kirjandusest skaalat kukkumise riski hindamiseks. Seejärel toimus skaala kasutamise loa taotlemine. Arendusprojekti autor sai skaala autorilt Janice Morse'lt loa kasutada MORSE skaalat oma arendusprojekti 06.09.20 (vt lisa 5). Järgmiseks sammuks oli skaala tõlkimine. Autor tõlkis MORSE skaala eesti ja vene keelde (vt lisad 2, 3, 4). Venekeelset skaalat oli plaanis kasutada skaalas kasutatavate lausete arusaamise hõlbustamiseks, kuna osakonnas on palju vene keelt rääkivaid õdesid. Ametlikult venekeelset skaalat ei kasutatud. Koostöös haigla õendus- ja HEDA õendustöörühma juhtidega on eesti keelde tõlgitud skaalat analüüsitud eesmärgiga, et kõik tõlgitud laused oleksid üheselt arusaadavad ja vastaksid skaala originaallausele. Tõlgitud skaala kiideti heaks, märkusi ei olnud.

Enne skaala elektroonilisel kujul ilmumist testis arendusprojekti autor skaalat kaks korda paberil. Kahe nädala jooksul, ajavahemikul 23.06.20–06.08.20 kasutasid esimese sisehaiguste osakonna õed originaalist eesti keelde tõlgitud MORSE skaalat (*MFS*). Käesolevas arendusprojekti moodustasid valimi kõik esimese sisehaiguste osakonna õed ehk tegemist on kõikse valimiga. Selles osakonnas testimise ajal töötas $n=13$ (100%) õde. Teabe kogumine kõikidelt õdedelt võib erinevatel põhjustel olla problemaatiline. Võimalikud riskid: õde ei pruugi leida skaalat; õel ei ole aega skaala täitmiseks, kuna öösel ja nädalavahetusel õde töötab ükski ning ta keeldub lisaülesannete täitmisest; õed ei soovi osaleda uurimistöös. Maksimaalse tulemuse saavutamiseks tutvustas käesoleva arendusprojekti autor kõikidele selles osakonnas töötavatele õdedele arendusprojekti eesmärgi ja andmete kogumise vajalikkust, külastades osakonda mitme päeva jooksul nii päeval, õhtul kui ka nädalavahetusel. Käesoleva arendusprojekti autor selgitas ka seda, et kukkumiskriisi tuleks hinnata kõikidel patsientidel.

06.08.20 kuupäevaks oli skaalat täitnud 11 õde (85%). See on väga hea tulemus, kuna skaala testimine toimus suvel, mis on puhkuste periood. Käesoleva arendusprojekti autor vaatas üle, kui paljudele patsientidele oli skaalat testimise ajavahemikus rakendatud. See teave on vajalik, et aru saada, kas kõikidele patsientidele rakendati skaalat ning kas skaala täitmine tehti õigesti. Enamik käesolevasse osakonda saabunud patsientidest olid sisehaiguste profiiliga. Kuid 6 patsientidest (12%) olid neuroloogia ja 1 (1,9%) pulmonoloogia profiiliga, kuna haiglas ei olnud vabu kohti ja patsiente paigutati osakondadesse, kus olid vabad kohad. Sellel ajaperioodil oli saabunud N=51 patsienti (vt tabel 1). Patsientide hulgas oli 34 nais- ja 17 meespatsienti. Skaala täideti 24 (70,5%) nais- ja 16 (94,1%) meespatsiendi kohta. Patsientide vanus oli vahemikus 19–94 aastat. Naispatsientide vanuse vahemik oli 38–89 aastat, ehk keskmine vanus oli 72,2 aastat. Meespatsientide vanused olid vahemikus 19–94 aastat, ehk keskmine vanus oli 65,25 aastat (vt tabel 1).

Tabel 1. Täidetud skaalade arv

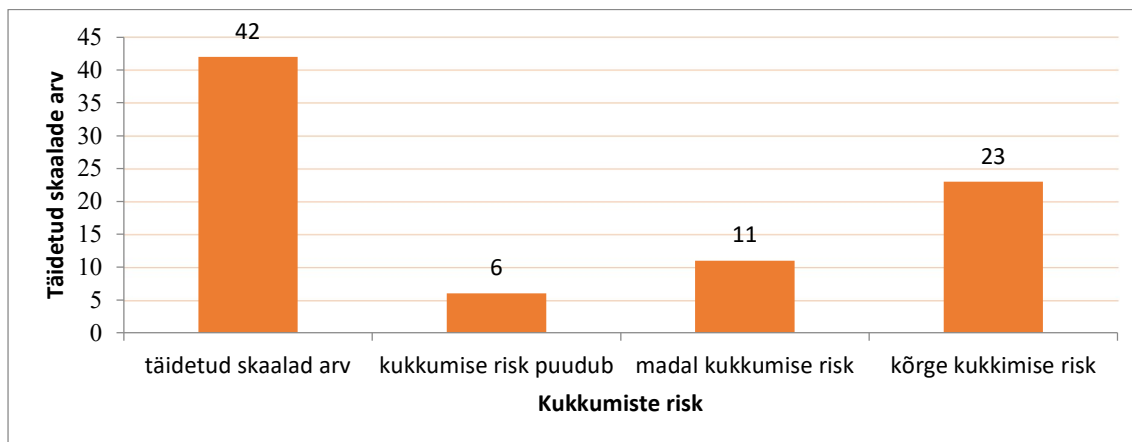
	Kokku	Naised	Mehed	pt andmed puuduvad
Saabunud patsiendid	51 (100%)	34 (100%)	17 (100%)	2
Täidetud skaalad	42 (82,3%)	24 (70,5%)	16 (94,1%)	
Vanus	19–94	38–89	19–94	

Täideti 42 skaalat (82%) (vt joonis 3) kõikide saabunud patsientide seast. Täidetud skaalade seast eemaldati 2 skaalat, kuna nende puhul polnud võimalik kontrollida, kas skaala täitmine oli nendele patsientidele vajalik. Skaaladel puudusid patsientide andmed. Seega sobisid analüüsimiseks 40 skaalat. Täidetud skaalade analüüs toimus haiglas eraldi ruumis. Haigla õendusjuht andis arendusprojekti autorile loa vaadata patsientide andmeid selleks, et kontrollida *MFS* skaala õiget täitmist.



Joonis 4. Testperioodil saabunud patsientide ja täidetud skaalade arv siseosakonnas esimeses etapis

Esimeses etapis täidetud skaalalt tuli välja, et 23 patsiendil (54,8%) hinnati kukkumise riski kõrgeks. Madal kukkumiskrisk oli 11 patsiendil (26,19%) ning 6 patsiendil (14,28%) kukkumise risk puudus (vt joonis 5).



Joonis 5. Testperioodil täidetud skaalad patsientide kukkumiskriski astmete kohta esimeses etapis

Toetudes saadud andmetele väidab käesoleva arendusprojekti autor, et MORSE skaala testimiseks ja kohandamiseks valiti õige osakond, kuna suurem osa patsientidest oli suure kukkumiskriskiga.

Analüüsides esimeses etapis täidetud skaalasid ja patsientide haiguslugusid, tuvastas käesoleva arendusprojekti autor, et kukkumiskriski määramisel esinesid õdedel vead. Õed määrasid skaalat kasutades, et kõrge kukkumiskriski aste (õendusdiagnoos „kukkumiskrisk“ 00155), oli 23 patsiendil. Kuid tegelikult neid patsiente oli 17 võrra rohkem. Viiele patsiendile, kellel esines kõrge risk, oli määratud õendusdiagnoos „enesevigastuse oht“. Kui analüüsida, kas on määratud õige diagnoos, siis teada, et „kukkumiskrisk“ (*Risk for falls*, 00155) on oht sagedaseks kukkumiseks, mis võib põhjustada kehavigastusi ja kahjustada tervist (Herdman, 2012: 428). Seega diagnoosi „enesevigastuse oht“ ei ole õigesti kasutatud.

Lisaks sellele on lisas 6 ja joonisel 6 esitatud andmed vigadest, mida õed on teinud skaala täitmisel. Kukumiskriski määramisel oli valesti kasutatud **patsiendi anamneesi**. Täidetud skaalat ja õenduse anamneesi analüüsides selgus, et kõrge kukkumiskrisk oli määratud 19-le teadvuseta patsiendile (45,2%). Teadvuseta patsientidelt ei ole võimalik koguda teavet kukkumiskriski kohta.

Kaasuvad haigused. Selle osa kontrollimiseks kasutati statsionaarset epikriisi. 2 skaala puhul polnud võimalik kontrollida, kuna puudusid patsiendi nimed. 35 patsiendil (87,5%) olid märgitud kaasuvad haigused. 7 patsiendile (17,5%) oli märgitud, et kaasuvad haigused puuduvad. Analüüsides täidetud kukkumisriski skaalasisid, selgus, et 4 patsiendil (10%) oli märgitud, et kaasuvad haigused puuduvad. Kuid lähtudes patsiendi epikriisist kaasuvaid haigused eksisteerivad. 2 patsiendile (4,7%) oli skaalas märgitud, et esinevad kaasuvad haigused, kuid tegelikult need puudusid.

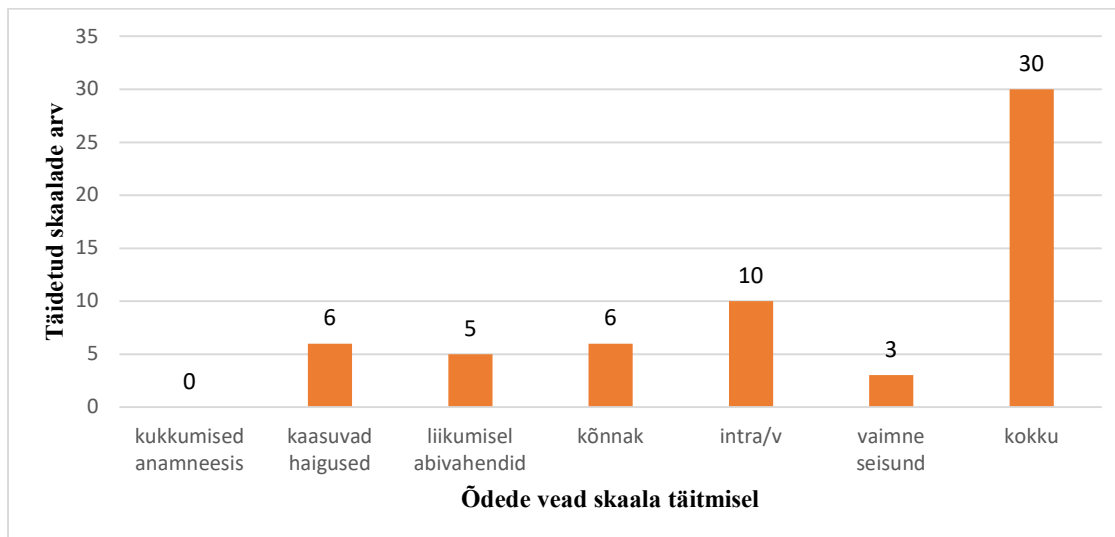
Abivahendid. Selle osa kontrollimiseks kasutati õendusanamneesi. Esinesid vastuolud skaala ja õendusanamneesi vahel. 5 patsiendi (12,5%) puhul tuli anamneesist välja, et patsiendid kasutavad rulaatorit või keppi, kuid skaalades oli märgitud, et nad on voodihaiged.

