

E-POSTI PÕHINE KONSULTATSIOON PEREARSTIPRAKTIKAS

Meditsiin on kollektiivne looming, seda ei saa edukalt viljeleda omaette toimetades. Parim on tulemus koostöös kuhu on haaratud mitmed meedikud erinevatelt erialadelt. Võiks meenutada meie arstivannet, kus on ka lause: "Annan ametikaaslastele nõu ja vajaduse korral pöördun ka ise abisaamiseks nende poole". See on ilus mõte, kuid kahjuks ei taha see tänapäevases kontekstis kuigi hästi töötada. Põhjus on selles, et üha enam ja enam takistab ladusat kollegiaalset konsultatsiooni rida takistusi: üha pikenevad ooteajad, visiiditasud, kolleegide lahkumine (pensionipõlv, euroavarused,) hoogsad ümberkorraldused raviasutuste töös nende liitmiste-lahutamiste ja elimineerimisteni välja. Näib kujunevat piltlikult öeldes kuristik: ühel pool perearst patsiendiga teisel pool aga eriarst. Kuristik ise on aga täidetud limiitide, eelarvete, visiiditasude, tõrksate registratuuritädide ja haigekassametnike ning üha tobedamate seadussätetega. Kõige kurvem on aga levinud arvamus: meie ei saa midagi teha, elu ja seadused on sellised, meie oleme väiksed inimesed.

Leidub siiski võimalusi nimetatud kuristiku kiireks ja valutuks ületamiseks, üheks selliseks on elektronpostipõhine konsultatsioon. Kõigest lähemalt järgnevatel veergudel..

TELEMEDITSIIINIST ÜLDSE

Telemeditsiini mõistet on raske üheselt defineerida. Mõõdupuuks võib olla see, et kolmnurga arst-patsient-konsultant vähemalt ühe telje vahel on pikem distants, see tähendab, et asutakse erinevates ruumiliselt või geograafiliselt eri paigus. Distantsi pikkus võib olla vägagi erinev, kõrvalruumist sama hoone piires kuni teisele poole maakera. Tehnoloogia areng määrab selle, millist infot on võimalik toimetada distantsi taha ja mis sellega hiljem peale peale hakata. Võiks eristada järgnevaid võimalusi.

TELEFONIKONSULTATSIOON Telefonikonsultatsiooni ajalugu on päris pikk, liigub ka legend sellest kuidas telefonileutaja, Alexander Graham Bell küsinud oma arstilt nõu mida teha valutava kurguga ja kuidas arst siis andis soovitusi.

Igapäevases arsti töös on kolm põhilist võimalust. Patsient-arst (näit.mul on palavik ja pea valutab, mis ma pean tegema, soovitus: võtke tablett ibuprofeeni ja heidke voodisse).

Arst-patsient (ma määrasin Teile ravi, seisund oli päris tõsine, kutsusin ka vastuvõtule kuhu te pole jõudnud, kuidas on Teile enesetunne. Patsiendi vastus: mul on juba täitsa hea ja arvasin, et pole vaja tulla). Arst-ja arst (kuule, mul on siin üks magu, diagnoositud haavand, andsin talle head ravi, kuid ikka ta hädaldab, mida soovivad??)

Reeglina lõppeb telefonikonsultatsioon natuke ehmatava lausega...ja kui läheb halvemaks ja tekivad need ja need sümptomid, siis võtke kindlasti ühendust.

VIDEOKONVERENTS Reaalajas toimuv arsti-patsiendi või arsti-patsiendi ja konsultandi kohtumine telesilla vahendusel. Konsultant küsib ja haige räägib ning näitab. Kui vaja, toimetab ja aitab ka patsiendi arst, teeb mitmeuguseid teste ja annab ülevaate senistest uuringutest. Hiljem siis konsultant midagi soovitab. Videokonverents on hea võimalus keerukate juhtude lahendamisel, päris igapäevast kasutamist pidurdab selle keerukus: sobiv moment peab olema konsultandil, patseindil ja tema arstil, ka telesild peab toimima. Keerukas on vastutuse küsimus, võib juhtuda, et see jääb sarnasena telesillale samuti "õhku".

PILTDIAGNOSTIKA KONSULTATSIOON

Tänapäevane pildidiagnostika, CT, MRT, PET, ka endoskoopiline diagnostika on iseenesest digitaalse väljundiga ja kas kujutist toimetatakse kõrvaltappa või teisele mandrile ei oma tähtsust. Kujutise tõlgendamisel on vajalik muidugi kogemus, keerukamatel puhkudel on võimalik saada konsultatsiooni keskustest, kus kogemus on suurem.

DISTANTSOPERATSIOON

Mikromanipulaatorite, teletehnika ja kiirete infoliinide areng on muutnud võimalikuks endoskoopiliste lõikuste teostamise distantsilt. Tegelikus on jõudnud juba ulme piirimaile.

E- POSTIPÕHINE KONSULTATSIOON

Elektronkirja on võimalik koondada olulise info haigest, eelnevast haigusloost, uuringutest, kirja lissasse on võimalik paigutada ka vajalikud uuringud, pildid ja röntgenogrammid. Nii koostatakse infopakett, niiöelda “digikonservhaiguslugu” mille alusel on konsultandil piisav info otsustamiseks. Järgnevalt meetodist lähemalt.

