

TARTU RIIKLIK ÜLIKOOI

U. Saarma
Terapeutiliste haigete
polikliinilisest teenindamisest

TARTU 1967

2/69006

A
28292

//

TARTU RIIKLIK ÜLIKOOL

Hospitaalteraapia kateeder

V. Saarma
Terapeutiliste haigete
polikliinilisest teenindamisest

Metoodiline juhend

Tartu 1967

2

Tartu Riikliku Ülikooli
Raamatukogu

69006

I. S i s s e j u h a t u s .

Nõukogude meditsiini tähtsamad printsiibid - elanikkonna profülaktiline teenindamine ning varajane, tasuta arstiabi - avalduvad kõige selgemalt polikliinilises töös.

Polikliinilise töö iseloom on kaasaajal sootuks erinev endisest. Varasemate aastate polikliinilist teenindamist võiks nimetada passiivseks: polikliiniku arst ootas oma kabinetis haigete ilmumist vastuvõtule või kojukutseid visiiteerimiseks. Tänapäeval iseloomustab polikliinilist tööd aktiivsus: arst, ootamata väljakutseid, jälgib omal initsiatiivil kogu teenindatava territooriumi elanike tervislikku seisundit ning organiseerib profülaktilisi ja raviprotsedure elanikkonnale.

Polikliinilise töö edasine tõhustamine on määrava tähtsusega kogu meditsiini arenemisele. Nii näiteks on organismi funktsionaalseid muutusi, mis on tingitud sotsiaalse miljöö erinevustest, võimalik hinnata ainult polikliiniliselt, sest statsionaaris on uuritav oma igapäevasest tööst ja tegevusest isoleeritud.

Teatavasti on patogeneesi selgitamisel väga oluline haiguse jälgimine tema varases astmes, mis aga enamikul juhtudel kuulub polikliiniku arsti kompetentsi, sest statsionaari suunatakse haige sageli juba väljaarenenud haiguspildiga. Polikliinilise töö profülaktiline suund on olnud ajendiks ka uue, eesrindliku töömeetodi - dispanserilise meetodi arenemisel. Dispanseriline meetod võimaldab profülaktiliste ja ravimenet-

luste sünteesi: profülaktilistel läbivaatustel väljaselgitatud krooniliste tervisehäiretega isikud dispanseeritakse ning allutatakse sekundaar-profülaktikale ja ravile. Dispanseerimise eesmärgiks on töötajate töövõime säilitamine ning invaliidsuse vältimine. Eeskujuliku dispanseerimise eelduseks on elanikkonna tervisliku seisundi kompleksne uurimine, haiguste varajane avastamine, dispanseeritute tervisliku seisundi dünaamiline jälgimine ning tervistavate ja ravimeetodite laialdane rakendamine. Dispanserilise meetodi teoreetilised alused põhinevad materialistlikul õpetusel organismi ja miljöö ühtsusest ning sotsiaalse miljöö ja materiaalse tingimuste tähtsusest inimese arenemisele, tervislikule seisundile.

Kaugemas tulevikus on ette nähtud polikliinilist teenindamist veelgi laiendada. Sihiks on dispanseerida kogu elanikkond, seega ellu rakendada maksimaalplaani inimese tervise kaitseks ja säilitamiseks.

Ambulatoorne asutus on raviasutus, mis annab meditsiinilist abi nii kohaletulnud haigeile kui ka kodudes.

Eristatakse järgmisi ambulatoorseid asutusi.

1. Polikliinik on suurim ambulatoorne asutus, kus töötab vähemalt viis spetsialisti: terapeut, kirurg, neuroloog, oftalmoloog ja larüngoloog, kelle käsutuses on spetsiaalkabinetid (röntgen, füsioteraapia, laboratoorium jne.) diagnostiliseks ja ravi otstarbeks.
2. Ambulatoorium on väiksem asutus, mille koosseisu kuulub osa eelmainitud spetsialistidest. Ambulatooriumid teenivad harilikult maal jaoskonda; nende koosseisu kuuluvad terapeut, kirurg ja pediaater. Ambulatooriumil ei ole erikabinette.
3. Dispanser on kitsama eriala, näiteks tuberkuloosi, dermatoveneroloogiliste, onkoloogiliste, psühhoneuroloogiliste jne. haigete profülaktiline ning raviasutus. Dispanser koosneb enamasti kahest osakonnast: dispanserist kitsamas mõttes, s. o. ambulatoorsest osakonnast ja nn.

dispanseri statsionaarist, kuhu hospitaliseeritakse haigeid nii diagnostilisel kui ravi otstarbel lühemaks või pikemaks ajaks.

4. Tervishoiupunktid, mis teenivad suuremate õppeasutuste ja ettevõtete töötajaid. Tervishoiupunktid jagunevad omakorda a) arstipunktideks ja b) velakripunktideks, olenevalt sellest, kas koosseisus on ette nähtud arst või velaker.
5. Nõuandlad: naiste- ja lastenõuandlad. See ambulatoorse asutuse vorm on asendumas sünnitusmajade ja lastehaiglate juurde kinnitatud spetsiaalsete polikliiniliste osakondadega.

II. POLIKLIINIKU STRUKTUUR JA POLIKLIINILISE

TÖÖ PLANEERIMINE.

Polikliiniku meditsiinilise osa moodustavad

- 1) registratuur ja
- 2) spetsiaalsed osakonnad koos vastavate kabinetide ning laboratooriumidega:
 - teraapia osakond
 - kirurgia osakond
 - oftalmoloogia osakond
 - otorinolarüngoloogia osakond
 - neuroloogia osakond
 - stomatoloogia osakond
 - reumatoloogia kabinet
 - traumatoloogia kabinet
 - uroloogia kabinet
 - helmitoloogia kabinet
 - infektsioonhaiguste kabinet
 - profülaktilise läbivaatuse kabinet
 - vältimatu esmaabi kabinet
 - professionaalsete haiguste kabinet

töölisnoorte kabinet
röntgenoloogia kabinet
füsioteraapia kabinet
ravikehakultuuri kabinet
funktsionaalse diagnostika kabinet
kardioloogia kabinet
endoskoopia kabinet
protseduuride kabinet
sondeerimise kabinet
kliinilise diagnostika laboratoorium
biokeemia laboratoorium
bakterioloogia laboratoorium

Juhul, kui teenindataval territooriumil spetsiaalsed dispanserid puuduvad, luuakse polikliinikus vastavad erikabinetid.

Polikliinik teenindab kõiki tema teenindamispiirkonna elanikke (alates 15. eluaastast) ja töötajaid, kes töötavad vastaval territooriumil.

Kogu polikliiniku teenindamisrajoon on jaotatud arsti-jaoskondadeks. Ühe jaoskonna optimaalseks koormuseks loetakse ca 2000 elaniku teenindamist, ehkki ka see normatiiv ei taga kõikidele jaoskondadele võrdse mahuga töötingimusi. Ka sama elanike arvuga jaoskonna töös on erinevusi, mis on tingitud väga mitmesugustest faktoritest: elanike ealisest koosseisust, töötajate arvust, asutuste tihedusest, sanitaar-hügieenilistest tingimustest jne. jaoskonnas.

Polikliinilise töö planeerimisel tuleb arvestada veel asutuse külastatavust.

Statistilised andmed näitavad, et polikliiniku külastatavus (mis keskmiselt oli 3 - 4 külastust iga elaniku kohta aastas) pidevalt tõuseb, haigestumus aga väheneb. Külastatavuse tõus on tingitud peamiselt profülaktiliste visiitide arvu suurenemisest.

Jaoskonnaarstide keskmine külastatavus annab aluse abikabinettide töö planeerimiseks.

Freidlini andmeil moodustab füsioteraapia kabineti külastatavus keskmiselt 35 %, protseduuride kabineti - 20 %, laboratooriumi - 10 %, röntgenikabineti - 8 % jne. jaoskonnaarsti külastatavusest.

Ühele arstijaoskonnale (2000 - 3000 elanikuga) planeeritakse üks terapeudi ja üks stomatoloogi koht. Polikliiniku kirurgile aga planeeritakse kolme, neuroloogile ja otoloogile seitsme, oftalmoloogile kuue jaoskonna teenindamine. Tsehhiarstidele on ette nähtud 2000 töötaja teenindamine, välja arvatud keemia-, kaevandus- ja naftatööstuses, kus igale 1000 töötajale planeeritakse üks arstikoht.

Polikliiniku arstide koosseisus on veel valveterapeut. Viimane teenindab kõikide jaoskondade abivajajaid, kes pöörduvad polikliinikusse väljaspool jaoskonnaarsti vastuvõtuaega.

Osakonnajuhatajate kohtade arv oleneb osakonnas töötavate arstide arvust. Suuremates polikliinilistes osakondades juhib tööd peaarsti kõrval veel peaarsti asetäitja polikliinilisel alal ja peaarsti asetäitja töövõimetuse ekspertiisi alal.

Iseseisval polikliinikul on oma administratiiv-majanduslik aparaat, mis haiglaga ühendatud polikliinilisel osakonnal puudub. Administratiiv-majandusliku osa moodustavad: kantselei, raamatupidamine, meditsiinilise statistika kabinet, meditsiiniline arhiiv ja raamatukogu.

III. HAIGETE VASTUVÖTU ORGANISEERIMINE.

Polikliinilise töö eduka kulgemise üheks eelduseks on vastuvõtu ratsionaalne organiseerimine. Selleks, et vastuvõtt polikliinikus kulgeks häireteta, tuleb vältida:

- 1) haigete vastuvõtuheelset pikka ooteaega;
- 2) haigete kuhjumist (ühe) arsti vastuvõtule;
- 3) haigete ebaõiges järjekorras vastuvõtule suunamist;

- 4) haigete pinnalist, mitteüllaldast läbivaatust vastuvõtuks;
- 5) haigete põhjendamatut suunamist spetsialistide konsultatsioonile;
- 6) teenindamisest keeldumist või selle edasilükkamist järgmistele päevadele.

Polikliiniku külastatavuse "isevoolu" on võimalik reguleerida ainult teenindatava territooriumi elanikkonna koosseisu tundmisel, sest kaugelki mitte kõigis arstijaoskondades ei ole polikliinikut külastavate haigete arv ühtlane.

Statistilistel andmetel on polikliiniku külastatavus kõige suurem jaanuari-, veebruari-, märtsi- ja aprillikuus, kõige väiksem aga suvekundel. Suurem polikliiniku külastatavus langeb nädala algusele (esmaspäev, teisipäev, kesknädal) ja kellaaegadele 9 - 11 ja 16 - 18-ni.

Kogemused näitavad, et ca 50 % polikliiniku külastajatest moodustavad need haiged, kes ei ole kutsutud arsti vastuvõtule. Seega umbes pooled võib arst ise kutsuda korduvale järele vaatamisele. Tavaliselt lepib arst juba vastuvõtu ajal haigega kokku korduvale läbivaatusele ilmumise kuupäeva ja kellaaaja suhtes, märkides need andmed vormile nr. 40.

Tunduvalt raskem on reguleerida ette registreerimata haigete vastuvõttu, seda enam, et osa nendest moodustavad väljaspool järjekorda teenindatavad haiged.

Siia kuuluvad:

- 1) väljaspool järjekorda teenindatavad haiged kitsamas mõttes, s. o. haiged, kelle tervislik seisund dikteerib nende kohest teenindamist (näit. palavikuline seisund, südame-vereringe puudulikkuse väljaarenenud astmed jne.);
- 2) vältimatut abi vajavad haiged (ägeda südame-vereringe puudulikkusega, verejooksuga jne. haiged);
- 3) eelisjärjekorras teenindatavad haiged (Isaamasõja invaliidid, pimedad, tööstuste töötajad jne.).

Kinnitatud NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi poolt 16. VII 54.

NSVL Tervishoiu Ministeerium

.....

asutuse nimetus

Eelregistreerimise kaart arsti vastuvõtule

Arsti nimi

Kuupäev Kabinet

Jrk. nr.	Vastuvõtu-aeg	Perekonna-, ees- ja isanimi	Aadress või sifr
.....
.....
.....
.....

Kiiret arstiabi vajavate haigete arv moodustab küll ainult väikese (ca 5 - 10 %) osa vastuvõtule ilmunutest, kuid nende teenindamine on aeganõudev ja vastutusrikas ülesanne, mida tuleb arvestada nii jaoskonnaarstil kui registratuuril.

Registratuuri ülesandeks on kõikide etteregistreerimata haigete õige suunamine arsti vastuvõtule. Seetõttu peab registratuuris töötama kogenenud meditsiinitöötaja, kes, kuulnud haigete kaebused, mõistab abivajajaid õiges järjekorras suunata vastava eriala arsti juurde.

Hästi organiseeritud, tsentraliseeritud registratuur hõlbustab kogu polikliinilist tööd.

Registratuur peab tagama:

- 1) informatsiooni polikliiniku külastajatele,
- 2) haigete õige jaotuse vastuvõtule,
- 3) haigete etteregistreerimise,

- 4) haigete registreerimise jaoskonnaarsti ja spetsialistide vastuvõtule,
- 5) haigete registreerimise abikabinettidesse,
- 6) koduvisiitide registreerimise,
- 7) dokumentide vormistamise.

Registratuuri ülesandeks on informeerida külastajaid kõikidest polikliinikut puudutavatest küsimustest kui ka paljust muust, näiteks lähima transpordivahendi, apteegi, kiirabijaama, statsionaari asukohast jne. Kõige üldisem informatsioon olgu märgitud polikliiniku vestibüüli teadetatavlile.

Kõiki neid haigeid, keda arst ise ei ole korduvale läbivaatusele kutsunud, jaotab registratuur. Juhul, kui jaoskonnaarstil (s. o. terapeutil) või vastava ala spetsialistil (kirurg, neuroloog jne.) ei ole vabu vastuvõtunumbreid, suunab registraator kiiret arstiabi vajavad haiged valvearsti vastuvõtule ning vältimatut abi mittevajavad etteregistreerimisele, kus neile määratakse vastuvõtuaeg kas samaks või järgnevaks päevaks.

Haigeid on soovitatav ette registreerida arsti vastuvõtu teisele poolajale, sest registreerimata haiged ilmuvad polikliinikusse enamasti arsti vastuvõtuaaja alguseks: Registraator jaotab ka need abivajajad, kes elukoha järgi ei kuulu vastavasse polikliinikusse, kuid kellele abiandmine on hädavajalik.

Suuremates polikliinikutes on eraldatud veel nn. koduvisiitide registratuur, kus teatud kellaaajani võetakse vastu väljakutseid koduvisiitideks. Registreerimisel märgitakse spetsiaalsele väljakutseblanketile haige nimi, vanus, täpne aadress, haige kaebused, väljakutsuja nimi jne. Vastavalt blanketile märgitud andmetele otsustab arst, millises järjekorras tuleb haigeid külastada, kas on vajadus spetsialisti konsultatsiooniks jne. Koduvisiidid registreeritakse veel vastavasse žurnaali vorm nr. 31.

Jsk. _____

Väljakutse haige juurde

Perekonnanimi _____

Ees- ja isanimi _____

Kus ja kellenä töötab _____

Vanus _____

Elukoht _____ tn. nr. _____

Sissekäik tänavalt, hoovist _____ kord

Millal haigestus _____

Haiguse iseloom _____

Väljakutsuja perek.-nimi _____

Vahekord haigega _____

Väljakutse vastu võtnud _____

kell _____

Allkiri: _____

Registratuuris registreeritakse kõik polikliinikust väljastatud teatised, õiendid ja töövõimetuslehed. Vanem-registraatori valduses on ka polikliiniku pitsat.

