

Väljaandja:  
Akti liik:  
Teksti liik:  
Jõustumise kp:  
Avaldamismärge:

Sotsiaalminister  
määrus  
algtekst  
10.07.2011  
RT I, 07.07.2011, 2

## **Sotsiaalministri 18.09.2008. a määruse nr 56 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord“ muutmine**

Vastu võetud 30.06.2011 nr 29

Määrus kehtestatakse „Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse” § 4<sup>2</sup>lõike 2 alusel.

§ 1. Sotsiaalministri 18.09.2008. a määruses nr 56 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord“ (RTL 2008, 80, 1115; 2010, 57, 386) tehakse järgmised muudatused:

1) paragrahvi 4 lõiget 1 täiendatakse punktiga 17 järgmises sõnastuses:

„17) õenduslugu.”;

2) paragrahvi 30 täiendatakse lõikega 4 järgmises sõnastuses:

„(4) Õendusabi osutaja säilitab iseseisva õendusabitervishoiuteenuse osutamise aluseks oleva saatekirja koos patsiendi õenduslooga.”;

3) paragrahvi 34 täiendatakse lõikega 1<sup>1</sup> järgmises sõnastuses:

„(1<sup>1</sup>) Haigusloo vormistamine eiole kohustuslik määruse § 106<sup>2</sup>lõike 1 punktis 2 nimetatud juhul, kui patsiendile vormistatakse õenduslugu.”;

4) paragrahvi 34 täiendatakse lõikega 2<sup>1</sup> järgmises sõnastuses:

„(2<sup>1</sup>) Määruse paragrahvi 33 punktides 1–4 toodud haigusloo osad vormistatakse iga haigusloo puhul, punktides 5–13 toodud osad vormistatakse sellekohase tervishoiuteenuse osutamisel.”;

5) paragrahvis 98 asendatakse tekst „koduõendus-hooldusteenuse (edaspidi *koduõendusteenuse*)“ tekstiga „koduõendusteenuse“;

6) määrust täiendatakse 14. jaoga järgmises sõnastuses:

**„14. jagu**

**Õenduslugu**

### **§ 106<sup>1</sup>. Õenduslugu**

Õenduslugu on patsiendile õendusabi osutamist tõendav dokument, mis koosneb järgmistest osadest:

- 1) üldosa;
- 2) anamnees;
- 3) õendusplaan;
- 4) patsiendi seisundi jälgimine;
- 5) raviplaan;

6) konsultatsioonid;

7) õendusepikriis.

### **§ 106<sup>2</sup>. Õendusloovormistamine**

(1) Õendusloo vormistab õdejärgmistel juhtudel:

1) haiglasstatsionaarse õendusabi osutamisel koos eriarstiabiga (edaspidi *haiglas õendusabiosutamine*);

2) hooldusravitervishoiuteenuse osutamisel;

3) koduõendusteenuseosutamisel.

(2) Õenduslugu vormistatakse tervishoiuteenuseosutaja valitud vormi kohaselt.

(3) Õenduslugu lõpetataksepatsiendile õendusabi osutamise lõppemisel.

### **§ 106<sup>3</sup>. Õendusloosäilitamine**

Õenduslugu säilitatakse vähemalt30 aasta jooksul pärast selle lõpetamist.

### **§ 106<sup>4</sup>. Õenduslooüldosa**

(1) Õendusloo üldossakantakse õendusloo number tervishoiuteenuse osutaja kehtestatud numeratsioonialusel.

(2) Õendusloo üldossa kantakse tervishoiuteenuse osutaja järgmised andmed.

1) nimi;

2) registrikood;

3) tegevusloanumber;

4) aadress;

5) telefoninumber;

6) e-postiaadress.

(3) Õendusloo üldossa kantakse patsiendiga seotud järgmised andmed:

1) patsiendiees- ja perekonnanimi;

2) patsiendiisikukood, selle puudumisel sünnikuupäev, -kuu ja -aasta ning sugu;

3) võimaluselpatsiendi sünnikoht;

4) võimaluselpatsiendi töökoha nimi ja amet või õppeasutuse nimi (patsiendi vanusestlähtruvalt);

5) patsienditegeliku elukoha aadress;

6) patsienditelefoninumber ja e-posti aadress;

7) patsiendikontaktisiku ees- ja perekonnanimi, seos patsiendiga, telefoninumber ja e-postiaadress;

8) võimaluselpatsiendi perearsti andmed;

9) patsienditerviseseisundi kohta info edastamise lubamine;

10) saatekirjal olev kliiniline diagnoos RHK-10 järgi;

11) õendusprobleem(id);

12) õendusabiosutamise alustamise kuupäev ja kellaaeg;

13) õendusabiosutamise lõpetamise kuupäev, kellaaeg ja põhjendus.