EELDUSED E-POSTIPÕHISEKS KONSULTATSIOONIKS

MATERIAALTEHNILINE POOL

- ❖ Digitaalne haiguslugu või ambulatoorne kaart koos uuringuandmete ja laboratoorsete testidega. Vajadusel saab haigusloo kopeerida spetsialistile saadetavasse elektronkirja.
- ❖ Digikaamera. See on vahest kõige olulisem komponent, mis võimaldab dokumenteerida patsiendi visuaalset leidu ja muuta digitaalsel kujul edastatavaks ka röntgenogramme
- ❖ Digitaalväljundiga diagnostikaseadmestik. Digitaalne tümpanomeeter, ööpäevane vererõhumonitooringuseade, EKG, spiromeeter, portatiivne sonograaf. Kõik loetletud seadmed võimaldavad uuringu talletada digitaalselt mida saab viia ka elektronkirja lissasse.
- ❖ Hea internetipüsiühendus.

KOLLEGIAALNE POOL

Igal arstil kujuneb tööaastate jooksul välja kolleegidering, kellega eelistatakse konsulteerida erinevaid probleeme. Omavaheline suhtlemine on vabam, ka patsiendi rahulolu on suurem kui ta “ suunatakse käest kätte” mitte isepäi tumima meditsiinipuule. E-postipõhise konsultatsiooni juures on eriti oluline vastastikune usaldus, valmisolek senisest erinevaks konsultatsiooniks.

PATSIENDI TUNNUSTUS

E -postipõhine konsultatsioon eeldab patsiendilt arusaamist toimuvast. Sellega reeglina ei teki probleeme, küll aga võib tekkida arusaamatus patsiendiga kes on harjunud “ võtma saatekirja” ja ise rändama erinevate erialaarstide vahet. Õnneks on sedatüüpi patsiente vähe. Osatakse hinnata toimuva konsultatsiooni väärtust just patsiendi aja-, raha- ja närvikulu silmas pidades.

FORMAALJURIIDILINE POOL

Väikestviisi konsulteerides ei oma see kuigivõrd olulist tähtsust, aga siiski ei saa sellest mööda vaadata. Igasugune arstlik otsus hõlmab ka vastutust. Käsitleva konsultatsioonivormi juures on vastutuse küsimus lahtine. Et aga paremini seisukohta võtta, siis võiks heita põgus pilk senistele konsultatsioonivõimalustele. Esiteks klassikaline saatekiri eriarsti konsultatsiooniks. Eriarst kohtub patsiendiga, tutvub varasema haiguslooga, teeb täiendavad uuringud ja esitab oma otsuse edasise osas ning samas ka vastutab. Patsient läheb taas perearsti vastuvõtule kes hakkab teostatud konsultatsiooni alusel edasi toimetama. Teiseks suunamine ravijuhtimiseks. Vastutus ravi ja uuringute osas kandub eriarstile pikema aja lõikes nii nagu eelnevalt on kokku lepitud.

E postipõhise konsultatsioonivormi juures on eriarsti seisukoht rohkem soovituslikku laadi. Perearst võib, kuid ei pea seda arvestama. Vastutust kannab seejuures ikkagi perearst, see peaks olema eelnevalt osapoolte patsient-eriarst-perearst kõigile arusaadavalt kokku lepitud.

SENINE KOGEMUS

Varasematel tööaastatel on siinkirjutaja üritanud läbi viia vaid üksikuid telemeditsiinialaseid katsetusi. Erilise hoo aga sai sellealane töö sisse umbes aasta eest kui õnnestus edukalt taotleda röntgenkabineti tegevusluba, sai muretsetud ka kvaliteetne digitaalkaamera ja juba varasemast hulk diagnostilist tehnikat. Kasuks tuleb ka töökohta Tõstamaa Tervisekeskuses, iga patsiendi vaikiv soov on saada võimalikult hea abi oma kodulähedasest meditsiinasutusest rändamata 50-70 km kaugusele. Tehnilisest poolest on üksi vähe, tegevusele andis hoogu kolleegide entusiastlik kaasalöömine. Siinkohal soovin anda tänusõnad oma virtuaalkonsultantidele kelleks on Pärnu Haigla esiortopeed, dr. Aldin Tavling, TÜ Kliinikumi nina-kõrva-kurugu kirurg prof. Mart Kull ja endokrinoloog dr.Tatjana Vinogradova, Põhja-Eesti Regionaalhaigla endokrinoloog dr. Anu Ambos ja dermatoloog dr. Ave Vahlberg, Järvamaa Haigla esiradioloog dr.Kalvi Veiler, Pelgulinna Haigla nefroloog dr.Madis Ilmoja ja ITKH reumatoloog dr.Andres Pille. Viimastel kuudel pole harvad korrad, kui päevas tekib 2-3 sobivat situatsiooni e postipõhiseks konsultatsiooniks. Tekib omapärane virtuaalkliiniku tunne, kui väikeste vahedega saabuvad konsultatsioonipalved oma ala parimatelt spetsialistidelt Tallinnast, Tartust ja Pärnust. Tänapäevase seisuga on kogunenud poolsada virtuaalkonsultatsiooni, seda on piisavalt, et teha üldistusi teadustöö printsiipidel.

