

TARTU RIIKLIK ÜLIKOO



L. KERES

**LASTE
RÄVI-PROFÜLAKTILISTE
ASUTUSTE TÖÖ
ORGANISEERIMISEST**

TARTU 1960

TARTU RIIKLIK ÜLIKOOOL
PEDIAATRIA KATEEDER

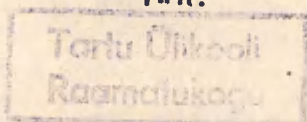
L. KERES

LÄSTE
RÄVI-PROFÜLAKTILISTE
ÄSUTUSTE TÖÖ
ORGANISEERIMISEST

TARTU 1960

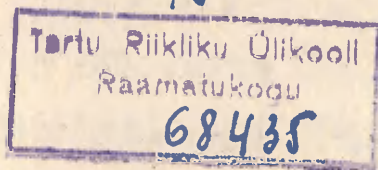
Тартуский государственный университет
г. Тарту, ул. Оликооли, 18
Л. Керес
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ДЕТСКИХ ЛЕЧЕБНОПРО-
ФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ
На эстонском языке

Арх.



12409

N



68435

Vastutav toimetaja Z. Saar
Korrektor E. Oja

=====

TRÜ Rotaprint 1960. Trükipoognaid 10,25.
Tir. 800 eks. MB 04998. Tell. nr. 403.

Hind rbl. 3.10
1961.a. - rbl. 0.31

E E S S Õ N A .

Laste ravi-profülaktiliste asutuste töö organiseerimisel on sõltuvalt laste ealistest iseärasustest palju erinevusi. Käesolevasse väljaandesse on koondatud kõige põhilisemad nõuded lasteasutuste töö organiseerimise, meditsiinilise teenindamise ja töötulemuste analüüsimise kohta. Siia on paigutatud ka kõige olulisemate käesoleval ajal kehtivate üleliiduliste instruksioonide ja juhendite tekstid, kuna vastavat raamatut müügil ei ole. Esitatud materjalid on vajalikud kõikidele arstiteaduskonna raviosakonna üliõpilastele lasteasutuste töö organiseerimise ja meditsiinilise teenindamise õppimisel. Lasteasutuste töö organiseerimise ja lastekaitse määrustikku ning kehtivaid normatiive vajavad nad ka edaspidisel arstina töötamisel, eriti kui nad asuvad tööle pediaatritena, kooliarstidena, maa-jaoskonnaarstidena, sanitaararstidena ja lapsi teenindavate eriarstidena (laste kõrva-nina-kurguarstid, kirurgid, neuroloogid jne.).

V A S T S Ü N D I N U T E O S A K O N D
(P A L A T) .

1. NÕUDEID VASTSÜNDINUTE OSAKONNA (PALATI) TÖÖ
ORGANISEERIMISEL.

Ruumid. Vastsündinute osakonnas peab olema 3 liiki eraldi asuvaid palateid:

- a) ajaliste tervete laste palatid - 65-80% voodikohtade arvust,
- b) bokseeritud palatid - 10-20% voodikohtade arvust,
- c) enneaegsete palatid - 10-15% -" -" .

Palatisse paigutatakse maksimaalselt 15-20 last. Iga lapse kohta arvestatakse bokseerimata osakonnas $2,5 \text{ m}^2$, bokseeritud osakonnas 3 m^2 põrandapinda. Ruumide kõrgus peab olema 3,5 m. Põrand peab olema värvitud või linoleumiga kaetud.

Loomuliku valgustuse koefitsient peab olema 1:6 või 1:7 kunstliku valgustuse tugevus põrandal:

hõõglampide kasutamisel 20 luksi,

luminescentslampide kasutamisel 75 luksi.

Ruumide temperatuur peab olema :

sünnitustoas $20-22^{\circ}$,

ajaliste laste palatis 22° ,

enneaegsete laste palatis 24° .

Koridorid, mille kaudu viiakse laps ema juurde sööma, peavad olema soojad.

Lastepalatites ei tohi olla suuri t° kõikumisi. Suvel tuleb lastepalatite liigse kuumenemise vältimiseks aknad katta päikese kardinatega või teha klaasid väljastpoolt kriidiga.

Õhuvahetus peab toimuma vähemalt 2 korda ühe tunni kestel. Õhutamiseks on kõige paremad tsentraalne ventilatsioon ja framuugid. Ruume peab õhutama iga imetamiseseansi ajal,

pannes samal ajal 30 minutiks põlema kvartslambi õhu desinfitseerimiseks. Palatisse jäänud lapsed tuleb katta ja nende näod kaitsta ultraviolettkiirte kahjustava toime eest.

Sisustus. Lapse ase peab olema 90 cm kõrgusel põrandast, siis ei pea personal töötamisel kummardama. Voodite kaitsevõre pulkade laius ei tohi olla üle 8 cm, kuna vastasel korral võib laps pulkade vahelt läbi kukkuda. Madrats peab olema kõva, sile, igast küljest kummiriidega kaetud. Patju ei kasutata. Laste voodeid ei tohi asetada üksteise vastu.

Peale voodite on igas palatis vajalikud järgmised esemed: kaal, tualettvahendite laud, puhta pesu kapp, musta pesu trummel pedaaliga avatava kaanega, musta vati ämber pedaaliga avatava kaanega, laste altpesemise seadeldis sooja voolava veega (soovitav pedaaliga avatava kraaniga), imiku vann, seinatermomeeter, kvartslamp ja paar taburetti.

Rõivastus. Pesu tarvidus ühe lapse kohta ööpäevas on järgmine:

särke 3,
jakke 3,
alusmähkmeid 20 (suurus 50 x 50 cm),
pealismähkmeid 20 (suurus 80 x 80 cm),
sooje mähkmeid 10 (suurus 90 x 90 cm),
tekilinu 2,
voodilinu 1,

Mähkmed ja pesu õmblused peavad olema pehmed, mähkmed hügrooskoopsed. Särgi ja jaki õmblused peavad olema väljaspool.

Enneaegsete kasvatamiseks valmistatakse vatist ja marlist vateeritud kott, mis jätab vabaks ainult lapse näo.

Laste pesu peab olema väga puhas, keedetud, hästi loputatud ja hoolikalt kahelt poolt triigitud või autoklaavis steriliseeritud. Esimeseks rõivastamiseks kasutatavad esemed peavad olema tingimata steriliseeritud autoklaavis; kui seda võimalust ei ole, siis korduvalt triigitud hästi kuuma raua- või mõlemalt poolt. Vastsündinute pesu ei tohi pesta üldises pesuköögis, kus pestakse ka teisi esemeid, eriti mädanikkudega haigete ja nakkushaigete pesu. Mähkmed tuleb enne pese-

mist desinfitseerida.

Must pesu tuleb asetada kohe pedaaliga avatavasse tsinkplektrummlisse ja iga kord pärast laste mähkimist palatist välja viia. Trumlit pestakse 2 korda päevas desinfitseeriva lahusega.

Igal palatil peavad olema hooldus- ja ravivahendid (kraadiklaasid, kliistriballoonid, kuuma vee kotid, jääkotid, süstlad, pipetid jne.). Söötmisspudelid, lutid, tassid, spaatlid jm. esemed tuleb iga kord pärast tarvitamist läbi keeta.

Ruumide puhastamine. Suuremates vastsündinute osakondades komplekteeritakse emade ja vastsündinute palatid üheaegselt, sel puhul teostatakse laste lahkumisel palatis suurpuhastus ja desinfektsioon ning jäetakse siis palat 24 tunniks vabaks n.ö. puhkama.

Pärast lapse lahkumist pestakse alati madratsi kõik küljed sooja vee ja seebiga, desinfitseeritakse 0,5%-lise klooramiini lahusega ja hoitakse vähemalt 12 tundi õues värskes õhu ja võimaluse korral päikese käes. Voodi pestakse samuti puhtaks ja desinfitseeritakse klooramiiniga. Voodi peab alati pärast lapse lahkumist jääma vabaks 24 tunniks.

Ka siis, kui ei ole võimalik palatit lastest täiesti vabaks jätta, tuleb ikkagi üks kord dekaadis teostada palati suurküürimine: kõik seinad, ukSED, aknad, ahjud, põrand ja mööbel sooja vee ja seebiga puhtaks pesta ja 0,5%-lise klooramiiniga desinfitseerida, kapid ja sahtlid küürida ka seestpoolt, taburetid ka põhja alt; samal päeval panna kõikidele lastele puhas ihu- ja voodipesu ja puhtad tekid.

Igapäevane palati puhastamine toimub järgmiselt: põrandat pestakse vähemalt 3 korda päevas laste imetamiseajal, mööbel pühitakse üks kord päevas märja lapiga üle; puhta pesu kapid pühitakse seestpoolt üks kord päevas üle 0,5%-lise klooramiini lahusega.

Vastsündinute osakonnas (toas) tuleb teha üks kord aastas sanitaarremont.

Teenindav personal. Arstil on teenindada 30 last, õel ajalisi lapsi 15 - 20, enneaegseid 8 - 10. Lapsi teenindab

ainult öde, mitte sanitar. Väikestes 3 - 5 voodilistes sünnitusosakondades teenindab lapsi ämmaemand, 50 ja enam vooditega vastsündinute osakonnal on ette nähtud üks vanemõe koht. Vanemõde teeb tähtsamad protseduurid, BCG-ib lapsed ja kontrollib kogu osakonna tööd.

Personal peab olema meditsiinilise kontrolli all: üks kord kuus on terapeudi ja veneroloogi läbivaatus, 2 korda aastas rindkere röntgenoloogiline uurimine, 2 korda aastas nina- ja kurgulima uuring difteeriale ja rooja bakterioloogiline (düsenteeria, paratüüfus, tüüfus) uuring tööle võtmisel ning edaspidi 2 - 4 korda aastas vastavalt sanitaarjärelevalve organite nõudmisele.

Vastsündinute osakonnas töötajal ei tohi olla hingamisteede ägedat katarri, nahamädanikke ega mädanevaid haavu ning kõhulahtisust. Samuti ei lubata vastsündinute osakonda tööle inimesi, kes olid kontaktis nakkushaigetega ja batsillikandjatega.

Vastsündinute osakonna töötaja kittel peab olema tagantpoolt suletav, müts peab katma kõik juuksed. Iga päev tuleb kittel ja peakate vahetada. Kõik töötajad peavad kandma vähemalt kahekordsest marlist valmistatud suu-nina kaitsemaske, mida vahetatakse 3 korda tööpäeva jooksul.

Töötajate küüned peavad olema lühikesed ja lakkimata. Tööl olles ei tohi kanda käekelli, käevõrusid ja sõrmuseid.

Tööle saabumisel tuleb võtta dušši, rõivad ja jalatsid vahetada, käed kuni küünarnukini seebi ja harjaga voolava vee all puhtaks pesta ja järgnevalt desinfitseerida kas 70°-se piiritusega või 0,2%-lise klooramiini lahusega. Tervete laste puhul tuleb iga lapsega tegelemise järel käsi pühkida desinfitseeriva lahusega niisutatud rätikuga, 2-3 lapse mähkimise järel pesta seebiga. Haigete laste teenindamisel tuleb iga lapsega tegelemise järel hoolikalt käed pesta ja nakkushaiguse kahtluse esinemisel tingimata ka desinfitseerida.

2. VASTSÜNDINUTE OSAKONNA (PALATI) MEDITSIINILISE TEE- NINDAMISE JA LASTE TERVISLIKU SEISUNDI NÄITAJAD.

A. Profülaktilise töö näitajad.

1. Vastsündinute osakonna sanitaarne seisund ja nakkustõrje režiim.
2. Laste õige toitlustamine.
3. Emade teadmised lapse tervishoiust sünnitusmajast lahku-
misel.
4. BOG-tute % (norm 100% kõigist väljakirjutatuist).
5. Sünnitusosakonnas viibimise keskmine aeg päevades (norm
9-10 p.).

B. Laste tervisliku seisundi näitajad.

1. Enneaegsete laste % (keskmiselt 5%). Neist sünnikaaluga
1000 - 1500 g.
2. Haigestumus, eraldi enneaegseil ja ajalistel.
 - a) Rasked väärarengud (keskmiselt 0,5%).
 - b) Vastsündinute hemolüütiline tööbi.
 - c) Koljusisene sünnitrauma.
 - d) Ülemiste hingamisteede katarr.
 - e) Kopsupõletik.
 - f) Määdased nahainfektsioonid.
 - g) Septilis-toksiline seisund.
 - h) Sepsis. Näidata eraldi naba sepsis.
 - i) Gonoblenorröa.
3. Suremus.
 - a) Vastsündinute üldine suremus (keskmine 0,7%).
 - b) Ajaliste laste suremus (keskmine 0,3%).
 - c) Enneaegsete suremus (keskmine 10 %).
 - d) Suremus esimesel kolmel elupäeval ja pärast kolmandat
elupäeva.

LASTESÕIM JA VÄIKELASTEKODU.

1. LASTESÕIME MEDITSIINILISE PERSONALI TÖÖJUHEK.

Lastesõime-arsti tööjuhend.

I.

Lastesõime-arsti määrab ametisse ja vabastab ametist linna (rajooni) tervishoiuosakond. Lastesõime-arst vastutab laste teenindamise õige korraldamise eest lastesõimes, mis tagab laste tervise ja nende õige arenemise. Arsti ülesannete hulka kuuluvad lastesõime sanitaar-hügieenilise olukorra kujundamine ja järelevalve selle üle.

Lastesõime-arstile allub lapsi vahetult teenindav personal: vanemõde, rühmade õed-kasvatajad ja hoidjad. Selle personali ametisse võtmine ja vallandamine toimub lastesõime juhataja poolt kokkuleppel arstiga. Arsti kohustuste hulka kuuluvad: a) süstemaatiline järelevalve laste tervisliku seisundi üle ja haigestunud laste ravimine, b) võitlus nakkuste vastu lastesõimes, c) kasvatustöö juhtimine, d) sanitaar-hügieeniline järelevalve, e) töö personali kvalifikatsiooni tõstmise alal, f) sanitaarharidustöö lastevanematega või neid asendavate isikutega ning g) meditsiinilise arvestuse ja aruandluse korraldamine.

II.

1. Laste meditsiinilise teenindamise alal lastesõime-arst:

a) nõuab iga päev vanemõelt või lastesõime juhatajalt informatsiooni laste tervislikust seisundist, teostab kohe laste läbivaatust rühmades, kus on lapsi, kes oma seisundi tõttu vajavad kiiret arstlikku läbivaatust, vaatab läbi rühma päevikud märkustega laste temperatuuri kohta ning emade kaebused;

b) märgib eri vihikusse kõik meditsiinilised korraldused, mis ta andis oma ringkäigul, ja kontrollib süstemaatiliselt nende täitmist;

c) annab meditsiinilist abi lastesõime lastele nende juures kodus;

d) kindlustab haigele lapsele vajadusel eriarstide abi;

e) hospitaliseerimise vajadusel võtab tarvitusele abinõud laste paigutamiseks haiglasse;

f) kui lastesõimes on ööpäevarühmad, organiseerib ta arstiabi andmist ka öösel ja teeb ise perioodiliselt öösiti ringkäike;

g) laste seisundi ja arenemise hoolikaks kontrollimiseks vaatab ta süstemaatiliselt läbi kuni 1 aasta vanuseid lapsi üks kord dekaadis, 1 aasta vanuseid lapsi 2 korda kuus ja üle 2 aasta vanuseid lapsi üks kord kuus; peale selle koostab arst staatus kuni 1 aasta vanustel lastel üks kord kuus ja üle 1 aasta vanustel üks kord kolme kuu kestel, kandes kõik lapse seisundisse puutuvad andmed tema arenguloosse;

h) määrab individuaalse toitlustuse kuni 1 aasta vanustele lastele ja haigetele, märkides korraldused eri vihikusse; koos lastesõime juhataja ja köögitöötajatega töötab välja menüü normide kohaselt vastavalt aastaajale; annab juhendeid toitvate valmistamiseks ja teostab järelevalvet sanitaarhügieeniliste tingimuste täitmise üle toidu valmistamisel ja toiduainete säilitamisel ning kontrollib kvaliteeti; koostab igati imikute rinnaga toitmise kindlustamist, milleks teostab süstemaatilist sanitaarharidustööd emadega;

i) vastutab laste tubade igapäevase tuulutamise, tervist tugevdavate ürituste teostamise (magamine värskes õhus, jalutuskäigud, veeprotseduurid, laste suveks maale viimine) ja õige režiimi eest, samuti ka erirühmade töö eest;

j) koostab meditsiinilised aruanded ja teostab järelevalvet arvestuse üle.

2. Nakkushaiguste vastu võitlemise alal lastesõime-arst:

a) võtab tarvitusele abinõud nakkuste sissetoomise ja nende levimise vastu lastesõimes, teostab uute laste vastuvõttu sõime vastavalt juhendile laste meditsiinilise läbivaatuse kohta enne nende vastuvõtmist sõime;

b) korraldab laste igapäevast vastuvõttu lastesõime, õpetab rühmade õdedele-kasvatajatele vastuvõtu tehnikat ja kontrollib süstemaatiliselt nende tööd;

c) nakkuse sissetoomisel lastesõime võtab tarvitusele kõik abinõud selle edasise leviku tõkestamiseks; organiseerib laste isoleerimist, hospitaliseerimist, õigeaegseid kaitsepookimisi ja ruumide desinfitseerimist ning määrab koos epidemioloogiga vajaliku karantiini;

d) signaliseerib igast ägedast nakkushaiguse juhust viivitamata jaoskonnaarstile ja saadab linna või rajooni epidemioloogile kiirteatise (vorm nr. 58);

e) võtab lapse pärast haiglast väljakirjutamist lastesõime vastu ainult raviva arsti õiendi põhjal lapse seisundi kohta ühes märkusega, et lapsel ei ole olnud kontakti nakkushaigega;

f) mingisuguse nakkuse esinemisel sõimes käiva lapse kor-teris võtab tarvitusele vajalikud epidemioloogilised abinõud lastesõime suhtes ja informeerib ühtlasi arsti-epidemioloogi;

g) teostab õigeaegselt kõiki kohustuslikke profülaktiilisi kaitsepookimisi ja korraldab lastesõime kindlustamist kaitsepookimiseks vajaliku materjaliga, sealhulgas ka leetrivas-tase seerumiga;

h) kindlustab nakkushaigete registreerimise raamatu ja kaitsepookimise vihiku õiget pidamist.

3. Laste kasvatamise ja sanitaarharidustöö alal lastesõime-arst:

a) teostab järelevalvet mitte ainult lapse kehalise seisundi, vaid ka üldise arenemise (liigutuste, kõnearengu jne.)

üle ja vastutab kogu kasvatustöö eest; õpetab õdedele-kasvatajatele lastega töötamise õiget metoodikat;

b) koos sõime juhataja ja vanemõega määrab kõigile vanuserühmadele režiimi ja kinnitab nende kasvatustöö plaani; vajadusel määrab üksikutele lastele individuaalrežiimi;

c) töötab süstemaatiliselt personali kvalifikatsiooni tõstmise alal ja organiseerib selleks erikursusi;

d) teostab süstemaatilist sanitaarharidustööd lastevanematega või neid asendavate isikutega lastesõimes ja nende kodudes laste tervisesse, arenemisse, nende hooldamisse, kasvatusse, haigestumise vastu võitlemisse jne. puutuvates küsimustes.

Lastesõime vanemõe tööjuhend.

1. Vanemõena võivad lastesõimes töötada täieliku meditsiinilise keskkharidusega ja ühtlasi vastava pedagoogilise ettevalmistusega meditsiiniõed.

Pedagoogilise hariduseta meditsiiniõed peavad omandama pedagoogilise kvalifikatsiooni.

Kui sõimes on kaks vanemõde, peab vähemalt ühel neist peale meditsiinilise hariduse olema ka pedagoogiline haridus.

2. Vanemõde allub vahetult arstile ja on tema lähimaks abiliseks meditsiinilise töö alal, aga ka kasvatustöö alal, kui lastesõimes puudub pedagoog.

3. Vanemõde juhib vahetult õdede-kasvatajate tööd. Juhetmist teostab ta õdede-kasvatajate igapäevase instrueerimise teel nende praktilise töö ajal ning personalile laste hügieeni ja kasvatust käsitlevate vestluste korraldamise teel.

4. Pärast laste vastuvõttu teeb vanemõde iga päev ringkäigu kõigis rühmades, et tutvuda iga rühma olukorraga.

5. Vanemõde täidab arsti poolt temale antud korraldusi ja teostab järelevalvet õdedele-kasvatajatele antud korralduste täitmise üle.

6. Vanemõde annab välja meditsiinilist inventari ja ravimeid ning jälgib nende õiget säilitamist ja kasutamist rühmades.

7. Kui lastesõime koosseisus puudub patronaaziõde, külastab vanemõde haigeid lapsi nende kodudes.

8. Vanemõde teeb iga päev kokkuvõtte lastesõimes olnud laste arvu kohta, koostab rühma personali tööplaani ja graafiku, abistab arsti aruannete koostamisel, hoolitseb laste saatmise eest haiglasse, desinfektsiooni teostamise eest jne.

9. Võitluses nakkuste kandumise vastu lastesõime ja selle levimise pidurdamiseks on vanemõde kohustatud jälgima, et täidetakse reegleid laste vastuvõtu kohta lastesõime, andma nõu õdelele-kasvatajatele, kontrollima, et rühmades avastatud nakkuskahtlased lapsed rühmast õigeaegselt eemaldataks.

10. Vanemõde kindlustab arsti juhendamisel õige korra laste eest hoolitsemise alal rühmades.

11. Vanemõde jälgib režiimi täitmist rühmades; kui lastesõimes pedagoogi ei ole, koostab ta ühes õdede-kasvatajatega kasvatustöö plaani ja jälgib selle täitmist.

12. Vanemõde koostab nõudmised piima-, üldköögile ja apteegile; kontrollib ravimite ja toidu kohaletoomist ning jaotamist; jälgib, kuidas lapsed söövad ja kuidas neid söödetakse.

13. Kui pedagoogi ei ole, võtab vanemõde aktiivselt osa mänguasjade valimisest ja soetamisest lastesõimele.

14. Vanemõde peab arstiga ja lastesõime juhatajaga kooskõlastatud plaani järgi lastevanematega või neid asendavate isikutega vestlusi laste vastuvõtu ja kojuviimise ajal.

15. Vanemõde teostab pidevat järelevalvet laste ja lastesõime ruumide sanitaar-hügieenilise seisundi üle, teeb koos arstiga ja lastesõime juhatajaga sanitaar-ringkäigu ruumides ning kannab koos lastesõime juhatajaga vastutust lastesõime sanitaarse seisundi eest.

Lastesõime õe-kasvataja tööjuhend.

1. Õena-kasvatajana lastesõimes töötada on õigus isikuil, kes on lõpetanud vastava kooli või erikursused lastesõimede õdedele-kasvatajatele või kel on meditsiiniline keskharidus.

2. Meditsiiniõed, kel ei ole vastavat ettevalmistust väikelaste kasvatuse alal, on kohustatud lõpetama sellealased lühiajalised kursused.

3. Õde-kasvataja töötab arsti, lastesõime vanemõe ja pedagoogi vahetul juhtimisel. Õde-kasvataja võtab osa lasterühmade kasvatustöö plaani koostamisest, teostab seda ja juhatab oma rühma hoidjate tööd; võtab osa laste tubade ja väljakute esemetega varustamisest ja korraldamisest, teostab oma rühmas laste sanitaar-kultuurilist patronaazi.

4. Õe-kasvataja ülesandeks on hoolitsemine rühma kuuluvate laste eest ja nende kasvatamine; selle ülesande täitmiseks õde-kasvataja:

a) teostab iga päev laste vastuvõttu ja nende üleandmist vanematele, kaalub lapsi, teeb sissekandeid rühma päevikusse kindlaksmääratud vormi järgi, täidab arsti korraldusi, teostab hügieenilist hoolitsust laste eest (tualett, kumblus, riietamine, toitmine), organiseerib õige režiimi, jalutuskäike ja kõiki üritusi laste liigutuste ja kõnelemise arendamiseks; korraldab laste mängu;

b) avastab õigeaegselt haigestunud lapse ja teatab sellest viivitamata vanemõele või arstile, nende puudumisel aga võtab ise tarvitusele vajalikud abinõud haige lapse isoleerimiseks ning tema režiimi ja dieedi muutmiseks;

c) vajadusel annab lapsele kiiret arstiabi ja võtab tarvitusele abinõud arsti või kiirabi väljakutsumiseks; arsti väljakutsumise kord on kindlaks määratud linna (rajooni) teravishoiuosakonna käskkirjaga ja kodukorra reeglitega;

d) annab töö lõppedes valve üle teda vahetavale õele-kasvatajale ning märgib rühma päevikusse 1) korraldused, mi-

da tuleb täita, 2) kõik kõrvalekaldumised üksikute laste ter-
vises või käitumises jne.

5. Võitluseks nakkuste vastu õde-kasvataja:

a) vaatab vastuvõtmisel hoolikalt järele lapse suu ja
kurgu limaskestast ning lapse keha; küsitleb ema lapse seisun-
di üle, haigestumiste ja nakkuste esinemise kohta korteris,
lapse kontakti üle nakkushaigetega; mõõdab lapsel temperatuu-
ri ja märgib kõik andmed rühma päevikusse;

b) teatab viivitamata lastesõime-arstile ja vanemõele
igast nakkushaiguse juhust lastevanemate, perekonnaliikmete
ja korterikaaslaste hulgas ning kokkupuutumisest nakkushaige-
tega väljaspool asutust, mis on saanud teatavaks lapse kodu
küllastamisel või last sõime toova isiku kaudu.

6. Õde-kasvataja vastutab oma rühma ruumide sanitaar-
hügieenilise olukorra, õhu puhtuse ja sagedase tuulutamise
eest ning teostab järelevalvet ruumide puhastamise, musta pe-
su õigeaegse äraviimise ning laste varustuse, pesu ja riiete
üle.

7. Õde-kasvataja vastutab ravimite õige kasutamise ja
säilitamise eest ning koos hoidjaga tema hoolde usaldatud in-
ventari (mööbli, pesu, mänguasjade, pöetusesemete) hoidmise
eest.

8. Õde-kasvataja peab tõstma oma kvalifikatsiooni osavõ-
tu teel õpinguist arsti ja vanemõe juhtimisel ning kursuste
kaudu.

9. Omalt poolt peab õde-kasvataja hoolitsema hoidjate
kvalifikatsiooni tõstmise eest, neid tööl pidevalt õpetades.

Hoidja tööjuhend.

1. Hoidja on lastesõimes õde-kasvataja abiliseks.

2. Hoidja kinnitatakse tööle teatava kindla rühma juurde.

3. Hoidja aitab õde-kasvatajat kõikide tööde juures las-
tega, nagu söötmine, potitamine, tualett, veeprotseduurid

(pesemine, dušš jne.), magamapanek, jalutamine ja samuti ka mängude juures.

4. Kogu oma töö teeb hoidja õe-kasvataja juhtimise ja näpunäidete järgi.

5. Hoidja vastutab oma rühma ruumide puhtuse eest: pühib tolmu, peseb potid, puhastab laste riided ja jalanõud jne.

6. Hoidja toob vett, annab üle musta pesu ja toob puhta pesu, toob toidu jne.; võimaluse korral teeb ta need tööd laste magamise ajal.

7. Hoidja võtab osa rühma personali nõupidamistest ja õpingutest.

8. Hoidja vastutab temale usaldatud inventari eest.

9. Töö lõpul annab hoidja teda vahetavale hoidjale üle valve ning tema vastutusel oleva majapidamisinventari ja pesu.

Pedagoogi tööjuhend.

1. Pedagoogiks väikelaste kasvatuse alal võivad olla isikud, kellel on meditsiiniline või pedagoogiline keskhari-
dus ja kes on lõpetanud erikursused väikelaste kasvatuse alal.

Isikud, kes juba töötavad väikelaste asutustes pedagoogidena, kuid kellel ei ole eriharidust, peavad läbi tegema vastavad erikursused.

2. Pedagoog võetakse asutuse poolt ametisse kohaliku tervishoiuosakonna nõusolekul.

3. Pedagoog vastutab juhataja ees kasvatustöö õige organisatsioonilise eest kõigis rühmades, kooskõlastab kõik oma üritused vastava asutuse arstiga ja töötab linna või rajooni pedagoogi juhtnööride järgi.

4. Pedagoog korraldab oma töö NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi poolt kiinnitatud määruste ja metoodiliste juhendite alusel.

5. Pedagoog a) organiseerib personali tööd laste kasvatuse alal kõigis rühmades; b) õpetab õdesid-kasvatajaid ja hoidjaid ning juhib nende tööd laste kasvatuse alal; c) loob vastavad tingimused laste normaalse arenemise kindlustamiseks; d) korraldab lastevanematele vestlusi lastekasvatuse küsimustes.

6. Pedagoog jälgib laste tervislikku seisundit ja arengut kõikides rühmades igapäevaste järelevaatuste kaudu laste elu mitmesugustel momentidel, arutab koos arstiga rühma koosolekul laste seisundit ning esitab kasvatuslikud abinõud.

7. Pedagoog juhib õdede kasvatusalast tööd, jälgides nende otsest tegevust igas rühmas ja isolaatoris; õpetab rühma personali, kasutades selleks mitmesuguseid töövorme; näitab rühmas ise vahetult üksikute režiimiprotseduuride (söötmine, mäng, tegelused jne.) läbiviimist; annab õdedele ja hoidjatele näpunäiteid nende töös ning teostab nendega individuaalseid vestlusi; korraldab rühma nõupidamisi.

8. Pedagoog komplekteerib koos arsti ja juhatajaga laste rühmad, määrab rühmade režiimi, kontrollib, kas režiim on kohane vastava vanusega lastele ja kas seda õigesti teostatakse; õpetab õele ja hoidjale iga režiimiprotseduuri (magamane, söötmine jne.) õiget teostamist; jälgib koos arstiga värskes õhus viibimise võimaluse maksimaalset kasutamist laste poolt (jalutuskäigud, magamine vabas õhus); organiseerib ühes rühma personaliga laste mängu, tegelusi, mitmesuguseid lõbustusi ja pidusid lastele.

9. Pedagoog koostab koos rühma personaliga vastava rühma kasvatustöö plaanid.

10. Koos rühma õega varustab pedagoog rühmi õigeaegselt vajalike mänguasjade ja pedagoogiliste vahenditega, mida ta muretsseb ise või koos majandusjuhatajaga; jaotab need rühmadele, korraldab nende hoidmist ja arvelevõtmist.

11. Pedagoog annab nõu, missuguseid riideid, mööblit ja nõusid lastele muretseda, ning valvab, et asutuse poolt las-

tele hangitud esemed rahuldaksid nii meditsiinilisi kui pedagoogilisi nõudeid.

12. Pedagoog töötab ka perekonnas: peab individuaalseid vestlusi vanematega, teeb neile teatavaks lapse arenemise, annab neile nõu laste kasvatusel alal ning peab ettekandeid lastekasvatusest lastevanemate rühma- ja üldkoosolekutel, organiseerib õdede vestlusi lastevanematega, õdesid selleks ette valmistades; organiseerib õdede patronaazi, tutvub ise üksikute laste koduste elutingimustega; organiseerib sõimes näitusi ja vestlusi lastevanemate töö üksikute momentide kohta sõimes jne.

13. Koos vanemõega koostab pedagoog töögraafiku rühma personalile.

14. Pedagoog töötab tihedas kontaktis vanemõega, arutab temaga läbi rühmade tööplaanid, võtab temaga koos osa administratiivsetest nõupidamistest, võtab kokku patroneerimise andmed jne.

15. Pedagoogi töögraafik koostatakse arvestusega, et pedagoog oleks ametis mitmesugustel tööaegadel, näiteks ühel päeval hommikuse vastuvõtu ajast kuni kell 12.00 päeval, teisel päeval kuni laste kojuviimiseni jne.

16. Pedagoog planeerib oma töö linna või rajooni pedagoogi-metoodiku juhendite kohaselt, kooskõlastades selle asutuse juhataja ja arsti tööga. Ta annab oma tööst aru vastava asutuse administratsioonile ja kohalikule tervishoiuosakonnale.

Patronaaziõe tööjuhend.

1. Patronaaziõe kohal võivad töötada meditsiinilise keskkharidusega isikud.

2. Patronaaziõde on arsti lähim abiline meditsiinilise abi andmisel sõime lastele nende kodudes ja võitluses nakkushaiguste toomise vastu sõime.

3. Ta teostab arsti juhtnõuade kohaselt ravitööd ja patronaazi sõime laste juures kodudes.

4. Patroneerimise andmed laste kodudes märgib ta spetsiaalsetele patronaazilehtedele ja teatab neist sõime arstile.

5. Ta on kohustatud täitma kõiki arsti korraldusi (süstimid, ravivannid, kompressid jne.) arsti poolt määratud ajal.

6. Haigete laste koduseks teenindamiseks peab patronaaziõel olema kohver vajalike ravimitega, piiritusega, eetriga, termomeetriga, süstlaga, vatiga jne.

7. Kui laps sõimest puudub, on patronaaziõde kohustatud hiljemalt 24 tunni jooksul selgitama puudumise põhjuse ja sellest arstile teatama.

8. Patronaaziõde on kohustatud 1 - 2 korda viie päeva jooksul viibima sõimes laste vastuvõtu juures.

9. Patronaaziõde peab alatist sidet sõimele lähima lastenõuandlaga, et õigeaegselt avastada ümbruses olevaid nakushaiguste koldeid.

2. SANITAARESKIRJAD

LASTE TARBESEMETE EEST HOOLITSEMISEL VÄIKELASTEKODUDES, LASTESÕIMEDES JA LASTEAEDADES.

(Kinnitatud NSVL Tervishoiu Ministeeriumi poolt 21.III 53.,
nr. 131-53.)

1. Isikliku kasutamise esemed: rõivad, jalatsid, käterätid, magamiskotid, potid lastesõimes, -aias ja väikelastekodus peavad olema rangelt individuaalsed.

2. Iga lasterühma (ja isolaatori) jaoks väikelastekodus, lastesõimes ja -aias peavad olema oma sõõginõud, mis hoitakse ja pestakse rühma ruumides (ja isolaatoris).

3. Rühma nõud peab asetama puhtaisse kappidesse rühma tubades.

4. Pärast sööki tuleb nõud, lusikad, kahvlid jne. puhastada toiduosadest ja siis pesta vähemalt kaks korda kuumas vees, üle valada keeva veega ja asetada kuivama vertikaalses olekus. Käterätikuga nõusid kuivatada ei tohi.

Märkus. Nakkushaiguse juhu esinemisel tuleb sööginõud pärast toidujääkidest puhastamist ja hoolikat pesemist tingimata desinfitseerida, asetades nad 30 minutiks klooramiini (0,05-0,1%) või kloorlubja (5-10 g ühe ämbri vee kohta) lahusesse. Pärast seda loputatakse neid kuuma veega ja kuivatatakse ning keedetakse üks kord päevas puhtas vees.

5. Kõõginõusid tuleb pärast puhastamist ja kuuma veega pesemist kuivatada pliidil 30 minuti kestel.

6. Imiku pudeleid tuleb pärast mehaanilist harjaga puhastamist keeta 15 minutit (arvestades vee keemahakkamise momendist), kusjuures vesi peab täiesti katma pudeleid. Nõu, kus pudeleid keedetakse, tuleb kaanega katta. Keedetud pudeleid kuivatatakse kuuma õhu kappides.

7. Lutid pestakse pärast igakordset tarvitamist, keedetakse 5 minutit ja säilitatakse kaanega klaasnõus, kust neid võetakse pintsetiga. Luttide hoidmise nõu tuleb üks kord päevas pärast sooja veega pesemist keeta ja õhukapis kuivatada.

8. Pudelite mehaanilise puhastamise harjad tuleb pärast tarvitamist toidujääkidest puhastada ja keeta 2 % -lises soodalahuses 15 minuti kestel, kuivatada ning hoida kaetud nõus.

9. Pesu ja mähkmed kogutakse pärast tarvitamist kotti, pudjapüüri või kaanega paaki ja hoitakse kuni pesemiseni isoleeritult, kõrbestele juurdepääsmatus kohas.

10. Voodipesu ja ihupesu tuleb pesemisel keeta vähemalt tund.

Pesupesemine toimugu selleks määratud nõudes, pärast pesemist tuleb pesu keeta ja siis loputada puhastes anumates või vannides. Lubamatu on loputada pesu selles nõus, kus seda enne keetmist pesti. Roojaga määrduvad pesu tuleb enne pesemist loputada.

Märkus. Nakkushaiguste esinemisel tuleb pesu enne pesemist märjaks teha 1 %-lise klooramiini lahusega ja seal seista lasta 2 tundi, siis loputada ja pesta tavalisel viisil.

11. Imiku kummiriideid tuleb iga päev pesta kuuma vee ja seebiga ning kuivatada.

12. Isolaatori laste ihu- ja voodipesu tuleb pesta ja desinfitseerida eraldi.

13. Mänguasju (mis on valmistatud metallist, kummist, tselluloidist jne.) tuleb pesta 2 korda päevas (päeval enne laste päevast und ja päeva lõpul), loputada kuuma veega ja kuivatada. Pehmed mänguasjad on vaja määrdumisel desinfitseerida desinfektsioonikambris.

14. Laste pesemise lapid tuleb iga lapse pesemise järgselt keeta 10 minutit ja kuivatada. Pesemislappe peab olema vastavalt laste arvule.

15. Enne iga lapse vannitamist tuleb vann pesta harjaga, mis on märjaks tehtud 1 %-lise klooramiiniga ja pärast seda loputada keeva veega.

16. Laste pottide puhastamise harjad hoitakse 2 %-lises selginenud kloorlubja, 3-5 %-lises fenooli või lüsooli lahuses.

17. Roojanõud (potid, šilbrid) loputatakse pärast tühjendamist jooksva veega ja siis pannakse 20-30 minutiks 0,2-0,5 %-lise selginenud kloorlubja, 3-5 %-lise lüsooli või 3 %-lise fenool-seebi lahusesse. Pärast loputatakse voolava vee all hoolikalt seest- ja väljaspoolt.

18. Maneeže katvat kummiriidet või linoleumi pestakse kaks korda päevas kuuma vee ja seebiga (päeval enne laste magamist ja õhtul).

19. Tekid, magamiskotid ja madratsid tuleb igal nädalal õues kloppida ja tuulutada.

20. Igale rühmale peavad olema eraldi lapid laudade pesemiseks, tolmu pühkimiseks ja pörandate pesemiseks. Pörandade-

pesemislapid ja harjad tehakse pärast tarvitamist märjaks 0,2 %-lise selginenud kloorlubja, 2-5 %-lise fenooli või lüsooli lahusega; seejärel loputatakse veega ja kuivatatakse.

21. Desinfitseerivad lahused valmistatakse vastavalt NSVL Tervishoiu Ministeeriumi poolt kinnitatud instruksioonidele.

22. Käesolevate sanitaareeskirjade täitmise eest on vastutavad lastesõime-, aedade ja väikelastekodude juhatajad ja pediaatrid, kes teenindavad neid asutusi.

23. Kontroll käesolevate sanitaareeskirjade täitmise üle kuulub tervishoiu sanitaar-epidemioloogilise teenistuse organeile.

