

## **Pereõe tegevusjuhend**

Koostanud: Tallinna Perearstide Seltsi töörühm koosseisus:

**Ingerainen Diana**, Järveotsa Perearstikeskus OÜ, perearst;

**Sammul Sirje**, rahvatervisemagister, Perearst Maire Nirk OÜ, pereõde;

**Kuldmäe Inga**, Pärnu Perearstid OÜ, terviseõde/vanemõde;

**Kosula Kätlin**, Doktor Kraft-Jaaksoo OÜ, pereõde;

**Tohus Irina**, Meditiim OÜ, pereõde;

**Leppik Age**, Ülikooli Perearstikeskus OÜ, pereõde;

**Tähepõld Heli**, Tartu Ülikooli Polikliiniku ja peremeditsiini õppetool, meditsiinidoktor, perearst.

Tallinn, 2008

# SISUKORD

<b>Sissejuhatus.....</b>	<b>3</b>
<b>1. Pereõde esmatasandi tervishoius.....</b>	<b>5</b>
1.1. Pereõenduse mõisted ja rahvusvahelised pädevusnõuded .....	6
1.2. Õendusprotsessi rakendamine perearstipraktises .....	6
1.2.2. Õendusanamneesi kogumine .....	7
1.2.3. Õendusprobleemid .....	10
1.2.4. Õendusabi planeerimine.....	11
1.2.5. Õendusabi osutamine .....	12
1.3. Dokumenteerimine perearstipraktises .....	14
1.4. Meeskonnatöö korraldus ja koostöövõrgustik.....	16
2.2.1. Lapsed .....	27
<b>LISAD</b>	

# Sissejuhatus

## Ajalugu

Enne taasiseseisvuse saavutamist 1991 aastal põhines Eesti esmatasandi arstiabi süsteem Semashko Nõukogude mudelil. Esmatasandi tervishoiuteenuseid osutati peamiselt polikliinikutes ja omavalitsustele kuuluvates ambulatooriumites. Puudus spetsialistide koolitus peremeditsiini vallas. Kõikide arstide juures töötasid meditsiiniõded või ämmaemandad. Esmatasandi tervishoiusektoris oli meditsiiniõdedel sageli vaid administratiivne roll. Meditsiiniõded valmistasid ette dokumente arsti vastuvõtuks, tegelesid patsientide vastuvõtule registreerimisega. Esmatasandi arstiabi reformidega alustati pärast taasiseseisvuse saavutamist 1991. aastal. Reformide eesmärgiks oli luua peremeditsiinile põhinev esmatasandi arstiabi süsteem. 1992.a loodi Tartu Ülikooli juures perearstiteaduse õppetool ning peremeditsiini kui iseseisvat meditsiinilist eriala tunnustati 1993.a.. Samal aastal asusid tööle ka esimesed perearstid. Perearstisüsteemile üleminek esmatasandi tervishoius kulmineerus Eestis 1998. aastal kui kinnitati perearstipraksise tegevusvormis tegutsevate arstide tegevusjuhend ja rahastamise kord. Uus süsteem lõi ka uue valdkonna õenduses – pereõenduse eriala. 1996. aastal lõpetasid esimesed õed vastavad pereõdede täiendkoolituse kursused (1).

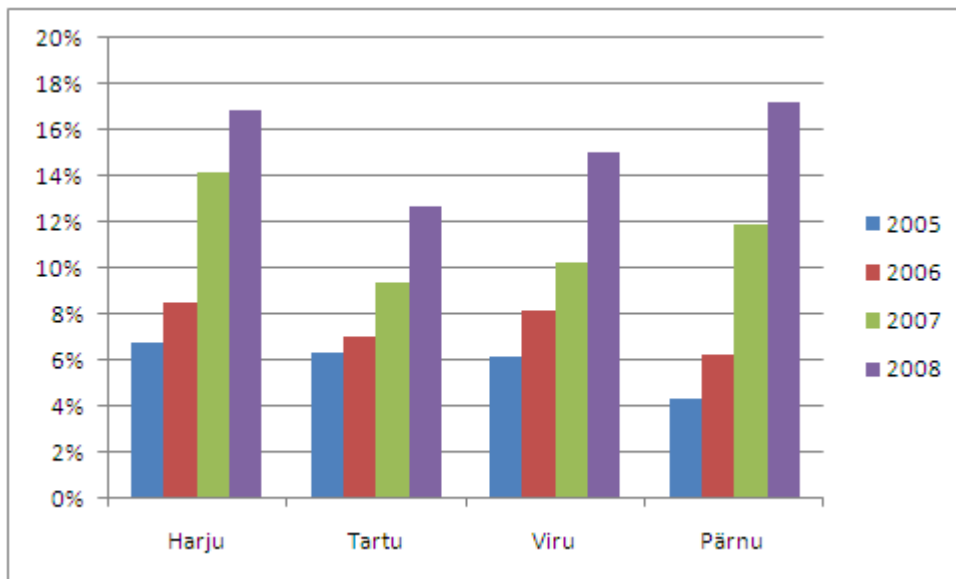
29. novembril 2001. aastal võeti vastu sotsiaalministri määrus nr 117 „Perearsti tööjuhend”, mille §1 lõige 4 sätestab, et iga perearstiga peab koos töötama vähemalt üks pereõde (2). 2003. aasta alguses kutsus Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium ja Eesti Õdede Liit kokku töörühma, kellele tehti ülesandeks välja töötada õdede põhikoolituse järgse erialase koolituse süsteem. Töörühma tegevuse tulemusena valmis 2003. aasta detsembris õdede erialase koolituse põhimõtteid kirjeldav dokument “Õdede erialase koolituse põhimõtted”, mis annab ülevaate õde-spetsialistide vajadusest tervishoius, nende pädevusnõuetest ja kirjeldab õdede erialase koolituse põhimõtteid. Antud raamdokument sai aluseks õdede erialase (vaimse tervise-, tervise-, kliinilise- ja intensiivõenduse) koolituse käivitamisel Eestis. Pereõeks spetsialiseerumine toimub terviseõe (kooliõde, koduõde, pereõde, töötervishoiuõde) eriala omandamisega (4).

## Hetkeolukord pereõenduses

Eestis töötab 1.10.2008 .aasta seisuga 802 nimistuga perearsti. Samas puudub aga täpne ülevaade, kui palju ja millise kvalifikatsiooniga õdesid töötab koos perearstidega.

Tervishoiutöötajate registris on 1.10.2008 seisuga 727 pereõde (5). Pereõendusteenuse kättesaadavus on Eestis väga ebaühtlane, kohati isegi puudub.

Eesti Haigekassa andmetel oli 2005. aastal pereõde iseseisvaid visiite natuke alla 150 tuhande, kuid 2008. aastal juba üle 350 tuhande visiidi aastas. Joonisel 1 on näidatud kindlustatute protsenti haigekassa piirkondade ja viimase nelja aasta lõikes.



**Joonis 1.** Pereõde iseseisva vastuvõtu hõlmatus pereõeteeenusega aastatel 2005 - 2008. aastal

Eesti Haigekassa Harjumaa osakonna andmetel on pereõeteeenusega hõlmatus eri perearstipraksistes kordades erinev (6).

Pereõdede töö kvaliteet on väga ebaühtlane, puudub selgepiiriline arusaam pereõdede tööst nii tervishoius kui ka laiemalt terves ühiskonnas. Patsientide ootused on pigem saada perearsti vastuvõtule ega taheta või ei osata pereõde vastuvõttu küsida. Pereõdede täiendkoolitus toimub kaootiliselt. Pereõded töötavad suures osas perearstide abilistena ega tee iseseisvaid vastuvõtte. Tervisedenduslike tegevustega tegelevad vaid vähesed pereõded (7). Takistuseks on ka see, et pereõdel puuduvad käesoleval ajal seaduslikud õigused ja

võimalused tegutseda iseseisva spetsialistina, lähtudes tööalastest vajadusest. Nii näiteks puudub pereõdedel õigus allkirjastada tervisetõendit, pikendada korduvretsepte, avada töövõimetuslehte. Samas on teada, et igapäevaselt pereõed kõikide nimetatud toimingutega siiski tegelevad – tekkinud on suur lõhe praktilise tegevuse ja seadustega sätestatud pereõde ülesannete vahel.

### **Käesoleva juhendi eesmärk**

Pereõendusteenuse osutajatel on tekkinud vajadus nende tegevust reguleeriva juhendi järele. Käesolev tegevusjuhendi eesmärgiks on anda pereõele tegevussuunad, et tagada patsientidele ühtlane, järjepidev ja kvaliteetne õendusabiteenus perearstipraksistes.

## **1. Pereõde esmatasandi tervishoius**

Tervishoiuvaldkonda reguleerivad Eestis:

- Tervishoiuteenuse korraldamise seadus (vastava seaduse rakendusmäärus nr.117 „Perearsti tööjuhend”) (8);
- Ravikindlustuse seadus (9);
- Eesti Haigekassa seadus (10);
- Isikuandmete kaitse seadus (11);
- Nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seadus (12);
- Jäätmeseadus (13);
- Rahvatervise seadus (14);
- Töölepingu seadus (62);
- Töötervishoiu ja tööohutuse seadus(63).

Eelpool nimetatud seadused kirjeldavad ühelt poolt nõudeid ja tingimusi tervishoiuteenuste osutamiseks (töötajate haridus, ruumid, aparatuur jne.) ning teiselt poolt tingimusi, kellel ja mis ulatuses on õigused tervishoiuteenustele (haigekassa kindlustus, saatekirjade kord, nimistusse registreerimine jne.). Perearstipraksised osutavad üldarstiabiteenust. Loa antud teenuse osutamiseks annab kas maavanem oma korraldusega või Tervishoiuamet (juhul kui perearst tegutseb nimistuta eriarstina). Tingimused loa saamiseks hõlmavad nii otseseid

tingimusi (vajalikud ruumid, vahendid) kui ka personali pädevuse vastavust. Oluline tingimus loa saamiseks on pereõde töötamine nimistut hoidva perearsti juures.

### **1.1. Pereõenduse mõisted ja rahvusvahelised pädevusnõuded**

Pereõde on õde või ämmaemanda kutseharidust omav tervishoiutöötaja, kelle ülesanne on üksikisikul, perekonnal, kogukonnal määratleda ja suurendada oma füüsilisi, vaimseid ja sotsiaalseid võimeid sõltumata inimese soost, rassist, vanusest, keelest, religioonist, sotsiaalsest staatusest ning tervislikust seisundist (15).

Õendusabi on protsess, mis toimub koostöös patsiendi/kliendi ja tema lähedastega, kus järgitakse õigluse, võrdväärsuse, individuaalsuse ja koostöö printsiipi (16; 17).

Õendusdiagnoos paneb aluse õde poolt teostatavate sekkumiste valikul, et saavutada vajalikke tulemusi, milles õde on vastutav (16).

Rahvusvaheline Õdede Nõukogu (ICN) on 2003. aastal kirjeldanud pereõde pädevust, lähtudes üldõde pädevuse raamistikust (15). Pereõde tuumpädevused on jaotatud kolme suurde kategooriasse, millest esimene osa kirjeldab erialaseid, eetilisi ja õiguslikke nõudeid. Teises osas keskendutakse õendusabile, lähtudes õendusprotsessist ja viimases osas kirjeldatakse pereõde professionaalset arengut multidistsiplinaarses meeskonnas. Ülevaade rahvusvahelistest pereõde pädevusnõuetest on ära toodud lisas 1.

### **1.2. Õendusprotsessi rakendamine perearstipraktises**

Õendusprotsess on loogiline, süstemaatiline viis õendustöö väljendamiseks. Protsess näitab muutusi, mis toimuvad patsiendis endas ning tegevusi patsiendi ja meeskonna vahel. Õendusprotsess on õendusplaani järgi tegutsemine, mis seisneb patsiendi õendusvajaduste ja jõuvarude määratlemisel ning hindamisel, õendustegevuse planeerimisel, osutamisel ja tulemuste hindamisel. (16)

Õendusprotsessi esmaseks ülesandeks on saada teadmisi inimesest, kes õendusabi vajab (inimene kui indiviid, patsient/klient, perekonna ja ühiskonna liige). Saadud andmete alusel saab planeerida õendusabi. Andmeid kogutakse õendusanamneesiga. See, kuivõrd tähendusrikast teavet esmased andmed sisaldavad, sõltub andmete koguja oskustest. Õde peab teadma, kuidas tuleb andmeid koguda ja milline on hea keskkond selle teostamiseks.

### **1.2.1 Pereõe vastuvõtule pöördumise viisid**

Pereõe vastuvõtule on patsiendil või tema pereliikmel, hooldajal ja sotsiaaltöötajal võimalik pöörduda tulles perearstipraksisesse, kontakteerudes telefoni või Interneti teel. Lisaks sellele on võimalik pereõe vastuvõtule pöörduda perearsti ja/või teiste meeskonnaliikmete suunamisel. Pereõe vastuvõtule on võimalik pöörduda ka pereõe kutsel.

Pereõe koduvisiidid on näidustatud järgmistel näidustustel:

- vastavalt laste jälgimise juhendile toimub pereõe koduvisiit vastsündinule nädala jooksul peale sünnitusmajast väljakirjutamist (vt. 2.2.1. Lapsed);
- õendustegevused kodus patsientidele, kes tervislikust seisundist tingituna ei ole suutelised perearstipraksisesse pöörduma;
- koduõenduse teenuse vajaduse hindamine.(3)

### **1.2.2. Õendusanamneesi kogumine**

Õde kogub vajalikud andmed selleks, et selgitada välja patsiendi tegelikud ja võimalikud probleemid, määratleb olemasolevad jõuvarud ning hindab ja teeb kindlaks õendusvajadused.

#### **Informatsiooni vajatakse, et**

- saada üldpilt patsiendist tema probleemi lahendamiseks ja õendusplaani koostamiseks;
- kindlaks teha patsiendi õendusvajadused;
- suhelda patsiendiga tema aktiivsel osalusel;
- kindlustada, et patsient oleks kaasatud tema vajaduste ja õendusabiga soovitud tulemuste määratlemisse;
- kindlustada, et patsiendi probleemid, vajadused, eelistused ja tõekspidamised (sealhulgas usulised) oleksid õendusabis esikohal;
- teha kindlaks meetodid, mille alusel saab hinnata õendusabi põhjal toimuvaid muutusi;

- vältida patsiendi tavalise enesehoolduse või tervise säilitamise tegevuse katkemisest või vahelejätmisest tulenevate probleemide ja vajaduste teket (16; 17).

**Andmeid kogutakse** patsiendilt, vajadusel tema lähedastelt, hooldajatelt, sotsiaaltöötajatelt, õe enda tähelepanekutest ning varasematest õendusplaanidest ja/või arsti sissekannetest (16; 17).

Andmete kogumisel tuleb lähtuda järgmistest olulistest kriteeriumidest:

- Andmete kogumise ajal luuakse konfidentsiaalne suhe õe ja patsiendi vahel;
- Patsienti peab vaatlema tervikuna (koos sotsiaalsete, psühholoogiliste ning füüsiliste teguritega);
- Õendusanamnees peab olema kogutud nii, et saadud andmed võimaldaks täielikku ülevaadet patsiendi probleemi ulatusest, samuti tema senisest elustiilist ja sellega seotud riskiteguritest, mis moodustab olulise alusmaterjali õendusprobleemide määramisele ja õendusplaani koostamisele;
- Patsienti peab julgustama olema aktiivne tema probleemi lahendamisprotsessis;
- Vajadusel kaasatakse patsiendi perekond;
- Andmete kogumise ajal tulevad esile õe oskused ja teadmised;
- Süstemaatiline lähenemine suurendab professionaalset kompetentsi ja usaldusväarsust. (16; 17)

### **Õendusanamnees sisaldab allpool loetletud andmeid:**

- Isikuandmed – nimi, vanus.
- Elukoht, elamistingimused, sotsiaalne võrgustik.
- Andmed käesolevast terviseprobleemist või haigusest (haigus, kulg, prognoos, ravi)
- Kogemused seoses varasemate haigestumistega
- Eluviis ja toimetulek, lähtudes 12 elamistoimingust (Roper-Logan-Tierney – elamise mudelil põhinev õendusmudel) – turvalise keskkonna säilitamine, suhtlemine, hingamine, söömine ja joomine, eritamine, isiklik puhtus ja riietumine, kehatemperatuuri kontroll, füüsiline aktiivsus, töötamine ja mängimine, seksuaalsuse väljendamine, magamine, suremine.
- Tervishoiu- ja sotsiaalteenuste kasutamine



- Süstemaatiline füüsiliste ja vaimsete tegevuste määratlemine. (16; 17; 19)
- Terviseriskid, mis tulenevad patsiendi ebaõigest elustiilist
- toitumine;
- suitsetamine (hindamisel kasutada Fagerströmi nikotiinsõltuvuse testi lisas 1);
- kehaline aktiivsus (hindamisel kasutada testi lisas 2 ja jälgimislehte lisas 3);
- liigse stressi esinemine (hindamisel kasutada hindamistesti lisas 4 või Emotsionaalse enesetunde küsimustikku);

**Patsiendi tervisliku seisundi hindamiseks saab sooritada järgmisi tegevusi:**

- pikkuse, kehakaalu mõõtmine, KMI arvutamine;
- pea-, rinna- ja vööümbermõõdu mõõtmine;
- nägevusteravuse hindamine;
- kuulmisteravuse hindamine (sosinkõne kuulmine 3 m kauguselt);
- kõne kontroll;
- naha, limaskestast ja lümfisõlmede seisundi vaatlus ja hindamine;
- luu ja lihaskonna vaatlus ning hindamine;
- rühi hindamine;
- sugulise arengu hindamine ja jälgimine;
- kopsude ja südame auskultatsioon;
- kõhu palpatsioon;
- vererõhu mõõtmine;
- pulsisageduse mõõtmine ja hindamine;
- kehatemperatuuri mõõtmine;
- otoskopeerimine;
- elektrokardiogrammi tegemine;
- valu hindamine;
- toidupäeviku/elustiili päeviku hindamine;
- emotsionaalse enesetunde küsimustiku täitmise läbiviimine. (17)

### 1.2.3 Õendusprobleemid

Pärast andmete kogumist tuleb need veelkord kriitiliselt üle vaadata ning seejärel sõnastada õendusprobleemid. Õendusprobleem on terviseprobleem, mis teeb muret patsiendile või teda hooldavale isikule. Õendusdiagnoos on kutsealastel teadmistel põhinev otsustus patsiendi reageeringuist olemasolevaile või võimalikele seisundi muutustele või vajadustele (16).

Õendusdiagnoos erineb arstlikust diagnoosist. Tuntuim õendusdiagnooside süsteem on NANDA (*The North American Nursing Diagnosis Association*), mida hetkel kohandatakse ja integreeritakse ka Eesti tervishoiukõrgkoolide õe õppekavasse (17).

Õendusprobleem ja õendusdiagnoos on oma tähenduselt erinevad. Probleem on kõrvalekaldumine või erinevus selle vahel, mis peaks olema ja mis tegelikult on. Diagnoos on kokkuvõttev väide põhjusest või tuvastatud probleemist (16).

Õendusprobleemi lahendamiseks, on vajalik koguda järgmist informatsiooni:

- milles seisneb patsiendi probleem?
- kuidas patsient ise tõlgendab probleemi olulisust enda jaoks?
- mida probleem endast kujutab?
- millal probleem algas?
- kui kaua või kui sageli probleem esineb?
- millest probleem alguse saab või missugune tegur/situatsioon halvendab olukorda?
- mida (kui on) on tehtud patsiendi enda ja/või tervishoiuteenuse osutaja poolt selleks, et probleemi leevendada ja/või ära hoida? (16; 17).

Õendusprobleemid reastatakse tähtsuse järjekorda:

- a) Elu ja turvalisust ohustavad probleemid
- b) Tervist ohustavad probleemid:
  - Probleemid, mida patsient tunnistab
  - Probleemid, mida õde näeb, aga patsient ei pea probleemiks
- c) Heaolu ohustavad probleemid.

Õendusprobleemi kodeerimiseks kasutavad pereõed hetkel Eestis kasutusel olevat RHK-10 sümptomkoode (R, Z).

## 1.2.4 Õendusabi planeerimine

### Eesmärkide seadmine

Eesmärk näitab, milliseid muutusi patsiendi käitumises või tervises seisundis tahetakse saavutada. Eesmärk suunab tegevusi ja kirjeldab, kuidas tulemusi patsiendi käitumises või tervises seisundis jälgitakse ning millise aja möödudes peab selleni jõudma (millal see olukord saavutatakse või loodetakse saavutada). Eesmärgid püstitatakse nii lähi- kui ka kaugeesmärkidena, lähtudes õendusprobleemidest.

### Eesmärk

- peab olema patsiendikeskne ja esitatakse oodatava tulemusena patsiendi käitumises;
- sõnastatakse lühidalt, täpselt, konkreetselt;
- püstitades kasutatakse tegevust väljendavaid verbe;
- näidatakse täpne tegevussuund, tegevusjuhised;
- näidatakse ära aeg, millise aja möödudes eesmärk saavutatakse;
- peab andma võimaluse hinnata;
- peab olema saavutatav ja reaalne.

### Abistamismeetodid ja toetavad tegevused

- Vastastikune mõjutamine – õe ja patsiendi usalduslik koostöösuhe.
- Julgustamine, toetamine.
- Terviskasvatus sh patsiendi ja tema lähedaste õpetamine, nõustamine.
- Psüühilis-füüsilised abistamismeetodid.
- Sotsiaalsed ja keskkonnaga liituvad abistamismeetodid. (16; 17; 19)

Näidis õendusplaanist on toodud lisana 2.

## 1.2.5. Õendusabi osutamine

### 1.2.5.1 Õendustegevused pereõie iseseisval vastuvõtul

- tervist edendavate tegevuste läbiviimine oma patsientide seas;
- patsiendi juhendamine ja õpetamine;
- pereliikmete juhendamine ja õpetamine;
- patsiendi ja pereliikmete motiveerimine ning innustamine muutustele kaasaaitamiseks;
- patsiendi ja pereliikmete julgustamine ning toetamine;
- toitumisalane nõustamine ja sobiva menüü soovitamine;
- nõustamine töö ja elukorralduse osas;
- püsivate tervisehäiretega patsientide nõustamine;
- nõustamine patsiendi füüsilise aktiivsuse suurendamiseks;
- elustiili päeviku hindamine;
- laste (kuni 18-aastased) läbivaatus ja immuniseerimine, vaktsinatsioonialase dokumentatsiooni nõuetekohane täitmine;
- patsiendile tõendite väljastamine: mootorsõidukijuhi tervisetõend, tervisetõend (eelnev ja perioodiline tervisekontroll töötamiseks tegevusaladel, kus töö iseärasused võivad soodustada nakkuse levikut);
- kroonilise haigusega patsiendi jälgimine ja nõustamine vastavate ravijuhiste järgi oma pädevuse piires (kõrgvererõhutõve haiged, diabeedihai­ged, südamevereso­onkonnahaiged, astmahaiged jne.);
- esmane viirushaigusega patsiendi nõustamine (ka telefoni teel) ja seisundi hindamine;
- nina loputuse õpetamine, nina nuuskamise õpetamine;
- tervenenu­d patsiendi seisundi hindamine ja vajadusel tervisetõendi väljastamine;
- lampjalgsuse ja rühihäirete tuvastamine – võimlemise õpetamine ja juhendamine, liikumise nõustamine, vajadusel suunamine taastusravisse;
- ortooside ja ortopeediliste ja teiste abivahendite kasutamise nõustamine, juhendamine ja õpetamine;

- nõustamine psühholoogilise ja psühhiaatrilise abi saamiseks;
- uimasti-, nikotiini- ja alkoholisõltuvuse ennetustöö, vajadusel patsiendi suunamine suitsetamisest loobumise kabinetti jt spetsialistide juurde;
- terminaalses seisundis patsiendi perekonna nõustamine ja õpetamine. (2; 17; 20)

#### **1.2.5.2 Õendustoimingud ja haigusi ennetavate ning raviprotseduuride teostamine**

- kätehügieen ja nakkustõrje perearstipraksises;
- immuniseerimine (vaktsineerimisdokumentatsiooni täitmine vaktsineerimise järgselt; juhul, kui pereõde on selleks käskkirjaliselt kinnitatud, siis ka vaktsineerimisaruannete tegemine igakuiselt, kvartaalselt ning aastaaruande tegemine ja õigeaegne esitamine, vaktsiinide käitlemine) (21; 22; 23).
- veenivere võtmine vaakumsüsteemiga, nõelaga või süstla ja nõelaga;
- ravimite manustamine suu kaudu (enamasti esmaabiks);
- ravimite manustamine süstena (i/m, s/c, i/c, i/v)
- süstelahuse ettevalmistamine ja süstelahuste säilitamine;
- haavaravi;
- kirurgiliste protseduuride assisteerimine, steriilse laua katmine;
- soojendavad protseduurid;
- jahutavad protseduurid ;
- esmaabi sh elustamine;
- kõrvaloputamine;
- põie kateteriseerimine;
- stoomihooldus. (17; 20)

#### **1.2.5.3 Pereõde poolt iseseisvalt määratavad ja/või sooritatavad diagnostilised uuringud**

- uriini analüüsi (k.a mikroalbuminuuria) tegemine testribaga;
- veresuhkru mõõtmine glükomeetriga;
- glükohemoglobiini määramine;
- C reaktiivse valguga määramine;
- kolesterooli määramine;

- bakteriaalse analüüsi määramine tervisetõendi vormistamiseks;
- elektrokardiogrammi tegemine;
- kliinilise vere määramine;
- profülaktilise röntgenogrammi määramine kopsudest. (17; 20)

### **1.2.6 Tulemuste hindamine**

1. Soovitud tulemuste (õendusplaanis kirjeldatud eesmärgi) võrdlemine saadud tulemiga.
2. Planeeritud õendusabi tulemuslikkuse hindamine.
3. Edasise tegevuse määratlemine ja planeerimine juhul, kui ei saavutatud oodatud tulemust.
4. Õenduprotsessi etappide kriitiline analüüs ja vajalike ümberkorralduste tegemine (16).