Loomulikult töötab suuremates polikliinikutes mitu registraatorit, kes omavahel on ülesanded jaotanud.

Üheks vastutusrikkaks tööloõiguks registraatorile on töö polikliiniliste haiguslugude (ambulaatorsete kaartide) kartoteegis. "Trumlis" peavad haiguslood olema järjestatud selliselt, et nad oleksid hõlpsasti kättesaadavad.

Enamasti on haigete ambulatoorsed kaardid paigutatud järgmiselt: arstijaoskonna teenindamispiirkonnas elunevate haigete kaardid jaoskonniti ning nende haigete haiguslood, kes küll ei ela, kuid töötavad vastaval territooriumil või mõnel muul põhjusel kuuluvad polikliinikus teenindamisele - eraldi.

Iga arstijaoskonna haiguslood on jaotatud veel tänavate

Arstide väljakutsete registreerimise raamat.

Jrk. №	Väljakutse kuupäev ja kellaaeg	Häige perekonna, ees- ja isanimi	Vanus	Häige address
1	2	3	4	5

Väljakutse põhjus / to kakouy	Väljakutse eesmärgid, kirjutamine, kirjutamine, kirjutamine	Väljakutse tähtsuse kuupäev edasiliikimata abi alal, kellaaeg	Diagnoos	Kelle poolt väljakutse täidetud	Antud abi: kuhu suunatud häige (edasiliikimata abi alal)
6	7	8	9	10	11

järgi, siis maja- ja veel korterinumbri järgi. Üksikute korterite elanikkude kaardid reastatakse omakorda tähestikulisel järjekorras. Enamasti on ambulatoorne kaart varustatud veel äfriiga.

Selleks, et vältida ambulatoorsete kaartide dublikaatide kirjutamise võimalust, on soovitatav avada veel nn. tähestikuline kartoteek. Iga abisaaja esmasel pöördumisel polikliinikusse täidetakse veel spetsiaalne kaart, millele märgitakse haige perekonna-, ees- ja isanimi, aadress, vanus ja haigusloo äftr. Need kaardid säilitatakse tähestikulises järjekorras. Uus ambulatoorne kaart avatakse haigele alles siis, kui eelnevalt on tähestikulise kartoteegi põhjal kontrollitud, et haigel ambulatoorset kaarti veel ei ole avatud. Nende haiguslood, keda teenindatakse töökoha järgi, säilitatakse kas tähestikulises järjekorras või asutuste kaupa, tsehhilise ja tähestikulise alljaotusega.

Väljaspool teeninduspiirkonda abisaanute ambulatoorsed kaardid säilitatakse tähestikulises järjekorras.

"Trumlis" olevaid ambulatoorseid kaarte kontrollitakse üks kord aastas ning polikliiniku teeninduspiirkonnast lahkunute või kaks aastat polikliinikut mittekülastanute kaardid suunatakse arhiivi. Haiguslugude arhiivis säilitatakse ambulatoorsed kaardid vähemalt kolm aastat pärast nende sinna paigutamist. Arhiivis on haiguslood reastatud tähestikulises järjekorras.

Kogemused näitavad, et kõige õnnestunumaks tuleb pidada nn. tsentraliseeritud registratuuri, s. t. registratuuri, mis teenindab üheaegselt kõiki polikliiniku osakondi (terapeutilist, kirurgilist, oftalmoloogilist jne.). Sel juhul on igal haigel polikliinikus avatud ainult üks ambulatoorne kaart, mis sisaldab andmeid haige kõikide polikliinikusse pöördumiste kohta. Ainult sellisel meetodil on jaoskonnaarstil kui ka spetsialistidel võimalik ülevaadet saada haige tervislikust seisundist, objektiivsete uuringute dünaamikast ja teostatud ravist.

Polikliinilise vastuvõtu organiseerimist on võimalik

analüüsida nn. statistilise talongi kasutamisel. Neid talonge ei kasutata mitte pidevalt, vaid jaotatakse polikliiniku külastajatele paar korda aastas. Talongile märgib haige (kohapeal) oma polikliinikusse ilmumise aja, arsti kabinetti saabumise ja lahkumise ning polikliinikust lahkumise aja. Täidetud talongide küllaldase arvu puhul on võimalik teha järeldusi polikliiniku organisatoorsest tegevusest.

IV. JAOSKONNAARSTI VASTUVÕTUST POLIKLIINIKUS.

Polikliiniline töö on korraldatud territoriaal-jaoskonna printsiibil. Iga jaoskonna juurde on kinnitatud oma spetsialistide brigaad (kirurg, neuroloog, oftalmoloog, otorinolaringoloog). Jaoskonna meditsiinilist teenindamist juhib jaoskonnaarst-terapeut. Kõik brigaadi kuuluvad spetsialistid võtavad polikliinikus vastu samadel kellaaegadel kui jaoskonnaarst ja nad konsulteerivad vajaduse korral vastava jaoskonna haigeid ka kodus. Ühtlasi aitavad erialaarstid läbi viia ravi ja profülaktilisi üritusi jaoskonna piires. Kogemused näitavad, et selline brigaadiline teenindamine hõlbustab tunduvalt jaoskonnaarsti tööd.

Keskseks kujukaks ravi-profülaktiliste ürituste organiseerimisel jaoskonnas on jaoskonnaterapeut, kes kindlustab oma territooriumil elanike tervisliku seisundi pideva kontrolli ning vajaduse korral ravi. Jaoskonnaarsti töö edukuse eelduseks on oma jaoskonna põhjalik tundmine. Jaoskonnaarst võtab haigeid vastu polikliinikus, visiteerib neid kodus, jälgib pidevalt töötajate tervislikku seisundit ja kontrollib jaoskonna sanitaarset seisundit, teeb sanitaarselgitustööd, organiseerib mitmesuguseid profülaktilisi üritusi ning dispantseerib kroonilisi haigeid. Lisaks mitmepalgelisusele on jaoskonnaarsti töö ka väga pingeline ja nõuab kiiret kontsentreerumist ja otsustamisvõimet.

Eriti raske ülesanne, mis kuulub peaaegu eranditult jaoskonnaarsti kompetentsi - on haiguse avastamine selle varases astmes. Diagnoosi asetamine haiguse varases astmes,

väljakujunemata sümptomaatikata, sageli ilma täiendavate laboratoorsete, röntgenoloogiliste jne. uuringuteta, on vastustusrikas ülesanne, mida veelgi raskendab aja piiratus poliiklinilisel vastuvõtul.

Polikliinilisel vastuvõtul jaotub jaoskonnaarsti töö järgmisteks etappideks: anamneesi kogumine, haige läbivaatamine, diagnoosi püstitamine, edasistele uuringutele määramine ja ravimenetluste ordineerimine. Vastuvõtuaeg on aga piiratud: ühe haige läbivaatuseks on ette nähtud keskmiselt 10 minutit, mida lühendavad veelgi mitmesugused kõrvalmenetlused: haige lahtiriistumine, haigusloo, saatelehtede, retseptide, töövõimetuslehe, teatiste ja mitmesuguste teiste dokumentide vormistamine.

Õigesti organiseeritud vastuvõtul kasutab arst enamiku ajast oma põhiülesannete täitmiseks ning jätab kõrvalülesanded kesk-meditiinilistööaja hoolde. Kvalifitseeritud meditsiiniõde on võimeline täitma töövõimetuslehe, kirjutama saatelehed ja muud dokumendid ning isegi arsti dikteerimisel lihtsamad retseptid, määrama haige vererõhku jne. Küsitav on, kui võrd otstarbekohane on õde kohustada sissekandeid tegema ambulatoorsele kaardile.

Arstil ei ole lubatud oma põhiülesannete täitmisel kiirustada ajapuuduse tõttu. Anamneesi kogumiseks, haige põhjalikuks läbivaatamiseks, diagnoosi püstitamiseks ning prefülaktiliste ja ravimenetluste ordineerimiseks peab arstil alati aega jätkuma, eriti aga haige esmasel uurimisel. Puudulik põhiülesannete täitmine haige esmasel visiidil on sageli jaoskonnaarsti edasise ülekoormatuse põhjuseks, sest haige on sunnitud taas pöörduma arsti poole kas puuduliku diagnoosi või ravimenetluste täiendamiseks. Mitte vähem oluline on põhjalik, täpne ambulatoorse kaardi täitmine, sest see on ainus dokument polikliinikus haige tervisliku seisundi kohta. Ambulatoorne kaart (vorm nr. 26) peab sisaldama andmeid haige varem põetud haigustest, tema varasemast tervislikust seisundist, töö- ja elutingimustest, temale määratud ravi- ja profülaktilistest menetlustest, töövõimetuslehest, hospitaliseerimisest jne. Iga kord

tuleb ambulatoorsele kaardile märkida haige arsti poole pöördumise põhjus, olulisemad kaebused, objektiivne leid ja teostatud analüüside ja uuringute andmed, arvatav diagnoos, ordineeritud profülaktilised ja raviprotseduurid (kaasa arvatud ravimite annused ja nende kasutamise kestus). Haige töövõimetuslehe puhul tuleb ambulatoorsele kaardile kirjutada töövõimetuslehe number ning töövõimetuslehe aja kuupäevad.

Krooniliste haiguste esinemisel on vaja analüüsida kasutatud profülaktiliste ja ravivahendite efektiivsust ning märkida edasise ravi plaan.

Iga uue diagnoosi püstitamisel märgitakse täpsustatud diagnoos vastavasse lahtrisse ambulatoorse kaardi teisel leheküljel.

Ambulatoorne kaart on ainsaks dokumendiks elanikkonna tervisliku seisundi analüüsimisel ning ühtlasi juriidiline dokument, mille põhjal otsustatakse haige tervisliku seisundi ja osalt ka arsti töö kvaliteedi üle.

Teiseks oluliseks dokumendiks on retsept. Retsepti blanketid, millele on trükitud asutuse nimetus, aadress ja telefoni number, varustatakse retsepti väljastava arsti nime ning asutuse templiga.

Ravimi nimetus, annus ja tarvitamise õpetus kirjutatakse käsitsi ning arst kinnitab retsepti oma allkirjaga. Ühele blanketile tohib kirjutada ainult ühe ravimi. Retseptile kirjutatakse ka ordineerimise kuupäev, sest retsept on kehtiv ainult kahe kuu vältel pärast väljakirjutamist. Retsepti kirjutamise õigus on ainult diplomeeritud ämmaemandatel-velskritel ja arstidel.

Juhul, kui retsepti kirjutab üliõpilane-praktikant, peab arst enne allakirjutamist selle sisu kontrollima.

Kohalikud apteegid on kohustatud pidevalt informeerima polikliiniku arste müügil olevatest ravimitest, et vältida nende ravimite ordineerimist, mida ei ole võimalik kohapeal hankida.

Ravimid, mis sisaldavad narkootilisi aineid, kirjuta-

take ainult selleks määratud eriblankettidele (nn. "müügi-
retseptid").

Narkootilisi aineid sisaldava ravimi retsept.

Raviasutuse stamp.

..... 196...a.

Rp.

.....

.....

Haiguslugu nr.

Haige perekonna- ja eesnimi

Arst

(Täidetakse tindiga.)

Need retseptiblanketid säilitatakse peaarsti kabinetis lukustatavas kapis ning väljastatakse igale arstile ainult konkreetset vajadusel. Kõik narkootilisi aineid sisaldava ravimi retseptiblanketid on nummerdatud. Retseptile kantakse järgmised andmed: ravimit ordineeriva arsti ja osakonnajuhataja (või peaarsti) perekonna- ja eesnimi; haige ambulatoorse kaardi sifr, haige nimi ja diagnoos ning ravimi nimi koos ühekordse annuse ja hulga. Kõik need andmed kantakse retsepti väljastamise eelselt veel vastavasse žurnaali ning kinnitatakse arsti allkirjaga.

Narkootilisi aineid sisaldavate ravimite
retseptide registreerimise vihik.

Haige nimi	Elukoht	Ordineeriv arst	Retsepti vastuvõtja

Retsept kinnitatakse nii ordineeriva arsti kui ka osakonnajuhataja (peaarsti) allkirjaga ning asutuse templiga. Narkootilisi aineid sisaldavaid ravimeid väljastatakse retsep-

ti alusel ainult sama rajeoni või linna apteekidest.

Igal narkootilisel ainel on ette nähtud kindel norm, millises annuses teda ühe retsepti alusel tohib väljastada. Need normid on tunduvalt suuremad onkoloogilistele haigetele.

Isamaasõja invaliidid saavad apteegist ravimeid tasuta, personaal pensionärid osalise tasu eest. Isamaasõja invaliidile väljastataval retseptil peab olema kaks allkirja, personaal pensionäride puhul - üks allkiri, kusjuures viimastele vormistatakse retsept selleks ettenähtud spetsiaalsel blanketil.

Raviasutuse stamp.

Retsepti konts seeria nr.

Personaal pensionär (ülalpeetav)

Sm.

Pensioniraamatu nr.

(arsti allkiri)

Ravimi koguhind rbl.

sellest 80 % rbl.

Ravim väljastatud apteegist nr.

Raviasutuse stamp.

Retsept seeria nr.

Personaal pensionär (ülalpeetav)

Sm.

Pensioniraamatu nr.

Ravimi koguhind rbl.

sellest 80 % rbl.

Rp.

V. KODUVISIIDID.

Koduvisiidid jaotatakse aktiivseteks ja passiivseteks. Passiivseid visiidite teostab arst vastavalt väljakutsesele. Välja kutsuvad need haiged, kelle tervislik seisund ei võimalda polikliinikusse ilmumist. Aktiivseid visiidite teostab arst oma äranägemise järgi (ilma eelneva väljakutseseta) haigete tervisliku seisundi jälgimiseks nii akuutsete kui krooniliste terviserikete puhul.

Väljakutseid koduvisiitideks võtab registratuur vastu igal tööpäeval kindla kellaajani, tavaliselt kella 14-ni. Jaoskonnaarst, tutvunud registratuuri poolt täidetud väljakutsekaartide sisuga, otsustab, millises järjekorras haigeid kodudes külastada.

Moskva linna tervishoiuosakond on avaldanud haiguste loetelu, mille esinemise kahtlusel tuleb haigeid külastada eelisjärjekorras (ning ühtlasi koheselt hospitaliseerida):

südameatakk

kopsuödeem

kopsupõletiku rasked vormid ja kriisiperiood

pleuriidi raske vorm

raske bronhiaalastma hoog

verejooks hingamisteedest

neelu stenooos, krupp

tugev ninaverejooks

äge ja alaäge apenditsiit

mao ja soolte perforatsioon haavand

mao- ja soolteverejooks

pitsunud song

maksavoolmed

neeruvoolmed

raske toidumürgistus

emakaväline rasedus

äge günekoloogiline haigestumine kõhukelme

ärritusnähtudega

äge sünnitusjärgne haigestumine

tugev emakaverejooks
soolte sulgus
kusepeetus
lakkamatu venoosne verejooks
raske epilepsia
kooma, kollaps, šokk
järsk teadvuse kaotus
teadvuseta seisund seoses kõrge palavikuga
teised ägedad haigestumised või järsk haige seisundi
halvenemine, mis võib ohustada haige elu.

Juhul, kui jaoskonnaarst on samal ajal seotud munde ülesannetega (näit. vastuvõtuga polikliinikus), teeb mainitud indikatsioonidel koduvisiidid polikliiniku vältimatu abi arst.