24. Käesolevate sanitaareeskirjade väljaandmisega muutuvad kehtetuteks sanitaareeskirjad lastesõime-, aedade ja väikelastekodude kohta, mis on kinnitatud 19. VI 1949.a.

3. INSTRUKTSIOON

ÕHUTAMISE JA KUNSTLIKU VENTILATSIOONI KASUTAMISE KOHTA LASTEASUTUSTES

(lastesõimedes, väikelastekodudes ja lasteaedades).

Kinnitatud NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi poolt
6. juunil 1953.a. nr. 141-53.

Õige ruumide õhutamise organiseerimine lasteasutustes loob tingimused laste karastamiseks, nende õigeks füüsiliseks arenemiseks ja on üheks efektiivseks võtteks piiskinfektsioonide profülaktikas.

Ruumide õhutamiseks on vajalik teostada järgmisi võtteid

1. Laialdaselt kasutada kunstlikku ja loomulikku ventilatsiooni, mis on hoone projektis ette nähtud.

2. Iga päev hoolikalt õhutada kõiki lasteasutuste ruume, hoidudes seejuures õhu ülejahutamisest.

3. Ratsionaalne on kasutada kõiki lasteasutuses olevaid ventilatsiooniseadmeid: a) avausi (framuuge, õhuaknaid, kleepimata aknaid ja spetsiaalseid õhu juurdevoolukappe), b) tsentraalset tõmbesüsteemi.

4. Framuugid või õhuaknad peavad lasteasutuses olema igal toal, neid tuleb kasutada kõigil aastaegadel. Talvel ei tohi õhuaknaid ja framuuge kinni kleepida. Peale selle peab jätma talveks kinni kleepimata üks aken igas rühma ja magamistoas.

5. Sügis-talve perioodil, s.o. küttesesooni algusest kuni soojade ilmade alguseni (-5° ja madalama välistemperatuuri puhul) tuleb täielikult ära kasutada laste kohalviibimise ajal tsentraalset tõmbeventilatsiooni, samaaegselt avades õhu juurdevoolukapid.

6. Kevadel, suvel ja varasügisel pole tõmbesüsteemi ja juurdevoolukappide tarvitamine kohustuslik, kuna framuugide ja õhuakende avamine kindlustab küllaldast õhuvahetust. Aknad, framuugid (või õhuaknad) peavad neil aastaegadel olema avatud kogu päeva.

7. Tuulistel talve- ja sügisepäevadel, kui välisõhu temperatuur on alla -10° , võib laste juuresolekul aknaid avada väga lühikeseks ajaks (1-3 min.), et ruume mitte liialt jahutada; pidev õhuvahetus külmal ajal kindlustatakse tõmbeventilatsiooni ja õhu juurdevoolukappide kaudu.

8. Enne laste tulekut lasteaeda või lastesõime ja pärast nende lahkumist tuleb teostada kõikide ruumide hoolikas märg puhastus, teostades samaaegselt ruumide õhutamist tõmbetuulega.

9. Kõige suurem õhu rikkumine esineb, eriti külmal aastajal, pärast laste pikaajalist ruumides viibimist, s.o. järgmistel aegadel: a) pärast tegelusi, b) pärast lõunat, c) laste lasteaias või lastesõimes viibimise lõpul (päevaste rühmade puhul õhtupoolikul), d) magamisruumides pärast päevast magamist, e) pärast öist magamist (õistes rühmades)! Seepärast tuleb neil tundidel teostada kõige intensiivsemalt

ruumide õhutamist.

10. Pärast laste lahkumist rühma ja magamistubadest tuleb neis teostada tõmbetuulega õhutamist (akende olemasolul kahel välisseinal) või nende ruumide akende ja uste ja vastasolevate ruumide akende kaudu, kuid mitte tualett-ruumi akende kaudu.

11. Õhutamise kestus framuugide ja õhuakende kaudu määratakse olenevalt välisõhu ja siseruumide temperatuuri vahest. Väga madala välistemperatuuri puhul (alla -20°) õhutatakse tõmbetuulega mitte üle 2-3 minuti, vältides seega ruumide ülejahutamist. Ülemineku-aastaaegadel teostatakse tõmbetuulega õhutamist 10-15 minuti kestel.

12. Ruumide õhutamine viiakse läbi samaaegselt ruumide, märja koristamisega (põrand, paneelid, aknalauad, mööbel jne.), mis teostatakse 30 minutit enne laste ruumidesse tulekut. Laste tulekul ruumidesse peab õhk olema täielikult uuendatud ja lasteasutustele kindlaksmääratud temperatuuriga (lk. 25).

13. Framuugide ehitus peab vastama järgmistele nõuetele:

- a) suhe framuugi- ja põrandapinna vahel peab olema 1 : 50,
- b) framuugidel peavad olema mugavad avamisseadeldised.

Väline framuugi osa peab avanema alt, sisemine aga ülalt, otstarbekohased on ka sisemise framuugiakna külgmised kaitsekilbid ja framuugide juhtimiskang.

(Punktid 14-21 käsitlevad ventilatsiooniseadmete ehitust ja korrashoidu).

L i s a
T a b e l 1.

Temperatuurirežiim ja õhuvahetuse normid
tõmbeventilatsiooni puhul lasteasutustes.
(Andmed kinnitatud NSVL Riikliku Sanitaarinspeksiooni
poolt 2. okt. 1948.a.)

Ruumi nimetus	T°		Õhuvahetus ühes tunnis	
	Lastesõimes ja väikelastekodus	Laste- aias	Lastesõimes ja väikelastekodus	Laste- aias
Rühma tuba	20	18	1	1
Magamistuba	20	20	1,5	1,5
Magamissead- mete hoidmi- se tuba	-	18	-	0,5
Mängusaal	-	18	-	1
Vannituba ja dušituba	25	25	1,5	1,5
Tualettruum:				
a) käimla	20	20	5	5
b) pesemis- ruum	20	20	2	2
Rõivaruum (vas- tuvõturuum)	20	18	1	1
Isolaator	20	20	1	1
Filter	20	-	1,5	-
Imikute toit- mise tuba	20	-	1	-
Arsti tuba	22	20	1	1

4. LASTESÕIME JA VÄIKELASTEKODU MEDITSIINILISE TEENINDAMISE JA LASTE TERVISLIKU SEISUNDI NÄITAJAD.

I. Lastesõim.

A. Elanikkonna kindlustatus lastesõime kohtadega.

1. Sõime kohti peab olema 15-20% alla 3 a. laste üldarvust.
2. Käitisel peab olema sõime kohti 12 % töötavate naiste arvust.

B. Lastesõime töö organiseerimine.

1. Sõime komplekteeritavus lastega. Sõime laste nimekiri peab olema 5-10 % võrra suurem sõime kohtade arvust, kuna osa lapsi tavaliselt puudub. Peavad olema ka varuvoodid.
2. Rohkem kui 15% on laste puudumise osas halb näitaja. Puudumise põhjused: haigus, karantiin sõimes või kodus, muud põhjused (protsentuaalselt).
3. Läbilaskevõime kasutamise %. Normiks on 300 päeva aastas iga sõime koha kohta. Halvaks näitajaks on läbilaskevõime kasutamine ainult 85 % või veelgi vähema % ulatuses.
4. Laste haigestumise või sõime karantiini tõttu emade töölt vabastamise päevade arv iga 100 ema kohta.

C. Profülaktilise töö näitajad:

1. Sõime sanitaarne seisund ja nakkustõrje režiim.
2. Laste õige toitlustamine (kalorsus, korrelatsioon, vitamiinisaldus, toortoit jne.). Toidu vitaminiseerimine.
3. Laste isikliku hügieeni tase.
4. Laste õues viibimine, karastamine ja karastatus.
5. Sanitaarselgitustöö.
6. Kaitsepookimiste teostamine olemasolevatele kontingentidele.

- Eraldi märkida: a) üle 8 kuuste laste arv, kellele pole pandud kaitserõugeid,
b) üle 1 a. 6 k. laste arv, kel pole teostatud difteeriavastast süstimist,
c) seroprofülaktika teostamine leetrikontaktseile.

7. Rindkere röntgenoloogiline uurimine vähemalt kaks korda aastas.

8. Pirquet reaktsiooni tegemine vähemalt 3 korda aastas.

D. Laste tervisliku seisundi näitajad.

1. Puuduliku motoorse ja kõne arenguga laste % (mahajäämus ühe, kahe jne. kuu võrra).

2. Haigestumus:

- a) hüpotroofikute %,
- b) rahhiitikute %,
- c) haigestumus kopsupõletikku,
- d) haigestumus nakkushaigustesse,
- e) alla 1 a. laste haigestumus düspepsiasse ja toksilisse düspepsiasse.

3. Suremus (nii kodus kui ka haiglas):

- a) alla 1 aastastel,
- b) üldse.

E. Kaadri kvalifikatsiooni tõstmine.

II. Väikelastekodu.

A. Väikelastekodu töö organiseerimine.

1. Läbilaskevõime kasutamise %. Keskmiselt arvestatakse 345 päeva ühe voodikoha kohta. Normi määrab tervishoiuosakond vastavalt asutuse plaani täitmisele eelmisel aastal.

2. Adopteeritud ja patronaadile antud laste % vanemate ta normaalselt arenenud lastest.

B. Profülaktilise töö ja laste tervisliku seisundi näitajad on samad mis lastesõimes koos alljärgnevate täiendustega:

- a) alla 3 kuuste laste %, kes saavad ainult rinnapiima (norm 100 %),
- b) nakkushaiguste sissetoomise sagedus (norm - 0),
- c) siseinfektsioonide sagedus (norm - 0).

D. Kaadri kvalifikatsiooni tõstmine.

L A S T E A E D .

1. LASTEAIA MEDITSIINILISE PERSONALI TÖÖJUHEK.

(Väljavõte "Lasteaia põhikirjast").

Arst.

§44. Lasteaia-arst nimetatakse ametisse ja vabastatakse töölt lastepolikliiniku peaarsti või vastava täitevkomitee tervishoiuosakonna juhataja poolt.

§45. Lasteaia-arst:

a) jälgib laste füüsilist arengut ja tervislikku seisundit regulaarsete läbivaatuste, laste kaalumise, mõõtmise jne. varal;

b) teostab laste põhjaliku arstliku läbivaatuse vähemalt 3 korda aastas (sügisel, talvel ja kevadel), kandes vajalikud andmed lapse tervislehele;

c) eraldab üldisest laste rühmast lapsi, kes vajavad erilist jälgimist või ravi ja suunab nad lastepolikliinikusse või teistesse raviasutustesse;

d) eraldab lapsed, kes vajavad eriläbivaatust või -ravi

ja juhhib need polikliinikusse või muusse raviasutusse; eraldab üksikuid lapsi, kes vajavad põhjalikumat süstemaatilist arstlikku kontrolli ja teostab nende vajalikku jälgimist;

e) annab lasteaia äkiliselt haigestunud lastele arstiabi,

f) teostab profülaktilisi süstimisi lastele ja rakendab teisi vajalikke profülaktilisi abinõusid (õigeaegne isoleerimine, karantiin, desinfektsioon, desinseksioon jne.);

g) kontrollib ja annab juhendeid laste füüsilise kasvatus, laste organismi karastamise ja massiliste tervendavate ürituste rakendamisel;

h) teostab järelevalvet kõigi lasteaia ruumide sanitaarse seisundi üle, eriti köögis, toiduainete laos ja käimlates;

i) teostab järelevalvet lasteaia hügieenilise režiimi üle (õigeaegne ja küllaldane puhastamine, õhutamine, päeva-režiim jne.);

j) teostab valvet ja kontrolli laste toidu kvaliteedi ja menüü koostamise üle;

k) teeb sanitaarset selgitustööd lastevanemate, kasvatajate ja teenindava personali hulgas lapse isiklikust tervishoiust, nakkushaiguste vältimisest, ruumide sanitaarsest korrastamisest jm.

§46. Arst töötab plaani ja graafiku alusel, mis on kooskõlastatud lasteaia juhatajaga; ta peab oma töö aruandlust, informeerib süstemaatiliselt lasteaia juhatajat, kasvatajaid ja lastevanemaid laste arstliku läbivaatuse tulemustest ja laste tervislikust seisundist.

Lasteaia meditsiiniõde.

§ 47. Lasteaia meditsiiniõde määratakse ametisse ja vabastatakse töölt lastepolikliiniku peaarsti või vastava täitevkomitee tervishoiuosakonna poolt lasteaia-arsti ette-

panekul.

§ 48. Lasteaia meditsiiniõe kohustusteks on:

- a) laste kurgu ja naha vaatlus kolm korda nädalas,
- b) arsti poolt lastele määratud ravi ja profülaktiliste korralduste täitmine,
- c) sanitaar-eeskirjade ja päevarežiimi täitmise järjekindel kontrollimine (toitlustamine, uni, jalutuskäigud jne.);
- d) lastele esmaabi andmine,
- e) profülaktiliste kaitsepookimiste teostamine arsti korraldusel,
- f) meditsiinilise dokumentatsiooni pidamine.

2. LASTE IA SANITAAREESKIRJAD.

(Kinnitatud NSVL Riikliku Peasanitaarinspektsiooni poolt 21. aprillil 1955.a. Nr. 183-55).

I. Üldeeskirjad.

1. Lasteaiad organiseeritakse eelkooliealistele s.o. 3-7 a. lastele ja komplekteeritakse 25-lapseliste gruppidega vanuse järgi.

Sõltuvalt laste arvust on olemas järgmised lasteaia tüübid:

lasteaed 25 lapsele	-	1 grupp
" 50 "	-	2 gruppi
" 75 "	-	3 "
" 100 "	-	4 "
" 125 "	-	5 "

2. Laste teenindamise kestuse järgi jagunevad lasteaia järgmiselt:

- a) lapsed viibivad lasteaias 9, 10 ja 12 tundi päevas,
- b) ööpäevane teenindamine - lapsed viibivad lasteaias 6 päeva nädalas, s.o. alati peale pühapäeva.

3. Ööpäevaseid gruppe võib organiseerida 100-kohalistes tüüphoonetega lasteaedades (üks ööpäevane grupp) või 125-kohalistes (2 ööpäevast gruppi).

Ööpäevaste gruppide arvu võib suurendada vastavalt käitise vajadusele.

4. Kuni 100 kohalisi lasteaedu võib paigutada elumajade ja ühiskondlike hoonete kahele esimesele korrusele, silmas pidades lasteaia sanitaareeskirju.

II. Lasteaia maa-ala.

Maa-ala planeerimine ja ehitamine.

1. Lasteaedadel, mis asuvad eraldi hoonetes, peab olema oma maa-ala: kuni 50 kohalistel 40 m^2 ja üle 50 kohalistel 30 m^2 ühe lasteaia koha kohta. Kui lasteaed asub elumajas, võib talle kuuluva maa-ala suurus olla 25 m^2 ühe lasteaia koha kohta.

2. Maa-ala eraldamine lasteaiale peab toimuma oblasti (vabariigile otse alluva linna) sanitaarjärelevalve organite nõusolekul.

3. Maa-alale ehitatakse: a) grupiväljakud vastavalt gruppide arvule suurusega vähemalt 62 m^2 (siledaks tambitud osa), siia mitte arvestada ilumuru, põõsaste, puude ja lillepeenarde osa; b) üldine kehakultuuri väljak, arvestusega 2 m^2 lapse kohta; c) juurvilja-marjaaed ja puuviljaaed arvestusega 1 m^2 lapse kohta; d) loomade ja lindude nurk suurusega vähemalt 20 m^2 ; e) suvine dušš 1-3 sõelaga päikesesoojenduse paagiga; f) purskkaevu-väljak suurusega $16-20 \text{ m}^2$ (kanalisatsiooniga osas); g) suvine laste käimla kahe istmega.

4. Lasteväljakud tuleb eraldada üksteisest hekkidega ja nad ei tohi olla läbikäidavad.

5. Kõik väljaku osad peavad olema ühendatud hästi kinnitatud teedega, mille laius on kuni $1,5 \text{ m}$. Teed peavad olema õhtul valgustatud.

6. Lasteaiale kuuluv maa-ala peab olema tarastatud vähemalt 2 m kõrguse võrgukujulise või planktaraga ja õigesti planeeritud ning korrastatud vee äravoolu rennidega.

Lasteaia hoone, lasteväljakute ja tänava vahel peab olema roheline kaitsevöönd laiusega vähemalt 10 m.

7. On soovitatav ehitada lasteaia maa-alale varikatusaid päevaseks magamiseks ja halva ilmaga õues viibimiseks. ^x

8. Grupiväljakute sisustuseks on: liivakastid, seljatoe-ga pingid puhkamiseks ja 1-2 kehakultuuri vahendit; kehakultuuri väljakud sisustatakse ainult kehakultuuri vahenditega ja pinkidega puhkamiseks.

9. Majandusõu paigutatakse lasteväljakutest kaugemale; tal peab olema eraldi sissepääs.

10. Majandusõuel on järgmised ehitused: kuur kahe osaga (kütte ja inventari jaoks), pesukuiivatis, jäähoidla, juurviljahoidla, pump (veevarustuse puudumisel), pesemisruum (kui see hoones puudub), käimla (kanalisatsiooni puudumisel), solgiauk ja prügikast.

11. Tihedalt sulguva kaanega prügikast ehitatakse kas betoneeritud või tihedaks tambitud muldalusele, mitte lähemale kui 25 m peahoone ja köögi akendest.

12. Solgikaevul peavad olema veekindlad seinad ja põhi ning tihedalt sulgub kaas. Puust rakmed ehitatakse tõrvatud palkidest.

III. Maa-ala ja ta seadmete hooldamine.

13. Maa-ala tuleb pühkida ja prügi ära koristada iga päev pärast laste lahkumist või 1-2 tundi enne nende saabumist, kusjuures hoone aknad peavad olema sel ajal suletud. Soojal ja kuival ajal tuleb maa-ala enne pühkimist kasta. Prügi visatakse kohe prügikasti.

^x Uutes ehituseeskirjades on ette nähtud 50 m² suurune varikatus iga rühma kohta.

14. Suvel kastetakse lasteaia maa-ala kaks korda päevas: enne laste saabumist ja enne päevast magamisaega; platsidel olevad lauad, pingid, mängumaterjal ja võimlemisvahendid (reidelid, mäed jne.) pühitakse iga päev niiske lapiga üle.

15. Talvel tuleb väljakud ja teerajad tingimata lumest puhastada ja teedele liiva riputada.

16. Prügikaste ja solgikaeve tuleb regulaarselt puhastada ja mitte lubada nende ületäitmist; sooja ajal tuleb nad iga päev 2 %-lise kloorlubja lahusega üle valada.

17. Hoovil asuvate laste ja täisealiste käimlate istmed tuleb iga päev 1-2 korda tulise vee ja leelisega hooliga puhastaks pesta (ainult sel ajal, kui vesi ei külmu).

IV. Lasteaia hoone.

1. Lasteaia põhiruumiks on rühma tuba 25 lapsele põrandapinnaga 62 m², mis on tingitud ruumi funktsionaalsest eesmärgist ning on proovitud praktikas.

2. Iga rühma jaoks tuleb ehitada eraldi pesemisruum, mis asub rühma ruumi ja käimla vahel; pesemisruum on käimla lüüsiks. Pesemisruumi ja rühma tuba ühendab klaasitud ülemise osaga uks. Pesemisruumis peab olema vähemalt kaks pesukaussi ja ühe kraaniga dušš laste karastamisprotseduuride läbiviimiseks (ülevalamiseks).

3. Käimla eraldatakse pesemistoast kinnise seinaga, milles asub klaasitud ülemise osaga uks. Käimla põrandapind peab olema vähemalt 5 m². Käimlas peab olema vähemalt kolm laste klosetipotti (arvestades 1 iga 8 lapse kohta). Laste käimlas on lahtised kabiinid eraldatud üksteisest 120 cm kõrguste vaheseintega.

3-4 aastaste laste jaoks peavad käimlas olema individuaalsed ööpotid, mida hoitakse vastavatel riivulitel (eri pesades).

Laste käimlad peavad olema soojad ja valged.

4. Kokkupandavate voodite ja vooditarvete hoiuruum peab olema vähemalt 5 m^2 suur, seal peab olema riiul individuaalsete eraldatud osadega vastavalt rühma kuuluvate laste arvule.

5. Rühmale kuuluvate nõude pesemiseks ehitatakse rühma ruumi juurde nõudepesemisruum, kuhu seatakse sisse kuum ning külm vesi.

6. Rõivaruum põrandapinnaga kuni 15 m^2 tuleb projekteerida iga rühma jaoks eraldi või kahe rühma peale ühine. Viimasel juhul tuleb ette näha rühmade isoleerimise võimalus nakushaiguste tekkimise korral.

Rõivaruumis (kahe rühma jaoks) peab olema lastel küllaldaselt ruumi riietumiseks ja lahtiriietumiseks (vähemalt $0,5 \text{ m}^2$ iga lapse kohta). Laste rõivaste kuivatamiseks peab rõivaruumis olema vastav kuivatuskapp.

7. Juhataja kabineti-kantselei suurus peab olema vähemalt 10 m^2 . Alla 50 kohalistes lasteaedades on juhataja tuba ühtlasi ka arsti läbivaatusruumiks, kaitsesüstimiste ruumiks ja haige lapse ajutiseks paigutamiseks.

8. 75-125 kohalistes lasteaedades tuleb tingimata sisse seada meditsiinituba põrandapinnaga vähemalt 10 m^2 . Meditsiinitoa juures peab olema boks haigete laste isoleerimiseks. Boks valgustatakse loomuliku valgustusega, ta peab asuma esimesel korrusel, sissekäiguga otse vestibüülist.

9. Kolme ja rohkema grupiga lasteaedades on ette nähtud pesupesemisruum suurusega vähemalt 10 m^2 .

10. Esimesel korrusel peab olema personali käimla ja selle lüüsis pesemisnõu.

V. Lasteaia ruumide ehituse eeskirjad.

1. Lasteaia kõikide ruumide sügavuse suhe laiuzele ei tohi olla üle 2:1.

2. Kui valgustus langeb ruumi ühest küljest, ei tohi ruumi sügavus olla üle 6 meetri.

Elumajadesse paigutatud lasteaedades võib lastetubade sügavus olla suurem, kusjuures põrandapinda, mis asub sügavamal kui 6 meetrit, arvesse ei võeta.

3. Lasteaia ruumide kõrgus põrandast kuni laeni peab olema vähemalt 3,2 meetrit.

Elumajadesse paigutatud lasteaedades ei tohi ruumide kõrgus olla mitte alla 3 meetri, seejuures rühma tubade pinda suurendatakse selliselt, et ruumi kubatuur ühe lapse kohta moodustaks vähemalt 8 m^3 .

4. Valgustuse koefitsient (akende pinna suhe põranda pinnasse) peab olema järgmine:

a) rühma ruumides, pesuruumides, laste käimlates, meditsiinitoas, köögis, samuti trepikodades 1:5, 1:6;

b) teistes ruumides 1:7 kuni 1:9.

5. Lastetubade aknaid ei tohi suunata põhja ja põhja-lääne suunas. Rajoonides, mis asuvad lõuna poolt 45° , ei ole lubatud lastetuba aknaid suunata ka lääne- ja lõuna-lääne suunas.

Kahepoolne valgustus on lubatud ainult kõrvuasuvatel külgedelt, kuid mitte vastastikku olevatelt külgedelt, lisaknäd, mis suunatud lõunasse, peavad olema suvel kaitstud päikese eest, et vältida ruumide ülekuumenemist.

Aknaavad peavad olema asetatud selliselt, et valguskii-red hajuksid ühtlaselt kogu ruumis. Aknaraamid ei tohi olla väikestest killustatud ruutudest, mis vähendab valgustuse koefitsienti.

6. Rühma tubade akende alla ei tohi ehitada pesuköögi ja köögi aknaid, samuti kivisõe vastuvõtu luuke.

7. Rühma tubade, pesemisruumi, käimlate, riietusruumide ja trepikodade kütteradiaatorid tuleb kaitsta kerge puitres-tiga, mis töötatakse välja hoone projekteerimisel.

8. Lasteaedades ei ole lubatud ehitada kahe- ja kolme-marsilisi vaheplatvormide-vahelise avaga treppe.

9. Trepi kaitsepuud peavad olema sirgetest tihedalt asetatud vertikaalsetest pulkadest, et lapsed ei saaks nende peale ja nende vahelt läbi ronida.

10. Trepi seina äärde tehakse laste jaoks täiendav käsipuu kõrgusega (vertikaalselt) 45 cm, arvates astme laiuse keskkohast kuni käsipuu ülemise servani.

11. Lasteaia treppide astme laius peab olema 28-30 cm, kõrgus 12 cm.

12. Rühma toa ja magamistubade seinad värvitakse heledatoonilise värviga (liimivärviga), paneel 1,25 - 1,50 m kõrguselt kaetakse tingimata heledatoonilise õlivärviga.

13. Lagi värvitakse alati valgeks.

14. Põrand peab rühma toas, magamistoas ja rõivaruumis olema sile, pragudeta, parketist või laudadest. Ta peab olema õlivärviga värvitud või linoleumiga kaetud.

VI. Lasteaia sisustus.

1. Lasteaiad peavad olema sisustatud 3-7 a. laste hügieenilistele ja pedagoogilistele nõuetele vastavalt.

2. Igas rühma toas peab olema vastavalt laste arvule individuaalseid toole ja 6-kohalisi grupilaudu, keskmises ja vanemas grupis ka kahekohalisi laudu. Mööbli mõõdud, raskus ja konstruktsioon peavad vastama laste kasvule, proportsioonidele ja jõule.

3. Laste päevaseks magamiseks peab igas rühma toas, saalis või verandal (mis asub ruumide juures või väljas) olema vastavalt laste arvule mugavaid kokkupandavaid voodikesi ühes madratsitega või ilma nendeta (olenevalt aastaajast) ja individuaalsed komplektid vooditarbeid.

Kategooriliselt on keelatud asetada rühma tuppa harilikke mittekokkupandavaid voodeid.

4. Magamistubades ei tohi olla mingit mööblit peale laste arvule vastavate voodite ja taburettide või toolide

riiete asetamiseks.

5. Isiklikud asjad (rõivad, käterätikud, magamiskotid, ööpotid) peavad olema rangelt individuaalsed.

6. Mänguasjad ja muud vahendid tuleb hoida kappides.

Ruumides võivad olla alused lillede jaoks, akvaariumid, seinariiulid mänguasjade, raamatute ja kujukeste jaoks jne.

7. Iga grupi jaoks peavad olema eraldi sööginõud, mis säilitatakse rühma toas puhtas kapis.

8. Rühma toas ja magamistoas on lubatud hoida kinnistes kappides puhast laua- ja voodipesu.

9. Ruumide sisemiseks kaunistamiseks on lubatud kasutada lühikesi (mitte üle 50 cm lai) aknaeesriideid materjalist, mida on kerge pesta ja puhastada, samuti vaipu tingimusel, kui nende eest iga päev hoolitsetakse (väljakloppimine ja puhastamine).

10. Pesemisruumi ja käimla puhastamisvahendid (pesemislapid, harjad) tuleb hoida käimla juures olevas eri kapis.

11. Valmis lõigatud paber peab olema kastikeses (kotikeses).

12. Hoone sissekäigu juures kinnitatakse põranda külge lahtivõetavad kraaprauad, restid või jalamatid. Vestibüülis peab olema riide- ja saapahari riiete ja saabaste puhastamiseks ja samuti ka luuad (või vihad) jalatsite ja palitu puhastamiseks lumest.

VII. Ruumide koristamine ja sisseseade hooldamine.

1. Kõik ruumid peavad olema puhtad, selleks tuleb neid iga päev süstemaatiliselt ja hoolega koristada: pühkida ja pesta põrandad, pühkida tolm mööblilt, eemaldada ämblikuvõrgud, pesta aknad jne.

2. Rühma tubades, saalis ja magamistubades tuleb koristamine läbi viia niiske lapiga üks tund enne laste saabumist,

koristamise ajaks tuleb aknad, framuugid või õhuaknad avada ning mööbel tingimata paigalt nihutada. Pärast koristamist tuleb kloorlubjalahusega niisutatud lapiga (koostis 2:1000) üle pühkida kõik mööbel, voodid, lauad, toolid,apid, mänguasjad, aknalauad, radiaatorid, elektriarmatuurid jne.

Olenemata sellest, et ruume hommikul koristati, tuleb ruumide korratuks muutumisel need viivitamatult jälle korda seada.

3. Igal nädalal teostatakse kõikide ruumide suurpuhastus: pestakse põrandad kuuma vee ja leelisega, pühitakse tolm, ämblikuvõrgud jne.

4. Aknaklaasid peavad olema puhtad, aknaid ei tohi kinni katta ilustuste, joo istuste või pikkade kardinatega, mis takistavad valgustust; aknaid pestakse iga kümne päeva tagant.

5. Töö- ja söögilaudu ning nendel olevat vahariiet pestakse iga päev enne ja pärast sööki kuuma vee ja seebiga, ka pärast tööd (joonistamist, voolimist) pühitakse lauad üle puhta niiske lapiga.

6. Pestavaid mänguasju (metallist, kummist, tselluloidist) tuleb üks kord päevas (tööpäeva lõpul) pesta kuuma vee ja kuivatada. Pehmed mänguasjad tuleb määrdumisel anda desinfektsioonikambrisse desinfitseerimiseks.

7. Laua- ja voodipesu vahetatakse üks kord dekaadis, kitleid, käterätikuid ja suurätikuid üks kord 6 päeva jooksul. Must pesu viiakse laste ruumidest välja ja hoitakse abiruumis kinnises kastis kuni pesupesemiseni või pesumajasse saatmiseni.

Pesupesemine ja kuivatamine toimub selleks ettenähtud eri ruumis.

8. Voodivarustus, nagu madratsid, padjad, tekid, magamiskotid viiakse tuulutamiseks õue vähemalt kaks korda kuus.

9. Pesemisruum ja käimlad tuleb alati hoida puhtad. Käimla ja pesemisruumi põrand tuleb iga päev enne laste ärkamist

(saabumist) pesta kuuma vee ja leelisega ning kuivatada mitu korda päevas; klosetipotid ja ööpottid, klosetiriistmed ja käepidemed üle pühkida desinfitseerivas lahuses (lahuse koostab med. personal) märjaks tehtud lapiga.

Valamuid tuleb iga päev kuuma veega pesta ja üle pühkida kloorlubja lahusega (2:1000). Alati pärast laste pesemist tuleb põrand valamute ümbruses kuivatada, et vältida loikude ja niiskuse tekkimist.

Käimlaistmeid pestakse iga päev kuuma soodavee või leelisega. Kaks korda kuus pestakse klosetipotte 2 %-lise soolhappe lahusega kusehappesoolade eemaldamiseks; pärast seda loputatakse kohe rohke veega, et ei rikneks käimla äravoolutorud.

Ööpottid tuleb pärast tühjendamist pesta jooksva veega ja asetada 20-30 minutiks 0,2-0,5 %-lisse selginenud kloorlubja lahusesse, 3-5 %-lisse lüsooli või 3 %-lisse fenoolseebilahusesse, pärast seda hoolega seest ja väljast puhtaks pesta jooksva veega.

Laste ööpottide pesemise vahendid tuleb säilitada 2 %-lises selginenud kloorlubja lahuses või 3-5%-lises fenooli- või lüsoolilahuses.

10. Täiskasvanud ei tohi kasutada laste käimlat.

11. Iga päev tuleb eesukse restide alt mustus kõrvaldada, jalamatid puhtaks kloppida ja kuivatada, luuad (vihad), riide- ja saapaharjad pesta ja puhastada vähemalt üks kord dekaadis.

12. Vestibüüli ja rõivaruumi põrand pestakse iga päev märja lapiga ja pärast pesemist pühitakse üle selginenud kloorlubjalahusega (2:1000) märjaks tehtud lapiga. Sama lahusega pühitakse üle pool tundi enne laste saabumist lasteapid, täiskasvanute rõivaste nagid.

13. Lasteaia personal ja külastajad peavad lasteaeda tulekul tingimata ära võtma pealistrõivad, kalossid ja peakatted.

14. Pedagoogiline ja tehniline personal, samuti külas-

tajad, peavad lasteaias ruumidesse sisenemisel riietuma kit-
lisse.

15. Ruumide desinfektsioon peab toimuma perioodiliselt
ja sanitaar-järelevalveorganite korraldusel.

16. Desinfitseeritavate lahuste valmistamine peab toimu-
ma vastavalt NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi poolt kinni-
tatud juhendeile.

VIII. Õhurežiimi organiseerimine.

1. Õige ruumide õhutamise organiseerimine loob tingimu-
sed laste õigeks füüsiliseks arenemiseks, karastamiseks ja
on üheks efektiivsemaks võtteks aerogeensete infektsioonide
vältimisel.

2. Lasteaias juhatajad ja kasvatajad on kohustatud ratsio-
naalselt kasutama kõiki ventilatsiooniseadmeid: a) õhu juur-
devoolu avausi (framuugid, õhuaknad, kleepimata aknad ja õhu
juurdevoolukapid), b) tsentraalset tõmbesüsteemi.

3. Igas ruumis peab olema framuug või õhuaken, mida ka-
sutatakse igal aastaajal. Framuuge või õhuaknaid ei tohi tal-
veks kinni kleepida. Peale selle tuleb rühma ja magamisruu-
mes igas toas üks aken jätta talveks kinni kleepimata.

4. Sügis-talve perioodil, s.o. küttesesooni algusest ku-
ni soojade ilmade alguseni (-5° ja madalama välistemperatuuri
puhul) tuleb laste kohalviibimise ajal täielikult ära kasu-
tada tsentraalset tõmbeventilatsiooni, kusjuures samaaegselt
avada õhu juurdevoolukapid.

5. Kõige suurem õhu rikkumine csineb, eriti külmal aas-
taajal, pärast laste pikaajalist ruumides viibimist, s.o.
järgmistel aegadel: a) pärast tegelusi, b) pärast lõunat,
c) laste lasteaias viibimise lõpul (päevaste rühmade puhul
õhtupoolikul); magamisruumides pärast päevast magamist, pä-
rast öist magamist (öistes rühmades). Seepärast tuleb neil
aegadel teostada kõige intensiivsemat ruumide õhutamist.

6. Pärast laste lahkumist rühma toast ja magamisruumist tuleb neid ruume tuulutada tõmbetuule või nurktuulutamise teel nende ruumide uste ja akende ja vastasolevate ruumide akende kaudu, kuid mitte tualettruumi akende kaudu.

7. Tuulutamise kestus framuugide ja õhuakende kaudu määratakse kindlaks olenevalt temperatuuri vahest välisõhu ja ruumides oleva õhu vahel. Väga madala välisõhu temperatuuri puhul (alla miinus 20°) teostatakse tuulutamine tõmbetuulega ainult 2-3 minutit, et vältida ruumide jahenemist. Ülemineku-aastaaegadel teostatakse tõmbetuulega tuulutamist 10-15 minuti kestel.

8. Tuulutamise ajal teostatakse ühtlasi ruumide märg koristamine (põrand, paneelid, aknalauad, mööbel jne.), mis tuleb lõpetada 30 min. enne laste saabumist nimetatud ruumidesse. Laste saabumise ajaks peab õhk ruumides olema täiesti uuendatud ja õhu temperatuur vastama lasteaiaruumide jaoks ettenähtud temperatuurile.

Temperatuurirežiim ja tõmbeventilatsiooni õhuvahe-
tuse normid lasteaedades.

	Temperatuur	Õhuvahe- tuse tunnis
1. Rühma tuba	- 18	1
2. Magamistuba	20	1,5
3. Mängimissaal	18	1
4. Duširuum	25	1,5
5. Rõivarium	18	1
6. Käimla ja pesemisruum	20/20	5/2
7. Arstituba	20	1
8. Magamiskottide hoidmise ruum	18	0,5
9. Köök	15-16	3
10. Köök ühes ettevalmistus- ja pesemisruumiga	18	2

9. Framuugide ehitus peab vastama järgmistele nõuetele:
- a) suhe framuugi- ja põrandapinna vahel peab olema 1:50,
 - b) framuugidel peavad olema mugavad avamiseseadeldised.

Framuugi väline osa peab avanema alt ja sisemine osa ülevalt. Otstarbekohased on ka sisemise framuugiakna külgmised kaitsekilbid ja framuugide juhtimiskangid.

10. Aknad ja uksed, nende liistud, raamid, klaasid, käepidemed, tormihaagid, framuugi seadeldised peavad olema korras.

11. Tsentraalsel tõmbesüsteemil peab olema eraldi tõmbešaht käimlate jaoks ja eraldi šaht teiste ruumide jaoks (rühma toad, koridorid, vestibüül jne.).

12. Šahtides peavad olema kas mehhaanilised või soojusseadmed ventilatsioonil soodustamiseks.

13. Tsentraalse tõmbesüsteemi tõmbeavad peavad asuma seinale ülemises osas; igas rühma toas, köögis, vestibüülis ja saalis 2 ava ja igas käimlas, laos, arsti kabinetis ja teistes ruumides üks ava, Iga ava peab olema varustatud spetsiaalse sulgemisseadeldisega õhu äravoolu reguleerimiseks.

14. Pärast seinte valgendamist tuleb ventilatsioonirestide avad hoolikalt puhastada.

15. Tulekahju vältimiseks on keelatud jätta pärast laste lahkumist ja ööseks šahtides elektriventilaatoreid sisselülitatutena.

16. Õhu juurdevoolukapid peavad olema rühma toas ja magamistoas. Need ehitatakse rühma toa ühte välisseina. All peab olema ava välisõhu jaoks; värske jahe õhk soojeneb radiaatorite toimele, mis on asetatud kappi välisavast kõrgemale; kapi ülemises osas on aukudega plaat, kust kaudu soojenenud õhk pääseb ruumi väikeste joakestena. Kapi juurdevooluaval peab olema sulgur õhu juurdevoolu reguleerimiseks.

17. Õhu juurdevoolukappe peab iga päev märjalt puhastama: puhitakse puhtaks seinad ja radiaatorid.

Tõmbesüsteemi šahte puhastatakse vähemalt 2 korda aastas. Kategooriliselt on keelatud kasutada õhu juurdevoolukappe muuks otstarbeks.

18. Kütteseadmeid peab olema küllaldaselt, et säilitada kõigis ruumides nõutavat temperatuuri.

On keelatud lasteaiadadesse üles seada teravaservalisi radiaatoritorusid ja raudahje.

19. Ahjud köetakse siis, kui lapsi lasteaias ei ole: vara hommikul või õhtul. Kui lasteaias on ööpäevane rühm, siis on keelatud ahje kütta öösel.

Ahjade kütmise ajal avatakse framuugid (õhuaknad). Külmal ajal tuleb ahje kütta ka pühapäevadel. Siibreid võib sulgeda alles sinise leegi kadumisel ahjus. Iga kord enne kütmist eemaldatakse tuhk.

20. Kütmissaadeldised (ahjud, radiaatorid) ja krohvi-pealsed torud tuleb iga päev tolmust puhtaks pühkida. Küttematerjali ei tohi hoida rühma ruumides.

21. Igas rühma toas ja magamistoas peab olema seinatermomeeter 1,2 - 1,5 m kõrgusel põrandast.

IX. Valgustus.

1. Lasteaia rühma toa ja administratiiv-majandusruumide kunstlik valgustus peab olema järgmine: hõõglambid 75 luksi ja luminescentslambid 200 luksi. Meditsiinitoa ja läbivaa-tustoa valgustus kuni 50 kohaga lasteaiadades peab olema järgmine: hõõglambid 100 luksi ja luminescentslambid 200 luksi.