Senise kogemuse alusel on kirjeldatud konsultatsioonivorm väga efektiivne. Väärrib märkimist tõik, et vajaminevad uuringud: röntgenogrammid, tümpanomeetria, sonograafia ja laboratoorsed testid teostatakse patsiendi esmasel pöördumisel ajakulu selleks on 20-30 minutit. Tavaliselt koostatakse uuringupakett patsiendi juuresolekul, nende huvi toimuva vastu on arusaadavalt suur. Sõltuvalt konsultandi ajalimiidist saabub vastus mõne tunni jooksul või järgmisel päeval. Ja ongi kõik. Ei taha liialdada, kui väidan, et sama tulemuse saamiseks tavasituatsioonis oleks kulunud nädalaid ja isegi kuid. Ära jäävad eraldi sõidud röntgenuuringuteks, vastuse kättesaamiseks, tümpanomeetriaks jne jne. . Võiks meenutada ka ooteaegsid tippspetsialisti konsultatsiooniks, mida mõõdetakse samuti kuudega. Kuna konsultandid on oma ala tipptegijad, siis puudub vajadus täiendavateks konsultatsioonideks.

Loomulikult ei saa e-postipõhine konsultatsioon asendada jäägitult tavakonsultatsiooni. Väidan aga, et 2/3 osas on see võimalik.

TÖÖST LÄHEMALT

Otorinolarüngoloogia on üheks sagedasemaks erialaks, kus saab hõlpsasti rakendada e postipõhist konsultatsiooni. Patsiendi vaevusi aitab objektiviseerida kontrastülesvõte ninaneelust, tümpanomeetria ja nähtava leiu (oroskoopia, näoilme) fikseerimine digikaameraga. Konsultandi vastus on tavaliselt lühike: kas AE, TE, KO. Lahtiseletatuna tähendab see adenoidektoomia, tonsillektoomia või konhotoomia lõikust ja seda sõltuvalt patsiendi seisundist kas CITO või plaanilises korras.

Ortopeedia-traumatoloogia. Enamjaolt leiab see kasutamist degeneratiivse liigespatoloogia puhuse totaalmartoplastika näidustuse sedastamiseks. Teostatakse röntgenogramm, lisatakse ülevade senisest ravist, lisatakse üksikasjalik funktsionaalne staatus. Kõik see viiakse kokku elektronkirja mis suunatakse maakonnatasandil spetsialistile kellel on pädevus seisundi tipptasemel lahenduseks. Reeglina järgneb operatsioonitähataja määramine, enne seda toimub spetsialisti tavaviisiline patsiendi seisundi täpsustamine.

Veidi harem on kirjeldatud digikonsultatsiooni rakendatud dermatoloogiliste, reumatoloogiliste ja nefrooloogiliste haigete konsulteerimisel.



Ninaneelumandli hüpertroofiaga patsiendi näoilme ja hambumuse fikseerimine. Foto dr.Tõnis Nurk

NÄITED

PRIMAARNE AUTOIMMUUNE HÜPOTÜREOOS

62 a. naispatsient kes pöördus lülisamba degeneratiivse vaevuse kliinilise pildiga vastuvõtule. Teostatud uuringutes ilmnis kolesteroolitaseme kõrgenemine. See leid ja patsienti häiriv väsimus viis mõtte hüpotüreosile. Kilpnäärme testides ilmnis märkimisväärne hüpotüreos. Katkend ambulatoorsest kaardist.

02.09.2003, esmane vastuvõtt

Valu lülisamba torakolumbaalosas, puuudb irradieerumine, radikulaarne sümptomaaatika.

RAVI

SIRDALUD tablett 2mg N30 (0670927)

Cataflam 50 mg x2, N 30 (0670928)

*Lidokaiin*injeksioon 0,5% lahuga a 3 ml triggerpunktidesse.

Võetud kl veri, biokeemia.

Alkaalne fosfataas (B15) 194,0 U/L

Kreatiniin (B20) 105,0 µmol/L

Kolesterool (üld) (B25) 10,2 mmol/L

Kaltsium (B31) 2,23 mmol/L

30.10.2003, eav

Arvestades hüperkolesteroleemiat tekkis kahtlus hüpotüreosiga seoses.

Võetud testid

TSH (12) 68.5 mIU/L

FT4 (13) <2.57 pmol/L

FT3 (14) 2.26 pmol/L

31.10.2003, kav

Hüpotüreosiga diagnoosi kahtlus kinnitus.

Teost UH kilpnäärmest, näärmestruktuur, mõõtmed pigem atroofilised, pole palpeeritav, ei näe tsüsti. Nähtaval pulseerivad A. carotised, paremal A. carotises kahtlus verevoolu lipendavale trombile.

Teost Röntgen ja kaelast PA: Kopsuväljad transparentsed, kaela lülisammast iseeärasusteta, puudub hõõtsik.

RR 110/80, fc 55 x min regul.

Anamneesis madal kehatemperatuur, u 35,8 C.

Meenutades tundub patsiendile, et viimased paar aastat on märganud liigutuste aeglustumist, külmatunnet. Viimastel kuudel on asi läinud päris kehvaks.

RAVI

L-THYROXIN 50 BERLIN-CHEMIE tablett 50mcg N100 rp. 4027428

1/2 tabl hommikul tühja kõhuga sisse võtta, start low go slow printsiip

Pöördub kontrolli 2 näd möödudes.

Selgitused haiguse ja ravi olemusest.