Kiirabi jaama arstide ülesandeks on reageerida koheselt juhul, kui on tegemist liiklusõnnetusega või õnnetusega tänaval, raske haavatuga, põletuse, kõrgelt kukkumise, elektritraumaga, uppunuga, lämbunuga, enesetapjaga, mürgistatuga jne.

Eeltoodust selgub, kui võrd tähtis on kojukutsete registreeriks valida kohusetundlik, kogemustega meditsiinitöötaja, kes on võimeline kiirelt otsustama, kas väljakutsest informeerida kiirabi, vältimatu abi või jaoskonnaarsti.

Vastu võtnud haige väljakutse, kannab registreator need andmed veel väljakutsete raamatusse vorm nr. 31 ning otsib välja kodus külastatavate haigete ambulatoorsed kaardid. Jaoskonnaarst teostab koduvisiite väga mitmesugustel kellaaegadel. Juhul, kui arst võtab polikliinikus vastu hommikutundidel, alustab ta koduvisiitidega kohe peale vastuvõtu lõpetamist. Kui arsti vastuvõtt on õhtupoolikul, siis teostab ta koduvisiidid enne lõunat, osalt peale õhtust vastuvõttu. Koduvisiidid peavad olema tehtud hiljemalt kella 21.00-ks. Juhul, kui jaoskonnaarst näeb ette, et ta kõiki õhtuks kogunenud visiite teostada ei suuda, teeb osa visiite valveterapeut. Pärast polikliiniku kojukutsete vastuvõtuaaja lõppu

võtab kojukutseid vastu ja teeb koduvisiite kiirabijaam või polikliiniku vältimatu abi arst.

Pärast esmast koduvisiiti võtab jaoskonnaarst edasise teenindamise initsiatiivi endale. Raskete haigestumiste puhul ei jää arst ootama uusi kojukutseid haige (või tema omaste) poolt, vaid visiteerib neid ise aktiivselt vastavalt vajadusele.

Jaoskonnaarst kasutab ka kodudes konsultatsioonivõimalust vastava ala spetsialistiga. Juhul, kui tegemist on mitte-terapeutilise haigega, annab jaoskonnaarst kogu ravimise üle vastava ala spetsialistile.

Tuleb märkida, et koduse ravi efektiivsus oleneb väga suurel määral arsti oskustest. Ei piisa ainult õigesti püstitatud diagnoosist ja retseptide kirjutamisest. Arst peab saavutama peale kontakti haigega ka hea kontakti haige omastega, naabritega, andma neile näpunäiteid haige põetamiseks, dieettoidu valmistamiseks jne. Üksikute haigete koduseks ravimiseks rakendatakse viimastel aastatel uut meetodit, nn. kodust hospitaliseerimist. Haigeid, kellel ei ole omakseid, külastavad polikliiniku sanitar ja õde regulaarselt kodus. Õde kraadib, määrab pulsifrekventsit, manustab ravimid ja teostab mitmesuguseid muid raviprotseduure haigele ning informeerib jaoskonnaarsti haige tervislikust seisundist. Sanitar kütab ja kraamib haige toa, vahetab haige pesu, valmistab õe juhendamisel haigele söögi ja söötab haige.

Sellisel on võimalik ära hoida asjatut haigete kuhjumist statsionaari ning koduses miljöös ravimine on sageli soodsam ka haige psüühikale.

Loomulikult külastab jaoskonna- (patronaati-) õde vajaduse korral kõiki kodus lamavaid haigeid, kes vajavad jälgist ja ravi.

Teostatud abianndmisest märgib õde spetsiaalsesse vihkusse (vorm nr. 116).

Haigeid, kelle diagnoosi täpsustamine või vajaliku ravi läbiviimine kodustes tingimustes osutub võimatuks, hospitaliseeritakse.

Patronaafiõde koduvisiitide registreerimise
vihik.

Nr.	Kuu- päev	Haige pere- konna-, ees- ja isanimi	Hai- ge va- nus	Hai- ge aad- ress	Korral- dused arstilt	Andmed haige jälgimisel	Märkused korraldus- te täitmi- se kohta
1	2	3	4	5	6	7	8

Kohest hospitaliseerimist vajavatele haigetele antakse kodus ainult esmaabi ning suunatakse kiirabi autoga viivitamatult statsionaari.

Andmed statsionaari suunatud haigete kohta kantakse vastavasse raamatusse vorm nr. 34.

Hospitaliseerimisele suunatud haigete
registreerimise raamat.

Jrk. nr.	Kuu- päev	Haige pere- konna-, ees- ja isanimi	Va- nus	Aadress	Polikliini- ku diagnoos	Saatja arsti nimi
1	2	3	4	5	6	7

Raviasutu- se nimi, kuhu haige suunatakse	Hospi- tali- seeri- mise kuu- päev	Haigla lõp- lik diag- noos (la- hangu leid)	Kulg (välja kirjuta- tud, sur- nud)	Haig- last välja- kirju- tamise kuupäev	Juhul, kui haiget ei hospitali- seeritud - selle põh- jus
8	9	10	11	12	13

Jaoskonnaarst peab hästi tundma epideemiavastast tööd, sest enamik nakkushaigusi diagnoositakse just koduvisiitidel. Haiguse iseloomu õigeaegset väljaselgitamist aitab epidemiooloogilise anamneesi kogumine. Diagnoositud nakkushaiguse, hospitaliseerib jaoskonnaarst haige viivitamatult ning rakendab kõik abinõud nakkuse leviku vältimiseks. Ainult erandjuhtudel, väga mõjuvatel põhjustel, ei hospitaliseerita nakkushaiget, vaid isoleeritakse kodustes tingimustes. Avastanud nakkuskolde, teatab arst sellest kirjalikult sanitaar-epidemioloogiajaamale, vormistades kiirteatise vorm nr. 58 (mitte hiljem kui 12 tundi nakkushaiguse avastamisest). (Vt. lisa.)

Varajane jaoskonnaarsti signaal nakkuskoldest võimaldab sanitaar-epidemioloogiajaamal õigeaegselt alustada epideemiavastast võitlust. Paralleelselt kiirteatise vormistamisega kantakse need andmed ka nakkushaiguste registreerimise žurnaali vorm nr. 60.

V o r m nr.60.

Nakkushaiguste registreerimise žurnaal.

Jrk. nr.	Perekonna-, ees- ja isanimi	Vanus	Kodune aadress	Töökoha nimetus ja aadress	Arsti poole pöördumise kuupäev	Diagnoos (lõplik, esialgne, kelle poolt pandud)
1	2	3	4	5	6	7

Kiirteatise ärasaatmise kuupäev	Hospitaliseerimise koht ja kuupäev	Millal sai kaitsesüstti antud haiguse vastu	Muudetud diagnoos, kelle poolt ja millal muudetud	Märkused
8	9	10	11	12

Jaoskonnaarsti ülesannetesse kuulub ka infektsioonivastaste profülaktiliste ürituste (kaitsesüstimiste, kaitsepoo-

kimiste, suu kaudu vaksineerimiste jne.) organiseerimine. Läbiviidud profülaktiline töö registreeritakse vastavasse žurnali vorm nr. 64. (Vt. lisa.)

VI. MEDITSIINILINE TEENINDAMINE KÄITISTES JA ETTEVÖTETES.

Viimastel aastatel reorganiseeritakse käitistes ja ettevõtetes seni eksisteerinud, iseseisvaid velakri- ja arstipunkte nn. tsehhi-arstijaoskondadeks, mis on polikliiniku alluvuses.

Tsehhi-arstijaoskonnas töötab tsehhiarst-terapeut (koos kesk-meditiinipersonaliga) ning kohapealses (käitise või ettevõtte-) arstipunktis - velsker.

Tsehhiarstil on samad õigused käitiste ja ettevõtete töötajate teenindamisel kui jaoskonnaarstil oma jaoskonnas: ta kasutab polikliiniku spetsialistide konsultatsioone ja erikabinetide abi nii diagnostiliste kui raviprobleemide lahendamisel. Tsehhiarst otsustab vastava käitise töötajate töövõime üle, viib läbi profülaktilisi üritusi jne.

Umbes kolm kuni neli ja pool tundi päevas võtab tsehhiarst polikliinikus vastu vastava ettevõtte töötajaid. Erinevusena jaoskonnaarstist ei visiteeri tsehhiarst töötajaid kodudes, vaid kodusisiste teostab jaoskonnaarst vastavalt haige elukohale.

Ülejäänud osa tööpäevast töötab tsehhiarst kohapeal ettevõtte tervishoiupunktis ja organiseerib velakripunkti tööd.

Tervishoiupunktis täidab tsehhiarst järgmisi ülesandeid: organiseerib ravi-profülaktilisi üritusi (kaasa arvatud esmaabi õnnetusjuhtumite puhul), analüüsib töötajate haigestumist ja ajutist töövõimetust. Tsehhiarsti põhiülesandeks on alandada töötajate haigestumist miinimumini. Haigestumiste põhjuste väljaselgitamiseks on vaja neid sisuliselt analüüsida: teha kindlaks sagedamini esinevad haigused ja nende põhjused ning konkreetne ettepanek nende vältimiseks. Põhiliseks analüüsiallikaks on ajutised töövõimetuslehed,

mille põhjal ajutine töövõimetus analüüsitakse kahekordselt, nn. esmase (signaliseeriva) ja järgneva arvestusena. Esmase, signaliseeriva arvestuse eesmärk on signaliseerida käitise juhtkonda toimunud õnnestusest või haiguskoldest. Informeeritakse nn. signaalkaardi kaudu, mille täidab esmase töövõimetuslehe väljaandja, kes on ühtlasi kohustatud toimetama signaalkaardi lähema 12 tunni jooksul käitisesse.

Signaalkaart.

.....polikliinilise osakonna statistika-kabinetile.

1. Haige nimi
2. Haige vanus
3. Töökoht, tsehh
4. Kodune aadress
5. Sai haiguslehe alates
- kuni
6. Diagnoos
7. Raviasutuse nimi

"....."..... 19... a.

.....
arsti allkiri

Kõikide signaalkaartide andmed kantakse omakorda tsehi arstijaoskonnas nn. ajutise töövõimetus arvestuskaardile, kust on võimalik edaspidi töövõimetus analüüsida päevade, nädalate jne. kaupa. Täieliku haigestumise analüüsi (nii kvalitatiivselt kui kvantitatiivselt) võimaldab aga järgnev arvestus: andmed lõpetatud töövõimetuslehtedelt registreeritakse arvestuskaardile vorm nr. 3 - 1.

Tuleb märkida, et see arvestusvorm ei ole õnnestunud, sest ta ei võimalda detailsemat haigestumise analüüsi. On soovitatav igal tsehnarstil omapoolselt välja töötada detailsem analüüsi vorm (vastavalt käitise töötajate haigestumise omapärale) ning eriti lahti mõtestada rubriik "muud haigused".

Ajutise töövõimetuslehe arvestuskaart.

Tsehh

1. Perekonna-, ees- ja isanimi
2. Individuaalkaart nr., 3. Tabel nr.
4. Vanus 5. Sugu
6. Kodune aadress
7. Tsehh 8. Elukutse
9. Ametikoht
10. Mis ajast töötab antud ettevõttes (kuupäev, aasta).....
11. Mis ajast töötab antud tsehhis

Töövõime- tuslehe nr.	Vabastatud tööst		Töövõimetuslehe kalendaarse päevade arv	Milline asutus väljastas töövõimetuslehe
	alates	kuni		
1	2	3	4	5

Lõplik diagnoos (mis põhjustas töövõimetuslehe)	Haigust diagnoositi esmakordselt (vajalik märkida +ga)		Sifr haiguste nomenklatuuri järgi
	käesoleval aastal	varematel aastatel	
6	7	8	9

Tsehhiarsti ülesandeks on organiseerida esmaabi haigestumiste, traumade ja professionaalsete mürgistuste korral. Seetõttu peab ettevõtet varustama vastavate esmaabivahenditega, mille hulka kuuluvad ka spetsiaalsed vahendid olenevalt ettevõtte tööiseloost (spetsiaalsed antiidoodid, hapnikuballoonid jne.). Töötajate hulgas on vaja läbi viia esmaabikursusi, et vajadusel oleks kindlustatud peale velskri- ja arstiabi ka enese- ja vastastikune abi.

Ravi-profülaktiline töö moodustab tähtsaima osa tsehhiarsti tööülesannetest.

Tsehhiarst jälgib kõikide töötajate tervislikku seisundit, võttes eriti hoolsa vaatluse alla dispanseeritute grupi (s. o. kroonilisi või professionaalseid haigusi põdevad haiged). Ta kontrollib töötajate töötingimusi ning teeb vajaduse korral käitise juhtkonnale ettepanekuid nende parandamiseks. Tsehhiarst organiseerib ettevõttes toitlustamisvõimalusi, profülaktooriume ning suunab töötajaid puhkekodudesse ja sanatooriumidesse. Ta võtab aktiivselt osa ka kehakultuuriliste ürituste (kaasa arvatud tootmisvõimlemine) organiseerimisest. Tsehhiarst on vastutav käitise töö- ja puhkeruumide sanitaar-hügieenilise seisundi eest.

Selles töös abistab arsti veel ametiühingu aktiiv, Punase Risti ja Poolkuu aktiiv, kelle tööd juhib kohapealne velsker või meditsiiniõde.

Töötajate sanitaar-hügieeniliste teadmiste tõstmiseks on soovitatav näitlike plakatite, raadiovestluste jne. kõrval organiseerida loengute sari, milles käsitletakse nii üldhügieenilisi kui profülaktika küsimusi, eriti käitise professionaalsetest iseärasustest lähtudes.

Kogemused näitavad, et tsehhijaoskondade eksisteerimisel on määratu suur tähtsus töötajate tervise kaitses.

VII. SANITAARSELGITUSTÖÖ ORGANISEERIMINE.

Linna polikliinik peab olema sanitaarselgitustöö tsentrumiks, kus tervishoiualaseid küsimusi selgitatakse nii terveile - profülaktika õigeaegseks rakendamiseks - kui ka haigeile - ravirežiimi õigeaks mõistmiseks.

Suurtes polikliinikutes töötab nn. meetodikakabinet, mille koosseisus on vähemalt üks arst, kes juhendab kogu sanitaarselgitustööd. Väiksemates polikliinikutes organiseerivad seda tööd osakonnajuhatajad või selleks määratud arstid ühiskondlikul alusel.

Sanitaarselgitustöö vorme on mitmesuguseid, neist kasutatavamad on:

- 1) vestlused haigete grupiga; vestlusi on soovitatav kor-

raldada kindlate nosoloogiliste haigete rühmadega, näiteks südame-vereringehäiretega eraldi, seedetrakti haiguste all kannatanuile eraldi jne. Vestlustel selgitatakse dieedi, režiimi iseärasusi jne.;

- 2) filmide demonstreerimine (kas teatud haigete rühmale või laiemale elanikkonnale);
- 3) raadioloeng - üldisemaid tervishoiualaseid probleeme on soovitatav ringhäälingu kaudu saata laiemale elanikkonnale, detailsemad küsimusi võib aga saata polikliinikusisese raadiojaama kaudu ooteruumis viibivatele patsientidele;
- 4) seinalehed ja plakatid töökohtades, ühiselamutes, polikliiniku ooteruumides jne.;
- 5) brošüürid, milles käsitletakse profülaktika küsimusi.

Eriti hõlbustaksid jaoskonnaarsti tööd brošüürid erinevate haiguste puhul kasutatavate dieetide kohta. Selliseid brošüüre peaks jaotatama igale haigele vastavalt tema haigusele, selleks et haige ka kodus menüü koostamisel saaks kontrollida selle õigsust.