Kunstlik valgustus peab kindlustama kogu toa ühtlase ja küllaldase valgustuse.

2. Petrooleumilambid riputatakse lae alla, vähemalt 2 meetri kõrgusele põrandast. Lampidel peavad olema mattkuplid. Petrooleumilampide valgustus peab olema igas ruumis vähemalt kolm liini iga ruutmeetri põrandapinna kohta. Iga päev puhastatakse petrooleumilampide klaasid, lõigatakse taht ja valatakse juurde petrooleumi.

3. Valgustusarmatuure, juhtmeid ja lüliteid tuleb süstemaatiliselt tolmust puhastada.

X. Toidubloki ehitus ja sisustamine, toiduainete säilitamise ja toidu valmistamise nõuded.

1. Kõhk, nõudepesemisruum, ettevalmistusruum ja jaotusruum peavad oma suuruselt kindlustama ratsionaalse toiduvalmistamise organiseerimise ja vastama sanitaarnõuetele.

2. Nõudpesemis- ja toidu ettevalmistamisruum tuleb teistest köögi ruumidest eraldada 1,7 m kõrguse vaheseinaga, mille ülemine osa on klaasitud.

3. Pliit peab olema vähemalt 8-10 keedukohaga ning asetsema sobivalt valguse ja juurdepääsu suhtes.

4. Köögis on vajalik külmutuskapp produktide jaoks ja riiul nõude jaoks.

5. Kööginõude pesemiseks peab olema kahepesaline metallvann (rauast, tinutatud või roostevabast terasest, duralumiiniumist vm.). Iga vann peab olema varustatud kuuma ja külma veega ja äravooluavaga. Vanni ühendamisel kanalisatsiooniga tuleb ette näha õhuvahed.

6. Toidubloki ruumid tuleb krohvida, seinad ja laed valgendada, paneelid vooderdada keraamiliste plaatidega või värvida üle õlivärviga 1,8 m kõrguselt, põrandad teha veekindlatest plaatidest või puust.

7. Köögi sissekäigu juures peab olema kraapraud ja rest jalatsite puhastamiseks.

8. Toidublokki ei tohi ehitada ruumidesse, mis asuvad 0,7 m allpool maa pinda.

9. Kööginõud võivad olla järgmisest materjalist: vasest või rauast (seest inglisiinaga tinutatud), roostevabast terasest, tinutamata raudplekist (praepannid, ämbrid). Tsinkplekist võivad olla paagid ja ämbrid kuivainete (tangud, jahu) kandmiseks ja säilitamiseks.

10. Toiduainete töötlemise lauad peavad olema üle lõõdud alumiiniumi, duralumiiniumi või tsinkplekiga (toorliha ja -kala), mis asub tihedalt lauaplaadi peal; ühenduskohad peavad olema hoolega kinni joodetud. Taigna ja kõõgivilja tükeldamiseks on lubatud kasutada kõvast puust, laiadest tihedalt kokkulõõdud ja siledaks hõõveldatud laudadest tehtud lauaplaate.

11. Majandusjuhataja ja kokk peavad kõiki lattu toodavaidprodukte hoolikalt vaatama ja nende kahtlase kvaliteedi puhul sellest koheselt teatama juhatajale ja meditsiinitöötajale.

12. On keelatud vastu võtta: tembeldamata liha, veelinde, kel on sisikond välja võtmata, pardi ja hane mune üldse ning kanamune inkubaatorist.

13. Kiirelt riknevad produktid tuleb hoida külmas, toored ja valmis produktid hoida eraldi.

14. Toidu valmistamisel:

a) toor- ja valmissaaduste töötlemine peab toimuma eri laudadel ja eri lõikelaudadel. Lõikelaudadel peab olema märgid, nagu: TL (toorliha), TK (toorkala), TJ (toorjuurvili), KL (keedetud liha), KK (keedetud kala), KJ (keedetud juurvili). Kategooriliselt on keelatud kasutada lõikelaudu markeeringule mittevastavalt;

b) saaduste peenendamiseks peab olema vähemalt kaks hakkmasinat: üks toorliha ja kala jaoks, teine keedetud liha, kala, kartuli jne. jaoks;

c) poolfabrikaadid, olenevalt nende valmistamisest, tuleb kohe kuumtõõdelda (keeta, hautada, praadida). Neid on lubatud säilitada ainult külmas (külmkamber, külmutuskapp, jääkelder) mitte üle $+6^{\circ}$ temperatuuri juures järgmiselt:

hakkliha - mitte üle 6 tunni,

toorliha ja toorkala kotletid - mitte üle 12 tunni,

väikesteks tükkideks lõigatud liha - mitte üle 12 tunni;

d) keedetud lihast teise roa valmistamisel (gulašpaanikoogid lihaga jne.) või keedetud liha andmisel esimese roa

juurde tuleb peenendatud või portsjonideks jagatud liha tingimata teist korda kuumtöödelda (keeta puljongis, kastmes või praadida vähemalt 15 min.);

e) vormiroogade, pasteetide, omlettide valmistamisel tuleb neid kuumas praeahjus läbi küpsetada (temperatuur peab olema produkti keskosas vähemalt $+90^{\circ}$);

f) süldi valmistamisel tuleb pärast liha keetmist ja peenendamist puljongit koos tükeldatud lihaga kuumutada kuni keemiseni ja siis kiiresti jahutada $+6^{\circ}$ -ni;

Märkus: on keelatud valmistada sülti ja pasteeti suvel, maisi kuni septembrini.

g) esimest ja teist rooga võib enne lauale andmist hoida kuumal pliidil mitte üle 2-3 tunni.

Ei ole lubatud sega toidu hulka eelmisel päeval ülejäänud või samal päeval varem valmistatud toitu;

h) juhul, kui oldi sunnitud valmis toitu järele jätma, tuleb viimane hiljemalt 3 tunni jooksul pärast valmistamist jahutada. Seda võib säilitada mitte kauem kui 12 tundi külm-
mas alla $+8^{\circ}$ temperatuuri juures; enne lauale andmist tuleb säilitatud toitu kontrollida, koka poolt proovida ja teist korda läbi keeta või praadida. Teistkordselt kuumtöödeldud toit tuleb realiseerida 1 tunni jooksul.

15. Toorpiima ja pastöriseeritud pudelipiima tuleb keeta. On keelatud anda toiduke toorpiimast hapendatud piima, seda võib kasutada kuumtöötlemisele kuuluvate roogade (pannkoogid, pliinid, taigad jne.) valmistamiseks. Hapupiima võib valmistada ainult keedetud piimast, kasutades selleks piimahappebakterite kultuuri.

16. Kõrgis peab olema pesemisõu, seep ja käterätik kõõgipersonalile käte pesemiseks.

17. Personalil peab olema kitleid ja peakatteid vähemalt kaheks vahetuseks.

18. Soojal aastaajal tuleb kärbeste tõrjeks aknad ja õhuk-
aknad võrguga katta.

19. Toidubloki ruumid peavad olema alati puhtad.

20. Suurpuhastus ja sisseseade ning tootmisinventari pesemine ja desinfitseerimine toimub vähemalt üks kord nädalas, desinfitseerimiseks kasutatakse 1 %-list selginenud kloorlubja lahust (100 g kloorlubja 1 ämbri veele).

21. Toidujäätmete jaoks peab olema metallist ämber või kaanega paak (pedaaliga). Seda tuleb tühjendada 1 kord päevas või ta täitumisel üle 2/3 mitu korda päevas.

Töö lõpul puhastatakse kõik ämbrid ja paagid, olenemata sellest, kas nad on täis või mitte, pestakse 2%-lise leelise ja loputatakse kuuma veega.

22. Kõik toidu jagamise lauad, lõikelaud, paagid, ämbrid, puukastikesed tuleb iga päev pärast tööd toidujääkidest puhastada ja pesta kuuma veega (50°) ja leelise ja keeva veega ja kuivatada. Väikesed puuriistad (labidakeed jne.) tuleb pärast pesemist aurutada.

23. Metallist inventari tuleb pärast pesemist kuumutada praehjus, suurätid ja marli, millest läbi kurnati puljongit, pressiti marjadest ja puuviljast mahla või kurnati kõõgivilja keeduvett, pestakse iga kord pärast tarvitamist hoolega kuuma veega puhtaks ja keedetakse enne tarvitamist läbi.

24. Hakkmasinad tuleb pärast töö lõpetamist lahti võtta, hoolega kuuma veega puhtaks pesta, üle valada keeva veega ja kuivatada.

25. Kõõginõusid pestakse harja ja kuuma veega, mille temperatuur on 50°, ning loputatakse keeva veega.

26. Alumiiniumnõusid ei soovitata pesta leelise ja kuna nad seejärel tumenevad.

27. Põhjakõrbenud toitu ei tohi nõu küljest lahti kaapida, vaid sinna valatakse sooja vett ja lastakse korp lahti liguneda.

XI. Nühmale kuuluvate nõude pesemine.

1. Nõudepeemise režiim on järgmine:

a) toidujäädgid kõrvaldatakse mehhaaniliselt (harjaga või puulabidakesega);

b) nõud pestakse lapiga 45-48°-ses vees, millele lisatakse sinepit või 0,5-2%-list kaltsineeritud soodat;

c) nõud pestakse 50°-ses vees, millele lisatakse 10%-list selginenud kloorlubjalahust 10 cm³ ühe liitri vee kohta (mis moodustab 200-250 mg aktiivset kloori) ^x;

d) nõud loputatakse kolmandas vannis kuuma veega, mille temperatuur on vähemalt 70°,

e) nõud kuivatatakse eri restil või riulil.

Märkus: kui lasteaias esineb haigusi, mis võivad edasi kanduda toiduainete ja toidunõude kaudu, tuleb nõud pärast toidujäädikdest puhastamist hoolega puhtaks pesta ja tingimata desinfitseerida, asetades nad 30 min. klooramiini (0,05-0,1%-lins lahus) või kloorlubja (5-10 g ühe ämbri vee kohta) lahusesse, loputada pärast seda kuuma veega ja kuivatada. Peale selle tuleb nõusid üks kord päevas puhtas vees keeta;

f) söömiseriistade (noad, kahvlid) pesemine toimub samuti kui teiste nõude pesemine, kuid enne tulevad nad puhastada (liivapaberiga, tellisega), siis tingimata keeta ja puhta rätikuga kuivatada.

2. Tee- ja supilusikad asetatakse pärast pesemist erivõrku, laetakse 1-2 minutiks keeva vette ning kuivatatakse õhu käes.

3. Klaasnõud (klaasid, kausid, keediaetaldrikud jne.) peetakse kahea vees. Ei ole lubatud kasutada katkise servaga lauanõusid.

4. Nõudepeemisharjad ja lapid tuleb iga päev hoolega

^x Võib kasutada ka 0,1 %-liet klooramiini lahust. (L.K.)

puhtaks pesta, keeta ja kuivatada.

XII. Veevarustus ja kanalisatsioon.

1. Lasteaia veevarustus ja kanalisatsioon teostatakse ta ühendamisega tsentraalveevärgiga ja kanalisatsiooniga.

2. Tsentraalse veevärgi ja kanalisatsiooni puudumisel tuleb ehitada kohalik veevõrk ja kanalisatsioon.

3. Kohaliku veevärgi ehitamisel ja vee võtmise koha valimisel tuleb lähtuda vastavast GOST'ist nr. 2764-44 "Tsentraalse majapidamisjoogivee veevarustuse allikad, valiku reeglid ja omaduste hindamine". Vee omadused peavad vastama GOST'ile nr. 2874-54 "Joogivesi. Normid, omadused".

4. Kui on täielikult põhjendatud veevarustuse ehitamise võimatus, võib kasutada kaevu.

Kaevu ehitus ja hooldamine peavad vastama sanitaarnõuetele, mis on püstitatud ühiskondlikult kasutatavate kaevude kohta, millest elanikkond võtab majapidamis- ja joogivett (kinnitatud Üleliidulise Riikliku Sanitaarinspektsiooni poolt 10. VII 1946.a.).

5. Kohaliku kanalisatsiooni ehitamisel tuleb reoveed vastavalt puhastada sõltuvalt kohalikest tingimustest.

Reovete puhastusmeetodi valikul tuleb eelistada maapinna puhastusmeetodit: filtratsioonivälja, niisutusvälja, kusjuures reoveed tuleb eelnevalt mehhaaniliselt puhastada.

6. Kui on põhjendatud kohaliku kanalisatsiooni ehitamise võimatus, võib ehitada veeta käimlad vett mitteläbilaskvate käimlakastidega ja ühendada lasteaia hoonega soojade koridoridega.

XIII. Sanitaar-järelevalve organiseerimine laste tervise üle.

1. Iga päev, kui lapsed saavad lasteaeda, kontrollitakse nende puhtust, vaadatakse järele kurk, käed, nõgu, rii-

ded ja pesu. Järelevaatust teostab meditsiiniõde või kasvataja.

2. Kasvatajad on kohustatud neid lapsi, kes on haiguskahtlased, isoleerima eraldi ruumi, mõõtma nende temperatuuri ja välja kutsuma arsti.

3. Kõik lasteaia töötajad peavad perioodiliselt käima arstlikul läbivaatusel ja uurimisel vastavalt Üleliidulise Riikliku Sanitaarinspeksiooni poolt 24. I 1949.a. kinnitatud "Juhendile isikute kohuslike arstlike läbivaatuste kohta, kes töötavad toiduainete ettevõtteis, veevärgi ehitustes, elanikkonna san.-hügieenilise teenindamise ettevõtteis, ravi- ja lasteasutustes jne."

4. Iga toidubloki töötaja peab läbi tegema sanitaarmiinimumi kursuse ning sooritama eksamid selle kursuse ulatuses, rangelt täitma isikliku hügieeni eeskirju oma igapäevases töös ja kinni pidama toiduvalmistamise tehnoloogia sanitaarõudeist.

5. Lasteaia administratsioon on kohustatud varustama iga toidubloki töötajat isikliku vormikohase sanitaar-raamatuga, mis on kinnitatud NSVL Riikliku Sanitaarinspeksiooni poolt 5. IV 1949.a. Isiklikku sanitaarraamatusse kirjutatakse meditsiinitöötajate poolt kõik meditsiinilise uurimise andmed, sanitaarmiinimumi eksami sooritamine, andmed teostatud kaitsepookimistest jne.

6. Lasteaia-arst ja juhataja on kohustatud juhinduma antud sanitaareeskirjadest.

7. Lasteaia juhatajale pannakse vastutus sanitaarürituste täitmise eest. Toidu valmistamise ja toiduainete säilitamise eeskirjade rikkumise eest kannavad vastutust samuti lasteaia kokk ja majandusjuhataja.

8. Käesolevad eeskirjad kehtivad nii olemasolevatele kui ka ehitatavatele lasteaedadele.

Korraldused lasteaia töö sisu kohta jõustuvad eeskirjade väljaandmise päevast alates.

Uuesti projekteeritavad lasteaiad peavad täielikult vastama eeskirjade nõuetele.

Kõik olemasolevad lasteaiad ruumid tuleb nõuetele vastavalt korda seada 1. jaanuariks 1960.a.

3. LASTEAIAD MEDITSIINILISE TEENINDAMISE JA LASTE TERVISLIKU SEISUNDI NÄITAJAD.

A. Profülaktilise töö näitajad.

1. Asutuse sanitaarne seisund ja nakkustõrje režiim.
2. Laste õige toitlustamine (kalorsus, korrelatsioon, vitamiinisisaldus, toortoit jne.). Toidu vitaminiseerimine.
3. Laste isikliku hügieeni tase ja hügieenilised harjumused.
4. Laste õues viibimine, karastamine ja karastatus.
5. Sanitaar-selgitustöö.
6. Kaitsepookimiste teostamine olemasolevatele kontingentidele.
7. Süvendatud läbivaatuse teostamine vähemalt 3 korda aastas. Stomatoloogiline läbivaatus 1 kord aastas ja hammaste sanatsioon.
8. Rindkere röntgenoloogilise läbivaatuse teostamine vähemalt 2 korda aastas.
9. Pirquet reaktsiooni teostamine 3 korda aastas.

B. Laste tervisliku seisundi näitajad (%).

1. Tuberkuliinpositiivsete laste %.
2. Tuberkuloos.
Tuberkuloosi intoksikatsioon.
Tuberkuloosi lokaalsed vormid.
3. Reuma.
4. Krooniline tonsilliit.
5. Skolioos.
6. Kõnehäire.
7. Nõrgenenud nägemine.

8. Nõrgenenud kuulmine.
9. Helmintoos (liikide järgi); dehelmintiseerimine.
10. Ägedate nakkushaiguste esinemise % lastel teatud ajavahemikus.
11. Teised haigused.

K O O L.

1. KOOLI MEDITSIINILISE PERSONALI TÖÖ JUHEND.

Kooliarsti töö juhend, kinnitatud NSVL Tervishoiu Ministeeriumi poolt 10. VII 54.a., kooli-õe juhend

14. VII 54.a.

I.

Koolide meditsiiniline sanitaarne teenindamine teostatakse kooliarsti, pediatrigi või terapeudi poolt, kellel on küllaldaselt teadmisi kooliealiste laste anatoomilis-füsioloogilistest iseärasustest, koolihügieenist ja arstlikust kontrollist kehalise kasvatuses teostamisel.

Kooliarstile määratakse abiks kooli meditsiiniline õde või velsker, vastavalt NSVL Tervishoiu Ministeeriumi poolt määratud koosseisulistele normatiividele koolide ja teiste lasteasutuste teenindamiseks.

Kooli teenindav meditsiiniline personal on kas ühendatud lastehaiglaga või lasteosakonnaga või ühendamata lastepoliikliniku (üldpoliikliniku lasteosakonnaga) koosseisus ja kasutab nende blankette ja pitsatit.

Kooliarst allub otseselt lastepoliikliniku peaarstile (ühendatud lastehaiglaga nõuandla juhatajale, üldpoliikliniku lasteosakonnaga juhatajale), kellel lasub tema töö juhendamine ja kontroll.

Kooliarsti meetodiline juhendamine ja instrueerimine koolihügieeni ja epidemioloogia alal pannakse sanitaar-epidemioloogilajale töötajatele, kehalise kasvatuses osas keha-

kultuuri dispanseri töötajatele.

Koolide meditsiiniline personal peab oma töö kohta arvestust ja meditsiinilist aruandlust NSVL Tervishoiu Ministeeriumi poolt kinnitatud vormide kohaselt. Aruande tehtud tööst esitab kooliarst lastepolikliiniku juhatajale (ühendatud lastehaigla, nõuandla juhatajale) ja kooli direktorile.

Kooliarsti ja kesk-meditseenilise personali töö graafik, kooskõlastatud kooli direktoriga, kinnitatakse lastepolikliiniku juhataja poolt.

Kooli meditsiinilise personali tööarvestuse tabel peetakse selles tervishoiuasutuses, kelle koosseisu ta kuulub.

Kooli direktor ravi-profülaktilise töö läbiviimiseks koolis:

- a) võimaldab ruume arsti kabinetiks sisseseadega, mis loetletud lisas,
- b) kindlustab õpilaste suunamist arsti vastuvõtule vastavalt kinnitatud graafikule.

Oma kvalifikatsiooni tõstmiseks võtab kooli teenindav meditsiiniline personal aktiivselt osa haigla konverentsidest, visiitidest, seminaridest, ettekannetest, loengutest, käib perioodiliselt täiendus- ja spetsialiseerumiskursustel.

II.

Kooliarsti peaülesandeks on sanitaar-hügieeniliste ja raviprofülaktiliste abinõude organiseerimine koolis, mis aitavad kaasa laste tervise säilitamisele, füüsilise arengumise tugevdamisele, kasvava noorsoo edukale õpetamisele ja kasvatamisele.

Selle ülesande teostamiseks kooliarst, juhindudes NSVL Tervishoiu Ministeeriumi käskkirjadest ja nõudeist, lülitab oma tööplaani järgmised põhiülesanded:

- 1) õpilaste tervisliku seisundi uurimine ja analüüs ning vajalikkude ravi ja tervendavate abinõude organiseerimine,

2) epideemiavastaste abinõude organiseerimine ja läbiviimine nakkushaiguste vältimiseks,

3) arstliku kontrolli kindlustamine kehalise kasvatuseteostamise üle,

4) süstemaatilise kontrolli teostamine sanitaar-hügieeniliste tingimuste ja vastava režiimi üle õppetöö läbiviimisel,

5) süstemaatiline sanitaar-selgitustöö läbiviimine õpilastele, õpetajatele ja lastevanematele,

6) õpetajate, lastevanemate ja ühiskondlike organisatsioonide esindajate kaasatõmbamine aktiivsele tööle õpilaste tervise kaitseks.

Meditsiiniliste tööajate tööplaan on lastepolikliniku (lastenõuandla, ühendatud lastehaigla jne.) ja kooli tööplaani koostisosa ja kinnitatakse lastepolikliniku peaarsti ja kooli direktori poolt, kes kindlustavad plaani läbiviimise.

III.

Vastavalt kinnitatud tööplaanile teostab kooliarst järgmist:

1. Üks kord õppeaasta algul viib läbi õpilaste süvendatud meditsiinilise läbivaatuse, kasutades antropomeetrilise uurimise, nägemise ja kuulmise teravuse andmeid, mis on meditsiinilise te poolt mõõdetud; suunab õpilasi vajaduse korral laboratoorsele analüüsile ja röntgenoloogilisele läbivalgustusele, kutsub välja lastevanemaid puuduvate andmete saamiseks.

Kõik süvendatud meditsiinilise läbivaatuse andmed kannab ta lühidalt ja arusaadavalt õpilase individuaal-kaardile (v. nr. 26).

Süvendatud läbivaatusel märgib üles lapsed, kes vajavad eriarstide konsultatsioone ja koos viimastega määrab neile vastava ravi ja selle teostamise kontrolli.

Koos klassijuhatajaga ja kehakultuuri õpetajaga, kasutades õpilaste süvendatud läbivaatuse andmeid, viib kooliarst läbi õpilaste jaotamise kehakultuuri gruppidesse vastavalt määrusele meditsiinilise kontrolli kohta kehakultuuriga ja spordiga tegelevate isikute üle. (vt. lk.102, tab. 14), suunab õpilasi korrigeerivale võimlemisele ja määrab vajadusel õpilastele individuaalse režiimi.

Analüüsib süvendatud meditsiinilise läbivaatuse andmeid, saadud tulemused esitab pedagoogilisele nõukogule ja lastevanemate koosolekule ning koostab koos kooli direktoriga vajalikkude tervendavate ürituste kompleksplaani.

2. Võtab eriarvele ja kindlustab tuberkuloosi, malaariat põdevate, reumaatikute, sageli ja kaua põdevate, rekonvalesentside, füüsilises arengus mahajäävusega, neuro-psüühilise sfääri haigustega, langenud töövõimega, tugiaparaadi, nägemise ja kuulmise defektidega, kõnehäiretega jne. laste jälgimist eriarstide poolt.

See õpilaste grupp kuulub kevadel kohustuslikule korduvale süvendatud läbivaatusele nende tervislikus seisundis ilmnenu muudatuste jälgimiseks, suvepuhkuse koha ja aja ning puhkuse režiimi määramiseks.

3. Täidab õpilaste, kes astuvad kõrgematesse ja kesk- või spordikoolidesse, meditsiinilise tõendi (v. nr. 286, kinnitatud NSVL Tervishoiu Ministeeriumi poolt 24. III 1953.a.).

4. Kontrollib meditsiinilise õe tööd järgmistes osades:

- a) ambulatoorse vastuvõtu õiget läbiviimist,
- b) laste pinkidesse paigutamist,
- c) massiliste ravi-profülaktiliste abinõude läbiviimist (dehelmintatsioon, malaaria retsidiivivastane ravi, suukoopa sanatsioon jne.).

5. Organiseerib ja kontrollib plaaniliste profülaktilistete ja epideemiavastaste ürituste läbiviimist nakkushaiguste vältimiseks õpilaste keskel, varajast tuberkuloosi väljaselgitamist, profülaktiliste kaitsesüstimiste teostamist, õigeaegset haigete arvelevõtmist ja isoleerimist, kontrolli ka-

rantiini üle, õigeaegset desinfektsiooni läbiviimist, avastatud haigestumiste teatamist vastavale organile, õpilaste puudumiste põhjuste väljaselgitamist, sanitaar-selgitustöö teostamist õpilastele, õpetajatele ja lastevanematele nakkushaiguste profülaktikast.

6. Kontrollib õe poolt teostatavate õpilaste profülaktiliste läbivaatuste läbiviimist naha- ja nakkushaigustele kahtlaste väljaselgitamiseks ja isoleerimiseks. Organiseerib õe ja pedagoogide kaasatõmbamisega igakuulisi õpilaste isikliku hügieeni profülaktilisi läbivaatusi.

7. Teostab põhjalikku jälgimist õpilaste kehalise kasvatus üle, külastab regulaarselt kehakultuuri tunde, jälgib kehaliste harjutuste läbiviimist vastavalt ealistele anatoomilis-füsioloogilistele iseärasustele, kehalise arengu näitajatele ja tervislikule seisundile. Viibib spordisektsiooni õppustel ja kooli spordivõistlustel, võtab eriarvele ettevalmistava ja erigrupi õpilasi, samuti neid, kes võtavad osa spordisektsioonide tööst, jälgib sanitaar-hügieenilisi tingimusi kehalise kasvatus läbiviimisel ja kooli spordisektsiooni tööd.

8. Juhib kehakultuuri ja spordi kui laste tervise tugevdamise abinõude ja OVK ning VTK komplekside täitmise propagandat.

9. Määrab koos kooli administratsiooniga vastavalt sanitaarnormidele asutuse sanitaar-hügieenilise režiimi ja kontrollib kooli-õe kaudu selle täitmist.

10. Viib läbi süstemaatilist kontrolli sanitaar-hügieeniliste tingimuste täitmise üle õppetöö teostamisel ja õpilaste režiimi osas, võtab osa tunnikava koostamisest, külastab tunde, eksameid ja kooliväliseid üritusi.

11. Kooli-õe kaudu teostab süstemaatilist kontrolli koolihoone, internaadi, einelaua, hoone ümbruse sanitaarse seisundi üle, valgustuse, õhutamise, ruumide koristamise, pin-kide õige paigutamise, töökodade sisseseade jne. üle.

12. Teostab süstemaatilist kontrolli hügieeniküsimuste õpetamise üle, mis on ette nähtud alg- ja keskkoolis, ja abistab õpetajaid sanitaar-selgitustöö läbiviimisel õpilastele ja lastevanematele.

13. Võtab osa pedagoogilise nõukogu koosolekustest, kus ta kannab ette aretliku süvendatud läbivaatuse tulemused ja tõstatab teisi õpilase tervishoiusse puutuvaid küsimusi.

14. Kões administratsiooniga ja õpetajatega koostab plaani töötamiseks lastevanematega ja kooli lastevanemate aktiiviga laste koduse režiimi ja vaba aja organiseerimise kohta.

15. Kontrollib kooli-õe tööd sanitaar-selgitustöö läbi-
viimise osas lastega ja lastevanematega, PRS ja PP sanitaar-
aktiivi organiseerimise osas, õpilaste ettevalmistamise osas
OVSK ja VSK ringides.

16. Kooliarst kuulub pedagoogilise nõukogu koosseisu hääleõigusega ja võtab aktiivselt osa küsimuste lahendamisest, mis on seotud asutuse tööga.

17. Kooliarstil on õigus:

- a) teha ettepanekuid kooli administratsioonile laste tervishoiu ja sanitaar-reeglite täitmise küsimustes ja kontrollida oma ettepanekute õigeaegset täitmist,
- b) ajutiselt vabastada õpilasi õppetööst ja teistest kohustustest vastava meditsiinilise näidustuse korral.

IV.

1. Kooli-õde osutab abi arstile õpilaste meditsiinilise läbivaatuse teostamisel ja kõikide läbivaatuse tulemusena määratud toimingute läbiviimisel ja nimelt:

- a) korrapärase õpilaste meditsiinilised kaardid ja täidab kaardi üldosa, kirjutab õpilase anamneesi (lõbipõetud haigused, teostatud süstimised, pedagoogidelt ja lastevanematelt

saadud viimased andmed tervislikust seisundist (kaebused haiguse kohta, kui nad esinevad);

b) viib läbi antropomeetrilised mõõtmised, Pirquet ja Mantoux reaktsioonid, nägemise ja kuulmise teravuse määramise;

c) suunab arstliku läbivaatuse tulemusel selleks määratud õpilasi ravi-asutustesse täiendavate laboratoorsete uuringute teostamiseks ja konsultatsiooniks eriarstide juurde ning võtab vastu nende arvamusi;

d) kontrollib koolipinkide märkimist ja konsulteerib õpetajatega õpilaste paigutamisel pinkidesse vastavalt nende kasvule, nägemisele, kuulmisele, kontrollib laste õiget istumist pinkides, jälgib, et lapsed ei vahetaks oma kohti;

e) külastab perioodiliselt õpilaste kehalise kasvatusesunde eesmärgiga kontrollida laste isikliku hügieeni nõuete täitmist (riietus, jalatsid), samuti kontrollib arsti korralduste täitmist õpilaste jaotamise kohta gruppidesse; kehalise kasvatuses tunnis selgitab esimeste väsimustunnuste esinemist õpilastel ja teatab neist õpetajale ja arstile;

f) kutsub kindlaksmääratud ajaks kooliarsti juurde lapsi korduva läbivaatusele või ravile, samuti kontrollib ka õpilastele määratud eriarstide külastamiste teostamist;

g) jälgib arsti poolt õpilastele määratud režiimi täitmist, külastades üksikutel juhtudel õpilasi kodudes,

h) viib läbi mass-dehelmintatsiooni õpilaste seas ja retsidiivivastase akrihiniseerimise malaariat põdenud lastele,

i) organiseerib kooliõpilaste suunamist suuõhne saneerimisele, röntgenisse ja laboratoorsetele uuringutele, ravikahakultuurile jne.

2. Kooliõde teostab arsti juhendamisel ja kontrollimisel järgmist:

a) õppeaasta algul ja pärast talvist ja kevadist vahe-

aega teostab kõikide õpilaste profülaktilise läbivaatuse si-
higa välja selgitada ja isoleerida naha-, silma- ja teistele
nakkushaigustele kahtlasi lapsi. Teostab igakuulisi profü-
laktilisi läbivaatusi õpilaste isikliku hügieeni reeglite
täitmise kontrolliks;

b) teostab kaitsesüstimisi (BCG, difteeriavastane, rõu-
getevastane jne.) ja nende arvestust,

c) teostab haigete õpilaste arvestust ja isoleerimist,
kontaktsete laste jälgimist, termometreerimist ja teisi abi-
nõusid,

d) iga päev peab puuduvate õpilaste arvestust, teostab
õpilaste õppetööst puudumise põhjuste väljaselgitamist õpe-
tajate ja lastevanemate aktiivi abil, teatab kooliarstile,
lastepolikliinikule ja epidemioloogile kõikidest avastatud
nakkushaigetest õpilastest;

e) organiseerib desinfektsiooni teostamist koolis ja
kontrollib selle läbiviimist.

3. Kooli-õde kontrollib iga päev kooli ruumide, inter-
naatide, einelaua ja kooli ümbruse sanitaarset olukorda,
õpilaste isikliku hügieeni reeglitest ja õigest režiimist
kinnipidamist. Selleks teostab järgmist:

a) käib koos kooli administratsiooniga süstemaatiliselt
läbi kooli ruumid, pöörates erilist tähelepanu klasside hü-
gieenilisele korrastusele, õigele valgustusele, normaalsele
temperatuurile, pinkide asetusele. Kui õppetöö toimub kahes
vahetuses, siis korraldab enamvähem samavanuste õpilaste
paigutamist samasse klassiruumi;

b) kontrollib ruumide puhastamist ja tuulutamist, vahe-
tundide õiget kasutamist õpilaste poolt, ettenähtud vaheaeg-
adest kinnipidamist tundide ja vahetuste vahel;

c) kontrollib kooli töökodade sanitaarset olukorda, va-
jalikkude töövahendite olemasolu ja vastavust eale, valgus-
tust, ventilatsiooni, samuti töötingimusi kooli õppe-katse-
platsil;

d) kontrollib kehalise kasvatus tunde läbiviimise kohti, jälgib, et võimalik kasutataks määratud otstarbeks ja et ta oleks vajalikus sanitaar-hügieenilises seisukorras, kontrollib kehalise kasvatus tunde läbiviimist vabas õhus;

e) kontrollib kooli einelaua sanitaarset olukorda, jälgib õpilaste toitlustamise organiseerimist ja kvaliteeti, produktide transporti ja säilitamist.

Märkus. Kõik oma tähelepanekud kannab kooli-õde sisse vastavasse vihikusse, mille esitab läbivaatamiseks kooliarstile. Edasilükkamatutel juhtudel teatab avastatud puudustest kohe arstile ja direktorile.

4. Kooli meditsiiniline õde:

a) annab töö ajal esmaabi haigestunud õpilastele, viib arsti korraldusel läbi termometreerimist, sidumist ja teisi raviprotseduure;

b) saadab vajadusel lapsi ravi-profülaktiliitese asutustesse (ambulatooriumidesse, poliklinikutesse, dispansseritesse),

c) teostab meditsiinilise inventari ja medikamentide arvestust ja hooldamist ning hoolitseb nende õigeaegse täiendamise eest, vastutab arsti kabineti sisustuse, meditsiinilise inventari ja medikamentide säilitamise eest;

d) peab arsti korraldusel sidet ravi-profülaktiliste ja teiste asutustega ja organisatsioonidega,

e) peab arsti juhendamisel kogu meditsiinilist dokumentatsiooni ja kinnitatud vormide kohast aruandlust.

5. Viib läbi süstemaatilist sanitaarselgitustööd õpilastega ja kooli tehnilise personaliga ja plaanipärast tööd õpilaste tervishoiust lastevanematega ja ühiskondliku aktiiviga.

6. Organiseerib ja kontrollib PRS ja PP sanitaaraktiivi ja sanitaarpostide tööd ja OVK programmi kohaseid õppusi ringides. Samuti viib läbi VTK programmi kohaseid õppusi vanemate õpilastega ja valmistab ette 8-9-ndate klasside õpi-

lasi-tütarlapsi sanitaarsalklasteks.

Lisa.

Kooli arsti kabineti varustus:

kirjutuslaudu	/	-	1,	
toole		-	4 - 6,	
taburette		-	1,	
sirme		-	1,	
kušette		-	1,	
kantseleikappe		-	1,	
arstiriistade kappe		-	1,	
klaasplaadiga laudu		-	1,	
ämbreid kaanega, mis pedaaliga avatav		-	1,	
kaale		-	1,	
pikkusmõõdupuid		-	1,	
spiromeetreid		-	1,	
dünamomeetreid, käe		-	1,	
mõõdupaelu		-	1,	
kätepesemisadeldisi jooksva veega		-	1.	

2. JUHEND LINNA JA TÖÖLISASULA KOOLIDE SANITAAR-
HÜGIEENILISE REŽIIMI KOHTA.

(Kinnitatud NSVL Tervishoiu ministri ja haridusministri poolt 12. mail 1952.a.)

I. Üldine seisund.

1. Tüüphoones asuvates koolides on õpilaste arv klassides järgmine: 1.-7. kl. - 40, 8.-10. kl. - 35. Tüüphoone puudumisel määratakse õpilaste arv klassides arvestusega $1,25m^2$ põrandapinda õpilase kohta.
2. Kahe vahetuse vaheaeg ei tohi olla alla ühe tunni.
3. Õppetundide ja vaheaegade kestus on järgmine:
 - a) õppetunni kestus - 45 minutit,
 - b) 1., 3. ja 4. vahetunni kestus 10 minutit, 2. - 30 minutit; üksikutel juhtudel lubatakse 2. ja 3. vahetunni kestus-

seks 20 minutit.

II. Ruumide sisustus ja puhastamine ning kooli territoorium.

4. Kooli ruumid ja territoorium peavad olema puhtad ja korras. Kooli territoorium peab olema tarastatud, murustatud ja õhtul valgustatud. Territooriumi peab iga päev korras-tama; kevadel ja suvel kuival ajal peab teid ja mänguväl-jakuid kastma. Majandusõu peab olema isoleeritud ja omama eri sisse- ja väljapääsuteed.
5. Kooli eesukse juures peavad olema restid jalgade puhasta-miseks, kooli sissekäigu juures (tambuuris) jalamatid jal-gade puhastamiseks ja viht jalatsite puhastamiseks lumest. Rõivaruumis peab olema kalosside hoiukoht.

Kõik need jalgade puhastusseadeldised tuleb enne igat vahetust puhastada porist, tolmust ja lumest ning vasta-valt määrdumisele pesta ja kuivatada.

6. Kõik õpilased peavad valvepedagoogi kontrolli all enne tundide algust andma ülerõivad ja kalossid rõivahoidu. Nooremate klasside õpilased annavad kalossid rõivahoidu vastavates kottides.

Igale klassile peab olema oma nummerdatud riidenagi, kus peab olema eraldi pulk iga palitu jaoks. Pulgad pea-vad olema asetatud malelaua taoliselt vahemaaga 15 cm üks-teisest. Riidenagi tuleb asetada perpendikulaarselt aken-dele. Igal õpilasel peab olema riigenagil oma number. Rõi-vastumine pärast tunde ja õpilaste väljumine koolist peab teostuma pedagoogi kontrolli all.

7. Iga päev 1 tund enne õpilaste tulekut kooli ja pärast iga vahetuse tundide lõppu peab teostuma märg klassiruumide, koridoride, õpetajate toa ja teiste ruumide puhastamine avatud akende puhul (märg põrandate puhastamine, laudade, tahvli, aknalaudade ja kütteseadmete pühkimine niiske la-piga). Puhastamise ajal nihutatakse koolipingid paigalt

ja pärast seda asetatakse jälle ettenähtud kohtadele.

8. Pärast igat vahetundi teostatakse koridoride ja jalutus-saali märg puhastamine.
9. Parkettpõrandaid klassiruumides ja koridorides vahata-takse üks kord kuus.
10. Erilist tähelepanu tuleb pöörata võimla puhastamisele. Võimlat peab hästi hoolikalt õhutama vahesegadel ja pu-hastamise ajal. Võimla märg puhastamine, mööbli ja spor-diinventari niiske lapiga ülepühkimine peab teostuma vä-hemalt 2 korda päevas. Matte klopitakse õues vähemalt 1 kord nädalas.

Võimla ja ta kõrvalruumide suurpuhastus peab toi-muma vähemalt 1 kord nädalas. Õpilasi võib lubada võim-lasse ainult spordirõivastuses (kostüümis, tuhvlitega).

11. Valamuid ja käimlaid tuleb iga vahetunni järel hoolikalt puhastada ja korrastada: põrandad pesta, veekloseti po-tid puhastada, kloseti istmed ja käepidemed üle pühkida desinfitseeriva lahusega (2 % -lise klooramiini või sel-ginenud kloorlubja lahusega) märjaks tehtud lapiga. Vee-värgi puudumisel koolis peavad olema pesemisruumides voo-lava veega pesemisnõud.
12. Käimlad peavad olema hästi õhutatud. Tõmbeventilatsiooni puhul peab hoolitsema, et see oleks täielikult korras. Veeta käimla puhul peab hoolitsema, et ahi, ventilatsioo-niseadmed ja istme kaas oleksid korras. Käimla istme kaas ja üks peavad olema tihedalt suletud.