Jälgimine, kraadimine

Dr. Anu Ambose virtuaalkonsultatsioon

Tere, Madis!

Tore on Sinust jälle kuulda ja loomulikult olen nõus meili teel konsulteerima, kui selleks vajadust.

Sellel proual, kelle haigusjuhtu kirjeldasid, on primaarse hüpotüreooosi diagnoos muidugi ilmne. Põhjuseks tõenäoliselt krooniline autoimmuunne türeoidiit. Alustasid asendusravi L-türoksiiniga 25 mcg päevas, mis on eakatel ja stenokardiliste vaevustega patsientidel õige lähenemine. Noorematel võib alustada ka 50 mcg-ga. Annust tõstetakse 25 mcg kaupa 3 nädalaste intervallidega. Proua tõenäoline asendusravi annus algseid hormoonanalüüsi arvestades oleks 100 mcg päevas. Hormoone kontrolli uuesti, kui ta on sellise annuseni jõudnud ja seda ka juba 1 kuu võtnud. Siis võib annuse adekvaatsust hinnata. Varem pole mõtet, kuna TSH muutub väga aeglaselt. Hormoonidest määra TSH ja FT4. Kui need on korras, võib selle annuse juurde jääda ja edaspidi kontrollida ainult TSH-d 1 kord aastas.

Edu soovides, Anu.

SEROPOSITIIVNE REUMATOIDARTRIIT

61 a. meespatsient. Väljavõte ambulatoorsest kaardist.

11.12.2003, esmane vastuvõtt

Vas randme artriit

etioloogia ??

SR 25 mm/t.

Ravi

Reumatoloogi konsultatsiooniks aeg veebruariks 2004

Pt keeldub, soovib ravi praegu.

DICLOFENAC- RATIOPH. Enterotab. 50mg N50, 1x3 2 näd, siis diinaamika (4028476)

Kontroll 2 näd möödudes.

Hüpertensiooni ravi edasi.

Atenolol 50 mg x1 H, N n60 (4028473)

16.02.2004, kav

Vas randme artriidi ägenemine, turse, punetus, hüpertermia

Selgitused

RAVI

Prednisolon 25 mg hommikul 5 päeva

Diclofenac 50 mg x3

Kontroll 5 p möödudes.



20.02.2004, kav

Vasaku ja parema randmeliigese migreeruv artriit. Sümptomid hetkel vaibunud. Teistes liigestes vaevusi ei ole olnud. Liigesjäikus u 60-90 min hommikuti randmetes. Keskm funktsiooni häire.

Jätkab diclofenac 25 mg x3, prednisolon ära, reumatoloogi konsultatsioon.

Rö leid: vas labakäsi: esineb karpodaaallügespilu mõõdukas ahenemine, usuratsioonidk üksik eksostoos radiuse med osas, esineb väljendunud I karpometakarpaalligese usureeritus, osteoporoos. Vastab Steinbokeri järgi II-III astme rö muutusele. Metakarpofalangeaal ia interfalangeaalligeesed suht normis. Parema randmeliigese osas esineb märgatav radiokarpaallügespilu ahenemine, sisuliselt algav anküloos. I karpometakarpaalligese keskm usureeritus. Rö leiu alusel Steinbokeri järgi III põletikul liigeskahjustus

CRV 26 mg/l,

SR 28 mm/t

Kusihape 313.5 µmol/L - µmol/L

Reumatoidfaktor 20 IU/ml - 20 IU/ml

Diagnoosi hüpotees

Reumatoidartriit, seropositiivne, keskmine aktiivsus. Sümmeetriline artriit karpodaaal ja I karpometakarpaallügestes. Keskmine põl aktiivsus veretestide alusel.

Digikonsultatsioon reumatoloogiga.



27.02.2004, kav

Esineb enam valutik liiges I MKF paremal. Mõõdukas turse, t normis.

Lisan raviskeemi

Salazopyrin 0,5x2 (4028709)

Atenolol 50 mg edasi n 60, 1x1 H (4028710)

Kenalog süsteraviks I MKF liigesesse ? (4028711)

Pöördub 03.03.2004

Virtuaalkonsultatsioon dr.Pillega.

Sa demonstreerid üht ehtsat serpos. RA lugu. Pildid on väga hea kvaliteediga. Kahjuks on rö. filmidel näha juba erosioonid, nii et oleme diagnoosiga, sic. Raviga hiljaks jäänud(mas).Kuigi pt. võib momendil olla kaebusteta-oht ikkagi suur, et haigus vaikselt progresseerub-- suured liigesed. Hormoon ravisse haiguse algfaasis baasravi sissejuhatuses suhtun hästi.

Minu soovitus: Trexan

10 mg/nädalas(ühel päeval), Salazopyrin 2,0/p, Medrol 4 mg/h-1 kuu, edasi 2mg-10 päeva-0. Kontrollida alguses kord kuus SR, kliiniline veri(MCV, HGB), CRV, ALT, 4-5 kuust üle 2 kuu. Kui kõik ok, aasta pärast mono baasravi, või kui efektita 2-3 kuu pärast hoopis TRexani doosi tõsta. Haige võiks alguses ikka reumatoloogi juurde ka jõuda, kirjutame Teile vastuse ja edasi ravite juba ise.