## **1.3 Dokumenteerimine perearstipraksises**

### **Tervishoiuteenuste osutamist tõendavate ja perearsti nimistut puudutavate dokumentide (andmekaitse) vormistamine**

Tervishoiuteenuste osutamist tõendavate ja perearsti nimistut puudutavate dokumentide täitmine on kohustuslik kõikidele tervishoiuteenust osutavatele tervishoiutöötajatele. Täpne dokumentatsiooni vormistamise kord fikseeritakse nii perearstipraksise töösisekorra eeskirjades kui ka eraldi konkreetse pereõe ametijuhendis.

Tervishoiuteenuste osutamist tõendavate dokumentide loetelu ja vormid ning tervishoiuteenuste dokumenteerimise kord on kehtestatud Sotsiaalministri määrusega “Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord” (24).

Lähtuvalt Sotsiaalministri määrus nr. 117 “Perearsti tööjuhend” on pereõe ülesandeks teostada iseseisvat vastuvõttu (2). Pereõe iseseisva vastuvõtu raames teostatud tervishoiuteenust tõendava tegevuse on pereõe kohustatud dokumenteerima. Tervisekaarti

sisestatakse patsiendile osutatud tervishoiuteenuse kohased sissekanded. Sissekanne tehakse teenuse osutamise päeval või sellele järgneva tööpäeva jooksul.

Dokumenteerimise abil saab pereõde teatud aja möödudes hinnata, kas patsiendiga tegutsetakse plaanipäraselt ja kas eesmärk saavutatakse. Õendusprobleemid dokumenteeritakse võimalikult lühidalt. Kõige parem on kasutada dokumenteerimisel patsiendi enda sõnu. Samuti dokumenteeritakse planeeritud tegevused, hindamisalused ja nende ajaline saavutamine.

Pereõde täidab dokumentatsiooni enda poolt läbiviidud uuringute ja protseduuride osas ning vastutab dokumenteeritud andmete õigsuse eest. Sissekanne peab olema tehtud korrektselt ning loetavalt. Oma töö dokumenteerimine on ainus tõend pereõele, et ta on patsiendile õigesti osutanud õendusabi. Kogu oma tööalase tegevuse korrektne dokumenteerimine tagab õele turvalisuse. Kui kirjutatakse üles patsiendi probleemid, eesmärgid ja saavutamise teed, on igal protsessiga seotud huvipoolel võimalik seda vajadusel jälgida.

**Üldarstiabi teenuse osutamine sisaldab kohustust väljastada patsientidele tervise seisundi kohta dokumente.** Pereõded peavad olema teadlikud erinevatest dokumentide vormidest. Alljärgnevalt ülevaade üldarstiabi teenuse osutamisega kaasnevatest dokumentidest:

- dokumentide (mootorsõidukijuhi A, B, C ja nende alakategooriate ning R-kategooria tervisetõend, tervisetõend töökohale või edasiõppimiseks, relvaloa taotleja tervisetõend, teatised) vormistamine;
- lasteaia tervisetõendite, õpilaste ja üliõpilaste tõendite vormistamine;
- saatekirjade täitmine ja vormistamine hooldekodudesse;
- koostöös perearsti ja sotsiaalametiga saatekirjade täitmine koduõendus-töötajale;
- kordusretseptide väljastamine patsiendile;
- haigekassa arvete avamine, täitmine ja arvete lõpetamine pereõde iseseisva vastuvõtu kohta, ning arvete sisust aru saamine, osutatud tervishoiuteenuste kodeerimise kontrollimine;
- nimistu andmete kontroll (va. ravikindlustatuse kontroll) vajadusel, kui see kuulub pereõde tööülesannete hulka vastavalt töösisekorraeeskirjadel;

- riikliku immuniseerimiskava alusel laste immuniseerimine ja immuniseerimise registreerimine, sissekande tegemine immuniseerimispassi ning immuniseerimisandmete nõuetekohane edastamine Tervisekaitseinspektsiooni kohalikule asutusele (21; 22; 23). Immuniseerimise kõrvalnähtude registreerimine ja sellekohase teabe edastamine Raviametile (21);
- ohtliku nakkushaiguse kahtluse korral Tervisekaitseinspektsiooni kohaliku asutuse teavitamine (25).

**Lisaks terviseseisundit kirjeldavatele dokumentidele on üldarstiabi teenust osutavatel perearstipraksistel vajalik koostada erinevaid aruandeid ametkondadele.** Kuidas on korraldatud aruannete koostamine konkreetses perearstipraksises sõltub töösisekorraeskirjadest, konkreetselt ametijuhendist ning töölepingust. Järgnevalt on toodud ülevaade eelpool kirjeldatud aruannetest:

- aruanne „Laste , õpilaste ja noorukite hõlmatus immuniseerimisega“ iga kvartali lõpus ja aasta aruanne;
- aruanne immuunpreparaatide mitmedoosiliste viaalide kasutamisest tulenenud kadude arvestus aasta lõpus;
- aruanne gripi ja ülemiste hingamisteede ägedate nakkustesse haigestumise kohta vastavalt kehtivale korrale.

Andmekogu peetakse kooskõlas „Isikuandmete kaitse seadusega“ (11). Andmeid kogutakse, salvestatakse, korrastatakse, säilitatakse, muudetakse, tehakse päringuid ja väljavõtteid, kasutatakse, antakse üle, ühendatakse, andmekogu likvideeritakse asjaomase andmekogu põhimääruses sätestatud korras.

#### **1.4 Meeskonnatöö korraldus ja koostöövõrgustik**

Enamasti piisab patsiendi terviseprobleemi lahendamiseks pereõe, perearsti ja registraatori (kliinilise assistendi) koostööst. Moodustub meeskond, mis toimib kokkulepetel ja üksteise



mõistmisel. Iga meekonnaliige vastutab oma tegevuse eest, peab näitama üles hoolivat suhtumist ning olukorra lahendamise professionaalselt.

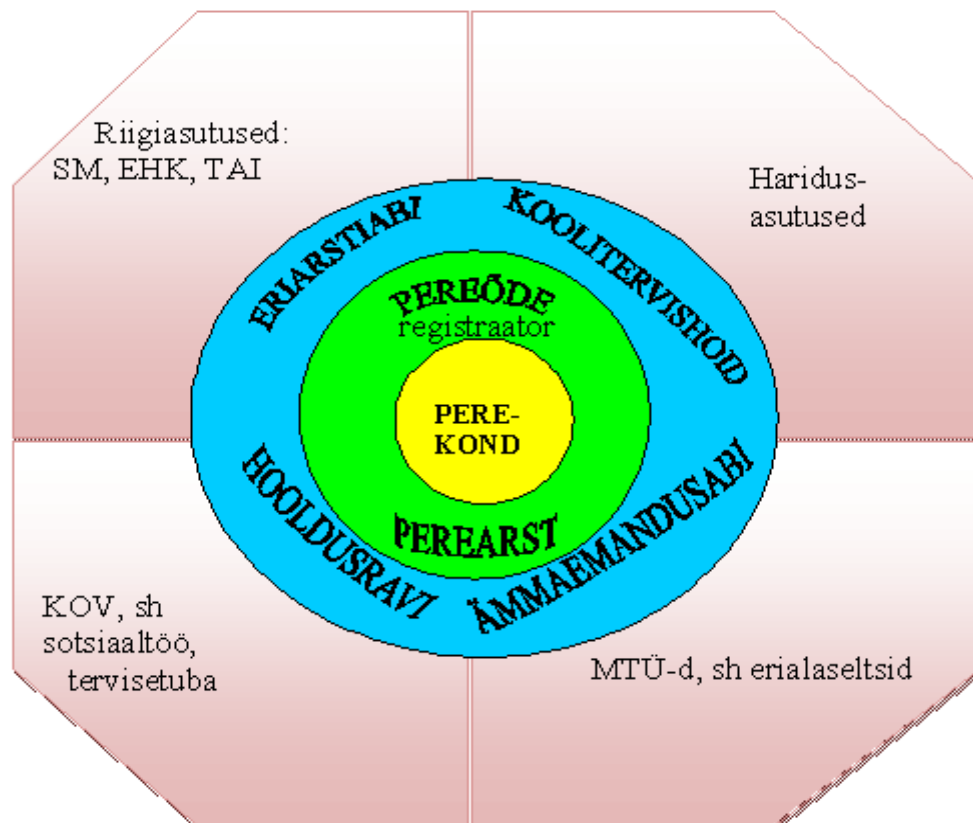
Perearsti tööülesannete hulka kuulub pereõe töö korraldamine (vastuvõtu ruumid, töökoht internetiühendusega arvuti- ja telefoniga, töövahendid, patsientide registreerimise kord pereõe vastuvõtule jne.). Pereõele tuleb luua tingimused iseseisvaks vastuvõtuks, et oleks täidetud seadusandlusest tulenevalt pereõeteenuse osutamine ja kättesaadavus (2). Lisaks pereõe töö korraldamisele peab perearst ka pereõde otseselt juhendama. Perearst on pereõele nii superviisor kui ka mentor, sama võib olla ka üks pereõde teisele. (26, 64)

Kokkulepped perearstipraksises tuleb kirjalikult fikseerida töösisekorraeeskirja ja ametijuhenditega. Regulaarsusega soovituslikult kord aastas on vajalik läbi viia arenguveestlused, mille käigus on võimalus hinnata eespool nimetatud kokkuleppeid. Perearstipraksise tegevus saab olla vaid siis edukas, kui kõik tervishoiuteenuse osutajad ja tervishoiuteenuse osutamisega seotud töötajad (nt. registraator) tajuvad ühtselt eesmärki, mille suunas tegutseda.

Arengu üheks tähtsaks osaks on koolitus (vt. II p.6). Kogu meeskondlik tegevus on suunatud patsientidele ja tema lähedastele abi andmisele, samas ei tohi vähem tähtsaks pidada, et perearst ja pereõde teineteisele toeks nii erialaliselt kui ka moraalselt.

Tulenevalt nõudest, et perearstipraksised peavad olema tööpäeviti avatud kaheksa tundi (millest perearsti vastuvõtt 20 tundi nädalas, pereõe vastuvõtt vähemalt 10 tundi nädalas), on vajalik jagada ka ajaliselt tööd meeskonna liikmete vahel. Töökorraldus perearstipraksises tuleb fikseerida kirjalikult (töösisekorra eeskirjad, pereõe ametijuhend, pereõe tööleping) (63).

Patsiendi probleemi edukas lahendamine pereõe vastuvõtul ja patsiendi rahulolu pereõega sõltub mitmest tegurist, millest üheks olulisemaks on pereõe ja patsiendi vaheline suhtlemine. Pereõe töö oskusnõuetes on esiplaanil koostöövalmidus, empaatilisus, vastutustundlikkus, võimelisus tegutseda patsiendi esindajana.



**Joonis. 2.** Pereõde koostöövõrgustik

### 1.5 Pereõde enesearendamine

Nii nagu iga eriala, on ka õendus pidevalt muutuses. Toimuvad ulatuslikud teadusuuringud, millel baseerub nimetatud eriala areng. Läbi koolituste ja erialakirjanduse on võimalik olla teadlik erinevatest muutustest ning võtta kasutusele tõhusamaid õendusabi meetodeid. Koolitus on lahutamatu osa pereõde tööst. Perearstid, kes on sageli ka tööandjad oma pereõdedele, peavad võimaldama pereõdedel koolitustel osaleda. Soovitatav on arenguestluste raames, tihedas koostöös paika panna koolituste kava kord aastas või ka pikemas perspektiivis arvestades pereõde soovi omandada kõrgharidust või spetsialiseeruda terviseõeks.

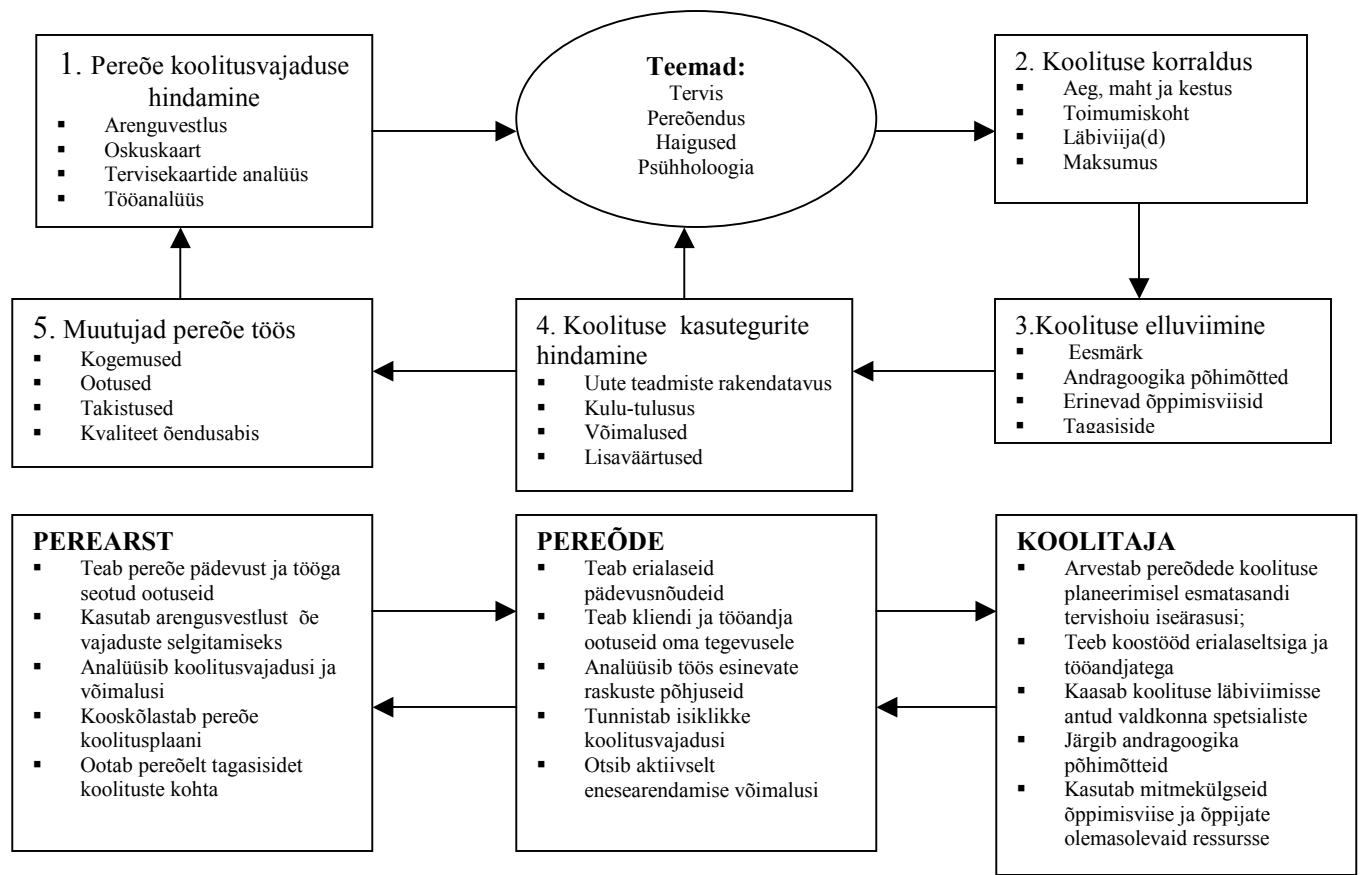
### **Põhimõtted, millest lähtuda koolituse planeerimisel:**

1. Pereõel on kohustus igal aastal osaleda 60 tunni ulatuses tööga seotud kursustel, seminaridel või konverentsidel (2).
2. Töölase koolitusega on peale pereõe tihedalt seotud tööandja ja koolitaja, kellest sõltuvad õppimisvõimalused ja pakutavate koolituste tõhusus. Ainult kõigi osapoolte sarnaste ootuste korral on võimalik tagada kõiki rahuldav enesetäiendamise võimalused ja õppimise tulemuslikkus (27).
3. Õdede tööalane koolitus peab lähtuma andragoogika põhimõtetest, sest tegemist on täiskasvanud õppijatega. Täiskasvanud õppija on isejuhitud, mis loob eeldused elukestvaks õppeks ning suurendab enesekindlust, iseseisvust ja annab motivatsiooni enese ja kutseala arendamiseks (28).
4. Tööalane koolitus toimub registreeritud õppekavade alusel koolitusluba omavates täiskasvanute koolitusasutustes registreeritud kursustena, või õppepäevadel ja seminaridel kestvusega vähemalt kaheksa akadeemilist tundi (29).
5. Koolitusvajaduse hindamisel tuleb kaasata võimalikud erinevad osapooled, et ühtlustada arusaamu tegelikest vajadustest. Koolitusi on mõistlik korraldada kahelaadselt: töökohal organisatsioonisiselt ja kutseala organisatsioonide poolt (30).
6. Koolitusvajaduse väljaselgitamiseks sobib arenguestlus perearsti kui tööandja poolt juhitud; soovitatav kasutada vastavaid ankeetküsimustikku või oskuskarte (30).
7. Õpimeetodite valikuga on võimalik õdesid julgustada haarama initsiatiivi ja ise juhtima oma õpinguid. Isejuhitud õppimise võimalusi on väga erinevaid, siinkohal tuuakse välja erialase kirjanduse lugemist, mitteametlikke arutelusid, iseseisvaid õpinguid, isekoostatud koolituspakette, juhendatud õpinguid, grupitööd, õppimislepinguid, arvutipõhiseid kursuseid, distantsõpet ja telekonverentse (28).
8. Indiviidi tasandil koolitustunnistuste ettenäitamine ei garanteeri teadmiste kinnistumist ja olemasolu. Paremad tulemused saavutatakse, kui õed reflekteerivad uusi teadmisi ning eksami sooritamise asemel võiks rakendada välishindamist ehk hinnata õe tegevust tööpostil (31).

Pereõdede koolitus loob eeldused töö laiahaardelisusele ja koordineeritusele nagu käesolevas tööjuhendis kehtestatud:

- toetab pereõe erialast arengut;
- on seotud tervise edendamise ja säilitamise väärtustega, individuaalse lähenemisega ja holistliku maailmavaatega;
- keskendub pereõdede ettevalmistamisele koostöökis teiste tervishoiutöötajate ja organisatsioonidega, tegutsemiseks multiprofessionaalses meeskonnas ning partnerlussuhetele patsiendi, tema perekonna ja teiste gruppidega;
- soodustab pereõdede edasist arengut ja elukestvat õpet, mis on olulised nende kvalifikatsiooni ja kompetentsuse säilitamisel ja arendamisel;
- parandab ja täiendab pereõdede suhtlemisoskust;
- õpetab kuidas vältida „läbipõlemist“;
- annab pereõdedele valmiduse tõenduspõhise õendusabi osutamiseks elanikkonnale.

Joonisel 3 on kujutatud õe koolitustsükli alates vajaduse selgitamisest kuni koolituse efektiivsuse hindamiseni.



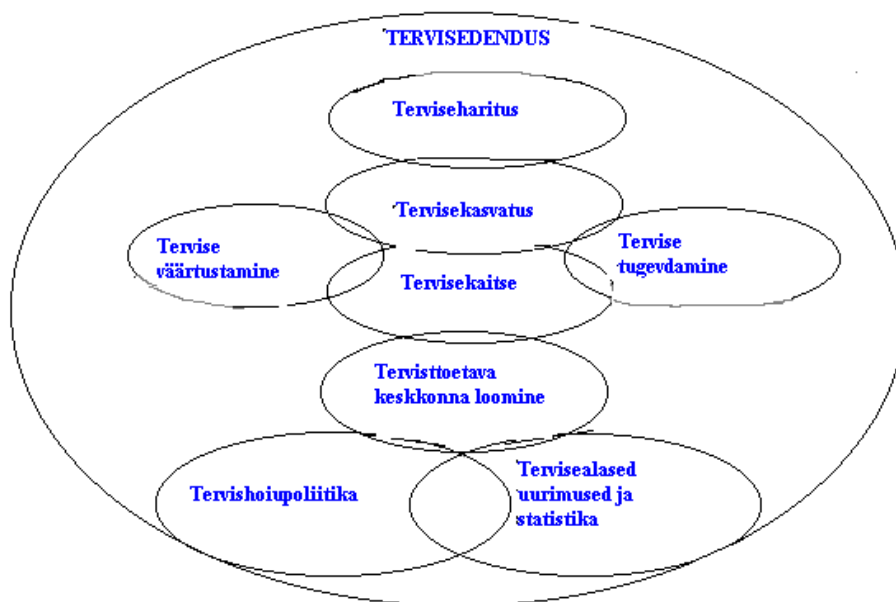
**Joonis 3** Pereõdede tööalase koolituse protsess pereõe, perearsti ja koolitaja koostöös (32)

## 2. Tervisedendus ja riskirühmad pereõe töös

### 2.1. Tervisedenduse mõiste ja transteoreetiline mudel

Tervisedendus on laiaulatuslik sotsiaalne ja poliitiline protsess, mis hõlmab üksikisiku oskused ja suutlikkuse, suunates need tegevusele, mis soodustab sotsiaalsete, keskkonna ja majanduslike tingimuste muutmist, mis omakorda leevendaksid nende võimalikust koosmõjust tekkivat negatiivset toimet rahva tervisele (33).

Terviseharitus hõlmab tunnetuslikke ja sotsiaalseid oskusi, mis määravad üksikisiku motivatsiooni ja võime kätte saada, mõista ja kasutada infot, mille abil võiks ta edendada ja säilitada (kaasa avatud nn eneseabi haigestumise korral ehk *self-care/ enese eest hoolitsemine*) enda tervist. Laiemalt võib defineerida terviseharitust kui inimese teadmiste, isiklike oskuste ja eneseusu jõudmist tasemel, mis aitaks tegutseda üksikisiku ja kogukonna tervise parandamisel, muutes inimeste eluviisi ja elamistingimusi (33).