Intravenoosne teraapia. Selle punkti kontrollimiseks kasutati õendusanamneesi ja statsionaarset epikriisi, kust selgus, et 40 patsiendi (100%) puhul oli märgitud, et on olemas perifeerne veenikanüül. Skaalades oli märgitud, et 29 patsiendil (72,5%) oli intravenoosne teraapia. Morse on välja toonud, et kui patsiendile on paigaldatud venikanüül, siis arvatakse, et on olemas ka intravenoosne teraapia (Morse 2009: 108).

Kõnnak. Selle skaala punkti kontrollimiseks kasutati õendusanamneesi. Õendusanamneesist selgus, et 5 patsienti (11,9%) on voodihaiged, kuid skaalades oli märgitud, et neil on nõrk kõnnak. Ühe patsiendi anamneesist selgus, et liikumisel ta kasutab rulaatorit, kuid skaalas oli märgitud, et see patsient on immobiilne. Seega täidetud skaalades ja dokumentatsioonides esinevad vastuolud.

Vaimne seisund. Selle punkti kontrollimiseks kasutati õendusanamneesi, kust on näha, et 13 patsiendi (32,5%) puhul oli märgitud, et ta hindab oma võimeid üle / unustab oma piiratud võimalused. 26 patsiendi (65%) puhul oli märgitud punkt „saab aru oma võimetest“. 13 patsiendi puhul oli kirja pandud, et nad ülehindavad oma võimeid / unustavad oma piiratud võimalused, kuid anamneesist selgub, et tähelepanu, mälu, kontaktivõime, vaimne seisund ja kõne on korras. Ei ole arusaadav, kuidas õed hindasid seda punkti.

Saadud tulemusi arutati tööühmaga. Arutamise käigus tehti otsuseid skaala kasutamise ja täiendamise protsessi kohta, mida on kirjeldatud 4.1.4 peatükis.



Joonis 6. Testperioodil õdede vead täidetud skaalades esimeses etapis.

4.1.3 Morse skaala testimise esimene etapp: küsitlustulemused skaala kasutamise kohta

Käesoleva arendusprojekti autor teostas paralleelselt dokumendivaatlusele ja täidetud skaalade analüüsile ka õdede küsitluse skaala täitmist tagasiside saamiseks. Käesoleva arendusprojekti autor jälgis, et ei oleks rikutud andmete kogumise vabatahtlikkuse ja anonüümsuse põhimõtteid. Selleks küsitleti ainult neid õdesid, kes olid nõus vastama. Anonüümsuse tagamiseks autor ei küsinud vastajate vanust, tööstaaži ega sugu, kuna osakonnas oli ainult 13 õde. Küsitlus toimus õele sobival ajal eraldi ruumis. Küsitlus oli suuline. Küsitluseks oli autor ette valmistanud küsimused (vt lisa 7). Küsimused vaatasid üle meeskonnaliikmed ja arendusprojekti juhendaja.

Kogutud andmeid kasutas autor ainult käesoleva arendusprojekti eesmärgi raames. Kogutud andmed esitati tööühmale üldistatult ja nimesid nimetamata. Küsitlused toimusid septembrikuus. Küsitluse paremaks analüüsimiseks kasutas arendusprojekti autor audiosalvestust. Küsitluse läbiviimiseks sai autor haigla juhatuse loa.

Tagasiside analüüsimiseks järgis autor järgmisi etappe:

- Küsitluses oli fikseeritud kuupäev selleks, et mitte küsida õdede nimed. Selline protsess annab võimaluse jälgida töögraafikut, eesmärgiga, et kõik õed annaksid tagasiside. Küsitluse käigus kasutati audiosalvestust. Eelnevalt räägiti õdedele arendusprojekti eesmärgist ja sellest, miks toimub suuline küsitlus. Iga õde allkirjastas nõusolekulehe, kui oli tingimustega nõus.
- Lisaks sellele kodeeriti vastajad küsitluse numbriga. Jälgiti, et kui graafikus on kolm õde, siis oleks kolm salvestust. Juhul, kui õed olid nõus uurimistöös osalema, saadud andmed transkribeeriti (lindistatud vestluse tekstiks ümberkirjutamine).
- Kuna küsitluses olid avatud lõpuga küsimused, siis andmete analüüsimiseks kasutati kvalitatiivset andmeanalüüsi.

Küsitluse andmetes analüüsis käesoleva arendusprojekti autor Morse skaala kasutamist. Seejärel vormistas autor tulemused ning arutas need läbi arendusprojekti meeskonnaga, kuhu kuulus üks kirurgia osakonna õendusjuht, kes omab magistrikraadi ja on IVKH HEDA õendustöörühma juht. Need meeskonna liikmed olid eksperdi rollis.

Küsitleda õnnestus ainult 8 õde (62%). Põhjuseks on asjaolu, et COVID-19 tõttu olid õed haiguslehel. Küsitlused viidi läbi vene keeles, kuna enamiku õdede jaoks on see emakeel. Emakeeles on väljendusoskus parem ja see võimaldab oma arvamust selgemini väljendada. Arendusprojekti meeskonna liikmed olid sellega nõus. Tagasisidest selgus, et ainult ühel õel oli kogemus selle skaala kasutamises, teised õed proovisid seda esimest korda.

Küsimusele „Kas kõik punktid antud skaalas olid selged?“ vastasid kõik õed saajaprotsendiliselt „jah“. Ka küsimus „Kas sõna „kukkumised“ anamneesis on arusaadav?“ oli kõikidele uuritavatele 100% arusaadav.

Küsimusele, kust te saate informatsiooni varasemate kukkumiste kohta, vastasid õed (100%), et nad kas küsivad patsiendi käest või tema sugulaste käest. See küsimus oli arusaadav, kuid vastamistes esinesid ebakõlad patsiendi dokumentatsiooniga.

Skaalas murettekitavaks kohaks oli sõna „kõnnak“. 4 õdedest (50%) ei saanud aru, kuidas seda punkti õigesti hinnata ja mida tähendab „nõrk kõnnak“. Raskusi hindamisega oli ka punktis „vaimne seisund“, 2 õde (25%) ei teadnud, kuidas seda õigesti hinnata. 1 õde (12,5%) ütles, et

saab aru sellest punktist 50/50 ja üks õde palus seda kuidagi lahti kirjutada, et aru saada, mis see täpselt tähendab.

Küsimusele „kust te saate informatsiooni, kui patsient on koomas?“ vastasid õed, et sugulaste käest, hooldajatelt, õendusloost. Siit tulenevad mõned vead. Näiteks see, et õed täitsid skaala kõikide patsientide kohta, isegi kui patsiendid olid koomas. Toetudes Morse teooriale, saab väita, et patsiendi kohta, kes on koomas, seda skaalat ei täideta. Selleks, et olla kindel selles, küsis arendusprojekti autor skaala autorilt selle kirjalikult üle. Skaala autor kinnitas väite õigsust ehk koomas või teadvuseta patsientide puhul skaalat ei täideta (vt lisa 5).

Täidetud skaala kontrollimisel selgus, et kõige suurem vigade hulk oli punktis „intravenoosne teraapia“. Arendusprojekti autor esitas küsimuse „Kui patsiendil on veenikanüül ja ta ei saa ravimeid veeni ega tilguti teel, mis te arvate, kas see tähendab, et tegemist on intravenoosse teraapiaga?“ Ainult üks õde vastas positiivselt, ülejäänud arvasid, et ei ole. See viitab sellele, et õdedel on seisukoht /hoiak intravenoosse teraapia teostamiseks ainult sellisel juhul, kui patsient saab ravimit tilguti või veeni kaudu, veenikanüüli olemasolu aga ei tähenda, et tegemist on intravenoosse teraapiaga. Morse teooriale tuginedes on veenikanüüli olemasolu vaatamata sellele, kas tilkinfusioon või ravimite manustamine toimub või ei, üks kukkumiste põhjustest.

Küsimusele „Kuidas te otsustate, missuguse patsiendi suhtes on vaja skaala täita?“ vastasid kõik õed, et püüdsid täita skaalat kõikide patsientide suhtes, kuna neid paluti osaleda selles arendusprojekti. Tulemuseks on see, et üks õde vastas, et kui patsient oli noor ja liikus ise, siis ta ei täitnud tema suhtes skaalat. Samuti õed mainisid ka seda, et ei täitnud skaalat olukorras, kui neil ei olnud aega, eriti öösel ja nädalavahetusel.

Õdede arvates oleks ka väga mugav ja kasulik skaala kõrvale esitada kukkumise ennetamise meetodid. Kaks õde avaldasid soovi / tegid ettepaneku, et oleks väga hea, kui oleks vähem paberitööd. See soovitus tõendab arendusprojekti olulisust ja kasulikkust. Skaala ilmumine elektroonilisel kujul lihtsustab õdede tööd ja säästab nende aega. Kõik küsitluse vastused on toodud lisa 9.

4.1.4 Morse skaala testimise teine etapp: dokumendivaatluse ja täiendatud skaala täitmise tulemused

Käesolevasse osakonda enamik saabunud patsientidest olid sisehaiguste profiiliga. Andmete analüüs toimus samamoodi, nagu on kirjeldatud 4.1.2 peatükis. Selles etapis ei järgnenud õdede küsitlust. Jaanuaris 2021 on planeeritud viia läbi skaala testimise kolmas etapp juba elektroonilisel kujul. Õdede tagasiside hakatakse koguma jälle pärast seda etappi.