(4) Õenduslooüldossa kantakse õendusloo lõpetanud ja õendusepikriisi vormistanud õe ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number, eriala.

(5) Tervishoiuteenuseosutaja andmete kandmine õendusloo üldossa ei ole kohustuslik, kui patsiendile vormistatakse sama tervishoiuteenuse osutamise kohta ka haiguslugu.

#### **§ 106<sup>5</sup>. Õenduslooanamneesi osa**

(1) Anamneesi kantakse järgmised andmed:

- 1) eelnenudoperatsioonid patsiendi ütluse kohaselt;
- 2) allergia;
- 3) ravimitekasutamine;
- 4) patsiendielamistoimingud;
- 5) sotsiaalnevõrgustik;
- 6) terviseriskid;
- 7) patsiendija/või lähedase õpetusvajadus;
- 8) patsiendiväärtasjade, raha, dokumentide ja riiete hoiustamine;
- 9) patsiendiallkiri või patsiendi seisundi kohta teavet andnud isiku ees- ja perekonnanimining kontaktandmed ja võimalusel allkiri;
- 10) kande tegemisekuupäev ja kellaaeg;
- 11) kande teinud õees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number, eriala, allkiri.

(2) Lõike 1 punktis 4 nimetatud elamistoimingudon järgmised:

- 1) suhtlemine;
- 2) hingamine, südametegevus ja kehatemperatuur;
- 3) turvalisus;
- 4) füüsilise aktiivsus;
- 5) magamine;
- 6) isiklikpuhtus ja riietumine;
- 7) söömine ja joomine;
- 8) eritamine;
- 9) seksuaalsus(vajadusel);
- 10) töötamine, mängimine(vajadusel);
- 11) suremine(vajadusel).

#### **§ 106<sup>6</sup>. Õendusloo õendusplaani osa**

(1) Õendusplaani kantakse järgmised andmed:

- 1) õendusprobleem;
- 2) õendusabieesmärk;
- 3) planeeritud õendustegevused;
- 4) teostatud õendustegevused;
- 5) õehinnang enda õendustegevustele;

6) kandetegemise kuupäev ja kellaaeg;

7) kandeteinud õe ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number, eriala ja allkiri.

(2) Õendusplaani kantaksetäiendavad andmed patsiendi seisundi muutumisel ja uute õendusprobleemideilmnemisel või eelmiste lahenemisel.

### **§ 106<sup>7</sup>. Õenduslooo patsiendiseisundi jälgimise osa**

(1) Patsiendi seisundi jälgimise osavormistatakse vastavalt patsiendi tervise seisundile ja tehtavatele toimingutelening suunava või konsulteeriva arsti otsustele.

(2) Patsiendi jälgimise ossakantakse järgmised andmed:

1) operatsioonijärgnepäev;

2) hemodünaamika;

3) kehatemperatuur;

4) hingamistegevus;

5) vedelikutasakaal;

6) sooletgevus;

7) iivelduse, oksendamise esinemine;

8) veresuhkruväärtused;

9) liikumine, sh asendi vahetus;

10) dieet, toitumine;

11) valu hindamine;

12) naha seisundihindamine;

13) suuõõne hügieen;

14) kande tegemisekuupäev.

### **§ 106<sup>8</sup>. Õenduslooraviplaani osa**

(1) Raviplaani kantakse järgmised andmed:

1) määratud ravimvorm, ravimpreparaadi nimetus, ravimi annus, ravimite manustamise viis, kellaajad, alguse ja lõpu kuupäev;

2) määratud protseduurid ja uuringud, vajalik ettevalmistus;

3) raviplaani täitmise kanded;

4) kandetegemise kuupäev ja kellaaeg;

5) kandeteinud arsti ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number, eriala, allkiri ja/või

6) kandeteinud õe ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number, eriala, allkiri.

(2) Raviplaani kantakse täiendavad andmed vastavalt patsiendi seisundi muutumisele.

(3) Arst kannab raviplaani lõike 1 punktides 1, 2 ja 5 nimetatud andmed ning õde kannab raviplaani lõike 1 punktides 3, 4 ja 6 nimetatud andmed.

(4) Koduõendusteenuse või hooldusravi tervishoiuteenuse osutamisel võib õde saatekirja või arsti otsusealusel kanda raviplaani ka lõike 1 punktides 1 ja 2 nimetatud andmed. Arstiotsuse alusel andmete raviplaani kandmisel tuleb lisada otsuse teinud arstiees- ja perekonnanimi ning otsuse tegemise kuupäev.

### **§ 106<sup>9</sup>. Õenduslookonsultatsioonide osa**

(1) Õde vormistab konsultatsioonideosa arsti või teiste spetsialistide otsuste alusel ning kannab sellelejärgmised andmed:

- 1) konsultatsiooni kanded;
- 2) kande tegemise kuupäev jakellaaeg;
- 3) kande teinud õe ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number, eriala, allkiri.