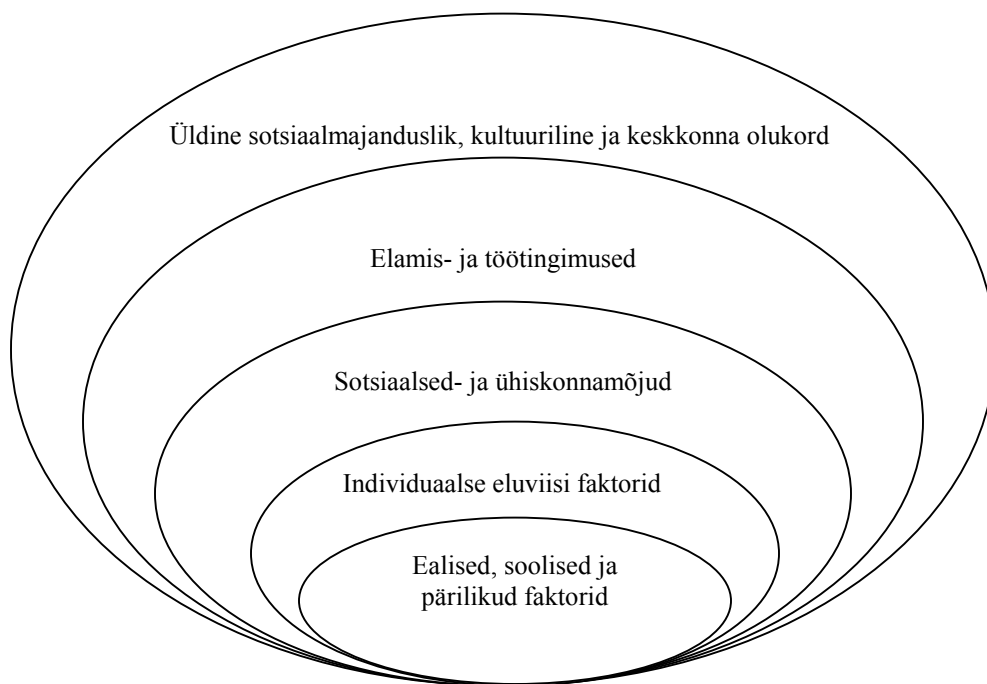


**Joonis 4** Tervisedendusse kuuluvate erinevate valdkondade omavaheline seotus

Tervisekaitse käsitleb vahendeid ja abinõusid elanikkonna tervise halvenemise vältimiseks ning on suunatud tervisele ohutu füüsilise, keemilise ja bioloogilise keskkonna tagamisele (33).

Tervisekasvatus tähendab teadlikult loodud võimalusi õppimiseks, millesse kaasatakse erinevaid kommunikatsioonivorme, sooviga parandada terviseharitust. Tervisekasvatusega suurendatakse teadmisi ning oskuste arendamist aitamaks kaasa üksikisiku ja kogukonna võimet eluga toimetulekuks kui ka parandamaks paikkonna tervist. Tervisekasvatus sisaldab ka teabevahetust poliitilistest, majanduslikest ja sotsiaalsetest ettevõtmistest parandamaks üldist elukeskkonda (33).

Tervise determinandid on rida isiklike, sotsiaalseid, majanduslike ja keskkonna tegureid, mis määravad üksikisiku ja elanikkonna tervises seisundi (vt Joonis 5).



**Joonis 5.** Tervise determinandid (34)

Patsiente on sageli vaja nõustada eluviisi muutmise osas. Järgnevalt on toodud interventsiooni üldpõhimõtted eluviisi muutmiseks. Antud juhendis on näitena ära toodud transteoreetiline mudel, mis kirjeldab ja selgitab käitumisviisi muutmisega kaasnevate erinevate staadiumide vahetumise protsessi. Selgitus staadiumidest on esitatud alljärgnevas tabelis.

**Tabel 1. Transteoreetiline mudel (Harro 2002)**

	<b>Muutuste staadium</b>	<b>Staadiumit iseloomustav faktor</b>	<b>Temaatika nõustamistöös</b>
I	Plaanide-eelne staadium	nõustatav ei mõtle veel, et peaks-võiks käitumist muuta või ei ole nõus seda tegema	teadlikkuse suurendamine
II	Plaanide pidamise Staadium	nõustatav on jõudnud arusaamisele, et võiks-peakskäitumist muutma	muutusega kaasuva kasu tunnetamine
III	Ettevalmistumise staadium	nõustatav valmistub käitumise muutmiseks aktiivselt (otsib võimalusi – näiteks kehalise aktiivsuse suurendamiseks)	takistuste kindlaks tegemine
IV	Ettevõtmise staadium	nõustatav võtab realselt käitumise muutmise ette	käitumise muutmise programmi koostamine
V	Muutuste säilitamise ja põlisutmise staadium	nõustatav on jäänud püsima uue käitumisviisi	jälgimine, tunnustamine, toetamine
*	Tagasipöördumise staadium (relaps)	võimalik kõigi viie staadiumi vältel	

### **Eduka interventsiooniprotsessi elemendid**

Sekkumistegevust senisesse eluviisi mõjutab patsiendi vanus, sugu, pereanamnees, riskitegurid ja kaasuvad haigused. Interventsiooniprotsessis läbitakse kolm staadiumi:

1. Ettevalmistava staadiumi käigus tuleb:

- informeerida nõustatavat haigestumise riskifaktoritest ja nende mõjust konkreetsele isikule;
- soovitada jälgida oma senist käitumist (päeviku pidamine);
- selgitada nõustatava poolne motivatsiooni olemasolu;
- seada koos lühi- ja pikaajalised eesmärgid ja nende saavutamise meetodika, mis on patsiendi võimete piirides ja seega teostatavad;
- selgitada koos nõustatavaga välja võimalikud raskused eluviisi muutmisel;
- kaasata tegevusse patsiendi lähedased;
- kirjeldada olulised tegevused seoses eluviisi muutmise ja nõustatava tervisekaardis – õendusloos (36; 37)



Nõustatava motivatsioon on eluviisi muutmisel olulise tähtsusega ja mõjutab nõustatava-nõustaja vahelist suhet.

Motiveerival vestlusel on neli printsiipi

1. selgitada patsiendil riskiva käitumisega saadavaid kasusid ja kahjusid ning lasta kliendil ise otsustada, kuidas edasi käituda;
2. lasta patsiendil endal määratleda oma probleemi tõsidus (näiteks lasta hinnata enda vererõhu, kolesterooli väärtusi ja kehamassiindeksit, lähtudes normväärtustest);
3. lasta patsiendil hinnata oma motiveeritust 10-palli skaalal, leida motivatsiooni suurendavaid tegureid;
4. vältida vaidlusi ja vastuolusid nõustatava-nõustaja suhetes; julgustada nõustatavat leida endas konflikti põhjust ja lasta hinnata, mis juhtub temaga käitumisviisi mitte muutes, näiteks mõne kuu pärast. (36; 37)

2. Aktiivse tegevuse staadiumi käigus tuleb:

- määratleda suure riskiga olukorrad ja kasutada erinevaid meetodeid nende lahendamiseks;
- tunnustada patsiendi iseseisvat tööd ja selle tulemuslikkust, sisendada entusiasmi edaspidiseks eluviisi muutmise jätkamiseks;
- õpetada teda praktiliselt tegutsema konkreetse probleemi lahendamisel ;
- varustada nõustatav kirjaliku abimaterjaliga (nii suuliste nõuannete kohta kirjalik kokkuvõte kui ka trükitud teemakohased voldikud, raamatud ja/või videod);
- jälgida patsiendi käitumist (päevikupidamine toitumistavade, kehalise aktiivsuse, suitsetamisest loobumise kohta vms.);
- püüda luua toetav võrgustik (lähedased, vajadusel grupinõustamise soovitamine – näiteks kaalujälgijate rühm);
- osaleda oskuste ja võimaluste piires patsiendi probleemide lahendamisel;
- võimaldada nõustatavale igakülgset psühholoogilist tuge (määrata võimalikud ajad vastuvõtule pöördumiseks);
- teha tervisekaarti sissekandeid protsessi kulu kohta (36; 37).

3. Toetava staadiumi(kontrollkonsultatsioon iga 6-12 kuu järel) käigus tuleb:

- hinnata, millistest riskiteguritest loobumine on õnnestunud;
- anda ka patsiendile ja tema pereliikmetele tagasiside tehtud tööst;
- jälgida edasijõudmist ja korrata üle püstitatud eesmärgid, et käitumise muutust jätkata;
- selgitada muutumisprotsessis võimalike kõrvalekallete ulatus ja põhjused;
- teha kokkuvõtte senisest protsessi käigust ja tulemustest;
- tunnustada ja sisendada usku edaspidiseks tegevuseks;
- osaleda jätkuvalt oskuste ja võimaluste piires patsiendi esilekerkivate probleemide lahendamisel;
- võimaldada ja soovitada jätkuvalt psühholoogilist tuge. (36; 37).

## **2.2. Tervisedendus erinevates vanusegruppides**

17.06.2008. aastal kinnitas Eesti Vabariigi Valitsus rahvastiku tervise arengukava aastateks 2009-2020 (38). Antud arengukava sätestab muu hulgas põhimõtteid tervisedenduse ja haiguste ennetamise osas. Lisaks arengukavale on koostatud eesmärkide saavutamiseks rakendusplaan, mille elluviimisel on oluline osa ka esmatasandi tervishoiul sh pereõdede tegevusel. Eelpoolnimetatud dokumentidega on võimalik tutvuda sotsiaalministeeriumi koduleheküljel (65).

Tervise edendamise ja haiguste ennetamise pikaajalised prioriteedid Eestis

- südame- veresoonehaiguste ennetamine ja varajane avastamine;
- pahaloomuliste kasvaja varajane avastamine;
- kodu- ja vaba aja vigastuste ja mürgistuste ennetamine;
- alkoholi tarbimisest põhjustatud tervisekahjustuste ennetamine;
- laste tervislikule arengule suunatud tegevus (39).

### 2.2.1. Lapsed

Laste tervise edendamine on laste tervise väärtustamine ja positiivse tervise suurendamine. Tegemist on planeeritud ja teadliku sekkumisega, mille kaudu on võimalik parendada laste vaimset, füüsilist ja sotsiaalset tervist, ennetada haigestumist, puuete kujunemist ja enneaegset surma.

Tervist edendavad sekkumised on suunatud selleks, et:

- luua lastele tervislik ja turvaline psühhosotsiaalne ja füüsiline keskkond;
- parendada laste vajadustest lähtuvalt tervishoiu- ja sotsiaalteenuste kättesaadavust;
- suurendada/parandada teadmisi ja oskusi tervislikust eluviisist ning motiveerida;
- võimestada sihtgruppi (harivad sekkumised erinevate meetodite abil);
- koostöös perearsti meeskonnaga selgitab pereõde välja lapse kuulumise erinevatesse riskirühmadesse ja tegeleb sellest lähtuvalt tervise ja heaolu edendamisega.

Kuni 18-aastaste laste tervisekontrolli juhend reguleerib erinevas eas lastele vajalikke profülaktilisi protseduure ja nende sagedust (40).

Laste tervise edendamine ja haiguste ennetamine peab toimuma kõikides lapse ja noorukiea perioodides. Iga perioodi füüsilised, intellektuaalsed ja sotsiaalsed vajadused nõuavad tundmaõppimist ning arvestamist. Tervisekontrolli eesmärgiks on lapse arengu jälgimine, tervisehäirete ja arenguhäirete varajane avastamine.

Ennetava jälgimise eesmärk on lapsevanemaid nõustada haiguste ja õnnetuste ärahoidmiseks ning avastada laste arengu- ja tervisehäireid võimalikult varajases staadiumis. Laste profülaktilise jälgimise juhendis on laste ennetavad läbivaatused ja vaktsineerimiskorrad omavahel ühildatud, et lihtsustada peredele lapsega perearsti juures käimist ning vähendada perearstide, pereõdede ja pediatrite dubleerivaid tegevusi. Juhend reguleerib üksikasjalikult imikute kasvu jälgimist ja arengu hindamist, mida teeb oma töös ka pereõde. Lapse perioodilise läbivaatuse sagedus sõltub tema kasvu ja arengu iseärasustest, kaasuvatest tervisehäiretest ja haigustest, pärilike, pre- ja perinataalsete ning sotsiaalsete riskitegurite olemasolust.

Pereõe ülesandeks on eelkõige lapsevanemate õpetamine ja praktiliste nõuannete andmine lapse hooldamise, toitmise, elurežiimi ja arendamise, õnnetuste ja mürgistuste vältimise osas. Samuti on pereõe ülesandeks lugeda nimetatud oskuste kontrolli (2).

Perearsti visiit toimub vastavalt rasedate jälgimise juhendile raseduse viimasel trimestril. Ennem lapse sünni tutvustatakse tulevasele emale perearstipraksise töökorraldust, laste jälgimise juhendit. Lepitakse kokku kuidas toimub perearstipraksisele lapse sünnist teatamine, selgitatakse laste jälgimise juhendit.

Lapse sünni kohta annab perearstipraksisele info lapse ema või isa. Soovitav on teavitada perearstipraksist võimalikult ruttu peale sünni, et saaks varakult planeerida esmast pereõe koduvisiiti vastsündinule.

Pereõe koduvisiidi eesmärgid on hinnata:

- lapsevanemate valmidust ja toimetulekut vastsündinuga : ema kaebused, lapsevanemate teadmised, kodu puhtus, lapse kontakt koduga, teised pere liikmed, vastsündinu hoolduseks vajalikud tarvikud jne.
- võimalikud riskitegurid lapse arengukeskkonnas ennetamiseks võimalikke ohte lapse tervisele: passiivne suitsetamine, ohtlikud koduloomad jne.
- vastsündinu tervislikku seisundit : üldseisund, toitumus, lõge, limaskestad, nahk, naba, roojamine.

Pereõe koduvisiidil nõustatakse lapsevanemaid järgmiste teemadel:

- naha hooldus;
- rahhiidi profülaktika ( 400TÜ vitamiin D3 );
- imiku hooldamise põhitõed (vannitamine, naba hooldus);
- rinnaga toitmise tehnika kontroll ja nõustamine;
- imiku soovitatav magamisasend.

Seoses kõrge laste traumatismiga Eestis on vajalik eraldi nõustamine õnnetuste vältimiseks:

- imiku magamis- ja hooldamiskohaga seotud ohud ( lämbumine, kukkumine);
- põletus kuuma vannivee, joogi ja toiduga;
- ülekuumenemis- ja allajahtumisohud;
- maosisu aspiratsiooni vältimine;
- turvahäll autosõidul, lapsevankril pidurite kasutamine.

Tervise- või arenguhäirete ilmnemisel suunab pereõde imiku perearsti konsultatsioonile. Koolilaste profülaktilised läbivaatused toimuvad koolides ning neid viib läbi kooliõde. Koolitervishoiu eesmärk on võimaldada õpilastel omandada tervist edendavat eluviisi ning oskusi saavutada kehaline, vaimne ja sotsiaalne heaolu, toetada õpilaste arengut koostöös lastevanemate, koolipersonali ja koolitervise meeskonnaga.

Laste ealine jaotuvus on ära toodud juhendi lisas 3 ning laste tervisekontrollide teostamine vanuses 0-7 aastat lisas 4.

Koolis osutatava koolitervishoiuteenuse tegevusjuhend on leitav:

[http://www.haigekassa.ee/files/est\\_raviasutusele\\_ravijuhendid\\_andmebaas\\_tunnustatud/kooli\\_tervishoid.pdf](http://www.haigekassa.ee/files/est_raviasutusele_ravijuhendid_andmebaas_tunnustatud/kooli_tervishoid.pdf)

### **2.2.2. Täiskasvanute riskide hindamine ja sõeluuringud**

Riskirühmade välja selgitamine määratlemine ja välja selgitamine on praktiliselt sama tähendusega on oluline, kuna antud mõjureid teades saame mõjutada inimeste tervisekäitumist. Riskirühmade aktiivne välja selgitamine toimub meeskonna tööna.

Koostöös perearstiga on vajalik regulaarselt (mitte vähem kui kaks korda aastas) teha nimistu analüüsi. Kirjeldatud analüüsi käigus selgitatakse välja konkreetsed nimistu patsiendid, keda on vajalik kas soo, vanuse, kõrgeenenud riskiteguri või haiguse tõttu aktiivselt vastuvõtule

kutsuda. Kui on teada patsiendid, keda on vaja aktiivselt vastuvõtule kutsuda, siis on mõistlik kokku leppida ka eelpool kirjeldatu vastuvõtule kutsumise kord. Vastav kord on soovitatav ka fikseerida kirjalikult (kas kokkuleppe vormis või töösisekorra eeskirjas). Iga meeskonna liige peab teadma, mis on tema konkreetne ülesanne. Kuna tegemist on plaanilise tööga, siis on mõistlik jagada tegevused aasta lõikes, jättes teadlikult võimalikult vähe plaanilisi tegevusi gripilaadsete haiguste esinemise ajale (detsember kuni aprill). Samuti on vajalik koheselt ära fikseerida korralised puhkused ja koolitused. Planeerimine annab lõppkokkuvõtteks ajalisi ressursse pigem juurde ning tagab tegelemise kõikide nimistu patsientidega. Riskirühmade väljaselgitamiseks on mitmeid meetodeid, võib kasutada küsimustikke nii suuliselt kui ka kirjalikult.

### **Pereõe roll sõeluuringute läbiviimisel**

Igal aastal diagnoositakse Eestis umbes 600 uut rinnavähki ja teine 600 juhtu naiste suguelunditel paiknevat pahaloomulist kasvajat (42). Rinnavähi on võimalik avastada mammograafilise uuringuga varajases staadiumis, kui veel puuduvad kaebused ja haiguse sümptomid. Emakakaelavähki on võimalik avastada juba vähieelsetes seisundites (PAP-test), mille õigeaegse ravi korral vähki ei tekigi (42).

Eesti on rakendanud süstemaatilised rinnavähi ja emakakaelavähi varajase avastamise uuringud ehk sõeluuringud, mille eesmärk on avastada pahaloomuline kasvaja võimalikult varases staadiumis, kus haigus on veel ravitav. Rinna- ja emakakaelavähi sõeluuringud on osa Eesti riiklikust vähistrateegiast, mida rahastatakse nii riigi kui Eesti Haigekassa eelarvest.

Rinnavähi varajase avastamise projektis on naised vanuses 50–65 ja neid kutsutakse uuringule iga 2 aasta järel, emakakaelavähi ennetavatele uuringutele naisi vanuses 30–55 iga 5 aasta möödudes (43). Emakakaelavähi sõeluuringut tehakse PAP testide abil.

Kutsutavate nimekirja koostab ja saadab Haigekassa ravikindlustuse andmekogu alusel. Uuringust teavitatakse naisi kirjalike kutsetega. Probleemiks on kutse kättesaamine ravikindlustuse andmekogus oleva vale aadressi tõttu. Varajase avastamise uuringute parema hõlmatuse saavutamiseks saadetakse kõikidele perearstidele info nende nimistu naistest, keda sel aastal uuringule kutsutakse.

Pereõde ülesanne selles protsessis:

- Pereõde saab naise täiendavalt teavitada uuringul osalemise vajalikkusest, samuti kontrollida kutse saatmise sihtkohta. Kui naine on kutsutavate nimekirjas ja ei ole aadressimuutuse tõttu või mõnel muul põhjusel kutset kätte saanud, saab ta ennast uuringule registreerida isikut tõendava dokumendi alusel.
- Pereõde saab kontrollida ja ära märkida koostöös Haigekassaga andmebaasis naised, keda on uuringule kutsutud ning patsientide vastuvõtule pöördudes antud teemale tähelepanu pöörata. Samas saab patsientidelt paluda tuua andmed teostatud uuringute kohta.
- Pereõde õpetab patsientidele rindade enesekontrolli. Kõik üle 20 aasta vanused naised võiksid ise korra kuus oma rindu kontrollida. Kui naisel toimuvad menstruatsioonid, siis sobib rindade kontrolliks kõige paremini 7. päev pärast menstruatsiooni algust. Uuringu käigus tuleb jälgida, kas rinnas leidub tükke või on tunda ja/või näha midagi muud ebatavalist.
- Pereõde tuleb meelde, et naised peavad käima korrapäraselt günekoloogilises kontrollis, kus võetakse emakakaelalt analüüs rakkude muutuste kohta testimiseks 2-3 aastase intervalliga.

Veresoonkonnahaiguste riskitegurite kasutatakse Score tabelit, mis arvestab järgmisi riskifaktoreid: sugu, vanus, suitsetamisharjumus, süstoolne vererõhk ja üldkolesterool. SCORE tabel on leitav Eesti südame- ja veresoonkonna haiguste preventsiiooni juhistest (44).

Vt:[http://veeb.haigekassa.ee/files/est\\_raviasutusele\\_ravijuhendid\\_andmebaas\\_tunnustatud/SVH%20Eesti%20juhis%20060106.pdf](http://veeb.haigekassa.ee/files/est_raviasutusele_ravijuhendid_andmebaas_tunnustatud/SVH%20Eesti%20juhis%20060106.pdf)

Järgnevalt on toodud riskirühmad, kellele peab pereõde tähelepanu pöörama ja igakülgset nõustama.

## Ülekaalulisus

Kehakaalu hindamiseks kasutatakse kehamassi indeksit (lüh. KMI) ehk Quetelet` indeksit, mis saadakse kehakaalu (kg-des) jagamisel kehapikkuse (m-tes) ruuduga. Quetelet` indeks väärtustes 19,0-24,9 näitab kehamassi normi (37). Ülekaalulisuse korral on kehamassiindeks 25,0-29,9 ja rasvumuse korral 30 ja enam. Vööümberrõõd peab meestel olema <102 cm ja naistel <88 cm (44).

Liigse kehakaalu reguleerimisel on oluline teada inimese päevast energiakulu, mis moodustub põhiainevahetuse (lüh. PAV) suurusel (50-70%) ja täiendavast energiakulust igapäevatoimingute tarvis. PAV on minimaalne kalorete hulk keha põhifunktsioonide säilitamiseks puhkeolekus. Selle suurus sõltub järgmistest teguritest: kehakaal, -pikkus, kehakoostis (rasvkude on ainevahetuslikult vähem aktiivsem), sugu, kehaline aktiivsus ja vanus.

Ühe võimalusena aitab PAV suurusel hinnata Mifflini valem:

PAV=

$(9,99 \times \text{kehakaal}(\text{kg})) + (6,25 \times \text{pikkus}(\text{cm})) - (4,92 \times \text{vanus}(\text{aastates})) + 5$  (mees)

$(9,99 \times \text{kehakaal}(\text{kg})) + (6,25 \times \text{pikkus}(\text{cm})) - (4,92 \times \text{vanus}(\text{aastates})) - 161$  (naine)

Päevast energiakulu saab hinnata järgnevalt:

<b>sugu</b>	<b>kerge koormus</b>	<b>keskmine koormus</b>	<b>raske koormus</b>
	põhiliselt istuv töö, sporti ei harrasta	töö nõuab enamasti püsti olemist ja liikumist	raske füüsiline töö või igapäevane intensiivne sport
<b>mees</b>	1,55	1,78	2,1
<b>naine</b>	1,56	1,64	1,82



NÄIDE: 50-aastane naine, kellel on keskmine koormus ning kelle pikkus on 170 cm ja kaal 100 kg vajab oma kehakaalu hoidmiseks päevas järgmise kalorige hulga:

$$\text{PAV: } (9,99 \times 100) + (6,25 \times 170) - (4,92 \times 50) - 161 = 1655 \text{ kcal}$$

Füüsilise aktiivsuse indeks on koormust silmas pidades 1,64;

$$\text{järelikult } 1,64 \times 1655 = 2714 \text{ kcal}$$

Kaalu vähendamiseks vajaliku kalorigehulk määratakse järgmiselt:

$$\text{dieedieelne kalorigehulk} - 500 (-1000) \text{ kcal}$$

Toodud näites peaks kehakaalu vähendamiseks 0,5 kg nädalas 50-aastase naise dieet sisaldama 2200 kcal.

(47)

Jälgida, et patsient peaks toitumispäevikut, kuhu ta märgib päeva jooksul tarbitud toidukogused toidukordade lõikes.

### **Düslipideemia**

Düslipideemia all mõistetakse verelipiidide (üldkolesterool, LDL-kolesterool, HDL-kolesterool, triglütseriidid) normväärtusest erinevat taset või nende ebaõiget vahekorda vereseerumis. Düslipideemia on iseseisev riskitegur arteriaalse hüpertensiooni ja suitsetamise kõrval kardiovaskulaarhaiguste tekkes (Viigimaa, Arteriaalne hüpertensioon..).

**Tabel 2. Vereseerumi lipiidiprofiil (44)**

Parameeter	Normväärtus
Üldkolesterool	<4,5 mmol/l
LDL-kolesterool (madala tihedusega lipoproteiin)	<2,5 mmol/l
HDL-kolesterool (kõrge tihedusega lipoproteiin)	>1,0 mmol/l meestel >1,2 mmol/l naistel
Triglütseriidide tase	<1,7 mmol/l

Düslipideemia esinemisel peab pereõde nõustama patsienti tervislikult toituma ja andma soovitusel kehalise aktiivsuse suurendamiseks.