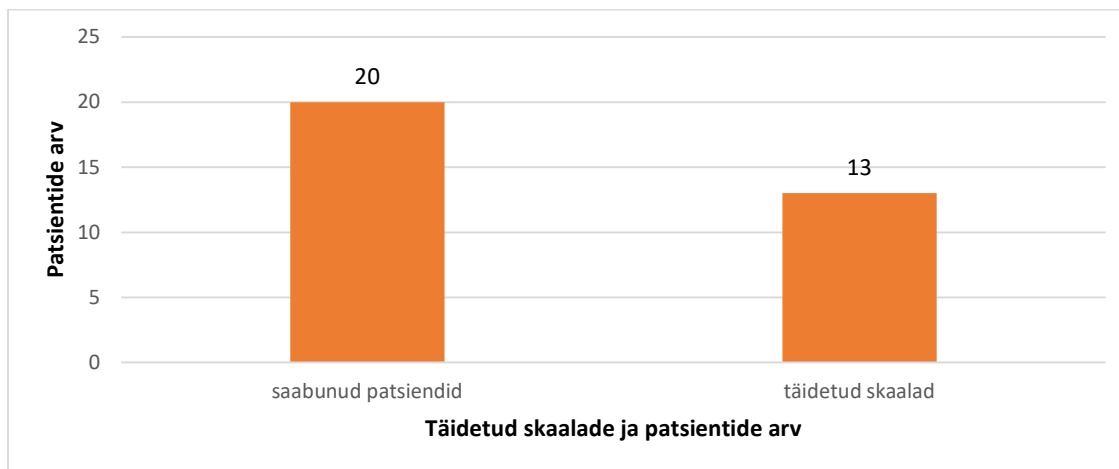
Analüüsides esimese etappi tulemusi ja neid meeskonnaga arutades otsustati teha mõned täiendused. Seoses COVID-19 levikuga nii maailmas kui ka Eestis on koosolekud IVKH-s keelatud. Arutlemine toimus kahekaupa. Arendusprojekti autor esitas oma ideed skaala täiendamiseks esialgu ühele kirurgia osakonna õendusjuhile, seejärel sisekliiniku ja esimese sisehaiguste osakonna õendusjuhile ning haigla õendusjuhile. Täiendused kiideti heaks.

Skaala testimise ajal selgus, et õed vajavad skaala punktide kohta põhjalikku selgitamist. Hea oleks, kui selgitused on vene keeles. Kuna kõik koolitused on keelatud, siis on skaala uues versioonis skaala pöördelehele lisatud põhjalik kirjeldus, kuidas hinnata iga skaala punkti, kust võetakse andmed ning lisatud on märkus, et koomas (teadvuseta) oleva patsiendi suhtes ei ole skaalat vaja täita. Skaala täiendamisel arvestati J. Morse (skaala autor) antud soovitustega. Skaala autor palus parandada kukkumise astmete nimetused, nimelt: madal, keskmine ja kõrge kukkumiskriis, enne oli kukkumise risk puudub, madal ja kõrge kukkumise risk.

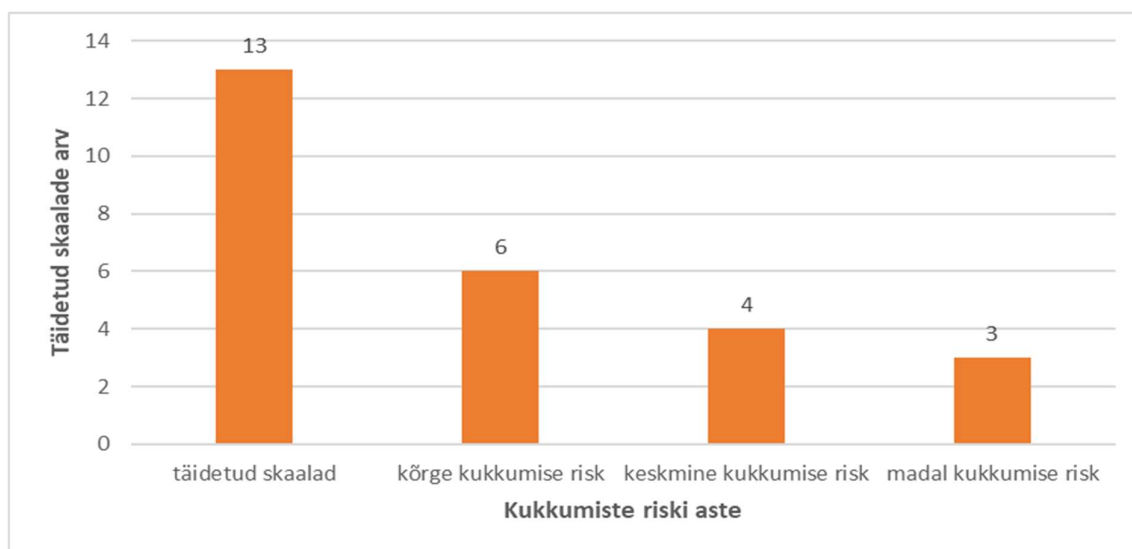
Õdede küsitlusest selgus ka, et õed tahtsid, et skaala kõrval oleks esitatud ennetusmeetodid. Need on nüüd lisatud. Ennetusmeetodite valiku puhul lähtus autor tõenduspõhistest allikatest. Meetodeid on kirjeldatud arendusprojekti teoreetilises osas. Nagu on ka kirjutatud teoreetilises osas, peab kukkumiskriisi kolme päeva pärast uuesti hindama ning skaalasse lisati ka lahter, mis annab võimaluse hinnata riski teist korda (vt lisa 8).

Pärast muudatuste tegemist korraldati skaala testimist samas osakonnas ajavahemikus 6.–14.10.2020. Skaalat kasutati teist korda ainult ühe nädala jooksul, sest arendusprojekti aeg oli piiratud. Selles ajavahemikus oli esimesse sisehaiguste osakonda saabunud 20 patsienti. Skaalat täitis 10 õde.

Kokku täideti teise testimise ajaperioodi jooksul 13 skaalat, 65% kõikidest patsientidest (vt joonis 7). Kõik õed täitsid skaalat vähemalt ühe korra. Skaala täideti patsientide kohta vanuses 39–93 aastat, neist 7 olid meespatsiendid ja 6 naispatsiendid. Täidetud skaalast kõrge kukkumisriskiga osutus 6 patsienti ehk 46,2%, keskmise riskiga oli 4 patsienti ehk 30,7% ning madala kukkumisriskiga oli 3 patsienti ehk 23,1%. (vt joonis 8).



Joonis 7. Testperioodil saabunud patsientide ja täidetud skaalade arv siseosakonnas teises etapis



Joonis 8. Testperioodil täidetud skaalad patsientide kukkumisriski astmete kohta teises etapis

Dokumentatsioonile toetudes võib väita, et 50%-l patsientidest, kelle puhul täheldati kõrget kukkumiskriisi, kahjuks puudus õendusplaanis õendusdiagnoos „kukkumise risk (00155)“. Võrreldes seda tulemust esimese etapiga, oli tulemus parem, aga ikkagi ei oska õed veel luua seoseid skaala ja õendusdiagnoosi vahel. Märkides suure kukkumiskriisi skaalas, ei kajasta nad seda õendusplaanides.

Kukkumised anamneesis. Selles punktis viga ei olnud, kõik patsiendid, kelle suhtes täideti skaala, olid teadvusel ja head kontaktivõimelised. Võrreldes esimese etapiga, ei täidetud skaalat ühegi patsiendi suhtes, kes olid koomas/teadvuseta (vt joonis 9).

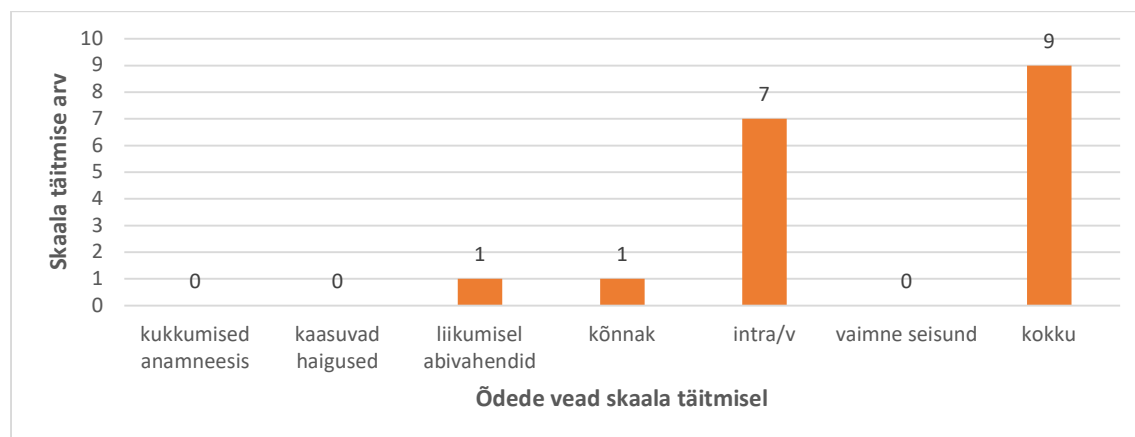
Kaasuvad haigused. Ühtegi viga ei olnud tuvastatud, võrreldes esimese etapiga.

Liikumisel kasutatavad abivahendid. Esines üks vastuolu – anamneesis oli märgitud, et patsient vajab liikumisel abi, kuid ei ole selge, missugust abi, sest abivahendeid ei ole märgitud. Kuid skaalas nii „kõnnak“ kui ka „liikumine“ oli märgitud „ilma abita“.

Intravenoosne teraapia. Selles punktis esinesid vead. Kõikidele patsientidele oli paigaldatud v/kanüül, kuid õed skaalas valisid, et i/v teraapia puudub. Vaatamata sellele, et skaalas on lahti kirjutatud, kuidas hinnata seda punkti, on õdedel hoiak, et kui patsient ei saa ravi veeni kaudu, ei ole see intravenoosne teraapia.

Kõnnak. Selles punktis esines ainult üks viga. Patsient oli voodihaige, kuid kirja pandi, et kõnnak on nõrk.

Vaimne / mentaalne seisund. Selle punkti kontrollimiseks luges autor anamneesi ja ei tuvastanud ühtegi viga.



Joonis 9. Testperioodil õdede vigade arv skaala täitmisel teises etapis

Selles etapis olid skaala kõrvale lisatud ka ennetamistegevused. Kontrollides täidetud skaalasisid, oli näha, et õed analüüsivad oma planeeritud ennetamistegevusi. Nad valisid sobivaid meetodeid, lähtudes kukkumise riskiastmest.

4.2 Kommunikatsioonikava ja meeskonnatöö planeerimine

2020. aasta jaanuaris toimus IVKH-s üleminek uuele elektroonilisele tervise infosüsteemile HEDA (*Health Enterprise Data and Applications*). Üleminekuperioodil oli ka planeeritud muuta kõik haiglas kasutatavad dokumendid elektrooniliseks. Arendusprojekti autoril tekkis idee Morse skaalat testida, valideerida enne selle kasutuselevõttu ja avaldada see elektroonilisel kujul. Oma ideed tutvustas autor haigla õendusjuhile ja sisekliiniku õendusjuhile. Idee kiideti heaks ja arendusprojekt osutus vajalikuks ja kasulikuks.

Arendusprojekti ideed esitleti esimese kirurgiaosakonna õele, kes on HEDA õenduse töörühma juht ja omandab magistrikraadi. Arutelu käigus valiti osakond skaala testimiseks ning moodustati töörühm. Töörühma kuulusid arendusprojekti autor, esimese siseosakonna vanemõde, esimese kirurgia osakonna vanemõde, sisekliiniku vanemõde. Esimese sisehaiguste osakonna õed olid ka töörühma kaasatud ajavahemikuks, mil toimusid skaala testimise etapid. Tabelis 4 on esitatud ülesanded ja vastutused moodustatud meeskonnas.