Suurt abi elanikkonna sanitaar-hügieeniliste teadmiste tõstmisel annavad tervishoiuülikoolid, mis viimastel aastatel on organiseeritud peaaegu kõikides linnades. Sobivamaks temaatikaks oleks nendes ülikoolides üldprofülaktilise iseloomuga ja esmaabi küsimused.

1. Isikliku ja üldhügieeni tähtsus tervise säilitamisel.
2. Kuidas õigesti toituda.
3. Pika-ea probleem.
4. Nakkushaiguste profülaktika.
5. Südame-vereringehaiguste profülaktika.
6. Esmaabi õnnetusjuhtumil (eelarstiabi).
7. Haige põetamine jne.

Nende loengute läbiviimiseks tuleb kasutada kõiki arste, kaasa arvatud ka arstid-pensionärid.

VIII. DISPANSEERIMINE.

Dispansseerimise all mõistetakse süstemaatilist profülaktiliste ja raviürituste rakendamist elanikkonnale töövõime tõstmise ja säilitamise eesmärgil.

Dispansseerimise ülesandeks on:

- a) kindlustada elanikkonna optimaalne füüsiline areng;
- b) kõrvaldada tervistkahjustavad faktorid ümbritsevast keskkonnast;
- c) ennetada haigusi, kuid nende olemasolul -
- d) takistada haiguste edasiarenemist ja
- e) organiseerida ravi.

Dispanseriline meetod võimaldab nii primaar- kui sekundaarprofülaktiliste ja ravimenetluste sünteesi, olles kaasaja juhtivaks töömeetodiks ravi-profülaktilistes asutustes.

Polikliiniline teenindamine ei tohi piirduda ainult kvalifitseeritud ravi rakendamisega, vaid peab kindlustama elanikkonnale ka kõik profülaktilised üritused. Olulisim osa dispanserilises töös on määratud elanikkonna sotsiaalsete faktorite uurimisele, töötajate töö- ja eluelustikuliste tingimuste jälgimisele ja nende parandamisele. See on sama tähtis kui diagnoosi püstitamine, haiguse etioloogia selgitamine ja ravi organiseerimine.

Dispansseerimist on võimaline organiseerida ainult kvalifitseeritud meditsiinipersonal. Arst peab hästi tundma tööhügieeni, professionaalse patoloogia, ajutise töövõimetuse ekspertisi ja teisi sotsiaalhügieeni küsimusi. Jaoskonnaarst töötab tihedas kontaktis sanitaar- ja tsehhiarstidega kui ka professionaalsete haiguste eriarstidega. Sanitaararstide ülesandeks on informeerida pidevalt jaoskonnaarste vastava territooriumi sanitaarsest seisundist, elanike haigestumisest nakkushaigustesse ning kommunaalasutuste (saunade, sööklate, einelaudade jne.) hügieenilisest seisundist.

Tsehhiarstid, kelle ülesandeks on tsehhide süstemaatili-

ne ülevaatus, tsehhi töötajate haigestumise ja traumatismi analüüsimine, esmaabi andmine ning ambulatoorse ravi korraldamine - informeerivad omapoolsetl jaoskonnaarste ning abistavad viimaseid töötajate töötingimuste parandamisel (näiteks võitlus müra, vibratsiooni jt. kahjulikkude faktorite vastu; dieettoitlustamise, öösanatooriumide ja profülaktooriumide korraldamine jne.).

Professionaalsete haiguste kabinetis töötav arst selgitab välja, kas haigus on kutsealane ning määrab koos jaoskonnaarstiga haigele vastava ravi ning profülaktilised üritused. Kõos jaoskonna- ja tsehhiarstidega võtavad kutsehaiguste arstid osa ka töötajate töötingimuste parandamisest jne.

Dispansseerimisele kuuluvate elanike kontingendid jagunevad kahte rühma.

1. Terved isikud, keda bioloogiliste iseärasuste või tööiseloomu tõttu on vajalik dispansseerida.
2. Teatavaid kroonilisi haigusi põdevad isikud.

Tervete isikute dispansseerimise sihiks on

- 1) säilitada ja tugevdada dispansseeritute tervist ja töövõimet;
- 2) kindlustada nende optimaalne kehaline areng;
- 3) vältida haigestumisi.

Dispanseriline töö selle kontingendiga seisneb nende tervisliku seisundi, füüsilise arenemise ning töö- ja elulustikuliste tingimuste dünaamilises jälgimises ja parandamises.

Sellesse rühma kuuluvad:

- 1) tervistkahjustavatel töödel töötajad,
- 2) eelsõjaväekohusalased, nn. kutsealused,
- 3) tööllisnoorukid,
- 4) meditsiinitöötajad,
- 5) personaalpensionärid,
- 6) teenelised kunstitegelased,
- 7) põllumajanduse juhtiv kaader.

Igale dispansseeritute rühmale on ette nähtud erinev uurin-
gute plaan ja kontrollile ilmumise sagedus (olenevalt ea-
listest iseärasustest, töö iseloomust jne.). Orienteerivad
andmed on märgitud alljärgnevasse tabelisse.

Tervete dispansseerimine.

Elanikkonna kontingendid	Kohustuslik kontrollile ilmumine	Uuringud	Märkused
Tervistkah- justavatel töödel töö- tajad	Olenevalt tervistkah- justavast faktorist	Tervishoiu mi- nistri käskkirja 136-M 1957. a. järgi	Täidetakse vorm nr. 30
Meditasiini- töötajad	1 kord aas- tas	Põhianalüüsid (veri, uriin, faeces), rind- kere röntgeno- loogiline läbi- valgustus, sa- nitaar-epidemi- oloogilised uu- ringud (düsen- teeria, kõhu- tüüfus)	Täidetakse sanitaarraa- mat
Töölisnõura- hid, kutse- alused, esl- kutsealused	1 kord aas- tas	Otorinolaringo- loogi, stomato- loogi, kirurgi, neuroloogi, of- talmoloogi kon- sultatsioon, SR, rindkere röntge- noloogiline uur- imine	Täidetakse vorm nr. 25
Personaal- pensionärid	2 korda aastas	Vastavalt vaja- dusele	Vorm nr.30
Teenelised kunstitege- lased	1 kord aastas	Vastavalt vaja- dusele	-

Teise rühma kuuluvad alljärgnevaid haigusi põdevad isikud.

1. Hüpertooniaõõbi I, II staadium, soovitatav osaliselt ka III.
2. Stenokardia.
3. Müokardi infarkt.
4. Reumatism.
5. Reumatoidartriit.
6. Kardiovaskulaarse puudulikkuse II aste (olenematult etioloogiast).
7. Mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandid.
8. Anatsiidne gastriit, prekantseroos.
9. Krooniline pneumoonia.
10. Bronhiaalastma.
11. Krooniline nefriit ja põelonefriit.
12. Verehaigused (leukoosid, pernitsioosne aneemia).
13. Helmintoosid.
14. Suhkurtõbi.
15. Struuma ja türeotoksikoos.
16. Botkini tõbi - hepatiidid.
17. Düsenteeria.
18. Kõhutiifus.
19. Brutselloos.
20. Endarteriit ja endarterioos.
21. Tromboflebiit.
22. Hernia.
23. Hemorroidid.
24. Krooniline apenditsiit.
25. Osteomüeliit.
26. Lumbosakraalne radikuliit.
27. Glaukoom.
28. Trahhoom.
29. Krooniline tonsilliit.
30. Krooniline otitiit.
31. Krooniline sinusiit.
32. Professionaalsed haigused.
33. Kasvajad.

Vastavalt raviasutuse võimalustele on soovitatav dispanseerimist järkjärguliselt veelgi laiendada sedavõrd, et dispanseerimine hõlmaks kõiki krooniliste haiguste põdejaid. Juhul, kui jaoskonnaarsti töömaht võimaldab, on soovitatav dispanseerida veel näiteks kroonilise koletsüstiidi ja kolangiidi, maksatsirroosi, ultseroosse koliidi, mao funktsionaalsete häiretega jt. haiged.

Kogemused näitavad, et jaoskonnaarst suudab dispanseerimist hästi läbi viia siis, kui dispanseeritavate arv ei ulatu üle 100 - 120 isiku.

Seetõttu suudavad suuremad polikliinikud, mille koosseisu on komplekteeritud mitmesuguseid erialakabinette, dispanseerimist laialdasemalt läbi viia.

Suuremates polikliinikutes on moodustatud erikabinetid tervistkahjustavatel töödel töötajate, kutsealuste, töölisnoorukite jt. dispanseerimiseks. Ka osa haiged dispanseeritakse erikabinetites töötavate spetsialistide poolt.

Sel juhul kuuluvad näiteks endokrinoloogia kabinetile kilpnäärme- ja suhkruhaiged, soolenakkuse kabinetile - Botkini tõve, kõhutüüfuse ja brutselloosihaiged, helmintooxi kabinetile ussnugiliste kandjad jne.

Vastavate spetsialistide olemasolul dispanseerib iga eriarst temale vastava kontingendi. Näiteks dispanseerib kirurg endarteriidi-, tromboflebiidihaiged, kroonilise apenditsiidi haiged, neuroloog lumbosakraalse radikuliidi haiged, oftalmoloog glaukoomi- ja trahhoomihaiged, otorinolaringoloog kroonilise otitiidi haiged, sinusiidi-, tonsilliidihaiged jne.

Tuberkuloosahaigete, veneroloogiliste, onkoloogiliste, psühhoneuroloogiliste haigete ja rasedate dispanseerimine kuulub vastavate dispanserite ülesannetesse. Jaoskonnaarst dispanseerib need kontingendid ainult siis, kui teadmata- või territooriumil puuduvad spetsiaalsed dispanserid.

Kui kohalike ravi-profülaktiliste asutuste hulgas puudub arstlik kehakultuuridispanser, töötab polikliinikus veel kehakultuuriarst (või mitu), kes teostab kehakultuuri

ja spordiga tegelevatele isikutele regulaarsed arstlikku kontrolli (vastavalt NSVL tervishoiuministri käskkirjale nr. 360 17. juulist 1962. a. lisa 1). Osa sellest kontingendist kuulub dispanserilisele järelevalvele (juhtivad sportlased, noorte ja laste spordikoolide ning noorsoo spordikoolide õpilased ning üldhariduslike koolide õpilased, kes kuuluvad oma tervisliku seisundi tõttu kehalise kasvatuses osas meditsiinilisse erigruppi).

Erikabinettide arstid töötavad tihedas kontaktis jaoskonnaarstidega, informeerides viimaseid pidevalt dispanseerimise tulemusist. Jaoskonnaarst kannab jaoskonna passile kõik dispanseeritute andmed.

Juhul, kui haigestub dispanseeritu tervete rühmast, kuulub ta ravile jaoskonnaarsti juures, kes dispanseerib teda ka kroonilise haiguse avastamisel.

Ülesanded haigete dispanseerimisel.

1. Dispanseeritavate kontingendi väljaselgitamine ja arvelevõtmine.
2. Dispanseeritute tervise ja töövõime säilitamine ja taastamine.
3. Haigestumiste vältimine, profülaktiliste tervistavate ürituste organiseerimine.
4. Haiguse varajane avastamine ja ravi rakendamine.
5. Haige õigeaegne suunamine kvalifitseeritud ravile (vajaduse korral).
6. Dispanseeritute töö- ja elutingimuste parandamine.
7. Dispanseeritute invaliidsuse puhul - osalise töövõime säilitamine.

1. Dispanseeritute kontingendi väljaselgitamine toimub:
 - a) jaoskonnaarsti vastuvõtul, pidevalt. Eriti hoolikalt tuleb teostada arsti poole pöördunu esmane läbivaatus. Jaoskonnaarst ei tohi lähtuda läbivaatusel ainult haige kaebustest, vaid peab uurima haige seisundit igakülgselt.

b) profülaktilistel läbivaatustel:

nn. esialgsel profülaktilisel läbivaatusel, näiteks haige ilmub kaebusteta oma tervise kontrollile kas enne teatavale tööle asumist või kõrgemasse õppeasutusse astumist. Sel puhul uuritakse haiget igakülgselt ning andmed kantakse vastavale blanketile (näiteks kõrgemasse kooli astuvate isikute puhul täidetakse vorm nr.286);

V o r m nr. 286.

Meditasiiniline tõend

kõrgemasse õppeasutusse või tehnikumi astujale.

..... 196...a.

1. Välja antud
asutuse nimetus ja aadress
2. Õppeasutuse nimetus, kuhu suunatakse tõend
3. Perekonna-, ees- ja isanimi
4. Sünniaasta5. Sugu
6. On antud raviasutuse meditsiinilise järelevalve all (mis ajast)
7. Põetud haigused
8. Varem esinenud traumad ja operatsioonid
9. On dispanseeritud (kus, mis ajast, millise diagnoosiga)
10. Tegeleb kehakultuuriga (koolis, väljaspool kooli, võistlustest osavõtt, VTK ja OVTK normide täitmine).....
11. Kehakultuuri grupp
12. Tervislik seisund ja objektiivsed andmed praegusel momendil
13. Laboratoorse ja röntgenoloogiliste uuringute andmed.. ..
14. Diagnoos ja haiguse kestvus
15. Täiendavad andmed (nägemisteravus jt.)
16. Teostatud kaitsesüstimid (millal, missugused)

Asutuse pitsat

Arsti allkiri:

perioodilisel profülaktilisel läbivaatusel. Perioodilisele profülaktilisele läbivaatusele kuuluvad kõik töötajad, kusjuures eriti tihti tuleb kontrollida meditsiinitöötajaid, toiduainetetööstuse, lasteasutuste töötajaid ja töölisnoorukeid. Töölisnoorukite läbivaatuse andmetel täidetakse vorm nr. 25.

V o r m nr. 25.

Lisaleht töölisnoore meditsiinilisele kaardile.

Kaardi täitmise kuupäev Noormees
 Sünniaasta, -kuu, kuupäev Neiu
 Perekonna-, ees- ja isanimi
 Aadress
 Töö (õppeasutuse) nimetus
 Tööle (õppeasutusse) asumise aeg
 Töökoht Põetud haigused
 Vanemate poolt põetud haigused (tuberkuloos, alkoholism, psüühil. haigused)
 Elab perekonnas, ühiselamus Toitmine
 Tööpäeva pikkus Vahetus
 Kas tegeleb kehakultuuri ja spordiga

Meditsiinilise läbivaatuse andmed.

1. Kaal
2. Kasv: istudes, seistes
3. Rindkere ümberaõõt: sisse-, väljahingamisel, paus
4. Suguline areng
5. PA, MA, ME.
6. Füüsilised puudused
7. Kaebused
8. Nahk
9. Lihaste-luude süsteem
10. Lümfinäärmed
11. Suuõõs

12. Seedetrakt
 13. Vereringeelundid
 14. Erituselundid
 15. Hingamiselundid
 16. Endokriinne süsteem
 17. Närvisüsteem
 18. Psüühika
 19. Nägemisorganid
 20. Ülemised hingamisteed ja kuulmisorganid
 21. Fluorograafia andmed (röntgen)
 22. Pirquet, Mantoux' reaktsioon
 23. Laboratoorsed uuringud
 24. Diagnoos
- Määratud kehalise kasvatusse gruppi
- Arsti märkused

Arsti alkiri:

Ülejäänutel täidetakse sanitaarraamat.