#### Tervislik toitumine

- Toiduvalikul lähtuda CINDI püramiidis toodud portsjonide arvust päevas (lisas 5). Päevasest kaloraažist peavad moodustama 50% süsivesikud, 30% rasvad ja 20% valgud;
- Küllastatud ja trans-rasvhapete tarbimise vähendamine eesmärgiga, et küllastunud rasvhapete osakaal toidusedelis oleks kuni 10%, polüküllastamata rasvhapped kuni 7% ja ülejäänud osa (13%) kataksid monoküllastamata rasvhapped;
- Puu- ja köögiviljade tarbimise suurendamine - tarbida iga päev erinevaid puu- ja köögivilju ning marju (vähemalt 500 grammi);
- Soolatarbimise vähendamine - piirata soola tarbimist maksimaalselt 5 grammile (üks teelusikas) päevas, kaasa arvatud toiduainetes sisalduv sool;
- Kaaliumi ja kaltsiumi tarbimine. Kaaliumi peab naine saama  $\geq 3,1$  ja mees  $\geq 3,5$  g päevas ning kaltsiumi päevane kogus on  $\geq 800$  mg päevas;
- “Vabade” suhkrute osa vähendamine (44; 47; 48)

Lisainfo: <http://www.terviseinfo.ee>

#### Vähese kehalise aktiivsusega inimesed

Aeroobsed harjutused, mis põhjustavad pulsi kiirenemist ja hingamise sagedamist, parandavad südame-veresoonkonna töövõimet: vererõhk normaliseerub, suureneb HDL-kolesterooli tase vereliipidide spektris ja väheneb liigne kehakaal, mis oli tingitud tasakaalu häirumisest toiduga saadava ja kehaliseks tegevuseks kuluva energiahulga vahel. Madal aeroobne tase on seotud igapäevaelu tegevustega, millele lisandub vähene füüsiline aktiivsus (näiteks trepi eelistamine liftile, jala käimise eelistamine autole, jalutuskäigud looduses). Kui inimene liigub vähemalt 60 minutit päevas madalal aeroobsel tasemel (rohkem jalgsi ja eelistades lifti treppidele), siis võib seda pidada rahuldavaks. Kõrge intensiivsusega aeroobse tasemega tegevused on näiteks kiirkõnd, tervisejooks, jalgrattaga sõitmine, suusatamine, ujumine või koormustrenažööridel treenimine (51).

Kokkuvõtlikud soovitused kehaliseks aeroobseks aktiivsuseks (44):

- säilitav kehaline aktiivsus – 20-60 minutit aeroobset treeningut 1-2 korda nädalas
- arendav kehaline aktiivsus – 20-60 minutit aeroobset treeningut 3-5 korda nädalas
- intensiivsuse arvestamisel lähtuda 60-90% südamelöögisageduse ealisest maksimumist, teisisõnu 220-st lahutada vanus või 205-st lahutada ½ vanust
- ühe kehalise treeninguga peaks kulutama vähemalt 300 kcal energiat.

Oluline on jälgida, et patsient täidab kehalise aktiivsuse kohta jälgimislehe (Lisa 5), kuhu märgib kehalise aktiivsuse sageduse, intensiivsuse, aja ja harjutuste liigi ning enesetunde. Kui ta treenib kõrgemal aeroobsel tasemel, on oluline tähelepanu pöörata ka probleemidele tervislikus seisundis. Ta peab katkestama treeningu, kui esineb mõni järgmistest tunnustest: valu rinnakus, õhupuudustunne, valud ja/või tursed jalgadel, iiveldus, oksendamine, ebaregulaarne südamerütm, kahvatumine vms. Harjutuste ajal on arsti nõustamine vajalik, kui esinevad haiguslikud tunnused (valu, tursed jalgadel, pearinglus, minestamine, kõrgeenenud vererõhk vms.) (36; 37).

Pulsisageduse mõõtmine kehalise aktiivsuse intensiivsuse hindamisel on oluline tegur treeningkoormuse arvestamisel. Kehalisel treeningul tuleb pulsisagedus viia vahemikku 65% (algajad) kuni 90% (edasijõudnud) maksimaalsest (220 lööki minutis) ning säilitada seda harjutuste vältel.

*Näide 35 aastane inimene:*  $220 - \text{vanus} (35) = 185$  lööki minutis, sellest 90% on 166 lööki minutis ja 65% 120 lööki minutis (36).

### **Aktiivsed suitsetajad ja passiivsed suitsetajad**

Pereõe ülesandeks on teavitada nii suitsetajat kui ka passiivset suitsetajat tubaka kahjulikust mõjust tervisele, andes praktilisi soovitusi suitsetamisest loobumiseks ja tubakavaba elukeskkonna tagamiseks. Samuti on pereõde isik, kes julgustab ja toetab nii suitsetamisest loobujat kui ka tema pereliikmeid.

Suitsetamisest loobumine võib olla järsk lõpetamine (sobib neile, kes suitsetavad vähe (1 pakk päevas) või kellel eelnevad loobumised on ebaõnnestunud) või suitsetamise aeglane lõpetamine (sobiv rohkem kui paki päevas suitsetajatele, seejuures vähendada sigarettide arvu päevas näiteks viie kaupa või valida väiksema nikotiinisaldusega sigarettid). Jälgida patsiendi poolt peetud suitsetamispäevikut (mis ajal ja kui palju suitsetab sigarette arvuliselt, millise tegevuse juures ja millises meeleolus) (36).

Eestis on välja töötatud ravijuhend “Suitsetaja praktiline abistamine tubakast loobumisel” (46). Vajadusel on võimalik patsienti suunata suitsetamisest loobumise kabinetti. Informatsioon kabinettide on kättesaadav: <http://www.tai.ee/?id=3949>

### **Alkoholi liigtarbijad**

Alkoholi tarbimisel tekkiva joobe all mõistetakse käitumist, töövõimet ja meeleseisundit muutvat toimet. Seda põhjustab alkoholi mõju närvirakkude talitusele. Alkoholil on inimese tervist kahjustav otsene toime ja kaudne toime, kuivõrd alkoholijoobega kaasnev riskikäitumine põhjustab tõsiseid negatiivseid toimeid nii sotsiaal- kui majandusvaldkondades, selliseid nagu antisotsiaalne ja vägivaldne käitumine, perevägivald, tänavakuritegevuse tõus, majanduskasvu aeglustumine, sellega seotud suuremad kulud tervishoiule ja sotsiaalvaldkonnale. Alkoholi kuritarvitamisele on iseloomulikud järgmised tunnused: alkoholi tarbimine üle mõõdukuse piiride; suutmatus täita oma kohustusi tööl või kodus alkoholi tarvitamise tõttu; korduv alkoholi pruukimine füüsiliselt ohtlikes olukordades nagu näiteks juhtimine joobeseisundis (49).

Lisainfo: <http://www.terviseinfo.ee>

### **Mõnuainete kasutajad**

Mõnuainete tarbimine põhjustab muutusi inimese vaimsetes, füüsilistes ja emotsionaalsetes talitlustes. Õde võib mõnuaine kasutajaga kokku puutuda mis tahes situatsioonis. Tähtis on tunda ära sõltuvussündroom ning käituda igas olukorras professionaalselt ning asjalikult. Uimastite tarvitamisele viitavad märgid võivad olla järgmised: ülijutukus ja elav käitumine; keskendumisraskused; mäluhäired, meenutamise raskused; unehäired, raskused uinumisel; agressiivsus; kergesti erutuv; süvenemise raskused, raskused päheõppimisega; aeglasel

tahtmatud refleksid; koordinatsioonihäired; punetavad silmad; õpiraskused; kooliprobleemid jne. Süstivale narkomaanile on iseloomulik leida nõelatorkejälgi käsivarrel, kuid vanadel narkomaanidel tavaliselt sõrmede ja varvaste vahel. (50)

Lisainfo:

<http://www.narko.sm.ee>

<http://eusk.tai.ee>

<http://www.terviseinfo.ee/web/?id=1675>

### **Ülemäärases stressis olevad inimesed. Vägivald.**

Stressiks nimetatakse halva tähendusega välise asjaolu või teguri tagajärjel organismis kujunevat pingeseisundit, mis avaldub nii psüühiliste kui kehaliste funktsioonide muutuses. Tüüpilised stressorid on psüühiline pinge, raske kehaline töö ja trauma. Stressi mõju on otsene (mure) või kaudne (murega kaasneb pinge, ärevus), mis püsides avalduvad psüühiliste ja kehaliste häiretena nagu vererõhu tõus, unehäired, söögiisu tõus/langus, keskendumisraskused jne (36; 37).

Samuti tuleb osata tähele panna ja hinnata võimalikku vägivalda peres. Vägivalla all mõistetakse sageli ainult füüsilist vägivalda, kuid vähemalt lähisuhtevägivalla puhul on mõttekam käsitleda ühtlasi ka psüühilise vägivalla vorme, kuna üleminek ühest teiseks on sageli sujuv. Vägivallatsejad kasutavad väga erinevaid tehnikaid (nt emotsionaalne, füüsiline ja seksuaalne väärkohtlemine, majanduslike piirangute seadmine).

Lisainfo: <http://www.naistetugi.ee>

### **2.2.3 Eakad**

Ennetava tegevuse tähendus ja tähtsus eakatel kipub kohati jääma unarusse, kuna põhitähelepanu nõuavad haiged eakad, kes ka kahtlemata vajavad nõustamist kuidas oma tervist säilitada. Kinnitust on leidnud, et ennetav tegevus eakate puhul on vähemalt sama efektiivne kui noorematel – toitumise, kehalise aktiivsuse ja riskide vältimise nõustamine, gripi-, pneumokoki- ja teetanuse-/difteeriavastane immuniseerimine ning sotsiaalse osaluse tagamine on osutunud kõige tulemuslikumaks eakate tervisenäitajate parendamisel. Sekundaarne profülaktika ehk haiguste varajane avastamine peaks eakatel

hõlmama eelkõige järgmisi probleeme: nägemise halvenemine, kuulmise halvenemine, dementsus, depressioon, pahaloomulised kasvaja, hüpertensioon, luu- ja liigeshaigused. Kui vanadus on seisund, siis vananemine on heterogeenne protsess, mida iseloomustab funktsionaalse reservi vähenemine nii raku, koe kui ka organi tasemel, mille tulemuseks on organismi langenud reaktsioonivõime mitmesugustele stressoritele (52).

Ükski neist muutustest ei põhjusta surma, küll suureneb vanemas eas haiguslike protsesside tõenäosus. Ennetavast tegevusest tuleb rääkida ka haigete ja pödurate eakate puhul – oluline on toimetulekuvõime säilitamine (taastusravi, abivahendid, formaalse ja mitteformaalse hoolduse korraldamine) (52).

Normaalse vananemise korral saab inimene oma igapäevaeluga iseseisvalt hakkama vähemalt 85.–90. eluaastani. Sellest vanusest alates võib tõepoolest tekkida kõrvalabi vajadus ka tervel eakal näiteks raskemate kodutööde või pikemate väljaskäimiste puhul. Nooremate inimeste toimetulematuse korral tuleb otsida põhjust. Selleks võib olla nii kehaline, afektiivne kui kognitiivne häire, kuid toimetulematuse võib olla seotud hoopis muutustega inimese sotsiaalses seisundis ja suhetes, ka majanduslike või juriidiliste muredega (52).

### **Preventiivne geriaatria**

Eesmärk on säilitada ka vanemas eas sotsiaalne roll ja tegutsemisvõime. Kuigi põhjalikul uurimisel leitakse eakatel rohkesti diagnoosimata haigusi, ei peeta juhuslikke sõelteste mõttekaks. Efektiivsem on sõeltestimine samaaegselt ravikontaktidega (nn. oportunistlik skriining), see tähendab ükskõik millisel põhjusel perearsti või pereõde poole pöördunud isikute testimine potentsiaalselt ravitavate haiguste prekliiniliste ilmingute suhtes. Põhjalikku tähelepanu vajab aktiivsuse langus, eriti selle algstaadiumis ja üle 80-aastased, kes on just haiglaravilt koju kirjutatud või elukaaslase kaotanud (53).

### **Sagedasemad sümptoomid ja terviseprobleemid**

Subjektiiivsetest kaebustest sagenevad vanemas eas kõige enam jõuetus, väsimus ning tunnetuslikud (kognitiivsed) häired. Kaebuste spekter muutub vastavalt vanusegrupile. Noorematel prevaleerivad kardiovaskulaarsete haiguste nähud ning psühhosomaatilised häired, lihas- ja liigeskonna vaevused. Üle 75-aastaste hulgas süvenevad liikumisraskused ja

mälu halvenemine. Valu on paljudele igapäevane mure. Peapööritus ja tasakaaluhäired tekitavad kukkumishirmu, oht iseseisvalt mitte-toime tulla tekitab depressiooni. Depressioon ei ole vananemise iseloomulik osa.

Somaatilised haigused, sotsiaalne isoleeritus aga ka majanduslikud raskused võivad olla aluseks depressioonile. Eakate vähene füüsiline aktiivsus tuleneb pigem eluaegsest väheliikuvast eluviisist. Tööst eemale jäämine võtab nii mõneltki inimeselt nii suhtlusringi kui ka motivatsiooni tegutsemiseks üldse. Eakamate puhul piiravad liikumist mitmesugused haigused: liigeste ja luude haigused, neuroloogilised ja kardiovaskulaarsed haigused, artroos, osteoporootilised luumurrud alajäsemeis, tserebraalsed paralüüsid, depressioon. Lisaks haigustele vaevavad eakamaid pearinglus ja kartus kukkuda.

Valikkontrolli sisu peab sisaldama

- Toimetulek igapäevase eluga: toiduvalmistamine ja –hankimine, orienteerumine rahas, telefoni kasutamine jne;
- Sotsiaalsed kontaktid ja tugi;
- Dementsuse test;
- Depressiooni-ilmingud;
- Kuulmis- ja nägemisteravuse kontroll;
- Inkontinentsi probleemid;
- Ravimite tarvitamise kontroll ja vajadusel selle delikaatne ning otsustav vahendamine
- Kodune olukord: elutingimused, liikumistakistused, vajadus abivahendite järele, hooldajad;
- Immuniseerimine;
- Füüsikaline uuring: kõhu- ja rindade palpatsioon, vererõhu mõõtmine jne. –vastavalt leiule põhjalikumad uuringud ja ravi perearsti poolt. (53)

Inimesel on õigus saada oma tervisliku seisundi kohta käivat informatsiooni. Adekvaatne informatsioon ja toetav suhtumine aitab inimesel ennast mobiliseerida toime tulemiseks terviseprobleemidega. Teadmatus, vastupidi, võib olla aluseks ükskõiksusele ja masendusele. Eestis tegutsevad praegu mitmesuguste krooniliste haigustega inimeste liidud ja ühingud.

(Vähihaigete ja nende omaste, diabeetikute, Sclerosis multiplexi haigete ühendus jt.).

Ühinemine sarnaste probleemidega inimestega pakub samaaegselt nii moraalset tuge kui aitab toime tulla igapäevases elus tekkivate praktiliste küsimustega.

### **3 Õendusabi krooniliste haigustega patsientidele**

Krooniliste haigete hulk näitab üldist kasvutrendi. Esiteks pikeneb krooniliste haigete eluiga tänu edukale ravile ning teiseks tõuseb krooniliste haigete hulk ebatervislike (nautleva) eluviiside tõttu.

Pereõe osa krooniliste haigete jälgimisel on ääretult tähtis. Krooniliste haigete jälgimiseks on välja töötatud ravijuhised, vastavalt teaduslikult põhjendatud regulaarsusele on vajalik viia läbi uuringuid, küsitlusi aga ka meelde tuletada ravimite võtmise vajalikkust ja anda selgitusi haiguse olemuse kohta.

Käesolev juhend annab ülevaate kahest, populatsioonis enam esinevast kroonilisest haigusest, mille jälgimisel on pereõel vastutusrikas roll.

#### **3.1 Hüpertoonia haiged**

##### **Arteriaalse hüpertensiooni mõiste, riskifaktorid ja võimalikud tüsistused**

Hüpertooniatõbi (kõrgvererõhutõbi) kui üks südame-veresoonkonna haigustest, millesse haigestumine on kõrge Euroopa piirkonnas tervikuna, sealhulgas ka Eestis (54). Arteriaalset hüpertensiooni täiskasvanul defineeritakse kui vererõhu püsivat kõrgenemist süstoolse rõhuga üle 140 mm/Hg ja diastoolse rõhuga enam kui 90 mm/Hg (55): Hüpertensiooni klassifikatsioon on toodud tabelis 3.

Hüpertooniatõve kulgu mõjutavad riskifaktorid :

- Meessugu;
- Pärilikkus;
- Ebatervislik toitumine;
- Ülekaalulisus;
- Düslipideemia;
- Vähene kehaline aktiivsus;
- Suitsetamine;
- Liigne negatiivne stress.



Neist kaks esimest on modifitseerimatud riskitegurid. Samas tuleb patsiendi perekonnaanamneesi suhtuda tähelepanelikult, et leida viiteid pärilikkusele. Oluline on teada perekonnas esinenud selliseid haigusi nagu hüpertensioon, düslipideemia, diabeet, kardiovaskulaarhaigus varajases eas või insult (55).

**Tabel 3. Vererõhuhaigete riski stratifitseerimine vererõhuväärtuste, riskitegurite ja organkahjustuse alusel**

	Vererõhk (mm Hg)				
	Normaalne SVR 120-129 Või DVR 80-84	Kõrge normaalne SVR 130-139 Või DVR 85-89	I aste (kerge hüpertensioon) SVR 140-159 või DVR 90-99	II aste (mõõdukas hüpertensioon) SVR 160-179 või DVR 100-109	III aste (raske hüpertensioon) SVR ≥180 või DVR ≥110
Teised riskitegurid, organkahjustus või kaasuv haigus					
Ilma riskiteguriteta	Tavaline risk	Tavaline risk	Madal lisarisk	Mõõdukas lisarisk	Kõrge lisarisk
1-2 riskitegurit	Madal lisarisk	Madal lisarisk	Mõõdukas lisarisk	Mõõdukas lisarisk	Väga kõrge lisarisk
≥3 riskitegurit, metaboolne sündroom, organkahjustus või diabeet	Mõõdukas lisarisk	Kõrge lisarisk	Kõrgel lisarisk	Kõrge lisarisk	Väga kõrge lisarisk
Kaasuv kardiovaskulaarhaigus või neeruhaigus	Väga kõrge lisarisk	Väga kõrge lisarisk	Väga kõrge lisarisk	Väga kõrge lisarisk	Väga kõrge lisarisk

**Allikas:** ([http://www.eks.kliinikum.ee/public/Hupertensioonijuhised\\_2004.pdf](http://www.eks.kliinikum.ee/public/Hupertensioonijuhised_2004.pdf))

Kõrgenenud vererõhu käitumise kaudu mõjustatavateks riskiteguriteks on soola ja rasvarikka toidu liigtarbimine (tagajärjeks on liigne kehakaal ja vereliipidide tasakaalustatud suhte häirimine), ülekaalulisus ja vähene kehaline aktiivsus (soodustab tasakaalustatud energiabilansi häirumist organismis ja seeläbi ülekaalulisuse teket), suitsetamine (soodustab ateroskleroosi arengut ja tõstab vererõhku) ning liigne stress igapäevaelus (56; 57).

Püsivalt kõrge vererõhk soodustab komplikatsioonide nagu südame isheemiatõve, müokardiinfarkti, südamepuudulikkuse; ajuinsuldi, transistorse ajuisheemia, demetsuse; neerupuudulikkuse; perifeersete arterite ahenemise või silmavõrkkesta arterite ahenemise teket (57).

**Tabel 4. Hüpertooniahaige prognoosi mõjutavad riskitegurid**

Riskitegurid:	Subkliiniline organkahjustus:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Süstoolse ja diastoolse vererõhu väärtus</li> <li>• Pulsirõhk vanemaealistel</li> <li>• Meestel eluiga &gt; 55 a.</li> <li>• Naistel eluiga &gt; 65 a.</li> <li>• Suitsetamine</li> <li>• Düslipideemia: Üldkolesterool &gt; 5 mmol/l või LDL-kolesterool &gt; 3,0 mmol/l või HDL-kolesterool M &lt; 1,0; N &lt; 1,2 mmol/l Triglütseriidid &lt; 1,7 mmol/l</li> <li>• Glükoos paastuplasmas 5,6 – 6,9 mmol/l</li> <li>• Glükoositaluvuse häire</li> <li>• Abdominaalne rasvumine, s.t. vööümbermõõt M ≥ 102 cm, N ≥ 88 cm</li> <li>• Perekonnas kardiovaskulaarhaiguse esinemine varases eas (M &lt; 55 a. ja N &lt; 65 a.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vasaku vatsakese hüpertroofia elektrokardiograafial Sokolow-Lyons (SV<sub>1</sub>+RV<sub>5-6</sub>) ≥ 38 mm; Cornell &gt; 2440 mm/ms; või Ehhokardiograafial vasaku vatsakese massi indeks M ≥ 125 g/m<sup>2</sup>, N ≥ 110 g/m<sup>2</sup>)</li> <li>• Ultraheli alusel täheldatud arteri seina paksenemine (intima-meedia paksus ≥ 0,9 mm) või aterosklerootiline naast</li> <li>• Indeks: vererõhk säärel/vererõhkrõhk õlavarrel &lt; 0,9 (ankle/brachial index)</li> <li>• Väheväljendunud seerumi kreatiniini tõus M: 115–133 mmol/l N: 107–124 mmol/l</li> <li>• Mikroalbuminuuria (30–300 mg/24 h või albumiini/kreatiniini-suhe (M ≥ 2; N ≥ 3 mg/mmol)</li> <li>• Glomerulaarfiltratiooni langus &lt;60 ml/min 1,73m<sup>2</sup> (Cockroft Gault'i valem <math>\frac{140 - \text{vanus}}{72} \times \text{kaal (kg)} \times (0,85 \text{ naistel})</math> 0,810 x seerumi kreatiniin (µmol/l))</li> </ul>
<b>Kaasuv vaskulaar- või neeruhaigus</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aju vaskulaarsed haigused: isheemiline insult, ajuhemorraagia, transitoorne isheemiline atakk</li> <li>• Südamehaigused: müokardiinfarkt, stenokardia, läbiviidud koronaarrevaskularisatsioon, südamepuudulikkus</li> <li>• Neeruhaigused: diabeetiline nefropaatia, neerupuudulikkus (seerumi kreatiniin M &gt;133, N &gt;124 mmol/l; proteiinuuria &gt;300 mg/24h)</li> <li>• Perifeersete arterite haigus</li> <li>• Kaugelearenenud retinopaatia: hemorraagiad ja eksudaadid, papilliödeem.</li> </ul>	
<b>Diabeet või metaboolne sündroom</b>	

Allikas: ([http://www.eks.kliinikum.ee/public/Hupertensioonijuhised\\_2004.pdf](http://www.eks.kliinikum.ee/public/Hupertensioonijuhised_2004.pdf))

## Hüpertooniatõve diagnoosiga patsient pereõe iseseisval vastuvõtul

- vastuvõtu käigus saadakse esiteks ülevaade patsiendi kaebustest, antud hetke tervislikust seisundist ning koduse mõõtmise tulemustest (vererõhk, kehamass), kui patsient neid teostab;
  - igal vastuvõtul mõõdab pereõde patsiendi vererõhku, määrab kehamassiindeksi (KMI) ja vööümberrõõdu ning jälgib teostatud vereliidide väärtusi;
  - korrektne tervisekaardi täitmine igakordsel patsiendi vastuvõtul (patsiendi kaebused, vererõhu, KMI, vööümberrõõdu määramine ja muu oluline informatsiooni ülesmärkimine (kaasaarvatud motivatsioon) eluviisi muutmisega seoses);
  - teadlikkuse tõstmine erinevatest hüpertooniatõve riskifaktoritest;
  - motiveerimine ja innustamine muutustele kaasaaitamiseks;
  - vajaliku teabe ja oskuste andmine koduseks enesekriininguks – õige vererõhu mõõtmine, kehamassiindeksi arvutamine ja vastavad normväärtused;
  - lähedaste mõjustamine põhimõttel, et tervislik valik oleks ühtlasi kõige kergem valik;
  - jälgimine, et patsient püsiks saavutatud tulemuse juures, saab toimuda koos nõustatavaga elustiilipäeviku analüüsimise abil (mis sisaldaks toitumispäevikut, kehalise aktiivsuse jälgimislehte ja vajadusel suitsetamispäevikut);
  - saavutatud tulemuse kindlustamiseks ja võimaliku relapsi vältimiseks määrata kindlasti järgmine kordusvisiidi aeg;
  - erinevate abimaterjalide nagu infovoldikud, või muu kirjaliku materjali andmine patsiendile;
  - elustiili interventsiooniprotsess on pikaajaline tegevus, millega tegeleb meeskond, kuhu kuuluvad lisaks pereõele perearst, suitsetamise loobumise kabineti spetsialist jt.
- (35, 36, 37)

Sõltuvalt sellest, kas tegemist on esmasvisiidiga või kohtutakse patsiendiga korduvalt, esinevad tegevustes ja nõustamises erinevused, kuid alati lähtutakse õendusplaani, mis sisaldab järgmisi tegevusi: õendusvajaduse määratlemine, eesmärkide püstitamine, tegevuste planeerimine ja tulemuste hindamine.