2020. aasta mais esitas arendusprojekti autor arendusprojekti ajakava. COVID-19 leviku tõttu olid koosolekud keelatud, seetõttu arutati kõiki küsimusi e-posti ning telefoni teel või koosolekul kahe inimese juuresolekul. Ajakava kiideti heaks ja võeti vastu.

2020. aasta juuni alguses toimus kohtumine esimese siseosakonna vanemõega. Sellel kohtumisel rääkis arendusprojekti autor veel kord arendusprojektist ja selle eesmärgist. Kohtumisel arutati esimese etapi ajastamist, teabe kogumise meetodit ja esimese etapi kestust. Jagati ka kohustused ja ülesanded. Vanemõde ülesandeks oli täidetud skaalade kogumine, vajadusel õdedele skaala täitmise vajaduse selgitamine. Samal päeval toimus osakonna peaarstiga kohtumine, kus plaaniti skaala testimist. Kohtumise eesmärk oli saada luba arendusprojekti läbiviimiseks selles osakonnas. Pärast arendusprojekti eesmärgiga tutvumist anti luba arendusprojekti elluviimiseks. Arendusprojekti autori ülesanne oli tagada osakonnale vene ja eesti keelde tõlgitud skaala.

Enne skaala testimise alustamist näitas arendusprojekti autor tõlgitud skaalat HEDA õenduse töörühma juhile. Pärast heakskiidu saamist ja kommentaare algas testimise esimene etapp.

Järgmine kohtumine oli pühendatud andmeanalüüsi arutelule. Arutati, kus ja kuidas arendusprojekti autor saadud andmeid analüüsima hakkab. Koosolekul osalesid sisekliiniku õendusjuht ja haigla õendusjuht. Otsustati avada arendusprojekti autorile ajutine juurdepääs patsientide haiguslugudele. Sissepääs avati ainult esimese sisehaiguste osakonna patsientidele. Andmete analüüsimiseks eraldati ka haiglas eraldi ruum, kus arendusprojekti autor saaks üksinda ja rahulikult andmeid töödelda. Enne arendusprojekti iga uut etappi toimusid kohtumised. Autori ülesanne oli tutvustada meeskonnale vahetulemusi, selgitada edasist plaani ja esitada kõik muudatused või täiendused arendusprojektis kinnitamiseks.

Moodustatud arendusprojekti meeskond toetas autorit igati ja täitis täpselt oma ülesandeid. Igal ajal, iga küsimuse korral võis arendusprojekti autor võtta ühendust iga meeskonnaliikmega. Kommunikatsioonivahenditeks olid telefonid, e-post, kohtumised. E-posti teel lepidi peamiselt kokku kas kohtumise või telefonikõne aeg. Peamised otsused langetati kohtumisel. Antud kommunikatsiooniviis on kõige produktiivsem ja tõhusam ning võimaldas arendusprojekti autoril paremini selgitada oma ettepanekuid või murettekitavaid kohti. Seoses COVID-19 levikuga ei olnud võimalik läbi viia regulaarseid koosolekuid. Koosolekud toimusid valdavalt nii, et osalejad olid seal kahekesi.

Haigla vanemõe ja sisekliiniku õendusjuhi ülesanne oli anda autorile kõik vajalikud load ja osaleda arendusprojekti kavandamisel. Õenduse töörühma juhi ülesandeks oli kontrollida kõiki skaalade variante, tehtud täiendusi ning hoida ühendust arendajatega. Tabelis 2 on kirjeldatud ülesanne ja vastutus meeskonnas.

Tabel 2. Ülesanne ja vastutus meeskonnas

Haigla õendusjuht	Kõik kooskõlastused, mis olid seotud arendusprojekti teostamisega, vajalike lubade andmine, dokumentide kinnitamine ja kontrollimine, osalemine arendusprojekti kavandamisel.
Sisekliiniku õendusjuht	Kõik kooskõlastused, mis olid seotud arendusprojekti teostamisega, vajalike lubade andmine, dokumentide kinnitamine ja kontrollimine, osalemine arendusprojekti kavandamisel

HEDA õendustöörühma juht/esimese kirurgia osakonna õendusjuht	Pidev side HEDA arendajaga, kõikide skaalade variantide ning tehtud täienduste kontrollimine, osalemine arendusprojekti kavandamisel
Esimese sisehaiguste osakonna õendusjuht	Skaalade kogumine, õdedele skaala täitmise vajaduse selgitamine
Arendusprojekti autor	Osakonnale vene ja eesti keelde tõlgitud skaala tagamine, meeskonnale vahetulemuste tutvustamine, edasise plaani selgitamine ja arendusprojekti kõikide muudatuste või täienduste kinnitamiseks esitamine
Esimese sisehaiguste osakonna õed	Skaala testimise etappides osalemine

4.3 Ressursside kaasamine, eelarve

Antud arendusprojekti jaoks ei olnud vaja eraldi eelarvet, kuna arendusprojekt viiakse läbi koos HEDA süsteemi üleminekuga, mis on finantseeritud haigekassa poolt. Kõik vajalikud dokumendid prinditi välja haiglas. Kokku prinditi umbes 70 lehekülge. Ressursside hulka on kaasatud inimressurss ja ajaressurss. Selle arendusprojekti iga meeskonnaliige, kes kuulus ka HEDA õendustöörühma koosseisu, pidi ülemarsti korralduse alusel (ülemarsti korraldus nr.1.3-4.1/10.) pühendama poolteist tundi igal nädalal oma tööajast HEDA programmile. Selle aja hulka kuulusid ka arutelud ja kohtumised skaala testimise kohta.

Meeskonda kuulusid osakonna õed, haigla ja osakondade õendusjuhid ja arendusprojekti autor. Kõik osalejad kasutasid aega arendusprojekti osalemiseks ainult tööl olles, välja arvatud arendusprojekti autor. Arendusprojekti kirjutamisel kasutas autor selleks ettenähtud õppepuhkust, mis kestis 2 nädalat ja oma tavalist puhkust, mis kestis samuti kaks nädalat. Samuti teostati kõik arendusprojekti seotud kohtumised ja läbirääkimised vabal ajal.

Koosolekute keskmine pikkus oli 30 minutit. Kokku oli 7 kohtumist ja 5 telefonikõnet, e-posti teel suhtlemise ajakulu arvestada ei ole võimalik. Iga meeskonnaliikme orienteeruv tööaeg oli vähemalt 3,5 tundi. Erandi moodustas IVKH HEDA õenduse töörühma juht, kes on arendajaga suhtleja, ettepanekute edastaja ning arendusprojekti autor. Täpset aega, mis autoril kulus arendusprojekti jaoks, on väga raske arvutada. Arendusprojekti kirjutamine algas juulis, aga arendusprojekti olid ka vahepausid.

4.4 Riskijuhtimise plaan

Iga arendusprojekti teostamisega kaasnevad mitmed riskid. Selle arendusprojekti puhul olid ka mõned riskid, kõigepealt olid need seotud COVID-19 levikuga. Antud arendusprojekti läbiviimise ajal kuulutati välja eriolukord. Selleks, et arendusprojekt oleks ikkagi teostatav, kohandas arendusprojekti autor tööd antud olukorraga, püüdes maandada arendusprojektiga kaasnevaid riske. Tabelis 3 on toodud riskid ja tegevused nende vähendamiseks.

Tabel 3. Arendusprojektiga seotud riskid ja nende maandamine

Skaala testimine on täiendav koormus õdedele. Lisaks oma tavalistele tööülesannetele, pidid õed tegema lisatööd: täitma skaalat. Riskiks oli see, et õed keelduvad selle täitmisest.	Arendusprojekti autor tutvustas enne skaala testimist oma projekti eesmärgi õdedele. Autor selgitas, et skaala kasutamine muutub kohustuslikuks ja see on hea võimalus seda proovida paberikandjal, väljendada oma arvamust ja selgitada välja nõrgad kohad.
Küsitlusega kaasnesid järgmised riskid: - Intervjueeritav õde hakkab kartma, et annab valesid või ebasobivaid vastuseid, keeldub intervjuerimisest, kuna ta arvab, et hinnatakse tema teadmisi ja oskusi. - Arendusprojekti autor viis küsitluse läbi iseseisvalt. Kogemus selle teostamiseks puudus. Risk oli halvasti mõjutada intervjuerimisprotsessi. Vaatamata sellele, et autor järgis küsitluse struktuuri, ikkagi tekkisid mõned kohad, kus autor kleepis oma sõnu, kommentaari, kuid see ei mõjunud tagasiside tulemustele.	- Enne küsitluse läbiviimist, arendusprojekti autor selgitas õdedele, et küsitlus ei ole ette nähtud hindama õdede kogemust, pädevust või teadmisi. - Tagasiside saamiseks koostas arendusprojekti autor küsimustiku. Küsimustik prinditi välja selleks, et rangelt järgida küsitluse struktuuri.
Riskid, mis olid seotud õdede haiguslehel olemisega, karantiinidega, puhkusega, mõjutavad arendusprojekti ajalist raamistikku.	Arendusprojekti autor valis testimise perioodi kestvuse arvestades õdede puhkustega, haiguslehel olemisega ja karantiinidega. Valiti optimaalne ajaperiood, mille jooksul iga õde prooviks kasutada skaalat vähemalt üks kord.
Juhul, kui täidetud skaalas tuvastatakse palju vigu, ei ole võimalust õdesid koolitada.	Arendusprojekti autor tegi skaalas täiendusi, kus on lahti kirjutatud kõik skaala punktid, kuidas neid hinnatakse.
Seos COVID-19 levikuga ei saa läbi viia planeeritud arvu küsitlusi. See risk oli kõige suurem ja kuna aeg oli piiratud, õnnestus läbi viia 8 küsitlust.	Arendusprojekti autor pidas ajalisest raamastikust kinni. Igal vabal ajal uuris autor, kes õdedest on valvel. Eesmärgiks oli saada vähemalt 7 tagasisidet.
Risk, et IVKH ei vali MORSE skaalat kasutamiseks, valib midagi muud.	Selle riski maandamiseks arendusprojekti autor tegi väikeseid ettekandeid oma vahepealsetest tulemustest, tõendades skaala valiidsust ja rakendatavust.
Õed saavad skaala punktidest valesti aru.	Selleks, et maandada seda riski, skaala tõlgiti vene keelde.

4.5 Arendusprojekti monitooring ja kvaliteedikontroll

Antud arendusprojekti kvaliteedi näitajaks oli ajaline raamistik ja skaalade õige täitmine. Arendusprojekti autor järgis ja kontrollis iga etapi ajalist raamistikku. Arendusprojekti kvaliteedi tagamiseks järgis autor igas etapis PDCA mudelit, mida kirjeldati metoodika osas. Selleks, et tulemused oleksid objektiivsed ja et tõendada skaala valiidsust, kasutas autor kahte kokkusobivat meetodit: dokumendivaatlus ja küsitlus. Kõik etapid teostati õigeaegselt ja need lähtusid püstitatud eesmärgist ja ülesannetest. Arendusprojekti autor kontrollis iseseisvalt kommunikatsioonikava, testimise etappe ja andmete kogumist. Enne iga etapi läbiviimist sai arendusprojekti autor ekspertidelt tagasisidet, vajadusel tehti muudatusi.