- c) suunatud profülaktilistel läbivaatustel, mis teostatakse isikutel, kelle suhtes kahtlustatakse mõne haiguse varajast staadiumi. Haiguse väljaselgitamine toimub täiendavate analüüside ja vastavate spetsialistide konsultatsiooni abil kas polikliinikus või vajaduse korral statsionaaris.
- d) massilisel profülaktilisel läbivaatusel, mis haarab kogu teenindatava territooriumi elanikkonna.
Täidetakse vorm nr. 278. (Vt. lisa.)

Kõik dispenseeritavad võetakse arvele jaoskonnaarsti poolt ning täidetakse ambulatoorne kaart (vorm nr. 26) ja dispenseeritute kontrollkaart nr. 30. (Vt. lisa.) Kõiki dispenseeritud uuritakse komplekselt: vajalik on laboratoorsete uuringute teostamine ja spetsialistide konsultatsioonid vastavalt haigusele. Nii näiteks hüpertooniatõve puhul on vaja teostada neerude funktsionaalsed katsed, röntgenoloogi-

line ja elektrokardiograafiline südame-vereringesüsteemi uurimine, oftalmoloogi konsultatsioon silmapõhjade suhtes ja neuroloogi konsultatsioon; reumatismi puhul larüngoloogi, stomatoloogi ja vajaduse korral teiste spetsialistide konsultatsioon fokaalinfektsiooni avastamiseks; kardioloogi konsultatsioon, elektrokardiograafiline (vajaduse korral ka fonokardiograafiline) uuring ning rida biokeemilisi analüüse (verevalgud, siaalhape, difenüülamiini reaktsioon, mukoproteiidid jne.) reuma aktiivsuse astme määramiseks jne.

Peale objektiivse leiu, analüüside andmete ja spetsialistide arvamuse peab ambulatoorsele kaardile olema märgitud ka raviplaan, selle põhjendus ning ordineeritud ravimite annused, ravikuuri pikkus. Ühtlasi tuleb kaardile märkida andmed haige töö- ja elutingimuste kohta ning vajaduse korral ettepanekud nende parandamiseks.

Iga ravikuuri lõppemise järel märgitakse kaardile ravi efektiivsus ning edasine raviplaan. Ambulatoorse kaardi esimese lehe ülemisele nurgale kirjutatakse täht "D", mis märgib ära, et antud haige on dispanserilisel arvel. Dispanseriitute kontrollkaart nr. 30 ei asenda mingil juhul ambulatoorset kaarti, vaid on ainult kontrollivaks, tööd hõlbustavaks dokumendiks.

Need kaardid säilitatakse spetsiaalsetes kastides dispanseririva arsti kabinetis ning on kuulises järjekorras, jaotatuna üksikute nosoloogiliste üksuste järgi. Selle karteegi põhjal on võimalik alati süstemaatiliselt kontrollida, kes dispanseriitudest ei ole ilmunud järelevaatusele ning planeerida need järgmiseks ajaüksuseks (tavaliselt kuuks) väljakutsutavate kontingenti.

Haigeid, kes töötavad käitises, kus asub tervishoiupunkt, dispanseriib tsehhiarst. Jaoskonnaarstil on ainult nimekiri kõikide tema teenindamispiirkonnas elunevate isikute kohta, kes on dispanseriitud teiste arstide poolt.

Kõikidele dispanserilisele arvele võetud haigetele töötatakse välja (koos osakonnajuhatajaga) dispanseriliste ürituste individuaalplaan, milles kajastub:

- 1) arstliku kontrolli sagedus;
- 2) laboratoorsete analüüside teostamise vajadus ja sagedus;
- 3) spetsialisti konsultatsiooni vajadus;
- 4) töö- ja elutingimuste parendamine;
- 5) medikamentoose, füsioterapeutilise, sanatoorse-kuurordilise jne. ravi vajadus;
- 6) AKK-esse või ATEE-i suunamise vajadus.

Igal polikliinikul on dispansseeritavate osas välja töötatud teatav skeem uuringute vajaduse ja sageduse kohta.

Sellisel skeemil on loomulikult sageli teatav suunav, orienteeriv tähtsus, millega määratakse dispansseeritavate uurimise nn. miinimumprogramm. Tartu Linna Kliinilise Haigla Polikliinikus on aluseks võetud järgmine skeem.

Haigus	Kohustuslik kontrollile ilmumise sagedus aastas	Spetsialisti konsultatsioon	Uuringud
Hüpertoonia-tõbi I st.	4	oftalmoloog neuroloog	uriini analüüs, Zimnitski kats,
II st. (valikuliselt)	4	kardioloog vaj. uroloog	jääk-N, rindkere röntgenol. uurimine,
III st. (valikuliselt)	4		EKG, silmapõhi
Stenokardia	4	kardioloog	SR, L, EKG, hääbimisnäitajad, rindkere röntgenol. uurimine, vajaduse korral transaminaas
Müokardi infarkti järgne seisund	4 esimese 6 kuu vältel igas kuus	kardioloog	samad, mis stenokardia puhul

Haigus	Kohustuslik kontrollile ilmumise sagedus aastas	Spetsialisti konsultatsioon	Uuringud
Reumatism - ägenemisjärgselt	12	stomatoloog otorinoloog kardioloog	SR, L, valem, siaalhape, proteinogramm, EKG
retsidiivsete	4		
latentne	2		
Prereumaatiline seisund (kr. tonsilliid, kardiotsensilliid, sündroom)	4	LOR stomatoloog kardioloog	sama, mis reuma puhul
Reumatoidartriit	4 eriti hormoonterapias	kardioloog (vajad.) LOR stomatoloog	SR, L, valem, siaalhape, proteinogramm, vajadusel EKG
Kardiovaskulaarne puudulikkus, II aste (olenevalt etioloogiast)	4	kardioloog	uriin, elektrolyüdid, rindkere röntgenol. uurimine, EKG
Haavandtõbi	värske haavandi puhul 4-6, vana - 2 korda	gastroloog	SR, L, Er., Mb., faeces, proovide, mao röntgenol. uurimine, vajadusel gastroskoopia

Haigus	Kohustuslik kontrollile ilmumise sagedus aastas	Spetsialisti konsultatsioon	Uuringud
Anatsiidne gastriit	4	gastroloog	sama, mis haavand-tõve puhul
Bronhiaal-astma	2	allergoloog LOR stomatoloog	spiromeetria, rindkere röntgenoluurimine, sputum natiivselt ja astmaelementidele, mikrofloora
Krooniline nefriit ja põelonefriit	4	oftalmoloog uroloog vaj. larüngo- loog	uriin, Zimnitski kats, jääk-N, silmapõhjad, rindkere röntgenoloog. uurimine, EKG
Verehaigused	4	onkoloog	SR, L, valem, Hb., Er.
Suhkurtõbi	12 (insuliini tarvitajad)	endokri- noloog	veresuhkur, uriinisuhkur, rindkere röntgenoloogiline uurimine

Uue töövormina kasutatakse veel nn. profileeritud grupilisi vastuvõtte, mis organiseeritakse jaoskonnaarsti initsiatiivil õhtupoolikuti. Vastuvõtule kutsutakse kõiki ühe teatava haigusgrupi dispansseerituid. Üritust alustatakse sanitaarselgitava loenguga, kus tutvustatakse dispansseerituid

režiimi, dieedi jt. küsimustega. Sellele järgneb konsultatiivne vastuvõtt, kus konsiiliumi korras koos vastavate spetsialistidega arutatakse komplitseeritud haigusjuhtude diagnostilisi ja ravi küsimusi. Nii näiteks organiseerib jaoskonnaarst hüpertooniatõvega haigete vastuvõtu järgmiste spetsialistide osavõtul: neuroloog, oftalmoloog, kardioloog; haavandtõve haigetele röntgenoloog, gastroloog, kirurg jne. Vastuvõtu lõpetanud, resümeerib konsiilium dispanseerimise efektiivsuse, analüüsides senini teostatud tööd ning tehes uusi ettepanekuid dispanseerimise tõhustamiseks.

Dispanseerimise efektiivsust on võimalik hinnata ainult seni tehtud töö pideval analüüsimisel. Loomulikult peegeldab dispanseerimise efektiivsust dispanseeritute tervisliku seisundi analüüs. Teatava ajavahemiku järel (kuid mitte harvemini kui kord aastas) kantakse dispanseeritu ambulatoorsele kaardile nn. etappepikriisi andmed. Etappepikriisi kirjutatakse haige subjektiivsed andmed, laboratoorsed jt. näitajad, märgitakse teostatud ravi- ja profülaktiliste ürituste efektiivsus ning haige objektiivne seisundi hinnang (paranenud, halvenenud, muutusteta, dispanseriliselt arvelt kustutatud).

Üheks oluliseks dispanseerimise efektiivsuse näitajaks on dispanseeritute ajutise töövõimetuse andmed (analüüsitakse juhtude ja töövõimetuse päevade arvu dünaamikat iga 100 dispanseeritu kohta teatud ajavahemiku jooksul).

Dispanseerimist iseloomustavad veel:

- 1) dispanseerimise maht, s. o. teatud nosoloogilise vormi puhul dispanseeritute ja sama haigust põdevate haigete üldarvu suhe;
- 2) dispanseerimise õigeaegsus: s. o. varases staadiumis avastatute ja dispanseeritute ja sama haigust põdevate haigete üldarvu suhe;
- 3) dispanseerimise aktiivsus ja plaanipärasus, s. o. dispanseeritutel läbiviidud profülaktiliste ürituste suhe kõikidesse jaoskonnaarsti poolt läbiviidud profülaktilistes-

se üritustesse ning dispanseeritutele läbiviidud profülaktiliste ürituste ja planeeritud ürituste suhe.

IX. POLIKLIINIKU JA STATIONAARI VAHELISED SIDEMED.

Kõrgelt kvalifitseeritud abianndmine polikliinikus on võimalik ainult viimase pidevas koostöös statsionaariga. Seda silmas pidades töötab enamik polikliinikuid haigla osakondadena, mis kahtlemata tihendab orgaanilist seost ambulatoorse ja statsionaarse teenindamise vahel.

On ju loomulik, et polikliiniku arst peab teadlik olema haigel statsionaaris teostatud uuringute ja ravi tulemustest ning vastupidi - haigla arstile on vajalik ülevaade haige seisundist ja ravist enne hospitaliseerimist. Vastastikuse informatsiooni tagamiseks suunatakse hospitaliseeritu ambulatoorne kaart (vorm nr. 26) haiglasse ning haige lahkumisel statsionaarist palatiarsti poolt täidetud epikriisi andmetega taas tagasi polikliinikusse. Epikriis peab sisaldama kõiki haiglas tehtud uuringute andmeid, iseloomustama haiguse kulgu ning andma ülevaate ravist ja selle efektiivsusest.

Juhul, kui haige oli hospitaliseeritud väljaspoole polikliiniku teenindamise piirkonda, saadab statsionaari arst jaoskonnaarstile posti teel epikriisi andmed, täites need vastavale vormile nr. 27. (Vt. lisa.)

Indikatsioonid haige hospitaliseerimiseks on väga mitmesugused.

Hospitaliseeritakse:

- 1) ägedate haigusjuhtude puhul (mitmesuguste põletikuliste protsesside, mürgistuste, verejooksu, raske trauma jne. juhtudel). Need haiged suunatakse viivitamatult kiirabi-autoga statsionaari;
- 2) haiged, kelle haiguse iseloom tingib küll hospitaliseeri-

mist, kuid sellega võib paar päeva viivitada (mõningad põletikulised protsessid, südame-vereringe krooniline puudulikkus (jne.);

- 3) haiged, kelle hospitaliseerimine on vajalik kas diagnostilisel või ravi otstarbel, kuid see võib toimuda plaanikohaselt. Neid haigeid suunatakse haiglasse osakonnajuhatajaga kokkulepitud tähtpäeval.

Haige suunatakse statsionaari saatekirjaga, millele märgitakse haige nimi, vanus, elukoht, täpne diagnoos ning vajaduse korral lisaandmeid. Saatekiri kirjutatakse kas vabas vormis või selleks ettenähtud blanketile.

Kõik statsionaari suunatud haiged registreeritakse žurnaalis vorm nr. 34, v. a. nakkusjuhud, mis kantakse sisse žurnaali vorm nr. 60.

Polikliiniku ja statsionaari arsti tööalast sidet tugevdab veelgi nende perioodiline töötamine vahetuse korras. Tavaliselt määratakse polikliiniku jaoskonnaarst statsionaari tööle 3 - 4 kuuks ning samaks ajaks haigla arst polikliinikusse.

Kogemused näitavad, et just see töömeetod võimaldab arstidel süveneda kõikidesse tööloikudesse ja aitab tõsta nende kvalifikatsiooni.

X. TÖÖVÕIMETUSE EKSPERTIIS.

Üldjuhised töövõimetuslehe väljastamise kohta.

Haiguse või vigastuse tõttu töövõime kaotanule väljastavad ajutisi töövõimetuslehti polikliinikute, ambulatooriumide, dispanserite, haiglate või tervishoiupunktide arstid. (Vt. lisa.)

Tuberkuloosi, psüühiliste või suguhaiguste korral väljastavad töövõimetuslehti vastavate eriraviasutuste arstid. (Üldraviasutuse arst võib väljastada ainult kuni kolmepäe-

vase tähtajaga töövõimetuslehe ning on kohustatud suunama haige spetsiaalsesse raviasutusse.)

Maakohtades, kus raviarstid puuduvad, võib ministeerium labada velskril väljastada töövõimetuslehti, kuid vastava piirkonna arstijaoskonna arsti järelekontrollil.

Arstidel on õigus töövõimetuslehti üksi väljastada mitte rohkem kui kolmeks päevaks korraga kahel korral (s. o. kokku mitte rohkem kui kuueks päevaks). Töövõimetuslehe kestmisel üle 6 päeva toimub töövõimetuslehe pikendamine ainult koos vasta-va osakonna juhatajaga või selle puudumisel peaarstiga.

Puhkust haiguse või vigastuse puhul annab kuni töövõime taastumiseni või invaliidsuse kindlakstegemiseni arstlik töö-ekspertiisikomisjon (ATEK).

Töövõime kaotuse puhul elukondliku trauma tagajärjel antakse esimese viie töövõimetuslehe päeva kohta välja õiend ning alles alates kuuepäevast töövõimetuslehest.

Juhul, kui haige tervislik seisund tingib tema üleviimist teisele tööle, ei väljastata töövõimetuslehte, vaid AKK otsus.

Akuutse haigestumise või trauma puhul tervishoiupunkti pöördunud annab arst töövõimetuslehe 1 - 2 päevaks. Edasine töövõimetuslehe pikendamine toimub aga tavalises korras, s. t. polikliiniku, ambulatooriumi jne. poolt. Kui tervishoiupunktis töötab ainult meditsiiniõde või velsker, siis need töövõimetuslehte ei väljasta, vaid annavad oma allkirjaga ja pitsatiga varustatud tõendi, millele märgitakse haige tervishoiupunkti pöördumise kuupäev ja kellaaeg ning andmed haiguse iseloomu kohta. Tõendi alusel annab polikliiniku (ambulatooriumi) arst välja töövõimetuslehe alates tõendile märgitud ajast.

Raviasutustes, kus töötab ainult üks arst (kaugel asu-va-tes rajoonides jne.), on sellel õigus üksi väljastada töövõimetuslehti kogu haigusaja vältel (kuid mitte üle 3 kuu!). Soovitav on konsultant kutsuda haige juurde juba 10-päevase, hiljemalt aga ühekuuse töövõimetuslehe kestmise korral.