## 1) Õendusvajaduste määratlemine

1.1. Ülevaate saamine vastavalt patsiendi probleemile elustiiliga seotud valdkondadest:

- toitumine (eelkõige loomse rasva hulk toidud, soolatarbimine ja alkoholitarbimise harjumused);
- suitsetamine (hindamisel kasutada Fagerströmi nikotiinsõltuvuse testi lisas 1);
- kehaline aktiivsus (kasuta testi lisas 2 ja jälgimislehte lisas 3);
- liigse stressi esinemine (kasuta hindamistesti lisas 4 või Emotsionaalse enesetunde küsimustikku);
- isiklikud, perekondlikud ja sotsiaalsed eripärad (iseseisev toimetulek elamistoimingutega, perekonna ja lähedaste toetus jne.)

1.2. Nõustatava motivatsiooni selgitamine eluviisi muutmise alustamiseks või jätkamiseks.

## 2) Õendustegevuse planeerimine ja elluviimine interventsiooni vajavates valdkondades

Olulisemad lähtekohti õendusabis elustiili muutmisel valdkonniti (tervislik toitumine, ülekaalulisus, düslipideemia, kehaline aktiivsus, suitsetamine ja liigne stress) lähtub samadest põhimõtetest, mis riskirühmade puhul.

## 3). Tulemuste hindamine ja uue käitumismudeli säilitamine

Tulemus on positiivne, kui hüpertooniatõve diagnoosiga patsiendi kehakaal on normi piires, toitumine on tervislik ja selle kogus vastab kehalise aktiivsuse tasemele, patsient ei suitseta ja tal ei esine liigset stressi.

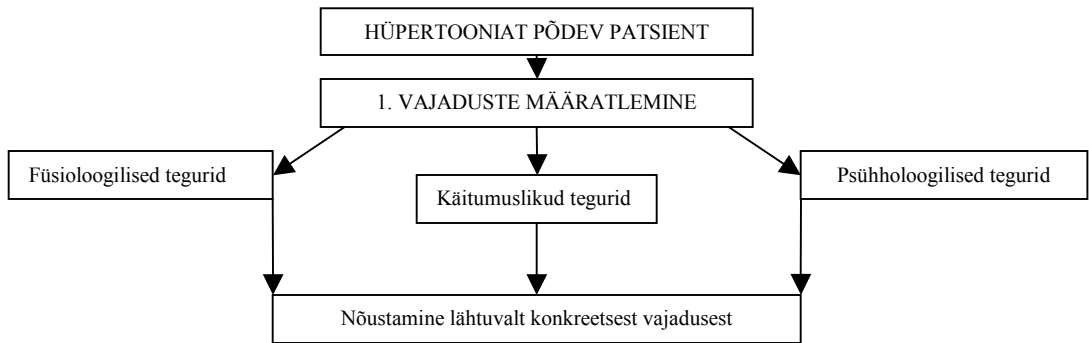
Lisainfo: <http://www.terviseinfo.ee> valdkond spetsialistile – trükised

Kokkuvõtliku ülevaate pereõe poolt läbiviidavatest toimingutest, näitajate kontrolli sagedusest ning tulemuse hindamise kriteeriumidest annab alljärgnev tabel (36; 37; 44; 46; 58)

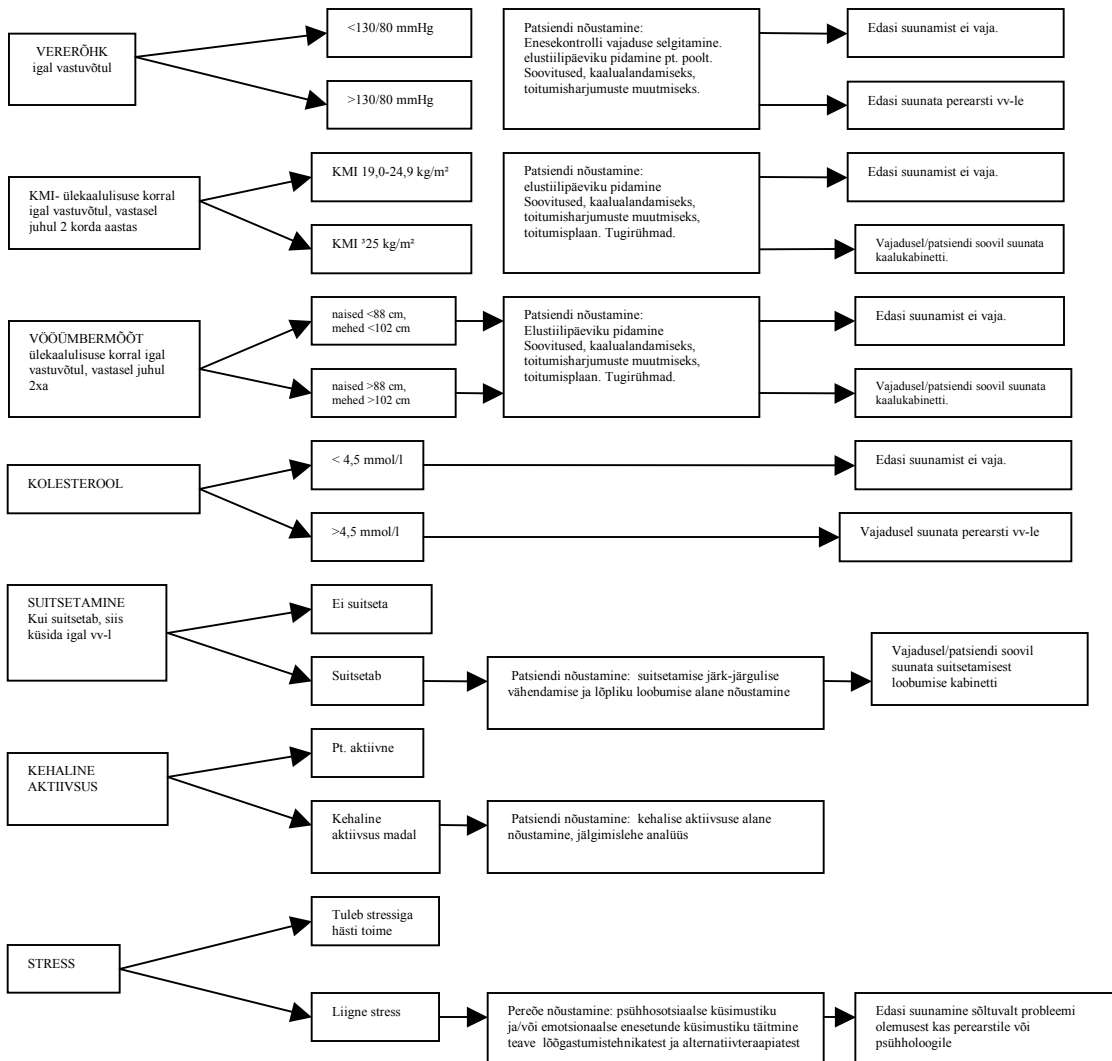
**Tabel 5 Ülevaade pereõe poolt läbiviidavatest toimingutest hüpertooniatõvega patsiendil**

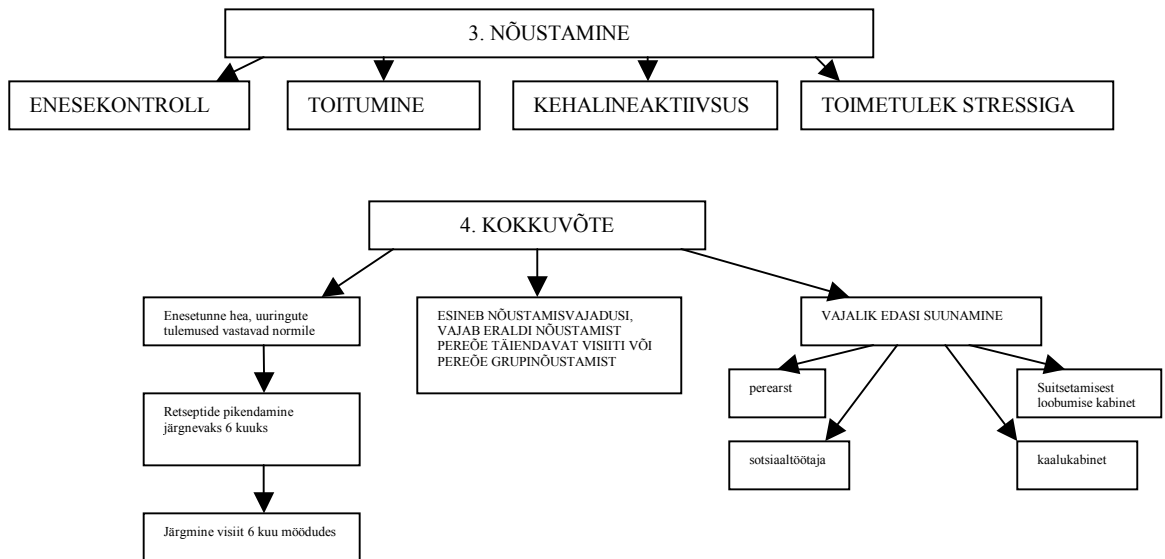
Toiming	Kontrollimise sagedus	Normiväärtused *	Õendustegevus	Perearstile või spetsialistile suunamise kriteeriumid
Vererõhku mõõtmine	igal vastuvõtul	≤130/80mmHg	enesekriingu korrektse meetodika selgitamine	>130/80 mmHg
KMI mõõtmine	Ülekaalulisuse korral igal vastuvõtul, vastasel juhul 2x aastas	KMI 19,0-24,9kg/m <sup>2</sup>	KMI ≥25 kg/m <sup>2</sup> kehakaalu langetamine 5-10% tervislik toitumise selgitamine (lisa 5), kehalise aktiivsuse suurendamise vajadus	probleemi püsimisel ja toetava ümbruse puudumisel soovitada toitumise grupinõustamist
Vööümbmõõdu mõõtmine	Ülekaalulisuse korral igal vastuvõtul, vastasel juhul 2x aastas	naised <88 cm, mehed <102 cm	Vööümbmõõt normväärtustest kõrgem: tervisliku toitumise ja kehalise aktiivsuse suurendamise alane nõustamine	probleemi püsimisel ja toetava ümbruse puudumisel soovitada toitumisenõustamist
Vereliipide määramine	1xaastas			
Üldkolesterooli määramine Seerumis/plasmas		<4,5 mmol/l	Normväärtustest kõrgemad näitajad: toitumise alane nõustamine, kehalise aktiivsuse suurendamise vajadus	
LDL Seerumis/plasmas		<2,5 mmol/l		
HDL Seerumis/plasmas		meestel>1,0 mmol/l naistel>1,2 mmol/l		
Triglütseriidid Seerumis/plasmas		<1,7 mmol/l		
Suitsetamine	kui suitsetab, siis igal vastuvõtul, loobumise korral alaneva sagedusega – algul 1 kord kvartalis, edasi 2 korda aastas, 1 kord aastas	täielik loobumine suitsetamisest	Fagerströmi nikotiinsõltuvuse test (lisa 1) suitsetamise järk-järgulise vähendamise ja lõpliku loobumise alane nõustamine, suitsetamispäeviku analüüs	probleemi püsimisel suunata suitsetamisest loobumise kabinetti
Kehaline Aktiivsus	kui kehaline aktiivsus on madal, siis igal vastuvõtul, probleemi lahendamisel kontrollida 1 kord aastas	kehalise aktiivsuse suurendamine	hinnata kehaline aktiivsuse hetketase (lisa 2), kehalise aktiivsuse alane nõustamine, jälgimislehe analüüs (lisa 3)	
Liigse stressi esinemine	Probleemi esinemisel igal vastuvõtul, vastasel juhul 1x aastas	liigse distressi viimne miinumini	psühhosotsiaalne küsimustiku (lisa 4) ja/või emotsionaalse enesetunde küsimustiku täitmine, teave lõõgastumistehnikatest ja alternatiivteraapiatest	sõltuvalt probleemi olemusest kas perearstile või psühholoogile

\* normiväärtused on ajas muutuvad; jälgida tuleb vastavates ravijuhendites tehtavaid muudatusi.



**2. ANDMETE KOGUMINE JA ÕENDUSTEGEVUS**





## 3.2 II tüüpi diabeedi haiged

### Haiguse olemus, kulg, võimalikud tüsistused

II tüüpi diabeet ehk suhkruhaigus on krooniline haigus, mis tekib insuliinresistentsuse ja progresseeruva insuliini sekretsiooni defekti tõttu ning väljendub kroonilise hüperglükeemiana. Organism ei tooda ega kasuta piisavalt insuliini. Insuliin on kõhunäärme  $\beta$  - rakkudes polt toodetav hormoon, mis on vajalik suhkrul, tärklise ja muu toidu energiaks muutmisel. Ilma insuliinita glükoos rakkudesse ei pääse, vaid jääb verre ning veresuhkru tase tõuseb. Samas saab insuliin oma toimet keharakkudes avaldada siis, kui rakud insuliini ära tunnevad, omaks võtavad ja lubavad sel tööd teha.

Kui vere suhkrunivoo on normist kõrgem, siis inimene tunneb väsimust ja nõrkust, tekib janu, urineerimine sageneb, kehakaal langeb, võib esineda nahasügelus ning erinevad

nahahaigused. Kõrge vere suhkrunivoo korral püsib väga suur ateroskleroosirisk, sageli tekivad kõrgvererõhutõbi ning suurte veresoonte kahjustused, mille tüsistusteks võivad olla jalagangreen, ajuinfarkt ja verevalandus, samuti südameinfarkt, nägemise kaotus. Vanus on siin soodustav komponent. Diabeeti haigestumise põhjus on teadmata, aga geenid, elustiil ja keskkond omavad selles olulist osa. (59)

## **II tüüpi diabeeti põdev patsient pereõe iseseisval vastuvõtul.**

Olenemata haiguse kulust ja raskusastmest on vajalik kõiki diabeedihageid plaanilises korras vähemalt üks kord aastas pereõe vastuvõtule kutsuda (vähemalt üks kord aastas pereearsti vastuvõtt). Diabeedihage jälgimine koosneb lisaks küsitlustele haige enesetunde ja ravimite manustamise kohta ning vajalikele uuringutele ka alati nõustamisest. Diabeedihageid vajavad pidevalt vastavat jätkukoolitust.

Patsiendi vajaduste määratlemine

- kuidas patsient ennast tunneb ja saab hakkama igapäevaste toimingutega;
- kuidas toimub sotsiaalne aktiivne suhtlemine (perekkond, sõbrad, hoid);
- millised on patsiendi elu- ja tööharjumused;
- millised tervisekaebused esinevad;
- elukeskkond (elamistingimused);
- füsioloogilised vajadused (hingamine, söömine, joomine, eritamine, liikumine, haistingud, puhkamine).

Tulenevalt patsiendi vajadustest on vajalik koostada edasiste tegevuste plaan (õendusplaan), mis peab sisaldama tegevusi vastavalt diabeedijuhendile (läbivaatus, uuringud) ja nõustamise olulisemaid punkte ja sagedust lähtuvalt konkreetsest patsiendist.

Järgnevas tabelis on ära toodud tegevused, mis on vajalikud diabeedihagele, ka on välja toodud kriteeriumid millal peab haige edasi suunama pereearsti vastuvõtule (59):





**Tabel 6 Ülevaade pereõe poolt läbiviidavatest toimingutest II tüüpi diabeedi haigetele**

Toiming	Kontrolli sagedus	Eesmärk- või normiväärtused *	Perearstile suunamise kriteeriumid
Glükoosi määramine kapillaarverest. Glükomeetri kontroll.	Kaebuste puudumisel 1 x aastas	Paastuglükoos ≤6,0mmol/l Glükoos 2h peale sööki ≤7,5mmol/l	Paastuglükoos hoolimata korrektsest ravimite tarvitamisest tootumisest ja liikumisest püsivalt üle 7mmol/l
Glükohemoglobiin (HbA1c)	Kompen-seeritud 1xaastas. Kompen-seerimata 4xaastas	≤6,5%	Püsivalt väärtus üle 6,5%
Vererõhk	Igal visiidil, vajadusel enesekontroll	<130/80mmHg Neerukahjustuse korral <125/75mmHg	>130/80mm/Hg Neerukahjustuse korral >125/75mm/Hg
Keha-massi-indeks ja/või Vööümberrõõd	Igal visiidil	KMI 20–25 Vööümberrõõd 80cm naistel ja 94cm meestel	Pereõe pidev nõustamine
Lipiidid	1xaastas		
Kolesterool seerumis/plasmas		<4,5mmol/l	Hoolimata >4,5mmol/l
LDL-kolesterool seerumis/plasmas		Primaarne preventatsioon <2,5mmol/l Sekundaarne preventioon südame-veresoonkonna haigusega diabeetikutel <1,8mmol/l	Primaarne preventioon <2,5mmol/l Sekundaarne preventioon südame-veresoonkonna haigusega diabeetikutel <1,8mmol/l
HDL-kolesterool seerumis/plasmas		Meestel >1,0mmol/l Naistel >1,2mmol/l	Meestel <1,0mmol/l Naistel <1,2mmol/l
Triglütseriidid paastuseerumis/plasmas		<1,7mmol/l	>1,7mmol/l
Uriini albumiini ja kreatiini suhe	1xaastas	<2mg/mmol meestel <3mg/mmol naistel	>2mg/mmol meestel >3mg/mmol naistel
Glomerulaarfiltratsioon (GFR)	1xaastas	GFR-i kalkulaator ja neerupuudulikkuse astmed. Kreatiini väärtused <70-150	
Silmaarsti visiit või silmapõhjade fotografeerimine ja hindamine spetsialisti poolt	1xaastas		Pereõde jälgib, et kas on kirjeldatud visiit tehtud.
Suu ja hammaste seisund	Igal visiidil	Küsitleda hammaste tervishoiu kohta, viimane visiit hambaarstile, igemete veritsus, haavandid suu limaskestal	Vajadusel suunata hambaarstile.
Jalad. Nahaseisund, asendivead, koormusmuudatused, põletikud. Labajala pulsside palpeerimine tundlikkuse hindamine mikrofilamendiga	1x aastas	Anda hinnang jalgade olukorrale	Vajadusel suunamine jalaravi kabinetti

\* normiväärtused on ajas muutuvad; jälgida vastavas ravijuhendis tehtavaid muudatusi

## Diabeedihaige nõustamise soovitusel olenemata haiguse raskusastmest

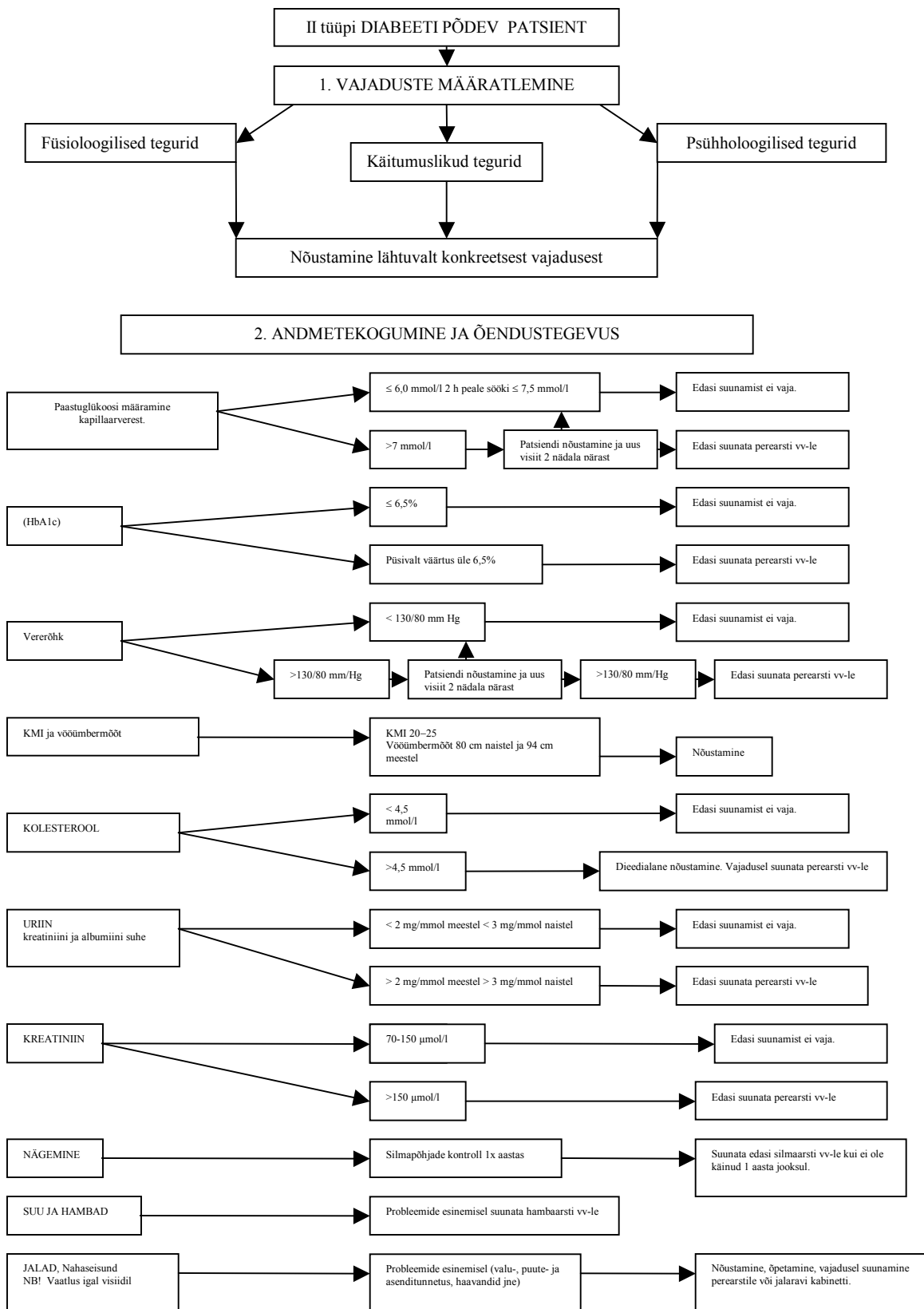
- Enesekontrolli õpetamine, enesetunde jälgimine. Kõik diabeedihaiged peavad mõõtma oma vere suhkrunivood ja vastavad näidud fikseerima (sagedus oleneb haiguse raskusastmest).
- Toitumise õpetamine, jälgimine. Peamised küsimused patsiendile: millist toitu te sööte, kui palju te päeva jooksul sööte ja millal te sööte. Elustiilipäeviku täitmise õpetamine.
- Kehaline koormus. Vajalik on välja selgitada patsiendi igapäevane füüsiline aktiivsus: kui palju te liigute toas, õues; millised on liikumisharjumused tervikuna (eraldi treeningud, harjutused, klubilised, perekondlikud tegevused). Elustiilipäeviku täitmise õpetamine.
- Toimetulek stressiga. Millised on patsiendi suhted pereliikmetega, sõpradega, töökaaslastega, tuttavatega. Millised tegevused pakuvad stressi maandavat naudingut (hobid, klubilised tegevused, teatri, kino, kontsertide, sotsiaalkeskuste külastused).
- Jalgade eest hoolitsemine. (59)

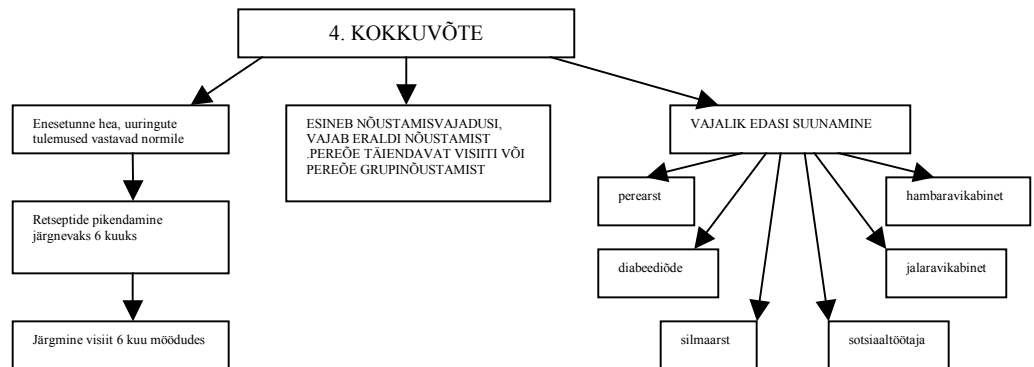
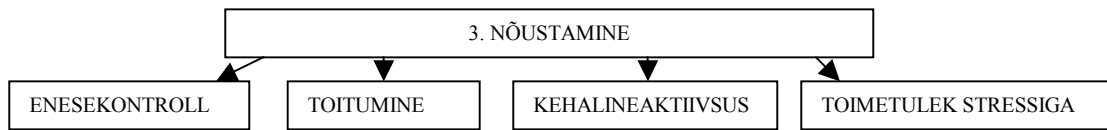
Lisainfo:

[www.diabeet.ee](http://www.diabeet.ee),

[www.tai.ee](http://www.tai.ee)

[http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Diabeedijuhend\\_33%20Rajasalu%2013%2007%2008.pdf](http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Diabeedijuhend_33%20Rajasalu%2013%2007%2008.pdf)





## **4 Õendusabi osutamine ägedate haigustega patsientidele**

Pereõde annab oma pädevuse piires nõu ja õpetusi nii krooniliste haigustega patsientidele kui ka ägedate haigustega pöördujatele. Ägedate gripitaoliste viirushaigustega patsiendid vajavad eelkõige tubast režiimi ja aega paranemiseks. Esmaseks kontaktiks perearstipraksisega on piisav pereõde vastuvõtt, mille käigus hinnatakse patsiendi seisundit ja lähtuvalt vajadustest toimub ka nõustamine ning käsimüügi ravimite soovitamine. Ägeda tervisehäirega patsiendi pöördumisel pereõde vastuvõtule on vajalik seisundi hindamine kasutades RHK – 10 sümptom (nt. R) diagnoosikoode. Seejärel patsiendi enesetunde kergendamiseks toitumise-, vedeliku tarbimise-, füüsilise koormuse ning vajadusel ravimite võtmise alaste soovitude andmine. Telefoni teel nõustatud patsiendi kaebused ja pereõde antud soovitusel tuleb dokumenteerida, et tagada teenuse järjepidevus. Töövõimetuslehe avamine toimub koostöös perearstiga ja selle lõpetamiseks kutsutakse patsient perearsti vastuvõtule.