Edaspidi tuleb kontrollida skaala täitmist, kui see ilmub elektroonilisel kujul. Kvaliteedi näitajaks on täidetud skaalade arv ja kukkumiste statistika. 2021. a planeeritakse skaala ilmumist elektroonilisel kujul ja 2021. a aruande põhjal planeeritakse teha ettekanne skaala juurutamisest, kasutamisest ja selle mõjust kukkumistele. Igal aastal IVKH märtsis toimub koosolek, kus esitatakse aastaaruanded. Koosolekul osalevad kõik haigla vanemarstid ja õed, haigla juhatuse liikmed. Aruanded esitatakse ettekanne kaudu, osakonna kaupa. Sealhulgas haigla õendusjuht tutvustab ka kukkumise statistikat kogu haiglas ja osakondade kaupa.

2021. a alguseks on planeeritud läbi viia skaala testimise kolmas etapp elektrooniliselt. Testimise eesmärgiks tuleb tagasiside saamine skaala kasutamise mugavuse, visualiseerimise ja täitmise kohta elektrooniliselt. Saadud tagasiside põhjal tehakse vajalikud muudatused ja skaala võetakse kasutusele. Arendusprojekt autor hakkab osalema testimise protsessis. Antud hetkel ei ole veel otsustatud, kas testimise hakkavad esimese sisehaiguste osakonna õed, kes seda juba proovisid kasutada paberil või ainult HEDA õendustöörühma liikmed.

5. ARUTELU JA JÄRELDUSED

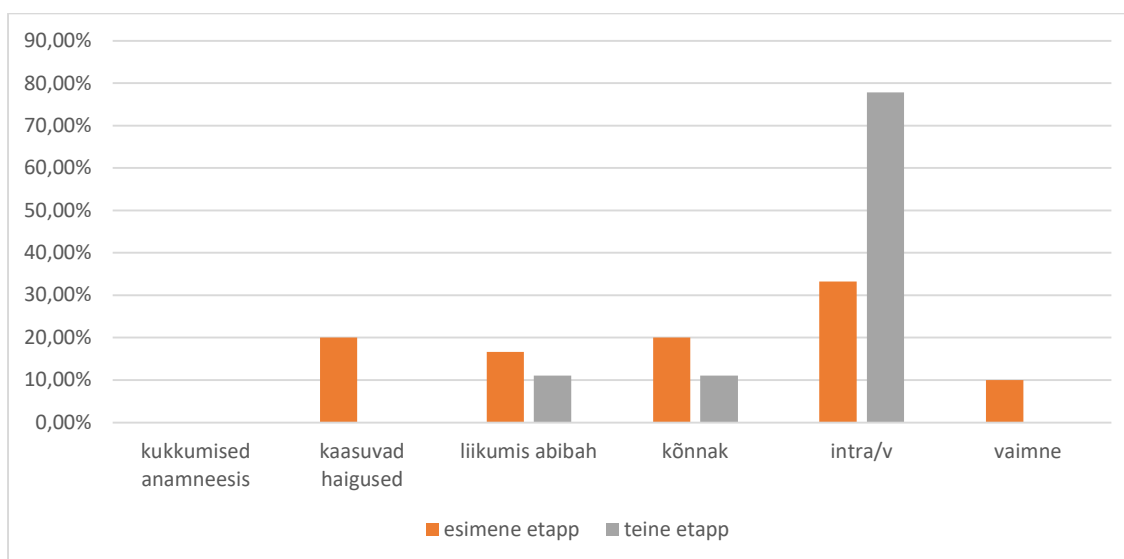
Mõõdiku või meetodi valideerimine on otsustamisprotseduur, mis lõpeb vastuvõetavate andmete (meetodi) aktsepteerimise või sellest keeldumisega (Zio jt, 2016: 6). Meetodi valideerimine hõlmab testimise kasutamist, tõestamaks, et antud meetod võib anda täpseid andmeid ettenähtud kasutamise raames (Bridwell jt, 2010: 72). Antud arendusprojekti raames seisnes valideerimine Morse skaala testimises. Võttes arvesse varasemate uurimistööde ja käesoleva arendusprojekti tulemusi, järeltab arendusprojekti autor, et Morse skaala valiidsus on piisavalt tõestatud, et seda rakendada IVKH HEDA programmis.

Skaala kohandamine seisnes selles, et lisati selgitused skaala täitmise kohta ning mõned märkused skaala täitmise kohta. Nimelt ei ole koomas oleva patsiendi kohta skaalat vaja täita. Tulemustest selgus, et need täiendused olid kasulikud, kuna vigade arv vähenes. Samuti lisati skaalasse lahter, mis andis võimaluse skaala ümber hinnata. Kontrollides täidetud skaalat, ei pidanud õed vajalikuks hinnata skaalat ümber ühegi patsiendi suhtes. See põhjus tuleb veel välja selgitada.

Skaala testimise perioodil proovis iga osakonna õde seda täita vähemalt üks kord, kas esimeses etapis või teises. See on väga hea tulemus, antud olukorra tingimuses, eesmärgiks ei olnud, et igaüks prooviks seda täita. Üheks parameetriks oli skaala õige täitmine. Kui võrrelda skaala testimise esimest ja teist etappi (vt joonis 10) on näha, et vigade arv on vähenenud. Teise etapi tulemuste analüüsist selgus, et skaalat ei ole kasutatud koomas olevate patsientide puhul, mis annab märku, et skaalat kasutatakse õigete patsientide korral. Teoreetilises osas kirjeldati, et Morse skaala on kiire ja mugav instrument kukkumiste riski hindamiseks (Costa-Dias jt, 2014: 160). Skaala täitmine toimub koos anamneesi võtmise ja patsiendi ülevaatusena, seega skaala täitmisel ei ole vaja eraldi koguda lisainformatsiooni. Küsitlusest selgus, et õed ei taha lisatööd, mis suurendaks nende koormust. Enne arendusprojekti alustamist pidi arendusprojekti autor koos esimese sisehaiguste osakonna õendusjuhiga motiveerima õdesid osalema antud arendusprojekti. Õdedele oli motivatsiooniks asjaolu, et see skaala muutub elektrooniliseks ja nad on kohustatud seda täitma ning see on suurepärane võimalus aidata muuta skaala kasutamist tõhusamaks.

Vaatamata sellele, et vigade arv pärast skaala täiendamist vähenes, on punkt, mis vajab tähelepanu ja väljaselgitamist. Teoreetilises osas kirjutas autor, et kukkumise riski hindamise skaalat tuleb kasutada kriitiliselt. (Costa-Dias jt, 2014: 71). Õdedel on hoiak/veendumus

intravenoosse teraapia punkti täitmisel, et see eksisteerib juhul, kui patsient saab ravimi veeni kaudu. Kui patsiendil esineb veenikanüül ja patsient ei saa veeni kaudu ravimit, siis nad ei nimeta seda intravenoosseks teraapiaks. Arvati, et selle probleemi lahendamiseks ei piisa skaalas tehtud täiendustest (lahti kirjutamisest), tuleb kas teha koolitused või väljaõpe, kust õpetada ja seletada, kuidas õigesti skaalapunkte täita. Janice Morse kirjeldab, et on vaja läbi viia koolitusi ja õpetada personali skaalat kasutama. (Morse, 2009: 18).



Joonis 10. Õdede tehtud vigade osakaalu võrdlus kahes etapis

Esimese etapi tulemustest selgus ka, et õed ei pane õendusdiagnoosi nagu „kukkumiste risk“ (00155), kuid skaala täitmisel märgivad, et patsiendil on kõrge kukkumiste risk. Kolmandas etapis hakkas peale skaala täitmist vastavat diagnoosi panema juba rohkem õdesid. See tähendab, et õed hakkasid analüüsima saadud tulemuste skaalat. Võib järeldada, et skaala esmakordne kasutamine ei anna õigeid tulemusi.

Skaala „kukkumised anamneesis“ punkti täitmisel ilmnasid takistused. Juhul, kui patsient ei mäleta, kas ta kukkus varem või mitte, ei ole võimalik kohe ja kiiresti leida informatsiooni selle kohta. Õde peab kas helistama sugulastele või otsima haigusloost, mis võtab palju aega. Arendusprojekti käigus leidsid kirjeldatud probleemid kukkumise riski hindamise ja dokumenteerimisega IVKH-s planeeritud lahenduse ning arendusprojekti eesmärk on täidetud.

Skaala ilmumine elektroonilisel kujul toimub 2021. aastal. Enne seda tuleb skaala testimise kolmas etapp. Selles etapis testitakse skaalat elektroonilisel kujul. Testimise eesmärgiks on saada tagasiside mugavuse ja visualiseerimise kohta. Pärast edukat kolmanda etapi läbiviimist

ilmub/muutub skaala elektroonilisel kujul kohustuslikuks instrumendiks kukkumiste ennetamisel kõigis haigla osakondades, välja arvatud EMO ja intensiivraviosakonnad. Selleks, et vähendada vigade arvu, avaldatakse skaala koos vihjetega (kõik skaala punktid kirjutatakse lahti: kust võetakse andmed ja kuidas täita antud punkti). Arendusprojekti autor arvab, et mõnda aega pärast skaala kasutamist tuleb teostada täidetud skaala kontroll ja vajadusel läbi viia koolitused.

Antud arendusprojekti üks olulisemaid ülesandeid oli testida morse skaalat IVKHs esimeses sisehaiguste osakonnas. Autor arvab, et see ülesanne ja teised toetavad ülesanded on täies mahus täidetud ning seega on arendusprojekti eesmärk saavutatud täies mahus. Skaala võetakse kasutusele 2021. aastal ja see ilmub elektrooniliselt koos autori tehtud täiendustega. Arendusprojekti autor lisas skaala juurde ka ennetamistegevused (vt lisa 7) selleks, et oleks mugav järgida ennetamistegevusi kukkumiste vältimiseks. Autor tegi arendajatele ettepaneku teha nende tegevuste loetelu ka elektrooniliselt. Antud arendusprojekt on innovaatiline, seda ei ole varem Eestis tehtud. Morse skaala kui standardiseeritud ja usaldusväärse instrumendi kasutuselevõtmine tõstab oluliselt õendusabi kvaliteeti. Morse skaala kasutuselevõtmine on suunatud ka patsiendi ohutusele. Skaala aitab õdedel õigeaegselt tuvastada patsiendi kukkumise riski ja rakendada vastavaid ennetamismeetodeid. Sissejuhatuses kirjutas arendusprojekti autor, et Eestis läbiviidud uurimuses selgus, et õed tahavad kasutada ühte ja sama instrumenti kukkumiste ennetamiseks. Morse skaala kasutuselevõtmine Ida-Viru Keskhaiglas on üks samm selle saavutamiseks, kuna mõned haiglad juba kasutavad seda skaalat. Skaala ilmumine elektrooniliselt teeb kukkumiste ennetamise strateegia (meetmed) läbipaistvamaks ja lihtsamaks.