Laboratoorseste uuringute ja ravi protseduuride läbiviimi-

seks töövõimetuslehte ei väljastata, v. a. üksikud juhud, kus protseduuri või uuringu iseloom tingib selle läbiviimist tööajal.

Töövõimetuslehe haige perekonnaliikme põetamiseks väljastab haiget raviv arst kestusega kuni kolm päeva. Seda tähtaega pikendab raviarst koos peaarstiga ainult erandjuhtudel.

Töövõimetuslehti ei ole lubatud väljastada:

- a) krooniliste haigete põetamiseks,
- b) hospitaliseerimisest keeldunud haigete põetamiseks,
- c) tervete laste eest hoolitsemiseks (näit. ema haiguse puhul jne.).

Karantiini puhul väljastab töövõimetuslehe arst-epidemioloog ning ainult tema puudumisel raviarst.

Sanatoorseks ja kuurordiraviks antakse töövõimetusleht ainult siis, kui korralisest ja lisapuhkusest ei piisa sanatooriumis viibimise ajaks (kaasa arvatud sinna- ja tagasi sõiduks rongiga) ning järgmistel tingimustel:

- a) kui sanatoorse ja kuurordiravi vajadus on määratud raviarsti ja osakonnajuhataja (või peaarsti) poolt;
- b) kui tuusik on saanud käitiskomiteelt sotsiaalkindlustuse arvel tasuta või 30 % tasumisega tuusiku hinnast.

Töövõimetuslehti sanatoorseks raviks väljastab AKK või selle puudumisel raviarst koos peaarstiga. Töövõimetuslehe taotlemisel tuleb esitada:

- a) tuusik;
- b) väljavõtte ametiühinguorganisatsiooni otsusest tuusiku andmise kohta töövõimetuslehte taotlevale isikule sotsiaalkindlustuse arvel tasuta või 30 % tasumisega tuusiku hinnast;
- c) tõend administratsioonilt korralise ja lisapuhkuse kestuse kohta;
- d) sanatooriumi-kuurordi kaart.

Sanatooriumi-kuurordi kaart nr.

Täitmise kuupäev

Kaardi väljastanud raviasutuse nimetus

Aadress: ENSV, rajoon linn.....tänav.....

Raviarsti perekonna-, ees- ja isanimi

1. Haige perekonnanimi eesnimi isanimi.....

Sugu: mees, naine (alla tõmmata) sünniaasta

Haige aadress

2. Töökoht

3. Ametiala

4. Kaebused, haiguse kestvus, anamneesi andmed, teostatud ravi

5. Kliiniliste, laboratoorsete, röntgenoloogiliste jt. uurin-
gute andmed (kuupäev)

6. Diagnoos a) põhi-

b) kaasuvad

7. Otsus. Määratud ravi:

Kuurordiravi

Kohalikus sanatooriumis

.....

.....

a) sanatooriumis.....
(märkida
profiil)

b) ambulatoorne.

Aastaaeg

Allkirjad: Raviv arst

Osakonnajuhataja

Töövõimetuslehti väljastavad raviasutused, mille juurde ettevõtted on kinnistatud, või töölise ja teenistuja elukohta järgsed raviasutused.

Töötajaile, kelle ajutine töövõimetus tekkis väljaspool nende alalist töö- või elukohta, väljastatakse töövõimetuslehed nende haigestumise kohas, kuid ainult raviasutuse peaarsti kinnitusel.

Haigetele, kes esimese töövõimetuslehe said oma alalises elukohas, pikendatakse seda teises kohas ainult siis, kui on olemas esimese töövõimetuslehe väljaandnud raviasutuse nõusolek väljasõiduks.

Töövõimetusleht antakse välja töövõimetuslehe kindlakstelemise päeval (v. a. ravi puhul statsionaaris).

Töövõimetusleht tuleb nõuetekohaselt täita:

- a) lahtris "Lõppdiagnoos" ära näidata töövõimetuslehe peamine põhjus (mitte sümptomid!);
- b) keelatud on kirjutada "diagnoos" ja "lõppdiagnoos" ladina keeles või "lõppdiagnoos" sõnaga "sama";
- c) tingimata täita lahter "režiim" (kas kodune, ambulatoorne jne.);
- d) joobnud olekust tingitud töövõimetuslehe, simuleerimise, ravivõime rikkumise või määratud tähtajal polikliinikusse mitteilmumise puhul teha selle kohta vastav märkus.

Juhul kui töövõimetusleht töötasu korralise väljamaksmise ajal veel kestab, annab raviarst haigetele välja uue töövõimetuslehe ning märgib eelneva töövõimetuslehe lahtrisse "Asuda tööle" märkuse "Järg", märkides sellele ka uue töövõimetuslehe numbrit.

Haigustõendit on õigus välja anda maa-arstijaoskonna ambulatooriumi ja haigla arstidel, rajooni polikliiniku ja rajoonihaigla arstidel ning velskripunkti juhatajatel. Ambulatoorsel ravil olevat haiget võib raviv arst tööst vabastada korraga kuni viieks päevaks kahel korral (kokku kümneks päevaks). Üks arst võib määrata haiglaravil oleva haige ajuti-

sele töövõimetuslehele kuni 10 päevaks, üle selle aja juba kooskõlastatult jaoskonna- või rajoonihaigla peaarstiga. Maa-jaoskonnahaigla või rajoonihaigla arstidel on õigus vabastada haige tööst kuni töövõime taastumiseni, kuid mitte üle kolme kuu. Pärast haiglast väljakirjutamist on haigla arstil õigus haige töövõimetuslehte pikendada kuni viieks päevaks, edasi otsustab haige töövõimetuslehte jaoskonnaarst. Maa-arstijaoskonnades, kus töötab ainult üks arst, tohib viimane üksinda haiglaravil või kodus voodirežiimi tingimustes olevaid haigeid tööst vabastada kuni kolmeks kuuks.

Velskripunkti juhataja võib määrata ajutist töövõimetuslehte mitte rohkem kui 3 päevaks, haiguslehe pikendamine kuulub juba maahaigla (ambulatooriumi) või rajoonihaigla arsti kompetentsi.

Tõendi tervisliku seisundi tõttu teisele tööle üleviimise kohta võib anda maa-jaoskonnahaigla (ambulatoorium) või rajoonihaigla arst kuni üheks kuuks, tähtaega pikendada võib arst ainult koos maahaigla või rajoonihaigla peaarstiga.

Tööst vabastamise tõendi raskesti haige perekonnaliikme hooldamiseks annab haiget raviv arst või velsker, kusjuures vabastada ei tohi üle viie päeva, v. a. erandjuhtudel. Karantiini puhul vabastab tööst arst-epidemioloog, tema äraolekul jaoskonnaarst. Haige suunamisel linna või vabariiklikusse raviasutusse antakse haige kätte töövõimetusleht (vorm 289), millele vastav raviasutus märgib haige ravil viibimise aja.

Juhul, kui kolhoosi liikmele antakse vältimatut abi väljaspool vastavat teeninduspiirkonda, annab raviasutus tõendi vabas vormis, millele kirjutab alla asutuse ravilarst ja osakonnajuhataja. Selle tõendi alusel täidab maa-arstijaoskonna arst haigele vorm nr. 289.

Haigustõendite väljastamise kord põllu-
majandusliku artelli liikmetele.

Kolhoosi liikmete ajutist töövõimetust tõendatakse
haigustõendi vorm nr. 289 abil.

Kolhoosnikute tööst vabastamine.

Õiendi nr. kontrolltalong
Perekonnanimi
eesnimi isanimi
Sugu Vanus
Kolhoosi nimetus
Asustatud koht
Rajoon
Kolhoosis tehtav töö
Vabastus antud
(diagnos)

haiguse puhul

Sünnituseelne, sünnitusjärgne puhkus
(alla kriipsutada)

kuni

Õiendi väljaandmise kuupäev

Sünnitanute kohta: millal toimus sünnitus ...

..... kus

Tööst vabastamine pikendatud:

" " kuni " "

" " kuni " "

" " kuni " "

Asuda tööle " " 19....

Õiendi väljaandja allkiri:

Õiendi saaja allkiri:

Ühend nr.

esitamiseks kolhoosi juhatusele ajutiseks
vabastamiseks tööst.

Välja antud poolt
asutuse nimetus

Kellele
töövõimetu perekonna-, ees- ja isanimi

..... kolhoosi liikmele
kolhoosi nimetus ja asukoht

selles, et tema on ajutiselt vabastatud tööst

" 19... a. kuni " " 19...a.

seoses haigusega, sünnitus-
diagnoos

eelse puhkusega, sünnitusjärgse puhkusega (sünnitus toimus

" " 19... a.).

Muul põhjusel
missugusel

Soovitav režiim

Raviasutuse " " 19...a.

pitsat
Ülendi väljaandja allkiri

Tööst vabastamine pikendatud:

" " kuni " " Allkiri

" " kuni " " Allkiri

" " kuni " " Allkiri

Asuda tööle " " 19...a.

Raviasutuse
pitsat

Töövõimetuslehtede arvestamisest ja säilitamisest.

Töövõimetuslehtede blanketid on väärtdokumendid, mille kohta peetakse ranget arvestust.

Blankette hoitakse raviasutustes eriruumides, tulekindlates kappides või rauaga ülelöödud lukustatavates kastides. Kõik raviasutused on kohustatud pidama töövõimetuslehtede blankettide saamise ja väljastamise kohta arvestust vastavas raamatus.

Saamise või väljastamise kuupäev	Saadud või väljastatud dokumendi nimetus, nr. ja kuupäev	Kellelt saadud või kellele väljastatud	Blankettide numbrid	
			seeria	nr.
1	2	3	4	5

Sissetulek	Väljaminek	Jääk	Allkiri blankettide saamise kohta või saatelehe number	Märkused
6	7	8	9	10

Kõik raviasutused esitavad kord kvartalis aruande töövõimetuslehtede blankettide tegeliku kulutamise kohta järgmise vormi kohaselt.

1. Jäi järele aruandekvartali esimese kuu esimeseks päevaks
2. On saadud aruandekvartali jooksul
3. Väljastati aruandekvartali jooksul
4. Jääb järele kvartali lõpuks
5. Blankettide vajadus järgmises kvartalis

Raviasutuse arstid saavad töövõimetuslehtede blankette allkirja vastu selleks volitatud isikutelt. Arstid on kohus-

tatud aru andma töövõimetuslehtede väljastamise kohta töövõimetuslehtede talongide tagastamise näol.

Arstide poolt väljastatud töövõimetuslehtede arvestust peetakse registratuuris eriraamatus vorm nr. 36.

Väljastatud töövõimetuslehe number, väljastamise kuupäev, puhkuse tähtaeg ja tööleasumise kuupäev kantakse haigusloosse.

Rikutud töövõimetuslehti hoitakse eritoimikus.

Põllumajandusliku artelli liikmete haigustõendite blankeete hoitakse ja nende kohta peetakse arvestust samal viisil. Tõendite talonge säilitatakse raviasutuses kahe aasta vältel.

Puuduste likvideerimiseks ajutiste töövõimetuslehtede väljastamisel tuleb otstarbekaks pidada näiteks nn. "jaoskonnaarsti töövõimetuslehtede kaitsmise" elluviimist: osakonnajuhataja või peaarst valib igas kuus välja ambulatoorseses kaardid, mille puhul esineb kahtlus töövõimetuslehe pikendamise vajaduses ning organiseerib igakuuselt raviasutuse sisese konverentsi, kus polikliiniku arst põhjendab töövõimetuslehe väljastamist (haiguse diagnoosi ja ravi seisukohalt).

Selliselts organiseeritud töövõimetuslehtede kaitsmine teda väljastanud arsti poolt kogu kollektiivi ees tõstatab ja lahendab mitmesuguseid vajalikke probleeme töövõimetuslehtede ekspertiisi alal.

Tsehhiaarstid saavad ajutise töövõimetuslehe analüüsi kaudu kaasa aidata antud ettevõtte tööliste haigestumise pidevale ja järjekindlale vähendamisele, tööliste tervise kaitsmise tugevdamisele ning tervistkahjustavate töötingimuste likvideerimisele.

Töövõimetuslehtede arvestust peetakse kahel viisil: signaalarvestuse ja järelarvestuse teel. Signaalarvestus tehakse töövõimetuslehe tekkimise päeval.

Signaalarvestuse eesmärgiks on:

- 1) signaliseerida ettevõtet teenindavat arsti haigestumise või traumajuhtumist, anda talle võimalus nende põhjuste analüüsimiseks ja kordumiste vältimiseks;

V o r m n r. 36.
 Väljaantud töövõimetuslehtede registreerimisraamat.

Jrk. nr.	Antud asutusest väljaantud töövõimetuslehe nr.		Teisest asutusest väljaantud töövõimetuslehe nr.		Haige perekonna-ees- ja isanimi	Indivi- duaal- kaardi, haigus- loo nr.	Haige aadress	Töökoht ja tehtay töö
	esimene	pikendus	esimene	pikendus				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Diagnoos	Arsti perekonnanimi		Vabastatud tööst		Üldse vabasta- mise ka- lendri- päevi	Märke haige suunamise- teise ravi- asutusse	
	kes andis välja töövõimetuslehe	kes lõpetas töövõimetus- lehe	mis kuu- päe- vast	mis kuu- päe- vani			
10	11	12	13	14	15	16	17

2) signaliseerida varakult ettevõtte juhtkonda töölise töölt puudumisest.

Kui töövõimetuslehe väljastas tsehhiarst ise või mõni teine arst samast polikliinikust, jääb raviasutusse töövõimetuslehe rebitav talong, millele täiendavalt märgitakse diagnoos, tsehh ja töölise vanus.

Kui aga töövõimetusleht on väljastatud mõnelt teiselt raviasutuselt, täidab töövõimetuslehe väljastanud raviasutus signaalkaardi. Viimane saadetakse samal päeval sellesse polikliinikusse, kuhu töövõimetus kuulub töökohta järgi.

Signaalkaartide ja töövõimetuslehtede talongide alusel koostab polikliiniku statistik igal järgmisel päeval koondaruande eelmisel päeval haigestunud tööliste kohta.

Haigestumise koondaruanne.

Diagnoos	Ettevõtte nimetus	Haigusjuhtude arv	K o k k u
Gripp Angiin jne.			
K o k k u			

Kõik töövõimetuslehtede talongid ja signaalkaardid antakse edasi tsehhiarstile või tööstusettevõtet teenindavale arstile.

Signaalarvestus annab ülevaate ainult haigusjuhtude arvu, kuid mitte töövõimetuslehe kestvuse kohta. Põhjaliku ülevaate haigestumise kohta võimaldab nn. järelarvestus, mida tehakse lõpetatud töövõimetuslehtede alusel. Töövõimetuslehe lõpetamisel peaks tööline isiklikult ilmuma tsehhiarsti juurde, sest vestlusel abisaanuga on arstil võimalik täpsemalt selgitada haiguse põhjusi, haiguse iseloomu ja ravi efektiivsust.

Lõpetatud töövõimetusleht registreeritakse erijärnaalis ja personaalkaardil. Registreerimisel varustatakse töövõimetusleht šifriga ajutise töövõimetuslehe aruandevormi 3 - 1 nosoloogiliste ühikute ja haigusgruppide šifrite järgi. Tervis- hoiuasutused on kohustatud tegema töövõimetuslehe analüüsi töös- tusettevõtete töötajate kohta üks kord kuus ja soovhoosi töö- tajate kohta üks kord kvartalis (vorm nr. 3 - 1 järgi).