### **4.1 Peamised pöördumise põhjused**

Error! Objects cannot be created from editing field codes.

**Joonis nr. 6** Peamised pöördumise põhjused perearstipraksises (7)

Kõige sagedamini külastatakse perearstikeskust infektsioonhaigustesse nakatumise korral. Teisel kohal on südame- veresoonehaigustega seotud tervisekaebused (joonis 6)

### **4.2 Õendusabi osutamine ägedalt haigestunud patsientidele**

#### **4.2.1 Patsiendi vajaduste määratlemine ( vt peatükki 1.3.2)**

#### **4.2.2 Tüsistuste ennetamise kriteeriumid**

Kõik üle seitsme päeva esinenud sümptomitega (köha, palavik, kurguvalu jne.) patsiendid on vajalik suunata alati perearstile. Kui patsient kuulub järgmistesse riskigruppidesse:

imik, eakas patsient, rase, kaasuvad kroonilised haigused (astma, KOK, diabeet jm.), siis peab pereõde vajadusel konsulteerima perearstiga.

### **4.2.3 Ägedate haiguste ravijuhiste algoritmid (60).**

#### **1) Ülemiste hingamisteede viirusinfektsioon (ÜHVI)**

Kaasub üks või mitu järgnevat sümptomit: haiglane olek, isu langus, peavalu, köha, nohu, kurguvalu, hääle kähedus, palavik. ÜHVI on iseparanev haigus. Nohu ja kurguvalu taanduvad enamasti 7 päeva jooksul, köha taandub enamasti 2 nädala jooksul, kuid võib püsida kuni 8 nädalat.

NB! ÜHVI puhul ei ole antibakteriaalne ravi näidustatud!

**Tabel 7 Õendusabi ÜHVI korral**

PROBLEEMI MÄÄRATLEMINE (kaebus)	ÕENDUSTOIMING	OBJEKTIIVNE LEID	ÕENDUSTEGEVUS	PEREARSTILE SUUNAMISE KRITERIUMID
PALAVIK	anamnees (palaviku kestvus, ulatus) kehatemperatuuri mõõtmine naha ja limaskesta vaatlus vedelikudefitsiidi hindamine lümfisõlmede palpatsioon	3 päeva >38.5° langustendentsiga lümfisõlmede kerge turse	nõustamine palaviku alandamise osas: anda lisavedelikku ja vajadusel Paratsetamooli (10-15 mg/kg, mitte sagedamini kui 4 tunni järel).	Üle 3 päeva palavik püsib või on lisandunud uusi sümptome (hingeldus, valulik või raskendatud hingamine, verikõha, tugev peavalu koos oksendamisega, uimasus, desorienteeritus) üle 3 päeva >38.5° ilma langustendentsita
KÕHA	anamnees (kõha kestvus, iseloom (kinnine, lahtine, haukuv jne.) kopsude auskultatsioon CRV määramine lümfisõlmede palpatsioon	vesikulaarne hingamiskahin CRV-neg lümfisõlmede kerge turse	kõha leevendamismeetodid: ravimiteed, hingamisharjutused, asendravi;	Verikõha, hingeldus, valulik/ raskendatud hingamine CRV-posit, kõha püsib üle 7 päeva või on lisandunud uusi sümptome (hingeldus, valulik või raskendatud hingamine, verikõha)
NOHU	anamnees (nohu kestvus, eritise iseloom (seroosne, mädane, värvitu, kollane jne.) kurgu ja nina limaskesta vaatlus, otoskoopia CRV määramine lümfisõlmede palpatsioon	nina ja kurgu limaskesta kerge turse ja hüperemia CRV-neg lümfisõlmede kerge turse	nohu leevendamismeetodid: ninaloputused puhta vee- või soolalahusega, limaskestade turset alandavad lokaalsed (ksülometasolini 0,1% täiskasvanutele ja 0,05% lastele) ja süsteemsed ravimid (T.Pseudoefedriini 60 mg täiskasvanutele ja Pseudoefedriini siirup lastele alates 2 eluaastast)	CRV-posit, 7 päeva möödudes nohu püsib või on lisandunud uusi sümptome (mädane eritis ninast, sagedased ninaverejooksud, kõrvavalu, valu otsmiku ja ninakõrvalkoobaste piirkonnas, peavalu)
KÕRVAVALU Suunata perearsti vastuvõtule esimesel võimalusel!	anamnees (valu kestvus, iseloom (tuikav, väga tugev, kiirgav jne.) Otoskoopia CRV määramine lümfisõlmede palpatsioon	kuulmekäigu ja/või kuulmekile kerge punetus CRV-neg lümfisõlmede kerge turse	Valuvaigistid (Paratsetamool, Ibuprofeen), limaskestade turset alandavad süsteemsed ravimid	CRV-posit, eritis (seroosne, mädane, verine) kõrvast, kuulmekile perforatsioon, kuulmekile tugev turse ja punetus, kuulmekile tagasi kollakas vedelik, 1 päeva möödudes valu püsib
KURGUVALU	anamnees (valu kestvus, iseloom (tuikav, väga tugev, kiirgav jne.) kurgu limaskesta vaatlus CRV määramine Streptokoki määramine kiirtesti abil kurgulimast lümfisõlmede palpatsioon	kurgu limaskesta kerge turse ja punetus CRV-neg lümfisõlmede kerge turse	kurgu loputused puhta veega, limaskestade turset alandavad lokaalsed (imemistabletid) ja süsteemsed ravimid	CRV-posit, 3 päeva möödudes kurguvalu püsib, kurgulimaskestal mädane katt, kurgumandlitel mädakorgid, tugev kurgu limaskesta turse
HÄÄLEKÄHEDUS	anamnees (häälkäheduse kestvus, kaasuvad kaebused jne.) kurgu limaskesta vaatlus lümfisõlmede palpatsioon	kurgu limaskesta kerge turse ja punetus lümfisõlmede kerge turse	kurgu loputused puhta veega, limaskestade turset alandavad lokaalsed (imemistabletid) ja süsteemsed ravimid	häälkähedus üle 7 päeva
PEAVALU/ LIHASVALU	anamnees (valu kestvus, lokaliseerumine, iseloom (tuikav, väga tugev, kiirgav jne.) kurgu limaskesta vaatlus, submandibulaarsete lümfisõlmede palpatsioon, pea ja kaela liikuvuse hindamine	kurgu limaskesta kerge turse ja punetus, submandibulaarsete lümfisõlmede kerge turse	Valuvaigistid (Paratsetamool, Ibuprofeen)	nüstagmid, pupillide asümmeetrilisus, tundehäired nahal, motoorika häired, peavaluga kaasneb iiveldus, oksendamine või desorienteeritus, peavalu ei allu ravile



## 2) Ägedad sooleinfektsioonid

Ägedat sooleinfektsiooni kahtlustatakse, kui patsiendil tekib äge kõhulahtisus (rooja konsistentsi muutumine ja roojamise sagedamine üle kolme korra ööpäevas) ja/või äge iiveldus/oksendamine. Äge sooleinfektsioon kulgeb sageli koos palaviku ja kõhuvaluga ning võib tüsistuda dehüdratatsiooni sündroomiga. Ägedat sooleinfektsiooni võivad põhjustada viirused (70-80%), bakterid või algloomad, samuti bakterite toksine sisaldava toidu tarbimine (bakteritoidumürgistused). Enamus ägedaid sooleinfektsioone paraneb nädala jooksul, algloomadest põhjustatud diarröa on üldjuhul pikemaajalise kestusega.

**Tabel 8 Ägeda kõhulahtisuse etioloogia sõltuvalt haiguse kliinilisest pildist (61)**

Põhisümptomiks äge oksendamine, võib kaasuda kõhulahtisus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- viirusinfektsioon (imikutel, väikelastel kõige sagedamini rotaviirusinfektsioon, vanematel lastel ja täiskasvanutel noroviirusinfektsioon)</li> <li>- bakteritoidumürgistus (<i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Bacillus cereus</i>,</li> <li>- Clostridiuperfringenstoksiinid)</li> </ul>
Peensoole tüüpi kõhulahtisus: põhisümptomiks vesine ja suuremahuline väljaheide, võib kaasuda oksendamine	<ul style="list-style-type: none"> <li>- võivad põhjustada kõik soolepatogeeneid, kõige sagedamini rotaviirus ja noroviirus.</li> <li>- antibiootikumkõhulahtisus, sh <i>Clostridium difficile</i> põhjustatud kõhulahtisus</li> </ul>
Jämesoole tüüpi kõhulahtisus (düsenteeriline kõhulahtisus): väljaheide mädas-limane ja/või verine, väikesemahuline, võivad kaasuda tenesmid ja oksendamine	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bakteriaalne infektsioon: <i>Shigella spp</i>, <i>Salmonella spp</i>, <i>Campylobacter spp</i>, <i>Yersinia enterocolitica</i>, <i>E.coli</i> H157:O7, enteroinvasiivne <i>E. coli</i></li> <li>- <i>Entamoeba histolytica</i> (tavaliselt anamneesis</li> <li>- reis arengumaale)</li> <li>- <i>Clostridium difficile</i> põhjustatud</li> <li>- pseudomembranoosne koliit</li> </ul>
Pikaleveninud kõhulahtisus (≥10 päeva)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- algloomade poolt põhjustatud infektsioon (<i>Giardia lamblia</i>, <i>Entamoeba histolytica</i>, <i>Cryptosporidium</i>, <i>Microsporidia</i>, <i>Isospora</i>, <i>Cyclospora</i>)</li> </ul>
Krooniline kõhulahtisus (>3 nädalat)	<p>Vajab täpsustavaid uuringuid.</p> <p>Võimalikke põhjusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- põletikuline soolehaigus</li> <li>- soolevähk</li> <li>- tsöliaakia</li> <li>- tsüstiline fibroos</li> <li>- toidutalumatuse/allergia (laktoos, lehmapiimavalk)</li> <li>- soole ärritussündroom</li> </ul>

**a) Anamnees ägeda sooleinfektsiooni kahtlusel**

- vanus (tüsistuste risk suurem <2 a. ja >70 a. vanustel);
- sümptomid ja nende kestus, sh. palavik, kõhulahtisus, oksendamine (sagedus, maht, iseloom), kõhuvalude esinemine ja iseloom;
- joodud vedeliku kogus, võimalikud dehüdratatsiooni nähud (vt. järgnev tabel);
- intoksikatsiooni nähud (lihavalud, liigesvalud, neuroloogiline sümptompatoloogia jne.);
- eelnevad/kaasnevad haigused.

**b) Epidemioloogiline anamnees\***

- kas lähikonnas on sarnaste haigusnähtudega inimesi (perekonnas, lasteasutuses, tööl, hooldekodus, samas toitlustusasutuses einetanud);
- vee- ja toidunakkuse võimalus;
- reisianamnees;
- töökoht (kas töötab toidu- või veekäitlejana, laste- või õppeasutuses, lastega vahetult kokku puutuvad töötajad, eelkooliealiste laste asutuses, meditsiinasutuses, hooldekodus), laste puhul lasteasutus;
- eelnev haiglaravi/antibakteriaalne ravi.

**c) Dehüdratatsiooni raskusastme hindamine (vt tabel 9)**

1. Kehamassi languse alusel:

<3% minimaalne dehüdratatsioon

3-9% kerge kuni mõõdukas dehüdratatsioon

>9% raske dehüdratatsioon

**Tabel 9 dehüdratatsioon kliinilise sümptomatoloogia alusel (61)**

Sümptomid	Minimaalne dehüdratatsioon	Kerge*-mõõdukas** dehüdratatsioon	Raske dehüdratatsioon
kesknärvisüsteemi seisund	normis	rahutu või loid	teadvushäire
janu	pole väljendunud janu	väljendunud janu	joob loiult või pole võimeline jooma
diurees	normis või pisut vähenenud (urineerimissagedus mitte alla 3 korra ööpäevas, imikul mitte alla 4 korra ööpäevas)	vähenenud	oligo-anuuria
limaskestad	niisked	kuivad	väga kuivad
jäsemed	soojad	jahedad	jahedad, kahvatud/tsüanootilised
naha turgor	normis	vähenenud	vähenenud, nahavolt sileneb >2 sek jooksul
silmad, imikul lõge	normis	aukus	tugevalt aukus
kapillaaride täitumine peale survet	koheselt	<2 sek jooksul	>2 sek jooksul

#### d) Ravi

Soovitav kodune ravi kuni paranemiseni.

##### Vedelikravi ja dieet

Ägeda sooleinfektsiooni ravis on kõige olulisem säilitada tasakaalus vedelikubilanss, et vältida dehüdratatsiooni. Dehüdratatsiooni risk on suurem alla 2aastastel ja üle 70aastastel patsientidel. Kuna lapse dehüdratsioon toimub kiiremini kui täiskasvanul, on laste puhul väga oluline jälgida, et oleks tagatud piisav vedelikutarve. Vedelikutarvet suurendavad palavik, hüperventilatsioon, oksendamine, kõhulahtisus.

Joodava vedeliku hulk peab katma normaalse ööpäevase vedelikuvajaduse ja lisaks asendama suurenenud kaod (oksendamise, kõhulahtisuse, palaviku tõttu). Normaalne ööpäevane vedelikuvajadus sõltub kehakaalust (3-10 kg lapsel 100 ml/kg ööpäevas, 20 kg lapsel ca 1500 ml ööpäevas). (61)

**Tabel 10 Dehüdratatsiooni raskusastmest lähtuvad soovitused**

<b>Dehüdratatsiooni nähte pole või minimaalne dehüdratatsioon</b>		<b>Kerge kuni mõõdukas dehüdratatsioon</b>
<b>Jook</b>	Piisavalt juua. Joogiks sobib vesi, lahja morss, vähemagus tee. Joogiks ei sobi Coca-Cola, magusad joogid, jõujoogid.	Lisaks ORL pakutakse joogiks vett, lahjat morssi, vähemagusat teed. Joogiks ei sobi Coca-Cola, magusad joogid, jõujoogid.
<b>Oraalse rehüdratatsiooni lahuse (ORL) kasutamine</b>	Lisaks tavapärasele joogile võib kasutada ORL suurenenud vedelikukao asendamiseks (eelkooliealistel lastel orienteeruvalt 10 ml/kg iga vedela iste või oksendamise järel).	<p><b>Esimese 2-4 tunni jooksul rehüdratatsioon:</b></p> <p>ORL kokku</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lastel 50-100 ml/kg,</li> <li>- täiskasvanutel ligikaudu 2 liitrit</li> </ul> <p>Esmaselt on oluline on vedeliku sage joomine/pakkumine väikeste koguste kaupa, imikule soovitatavalt teelusikatäis iga 1-2 minuti järel. Kui oksendamist ei teki, võib koguseid tasahilju suurendada ja vaheaegu pikendada.</p> <p><b>2-4 tunni möödudes seisundi hindamine:</b></p> <p>kui dehüdratatsiooni nähte pole: ORL manustamine iga vedela iste või oksendamise järel (eelkooliealistel lastel ligikaudu 10 ml/kg), lisaks muu jook</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kui dehüdratatsiooni nähud püsivad või süvenevad: hospitaliseerida</li> </ul>
<b>Toit</b>	Toidupaus ei ole vajalik.	Rehüdratatsiooni perioodil 2-4 tunnine toidupaus (v.a. rinnapiim). Kohe, kui on saavutatud hüdratatsioon, jätkatakse eakohase tavapärase toiduga.

**Ägedate infektsioonide ravijuhend on kättesaadav:**

[http://veeb.haigekassa.ee/files/est\\_raviasutusele\\_ravijuhendid\\_andmebaas\\_tunnustatud/kik%20infektsioonide%20algoritmid%20perearstidele3.pdf](http://veeb.haigekassa.ee/files/est_raviasutusele_ravijuhendid_andmebaas_tunnustatud/kik%20infektsioonide%20algoritmid%20perearstidele3.pdf)

**Tabel 11. Õendusabi ägeda sooleinfektsiooni korral**

PROBLEEMI MÄÄRATLEMINE (kaebus)	ÕENDUSTOIMING	OBJEKTIIVNE LEID	ÕENDUSTEGEVUS	PEREARSTILE SUUNAMISE KRITEERIUMID
ÄGE KÕHULAHTISUS	anamnees kestvus, iste sagedus, konsistents) kõhupalpatsioon, suulimaskesta vaatlus vedelikudefitsiidi hindamine	kõht palpatsioonil pehme, esineb palpatoorne hellus	Nõustamine nakkusohu vältimiseks. Vedelikravi (oraalne rehüdreeriv lahus-ORL) ja dieet.	kõhulahtisuse püsimisel >3 päeva Veriroe, mädasilmane kõhulahtisus, kõhulahtisus > 10 päeva, dehüdratatsiooni nähud.
IIVELDUS/ OKSENDAMINE	Anamnees (kestus, oksendamise sagedus) kõhupalpatsioon, suulimaskesta vaatlus vedelikudefitsiidi hindamine	palpatoorne hellus kõhu ülasosas, suulimaskest niiske, katuta	Vedelikravi, dieet. Väikeste portsjonitega anda vett või ORL	oksendamine <12h või lisandunud uusi sümptome (limaskestade kuivus, nõrk pulss, ülemäärane jõuetus, rahutu või loid, väljendunud janu, diurees vähenenud, jäsemed jahedad, nahaturgor vähenenud, silmad (imikul lõge) aukus.
KÕHUVALU	Anamnees(kestus, valu iseloom, lokalisatsioon) kõhupalpatsioon	kõht palpatsioonil pehme, esineb palpatoorne hellus	Nõustamine nakkusohu vältimiseks. Dieet.	kõhuvalu püsimisel >12-24h korduvvisiit. Kahtlus kirurgilisele patoloogiale (nt. apenditsiit), palpatsioonil esineb tugev valulikkus
PALAVIK	Anamnees(palaviku kestvus, ulatus) keha temperatuuri mõõtmine vedelikudefitsiidi hindamine	3 päeva >38.5° langustendentsiga	nõustamine palaviku alandamise osas: anda lisavedelikku ja vajadusel Paratsetamooli (10-15 mg/kg, mitte sagedamini kui 4 tunni järel)	3-5 päeva möödudes palavik püsib või on lisandunud uusi sümptome (hingeldus, valulik või raskendatud hingamine, verikõha, tugev peavalu koos oksendamisega, uimasus, desorienteeritus) üle 3 päeva >38.5° ilma langustendentsita

## Pereõe tegevusjuhendi koostamise protsessi kirjeldus

Pereõe tegevusjuhendi koostamisel lähtuti dokumendist Õendustegevusjuhendi koostamine. Esialgne infootsing hõlmas kõiki võimalikke pereõendusega seotud allikaid. Selleks kasutati otsingumootorit Google. Otsingu tulemina leiti erinevaid tegevus- ja ravijuhendeid, mida kasutati ka käesoleva tegevusjuhendi koostamisel. Õendusala kirjandust otsiti teadusandmebaasidest *Academic Search Premier*, *MEDLINE*, *CINAHL*, *Health Source: Nursing/Academic Edition*, *Health Source*. Otsingusõnadeks kasutati õendus ja pereõendus ja terviseriske hõlmavat sõnavara. Otsingu kriteeriumid olid eelretsenseeritud eesti, inglise ja soome keelsed artiklid, mis on avaldatud aastatel 2000–2008. Lisaks kasutati õendusabi kirjeldamisel käsiraamatuid ja olemasolevaid tegevus- ja ravijuhendeid. Dokumendis kasutatud õigusaktid leiti Elektroonilise Riigi Teataja otsingumootori abil, kasutades erinevaid märksõnu lähtuvalt peatükkide sisust.

### Mõisted

Elustiili päevik on toitumise, füüsilise koormuse ning vajadusel ka suitsetamise ja alkoholi tarvitamise regulaarseks jälgimiseks kas digitaalsel kujul või paberkandjal täidetav žurnaal.

Eluviis on kindlal käitumismudelil põhinev elamisviis, mis on määratletud üksikisikute iseloomule, sotsiaalse koostöö ning sotsiaalmajanduslike ja keskkonna elamistingimuste vastastikuse mõjuga.

Interventsioon on kindla strateegiaga sekkumisprotsess, mis põhineb teaduslike uurimuste tulemusel tõestatud alustel.

Pereõde on õde, kes on saanud üldõe ettevalmistuse ja töötab teatud kindla paikkonna patsientidega, omab lisateadmisi ja kogemusi töötamiseks inimestega kogu elukaare vältel. Pereõde osutab õendusabi esmatasandi tervishoiusüsteemis indiviididele ja perekondadele ning teeb koostööd perearsti ja teiste spetsialistidega ambulatoorselt (ICN, 2003)

Rahvatervis on Maailma Tervishoiuorganisatsiooni poolt defineeritud kui tervise edendamise, haiguste ennetamise ja eluea pikendamise teaduslikku ja praktilist tegevust, mida viiakse ellu kas kogu rahvastiku või selle teatud rühmadele suunatud tervise interventsiooniprotsesside kaudu jaotub laias plaanis kaheks osaks: tervisedendus ja haiguste ennetus.

Riskifaktor on sotsiaalne, majanduslik või bioloogiline staatus, käitumised või keskkonnad, mis on seoses või põhjustavad spetsiifilistele haigustele kasvavat vastuvõtlikkust, põdurust või vigastusi.

Riskiv tervisekäitumine on eriline käitumisvorm, millega võib kaasnedagi kasvav vastuvõtlikkus teatud haigustele.

Tervis on Maailma Tervishoiuorganisatsiooni (MTO, ingl. WHO) 1984. aasta põhikirjas defineeritud kui täielik füüsilise, sotsiaalse ja vaimse heaolu seisund ning mitte ainult kui haiguste või puuete puudumine.

Tervisedendus on laiaulatuslik sotsiaalne ja poliitiline protsess, mis hõlmab üksikisiku oskused ja suutlikkuse, suunates need tegevusele, mis soodustab sotsiaalsete, keskkonna ja majanduslike tingimuste muutmist, mis omakorda leevendaksid nende võimalikust koosmõjust tekkivat negatiivset toimet rahva tervisele.

Terviseharitus hõlmab tunnetuslikke ja sotsiaalseid oskusi, mis määravad üksikisiku motivatsiooni ja võime kätte saada, mõista ja kasutada infot, mille abil võiks ta edendada ja säilitada (kaasa avatud nn eneseabi haigestumise korral ehk *self-care/enese eest hoolitsemine*) enda tervist. Laiemalt võib defineerida terviseharitust kui inimese teadmiste, isiklike oskuste ja eneseusu jõudmist tasemel, mis aitaks tegutseda üksikisiku ja kogukonna tervise parandamisel, muutes inimeste eluviisi ja elamistingimusi.