Skaala testimine selgitas välja kitsaskohad, millele tuleb pöörata tähelepanu ja kontrollida, kui skaala muutub kohustuslikuks. Arendusprojekti autor arvab, et saadud tulemused oleksid kasulikud ka teiste haiglate jaoks ning juhib tähelepanu õendusdiagnoosidele ja skaala punktide õigele täitmisele.

Morse skaala juurutamine Ida-Viru Keskhaiglas toimub eesmärgiga vähendada kukkumisi ning seeläbi vältida kukkumiste poolt tekitatud vigastusi. Skaala juurutamise mõju võib hinnata vähemalt aasta pärast, kui tulevad aastaaruanded ja statistika kukkumiste kohta. Kuid juba praegu võib teha järelduse, et skaala mõjub hästi õdede tajumisele. Lähtuvalt skaalast saadud tulemustest paneb õde õendusdiagnoosi ja kontrollib ennetamistegevusi, mis viitab sellele, et õde teadvustab kukkumise võimalust ja püüab seda kontrolli all hoida.

ETTEPANEKUD

Morse skoori testimise tulemusel tehtud ettepanekud:

- Pakkuda arendajale mõelda läbi, kuidas kiiresti ja lihtsamalt saada informatsiooni varasemate kukkumiste kohta. Näiteks, kui osakonnas olid varasemad kukkumised või patsient pöördus EMOsse kukkumise tõttu, võiks süsteem kohe õele märku anda. See säästaks oluliselt aega.
- Välja töötada programm, mis pakuks ennetamismeetodeid vastavalt saadud pallisummale Morse skaalas. Praegu on arendajale esitatud ennetamismeetodite loetelu, millest õde ise hakkab valima sobivamaid. Jälle säästaks see oluliselt õe aega, kui süsteem ise neid välja pakuks.
- Mitte kõikide patsientide puhul pole vaja skaalat kasutada. Teha arendajale ettepanek läbi mõelda, kuidas saaks süsteem märku anda skaala kasutamise vajadusest.
- Läbi viia koolitused MORSE skaala kasutamise kohta.

Soovitused skaala täitmise kohta, toetudes arendusprojekti tulemustele:

- Skaalat ei ole vaja täita teadvuseta/kooma oleva patsiendi korral.
- Saades patsiendilt teavet, tuleb kontrollida haiguslugu, eriti kaasuvate haiguste kohta.
- Veenikanüüli olemasolu tähendab, et on olemas intravenoosne teraapia.
- Patsiendi tervise seisundi muutuste korral tuleb skaala ümber hinnata.
- Skaala punktid hinnatakse antud momendi suhtes. Kui patsient kasutab kodus kõndimisel keppi, aga haiglas on ta voodihaige, siis valitakse punkt „voodihaige“. See hinnatakse ümber, kui patsiendi tervises seisund muutub.

KASUTATUD KIRJANDUS

- Aguiar, J. R., de Oliveira Barbosa, A., Neto, N. M. G., Ribeiro, M. A., Caetano, J. Á., & Barros, L. M. (2019). Risk factors associated to falls of hospitalized patients in medical-surgical clinics. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 32(6), 617–623.
- Ali, U. M., Judge, A., Foster, C., Brooke, A., James, K., Marriott, T., & Lamb, S. E. (2018). Do portable nursing stations within bays of hospital wards reduce the rate of inpatient falls? An interrupted time-series analysis. *Age and Ageing*, 47(6), 818–824.
- Andersen, K., Ernits, I., Jürisson, L., Loit, P., Karming, K., Kolk, H., Lärm, A., Jõeas, J., Maack, K., Mark, M., Kalevik, T., Paju, I., Saks, K., Praks, L., Soots, A., Puis, H., Kolk, H., Soots, A., Tursman, T., Täht, E. (2012) Omastehooldaja käsiraamat. Koduste haigete põetamisest. Kolmas parandatud ja täiendatud trükk. MTÜ Inkotuba.
- Allas, A. (2019). Eesti haiglate sisehaiguste osakondades töötavate õdede kogemused patsientide kukkumistega. Tartu.
- Bowen, G. A., 2009, Document Analysis as a Qualitative Research Method, *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27–40.
- Bóriková, I., Tomagová, M., Miertová, M., Žiaková, K. (2017). Predictive value of the Morse Fall Scale. *Cent Eur J Nurs Midw*, 8(1), 588–595.
- Barker, A. L., Morello, R. T., Wolfe, R., Brand, C. A., Haines, T. P., Hill, K. D., ... Kamar, J. (2016). 6-PACK programme to decrease fall injuries in acute hospitals: Cluster randomised controlled trial. *BMJ (Online)*, 352, 1–9.
- Bridwell, H., Dhingra, V., Peckman, D., Roark, J., Lehman, T. (2010). Perspectives on Method Validation: Importance of Adequate Method Validation. *Qual Assur*, 13, 72–77.
- Cangany, M., Peters, L., Welsh, T., & Jimison, B. (2018). Preventing falls: Is no toileting alone the answer? *MEDSURG Nursing*, 27(6), 379–382.
- Cedraz, R. O., Gallasch, C. H., Pérez Júnior, E. F., Gomes, H. F., Rocha, R. G., & Mininel, V. A. (2018). Risks management in the hospital environment: incidence and risk factors associated with falls and pressure injuries in a clinical unit. *Escola Anna Nery*, 22(1), 1–8.
- Chand, S., & Sarin, J. (2019). *Confident or Confused : Nurses ' Perception and Acceptability of Electronic Nursing Documentation*. 9(October), 197–203.
- Costa-Dias, M. J. M., Martins, T., Araújo, F.(). Study of the cut-off point of the Morse Fall Scale. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (1) ,63–72.
- Costa-Dias, M. J., Ferreira, P. L., & Santos Oliveira, A. (2014). Cultural and linguistic adaptation and validation of the Morse Fall Scale. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 7-17 11p.
- Cox, J., Thomas-Hawkins, C., Pajarillo, E., DeGennaro, S., Cadmus, E., & Martinez, M. (2015). Factors associated with falls in hospitalized adult patients. *Applied Nursing Research*, 28(2), 78–82.

DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, 40(4), 314–321.

Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2021–2030. https://www.ena.ee/images/ELANIKONNALE/Eesti_oenduse_ammaemanduse_arengustrateegia_2021_2030.pdf

Euroopa Parlament, 2013 https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-7-2013-0435_ET.pdf

Ganz, D. a., Huang, C., Saliba, D., Shier, V., Berlowitz, D., VanDeusen Lukas, C., ... Neumann, P. (2013). Preventing falls in hospitals: A toolkit for improving quality of care. In *Prepared by RAND Corporation, Boston University School of Public Health, and ECRI Institute under Contract No. HHS A2902010000171 to #1*.

Herdman, T. H.(2012). NANDA International Õendusdiagnoosid: Definiitsioonid ja klassifikatsioonid. Oxford: Wiley-Blackwell.

Huston, C. (2013). Emerging Technologies That Will Change the Practice of Nursing. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 18(2).

Kumar, R. (2011). RESEARCH METHODOLOGY a step-by-step guide for beginners. In *SAGE Publications Ltd* (3rd ed.). London.

Lim, S. G., & Yam, S. W. (2016). The level of knowledge and competency in the use of the Morse Fall Scale as an assessment tool in the prevention of patient falls. *International E-Journal Of Science, Medicine & Education*, 10(3), 14–23.

Lodgaard, E., Gamme, I., & Aasland, K. E. (2013). Success factors for PDCA as continuous improvement method in product development. *IFIP Advances in Information and Communication Technology*, 397(PART 1), 645–652.

Maria José Martins da Costa-Dias, & Ferreira, P. L. (2014). Fall risk assessment. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 153–162.

Mccarthy, B., Fitzgerald, S., O'Shea, M., Condon, C., Hartnett-Collins, G., Clancy, M., Sheehy, A., Denieffe, S., Bergin, M., Savage, E. (2018). Electronic nursing documentation interventions to promote or improve patient safety and quality care: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 27(3), 491–501.

Meißner, A., & Schnepf, W. (2014). Staff experiences within the implementation of computer-based nursing records in residential aged care facilities: A systematic review and synthesis of qualitative research. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 14(1).

Morse, J. M. (2009). *Preventing Patient Falls . Second edition*. Springer New York: Publishing Company, LLC.

Munysisia, E. N., Yu, P., & Hailey, D. (2011). The changes in caregivers' perceptions about the quality of information and benefits of nursing documentation associated with the introduction of an electronic documentation system in a nursing home. *International Journal of Medical Informatics*, 80(2), 116–126

Perry, A. G., Potter, P. A., & Ostendor, W. R. (2018). Clinical Nursing Skills & Techniques. 9th Edition. In *Elsevier Inc.*

Sarges, N.A., Santos, M.I.P.O., Chaves, E.C.(2017). Evaluation of the safety of hospitalized older adults as for the risk of falls. *Rev Bras Enferm*; 70(4), 860–867.

Zio, M., Fursova, N., Gelsema, T., Gießing, S., Guarnera, U., Petrauskienė, J., Kalben, Q. L., Scanu, M., Bosch, K.O., Loo, M., Walsdorfer, K. (2016)Methodology for data validation 1.0. https://ec.europa.eu/eurostat/cros/system/files/methodology_for_data_validation_v1.0_rev-2016-06_final.pdf (23.10 2020).

Saks, K., Kalda, R., Kolk, H., Kree, Sirje. (toim). (2015). Eaka elanikkonna tervisevajaduste piirkondlik hindamine (EAKAS). TULEMUSED. <http://www.digar.ee/arhiiv/nlib-digar:274266> (01.11.2020).

Survo, J. (2019). Õendusabi kvaliteedi indikaatorid täiskasvanute aktiivravis: kirjanduse süstemaatiline ülevaade. Tartu.