Veeta käimla tõmbeventilatsioon teostatakse käimla-kastist. Ei ole lubatud korraldada tõmbeventilatsiooni käimla ruumist. Aknal peab olema õhuaken ruumi õhutami-seks suvel.

Käimlakasti maht peab olema nii suur, et ta mahu-taks väljaheited 6 kuu kuni 1 a. jooksul.

13. Kõiki kooli ruume tuleb põhjalikult õhutada (tõmbetuule kaudu) pärast tunde ja hommikul enne õpilaste tulekut,

samuti I ja II vahetuse vaheajal.

Vahetunni ajal, mil teostatakse klassiruumi õhutamist, peavad õpilased klassiruumist lahkuma: õpetaja peab enne klassist lahkumist tingimata akna avamist kontrollima. Koridoride ja jalutussaaali õhutamine peab toimuma pärast tunni alguse kella.

14. Iga päev peab teostuma kooli ruumide hoolikas puhastamine: seinapaneelide pühkimine märja lapiga, ämbliku-võrkude kõrvaldamine jne.

III. Kooli mööbel ja laste paigutamine pinkidesse.

15. Laste paigutamine pinkidesse peab teostuma vastavalt nende kasvule (vt. "Kooliõpilaste pinkidesse paigutamise nõutavad sanitaarreeglid ja pinkide asetus klassis", lk. 68).
16. Pingid peavad olema märgistatud ja asetatud klassi numbrite järgi: väiksemad numbrid tahvlile lähemal, suuremad numbrid kaugemal.

Märkus. Erandeid on lubatud sellest reeglist teha nõrgenenud nägemise ja kuulmisega lastele, kelle pingid sõltumata numbrist asetatakse ettepoole, esimesse või kolmandasse ritta.

17. Pingid asetatakse kolme ritta piki klassiruumi. Vahemaa välisseina ja I pingirea vahel peab olema 0,6-0,7 m, pingiridade vahed 0,7-0,75 m ja vahemaa siseseina ja III pingirea vahel 0,5-0,6 m.

Kaugus tahvlist kuni esimese pingini peab olema 2-2,7 m, viimase pingini mitte üle 8 m.

18. Pingid peavad olema asetatud nii, et akendest tulev valgus tuleb õpilasele vasemalt poolt. Kõige kaugem õppekoht ei tohi olla akendest üle 6 m kaugusel.
19. Pinkide märkimine, õpilaste kasvu mõõtmine ja nende paigutamine pinkidesse õppeaasta algul peab toimuma arsti ja õe juhendamisel.

Kahe vahetuse korral on vajalik paigutada ühte klassiruumi eri vahetuste samavanused õpilased.

IV. Kooli ruumide küte ja valgustus.

20. Kooli õpperuumides peab olema t° 16–18 $^{\circ}$, võimalas 15–16 $^{\circ}$. Ahjude kütmist teostatakse varahommikul või õhtul, enne õpilaste tulekut või pärast lahkumist koolist. Keskkütte puhul on keelatud teravaservaliste torude kasutamine, ahjukütte puhul – raudahjude kasutamine.

21. Loomulik ja kunstlik valgustus peab vastama järgnevatele sanitaar-hügieenilistele nõuetele:

A. Kõikides klassiruumides peab olema loomulik valgustus.

a) Aknad peavad asuma õpilasest vasakul; ei ole lubatud, et aknad asuvad õpilastest eespool.

b) On keelatud klassiruumi akende ette riputada akent katvaid kardinaid. Aknalaudadele ei tohi asetada lilli ja muid esemeid, mis takistavad valguse pääsemist klassiruumi.

c) Laed ja seinte ülemised osad peavad olema heleda-värvilised. Seinte ja lagede värvimine peab teostuma mitte harvem kui iga 2 a. pärast.

d) Klassiruumide akende sisemisi külgi tuleb iga päev pühkida märja lapiga.

B. Klassiruumide elektrivalgustuseks peab kasutama ühtlast hajuvat valgustust (piimklaasist kerakuppel, mattklaasist kuppel jne.).

a) Tüüpklassiruumi (50 m²) on vajalik asetada 6 200-vatise võimsusega lampi. Üldine võimsus klassi kohta on 1200 vatti ehk 24 vatti ühe m² põrandapinna kohta.^x

b) Lampide kõrgus peab olema vähemalt 2,8 m põrandast.

^x Uued normid vt. lk. 73.

- c) Elektrivalgustuse puudumisel peab klassiruumis olema vähemalt seitse 30-liinist või kaheksa 20-liinist pet-rooleumilampi. Lampide kõrgus peab olema vähemalt 2,2 m põrandast ega tohi olla laele lähemal kui 1 m. Lagi lampide kohal peab olema kaitstud valgest plekist ket-taga. Iga päev tuleb lambiklaase puhastada ja tahti lõigata.
- d) Klassiruumide kunstlik valgustus võetakse kasutusele valgustuskalendri järgi või klassiruumi märgatava pi-menemise puhul.

V. Kooli einelaud.

- 22. Koolis peab olema organiseeritud einelaud õpilaste jaoks. Einelauas peavad olema hügieenilised tingimused toiduai-nete vastuvõtuks ja säilitamiseks.
- 23. Võimaluse korral peab einelauas olema organiseeritud õpi-lastele soe eine.
- 24. Kooli einelaua sisseseade peab vastama "Einelaudade sa-nitaarreeglite" (kinnitatud NSVL Riikliku Sanitaarins-pektsiooni poolt 18. mail 1948.a.) nõuetele.
- 25. Einelaua kasutamise aeg peab olema ette nähtud igale klassile vastava graafiku järgi. Algklasside õpilased võivad kasutada einelauda õpetaja kontrollimisel.
- 26. Vastavalt "Juhendile kohustuslikust isikute meditsiini-lisest kontrollist, kes töötavad toitlusettevõtetes, elanikkonna sanitaarteenistuses, ravi-, lasteasutistes jne." (kinnitatud NSVL Riikliku Sanitaarinspektsiooni poolt 24. I 1949.a.), "Juhendile võitlusel kõhuelundite pi-sikutekandjatega" ja "Juhendile kroonilise düsenteeria-haigete (kandjate) väljaselgitamiseks ja nende kahjutuks-tegemiseks" (kinnitatud NSVL tervishoiu ministri poolt 13. V 1950.a.) alluvad kõik kooli einelaua töötajad me-ditsiinilisele kontrollile, uurimisele ägedate soolenak-kuste pisikutekandvuse ja soole nugiusside osas ja kait-

sesüstimistele, mis on määratud ühiskondliku toitlustamise ja toiduainetetööstuse töötajatele. Kooli einelauda teenindaval personalil peab olema "Isiklik sanitaarraamat" (kinnitatud NSVL Riikliku Sanitaarinspeksiooni poolt 5. IV 1949.a.).

27. Einelaua personalil peab olema sanitaarrõivastus (kitlid, peakatted), käterätik ja seep käte pesemiseks.
28. Joogivesi peab olema keedetud ja jahutatud. Vee jaoks peavad koolides olema lukustatud kaanega anumad ja puh-
tad klaasid või kruusid.
29. Kooli direktor ja kooliarst peavad pidevalt hoolitsema õpilaste toitlustamise eest ja iga päev kontrollima koo-
li einelauda.

VI. Õpilaste sanitaar-hügieeniliste harjumuste kasvatamine.

30. Kool peab süstemaatiliselt kasvatama õpilastes sanitaar-hügieenilisi harjumusi. Selleks:

- a) Kooliarst peab organiseerima ja teostama õpilastele sanitaarselgitustööd, abistama ses osas algklasside õpetajaid ja 5.-10. klasside juhatajaid, konsulteerima nendega hügieenilise kasvatuse küsimustes, õpilaste tervisliku seisundi ja üksikute õpilaste individuaalse režiimi suhtes.
- b) Pedagoogiline personal peab nõudma õpilastelt ettenähtud sanitaar-hügieenilise režiimi tõrkumatut täitmist, ruumide ja territooriumi puhtana hoidmist ja hoolikat klassiruumide õhutamist, rõivaste puhtana hoidmist (valge krae, puhas triigitud riietus, puhas taskurätik, puhtad jalatsid jne.) ja samuti õiget asendit pinkides istumisel.
- c) Kooli-õde, algklasside õpetaja ja 5.-10. kl. õpilaste sanitaaraktiiv klassijuhataja kontrollimisel peavad

süsteematiselt kontrollima õpilaste käte, keha ja pesu puhtust ja taskurätiku olemasolu.

- d) Pedagoogiline personal peab pidevalt kaasa aitama Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside kooli organisatsiooni tööle.

VII. Vastutus sanitaar-hügieenilise režiimi täitmise eest koolis ja selle kontroll.

31. Vastutus sanitaar-hügieenilise režiimi organiseerimise ja täitmise üle koolis kuulub kooli direktorile ja kooliarstile.

Süsteemaatiline kontroll käesoleva juhendi täitmise üle kuulub kohalikele haridus- ja tervishoiu sanitaar-epidemioloogilistele organitele.

Lisa.

T a b e l 2.

Õpilaste pinkidesse paigutamine.

Lapse pikkus (cm)	Pingi nr.	Kõrgus põrandast (cm)	
		Õpilasepoolse laua serva kõrgus	Istme kõrgus
110 - 119	6	52	32
120 - 129	7	56	34
130 - 139	8	62	38
140 - 149	9	68	41
150 - 159	10	73	44
160 - 169	11	77	47
170 - 179	12	80	48

T a b e l 3.

Kooliruumide t^o, ventilatsiooni ja kunstliku valgustuse normatiivid.

(Valgustuse tugevuse normid on kinnitatud NSVL Ministrite Nõukogu Ehituskomitee poolt 1958.a. ja kehtestatud alates 1. jaan. 1959.a.)

Ruumi nimetus	T ^o	Õhuvahetus tunnis (tõmbe järgi)	Kunstlik valgustus luxides		
			Möötmise koht	Hõõglambid	Luminestsentslambid
Klassiruum, laboratoorium ja lugemissaal.	16 ^o	1 - 1,5	Õppelaudade kõrgusel, horisontaalpinna	150 (s.o. 35-40 vatti ühe m ² pörandapinna kohta)	300
Joonistamise, joonestamise ja käsitöö kabinet	16 ^o	1 - 1,5	Laudadel	200	400
Saal, aula	16 ^o	1 - 1,5	Pörandal	100	200
Arsti kabinet	20 ^o	1	Laudadel	150 (+ kohalik valgustus)	200 (+ kohalik valgustus)
Jalutusruum	16 ^o	1 - 1,5	Pörandal	75	150

3. KOOLI MEDITSIINILISE TEENINDAMISE JA LASTE TERVIS- LIKU SEISUNDI NÄITAJAD.

A. Profülaktilise töö näitajad.

1. Asutuse sanitaarne seisund ja nakkustõrje režiim.
2. Koolieinete korraldamine.
3. Laste isikliku hügieeni tase ja hügieenilised harjumused
4. Kehakultuur.

- a) Õpilaste protsentuaalne jagunemine kehakultuuri gruppidesse (põhi-, eri- ja ettevalmistusgrupp, vabastatud).
- b) Kehakultuuri teostamise arstlik kontroll ja võimalik sanitaarne seisund.

5. Sanitaarselgitustöö, Punase Risti organisatsiooni tegevus:

- a) Loengud, vestlused, seinaleht, sanitaarnurk jne.
- b) Protsent IV ja V kl. õpilastest, kes on sooritanud OVSK kursuse.
- c) Õpilaste sanitaarteadmiste tase.
- d) Sanitaarpostide ja sanitaarmaleva tegevus.

6. Kaitsepookimiste teostamine olemasolevatele kontingentidele.

7. Õpilaste süvendatud läbivaatuse teostamine 1 kord aastas, septembris-oktoobris.

Stomatoloogiline läbivaatus ja hammaste sanatsioon.

8. Rindkere röntgenoloogilise läbivaatuse teostamine üks kord aastas.

9. Pirquet reaktsiooni teostamine 2 korda aastas.

B. Õpilaste tervisliku seisundi näitajad.

1. Tuberkuloos.

Tuberkuloosne intoksikatsioon.

Tuberkuloosi lokaalsed vormid (neist aktiivse protsessiga).

Sanatooriumidesse suunamine.

2. Reuma. Sanatooriumidesse suunamine.
Krooniline tonsilliit.
3. Skolioos.
4. Kõnehäire.
5. Nõrgenenud nägemine.
6. Nõrgenenud kuulmine.
7. Helmintoos (liikide järgi), dehelmintiseerimise %.
8. Ägedate nakkushaiguste esinemise % lastel teatud ajavahemikus.
9. Teised haigused.
10. Keskmine kooliarsti poole pöördumiste arv ühe õpilase kohta teatud ajavahemikus (kogu kooli, üksikute klasside järgi).
11. Keskmine puudumispäevade arv ühe õpilase kohta teatud ajavahemikul.
12. Keskmine puudumispäevade arv ühe puudumistsükli puhul.

T a b e l 4.

Olulisemaid normatiive lasteasutuste ruumide kohta.

	Vastsün- dinute osakond	Väikelaste- kodu	Lastesõim	Lasteaed	Kool	Lastekodu
1	2	3	4	5	6	7
Maa-ala suu- rus (m^2)	-	66 kohta - 3500 83 " - 4000 100 " - 5000	Eraldi hoo- nes - 35-25 m^2 , ei oma eraldi hoonet - 20 m^2 lapse kohta	Eraldi hoo- nes alla 50 kohta puhul 40 m^2 , üle 50 kohta puhul 30 m^2 , kui ei ole eraldi hoonet, siis 25 m^2 lapse kohta	7-a.kool - 0,5-0,75 ha Keskkool (400 kohta) 0,7- 1,0 ha Keskkool (800 kohta) 1,0- 1,5 ha.	Linnas 100- 200 m^2 , maal 300 m^2 lapse kohta
Rühma suu- rus	15-20	<8 k. kuni 13 last, 8 k.-2 a. - 14-15 last, üle 2 a. - 20 last	Päevane sõim - 15-20 Õõpäevane sõim - 12-18	25	1.-7.kl. - 40 8.-10.kl.- 35	<7 a. - 25 >7 a. - 40-30
Põrandapin- da (m^2) ühe lapse kohta	2,3-3	Rühma toas 2,5 Magamistoas 2,0 Rõdul 1,5	Rühma toas 2,5 Rõdul 1,25	Rühma toas 2,5	Klassiruumis 1,25 Võimlas 3	Õppetoeas 1,25 Õppetõkojas 4 Magamistoas <7.a. - 3 >7.a. - 4
Rühma ruumi- de suurus (m^2)	37,5-45	90	78-83	105	50	

1	2	3	4	5	6	7
Ruumide kõrgus	3,5	3,2-3,5	3,2-3,5	3,2-3,5	3,5	3,5
Kohtade % isolaatoris	10-20	10	10	4-5	-	< 7 a. - 4 > 7 a. - 2
Pesemisruum	-	Rühma kohta tualettruum-vannituba, 10 m ²	Rühma kohta tualettruum, 10 m ²	Rühma kohta 6 m ² , vähemalt kahe pesemiskohaga	1 pesemis-koht 60 õpilase kohta	1 pesemiskoht < 7 a. - 8 lapse kohta > 7 a. - 10 lapse kohta. Ruumi suurus 0,3 m ² lapse kohta
Käimla	-			Rühma kohta käimla 5 m ² , 3 istmega (1 iste 8 lapse kohta)	Poeglastel: 1 iste ja 0,4 m pisuaari 40 lapse kohta Tütarlastel: 1 iste 30 lapse kohta	Üksa iste < 7 a. - 15 lapse kohta > 7 a. - 30 lapse kohta

Ruumide t ⁰	Ajalistel 22 ⁰ Enneaegsetel 24 ⁰	20	20	Rühma toas, saalis 18 ⁰ Magamistoas, käimlas 20 ⁰	16-18	Töö-, õppe-toas - 16 ⁰ Magamistoas - 18 ⁰
Õhutamis-pind	1:50	1:50	1:50	1:50	1:50	1:50
Õhuvahetus ühes tunnis: rühma toas	-	1	1	1	1-1,5	1-1,5
magamis-toas	2	1,5	1,5	1,5	-	1,5
käimlas	-	5	5	5	5	5
Loomulik valgustus	1:6-1:7	Rühma toas, vastuvõtus, köögis, käimlas 1:5-1:6; mujal 1:8			1:4-1:6	1:5
Kunstlik valgustus (luksides): hõõglampidega	20	80 cm põrandalt kõrgemal horisontaal-pinnal: rühma toas, vastuvõtus, magamistoas 30 lõbivaatus-toas 100, imikute toot-mistoas 75,			Klassiruumis, laboratooriumis, lugemissaalis õppe-laudadel ja tahvlil - 150	Joonistamise, joonestamise ja käsitöö kabinetides - 200
luminest-sentslam-pidega	75	" 200,	" 150	" 75	" 300	" 400

T a b e l 5.

Laste profülaktilise teenindamise sagedus lasteasutustes.

	Väikelastekodu	Lastesõim	Lasteaed	Kool	Lastekodu ^x
Regulaarne arstlik läbivaatus	Kõik lapsed iga päev Sissekanne < 3 k. - iga päev 3-6 k. - 1 x dekaadis 6 k. - 1 a. - iga 2 nädala järel > 1 a - 1 x kuus	< 1 a. - 1 x dekaadis 1 a - 2 x kuus > 2 a. - 1 x kuus	Süvendatud läbivaatus 3 x aastas	Süvendatud läbivaatus 1 x aastas (sept. okt.)	Iga 3 k. järel, Süvendatud läbivaatus (ftisiaater, dermatoloog, okulist) 2 x aastas (II ja IV kvartalis), üks aastas otoloogi poolt.
Kaalumine	< 3 k. - iga päev 3-6 k. - üle 2-he päeva 7-12 k. 1 x nädalas 1 a. - 2 x kuus 2 a. - 1 x kuus	< 1 a - 1 x dekaadis > 1 a. - 1 x kuus	2 korda aastas		2 korda aastas süvendatud läbivaatuse ajal
Pikkuse ja ümbermõõtude mõõtmine	< 1 a. - üks kord kuus > 1 a. - üks kord 3 kuu kestel		2 korda aastas		
Pirquet reaktsioon	3 korda aastas			2 korda aastas	4 korda aastas
Rindkere röntgenol. uurimine	2 korda aastas			1 kord aastas	2 korda aastas (võimalusel)
Uurimine soole nugiussidele	üks kord aastas				
Regulaarne t ^o mõõtmine	< 1 a. - 2 x p. > 1 a. - 1 x p. (õhtul)	1 x päevas, saabumisel	-	-	-
Arsti teenindada olevate laste norm	40	80-100	400-600	2500	< 7 a. 3-6 rühma kohta 0,5 arsti töökohta, > 7 a. 3-5 rühma kohta 0,5 arsti töökohta, 6 rühma kohta 1,0 töökoht
Õe teenindada olevate laste norm	Nooremaid 12-13 vanemaid 17-18	I ja II rühm - 15-16 III rühm - 20	100	600-800	2 ja enam grupi puhul 1 õe koht

^x Andmed võetud "Instruktsioon lastekodu kasvandike meediko-sanitaarsest teenindamisest", mis kinnitatud NSVL Tervishoiu Min. poolt 15.V 1953.a. ja "Lastekodu meditsiinilise personaliga staadidest", kinnitatud NSVL Tervishoiu Ministeeriumi poolt 9. I 1953.a. nr. 35.

LASTE POLIKLIINILINE TEENINDAMINE.

H. Kääri.

I. LASTE RAVIPROFÜLAKTILISE TEENINDAMISE STRUKTUUR LINNAS.

Linnas teenindab alla 15 a. vanuseid lapsi kohalik lastehaigla või linnahaigla lasteosakond, mis koosneb kas ühise administratsiooniga statsionaarist ja nõuandlast-polikliinikut koos piimakõõgiga või eraldi administratsioonidega haiglast ja nõuandlast-polikliinikust. Koolide ja lasteadeade meditsiiniline teenindamine allub nõuandlast-polikliinikule, sõime teenindamine aga kohalikule tervishoiuosakonnale. Linn on jagatud vastavalt linnas elavate laste arvule jaoskondadeks. Normatiiviks on 800-1000 last ühes jaoskonnas. Iga jaoskonna teenindamiseks on ette nähtud ühe koormusega jaoskonna pediaater ja 1,5 koormusega patronaaziõde. Tsükliliselt 1-2 aasta järele töötab iga jaoskonna pediaater 3-6 kuud statsionaaris kvalifikatsiooni tõstmise otstarbel. Sel ajal asendab jaoskonna pediaatrit asetäitja, kes on komplekteeritud statsionaari ordinaatorite kohtade arvel. Jaoskonna pediaater ja patronaaziõde vastutavad oma jaoskonna territooriumil elavate alla 15 a. vanuste laste ravi-profülaktilise teenindamise eest. Nad teenindavad neid kodus ja ambulatoorsel vastuvõtul. Koolides, lasteadeades ja sõimedes viibivaid lapsi teenindavad profülaktiliselt vastava lastekollektiivi arstid ja õed. Lastesõime lapse haigestumisel teenindab last kodus esmakordselt sõime arst ja hiljem sõime arst või jaoskonna pediaater, olenevalt kohalikust tööjaotusest. Koolides ja lasteadeades käivaid haigeid lapsi teenindab kodus alati jaoskonna pediaater. Ambulatoorselt teenindatakse nõuandlast-polikliinikus terveid ja mittenakkavalt haigeid lapsi. Ainult kodus teenindatakse esmaseid haigeid, ägedalt haigeid ja nakkuskahtlasi, raske

üldseisundiga ja nakkushaigete kontaktseid lapsi ning vast-sündinuid. Suuremates laste nõuandlates-polikliinikutes töö-tavad veel eriarstid (oto-rino-larüngoloog, kirurg jne.), kes võtavad vastu jaoskonna pediatrite poolt neile suunatud või omaalgatuslikult nende poole pöördunud lapsi ambulatoorselt ja konsulteerivad nendega vajaduse korral ka kodus.

P e d i a a t r i j a l a s t e õ e t õ õ n o r -
m a t i i v i d (ühe töökoormuse puhul).

1. Jaoskonna pediatriline töönorm: 0-14 a. laste arv ühes jaoskonnas - 800 - 1000.

Vastuvõtu kiirus: alla 3 a. - 5 ja üle 3 a. - 6 haiget tunnis.

Ambulatoorne vastuvõtt polikliinikus: 6 korda nädalas a 2,5 t.

Kodused visiidid: igal tööpäeval 3 tundi päevas.

Dokumentatsiooni korrastamine ja profülaktiline töö: a 1 tund päevas.

Sanitaarselgitustöö 4 tundi kuus.

2. Kooliarsti töönormiks on teenindada 2500 last, las-teaia-arstil 400 - 600 ja lastesõime-arstil 100 last.

3. Õe töönormid: patronaaziõel 800-1000 last, kooli-õel 600 - 800 last, lasteaia-õel 100 last.

J a o s k o n n a p e d i a a t r i ü l e s a n d e k on koos patronaaziõega teostada kõigi oma jaoskonna terri-tooriumil elavate laste ravi- profülaktilist teenindamist. Peamiseks ja tähtsamaks ülesandeks on profülaktiline teenin-damine: regulaarne patronaazitöö, laste plaanipärane vaktsi-neerimine, epideemiavastaste ürituste läbiviimine ja sani-taarharidustöö organiseerimine. Olenevalt haigestumusest teeb jaoskonna pediatriline ravisõel: ravib lapsi kodus, võtab vastu nõuandlas-polikliinikus, suunab neid haiglatesse ja sanatoor-iumidesse, teenindab eriarvele võetud kontingente.

Jaoskonna töö näitajad olenevad jaoskonna pediatriline ja patronaaziõe poolt tehtava profülaktilise töö kvaliteedist. Töö hõlbustamiseks ja elanikkonnaga tihedama sideme loomiseks

tuleb tööle rakendada sanitaaraktiiv. Aktiiv moodustatakse jaoskonna pediatrilt poolt jaoskonna territooriumil elavatest teadlikumatest emadest 5-7-liikmelisena. Aktiiv abistab jaoskonnaarsti sanitaarse olukorra kontrollimisel, haigete avastamisel, profülaktiliste ürituste läbiviimisel (vaktsineerimised, sanitaarhariduslike loengute teostamine jne.) ning sildide pidamisel elanikkonnaga.

Jaoskonna pediatr vastutab talle alluva patronaazi töö eest. Arstil peab olema täielik ülevaade õe igapäevasest tööst. Kord nädalas teeb õde arstile ettekande tehtud töö kohta, annab ülevaate külastatud laste tervislikust seisundist. Kord kuus esitab õde patroneerimiste ja vaktsineerimiste aruande eelmise kuu kohta ja plaani järgneva kuuks. Õe töö sisulist kontrolli teostab arst laste läbivaatustel, kus loeb läbi arenemisloa ja patronaaziilehe ning võrdleb objektiivset leidu lapsel õe poolt kirjeldatuga. Samaaegselt kontrollib arst ema teadmisi õe poolt läbivõetud sanitaarharidustöö osas. Õe töös esinevate puuduste likvideerimine on jaoskonna pediatrilt ülesanne. Kui õe teadmised on nõrgad, siis tuleb talle anda õppimiseks ülesanded ja omandatud teadmisi kontrollida. Kui aga õel on küllaldaselt teadmisi, kuid puuduvad pedagoogilised võimed, siis ei sobi ta patronaaziõeks ja tuleb suunata mujale tööle.

Õe tööaega tuleb ratsionaalselt kasutada. Arst ei tohi õele anda asjatuid visiite (näit. kurgu-ninalima võtmiseks, Pirquet' teostamiseks vahetult pärast arsti visiiti jm.). Patronaaziõde peab olema võimeline ise ravima järgmisi haigusi: soor, naha granuloom, naba song, intertriigo, gneiss ja algav püodermia. Õde peab oskama rahhiiti diagnoosida ja ise seisvalt teostada rahhiidi profülaktikat.

Jaoskonna pediatr vormistab ja peab korras vajaliku dokumentatsiooni: teeb sissekanded arenemislugudesse (vorm 112), ambulatoorsel vastuvõtul ja kodusel visiidil koheselt või hiljemalt 24 tunni jooksul; täidab täpsustatud diagnoosi registreerimistalongi (vorm 25) hiljemalt 24 tunni jooksul, täidab ja saadab SEJ-le hiljemalt 12 tunni jooksul kiirtea-

tise (vorm 58) nakkushaiguse ja toidumürgistuse kohta. Kiirteatis (vorm nr. 281) saadetakse tuberkuloosi, sugu- ja nahahaiguste kohta tervishoiuosakonnale ja kasvajate kohta onkoloogia dispanserile. Jaoskonna pediaater vormistab lastekol-lektiividesse saatmise dokumentatsiooni (vorm nr. 191), teeb aastaseks saanud laste arenguloos etappepikriisi jne.

Jaoskonna pediaater peab pidama sidet teiste ravi-profülaktiliste asutustega (sünnitusmajaga, sanitaarepidemioloogilise jaamaga, tuberkuloosi dispanseriga, nakkushaiglaga jne.).

Iga kuu lõpul teeb jaoskonna pediaater kuu jooksul tehtud tööst kokkuvõtte (vorm 190). A. Valdmanni poolt on Tartu L. Kl. Lastehaiglas kirjeldava kokkuvõtte asemel rakendatud tabeliline analüüs. Tabelites toodud andmed näitavad koduse teenindamise ja ambula. orse töö mahtu (tab. 6, 7, 8), pat-ronaažitöö reeglipärasust (tab. 9), vaktsineerimise (tab.10) ja kuu kestel esmakordselt registreeritud haigusjuhtude arvu (tab. 11). Peale selle töötab jaoskonna pediaater iga kuu lõpul läbi andmed 1 a. vanuseks saanud laste kohta ja kannab need vastavasse tabelisse (tab. 12).

Selline A. Valdmanni poolt rakendatud tabeliline aruand-luse skeem on osutunud praktilises töös heaks ja ülevaatli-kuks.

T a b e l nr. 6.

Kodune teenindamine jaoskonnas.

[illegible]

T a b e l nr. 7.

Ambulatoorne vastuvõtt jaoskonnas.

[illegible]

T a b e l n r . 8 .

Keskmeditsiinitöötajate töökoormus jak.

Kuu	Külastusi üldse	Neist patronaazikülastusi				
		Üldse	0-1 a.	1-2 a.	2-3 a.	Rasedate juurde

T a b e l n r . 9 .

Patronaazitöö jaoskonnas.

Kuu	Arst	Õde	Antenataalne patro- naaz				Vastsündinud			Imikud				Tehtud san.- selgi- tuslik töö
			8.rasedus- kuul		9.rasedus- kuul		Tuli ar- vel	Patronee- riti esi- mesel päeval		BCG- tud sün- ni- tus- ma- jas	Oli ar- vel	Pidevalt patronee- riti		Kuu jook- sul san. minimumi lõpetanud emade arv
			Oli ar- vel	Patro- neeri- ti	Oli ar- vel	Patro- neeri- ti		arsti poolt	õe poolt			õe poolt	arsti poolt	

T a b e l nr. 10.

0 - 7-aastaste laste vaktsineerimine jaoskonnas.

Kuu Aast Õde		Jaam.	Veebr.	Märts	Jūn.
Rõugetevastane vaktsineerimine	Kontingent Vaktsineerit. üldse Sellest kuni 1 a. Kontrollitud Sellest tulemusega				
Rõugetevastane revaktsineerimine	Kontingent Revaktsineerit. üldse Sellest 4 a. v.				
Difteeriavastane vaktsineerimine	Kontingent Vaktsineeritud				
Difteeriavaastane revaktsineerimine	Kontingent Revaktsineerit. üldse Sellest 3 - 6 k. pärast Sellest kuni 2 a. v. Sellest 3 a. v. Sellest 7 a. v.				
Tuberkuloosivastane vaktsineerimine ja revaktsineerimine (BCG)	Kontingent BCG-tud üldse Sellest imikud Sellest 2 a. v. Sellest 7 a. v.				
Läkakõhavastane vaktsineerimine	Kontingent Vaktsineeritud				
Läkakõhavastane revaktsineerimine	Kontingent Vaktsineeritud				
Lastehalvatustõevastane vaktsineerimine	Kontingent Vaktsineeritud				
Lastehalvatustõevastane revaktsineerimine	Kontingent Revaktsineeritud				

T a b e l nr. 11.

Haigestumine jaoskonnas.

[illegible]

Ühe-aastaseks saanud laste teenindamine

..... jaoskonnas.

	Kuu
	Sai 1-aastaseks
Patroneeriti	Pidevalt arsti poolt Pidevalt õe poolt Arsti poolt I-III elukuul 1 kord kuus Õe poolt I elukuul 3 korda
Toitmine	Segatoitmine enne 3 k. Kunstlik toitmine enne 6 kuud
Teostati vaktsi- neerimisi	BCG Rõugevastane Difteeriavastane Läkakõhavastane Poliomüeliidivastane
Teostati Pirquet'	Pirketieeeritud laste arv Neist 3 korda Neist 2 korda Neist 1 kord Osutus positiivseks Olid ftisiaatri arvel
Haigestusid	Ei olnud haiged 1 - 2 korda üle 2 korra
Rahhiit	I aste II aste III aste Jäid arvele 1-a. saamisel Ei saanud profülaktikat
Hüpotroofia	I aste II aste III aste Jäid arvele 1-a. saamisel
Kopsupõletik	Põdesid üldse Hospitaliseeriti
Düsenteeria	Põdesid üldse Hospitaliseeriti Dispanseeriti pidevalt

II. LASTE POLIKLIINILISE VASTUVÕTU ORGANISEERIMINE.

Laste nõuandlas-polikliinikus peavad olema järgmised ruumid: filter, boksid haigete laste isoleerimiseks, riidehoiuruum, registratuur, ooteruum, toimingute tuba, arstide kabinetid ja erikabinetid: röntgeni kabinet, laboratoorium, füsioteraapia kabinet jne. Laste nõuandla-polikliiniku ruumid peavad olema valged, soojad (t° 18-20 $^{\circ}$, kabinetis ja protseduuride toas 20-22 $^{\circ}$) ja sisustatud lastepäraselt. Personali käitumine peab olema sõbralik ja abivalmis.

Polikliiniline vastuvõtt on mõeldud tervetele ja mitte-nakkavalt haigetele lastele. Nakkavalt haige laps tuleb nõuandlasse-polikliinikusse ainult erandjuhul.

Vastuvõtt peab olema organiseeritud nii, et nakkavalt haiged lapsed ei saaks nakatada teisi lapsi. Selleks peavad olema nakkavalt haigetele lastele eraldi sissekäiguga boksid. Juba välisuksele tuleb välja panna teade, milles näidatakse, kust uksest tulevad sisse terved ja kust haiged lapsed.

Saabumisel käivad kõik lapsed filtrist läbi, kus toimub kontroll ja sorteerimine filtrioe poolt: mittenakkavalt haiged ja terved lähevad üldvastuvõtule, nakkuskahtlased juhatatakse boksidesse või - lenduvate infektsioonide puhul - saadetakse koju. Kõiki nakkuskahtlasi lapsi ei tohi panna ühte ruumi, kus nad võivad üksteist nakatada, vaid igaühele peab olema eraldi boks või ruum.

F i l t e r peab olema avar vähese mööbliga ruum, mille seinad ja mööbel on värvitud õlivärviga. Siin peab olema käte pesemise võimalus. Filtrit teenindaval õel peavad olema järgmised andmed: tuberkuloosihaigete laste ja tuberkuloosikollete nimekiri (tuberkuloosikoldest võib nakkust rõivastega kaasa tuua), karantiinid lastekollektiivides, nakkuskontaktsete nimekiri ja kroonilise düsenteeiaga laste nimekiri. Filtrioe teeb kindlaks lapse elukoha, lapse ja selle õdede-vendade lastekollektiivi, võimaliku kontakti nakkuskoldega. Õde peab kontrollima lapse nahka mädanikkude

ja lõõvete suhtes, vaatama kurku ja nina, kindlaks tegema, kas lapsel esineb kõha (lõõkakõha, hingamisteede äge katarr jne.) ja kas kõhu tegevus on korras. Ükski haigust levitada võiv haige laps ega tuberkuloosi põdev täiskasvanu ei tohi pääseda läbi filtri tervete ja mittenakkavalt haigete laste osakonda. Arvestades, et imikud kergesti nakatuvad, ei tohi ka lihtsa akuutse nohuga või üsliku mädavistrikuga laps sattuda mittenakkavalt haigete laste osakonda.

Filtri ukseid tuleb hoida alati suletult, et lenduva nakkusega haige viibimisel filtris vältida nakkuse ülekande võimalust. Pärast nakkushaige lahkumist filtrist tuleb filter desinfitseerida. Filtri sulgemisel organiseeritakse teises ruumis ajutine filter.

Kojukutsete vastuvõtmine peab toimuma võimalikult eraldi sissekäiguga ruumis, et laste igetega kontaktis olnud inimesed, kes tulevad kojukutseid andma, ei puutuks kokku teiste lastega.

Registratuuris asub kartoteek. Kõige otstarbekam on alla 15 a. vanuste laste arenemislööd asetada jaoskondade järgi alajaotusega üksikute tänavate, majanumbrite ja korterite järgi. Jaoskonniti üldkartoteegist eraldi on soovitatav grupeerida alla 1 a., 1 a. - 2 a. vanused lapsed. Kuni 3 aastaste laste kartoteek on soovitatav paigutada igale arstile tema kabinetis.^x

O o t e r' u u m i s teenindab patsiente öde, kes abistab imetavaid emasid, organiseerib suuremate laste tegevust, peab sanitaarhariduslikke vestlusi. Imetamiseks peab emadele olema eraldi ruum või sirmiga eraldatud nurk, kus on mähkimise laud, tool, käte pesemise võimalus, boorvesi ja vatt. Ooteruumis peab olema lastekohane mööbel ja mänguasju mängimiseks. Ooteruumis viibimise aeg tuleb sisustada sanitaarharidustööga, et emade ja suuremate laste ooteaeg ei oleks kasutu. Selleks asetatakse tahvlile sanitaarharidustöö kalendaarne plaan, milles näidatakse ooteruumis teostatavate loen-

^x F. Arnemann, Nõukogude Eesti Tervishoid, 1959 nr.4, lk. 37-42.

gute ja vestluste teemad ja kuupäevad. Ooteruumis on vajalikud selgitavad tabelid lapse toitmise, hooldamise, päevarežiimi, lapse arenguetappide ja teiste emadele vajalike küsimuste kohta. Tähtpäevadel - mai- ja oktoobripühad, naistepäev, nädrid - on soovitatav teha ajakohaseid eriväljapanekuid. Igas ooteruumis peab nähtaval kohal olema suletud nõuga joogivesi või jugaseadeldis.

A r s t i k a b i n e t peab olema valgusküllane ruum. Laevalgustus peab andma läbivaatuslauale 150 luksit tugevusega valgustust (lumineestsentslampide puhul 200 luksit). Peale selle peab olema igas kabinetis läbivaatuslamp vajadusel veelgi tugevama kohaliku valgustuse saamiseks. Imiku läbivaatuslaud peab asuma keset ruumi juurdepääsuga igast küljest hästi valgustatud kohas. Kušet suuremate laste läbivaatamiseks tuleb asetada nii, et lamavale lapsele pääseb juurde paremalt poolt. Arsti kabinetis peab olema käte pesemise võimalus ja instrumentide laud. Läbivaatuslaud ja kušet peavad olema kõva polstriga ja kaetud desinfitseeritava kattega (plastikaat, vahariie), mida pärast lapse läbivaatust desinfitseeritakse 0,2-0,5 %-lise klooramiini lahusega. Lapse tähelepanu kõrvalejuhtimiseks teda hirmutavast läbivaatusest ja lapse arengu hindamiseks peab kabinetis olema huvitavaid pilte ja esemeid. Igas kabinetis peab olema kaal imiku kaalumiseks.

Kui ooteruumi või arsti kabinetti on sattunud nakkushaige, siis tuleb vastuvõtt sulgeda ja ruumid desinfitseerida.

Iga tööpäeva lõpul teostatakse ruumide puhastamine ja desinfektsioon: mööbel pestakse ja pühitakse üle 0,5%-lise klooramiini lahusega ja põrandad pestakse 0,5 - 1,0%-lise kloorlubja lahusega.

B o k s i d v õ i v ä i k e s e d t o a d haigete isoleerimiseks peavad olema eraldi väljapääsuga ja eraldi käimlaga. Boksides peab olema käte pesemise ja desinfitseerimise võimalus. Boksi sisenemisel pannakse selga boksi kittel ja müts, mis tuleb pärast nakkushaige lahkumist anda desinfektsiooni. Pärast iga haige lahkumist tuleb boks desinfitseerida.

rida ja elavhõbe-kvartslambiga kiiritada.