Parimat töövõimetuslehe analüüsi võimaldab aga ajutise töö- võimetuslehe personaalne arvestus, mis aga ei ole siiani tervis- hoiuasutustele kohustuslik. Ajutise töövõimetuslehe personaalne arvestus võimaldab:

- 1) arvele võtta sageli haigestuvaid töötajaid, dispanseerida krooniliste haiguste põdejaid, viia neid vajadusel üle teistesse töötingimustesse, suunata ravile jne.;
- 2) selgitada haigestunud töötajate arvu;
- 3) selgitada haigestumise kordumist (haigusjuhtude üldise ar- vu suhet haigestunud tööliste arvusse);
- 4) analüüsida haigestumist kutsealade, vanuse ja soo järgi.

Ajutise töövõimetuslehe arvestuseks täidetakse vastav kaart iga töötaja kohta, olenemata sellest, kas ta haigestus või mitte.

Ajutise töövõimetuslehe arvestuse kaart.

1. Perekonnanimi, initsiaalid 2. Sünniaasta
3. Sugu 4. Tabeli nr. 5. Kodune aadress.....
(muudatused)
6. Tsehh
(muudatused, teise tsehhi ülemineku aeg)
7. Kutseala, ametikoht 8. Üldine tööstaaž
(muudatused)
9. Kutsealane staaž 10. Antud ettevõttesse
tööleasumise aeg 11. Töölt lahkumise aeg
ja põhjus 12. On väljastatud töö-
võimetusleht

Milline asutus on töövõimetuslehe		Töölt vabastatud		Tööpäevade arv töövõimetuslehel	Neist statistio-naaris	Lõppdiag-noos	Sif-fer
väljastanud	lõpetanud	alates	kuni				

Meditsiinilised personaalkaardid asetatakse kartoteeki tsehhide kaupa, iga tsehhi kaardid tähestikulises järjekorras.

Erilist rõhku tuleb tsehhiarstil panna sageli ja kaua põdevatele töötajatele. Nende andmete analüüsimiseks on soovitatav (iga aasta lõpul) koostada järgmine tabel.

Sageli ja kaua põdejate arv ja nende ajutine töövõimetus.

..... 19... a.

	Ettevõttes kokku	Sealhulgas		
		tsehh nr. 1	tsehh nr. 2	jne.
Keskmine arv aastas				
Haigusjuhtude arv aastas				
Töövõimetuspäevade arv aastas				
töötajate üldarvust				
% kõigist haigusjuhtudest				
Töövõimetuspäevade % kõikidest				
töövõimetuspäevadest aasta jook-				
sul.....				

Soovitatav on pidada eriarvestust veel II ja III grupi invaliidide ja vanaduspensionäride haigestumise kohta.

Arstlik konsultatsioonikomisjon (AKK)
ja tema funktsioonid.

Arstlikud konsultatsioonikomisjonid (AKK-d) organiseeritakse nii iseseisvates polikliinikutes kui ka haiglate juures asuvates polikliinikutes ja ambulatooriumides, mille koosseisuks on 15 ja rohkem arsti, järgmises koosseisus:

peaarsti asetäitja ekspertiisi alal,
osakonna juhataja,
raviarst.

Väiksema koosseisuga ambulatoorsetes asutustes lahendab vastavad küsimused peaarst koos raviarstiga.

AKK ülesanded:

- 1) lahendab ajutise töövõimetuse ja ekspertiisi komplitseeritud ja vaidlusalused küsimused;
- 2) suunab püsiva töövõime kaotusega ja halva prognoosiga haiged (esmased ja korduvad) arstlikku tööekspertiisikomisjoni (ATEK-i);
- 3) annab otsuse - nn. AKK õiendi - töötaja üleviimiseks teisele tööalale tema tervisliku seisundi tõttu (ilma töövõimetuslehte väljastamata) kas ajutiselt või alaliseks;
- 4) väljastab töövõimetuslehti kuni kahe kuu piires ajutiselt töövõime kaotanule seoses tuberkuloosi, kutselai-guse haigestumisega või tööõnnetusega - haigete ajutise üleviimisega teisele tööle;
- 5) väljastab töövõimetuslehti haigetele spetsiaalseks raviks teistes linnades ja teeb selle kohta märkuse töövõimetuslehele.

Arstliku tööekspertiisi komisjonid (ATEK)
ja nende ülesanded.

Arstliku tööekspertiisi komisjonid (ATEK) alluvad sotsiaalkindlustuse organeile.

Linnade, rajoonidevahelise või rajooni ATEK-i koosseisu kuuluvad kolm arsti-eksperti (terapeut, kirurg, neuroloog), ametiühinguorganisatsiooni ja sotsiaalosakonna esindaja. Komisjoni esimeheks määratakse üks arstidest.

ATEK-i ülesandeks on:

- 1) püsiva või pikaajalise töövõimekaotuse kindlakstegemine ja invaliidsuse grupi määramine;
- 2) invaliidsuse tekkimise aja määramine;
- 3) invaliidsuse põhjuste väljaselgitamine;
- 4) sotsiaalkindlustuse organite ülesandel toitja surmapõhjuse kindlakstegemine tema perekonnaliikmetele toitjakaotuspensioni määramiseks;
- 5) invaliididele töötingimuste ja töö laadi määramine vastavalt tervislikule seisundile;
- 6) abinõude määramine, mis aitavad kaasa invaliidide töövõime taastamisele (kutsealane väljaõpe, ümberkvalifitseerumine, taastamisravi, proteesimine jne., mootorkäru või invaliidiauto tarvilikkuse kindlakstegemine jne.);
- 7) invaliididele sobivate töötingimuste tundmaõppimine ettevõtetes ning invaliidide tööle rakendamise õigsuse ratsionaalne kontrollimine;
- 8) ravi- ja profülaktiliste asutuste arstide instrueerimine ja tutvustamine arstliku tööekspertiisi põhialuste, meetodite ja ülesannetega;
- 9) töövõime kaotuse astme määramine töölistele ja teenistujatele, kes on saanud töövigastuse (tervisehäire), tekitatud kahju hüvitamise määra kindlakstegemise eesmärgil.

ATEK-is kontrollitakse:

- 1) töölisi, teenistujaid ja teisi isikuid, kes on hõlmatud riikliku sotsiaalkindlustusega;

- 2) kõrgemate ja kesk-eriõppeasutuste, koolide ja kaadri ettevalmistamise kursuste õpilasi, aspirante, doktorante ja kliinilisi ordinaatoreid;
- 3) teisi kodanikke, kui nad on invaliidistunud riiklike või ühiskondlike kohustuste täitmisel või NSV Liidu kodaniku kohuse täitmisel inimelu päästmiseks, sotsialistliku omandi või sotsialistliku õiguskorra kaitsmisel;
- 4) töölisi ja teenistujaid, kes on katkestanud töö, endisi sõjaväelasi ja punktides 1, 2, 3, 4 märgitud isikute perekonnaliikmeid, kes on kaotanud toitja, tingimustel, mis annavad nendele õiguse pensioni saamiseks;
- 5) lapseeas invaliidistunud ja isikuid, kes said vigastuse või haigestusid enne tööle asumist ning vajavad tööle paigutamist või suunamist kutsealaseks väljaõppeks; samuti isikuid, keda sotsiaalkindlustuse poolt saadetakse invaliidide kodudesse või internaatidesse;
- 6) invaliidide taasläbivaatusteks;
- 7) mittetöötavate pensionäride perekonnaliikmeid pensioni saamiseks;
- 8) töölisi ja teenistujaid, kes on saanud vigastuse või terviserikke seoses tööga kahju hüvitamise määra kindlakstegemiseks;
- 9) kolhoosi liikmeid, kellel on ettenähtud pension;
- 10) isikuid, kellel ei ole õigust pensioni saamiseks, kuid kes taotleavad kehtestatud korras toetust, mille saamiseks on nõutav invaliidisuse olemasolu;
- 11) ATEK võtab läbivaatamiseks vastu samuti raviasutuste poolt suunatud isikuid, kes on haiged juba pikemat aega (mitte hiljem kui 4 kuu möödumisel ajutise töövõimetuse tekkimisest päevast või üldkokkuvõttes mitte rohkem kui 5 kuud kestnud ajutise töövõimetuse korral viimase 12 kuu kestel korduvate haigestumiste puhul ühte ja samasse haigusesse ning tuberkuloosihaigeid mitte hiljem kui 10 kuu möödumisel).

Iga ATEK-i suunatava haige kohta täidab raviasutus kehtestatud vormi (nr. 88) kohase läbivaatuse akti, mis saadetakse ATEK-i. (Vt. lisa.) Läbivaatuse akt peab sisaldama andmed haige töö kohta, unamneesi, detailse kirjelduse haiguse iseloomust, kliiniliste, laboratoorsete ja spetsiaalkabinetide uurimuste andmed ning spetsialistide konsultatsiooni andmed, mis põhjendavad invaliidsuse tunnuseid, kliinilist ja tööprognosi. Aktile kirjutab alla raviarst, osakonna juhataja ja peaarsti asetäitja ekspertiisi alal.

Tavaliselt langetab ATEK otsuse kohapeal (s.t. istungil) pärast haige läbivaatust.

Haigeid, kes oma tervisliku seisundi tõttu ei ole võimalised ATEK-i istungile ilmuma, külastavad komisjoni liikmed kodus (või raviasutuses).

Erandjuhtudel tehakse ATEK-i otsus tagaselja ainult läbivaatuse akti alusel, kuid ainult nende isikute töövõime kohta, kes viibivad statsionaarsetes raviasutustes.

I grupi invaliidide taasläbivaatus toimub üks kord kahe aasta jooksul, II ja III grupi invaliididel aga ühe kord aastas.

Alates 1965. aastast võtab ATEK läbivaatusele ka kolhoosi liikmeid neist kolhoosidest, kus on kehtestatud pensioniga kindlustamine sõltuvalt invaliidsuse grupist.

Kõrgeimaks arstliku tööekspertiisi organiks ja metoodiliseks keskuseks arstliku tööekspertiisi alal on vabariiklik ATEK. Viimase poolt vastuvõetud otsused on lõplikud.

XI. POLIKLIINILISE TÖÖ ANALÜÜS.

Polikliinilise töö analüüs on objektiivne hinnang teostatule, mis võimaldab avastada tehtud vigu ja kitsaskohti polikliinilises teenindamises ning on ühtlasi aluseks edasise töö parandamisele ja planeerimisele.

Polikliinilise töö aruanne esitatakse igal aastal vormi nr. 1-a kohaselt. See vorm ei võimalda küllaldaselt detailset analüüsi, mistõttu sisuliseks analüüsiks kasutatakse

se veel mitmesuguseid lisanäitajaid.

Aruande koostab polikliiniku peaarst meditsiinistatistiku (või vastava kabineti töötajate) abistamisel. Polikliiniku aastaaruande koostamise loomulikuks eelduseks on jaoskondade erikabinettide jne. juba varem laekunud tööaruanded.

Jaoskonnaarsti tööaruanne peab olema detailne ning hästi põhjendatud, kuna ainult sel juhul on võimalik saada sisulist polikliinilise teenindamise analüüsi. Tartu Kliinilise Haigla polikliinilise osakonna jaoskonna tööaruanne sisaldab järgmisi andmeid.

Jaoskonna tööaruande plaan.

1. Jaoskonna number, tema asukont. Elanike arv. Jaoskonna territooriumi suurus, piirid. Tänavad, teed, nende olukord. Ehitiste iseloomustus. Veevarustus, kanalisatsioon, valgustus. Jaoskonna iseärasused. Transpordiga varustatus.
2. Objektid jsk-s ja kontakt nende meditsiinipersonaliga. Majavalitsused. Toitlustamis- ja toiduaineteettevõtted, ühiselemud ja internaadiid, õppeasutused, lastesõimed ja lasteaiad, ravi-profülaktilised asutused jne.
3. Ambulatooriumide arv. Haigete ambulatoorse teenindamise jaoskonnalisuse näitaja. Haigestumus põhiliste nosoloogiliste vormide järgi. Töövõimetuspäevade keskmine arv ühe haige kohta põhiliste nosoloogiliste vormide järgi.

Koduvisiitide arv 3-tunnilise teenindamisaja jooksul, nende suurenemine või vähenemine ja selle põhjused, võrreldes eelnevate aastatega. Aktiivsete koduvisiitide arv %-des korduvate visiitide suhtes. Haigete koduse teenindamise jaoskonnalisuse näitaja. Terapeutiliste haigete hospitaliseerimine aasta jooksul (nende arv, haiguste iseloom, polikliiniku diagnooside ühtelangemine kliiniliste diagnoosidega). Haigestumise spetsiifika. Letaalus jaoskonnas.

4. Dispanseriline jälgimine.

Dispansseeritute üldarv jaoskonnas. Millised haiguste nosoloogilised vormid dispansseeritud ja kui palju iga vormi. Ealine ja ühiskondlik koosseis iga haiguse nosoloogilise vormi järgi.

Dispansseerimise aktiivsus (haaramise aste ja plaanilisus). Dispansseerimise resultaadid (tervistumine, paranemine, muutusteta, halvenemine, töö korraldamine, invaliidsuse kindlaksmääramine, invaliidsuse grupi muutmine, surm).

Kui palju viibis statsionaarsel, sanatoorsel ja kuuordiravil, puhkekodus.

Tbc- ja vähahaigete arv ja nende teenindamine.

Põetud infektsioosete haigete arv ja aruandlus, miliste infektsioonhaiguste suurenemine või vähenemine jaoskonnas aasta jooksul.

5. Profülaktiline töö.

Side jaoskonna elanikkonnaga. Sanitaarharidustöö jaoskonnas ja polikliinikus. Tervishoiu aktiiv ja selle töö. Side linna sanitaar-epidemioloogiajaamaga ja temapoolne abi.

Profülaktiliste läbivaatuste läbiviimine. Nakkushaiguste vastu läbiviidud kaitseüstitimised.

6. Üldised järeldused.

Jaoskonna üldsanitaarne olukord. Puudused töös ja abinõud nende kõrvaldamiseks. Raskused seoses sanitaar-profülaktilise töö ja epidemioloogilise kontrolliga.

Raskused elanikkonna meditsiinilisel teenindamisel.

Ettepanekud jaoskonnas profülaktilise töö ja elanikkonna meditsiinilise teenindamise parendamiseks.

Jaoskonna töö analüüsis vajab selgitamist nn. haigete teenindamise jaoskonnalisuse näitaja, s. o. arv, mis iseloomustab teenindatud jaoskonna haigete arvu suhet teenindatud haigete üldarvu.

Polikliinilise töö mahtu iseloomustab nn. polikliinilise teenindamise maht, s. o. polikliinikus teenindatute suhe vastava territooriumi täiskasvanud elanike arvu. Seda näitajat analüüsitakse veelgi detailsemalt: ambulatoorsel vastuvõtul teenindatute ja koduvisiitidel külastatute arv eraldi. Saadud andmeid analüüsitakse veel kvartalite, kuude, nädalapäevade kaupa jne.

Ülevaate meditsiinilisest teenindamisest annab ka nn. külastatavuse korduse näitaja, s. o. korduvate visiitide suhe esmastesse (kusjuures analüüsida aktiivsete korduvate ja passiivsete korduvate visiitide suhet eraldi).

Teatud määral iseloomustab polikliinilist tegevust erikabinettide kasutamise intensiivsus.

Tähtsamateks andmeteks polikliiniku aruandluses tuleb kahtlemata pidada neid, mis iseloomustavad vastava territooriumi elanike tervislikku seisundit.