Jõudu ja jaksu

A.PILLE

PAREMA PÕLVELIIGESE KÜLGSIDEME VENITUS, GONARTROOS, OSTEOMÜELIIDI JÄÄKNÄHUD,

66 a. meespatsient

25.02.2004, koduvisiit

Valu paremas põlves, tekkinud peale põlve kergelt väänamist 2 p eest

Palp tugev külgsidemete valuärritus, reie sisepinnal lihasatroofia arm, see jäänud 20 a eest osteomüeliidist

Pulsid ADP ATP normis.

D: Sidemete venitus

RAVI

Lok külm, ibuprof 0,4 x3

esmaabiks diclac 75 mg im.

Kontroll 7 p möödudes.

16.03.2004, korduv ambulatoorne vastuvõtt

Vaevuste osas soodus dünaamika, siiski püsivad koormuspuhused valud.

Rö põlvest par

Nähtaval degen muutused, eksostoos, mus articuli, osteomüeliidi jääknähud, Huvitava leiuna on caput fibulae pea atüüpilisena.

Jalal esineb vähene turse, funktsioon rahuldav, liigub toeta, kerge lonkamine.

RAVI

Dicloberl 0,1

Arthryl 1,5 x1 H, N 30 rp. 4028946

El side.

Virtuaalkonsultatsioon dr.Talvinguga.



Tervitan

Tegemist alloproteseerimist vääriva artroosiga põlveliigesel. Reie mediaalpinnal näha vana protsessi skleroseerunud kolded.

Ilmeslt väänamisega väike lateraalse kollateraalsideme venituse või rebend (vaata, kas ei ole lateraalset ebastabiilsust) ja võib olla ka tilk verd liigeses. Kui tekivad plokiseisud, on interpositsioon meniski või kondromatoosisõlmedest.--artroskoopia.

Seniks NSAID., Elastne side või ortoos. Kui mees on nõus paneksin proteesimisjärjekorda.

Tervitades A.Talving

PEA JA SILENAHA DERMATOFÜTOOS

7 a. tütarlaps, väljavõtte ambulatoorsest kaardist.

03.02.2004, eav

Eile valu par kõrvas, nohu

Obj otoskoopia normis, tümpanogrammidel elastsus olemas, esineb neg rõhk

D: Äge riniit, tuba auditiva düsfunktsioon, eustahhiit.

RAVI sudafed 1 tl x3

Teise leiuna silaenaha dermatofütoos kätel, esineb mõlema randme dorsaalpinnal u 1,5 cm diameetriga piirdunud roosakas kerge ketendusega laik. Keha puhas.

D: Silenaha dermatofütoos

RAVI ung. Travogen rp. 4027392
Kontroll 13.02.2004

26.02.04

Saatekiri dermatoloogile. Lööbe levik peanahale.

01.03.2004, kav

Dermatoloog võttis külvi, diagnoosis seent, raviks pöörduda statsi, juuksed eelnevalt pügada. Tekkis konfliktsituatsioon. Ema ja laps nutused, keelduvad haiglaravist. Laps kena pikajuukseline kaunitarja valmistub lasteaia laulukonkursiks.

Tekkinud kolded peanahale, lagipea ja kukla osas. Lööbeelemendiks on ketendav piirdunud laik 2x3 cm, esineb progresseerumistendents, laatumine naaberkoldega. Kehal lisandunud sarnased kolded par kүүnarvarre sirutuspinna ja otsmikule, juuste piirile.

Eelmine päev tekkinud vasakule aksillaarpiirkonda arvukalt urtikopapuloosseid punetavaid koldeid, sügeleb. Üksikud sarnased lööbeelemendid vasakul ingvinaalsel. Ema oskab nimetada suure koguse banaanide söömist eelmisel päeval.

D: Silenaha ja juustega kaetud naha dermatofütoos. Allergiidid seeninfektsioonist??

Alimentaarne allergia banaanidest?

Virtuaalkonsultatsioon dr.Ave Vahlbergiga.



Tere!

Fulcini võib anda 2 nädalat, seejärel tuleb teha korduspreparaat , külv ja vaadata Wood'i lambi all helendust (enne pea puhtaks pesta.)

Kettu ja juustkarvu saab saata Tü Kliinikumi laborisse postiga transportümbrikus (saab tellida, kui laboriga lepingu sõlmida).

Urtikariaalse lööbe paikmed kahlaselt sarnased dermatitis insectale- s.o. näit. kirbuhammustused?

Rqvi

Retsept

*Tabletid tab. Fulcini 125 mg, 500 mg
10 mg / kg / kehakaalu kohta pro die.*

ac. Salicylici

Sulph. Ppt. Aa 5,0

Adipis suilli 100,0

(või ka vaselini)

+ 5 % tinct. Iodi .

Mõlemat 1 x päevas.

Tervitades Ave Vahlberg

03.03.2004, kav

Fulcini 125 mg N 20, II or (4028165), 1 tab 2 x päevas.

Väevli ja salitsüülsalv.

Vahelduvalt 2 x päevas.