LISAD

Lisa 1. Probleemjuhtumi registreerimine IVKH

Eksimus	☐ ravimi manustamisel ☐ analüüsi võtmisel ☐ analüüsi töötlemisel ☐ uuringu või protseduuri ettevalmistamisel ☐ patsiendi jälgimisel ☐ muu
Tüsistus	☐ perifeerse veeni punkteerimise käigus või järgselt ☐ antiseptikumide kasutamise järgselt ☐ termokoagulatsiooni järgselt ☐ žguti kasutamise järgselt ☐ protseduuri või hoolduse käigus asendi andmise järgselt ☐ muu
Takistus	☐ uuringu või protseduuri käigus ☐ meditsiinilise aparatuuri kasutamisel ☐ muu
Juhtumi lühikirjeldus	
Juhtumi ilmsikstuleku koht	struktuuriüksus:
Juhtumi menetlemine	aeg ja viis:
	otsused ja/või tulemused:
Juhtumit menetles	nimi ja allkiri:

Lisa 2. Morse skaala inglise keeles

Item	Scale	SCORIG DATE:
History of falling	☐ no	0
	☐ yes	25
Secondary diagnosis	☐ no	0
	☐ yes	15
Ambulatory aid	☐ Bed rest/nurse assist/ none	0
	☐ Crutches/cane/walke	15
	☐ Furniture	30
IV/HeparineLock/	☐ no	0
	☐ yes	20
Gait/Transferring	☐ Normal/bedrest/immobile	0
	☐ Weak	10
	☐ Impaired	20
Mental status	☐ Oriented to own ability	0
	☐ Forgets limitations/	15

Score_____

Risk Level	MFS Score
No Risk	0-24
Low Risk	25-45
High Risk	≥46

Lisa 3. Morse skaala vene keeles

Данные пациента

ФАКТОРЫ РИСКА		БАЛЛЫ	БАЛЛЫ ПАЦИЕНТА
Падения в анамнезе	☐ нет	0	
	☐ да	25	
Сопутствующие заболевания	☐ нет	0	
	☐ да	15	
Вспомогательные средства для перемещения	☐ постельный режим/помощь медсестры	0	
	☐ костыли/трость/ходунки	15	
	☐ придерживается при ходьбе за мебель	30	
Внутривенная терапия	☐ нет	0	
	☐ да	20	
Походка	☐ Нормальная/постельный режим/инвалидная коляска/обездвижен	0	
	☐ слабая	10	
	☐ нарушена	20	
Ментальный/психический статус	☐ Пациент осознает собственные возможности	0	
	☐ переоценивает свои возможности/забывает о своих ограниченных возможностях	15	

Общая сумма _____

Уровень риска	Баллы Шкалы Риска Падения Морзе
Нет риска	0-24
Низкий риск падения	25-45
Высокий риск падения	≥46

Дата: _____

Время: _____

Подпись: _____

Lisa 4. Morse skaala cesti keeles

Patsiendi andmed

RISKI FAKTORID		PUNKTID	PATSIENDI PUNKTID
Kukkumised anamneesis	☐ ei	0	
	☐ jah	25	
Kaasuvad haigused	☐ ei	0	
	☐ jah	15	
Liikumisel kasutatavad abivahendid	☐ voodi režiim/õe abi	0	
	☐ kargud/kepp/tugiraam	15	
	☐ liikumisel toetub mööbliesemetele	30	
Intravenoosne teraapia/hepariini lukk	☐ ei	0	
	☐ jah	20	
Kõnnak	☐ normaalne/voodihaige/ ratastool /immobiilne	0	
	☐ nõrk	10	
	☐ häiritud	20	
Vaimne seisund	☐ saab aru oma võimetest	0	
	☐ ülehindab oma võimeid/unustab oma piiratud võimalustest	15	

Kokku _____

Riskitase	Morse kukkumisskaala punktid
Madal puudub	0-24
Keskmine kukkumisrisk	25-45
Suur kukkumisrisk	≥46

Kuupäev: _____

Kellaaeg: _____

Allkiri: _____

Lisa 5. Janice Morse Kiri

Katrin:

You have my permission to use the Morse Fall Scale, but you are required to send a copy of the MFS as it will appear in your electronic health record for prior approval before you “go live”.

Do not alter the items, the value of each item, or add or remove items to the scale. All of the information you will need to use the scale is described in the book "Preventing Patient Falls" 2nd ed (Springer Pub, Fall 2008). You should have a copy of this book on each unit, so that nurses can refer to fall preventions strategies, and understand how the program works and how to calibrate the scale. If you are using the first ed (Sage Pub) there is an error in the book on page 41.

Using the MFS: I strongly recommend that you record all of the item scores, as well as the total score on the chart, so that as patients' scores increase or decrease, these scores can be used to monitor improvements or decline in the patients fall risk. I recommend that you use 45 as the high risk cutoff score. In order to use the MFS, you must examine the patient. Scores cannot be obtained by using chart information.

I have received a lot of questions about medications recently. Medication is a part of the scale in the secondary diagnosis score. In developing the indices (items) we first included meds that were thought to contribute to falls, then numbers of meds, then combined this item with comorbidity (Secondary Dx). Of course meds contribute to falls as they relate to the other variables (mainly gait and mental status). I recommend that if a patient scores as high risk for falling, then a patient assessment is conducted, and this includes a review of meds, with the goal of reducing the medications or side effects, to reducing the pts fall score. (See Morse, Preventing patient falls, Springer publications)

Janice Morse

*Janice M. Morse, PhD(Nurs), PhD (Anthro), PhD (Hon)
Distinguished Professor & Barnes Presidential Chair,
University of Utah College of Nursing
Editor, Qualitative Health Research*

Lisa 5 järg.

Dear Katrin

In answer to your questions:

1. Do not score patients who are in a coma, unconscious or who have no opportunity to fall.
2. History of falling: patients should be able to tell you if they have fallen or not, if they are conscious. If not, see above,
3. If patient are drunk, they fit into the criteria for that item/ No need to list them separately.

You have my permission to use the Morse Fall Scale, but **you are required to send a copy of the MFS as it will appear in your electronic health record for prior approval before you "go live"**.

Do not alter the items, the value of each item, or add or remove items to the scale.

All of the information you will need to use the scale is described in the book "Preventing Patient Falls" 2nd ed (Springer Pub, Fall 2008). Hat item.

You should have a copy of this book on each unit, so that nurses can refer to fall prevention strategies, and understand how the program works and how to calibrate the scale.

If you are using the first ed (Sage Pub) there is an error in the book on page 41, Table 4.1. The values for Gait (Item #5) are:

Normal etc	0
weak	10
Impaired	20.

=va

Using the MFS: I strongly recommend that you record all of the item scores, as well as the total score on the chart, so that as patients' scores increase or decrease, these scores can be used to monitor improvements or decline in the patients fall risk.

I recommend that you use 45 as the high risk cutoff score.

In order to use the MFS, you must examine the patient. Scores cannot be obtained by using chart information.

I have received a lot of questions about medications recently. Medication is a part of the scale in the secondary diagnosis score. In developing the indices (items) we first included meds that were thought to contribute to falls, then numbers of meds, then combined this item with co-morbidity (Secondary Dx). Of course meds contribute to falls as they relate to the other variables (mainly gait and mental status). I recommend that if a patient scores as high risk for falling, then a patient assessment is conducted, and this includes a review of meds, with the goal of reducing the medications or side effects, to reducing the pts fall score. (See Morse, Preventing patient falls, Springer publications)

Janice Morse

--

Janice M. Morse, PhD(Nurs), PhD (Anthro), PhD (Hon)
Distinguished Professor & Barnes Presidential Chair,
University of Utah College of Nursing
Editor, Qualitative Health Research

Lisa 6. Õdede vead skaala täimisel esimeses etapis

Kukkumise riskid Morse skaalast	Vead /Vastuolud	Märkused
Kukkumised anamneesis	0	Esinesid arusaamatused, kust on võetud andmed selle kohta, kui patsient on teadvuseta või ei saa vastata sellele küsimusele. NB! Skaalat ei ole vaja kasutada teadvuseta pt korral.
Kaasuvad haigused	6	Õdede poolt osaliselt märgitud kaasuvaid haigusi. Skaalas ei märgitud kõiki kaasuvaid haigusi. Õed täitsid seda punkti toetudes ainult patsiendi sõnadele ja ei kontrollinud seda teavet.
Liikumisel kasutatavad abivahendid	5	Skaalas õed valisid erinevad abivahendid, kuid anamneesist selgus, et patsiendid on voodihaiged.
Intravenoosne teraapia/hepariini lukk	10	Kõikidele patsientidele oli paigaldatud v/kanüül. Täidetud skaalast tuli välja, et suurem osa õdedest arvasid, et v/kanüüli olemasolu ei ole iseenesest intravenoosne teraapia.
Kõnnak	6	Vastuolud anamneesis ja skaalas. Vead olid järgmised: 1.skaala järgi patsient kasutab ratastooli, aga anamneesist tuleb välja, et kasutab keppi; 2. patsient on voodihaige, aga skaala järgi kõnnak on nõrk; 3. skaala järgi on patsient voodihaige, aga anamneesist tuleb välja, et käib iseseisvalt.
Vaimne seisund	3	Ei ole selge, kuidas õed täitsid seda punkti, kui patsient on koomas. Esinesid ka vastuolud skaalas ja õendusanamneesi vahel, nimelt tuleb skaalast välja, et patsient ülehindab oma võimet, kuid anamneesist ja õendusplaanist seda välja ei tule.
kokku	30	

Lisa 7. Tagasiside küsimustik

В течение двух недель вы использовали шкалу Морзе, которая оценивает риск падения пациента. В связи с этим, я хотела бы задать вам ряд вопросов, для того чтобы сделать шкалу удобнее и практичнее.

Сколько вам лет? Сколько лет вы работаете медсестрой? Сколько лет вы работаете в этом отделении? (вопросы для кодирования интервью).

1. Вы когда-нибудь ранее использовали шкалу, оценивающую риск падения пациента?
2. Все ли пункты, представленные в шкале, были вам понятны?

Пройдемся по каждому пункту в отдельности.

3. Понятен ли вам пункт **«падения в анамнезе»**?
4. Откуда вы получали информацию о падениях пациента?
5. Понятен ли вам пункт **«сопутствующие заболевания»**?
6. Откуда вы берете информацию о сопутствующих заболеваниях?
7. Понятен ли вам пункт **«вспомогательные средства для перемещения»**?
8. Понятен ли вам пункт **«внутривенная терапия»**?
9. Понятен ли вам пункт **«походка»**?
10. Как вы оцениваете походку пациента?
11. Понятен ли вам пункт **«Ментальный/психический статус»**?
12. Если пациент бес сознания, как вы оцените ментальный статус пациента? Если он бес сознания?
13. Как вы решали для каких пациентов нужно применять шкалу?
14. Было бы полезно, если бы со шкалой вместе были бы предложены действия по предотвращению падения?

Есть ли у вас какие-нибудь пожелания или предложения?