Elanikkonna tervislikku seisundit peegeldavad järgmised andmed.

1. Üldine haigestumus, mida analüüsitakse nn. täpsustatud diagnoosi statistilise talongi põhjal. Analüüs nende talongide põhjal tehakse meditsiinistatistiku poolt iga kuuselt ning summeeritakse aruandlusaasta lõpul tabelile vorm nr. 1-a, mille järgi on võimalik välja selgitada

Täpsustatud diagnoosi registreerimistalong	
1.	perekonna-, ees- ja isanimi
2. Aadress	
3. Jaoskonna nr.	4. Mees, naine 5. Vanus
Täpsustatud diagnoos	Esmaselt avastatud +
.....	
.....	
Endine diagnoos	
< >	196. a. Arsti allkiri

- a) haigestumiste arvu %-des vastavalt nosoloogilistele vormidele,

- b) esmaselt püstitatud diagnooside arvu (vastavalt 44-le nosoloogilisele vormile),
- c) haigestumuste sagedust üksikute nosoloogiliste vormide järgi,
- d) elanike haigestumuse dünaamikat ja tema nosoloogilist kõikumist.
2. Epideemiline haigestumus, mille analüüsiks kasutatakse žurnaaali nr. 60 ja kiirteatise (vorm nr. 58) andmeid. (Vt. lisa.)
- Epideemilise haigestumise aruanne võimaldab välja selgitada haiguste iseloomu, territoriaalsust, epideemiakoldeid ja vigu epideemiavastase võitluse organiseerimisel.
3. Tähtsamad mitteepideemilised haigestumused, mis analüüsitakse eraldi. Siia kuuluvad aktiivne tuberkuloos, süüfilis, gonorröa, trahhoom, naha seentõved ja halvloomulised kasvajaad.
4. Haigused, mis põhjustasid haigete hospitaliseerimise (analüüsitakse vormi nr. 34 põhjal).
5. Haigestumus ajutise töövõime kaotusega (analüüsitakse eespool kirjeldatud meetodil).
6. Haigused, mis põhjustasid surma. Selleks kasutatakse vormi nr. 279 (kodus surnud isikute) ning vormi nr. 34 (haiglas surnute) andmeid.

V o r m nr. 279.

Polikliiniku teenindamisrajoonis elunenute
kodus surnute registreerimise žurnaal.

Jrk. nr.	Sissekande kuupäev	Surma kuupäev	Surnu perekonna-, ees- ja isanimi	Sugu	Vanus
1	2	3	4	5	6

Aadress	Surma põhjus	Väljastatud surmatunnistus nr.	Sissekannet teinud isiku ametikoht ja perekonnanimi
7	8	9	10

S i s u k o r d .

I. Sissejuhatus	3
II. Polikliiniku struktuur ja polikliinilise töö planeerimine	5
III. Haigete vastuvõtu organiseerimine	7
IV. Jaoskonnaarsti vastuvõttust polikliinikus	14
V. Koduvisiidid	19
VI. Meditsiiniline teenindamine kätistes ja ette- võtetes	24
VII. Sanitaarselgitustöö organiseerimine	27
VIII. Dispanseerimine	29
IX. Polikliiniku ja statsionaari vahelised sidemed	43
X. Töövõimeuse ekspertis.	44
XI. Polikliinilise töö analüüs	61
Lisad	

Тартуский государственный университет
ЭССР, г. Тарту, ул. Вилкопи, 18

В.А. Саарма

О ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
Методическое указание

На эстонском языке

Wastutav toimetaja O. Maimets
Korrektor M. Raima

=====
TRÜ rotaprint 1967. Trükiroognaid 4,13 + 8
lisa. Tingtrükiroognaid 3,76. Arvestusroog-
naid 3,5. Trükiarv 1000. Paber 30x42. 1/4.
Paljundamisele antud 31. XII 1966.

Tell. nr. 573.

Hind 10 kop.

A
28292

TÕÕVÕIMETUSLEHT

Esmane-järg
(vastav alla kriipsutada)

Seeria 14382 Nr. 093212

Haigetakse arsti poolt ja jäetakse raviasutusse

(tõõvõimetu perekonna-, ees- ja isanimi)

(arsti perekonnanimi)

(koduaadress)

Haigusloo nr.

(tõõkoht - ettevõtte või asutise nimetus)

Välja antud 19...a.
(kuupäev)

(saaja allkiri)

I k e j o o n

TÕÕVÕIMETUSLEHT

Esmane - tõõvõimetuslehe Nr. järg
(vastav alla kriipsutada)

Seeria 14382 Nr. 093212

(raviasutuse nimetus ja aadress)

Välja antud 19...a.
(kuupäev)

Raviasutise pitser

..... vanus
(tõõvõimetu perekonna-, ees- ja isanimi) (täis-aastat)

Mees. Naine.
(vastav alla kriipsutada)

(tõõkoht - ettevõtte või asutise nimetus)

DIAGNOOS:

LÕPLIK DIAGNOOS:

(vene või vabariigilise rahvuse keeles)

Näidata tõõvõimetuslehe liik (haigestumine, õnnetusjuhtum tootmistõõli või väljaspool tootmistõõli, karantiin, haige hooldamine, sanatoor-kuurordiravi, sünnituselne või sünnitusjärgne puhkus):

(sünnituspuhkuse puhul näidata sünnituse kuupäeva, hoolduspuhkuse puhul näidata haige vanus ja diagnoos, karantiinpuhkuse puhul näidata karantiini põhjustanud haiguse nimetus)

sanatoor-kuurordiravi puhul näidata tuusiku kehtivuse alguse ja lõpu kuupäevad)

REŽIIM:

Märkused režiimi rikkumise kohta:

Arsti allkiri.....

Oli statsionaaris

Suunatud ATEK-i

..... st 19...a.kuni-ni
19...a.

..... 19...a.
Arsti allkiri

Viie ajutiselt üle teisele tõõle

ATEK-is läbi vaadatud

..... st 19...a. kuni19...a.

ATEK-i otsus:.....

Pearsti allkiri

ATEK-i pitser

Esimehe allkiri.....

TÕÕLT VABASTAMINE

Millisest kuupäevast

Millise kuupäevani kaasaarvatult

Arsti amet ja perekonnanimi

Arsti allkiri

Alates (kuupäev)

(kuupäev sõnadega)

Alates (kuupäev)

(kuupäev sõnadega)

Alates (kuupäev)

(kuupäev sõnadega)

Alates (kuupäev)

(kuupäev sõnadega)

Asuda tõõle

(kuupäev sõnadega)

Välja antud uus leht (järg) nr.

.....
(arsti amet, perekonnanimi ja allkiri)

Raviasutuse pitser

2/69005
Tõõ Ramakõõgi

Haigetakse arsti poolt ja jäetakse raviasutusse

A
28292

NSVL TERVISHOOLUMINISTEERIUM

Arvestusvorm nr. 27

Kinnitand NSVL Tervishooluministeerium
10. III 1966. a.

_____ asutuse nimi

_____ ja aadress

**Väljavõte ambulatoorse, statsionaarse (alla kriipsutada)
haige haigusloost**

Kuhu _____
asutuse nimi ja aadress, kuhu saadetakse väljavõte

1. Haige perekonna-, ees- ja isanimi _____

2. Vanus _____

3. Aadress _____

4. Töökoht ja töö laad _____

5. Kuupäevad: a) ambulatooriumis; haigestus _____

suunatud statsionaari _____

b) statsionaaris; saabus _____

välja kirjutatud, suri (alla kriipsutada) _____

6. Täielik diagnoos (põhiline haigus, kaasuvad haigused, tüsistused: letaalse
lõppe puhul — patoloogilis-anatoomiline diagnoos) _____

1. Väljavõtet, mis asendab vahetuskaarti, kasutatakse:

a) polikliiniku (ambulatooriumi, dispanseri) saatelehena haige suunamisel
teise asutuse statsionaari (oma statsionaari suunamisel antakse üle
ambulatoorne kaart);

b) teatisena polikliinikule (ambulatooriumile, dispanserile) statsionaarist
lähkunud (välja kirjutatud, surnud) haige kohta.

2. Laste suunamisel statsionaari, „väljavõttes“ on anamneesis eriti tähtis
märkida põetud nakkushaigused, kaitseasüstüümid.

A
28292

NSVI

TERVISHOUMINISTEERIUM

Arvestusvorm nr. 88

Ministrid NSVL Tervishoiu Ministeeriumi poolt 13. VII 1954. a.

Suunamine ATEK-i

Haigusloo nr. ehk šifr _____

1. Haige perekonna-, ees- ja isanimi _____
2. Sünniaasta _____
3. Haige aadress _____
4. _____ grupi invaliid. 5. Töökoht _____
6. Töökohta aadress _____
7. Elukutse _____ 8. Ametikoht _____
9. Asutuse nimetus, kes suunas haiget _____
10. Saatva raviasutuse järelevalvel alates _____
11. Antud haigestumise lugu (algus, areng, kulg, ägestumiste kuupäevad, teostatud ravi-profülaktilised aritused) _____

12. Ei töötanud haiguse tõttu viimase 6 kuu jooksul:

Mis kuupäevast mis kuupäevani	Haiguse nimetus

13. Elukutse ehk töötingimuste muutused viimasel aastal

L o i k e j o o n

ATEK-i suunamise talong
haigusloo nr. ehk šifr _____

1. Raviasutuse nimetus, ja aadress, kuhu saadetakse talong _____
2. Haige perekonna-, ees- ja isanimi _____

14. Haige seisukord ATEK-i suunamisel (üldine seisukord, naha ja nahaaluse koe, lihaste, luude, liigeste, hingamiselundite, vereringe, seedimise, kuse-suguelundite ja neuropsühhilise sfääri seisukord)

15. Röntgenuurimine

16. Laboratoorsete uurimuste andmed

17. Diagnoos suunamisel ATEK-i: a) Põhiline haigus (lbc haigete kohta kliiniline iseloomustus kehtiva klassifikatsiooni järgi)

b) Kaasuvad haigused

c) Tüsistused

18. Alas ATEK-i suunamiseks (alla kriipsutada): Invaliidisuse tunnusmärkide olemasolu, invaliidisuse tähtaaja moodumine — järelevaatuse, järelevaatuse enne tähtaega.

AKK esimees

AKK liikmed

Kuupäev _____ 195__ a.

3. Järelevaatuse kuupäev ATEK-is _____ 4. Akti nr _____

5. ATEK-i diagnoos _____

6. ATEK-i otsus _____

7. Soovitav töö _____

ATEK-i esimees _____

Arasaatmise kuupäev _____ 195__ a.

(Täidetud lõiketalong tagastatakse AKK esimehele)



_____ ravisutuse nimetus

Arsti nimi _____

haigusloo) nr. või šiffri _____

DISPANSEERSE VAATLUSE KONTROLLKAART

Arvele võtmise kp. _____

Arvelt kustutamise kp. _____

Varem seisis arvel _____

_____ (asutuse nimetus)

alates _____ kuni _____

diagnoosiga _____

(alus dispans-eri-tsees, haigus)

(perioodiliste läbivaatuste punul eitevõ te, asutuse liik, kus töötab*)

Kutsealase kahjustuse nimetus _____

Kuulub läbivaatamisele _____ korda aastas.

Märke teatiste ärasaatmise kohta

1. Perekonna-, ees- ja isanimi _____

2. Sugu _____ 3. Sünniaasta _____ 4. Aadress _____

5. Töökoht (õppeasutus), elukutse _____

6. Külastuste kontrolltabel (ambulatooriumis ja kodus)

Määratud ilmuma									
Ilmus									
Määratud ilmuma									
Ilmus									
Määratud ilmuma									
Ilmus									

*) Sisse kirjutada: toitlus-, kommunaalettevõte, lasteasutus, tööstus, sovhoos, MTJ, kolhoos.

7. Sfssekanded diagnoosi muutmise kohta*) (perioodiliste läbivaatuste puhul — läbivaatuste tulemused)

Kuupäev	Diagnoos	Grupp ehk staadium, BK+—	Kuupäev	Diagnoos	Grupp ehk staadium, BK+—

Arvelt kustutamisel näidata põhjus, surma puhul — surma põhjus, suri — kodus, haiglas _____

8. Erimärkmed (uurimiste liigid, ravi ajad ja tulemused, andmed hospitaliseerimiste kohta) _____

9. Krooniliste nakkushaiguste kohta: läbi vaadatud kontaktseid _____, avastatud varem arvelevõtmata haigeld (dispanseerse arvestuse grupi või staadiumi näitamisega) _____

nakkusallikas avastatud ja allutatud ravile — ja, ei (alla kriipsutada) diagnoos _____

(sisse kirjutada)

Arsti allkiri _____

*) Esimeselc reale kirjutatakse esmane diagnoos vaatamata selle kindlakstegemise kohale ja ajale, teisele reale — diagnoos arvele võtmisel antud asutuses (näitekshaigestumise staadiumi, grupi — kliiniline, dispanseerse arvestamise ja tüsistusi). Esmakordselt elus kindlaks tehtud diagnoos märgitakse «+». Järgnevatele ridadele kirjutatakse haigestumise staadiumi, grupi muutmised.

2/69005
TRU Reumatoloog

11. Läbi viidud epideemiatõrje algabinõud ja täiendavad andmed _____

12. SEJ-le esimese teate edasiandmise kuupäev ja kellaaeg (telefoni teel jne.) _____

Teate edasi andnud isiku perekonnanimi _____

Teate vastuvõtja perekonnanimi _____

13. Teatise saatnud asutuse nimetus _____

_____ Teatis registreeritud nr. _____ all žurnalis vorm nr. 60-ravi

14. Teatise saatmise kuupäev ja kellaaeg _____

_____ Teatise saatja allkiri _____

15. Teatise SEJ-sse saabumise kuupäev ja kellaaeg _____

Registreeritud nr. _____ ali SEJ žurnalis.

Teatise vastu võtnud isiku allkiri _____

Koostatakse medtöötaja poolt, kes avastab üksipuha mis olukorras nakkushaiguse, toidumürgituse, ägeda kutsealase mürgituse või nende kahtluse korral. samuti diagnoosi muutmisel ning saadetakse kohalikule SEJ-le hiljemalt 12 tunni jooksul avastamise momendist. Diagnoosi muutmisel punktis 1 näidatakse uus diagnoos, selle kindlakstegemise kuupäev ja esialgne diagnoos.

TRU Raamatukogu

2/69005

A
28292

Arvestusvorm nr. 10

Kinnitanud NSVL T. ja Vabariigi
ministeerium 16. VII 1984 a.

KIIRTEATIS NAKKUSHAIGUSE, TOIDUMÜRGITUSE JA
ÄGEDA ELUKUTSEALASE MÜRGITUSE KOHTA

1. Diagnoos _____
2. Perekonna-, ees- ja isanimi _____
- _____
3. Mees, naine (alla kriipsutada) 4. Vanus _____ 5. Aadress _____
_____ tänav, maja nr. _____ krt. nr. _____
rajoon
- 6 Töökoha, õppekoha (lastel lasteasutuse) nimetus ja aadress _____
- _____
7. Haigestumise kuupäev _____ 8. Esmase pöördumise kuupäev _____
(antud haiguse puhul) _____ 9. Hospitaliseerimise koht ja
kuupäev (korralduse nr.) _____
10. Mürgituse puhul märkida, kus toimus mürgitus ja millega mürgitatud
- _____
- _____

el

Hind 10 kop.

A-28292

TÜ RAAMATUKOGU



1 0300 00446554 0