Suuremates nõuandlates-polikliinikutes on soovitatav siustada noore ema tuba, et ema juba raseduse ajal saaks eeskuju lapse varustuse hankimiseks. Selles toas peaks olema: 1) mitmesuguseid väljapanekuid (pilte, skeeme), mis aitavad tõsta ema sanitaarteadmisi lapse hügieenist; 2) väljapanekuid nakkuste leviku teedest, nakkushaigete isoleerimisest ja jooksva desinfektsiooni teostamisest; 3) imiku voodi koos varustusega, 4) imiku pesu koos lõigete ja mõõdetega, 5) imiku isikliku hügieeni vahendid, imiku vann ja vannitamiseks vajalikud vahendid; 6) imiku toitmise kava ja imiku toitute valmistamise õpetused, 7) päevarežiimid mitmesuguses vanuses lastele, 8) pildid imiku karastamisest, massaaži ja võimlemise metoodika õppimiseks, 9) soovitatavad ja keelatud mänguasjad jne.

Igas noore ema toas on eraldi valveõde, kes annab emale seletusi, õpetab praktiliselt massaaži ja võimlemise võtteid, karaetamist, annab juhiseid nakkushaigete isoleerimiseks kodus jne.

Kui puudub spetsiaalne noore ema tuba, peab ooteruumis olema näitlik nurk ja kapp imiku riietega, mänguasjadega ja imiku hooldamise vahenditega.

III. LASTE KODUSE TEENINDAMISE ORGANISEERIMINE.

Keskmiselt poole oma tööajast viibib jaoskonna pediaater kodustel visiitidel, teostades patronaazitööd, haigete diagnoosimist ja ravi. Koduseid visiite on viit liiki: esmane, korduv ja aktiivne visiit haige lapse juurde ning profülaktiline ja patronaazivisiit. Esmane haigevisiit on kojukutse puhul tehtav esmane kodune visiit haige juurde. Korduv haigevisiit on korduva kojukutse puhul tehtav korduv visiit haige juurde. Aktiivne visiit on haige korduv visiteerimine kodus ilma kojukutseta. Patronaazivisiidi teeb arst kuni 2 a. vanuse terve lapse juurde regulaarselt profülaktilisel eesmärgil. Tervetele lastele (näiteks nakkushaigete kontaktne)

tehtavaid koduseid visiite nimetatakse profülaktilisteks viisi-
tideks.

Esmased kojukutsed võetakse nõuandlas-polikliinikua vas-
tu ja registreeritakse registraatori või õe poolt igal töö-
päeval kindlaksmääratud kellaajal. Kojukutsete registreeri-
mise raamatusse tuleb märkida täpsed andmed: lapse ees-, pe-
rekonna- ja isanimi ning elukoha kohta (sissekäik õuest või
tänavalt, mitmes korrus, mitmes uks jne.). Samuti tuleb mär-
kida tähtsamad haigussümptoomid (lõõve, t^o, lapse üldseisund
jne.), et arst teaks, millises järjekorras visiite teha. Pea-
le kojukutse vastuvõtmist tuleb raamatusse kantud andmed väl-
jakutsujale korrata, et ta vajaduse korral saaks ebaõigseid
andmeid parandada. Kõik antud kojukutsed tuleb arsti poolt
täita samal päeval. Peale kojukutsete vastuvõtmise lõpeta-
mist esinevaid üksikuid kiireloomulisi kojukutseid täidab
õhtupoolikul ja puhkepäevadel valvepediaater, kes asub kas
nõuandlas-polikliinikus või kiiresmaabi jaamas. Kui pediat-
riline valve puudub, siis annavad vältimatut abi õösel kiir-
esmaabi jaama arstid või rajoonihaigla valvearstid. Sellisel
juhul antakse nende poolt tehtud visiitide andmed hommikul
üle laste nõuandlale-polikliinikule.

Aktiivsete ja patronaazivisiitide plaani igaks päevaks
teeb arst ise olenevalt sellest, millised lapsed vajavad ak-
tiivseid ja patronaazikülastusi.

Nõuded pediatri pauna kohta .
Haige lapse läbivaatamiseks kodus on vajalik kaasas kanda
meditsiinilist varustust haigete diagnoosimiseks ja kiire-
loomuliseks raviks. Difteeria esinemisel peab arst enne lapse
transpordile saatmist süstima difteeriavastast seerumit, ras-
ke pneumoonia puhul penitsilliini, analeptikaid jne. Sageli
on vajalik, et jaoskonna pediaater teostaks kodusel visii-
dil ka väiksemaid protseduure, nii diagnostilisi (Pirquet'
reaktsioon) kui ka terapeutilisi (naba granuloomi põletamine
põrgukiviga, nabasonga reponeerimine kleepplaastersidemega).
See on vajalik eriti siis, kui teenindatav jaoskond on ter-
ritoriaalselt suur, mistõttu ei ole ökonoomne saata samal
päeval lapse juurde teistkordsele visiidile õde ainult sel-

leks, et ta teeks seal mõneminutilise kestusega protseduuri.

Lähtudes eeltoodud nõudeist, peab jaoskonna pediaatri minimaalne meditsiiniline varustus haigete kodusel teenindamisel olema järgmine:

Diagnoosimiseks: fonendoskoop, refleksshaamer, taskulamp heledast plastmassist kestaga, ihusoojuse termomeeter karbiga, vahendid Pirquet' proovi tegemiseks plastmassist karbis, steriilne katsuti (paberisse keeratud) ja otsmikureflektoor kõrvapeeglite ja kruvisondiga.

Desinfektsiooniks 70⁰-st piiritust 70 ml pealekruvitava korgiga pudelis ja vatti.

Vahendid kiireloomuliseks raviks: süstel 5 ml, 6 nõela metallvutlaris piirituse sees, ampullides karp (difteeria-vastast seerumit 2 amp. & 10 000 ü, penitsilliini 2 amp. & 200 000 ü., sol. novocaini 1/2 % 2 amp. & 5 ml, magn. sulfur. 25 % 2 amp. & 2 ml, sol. adrenalini 1:1000 2 amp. & 1 ml, cordiamini 2 amp. & 1 ml, cytiloni või lobelini 1% 2 amp. & 1 ml, coffeini natr. benz. 10% 2 amp. & 1 ml, omnoponi 1% 1 amp. & 1 ml). Mittesüstitavate ravimite karp: levomycetini 0,05 N⁰V ja pyramidoni 0,1 N⁰V, sinepipaberit 6 lehte.

Vahendid naba raviks plastmassist karbis: argentum nitric. pulgake, kseroformi 5 g klaastuubis, kleepplaastrit 2 cm lai, 1 5 cm laiune steriilne side ja väikesed käärid.

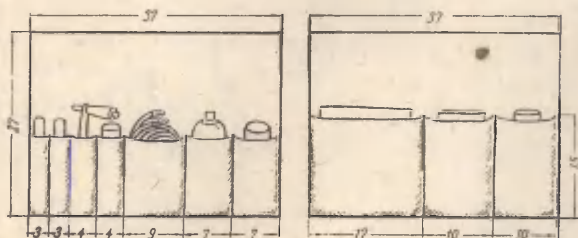
Kittel, nohumask.

Meditsiinilise varustuse kaal, mida jaoskonnaarst peab kodusel visiidil kaasas kandma, on umbes 1 kg, mis ei ole kellegi ülejõukäiv. Dokumentatsiooniks peavad kaasas olema samal päeval kodus teenindadavate laste arenemislööd, retseptiplokk, kiirteatist (vorm 58 ja vorm 281), tõõvõimetuslehti, laboratooriumide ja röntgeni saatekirju, talonge konsultatsioonile ja abikabinettidesse suunamiseks (vorm nr. 28) ja vahetuskaarte.

Alati peab olema kaasas dooside tabel ja vihik mürkete tegemiseks. Soovitav on paunas kaasas kanda ka mõningaid paberiga kompvekke väikelastega kiirema ja parema kontakti saavutamiseks.

Nõuded pediaatri meditsiinilise varustuse pakendi kohta

oleksid järgmised: 1) pakend peab olema kergesti ja kindlalt suletav, 2) pakend peab olema aseptpoolt töödeldud valge pestava ja lahustega desinfitseeritava materjaliga (siledapinnaline kunstnahk), 3) instrumendid peavad olema hästi kinnitatud, et nad ei hõõrduks üksteise vastu ega koliseks ja et neid saaks kergesti kätte.



Joonis 1. Skemaatiline pediatriline pauna asjade paigutus.

Nõuded patronaazi pauna kohta. Põhilised nõuded õe pauna kohta on samad mis jaoskonna pediatriline puhul. Paun peab sisaldama järgmised esemed: Pirquet' reaktsiooni tegemiseks ja vaktsineerimisteks vajalikud vahendid, naba granuloomi põletamiseks ja naba kleepplaastersidemeks vajalikud esemed, steriilne katsuti kurgu-ninalima ja teiste proovide võtmiseks, ihusoojuse termomeeter, süstimise vahendid, piiritust, vatti.

Peale selle peab õel alati paunas olema arsti allkirjaga varustatud retsepte kõige sagedamini vajatavatele ravimitele: D- ja C-vitamiinile, vatile, booraksglütseriinile, virsikuõlile, kaaliumpermanganaadile, streptotsiidpulbrile, briljantrohelisele, kseroformile, 2%-lisele boorhappelahusele jne. Õe paunas peab ka leiduma vahendeid näitlikuks sanitaarharidustööks, näiteks skeem piisknakkuse levikust, pilt eeskujulikult isoleeritud nakkushaigest, skeem kärbsse kaudu edasikantavatest haigustest jne. Õel peab visiidil alati olema kaasas vihik märgete tegemiseks ja kittel ning nohumask.

IV. Tervete laste teenindamine.

1. Patronaazitöö.

Patroneerimise sagedus ja patronaazitöö ülesanded.

Laste patronaazimine on laste profülaktilise teenindamise olulisemaks lõiguks. Patronaaz nõuandla-polikliniku poolt algab juba ema raseduse perioodil. Patronaazide teeb enne sünnitust kahel viimasel raseduskuul raseda koju kaks patronaazivisiiti. Ta aitab tulevasel emal omandada vajalikke teadmisi lapse tervishoiust, annab nõu lapse varustuse muresemisel, aitab kodu lapse vastuvõtmiseks ette valmistada ja selgitab välja ning aitab võimaluse korral kõrvaldada vast-sündinut ohustavad asjaolud; näiteks juhul, kui samas korteris elab või sama koridori kasutab tuberkuloosi- või kroonilise düsenteeria haige, siis annab öde nõu, kuidas teostada desinfektsiooni, ja õpetab emale lapse isoleerimist ohtlikust haigest.

Patronaazide patroneerib imikut esimesel elukuul vähemalt kolm korda, esimene kord 3 p. jooksul pärast sünnitusmajast lahkumist, järgnevalt 15-ndal ja 25-ndal elupäeval. Teisel elukuul patroneerib öde imikut kaks korda ja hiljem vähemalt kord kuus kuni lapse aastaseks saamiseni. Öe pideval patronaazil olnud lasteks loetakse neid, kellel vahe kahe patronaazivisiidi vahel ei ületa ühte kuud. Arst patroneerib last esmakordselt 2. - 3. päeval pärast sünnitusmajast väljumist; linnas teeb seda jaoskonna pediaater, maal jaoskonna-arst või velsker-ämmaemand. Soovitav on, et arst patroneerib imikut üks kord kuus. Arsti pideval järelevalvel olnud lasteks loetakse neid, kelle puhul kahe patronaazivisiidi vaheaeg esimesel eluaastal kunagi ei ole ületanud kahte kuud. Seega on esimesel eluaastal ette nähtud kokku 27 öe ja arsti profülaktilist imiku läbivaatust (tab. 13, lk. 93).

Esimesel veerandaastal on soovitatav imikut jälgida ainult

kodus, et vältida tema kokkupuutumist nakkushaiguste ja teiste kahjustavate faktoritega nii transpordil kui ka polikliinilises osakonnas. Üle 3 kuu vanuseid imikuid kutsutakse arsti vastuvõtule.

Töö arsti ja õe vahel peab olema jaotatud nii, et arst ja õde ei patroneeriks imikut üheaegselt. Normaalne on, et õde patroneerib enne imikut kodus ja kutsub siis teatud päevaks ema koos imikuga arsti vastuvõtule.

Teisel ja kolmandal eluaastal patroneerivad lapsi nii arst kui õde kumbki 1 kord kvartalis, s.o. 4 korda aastas, 3.-7. eluaastal jälgib arst lapsi ambulatoorsel vastuvõtul üks kord aastas; õe regulaarset patronaazi selles vanuses enam ette nähtud ei ole.

Koolis käivaid lapsi ei jälgi jaoskonnaarst regulaarselt. Nende tervislikku seisundit kontrollivad kooliarstid (süvendatud läbivaatus 1 kord aastas sügisel).

T a b e l nr. 13.

Tervete laste profülaktilise teenidamise kava.

(R - rõugevastane, Di - difteeriavastane, Lä - läkaköhavastane, Tü + düs. - tüüfuse, paratüüfuse, düsenteeriavastane vaktsineerimine.)

Vanus	Patronaaziõde, velsker-ämmaemend	Pediaater, maa-jaoskonnaarst	Vaktsineerimised. Pirquet
Looteiga	Kaks kodust visiiti (viimasel ja eelviimasel raseduskuul) nõuandla-polikliiniku õe poolt	-	-
0-8 p.	Pidev teenindamine ämmaemanda või lasteõe poolt sünnitusosakonnas	Igapäevane läbivaatus sünnitusosakonnas	BCG
9 p.	I patr.v. kodus		
10-11 p.		I patr.v. kodus	

Vanus	Patronaaziõde, velsker-ämmaemand	Pediaater, maa-jaskonnaarst	Vaktsineerimised Pirquet'
15 p.	II patr.v. kodus		
25 p.	III patr.v. kodus		
1-kuune	IV patr.v. kodus	II patr.v. kodus	
2-kuune	VI patr.v. kodus	III patr.v. kodus	
3-kuune	VII patr.v. kodus	IV Ema lapsega arsti vastuvõtul	Pirquet' R
4-kuune	VIII - " -	V - " -	
5-kuune	IX - " -	VI - " -	Pirquet' Di + Lää
6-kuune	X - " -	VII - " -	Di + Lää
7-kuune	XI - " -	VIII - " -	Di + Lää
8-kuune	XII - " -	IX - " -	
9-kuune	XIII - " -	X - " -	Pirquet'
10-kuune	XIV - " -	XI - " -	
11-kuune	XV - " -	XII - " -	
1-2 a.	4 korda aastas kodus	4 korda aastas vastuvõtul	Pirquet' 3 x aastas
			Di + Lää. 1 a. 2 k.v. BCG. 2 a.v.
3-6 a.	ei	1 kord aastas vastuvõtul	Pirquet' 3 x aastas Di + Lää. 3 a. v. Rõuged 4 a. v.
7 a.	ei	Säwendatud läbivaatus kooli astujaile	Pirquet' 3 x aastas Di BCG
8-14 a.	Kooli-õde	Kooliarst 1 kord aastas	Pirquet' 2 x aastas BCG IV ja VII kl-s R 8 a. ja 12 a. Di 12 a. Tü+düs 12a., 13 a., 14 a.

Patronaazi visiidil tuleb täita järgmised ülesanded:

1. Küsitleda anamneesi ajavahemiku kohta eelmisest visiidist käesolevani. Teostada lapse põhjalik, kõigi elundkondade läbivaatus: teha kindlaks lapse üldine tervislik seisund ja selgitada välja võimaliku rahhiidi, hüpotroofia, alimentaarse aneemia, tuberkuloosi ja teiste haiguste esinemine juba varases staadiumis.

2. Järgnevalt tuleb välja selgitada ümbruses esinevad last kahjustada võivad faktoriid (nakkushaiguste kolded, õnnetuste kujunemise võimalused jne.) ja emale õpetada, mis teha, et neid vältida.

3. Igal profülaktilisel visiidil on arsti ülesandeks ema sanitaarteadmiste taseme tõstmine, kuna sageli haigestuvad lapsed seetõttu, et ema teadmised lapse tervishoiust ja nende rakendamine on puudulikud.

4. Lapse edaspidise hooldamise kohta tuleb alati anda täpsed korraldused. Profülaktilisel visiidil tuleb anda ordinatsioone põhiliselt nelja küsimuse kohta, nimelt: toitmise (täpselt kirjeldada toidu koostis ja söötmise sagedus), karastamise (millal ja kui kauaks last õue viia, õhuvannide kestus, vee t^o ülevalamiste puhul jne.), hüpovitaminooside profülaktika (rahhiidi, C hüpovitaminoosi vältimine) ja vaktsineerimiste teostamise kohta. Samuti märkida, mis osas on vajalik kodust sanitaarrežiimi parandada.

Laste patroneerimistel teostatakse neile viraaži kindlakstegemiseks regulaarselt Pirquet' reaktsiooni. Pirquet' reaktsiooni teostatakse imikule 3, 5 ja 9 kuu vanuselt. 1-7 aastastele teostatakse Pirquet' reaktsiooni 3 korda ja kooliealistele 2 korda aastas.

Varaealiste ja eelkooliealiste laste vaktsineerimised (vt. lk.107 tab. 17) teostatakse vastavalt tähtaegadele pärast eelnevat arstlikku kontrolli patronaaziõdede poolt. Soovitav on teostada võimalikult kõik vaktsineerimised nõuandlas-polikliinikus ja ainult erandjuhtudel kodus. Kooliea-

liste laste vaktsineerimised teostatakse koolis kooliarsti ja õe poolt.

Emade sanitaarväljaõppe teostamine patronaazi viisil. Varaealiste laste haigestumiste kõige sagedasemaks põhjuseks on lapse vanemate madal sanitaarteadmiste tase. Teadmatuse ja antisanitaarse eluviisi tõttu tuuakse lastele koju nakkushaiguste tekitajaid, lapsi toidetakse vääralt, neid ei karastata ega teostata rahhiidi profülaktikat. Seega tuleb haigestumuse vähendamiseks suurt rõhku panna emade sanitaarteadmiste taseme tõstmisele. Peab taotlema, et eranditult kõik emad omandaksid lapse tervishoiu elementaarkursuse.

Paljudest sanitaarharidustöö meetoditest lihtsaimad on individuaalsed vestlused emaga ja last hooldavate perekonnaliikmetega. Neid vestlusi viivad läbi arst ja õde nii kodusel lapse külastamisel kui ka ambulatoorsel vastuvõtul. Peale individuaalsete vestluste peetakse grupi vestlusi emade grupele nõuandla-polikliniku ooteruumides, statsionaaris, käitistes, aedades j.t. kohtades, kus viibib rohkearvuliselt emasid.

Paremaks sanitaarharidustöö vormiks on nõuandla-polikliniku poolt organiseeritud statsionaarne või mittestatsionaarne emadekool. Statsionaarne emadekool on emadele lastenõuandlas-poliklinikus, statsionaari lasteosakonnas, mõnes muus lasteasutuses, sünnitusmajas või mujal korraldatud loengute tsükkel kindlaksmääratud ajal plaanikohase temaatikaga. Need loengud käsitlevad lapse hoolduse, toitmise, kasvatamise, haiguste profülaktika j.t. küsimusi. Mittestatsionaarne emadekool on grupp emasid, kellele antakse patronaaziõde poolt kodus läbitöötamiseks raamat laste tervishoiust. Patronaazivisiidil kontrollib õde, kas ema töötab antud materjali läbi ja omandas selles esitatud õpetused.

Emade sanitaarväljaõpe ei tohi olla temaatiliselt juhuslikku laadi ja katkendlik, vaid peab teostuma kindla plaani kohaselt ja õppusest peaksid osa võtma kõik emad.

Tartu L. Kliinilise Lastehaigla polikliinilises osakon-

pas L. Kereše ja A. Valdmanni poolt organiseeritud katsed näitasid, et kõige efektiivsemaks emade väljaõppe viisiks on raamatu-küsitluse meetod. Igale emale antakse tasuta raamatute "Varaealise lapse tervishoid", mille on trükitud avaldanud V. Tartu Sanitaarharidusmaja, või kogumik sanitaarhariduslike brošüüre imiku hooldamisest, toitmise ja nakkushaigustest. Raamatus käsitletakse kõige elementaarsemaid profülaktikaküsimusi hästi lihtsas keeles - see on minimumkursus emale. Igal patronaazivisiidil teeb patronaaziõde emale ülesandeks läbi töötada järgmiseks visiidiks kindel peatükk raamatust ja annab nende nõuete rakendamiseks lisaseletusi. Järgmisel visiidil kontrollib õde ema teadmisi ülesantud peatüki ulatuses, vaatab nende praktilist rakendamist ja hindab ema teadmisi. Kui ema teadmised on veel nõrgad, töötab õde emaga sama küsimuse veel kord läbi. Skeemi kohaselt töötatakse brošüür läbi kümne patronaazivisiidi jooksul, seega peab brošüür tervikuna olema läbi töötatud lapse kuuekuuseks saamisenel.

I õe patr. visiit 9-päevane laps	Teema: lapse hügieen. Näidata lapse õiget mähkimist, näo pesemist, alakeha pesemist, vannitamist, voodi korraldamist, kraadimist pärasoolest. Vajaduse korral jälgida imetamist. Tutvustada ema laste nõuandlapolikliniku töökorraga.
-------------------------------------	---

II patr. visiit 15-päevane laps	Teema: imiku nakatumise vältimine. Karastamine. Õpetada nakkuste vältimist: lapse eraldamine külalistest, käte pesemine, rõivaste ja jalatsite vahetamine, kärveste tõrje, toiduainete ja mänguasjade desinfitseerimine. Õpetada tubaste õhuvannide teostamist ja lapse õue viimist.
------------------------------------	--

III patr. visiit 25-päevane laps	Teema: rahhiidi profülaktika. Näidata ka pilte rahhiidihaigetest lastest.
-------------------------------------	---

IV patr. visiit 1-kuune laps	Teema: düspepsia ja düsenteeria vältimine. Kasutada vestlusel skeemi düsenteeria leviku teedest. Õpetada kärbeste tõrjet, toormahla õiget valmistamist.
V patr. visiit 1,5-kuune laps	Teema: tuberkuloosi profülaktika.
VI patr. visiit 2-kuune laps	Teema: läkakõha vältimine.
VII patr. visiit 3-kuune laps	Teema: liikumise tähtsusest. Õpetada emale imiku massaaži ja võimlemise teostamist ja selgitada selle tähtsust.
VIII patr. visiit 4-kuune laps	Teema: tõhustustoidu tähtsusest. Õpetada lapse pudru valmistamist.
IX patr. visiit 5-kuune laps	Teema: leetrite vältimine.
X patr. visiit 6-kuune laps	Kontrollida ja hinnata ema teadmisi ja nende rakendamist kogu läbivõetud materjali osas.

Arst teostab igal patronaazivisiidil kontrolli ema teadmiste üle õe poolt läbivõetud ainetiku osas, et selgitada, kas õde on teadmisi õigesti hinnanud. Arst annab ka emale konsultatsiooni neis tervishoiu küsimustes, mida õde ise ei suutnud lahendada. Peale selle suunab arst oma jaoskonna õe sanitaarselgituslikku tööd, määrab, millistes kodudes on vajalik teatud küsimusi käsitleda ulatuslikumalt, ja õpetab õele õiget sanitaarselgitustöö metoodikat.

Tartu L. Kl. Lastehaiglas kasutatud raamatu-küsitluse meetodi rakendamisel paranesid emade tervishoiualased teadmised tunduvalt. 899 emast lõpetasid õppuse hindegaga hea 54%, hindegaga rahuldav 35% ja ainult 11% emadest katkestas õppimise või ei suutnud omandada vastavat materjali. Uue meetodi

rakendamisel esines algul ka raskusi, sest mõned õed ei omanud küllaldaselt pedagoogilisi oskusi, kontrollisid emade teadmisi puudulikult ja hindasid neid liberaalselt. Nõutava sanitaarharidustöö läbiviimiseks on vajalik, et patronaaziõe töökohad komplekteeritaks ainult heade pedagoogiliste võimetega õdedest.

Patronaaziitöötajate poolt teostatud visiidid on väga sageli erineva kvaliteediga. Nende peamiseks puudusteks on, et piirdatakse ainult lapse läbivaatusega ja ema küsimustele vastamisega, ei selgitata välja kahjustavaid faktoreid ega teostata emade sanitaarväljaõpet.

Ei ole õige hinnata jaoskonna pediaatri ja patronaaziõe poolt teostatud profülaktilist tööd ainult patronaazivisiitide arvu ja vaktsineerimiste plaani täitmise järgi. Hindamise aluseks tuleb võtta ka töö saavutused - efektiivsus. Selle olulisteks näitajateks on imikute madal haigestumus ja suremus, rahhiitkute ja hüpotroofikute väike %, madal haigestumus kopsupõletikku ja düsenteeriasse teenindatavas jaoskonnas jne.

2. Lastekollektiividesse suunamine.

ENSV tervishoiu ministri ja haridusministri ühise käskkirja nr. 88/84 30. IV 1960.a. alusel on kehtestatud lastekollektiividesse suunamise nõuded.

Lasteasutustesse saatmisel tuleb esitada järgmised kohustuslikud meditsiinilased dokumendid:

1. Lastesõime, lasteaeda, lastepäevakodusse paigutamisel:

- a) sanitaar-epidemioloogiajaama õiend nakkushaigusi põhivate haigetega kontakti puudumise kohta 21 ööpäeva jooksul,
- b) väljavõtte lapse arenemisloost (vorm nr. 191) või arstitõend lapse tervisliku seisundi kohta,
- c) õiend difteeriale teostatud kurgu-nina-lima bakterioloogilise uuringu tulemuse kohta.

- d) õiend sooltenakkustele teostatud rooja bakterio-
loogilise uuringu tulemuse kohta.
2. Lastekodusse, väikelastekodusse, internaatkooli
paigutamisel: samad nõuded, mis punkt 1 a) ja 1 b),
1 c) ja 1 d) ei ole kohustuslikud.
 3. Pioneerlaagrisse paigutamisel: punkt 1 a) ja arsti-
tõend lapse tervisliku seisundi kohta.
 4. Kooli I klassi paigutamisel ei nõuta meditsiiniala-
seid dokumente. On soovitatav esitada lapse individua-
alkaart (vorm nr. 26).

Kõik täiendavad uurimised, mis on lasteasutustes ette
nähtud, nagu rooja uurimine ussnugiliste munade suhtes, Was-
sermanni reaktsioon, uurimine pisikutekandvuse suhtes, Pir-
quet' reaktsioon jne. teostatakse lasteasutustes lapse vii-
bimisel isolaatoris või karantiinigrupis. Vajalikud õiendid
kaitsepoogete, samuti põetud nakkushaiguste kohta nõutakse
organiseeritud korras vastavate lasteasutustelt.

Lasteasutustesse paigutatavatel lastel tuleb läbivaat-
tamisel kõik uurimised ja konsultatsioonid teostada ühe kü-
lastuse jooksul.

Kui laps puudub lasteasutusest haiguse tõttu, on laste-
vanemad kohustatud esitama last raviva arsti tõendi, milles
peab olema märgitud haiguse diagnoos ning aeg, millal laps
võib ilmuda lasteasutusse.

Kui laps puudub lasteasutusest teadmata põhjusel üle
kolme ööpäeva, tuleb selle kohta vormistada kõik õiendid,
mis on ette nähtud lapse vastuvõtmisel vastavasse asutusse.

Laste läbivaatus enne lasteasutustesse paigutamist tu-
leb teostada Tervishoiu Ministeeriumi metoodilise juhendi
järgi. ENSV Tervishoiu Ministeeriumi metoodiline juhend näeb
ette, et õiendid lapse tervise kohta tuleb vormistada mediti-
siinilise läbivaatuse ja lapse arenemisloost saadavate süs-
temaatilise järelevaatuse andmete põhjal ilma täiendavate
kliiniliste, laboratoorsete röntgenoloogiliste ja muude uuri-
misteta. Ainult juhul, kui arstil last läbi vaadates tekib

kahtlus mingi ägeda või kroonilise nakkushaiguse suhtes, mis on vastunäidustuseks lasteasutusse vastuvõtmisel, määratakse vajalikud analüüsid ja eriuurimised.

Haigused, mis ei ole lastekollektiivile epidemioloogiliselt ohtlikud, nagu helmintoosid, lamblioos jne., ei tohi olla takistuseks laste suunamisel lasteasutustesse. Neid tuleb ravida samades lasteasutustes.

Nakkushaiguste puhul, mis on lasteasutusele epidemioloogiliselt ohtlikud, nagu nakkushaigused nakkavas perioodis, nahaseentõbi (trihhofüütia, mikrosporia ja lubiraig), tuberkuloosi aktiivsed vormid, trahhoom, lues nakkavas perioodis jne., ei lubata lapsi lasteasutustesse ning neid ravitakse ambulatoorselt või statsionaarselt kuni epidemioloogilise tervistumiseni.

Kooli I klassi vastuvõetavate laste läbivaatuse kord:

Igal aastal märtsist kuni augustini tuleb teostada lastenõuandlate-polikliinikute poolt kõigi seitsmeaastaste laste dispanseerimine, läbi viia tervendavad üritused: dehelmentiseerimine, suuõõne sanatsioon, immuniseerimised jne. Kui kohapeal puuduvad eriarstid (kõrva-nina-kurguarst, silmaarst jt.), siis määrab läbivaatust teostav arst ise kindlaks nägemis- ja kuulmisteravuse ning teostab muud eriuurimised. Ainult tunduval kõrvalekaldumisel normist suunatakse lapsed konsultatsioonile rajooni või vabariiklike haiglate spetsialistide juurde.

Kooli suunatavate laste kohta tuleb täita dispanseerimise andmeil õpilase individuaalkaart (vorm nr. 26), mis koos erimärkustega (reaktsioonid vaktsineerimistel, tundlikkus ravimite vastu jne.) antakse üle koolile. Samale kaardile tuleb märkida ka, millisesse võimlemisgruppi kuulub laps (lk. 102, tab. 14).

Organiseeritud lastekollektiividest laste kooli suunamisel täidab õpilase individuaalkaardi (vorm nr. 26) sama lastekollektiivi arst.

T a b e l nr. 14.

Õpilaste võimlemisgruppide eesmärgid.

Alus: Kehakultuur ja spordiga tegelevate inimeste arendamine
kontrolli kohta: KSV Liidu Tervishoiu Ministeerium 23.X 1954.a.

Grupi nimetus	Tabatud üritused	Grupi eesmärkide kirjeldus
Põhigrupp	- Õppused kehale kasvatuse tihediku programmi kohaselt. - OVTK, VTK I, VTK II normide järgi järguline täitmine. - Sportlik tegevus ühes spordispektiivis ja osavõtt võistlustest ühel spordilal.	- Terved ja normaalsed füüsilised arenguga õpilased. - Külmade füüsilise ettevalmistusega õpilased, kellel on väikesed keha- ja vaimse tervisehäired.
Ettevalmistusgrupp	- Õppused kehale kasvatuse programmi kohaselt tingimustel, et programm võetakse läbi tegelise, pideva OVTK ja VTK I astme kontinuumi teostamiseks tähtsate rollidega teostamiseks. VTK II astme kuni ühe aasta võrra. VTK II astme norme võib sooritada ainult arsti ettevalmistuse korral. - Õppused füüsilise ettevalmistuse eesmärgidega.	Õpilased väikeste keha- ja vaimse tervisehäired ja füüsilise arenguga lapsed, kellel on väikesed keha- ja vaimse tervisehäired, kellel puudub tervisehäired ja füüsilise ettevalmistuse (varem esgeli haigused ja füüsilise harjutusega mitte tegelemine, vähekiirgava eluviisiga lapsed).
Erigrupp	- Õppused eri programmi või riiklike programmide ülesannete alusel kohaselt, kusjuures ettevalmistuse tähtsuse pikendamine ning normatiivide vähendamiseks. - Ravikeharutamine või korrigatsioonivõimlemine tüüpi õppused.	Õpilased pidevate või ajutiste, kuid tunduvalt keha- ja vaimse tervisehäired, kellel on tervisehäired.

T a b e l n r . 15.

Kehalise kasvatus tundi vabastamise
näidistähtajad.

(Alus: NSVL Tervishoiu Ministeeriumi metoodiline juhend 25. II 1956.)

Haiguse nimetus	Kehalise kasvatus tundi vabastamine, arvates kooli tagasitulekust	M ä r k u s e d
1	2	3
1. a) katarraalne, lakunaarne ja follikulaarne angiin	5 - 10 päeva	Tuleb vältida järsku jähinemist (suusatamine, ujumine jne.). Tuleb olla ettevaatlik talispordiga. Vajadusel pikendatakse tähtaega.
b) flegmonoosne angiin	15 - 22 päeva	
2. Äge bronhiit, ülemiste hingamisteede äge katarr	6 - 10 päeva	Südame-vereringe süsteemi rahuldava funktsionaalse tegevuse puhul
3. Äge keskkõrva põletik	18 - 30 päeva	Väga rasketel juhtudel pikendatakse tähtaega
4. Kopsupõletik	18 - 30 päeva	Väga rasketel juhtudel pikendatakse tähtaega.
5. Gripp	10 - 12 päeva	Rasketel juhtudel pikendatakse tähtaega kuni 30 päevani
6. Äge pleuriit		
a) kuiv	20 - 24 päeva	Tuleb vältida järske jähinemisi (suusatamine, ujumine)
b) eksudatiivne	1,5 kuud	Südame-vereringesüsteemi rahuldava funktsionaalse tegevuse puhul (koormuskatsu tulemused head, ägenemise tunnuste puudumine)

1	2	3
7. Reuma (äge liigeste ja südame vorm)	6 kuud pärast viimast atakki	Nõuded samad, mis eksudatiivse pleuriidi puhul, lisaks nõue, et kehaliste harjutuste tegemisel ei ole liigeste valu. Samuti tuleb arvestada kogu haiguse ja viimase ataki iseärasusi ja kulgu.
8. Ägedad nakkushaigused (düsenteeria, difteeria, sarlakid jt.)	30 - 50 päeva	Südame-vereringesüsteemi rahuldava funktsionaalse tegevuse puhul. Alustada äärmiselt ettevaatlikult ja pikkamisi harjutustega, teostades õpilase üle järjekindlat arstlikku ja pedagoogilist kontrolli.

Tabel nr. 16.

Lastekollektiividesse suunamise uuringud ja dokumendid.

Nõutavad				Soovitavad					
Uuring või tõend (sulgudes selle kehtivuse aeg)	Elukoha sani- taar- epide- mio- loogi- lise jaama tõend	Rooja bakte- rioloogi- giline uuring 1 kord (tüüfus, paratüü- fus, dü- sentee- ria) (1 nädal)	Kurgu- muna- lima uuring diftte- ria (3 päe- va)	Pirquet' reakt- sioon	Rind- kere- rönt- genoo- koopia	Roe- use- nugi- lie- tele	Uriin- Veri	Wae- er- manni reakt- sioon	Pediku- loosi puudu- mise tõend
Laste- kollektiiv									
Lastesõim	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Väikelastekodu	+	0	0	+	+	+	+	+	+
Lasteaed	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Laste päevakodu	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Lastekodu	+	0	0	+	+	+	+	+	+
Kool	0	0	0	+	+	+	+	0	0
Internaatkool	+	0	0						
Sanatoorium	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Kohalik pioneeri- laager	+	0	0	+	+	+	0	0	+
Üleliiduline pio- neerilaager	+	0	0	+	+	+	0	0	+

Märkus: Väikelaste- ja lastekodudesse suunamisel on vajalikud veel sünnitunnistuse originaal, tõend ema või sugulaste elukohast, ema surma või haigestumise korral vastav tõend, akt elukondlike tingimuste kohta, vallasemal vallasema teostatud, vanema töökohta tõend palga suuruse kohta ja lapsevanema avaldus.

3. Vaktsineerimised.

Meil Nõukogude Liidus teostatakse massiliselt laste vaktsineerimist. Vaktsineerimiste tulemusena on likvideeritud haigestumine rõugetesse, difteeriat ja kõhutüüfust esineb üksikjuhtudena; tunduvalt on vähenenud tuberkuloosi, lastehalvatustõve ja läkakõha vastu vaktsineeritute haigestumine nendes haigustesse. Käesoleval ajal teostatakse ENSV-s laste vaktsineerimist kahe nakkushaiguse - tuberkuloosi, rõugete, difteeria, läkakõha, lastehalvatustõve, tüüfuse, paratüüfuse ja düsenteeria vastu. Lähemal ajal hakatakse meil lapsi vaktsineerima ka mumpsiga ja sarlakite vastu. Lapse vaktsineerimine algab juba vastsündinu eas ja kestab regulaarsete vaheaegadega noorukieani (tab. 17, lk. 107).

Enne vaktsineerimist tuleb laps arsti poolt läbi vaadata, et otsustada vaktsineerimise teostamine, selle edasilükamine või ärajätmine. Aktiivsel immuniseerimisel peab lapse tervislik seisund olema tugev, siis on kaitsekehade teke küllaldane. Vähiimagi kahtluse korral teha Pirquet' proov, vere-uuringud, rindkere röntgeni läbivalgustus jne. Juhendites toodud vastunäidustuste esinemisel (tab. 18, lk.108) tuleb vaktsineerimine edasi lükata lapse tervenemiseni. Vajaduse korral tuleb konsulteerida spetsialistidega.

T a b e l n r. 17.

Laste vaktsineerimise tähtajad.

(NSVL Tervishoiu Ministeeriumi käskkiri nr. 437, 16. sept. 1958.a.)

Vaktsineerimise liik	Vaktsineerimise aeg	R e v a k t s i n e e r i m i s e a j a d				
		I rev.	II rev.	III rev.	IV rev.	V res.
Tuberkuloosivastane	3 korda ülepäeva (3.-9. elupäeval)	2 a.	7 a.	4. kl.	7.kl.	10. kl.
Rõugetevastane	3-kuuselt	4 a.	8 a.	12 a.	18 a.	
Difteeria- ja läkakõhavastane ^x	I 5-kuuselt II 6-kuuselt III 7-kuuselt (3 süstet 30-päevaste vaheaegadega)	1 a. 2 k.	3 a.	Ainult difteeria-vastane		
				7 a.	12 a.	
Tüüfuse-, paratüüfuse- ja düsenteeriavastane	12 a. (3 süstet vaheaegadega 7-10 päeva)	13 a.	14 a.			

^x Kuni 5 a. vanusega lapsed, kes on vaktsineeritud difteeria vastu, vaktsineeritakse ainult läkakõha vastu 30-päevaste vaheaegadega, kokku 3 korda.