08.03.2004, kav

*Soodus kulg. Pt keeldub kl vere ja
biok analüüsides. Ravitaluvus on
hea.*

12.03.2004, kav

Soodus kulg

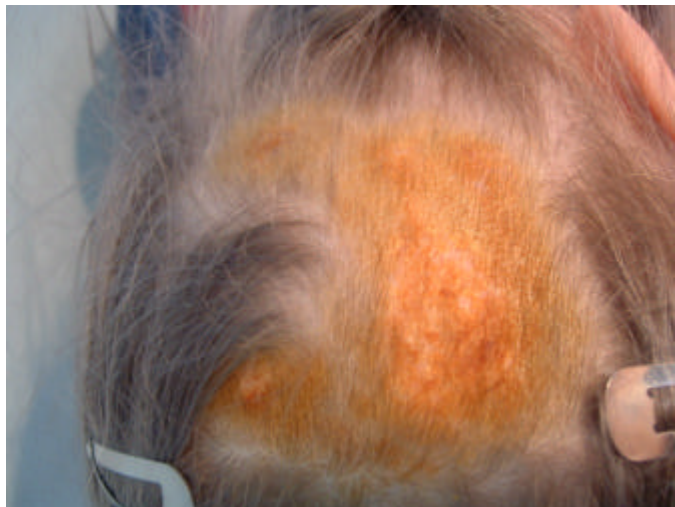
*Ketendus, punetus taandunud, norm
karvakasv*

Kolded inakt kliiniliselt

Ravi fulciniga edasi.

*Taluvus hea. Keeldub kategooriliselt
kl ja biok vere testidest.*

*Kontroll 22.03.2004, siis külv. Vt
digifotod.*



NINANEELUMANDLI HÜPERTROOFIA

9 a. poisslaps, väljavõte ambulatoorsest kaardist

22.01.2004, eav

Haige 5 p palavik õhtuti 39 C, kurguvalu nohune hääl.

*Obj tonsillid turselised, punetavad, süda kopsud ausk ii, submand ls ja ingvinaalsel
palpeeritavad.*

Adenoidne näoilme, hääl.

LABOR:CRV 30 mg/l Str A neg.

D: Infektsioosne mononukleos ?

Sümp vah.

27.01.2004, kav

Pt paranenud.

Ninahingamise anamneesis esineb keskm takistus, rahuolekus suu avatud, suu lahti magamine, norskamine, hambumushäire. Kaebused ka peavalule.

Neel, tonsillid ii, tümpanomeetria normis.

Tehtud rõ ninaneelust: nähtav 2/3 osas stenoseeriv adenoidimass ninaneeluus.

Virtuaalkonsultatsioon prof.Mart Kulliga.



Tere,

poisil on arenenud ka juba hambumushäire. pildilt on märgatav minimaalne ülalõualuu prognaatia ja algav lahihambumus. -selle põhjuseks näen karbikute tagaosade mõõdukat paksenemist ja mõõduka suurusega adenoidi koostööst tekkinud ninahingamise häiret.

Kahtlust äratavad ka suulae mandlite kontuurid rõ pildil.

seega, tõenäoliselt pakutav ravikuur oleks AE,TO ja sõltuvalt mandlite haigestumisest ja suurusest,

tervitades

Mart

MALIIGNE HÜPERTENSIOON

43 a meespatsient pöördus perearsti vastuvõtule kahe põhilise probleemiga. Valu hüppeliigeses ja sääre varikoos. Anamneesi ja läbivaatuse alusel diagnoositud mediaalse talokruuraalsidemete ülekoormust, pt on eelnevalt tarvitanud efektita NSAID preparaate, lok salve. Tehtud kenalog 20 mg injeksioon, edasine efekt hea. Varikoosi tõttu pt suunatud op ravile, op-i eelsed terviseuuringud normis, ka vererõhk, 140/80. Statsionaaris

olles leitud kõrgeenenud vererõhk 220/120, op ravi ära jäetud ja patsient suunatud taas perearsti vastuvõtule. Väljavõte ambulatoorsest kaardist.

16.02.04

Par jala med talokruraalsideme ligamentiit, kutsealane üleloomus

RAVI

Kenalog 20 mg inj pindmiselt

Ortoos

II probleemina vasak sääre varikoos.

Kutsealaselt pt töötab seistes, kala soomustajana, säärikud, külm, niiskus.

Lepitud plaaniline lõikusaeg, läheb statsi 24.02, kell 15-16, lõikus 25.02.

kenalog I orig. Rp. 4027206

Pöördub 23.02 testideks.

23.02.2004, kav

Pt hüppeliigese vaevus taandunud.

RR 140/80, fc regul 60 x min, süda kopsud ausk normis. EKG s siinusrütm, fr 55 x in, esineb Hisi kimbu par sääre osal blokk, qRS kompleks I, avL, patoloogilise Q kriteerium puudub.

Kl veri patoloogiata, veresuhkur 8 mmol/l, vt.

Satekiri op raviks.

02.03.2004, eav

Käis statsis, opi ei tehtud, RR oli 220/120.

Asetatud RR holter.