Lisa 8. Täiendatud Morse skaala

RISKIFAKTORID		PUNKTID	KUUPÄEV	KUUPÄEV
Kukkumised anamneesis	☐ ei	0		
	☐ jah	25		
Kaasuvad haigused	☐ ei	0		
	☐ jah	15		
Liikumisel kasutatavad abivahendid	☐ voodi režiim/õe abi/ei	0		
	☐ kargud/kepp/rulaator	15		
	☐ liikumisel toetub mööbliesemetele	30		
Intravenoosne teraapia/hepariini lukk	☐ ei	0		
	☐ jah	20		
Kõnnak	☐ normaalne/voodihaige/ ratastool /immobiilne	0		
	☐ nõrk	10		
	☐ häiritud	20		
Vaimne seisund	☐ saab aru oma võimetest	0		
	☐ ülehindab oma võimeid/unustab oma piiratud võimalustest	15		

Kokku _____ Kokku _____

Allkiri _____ Allkiri _____

Riskitase	Morse kukkumisskaala punktid
Madal puudub	0-24
Keskmine kukkumiskrisk	25-45
Suur kukkumiskrisk	≥46

Ennetamis meetodid:

1. Hinnatud individuaalsed kukkumiskriskid	☐
2. Tagatud vaba juurdepääs voodile ja tualettruumile	☐
3. Patsient on tutvunud ruumidega	☐
4. Patsiendil on käepael nimega	☐
5. Seletatud, kuidas kutsumisnuppu kasutada, nupp on käeulatuses	☐
6. Patsiendi on libisemiskindel ja mugav jalanõu	☐
7. Tagatud piisav valgustus ööpäevaringselt	☐
8. Tagatud kõik vajalikud liikumisabivahendid	☐
9. Õpetatud patsiendile kuidas õigesti kasutada liikumisabivahendeid	☐
10. Kasutatud voodipiirdeid	☐
11. Voodi on langetatud kõige madalama asendisse	☐
12. Patsiendile selgitatud võimalikke kukkumiskriske	☐
13. Patsiendi õpetamine, kuidas käituda kukkumise korral	☐
14. Tehtud füsioteraapia	☐
15. Patsiendi õpetamine, kuidas õigesti voodist üles tõusta ja oma asendi muuta	☐
16. Tagatud vajalik abi asendi muutmisel ja liikumisel	☐

Morse Kukkumisskaala (MFS)

Skaalapunkte hinnatakse järgmiselt. Pärast skoori arvutamist, määratakse kukkumise risk ja rakendatakse sobivaid kukkumise ennetamise meetodeid.

*Kui patsient on koomas, siis ei pea seda skaalat tema suhtes kasutama.

Kukkumised anamneesis

25 Kui patsient kukub olles haiglaravil. Kui enne osakonda vastuvõtmist, oli patsiendil anamneesis kukkumised, näiteks krambihoo või kõnnakuhäire tõttu.

0 Kukkumised anamneesis puuduvad

*Informatsioon patsiendi kukkumise kohta võetakse isiklikust vestlusest patsiendiga või tema kontaktisikult.

Kaasuvad haigused

15 Kui patsiendil on haigusloos rohkem kui üks kaasuv haigus.

0 Kui patsiendil ei ole rohkem kui üks diagnoos.

*Informatsioon patsiendi haiguste kohta võetakse isiklikust vestlusest patsiendiga või haigusloost.

Liikumisel kasutatavad abivahendid

30 Liikumisel toetub mööbliesemetele.

15 Kui patsient kasutab karkusid, keppi või rulaatorit.

0 Kui patsient kõnnib ilma abivahendita (isegi kui teda aitab õde), kasutab ratastooli või ta on voodirežiimis, ei tõuse ta voodist üldse.

*Informatsioon võetakse isiklikust vestlusest patsiendiga või patsiendi vaatlusest.

Intravenoosne teraapia

20 Kui patsiendil on intravenoosne kateeter

0 Kui patsiendil ei ole intravenoosse kateetri

* Informatsioon võetakse patsiendi vaatlusest.

Kõnnak

20 Kui kõnnak on häiritud, patsiendil võib olla raske toolilt püsti tõusta, (s.t patsiendil ei õnnestu esimesel katsel tõusta püsti). Patsiendi pea langetatud all ja ta vaatab alla. Patsient halvasti säilitab oma tasakaalu, liikumisel toetub mööbliesemetele või kasutab liikumisel abivahendeid.

10 Nõrga kõnnaku korral on patsient kummardunud (kõötsakas), kuid võib kõndides pea ülesse tõsta säilitades oma tasakaalu. Sammud on lühikesed ja patsient võib lohistada jalgu.

0 Tavalise kõnnaku korral kõnnib patsient ülestõstetud peaga, käed liiguvad vabalt kõnnib kõhklematult (tasakaalu säilitades).

*Informatsioon võetakse isiklikust vestlusest patsiendiga või patsiendi vaatlusest.

Vaimne seisund

Selle skaala kasutamisel hinnatakse vaimset seisundit, kontrollides patsiendi tema enda hinnangut liikumisvõimele. Küsige patsiendilt: „Kas te saate ise tualetti minna või vajate abi?“

15 Kui patsiendi vastus ei vasta õe tähelepanekuga või kui vastus on ebareaalne, peetakse teda enda võimeid ülehindavaks ja piirangute unustajaks

0 Kui patsiendi vastus vastab õe tähelepanekuga, siis patsient saab aru oma võimetest.

Lisa 9. Õdede tagasiside skaala kasutamise kohta

вопрос	õde 1.31.08.20	õde 2.01.09.20	õde 3.01.09.20	õde 4.03.09.20
Вы когда-нибудь ранее использовали шкалу, оценивающую риск падения пациента?	нет никогда	да	нет	нет
Все ли пункты были ясны в шкале?	да, вроде все ясны	ну были както такие вопросы неочень, что не понятно было	более-менее да это	да
Понятен ли вам пункт «падения в анамнезе»?	для сестер понятен. (объясняем пациенту как в течение жизни случается падение или нет, разъясняем все.)	Да	конечно	да
Откуда получаете информацию падал ли пациент ранее?	из беседы	если человек адекватный сам скажет, родственники	От его родственников А если нет родственников Значит есть какой-то это социальный работник Значит есть кто-то ухаживающий.	либо оот хоолдая, либо сама видишь,или из беседы с пациентом
Если пациент в коме?	если он в коме, если он переводится с отделения в отделения то в ыэндус эпекризе указывает сестра, а если с хоолдуса, то ни ни откуда	всеравно родственникам звоним или приходится смотреть на диагноза	в диагнозах можно посмотреть ,но там если уже там какие-то Переломы или ещё что-то, скажем другие падения не увидишь	либо врач , во врачебном диагнозе, можно в анамнезе посмотреть. Если есть там.
Понятен ли вам пункт «сопутствующие заболевания»?	понятен	Ну в принципе да	вполне да	понятен
откуда вы берете информацию ?	с беседы пациента,если человек не контактный или не адекватный, то тогда уже с беседы с врачом либо смотрим данные врача которые поднимают с ЭМО	если человек адекватный у него, неадекватные у родственников. нет родственников в диагнозах	С истории болезни вдругой раз.	от пациента либо по диагнозу от врачей

Понятен ли вам пункт «вспомогательные средства для перемещения»?	этот пункт абсолютен понятен .(но все же и если первое время лежащий , то мы предлагаем какие то средства для передвижения и он ими пользуется и вот мы обозначаем.Вот некоторые пациенты они ни совсем понимают ,то есть они ходят с ходунками и когда начинаешь разяснять вот вы когда идете в туалет вы придерживаетесь стен .. да и тогда в таких случаях мы отмечаем и костыль и придерживается за мебель)	ну здесь уже были вопросы(Потому что некоторые действительно использовали мебель, некоторые костыли ,некоторые придерживались при ходьбе .А вот нету помощи персонала. Нет есть помощь персоналом. а нету Вот именно помощь персонал как бы в пределах постели и палаты ,А вот в пределах коридора	да-да когда пациент поступает если он в адекватности , я могу у него спросить что он передвижение я значит использует. Ну если постельное это уже понятно что это постельное, да.	в плане больницы да.
Понятен ли вам пункт «внутривенная терапия»?	абсолютен понятен	но не очень надо как-то вот переформулировать	да	да
Если у пациента стоит катетер. но нет никакого лечения, вы считаете это внутривенная терапия или нет?	нет	в принципе да потому что это всё равно внутривенное вмешательство	нет	да
Понятен ли вам пункт «походка»?	относительно.что такое слабая походка?! плюс походка которая нарушена?! мож какбы вот конечно развернуть или уточнить	так , здесь ещё не хватает вот что-то типа смешанного.бывает бабушки и дедушки когда им напоминаешь они пользуются рулеткой, когда не напоминаешь они вот этой своей плавающей походкой сами идут. Вот смешанное что-то надо. А так понятно.	конечно- конечно,значит или он идет нормально и без всяких аберраций или он идет и шатается немножечко, или он жалуется на головокружение и на слабость, а то есть или у него вообще какая-то может быть правая или левосторонняя слабость ,То есть это всё указывает на походку	да, оценивали визуально
понятен ли вам пункт психический статус пациента/ ментальный статус?	конечно тут надо тоже как нибудь развернуть и и понять что такое входит в это	Да здесь всё нормально.если пациент в коме, Ну значит здесь надо тогда всё равно ставить уже Априори что он может себе повредить потому что может неожиданно всебя прийти.	да	50 на 50 .Как он может тебя оценивать если человек психически нездоров.

Lisa 9 järg.

вопрос	õde 5.09.09.20	õde 6.10.09.20	õde 7.16.09.20	õde 8.28.09.20
Вы когда-нибудь ранее использовали шкалу, оценивающую риск падения пациента?	нет	нет	нет	нет
Все ли пункты были ясны в шкале?	да,	вроде да	да	да
Понятен ли вам пункт «падения в анамнезе»?	да	Да	да	да
Откуда получаете информацию падал ли пациент ранее?	из беседы с пациентом б родственники	пациенты сами говорят	из бесед с пациентом	в основном из бесед с пациентами
Если пациент в коме?	родственники или тот кто ухаживает	родственники б может в истории болезни	когда как или родственник или у врача или в диагнозах	родственники
Понятен ли вам пункт «сопутствующие заболевания»?	да	вро де ба ды	да	понятен
откуда вы берете информацию ?	точно так же из бесед	из беседы с пациентом	пациент или история болезни	от пациента или врача
Понятен ли вам пункт «вспомогательные средства для перемещения»?	в принципе да б не понятно если пациент использует средства но на данный момент лежащий	да	очень понятен	он в больнице может не использовать. А дома используетю не знаю как правильно тогда отметить.
Понятен ли вам пункт «внутривенная терапия»?	да	да	да	да

Lisa 9 järg.

Если у пациента стоит канюля. но нет никакого лечения, вы считаете это внутривенная терапия или нет?	нет	нет	нет	нет
Понятен ли вам пункт «походка»?	не понятно что значит слабая походка	да	смущает пункт слабая походка	наверно да
понятен ли вам пункт психический статус пациента/ ментальный статус?	не совсемб не понятно как оценивать этот пункт	да	не очень	нет
Как вы решали для каких пациентов нужно применять шкалу?	я применяла почти для всех, если было время	если очень молодой и и ходячий то не считала	для все поступивших, если успевала	ну так как нас попросили. То для всех
Было бы полезно, если бы со шкалой вместе были бы предложены действия по предотвращения падения?	да	да. Нам было бы легче	да	конечно
ли у вас какие-нибудь пожелания или предложения?	нет, хотя да, поменьше бумажной волокты	нет	нет	нету