Vastunäidustused vaktsineerimisel
(ametlike juhendite alusel koostatud,
+ = vastunäidustatud)

Vastunäidustus	BCG	Rõu- ged	Dif- tee- ria	Läka- köha	Tüüfuse, paratüü- fuse,dü- senteeria- vastane, subkutaan- selt
1	2	3	4	5	6
Üldine Palavikuline seisund kahjus- Rekonnalestsentsi tus periood 1 - 2 kuud pärast akuutset hai- gust II ja III astme hü- potroofia	+	+	+	+	+
Nakkus- Ägedad nakkushaigu- haigu- sed ja nendega kon- sed taktsus Tuberkuloos (alla 2 a. v. lastel ka ainult positiivne Pirquet' reaktsioon) Tuberkuloosile kaht- lased kliinilised röntgenoloogilised muutused	+	+	+	+	+
Aller- Allergiline seisund gili- sed seisun- Toidu ja muud idio- did sünkraasiad Bronhiaalastma	+	+	+	+	+
Naha- Nahahaigused (ekseem, haigu- furunkuloos jt.) ... sed Ekssudatiivne dia- tees naha nähtudega	+	+	+	+	+
Vere- Hüpertoonia ringe- Südame dekompen- elun- satsioon dite Reuma ägedas ja ala- häired ägedas faasis.....	+	+	+	+	+

1		2	3	4	5	6	1
Vere- haigu- sed	Pahaloomuline keh- veresus, leukeemia	+	+	+	+	+	
	Hemofiilia	+	+	+	+	+	
	Hemorraagilise sünd- roomiga haigestumi- sed		+				
Seede- elun- dite- haigu- sed	Kõhulahtisused	+	+	+	+		
	Düspeptilised häired alla 2 a. lastel ...	+		+			
	Haavandtõbi					+	
	Maksahaigused					+	.
Kuse- elun- dite haigu- sed	Ägedad ja ägenemise- ga kroonilised nef- roosonefriidid	+	+	+	+	+	
	Püuuria	+		+	+		
Tsent- raal- närv- süste- mi hai- gused	Läbipõetud kesknär- visüsteemi haigused (entsefaliit, menin- giit, poliümüeliit jt.)	+		+	+		
	Spasmofiilia	+		+	+		
Endo- krino- paa- tiad	M. Basedow'					+	
	Suhkur- ja suhkruta diabeet	+	+	+	+	+	

Märkus: Vastsündinute BCG-ne suu kaudu on vastunäidustatud, kui esinevad järgmised sümptoomid: kehatemperatuuri tõus üle 37,5°, sagedane oksendamine, ilmsed düspeptilised häired, haigused, mis mõjustavad lapse üldseisundit (püodermia, pemfigus, naha abstsessid, flegmoonid, nasofarüngiit, otiit, gripp, kopsupõletik, tugev vastsündinu kollatõbi, sünnitrauma ilmsed kliinilised sümptoomid jt.).

Vaheaeg kahe erinevat liiki vaktsineerimise vahel peab olema vähemalt 2 kuud. Vajaduse korral võib üle 3 aasta vanustele lastele teha üheaegselt kaks järgmist revaktsineerimist: rõuged ja difteeria, rõuged ja tüüfus-paratüüfus-düsenteeria. (NSV Liidu Tervishoiu Min. käskkiri nr. 273 9. VII 1956.a.)

Vaktsineerijaks võib olla ainult sel alal eri väljaõpe saanud kõrgema või keskmehiteiinilise haridusega personal.

Vaktsineerimisele eelneval päeval tuleb laps vannitada ja talle panna puhas pesu; see on eriti tähtis skarifikatsioonimeetodiga immuniseerimisel (betseeerimisel ja kaitserõugestamisel).

On väga tähtis, et vaktsineerimise tehnika oleks nõuetekohane. Kaitserõugete hoolikamine ja betseeerimine tuleb teostada skarifikatsioonimeetodil. Difteeriavastane, läkakõhavastane, kombineeritud läkakõhavastane, kombineeritud läkakõha-difteeriavastane ja tüüfus-paratüüfus-düsenteeria-vastane vaktsineerimine tuleb teostada subkutaanse süstimise teel, viiea vaktsiini subkutaansesse koesse abaluu alumisest nurgast allapoole või õlavarre välisküljele.

Vaktsineerimisel kasutatavaid süstlaid ja nõelu tuleb keeta vähemalt 30 minutit. Betseeerimiseks kasutatavaid süstlaid, mensuure, lusikaid ja teisi vahendeid ei tohi tarvitada teiste kaitse süstimiste tegemisel ega mingiks muuks otstarbeks. Kõik teostatud vaktsineerimised tuleb registreerida profülaktiliste kaitse süstete kaardil (vorm 63-a), tuberkuloosivastaste vaktsineerimiste puhul vorm 275 ja lapses arenemisloos (vorm 112) või individuaalkaardil (vorm 26). Vaktsineerimise järgselt tuleb last jälgida 1/2 kuni 2 tundi, et kontrollida võimaliku šoki tekkimist. Šokinähtude ilmnemisel tuleb süstida adrenaliini (0,1%-list lahust) 0,2-1 ml (olenevalt lapse vanusest). Kui vaktsineerituil tekib tugev reaktsioon või šokk, peab pediaater otsustama järgnevate süstete teostamise küsimuse. Kõigist eriti tugevate reaktsioonide juhtumitest tuleb teatada kohalikule tervishoiuosakonnale ja L.A. Tarassevitši nimelisele Vaktsiinide ja Seerumite Riiklikule Kontrollinstituudile Moskvas ja preparaati valmis-

tanud instituudile. Iga kord enne vaktsineerimiste teostamist tuleb täpselt läbi töötada iga vaktsiini kohta väljaantud ametlikult kehtiv juhend. Vaktsiinid tuleb hoida lukustatult, yõtmeid hoitagu vaktsineerimiste eest vastutava isiku käes.

Alljärgnevalt on esitatud kokkuvõtlikult ainult üksikute vaktsineerimiste tehnika, mitte aga juhendid tervikuna.

R õ u g e t e v a s t a s e v a k t s i n e e r i m i -
s e t e h n i k a .

Alus: NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi juhend (20. V 1953.a.) kohustusliku kaitserõugete panemise kohta.

Aine: Vaccinum variolae (veise rõugemäda elus viirustega) vedel vaktsiin säilib $+2 - +6^{\circ} \text{C}$ piirides 4 kuud, kuiv vaktsiin säilib kuni $+10^{\circ} \text{C}$ piirides 1,5 aastat. Kuiv vaktsiin lahjendatakse steriilse 50%-lise glütseriinilahusega. 20-annuselisse rõugelima-ampulli viiakse steriilse pipetiga $0,2 \text{ cm}^3$ (6 tilka) glütseriini ja 10-annuselisse ampulli $0,1 \text{ cm}^3$ (3 tilka) glütseriini ja segatakse steriilse klaaspulgaga või rõugapanemislansetiga. Lahustatud vaktsiin on kõlblik ainult lahustamise päeval.

Kaitserõuged pannakse õlavarre välisküljele mõni cm allapoole õlaliigest, Nahk puhastatakse steriilse vati ja 70° -se piiritusega; joodi, karboolhappe jt. desinfitseerivate ainete kasutamine on keelatud. Kui nahk on kuivanud, siis asetatakse läbipõletatud ja jahtunud lansetiga või Jenneri sülega kolm tilka rõugelima kolmnurkselt nahale, 2-3 cm kaugusele üksteisest. Läbi tilkade tehakse $1/2 - 1 \text{ cm}$ pikkused skarifikatsioonid nii, et ei erituks verd. Seejärel tõmmatakse lima lansetiga skarifikatsioonijoonesse. On keelatud teha kahekordseid ja ristikujulisi skarifikatsioone. Lima lastakse kuivada 5 - 10 minutit, sidet peale panna ei ole soovitatav.

Vaktsinatsiooni puhul hinnatakse tulemust 7.-8.-(10.) päeval; vaktsinatsioon on positiivne, kui ühe või mitme skarifikatsiooni kohal tekib pustul. Revaktsinatsiooni tulemust hinnatakse 4.-5. päeval; revaktsinatsioon on positiivne, kui skarifikatsiooni kohal tekib paapul või vesiikul.

Kui vaktsinatsioon on negatiivne, siis tuleb kontrollimisel seda korrata teisele kääle. Selle negatiivsuse korral tuleb vaktsinatsiooni korrata 3-6 kuu pärast.

Rõugeville on vaja hooliga hoida vigastuste eest. Lapse vannitamisel tuleb vältida kaitserõugete märjakssaamist. Vaktsineerimise järgselt ei tohi vanni ega basseini minna. Komplikatsioonina võib tekkida tugev lokaalne reaktsioon koos lümfangiidiga. Väga harva on võimalik generaliseerumine (hermatogeenne külv). Pustuli mäda sattumisel põletikulisele või vigastatud nahale või limanahale võib seal tekkida hulgaliselt uusi kaitserõuge villi. Harukordseks komplikatsiooniks on 10.-13. päeval tekkida võib vaktsinatsioonijärgne entsefaliit. Tugevatoimelise vaktsiini puhul on vaktsinatsiooni eest vastutava arsti äranägemisel lubatud vaktsineerida kahe 3 mm pikkuse skarifikatsiooniga. Revaktsinatsioon teostatakse keskmiselt iga 4 aasta järel (vt. tab. 17, lk. 107).

B e t s e e e r i m i s e t e h n i k a .

Alus: Juhend tuberkuloosivastase vaktsineerimise ja revaktsineerimise läbiviimise kohta BCG vaktsiiniga 11. VII 1959.a.

Aine: Vaccinum BCG. Avirulentne tuberkuloosi elusmikroobide kuivvaktsiin, ampullis on 1-3 annust. Säilitada +2 - - +8°C juures kuivas pimedas ruumis või külmutuskapis.

Vaktsineerimine s u u k a u d u . Kuni kahe kuu vanuste laste vaktsineerimine toimub suu kaudu spetsiaalse BCG vaktsiiniga, mis sisaldab 2 ml, s.o. ühes annuses 10 mg BCG elus batsille.^x Kuivvaktsiini ampulli ots puhastatakse steriilse vati ja piiritusega, viilatakse ja murtakse. Steriilse süstlaga viiakse ampulli 0,5 ml leiget värskelt keedetud või destilleeritud vett või füsioloogilist lahust, lastakse 2-3 minutit seista (kaetakse pealt steriilse marliga). Vaktsiin, mis ei anna vees ühtlast suspensiooni, on kasutamiskõlbmatu. Seejärel lisatakse veel äsjakeedetud leiget või destilleeritud vett või füsioloogilist lahust, arvestades

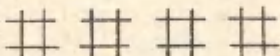
^x ENSV Tervishoiu Ministeeriumi käskkirjaga nr. 42, 11. aprillist 1960.a. rakendatakse ENSV-s vastsündinute vaktsineerimiseks skarifikatsioonimeetodit.

iga vaktsiini annuse (s.o. 10 mg) kohta 2 ml vett. Lahustatud vaktsiin tuleb kasutada kohe peale lahustamist. Ampulli sisu segatakse steriilse süstla otsa pandud nõelaga, tõmmatakse siis süstlasse ja süstlast viiakse steriilsetesse mõõtklaasidesse, igaühte üks annus (2 ml). Igale annusele lisatakse 3-5 ml (teelusikatäis) keedetud ja soojendatud rinnapiima, segatakse ja antakse lastele 20-30 minutit enne söötmist teelusikaga väikeste osade kaupa. Pole lubatud kogu lahustatud vaktsiini hulka korraga lapsele suhu valada. Vaktsiini andmise ajal peab lapse pea ja ülalkeha olema veidi kõrgemale tõstatatud. Niimoodi antakse vaktsiini vastsündinule 3-ndal, 5-ndal ja 7-ndal või 4-ndal, 6-ndal ja 9-ndal või 5-ndal, 7-dal ja 9-ndal elupäeval.

Vaktsineerimine skarifikatsioonimeetodil. Imikute vaktsineerimine, keda pole vaktsineeritud esimese kahe elukuu jooksul, samuti ka laste revaktsineerimine toimub transkutaansel meetodil. Vaktsineerimise eel tuleb teostada lapse läbivaatus, Pirquet' tuberkuliiniproov ja vajadusel teised uurinud. Kliiniliselt täiesti tervel lapsel ei ole röntgenoloogiline uurimine ja nahasisene Mantoux' tuberkuliiniproov kohustuslikud. Nakkavaid tuberkuloosivorme põdevate tuberkulooshaigete kontaktsetel (ka anamnestiliselt) või tuberkuloosikahtlast haigust põdenud lastel tuleb teostada negatiivse Pirquet' proovi puhul 72 tunni pärast Mantoux' proov lahjenduses 1:100 (teine lahjendus) ja rindkere röntgenoloogiline uurimine. Soovitav on revaktsineerimine teostada Pirquet' proovi tulemuse hindamise päeval. Tuberkuliiniproovi ja revaktsineerimise vaheaeg ei tohi olla üle kahe nädala.

Skarifikatsioonimeetodil vaktsineerimiseks kasutatakse erilist vaktsiini, mille 1 annus, s.o. 1 ml, sisaldab 20 mg BCG elus batsille. Ampull avatakse steriilselt, steriilse süstlaga pannakse ampulli 0,5 cm leiget värskelt keedetud või destilleeritud vett või füsioloogilist lahust, lastakse 2-3 minutit seista steriilse marliga kaetult. Lisatakse juurde äsjakeedetud kaevuvett, tavalist või destilleeritud vett või füsioloogilist lahust kuni saadakse lahus, mille ühes ml on üks annus (s.o. 20 mg) vaktsiini. Ampulli sisu segatakse

süstla otsa pandud steriilse nõelaga. Vaktsiini kasutatakse kohe pärast lahustamist. Õlavarre väliskülje nahk puhastatakse piirituse ja eetriga. Ei ole lubatud kasutada teisi desinfitseerivaid lahuseid, nagu joodi, karboolilahust jne. Kuivanud nahale, hoides õlavart horisontaalselt, pannakse süstlast, otse ampullist või pipetiga 4 tilka vaktsiini 1,5 cm kaugusele üksteisest, kusjuures iga tilk aetakse umbes ühe cm² laiuselt nahale laiali. Läbi iga vaktsiinitilga tõmmatakse skarifikaatori või rõugepanemissulega neli 1 cm pikust skarifikatsioon 0,5 cm kaugusel üksteisest ristikujuiselt või paralleelselt.



Joonis 2. Skarififikatsioonijoonestik
betseerimisel.

Skarififikatsioon peab olema nii sügav, et väljuks roosakas seroosverine vedelik (ilma verejooksuta). See segatakse vaktsiiniga ja hõõrutakse hoolikalt skarifitseeritud nahasse skarifikaatori lameda otsaga mõne sekundi kestel. Kõrvart hoitakse peale skarifitseerimist horisontaalses asendis 15 minutit. Seejärel asetatakse skarifitseeritud pinnale neljaks kokkupandud steriilne marlitükk, mis enne vaktsiiniga märjaks tehakse, arvestades 1 ml vaktsiini ühe lapse kohta. Marli kaetakse kompresspaberiga ja kinnitatakse sidemega. Side võetakse ära ühe tunni pärast ja põletatakse. Kasutamata jäänud vaktsiin hävitatakse koheselt. Kontrollitakse 48 tunni pärast. Kui vaktsineerimine on tehtud õigesti, siis peavad olema selgesti näha skarifitseerimise kohtadel õhukesed pindmised koorikud. Kui jäljed puuduvad, siis on vaktsineerimine tehtud liiga pindmiselt ja tuleb koheselt korrata.

Revaktsineerimised teostatakse iga 3-4 aasta järele

(vt. tab. 17, lk. 107).

D i f t e e r i a v a s t a s e vaktsineerimise tehnik.

Alus: NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi juhend difteeriavastaste kohustuslike vaktsineerimiste läbiviimise kohta 16. IV 1953.a.

Aine: Anatoxinum diphtheriae on difteeria toksiin, millele on lisatud 0,5%-list formaldehüüdi ja hoitud 30 päeva 36°C juures. 1 ml sisaldab 25 antigeenset ühikut (AÜ). Hoida +3 - +10° temperatuuris ja pimedas. Säilib 3 aastat.

Anatoksiin süstitakse subkutaanselt abaluu alumisest nurgast allapoole. Naha- ja muskulisine süstimine on vastunäidustatud. Avatud anatoksiini ampulli viimine ühest korterist teise on keelatud. Vaktsinatsioon teostatakse 2 süstena. Alla 9 a. vanustele lastele süstitakse järgmised annused: I süste 1 ml (vähemalt 20 AÜ) anatoksiini. Vaheaeg 20-30 päeva (kuni 1,5 kuud). II süste 2 ml (vähemalt 40 AÜ) anatoksiini. Kui I süstele järgneb väga tugev reaktsioon, siis süstitakse teise süste puhul sama annus, s.o. 1 ml. Üle 9 a. vanustele lastele tehakse vaktsinatsioon poole võrra väiksema annusega, s.o. I süste 0,5 ml, II süste 1,0 ml.

3-6 kuud pärast vaktsineerimist teostatakse esmane revaktsinatsioon annusega 1 ml (20 AÜ). Korduvad revaktsineerimised teostatakse 1 ml (20 AÜ) anatoksiini annuse süstimisega keskmiselt 4-5 a. tagant (vt. tab. 17, lk. 107).

Difteeriat põdenuid vaktsineeritakse mittepüsiva immuniiteedi tõttu mitte varem kui 6 kuud pärast haigust ühekordse süstimisega - annus 1 ml (20 AÜ) anatoksiini. Edasi revaktsineeritakse tavaliste vaheaegade järel.

Iga kord pärast difteeria anatoksiini süstimist tuleb last jälgida 1/2 - 2 tundi. Sökinähtude ilmnemisel süstitakse adrenaliini 1:1000 0,2-1,0 ml olenevalt lapse vanusest.

Süstejärgset reaktsiooni hinnatakse järgmiselt: nõrk, infiltiraadi läbimõõt 4 cm, keha t° 37,5°, keskmine: infiltiraadi läbimõõt 4-10 cm, keha t° üle 37,5°, tugev: infiltiraadi läbimõõdud üle 10 cm, keha t° üle 38,6° või haige raske üldseisund. Reaktsiooninähud kaovad harilikult 24-48 tunni pärast.

L ä k a k ö h a v a s t a s e vaktsineerimise tehnika.

Alus: NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi juhend läkakö-
havastase vaktsineerimise kohta 19. VI 1957.a.

Aine: Formalliniga või mertiolaadiga surmatud läkaköha-
mikroobide suspensioon, 1 ml = 20 miljardit mikroobi. Säilib
1,5 aastat +2 - +10°C juures.

Vaktsineerimisi läkaköha vastu tehakse kuni 5 aastastele
lastele. Üle 5 aastasi vaktsineeritakse aga ainult epidemio-
loogilistel näidustustel. Ainult läkaköha vaktsiiniga immuni-
seeritakse neid alla 5 a. lapsi, kes on juba varem vaktsineer-
itud difteeria vastu. Alla 5 a. lapsi, kes varem ei ole süs-
titud difteeria vastu, immuniseeritakse läkaköha ja difteeria
vastu samaaegselt vastava kahekordse difteeria-läkaköha vakt-
siiniga.

Vaktsiini süstitakse subkutaanselt abaluu alumisest nur-
gast allapoole 3 korda 1 ml korraga 3-4 nädalaste vaheaegade-
ga. I ja II vaktsinatsiooni vahelist intervalli on lubatud
pikendada 2 kuuni ja II ja III vaktsinatsiooni vahelist 3 kuu-
ni. Intervalli pikenemisel üle 3 kuu II ja III vaktsinatsi-
ooni vahel tuleb III vaktsinatsiooni asemel teha kaks süstet
vaheajaga 3-4 nädalat.

Revaktsineerimine toimub läkaköha-difteeria-vaktsiiniga
difteeria vastu revaktsineerimiseks määratud tähtaegadel,
kuid mitte enne 2 a. möödumist viimasest vaktsineerimisest
läkaköha või difteeria vastu. Epidemioloogilistel näidustus-
tel on lubatud revaktsineerimise intervalli lühendamine kuni
ühe aastani. Teiste nakkushaigustega kontaktseid lapsi ei to-
hi karantiini vältel vaktsineerida läkaköha vastu.

Läkaköhahaigega kontaktis olnud laste vaktsineerimine
läkaköha vaktsiiniga toimub lühendatud tähtaegadega: inter-
vall I ja II kaitsesüste vahel lühendatakse 10 päevale ja II
ja III vahel 20 päevale.

Läkaköhahaigetele soovitatakse läkaköha kulu kergenda-
miseks teostada vaktsineerimisi katarraalsel perioodil kahe
ravikuuri näol. I kuur: 3-4 süstet 3-4 päeva järjest järgmis-
tes annustes: I süste 0,2 ml, II süste 0,3 ml, III ja IV süs-
te 0,5 ml. 10-päevasele vaheajale järgneb II kuur, mis koos-

neb kahest süstest 2 päeva järjest: I süste 0,5 ml, II süste 0,5 ml.

Pärast läkaköhavastase vaktsiini süstet võib täheldada 24-48 tunni järel reaktsiooni. Reaktsioon on nõrk, kui punetus ja turse läbimõõt on 2,5 cm ja t° tõus mitte üle $37,5^{\circ}\text{C}$. Reaktsioon on keskmine, kui punetus ja turse läbimõõt on 2,5-5 cm ja t° $37,5-38,6^{\circ}\text{C}$. Reaktsioon on tugev, kui punetus ja turse läbimõõt on üle 10 cm ja t° üle $38,6^{\circ}$ või esineb tugev üldine haiglane olek ka madalama t° puhul.

Sokinähtude esinemise võimaluse tõttu peab jälgima kaitseüstetuid kuni 2 tunnini. Soki puhul süstitakse adrenaliini (1:1000) olenevalt vanusest 0,2-1 ml.

Samaaegse difteeria-läkaköhavastase vaktsineerimise tehnika.

Alus: NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi instruksioon 19. VI 1957.a.

Aine: Formaliiniga ohustatud läkaköha mikroobide suspensioon ja difteeria anatoksiin, millele on lisatud 0,5%-list formaldehüüdi. 1 ml vaktsiini sisaldab 40 miljardit läkaköha mikroobi ja 60 AÜ difteeria anatoksiini. Sellist kahekordset vaktsiini kasutatakse alla 5 a. läkaköha mittepõdenud laste immuniseerimiseks, kui neid pole varem vaktsineeritud difteeria ega läkaköha vastu. 5-12 aastaste laste revaktsineerimiseks kasutatakse aga ainult difteeria anatoksiini. Vaktsineerimisel süstitakse 3 korda subkutaanselt 0,5 ml difteeria-läkaköha vaktsiini vaheaegadega 3-4 nädalat. Erandjuhtudel võib vaheaega I ja II süste vahel pikendada kuni 2 kuuni ja II ja III süste vahel kuni 3 kuuni. Läkaköha koldes võib läbi viia kiirendatud vaktsineerimine: I ja II süste vahe on siis 10 päeva, II ja III süste vahe 20 päeva.

Revaktsineerimine viiakse läbi 6-9 kuud pärast vaktsineerimist ja 3 a. vanuselt annuses 0,5 ml.

Vastunäidustused vt. tab. 18, lk. 108.

Tüüfuse-, paratüüfuse- ja düsenteeria-vastase vaktsineerimise tehnika.

Alus: NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi juhend nr.

5-450 8. IV 1954.a. ja NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi juhend 12. II 1959.a.

Aine: Tetravaktsiin - formaliiniga surmatud kõhutüüfuse, paratüüfus B, düsenteeria (Flexner ja Sonne) mikroobid.

Vaktsineerimine kõhutüüfuse, paratüüfuse ja düsenteeria vastu teostatakse ainult üle 12-aastastele lastele. Alla 12 a. lastele tehakse vaktsineerimist ainult erilistel epidemioloogilistel näidustustel. Enne vaktsineerimise läbiviimist teostatakse süstitavate hoolikas arstlik läbivaatus. Vastunäidustused vt. tab. 18, lk. 108.

Lastele vanuses 12-15 a. teostatakse esmakordne vaktsineerimine järgmistes annustes:

I-süste	0,35 ml	} vaheajad 7-10 (-20) päeva.
II "	0,7 "	
III "	0,7 "	

Esimese süstimise järgselt tekkiva tugeva reaktsiooni puhul tuleb süstida vaktsiini kokku 4 korda 0,35 ml, s.o. iga kord esimese süstega võrdne annus.

Saavutatud immuunsus püsib 1 aasta. Järgmistel aastatel teostatakse revaktsineerimisi sama skeemi järgi.

V. HAIGETE LASTE POLIKLIINILINE TEENINDAMINE.

1. Haigete teenindamisest üldiselt.

Kõiki raskeid, akuutseid palavikuga haigeid ja nakkushaigeid teenindatakse jaoskonnaarsti ja õe poolt kodus. Akuutset haiget ei tohi tuua nõuandlasse-poliklinikusse, sest haige lapse transportimine halvendab tema tervislikku seisundit ja nakkushaige toomisega vastuvõtule võib levitada nakkushaigust. Mittenakkavalt kergeid haigeid, rekonvalesentsente ja kroonikuid teenindatakse nõuandlas-poliklinikus.

Kojukutse võtmisel tuleb küsida täpsed andmed lapse tervisliku seisundi kohta, et arstil oleks teada, millise raskusega on haigus ja kas on nakkushaiguse kahtlust. Lapse emalt

tuleb nõuda, et ta jätaks lapse voodisse ja säilitaks uriini ja rooja arstile näitamiseks.

Kui kojukutseid on mitmesuguste nakkushaiguskahtlaste laste juurde, peab arst mõtlema, millises järjekorras tuleks lapsi külastada ja kas on vajalik kaasa võtta varukittel, et oma rõivastega mitte nakkushaigust levitada. Enne kodusele visiidile asumist peab arst tutvuma lapse arenemislooga, et kontrollida viimast objektiivset leidu, teostatud süstimisi ja analüüse. Samuti tuleb kontrollida, kas laps pole nakkuskontaktne. Visiit haige lapse juurde tuleb teostada tingimata kojukutse päeval. Korterisse sisenemisel tuleb panna kaasasolev kittel selga ja vajadusel katta suu ja nina marlist maskiga. On soovitatav, et igas perekonnas oleks puhas kittel, mida arst saaks kasutada selle lapse teenindamiseks. Käed tuleb iga kord enne lapse juurde minekut pesta ja tingimata ka soojustada. Järgnevalt tuleb võtta omastelt lapse haiguse anamnees. Läbivaatamiseks tuleb laps tingimata asetada valgusrohkesse kohta, imik tõsta akna või lambi lähedale lauale. Läbivaatus teostatakse tingimata kõigi elundite osas; võimaluse korral kontrollitakse ka uriini ja rooja välimust. Pärast läbivaatust tehakse anamneesi ja objektiivse leiu alusel otsus diagnoosi kohta ja teatatakse see vanematele.

Pärast diagnoosi kindlakstegemist tuleb organiseerida ravi. Kergemate haiguste puhul kirjutatakse koduseks raviks retseptid rohtudele ja vajadusel väljastatakse emale töövõimetusleht (vt. lk. 159). Raske haige laps tuleb suunata statsionaarsele ravile. Kui mõningate asjaolude tõttu tuleb raske haige jätta kodusele ravile, siis on vajalik organiseerida kodune statsionaar. Sel puhul peab arst algul külastama haiget iga päev või üle päeva, öde teostab raviprotseduurid, süstimid ja muud toimingud kodus ning vajadusel tuleb koju ka laborant, et teostada vere jt. laboratoorsed analüüsid.

Kui laps jääb kodusele ravile, tuleb vanematele täpselt õpetada, milline peab olema režiim ning dieet ja kuidas anda ravimeid. Ravimite annuste vastavust lapse eale tuleb alati kontrollida kaasasolevast tabelist. Kooliõpilastele tuleb

kirjutada tõend koolile esitamiseks, milles on märgitud esialgne diagnoos. Anamneesi, objektiivse leiu, ravi ja korralduste andmed tuleb kanda kaasasolevasse lapse arenemisloosse.

Vanematele on tarvis teatada, kus ja millal on võimalik areti või õega sidet luua (anda arsti telefoni number, vastuvõtuaeg jne.), kust saab arstiabi õösel ja puhkepäeval. Tingimata tuleb nõuda, et lapse tervise halvenemisel pöörduksid vanemad viivitamatult arsti poole. Arst peab informeerima vanemaid tema poolt teostatava järgmise koduse külastuse ajast. Kui arst on lubanud last järgmisel päeval külastada, siis tuleb seda ka teha.

Pärast esmast visiiti tuleb kodusele ravile jäetud haiget teenindada aktiivselt kuni tervenemiseni. Arst peab teadma, kuidas on haige tervis teisel, kolmandal ja järgnevatel haiguspäevadel. Selleks peab ta vanematega sidet telefoni teel, kutsub neid oma ambulatoorsele vastuvõtule või saadab patroonaažiõe kodusele aktiivsele visiidile; vajaduse korral külastab arst haiget ise aktiivselt kodus. Õigel haigete teenindamisel ei tohi pediatril olla ühtegi kodust haiget, kelle haiguskulu kohta tal puuduvad andmed.

Lapse kliinilisel tervenemisel on vajalik teostada kontrollanalüüsid (SR, uriin, tuberkuliinreaktsioonid jne.), et selgitada, kas laps on tervistunud täielikult. Sellest sõltub järelravi ja režiim. Rekonvalesentsstaadiumis, kui laps ei ole nakkusohklik, võib ta tulla arsti vastuvõtule.

Pärast haigusi tuleb kooliõpilased teatud ajaks vabastada kehakultuuri tundidest. Vabastamise vältus oleneb haiguse laadist ja õpilase üldisest tervislikust seisundist (tab. nr. 15, lk. 103).

Visiidi tulemused tuleb täpselt ja lühidalt fikseerida lapse arenemisloos: anamnees, objektiivne leid, diagnoos, ja üksikasjalikult märkida korraldused ja ravi.

Kuupäev	Anamnees, füüsilise arengu ja kliinilised andmed, analüüside tulemused, spetsialistide otsused	Diagnoos	Korraldused
10.XII	A. Sama koridori kasutab tuberkuloosihaige. 27.XI külmetas, 29.XI - 5.XII hingamisteede katarr. Alates 9.XII teistkordselt kõrge palavik. Obj. Isutu, peavalu, apaadne, kahvatu, $t^{\circ} 39,9^{\circ}$. Hing. el.: sage, kuiv köha, seroosne nohu, neeluringi punetus. Taga paremal paravertebraalselt piirdunud alal bronhiaalse kaaskõlaga hingamiskahin, samas peenmullilisi poolkõlavaid räginaid.	Broncho- pneumonia? Tuberculo- sis pulmo- num?	Suunatud Tartu L. Kl. Las- tehaigla ravile.

Protseduuri teostamine haige kodus.

Ettevalmistused protseduuriks tuleb teha nii, et laps seda ei näeks. Vanematelt palutakse instrumentide alla panemiseks puhas triigitud käterätik ja 2 väikest puhast taldrikut - üks piiritusepudeli, teine kasutatud vati ja instrumentide jaoks: siis ei saa piiritus rikkuda mööblit.

Laps, kellele teostatakse protseduuri, asetatakse valgesse kohta kõva polstriga alusele. Suurema protseduuri puhul asetatakse väikelaps lauale, mis on kaetud teki ja lina-ga. Vanematele näidatakse, kuidas peab last fikseerima. Teised lapsed ja perekonnaliikmed saadetakse toast välja. Last tuleb julgustada. Pärast protseduuri lõpetamist tuleb asjad kokku pakkida ja lapsest eemale minna, et teda rahustada. Ülejäänud rügelima, BCG vaktsiin jt. elusvaktsiini ülejäägid visatakse isiklikult pliidi alla või ahju.

Statsionaarsele ravile suunatud laste arenemislood tuleb saata kohalikku lastehaiglasse või rajooni haigla lasteosakonda hospitaliseerimisele järgneval päeval. Lapse haiglast väljakirjutamisel kantakse haiguse epikriisi statsionaaris arenemisloosse, mis saadetakse nõuandlasse-poliklinikusse tagasi. Juhul, kui lapse arenemislugu ei saadeta haiglasse, peab arst saatekirjale märkima tähtsamad andmed lapse arenemisloost (teostatud vaktsineerimised, põetud haigused, Pirquet' reaktsiooni tulemused jne.) ning anamneesi ja objektiivse leiu olulisemad andmed.

Lapse suunamisel pikemaajalisele transpordile tuleb anda juhiseid lapse õigeks rõivastamiseks. Sageli pakivad vanemad lapse liigselt rõivaste ja tekkide sisse, mistõttu kauakestval transpordil haige seisund tunduvalt halveneb. Liigne pakkimine võib imikul kujuneda isegi surma põhjuseks. Samuti tuleb määrata kindlaks transpordi liik ja haige asend transportimisel. Vajadusel pannakse lapse ümber soojad kotid. Pikaajalisel transpordil peab raske haigega kaasa sõitma meditsiinitöötaja esmaabivahenditega ja vajadusel reduktoriga varustatud väikese hapniku ballooni või selle puudumisel

hapnikupatjadega. Haige imiku jaoks tuleb võtta kaasa pudel joogiga, mida lapsele sageli pakkuda. Ühe ja sama transpordivahendiga ei tohi transportida korraga mitut last, kellest üks on nakkuskahtlane.

Pediaater ei tohi katkestada oma jaoskonna lapsega sidet ka siis, kui laps on haiglasse ravile suunatud. Ta peab telefoni teel püsima kontaktis raviva arstiga, vajaduse korral isegi külastama oma jaoskonna haiget statsionaaris, et anda lisaandmeid lapse reaktiivsusest, varem põetud haiguste kulust jne. Jaoskonna pediaater ei tohi unustada, et ka haigla tingimustes jääb haige tema jaoskonna lapseks, kelle tervisest ta on alati huvitatud. Haiglaravilt lahkunud lapsed tuleb võtta eriarvele ja dispanseerimisele kuni täieliku tervistumiseni.

2. Nakkushaigete ja nakkuskontaktsete teenindamine.

Jaoskonna pediaater on esimene, kes teostab nakkuskoldes vajalikud üritused nakkushaige abistamiseks, nakkuse leviku vältimiseks ja kontaktsete kaitsmiseks (tab. 19. lk. 124).

N a k k u s h a i g e t e t e e n i n d a m i n e .

Kõige enne tuleb nakkushaige viivitamatult isoleerida, hospitaliseerides teda nakkushaiglasse, isoleerides eraldi tuppa või sirmiga eraldatud toa nurka. Sundhospitaliseerimisele kuuluvad järgmised haigused: kõhutüüfus, paratüüfus A ja B, teetanus, koolera, difteeria, rõuged, epideemiline tserebrospinaalne meningiit, poliomieliit, siberi katk, katk, tähniline ja taastuv tüüfus, kevad-suvine puugi entsefaliit ja marutõbi. Üldiselt kuuluvad samuti sundhospitaliseerimisele, kuid erandjuhtudel on epidemioloogi eriloal ka kodus ravitavad haigused: düsenteeria, epideemiline kollatõbi, ikterohemorraagiline leptospiroos, brutselloos ja tulareemia. Teiste haiguste korral ei ole hospitaliseerimine sunduslik.

Haige nakkushaiglasse toimetamiseks kutsub arst välja kohaliku sanitaar-epidemioloogilise jaama transpordi. Keelatud on nakkushaige transportimine üldkasutatavate sõiduvahen-

T a b e l n r. 19.

Tähtsamate nakkushaiguste inkubatsiooniajad,
haige nakatavuse kestus ja kontaktsete
karantiiniajad.

Tabeli koostamisel on aluseks "NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi käskkiri nr. 273" 9. VII 1956.a., NSVL Tervishoiu Min. kiri nr. 04-8/235 10. VIII 1959.a. ja ENSV San. Epid. Valitsuse ülema kiri nr. 5-3/590, 21. sept. 1959.a.

Haiguse nimetus	Inkubatsiooniaeg päevades		Nakatavuse kestus päevades	Kontaktsete karantiin
	Keskmine	Minimaalne ja maksim.		
1	2	3	4	5
Typhus abdominalis	15	7-21-23	Pärast kliiniliste nähtude kadumist ja 2-kordset negatiivset väljaheite ja uriini bakterioloogilist uuringut. Antibiootikumidega raviüül 21 p. peale t normaliseerumist, mitteraviüül 14 p.	21 päeva med. järelevalve. Lastekollektiividest isoleeritakse kuni kahekordse negatiivse uriini ja rooja bakterioloogilise uuringu saamiseni
Dysenteria	3-(4)	12 t.-2-7	Pärast kliiniliste nähtude kadumist, vähemalt ühe raviüüri teostamist ja ühekordset negatiivset rooja bakterioloogilist uuringut. Lasteasutusi külastavatele lastele erinõuded, vt. lk. 133	Med. järelevalve 7 päeva ja isoleerimine kuni ühekordse rooja bakterioloogilise uuringu negatiivse vastuseni
Varicella	14	10 - 21	5 p. pärast viimast värsket lööbimist	Kuni 7 a. v. 10 p. pärast kontakti karantii-nivaba, 11-21 p. eraldada kollektiivist

1	2	3	4	5
Morbilli	10 1/2	6 - 18	Komplikatsioonide puudumisel 4 p. lõõbimisest, komplikatsioonide esinemisel 10 p. lõõbimisest	Pärast kontakti karantiinivaba 7 päeva 8-17 p-ni, (süstitule 8-21 p-ni) eraldada kollektiivist. Koolis leetrite levimisel ei eraldata
Scarlatina	3-6	Mõned tunnid 11 p.	Isoleerimine mitte alla 10 p. haigestumise päevast, lasteasutustes või koolide kahest esimesest klassist isoleerida kodus tingimustes veel lisaks 12 päeva. Angiini põdenuid sarlaki koldest ei lubata kollektiivi enne 12 p. haigestumisest	Kuni III klassi (excl.) õpilasteni eraldada 7 päevaks peale haige isoleerimist. Negatiivse Dicki prooviga ei eraldata.
Polio-myelitis ant.ac.	7	3-10	52 päeva haigestumisest, 40 p. haiglas ja 12 p. kodus	Eraldada 20 päeva. Kodusel hospitaliseerimisel 40 p.
Diphtheria	5	2-10	Peale kliinilist tervenemist ja 2-kordset negatiivset kurgu-ninalima analüüsi	Eraldada ühekordse negatiivse kurgu-ninalima vastuse saamiseni või 7 p. katarraalsete nähtude puudumisel ninaneeluruumis
Pertussis	9	2-15	40 p. haigestumise või 30 p. krampliku köha algusest	Kuni 10 a. v. 14 p., arvates viimase haige isoleerimise päevast (kui kontaktsete grupis viibivate laste hulgas ei ole kõhivaid lapsi)

1	2	3	4	5
Parotitis epidemica	18	3-30	9 päeva haigestumise algusest, kuid mitte enne kliiniliste nähtude kadumist	Kuni 1C a.v. 10 p. pärast kontakti karantiinivaba, 11-st 21 päevani eraldada
Morbus Botkini	30	14-50	1 kuu haigestumise algusest, 3 nädalat ikteruse algusest.	Iganädalane meditsiiniline jälgimine 50 p. kestei. Lapsi kollektiividest ei eraldada. Lasteasutustele määratakse karantiin 50 p-ks viimase haige isoleerimisest
Meningitis cerebrospinalis epidemica	2-3	Mõned tunnid kuni 7 p.	30 p., kui aga on meningokokkide suhtes kaks negatiivset kurgu-ninalima uuringut, siis 21 p.	Eraldada 2-he negatiivse kurgu-ninalima vastuse saamiseni või 7 p.
Rubeola morbillosa	16	11-21	4 p. lööbimisest	Ei eraldada
Rubeola scarlatinosa	14	7-21	10 p. haiguse algusest	Nagu sarlaki puhul
Gripp	2	Mõned tunnid kuni 3 p.	Ägedate nähtude kadumiseni	Ei eraldada

ditega (taksoauto, buss, rong jne.). Kui nakkushaige on ras-
kes seisundis, annab arst talle enne transporti abi: diftee-
riahaigetele on vajalik juba kodus süstida difteeria antitok-
silist seerumit, toksilise düsenteeriaga haigetele anda levo-
mütsetiini jne.