RR täna 210/110

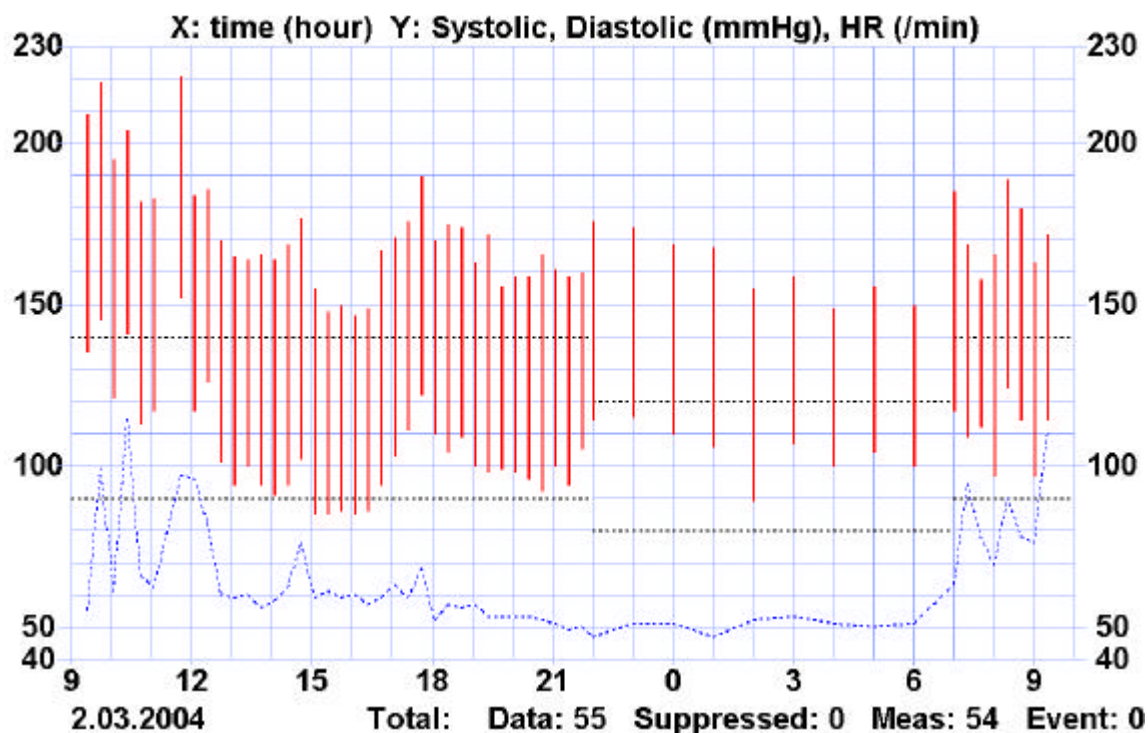
03.03.2004, kav

Ööpäevane keskmine rr on 168/106 mm/hg. Kõrgemad päevased rõhud 220/150, öised 150-160/90-100. Uuringu alusel saab diagnoosida püsivalt kõrgeenenud arteriaalset hüpertensiooni. Vt protokoll

Võetud kusetest, valk 5 g/l, ery 50

Vajalik nefrol os uuringud ,r vi

Seniks betaloc 0,05 x1 Hrp. 1771429 ABC



UH uuring

Maksa struktuur tõusnud ehhoogeensusega, inhomogeenne, steatootiline. Sapipõis täitunud, konkrementi ei näe. Parem neer 120x55 mm, str ii, asend normis. Vasak neer 147x50 mm, parenhüümi ehhoogeensus tõusnud, võrreldes maksa struktuuriga. Pais puudub. Neerud norm asendiga. Eesnääre inhomogeenne, 34x40x35 mm. Võetud biokeemia. ALAT, ASAT, kreatiniin, uurea, PSA, CRV



PSA (50) 0.86 ng/mL, CRV < 3 mg/l ALAT 46 ASAT 43 kreatiniin 89 uurea 6,15

Maliigne hüpertensioon, etioloogia

Nefrogeenne hüpertensioon?

Krooniline glomerulonefriit, hüpertoonilisproteinuuriline vorm?

Ravi

betaloc 50 mg x1

Nefrol virtuaalkonsultatsioon

Tere, Madis!

See vend vajaks küll kiiret hospitaliseerimist meie uuringuteks - doppler uhd neerudest, stsintigraafia, immunol. uuringud, vaj-l nefrobiopsia ja nende tulemite alusel ravi korrigeerimine. Anna palun teada millal tuleb ja informeeri, et kuni 1 nädal läheb statsis ära - mida kiiremini tuleb seda parem talle, võib tulla juba tänasest ja samuti võib laekuda nädalavahetusel.