(2) Õendusloo konsultatsioonide osavormistamine ei ole kohustuslik, kui patsiendile vormistatakse samatervishoiuteenuse osutamise kohta ka haiguslugu.

#### **§ 106<sup>10</sup>. Õendusloo õendusepikriisi osa**

**(1) Õendusepikriisi vormistab ödelähtudes tema käsutuses olevast teabest. Õendusepikriis sisaldab kokkuvõtetõendusloost ja soovitusi edasiseks.**

**(2) Õendusepikriis vormistatakseõendusabi osutamise lõppemisel, sh patsiendi suunamisel teise tervishoiu- või hoolekandeteenuse osutaja juurde või patsiendi surma korral.**

**(3) Õendusepikriis väljastatakseüldjuhul teisele tervishoiu- või hoolekandeteenuse osutajale esitamiseks.**

**(4) Õendusepikriisi kantaksejärgmised tervishoiuteenuse osutaja andmed:**

- 7)nimi;
- 8)registrikood;
- 9)tegevusloa number;
- 10)aadress;
- 11)telefoninumber;
- 12) e-posti aadress.

**(5) Õendusepikriisi kantaksepatsiendiga seotud järgmised andmed:**

- 1) patsiendiees- ja perekonnanimi;
- 2) patsiendiisikukood, selle puudumisel sünnipäev, -kuu ja -aasta ning sugu;
- 3) võimaluselpatsiendi sünnikoht;
- 4) võimaluselpatsiendi töökoha nimi ja amet või õppeasutuse nimi (patsiendi vanusestlähthvalt);
- 5) patsienditegeliku elukoha aadress;
- 6) patsienditelefoninumber ja e-posti aadress;
- 7) patsiendikontaktisiku ees- ja perekonnanimi, seos patsiendiga, telefoninumber ja e-postiaadress;
- 8) võimaluselpatsiendi perearsti andmed;
- 9) saatekirjaolemasolul suunanud tervishoiutöötaja andmed (ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number, eriala) ja tervishoiuasutuse andmed (nimi, registrikood, aadress ja kontaktandmed) ning saatekirja number ja kliiniline diagnoos RHK-10järgi;
- 10) allergia;
- 11) ülevaadepatsiendi tervise seisundi muutusest, ravist (sh viimasel teenuse osutamise päevalmanustatud ravimid) ja konsultatsioonidest;
- 12) kokkuvõte patsiendi toimetulekust ja talle osutatud õendusabist (sh patsiendi õpetusest);
- 13) õendusprobleem(id)õendusabi osutamise lõppemisel;
- 14) õe tähelepanekud ja soovitus edaspidiseks;

15) õendusabiosutamise alustamise kuupäev ja kellaaeg;

16) õendusabiosutamise lõpetamise kuupäev ja kellaaeg.

(6) Õendusepikriisikantakse õendusepikriisi vormistanud õe ees- ja perekonnanimi,

registreerimistõendinumbr, eriala, allkiri ja vormistamise kuupäev.“;

7)määruse paragrahvi 107täiendatakse lõikega 3 järgmises sõnastuses:

„(3) Määruse § 4 lõike 1 punkt14, § 33 punktid 14, 15 ja 16, § 34 lõige 2, § 67–72 ja 11. jagu kehtivad1.

jaanuarini 2012. a.“;

8)määruse paragrahvi 107täiendatakse lõigetega 4 ja 5 järgmises sõnastuses:

„(4) Kui käesoleva määruse 14.jaos sätestatud õenduslugu ei ole võimalik objektiivsetel põhjustel

vormistada,loetakse kuni 1. jaanuarini 2012. a koduõendusteenuse osutamine tõendatuksmääruse 11. jaos sätestatud koduõenduskaardi vormistamisega.

(5) Kui määruse 14. jaossätestatud õenduslugu ei ole võimalik objektiivsetel põhjustel vormistada,

loetaksekuni 1. jaanuarini 2012. a statsionaarse eriarstiabiga koos osutatudõendusabi ja hooldushaiglas õendusabi osutamine tõendatuks, kui on vormistatudmääruse §-des 67 ja 68 sätestatud haigusloo õendusloo osa, §-des 69 ja 70sätestatud haigusloo jälgimislehe osa ning §-des 71 ja 72 sätestatud haiguslooravilehe osa.“.

§ 2.Määruse jõustumine

1) Määruse punkt 4 jõustub 1. jaanuaril 2012. a.

2) Määruse punktis 7 nimetatudsätted kehtivad kuni 1. jaanuarini 2012. a.

Hanno Pevkur

Minister

Ivi Normet

Terviseala asekanstler kanstleri ülesannetes