Arst peab iga nakkushaiguse või selle kahtluse, samuti
toidumürgistuse diagnoosimisel saatma hiljemalt 12 tunni jook-
sul kiirteatise (vorm 58) kohalikule SEJ-le nakkushaiguse
diagnoosimise koha järgi ja kandma juhtumi nakkushaiguste re-
gistreerimise žurnaali (arvestusvorm nr. 60 "ravi"). Kiirtea-
tis saadetakse kõhutüüfuse, paratüüfuse A ja B, ägeda ja kroo-
nilise düsenteeria, jäme-, peensoole- ja maosooles põletiku
(colitis, enteritis, gastroenterocolitis), laste (kuni aas-
taste) toksilise düspepsia, tähnilise tüüfuse, leetrite, sar-
lakite, tserebrospinaalse meningiidi, epideemilise entsefa-
liidi, poliümüeliidi, tulareemia, marutõve, leptospiiroosi,
epideemilise hepatiidi, siberi katku, kevad-suvisel puugient-
sefaliidi, malaaria, läkakõha, teetanuse, brutselloosi (värs-
kete juhtude), lahtist tuberkuloosi põdevate (ja tuberkuloos-
i surnute) ning toidumürgistuste, düsenteeria batsillikand-
luse ja värske luese puhul. Kui on olemas telefon, teatatakse
nakkushaiguse avastamisest sanitaar-epidemioloogiajaamaile
ka telefoni teel, sõltumata kiirteatise esitamisest.

Kiirteatist ei saadeta gripi, ülemiste hingamisteede ka-
tarri, angiini, kroonilise brutselloosi, laste düspepsia,
tuulerõugete ja epideemilise parotiidi puhul. Need haigused
võetakse arvele täpsustatud diagnooside registreerimise ta-
longi (vorm nr. 25) alusel.

Kiirteatise vorm nr. 281 saatmisega kohalikule tervis-
hoiuosakonnale registreeritakse aktiivne tuberkuloos, lues
(ka kongenitaalne), gonorröa, trahhoom, faavus, trihhofüütia
ja mikrospooria.

Nakkushaige hospitaliseerimisel sanitaar-epidemioloogi-
lise jaama poolt teostatakse korteris koheselt lõppdesinfekt-
sioon.

Nakkushaige kodusele ravile jätmisel peab arst koldes
organiseerima jooksva desinfektsiooni. Soovitav on jätta ko-

ju desinfectsiooni teostamise õpetus (vastav brošüür või sanitaar-epidemioloogilise jaama poolt paljundatud juhend). Desinfectsiooniks vajalikud ained tuleb välja kirjutada ja õpetada nende kasutamist. Tuleb tingimata hoiatada, et desinfectsiooniks kasutatavad ained on mürgised ja et neid tuleb hoida lastele kättesaamatus kohas. Käte desinfitseerimiseks kirjutatakse emale välja 70^o-st piiritust või kloramiini substantsi ja õpetatakse, kuidas teha 0,2%-line lahus. Ruumide, mööbli, mänguasjade jne. desinfitseerimiseks kasutatakse 0,2%-list kloramiini või kloorlubja selgitatud lahust. Väljaheidete, uriini, käimlate jne. desinfectsiooniks kasutatakse aga 10%-list kloramiini või kloorlubja lahust.

Nakkushaigust diagnoosinud arst teatab kiirteatisega kohalikule SEJ-le ka nakkushaigega kontaktid, kes võetakse eriarvele kuni karantiiniaja (vt. tab. 19 lk. 124) lõppemiseni.

Kui pole arst-epidemioloog, siis organiseerib kõigi oma jaoskonna nakkuskontaktsete teenindamist ja jälgimist, kes ei kuulu SEJ-i jälgimisele, jaoskonna pedilaater või maa-jaoskonna arst. Epidemioloog abi, patronaaziõdede või velskrite poolt viiakse läbi kontaktsete jälgimine.

Vastavalt nakkushaiguse iseloomule tuleb teostada keha temperatuuri mõõtmine, kurgu, naha, rooja vaatlus jne., samuti võtta vajalikud bakterioloogilised uuringud ja vajaduse korral rakendada vastavad passiivse või aktiivse immuniseerimise võtted. Arsti ülesandeks on ka teatada arvele võetud kontaktsetest nende kollektiividele (kool, lasteaiad, lastesõim jne.), et seal teataks, keda ja kui kauaks kollektiivi mitte lubada. Nakkuskontaktsete suhtes tuleb teha kõik selleks, et organismi vastupanuvõimet tugevdada. Neile tuleb määrata pikendatud uneaeg, vältida pingutusi, ülekoormust ja külmetusi. On soovitatav, et nakkuskontaktid viibiks võimalikult rohkesti värskes õhus. Toit peab olema mitmekülgne ja kalorine ning vitamiinirohke, lisaks manustada C ja A vitamiine, keskmiselt 5-15 g kalamaksaõli ja 100 mg C vitamiini päevas.

Kontaktseid ei tohi lubada ekskursioonidele, reisidele ja külaskäikudele, sest need ühelt poolt väsitavad last, tei-

selt poolt aga võivad nad võõrsil olles haigestuda ja niiviisi levitada nakkust. Kontaktsetele ei tohi teostada aktiivseid immuniseerimisi. Ainult läkaköha-kontaktseid võib karantiini ajal vaktsineerida läkaköha vastu (vt. lk.116).

Enamasti kõigi nakkushaiguste kulgu aitab kergendada kontaktsete passiivne immuniseerimine, mida võib teostada gammaglobuliiniga, natiivplasmaga, vereseerumiga, leetrivastase seerumiga või verega (passiivne seroprofülaktika). Kõiki nimetatud vahendeid on vajalik süstida kohe kontaktuse esimestel päevadel ja küllaldases koguses: 10%-list gammaglobuliini lahust vastavalt 3-6 ml intramuskulaarselt, leetrivastast seerumit, natiivplasmat või vereseerumit 30-60 ml intramuskulaarselt. Verd on vajalik süstida 60-100 ml; kuna sellise koguse vere süstimine intramuskulaarselt on tehniliselt raske, on parem teha vereülekanne. Vastunäidustusi gammaglobuliini ja verepreparaatide süstimisel ei ole. Immuunsus kestab umbes 30 päeva.

Lisaks kirjeldatud abinõudele tuleb kontaktsete suhtes üksikute nakkushaiguste puhul rakendada alljärgnevaid profülaktilisi võtteid:

Leetriaigega kokkupuutunud 3-kuustele kuni 4 aastastele lastele, esmajärjekorras kuni 2 aastastele, tuleb tingimata teha seroprofülaktikat. Üle 4 aastastest kuuluvad passiivsele immuniseerimisele ainult alljärgnevate meditsiiniliste näidustustega lapsed: nõrgenenud tervisega lapsed, tuberkuloosiga, kõigi ägedate haiguste rekonvalesentsid ja need lapsed, kellel samaaegselt esineb kontaktus leetrite ja mõne teise nakkushaigusega. Süstimine tuleb teha hiljemalt 5.-6. inkubatsiooni-, s.o. nakkusallikaks olnud haige 1.-2. lööbimise päeval. Hilisem süstimine ei taga haiguse kerget kulgu.

Nakkuslik kollektiivse haigega kontaktsetele lastele soovitatakse süstida gammaglobuliini 0,2-0,3 ml ühe kg kehakaalu kohta.

Lastehalvatustõve - kontaktsetel lastel tuleb vältida füüsilisi ja psüühilisi pingutusi. Kõigile kon-

taktsetele soovitatakse süstida kas gammaglobuliini (0,3 ml ühe kg kehakaalu kohta), vereseerumit, plasmat või leetrivastast seerumit (30-60 ml).

D ü s e n t e e r i a k o n t a k t s e t e l e kasutatakse profülaktiliseks otatarbeks düsenteeria bakteriofaagi (NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi juhend 2. IV 1959.a.). Faagi antakse suu kaudu 1,5-2 tundi enne sööki koos 25-30 ml 3%-lise söögisooda lahusega. Kokku antakse faagi kaks korda järgmistes ühekordsetes annustes: 6 kuu kuni 1,5 aasta vanustele 15 ml (kaks päeva järjest), 1,5 aasta kuni 3 aasta vanustele 25 ml (3-päevase vaheajaga) ja üle 3 aasta vanustele 50 ml (3-päevase vaheajaga). Alla 6-kuustele imikutele faagi ei kasutata. Nõrkadel varaealistel lastel, kes olid väga lähedas kontaktis düsenteeriahaigega, on soovitav anda 2 päeva tavaline raviannus levomütetiini.

K õ h u t ü ü f u s e - kontaktsetele antakse tüüfuse bakteriofaagi. NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi I. I. Metšnikovi nimelise Vaktsiinide ja Seerumite Instituudi juhendi kohaselt antakse faagi kahes tsüklis. I tsükkel viiakse läbi kohe haige diagnoosimisel või puhangu algul, II tsükkel viiakse läbi pärast rekonvalesentsentide tagasitulekut kollektiivi. Iga tsükli puhul antakse bakteriofaagi mitte vähem kui 3 korda 5-päevaste vaheaegadega järgmistes annustes: 6-kuustele kuni 3 aastastele 10 ml, 3-10 aastastele 15 ml ja üle 10 aastastele 25 ml korraga. Alla 6 kuustele faagi ei anta. Bakteriofaag segatakse võrdse koguse 3%-lise söögisooda lahusega ja antakse sisse suu kaudu 1,5-2 tundi enne sööki.

G r i p i k o n t a k t s e t e l ja gripi epideemia ajal üldse on profülaktilistest vahenditest kõige efektiivsem gripivastane polüvalentne (A₁, A₂, B, C ja D tüüpide vastane) kuivseerum koos norsulfasooliga. NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Moskva I.I. Metšnikovi nimelise Seerumite ja Vaktsiinide Teadusliku Uurimise Instituudi juhendi (14. X 57.a.) kohaselt antakse seerumit järgmiselt: kuivseerum viiakse ninaavasse või tõmmatakse tugeva sissehingamise teel lusikalt ninasse 2-3 korda päevas 2-3 päeva järjest. Epidee-

mia puhul on soovitatav iga 5-7 päevase vaheaja järele seerumi kasutamist korrata. Kuivseerumit manustatakse 1-4 aastastele 0,12 g ja üle 4 aastastele 0,25 g korraga mõlemasse ninasörmesse.

Soovitatav on süstida lihasesiseselt 5-10 ml rekonvalesentside verd; verd võetakse täiskasvanutelt, kellel on gripi põdemisest möödunud 2 nädalat kuni 6 kuud.

Diftëeria kontaktsetel tuleb 7 päeva teostada kurgu ja nina vaatlust.

Sarlakikontaktsete passiivseks immuniseerimiseks kasutatakse toksiliste vormide puhul või nõrgestatud lastel vereseerumit 50-60 ml või gammaglobuliini 3-6 ml. Samuti on soovitatav neeluruumi ja ninasse viia (pihustada, tilgutada, määrada) penitsilliini lahust 1 ml = 10 000 ü 3 korda päevas 3 päeva kestel.

Läkakõha - kontaktsetele teostatakse läkakõhavas-tane vaksineerimine läkakõha vaktsiiniga lühendatud vaheae-gadega: vahe I ja II vaktsinatsiooni vahel 10 päeva, II ja III vahel 20 päeva (vt. lk. 116 Alus NSVL Tervishoiu Min. ju-hend läkakõhavastase vaksineerimise kohta 19. VI 1957.a.). Nõrgestatud lastele soovitatakse anda ka 5 päeva süntomütsiini tavaline raviannus.

Tuulerõugete - kontaktsetele haigetele laste-le soovitatakse süstida rekonvalesentside seerumit (võetud 14-21 haiguspäeval) annuses 3-10 ml; võib teha ka tavalist seroprofülaktikat.

Mumpsikontaktsetele võib teha sero-profülaktikat; seda tehakse ainult nõrgestatud tervisliku seisundiga lastel.

3. Eriarvel olevate laste teenindamine.

Jaoskonna pediaater võtab eriarvele ja süvendatud tee-nindamisele kõik nõrgatervislikud ja pikaldaste haigustega lapsed. Alljärgnevalt esitatakse selliste laste grupid ja nende teenindamise üldpõhimõtted.

Enneaegsed, mitmikud ja sünnilt vaegkaalulised (sünnikaaluga alla 2800 g) hoitakse eriarvel, kuni nad saavutavad kehakaalu 5000 g. Selle grupi imikutele tuleb rakendada tavalisest tugevam rahhiidi, C-hüpvitaminoosi ja aneemia profülaktika. Enneaegseid ja vaegkaalulisi peab vähemalt kolmel esimesel elukuul toitma rinnapiimaga.

Varasel kunstlikul toidul olevad lapsed on need, kelle kunstlikku toitmist alustatakse juba esimesel kolmel elukuul, hoitakse eriarvel kuni 6 kuuseks saamiseni. Kuni 3 kuuse imiku toitmisel, kui doonoririnnapiima ei ole, tuleb regulaarselt kontrollida, et kunstlik toitmine oleks nõuetekohane.

Hüpotroofikud ja rahhiitikud peetakse eriarvel kuni tervistumiseni. I astme hüpotroofia ja I ja II astme rahhiidiga lastel rakendatakse kodune ravi, II ja III astme hüpotroofiaga ja III astme rahhiidiga laste ravi on parem teostada statsionaaris.

Ägedat düsenteeriat põdenud lapsed lubatakse kollektiivi, kui 2 nädalat pärast haiglast lahkumist on roe olnud normaalne ning selle aja kestel tehtud viie bakterioloogilise uuringu tulemused (viimased kolm võetud iga päev või üle päeva) on negatiivsed ja rektoskoopiliselt limaskestast ägeda põletiku tunnuseid ei esine. Ühe positiivse bakterioloogilise uuringu puhul jäetakse laps veel 1 kuuks kodusele ravile. Kui batsillikandlus kestab üle kuu ja esineb sooletrakti düsfunktsioon või patoloogilised muutused limanahal, siis käsitatakse neid lapsi kui kroonikuid ja nad suunatakse võimalusel eri lasteasutustesse. Lastekollektiivis jäävad nad kontrolli alla üheks aastaks. Neile teostatakse kogu aasta kestel 1 kord kuus rooja bakterioloogiline uuring. Eriarvelt võib neid kustutada siis, kui ühe aasta kestel on roe olnud normaalne ja kõik bakterioloogilised uuringud negatiivsed. Arvelt kustutamisel peab olema kolm negatiivset rooja bakterioloogilist uuringut, mis on võetud kolmel üksteisele järgneval päeval

või ülepäeviti. Samuti peab olema normaalne rektoskoopiline leid.

Ägedat düsenteeriat põdenud kodused lapsed jäävad eriarvele vähemalt kuueks kuuks. Neile teostatakse pärast haiglast lahkumist esimese kuu jooksul 3 rooja bakterioloogilist uuringut ja hiljem 1 bakterioloogiline uuring iga 3 kuu tagant. Arst peab neid üks kord kuus läbi vaatama. Neid võib arvelt kustutada siis, kui roe on 6 kuud olnud normaalne ja selle aja jooksul tehtud bakterioloogilised uuringud (vähemalt neli) on olnud negatiivsed. Arvelt kustutamisel tuleb teha veel kolm rooja bakterioloogilist uuringut (võetud iga päev või üle päeva), mis peavad olema negatiivsed. Soovitav on teha rektoskoopia.

Ägedat enterokoliiti, gastroenteriiti ja gastroenterokoliiti põdenud lapsed jäävad eriarvele ja neile teostatakse rooja bakterioloogilisi uuringuid samadel alustel kui ägedat düsenteeriat põdenuile.

Kroonilise düsenteeria rekonnvalesesendid jäävad eriarvele peale viimast retsidiivi üheks aastaks. Esimesel kuul peale haiglast lahkumist teostatakse 3 rooja bakterioloogilist uuringut iga päev või üle päeva. Hiljem teostatakse neil rooja bakterioloogiline uuring 1 kord kvartalis ja antiretsidiivne ravi individuaalselt (2-4 korda aastas) olenevalt rooja iseloomust, kaaluibest ja üldseisundist. Antiretsidiivset ravikuuri soovitatakse läbi viia statsionaaris. Arvelt kustutamiseks peab olema 1 aasta kestel roe normaalne, rooja bakterioloogilised uuringud negatiivsed ja rektoskoopiline leid patoloogiata. Viimasel kuul teostatakse iga päev või üle päeva 3 rooja bakterioloogilist uuringut. Kõik kroonilist düsenteeriat põdenud lapsed, kel tekivad retsidiivid, kuuluvad ravile nakkusosakonda. Kroonilist düsenteeriat põdevaid söime-ealisi lapsi tohib paigutada ainult neile määratud erisõimesse. Nende laste üleviimine tervete söime toimub erikomisjoni otsusega nende tervistumisel.

B o t k i n i t õ b e p õ d e n u i d hoitakse pärast haiglast lahkumist eriarvel 6 kuud. Esimene läbivaatus teostatakse hiljemalt ühe kuu jooksul pärast haiglast lahkumist kas nakkushaigla arsti või jaoskonna pediaatri poolt, teine läbivaatus teostatakse 3 kuu ja kolmas läbivaatus 6 kuu pärast jaoskonna pediaatri poolt.

K õ h u t ü ü f u s e ja p a r a t ü ü f u s e rekonvalesstendid, kes kollektiivides ei käi, kuuluvad eriarvele 2 aastat. Neile teostatakse rooja ja uriini bakterioloogiline uuring esimesel aastal 1 kord kuus, teisel aastal 1 kord kvartalis. Arvelt mahakandmiseks peab olema võetud 5-päevaste vaheaegadega kolm negatiivset rooja ja uriini bakterioloogilist uuringut. Tüüfuse ja paratüüfuse rekonvalesstendid lubatakse kollektiivi 1 kuu möödumisel haiglast väljakirjutamisest, kui selle aja jooksul tehtud viie uriini ja rooja ning ühe duodenaalmahla bakterioloogilise uuringu tulemused on olnud negatiivsed. Positiivse uuringu tulemuse puhul pikendatakse kollektiivi lubamist 1 kuu võrra, kui selle kuu jooksul tehtud 5 rooja ja uriini bakterioloogilist uuringut on olnud negatiivsed. Kui teise kuu jooksul esineb veel bat-sillide eritamist, lubatakse laps kollektiivi 1½ kuu pärast, kui selle aja jooksul tehtud viis rooja ja uriini bakterioloogilist uuringut on olnud negatiivsed. Pärast haiglast väljakirjutamist ühe aasta jooksul teostatakse neile rooja ja uriini bakterioloogiline uuring üks kord kuus, järgneva viie aasta jooksul üks kord kvartalis.

R e u m a h a i g e t e l e ja r e u m a k a h t - l a s t e l e teostatakse regulaarselt tervise kontrolli: jälgitakse südame seisundit, põletikukollete tekkimist ja sa-neeritakse tekkinud kolded. Hoogudevahelisel perioodil tuleb reumaatikute suhtes rakendada makroorganismi vastupanuvõimet tõstvaid üritusi: määrata individuaalne päeva-, toitmise- ja õpperežiim, doseerida karastamise ja kehakultuuri üritusi. Retsidiivide profülaktikaks soovitatakse sügis- ja kevadperi-oodil 2-4 nädalat kuuridena manustada sulfoonamiidpreparaate (1-1,5 g päevas), püramidooni 0,6-1,0 g päevas, süstida bit-

silliini nr. 1 arvestusega 10 000 ü ühe kg kehakaalu kohta 1 kord nädalas või 20 000 ü kg kehakaalu kohta 2 korda kuus.

Tuberkuloosihaiged ja tuberkuloosist ohustatud lapsed suunab jaoskonna pediaater dispanseerimisele linnas laste ftisiaatri juurde tuberkuloosi dispanseri lasteosakonda või rajoonis tuberkuloosi kabinetti. Maa-arstijaoskonnast suunatakse kõik tuberkuloosist nakatatud 0-3 a.v. lapsed samuti konsultatsioonile rajooni pediaatri juurde. Tuberkuloosihaigete laste vastuvõtuks on määratud rajooni pediaatril 1 päev nädalas. Vajadusel konsulteerib pediaater ftisiaatrit. Suuremate lastenõuandlate-poliklinikute juurde võib organiseerida 0-3 aasta vanustele lastele tuberkuloosi kabinetid.

Alla 3 aasta vanuste tuberkuloosihaigete gruppidesse jaotus ja kontroll toimub järgmiselt: (alus NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi ringkiri 02/16 - 20. 14. IX 1955.a.).

I grupp: a) lapsed kõigi kopsu- ja teiste tuberkuloosi vormidega (kopsu-, luu-liigese-, lümfisõlmede-, naha-, kuse- ja suguelundite-, silmade tuberkuloos ja tuberkuloosne meningiit), b) lapsed I ja II astme tuberkuloosse intoksikatsiooniga, c) rekonvalescentsid pärast tuberkuloosse meningiidi põdemist, d) alla 1 aastased Pirquet' positiivsed lapsed. I grupi haiged kuuluvad kontrollile vähemalt 8 korda aastas.

II grupp: 1-3 a. vanused lapsed, kel on Pirquet' reaktsioon esmakordselt positiivne, kuid ei saa täheldada tuberkuloosse intoksikatsiooni tunnuseid. II grupi haiged kuuluvad kontrollile vähemalt 5 korda aastas.

III grupp: Kahtlase Pirquet' reaktsiooniga (infilttraadi diameeter alla 5 mm) lapsed kuni selgumiseni, kae on tegemist vaktsinatsioonijärgse allergia või esmase tuberkuloosse infektsiooniga. III grupi lapsed kuuluvad kontrollile vähemalt 4 korda aastas. Kui Pirquet' proov on negatiivne, tuleb seda korrata 4-6 kuu pärast, kahtluse puhul aga $\frac{1}{2}$ - 1 kuu pärast.

IV grupp: tuberkuloosist infitseerumata lapsed kollektis, kus korteris või perekonnas elab tuberkuloosihaiged

(kes kuuluvad I gruppi). IV grupi lapsed kuuluvad kontrollile vähemalt 4 korda aastas.

Üle 3 aasta vanuste laste kontroll ja gruppidesse jaotus toimub järgmiselt: esmaselt tuberkuliinpositiivseks muutunud, s.o. viraažiga lapsed kutsutakse kontrollile algul kord kuus, hiljem, kui lokaalset protsessi välja ei kujune, 1,5 kuni 2 kuu järele. Eiravil peetakse neid 1 aasta vältel.

I grupp: a) kõik kopsutuberkuloosi vormid infiltratiivses, disseminatsiooni, lagunemise või imendumise faasis, bronhoadeniit infiltratiivses faasis; b) teised lokaalse tuberkuloosi vormid (peritoniit, pleuriit, perifeersete mahlasõlmede tuberkuloos, neerutuberkuloos jne.) ägedas perioodis. I grupi lapsed kuuluvad korduvale kontrollile vähemalt 8 korda aastas.

II grupp: a) tuberkuloosi kopsu- ja teised lokaalsed vormid imendumisfaasis mõõdukate intoksikatsiooninähtudega; b) kõik kroonilise II astme tuberkuloosse intoksikatsiooni vormid (3-12 aastat vanad); II grupi lapsed kuuluvad kontrollile vähemalt 4 korda aastas.

III grupp: a) tuberkuloosi kopsuvormid tihenemis- ja lupjumisfaasis ilma intoksikatsiooninähtudeta; b) kõik II astme kroonilise tuberkuloosse intoksikatsiooniga 13-17.a. vanused lapsed. III grupi lapsed kuuluvad kontrollile vähemalt 2 korda aastas.

IV grupp. Terved lapsed batsillaarsest ümbrusest (perekonna-, toa- ja korterikontaktid). IV grupi lapsed kuuluvad kontrollile vähemalt 4 korda aastas. Pärast batsillieritaja surma või ärasõitu kontrollitakse kontaktseid 2 korda aastas 2 aasta kestel.

V grupp: teiste spetsiaalsete kabinettide järelevalvel olevad lapsed (luu-liigese, naha jt. tuberkuloosivormidega haiged). V grupi lapsed kuuluvad kontrollile vähemalt 2 korda aastas.

K e h a l i s e l t j a v a i m s e l t r a s k e l t
d e f e k t i i v s e d l a p s e d v ö e t a k s e e r i a r v e l e ,
s e l g i t a t a k s e v ä l j a n e n d e e l u k o n d l i k u d t i n g i m u s e d j a v a j a d u s e

korral paigutatakse nad vastavatesse eri ravi-profülaktilistesse asutustesse.

Peale eelnimetatute võetakse eriarvele ja -teenindamisele endokrinopaatiatega, kongenitaalse lüesega ja teised pikaldase patoloogiaga lapsed.

VI. TÄHTSAMAD LASTE NÕUANDLA-POLIKLIINIKU TÖÖNÄITAJAD.

A. Ambulatoorne vastuvõtt ja visiidid.

1. Arstide ambulatoorse töö koormus. Norm: 5-6 last tunnis.

a) Keskmine päevakoormus:

$$\frac{\text{nõuandlas-polikliinikus vastuvõetute arv aastas}}{\text{täidetud arsti ametikohtade arv x tööpäevade arv aastas}}$$

b) Keskmine tunnikoormus:

$$\frac{\text{nõuandlas-polikliinikus vastuvõetute arv}}{\text{arstide töötundide arv vastuvõtul}}$$

2. Profülaktiliste külastuste arv arsti juurde polikliinikusse-nõuandlasse külastuste üldarvust

$$\frac{\text{profülaktiliste külastuste arv x 100}}{\text{külastuste üldarv arsti juurde nõuandlas-polikliinikus}}$$

3. Haigete laste poolt nõuandlasse-polikliinikusse tehtud külastuste arv haigetele lastele tehtud külastuste üldarvust (haigete laste poolt nõuandlasse-polikliinikusse tehtud külastuste arv + arsti külastused haigete laste juurde kodus)

$$\frac{\text{haigete laste poolt nõuandlasse-polikliinikusse tehtud külastuste arv x 100}}{\text{haigetele lastele tehtud külastuste üldarv}}$$

4. Nõuandlas-polikliinikus avastatud haigestumiste arv hai-

gestumiste üldarvust teenindusrajoonis elavatel lastel
nõuandlas-polikliinikus avastatud haigestumiste
arv x 100
 haigestumiste üldarv teenindusrajoonis elavatel
 lastel

5. Arstide kodus teenindamise koormus. Norm: kodune visiit lapse juurde 30-45 minutit. Keskmine tööpäeva koduste visiitide arv:

arstide koduste visiitide arv
 täidetud arsti ametikohtade arv
 x tööpäevade arv aastas

6. Koduste visiitide arv iga 100 ambulatoorse külastuse kohta

arstide koduste visiitide arv x 100
 nõuandlas-polikliinikus vastuvõetute arv

B. Tervete teenindamine.

7. Rasedate patronaaž. Norm: 100%.

õe poolt patroneeritud rasedate arv x 100
 rasedate üldarv

8. Imikute hõlmavus. Norm: 97-98%.

arvele võetud imikute arv x 100
 sündide arv perekonnaseisuaktide büroo andmeil

9. Vastsündinute %, keda patroneeriti arsti poolt 3 päeva jooksul pärast sünnitusmajast lahkumist. Norm: 100 %.

3 päeva jooksul pärast sünnitusmajast lahkumist
arsti poolt patroneeritute arv x 100
 aruandeperioodil sünnitusmajast lahkunud ja arvele võetud laste arv

10. Õe vastsündinute patronaaži % arvestatakse samal põhimõttel.

11. Pideval arstlikul jälgimisel olnud imikute %. Norm: 100%.

imikute arv, keda jälgiti arsti poolt
vaheaajaga alla 2 kuud x 100

aruandeperioodil 1-aastaseks saanud
laste arv

12. Pideval õe patronaazil olnud imikute %. Norm: 100%.

imikute arv, keda patroneeriti õe poolt
igal kuul x 100

aruandeperioodil 1-aastaseks saanud las-
te arv

13. Alla 3 kuuselt segatoitmisel olnud imikute %.

alla 3 kuuselt segatoitmisel olnud imi-
kute arv x 100

aruandeperioodil 1-aastaseks saanud las-
te arv

Analoogiliselt arvutatakse:

14. Aruandeperioodil alla 6 kuuselt kunstlikul toitmisel
olnud laste %.

15. Aruandeperioodil 1-aastaseks saanud laste %, kes olid
pirketiseeritud 1,2 või 3 korda.

16. Aruandeperioodil tuberkuloosi, rõugete, läkaköha, dif-
teeria jne. vastu vaktsineeritud imikute %.

vaktsineeritute arv x 100

1-aastaseks saanud laste arv

C. Haigete teenindamine, haigestumus ja suremus.

17. Koduste haigevisiitide aktiivsuse näitaja (%). Norm:
50-60%.

aktiivsete koduste haigevisiitide arv x 100

koduste haigevisiitide arv

18. 1-aastaseks saanud laste %, kellel esines hüpotroofia
(I, II ja III aste) (arvutatakse analoogiliselt punkt
11-ga.

19. 1-aastaseks saanud laste %, kellel esines rahhiit (I,
II ja III aste) (arvutatakse analoogiliselt punkt 11-ga

Haigestumuse väljaarvutamisel tuleb võtta protsent vastava vanusegrupi laste keskmisest arvust, milline arvutatakse järgmiselt:

$$\frac{\text{laste arv aasta algul} + \text{laste arv aasta lõpul}}{2}$$

20. Üldine imikute haigestumus (%) :

$$\frac{\text{imikutel registreeritud haigestumiste üldarv} \times 100}{\text{imikute keskmine arv}}$$

21. Analoomiliselt arvutatakse imikute haigestumust düsenteeriasse, kopsupõletikku jt. haigustesse.

Näide:

$$\frac{\text{düsenteeriasse haigestunud imikute arv} \times 100}{\text{imikute keskmine arv}}$$

22. Imikute suremus (%) :

$$\frac{\text{surnud imikute arv} \times 100}{\begin{array}{l} 1/3 \text{ eelmisel aastal sündinud} + 2/3 \text{ käesoleval aastal sündinud} \\ \text{laste arvust} \qquad \qquad \qquad \text{laste arvust} \end{array}}$$

LASTE TEENINDAMISE ISEÄRASUSED MAAL.

H. Preem.

T e e n i n d a m i s e s t r u k t u u r . Rajoonis juhib laste ravi-profülaktilist teenindamist rajooni pediatater. Laste ambulatoorseks ja koduseks teenindamiseks on rajoonis lastenõuandla-poliklinnik ja haiglaabi võimaldamiseks rajooni haigla lasteosakond.

Rajooni keskuse ja selle ümbruse jaoskonna lapsi teenindab jaoskonna pediatater koos patronaaziõdedega samalaadselt, nagu on kirjeldatud laste teenindamist linnas.

Maa-arstijaoskonnas teostab laste teenindamist maa-jaoskonnaarst koos patronaaziõdega ja ämmaemandaga rajooni pediatri juhendamisel ja kontrollimisel. Maal ja asulates elune-

vate laste ravi-profülaktilise teenindamise kohta kehtivad samad nõuded kui linnas, kusjuures arsti patronaazivisiidid teostab siin maa-jaoskonnaarst.

Maa-arstijaoskonna töö kergendamiseks on vastavalt jaoskonna vajadustele organiseeritud velsker-ämmaemandapunktid. Velsker-ämmaemandapunkti teeninduspiirkonnas teenindab lapsi ämmaemand. Ta täidab patronaaziõe kohustused ja peale selle võtab nii terveid kui ka haigeid lapsi vastu ambulatoorselt ja visiteerib neid kodus. Ta teenindab ka koole, mis asuvad tema tegevuspiirkonnas, kusjuures õpilaste süvendatud läbi-vaatust teostab 1 kord aastas jaoskonnaarst.

Ämmaemanda tööd juhendab ja kontrollib jaoskonnaarst. Jaoskonnaarst külastab velsker-ämmaemandapunkti plaanipäraselt vähemalt 1 kord kuus kindlal päeval. Näiteks: kui jaoskonnas on 4 velsker-ämmaemandapunkti, külastab jaoskonnaarst igat velsker-ämmaemandapunkti 1 kord kuus; kui jaoskonnas on aga ainult 1 velsker-ämmaemandapunkt, siis külastab ta teda 1 kord nädalas, st. 4 korda kuus. Sellistel konsultatsiooni-kontroll-väljasõitudel konsulteerib jaoskonnaarst nii terveid kui haigeid lapsi, kontrollib ämmaemanda poolt tehtud tööd ja annab juhendeid töö paremustamiseks. Velsker-ämmaemandapunktis on soovitatav sisse seada vihk, kuhu jaoskonnaarst märgib oma kontrollimise tulemused ja ettepanekud. Vihik peab olema nummerdatud lehtedega ja jaoskonnaarsti poolt kin- nitatud. Vihiku märkmed omakorda annavad rajooni pediatrile andmeid töös esinenud puudustest, nende likvideerimisest, jaoskonnaarsti ettepanekute õigsusest ja otstarbekusest jne.

H a i g e t e l a s t e teenindamine maal toimub etappravi süsteemi kohaselt. Jaoskonnaarst visiteerib haigeid lapsi oma otseses teeninduspiirkonnas ja velsker-ämmaemanda kutsel ka viimase piirkonnas, kusjuures kuni 2 aastasi haigeid lapsi velsker-ämmaemandapunkti piirkonnas teenindab erandi- tult jaoskonnaarst. Vajaduse korral konsulteerib jaoskonna- arst rajooni pediatriga või annab talle väljakutse koduseks visiidiks. Kuni 1 aastaste laste ravi suhtes peab olema tin- gimata konsulteeritud rajooni pediatriga.

Velsker-ämmaemandapunkti teenindamispiirkonnas visiteerib haiget esimesena velsker-ämmaemand, konsulteerides vajaduse korral jaoskonnaarstiga või andes talle väljakutse koduseks visiidiks. Juhul, kui velsker-ämmaemand leiab, et laps vajab ravi rajoonihaiglas, suunab ta lapse kohe sinna. Erakordsetel juhtudel võib teha ka ilma jaoskonnaarsti poole pöördumata väljakutse rajooni pediaatrile.

Jaoskonna haiglas tavaliselt lastepalatit ei ole, kuid vajaduse korral võib lapsi hospitaliseerida ka jaoskonna haiglasse. Ambulatoorsel vastuvõtul teenindatakse lapsi väljaspool järjekorda. Vastuvõtul olev õde peab filtriõde ülesandeid täitma (vt. lk. 85) ja pidevalt jälgima, et ooteruumis ei viibiks nakkusohtlikke haigeid. Kui ambulatoorsele vastuvõtule satub nakkusohklik haige, tuleb ta koheselt suunata eraldi ruumi, kus arst teostab läbivaatuse ning suunab kodusele või haiglaravile.

T e r v e t e l a s t e teenindamise korraldamine, eriti õe patronaazivisiitide reeglipärane teostamine, on maal pikkade vahemaade tõttu palju raskem kui linnas. Kogemused on näidanud, et reeglipärane patronaazitöö on parem, kui suurte teeninduspiirkondade korral patronaaziõde koht territoriaalselt on jaotatud kahe õe vahel (kummalgi pool kohta). Siis saab tööd organiseerida nii, et õde teeb väljasõite 2-3 korda nädalas.

Kui maa-arstijaoskonnal ei ole võimalik patronaaziõdesid küllaldaselt transpordiga kindlustada, siis tuleb kokku leppida kolhoosi resp. sovhoosi juhtkonnaga, et nad saadaksid 1 kord kuus patronaaziõele auto või hobuse profülaktilise töö läbiviimiseks antud kolhoosis (sovhoosis).

Väljasõidul kolhoosi (sovhoosi) teostatakse:

- 1) laste profülaktiline läbivaatus,
- 2) laste pirketiseerimine,
- 3) laste vaktsineerimine,
- 4) emade sanitaarteadmiste tõstmine.

Sellisel töö organiseerimisel paraneb vaktsinatsioonide teostamine märkimisväärselt.

Laste profülaktiliseks ambulatorseks teenindamiseks peab maa-arstijaoskonnas olema määratud 1 kord nädalas eri vastuvõtuaeg. Sellega võimaldub igal emal, eriti lapse esimesel eluaastal, saada arsti nõuandeid toitmise, hooldamise, laste haigestumise vältimise jt. küsimustes. Ühtlasi on arstil võimalik põhjalikumalt teostada lapse profülaktilist läbivaatust ning on välditud imiku nakatumise võimalus ambulatorsete haigete poolt.

Jaoskonnaarsti teenindamisele kuuluvad ka jaoskonna teeninduspiirkonnas olevad koolid, lasteaiad ja lastesõimed. Jaoskonnaarst teostab lastekollektiividesse suunataivate laste ja samuti kooli astujate läbivaatuse ning suunab nad vastavatele analüüsidele. Vajaduse korral konsulteerib ta rajooni pediatriga või rajooni teiste spetsialistidega.

Kesk-meditsiinilise personali töö koolides on jaotatud jaoskonna haigla kesk-meditsiinilise personali vahel.

R a j o o n i p e d i a a t r i töö on mitmekesine ja vastutusrikas. Tema ülesanded on järgmised:

1. Kogu rajooni laste teenindamise organiseerimine ja meetodiline juhendamine.
2. Rajooni laste ravi-profülaktilise töö näitajate väljaarvestamine ja analüüsimine ning nendest tulenevate tööplaanide koostamine.
3. Jaoskonnaarstidelt ravi-profülaktilise töö, surmajuhtude, esinenud lahkdiagnooside ja haigete meditsiiniliste suunamisvigade analüüside nõudmine iga kvartali lõpul. Neist paremate ja halvemate töönäitajate analüüsimine rajoonisisestel konverentsidel.
4. Rajoonisiseste kvalifikatsiooni tõstmise seminaride ja konverentside organiseerimine kõikidele jaoskonnaarstidele, patronaaziõdedele ja ämmaemandatele.
5. Jaoskonna haigla ja velsker-ämmaemandapunkti varustamine ajakohaste tabel-andmetega (näit. uued toitmiskeemid, uute ravimite annused lastele jm.) ja uute ravi-profülaktilise töö juhenditega. Pediaatri-

lise literatuuri kasutamise juhendamine.

6. Plaanipärane jaoskonna haiglate külastamine vähemalt 1 kord kuus ja velsker-ämmaemandapunktide külastamine vähemalt 1 kord kvartalis.
7. Jaoskonnaarsti resp. velsker-ämmaemanda konsultatsiooni-väljakutsete täitmine.
8. Laste nõuandlas-polikliinikus konsultatsiooniks suunatud laste vastuvõtmine 2-3 korda nädalas (seejuures peab olema 1 kord nädalas eri vastuvõtuaeg 0-3 aastastele tuberkuuloossetele lastele).

Plaanilistel konsultatsiooni-väljasõitudel konsulteerib rajooni pediaater jaoskonnaarstiga raskematest haigusjuhtudest, kontrollib ja juhendab jaoskonnaarsti ja patronaaziõdede tööd, osutades erilist tähelepanu alla 1 a. ja eriarvel olevate laste teenindamisele ja vaktsinatsioonide läbiviimisele ning viib läbi jaoskonnasiseselt kvalifikatsiooni tõstmise seminare neile järgneva teadmiste kontrollimisega.