Tervisekaitse käsitleb vahendeid ja abinõusid elanikkonna tervise halvenemise vältimiseks ning on suunatud tervisele ohutut füüsilise, keemilise ja bioloogilise keskkonna tagamisele.

Tervisekasvatus tähendab teadlikult loodud võimalusi õppimiseks, millesse kaasatakse erinevaid kommunikatsioonivorme, sooviga parandada terviseharitust.

Tervisekasvatusega suurendatakse teadmisi ning oskuste arendamist aitamaks kaasa üksikisiku ja kogukonna võimet eluga toimetulekuks kui ka parandamaks paikkonna tervist. Tervisekasvatus sisaldab ka teabevahetust poliitilistest, majanduslikest ja sotsiaalsetest ettevõtmistest parandamaks üldist elukeskkonda.

Õendus on iseseisev kutseala, mis hõlmab nii iseseisvat kui koostööl põhinevat õendusabi osutamist erinevas vanuses patsientidele, perekondadele ja kogukondadele. Õendus sisaldab tervise edendamist, haiguste ennetamist, õendusabi osutamist haiguse ajal, haigusjärgsel taastumisel ja sureva patsiendi abistamisel (ICN 2003).

Üldõde omab ettevalmistust töötamaks esmatasandi, teise ja kolmanda etapi tervishoiusüsteemis õendusabi osutamise eesmärgil. (15; 33)



## Kasutatud kirjandus

1. Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroo. Atun, Rifat, koostaja. Nõuandev toetus esmatasandi arstiabi hindamismudelile: Eesti esmatasandi arstiabi hindamise projekt. Lõpparuanne. 2004. lk.16-20.
2. Perearsti tööjuhend. Sotsiaalministri 29. novembri 2001. a määrus nr 117. RTL 2001, 130, 1887. Kättesaadav: URL: <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=788142> (viimati külastatud 12.12.08).
3. Perearsti tööjuhend. Sotsiaalministri 29. novembri 2001. a määrus nr 117 muudatus. RTL 2003, 13, 169. Kättesaadav: URL: <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=788142> (viimati külastatud 12.12.08).
4. Eesti Õdede Liit. EV Sotsiaalministeerium. Õdede erialase koolituse põhimõtted. Tallinn, 2003. Eesti Õdede Liidu kodulehekül. Kättesaadav: URL: [http://www.ena.ee/images/stories/attachments/018\\_EOL\\_Koolitus\\_08\\_12\\_2003.pdf](http://www.ena.ee/images/stories/attachments/018_EOL_Koolitus_08_12_2003.pdf) (viimati külastatud 12.12.08).
5. Tervishoiutöötajate ja tegevuslubade riiklikud registrid. Tervishoiutöötajad eriala järgi. Tervishoiuameti kodulehekül. Kättesaadav: URL: <http://w2.tervishoiuamet.ee/mveeb/index.php?task=13&paring=49> (viimati külastatud 12.12.08).
6. Pereõeteenusega hõlmatus Eestis. Eesti Haigekassa
7. Dive Service Quality Development OÜ. Mändla, Tauno; Pärnamets, Riin, (viimati külastatud 12.12.08).  
[http://www.haigekassa.ee/files/est\\_haigekassa\\_uuringud/Dive\\_Haigekassa\\_Perearstikeskuste%20uuring\\_2007.pdf](http://www.haigekassa.ee/files/est_haigekassa_uuringud/Dive_Haigekassa_Perearstikeskuste%20uuring_2007.pdf) (viimati külastatud 12.12.08).
8. Tervishoiuteenuse korraldamise seadus. RT I 2008, 30, 191. Kättesaadav: URL: <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12991957> (viimati külastatud 12.12.08).
9. Ravikindlustuse seadus. RT I 2002, 62, 377. Kättesaadav: URL: <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=13009951> (viimati külastatud 12.12.08).
10. Eesti Haigekassa seadus. RT I 2000, 57, 374. Kättesaadav: URL: <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=13005056> (viimati külastatud 12.12.08).
11. Isikuandmete kaitse seadus. RT I 2007, 24,127. Kättesaadav: URL: <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12909389> (viimati külastatud 12.12.08).
12. Nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seadus. RT I 2003, 26,160. Kättesaadav: URL: <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12824817> (viimati külastatud 12.12.08).
13. Jäätmeseadus. RT I 2004, 9, 52. Kättesaadav: URL: <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12897090> (viimati külastatud 12.12.08).
14. Rahvatevise seadus. RT I 1995, 57, 978. Kättesaadav: URL: <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12890518> (viimati külastatud 12.12.08).

15. Affara, F. A. ICN Framework and Core Competencies for the Family Nurse. International Council of Nurses, Geneva; 2003.
16. Uiga, Birgit. Õendusprotsess. Käsiraamat õdedele. Tartu, 2002.
17. Iivanainen, A., Jauhiainen, M., Pikkarainen, P. Õendusoskused. Tallinn: Medicina; 2001.
18. NANDA. The North American Nursing Diagnosis Association. Available: URL: <http://www.nanda.org/Home.aspx> (viimati külastatud 13.12.08).
19. Roper, N., Logan, W. W., Tierney, A. J. Õenduse alused. Elamise mudelil põhinev õendusmudel. Tartu: Elmatar; 1999.
20. Mustajoki, M., Maanselkä, S., Alila, A., Hyvärinen, S., Huttunen, R., Rasimus, M. Õe käsiraamat. Tallinn: Medicina; 1999.
21. Immuniseerimise korraldamise nõuded. RTL 2003, 115, 1829. Kättesaadav: URL: <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12963881> (viimati külastatud 12.12.08).
22. Immuniseerimiskava kehtestamine. RTL 2007, 27, 491. Kättesaadav: URL: <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12809510> (viimati külastatud 12.12.08).
23. Vaktsiinide ja immuunglobuliinide soetamise, jaotamise, säilitamise ja veo ning külmahela toimimise kord. RTL, 17.10.2003, 108, 1705. Kättesaadav: URL: <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=631598> (viimati külastatud 12.12.08).
24. Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord. RTL, 24.09.2008, 80, 1115. Kättesaadav: URL: <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=13030236> (viimati külastatud 12.12.08).
25. Nakkushaiguste esinemise ja haigestumise ohutegurite kohta teabe edastamise kord ja edastatavate andmete koosseis. RTI, 05.12.2003, 76, 512. Kättesaadav: URL: <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=678181> (viimati külastatud 12.12.08).
26. Supervisioon. Kättesaadav: URL: <http://www.hot.ee/insait/supervisioon.html> (viimati külastatud 12.12.08).
27. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Täydennyskoulutuksen laatuvaatimukset. Available: URL: [http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/mp/db/file\\_library/x/IMG/11894/file/laatuvaatimukset.pdf](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/mp/db/file_library/x/IMG/11894/file/laatuvaatimukset.pdf) (viimati külastatud 23.01.2007).
28. O'Shea, E. Self-directed learning in nurse education: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 2003;43(1): 62-70.
29. Täiskasvanute koolituse seadus. RT I 1993, 74, 1054. Kättesaadav: URL: <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12778179> (viimati külastatud 12.12.08)
30. Green, R., Gorzka, P., Kodish, S. Achieving excellence in practice: A model for continuing education for nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2005;17(11): 452-459.
31. Francke, A. L., Garssen, B., Huijter Abu Saad, H. Determinants of changes in nurses behaviour after continuing education: a literature review. *Journal of Advance Nursing* 2005;21, 371 – 377.

32. Shannon, S. Adult learning and CME (continuing medical educational programme). *The Lancet* 2003;361(18): 266
33. WHO. "Health Promotion Glossary". 1998. Available URL: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf)
34. Whitehead M, Dahlgren, G. What can be done about inequalities in health? *Lancet*, 1991(338); 1059-1063
35. Harro, M, tõlkija. Sissejuhatus tervise edendamisel kasutatavatesse teoreetilistesse mudelitesse. Tartu; 2002. lk. 5-6.
36. Preventsioonist perearsti praksises. Koostanud M. Tohver. Eesti Tervisekasvatuse Keskus; 2000.
37. Lifestyle Management for Patients with Coronary Heart Disease. Edited by N. H. Miller, C. B. Taylor. USA: Versa Press; 1995
38. Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020. EV Sotsiaalministeeriumi kodulehekül. Kättesaadav: URL: <http://www2.sm.ee/tervisepoliitika/index.php?id=491> (viimati külastatud 12.12.08).
39. Tervise edendamise ja haiguste ennetamise pikaajalised prioriteedid Eestis. Eesti Haigekassa kodulehekül. Kättesaadav: URL: <http://www.haigekassa.ee/raviasutusele/tervisedendus/prioriteedid/pri/> (viimati külastatud 12.12.08).
40. Kuni 7-aastaste laste profülaktiline jälgimine. Terviseportaal Med24. Kättesaadav: URL: [http://www.med24.ee/perearst/article\\_id-1098](http://www.med24.ee/perearst/article_id-1098) (viimati külastatud 12.12.08).
41. Kallas, E.; Uibo, O.; Talvik, T. Lapse uurimise põhitõed. Tartu: Atlex, 1999
42. Kasvaja.net. Terviseportaal. Kättesaadav: URL: <http://www.kasvaja.net/Rinnav%C3%A4hk/id/30/> (viimati külastatud 12.12.08).
43. Haigekassa kutsub naisi vähi varajase avastamise uuringutele. Eesti Haigekassa kodulehekül. Kättesaadav: URL: <http://www.haigekassa.ee/haigekassa/uudised/?id=35597> (viimati külastatud 12.12.08).
44. Viigimaa, M., töögrupi juht. Eesti südame- ja veresoonekonna haiguste preventsiiooni juhised. Eesti Arst 2006; 3:182-216. Kättesaadav: URL: [http://veeb.haigekassa.ee/files/est\\_raviasutusele\\_ravijuhendid\\_andmebaas\\_tunnustatud/SVH%20Eesti%20juhis%20060106.pdf](http://veeb.haigekassa.ee/files/est_raviasutusele_ravijuhendid_andmebaas_tunnustatud/SVH%20Eesti%20juhis%20060106.pdf) (viimati külastatud 12.12.08).
45. Primavesta P, Falaschetti E, Gupta S, Marmot MG, Poulter NR. Association between smoking and blood pressure. Evidence from the Health Survey for England. *Hypertension* 2001;37:187-198.
46. Suitsetaja praktiline abistamine suitsetamisest loobumisel. Ravijuhend. Kättesaadav URL: <http://www.legeartis.ee>
47. Haiguspuhune toitumine. Tallinn: OÜ Lege Artis; 2003.
48. Appel LJ, Brands MW, Daniels SR, Karanja N, Elmer PJ, Sacks FM. Dietary approaches to prevent and treat hypertension. A scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension* 2006;47:296-322.
49. Alkohol. Kättesaadav URL: <http://www.tai.ee/?id=2464>

50. Narkomaania. Kättesaadav URL: <http://www.tai.ee/id?=2536>
51. Benefits of exercise. Merck Manual Home Edition. Available from: URL: <http://www.merck.com/mmhe/print/sec01/ch006/ch006b.html>
52. Saks, K. Eakad patsiendid perearstipraksises. Kättesaadav: URL: [http://www.perearstiselts.ee/ajakiri/cat-289/article\\_id-193](http://www.perearstiselts.ee/ajakiri/cat-289/article_id-193) (viimati külastatud 13.12.08).
53. Kolk, H. Eakad patsiendid perearsti praksises. Kättesaadav: URL: [http://www.arpo.ut.ee/Loengud/Eakad\\_patsiendid\\_perearsti\\_praksises.pdf](http://www.arpo.ut.ee/Loengud/Eakad_patsiendid_perearsti_praksises.pdf) (viimati külastatud 13.12.08).
54. Petersen S, Peto V, Ragner M, Leal J, Gray A. European cardiovascular disease statistics 2005. London: British Heart Foundation. Available from: URL: <http://www.heartstats.org/datapage.asp?id=1570> (viimati külastatud 20.07.08).
55. Viigimaa M, toimetaja. Arteriaalne hüpertensioon – praktilised aspektid. Tartu: Eesti Hüpertensiooni Ühing; 2000. lk. 7-11
56. Franco V, Oparil S, Carretero OA. Hypertensive therapy: part II. Review: clinical cardiology. *Circulation* 2004;109:3081-3088.
57. Arterial hypertension. In: Beers MH, Berkov R, editors. The merck manual of diagnosis and therapy. Seventeenth edition. Merck Research Laboratories Division of Merck & Co., Inc; 1999. p. 1629-1634.
58. Kasmel, A. (toimetaja). Südamerivise käsiraamat. Eesti Tervisekasvatuse Keskus, 1997, 98 lk.
59. Eesti Endokrinoloogia Selts. Eesti Perearstide Selts. Eesti 2. tüüpi diabeedi juhend 2008. Eesti Arst 2008;87(7-8): Lisa 1, 573-582.
60. Ülemiste hingamisteede viirusinfektsioon. Ravijuhend. Kättesaadav: URL: [http://veeb.haigekassa.ee/files/est\\_raviasutusele\\_ravijuhendid\\_andmebaas\\_tunnustatud/k-ik%20infektsioonide%20algoritmide%20perearstidele3.pdf](http://veeb.haigekassa.ee/files/est_raviasutusele_ravijuhendid_andmebaas_tunnustatud/k-ik%20infektsioonide%20algoritmide%20perearstidele3.pdf) (viimati külastatud 12.12.08)
61. Ägedate sooleinfektsioonide käsitusjuhend perearstile. Ravijuhend. Kättesaadav: URL: [http://veeb.haigekassa.ee/files/est\\_raviasutusele\\_ravijuhendid\\_andmebaas\\_tunnustatud/k-ik%20infektsioonide%20algoritmide%20perearstidele3.pdf](http://veeb.haigekassa.ee/files/est_raviasutusele_ravijuhendid_andmebaas_tunnustatud/k-ik%20infektsioonide%20algoritmide%20perearstidele3.pdf) (viimati külastatud 12.12.08).
62. Eesti Vabariigi Töölepingu seadus  
<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=13107351>
63. Töötervishoiu ja tööohutuse seadus  
<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12883561>
64. Koolitervishoiutöötaja nõustamise tegevusjuhend  
[http://www.haigekassa.ee/files/est\\_raviasutusele\\_ravijuhendid\\_andmebaas\\_tunnustatud/koolioe\\_noustamise\\_juhend\\_2008\\_Viimane2.doc](http://www.haigekassa.ee/files/est_raviasutusele_ravijuhendid_andmebaas_tunnustatud/koolioe_noustamise_juhend_2008_Viimane2.doc)
65. [http://www.valitsus.ee/failid/Rahvastiku\\_tervise\\_AK\\_2009\\_2020.pdf](http://www.valitsus.ee/failid/Rahvastiku_tervise_AK_2009_2020.pdf)

# LISAD

Lisa 1 Pereõe pädevusnõuded (ICN 2003)

Lisa 2 Näide südameinfarkti põdenud patsiendil õendusplaani

Lisa 3 Lapseea perioodid

Lisa 4 Profülaktilised tervisekontrollid vanuses 0-18 eluaastat

Lisa 5 Kehalise aktiivsuse suurendamise-eelne hindamisküsimustik

Lisa 6 Jälgimisleht kehalise aktiivsuse kohta

Lisa 7 Fagerströmi nikotiinsõltuvuse test

Lisa 8 Psühhosotsiaalne küsimustik

Lisa 9 Toidusoovitused portsjonide lõikes vastavalt toidugruppidele

## LISA 1

### **ICN pereõe pädevusnõuded (ICN Framework and Core Competencies for the Family Nurse – lühendatud kokkuvõte, 2003)**

#### **Erialane, eetiline ja seadusandlusest tulenev vastutus**

- pereõe teostab tegevusi oma lubatud pädevuse piires;
- pereõe teeb koostööd ja teab oma rolli tervisemeeskonnas;
- pereõe peab nõu vastavalt vajadusele teiste spetsialistidega, tagades parima abi patsiendile;
- pereõe lähtub oma töös õe eetika koodeksist;
- pereõe lähtub otsuste tegemisel üldtuntud eetilistest põhimõtetest;
- pereõe tegutseb inimõiguste tagamise eesmärgil;
- pereõe austab perekonna õigust saada igakülgset informatsiooni terviseküsimustes;
- pereõe järgib patsiendi privaatsuse, konfidentsiaalsuse ja isikupuutumatus nõuet;
- pereõe tagab patsientidele ametialase saladuse hoidmise;
- pereõe austab perekonna valikuid ja õigust ise otsustada tervishoiuteenuste kasutamisel;
- pereõe tegutseb koheselt olukorras, mis on ohtlik või ebaturvaline pereliikme tervisele;
- pereõe on teadlik perekonna väärtushinnangutest ja usulisest taustast, neid aktsepteerides ja arvesse võttes abi osutamisel;
- pereõe tunneb kultuurilisi ja usulisi erinevusi;
- pereõe lähtub oma tegevusest kehtivast seadusandlusest;
- pereõe võtab arvesse tegutsemise piirkonnas kehtestatud nõudmisi ja rakendab vastavaid juhendeid;
- pereõe arvestab ühiskonna väärtusi ja soodustab perede, naiste- ja laste õiguste tagamist.

#### **Õendusabi osutamine ja enesejuhtimine**

- pereõe omab teadmisi ja oskusi pereõenduse erialal töötamiseks;
- pereõe kohandab tegevust vastavalt perekonna vajadustele ja olukorrale;
- pereõe rakendab töös tõenduspõhiseid uurimistulemusi, mis muudavad tegevusi efektiivsemaks;
- pereõe algatab arutelu kaasaegsete muudatuste vajadusest igapäevatoös;
- pereõe kasutab kriitilist mõtlemist, süsteemset lähenemist ja probleemi lahendamise oskust igapäevatoös;
- pereõe lähtub tegevuses tunnustatud ravi- ja tegevusjuhenditest;
- pereõe võimestab perekonda ressursside optimaalseks kasutamiseks ja suurendades seeläbi vastutust ning osalust tervise saavutamisel;
- pereõe aitab perekonnal kohaneda terviseprobleemist tingitud muutustega ning soodustab toimetulekut;
- pereõe esitab informatsiooni õigeaegselt ja korrektselt;
- pereõe toetab perekonda õnnetuste ja kriisiolukordades toimetulekul;

- pereõde näitab välja avatust uute oskuste ja enesearendamise eesmärgil.

### **Tervisedendamine**

- pereõde tunneb riiklikku olukorda tervisenäitajate osas ning sotsiaalset ja majanduslikku tausta;
- pereõde käsitleb perekonda kogukonna ning keskkonna kontekstis ja oskab arvestada iseloomulikke tervisemõjureid;
- pereõde edendab ja innustab perekonna tervise valikuid ning viib ellu haigusi ennetavaid tegevusi;
- pereõde omab infot tervist edendavate teenuste ja võimaluste kohta oma piirkonnas;
- pereõde oskab õpetada, õppida ja hinnata tervisedenduse valdkonda;
- pereõde tunneb ära tervisealase õpetamise vajaduse perekondades.

### **Vajaduste hindamine**

- pereõde hindab patsiendi või perekonna vajadusi intervjuerides ja kasutades olemasolevaid mõõdikuid;
- pereõde kogub andmeid tähtsuse järjekorras, süsteemselt ning hindab füüsilisi tervisenäitajaid;
- pereõde koostab kokkuvõtliku ülevaate kogutud andmetest ja lisatähelepanekute kohta, mille alusel määrab vajalikud diagnostilised uuringud ja protseduurid vastavalt eesmärkidele;
- määrab kindlaks keskkonnast ja elustiilist tulenevad riskitegurid;
- pereõde selgitab välja perekonna tugevused ja nõrkused, et suunata haiguse või kriisiga toimetulekut;
- pereõde analüüsib, sünteesib ja interpreteerib kogutud andmed;
- kogutud andmete põhjal koostab pereõde õendusplaani, milles määratleb koos perekonnaga oodatavad tulemused.

### **Planeerimine**

- pereõde lähtub õendusplaani koostamisel kehtivatest standarditest ning kooskõlastab plaani perearsti ning teiste kaasatud spetsialistidega;
- pereõde kasutab olemasolevaid juhendeid konkreetsete juhtumite lahendamiseks;
- pereõde rakendab antud piirkonnas pakutavaid tugiteenuseid vastavalt patsiendi vajadusele ja isiklikule ressursile;
- pereõde teeb regulaarseid sissekandeid plaani täitmisel peale toimingute ja tegevuste elluviimist;
- pereõde seab plaanis eesmärgid ja tegevused vastavalt probleemi aktuaalsusele.

### **Õendusabi teostamine**

- pereõde viib ellu planeeritud tegevusi vastavalt seatud ajakavale tulemuste saavutamiseks;
- pereõde soovitab või kirjutab välja ravimeid ja raviprotseduure, mis on antud juhul ette nähtud;

- pereõde jälgib ja hindab tegevuste efektiivsust jooksvalt;
- pereõde tegutseb moel, mis on vastuvõetav ja sobilik patsiendile või perekonnale;
- pereõde informeerib teisi spetsialiste patsiendi vajadusest ja kogub ka vastavat tagasisidet;
- pereõde tegutseb koheselt mitteoodatavate või kiirelt muutuvates olukordades.

### **Õendustegevuse hindamine**

- pereõde hindab ja dokumenteerib muutused, mis on toimunud;
- pereõde koostöös pereliikmete ja tervisemeeskonnaga teevad kokkuvõtte ja annavad lõpliku hinnangu patsiendi tervisele;
- pereõde kasutab kogutud hinnanguid plaani edaspidiseks täiendamiseks. (15)

### **Terapeutiline suhtlemine ja meeskondlikud suhted**

- pereõde omab terapeutilist suhet pereliikmetega, kasutades selleks sobivat viisakat suhtlemisstiili, mitmekülgseid oskusi ja nõustamist;
- pereõde edastab ja toimetab asjakohast korrektset informatsiooni perekonnale ja meeskonna liikmetele tervisliku seisundi kohta suuliselt, kirjalikult ja elektroonselt;
- pereõde on vastutav küsimustele vastamisel, soovitude jagamisel ja probleemide lahendamisel jagatud info adekvaatsuse eest;
- pereõde kasutab õpetamisel, õppimisstrateegiate ja patsiendi õpivajaduste selgitamisel tunnustatud ja tõenduspõhiseid meetodeid;
- pereõde suhtleb maneeril, mis on respektiivne ja kultuuriliselt aktsepteeritav;
- pereõde kasutab olemasolevat infotehnoloogiat tõhusalt ja nõuetele vastavalt. (15)

### **Turvaline keskkond**

- pereõde loob ja säilitab töökeskkonna, mis on ohutu, kvaliteedistandardile vastav ning oskab juhtida töös eettulevaid riske vastavalt loodud strateegiale;
- pereõde kasutab tõenduspõhiseid meetodeid selgitamiseks patsiendi aktuaalseid ja potentsiaalseid riske;
- pereõde on veendunud, et töökeskkond on alaliselt ohutu ja riskid maandatud miinimumini;
- pereõde viib läbi infektsioonikontrolli töökohal;
- pereõde dokumenteerib ja suhtleb aktiivselt teemadel, mis puudutavad turvalisuse tagamist;
- pereõde hindab isiklike riskide ja turvalisuse vajadust ning kasutab sobilikke meetmeid riskide maandamiseks. (15)

### **Multidistsiplinaarne tervishoid**

- pereõde omab ülevaadet ja teadmisi erinevatest tervishoiuteenuste liikidest;
- pereõde saavutab ja säilitab konstruktiivse koostöö teiste spetsialistidega;
- pereõde suhtleb ja jagab vajalikku infot teiste tervishoiuteenuste osutajatega;
- pereõde töötab professionaalses meeskonnas ning koordineerib ja planeerib teiste tervishoiusektorite kaasamist patsiendi abistamisel;



- pereõde väärtustab perekonna rolli ja oskusi, samuti tervisemeeskonna ja sotsiaalabi tähtsust abi efektiivsuse tagamisel;
- pereõde osaleb tervisemeeskonna töös otsuste tegemisel ning vahendab neid vajadusel perekonnale;
- pereõde omab ülevaadet teiste institutsioonides osutatud tegevustest, mis on suunatud perekonna terviseprobleemide lahendamisele. (15)

### **Õpetamine ja nõustamine**

- pereõde delegeerib teistele pereliikmetele vastavalt patsiendi vajaduste rahuldamisega seotud tegevusi;
- pereõde kasutab toetavat ja jälgivat strateegiat tegevuste elluviimisel õpetatud pereliikmete poolt;
- pereõde säilitab ülevaate ja vastutuse delegeeritud aspektides.