Tervitades ja kp.v.ootama jäädes,

Madis

05.03.2004

Aeg dr. Madis Ilmojaga stats uuringuteks kokku lepitud 08.03.2004, u 9-10.00

E-POSTI PÕHISE KONSULTATSIOONI EELISED

- ❖ Spetsialisti aja efektiivne kasutamine. Võimalik on tegeleda vaid asja tuumaga, mitte ballastiga. Tutvumine edastatud infomaterjaliga ja otsuse andmine võtab aega minuteid. Vastust võib tippida spetsialistile sobival ajal, lips, aetud habe või naiskolleegidel meik ei oma tähtsust.
- ❖ Patsiendi kannatuste ja ajakulu viimine miinimumini. Kiiresti on võimalik koostada kõige õigem käsitluskava ja asuda seda kohe ka ellu viima.
- ❖ Erinevate sama eriala (sub)spetsialistide konsultatsioonide ja dubleerivate uuringute ärajäämine.
- ❖ Statsionaarse uuringu vajadusel on võimalik patsient suunata ravi-asutusse kus on pädevus antud seisundi lahendamiseks kõige suurem, vältides nii "maakonnahaigla sündroomi" teket. Nii tekib meie väikesel maal omapärane kaheetapiline meditsiinisüsteem. Muuseas on nii perearsti kui patsiendi ühine suur soov saada parima ja kõrgetasemelisema konsultatsioon.
- ❖ Perearsti aja kokkuvõtteid. Esmapiilgul võib väita, et ajakulu on hoopis suurem, kuid hilisemate külastuste ja kordineerimistegevuse (telefonikõned, saatekirjade kirjutamine, patsiendi vintsutuste ärakuulamine ja kaasaelamine) ärajäämisel on aja kokkuvõtteid märgatav.
- ❖ Perearsti suurem töökoormus, töö viimine uuele kvaliteedile.
- ❖ Konsultandi hinnangu suur tähtsus perearstile edasiste kogemuste ja jätkuva arstiõppe (QME) aspektist. Vabas vormis kollegiaalsed soovitusel seisundist ja ravivõimalustest on hoopis väärtuslikumad kui lakoonilised read konsultatsioonitalongil. Väike vihje või ravisoovitus võib anda perearstile paisuna uut hoogu juurde patsiendi edasiseks raviks.

... JA PUUDUSED

- ❖ Konsultandil puudub võimalus üksikasjade kiireks täpsustamiseks. Peab piirduma vaid antud infoga, millest võib jääda väheks otsuse andmiseks "rahuliku südamega"
- ❖ Seadusandluse puudumine meditsiiniõiguslike küsimuste lahendamisel
- ❖ Perearstipoolse vajaliku baasvarustuse olemasolu, selle efektiivse kasutamise kogemus ja kohese komplekse uuringu võimalus patsiendi esmasel pöördumisel. Eelpool on nimetatud röntgen-, ultraheli ja laboratoorset diagnostikat ning tümpnometriat. Kõige selle rakendamine ei olegi nii lihtne.

- ❖ Teatud tüüpi patsiendi rahulolematuse, kuna ollakse harjunud rändama erinevate arstide vahet.
- ❖ Konsulteeriva arsti praktikas tänulike patsientide vähenemine. Jääb rohkem tuimavõitu erialane töö.
- ❖ Tasustamise küsimus. See on vast olulisim takistus selle konsultatsioonivormi edasisel levikul. Sellest alljärgnevalt pikemalt.

MIS EDASI ?

Nagu selgub on kirjeldatud konsultatsioonivorm mitte efektiivne vaid üliefektiivne, mida tuleks laiemalt praktiseerida. Asi ei puuduta ainult maapiirkonda vaid kogu meie riiki. Arvatakse, et linnas on kõik tore ja lihtne ning probleeme polegi. Asi on kaugel sellest, transpordi ja ajakulu on umbes sama, uuringuvõimalused on blokeeritud limitide ja ooteaegadega, kurb tõsiasi on ka perearstide ja patsientide rahulolematuse subspetsialistidega.

E konsultatsiooni laiema leviku võimaldamiseks tuleb välja töötada seadusandlus, mis reguleeriks vastutust ja töö tasustamist. Ei peaks kartma, et haigekassa ei maksa ja usaldusarst (kahjuks sagedamini usaldamatusarst) kirjutab protokollid. Kui kolmnurgas patsient-perearst-konsultant on kõik liikmed rahul siis on kõik hästi. Kui on majanduskeeles ära tõestatud konsultatsioonivormi efektiivsus siis võib juhtuda vastupidine, et enam ei taheta maksta tavakonsultatsiooni eest. See on muidugi nali.

Ka selles kirjutises teen üleskutse nii kolleegidele perearstidele kui kõrgema etapi raviasutuste juhtidele. Saame kokku ja arutame asja. Seni võiks kaaluda oma raviasutuse koosseisu E konsultatsiooni meeskonna või osakonna loomise võimalust. E postipõhine konsultatsioon on vaid üks võimalus, teiseks ja keerukamaks valdkonnaks oleks reaalses konsultatsioon telesilla vahendusel. Tehniliseks lahenduseks oleks taas internetipõhine infoedastamine sobiva tarkvara, web-i kaamera ja mikrofonikõlarite vahendusel.

LÕPETUSEKS

Siinkirjutaja on üldiselt optimistliku meelega, kõik näib muutuvat järjest paremaks, üha enam ja enam lisandub võimalusi mida ei osanud keegi isegi kümnekonna aasta eest uneski näha. Mis puudutab aga reaalse töö tegijaid, arste ja õdesid siis siin tundub asi muutuvat vägagi tõsisemaks. Meie armsas väikeses Eestis muutub meedik harulduseks. Juba praegu räägitakse arstide nappusest peremeditsiini, radioloogia, traumatoloogia jm aladel. Vaadeldes näituseks perearstide vanuselist jaotust Pärnumaal selgub, et 5-10 a möödudes lahkuvad pensionipõlve pidama pea neljandik meedikuid. Ega olukord pole parem ka teistel meditsiinierialadel ja teistes piirkondades. Mis edasi saab, seda ei tea keegi. Siinkohal võiks taas meenutada meie ametivannet: "... töötan pidevalt edasi arstiteaduse vallas ja aitan igati kaasa selle arengule". Meie kõigi kohus on pakkuda välja lahendusi. Üheks selliseks võimaluseks, mis aitab oluliselt paremini ära kasutada perearsti ja eriarsti ressursse on telemeditsiinvõimaluste rakendamine.

Madis Veskimägi,
17.03.2004