Oma tööülesannete täitmiseks peab rajooni pediaatril olema täpne ülevaade laste meditsiinilise teenindamise olukorrast kogu rajooni ulatuses. Selleks on soovitatav sisse seada rajooni pediaatriline pass. Rajooni pediaatriline pass peaks sisaldama järgmisi andmeid:

1. Rajooni lapsi teenindavad meditsiinilised asutused: nende ruumide vastavus, kõva ja pehme inventari, aparatuuri ja instrumentariumiga varustatus, kaadriga komplekteeritavus ja töötajate kvalifikatsiooni hinnanang, sanitaarepideemiline olukord.
2. Laste ravi-profülaktilise teenindamise näitajad iga jaoskonna ja velsker-ämmaemandapunkti kohta eraldi.

Pediaatrilise teenindamise kvaliteedi kontrollimiseks on vajalik, et rajooni pediaater saaks igalt jaoskonnalt ja velsker-ämmaemandapunktilt iga kuu lõpul andmed laste profülaktilise teenindamise, haigestumuse ja suremuse kohta. Hädavajalikud on järgmised andmed: vastsündinute patronaaz,

pideval õe patronaažil olevate imikute % vaktsineerimiste teostamine laste haigestumine (arvuliselt) rahhiiti, düsenteeriasse, tuberkuloosi, kopsupõletikku jne.); laste surmajuhtude arv ja nende analüüs. Nende andmete põhjal teab rajooni pediaater oma tööd suunata.

Rajooni pediaatri töö on suur, seepärast tuleb õigesti tööle rakendada maa-jaoskonnaarste, patronaaziõdesid, velsker-ämmaemandaid, lastekollektiivide töötajaid jt. ning pidevalt hoolitseda nende pediatriliste teadmiste taseme tõstmise eest.

LASTEHAIGLA (VÕI LASTEOSAKONNA) ORGANISEERIMINE.

L. Keres.

Lastehaiglad teenindavad alla 15 a. lapsi. Laste küllal-dase statsionaarse abiga kindlustamiseks on ette nähtud iga 1000 elariku kohta 1,2 voodit laste ravimiseks ja 1,4 voodit nakkushaigete (kokku laste ja täiskasvanute) ravimiseks.

Laste statsionaarseks raviks on olemas eraldi lastehaiglad mitmesuguste eriosakondadega või on üldhaiglate juures organiseeritud eraldatud lasteosakond.

Lastehaiglad projekteeritakse tavaliselt kas 25-, 35-, 50-, 75-, 100-, 150- või 2 00-voodilised. Lastehaiglate juurde kuulub ka teatud piirkonda teenindav laste polikliiniline osakond.

Nõuded ruumide ja sisseseade kohta.

Vastuvõtublokk peab olema ehitatud nii, et ei oleks võimalik nakkuse ülekandmine ühelt haigelt teisele. Vastuvõtublokkis peavad olema Meltseri boksid (vähemalt 4 % voodikohtade üldarvust), protseduuride tuba ja vannituba haige sanitaarkorrasdamiseks. Igal Meltseri vastuvõtuboksil on eri sissekäik otse õuest. Boks koosneb kolmest ruumist: tuulekoda, boks ja eelboks e. lüüs. Boksis teostub haige läbivaatamine, lüüsis kitli vahetamine ja käte desinfitseerimine. Protseduuri-

ride tупpa viiakse laps vaid siis, kui on tarvidus teha mõnd suuremat protseduuri, nagu lumbaalpunksioon, maoloputus jne.

Laste haiglast kojusaatmiseks peab olema eraldi ruum. Seal teostatakse lapse ümberrõivastamine. Kojusaatmise ruumi juurde kuulub ka eraldi ooteruum ja sealt väljapääs õue. Kojusaadetavad lapsed ei tohi kontakteeruda saabuvate haigetega.

Osakonna ruumid. Nakkuste leviku vältimiseks jaotatakse lastehaigla (lasteosakond) väikesteks mikro-osakondadeks (seksioonideks), mille suurus ei tohi olla üle 25-30 voodi. Osakonnad peavad töötama täiesti eraldatult (eraldi personal, kõrvalruumid, sööginõud, pöetusvahendid jne.) nii, et ühes osakonnas esinenud nakkushaiguse juhu puhul ei oleks võimalik nakkuse ülekande teistesse osakondadesse. Alla 3 a. lapsed paigutatakse eriosakonda; üle 7 a. laste jaoks peavad olema eraldi ruumid tütarlastele ja poeglastele.

Lastehaigla voodikohtadest vähemalt 25 % (soovitav 50%) peavad olema bokseeritud, osa neist täis-, osa poolboksidenä (vaheseinte kõrgus 2 m).

Lahtise diagnoosiga nakkuskahtlaste haigete jaoks on otstarbekohane organiseerida eri osakond, mis peab olema täielikult bokseeritud.

Igal mikroosakonnal peavad olema peale palatite veel järgmised ruumid: toimingute tuba, serveerimisruum koos nõudepesemise boksiiga, köetav kinnine rõdu, vanni-dušituba, isolaator, käimla ja musta pesu ruum. Varaealiste laste osakonnas on 20-voodilise osakonna jaoks ette nähtud üks 10 m² emade tuba kahe ema jaoks (5 m² põrandapinda ema voodi kohta). Suuremate laste osakonnas organiseeritakse võimaluse korral lastele söögi-mängutuba.

Kõige otstarbekohasemad on 2-4-voodilised palatid, mis laste kontrollimise hõlbustamiseks on eraldatud üksteisest klaasvaheseintega. Iga voodikoha jaoks peab olema mittenakkusosakonnas 2-voodilises palatis 6,5 m² ja enamvoodilises palatis 5,5 m² põrandapinda ja umbes 20 m³ õhuruumi. Palatite kõrgus peab olema vähemalt 3,5 m. Ühe Meltseri boksi kohta

arvestatakse 10,5 m² põrandapinda. Igas palatis peavad olema kätepesemise seadmed.

Kõik ruumid peaksid olema varustatud tõmbaventilatsiooniga, mis võimaldab pidevat ventilatsiooni. Kogu ruumi õhu vahetus peab teostuma vähemalt kaks korda tunnis (tõmbe järgi). Tsentraalse ventilatsiooni puudumisel on vajalik framuugid (vt. lk.42) või õhuaknad.

Lastepalatisse ei ole lubatud paigutada haigeid üle ettenähtud normi.

Loomuliku valgustuse koefitsient peab olema 1:6 või 1:7. Kunstlik valgustus peab olema kahesugune: tavaline ja õine valgustus. Öövalgustuseks peab olema nõrk kaudne valgustus.

Ruumide t^o peab olema palatites 20–22^o, enneaegsete palatis 25^o, rõdul 8–12^o.

Palatite seinad peavad olema vähemalt 1,5 m kõrguseni põrandast õlivärviga kaetud. Kõige paremaks põranda katteks on linoleum; võib olla aga ka hästi siledaks pahteldatud ja õlivärviga värvitud põrand.

Sisustus. Lastel peavad olema kasvule vastavad metallvoodid, alla 2 a. lastel külgvõredega voodid, kusjuures võre lukud peavad olema kindlad. Võrepulkade vahe ei tohi olla üle 8 cm. Madrats peab ulatuma külgvõre alumise horisontaalpulgani ja katma kogu voodi põhja; lapse ase peab olema tasane. Voodid asetatakse palatisse nii, et neile juurde pääseb mõlemalt poolt.

Haigetel peavad olema voodisse pandavad lauakesed söömiseks, mängimiseks ja muuks tegeluseks. Kuni 1,5 aastaste jaoks peavad olema mängutarad. Paranevate laste jaoks peavad olema eale vastavad lauad ja toolid. Igal lapsel peab olema voodi juures õhkapp isikliku hügieeni esemete, mänguasjade, raamatute ja maiustuste panemiseks.

Palatite ja koridoride seintel peab olema lapse meeleolule positiivselt mõjuvaid pilte. On hea, kui suuremate laste osakond on radiofitseeritud ja iga voodi juures on kõrvaklapid raadiosaate kuulamiseks.

Iga voodi juures peab olema lüliti valgussinaali andmiseks õele.

Vanni-dušitoas peavad olema eraldi vannid suuremate (1,4 x 0,6 m) ja väiksemate (0,9 x 0,5 m) laste jaoks: Vannile peab juurde pääsema paremalt poolt. Kraanid peavad asuma vanni jalutsipoolse otsa kohal. Soovitav on, et vannid asetataks 80 cm kõrgusele (arvestades vanni servast), siis on personalil kergem, kuna ei pruugi lapse vannitamise ajal kummarduda. Vannitoas peavad olema lauad või taburetid laste rõivastamiseks.

Rõdul peavad olema raamid lamavate haigete jaoks ja toolid ja lauad kõndivatele haigetele.

Serveerimisruumis peab olema komplekt sööginõusid osakonna laste jaoks, nõude kapp ja laud, nõudepesemise boksis nõudepesemise ja desinfitseerimise seadmed.

Käimlas peab olema riiul rooja proovide ja pottide panemiseks, desinfitseeriva lahusega anumad pottide desinfitseerimiseks ja pottide pesemise harja hoidmiseks.

Musta pesu ruumis peab olema kott või kinnine kast musta pesu hoidmiseks ja tume kittel musta pesu transportimiseks.

Peale nimetatud ruumide peab osakonnal olema veel puhta pesu kapp ja eraldi kapp küürimis- ja desinfektsioonivahendite hoidmiseks.

Lastehaigla peab olema varustatud pesuga ettenähtud normide kohaselt (vt. "Tervishoiutöötaja käsiraamat").

Nakkuste sissepääsu vältimine.

Nakkused võivad pääseda lastehaiglasse haigete laste, personali, külastajate, pakkide, toiduainete ja kärbest kaudu.

Juba polikliinilises osakonnas ja maal töötavad arstid peavad enne lapse haiglasse saatmist üksikasjaliselt uurima lapse epidemioloogilist anamneesi. Last ei tohi transportida koos nakkushaigetega.

Haigete vastuvõtmisel tuleb hoolikalt teostada lapse läbivaatus; nakkushaiguse kahtlusel tuleb laps saata nakkushaiglasse. Sageli aga tuuakse nakkus lasteosakonda sel teel, et vastuvõetav haige on inkubatsiooniperioodis ja alles teatud aja möödumisel muutub haigus nakkavaks. Seepärast on nõutav lapse vastuvõtmisel hoolikalt küsitleda, kas tal on olnud viimase 21 päeva kestel kokkupuuteid nakkushaigetega. Lastehaigla vastuvõtus peab olema raamat, kuhu on märgitud nakkuste esinemine lastekollektiivides. Kui laps külastab mõnd lasteasutust, siis kontrollitakse vastavast raamatust nakkushaiguste esinemist selles asutuses. Ebaselge epidemiooloogilise anamneesiga lapsed tuleb paigutada 21 päevaks bokseeritud osakonda või isolaatorisse.

Lapsed võivad üksteist nakatada ka vastuvõtublokis. See on vältitav, kui vastuvõtt on ehitatud nõuete kohaselt (Meltersi boksid). Igas boksis tohib olla ainult üks laps. Lapse lahkumisel pühitakse boksi mööbel üle 0,5%-lise klooramiini lahusega või 0,5 - 1,0%-lise kloorlubja lahusega. Nakkushaiguse esinemisel desinfitseeritakse boks desinfektori poolt esinenud nakkusele vastavate nõuete kohaselt.

Vastuvõtul teostatakse vannitoas vajadusel lapse küün-te lõikamine ja vannitamine; pärast vanni ta rõivastatakse täielikult haigla rõivastesse. Vannitoas peab olema kaks taburetti või lauda: üks lapse lahtirõivastamiseks ja teine, kus laps pärast vannitamist pannakse haigla rõivastesse.

Lapse isiklikud rõivad asetatakse vastavasse kappi. Kui lapsega tuleb haiglasse kaasa ka ta ema, siis allub ta samale sanitaarkorrrastusele kui patsient. Kui lapsel esineb pea pedikuloos, siis pestakse juukseid K seebiga või loputatakse täivastase vedelikuga; kui juuksed on kuivanud, siis riputatakse pähe DDT pulbrit ja seotakse juuksed rätikuga täielikult kinni. Tingude esinemisel tuleb juuksed hoida DDT pulbriga 10 päeva.

Pärast lapse vannitamist desinfitseeritakse vann ja lahtirõivastuslaud (või taburet) (vt. lk. 152).

Batsillikandluse väljaselgitamiseks võetakse kohe esimesel haiglas viibimise päeval nii lastel kui ka nende juu-

res viibivatel emadel kurgu-ninalima bakterioloogiline uuring difteeria batsillide kandluse väljaselgitamiseks. Varaealistel lastel võetakse peale selle veel rooja bakterioloogiline uuring patogeensete mikroobide väljaselgitamiseks.

Personal. Lapsi teenindav personal ei tohi põdeda nakkushaigusi. Kogu haigla personal allub regulaarsele arstlikule kontrollile ja teda uuritakse batsillikandluse suhtes: terapeudi ja veneroloogi läbiivaatus teostatakse vähemalt 1 kord kuus, rindkere röntgenoloogiline uuring kaks korda aastas, kurgu-ninalima uuring difteeriale 2 korda aastas ja rooja uuring sooleinfektsioonide tekitajate ning sooleparasiitide suhtes tavaliselt 2-4 korda aastas (vastavalt epidemioloogilisele olukorrale).

Ka kergete hingamisteede katarri, gripi, kõhulahtisuse ja nakkavate nahahaiguste tekkimisel ei tohi keegi laste juurde tööle tulla, kuna ta võib neid nakatada. Eriti ohtlikud on need haigused varaealistele lastele.

Tööle saabumisel peab personal ülerõivad ära võtma, tänavajalatsid vahetama sisejalatsitega, siis pesema käed ja selle järel selga panema haigla kleidi või kitli ja peakatte. Haigla siserõivastus (kleidid, kitlid, jalatsid) peavad asuma eraldi ülerõivastest. Tööl olles tuleb alati pärast nina nuuskamist ja käimla kasutamist hoolikalt käed pesta.

Personal peab alati rangelt vältima nakkuse ülekandmist käte ja põetusesemete kaudu lapselt lapsele. Igakord pärast kokkupuutumist haige eritistega (mäda, röga, uriin, roe, oks) tuleb hoolikalt käed pesta ja desinfitseerida 0,2%-lise klooramiini lahusega, samuti tuleb teha iga kord pärast imikute ja isoleeritud haigete teenindamist.

Personalil on keelatud ilma tungiva tarviduseta minna võõrasse osakonda. Põetusvahendite viimine ühest osakonnast teise on keelatud. Kui on aga paratamatult vajalik minna võõrasse osakonda, siis tuleb rangelt kinni pidada ettenähtud nõudeist (kitli vahetamine, käte desinfitseerimine jne.).

Personalil on keelatud lasteosakonnas süüa.

Lapse isiklikud asjad. Laps võib haiglasse tulles kaasa

võtta täiesti uusi kergelt desinfitseeritavaid mänguasju, uusi raamatuid, puhast paberit, vihikuid ja kirjutus- ning joonistustarbeid. Igale lapsel peab kaasas olema oma hambahari ja kamm. Arsti loal võib haige kaasa võtta kinnises pakendis olevaid maiustusi. Eelnimetatud asju on lubatud ka hiljem lapsele tuua. Kõiki lastele saadetavaid pakke kontrollib osakonna vanemõde. Toiduainete vastuvõtmiseks on vajalik arsti luba.

Külastajad. Vanemad võivad käia lapsi vaatamas üks kord nädalas kindlal ajal. Alla 16 a. lapsed ei tohi lasteosakonda külastada, kuna nad võivad tuua lastenakkusi. Külastajad peavad ülerõivad ära võtma, panema selga puhta kogu rõivastust katva kitli ja peakatte. Jalatsid peavad olema puhtad. Enne haigete juurde minekut peab pesema käed puhtaks. Külastajad ei tohi istuda haige voodile ega võtta last sülle. Samuti ei tohi nad haigele ilma õe teadmata midagi anda. Kui laps asub boksis või isolaatoris, siis saab külastaja teda näha ainult läbi seina- või ukseklaasi.

Kärbseid ei tohi lasteosakonnas olla, kuna nad on suured nakkuse levitajad.

Nakkushaige avastamisel lasteosakonnas tuleb haige koha saata nakkusosakonda või kergema infektsiooni puhul koju, teostada selle palati ja kõigi esemete desinfektsioon, millega haige kokku puutus, saata teade epidemioloogile. Osakond tuleb karantiseerida vastavale infektsioonile ettenähtud ajaks ja kontaktseile teostada nõutavad profülaktilised võtted (seroprofülaktika, jne.). Karantiinosakonda võib vastu võtta ainult lapsi, kes on selle haiguse juba varem läbi põdenud. Karantiinis olev osakond peab töötama rangelt teistest osakondadest eraldatult: teiste osakondade töötajad sinna minna ei tohi, laste külastamine keelatakse. Karantiinosakonna lapsi tuleb hoolikalt jälgida võimalike haigestumiste suhtes vastavasse nakkusesse.

Ruumide puhastamine. Ruumide puhastamine ja desinfektsioonirežiim peab toimuma kindlatel kellaaegadel. Haigla ruume puhastatakse pesemise teel vähemalt 2 korda päevas. Ala-

takse koridorist ja kõrvalruumidest, siis puhastatakse palatid; isolaator pestakse alati kõige viimasena. Kaks korda kuus teostatakse kuuma vee, pesupulbri ja seebiga ruumide suurpuhastus: seinte, uste, akende, mööbli pesemine.

Lapse lahkumisel haiglast küüritakse ta voodi ja öökapp pesupulbriga või seebiga puhtaks. Madrats ja tekk desinfitseeritakse deskambris. Deskambri puudumisel pühitakse mittenakkavate haigustega laste madratsid 0,5%-lise klooramiini lahusesse kastetud lapiga üle ja tuulutatakse 24 tundi. Kõik lapse juures kasutatavad pöetusvahendid desinfitseeritakse.

Desinfektsioonirežiim. Käte desinfektsiooniks kasutatakse 0,2%-list klooramiini või kloorlubja lahust.

Kraadiklaasid hoitakse 2%-lises lüsoolilahuses.

Ukse käepidemete marlipolster ja jalamatid tehakse märjaks 2-3%-lise kloorlubja lahusega.

Bokside profülaktiliseks desinfitseerimiseks kasutatakse 0,5 - 1 %-list kloorlubja lahust. Bokside desinfitseerimine pärast nakkushaigeid toimub desinfektori poolt esinenud nakkusele vastavate eeskirjade kohaselt.

Tuberkuloosiosakonna pörandaid pestakse 0,5-1%-lise kloorlubja lahusega.

Vannide desinfitseerimiseks tuleb pesta neid 3-5%-lise kloorlubja lahuse ja harjaga ning selle järele teistkordselt vee ja seebiga. Vanniharjad pestakse pärast kasutamist ja hoitakse 3%-lise klooramiini või lüsooli lahuses.

Nõudepesemine peab toimuma 3 vanni kasutamisel:

- I - pestakse 40-50°-se 0,5-2%-lise pesusooda lahusega,
- II - pestakse teistkordselt 0,1 %-lise kloorlubja või klooramiini lahusega,
- III - loputatakse 70°-se veega või asetatakse vastavate restidega kuuma vette.

Nõude puhastamine võib teostuda ka järgmiselt: pestakse 0,5-2%-lise sooda lahusega, loputatakse, keedetakse 30 minutit keema hakkamisest arvates ja kuivatatakse restil.

Musta pesu kotte tuleb korduvalt niisutada 3%-lise lüsoolilahusega.

Potid, siibrid ja uriinipudelid desinfitseeritakse pärast tühjendamist 10%-lise kloorlubja lahusega ja siis uhetakse veega.

Laste isiklik hügieen.

Igal hommikul pestakse lastel käed, nägu ja kael ning kammitakse juuksed. Iga kord enne sööki pestakse käed. Igal lapsel peab olema oma taskurätik, käterätik, hambahari ja kamm. Hambaid pestakse hommikul ja õhtul. Hommikul viiakse läbi hommikvõimlemine, mis koosneb üldharjutuste kompleksidest vastavalt lapse režiimile (I^a, I^b, II jne.). Ravivõimlemine viiakse läbi individuaalkomplekside kohaselt vastavalt haigusele.

Hügieenilist vanni tehakse alla 6 kuustel lastel iga päev, üle 6 kuustel ülepäeva, 1-aastastel 2 korda nädalas ja üle 2 aastastel üks kord nädalas. Kui vannitamine on haigele vastunäidustatud, siis tehakse naha puhastamine 10-20%-lise etüülalkoholi lahusega ülehõõrumise teel. Iga lapse vannitamisel kasutatakse uut puhast pesemislappi. Tarvitatud lapid saadetakse musta pesuga pesukööki, kus neid töödeldakse nagu tavaliselt pesu. Varaealiste laste vannitamiseks kasutatakse ainult spetsiaalset lasteseepi.

Isoleeritud lastel ja rektaalsel kraadimisel peab iga lapsel olema individuaalne termomeeter, mis säilitatakse ta öökapis. Ravimite andmiseks on kõige parem kasutada lusikaid, mis iga kord pärast tarvitamist desinfitseeritakse ½-tunnilise keetmisega.

Väikelastel ja vajadusel ka suurematel lastel peab olema individuaalne (nummerdatud) kaanega ööpott. Iga kord pärast kasutamist desinfitseeritakse pott (vt. lk. 152). Imikute alt-pesemiseks peab olema iga lapsel individuaalne kauss, mida hoitakse ta öökapis. Samuti peab imikul olema nahavoltide tualetiks öökapis kas talki või neutraalset taimeõli.

Nõuded laste päevarežiimide kohta peavad olema välja pandud. Tuleb hoolikalt jälgida, et laps täidaks talle mää-

ratud päevarežiimi nõudeid.

Laste tarbeesemete eest hoolitsemisel kehtivad samad sanitaarreeglid mis lastesõimes, lasteaias ja väikelastekodus (vt. lk.19). Erinevalt eeltoodud reeglist peab aga haiglas alati teostuma sööginõude tugev desinfektsioon.

Haigete teenindamise normid.

Arstil on teenindada 20 haiget.

Õdede ja sanitaride koormus (NSVL Tervishoiu Ministeeriumi käskkiri nr. 216, 28. IV 1959.a.) kaheastmelise teenindamise puhul on järgmine:

Osakond	Teenindatavate voodite arv ühe töökoha puhul	
	õel	sanitaril
Imikute osakond või imikute palatid teiste osakondade juures	9	20
Bokseeritud nakkusosakond, tuberkuloosse méningiidi osakond	8	15
Üle 1 a. laste mittenakkavate haigete osakond, laste tuberkuloosiosakond	15	20

Peale selle on ette nähtud järgmised kohad:

- Õde raskete haigete individuaalseks põetamiseks.
kui osakonnas on alla 60 voodi - 0,5 õe kohta,
" " " 60 voodit või üle selle - 1,0 õe koht.
- Õde protseduuride tegemiseks:
alla 40 voodilises osakonnas - 0,5 õe kohta,
40 - 70 " " - 1,0 õe koht,
üle 70 " " - 1,5 õe kohta.
- Sanitar-ettekandja - igas osakonnas 2.
- Sanitar-koristaja - " " 1.
- Sanitar-vannitaja - " " 1.

Haigla töö kvaliteedi näitajad.

1. Haigete suremus üldse (%).
2. Imikute suremus (%).
3. Kopsupõletiku letaalsus alla 1 a. lastel.
4. Seederikete letaalsus alla 1 a. lastel.
5. Tuberkuloosi letaalsus.
6. Suremus esimese 24 tunni jooksul alla 1 a. lastel.
7. Röntgendiagnostika kasutamise sagedus (Protseduuride arv ühe haige kohta).
8. Laboratoorsete uuringute teostamise sagedus (uuringute arv 1 haige kohta).
9. Füsioteraapia kasutamise sagedus (protseduuride arv 1 haige kohta).
10. Kliiniliste ja patoloogilis-anatoomiliste diagnooside lahknevus (%).
12. Siseinfektsioonide sagedus (%). Ei tohi olla ühtegi juhtu.
13. Haige keskmine haiglas viibimise kestus (päevades). Normiks on 10-15 päeva.
14. Voodi koormuse näitaja (päevades). Normiks on 340 päeva aastas.

ÕIGUSNORME EMADE-LASTE- KAITSE ALAL.

H. Kääri.

NSV Liidu Konstitutsiooni § 22 alusel on kehtestatud emade ja laste huvide riiklik kaitse. Konstitutsiooni sätetele täiendavalt antakse välja seadusi, määrusi, korraldusi ja eeskirju, mis kõik on suunatud ema ja tema laste huvide kaitseks.

Õigus sünnituseelsele ja -järgsele puhkusele on tööstaazist sõltumatult ka neil emadel, kes ei ole ametiühingu liikmed.

Sünnituspuhkust antakse enne ja pärast sünnitust 56 kalendripäeva, kokku 112 kalendripäeva ulatuses. Kahe või rohkema lapse korraga sündimise või ebanormaalse sünnituse puhul antakse puhkust pärast sünnitust 70 päeva ulatuses. Lisaks rasedus-sünnituspuhkusele on emal õigus taotleda palgata lisapuhkust kuni kolm kuud vahenditult pärast dekreet- ja korralise puhkuse lõppemist. See lisapuhkus arvatakse tööstaazi hulka. Juhul, kui naistöötaja seoses lapse sünniga katkestab töötamise ja kui ta enne ühe aasta möödumist lapse sündimise päevast arvates hakkab uuesti tööle, siis loetakse tema tööstaaz pidevaks, kuid kodus oldud aega pideva tööstaazi hulka ei arvata. Kolhoosi liikmed saavad olenevalt normipäevadest tasulist puhkust üks kuu enne ja üks kuu pärast sünnitust. Kolhoosi liikmete üldkoosolekul on õigus pikendada nii sünnituseelset kui ka sünnitusjärgset puhkust.

Lapse sünnitoetus koosneb ühekordsest toetusest, mis on ette nähtud imiku varustuse muretsemiseks ja imiku toitmiseks. Lapse sünnitoetust makstakse ühele lapse vanemaist (isale või emale), kui ta lapse sündimise päevaks on antud ettevõttes või asutuses pidevalt töötanud vähemalt 3 kuud. Lapse sünnitoetust ei anta, kui toetust taotleva lapsevanema keskmine töötasu lapse sünnikuule eelnenud kahe kalendrikuu jooksul ületas 500 rubla kuus, kusjuures arvesse võetakse kogu tegelik töötasu ning ka pension, kui lapsevanem

seada saab. Lapse sünnitoetuse suurus on kokku 300 rbl.: imiku varustuse muretsemiseks 120 rbl. ja lapse toitmiseks 180 rbl. Toetus makstakse kahes osas: 220 rbl. lapse sündimisel ja 80 rbl. lapse 5-kuuseks saamisel.

Toetused paljulapselisele emale. Paljulapseline ema omab õiguse riiklikule toetusele. Määramisel võetakse arvesse ainult need lapsed, kes on elus, ning kes on langenud Suures Isamaasõjas. Toetus on ühekordne ja igakuune. Igakuulist toetust makstakse lapse teisest eluaastast kuni lapse 5-aastaseks saamiseni:

Laste arv	Toetuse summa rbl.	
	Ühekordne	Igakuune
Kolmanda lapse sündimisel	200.-	-
Neljanda " "	650.-	40.-
Viienda " "	850.-	60.-
Kuuenda " "	1000.-	70.-
Seitsmenda " "	1250.-	100.-
Kaheksanda " "	1250.-	100.-
Üheksanda " "	1750.-	125.-
Kümnenda " "	1750.-	125.-
Iga järgmise lapse sündimisel	2500.-	150.-

Paljulapselisi emasid autasustatakse ordenite ja medalitega:

medaliga "Emamedal" II järk, kes on sünnitanud ja kasvatanud viis last,

medaliga "Emamedal" I järk, kes on sünnitanud ja kasvatanud kuus last,

ordeniga "Ema au" III järk, kes on sünnitanud ja kasvatanud seitse last,

ordeniga "Ema au" II järk, kes on sünnitanud ja kasvatanud kaheksa last,

ordeniga "Ema au" I järk, kes on sünnitanud ja kasvatanud üheksa last,

aunimega "Sangarema" ja ordeniga "Sangarema" ja NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjaga } kes on sünnitanud ja kasvatanud kümme last.

Paljulapselise ema lapsi võetakse lasteasutustesse esmajärjekorras ning neile antakse söimedes ja lasteaedades maksusoodustusi.

V a l l a s e m a l on õigus riiklikule toetusele: ühe lapse puhul makstakse toetust 50 rbl. , kahe puhul 75 rbl. ja kolme ning rohkema lapse puhul 100 rbl. kuus kuni lapse 12-aastaseks saamiseni. Vallasema, kellel on alla 1 aastane laps, võib töölt vallandada ainult erandjuhtudel ja ametiühingu nõusolekul. Vallasema võib soovi korral anda lapse kasvatamiseks väikelastekodusse riigi kulul. Lastesöimedesse võetakse vallasemade lapsi esmajärjekorras. Vallasemal on söimedes ja lasteaedades maksusoodustusi.

Alimente saavad ainult abielust sündinud lapsed kuni 18 a. vanuseks saamiseni. Vanematelt laste kasvatamiseks sisseõutava alimendi määr on järgmine: 1 lapsele 1/4 töötasust, 2 lapsele 1/3 töötasust, 3 ja enam lapsele 1/2 töötasust.

T ö ö a l a s e d e e s k i r j a d . Last rinnaga toitev ema on vabastatud nii öö- kui ka ületunnitöödest kogu rinnaga toitmise perioodi kestel. Lapse rinnaga toitmiseks saab ema peale üldiste töövaheaegade veel vaba aega lapse imetamiseks mitte harvemini kui iga 3,5 tunni järele vähemalt pool tundi, olenevalt töökoha kaugusest, laste arvust jne. Imetamise vaheajad arvatakse tasulise tööaja hulka ja selle aja eest tasutakse keskmise töötasu alusel. Juhul, kui ema lapse rinnaga toitmise tõttu ei saa töötada oma endisel töökohal, viiakse ta üle tööle samas ettevõttes või asutuses endise töökoha töötasu säilitamisega viimase kuue kuu keskmise töötasu suurusel. Imetamine ei tohi olla tööle mittevõtmise põhjuseks.

Rasedaid naisi on keelatud vallandada ilma kõrgema ametiühinguorganisatsiooni loata. Sama on kehtiv ka üksikute naiste suhtes, kellel on kuni ühe aasta vanuseid lapsi. Üksikute naiste all ei tule mõista mitte ainult vallasemasid, vaid ka naisi, kelle teenistus on ainsaks tuluallikaks alla ühe aasta vanuse lapse ülalpidamisel.

Haige lapse puhul on emal õigus lapse põetamiseks saada

töövõimetuslehte. Haiguslehe haige lapse põetamiseks annab välja haiget raviv arst kestusega mitte kauemaks kui 3 päeva. Seda tähtaega pikendab raviv arst koos peaarstiga ainult erandjuhtudel (sõltuvalt haigestumise raskusest ja elutingimustest) 3 päeva kaupa. Haiguslehti ei ole lubatud välja anda: a) krooniliste haigete põetamiseks, b) haige põetamiseks, kes ise (või kelle perekond) on loobunud pakutud kohast stationaarses ravilas, c) tervete laste eest hoolitsemiseks, näiteks ema haigestumisel, lapse või lastekollektiivi karantiini puhul jne. (neil juhtudel antakse kindlustatud perekonnaliikmele, kes lapse eest hoolitseb, tõend ema haiguse, lastekollektiivi või lapse karantiini kohta).

Kuni kahe aasta vanuse lapse haigestumisel antakse emale välja töövõimetusleht lapse hooldamiseks, olenemata sellest, et perekonnas on teisi liikmeid, kes võiksid last hooldada. Üle 2 aastase lapse haigestumisel antakse töövõimetusleht emale välja ainult siis, kui haige puudumine ohustab lapse elu või tervist, kui ei ole võimalust lapse paigutamiseks haiglasse ja perekonnas ei ole teist perekonnaliiget, kes võiks haiget hooldada (koduabilist ei loeta perekonnaliikmeks)^x.

^x С.Е. Копелянская, Права матери и ребенка в СССР, Медгиз, Москва, 1954, 88.

K I R J A N D U S .

A. LASTE RAVI-PROFÜLAKTILISTE ASUTUSTE TÖÖ ORGANISEERIMINE.

- A r n e m a n, F., Lühike sanitaarstatistika käsiraamat,
RK "Teaduslik kirjandus" 1948.
- Juhend lasteaija kasvatajale, ENSV Haridusministeeriumi toi-
metis, ERK 1950.
- J u h k a m, L., K a l j u, A., Praktiline käsiraamat las-
tesõimele, II trükk, Eesti Riiklik Kirjastus 1958.
- M a i s t r a h, K., Tervishoiu organisatsioon, RK "Peda-
googiline Kirjandus" 1948.
- Tervishoiu töötaja käsiraamat, ENSV Tervishoiu Ministeerium
Tallinn 1956.
- Б о л д ы р е в Г.Е. (под ред.), Инструктивно-методические
материалы по санитарно-гигиеническому контролю за
учреждениями для детей и подростков, Медгиз, 1950.
- В и н о г р а д о в Н.А. (под ред.), Организация здравоохра-
нения в СССР, т. 2, Медгиз, 1958.
- И д а н о в В.М. (под ред.), Борьба с инфекционными заболе-
ваниями, Медгиз, 1955.
- И д а н о в В.М. (под ред.), Сборник важнейших официальных
материалов по санитарным и противоэпидемическим
вопросам, книга III, Медгиз, 1954; дополнение к
книгам I-3, Медгиз, 1955.
- М а к е е в О.В., Профилактика заболеваемости матерей и но-
ворожденных, Медгиз, 1957.
- М а н а н н и к о в а Н.В., Охрана здоровья матери и ребен-
ка в СССР, Медгиз, 1955.
- М а н а н н и к о в а Н.В., Организация обслуживания детей в

объединенной детской больницы, Медгиз, 1955.

М а н а н н и к о в а Н.В., Организация медицинского обслуживания детей на селе, Медгиз, 1956.

С к о р н я к о в а Л.К., (отв. ред.) Справочник педиатра по организационным вопросам, Медгиз, 1958.

С п е р а н с к и й Г.Н., Спутник участковой медицинской сестры. Материалы по санпросветительной работе участковой мед. (патронажной) сестры дет. больницы, Гос. издат. Молдавии, 1953.

С у п о н и ц к и й М.Н., Г о р д и н Б.Л. и К а р т е л е в И.С., Справочное пособие по санитарному законодательству, Киев, 1959.

Т у р А. Ф., Физиология и паталогия детей периода новорожденности, Медгиз, 1955.

Ш а г а н Б.Ф., Основы учения о новорожденном ребенке, Медгиз, 1959.

B. EMADE - LASTEKAITSE.

D o l g o r o l o v a, H., K a l l a s t e, L. - Sotsialistlik tööleping, Eesti Riiklik Kirjastus, Tallinn 1957.

Riikliku sotsiaalkindlustuse toetuste määramise ja väljamaksmise korra määrustik. Juhend haiguslehtede väljaandmise korra kohta, Eesti Riiklik Kirjastus, Tallinn 1958.

VNFSV abielu, perekonna ja eestkoste seaduste koodeks, RK "Teaduslik Kirjandus", Tartu 1946.

А л е к с а н д р о в Н.Г., А с т р а х а н Е.И., К а р и н с к и й С.С., С т а в ц е в а А.И., Законодательство о труде. Комментарии к законодательству о труде СССР и Кодексу законов о труде РСФСР. Второе издание. Гос. изд-во юридической литературы, Москва, 1954.

К о п е л я н с к а я С.Е., Права матери и ребенка в СССР,
Медгиз, Москва, 1954.

С в е р д л о в Г.И., Советское семейное право, Госюриздат,
Москва, 1958.

Трудовое право. Энциклопедический словарь, Государственное
научное издательство "Большая Советская Энцикло-
педия", Москва, 1959.

S I S U K O R D .

E E S S Õ N A	Lk.
V A S T S Ü N D I N U T E O S A K O N D	
(P A L A T)	4
1. NÕUDEID VASTSÜNDINUTE OSAKONNA (PALATI) TÖÖ	
ORGANISEERIMISEL	4
2. VASTSÜNDINUTE OSAKONNA (PALATI) MEDITSIINILISE	
TEENINDAMISE JA LASTE TERVISLIKU SEISUNDI	
NÄITAJAD	8
L A S T E S Õ I M J A V Ä I K E L A S T E K O D U	9
1. LASTESÕIME MEDITSIINILISE PERSONALI TÖÖ JUHEND	9
2. SANITAAREESKIRJAD LASTE TARBESEMETE EEST HOO-	
LITSEMISEL VÄIKELASTEKODUDES, LASTESÕIMEDES JA	
LASTEAEDADES	19
3. INSTRUKTSIOON ÕHUTAMISE JA KUNSTLIKU VENTILAT-	
SIOONI KASUTAMISE KOHTA LASTEASUTUSTES	22
4. LASTESÕIME JA VÄIKELASTEKODU MEDITSIINILISE	
TEENINDAMISE JA LASTE TERVISLIKU SEISUNDI	
NÄITAJAD	26
L A S T E A E D	28
1. LASTEAIA MEDITSIINILISE PERSONALI TÖÖJUHEND	28
2. LASTEAIA SANITAAREESKIRJAD	30
3. LASTEAIA MEDITSIINILISE TEENINDAMISE JA LASTE	
TERVISLIKU SEISUNDI NÄITAJAD	51
K O O L	52
1. KOOLI MEDITSIINILISE PERSONALI TÖÖJUHEND	52
2. JUHEND LINNA JA TÖÖLISASULA KOOLIDE SANITAAR-	
HÜGIEENILISE REŽIIMI KOHTA	61
3. KOOLI MEDITSIINILISE TEENINDAMISE JA LASTE	
TERVISLIKU SEISUNDI NÄITAJAD	70

TABELID	Lk.
Olulisemaid normatiive lasteasutuste ruumide kohta	72
Laste profülaktilise teenindamise sagedus lasteasutustes	74
L A S T E P O L I K L I I N I L I N E T E E - N I N D A M I N E . H. Kääri	75
I. LASTE RAVI-PROFÜLAKTILISE TEENINDAMISE STRUK- TUUR LINNAS	75
II. LASTE POLIKLIINILISE VASTUVÖTU ORGANISEERIMINE	85
III. LASTE KODUSE TEENINDAMISE ORGANISEERIMINE. . .	88
IV. TERVETE LASTE TEENINDAMINE	92
1. Patronaazitöö	
2. Lastekollektiividesse suunamine	99
3. Vaktsineerimised	106
V. HAIGETE LASTE POLIKLIINILINE TEENINDAMINE. . .	118
1. Haigete teenindamisest üldiselt	118
2. Nakkushaigete ja nakkuskontaktsete tee- nindamine	123
3. Eriarvel olevate laste teenindamine	131
VI. TÄHTSAMAD LASTE NÕUANDLA-POLIKLIINIKU TÖÖ- NÄITAJAD	137
LASTE TEENINDAMISE ISEÄRASUSED MAAL. H. Preem.	140
L A S T E H A I G L A (V Õ I L A S T E O S A - K O N N A) O R G A N I S E E R I M I N E . L. Keres	145
Õ I G U S N O R M E E M A D E - L A S T E K A I T - S E A L A L . H. Kääri	156
K I R J A N D U S	160

-05

N^vA 513

xxxviii

Hind rbl. 3.10
1961.a. - rbl. 0.31