### **Õendusabi organiseerimine**

- pereõde kasutab tööaega efektiivselt ja seab tegevused tähtsuse järjekorda;
- pereõde koordineerib ja juhib vahendite ja inimressursside efektiivset kasutamist;
- pereõde korraldab tööd vastavalt seadusandlusest tulenevatele nõuetele ja jälgib uuenduste õigeaegset sisseviimist;
- pereõde julgustab, juhib ja hindab innovaatilisust ja muutusi pereõenduses organisatsiooni tasandil

## LISA 2

## Näide südameinfarkti põdenud patsiendil õendusplaanist

Probleem, kuupäev	Eesmärk	Tegevus	Hinnang, kuupäev
<b>14.09.2008</b> Valu südame piirkonnas (8 palli) tingitud füüsilisest koormusest	<b>Kaugeesmärk:</b> Füüsilisel koormusel valu ei teki. <b>Lähieesmärk:</b> a) oskab tunnetada valu piiri b) oskab ennast abistada valu korral	1. Õpeta patsienti ennetama valu teket. 2. Õpeta patsienti valu korral kasutama eneseabi võtteid (asend, rahu, lõdvestusharjutused). 3. Julgusta patsienti.	<b>20.10.2008</b> 1. Oskab tunnetada valu piiri. 2. Oskab kasutada eneseabi võtteid. <b>17.11.2008</b> 3. Valu ei teki füüsilisel koormusel.
<b>14.09.2008</b> Hirm tingitud haigusest	Hirm väheneb.	1. Selgitada hirmu põhjus. 2. Anna infot südamehaiguse kohta. 3. Julgusta patsienti küsima. 4. Julgusta patsienti väljendama tundeid.	<b>20.10.2008</b> 1. Patsient on teadlik haiguse olemusest. 2. Julgeb küsida. 3. Lähedaste toetus.
<b>14.09.2008</b> Liigne kehakaal ja kõrgenenud kolesteroolitase veres. CHOL 7.3 mmol/l. KMI 31	<b>Kaugeesmärk:</b> kehakaal langeb ½ aastaga 5 kg, kolesterooli tase langeb normi lähedale. <b>Lähieesmärgid:</b> a) kehakaal langeb ühes kuus ~ 800 g b) kolesterool langeb ühes kuus ~1 mmol/l	1. Selgita välja patsiendi toitumisharjumused ning vastavalt sellele koosta sobiv dieet/ jaga toitumissoovitusi. 2. Selgita kolesterooli osa südamehaiguste riskitegurina. 3. Aita valida sobivaid liikumisharjutusi, julgusta liikuma võimaluste piires. 4. Kaalu patsienti igal visiidil.	<b>20.10.2008</b> 1. Kehakaal 82,5 kg 2. Kolesterool 7,2 mmol/l <b>17.11.2008</b> 1. Kehakaal 82 kg 2. Kolesterool 7.0 mmol/l.

## Lapseea perioodid

**Ajaline vastsündinu:** 37. -42. rasedusnädalani (259 ja 293 päeva) sündinu.

Ajaline vastsündinu kaalub keskmiselt 3200g-3800g. Esimesel elunädalal võib vastsündinu sünnimass väheneda 5-10% s.o. füsioloogiline kaalulangus), mis taastub 7.-10. elupäevaks. Ajalise vastsündinu pikkus: 48-53 cm, pea ümbermõõt sünnil on: 34-36 cm.

**Enneaegne vastsündinu:** kes on sündinud 22-37. rasedusnädalal (vähem kui 259 päeva )

- väike sünnikaal <2500g
- väga väike sünnikaal <1500g
- äärmiselt väike sünnikaal <1000g

**Ülekantud vastsündinu:** üle 42. rasedusnädala (294 päeva või rohkem) sündinu.

**Imikuiga :** 1.- 12. elukuu

**Väikelapseiga:** 1.- 3. eluaasta , (maimik)

**Eelkooliiga:** 4.- 6-eluaastal

- Kooliiga:** 7.-18. eluaasta
- noorem kooliiga 7.-10. eluaasta
  - keskmine kooliiga e. puberteediiga 11.-15. eluaasta
  - vanem kooliiga: 16.-18. eluaasta (41)

## LISA 4

**Profülaktilised tervisekontrollid vanuses 0-18 eluaastat (40)**

Lapse eaperiood	Õendusabi
Vastsündinu (esimene elukuu)	<p><u>Anamnees</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sünnituse ja pereanamnees, perekonna kroonilised haigused;</li> <li>- imiku ja koduga toimetule;</li> <li>- sotsiaalsed olud, lapse arengukeskkond, peresuhted;</li> <li>- võimalike riskitegurite väljaselgitamine.</li> </ul> <p><u>Läbivaatus</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- üldseisund, aktiivsus;</li> <li>- naba seisund. Naba peaks olema irdunud 2 nädala lõpuks.</li> <li>- väljaheide (rinnapiimaga toidetava vastsündinu roe on värvuselt helekollane, munapuderjas, veidi hapuka lõhnaga, roojamise sagedus 3 – 4 korda päevas)</li> <li>- nahk, limaskestad - kollasus, tsüanoos, kahvatus, lööve, soor, haudumus. Tsüanoos, kahvatus, intensiivne või pärast 2.elunädalat kestev kollasus vajavad põhjuse selgitamist. Vajadusel perearsti konsultatsioon.</li> <li>- Reiearterite pulsside palpatsioon. Reiearteri pulss peab olema palpeeritav. Pulsside puudumisel perearsti konsultatsioon.</li> <li>- rahhiidi profülaktika alustamine: vitamiin D 400 RÜ päevas;</li> </ul> <p><u>Nõustamine</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- imiku hooldamise põhitõed (vannitamine, naha ja naba hooldus)</li> <li>- rinnaga toitmise tehnika ja nõustamine;</li> <li>- imikute äkksurma võimalike riskitegurite vältimine (imiku soovitatav magamisasend – selili asend), passiivse suitsetamise kahjulikkus.</li> <li>- rinnaga toitva ema toitumissoovitused;</li> <li>- info sõeltestide tulemustest;</li> <li>- vaksineerimiste vajaduste selgitamine ja vaksineerimiseplaan.</li> </ul> <p><u>Õnnetuste vältimine</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- imiku magamis- ja hooldamiskohaga seotud ohud (lääbumine, kukkumine)</li> <li>- põletus kuuma vannivee, joogi ja toiduga</li> <li>- ülekuumenemis- ja alajahtumisohud</li> <li>- maosisu aspiratsiooni vältimine</li> <li>- rahutu imikuga toimetulek;</li> <li>- turvahäll autosõidul</li> </ul> <p>Edasine nõustamine vajadusel telefoni teel, kontaktandmete jätmine.</p>
Imik 1 kuu	<u>Vaksineerimine:</u> B – hepatiit( 2).
Imik 2 kuud	<p><u>Anamnees</u> (viimase kuu dünaamika).</p> <p><u>Kasvamine:</u> Kaalumine, pikkuse ja peaümbmõõdu mõõtmine. (imikuid mõõdetakse pikali asendis) Andmete kandmine kasvukõverale, hinnang kasvamisele.</p> <p>Perearsti konsultatsiooni vajab imik, kellel esinevad kasvamise häired.</p> <p><u>Arengu hindamine</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fikseerib pilku</li> <li>- jälgib liikuvat eset</li> <li>- tõstab kõhuliolekus pead, hoiab pead mõne minuti;</li> <li>- kuulmine ja kõne, kuulatab heli, koogab.</li> </ul>

	<p>Elundkondade leid:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nahk, limaskestad, naba, BCG süstekoha hindamine;</li> <li>- suur lõge –palpatsioon (normaalselt on suure lõgeme servade mõõdud 2,5 x 3,0 cm, sulgub 18. elukuuks)</li> <li>- väike lõge- peab olema sulgunud</li> <li>- südame auskulteerimine – rütm, südame löögisagedus kahin, femoraalpulsid;</li> <li>- hingamiseldid jume, hingamissagedus kuulatlusleid;</li> <li>- kõhu palpatsioon: maksa, põrna suurus, palpeeritavaid resistentsused</li> <li>- lihastoonus. (lihastoonuse tõus, hüpotoonia);</li> <li>- puusaliigesed: tuharavoltide sümmeetria, kahtlus ja ortopeedi/lastekirurgi konsultatsioon.</li> <li>- genitaalid: Kui munand ei ole laskunud ja ei ole ka allatoodav, jälgitakse munandi laskumist igal järgneval külastusel.</li> </ul> <p>Toitmise nõustamine: ainus eakohane toit selles vanuses on rinnapiim või imiku piimasegu.</p> <p>Õnnetuste vältimine: põletusohu kuuma joogiga (lapsevanema süles).</p> <p>Lapsevanemate küsimustele vastamine.</p>
Imik 3 kuud	<p><u>Vaktsineerimine:</u> difteeria-teetanus-läkakõha, poliomieliit <i>Haemophilus influenzae</i> (1.)</p>
Imik 4- 5 kuud	<p><u>Anamnees:</u> pöörata tähelepanu ärkveloleku võpatustele, ebatavalistele liigutustele 4.- 8.elukuul (epilepsia, infantiilsed spasmid)</p> <p><u>Kasvamine:</u> peaümberrõõm, kaaluiv, pikkus, andmete kandmine kasvukõverale, hinnang kasvamisele.</p> <p><u>Arengu hindamine</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- haarab mänguasja;</li> <li>- kongeniaalsete refleksid (Moro refleks) on kustunud, va imemisrefleks;</li> <li>- pöörab seljalt küljele(oluline , et pööraks mõlemale poole);</li> <li>- kuulmine ja kõne: otsib heliallikat. Avaldab oma rõõmu koogamise, naeru ja siputamise.</li> </ul> <p><u>Elundkondade leid:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nahk, limaskestad (kirjelda patoloogia);</li> <li>- suur lõge - palpatsioon, lõgeme suurus;</li> <li>- südame auskultatsioon - pulss, rütm ;</li> <li>- hingamiseldid jume, hingamissagedus, kuulatlusleid</li> <li>- kõhu palpatsioon – maks, põrn, resistentsused;</li> <li>- luu-liiges-lihaskond -puusaliigeste liikuvus abduktsioonil, tuharavoltide sümmeetria hindamine</li> <li>- lihastoonuse kirjeldamine(lihastoonuse tõus, hüpotoonia);</li> <li>- genitaalid: poeglastel munandite palpatsioon.</li> </ul> <p><u>Nõustamine:</u> toimine (vajadusel lisatoit juurvilja- või puuviljapüree, lisatoit lusikast).</p> <p><u>Õnnetuste vältimine:</u> vältida pikki nõõre mänguasjade kinnitamisel voodi külge.</p> <p><u>Vaktsineerimine:</u> difteeria-teetanus-läkakõha, poliomieliit, <i>Haemophilus influenzae</i> (2). Vaktsineerimise nõustamine.</p>
Imik 6 kuud	<p>Vaktsineerimine: difteeria-teetanus-läkakõha, poliomieliit (3.) B-hepatiit (3), <i>H. influenzae</i> (3).</p>
Imik 7-8 kuud	<p><u>Anamnees:</u> toimetulek lapsega, toimine, lisatoit, uni/ärkvelolek.</p> <p><u>Kasvamine:</u> peaümberrõõm, kaal, pikkus, andmete kandmine kasvukõverale, hinnang kasvamisele.</p> <p><u>Arengu hindamine:</u> joob tassist, mida hoitakse. Võtab asju mõlema käega. Võtab 4-käpuli asendi. Oskab vaadata näidatud suunas.</p>

	<p><u>Kõne</u>: ütleb silbirida, kombineerib erinevaid silpe.  <u>Hammaste lõikumine</u>: hambad peaksid hakkama lõikuma 5.-7. elukuu vahel.  <u>Nõustamine</u>: toitmine.  Esemetega tegutsemine (kopsimine, patsutamine jne).  <u>Õnnetuste vältimine</u>: põletuste vältimine (praeahju, kaminad, küünlad);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- elektrilöögi ennetamiseks vajalikud meetmed; (elektrikontaktid, pikendusjuhtmed, elektrilised tööriistad);</li> <li>- trepilt kukkumise ärahoidmiseks trepivärvad;</li> <li>- turvahäll vahetada turvatooli vastu;</li> <li>- nn “kiivri” plussid lapse pea kaitsmisel.</li> </ul>
Imik 9 kuud	vereanalüüs rauapuudusaneemia vältimiseks
Imik 10-11 kuud	<p><u>Kasvamine</u>: peaümbermõõt, kaal, pikkus, andmete kandmine kasvukõverale, hinnang kasvamisele.  Arengu hindamine.  <u>Nõustamine</u>: toitmine, üleminek peretoidule, rinnapiimast võõrutamise alustamine.  <u>Õnnetuste vältimine</u>: põletusohu kuuma kraaniveega, kukkumisvigastuste ärahoidmine. Vanusele vastavad turvalised mänguasjad</p>
Imik 12 kuud	<p><u>Vaktsineerimine</u>: leetrid, mumps, punetised.  Kuni kõndima hakkamiseni süstitakse vaktsiinid reielihasesse, hiljem deltalihasesse.</p>
Väikelaps 18 kuud - 3 aastat	<p>Anamnees  <u>Kasvamine</u>: kaal, pikkus. Andmete kandmine kasvukõverale, hinnang kasvamisele.  Teisel eluaastal on keskmine pikkuse juurdekasv 10-13 cm. 2a. lapse keskmine pikkus on 85 cm.  <u>Areng</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ütleb oma nime</li> <li>- hüppab kahel jalal</li> <li>- avab ukse</li> <li>- võtab iseseisvalt riidest lahti</li> <li>- sööb ise</li> <li>- käib ise potil</li> <li>- kõne: 2 sõnalised laused. Lausete puudumisel lasteneuroloog/logopeedi konsultatsioon.</li> </ul> <p>Elundkondade leid:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nahk, limaskestad, lõikunud peaks olema 16 hammast</li> <li>- suur lõge – palpeeri, peab olema sulgunud</li> <li>- südame auskultatsioon - kuulatlusleid, frekvents, rütm, kahin.</li> <li>- hingamiseldid jume, hingamissagedus, kuulatlusleid</li> <li>- kõhu palpatsioon: maks, põrn, resistentsused.</li> <li>- luu-liiges-lihaskond: hinda liigesteljed (<i>genu varum, genu valgum</i>)-kerge O- seis peaks olema korrigeerunud.</li> </ul> <p><u>Õnnetuste vältimine</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vältida lapse üksijätmist õues (uppumise, liikluse ja põllumajandusega seotud ohud)</li> <li>- ravimite, kemikaalide tikkude hoidmine lapsele kättesaamatus kohas</li> <li>- põletuste vältimine (pliidikaitse, kraanivee reguleerimine).</li> </ul> <p>Toitmise nõustamine, rauapuuduse riski korral vereanalüüs. Hammaste seisundi kontroll hambaarsti poolt. Suuõhne hügieeni õpetus.  Vaktsineerimine: difteeria, teetanus, läkakõha, poliomüeliit, <i>H. influenzae</i> (4).</p>
Eelkooliiga 4-6	<p>Anamnees  <u>Kasvamine</u>: kaal, pikkus. Andmete kandmine kasvukõverale, hinnang</p>

	<p>kasvamisele ja kehahoiaku kontroll (õige rüht)  Kõne ja suhtlusoskuse hindamine(kõne soravus, hääldab kõiki häälikuid)  Algab piimahammaste vahetumine.  Toitumise ja hügieeniharjumuste nõustamine  Õnnetuste vältimine:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tähelepanu turvalisusele liikluses</li> <li>- käitumine võõraste inimestega (vältida kaasainemist, kingituste vastuvõtmist)</li> <li>- õpetada lapsele käärade, noa jt. Tööriistade ohutut kasutamist ja ohutut ümberkäimist tulega.</li> </ul>
Kooliiga 7 aastat	<p><u>Vestlus, anamnees</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tutvumine lapse pere olukorraga, lapse arengu ja tervisliku seisukorraga nende andmete põhjal , mida saadakse vanematelt ja õpilase tervisekaardilt.</li> <li>- kooliastuja ankeedi täitmine (koolikaart). Vaktsineerimisest keeldumise korral allkirjastab lapsevanem vastava avalduse.</li> <li>- pere olukord ja terviseharjumused: pere koosseis. Sotsiaalne taust, töölerakendamine, inimsuhted, alkoholi tarvitamine, kroonilised haigused, lapse päevahoid.</li> <li>- psühhosotsiaalne taust ja areng: kaasalased, harrastused, uni, TV vaatamine, arvutiga tegevus, söömine, riietumine, kohanemine eelkoolis (lasteaias esiõpetuse andmine 6-aastastele), käitumine, kontakteerumisvõime, keskendumisvõime, kurvameelsus, rahutu argus, tikid jne</li> </ul> <p><u>Vaimne taust ja areng:</u> edukus eelkoolis, koolikäpsus, testide tulemused (värvuste tundimine, arvude mõistmine, juhiste järgi tegutsemine, tähetede tundimine, ülesandele keskenduminejne.)  Kuulatakse ära lapse poolsed kaebused. Küsitlemine toitumise, liikumise, harrastuste ja une kohta.</p> <p><u>Elundkondade leid:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>nahk ja limaskestad (värvus, lööve, armid, sünnimärgid)</u></li> <li>• südame auskultatsioon - kuulatlusleid, frekvents, rütm, kahin</li> <li>• luu-liiges-lihaskond: hinnatakse rühti, jalgade kuju ja põiavõlvide. Põiavõlvide lamnemise korral ortopeedi konsultatsioon.</li> <li>• hingamiseliidid jume, hingamissagedus , kuulatlusleid</li> <li>• sugulise arengu astme määramine J. Tanneri skaala järgi. Poeglaste testide palpatsioon, kontroll fimoosi osas.</li> <li>• pikkus ja kaal, kandmine kasvukõverale.</li> <li>• nägemisteravuse kontroll (silmatabel)</li> <li>• kuulmisteravuse kontroll (sosinkõne, helihark) Vajadusel kõrva-nina-kurguarsti konsultatsioon.</li> <li>• vererõhu mõõtmine</li> <li>• kõne hindamine, probleemide korral logopeedi konsultatsioon</li> </ul> <p><u>Nõustamine:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- islikik hügieen</li> <li>- hammaste tervishoid</li> <li>- päevareziim</li> <li>- toitumine</li> <li>- õige rüht</li> </ul> <p><u>Vaktsineerimine:</u> difteeria, teetanus, läkakõha, poliomüeliit</p>
Kooliiga 7-18 aastat	<p>Läbivaatus ja andmete kogumine teostatakse koolitervishoiu-töötaja poolt. Teatud juhtudel (enamasti maakohtades) osutab koolitervishoiuteenust pereõde.</p>

LISA 5

### Kehalise aktiivsuse suurendamise-eelne hindamisküsimustik (37)

- Oled Sa kunagi tegelenud struktureeritud harjutuste programmiga?
- Kuidas Sa hindad oma kehalise aktiivsuse taset möödunud aastal?
- Kuidas Sa tajud käesoleval hetkel enda tervislikku seisundit?

0

1

2

3

nigel

rahuldav

hea

suurepärase

- Kuidas Sa suhtud järgmisse väitesse: “Harjutustest on kasu minu üldisele tervisele”

0	1	2	3	4
üldse ei ustu	ei nõustu	ei nõustu ega lühka ka ümber	nõustun	väga ustun

- On Sul motivatsiooni tegeleda harjutustega 20-30 minutit 2-3 korda nädalas?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	palli
ei ole usku				rahuldavalt usun			väga usun				

- Kas Su elukaaslane ja/ või teised pereliikmed toetavad Sind harjutuste tegemisel.  
Kas nad on huvitatud harjutamisest koos Sinuga?
- Kas mõnede harjutuste sooritamine tekitab Sinus probleemi?
- Kas Sa soovid alustada harjutuste tegemisega
- järgmisel nädalal
- järgmisel kuul

LISA 6



## Jälgimisleht kehalise aktiivsuse kohta (37)

Nimi \_\_\_\_\_ Perioodi algus \_\_\_\_\_

Kuupäev	Madala aeroobse tasemega tegevus (igapäevased toimetused ja väike füüsiline lisaaktiivsus – liikumine jalgsi)		Kõrge aeroobse tasemega tegevus (nt. kiirkõnd, tervisejooks, kepikõnd, jalgrattaga sõitmine, suusatamine jne.)	
	minutites	hinne enesetundele *	minutites	hinne enesetundele * **

\* hinnata viie palli skaalal

\*\* sümptomid, kui esinesid:

kiirenenud hingamine

pearinglus

jalakrambid

iiveldus

ebaregulaarne südamerütm

liigne väsimus

valu rinnakus

vms.

LISA 7

## Fagerströmi nikotiinsõltuvuse test (46)

küsimus	vastuse variant	punkti skoor
1. Kui varsti peale ärkamist Sa suitsetad a esimese sigareti?	- vähem kui 30 minutit - rohkem kui 30 minutit	... 1 ... 0
2. Kas Sa tajud raskust neis kohtades, kus setamine on keelatud?	- jah - ei	... 1 ... 0
3. Missugune suitsetatud sigarettidest dub Sulle kõige meeldivamana?	- esimene hommikul - mõni teine	... 1 ... 0
4. Kui mitu sigaretti Sa suitsetad päevas?	- 15 või vähem - 16-25 - rohkem kui 25	... 0 ... 1 ... 2
5. Kas Sa suitsetad hommikuti ka kpeäeval?	- jah - ei	... 1 ... 0
6. Kas Sa suitsetad ka siis, kui oled guse tõttu suurema osa päevast voodis?	- jah - ei	... 1 ... 0
7. Millise nikotiinitasemega sigarette Sa aliselt kasutad?	- 0,9 mg või vähema nikotiinisaldusega - 1,0-1,2 mg - 1,3 mg või enamaga	... 0 ... 1 ... 2
8. Kas Sa tõmbad sigaretisuitsu sügavale gamisteedesse?	- mitte kunagi - mõnikord - alati	... 0 ... 1 ... 2
	punktide kogusumma	.....

Märkus: 7 punkti või enam märgib nikotiinisõltuvust

6 punkti või vähem näitab mõõdukat nikotiinisõltuvust

LISA 8

**Psühhosotsiaalne küsimustik (37)**

**Kas tunned end õnnetuna või rõhutuna?**

1      2      3      4      5      6      7      8      9

---

tugevalt      veidi      mõõdukalt      märgatavalt      väga tugevalt

**Kas tunned end ärritatuna või vihasena?**

1      2      3      4      5      6      7      8      9

---

tugevalt      veidi      mõõdukalt      märgatavalt      väga tugevalt

**Kas tunned end pinges, ärevuses või paanikas olevana?**

1      2      3      4      5      6      7      8      9

---

tugevalt      veidi      mõõdukalt      märgatavalt      väga tugevalt

**Kas tunned end stressi või rõhumise alla olevana tööl ja kodus?**

1      2      3      4      5      6      7      8      9

---

tugevalt      veidi      mõõdukalt      märgatavalt      väga tugevalt

**Kui tihti Sa tarbid keskmise kangusega alkoholi?**

- ..... peaaegu iga päev
- ..... 3-4 korda nädalas
- ..... 1-2 korda nädalas
- ..... 1-2 korda kuus
- ..... vähem kui üks kord kuus
- ..... mitte kunagi

6. Kas keegi on suhtunud kriitiliselt Sinu alkoholi tarbimisse? ..... ei  
..... jah

7. Kas Sa elad üksi? ..... ei  
..... jah

Kes toetab Sind kodus? .....

**Toidusootitused portsjonite l6ikes vastavalt toidugruppidele (47)**

<b>Toidugrupp</b>	<b><u>Minimaalne</u> portsjonide arv p6evas</b>	<b><u>Maksimaalne</u> portsjonide arv p6evas</b>
I Teraviljatooted ja kartul	8	13
sellest		
rukkileb	4	7
kartul, makaronid (pasta), puder	4	6
II K66giviljad, sh. kaunviljad ja seemed	4	9
III Puuviljad ja marjad	2	4
IV Liha, kala ja kanamunad	2-5	2-5
sellest		
liha ja liha-, veresaadused	2	4
kala ja kalasaadused	2	4
muna	0,5-1	0,5-1
V Piimasaadused	2	4
VI Lisatavad toidurasvad, p6hklid	4	5
VII Suhkur, maiustused ja karastusjoogid	2	4
VIII Vesi, mineraalvesi ja 6rditee	4	8